

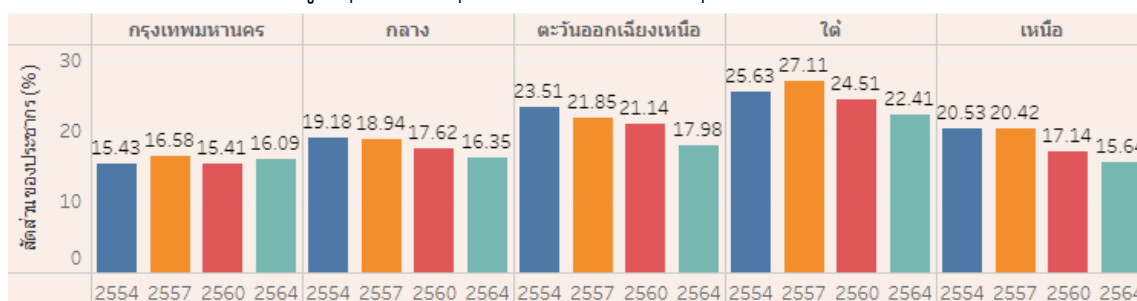
บทสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็น 5 ประเด็น 38 เรื่อง

1) การลดอัตราการบริโภคยาสูบ

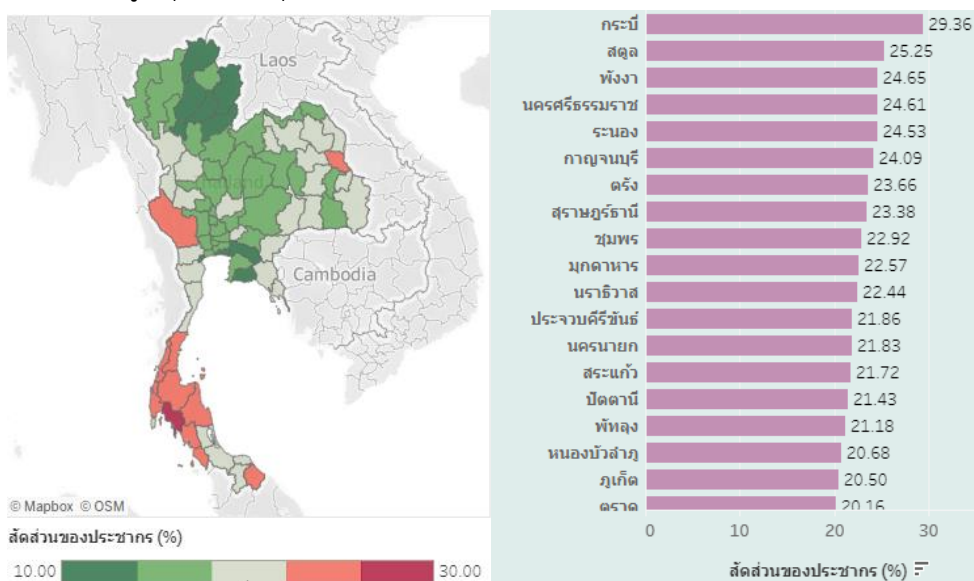
1.1) การสูบบุหรี่สูงสุดที่ภาคใต้ ในขณะที่การสูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร ยังไม่ลด

การสูบบุหรี่ในประเทศไทย มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ดี ภาคใต้ ยังคงมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงกว่าภาคอื่น และเป็นเพียงภาคเดียวที่สูบบุหรี่เกินร้อยละ 20 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2564 และมีถึง 8 จังหวัด ที่ติด 10 อันดับแรกของจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ในขณะที่กรุงเทพมหานคร มีอัตราการสูบบุหรี่ที่ไม่ลดลงเลย ตลอดเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ถึงแม้ว่าจะมีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำเป็นอันดับ 2 รองจากภาคเหนือ ซึ่งในอนาคต มีความเป็นไปได้ว่าภาคอื่น อาจจะมีอัตราการสูบบุหรี่ที่ต่ำกว่ากรุงเทพมหานครได้ หากแนวโน้มยังคงเป็นเช่นนี้ เช่น ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาพแสดง แนวโน้มสัดส่วนการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกภาค ปี 2564



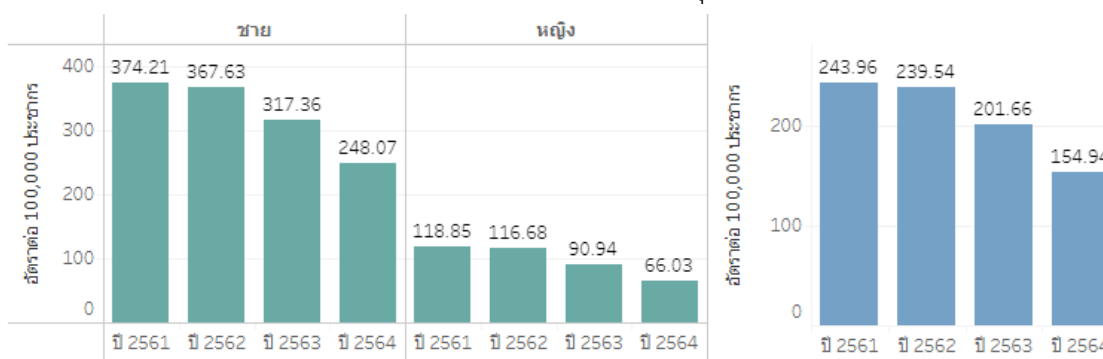
ภาพแสดง สัดส่วนการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน รายจังหวัด ปี 2564



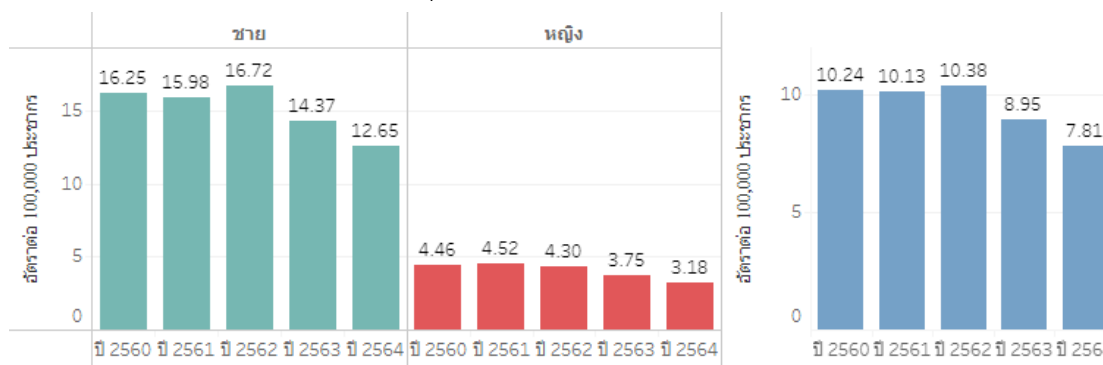
1.2) ผลจากการลดลงของการสูบบุหรี่ เริ่มเห็นผลแล้วในส่วนของการลดอัตราการสูบบุหรี่

อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลของการสูบบุหรี่ที่ลดลง จำเป็นต้องรอรระยะเวลาให้ เห็นผลลัพธ์ เนื่องจากระยะเวลาระหว่างการสูบบุหรี่ กับการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการเสียชีวิตด้วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้ระยะเวลาที่ค่อนข้างนาน อาจสูงถึง 20 ปีขึ้นไป ดังนั้นการลดลงของการสูบบุหรี่ใน ประชากร ก็จะต้องใช้เวลานานเช่นกัน ถึงจะเห็นผลลัพธ์ แต่ทั้งนี้ตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมา ผลลัพธ์ก็เริ่ม ปรากฏให้เห็น ทั้งในส่วนของการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการตายด้วยโรคปอดอุด กั้นเรื้อรัง ที่มีแนวโน้มลดลง ตามแนวโน้มการลดลงของการสูบบุหรี่ในอดีต แต่แนวโน้มดังกล่าวก็อาจจะถูก รบกวนจากปัจจัยอื่นได้เช่นกัน เช่น ปัญหาหมอกควันในพื้นที่ เป็นต้น

ภาพแสดง แนวโน้มอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อ 100,000 ประชากร



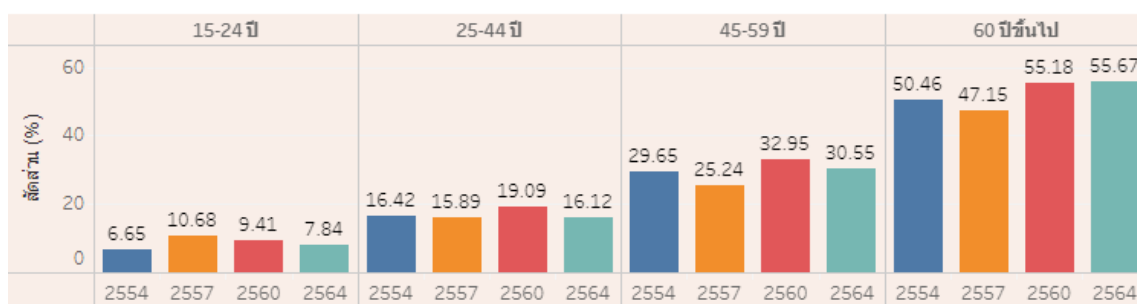
ภาพแสดง แนวโน้มอัตราการตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อ 100,000 ประชากร



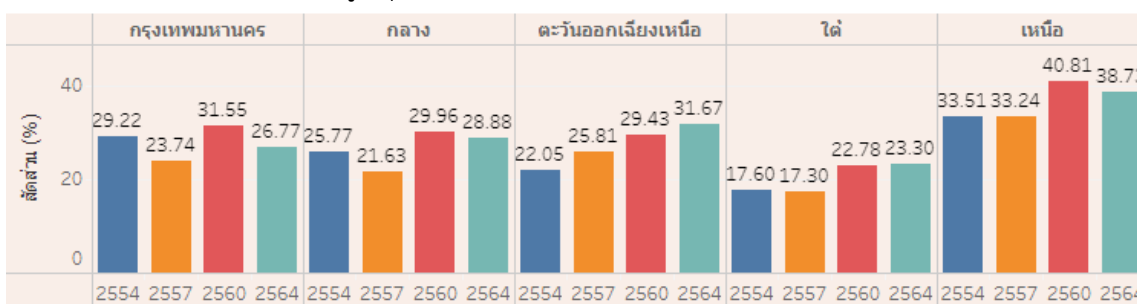
1.3) การเลิกสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลง

สัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่ ที่คำนวณจากจำนวนคนที่เคยสูบแต่ปัจจุบันไม่สูบ หาดด้วยจำนวนคนที่สูบในปัจจุบันหรือเคยสูบทั้งหมด จะพบว่าสัดส่วนดังกล่าวสูงที่สุดในผู้สูงอายุ 60 ขึ้นไป ร้อยละ 55 รองลงมาคือ อายุ 45-59 ปี ในขณะที่อายุ 15-24 ปี เลิกสูบเพียงร้อยละ 7.8 ในปี 2564 ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่ออัตราการสูบบุหรี่ในภาพรวม โดยภาคเหนือ มีสัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 38 ภาคใต้เลิกสูบบุหรี่น้อยที่สุด ร้อยละ 23 รองลงมาคือกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 26 ในปี 2564 ทำให้แผนที่การเลิกสูบ สอดคล้องกับแผนที่การสูบบุหรี่

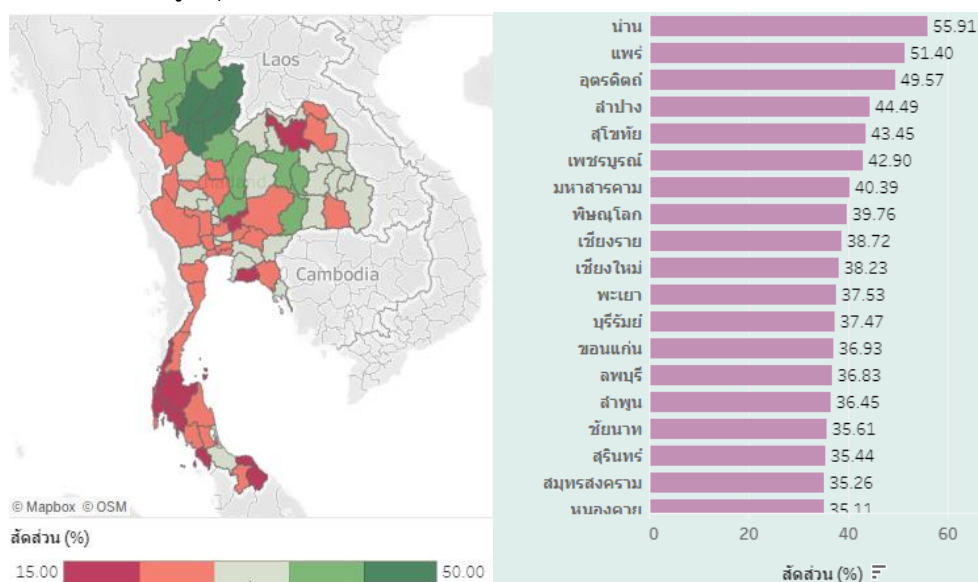
ภาพแสดง แนวโน้มสัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่ จำแนกกลุ่มอายุ ปี 2564



ภาพแสดง แนวโน้มสัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่ จำแนกภาค ปี 2564



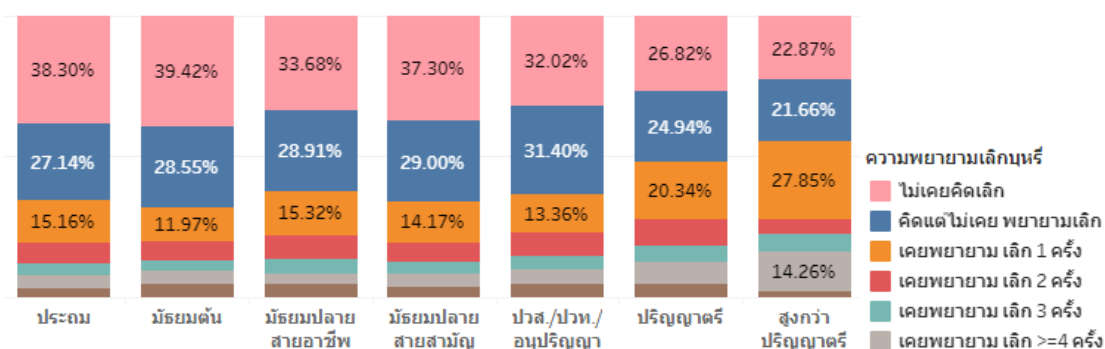
ภาพแสดง สัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่ รายจังหวัด ปี 2564



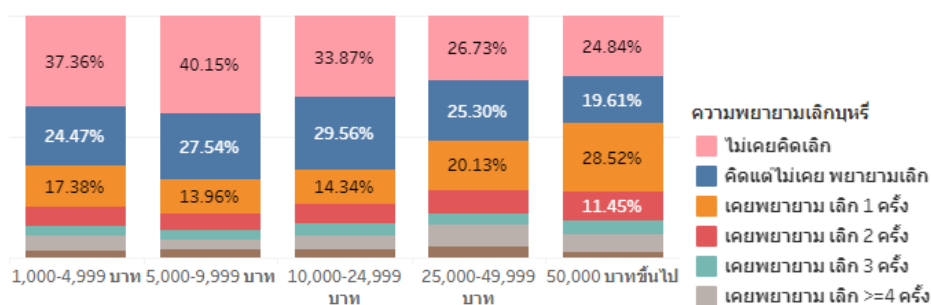
1.4) ปัจจัยเศรษฐกิจสังคมกับความพยายามเลิกสูบบุหรี่ และวิธีการเลิกสูบบุหรี่

สัดส่วนความพยายามเลิกสูบบุหรี่ ในผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันหรือเคยสูบบุหรี่ แปรผันตามระดับเศรษฐกิจสังคม โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น จะมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ลดลง เช่น ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีสัดส่วนผู้ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 44.5 เทียบกับผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ที่มีสัดส่วนผู้ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 65.4 เช่นเดียวกับ ระดับรายได้ ที่ผู้มีรายได้สูงขึ้น จะมีสัดส่วนผู้ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ลดลง เมื่อเทียบกับผู้มีรายได้น้อย ในขณะที่วิธีการเลิกสูบบุหรี่ ที่ใช้ส่วนใหญ่คือ วิธีเลิกด้วยตนเอง (หักดิบ) รองลงมาคือ ลดปริมาณสูบลงเรื่อยๆ (รวมกันเกินร้อยละ 90) ส่วนการใช้บริการเลิกบุหรี่ กับการใช้สารทดแทนนิโคติน มีเพียงร้อยละ 4.5 ดังนั้นการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ จึงควรสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และวิธีการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสม

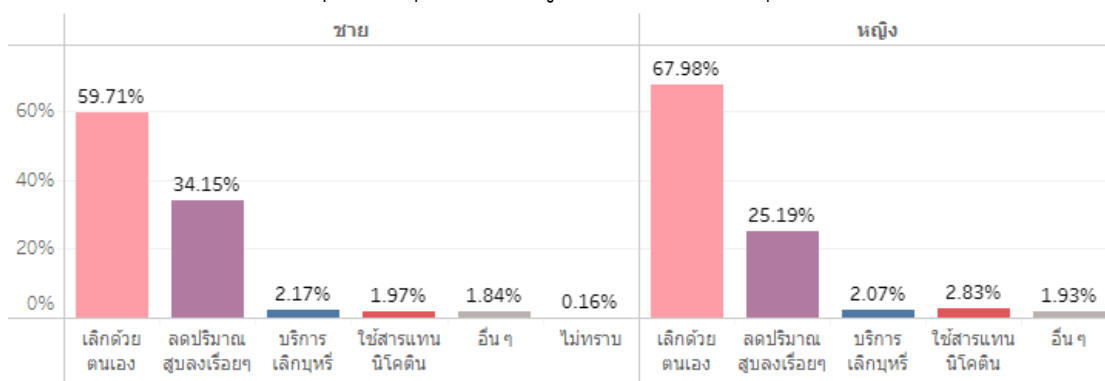
ภาพแสดง สัดส่วนตามความพยายามเลิกบุหรี่ จำแนกระดับการศึกษา ปี 2564



ภาพแสดง สัดส่วนตามความพยายามเลิกบุหรี่ จำแนกระดับรายได้ ปี 2564



ภาพแสดง สัดส่วนตามวิธีการเลิกบุหรี่ครั้งสุดท้าย ของผู้ที่เคยพยายามเลิกบุหรี่ จำแนกเพศ ปี 2564

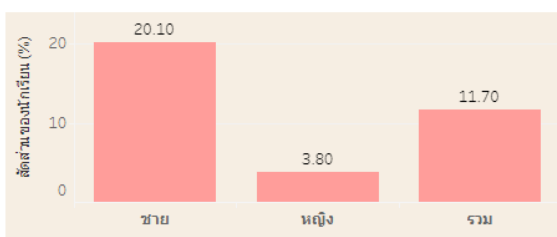


1.5) นักสูบบุหรี่ใหม่ นักสูบบุหรี่วัยเด็ก จุดเริ่มต้นของการสูบบุหรี่

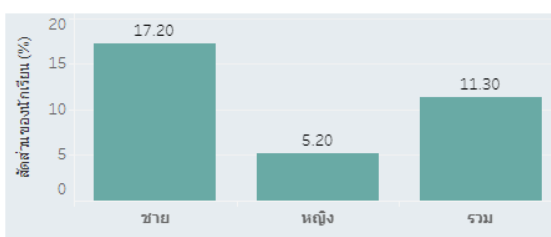
สัดส่วนของเด็กนักเรียน ม.1-ม.3 ที่สูบบุหรี่ใน 30 วัน ในปี 2552 และปี 2558 อยู่ที่ร้อยละ 11.7 และ 11.3 ตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนของเด็กนักเรียน ม.1-ม.6 ที่สูบบุหรี่ใน 30 วัน ในปี 2564 อยู่ที่ร้อยละ 11.5 โดยเพศชาย มีการสูบบุหรี่ร้อยละ 18.2 และเพศหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 5.6 แสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่ของเด็กนักเรียน นั้น ยังไม่มีแนวโน้มที่ลดลง โดยเพศหญิงมีสัดส่วนการสูบบุหรี่ใน 30 วัน ที่ค่อนข้างสูง (ร้อยละ 5) เมื่อเทียบกับการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของกลุ่มอายุอื่น (ร้อยละ 1.3 ในหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป) และสำหรับประชากรอายุ 15-19 ปี มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันร้อยละ 6.2 โดยร้อยละ 2.2 เป็นการเริ่มสูบบุหรี่ใน 1 ปี (คิดเป็นร้อยละ 35 ของผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน) สะท้อนว่าปัญหานักสูบบุหรี่ใหม่ยังคงอยู่ และมีความชัดเจนในกลุ่มเด็กและเยาวชน

ภาพแสดง สัดส่วนการสูบบุหรี่ใน 30 วัน ของเด็กนักเรียนมัธยม ปี 2552, 2558, 2564

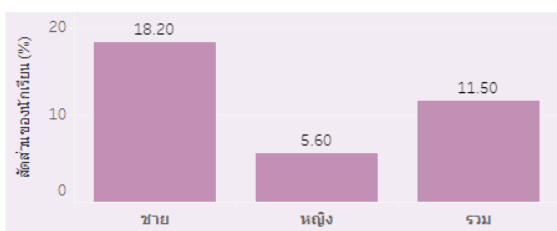
ร้อยละนักเรียน ม.1-ม.3 ที่สูบบุหรี่ ใน 30 วัน ปี 2552



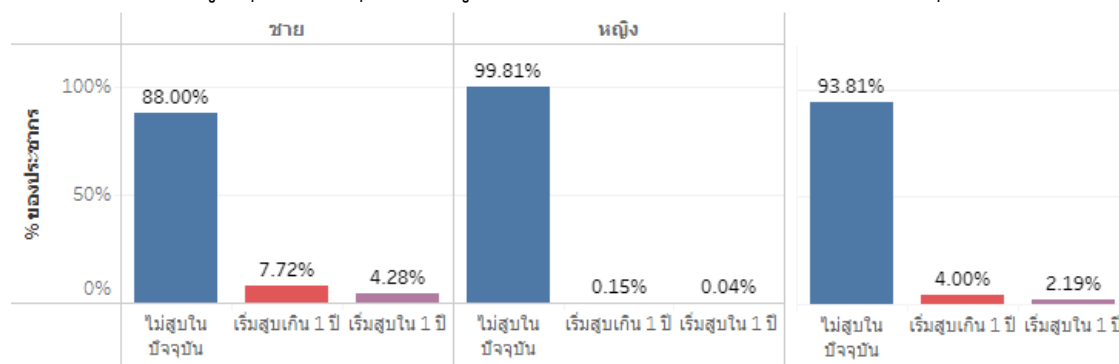
ร้อยละนักเรียน ม.1-ม.3 ที่สูบบุหรี่ ใน 30 วัน ปี 2558



