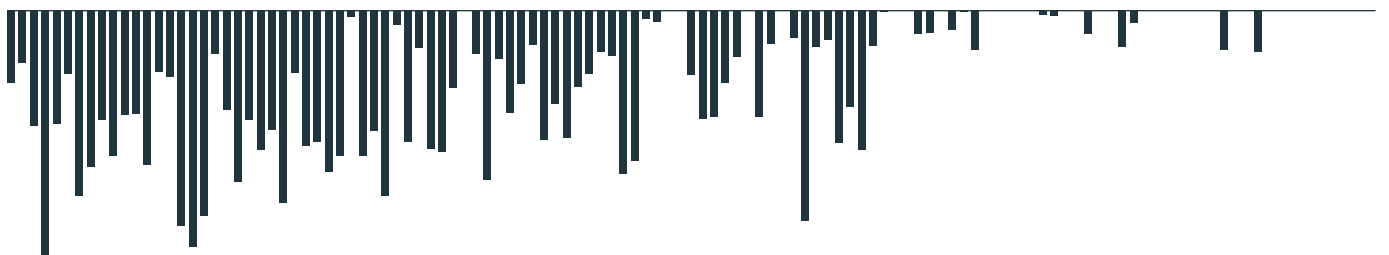


12 หมวดตัวชี้วัด

“ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ”





12 หมวดตัวชี้วัด “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ”

“ การเกิดโรค ความเจ็บป่วย ความเสี่ยงทางสุขภาพ ไม่ได้เกิดจากปัจจัยระดับบุคคลเท่านั้น สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน และดำรงชีวิตอยู่ ไปจนถึงโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคม ล้วนเป็นปัจจัยทางสังคมสำคัญที่ส่งผลกำหนดสุขภาพของประชาชน ”

สุขภาพคนไทย 2566 เสนอตัวชี้วัดสุขภาพ “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ” เพื่อนำเสนอมุมมองการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย ที่มากกว่าปัจจัยระดับบุคคล เพราะประชาชนจะมีสุขภาพดีได้ ต้องมีสภาพแวดล้อมและโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมที่เอื้อหนุนด้วย ตัวชี้วัดสุขภาพ “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ” จะนำเสนอให้เห็นความหลากหลายและเหลื่อมล้ำของปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ที่เป็นผลจากปัจจัยกำหนดสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ได้ยึดตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ภายใต้ทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565–2574) ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีจุดเน้นการทำงานที่เป็นเป้าหมายหลัก 7 ประเด็น ได้แก่

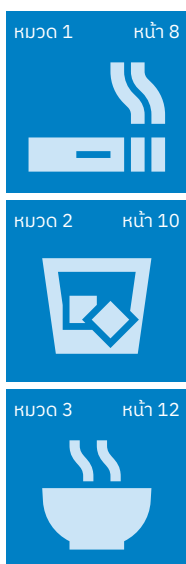
- 1 การบริโภคยาสูบ
- 2 การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด
- 3 การบริโภคอาหาร
- 4 การมีกิจกรรมทางกาย
- 5 อุบัติเหตุทางถนน
- 6 สุขภาพจิต
- 7 มลพิษทางสิ่งแวดล้อม

โดยปัจจัยเสี่ยงสุขภาพตามประเด็นดังกล่าวนี้ ถูกจัดเป็น 7 หมวดแรกของตัวชี้วัดสุขภาพที่นำเสนอ



ที่มา : unsplash.com/photos/OJNKKCK7po

นอกเหนือจากการนำเสนอตัวชี้วัดผ่านประเด็นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสุขภาพข้างต้น ตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย ต้องการชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลสภาพแวดล้อมของบริบทพื้นที่หรือกลุ่มทางสังคมที่มีต่อปัจจัยเสี่ยงสุขภาพด้วย โดยเป็นการนำเสนอใน 4 บริบทสภาพแวดล้อมที่ สสส. ให้ความสำคัญ ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน ที่ทำงาน และชุมชน ซึ่งทั้ง 4 บริบทนี้ จะถูกจัดเป็นหมวดตัวชี้วัดที่ 8-11 ก่อนที่จะปิดท้ายด้วยหมวดสุดท้าย หมวดที่ 12 คือ สภาพแวดล้อมทางนโยบาย

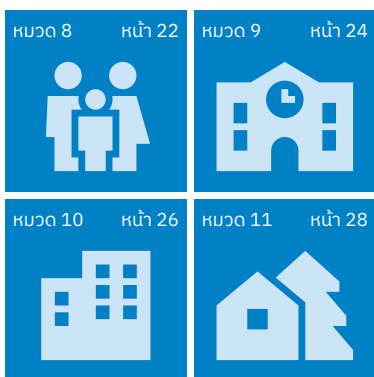


ข้อมูลที่น่าสนใจในส่วนตัวชี้วัดสุขภาพ แสดงให้เห็นความสำคัญของปัจจัยกำหนดสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างดี ภูมิภาคที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพหนึ่งที่สำคัญ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ที่พบว่าคนที่อาศัยในภาคใต้มีความชุกการสูบบุหรี่สูงที่สุดในขณะที่คนในกรุงเทพมหานครมีความชุกในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุด **(หมวด 1)** หรือพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ที่อิทธิพลของการพบเห็นโฆษณา กิจกรรมการตลาด หรือการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อาจส่งผลต่อความต้องการบริโภค และยังมีประเด็นของกัญชาที่ได้ถูกถอดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษ ที่อาจนำไปสู่การใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น **(หมวด 2)**

โครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดสภาพแวดล้อม และวิถีชีวิต ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวานและอาหารที่มีไขมันสูง มีแนวโน้มเป็นปัญหาของคนรายได้สูง ในขณะที่การกินเนื้อสัตว์แปรรูปและอาหารกึ่งสำเร็จรูป มีแนวโน้มเป็นปัญหาของคนรายได้น้อยมากกว่า **(หมวด 3)**

ในขณะที่อายุและเพศ เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ กลุ่มเด็กและเยาวชนและผู้หญิง เป็นกลุ่มที่ยังขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ **(หมวด 4)** กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนเพศชาย เป็นกลุ่มที่พบการสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด **(หมวด 5)** ในขณะที่ผู้หญิงมีส่วนการมีปัญหสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ชายเล็กน้อย แต่อัตราการฆ่าตัวตายของผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงหลายเท่าตัว **(หมวด 6)**

ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพสุดท้ายถูกนำเสนอใน **หมวด 7** มลพิษทางสิ่งแวดล้อม ที่แสดงให้เห็นความแตกต่างของพื้นที่ จังหวัด และภูมิภาคต่อความเสี่ยงสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ มลพิษจากขยะ และมลพิษจากอุตสาหกรรม



ใน **หมวด 8-11** เป็นการนำเสนอให้เห็นถึงอิทธิพลของปัจจัยสภาพแวดล้อมของบริบททางสังคมต่าง ๆ ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน ที่ทำงาน และชุมชน ที่มีต่อปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ โดยเน้นในประเด็นการสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหาร และการมีกิจกรรมทางกาย ข้อมูลที่น่าสนใจจะเป็นการแสดงให้เห็นว่าลักษณะที่หลากหลายของครอบครัว โรงเรียน ที่ทำงาน และชุมชน เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของคนไทยอย่างไร เช่น การอยู่คนเดียว ส่งผลต่อแนวโน้มที่สูงกว่าในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และเล่นพนัน **(หมวด 8)** การอยู่โรงเรียนขนาดเล็ก มีผลต่อแนวโน้มในการขาดผู้จัดหาอาหารกลางวันที่ผ่านมา การอบรมหลักสูตรโภชนาการพื้นฐาน **(หมวด 9)** ลักษณะการทำงานในภาคผลิต มีผลต่อความเสี่ยงในการสูบบุหรี่มากกว่าลักษณะการทำงานอื่น **(หมวด 10)** และชุมชนที่ใส่ใจออกแบบสภาพแวดล้อมให้พร้อมสำหรับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลที่ดีต่อระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนในชุมชน **(หมวด 11)**

หมวด 12 สภาพแวดล้อมทางนโยบาย เป็นหมวดสุดท้ายของตัวชี้วัดสุขภาพคนไทยในปี ซึ่งจะทำให้เห็นบทบาทของนโยบายในฐานะปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย นโยบายหรือกฎหมายต่าง ๆ เช่น พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ล้วนมีบทบาทสำคัญในการกำหนดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพในระดับโครงสร้าง ที่จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพของคนไทยต่อไป

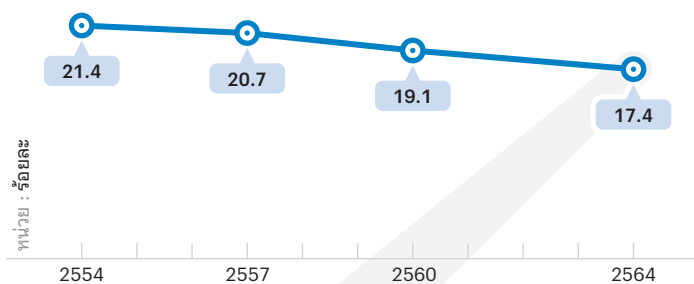


ร้อยละ 13.1 ของเยาวชนอายุ 15-24 ปี คิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป ซึ่งอาจส่งผลให้ตัดสินใจลองบุหรี่ไฟฟ้าได้

แนวโน้มความชุกการสูบบุหรี่ ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2554-2564

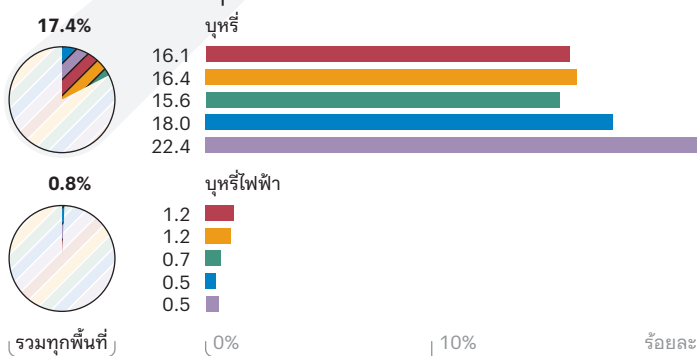
**การลดความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ควร
ป้องกันผู้สูบบุหรี่ใหม่ การเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่เดิม
การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ และ
การพัฒนาศักยภาพกลไกการควบคุมยาสูบ**

การสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบแนวโน้มความชุกการสูบบุหรี่ทั่วประเทศลดลงในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา แต่มีความแตกต่างสูงระหว่างภูมิภาค ในปี 2564 พบความชุกการสูบบุหรี่สูงสุดอยู่ที่ภาคใต้ที่ร้อยละ 22.4 เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศที่ร้อยละ 17.4 ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีความชุกในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงสุดที่ร้อยละ 1.2 เปรียบเทียบกับในภาพรวมของประเทศ ที่ร้อยละ 0.8 ซึ่งกลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มต้องเฝ้าระวังเพราะมีสัดส่วนคิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไปสูงสุดในทุกกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554 2557 และ 2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ; การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

**ความชุกการสูบบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้า
ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค**

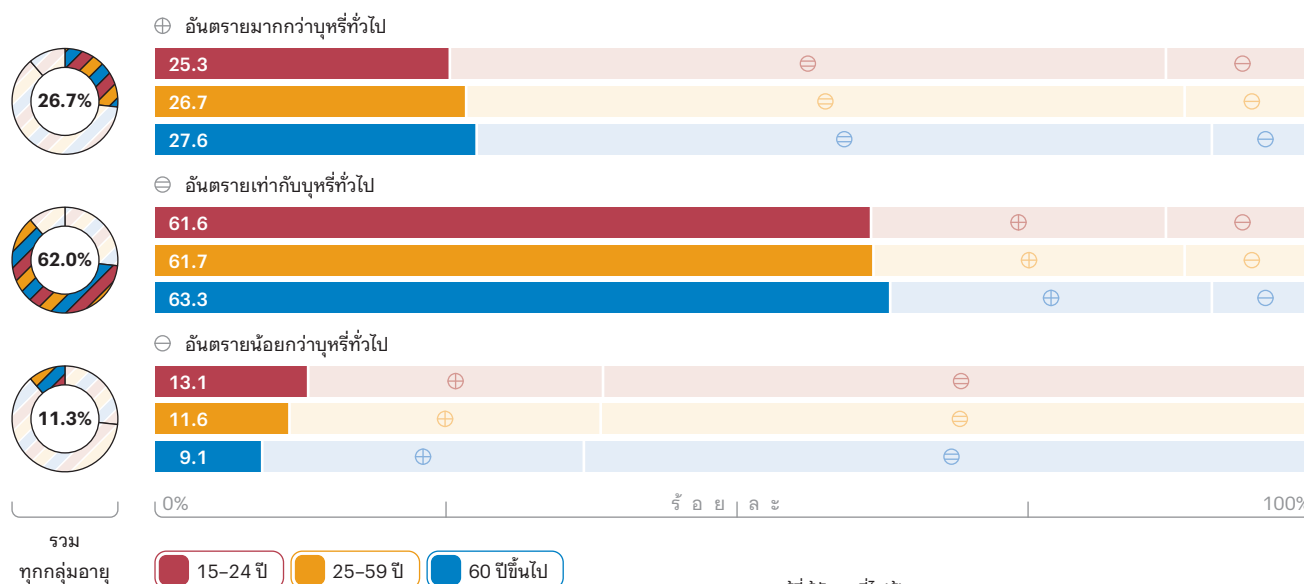


รวมทุกพื้นที่ 0% 10% ร้อยละ

กทม. กลาง เหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ ใต้

หมายเหตุ : รวมผู้สูบบุหรี่ทุกวันและสูบน้อยกว่าทุกวัน
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

**สัดส่วนความคิดเห็นต่อ
อันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า
จำแนกตามอายุ**

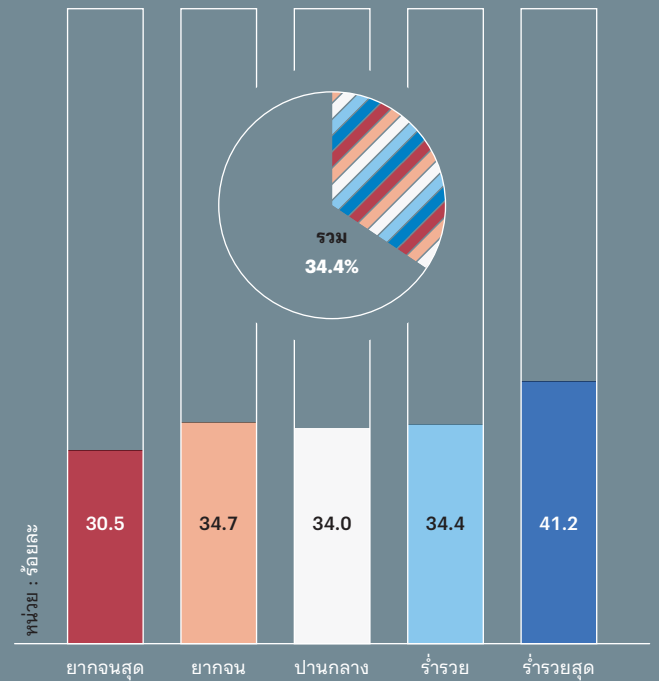


หมายเหตุ : รวมเฉพาะผู้ที่รู้จักบุหรี่ไฟฟ้า
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การเลิกสูบบุหรี่ มีความแตกต่างระหว่างระดับสถานะทางเศรษฐกิจ ผู้สูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ที่มีระดับสถานะทางเศรษฐกิจร่ำรวยที่สุดร้อยละ 41.2 ได้เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีระดับสถานะทางเศรษฐกิจยากจนที่สุด ที่ร้อยละ 30.5

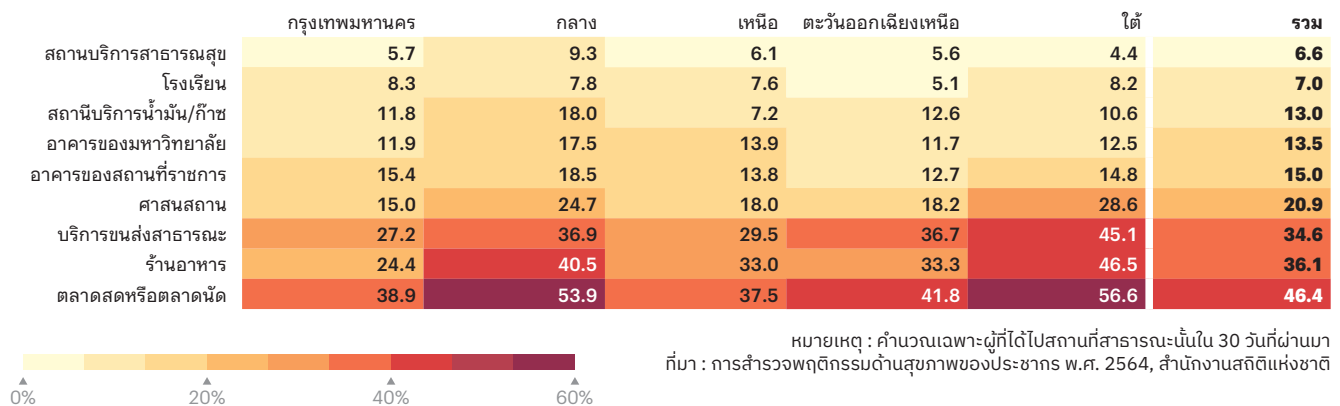
การตั้งวางหรือโซฟลิติดภัณฑ์ยาสูบ และการพบเห็นการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการบังคับใช้กฎหมายและบรรทัดฐานทางสังคมในเรื่องเกี่ยวกับบุหรี่ ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสอง ในเรื่องการตั้งวางหรือโซฟของบุหรี่ พบว่ากลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนการพบเห็นการตั้งวางหรือโซฟของบุหรี่ ณ ร้านขายบุหรี่สูงที่สุด ที่ร้อยละ 9.8 เปรียบเทียบกับกลุ่มวัยทำงานที่ร้อยละ 8.6 และกลุ่มผู้สูงอายุที่ร้อยละ 5.7 ในขณะที่การพบเห็นการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ พบว่า บริการขนส่งสาธารณะ ร้านอาหาร และตลาดสดหรือตลาดนัด เป็นที่ที่คนพบเห็นการสูบบุหรี่สูงสุด โดยผู้ที่ไปตลาดสดหรือตลาดนัด พบเห็นการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเกือบครึ่งที่ร้อยละ 46.4 โดยเฉพาะในภาคใต้และภาคกลางที่มีสัดส่วนการพบเห็นสูงที่สุด ที่ร้อยละ 56.6 และ 53.9 ตามลำดับ

สัดส่วนผู้สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ ที่เคยพยายามเลิกสูบ จำแนกตามระดับสถานะทางเศรษฐกิจ

