# รายงานผลการวิจัย

# การศึกษาเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี

# (The study of Healthy Thai Indicators)


**ที่ปรึกษา:**

**รศ.พญ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม** (Assoc Prof. Yawarat Porapakkham)

**คณะผู้วิจัย:**

**รศ.พญ.พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์** (Assoc Prof. Porapan Punyaratabandhu)*

**ผศ.อังสนา บุญธรรม** (Asst Prof. Angsana Boonthum)*

**รศ.ดร.พญ.มันทนา ประทีปะเสน** (Assoc Prof. Dr.Mantana Pratipasen)*

**ผศ.ดร.ชนินทร์ เจริญกุล** (Asst Prof. Dr.Chanin Chareonkul)*

**รศ.ทพญ.กุลยา นาคสวัสดิ์** (Assoc Prof. Kulaya Narksawat)*

**รศ.พญ.ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย** (Assoc Prof. Chalerat Direkwattanachai)**

* **คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

** **คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล**



**โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข**
**และองค์การอนามัยโลก**



ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย

มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



**มิถุนายน** 2548

**ISBN 974-9930-41-X**

รายงานการผลวิจัย

ชื่อเรื่อง: การศึกษาเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี (The study of Healthy Thai Indicators)


โดย:

รศ.พญ.พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์ (Assoc Prof. Porapan Punyaratabandhu)*

ผศ.อังสนา บุญธรรม (Asst Prof. Angsana Boonthum)*

รศ.ดร.พญ.มันทนา ประทีปะเสน (Assoc Prof. Dr.Mantana Pratipasen)*

ผศ.ดร.ชนินทร์ เจริญกุล (Asst Prof. Dr.Chanin Chareonkul)*

รศ.ทพญ.กุลยา นาคสวัสดิ์ (Assoc Prof. Kulaya Narksawat)*

รศ.พญ.ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย (Assoc Prof. Chalerat Direkwattanachai)**

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย

มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

**มิถุนายน** 2548

**ISBN 974-9930-41-X**

# คำนำ

การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยที่ได้ดำเนินมาเป็นลำดับตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ได้มีแนวโน้มที่ชัดเจนว่าให้ความสำคัญเพิ่มมากขึ้นกับการสร้างสุขภาพผสมผสานกับการควบคุมป้องกันสภาวะเสื่อมสุขภาพจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆที่ยังดำเนินไปอยู่ในปัจจุบัน ในการวัดความสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพต้องการตัวชี้วัดที่มากไปกว่าการเจ็บป่วย การตาย ความพิการ หรือความยืนยาวของชีวิต แต่จะรวมการวัดสุขภาพในด้านบวก เช่นการมีสุขภาพดี หรือการมีศักยภาพที่จะพัฒนาไปสู่สุขภาวะทั้งในระดับบุคคลและสิ่งแวดล้อม

การศึกษาเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี เป็นความพยายามที่จะสร้างภาพลักษณ์ของคนไทยสุขภาพดีตามกลุ่มอายุต่างๆ โดยใช้พื้นฐานของสุขภาพจากความพยายามขององค์การอนามัยโลก และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพของไทย รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุ้มครองในบริบทของไทยหรือต่างประเทศที่ใกล้เคียงกัน เพื่อให้ได้เกณฑ์สำหรับคนไทยสุขภาพดีในทุกมิติของกาย จิต สังคม และมีศักยภาพที่จะเจริญไปเป็นผู้มีสุขภาพดีในช่วงอายุที่สูงขึ้นไปเรื่อย รวมทั้งลดความเสี่ยงจากโรคภัยไข้เจ็บเป็นปัญหาในกลุ่มอายุนั้นๆด้วย เกณฑ์และเครื่องชี้วัดได้พัฒนาขึ้นและได้รับคำแนะนำแก้ไขปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิสาขาต่างๆและผู้แทนท้องถิ่นรวมทั้งการนำไปใช้ทดลองวัดสถานภาพในชุมชน 4 ภาคในประเทศไทย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเกณฑ์และเครื่องชี้วัดเหล่านี้อาจมีประโยชน์ในการฉายภาพเป้าหมายของงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคลรวมทั้งสะท้อนสภาวะสุขภาพในเชิงบวกซึ่งอาจจะปรับเปลี่ยนเกณฑ์หรือตัวชี้วัดให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนไปได้ รวมทั้งอาจดัดแปลงเพื่อให้ชุมชนหรือบุคคลสามารถประเมินสุขภาวะของตนเองเพื่อการพัฒนาด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ด้วยเช่นกัน

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกที่ได้สนับสนุนทุนวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แทนในท้องถิ่น ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง รศ.พญ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม ที่ได้ช่วยเขียนและให้ข้อแนะนำด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนประชาชนในพื้นที่สำรวจ 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร ที่ให้ความร่วมมือตอบข้อซักถามจนได้เป็นเครื่องชี้วัดชุดแรกนี้ขึ้นมา

# บทคัดย่อ

การศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือการสร้างภาพลักษณ์ของคนไทยที่มีสุขภาพดีพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การมีสุขภาวะในช่วงอายุต่อๆไปด้วยรวมทั้งการพัฒนาเครื่องชี้วัดที่จะวัดคุณสมบัติเหล่านี้ด้วย การพัฒนาได้เริ่มจากการศึกษาปัญหาสุขภาพที่สำคัญในแต่ละกลุ่มอายุของคนไทย ปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุของปัญหาและปัจจัยคุ้มครองซึ่งได้สร้างเป็นเกณฑ์และเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีตามอายุและเพศ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสภาวะสุขภาพด้วย จากนั้นขอความเห็นและข้อแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องรวม 32 ท่าน รวมทั้งเสนอต่อกลุ่มต่างๆในชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ, กลุ่มแม่บ้าน, ผู้นำชุมชน ฯลฯ เพื่อรับฟังความคิดเห็น และนำมารวบรวมเป็นเกณฑ์และเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีในกลุ่มอายุตั้งแต่ วัยทารกและก่อนวัยเรียน (0-5 ปี) วัยเรียน (6-12 ปี) วัยรุ่น (13-18 ปี) วัยทำงาน (19-59 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีสุขภาพดี คือคู่ครอง ครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงานและชุมชน ได้นำเครื่องชี้วัดไปทดสอบความแม่นตรง และความเชื่อถือได้ พบว่าสามารถให้ความแม่นตรงในด้าน Content และ Constructed validity และมีความเชื่อถือได้อยู่ในระดับ 0.8 – 0.9 จากนั้นได้ปรับเครื่องชี้วัดเป็นแบบสอบถามเพื่อนำไปประเมินสุขภาวะของประชากรในจังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย คือ กรุงเทพมหานคร, น่าน, สระแก้ว, อำนาจเจริญ และยะลา รวมประชากรที่สำรวจ 13,803 คน ใน 3919 ครอบครัว ผลการสำรวจในภาพรวมแสดงให้เห็นว่าประชาชนไทยในทุกกลุ่มอายุมีสุขภาพด้านกายภาพรวมทั้งการได้รับบริการตรวจรักษาอยู่ในระดับใช้ได้ แต่ระดับสติปัญญา (IQ) ในเด็กนักเรียนประมาณครึ่งหนึ่ง ยังอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน นอกจากนี้ด้านพฤติกรรมอนามัย และพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงจากอุบัติภัย ยังมีประชากรในสัดส่วนที่น้อย (ร้อยละ 30 – 40) ที่ปฏิบัติได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ด้านความฉลาดทางอารมณ์มีแนวโน้มว่าจะมีปัญหาเกี่ยวกับ ความรับผิดชอบ ความพอใจในชีวิต และความสุขสงบทางใจ ในเด็กก่อนวัยเรียน (3 ขวบขึ้นไป) มีประมาณร้อยละ 30 ที่เริ่มใช้ความรุนแรงคือการรังแกเพื่อนและทำร้ายสัตว์ต่างๆ เป็นประจำซึ่งสอดคล้องกับครอบครัวร้อยละ 40 ที่ยอมรับว่ามีการใช้ความรุนแรงทางวาจาหรือทำร้ายร่างกายซึ่งกันและกันอยู่ ในโรงเรียนมีการสอนทักษะชีวิตในการแก้ปัญหา การปฏิเสธโดยไม่ใช้ความรุนแรงเพียงร้อยละ 58.8 ของโรงเรียนทั้งหมด ในสถานที่ทำงานมีเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ร้านค้าในสถานที่นั้นๆไม่จำหน่ายบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับชุมชนด้านกายภาพ เช่นถนน สาธารณูปโภคมีความครอบคลุม ร้อยละ 80 ขึ้นไป แต่ที่ยังพบน้อยคือระบบป้องกันอุบัติภัย การรักษาความปลอดภัยและสถานที่พักผ่อนหย่อนใจร่วมกันของชุมชน

ผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่า เครื่องชี้วัดเหล่านี้สามารถแสดงสถานะสุขภาพในทางบวกของชุมชนได้ในระดับหนึ่งแต่ยังต้องการการศึกษาวิจัยต่อไปถึงความสามารถในการทำนายสุขภาพ (Predictive validity) และการปรับการวัดให้เป็นเชิงองค์รวมมากขึ้น นอกจากนี้กลุ่มผู้วิจัยยังได้ปรับเครื่องชี้วัดให้สั้นและง่ายขึ้นเหมาะสำหรับการใช้โดยประชากรหรือองค์กรชุมชนเพื่อประเมินสุขภาวะได้ด้วยตนเอง

# Abstract

This is a study to develop indicators for healthy Thai people which covered the whole aspects of physical, mental, social, behavioral and spiritual well-beings in relation to Thai context. The other objectives were to test the validity and reliability of the developed indicators and also to use those indicators for evaluating the healthy status of the Thai people in various age groups in different regions of the country. The method started with the analysis of the major health problems in each age group: infant and preschool, school age, adolescents, working age and old age, the risk or causative factors of those health problems and the protective factors. All of those plus the factors considered to influence the health status across different age groups were the basis of developing criteria and indicators for healthy Thais in different age groups. The developed indicators were commented and suggested for improvement by experts in related field of public health, child growth and development, educators, social scientist, environmentalists, etc. and representative groups in the communities. The revised indicators were test for validity and reliability in the communities of the 3 provinces and the result yielded content and constructed validity and reliability test using Cronbach's Alpha to measure internal consistency yielded the $\alpha$ value of 0.8 – 0.9. The indicators were then transformed to questionnaires / checklist and the survey was conducted in 4 provinces in Thailand including Bangkok comprised of 13,803 population and 3919 families. The result of the survey indicated that the studied population in all age groups had fairly well physical health and received health care services especially preventive and treatment services at the level of more than 80 percent coverage but the health promotive services are at low level. For other aspects of health, the level of intelligent quotient among half of school children were below average the healthy non-risk behaviors were practiced only by a small proportion of population (30-40 percent). In relation to emotional health, certain number of population had some problem with EQ in the aspects of responsibility, life satisfaction and peace in mind. In preschool children (more than 3 years old) showed some hostilities towards friends and pet which corresponded with the information from 40 percents of the families accepted that there were violence either by physical or verbal occurred frequently in their families. In school only 58.8% had coursed in life skills especially with non – violence

negotiation and problem-solving. There was only half of the workplace that forbidden selling of cigarettes and alcoholic drinks. The survey of the communities indicated that the physical structures and public utilities were at the acceptable standard but the community's system for fire and accident prevention were at the low proportion the same as community's recreation place.

The results of the study showed that the healthy indicators could reflect to a certain level of the health status of the different age groups in the population but needed further study about the predictive ability of these indicators and also the summary measures in some characteristics. From the result of the survey, the researcher group also developed a checklist of healthy characters and behaviors for self – evaluated by individual and community.

**สารบัญ**


| | หน้า |
|---|---|
| คำนำ | ก |
| บทคัดย่อภาษาไทย | ข |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | ค |
| สารบัญตาราง | ช |
| สารบัญรูปภาพ | ฎ |
| **สรุปสาระสำคัญ** | 1 |
| **บทที่ 1 ความเป็นมา กรอบแนวคิด วัตถุประสงค์ และวิธีวิจัย** | 20 |
| **บทที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี** | |
| ขั้นตอนที่ 1: การทบทวนปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยในภาพรวม | 39 |
| ขั้นตอนที่ 2: ปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุ้มครองตามวัย | 45 |
| 2.1 สุขภาพประชากรวัยเด็ก (0 – 5 ปี) | 48 |
| 2.2 สุขภาพของเด็กวัยเรียน (6-12 ปี) | 61 |
| 2.3 สุขภาพวัยรุ่น (13 – 18 ปี) | 66 |
| 2.4 สุขภาพกลุ่มวัยทำงาน | 82 |
| 2.5 สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ (อายุ 13-49 ปี) | 96 |
| 2.6 ผู้สูงอายุสุขภาพดี | 109 |
| 2.7 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มอายุ | 156 |
| 2.8 สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี | 179 |
| 2.8.1 ครอบครัวสุขภาพดี (Healthy Family) | 179 |
| 2.8.2 โรงเรียนสุขภาพดี (Healthy School) | 186 |
| 2.8.3 สถานที่ทำงานสุขภาพดี (Healthy Workplace) | 190 |
| 2.8.4 การพัฒนาเครื่องชี้วัดความเป็นอยู่ที่ดีในระดับสังคม | 192 |
| **บทที่ 3 เกณฑ์และเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี** | 198 |
| 3.1 สรุปเกณฑ์ (criteria) สำหรับคนไทยสุขภาพดีตามกลุ่มประชากร | 198 |
| 3.2 เครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีและวิธีวัด | 201 |
| 3.3 เครื่องชี้วัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนคนไทยสุขภาพดี | 215 |

**สารบัญ (ต่อ)**


| | หน้า |
|---|---|
| **บทที่ 4 การทดสอบการทดสอบความแม่นตรงของเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี** | 234 |
| **บทที่ 5 ผลการใช้เครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีในชุมชน** | 250 |
| 5.1 เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และเด็กกลุ่ม 1-5 ปี | 252 |
| 5.2 เด็กกลุ่มอายุ 6-12 ปี | 258 |
| 5.3 วัยรุ่นอายุ 13-18 ปี | 269 |
| 5.4 วัยแรงงานอายุ 19-59 ปี | 290 |
| 5.5 วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป | 317 |
| 5.6 คู่ครองสุขภาพดี | 337 |
| 5.7 หญิงตั้งครรภ์สุขภาพดี | 338 |
| 5.8 สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน | 340 |
| 5.9 การพัฒนาเครื่องมือ (Checklist) เพื่อประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเอง | 352 |
| **บทที่ 6 วิจารณ์ผล** | 353 |
| **เอกสารอ้างอิง** | 357 |
| **ภาคผนวก** | |
| รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ | 371 |
| เครื่องมือในการเก็บเครื่องชี้วัดตามกลุ่มเป้าหมายที่ได้ปรับปรุงแล้ว | 374 |

# สารบัญตาราง


| | | หน้า |
|---|---|---|
| ตาราง 2.1 | DALYs เพศชาย (พศ. 2542) | 43 |
| ตาราง 2.2 | DALYs เพศหญิง (พศ. 2542) | 45 |
| ตาราง 2.3 | อันดับปัจจัยเสี่ยงที่มีภาระโรคสูงสุด จำแนกตามเพศ, ประเทศไทย 2542 | 47 |
| ตาราง 2.4 | ประเภทของความพิการทุพพลภาพและความรุนแรงในผู้สูงอายุไทย | 116 |
| ตาราง 2.5 | สัดส่วนของกลุ่มอาการสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในประเทศไทยและเกาหลี | 117 |
| ตาราง 2.6 | ภาระโรคสิบอันดับแรกที่วัดโดย DALYs ที่ทำให้ผู้มีอายุ 70 ปีขึ้นไปในประเทศไทย เสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือมีชีวิตอยู่อย่างบกพร่องทางสุขภาพ พ.ศ. 2542 | 119 |
| ตาราง 2.7 | รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในกิจกรรมต่างกับการจัดบริการ | 120 |
| ตาราง 2.8 | การต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันและภาระทุพพลภาพระยะยาวของผู้สูงอายุไทย | 120 |
| ตาราง 2.9 | เปรียบเทียบปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อวันของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนครสวรรค์ กรุงเทพมหานคร และอุบลราชธานี | 123 |
| ตาราง 2.10 | ความชุกของภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุแยกตามเพศและภูมิภาค | 126 |
| ตาราง 2.11 | ร้อยละของผู้สูงอายุไทยในชนบทที่ระดับวิตามินในเลือดต่ำกว่าปกติ | 127 |
| ตาราง 2.12 | ปัจจัยก่อความเครียดกับการจัดการเพื่อสุขภาวะในผู้สูงอายุ | 131 |
| ตาราง 2.13 | องค์ประกอบของครัวเรือนของผู้สูงอายุ | 140 |
| ตาราง 2.14 | จำนวนและโครงสร้างทางอายุของประชากรในปี ค.ศ. 2000 | 142 |
| ตาราง 2.15 | ตัวอย่างสถานบริการทางการแพทย์และฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุของแต่ละประเทศ | 146 |
| ตาราง 3.1 | เครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี และวิธีการวัด | 201 |
| ตาราง 3.2 | เกณฑ์และเครื่องชี้วัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนคนไทยสุขภาพดี | 215 |
| ตาราง 3.3 | ความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี (Healthy Thai Indicators) และ สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน (supportive environment) | 225 |
| ตาราง 5.1 | แสดงจำนวนตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้ จำแนกตามพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย | 250 |
| ตาราง 5.2 | ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี | 252 |

## สารบัญตาราง (ต่อ)


| | | หน้า |
|---|---|---|
| ตาราง 5.3 | ข้อมูลด้านสุขภาวะของเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี | 254 |
| ตาราง 5.4 | ข้อมูลด้านสุขภาวะของเด็กอายุ 1 -5 ปี | 256 |
| ตาราง 5.5 | ข้อมูลทั่วไปของเด็กอายุ 6-12 ปี | 258 |
| ตาราง 5.6 | ข้อมูลด้านการศึกษาของเด็กอายุ 6-12 ปี | 259 |
| ตาราง 5.7 | ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกายของเด็กอายุ 6-12 ปี | 260 |
| ตาราง 5.8 | ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของเด็กอายุ 9-12 ปี | 262 |
| ตาราง 5.9 | พฤติกรรมสุขภาพของเด็กอายุ 6-12 ปี | 264 |
| ตาราง 5.10 | สุขภาพจิตและพัฒนาการทางจิตที่ดีของเด็กอายุ 6-12 ปี | 266 |
| ตาราง 5.11 | คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ของเด็กอายุ 9-12 ปี | 266 |
| ตาราง 5.12 | การเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self Esteem Scale) ของเด็กอายุ 9-12 ปี | 267 |
| ตาราง 5.13 | การรู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ วินัย ต่อครอบครัวและสังคมของเด็กอายุ 6-12 ปี | 268 |
| ตาราง 5.14 | ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชาย และหญิง | 269 |
| ตาราง 5.15 | ข้อมูลด้านการศึกษาและสติปัญญาของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชายและหญิง | 271 |
| ตาราง 5.16 | ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกายของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชายและ เพศหญิง | 273 |
| ตาราง 5.17 | อนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นหญิงอายุ 13-18 ปี | 275 |
| ตาราง 5.18 | ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชายและหญิง | 276 |
| ตาราง 5.19 | พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชายและหญิง | 280 |
| ตาราง 5.20 | สุขภาพจิตและพัฒนาการทางจิตที่ดีของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชายและหญิง | 281 |
| ตาราง 5.21 | คะแนนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้นของวัยรุ่น 13-18 ปี เพศชายและหญิง | 282 |
| ตาราง 5.22 | คะแนนความฉลาดทางอารมณ์แต่ละด้านของวัยรุ่น 13-18 ปี เพศชายและหญิง | 283 |
| ตาราง 5.23 | คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชายและหญิง | 285 |
| ตาราง 5.24 | การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem Scale) ของวัยรุ่น 13-18 ปี เพศชายและหญิง | 285 |

## สารบัญตาราง (ต่อ)


| | | หน้า |
|---|---|---|
| ตาราง 5.25 | การรู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ วินัย ต่อครอบครัวและสังคมของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชายและหญิง | 287 |
| ตาราง 5.26 | ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับบทบาททางเพศของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชายและหญิง | 288 |
| ตาราง 5.27 | ข้อมูลทั่วไปของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชาย และหญิง | 290 |
| ตาราง 5.28 | ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกายของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง | 294 |
| ตาราง 5.29 | การได้รับบริการเกี่ยวกับสุขภาพ ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง | 297 |
| ตาราง 5.30 | ข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยแรงงานหญิงอายุ 19-59 ปี | 298 |
| ตาราง 5.31 | ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง | 301 |
| ตาราง 5.32 | พฤติกรรมสุขภาพของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง | 304 |
| ตาราง 5.33 | พฤติกรรมทำงานเหมาะสมปลอดภัยของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง | 306 |
| ตาราง 5.34 | สุขภาพจิตและพัฒนาการทางจิตของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง | 307 |
| ตาราง 5.35 | คะแนนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้นของวัยแรงงาน 19-59 ปี ชายและหญิง | 307 |
| ตาราง 5.36 | คะแนนความฉลาดทางอารมณ์แต่ละด้านของวัยแรงงาน 19-25 ปี ชายและหญิง | 308 |
| ตาราง 5.37 | คะแนนความฉลาดทางอารมณ์แต่ละด้านของวัยแรงงาน 26-59 ปี ชายและหญิง | 310 |
| ตาราง 5.38 | การรู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ วินัย ต่อครอบครัวและสังคมของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี ชายและหญิง | 313 |
| ตาราง 5.39 | ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับบทบาททางเพศของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง | 314 |
| ตาราง 5.40 | ความมั่นคงในชีวิตของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง | 316 |
| ตาราง 5.41 | ข้อมูลทั่วไปของวัยสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป เพศชายและหญิง | 317 |
| ตาราง 5.42 | ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุชาย และหญิง | 321 |

## สารบัญตาราง (ต่อ)


| | | หน้า |
|---|---|---|
| ตาราง 5.43 | การได้รับบริการเกี่ยวกับสุขภาพ ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุชาย และหญิง | 323 |
| ตาราง 5.44 | ลักษณะทางบริบทของผู้สูงอายุทั้งทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมของผู้สูงอายุชายและหญิง | 324 |
| ตาราง 5.45 | สภาพร่างกายและความจำของผู้สูงอายุชายและหญิง | 327 |
| ตาราง 5.46 | ปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุชาย | 328 |
| ตาราง 5.47 | ปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุหญิง | 328 |
| ตาราง 5.48 | ปัญหาหรือความลำบากในการขับถ่ายของผู้สูงอายุชายและหญิง | 329 |
| ตาราง 5.49 | ปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุชายและหญิง | 330 |
| ตาราง 5.50 | การดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อความมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุชาย | 332 |
| ตาราง 5.51 | การดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อความมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุหญิง | 333 |
| ตาราง 5.52 | การประเมินตนเองในระดับจริงและค่อนข้างจริงเกี่ยวกับการรับรู้สภาพความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจสังคม และความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุชาย และหญิง | 334 |
| ตาราง 5.53 | ร้อยละของเครื่องชี้วัดคู่ครองสุขภาพดีของสามีและภรรยา | 337 |
| ตาราง 5.54 | สุขภาพกายและการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ | 338 |
| ตาราง 5.55 | สุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อมระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ | 339 |
| ตาราง 5.56 | โครงสร้างพื้นฐานและสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของครอบครัว | 340 |
| ตาราง 5.57 | ลักษณะและความสัมพันธ์ในครอบครัว | 341 |
| ตาราง 5.58 | ลักษณะของโรงเรียนตามเครื่องชี้วัดโรงเรียนสุขภาพดี | 343 |
| ตาราง 5.59 | ความรู้สึกที่ดีของนักเรียนต่อโรงเรียน ครู และเพื่อนๆ | 345 |
| ตาราง 5.60 | ลักษณะของสถานที่ทำงานตามเครื่องชี้วัดสถานที่ทำงานสุขภาพดี | 347 |
| ตาราง 5.61 | ร้อยละขององค์ประกอบชุมชนสุขภาพดีในชุมชนชนบทและเมือง | 349 |
| ตาราง 5.62 | การรับรู้เกี่ยวกับชุมชน สภาพความเป็นอยู่ และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน | 351 |

# สารบัญรูปภาพ


| | | หน้า |
|---|---|---|
| รูปภาพ 1.1 | กรอบแนวคิดในการพัฒนาเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี | 27 |
| รูปภาพ 2.1 | กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ: ยุทธศาสตร์ในประชาชนไทย | 28 |
| รูปภาพ 2.3 | การสุ่มตัวอย่าง | 34 |
| รูปภาพ 2.4 | สรุประดับของปัจจัยเสี่ยงและปัญหาสุขภาพในเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) | 55 |
| รูปภาพ 2.5 | สรุปปัจจัยคุ้มครอง (Protective factor) ในเด็กปฐมวัย | 60 |
| รูปภาพ 2.6 | สรุปปัจจัยเสี่ยงและปัญหาสุขภาพในเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี) | 64 |
| รูปภาพ 2.7 | สถานะสุขภาพของวัยรุ่นไทย : ปัญหาและระดับของสาเหตุ | 72 |
| รูปภาพ 2.8 | ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย | 74 |
| รูปภาพ 2.9 | สถานะสุขภาพของวัยแรงงาน: ปัญหาและระดับของสาเหตุ | 92 |
| รูปภาพ 2.10 | ปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย ปัจจัยสาเหตุ และปัจจัยคุ้มครอง | 108 |
| รูปภาพ 2.11 | อายุมัธยฐานของประชากรไทย พ.ศ. 2513 – 2563 | 110 |
| รูปภาพ 2.12 | ภาระโรคสิบอันดับแรงที่วัดโดย DALYs ที่ทำให้ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปในประเทศไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือมีชีวิตอยู่อย่างบกพร่องทางสุขภาพ พ.ศ. 2542 | 118 |
| รูปภาพ 2.13 | การเข้าร่วมกิจกรรมและบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ | 133 |
| รูปภาพ 2.14 | กรอบแนวคิดเพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ | 151 |

# สรุปสาระสำคัญ

การวิจัยเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาและพัฒนาเครื่องชี้วัดสภาวะสุขภาพดีในคนไทย ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม จริยธรรม ซึ่งเหมาะสมกับวิถีชีวิต และสังคมไทยโดยแบ่งตามกลุ่มอายุที่สำคัญในด้านชีวภาพและพัฒนาการ คือกลุ่มอายุก่อนวัยเรียน (0 – 5 ปี) ซึ่งรวมวัยทารก (0 – 1 ปี) วัยเรียนในระดับที่เป็นการศึกษาภาคมัธยมต้นและปลาย วัยทำงาน (ตามกฎหมายแรงงาน คือ 19 – 59 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) นอกจากนั้นยังได้รวมการสร้างเครื่องชี้วัดของสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคลในวัยต่างๆด้วย คือ เครื่องชี้วัดคู่ครองหรือสามีภรรยาสุขภาพดี หญิงตั้งครรภ์สุขภาพดี ครอบครัว โรงเรียน สถานประกอบการ และชุมชนสุขภาพดี โดยมีหลักที่สำคัญในการเลือกเกณฑ์ที่จะนำมาพัฒนาเครื่องชี้วัดดังต่อไปนี้ คือ

- เพื่อแสดงถึงการมีสุขภาพดีในทุกมิติทั้งชีวภาพ จิตใจ สังคมและจริยธรรม รวมทั้งพฤติกรรมที่คุ้มครองให้ลดความเสี่ยงจากโรคภัยไข้เจ็บที่ป้องกันได้ในกลุ่มอายุนั้นๆด้วย
- สามารถใช้เป็นเครื่องชี้วัดที่จะแสดงถึงสุขภาพที่ดีในช่วงอายุต่อไปด้วย โดยมาจากพื้นฐานการศึกษาวิจัย เช่น น้ำหนักแรกเกิดกับสุขภาพในวัยกลางคน ฯลฯ
- เป็นเครื่องชี้วัดที่สามารถนำมาพัฒนาต่อไปให้บุคคลหรือองค์กรในท้องถิ่นสามารถเข้าใจและนำมาใช้วัดสถานะสุขภาพของตนเองในมิติต่าง ๆ ได้ และนำไปสู่ความสามารถในการแก้ไขภาวะบกพร่องทางสุขภาพหรือสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเองโดยปรับให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่น

ได้มีการให้นิยามของคนไทยสุขภาพดีสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ “คนไทยสุขภาพแข็งแรงไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บที่สามารถป้องกันได้ มีศักยภาพที่จะเจริญเติบโตเป็นผู้มีสุขภาพดีพร้อมเช่นนี้ในช่วงอายุต่อๆไปและเป็นบุคลากรที่มีคุณภาพของสังคมและประเทศชาติ”

วิธีการพัฒนาเครื่องชี้วัดประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

<u>ขั้นตอนที่ 1</u> การพัฒนาเกณฑ์และเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญโดยคณะผู้วิจัย โดยเริ่มค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยในแต่ละกลุ่มอายุ ข้อมูลหลักที่ใช้คือภาระโรค (Burden of Disease) ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2542 จำแนกตามอายุ ข้อมูลการตาย การสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในประเทศไทย ฯลฯ จากนั้นค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพตามกลุ่มอายุ และปัจจัยที่ป้องกันจากสภาวะเสี่ยงหรือโรคภัยไข้เจ็บเหล่านั้น (Protective factors) หรือปัจจัยสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ องค์การอนามัยโลกนำมาพัฒนาเป็นเกณฑ์สำหรับคนไทยสุขภาพดีในกลุ่มอายุต่างๆ โดยมีพื้นฐานจากปัจจัย

คุ้มครองและปัจจัยสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยสมมติฐานที่ว่าถ้ามีลักษณะดังกล่าวจะลดความเสี่ยงจากโรคภัยไข้เจ็บที่ป้องกันได้ในกลุ่มอายุนั้น และยังเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีทั้งในปัจจุบันและในช่วงสูงวัยขึ้นด้วย

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert's opinion) และผู้แทนชุมชน (Community's opinion) โดยส่งชุดเครื่องชี้วัดให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งในเฉพาะช่วงอายุและสุขภาพทั่วไป ประกอบด้วย แพทย์ นักวิจัยด้านพัฒนาการในมนุษย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านสังคม ศาสนา สาธารณสุข โภชนาการ สิ่งแวดล้อม จิตวิทยา สังคมสงเคราะห์ การศึกษา จำนวน 37 คน พิจารณาเกณฑ์ เครื่องชี้วัด ให้ข้อเสนอแนะทั้งเป็นส่วนตัวและในการประชุมร่วมกันทั้งหมด (ได้รับการตอบกลับของข้อเสนอแนะและแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 32 ท่าน) นอกจากนี้ได้นำเกณฑ์ที่พัฒนาขึ้นไปเสนอขอความคิดเห็นโดยการประชุมจากกลุ่มผู้แทนของกลุ่มต่างๆในชุมชนที่อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุ แม่บ้าน พ่อบ้าน หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มนักเรียนทั้งประถมและมัธยม ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกรรมการในองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น (อบต) เพื่อทดสอบความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์และตัวชี้วัดต่างๆ มุมมองและการให้ความสำคัญในมิติต่างๆของสุขภาพ โดยเฉพาะความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีสุขภาพดีของทั้งบุคคล สิ่งแวดล้อมต่างๆที่สำคัญต่อสุขภาพ คือ ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ข้อมูลที่ได้จากทั้งผู้เชี่ยวชาญและผู้แทนชุมชนได้นำมาประมวลและปรับเกณฑ์และเครื่องชี้วัดเป็นครั้งที่สอง

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบความแม่นตรง (Validity) และความเชื่อถือได้ (Reliability) ของเครื่องชี้วัด ได้ทดสอบที่ในชุมชนของ 3 จังหวัด คือ นครสวรรค์ นครราชสีมา และ ตรัง รวมประชากรที่ทดสอบ 417 ครอบครัว 1,228 คน ผลการทดสอบแสดงว่าเครื่องชี้วัดมีความแม่นตรงในด้านของเนื้อหา (Content validity) และ ความแม่นตรงในด้านโครงสร้าง (Constructed validity) แต่ยังไม่สามารถทดสอบความแม่นตรงในการทำนาย (Predictive validity) ได้ เพราะจะต้องเป็นการศึกษาไปในระยะยาวของกลุ่มที่มีเกณฑ์ด้านสุขภาพต่างๆกัน ผลการทดสอบ ความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ (Reliability) ในแต่ละชุด ใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency Method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's Alpha) ได้ค่าของสัมประสิทธ์ความสัมพันธ์ ($\alpha$) ของแต่ละชุดอยู่ในช่วง 0.8-0.9

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการปรับเครื่องชี้วัดในขั้นสุดท้าย เพื่อให้สอดคล้องกับผลการทดสอบในขั้นตอนที่ 3 จนได้ชุดเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีในทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกันเริ่มจากระดับบุคคล คือ หญิงตั้งครรภ์, เด็กอายุ 0 – 5 ปี, เด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี, วัยรุ่น 13 – 18 ปี, วัยทำงาน 19 – 59 ปี, วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนการมีสุขภาพดี ประกอบด้วย คู่ครอง ครอบครัว โรงเรียน สถานประกอบการ ชุมชน ในแต่ละชุดเครื่องชี้วัดประกอบด้วย เกณฑ์การมีสุขภาพดี ดัชนีชี้วัดตามเกณฑ์ เป็นกลุ่มของดัชนี และแหล่งข้อมูล

ขั้นตอนที่ 5 การสำรวจสถานสุขภาพของประชากรโดยใช้เครื่องชี้วัดที่ได้พัฒนาขึ้นเป็นเครื่องมือ โดยปรับชุดเครื่องชี้วัดให้เป็นแบบสอบถาม ดำเนินการสำรวจโดยสุ่มตัวอย่างจังหวัดที่เป็นตัวแทนของแต่ภาคและกรุงเทพมหานคร คือ จังหวัดน่าน สระแก้ว อำนาจเจริญ และยะลา ในแต่ละจังหวัดสุ่มมา 3 อำเภอ ในแต่ละอำเภอแยกเป็นในเขตและนอกเขตเทศบาล โดยเขตเทศบาลสุ่มหมู่บ้านหรือชุมรุมอาคาร (block) 2 ชุมชน และนอกเขตเทศบาล สุ่มหมู่บ้าน 8 หมู่บ้าน รวมประชากรที่สำรวจ 13,803 คน มีความสมบูรณ์ของข้อมูลนำมาวิเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 13,635 คน

ข้อมูลที่สมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ประกอบด้วย

| | | |
|---|---|---|
| - ครอบครัว | 3,919 | ครอบครัว |
| - เด็ก 0 – 5 ปี | 1,385 | คน |
| - เด็ก 6 – 12 ปี | 1,942 | คน |
| - วัยรุ่น 13 – 18 ปี | 1,182 | คน |
| - วัยทำงาน 19 – 59 ปี | 7,416 | คน |
| - วัย 60 ปี และมากกว่า | 1,710 | คน |
| - คู่ครอง | 2,863 | คู่ |
| - หญิงตั้งครรภ์ | 189 | คน |
| - โรงเรียน | 170 | แห่ง |
| - สถานที่ทำงาน | 81 | แห่ง |
| - ชุมชน | 120 | ชุมชน |

ขั้นตอนที่ 6 การปรับเครื่องชี้วัดให้เหมาะสมกับการใช้ในท้องถิ่น โดยจัดทำเป็นแบบทดสอบอย่างง่าย เป็น Checklist สามารถใช้ประเมินได้ทั้งบุคคลกลุ่มอายุต่างๆ และสิ่งแวดล้อมสรุปเป็นภาพรวมได้ หรือทราบว่าเกณฑ์ในด้านใดบ้างที่ยังบกพร่องอยู่

## ผลการวิจัย

1) ผลจากการทบทวนข้อมูลและการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยคุ้มครองในแต่กลุ่มอายุของคนไทย สรุปได้ดังต่อไปนี้คือ

### ก่อนปฏิสนธิ

**ปัญหาสุขภาพ**

- ภาวะซีดในหญิงวัยเจริญพันธ์
- โรคทางพันธุกรรม
- โรคติดเชื้อ HIV, STD

**ปัจจัยเสี่ยง**

- พฤติกรรมการกินไม่ถูกต้อง
- ค่านิยมในสังคม
- ขาดความรู้เรื่องคุมกำเนิด การป้องกันโรค
- บริการ Screening ไม่ครอบคลุมพอ
- ไม่พร้อมทางสังคมเศรษฐกิจ

**ปัจจัยคุ้มครอง**

- ความพร้อมในด้านอาชีพ การศึกษาเมื่อมีคู่ครอง
- ความซื่อสัตย์ต่อคู่ครอง
- ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์และวางแผนครอบครัว
- โภชนาการดี

**ระหว่างอยู่ในครรภ์**

**ปัญหาสุขภาพ**

- ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์
- ติดเชื้อ HIV / AIDS
- แท้ง / ทำแท้ง และติดเชื้อ
- สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า
- ใช้ยาไม่ถูกต้อง
- พิษแห่งครรภ์ (Toxemia)
- อันตรายจากการคลอด

**ปัจจัยเสี่ยง**

- ครรภ์เมื่ออายุน้อย
- ขาดความรู้
- พฤติกรรมการกินไม่ถูกต้อง
- ไม่ได้ฝากครรภ์
- ความไม่พร้อมทางเศรษฐกิจ

**ปัจจัยคุ้มครอง**

- อายุเมื่อตั้งครรภ์เหมาะสม
- ครอบครัวสนับสนุน ช่วยเหลือ
- โภชนาการดี
- คลอดโดยบุคลากรมีคุณภาพ
- ดูแลหลังคลอดดี

**อายุ 0 – 5 ปี**

**ปัญหาสุขภาพ**

- น้ำหนักแรกเกิดน้อย
- ความพิการแต่กำเนิด
- โรคติดเชื้อ: เอดส์, อุจจาระร่วง, โรคทางเดินหายใจ
- การบาดเจ็บ (จมน้ำ)
- ถูกทำร้าย ถูกทอดทิ้ง

**อายุ 6 – 12 ปี**

**ปัญหาสุขภาพ**

- โรคเรื้อรังทางเดินหายใจ (หอบหืด, หูชั้นกลางอักเสบ)
- การบาดเจ็บ (จมน้ำ จราจร ถูกฆ่าตาย)
- โภชนาการ
- โรคติดเชื้อ (AIDS)
- ปัญหาสุขภาพจิต (ติดยาในเด็กชาย)
- IQ ต่ำ

**ปัจจัยเสี่ยง / สาเหตุ**

- โภชนาการในแม่ไม่ดี
- ความรุนแรงในครอบครัว ครอบครัวแตกแยก
- การติดเชื้อในแม่
- ฐานะยากจน
- ผู้เลี้ยงดูเด็กขาดความรู้ ขาดการกระตุ้นให้พัฒนา
- การขาดอาหารในเด็ก หรือ โภชนาการเกิน

**ปัจจัยคุ้มครอง**

- แม่สุขภาพดีตลอดการตั้งครรภ์ ทั้งร่างกายจิตใจ
- ได้รับแม่อย่างน้อย 6 เดือนแรกของชีวิต
- ได้รับวัคซีนครบตามวัย
- ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูจนถึงอายุ 8 ปี
- ครอบครัวอบอุ่น ไม่มีความรุนแรง
- อาหารสะอาด ครบ 5 หมู่
- เมื่อป่วยได้รับการรักษาให้หายโดยเร็ว โดยเฉพาะโรคติดเชื้อ
- ได้รับการฝึกสอนทักษะชีวิตที่จำเป็น เช่น การว่ายน้ำ

**วัยรุ่น** 13 – 18 **ปี**

**ปัญหาสุขภาพ**

- การบาดเจ็บ/การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก
- ถูกฆ่าตาย ฆ่าตัวตาย -โรคเอดส์ โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ
- ปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียด ซึมเศร้า ติดยาเสพติด
- ปัญหาโภชนาการ อ้วนเกินไป
- ผอมเกินไป
- การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม
- การทำแท้ง

**ปัจจัยเสี่ยง**

- ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงเพศศึกษา
- การศึกษาต่ำ ผลการเรียนไม่ดี
- ขาดความรู้เรื่องทักษะชีวิต
- ครอบครัวมีปัญหา มีความรุนแรง, แตกแยก
- ขาดความภูมิใจในตนเอง
- การเลี้ยงดูปล่อยปละละเลยหรือเข้มงวดเกินไป
- คบเพื่อนไม่ดี
- ค่านิยมที่แบ่งสองมาตรฐานด้านพฤติกรรมทางเพศระหว่าง ชาย / หญิง ในสังคมไทย

**พฤติกรรมเสี่ยง**

- ดื่มสุรา บุหรี่ เสพสารเสพติด
- มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรโดยไม่มีการป้องกัน
- สำส่อนทางเพศ
- เมาสุราขณะขับรถไม่สวมหมวกกันน็อก ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย
- ชอบทดลองในสิ่งอันตราย
- พฤติกรรมการกินไม่ถูกต้อง
- ใช้กำลังในการตัดสินปัญหา

**ปัจจัยคุ้มครอง**

- มีความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันโรค พฤติกรรมเสี่ยง โภชนาการที่ถูกต้อง
- ครอบครัวอบอุ่น มีสัมพันธภาพที่ดีต่อพ่อแม่ผู้ปกครอง
- มีสิ่งแวดล้อมที่ดีในโรงเรียน
- มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นในชุมชน
- มีความเชื่อมันในศาสนา หรือมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ
- มีความรู้เรื่องทักษะชีวิต
- ไม่สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า
- ผลการเรียนดีหรือใช้ได้
- ได้รับการอบรมสั่งสอนได้รู้ผิดชอบชั่วดี และรับผิดชอบ
- มีบริการให้การปรึกษาหารือ

**อายุ 19 – 59 ปี**

**ปัญหาสุขภาพ**

- โรคติดเชื้อ HIV / AIDS
- อุบัติเหตุโดยเฉพาะการจราจรทางบก
- ถูกฆ่าตาย ฆ่าตัวตาย
- ปัญหาสุขภาพจิต (ติดเหล้า ติดยา ซึมเศร้า จิตเภท)
- โรคมะเร็ง (เต้านมและปากมดลูกในหญิง ตับ, ปอดในชาย)
- โรคหัวใจหลอดเลือด (เส้นเลือดในสมองแตก/อุดตัน , หลอดเลือดหัวใจตีบ)
- เบาหวาน
- โรคทางการประกอบอาชีพ

**ปัจจัยเสี่ยง / สาเหตุ**

- ขาดความรู้ด้านสุขภาพของการป้องกันโรค อนามัยเจริญพันธุ์
- มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มสุรา, สูบบุหรี่, ไม่ออกกำลังกาย, มีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ป้องกัน สำส่อนทางเพศ, กินอาหารไม่ถูกต้อง
- ขาดทักษะชีวิต: การแก้ปัญหาโดยไม่ใช้ความรุนแรง ความควบคุมอารมณ์การรู้จักตนเอง
- ทักษะในการประกอบอาชีพ: การป้องกันอันตรายในการทำงาน
- ความรุนแรงในสังคมและครอบครัว

**ปัจจัยคุ้มครอง**

- พฤติกรรมป้องกัน ใช้อุปกรณ์ป้องกันภัยในการทำงาน ไม่ขับรถขณะเมาสุรา ฯลฯ
- มีความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรค อนามัยเจริญพันธ์ที่จำเป็น
- พฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย
- ดูแลสุขภาพช่องปาก
- พฤติกรรมการกินที่ถูกต้อง
- ออกกำลังกายเป็นประจำ
- มีจิตยึดมั่นในศาสนาที่นับถือ และมีวัตรปฏิบัติสม่ำเสมอ
- รู้จักบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่น และสร้างความสัมพันธ์กับพี่น้องเพื่อนฝูงอย่างต่อเนื่อง

## อายุ 60 ปีขึ้นไป

### ปัจจัยสุขภาพ

- โรคหัวใจหลอดเลือด (Stroke, กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด)
- โรคมะเร็ง (ตับ, ปอด, เต้านม, ลำไส้, ปากมดลูก)
- โรคระบบประสาท (ความจำเสื่อม)
- ปอดอุดตันเรื้อรัง
- โรคติดเชื้อ (วัณโรค, เอดส์)
- โรคประสาทสัมผัส (ต้อกระจก,หูหนวก)
- เบาหวาน
- โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

### ปัจจัยเสี่ยง / สาเหตุ

- ปัญหาทางโภชนาการ ทันตสุขภาพ
- ขาดการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ และเหมาะสมกับวัย
- ขาดความรู้ด้านสุขภาพ
- ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านผู้ดูแล
- ครอบครัวเดี่ยวหรืออยู่ตามลำพัง
- ขาดบริการการตรวจสุขภาพ และ Screening สำหรับโรคเรื้อรังต่างๆ
- ขาดระบบและโครงสร้างในชุมชนที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาวะผู้สูงอายุ

### ปัจจัยคุ้มครอง

- เศรษฐกิจที่พอเพียง
- ได้รับความนับถือ
- สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งการรักษา การฟื้นฟูสภาพ การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคแต่เริ่มแรก
- อยู่ในบ้านที่แข็งแรง มีสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
- ออกกำลังกายตามควร
- สุขภาพฟันดี อาหารดี

2) จากผลสรุปในข้อ 1 ได้นำมาสร้างเป็นเกณฑ์สำหรับคนไทยสุขภาพดีตามกลุ่มอายุต่างๆ ดังสรุปไว้และจากเกณฑ์นี้นำมาสร้างเครื่องชี้วัด

**เกณฑ์คนไทยสุขภาพดี** (Criteria for Healthy Thai)

**คู่ครองสุขภาพดี** (Healthy Couple)

- ⇨ มีความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน
- ⇨ คู่ครองมีความสมบูรณ์พร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
- ⇨ ไม่ติดสารเสพติด
- ⇨ มีความรู้และมีพฤติกรรมเจริญพันธ์ที่ดี
- ⇨ มีความซื่อสัตย์ต่อคู่ครอง

**หญิงตั้งครรภ์สุขภาพดี**

- ⇨ อายุเหมาะสมต่อการตั้งครรภ์
- ⇨ สุขภาพกายและจิตดีตลอดระยะการตั้งครรภ์
- ⇨ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์
- ⇨ การดูแลก่อนคลอดดี
- ⇨ คลอดปลอดภัย
- ⇨ การดูแลหลังคลอดดี

**เด็กอายุ 0 – 5 ปี สุขภาพดี**

- ⇨ มีลักษณะและพัฒนาการทางกายปกติดี เป็นไปตามเกณฑ์อายุ
- ⇨ มีพัฒนาการทางสติปัญญา อารมณ์ สังคมดี หรือเป็นปกติ
- ⇨ ได้รับการเลี้ยงดูที่อบอุ่น เพื่อสนับสนุนพัฒนาการที่ดีเมื่อเติบโตขึ้น
- ⇨ มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
- ⇨ เด็กเข้าใจกฎระเบียบ มีวินัย และเอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่
- ⇨ สุขภาพฟันดี
- ⇨ ร่างกายโดยรวมแข็งแรงดี ปราศจากโรคที่เป็นปัญหาที่สำคัญ

**เด็กอายุ 6 – 12 ปี และ 13 – 18 ปี สุขภาพดี**

- ⇨ สุขภาพกายแข็งแรง สติปัญญาปกติดี
- ⇨ มีความรู้เท่าทันโลกปัจจุบัน
- ⇨ มีวิถีชีวิต ทัศนคติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ
- ⇨ สุขภาพจิตดี
- ⇨ รู้จักบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม
- ⇨ ได้รับการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ
- ⇨ สุขภาพในช่องปากดี

**วัยแรงงานสุขภาพดี (กลุ่มอายุ 19 – 59 ปี)**

- ⇨ สุขภาพกายแข็งแรง รูปร่างได้สัดส่วนเหมาะสม สติปัญญาดี
- ⇨ สุขภาพช่องปากดี
- ⇨ สุขภาพจิตดี
- ⇨ อนามัยเจริญพันธุ์ดี
- ⇨ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดี ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง
- ⇨ ทำงานเหมาะสมและปลอดภัย
- ⇨ รู้จักบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม
- ⇨ มั่นคงในชีวิต มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

**ผู้สูงอายุสุขภาพดี**

- ⇨ ความเป็นอยู่ที่ดีด้านการหน้าที่
- ⇨ ดำเนินชีวิตในทางที่เอื้อต่อความมีสุขภาพที่แข็งแรง จิตใจที่เข้มแข็ง
- ⇨ ความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตใจและสังคม
- ⇨ ความเป็นอยู่ที่ดีทางเศรษฐกิจ
- ⇨ ความพึงพอใจในชีวิต

3) ข้อมูลจากการสำรวจสถานสุขภาพของคนไทยในกลุ่มอายุต่างๆ และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีสุขภาพดี ที่ได้ศึกษาใน 4 จังหวัดและกรุงเทพมหานครสรุปผลได้ดังต่อไปนี้คือ

**<u>กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และอายุ 1 - 5 ปี</u>**

เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีได้รับการเลี้ยงดูโดยส่วนใหญ่จาก พ่อ แม่ ร้อยละ 78 น้ำหนักแรกคลอดตั้งแต่ 3,000 กรัมขึ้นไปร้อยละ 55 ในด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเป็นไปตามเกณฑ์อายุ ปลอดจากโรคทางกายที่จะบั่นทอนสุขภาวะในอนาคต นอกจากสุขภาพฟันซึ่งมีเกือบร้อยละ 40 ที่ฟันซี่แรกยังขึ้นช้ากว่าอายุที่ควร การเลี้ยงดูยังพบว่าการให้นมแม่จนถึงอายุที่ควรได้รับ ยังไม่ได้ตามเกณฑ์สุขภาพดี รวมทั้งการดูแลสุขภาพฟันแต่เริ่มแรกยังไม่ทำครบถ้วน

กลุ่มเด็กอายุ 1-5 ปี การเจริญเติบโตมีจำนวนไม่น้อยที่น้ำหนักน้อย และเตี้ยกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 20-24) สติปัญญาโดยเฉลี่ยค่อนข้างต่ำมากกว่าครึ่ง สุขภาพฟัน และเหงือกอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ความรู้ในเรื่องอนามัยเจริญพันธ์ (เฉพาะอายุ 9-12 ปี) อยู่ในเกณฑ์ต่ำเป็นส่วนใหญ่ พฤติกรรมสุขภาพทั้งอนามัยส่วนบุคคล การกินอาหารอย่างมีคุณภาพยังมีสัดส่วนน้อยที่ปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ สัดส่วนของเด็กที่รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว และสังคม มีวินัย และรับผิดชอบที่ปฏิบัติได้เป็นประจำสม่ำเสมอยังอยู่ในระดับต่ำไม่เกินร้อยละ 40 เช่นเดียวกับพัฒนาการทางจิตที่ดี

**<u>กลุ่มเด็กอายุ 6 – 12 ปี</u>**

เด็กกลุ่มนี้ร้อยละ 83 อยู่กับบิดามารดา และกำลังเรียนอยู่ร้อยละ 94 ส่วนใหญ่เด็กมีสุขภาพดี โรคที่เป็นมากคือภูมิแพ้ ร้อยละ 20 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และร้อยละ 25 มีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ สุขภาพฟันดีไม่มีฟันผุเพียงร้อยละ 34 มีพัฒนาการทางจิตและสุขภาพจิตที่เป็นไปในทางบวก เช่น อารมณ์ดีเสมอ มองโลกในด้านดี ได้แสดงออกความสามารถของตนเอง ได้ปฏิบัติกิจทางศาสนาที่นับถือประมาณร้อยละ 26 เท่านั้น และมีเพียงร้อยละ 57 ที่เชื่อว่าทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว สัดส่วนของผู้ที่รู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ ต่อครอบครัวและสังคม เช่น การตรงต่อเวลา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามเวลา การเคารพผู้ใหญ่ การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม รู้จักเก็บออมทรัพย์ ก็มีไม่ถึงร้อยละ 30 เช่นกัน ในด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาคือ การไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และการกินผักผลไม้น้อย แต่กินขนมกรุบกรอบเป็นประจำ ระดับเชาว์ปัญญาร้อยละ 32 ปกติแต่มีถึงร้อยละ 58 ที่อยู่ในระดับต่ำ (TONI Test) ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธ์ที่เหมาะสมกับวัยอยู่ในเกณฑ์พอใช้ได้ มีเพียงร้อยละ 47 ในชาย และร้อยละ 54 ในหญิง เด็กในวัยนี้ส่วนใหญ่ยังเห็นว่าตนเองมีคุณค่า (Self esteem) แต่ยังมีบางส่วน (ส่วนน้อย) ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความภาคภูมิใจในตนเอง

**<u>กลุ่มวัยรุ่น (อายุ 13 – 18 ปี)</u>**

ในกลุ่มนี้เด็กชายร้อยละ 11 และหญิงร้อยละ 7 ออกจากระบบการศึกษาแล้ว ส่วนที่กำลังเรียนมีผลการเรียนเฉลี่ยในชาย 2.42 ± 0.65 และหญิง 2.79 ± 0.54 ในกลุ่มนี้มีร้อยละ 1 ในชายและร้อยละ 0.7 ในหญิงที่มีความพิการ คือปัญญาอ่อนและพิการทางสมองและแขนขา โรคที่เป็นส่วนใหญ่คือภูมิแพ้และหอบหืด ในวัยรุ่นชายมีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 20 มีโรคของเหงือกประมาณร้อยละ 9 อายุที่เริ่มมีประจำเดือนคือ 13 ปี วัยรุ่นชายร้อยละ 54 และวัยรุ่นหญิงร้อยละ 64 มีความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธ์ที่เหมาะสมกับวัยอยู่ในเกณฑ์ดี ระดับสติปัญญายังค่อนข้างน่าวิตกเพราะร้อยละ 50 ในชายและร้อยละ 48 ในหญิงมีระดับเชาว์ปัญญาต่ำกว่าปกติ (TONI Test) พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตประจำวัน เช่น อาหาร เครื่องดื่ม การทำความสะอาดร่างกายและสุขอนามัย ยังมีไม่ถึงร้อยละ 50 ที่ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเป็นประจำ โดยเฉพาะในเพศชาย แต่มีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น ขับรถเร็วเป็นประจำร้อยละ 15 ในชายและ 16 ในหญิง ไม่สวมหมวกกันน็อคร้อยละ 22 ในชายและร้อยละ 25 ในหญิง ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยร้อยละ 31 ในชายและร้อยละ 37 ในหญิง ในด้านสุขภาพจิต (โดยใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตฉบับสั้นในคนไทย) พบว่าร้อยละ 15 ในวัยรุ่นชายหญิงมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 42 ในชายและร้อยละ 43 ในหญิงคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป สำหรับความฉลาดทางอารมณ์ ด้านที่ได้คะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ทั้งในชายและหญิง คือ การเห็นใจผู้อื่น ความพอใจในชีวิต และความสุขสงบทางใจ ในด้านการรู้จักหน้าที่ความรับผิดชอบ วินัยต่อครอบครัวและสังคม เช่น การทำกิจวัตรประจำวันตามเลาโดยไม่ต้องเตือน การแสดงความเคารพต่อผู้ใหญ่ การตรงต่อเวลา การรู้จักเข้าคิวรอ การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม การเก็บออมทรัพย์ ฯลฯ วัยรุ่นทั้งชายและหญิงที่ประพฤติถูกต้องเช่นนี้เป็นประจำมีสัดส่วนน้อยมากไม่ถึงร้อยละ 50 ของกลุ่มที่ศึกษาทั้งหมด อย่างไรก็ตามวัยรุ่นส่วนใหญ่ทั้งชายและหญิงก็ยังเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับที่ดี

**<u>กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 19 – 59 ปี)</u>**

กลุ่มที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 40 ± 10.5 มีในเพศและ 39 ± 10.5 ปี ในเพศหญิง ชายมีการศึกษาในระดับสูงมากกว่าหญิง เช่นเดียวกับสัดส่วนของผู้ไม่ได้รับการศึกษาหรือเป็นการศึกษาระดับประถมศึกษา หญิง มีสัดส่วนมากกว่า คือ ประมาณร้อยละ 71 ของหญิงทั้งหมด อาชีพส่วนใหญ่ของทั้งชายและหญิงคือด้านการเกษตรและการค้าขายประมาณมากกว่าร้อยละ 50 มีเพียงร้อยละ 8 ในชายและร้อยละ 5 ในหญิง ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และมีถึงร้อยละ 76 ในชายและร้อยละ 86 ในหญิงที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจากทันตแพทย์อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี บริการทางสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ที่ได้รับน้อยในเพศชาย (ต่ำกว่าร้อยละ 50 ) คือการตรวจปัสสาวะ เพื่อดูระดับน้ำตาล หรือตรวจเลือด ตรวจตา ตรวจหู ตรวจต่อมลูกหมาก และคำแนะนำด้านสุขภาพที่จำเป็นเช่นการวางแผนครอบครัวรวมบริการและการแนะนำด้านเพศศึกษาหรือการแก้ไขปัญหาชีวิต / ครอบครัว ในหญิงไทยมีเพียงร้อยละ 37 ที่ได้รับ

การตรวจมะเร็งปากมดลูกและร้อยละ 27 ได้รับการตรวจมะเร็งเต้านม และมีร้อยละ 14 ในหญิงที่หมดประจำเดือนแล้วได้รับฮอร์โมนเสริม ด้านสุขภาพทั่วไป ร้อยละ 16 ในชายและร้อยละ 22 ในหญิงระบุว่ามีโรคประจำตัว ที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน กระเพาะอาหารอักเสบ ภูมิแพ้ ปวดหัว และโรคหัวใจ ประมาณร้อยละ 74 ในชายและร้อยละ 63 ในหญิงมีค่าสัดส่วนของน้ำหนักและส่วนสูง (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จากการวัดความดันโลหิตพบว่าร้อยละ 6 ทั้งชายและหญิงมีความดันโลหิตเกิน 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท ประมาณร้อยละ 24 – 40 ในหญิงและชายมีสุขภาพฟันเหงือกปกติดี หญิงร้อยละ 18 เคยแท้งบุตรและในกลุ่มนี้ร้อยละ 13 ของการแท้ง เป็นการจงใจทำแท้ง ในกลุ่มนี้ทั้งชายและหญิงมากกว่าร้อยละ 90 มีความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธ์อยู่ในเกณฑ์พอใช้ถึงดีมาก ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคและภัย ที่ยังเป็นปัญหาเนื่องจากมีการปฏิบัติน้อยในกลุ่มวัยแรงงานทั้งชายหญิงคือ การออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน กินอาหารประเภทผักและผลไม้ไม่ขับรถเร็ว สวมหมวกกันน็อค คาดเข็มขัดนิรภัยเป็นประจำ พฤติกรรมในการทำงานที่ยังเสี่ยงต่อความปลอดภัยอยู่คือ ใช้อุปกรณ์ป้องกันเมื่อทำงานในภาวะเสี่ยงในสัดส่วนที่น้อย รวมทั้งได้รับบริการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงานก็มีจำนวนน้อยเช่นกัน ในด้านสุขภาวะทางจิต เมื่อประเมินด้วยดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทย (ฉบับสั้น) พบว่ามีร้อยละ 90 ในทั้งชายและหญิงที่มีคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับและดีกว่าคนทั่วไป ในกลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่าหญิงจะมีจำนวนมากกว่าชาย สำหรับความฉลาดทางอารมณ์ด้านที่ได้คะแนนต่ำกว่าปกติเป็นสัดส่วนที่มากในกลุ่มศึกษานี้ทั้งชายและหญิง คือ ด้านความรับผิดชอบความพอใจในชีวิต ความสุขสงบทางใจ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกมั่นคงในชีวิต โดยเฉพาะอาชีพที่ทำอยู่และรายได้ที่พอเพียงสำหรับตนเองและครอบครัว ซึ่งมีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ที่คิดว่ามีความมั่นคงในด้านนี้ เมื่อถามถึงการปฏิบัติที่กระทำเป็นประจำในด้านที่จะช่วยในการพัฒนาสุขภาวะทางจิต เช่น การมีกิจกรรมสันทนาการในกลุ่มของตนเอง มีงานอดิเรก ปฏิบัติกิจทางศาสนา ฝึกบริหารจิต เช่นนั่งสมาธิ ฝึกโยคะ ทำงานอาสาสมัครต่างๆหรือช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลผลตอบแทน ทั้งชายและหญิงในวัยทำงานไม่เกินร้อยละ 40 ที่มีการปฏิบัติในด้านเหล่านี้ อย่างไรก็ดีในชายร้อยละ 65 และหญิงร้อยละ 69 เชื่อเสมอว่าทำดีได้ดีทำชั่วได้ชั่ว ในด้านการมีความรับผิดชอบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เช่นการไม่ใช้ความรุนแรงด้วยคำพูดหรือการกระทำต่อคนในครอบครัวเวลาโกรธ การไม่นอกใจคู่ครอง การเก็บออมทรัพย์ การรู้จักเข้าคิวรอซื้อของ การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม การตรงต่อเวลา ยังมีการปฏิบัติเป็นประจำไม่ถึงร้อยละ 50 ทั้งในชายและหญิง

**<u>วัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)</u>**

หญิงสูงอายุร้อยละ 63 และชายร้อยละ 42 ไม่ได้ทำงานแล้วในขณะนี้ มีหญิงที่ขณะนี้เป็นหม้ายร้อยละ 46 ขณะที่ชายมีเพียงร้อยละ 10 ชายสูงอายุร้อยละ 87 ยังอยู่กับคู่สมรสแต่มีหญิงวัยเดียวกันเพียงร้อยละ 49 ที่ยังอยู่กับคู่สมรส ทั้งชายและหญิงมีรายได้ค่อนข้างต่ำ มากกว่าร้อยละ 68 – 81 มี

รายได้ประมาณ 2,500 บาท หรือต่ำกว่าต่อเดือน แต่ร้อยละ 98 ของผู้สูงอายุมีหลักประกันด้านสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล สำหรับสุขภาพทางกายโดยทั่วไปพบว่าเมื่ออายุสูงขึ้นจะมีโรคประจำตัว คือชายวัย 60 – 69 และ 70 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 40 – 48 มีโรคประจำตัวที่เป็นมากได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ภูมิแพ้ กระเพาะอาหารอักเสบ ในหญิงวัยเดียวกันร้อยละ 45 – 51 มีโรคประจำตัวซึ่งคล้ายคลึงกันกับชายสูงอายุ เมื่อใช้ดัชนีมวลกาย (BMI) วัดพบว่าผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงจะผอมมากขึ้นเมื่อสูงวัยขึ้น รวมทั้งมีความชุกของความดันโลหิตสูง (มากกว่า 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท) เพิ่มขึ้นด้วยทั้งชายและหญิงประมาณร้อยละ 15 – 17 สำหรับสุขภาพฟันมีผู้สูงอายุหญิงชายประมาณครึ่งหนึ่งที่ยังมีฟันที่ใช้งานได้ตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป ในด้านการทำเป็นกิจวัตรส่วนตัวประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัวกินอาหาร เคลื่อนไหวภายในบ้าน เข้าห้องน้ำ ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงมากกว่าร้อยละ 90 สามารถทำได้เอง แต่สัดส่วนเหล่านี้น้อยลงเมื่อมีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าชาย ส่วนการปฏิบัติที่เป็นพื้นฐานการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเตรียมอาหาร การซื้อของ การใช้เงิน ทอนเงิน ทำงานบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า พบว่าทั้งชายและหญิงมีลักษณะที่คล้ายกันคือมากกว่าร้อยละ 60 ยังไม่มีปัญหาในการทำงานบ้านที่เบาแรง แต่ถ้าเป็นงานหนักเช่นเช็ดถูทำความสะอาดบ้าน จะมีปัญหามากขึ้น และปัญหาจะเพิ่มขึ้นตามอายุด้วย ในด้านการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพที่ยังเป็นปัญหาทั้งชายและหญิง คือ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยเป็นประจำ การกินผักผลไม้ กินอาหารประเภทปลา ยังมีสัดส่วนของผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำต่ำมากไม่เกินร้อยละ 30 ในขณะเดียวกันยังมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่นการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เป็นประจำร้อยละ 21 – 6 ในชาย และร้อยละ 4 – 1.9 ในหญิง สำหรับการประเมินความพึงพอใจในชีวิตและสิ่งแวดล้อม ในด้านต่างๆ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยเฉพาะ การได้อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นมีคนในครอบครัวเอาใจใส่ดูแล ได้มีโอกาสพบปะพูดคุยกับเพื่อน ได้รับความเคารพจากคนรุ่นหลัง ได้ปฏิบัติกิจตามศาสนาที่นับถือ ได้รับสิทธิตามกฎหมายในฐานะผู้สูงอายุและมีความพึงพอใจในชีวิต มีผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงร้อยละ 70 – 90 ระบุว่าตนเองมีสภาพเช่นนั้น สำหรับผู้สูงอายุที่ได้มีโอกาสอยู่ในครอบครัวที่มีคน 3 รุ่น (ปู่ย่าตายาย พ่อแม่ และหลาน) อยู่ด้วยกันในชายร้อยละ 32 – 38 ในหญิงร้อยละ 38 – 51

## สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีสุขภาพดี

- **ครอบครัว** จากการสำรวจพบว่า พบว่าส่วนใหญ่มีความพร้อมในด้านโครงสร้างพื้นฐานและสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย แต่แต่ยังมีปัญหาเรื่องและสัตว์และแมลงนำโรค รวมทั้งการถูกรบกวนจากเหตุรำคาญ เช่น เสียงดัง กลิ่นเหม็น ควันต่างๆ ในด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีความรักต่อกันและกัน และเมื่อมีปัญหาจะช่วยกันแก้ไข แต่ยังมีครอบครัว ร้อยละ 40 ที่ยังมีการใช้ความรุนแรงทางวาจา หรือทำร้ายร่างกายซึ่งกันและกันในครอบครัว และมีครอบครัวที่เด็กและผู้หญิงได้รับการ

ดูแลให้ปลอดภัยจากการละเมิดทางเพศโดยตลอด เพียงร้อยละ 74.1 ครอบครัวการมีกิจกรรมร่วมกันของครอบครัวอย่างสม่ำเสมอยังมีไม่มาก โดยเฉพาะการเล่นกีฬา หรือทำกิจกรรมนันทนาการด้วยกัน มีเพียงร้อยละ 18 ในด้านการฝึกอบรมให้สมาชิกในครอบครัวเป็นคนดี เช่น สมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่ความรับผิดชอบงานในบ้าน, พ่อแม่ ปู่ย่า ตายายและผู้ใหญ่ เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกหลานในการดำเนินชีวิต, มีการสั่งสอนในครอบครัวเกี่ยวกับศีลธรรม ความผิดชอบชั่วดี และมีการอบรมให้มีวินัย เช่น ประหยัด, รับผิดชอบในการเรียน การงาน, ตรงเวลา พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในช่วงร้อยละ 53-66 และครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือเพื่อนบ้าน ร้อยละ 49 มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน ร้อยละ 61 ในด้านเศรษฐกิจมีครอบครัวที่พอมีพอใช้โดยตลอดเพียง ร้อยละ 37.6 และเมื่อให้ประเมินโดยทั่วไป มีครอบครัวเพียง ร้อยละ 66.1 ที่รู้สึกว่าครอบครัวอยู่เย็นเป็นสุขพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในช่วงร้อยละ 53-66

- **โรงเรียน** จากการสำรวจโรงเรียนในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ตามเครื่องชี้วัดโรงเรียนสุขภาพดี พบว่า ส่วนใหญ่โรงเรียนมีนโยบายและการบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ยังขาดสิ่งแวดล้อมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โครงสร้างพื้นฐานโรงอาหารมีขนาดเพียงพอกับจำนวนนักเรียน มีเพียงร้อยละ 65.9 จำนวนส้วมและที่ปัสสาวะ ไม่ต่ำกว่า 1 ที่ ต่อนักเรียน 30 คน ร้อยละ 55.3 จำนวนอ่างล้างมือ ไม่ต่ำกว่า 1 ที่ ต่อนักเรียน 50 คน ร้อยละ 67.1 และ โรงครัวมีที่เก็บเศษอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ เช่น มีอ่าง 3 ตอนสำหรับล้างภาชนะ มีน้ำใช้อย่างพอเพียง และมีการจัดทำรางระบายน้ำ ร้อยละ 63.5 ส่วนด้านโภชนาการ โรงเรียนที่ไม่มีอาหารประเภท fast food น้ำอัดลม พบร้อยละ 75.9 และการส่งเสริมด้านการออกกำลังกาย โรงเรียนที่มีสนามเล่นกีฬากลางแจ้ง และอุปกรณ์กีฬา สำหรับนักเรียนแต่ละวัยอย่างถูกต้อง พอเพียงและปลอดภัย ร้อยละ 70.6

ด้านความปลอดภัยและปลอดสารเสพติด โรงเรียนที่ไม่มีนักเรียน ครู บุคลากรอื่นๆ ในโรงเรียนสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า หรือใช้ยาเสพติด มีร้อยละ 70 โรงเรียนส่วนใหญ่ที่ยังไม่มีระบบและความเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัย เช่น มีระบบการเตรียมพร้อมป้องกันอัคคีภัย และเหตุฉุกเฉิน โดยมีการตรวจสอบและฝึกซ้อมเป็นประจำ ร้อยละ 30.6 มีและใช้อุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬาที่มีความรุนแรง เช่น ฟุตบอล รักบี้ ร้อยละ 45.9 ถึงแม้ว่าโรงเรียนไม่มีสิ่งกีดขวาง หรือล่อแหลมต่อการเกิดอุบัติเหตุแก่นักเรียนในห้องเรียน และบริเวณรอบๆ ร้อยละ 98 แต่ยังพบว่า ในรอบปีที่ผ่านมามีเด็กนักเรียนเกิดอุบัติเหตุถึง ร้อยละ 91.2 เฉลี่ยจำนวนการเกิดอุบัติเหตุ 6.5 ครั้งต่อปี

โรงเรียนส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 มีบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ แต่ยังบุคลากรที่ให้บริการมีคุณภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ ครูพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านสุขภาพ มีเพียงร้อยละ 71.8 ด้านหลักสูตรมีแผนการสอนทักษะชีวิต ร้อยละ 88.8 แต่ยังมีการสอนเชิงปฏิบัติทักษะในการแก้ปัญหา การต่อรอง การปฏิเสธโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการสื่อสาร ร้อยละ 58.8 ส่วนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพ

ชีวิต วัฒนธรรมและประเพณี โรงเรียนส่วนใหญ่มีมีกิจกรรมการออกกำลังกาย และการกีฬา ร้อยละ 99.4 ส่งเสริมให้นักเรียนแต่ละคนมีกีฬาอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นประจำตัวตลอดไปจนโต ร้อยละ 63.5 นักเรียนมีกิจกรรมด้านดนตรีตามถนัด ร้อยละ 71.8 โรงเรียนมีการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างครู นักเรียน, โรงเรียนและครอบครัว เช่น ทุกโรงเรียนนักเรียนได้มีโอกาสรู้จักชุมชน และทำกิจกรรมเพื่อชุมชน หรือร่วมกิจกรรมกับชุมชน เช่น การทำความสะอาดชุมชน การทำบุญ มีการตรวจสุขภาพประจำปีของทั้งนักเรียน ครู และบุคลากรของโรงเรียน ร้อยละ 60.6 มีกรรมการครูผู้ปกครองที่เข้มแข็ง ร้อยละ 76.5 และมีมีระบบครูที่ปรึกษา รุ่นพี่ที่ปรึกษาแกรุ่นน้อง ร้อยละ 86.5

- **สถานที่ทำงาน** จากการประเมินสถานที่ทำงานที่มีจำนวนคนทำงานอยู่ตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป จำนวน 81 แห่ง เป็นสถานที่ทำงานลักษณะบริษัท 28 แห่ง หน่วยงานราชการ 28 แห่ง โรงงานอุตสาหกรรมระดับเล็ก-กลาง 20 แห่ง และกลุ่มทำงานขนาดเล็กในชุมชน 5 แห่ง พบว่า มีระบบการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย โดยมีสถานที่ทำงานที่มีนโยบายด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย อยู่ในช่วง ร้อยละ 54 -64 มีมาตรการและการดำเนินการเรื่องความปลอดภัย ร้อยละ 71.6 แต่มีเพียง ร้อยละ 18.5 ที่มีสถานที่พยาบาลที่มีแพทย์และพยาบาลอยู่ประจำ ในรอบปีที่ผ่านมาสถานที่ทำงานเกิดอุบัติเหตุ และมีคนงานหรือพนักงานได้รับการบาดเจ็บจากการทำงานลดลง กว่าร้อยละ 90 การมีส่วนร่วมของพนักงานในการป้องกันอันตรายและเสริมสร้างความปลอดภัย มีร้อยละ 80 แต่มีการผสานกิจกรรมด้านความปลอดภัยในงานประจำต่าง ๆ เพียงร้อยละ 58

การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อความปลอดภัยในสถานที่ทำงานยังมีไม่มากนัก เช่น การตรวจสอบสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านกายภาพและเคมีในแต่ละด้าน สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านกายภาพและเคมี ได้รับการตรวจเป็นไปตามมาตรฐานกำหนด ร้อยละ 44 มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายอยู่ในสภาพพร้อมใช้ เช่น ถังดับเพลิง และอุปกรณ์สำนักงานต่าง ๆ ถูกจัดวางอย่างอย่างถูกต้อง เหมาะสม ร้อยละ 79 แต่ผู้ประกอบอาชีพในสถานประกอบการมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ร้อยละ 59 ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสร้างเสริมสุขภาพ สถานที่ทำงานมีระเบียบการห้ามสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ กว่าร้อยละ 80 กิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพนักงานทุกระดับ เอื้ออาทรต่อผู้ร่วมงาน กว่าร้อยละ 90 มีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการทำงานไม่เกินมาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 88.9 โดยอนุญาตให้พนักงานมีเวลาพักหลังจากการทำงานไม่น้อยกว่า 15 นาที หลังจากทำงานมาแล้วไม่เกิน 2 ชั่วโมงติดต่อกัน ร้อยละ 77.8 และมีกิจกรรมพักผ่อนหรือออกกำลังกาย ร้อยละ 88.9 ในส่วนของการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมให้แก่พนักงาน สถานที่ทำงานที่มีจัดให้พบเป็นส่วนน้อย เช่น มีสวัสดิการอาหารกลางวันที่มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ ร้อยละ 30.9 มีสวัสดิการรถรับ-ส่ง ร้อยละ 16.0

ด้านการเสริมสร้างวิถีการใช้ชีวิตของคนงานเพื่อให้พัฒนาสุขภาพ พบว่าการรวมกลุ่มพลังสร้างเสริมสุขภาพของคนในสถานที่ทำงานและมีกิจกรรมรณรงค์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องยังมีไม่มาก มีกลุ่มแกนนำนำด้านสุขภาพต่าง ๆ และมีกิจกรรมการรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพ พบร้อยละ 44-48 ร้านจำหน่ายอาหารในสถานที่ทำงาน จำหน่ายอาหารที่มีคุณภาพ และคุณค่าตามหลักโภชนาการ ร้อยละ 34.6 และมีเพียงครึ่งหนึ่งของสถานที่ทำงานที่สำรวจ ที่พบว่าร้านค้าในสถานที่ทำงานไม่จำหน่ายบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนด้านการพัฒนาศักยภาพของคน สถานที่ทำงานมีสมาพันธ์คุ้มครองผู้ใช้แรงงาน/ผู้ประกอบการ หรือแรงงานสัมพันธ์ ร้อยละ 40.7 มีการจัดฝึกอบรม หรือส่งพนักงานไปฝึกทักษะการทำงาน ร้อยละ 63 และมีการส่งเสริมให้พนักงานไปเพิ่มพูนความรู้ต่อ เช่น การศึกษาต่อระดับที่สูงขึ้น ร้อยละ 59.3

- **ชุมชน** จากการประเมินพบว่าพบว่า ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ ชุมชนในเขตเมืองทุกแห่งมีมีถนนเข้าออกได้อย่างสะดวกทุกฤดูกาล เขตชนบท ร้อยละ 95.6 แต่มีรถบริการสาธารณะที่ให้ใช้บริการได้อย่างสะดวก ในเขตเมือง ร้อยละ 72.1 ชนบท ร้อยละ 57 ส่วนใหญ่มีไฟฟ้าใช้ทุกหลังคาเรือน เขตเมืองร้อยละ 97.7 ชนบท ร้อยละ 91.6 ในขณะที่การจัดระบบแสงสว่างตามถนนภายในชุมชนอย่างทั่วถึง เขตเมืองสูงกว่าชนบทมาก คือ เขตเมืองร้อยละ 93 แต่เขตชนบท มีเพียงร้อยละ 65.9 มีน้ำประปาใช้อย่างทั่วถึงสม่ำเสมอทุกฤดูกาล เขตเมือง ร้อยละ 88.4 เขตชนบท ร้อยละ 65.5 การจัดระบบการเก็บขยะอย่างสม่ำเสมอ เขตเมือง ร้อยละ 86 ในขณะที่ชนบทมีเพียง ร้อยละ 51.8 การเข้าถึงบริการพื้นฐานของคนในชุมชน เช่น การศึกษา สถานบริการสุขภาพ สถานที่จำหน่ายอาหาร มีมากกว่าร้อยละ 90 ทั้งเขตเมืองและชนบท ในขณะที่การเข้าถึงบริการการสื่อสารสาธารณะ พบว่า ชุมชนในเขตเมืองมีโทรศัพท์สาธารณะอยู่ในสภาพที่ใช้การได้ ร้อยละ 95.3 สูงกว่า เขตชนบท ที่มีเพียงร้อยละ 73.9

ด้านความปลอดภัยในชุมชน มีการจัดระบบป้องกันอัคคีภัย (ไฟไหม้) โดยชุมชนเอง เขตเมือง ร้อยละ 55.8 เขตชนบท ร้อยละ 41.8 ชุมชนมีความร่วมมือกันในการจัดระบบความปลอดภัยในการป้องกันการลักขโมย เขตเมือง ร้อยละ 67.4 ต่ำกว่าในเขตชนบท ที่มีร้อยละ 85.9 และเขตเมืองเกิดอาชญากรรมรุนแรง เช่นการปล้น ฆ่า และมีการจับกุมผู้ค้าสารเสพย์ติด สูงกว่าเขตชนบท ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าชุมชนเขตเมืองอยู่ในเขตที่มีมลพิษทางอากาศสูงกว่าชนบท คือ เขตเมืองตั้งอยู่ในเขตที่ไม่มีแหล่งอากาศเสีย ร้อยละ 60.5 เขตชนบท ร้อยละ 85.1 ชุมชนมีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจที่ใช้ร่วมกัน ร้อยละ 52-58 มีสนามกีฬา ร้อยละ 81-82 และมีกลุ่มจัดกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน ร้อยละ 81 ในชุมชนเขตเมืองมีสิ่งแวดล้อมที่คุกคามสุขภาพสูงกว่าในชนบท คือ ชุมชนเขตเมืองที่ไม่มีผู้ประกอบอาชีพที่ทำให้เกิดเหตุรำคาญส่งเสียงดัง ไม่มีการประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย และ ในชุมชนหรือในรัศมี 2 กิโลเมตรจากหมู่บ้าน ไม่มีสถานบริการที่เป็นแหล่งมั่วสุม พบร้อยละ 60.5, 53.5 และ 51.2 ในขณะที่เขตชนบทพบ ร้อยละ 72.3, 78.7 และ 79.9 ตามลำดับ

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าชุมชนส่วนใหญ่มีการจัดตั้งกรรมการชุมชน เขตเมือง ร้อยละ 90.7 เขตชนบท ร้อยละ 96.8 มีการจัดกลุ่มอาสาสมัครช่วยเหลือกัน เขตเมือง ร้อยละ 76.7 เขตชนบท ร้อยละ 88.8 และมีการจัดงานประเพณี เช่น งานสงกรานต์ งานปีใหม่ ฯลฯ ร่วมกัน อยู่ในช่วงร้อยละ 95-93

จากผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่า เครื่องชี้วัดเหล่านี้สามารถ แสดงสถานะสุขภาพในชุมชนได้ในระดับหนึ่งโดยเฉพาะด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านบุคลิกภาพที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีสุขภาวะในบุคคล แต่ยังต้องการการศึกษาวิจัยต่อไปถึงความสามารถในการทำนายสุขภาพ (Predictive validity) และการปรับไปเป็นการวัดในเชิงองค์รวมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งได้พัฒนา Checklist ของการประเมินสุขภาพที่เข้าใจง่ายสำหรับการใช้วัดในระดับชุมชนและบุคคลวัยต่างๆ ขึ้น ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องมาจากการนำเครื่องชี้วัดไปสำรวจสภาวะสุขภาพในชุมชน