ร้อยละนักเรียน ม.1-ม.6 ที่สูบบุหรี่ ใน 30 วัน ปี 2564



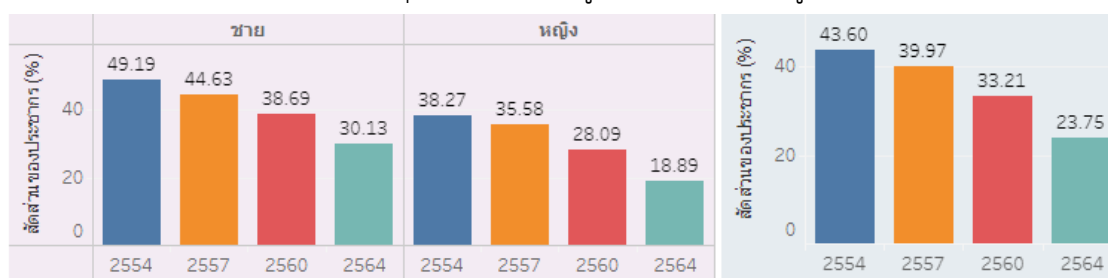
ภาพแสดง สัดส่วนการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (เริ่มสูบบุหรี่ใน 1 ปี และเกิน 1 ปี) ของประชากรอายุ 15-19 ปี ปี 2564



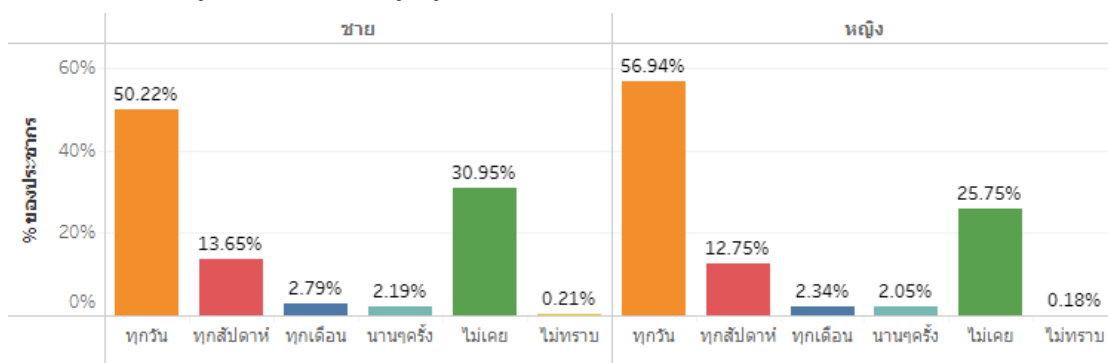
1.6) ควันบุหรีมือสอง และการได้รับควันบุหรีในที่พักอาศัย

การได้รับควันบุหรีในที่พักอาศัย หรือการสูบบุหรีในต้วบ้าน ในปี 2564 อยู่ที่ร้อยละ 23.75 ซึ่งลดลงมาจากร้อยละ 43.6 ในปี 2554 สัดส่วนนี้รวมทั้งผู้ที่สูบบุหรีในปัจจุบัน และผู้ที่ไม่สูบบุหรีในปัจจุบัน (ควันบุหรีมือสอง) โดยเฉพาะในเพศหญิงที่ระบุว่าได้รับควันบุหรีในบ้าน ร้อยละ 18.9 ทั้งที่เพศหญิงมีการสูบบุหรีในปัจจุบันเพียงร้อยละ 1.3 แสดงถึงผลกระทบของการสูบบุหรีในบ้านของผู้สูบบุหรีในปัจจุบัน ต่อผู้ที่ไม่สูบบุหรีแต่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน โดยผู้สูบบุหรีในปัจจุบัน ระบุว่าสูบบุหรีในบ้านทุกวัน ร้อยละ 50.2 ในเพศชาย และร้อยละ 56.9 ในเพศหญิง ผลกระทบจากควันบุหรีมือสอง สะท้อนให้เห็นในภาระโรค (จำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและจากความบกพร่องทางสุขภาพ) ที่เกิดจากการสูบบุหรี ในปี 2562 พบว่าจำนวนปีที่สูญเสียจากการได้รับควันบุหรีมือสอง สูงถึง 6.2 แสนปี เทียบกับ 1.6 ล้านปี ที่เกิดจากการสูบบุหรีโดยตรง โดยเฉพาะในเพศหญิง ที่มีภาระโรคจากการได้รับควันบุหรีมือสอง ที่สูงกว่าการสูบบุหรีโดยตรง

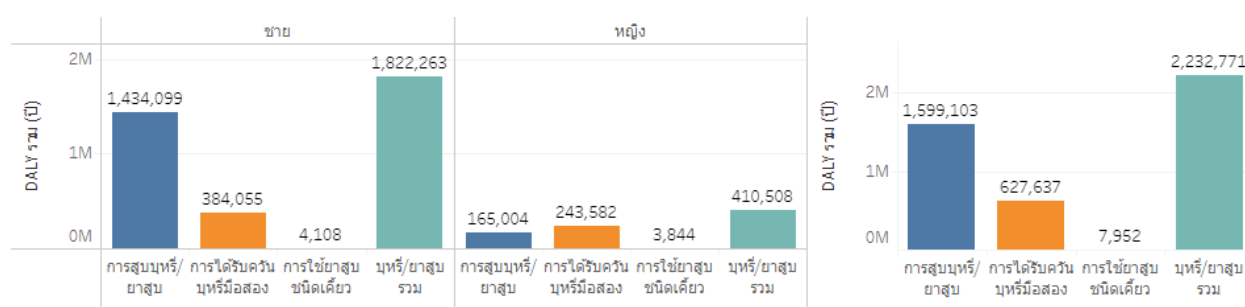
ภาพแสดง แนวโน้มสัดส่วนการได้รับควันบุหรีที่บ้าน (ทั้งที่สูบบเองหรือจากการสูบบของคนอื่น) จำแนกเพศ



ภาพแสดง สัดส่วนการสูบบุหรีในบ้านในผู้ที่สูบบในปัจจุบัน จำแนกเพศ ปี 2564



ภาพแสดง ภาระโรค (จำนวนปีที่สุขภาพะที่สูญเสีย: DALY) จากบุหรี/ยาสูบ ปี 2562

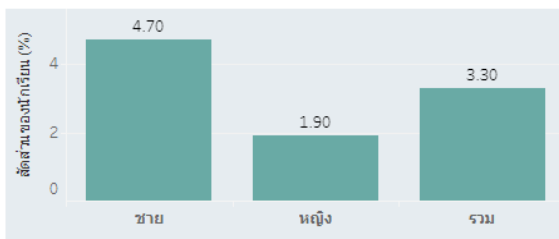


1.7) การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชน

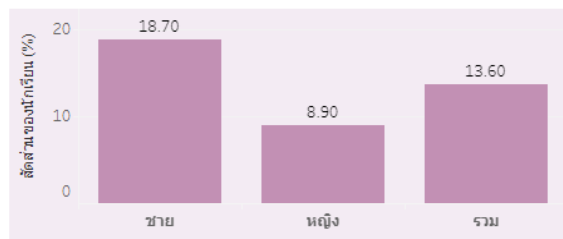
สัดส่วนของเด็กนักเรียน ม.1-ม.3 ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าใน 30 วัน ในปี 2558 และสัดส่วนของเด็กนักเรียน ม.1-ม.6 ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าใน 30 วัน ในปี 2564 อยู่ที่ร้อยละ 3.3 และ 13.6 ตามลำดับ และในปี 2564 มีเด็กผู้ชาย ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า สูงถึงร้อยละ 18.7 และเด็กผู้หญิง สูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 8.9 แสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของ เด็กนักเรียนนั้น มีสัดส่วนที่สูง แต่ในขณะที่ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าในปี 2564 ร้อยละ 0.14 โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 0.26 และเพศหญิง ร้อยละ 0.02 และเมื่อพิจารณาถึงกลุ่มอายุ ก็พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (15-24 ปี) มีสัดส่วนที่สูงกว่าในกลุ่มอื่นๆ (ร้อยละ 0.26) สะท้อนถึงปัญหาของ บุหรี่ไฟฟ้าที่เข้าถึงได้ง่ายโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน

ภาพแสดง สัดส่วนการสูบบุหรี่ไฟฟ้าใน 30 วัน ของเด็กนักเรียนมัธยม ม.1-3 ในปี 2558 และ ม.1-6 ในปี 2564

ร้อยละนักเรียน ม.1-ม.3 ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ใน 30 วัน ปี 2558

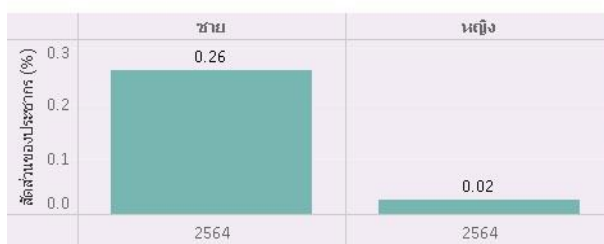


ร้อยละนักเรียน ม.1-ม.6 ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ใน 30 วัน ปี 2564

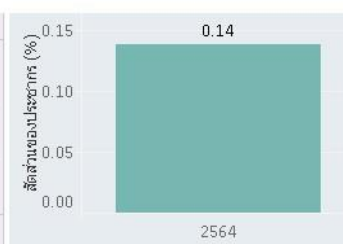


ภาพแสดง สัดส่วนการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี 2564

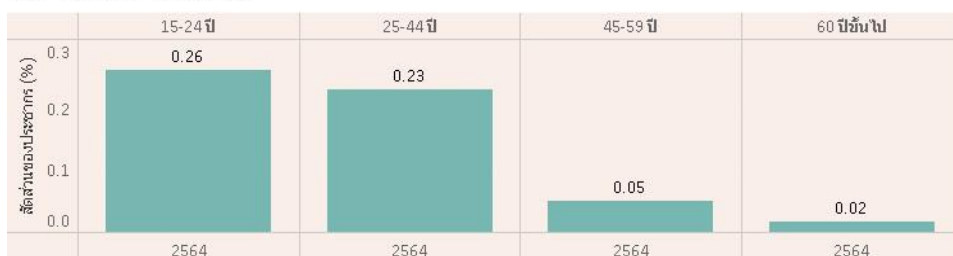
แนวโน้มเปรียบเทียบเพศ



แนวโน้มรวม



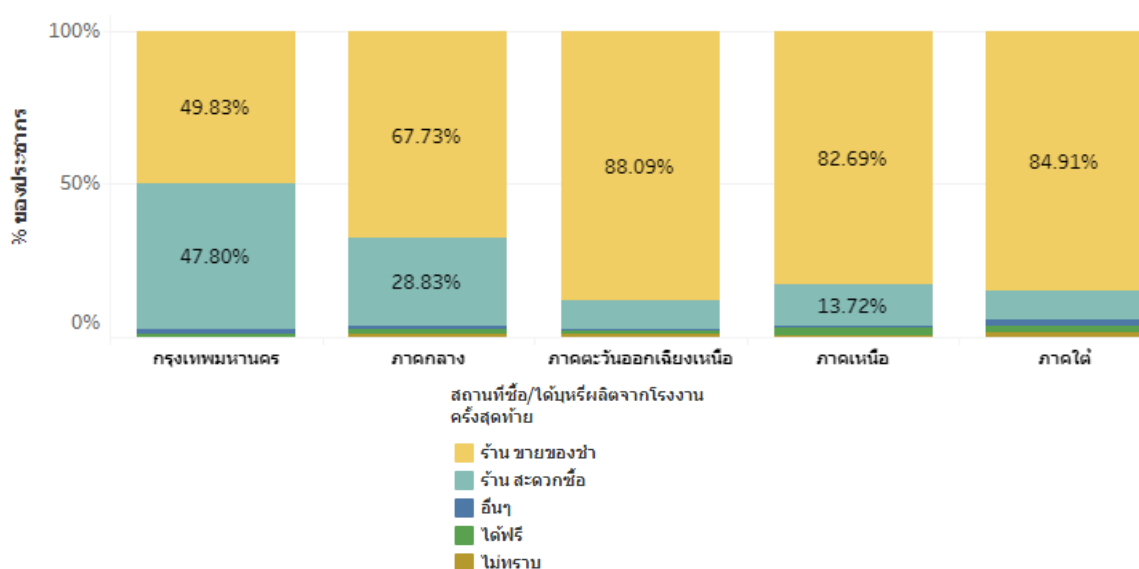
แนวโน้มเปรียบเทียบอายุ



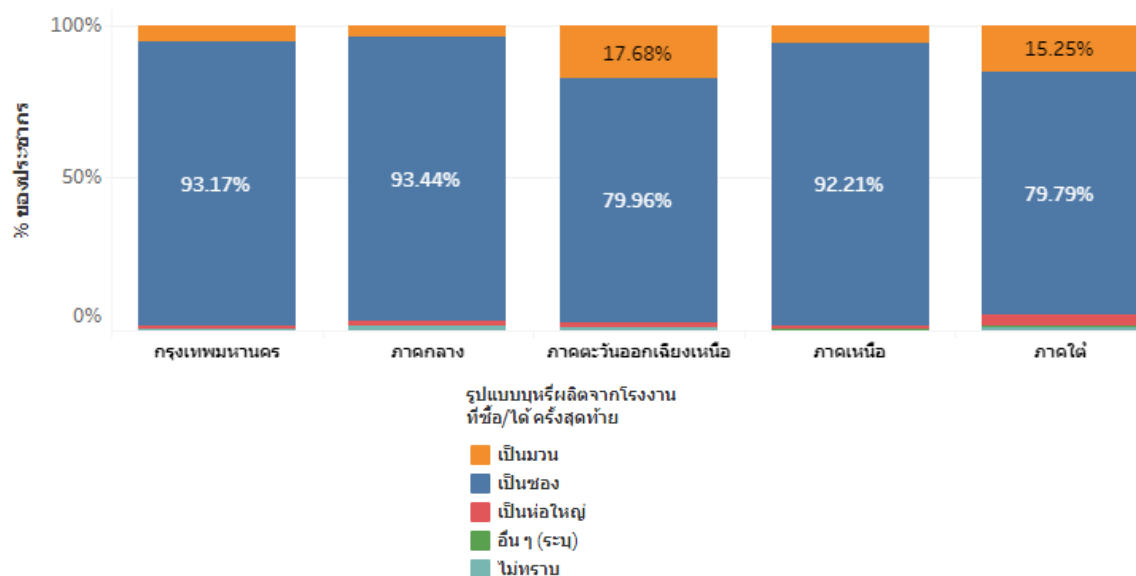
1.8) สถานที่และรูปแบบการซื้อบุหรี่ของคนไทย

สถานที่ซื้อบุหรี่กว่าร้อยละ 50 ของคนไทย ในทุกกลุ่มอายุ คือ ร้านขายของชำ รองลงมาคือ ร้านสะดวกซื้อ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค จะพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการซื้อบุหรี่จากร้านขายของชำมากกว่าภาคอื่นอย่างเห็นได้ชัด (ร้อยละ 88.09) ยกเว้นกรุงเทพมหานครที่พบว่า การซื้อจากร้านขายของชำมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับร้านสะดวกซื้อ (ร้อยละ 49.83 และร้อยละ 47.8) ตามลำดับ การซื้อบุหรี่ที่ร้านขายของชำเป็นส่วนใหญ่ แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงบุหรี่เป็นสิ่งที่สะดวกและเข้าถึงได้ง่าย ทั้งในเมืองและชนบท ส่วนรูปแบบการซื้อบุหรือนั้น ก็พบว่า คนไทยส่วนใหญ่ซื้อบุหรือนั้นเป็นซองมากกว่าเป็นมวน ในทุกกลุ่มอายุ และในทุกภาค ส่งผลให้มีการซื้อบุหรือนั้นในปริมาณค่อนข้างมากในแต่ละครั้ง (20 มวนขึ้นไป) อาจส่งผลต่อจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน

ภาพแสดง สถานที่ซื้อ/ได้บุหรี่ผลิตจากโรงงานครั้งสุดท้าย จำแนกภาค ปี 2564



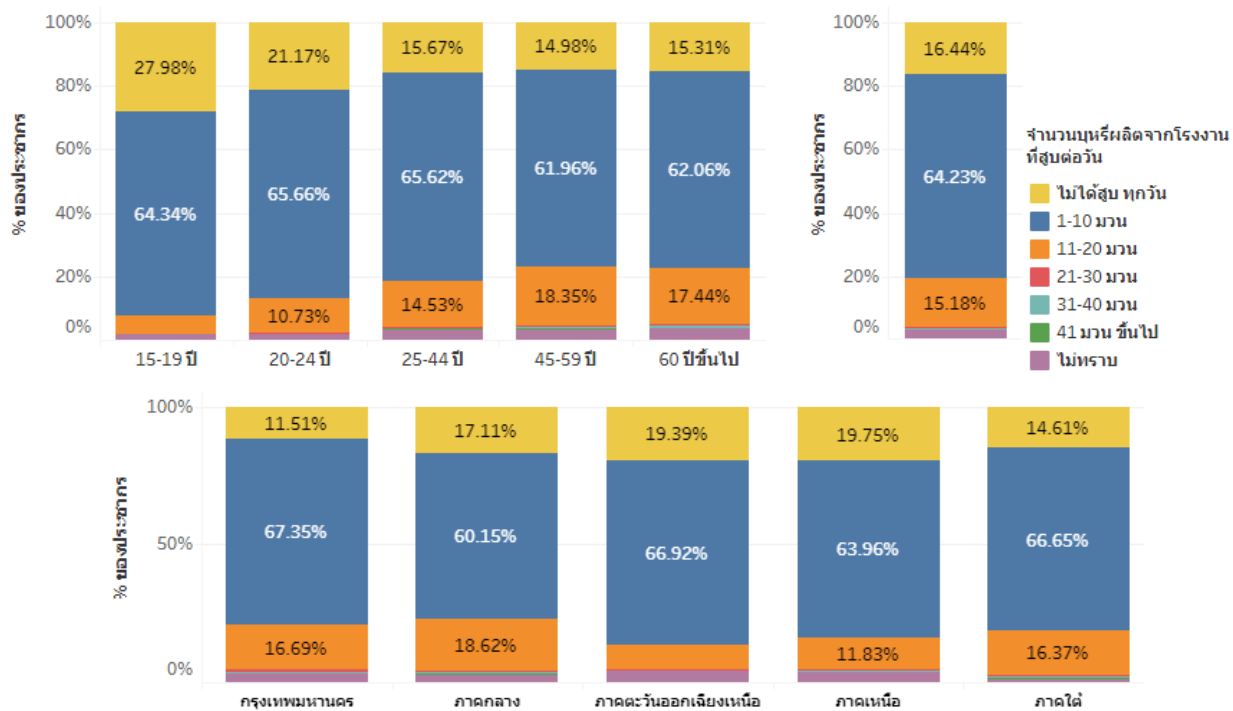
ภาพแสดง รูปแบบบุหรี่ผลิตจากโรงงานที่ซื้อ/ได้ครั้งสุดท้าย จำแนกภาค ปี 2564



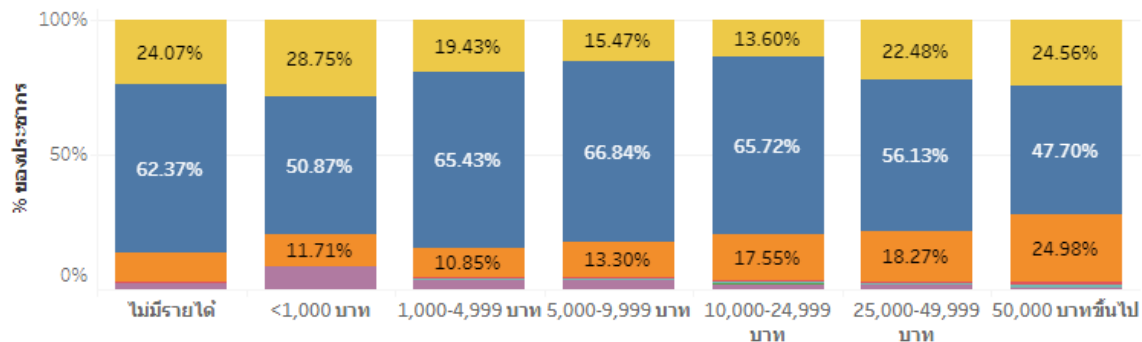
1.9) จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน กับเศรษฐกิจของคนไทย

คนไทยส่วนใหญ่ในทุกกลุ่มอายุและทุกภาค สูบบุหรี่ต่อวันจำนวน 1-10 มวน แต่เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่า สัดส่วนของคนที่สูบ 11-20 มวน เพิ่มขึ้นตามอายุ และคนในภาคกลาง มีสัดส่วนของคนที่สูบ 11-20 มวน มากที่สุด (ร้อยละ 18.62) รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร และภาคใต้ (ร้อยละ 16.69 และ 16.37) ตามลำดับ ในขณะที่ หากเปรียบเทียบตามรายได้ จะพบว่า คนที่มีระดับรายได้ที่สูงขึ้น จะมีสัดส่วนการสูบบุหรี่ 11-20 มวน ต่อวัน ที่มากขึ้นตามไปด้วย ถึงแม้ว่าจะมีสัดส่วนของคนที่ไม่สูบบุหรี่วันมากขึ้นด้วยก็ตาม ข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน มีความสัมพันธ์กับกำลังซื้อของนักสูบ

ภาพแสดง จำนวนบุหรี่ผลิตจากโรงงานที่สูบต่อวัน ในผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน จำแนกอายุและภาค ปี 2564



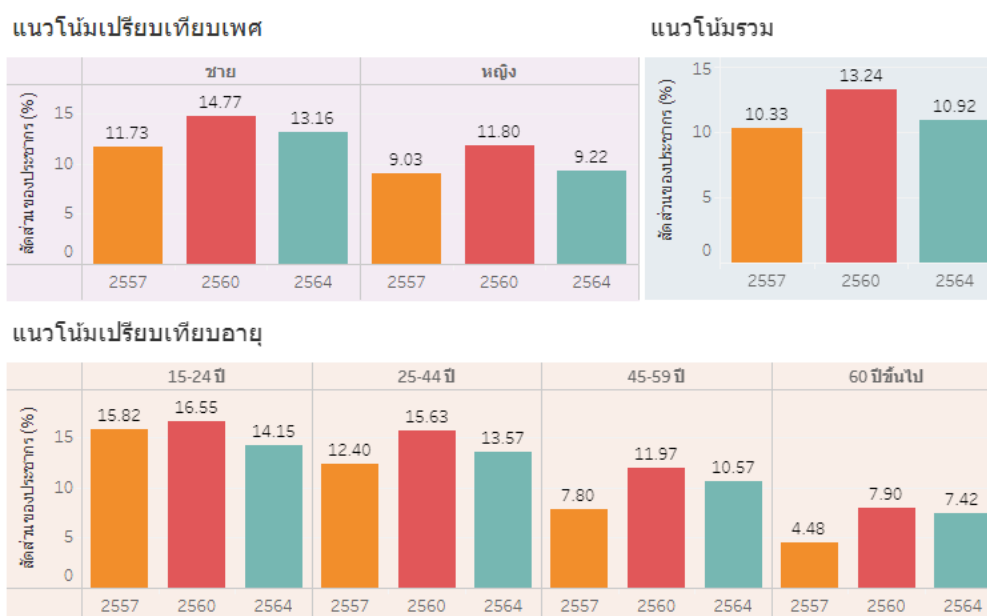
ภาพแสดง จำนวนบุหรี่ผลิตจากโรงงานที่สูบต่อวัน จำแนกระดับรายได้ของผู้สูบบุหรี่ ปี 2564