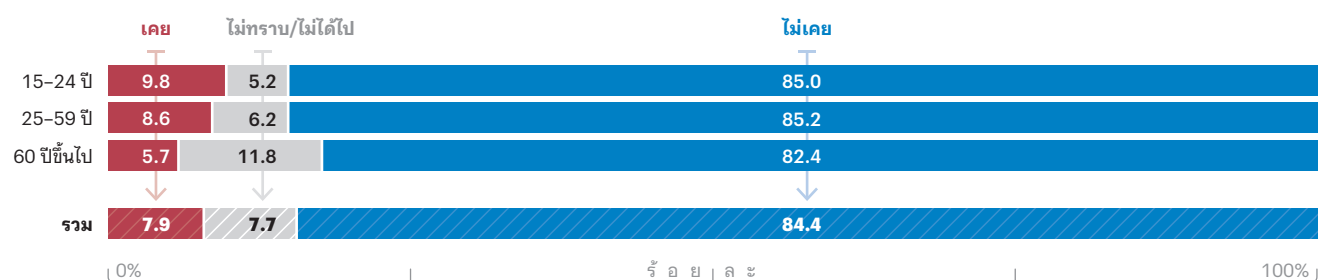


ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สัดส่วนผู้ที่พบเห็นการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะใน 30 วันที่ผ่านมา จำแนกตามสถานที่และภูมิภาค



สัดส่วนการพบเห็นการตั้งวางหรือโซฟของบุหรี่ ณ ร้านขายบุหรี่ จำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

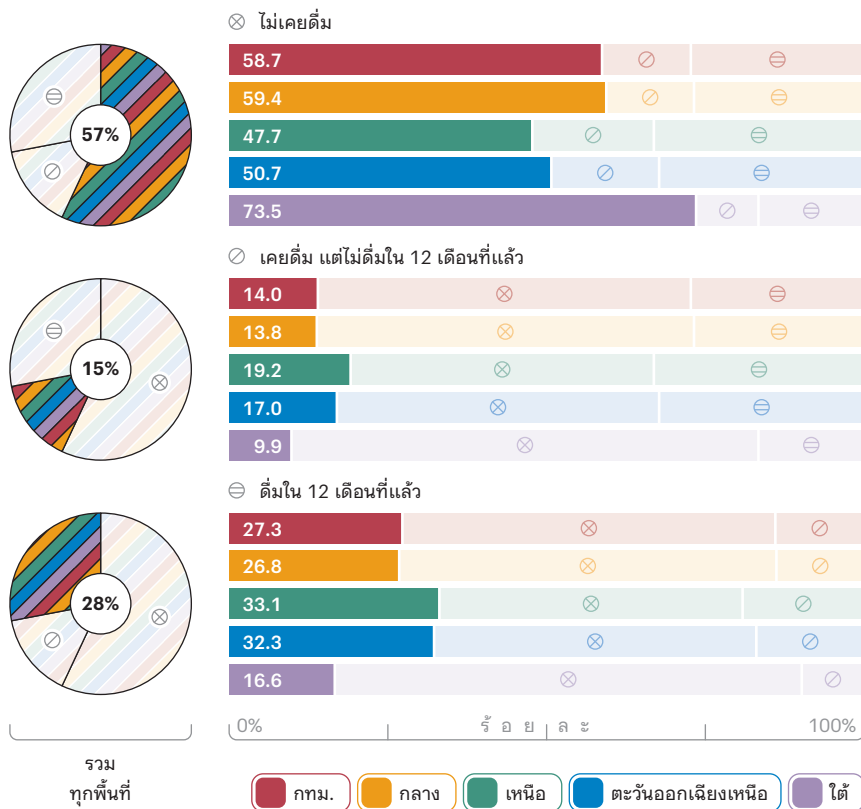
ราว 1 ใน 5 ของคนไทย เคยพบเห็นการโฆษณา กิจกรรมการตลาด การส่งเสริมการขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อยในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 15–24 ปี มีสัดส่วนเคยพบเห็นสูงที่สุด ถึง 1 ใน 3

พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม และประสิทธิภาพกลไกการควบคุมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของคนไทยมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงที่สุด ที่ร้อยละ 33.1 และ 32.3 ตามลำดับ สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่ร้อยละ 28.0 และสูงกว่าอัตราการใช้บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในภาคใต้ราวเท่าตัว

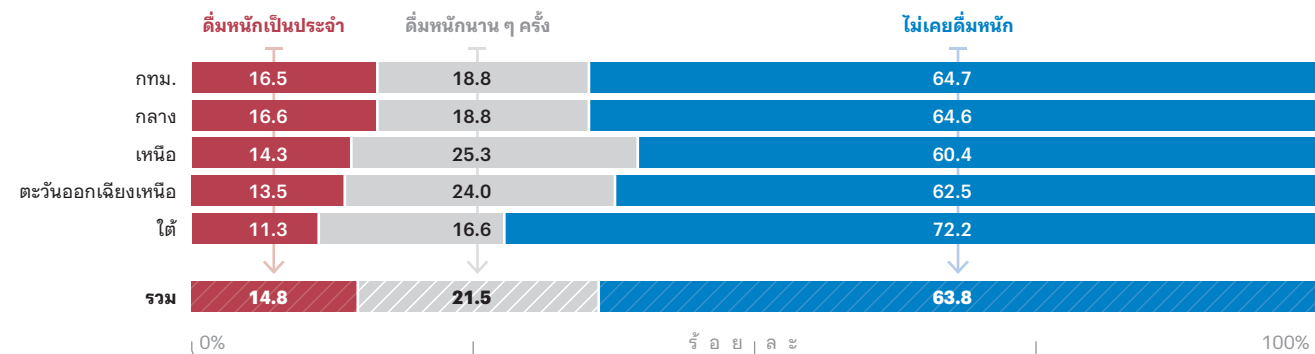
ในกลุ่มนักดื่ม พบพฤติกรรมการดื่มหนักเป็นประจำมากที่สุด ในภาคกลางและกรุงเทพมหานครที่ร้อยละ 16.6 และ 16.5 ตามลำดับ ในขณะที่นักดื่มภาคใต้นอกจากจะมีสัดส่วนน้อยแล้ว ยังมีพฤติกรรมการดื่มหนักต่ำที่สุดอีกด้วย

อัตราการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมและภาค



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

อัตราการดื่มหนักหรือดื่มปริมาณมากในครั้งเดียว ในกลุ่มผู้ดื่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 12 เดือนที่ผ่านมา



เกณฑ์การพิจารณา “ดื่มหนักเป็นประจำ”

อย่างน้อยดื่มหนักทุกเดือน ใน 12 เดือนที่ผ่านมา

เกณฑ์การพิจารณา “ดื่มหนักนาน ๆ ครั้ง”

น้อยกว่า 8–11 วัน ต่อปี

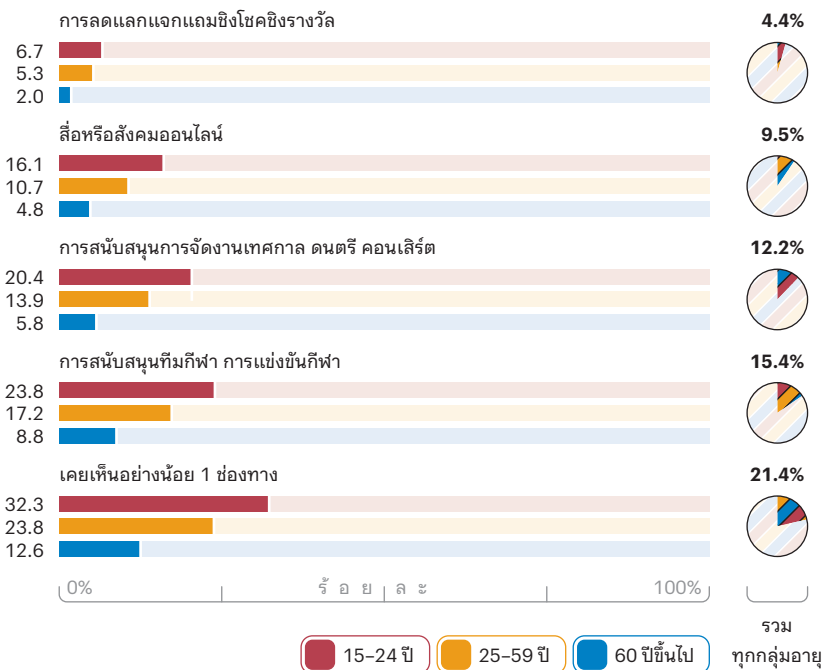
เกณฑ์การพิจารณา “ดื่มหนัก/ดื่มมาก”

สุราขาว/เซียงฮุน/ขาดองเหล้า/สุราสี
สุราสีหรือสุราสีที่ผสมแล้ว
เบียร์
ไวน์/แชมเปญ
น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์/ไวน์คูลเลอร์
เหล้าหมัก (กระแช่/สาโท/สุราพื้นเมือง)

5 เป๊ก หรือ ¼ ขวดใหญ่ หรือ ½ ขวดกลาง
8 แก้วที่ผสมแล้ว
4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่
1 ขวดใหญ่ หรือ 4 แก้วไวน์
4.5 ขวด/กระป๋อง
1 ขวดใหญ่หรือ 2 แก้วครึ่ง

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สัดส่วนผู้เคยพบเห็นการโฆษณา กิจกรรมการตลาด การส่งเสริมการขายของธุรกิจเครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์หรือธุรกิจที่มีตราสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำแนกตามกลุ่มอายุ



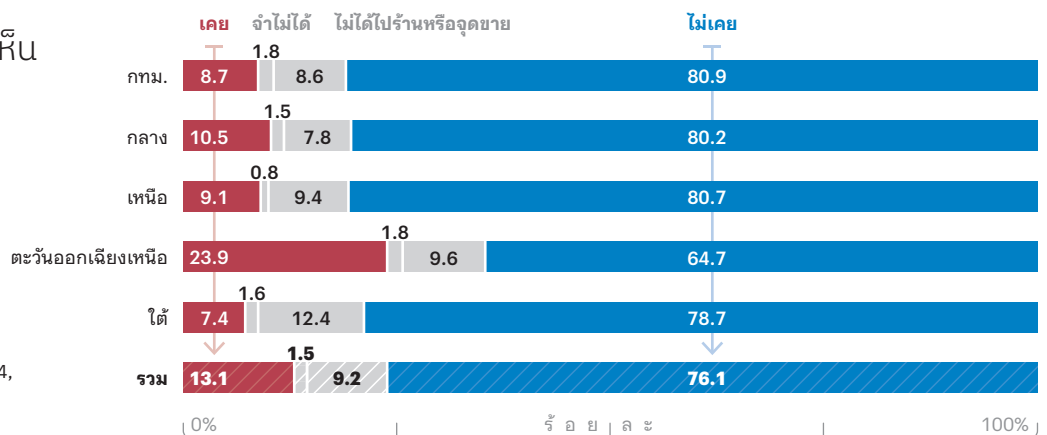
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การโฆษณาของธุรกิจเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือธุรกิจที่มีตราสัญลักษณ์คล้ายกับตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังเพื่อติดตามอย่างใกล้ชิด ปัจจุบันเยาวชนอายุ 15-24 ปี เป็นกลุ่มที่รายงานการพบเห็นการโฆษณา กิจกรรมการตลาด และการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากที่สุด โดยเฉพาะในรูปแบบการสนับสนุนทีมกีฬาหรือการแข่งขันกีฬาที่ร้อยละ 23.8 ตามด้วยรูปแบบการสนับสนุนการจัดงานเทศกาลต่าง ๆ ที่ร้อยละ 20.4 และผ่านสื่อหรือสิ่งพิมพ์ออนไลน์ที่ร้อยละ 16.1

การควบคุมการตลาดต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีสัดส่วนการพบเห็นการขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ให้เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปีสูงที่สุด ที่ร้อยละ 23.9 สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศที่ร้อยละ 13.1

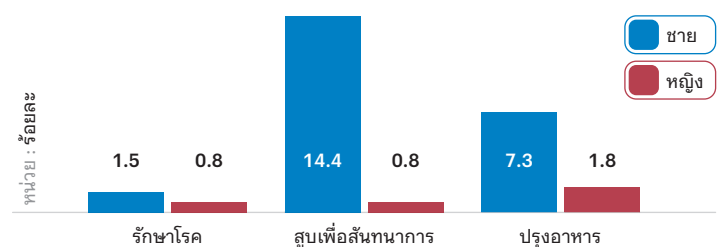
สัดส่วนการเคยพบเห็นการขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ให้เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี จำแนกตามภาค

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



ในด้านของสิ่งเสพติด พฤติกรรมการใช้กัญชาเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง ในปี 2563 ได้มีการสำรวจการใช้กัญชาในวัตถุประสงค์ต่าง ๆ พบความแตกต่างชัดเจนระหว่างเพศและวัตถุประสงค์การใช้ โดยพบว่าผู้ชายร้อยละ 14.4 เคยใช้กัญชาเพื่อสันทนาการในตลอดชีวิตที่ผ่านมา สูงกว่าผู้หญิงราว 18 เท่า การใช้กัญชาเป็นประเด็นที่ต้องติดตามถึงแนวโน้มการใช้ รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เมื่อกัญชาได้ถูกถอดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ในปี 2565 ที่ผ่านมา

สัดส่วนประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เคยใช้กัญชา จำแนกตามวัตถุประสงค์และเพศ



ที่มา : โครงการสำรวจความรู้ ความเข้าใจ และความคืบหน้าของประชาชนต่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์ และการใช้แบบสันทนาการ พ.ศ. 2563, ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด

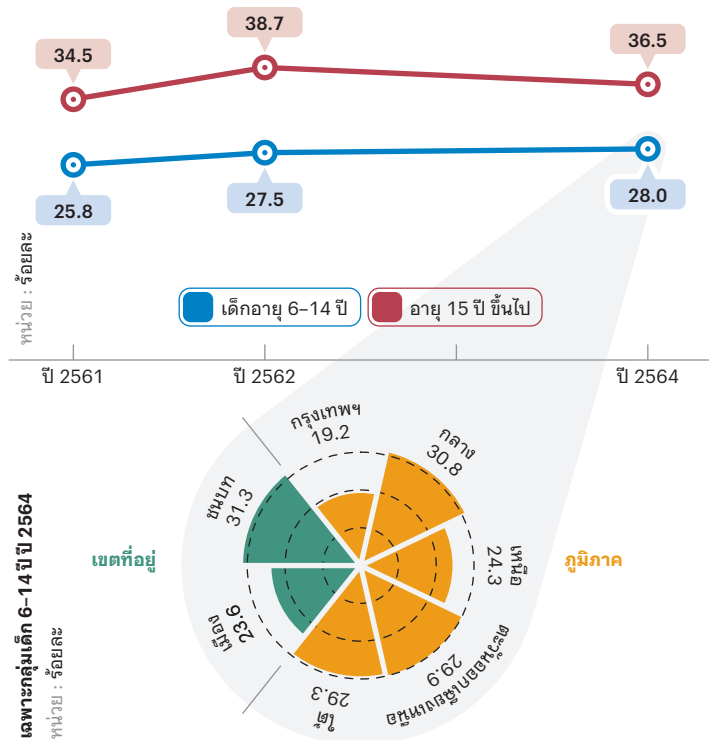
“ 1 ใน 10 ของคนไทยมีความไม่มั่นคงทางอาหารระดับรุนแรง สมาชิกในครัวเรือนเปราะบางเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องดูแล ”

เงื่อนไขสำคัญหนึ่งของการมีสุขภาพดีที่เท่าเทียมกันของประชากร ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่กำหนดสภาพแวดล้อม และวิถีชีวิตของบุคคลซึ่งเอื้อต่อการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ได้สมดุลทางโภชนาการ มีคุณภาพและความปลอดภัย มีปริมาณเพียงพอและสามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการตามช่วงวัย

พฤติกรรมด้านอาหารของคนไทยหลายเรื่องยังน่าเป็นห่วง โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน และการกินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ปัญหาเหล่านี้มีความแตกต่างในแต่ละกลุ่มประชากรตามสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การกินอาหารที่มีไขมันสูงและเครื่องดื่มที่มีรสหวานค่อนข้างเป็นปัญหาในกลุ่มคนรายได้สูง ขณะที่การกินเนื้อสัตว์แปรรูปและอาหารกึ่งสำเร็จรูปที่เสี่ยงต่อสุขภาพเป็นปัญหามากกว่าในกลุ่มคนรายได้น้อย

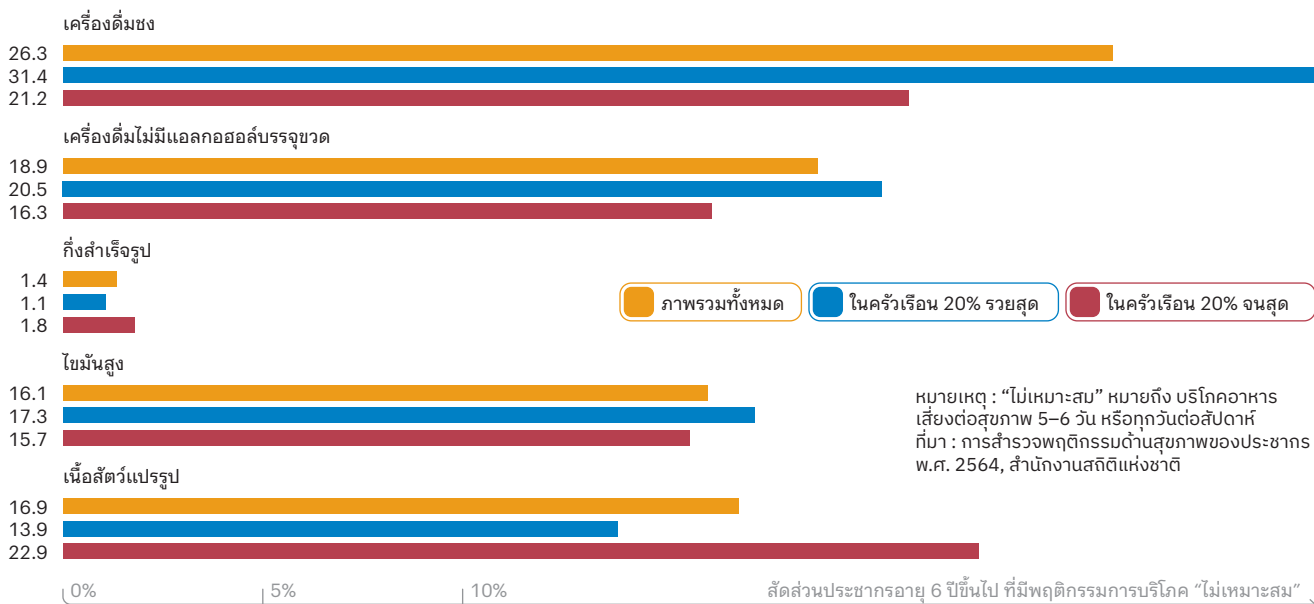
ในภาพรวมคนไทยยังมีการกินผักและผลไม้ที่เพียงพอค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะเด็กอายุ 6-14 ปี กลุ่มที่น่าเป็นห่วง คือ เด็กในกรุงเทพมหานคร ที่ในปี 2564 พบว่ามีไม่ถึง 1 ใน 4 เท่านั้นที่กินผักและผลไม้เพียงพอ