# บทที่ 1

# ความเป็นมา กรอบแนวคิด วัตถุประสงค์ และวิธีวิจัย

ถึงแม้องค์การอนามัยโลกจะได้มีนิยามความหมายของสุขภาพไว้ตั้งแต่ ค.ศ. 1948 ว่า “Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.” และต่อมาในปี ค.ศ. 1998 ได้พยายามเสนอนิยามที่ปรับปรุงใหม่ในการประชุม WHO Executive Board ครั้งที่ 101 ว่า “ Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being … “ (WHO, 1998) โดยเพิ่มเติม Spiritual well-being หรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไปอีก แต่ในทางปฏิบัติก็ยังขาดดัชนีชี้วัดสุขภาวะในด้านต่าง ๆ อย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านของสุขภาวะทางจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตามสภาวะของปัญหาสาธารณสุขและระบบบริการที่กำลังคุกคามสุขภาพของคนไทย รวมทั้งการสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ทุกฝ่ายต้องหันมาให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค และสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ และมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ตนเอง เมื่อเป็นเช่นนี้เครื่องชี้วัดเป้าหมายของสุขภาพดี จึงทวีความจำเป็นมากขึ้น

ได้มีการพัฒนาเครื่องชี้วัดสถานะสุขภาพมาเป็นเวลากว่า 20 ปีแล้ว โดยเริ่มจากความสนใจของแพทย์ทางคลินิกเกี่ยวกับผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่า นอกจากการรอดพ้นจากความตายแล้ว ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยเหล่านี้มีคุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นอย่างไรบ้าง ซึ่งในขณะนี้การวัดคุณภาพเครื่องชี้วัดได้ขยายไปในหลายโรคด้วยกัน เช่น Asthma Quality of Life Questionnaires (AQLQ), Geriatric Depression Scale (GDS), HIV-PARSE Baseline Questionnaires ฯลฯ ซึ่งมีมากมายหลายร้อยแบบสอบถามด้วยกัน และยังได้ขยายไปสู่การวัดสถานะสุขภาพ หรือคุณภาพชีวิตของประชากรโดยทั่วไปด้วย ที่แพร่หลายและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปก็คือ

**WHOQOL-BREF** ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 1994 ผ่านการตรวจสอบเครื่องมือทั้ง Validity และ Reliability มาแล้วในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ในการวัดจะมีองค์ประกอบ 4 กลุ่มด้วยกัน คือ ด้าน Physical Health, Psychological domain, Social relations และ Environmental domain ประกอบด้วยเครื่องชี้วัดทั้งหมด 26 ตัว คะแนนจะมีช่วงระหว่าง 0-100 โดย 0 หมายถึงคุณภาพชีวิตต่ำสุด และ 100 คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (WHO, 1996)

**The SF-36** เป็นดัชนีที่พัฒนามาจากการดูผลการรักษาโรคเรื้อรัง โดยประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับบริการการรักษาพยาบาลประกอบด้วย 36 รายการ 8 องค์ประกอบ คือ physical function 10

รายการ บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านร่างกาย 4 รายการ ความเจ็บปวด 2 รายการ ความเห็นด้านสุขภาพทั่วไป (General Health) 5 รายการ ความมีชีวิตชีวา (Vitality) 4 รายการ บทบาททางสังคม 2 รายการ บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ 3 รายการ สุขภาพจิต 5 รายการ การคิดคะแนนก็เป็นช่วง 0-100 เช่นเดียวกัน (Ware & Gandek, 1998)

**Health Utility Index** เป็นดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตรวมเข้าด้วยกัน ดัชนีนี้พัฒนาโดยมหาวิทยาลัย McMaster ประเทศแคนาดา และเป็นที่นิยมในใช้ทั้งในแคนาดา และประเทศในยุโรป ในปัจจุบันได้พัฒนาไปถึง 3 Versions คือ Health Utility Index Mark 3 (HUI 3 ) ประกอบด้วย 2 ส่วนด้วยกัน คือ การจำแนกสถานะสุขภาพ และการให้น้ำหนัก (weighting) ของสถานะสุขภาพนั้น ซึ่งการให้น้ำหนักก็ได้มาจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเช่นกัน HUI 3 แบ่งสถานะสุขภาพออกเป็น 6 ระดับ และ 8 domain คือ vision , hearing, speech, ambulation, dexterity, emotion, cognition และ pain โดยสถานะสุขภาพในแต่ละระดับก็จะมีน้ำหนักที่แตกต่างกันไป ในการวัดสุขภาพคะแนนของแต่ละบุคคลเมื่อรวมแล้วจะมีค่าอยู่ในระหว่าง 0-1 โดยที่ 0 หมายถึงตาย และ 1 หมายถึงสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ที่สุด (Manuel, Schultz, & Kopec, 2002)

จะเป็นได้ว่าดัชนีชี้วัดที่เป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายทั้ง 3 กลุ่มนี้ได้พยายามวัดให้สะท้อนความหมายของสุขภาวะตามนิยามขององค์การอนามัยโลก แต่ในการตอบคำความนั้นก็ขึ้นอยู่กับความรู้สึก และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ตอบเอง ซึ่งจะต้องมีวุฒิภาวะอยู่ในระดับหนึ่ง ในการนำมาใช้จึงจะต้องคำนึงถึงสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนาของชุมชนนั้น ๆ ด้วย นอกจากนี้คำถามเหล่านี้ก็ไม่สามารถสะท้อนสุขภาพของทุกวัยได้ เพราะส่วนใหญ่เป็นวิถีชีวิตของวัยทำงาน หรือวัยสูงอายุ

สหรัฐอเมริกาได้พัฒนาการวัดสุขภาพของประชากรขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยใช้การวาดภาพคนอเมริกาที่มีสุขภาพดีว่าควรมีลักษณะอย่างไรบ้าง ประกอบด้วยเครื่องชี้วัดทั้งบวกและลบ โดยเป็นภาพรวมของ Healthy American (U.S. Department of Health and Human Services, 2000) ซึ่งได้พัฒนามาจากปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรในช่วงอายุที่สำคัญต่าง ๆ โดยมุ่งหวังว่า Healthy American ในช่วงอายุต่าง ๆ จะต้องปลอดภัยจากโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งมีพฤติกรรมในเชิงสร้างเสริมสุขภาพ เช่นการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ซึ่งเครื่องชี้วัด Healthy people นี้ ได้พัฒนาขึ้นในประเทศต่าง ๆ อีกหลายประเทศ เช่น แคนาดา ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น

จากแนวโน้มของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งเริ่มต้นอย่างเป็นรูปธรรมเมื่อ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา รวมทั้งการจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปีเดียวกัน ทำให้มีความชัดเจนเป็นลำดับว่า ระบบสุขภาพในอนาคตเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของคนไทย จะเน้นที่การสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ ซึ่งในเป้าหมายเช่นนี้ มิติของสุขภาพจะต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เน้น

แต่การรักษาพยาบาล และการวัดผลความสำเร็จที่อัตราตายและอัตราป่วยเท่านั้น เป้าหมายต่อไปของระบบสุขภาพหลังการปฏิรูปจะมุ่งไปที่การมีสุขภาพดี หรือสุขภาวะ รวมทั้งชีวิตที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องขยายขอบเขตของเครื่องชี้วัดให้เชื่อมโยงถึงสภาวะสุขภาพดี นอกเหนือไปจากเฉพาะที่รอดตาย หรือหายจากการเจ็บป่วยเท่านั้น จากการที่ทราบถึงลักษณะของ “คนไทยสุขภาพดี” ในทุกกลุ่มอายุอาจจะนำไปสู่ยุทธศาสตร์ใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพ และนำมาซึ่งการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีประสิทธิผลสมบูรณ์ คลอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ

ได้มีความพยายามในการพัฒนาภาพลักษณ์ของสุขภาพคนไทยในอนาคต ปรากฏอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่ได้มีความพยายามอย่างเป็นทางการโดยภาครัฐเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพในเชิงบวก คือ มุ่งไปสู่สุขภาวะ แทนที่จะมุ่งหวังเพียงลดการเจ็บป่วยหรือการตายเท่านั้น ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 นี้ได้กำหนดภาพลักษณ์สุขภาพคนไทยที่พึงประสงค์ ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนกระทั่งวาระสุดท้ายแห่งชีวิต เพื่อเป็นกรอบของการพัฒนาด้านสาธารณสุขดังนี้

- เกิดและเติบโตในครอบครัวที่มีความพร้อมและอบอุ่น
- ได้รับการพัฒนาทั้งทางกาย ทางใจ และสติปัญญา ดีพอที่จะปรับตัวและอยู่ในโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถตัดสินใจในการบริโภคและมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีจิตใจสบาย สงบ
- มีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สมเหตุสมผล สะดวก คุณภาพดี โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและเป็นธรรม
- อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง มีการรวมพลัง และมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพ ของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และผู้พิการ
- ดำรงชีวิตและประกอบอาชีพ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย
- มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยอย่างไม่สมเหตุสมผล และตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ภาพลักษณ์ทั้งหมดนี้คล้ายคลึงกับที่ ดร.ป๋วย อึ้งภากรณ์ ได้ระบุไว้เมื่อ พ.ศ. 2526 ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ซึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 8 ได้ใช้เป็นพื้นฐานกำหนดวิสัยทัศน์สังคมไทยที่พึงปรารถนาในอีก 25 ปีข้างหน้า โดยสรุปดังนี้คือ สังคมไทยที่จะช่วยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนไทย จะต้องเป็นสังคมที่มีความเป็นปึกแผ่นมีความภูมิใจในความเป็นไทย และดำรงไว้ซึ่งเอกลักษณ์ทางศิลปวัฒนธรรมของชาติ มีความมั่นคง สงบสุข สันติกับนานาชาติ มีสมรรถภาพ มีเสถียรภาพ มีความเสมอภาค มีความยุติธรรม มีระเบียบวินัย มีความเมตตากรุณา เคารพในสิทธิมนุษยชน มีหลักธรรมของศาสนาเป็นหลักในการดำรงชีวิต คนไทยทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ

และได้รับโอกาสให้มีการพัฒนาตนเองอย่างเต็มศักยภาพ ได้รับการดูแลสุขภาพตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 12 ปี และมีโอกาสเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคมที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีความสามารถพร้อมที่จะปรับตัวได้กับความเปลี่ยนแปลงในกระแสโลกาภิวัฒน์ มีระบบเศรษฐกิจที่ตั้งอยู่บนรากฐานของความสร้างสรรค์ โดยที่มีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องแต่มีเสถียรภาพ สมดุลกับการอนุรักษ์ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม มีการกระจายรายได้อย่างเป็นธรรมในทุกกลุ่มประชากร ซึ่งมีความเป็นอยู่อย่างเสมอภาค มีหลักประกันด้านสุขภาพอนามัย มีบริการติดต่อสื่อสารอย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพ ทรัพยากรธรรมชาติได้รับการดูแลรักษาและจัดการอย่างเหมาะสม เพื่อเป็นฐานการพัฒนาที่ยั่งยืนแก่คนรุ่นต่อไป และท้ายที่สุดคือ สังคมไทยมีระบบการเมืองที่เป็นประชาธิปไตยอย่างสมบูรณ์ โดยมีองค์พระมหากษัตริย์เป็นประมุข นักการเมืองและข้าราชการมีคุณธรรม ยึดผลประโยชน์ของชาติเป็นหลักในการดำเนินงาน

นอกไปจากการกำหนดนโยบายในแผนพัฒนาของภาครัฐ ประชาชนในท้องถิ่นต่างๆ ของประเทศได้มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีสุขภาพดีหรือสุขภาวะด้วยเช่นกัน (ขวัญใจ เอมใจ และ วณี ปิ่นประทีป (บรรณาธิการ), 2545) เช่น ภาคเหนือตอนบนและภาคเหนือตอนล่าง มีความเห็นว่าสุขภาพดีนั้นจะต้องประกอบด้วย สุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่ไม่ได้ระบุชัดเจนถึงความหมายในแต่ละมิติ โดยเฉพาะทางจิตวิญญาณ ส่วนประชาชนในอีสานตอนบนเห็นว่า การมีสุขภาพดีคือการที่ชุมชนที่อาศัยอยู่มีอาหารอุดมสมบูรณ์ เพียงพอ ปลอดสารพิษ ลดรายจ่าย ปลดหนี้สิน เพิ่มรายได้ เพิ่มการออม ดินดำน้ำชุ่ม ป่าอุดม ลดการอพยพแรงงาน ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน มีความรัก เอื้ออาทรกัน เกิดความสุขทั้งกายใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับประชาชนในแถบอีสานตอนล่างได้สรุปความหมายของ "สุขภาพดี" ไว้ดังต่อไปนี้ คือ "มีหลักประกันชีวิต มีผู้ดูแล ไม่อยู่ตามยถากรรม มีปัจจัยสี่พอเพียง มีเงินทองพอเพียง ไม่เป็นหนี้สิน ไม่ถูกโกง ถูกปล้น เอาเปรียบ มีร่างกายจิตใจเข้มแข็ง ครอบครัวอบอุ่น ผัวเมียไม่นอกใจกัน ลูกหลานได้ดี พึ่งตนเองได้ ชุมชนเข้มแข็งมีการปรึกษาหารือเป็นประจำ มีกิจกรรมสร้างความรัก ความเอื้ออาทรต่อกัน มีสิ่งแวดล้อมดี ดินดำ น้ำชุ่ม ป่าสมบูรณ์ ไม่มีมลภาวะสารเคมี ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า และมีอิสระในการคิดและการพูด" สำหรับในภาคใต้ ซึ่งมีทั้งชุมชนชาวพุทธและที่นับถือศาสนาอิสลาม ได้นำหลักทางศาสนามาประยุกต์เข้ากับความเข้าใจด้านสุขภาพ โดยชาวพุทธภาคใต้มีความเห็นว่า สุขภาพดีนั้นรวมทั้งทางกาย และจิตใจ ซึ่งเป็นจิตใจที่มีคุณธรรม คือ เมตตา เป็นสำคัญ การมีเมตตาอยากให้ผู้อื่นอยู่ดีมีสุข เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้สังคมมีสุขภาพดีขึ้น ส่วนผู้นับถือศาสนาอิสลามในภาคใต้ตอนล่างอ้างหลักของศาสนาที่ถือว่า "การมีสุขภาพดีเป็นสิ่งสำคัญ และสุขภาพดีนั้นคือสิ่งยิ่งใหญ่ที่พระเจ้าประทานแก่มวลมนุษยชาติ" การป้องกันเป็นสิ่งที่ประเสริฐกว่าการแก้ไข

จะเห็นได้ว่าในความเห็นของประชาชนทั่วไป สุขภาพดีนั้น ขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง โดยเฉพาะครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม และคุณธรรมที่สำคัญคือความรัก ความเอื้ออาทร ความเมตตา กรุณา ซึ่งเป็นหลักสำคัญของทุกศาสนาในประเทศไทย

ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้ให้นิยามความหมายของสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกว่า "สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาวะในมิติทั้ง 4 เชื่อมโยงสัมพันธ์และเป็นปัจจัยต่อกัน เช่น เมื่อพูดถึงสุขภาวะทางสังคม ย่อมมีองค์ประกอบแห่งสุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางวิญญาณ เชื่อมโยงอยู่ด้วย" นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงองค์ประกอบต่างๆในสังคมที่มีผลต่อสุขภาวะของกลุ่มคน เช่น ครอบครัว ชุมชน สถานที่ทำงาน ฯลฯ รวมทั้งเกณฑ์ของการมีสุขภาวะขององค์ประกอบเหล่านั้นด้วย (ประเวศ วะสี, 2545)

จากนิยามของสุขภาพดังได้กล่าวมาแล้วนี้ ควรจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการกำหนดลักษณะของคนไทยสุขภาพดีที่เหมาะสมกับสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มิติของสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแนวคิดระหว่างตะวันตกและตะวันออก (กัลยา พลอยใหม่, 2545) โดยที่ชาติทางตะวันตกมีแนวคิดว่าจิตวิญญาณคือความเป็นตัวตนของคน เป็นกระบวนการที่มีพลวัต เป็นความเชื่อความศรัทธาในศาสนา เป็นสิ่งที่ดีงาม เชื่อมโยงกับความพึงพอใจ ความรัก ความเข้มแข็ง ความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างตนเอง ผู้อื่นและพระผู้เป็นเจ้า แต่ในประเทศแถบตะวันออก โดยเฉพาะผู้ที่นับถือพุทธศาสนา ให้ความหมายของจิตวิญญาณว่า เป็นคุณค่าทางจิตใจ สภาพจิตที่สูงส่งห่างไกลจากกิเลส ทำให้สามารถสัมผัสกับคุณค่าที่สูงหรือความดี เป็นอิสระ มีเมตตา กรุณา มุฑิตา อุเบกขา รวมทั้งมีสติ สมาธิ และปัญญา (ประเวศ วะสี, 2544) และปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ขึ้นอยู่กับ ระดับของการพัฒนาการของมนุษย์ตามอายุต่างๆ ลักษณะของครอบครัว ความเชื่อทางศาสนา เพศภาวะ ภูมิหลังทางเชื้อชาติและวัฒนธรรม ความหวัง ความศรัทธา ทั้งต่อผู้อื่นและต่อศาสนา รวมทั้งภาวะวิกฤติที่เกิดในชีวิตก็สามารถทำให้คนพัฒนาทางจิตวิญญาณได้ด้วย

การที่จะพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพดี จึงมีความจำเป็นในเบื้องต้นที่จะต้องกำหนดลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพดีว่า ควรจะเป็นอย่างไร โดยคำนึงถึงภาพรวมของทุกมิติของสุขภาพ ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และกำหนดว่าลักษณะดังกล่าวจะวัดเป็นรูปธรรมได้อย่างไร นั่นคือการกำหนดเครื่องชี้วัด (Indicators) และจากการศึกษาวิจัยโดยเฉพาะในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งได้รวบรวมและวิเคราะห์โดยนักวิชาการขององค์การอนามัยโลก สามารถสรุปได้ว่าผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพดีเพียงไรในวัยชรานั้น เป็นผลพวงของการดำเนินชีวิตและอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่ได้รับมาตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดา มิใช่เป็นผลเฉพาะของช่วงสูงอายุเท่านั้น ผลของการศึกษาวิจัยได้ระบุว่า ภาวะขาดออกซิเจน และขาดอาหารในระยะที่ยังอยู่ในครรภ์มารดา ทำให้พัฒนาการของทารกที่ต้องปรับตัวเพื่อชีวิตรอด ผิดปกติไป พบว่าทารกเหล่านั้นเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของไขมัน และการอุดตันของระบบทางเดิน

หายใจได้มากกว่าทารกปกติ จากผลการวิจัยที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มอายุต่างๆ ทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อม การติดเชื้อ ความเครียด ทำให้มีความชัดเจนว่า สภาวะสุขภาพในช่วงชีวิตหนึ่งสามารถส่งผลถึงระดับสุขภาพในอีกช่วงชีวิตหนึ่งได้ (Stein & Moritz, 1999) จากข้อมูลดังกล่าวจึงมีความจำเป็นว่า การพัฒนาไปสู่การมีสุขภาพดีนั้นจำเป็นต้องคิดถึงสุขภาพในแต่ละช่วงอายุ ที่มีความสำคัญ ต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของมนุษย์โดยรวมด้วย ช่วงอายุเหล่านั้นได้แก่

- ระยะที่เป็นทารก (fetus) ในครรภ์มารดา
- ระยะขวบปีแรก (Infant)
- ระยะเด็กวัยเตาะแตะ (Toddler) และก่อนวัยเรียน (1-5 ปี)
- เด็กวัยเรียน (6-12 ปี)
- เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น (13-18 ปี)
- วัยทำงาน (19-59 ปี)
- วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)

นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลสะสมไปถึงสุขภาวะในช่วงชีวิตต่อไปด้วย ทำให้การพัฒนาไปสู่สุขภาวะ จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนปฏิสนธิเป็นต้นไป

ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาแล้ว การพัฒนาเพื่อสุขภาวะของประชากรจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่อไปนี้เป็นหลักคือ

1) สถานะสุขภาพหรือโรคภัยไข้เจ็บในแต่ละช่วงอายุที่สำคัญของบุคคลจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในช่วงอายุต่อไป มีอิทธิพลและเชื่อมโยงกัน เช่น สุขภาพดีในวัยเด็กจะนำไปสู่สุขภาวะในวัยต่อไป
2) คิดถึงสุขภาพในองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในบริบทของวัฒนธรรมและสังคมไทย
3) ปัญหาสุขภาพและภาวะเสี่ยงต่างๆในประเทศไทย ในแต่ละกลุ่มอายุ เพศ ที่สามารถป้องกันได้ ทั้งโดยการขจัดปัจจัยสาเหตุ หรือการพัฒนาปัจจัยคุ้มกัน (Protective factors)

ทั้งหมดนี้จะนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาลักษณะของคนไทย สุขภาพดี และเครื่องชี้วัด โดยมีนิยาม คนไทยสุขภาพดี ดังต่อไปนี้ คือ :

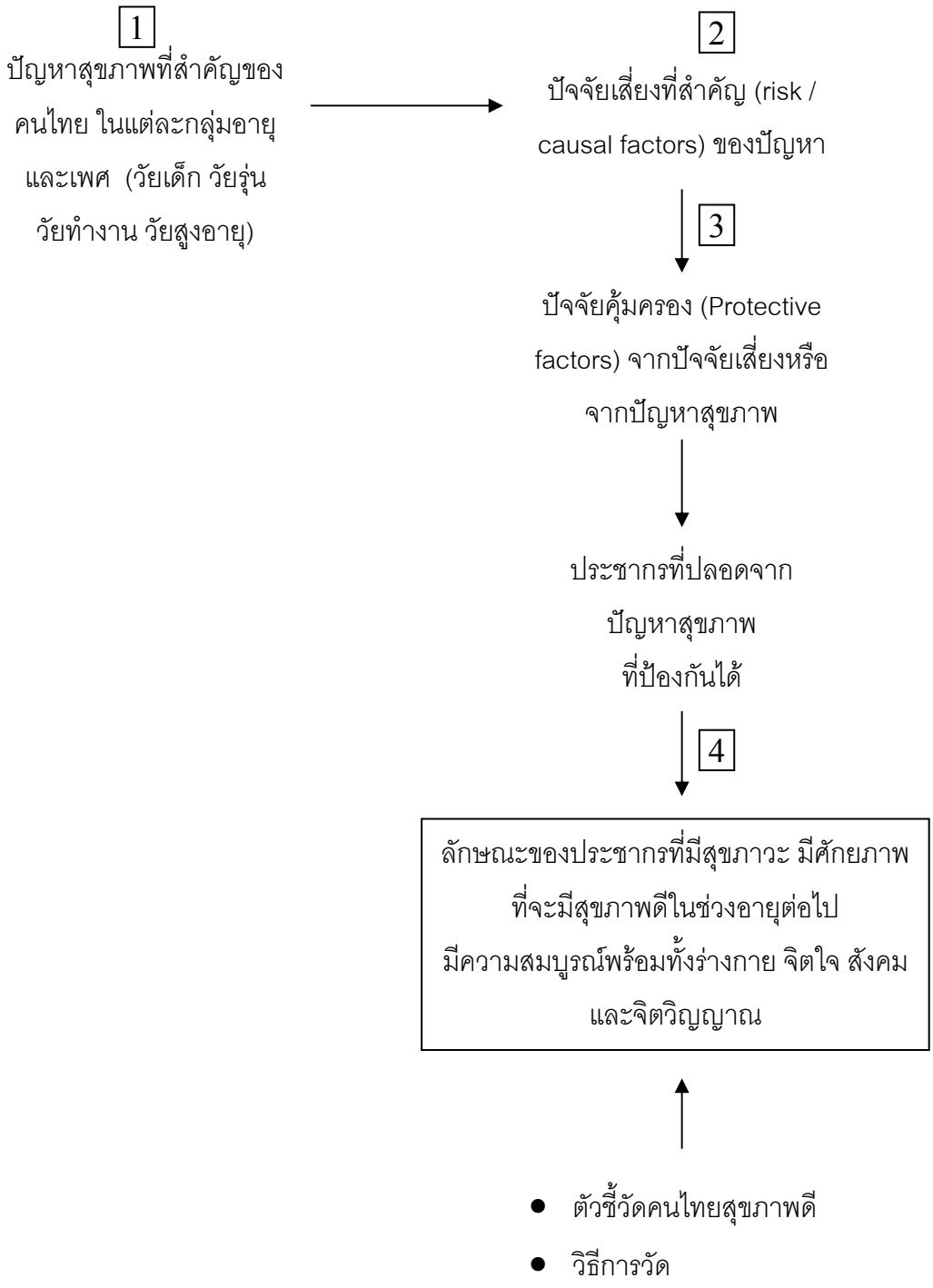
**"ผู้ที่มีสุขภาวะสมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือสภาวะที่สามารถป้องกันได้โดยพฤติกรรมสุขภาพ เป็นหน่วยที่มีคุณภาพของสังคม มีศักยภาพในการพัฒนาสังคม ที่ตนเองเป็นสมาชิกอยู่ให้มีความสงบสุข เจริญก้าวหน้า และมีความพร้อมที่จะเจริญเติบโตอย่างมีสุขภาวะไปเรื่อย ๆ ในทุกช่วงชีวิต"**

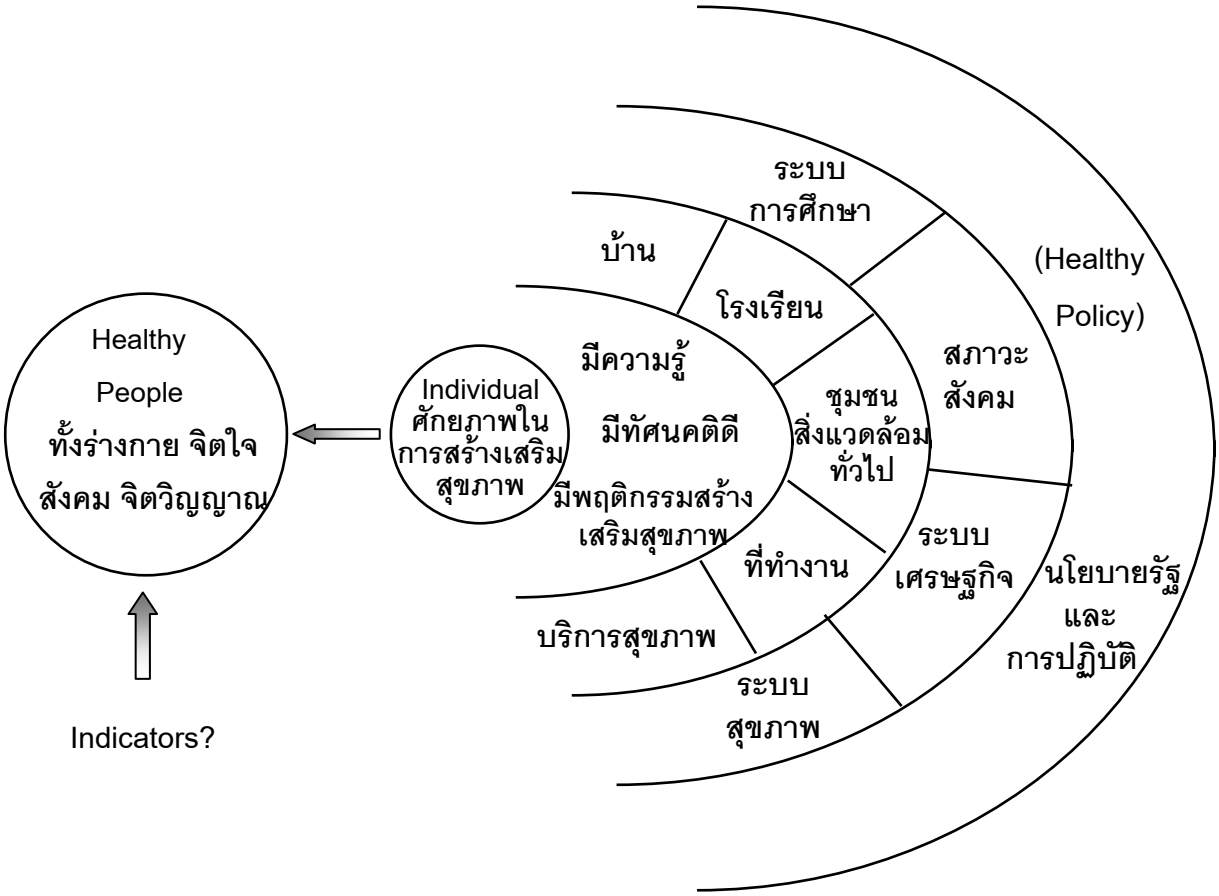
จากนิยามของ “คนไทยสุขภาพดี” ในการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่ามิได้หมายความเฉพาะลักษณะที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเท่านั้น แต่ยังเป็นบุคคลหรือประชากรที่มีคุณลักษณะอื่นที่ทำให้มีศักยภาพในการที่จะเจริญเติบโตไปเป็นผู้มีสุขภาพดีเมื่ออายุมากขึ้นเรื่อยๆด้วย ดังนั้นในการกำหนดเกณฑ์ของการเป็นคนไทยสุขภาพดีที่จะมีคุณสมบัติดังกล่าวมาแล้วจึงจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่สำคัญต่อไปนี้มาเป็นองค์ประกอบในการกำหนด คือ

- โรคภัยไข้เจ็บหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ในช่วงอายุนั้น โดยเฉพาะโรคที่สามารถป้องกันได้โดยผู้ที่มีสุขภาพดีไม่ควรจะเป็นโรคเหล่านั้น
- ปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุของปัญหาสุขภาพ ในบริบทของสังคมไทย
- ปัจจัยคุ้มกัน (Protective factor) ซึ่งสามารถจะป้องกันบุคคลหรือกลุ่มคนไม่ให้ประสบกับปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นได้ ซึ่งอาจจะเป็นคุณสมบัติของบุคคล เช่น การมีทักษะในการแก้ปัญหา มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความภูมิใจในตนเอง ก็จะสามารถป้องกันการติดยาเสพติดหรือดื่มสุราจนเมามายได้
- แนวทางที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ได้พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพ

ดังแสดงในกรอบแนวคิด “การพัฒนาเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี” (รูปที่ 1.1 และ รูปที่ 1.2)

**รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี**






**รูปที่ 1.2 กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ: ยุทธศาสตร์ในประชาชนไทย**

**วัตถุประสงค์ทั่วไป** :

เพื่อการศึกษาเครื่องชี้วัดสุขภาพดีของคนไทย (Healthy Thai Indicators) ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเหมาะสมกับวิถีชีวิต และสังคมไทย โดยแบ่งตามกลุ่มอายุที่สำคัญ และตามเพศ เพื่อนำไปสู่การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่างๆ และกลุ่มอายุต่างๆ ของประชากร

**วัตถุประสงค์เฉพาะ** :

1. เพื่อพัฒนาเครื่องชี้วัดที่แสดงถึงการมีสุขภาพดีและสุขภาวะของคนไทย แยกตามกลุ่มอายุ และตามเพศ ทั้งระดับปัจเจกบุคคล รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของบุคคล
2. เพื่อทดสอบเครื่องชี้วัดที่พัฒนาขึ้นในด้านของ Validity และ Reliability
3. เพื่อใช้เครื่องชี้วัดที่พัฒนาขึ้นวัดสถานะสุขภาพในประชากรตัวอย่างในพื้นที่ต่าง ๆ

**วิธีการดำเนินการ**

วางแผนดำเนินการตามลำดับดังนี้

1.1 **พัฒนาเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี** (Healthy Thai Indicators) **และดัชนีวัดสุขภาวะของชุมชน** (Well-being)

วิธีการ: โดยรวบรวมจากการศึกษาวิจัย และข้อมูลที่มีอยู่ทั้งหมดในทุกประเทศ รวมทั้งประเทศไทย แล้วมาประมวลเป็นเกณฑ์คนไทยสุขภาพดี ในแต่ละช่วงอายุที่สำคัญ คือ กลุ่มเด็กและวัยรุ่น (0-18 ปี) ประกอบด้วยช่วงที่สำคัญตั้งแต่ปฏิสนธิ (conception) ระยะการตั้งครรภ์ (pregnancy) เด็กแรกเกิด (new born) วัยเตาะแตะ (toddlers) วัยเรียน (school age) วัยหนุ่มสาว กลุ่มวัยทำงาน (adult) อายุตั้งแต่ 19 – 59 ปี และวัยสูงอายุ (old age) อายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งจะแยกตามเพศ จากนั้นจะพัฒนาเครื่องชี้วัด (indicator) ตามเกณฑ์ที่เลือกไว้ในแต่ละช่วงอายุ และเครื่องชี้วัดชุมชนสุขภาพดี โดยรวมชุมชนหลายระดับ เริ่มจากครอบครัว โรงเรียน และชุมชนที่เป็นที่ตั้งของครอบครัว โดยที่เครื่องชี้วัดแต่ละตัวจะมีค่าอธิบายถึงเหตุผลหรือวัตถุประสงค์ในการวัด เกณฑ์การวัด แหล่งข้อมูลที่ประกอบเป็นเครื่องชี้วัด รวมทั้งข้อเสนอแนะอื่น ๆ เกี่ยวกับเครื่องชี้วัด

**หลักการในการเลือกเครื่องชี้วัด**

1. มุ่งที่การใช้เพื่อพัฒนาสุขภาพของแต่ละกลุ่มอายุที่สำคัญ ซึ่งในทุกกลุ่มอายุจะครอบคลุมองค์ประกอบของการมีสุขภาพตามคำจำกัดความ คือ
   - สุขภาพทางกาย (รวมสุขภาพช่องปาก)
   - สุขภาพทางจิตและพัฒนาการทางจิตที่ดี
   - พฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรค
   - พัฒนาการการเป็นพลเมืองไทยที่ดี
2. สามารถใช้เป็นเครื่องชี้วัดที่จะทำนายสุขภาพในช่วงอายุต่อไปด้วย เช่น น้ำหนักแรกเกิดกับสุขภาพในวัยกลางคน เป็นต้น
3. เป็นเครื่องชี้วัดที่สามารถนำมาพัฒนาต่อไปเป็นเครื่องชี้วัดในการสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคล ที่สามารถวัดสมรรถนะของตนเองในด้านนี้ได้

**การแบ่งเครื่องชี้วัดตามอายุ**

การศึกษาครั้งนี้แบ่งกลุ่มอายุที่สำคัญ คือ

- ระยะที่เป็นทารก (fetus) ในครรภ์มารดา
- ระยะขวบปีแรก (Infant)
- ระยะเด็กวัยเตาะแตะ (Toddler) และก่อนวัยเรียน (1-5 ปี)
- เด็กวัยเรียน (6-12 ปี)

- เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น (13-18 ปี)
- วัยทำงาน (19-59 ปี)
- วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)

การแบ่งเช่นนี้เพราะ

- การพัฒนาการตามธรรมชาติก็เป็นไปเช่นนี้ คือ เด็กหลังคลอดจะมีสภาวะที่เสี่ยงต่อสุขภาพมากภายในขวบปีแรกที่ร่างกายโดยเฉพาะระบบเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรคยังพัฒนาไม่เต็มที่ ซึ่งต้องการการดูแลเป็นพิเศษ รวมทั้งการพัฒนาทางบุคลิกภาพ เช่น ความอบอุ่นทางจิตใจ วัย 1-5 ปี หรือ วัยเตาะแตะเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตที่แข็งแรงมากขึ้นกว่าวัยเด็กเล็ก บุคลิกภาพและอารมณ์กำลังพัฒนาถ้าได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ก็จะเติบโตเป็นเด็กที่มีจิตใจและร่างกายสมบูรณ์ วัย 6-12 ปี ตามธรรมชาติจะเป็นวัยที่เตรียมเข้าสู่วัยรุ่น และตามกฎหมายคือจะต้องเข้ารับการศึกษา ระยะนี้จึงมีความสำคัญเช่นเดียวกันในด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบ เพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยรุ่นที่มีสุขภาพดีต่อไป วัยรุ่น 13-18 ปี เป็นวัยรุ่นตอนต้นแต่เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงร่างกายอย่างชัดเจนเพื่อสามารถเจริญพันธุ์ต่อไป รวมทั้งฮอร์โมนของวัยนี้ก็ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ จัดว่าเป็นอายุที่เชื่อมโยงระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ จึงควรให้ความสำคัญ

- สภาพทางสังคมและกฎหมาย ได้มีการปฏิบัติที่แตกต่างกันในสังคมกับกลุ่มที่มีอายุต่างๆกัน เช่น กฎหมายแรงงาน การบังคับตามกฎหมายเข้าสู่ระบบการศึกษา ด้วยสภาพเช่นนี้จะเชื่อมโยงไปสู่บริการและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่จะจัดสรรให้ตามวัย และมีผลกระทบต่อสุขภาพทางกายด้วย การสร้างเสริมสุขภาพโดยการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมตามวัย จะทำได้สะดวกและมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพราะจะเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้โดยง่าย เช่น ในโรงเรียน สถานที่ทำงาน ชุมชน

**การพัฒนาเครื่องชี้วัดสภาวะแวดล้อมที่สนับสนุนการมีสุขภาพดี**

ที่สำคัญคือ
- ครอบครัว
- โรงเรียน
- สถานที่ทำงาน
- ชุมชน

เพราะองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของประชาชนตามวัย เช่น ในเด็กเล็กจนถึงวัยเรียน วัยรุ่น ครอบครัวจะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาวะของเขาเหล่านั้น และยังคงความสำคัญอยู่จนตลอดชีวิตของบุคคลนั้น อาจกล่าวได้ว่าครอบครัวที่เป็นสุขก็จะมีผลผลิต คือประชากรที่มีคุณภาพและมีสุขภาพดีให้แก่สังคม

โรงเรียน สถานศึกษา จะมีความสำคัญมากในช่วงอายุตั้งแต่ 6-24 ปี เพราะเป็นเวลาที่บุคคลส่วนใหญ่ใช้ในการศึกษาเล่าเรียน ซึ่งจะใช้ชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมนี้ในเวลาเท่าเทียมกันกับบ้านหรืออาจจะ

มากกว่าในบางระยะของการศึกษา ดังนั้นสภาพแวดล้อมของโรงเรียน หลักสูตร บุคลากรโดยเฉพาะครู เพื่อนนักเรียนด้วยกัน จึงมีบทบาทมากต่อการพัฒนาสุขภาพทางกาย บุคลิกภาพ และสภาพจิตใจของบุคคลในวัยนี้ และอาจจะเป็นปัจจัยสนับสนุนพัฒนาการในเด็กได้อีกองค์ประกอบหนึ่ง เป็นการทดแทนในกรณีที่ครอบครัวมีปัญหา

สถานที่ทำงาน ไม่ว่าจะเป็นของภาครัฐหรือเอกชน ก็มีส่วนในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้ทำงาน หรือส่งผลร้ายต่อสุขภาพได้เช่นเดียวกันทั้งในปัจจุบันและผลสะสมต่อสุขภาพในอนาคต ดังนั้นเกณฑ์ต่างๆ ที่พัฒนาจึงมุ่งให้สามารถประยุกต์ใช้กับสถานที่ทำงานทุกประเภท รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานเองด้วย

ชุมชน (Community) หมายถึงสถานที่ที่บุคคลตั้งบ้านเรือนอยู่ในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของชุมชน ซึ่งอาจจะเป็นระดับหมู่บ้านในเขตชนบท เป็นชุมชนต่างๆในเขตเมือง มิได้หมายกว้างออกไปจนถึงจังหวัดหรือประเทศ ในการพิจารณาเครื่องชี้วัดของชุมชนสุขภาพดี จะไม่ครอบคลุมเฉพาะด้านกายภาพ แต่จะให้รวมถึงจิตวิญญาณของการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชนอย่างสร้างสรรค์ เอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งของสุขภาวะของคนในชุมชนพอๆกันด้านกายภาพ

กิจกรรม: - ประชุมกลุ่มผู้วิจัยเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาเครื่องชี้วัด
- ค้นหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น งานวิจัย รายงาน Web Sites ต่าง ๆ
- ประชุมเพื่อประมวลข้อมูลต่าง ๆ สร้างเครื่องชี้วัด
- สรุปผลกลุ่มเครื่องชี้วัดสุขภาพดีของทุกกลุ่มอายุแยกตามเพศ

**ผลที่ได้รับ**

- เครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีและสุขภาวะในช่วงสำคัญของเครื่องชี้วัดตั้งแต่กลุ่มเด็กและวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 0-18 ปี กลุ่มวัยทำงาน (adult) อายุตั้งแต่ 19–59 ปี และวัยสูงอายุ (old age) อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยระบุเหตุผลในการวัด เกณฑ์ที่ใช้ และแหล่งของข้อมูล
- เครื่องชี้วัดสังคมที่มีสุขภาวะ คือ ครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน ชุมชนที่อยู่อาศัยระดับต่างๆ

1.2 **ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ** (Expert's opinion) **และผู้แทนชุมชน** (Community's Opinion)

เป็นการดำเนินการให้ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเครื่องชี้วัดที่สร้างขึ้น

<u>วิธีการ</u>

1.) เลือกผู้เชี่ยวชาญสำหรับพิจารณาเครื่องชี้วัดในแต่ละช่วงชีวิตที่สำคัญ โดยมีส่วนประกอบของผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆดังนี้ กุมารแพทย์, ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและเยาวชน, นักระบาดวิทยา-ผู้เชี่ยวด้านเด็กและเยาวชน, จิตแพทย์-ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและเยาวชน, นักวิชาการสาธารณสุข-ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและเยาวชน, แพทย์-ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและครอบครัว,

แพทย์-ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและสตรี, นักวิชาการ-ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและครอบครัว, นักวิชาการอาชีวอนามัย-ผู้เชี่ยวชาญด้านวัยแรงงาน, แพทย์อาชีวเวชศาสตร์และสิ่งแวดล้อม, แพทย์-ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยเจริญพันธุ์, ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ, ทันตแพทย์, นักวิชาการด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, นักสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, นักมานุษยวิทยาทางการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสังคม รวมจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น 37 คน

2.) ส่งเครื่องชี้วัดที่พัฒนาแล้วเพื่อให้ศึกษาก่อน

3.) ประชุมผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกลุ่มอายุร่วมกับคณะผู้วิจัย เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

4.) ประชุมรวมผู้เชี่ยวชาญของทุกกลุ่มอายุ เพื่อพิจารณาเกณฑ์และเครื่องชี้วัดรวมทุกกลุ่มอายุ และปรับปรุงเครื่องชี้วัดให้สอดคล้องกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้

5.) ศึกษา Practicality, Relevance และ Communicability โดยเชิญผู้แทนจากชุมชนของกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มวัยแรงงาน กลุ่มสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยนำเสนอเครื่องชี้วัด พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ในการวัด ขอคำแนะนำ โดยเฉพาะเมื่อนำไปปฏิบัติจริงในการวัดในชุมชน

6.) สรุปผลข้อเสนอแนะทั้งหมด นำมาปรับปรุงเครื่องชี้วัดก่อนนำไปทดสอบ Validity และ Reliability

**ผลที่ได้รับ**

เครื่องชี้วัดสุขภาพเชิงบวกของแต่ละปัจเจกบุคคล (Individual) และเครื่องชี้วัดสุขภาวะของชุมชนต่างๆ

**1.3 นำเครื่องชี้วัดไปทดสอบ Validity และ Reliability**

วิธีการ: ทดสอบ Validity และ Reliability ของเครื่องชี้วัดทั้งระดับปัจเจกบุคคลและชุมชน โดยนำไปทดสอบในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่จะที่ดำเนินการศึกษา สุ่มเลือกครอบครัว 200 ครอบครัว สัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวหรือผู้ที่ใกล้ชิดที่ทราบข้อมูลของในครอบครัวดีที่สุด และสัมภาษณ์ตามกลุ่มอายุต่างๆในครอบครัว โดยเด็กต่ำกว่า 9 ปี สัมภาษณ์ผู้ที่ดูแลเด็ก

3.1 การทดสอบ Validity จะทดสอบในด้านความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content validity) และความถูกต้องในตัวโครงสร้าง (Construct validity)

3.2 การทดสอบ Reliability ของเครื่องมือแต่ละชุด จะใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency Method) แบบ Cronbach's Alpha

พื้นที่ที่ทดสอบ 3 จังหวัด คือ นครสวรรค์ นครราชสีมา และ ตรัง

3.3 ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล นำผลมาเข้าที่ประชุมผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาเครื่องชี้วัดในขั้นสุดท้าย

**1.4 ปรับปรุงเครื่องชี้วัดในขั้นสุดท้าย**

**1.5 ดำเนินการวัดสุขภาพของประชากร ใน 4 ภาคของประเทศ**

วัตถุประสงค์ที่สำคัญในการดำเนินการในข้อนี้ คือ การทดสอบเครื่องชี้วัดที่ได้พัฒนาขึ้นว่าสามารถสะท้อนสภาวะสุขภาพของบุคคลและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้ตามที่กำหนดไว้หรือไม่เพียงใด

วิธีการ: นำเครื่องชี้วัดที่พัฒนาและปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปใช้วัดสุขภาพของประชากร ใน 4 ภาคของประเทศ โดยสุ่มจากจังหวัดนำร่องในโครงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพรายบุคคลในระดับจังหวัด

พื้นที่ที่ศึกษา ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดน่าน

ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดสระแก้ว

ภาคตะวันเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดอำนาจเจริญ

ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา

และกรุงเทพมหานคร เป็นจังหวัดที่ 5 เนื่องจากลักษณะเฉพาะที่พิเศษของความเป็นเมืองใหญ่หรือนคร (primate city)

แหล่งของข้อมูล

- จากการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว รอบสะโพก และการสังเกต
- Exiting data จากหน่วยงานต่าง ๆ

หน่วยของการศึกษา (Unit of study)

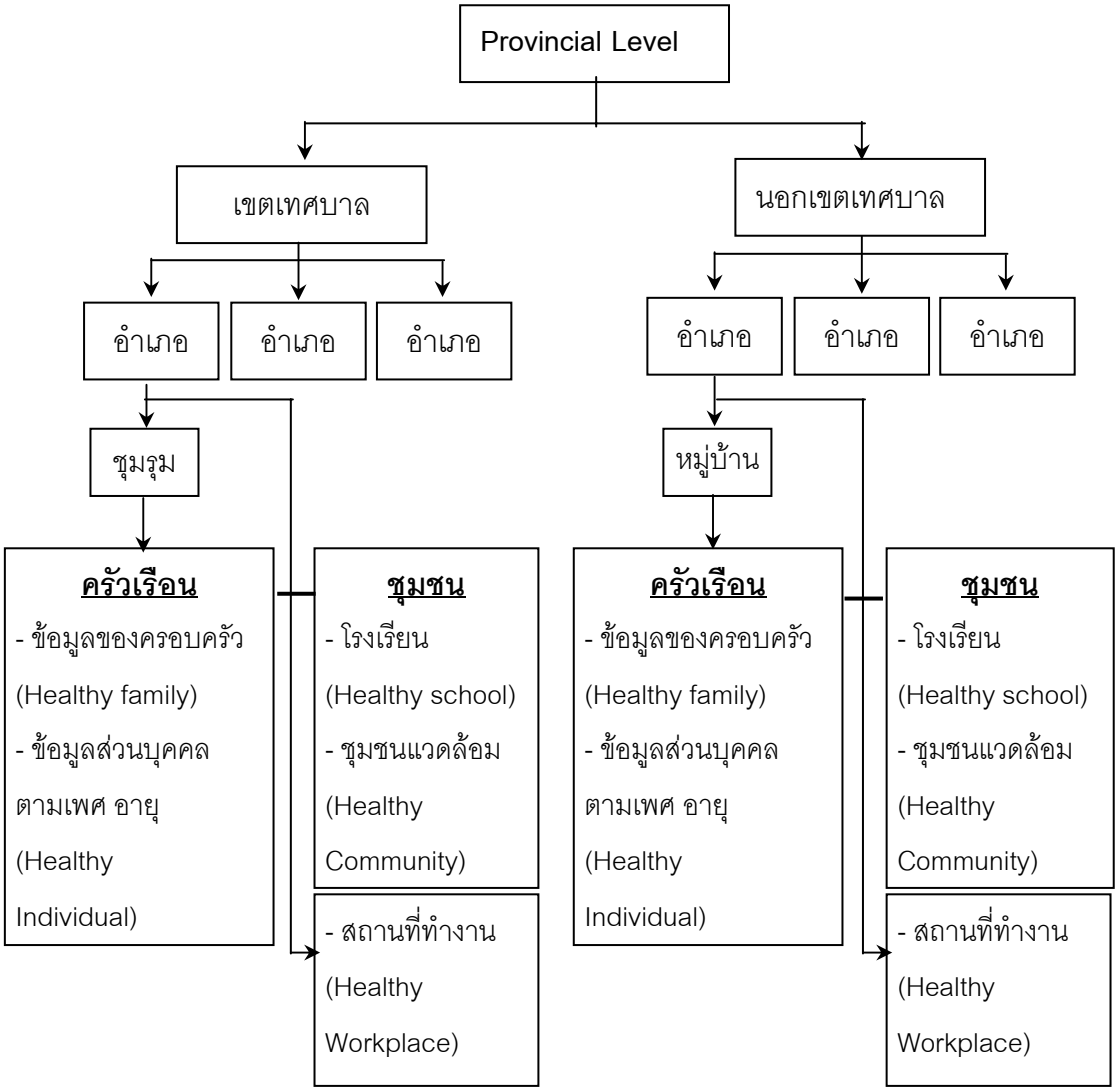
- ระดับบุคคล (individual) ซึ่งอยู่ในแต่ละครอบครัว โดยการสัมภาษณ์จากเครื่องมือ Healthy Indicators
- ระดับชุมชน (Community)

ระเบียบวิธีการสำรวจ

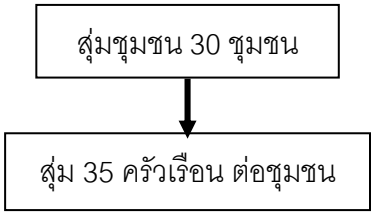
แผนการสุ่มตัวอย่าง

ใช้การสำรวจด้วยตัวอย่าง (Sample Survey Method) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Three-Stage Cluster Sampling โดยมีกลุ่มจังหวัดของแต่ละภาคและกรุงเทพฯเป็นสตราตัม สุ่มเลือกจังหวัดตัวอย่างมาจากแต่ละภาค แบ่งออกเป็นเขตตามลักษณะการปกครอง คือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง (อัตราส่วนหลังคาเรือนในต่อนอกเขตเทศบาล=1 ต่อ 4) ในส่วนของกรุงเทพฯแบ่งพื้นที่ออกเป็นเขตต่างๆ สุ่มเลือกเขต

ในขั้นตอนของการสุ่มของแต่ละจังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพฯ) สุ่มเลือกอำเภอ 3 อำเภอ โดยในแต่ละอำเภอในเขต เทศบาลมีชุมรุมอาคาร (block) 2 ชุมรุม และนอกเขตเทศบาลมีหมู่บ้าน 8 หมู่บ้าน เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง และครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม




สำหรับในเขตกรุงเทพมหานคร




**รูปที่ 2.3 การสุ่มตัวอย่าง**

**อำเภอตัวอย่าง** จากการสุ่ม ประกอบด้วย

| จังหวัด | อำเภอที่ 1 | อำเภอที่ 2 | อำเภอที่ 3 |
|---|---|---|---|
| น่าน | นาน้อย | ปัว | เชียงกลาง |
| สระแก้ว | วังน้ำเย็น | วัฒนานคร | อรัญประเทศ |
| อำนาจเจริญ | ปทุมราชวงศา | เสนางคนิคม | หัวตะพาน |
| ยะลา | รามัน | บันนังสตา | ยะหา |
| กรุงเทพมหานคร | 30 ชุมชน | | |

**ขั้นตอนการเตรียมการก่อนการดำเนินการภาคสนาม**

5.1.1 ติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขอความร่วมมือในการคัดเลือกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมเก็บข้อมูล และเตรียมการอบรมผู้ช่วยนักวิจัยและพนักงานสัมภาษณ์

5.1.2 อบรมผู้ช่วยนักวิจัยและพนักงานสัมภาษณ์

ในแต่ละจังหวัดจัดให้มีการอบรม 2-3 วัน พร้อมทั้งแจกคู่มือการจัดเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ได้มาตรฐาน เชื่อถือได้เหมือนกัน และเนื่องจากแบบเก็บข้อมูลเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีทุกชุด ได้ออกแบบบันทึกข้อมูลในลักษณะที่สามารถส่งข้อมูลประมวลผลไปยังศูนย์บริหารจัดการข้อมูลและสนับสนุนด้านสถิติ (Center for Data Management and Statistical Support: CDMS) ณ แผนกจัดการข้อมูลโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย โดยใช้เครื่องอ่านข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลแต่ละชุดที่เก็บสมบูรณ์แล้วจากพื้นที่แต่ละจังหวัด ส่งมายัง CDMS ดังนั้นการกรอกแบบฟอร์มที่ถูกต้องโดยวิธีการระบายในช่อง ○ จึงมีความสำคัญมาก พนักงานสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลในแบบสอบถามต่าง ๆ ต้องตรวจสอบทุกครั้งก่อนนำส่ง มายัง CDMS

โดยในวันแรกเป็นการชี้แจงรายละเอียดของแต่ละแบบสอบถาม รวมทั้งการตรวจร่างกายโดยการชั่งน้ำหนัก วัดความสูง วัดรอบเอวและสะโพก วัดความดันโลหิต ซึ่งแตกต่างกันไปตามเครื่องมือของแต่ละกลุ่มอายุ ในวันที่สอง ลงไปทดลองใช้เครื่องมือในพื้นที่ และกลับมาสรุป ซักถามปัญหาในการใช้เครื่องมือแต่ละชุด รวมทั้งวิธีการบริหารจัดการการจัดเก็บข้อมูลในพื้นที่ของแต่ละทีม ซึ่งในแต่ละจังหวัดประกอบทีมดังนี้

- ทีมพื้นที่จังหวัดน่าน ประกอบด้วย ทีมผู้ช่วยนักวิจัยโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทยพื้นที่อำเภอเมืองน่าน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดน่าน 12 คน
- ทีมพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย ทีมผู้ช่วยนักวิจัยโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทยพื้นที่อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว 12 คน

- ทีมพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ ประกอบด้วย ทีมผู้ช่วยนักวิจัยโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทยพื้นที่อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ 12 คน
- ทีมพื้นที่จังหวัดยะลา ประกอบด้วย ทีมผู้ช่วยนักวิจัยโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทยพื้นที่อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดยะลา 12-15 คน
- ทีมพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ทีมผู้ช่วยนักวิจัยโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทยพื้นที่กรุงเทพมหานคร และ นักศึกษา ม.มหิดลช่วย 10 คน

### 1.6 ขั้นตอนการดำเนินการภาคสนาม

#### 1.6.1 วิธีการเลือกครอบครัวตัวอย่าง (โดยทีมผู้สำรวจดำเนินการในพื้นที่)

- เมื่อไปถึงหมู่บ้านที่คัดเลือกไว้ ให้เริ่มต้นจากบ้านแรกที่เข้าเขตหมู่บ้าน เลือกครัวเรือนเริ่มต้นโดยใช้เหรียญเสี่ยงทาย ถ้าออกหัวใช้บ้านแรก ถ้าออกก้อยใช้บ้านที่ 2
- สำรวจตามแบบฟอร์มครบทุกคนในบ้าน
- เลือกบ้านถัดไป บ้านเว้น 1 บ้าน ทางด้านขวาจากบ้านที่เริ่มต้น หากไม่พบกลุ่มเป้าหมาย ให้เลือกบ้านถัดไปแทน
- เมื่อสำรวจครบ 35 บ้านแล้ว หยุดเก็บข้อมูลในหมู่บ้านนี้ แล้วเดินทางไปหมู่บ้านเป้าหมายต่อไป

#### 1.6.2 ขั้นตอนการจัดเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม

การเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามจากครัวเรือนตัวอย่าง เริ่มจากการอธิบายถึงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยให้หัวหน้าครัวเรือนทราบ และให้หัวหน้าครอบครัวอ่านใบยินยอมหากหัวหน้าครอบครัวไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ช่วยนักวิจัยอ่านให้ฟัง จนหัวหน้าครอบครัวมีความเข้าใจดีทุกประการ และลงนามในใบยินยอม จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลได้

การเก็บข้อมูล เริ่มจากหัวหน้าครัวเรือน โดยใช้แบบฟอร์ม แฟ้มครัวเรือน 1–สรุป, แฟ้มครัวเรือน 2–สมาชิกรายคน และแบบสอบถามครอบครัวสุขภาพดี

เพื่อให้การบันทึกแบบข้อคำถามไปในทางเดียวกัน จึงกำหนดวิธีการปฏิบัติเบื้องต้นดังนี้ คือ

- ใช้ปากกาดำหรือน้ำเงิน บันทึก (ไม่ใช้ดินสอ) รวมทั้งการระบาย ในช่อง ○
- ก่อนเข้าไปสำรวจในแต่ละหมู่บ้านควรมีการกำหนดรหัสครอบครัว (Family Identification Number: FID) เป็นรหัส 7 หลัก ไว้ก่อนให้ครบ 35 ครัวเรือน ตามรหัสจังหวัด อำเภอ หมู่บ้าน และครอบครัว
- ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ หรือใช้แบบสอบถามทุกชุด ต้องกรอกข้อมูลในส่วนของรหัสครอบครัว ลงในแบบสอบถามทุกชุด ที่ใช้สำหรับครอบครัวนี้
- กรอกรหัสประจำตัวผู้สัมภาษณ์ทุกฉบับ

ในแต่ละประเภทและกลุ่มอายุ จะใช้วิธีการเก็บข้อมูลแตกต่างกันดังนี้

| ข้อมูล/กลุ่มตัวอย่าง | วิธีการเก็บข้อมูล | ชื่อแบบฟอร์ม |
|---|---|---|
| ข้อมูลครัวเรือน | สัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน | แฟ้มครัวเรือน 1 และ 2 |
| เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี รายคน | สัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูหลัก | แบบสำรวจ B1 |
| เด็กอายุ 1-5 ปี รายคน | สัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูหลัก | แบบสำรวจ B5 |
| เด็กอายุ 6-12 ปี รายคน | สัมภาษณ์เด็ก | แบบสำรวจ B12 |
| | ทดสอบระดับสติปัญญา | แบบทดสอบ TONI-3 |
| เด็กอายุ 13-18 ปี รายคน | เด็กตอบแบบสอบถามเอง | แบบสำรวจ B18F (ผู้หญิง) และ B18M (ผู้ชาย) |
| | ทดสอบระดับสติปัญญา | แบบทดสอบ TONI-3 |
| | ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ | แบบสำรวจ EQ |
| | ประเมินสุขภาพจิต | แบบสำรวจ MH |
| | สอบถามภาวะสุขภาพ | แบบสำรวจ HSD |
| วัยแรงงานอายุ 19-59 ปี รายคน | ตอบแบบสอบถามเอง | แบบสำรวจ B59F (ผู้หญิง) และ B59M (ผู้ชาย) |
| | ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ | แบบ EQ |
| | ประเมินสุขภาพจิต | แบบสำรวจ MH |
| | สอบถามภาวะสุขภาพ | แบบสำรวจ HSD |
| ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป รายคน | สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ | แบบสำรวจ B60<br>แบบสำรวจ HSD |
| คู่ครองสุขภาพดี | คู่ครองทั้งหญิงและชายตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง | แบบสำรวจ HHW |
| หญิงตั้งครรภ์สุขภาพดี | สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ (ถ้ามี) | แบบสำรวจ HPW |
| ครอบครัวสุขภาพดี | หัวหน้าครอบครัวตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง | แบบสำรวจ HF |
| ชุมชนสุขภาพดี | สัมภาษณ์ สำรวจ สังเกต และกลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลด้วยตนเอง | แบบสำรวจ HC1 (ถามกลุ่มองค์กร) และ HC2 (สุ่มถามบุคคล) |
| โรงเรียนสุขภาพดี | สังเกต สัมภาษณ์ และกลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลด้วยตนเอง | แบบสำรวจ HSC |
| สถานที่ทำงานสุขภาพดี | ประเมินสถานประกอบที่สุ่มเลือก | แบบสำรวจ HWP |

## 1.7 ประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

***สถิติที่ใช้ในการศึกษา***

- สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

นำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ของข้อมูลเชิงปริมาณทุกตัว

- สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

ใช้ Factor Analysis เพื่อวิเคราะห์จัดกลุ่มเครื่องชี้วัด และเลือกเครื่องชี้วัดสำหรับจำแนกแต่ละมิติของกลุ่มคนไทยสุขภาพดี

# บทที่ 2
# ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี

## ขั้นตอนที่ 1: การทบทวนปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยในภาพรวม

โรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชากรไม่สามารถบรรลุถึงสุขภาพที่ดีได้ การทำให้ประชากรเจ็บป่วยน้อยที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากโรคที่ป้องกันได้เป็นขั้นตอนแรกของการพัฒนาสุขภาวะ ในการป้องกันโรคจำเป็นจะต้องทราบสาเหตุ และผลกระทบของปัจจัยสาเหตุเหล่านั้นต่อการป่วยหรือการตายจากโรคเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลในการควบคุมโรคต่อไป

### 1.1 ภาพรวมของปัญหาสุขภาพ

ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในภาพรวมขณะนี้อาจกล่าวได้ว่าเรากำลังเผชิญกับทั้งโรคไม่ติดต่อโรคติดต่อและการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุหรือความรุนแรงต่าง ๆ ในเวลาเดียวกันถึงแม้ว่าในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมาคนไทยจะมีอายุยืนยาวขึ้น คือ เพิ่มจาก 58.9 ปี ในปี พ.ศ. 2507 เป็น 68.9 ปี ในปี พ.ศ. 2541 โดยที่หญิงมีอายุยืนกว่าชาย แต่อัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 4.1 ต่อประชากร 1000 คนในปี พ.ศ. 2527 เป็น 6.1 ต่อประชากร 1000 คน ในปี พ.ศ. 2545 โดยที่อัตราตายในชายจะสูงกว่าหญิงในทุกกลุ่มอายุ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2546) (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ), 2545) และสาเหตุการตายโดยเฉพาะในวัยรุ่นและวัยทำงานเกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น อุบัติเหตุจากการจราจร โรคเอดส์ และความรุนแรงต่าง ๆ องค์การอนามัยโลกได้นำค่าอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยในปี พ.ศ.2543 มาวิเคราะห์โดยปรับกับสภาวะการมีชีวิตอยู่อย่างมีความบกพร่องทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการเจ็บไข้ได้ป่วยและผลพวงของการเริ่มป่วยแล้ว เหลือความยืนยาวของอายุที่มีสุขภาพดีเพียง 60.2 ปี โดยที่ชายมีอายุเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี 58.4 ปี และหญิง 62.1 ปี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2546)

จากการศึกษาสาเหตุการตายที่สำคัญของคนไทยในปี พ.ศ. 2541 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2544) ได้ปรับสาเหตุการตายให้ถูกต้องยิ่งขึ้นโดยการสอบสวนเพิ่มเติม พบว่าสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทยคือโรคเอดส์ (อัตรา 23.9 ต่อประชากรแสนคน) อันดับ 2 คือ อุบัติเหตุจราจร (9.6 / ประชากรแสนคน) อัมพาต (4.7 ต่อประชากรแสนคน) มะเร็งตับ (4.5 ต่อประชากรแสนคน) ฆ่าตัวตาย (3.4 ต่อประชากรแสนคน) ถูกทำร้ายถึงแก่ชีวิตโดยผู้อื่น (3.3 ต่อประชากรแสนคน) ติดเชื้อต่าง ๆ (3.1 ต่อประชากรแสนคน) เบาหวาน (3.0 ต่อประชากรแสนคน) จมน้ำตาย (2.6 ต่อประชากรแสนคน) และอันดับ 10 หัวใจขาดเลือด (2.6 ต่อประชากรแสนคน)

นอกจากการมองปัญหาจากด้านการสูญเสียได้มีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของคนไทยโดยรวม ปัญหาการตายก่อนวัยอันควร การเจ็บป่วยรวมทั้งผลพวงของความบกพร่องทางสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วย เข้าด้วยกัน คำนวณออกมาเป็นจำนวนเวลาที่สูญเสียไปในชีวิตของแต่ละคนอันเนื่องมาจากการตาย ป่วย และความพิการจากการเจ็บป่วย หรืออีกนัยหนึ่งคือ การสูญเสียเวลาของการมีสุขภาวะไป เครื่องชี้วัดตัวนี้พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และได้นำมาใช้เพื่อวัดสุขภาพของคนไทยในปี พ.ศ. 2542 (Bundhamcharoen, Teerawatananon, Vos, & Begg, 2002) ผลการศึกษาการสูญเสียสุขภาพโดยองค์รวมทั้งการตายและการเจ็บป่วยหรือภาระโรค (Burden of diseases) ที่คนไทยทั้งประเทศต้องแบบรับไว้ พบว่าทำให้ต้องสูญเสียปีที่มีสุขภาพดี (Healthy years of life) ไปถึง 9.5 ล้านปี โดยเป็นการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Premature death) ร้อยละ 71 จากการเจ็บป่วยและผลพวงจากการเจ็บป่วย (Disability) ร้อยละ 29 และตามสาเหตุซึ่งแบ่งกว้าง ๆ เป็นจากโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 58 กลุ่มโรคติดต่อร้อยละ 28 (ซึ่งในกลุ่มนี้ครึ่งหนึ่งมาจากโรคเอดส์) และจากการบาดเจ็บร้อยละ 14 มีความแตกต่างกันในการแบกรับภาระโรคในเพศชายและหญิง โดยที่โรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของเพศชาย 10 อันดับแรกได้แก่ การติดเชื้อ HIV รองลงมาตามลำดับคือ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขนส่ง โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งตับ เบาหวาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง การถูกทำร้าย การทำร้ายตนเองและการเสพยา ในส่วนของเพศหญิงภาระโรคที่สำคัญ 10 อันดับแรกได้แก่ การติดเชื้อ HIV และเอดส์ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน โรคซึมเศร้า มะเร็งตับ โรคข้อเสื่อม การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขนส่ง ภาวะซีด โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคต้อกระจก

ในตาราง 1 และ 2 เป็นผลการวิเคราะห์ภาระโรคโดยใช้ DALYs ในปี พ.ศ. 2542 แยกตามกลุ่มอายุและเพศตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยชรา ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทั้งด้านการเจ็บป่วยการตายและความพิการ ในแต่ละกลุ่มอายุ ซึ่งในวัยเด็กส่วนใหญ่เป็นโรคจากความบกพร่องทางพันธุกรรม ความพิการแต่กำเนิดและการติดเชื้อเมื่อเติบโตขึ้นในวัยเรียน และวัยรุ่น อุบัติเหตุเป็นปัญหาสำคัญรวมทั้งโรคเอดส์ซึ่งเพิ่มขนาดของภาระโรคมากขึ้นในวัยทำงาน เมื่อถึงวัยกลางคนเริ่มมีปัญหาของโรคที่เกิดจากการเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย และผลพวงของพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ดีในวัยก่อนหน้านั้น โรคที่เป็นปัญหาสำคัญซึ่งได้แก่ มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปัญหาสุขภาพจิต โรคหลอดเลือดหัวใจ และเส้นเลือดในสมองแตก ซึ่งลักษณะของปัญหาสุขภาพที่แยกแยะตามอายุได้แสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างสภาวะสุขภาพในแต่ละช่วงชีวิตว่ามีอิทธิพลต่อกัน เช่น ปัญหาการติดเชื้อของทางเดินหายใจและหูชั้นกลาง (otitis media) อักเสบในเด็กเล็กส่งผลให้มีภาวะหูหนวกในวัยถัดไป ดังนั้นถ้าสามารถพัฒนาสุขภาพได้ตั้งแต่เริ่มต้นชีวิต คือการป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้ การปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อสุขภาวะได้ ก็จะสามารถพัฒนาประชากรในแต่ละช่วงอายุให้เติบโตเป็นประชากรที่มีสุขภาพดีเมื่อเจริญวัยขึ้นได้

### 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อภาระโรค

ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากร จำเป็นจะต้องรู้ว่าปัญหาเหล่านั้นมีสาเหตุจากอะไรบ้าง เพื่อทราบต่อไปว่าถ้าป้องกันที่สาเหตุเหล่านั้นได้แล้ว จะลดภาระโรคลงมากน้อยเพียงใด ได้มีการศึกษาในปี พ.ศ. 2546 เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของภาระโรคที่สำคัญในคนไทย โดยใช้ข้อมูลภาระโรคของปี พ.ศ. 2542 พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมีดังนี้คือ (คณะทำงานภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง, 2546)

- การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (unsafe sex) ซึ่งหมายถึงการมีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ทราบว่าจะเกิดโรคที่สามารถติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสภาวะที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยอยู่เลย พบปัจจัยเสี่ยงนี้ส่งผลกระทบประมาณ 12.7 % ของจำนวนปีที่สูญเสียสุขภาวะทั้งหมดของคนไทยใน พ.ศ. 2542 (1.3 ล้าน DALYs)
- การสูบบุหรี่ มีผลต่อภาระโรค 6.3 แสน DALYs หรือ 6.9% ของ DALYs ทั้งหมด และมีผลครอบคลุมโรคมะเร็ง มะเร็งทางเดินอาหารและทางเดินหายใจส่วนต้น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบ หืด
- การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูญเสีย 5.3% ของ DALYs ทั้งหมด
- ความดันโลหิตสูงมีผล 4.8% ของ DALYs ทั้งหมด
- การไม่สวมหมวกนิรภัย 4.2%
- ดัชนีมวลกายสูง (High BMI) 3.7%
- การใช้สารเสพติด 2.7%
- ระดับโคเลสเตอรอลสูง สูญเสียประมาณ 2 แสน DALYs 2% ของทั้งหมด มีผลต่อกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด (20% ของ DALYs ของกลุ่มนี้)
- การบริโภคผักและผลไม้น้อย สูญเสียไป 1.7 % ของ DALYs
- การขาดการออกกำลังกาย 1% ของ DALYs ทั้งหมด
- มลภาวะทางอากาศ 0.8% ของ DALYs ทั้งหมด
- การขาดน้ำสะอาด การสุขาภิบาลไม่ได้มาตรฐาน และภาวะทุพโภชนาการมีผลกระทบ 1% ของ DALYs ทั้งหมด

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ จะพบว่าเพศชายมีภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่สูงกว่าเพศหญิง ยกเว้น การบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพ การขาดการออกกำลังกาย และการมีดัชนีมวลกายสูง ถ้าจำแนกตามกลุ่มโรคพบว่า ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในกลุ่มนี้ คือ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง และการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มโรคติดต่อและภาวะทุพโภชนาการมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ส่วนการบาดเจ็บมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อ การไม่สวมหมวกนิรภัย และการดื่มแอลกอฮอล์

เมื่อจำแนกผลของปัจจัยเสี่ยงต่อภาระโรคตามอายุและเพศ ก็พบว่าผลของปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดภาระโรคสูงสุดในกลุ่มอายุ 30-44 ปีของทั้งสองเพศ นอกจากนี้ในเพศชาย ยังมีภาระโรคอันเกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่สูงมากในกลุ่มอายุ 15-25 ปี และ 45-59 ปีด้วย โดยที่ปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (unsafe sex) การดื่มเหล้าและการไม่สวมหมวกนิรภัยมีผลต่อภาระโรคเป็นจำนวนมากในเพศชายวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ในขณะที่ในวัยผู้ใหญ่ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลมากต่อภาระโรคคือ บุหรี่ ความดันโลหิตสูง และดัชนีมวลกายที่สูง

จากภาพรวมของประเทศเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง และเพื่อให้สามารถกำหนดหรือสร้างภาพคนไทยสุขภาพดีในแต่ละกลุ่มอายุได้ชัดเจน คณะผู้วิจัยได้ค้นคว้าเพิ่มเติมในเรื่องปัญหาสุขภาพ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และปัจจัยคุ้มครองที่ทำให้เกิดสุขภาวะในแต่ละกลุ่มอายุ ดังผลสรุปในบทต่อไป

**ตาราง 2.1 DALYs เพศชาย (พศ. 2542)**

| อายุ 0-4 ปี | อายุ 5-14 ปี | อายุ 15-29 ปี | อายุ 30-44 ปี |
|---|---|---|---|
| <u>รวม 732,171 ปี</u><br>1) ภาวะแรกคลอด 34.9%<br>(น้ำหนักน้อย 78%)<br>2) ความพิการแต่กำเนิด 18.7%<br>(หัวใจพิการ 30% โครโมโซมผิดปกติ 13.2%)<br>3) โรคติดเชื้อ 16.3%<br>(โรคเอดส์ 32.6%, อุจจาระร่วง 15.8%)<br>4) การบาดเจ็บ 6.9% (จมน้ำตาย 34.5%, อุบัติเหตุจราจร 31.1%)<br>5) ทางเดินหายใจส่วนล่างอักเสบ 5% | <u>รวม 266,378 ปี</u><br>1) การบาดเจ็บ 24%<br>(จราจร 43% จมน้ำ 30%)<br>2) โภชนาการ 16%<br>(ซีด 98%)<br>3) ทางเดินหายใจอักเสบเรื้อรัง 15%<br>4) ปัญหาสุขภาพจิต 9.3%<br>(ติดยาเสพติด 98%)<br>5) ทางเดินหายใจอักเสบ 8.8%<br>(หูชั้นกลางอักเสบ 72%)<br>6) โรคติดเชื้อ 8.3%<br>(เอดส์ 49%) | <u>รวม 1,261,727 ปี</u><br>1) การบาดเจ็บ 34%<br>(จราจร 59% ฆ่าตัวตาย 14%)<br>2) โรคติดเชื้อ 29%<br>(โรคเอดส์ 93%)<br>3) ปัญหาสุขภาพจิต 26%<br>(ติดเหล้าติดยา 58% จิตเภท 28%)<br>4) โรคประสาทสัมผัส 1.9%<br>(หูหนวก 89%)<br>5) โรคหัวใจหลอดเลือด 1.7%<br>(หัวใจขาดเลือด 42%) | <u>รวม 1,463,305 ปี</u><br>1) โรคติดเชื้อ 35%<br>(โรคเอดส์ 89% TB 5%)<br>2) การบาดเจ็บ 23%<br>(จราจร 49% ถูกฆ่า 18% ฆ่าตัวตาย 16%)<br>3) ปัญหาสุขภาพจิต 10%<br>(ติดยาติดเหล้า 43% ซึมเศร้า 30%)<br>4) มะเร็ง 8%<br>(หูหนวก 89%)<br>5) โรคหัวใจหลอดเลือด 7%<br>(หัวใจขาดเลือด 44% หัวใจขาดเลือด 35%) |
| 0 | 5 | 15 | 30 |

45 อายุ (ปี)

| | | | |
|---|---|---|---|
| <u>จำนวนตาย/วัน</u><br>● <u>ตายจากทุกสาเหตุ 53 คน/วัน</u><br>- โรคติดเชื้อ 10 คน (เอดส์ 3 คน/วัน)<br>- ภาวะแรกคลอด 22 คน<br>(น้ำหนักแรกคลอดน้อย 17 คน)<br>- พิการแต่กำเนิด 8 คน<br>- การบาดเจ็บประมาณ 4 คน<br>- ทางเดินหายใจอักเสบ 3 คน | ● <u>ตายจากทุกสาเหตุ 9 คน/วัน</u><br>- จากการบาดเจ็บ 5 คน<br>(อุบัติเหตุ ≈ 2 คน<br>จมน้ำตาย ≈ 2 คน)<br>- โรคเอดส์ 1 คน<br>- มะเร็ง 2 วันต่อ 1 คน | ● <u>ทุกสาเหตุ</u> 82 คน/วัน<br>- โรคติดเชื้อ 35 คน<br>(โรคเอดส์ 33 คน)<br>- มะเร็ง 2 คน<br>- บาดเจ็บ 38 คน<br>(อุบัติเหตุจราจร 21 คน<br>ฆ่าตัวตาย 6 คน<br>ถูกฆ่าตาย 5 คน<br>จมน้ำตาย 2 คน<br>- โรคระบบไหลเวียนเลือด 2 คน | ● <u>ทุกสาเหตุ</u> 131 คน/วัน<br>- โรคติดเชื้อ 56 คน<br>(โรคเอดส์ 50 คน)<br>- บาดเจ็บ 34 คน<br>(อุบัติเหตุจราจร 16 คน<br>ถูกฆ่าตาย 7 คน<br>ฆ่าตัวตาย 6 คน<br>จมน้ำ 2 คน<br>- โรคระบบไหลเวียนเลือด 10 คน<br>- มะเร็ง 13 คน<br>- ตับแข็ง 4 คน |

**ตาราง 2.1(ต่อ) DALYs เพศชาย (พศ. 2542)**

**อายุ 45-59 ปี**

รวม 991,958 ปี

1) มะเร็ง 19%
(ตับ 50%, ปอด 15%, ลำไส้ใหญ่ 8%)
2) โรคติดเชื้อ 14%
(โรคเอดส์ 67% TB 15%)
3) โรคหัวใจหลอดเลือด 14%
(stroke 55% หัวใจขาดเลือด 32%
4) การบาดเจ็บ 14%
(จราจร 47%, ถูกฆ่า 18%, ฆ่าตัวตาย 15%)
5) เบาหวาน 5%
6) ปัญหาสุขภาพจิต 5%
(ซึมเศร้า 58%, ติดยา 34%)

**อายุ 60-69 ปี**

รวม 640,665 ปี

1) มะเร็ง 23 %
(ตับ 43% ปอด 22% ลำไส้ใหญ่ 7.5%)
2) โรคหัวใจหลอดเลือด 21.3%
(Stroke 58.8% หัวใจขาดเลือด 32%)
3) โรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจ 8.2%
(ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 93%)
4) โรคติดเชื้อ 6.8%
(วัณโรค 43% เอดส์ 12%)
5) เบาหวาน 6.3%
6) การบาดเจ็บ 6.2%
(อุบัติเหตุจราจร 48%)

**อายุ 70-79 ปี**

รวม 409,563 ปี

1) โรคหัวใจหลอดเลือด 22%
(Stroke 62% หัวใจขาดเลือด 27.8%)
2) มะเร็ง 18.7% (ตับ 38.7% ปอด 22.0%
ลำไส้ใหญ่ 8.5%)
3) โรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจ 11.4%
(ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 93%)
4) โรคระบบประสาทสัมผัส 8.1%
(ต้อกระจก 54.7 %,หูหนวก 32.4%)
5) โรคติดเชื้อ 7.5% (วัณโรค 49.8%
อุจจาระร่วง 14% เอดส์ 6%)
6) เบาหวาน 6.2%

**อายุ 80+ ปี**

รวม 159,687 ปี

1) โรคหัวใจหลอดเลือด 22.5%
(Stroke 63% หัวใจขาดเลือด 25%)
2) โรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจ 14.2%
(ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 92%)
3) มะเร็ง 13.9% (ตับ 32% ปอด 19%)
4) โรคติดเชื้อ 7.5%
(วัณโรค 53% อุจจาระร่วง 21% เอดส์ 2%)
5) โรคระบบประสาทสัมผัส 5.5%
(ต้อกระจก 57% หูหนวก 32%)
6) เบาหวาน 4.4%

- ทุกสาเหตุ 106 คน/วัน
- มะเร็ง 27 คน
- โรคติดเชื้อ 19 คน
(โรคเอดส์ 13 คน, TB 3 คน)
- โรคระบบไหลเวียนเลือด 18 คน
(stroke 9 คน, หัวใจขาดเลือด 6 คน)
- บาดเจ็บ 18 คน
(จราจร 8 คน, ถูกฆ่า 3 คน,
ฆ่าตัวตาย 3 คน จมน้ำ 1 คน)

- ทุกสาเหตุ 97 คน/วัน
- มะเร็ง 29 คน
(ตับ 13 คน,ปอด 6 คน)
- โรคหัวใจหลอดเลือด 25 คน
(Stroke 14 คน,หัวใจขาดเลือด 8 คน)
- โรคติดเชื้อ 8 คน
(วัณโรค 4 คน เอดส์และอุจจาระร่วง
อย่างละ 1คน/วัน)
- ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 7 คน
- การบาดเจ็บ 7 คน

- ทุกสาเหตุ 96 คน/วัน
- โรคหัวใจหลอดเลือด 26 คน (Stroke
16 คน , หัวใจขาดเลือด 7 คน)
- มะเร็ง 23 คน
(ตับ 9 คน ,ปอด 5 คน)
- ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 12 คน
- โรคติดเชื้อ 8 คน
(วัณโรค 4 คน อุจจาระร่วง 1 คน)
- เบาหวาน 5 คน

- ทุกสาเหตุ 70 คน/วัน
- โรคหัวใจหลอดเลือด 20 คน
(Stroke 13 คน หัวใจขาดเลือด 5 คน)
- มะเร็ง 13 คน
(ตับ 4 คน ปอด 2 คน)
- ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 11 คน
- โรคติดเชื้อ 7 คน
(วัณโรค 4 คน อุจจาระร่วง 2 วัน/1 คน)
- เบาหวาน 3คน