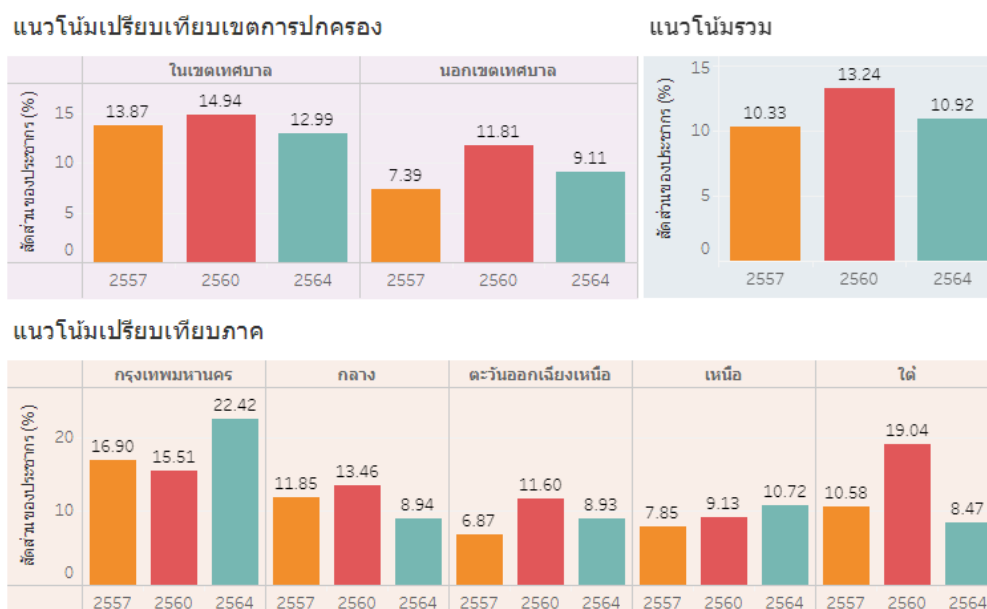
1.10) การโฆษณา/ส่งเสริมการขายบุหรี เน้นไปที่คนวัยทำงานและคนในเมือง

สัดส่วนของผู้ที่พบเห็นโฆษณาหรือการส่งเสริมการขายบุหรี มีแนวโน้มที่ลดลงในปี 2564 เทียบกับปี 2560 (ร้อยละ 10.92 เทียบกับร้อยละ 13.24) โดยเพศชายมีการพบเห็นการโฆษณามากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุ 15-24 ปี พบเห็นการโฆษณามากกว่ากลุ่มอายุอื่น ประชาชนในเขตเทศบาล พบเห็นการโฆษณามากกว่านอกเขตเทศบาล และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค จะพบว่ากรุงเทพมหานคร มีการพบเห็นการโฆษณาสูงสุด ในปี 2564 และมีสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้นในปี 2564 (ร้อยละ 22.42 เทียบกับร้อยละ 15.51 ในปี 2560) สะท้อนปัญหาการส่งเสริมการขายบุหรีที่เน้นไปที่วัยทำงาน และในพื้นที่เขตเมืองเป็นหลัก

ภาพแสดง สัดส่วนผู้ที่พบเห็นโฆษณาส่งเสริมการขายบุหรี ใน 30 วัน จำแนกเพศและอายุ ปี 2557, 2560, 2564



ภาพแสดง สัดส่วนผู้ที่พบเห็นโฆษณาส่งเสริมการขายบุหรี ใน 30 วัน จำแนกเขตการปกครองและภาค ปี 2557, 2560, 2564

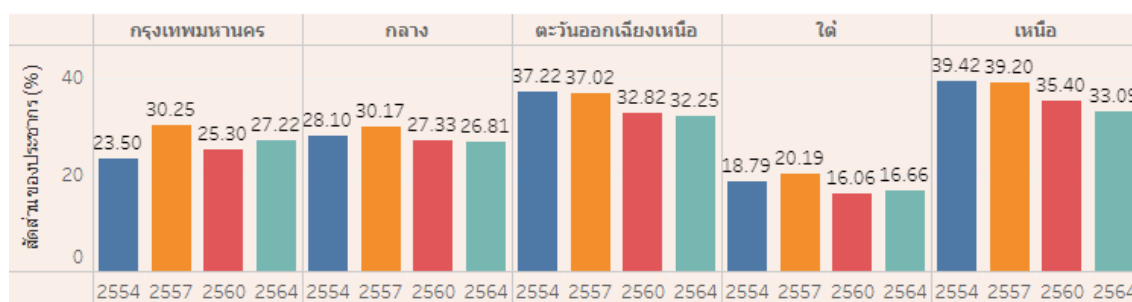


2) การลดอัตราการบริโภคสุราและสิ่งเสพติด

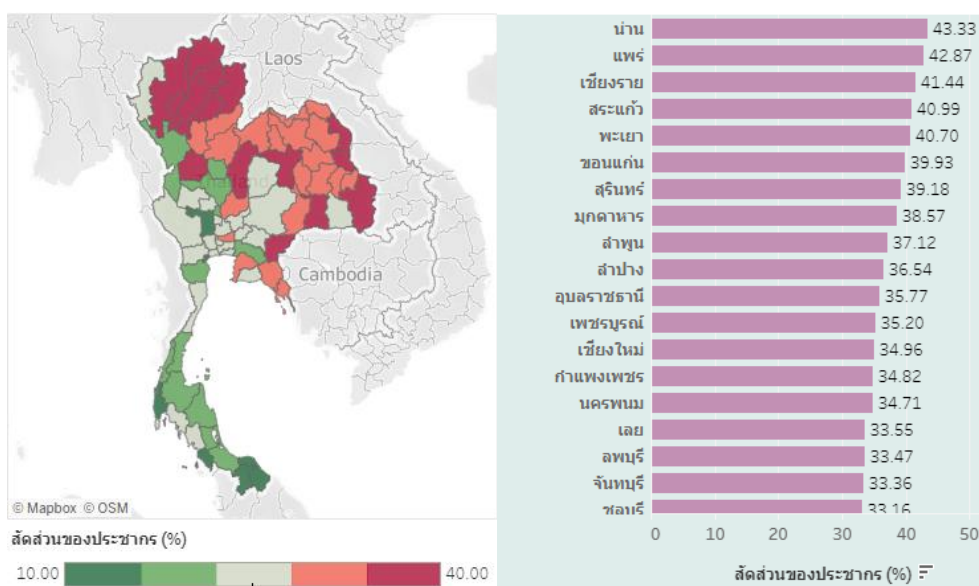
2.1) คนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือดื่มมากที่สุด แต่คนกรุงเทพมหานครดื่มเพิ่มขึ้น

ถึงแม้ว่าคนภาคเหนือจะสูบบุหรี่น้อยลง จนต่ำกว่าภาคอื่น แต่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือน กลับมีสัดส่วนสูงสุด เคียงคู่มากับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ที่ประมาณร้อยละ 33 หรือ 1 ใน 3 ของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มที่ลดลง หากเทียบกับปี 2554 (ลดลงร้อยละ 5-6 ของประชากร) โดยภาคใต้มีการ ดื่มต่ำสุด ร้อยละ 16.7 หรือ 1 ใน 6 ของประชากร ในขณะที่คนกรุงเทพมหานคร มีการดื่มที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 27.2 ในปี 2564 เทียบกับร้อยละ 23.5 ในปี 2554) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความนิยมในการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ที่ยังอยู่ในระดับสูง โดยมีถึงประมาณ 20 จังหวัด ที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิน 1 ใน 3 ของ ประชากร

ภาพแสดง แนวโน้มสัดส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือน ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกภาค



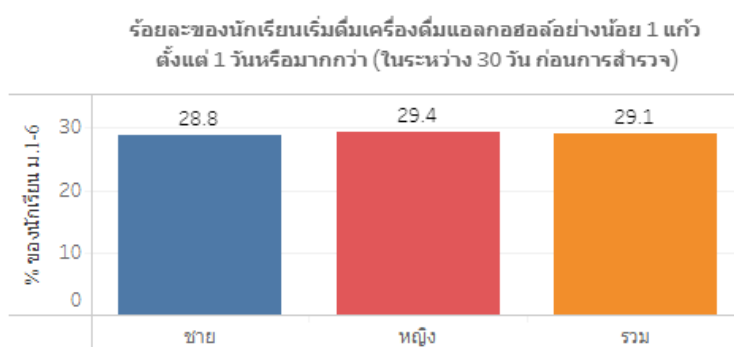
ภาพแสดง สัดส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือน รายจังหวัด ปี 2564



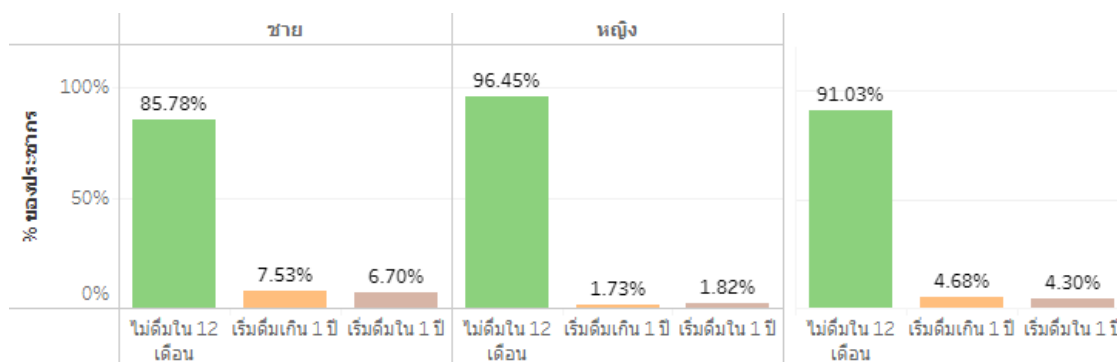
2.2) เด็กและเยาวชนเข้าถึงและขี่เครื่องขี่แอลกอฮอล์ได้โดยง่าย นำไปสู่การขี่หน้าใหม่

เด็กนักเรียนชั้นม.1-ม.6 ขี่เครื่องขี่แอลกอฮอล์ใน 30 วัน ถึงร้อยละ 29 ในปี 2564 เท่ากันทั้งเพศชาย และเพศหญิง สะท้อนปัญหาการเข้าถึงเครื่องขี่แอลกอฮอล์ได้ง่าย สำหรับเด็กและเยาวชน โดยประชากรอายุ 15-19 ปี มีการขี่เครื่องขี่แอลกอฮอล์ใน 12 เดือน ร้อยละ 9 และประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 4.3) เป็นการขี่เริ่มขี่ใน 1 ปี นับเป็นนักขี่หน้าใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการพบเห็นการขายเครื่องขี่แอลกอฮอล์ให้กับเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ของประชากรอายุ 15-19 ปี ที่อยู่ที่ร้อยละ 29 ในเพศชาย และร้อยละ 21 ในเพศหญิง

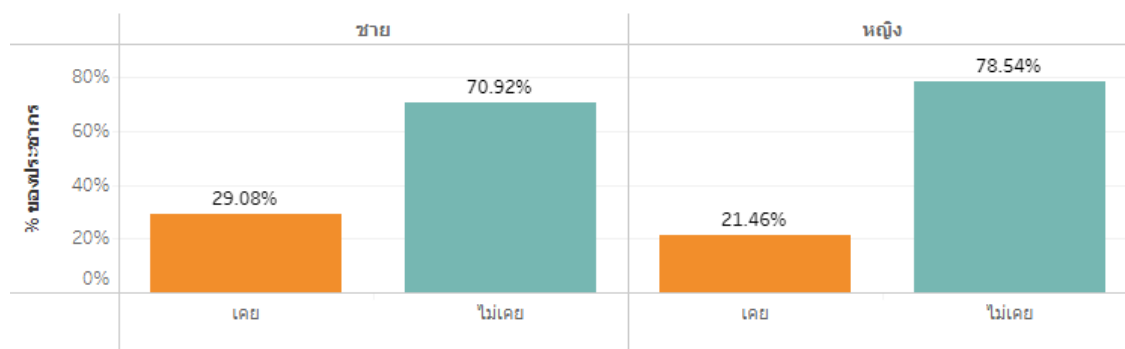
ภาพแสดง ร้อยละของนักเรียน ม.1-ม.6 เริ่มขี่เครื่องขี่แอลกอฮอล์ใน 30 วัน ปี 2564 จำแนกเพศ



ภาพแสดง สัดส่วนการขี่เครื่องขี่แอลกอฮอล์ใน 12 เดือน (เริ่มขี่ใน 1 ปี และเกิน 1 ปี) ของประชากรอายุ 15-19 ปี ปี 2564



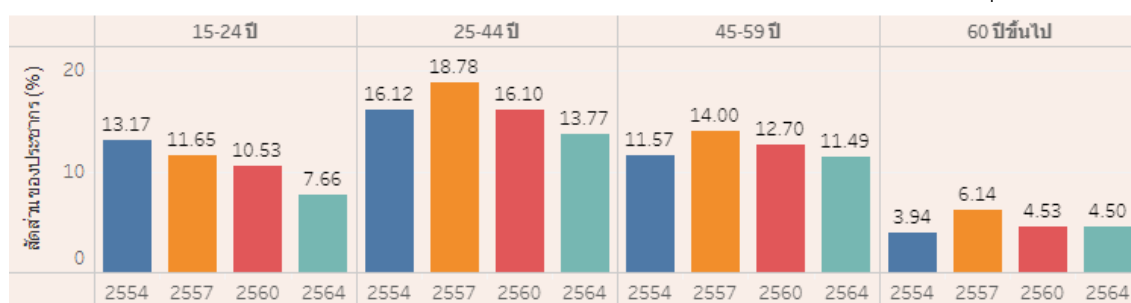
ภาพแสดง สัดส่วนการเห็นการขายเครื่องขี่แอลกอฮอล์ให้เด็กอายุ <20 ปี ของประชากรอายุ 15-19 ปี ปี 2564



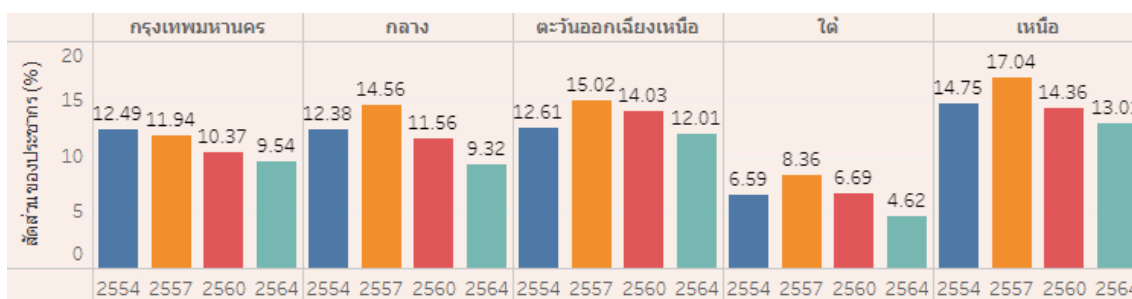
2.3) การดื่มแบบอันตราย (ดื่มหนักในครั้งเดียว) ยังสูงที่ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การดื่มแบบอันตราย หรือการดื่มหนักในครั้งเดียว ต่อประชากร สูงสุดในกลุ่มอายุ 25-44 ปี (ร้อยละ 13.8) ในขณะที่ผู้สูงอายุ 60ปีขึ้นไป มีการดื่มหนักในครั้งเดียว ต่อประชากร ต่ำสุด (ร้อยละ 4.5) ในปี 2564 โดยมี แนวโน้มที่ลดลงจากปี 2557 แต่อย่างไรก็ดี การดื่มหนักในครั้งเดียวต่อประชากรยังสูงที่สุดที่ภาคเหนือ (ร้อยละ 13) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 12) และต่ำสุดที่ภาคใต้ (ร้อยละ 4.6) โดยแผนที่การกระจายราย จังหวัดของการดื่มหนักต่อประชากร คล้ายคลึงกับแผนที่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือน ต่อประชากร

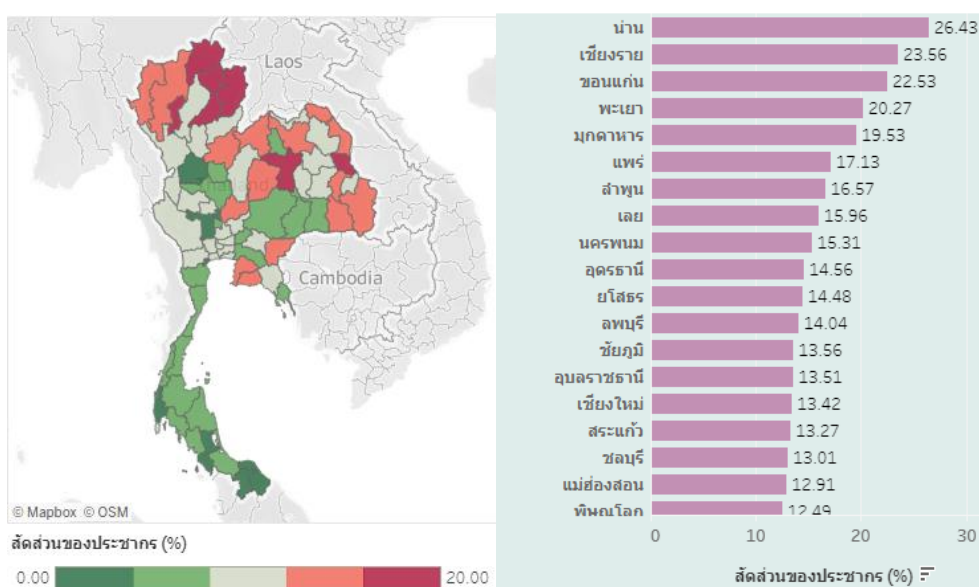
ภาพแสดง แนวโน้มสัดส่วนการดื่มแบบอันตราย (ดื่มหนักในครั้งเดียว) ต่อประชากร จำแนกอายุ



ภาพแสดง แนวโน้มสัดส่วนการดื่มแบบอันตราย (ดื่มหนักในครั้งเดียว) ต่อประชากร จำแนกภาค



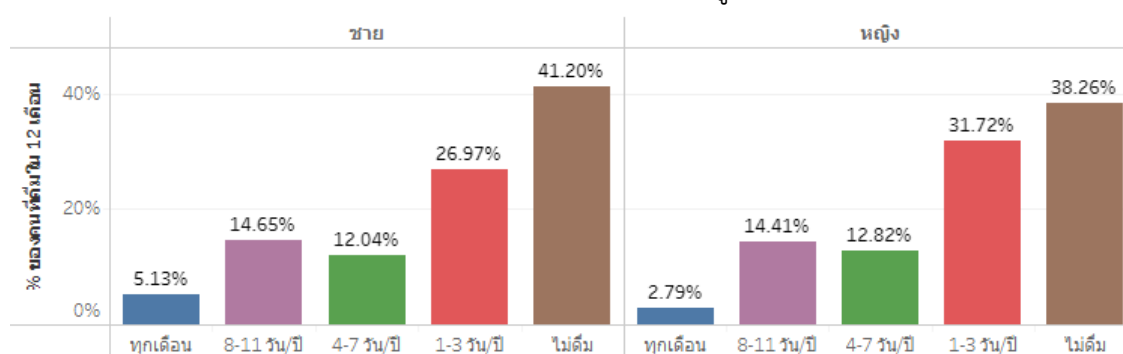
ภาพแสดง สัดส่วนการดื่มแบบอันตราย (ดื่มหนักในครั้งเดียว) ต่อประชากร รายจังหวัด ปี 2564



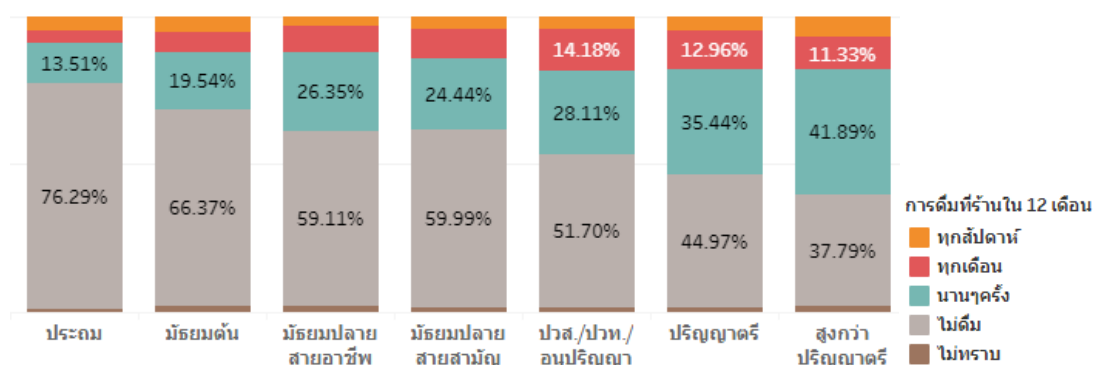
2.4) การดื่มในงานเทศกาล/งานเลี้ยง และการดื่มที่ร้าน อาจเสี่ยงต่อการดื่มแล้วขับและอุบัติเหตุ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกที่อยู่อาศัย เช่น ในงานเทศกาลหรืองานเลี้ยง รวมไปถึงการดื่มที่ร้านอาหาร มีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุจากการเดินทางโดยรถยนต์ หรือรถจักรยานยนต์ รวมถึงโอกาสที่จะเกิดเหตุทะเลาะวิวาทได้ โดยในสังคมไทย มีความนิยมที่จะสังสรรค์กันโดยใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบหนึ่ง ทั้งนี้ในประชากรที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือน มีร้อยละ 60 ระบุว่ามีการดื่มในงานเทศกาล/งานเลี้ยง และมีร้อยละ 5 ในเพศชาย และมีร้อยละ 2.8 ในเพศหญิง ที่ระบุว่าดื่มทุกเดือน และสำหรับการดื่มที่ร้านนั้น มีความสัมพันธ์กับระดับเศรษฐกิจสังคม โดยมีสัดส่วนที่สูงขึ้นตามระดับการศึกษาและรายได้ที่เพิ่มขึ้น และอาจสูงถึงร้อยละ 20 ที่ระบุว่าดื่มทุกเดือน ซึ่งหากใช้รถยนต์ในการเดินทาง ก็จะมีเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้หากเป็นผู้ขับขี่