ร้อยละของผู้ที่กินผักและผลไม้รวมกันเพียงพอต่อวัน



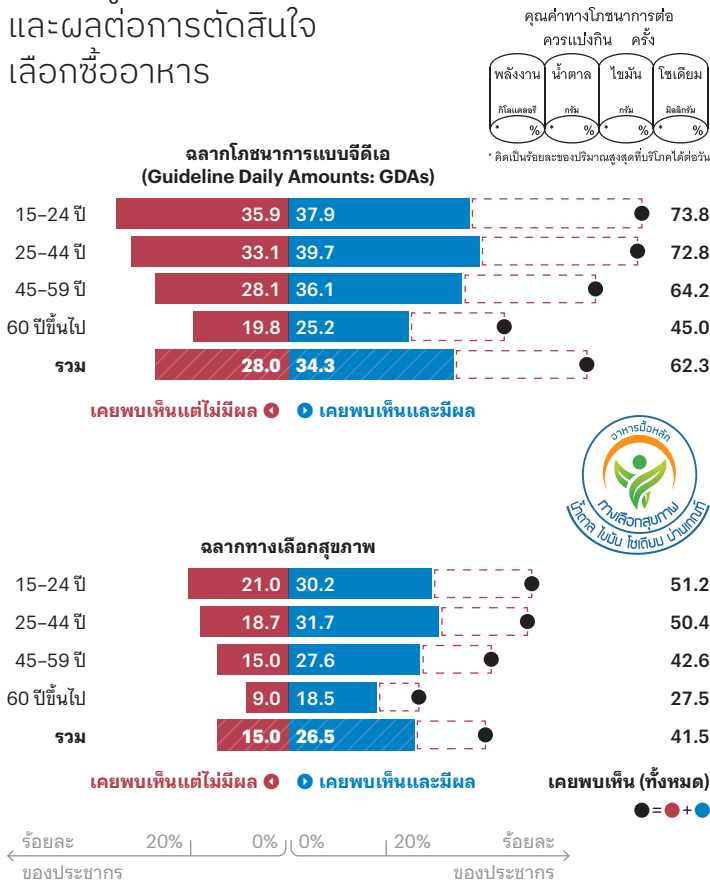
ที่มา : โครงการศึกษาสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2561 ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2562 และ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2564 โดย สสส. ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพของคนไทย



หมายเหตุ : “ไม่เหมาะสม” หมายถึง บริโภคอาหารเสี่ยงต่อสุขภาพ 5-6 วัน หรือทุกวันต่อสัปดาห์
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การรับรู้ฉลากโภชนาการ และผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้ออาหาร

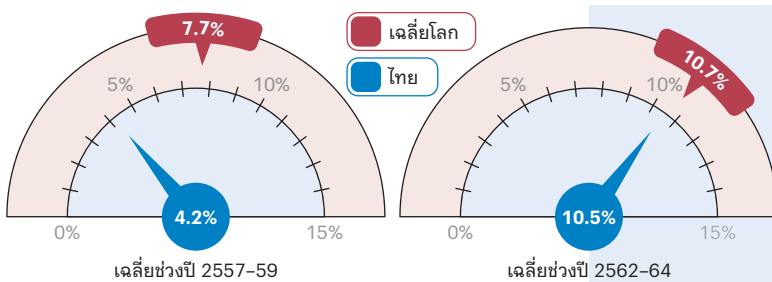


ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การสร้างความรู้ทางสุขภาพด้านอาหาร เป็นเรื่องที่ต้องส่งเสริม คนไทยยังมีการรับรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการบนผลิตภัณฑ์อาหารค่อนข้างต่ำ ไม่ถึง 2 ใน 3 เท่านั้นที่เคยพบเห็นฉลากโภชนาการแบบจีดีเอที่แสดงค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมันและโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร กลุ่มคนอายุน้อยมีสัดส่วนที่เคยพบเห็นสูงกว่ากลุ่มคนอายุมาก แต่จำนวนมากหรือเกือบครึ่ง แม้จะเคยพบเห็นแต่ก็ยังไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกซื้ออาหาร

ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 สัดส่วนคนไทยที่มีความไม่มั่นคงทางอาหารในระดับรุนแรงคาดว่าจะเพิ่มขึ้นสูงกว่า 2 เท่า จากข้อมูลในรายงานสถานะความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการในโลก (The State of Food Security and Nutrition in the World) ตัวเลขสัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.2 ของประชากรในช่วงปี 2557-2559 เป็นร้อยละ 10.5 ในช่วงปี 2562-2564 โดยกลุ่มที่มีความเปราะบางและประสบปัญหา มากที่สุดในการเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ มีคุณค่าทางโภชนาการที่เพียงพอ คือ สมาชิกในครัวเรือนยากจนหรือมีรายได้น้อย และครัวเรือนที่มีประชากรกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้พิการ และผู้สูงอายุ

ประมาณการร้อยละประชากรที่มีความไม่มั่นคงทางอาหารระดับรุนแรง



ที่มา : The State of Food Security and Nutrition in the World 2022, FAO.

การสำรวจในประเทศไทยกับประชากรอายุ 13 ปีขึ้นไป ปี 2564 พบผู้ที่มีความไม่มั่นคงทางอาหารระดับรุนแรงในสัดส่วนที่ต่ำกว่านี้ที่ร้อยละ 2.9 โดยกลุ่มที่เสี่ยงกว่ากลุ่มอื่น ได้แก่ ผู้หญิง (ร้อยละ 3.2) เด็กอายุ 13-14 ปี (ร้อยละ 4.2) และผู้สูงอายุ (ร้อยละ 3.6)

ที่มา : รายงานโครงการศึกษาสถานการณ์บริโภคและผลไม่ของคนไทย (ระดับประเทศ) ครั้งที่ 3 (ปี 2564), สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ครัวเรือนที่ประสบปัญหาด้านอาหาร ในสถานการณ์โควิด-19



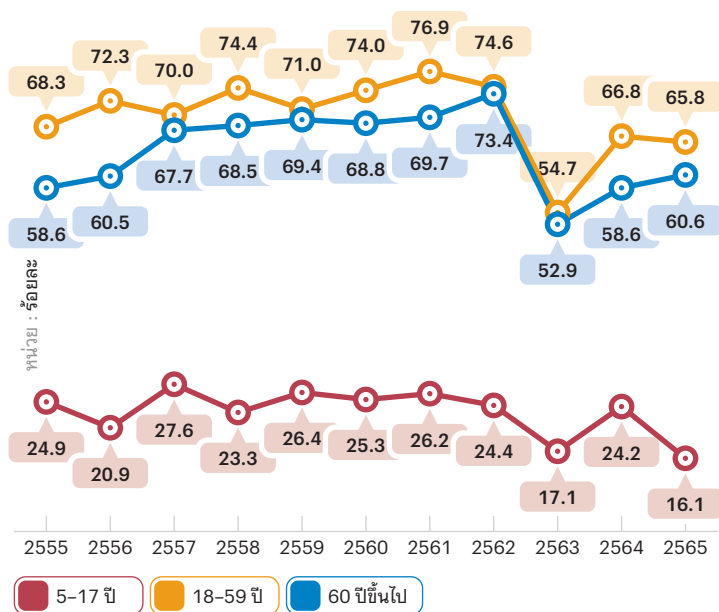
มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป
มีเด็ก 0-4 ปี
มีหญิงตั้งครรภ์
มีผู้พิการ
ยากจนที่สุด 20%
ครัวเรือนทั้งหมด

ประสบกับภาวะหิวแต่ไม่ได้กิน	ขาดแคลนอาหาร/วัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบอาหาร	ไม่ได้กินอาหารที่มีประโยชน์หรือมีคุณค่าทางโภชนาการ
3.8	7.8	10.9
4.8	10.0	13.0
7.6	10.7	15.3
6.5	14.1	18.4
10.9	22.6	29.6
4.0	7.5	10.4

ที่มา : การสำรวจผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อครัวเรือนในประเทศไทย พ.ศ. 2565, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

“ เด็กและเยาวชนไทยเพียง 1 ใน 4 ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ”

สัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ
จำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ พ.ศ. 2555-2565, ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย

อายุและเพศเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญในการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ กลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ คือ กลุ่มเด็กและเยาวชน และผู้หญิง

การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอของคนไทยเป็นประเด็นที่ควรได้รับการส่งเสริม ทุกกลุ่มอายุยังคงมีสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอต่ำกว่าเป้าหมายแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 ที่ตั้งตัวชี้วัดประชาชนมีกิจกรรมทางกายเพียงพอที่ร้อยละ 75 กลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 6-17 ปี เป็นกลุ่มที่ต้องส่งเสริมเป็นพิเศษ เพราะมีสัดส่วนกิจกรรมทางกายเพียงพอต่ำที่สุดในทุกกลุ่มอายุ ในปี 2563 ซึ่งเป็นปีที่เริ่มมีมาตรการของโควิด-19 และมาตรการล็อกดาวน์ พบว่ากิจกรรมทางกายเพียงพอลดลงในทุกกลุ่มอายุ เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับเพศพบว่า ผู้หญิงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่ำกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุ

สัดส่วนการมี กิจกรรมทางกาย เพียงพอ

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวตลอดทั้งวัน ทั้งการทำงาน การเดินทาง และนันทนาการตลอดจนการออกกำลังกาย โดยมีข้อแนะนำให้มีการมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางถึงหนักให้เพียงพออย่างต่อเนื่องเพื่อสุขภาพร่างกายที่ดี

■ กลุ่มอายุ 5-17 ปี

	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ชาย	27.8	24.2	29.1	25.8	29.5	28.6	31.4	31.0	20.3	25.9	21.4
หญิง	23.4	17.4	22.4	19.4	21.4	20.5	22.9	21.6	13.9	22.7	10.3
รวม	24.9	20.9	27.6	23.3	26.4	25.3	26.2	24.4	17.1	24.2	16.1



■ กลุ่มอายุ 18-59 ปี

	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ชาย	73.4	76.7	72.8	76.5	73.6	76.8	79.8	76.4	57.6	69.0	69.5
หญิง	63.9	68.4	68.1	73.0	69.3	71.4	74.1	72.8	51.4	64.6	62.2
รวม	68.3	72.3	70.0	74.4	71.0	74.0	76.9	74.6	54.7	66.8	65.8



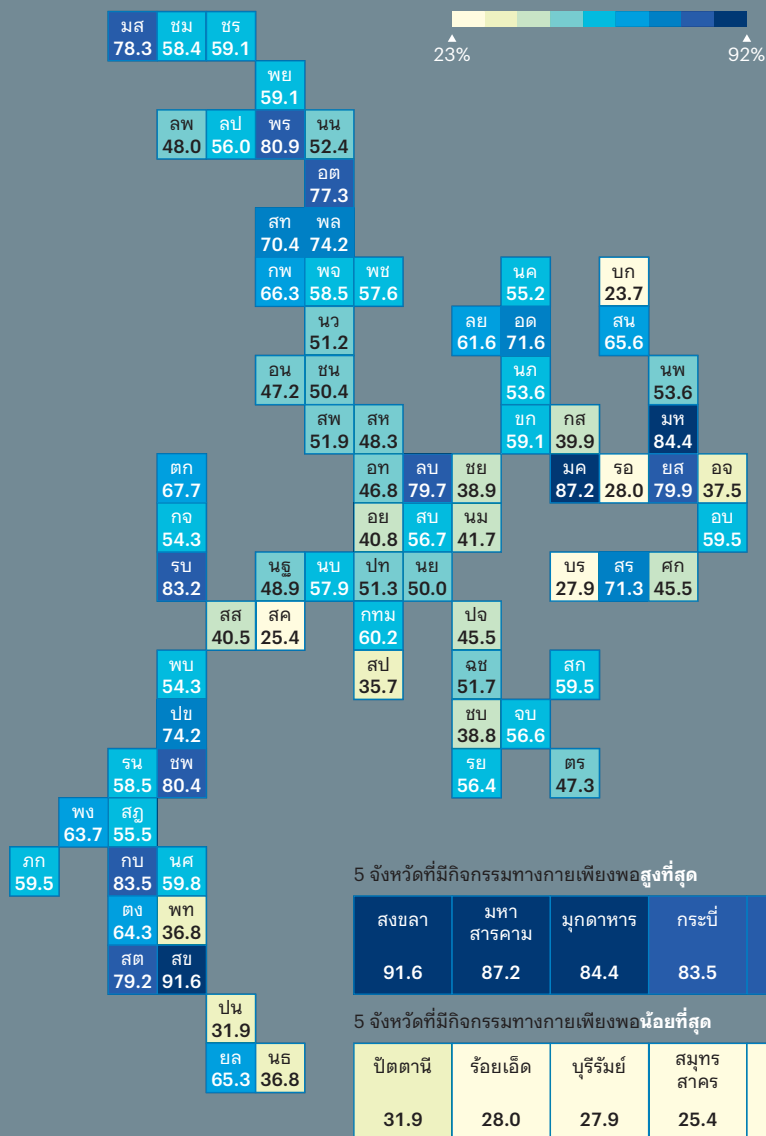
■ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ชาย	62.4	64.8	69.7	71.7	73.7	69.4	73.3	75.2	54.4	66.0	62.7
หญิง	54.7	57.8	66.3	66.4	66.6	68.4	66.8	71.9	50.9	53.1	58.8
รวม	58.6	60.5	67.7	68.5	69.4	68.8	69.7	73.4	52.9	58.6	60.6



ที่มา : การสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ พ.ศ. 2555-2565, ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย

สัดส่วนประชากรที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ จำแนกรายจังหวัด

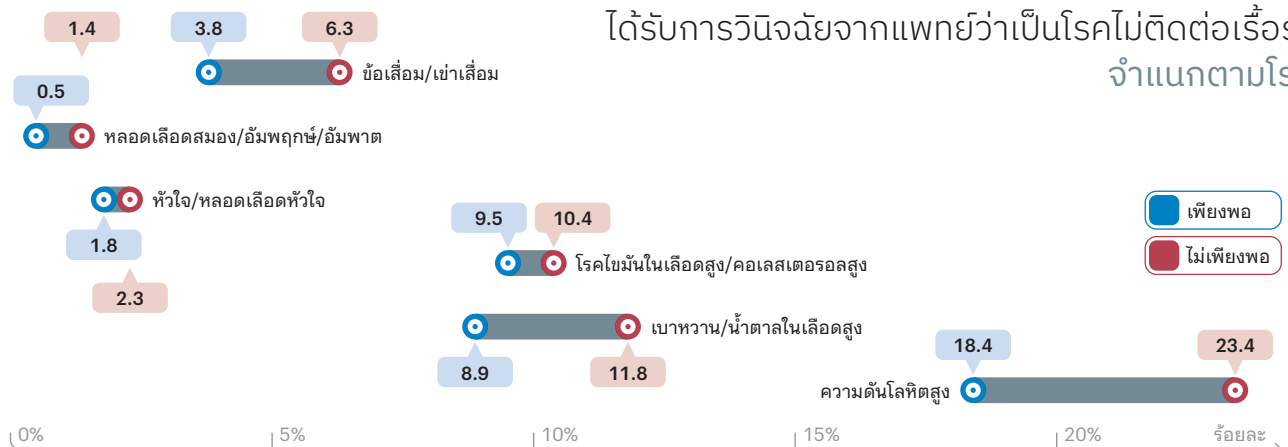


ที่มา : การสำรวจด้านพฤติกรรมสุขภาพประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังพบความเหลื่อมล้ำการมีกิจกรรมทางกายเชิงพื้นที่ โดยพบความแตกต่างระหว่างจังหวัดที่มีกิจกรรมที่เพียงพอสูง มีสัดส่วนประชากรที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอสูงกว่าจังหวัดที่มีกิจกรรมเพียงพอต่ำมากกว่า 3 เท่า ซึ่งความเหลื่อมล้ำนี้ อาจเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น โครงสร้างอายุของประชากรในพื้นที่ ลักษณะอาชีพ โครงสร้างพื้นฐานของจังหวัดที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย และลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมในเรื่องการมีกิจกรรมทางกาย

การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอสามารถลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCD) ได้ การสำรวจปี 2564 พบว่ากลุ่มประชากรที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ตรวจพบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังน้อยกว่ากลุ่มประชากรที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ผู้มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ตรวจพบการเป็นความดันโลหิตสูงที่ร้อยละ 18.4 เปรียบเทียบกับผู้มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอที่ร้อยละ 23.4 การส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้เพียงพอในทุกเพศและทุกวัย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

สัดส่วนประชากรที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและไม่เพียงพอ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามโรค



ที่มา : การสำรวจด้านพฤติกรรมสุขภาพประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

“ 1 ใน 5 ของคนไทยที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
เป็นกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15–24 ปี ”

จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยแม้จะมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2559 แต่ยังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกมากอยู่พอควร การสูญเสียส่วนใหญ่เป็นในกลุ่มประชากรอายุน้อยเพศชาย จำนวนมากมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม การขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย

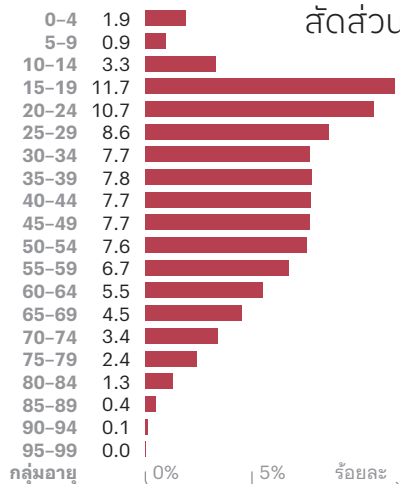
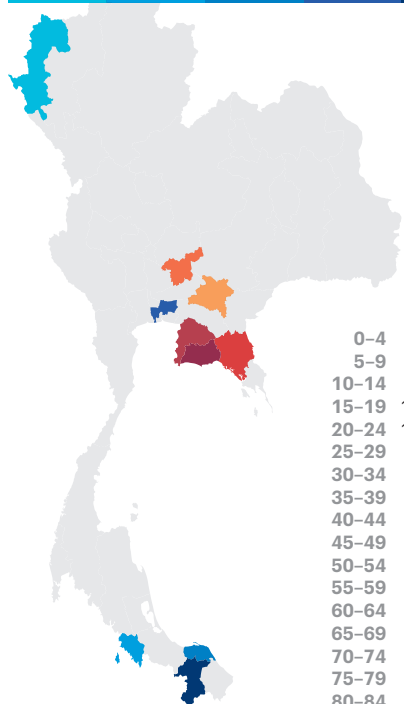
อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
(ต่อประชากรแสนคน)
เฉลี่ยในช่วง 5 ปี (ปี 2560–2564)