**ตาราง 2.2 DALYs เพศหญิง (พศ. 2542)**

## เพศหญิง

| อายุ 0-4 ปี | อายุ 5-14 ปี | 15-29 ปี | 30-44 ปี |
|---|---|---|---|
| รวม 650,879 ปี | รวม 165,382 ปี | รวม 601,315 ปี | รวม 748,084 ปี |
| 1) ภาวะแรกคลอด 32 % (น้ำหนักน้อย 49 % การคลอดมีปัญหา 35 %) | 1) โรคเรื้อรังทางเดินหายใจ 21% (หอบหืด 21%) | 1) โรคติดเชื้อ 35% (โรคเอดส์ 84% STD 8%) | 1) โรคติดเชื้อ 22% (โรคเอดส์ 84% STD 8%) |
| 2) ความพิการแต่กำเนิด 25% (หัวใจ 31%, โครโมโซม 11.3%) | 2) บาดเจ็บ 21% (จราจร 35%, จมน้ำ 33% ถูกฆ่า 15%) | 2) ปัญหาสุขภาพจิต 25% (จิตเภท 43% ซึมเศร้า 23%) | 2) ปัญหาสุขภาพจิต 16% (ซึมเศร้า 53% anxiety 24%) |
| 3) โรคติดเชื้อ 12.2% (เอดส์ 45% อุจจาระร่วง 25%) | 3) โภชนาการ 17% (ซีด 99%) | 3) บาดเจ็บ 15% (จราจร 55% ฆ่าตัวตาย 21%) | 3) มะเร็ง 12% (เต้านม 16% ตับ 19% ปากมดลูก 15%) |
| 4) การบาดเจ็บ 6% (จมน้ำ 40% จราจร 29% ถูกฆ่า 11%) | 4) โรคติดเชื้อ 15% (โรคเอดส์ 47%) | 4) มะเร็ง 4% (มะเร็งเม็ดเลือดขาว 23%) | 4) โรคหัวใจหลอดเลือด 7% (stroke 45% หัวใจขาดเลือด 22%) |
| 5) โรคระบบประสาท 4.6% (ปัญญาอ่อน 20% ลมบ้าหมู 9%) | 5) ทางเดินหายใจอักเสบ 6% (หูชั้นกลางอักเสบ 57%) | 5) โรคระบบประสาทสัมผัส 3% (หูหนวก 95%) | 5) กล้ามเนื้อ และกระดูก 7% (osteoarthritis 68%) |
| | 6) โรคระบบประสาท 6% (ลมบ้าหมู 42%) | | 6) เบาหวาน 6% |

| 0 จำนวนตาย/วัน | 5 | 15 | 30 | 45 อายุ (ปี) |
|---|---|---|---|---|
| ● ทุกสาเหตุ 46 คน/วัน | ● ทุกสาเหตุ 6 คน/วัน | ● ทุกสาเหตุ 31 คน/วัน | ● ทุกสาเหตุ 48 คน/วัน | |
| - ภาวะแรกคลอด 17 คน (น้ำหนักแรกคลอดน้อย 8 คน,ปัญหาในการคลอด 6 คน) | - บาดเจ็บ 3 คน (จมน้ำ ≈ 1 คน) | - โรคติดเชื้อ ≈ 17 คน (โรคเอดส์ 15 คน TB 2 วัน/คน) | - โรคติดเชื้อ 16 คน (โรคเอดส์ 14 คน) | |
| - ความพิการแต่กำเนิด 10 คน | - โรคติดเชื้อ ≈ 2 คน (โรคเอดส์ 1 คน) | - บาดเจ็บ ≈ 8 คน (จราจร 4 คน, ฆ่าตัวตาย 2 คน) | - มะเร็ง 9 คน | |
| - โรคติดเชื้อ 6 คน (เอดส์ 3 คน อุจจาระร่วง 2 คน) | - โรคไม่ติดต่อ ≈ 2 คน | - มะเร็ง 2 คน | - โรคระบบไหลเวียนเลือด 5 คน (stroke 2 คน หัวใจขาดเลือด 2 คน) | |
| - ทางเดินหายใจส่วนล่างอักเสบ 4 คน | | - โรคระบบไหลเวียนเลือด 1 คน/วัน | - ตับแข็ง 1 คน | |
| - การบาดเจ็บ 3 คน (จมน้ำ 1 คน) | | | - บาดเจ็บ 8 คน (จราจร 3 คน ฆ่าตัวตาย 2 คน ถูกฆ่าตาย 1 คน) | |

**ตาราง 2.2(ต่อ) DALYs เพศหญิง (พศ. 2542)**

## เพศหญิง

### อายุ 45-59 ปี

รวม 741,126 ปี

1) มะเร็ง 19%
   (ตับ, ปากมดลูก เต้านม)
2) โรคหัวใจหลอดเลือด 14%
   (stroke 56% หัวใจขาดเลือด 22%)
3) เบาหวาน 11%
4) กล้ามเนื้อ และกระดูก 10%
   (ostecarthirtis, Rheumatoid)
5) ปัญหาสุขภาพจิต 8%
   (ซึมเศร้า 61% anxiety)
6) ประสาทสัมผัส 6%
   (หูหนวก 46% ต้อกระจก 39%)

### อายุ 60-69 ปี

รวม 639,460 ปี

1) โรคหัวใจหลอดเลือด 19%
   (Stroke 61%,หัวใจขาดเลือด 25%)
2) มะเร็ง 17%
   (ตับ 33% ปากมดลูก,ปอด 11%)
3) เบาหวาน 12%
4) โรคระบบประสาท 10%
   (ความจำเสื่อม 84%)
5) ประสาทสัมผัส 8%
   (ต้อกระจก 67% หูหนวก 15% )
6) โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก 7%
   (กระดูกข้ออักเสบ 65%)
7) โรคติดเชื้อ 5%

### อายุ 70-79 ปี

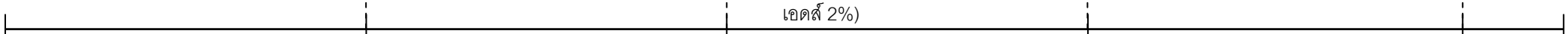
รวม 510,264 ปี

1) โรคหัวใจหลอดเลือด 23%
   (Stroke 67%,หัวใจขาดเลือด 22%)
2) โรคระบบประสาท 13%
   (ความจำเสื่อม 87%)
3) มะเร็ง 13%
   (ตับ 31% ลำไส้ใหญ่ 11% ปอด 10% ปากมดลูก 9%)
4) เบาหวาน 8.8%
5) ประสาทสัมผัส 8.7%
   (ต้อกระจก 64% หูหนวก 23% )
6) โรคติดเชื้อ 5%
   (วัณโรค 38% อุจจาระร่วง 19% เอดส์ 2%)

### อายุ 80+ ปี

รวม 328,486 ปี

1) โรคระบบประสาท 30.7%
   (ความจำเสื่อม 94%)
2) โรคหัวใจหลอดเลือด 23.6%
   (stroke 69% หัวใจขาดเลือด 20%)
3) มะเร็ง 7.6%
   (ตับ 26% ลำไส้ใหญ่ 16.5%)
4) โรคติดเชื้อ 6.7%
   (วัณโรค 34% อุจจาระร่วง 27% เอดส์ 2%)
5) เบาหวาน 8.8%
6) ทางเดินหายใจเรื้อรัง 4.5%
   (ปอดอุดกั้น 7.7%)




จำนวนตาย/วัน

- ทุกสาเหตุ 63 คน/วัน
  - มะเร็ง 19 คน
  - (ตับ 6 คน, ปากมดลูก 3 คน, เต้านม 2 คน)
  - โรคระบบไหลเวียนเลือด 13 คน
  - (stroke 7 คน, หัวใจขาดเลือด 3 คน)
  - โรคติดเชื้อ 7 คน
  - (โรคเอดส์ 4 คน,TB 1 คน)
  - เบาหวาน 6 คน
  - ตับแข็ง 2 คน
  - โรคไต 2 คน

- ทุกสาเหตุ 74 คน/วัน
  - โรคหัวใจหลอดเลือด 20 คน
  - (Stroke 12 คน หัวใจขาดเลือด 5 คน)
  - มะเร็ง 19 คน
  - (ตับ 6 คน ปอด 2 คน ปากมดลูก 2 คน)
  - เบาหวาน 10 คน
  - โรคติดเชื้อ 6 คน (วัณโรคประมาณ 2 คน ,เอดส์ 1 คนทุก 3 คน อุจจาระร่วง 1 คน)
  - ตับแข็ง 2 คน

- ทุกสาเหตุ 88 คน/วัน
  - โรคหัวใจหลอดเลือด 29%
  - (Stroke 19%,หัวใจขาดเลือด 6%)
  - มะเร็ง 16 คน (ตับ 5 คน, ปอด 2 คน)
  - ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4 คน
  - โรคติดเชื้อ 9 คน
  - (วัณโรค 4 คน,อุจจาระร่วง 2 คน)
  - เบาหวาน 9 คน

- ทุกสาเหตุ 104 คน/วัน
  - โรคหัวใจหลอดเลือด 39 คน
  - (stroke 27 คน, หัวใจขาดเลือด 8 คน)
  - มะเร็ง 13 คน(ตับ 3 คน, ปากมดลูก 1 คน, ปอด 3 คนใน 2วัน)
  - โรคติดเชื้อ 11 คน
  - (วัณโรค 4คน อุจจาระร่วง 3 คน)
  - เบาหวาน 7 คน
  - ตับแข็ง 2 คน
  - ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 6 คน
  - ทางเดินหายใจส่วนล่างอักเสบ 5 คน

**ตารางที่ 2.3 อันดับปัจจัยเสี่ยงที่มีภาระโรคสูงสุด จำแนกตามเพศ, ประเทศไทย 2542**

| Male | | | | Female | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rank | Factors | DALYs | % | Rank | Factors | DALYs | % |
| 1 | Unsafe sex | 883,087 | 9.3 | 1 | Unsafe sex | 344,686 | 3.6 |
| 2 | Alcohol | 465,000 | 4.9 | 2 | High BP | 225,694 | 2.4 |
| 3 | Tobacco | 458,193 | 4.8 | 3 | High BMI | 231,063 | 2.4 |
| 4 | Non-helmet | 329,149 | 3.5 | 4 | Tobacco | 171,782 | 1.8 |
| 5 | High BP | 260,239 | 2.7 | 5 | Malnutrition | 94,640 | 1.0 |
| 6 | High BMI | 119,019 | 1.2 | 6 | Cholesterol | 92,113 | 1.0 |
| 7 | Fruit & Vegetable | 114,553 | 1.2 | 7 | Non-helmet | 74,064 | 0.8 |
| 8 | Malnutrition | 106,738 | 1.1 | 8 | Physical inactivity | 60,126 | 0.6 |
| 9 | Cholesterol | 106,606 | 1.1 | 9 | Fruit & Vegetable | 48,085 | 0.5 |
| 10 | Air pollution | 50,863 | 0.5 | 10 | Alcohol | 38,935 | 0.4 |
| 11 | Physical inactivity | 42,310 | 0.4 | 11 | Water sanitation | 32,288 | 0.3 |
| 12 | Water sanitation | 29,342 | 0.3 | 12 | Air pollution | 28,374 | 0.3 |

แหล่งข้อมูล: ปัจจัยเสี่ยงและภาระโรคของประเทศไทย พ.ศ.2542. คณะทำงานภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง, 2546

## ขั้นตอนที่ 2: ปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุ้มครองตามวัย

### 2.1 สุขภาพประชากรวัยเด็ก (0 – 5 ปี)

ประชากรในกลุ่มนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่มอายุที่มีความสำคัญในด้านสุขภาพ คือประชากรกลุ่มวัยตั้งแต่แรกคลอดจนถึง 1 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความเปราะบางทางสุขภาพมาก เพราะระบบต่างๆของร่างกายยังไม่เติบโตเต็มที่ ความสามารถในการป้องกันมีน้อย จึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งรวมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อาหารที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตและการโอบอุ้มเลี้ยงดู เหล่านี้มีความสำคัญต่อพัฒนาการด้านจิตใจและบุคลิกภาพในอนาคต อีกกลุ่มหนึ่งคือเด็กปฐมวัยก่อนเข้าเรียนอายุตั้งแต่ 1 – 5 ปี ซึ่งยังคงเป็นวัยที่มีการพึ่งพาสูง เพราะเด็กยังช่วยตนเองไม่ได้มากนัก แต่เป็นวัยของการเรียนรู้จักโลกและสิ่งแวดล้อม พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงเด็กจึงมีความสำคัญมากต่อสุขภาวะของประชากรกลุ่มนี้ โดยทั่วไปเรามักจะให้ความสำคัญแก่วัยรุ่นมากเพราะวัยเปลี่ยนผ่านจากเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ แต่ในทำนองเดียวกันวัยปฐมวัยก็เป็นวัยแรกที่ซึมซับประสบการณ์การเรียนรู้จากโลกภายนอกครรภ์มารดา ประสบการณ์เหล่านี้มีอิทธิพลมากมายต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการในทุกด้านของมนุษย์วัยอ่อนนี้ ไม่เฉพาะในปัจจุบันแต่ส่งผลยาวนานต่อไปถึงสุขภาพทั้งกายใจและสังคมของอายุต่อๆไปด้วย ดังนั้นการให้ความสนใจต่อปัญหาสุขภาพในวัยแรกเกิดถึง 5 ปี และพัฒนาปัจจัยคุ้มกันเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะ จึงมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าวัยรุ่น

<u>สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ</u>

มีทั้งส่วนที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง เช่นการเจ็บไข้ได้ป่วยอันเนื่องมากจากสาเหตุต่างๆ และปัญหาทางสังคมสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งจำแนกได้ดังต่อไปนี้ คือ

1. <u>ปัญหาในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี</u> จากการวิเคราะห์ของ พ.ญ.ลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ สรุปได้ว่า

ในเด็กเกิดใหม่ปีละเกือบล้านคนในประเทศไทย เมื่อหักความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแก่เด็กตั้งแต่เกิดจนถึง 1 ปีออกไปแล้ว คงเหลือเด็กปกติประมาณร้อยละ 87 ซึ่งเด็กกลุ่มนี้ร้อยละ 80 เลี้ยงดูโดยพ่อแม่ ที่มีการศึกษาต่ำเพียงระดับประถมศึกษา และฐานะยากจน ความบกพร่องทางสุขภาพเหล่านั้นได้แก่ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ, 2543)

- เด็กตายก่อนถึงอายุ 1 ปี ประมาณร้อยละ 0.5 สาเหตุจากสภาวะปริกำเนิดถึงครึ่งหนึ่งและโรคติดเชื้ออีกจำนวนใกล้เคียงกัน

- โรคทางพันธุกรรม ที่สำคัญ คือทาลัสซีเมีย คาดประมาณโดยคณะผู้เชี่ยวชาญโรคเลือดว่าจะมีประมาณ 12,125 ราย จากเด็กเกิดใหม่จำนวน 1 ล้านคนต่อปี โดยมีจำนวนคู่สมรสที่มีความเสี่ยงต่อโรคนี้ 48,000 คู่ ชนิดของฮีโมโกลบินที่ผิดปรกติที่พบมากที่สุดคือ Hb H และ Beta – thalassemia Hb E

ตามลำดับ โรคนี้ทำให้เด็กเกิดอาการตับโต ม้ามโต ซีด ติดเชื้อง่าย ต้องรับเลือดเป็นประจำ และอายุขัยเฉลี่ยสั้น

- น้ำหนักแรกเกิดน้อย (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) พบประมาณร้อยละ 14 ของเด็กเกิดมีชีพทั้งหมด ซึ่งเด็กเหล่านี้จะมีความเสี่ยงมากกว่าเด็กที่น้ำหนักปกติหลายเท่าที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนในระยะ 1 เดือนหลังคลอด โดยเฉพาะการติดเชื้อ และตัวเหลือง นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อความพิการทางสมองอีกด้วย

- ไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำกว่าปกติ พบได้ประมาณ 500 ราย ซึ่งทำให้เด็กเหล่านี้มีปัญหาการเจริญเติบโต สติปัญญาต่ำ

- พิการแต่กำเนิด พบประมาณ 8,500 รายต่อปี และมาจากความผิดปกติของโครโมโซมประมาณร้อยละ 3.2 ของความพิการแต่กำเนิดทั้งหมด

- การติดเชื้อต่างๆ โดยเฉพาะช่วยเริ่มแรกของชีวิต ถึงแม้ว่าขณะนี้โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดได้ลดลงมากแล้ว ยังคงเป็นปัญหาเฉพาะกลุ่มห่างไกล ที่นิยมคลอดที่บ้าน เช่น ชาวเขา แต่โรคติดเชื้อใหม่ที่กลายมาเป็นปัญหาสำคัญคือการติดเชื้อเอดส์จากมารดา ซึ่งจะทำให้เด็กกลุ่มนี้ร้อยละ 47 มีอาการโรคเอดส์ภายในอายุ 2 ปี

- ปัญหาโลหิตจางเนื่องจากขาดธาตุเหล็ก มีสูงมากในเด็กอายุ 4–6 เดือน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

- เด็กกลุ่มด้อยโอกาส ซึ่งประกอบด้วยเด็กพิการ (13,381 คน) เด็กถูกทอดทิ้ง (800 – 1,000 รายต่อปี) เด็กที่เป็นลูกกรรมกรก่อสร้าง ซึ่งเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ หรือถูกทิ้งไว้ให้อยู่กับญาติที่ต่างจังหวัด เด็กลูกชาวเขา ลูกแรงงานอพยพ เด็กเหล่านี้จากการศึกษาวิจัยพบมีปัญหาทั้งด้านสุขภาพและพัฒนาการด้อยกว่าเด็กทั่วไป (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

- การได้รับนมแม่อย่างเหมาะสม คือดื่มนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4–6 เดือนแรก ของชีวิต ซึ่งจะทำให้เด็กได้รับภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติที่มีประสิทธิภาพเต็มที่ แต่เด็กไทยโดยเฉพาะเด็กในกรุงเทพและเขตเมืองได้รับนมแม่อย่างเดียวในอัตราที่ต่ำ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

2) <u>ปัญหาในเด็กอายุ 1 – 5 ปี</u> ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กวัยนี้คือ

- โรคติดเชื้อต่าง ๆ ที่ทำให้มีการตายและการเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาในโรงพยาบาล คือ โรคปอดอักเสบ หรือการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งทำให้เด็กเสียชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือโรคเอดส์ที่ติดจากมารดา ทำให้เสียชีวิตในอายุประมาณ 2 ปีเป็นส่วนใหญ่ โรคอุจจาระร่วง ซึ่งมีอัตราการป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี เกิดการสูญเสียปีของการมีสุขภาพดีไปประมาณร้อยละ 16 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2545) โรคไข้เลือดออกและไข้สมองอักเสบก็ยังเป็นปัญหาในเด็กกลุ่มนี้ด้วยเช่นกัน

- อุบัติเหตุ พบว่าเกิดกับเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง โดยเฉลี่ยเด็กอายุ 0 – 5 ปี จะประสบอุบัติเหตุ 0.8–3.1 ครั้งต่อคนต่อปี เป็นการพลัดตกหกล้ม มากที่สุด แต่ไม่รุนแรงจนถึงแก่ชีวิต แต่การตกน้ำถึงแม้จะ

มีอุบัติการณ์ต่ำแต่ก็มีการเสียชีวิตสูง เช่นเดียวกับอุบัติเหตุจราจรทางบก (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2545)

- ปัญหาฟันน้ำนมผุ ข้อมูลจากการสำรวจมีภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในระหว่าง พ.ศ. 2543 – 2544 พบว่าในเด็กอายุ 3 ปี มีฟันน้ำนมผุร้อยละ 65.7 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ 3.6 ซี่ต่อคน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ), 2545)

- ปัญหาโภชนาการ ถึงแม้ว่าปัญหาโรคขาดสารอาหารในเด็กไทยจะมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา แต่ในปี พ.ศ. 2544 โรคนี้ก็ยังปรากฏอยู่โดยที่มีความรุนแรงน้อยลง คือส่วนใหญ่จะเป็นขาดสารอาหารระดับ 1 ระดับ 2 ส่วนการขาดสารอาหารถึงระดับ 3 มีน้อยมากไม่ถึงร้อยละ 1 เด็กอายุ 0–5 ปี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการขาดสารอาหารสูงสุดคือร้อยละ 10.53 ขาดระดับ 1 และร้อยละ 0.92 ขาดระดับ 2 และ 3 รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคใต้และภาคกลาง เด็กใน กทม. มีการขาดสารอาหารต่ำสุดคือเพียงร้อยละ 4.54 อย่างไรก็ตามในเด็กที่เป็นลูกชนกลุ่มน้อย เช่น ชาวเขา ยังมีปัญหาที่รุนแรงอยู่ พบว่าในปี 2544 เด็กชาวเขาขาดสารอาหารในระดับ 1 ถึงร้อยละ 14 และระดับ 2 และ 3 ร้อยละ 3.02 ซึ่งมากกว่าเด็กใน กทม. ถึง 7.7 เท่า (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ), 2545) นอกจากนี้ยังพบภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วนร้อยละ 12.4 เป็นเด็กในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

นอกจากปัญหาโรคขาดสารอาหารแล้ว ในเด็กอายุ 0 – 5 ปียังพบปัญหาการขาดสารไอโอดีนได้โดยเฉพาะในเด็กที่อยู่ในบริเวณภูเขาและที่ราบสูงของประเทศ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบประมาณร้อยละ 3 และภาคใต้ร้อยละ 4 แต่เมื่อตรวจปัสสาวะพบภาวะไอโอดีนต่ำอยู่ระหว่างร้อยละ 20 – 80 ซึ่งแสดงถึงภาวะขาดสารไอโอดีนที่ยังไม่ปรากฏอาการ [7] การขาดสารไอโอดีนนี้ ถ้าเป็นตั้งแต่ในครรภ์มารดาจะทำให้เกิดโรคเอ๋อ (cretinism) ซึ่งทำให้เด็กมีสติปัญญาต่ำ และมีความผิดปกติของระบบประสาทกล้ามเนื้อและการเจริญเติบโต นอกจากนี้ยังมีปัญหาภาวะโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก จากการสำรวจของกรมอนามัย (พ.ศ. 2538) พบว่า เด็กปฐมวัยได้รับเหล็กจากอาหารไม่เพียงพอกับปริมาณที่ควรได้รับ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ทำให้เกิดโรคโลหิตจาง ซึ่งเชื่อมโยงไปสู่การล่าช้าในการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ ที่ด้อยกว่าเด็กปกติ ความต้านทานโรคต่ำ

- ปัญหาสุขภาพจิตและสังคม พบว่าเด็กอายุ 0–3 ปี ในกรุงเทพมหานครมีปัญหาจิตเวช ร้อยละ 29.8 นอกจากนี้ยังมีต่อปัญหาเด็กถูกทารุณ ไม่น้อยกว่า 300 – 400 คนต่อปี รวมทั้งการเฆี่ยนตีอย่างรุนแรงภายในครอบครัว (อรพรรณ และคณะ, 2530) ข้อมูลจากกรมประชาสงเคราะห์แสดงให้เห็นว่ามีเด็กถูกทอดทิ้งให้อยู่ในความดูแลของสถานสงเคราะห์เพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2536 มีเด็กอายุ 0 – 6 ปีถูกทอดทิ้ง 1,817 คน และเพิ่มเป็น 2,737 คนในปี พ.ศ. 2544 (กองวิชาการและแผนงาน กรมประชาสงเคราะห์, 2544)

- ปัญหาพัฒนาการ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพ ปี พ.ศ. 2539 – 2540 มีการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัยโดยผู้เชี่ยวชาญ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) พบว่า มีพัฒนาการช้าร้อยละ 17.1 ปกติตามวัย ร้อยละ 34.8 และค่อนข้างเร็วร้อยละ 48.1 พัฒนาการล่าช้าคือในด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา และสังคม รวมกันร้อยละ 10.2 เด็กนอกเขตเทศบาลมีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กในเขตเทศบาล มีเด็กวัยนี้ร้อยละ 0.3 ที่มีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน

<u>ปัจจัยเสี่ยง</u>

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่สำคัญในเด็กวัย 0 – 5 ปี ได้มีการวิเคราะห์โดย พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ ในการศึกษาสถานะสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2543 ตามประเภทของแต่ละปัญหา สรุปได้ว่าปัจจัยต่อไปนี้มีผลต่อปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

1) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยกลุ่มนี้ส่งผลกระทบถึงหลายปัญหาด้วยกัน กล่าวคือ
   - ครอบครัวฐานะยากจน พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กมีการศึกษาต่ำ อาชีพใช้แรงงาน ทำให้ลูกเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาโรคติดเชื้อต่างๆ เช่นอุจจาระร่วง โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคเอดส์ ฟันน้ำนมผุ และยังเสี่ยงต่อการถูกทารุณจากคนในครอบครัวด้วย
2) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม
   - ครอบครัวที่ตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้น้ำ ไม่ดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด มีความเสี่ยงในการที่บุตรจะประสบอุบัติเหตุจมน้ำ
   - ครอบครัวที่อยู่กันแออัด มีการสูบบุหรี่ สภาพแวดล้อมมีฝุ่นมากทำให้เด็กเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ
   - สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ทำให้เด็กเสี่ยงต่อความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ
   - สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมไม่ดี น้ำดื่มน้ำใช้ไม่สะอาด รวมทั้งการกำจัดขยะ/ อุจจาระไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง
3) ปัจจัยด้านบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก

   พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กอาจจะเป็นบุคคลที่มีส่วนทำให้เด็กปฐมวัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายโรคด้วยกัน เช่น โรคติดเชื้อ พัฒนาการล่าช้า ถูกทารุณกรรม ถูกทอดทิ้ง ปัญหาด้านโภชนาการ โดยเฉพาะการขาดสารอาหารและแร่ธาตุต่างๆ ต่อไปนี้คือลักษณะหรือพฤติกรรมเสี่ยงของผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่: -

   - พ่อแม่ที่การศึกษาต่ำ ระดับประถมศึกษา ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดู อาหาร และพัฒนาการของเด็ก
   - ครอบครัวไม่พร้อมจะมีบุตร ขาดความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว
   - อาชีพใช้แรงงาน ก่อสร้าง

- มีบุตรหลายคน
- ชอบเล่นการพนัน
- สูบบุหรี่จัด หรือดื่มสุราหรือเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง
- พื้นฐานจิตใจ / อารมณ์ไม่ดี เคยประสบกับความรุนแรงในชีวิตมาก่อน
- พฤติกรรมอนามัยไม่ดี เช่น การปรุงอาหารไม่สะอาด ไม่ค่อยล้างมือ

4) ปัจจัยในตัวเด็ก

- เด็กที่มีพฤติกรรมดูดนมคาปากจนหลับไป บริโภคขนมเหนียวติดฟัน ไม่แปรงฟันหรือแปรงฟันน้อยกว่าวันละครั้ง ไม่ได้รับฟลูออไรด์ และไม่ไปตรวจฟัน เสี่ยงต่อโรคฟันผุ
- เด็กที่เป็นบุตรเลี้ยง หรือบุตรบุญธรรม หรือเป็นบุตรที่มีเพศไม่ตรงกับความต้องการของพ่อแม่ เป็นเด็กที่คนเลี้ยงเห็นว่าเลี้ยงยากมีลักษณะดื้อซน จะเสี่ยงต่อการถูกทารุณกรรมในครอบครัว
- เด็กที่ดูโทรทัศน์เป็นเวลานานต่อวัน จะเสี่ยงต่อการซึมซับความรุนแรง จากเรื่องราวต่างๆ ในโทรทัศน์ มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และพัฒนาการทางจริยธรรมของเด็กเอง
- เด็กที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ขาดโอกาสที่จะได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์และมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกอื่นๆของครอบครัว และถ้าบิดามารดาไม่มีเวลาดูแลแล้วจะมีผลต่อพัฒนาการทำให้ล่าช้ากว่าปกติ
- เด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อบ่อยๆ เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคปอดบวม จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา และในทำนองเดียวกัน เด็กที่ขาดสารอาหารก็มีโอกาสสูงที่ติดโรคติดเชื้อได้ง่ายกว่าเด็กปกติ
- เด็กที่ถูกทอดทิ้งโดยเฉพาะอยู่ในสถานสงเคราะห์ที่ขาดการมีความสัมพันธุ์อย่างยั่งยืนสม่ำเสมอ กับผู้เลี้ยงดูจะมีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตล่าช้า รวมทั้งการติดเชื้อก็เป็นไปได้ง่ายกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างอบอุ่นจากครอบครัว รวมทั้งปัญหาสุขภาพในระยะยาวด้วย

**ผลกระทบของปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงในระยะปฐมวัยต่อสุขภาวะในอนาคต**

วัยปฐมวัยเป็นจุดเริ่มต้นของการเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ในทุกด้าน ร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การศึกษา ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการเป็นบุคคลที่มีสุขภาวะในช่วงอายุต่อๆไป ปัญหาสุขภาพของวัยปฐมวัยจึงมิใช่เป็นเพียงปัญหาเฉพาะของวัยเด็ก แต่ยังมีผลกระทบยืนยาวไปสู่ปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของวัยหนุ่มสาว วัยทำงาน และวัยสูงอายุด้วย สภาวะทางสุขภาพในวัยเด็กต่อไปนี้มีความสำคัญต่อสุขภาพในช่วงอายุต่อไป

1) น้ำหนักแรกเกิดน้อย การวิจัยในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าเด็กที่น้ำหนักแรกเกิดน้อย ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากอาหารไม่พอเพียงตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา มักจะร่วมไปกับการขาดออกซิเจนด้วย ทำให้ทารกต้องปรับตัวหลายอย่างเพื่อให้อยู่รอดโดยเฉพาะในโครงสร้างของระบบต่างๆ ของร่างกายและการเผาผลาญพลังงาน ซึ่งมีผลต่อการเกิดโรคหลายโรค ในเมื่อเป็นผู้ใหญ่ (Kuh D and Ben-Shlomo Y (eds), 1997) เช่น โรคระบบไหลเวียนเลือด เบาหวาน และความผิดปกติของการทำงานของไขมัน (lipid metabolism) การวิจัย แสดงให้เห็นว่าเด็กที่น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 3,000 กรัมมีความเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่จะเป็นโรคหัวใจหลอดเลือด แก่เร็ว กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง และเป็นเบาหวาน ( non-insulin dependent diabetes) เมื่อเข้าวัยผู้ใหญ่ (Baker, 1998) (Frankel, Elwood, Sweetnam, Yarnell, & Smith, 1996) ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพเด็กวัยปฐมวัย พ.ศ. 2539 - 2540 ในประเทศไทย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการกับน้ำหนักแรกเกิดจะพบว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 3,000 กรัม จะมีความสูงปกติตามวัยในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มที่น้ำหนักน้อยกว่านั้น นอกจากนี้เด็กที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหอบหืดในช่วงอายุประมาณ 17 ปี มากกว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 3,000 – 3,499 กรัมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Seidman, Laor, Gale, Stevenson, & Danon, 1991) การมีพัฒนาการการช้าหรือมีความพิการและความผิดปกติทั้งทางกายและจิตใจ ในระหว่างสามขวบปีแรกของชีวิตก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับน้ำหนักแรกเกิดน้อยโดยเฉพาะต่ำกว่า 3,000 กรัมด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นผลจากการศึกษาระดับประชากรในเด็กอเมริกัน (Thompson, Carter, Edwards, Roth, Ariet, Ross et al., 2003) ส่วนสาเหตุที่สำคัญของน้ำหนักแรกเกิดน้อยก็มาจาก น้ำหนักตัวที่น้อย เกินไปของแม่เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ และน้ำหนักตัวเมื่อแรกเกิดของแม่เอง (Baker, 1998) จะเห็นได้ว่านอกจากสถานะสุขภาพจะมีผลข้ามช่วงอายุในบุคคลเดียวกันแล้ว ยังมีผลถ่ายทอดจากแม่ถึงลูกได้อีกด้วย

2) การติดเชื้อต่างๆรวมทั้งฟันผุ ก็มีผลต่อการเจริญเติบโตในช่วงอายุต่อไปด้วย เช่น เด็กที่ทางเดินหายใจอักเสบบ่อยๆ ก็มีผลต่อการเกิดการอักเสบเรื้อรังของไต หรือลิ้นหัวใจรั่ว เมื่อเติบโตเข้าวัยหนุ่มสาว

3) การขาดอาหารเรื้อรัง มีผลต่อการเจริญเติบโต โดยเฉพาะความสูง และสัมฤทธิผลในการเยนในเด็กวัยเรียนด้วย เช่นเดียวกับโภชนาการเกิน หรือโรคอ้วนก็ทำให้เด็กเสี่ยงต่อการเกิดโรคของระบบไหลเวียนเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูงในวัยกลางคนด้วยเช่นกัน

4) ปัญหาสุขภาพจิต ที่พบบ่อยในเด็กไทยคือ การถูกทอดทิ้ง ถูกทารุณกรรม ทั้งร่างกาย คำพูด และการล่วงเกินทางเพศ จากการศึกษาระยะยาวโดยติดตามเด็กตั้งแต่แรกเกิดไปจนถึงอายุ 30 กว่าปีในหลายประเทศ ทั้ง อเมริกา, อังกฤษ, นิวซีแลนด์ (Werner, 1989), (Werner, 1997), (Wadsworth & Kuh, 1997) พบว่า เด็กปฐมวัยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกับเด็กไทยนี้เมื่อติดตามผลในระยะยาวพบว่าจะมีปัญหาทั้งด้านการเรียน มีปัญหาพฤติกรรมส่วนใหญ่ คือ เกเร ก้าวร้าว ติดยาเสพติด ความภาคภูมิใจในตัวเอง

ต่ำ ตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย (18 ปี) มีปัญหาสุขภาพจิตเช่นการแปรปรวนในบุคลิกภาพ (Personality Disorders) ซึมเศร้า วิตกกังวล ความสามารถในการรับมือกับความเครียด (stress) และความกดดันต่างๆในชีวิตต่ำ ทำให้มีโรคทางกายหลายโรคตามมา ที่สำคัญคือ โรคหัวใจหลอดเลือด โรคเส้นเลือดในสมองแตก เบาหวาน ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตับอักเสบ และกระดูกพรุน (Egle UT, Hardt J, Nickel R et,al.) ทั้งนี้การศึกษาวิจัยทางด้านชีวภาพก็ให้ผลที่สนับสนุนกันโดยสามารถอธิบายได้ว่า การถูกทอดทิ้งหรือถูกทารุณกรรม หรือทั้งสองอย่าง โดยเฉพาะในช่วงเวลาของพัฒนาการที่เด็กเริ่มรู้สึกที่จะผูกพันยึดเหนี่ยวกับคนเลี้ยงดู (อายุระหว่าง 12 - 18 เดือน) จะส่งผลกระทบถึงระบบฮอร์โมนในร่างกายที่เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดและการปรับตัว และการทำงานของสมองในส่วนของ Hippocampus และ Prefrontal orbital cortex ดังไดอะแกรม

เด็กถูกทอดทิ้งขาดความรัก ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้เลี้ยงดู,
ถูกทารุณกรรมบ่อยๆ

↓

มีความเครียดสูง มีการหลั่งฮอร์โมน CRH
(Corticotropin Releasing Hormone)

↓

กระตุ้น HPA และ LG - NE axis
(Hypothalamic - Pituitary - Adrenal axis และ Locus coeruleus norepinephrine)

↓

เพิ่มการหลั่งของ Glucocorticoid และ
norepinephrine / dopamine

↓

การทำงานของ Hippocampus และ Prefrontal
orbital cortex เสียไป

↓

มีปัญหาด้านอารมณ์และการเรียนรู้ / การควบคุมตนเอง

↓

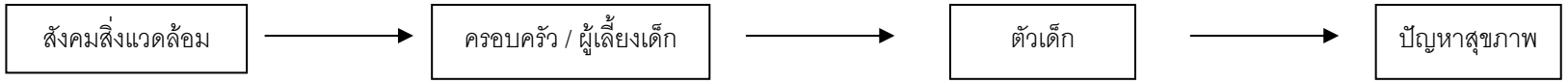
เสี่ยงต่อ : การติดยาเสพติด
พฤติกรรมที่ทำลายตนเอง เช่น ขับรถเร็ว,
พฤติกรรมการกินผิดปกติ มีความก้าวร้าว รุนแรง

↓

- ปัญหาสุขภาพจิต
- โรคทางกาย

} ในวัยรุ่น วัยกลางคน และวัยสูงอายุ

**รูปที่ 2.4 สรุประดับของปัจจัยเสี่ยงและปัญหาสุขภาพในเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)**




- ครอบครัวฐานะยากจน
- ระดับการศึกษาต่ำ
- ทำงานใช้แรงงาน
- อยู่ในสิ่งแวดล้อมแออัด
- สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมไม่ดี
- ใกล้แหล่งอบายมุข ใกล้น้ำ

- ขาดความรู้เรื่องการเลี้ยงดู
- การวางแผนครอบครัว
- มีลูกหลายคน
- พฤติกรรมอนามัยไม่ดี สูบบุหรี่ ดื่มเหล้าจัด ไม่ล้างมือ
- อาหารไม่สะอาด, ไม่เพียงพอ
- สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี
- มีความรุนแรงในครอบครัว
- ไม่มีเวลาเอาใจใส่เด็ก
- แม่ขาดอาหาร น้ำหนักน้อย
- พ่อ / แม่ ติดเชื้อ HIV หรือมีโรคพันธุกรรม

- เด็กคลอดน้ำหนักน้อย
- เด็กถูกทอดทิ้ง
- เด็กขาดสารอาหาร
- พฤติกรรมอนามัยไม่ดี เช่นการดูดนม, ไม่แปรงฟัน, ดูโทรทัศน์นาน
- เด็กที่ไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัว
- เด็กในครอบครัวเดี่ยว

- พัฒนาการช้า
- ขาดสารอาหาร
- โรคติดเชื้อ : เอดส์ อุจจาระร่วง ทางเดินหายใจอักเสบ
- อุบัติเหตุ : พลัดตกหกล้ม จมน้ำ
- โรคทางพันธุกรรม :ทาลัสซีเมีย
- พิการแต่กำเนิด
- โลหิตจางจากการขาดเหล็ก
- ฟันผุ
- การขาดการไอโอดีน
- ปัญหาสุขภาพจิต ถูกทารุณกรรม

**ปัจจัยคุ้มครอง**

จากปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบในระยะยาว ทำให้มีความชัดเจนว่าวัยเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงก่อนเข้าเรียนเป็นวัยที่มีความสำคัญยิ่งต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของวัยต่อๆมา โดยเฉพาะการเจริญเติบโตและพัฒนาการซึ่งถ้าผิดปกติก็จะส่งผลถึงสถานะสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว จากลักษณะของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพพบว่าสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวเด็กมีอิทธิพลมากต่อพัฒนาการและสุขภาพ ดังนั้นการคุ้มครองให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพดีปลอดภัยจากปัญหาสุขภาพที่ป้องกันได้ สามารถเติบโตเป็นเด็กวัยเรียนและวัยรุนรุ่นตลอดจนผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีทั้งกาย ใจ และสังคม จึงต้องคำนึงถึงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้มีคุณภาพดีด้วย และที่สำคัญที่สุดคือพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก หรือครอบครัวเด็ก ต่อไปนี้คือองค์ประกอบหรือปัจจัยคุ้มครองที่สำคัญในเด็กปฐมวัย

- พ่อแม่ควรมีความพร้อมที่จะมีลูก เพื่อที่เด็กจะได้เกิดมาด้วยความต้องการอย่างแท้จริงและได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นใกล้ชิดตลอดเวลาสำคัญของชีวิต ความพร้อมนั้นรวมทั้งด้านชีวภาพและสังคมเศรษฐกิจ เพราะปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ การด้อยการศึกษาของพ่อแม่ และฐานะยากจนซึ่งทำให้หลายครอบครัวอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ทำให้เด็กถูกทอดทิ้ง ได้รับความรุนแรงหรือขาดอาหาร ติดโรคติดต่อได้ง่าย ครอบครัวที่จะเอื้ออำนวยให้เด็กมีสุขภาพดี ควรจะมีอาชีพสุจริตที่พอเลี้ยงดูกันได้ พ่อแม่ได้รับการศึกษาพอที่จะสามารถเข้าใจความต้องการของเด็กตามพัฒนาการการเจริญเติบโต และมีช่วงอายุที่เหมาะสมในการตั้งครรภ์ซึ่งไม่อ่อนวัยหรือสูงวัยเกินไป เพราะถ้าแม่ตั้งครรภ์เมื่อยังเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ร่างกายย่อมไม่เจริญเติบโตเต็มที่ จะมีปัญหาในการคลอดการแท้งได้ ถ้าสูงวัยเกินไป (เกินกว่า 35 ปี) ก็ต้องระวังการผิดปกติทางโครโมโซม หรือความพิการในเด็ก

- การตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพดี ควรมีระยะห่างจากครรภ์ครั้งแรกไม่น้อยกว่า 2 ปี การตั้งครรภ์ที่ถี่เกินไปจะเสี่ยงกับเด็กเกิดมาน้ำหนักน้อย (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) หรือรกเกาะต่ำผิดปกติทำให้คลอดก่อนกำหนด ตกเลือด เด็กน้ำหนักน้อย ขาดออกซิเจน ซึ่งอาจมีปัญหาทางสมองตามมา

- การได้รับบริการตรวจก่อนการแต่งงาน (premarital check up) ทั้งชายและหญิงจะเป็นประโยชน์มากสำหรับการวิเคราะห์โรคทางพันธุกรรม หรือโรคติดเชื้อที่จะถ่ายทอดความผิดปกติไปสู่ลูกได้ตั้งแต่เริ่มแรก และการให้คำปรึกษาหารือจากผู้เชี่ยวชาญจะทำให้ผู้ที่จะสมรส สามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้องปลอดภัยแก่ทั้งตนเองและลูกที่จะเกิดมา

- เมื่อจะตั้งครรภ์แม่ควรมีสุขภาพที่แข็งแรงโดยเฉพาะไม่ผอมเกินไป ซึ่งจะทำให้เสี่ยงต่อการคลอดลูกที่น้ำหนักน้อย

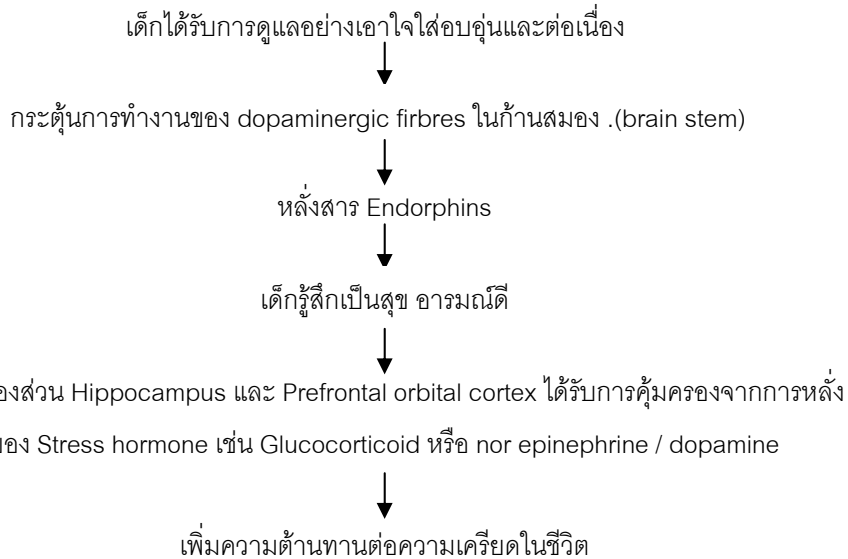
- เมื่อตั้งครรภ์จะต้องได้รับการดูแลตามอายุของครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ครบถ้วนโดยผู้ที่มีความรู้ เช่น แพทย์ พยาบาล เพื่อจะได้ค้นพบความผิดปกติได้แต่เริ่มแรก และแก้ไขมิให้เกิดอันตรายต่อเด็กในครรภ์หรือตัวมารดาเอง และได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบถ้วน

- การคลอดต้องกระทำโดยบุคลากรที่มีความรู้ ในสถานที่ที่สะอาดและสามารถส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีคุณภาพได้อย่างรวดเร็วถ้าเกิดมีความผิดปกติเกิดขึ้น

- เด็กแรกเกิดและเด็กวัยต่ำกว่า 1 ปี ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่เป็นมากในเด็กครบตามขนาดและจำนวน คือ ป้องกันวัณโรค (BCG) ตั้งแต่แรกเกิด ป้องกันโปลิโอ (OPV) ป้องกันไข้คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก (DPT) ป้องกันตับอักเสบ และป้องกันโรคหัด ตามอายุที่กำหนดไว้ โดยที่เด็กควรได้รับการตรวจสุขภาพในคลินิกเด็กสุขภาพดี (well baby clinic) เพื่อรับวัคซีนตามกำหนดนัด และควรมีสมุดสุขภาพที่มีเส้นโค้งแสดงน้ำหนักและส่วนสูงมาตรฐานของเด็กไทยเพื่อผู้เลี้ยงดูจะได้ตรวจสอบความเป็นไปของการเจริญเติบโตของเด็กได้อย่างต่อเนื่อง

- เด็กควรได้รับนมแม่อย่างเดียว (โดยไม่จำเป็นต้องกินน้ำ) ตั้งแต่แรกเกิด จนถึงไม่ต่ำกว่า 4 หรือ 6 เดือน เพราะนมแม่จะมีสารช่วยเสริมสร้างระบบป้องกันโรคโดยเฉพาะอุจจาระร่วงในเด็กเล็ก มีสารอาหารที่จำเป็นแก่การเจริญเติบโตครบถ้วน สะอาดและปลอดภัย นอกจากนั้นยังสร้างความสัมพันธ์อันใกล้ชิดระหว่างแม่และลูกที่จะเป็นฐานสำหรับพัฒนาการด้านจิตใจของเด็กต่อไป

- ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 8 ปี เด็กควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง จากบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงเด็กโดยเฉพาะในขวบปีแรกๆของชีวิต ถ้าเด็กได้รับการตอบสนองความต้องการของเขาด้วยความรักใคร่เอาใจใส่จากผู้เลี้ยงดู เช่นหิวก็ได้กินนม ถ้าขับถ่ายก็ได้มีการทำความสะอาด ได้รับการโอบกอดเป็นประจำสม่ำเสมอ ก็จะสร้างความรู้สึกเชื่อมั่น ไว้วางใจ (sense of trust) ให้เกิดขึ้นในเด็ก ซึ่งตามทฤษฎีของพัฒนาการ (Erikson, 1982) จะเป็นพื้นฐานสำหรับพัฒนาความรู้สึกไว้วางใจและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆได้ในอนาคต นอกจากนี้ยังทำให้สามารถปรับตัว ยืดหยุ่นได้กับความเครียด (stress) ในรูปแบบต่างๆ ที่เผชิญในชีวิต การศึกษาทางด้านจิตใจและชีวภาพ (Psychobiological) แสดงให้เห็นว่าความผูกพันที่มั่นคงจะก่อให้เกิดความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียด (stress response) ทั้งในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ดังกลไกต่อไปนี้ (Egle UT, Hardt J, Nickel R et,al.)



- เด็กที่มีสติปัญญาปกติหรือเฉลียวฉลาด (วัดจากระดับ IQ 90 - 100+) จะมีความสามารถในการปรับตัวกับปัญหาอุปสรรคต่างๆได้ดีกว่าเด็กที่ IQ ต่ำ (Egle UT, Hardt J, Nickel R et,al.)

- พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กควรแสดงความรักความเอาใจใส่ต่อเด็กอย่างสม่ำเสมอทั้งด้วยคำพูดและกริยาท่าทาง เพราะจะเป็นการพัฒนาความรู้สึกภาคภูมิใจ ความพอใจในตนเองให้เกิดแก่เด็ก (self esteem) ซึ่งความรู้สึกก็จะเป็นเกราะป้องกันจากปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างในวัยเรียนและวัยรุ่น ที่สำคัญคือ การติดยาเสพติด การสำส่อนทางเพศ พฤติกรรมอันธพาล (Delinquency) (Werner, 1989), (Egle UT, Hardt J, Nickel R et,al.)

- เด็กในวัยเตาะแตะและก่อนเรียนควรได้รับการดูแล ให้อยู่ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ โดยเฉพาะการพลัดตกหกล้ม, อุบัติเหตุทางน้ำ การจราจรทางบก โดยเฉพาะ ไม่ควรให้เด็กซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์

- ครอบครัวที่อบอุ่น ไม่ใช้ความรุนแรงไม่ว่าทางกายหรือวาจา จะทำให้เด็กเติบโตมาอย่างมีบุคลิกภาพที่ปกติ การศึกษาติดตามเด็กในระยะยาว (Egle UT, Hardt J, Nickel R et,al.)แสดงให้เห็นว่าเด็กที่ได้รับการด่าว่าอย่างรุนแรงเป็นประจำจะเติบโตมาโดยมีความเสี่ยงสูงที่จะมีการแปรปรวนทางบุคลิกภาพ (Personality disorderly) และแนวโน้มที่จะใช้ความรุนแรงในการตัดสินความขัดแย้งในครอบครัวของเอาเองในอนาคตด้วย

- เด็กควรได้รับการดูแลด้านอาหารและสุขภาพอย่างเหมาะสมเพื่อการเจริญเติบโต กล่าวคือ

- อาหารเสริมหลังจากระยะนมแม่ จะต้องมีธาตุอาหารครบทั้ง 5 หมู่ (คือแป้ง ไขมัน โปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุ) อาหารควรได้รับครบทั้ง 3 มื้อ อาหารไม่ควรมีรสเค็มจัด หวานจัด
- อาหาร นมและน้ำดื่มต้องสะอาดปลอดภัย ผู้เลี้ยงดูเด็กต้องล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะก่อนป้อนอาหารเด็กและภายหลังทำความสะอาดในการขับถ่ายของเด็ก
- สุขภาพในช่องปากควรได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นของชีวิต เมื่อฟันขึ้นควรทำความสะอาดฟันเป็นประจำ เมื่อฟันผุต้องได้รับการรักษา
- เลิกดื่มนมจากขวดเมื่ออายุเหมาะสม และหัดดื่มนมจากแก้วเป็นประจำทุกวัน
- เมื่อเด็กเจ็บป่วยจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยรวดเร็ว การเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรัง เช่น โรคทางเดินหายใจอักเสบ อุจจาระร่วง อาจส่งผลถึงการอักเสบเรื้อรัง ของไต หูชั้นกลาง และปัญหาทุพโภชนาการในช่วงอายุต่อไปได้

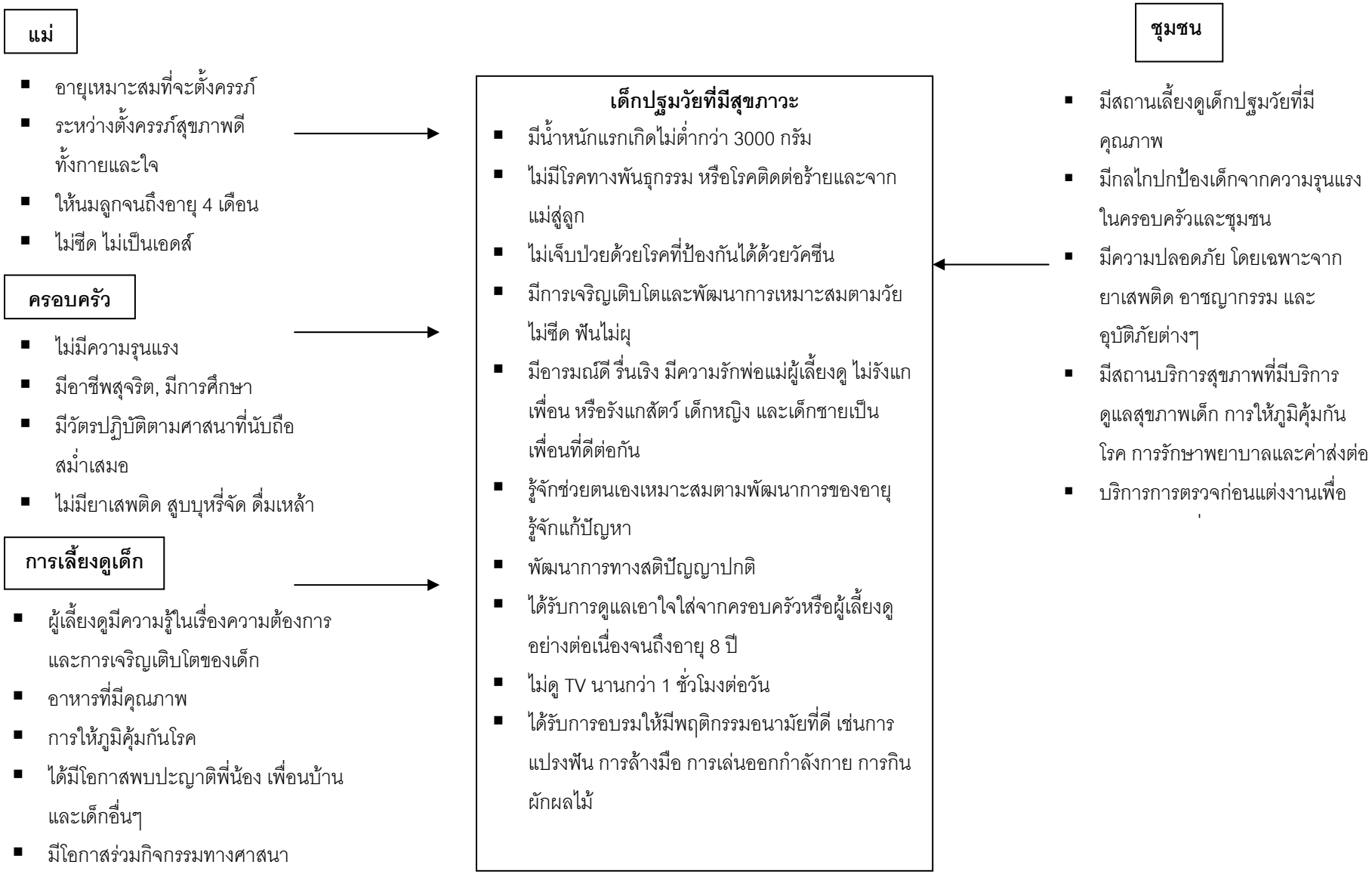
- การให้ความรักต้องดำเนินไปพร้อมกับการอบรมสั่งสอนทางจริยธรรม เพราะในปฐมวัยนอกจากการพัฒนาการทางจิตใจด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นแล้ว ยังมีการพัฒนาด้านความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (initiative) อีกด้วย (16) ความสมดุลในการพัฒนาจะทำให้เด็กรู้จักการควบคุมตัวเอง รู้จักการแก้ปัญหา (problem - solving) เห็นคุณค่าของตัวเอง เกิดความมั่นใจ และสามารถโน้มน้าวให้เข้าอยู่ในกฎระเบียบของบ้านของสังคม รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆนอกจากพ่อแม่ เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านต่อไปด้วย การได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่นับถือกับครอบครัวเป็นประจำ จะช่วยในการพัฒนาสุขภาวะทางจิตวิญญาณได้ตั้งแต่เด็ก การอบรมสั่งสอนที่จำเป็นต้องเริ่มปลูกฝังในอายุนี้ก็คือ

  - การรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม เช่นไม่ทิ้งขยะไม่เป็นที่ ช่วยรักษาความสะอาด เช่นเก็บใบไม้ สอนให้รู้จักรักษาสาธารณสมบัติ
  - การรู้จักเห็นอกเห็นใจต่อผู้อื่น ทั้งคนและสัตว์ ไม่ข่มเหงรังแกเป็นนิสัยที่จะต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นตั้งแต่ปฐมวัย
  - ความรู้สึกที่เป็นมิตรระหว่างเพศ คือรู้ความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง แต่ไม่มีความรู้ว่าเหนือกว่าหรือต่ำกว่า เป็นความรู้สึกที่เท่าเทียมกัน เป็นมิตรต่อกัน ซึ่งจะพัฒนาไปสู่พฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม และรับผิดชอบในวัยเจริญพันธ์ต่อไป

- สิ่งแวดล้อมในชุมชน ควรเอื้ออำนวยต่อพัฒนาการและเด็กปฐมวัย เช่น

  - สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน ที่มีมาตรฐานในเรื่องความสะอาด ปลอดภัย และผู้ดูแลเด็กที่มีคุณภาพ สำหรับรองรับในกรณีที่พ่อแม่จะต้องไปทำงาน
  - ชุมชนควรให้ความสำคัญกับปัญหาความรุนแรงในเด็กและผู้หญิง เท่าเทียมกับปัญหาความรุนแรงอื่นๆ และไม่ควรคิดว่าเด็กเป็นสมบัติของพ่อแม่ที่จะลงโทษอย่างรุนแรงเท่าใดก็ได้
  - กฎหมายที่คุ้มครองเกี่ยวกับสวัสดิภาพของเด็กควรได้รับการปฏิบัติและดูแลให้เกิดการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพโดยผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ
  - ควรมีการปกป้องเด็กจากสื่อที่เสนอความรุนแรงในทุกรูปแบบ เช่นโทรทัศน์

**รูปที่ 2.5 สรุปปัจจัยคุ้มครอง (Protective factor) ในเด็กปฐมวัย**



## 2.2 สุขภาพของเด็กวัยเรียน (6-12 ปี)

ประชากรในวัยนี้ คือวัยที่เริ่มเข้าสู่การศึกษาภาคบังคับ ระดับประถมศึกษา 6 ปี ตั้งแต่อายุ 6 ปี จนถึง 12 ปี หลัง พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติประกาศใช้ใน พ.ศ. 2542 มีผลให้การศึกษาภาคบังคับขยายเป็น 9 ปี โดยรวม มัธยมศึกษาตอนต้น 3 ปี นอกเหนือไปจากประถมศึกษา 6 ปี ประชากรวัยเรียนในภาคการศึกษาระดับประถมศึกษานี้มีประมาณ 10% ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2544) และประมาณร้อยละ 85 อยู่ในระบบการศึกษา (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ)

### ปัญหาสุขภาพ

เมื่อพิจารณาจากสาเหตุการตายที่สำคัญในวัยนี้พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเด็กชายและหญิง นอกจากเด็กชายจะตายมากกว่าเด็กหญิง ด้วยการบาดเจ็บโดยเฉพาะจากอุบัติเหตุการจราจรมากที่สุด รองลงไปคือการจมน้ำตาย (อัตราการจมน้ำตายในเด็ก 5 - 14 ปี เท่ากับ 6.16 ต่อประชากรแสนคน) คิดเป็นสัดส่วนสูงสุดในกลุ่มที่ตายจากการจมน้ำทุกอายุ (22.7% ของทุกกลุ่มอายุ) (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2544) ส่วนสาเหตุการตายรองลงไปคือจากโรคติดเชื้อต่างๆ ที่สำคัญคือโรคเอดส์ และโรคไม่ติดต่อเช่นโรคมะเร็ง

ถ้าพิจารณาจากการสูญเสียเวลาที่มีสุขภาพดี (DALYs) อันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรรวมกับการเจ็บป่วยและความพิการหรือภาวะบกพร่องทางสุขภาพที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วย เหล่านั้นเข้าด้วยกัน จะพบว่าโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นปัญหาสำคัญของเด็กกลุ่มนี้ทั้งหญิงและชาย มีทั้งการบาดเจ็บโรคติดเชื้อและโรคที่เกิดจากสภาวะโภชนาการและปัญหาสุขภาพจิต (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2545) เรียงตามลำดับความสำคัญต่อไปนี้ คือ

- การบาดเจ็บ โดยเฉพาะจากอุบัติเหตุจราจร และจมน้ำตาย
- โรคเรื้อรังทางเดินหายใจ ที่สำคัญคือ หอบหืด
- ปัญหาโภชนาการ โดยเฉพาะภาวะซีด ทุพโภชนาการ ประมาณร้อยละ 17.7 ของเด็กประถมในชนบท และ 12.5 ของเด็กในเมืองมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และ 19.4 ของเด็ก ประถมในชนบท และ 13.8 ของเด็กในเมือง มีความสูงต่ำกว่าเกณฑ์ เด็กนักเรียนใน กทม. มีโรคอ้วน 11 - 12 % (สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)
- โรคติดเชื้อ ที่สำคัญคือ ทางเดินหายใจอักเสบ หูชั้นกลางอักเสบ และโรคเอดส์
- โรคทางพันธุกรรม ที่สำคัญคือ โรคทาลัสซีเมียมีแนวโน้มสูงขึ้น (สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)

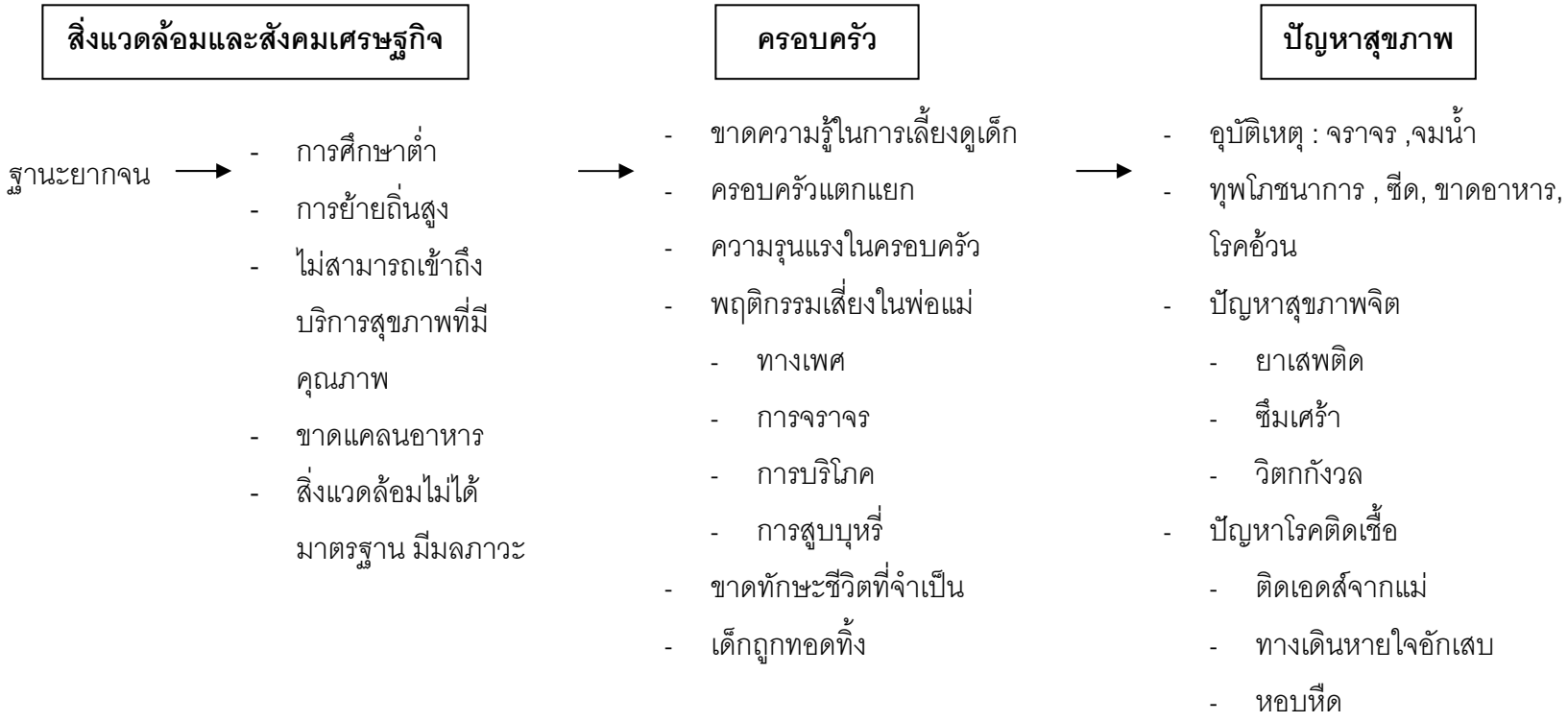
- ปัญหาสุขภาพจิต ที่สำคัญคือการติดยาเสพติด โดยเฉพาะในเด็กชาย (ประมาณ 98% ของปัญหาสุขภาพจิตในเด็กชาย คือ การติดยาเสพติด) และจากการสำรวจปัญหาทางจิตเวชของเด็กในกรุงเทพมหานคร ในปี 2541 (เบญจพร ปัญญายง และอลิสา วัชรสินธุ, 2541) พบว่ามีความชุกของปัญหาทางจิตถึงร้อยละ 37.58 ในนักเรียนชั้นประถม 4 จาก 104 โรงเรียน แยกเป็นความวิตกกังวล และความกลัวเฉพาะเจาะจง (10.77%) ซึมเศร้า (7.11%) ปัญหาเกเร (5.5%) และสมาธิสั้น (5.09%) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวขนาดใหญ่มีบุตรมากกว่า 4 คน การที่มีสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิต เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติด และเด็กที่มีผลการเรียนไม่ดี เช่น สอบตก
- ปัญหาฟันผุ มีแนวโน้มสูงขึ้นในเด็กวัยเรียน พบว่าในเด็กอายุ 6 ปีมีฟันน้ำนมผุ ถึงร้อยละ 87.4 โดยมีค่าเฉลี่ย DMFT 6.0 ซี่ / คน (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2545) และในกลุ่มอายุ 12 ปี มีฟันผุร้อยละ 57.3 ทั้งนี้เนื่องจากเด็กกลุ่มอายุนี้ชอบบริโภคอาหารว่างประเภทต่างๆ เช่นน้ำอัดลม ขนมบรรจุถุง คุกกี้ ขนมหวานไทย ลูกอมถึงร้อยละ 95 (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2537)
- ปัญหาการถูกทารุณทางเพศ (เบญจพร ปัญญายง, อิมทิรา พัวสกุล และ รสสุคนธ์ สุปัญญา, 2542) พบในเด็กหญิง อายุเฉลี่ยประมาณ 12 ปี 6 เดือน ซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตมีทั้งในระยะแรกและระยะยาว คือ โกรธ กลัว ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย และมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เด็กที่เป็นเหยื่อความทารุณนี้ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวขนาดเล็ก ฐานะยากจน ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ไม่ได้รับการเอาใจใส่ มีความรุนแรงในครอบครัว เช่น การทำร้าย การติดสารเสพติด
- เด็กถูกทอดทิ้ง จากข้อมูลในช่วงเวลาตั้งแต่ พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2544 มีเด็กในวัย 0 - 6 ปีและมากกว่า 6 ปีถูกทอดทิ้ง ให้อยู่ในการดูแลของกรมประชาสงเคราะห์ที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอายุ 0 - 6 ปี มีอัตราถูกทอดทิ้งถึง 120 ต่อประชากรเด็กแสนคน ในปี 2544 มีเด็กอายุมากกว่า 6 ปีรับไว้ในสถานสงเคราะห์ 543 คนเพิ่มจากปีก่อนร้อยละ 22.5 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ), 2545) ในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจจะมีเด็กถูกทอดทิ้งมากขึ้นโดยเฉพาะครอบครัวยากจน หรือแตกแยก ซึ่งส่งผลกระทบถึงสุขภาพของเด็กทั้งร่างกายและจิตใจ

**ปัจจัยเสี่ยง**

คือ ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้เกิดปัญหาสุขภาพดังกล่าวขึ้น ในเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาในประเทศไทย หรือเป็นสาเหตุโดยตรงของปัญหา ซึ่งเมื่อวิเคราะห์จากลักษณะของปัญหา การศึกษาวิจัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง จะแบ่งกลุ่มของปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุได้ดังต่อไปนี้

- ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ที่สำคัญคือความยากจน ซึ่งนำมาสู่การด้อยการศึกษาโดยเฉพาะของพ่อแม่ส่งผลต่อลักษณะการเลี้ยงดูเด็ก การทอดทิ้งเด็ก การแตกแยกในครอบครัว เนื่องจากการทำมาหากิน ความรุนแรงในครอบครัว และการขาดแคลนสิ่งที่จำเป็นต่อสุขภาพที่สำคัญ เช่น อาหาร การได้รับบริการสุขภาพที่มีประสิทธิผลและทันท่วงที และนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆอันเนื่องจากขาดความรู้ เช่นการขับขี่ยานพาหนะอย่างเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ
- ปัจจัยทางพฤติกรรม ที่สำคัญ เช่นการกินขนม ของหวานระหว่างมื้อเป็นสาเหตุสำคัญของโรคฟันผุ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งถูกละเลย เช่นการล้างมือเป็นสาเหตุ ของโรคติดเชื้อต่างๆ พฤติกรรมทางเพศของพ่อแม่นำมาซึ่งโรคติดต่อร้ายแรงสู่บุตร คือโรคเอดส์ พฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะโดยเฉพาะรถจักรยานยนต์อย่างไม่ปลอดภัย ทำให้เด็กที่โดยสารมาด้วยเสียชีวิตหรือบาดเจ็บ
- สภาพสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะมลพิษทางอากาศ ซึ่งมีฝุ่นละอองมากอันเป็นผลมาจากการก่อสร้างที่ขยายงานมากมายในเขตเมือง ฝุ่นที่มีขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน สามารถผ่านเข้าในถุงลมปอดได้ ฝุ่นอันตรายนี้พบมากในเขตเมืองใหญ่ เช่นกรุงเทพมหานคร มีผลต่อโรคทางเดินหายใจ การศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบว่า เด็กนักเรียน อายุ 7 - 12 ปี ในโรงเรียนที่มีปริมาณฝุ่นละอองสูงและปานกลาง มีอาการทางระบบทางเดินหายใจสูงกว่าเด็กในโรงเรียนที่มีฝุ่นละอองต่ำ (กรมอนามัย, 2538)
- ขาดทักษะชีวิตที่จำเป็น เช่น การว่ายน้ำ ทำให้เด็กวัยเรียนเป็นจำนวนมากต้องเสียชีวิต จากการจมน้ำ พอ ๆ กับอุบัติเหตุการจราจร
- สภาพแวดล้อมของบ้านและครอบครัว มีอิทธิพลโดยตรงต่อความเป็นอยู่ของสมาชิก ในครัวเรือนและมีผลต่อสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ บุคลิกภาพ และสติปัญญา การศึกษาระยะยาว ซึ่งติดตามเด็กไปจนเข้าวัยทำงานให้ผลสอดคล้องกัน (Werner, 1992) ว่าเด็กที่มีปัญหาในการเรียน ปัญหาสุขภาพจิต มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะมาจากครอบครัวที่แตกแยก ยากจน แม่มีการศึกษาน้อย มีความรุนแรงในครอบครัว ตรงข้ามในครอบครัวที่พ่อแม่อยู่พร้อมหน้า มีกิจกรรมร่วมกัน มีการสอนให้ใช้เหตุผลและได้รับการชมเชยเมื่อทำดี จะมีเพียงจำนวนน้อยที่จะเติบโตไปมีพฤติกรรมรุนแรง

**รูปที่ 2.6 สรุปปัจจัยเสี่ยงและปัญหาสุขภาพในเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี)**



**ปัจจัยคุ้มครอง**

คือปัจจัยที่ปกป้องให้พ้นจากปัญหาสุขภาพหรือปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่คือปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงนั่นเอง การพัฒนาให้เกิดปัจจัยคุ้มครองขึ้นทั้งในระดับบุคคล และสิ่งแวดล้อม จะทำให้สามารถป้องกันปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด เพราะจะทำให้ปัญหาเหล่านั้นหมดไปจากชุมชน เพราะสาเหตุได้ถูกขจัดหรือควบคุมได้แล้ว

สำหรับในเด็กวัยเรียนของไทย การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงมีหลายระดับ และมีความยากง่ายต่างๆกัน ในระดับปลายเหตุ (Distal level) คือความยากจนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมของหลายปัญหา อาจจะต้องเป็นการดำเนินงานในระดับชาติหรือจังหวัด แต่ที่มีความเป็นไปได้และชัดเจนมากกว่าคือการปรับปรุงในระดับครอบครัว โรงเรียนและชุมชน และตัวเด็กเอง ด้วยวิธีการต่อไปนี้

1) การพัฒนาด้านสุขภาพของเด็กให้มีความต้านทานต่อโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพ โดยที่ยึดหลักการว่าสุขภาพในช่วงชีวิตตอนต้นจะมีผลต่อสุขภาพในช่วงชีวิตต่อๆไปด้วย ดังนั้น การพัฒนาสุขภาพในเด็กวัยเรียนก็ต้องเชื่อมโยงกับวัยก่อนเรียนด้วย เด็กที่จะมีสุขภาพดีควรได้รับสิ่งสำคัญต่อไปนี้ คือ

- ได้รับวัคซีนป้องกันโรคที่ครบตามวัย รวมทั้งการกระตุ้น
- ได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และได้รับประทานครบ 3 มื้อทุกวัน เพราะร่างกายและสภาวะภูมิคุ้มกันโรคของเด็กยังต้องการสารอาหารที่ครบถ้วน และในปริมาณที่เพียงพอ นอกจากนี้ยังจำเป็นต่อการพัฒนาสติปัญญาการเรียนรู้อีกด้วย

2) ด้านครอบครัว เด็กควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากบุคคลที่เด็กจะให้ความรักความสนิทสนมด้วยได้ ซึ่งอาจจะเป็นพ่อแม่หรือผู้ใหญ่ที่มีคุณสมบัติ ที่สำคัญคือความรักเด็ก มีความห่วงใย เป็นผู้เลี้ยงดูและตอบสนองความต้องการในช่วงวัยนี้ได้อย่างเหมาะสม

3) ด้านสังคม เด็กจะต้องได้รับการคุ้มครองให้พ้นจากการล่วงเกินทางเพศ การกระทำรุนแรง ทั้งร่างกายและวาจา อุบัติเหตุต่างๆโดยเฉพาะจากจราจร โดยความร่วมมือของทุกฝ่ายในสังคม ครอบครัว โรงเรียน เจ้าหน้าที่รัฐและชุมชน

4) เด็กควรมีทักษะชีวิตที่จำเป็นสำหรับวัยนี้ เช่นว่ายน้ำเป็น รู้จักระวังตนเองให้พ้นจากอันตรายต่างๆ เช่นจากอุบัติเหตุจราจร จากการล่วงละเมิดทางเพศ โดยการอบรมสั่งสอนทั้งทางโรงเรียนและครอบครัวในเนื้อหาและวิธีการของอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมกับวัย

5) พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ควรมีความรู้พื้นฐาน ในเรื่องการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก วิธีการเลี้ยงดูที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและจิตใจ

6) ชุมชนควรมีการควบคุมมลพิษ ในสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะในอากาศ ให้อยู่ในระดับที่ไม่เกินมาตรฐาน รวมทั้งมาตรการต่างๆ ในการควบคุมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะและครอบครัว เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพเด็กหรือเป็นตัวอย่างที่ไม่ดี

## 2.3 **สุขภาพวัยรุ่น** (13 – 18 **ปี**)

ประชากรไทยกลุ่มอายุ 13 – 18 ปี คือกลุ่มที่ควรจะมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1) จนถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) ในขณะที่กลุ่มอายุ 6 – 12 ปี จะอยู่ในการศึกษาภาคบังคับคือ เข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เมื่ออายุประมาณ 6 ปี และจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เมื่ออายุ 12 ปี นอกจากนี้เมื่อพิจารณาตามลักษณะทางชีวภาพ กลุ่มอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไปต่อผู้ที่กำลังเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กเข้าสู่วัยรุ่น โดยเพศหญิงเริ่มมีประจำเดือนและชายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธ์ โดยเฉลี่ยของเด็กหญิงไทยจะมีประจำเดือนครั้งแรก เมื่ออายุ 13 ปี (มานี ปิยะอนันต์ และคณะ, 2544) การแบ่งกลุ่มเช่นนี้อาจแตกต่างจากองค์การอนามัยโลกที่แบ่ง กลุ่มวัยรุ่น (adolescent) คือ อายุ 10 –19 ปี เยาวชน (young people) อายุระหว่าง 10 – 24 ปี และหนุ่มสาว (youth) อายุ 15 – 24 ปี โดยที่การแบ่งกลุ่มในการวิจัยนี้ได้พิจารณาทั้งลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (biological) ที่สำคัญในเด็กไทย สภาวะตามกฎหมายเช่น การศึกษาภาคบังคับ กฎหมายแรงงาน เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ตามสถานที่ต่างๆ เช่น สถานศึกษา หรือที่ทำงาน เมื่อมีกิจกรรมเพื่อการพัฒนา

กลุ่มอายุ 13 – 18 ปี นี้มีประมาณ 15 ล้านคน หรือประมาณเกือบ 1 ใน 4 ของประชากร ทั้งประเทศ และประมาณร้อยละ 63 ของประชากรกลุ่มนี้กำลังเรียนอยู่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2544) จัดว่าเป็นวัยรุ่น กลุ่มอายุตอนกลาง และเป็นสะพานเชื่อมต่อไปสู่วัยรุ่นตอนปลาย (20 – 24 ปี) ซึ่งกลุ่มนี้บางส่วนอยู่ในระบบอุดมศึกษาหรืออยู่ในภาคแรงงานแล้ว

### 2.3.1 **ปัญหาสุขภาพ**

- โดยทั่วไปวัยรุ่นเป็นวัยที่มีสุขภาพแข็งแรงเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ มีการป่วยโดยรวมประมาณร้อยละ 9 ของผู้ป่วยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2546 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2547) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ทั้งหมด
- สำหรับการตายก็มีอัตราตายที่ต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และในกลุ่มวัยรุ่นด้วยกันเอง เด็กในกลุ่มอายุ 10 – 14 ปี มีอัตราตายต่ำกว่าในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี ชายมีการตายมากกว่าหญิงในทั้ง 2 กลุ่มอายุ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2547)
- สาเหตุการตายที่สำคัญในกลุ่มอายุนี้ คือ อุบัติเหตุ โดยเฉพาะทางการขนส่ง และการจมน้ำตาย ในปี พ.ศ. 2544 มีประชากรวัย 10 – 14 ปี และ 15 – 19 ปี ตายจากอุบัติเหตุการขนส่งจำนวน 356 และ 1623 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2 ของการตายด้วยอุบัติเหตุการขนส่งทั้งหมดในกลุ่มประชากรที่ตายด้วยการจมน้ำซึ่งมีประมาณ 6.16 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2544 ร้อยละ 11.6 ของผู้ที่จมน้ำตายอยู่ในกลุ่มอายุ 15 – 24 ปี สาเหตุการตายรองลงมาคือตายด้วยโรคเอดส์ ซึ่งในกลุ่มอายุนี้หญิงตายมากกว่าชาย (ชายร้อยละ 13.7 หญิงร้อยละ 28.3)

สาเหตุต่อไปคือการฆ่าตัวตายด้วยอัตรา 11.1 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2544) เป็นชายมากกว่าหญิง (7.9 และ 3.2 ต่อประชากรแสนคน) นอกจากนี้ยังถูกฆ่าตาย (ร้อยละ 6.8 ในชายและในหญิงร้อยละ 2.4) และตายด้วยโรคมะเร็ง (ร้อยละ 3.3 ในชาย และ 7.8 ในหญิง)

- ปัญหาการติดเชื้อ HIV ในภาพรวมการติดเชื้อ HIV รายใหม่ในประเทศไทยจะมีประมาณ 20,000 รายต่อปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มอายุน้อยลง คือ กลุ่มอายุ 15 –24 ปี หญิงอายุ 15 –19 ปี ติดเชื้อมากกว่าชาย รวมทั้งสองเพศในกลุ่มอายุ 14 –15 ปี ติดเชื้อ HIV ปีละประมาณ 16,000 คน ซึ่งทำให้อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์ในวัยรุ่นมีประมาณร้อยละ 11.1 ของผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดโดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2547a)
- ปัญหายาเสพติด จากการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบค เคเอสซี อินเตอร์เน็ตโพลล์ ในปี พ.ศ. 2544 สำรวจปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาระดับตั้งแต่ ป.6 – ปริญญาตรี กลุ่มเป้าหมายอายุระหว่าง 11 – 24 ปี ซึ่งมีประมาณ 6 ล้านคนในจำนวนนี้ร้อยละ 12 คือ 663,290 คน เกี่ยวข้องกับยาเสพติด โดยมีทั้งผู้เสพ ผู้ค้า และทั้งค้าทั้งเสพ ชนิดของยาเสพติดส่วนใหญ่คือยาบ้า รองลงมาคือกัญชา สารระเหย และเฮโรอีน ในปี พ.ศ. 2545 วัยรุ่นไทยอายุ 14 – 18 ปี 15,115 คน เป็นชายประมาณร้อยละ 90 ตกเป็นผู้ต้องหาคดียาเสพติด ซึ่งจำแนกตามความผิด คือ เสพ ครอบครอง และจำหน่าย และในปีเดียวกันนี้วัยรุ่นในกลุ่มอายุนี้เข้ารับการบำบัดรักษาเกี่ยวกับยาเสพติด เป็นชาย 17,118 คน และหญิง 1,313 คน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2547)
- ปัญหาสุขภาพจิต การสำรวจในนักเรียน ม.1 – ม.6 ในโรงเรียนใน กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดพบว่า นักเรียนประมาณ 1 ใน 3 คน มีปัญหาสุขภาพจิต โดยมีความผิดปกติในพฤติกรรม เช่น ความสัมพันธ์กับเพื่อน อยู่ไม่นิ่ง เกเร ปัญหาทางอารมณ์ ในเด็กชั้น ม. 5 และ ม. 6 จะมีปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้มากที่สุด โดยเฉพาะการไม่มีสมาธิ อยู่ไม่นิ่งและปัญหาอารมณ์ เด็ก ม. 4 มีปัญหาน้อยที่สุด คือ ประมาณ 25.0 % (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต, 2544) และ จากการสำรวจสภาวะเยาวชนไทยปี พ.ศ. 2541 ซึ่งได้สอบถามถึงอาการต่างๆในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาเพื่อวัดระดับความเครียดของเยาวชนอายุ 15 – 24 ปี พบว่าอาการที่เป็นมากกับเยาวชนในเขตเมือง ถึงร้อยละ 25.5 คือ อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว เช่นเดียวกับเยาวชนในชนบทที่มีอาการเช่นนี้ ร้อยละ 10 – 14 (จรรยา เศรษฐบุตร อัญชลี วรางค์รัตน์ และ จิรกิต บุญชัยวัฒนา, 2541)