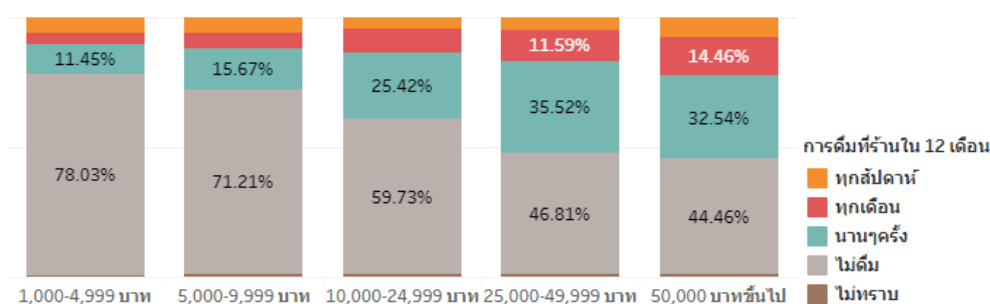
ภาพแสดง สัดส่วนตามความถี่ของการดื่มในงานเทศกาล/งานเลี้ยง ในผู้ดื่มใน 12 เดือน จำแนกเพศ ปี 2564



ภาพแสดง สัดส่วนตามความถี่ของการดื่มที่ร้าน ในผู้ดื่มใน 12 เดือน จำแนกระดับการศึกษา ปี 2564



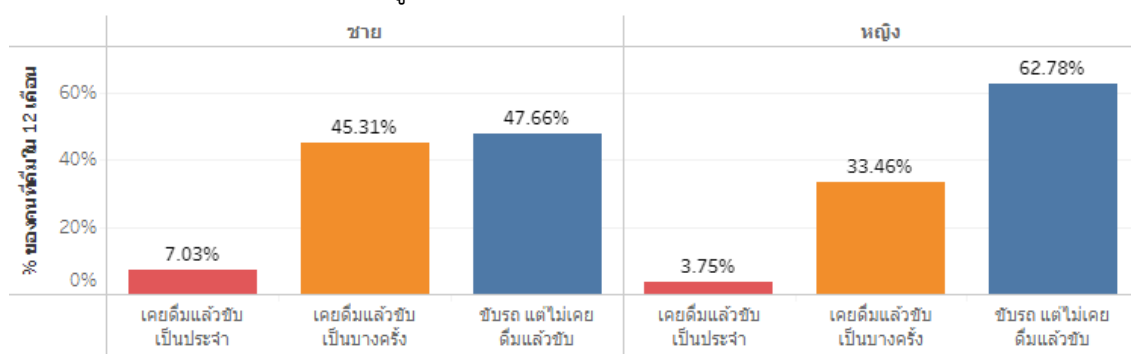
ภาพแสดง สัดส่วนตามความถี่ของการดื่มที่ร้าน ในผู้ดื่มใน 12 เดือน จำแนกระดับรายได้ ปี 2564



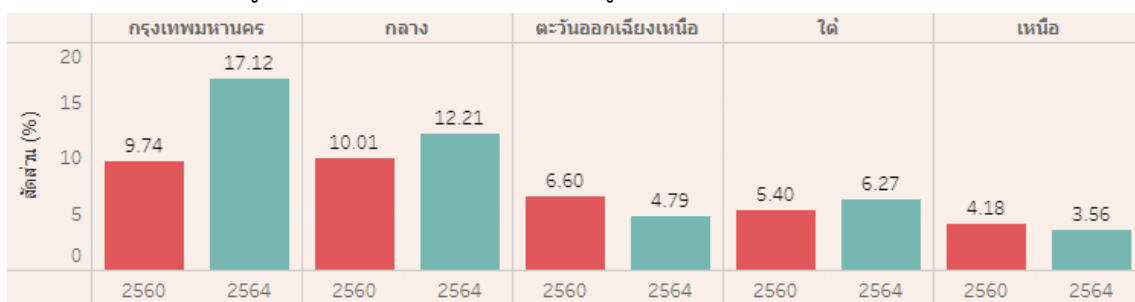
2.5) การตี้มแล้วขับ การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ และการเกิดอุบัติเหตุ ยังเป็นปัญหาที่ต้องแก้

การตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ก่อนหรือระหว่างขับรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ ในผู้ที่ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือน และขับรถยนต์/จักรยานยนต์ สูงถึงร้อยละ 52 ในเพศชาย และร้อยละ 37 ในเพศหญิง ในปี 2564 โดยมีร้อยละ 7 ในเพศชาย และร้อยละ 3.75 ในเพศหญิง ที่ระบุว่าตี้มแล้วขับเป็นประจำ ทั้งนี้ในผู้ที่ระบุว่าเคยตี้มแล้วขับในรอบ 12 เดือน มีเพียงร้อยละ 7 ที่ระบุว่าเคยถูกตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในขณะที่ขับ โดยคนในกรุงเทพมหานครมีการถูกตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์สูงสุด ร้อยละ 17 รองลงมาคือภาคกลาง ร้อยละ 12 ภาคอื่นๆ อยู่ที่ร้อยละ 4-6 ผลลัพธ์คือผู้ที่ตี้มทุกวันและตี้มแล้วขับเป็นประจำ เกิดอุบัติเหตุร้อยละ 27.9 และผู้ที่ตี้มหนักทุกวันและตี้มแล้วขับเป็นประจำ เกิดอุบัติเหตุถึงร้อยละ 44

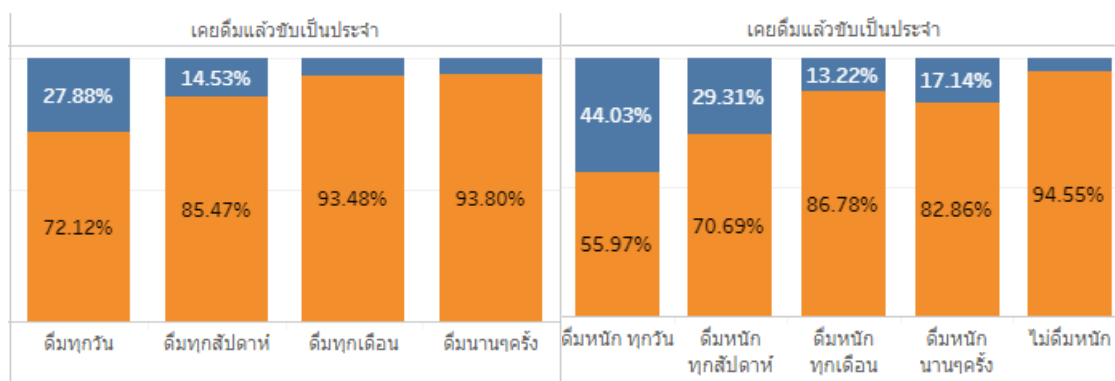
ภาพแสดง ร้อยละของการตี้มแล้วขับในผู้ที่ตี้มใน 12 เดือน และขับรถยนต์/รถจักรยานยนต์ ปี 2564



ภาพแสดง ร้อยละของการถูกตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ที่เคยตี้มแล้วขับ จำแนกภาค ปี 2560, 2564



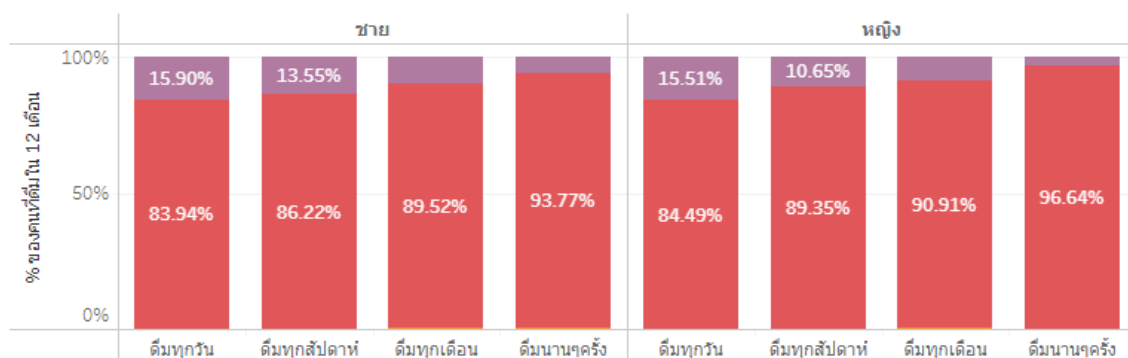
ภาพแสดง ร้อยละการเกิดอุบัติเหตุจากการตี้มแล้วขับเป็นประจำของตนเอง ตามความถี่การตี้ม/ตี้มหนัก ปี 2564



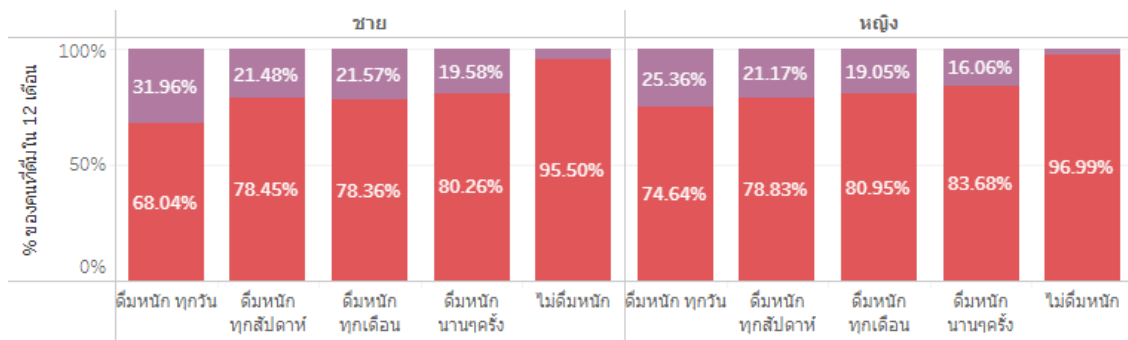
2.6) ปัญหาสุขภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบต่อครอบครัวและระบบบริการ

ปัญหาสุขภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แปรผันตามความถี่ของการดื่ม และความถี่ของการดื่มหนัก โดยหากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน พบว่ามีปัญหาสุขภาพประมาณร้อยละ 15 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในปี 2564 ในขณะที่การดื่มหนักทุกวัน จะมีปัญหาสุขภาพถึงร้อยละ 32 ในเพศชาย และร้อยละ 25 ในเพศหญิง โดยปัญหาสุขภาพประการหนึ่งที่ได้พบได้คือ ปัญหาความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากแอลกอฮอล์ ซึ่งส่วนหนึ่งต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล โดยอัตราการนอนในโรงพยาบาลด้วยภาวะดังกล่าวอยู่ที่ประมาณ 65-70 ครั้งต่อแสนประชากรต่อปี โดยในปี 2564 มีแนวโน้มที่ลดลงเล็กน้อยจากปี 2562

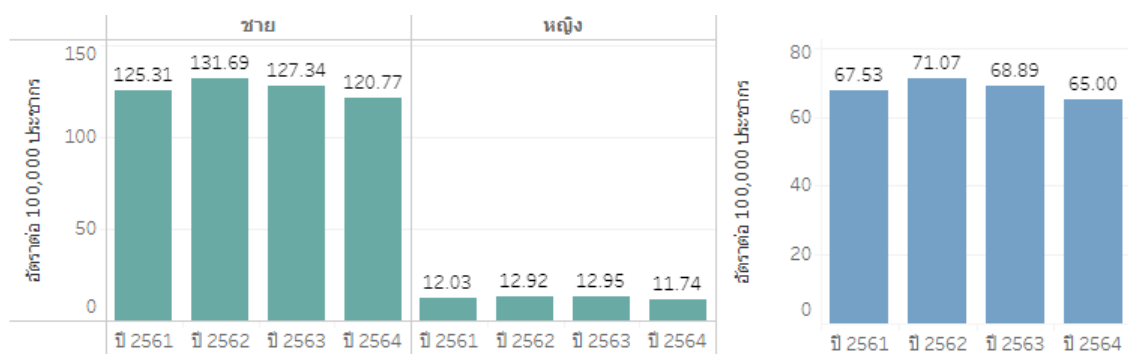
ภาพแสดง ปัญหาสุขภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกเพศและความถี่ในการดื่ม ปี 2564



ภาพแสดง ปัญหาสุขภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกเพศและความถี่ในการดื่มหนัก ปี 2564



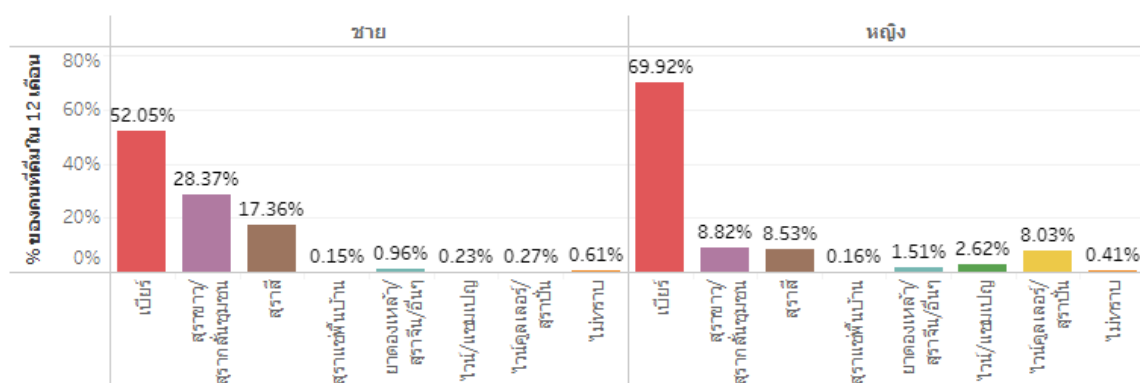
ภาพแสดง แนวโน้มอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วย ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทต่อแสนประชากร จำแนกเพศ



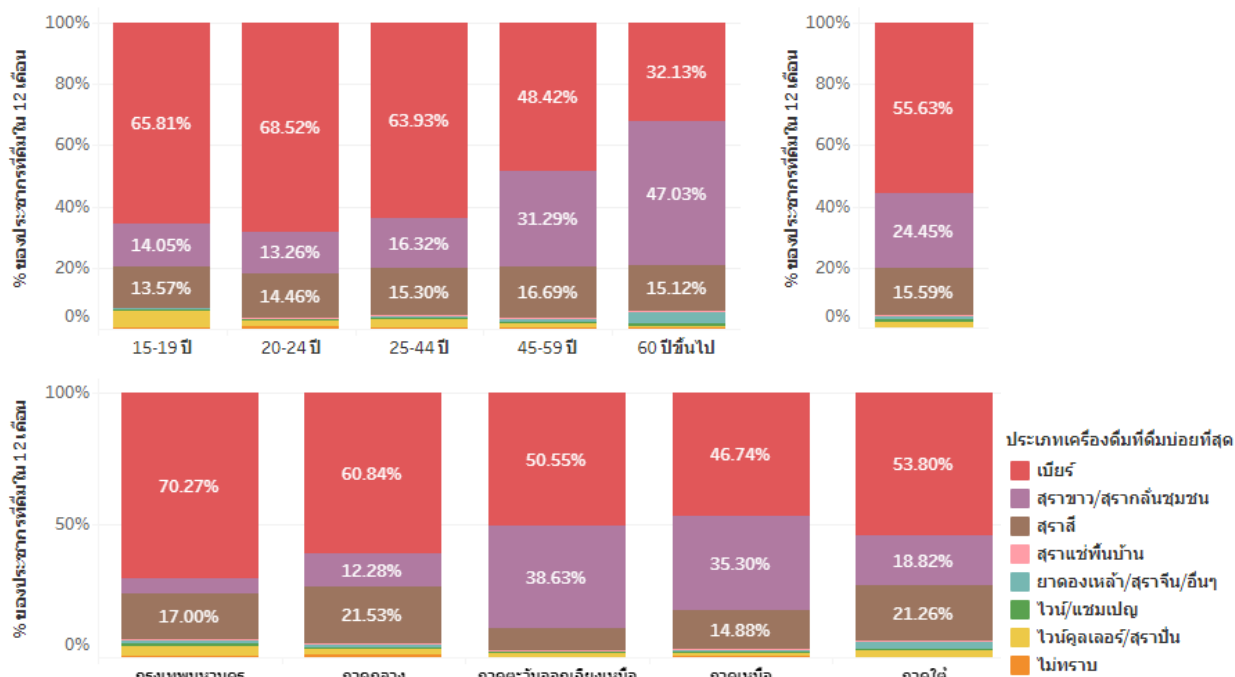
2.7) คนไทยดื่มเบียร์มากที่สุด โดยเฉพาะคนในกรุงเทพมหานคร

คนไทยส่วนใหญ่นิยมดื่มเบียร์มากที่สุด ในทุกเพศ ทุกภูมิภาค และเกือบทุกกลุ่มอายุ ยกเว้นกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่ดื่มสุราขาว/สุรากลั่นชุมชน มากกว่าเบียร์ (ร้อยละ 47.03) แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละภาค จะพบว่า กรุงเทพมหานคร เป็นภาคที่นิยมดื่มเบียร์มากที่สุด รองลงมาคือ ภาคกลาง (ร้อยละ 70.27 และ 60.84) ตามลำดับ อาจจะช่วยปัจจัยด้านความสะดวกในการซื้อและความง่ายในการดื่ม ในขณะที่สุราขาว/สุรากลั่นชุมชน เป็นที่นิยมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มากกว่าภาคอื่น รองลงมาคือภาคเหนือ และสุราสีเป็นที่นิยมในภาคกลาง มากกว่าภาคอื่น รองลงมาคือภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ

ภาพแสดง ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มบ่อยที่สุดใน 12 เดือน ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ



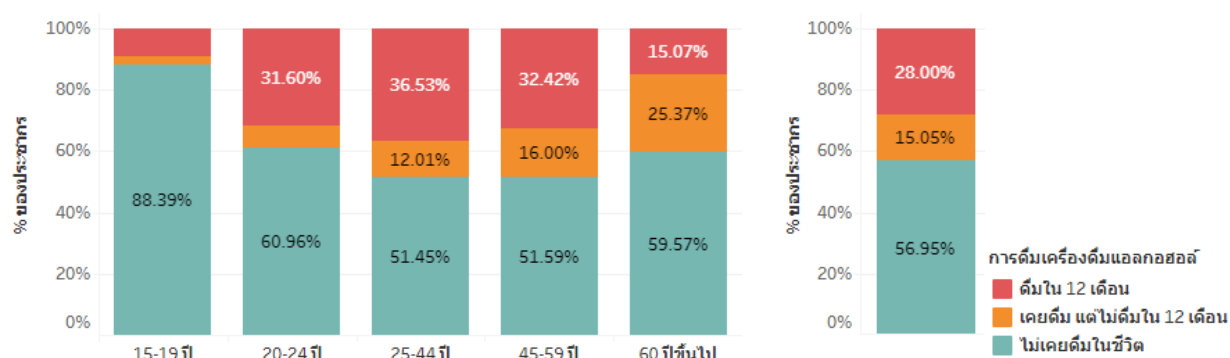
ภาพแสดง ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มบ่อยที่สุดใน 12 เดือน จำแนกตามกลุ่มอายุและภาค



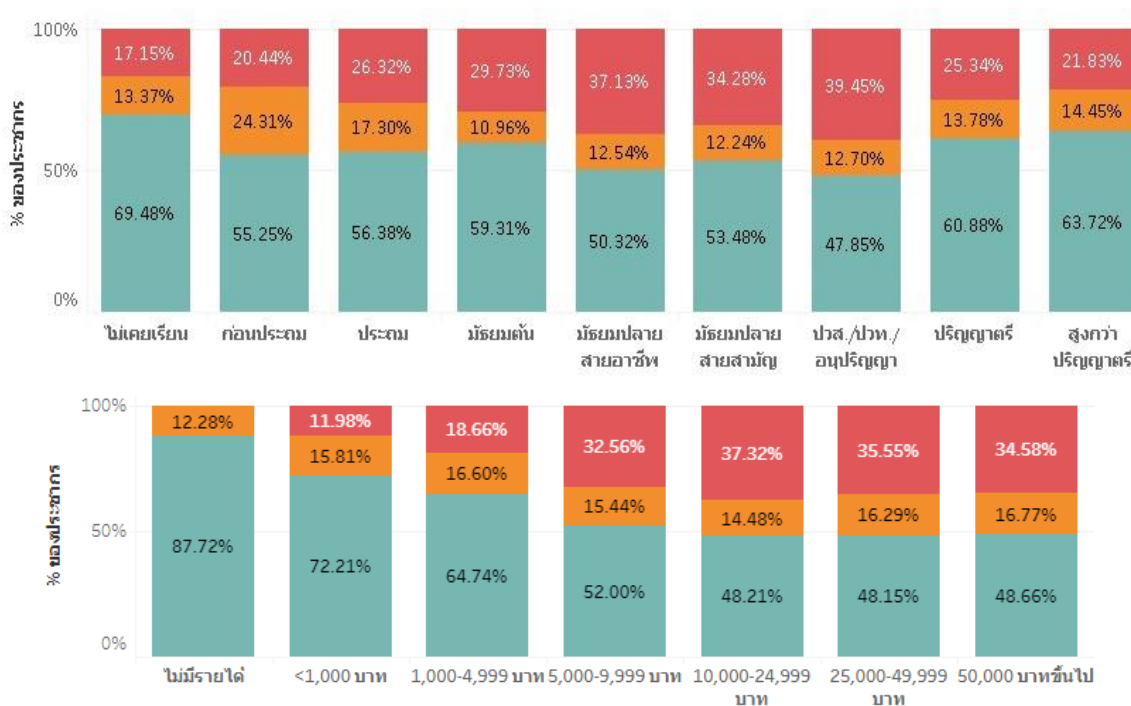
2.8) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับระดับการศึกษาและเศรษฐกิจ

กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 20-59 ปี) เป็นกลุ่มอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด และเมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษาแล้ว ก็พบว่า คนที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงอนุปริญญา มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าระดับการศึกษาอื่น และจะลดลงเมื่อมีระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น (ปริญญาตรีขึ้นไป) ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ถึงโทษและอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่เมื่อเปรียบเทียบตามระดับรายได้ กลับพบว่า สัดส่วนของคนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 35 ตั้งแต่ระดับรายได้ 10,000 บาทต่อเดือน ขึ้นไป ประเด็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยด้านกำลังซื้อที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย

ภาพแสดง สัดส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือน ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ



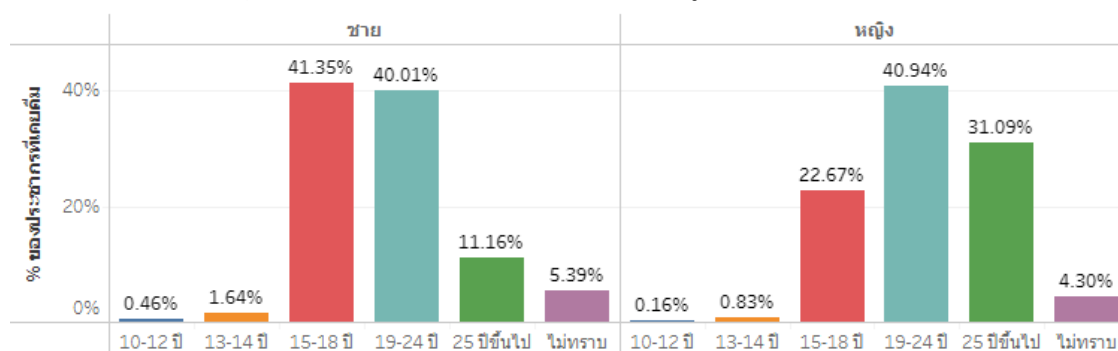
ภาพแสดง สัดส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือน ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามระดับการศึกษาและรายได้



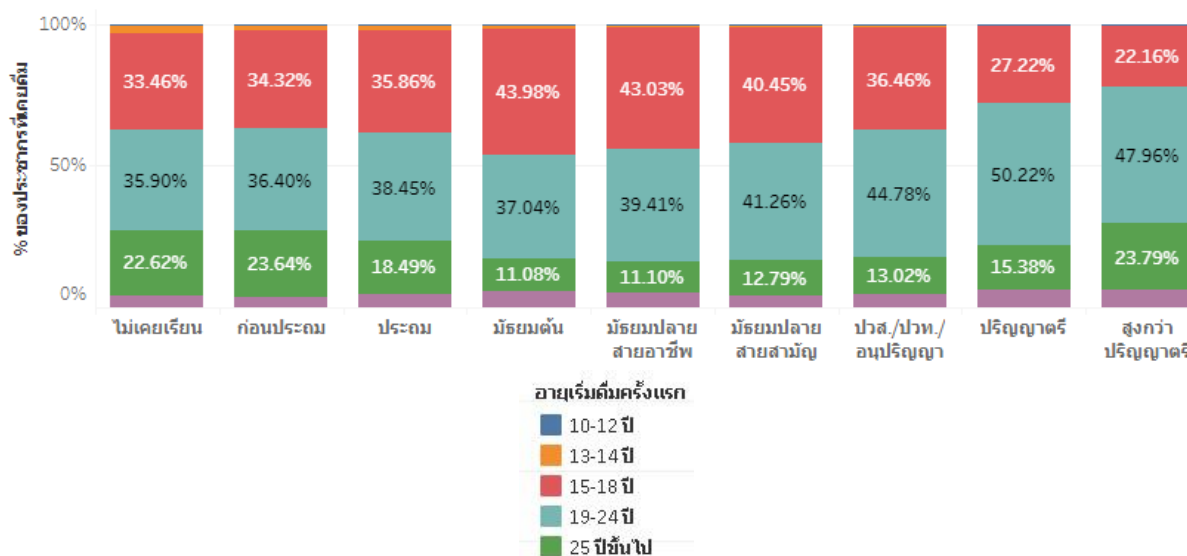
2.9) อายุเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับระดับการศึกษา

อายุเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกของเพศชาย ในช่วงอายุ 15-18 ปี จะใกล้เคียงกับช่วงอายุ 19-24 ปี (ร้อยละ 41.35 และ 40.01) ส่วนในเพศหญิงพบว่า ส่วนใหญ่จะเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกในช่วงอายุ 19-24 ปี รองลงมาคือ อายุ 25 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 40.94 และ 31.09) ตามลำดับ แสดงว่า เพศชายเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเร็วกว่าเพศหญิง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับการศึกษา จะพบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จะมีสัดส่วนการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก ในช่วงอายุ 15-18 ปี ที่น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาถึงอนุปริญญา โดยส่วนใหญ่จะเริ่มดื่มในช่วงอายุ 19-24 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมหาวิทยาลัย ประเด็นดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงปัญหาการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนนักศึกษาในประเทศไทย ที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและสุขภาพของนักเรียน

ภาพแสดง สัดส่วนตามอายุเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก ในผู้ที่ดื่มหรือเคยดื่ม จำแนกเพศ ปี 2564



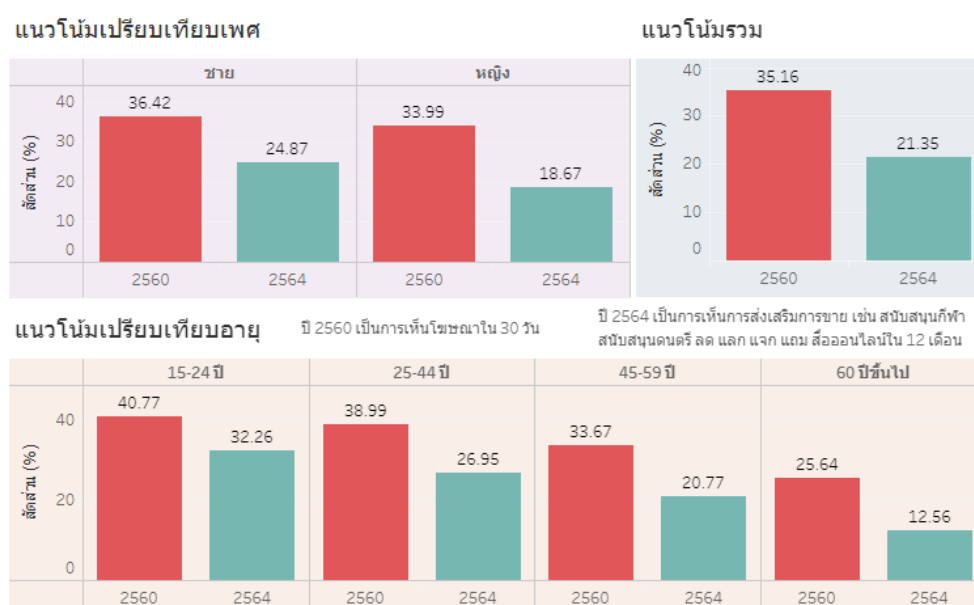
ภาพแสดง สัดส่วนตามอายุเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก ในผู้ที่ดื่มหรือเคยดื่ม จำแนกระดับการศึกษา ปี 2564



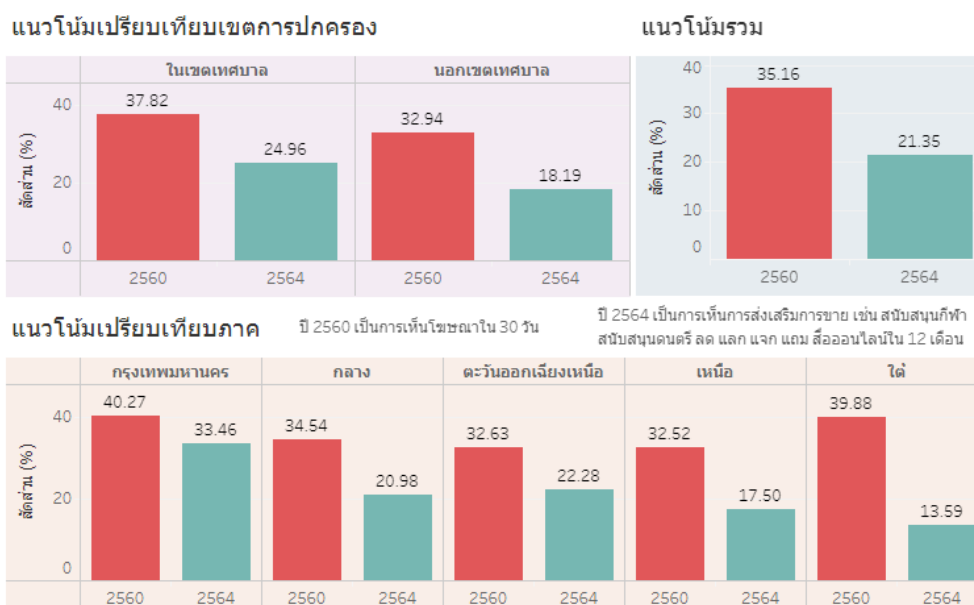
2.10) การพบเห็นการโฆษณาส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การพบเห็นการโฆษณาส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย มีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 35.16 ในปี 2560 เหลือร้อยละ 21.35 ในปี 2564 ประเด็นนี้อาจได้รับผลส่วนหนึ่งมาจากการปรับข้อคำถามในการสำรวจ หรืออาจเป็นผลมาจากมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทย ที่ห้ามไม่ให้โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรูปแบบและช่องทางต่างๆ โดยเพศชายมีการพบเห็นการโฆษณามากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุ 15-24 ปี พบเห็นการโฆษณามากกว่ากลุ่มอายุอื่น ประชาชนในเขตเทศบาล พบเห็นการโฆษณามากกว่านอกเขตเทศบาล และกรุงเทพมหานคร มีการพบเห็นการโฆษณาส่งเสริมการขายสูงสุด ในปี 2564

ภาพแสดง สัดส่วนการพบเห็นโฆษณาส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกเพศและอายุ ปี 2560, 2564



ภาพแสดง สัดส่วนการพบเห็นโฆษณาส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกเขตการปกครองและภาค ปี 2560, 2564

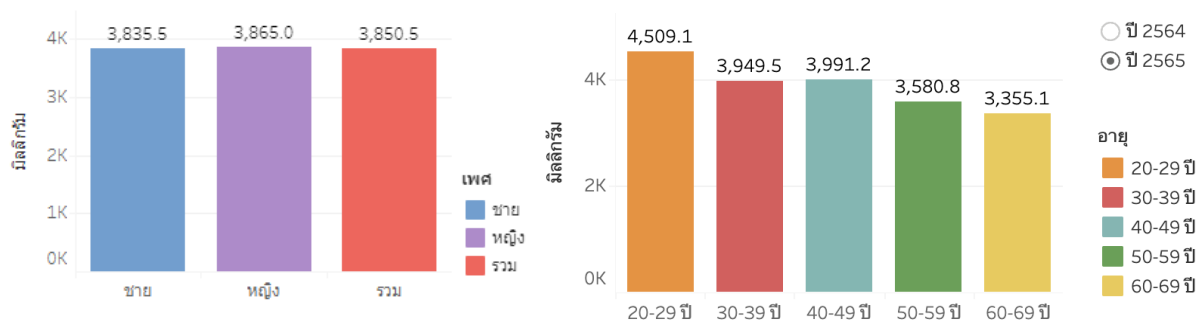


3) การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างสมดุลเพิ่มขึ้น

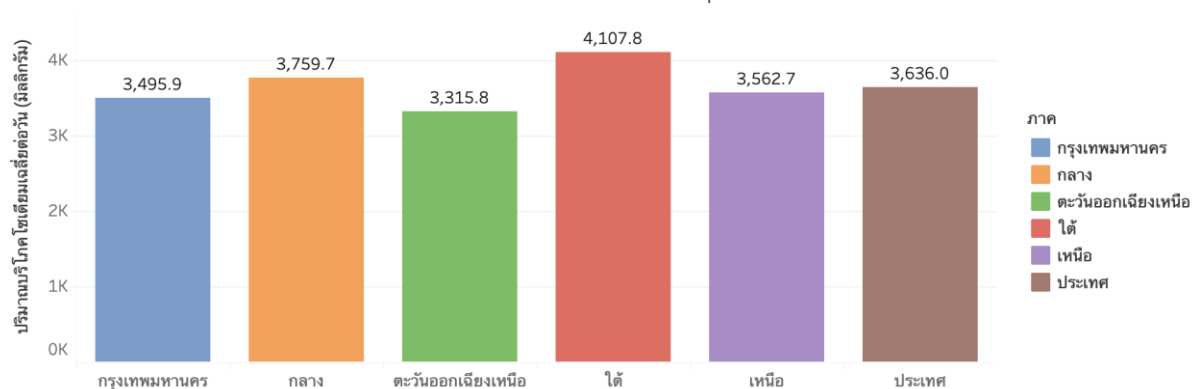
3.1) การบริโภคโซเดียมสูงสุดที่ภาคใต้ และสูงกว่าที่แนะนำในทุกภาค

ในปี 2565 ปริมาณการบริโภคโซเดียมในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย โดยเพศหญิงบริโภคโซเดียมต่อวันอยู่ที่ 3,865 มิลลิกรัม และในเพศชายอยู่ที่ 3,835.5 มิลลิกรัม ส่วนช่วงอายุที่มีการบริโภคโซเดียมมากที่สุดในปี 2565 คือ อายุ 20-29 ปี (4,509.1 มิลลิกรัม/วัน) รองลงมาคือ อายุ 40-49 ปี (3,991.2 มิลลิกรัม/วัน) ภาคที่มีการบริโภคโซเดียมต่อวันสูงสุดใน ปี 2562-2563 คือ ภาคใต้ โดยปริมาณการบริโภคโซเดียมอยู่ที่ 4,107.8 มิลลิกรัม/วัน รองลงมาคือ ภาคกลาง 3,759.7 มิลลิกรัม/วัน ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการบริโภคโซเดียม น้อยที่สุด อยู่ที่ 3,315.8 มิลลิกรัม/วัน แต่จะเห็นได้ว่ายังเกินเกณฑ์ปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าไม่ควรบริโภคเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน (เทียบเท่าเกลือ 1 ช้อนชา หรือ 5 กรัม) โดยทั้งเพศชายและหญิง ทุกช่วงอายุ และทุกภาคในประเทศไทย มีการบริโภคโซเดียมสูงกว่าค่าที่ WHO แนะนำ

ภาพแสดง ปริมาณบริโภคโซเดียมเฉลี่ยต่อคนต่อวัน (มิลลิกรัม) จำแนกเพศและอายุ ปี 2565



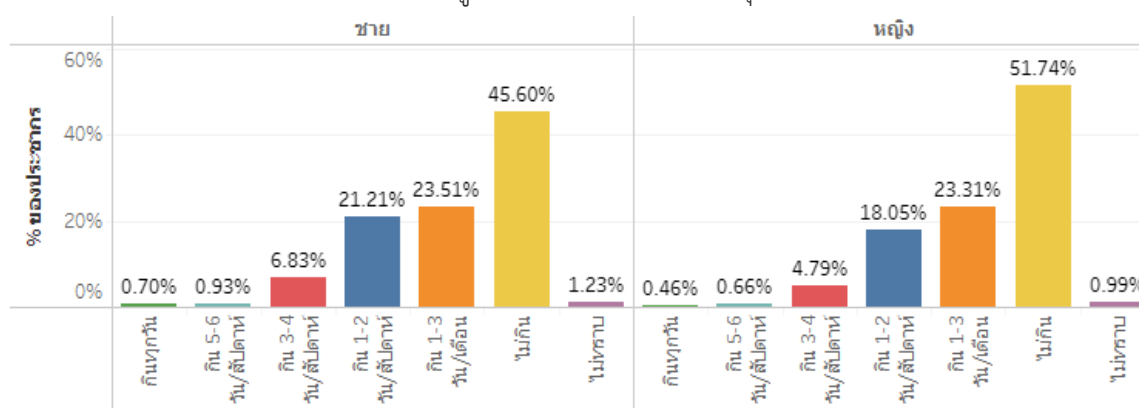
ภาพแสดง ปริมาณบริโภคโซเดียมเฉลี่ยต่อคนต่อวัน (มิลลิกรัม) อายุ 18 ปีขึ้นไป จำแนกภาค ปี 2562-2563



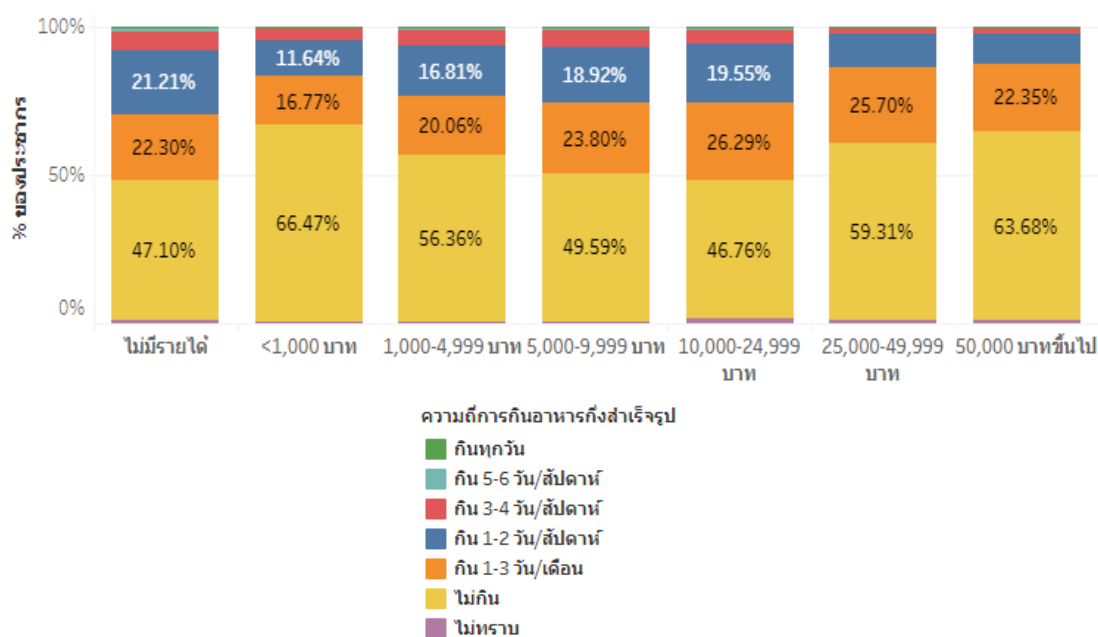
3.2) ประชาชนร้อยละ 25-30 กินอาหารถึงสำเร็จรูปทุกสัปดาห์

ในอาหารถึงสำเร็จรูป มีปริมาณโซเดียมเกินความจำเป็นต่อร่างกายอยู่มาก ตัวอย่างเช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ที่มีปริมาณโซเดียมอยู่ที่ 1,700- 2,000 มิลลิกรัม ซึ่งถ้า 1 วันทาน 2 ชาม จะได้รับปริมาณโซเดียมเกินความจำเป็นที่ร่างกายต้องได้รับต่อวัน ทำให้ส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว ทั้งนี้ในปี 2564 พบว่าเพศชายร้อยละ 54.40 มีการกินอาหารถึงสำเร็จรูป อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 30 วัน และร้อยละ 30.89 กินทุกสัปดาห์ ในขณะที่เพศหญิง ร้อยละ 48.26 กินอาหารถึงสำเร็จรูป อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 30 วัน และร้อยละ 24.95 กินทุกสัปดาห์ โดยกลุ่มที่กินอาหารถึงสำเร็จรูปในรอบ 30 วัน มากที่สุดคือ กลุ่มที่มีรายได้ 5,000-24,999 บาทต่อเดือน ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีรายได้ค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง

ภาพแสดง ความถี่ของการกินอาหารถึงสำเร็จรูปใน 30 วันที่ผ่านมา อายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกเพศ ปี 2564



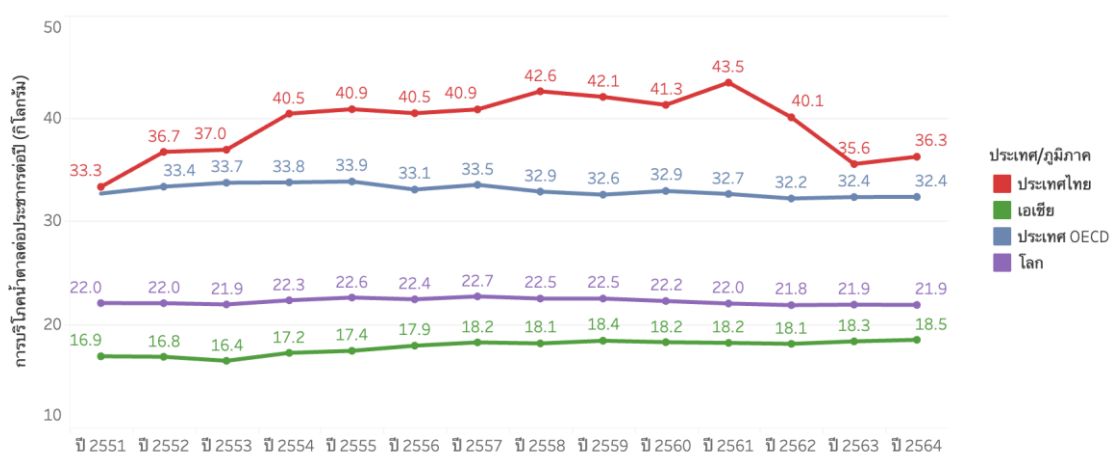
ภาพแสดง ความถี่ของการกินอาหารถึงสำเร็จรูปใน 30 วันที่ผ่านมา อายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกรายได้ ปี 2564



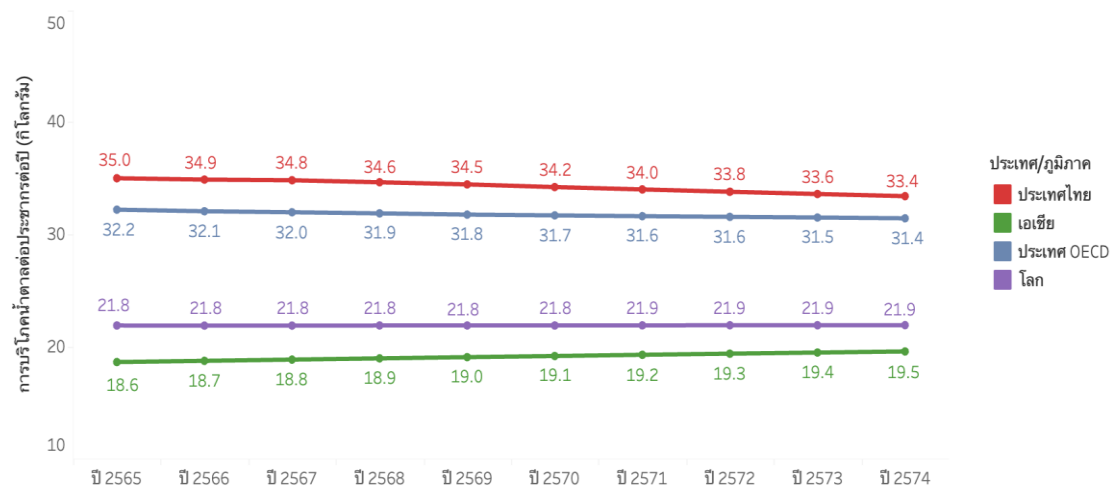
3.3) การบริโภคน้ำตาลของคนไทยมีแนวโน้มลดลง