5 จังหวัดสูงสุด

ระยอง	ชลบุรี	จันทบุรี	สระบุรี	ปราจีนบุรี
61.5	48.3	47.9	47.1	46.6

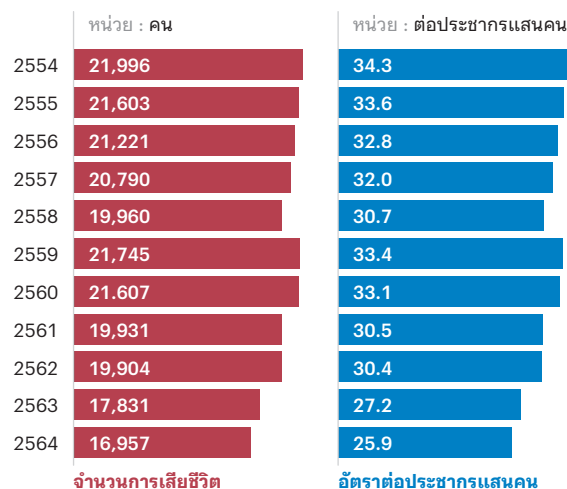
5 จังหวัดต่ำสุด

แม่ฮ่องสอน	สตูล	ปัตตานี	กรุงเทพฯ	ยะลา
17.8	17.5	15.8	15.2	14.6



คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในปี 2564 จำนวน 16,957 คน คิดเป็นอัตรา 25.9 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่มีการรายงานล่าสุดในปี 2562 ที่ 16.7 คนต่อประชากรแสนคน ภาพรวมผู้เสียชีวิตในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กว่า 3 ใน 4 เป็นเพศชาย กว่า 1 ใน 5 อยู่ในช่วงอายุ 15–24 ปี ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น และประมาณ 3 ใน 4 เป็นกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะ จังหวัดในภูมิภาคตะวันออก โดยเฉพาะ ระยอง ชลบุรี และจันทบุรี เป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น

การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2554–2564



จำนวนการเสียชีวิต

อัตราต่อประชากรแสนคน

ที่มา : การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554–2564, ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ค่าเฉลี่ยโลก
ปี 2562
คือ

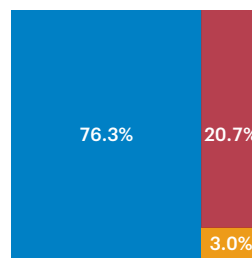
16.7

ต่อ
ประชากรแสนคน

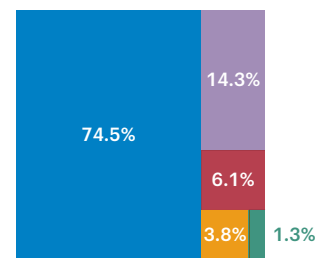
ที่มา : Global Health
Observatory Data
Repository,
The World Bank

สัดส่วนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
ปี 2554–2564

ตามกลุ่มอายุ เพศ และยานพาหนะ



ชาย · หญิง · ไม่ทราบ



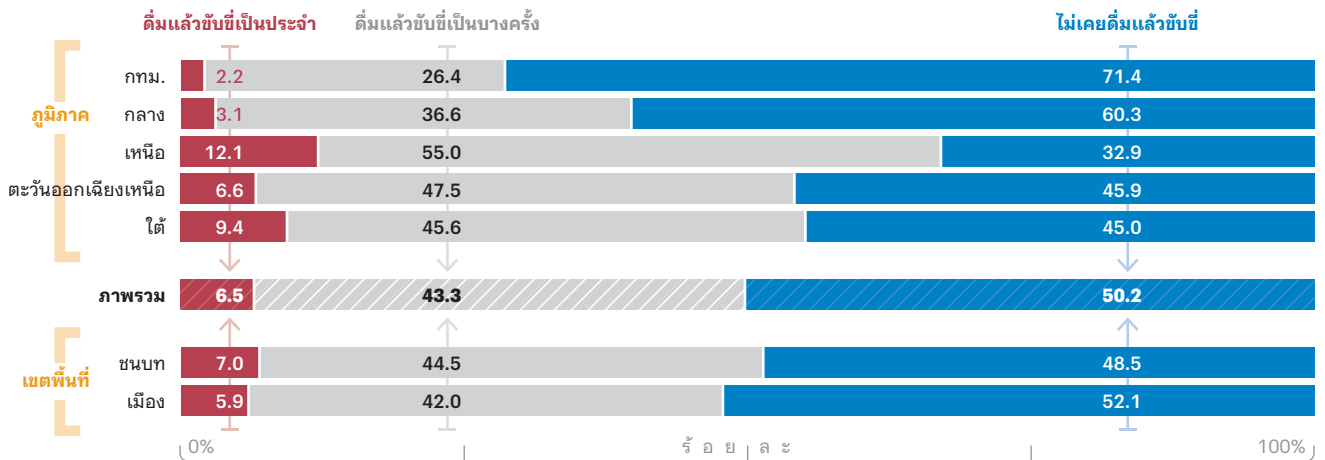
รถจักรยานยนต์ · รถยนต์ ·
รถบรรทุก/รถตู้ · อื่น ๆ

ที่มา : อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2560–2564, ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ไม่รวมการเสียชีวิตที่ไม่สามารถระบุกลุ่มอายุหรือยานพาหนะได้
ที่มา : อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2560–2564, ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พฤติกรรมดื่มแล้วขับในกลุ่มผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือน

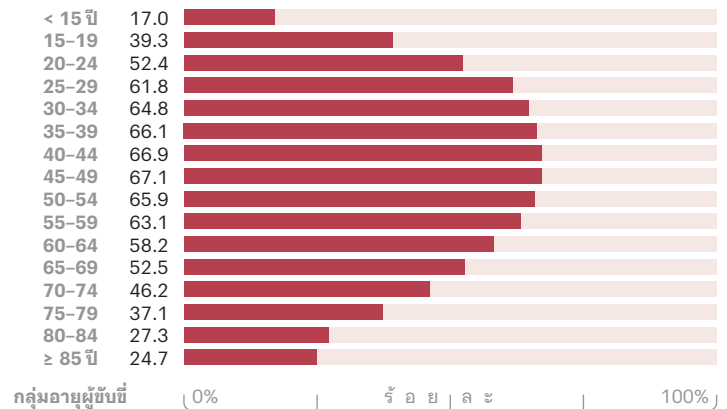
หมายเหตุ : เฉพาะผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือน และเป็นผู้ขับขี่รถยนต์ หรือจักรยานยนต์
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



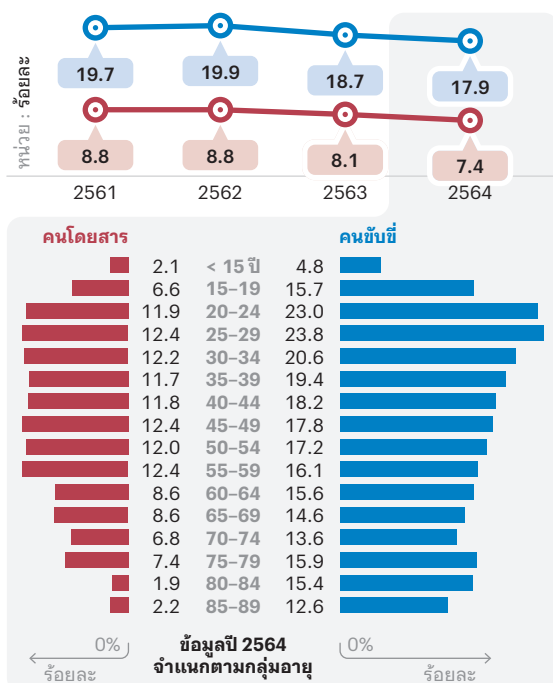
ร้อยละการตรวจพบแอลกอฮอล์ (ทั้งที่เกินและไม่เกินกฎหมายกำหนด) จำแนกตามกลุ่มอายุผู้ขับขี่

ภาพรวม	ตรวจพบแอลกอฮอล์	59%
จำแนกเป็นเกินกฎหมายกำหนด		52%
และไม่เกินกฎหมายกำหนด		7%

หมายเหตุ : การตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ขับขี่ เดือนธันวาคม 2561 ถึง เดือนกรกฎาคม 2564 โดยกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจเป็นกลุ่มที่มีลักษณะบ่งชี้ว่าอาจมีแอลกอฮอล์อยู่ในระหว่างขับ หรือใช้ถนน
ที่มา : รายงานการตรวจวัดแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ขับขี่ พ.ศ. 2560-2564, ศูนย์ข้อมูลกลางด้านการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



การใช้หมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และโดยสารรถจักรยานยนต์ ที่บาดเจ็บและเสียชีวิต



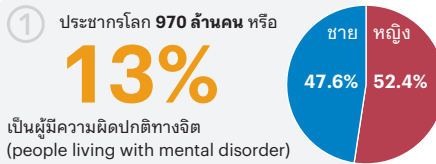
หมายเหตุ : ไม่รวม ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตที่ไม่ทราบว่า ใช้หรือไม่ใช้หมวกนิรภัย
ที่มา : จำนวนสาเหตุการบาดเจ็บ พ.ศ. 2561-2564, ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การบาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนมากยังคงมีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมเสี่ยง ดื่มแล้วขับ และการไม่สวมหมวกนิรภัยหรือใช้อุปกรณ์ป้องกันในระหว่างขับ จากผลการสำรวจในปี 2564 กับผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนและเป็นผู้ขับขี่รถยนต์หรือจักรยานยนต์ พบว่า มากถึงเกือบครึ่ง “เคยดื่มแล้วขับเป็นบางครั้ง” หรือ “เคยดื่มแล้วขับเป็นประจำ” (ร้อยละ 43.3 และ 6.5 ตามลำดับ) โดยเฉพาะ นักดื่มในเขตชนบท และนักดื่มในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ และจากข้อมูลการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ขับขี่ ช่วงปี 2561-2564 มีสัดส่วนของการตรวจพบแอลกอฮอล์มากถึงร้อยละ 59 โดยพบเป็นสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มผู้ขับขี่อายุ 35-49 ปี

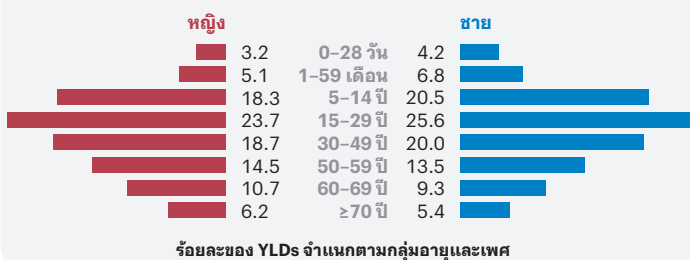
ในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญของอุบัติเหตุทางถนน ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค พบว่า ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่บาดเจ็บและเสียชีวิตในปี 2564 มีสัดส่วนการสวมหมวกนิรภัยที่ต่ำมากและสัดส่วนดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงในช่วงที่ผ่านมา โดยมีเพียงร้อยละ 17.9 ในกลุ่มคนขับขี่ และ 7.4 ในกลุ่มคนโดยสาร เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเรื่องนี้เนื่องจากมีสัดส่วนการสวมหมวกนิรภัยต่ำกว่าประชากรในกลุ่มวัยอื่น

“ผู้หญิงมีความเสี่ยงทางสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ชาย แต่มีอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายต่ำกว่า”

รายงาน
สุขภาพจิตโลก
2565

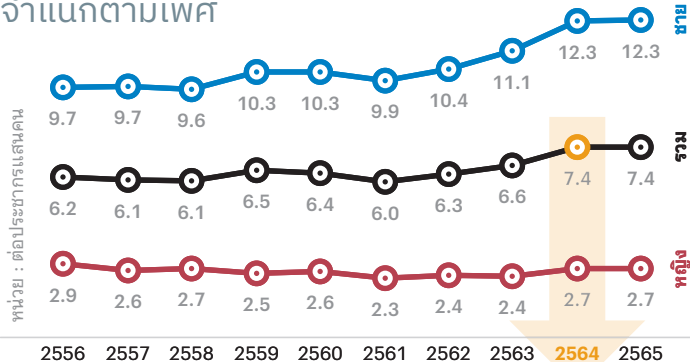


② ปีที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability: YLDs) ตลอดช่วงชีวิตของคน

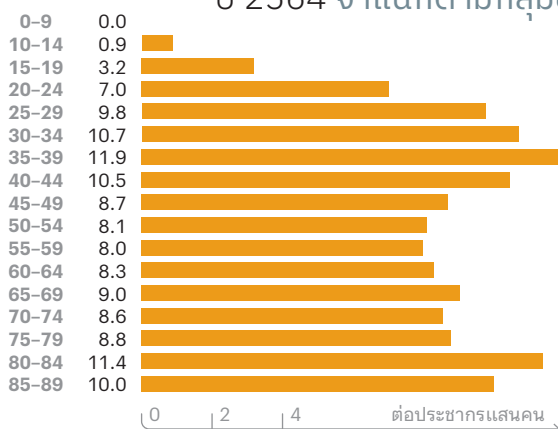


ที่มา : World Mental Health Report 2022, WHO

อัตราการตายจากการฆ่าตัวตาย ปี 2555-2564
จำแนกตามเพศ



ปี 2564 จำแนกตามกลุ่มอายุ

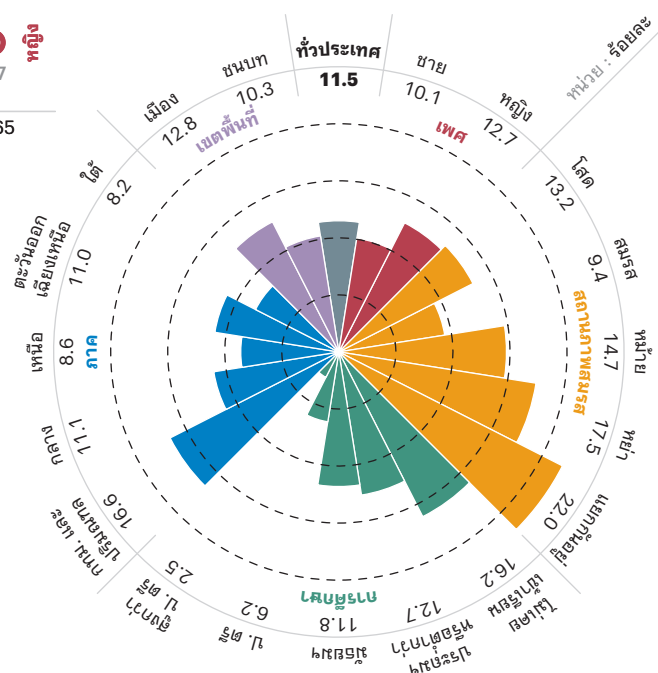


ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตายสำเร็จจากใบมรณบัตร พ.ศ. 2555-2564, ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันและการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

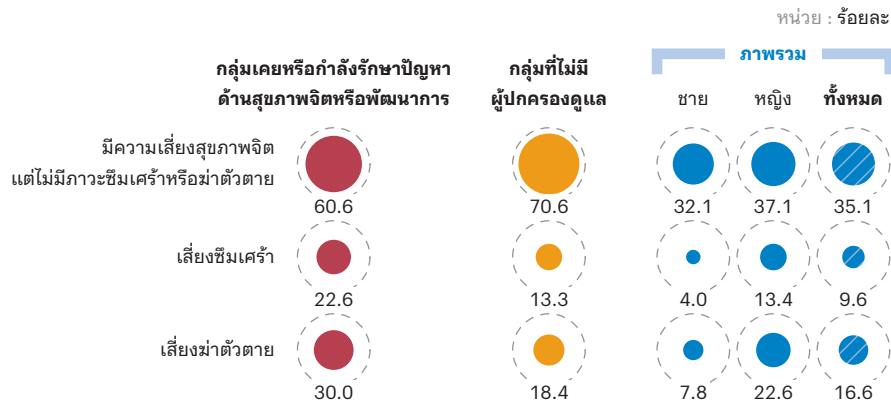
ปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตของบุคคล มีทั้งในระดับบุคคล (เช่น สุขภาพกายที่ดี ทักษะทางสังคมและการจัดการอารมณ์ การเห็นคุณค่าและรู้จักตัวเอง พฤติกรรมสุขภาพ) ระดับครอบครัวและชุมชน (เช่น โภชนาการและการเลี้ยงดู ความปลอดภัย เครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม สภาพแวดล้อมการอยู่อาศัย) ไปจนถึงระดับโครงสร้าง (เช่น ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ โครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสาธารณะ ความคุ้มครอง ความเป็นธรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคม)

ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต คาดว่ามีมากถึงร้อยละ 13 ของประชากรโลก ในภาพรวมตลอดช่วงชีวิตของคนจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต มีสัดส่วนที่สูงในกลุ่มเด็กและเยาวชน 15-29 ปี โดยเฉพาะผู้ชาย ตามมาด้วย กลุ่มเด็ก 5-14 ปี และคนวัยทำงานตอนกลาง 30-49 ปี ที่น่าสนใจ คือ แม่ผู้หญิงจะมีการสูญเสียปีสุขภาวะจากความผิดปกติทางจิตเป็นสัดส่วนต่ำกว่าผู้ชายในช่วงแรกเกิดจนถึง 49 ปี แต่พออายุ 50 ปีขึ้นไป สัดส่วนการสูญเสียดังกล่าวกลับเพิ่มสูงกว่า

ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป



ที่มา : การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนในประเทศไทย พ.ศ. 2563, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



ความเสี่ยงสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี

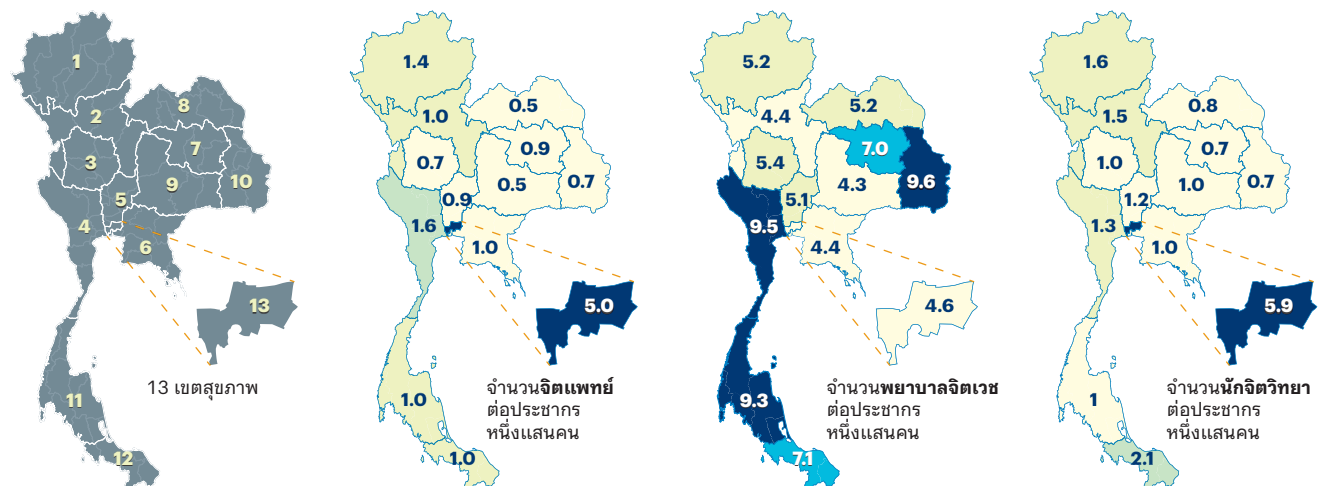
หมายเหตุ : ข้อมูลระหว่างวันที่ 12 ก.พ. ถึง 31 ส.ค. 2565 จำนวนผู้เข้าร่วมประเมินทั้งหมด 154,054 คน (ชาย 62,405 คน หญิง 91,467 คน และ ไม่ระบุเพศ 182 คน) ในจำนวนนี้ มีเด็กและวัยรุ่นที่ไม่มีผู้ปกครองดูแล 4,959 คน เคหะหรือกำลังรักษาปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือพัฒนาการ 6,916 คน
ที่มา : ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2564, Tableau Public