- ปัญหาทันตสุขภาพ จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 โดยกรมอนามัย พบว่าวัยรุ่นไทย อายุ 18 ปี มีฟันผุร้อยละ 62.1 และมีค่าเฉลี่ย DMFT 2.1ซี่ / คน (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2545)
- ปัญหาการทำแท้ง จากการสำรวจสตรีที่เข้ารับรักษาอาการแทรกซ้อน อันเนื่องมาจากการการแท้งในโรงพยาบาลของรัฐ 789 แห่งในปี 2542 โดยกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 45,990 ราย พบว่าร้อยละ 47 อายุไม่เกิน 24 ปี และในกลุ่มอายุนี้ เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่แท้งอายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งเป็นจำนวนการแท้งประมาณหมื่นกว่าราย และจากข้อมูลของมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส) พบว่าร้อยละ 61 ของหญิงที่ทำแท้งนอกโรงพยาบาลอายุไม่เกิน 24 ปี และข้อมูลล่าสุดในปี พ.ศ. 2546 หญิงที่เคยทำแท้งมีร้อยละ 9 อยู่ในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี
- ปัญหาการทะเลาะวิวาท ข้อมูลจากกองบัญชาการตำรวจนครบาลระบุว่า วัยรุ่นก่อเหตุทะเลาะวิวาท 2743 ครั้ง ในปี 2545 และ 2279 ครั้งในปี 2546 ในช่วงระหว่างเดือนมกราคมถึงสิงหาคม คิดเป็นการทะเลาะวิวาทเฉลี่ยวันละประมาณ 9 – 11 ครั้ง (ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2547)
- เยาวชนในสภาวะลำบาก ประกอบด้วยเยาวชนพิการ 6 แสนกว่าคนอายุระหว่าง 0 – 19 ปี เป็นความพิการทางสติปัญญาร้อยละ 25 เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 17 ปี อยู่ในสภาวะยากจน 3.1 ล้านคน (ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2542) และมีโสเภณีเด็ก (อายุต่ำกว่า 18 ปี) ที่ต้องทำธุรกิจทางเพศทั้งชายและหญิงอยู่ประมาณ 30,000 – 90,000 คน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)
- พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ที่สำคัญและมีผลต่อปัญหาสุขภาพทั้งในปัจจุบันและเมื่ออายุมากขึ้นคือ
    - ดื่มสุรามากขึ้น โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง ดื่มสุราเพิ่มขึ้นประมาณ 5 เท่า จากร้อยละ 1.0 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 5.6 ในปี พ.ศ. 2546 วัยรุ่นชายอายุ 15 – 19 ปี ดื่มสุราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.9 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 33.5 ในปี พ.ศ. 2546 (จรรยา เศรษฐบุตร อัญชลี วรางค์รัตน์ และ จิรกิต บุญชัยวัฒนา, 2541)
    - สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ชายวัยรุ่นจากร้อยละ 26 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2546 หญิงเพิ่มจากร้อยละ 0.6 เป็นร้อยละ 0.9 ในระยะเวลาเดียวกัน และอายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ร้อยละ 55.9 อยู่ในช่วง 15 – 19 ปี (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)
    - พฤติกรรมทางเพศเสี่ยงมากขึ้น จากผลการสำรวจวัยรุ่นในระดับมัธยมศึกษาในกรุงเทพ โดย พญ. สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาร้อยละ 10 เคยมี

เพศสัมพันธ์แล้ว และนักเรียนชั้นมัธยมหนึ่ง เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 2 โดยไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2547) ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นอายุ 16 – 21 ปี ใน 14 ประเทศ รวมประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2542 โดยบริษัท ถุงยางดูแรกซ์ระบุว่า วัยรุ่นไทยร้อยละ 52 มีคู่นอนมากกว่า 1 คน (ในขณะที่ทั่วโลกมีเพียงร้อยละ 34) ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพียงร้อยละ 23 (ค่าเฉลี่ย การใช้ถุงยางอนามัยของวัยเดียวกันทั่วโลกร้อยละ 57) เริ่มเรียนเพศศึกษาเมื่ออายุเฉลี่ย 13.5 ปี (ค่าเฉลี่ยทั่วโลกอายุ 12.2 ปี) และพ่อแม่วัยรุ่นไทยมีบทบาทในการสอนเรื่องเพศแก่ลูกเพียงร้อยละ 1 ในขณะที่ทั่วโลกมีค่าเฉลี่ยในเรื่องนี้ถึงร้อยละ 12 ในขณะที่อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นลดลง คู่นอนส่วนใหญ่จะเป็นเพื่อน คนรักมากกว่าหญิงบริการอย่างแต่ก่อน (ร้อยละ 71 เปรียบเทียบกับร้อยละ 19) แต่อัตราการใช้ถุงยางอนามัยกลับแตกต่างกัน กล่าวคือถ้าเป็นคนรักเพื่อนสนิทจะใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 14.8 กับหญิงบริการร้อยละ 37.6 และกับหญิงอื่นๆร้อยละ 21.9 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2545)

- พฤติกรรมการกินที่ไม่ถูกต้อง เช่นกินของหวานเป็นประจำ งดอาหารเช้า กินอาหารรสจัด กินอาหารประเภท fast – food บ่อยครั้ง และในระหว่างมื้ออาหารมีเพียงร้อยละ 7.8 เท่านั้น ที่ไม่กินอะไรเลย นอกนั้นดื่มน้ำอัดลม กินขนมกรุบกรอบ คุกกี้ ลูกอมเป็นประจำ (ชุลีพร ศรศรี, 2541)
- การออกกำลังกาย ในวัยรุ่นมีสัดส่วนของกลุ่มที่ออกกำลังกายลดลง กว่าในวัยเด็ก และลดลงเรื่อยๆ เมื่ออายุสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2545 วัยรุ่นอายุ 15 –19 ปี ที่เป็นชายออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาร้อยละ 78.6 หญิงร้อยละ 59.3 เมื่อดูความถี่ในการเล่นกีฬา พบว่าที่ทำเป็นประจำ 5 – 7 วันต่อสัปดาห์มีร้อยละ 39.3
- การสวมหมวกกันน็อคและคาดเข็มขัดนิรภัย ยังอยู่ในระดับต่ำมากในกลุ่มอายุนี้ทั้งที่มีอัตราตายสูงเนื่องจากอุบัติเหตุการขนส่ง โดยเฉพาะจากรถจักรยานยนต์และรถยนต์ ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2541 พบว่าอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยและสวมหมวกกันน็อคในกลุ่มอายุ 14 –17 ปี มีเพียงร้อยละ 15.2 และ 21.2 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มอายุ 18 –19 ปี มีอัตราคาดเข็มขัดนิรภัย และสวมหมวกกันน็อคในขณะขับขี่ หรือโดยสารรถเพียงร้อยละ 19.1 และ 24.5 เท่านั้น

### 2.3.2 **ปัจจัยเสี่ยง**

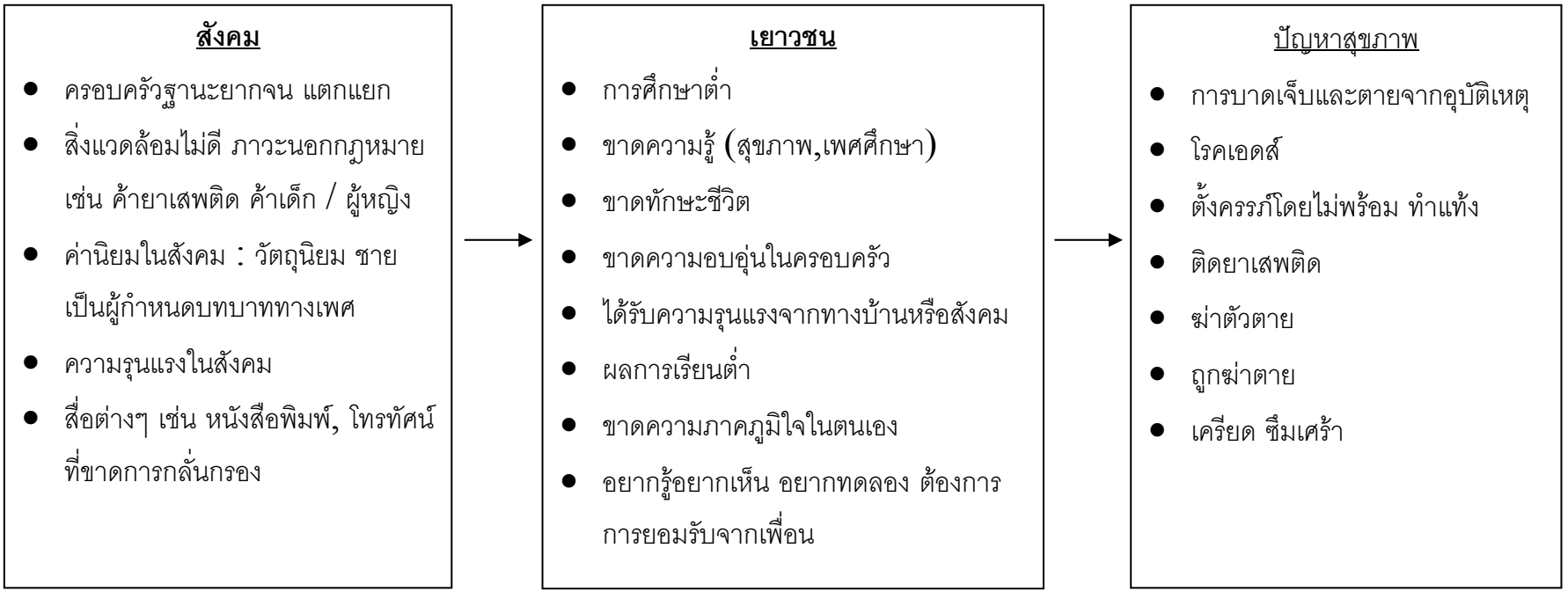
จากปัญหาการเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญในกลุ่มวัยรุ่น คืออุบัติเหตุ จากการจราจรและการจมน้ำ โรคติดเชื้อโดยเฉพาะโรคเอดส์ การฆ่าตัวตาย ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด ความรุนแรง ในสังคม เช่น ถูกฆ่าตาย และการจับกลุ่มทะเลาะวิวาท การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมและการทำแท้งในวัยรุ่นหญิง ปัญหาเหล่านี้ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ เพราะมีอิทธิพลมาจากพฤติกรรมเสี่ยง และสิ่งแวดล้อมในสังคม เช่นครอบครัว โรงเรียน เพื่อน

- ปัจจัยเสี่ยง ของการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการขนส่ง ซึ่งพบว่าคนและรถเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ รถที่พบว่ามีอุบัติเหตุ มากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ ประมาณร้อยละ 90 การขับรถด้วยความเร็วสูงรวมทั้งผู้ขับขี่ดื่มสุรา หรือเสพยาบ้า ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ และการไม่สวมหมวกนิรภัย หรือคาดเข็มขัดนิรภัยในกรณีขับขี่หรือโดยสารรถยนต์ก็เป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บและการตาย (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, 2538), (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค , 2547b)
- ปัญหาการใช้สารเสพติด รวมทั้งการสูบบุหรี่ และดื่มเหล้า มีสาเหตุมาจากการขาดความอบอุ่นในครอบครัว มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว เด็กมีผลการเรียนต่ำ หรือระดับการศึกษาต่ำขาดความรู้ความเข้าใจถึงผลร้ายของยาเสพติด (กุหลาบ รัตนสัจธรรมและคณะ, 2540) และสาเหตุที่สำคัญคือ ตามอย่างเพื่อน เพื่อเข้าสังคม อยากรู้อยากทดลอง (มากกว่าร้อยละ 60) โดยเฉพาะในวัยรุ่นต่ำกว่า 15 ปี สูบบุหรี่เพราะสาเหตุ อยากจะทดลองและเพื่อนชวน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545)
- ปัญหาโรคเอดส์ มีสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมของวัยรุ่นไทย ที่มีเพศสัมพันธ์เร็ว อายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ลดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งขณะนี้ในเด็กชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งอายุประมาณ 13 – 14 ปี ก็เริ่มมีเพศสัมพันธ์แล้ว และมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนด้วยกันมากกว่าหญิงบริการ โดยมีการป้องกันน้อยมาก เพราะฝ่ายชายในวัฒนธรรมไทยคือผู้กำหนดและตัดสินใจว่าจะใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย และวัยรุ่นส่วนใหญ่ก็มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ทำให้วัยรุ่นหญิง (อายุ 15 – 19 ปี) ติดเชื้อมากกว่าผู้ชาย
- ปัญหาการฆ่าตัวตาย ส่วนหนึ่งสาเหตุมาจากการป่วยด้วยโรคเอดส์ โดยพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสูงมากในภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งมีอัตราการติดเชื้อ HIV ในประชากรสูงเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ จิตแพทย์ยังให้ความเห็นว่าสื่อทั้งข่าวในหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ก็มีอิทธิพลทำให้เกิดการเลียนแบบ รวมทั้งสอนฆ่าตัวตายทางอ้อมระหว่างที่เสนออย่างละเอียดด้วย (ฉัตรเพ็ญ บุประกอบ, 2547)
- ปัญหาทันตสุขภาพ อาจเชื่อมโยงกับประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากและการกินระหว่างมื้ออาหารที่ส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีน้ำตาลสูง เสี่ยงต่อสภาวะฟันผุ เช่น ข้อมูลจากการ

สำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 พบว่าในกลุ่มอายุ 17 – 19 ปี กินของว่างระหว่างมื้อเย็น น้ำอัดลม ร้อยละ 26.8 ขนมบรรจุถุงร้อยละ 53.1 คุกกี้ร้อยละ 18.0 ขนมหวานไทยร้อยละ 21.8 ลูกอมร้อยละ 35.7

- ปัจจัยเสี่ยงทางสังคม เช่นความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี ครอบครัวแตกแยก มีเพื่อนติดยาหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อม ที่ผิดกฎหมาย เด็กที่ล้มเหลวในการเรียน มีเวลาว่างมากเกินไป จะเสี่ยงประมาณ 3 ถึง 8 เท่าที่จะมีปัญหาการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือก่อนวัยอันควร และมีความก้าวร้าวรุนแรง พกพาอาวุธ (Resnick et al., 1997), (WHO and UNICEF, 2000), (Dept. of Child and Adolescent Health and Development (CAH), 2001) ในขณะที่ปัจจัยเช่น ครอบครัวที่อบอุ่น มีความสัมพันธ์ดี พ่อแม่เอาใจใส่ต่อผลการเรียนของลูก ใช้เวลาว่างอย่างมีประโยชน์และสร้างสรรค์ ซึ่งจะทำให้เด็กมีความมั่นคงในอารมณ์สูง สามารถป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของวัยรุ่นได้
- ค่านิยมทางสังคมของวัยรุ่น ที่ให้ความสำคัญมากกับเพื่อน และวัตถุนิยม เช่นจากการสำรวจสภาวะเยาวชนไทย (จรรยา เศรษฐบุตร อัญชลี วรางค์รัตน์ และ จิรกิต บุญชัยวัฒนา, 2541) พบว่าค่านิยมที่สำคัญ 3 อันดับแรกคือ มีเพื่อนฝูงมาก พยายามทำทุกอย่างให้มีฐานะดีขึ้น และระวังคำพูดไม่ได้กระทบกระเทือนผู้อื่น และยังนิยมใช้สินค้าที่มียี่ห้อดังๆ ค่านิยมเหล่านี้ทำให้วัยรุ่น จำนวนหนึ่งเข้าร่วมกับการทะเลาะวิวาทระหว่างสถาบันเพราะความรักเพื่อน
- การพัฒนาทักษะชีวิตในวัยเรียนและวัยรุ่นยังไม่ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายทั้งในและนอกระบบโรงเรียน ซึ่งทักษะชีวิตนี้คือสิ่งที่เด็กและเยาวชนควรจะต้องฝึกฝนเพื่อเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต นอกเหนือไปจากวิชาความรู้ทั่วไป ทักษะชีวิต (life skill) จะช่วยให้สามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง สนองต่อการท้าทายต่างๆในชีวิตประจำวัน โดยยังคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี โดยผู้เชี่ยวชาญได้กำหนดทักษะไว้ 10 อย่าง คือ 1) การตัดสินใจ 2) การแก้ปัญหา 3) การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 4) การคิดอย่างมีเหตุผล 5) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 6) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 7) การรู้จักตนเอง 8) การเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น 9) การจัดการกับอารมณ์ 10) การจัดการกับความเครียด ซึ่งประเทศไทยได้เริ่มนำมาพัฒนาใช้ในระบบการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2535 โดยมีวัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ แต่ในการประเมินผลในปี 2542 พบว่ายังขาดประสิทธิภาพในการดำเนินงานเท่าที่ควรโดยเฉพาะครูผู้สอนและการบูรณาการเข้าไปในหลักสูตร (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)
- สื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ที่เข้าถึงประชาชน อย่างกว้างขวางรวดเร็ว ตามการพัฒนาประเทศ ถ้าไม่ได้มีการกลั่นกรองอย่างมีวิจารณญาณในการเสนอข่าว เช่น ข่าวการฆ่าตัวตาย ค่านิยมที่ฟุ้งเฟ้อในสังคม ความโก้เก๋ของการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ที่สามารถทำให้เยาวชนที่ด้อยพัฒนาในเรื่องทักษะชีวิตเห็นดีงามและประพฤติตามได้

**รูปที่ 2.7 สถานะสุขภาพของวัยรุ่นไทย : ปัญหาและระดับของสาเหตุ**



### 2.3.3 **ปัจจัยคุ้มครอง**

จากการศึกษาวิจัยพบว่า (Rutter, 1993), (Blum, 1998) วัยรุ่น ที่สามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ติดยาเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ ส่วนใหญ่จะมีคุณสมบัติและทักษะที่สำคัญต่อไปนี้คือ รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า มีความเป็นตัวของตัวเอง รู้จักงานและควบคุมตนได้ มีความรู้สึกต่อสังคมในทางบวก รู้จักการให้ เห็นอกเห็นใจ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และมีทักษะในการแก้ปัญหา มีจุดมุ่งหมายในชีวิต และมาจากครอบครัวที่อบอุ่น รักใคร่ ห่วงใย ซึ่งกันและกัน ไม่มีความรุนแรงในครอบครัวและไม่จำเป็นว่าจะต้องมีฐานะร่ำรวย

ดังนั้นเยาวชนไทยผู้มีสุขภาวะ จะต้องเป็นเยาวชนที่มีภูมิคุ้มกันต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเจ็บป่วย และการตายก่อนวัยอันควรรวมทั้งเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติที่สามารถจะสร้างสรรค์สังคมและเศรษฐกิจของชาติให้เจริญรุ่งเรืองต่อไปในอนาคต โดยที่ตนเองก็เติบโตเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะด้วย เยาวชนเหล่านี้ควรประกอบด้วยลักษณะและคุมสมบัติ ดังต่อไปนี้

- เป็นผู้มีสัมฤทธิผลในการเรียนดี หรือมีทักษะในการประกอบอาชีพ
- มีความรู้และมีทักษะชีวิตในด้านต่อไปนี้ คือ การตัดสินใจที่ดี การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เทคนิคในการปฏิเสธ รู้จักตัวเอง การรับผิดชอบในการกระทำของตน การเข้าใจอารมณ์และควบคุมอารมณ์ได้ ทักษะในการแก้ปัญหา การคิดวิเคราะห์แยกแยะผิดถูก การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น มีความเห็นอกเห็นใจ และความสามารถในการจัดการกับความเครียด
- มีทัศนคติและค่านิยมที่เหมาะสมถูกต้องในด้านเพศ เช่น ความเท่าเทียมกันระหว่างหญิงชาย บทบาทของหญิงและชายในสังคม ความรับผิดชอบในพฤติกรรมทางเพศ
- ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญและการป้องกัน
- มีทัศนคติที่ดีและมีพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคและอันตรายต่างๆ
- มีความรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพที่จำเป็นและการเข้าถึงบริการ
- มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) เห็นตนเองมีคุณค่าในทางที่ถูก รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และสังคม มีแนวทางและความมุ่งหวังในอนาคต
- มีความเชื่อทางศาสนา

**รูปที่ 2.8: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย**

### 2.3.4 **องค์ประกอบในการสร้างสุขภาวะแก่วัยรุ่นไทย**

จากลักษณะและคุณสมบัติของเยาวชนไทยที่มีสุขภาวะ คือ ตัวกำหนด วิธีการในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุ คือ เป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยอาศัยแนวทางจากข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่ได้จากการระดมสมองและประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญในหลายประเทศเพื่อการพัฒนาเยาวชน (WHO, 1999) วิธีการที่สำคัญ ประกอบด้วย

- การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม
- การให้ข้อมูลข่าวสาร
- การสร้างทักษะที่จำเป็น
- การให้การปรึกษาหารือ
- การให้บริการด้านสุขภาพและบริการอื่นๆที่เหมาะสม

2.3.4.1 <u>การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม</u>

วัตถุประสงค์หลักของวิธีการนี้ คือ ต้องการให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการเจริญเติบโตของเยาวชน : เช่น อันตรายต่างๆ ความรุนแรง ความเครียด ความเกรงกลัว และยังเป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยเกื้อหนุน หล่อเลี้ยงให้มีพัฒนาการในทางบวกอย่างต่อเนื่อง เช่น สร้างค่านิยมที่ถูกต้อง สร้างวินัย ความเชื่อมั่นในตัวเองและต่อผู้อื่น

สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการด้านสุขภาพของเยาวชนมีดังต่อไปนี้ คือ

ก) <u>ครอบครัวและโรงเรียน</u>

ครอบครัวเป็นสังคมแรกสุดของเด็กที่จะให้ความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตแก่เด็กที่สำคัญยิ่ง คือ ความรัก และการเลี้ยงดู การศึกษาวิจัยได้แสดงให้เห็นชัดเจนว่าความรักความเอาใจใส่ในครอบครัวจะทำให้เด็กเติบโตด้วยความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีจุดมุ่งหมายในชีวิตและมีทัศนคติทางบวกต่อผู้อื่นและสังคม เป็นเกราะป้องกันภาวะเสี่ยงต่างๆจากโลกภายนอก ครอบครัวจึงเป็นสถาบันแรกของสังคมที่ควรได้รับการพัฒนาและดูแลเพื่อให้เป็นหน่วยผลิตและหล่อหลอมบุคลากรที่มีคุณภาพให้แกสังคมและประเทศชาติ จากครอบครัวก็คือโรงเรียนซึ่งเด็กจะต้องผ่านเข้าไปด้วยข้อบังคับตามกฎหมาย ความสัมพันธ์อันดีก็จะเป็นปัจจัยคุ้มกันเด็กจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ต่อไปนี้ คือ แนวทางปฏิบัติในครอบครัวและโรงเรียนเพื่อช่วยสนับสนุนการพัฒนาของเยาวชน

- พ่อแม่ควรให้ความรักแก่ลูกโดยปราศจากเงื่อนไข เช่น ไม่จำเป็นว่าลูกจะต้องเรียนดีเลิศพ่อแม่จึงจะรัก ฯลฯ
- แสดงให้ลูกรู้ถึงความรัก เช่น การโอบกอด บอกด้วยวาจา
- พร้อมๆกับการให้ความรักพ่อ/แม่ควรจะสร้างวินัยให้เกิดกับลูกโดยการสั่งสอนอบรม เช่น การรับผิดชอบในงานบ้าน การตรงต่อเวลา การไม่ข่มเหงรังแกคนหรือสัตว์ ฯลฯ

- ควรมีการสื่อสารที่ดีระหว่างสมาชิกครอบครัว โดยไม่ใช้ความรุนแรง
- พ่อแม่ควรต้องรู้ว่าใครบ้างเป็นคนที่ลูกคบหาสมาคมด้วย เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงใดๆ หรือไม่ เช่น การเสพยาเสพติด การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า รวมทั้งพ่อ/แม่ ควรเป็นตัวอย่างที่ดีแก ลูกในการที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเอง
- พ่อ/แม่ควรเลี้ยงลูกชายหญิงโดยให้ความรักที่เท่าเทียมกัน รวมทั้งการรับผิดชอบในงานบ้าน หรือกิจกรรมอื่นๆ
- พ่อ/แม่ ควรเอาใจใส่และติดตามผลการเรียนของลูกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของผลการเรียนและแก้ไขปัญหาตั้งแต่แรกเริ่ม
- ควรมีการร่วมมือกันระหว่างพ่อแม่ โรงเรียน ชุมชน ในการจัดกิจกรรมต่างๆที่เป็นประโยชน์เพื่อเยาวชนจะได้ไม่มีเวลาว่างมากเกินไปรวมทั้งช่วยจัดการเรียนหรือทักษะอาชีพของเยาวชนด้วย เช่น ในสหรัฐอเมริกามีโครงการหลังโรงเรียนเลิกช่วยเด็กทำการบ้าน กิจกรรมกีฬา การฝึกอาชีพ ฯลฯ
- โรงเรียนควรจะพัฒนาไปสู่การเป็นโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพพร้อมกับการพัฒนาด้านวิชาการ แบะควรเน้นความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าครูและนักเรียน ป้องกันการใช้ความรุนแรงในโรงเรียน พัฒนาครูให้มีความรักและห่วงใยเด็กอย่างจริงจัง และร่วมมือกับครอบครัวในการสร้างเสริมพัฒนาการที่ดีแก่เยาวชนและแก้ปัญหาตั้งแต่เริ่มแรกคุณภาพของครูเพื่อเป็นที่ปรึกษาที่นั่งทางจิตใจแก่เยาวชนนอกไปจากครอบครัว

ข) <u>นโยบาย กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับต่างๆ</u>

ในสถานการณ์ที่ค่านิยมและสิ่งแวดล้อมต่างๆในสังคมที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของวัยรุ่นมีความโน้มเอียงไปสู่ภาวะเสี่ยง สิ่งที่จะช่วยได้อย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพก็คือ นโยบายของรัฐ หรือกฎหมายและกฎระเบียบต่างๆเพราะผลใช้บังคับจะสามารถป้องปราบพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้ เช่น

- กฎหมายและนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการต่อต้านยาเสพติด และลงโทษอย่างรุนแรงแก่ผู้ค้า
- กฎหมายการใช้หมวกนิรภัยและการคาดเข็มขัดนิรภัยที่มีบทลงโทษไว้ชัดเจน
- กฎหมายและนโยบายรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่และการนำเข้าบุหรี่จากต่างประเทศ

นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาในเรื่องต่อไปนี้เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายและกฎหมายตลอดจนวิธีดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อสวัสดิภาพและสุขภาพของเยาวชน

- การขยายระยะเวลาการศึกษาภาคบังคับเพื่อให้เยาวชนมีความรู้มากยิ่งขึ้น โรงเรียนมีบทบาทช่วยเยาวชนร่วมกับพ่อแม่ผู้ปกครองได้ยาวนานขึ้น และปกป้องเด็กหญิงจากการเข้าสู่ระบบการขายบริการทางเพศ
- การปฏิรูปการศึกษา ระบบการศึกษาที่มีคุณภาพจะมีส่วนสนับสนุนโดยตรงต่อสุขภาวะของนักเรียน

- กฎหมายที่คุ้มครองผู้หญิงและเด็กจากความรุนแรงในครอบครัว โดยเฉพาะที่มาจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ญาติพี่น้อง ฯลฯ
- การกวดขันเข้มงวดกับการได้มาซึ่งใบอนุญาตขับขี่ยานยนต์ โดยเฉพาะรถยนต์และรถมอเตอร์ไซค์ การให้ความรู้ที่ถูกต้องครอบคุมเกี่ยวกับการขับขี่อย่างปลอดภัยต่อตนเองและผู้อื่น การตรวจจับอย่างสม่ำเสมอในกรณีขับรถเร็ว และการดื่มสุรา การใช้โทรศัพท์มือถือระหว่างขับขี่ยานยนต์
- การป้องกันการค้าขายหญิงและเด็กทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ

ค) <u>ค่านิยมในสังคมและวัฒนธรรมประเพณี</u>

ค่านิยมต่อไปนี้ควรต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมทางบวกต่อเยาวชนไทย

- ค่านิยมที่มีสองมาตราฐานในพฤติกรรมของชายและหญิงในสังคมไทยโดยเฉพาะพฤติกรรมทางสังคมแบะทางเพศ
- ค่านิยมในการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่เพื่อการสังคม หรือเป็นสัญลักษณ์ของความทันสมัย โก้เก๋
- ค่านิยมในการรับประทานอาหาร fast food

สร้างค่านิยมที่ควรพัฒนาให้เกิดขึ้นในสังคมไทย โดยเร็วก็ คือ

- ค่านิยมในการซื่อสัตย์ต่อคู่สมรสหรือคู่รัก จนตลอดชีวิตการสมรส
- ค่านิยมในการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ทั้งชายและหญิงควรใช้สิทธิอย่างเท่าเทียมกันในการสร้างความมั่นใจว่าทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์จะต้องปลอดภัย
- ค่านิยมในการให้ความเท่าเทียมกันระหว่างเพศในทุกด้านของการดำเนินชีวิต รวมทั้งการงาน ค่าจ้าง โอกาสในการประกอบอาชีพและความก้าวหน้าในอาชีพ
- ค่านิยมในการไม่ดื่มสุรา/เบียร์ เมื่อจะขับรถหรือระหว่างขับรถ
- ค่านิยมในการรับประทานอาหารที่ครบห้าหมู่เป็นประจำ โดยเฉพาะผักผลไม้
- ค่านิยมในการออกกำลังกาย
- ค่านิยมในการดำเนินชีวิตอย่างเรียบง่าย ไม่ยึดติดวัตถุนิยมจนเกินไป

ง) <u>สื่อสารมวลชน</u>

ที่สำคัญคือสื่อที่แพร่หลายเป็นที่นิยมของเยาวชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ สื่อเหล่านี้จะมีอิทธิพลมากต่อการให้ความรู้ สร้างทัศนคติและค่านิยมแก่เยาวชน สื่อเหล่านี้จะมีอิทธิพลมากต่อการให้ความรู้ สร้างทัศนคติและค่านิยมแก่เยาวชน รวมทั้งเป็นกระบอกเสียงในการระดมความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาของสังคม ภาครัฐและองค์กรชุมชนควรประสานความร่วมมือกับสื่อต่างๆ ในการนำเสนอสิ่งที่เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาเยาวชน และต่อต้านกระแสหรือวิถีชีวิตที่จะเกิดปัญหาต่อสุขภาพชีวิต

จ) องค์กร ทรัพยากรและขุมพลังในชุมชน

ในสถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทย ที่สถาบันครอบครัวอ่อนแอลงเนื่องจากครอบครัวมีขนาดเล็กลง หรือแตกแยกอันเนื่องมาจากปัญหาสังคม เศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ ชุมชนจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เป็นที่พึ่งแก่เยาวชน เพราะโดยความหลากหลายชุมชนได้รวมทุกอย่างที่อยู่ในสังคมรอบตัวเยาวชน ตั้งแต่โรงเรียน บริการสุขภาพ/สาธารณสุข องค์กรด้านบริหาร องค์กรเอกชน รวมถึงทรัพยากรของท้องถิ่น ทั้งหมดนี้ถ้าได้รวมพลังกันมีการบริหารจัดการเพื่อมุ่งไปสู่ชุมชนสุขภาพดี (Healthy Community)ที่มีความปลอดภัยจากยาเสพติด ความรุนแรงทุกรูปแบบ มีโครงการในชุมชนอย่างต่อเนื่องที่เด็กและเยาวชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงได้ เป็นโครงการที่จะช่วยพัฒนาทักษะในการเรียนรู้ การประกอบอาชีพรวมทั้งทักษะชีวิตที่จำเป็น มีกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย สถานที่ออกกำลังกาย และการทำนุบำรุงรักษาศิลปวัฒนธรรมของท้องถิ่น ชุมชนเช่นนี้จะช่วยประคับประคองและสนับสนุนให้เยาวชนมีพัฒนาการทางบวกได้ถึงแม้ครอบครัวจะอ่อนแอลง รวมทั้งปกป้องเยาวชนจากปัญหายาเสพติดและพฤติกรรมรุนแรงได้ (WHO, 1999)

2.3.4.2 การให้ข้อมูลข่าวสาร

เป็นการปูพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการสร้างทักษะแก่เยาวชน การให้การปรึกษาและการเข้าถึงบริการสุขภาพ วิธีการประกอบด้วยการให้ข้อมูลที่เหมาะสมโดยวิธีการต่างๆ แก่เยาวชนเพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ปัญหาสุขภาพและการป้องกันตนเองจากปัญหาเหล่านั้น รวมทั้งโน้มน้าวให้มีพฤติกรรมในทางบวกด้านสุขภาพด้วย

ข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่เยาวชนทุกคนควรจะได้รู้และเข้าใจ

- ข้อมูลที่เกี่ยวกับการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าวัยรุ่นขบวนการเปลี่ยนแปลงนี้มีผลอย่างไรต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์
- ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในบางเรื่องที่สำคัญเกี่ยวข้องกับขบวนการเจริญเติบโต เช่น ความต้องการด้านโภชนาการ และโภชนาการที่เหมาะสมที่ควรได้รับในแต่ละช่วงของการเจริญเติบโตทั้งเพศชายและหญิง ทันตสุขภาพและสุขภาพในช่องปาก การออกกำลังกาย เพศศึกษาและอนามัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งการควบคุมอารมณ์การแสดงออกความรู้สึกโดยไม่ก้าวร้าว
- ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นโดยไม่มีการป้องกัน การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้ยาเสพติด และวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเหล่านี้
- ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่มีอยู่ในด้านสุขภาพ การศึกษา การฝึกอาชีพ และสันทนาการ ตลอดจนแนวทางหรือโอกาสที่จะเข้าถึงบริการเหล่านี้

- ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และความต้องการพื้นฐานของทั้งเพศชายและหญิงในด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ชีวิตครอบครัวเช่น บทบาทของพ่อและแม่ในการเลี้ยงดูบุตร หน้าที่และความรับผิดชอบต่อสังคมในฐานะพลเมืองที่ดี ความจำเป็นของการศึกษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตของทั้งชายและหญิง เป็นต้น
- วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารนั้นกระทำได้ทั้งผ่านสื่อมวลชน และระหว่างบุคคลต่อบุคคล เช่น จากผู้ใหญ่ เช่น พ่อแม่ ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสู่เยาวชน ระหว่างวัยรุ่นด้วยกันโดยฝึกอบรมวัยรุ่นในการให้ข้อมูลข่าวจะเกิดผลมากในเรื่องที่เกี่ยวกับเพศศึกษาและปัญหาเพศสัมพันธ์หรือระหว่างเพื่อนต่อเพื่อน ในเรื่องการลดเลิกพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ หรือบริการปรึกษาทางโทรศัพท์สายด่วน
- หลักการสำคัญในการสร้างประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างบุคคล คือ จะต้องมีปฏิสัมพันธ์ทั้งสองฝ่าย เปิดโอกาสให้เยาวชนได้แสดงความคิดเห็นด้วยไม่ใช่เป็นการให้ข้อมูลแต่ฝ่ายเดียว มีลักษณะการนำเสนอที่กระฉับกระเฉงเร้าใจรวมทั้งดัดแปลงให้เข้ากับความสนใจและความต้องการของเยาวชน

2.3.4.3 <u>การสร้างทักษะ</u>

การสร้างทักษะ คือ กิจกรรมที่เป็นกระบวนการประกอบด้วยการสอนและการฝึกเพื่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติเชิงพฤติกรรม ได้มีการนำมาใช้กับเยาวชนเพื่อสร้างความสามารถด้านใดด้านหนึ่งจนอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงหรือต้านทานต่อภาวะเสี่ยงต่างๆในสังคมได้ โครงการการสร้างทักษะในการดำเนินชีวิตและทักษะเฉพาะทาง เช่น การรู้จักปฏิเสธ การรู้จักตัดสินใจในทางบวกและทางแก้ปัญหาแก่เยาวชน พบว่าประสบผลสำเร็จในการลดพฤติกรรมเสี่ยงในหลายประเทศ ดังนี้

- ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และยาเสพติดในเยาวชน
- สุขภาพจิตดีขึ้น เพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในตนเอง
- เพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเยาวชนและพ่อแม่ และระหว่างครูและนักเรียน

นอกจากนี้ยังพบว่าโครงการที่สร้างทักษะแก่เยาวชนจะประสบความสำเร็จมากกว่าโครงการที่ให้แต่ข้อมูลเท่านั้นในการลดเลิกพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งข้อมูลจากการวิเคราะห์โครงการในสหรัฐอเมริกามากกว่า 100 โครงการที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การติดยาเสพติด พฤติกรรมเกเรหนีโรงเรียนก็สนับสนุนประสิทธิผลของการสร้างทักษะให้แก่เยาวชนในการแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงด้วย (WHO, 1999) องค์การอนามัยโลก (WHO, 1993a) ได้เสนอแนะทักษะสำคัญที่วัยรุ่นต้องการเพื่อการปฏิบัติไปสู่การมีสุขภาพดี มีดังต่อไปนี้

- **ทักษะในการดูแลตนเอง** เช่น อนามัยส่วนบุคคล สุขภาพฟันและช่องปาก รูปร่างลักษณะโดยทั่วไป การวางแผนการบริโภคและเตรียมอาหารที่ถูกสุขอนามัย ฯลฯ
- **ทักษะในการดำรงชีวิต** เช่น การทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ การหางานทำ

- **ทักษะชีวิต** (Life skill) ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “เป็นความสามารถในการปรับตัวและสร้างพฤติกรรมทางบวกซึ่งมีผลให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์และความต้องการที่ท้าทายต่างๆที่ผ่านมาในการดำเนินชีวิตประจำวันได้” ทักษะชีวิตในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและพัฒนาชีวิตประกอบด้วย
  - ทักษะในการรู้รักตนเอง
  - ทักษะในการรู้รักและเข้าใจผู้อื่น
  - ทักษะในการติดต่อสื่อสาร ปฏิเสธโดยไม่ใช้ความรุนแรงต่อสภาวะเสี่ยงต่างๆ และการการกดดันของกลุ่ม
  - ทักษะในการคิดสร้างสรรค์ ปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์
  - ทักษะในการตัดสินใจ รู้จักขบวนการในการตัดสินใจที่ถูกต้อง
  - ทักษะในการแก้ปัญหา
  - ทักษะในการความคุมอารมณ์และจัดการกับความเครียดในชีวิต

การพัฒนาเยาวชนในด้านทักษะชีวิต กระทำได้ทั้งสองลักษณะ คือ การพัฒนาทักษะชีวิตโดยทั่วไป หรือพัฒนาทักษะชีวิตเฉพาะทางในการแก้ปัญหาบางปัญหา เช่น ทักษะในทางปฏิเสธสำหรับแก้ปัญหายาเสพติด สำหรับเยาวชนไทย ควรได้รับการพัฒนาในทั้งสามทักษะ คือ การดำรงชีวิต การดูแลตัวเอง และทักษะชีวิต เพราะมีความอ่อนด้วยและถูกละเลยด้านนี้มาโดยตลอด หรือพัฒนาอย่างไม่ต่อเนื่อง ซึ่งควรมีการบรรจุทักษะต่างๆเข้าไว้ในหลักสูตรการศึกษาภาคบังคับ ประยุกต์ให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเยาวชนไทย สภาพทางสังคมวัฒนธรรมและประเพณีของท้องถิ่น สำหรับเยาวชนนอกระบบการศึกษาควรมีโครงการสร้างทักษะต่างๆเหล่านี้ในชุมชน หรือในสถานประกอบการด้วย อย่างไรก็ดีการสร้างทักษะอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาเยาวชนไปสู่สุขภาวะ จะต้องพัฒนาด้านอื่นที่จำเป็นด้วย คือ ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และการให้บริการที่จำเป็น เช่น บริการสุขภาพ การปรึกษาหารือ และข้อมูลข่าวสาร

2.3.4.4 การให้การปรึกษาหารือ

ความหมายของการให้การปรึกษา คือ ขบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล โดยมีหลักวิชาการเข้ามาร่วมที่จะทำให้ผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยให้ผู้มาปรึกษาได้จัดการกับปัญหาของตนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยายามให้เข้าใจในสภาพและความเป็นจริงของปัญหาและสามารถเลือกแนวทางที่ดีมีเหตุผลในการแก้ปัญหา ในช่วงชีวิตประมาณ 10 ปี ของวัยรุ่นเต็มไปด้วยการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม และในขณะเดียวกันก็ต้องพยายามเพื่อให้เกิดความสำเร็จในการศึกษาหรือการประกอบอาชีพในทุกขั้นตอน ถ้าขาดหลักการที่ถูกต้องหรือผู้ประคับประคองให้ก้าวเดินไปในทางที่ถูก การชี้แนะในทางที่ถูกต้อง การรับฟังและช่วยแก้ปัญหาต่างๆซึ่งมีความสำคัญมากและเมื่อผสมผสานกับความรู้ในทักษะชีวิตก็จะช่วยให้วัยรุ่นพัฒนาไปสู่ผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีในทุกมิติได้

ผู้ที่มีศักยภาพในการให้คำปรึกษาหารือแก่เยาวชนได้มีหลากหลายแล้วแต่สถานการณ์และลักษณะปัญหา เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง ครู ผู้นำทางศาสนา ผู้ใหญ่ในชุมชน เพื่อนฝูง นักวิชาการด้านการให้การปรึกษา อาสาสมัครชุมชน ตลอดจนบริการที่ทันสมัย เช่น โทรศัพท์สายด่วน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้คำปรึกษา บุคคลากรเหล่านี้ควรได้รับการฝึกอบรมทั้งในด้านเทคนิคของการให้คำปรึกษาที่ดี และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา สำหรับสถานที่ที่ให้การปรึกษามีหลากหลาย ทั้งบ้าน โรงเรียน มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล สถานีอนามัย คลินิก สถานที่ทางศาสนา ศูนย์เยาวชน โรงงาน หรือแม้แต่ในถนนหนทาง เพื่อเข้าถึงเยาวชนเร่ร่อนที่ไม่มีบ้าน

หลักการสำคัญในการให้คำปรึกษาประกอบด้วย (WHO, 1993b)

- ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การปรึกษาและเยาวชน ควรเป็นไปด้วยความซื่อสัตย์ จริงใจและเห็นอกเห็นใจ โดยเฉพาะทัศนคติของผู้ให้การปรึกษาควรมองเยาวชนในทางบวก ให้คำปรึกษาโดยคิดถึงสวัสดิภาพและสุขภาวะของเยาวชนเป็นหลัก
- ควรคำนึงถึงสถานที่ตั้งและเวลาทำการของบริการการปรึกษา ให้สอดคล้องกับความเป็นไปได้ที่เยาวชนจะมารับบริการ รวมทั้งราคาค่าใช้จ่ายเช่นในกรณีที่มีการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ
- การให้ความเคารพต่อปัญหาของเยาวชนและการรักษาความลับเป็นส่งที่จำเป็น โดยเฉพาะปัญหาที่ละเอียดอ่อนและเสี่ยงต่อกระแสสังคม เช่น การให้บริการคุมกำเนิด ปัญหาโรคเอดส์ ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2.3.4.5 บริการสุขภาพ

- ถึงแม้ในภาพรวมเยาวชนซึ่งอยู่ในวัยรุ่นจะดูเหมือนมีสุขภาพดีกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ แต่พวกเขาก็ยังมีปัญหาต่างๆ ทั้งด้านจิตใจ บุคลิกภาพ และปัญหาทางเพศที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ การศึกษาสภาวะเยาวชนไทย ระบุว่าเมื่อเยาวชนเจ็บป่วยมีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่จะไปหาแพทย์ตามคลินิกหรือซื้อยามากินเอง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) แสดงว่ายังมีเยาวชนเป็นจำนวนมากที่ไม่ทราบว่าการเจ็บป่วยจะนำไปสู่ผลกระทบที่รุนแรงทางสุขภาพต่อไปอย่างไร ไม่รู้จักสถานที่ให้บริการรวมทั้งไม่ไปรับบริการเพราะไม่อยากให้มีผู้รู้เห็นว่ามารับบริการด้านการรักษายาเสพติด โรคทางเพศสัมพันธ์หรือบริการคุมกำเนิด และในทางกลับกันข้อมูลองค์การอนามัยโลกก็แสดงว่าถ้ามีบริการสุขภาพที่เหมาะสมและวัยรุ่นมาใช้บริการจะลดปัญหาต่อไปนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ

- ปัญหาโรคพยาธิต่างๆ
- ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งผลกระทบ
- โอกาสรอดปลอดภัยของทารกที่คลอดจากแม่อายุยังน้อย (ต่ำกว่า 18 ปี)
- โอกาสในการใช้การคุมกำเนิด
- ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเอดส์
- ลดอัตราการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และใช้สารเสพติดต่างๆ

## 2.4 สุขภาพกลุ่มวัยทำงาน

### ลักษณะประชากรวัยแรงงานไทย

จากการสำมะโนประชากรและการเคหะของประเทศไทยปี พ.ศ. 2543 มีประชากรวัยแรงงาน 15–59 ปี ร้อยละ 66.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2544) และรายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรหรือสำรวจแรงงานเป็นประจำทุกเดือน ในเดือนกันยายน 2547 พบว่าจากจำนวนประชากรรวมทั่วประเทศทั้งสิ้น 65.21 ล้านคน เป็นผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานประมาณ 35.67 ล้านคน (ร้อยละ 54.7) เป็นผู้มีงานทำ 34.98 ล้านคน (ชาย 19.56 ล้านคนและหญิง 15.42 ล้านคน) คิดเป็นร้อยละ 98.1 ของกำลังแรงงาน โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ทำงานในภาคเกษตรกรรม (เกษตรกรรม ประมง ล่าสัตว์ และป่าไม้) รวมทั้งสิ้นประมาณ 13.6 ล้านคน (ร้อยละ 38.9) รองลงมาคือ การผลิต 5.72 ล้านคน (ร้อยละ 16.3) การขายส่ง ขายปลีก ซ่อมแซมยานยนต์ฯ 5.66 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) โรงแรมและภัตตาคาร 2.29 ล้านคน (ร้อยละ 6.5) กำลังแรงงานเคยรับการศึกษาร้อยละ 96.0 ส่วนใหญ่จบระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 35.4 ประถมศึกษา ร้อยละ 22.1 โดยที่เพศชายมีการศึกษามากกว่าหญิงเล็กน้อย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2547)

### 2.4.1 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชากรวัยทำงาน

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยทำงานเมื่อเข้าสู่วัยทำงานอายุ 25-44 ปี ที่สะท้อนให้เห็นทั้งจากภาวะการตาย การเจ็บป่วย และปัญหาสุขภาพอันเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปจากวัยเด็กและวัยรุ่น จะเห็นได้จากข้อมูลการศึกษาสาเหตุการตายของประชากรไทย ที่ตายใน 1 ปี ระหว่างปี พ.ศ.2540-2542 ใน 16 จังหวัดของประเทศไทย สาเหตุการตายในกลุ่มนี้เปลี่ยนแปลงไปเป็นโรคติดเชื้อมากที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 25-29 ปี โรคติดเชื้อรวมร้อยละ 42.4 ของการตายในกลุ่มอายุนี้ทั้งหมด ผู้ชายพบร้อยละ 44.1 ของกลุ่มอายุนี้ และ ผู้หญิงพบร้อยละ 37.5 กลุ่มอายุนี้ โดยที่กว่าร้อยละ 91.0 ของกลุ่มโรคติดเชื้อนี้เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ชายเป็นร้อยละ 40.3 และ ผู้หญิงเป็นร้อยละ 33.6 ส่วนการตายจากโรคติดเชื้ออื่น ๆ พบไม่มาก คือ วัณโรค (ชายร้อยละ 1.4 หญิงร้อยละ 1.2 ของการตายในเพศเดียวกัน) การตายจากสาเหตุภายนอกเป็นอันดับ 2 คือ ชายร้อยละ 26.4 หญิงร้อยละ 16.1 ของการตายในเพศเดียวกัน ซึ่งอุบัติเหตุจราจรทางบกเป็นสาเหตุใหญ่ที่สุดคือเป็นร้อยละ 46.8 ของสาเหตุภายนอกทั้งหมด เพศชายสูงกว่าหญิง รองลงมาคือ ฆ่าตัวตายร้อยละ 4.6 ถูกทำร้าย/ฆาตกรรมร้อยละ 4.1 กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุอันดับ 3 คือ กลุ่มโรคมะเร็งและเนื้องอก (ร้อยละ 9.4 ของการตายในวัยนี้ทั้งหมด) ซึ่งในเพศหญิงมีสัดส่วนการตายด้วยมะเร็งสูงถึงร้อยละ 17.6 ขณะที่เพศชายมีสัดส่วนการตายจากมะเร็งเพียงร้อยละ 6.7 เท่านั้น มะเร็งที่เป็นสาเหตุการตาย

อันดับต้น ๆ ทั้งในเพศชายและหญิง คือ มะเร็งตับ/ท่อน้ำดี และ มะเร็งปอด /หลอดลม สำหรับมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ในหญิงนั้นพบเป็นร้อยละ 24.2 ของมะเร็งในหญิงทั้งหมด และมะเร็งเต้านมเป็นร้อยละ 17.6 ของมะเร็งในหญิงทั้งหมด กลุ่มโรคอันดับที่ 4 คือ โรคระบบไหลเวียนโลหิตร้อยละ 6.9 ซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 35.2 และโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 29.0 สาเหตุการตายอันดับที่ 5 และ 6 คือ โรคระบบทางเดินอาหารร้อยละ 3.2 และ โรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจส่วนล่างร้อยละ 2.1 การตายของเพศหญิงอันเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดในอายุนี้พบ 19 รายหรือร้อยละ 0.7 ของการตายในหญิงกลุ่มนี้ทั้งหมด (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะฯ, 2546)

สำหรับกลุ่มอายุ 45-59 ปี อันดับของสาเหตุการตายเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในกลุ่มอายุนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 25-44 ปี กล่าวคือ การตายด้วยกลุ่มโรคมะเร็งและเนื้องอกเป็นอันดับแรก โดยที่หญิงมีสัดส่วนการตายสูงกว่าชายเล็กน้อย คือ หญิงร้อยละ 31.9 ชายร้อยละ 26.9 มะเร็งที่เป็นสาเหตุหลักในกลุ่มนี้คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดีร้อยละ 52.9 ของมะเร็งทั้งหมด รองลงมาคือมะเร็งปอดและหลอดลมร้อยละ 13.1 ของมะเร็งทั้งหมด ชายมากกว่าหญิงเกือบ 2 เท่า สำหรับมะเร็งของระบบอวัยวะสืบพันธุ์หญิงร้อยละ 20.8 ของมะเร็งในหญิงกลุ่มนี้ทั้งหมด และมะเร็งเต้านมเป็นร้อยละ 12.3 ของมะเร็งในเพศหญิงทั้งหมด กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในกลุ่มนี้คือ โรคระบบไหลเวียนโลหิตร้อยละ 19.7 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญในกลุ่มนี้คือ โรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 44.3 และโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 26.2 ในขณะที่การตายจากสาเหตุภายนอกลดลงมาเป็นอันดับที่ 3 ร้อยละ 12.1 ของการตายทั้งหมดในอายุนี้ โดยที่ชายยังคงตายด้วยสาเหตุนี้สูงกว่าหญิงเท่าตัว โดยที่อุบัติเหตุจราจรทางบกเป็นสัดส่วนสูงสุดในกลุ่มนี้ คือร้อยละ 45.2 ของการตายด้วยสาเหตุภายนอกทั้งหมด รองลงมาคือถูกฆาตกรรมร้อยละ 16.6 และฆ่าตัวตายร้อยละ 15.4 ของการตายในกลุ่มนี้ตามลำดับ ในทุกสาเหตุของกลุ่มนี้ ชายตายสูงกว่าหญิง ส่วนสาเหตุการตายอันดับที่ 4 คือ กลุ่มโรคติดเชื้อร้อยละ 9.7 ของกลุ่มอายุนี้ทั้งหมด ชายสูงกว่าหญิง ซึ่งการติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นอันดับแรกมีสัดส่วนถึงเกือบครึ่งหนึ่งของการตายด้วยโรคติดเชื้อทั้งหมดในอายุนี้ รองลงมาคือ วัณโรค ซึ่งชายสูงกว่าหญิงเท่าตัว ส่วนสาเหตุการตายอันดับที่ 5 คือ โรคเมตะบอลิซึมและต่อมไร้ท่อเป็นร้อยละ 7.8 ของกลุ่มอายุนี้ โดยที่เป็นโรคเบาหวานมากที่สุดถึงร้อยละ 92.1 ของกลุ่มโรคนี้ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะฯ, 2546)

ได้มีการนำสาเหตุการตายของกลุ่มวัยทำงานอายุ 25-44 ปี มาคำนวณความสูญเสียก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost) พบว่า ในวัยนี้มีจำนวนปีที่สูญเสียก่อนวัยอันควรจาก โรคเอดส์ เป็นอันดับแรก และอุบัติเหตุเป็นสาเหตุอันดับสอง ส่วนในวัยทำงานช่วงอายุ 45-59 ปี สาเหตุการตายอันดับต้น ๆ เปลี่ยนไปเป็นโรคไม่ติดต่ออย่างชัดเจน คือตายด้วยมะเร็ง ความดันโลหิตสูง-โรคหลอดเลือดสมอง มากที่สุด ส่วนการตายจากสาเหตุภายนอกและโรคติดเชื้อลดความสำคัญลงมาเป็นอันดับที่ 3 และ 4 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ, 2543)

นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพที่สะท้อนให้เห็นจากภาวะการตายแล้ว กลุ่มประชากรวัยทำงานยังมีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตพื้นฐานทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพและที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ดังนี้คือ

### 2.4.2 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตพื้นฐานที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ

- **การบริโภคอาหาร** ปัจจุบันคนไทยวัยทำงาน มีแนวโน้มที่จะรับประทานอาหารนอกบ้านเพิ่มขึ้น หรือมีรูปแบบอาหารสำเร็จให้เลือกบริโภคมากมายตั้งแต่ อาหารปรุงสำเร็จ (หรืออาหารถุง) กึ่งสำเร็จรูป อาหารสดที่หั่นหรือปอกไว้พร้อมสำหรับปรุง อาหารประเภทเครื่องปรุงรส เป็นต้น จากข้อมูลการสำรวจวิถีชีวิตวันนี้ของคนกรุงเทพฯ ของศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด ช่วงเดือน มี.ค.-เม.ย. 2545 พบว่า ร้อยละ 54.2 ของคนกรุงเทพฯ นิยมซื้ออาหารสำเร็จรูป เนื่องจากสะดวกทั้งในการหาซื้อและไม่ต้องเสียเวลาในการปรุง กลุ่มอายุระหว่าง 20-30 ปี นิยมรับประทานมากที่สุด (มติชนสุดสัปดาห์, 2545) ผู้บริโภคที่ซื้ออาหารเหล่านี้จึงได้รับสารอาหารขาดหรือเกินความจำเป็นในบางกลุ่ม เช่น บริโภคโปรตีนและไขมันสูง และส่วนใหญ่ต้องเสี่ยงกับการบริโภคอาหารไม่สะอาดและปนเปื้อนทั้งเชื้อโรคและสารเคมี

- **การออกกำลังกาย** เป็นเครื่องชี้วัดสุขภาวะที่ดีในด้านปัจจัยคุ้มครอง (Protective factor) ระดับบุคคล เพราะการออกกำลังกายช่วยเพิ่ม พลังงานและความกระปรี้กระเปร่าของร่างกาย เสริมสร้างเข้มแข็งของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เพิ่มพูนระบบภูมิต้านทานของร่างกาย นอกจากนั้นการออกกำลังกายยังช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังหลายชนิด เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ลดระยะเวลาความเสื่อมถอยของร่างกาย และลดภาวะความเครียด ความกังวลต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการเพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตในช่วงวัยทำงานก่อนจะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ (WHO, 2002) องค์การอนามัยโลก จึงได้กำหนดให้ปี ค.ศ.2002 เป็นปีของ “การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อสุขภาพ” (Move for Health) จากข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป พบว่ามีเพียง ร้อยละ 24.2 เป็นผู้ที่ออกกำลังกายระหว่าง 3 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ประเภทกิจกรรมการออกกำลังกายที่นิยมมากที่สุด คือ เล่นกีฬา ร้อยละ 13.2 รองลงมาได้แก่เดินออกกำลังกาย และวิ่ง มีสัดส่วนเท่ากันคือ ร้อยละ 3.9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545) และในปี พ.ศ.2546 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเองที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ร้อยละ 29 โดยกลุ่มอายุ 20-59 ปี ออกกำลังกาย ร้อยละ 25 เพศชายออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง คือเพศชาย ร้อยละ 28.8 เพศหญิง ร้อยละ 21.9 และเมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่ออกกำลังกายมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ พบว่ากลุ่มอายุ 20-59 ปี ออกกำลังกายมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 14.4 เพศชาย ร้อยละ 17.9 และ เพศหญิง ร้อยละ 11.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2546)

- **ภาวะเจริญพันธุ์และพฤติกรรมทางเพศ** การแสดงออกทางพฤติกรรมทางเพศของวัยทำงานในช่วงอายุ 25 –49 ปี เป็นผลต่อเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางร่างกายและจิตใจอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น (ช่วงอายุ 10-24 ปี) และปัจจัยกำหนดภาวะเจริญพันธุ์และพฤติกรรมทางเพศ ด้านสังคม วัฒนธรรม ทัศนคติและค่านิยมด้านเพศ ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ปัญหาสุขภาพและสังคม เช่น โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การทำแท้งจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ฯลฯ

ปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมทางเพศยังปัญหาที่สำคัญของวัยทำงาน และเพิ่มปัญหามากขึ้นในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย ณ วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2545 พบว่า กลุ่มอายุ 25-29 ปี มีผู้ป่วยสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 27.4, รองลงมาอายุ 30 -34 ปี ร้อยละ 25, อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 15.2, อายุ 20-24 ปี ร้อยละ 10.6 (กองระบาดวิทยา, 2545) ในขณะที่ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2547 กลุ่มอายุ 25-29 ปี และ 30 -34 ปี เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีสัดส่วนสูงสุดเท่าๆกัน คือ ร้อยละ 25.7 กลุ่มอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 16.3, อายุ 20-24 ปี ร้อยละ 9.4 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2547) และจากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรวัยแรงงาน ปี พ.ศ.2539-2540 ที่ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ได้ทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างวัยแรงงาน พบว่า กว่าร้อยละ 70 ของทั้งชายและหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยที่ชายเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 19.8 ปี (มัธยฐาน 19 ปี) และหญิงอายุ 21.3 ปี (มัธยฐาน 20 ปี) โดยที่กลุ่มที่เกิดในช่วงหลังๆ จะเริ่มมีเพศสัมพันธ์ขณะที่อายุน้อยกว่ากลุ่มที่เกิดก่อนๆ ถึง 3-4 ปี ชายเริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วกว่าหญิงในเกือบทุกกลุ่มอายุ ส่วนการมีเพศสัมพันธ์หลายคนนั้น พบว่าชายร้อยละ 26.3 และหญิงร้อยละ 5.9 ในกรุงเทพมหานครให้ประวัติว่ามีคู่นอนหลายคนในระยะเวลา 1 ปี ก็ยังพบการมีคู่นอนสูงในชายกลุ่มอายุ 20-34 ปี และหญิงอายุ 13-19 ปี (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) และผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มคนงาน พ.ศ.2544 ของกองโรคเอดส์ เมื่อเดือนมิถุนายน 2544 พบว่าประวัติการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคนงานชายเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 77.7 และเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 17.9 ปี พบการมีเพศสัมพันธ์กับแฟน คนรัก เพื่อนสนิท ร้อยละ 47.3 ส่วนกลุ่มคนงานหญิง เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 64.5 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 19.5 ปี และมีเพศสัมพันธ์กับแฟน คนรัก เพื่อนสนิท ร้อยละ 11.4 (กมลชนก เทพสิทธา, 2545) จะเห็นว่าอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของทั้งสองเพศ อายุน้อยกว่าการสำรวจของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย และในการสำรวจของกองระบาดวิทยายังพบพฤติกรรมเสี่ยงคนงานทั้งชายและหญิงให้ประวัติว่าในปีที่แล้วมีเพศสัมพันธ์กับแฟน คนรัก เพื่อนสนิทมากที่สุด โดยในกลุ่มคนงานชาย พบการมีเพศสัมพันธ์กับแฟน คนรัก เพื่อนสนิทร้อยละ 43.5 และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 28.7 มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ ร้อยละ 17.6 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 58.4 มีเพศสัมพันธ์กับ

ผู้หญิงอื่นร้อยละ 27.9 และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 32.4 สำหรับการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายพบร้อยละ 4.1 และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 29.2 ในกลุ่มคนงานหญิง มีเพศสัมพันธ์กับแฟน คนรัก เพื่อนสนิท ร้อยละ 21.1และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 8.8 มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่น (ไม่ใช่แฟน /คู่รัก) ร้อยละ 6.1 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 20.4 ส่วนการมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับสิ่งตอบแทน เช่น เงิน สิ่งของ พบร้อยละ 2.4

ในด้านพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย การสำรวจของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ในปี พ.ศ. 2540 พบว่า หญิงส่วนใหญ่รู้จักถุงยางอนามัย แต่มีชายเกินครึ่งที่ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ในขณะที่ปี พ.ศ.2544 ข้อมูลการสำรวจของกองระบาดวิทยาพบว่า คนงานชายใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคิดเป็นร้อยละ 30.7 ในขณะที่คนงานหญิงใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพียงร้อยละ 11.9 ซึ่งผลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอสไอวี พ.ศ. 2546 สถานการณ์ในเรื่องนี้ไม่ได้ดีขึ้นและกลับมีปัญหามากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มพนักงานหญิง กล่าวคือกลุ่มพนักงานชาย 1 ใน 3 มีการใช้ถุงยางอนามัยจากการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ซึ่งต่างกับกลุ่มพนักงานหญิงมีการใช้ถุงยางอนามัยจากการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่ำกว่า ประมาณ 1 ใน 10 เท่านั้น และในรอบปีที่ผ่านมาพนักงานชายมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ ร้อยละ 62 มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่คนรัก เพื่อนสนิท หญิงบริการเพิ่มขึ้น แต่มีการใช้ถุงยางอนามัยที่ต่ำลง สำหรับกลุ่มพนักงานหญิงมีแนวโน้มของการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่นเพิ่มขึ้น แต่มีการใช้ถุงยางอนามัยต่ำเช่นเดียวกับพนักงานชาย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2547) สะท้อนให้เห็นว่าประเด็นปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนั้น เพศหญิงวัยแรงงานยังคงมีอำนาจต่อรองทางเพศต่ำ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากทัศนคติที่มีต่อเรื่องเพศที่ถูกปลูกฝังและปรุงแต่งโดยเฉพาะในเรื่องของ เพศภาวะ (gender) ซึ่งในช่วงวัยแรงงานนี้เป็นช่วงชีวิตของการก่อตั้งครอบครัว และการแสดงบทบาทของพ่อและแม่ โดยเฉพาะบทบาทที่จะส่งผลต่อการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องทางเพศต่อเด็กในครอบครัวที่จะเป็นวัยแรงงานในรุ่นต่อไป

- **ความปลอดภัยในการขับขี่/โดยสารรถ**

ในขณะที่ประเทศไทยมีกฎหมายบังคับใช้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับขี่/โดยสารรถ ทั้งการสวมหมวกกันน็อคในผู้ที่ขับขี่/โดยสารรถจักรยานยนต์ การใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ที่ขับขี่หรือโดยสารรถยนต์ตอนหน้า การควบคุมความเร็วในการขับขี่ทั้งรถจักรยานยนต์และรถยนต์ รวมทั้งกฎหมายบังคับไม่ขับรถในขณะมึนเมาสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เกินปริมาตรที่กำหนด ซึ่งกลุ่มวัยแรงงาน เป็นกลุ่มที่ต้องขับขี่หรือโดยสารรถเป็นประจำ โดยเฉพาะเป็นผู้ขับขี่ที่มีผลต่อผู้โดยสารในกลุ่มอื่น ๆ ด้วย ดังข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการขนส่งประเทศไทย ปี 2544 พบว่า ผู้บาดเจ็บ

รุนแรงจากอุบัติเหตุการขนส่ง ส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 67.0 เป็นผู้โดยสารยานพาหนะ ร้อยละ 24.6 ผู้ใช้รถจักรยานยนต์มีสัดส่วนสูง ร้อยละ 81.3 ของผู้บาดเจ็บ และร้อยละ 80.3 ของผู้เสียชีวิตที่ใช้ยานพาหนะทุกประเภท ผู้ขับขี่ยานพาหนะที่บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุการขนส่ง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบร้อยละ 41.5 และตาย ร้อยละ 43.9 ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่บาดเจ็บรุนแรง ส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 92.2 และ ผู้เสียชีวิตร้อยละ 96.9 (เฉวตสรร นามวาทและคณะฯ, 2546) ซึ่งสถานการณ์ด้านความปลอดภัยที่สำคัญมีดังนี้ คือ

- **การสวมหมวกกันน๊อค** จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี พ.ศ.2546 มีผู้ที่ขับขี่/โดยสารรถจักรยานยนต์จำนวน 53.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 85.4 ของประเทศ ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ขับขี่/โดยสารรถจักรยานยนต์สวมหมวกกันน๊อคทุกครั้ง ร้อยละ 16.3 สวมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 50.3 โดยที่ในกลุ่มวัยทำงาน (20-59 ปี) เคยขับขี่/โดยสารรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 89.6 เป็นผู้ขับขี่/โดยสารรถจักรยานยนต์ที่สวมหมวกกันน๊อคทุกครั้ง ร้อยละ 21.0 สวมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 58.1 และเพศชายที่ขับขี่/โดยสารรถจักรยานยนต์สวมหมวกกันน๊อคทุกครั้งสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือ เพศชายสวมทุกครั้ง ร้อยละ 22.4 เพศหญิงสวมทุกครั้ง ร้อยละ 19.6
- **การใช้เข็มขัดนิรภัย** ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี พ.ศ.2546 ผู้ที่ขับขี่หรือโดยสารรถยนต์ตอนหน้าในปี พ.ศ.2546 มีจำนวน 42.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 67.8 ของประเทศ ในจำนวนนี้ เป็นผู้ที่ใช้เข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับหรือโดยสารรถยนต์ตอนหน้า ร้อยละ 20.4 ใช้บางครั้ง ร้อยละ 40.6 โดยที่ในกลุ่มวัยทำงาน (20-59 ปี) เคยขับขี่หรือโดยสารรถยนต์ตอนหน้า ร้อยละ 73.2 ใช้เข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับหรือโดยสารรถยนต์ตอนหน้า ร้อยละ 28.8 ใช้บางครั้ง ร้อยละ 45.7 และเพศชายใช้เข็มขัดนิรภัยทุกครั้งสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือ เพศชายใช้ทุกครั้ง ร้อยละ 30.1 เพศหญิงใช้ทุกครั้ง ร้อยละ 27.4

และจากการตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเองของผู้ที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไปที่ขับรถยนต์/ขี่รถจักรยานยนต์และดื่มแอลกอฮอล์ ในปี พ.ศ. 2546 พบว่า ไม่ขับรถในขณะมึนเมาสุราหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 51.7 ดื่มและขับเป็นประจำร้อยละ 4.8 ดื่มและขับเป็นบางครั้ง ร้อยละ 43.5 และเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน อายุ 20-59 ปี เพศชายจะมีสัดส่วนของการหลีกเลี่ยงไม่ ขับรถในขณะมึนเมาสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์น้อยกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน โดยที่ในเพศชายไม่ขับรถในขณะมึนเมาสุราหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 45.4 ดื่มและขับเป็นประจำร้อยละ 4.8 ดื่มและขับเป็นบางครั้งร้อยละ 43.5 ในขณะที่เพศหญิงไม่ขับรถในขณะมึนเมาสุราหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 75.5 ดื่มและขับเป็นประจำร้อยละ 1.6 ดื่มและขับเป็นบางครั้งร้อยละ 22.9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2546)

- **พฤติกรรมที่คุกคามต่อสุขภาพ**

  - **การสูบบุหรี่** จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี พ.ศ.2544 พบว่ากลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 23.4 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน ประมาณ 10.6 ล้านคน ร้อยละ 20.6 โดยประชากรที่อาศัยนอกเขตเทศบาลสูบบุหรี่มากกว่าในเขตเทศบาล คือ ร้อยละ 22.7 และ ร้อยละ 16.4 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 25-59 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด คือ ร้อยละ 26.2 และอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำในเพศชายสูงกว่าหญิงถึง 17.9 เท่า คือชายสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 39.3 หญิงร้อยละ 2.2 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เป็นประจำประมาณ 18.5 ปี โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ของชายจะเร็วกว่าหญิง คือชาย 18.3 ปี และหญิง 21.9 ปี ผู้ที่สูบบุหรี่ประจำจะสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันประมาณ 10.6 มวน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545) ส่วนการสำรวจในปี 2546 การสูบบุหรี่กลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 21.6 เมื่อพิจารณาอายุของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน พบว่า กลุ่มอายุ 20-59 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดร้อยละ 24.7 โดยในกลุ่มอายุนี้เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ สูงกว่าเพศหญิง 16 เท่า คือชายสูบบุหรี่ ร้อยละ 50.8 หญิงร้อยละ 3.1 อายุเฉลี่ยกลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป ที่เริ่มสูบบุหรี่ประมาณ 18.4 ปี โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ของชายจะเร็วกว่าหญิง คือชาย 18.2 ปี และหญิง 21.5 ปี ผู้ที่สูบบุหรี่ประจำในกลุ่มอายุ 20-59 ปี จะสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันประมาณ 9.9 มวน โดยชายสูบวันละ 10.1 มวน และหญิง 7.6 มวน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2546)

  - **การดื่มแอลกอฮอล์** จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี พ.ศ.2544 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่ดื่มสุราประมาณ 15.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32.6 โดยในปี พ.ศ. 2544 มีผู้ดื่มสุราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 2.3 ต่อปี อัตราการดื่มในเพศชายร้อยละ 55.9 หญิงร้อยละ 9.8 พบอัตราสูงในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรนอกเขตเทศบาลดื่มในสัดส่วนสูงกว่าในเขตเทศบาล กลุ่มประชากรวัย 25-29 ปี เป็นกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในสัดส่วนสูงกลุ่มอายุอื่น คิดเป็น ร้อยละ 39.3 รองลงมาคือ กลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) ร้อยละ 21.6 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มประมาณ 20.2 ปี โดยชายมีอายุเฉลี่ยของการเริ่มดื่มเร็วกว่าหญิง คือ ชายอายุเฉลี่ย 19.3 ปี หญิง 25.1 ปี สาเหตุของการดื่มสุราคือ เพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 43.8 รองลงมา คือ ตามอย่างเพื่อนหรือเพื่อนชวนดื่ม ร้อยละ 32.8 และทดลองดื่ม ร้อยละ 15.9 เมื่อพิจารณาหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุรา พบว่ามีร้อยละ 23.3 ของหญิงตั้งครรภ์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545) การสำรวจในปี 2546 พบว่า ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไปเป็นผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา ร้อยละ 35.5 อัตราการดื่มในเพศชายร้อยละ 60.8 หญิงร้อยละ 14.5 กลุ่มวัยแรงงาน (20-59 ปี) มีอัตราการดื่มสุรา ร้อยละ 42.4 กลุ่มเยาวชน (15-24 ปี)

พบร้อยละ 29.1 เมื่อแยกพิจารณาเฉพาะในกลุ่มอายุ 20-59 ปี เพศชายมีอัตราการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 72.1 และเพศหญิง ร้อยละ 17.7 โดยที่กลุ่มอายุ 20-59 ปี มีความถี่ในการดื่มสุราสม่ำเสมอ ในเพศชายร้อยละ 57.8 ซึ่งเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอทุกวัน ร้อยละ 10.7 ดื่ม 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ12.8 ดื่ม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 21.1 ในเพศหญิงดื่มสุราสม่ำเสมอ ร้อยละ 25.6 ซึ่งเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอทุกวัน ร้อยละ 3.8 ดื่ม 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ4.4 และดื่ม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 7.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2546)

- **การเสพยาเสพติด** จากศึกษาประมาณการผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในประเทศไทยของคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านข้อมูลและวิชาการสารเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. ในปี พ.ศ. 2544 โดยศึกษาในกลุ่มประชากรเป้าหมายคือ อายุตั้งแต่ 11-65 ปี เกี่ยวกับยาเสพติด 9 ชนิด ประกอบด้วย ยาบ้า เฮโรอีน ฝิ่น กัญชา กระท่อม สารระเหย ยาอี/ยาเลิฟ โคเคน และยาเค พบว่าจำนวนประชากรที่เคยใช้ยาเสพติดมีจำนวนทั้งสิ้น 7,312,200 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.4 จากจำนวนประชากรทั้งหมด และเคยใช้ยาเสพติดในช่วง 1 ปี มีจำนวน 1,942,100 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.3 ประชากรที่ใช้ยาเสพติดในช่วง 1 ปี มีผู้ใช้ยาบ้ามากที่สุดจำนวน1,092,500 คน คิดเป็นร้อยละ 2.4 รองลงมาคือ กัญชา ร้อยละ 1.5 และกระท่อม ร้อยละ 1.4 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2545) และเมื่อจำแนกปัญหายาเสพติดตามพื้นที่และชนิดของยาเสพติด พบว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดในช่วง 30 วัน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราผู้ใช้ยาบ้า กัญชา สารระเหย สูงสุด คือ 23, 10, และ 5 คน ต่อประชากร 1,000 คน ตามลำดับ ภาคใต้มีอัตราผู้ใช้กระท่อมสูงสุด คือ 46 คนต่อประชากร 1,000 คน ภาคเหนือมีอัตราผู้ใช้ฝิ่นสูงสุด คือ 1 คน ต่อประชากร 1,000 คน ในขณะที่ภาคใต้ ภาคเหนือ กรุงเทพฯ และปริมณฑล มีอัตราการเสพยาอี เท่ากันคือ 1 คน ต่อต่อประชากร 1,000 คน

3.2.2 ปัญหาสุขภาพอันเนื่องจากการทำงาน นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิตโดยทั่วไปแล้ว ประชากรวัยทำงานยังประสบปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวเนื่องจากกระบวนการประกอบอาชีพต่าง ๆ คือ

- **การทำงานในภาคอุตสาหกรรมและงานบริการ**

จากสถิติการประสบอันตรายจากการทำงานของลูกจ้างในสถานประกอบการของกองทุนเงินทดแทน พบว่าข้อมูลการประสบอันตรายจากการทำงาน ในช่วงปี พ.ศ.2532 ถึง พ.ศ.2544 จำนวนผู้ประสบอันตรายจากการทำงานสูงขึ้น จากปี พ.ศ.2532 จำนวนลูกจ้างประสบอันตราย 62,766 คน ปี พ.ศ.2544 เพิ่มขึ้นเป็น 190,910 คน โดยในปี พ.ศ.2539 สูงถึง

245,616 คน เมื่อคิดเป็นอัตราการประสบอันตรายจากผู้ที่ได้รับความคุ้มครอง พบว่า อัตราการเจ็บป่วยต่ำสุดร้อยละ 3.0 ในปี พ.ศ.2542 และสูงสุดในปี 2536 อัตราป่วยร้อยละ 4.7 อัตราการสูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพ ค่อนข้างคงที่ ยกเว้นในปี พ.ศ.2536 ซึ่งมีอัตราการสูญเสียอวัยวะทุพพลภาพ เพิ่มขึ้น เนื่องจากอุบัติเหตุรายใหญ่หลายครั้ง คือ เหตุเพลิงไหม้ที่โรงงานอุตสาหกรรมเคเดอร์ จังหวัดนครปฐม ตึกโรงแรมรอยัลพลาซ่าถล่มที่จังหวัดนครราชสีมา และเพลิงไหม้ครั้งใหญ่ที่จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มอายุ 25-29 ปี เป็นกลุ่มที่ประสบอันตรายหรือบาดเจ็บเนื่องจากการทำงานมากที่สุด รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 20-24 ปี (กองทุนประกันสังคม, 2545) หากพิจารณาจำแนกตามลักษณะการประสบอันตรายช่วงปี พ.ศ.2541-2543 พบว่าเกิดจาก วัตถุหรือสิ่งของตัด บาด และทิ่มแทง มากที่สุด เฉลี่ยปีละประมาณ 40,000 คน รองลงมาเกิดจาก วัตถุหรือสิ่งของพังทลายล่นทับลงมา และวัตถุหรือสิ่งของกระเด็นเข้าตา ส่วนการเจ็บป่วยจากการทำงาน เกิดจากการยกหรือเคลื่อนย้ายของหนัก การสัมผัสสิ่งมีพิษ สารเคมี และอาการเจ็บป่วยจากท่าทางการทำงาน อวัยวะที่ประสบอันตรายในช่วงปี พ.ศ.2541 ถึง-2543 พบว่า อวัยวะที่ประสบอันตรายสูงสุดคือ มือ (รวมนิ้วและข้อมือ) ร้อยละ 33.5, 35.9 และ 37.0 รองลงมาคือ ตา ร้อยละ 19.1, 18.9 และ 19.1 เท้า/ส้นเท้า (รวมนิ้วเท้าและข้อเท้า) ร้อยละ 10.7, 10.6 และ 12.3 ตามลำดับ (สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2545) ส่วนโรคจากการประกอบอาชีพจากการรายงานเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้รายงานโรคจากการทำงาน 7 โรคคือ พิษสารกำจัดศัตรูพืช พิษสารตะกั่ว พิษโลหะหนัก พิษจากตัวทำละลาย พิษจากสารไอระเหย โรคปอดจากอาชีพ และโรคลดความกดดันอากาศ พบอัตราป่วย ระหว่างปี พ.ศ.2532-2542 อยู่ในช่วงร้อยละ 5.18 – 9.46 (กองระบาดวิทยา, 2544)

- **การทำงานในภาคเกษตรกรรม**

ในระยะเวลาตั้งแต่ปี 2532-2541 มีรายงานโรคจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด อัตราป่วยตายต่ำกว่าร้อยละ 1 ส่วนโรคอื่นๆมีรายงานน้อยมาก หากพิจารณาจากจำนวนผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมของประเทศ ซึ่งน่าจะถือได้ว่าเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ต้องสัมผัสกับสารกำจัดศัตรูพืช จากตัวเลขรายงานการเจ็บป่วย จะพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชในปี พ.ศ.2541 ประมาณ 28.2 ต่อแสนประชากร ซึ่งน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะคงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคเพราะไม่มีอาการเฉพาะเจาะจง และแพทย์ผู้ตรวจส่วนใหญ่ก็ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เท่าใดนัก หากนำข้อมูลการเจ็บป่วยระหว่างปี พ.ศ.2537-2541 ถึงประเภทของสารกำจัดศัตรูพืช พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุชนิดของสารกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 72.1) ในกลุ่มที่ระบุประเภทของสารกำจัดศัตรูพืช พบว่า สารออกาโนฟอสเฟต เป็นสาร

ที่รายงานการเกิดพิษจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 14.3) รองลงมาคือ สารพิษประเภทฆ่าหญ้า (ร้อยละ 5.0) ที่พบน้อยมากคือ สารฆ่าหนู (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