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำให้บริโภคน้ำตาลไม่เกินวันละ 6 ช้อนชา หรือประมาณ 24 กรัม เท่านั้น แต่คนไทยบริโภคน้ำตาลสูงถึง 25 ช้อนชาต่อวัน หรือประมาณ 100 กรัมต่อวัน ซึ่งในปัจจุบันการบริโภคน้ำตาลมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการขึ้น “ภาษีความหวาน” เป็นกลไกสร้างสุขภาพคนไทยด้วยมาตรการภาษีการจัดเก็บภาษีความหวาน เป็นไปตาม พ.ร.บ.สรรพสามิต พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นการปรับโครงสร้างภาษีหลายอัตรา จะเห็นได้ว่าในปี 2561 มีการบริโภคน้ำตาลสูงสุดในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา อยู่ที่ 43.5 กิโลกรัม/ประชากร/ปี แต่ในปี 2562 การบริโภคน้ำตาลของประชากรลดลง อยู่ที่ 40.1 กิโลกรัม/ประชากร/ปี และลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปี 2564 อยู่ที่ 36.3 กิโลกรัม/ประชากร/ปี แต่ยังคงสูงกว่ากลุ่มประเทศ OECD และสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก โดยในขนาดการคาดการณ์การบริโภคน้ำตาลต่อประชากรต่อปียังมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน เช่นในปี 2571 มีการคาดการณ์การบริโภคน้ำตาลอยู่ที่ 34 กิโลกรัม/ประชากร/ปี อาจส่งผลให้คนในประเทศบริโภคน้ำตาลน้อยลงกว่าในอดีตและลดการเกิดโรคต่างๆที่มีความเสี่ยงมาจากการบริโภคน้ำตาลได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน เป็นต้น

ภาพแสดง การบริโภคน้ำตาลต่อประชากรต่อปี (กิโลกรัม) ปี 2551-2564



ภาพแสดง การคาดการณ์การบริโภคน้ำตาลต่อประชากรต่อปี (กิโลกรัม) ปี 2565-2574

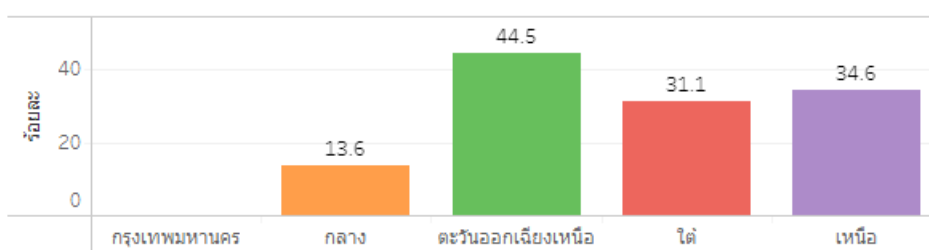


3.4) ทารกอายุ 0-5 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวไม่ถึงร้อยละ 30

องค์การอนามัยโลก แนะนำให้กินนมแม่ตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด กินนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต ทั้งนี้ในปี 2565 เด็กอายุ 0-5 เดือนมีการกินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 28.6 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการกินนมแม่อย่างเดียวสูงสุด (ร้อยละ 44.5) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (ร้อยละ 34.6) และภาคกลางเป็นภาคที่เด็กกินนมแม่อย่างเดียวน้อยที่สุด (ร้อยละ 13.6) และเด็กที่อยู่นอกเขตเทศบาล มีการกินนมแม่อย่างเดียวสูงกว่าเด็กในเขตเทศบาล (ร้อยละ 34.9 เทียบกับร้อยละ 17.3) แต่หากประเมินที่การกินนมแม่เป็นหลัก (รวมกับอาหารอื่น) จะพบว่ามีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 45.3) โดยภาคเหนือมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 55.0) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 52.6) และภาคกลางมีการกินนมแม่เป็นหลัก ร้อยละ 41.0

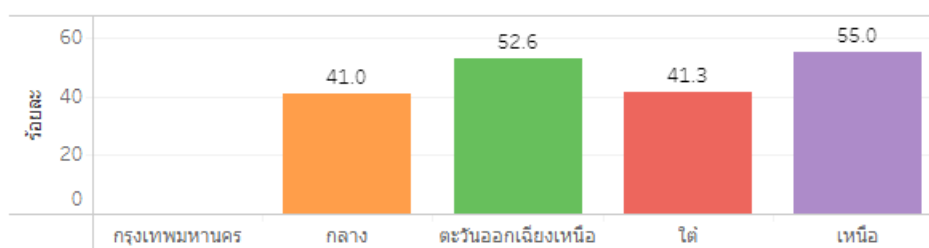
ภาพแสดง ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 เดือน ที่กินนมแม่อย่างเดียว จำแนกภาค ปี 2565

การบริโภคนมแม่ จำแนกตามภาค



ภาพแสดง ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 เดือน ที่กินนมแม่เป็นหลัก จำแนกภาค ปี 2565

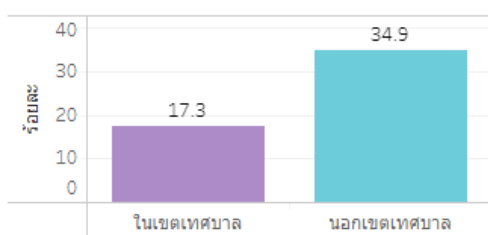
การบริโภคนมแม่ จำแนกตามภาค



ภาพแสดง ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 เดือน ที่กินนมแม่อย่างเดียว และร้อยละของเด็กอายุ 0-5 เดือน ที่กินนมแม่เป็นหลัก จำแนกเขตการปกครอง ปี 2565

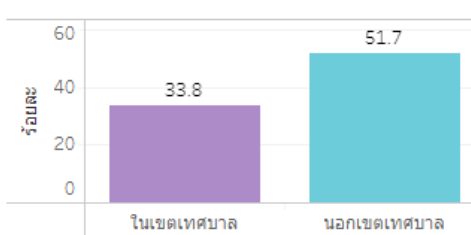
การกินนมแม่อย่างเดียว

การบริโภคนมแม่ จำแนกตามเขตการปกครอง



การกินนมแม่เป็นหลัก

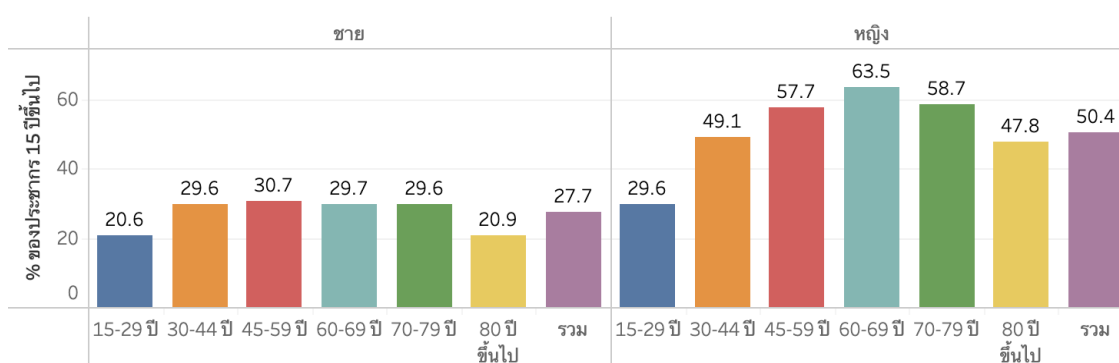
การบริโภคนมแม่ จำแนกตามเขตการปกครอง



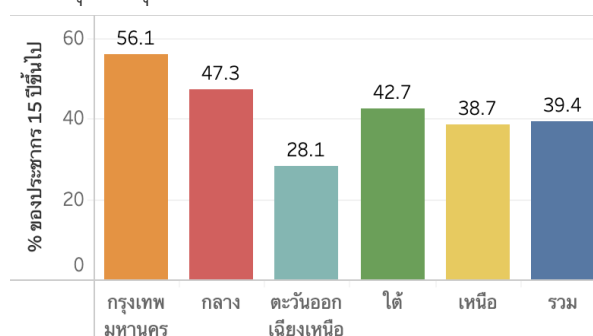
3.5) ความชุกภาวะอ้วนลงพุง สูงสุดที่กรุงเทพมหานคร

ภาวะอ้วนลงพุงเป็นผลมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันสูง ร่วมกับการมีกิจกรรมทางกายที่ต่ำ โดยในปี 2562 – 2563 เพศหญิงมีภาวะอ้วนลงพุงสูงกว่าเพศชาย โดยมีภาวะอ้วนลงพุงอยู่ที่ร้อยละ 50.4 ในขณะที่เพศชาย อยู่ที่ร้อยละ 27.7 โดยเพศหญิงอายุ 60 – 69 ปี เป็นช่วงอายุที่มีภาวะอ้วนลงพุงสูงสุด อยู่ที่ร้อยละ 63.5 เพศชายอายุ 45-59 ปี มีภาวะอ้วนลงพุงสูงสุด อยู่ที่ร้อยละ 30.7 โดยกรุงเทพมหานคร มีภาวะอ้วนลงพุงสูงสุด (ร้อยละ 56.1) รองลงมาคือ ภาคกลาง (ร้อยละ 47.3) และภาคใต้ (ร้อยละ 42.7) ตามลำดับ ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารในพื้นที่ ที่อาจจะสัมพันธ์กับความเป็นเมือง ที่มีอาหารเสี่ยงสูงที่มากกว่า หรือมีการบริโภคอาหารเกินความจำเป็น ทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุงได้ง่ายกว่าพื้นที่อื่น

ภาพแสดง ความชุกภาวะอ้วนลงพุง จำแนกเพศและอายุ ปี 2562-63



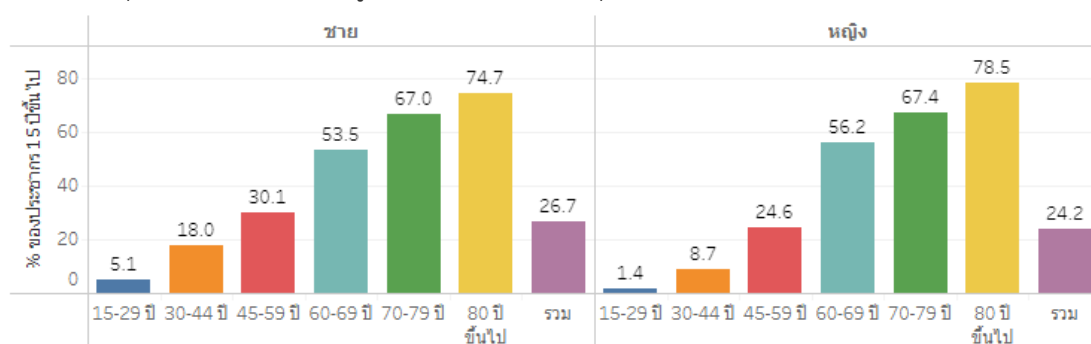
ภาพแสดง ความชุกภาวะอ้วนลงพุง อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกภาค ปี 2562-2563



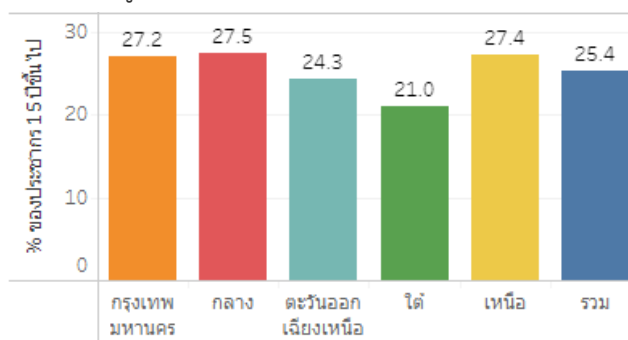
3.6) ความชุกโรคความดันโลหิตสูง สูงสุดที่ภาคกลางและภาคเหนือ

ความดันโลหิตสูงนับเป็นผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย โดยการบริโภคอาหารเสี่ยงสูงก็นับเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่ง โดยในปี 2562-2563 พบว่าร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเพศชายอยู่ที่ร้อยละ 26.7 และในเพศหญิงอยู่ที่ร้อยละ 24.2 แต่หากเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุจะพบว่า อายุ 30-59 ปี เพศชายมีความชุกโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง แต่ในอายุ 60 ปีขึ้นไป เพศหญิงมีความชุกโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้ภาคที่มีความชุกโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุดคือ ภาคกลาง (ร้อยละ 27.5) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (ร้อยละ 27.4) และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 27.2) ส่วนภาคที่มีความชุกโรคความดันโลหิตสูง น้อยที่สุดคือ ภาคใต้ (ร้อยละ 21)

ภาพแสดง ความชุกโรคความดันโลหิตสูง จำแนกเพศและอายุ ปี 2562-2563



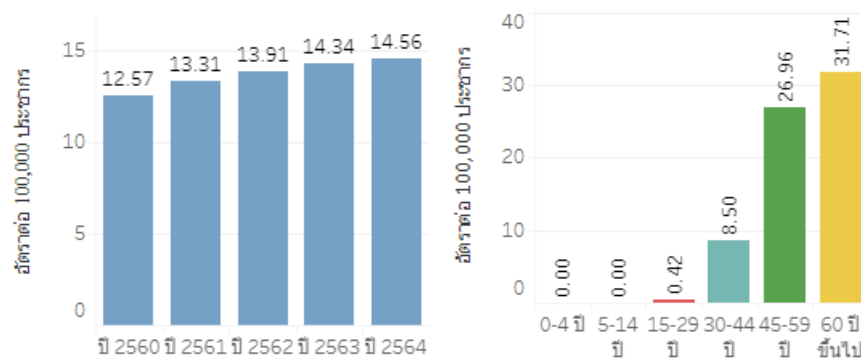
ภาพแสดง ความชุกโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามภาค ปี 2562-2563



3.7) มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่ สูงสุดที่ภาคกลางและภาคเหนือตอนล่าง

มะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน โดยภาวะอ้วนเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม ทั้งนี้ แนวโน้มของอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา โดยในปี 2564 ช่วงอายุที่มีอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมมากที่สุดคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป (31.71 ต่อแสนประชากร) รองลงมาคือ อายุ 45-59 ปี (26.96 ต่อแสนประชากร) แต่เป็นที่น่าสนใจที่อายุ 30-44 ปี ก็มีอัตราการตายอยู่ที่ 8.50 ต่อแสนประชากร ซึ่งนับว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเมื่อเปรียบเทียบกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะพบว่าการกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราการตายจากโรครทั้ง 2 จะมีความคล้ายคลึงกัน กล่าวคือมีอัตราการตายสูงในภาคกลางและภาคเหนือตอนล่าง ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน ก็คือมีการภาวะโภชนาการเกิน

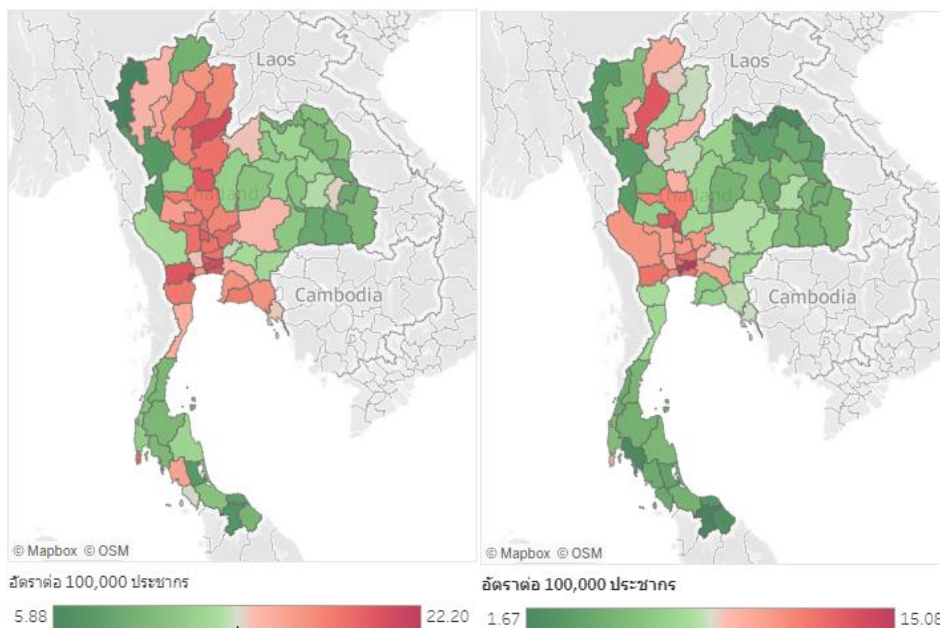
ภาพแสดง แนวโน้มอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านม เพศหญิง ปี 2560-2564 และจำแนกตามอายุ ปี 2564



ภาพแสดง แผนที่อัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านม และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รายจังหวัด (คิดตามที่อยู่ผู้ตาย) ปี 2564

มะเร็งเต้านม

มะเร็งลำไส้ใหญ่

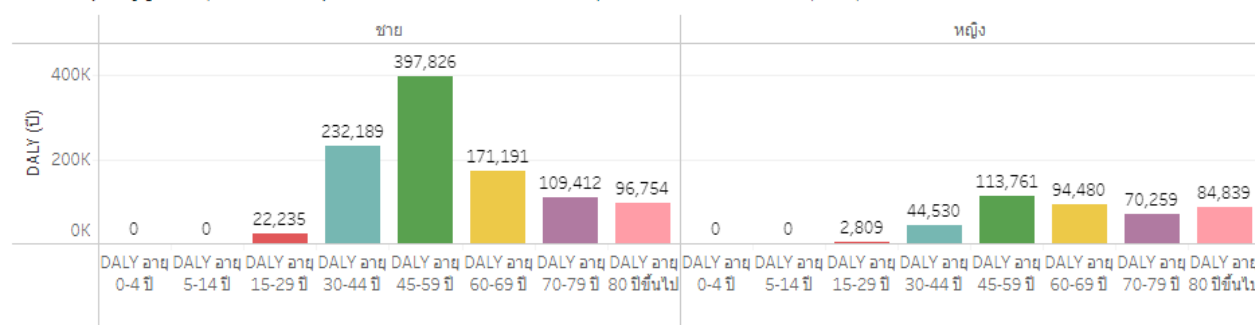


3.8) ภาระโรคจากการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการเกิน 2 ผลกระทบจากอาหาร

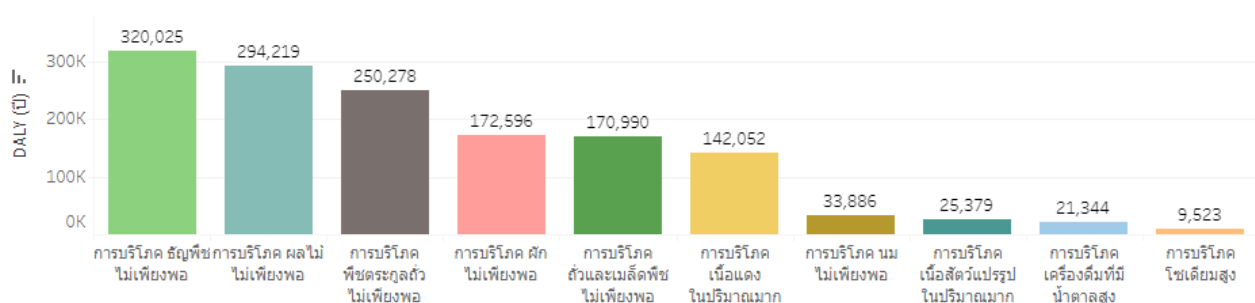
ในปี 2562 การสูญเสียปีสุขภาวะจากการบริโภคอาหารไม่เพียงพอหรือมากเกินไป ในเพศชายจะสูงกว่าเพศหญิง และสูงสุดในช่วงอายุ 45-59 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับอายุ 60 ปีขึ้นไป แสดงให้เห็นว่าการบริโภคอาหารไม่เพียงพอหรือมากเกินไป ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพตั้งแต่อ่อนวัยสูงอายุ นับเป็นการสูญเสียก่อนวัยอันควร โดยการบริโภคอาหารที่ทำให้เกิดการสูญเสียมากที่สุดคือ การบริโภคธัญพืชไม่เพียงพอ รองลงมาคือ การบริโภคผลไม้ไม่เพียงพอ และการบริโภคพืชตระกูลถั่วไม่เพียงพอ ตามลำดับ ในขณะที่ภาระโรคจากภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน ซึ่งเป็นอีกหนึ่งผลกระทบจากการบริโภคอาหาร พบว่าภาระโรคในเพศชายและเพศหญิงมีความใกล้เคียงกันมากขึ้น เมื่อเทียบกับภาระโรคจากการบริโภคอาหารไม่เพียงพอหรือมากเกินไป โดยเฉพาะภาระโรคในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เพศหญิงมีความสูญเสียมากกว่าเพศชาย

ภาพแสดง ภาระโรค (การสูญเสียปีสุขภาวะ) จากการบริโภคอาหารไม่เพียงพอ/มากเกินไป จำแนกเพศ ปี 2562

ภาระโรค (การสูญเสียปีสุขภาวะ: DALY) จากการบริโภคอาหารไม่เพียงพอ/มากเกินไป จำแนกตามกลุ่มอายุ

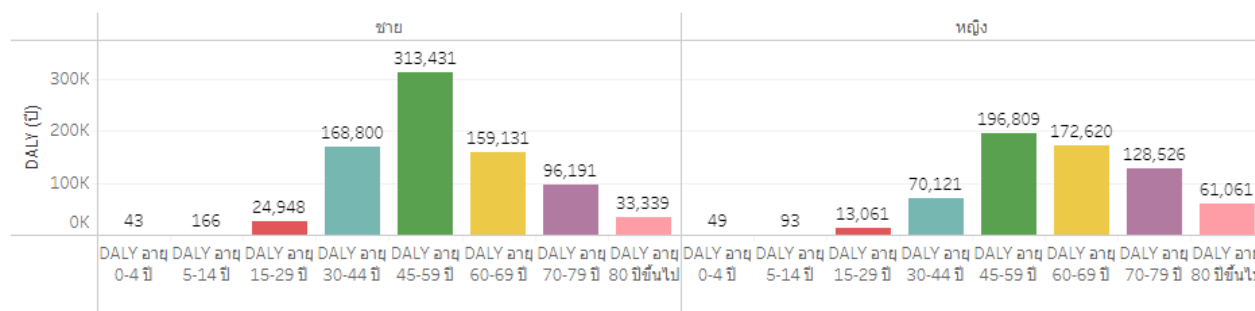


ภาพแสดง ภาระโรค จากการบริโภคอาหารไม่เพียงพอ/มากเกินไป จำแนกปัจจัยเสี่ยงย่อย ปี 2562