ในไทย อัตราตายจากการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ภาพรวมสุขภาพจิตของคนในประเทศ พบว่าเท่ากับ 7.4 ต่อประชากรแสนคนในปี 2564 สูงที่สุดในกลุ่มคนวัยทำงานอายุ 35-39 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยผู้ชายมีอัตราตายที่สูงกว่าผู้หญิงหลายเท่าตัวตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม จากแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต ซึ่งพบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กว่า 1 ใน 10 (ร้อยละ 11.5) มีระดับสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป ผู้หญิงกลับมีสัดส่วนของผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิตนี้สูงกว่าผู้ชาย โดยกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่น ประกอบด้วย ผู้ที่เป็นหม้าย หย่า และแยกกันอยู่กับคู่สมรส มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำหรือไม่ได้เรียนหนังสือ อยู่อาศัยในเขตเมือง รวมถึง คนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นอีกกลุ่มที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิตค่อนข้างสูง ผลการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในปี 2565 พบมากกว่า 1 ใน 3 มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิตแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงฆ่าตัวตาย ขณะที่ร้อยละ 16.6 และ 9.6 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้า ตามลำดับ โดยกลุ่มที่ค่อนข้างเปราะบาง คือ เด็กและวัยรุ่นที่ไม่มีผู้ปกครองดูแล และกลุ่มที่เคยหรือกำลังรักษาปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือพัฒนาการ

การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในประเทศไทยยังคงเป็นความท้าทาย จำนวนและสัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชต่อประชากรในประเทศไทยยังคงค่อนข้างจำกัด และกระจุกตัวอยู่เฉพาะในบางพื้นที่ โดยเฉพาะ จิตแพทย์และนักจิตวิทยา ที่พบว่าในกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนต่อประชากรที่ต่ำกว่าภูมิภาคอื่นหลายเท่าตัว

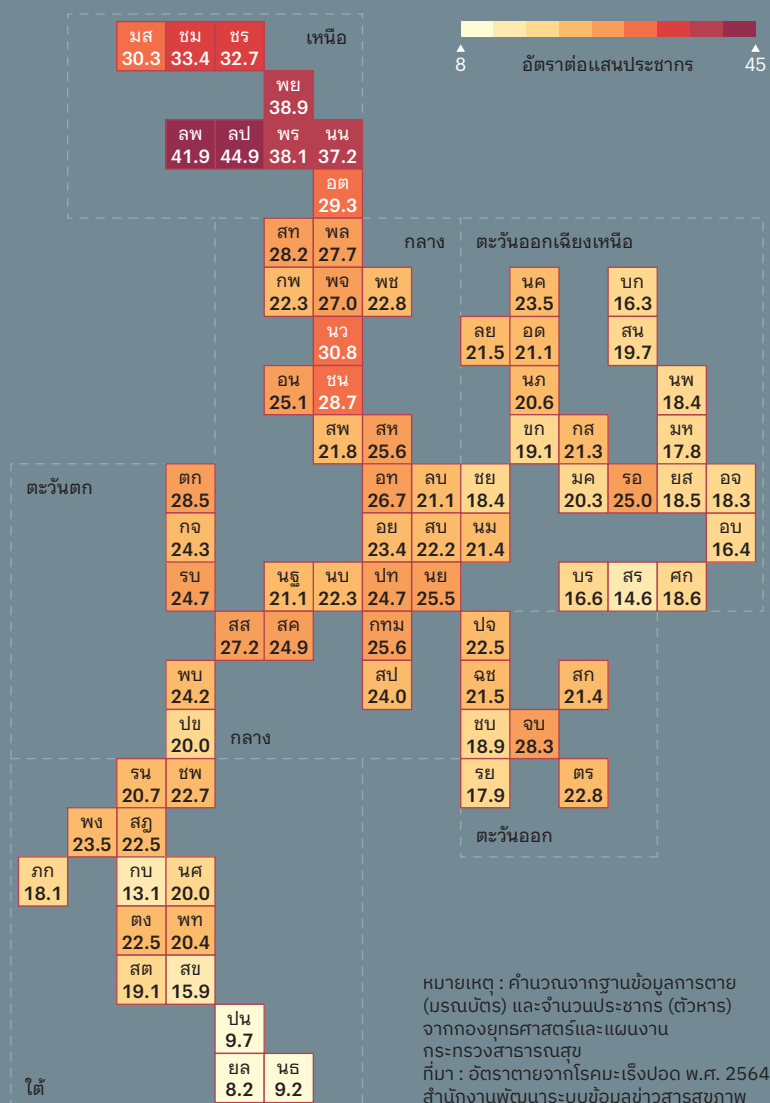
จำนวนจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ใน 13 เขตสุขภาพ



ที่มา : จำนวนผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช พ.ศ. 2565, กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

☺☺ โรงงานบำบัดและกำจัดกากอุตสาหกรรมในภาคเหนือ
ต้องรองรับโรงงานผู้ก่อกำเนิดของเสียมากกว่าภาคตะวันออกหรือภาคใต้ถึง 7 เท่า ☹☹

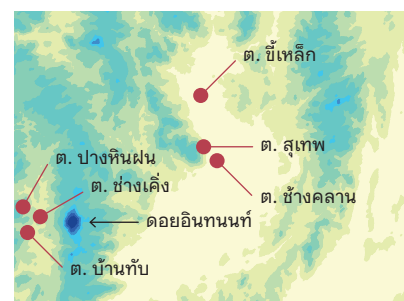
แผนที่อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด
รายจังหวัด ปี 2563



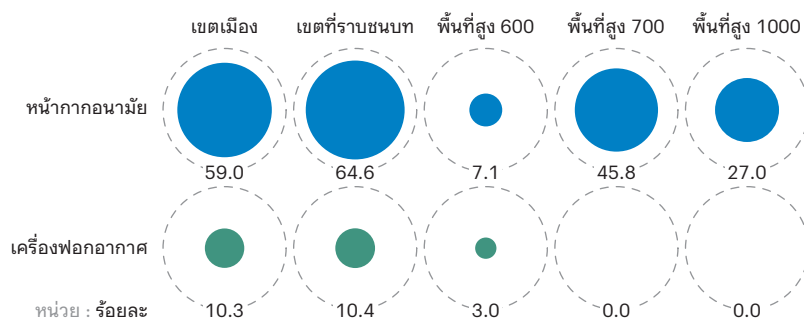
**ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ
ในประเทศไทย ได้แก่ มลพิษทางอากาศ
มลพิษจากขยะ และมลพิษจาก
อุตสาหกรรม ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
ของคนในแต่ละพื้นที่**

กิจกรรมทางเศรษฐกิจ ไม่ว่าจะเป็น
การคมนาคม อุตสาหกรรมการผลิต
และการเกษตร ก่อให้เกิดผลกระทบต่อ
สิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะมลพิษ
ทางอากาศ ที่เป็นประเด็นที่หลาย
ภาคส่วนให้ความสนใจ โดยทั่วไป
ผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ มีโอกาสได้รับ
ฝุ่น pm 2.5 มากกว่าผู้ที่อาศัยใน
ภูมิภาคอื่น ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราตายจาก
โรคมะเร็งปอดในแต่ละจังหวัดของ
ภาคเหนือที่ 25.6 รายต่อประชากร
แสนคน ซึ่งสูงกว่าภูมิภาคอื่น
อย่างชัดเจน

ร้อยละความเต็มใจที่จะจ่าย
เพื่ออุปกรณ์ป้องกัน
มลพิษทางอากาศในเชียงใหม่

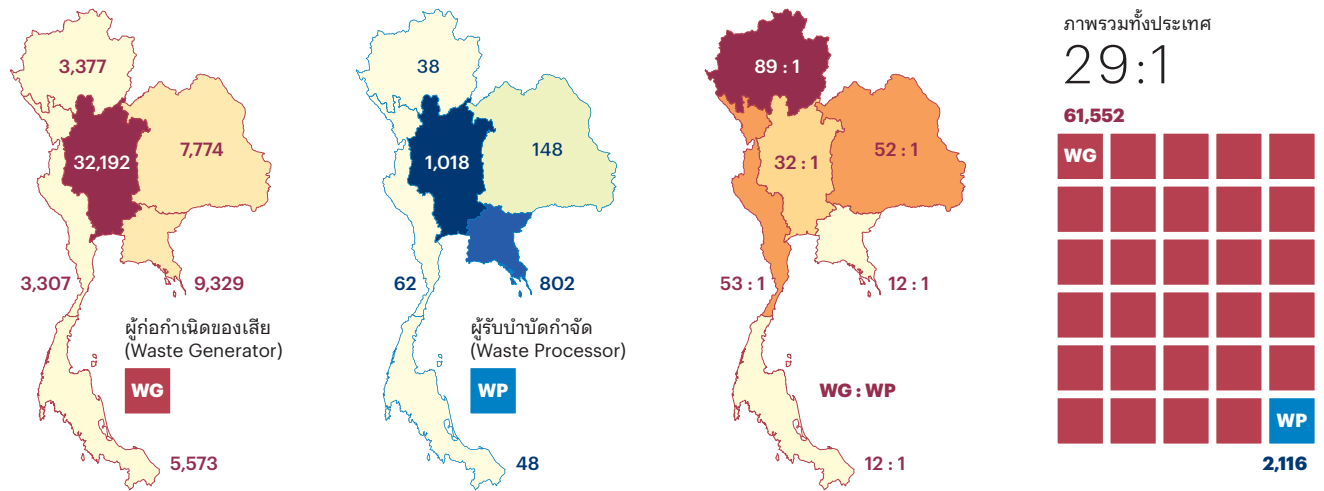


หมายเหตุ : ข้อมูลเก็บจาก 250 ครั้งเรือน ใน 5 พื้นที่ (6
ตำบล) ของจังหวัดเชียงใหม่
เขตเมือง: ตำบลสุเทพ และตำบลช้างคลาน
อำเภอเมือง
เขตที่ราบชนบท: ตำบลขี้เหล็ก อำเภอแม่ริม
พื้นที่สูง 600 (ความสูง 600 เมตรเหนือน้ำทะเล):
ตำบลช้างเคือง อำเภอแม่แจ่ม
พื้นที่สูง 700 (ความสูง 700 เมตรเหนือน้ำทะเล):
ตำบลบ้านทับ อำเภอแม่แจ่ม
พื้นที่สูง 1000 (ความสูง 1000 เมตรเหนือน้ำทะเล):
ตำบลปางหินฝน อำเภอแม่แจ่ม
ที่มา : Sereenonchi, Arunrat, and
Kamnoonwatana, 2020



การกระจายตัวของโรงงานบำบัดและกำจัดกากอุตสาหกรรม และศักยภาพการรองรับและการกระจายตัว ในแต่ละภูมิภาค ปี 2564

ที่มา : รายงานสถานการณ์มลพิษ ของประเทศไทย ปี 2564, กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม



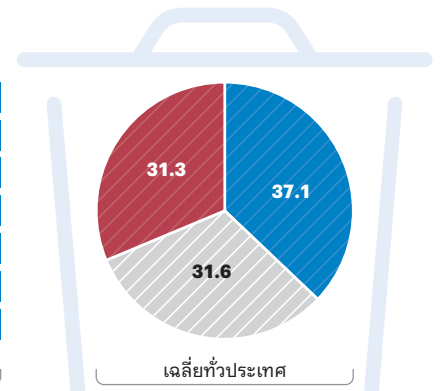
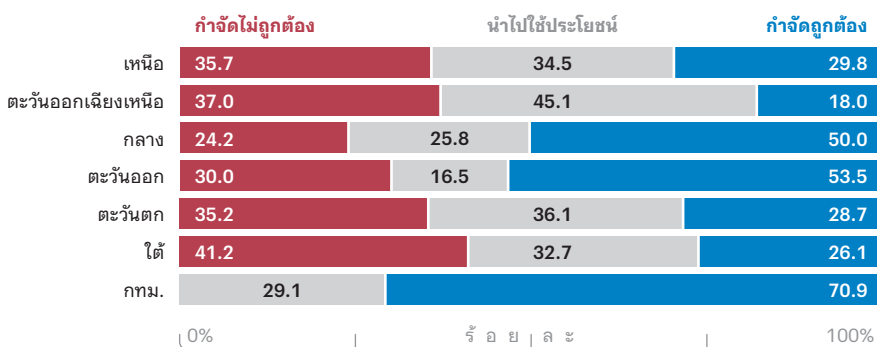
พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากมลพิษทางอากาศในระดับบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการใส่หน้ากากอนามัย และการติดตั้งเครื่องฟอกอากาศ แม้จะไม่สามารถแก้ปัญหาได้โดยตรง แต่อย่างน้อยสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศได้ การศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า คนในแต่ละพื้นที่มีความเต็มใจที่จะจ่ายเพื่ออุปกรณ์ป้องกันมลพิษทางอากาศแตกต่างกัน โดยพบว่าคนในเขตเมืองและเขตที่ราบชนบท มีความเต็มใจที่จะจ่ายสำหรับหน้ากากอนามัยและเครื่องฟอกอากาศสูงกว่าผู้อาศัยในพื้นที่สูง ซึ่งมีปัจจัยด้านระดับการศึกษา และการรับรู้ถึงภัยของมลพิษทางอากาศที่เกี่ยวข้อง

ในเรื่องของสถานการณ์ขยะมูลฝอย กรุงเทพมหานคร มีระบบการจัดการดีที่สุด คือ ขยะมูลฝอยทั้งหมดมีการกำจัดอย่างถูกต้อง หรือนำไปใช้ประโยชน์ ในขณะที่ภาคใต้ ขยะที่ยังกำจัดไม่ถูกต้องมีสูงถึงร้อยละ 41.2 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศที่ร้อยละ 31.3

เรื่องกากอุตสาหกรรมเป็นอีกประเด็นสำคัญทางสุขภาพ แต่ละภูมิภาคมีสัดส่วนโรงงานบำบัดและกำจัดกากอุตสาหกรรมที่แตกต่างกันไป ภาคตะวันออกและภาคใต้มีสัดส่วนผู้ก่อกำเนิดของเสียต่อผู้รับบำบัดกำจัดของเสียต่ำที่สุด ที่ 12 ต่อ 1 ในขณะที่ภาคเหนือมีสัดส่วนสูงที่สุด ที่ 89 ต่อ 1 ภาคเหนือจึงมีความเสี่ยงลักลอบทิ้งกากอุตสาหกรรมที่จะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมเพราะมีศักยภาพการรองรับการกำจัดของเสียที่ต่ำกว่าภูมิภาคอื่น ถึงแม้จำนวนโรงงานผู้ก่อกำเนิดของเสียจะไม่ได้มีจำนวนมากก็ตาม

สถานการณ์ขยะมูลฝอยของภูมิภาค ปี 2564

ที่มา : ระบบสารสนเทศด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน พ.ศ. 2564, กรมควบคุมมลพิษ



นอกเหนือจากระบบการจัดการขยะส่วนกลาง ซาเล้งและร้านรับซื้อของเก่า เป็นกลไกสำคัญหนึ่งในประเทศไทย ในการนำเศษพลาสติกและบรรจุภัณฑ์ประเภทต่าง ๆ กลับมาใช้ประโยชน์ สมาคมซาเล้งและร้านรับซื้อของเก่าประมาณการจำนวนซาเล้งในกรุงเทพมหานครประมาณ 30,000 ราย และร้านรับซื้อของเก่าที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายมากกว่า 600 ราย ซึ่งซาเล้งยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าไปเก็บขยะในบางพื้นที่ เช่น หมู่บ้านและคอนโดมิเนียม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาการสนับสนุนเพื่อให้อาชีพนี้มีความปลอดภัย และมีศักยภาพในการช่วยลดผลกระทบของขยะมูลฝอยต่อสิ่งแวดล้อม

“ครอบครัวที่อยู่คนเดียวมีพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และเสี่ยงโชคหรือเล่นพนัน สูงกว่าครอบครัวลักษณะอื่น”

สัดส่วนพฤติกรรมเสี่ยงระดับมากถึงมากที่สุด
จำแนกตามลักษณะครัวเรือน

	ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	สูบบุหรี่	เสี่ยงโชคหรือเล่นพนัน
อยู่คนเดียว	12.3	10.0	10.1
อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น	6.8	9.2	7.5
อยู่กับคู่สมรสและลูก	7.7	8.3	6.7
อยู่กับคู่สมรส ลูก และพ่อแม่	7.5	8.0	6.0
อยู่กับคู่สมรส/ญาติ/คนอื่น/ไม่มีลูก	8.6	7.1	7.9

หมายเหตุ : ระดับพฤติกรรมเสี่ยง 3 ระดับ คือ 1. น้อยถึงน้อยที่สุด 2. ปานกลาง 3. มากถึงมากที่สุด
ที่มา : การสำรวจการสร้างเสริมครอบครัวอบอุ่นและมีสุขเพื่อคนทำงานองค์กร พ.ศ. 2563, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

“ครอบครัว” สถาบันเล็กที่สุด และเป็นฐานรากสำคัญของสังคม หากสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รู้จักบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง และพึ่งตนเองได้ จะส่งผลถึงความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว

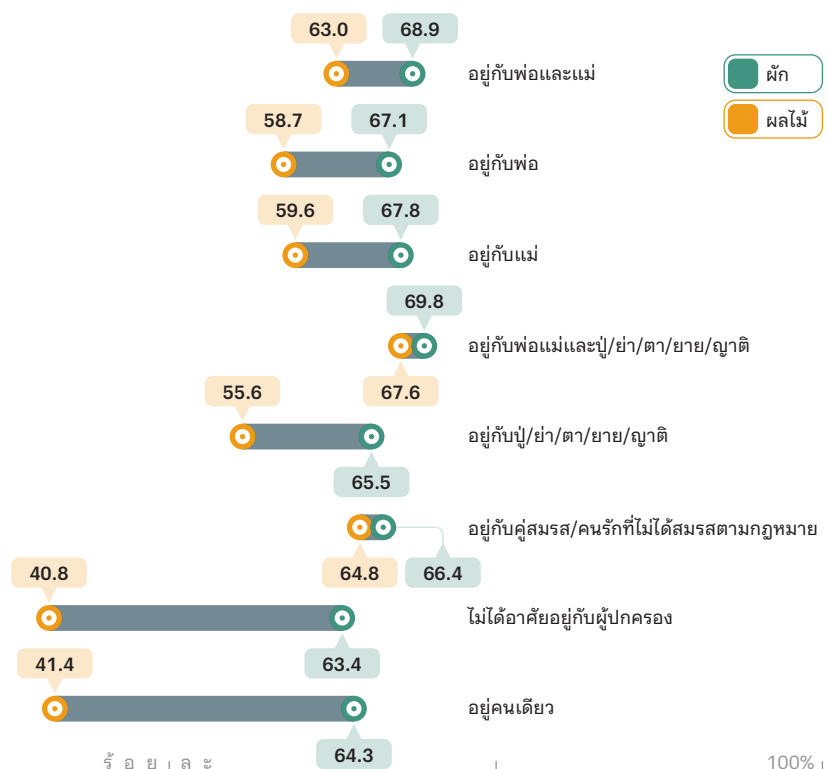
ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การสำรวจการสร้างเสริมครอบครัวอบอุ่นและมีสุขเพื่อคนทำงานองค์กรพบว่า ลักษณะครอบครัวที่อยู่คนเดียวมีพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และเสี่ยงโชคหรือเล่นพนันเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าครอบครัวลักษณะอื่น ที่ร้อยละ 12.3 10.1 และร้อยละ 10.0

สำหรับพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญสำหรับเด็กและเยาวชน ลักษณะครอบครัวที่มีพ่อแม่

หรือผู้ปกครองอยู่ด้วยจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ให้กับเด็กและเยาวชนได้ การสำรวจเยาวชนไทย ปี 2565 พบว่าเด็กวัยรุ่นที่อยู่คนเดียวหรืออยู่โดยไม่มีผู้ปกครองอยู่ด้วยจะมีพฤติกรรมการบริโภคผักและ

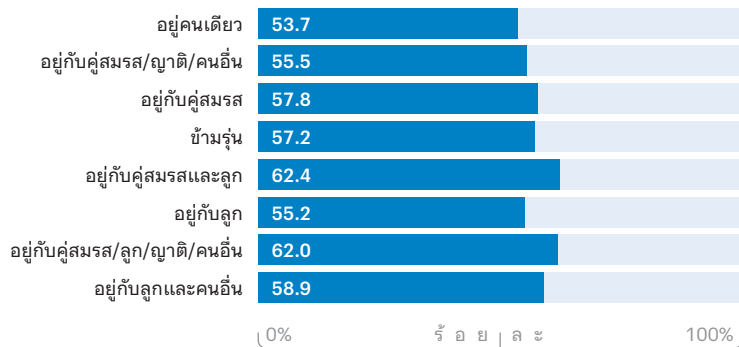
ผลไม้ต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีพ่อแม่ผู้ปกครองอยู่ด้วย โดยเฉพาะในเรื่องของการบริโภคผลไม้เป็นประจำ ซึ่งจะเห็นถึงความแตกต่างอย่างชัดเจนสำหรับวัยรุ่นที่ไม่ได้อาศัยกับผู้ปกครองหรืออยู่คนเดียว

สัดส่วนการกินผักผลไม้เป็นประจำของเด็กวัยรุ่น (อายุ 15–19 ปี)



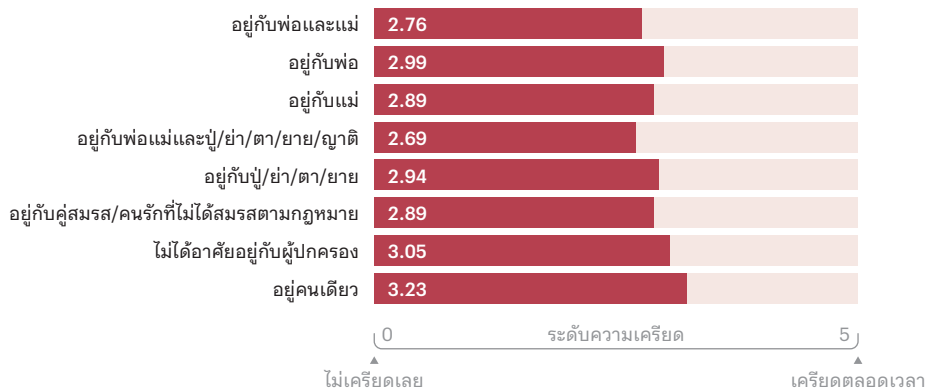
หมายเหตุ : ครอบครัวสามรุ่น หมายถึง เด็กอยู่กับพ่อแม่และปู่ย่าตายาย, ครอบครัวข้ามรุ่น หมายถึง เด็กอยู่กับปู่ย่าตายาย
ที่มา : การสำรวจเยาวชนไทย พ.ศ. 2565, ศูนย์ความรู้เกี่ยวกับเด็กและครอบครัว

สัดส่วนคนไทยที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ จำแนกตามลักษณะครอบครัว



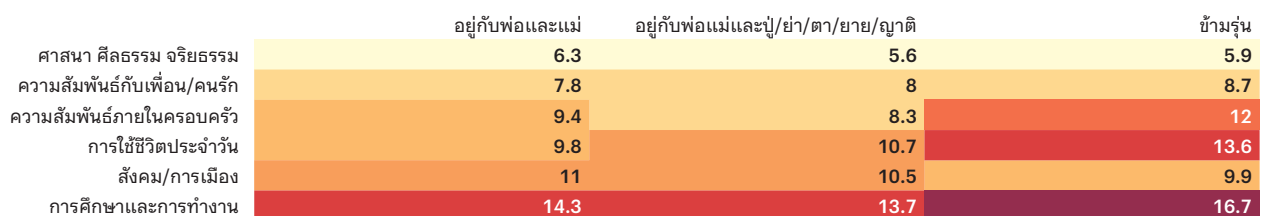
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ระดับความเครียดเฉลี่ย ของเด็กและเยาวชน (อายุ 15–24 ปี)



ที่มา : การสำรวจเยาวชนไทย พ.ศ. 2565, ศูนย์ความรู้พื้นฐานเด็กและครอบครัว

สัดส่วนเยาวชนมีความคิดขัดแย้งกับคนในครอบครัว ค่อนข้างมากถึงมากที่สุด จำแนกตามประเด็น



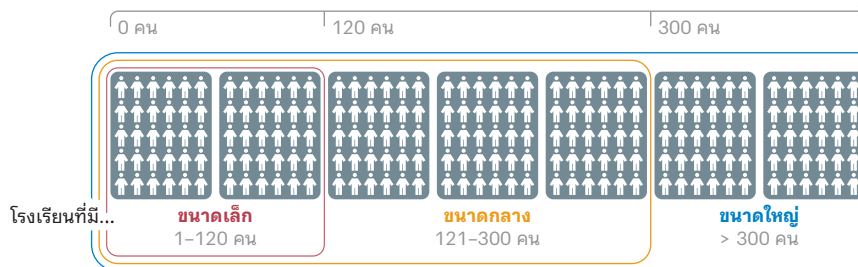
ที่มา : การสำรวจเยาวชนไทย พ.ศ. 2565, ศูนย์ความรู้พื้นฐานเด็กและครอบครัว

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ โดยลักษณะครอบครัวมีส่วนสำคัญกับการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งพบว่าในแต่ละลักษณะครอบครัวการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอค่อนข้างน่าเป็นกังวล เนื่องจากสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอยังห่างไกลจากค่าเป้าหมายของประเทศ อย่างไรก็ตาม การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 พบว่า ลักษณะครอบครัวที่อยู่พร้อมหน้าพ่อแม่ลูก จะมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสูงกว่าครอบครัวในลักษณะอื่นที่ร้อยละ 62.4 เปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่คนเดียวที่ร้อยละ 53.7

โครงสร้างของครอบครัวส่งผลต่อสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวเช่นเดียวกัน การสำรวจเยาวชนไทย ปี 2565 พบว่าเยาวชนที่อยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น จะมีความขัดแย้งทางความคิดในประเด็นการศึกษาและการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือคนรัก มากกว่าเยาวชนที่อยู่กับพ่อแม่ หรืออยู่ในครอบครัวสามรุ่น เมื่อพิจารณาถึงระดับความเครียด พบว่าการอยู่ในครอบครัวที่มีพ่อแม่ผู้ปกครองอยู่ด้วย ระดับความเครียดของเยาวชนจะน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเยาวชนที่อยู่คนเดียว หรือไม่ได้อยู่กับผู้ปกครอง

สภาพแวดล้อมโรงเรียน

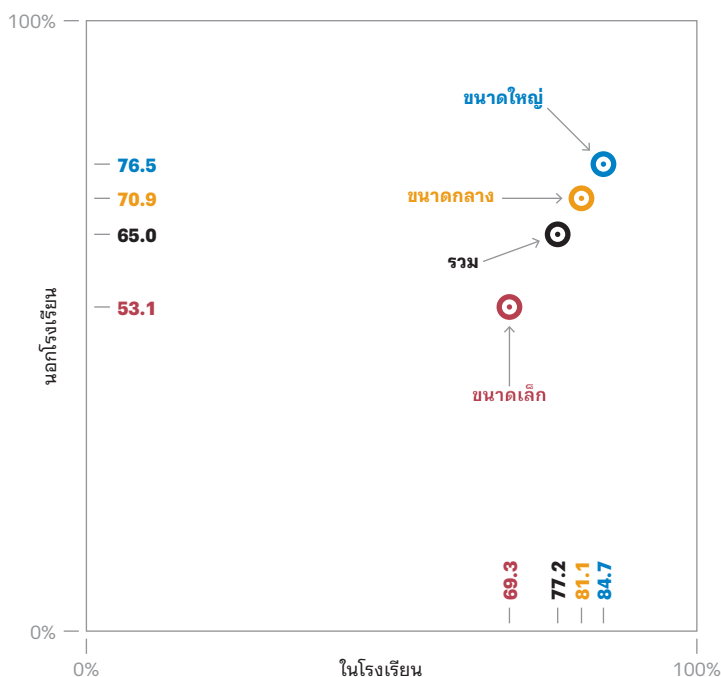
“ 1 ใน 4 ของโรงเรียนขนาดเล็ก
ขาดผู้จัดการอาหารกลางวัน
ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรโภชนาการพื้นฐาน ”



สัดส่วนโรงเรียนที่มีผู้รับผิดชอบจัดการอาหารกลางวันสำเร็จ
การศึกษาหรือผ่านการอบรมหลักสูตรโภชนาการพื้นฐาน
จำแนกตามขนาดโรงเรียน



สัดส่วนโรงเรียนที่มีสถานที่ที่มีการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม
ให้นักเรียนในและรอบโรงเรียน จำแนกตามขนาดโรงเรียน



หมายเหตุ : รวม 1,144 โรงเรียน
(ขนาดเล็ก 407 โรงเรียน ขนาดกลาง 639 โรงเรียน ขนาดใหญ่ 98 โรงเรียน)
ที่มา : รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการการสำรวจสภาพแวดล้อม ทางด้านอาหารและการจัดการ
อาหารในโรงเรียนและรอบรั้วโรงเรียน ก้าวโภชนาการของเด็กวัยเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
ระยะที่ 1 พ.ศ. 2556-2557, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

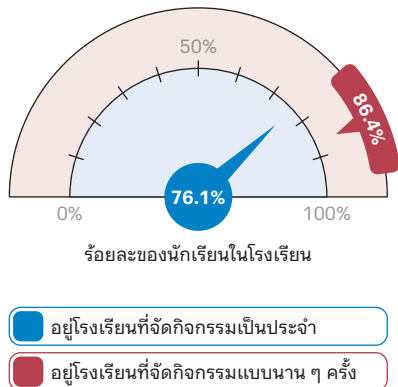
โรงเรียนเป็นสถานที่สำคัญที่จะ
ส่งผลต่อสุขภาพของเด็กวัยเรียน
ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในบริบท
ของโรงเรียน มี 6 ประเด็นหลัก
ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ
และโครงสร้าง นโยบายด้านสุขภาพ
โครงการสุขภาพ ทรัพยากรสุขภาพ
บรรยากาศในโรงเรียน และ
องค์ประกอบโรงเรียน

โรงเรียนขนาดเล็ก กลาง ใหญ่
มีประเด็นท้าทายในเรื่องการส่งเสริม
การรับประทานอาหารที่แตกต่างกัน
สำหรับโรงเรียนขนาดเล็กและกลาง
ยังขาดแคลนบุคลากรที่ผ่านการอบรม
หลักสูตรโภชนาการพื้นฐาน ในขณะที่
โรงเรียนขนาดใหญ่พบความท้าทายใน
การจัดการสภาพแวดล้อมทางอาหาร
ภายในและรอบโรงเรียน เนื่องจาก
โรงเรียนขนาดใหญ่มีอาหารและ
เครื่องดื่มพร้อมจำหน่ายทั้งในและ
นอกโรงเรียนมากกว่า ที่ร้อยละ 85 และ
77 ตามลำดับ

ความปลอดภัยในการเดินทาง ไปโรงเรียน

การเดินทางไปกลับโรงเรียน มีความเสี่ยงใน
การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในพื้นที่ที่ไม่มีระบบ
ขนส่งสาธารณะที่ทั่วถึง ผู้ปกครองหลายคน
จำเป็นต้องให้ลูกขับขี่มอเตอร์ไซด์ไปโรงเรียน
ทั้งที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ หรือการเดินทางด้วย
รถรับส่งนักเรียน ที่แม้มีประกาศจากกรม
การขนส่งทางบกในปี 2559 ว่าด้วยเกณฑ์
มาตรฐานความปลอดภัยของรถรับส่งนักเรียน
แต่จากการสำรวจข้อมูลอย่างไม่เป็นทางการ
ของศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน
พบว่า ในทางปฏิบัติอย่างน้อยร้อยละ 80 ของ
รถรับส่งนักเรียน ไม่ได้มีมาตรฐานตามเกณฑ์
และไม่ได้ขออนุญาตเป็นรถรับส่งนักเรียนจาก
กรมการขนส่งทางบก

สัดส่วนนักเรียนที่อยากทดลองสูบบุหรี่ จำแนกตามการจัดกิจกรรมรณรงค์ ไม่สูบบุหรี่ของโรงเรียน



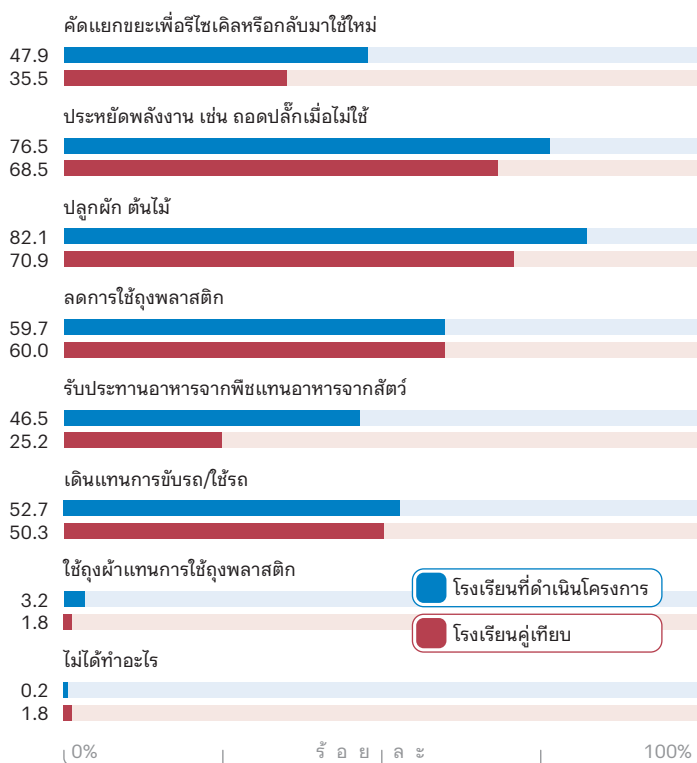
หมายเหตุ : สํารวจนักเรียนทุกภูมิภาคของไทย
จํานวน 3,156 คน โดยมีร้อยละ 72.4 เรียนอยู่ใน
โรงเรียนที่จัดกิจกรรมต่อต้านบุหรี่เป็นประจำ และอีก
ร้อยละ 27.6 เรียนอยู่ในโรงเรียนที่จัดกิจกรรมต่อต้าน
บุหรี่นาน ๆ ครั้ง
ที่มา : Phetphum, et al., 2022

การดำเนินนโยบายของโรงเรียน เป็นปัจจัยสำคัญที่อาจเกี่ยวข้อง
กับพฤติกรรมทางสุขภาพของนักเรียน ในด้านการสูบบุหรี่ พบว่า
โรงเรียนที่จัดกิจกรรมรณรงค์ไม่สูบบุหรี่เป็นประจำ มีสัดส่วนนักเรียน
ที่อยากทดลองสูบบุหรี่ต่ำกว่า ที่ร้อยละ 13.6 เปรียบเทียบกับโรงเรียน
ที่จัดกิจกรรมแบบนาน ๆ ครั้ง ที่ร้อยละ 23.9

โรงเรียนที่ให้ความสำคัญกับการมีกิจกรรมทางกายของนักเรียน
เช่น โครงการโรงเรียนฉลาดเล่น ที่ส่งเสริมให้เด็ก ๆ ได้มีโอกาส
เคลื่อนไหวร่างกายตลอดทั้งวัน สามารถเพิ่มสัดส่วนนักเรียนที่มี
กิจกรรมทางกายได้เพียงพอ โดยนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียน
ฉลาดเล่น มีสัดส่วนนักเรียนที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอที่ร้อยละ 16
(ซึ่งยังถือว่าต่ำ) เปรียบเทียบกับร้อยละ 0.6 (ต่ำมาก) ในโรงเรียนทั่วไป

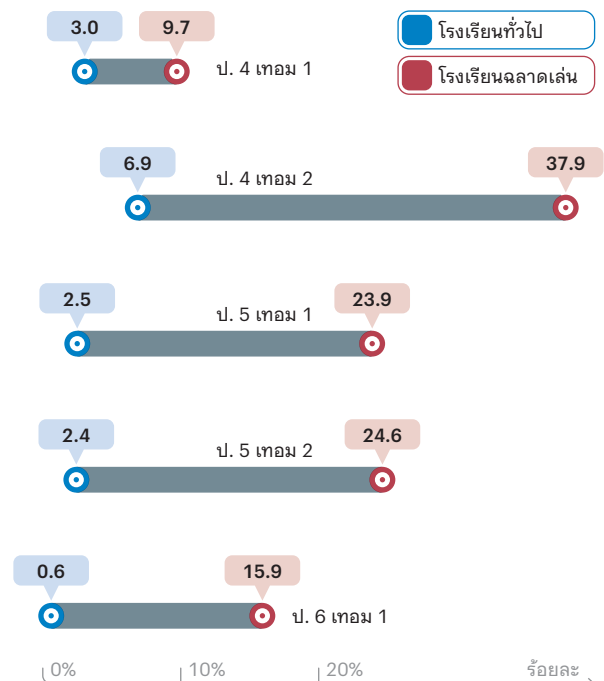
การดำเนินงานโครงการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของโรงเรียน
มีความเกี่ยวข้องกับแนวทางการลดภาวะโลกร้อนของนักเรียน เช่น
การคัดแยกขยะ การประหยัดพลังงาน การปลูกผักหรือต้นไม้ หรือ
การรับประทานอาหารที่มาจากพืช อย่างไรก็ตาม บางพฤติกรรม เช่น
การลดใช้ถุงพลาสติก และการลดการขับรถ/ใช้รถ ไม่มีความแตกต่าง
กันมากไม่ว่าโรงเรียนจะดำเนินโครงการหรือไม่ เนื่องจากมีปัจจัยอื่น
ที่สำคัญเกี่ยวข้องร่วมด้วย