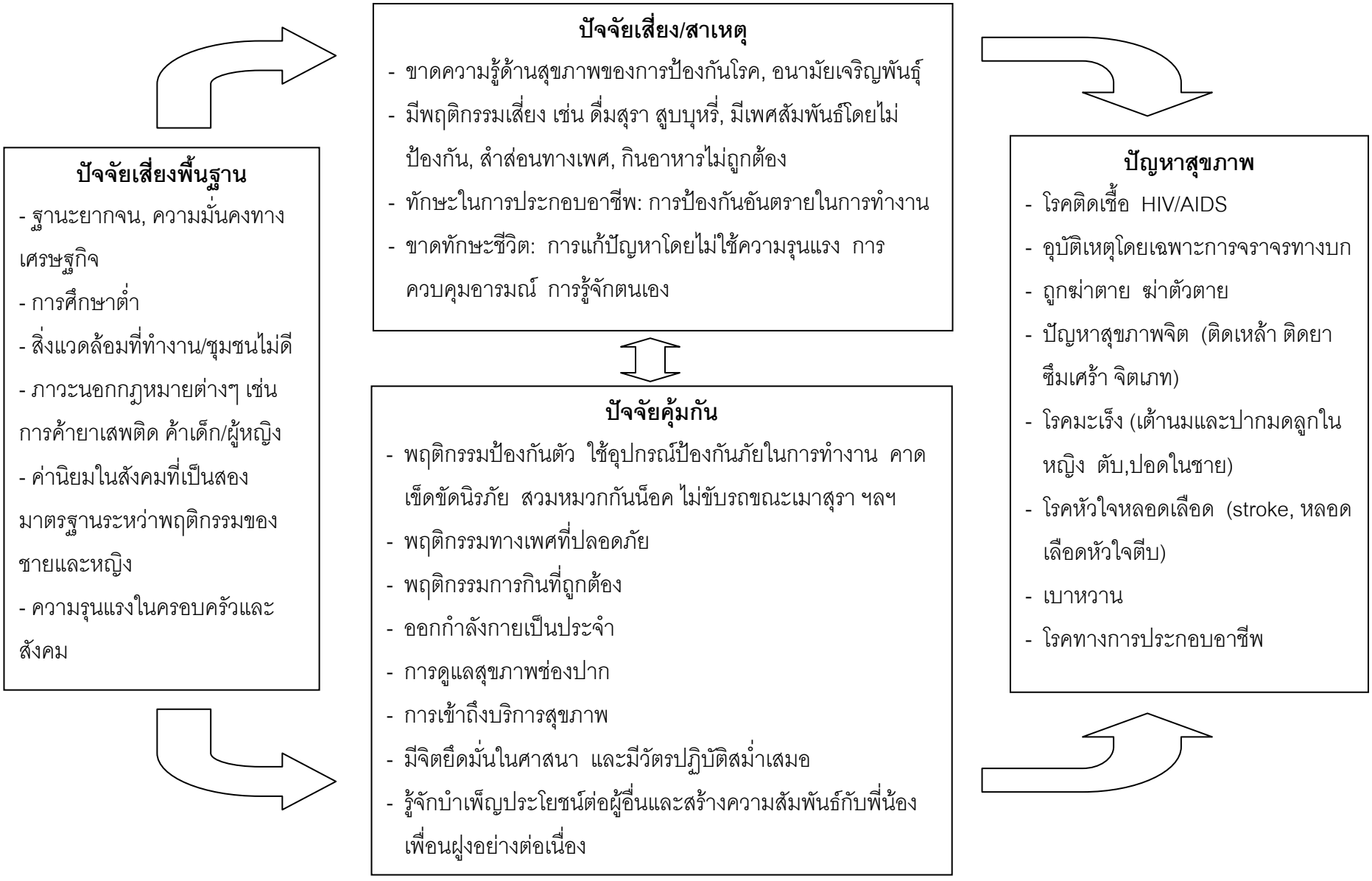
การเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของประชากรกลุ่มวัยทำงานที่ประกอบด้วย สุขภาวะด้านร่างกาย (Healthy Physical) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Healthy Behavior) สุขภาวะด้านจิตใจ (Healthy Mental) และสุขภาวะด้านสังคมและจิตวิญญาณ (Healthy Social and Spiritual) มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

3.3.1 การสร้างศักยภาพชายหญิงให้มี ทัศนคติ และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตพื้นฐานใช้ที่สนับสนุนการสร้างสุขภาวะ โดยเฉพาะปัญหาสำคัญที่จะเกิดในวัยทำงาน

3.3.2 การเสริมสร้างปัจจัยป้องกันสุขภาพของประชากรวัยทำงาน เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เป็นสถานทำงานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี การจัดระบบบริการทางสุขภาพและสังคม เป็นต้น

ดังนั้นการพัฒนาเครื่องชี้วัดสำหรับกลุ่มวัยทำงานสุขภาพดี (Healthy Worker) ในระดับบุคคล จึงมุ่งไปที่การวัดในเชิงพฤติกรรมสุขภาพทั้งพฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมป้องกัน รวมทั้งการวัดปัจจัยป้องกันสุขภาพที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของวัยทำงาน จำแนกตามกลุ่มทำงานในแต่ละบริบทด้วย

**รูปที่ 2.9 สถานะสุขภาพของวัยแรงงาน: ปัญหาและระดับของสาเหตุ**



## 2.5 สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ (อายุ 13-49 ปี)

ถ้าพิจารณาตามวงจรชีวิตของมนุษย์ (life cycle approach) อนามัยเจริญพันธุ์จะครอบคลุมเกือบทั้งหมดช่วงชีวิตของเรา เริ่มจากการมีพัฒนาการทางเพศ วุฒิภาวะทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์และการมีบุตร และภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์จนถึงสูงอายุ ซึ่งตลอดช่วงเวลาเหล่านี้มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นมากมายและส่วนมากป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดีจะช่วยให้การสร้างสุขภาวะได้แก่ชีวิตมนุษย์ทั้งชายหญิงรวมทั้งเพิ่มผลผลิตของประเทศและของโลกด้วย

### 2.5.1 สถานการณ์ของสภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย

ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่จากการศึกษามีสถานะสุขภาพคนไทย ปี 2543 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) และการสำรวจสภาวะเยาวชนไทย พ.ศ. 2541 (จรรยา เศรษฐบุตร อัญชลี วรางค์รัตน์ และจิรภัค บุชัยวัฒนา, 2541) สามารถสรุปภาวะอนามัยเจริญพันธุ์และปัญหาที่เกิดขึ้นของประชาชนไทยได้ดังต่อไปนี้

- **การเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์**: สำหรับเด็กหญิงดูจากอายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรกพบว่าเด็กหญิงไทยมีแนวโน้มที่จะมีประจำเดือนครั้งแรกอายุน้อยลงกว่าเมื่อ 20 ปีก่อนโดยเฉลี่ยพบว่าเมื่ออายุ 13 ปี ครอบครัวที่มีรายได้สูงและเด็กที่รับประทานอาหารโปรตีนจากเนื้อสัตว์จะมีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีประจำเดือนน้อยกว่าครอบครัวรายได้ต่ำและกินอาหารมังสวิรัติ สำหรับพัฒนาการร่างกายของเด็กชายยังไม่มีการศึกษาชัดเจนอย่างไรก็ตามในการเจริญเติบโต เยาวชนชายมีน้ำหนักและส่วนสูงโดยเฉลี่ยมากกว่าเยาวชนหญิง
- **การมีเพศสัมพันธ์**: ชายมีเพศสัมพันธ์เร็วกว่าหญิงและอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก็ลดลงเรื่อย ๆ ทั้งชายและหญิง ขณะนี้ลงมาถึง 13 ปี (รายงานจากกรมสุขภาพจิต 2545 )
  - ชาย 1 ใน 3 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับหญิงบริการทางเพศและ 0.2 % มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน ในขณะที่หญิงร้อยละ 90 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับสามี
  - ชายมีความสำส่อนทางเพศมากกว่าหญิงหลายเท่า โดยที่ร้อยละ 27 มีคู่นอนมากกว่า 1 คนในรอบปีที่ผ่านมาและขณะที่แต่งงานแล้วร้อยละ75 ยอมรับว่าเคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่มิใช่ภรรยา
  - ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองโดยเฉพาะเพศชายมีความสำส่อนทางเพศมากกว่าผู้อยู่ในชนบท
  - สตรีที่มีการศึกษาต่ำและรายได้น้อยจะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่าสตรีรายได้สูงและการศึกษาสูง

- การมีเพศสัมพันธ์ในขณะกำลังศึกษาก่อนการแต่งงานพบว่าในนักเรียนมัธยมปลายมีประมาณ 5 – 20 % รวมทั้งเคยมีการตั้งครรภ์และการติดเชื้อกามโรคในกลุ่มนักเรียนเหล่านี้ด้วย

- พฤติกรรมป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ พบว่าเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือภรรยาชายมักไม่ใช้ถุงยางอนามัยแต่จะใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงบริการแต่ไม่เสมอไปทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ชายขับรถบรรทุก รถรับจ้างมีการใช้ถุงยางอนามัยต่ำร้อยละ 25 หญิงบริการทางเพศสามารถต่อรองให้ผู้มาใช้บริการใช้ถุงยางอนามัยได้เพียงประมาณร้อยละ 50 เท่านั้น

- **การคุมกำเนิด**

- ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดอยู่ในระดับดีมาก (99–100 %) รวมทั้งรู้เกี่ยวกับแหล่งที่จะไปรับบริการ อัตราการคุมกำเนิดล่าสุดมีร้อยละ 74

- มากกว่าร้อยละ 75 ของวิธีการคุมกำเนิดเป็นวิธีที่กระทำโดยสตรี (ที่แพร่หลายที่สุด คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด การทำหมันหญิง การฉีดยาคุม ) สำหรับ Vasectomy มีเพียงร้อยละ 2 และการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 1.5

- **การตั้งครรภ์ การแท้งและการคลอด และภาวะหลังคลอด**

- คาดว่าในแต่ละปีมีการทำแท้งที่เกิดจากการตั้งครรภ์โดยไม่พึงปรารถนาประมาณ 300,000 ราย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) และข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า อัตราการตายของมารดาอันเนื่องมาจากการแท้งไม่ปลอดภัยมีประมาณร้อยละ 8–12 หรือเท่ากับ 5.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย

- การสำรวจในสตรีวัยแรงงานพบว่า มีสตรีร้อยละ 19.3 เคยแท้งมาแล้วในกรุงเทพฯมีอัตราสูงมากที่สุด ข้อมูลนี้แสดงว่าสตรีไทยเมื่ออายุครบ 50 ปี จำนวน 1 ใน 3 คน เคยมีประสบการณ์แท้งบุตรมาแล้วและ 1 ใน 5 ของผู้ให้ประวัติมีการแท้งบุตรจะเกิดการทำแท้ง

- สตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 90 ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอด และมีสตรีร้อยละ 89 ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง

- ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสตรีระหว่างตั้งครรภ์คือ ปัญหาภาวะโลหิตจาง (ร้อยละ 16.3) และการติดเชื้อ HIV (ร้อยละ 2)

- สาเหตุของภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์พบว่า เกิดจากการขาดธาตุเหล็กรวมทั้งขาดแคลเซียมด้วย (ได้รับเพียงร้อยละ 34.6 และ 47.3 ของปริมาณที่ควรได้รับ นอกจากนี้ยังมีภาวะโรคเลือด ทาลัสซีเมีย ร่วมด้วย

- การคลอดประมาณร้อยละ 90 เกิดในโรงพยาบาล

- อัตราตายของมารดาที่เกิดเนื่องจากการตั้งครรภ์ การคลอด ภาวะหลังคลอด คือ 44 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย และในจำนวนนี้ร้อยละ 18.3 เป็นการตายระหว่างการคลอดนอกนั้นเป็นการตายระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด

- สาเหตุการตายที่สำคัญอันดับแรก คือ การตกเลือด (ร้อยละ 39.7-49.7) การตายจากการคลอดติดขัดมี 1.4 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย

- สัดส่วนของมารดาตายต่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ร้อยคน เท่ากับ 1.3 คน เป็นที่น่าสังเกตว่าขณะนี้อัตราการผ่าตัดคลอดซึ่งมีความเสียงต่ออันตรายเป็น 6 เท่า ของการคลอดตามธรรมชาติได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.2 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 22.4 ในปี พ.ศ. 2539

- ถึงแม้ว่าการดูแลก่อนคลอดจะมีอัตราสูง แต่อัตราการได้รับการดูแลหลังคลอดแล้วในระยะ 6-8 สัปดาห์ยังค่อนข้างต่ำ มีหญิงเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้ไปคลินิกหลังคลอด ส่วนใหญ่เพราะคิดว่าตนเองแข็งแรงดี

- การมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด: เวลาโดยเฉลี่ยคือประมาณ 3 เดือน หลังคลอดแต่มีหญิงประมาณร้อยละ 19.3 มีเพศสัมพันธ์ภายใน 2 เดือน แต่ในบางรายที่เร็วกว่านั้นจะมีปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บปวดเมื่อร่วมเพศ ไปจนถึงมีการติดเชื้อที่บริเวณท้องน้อย

- **ภาวะหมดประจำเดือน**

  - อายุเฉลี่ยการหมดประจำเดือนของสตรีไทย คือ 49.3 ปี

  - สตรีที่มีอาการไม่สบายจากการหมดประจำเดือนมีขนาดและความรุนแรงน้อยกว่าผลการศึกษาที่พบในสตรีในยุโรปและสหรัฐอเมริกา

  - อาการที่พบเป็นปัญหามากที่สุดคือ ปวดหลัง (ร้อยละ 26.1) ปวดศรีษะ (ร้อยละ 25.1) มึนงง (ร้อยละ 24.7) เหนื่อยง่ายใจสั่น (ร้อยละ 20.2) ฯลฯ

  - และในกลุ่มสตรีที่มีอาการเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่เห็นว่าอาการที่เกิดเหล่านั้นเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิต

2.5.2 **ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์** ที่สำคัญ คือ

- **โรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์** (Reproductive Tract Infections) ซึ่งมีประมาณ 20 โรคที่สำคัญ คือ หนองใน ซิฟิลิส เริม หูด พยาธิช่องคลอด การติดเชื้อคลาโมเดีย และโรคเอดส์ ซึ่งผู้ป่วยชายร้อยละ 81.3 ติดโรคเหล่านี้ จากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ให้บริการทางเพศ อาชีพรับจ้างและอาชีพให้บริการทางเพศมีอัตราป่วยสูงสุด กลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีการติดเชื้อกามโรคสูงสุด (อัตรา 42/ประชากรแสนคน) หญิงมีอัตราป่วยมากกว่าชาย ขณะนี้โรคเหล่านี้มีแนวโน้มลดลง ยกเว้นโรคเอดส์ การศึกษาวิจัย (PATH, 1997) พบว่ามีความสัมพันธ์

ระหว่างโรคติดเชื้อระบบสืบพันธุ์ กับโรคเอดส์โดยที่ผู้ป่วยโรคนี้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ประมาณ 6-8 เท่า เพศหญิงจะเสี่ยงมากกว่าชาย

- **การติดเชื้อ** HIV/AIDS จากรายงานของ Human Development Report 2001 ระบุว่าในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2542 มีประชากรอายุระหว่าง 15-19 ปี ร้อยละ 2.15 ป่วยด้วยโรคนี้และผู้ป่วยเอดส์ 305,000 คน เป็นหญิงอายุระหว่าง 15-49 ปี และผู้ป่วย 13,900 คน เป็นเด็กอายุระหว่าง 0-14 ปี
- **โรคมะเร็งในระบบสืบพันธุ์** ที่เป็นมาก คือ มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมในสตรี มะเร็งต่อมลูกหมากในบุรุษ จากการสำรวจพบว่ามีสตรีเพียงร้อยละ 40.3 เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก และสตรีร้อยละ 34.3 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง
- **ความรุนแรงต่อสตรี**

  สถานการณ์ความรุนแรงต่อสตรีในสังคมไทยที่เป็นปัญหาสำคัญมาก ได้แก่

  - ความรุนแรงทางเพศ ส่วนใหญ่เป็นการข่มขืนแล้วฆ่า (ร้อยละ 31) ในจำนวนนี้เป็นเด็กผู้หญิงอายุไม่เกิน 15 ปี (ร้อยละ 40) โดยผู้กระทำ คือ ผู้ใกล้ชิดเป็นส่วนใหญ่ เช่น พ่อ พ่อเลี้ยง ญาติ ครู ตำรวจ ฯลฯ
  - การเลือกปฏิบัติต่อเพศหญิง ที่กระทบต่อภาวะสุขภาพของสตรี คือ การใช้แรงงานเด็กหญิง ซึ่งเข้าสู่ตลาดแรงงานอายุเฉลี่ยน้อยกว่าชายและได้ค่าแรงต่ำกว่า
  - การบังคับค้าประเวณีและการค้าหญิงข้ามชาติ: สตรีกลุ่มนี้มักอายุน้อยซึ่งผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจ มีปัญหาตามมา คือ โรคเอดส์ กามโรค ยาเสพติด การถูกทำร้าย ถูกฆ่า
  - ความรุนแรงในครอบครัว จากการศึกษาในหญิง อายุ 15-49 ปี ที่จังหวัดนครสวรรค์และกรุงเทพ หญิงที่มีคู่แล้วร้อยละ 44 เคยถูกทำร้ายทางกายหรือทางเพศจากคู่ครอง และหญิงที่ถูกทำร้ายเคยคิดฆ่าตัวตาย แต่ในขณะเดียวกันหญิงที่ถูกกระทำรุนแรงร้อยละ 70 ระบุว่าไม่ต้องการความช่วยเหลือจากใคร และเป็นที่น่าสนใจว่าชายที่ใช้ความรุนแรงต่อสตรีมักมีประวัติได้รับความรุนแรงมาก่อน จากการศึกษานี้ก็ให้ผลเช่นเดียวกันว่าร้อยละ 57 ของผู้ชายที่ถูกทุบตีในวัยเด็ก และร้อยละ 67 ของชายที่มีแม่ถูกทุบตีจากสามี/คนรัก จะเป็นผู้ใช้ความรุนแรงต่อภรรยา/คนรัก ด้วยเช่นกัน (กฤตยา อาชวนิจกุล และคนอื่นๆ, 2546)

- **การเป็นหมัน** (Infertility)

โดยทั่วไปคู่สมรสที่จัดว่าเป็นหมันจะต้องไม่มีการตั้งครรภ์ เกิดขึ้นหลังการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีภาวะป้องกันมากกว่า 12 เดือน ข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของการเป็นหมันในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็น Clinical studies และได้รวมการเป็นหมันของทั้งสองเพศเข้าด้วยกัน แต่การรายงานระบุว่าเป็นภาวะเป็นหมันในสตรีซึ่งมีประมาณร้อยละ 5.5 ในช่วงพ.ศ.2503

(Sukahavachana, 1999) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกประมาณร้อยละ 8 ถึง 12 ของคู่สมรสทั่วโลกประสบกับปัญหาการมีบุตรยากในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตคู่ และในบางพื้นที่ตัวเลขนี้เพิ่มขึ้นถึงหนึ่งในสามหรือมากกว่านั้น (Sciarra, 1994) (WHO, 1991) สำหรับสาเหตุที่สำคัญของการเป็นหมันจากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า (Cheewadhanaraks & Phandu-fung, 1990) ร้อยละ 39.7 เกิดจากฝ่ายชาย โดยเฉพาะความผิดปกติของเชื้ออสุจิร้อยละ 28.6 เกิดจากความผิดปกติของท่อรังไข่ และร้อยละ 20.6 เกิดจากรังไข่และปัญหาการตกไข่(Ovulation) จากการศึกษาทั่วโลกเกี่ยวกับสาเหตุของการเป็นหมันพบว่าความผิดปกติของท่อรังไข่หรือมดลูกที่ทำให้เกิดการเป็นหมันนั้นส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์ ที่สำคัญคือโรคจากเพศสัมพันธ์ (Kols & Nguyen, 1997) ติดเชื้อจากการรักษาพยาบาล เช่น การทำคลอด การทำแท้ง และบางส่วนจากสารพิษในอาหารหรือสิ่งแวดล้อม เช่น arsenic, aflatoxin ยาฆ่าแมลง รวมทั้งเหล้า บุหรี่ และคาเฟอีน ผลกระทบด้านสุขภาพอันเกิดจากภาวะเป็นหมันในประเทศไทยพบว่ามีผลกับหญิงมากกว่าชาย โดยเกิดอาการทางจิตใจ เช่น รู้สึกเครียด รู้สึกหมดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกผิด และมีปัญหาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา และครอบครัวของสามี (Alan Gray. et al., 1999)

- **ภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis)** ในผู้สูงอายุ: คือ ภาวะที่มีความผิดปกติของกระดูกทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ทำให้ความแข็งแรงของกระดูกลดน้อยลงเกิดกระดูกหักได้ง่ายแม้ได้รับการกระทบกระทั่งเพียงเล็กน้อย ขณะนี้การวินิจฉัยโรคกระดูกพรุนทำได้แต่เนิ่นๆ โดยใช้เครื่องมือ Bone Densitometer ทำการวัด Bone Mineral Density (BMD) เมื่อหญิงมีอายุมากขึ้นการเกิดโรคนี้ก็เพิ่มขึ้นด้วยข้อมูลจากคลินิกวัยทองของโรงพยาบาลรามาธิบดีระบุว่า (บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล, 2545) สตรีวัย 40-49 ปีพบกระดูกข้อมือพรุนร้อยละ 15 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33.7 และร้อยละ 62.7 เมื่อมีอายุ 50-59 ปี และ 60-69 ปี ตามลำดับ ในหญิงอายุ 70 ปีขึ้นไปพบว่ากระดูกพรุนทั้งกระดูกข้อมือ กระดูกสันหลังและกระดูกคอ ถึงร้อยละ 77.8 ,ร้อยละ 44.4 และ ร้อยละ 66.7 ตามลำดับ ร้อยละ 29.4 ในชายอายุมากกว่า 60 ปี ก็มีภาวะกระดูกพรุน สาเหตุที่สำคัญ คือ การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน และขาดแคลเซียมในเพศหญิง แต่ในเพศชายส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ (อุรุษา เทพพิสัย และ มยุรี จิรพิโยม, 2545)
- **ปัญหาอาชีวอนามัยในสตรี** สตรีในแทบทุกประเทศต้องรับภาระในงานบ้านและการเลี้ยงดูบุตรซึ่งเป็นงานที่ต้องทำโดยไม่มีกำหนดเวลาหยุดที่แน่นอน ในชนบทสตรีอาจต้องทำงานหนักยิ่งขึ้นเพราะสภาพสิ่งแวดล้อมที่ขาดแคลนเครื่องอำนวยความสะดวก นอกจากนี้ยังมีสตรีเป็นจำนวนมากที่ต้องทำงานนอกบ้านไปด้วยพร้อมกับรับผิดชอบงานบ้าน จึงทำให้มีโอกาสสัมผัสกับอันตรายอันเนื่องมาจากการทำงานเช่น สารเคมี การบาดเจ็บ การอักเสบของกล้ามเนื้อ และถ้าทำงานระหว่างตั้งครรภ์ก็อาจเกิดการแท้งหรือคลอดก่อนกำหนดได้

- **ปัญหาสุขภาพอื่น ๆในสตรี** ที่สำคัญ คือ ปัญหาสุขภาพจิต ในประเทศแถบอาเซียตะวันออกเฉียงใต้ (จาก Health Situation in South-East Asia Region 1994-1997)พบว่าหญิงส่วนใหญ่ที่ประสบปัญหาของความรุนแรงทั้งทางกายและทางเพศจะเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาในภายหลัง ในประเทศไทยปัญหาโรคซึมเศร้าและโรคความจำเสื่อมก็เป็นปัญหาสำคัญอันดับ 5 ของภาวะโรคในหญิงไทย นอกจากโรคเบาหวานโรคหัวใจหลอดเลือด และโรคมะเร็ง (Bundhamcharoen, Teerawatananon, Vos, & Begg, 2002)

### 2.5.3 **อนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น**

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของวัยรุ่น (Adolescent) คือ ช่วงอายุระหว่าง 10-19 ปี ในขณะที่องค์การสหประชาชาติกำหนดให้เป็นระหว่าง 15-24 ปี ในประเทศไทยประชากรวัย 10-24 ปี ซึ่งเป็นทั้งวัยรุ่นระยะต้นและระยะปลายรวมกันมีประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ 62 ล้านคน เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนผ่านจากเด็กไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ มีพัฒนาการการเจริญเติบโตทางเพศที่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ แต่ในขณะเดียวกันส่วนใหญ่ก็ยังไม่พร้อมทางด้านการศึกษาและเศรษฐกิจในการที่จะเริ่มต้นชีวิตครอบครัว หรือรับผิดชอบผลพวงของพฤติกรรมทางเพศที่เกิดขึ้นจากแรงผลักดันตามธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมน และปัจจัยยั่วยุต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมรวมทั้งค่านิยมในสังคมที่กำหนดพฤติกรรมทางเพศได้ ปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นในปัจจุบันเป็นดังนี้ คือ

- การมีเพศสัมพันธ์โดยมีอายุน้อยลงเรื่อยๆ ค่าเฉลี่ย คือ ประมาณ 16 ปี ในชาย และ 17-19 ปีในหญิง แต่ในบางกลุ่มอายุพียง 13 ปีเท่านั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้แต่งงาน และอยู่ในระหว่างการศึกษา(จรรยา เศรษฐบุตร อัญชลี วรางค์รัตน์ และจิรภัค บุชัยวัฒนา, 2541)
- มีแนวโน้มว่าเยาวชนชายจะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับเพื่อนหรือคู่รักมากขึ้น แต่ก็ยังนิยมไปเที่ยวหญิงบริการหรือหญิงบริการแอบแฝงในเวลาเดียวกันด้วยและมีถึงร้อยละ 20 ที่ไม่ได้ใช้วิธีป้องกัน เช่น สวมถุงยางอนามัย และเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคนรักก็จะใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 50 เท่านั้น (Isarubhakdi, 2000)
- เยาวชนหญิงยังมีความรู้เรื่องเพศศึกษาและการป้องกันโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่ำ รวมทั้งไม่กล้าขอให้คู่รักใช้วิธีการป้องกันโดยเฉพาะถุงยางอนามัย เพราะเกรงจะถูกหาว่าช่ำชองทางเพศมาก่อน
- ปัญหาที่สำคัญทางด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นไทย คือ
  - โรค HIV/AIDS ซึ่งเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายอันดับหนึ่งของเยาวชนอายุ 15-24 ปี ในปัจจุบัน
  - ปัญหาการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ มีประมาณร้อยละ 21 ของการตั้งครรภ์ประเภทนี้ทั้งหมด ซึ่งนำไปสู่การทำแท้งที่ผิดกฎหมาย (ร้อยละ 98) การฆ่าตัวตาย การออกจากระบบ

การศึกษา และการติดเชื้อซึ่งอาจตามมาด้วยการเป็นหมันหรือถึงแก่ชีวิต (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) (หนังสือพิมพ์มติชน, 2545)

- โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ

จะเห็นได้ว่า ตลอดระยะของการเจริญพันธุ์ของประชากรไทยมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นหลากหลายในแต่ละช่วงอายุ สภาวะสุขภาพในช่วงชีวิตต้นๆจะส่งผลถึงปัญหาสุขภาพในช่วงชีวิตต่อไปด้วย เช่น การขาดอาหารในวัยเด็กโดยเฉพาะธาตุเหล็ก แคลเซียม ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งเกิดสภาวะโรคกระดูกพรุนเมื่อหลังวัยหมดประจำเดือนด้วย (อุรุษา เทพพิสัย และ มยุรี จิรพิโยม, 2545) ความรุนแรงในครอบครัวที่เด็กชายได้รับส่งผลให้เขาเป็นผู้กระทำรุนแรงต่อภรรยาหรือคู่รักในอนาคต และความรุนแรงทั้งทางกายและทางเพศที่หญิงได้รับจากคู่ครองหรือจากผู้อื่นจะเกิดผลกระทบด้านจิตใจเป็นระยะยาวตลอดไป นอกจากนี้เพศหญิงยังประสบปัญหาด้านการเจริญพันธุ์มากกว่าชายอย่างชัดเจนในทุกช่วงชีวิต (กฤตยา อาชวนิจกุล และคนอื่นๆ, 2546)

Gray และ Punpuing (Alan Gray. et al., 1999) ได้วิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ที่สำคัญของประเทศไทย คือ ปัญหาการติดเชื้อ HIV/AIDS ปัญหาการตั้งครรภ์และการกระทำในวัยรุ่น ความรุนแรงต่อสตรีและเด็ก เหล่านี้ล้วนเกิดจากสาเหตุเดียวกัน คือ สังคมไทยเป็นสังคมที่มีความแตกต่างกันอย่างตรงข้ามระหว่างค่านิยมทางเพศของชายและหญิงซึ่งตามมาด้วยระบบแผนของพฤติกรรมที่ยึดถือตลอดมาในสังคม กล่าวคือ ในสังคมไทยถือว่าชายเป็นผู้นำในบทบาททางเพศ การมีประสบการณ์ทางเพศยิ่งมากยิ่งถือว่าเป็นชายแท้ เช่นเดียวกับการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ ชายไทยจึงมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยส่วนใหญ่กับหญิงบริการโดยเป็นที่ยอมรับกันในสังคม แต่ในทางตรงข้ามชายไทยกลับตั้งความหวังว่าหญิงที่จะแต่งงานด้วยไม่ควรจะมีประสบการณ์ทางเพศสัมพันธ์มาก่อนไม่ว่าหญิงไทยจะมีความรู้ความสามารถด้านเศรษฐกิจหรือการศึกษาเพียงใด แต่ในแบบแผนของความสัมพันธ์ในครอบครัวและพฤติกรรมทางเพศคือผู้ตาม จะต้องมีความสงบเสงี่ยมทางเพศ การแสวงหาความรู้หรือเจรจาเรื่องเพศกับชายถือว่าไม่น่านิยมอาจถูกสงสัยว่ามีความช่ำชองทางเพศมาก่อนไม่นับเป็นกุลสตรีไทยที่ดี นอกจากนี้พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการของชายที่แต่งงานแล้วก็ยังเป็นที่ยอมรับกันในสังคมไทย แม้แต่ภรรยาเองส่วนใหญ่ยังยอมรับเรื่องนี้มากกว่าการที่สามีจะไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นด้วยค่านิยมที่เป็นทวิมาตรฐาน (double standard ) ด้านเพศเช่นนี้ รวมกับการค้าบริการทางเพศทั้งทางตรงทางอ้อมอย่างกว้างขวางในสังคมไทย แต่ถือว่าผิดกฎหมายจึงต้องดำเนินการโดยไม่เปิดเผย ทำนอง “ปากว่าตาขยิบ” จึงทำให้เกิดการล่อลวงบังคับหญิงและเด็กเข้าสู่ธุรกิจเหล่านี้ เกิดความรุนแรงในสังคม และเมื่อมีการระบาดของ HIV/AIDS เกิดขึ้น สภาพในสังคมไทยจึงเอื้ออำนวยเป็นอย่างยิ่งให้โรคนี้ระบาดจากชายที่มีความสำส่อนทางเพศจำนวนมากในสังคมไปสู่ภรรยา ซึ่งส่วนใหญ่ขาดความรู้ ไร้อำนาจการต่อรองให้ติดเชื้อตามไปด้วยอย่างรวดเร็ว จนในขณะนี้ได้แพร่กระจายจากแม่ที่ติดเชื้อไปสู่ลูก

ในครรภ์และมีเด็กติดเชื้อ HIV ตั้งแต่เกิดทวีขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ภาวะโลกาภิวัฒน์ทำให้วัฒนธรรมตะวันตกกระแสวัตถุนิยม และสื่อยั่วยุกามารมณ์ต่างๆไหลบ่าเข้ามาในสังคมไทยอย่างรวดเร็ว วัยรุ่นที่ขาดความรู้ขาดทักษะในการป้องกันตัวจากภาวะเสี่ยงเหล่านี้รวมกับค่านิยมดังเดิมของชายไทยทำให้วัยรุ่นทั้งชายและหญิงตกเป็นเหยื่อของโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการของวัยรุ่นหญิง นำมาซึ่งการทำแท้งเถื่อนซึ่งเป็นอันตรายแก่ชีวิตและสุขภาพทั้งทางกายและใจในช่วงชีวิตต่อมาซึ่งพบว่าภาวะการเป็นหมันในหญิงมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ที่เกิดจากการทำแท้งอย่างไม่ปลอดภัยและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทางด้านจิตใจนำมาซึ่งความรู้สึกผิดและโรคซึมเศร้าซึ่งมีมากในหญิงไทยในวัยเจริญพันธุ์ไปจนถึงวัยชรา (Bundhamcharoen, Teerawatananon, Vos et al., 2002) นอกจากนี้ค่านิยมที่ให้ชายเป็นผู้นำในครอบครัว และค่านิยมที่ชายต้องเข้มแข็ง จึงมีการแสดงออกด้วยการใช้กำลังมากกว่าเหตุผลก็เป็นสาเหตุหนึ่งของความรุนแรงในครอบครัว เมื่อผสมกับสาเหตุอื่น เช่น การติดยา การมีผู้หญิงอื่นของฝ่ายสามี

### 2.5.4 ทำอย่างไรจึงจะทำให้มีอนามัยเจริญพันธุ์ดีขึ้น

แนวทางต่อไปนี้ครอบคลุมการแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดตลอดช่วงเวลาการเจริญพันธุ์และหลังจากนั้น (Tinker, Finn, & Epp, 2000) (World Bank, 1999)

1) ลดการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ หรือในเวลาอันไม่เหมาะสมรวมทั้งปัญหาสุขภาพที่ตามมาจากการตั้งครรภ์นั้น

แนวทางในการปฏิบัติ คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว วิธีการคุมกำเนิดวิธีต่างๆที่สอดคล้องกับความต้องการและสภาพของผู้รับบริการ บริการคุมกำเนิดที่มีคุณภาพจากภาครัฐหรือเอกชนก็ได้ แต่จะต้องมีการบริหารจัดการโดยภาครัฐให้สามารถเข้าถึงประชากรกลุ่มที่มีปัญหา และมักเป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มวัยรุ่น ผู้ยากจนทั้งในชนบท และในเขตเมือง เยาวชนเร่ร่อน ฯลฯ ในรูปของบริการเคลื่อนที่หรืออย่างอื่นตามความเหมาะสม

ในหญิงบางกลุ่มอาจต้องการการทำแท้ง ซึ่งในประเทศไทยยังถือว่าผิดกฎหมาย ควรจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย มีบริการดูแลหลังการแท้งที่ไม่ปลอดภัยในทุกคลินิกแม่และเด็ก หรือมีสถานที่ให้การสงเคราะห์หญิงเหล่านี้จนกว่าจะคลอดบุตรโดยปลอดภัย ภายหลังการแท้งหรือคลอดบุตรควรได้รับการปรึกษาแนะแนวในเรื่องการคุมกำเนิดเพื่อไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการเช่นนี้ขึ้นอีก

2) ลดการตายและการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์การคลอดและภาวะหลังคลอดในมารดา

วิธีการหลักคือ การให้บริการดูแลก่อนคลอด (Prenatal care) อย่างมีคุณภาพ โดยได้รับการตรวจครรภ์ครบตามกำหนด (ไม่ต่ำกว่า 4 ครั้ง) ได้รับการรักษาภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงและการ

บวมในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดโดยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ และมีระบบที่สามารถจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นระหว่างการคลอด เช่น การคลอดติดขัด การตกเลือด ฯลฯ ได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพรวมทั้งการดูแลถ้ามีการติดเชื้อหลังคลอด ทั้งนี้จำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความสามารถ มีอุปกรณ์แพทย์ที่ครบถ้วนทันสมัยที่รวมห้องผ่าตัด เลือดที่ปลอดภัย ยาและเวชภัณฑ์หรือระบบการส่งต่อที่รวดเร็ว ทั้งนี้ถ้าจะให้แม่และเด็กแรกคลอดได้รับความปลอดภัย ครอบครัวและชุมชนโดยเฉพาะองค์การบริการส่วนท้องถิ่นควรจะได้สนับสนุนให้เกิดบริการเช่นนี้ขึ้นในชุมชนและต้องให้การดูแลเป็นพิเศษสำหรับหญิงที่มีความเสี่ยงสูงทางสังคม เช่น ฐานะยากจน อยู่ห่างไกล การคมนาคมลำบาก ครอบครัวมีปัญหา

3) ลดการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ที่สำคัญในประเทศไทย คือ

- การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ปลอดภัย ซึ่งนำมาด้วยการเสี่ยงต่อการติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และ HIV/AIDS เป็นที่ทราบดีว่าความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV จะเพิ่มขึ้นในชายและหญิงที่มีพยาธิสภาพหรือแผลบริเวณระบบอวัยวะสืบพันธุ์ การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับคนเพียงคนเดียวจึงเป็นการป้องกันที่ได้ผลเป็นอย่างยิ่ง รองลงมาคือการใช้ถุงยางอนามัย มาตรการเหล่านี้ควรจะได้รับการสนับสนุนให้เป็นที่ทราบ เข้าใจและโน้มน้าวให้ปฏิบัติอย่างแพร่หลายในประชาชนวัยเจริญพันธุ์ โดยการให้ข้อมูลข่าวสารการสอนในคลินิก และโครงการสุขศึกษาต่างๆ ในชุมชนในด้านการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์

  นอกจากมาตรการการป้องกันแล้ว การตรวจเช็คในรายที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ การให้คำปรึกษาแนะนำและการรักษาก็จะช่วยหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรคได้
- ความรุนแรงในครอบครัวก็เป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในทุกด้านทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น ทำให้เกิดการแท้ง การบาดเจ็บ การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือโรคเอดส์ ปัญหาสุขภาพจิต บุคลากรผู้ให้บริการทั้งการแพทย์และสาธารณสุขจึงควรได้รับการฝึกอบรมที่จะค้นพบหรือซักถามถึงสภาวะความรุนแรงในครอบครัวซึ่งมักจะเป็นสาเหตุพื้นฐานของปัญหาสุขภาพดังกล่าวมาแล้วข้างต้น เพื่อนำไปสู่การให้การแนะแนวและการรักษาที่ถูกทางและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4) ลดการเสี่ยงจากมะเร็งในระบบสืบพันธุ์ ที่สำคัญคือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านมในสตรี มะเร็งต่อมลูกหมากในบุรุษ การป้องกันมะเร็งโดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูกซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธุ์ (ไวรัส HPV) คือ การที่มีเพศสัมพันธ์โดยใช้การป้องกัน เช่น ถุงยางอนามัย การไม่สำส่อนทางเพศ การไม่สูบบุหรี่ การรักษาโรค STD และการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคแต่เริ่มแรกโดยใช้ Pap smear

สำหรับมะเร็งเต้านม ควรให้ความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำแก่สตรีในวัยเจริญพันธุ์และหลังการหมดประจำเดือนไปแล้ว

5) การลดปัญหาสุขภาพในวัยทอง และวัยสูงอายุ

วัยทองซึ่งเป็นวัยที่เชื่อมระหว่างวัยเจริญพันธุ์และวัยสูงอายุ ในสตรีเป็นวัยที่สิ้นสุดการมีประจำเดือน เนื่องจากรังไข่หยุดทำงานจึงไม่สามารถมีบุตรได้อีก และฮอร์โมนเพศหญิงก็ลดลงด้วย ในชายมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปมากกว่าหญิง ในการลดลงของฮอร์โมนเพศจึงยังสามารถมีบุตรได้ ผลของการเปลี่ยนแปลงจากฮอร์โมนเพศทำให้เกิดอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปัญหาที่สำคัญของหญิง คือ ภาวะกระดูกพรุนซึ่งจะทำให้เกิดการหักของกระดูกง่ายในวัยสูงอายุโดยเฉพาะในสตรี นอกจากนี้สภาวะที่เกิดต่อสตรีก่อนวัยนี้ เช่น พยาธิสภาพที่เกิดจากการทำแท้ง หรือการคลอดที่ไม่ปลอดภัยอาจทำให้ความผิดปกติในระบบขับถ่าย ระบบสืบพันธุ์ เช่น มดลูกถ่วงหรือเคลื่อนต่ำลง ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ฯลฯ รวมทั้งผลทางจิตใจอันเกิดจากปัญหาความรุนแรงในครอบครัวทำให้มีอาการซึมเศร้าในวัยนี้ได้

วิธีการดูแลสุขภาพในช่วงเวลานี้ คือ การให้การรักษาโรคที่เป็นอยู่อย่างมีประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัยโรคตั้งแต่เริ่มแรกเป็นประจำทุกปี เช่น ภาวะกระดูกพรุน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และภาวะหลงลืม ซึมเศร้า การให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม โภชนาการ การพัฒนาสุขภาพจิตจะช่วยคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

6) การวางแผนในการเพิ่มจำนวนบุคคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านอนามัยเจริญพันธุ์

เนื่องจากการดูแลเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ มีทั้งการให้การรักษาและการให้การปรึกษาแนะนำ สิ่งเหล่านี้ต้องการบุคลากรที่มีความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์แต่ละเรื่องอย่างกว้างขวางลึกซึ้ง รวมทั้งพัฒนาเทคนิคใหม่ๆ ในการรักษาโรค การดูแลการคลอดให้ปลอดภัย การให้การปรึกษาและแนะนำอย่างมีคุณภาพที่ต้องการ เช่น เทคนิคในการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่น แก่หญิงที่มีปัญหาประสบความรุนแรงในครอบครัว หญิงบริการทางเพศ ฯลฯ รวมทั้งการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของบริการ ซึ่งต้องอาศัยเวลาและการวางแผนในระยะยาวด้านบุคลากร บริการและทรัพยากรสนับสนุนด้านอื่นๆ

7) คิดถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องนอกระบบบริการสุขภาพด้วย

ถึงแม้ว่าปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์จะมีผลลัพธ์ อันได้แก่ การเสื่อมโทรมของสุขภาพที่เป็นรูปธรรม คือ โรคภัยไข้เจ็บที่เกิดแก่ประชากร เช่น โรคเอดส์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มะเร็งระบบสืบพันธุ์ แต่สาเหตุของปัญหาสุขภาพเหล่านี้ขยายขอบเขตออกไปนอกระบบสุขภาพ ไม่ใช่เฉพาะเชื้อโรค แต่เป็นปัญหาของทัศนคติและค่านิยมที่ไม่ถูกต้องนำมาซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ในการที่จะทำให้โครงการเพื่อแก้ปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ซึ่งต้องคำนึงถึงปัจจัยเชิงสาเหตุเหล่านี้ด้วย โดยเฉพาะในการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้มาตรการด้านการศึกษา สังคมและประชาสังคม การสนับสนุนทางนโยบายเข้ามาผสมผสานกับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพจะเกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพดีได้มากกว่ามาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว

### 2.5.6 ปัจจัยที่สนับสนุนการสร้างสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์

ปัจจัยเหล่านี้ คือ ส่วนที่อยู่นอกระบบบริการสุขภาพ แต่เกี่ยวข้องกับสาเหตุหรือสภาวะเสี่ยงของปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย จึงจำเป็นให้ความสำคัญและข้อเสนอในการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดผลดียิ่งขึ้นต่อการแก้ไขปัญหาและสร้างเสริมอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพแก่ประชาชนไทย

**1) การให้ความรู้**

การให้ความรู้เท่ากับเป็นการสร้างศักยภาพอำนาจตลอดจนภูมิคุ้มกันให้แก่ประชาชนจากข้อมูลแสดงว่าประชาชนโดยเฉพาะเพศหญิงยังขาดความรู้เรื่องเพศศึกษาและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง (Alan Gray. et al., 1999) นักเรียนหญิงชั้นมัธยมปลายในโรงเรียนต่างจังหวัดหลายจังหวัดของประเทศไทยให้ความเห็นเกี่ยวกับกรณีการตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการให้วัยรุ่นรู้ว่า (หนังสือพิมพ์มติชน, 2545) ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการขาดความรู้ที่ถูกต้องเรื่องเพศศึกษา มีสิ่งยั่วยุทางโทรทัศน์ เช่น โฆษณาใช้ถุงยางอนามัยที่ชวนให้ทำตามเหมือนเป็นเรื่องธรรมดา รวมทั้งการจากบ้านมาอยู่หอพักเพื่อการเรียนทำให้มีอิสระมากขึ้นเกิดการมั่วสุมทางเพศได้ง่ายกว่าเดิม

ข้อมูลจากการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโครงการให้ความรู้ด้วยเพศศึกษาในประเทศต่าง ๆ ทั้งพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา (FHI, 1997) (WHO, 1999b) พบว่าความรู้เรื่องเพศศึกษาควรประยุกต์ให้สอดคล้องกับสภาพของสังคมและปัญหาของประเทศ และควรรวมการสอนทักษะชีวิต(Life Skill) โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจ การสื่อสารระหว่างบุคคล การต่อรองและเทคนิคของการปฏิเสธโดยไม่มีความขัดแย้ง และความรู้เรื่องสุขภาวะทางเพศ (Sexual Health) ที่ประกอบด้วยเรื่องของการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์และการแท้ง ความรุนแรงทางเพศและการป้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะโรคเอดส์ การให้ความรู้ในเรื่องเหล่านี้ควรเริ่มตั้งแต่ก่อนเข้าวัยรุ่น ที่เหมาะสม คือ 10 ถึง 14 ปี สำหรับข้อที่เกรงว่าจะเป็นการกระตุ้นให้เด็กมีความตื่นตัวทางเพศและอยากทดลองนั้น ข้อมูลจากการศึกษาในอเมริกาและประเทศอื่น ๆ พบว่าไม่มีผลเช่นนั้นแต่กลับทำให้วัยรุ่นมีความยับยั้งชั่งใจมากขึ้น (Grunseit, 1997), (Baldo, Aggleton, & Slutkin, 1993), (Sedlock, 2000) ในเรื่องการสอนเพศศึกษาและทักษะชีวิตนั้นลักษณะการสอนยังแตกต่างกันในแต่ละโรงเรียนซึ่งต้องการการประเมินประสิทธิผลของการสอนเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาพัฒนาให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อเยาวชนต่อไป

นอกจากนี้ยังต้องคิดถึงวัยรุ่นที่อยู่นอกระบบการศึกษาซึ่งจะไม่ได้รับประโยชน์จากความรู้ด้านนี้และเป็นกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงมาก เช่นเด็กเร่ร่อนเยาวชนที่อยู่ในธุรกิจขายบริการทางเพศ ทำงานในสถานประกอบการต่าง ๆ กลุ่มเหล่านี้บางกลุ่มก็ได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรเอกชนต่าง ๆ ทั้งรัฐเอกชนและสถานประกอบการจึงควรร่วมกันพัฒนาโดยการให้ความรู้แก่วัยรุ่นเหล่านี้ด้วย

นอกจากความรู้ด้านเพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นแล้ว ในแต่ละวัยของการเจริญพันธุ์ก็ต้องการความรู้ที่ถูกต้องในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพการเจริญพันธุ์ในส่วนนั้นด้วย เช่น

- วัยชีวิตคู่และมีบุตร ต้องการความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความรุนแรงในครอบครัวการคุมกำเนิด แหล่งที่รับบริการ การตั้งครรภ์ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการตั้งครรภ์ การคลอด การปฏิบัติตัวหลังคลอด การเลี้ยงดูลูก โภชนาการที่เหมาะสม ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- วัยทองต้องการความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยนี้รวมทั้งการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ทั้งร่างกายและจิตใจ แหล่งบริการสุขภาพ ลักษณะการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกระดูก โภชนาการที่เหมาะสม การบริหารความเครียด เพศสัมพันธ์ ในวัยทอง โรคที่เป็นมากในวัยนี้ และสถานที่รักษาพยาบาล
- วัยชรา (อายุ60ปีขึ้นไป) คือ ความรู้ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย อาหาร ความรู้เรื่องโรคที่เป็นมากในอายุนี้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กระดูกพรุนและกระดูกหัก โรคหัวใจ และภาวะซึมเศร้า บริการทางสังคม เพื่อช่วยเหลือในสถานการณ์นี้มีปัญหาทั้งทางสุขภาพและเศรษฐกิจ

ความรู้ต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผ่านไปถึงกลุ่มเป้าหมายได้หลากหลายวิธี เช่น ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่เป็นที่นิยมในชุมชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ที่ทำเป็นรายการต่อเนื่อง หนังสือพิมพ์ สิ่งพิมพ์ นอกจากนี้จะได้ประโยชน์มากถ้าประกอบด้วยการให้คำปรึกษาหารือโดยบุคลากรที่มีความรู้ มีเทคนิคในการให้การปรึกษา และมีทัศนคติที่เห็นอกเห็นใจต่อประชากรกลุ่มเป้าหมาย บุคลากรเหล่านี้มีทั้งอาสาสมัครโครงการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล

2) **การปรับเปลี่ยนค่านิยมทางสังคม** มีค่านิยมหลายอย่างในสังคมไทยที่ช่วยกระตุ้นให้ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความรุนแรงในครอบครัว ในสตรีและเด็กเพิ่มมากขึ้นในสังคมไทย ซึ่งถ้าไม่เปลี่ยนค่านิยมเหล่านี้ปัญหาที่เกิดขึ้นจะไม่ได้รับการแก้ไขต้นตอ จะยังคงเกิดขึ้นซ้ำซากในสังคมนี้ตลอดไป ค่านิยมต่อไปนี้ คือ สิ่งที่สังคมไทยควรพิจารณาปรับเปลี่ยนเสียใหม่

- ค่านิยมในเงินทองทรัพย์สมบัติว่ามีค่ามากกว่าคุณงามความดี ความถูกต้อง จึงทำทุกอย่างเพื่อให้ได้มาซึ่งเงินโดยไม่คำนึงถึงความเดือดร้อนของผู้อื่นเป็นรากฐานของการทำผิดกฎหมาย เช่นการค้าหญิงและเด็ก ยาเสพติด นำมาซึ่งความรุนแรงในสังคม และการแพร่กระจายโรค
- ค่านิยมที่ชายแสดงความเข็มแข็งด้วยการใช้กำลังตัดสินปัญหาต่าง ๆ แทนการเจรจากันด้วยเหตุและผล
- ค่านิยมที่ยกย่องว่าลูกผู้ชายจะต้องดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และมีประสบการณ์ทางเพศมากมาย
- ค่านิยมที่ให้ชายเป็นผู้กำหนด บทบาททางเพศโดยหญิงเป็นฝ่ายยอมความโดยไม่มีเงื่อนไขต่อรองต่อความปลอดภัยของตัวเอง เช่น การใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย

- ค่านิยมที่ยกเรื่องของการคุมกำเนิด / การป้องกันการตั้งครรภ์ / การป้องกันโรคติดต่อโดยเพศสัมพันธ์เป็นความรับผิดชอบของฝ่ายหญิงเท่านั้น
- ค่านิยมที่ให้สามีไปเที่ยวหญิงบริการดีกว่ามีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น ๆ รวมทั้งค่านิยมที่คิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยเหมาะสมกับหญิงบริการทางเพศเท่านั้น ไม่ควรใช้กับภรรยา ควรยกเลิกไปโดยเร็วเพื่อลดการติดเชื้อ HIV
- ค่านิยมที่เชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นเป็นเรื่องธรรมดาของชายไทยที่แต่งงานแล้วตราบใดที่ไม่ยังไม่ทอดทิ้งภรรยา
- การยอมรับโดยทั่วไปในสังคมว่าการทำร้ายกันระหว่างสามีภรรยาเป็นเรื่องภายในครอบครัว คนภายนอกไม่ควรเข้าไปเกี่ยวข้อง
- ความคิดว่าเด็กเป็นสมบัติของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง การทำร้ายร่างกายเด็กเป็นส่วนหนึ่งของการ อบรมสั่งสอนที่ผู้ปกครองมีสิทธิ์ทำได้

จริงอยู่การปรับเปลี่ยนค่านิยมซึ่งยึดถือมาแต่โบราณมิใช่เป็นสิ่งที่ทำได้โดยง่ายแต่ถ้าได้นำเสนอข้อมูลที่แสดงถึงความรุนแรงของปัญหาอันเนื่องมาจากการยึดถือในค่านิยมนั้นอย่างชัดเจน และมีแนวทางให้เห็นว่าถ้าปรับเปลี่ยนแล้วจะดีขึ้นก็จะได้ผลในระดับหนึ่ง รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากสื่อมวลชนหรือผู้นำในสังคมความมือประพฤติปฏิบัติเป็นตัวอย่างแก่สาธารณชนจะทำให้การปรับเปลี่ยนนี้ได้ผลมากยิ่งขึ้น (WHO, 1999a)

3) **การสนับสนุนทางนโยบายของรัฐ** ที่สำคัญคือ การพัฒนาหญิงให้มีศักยภาพและอำนาจต่อรองทางสังคมและทางเพศให้มากขึ้น โดยขยายเวลาการศึกษาภาคบังคับให้ยาวนานขึ้นเป็น 12 ปี จะทำให้มีความรู้และทักษะชีวิตที่จำเป็นเพิ่มขึ้นรวมทั้งโอกาสในการประกอบอาชีพ แต่อย่างไรก็ตามจะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบถึงการกระจายของสถานศึกษาเพราะถ้าจะทำให้เด็กหญิงต้องจากบ้านมาอยู่หอพักในต่างถิ่นเพื่อการศึกษาภาคบังคับโดยมิได้มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยก็อาจจะกลายเป็นภาวะเสี่ยงให้เด็กมีโอกาสพลาดพลั้งทางเพศมากขึ้น ดังนั้นโรงเรียนครูและชุมชนจึงควรมีบทบาทร่วมกันเพื่อจัดโครงการที่เหมาะสมแก่เด็กไม่ให้มีเวลาว่างมากเกินไปรวมทั้งดูและไปจนถึงสภาพแวดล้อมนอกโรงเรียนด้วยเพื่อคุ้มครองเด็กจากภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ด้วย

- นอกจากนี้รัฐควรเอาจริงอย่างต่อเนื่องกับการปราบปราม การค้าหญิงและเด็กรวมทั้งขบวนการที่เชื่อมโยงกัน คือ การค้ายาเสพติด การปราบปรามสิ่งยั่วยุทางกามารมณ์และความรุนแรงในรูปแบบต่างๆในรูปของหนังสือ ภาพยนตร์ วีดีโอ internet ให้สังคมไทยโดยเฉพาะเยาวชนได้ปลอดภัยจากสิ่งเหล่านี้ด้วย

- รัฐควรสนับสนุนให้มีกฎหมายคุ้มครองบุคคล เช่น หญิง / เด็กจากความรุนแรงทุกรูปแบบในครอบครัวและสังคม รวมทั้งสถานที่พักฉุกเฉินสำหรับผู้ที่ได้รับความรุนแรงได้หลบภัยและฟื้นฟูสภาพเพิ่มขึ้นในชุมชนด้วย
- รัฐควรสนับสนุนด้วยงบประมาณสำหรับอุปกรณ์และการฝึกอบรมบุคคลากรสำหรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง รวมทั้งขยายบริการให้ครอบคลุมในกลุ่มเสี่ยง เช่น วัยรุ่น ผู้มีอาชีพบริการทางเพศ ผู้ที่อยู่ในภาวะลำบาก เช่น ผู้อพยพ ผู้เร่ร่อนในอนาคต
- ควรมีนโยบายในการอนุญาตให้เด็กหญิงหรือนักศึกษาที่ตั้งครรภ์สามารถศึกษาต่อไปได้ โดยหยุดพักในช่วงระหว่างคลอดและหลังคลอด เพื่อไม่ให้หญิงเหล่านั้นเสียโอกาสในการพัฒนาตนทางเศรษฐกิจเพราะต้องออกจากระบบการศึกษากลางคัน
- รัฐควรสนับสนุนให้เด็กวัยรุ่นได้มีโอกาสเข้าถึงและใช้บริการคุมกำเนิดทั้งนี้จากปัญหาสิ่งยั่วยุในสังคมปัจจุบันทำให้วัยรุ่นเสี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรถ้าไม่มีการป้องกันอาจเกิดการตั้งครรภ์และนำไปสู่การทำแท้งอย่างผิดกฎหมายหรือถ้าจะดำเนินชีวิตคู่ในขณะที่ยังไม่พร้อมก็อาจเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและมีผลถึงลูกด้วย

**4) บริการที่เหมาะสม**

นอกจากบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอยู่ในระบบ การพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์ยังต้องการบริการอื่นๆอีกเพื่อรองรับกับการเปลี่ยนแปลงไปของสภาพปัญหา ที่เกิดในปัจจุบัน บริการที่ควรพัฒนาให้เกิดขึ้นคือ

- ศูนย์บริการวัยรุ่น Youth Center วัยรุ่นของประเทศไทยในปัจจุบันเป็นหนุ่มสาวเร็วกว่าเดิม แต่การศึกษาสูงขึ้นทำให้ต้องใช้เวลายาวนานขึ้นในโรงเรียนและมหาวิทยาลัยสิ่งแวดล้อมทางสังคมและเทคโนโลยีอำนวยต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน ส่วนใหญ่ในระหว่างการศึกษาหรือยังเป็นวัยรุ่น เพราะขณะนี้ยังไม่มีการคุมกำเนิดให้กับวัยรุ่นอย่างเป็นระบบที่ดีคงต้องพึ่งร้านขายยาและคำแนะนำจากเพื่อน ก่อให้เกิดผลภัยแก่สุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างที่เห็นกันอยู่ในสังคมขณะนี้ เช่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การทำแท้ง ผลภัยจากการทำแท้ง การมีลูกโดยที่ไม่ต้องการ การทำร้ายลูกเพราะปัญหาทางเศรษฐกิจ และความไม่พร้อมทางวุฒิภาวะของพ่อแม่วัยรุ่น สังคมจึงควรยอมรับความจริงเหล่านี้และควรให้การช่วยเหลือวัยรุ่นให้มีวิถีชีวิตอยู่ในสภาวะปัจจุบันได้อย่างปลอดภัยที่สุด คือ การมีคลินิกหรือศูนย์วัยรุ่นที่ให้บริการหลากหลาย เช่น การคุมกำเนิด การดูแลหลังการแท้ง การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวม HIV การพัฒนาทักษะชีวิต การทดสอบการตั้งครรภ์ การให้การปรึกษาหารือ ฯลฯ คลินิกลักษณะนี้ดำเนินการโดยคิดถึงความต้องการของวัยรุ่นเป็นจุดสำคัญในการบริหารจัดการ (Senderowitz, 1999) มีบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเป็น

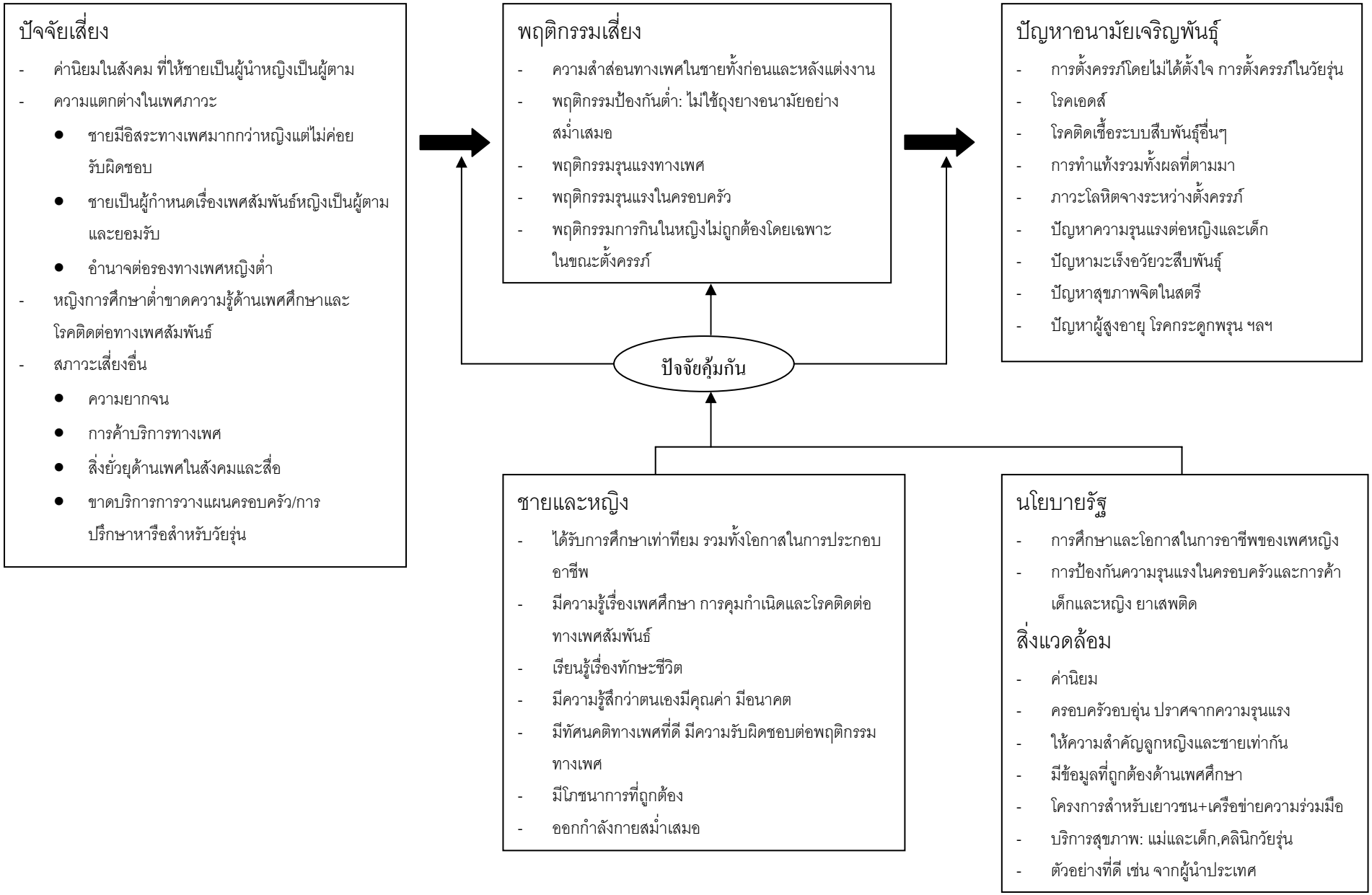
พิเศษในด้านเทคนิคการให้คำปรึกษากับวัยรุ่น สถานที่ตั้งอาจเป็นสถานศึกษาหรือใกล้เคียง หรือบริเวณที่วัยรุ่นชอบไปชุมชุมกัน เวลาทำการส่วนใหญ่ตรงกับที่วัยรุ่นว่าง เช่น เวลาเลิกเรียนแล้ว คลินิกลักษณะนี้ เปิดดำเนินการในหลายประเทศ เช่น แอฟริกาใต้ สหรัฐอเมริกา สวีเดน และเป็นที่นิยมของวัยรุ่นเพิ่มขึ้นเรื่อย

- บ้านพักฉุกเฉินสำหรับผู้ได้รับความรุนแรงทางครอบครัว จำนวนเหยื่อของความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้นในสังคมไทย ขณะที่กฎหมายรองรับยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ จึงยังมีความต้องการที่พักหลบภัยชั่วคราวของผู้หญิง/เด็ก ที่ได้รับความรุนแรงเพื่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจเพิ่มขึ้นจากที่มีอยู่ในปัจจุบัน
- สถานพักพิงสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ เพื่อเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มิให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และไม่มีที่พักพิงแทนที่จะไปทำแท้งอย่างผิดกฎหมายก็สามารถพักอยู่อย่างปลอดภัยได้รับการดูแลสุขภาพจนคลอดแล้วจึงดำเนินการเกี่ยวกับอนาคตของแม่และเด็กต่อไป

**5) พัฒนาสถาบันครอบครัว**

จากข่าวในหนังสือพิมพ์และโทรทัศน์ที่ปรากฏในอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นของความรุนแรงในครอบครัว โดยเฉพาะการทำร้ายเด็กที่เกิดต่อเนื่องจากความไม่พร้อมของพ่อและแม่ในการมีชีวิตครอบครัวรวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจ จึงควรมีการพัฒนาสถาบันครอบครัวอย่างจริงจังโดยฝ่ายรัฐเข้ามาสนับสนุนด้วยในด้านงบประมาณ โดยที่วิธีการนั้นควรจะต้องมีการศึกษาวิเคราะห์ต่อไปถึง Intervention ที่เหมาะสม เช่น โครงการอบรมเตรียมความพร้อมในการเป็นพ่อแม่ของคู่สมรสใหม่ หรือการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการแก้ปัญหาในครอบครัว รวมทั้งชุมชนควรมีส่วนรวมในการหยุดยั้งความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนด้วย

**รูปที่ 2.10 ปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย ปัจจัยสาเหตุ และปัจจัยคุ้มครอง**



## 2.6 ผู้สูงอายุสุขภาพดี โดย รศ.พญ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม

กรอบแนวคิดที่จะนำไปสู่การพัฒนาเครื่องชี้วัดผู้สูงอายุสุขภาพดี ประกอบด้วยการทบทวนสถานการณ์ผู้สูงอายุ ในมิติของจำนวนและการเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มนี้ในเวลา 10 – 20 ปีข้างหน้า มิติของสังคมและสิ่งแวดล้อม มิติของสุขภาพและความเป็นอยู่ดี และนโยบายด้านสวัสดิการและบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุ จากข้อมูลเหล่านี้จะนำไปสู่การวิเคราะห์และสังเคราะห์ แนวโน้มของสถานการณ์ปัญหาที่จะเผชิญในอีก 10 – 20 ปีข้างหน้า เพื่อประกอบการวาดภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุไทยสุขภาพดีดังนี้ เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาเครื่องชี้วัดสุขภาวะของผู้สูงอายุตามวัตถุประสงค์

### 1. ใครคือผู้สูงอายุ

ก่อนจะทบทวนเรื่องผู้สูงอายุ ขอทำความเข้าใจให้ตรงกันก่อนว่า “ผู้สูงอายุ” ที่ว่านี้หมายถึงใครกันบ้าง ในด้านประชากรศาสตร์ใช้อายุเป็นเกณฑ์ ที่ได้ตั้งไว้ในระดับหนึ่ง เช่น 60 ปีหรือ 65 ปี ผู้ที่มีอายุสูงกว่าเกณฑ์ให้จัดไว้ในกลุ่มผู้สูงอายุ

สหประชาชาติใช้อายุ 65 ปีเป็นเกณฑ์ ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้หลายประเทศใช้เกณฑ์อายุ 65 ปี เช่น สิงคโปร์ ฮ่องกง เกาหลี สำหรับประเทศไทยใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีซึ่ง เป็นอายุเกษียณออกจากการทำงานในระบบราชการและรัฐวิสาหกิจ ความแตกต่างกันเช่นนี้ทำให้ต้องระมัดระวังเมื่อพูดถึง “ประชากรสูงอายุ” โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบตัวเลขผู้สูงอายุระหว่างประเทศ ซึ่งควรระบุให้ชัดเจนว่าประชากรสูงอายุที่กำลังพูดถึงนั้น หมายถึงเกณฑ์อายุใด

ในการศึกษาวิจัยในอดีต มักจะเหมารวมว่าประชากรสูงอายุ หมายถึง กลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปนั้น บางครั้งดูเหมือนจะให้ภาพอย่างคร่าวๆเกินไป ทั้งนี้ในกลุ่มวัยนี้ประกอบด้วยคนในวัยแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีวัยแตกต่างกัน อาทิเช่น ระหว่าง 60 ปีกับ 90 ปีนั้น มีความแตกต่างทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่สะท้อนถึงความต้องการบริการสุขภาพและสังคมที่แตกต่างกันด้วย

สหประชาชาติ ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ เป็น 2 กลุ่ม คือ “กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น” คือ ผู้ที่มีอายุ 65 – 79 ปี และ “กลุ่มผู้สูงอายุที่สุด” คือผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

สำหรับการศึกษานี้ จะได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไทย เป็น 3 กลุ่ม คือ 60 – 69 ปี , 70 – 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป จะทำให้เห็นภาพผู้สูงอายุที่โยงไปถึงสถานะสุขภาพ ทางกาย ทางจิตและภาวะพึ่งพาได้ชัดเจนขึ้น

#### 1.1 สถานการณ์ด้านประชากรและสังคม

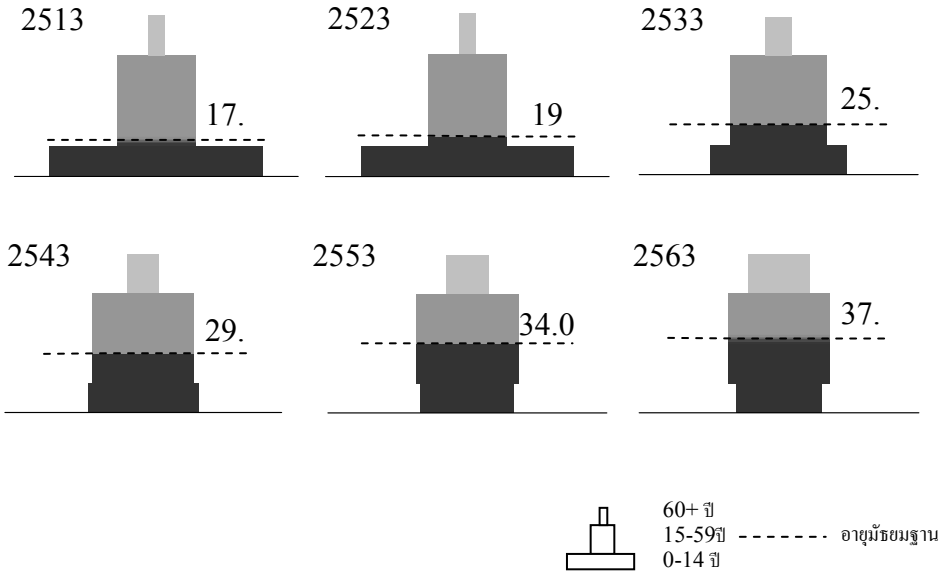
ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรอย่างมาก การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมนำความเปลี่ยนแปลงเท่าๆกับนโยบายของรัฐบาล การลดลงของการเกิดและการตาย ทำให้ประเทศมีอัตราการเติบโตเท่ากับหรือน้อยกว่าอัตราการทดแทน ประกอบกับการ

พัฒนาเทคโนโลยีด้านการแพทย์ การสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น หรือที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” กำลังจะมาถึงใน 10 ปีข้างหน้า โดยวัดด้วยดัชนี “อายุมัธยมฐาน”[1] (median age) “อัตราส่วนพึ่งพิง”[2] ทางประชากร

**การเติบโตอย่างรวดเร็วของภาวะประชากรสูงอายุ**

อายุมัธยมฐานของประชากรไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2523 คิดเป็น 20 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น 30 ปี ในปีพ.ศ. 2543 และได้คาดประมาณว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า อายุมัธยมฐานของประชากรจะสูงขึ้นถึง 38 ปี ในปีพ.ศ. 2563 หมายความว่า ประชากรไทยที่คาดประมาณไว้ในปีดังกล่าวจะมีจำนวน 69.4 ล้านคนนั้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546) ประมาณว่าประชากร 35 ล้านคน จะมีอายุ 38 ปีขึ้นไป ดังแสดงไว้ในรูปที่ 2.10

**รูปที่ 2.11** อายุมัธยฐานของประชากรไทย พ.ศ. 2513 – 2563




**แหล่งข้อมูล** : พ.ศ.2513-2543 จากสำมะโนประชากร พ.ศ.2513, สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2523, 2533 และ 2543
พ.ศ.2553-2563 จากการฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543-2568 ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

[1] “อายุมัธยมฐาน” หมายถึง อายุที่แบ่งประชากรออกเป็นสองครึ่ง ครึ่งหนึ่งมีอายุน้อยกว่า และอีกครึ่งหนึ่งมีอายุมากกว่าอายุมัธยมฐาน

[2] “อัตราส่วนพึ่งพิง” หมายถึง ประชากรในกลุ่มอายุที่ยังไม่ทำงาน หรือพ้นวัยทำงานไปแล้ว ต่อประชากรที่อยู่ในวัยทำงาน “อัตราส่วนพึ่งพิงวัยรุ่นชาย” หมายถึง ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ต่อประชากรอายุ 15 – 64 ปี

"อัตราส่วนพึ่งพิงวัยชรา" เป็นมาตรวัดโครงสร้างทางอายุของประชากรอย่างหนึ่ง พบว่า ผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไปต่อประชากรวัย 15 -64 ปี 100 คน ได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 5 ในปี 2503 เป็นร้อยละ 9 ในปี 2543 และคาดว่าจะเป็นร้อยละ 17 ในปี 2563 แสดงถึงจำนวนผู้สูงอายุไทย จะเพิ่มขึ้นเร็วมาก ในอนาคตที่ปี พ.ศ. 2568 ถ้าประชากรไทยถึงจุดอิ่มตัวอยู่ที่ 70 ล้านคน จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่ถึง 14.6 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด

อัตราส่วนพึ่งพิงวัยชรา ของประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ปี พ.ศ. 2543

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| มาเลเซีย | 4.3 | เกาหลี | 7.6 | จีน | 7.7 |
| สิงคโปร์ | 7.8 | ไทย | 9.0 | อังกฤษ | 18.7 |
| ฝรั่งเศส | 19.0 | ญี่ปุ่น | 20.7 | สวีเดน | 21.1 |

### 1.2 ผู้สูงอายุหญิงจะมากกว่าผู้สูงอายุผู้ชาย

ผู้หญิงจะมีอัตราตายน้อยกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุ การศึกษาวิจัยยืนยันว่า ปัจจัยทางชีววิทยาเป็นตัวกำหนดสำคัญที่ทำให้เพศหญิงตายน้อยกว่า และอายุยืนกว่าเพศชาย ประกอบกับพฤติกรรมของผู้ชายที่เสี่ยงมากกว่าในช่วงวัยรุ่น และวัยทำงาน

ในปี พ.ศ. 2543 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 60 – 79 ปี เป็นผู้หญิง 2.8 ล้านคนและผู้ชาย 2.4 ล้านคน สำหรับอายุสูงสุดหรือ 80 ปีขึ้นไป มีผู้หญิง 0.4 ล้าน แต่เป็นชายเพียง 0.2 ล้าน ในอนาคตเมื่อประชากรสูงอายุมากขึ้น จะยิ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุหญิงเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ เช่นในปี 2568 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมด 14.6 ล้านคนนั้นจะเป็นผู้หญิง 8.0 ล้านคน และเป็นผู้ชาย 6.6 ล้านคน [3]

### 1.3 สถานภาพสมรส

โดยพิจารณาจากสถานะภาพสมรส ผู้สูงอายุหญิงจะมีความเสี่ยงต่อการต้องอยู่คนเดียวและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ด้อยกว่าชายในวัยเดียวกัน

#### 1.3.1 องค์ประกอบด้านสถานภาพสมรส

การมีคู่หรือไม่มีคู่ในวัยสูงอายุ มีผลกระทบที่สำคัญต่อภาวะทางจิตใจและทางกายของผู้สูงอายุ นอกจากนี้มีผลต่อรูปแบบการอยู่อาศัยและการเกื้อหนุน การศึกษาถึงสถานภาพในปัจจุบันบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุไทยเกือบทั้งหมด หรือมากกว่าร้อยละ 90 เคยสมรสมาแล้ว มีเพียงร้อยละ 2 ที่ยังโสด โดยผู้หญิงครองโสดมากกว่าผู้ชาย ประมาณ 4 : 1 และพบว่าภาวะครองคู่ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในภาวะที่อัตรา

[3] Prasartkul P., et al, Population of Elderly in Thailand , 1999

การเป็นหม้ายจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544), (นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล , 2539) มีข้อสังเกตว่าชายสูงอายุที่เป็นหม้ายจะแต่งงานใหม่มากกว่าและเป็นที่ยอมรับของสังคมมากกว่าการแต่งงานใหม่ของผู้หญิงสูงอายุ ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีหญิงหม้ายมากกว่าชายหม้ายในวัยเดียวกัน

### 1.3.2 ความเสี่ยงต่อการต้องอยู่คนเดียว

จากการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2539 และการสำรวจสำมะโนประชากร ปี พ.ศ. 2533 ทำให้คาดได้ว่า ประชากรสูงอายุ ที่เป็นโสดจะเพิ่มเป็นร้อยละ 3 ในอีก 10 ปีข้างหน้า เป็นเพศหญิงร้อยละ 5 และเพศชายร้อยละ 1

วัฒนธรรมดั้งเดิมของไทยที่มีความคล้ายคลึงกับประเทศเพื่อนบ้านในทวีปเอเชียด้วยกัน คือ ผู้สูงอายุจะคงอยู่กับครอบครัวนานที่สุด เท่าที่จะดูแลกันได้ ซึ่งหมายความว่าบุตรจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ถัดไปคือญาติพี่น้องที่อยู่กันมาแบบครอบครัวขยาย ในวิถีชีวิตดังกล่าวนี้ ผู้สูงอายุที่ยังโสดจะอยู่ได้โดยมีปัญหาไม่มากนัก

จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดในทศวรรษที่ผ่านมา ผู้ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้กำลังจะลดลงเรื่อยๆ ด้วยแต่ละครอบครัวจะมีบุตรน้อยลง ส่วนใหญ่มีลูกโดยเฉลี่ย 2 คน คนเหล่านี้จะมีการศึกษาสูงกว่าแต่ก่อน ซึ่งมีโอกาสได้ทำงานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้หญิงไทยที่เข้าสู่แรงงานด้วยอัตราเพิ่มสูงและทำให้มีโอกาสไปทำงานในพื้นที่อื่น ครอบครัวขยายลดลงครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น ทำให้เป็นไปได้ว่าจะมีการลดลงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวไทย

ปัจจุบันนี้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการอยู่คนเดียวหรืออยู่โดยไม่มีบุตรหลานอยู่ด้วยจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลสำมะโนประชากรหลายครั้งที่ผ่านมากับสำมะโนประชากรปี พ.ศ. 2543 พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่อยู่คนเดียว หรืออยู่กันเฉพาะสามีภรรยาเท่านั้นเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 6 และร้อยละ 12 ตามลำดับ ซึ่งรวมแล้วเท่ากับร้อยละ 18 ของผู้สูงอายุทั้งหมด นับว่าเป็นสัญญาณเตือนให้มีการเฝ้าระวังสถานการณ์นี้ในอนาคต

### 1.4 องค์ประกอบด้านการศึกษา[4]

ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุเป็นเครื่องชี้วัดศักยภาพในการปรับปรุงคุณภาพชีวิต การงาน อาชีพ รายได้ และการเข้าถึงบริการต่างๆ นอกจากนี้ การอ่านออกเขียนได้ยังเป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำ การอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ถือว่าอยู่ในกลุ่มด้อยโอกาส

[4] นภาพร ชโยวรรณ (2542) สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. เสนอในการประชุมวิชาการว่าด้วยผู้สูงอายุ

แม้ว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันจะมีการศึกษามากกว่าเมื่อ 20 ปีก่อน แต่ก็ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย และผู้หญิงจะมีการศึกษาน้อยกว่าผู้ชาย พบว่าร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุไม่มีการศึกษาและมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันที่จบระดับประถมศึกษา อัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้มีประมาณร้อยละ 30 แนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุที่จบประถมศึกษาจะลดลง และผู้ที่จบมัธยมศึกษาหรือมากกว่าจะเพิ่มขึ้นในอนาคตทั้งเพศหญิงและเพศชาย นอกจากนี้สัดส่วนของผู้หญิงสูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเร็วกว่าชาย จนทำให้ความแตกต่างระหว่างเพศลดลงได้ ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นอาจทำให้ความต้องการ รสนิยม และการเตรียมพร้อมสำหรับผู้สูงอายุแตกต่างไปจากปัจจุบัน

**1.5 สถานภาพทางเศรษฐกิจ**

ภาวะทางเศรษฐกิจและการมีงานทำของผู้สูงอายุมีความสำคัญยิ่ง ปัจจัยหนึ่งของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ ความเป็นอิสระและการมีอำนาจ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิตและกายเป็นอย่างมากผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจดี จะส่งผลให้มีความเป็นอิสระ มีกำลังในการซื้อหรือจัดการเพื่อให้ได้บริการที่เหมาะสม ได้มากกว่าผู้ที่ด้อยกว่าทางฐานะเศรษฐกิจ

การศึกษาภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะความเชื่อถือได้และตัวชี้วัดที่เหมาะสมที่เคยมีการอภิปรายในการศึกษาต่างๆมากมาย ตัวชี้วัดที่ใช้กันเสมอคือรายได้ ซึ่งการตีความหมายก็ยังมีข้อจำกัดโดยเฉพาะเมื่อใช้แบ่งด้วยเส้นความยากจน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการนำเสนอสภาวะความยากจนของประเทศไทย (Kakawani & Krorgkeaw, 2541) เพื่อการนำไปใช้ในการวางแผนต่างๆในปัจจุบัน

จากข้อมูลที่นำเสนอโดยนภาพร ชโยวรรณ ให้ภาพค่อนข้างชัดเจนว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในภาวะยากจน ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุเมื่อ 10 ปีก่อนหรือผู้สูงอายุในปัจจุบัน ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยมีรายได้ประมาณ 10,000 บาทต่อปี หรือประมาณ เดือนละ 800 กว่าบาท ซึ่งต่ำกว่าระดับเส้นความยากจน (รายได้เดือนละ 911 บาทต่อคน) อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุยากจนกว่าประชากรโดยเฉลี่ย