ภาพแสดง ภาระโรค (การสูญเสียปีสุขภาวะ) จากภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน จำแนกเพศ ปี 2562

ภาระโรค (การสูญเสียปีสุขภาวะ: DALY) จากภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน จำแนกตามกลุ่มอายุ



4) การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ

4.1) กิจกรรมทางกายลดลงในสถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19

ตั้งแต่ที่ประชาชนไม่สามารถออกมาใช้ชีวิตตามปกติ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 กิจกรรมทางกายของประชาชนมีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2563 ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 56.7 ซึ่งลดลงจากปี 2562 (ร้อยละ 74.3) อย่างชัดเจน และหลังจากนั้น ในปี 2564 การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอของประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ก็เพิ่มขึ้นมาเป็นร้อยละ 65.3 และร้อยละ 64.2 ในปี 2565 แสดงให้เห็นว่าประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้มากขึ้น แนวโน้มการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอจึงเพิ่มขึ้นตามลำดับ แต่ก็ยังนับว่าต่ำกว่าสถานการณ์ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด-19 ที่อาจส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนในระยะยาว ทั้งนี้ในปี 2565 พบว่าเพศหญิงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอน้อยกว่าเพศชาย (ร้อยละ 61.2 ในเพศหญิง เทียบกับร้อยละ 67.6 ในเพศชาย) และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอน้อยกว่าอายุ 18-59 ปี (ร้อยละ 60.6 ในอายุ 60 ปีขึ้นไป เทียบกับร้อยละ 65.8 ในอายุ 18-59 ปี)

ภาพแสดง แนวโน้มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ อายุ 18 ปีขึ้นไป (%) จำแนกตามเพศ ปี 2555-2565



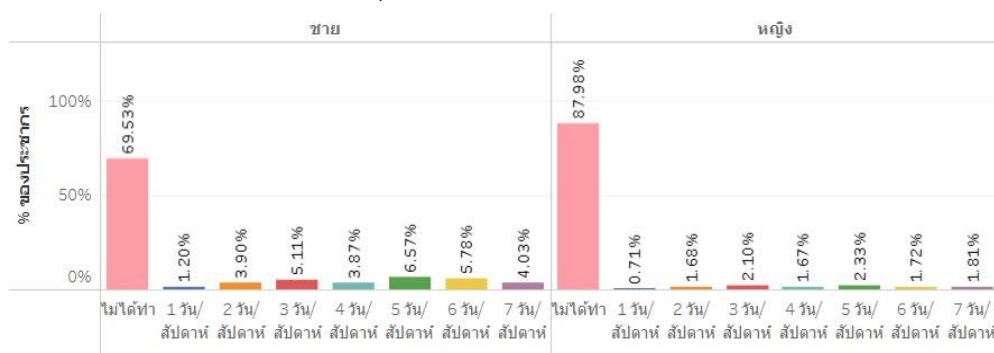
ภาพแสดง สัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ (%) จำแนกเพศและอายุ ปี 2565



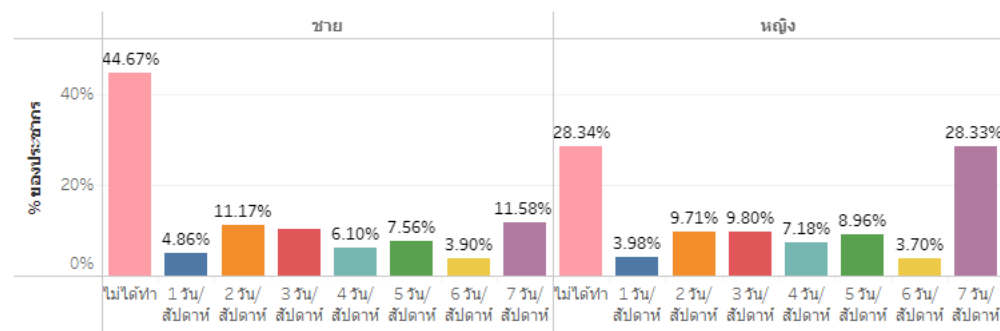
4.2) ความแตกต่างระหว่างเพศในการทำงานออกแรง และการทำกิจกรรมเนือยนิ่ง

เพศชายมีการทำงานออกแรงอย่างหนัก ร้อยละ 30.47 ในรอบสัปดาห์ ส่วนเพศหญิง มีการทำงานออกแรงอย่างหนัก ร้อยละ 12.02 ในรอบสัปดาห์ ในขณะที่ เพศชายมีการทำงานออกแรงปานกลาง ร้อยละ 55.33 ในรอบสัปดาห์ ส่วนเพศหญิง มีการทำงานออกแรงปานกลาง ร้อยละ 71.66 ในรอบสัปดาห์ แสดงให้เห็นถึงการ ทำงานออกแรงอย่างหนักในเพศชายที่มากกว่าเพศหญิง แต่เพศหญิงมีการทำงานออกแรงปานกลางที่มากกว่าเพศ ชาย ในขณะที่ ระยะเวลาการทำกิจกรรมเนือยนิ่ง ตั้งแต่ 10 ชม./วัน ขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 47.04 ในเพศชาย และ ร้อยละ 47.78 ในเพศหญิง ซึ่งมีความใกล้เคียงกันและอยู่ในระดับที่สูง ดังนั้นเป้าหมายการเพิ่มกิจกรรมทางกายที่ เพียงพอ คือการเพิ่มการทำงานออกแรง หรือการออกกำลังกายในแต่ละวัน และลดเวลาทำกิจกรรมเนือยนิ่งลง

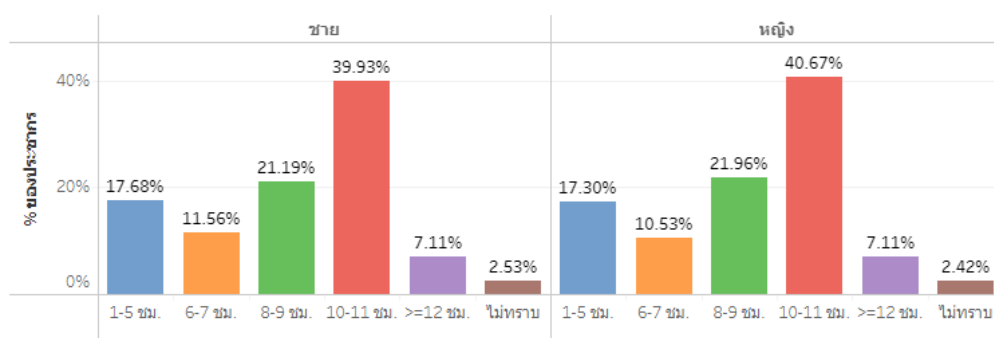
ภาพแสดง การทำงานออกแรงอย่างหนัก อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกเพศ ปี 2564



ภาพแสดง การทำงานออกแรงอย่างปานกลาง อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกเพศ ปี 2564



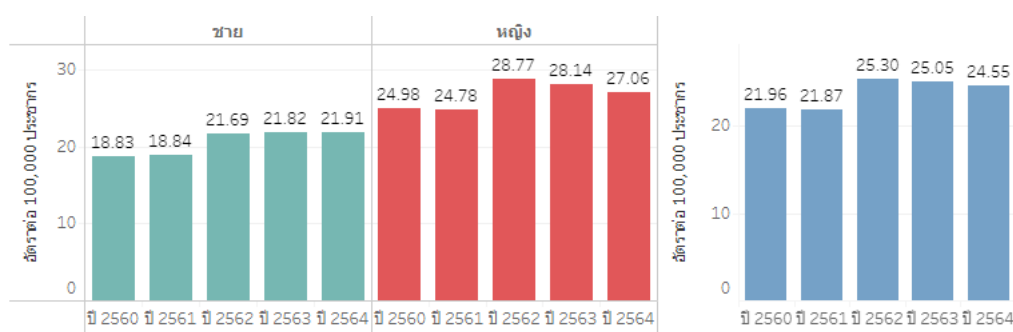
ภาพแสดง ระยะเวลาทำกิจกรรมที่เคลื่อนไหวน้อย (เนือยนิ่ง) ต่อวัน อายุ 15 ปีขึ้นไป ปี 2564



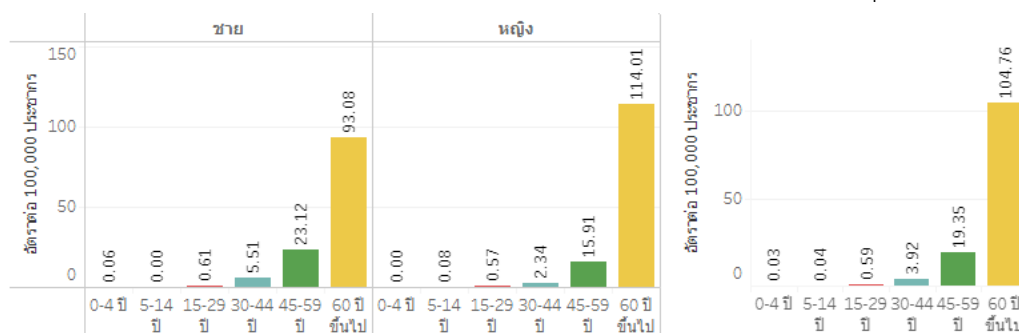
4.3) การตายด้วยโรคที่สัมพันธ์กับการขาดกิจกรรมทางกายยังเพิ่มขึ้น

โรคเบาหวานนับเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคทางเมตาบอลิก ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายต่ำ เนื่องจากสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน ทั้งนี้อัตราการตายจากโรคเบาหวาน มีแนวโน้มที่สูงขึ้นระหว่างปี 2560 ถึงปี 2562 และหลังจากนั้นอัตราการตายในเพศชายค่อนข้างคงที่ และในเพศหญิงมีอัตราการตายที่เริ่มลดลง โดยเพศหญิงมีอัตราการตายที่มากกว่าเพศชาย (27.06 ต่อแสนประชากร เทียบกับ 21.91 ต่อแสนประชากร) โดยอัตราการตายอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชาย แต่ในอายุ 45-59 ปี และอายุ 30-44 เพศชายจะมีอัตราการตายสูงกว่าเพศหญิง แสดงให้เห็นว่าเพศชายจะเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเร็วกว่าเพศหญิง และรูปแบบนี้จะคล้ายคลึงกับข้อมูลภาระโรคจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำ ปี 2562 ที่เพศชายมีการสูญเสียปีสุขภาวะในกลุ่ม 45-59 ปี ที่สูงกว่าเพศหญิง โดยเพศหญิงจะมีการสูญเสียปีสุขภาวะจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำในช่วงวัยสูงอายุที่มากกว่า

ภาพแสดง แนวโน้มอัตราการตายจากโรคเบาหวาน (ต่อ 100,000 ประชากร) ปี 2560-2564

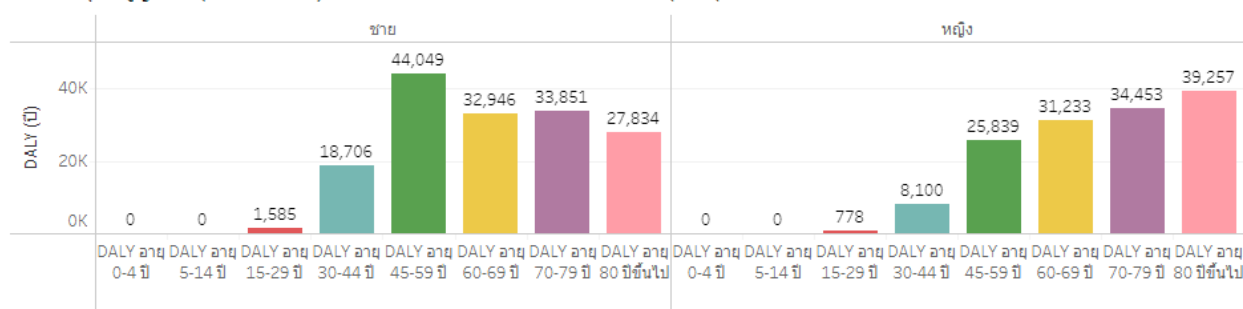


ภาพแสดง อัตราการตายจากโรคเบาหวาน (ต่อ 100,000 ประชากร) จำแนกเพศและอายุ ปี 2564



ภาพแสดง ภาระโรค (DALY) จากการมีกิจกรรมทางกายต่ำ (ปี) จำแนกเพศและอายุ ปี 2562

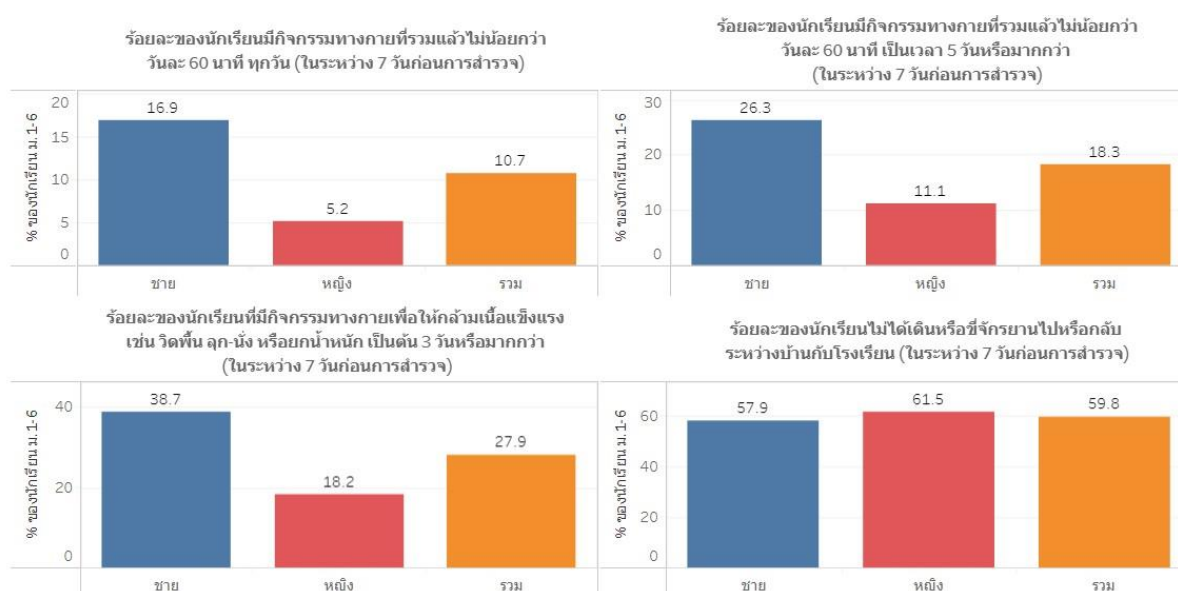
ภาระโรค (การสูญเสียปีสุขภาวะ: DALY) จากการมีกิจกรรมทางกายต่ำ จำแนกตามกลุ่มอายุ



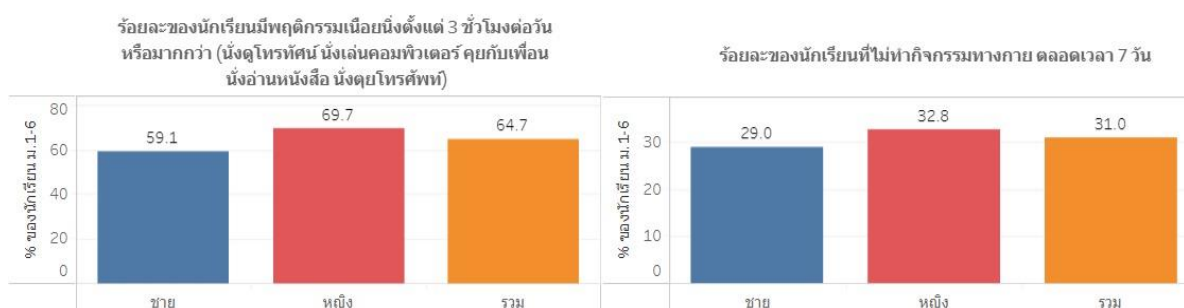
4.4) กิจกรรมทางกายของนักเรียน ม.1-ม.6 ยังไม่เพียงพอ

หากมองในมุมของการมีกิจกรรมทางกายในภาพรวม จะเห็นว่านักเรียน ม.1-ม.6 เพศชาย มีการทำกิจกรรมทางกายมากกว่านักเรียนหญิง โดยร้อยละของนักเรียนชายที่มีกิจกรรมทางกายรวมแล้วไม่น้อยกว่าวันละ 60 นาที 5 วันต่อสัปดาห์หรือมากกว่า อยู่ที่ร้อยละ 26.3 ในขณะที่เพศหญิง อยู่ที่ร้อยละ 11.1 เช่นเดียวกับ ร้อยละของนักเรียนที่มีกิจกรรมทางกายเพื่อให้อึดกล้ามเนื้อแข็งแรง 3 วันหรือมากกว่า ในเพศชาย อยู่ที่ร้อยละ 38.7 และเพศหญิงอยู่ที่ร้อยละ 18.2 แต่ก็ยังมีนักเรียนชายถึงร้อยละ 73.7 ที่มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ และมีนักเรียนชาย ร้อยละ 57.9 ที่ไม่ได้เดินหรือขี่จักรยานไปหรือกลับระหว่างบ้านกับโรงเรียน สะท้อนว่ากิจกรรมทางกายในนักเรียนยังมีสัดส่วนที่ไม่เพียงพอที่ค่อนข้างสูง โดยมีถึงร้อยละ 59.1 ในเพศชาย และร้อยละ 69.7 ในเพศหญิง ที่ทำกิจกรรมน้อยวันละ 3 ชั่วโมงต่อวันขึ้นไป ในขณะที่มีถึงร้อยละ 29.0 ในเพศชาย และร้อยละ 32.8 ในเพศหญิง ที่ไม่ทำกิจกรรมทางกายเลยตลอด 7 วัน แสดงให้เห็นว่าเพศชายมีกิจกรรมทางกายมากกว่าเพศหญิงในวัยมัธยม ม.1-ม.6 แต่เพศหญิงมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง และการไม่ทำกิจกรรมทางกาย ในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชาย ประเด็นนี้ยังเป็นประเด็นที่ควรติดตามและแก้ไข โดยเฉพาะประเด็นการไม่ทำกิจกรรมทางกายเลยตลอดทั้งสัปดาห์

ภาพแสดง การมีกิจกรรมทางกาย ของนักเรียน ม.1-ม.6 จำแนกเพศ ปี 2564



ภาพแสดง พฤติกรรมเนือยนิ่ง และการไม่ทำกิจกรรมทางกาย ของนักเรียน ม.1-ม.6 จำแนกเพศ ปี 2564



5) การเพิ่มสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตดี

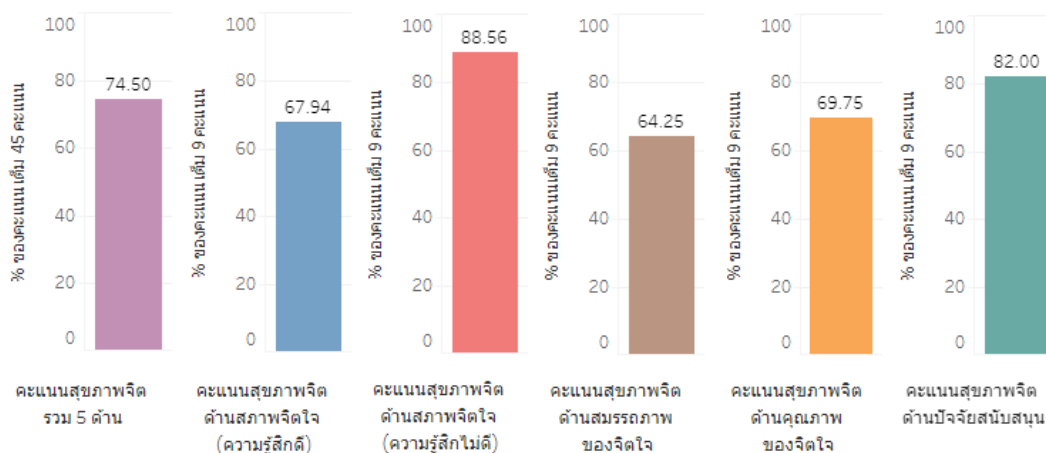
5.1) ระดับสุขภาพจิตแปรผันตามการศึกษาและสถานภาพสมรส โดยสมรรถภาพจิตใจเป็นองค์ประกอบสูงสุด

ระดับสุขภาพจิต แปรผันตามระดับการศึกษา โดยผู้มีระดับการศึกษาสูงขึ้น จะมีสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไปที่สูงขึ้น เช่นเดียวกับ ผู้ที่มีสถานภาพสมรส เป็น สมรส จะมีระดับสุขภาพจิตดีที่สุด และสถานภาพแยก มีระดับสุขภาพจิตต่ำสุด และหากเปรียบเทียบ 5 องค์ประกอบของสุขภาพจิต พบว่าสมรรถภาพของจิตใจ มีคะแนนต่ำสุด หมายถึงความสามารถของจิตใจในการจัดการกับปัญหา ซึ่งมีความสำคัญต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย ยังอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับองค์ประกอบอื่น

ภาพแสดง สัดส่วนตามระดับสุขภาพจิต จำแนกระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส ปี 2563



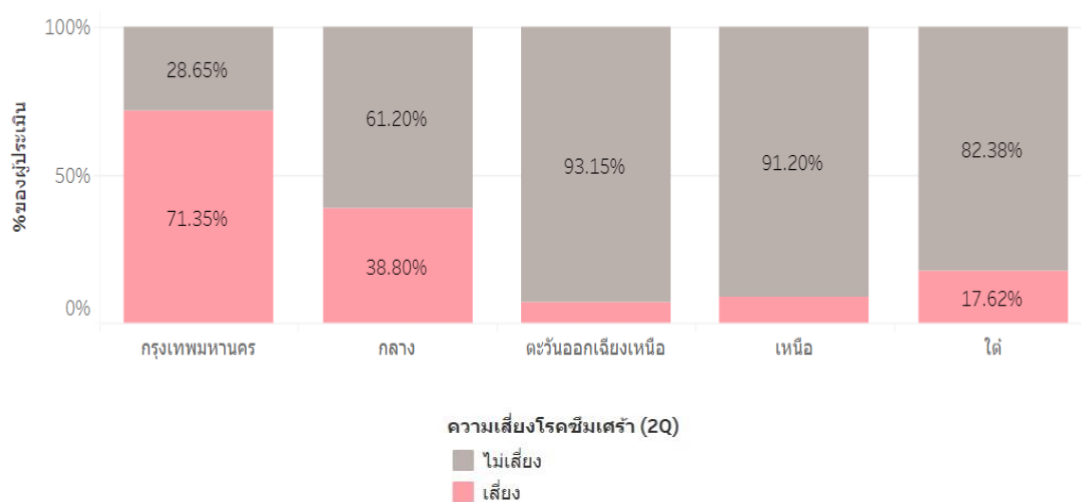
ภาพแสดง คะแนนสุขภาพจิต (คิดเป็นร้อยละต่อคะแนนเต็ม) จำแนก 5 องค์ประกอบ ปี 2563