สัดส่วนแนวทางการลดภาวะโลกร้อนของนักเรียน จำแนกตามการดำเนินโครงการของโรงเรียน



หมายเหตุ : ผลการรายงานของนักเรียนหลังการดำเนินโครงการ 3Rs (Reduce, Re-use, Recycle) ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรม (359 คน) เปรียบเทียบกับโรงเรียนคู่เทียบที่ไม่ได้ดำเนินกิจกรรม (331 คน) นักเรียนสามารถเลือกแนวทางได้มากกว่า 1 ข้อ
ที่มา : Banchonhattakit, Inmuong, Duangsong, Phimha, Prachaiboon, and Padchawan, 2022

สัดส่วนนักเรียนที่มีกิจกรรมทางกาย เพียงพอ (60 นาทีต่อวัน) จำแนกตาม สถานะการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ



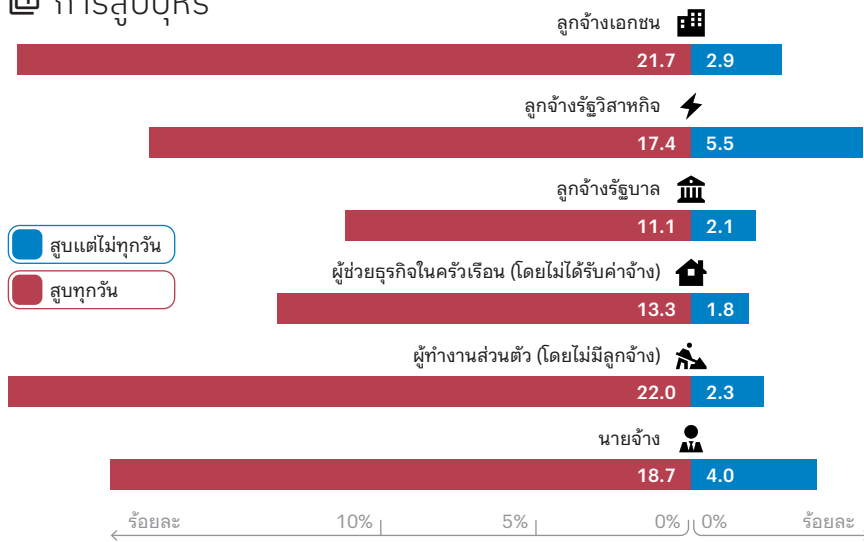
ที่มา : โครงการโรงเรียนฉลาดเล่น พ.ศ. 2562, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สภาพแวดล้อมที่ทำงาน

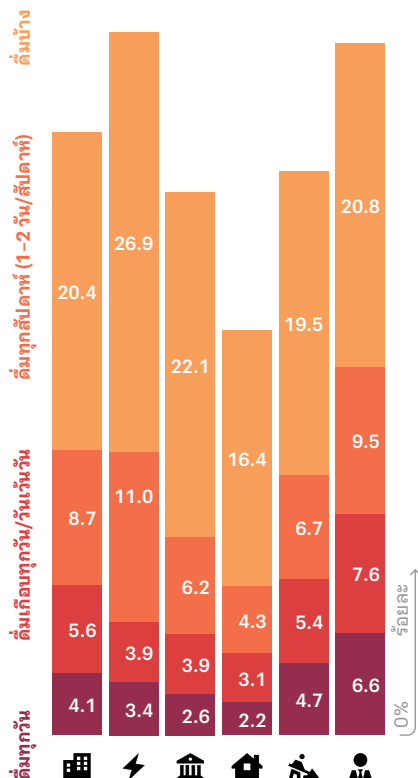
“ คนทำงานการผลิตและการบริการ
 สุขุบุหรืมากกว่ากลุ่มอื่น ขณะที่คนทำงานบริหาร
 ดั้มแอลกอฮอล์และมีภาวะอ้วนมากที่สุด ”

4 พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ กับสถานภาพการทำงาน

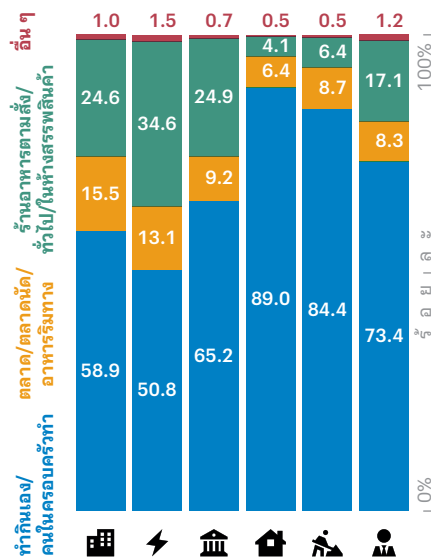
1 การสุขุบุหรื



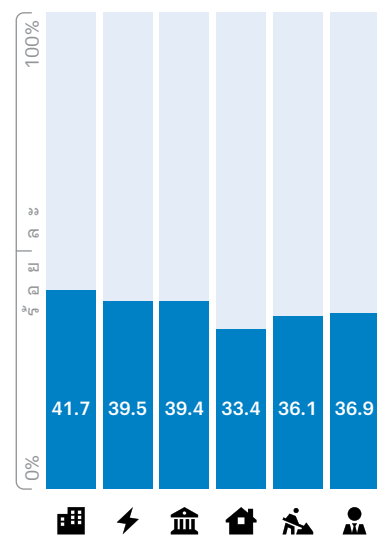
2 การบริโภคแอลกอฮอล์



3 การบริโภคอาหาร : แหล่งของอาหารหลัก ที่กินบ่อยที่สุด



4 ผู้มีกิจกรรมทางกาย ไม่เพียงพอ



โดยเฉลี่ย คนวัยทำงานใช้เวลาถึง 1 ใน 3 ของแต่ละวันไปกับการทำงาน ลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมถึงนโยบายของสถานประกอบการหรือที่ทำงานในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพคนทำงาน จึงเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพคนวัยทำงานที่ต้องให้ความสำคัญ

พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรวัยแรงงานไทย มีความแตกต่างกันตามสถานภาพการทำงาน ในเรื่องบุหรื ลูกจ้างเอกชน และผู้ทำงานส่วนตัว เป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังและเน้นในการสนับสนุนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุดเนื่องจากพบว่า กว่า 1 ใน 5 มีการสุขุบุหรืทุกวัน สำหรับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่ามีผู้ที่ดื่มอย่างน้อยทุกสัปดาห์ คิดเป็นสัดส่วนสูงที่สุดในกลุ่มนายจ้าง ลูกจ้างเอกชน และลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ

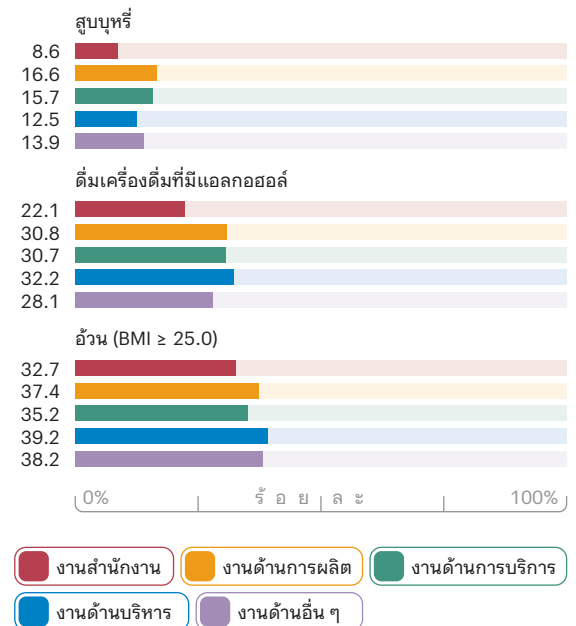
เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย กลุ่มลูกจ้าง ทั้งในภาคเอกชน ภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ มีสัดส่วนที่กินอาหารนอกบ้านเป็นหลักมากกว่าคนทำงานกลุ่มอื่น โดยส่วนใหญ่เป็นการเลือกซื้อหรือบริโภคอาหารตามตลาดและร้านอาหารต่าง ๆ

ขณะเดียวกัน ก็เป็นกลุ่มคนทำงานที่มีสัดส่วนของผู้ที่มีกิจกรรมทางกายโดยเฉลี่ยในแต่ละวันที่ไม่เพียงพอสูงกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้นองค์กรหรือสถานประกอบการที่ทำงานของลูกจ้างจึงควรหมั่นพบปะในการสนับสนุนและส่งเสริมสภาพแวดล้อมด้านอาหารในที่ทำงานหรือบริเวณโดยรอบที่ทำงานที่เอื้อต่อการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพของคนทำงาน รวมถึง มีนโยบายหรือมาตรการเพื่อสนับสนุนให้ลูกจ้างหรือคนทำงานได้มีการเคลื่อนไหว มีกิจกรรมทางกายในระหว่างการทำงานและการออกกำลังกายอย่างเพียงพอเพิ่มขึ้น

จากการสำรวจด้วยแบบประเมินความสุขคนทำงาน (ในองค์กร) ปี 2564 พบว่ากว่า 1 ใน 3 ของคนทำงานในองค์กรหรือสถานประกอบการที่ร่วมสำรวจ มีภาวะอ้วน โดยมีสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มงานด้านบริหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มงานด้านบริหารเช่นกัน ตามมาด้วยกลุ่มงานด้านการผลิตและการบริการ ตามลำดับ ซึ่งสองกลุ่มหลังนี้มีสัดส่วนของคนทำงานที่สูบบุหรี่มากกว่าลักษณะงานอื่น

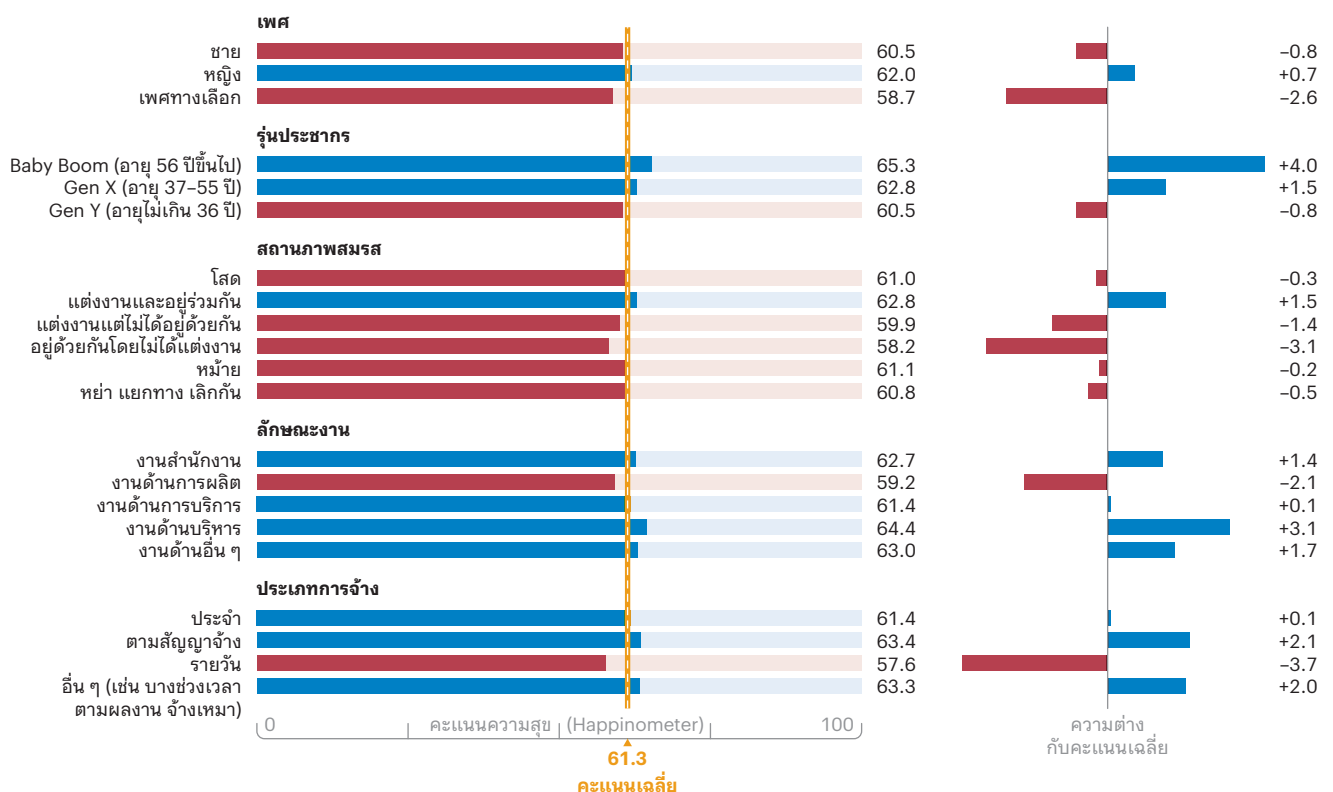
ในมิติความสุขของคนทำงาน กลุ่มที่มีระดับความสุขต่ำกว่ากลุ่มอื่น ได้แก่ คนทำงานเพศทางเลือก คนทำงานเจนเอเรชั่นวาย คนทำงานที่มีสถานภาพสมรสแต่งงานแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน หรืออยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน คนทำงานด้านการผลิต และกลุ่มที่มีประเภทการจ้างเป็นลูกจ้างรายวันที่มีความมั่นคงในการทำงานค่อนข้างต่ำ

ร้อยละคนทำงานที่ “สูบบุหรี่” “ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์” “อ้วน” จำแนกตามลักษณะงาน



หมายเหตุ : กลุ่มตัวอย่างคนทำงานรวม 20,980 คน; “สูบบุหรี่” – สูบแน่นอนๆครั้ง สูบบ่อยครั้งและสูบเป็นประจำ; “ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์” – ดื่มเกือบทุกเดือน เกือบทุกสัปดาห์หรือเกือบทุกวัน
ที่มา : รายงานการสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข ความผูกพันองค์กรของคนทำงาน (ในองค์กร) ระดับประเทศ พ.ศ. 2564, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส.

คะแนนความสุขคนทำงาน (ในองค์กร) ปี 2564 จำแนกตามลักษณะของคนทำงานและปัจจัยการทำงาน

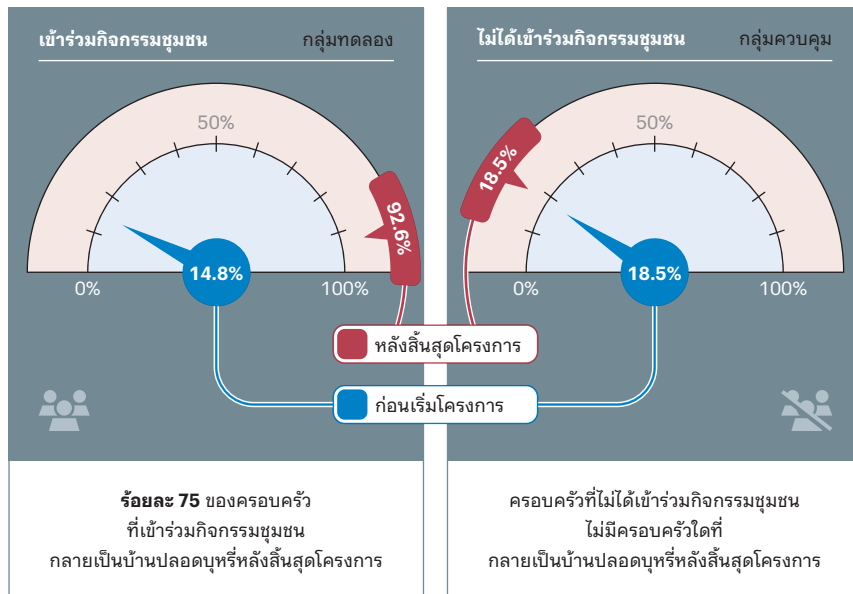


ที่มา : รายงานการสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข ความผูกพันองค์กรของคนทำงาน (ในองค์กร) ระดับประเทศ พ.ศ. 2564, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส.

สภาพแวดล้อมชุมชน

“ชุมชนควรรณรงค์ให้งานเทศกาลประเพณี คอนเสิร์ต งานเลี้ยงในที่สาธารณะต่าง ๆ ปลอดภัย ภาชนะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือพบนักดื่มร้อยละ 70.5 และ 69.6 เคยดื่มในงานเหล่านี้ใน 12 เดือนที่ผ่านมา สูงกว่าภาพรวมประเทศที่ร้อยละ 59.8”

สัดส่วนครอบครัวที่มีการตั้งกฎห้ามสูบบุหรี่ในตัวบ้าน
จำแนกตามการเข้าร่วมโครงการการมีส่วนร่วมของชุมชน

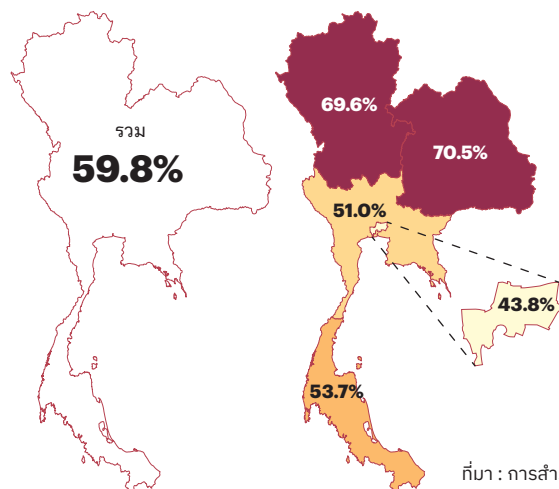


หมายเหตุ : เป็นการวิจัยเชิงทดลองในครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ในตัวบ้าน 54 ครอบครัวในอำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยครอบครัวถูกสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเกี่ยวกับบ้านปลอดบุหรี่ 5 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับการตามปกติ ผลเป็นการเปรียบเทียบการตั้งกฎห้ามสูบบุหรี่ในตัวบ้านก่อนเริ่มโครงการ และภายหลังสิ้นสุดโครงการ
ที่มา : Suteerangkul et al., 2021

ชุมชนมีศักยภาพอย่างมากใน
การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน
ในพื้นที่ ผ่านการสร้างสภาพแวดล้อม
ทางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรม
ที่เอื้อต่อวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ

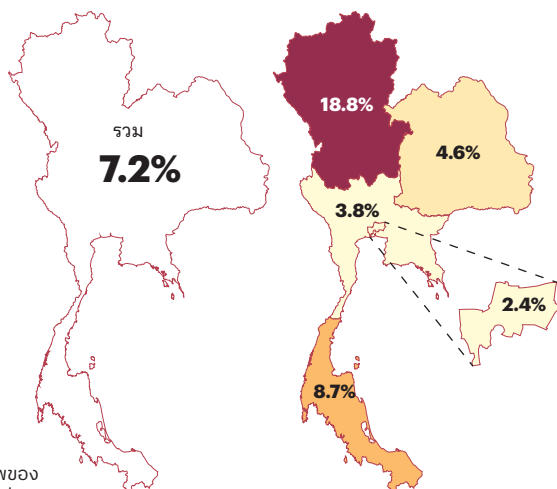
ชุมชนสามารถขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของคนในชุมชนได้ การได้รับความรู้หรือมือสองจากการสูบบุหรี่ในตัวบ้านเป็นประเด็นเสี่ยงสุขภาพที่ชุมชนมีศักยภาพในการช่วยจัดการได้ การวิจัยเชิงทดลองพบว่า ครอบครัวที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การได้รับความรู้จากการรณรงค์ในชุมชน การรับการเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจและคำแนะนำ สามารถเพิ่มสัดส่วนครอบครัวที่มีการตั้งกฎห้ามสูบบุหรี่ในตัวบ้านได้จากร้อยละ 14.8 เป็นร้อยละ 92.6 ในระยะเวลา 6 เดือน โดยร้อยละ 75 ของครอบครัวกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมได้กลายเป็นบ้านปลอดบุหรี่ได้จริง