ผู้สูงอายุมีปัญหาการกระจายได้รายได้เช่นเดียวกับประชากรโดยรวม ผู้ที่ร่ำรวยก็รวยมาก แต่มีสัดส่วนน้อย และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ยากจนมีจำนวนมาก ซึ่งสะท้อนจากข้อมูลการกระจายรายได้ประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในข่ายต้องให้ความช่วยเหลือทางการเงินน่าจะอยู่ในระดับร้อยละ 5 – 10 คือผู้ที่ไม่มีทรัพย์สิน มีหนี้สิน และมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อปี และมีข้อมูลแสดงว่าผู้สูงอายุหญิงยากจนกว่าผู้สูงอายุชายเมื่อวัดด้วยรายได้เฉลี่ย แต่ความไม่พอใจในสถานภาพการเงินของผู้ชายมีมากกว่าผู้หญิง

**1.6 วิถีชีวิตและค่านิยม**

ดูเหมือนว่า ความเป็นเมืองพุทธและวัฒนธรรมที่ให้คุณค่าความกตัญญูต่อผู้ให้กำเนิดน่าจะช่วยได้มากในประเด็นของการเป็นหลักประกันทางสังคมส่วนหนึ่งแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนถึงการดูแลทุกข์สุขต่อผู้สูงอายุในครอบครัว อาจจะเป็นไปในรูปของการส่งเสียข้าวของเงินทอง หรือการไปเยี่ยมเยียนถ้าไม่ได้อยู่ด้วยกัน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่ตกทอดกันมานานหลายชั่วอายุคน จนทำให้นักวิชาการไทยและนักวิชาการต่างประเทศที่เข้ามาทำการศึกษาในประเทศไทย เชื่อว่า ความกตัญญูจะยังคงอยู่กับคนไทยส่วนใหญ่ตลอดไป ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว ขาดคนดูแลทุกข์สุข หรือถูกทอดทิ้งน้อยมาก ดูเหมือนว่าปัญหาจะอยู่ในเมืองมากกว่าชนบท

ประเทศอื่นๆ เช่น เกาหลี สิงคโปร์และมาเลเซีย ก็มีประเพณีสืบทอดในเรื่องความกตัญญูเช่นเดียวกับประเทศไทยได้ มีการตั้งสมมติฐานจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและค่านิยมของคนรุ่นใหม่ ที่นิยมความเป็นอิสระแก่ตัว มีครอบครัวขนาดเล็ก และด้วยความเคร่งเครียดทางเศรษฐกิจ อาจทำให้เกิดความถดถอยในค่านิยมของความเป็นครอบครัวที่มีคนหลายรุ่นอยู่ด้วยกัน ลดทอนการส่งเงินให้พ่อแม่หรือการงดเยี่ยมเยียน ทั้งอาจจะทำให้ผู้สูงอายุมีภาระเพิ่มขึ้นโดยต้องเลี้ยงดุบุตรหลาน ในกรณีที่พ่อแม่ต้องไปทำงานในพื้นที่อื่น หรือยิ่งไปกว่านั้น การระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย ทำให้ลูกที่โตแล้วเจ็บป่วยกลับมาป่วยและตายในอ้อมอกพ่อแม่แล้วทิ้งลูกกำพร้าไว้ให้เลี้ยงอีกด้วย (John Knodel et al, 2002)

**2. สภาวะสุขภาพ**

เป้าหมายหลักของการพัฒนาสุขภาพของประชากรที่ผ่านมา คือเพิ่มความยืนยาวของชีวิตหรือทำให้ประชากรไทยอายุยืนขึ้น ประเทศไทยได้ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งแล้ว โดยข้อมูลในปี พ.ศ. 2543 ที่พบว่าอายุขัยโดยเฉลี่ยของชายไทย 67.3 ปี และหญิงไทยเท่ากับ 74.0 ปี แต่ประชากรเหล่านี้จะอยู่ดีมีสุขพึ่งพาตนเองได้นั้น จะมีสัดส่วนเท่าใด เป็นประเด็นที่สังคมให้ความสนใจในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (The King's Fund Centre, 1991) การวัดอัตราการเกิดโรค ความชุกของโรค และอัตราตายตามสาเหตุนั้น จะบอกถึงขนาดของปัญหาด้านสุขภาพและสังคม เพื่อประมาณความต้องการของการบริการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาวต่อภาระโรค ที่เกิดขึ้นมาแล้วหรือยังดำรงอยู่นั้น ดูเหมือนจะยังไม่เพียงพอในการประเมินคุณภาพของประชากรโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย ที่มีรูปแบบการเจ็บป่วยทุพพลภาพและตายจากสาเหตุโรคที่สะสมมาตั้งแต่วัยกลางคน และเพิ่มมากขึ้นจากสาเหตุที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะหลายระบบ และภาวะภูมิคุ้มกันถดถอย จึงได้นำไปสู่การใช้ดัชนีที่ประเมินสภาพของผู้สูงวัยเหล่านี้ ถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่เป็นมาตรวัดการพึ่งพาตนเองได้ และมีอิสสระ ทั้งนี้รวมถึงความมีสุขภาวะด้านกาย, จิต, อารมณ์และสังคม

ในส่วนนี้จะได้นำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณ ในการประเมิน สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยการทบทวนจากรายงานการศึกษาวิจัยระดับชาติที่มีย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี ได้แก่ (1) ภาระโรคจากการเจ็บป่วยและตาย (2) ความชุกของอาการสมองเสื่อม (3) อัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่สะท้อนถึงภาวะความซึมเศร้า (4) ระดับการพึ่งพาในชีวิตประจำวัน และ (5) การคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุไทยที่จะเป็นภาระที่ต้องการบริการรักษาและดูแลต่อเนื่องในระยะยาว ในอนาคต

### 2.1 ภาระโรคจากการเจ็บป่วย ทุพพลภาพ

ในช่วงหลังการเปลี่ยนผ่านทางประชากรของประเทศไทย และประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผลทางสุขภาพที่ตามมา คือการเปลี่ยนภาระโรค จากโรคติดต่อที่เคยเป็นสาเหตุนำของการเจ็บป่วยและการตาย มาเป็นโรคไม่ติดเชื้อคือเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรสูงอายุ ดังได้กล่าวไว้แล้วว่า รูปแบบของการเจ็บป่วยและตายของโรคที่เป็นสาเหตุนั้นเป็นโรคที่สะสมมาตั้งแต่วัยกลางคน และส่วนใหญ่มีผลจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะหลายระบบ และภาวะภูมิคุ้มกันถดถอย ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อของระบบต่างๆ ที่มักเป็นสาเหตุตายโดยตรง ของผู้สูงอายุวัยปลาย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะฯ, 2546)

#### 2.1.1 สภาวะทางกาย

ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรในปี 2538 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2538) และปี พ.ศ. 2539 – 40 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2540) พบความคล้ายคลึงของอัตราการเกิดโรค ภายใน 2 สัปดาห์ก่อนสำรวจ ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคแบบเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่โรคติดเชื้อในระบบต่างๆ มีอัตราการเกิดโรคไม่แตกต่างกันมากนักในกลุ่มอายุ 60 – 80 ปี คือประมาณร้อยละ 28 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป

สำหรับอุบัติเหตุ จากการสำรวจในปี 2539 – 40 พบร้อยละ 6.8 ของตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นอุบัติเหตุที่เกิดในบ้าน คือร้อยละ 33 นับเป็นลำดับที่หนึ่ง

ความชุกของโรคเรื้อรัง ในกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี พบร้อยละ 70 อัตราความชุกเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุที่สูงขึ้น และพบเป็นร้อยละ 83 ในกลุ่มอายุ 90 ปีและมากกว่า โรคที่พบมากในรายโรค 5 อันดับแรก คือ ข้อเข่าอักเสบ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง ตาผิดปกติ และเบาหวาน นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 70 เจ็บป่วยและมีภาวะพิการทุพพลภาพ ถึง 7 อย่างในคนเดียวกัน และมีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ อธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคชนิดหนึ่งจะเป็นสาเหตุตามมาของอีกหลายโรคในเวลาเดียวกัน เช่นอาการแขนขาอ่อนแรง เสียสภาพการทรงตัว มักเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้ม ซึ่งอาจเกิดอัมพาตตามมา หรือการเริ่มต้นด้วยโรคเบาหวาน เป็นเหตุตามมาของภาวะความดันโลหิตสูง และอัมพาต โรคหัวใจโคโรนารี่ ภาวะผิดปกติของไตและนัยน์ตา เป็นต้น

รูปแบบของโรคเรื้อรังของกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป จะมีความแตกต่างกับผู้สูงอายุวัยต้นอยู่บ้าง ที่พบความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นและมีภาวะการติดเชื้อของระบบอวัยวะต่างๆเพิ่มตามอายุ

**2.1.2 ความพิการทุพพลภาพ**

คำจำกัดความในรายงานการศึกษาของการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539 – 2540 คือ การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมใดๆ ก็ตามเป็นระยะเวลา 6 เดือนหรือมากกว่า อัตราความชุกของผู้สูงอายุไทย (60 ปีขึ้นไป) ค่อนข้างสูง มีข้อมูลที่อธิบายว่าผู้สูงอายุหญิงมีความชุกสูงกว่าผู้สูงอายุชาย ในทุกกลุ่มอายุ และความชุกของความพิการทุพพลภาพโดยรวมจะสูงขึ้นตามอายุ และความรุนแรงของความจำกัดในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งได้แก่ (1) ต้องนอนติดเตียง (2) อยู่ในบ้านเท่านั้น และ (3) พอจะออกจากบ้านได้ ดังแสดงไว้ในตาราง 2.4 ข้างล่างนี้

**ตาราง 2.4 ประเภทของความพิการทุพพลภาพและความรุนแรงในผู้สูงอายุไทย**

| ประเภทของความรุนแรง | ภาวะพิการทุพพลภาพ % | | จำแนกตามกลุ่มอายุ % | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ชาย | หญิง | 60 - 69 | | 70 - 79 | | 80+ | |
| | | | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง |
| รวม | 17.4 | 20.2 | 14.6 | 14.9 | 19.4 | 23.4 | 27.0 | 36.0 |
| ออกนอกบ้านได้ | 13.7 | 14.6 | 12.3 | 12.5 | 15.4 | 17.4 | 16.1 | 7.8 |
| ต้องอยู่ในบ้าน | 2.5 | 3.5 | 1.7 | 1.3 | 2.7 | 4.0 | 6.9 | 12.5 |
| นอนติดเตียง | 0.6 | 1.2 | 0.2 | 0.5 | 0.7 | 1.1 | 2.3 | 4.4 |

**2.2 สุขภาพจิต**

การวัดสถานะสุขภาพจิต มีเครื่องชี้วัดที่ใช้วัดด้านสติปัญญา ความจำสมาธิ ความหลงลืม ความซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ที่สะท้อนถึงศักยภาพของบุคคลที่จะตอบสนองต่อผู้อื่นในการทำหน้าที่อย่างเหมาะสม ภาวะซึมเศร้าจะพบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่มักจะวัดได้ยาก ส่วนมากจะใช้การวัดโดยทางอ้อม ผลวิจัยที่ผ่านมาพบว่าความซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ เมื่อมีความรุนแรงของภาวะจะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ในเอกสารนี้จะได้นำเสนออัตราความชุกของกลุ่มอาการความจำเสื่อม และอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

### 2.2.1 ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อม

สัดส่วนของผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม มีอาการหลงลืม มีรายงานจากการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนไทย พบร้อยละ 3.4 ของผู้สูงอายุมีภาวะดังกล่าว อัตราความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุโดยมีประมาณร้อยละ1.0 ในกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี และเพิ่มเป็นร้อยละ 30 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป ความชุกที่ปรับโดยอายุแล้ว ของไทยจะใกล้เคียงกับของสิงคโปร์ และประเทศที่พัฒนาแล้ว ข้อมูลจากประเทศเกาหลีใต้มีความชุกสูงกว่าประเทศไทย โดยคิดเป็นร้อยละ 8.2 ของผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปในปี 2543

**ตาราง 2.5 สัดส่วนของกลุ่มอาการสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในประเทศไทยและเกาหลี**

| กลุ่มอายุ | ประเทศไทย[1] | ประเทศเกาหลี[2] |
|---|---|---|
| 60 - 64 | 1.0 | 7 |
| 65 - 69 | 1.2 | 5.2 |
| 70 - 74 | 3.5 | 12.2 |
| 75 -79 | 3.5 | 17 |
| 80 - 84 | 10.0 | 35.2 |
| 85 - 89 | 13.0 | - |
| 90 - 94 | 31.3 | - |

source 1. Jitapunkul, S., et al. , 1992. 2. Bae, S., S., et al., 1999.

การสำรวจผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราพบว่า อัตราความชุกของผู้ที่มีความเจ็บป่วยด้วยอาการสมองเสื่อมอยู่ในในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง ประมาณร้อยละ 4 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีและมากกว่า การคาดประมาณในปี พ.ศ. 2559 จะมีผู้ป่วยด้วยอาการสมองเสื่อมจำนวน 43,600 คนจากผู้สูงอายุทั้งหมด 1.09 ล้านคน

จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมครึ่งหนึ่งมีสาเหตุจากการป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ (Phanthumchinda, K.,et al, 1991) ภาวะหลงลืมจะเป็นภาระต่อผู้ดูแลมากที่สุด

### 2.2.2 การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุไทย

ภาวะซึมเศร้าและภาวะเก็บกดเป็นอาการทางจิตใจที่มักจะเกิดกับผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 45 ในผู้สูงอายุฮ่องกงที่มีอายุ 65 ปี(Chen,1997) และประมาณ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายรายงานว่า มีภาวะซึมเศร้าก่อนการฆ่าตัวตาย ประเทศฮ่องกงมีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 28 รายต่อประชากรแสนคนในกลุ่มผู้สูงอายุ ในขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายในประชากรทั่วไปเท่ากับ 12 รายต่อแสนคน ซึ่งต่ำกว่า

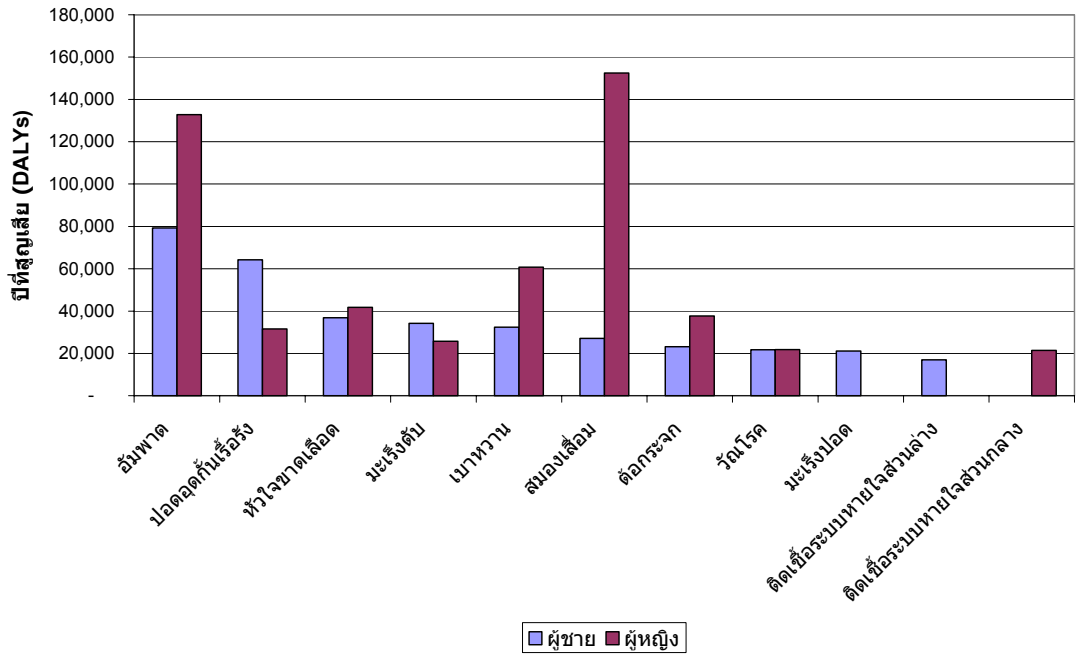
สิงคโปร์ ที่มีอัตรา 50 รายต่อแสนคน (Chi et al,1997) และข้อมูลของประเทศไทยในปี 2542 มีอัตราฆ่าตัวตาย 17.2 ต่อแสนของผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกามีอัตราอยู่ที่ 20 รายต่อแสนคน ออสเตรเลีย 16 รายต่อแสนคนนิวซีแลนด์ 12 รายต่อแสนคน สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราฆ่าตัวตายในผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่ที่ 12.7 ต่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปแสนคน

อัตราการเติบโตของผู้สูงอายุและการมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างรวดเร็ว กระตุ้นให้เพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งเดิมเป็นเรื่องน่าอายถ้าจะต้องขอความช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว ในปัจจุบันได้กลายเป็นความต้องการในบริการของรัฐในกลุ่มประเทศอาเซียน

### 2.3 **ความสูญเสียของสุขภาวะที่วัดด้วย** DALYs

ในส่วนนี้ขอเสนอข้อมูลภาระโรคสิบอันดับแรก ที่วัดโดย DALYs ที่ทำให้ผู้มีอายุ 70 ปีขึ้นไปในประเทศไทย เสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือมีชีวิตอยู่อย่างเจ็บป่วยทุพพลภาพ พ.ศ. 2542 ซึ่งรวมทั้งโรคทางกาย ทางจิต และอารมณ์ไว้ด้วยกัน

**รูปที่** 2.12 ภาระโรคสิบอันดับแรงที่วัดโดย DALYs ที่ทำให้ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปในประเทศไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือมีชีวิตอยู่อย่างบกพร่องทางสุขภาพ พ.ศ. 2542



**ตาราง 2.6 ภาระโรคสิบอันดับแรกที่วัดโดย DALYs ที่ทำให้ผู้มีอายุ 70 ปีขึ้นไปในประเทศไทย เสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือมีชีวิตอยู่อย่างบกพร่องทางสุขภาพ พ.ศ. 2542**

| *อันดับ ผู้ชาย* | *ที่สูญเสีย* | *%* | *ผู้หญิง* | *ปีที่สูญเสีย* | *%* |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. อัมพาต | 79,260 | 14% | สมองเสื่อม | 152,444 | 18% |
| 2. ปอดอุดกั้นเรื้อรัง | 64,272 | 11% | อัมพาต | 132,796 | 16% |
| 3. หัวใจขาดเลือด | 36,857 | 6% | เบาหวาน | 60,706 | 7% |
| 4. มะเร็งตับ | 34,212 | 6% | หัวใจขาดเลือด | 41,795 | 5% |
| 5. เบาหวาน | 32,421 | 6% | ต้อกระจก | 37,650 | 4% |
| 6. สมองเสื่อม | 27,106 | 5% | ปอดอุดกั้นเรื้อรัง | 31,564 | 4% |
| 7. ต้อกระจก | 23,129 | 4% | มะเร็งตับ | 25,771 | 3% |
| 8. วัณโรค | 21,714 | 4% | โลหิตจาง | 22,674 | 3% |
| 9. มะเร็งปอด | 21,098 | 4% | วัณโรค | 21,775 | 3% |
| 10. ติดเชื้อระบบหายใจส่วนล่าง | 16,977 | 3% | ติดเชื้อระบบหายใจส่วนกลาง | 21,427 | 3% |

**แหล่งข้อมูล** : **สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545**

### 2.4 การวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

นอกเหนือจากการวัดภาระโรคที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น สถานะสุขภาพทางกายดังที่กล่าวมาแล้ว โดยทางอ้อมวัดได้จากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อดูแลตนเอง และสภาวะทุพพลภาพระยะยาว ซึ่งมีข้อมูลของการใช้ในประเทศมาเลเซีย เกาหลีและไทย ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์ต่อไปได้

Activities of Daily Living (ADL) เป็นการวัดความอิสระในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งตรงกันข้ามกับการวัดความพึ่งพาที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองประจำวันเช่นการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ ทำความสะอาดบ้าน และการเดินทางนอกบ้าน

ในการประชุมว่าด้วยศาสตร์เกี่ยวกับผู้สูงอายุเมื่อปี ค.ศ. 1996 นักวิจัยมาเลเซีย ได้นำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุ กับการจัดบริการที่เหมาะสมตามทฤษฎี ดังเสนอในตาราง 2.7

ระดับความสามารถของผู้สูงอายุเริ่มจากกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง กิจกรรมเกี่ยวกับงานบ้าน และกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ความสามารถจะค่อยๆ ลดลง โดยลดจากกิจกรรมทางสังคมก่อน ต่อมาเป็นกิจกรรมงานบ้านและท้ายสุดคือการดูแลตนเอง ถ้าอยู่ในระดับที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย ก็อยู่ในฐานะที่ต้องพึ่งพาคนอื่นทุกอย่าง การจัดบริการเพื่อตอบสนองความสามารถของผู้สูงอายุก็ขึ้นอยู่ว่าต้องการการพึ่งพาในระดับใด

**ตาราง 2.7 รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในกิจกรรมต่างกับการจัดบริการ**

| **โมเดลที่ 1 ระดับของความสามารถของผู้สูงอายุในกิจกรรมต่าง ๆ** | | |
|---|---|---|
| **กิจกรรมดูแลตนเอง** | **กิจกรรมเกี่ยวกับงานบ้าน** | **กิจกรรมทางสังคม** |
| อาบน้ำ | ซักผ้า , รีดผ้า | เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา |
| เข้าห้องน้ำ | ล้างชาม | การเดินทาง |
| หวีผม | ทำความสะอาดบ้าน | ออกไปซื้อของ |
| แต่งตัว | ทำกับข้าว | เล่นกีฬา |
| ตัดเล็บ | ทำเตียง | ไปธนาคาร |
| ออกไปนอกบ้าน | เลี้ยงสัตว์ | ไปรับบำนาญ |
| ทำงานบางเวลา | ทำสวน | ไปธนาคาร |
| กลั้น ปัสสาวะ / อุจจาระได้ | ซ่อมแซมบ้าน | ไปเยี่ยมญาติ |
| | ทำบัญชี | ไปหาหมอ |
| **โมเดลที่ 2 การจัดบริการเพื่อตอบสนองต่อความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ** | | |
| **ระดับบุคคล** | **ระดับครอบครัว** | **ระดับชุมชน** |
| บ้านพักผู้สูงอายุ | บริการช่วยงานบ้าน | กลุ่มช่วยเพื่อน |
| ผู้ดูแลในบ้าน | ศูนย์ดูแลตอนกลางวัน | องค์กรพัฒนาเอกชน |
| พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพ | ที่พักชั่วคราว | บ้านพักชั่วคราว |
| รักษาในโรงพยาบาล | พนักงานเยี่ยมบ้าน (สุขภาพ) | ศูนย์สุขภาพชุมชน |
| | บริการสั่งอาหาร | |
| | พยาบาลเยี่ยมบ้าน | |

**ที่มา** : ดัดแปลงจาก Williams , 1986 AF First Symposium an Gerontology 1996

ข้อมูลจากการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนไทย ปีพ.ศ. 2539–2540 แสดงให้เห็นถึงอัตราความชุกของการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้หญิงจะมีอัตราสูงกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุ และชัดเจนยิ่งขึ้นในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป

**ตาราง 2.8 การต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันและภาระทุพพลภาพระยะยาวของผู้สูงอายุไทย**

| **อัตราภาวะทุพพลภาพระยะยาว** | | | ***อัตราการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน*** | |
|---|---|---|---|---|
| **อายุ** | **ผู้ชาย(%)** | **ผู้หญิง(%)** | **ผู้ชาย(%)** | **ผู้หญิง(%)** |
| ทุกกลุ่มอายุ | 17.4 | 20.2 | 5.7 | 7.9 |
| 60 – 69 | 14.6 | 14.9 | 4 | 4.4 |
| 70 - 79 | 19.4 | 23.4 | 5.4 | 8.9 |
| 80+ | 27.6 | 36.0 | 16.1 | 20.9 |

**source** : Jitapunkul, S., et al, 1999.

**2.5 สุขภาพทางสังคม**

มีความสัมพันธ์กับสองมิติที่ตรงข้ามกัน คือ ความเป็นเจ้าของหรือถูกเป็นเจ้าของ กับความโดดเดี่ยวอ้างว้างหรือความเป็นส่วนตัว การวัดสุขภาพทางสังคมจะต้องสะท้อนถึงมิติทั้งสอง ซึ่งจะรวมถึงการรับรู้ สภาวะแวดล้อม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

สถานะสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ จะถูกจำแนกและแปลเป็นนโยบาย และบริการในการส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของที่จำเป็นจะต้องมีบ้านอยู่และเป็นเจ้าของบ้าน การช่วยเหลือของชุมชนและการมีหลักประกันเรื่องที่อยู่อาศัยเป็นหลักของบริการสวัสดิการสังคมในการดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ในขณะที่เป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาสุขภาพให้คงอยู่ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีพลัง ซึ่งต้องมีกลไกแวดล้อมที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวา มีพลังในเชิงบวก คือความอยากอยู่ การได้ทำงานตามความสนใจ การพัฒนาความเข้าใจและความสัมพันธ์ระหว่างรุ่น และมีประโยชน์ต่อผู้อื่น

ข้อมูลที่มีความซับซ้อนสำหรับการตัดสินใจกำหนดนโยบาย คือ การรับรู้ว่า เรื่องผู้สูงอายุเป็นปัญหาของสังคม ปัญหาทางสังคมจะส่งผลกระทบต่อคนส่วนใหญ่ของประเทศ การถูกตัดสินใจว่าผู้สูงอายุไม่มีค่าต่อสังคม ทำให้ต้องดำเนินการหลายอย่าง ผลกระทบที่สำคัญคือปัญหาผู้สูงอายุจะเชื่อมโยงกับอิสระทางเศรษฐกิจ ความยากลำบากในการดูแลสุขภาพ การสูญเสียบทบาทและความยากลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และความขัดแย้งทางจิตใจที่มีผลต่อความรู้สึกถูกทอดทิ้ง

จากข้อเท็จจริง การให้บริการด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้ผู้สูงอายุอยู่ดีมีสุขตามความต้องการของตนเองได้ ประเด็นที่ต้องนำมาพิจารณาร่วมด้วยคือ การจัดเตรียมที่อยู่อาศัย ผู้ดูแล สภาวะแวดล้อมที่เป็นมิตร และพร้อมที่จะช่วยเหลือ

**3. วิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ**

จากการวิจัยที่ผ่านมามีข้อสรุปว่า ในระหว่างปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพทั้งหมด พฤติกรรมและวิถีชีวิตของประชากรมีอิทธิพลอยู่ถึงร้อยละ 58 ส่วนที่เหลือมาจากองค์ประกอบด้านพันธุกรรม การใช้บริการสุขภาพ และสภาวะแวดล้อม (Donatella & Davis, 1993) การตั้งเป้าหมายเสริมสร้างการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาวะและความเป็นอยู่ดีของผู้สูงอายุ หมายรวมถึง (1) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย (2) บริโภคอาหารอย่างมีความสุขและพอเพียง (3) นอนหลับพักผ่อนอย่างพอเพียง (4) ควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกินมาตรฐาน (5) หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงโรค (6) ได้รับวัคซีนที่ก่อภูมิคุ้มกันที่เหมาะสม และ (7) การมีส่วนร่วมในสังคมนั้น ในขณะเดียวกันก็ควรมีข้อมูลที่ระบุถึงขนาดและประเภทของพฤติกรรมเสี่ยงที่ปรับลดได้ และมีมาตรการที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนาดของปัญหา และระบบบริการสุขภาพและสังคมของประเทศ

ในส่วนนี้จะได้นำเสนอพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ จากการทบทวนจากวรรณกรรมและงานศึกษาวิจัยในประเทศในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเฉพาะกรณี กับกลุ่มประชากรขนาดเล็ก สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และเลือกศึกษาในประเด็นย่อยของพฤติกรรมสุขภาพ มีการศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างทั่วประเทศที่ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพทุกปัจจัย คือ การสำรวจสุขภาพของประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2538 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2538) และรายงานสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2539 (นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล, 2539) ที่จะนำเสนอได้แก่ การบริโภคอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า กินหมาก และการบริโภคยา ดังต่อไปนี้

3.1 **การบริโภคอาหาร** การบริโภคที่เหมาะสมสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คือ วันละ 3 มื้อและได้สารอาหารครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ ให้มีอาหารหลากหลายประมาณ 30 ชนิดต่อวัน[5]

ในการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2538 (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, 2542) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ มีเพียงร้อยละ 1 ที่รับประทานเพียงมื้อเดียวต่อวัน ในภาคกลางร้อยละ 17 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 23 รับประทานวันละ 2 มื้อ ผู้สูงอายุประมาณ 1/3 ที่รับประทานอาหารตามลำพัง ที่เหลือรับประทานร่วมกับครอบครัว และกว่า 1/3 ที่ยังปรุงอาหารด้วยตนเอง อาหารหลักประจำวัน นอกจากข้าวแล้ว คือผักและผลไม้ ถั่ว น้ำอัดลม ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนการรับประทานเนื้อปลาและนมสดเพิ่มมากขึ้น และบริโภคอาหารชนิดอื่นลดลง ในกรุงเทพฯ และภาคกลางนิยมดื่มน้ำอัดลมมากกว่าภาคอื่น ไม่นิยมบริโภคอาหารสุกๆดิบๆ แต่ภาคเหนือนิยมบริโภคอาหารสุกๆดิบๆมากกว่าภาคอื่น ในภาคกลางและตะวันออกเฉียงเหนือดื่มน้ำฝน ส่วนภาคเหนือดื่มน้ำบ่อ เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้สูงอายุไทยซึ่งนับว่ายังอยู่ในเกณฑ์ดีพอสมควร (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2538)

การศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนครสวรรค์ พบว่าผู้สูงอายุชายได้รับพลังงานจากอาหารเฉลี่ยวันละ 2,070 กิโลแคลอรี หญิง 1,877 กิโลแคลอรี ในทุกประเภทของแหล่งพลังงานชายได้รับมากกว่าหญิง [6]

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในอีก 2 แห่ง ก็คล้ายคลึงกัน (ตาราง2.9) แต่เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างพลังงานที่ได้รับ และปริมาณคาร์โบไฮเดรต กับดัชนีมวลกาย (BMI) ในผู้ชายสูงอายุ พบว่า พลังงานและคาร์โบไฮเดรตมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย ส่วนหญิงพบว่าไขมันและคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) แต่มิได้วิเคราะห์แหล่งอาหารของพลังงาน

[5] ไกรสิทธิ์ ตันติสิรินทร์, 2542. บทสัมภาษณ์.

[6] มาลี ภัตรสุพรรณาคาร, การบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์, 2536

**ตาราง 2.9 เปรียบเทียบปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อวันของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง นครสวรรค์ กรุงเทพมหานคร และอุบลราชธานี**

| กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา | | | พลังงานที่ได้ | สัดส่วนพลังงาน (ร้อยละ) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| จังหวัด | จำนวน | เพศ | ก.แคลอรี/วัน | โปรตีน | ไขมัน | คาร์โบไฮเดรต |
| นครสวรรค์ [6] | 50 | ชาย 60+ | 2,070 | 17.7 | 17.1 | 65.2 |
| | | หญิง 60+ | 1,877 | 17.5 | 17.5 | 65.2 |
| กรุงเทพฯ | 15 | ชายผู้ใหญ่ | 2,013 | 12.5 | 29.5 | 58.0 |
| | 15 | หญิงผู้ใหญ่ | 1,547 | 14.9 | 30.3 | 54.8 |
| อุบลราชธานี | 21 | ชายผู้ใหญ่ | 1,462 | 14.5 | 9.0 | 77.5 |
| | 21 | หญิงผู้ใหญ่ | 1,292 | 14.6 | 7.7 | 77.7 |

**ที่มา**: เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุพัตรา อติโพธิ์, 2543

### 3.1.1 รูปแบบการบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว และรูปแบบของการบริโภคมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของการป่วยและตายก่อนวัยอันควรและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ได้แก่ โรคหัวใจ หลอดเลือดในสมอง และโรคมะเร็ง ฉะนั้น ในการส่งเสริมวิถีชีวิตของผู้สูงอายุสุขภาพดีจำเป็นต้องเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและได้รับอาหารที่ดีต่อสุขภาพอย่างเพียงพอ

ข้อมูลจากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อาหารไขมัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง นอกจากนี้ไขมันชนิดทรานส์ที่พบในอาหารจานด่วน มีความสัมพันธ์กับการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรให้ความสำคัญต่อการบริโภคไขมัน โดยลดไขมันอิ่มตัว และอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง

สำหรับคาร์โบไฮเดรต เพื่อบริโภคในปริมาณที่มาก ร่างกายจะได้รับพลังงานจากอาหารมากเกินไป ส่งผลต่อน้ำหนักตัวและเป็นสาเหตุของโรคอ้วน ควรบริโภคปริมาณพลังงานในระดับเหมาะสมกับอายุและเพศ รวมถึงระดับการใช้แรงกายหรือออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน

ใยอาหารที่เป็นส่วนประกอบของพืช ผัก ผลไม้ ที่ไม่สามารถย่อยได้ มีความสัมพันธ์ในการลดโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการเกิดความดันโลหิตสูง มีข้อแนะนำว่าควรบริโภคใยอาหาร ประมาณวันละ 15 กรัมต่อพลังงาน 1000 กิโลแคลอรี่ ซึ่งน่าจะมาจากอาหารธรรมชาติมากกว่าในรูปสังเคราะห์

สำหรับสารต้านอนุมูลอิสระ โฟเลตในอาหาร ฟลาโวนอยส์ และสารพฤกษเคมีอื่นๆที่เป็นสารที่พบในพืชผัก ผลไม้ อาจมีคุณสมบัติป้องกันกระบวนการเกิดโรคหัวใจที่สำคัญ อีกประเภทหนึ่ง คือเกลือ

[7] Tanphaichit. et, al. Cognitive status in Thai Adults. Am J Clin Nutr 1980, 33: 876 – 80

โซเดียม ที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดความดันโลหิตสูง ได้มีข้อเสนอให้บริโภคเกลือโซเดียมน้อยกว่าวันละ 6 กรัม ที่รวมทั้งในเกลือที่เป็นส่วนผสมของอาหาร และที่ใช้เติมภายหลัง จะส่งผลดีต่อการควบคุมความดันโลหิต

ในขณะที่พบว่า รูปแบบการบริโภคอาหารของอเมริกัน มีความสัมพันธ์สูงกับการเกิดโรคอ้วนและโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น อาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน ที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง มีพืชตระกูลถั่ว ธัญพืช และผักผลไม้ในปริมาณมาก เนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์จำนวนน้อย และใช้น้ำมันมะกอกในการปรุงอาหารประจำวัน พบว่าช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและเส้นเลือดสมองค่อนข้างต่ำ

อาหารมังสวิรัติที่มีผู้นิยมมากขึ้นในประเทศไทยนั้น มีรายงานว่า ประชากรกลุ่มที่บริโภคอาหารที่มีเนื้อสัตว์ในปริมาณน้อยหรือไม่มีเลย แต่บริโภคผักผลไม้ ถั่วเมล็ดแห้ง และธัญพืชต่างๆ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองค่อนข้างต่ำ (วงสวาท โกศัลวัฒน์, 2547)

องค์การอนามัยโลกในโปรแกรมสำหรับควบคุมโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ มีข้อเสนอให้ลดหรืองดอาหารไขมันจากสัตว์ ความเค็ม และอาหารที่ให้พลังงานสูง ปรับเป็นอาหารผักและผลไม้ ธัญพืชที่มีใยอาหารสูง โปรตีนจากปลา และลดความเค็ม รวมถึงเกลือที่ผสมในอาหาร และเกลือเติมภายหลัง

### 3.1.2 ภาวะโภชนาการ

สำหรับผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่พบว่ามีภาวะอ้วนทั้งตัว และอ้วนลงพุง เพิ่มมากขึ้นทั้งชายและหญิง องค์การอนามัยโลก (2538) เสนอให้ใช้ดัชนี เส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก หรือ waist to hip ratio เป็นตัวชี้วัด จากการวิจัยที่ผ่านมาสรุปได้ว่า เมื่อ waist to hip ratio เท่ากับ 0.91 หรือมากกว่า จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจโคโรนารี่ถึง 3 เท่า ในเวลาต่อมา ได้พบว่าใช้เส้นรอบวงเอว อย่างเดียวเป็นดัชนี สามารถวัดอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจโคโรนารี่ได้ผลเท่าๆกัน ซึ่งดัชนี “เส้นรอบวงเอว” นี้ง่ายต่อการวัดมากกว่า BMI วัดได้ เองแปลผลได้ในการเฝ้าระวังภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

| ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นถ้า | ในผู้ชาย | ในผู้หญิง |
|---|---|---|
| Waist to hip ratio | มากกว่า 0.90 | มากกว่า 0.88 |
| เส้นรอบวงเอว | มากกว่า 101 ซม. | มากกว่า 89 ซม. |

**แหล่งข้อมูล**: Report of WHO Consultation on Obesity: Preventing and managing the global epidemic, Geneva: WHO, 1998

**ก.ภาวะทุพโภชนาการ ในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ**

จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย พบว่าภาวะน้ำหนักเกินในผู้ใหญ่เพิ่มจากประมาณร้อยละ 15 และ 20 ในปี พ.ศ. 2528 และ 2534 เป็นร้อยละ 25 ในปี 2538 โดยผู้หญิงมีความชุกมากกว่าผู้ชายประมาณ 2 เท่า ในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนในคนอ้วนสูงกว่าพื้นที่อื่นทุกพื้นที่ ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยพบว่าผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักน้อย หรือผอมมาก เพิ่มขึ้นในทุกภาค ทั้งในเขตเมืองและชนบท แม้ในกลุ่มวัยที่มีความชุกต่ำที่สุด ก็ยังพบประมาณร้อยละ 17 และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีภาวะโลหิตจางทั้งชายและหญิง[8]

อรวรรณ ภู่ชัยวัฒนานนท์ และคณะฯ ได้ทำการศึกษาความชุกของภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ไทย อายุ 17 – 69 ปี ในเขตเมืองของ 20 จังหวัด จำนวน 4,944 ราย ใช้เกณฑ์ BMI 25 – 29.9 $kgm^2$ สำหรับภาวะน้ำหนักเกิน และ BMI เกิน 30 $kgm^2$ สำหรับภาวะอ้วน พบอัตราความชุกดังตารางต่อไปนี้

| เพศ | ความชุกอัตราร้อยละ | | |
|---|---|---|---|
| | **ภาวะน้ำหนักเกิน** (25 – 29.9) | **ภาวะอ้วน** (30+) | **จำนวนตัวอย่าง** |
| ผู้ชาย | 20.85 | 2.53 | 2,336 |
| ผู้หญิง | 20.74 | 5.64 | 2,608 |

**แหล่ง**: อรวรรณ ภู่ชัยวัฒนานนท์และคณะ 2545

ค่าดัชนีมวลกายนั้น เกณฑ์มาตรฐานที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลกใช้ไม่ได้กับทุกกลุ่มประชากร โดยเฉพาะเชื้อชาติที่แตกต่าง ซึ่งได้มีการวิจัยหลากหลายเพื่อปรับเกณฑ์แบ่งกลุ่มน้ำหนักเกิน กลุ่มอ้วน และกลุ่มน้ำหนักน้อย เพื่อใช้ระดับที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจโคโรนารี่ การเกิดโรคเส้นเลือดในสมอง และการตาย

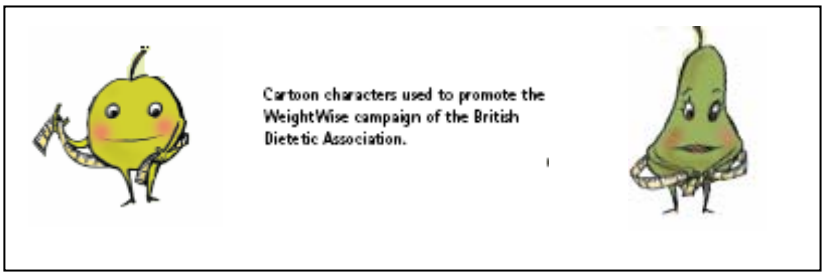
ในประเทศไทย มีการศึกษาเกี่ยวกับน้ำหนักตัวเกินหรือน้ำหนักน้อยหลากหลาย จากคณะผู้ศึกษาหลายกลุ่ม ด้วยเป้าหมายแตกต่างกันแต่มีไม่มากนักที่เจาะจงศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ในตารางข้างล่าง ได้แก่ การศึกษาขนาดเล็ก ใช้ตัวอย่างผู้สูงอายุ 60 – 87 ปี ที่มารับการดูแลรักษาฟันเป็นตัวอย่าง พบว่าภาวะน้ำหนักน้อยมีความชุกในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงแต่ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในผู้หญิงสูงเกือบ 2 เท่าของผู้ชาย

| กลุ่มผู้สูงอายุ 60 – 87 ปี | น้ำหนักน้อย $\leq$20 | ปกติ (20.0 – 24.9) | อ้วน ($\geq$ 25) |
|---|---|---|---|
| ผู้ชาย (113 คน) | 22.6 | 51.1 | 26.3 |
| ผู้หญิง (137 คน) | 16.8 | 43.1 | 40.1 |

แหล่งข้อมูล: Chaichareon et al. 2532 – 2533 Body Mass Index in adults. Intern Med, 1992: 8: 113 – 7

[8] การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2518, 2529, 2538

องค์การอนามัยโลกได้เสนอผลวิจัยภาวะอ้วนที่สัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อโรคหัวใจโคโรนารี่ ที่พบว่าภาวะอ้วนทั้งตัว (ลูกแอบเปิ้ล) เสี่ยงมากกว่าอ้วนลงพุง (ลูกแพร์)




***ปัจจัยคุ้มครองผู้หญิงจากโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น ถ้าสามารถควบคุมดัชนีมวลกายให้ต่ำกว่า 21 จะสามารถลดการตายจากโรคหัวใจโคโรนารี่ได้มากที่สุด***

***ปัจจัยร่วมระหว่างภาวะอ้วนกับการสูบบุหรี่ พบว่าคนอ้วนที่สูบบุหรี่จะมีอายุสั้นกว่า กลุ่มผู้มีดัชนีมวลกายปกติ และไม่สูบบุหรี่ถึง 14 ปี***

**แหล่ง**: WHO. The Atlas of Heart Disease and Stroke, 2004

**ข. ภาวะน้ำหนักน้อย**

จากโครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยประเสริฐ อสันตชัย และสมทรง เลขะกุล เรื่องการสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ซึ่งตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2542 พบว่าในเกือบทุกภูมิภาค (ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ผู้สูงอายุชายจะมีความชุกของความแตกต่างระหว่างภาคมีแบบแผนที่ไม่แน่นอน ภาวะทุพโภชนาการเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เช่นเดียวกับผู้สูงอายุหญิง ดังตาราง 2.10 และพบว่าผู้สูงอายุหญิงจะมีความชุกของภาวะทุพโภชนาการน้อยกว่าผู้สูงอายุชาย กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ในภาคกลางและภาคใต้

**ตาราง 2.10 ความชุกของภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุแยกตามเพศและภูมิภาค**

| ภาค | ชาย | | | หญิง | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ช่วงอายุ (ปี) | | | ช่วงอายุ(ปี) | | |
| | 60-69 | 70-79 | 80+ | 60-69 | 70-79 | 80+ |
| กลาง | 13 | 16 | 28 | 5 | 12 | 18 |
| เหนือ | 27.8 | 38.7 | 37.5 | 24.5 | 39.1 | 53.6 |
| ใต้ | 16.7 | 27.8 | 38.9 | 8.4 | 15.2 | 23.1 |
| ตอ./เหนือ | 13 | 7 | 20 | 8.4 | 11 | 29 |

**ค. ระดับวิตามิน**

จากการศึกษานี้ มีการตรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ การตรวจหาระดับวิตามินในเลือดโดยแบ่งตามภาคแสดงผลดังตาราง 2.11 มีข้อสังเกตว่า วิตามินบี 12 ตรวจไม่พบเลยจากภาคเหนือ และตะวันออกเฉียงเหนือ และระดับต่ำในอีกสองภาคที่เหลือ ซึ่งวิตามินบีต่ำนี้ มีความสัมพันธ์เชิงป้องกันการเกิดอาการสมองเสื่อม ข้อมูลนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุเลือกบริโภควิตามินเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมได้

**ตาราง 2.11 ร้อยละของผู้สูงอายุไทยในชนบทที่ระดับวิตามินในเลือดต่ำกว่าปกติ**

| ระดับวิตามิน | ภาค | | | |
|---|---|---|---|---|
| | กลาง | เหนือ | ใต้ | ตอ./เหนือ |
| วิตามินเอ | 3.6 | 1.1 | 8.1 | 12.2 |
| เบตา-แคโรทีน | 75.3 | 89.3 | 54.4 | 94.5 |
| วิตามินบี 1 | 40.4 | 44.2 | 13.8 | 19.3 |
| วิตามินบี 12 | 1.4 | 0.0 | 0.8 | 0.0 |
| โฟเลทในซีรัม | 50.4 | 42.6 | 88.2 | 6.7 |
| โฟเลทในเม็ดเลือดแดง | 22.8 | 35.8 | 66.8 | 35.9 |
| วิตามินซี | 15.6 | 1.9 | 0 | 19.2 |
| วิตามินอี | 51.3 | 34.6 | 48.4 | 89.4 |

**ง. ตัวชี้วัดโภชนาการทางโลหิตวิทยา**

จากการศึกษาเดียวกัน ประเสริฐ อสันตชัยและคณะ นำเสนอภาวะโภชนาการทางโลหิตวิทยา คือ

1) ค่าความเข้มข้นของเลือด haematocrit ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นทั้งในชายและหญิง โดยเริ่มลดลงชัดเจนในผู้สูงอายุชาย เมื่อเข้าสู่กลุ่มอายุ 70 ปีหรือมากกว่า ขณะที่ในผู้สูงอายุหญิงเริ่มลดลงชัดเจนเมื่อเข้ากลุ่มอายุ 80 ปีและมากกว่า
2) อ่านจำนวนเม็ดเลือดขาว จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิง เมื่อเริ่มเข้าอายุ 70 ปี หรือมากกว่า ($p \leq .002$)
3) albumin ลดลงเมื่อเข้าสู่กลุ่มอายุ 70 ปีในผู้สูงอายุหญิง และลดลงชัดเจนเมื่อเข้าสู่กลุ่มอายุ 80 ปีและมากกว่า
4) triglyceride ในผู้สูงอายุชายจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น จะชัดเจนที่อายุ 80 ปีหรือมากกว่า
5) Uric acid มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น แต่ไม่ชัดเจนในกลุ่มอายุ

6) ระดับวิตามินที่ละลายน้ำได้ (วิตามิน บี ซี) จะไม่แตกต่างกันระหว่างเพศ ยกเว้นกรดโฟลิคในหญิงจะสูงกว่าชาย แต่วิตามินเอ และเบต้าแคโรทีนในหญิงจะสูงกว่าชายอย่างชัดเจน

**จ. การบดเคี้ยวกับภาวะโภชนาการ**

"You are what you eat" จะอ้วนจะผอม อยู่ที่ว่ากินอาหารอย่างไร มากน้อยแค่ไหน เครื่องมือสำคัญ คือฟัน ที่จะทำให้อาหารเข้าสู่ร่างกายได้อย่างปกติ ทั้งนี้รวมถึงประสิทธิภาพของการดูดซึมสารอาหาร ในผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาเรื่องฟันบดเคี้ยวเป็นเรื่องหลักเมื่ออายุสูงมากขึ้น เป็นเหตุให้กินอาหารได้น้อยลง มีแร่ธาตุไม่เพียงพอร่วมกับระบบดูดซึมที่ด้อยประสิทธิภาพ ทำให้เกิดภาวะผอม ระบบภูมิคุ้มกันที่ลดลง ซึ่งจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อต่างๆ

ผู้เชี่ยวชาญทางโภชนาการ ได้เสนอว่าผู้สูงอายุควรมีฟันที่บดเคี้ยวได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ จึงจะอยู่ได้อย่างมีสุขภาวะ อยู่ได้นาน

"ทำไมต้องใช้ 20 ซี่ เป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพดีในผู้สูงอายุ ใส่ฟันปลอมเอาก็ได้ไม่น่าจะมีปัญหา" การใส่ฟันปลอมในสภาวะที่เป็นฟันหลุดหายไปเกือบหมดแล้วก็ทำได้ แล้วแต่เศรษฐานะของแต่ละบุคคล ที่น่าจะใส่ฟันปลอมได้ทุกคน หรือปลูกฟันใหม่ก็ได้ แต่จะมีเหตุตามมาของการใส่ฟันปลอมมากน้อยแค่ไหน เป็นเรื่องที่น่าติดตาม นอกจากนี้ ถ้าต้องคิดถึงทรัพยากรที่ระบบประกันสุขภาพจะต้องจ่ายสำหรับผู้ประกันตนทุกคนก็มีฟันไม่ครบและทำหน้าที่ไม่ได้นั้น ดูเหมือนจะคุ้มค่ากว่ากับการดูแลรักษาฟันป้องกันไม่ให้ฟันหมดปาก ที่เริ่มตั้งแต่เด็กเป็นต้นมา

**3.2 การออกกำลังกาย** | *ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย*

หมายถึง การออกกำลังกาย โดยการเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ เล่นกีฬา เต้นรำ และอาชีพที่ต้องออกแรง ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ได้แบ่งการออกกำลัง เป็น 3 ระดับเท่านั้น คือ ออกกำลังกายทุกวัน บางเวลาและไม่ออกกำลังกาย แต่ไม่วัดเชิงปริมาณ เช่นการวัดระดับการเต้นของหัวใจ หรือปริมาณแคลอรี่ ที่เผาผลาญจากการออกกำลังกาย

ข้อมูลจากการสำรวจปี 2538 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2538) โดยการรายงานด้วยตนเองของผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้ที่ออกกำลังกายทุกวันร้อยละ 40.3 และไม่ออกกำลังกายเลยร้อยละ 31.8

ประเสริฐ อสันตชัย และคณะ (ประเสริฐ อัสสันตชัยและคณะ, 2003) รายงานข้อมูลจากการสำรวจสุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2546 พบอัตราการออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันร้อยละ 47 และไม่ออกกำลังกายเลยร้อยละ 14

แม้ว่าข้อมูลจากสองแหล่งนี้จะเปรียบเทียบกันตามหลักการวิจัยไม่ได้โดยตรง แต่ก็พอจะอธิบายได้คือ แบบแผนของสถานการณ์น่าจะเป็นไปในทางบวก คือผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายทุกวันมากขึ้น และร้อยละของผู้ไม่ออกกำลังกายลดลง สำหรับกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุดังกล่าวน่าจะได้รับกิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายที่มากกว่าและถูกต้องเหมาะสมกับวัยได้มากกว่ากลุ่มอื่นก็เป็นได้

การออกกำลังกายจนเป็นนิสัย เป็นกิจกรรมหนึ่งที่พบว่ามีความต่อเนื่องตั้งแต่วัยกลางคนจนถึงวัยสูงอายุ โดยเฉพาะการเล่นกีฬาประเภทที่เหมาะกับวัย ดัชนีหนึ่งที่ใช้วัดการส่งเสริมการออกกำลังกายใน Healthy People 2010 ของสหรัฐอเมริกา[9] เสนอให้เพิ่มสัดส่วน การเล่นกีฬาประเภทที่เล่นได้ตลอดชีวิต โดยเริ่มตั้งแต่เด็กหรือวัยรุ่น

### 3.3 การนอนหลับและการพักผ่อน

*นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ*

ผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมลดลง ต้องการอาหารน้อยลง แต่ต้องการการพักผ่อนมากขึ้น ซึ่งหมายถึงจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ ลักษณะการนอน วิธีการแก้ไขปัญหาหากนอนไม่หลับ และการนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางวัน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะนอนหลับวันละ 5 - 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 66.2) รองลงมาคือ 9 - 12 ชั่วโมง (ร้อยละ 29.8) ซึ่งถือว่าพักผ่อนมาก เพียงร้อยละ 4.1 ที่นอนน้อยคืนละ 4 ชั่วโมง และมีปัญหาการนอนไม่หลับร้อยละ 1 เท่านั้น ส่วนใหญ่ที่นอนไม่หลับก็มิได้แก้ไขแต่อย่างใด (ร้อยละ 54.6) หรือแก้ไขโดยการใช้ยานอนหลับ อ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ และสูบบุหรี่ เป็นต้น (สุรีย์ กาจนวงศ์และคณะ, 2540)

ผู้สูงอายุแต่ละคนอาจจะมีความแตกต่างกันได้ในจำนวนชั่วโมงของการนอนหลับ ที่นับว่าเพียงพอ องค์การอนามัยโลกได้เสนอไว้ว่าให้นับการนอนหลับอย่างเพียงพอ หรือไม่เพียงพอ จากความรู้สึกของผู้สูงอายุจะได้ข้อมูลที่แม่นยำกว่าการนับชั่วโมงที่นอนหลับ (และแนะนำให้ใช้เป็นดัชนีวัดจากการสำรวจโดยการสัมภาษณ์ (World Health Survey 2002 - 2003)

ที่สำคัญมากกว่าคือการจัดการกับความเครียดเพื่อการพักผ่อนทางใจ ที่น่าจะทำได้เป็นประจำทุกวัน

---

[9] Healthy People 2010: สหรัฐอเมริกาภายใต้การนำของ The Surgeon General ได้จัดทำเอกสาร Healthy People เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ลดความเสี่ยง และแนวทางการรณรงค์ ต่อสาธารณชนและนักวิชาการ โดยจัดกลุ่มปัญหาสำคัญ 15 กลุ่ม และจัดเป้าหมายการดำเนินงานทุก 10 ปี ทั้งหมด 3 ชุด คือ Healthy People 1990, 2000 และ 2010

### 3.4 การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และเคี้ยวหมาก | *หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง*

ข้อมูลจากโครงการ SWET ปี พ.ศ. 2539 พบว่าสัดส่วนของการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้สูงอายุลดลงตามอายุ ทั้งหญิงและชาย ซึ่งตรงข้ามกับการเคี้ยวหมาก ซึ่งดูเหมือนจะเพิ่มตามอายุ และสูงสุดในอายุ 80 ปีขึ้นไป หญิงมากกว่าชาย 3 เท่า (78.5% เทียบกับ 28.9%)

**อัตราการสูบบุหรี่**ในกลุ่มอายุ 60 - 69, 70 - 79 และ 80 ปีเท่ากับร้อยละ 54, 52 และ 49 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปได้ว่าบางส่วนเลิกสูบและบางส่วนเสียชีวิตไปแล้ว สำหรับหญิง อัตราค่อนข้างคงที่ ที่ร้อยละ 10 และไม่ลดตามอายุ

ในขณะที่มีข้อมูลล่าสุดจาก World Data Table 2003 รายงานว่าอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 32.2 ในผู้ชายและร้อยละ 2.7 ในผู้หญิง

สำหรับ**การดื่มแอลกอฮอล์** ในชายอายุ 60 - 69 ปี มีอัตราสูงถึงร้อยละ 60 และลดลงตามอายุ ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ยังคงมีการดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายร้อยละ 18 และเพศหญิงร้อยละ 5.6 ประเสริฐ อสันตชัยและคณะ ได้เสนอผลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ในปี พ.ศ. 2542 พบว่าผู้สูงอายุยังดื่มเหล้าในอัตราร้อยละ 8.9 ในภาคกลาง 16.5 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 19.0 ในภาคใต้ และ 21.2 ในภาคเหนือ ซึ่งดูเหมือนจะมีอัตรารวมที่ต่ำกว่าการศึกษาในปี 2538

**การเคี้ยวหมาก**นั้น พบในเพศหญิงมากกว่าชายโดยเฉพาะในกลุ่มสูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีหญิงเคี้ยวหมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มากกว่าภาคอื่นๆ ซึ่งน่าจะเป็นพฤติกรรมที่ยังมีอยู่ในสังคมไทย เพราะในปัจจุบันยังพบมีหมากพลูวางขายอยู่โดยทั่วไป ถึงแม้ว่าปริมาณไม่มากกว่าบุหรี่และเหล้า

ข้อมูลในหัวข้อนี้ แม้ว่าจะค่อนข้างไม่เป็นปัจจุบัน แต่น่าจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินผลของการรณรงค์การหยุดสูบบุหรี่ งดเหล้าในเวลานี้

### 3.5 การใช้ยา | *ลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น*

การสอบถามถึงการใช้ยาเป็นประจำในระยะเวลา 1 เดือนก่อนการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 47.3 ใช้ยาเป็นประจำทุกวัน หญิงมากกว่าชาย กลุ่มที่ใช้ยาเป็นประจำนั้น พบว่า 2 ใน 3 บริโภคยา 1-2 ชนิด และอีก 1 ใน 3 รับประทานยามากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป โดยที่กรุงเทพมหานครรับประทานยาวันละตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไปในสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่น ส่วนภาคใต้และตะวันออกเฉียงเหนือพบสัดส่วนผู้ที่ไม่รับประทานยาสูงกว่าภาคอื่น ชนิดของยาที่ใช้เป็นประจำมากที่สุดคือ ยาระงับปวด รองลงมาคือ ยาลดความดันโลหิต วิตามิน ยาเคลือบกระเพาะอาหาร ยาควบคุมเบาหวาน ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเกือบทุกเรื่องสอดคล้องกันว่า อาการปวดข้อและกล้ามเนื้อเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้นๆของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุใช้ยาระงับอาการปวดแผนปัจจุบันเป็นประจำในสัดส่วนที่สูงที่สุด ซึ่งผู้เชี่ยวชาญ เสนอข้อคิดเห็นว่า อาการดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นไปตามสภาวะเสื่อมถอยทางธรรมชาติของการสูงอายุ ซึ่งไม่

จำเป็นต้องใช้ยา จึงควรมีมาตรการทำความเข้าใจและหาวิธีการลดอาการเจ็บปวดด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การนวดแผนไทย ที่เป็นที่นิยมในปัจจุบัน เพื่อลดการใช้ยาระงับปวด

ภาวะการใช้ยาหลายขนานๆพร้อมกัน พบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ ซึ่งมีโรคประจำตัวหลายโรค ซับซ้อน ปัญหาน่าจะมาจากการใช้ยาเกินความจำเป็น และส่วนใหญ่เกิดจากบรรทัดฐานของระบบบริการทางการแพทย์

การศึกษาการใช้ยาหลายขนานพร้อมกัน จะเกิดผลที่ต้านกัน (adverse effects) ของยาแต่ละขนานได้ ขึ้นอยู่กับจำนวนขนาน โดยพบว่า อัตราร้อยละของปฏิกิริยายาต้านกัน ประเสริฐ อัสสันตชัย รายงานว่า เมื่อได้รับยา 2 ขนาน = 6% เมื่อได้รับยา 5 ขนาน = 50% และ 100% ถ้าได้รับยา 8 ขนาน โดยพบว่า (1) มีการกดการขับถ่ายผ่านไต (2) กดหรือลดการทำงานของตับ (3) กด protein binding site โรค และ (4) ผลจากปฏิกิริยาของยาที่ได้รับ [10]

### 3.6 การรักษาอารมณ์ให้ปราศจากความเครียด

ความเครียดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ทุกวันและในทุกกลุ่มอายุ ปัญหาจะเกิดหรือไม่อยู่ที่การตระหนักรู้ว่ามีความเครียดและอารมณ์ที่ไม่ปกติ ที่มักเกิดในผู้สูงอายุได้บ่อยๆ จำเป็นต้องเรียนรู้ด้วยตนเองว่าเกิดจากสาเหตุใด ซึ่งจะสามารถรักษาอารมณ์ให้ปราศจากความเครียดได้

การจรรโลงสุขภาพจิต ขวัญและกำลังใจ หลีกเลี่ยงปัญหาครอบครัว การติดเหล้า และความเสี่ยงที่จะป้องกันภาวะซึมเศร้า และกลุ่มอาการสมองเสื่อม เป็นแนวทางปฏิบัติที่ต้องเลือกด้วยตนเอง

ในตาราง 2.12 Kandzari และ Haward ได้เสนอไว้ถึงปัจจัยก่อความเครียดในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมเพื่อสุขภาวะทางจิต

**ตาราง 2.12 ปัจจัยก่อความเครียดกับการจัดการเพื่อสุขภาวะในผู้สูงอายุ**

| ปัจจัยก่อความเครียด | พฤติกรรมเพื่อสุขภาวะทางจิต |
|---|---|
| ■ เปลี่ยนแปลงในสรีระ รูปโฉม<br>■ กลัวความแก่<br>■ การเกษียณอายุ<br>■ เปลี่ยนแปลงในกามารมณ์<br>■ เปลี่ยนแปลงทางการเงิน<br>■ เปลี่ยนที่อยู่<br>■ การคิดล่วงหน้าถึงความมีอายุ | ■ มีความเป็นอิสระและพอเพียง<br>■ เรียนรู้ที่จะทำให้เกิดสุขภาวะในความมีอายุ<br>■ บอกกล่าวผู้เป็นที่รักถึงการเปลี่ยนแปลงของตน<br>■ รับรู้ถึงความรักและความผูกพันจากครอบครัวและผู้เป็นที่รัก<br>■ นำประสบการณ์ชีวิตของตนเองมาประยุกต์ใช้กับชีวิตวันนี้<br>■ มีงานทำและมีกิจกรรมการใช้เวลาว่างอย่างต่อเนื่อง |

**แหล่ง**: J.H. Kandzari and J.K. Haward. Psychosocial Development and Mental wellness Throughout the life cycle. 1981

[10] ประเสริฐ อสันตชัย (2547) นำเสนอในการประชุมเรื่องทันตสุขภาพในผู้สูงอายุสุขภาพดี จัดโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การรักษาอารมณ์ ทำได้โดยการทำกิจกรรมต่างๆที่อยากทำและชอบ เช่น การอ่าน เขียนหนังสือ ทำสวน ดูโทรทัศน์ กิจกรรมทางศาสนา น่าจะเป็นการจัดการกับความเครียดได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะชาวพุทธที่สามารถฝึกจิตด้วยสมาธิหรือกัมมฐาน มีข้อค้นพบว่าการเล่นไพ่และการเล่นคอมพิวเตอร์จะเป็นการฝึกสมองทั้งความคิดและความจำ ที่ป้องกันภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมได้ด้วย

### 3.7 การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและบทบาทของสังคม

กิจกรรมของการมีส่วนร่วมในสังคมมีได้หลายระดับ เริ่มตั้งแต่ การอยู่บ้านและเฝ้าบ้าน พูดคุยร่วมกลุ่มกับคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน การไปร่วมงานสังคมและงานประเพณีในท้องถิ่น การให้คำปรึกษาหรือเข้าร่วมชมรมต่างๆในหมู่บ้านเป็นกรรมการหมู่บ้าน ประกอบอาชีพเสริม ผลิตงานทางศิลปะ ผลิตงานทางวิชาการ หรือดำเนินงานทางการเมือง

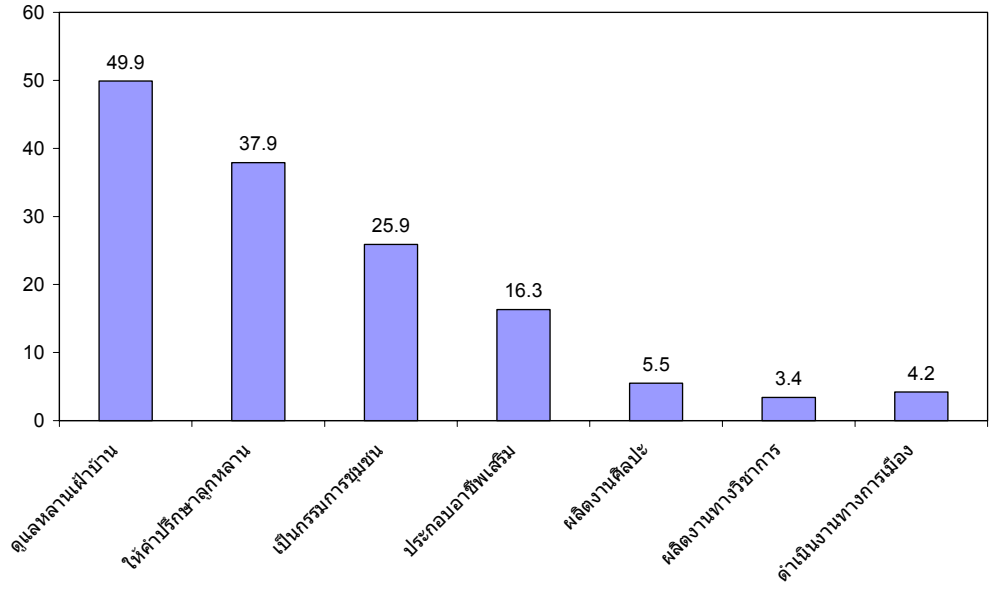
ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ขึ้นอยู่กับอายุและสังขารร่างกาย และความมั่นใจในตนเองที่ยังอยากมีบทบาททางสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะชอบพูดคุยกับคนในบ้านและกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง และจะไปร่วมงานประเพณีในท้องถิ่น เช่นงานศพ งานบวช กิจกรรมทางศาสนาและการพัฒนาจิตใจและปรัชญา พบว่าผู้สูงอายุมักจะไปวัด ฟังธรรม สวดมนต์ ใส่บาตร ทำบุญ ถือศีลในวันพระ ที่ผู้สูงอายุหญิงจะปฏิบัติมากกว่าผู้สูงอายุชาย การสนทนาปัญหาบ้านเมือง ผู้สูงอายุชาย จะเข้าร่วมมากกว่าผู้สูงอายุหญิง

ในปัจจุบัน เมื่อรัฐบาลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านกลไกการร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และมีการผลักดันอย่างเป็นรูปแบบ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่กระจายไปทุกพื้นที่ย่อยในประเทศ จึงพบว่ามีชมรมผู้สูงอายุ อยู่กระจายเป็นจำนวนมากทั้งประเทศ (2547)

ผลจากการวิจัยชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ (เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์, 2533) พบว่าขอบเขตของความสัมพันธ์กับคนภายนอกครอบครัวจะแคบกว่าในวัยหนุ่มสาว และแคบลงเมื่อเข้าสู่อายุ 70 ปี และ 80 ปี ตามลำดับ จะชอบอยู่ในบ้าน และใช้เวลาส่วนใหญ่ เป็นส่วนตัวมากกว่าเดิม ประเทศญี่ปุ่นมีความพยายามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุวัยปลายกลุ่มนี้ออกนอกบ้าน ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และได้กำหนดเป็นดัชนีชี้วัดคือจำนวนวันต่อสัปดาห์ที่ออกไปเดินนอกบ้าน ของผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป[11]

[11] Healthy Japan Indicators 2010

**รูปที่ 2.13 การเข้าร่วมกิจกรรมและบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ**




**แหล่งที่มา**: ประเสริฐ อัสสันตชัย 2003

ในโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในประเทศไทย ประเสริฐ อัสสันตชัย ได้รายงานไว้ว่ากิจกรรมจากมากไปหาน้อยที่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุดคือทำงานบ้านถึงร้อยละ 50 ถัดไปที่ลดลงตามลำดับ คือ การให้คำปรึกษา และดำเนินงานทางการเมือง (4.2%)

### 3.8 แนวทางที่ควรปฏิบัติเพื่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ

ศรีจิตรา บุญนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ได้เสนอแนวทางที่ควรปฏิบัติไว้ดังกรอบข้างล่างนี้

1. ***การไม่บริโภคอาหารที่เค็มจัด*** คือลดปริมาณโซเดียมในอาหาร ควรนำไปรณรงค์ด้านการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อันมีส่วนสัมพันธ์กันกับโรคเบาหวาน ซึ่งจะมีอุบัติการณ์สูงในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมาก่อน นอกจากนั้นควรรับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารสูงและลดการบริโภคอาหารที่หวานจัดลง ควรบริโภคปลาและเนื้อสัตว์ที่สุกแล้วเพื่อป้องกันโรคพยาธิและโรคติดต่อบางชนิด
2. ***การออกกำลังกายเป็นประจำ*** สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้งๆละประมาณ 30 นาที ตามสภาพของร่างกายที่ทำได้ เช่นการร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายตามชมรมผู้สูงอายุใกล้บ้าน
3. ***การรักษาระดับน้ำหนักให้อยู่เกณฑ์ปกติ*** (BMI 20-25)
4. ***การรักษาระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ***
5. ***การรักษาอารมณ์ให้ปราศจากความเครียด*** ด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ เช่นการอ่าน เขียนหนังสือ ทำสวน รดน้ำต้นไม้ กิจกรรมทางศาสนา ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เพื่อเป็นการฝึกสมองทั้งทางด้านความคิดและความจำ และเป็นการป้องกันโรคซึมเศร้าด้วย
6. ***การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ การเคี้ยวหมาก*** ฯลฯ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมพอง มะเร็งของตับ ปอด ในช่องปาก ถุงลมพองและหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง

แหล่งข้อมูล: ศรีจิตรา บุนนาคและสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542)

## 4. ภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคม

เพื่อให้เห็นภาพชัดขึ้น ได้แบ่งภาวะแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม ออกเป็น 2 ส่วน ซึ่งตามความเป็นจริง ทั้งสองส่วนมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงชนิดแยกกันไม่ออก โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งวิถีชีวิตมักจะถูกกำหนดโดยวัฒนธรรมประเพณีของสังคม ที่อาจเปลี่ยนไปตามสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ และการรับวัฒนธรรมใหม่ๆ โดยไม่รู้ตัว

ภาวะแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ที่อยู่อาศัย ชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ อาทิเช่น ทางสาธารณะ เส้นทางจราจร สถานที่สำหรับประกอบกิจกรรมทางศาสนา สังคม หรือ การออกกำลังกาย

ภาวะแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ได้อย่างมีความสุข ความสะดวกและปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการส่งเสริมความมีอิสระ ลดการพึ่งพา โดยสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และรัฐ ในส่วนนี้จะว่าด้วย การอยู่กับครอบครัว การได้รับการดูแลเกื้อหนุนจากสมาชิกในครัวเรือนรวมถึงการเยี่ยมเยียนส่งข่าว การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการรวมถึงนโยบายสาธารณะ และกฎหมายเพื่อให้เกิดความครอบคลุมและเท่าเทียมในสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ

### 4.1 ที่อยู่อาศัย

หมายถึงบ้าน สถานสงเคราะห์ และที่อยู่อาศัยในสถาบันอื่นๆ แบบของบ้านที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์โดยตรงกับฐานะทางเศรษฐกิจ

โดยทั่วไป ***แบบของบ้านที่อาศัยไม่แตกต่างกันมากระหว่างกลุ่มคนที่มีอายุต่างกันหรือเพศต่างกัน แต่แตกต่างระหว่างเมืองและชนบท*** เพิงที่พักชั่วคราว กระท่อมและบ้านไทยยกพื้นเป็นแบบบ้านที่คนชนบทมักอยู่อาศัยมากกว่าคนในกรุงเทพฯและเมืองอื่น ตรงกันข้าม ทั้งผู้สูงอายุและผู้จะเข้าสู่วัยสูงอายุในกรุงเทพมหานครและเมืองอื่น มีสัดส่วนที่อยู่บ้านตึกแถว เรือนแถวไม้และบ้านเดี่ยวสูงกว่าในชนบท ซึ่งเป็นลักษณะของบ้านโดยทั่วไปของชาวเมืองและชาวชนบท ***ฉะนั้นสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้พิการ การจัดสภาพในที่อยู่อาศัยจะมีความสำคัญมากกว่าแบบบ้าน***

สำหรับผู้สูงอายุที่พิการต้องนั่งรถเข็น และผู้พิการทางสายตา เป็นกลุ่มที่ต้องมีการออกแบบ หรือปรับปรุงอาคารที่คำนึงถึงการใช้สอยเป็นหลัก ผู้พิการทั้งสองประเภทนี้จะใช้พื้นที่ใช้สอยค่อนข้างมาก เพื่อความสะดวกในการสัญจร ระยะการใช้สอยและระดับสายตาที่ต่ำกว่าคนปกติ ซึ่งพื้นควรเรียบและโล่ง เฟอร์นิเจอร์ติดผนัง ที่ไม่เกะกะ การเคลื่อนที่ของเก้าอี้ล้อเลื่อน นอกจากนี้ควรพิจารณาถึงอาคารและการสัญจรภายใน และการจัดพื้นที่ใช้สอยพื้นฐานในห้องต่างๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิสัยสามารถที่จะทำให้ แต่ก็น่าจะทำให้สังคมเกิดความตระหนัก เพราะคนกลุ่มนี้จะมีมากขึ้นทุกที

**4.2 การจัดสภาพภายในที่อยู่อาศัย**

มีข้อมูลชัดเจนของการประสบอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ที่เพิ่มขึ้นและทำให้เกิดการบาดเจ็บทุพพลภาพ หรือเสียชีวิตตามมา จากการเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ รวมถึงการทรงตัว และความอ่อนแรงที่เกิดโดยฉับพลัน มาตรการเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดภายในบ้าน คือ การจัดหรือดัดแปลงสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ แม้จะไม่สามารถสร้างบ้านใหม่ได้ ส่วนสำคัญคือ พื้นห้องน้ำต้อง***แห้ง ไม่ลื่น มีราวเกาะในห้องน้ำ*** บันไดและทางลาด (สำหรับรถเข็น) การย้ายห้องนอนจากชั้นบนลงมาชั้นล่างเพื่อป้องกันการตกบันได ในส่วนของการมองเห็น การได้ยินและการได้กลิ่น แม้จะเป็นสิ่งสำคัญรองลงมา ถ้าทำได้ก็ควรต้องมีระบบการป้องกันต่างๆตามความจำเป็น

ในประเทศที่ระบบสวัสดิการสังคมยังไม่ครอบคลุม จำเป็นต้องตระหนักถึงความคุ้มทุน ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการวิจัยถึงการดัดแปลงสภาพภายในบ้านเมื่อถึงอายุที่จำเป็น[12] พบว่าการดัดแปลงสภาพในบ้านเดี่ยวมีสัดส่วนน้อยกว่าการดัดแปลงในบ้านในอาคารชุด ซึ่งการลงทุนโดยเฉลี่ยจะต่ำกว่าการดัดแปลงในบ้านเดี่ยวจะขึ้นอยู่กับเศรษฐานะโดยตรง และปัจจัยด้านอายุเป็นตัวกำหนด ให้มีการดัดแปลงสภาพภายในของผู้อยู่อาศัย เช่นเมื่ออายุ 70 ปี ต้องมีการดัดแปลงในสัดส่วนที่ต่ำกว่าผู้อาศัยเมื่ออายุ 85 ปี เป็นต้น

| **ข้อเสนอแนะสำหรับที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ** |
|---|
| ▪ ***ควรอยู่บ้านชั้นเดียว มีบริเวณเดินออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ*** |
| ▪ ***ถ้าเป็นบ้าน 2 ชั้น แนะนำให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่างเพื่อป้องกันการตกบันได*** |
| ▪ ***รื้อถอนธรณีประตูเพื่อป้องกันการสะดุดล้ม หรือเพื่อความสะดวกในการใช้รถเข็น*** |
| ▪ ***บันไดต้องมีราวเกาะ หรืออาจทำทางลาดพร้อมราวเกาะสำหรับจับ*** |
| ▪ ***ปรับปรุงห้องน้ำห้องส้วมให้มีความเหมาะสมกับการใช้สอย เช่นปูกระเบื้องที่ไม่ลื่น พื้นห้องน้ำต้องแห้งอยู่เสมอเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม*** |
| ▪ ***ปรับปรุงส้วมแบบนั่งยอง ๆเป็นชักโครก หรือมีม้านั่งต่อขาใช้ครอบส้วมแบบเดิม ผู้สูงอายุจะได้ลุกนั่งโดยสะดวก หากปรับไม่ได้ ควรทำราวสำหรับยึดเกาะเวลาจะลุกขึ้นยืน*** |
| ▪ ***เตียงนอน ต้องมีระดับพอเหมาะไม่สูงจนเกินไป ที่นอนไม่นิ่มเกินไปจะปวดหลังได้ง่าย*** |
| ▪ ***ในห้องมีแสงสว่างเพียงพอในห้อง ทางเดินในบ้าน จัดที่นั่งพักตามจุดต่าง ๆ ของทางเดินภายในและภายนอกบ้าน เพื่อจะได้หยุดพักได้ตามจุดต่าง ๆ*** |

[12] Proceedings International Association of Homes and Services for the Ageing's. The Third International Conference. (1999) Ageing Societies in a New Millennium: Global Trends in Care and Services" June 27-30

ข้อมูลจากการสังเกตการณ์สถานสงเคราะห์คนชราในภาคต่างๆ ที่อยู่ในความดูแลของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พบว่า ได้มีการเตรียมแบบบ้านพักและบริเวณให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุได้อยู่อาศัย มีราวจับในห้องน้ำและห้องส้วม มีทางลาดสำหรับเข็นรถขึ้นลง ***แต่ขาดการบูรณะให้คงสภาพใช้การได้*** ซึ่งน่าจะเป็นเพราะผู้ดูแลไม่เข้าใจในแนวคิดในการป้องกันอุบัติเหตุจากการลื่นหกล้มของผู้สูงอายุ และการที่งบประมาณไม่เอื้ออำนวยต่อการดูแลและรักษาสภาพให้ใช้ได้ดี (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ, 2543)

### 4.3 ความสำคัญของการเตรียมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต

นอกจากประชากรสูงอายุ ที่จะเพิ่มมากขึ้นใน 10 - 20 ปีข้างหน้า ได้มีการคาดหมายว่า ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีการศึกษาดีกว่า รายได้สูงกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบัน และมีความแตกต่างไปจากกลุ่มปัจจุบัน ซึ่งควรตระหนักถึงนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย ซึ่งน่าจะมีทางเลือกได้หลายรูปแบบ ถึงแม้ว่าการอยู่กับครอบครัวให้นานที่สุดจะยังเป็นนโยบายหลักก็ตาม ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น หรือถึงแม้ว่ามีบุตรบางส่วนอาจไม่ต้องการอยู่กับบุตรหลานโดยเหตุผลต่างๆ รวมถึงความต้องการความเป็นส่วนตัว ขณะเดียวกับที่ต้องการการเข้าถึงบริการต่างๆตามความจำเป็น ทางเลือกหนึ่งคือ การอยู่บ้านตนเองที่ใกล้กับที่อยู่ของบุตรหลาน มากกว่าการอยู่ด้วยกัน รูปแบบการดูแลจากครอบครัวน่าจะเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม เช่น บางประเทศ จัดให้มีห้องเดี่ยวสำหรับปู่ย่า หรือตายาย ที่อยู่ในชุดอาคารเดียวกับบุตรหลาน (สิงคโปร์) (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ, 2543) การเพิ่ม nursing home ในประเทศที่จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้มากขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะฯ, 2542) ด้วยรัฐไม่จำเป็นต้องแบบรับภาระทั้งหมดในการจัดบริการด้านนี้ แต่ควรมีการสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น โดยรัฐต้องมีมาตรการควบคุมดูแลให้มีบริการมาตรฐาน โดยการตรวจสอบเป็นระยะๆ (ฮ่องกง) (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ, 2543) และคุ้มครองไม่ให้ผู้สูงอายุถูกเอารัดเอาเปรียบมากเกินไป

### 4.4 รูปแบบของชุมชนผู้สูงอายุในอนาคต

นอกจากแนวคิดที่ให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนเดิมนั้น ได้มีการขยายแนวคิดออกไปถึงการส่งเสริมให้มีชุมชนผู้สูงอายุ โดยข้อมูลจากการวิจัยใน ปี พ.ศ. 2539 จากผู้ที่ทำงานในบริษัทชั้นนำในกรุงเทพมหานคร (บัญชา บูรณสิงห์, 2539) และข้าราชการตำรวจ (สุทธิพงษ์ บุญฤทธิ์, 2538) ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจัดให้มีชุมชนสูงอายุ โดยเฉพาะ โดยมีข้อพิจารณาเรียงตามลำดับ ได้แก่ การดูแลสุขภาพโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ การได้ใช้ชีวิตร่วมกับคนในวัยเดียวกันจะได้ไม่เหงา การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบสุขและปลอดภัย เป็นการแบ่งเบาภาระของบุตรหลาน และเป็นที่พึ่งพิงสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการอยู่ร่วมกับครอบครัว ราคาบ้านและค่าบริการที่สมเหตุสมผล

สำหรับแนวคิดของบริการในอุดมคติ คือการให้บริการแบบ Retired village ของต่างประเทศ ที่มีบริการครบวงจร สำหรับผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรง มีบ้านหรือห้องชุดสำหรับอยู่อาศัย เมื่อมีปัญหาสุขภาพจะได้รับบริการดูแลรักษา ถ้าดูแลตนเองได้ไม่ดีพอจะย้ายมาอยู่ใน hostel ที่มีคนทำความสะอาด ทำอาหาร และผู้ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และสุดท้ายเป็นการย้ายมาอยู่ nursing home เมื่อต้องการการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง