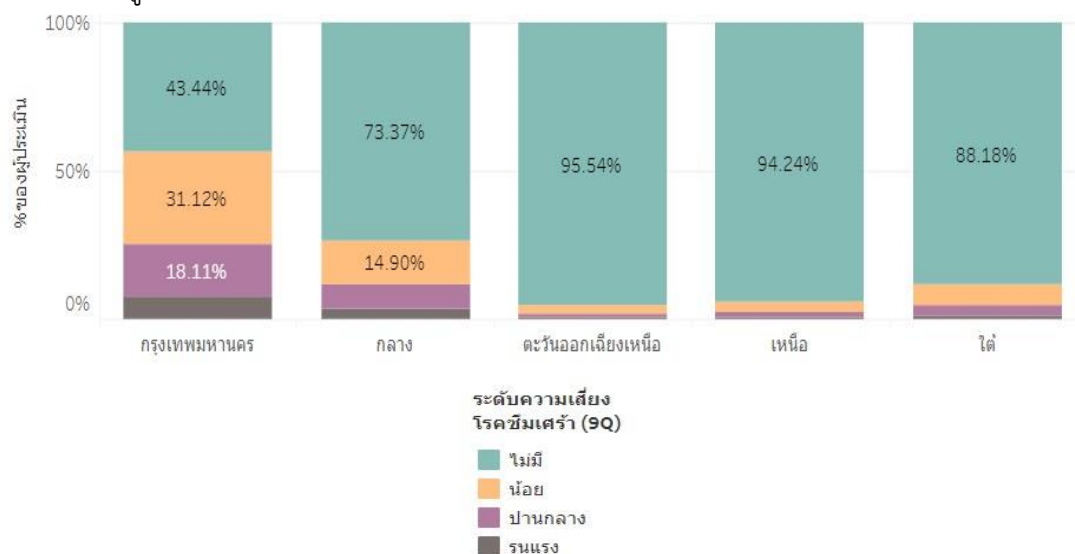
5.2) คนกรุงเทพมหานครมีความเสี่ยงโรคซึมเศร้าสูงสุด

จากการคัดกรองความเสี่ยงโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 2Q ของกรมสุขภาพจิต พบว่าพื้นที่ที่มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้ามากที่สุดคือ กรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 71.35 รองลงมาคือ ภาคกลาง (ร้อยละ 38.80) ภาคใต้ (ร้อยละ 17.62) และภาคเหนือ (ร้อยละ 8.80) ตามลำดับ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้าน้อยที่สุด (ร้อยละ 6.85) และเมื่อจำแนกระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 9Q พบว่า ความเสี่ยงโรคซึมเศร้าระดับ รุนแรง สูงสุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 7.34 รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 3.47, 1.45, 0.61, 0.52) ตามลำดับ

ภาพแสดง สัดส่วนผู้ประเมินตามผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคซึมเศร้า (2Q) จำแนกภาค รวมปี 2564-2566



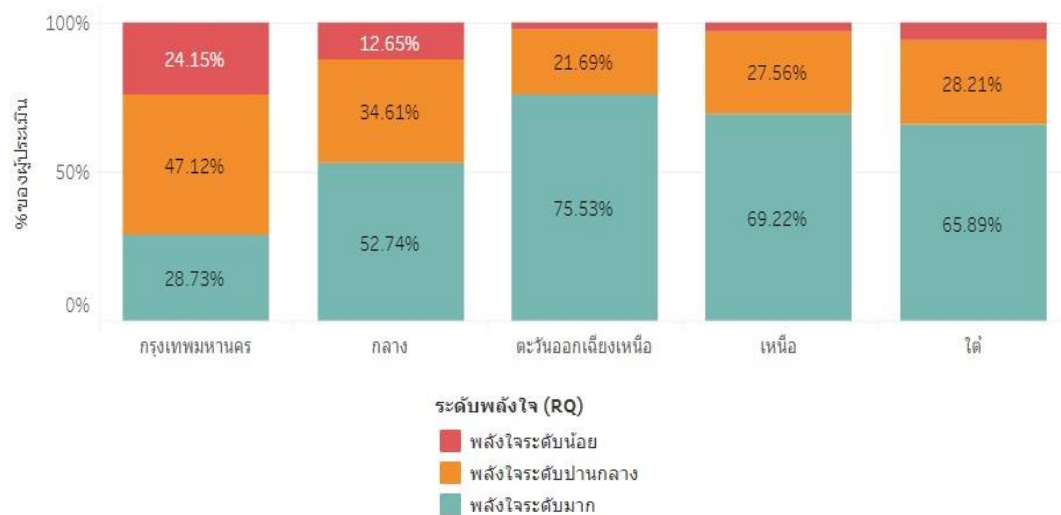
ภาพแสดง สัดส่วนผู้ประเมินตามระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า (9Q) จำแนกภาค รวมปี 2564-2566



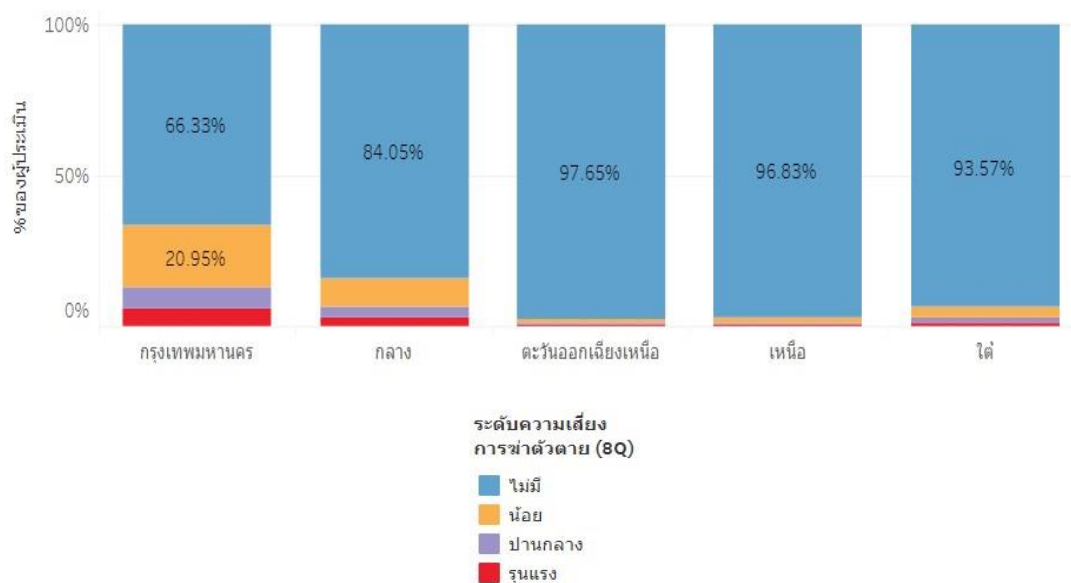
5.3) ระดับความเข้มแข็งทางใจส่งผลต่อระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

ระดับความเข้มแข็งทางใจ มีผลต่อระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย โดยประชากร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนระดับความเข้มแข็งทางใจ (พลังใจ) หรือ RQ (Resilience Quotient) ระดับมาก สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.53 รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 69.22, 65.89, 52.74, 28.73 ตามลำดับ ทั้งนี้ภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายต่ำที่สุด (โดยใช้คำถาม 8Q) คิดเป็นร้อยละ 0.50 และกรุงเทพมหานคร มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ระดับรุนแรง สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.62

ภาพแสดง สัดส่วนผู้ประเมินตามระดับความเข้มแข็งทางใจ (พลังใจ) จำแนกภาค รวมปี 2564-2566



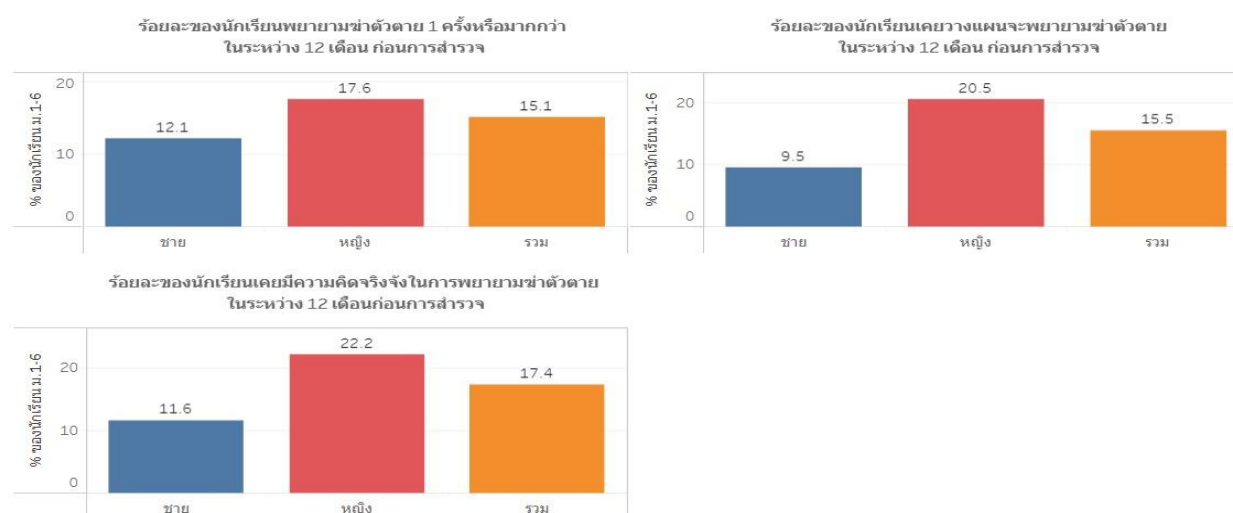
ภาพแสดง สัดส่วนผู้ประเมินตามระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) จำแนกภาค รวมปี 2564-2566



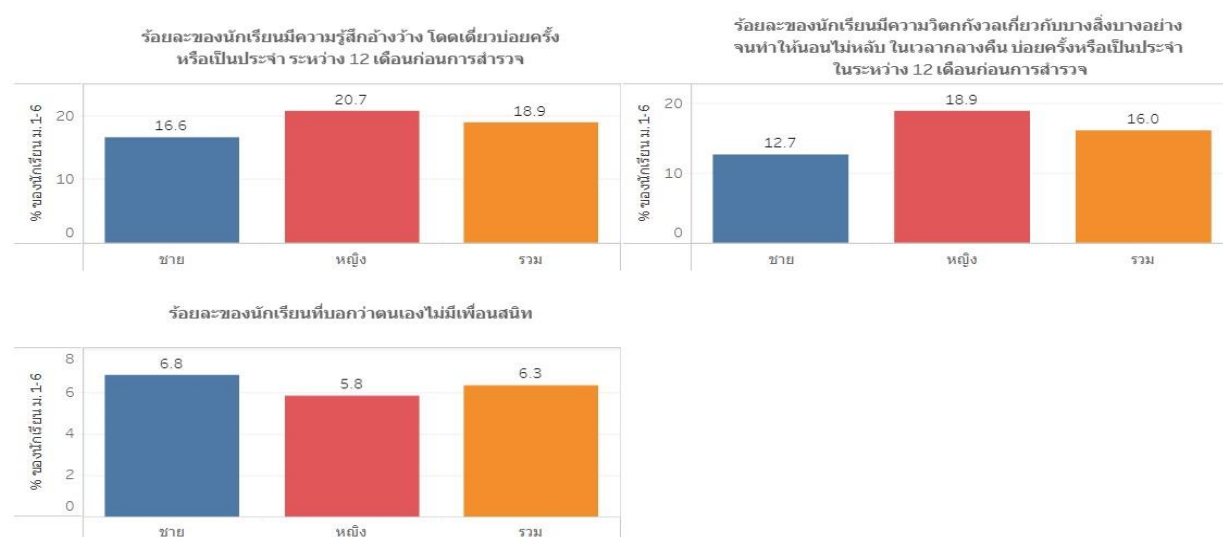
5.4) ปัญหาสุขภาพจิตที่น่าวิตกในนักเรียนมัธยม

ปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนมัธยมสะท้อนให้เห็นได้ชัดเจนจากการสำรวจ โดยร้อยละของนักเรียน ม.1-ม.6 ที่พยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้งหรือมากกว่าในรอบ 12 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 15.1 (เพศหญิง ร้อยละ 17.6 เพศชาย ร้อยละ 12.1) ร้อยละของนักเรียนที่เคยวางแผนพยายามฆ่าตัวตาย อยู่ที่ร้อยละ 15.5 ร้อยละของนักเรียนที่เคยมีความคิดจริงจังในการพยายามฆ่าตัวตาย อยู่ที่ร้อยละ 17.4 นักเรียนที่มีความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ อยู่ที่ร้อยละ 18.9 สถานการณ์นี้ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่น่าวิตกกังวล โดยเฉพาะปัญหาความพยายามฆ่าตัวตาย ที่สูงถึงร้อยละ 15 และปัญหาโดยส่วนใหญ่ แสดงให้เห็นว่านักเรียนหญิงมีปัญหา ด้านสุขภาพจิตที่สูงกว่านักเรียนชาย

ภาพแสดง สถานการณ์ สุขภาพจิตของนักเรียน ม.1-ม.6 (ความพยายามฆ่าตัวตาย) ปี 2564



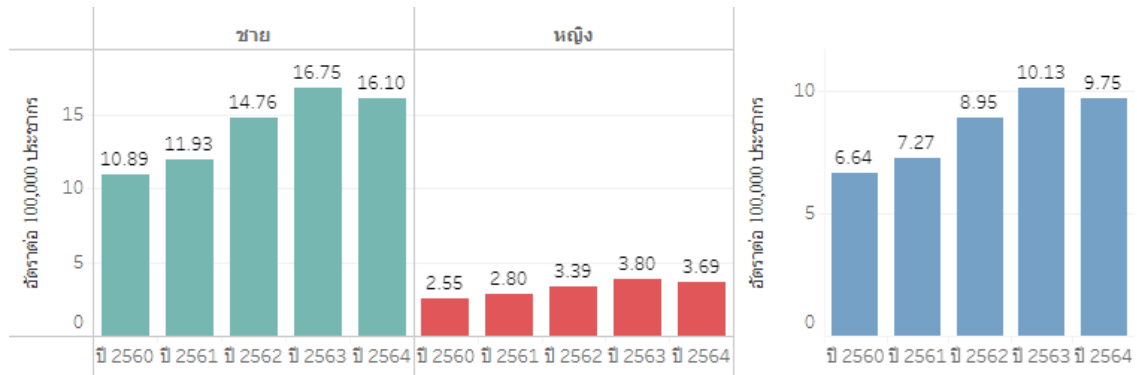
ภาพแสดง สถานการณ์ สุขภาพจิตของนักเรียน ม.1-ม.6 (ความวิตกกังวล อ้างว้าง โดดเดี่ยว) ปี 2564



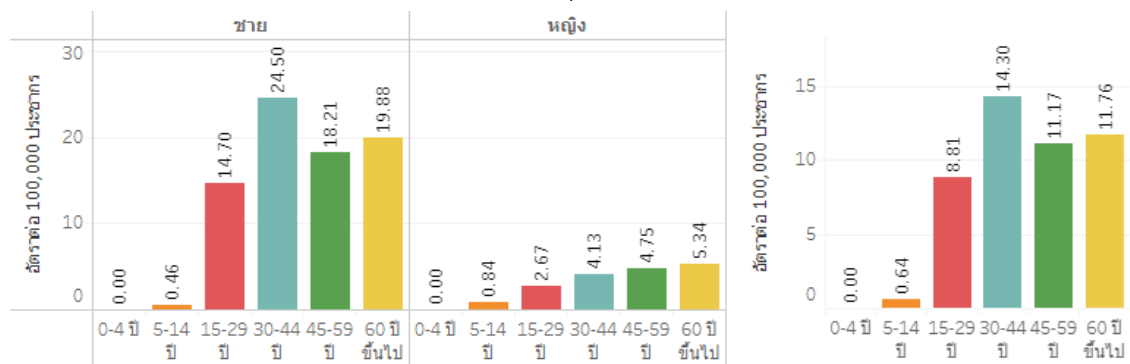
5.5) การฆ่าตัวตาย ผลลัพธ์ของปัญหาสุขภาพจิตที่น่าเป็นห่วง

การฆ่าตัวตายสำเร็จ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอด 5 ปีที่ผ่านมา จากปัจจัยต่างๆ โดยเพศชายมีการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า กลุ่มอายุ 30-44 ปี และภาคเหนือตอนบน มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด

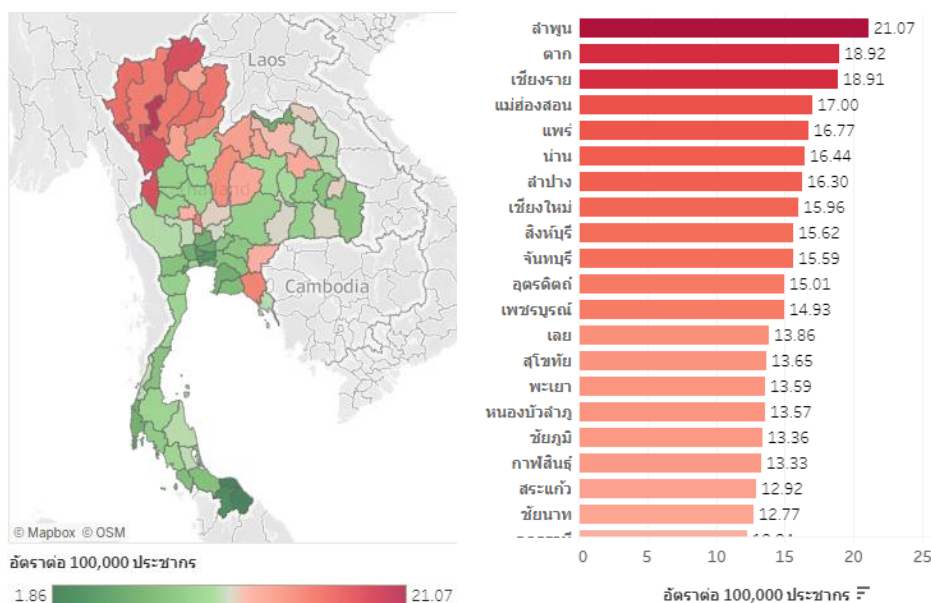
ภาพแสดง แนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร จำแนกเพศ



ภาพแสดง อัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร รายอายุ จำแนกเพศ ปี 2564



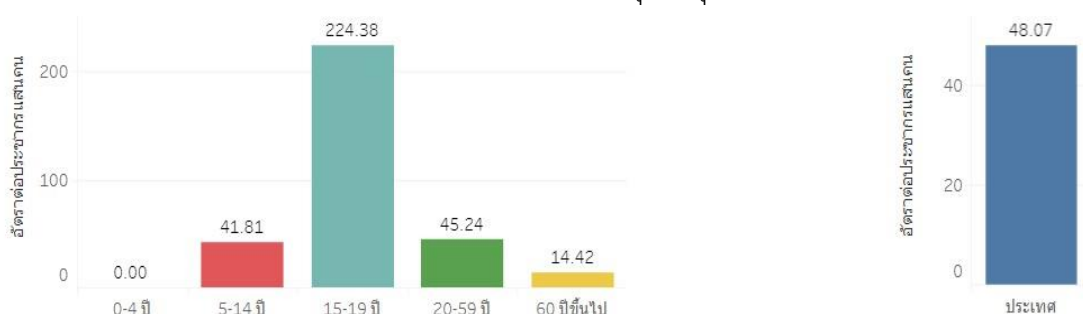
ภาพแสดง อัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร รายจังหวัด ปี 2564



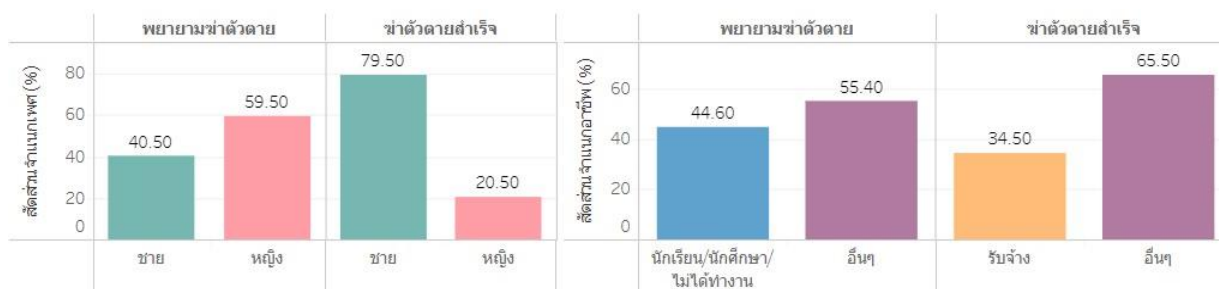
5.6) การพยายามฆ่าตัวตายและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย สูงสุดในกลุ่มอายุ 15-19 ปี ซึ่งมีการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าค่าเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุถึง 4 เท่า (224 ต่อแสนประชากร เทียบกับ 48 ต่อแสนประชากร) โดยมีสัดส่วนของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เป็นนักเรียน/นักศึกษา/ไม่ได้ทำงาน สูงถึงร้อยละ 44.6 โดยเพศหญิงมีสัดส่วนการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 59.5 เทียบกับร้อยละ 40.5) แต่สำหรับการฆ่าตัวตายสำเร็จ เพศชาย มีสัดส่วนที่สูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 79.5 เทียบกับร้อยละ 20.5) สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าร้อยละ 30 เป็นผู้มีโรคเรื้อรังทางกาย รองลงมาคือมีโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 24.2) และมีการใช้แอลกอฮอล์ (ร้อยละ 21) โดยมีปัจจัยกระตุ้น คือ ปัญหาความสัมพันธ์ (ร้อยละ 48.7) และปัญหาเศรษฐกิจ (ร้อยละ 22.6) ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นในการพิจารณาการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นปัจจัยด้านความสัมพันธ์ ที่สูงถึงร้อยละ 80.7

ภาพแสดง การพยายามฆ่าตัวตาย ต่อแสนประชากร จำแนกกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2565



ภาพแสดง การพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ (%) จำแนกเพศและจำแนกอาชีพ ปีงบประมาณ 2565



ภาพแสดง สัดส่วนการฆ่าตัวตายสำเร็จ (%) จำแนกปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยกระตุ้น ปีงบประมาณ 2565