สัดส่วนผู้ดื่มที่บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
ที่สถานที่จัดงานเทศกาลประเพณี คอนเสิร์ต
งานเลี้ยงในที่สาธารณะ ในระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว



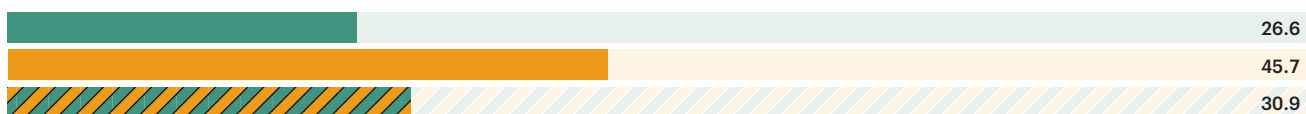
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สัดส่วนผู้ดื่มที่เคยดื่ม
สุราเถื่อน เหล้าดำ เหล้าชุมชน
ที่ไม่เสียภาษี

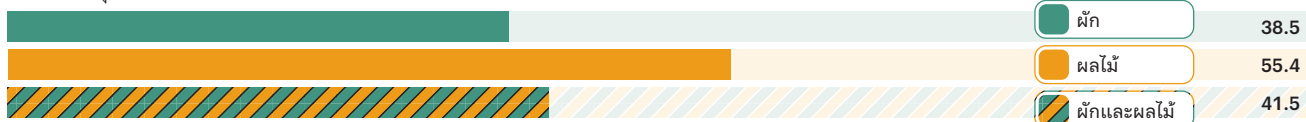


ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามการกินผัก ผลไม้ ผักและผลไม้เพียงพอ และการรับรู้รู้รณรงค์จากชุมชนของตนเอง

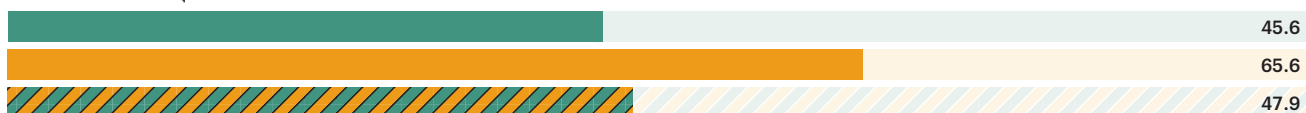
ไม่เคยได้ยิน



น้อย/น้อยที่สุด



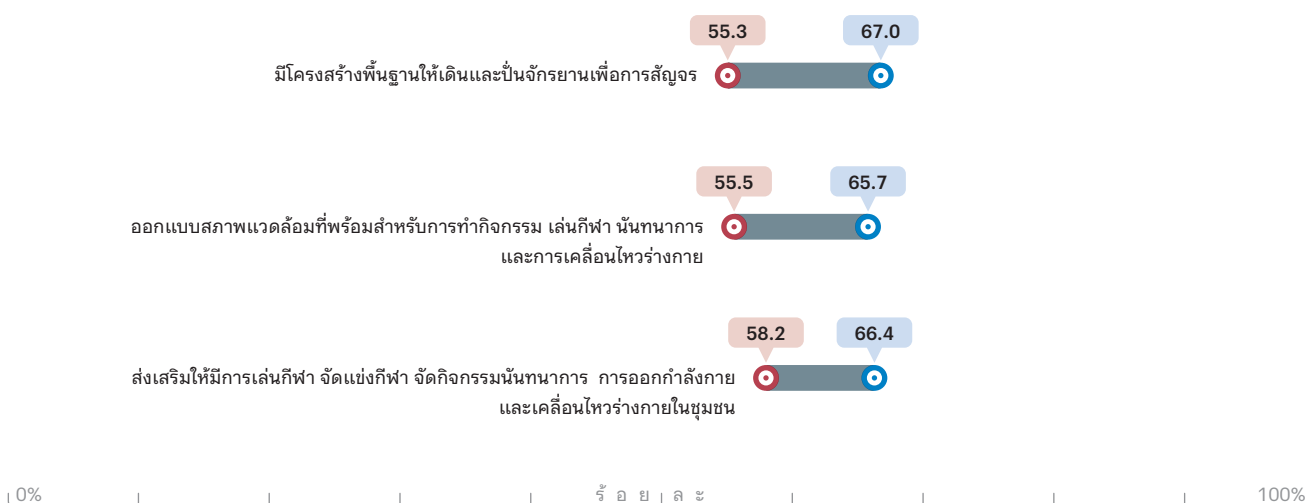
ปานกลาง/มาก/มากที่สุด



0% ร้อยละ 100%

ที่มา : โครงการการศึกษาสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย (ระดับประเทศ) พ.ศ. 2565, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ จำแนกตามการบริหารจัดการพื้นที่และกิจกรรมของชุมชน



0% ร้อยละ 100%

- ชุมชนที่มีการบริหารจัดการพื้นที่และกิจกรรมดังกล่าว
- ชุมชนที่ไม่มีการบริหารจัดการพื้นที่และกิจกรรมดังกล่าว

ที่มา : รายงานสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ พ.ศ. 2564, ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค)

ในด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ นอกเหนือจากการรณรงค์งานเทศกาลปลอดเหล้าในชุมชนแล้ว ยังมีประเด็นของการดื่มสุราเถื่อน เหล้าต้ม เหล้าชุมชนที่ไม่เสียภาษี ภาคเหนือ มีการดื่มเครื่องดื่มเหล่านี้สูงที่สุดในทุกภูมิภาคที่ร้อยละ 18.8 เปรียบเทียบกับภาพรวมประเทศที่ร้อยละ 7.2

ในด้านการบริโภคอาหาร พบความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอ และการรับรู้การรณรงค์เรื่องบริโภคผักและผลไม้จากชุมชนของตนเอง ยังมีระดับการรับรู้การรณรงค์มากเท่าใด ยังมีสัดส่วนการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอเพิ่มสูงขึ้นเท่านั้น

สุดท้าย การบริหารจัดการพื้นที่และกิจกรรมของชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกาย การมีโครงสร้างพื้นฐานให้เดินหรือปั่นจักรยาน การออกแบบสภาพแวดล้อมสำหรับการทำกิจกรรมทางกาย การส่งเสริมให้มีการเล่นกีฬา จัดแข่งกีฬา หรือกิจกรรมทางกาย ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนเหล่านั้น มีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสูงกว่าชุมชนที่ไม่ได้มีการสร้างเสริมสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับการมีกิจกรรมทางกาย

สภาพแวดล้อมทางนโยบาย

“ประเทศไทยให้ความสำคัญในด้านการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีความเป็นรูปธรรมชัดเจนเมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกาศใช้ โดยกำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หรือสมัชชาเฉพาะพื้นที่ หรือ สมัชชาเฉพาะประเด็น เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้เสนอประเด็นนโยบาย และมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายอย่างแท้จริง”

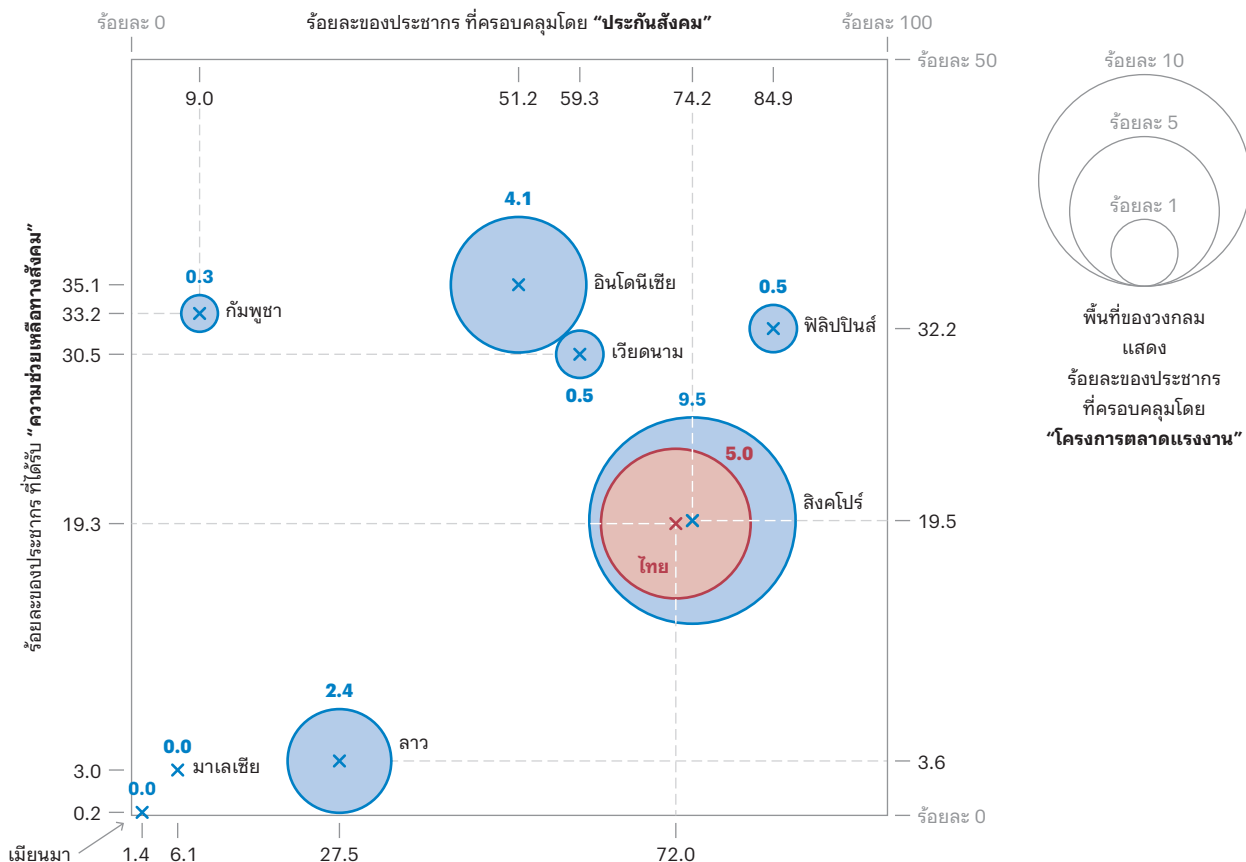
ปัญหาความเหลื่อมล้ำในประเทศไทยมีหลายมิติ โดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ ด้านการศึกษาและโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการหรือบริการต่าง ๆ ซึ่งประเทศไทยได้ดำเนินนโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) ในปี 2573

คณะกรรมการวิจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ปี 2005-2008 แต่งตั้งโดยองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดทิศทางสำหรับนโยบายในการจัดการปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

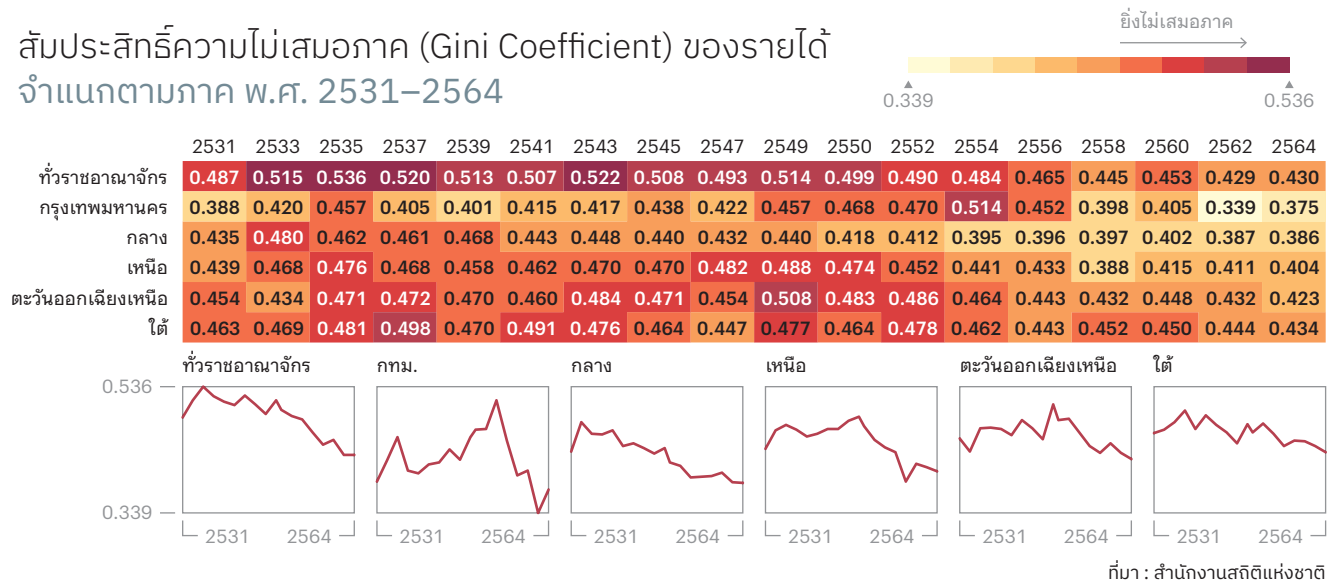
1. การจัดการปัญหาปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับโครงสร้าง ที่ส่งผลต่อสภาพความเป็นอยู่ สุขอนามัย ที่อยู่อาศัย การศึกษา บริการสุขภาพ และสภาพแวดล้อมการทำงาน ที่เป็นปัจจัยกำหนดวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล
2. การร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วน
3. การสร้างการมีส่วนร่วมและเสริมสร้างพลังทางสังคม

ในด้านรายได้ ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคของรายได้ (Gini coefficient) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในทุกภูมิภาค นอกจากนี้ การจัดสวัสดิการสังคมให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการช่วยเหลือเกื้อกูลได้อย่างทั่วถึง เป็นการลดความเหลื่อมล้ำที่เป็นรูปธรรม

ความครอบคลุมของประกันสังคม
จำแนกตามประเภท และประเทศในอาเซียน
ปี 2558



สัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค (Gini Coefficient) ของรายได้ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2531–2564

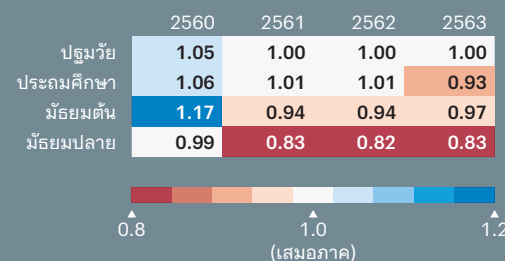


ในด้านการศึกษ้อัตราการได้เรียนต่ออยู่ในระดับสูงในทุกระดับ โดยเฉพาะระดับ ม.1 อัตราการเรียนต่อเกือบร้อยละ 100 และอัตราการเรียนต่อระดับ ม.4 ปวช. และระดับอุดมศึกษาอยู่ในระดับประมาณร้อยละ 90 นอกจากนี้ ความเสมอภาคทางเพศในการเข้าถึงการศึกษาของไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้นสำหรับระดับปฐมวัยและมัธยมศึกษาตอนต้น โดยดัชนีความเสมอภาคระหว่างเพศ (Gender Parity Index: GPI) ดีขึ้นตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมา

ส่วนที่ประเทศไทยยังต้องพัฒนาคือการลดความเหลื่อมล้ำในเรื่องการถือครองทรัพย์สินที่ยังคงมีความเหลื่อมล้ำสูง ซึ่งจำเป็นต้องใช้มาตรการทางภาษี เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้น

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยตัวกลาง (เช่น สภาพความเป็นอยู่ การเข้าถึงอาหาร พฤติกรรมทางสุขภาพ) มาอย่างต่อเนื่องยาวนาน เช่น การออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบมาตั้งแต่ปี 2535 โดยพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และได้ออกพระราชบัญญัติ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 โดยยกเลิกพระราชบัญญัติเดิม พระราชบัญญัติใหม่นี้ได้ขยายนิยามผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ครอบคลุมมากขึ้นและมีมาตรการที่เข้มงวดมากขึ้น นอกจากนี้ประเทศไทยมีนโยบายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่สำคัญได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่ม

ดัชนีความเสมอภาคทางเพศ จำแนกตามระดับการศึกษา

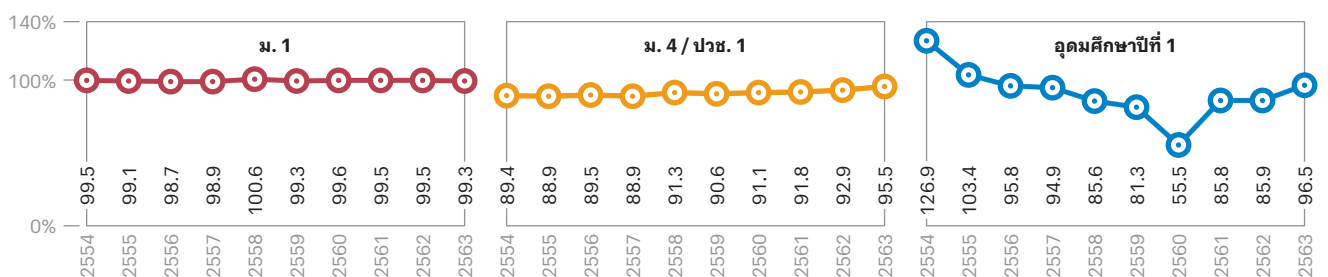


หมายเหตุ : ดัชนีความเสมอภาคทางเพศ คือ อัตราส่วนระหว่างอัตราการเข้าเรียนสุภาพของนักเรียนชายกับนักเรียนหญิง
ที่มา : สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา

แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2565 บังคับให้กรณีที่มีคนโดยสารรถยนต์เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี หรือสูงไม่เกิน 135 เซนติเมตร ต้องมีที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก

การลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ จึงเป็นพันธกิจที่สำคัญของทุกภาคส่วน ที่จะร่วมมือกันทำให้เป็นจริง เพื่อไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังอีกต่อไป

อัตราการเรียนต่อระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา ปีการศึกษา 2554–2563



หมายเหตุ : อุดมศึกษาปีที่ 1 ไม่นับรวมนักศึกษามหาวิทยาลัยเปิดของมหาวิทยาลัยรามคำแหงและมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2566. (ชื่อบทความ). *สุขภาพคนไทย 2566* (เลขหน้าของบทความ)
นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2566. ปัญหาเสพติดในชุมชน จะควบคุมอย่างไร?
สุขภาพคนไทย 2566 (หน้า 34-38) นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.