รูปแบบของชุมชนในลักษณะนี้ยังไม่มีในประเทศไทยอย่างเต็มรูปแบบ แต่ก็มีแนวคิดจากองค์กรที่รับผิดชอบสวัสดิการสังคม ที่ทดลองใช้ในหมู่บ้านสงเคราะห์คนชราบางแห่ง ที่สำคัญ คือการบริหารจัดการเรื่องระบบการเงินและการไหลเวียนของผู้สูงอายุอยู่ที่จะเข้าสู่วงจรของชุมชน ที่อาจต้องมีกองทุนสำหรับผู้สูงอายุ ที่จะเข้ามาอยู่ในหมู่บ้านเช่นนี้ เพราะบ้านหรือห้องในคอนโด ต้องขายได้ เปลี่ยนกรรมสิทธิ์ได้ ซึ่งอาจไม่ตรงกับวัฒนธรรมของไทยหรือสังคมยอมรับไม่ได้

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่าจะทำได้คือ การดูแลแบบ day care ให้บริการช่วงกลางวันก่อน ตอนเย็นกลับไปอยู่กับลูกหลานได้ ซึ่งสุจิตรา บุนนาค ได้ศึกษาไว้โดยเน้นถึงการทำให้สังคมยอมรับ ซึ่งในลักษณะของสังคมเมือง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร น่าจะมีความจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง ความต้องการของตลาดน่าจะมีมาก

### 4.5 การจัดสภาพแวดล้อม

การจัดสภาพแวดล้อม เป็นการเตรียมโครงสร้างพื้นฐานสาธารณะที่เอื้อต่อการสัญจร และการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ทุพพลภาพ เส้นทางสัญจร สถานประกอบกิจทางศาสนา การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การกระตุ้นให้สังคมตระหนักในการจัดการให้มีสิ่งต่างๆเหล่านี้

#### 4.5.1 โครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณะ เส้นทางสัญจร

โครงสร้างพื้นฐาน ระบบบริการขนส่งมวลชน เส้นทางสัญจรยังไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แม้ว่าหลายหน่วยงานจะพยายามผลักดัน แต่เป็นเรื่องยากยิ่ง ด้วยผังเมืองของประเทศไทย ไม่มีแนวคิดของการจัดการเพื่อผู้สูงอายุและคนพิการ จะเห็นได้จากโครงการต่างๆล่าสุดก็คือ โครงการรถไฟฟ้ากรุงเทพมหานคร เมื่อมีการเรียกร้องจากผู้สูงอายุและผู้พิการ จึงได้มีการติดตั้งลิฟท์ขึ้นลงตามสถานีรถไฟฟ้า ในบางจุดที่มีคนขึ้นลงจำนวนมาก

#### 4.5.2 สถานที่ประกอบกิจทางศาสนา

วัดของชาวพุทธเป็นที่รวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่เหมาะสมที่สุด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไปวัดเพื่อแสวงธรรมให้เกิดความสบายใจจากความเสื่อมใสศรัทธา การมีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ โครงสร้างของโบสถ์และศาลาการเปรียญจึงควรเหมาะสมกับการไปเยือนของผู้สูงอายุ อาทิเช่น ***ควรหลีกเลี่ยงการมีธรณประตูสูง ภาวะที่ต้องนั่งพับเพียบเป็นเวลานาน การมีสิ่งของที่อาจทำให้สะดุดหกล้ม*** นอกจากนี้ พบว่าโบสถ์ที่สร้างใหม่นิยมโครงสร้างที่ยกพื้นสูง บันไดสำหรับขึ้นลงไม่มีราวเกาะ เนื่องจากต้องการให้มีความสง่างาม

และพบว่าวัดส่วนใหญ่โดยเฉพาะในภาคเหนือตอนบน จะมีโครงสร้างที่เอื้ออำนวยต่อการไปชุมนุมกันของผู้สูงอายุ (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ, 2543)

จากการสังเกตเห็นว่า โบสถ์คริสต์ศาสนามีสภาพทางกายภาพที่เหมาะสมต่อประชากรทุกวัย ซึ่งรวมถึงความเรียบง่าย สะอาด โปร่ง มีเก้าอี้นั่งและไม่มีข้าวของเกะกะ

การจัดให้มีสวนหย่อม สวนสาธารณะและสถานที่ออกกำลังกาย ให้เอื้อต่อผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท เป็นเรื่องที่รัฐควรให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะรัฐบาลปัจจุบัน

**4.5.3 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร**

ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดหนึ่งของผู้สูงอายุในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการ อย่างไรก็ตาม พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการด้านสุขภาพค่อนข้างมากกว่าด้านสวัสดิการด้านสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.4) เคยได้ยินเกี่ยวกับโครงการรักษาฟรีสำหรับผู้สูงอายุ แม้ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อย (ร้อยละ 62) เคยได้ยินเกี่ยวกับบ้านพักคนชรา แต่มีเพียงร้อยละ 36.5 เท่านั้นที่เคยได้ยินเกี่ยวกับโครงการเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุในเมืองและชนบทมีความแตกต่างกันในความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุในปัจจุบันมีความรู้เกี่ยวกับโครงการบ้านพักคนชรามากกว่าผู้สูงอายุในอดีต สัดส่วนที่เคยได้ยินเกี่ยวกับโครงการบ้านพักคนชราเพิ่มจากร้อยละ 41 ในปี 2529 เป็นร้อยละ 62 ในปี 2538 โดยผู้สูงอายุในชนบทมีจำนวนการรับรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความคิดจะไปอยู่บ้านพักคนชราระหว่างปี 2529-2537 เกือบไม่เปลี่ยน คืออยู่ในระดับร้อยละ 9 โดยผู้สูงอายุในเขตเมืองมีแนวโน้มที่คิดจะไปอยู่บ้านคนชรามากกว่าผู้สูงอายุในชนบท

นอกจากการอ่านไม่ออกแล้วปัญหาการมองเห็นก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสาร ดังผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่ายังเป็นส่วนหนึ่งของยุคปัจจุบัน หากผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านหนังสือได้ต้องนำ book on tape มาใช้และใช้ช่องทางอื่นที่เหมาะสม เฉพาะส่วนที่ไม่อยากอ่านหนังสือ หรืออ่านหนังสือไม่ออก ยังดูโทรทัศน์หรือฟังวิทยุได้ เป็นต้น (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ, 2543)

**4.6 ภาวะแวดล้อมทางสังคม**

ในส่วนของภาวะแวดล้อมทางสังคมที่สำคัญคือ การคงอยู่กับครอบครัวการดูแลผู้สูงอายุในโดยสมาชิกครอบครัว และดัชนีชี้วัดภาวะแวดล้อมที่พึงประสงค์ด้านกายภาพและสังคม

**4.6.1 การอยู่กับครอบครัว**

ครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ โดยครอบครัวจะเรียกขานหรือให้ตำแหน่ง ที่เป็นเครื่องบอกสถานภาพและบทบาท ในครอบครัวเองและบทบาทในสังคมตลอดจนสิทธิหน้าที่สมาชิกมีต่อกันและต่อสังคม

เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่มีพุทธศาสนาเป็นศาสนาประจำชาติ อิทธิพลของหลักธรรมทางพุทธศาสนาที่ให้ความสำคัญต่อความเคารพนับถือบิดามารดา ได้ช่วยหล่อหลอมจิตใจคนไทยให้มีความผูกพันและยกย่องนับถือบิดามารดาในระดับที่ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับค่านิยมในเรื่องเดียวกันนี้กับประเทศในซีกโลกตะวันตก พุทธศาสนาถือว่าบิดา มารดาเป็นพรหมของบุตร เพราะเป็นผู้ให้ชีวิตเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนให้บุตรธิดาของตนเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม ซึ่งบุตรธิดาจะต้องเลี้ยงดูบิดามารดาในวัยชราเป็นการตอบแทน (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2535)

**4.6.2 ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ**

การศึกษาถึงแบบของการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยโดยใช้ข้อมูล ปี พ.ศ. 2538 พบว่าเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98) ของผู้สูงอายุไทยอยู่กับครอบครัว ที่เหลือร้อยละ 2 อยู่ในครัวเรือนกลุ่มบุคคลหรือสถาบัน ซึ่งส่วนใหญ่คือวัด ในผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนบุคคล ร้อยละ 71 อยู่บ้านเดียวกับบุตร ร้อยละ 4 อยู่คนเดียว ที่เหลืออยู่กับคู่สมรสหรือญาติหรือคนอื่น พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรลดลงจากปี พ.ศ. 2529 ซึ่งอยู่ในระดับร้อยละ 77 อย่างไรก็ตามการลดลงของระดับการอยู่กับบุตร น่าจะเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการอยู่อาศัยและการดูแลเกื้อหนุนมากกว่าการทอดทิ้งบิดามารดาสูงอายุ พบว่า ถ้ารวมร้อยละที่อยู่กับบุตร เข้ากับร้อยละที่อยู่บ้านติดกับบุตรหรือพบปะบุตรทุกวัน (การอยู่บ้านติดกับบุตรหรือได้พบบุตรทุกวันสะท้อนถึงการเข้าถึงรูปแบบการดูแลที่เสมือนหนึ่งอยู่ด้วยกัน) สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหรือพบปะบุตรทุกวันในปี พ.ศ. 2529 และ 2538 ไม่แตกต่างกันนัก คือร้อยละ 91 และร้อยละ 90 ตามลำดับ

สัดส่วนที่อยู่คนเดียวของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2529 และ 2538 ไม่แตกต่างกัน คืออยู่ในระดับร้อยละ 4.3 แต่ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนที่อยู่คนเดียวสูงกว่าชาย (ร้อยละ 5.5 เปรียบเทียบกับร้อยละ 2.9) [13]

ผู้สูงอายุไทยอยู่ในครัวเรือนที่จัดว่าเป็นครัวเรือนขยายมากกว่าครัวเรือนเดี่ยว เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุไทยอยู่ในครัวเรือนที่ประกอบด้วยสมาชิก 3 รุ่นอายุหรือมากกว่า โดยองค์ประกอบของครัวเรือน 3 รุ่นอายุนี้เป็นการอยู่กับบุตรและหลานเกือบทั้งหมด อีกประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุในครัว 2 รุ่น อายุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนขยาย คือ ประกอบด้วยบุตรที่สมรสกับหลานอีกส่วนหนึ่ง และอีกประมาณ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิก 1 รุ่นอายุ ซึ่งอาจจัดได้ว่าเป็นครัวเรือนเดี่ยวทั้งสิ้น ดังนั้นประเด็นความเชื่อเกี่ยวกับการมีครัวเรือนเดี่ยวมากขึ้นและผู้สูงอายุต้องอยู่กันเองตามลำพังมากขึ้น ยังเป็นเรื่องที่ต้องมีการศึกษาติดตามหาข้อมูลเชิงประจักษ์ นอกเหนือจากนี้ยังมีประเด็นที่น่าสนใจ คือแนวโน้มการอยู่อาศัยแบบข้ามรุ่นอายุ (skip generation นิยามว่าเป็น การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุกับหลานเท่านั้น) ซึ่งพบว่ามีอยู่ถึงประมาณร้อยละ 8.2 ปี พ.ศ. 2538 แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของอัตราการตายจากเอดส์ น่าจะส่งผลกระทบให้สัดส่วนการอยู่อาศัยแบบข้ามรุ่นอายุเพิ่มขึ้นในอนาคต

[13] นภาพร ชโยวรรณ (2542). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน

**ตาราง 2.13 องค์ประกอบของครัวเรือนของผู้สูงอายุ**

| | **ร้อยละ** |
|---|---|
| หนึ่งรุ่นอายุ | 19.6 |
| สองรุ่นอายุ | 32.7 |
| อยู่กับบิดามารดา | 0.4 |
| อยู่กับบุตร | 24.2 |
| อยู่กับหลาน | 8.2 |
| สามรุ่นอายุหรือมากกว่า | 47.6 |
| อยู่กับบุตรและหลาน | 45.9 |
| อยู่กับบิดามารดาและบุตร | 0.9 |
| 3 รุ่นอายุอื่นๆ และ 4 รุ่นอายุ + | 0.8 |

**แหล่งข้อมูล**: นภาพร ชโยวรรณและจอห์น โนเดล (2539) การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น บุตรที่ไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุก็อาจให้การเกื้อหนุนในรูปอื่น เช่น **การเยี่ยมเยือน** ซึ่งอาจจัดได้ว่าเป็นการเกื้อหนุนทางใจหรือจิตวิทยาที่สำคัญ นอกเหนือจากร้อยละ 71 ของผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรแล้ว อีกร้อยละ 15 ได้พบปะบุตรทุกวัน การแลกเปลี่ยนการเยี่ยมเยียนระหว่างบุตรที่อยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกัน ทำได้ง่ายกว่ากรณีที่บุตรและผู้สูงอายุอยู่ต่างชุมชน (นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล, 2539) พบว่า ความถี่ของการเยี่ยมเยียน**ขึ้นอยู่กับระยะทาง** และผู้สูงอายุมีการติดต่อพบปะกับพี่น้องน้อยกว่าการพบหลาน ส่วนหนึ่งเนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีพี่น้องมีชีวิตต่ำกว่าหลาน นอกจากนี้ **ความคล่องตัวในการเดินทาง** หรือเคลื่อนย้ายร่างกายที่เพิ่มขึ้นตามวัย นับว่าเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการติดต่อพบปะพี่น้อง ซึ่งน่าจะอยู่ในวัยสูงอายุเช่นกัน ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 97 ของผู้สูงอายุพบปะบุตรหลานเป็นประจำ

### 5. นโยบายผู้สูงอายุ

แม้ประเทศไทยจะมีสถานสงเคราะห์ที่ดูแลผู้สูงอายุมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1953 แต่ไม่มีนโยบายเพื่อผู้สูงอายุจนกระทั่งปี ค.ศ. 1986 จึงมีการจัดทำแผนดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากข้อเสนอแนะขององค์การสหประชาชาติเป็นสำคัญ ปรัชญาในการทำแผนแห่งชาติฉบับที่ 1 คือผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เคยทำคุณประโยชน์ให้สังคม จึงสมควรที่สังคมต้องตอบแทนบุญคุณของบุคคลเหล่านี้ ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการทำแผนมีเป้าหมายไปที่ผู้สูงอายุโดยตรง และมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้และการให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุ เน้นความรับผิดชอบของสังคมต่อผู้สูงอายุในการให้สวัสดิการที่จำเป็น สนับสนุนครอบครัว

ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน แต่แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 มีจุดเน้นที่แตกต่างกัน

5.1 **ทิศทางของนโยบายในอนาคต** ปรากฏในร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่สอง ในปี 2001 ซึ่งครอบคลุมระยะเวลา ระหว่างปี ค.ศ. 2002 - 2021 การร่างแผนฉบับที่สองนี้เกิดจากการมีส่วนร่วมของข้าราชการในสถาบันที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการและผู้ที่สนใจต่อปัญหาผู้สูงอายุภายในประเทศอย่างกว้างขวางมากกว่าแผนฉบับที่ 1 (1986 - 2001) ปรัชญาหลักในแผนฉบับที่ 2 นี้คือ 1) การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการหนึ่งในการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม 2) การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุนั้นต้องเกิดจากการผสมผสานระหว่างบทบาทของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและรัฐอย่างเหมาะสม 3) ผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณค่าและศักยภาพซึ่งสมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม 4)ผู้สูงอายุควรที่จะดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพ อย่างสมเหตุสมผลและสมวัย และ 5)ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้ด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม ดังนั้นการเกื้อหนุนจากสังคมและรัฐจึงเป็นเพียงเรื่องชั่วคราวในบางเวลาเท่านั้น ***เป้าหมายที่ต้องการบรรลุคือ ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีสังคมที่อบอุ่น มีหลักประกันที่มั่นคง มีศักดิ์ศรีเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของครอบครัว - ชุมชน และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง*** ส่วนมาตรการเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น จะเน้นที่การสร้างจิตสำนึกให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ การให้ความรู้แก่ประชาชนทุกวัยในการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ การเน้นการผสมผสานบทบาทของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและรัฐอย่างเหมาะสม และเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากให้คงดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

### 5.2 หลักประกันของผู้สูงอายุไทย[14]

นโยบายและวิธีดำเนินการเพื่อสร้างหลักประกันให้ผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนาเศรษฐกิจและระดับปัญหาโดยเฉพาะในด้านจำนวนของผู้สูงอายุที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านทางประชากรของประเทศ ตาราง 2.14 แสดงถึงจำนวนและโครงสร้างทางอายุของประชากร รวมถึงรายได้ต่อคน เปรียบเทียบระหว่างประเทศเพื่อนบ้านในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และประเทศไทย

[14] มัทนา พนานิรามัย หลักประกันของผู้สูงอายุไทย: บทเรียนจากบางประเทศในเอเชีย เอกสารประกอบการประชุม เรื่อง นโยบายและการวิจัยเรื่องผู้สูงอายุ จัดโดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ วันที่ 29 - 30 เมษายน 2545

**ตาราง 2.14 จำนวนและโครงสร้างทางอายุของประชากรในปี ค.ศ. 2000**

| | มาเลเซีย | เกาหลีใต้ | ฮ่องกง | สิงคโปร์ | ไทย |
|---|---|---|---|---|---|
| ■ จำนวนประชากร (พัน) | 22.246 | 47.275 | 6.796 | 3.714 | 61.399 |
| ■ ประชากรอายุ 65+ | 1418.2 | 3371 | 760.4 | 312 | 3676 |
| ■ สัดส่วนของประชากรทั้งหมด | 6.4 | 7.1 | 11.2 | 8.4 | 5.99 |
| ■ รายได้ต่อคน (US$) | 7640 | 15530 | 22570 | 22640 | 5950 |

แหล่งข้อมูล : World Population Data Sheet 2001, อ้างใน มัทนา พนานิรมัย 2545

สถิติโดยเปรียบเทียบเรียงลำดับตามรายได้ต่อคนจากต่ำไปหาสูง คือ ไทย มาเลเซีย เกาหลี ฮ่องกง และสิงคโปร์ ในด้านการเปลี่ยนแปลงประชากรก็คล้ายกัน ลำดับสูงสุดคือ ฮ่องกง ที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 11.2 แสดงว่าประเทศทั้ง 4 ที่กล่าวถึงมีภาระผู้สูงอายุมากกว่าประเทศไทย แต่เขาก็มีทรัพยากรที่จะระดมเพื่อผู้สูงอายุได้มากกว่า แม้แต่มาเลเซียก็มีภาระผู้สูงอายุน้อยกว่าประเทศไทย ขณะที่มีรายได้สูงกว่า ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุเป็นงานที่ท้าทายมากสำหรับประเทศไทย เพราะมีความจำเป็นต้องสร้างระบบที่สามารถแก้ปัญหาของผู้สูงอายุซึ่งจะเพิ่มอย่างมากกมายในระยะเวลาอันสั้นทั้งๆที่ทรัพยากรที่จะระดมเพื่อการนี้ยังมีน้อยอยู่ **เป้าหมายหลัก *ในระดับนโยบาย คือ "ต้องการให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีมีส่วนร่วมในการพัฒนาในชุมชนและประเทศ เป็นความต้องการครอบครัวและสังคม และมีความเข้าใจอันดีระหว่างคนต่างรุ่นในสังคม*"** เพื่อให้สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีหลักประกันในเรื่องการเงินและเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการด้านการรักษาพยาบาลและเรื่องที่อยู่อาศัย การสร้างหลักประกันเหล่านี้ ทุกประเทศจะระมัดระวังที่จะไม่นำประเทศไปสู่การเป็นรัฐสวัสดิการ ซึ่งจะเป็นภาระรายจ่ายของรัฐบาลมากเกินไป ดังนั้น จึงมักเน้นการให้ผู้สูงอายุช่วยตนเองก่อน ต่อมาคือครอบครัวและชุมชนตามลำดับ โดยรัฐจะเป็นแหล่งความช่วยเหลือสุดท้าย

สำหรับหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุนั้น ขึ้นอยู่กับนโยบายของประเทศที่ได้มีวิวัฒนาการ และที่สำคัญคือปรัชญาหลักเบื้องหลังนโยบายผู้สูงอายุ การสร้างหลักประกันประกอบด้วย การสร้างหลักประกันด้านรายได้ และการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นในเรื่องการรักษาพยาบาลและเรื่องที่อยู่อาศัย ที่ต้องแบ่งเป็นสองด้าน เพราะการมีรายได้เพียงพอในการรักษามาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีระดับหนึ่งนั้นมีความจำเป็นในตัวของมันเอง และน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระแก่ใครและมีศักดิ์ศรี อย่างไรก็ตามการมีรายได้ก็ยังไม่ได้เป็นหลักประกันของการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นเสมอไป โดยเฉพาะบริการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งนอกจากจะเป็นรายจ่ายที่สูงแล้ว ยังมีความไม่แน่นอนสูงอีกด้วย เช่นเดียวกับเรื่องที่อยู่อาศัยที่จำเป็นต้องมีการจัดการที่เหมาะสมควบคู่กันไปด้วย

สำหรับประเทศไทย คล้ายคลึงกับมาเลเซีย คือ มีโครงสร้างทางอายุที่ยังเยาว์วัยกว่าอีก 3 ประเทศ (สิงคโปร์, ฮ่องกง และเกาหลี) เมื่อเปรียบเทียบกัน ดังนั้นแม้ว่าทั้งสองประเทศนี้ จะมีนโยบายผู้สูงอายุระยะยาวที่เน้นครอบครัวและชุมชน และการให้ความรู้แก่ชนทุกวัย ตลอดจนการสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุคล้ายกัน แต่แผนปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมยังอยู่ในระยะเริ่มต้นเท่านั้น กล่าวคือ

### 5.3 หลักประกันด้านรายได้

เรามีโครงการให้บำเหน็จหรือบำนาญแก่ข้าราชการ และต่อมาได้มีกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือ กบข. และกองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้างเอกชนและสถานประกอบการขนาดใหญ่ ในปี พ.ศ. 2542 โครงการประกันสังคมเริ่มดำเนินการจัดตั้งกองทุนชราภาพ เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้เกษียณอายุจะได้รับบำนาญเป็นรายเดือนไปจนกว่าจะสิ้นชีวิต

จนถึงปัจจุบันสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับประโยชน์จากโครงการดังกล่าวข้างต้นนี้ยังมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นส่วนมากจึงยังต้องอาศัยบุตรเป็นแหล่งรายได้หลัก

สำหรับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งและขาดผู้ดูแล รัฐให้การอุดหนุนด้วย***โครงการเบี้ยยังชีพ*** ที่ให้เงิน 300 บาทต่อเดือน ตลอดอายุของผู้สูงอายุนั้นๆ จากการประเมินผลพบว่า ผู้ที่ได้รับเงินอุดหนุนทั้งๆที่มิใช่กลุ่มเป้าหมายและมีกลุ่มเป้าหมายจำนวนไม่น้อยที่ขาดโอกาสรับเงินอุดหนุนนี้[15] รัฐบาลปัจจุบัน (2547) ได้เพิ่มเบี้ยยังชีพเป็น 1200 บาทต่อเดือนต่อคน ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ต้องการการประเมินในเวลาต่อไป

### 5.4 หลักประกันด้านการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับด้านสุขภาพประเทศไทย

ใช้กลไกการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐเป็นผู้ผลิตและจัดสรรบริการเอง โดยคิดค่าบริการในอัตราที่รัฐอุดหนุน สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญยังคงเป็นสิทธิพิเศษด้านการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับเมื่อครั้งยังเป็นข้าราชการและเบิกจ่ายด้วยวิธีเดียวกัน ***สำหรับโครงการ***ประกันสังคมเมื่อออกจากงานแล้วสามารถสมัครเป็นสมาชิกต่อตามความสมัครใจ ผู้สูงอายุทุกคนมีสิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่เสียมูลค่าจากสถานบริการของรัฐใน***โครงการประกันสุขภาพ***มาตั้งแต่ พ.ศ. 2535 แต่มีปัญหาเรื่องคุณภาพบริการที่ทำให้ผู้สูงอายุ และผู้ยากไร้จำนวนมากปฏิเสธการสงเคราะห์นี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ในรัฐบาลปัจจุบันได้เริ่ม ***"โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค***" ที่คาดว่าผู้สูงอายุคงได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้นไม่มากนักจากโครงการนี้ในระยะแรก จากความไม่พร้อมของโครงการฯ ในหลักการเป็นการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่จักต้องดำเนินการจนประสบความสำเร็จในอนาคต

15 อภิญญา เวชยชัย 2542 อ้างใน มัทนา พนานิรามัย

**5.5 นโยบายหลักประกันการเข้าถึงบริการด้านที่อยู่อาศัย**

คือ ให้ผู้สูงอายุคงอยู่กับครอบครัวให้นานที่สุด สำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้แต่ยังช่วยตัวเองได้จะมีสถานสงเคราะห์ของรัฐ ภายใต้การกำกับดูแลของกรมประชาสงเคราะห์มีประมาณ 20 แห่งทั่วประเทศ แต่จำนวนนี้ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ ได้มีความพยายามพัฒนาที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุในเชิงพาณิชย์ แต่ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก

สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้และครอบครัวไม่สามารถดูแลอีกต่อไป จะมีองค์กรไม่แสวงหากำไร และโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งให้บริการหรือปรับเป็น Nursing Home แก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจระดับปานกลางขึ้นไป

**5.6 การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ** [16]

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายระยะยาวที่ระบุได้ถึงทิศทางของนโยบายสำหรับผู้สูงอายุ แต่การนำนโยบายสู่การปฏิบัติยังอยู่ในขั้นเริ่มต้นเท่านั้น ดูเหมือนยังขาดกลไกที่เป็นองค์กรในการผลักดันที่มีประสิทธิผล นอกจากนี้หน่วยงานรับผิดชอบเรื่องผู้สูงอายุมีความหลากหลายและไม่ได้อยู่ในร่มเดียวกัน

การเริ่มต้นแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในประเทศไทย ก็เหมือนกับในหลายประเทศที่มิได้ถูกมองหรือได้รับการปฏิบัติและจัดการอย่างปัญหาเฉพาะ แต่นับว่าเหมือนกันกับปัญหาความยากจนทั่วไป เมื่อตระหนักว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยง ก็มีการแก้ไขเฉพาะหน้า โดยรัฐจะสร้างบริการต่างๆ ขึ้นมารองรับความต้องการเหล่านั้นโดยใช้โครงสร้างการบริหารที่มีอยู่เดิม ซึ่งมักเกิดการขาดการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งๆที่การให้บริการผู้สูงอายุนั้นมีลักษณะแบบบูรณาการที่ต้องเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานที่เห็นชัดเจน คือด้านสุขภาพ อยู่ในบริการของกระทรวงสาธารณสุข ด้านสวัสดิการสังคมอยู่ในบริการของกระทรวงแรงงานฯ เป็นต้น ในแต่ละกระทรวงการบริการยังแบ่งไปตามงานเฉพาะอีกต่างหาก เช่น กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ (เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ) และกรมอนามัย (การส่งเสริมสุขภาพ) ทำให้เกิดการรวมแผนค่อนข้างยาก นอกจากนี้เป้าหมายการจัดบริการของรัฐจะมุ่งไปที่กลุ่มยากจนก่อน ด้วยเหตุผลที่ว่า ครอบครัวตั้งแต่ระดับชนชั้นกลางขึ้นไป สามารถจัดการกับปัญหาผู้สูงอายุค่อนข้างดี

เมื่อเวลาผ่านไป บริการที่รัฐจัดให้นอกจากจะไม่พอเพียงแล้ว ยังเป็นบริการที่บกพร่องทั้งจำนวนและคุณภาพ ในขณะเดียวกันรัฐจำเป็นต้องแบกรับค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาพยาบาลผู้สูงอายุด้วยราคาแพง วิวัฒนาการของนโยบายผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนทิศทางที่จะไม่เน้นการให้บริการในสถาบัน แต่เน้นการให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรีนานเท่าที่จะทำได้ ในแนวปฏิบัติจึงถือว่าครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุและจะมีมาตรการต่างๆ เพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวและชุมชนที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ

---

[16] เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ, 2545, นโยบายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

นอกจากนี้ได้มีมาตรการ การให้ความรู้แก่ประชาชนทุกวัน ให้รู้จักเตรียมตัวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วยการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและเรื่องสังคม การสร้างสังคมที่คนทุกรุ่นอยู่ร่วมกันได้อย่างเข้าใจกัน โดยที่ประเทศไทยได้เน้นมาตรการเหล่านี้มาตั้งแต่แผนระยะยาวฉบับที่ 1

มาตรการที่ช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เริ่มต้นที่การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวให้มีความรู้เฉพาะทางที่จะดูแลได้ถูกต้อง และจัดให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุจากชุมชนจะเข้าไปช่วยเหลือครอบครัวได้เมื่อขาดผู้ดูแล นอกจากนี้จะช่วยได้โดยจัดให้มีการให้บริการตอนกลางวัน ให้มีชมรมผู้สูงอายุเพื่อกิจกรรมทางสังคม และมีกลุ่มช่วยเพื่อน (เช่น กลุ่มที่เป็นเบาหวาน มะเร็ง ข้อเสื่อม และกลุ่มออกกำลังกาย เป็นต้น) จัดให้มีพยาบาลและทีมงานเยี่ยมที่บ้าน

สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวไม่ได้ จำเป็นต้องอยู่ในสถานที่ในอดีตจัดไว้สำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน จึงอาจมีความขาดแคลนที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุระดับกลางมากขึ้น สำหรับการรักษาระยะยาว ครอบครัวและชุมชนยังเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมาก เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาในสถาบัน หลายประเทศ เช่น สิงคโปร์ ฮ่องกง ได้เริ่มมีโครงการสงเคราะห์ผ่านครอบครัวหรือชุมชนด้วย

## 6. การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ [17]

**นโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ** ดังได้กล่าวแล้วคือ ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวนานที่สุดเท่าที่จะอยู่ได้ แต่เมื่ออยู่ไม่ได้หรือมีความต้องการการดูแลจากสถาบันที่ให้บริการทางการแพทย์หรือทางสังคม รัฐจะเข้าไปช่วยเหลือให้ทันกับปัญหา

ตามทฤษฎีจะแบ่งประชากรเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1) กลุ่มที่มีสุขภาพดีและอยู่ตามลำพังได้
2) กลุ่มที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน
3) กลุ่มที่ป่วยอาจจะต้องการการดูแลในระยะสั้นหรือระยะยาว

**กลุ่มแรก**ควรมีบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และจรรโลงสภาวะสุขภาพดี ให้คงอยู่ตามอายุโดยอิสระไม่ต้องพึ่งพาบริการของรัฐ **กลุ่มที่สอง**ต้องการบริการทางสังคม คือผู้ช่วยเหลือหรือผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน และการเฝ้าระวังทางสุขภาพ ส่วน**กลุ่มที่สาม** ต้องการการดูแลด้านการแพทย์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุตามสาเหตุ ซึ่งอาจจะเป็นการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาลที่ต้องการความต่อเนื่องของบริการ ที่มีลักษณะแบบบูรณาการ

[17] เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ 2545

**การดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ**

การดูแลระยะยาวแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับจากเกือบทุกประเทศในปัจจุบัน หมายถึงบริการที่ผสมผสานการดูแลเรื่องสุขภาพและสังคมที่ให้อย่างต่อเนื่องแก่บุคคลที่สูญเสียศักยภาพในการดูแลตนเอง ที่ครอบคลุมการดูแลในสถานบริการ ครอบครัว และชุมชน โดยเน้นการฟื้นฟูและรักษาสภาพ ดังนั้นขอบเขตของบริการจะมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับนโยบายของประเทศที่อาจเป็นการดูแลแบบครบวงจรที่ขยายจากการดูแลที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ไปจนถึงการดูแลที่ต้องการแพทย์ที่มีทักษะชั้นสูงและเฉพาะทาง

การรับรู้ของคนทั่วไปต่อการดูแลระยะยาวน่าจะเป็นการดูแลในสถานบริการ แต่เพิ่มความสำคัญของการให้บริการที่บ้านโดยความช่วยเหลือขององค์กรชุมชน แนวทางการให้บริการมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับบรรยากาศทางเศรษฐกิจ และการเมืองของแต่ละประเทศ มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่น้อย เพื่อความเข้าใจในวิวัฒนาการการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ จะได้เปรียบเทียบประเทศไทยกับเกาหลีใต้ ฮ่องกง มาเลเซีย และสิงคโปร์ ดังข้อมูลข้างล่างนี้

**ตาราง 2.15 ตัวอย่างสถานบริการทางการแพทย์และฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุของแต่ละประเทศ**

| บริการ | สิงคโปร์ | มาเลเซีย | เกาหลี | ฮ่องกง | ไทย |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.สถานบริการทางการแพทย์และฟื้นฟูสภาพ** | | | | | |
| ■ โรงพยาบาลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ | ✓ | | ✓ | | |
| ■ รพ. สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| ■ รพ. ฟื้นฟูสภาพ | ✓ | | ✓ | | |
| ■ Nursing Home | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ■ บ้านพักระยะสุดท้าย | ✓ | | | | |
| ■ บ้านสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| **2. บ้านสงเคราะห์ผู้สูงอายุ/ ที่อยู่อาศัย** | | | | | |
| ■ บ้านผู้สูงอายุ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ■ cluster living (studio apt.) | ✓ | | | | |
| ■ บ้านพักชั่วคราว | | | ✓ | | |
| ■ ศูนย์ดูแลตอนกลางวัน | | ✓ | | | |
| **3. บริการดูแลระยะยาว (ที่ไม่ใช่บ้านพัก)** | | | | | |
| ■ ศูนย์ดูแลตอนกลางวัน (กิจกรรมทางสุขภาพ) | ✓ | ✓ | | | ✓ |
| ■ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ | ✓ | | | | ✓ |

| บริการ | สิงคโปร์ | มาเลเซีย | เกาหลี | ฮ่องกง | ไทย |
|---|---|---|---|---|---|
| ■ ศูนย์ผู้สูงอายุ (กิจกรรมทางสังคม) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ■ บริการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลแพทย์ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ■ ศูนย์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| 4. **บริการจากฐานชุมชน** | | | | | |
| ■ บริการช่วยดูแลงานบ้าน | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| ■ บริการปรับสภาพบ้าน | ✓ | | | | |
| ■ บริการสายด่วน | ✓ | | | | |
| ■ บริการส่งอาหาร | ✓ | | | | |
| ■ บริการอาสาสมัครช่วยเหลือพาส่งคลินิกโรงพยาบาลหรือพูดคุยที่บ้าน | ✓ | | | | |

สำหรับโรงพยาบาลและสถานพักฟื้น เกาหลีใต้[18]ได้จัดให้มีโรงพยาบาลเฉพาะทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทั่วไปมีบริการรักษาโรคเรื้อรัง และ Nursing home บริการในชุมชนประกอบด้วยศูนย์ดูแลตอนกลางวัน บ้านพักฉุกเฉิน และบริการช่วยงานที่บ้าน แต่ยังมีปัญหาเรื่องค่าบริการและความครอบคลุมของบริการ

ฮ่องกง[19]นั้น เมื่อมีข้อมูลความต้องการการดูแลระยะยาวแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ ในประมาณปี พ.ศ. 2543 ได้เริ่มโครงการนำร่องที่มีศูนย์สุขภาพชุมชนปฐมภูมิเป็นกลไกตรวจสอบ ประเมินสภาวะด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและจิตวิเคราะห์ เพื่อจัดบริการที่เหมาะสมตามความต้องการ อาทิเช่น บริการคุณภาพสำหรับการดูแลที่บ้าน มีเป้าหมายที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลางผสมผสานบริการเวชปฏิบัติกับการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังมีงานนำร่องเพื่อประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรฐานสากลและจัดให้มีสถานบริการให้เลือกใช้อย่างครบถ้วน ได้แก่ บ้านผู้สูงอายุ, nursing home, ศูนย์บริการตอนกลางวันและบริการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันที่บ้าน

[18] Chai, Sung – Jae (1) “National Policies on Ageing in Korea” and (2) Long –Term Care Needs and Policies in Korea” Papers submitted to Asia Development Research Forum

[19] Chan, Alfred C.M. Part I of “Ageing Policy and Long Term Care in Hong Kong” Paper submitted to Asia Development Research Forum, March 2001

สำหรับมาเลเซีย[20] มีบริการด้านการแพทย์คล้ายกับประเทศไทยคือ โรงพยาบาลและคลินิกที่ให้บริการทุกกลุ่มอายุรวมทั้งผู้สูงอายุ พ่อแม่ของข้าราชการได้รับสิทธิการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐโดยเบิกจ่ายได้ บริการฟื้นฟูสภาพ เช่น กายภาพบำบัดและอาชีวะบำบัดเป็นบริการให้แก่ผู้สูงอายุ แต่บริการเหล่านี้ยังขาดแคลนมากในชนบท ความยากในการจัดบริการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คือ จำนวนแพทย์เฉพาะทางด้านนี้มีน้อยมาก ซึ่งรวมถึงจิตแพทย์เฉพาะวัยสูงอายุและเวชศาสตร์ฟื้นฟู หลักประกันทางสุขภาพยังไม่ครอบคลุม ร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุต้องจ่ายเอง ซึ่งได้มีแผนงานเพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุเริ่มในปี ค.ศ. 1995 เพื่อส่งเสริมสุขภาพและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ โดยสรุปคือ

ก. จัดให้มีบริการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในระดับภาคให้ครบถ้วนภายในปี ค.ศ. 2000

ข. พัฒนาแผนงานแบบบูรณาการเพื่อการฝึกอบรมและการวิจัยที่จำเป็นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ค. จัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ได้โดยอิสระอย่างสมเหตุสมผล

สิงคโปร์[21]มีบริการทุกชนิดที่น่าจะเป็นแม่แบบสำหรับอนาคตได้ แม้กระนั้นก็ยังวิเคราะห์ว่าบริการที่ให้ยังเป็นการแยกส่วนอยู่ จึงได้เริ่มโครงการ “Case management” ที่ประเมินสถานะภาพด้านสุขภาพทั้งกายและจิตใจ รวมถึงความบกพร่องทางสังคม แล้วให้บริการในลักษณะบูรณาการที่ตรงกับปัญหา ซึ่งดูเหมือนว่าถูกต้องเหมาะสม แต่ยากต่อการปฏิบัติและมีราคาแพง

นโยบายของไทย[22]เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นในภูมิภาคเดียวกัน ดูเหมือนจะยังไม่ได้เริ่มลงทุนในด้านสถานบริการสุขภาพเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังขาดการประสานบริการด้านเวชศาสตร์และสุขภาพกับสวัสดิการสังคม ที่จะเอื้ออำนวยให้องค์กรชุมชนช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหาไม่ว่าในระดับเล็กน้อยหรือระดับที่ต้องพึ่งพาบริการฉุกเฉินที่ต้องการความเฉพาะทาง

ในรัฐบาลปัจจุบันที่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า น่าจะมีการประเมินศักยภาพการให้บริการเวชปฏิบัติแบบบูรณาการ เป็นบริการด่านแรกที่จะให้บริการต่อเนื่องระยะยาวแก่ผู้สูงอายุได้

---

[20] Sim, Ong Fon (1) Ageing in Malaysia : National Policy and Future Direction. “May 2001. (2) Long Term Care for the Elderly in Malaysia” May 2001

[21] Mekta, Kalyani K. (1) “Review of the National Policies on Ageing in Singapore June, 2001,. (2) Review of Long – Term Care Needs, Povision and Policies in Singapore “Papers submitted to the Asian Development Research Forum, Lingnan University, Hong Kong, May 2001.

[22] Jitapunkul, Suftichai, Napaporn chayovan and Jiraporn Kespicha yawattna. “National Policies on Ageing and Long Term Care Provision for Older Persons in Thailand. “Paper Submitted to the Asia Development Research Forum. August 2001.

เพียงใด และมีความต้องการบุคลากรทางการแพทย์และ พยาบาลด้านเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ นักเวชศาสตร์ฟื้นฟูและบุคลากรด้านสังคมสงเคราะห์ อย่างไรบ้าง

**8. ระบบการศึกษาและสื่อมวลชน**

จะมีบทบาทในการช่วยทะนุบำรุงวัฒนธรรม ความกตัญญูให้คงไว้ รวมทั้งการส่งเสริมวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหลักการขององค์การอนามัยโลกที่ทุกประเทศรับเป็นมาตรการหลักของประเทศ

การให้การศึกษาอย่างต่อเนื่อง นอกระบบและในโรงเรียน ไม่ว่ากลุ่มเป้าหมายจะเป็นคนรุ่นใดเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ประเทศสิงคโปร์เห็นความสำคัญในเรื่องนี้จึงได้จัดสรรงบประมาณจำนวนมากในการให้การศึกษาตลอดชีวิตและใช้การศึกษาเป็นเครื่องมือที่จะส่งเสริมให้คนรุ่นหลังยังคงรักษา เคารพและดูแลผู้สูงอายุตลอดไป สำหรับประเทศมาเลเซีย ได้กำหนดให้มีหลักสูตรในโรงเรียนทุกระดับเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงบทบาทและความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ

นอกจากการให้การศึกษาแล้ว การรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้สาธารณชนตระหนักและเข้าใจปัญหาอย่างต่อเนื่อง เช่น การกำหนด motto ในการรณรงค์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรเป็นข้อความสั้นๆ ที่ง่ายต่อความเข้าใจ ตัวอย่างเช่น ประเทศฮ่องกง ใช้คำว่า "*Be active, eat well, and quit smoking*" ในประเทศญี่ปุ่นกำหนด "***ให้เดินวันละหมื่นก้าว กินอาหารหลากหลายวันละ 30 ชนิด และคลายเครียดวันละครึ่งชั่วโมง***" สำหรับไทยให้ความสำคัญกับ 3 อ. คือ "***อาหาร อารมณ์และออกกำลังกาย***" ซึ่งน่าจะได้รับการติดตามว่าคำขวัญดังกล่าวนี้ให้ความหมายติดตลาดมากน้อยเพียงใด

การให้ความรู้โดยผ่านการอบรมระยะสั้น หรือสื่อชนิดต่างๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ มาเลเซียและไทยมีโครงการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่ชัดเจนและหลากหลาย ซึ่งได้แก่ (1) การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ (2) การอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพและทักษะในอาชีพหลังเกษียณอายุ ที่จะทำงานต่อไปได้ (3) การอบรมเพื่อเป็นอาสาสมัครช่วยงานชมรมต่างๆ ที่ต้องการประสบการณ์ส่วนตัวของผู้สูงอายุ เช่น ในกลุ่มช่วยตนเองของกลุ่มผู้เป็นมะเร็ง เบาหวาน ปอดอุดกั้นเรื้อรังหรืออัมพาต เป็นต้น และ (4) การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสมควรได้รับการสนับสนุนพร้อมมีกลไกตรวจสอบคุณภาพของผลผลิตเหล่านี้

"โครงการธนาคารสมอง" เป็นโครงการในพระราชดำริของพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถในรัชกาลปัจจุบัน ดำเนินการโดยสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นงานที่อยู่ในขั้นเริ่มต้นที่สำคัญ มีเป้าหมายที่จะถ่ายทอดคุณค่าทางปัญญาของผู้สูงอายุแก่คนรุ่นต่อไป เป็นวิธีหนึ่งที่จะรักษามรดกชิ้นนี้ไว้ในธนาคารสมองของชาติสืบไป

## 9. ข้อเสนอในการพัฒนาเครื่องชี้วัดผู้สูงอายุสุขภาพดี

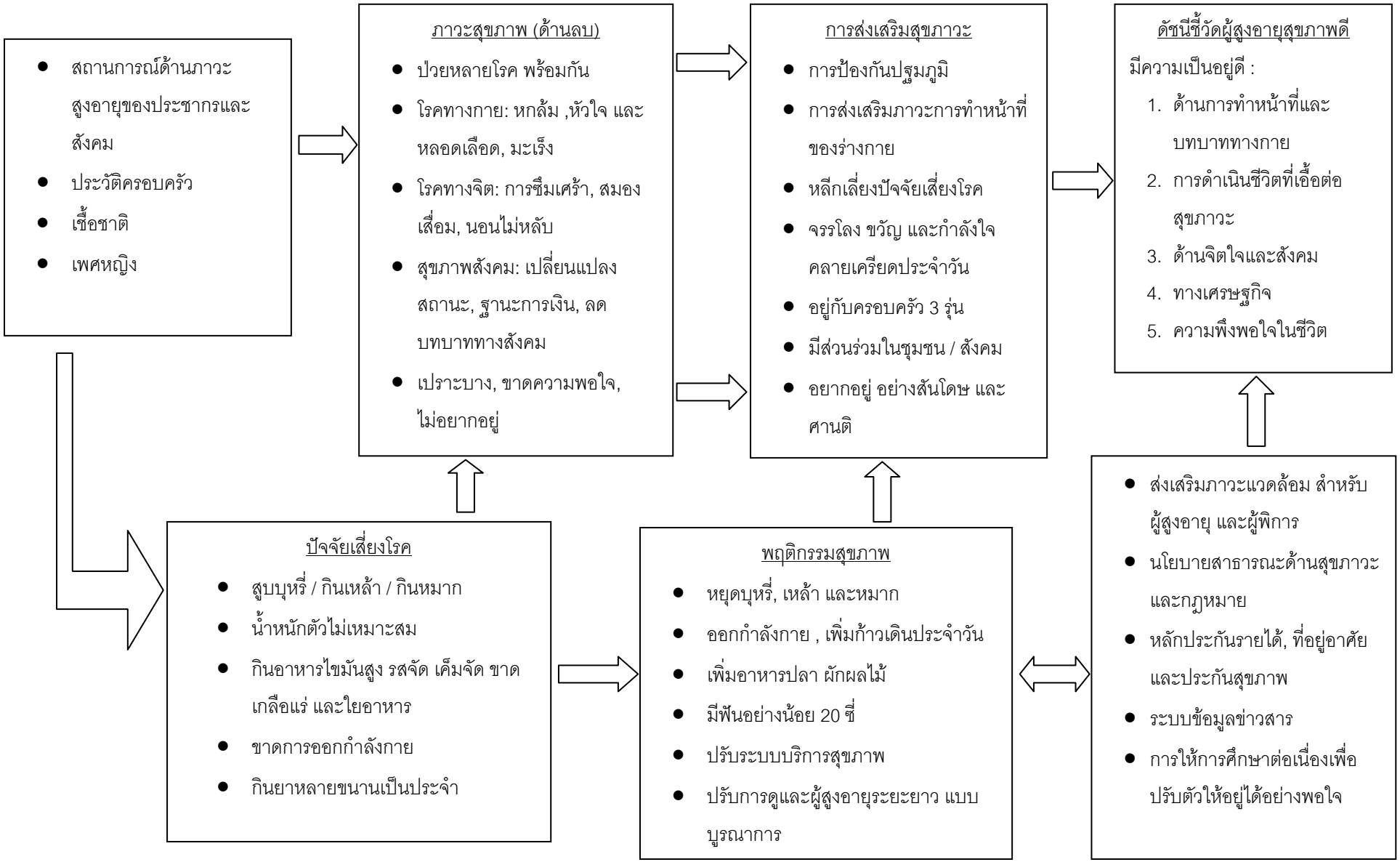
9.1**ความมีสุขภาพดีหรือสุขภาวะของผู้สูงอายุ** เป็นผลของกระบวนการพัฒนาตลอดช่วงอายุขัย ซึ่งทำให้มีข้อพึงพิจารณาหลายประการในการสร้างเครื่องชี้วัด

- **ประการแรก** สุขภาวะของผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นมิติ ที่ประกอบทั้งองค์ประกอบความเป็นอยู่ที่ดีทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และรวมถึงจิตวิญญาณ องค์ประกอบเหล่านี้ถูกกำหนดขึ้นและแปรผันไปตามช่วงอายุ ซึ่งผลที่สะสมมาจากประสบการณ์ในอดีต
- **ประการที่สอง** คุณลักษณะบางประการ ของความมีสุขภาวะเป็นคุณลักษณะที่ไม่อาจวัดได้โดยตรง แต่เป็นผลรวมที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ
- **ประการที่สาม** ความเป็นผู้สูงอายุอาจนิยามได้หลายแง่ ทั้งในเชิงชีวะการแพทย์และทางสังคม ไม่ว่าจะโดยนิยามใด จะมีความจำเป็นทางกาย สรีระและทางสังคมที่แตกต่างกันออกไปจากกลุ่มอายุอื่น

การวาดภาพลักษณ์ในความคาดหวังจะเป็นการตั้งเป้าหมายสำหรับอนาคต อาทิเช่น “*ในการ*ดำรงชีวิต มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ เป็นที่ต้องการของครอบครัวและสังคมและมีความเข้าใจระหว่างรุ่นในสังคม”

***“ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมให้มีวิถีชีวิตที่อยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีความสุขและความพึงพอใจ”***

**รูปที่ 2.13 กรอบแนวคิดเพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ**



## 9.3 เครื่องชี้วัดผู้สูงอายุสุขภาพดี

จากแนวคิดหลัก และกรอบแนวคิดขององค์การสหประชาชาติ องค์การอนามัยโลก ได้เสนอกรอบเครื่องชี้วัดในการประเมินผู้สูงอายุสุขภาพดีใน 5 องค์ประกอบ คือ (1) ความเป็นอยู่ที่ดีในการทำหน้าที่ (2) การดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อความมีสุขภาพแข็งแรง จิตใจเข้มแข็ง (3) มีความเป็นอยู่ที่ดีด้านจิตใจและสังคม (4) ความเป็นอยู่ที่ดีทางเศรษฐกิจ และ (5) ความพึงพอใจในชีวิต

I. **ความเป็นอยู่ที่ดีด้านการหน้าที่** (Functioning well-being) ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการแสดงบทบาททางกายในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสามารถในการสื่อความหมาย ความจำ การได้ยิน การเคี้ยวอาหาร การมองเห็น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และชุมชนความสามารถในการหารายได้ตามสมรรถนะของร่างกาย และใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่ตนพอใจ

**เครื่องชี้วัดคือ**

1. มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งในแง่กิจกรรมการดูแลตนเอง (ADL) และกิจกรรมประจำวันในครอบครัว (IADL)
2. สามารถในการรับรู้ทั้งทางการได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส
3. ความสามารถการกิน และการเคี้ยวอาหาร
4. สามารถในการจำเหตุการณ์ในระยะปัจจุบันที่เกิดขึ้นได้
5. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชนได้
6. มีการทรงตัวได้ดี ไม่มีประวัติการหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
7. ในวันหนึ่ง ๆ จะไม่ปล่อยให้ตนอยู่ว่าง ๆ โดยไม่ทำอะไร

II. **ดำเนินชีวิตในทางที่เอื้อต่อความมีสุขภาพที่แข็งแรง จิตใจที่เข้มแข็ง** (Healthy Lifestyle) เช่นการออกกำลังการเหมาะสมตามวัย การบริโภคอาหารอย่างมีความสุขและพอเพียงเหมาะสมตามความต้องการของร่างกาย ได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ การไม่มีอาการทางกายเนื่องจากปัญหาทางจิต ควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกินเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงโรค เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การบริโภคอาหารไขมันสูง เค็มจัด อาหารที่มีกากใยน้อย สามารถเข้าถึงและใช้บริการการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น

**เครื่องชี้วัดคือ**

8. มีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละไม่ต่ำกว่า 20 นาที
9. การบริโภคอาหารอย่างมีความสุข และพอเพียงเหมาะสมตามความต้องการของร่างกาย
10. ได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ
11. การไม่มีอาการผิดปกติทางกาย อันเนื่องจากจิต
12. ควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกินเกณฑ์มาตรฐาน ควรมีน้ำหนักเพิ่มไม่เกิน 20 กิโลกรัม จากเมื่อเป็นหนุ่มเป็นสาว
13. หลีกเลี่ยงไม่กระทำพฤติกรรมเสี่ยงโรค เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การบริโภคอาหารไขมันสูง เค็มจัด อาหารที่มีกากใยน้อย
14. สามารถเข้าถึงและใช้บริการการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น

III. **ความเป็นอยู่ที่ดีด้านจิตใจและสังคม** (Psycho-social well-being) หมายรวมถึง การมีครอบครัวที่อบอุ่นมีผู้ดูแลเมื่อจำเป็นหรือต้องการ มีโอกาสได้พูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีต มีส่วนในการอบรมเลี้ยงดูลูกหลานโดยไม่ถือเป็นภาระ มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาที่ตนนับถือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้ใช้เวลาอ่าน ดู ฟังข่าวสารและหือสิ่งบันเทิงตามความต้องการสามารถหลีกตัวเพื่อความเป็นส่วนตัวเมื่อตนต้องกา มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน การได้รับความคุ้มครองจากการละเมิดสิทธิ หรือการเหยียดหยามเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางสังขาร มีโอกาสแสวงหาความรู้ในการพัฒนาตนเองตามศักยภาพแห่งตน เข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางการศึกษา วัฒนธรรมและนันทนาการของสังคม

**เครื่องชี้วัด**

15. อาศัยอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น มีสมาชิกในครอบครัวเป็นคน 3 รุ่น
16. ลูกหลานอยู่พร้อมหน้าพร้อมตาทุกคนหรือได้รับการติดต่อแจ้งข่าวสารให้ทราบเมื่ออยู่ห่างกัน
17. มีคนในครอบครัวที่สามารถปรับทุกข์ด้วยได้
18. ได้ทานอาหารที่ชอบตาฤดูกาล
19. มีโอกาสถ่ายทอดประสบการณ์และบทเรียนชีวิตให้ลูกหลานฟัง
20. ได้ช่วยเลี้ยงดูลูกหลานตามความสมัครใจ
21. มีผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อต้องการ

22. มีโอกาสได้พูดคุยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนในวัยเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ
23. มีโอกาสได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่ตนนับถืออย่างสม่ำเสมอ
24. ได้ดูรายการโทรทัศน์หรือการนันทนาการที่จนชอบ
25. ได้ให้คำปรึกษาหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามประเพณี
26. ได้รับทราบข่าวสารบ้านเมือง
27. ได้รับสิทธิที่พึงมีพึงได้ตามกฎหมายในฐานะผู้สูงอายุ
28. ได้รับการเคารพจากผู้ด้อยอาวุโสกว่า ไม่ว่าจะมีฐานะทางเศรษฐกิจเป็นอย่างไร

IV. **ความเป็นอยู่ที่ดีทางเศรษฐกิจ** (Economic well-being) อาศัยอยู่ในบ้านเรือนที่มีโครงสร้างแข็งแรงและมีสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัยจากอุบัติเหตุภายในครัวเรือน สามารถทำงานหารายได้อย่างมีศักดิ์ศรีในลักษณะงานที่เหมาะสมกับวัย สามารถถอนตัวจากการทำงานหาเงินเมื่อตนพอใจ มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่จะให้ตนสามารถดำรงชีพอยู่ได้อย่างมีความสุขสมอัตภาพ โดยเน้นความสามารถในการสนองตอบต่อความจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตอันได้แก่ การเข้าถึงและได้ใช้บริการขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ สังคม นันทนาการ

**เครื่องชี้วัด**

29. มีกินมีใช้ตามความต้องการ
30. อาศัยในบ้านเรือนที่มีโครงสร้างแข็งแรง
31. สามารถทำงานหารายได้หากต้องการ
32. ในบ้านมีสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลไกป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
33. ติดต่อกับภายนอกได้เมื่อเกิดวิกฤติ
34. มีเงินที่จะบริจาคทานหรือทำบุญตามความเหมาะสม
35. ไม่มีภาระหนี้สิน
36. มีหลักประกันทางรายได้ (ที่จะทำให้มีที่อยู่อาศัย มีคนดูแลจากครอบครัวหรือชุมชน)

V. **ความพึงพอใจในชีวิต** (Life Satisfaction) การได้รับความยอมรับนับถือจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน มีความสุขและพึงพอในกับสังขาร ความเป็นอยู่ และการดำเนินชีวิตของตนเอง มีความพึงพอในที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป สามารถทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกครอบครัวอย่างเหมาะสมตามสังขาร

**เครื่องชี้วัด คือ**

37. มีความภูมิใจที่ชีวิตประสบความสำเร็จ
38. มีลูกหลานเป็นที่นับหน้าถือตาในชุมชน
39. มีความหวังว่าลูกหลานจะมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น
40. มีความภูมิใจในความเป็นผู้สูงอายุ
41. มีความพอใจที่ยังมีชีวิตอยู่และยังอยากมีชีวิตอยู่ไปนาน ๆ

***ถ้ามีครบทุกมิติดังกล่าวนี้เป็นเกณฑ์ นับได้ว่าผู้สูงอายุแต่ละท่านมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และจะมีอยู่สักเท่าใดในแต่ละสังคม ที่ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการตั้งเป้าหมายและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องได้***

## 2.7 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มอายุ

ประชากรจะมีสุขภาพดี มีชีวิตที่มีคุณภาพและมีศักยภาพในการดำรงการมีสุขภาพดีจนสิ้นอายุขัยนั้น จำเป็นต้องรู้การป้องกันตนเองจากปัญหาสุขภาพที่แพร่หลายในชุมชน พัฒนาสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวยต่อสุขภาวะ ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว บ้านเรือน โรงเรียน สถานที่ทำงานและชุมชน รวมทั้งการมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพและป้องกันโรคภัยไข้เจ็บอีกด้วย

ถ้าจะพิจารณาภาพรวมของปัญหาสุขภาพของคนไทย จากการตายหรือการสูญเสียระยะเวลาของการมีสุขภาพดีก็ตาม จะพบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญในอันดับต้นของการสูญเสียคือจากโรคติดเชื้อเอดส์ จากอุบัติเหตุโดยเฉพาะการจราจรทางบก จากโรคระบบไหลเวียนเลือดโดยเฉพาะ เส้นเลือดในสมองแตก ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดหัวใจตีบ จากโรคเบาหวาน มะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งปอด ตับ เต้านมในหญิง ลำไส้ใหญ่ และปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นมากคือโรคซึมเศร้า ติดยาเสพติด ซึ่งจากการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงของภาระโรคเหล่านั้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2546) ไม่ว่าจะเป็น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย บุหรี่ เหล้า ความดันโลหิตสูง การไม่สวมหมวกนิรภัย ความอ้วน ภาวะทุพโภชนาการ ไขมันในเลือดสูง การบริโภคผักและผลไม้น้อย การขาดการออกกำลังกาย มลภาวะในอากาศและการขาดแคลนน้ำสะอาดและสุขาภิบาลไม่ได้มาตรฐาน จะเห็นได้ว่ามากกว่าครึ่งของปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสมของประชากรซึ่งเป็นสภาวะที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ที่เหลือมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เสี่ยงต่อสุขภาพ คือ

- **การกินอาหารที่ไม่ถูกต้อง** ซึ่งเชื่อมโยงกับ ความอ้วน หรือ ค่า BMI สูงกว่ามาตรฐาน ภาวะทุพโภชนาการ ไขมันในเลือดสูง ฯลฯ
- **พฤติกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย** โดยเฉพาะการขาดการออกกำลังกาย ที่เชื่อมโยงกับหลายโรค เช่น เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง ความเครียด สุขภาพจิต ฯลฯ
- **พฤติกรรมทางเพศ** เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เชื่อมโยงกับปัญหาโรคเอดส์ และโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ
- **พฤติกรรมการใช้ชีวิตอื่น ๆ** เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า การใช้ยาเสพติดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ ปัญหาอุบัติเหตุการจราจร ปัญหาสุขภาพจิต และความรุนแรงในครอบครัวและสังคม

ดังนั้นถ้าจะให้ประชากรไทยมีสุขภาพดี จะต้องสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพื้นฐานขึ้น อย่างแพร่หลายในประชากรทุกกลุ่มอายุ นอกเหนือไปจากการขจัดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในแต่ละกลุ่มอายุ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นเหล่านี้ คือ

1) พฤติกรรมการกินเพื่อสุขภาพดี

2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย
3) พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย
4) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพและปลอดภัย : ด้วยการลด ละ เลิก บุหรี่ เหล้า ยาเสพติด ใช้เข็มขัดนิรภัย และหมวกกันน็อคเมื่อขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ รถยนต์
5) พฤติกรรมทางศาสนา และการจัดการกับอารมณ์

### 2.7.1 **พฤติกรรมการกินเพื่อสุขภาพ**

อาหารเป็นความจำเป็นหนึ่งในปัจจัย 4 ของการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกเพศและวัย แต่มนุษย์ก็มีปัญหาสุขภาพมากมายเกิดขึ้นจากอาหารและพฤติกรรมการกินอาหาร ซึ่งสรุปได้ดังต่อไปนี้

- โรคติดเชื้อทางเดินอาหารต่างๆ ที่สำคัญคือโรคอุจจาระร่วง โรคอาหารเป็นพิษ อหิวาตกโรค โรคพยาธิลำไส้ พยาธิใบไม้ในตับ ทั้งหมดนี้มีสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนด้วยเชื้อแบคทีเรีย ไข่ หรือตัวอ่อนของพยาธิ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพราะการไม่ทำให้สุกหรือสะอาดก่อนรับประทาน หรือน้ำดื่มและมือที่ไม่สะอาด
- โรคมะเร็ง จากการศึกษาวิจัยสาเหตุของมะเร็งของอวัยวะต่างๆ พบว่าประมาณร้อยละ 60 ของมะเร็งในเพศชายและร้อยละ 40 ของมะเร็งทุกชนิดในเพศหญิง มีสาเหตุมาจากอาหารที่มีไขมันและโปรตีนสูงเกินไปโดยเฉพาะที่มาจากสัตว์ หรืออาหารปนเปื้อนด้วยสารเคมี พวกไนโตรซามีน และบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่น้อย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้เซลล์มะเร็งมีการเติบโตและแพร่กระจายมากยิ่งขึ้น (Simone, 1994), (Block, 1991), (Larsen, 2002a) มะเร็งที่เกี่ยวข้องกับอาหารได้แก่ มะเร็งลำไส้ กระเพาะอาหาร มะเร็งเต้านมในสตรี มะเร็งตับ มะเร็งปอด
- โรคระบบไหลเวียนเลือด ที่สำคัญคือ
  - โรคความดันโลหิตสูง มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือการรับประทานรสเค็มจัด (He & MacGregor, 2003)
  - โรคหลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อ และเส้นเลือดสมองแตก มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญนอกเหนือไปจากความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้ามาก ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย และความเครียด คือ อาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ( Unhealthy diets) ซึ่งประกอบด้วยการกินผักและผลไม้น้อยเกินไป มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร้อยละ 31 และเส้นเลือดในสมองแตก ร้อยละ 11 ของการเกิดโรคทั้งสองนี้ทั่วโลก (WHO, 2002) การกินอาหารไขมันอิ่มตัว (saturated fat intake) สูง ซึ่งมีผลต่อระดับโคเลสเตอรอลในร่างกาย (โคเลสเตอรอลรวมสูง LDL-โคเลสเตอรอลสูง ไตรกลีเซอไรด์สูง และ HDL-โคเลสเตอรอลต่ำ) เกิดการอุดตันของเส้นเลือดทั้งหัวใจและสมองได้

- โรคเบาหวาน โดยเฉพาะ Type 2 ซึ่งเกิดจากประสิทธิภาพการทำงานของอินซูลินผิดปกติไป ไม่สามารถ กระตุ้นให้เซลล์ในร่างกายดึงน้ำตาลในกระแสเลือดไปใช้ในเซลล์ให้เกิดพลังงานได้ ซึ่งมีน้ำตาลมากในกระแสเลือด จากการศึกษาวิจัยพบว่า การบริโภคอาหารแป้งและไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว และบริโภคอาหารที่มีเส้นใย (fiber) เช่น ผักและผลไม้ในปริมาณที่ต่ำ รวมทั้งการขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญจากโรคนี้ (Larsen, 2002b)
- โรคอ้วน หรือดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) สูง [1] ก็มาจากการรับประทานอาหารที่มีพลังงานมากเกินกว่าความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดการสะสมไว้ในร่างกายในรูปของไขมัน อาหารที่ให้พลังงานสูงได้แก่ พวกแป้งและไขมัน เมื่อรวมกับการรับประทานอาหารที่มีกากใยต่ำ และการขาดการออกกำลังกาย ที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคอ้วนมีความเสี่ยงสูงในการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ความดันโลหิตสูง และเส้นเลือดในสมองแตก (Sowers, 2003), (The joint WHO / FAO Expert Consultation, 2003)
- โรคขาดอาหาร ซึ่งเป็นสภาวะที่ตรงข้ามกับโรคอ้วน เกิดจากการได้รับอาหารที่จำเป็นแก่การเจริญเติบโต และซ่อมแซมสิ่งที่สึกหรอของร่างกายน้อยไป ก็เกิดอาการอันเนื่องมากจากการขาดเหล่านี้ได้หลากหลาย เช่นการขาดเหล็กก็ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ขาดโปรตีนไขมัน และคาร์โบไฮเดรต ทำให้พลังงาน (energy) ในเซลล์ในร่างกายไม่เพียงพอ การเจริญเติบโตหยุดชะงัก น้ำหนักน้อยกว่าปกติ และถ้าเป็นเรื้อรัง ส่วนสูงก็จะต่ำกว่าปรกติ ของอายุนั้นด้วย นอกจากนี้ยังมีผลต่อสมองทำให้สติปัญญาต่ำ การขาดสารไอโอดีนก็ทำให้ร่างกายโดยรวมเจริญเติบโตน้อย รูปร่างเตี้ยและแกร็น เกิดคอพอกและปัญญาอ่อน การขาดไวตามินและแร่ธาตุต่างๆ จะมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน การสร้างเนื้อเยื่อ และการต่อต้านอนุมูลอิสระซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็ง

---

[1] BMI = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) / ส่วนสูง$^2$ (เมตร)

ใช้ได้ดีกว่าตัวชี้วัดอื่นๆเนื่องจาก แสดงภาพ 3 มิติใกล้เคียงกัน รูปร่างมากที่สุด และไม่ต้องใช้ตารางเปรียบเทียบให้ยุ่งยาก สามารถจัดระดับโภชนาการโดยเทียบกับเกณฑ์ชี้วัดได้เลย

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเกณฑ์ชี้วัดเพื่อใช้เป็นมาตรฐานสากลไว้ดังนี้

BMI น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม / เมตร$^2$ = Undernutrition (ขาดอาหาร)

BMI 18.5 – 24.9 กิโลกรัม / เมตร$^2$ = Normal (ปกติ)

BMI 25 - 30 กิโลกรัม / เมตร$^2$ = Overweight (น้ำหนักเกิน)

BMI 30+ กิโลกรัม / เมตร$^2$ = Obesity (อ้วน)

- พฤติกรรมการกินที่ไม่ถูกต้อง เช่นการไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร หรือการกินอาหารสุกๆดิบๆ กินอาหารรสหวานจัด เค็มจัด อาหารหมักดอง ก็เป็นสาเหตุของหลายโรคตั้งแต่ อาหารเป็นพิษ โรคไม่ติดต่อ เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไปจนถึงโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

ดังนั้นเพื่อป้องกันโรคและสภาวะเสี่ยงทั้งหลายอันเกิดจากการกินอาหารจึงควรพัฒนาพฤติกรรมการกินที่ถูกต้องขึ้นให้เป็นหลักปฏิบัติพื้นฐานสำหรับการมีสุขภาพดีในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะเริ่มจากอายุ 2 ปี ขึ้นไปภายหลังที่พ้นระยะการรับประทานอาหารของวัยทารกแล้ว หลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา สวีเดน และองค์การอนามัยโลกเองได้ (Department of Health and Human Services (HHS) and the Department of Agriculture (USDA), 2004) เสนอแนะแนวทางการกินเพื่อสุขภาพดีขึ้น และจากการศึกษาติดตามผลพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการกินที่ถูกต้อง จะลดการเสี่ยงจากโรคโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง โรคระบบไหลเวียนเลือด (cardiovascular disease) ได้ถึงร้อยละ 20 ในชายและร้อยละ 11 ในหญิงในสหรัฐอเมริกา (McCullough, Feskanich, Stampfer, Giovannucci, Rimm, Hu et al., 2002) หลักการเหล่านั้นเมื่อนำมาปรับให้เข้ากับสภาพและปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทย จะเป็นแนวทางในการกำหนดพฤติกรรมการกินอาหารเพื่อสุขภาพดีของประชากรทั่วไปดังต่อไปนี้ คือ

1) กินอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ แต่ให้อยู่ในกรอบของพลังงานที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน หมายความว่าอาหารที่กินแต่ละวันมีความหลากหลายประกอบด้วย แป้ง ไขมัน โปรตีน วิตามิน แร่ธาตุต่างๆ เพื่อให้ได้สารอาหารครบตามความต้องการของร่างกาย และในขณะเดียวกันก็ต้องควบคุมปริมาณของพลังงานจากอาหาร (Calorie intake) ให้อยู่ในระดับเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน ซึ่งจะขึ้นอยู่กับอายุ เพศ และระดับของการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยปรกติ ความต้องการพลังงานของคนไทยอยู่ในระดับ 2,100 Calorie ต่อวัน สำหรับชายไทย และ 1,750 Calorie ต่อวัน สำหรับหญิงไทยอายุ 31-70 ปี ตามลำดับ (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2546)

- การรับประทานอาหารจำพวกแป้ง ไม่ควรจะเกิน 45 -50 % ของปริมาณพลังงานทั้งหมด

- ไขมันไม่ควรเกิน 20 – 30 % ของปริมาณพลังงาน (Total energy) ทั้งหมด (ไขมันอิ่มตัวและไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง อย่างละประมาณร้อยละ 7 และไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง ร้อยละ 10-14 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด) (Grundy, Cleeman, Merz, Brewer, Clark, Hunninghake et al., 2004)

- Total calorie โคเลสเตอรอลน้อยกว่า 200–300 mg/วัน

- ควรรับประทานอาหารปลาให้มากขึ้น โดยเฉพาะปลาทะเลที่มี Omega – 3 Fatty Acids เพื่อเพิ่มปัจจัยคุ้มครองต่อโรคหัวใจหลอดเลือด การรักษาระดับปริมาณพลังงานจากอาหารให้อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่มากเกินไป ทำให้สามารถควบคุมน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกาย (BMI) ได้ ไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนและผลที่ตามมาอื่นๆ (Kris-Etherton, Harris, & Appel, 2002)

2) กินผักและผลไม้เป็นประจำ

เหตุผลที่แนะนำให้กินผักและผลไม้ (Wiseman, 2002), (สุรีพันธุ์ บุญวิสุทธิ์, 2544)

2.1) เป็นแหล่งของใยอาหารซึ่งช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด โดยกำจัดโคเลสเตอรอลที่ออกมาทางน้ำดี ไม่ให้ถูกดูดซึมกลับเข้ากระแสเลือด ชะลอการดูดซึมน้ำตาลและไขมันในทางเดินอาหาร

2.2) เป็นแหล่งของ antioxidants ซึ่งมีประโยชน์ในการลดการทำลายเนื้อเยื่อโดยอนุมูลออกซิเจนอิสระ (Wilson & Temple, 2001), (Bidlack, Omaye, Meskin, & Topham, 2000) จึงช่วยชะลอความแก่ ลดโอกาสในการเกิดมะเร็งในเนื้อเยื่อต่างๆ และป้องกันไม่ให้ Low Density Lipoprotein Cholesterol (LDL–C) ในกระแสเลือดถูก oxidize จึงป้องกันการเกิดคราบไขมัน (Atherosclerotic plague) ในผนังหลอดเลือด antioxidants เหล่านี้ได้แก่

- วิตามินเอ (ในรูปของ Beta – carotene) แหล่ง : มะละกอสุก คะน้า ตำลึง ฟักทอง มะม่วงสุก แครอท ผักบุ้ง
- วิตามิน ซี แหล่ง : ขี้เหล็ก พริกหยวก ผักคะน้า ผักหวาน ผักโขมสวน ใบทองหลางฝรั่ง พุทรา มะกอกไทย มะขามเทศ มะนาว เชอรี่
- วิตามิน อี แหล่ง : ดอกสะเดา ยอดฟักทอง ผักหวานบ้าน ผักชีล้อม แพงพวย ผักกูด
- Phytoestrogen แหล่ง : ถั่วเหลือง ถั่วเมล็ด ถั่วฝัก ผักชีฝรั่ง ตะเกียงกะหล่ำ
- Flavonoides แหล่ง : ใบชา องุ่น ใบแปะก๊วย

2.3) เป็นแหล่งของ Co–factor หรือ Co–enzyme ต่างๆ ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้น (Catalyst) ให้เกิด

- การเผาผลาญสารอาหารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันให้เกิดพลังงาน

ได้แก่ - วิตามิน บี 1 แหล่ง: ถั่วเหลือง ถั่วเขียว

- วิตามิน บี 2 แหล่ง: ถั่ว เห็ด ผักโขม ผักบุ้ง

- ไนอะซิน แหล่ง: ถั่วเขียว

- Pantothenic acid แหล่ง: กะหล่ำดอก เห็ด ถั่วเหลือง ถั่วเขียว

- สร้างการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ

  - Pyridoxine กระตุ้นการสร้างโปรตีนชนิดใหม่ แหล่ง: กล้วย กะหล่ำปลี ถั่วเขียว มันฝรั่ง

  - กรด Folic กระตุ้นการสร้าง DNA เพื่อสร้างเซลล์ใหม่ แหล่ง: ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ตะเกียงกะหล่ำ กะหล่ำปลี บร็อคเคอรี่ กล้วย ส้ม แครอท มะเขือเทศ กะหล่ำดอก

- ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือดโดย

  - วิตามิน เค แหล่ง: กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก ผักโขม ผักบุ้ง

2.4) เป็นแหล่งของแร่ธาตุต่างๆทั้งชนิดที่ร่างกายต้องการในปริมาณมาก เช่นแคลเซี่ยม เหล็ก และชนิดที่ร่างกายต้องการในปริมาณเพียงเล็กน้อย เช่น Selenium Copper Magnesium เป็นต้น

- ภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็ก มีเกณฑ์ดังนี้คือ Hemoglobin ต่ำกว่า 12 gm% หรือ Hematocrit ต่ำกว่า 36% ในคนทั่วไป, Hemoglobin ต่ำกว่า11 gm% หรือ Hematocrit ต่ำกว่า 33% ในหญิงตั้งครรภ์ แหล่งของธาตุเหล็ก : เครื่องในสัตว์ โดยเฉพาะ ตับ เลือด หอยนางรม ถั่วเหลือง ถั่วนัท ผักขี้เหล็ก มะเขือพวง ผักโขม สวน ใบแมงลัก ยอดสะเดา เห็นหูหนู ดอกโสน ผักกูด ต้นหอม บวบหอม บวก เหลี่ยม

3) ไม่รับประทานอาหารรสเค็มจัด เพราะจะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (He & MacGregor, 2003) อาหารจำพวก snacks ต่างๆ ก็มีเกลืออยู่เป็นจำนวนมาก จึงควรระมัดระวังในการรับประทาน ไม่ควรบริโภคเกลือโซเดียมคลอไรด์มากกว่า 2,000 – 2,300 mg / วัน

4) ไม่รับประทานอาหารรสหวานจัด ซึ่งมาจากอาหารประเภทแป้ง และน้ำตาล อาหารประเภทนี้จะเป็นอาหารที่ดีสำหรับแบคทีเรียในช่องปาก เกิดการ fermentation ทำให้เกิดการ demineralization ของฟันทำให้เกิดฟันผุได้ ดังนั้นจึงควรงดอาหารหรือขนมกรุบกรอบ ลูกกวาด ระหว่างมื้อ

5) อาหารจะต้องปลอดภัยเมื่อรับประทาน ต้องดูแลขบวนการประกอบอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อนของแบคทีเรีย พยาธิ โดยควรทำให้สุก หรือล้างให้สะอาดในกรณีผักและผลไม้ มือของผู้ประกอบอาหารก็ต้องหมั่นล้างเพราะจะเป็นพาหะของเชื้อโรคได้ นอกจากนี้ จะต้องควบคุมมิให้อาหารปนเปื้อนด้วยสารเคมี เช่น ยาฆ่าแมลง หรือโลหะหนัก เช่น ปรอท เพราะจะทำให้เกิดโรคพิษยาฆ่าแมลง มะเร็ง และความผิดปกติของระบบประสาทได้ ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งภาครัฐในการควบคุมและผู้ผลิตด้วย นอกไปจากผู้บริโภค

6) สำหรับเด็กต้องดูแลให้ได้อาหารให้ครบ 5 หมู่ และครบทั้ง 3 มื้อ เพื่อการเจริญเติบโตที่สมบูรณ์ และจะต้องเป็นอาหารที่ปลอดจากการปนเปื้อนของแบคทีเรีย ไวรัส พยาธิรวมทั้งสารเคมีต่างๆ ด้วย ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องจำกัดปริมาณไขมันในอาหารของเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และไม่ควรกินอาหารกรุบกรอบ ขนมหวานระหว่างมื้อ รวมทั้งไม่ดื่มนมขวดจนหลับคาปาก เพราะจะเป็นสาเหตุสำคัญของฟันผุ

เมื่อเด็กโตขึ้น (อายุมากกว่า 2 ปี จนถึงวัยรุ่น) ควรจำกัดไขมันอิ่มตัวในอาหารให้เหลือไม่เกิน 10% ของปริมาณพลังงานที่ได้ในแต่ละวัน (daily calories intake) และโคเลสเตอรอลให้น้อยกว่า 300 mg / วัน คือรับประทานไขมันจากสัตว์ เนย มากาวีน อาหารพวก fast food ให้น้อยลง ส่งเสริมให้รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ และไม่รับประทานอาหารรสจัด

### 2.7.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

กิจกรรมทางกาย (Physical activity) ซึ่งมีหลายอย่าง เช่นการทำงานบ้าน การเดินทางไปในสถานที่ต่างๆรวมทั้งไปทำงาน การเล่นกีฬา ก็เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของร่างกายและสูญเสียพลังงาน มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการรักษาปริมาณพลังงานที่เหมาะสมของร่างกาย เพื่อไม่ให้เกิดการเสียสมดุล โดยเฉพาะมีเหลือมากเกินไป เกิดภาวะโรคอ้วนขึ้น พลังงานที่ร่างกายได้มาส่วนใหญ่จากอาหารที่รับประทานเข้าไป อาหารประเภทแป้งและไขมันจะให้พลังงานสูง ถ้าจะรักษาน้ำหนักให้คงที่จะต้องทำให้พลังงานที่ใช้ไป (จากกิจกรรมทางกาย) = พลังงานที่ได้รับมา (จากอาหาร) ดังนั้นการใช้พลังงานโดยการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ เพียงพอจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมน้ำหนักร่างกายให้อยู่ในสภาวะของสุขภาพ และยังมีผลต่อการลดความเสี่ยงทางโรคต่างๆดังต่อไปนี้

- การศึกษาวิจัยในสหรัฐอเมริกาแสดงให้เห็นว่า การที่มีกิจกรรมทางกายน้อย (Physical inactivity) เช่น ขาดการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลโดยตรงต่อ โรคหัวใจ หลอดเลือด (atherosclerotic cardiovascular disease) เบาหวานชนิด 2 มะเร็งลำไส้ใหญ่ และโรคเรื้อรังอื่นๆ (Fletcher, Blair, Blumenthal, Caspersen, Chaitman, Epstein et al., 1992) การเพิ่มกิจกรรมทางกายให้มากขึ้นจะช่วยลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ และจากการตายของทุกสาเหตุรวมกัน (Blair, Kohl, Barlow, Paffenbarger, Gibbons, & Macera, 1995)
- องค์การอนามัยโลกได้จัดทำ The Atlas of Heart Disease and Stroke (Mackay & Mensah, 2004) ซึ่งรวบรวมปัจจัยเสี่ยงจากโรคดังกล่าว ซึ่งระบุว่าการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งถึงวัยสูงอายุ จะมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการลดความเสี่ยงจากโรคขาดหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease) เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคอ้วน ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกซึมเศร้าและทำให้ระดับไขมันในเลือดดีบ นอกจากนี้ยังลดความเสี่ยงจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม และเส้นเลือดอุดตันในสมอง
- การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินอย่างเร็ว การวิ่ง การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ ยกน้ำหนัก จะทำให้ร่างกายมีสมรรถภาพดีขึ้น (physical fitness) ซึ่งประกอบด้วยสมรรถภาพของปอดและการไหลเวียน ความแข็งแรง และยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อซึ่งบุคคลที่สมรรถภาพของร่างกายดีจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆน้อยลงด้วย (Blair, Kohl, Barlow et al., 1995)
- การออกกำลังกายเป็นประจำ รวมการยกน้ำหนักจะทำให้ความหนาแน่นของมวลกระดูกเพิ่มขึ้น ถ้าได้ทำตั้งแต่ในวัยเด็กและวัยรุ่น รวมทั้งอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เช่น มี แคลเซียม

เพียงพอจะทำให้การเติบโตและความแข็งแรงของกระดูกยืนยาวไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ (Specker & Binkley, 2003), (Bass, Saxon, Daly, Turner, Robling, Seeman et al., 2002)

- จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาเชิงทดลอง ผลการออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิคและ resistance training ในหญิงก่อนและหลังการหมดประจำเดือนพบว่ามีผลต่อการเพิ่มความหนาแน่นของกระดูกโดยเฉพาะที่ Lumber spine ประมาณ 1 – 1.5% ต่อปี (Wallace & Cumming, 2000)
- ในผู้สูงอายุการออกกำลังกายเป็นประจำ และมีการเคลื่อนไหวของร่างกายบ่อยๆโดยการทำกิจกรรมต่างๆ จะช่วยให้น้ำหนักตัวคงที่ ลดอาการท้องผูก ป้องกันโรคกระดูกพรุน (osteoporosis) ในหญิงสูงอายุวัยมากกว่า 65 ปี พบว่าการออกกำลังกายเป็นประจำจะลดการเสี่ยงจากกระดูกหักเนื่องจากสภาวะกระดูกพรุนได้ถึงร้อยละ 27 – 45 (Gregg, Cauley, Seeley, Ensrud, & Bauer, 1998)
- ในเด็กที่ใช้เวลามากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวันดูทีวี ซึ่งยังไม่รวมการเล่นวีดิโอเกมส์ หรือดูวีดิโอเทป จากการศึกษาพบว่าความชุกของโรคอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้นเมื่อใช้เวลาดูทีวีนานขึ้นต่อวัน และจากการทดลองในเด็กนักเรียนพบว่าการลดเวลาการดูทีวีจะลดอัตราน้ำหนักเกินในเด็กได้ (Robinson, 1999) และสมาคมกุมารแพทย์ในสหรัฐอเมริกาได้แนะนำให้จำกัดเวลาดู TV ในเด็กลงไม่เกินวันละสองชั่วโมงเพื่อป้องกันโรคอ้วน (Krebs & Jacobson, 2003)
- จากผลการออกกำลังกาย ที่มีการหลั่งฮอร์โมน Endorphin ทำให้จิตใจผ่อนคลาย ลดความเครียด และมีผลดีต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า

<u>ข้อแนะนำในการออกกำลังกาย</u>

1. เด็กและวัยรุ่นควรมีการออกกำลังกายในระดับปานกลางถึงอย่างหนักเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 60 นาที ทุกวัน เพื่อการเจริญเติบโต สมรรถภาพของร่างกาย และการเพิ่มของน้ำหนักตัว ที่เหมาะสม
2. วัยทำงานและวัยสูงอายุควรออกกำลังกายอย่างปานกลาง (เช่น เดิน 3-4 ไมล์ในเวลา 1 ชั่วโมง) เป็นเวลา 30 นาทีหรือ 1 ชั่วโมงทุกวัน ซึ่งจะทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานประมาณ 150 – 200 calories
3. ในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการแทรกซ้อน ในด้านการแพทย์ก็ควรออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหว เช่น เดินอย่างเร็วไม่ต่ำกว่าครึ่งชั่วโมงต่อวัน(American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002)
4. หญิงที่ให้นมบุตรก็สามารถออกกำลังกายได้โดยไม่มีผลต่อการให้นม (Larson-Meyer, 2002)

องค์การอนามัยโลก (2004) ได้เสนอแนะกิจกรรมทางกาย (physical activities) ต่อไปนี้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพโดยรวมเช่นกัน

- การล้างรถหรือขัดสีรถเป็นเวลา 45 – 60 นาที
- ทำความสะอาดบ้าน เช่น ถูพื้น เช็ดหน้าต่าง 45 – 60 นาที
- เล่นวอลเล่ย์บอล 45 นาที
- ถ้านั่ง wheelchair หมุนเก้าอี้ให้เคลื่อนไปด้วยตนเองเป็นเวลา 30 – 40 นาที
- ขี่จักรยานให้ได้ระยะทาง 8 กิโลเมตรในเวลา 30 นาที
- เดิน 3 กิโลเมตรเป็นเวลา 30 นาที
- ว่ายน้ำเป็นเวลา 20 นาที
- เล่นบาสเกตบอล 15 – 20 นาที

### 2.7.3 **พฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม**

เนื่องจากพฤติกรรมทางเพศของคนไทยมีความเสี่ยงหลายประการที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่สุดคือ การติดเชื้อโรคร้ายแรง เช่น โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ซึ่งมีผลต่อการเกิดมะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธ์ในอนาคต การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจทำให้มีการทำแท้งซึ่งอาจผิดกฎหมายเกิดอันตรายตามมา เช่น การตกเลือด การติดเชื้อหรือเสียชีวิต นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงกับปัญหาทางสังคม เช่น สุขภาพจิต ความรุนแรงในสังคม ครอบครัวแตกแยก เด็กถูกทอดทิ้ง ปัญหาการค้าสตรีและเด็ก ปัญหายาเสพติด ฯลฯ พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงของคนไทยในขณะนี้คือ

- การมีเพศสัมพันธ์ในวัยที่ไม่เหมาะสม เช่น วัยเด็กเกินไป วัยเรียนในช่วงมัธยมศึกษา
- การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน โดยเฉพาะป้องกันการตั้งครรภ์ถ้ายังไม่พร้อมจะมีลูก การป้องกันการติดเชื้อจากโรคร้ายต่างๆ
- การมีคู่นอนหลายคน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทำให้เสี่ยงที่จะติดโรคได้มากขึ้น
- การใช้ความรุนแรง เช่น การข่มขืน การบังคับและการค้าผู้หญิงและเด็กเพื่อประเวณี (ซึ่งสาเหตุในเรื่องดังกล่าวนี้มีรายละเอียดในเรื่องสุขภาวะอนามัยเจริญพันธ์)

ดังนั้นเพื่อให้ปลอดภัยจากปัญหาสุขภาพและสังคมที่ป้องกันได้เหล่านี้พฤติกรรมทางเพศควรมีหลักการเพื่อสุขภาวะดังต่อไปนี้คือ (Triker, Firm, & Epp, 2000)

1) การมีเพศสัมพันธ์ควรมีความพร้อมในหลายด้าน เช่น อายุ ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคภัยที่ตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ ความรักซึ่งกันและกัน

2) มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย คือป้องกันจากโรคติดต่อ เช่น ใช้ถุงยางอนามัย

3) ไม่สำส่อนทางเพศ เช่น ถ้าแต่งงานแล้วควรมีเพศสัมพันธ์เฉพาะกับคู่สมรสเท่านั้น

### 2.7.4 **พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพและปลอดภัย**

พฤติกรรมเหล่านี้ จะช่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัยในระดับหนึ่งต่อปัญหาสุขภาพที่เป็นภัยคุกคามสำคัญอยู่ในปัจจุบัน

1) พฤติกรรมป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอุบัติเหตุจราจร และ อุบัติเหตุทางน้ำ พฤติกรรมเหล่านี้ประกอบด้วย

1.1) การสวมหมวกนิรภัยหรือหมวกกันน็อค (Helmet used) ทุกครั้งที่ขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์

หมวกนิรภัย ถึงแม้จะไม่ได้ป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจรแต่ช่วยลดความรุนแรงของการบาดเจ็บเมื่อเกิดอุบัติเหตุ เป็นอุปกรณ์ความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพสูงสุดของผู้ใช้จักรยานยนต์ เป็นที่ทราบกันดีมากกว่า 40 ปี ทั่วโลก การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ไม่สวมหมวกนิรภัยมีการบาดเจ็บรุนแรงต่อสมองสูงถึง 6 เท่า และบาดเจ็บที่ใบหน้าสูงถึง 2 เท่าเทียบกับผู้ที่สวม ในประเทศไทยข้อมูลทางโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้ที่บาดเจ็บไม่สวมหมวกนิรภัยบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะสูงถึง 4 เท่าของผู้ที่สวมและตายมากกว่า 3 เท่า (พญ.ชไมพันธ์ สันติกาญจน์, 2545) โดยได้สรุปไว้อย่างชัดเจนว่า พฤติกรรมที่ถูกต้องคือ “ต้องสวมหมวกนิรภัยก่อนขับขี่รถจักรยานยนต์ และในทุกอัตราความเร็วตั้งแต่ 0 กม./ชม.ขึ้นไปควรสวมหมวกนิรภัยเสมอไม่ว่าใกล้หรือไกล ช้าหรือเร็ว” และหากผู้ใช้จักรยานยนต์ในประเทศไทยมีอัตราสวมหมวกนิรภัยอย่างน้อยร้อยละ 90 จะลดการตายของอุบัติเหตุบนท้องถนนได้ถึงร้อยละ 29 และป้องกันการบาดเจ็บต่อสมองได้ถึงร้อยละ 67 เด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปีไม่ควรซ้อนจักรยานยนต์โดยเด็ดขาด เพราะถ้าเกิดอุบัติเหตุ

1.2) การคาดเข็มขัดนิรภัย (Seat-Belt used)

ผู้ขับขี่รถยนต์และผู้โดยสารที่นั่งข้างหน้ารถ ควรคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งไม่ว่าจะขับไปในระยะทางใด เพราะอุบัติเหตุมักเกิดขึ้นได้เสมอโดยไม่เลือก เวลาและสถานที่ เช่นเดียวกับหมวกนิรภัย การคาดเข็มขัดนิรภัยไม่ได้เป็นการป้องกันอุบัติเหตุการจราจร แต่เป็นการลดหรือป้องกันความรุนแรงของการบาดเจ็บเมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้น จากการศึกษาในต่างประเทศ(สหรัฐอเมริกา) พบว่า การคาดเข็มขัดนิรภัยจะสามารถลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตเมื่อเกิดอุบัติเหตุสำหรับผู้ที่นั่งหน้ารถได้ถึงร้อยละ 45 และ ลดความรุนแรงจากการบาดเจ็บได้ประมาณร้อยละ 50 โดยรวมอาจกล่าวได้ว่า การคาดเข็มขัดนิรภัยลดความรุนแรงของการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุได้ถึงร้อยละ 60-65 (National Highway Traffic Safety Administration, 1997), (Dinh-Zarr, Sleet, Shults, Zaza, Elder, Nichols et al., 2001)

1.3) การขับขี่ยานยนต์ตามความเร็วที่กำหนดไว้ในกฎหมาย

หมายถึง การไม่ขับขี่ยวดยานโดยใช้ความร้อนเกินกำหนดของสภาพและลักษณะของถนน เพราะจะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและการปฏิบัติตามกฎจราจรอย่างเคร่งครัดที่จะทำให้ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุลดลงด้วยเช่นกัน

1.4) การว่ายน้ำเป็นในวัยเด็ก จะช่วยลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางน้ำได้ในระดับหนึ่ง

2) พฤติกรรมเสพติดต่าง ๆ

คือ พฤติกรรมที่ต้องเสพสารเสพติดต่าง ๆ ที่เป็นโทษต่อร่างกายในระบบต่าง ๆ และยังส่งผลกระทบถึงสุขภาพของผู้อยู่ใกล้เคียง ตลอดจนถึงก่อให้เกิดความรุนแรงต่าง ๆในครอบครัว หรือสังคมอีกด้วย ดังนั้นคนไทยสุขภาพดีในทุกกลุ่มอายุควรจะละเว้นพฤติกรรมเหล่านี้โดยเด็ดขาด หรือถ้าประพฤติอยู่ก็ควรลด ละ และเลิกโดยเร็ว พฤติกรรมดังกล่าวนี้ได้แก่

2.1) การสูบบุหรี่

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ระบุว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งระบบทางเดินหายใจ และช่องปากเนื่องจากการสูบบุหรี่ ประมาณ 34 คนต่อประชากรแสนคน และจากการสูบบุหรี่เช่นกันก็เป็นสาเหตุการตายจากโรคระบบหัวใจหลอดเลือด ประมาณ 465 คนต่อประชากรแสนคน ในประเทศไทยซึ่งมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 10 กว่าล้านคน ประมาณว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ปีละ 42,000 คน ประกอบด้วยโรคหัวใจ 15,876 คน มะเร็งปอด 10,878 คน ถุงลมโป่งพอง 6,090 คน เส้นเลือดสมองตีบ 4,326 คน และโรคอื่น ๆ 4,830 คน (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2541)

บุหรี่ทำให้เกิดอาการเสพติดทั้งจากร่างการ และจิตใจได้ในเวลาอันรวดเร็วหลังจากเริ่มทดลองสูบ นิโคติน คือสารเสพติดที่สำคัญในบุหรี่ การเสพติดทางร่างกาย คือความต้องการสารนิโคติน และการเสพติดทางจิตใจ คือพฤติกรรมที่ต้องเสาะแสวงหาบุหรี่มาสูบ ในบุหรี่มีสารต่าง ๆ ประมาณ 4,000 ชนิด ส่วนใหญ่เป็นสารเคมีที่มีผลร้ายต่อร่างกายผู้สูบทั้งสิ้น ที่สำคัญประกอบด้วย (ร.ท.นพ.สมิต วัฒนธัญญกรรม, 2545)

- นิโคติน (Nicotine) เป็นสารที่อันตรายมากที่สุดโดยออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทเพิ่มการหลั่งของสาร Catecholamine , Epinephrine และ Nor epinephrine ทำให้เกิดอาการตามมา คือ หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เส้นเลือดหดตัว เพิ่มปริมาณการใช้ออกซิเจน มีผลต่อการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ เพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ เพิ่มปริมาณกรดไขมันในเลือด และทำให้เกร็ดเลือดเกาะติดกัน ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจโดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจอุดตัน กล้ามเนื้อหัวใจตาย และภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงแขนขาทั้งเฉียบพลัน และเรื้อรัง

- ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon-monoxide) ซึ่งจะเข้าไปจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง แทนที่ออกซิเจน ทำให้เม็ดเลือดแดงจับออกซิเจนได้น้อยลงกว่าปกติถึงประมาณ 15% เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจ
- ทาร์ (Tar) เกิดจากการเผาไหม้ของบุหรี่ สารเคมีในทาร์ประกอบด้วยสารก่อมะเร็งหลายชนิด
- ไกลโคโปรตีน (Glycoprotein) เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะภูมิแพ้
- ไนโตรซามีน (Nitrosamine) เป็นสารก่อมะเร็ง
- เบนโซไพรีน และฟีนอล (Benzo (a) pyrene and phenols) เป็นสารก่อเกิดมะเร็ง
- ก๊าซพิษอื่น ๆ เช่น Hydrogen cyanide, Ammonia, Hydrogen oxide, Nitrogen oxide สารเหล่านี้ทำให้เกิดการระคายเคืองของทางเดินหายใจ ท่อทางเดินหายใจแคบลง เกิดอาการไอ ถ้าสูบบุหรี่เป็นเวลานานก็เท่ากับได้รับก๊าซพิษนั้นเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพอง

<u>ผลของบุหรี่ต่อร่างกาย</u>

ในระยะแรกของการสูบบุหรี่ด้วยผลของนิโคตินซึ่งเป็นสารเสพติดที่เป็นผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดการหลั่งสารที่สำคัญ เช่น acetylcholine, norepinephrine, dopamine, serotonin, vasopressin, adenocorticotropin ,Beta-endorphin ทำให้มีความรู้สึกสดชื่น มีการทำงานดีขึ้น มีอารมณ์ผ่อนคลาย ลดความเครียด เพิ่มทักษะในการแก้ปัญหา แต่เมื่อสูบไปนานๆเข้าและเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ จะมีผลภัยของนิโคตินตามมา รวมทั้งสารก่อมะเร็งต่างๆ ที่เป็นองค์ประกอบของบุหรี่ด้วย ทำให้เกิดโรคต่อไปนี้คือ

- โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย
- ความดันโลหิตสูง
- ถุงลมโป่งพอง
- มีอาการของทางเดินหายใจเรื้อรัง เช่น ไอ จาม เสมหะมาก คอแห้ง หายใจไม่สะดวก อ่อนเพลีย
- หอบหืด ทางเดินหายใจอักเสบโดยเฉพาะในเด็ก(จากการสูดดมควันบุหรี่)
- ระบบทางเดินอาหาร เป็นแผลในกระเพาะอาหาร ลำไส้
- โรคฟาร์กินสัน (Parkinson’s disease) โรคกระดูกพรุน ผิวหนังแก่ก่อนวัยอันควร
- ในผู้หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ จะทำให้รกลอกตัวก่อนกำหนด คลอดก่อนกำหนด เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ระบบสืบพันธ์ผิดปกติ เช่น การตกไข่ การผสมพันธ์ การฝังตัวของไข่ ความรู้สึกทางเพศลดลง ในชายปริมาณอสุจิลดลง

- ผิวหนังเหี่ยวก่อนวัย ฟันมีคราบเหลือง
- เกิดโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งของระบบทางเดินหายใจ หลอดลมปอด มะเร็งช่องปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ช่องจมูก หูชั้นกลาง ไซนัส กระเพาะปัสสาวะ ตับอ่อน กรวยไต ปากมดลูก

ผลกระทบต่อผู้ได้รับควันบุหรี่ทางอ้อม (Passive smoker)

การสูบบุหรี่นอกจากจะเป็นอันตรายต่อผู้สูบเองแล้ว ยังมีผลต่อผู้ที่ไม่ได้สูบแต่ได้สูดดมควันบุหรี่โดยผู้สูบบุหรี่อยู่ใกล้ชิดเข้าไป โดยที่เป็นควันบุหรี่ที่เกิดจากด้านการเผาไหม้โดยไม่มีการกรองสารเคมีไว้ (เพราะบุหรี่ก้อนกรองอาจกรองสารเคมีไว้ได้บางส่วนแต่จะป้องกันเฉพาะผู้สูบเท่านั้น) ดังนั้นอันตรายจึงมีมากกว่าในผู้ที่สูดดมควันบุหรี่อยู่เป็นประจำมากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ ผลกระทบต่อสุขภาพจากการได้รับควันบุหรี่ทางอ้อมมีดังนี้คือ

- เพิ่มปริมาณสารกระตุ้นการเกิดโรคมะเร็ง
- เกิดโรคหอบ
- เกิดการระคายเคืองต่อตา จมูก ช่องคอ มีอาการปวดศีรษะและไอ
- เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด
- ในเด็ก เป็นสาเหตุหนึ่งของการตายอย่างฉับพลันในทารก(Sudden Infant Death Syndrome) เด็กที่ผู้เลี้ยงดูสูบบุหรี่เป็นประจำจะมีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคทางเดินหายใจ อักเสบเฉียบพลันได้บ่อยครั้งกว่าเด็กอื่นๆ รวมทั้งการติดเชื้อในช่องหูชั้นกลาง คออักเสบ ปัญหาโรคปอด มีผลต่อการเจริญเติบโตของเด็ก อาจเกิดโรคเยื้อหุ้มสมองอักเสบในผู้ที่สูดดมควันบุหรี่ในระยะที่เป็นเด็ก
- เสี่ยงมากขึ้นต่อการเป็นโรคหัวใจหลอดเลือด โดยเฉพาะเส้นเลือดหัวใจตีบ

ผลกระทบอื่นๆ

- ผู้ที่สูบบุหรี่มักมีการใช้สารเสพติดอื่นๆร่วมด้วยในเวลาต่อมา เช่น ดื่มสุรา หรือเป็นการเริ่มต้นในการใช้ยาเสพติดที่อันตราย เช่น เฮโรอีน โคเคน
- เกิดอุบัติเหตุ ที่สำคัญคือไฟไหม้ จากการทิ้งก้อนบุหรี่ การสูบใกล้สารที่ติดไฟง่าย
- ปัญหาทางเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

2.2) การดื่มสุรา

ข้อมูลจากกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ), 2545) แสดงว่าปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 1689 ล้านลิตรในปี พ.ศ.2541 เป็น 1855 ล้านลิตรในปี พ.ศ.2545 อายุเฉลี่ยของผู้ดื่มสุรา20.2 ปี โดยที่กลุ่มอายุ 25-59 ปีมีการดื่มมากที่สุด คือร้อยละ 39.3 รองลงมาคือกลุ่มวัยรุ่นและหนุ่มสาวอายุ 15-24 ปีดื่มร้อยละ 21.6 อายุ 60 ปีขึ้นไปดื่มร้อยละ 20 เป็นที่น่าสังเกตว่าในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิงโดยในปี พ.ศ. 2546 ชายในวัยนี้ดื่มสุราร้อยละ 33.5 หญิงร้อยละ 5.6 เพิ่มจาก พ.ศ.2536 ประมาณ 1-2 เท่า การดื่มแอลกอฮอล์ของเพศชายจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจากวัยรุ่นจนถึงวัยทำงานและลดลงเมื่ออายุมากขึ้น แต่เพศหญิงมีแนวโน้มดื่มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆและเพิ่มมากยิ่งขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่อยู่ในภาคใต้และภาคกลางมีอัตราการดื่มมากกว่าในภาคอื่นๆ และผู้ที่อยู่ในเขตเมืองทั้งเพศชายและหญิงมีความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าในเขตชนบท

<u>ผลของแอลกอฮอล์</u> ส่วนผสมที่สำคัญของสุราทุกชนิดคือปริมาณแอลกอฮอล์ที่ผสมอยู่ซึ่งเมื่อดื่มเข้าไป จะดูดซึมได้อย่างดีและรวดเร็วเข้าสู่กระแสเลือดที่กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ โดยทั่วไปผู้หญิงมีการย่อยของแอลกอฮอล์โดย enzyme alcohol dehydrogenase ที่เยื่อบุกระเพาะอาหารน้อยกว่าผู้ชาย ทำให้ระดับแอลกอฮอล์ขึ้นสูงได้เร็วกว่าเมื่อดื่มสุรา จึงเมาง่ายกว่าผู้ชาย แอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ถูกย่อยสลายในตับด้วย enzyme ADH ดังกล่าวให้เปลี่ยนเป็น aldehyde และเปลี่ยนเป็น acetate โดย enzyme Acetaldehyde dehydrogenase (ALDA) มีแอลกอฮอล์ถูกขับจากปอดเพียงจำนวนเล็กน้อยซึ่งกลิ่นแอลกอฮอล์จากลมหายใจจะไม่สัมพันธ์กับปริมาณที่ดื่มเข้าไปอัตราการเผาผลาญ(metabolism) ของแอลกอฮอล์ขึ้นกับน้ำหนักตัว โดยปกติร่างกายจะเผาผลาญแอลกอฮอล์ได้ประมาณ 10 cc ต่อชั่วโมง

แอลกอฮอล์จะมีผลต่อ receptors ต่างๆในสมองทั้ง inhibitory channel และ excitatory channel มีทั้งการกระตุ้นและการกดการทำงานของเซลล์ประสาททำให้มีการทำงานของระบบและศูนย์ต่างๆในสมองผิดปกติไป จากการศึกษาทางคลินิกในเรื่องพิษของแอลกอฮอล์พบว่าขึ้นอยู่กับระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (พท.นพ.พิชัย แสงหาชัย, 2545)

| ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (Mg %) | อาการแสดง |
|---|---|
| 20 - 90 | เริ่มเสียการทรงตัว อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยน |
| 100 - 199 | การตอบสนองช้าลง ระบบกล้ามเนื้อทำงานไม่สัมพันธ์กัน มีอาการทางจิตใจและอารมณ์ |
| 200 - 299 | มีอาการเมาอย่างชัดเจน คลื่นไส้ อาเจียน เดินโซเซ (ataxia) อย่างมาก |
| 300 - 399 | อุณหภูมิร่างกายลดลง ความจำเสื่อม |
| 400 - 799 | การรู้สึกตัวลดลง อาจถึงขั้น Coma ระบบหายใจ อุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิตลดลง ปัสสาวะขาดหรือไม่สามารถขับถ่ายปัสสาวะได้ reflex ต่างๆลดลง ทำให้ลิ้นตก อาจมีการอุดตันของทางเดินหายใจ |
| 600 - 800 | มักเสียชีวิต |

จากการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ซึ่งมีผลต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

- ระยะสั้น จากการดื่มอย่างมากในระดับแอลกอฮอล์สูงในเลือดเกิดอาการดังกล่าวแล้วอาจทำให้ เกิดอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม จมน้ำ หรือถ้าขับขี่ยานพาหนะ เช่น รถยนต์ มอเตอร์ไซค์ การควบคุมตนเองไม่ดีพอ จะเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาท อารมณ์และจิตใจ อาจก่อความรุนแรง ทะเราะวิวาทหรือทำร้ายผู้อื่นได้
- ระยะยาว
    - เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง สมองเสื่อม มีอาการชัก
    - เป็นโรคตับแข็ง ตับอ่อนอักเสบ มะเร็งตับ
    - โรคเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน
    - มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต อันเกิดจากพิษสุราเรื้อรัง เช่น major depressive disorder, Bipolar disorder, anxiety disorder และการพยายามฆ่าตัวตายเป็นต้น
    - เป็นสาเหตุของปัญหาความรุนแรงในสังคม เช่น การฆ่ากันตาย ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง ความรุนแรงทางเพศ ความรุนแรงในครอบครัว ล้วนเกิดจากพิษสุราทั้งสิ้น

- หญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุรา แอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมและสามารถผ่านรกไปสู่เด็กในครรภ์ได้ ทารกที่คลอดจะมีความผิดปกติได้หลายอย่าง เช่น การเจริญเติบโตช้า ปัญญาอ่อน ใบหน้าและกะโหลกศีรษะผิดปกติ หัวหลิมเล็ก ซึ่งทั้งหมดนี้เรียก Fetal Alcohol Syndrome.

2.3) การติดสารเสพติด

นอกไปจากบุหรี่และสุรา ปัญหาสิ่งเสพติดในประเทศไทยที่มีความสำคัญมากในขณะนี้ ต่อสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจตลอดจนความมั่นคงของสังคมไทยและประเทศ คือปัญหายาเสพติด ซึ่งทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นไม่ว่าการปราบปรามจะใช้มาตรการรุนแรงเฉียบขาดเพียงใด จากการศึกษาภาวะโรค(Burden of disease) โดยใช้ DALYs (Disability Adjusted Life Years) ในประเทศไทยในปี พ.ศ.2542 ปัญหายาเสพติดมีความสำคัญเป็นอันดับที่11ในเพศชาย และอันดับที่ 50 ในเพศหญิง แต่ถ้าพิจารณาเฉพาะการสูญเสียปีที่มีสุขภาพดีไปอันเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการพิการ(YLD) ปัญหายาเสพติดจะมีความสำคัญเป็นอันดับ1ที่ทำให้เพศชายในประเทศไทยสูญเสียเวลาการมีสุขภาพดีไปเพราะสภาวะติดยาและผลพวงอันเกิดจากการติดยา (Bundhamcharoen, Teerawatananon, Vos, & Begg, 2002)

จากการศึกษาสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดระหว่างปี พ.ศ.2536-2544 ของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด(ปปส) รวมทั้งข้อมูลทางระบาดวิทยาและรายงานประมาณการผู้เกี่ยวข้องสารเสพติดของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์ การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยปี พ.ศ.2545 ประมาณว่าในประชากรอายุ 12-65 ปี ของประเทศไทยเคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน 9 ชนิดคือ กัญชา กระท่อม ฝิ่น เฮโรอีน สารระเหย (เบนซีน ทินเนอร์) ยาบ้า ยาอี ยาเค และโคเคนรวมทั้งสิ้นประมาณ 7.3 ล้านคน ถ้าคิดเป็นความชุกของผู้เคยใช้ยาเสพติดแยกเป็น life time prevalence ร้อยละ 16.4 one-year prevalence ร้อยละ 4.3 และ current prevalence(คิดในรอบ30วัน) ร้อยละ 2.2 และในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมาผู้ใช้ยาเสพติดมีอายุน้อยลง และเพศหญิงมีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเภทของสารเสพติดที่ใช้เปลี่ยนจากประเภทฝิ่น เฮโรอีน กัญชา เป็น ยาบ้า ยาอี ยาเค (สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2545) (คณะทำงานประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด, 2545)

- ผลกระทบต่อสุขภาพของยาเสพติด

สารเสพติดมีวิธีการนำเข้าสู่ร่างกายต่างๆกัน เช่น การกิน การสูดดม(การนัด) การสูบและการฉีดเข้าเส้นเลือด ถ้าเป็นการกินจะต้องผ่านการย่อยในกระเพาะอาหาร ทำให้แปรรูปไป หรือทำให้เหลือน้อยลง แต่ถ้าเป็นการสูดดม การสูบ หรือการฉีดเข้าเส้นเลือดก็จะเข้าสู่กระแสเลือดโดยทันที โดยไม่ย่อยสลายหรือแปรรูป จากนั้นก็สามารถไปตามอวัยวะต่างๆของร่างกายได้ สารที่ มีโมเลกุลขนาดเล็ก เช่น ยาบ้าหรือโคเคน จะผ่านเข้าสู่สมองได้โดยง่าย

2.3.1) ยาบ้า

ยาบ้ามีสาร Methamphetamine ซึ่งถ้าอยู่ในกระแสเลือดนานๆจะมีพิษต่อสมอง การออกฤทธิ์ในสมองของยาบ้าหรือ Methamphetamine จะมีผลรบกวนการทำงานของสารสื่อประสาทสมอง (neurotransmitter) ชนิด Dopamine ถูกทำลายเกิดการกระตุ้น receptor ของเซลล์ประสาทที่อยู่ถัดไปอย่างรุนแรง และต่อมาขัดขวางการดูดกลับคืนของ Dopamine ที่หลั่งไปแล้ว ซึ่งมีตกค้างของบริเวณ synapse มากและนานเกิดการกระตุ้นอย่างยาวนานของ receptor ของเซลล์ประสาทต่อๆไปเรื่อยๆ ดังนั้นการใช้ยาบ้าในระยะสั้นก็คือการกระตุ้นสาร Dopamine ในสมองทำให้เกิดความพอใจมีความสุข แต่ถ้าใช้ต่อเนื่องไปนานๆจะมีผลร้ายต่อ Limbic Reword System (วงจรสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสุขใจ ความพึงพอใจ) จากการวิจัยพบว่าผู้ที่ใช้ยาบ้าอาจจะมีเซลล์ประสาทสมองถูกทำลายโดยเฉพาะปลายของเซลล์ประสาทที่ผลิตสาร Dopamine และการถูกทำลายนั้นจะไม่กลับฟื้นคืนมาถึงแม้ผู้ติดยาจะหยุดการใช้ยาไปแล้วก็ตาม นอกจากนี้ยังทำให้เกิด DNA Fragmentation ซึ่งทำให้เกิดการตายของเซลล์ในวงจรอื่นของสมองอีกด้วย โดยเฉพาะบริเวณ Hippocampus Frontal cortex ซึ่งจากการทดลองในหนูพบว่าจะเกิดการเสียหน้าที่ด้านความทรงจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ รวมทั้งเกิดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติไปคล้ายในโรค Huntington Chorea (นพ. จรูญ จิตติวุฒิการ, 2545) (นพ.วิโรจน์ วีรชัย และ นพ.ลำซำ ลักขณาภิญชนชัช, 2545) ผู้ที่ใช้วันละ 20-30 มิลลิกรัมจะมีอาการตื่นเต้นง่าย พูดมาก การเคลื่อนไหวมาก มือสั่น เหงื่อออกมาก รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงและม่านตาขยาย เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะมีอาการอ่อนเพลีย ซึมเศร้า ผู้ที่เสพขนาดสูงวันละ 100-200 มิลลิกรัม อาจเกิดอาการโรคจิตเฉียบพลัน (acute psychosis) ซึ่งมีอาการเหมือนโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง

- ผลต่อพฤติกรรม มีความก้าวร้าวชนิดระเบิดทันทีในช่วงสั้น ความก้าวร้าวนี้สัมพันธ์กับขนาดปริมาณที่เสพ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอาจมากจนถึงกับทำร้ายหรือฆ่าผู้อื่น เนื่องจากอาการประสาทหลอน หวาดระแวง
- มีอาการเบื่ออาหารอย่างแรง
- ภาวะพิษเฉียบพลันจากยาบ้า มักมีอาการทางสมอง สับสน หวาดระแวง ประสาทหลอน คิดฆ่าตัวตาย บางรายมีอาการชัก กล้ามเนื้อเปลี้ย เจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ

2.3.2) สารระเหย

มีการเสพมากจนมีลักษณะเป็นการระบาดในช่วง พ.ศ.2529-2535 ในกลุ่มวัยรุ่น นักเรียน นักศึกษา สารระเหยที่เสพมากกว่าร้อยละ90 คือกาวปะยางรถจักรยานตรา 3K โดยแบ่งใส่ถุงยางพลาสติกครอบจมูกและสูดดม รองลงมาคือทินเนอร์ที่ใช้ในการผสมสีนอกจากนี้ยังมีสารระเหยอื่น ๆ ที่มีผู้นำมาเสพอีก เช่น Benzene, Naphthalene, Trichloroethylene, Xylene, Methyl alcohol, Isopropyl

alcohol และกลุ่มยาระงับความรู้สึกเช่น Nitrous oxide, Halothane, Ethyl chloride ซึ่งสารระเหยเหล่านี้เกือบทุกชนิดเป็นของเหลว ส่วนมากมักใส่ไม่มีสี ไม่มีตะกอน ละลายน้ำได้ไม่ดี แต่ละลายได้ดีในไขมัน (นพ.วิโรจน์ วีรชัย และ นพ.วรพงษ์ สำราญพิวาวัลย์, 2545)

สารระเหยดูดซึมได้ดีมาก สารระเหยที่มีความหนืดต่ำจะเข้าสู่ปอดได้ดีกว่าเมื่อเข้าสู่ร่างกายโดยทางเดินหายใจ ก็จะไปในกระแสโลหิตแพร่กระจายไปทั่วร่างกายไปสู่อวัยวะที่มีส่วนประกอบของไขมัน เช่น ระบบประสาทส่วนกลาง ตับไต หัวใจ กล้ามเนื้อ บางส่วนถูกกำจัดออกทางปอด ถูกเปลี่ยนโครงสร้างที่ตับ และขับออกทางไต

ผลต่อร่างกาย มีเป็น 2 ระยะคือ พิษเฉียบพลัน และพิษเรื้อรัง

- พิษเฉียบพลัน ทันทีหลังจากการเสพ จะทำให้เคลิบเคลิ้ม มึนงงศีรษะเมา ตื่นเต้น ร่าเริง ต่อมามีอาการเหมือนเมาสุรา เสียการทรงตัว ไม่รู้เวลาและสถานที่ ควบคุมตัวเองไม่ได้ ปวดศีรษะ อาจมีหูแว่ว ประสาทหลอน ถ้าเสพเพิ่มอีก จะกดสมอง ง่วงซึม ชัก หมดสติและตายได้
- พิษเรื้อรัง มีพิษต่อระบบที่สำคัญ 3 ระบบ คือ

1. ระบบจิตประสาท

   - มีความผิดปกติของสมอง ความจำเสื่อม หลงลืมความสามารถในการอ่านเขียนลดลง-คำนวณไม่ได้ ถ้าอาการมากจะถึงขั้น Dementia และมีความพิการทางสมอง นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติของสมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดอาการสั่น กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ถ้าเป็นมากจะมีอาการสั่นทั้งตัว จนไม่สามารถช่วยตัวเองได้

   - อาจมีความผิดปกติของประสาทสมอง ที่ทำหน้าที่ต่างๆ เช่น การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น ทำให้มีความผิดปกติในส่วนประสาทสัมผัสดังกล่าวนี้

   - มีการทำลายของเนื้อสมองส่วน White matter ทำให้เกิดอาการแข็งเกร็งของขาและมี reflex ที่ไวผิดปกติ

   - มีความผิดปกติของปลายประสาท เกิดการอักเสบ โดยทั่วไปจะมีอาการชา และปวดแสบปวดร้อน ตามปลายมือปลายเท้า ต่อมาแขนขาอ่อนแรง ถ้าเป็นมากอาจนั่งหรือเดินไม่ได้เลย

2. ระบบทางเดินหายใจ

มีการอักเสบของปอด บางครั้งเกิดน้ำคั่งในเนื้อปอด ปอดฟุบแฟบ ลมรั่วในปอด ไอเป็นเลือด

3. ระบบโลหิต

สารระเหยกลุ่มที่มีผลต่อระบบนี้โดยเฉพาะการสร้างเม็ดเลือด คือกลุ่ม Hydrocarbon โดยเฉพาะ Benzene มีการทำลายเม็ดเลือดตัวแม่ (Stem cell) กดระบบการสร้างเม็ดเลือด เกิดไขกระดูกฝ่อ และเป็นสาเหตุของมะเร็งระบบโลหิต เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลืองได้

2.3.3) เฮโรอีน

เฮโรอีนเป็นสารเคมีอยู่ในกลุ่มเดียวกับมอร์ฟีน ซึ่งได้มาจากฝิ่น (opiates) ในยางฝิ่นซึ่งได้จากกะเปาะเมล็ดของดอกฝิ่น ประมาณ 25 % ของยางฝิ่นมีสารแอลคาลอยด์ ประเภทต่างๆคือ 25 ชนิด และมีมอร์ฟีนเป็นหนึ่งในจำนวนนั้นที่มีความเข้มข้นสูงสุด เฮโรอีนเป็นสารสังเคราะห์จากมอร์ฟีนโดยการนำมาทำปฏิกิริยากับกรดน้ำส้มชนิดแห้ง (Anhydrous acetic acid) กรดเกลือและด่างก็จะได้ผลึกเป็นเกร็ดหรือผงสีขาว ซึ่งเป็นเฮโรอีนบริสุทธิ์ประมาณ 80-90 % เฮโรอีนเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์เหมือนมอร์ฟีน แต่พิษร้ายแรงกว่า และติดง่ายกว่า ทดลองใช้ไม่กี่ครั้งก็จะติดทันที และเลิกเสพได้ยากกว่า โดยที่เฮโรอีนมีความแรงในการออกฤทธิ์มากกว่ามอร์ฟีน 8-10 เท่า และมากกว่า 30-100 เท่า เนื่องจากมีคุณสมบัติเป็นสารละลายที่ดี เฮโรอีนและโคเคอีน ซึ่งสามารถผ่าน Blood-brain barrier ได้ดี (ดียิ่งกว่ามอร์ฟีน) ทำให้มีฤทธิ์ต่อสมองส่วนกลางได้มาก เฮโรอีนจะถูกเผาพลาญในร่างกายที่ตับ

ผลต่อร่างกาย ออกฤทธิ์เป็นส่วนใหญ่ต่อระบบประสาทและระบบหายใจ มีทั้งผลเฉียบพลันและเรื้อรัง สรุปได้ดังนี้ (นพ.อังกูร ภัทรากร, 2545)

| ระบบ | ผลเฉียบพลัน | ผลเรื้อรัง |
|---|---|---|
| ประสาทส่วนกลาง | ระงับปวด | ภาวะพึ่งพา |
| | ภาวะเคลิ้มสุข | ปลายประสาทผิดปกติ |
| | กดการหายใจ การรู้สึกตัว | กล้ามเนื้ออักเสบ |
| | กดการไอ | สายตาผิดปกติ |
| | | อารมณ์ผิดปกติ |
| ทางเดินหายใจ | กดการหายใจ | โรคทางเดินหายใจ |
| | อาจตายได้ | (ปอดอักเสบ วัณโรค) |
| ทางเดินอาหาร | ลดการบีบตัวของลำไส้ | ท้องอืด |
| | ลดการหลั่งสารจากถุงน้ำดี | ตับทำงานผิดปกติ |
| | ตับอ่อน และลำไส้เล็ก | |
| ตา | รูม่านตาแคบ | คลื่นไส้อาเจียน |
| ไต | ยับยั้งความรู้สึกปวดปัสสาวะ | ภาวะไตผิดปกติ |
| การเผาผลาญ | - | กดการทำงานต่อมหมวกไต |
| เพศ | กดความสามารถทางเพศ | ประจำเดือนผิดปกติ |

-ในผู้ที่เสพเฮโรอีน หรือมอร์ฟีนโดยการฉีดเข้าเส้นเลือด การใช้เข็มฉีดยาที่ไม่สะอาด ใช้ร่วมกันหลายคน อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยเฉพาะ HIV/AIDS และเสี่ยงต่อการได้รับยา Overdose กดระบบหายใจ จนทำให้เสียชีวิตได้

2.3.4) กัญชา

กัญชาเคยเป็นยาเสพติดที่ใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทยมาแต่ดั้งเดิม ควบคู่กับฝิ่น แต่ในขณะนี้ความนิยมได้เปลี่ยนไปโดยที่หันไปใช้ยาบ้า เป็นจำนวนมากกว่า แต่ในการค้ายาเสพติด กัญชาก็ยังเป็นสินค้าที่ต้องการอยู่ในตลาดโลก

กัญชาเป็นพืช ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ทางเคมีพบว่ามีสารพวกคานาบินอยด์ กว่า 60 ชนิด ส่วนใหญ่มีฤทธิ์ต่อร่างกาย โดยเฉพาะที่ receptor ในสมอง และส่วนอื่นของร่างกาย เช่นระบบทางเดินหายใจ ตำแหน่งในสมองที่พบสารพวกนี้คือ สมองส่วนล่าง เปลือกสมองใหญ่ และฮิปโปแคมปัส
ผลต่อร่างกาย (นพ.วรพงษ์ สำราญพิวาวัลย์ 2545) เช่น

- ภาวะกังวลเฉียบพลัน ประกอบด้วย ความคิดหวาดระแวง ความวิตกกังวล จนบางครั้งตื่นตระหนก ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ในระยะเวลาหนึ่ง ประสาทหลอน หรือเห็นภาพย้อนกลับ
- อาจจะทำให้ผู้ที่มีปัญหาทางจิตอยู่แล้ว อาการมากขึ้น อาจทำให้เกิดโรควิกลจริตจากสารพิษ (Toxic Psychosis) ได้ เกิดเนื่องจากมีการรบกวนการทำงานของสมองใหญ่
- ในผู้เสพใหม่บางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้าเฉียบพลัน
- มีรายงานว่าอาจมีผลต่อจำนวน Sperm และระดับฮอร์โมน Testosterone ทำให้ลดลงได้
- มีรายงานเช่นเดียวกันว่า อาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ เด็กมีน้ำหนักแรกคลอดน้อย
- การเสพกัญชาอย่างหนักและเป็นเวลานาน จะมีผลต่อระบบทางเดินหายใจ เกิดการอักเสบ ทำให้ทางเดินหายใจแคบ ลดความสามารถในการหายใจ ทำลายเซลล์บุหลอดลม ทำให้เกิดหลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งฟอง มะเร็งปอด เพราะในควันกัญชาจะมีสารก่อมะเร็งเช่นเดียวกับควันบุหรี่ในปริมาณที่สูงเช่นกัน และกัญชาจะถูกสูดหายใจลึกและอัดไว้ในปอดนานกว่า ซึ่งจะทำให้เพิ่มอันตรายมากขึ้น

### 2.7.5 **พฤติกรรมทางศาสนา**

การยึดมั่นในคำสั่งสอนที่ถูกต้องของทุกศาสนา ตลอดจนการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา มีผลเกี่ยวข้องมากกับจิตใจและสุขภาพ จากการศึกษาในหลายมหาวิทยาลัย เช่น มหาวิทยาลัยเยลล์, ไมอามี่ โอไฮโอและจากเมโยคลินิก ให้ผลคล้ายคลึงกันว่า การมีทัศนคติที่เป็นบวก การมองโลกในแง่ดีตลอดเวลา และความศรัทธาต่อศาสนาของคนกลุ่มศึกษาส่งผลดีต่อร่างกาย จิตใจ จนสามารถ มีชีวิตที่ยืนยาวกว่าประมาณ 7 ปีครึ่ง เมื่อเทียบกับคนอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่มีทัศนคติเช่นนั้น (นพ.ประสาน ต่างใจ, 2003) Adam Cohen นักวิจัยด้านการพัฒนาบุคลากรสู่สุขภาวะ จากมหาวิทยาลัย Duke ในรัฐแคโรไลน่า สหรัฐอเมริกาสรุปจากการวิจัยว่า “ผู้ที่เคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนาเป็นอาจิณ จะมีสุขภาวะทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ที่สมบูรณ์กว่าผู้ไม่สนใจ ไม่เชื่อในศาสนา และทุกวันนี้ข้อมูลจากการวิจัยหลากหลายล้วนให้ผลไปในแนวเดียวกัน” การศึกษาเยาวชนในมาเลเซีย (WHO and UNICEF, 2000) ที่ปลอดจากพฤติกรรมที่เสี่ยงภัย เช่น การสูบบุหรี่ การมีส่วนร่วมกับพฤติกรรมรุนแรงต่างๆ และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรพบว่า ถ้าเยาวชนมีความรู้สึกใกล้ชิดกับพ่อแม่ ได้ทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เช่น สวดมนต์ด้วยกัน มีความพึงพอใจในชีวิต มีผลการเรียนที่ดีหรือพอใช้ จะเป็นปัจจัยคุ้มครองจากพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว

ดังนั้น เพื่อสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ควรมีการสนับสนุนให้ ได้เรียนรู้ในหลักและคำสอนของทุกศาสนาให้มากขึ้น ในทุกกลุ่มอายุและประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อถืออย่างเป็นประจำสม่ำเสมอด้วย เช่นการไปวัด ทำบุญ การนั่งสมาธิ ถือศีล ฯลฯ

นอกจากการยึดมั่นในหลักศาสนาที่นับถือและการมีวัตรปฏิบัติกิจของศาสนาอย่างสม่ำเสมอซึ่งส่งผลให้จิตใจผ่องใส เข้าใจความเป็นไปของโลกและคลายความเครียดทางปัญหาต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมประจำวันได้ในระดับหนึ่งแล้ว **การมีสุขภาพจิตที่ดีซึ่งหมายถึง “สภาพจิตใจที่เป็นสุขสามารถมีสัมพันธ์ภาพและรักษาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นไว้ได้ตลอดจนการวางตัวอย่างเหมาะสมดำรงชีพอยู่ได้ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และปราศจากอาการของโรคทางจิต”** [2] และการที่สามารถจะดำรงตนให้ไปสู่จุดมุ่งหมายที่ดีในชีวิต เป็นประชาชนที่มีคุณภาพของสังคม จะต้องอาศัยคุณสมบัติที่สำคัญ คือความมั่นใจในคุณค่าของตนเอง (Self-esteem) และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต รวมทั้งความสามารถในการแก้ปัญหาซึ่งทั้งหมดนี้รวมกันอยู่ในคุณสมบัติของผู้มีความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient) จากการศึกษาพบว่า ความเฉลียวฉลาดทางสติปัญญาซึ่งวัดโดย IQ (Intelligent

[2] Definition of Mental Health. โดยองค์การอนามัยโลก

Quotient) นั้นมีส่วนผลักดันความสำเร็จในการงานเพียงร้อยละ 20 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 80 นั้นมาจากการมี EQ สูงคือ มีมนุษย์สัมพันธ์ดี เข้าใจผู้อื่นและความสามารถในการแก้ปัญหา (นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง, 2542)

องค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์แบ่งได้เป็น 3 หัวข้อคือ

- ความเข้าใจในตนเอง (Self awareness) ซึ่งได้แก่ การเข้าใจความรู้สึกของตนเอง การเข้าใจและมีจุดมุ่งหมายของชีวิต ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ตลอดจนรับรู้จุดเด่นของตนเองอย่างแท้จริงโดยไม่ลำเอียงซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Self-esteem)
- ความเข้าใจผู้อื่น (Empathy) คือ การรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่นและแสดงออกได้อย่างเหมาะสม
- ความสามารถในการแก้ไขข้อขัดแย้ง (Conflict solving) สามารถแก้ไขปัญหาความเครียดในจิตใจ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้ตีกรอบโครงสร้างของแนวคิดในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของคนไทยในวัยต่างๆ ขึ้น โดยมี 3 ด้านหลักคือ ดี เก่ง และสุข ซึ่งกว้างกว่าแนวคิดของตะวันตกเพราะรวมทั้งด้าน MQ (Moral Quotient), AQ (Adversity Quotient) และ CQ (Creative Quotient) เข้าไว้ด้วยกัน ดังปรากฏในโครงสร้างลักษณะผู้มีความฉลาดตามอารมณ์ตามอายุต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2544)

อายุ 3-5 ปี

ดี
- รู้จักอารมณ์ ทั้งของตัวเอง และการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้อื่น
- มีน้ำใจ รู้จักแสดงความสนใจ แบ่งปันและช่วยเหลือผู้อื่น
- รู้ว่าอะไรถูก อะไรผิด อะไรควร อะไรไม่ควร

เก่ง
- กระตือรือร้น ตั้งใจใฝ่รู้ในสิ่งแวดล้อม โดยการซักถามหรือกระทำด้วยตนเองก็ได้
- ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ยอมรับและยืดหยุ่นเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง
- กล้าพูดกล้าบอก แสดงความรู้สึกต้องการหรือบอกเรื่องราวต่างๆ กับผู้อื่น

สุข
- รู้จักพอใจ เป็นความรู้สึกพึงพอใจจากการได้รับความรัก ความสุขใจ และความชื่นชมของผู้อื่น
- อบอุ่นใจ เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการได้รับการดูแลและปกป้องคุ้มครอง

อายุ 6-11 ปี

ดี
- รู้จักควบคุมอารมณ์ สามารถยับยั้งอารมณ์ของตนเองได้
- รู้และใส่ใจในอารมณ์ของผู้อื่น
- ยอมรับถูกผิด

เก่ง
- มานะพยายาม เป็นความมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ
- ปรับตัวต่อปัญหา กล้าเผชิญปัญหาด้วยตนเอง
- กล้าแสดงออก กล้าที่จะบอกเล่าความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเองที่มีต่อเรื่องราว/สถานการณ์ต่างๆ

สุข
- พอใจในตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเองเก่งและมีคุณค่าเมื่อประพฤติปฏิบัติดีหรือทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ ได้รับคำชมเชย
- รู้จักปรับใจ เป็นความรู้สึกพอใจที่เกิดจากการปรับหรือยืดหยุ่น

วัยผู้ใหญ่

ดี
- ควบคุมตนเอง เป็นความสามารถในการควบคุมความต้องการและพฤติกรรมของตนเอง
- เห็นใจผู้อื่น
- รับผิดชอบต่อตนเอง ผู้อื่น และส่วนรวม

เก่ง
- มีแรงจูงใจ เป็นความสามารถในการกระตุ้นตนเองให้ฝ่าฟันอุปสร รค และทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ
- ตัดสินใจและแก้ปัญหา ความสามารถในการกล้าตัดสินใจ และจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม
- สัมพันธ์ภาพ/การติดต่อสื่อสาร เป็นความสามารถในการสื่อสารทั้งการบอกเล่าและโต้แย้ง

สุข
- ภูมิใจในตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เมื่อทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จโดยไม่ต้อง ได้รับคำชมเชยจากผู้อื่น
- พอใจในชีวิต เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการตั้งเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสม

ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้สมควรที่จะได้รับการพัฒนาขึ้นในคนไทยเป็นขั้นตอนตามกลุ่มอายุต่างๆ เพื่อการพัฒนาประชาชนไทยที่มีความสมบูรณ์พร้อมทั้งสุขภาพกาย จิต และสังคมเพราะจิตใจที่มีพื้นฐานความมั่นคงและความฉลาดทางอารมณ์จะช่วยควบคุมพฤติกรรมต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพพฤติกรรมป้องกันโรคให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตลอดไปด้วย

## 2.8 **สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี**

### 2.8.1 **ครอบครัวสุขภาพดี** (Healthy Family)

"ครอบครัวคือบ้านฐานชีวิต กล่อมเกลาจิต คิดทำความเหมาะสม
ความอบอุ่นการุณรักจักชื่นชม เป็นบุญบ่มนิสัยให้พัฒนา"
..... *ศ.สุมน อมรวิวัฒน์*

"ครอบครัวคือสถาบันแรกแห่งมนุษย์ ประเสริฐสุดหากมีรักและอบอุ่น
ครอบครัวคือรากฐานการเจือจุน ครอบครัวคือสิ่งหนุนแห่งจิตใจ"
*นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ ในสุขภาพจิตในครอบครัว*

**ความหมายของครอบครัว**

- นพ.บรรลุ ศิริพานิช, (ครอบครัวกับผู้สูงอายุ เอกสารการพัฒนาครอบครัว คณะอนุกรรมการด้านครอบครัว สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี) ให้ความหมายว่า

  "ครอบครัวก็คือ สถานที่ที่บุคคล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้องกันมาอยู่ด้วยกัน และมีความเอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน"

  "...ในสังคมไทยแต่เดิมมา ครอบครัวมักเริ่มด้วยบิดามารดา ปู่ย่า ตายาย มีลูกมีหลาน ต่อมาในหลวงรัชกาลที่ 6 ตั้งนามสกุลให้ ครอบครัวก็ใช้นามสกุลเป็นสิ่งชี้ถึงคนในครอบครัวเดียวกัน..."
- ขงจื้อ "ถ้าสมาชิกในครอบครัวหนึ่งมีความเมตตารักใคร่กันดี ย่อมเป็นแบบอย่างและเป็นมหาพลัง ที่จะบันดาลให้คนทั่วทั้งรัฐ มีความรักใคร่ปรองดองกันได้ ถ้าสมาชิกของครอบครัวหนึ่งมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กัน พลเมืองทั้งรัฐก็อาจมีความเผื่อแผ่ได้ดุจกัน"
- มล.สมชาย จักรพันธ์ : (ครอบครัวใหม่ (new family: อีกทางเลือกของสังคมไทย สุขภาพจิต 16 สุขภาพจิตครอบครัว ปฏิรูปความรู้ ความคิดฝ่าวิกฤติบ้านเมือง หน้า 66-67) ให้ความหมายว่า "ครอบครัวหมายถึงบุคคล 2 คนหรือมากกว่านั้นที่มาอยู่ร่วมกันและมีความเกี่ยวกันทางสายเลือด (blood) การแต่งงาน (marriage) หรือการอุปถัมภ์ (adoption) ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมหน่วยแรกที่ทุกคนต้องเป็นสมาชิกตั้งแต่แรกเกิดไปจนตาย สถาบันนี้นอกจากทำหน้าที่ในการสร้างสังคมแล้ว ยังทำหน้าที่ในการสืบต่อมรดกทางประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อถือ ตลอดจนพัฒนาการทางร่างกาย และจิตวิญญาณจากชนรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง.."

- ”ครอบครัวมีวงจรชีวิต (Life cycle) ของมันเอง โดยเริ่มจากการแต่งงานมีลูก ลูกเรียนหนังสือ ลูกทำงาน ลูกแต่งงานแยกครอบครัวไป พ่อแม่เกษียณอายุหรือถึงแก่กรรม ครอบครัวอาจเริ่มจากครอบครัวเดี่ยวไปเป็นครอบครัวขยายแล้วกับไปเป็นครอบครัวเดี่ยวย่อยๆ ต่อไปอีก…”
- WHO definition: “**Family**” by any types of definition implies the relations between individual person biologically and socially. “Family member(s)” may comprise as small as, person or groups of single (1 to 9) to two figures (10 to 99) people. The size of families determines its health characteristics, which depends on life style, education, occupation, environmental condition and hereditary factors.

**สถานการณ์และปัญหาครอบครัวไทย**

จากการศึกษาวิจัย (นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์, 2539) พบว่าในปัจจุบันครอบครัวไทยมีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนี้ คือ

- เปลี่ยนจากครอบครัวขยาย (extended family) ไปสู่รูปแบบหลากหลาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสถาบันครอบครัว ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ศาสนาและวัฒนธรรมไทยอ่อนตัวลง
- ร้อยละ 67 ของครอบครัวไทยอยู่ในชนบท
- ครอบครัวมีหนี้สินโดยเฉลี่ย 31,387 บาท/ครอบครัว
- ร้อยละ 85 ของครอบครัวไทยมีทั้งพ่อและแม่ที่เลี้ยงดูลูกเอง ในขณะที่ร้อยละ 11 พ่อหรือแม่เลี้ยงดูตามลำพัง และอีกร้อยละ 4 ลูกถูกเลี้ยงดูโดยญาติ เช่น ย่าหรือยาย โดยที่พ่อแม่ส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้านเพื่อเลี้ยงครอบครัว
- ปัญหาที่สำคัญของครอบครัวไทยในขณะนี้ คือ มีการหย่าร้างเพิ่มมากขึ้น ปัญหาในครอบครัวก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน เช่น ความคิดเห็นไม่ตรองกัน ไม่มีเวลาให้กัน สามีนอกใจ สามีไม่รับผิดชอบครอบครัว การเงินไม่เพียงพอ
- ความรุนแรงในครอบครัว (family violence) เพิ่มขึ้น มีทุกรูปแบบตั้งแต่การทำร้ายกันระหว่างสามีภรรยา และทำร้ายเด็กหรือ ผู้สูงอายุในครอบครัว (Phijaisanit, 2000) (กฤตยา อาชวนิจกุล และคนอื่นๆ, 2546)
- ปัญหาสุขภาพ ครอบครัวไทยถูกคุกคามด้วยปัญหา HIV/AIDS ทำให้มีเด็กกำพร้าบิดามารดาประมาณ 86,000 คนในปี 2543 (อุ่นดา นพคุณ, 2535) นอกจากนี้ยังมีปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชนในครอบครัวที่เผชิญกับโรคติดเชื้อ อุบัติเหตุ ยาเสพติด โรคจิต โรคประสาท ความเครียด โรคซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ และวัยแรงงานโดยเฉพาะในผู้ด้อยทางเศรษฐานะ

- ปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องจากวิกฤติเศรษฐกิจ ทำให้ครอบครัวไทยส่วนหนึ่งมีรายได้ลดลงหรือตกงาน

**สาเหตุของปัญหา**

- ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาของไทย (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2539) ระบุว่าความขัดแย้งในครอบครัวไทย กำลังทวีความรุนแรงขึ้น เนื่องจาการรับวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาแทนที่วัฒนธรรมไทยดั่งเดิม เกิดลัทธิสุขนิยมและวัตถุนิยม ทำให้ค่านิยมเปลี่ยนแปลงไปในทางฟุ่มเฟือยมากขึ้น เห็นแก่ความสุขส่วนตนมากขึ้น พ่อแม่ลูกมีวิถีชีวิตไปคนละทาง ครอบครัวแตกแยก ฝ่ายหญิงมีความทุกข์มากกว่าชายเมื่อเกิดการแตกแยกในครอบครัว
- การดื่มเหล้า เป็นสาเหตุสำคัญของความรุนแรงในครอบครัวมากกว่าปัญหาเศรษฐกิจ
- ยาเสพติด ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวเช่นกัน
- การไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจกันได้ระหว่าง สามี/ภรรยา ลูกและพ่อแม่
- ค่านิยมทางสังคม ที่ให้ชายแตกต่างกับหญิงโดยเฉพาะฐานะทางสังคม และพฤติกรรมทางเพศ ทำให้ชายไทยมีความรับผิดชอบน้อย ทั้งทางสังคมและทางเพศ จึงเกิดปัญหาการนอกใจ และการติดเชื้อมาสู่ภรรยาและบุตรจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ป้องกัน และความสำส่อนทางเพศ

**การสร้างครอบครัวที่มีสุขภาวะ (Healthy Family)**

เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมเบื้องต้นของทุกคน บุคคลที่มีคุณภาพจะต้องผ่านการหล่อหลอมจากครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมหน่วยแรกที่ทุกคนต้องเป็นสมาชิกตั้งแต่เกิดจนตาย สถาบันนี้นอกจากทำหน้าที่สร้างสังคมแล้ว ยังทำหน้าที่ในการสืบต่อมรดกทางประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อถือตลอดจนพัฒนาการทางร่างกายและจิตวิญญาณจากชนรุ่นหนึ่ง เป็นที่น่าวิตกว่าผลพวงจากการพัฒนาเศรษฐกิจในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาทำให้ครอบครัวลดขนาดลงเพราะปัญหาการทำงานที่แยกพ่อแม่ลูกให้ห่างจากกัน รวมทั้งปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจส่งผลให้ปัญหาในครอบครัวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นที่สำคัญ คือ ความรุนแรงในครอบครัว เช่น การทำร้ายกันระหว่างสามีภรรยา การทำร้ายเด็ก เด็กกำพร้าจากการติดเชื้อ HIV/AIDS ในพ่อแม่ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพวัยแรงงาน เมื่อครอบครัวไทยเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของปัญหาสุขภาพครอบครัวจึงควรได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน เพื่อให้เป็นครอบครัวสุขภาพดี (Healthy Family)

จากการศึกษาวิจัยปัญหาเด็กวัยรุ่นในสหรัฐอเมริกาพบว่าปัจจัยสำคัญที่ช่วยคุ้มครองเด็กวัยรุ่นจากพฤติกรรมเสี่ยงทั้งการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ความก้าวร้าวรุนแรง พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมและการฆ่าตัวตาย คือ ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว (Resnick, Bearman, Blum, Bauman, Harris, Jones et al., 1997)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การสร้างสัมพันธ์ในครอบครัวให้ความอบอุ่นเป็นหนึ่งในสุขบัญญัติแห่งชาติที่มีทั้งหมด 10 ข้อด้วยกัน [8]

ดร.สายสุรี จุติกุล ประธานคณะอนุกรรมการด้านครอบครัวสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริม และประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี อธิบายลักษณะของครอบครัวที่มีความสุขว่า จะต้องมีความรักความอบอุ่นระหว่างกัน โดยมีพฤติกรรมต่อไปนี้ คือ ต้องเอาใจใส่ดูและเอื้ออาทรต่อกันรู้จักนิสัยในคอกัน เคารพซึ่งกันและกัน มีความไว้วางในกัน มีความรับผิดชอบ ให้กำลังใจและให้อภัยกันและกันได้ รู้จักการสื่อสารระหว่างกันเพื่อแก้ปัญหาด้วยการไม่ใช้ความรุนแรง ใช้เวลาร่วมกันอย่างมีคุณภาพ มีการปรับตัวตามภาวะที่เปลี่ยนแปลงของบุคคลในครอบครัว รู้จักหน้าที่ในครอบครัวและช่วยเหลือกันและกันรวมทั้งมีความใกล้ชิดทางสัมผัสด้วย (สายสุรี จุติกุล, 2539)

การที่จะให้ทุกครอบครัวมีคุณสมบัติดังกล่าวคงไม่ใช่ของง่าย แต่ก็มีความจำเป็นเพราะครอบครัวคือ พื้นฐานของการพัฒนาสุขภาวะต่อไปนี้คือ แนวทางที่ช่วยในการพัฒนาสถาบันครอบครัว

- รัฐต้องเห็นความสำคัญของสถาบันของครอบครัวและจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ควรมีการอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ที่จะมีครอบครัว ได้เรียนรู้หน้าที่ความรับผิดชอบในฐานะสามี/ภรรยา และ พ่อ/แม่ ทักษะในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว การสื่อสาร การคุมกำเนิด และสถานที่ให้บริการถ้ายังไม่พร้อมจะมีบุตร
- ชุมชนและองค์กรชุมชน ควรมีส่วนร่วมช่วยเหลือครอบครัวในด้านต่างๆ เช่น การอบรมให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัวในด้านต่างๆ รวมทั้งสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การพัฒนาอาชีพ ให้การปรึกษาหารือ และลด/ป้องกันความรุนแรงในครอบครัว
- การพัฒนาประเทศให้ประชากรมีระดับการศึกษาสูงขึ้น จะส่งผลกระทบที่ดีต่อทั้งเศรษฐกิจรายได้ ความรู้ในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ ซึ่งเป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการสร้างครอบครัวที่มีสุขภาวะ

---

[8] กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ประกอบด้วย การดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด, รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย กินอาหารที่สุก สะอาด ปราศจากสารอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีฉูดฉาด งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น ป้องกันอุบัติเหตุด้วยความไม่ประมาท ออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ และมีสำนึกต่อส่วนรวมร่วมสร้างสังคม

**เครื่องชี้วัดครอบครัวไทยสุขภาพดี** (Indicators for Healthy Thai Families)

จากข้อมูลลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวไทยในปัจจุบัน แสดงให้เห็นว่าสถาบันครอบครัวของไทยกำลังสั่นคลอนจากสภาวะหลายประการ เช่น

- สถานะทางเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพทำให้ทั้งสามีและภรรยาส่วนใหญ่ต้องทำงานนอกบ้านเวลาที่ให้กับลูกและบุคคลในครอบครัวมีน้อยลง
- ค่านิยมในสังคมที่เปลี่ยนไป แต่ค่านิยมหรือวัฒนธรรมทางเพศยังไม่เปลี่ยนแปลงทำให้ความขัดแย้งในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในด้านความสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยา หรือระหว่าง พ่อ แม่ ลูก ซึ่งนำไปสู่ปัญหาทั้งด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต
- ปัญหายาเสพติด ความรุนแรงในครอบครัวโดยเฉพาะต่อเพศหญิงและเด็กจากใกล้ชิด เช่น บิดา ทวีความรุนแรงขึ้น

จากปัญหาเหล่านี้ผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงมากที่สุดคือ เด็กหรือเยาวชนที่เป็นสมาชิกครอบครัว เพราะในความรู้สึกของเขาเหล่านั้นครอบครัวเป็นเสมือน ป้อมปราการที่ให้ความอบอุ่น ความรู้สึกปลอดภัย ความมั่นคงในการดำรงชีวิต ซึ่งจะหล่อหลอมให้เด็กเติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพเป็นผลิตผลที่มีค่าของสังคม และชาติต่อไป แต่ถ้าครอบครัวมีปัญหา ไม่ปลอดภัย ไม่มีความรัก เด็กก็จะเติบโตอย่างขาดความรู้สึกในคุณค่าของและความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะมีครอบครัวที่มีปัญหา เช่นเดียวกันในอนาคต

จากสถานการณ์และปัญหารวมทั้งความสำคัญของสถาบันครอบครัวในบริบทของสังคมไทย นำมาซึ่งการพัฒนาครอบครัวไทยสุขภาพดีในอุดมคติ (Ideal healthy Thai Families) เพื่อเป็นประการสำคัญ ที่จะหล่อหลอมให้เด็กและเยาวชนของชาติเติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพของชาติ และให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวซึ่งก็เป็นกำลังของประเทศเช่นกัน มีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาวะ และเป็นหน่วยที่มีคุณภาพ productive ของประเทศเช่นกัน

1) คนในครอบครัวมีความรัก ไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Love & Trust each other) โดยเฉพาะความรัก และไว้วางใจระหว่างสามีภรรยา ทำให้ลูกเกิดความอบอุ่นใจและมีความมั่นคงในใจ ความรักควรประกอบด้วยความเคารพในสิทธิของแต่ละฝ่ายด้วยและจะนำมาซึ่งความช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน
2) ครอบครัวยึดมั่นในศาสนา และวัฒนธรรมประเพณีที่ดีของชาติและท้องถิ่น (Spiritual commitment) ครอบครัวที่มีหลักความเชื่อและการปฏิบัติทั้งทางศาสนา และวัฒนธรรมประเพณี เช่น ควรทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้ผู้ล่วงลับไป การยึดมั่นในความกตัญญูรู้คุณ ฯลฯ ทำให้ครอบครัวมีความใกล้ชิดและผูกพันกันยิ่งขึ้น

3) ครอบครัวมีเศรษฐกิจพอเพียงและประกอบอาชีพที่สุจริต (Sufficient economy) ไม่จำเป็นต้องร่ำรวย แต่ไม่ควรมีหนี้สินล้นพ้นตัว
4) คนในครอบครัวมีพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ (Family wellness) ที่สำคัญคือ
    - ◆ ได้รับภูมิคุ้มกันโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน
    - ◆ พักผ่อนเพียงพอ
    - ◆ อาหารที่มีคุณภาพ
    - ◆ มีการออกกำลังกายเป็นประจำเหมาะสมตามวัยและสถานภาพบุคคล
    - ◆ ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่
    - ◆ ไม่ใช้ยาเสพติด
    - ◆ อาจมีกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้คลายเครียดและพักผ่อน เช่น การทำสมาธิก
    - ◆ การช่วยเหลือเจือจานเพื่อนบ้าน หรือสังคมในรูปแบบต่างๆ
5) มีการสื่อสารที่ดีซึ่งกันและกัน (Good Communication) การสื่อสารที่ดีระหว่างคนในครอบครัว จะนำมาซึ่งความสัมพันธ์ในทางบวก การแก้ปัญหาข้อขุ่นข้องหมองใจต่าง ๆ และแก้หรือลดความเครียด ซึ่งจากการศึกษาปัญหาความสุขและในครอบครัวพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุ นอกจากการดื่มเหล้าคือการสื่อสารกันไม่เข้าใจหรือเป็นการสื่อสารในทางลบมากกว่าทางบวก

นอกจากนี้ครอบครัวที่มีสุขภาวะ ควรจะมีการแก้ไขความขัดแย้งในครอบครัว ตั้งแต่เนิ่นๆ ไม่ควรปล่อยให้ลุกลามจนเป็นความโกรธเคือง ดังนั้นทักษะในการแก้ปัญหาจึงเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งพัฒนาให้เกิดขึ้น (Problem-solving skills)

6) ใช้เวลาอย่างมีคุณค่าร่วมกัน (Family Quality Time Together) มีเวลาให้แก่กันและกันสำหรับกิจกรรมในครอบครัว ซึ่งจะทำให้เกิดความรักความสามัคคี ลดความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ และทำให้สามารถวางแผนร่วมกันในอนาคตของทั้งครอบครัวและแต่ละบุคคลได้เป็นอย่างดี จากการใช้เวลาร่วมกัน ครอบครัวที่ต่างคนต่างอยู่ ไม่ค่อยทำกิจกรรมร่วมกัน จะรู้สึกแตกแยกเพิ่มขึ้น ลดความสนใจซึ่งกันและกัน และรู้สึกห่างไกลกันยิ่งขึ้นเรื่อยๆ
การใช้เวลาที่มีคุณค่าร่วมกัน มิใช่ต่างฝ่ายต่างดูทีวีด้วยกัน แต่คนละช่อง แต่เป็น
    - การรับประทานอาหารร่วมกัน
    - การเล่นกีฬาด้วยกัน
    - การมีกิจกรรมทางสังคมวัฒนธรรมด้วยกัน เช่น ฟังดนตรี ไปสวนสัตว์ ไปวัด ไปทำบุญ ฯลฯ ด้วยกัน
    - ช่วยลูกทำการบ้าน หรือช่วยภรรยาทำงานบ้าน

7) มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัว (Family Roles) สมาชิกทุกคนในครอบครัวควรมีการจัดสรรหน้าที่ความรับผิดชอบ และกิจกรรมที่กระทำเป็นประจำเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัวทั้งในและนอกบ้าน เช่น ตัดหญ้า รดน้ำต้นไม้ ซักรีด ฯลฯ ครอบครัวที่มีสุขภาวะควรมีความชัดเจนเกี่ยวกับหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว แต่ในขณะเดียวกันก็มีความยืดหยุ่นโดยที่สมาชิกอาจช่วยเหลือแบ่งเบาภาระซึ่งกันและกันได้ในกรณีจำเป็น ลักษณะของครอบครัวเช่นนี้ทำให้สามารถจัดการอย่างมีประสิทธิภาพได้เมื่อครอบครัวเกิดปัญหาหรือความเปลี่ยนแปลงอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้น

8) ให้กำลังใจและชื่นชมซึ่งกันและกัน (Appreciation) สิ่งสำคัญที่จะทำให้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน คือรู้จักแสดงความชื่นชมยินดีอย่างเปิดเผยต่อกันและกัน วิธีการแสดงความรู้สึกเช่นนี้ แบ่งได้เป็น .3 ลักษณะด้วยกัน คือ

- ชมเชยเมื่อสมาชิกในครอบครัวประสบความสำเร็จในเรื่องต่างๆ เช่นการเรียน การกีฬา หรือเอ่ยชื่นชมต่อคุณลักษณะที่ดีของเขา เช่น เป็นคนเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ อย่างเปิดเผยและจริงใจ
- แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกห่วงใยต่อบุคคลในครอบครัว โดยการสัมผัส เช่น กอด จับมือ ตบศีรษะ ลูบหลัง ฯลฯ หรือส่งจดหมายน้อยแสดงความห่วงใย ให้กำลังใจ
- แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกขอบคุณ ชื่นชมต่อความปรารถนาดีที่ได้รับ จากบุคคลในครอบครัว ถึงแม้จะเป็นการยากสำหรับบางคนที่จะตอบรับต่อความหวังดี ความปรารถนาดีที่ผู้อื่นแสดงต่อตน แต่ควรจะหมั่นฝึกหัด เพราะเป็นเครื่องแสดงถึงความเชื่อใจ ความรู้สึกที่ดีต่อกัน และเสริมสร้างความรู้สึกว่าตนเองมีค่า (self esteem) ซึ่งมีความสำคัญสำหรับบุคลิกภาพและความสำเร็จของบุคคลในอนาคต

9) มีคน 3 รุ่นอยู่ในครอบครัวเดียวกัน (3-generation family)

จากการศึกษาของ นพ.บรรลุ ศิริพานิช (2538) ในการประชุมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ยังมีสมาชิกมาประชุมจากทั่วประเทศ (200+คน) ผู้สูงอายุ 100% ตอบแบบสอบถามว่าในเรื่องที่อยู่อาศัยต้องการอยู่กับลูกหลานในครอบครัว และในวัฒนธรรมไทยแต่ดั้งเดิมที่ยึดมั่นในความกตัญญูรู้คุณ การเคารพนับถือผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุครอบครัว 3 ชั่วอายุคน น่าจะนับเป็นครอบครัวอบอุ่น เพราะเป็นโอกาสให้ลูกหลานได้ทดแทนบุญคุณผู้ให้กำเนิด ผู้สูงอายุก็สามารถตอบแทนได้ตามอัตภาพโดยการเป็นที่พึงพิงทางปัญญา ทางทรัพย์สิน (ถ้ามี) หรือช่วยดูแลบ้านให้เมื่อทั้งพ่อและแม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

10) ครอบครัวอาศัยอยู่ในบ้านที่สะอาด ปลอดภัย ถูกสุขอนามัย

### 2.8.2 โรงเรียนสุขภาพดี (Healthy School)

**คำจำกัดความ**: Good health supports successful learning. Successful learning supports health. Education and health are inseparable. Worldwide, as we promote health, we can see our significant investment in education veiled the greatest benefits (Dr. Desmond O'Byrne)

ในชุมชนทุกชุมชน เด็กถือเป็นทรัพยากรที่มีค่ายิ่ง การที่เด็กในชุมชนความเป็นอยู่ที่ดี มีความสามารถ มีความรู้ มีพลังทั้งทางกายและทางใจที่ดี ถือได้ว่าชุมชนนั้นจะมีอนาคตที่ดี ในปัจจุบันจำนวนเด็กที่ได้ไปโรงเรียน เข้าเรียนหนังสือได้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะประเทศที่มีกฎหมายเรื่องการศึกษาภาคบังคับ ณ ที่โรงเรียนเด็กนักเรียนจะต้องมีโอกาสในการเรียนหนังสืออย่างเต็มที่ ซึ่งเด็กจะทำได้ดีต้องมีสุขภาพที่ดี มีความตั้งใจ มีความมั่นคงและปลอดภัยทางอารมณ์

**ทำไมต้องมี** Healthy School

> "An effective school health programme can be one of the most cost effective investments a nation can make to simultaneously improve education and health (Dr. Gro Harlem Brundtland, April 2000)"

Healthy school ได้แก่โรงเรียนที่ได้จัดให้มีมาตรการที่ต่อเนื่องในการพัฒนาและปรับปรุงสุขภาพ (Health) นักเรียนทั้งทางด้านจิตใจ และร่างกาย ที่เป็นรูปแบบ ของกิจกรรม ครูหรือบุคลากร อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม ควบคู่ไปกับการจัดการเรียนการสอน

องค์การอนามัยโรค (1995) ได้กำหนดให้มีการปรับปรุงการส่งเสริมสุขในโรงเรียน ที่เรียกว่า **Health-promoting school** เพื่อเพิ่มพูนมาตรการการดูแลสุขภาพของนักเรียน บุคลากรในโรงเรียน ครอบครัว และคนในชุมชน ให้เข้มแข็งขึ้น โดยกำหนดให้มี การศึกษาวิจัย ระดมทรัพยากร การสร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดลักษณะโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ดีและก่อประโยชน์สูงสุดต้องมีลักษณะสำคัญ 6 ประการกล่าวคือ

- มีความร่วมมือกันระหว่าง เ จ้าหน้าที่สาธารณสุข นักการศึกษา ครู นักเรียน ผู้ปกครอง พ่อแม่ ผู้นำชุมชน
- มีความร่วมมือจาก ครอบครัว และชุมชน
- มีความเชื่อมโยงและร่วมมือกัน ระหว่าง กิจกรรมในชุมชน ธุรกิจ และองค์กรในสังคมของชุมชน
- มีโครงการหรือกิจกรรมร่วมกันระหว่างโรงเรียนและชุมชน
- มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับ ครู เจ้าหน้าที่ในโรงเรียน

โดยได้กำหนดกิจกรรมที่พึงมีดังต่อไปนี้

1. จัดให้มีความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
   - มีการจัดการ น้ำดื่มน้ำใช้ที่สะอาดและพอเพียง
   - โรงเรียนต้องปลอดจากสิ่งเสพติด และความรุนแรงทั้งทางจิตใจและร่างกายทุกชนิด
   - มีบรรยากาศที่มีความห่วงใย (Care) ความไว้วางใจ (Trust) และความเคารพ (Respect)
   - มีความเกื้อกูลทางสังคม และจิตใจซึ่งกันและกัน
   - มีเครื่องเล่นสำหรับการพัฒนาการที่พอเพียงและปลอดภัย
   - มีกิจกรรมการออกกำลังกายและพักผ่อน (Recreation)
2. จะต้องจัดให้มีการให้สุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพ (skill-based health education)
   - มีหลักสูตรและแผนการสอน ที่สามารถทำให้นักเรียนเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ โดยนักเรียนสามารถที่จะนำไปเลือกปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ได้ อีกทั้งก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องไปตลอดชีวิต
   - มีหลักสูตรและแผนการสอนที่รวมไปถึง critical health และ ทักษะชีวิต (life skills) โดยเน้นถึงการส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการกระตุ้นสติปัญญาและความฉลาด
   - จัดอบรม และให้ความรู้แก่ ครู และผู้ปกครอง พ่อแม่
3. จะต้องจัดให้มีการบริการสุขภาพ (Health services) ที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก
   - จัดให้มีบริการสุขภาพ ได้แก่ การตรวจคัดกรองเบื้องต้น การวินิจฉัยโรค การติดตามการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กนักเรียน การได้รับวัคซีน ยาต่างๆตามความจำเป็น
   - มีการประสานงานกับหน่วยงานแพทย์ หรือสาธารณสุขในท้องถิ่น ด้วยความพร้อม
   - มีการจัดโครงการโภชนาการ เพื่ออาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และปลอดภัยต่อสุขภาพ
4. จะต้องมีการกำหนดนโยบาย และกิจกรรมที่สนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน
   - มีนโยบายที่ชัดเจนใน การบริหาร การจัดการ การจัดการเรียนการสอน ที่ก่อให้เกิด สุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่ดีทั้งสำหรับนักเรียน ครูและเจ้าหน้าต่างๆในโรงเรียน
   - มีนโยบายการให้การรักษาพยาบาลที่เท่าเทียมกันสำหรับนักเรียนทุกคน
   - มีนโยบายที่ชัดเจน ในเรื่องของ การห้ามใช้สิ่งเสพย์ติด การป้องกันอุบัติเหตุและความรุนแรง ตลอดจนการปฐมพยาบาล เพื่อป้องกัน และลดปัญหาทางสุขภาพร่างกาย สังคม และอารมณ์ จิตใจ

5. สุขภาพและอนามัยในโรงเรียนสามารถนำไปสู่การปรับปรุงสุขภาพชุมชนได้
    - ให้ชุมชน มีความตระหนัก และการเห็นความสำคัญ ของ สุขภาพอนามัยในโรงเรียน
    - กำหนดให้โรงเรียน และนักเรียนมีกิจกรรมทางสุขภาพแก่ชุมชน

มีประเด็นที่น่าสนใจ ที่เกิดขึ้นในประเทศจีน กล่าวคือ “An important shift has been the involvement of the schools with the local community on health issues. Students have helped in cleanup campaigns in their neighborhoods. They arrange to visit older citizens, particularly those who do not have families around them, and help in community education campaigns on such health issues as nonsmoking. (C. Hong-Ying Shanghai 1996)

ในประเทศไทยเท่าที่ผ่านมา กิจกรรมบริการอนามัยโรงเรียนจะประกอบไปด้วยกิจกรรมที่สำคัญเพียง 9 ประการคือ (กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ ส่วนอนามัยวัยเรียนและเยาวชน, 2543)

1. นักเรียนทุกคนมีบัตรบันทึกสุขภาพ
2. จัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ
3. สร้างเสริมภูมิคุ้มกัน
4. ส่งเสริมสุขศึกษา ทันตสุขศึกษา และนักเรียนอมฟลูออไรด์
5. นักเรียนได้รับการตรวจสุขภาพ รวมถึงการตรวจฟัน
6. นักเรียนที่เจ็บป่วยได้รับการรักษา
7. มีการติดตามผลการรักษา
8. มีประปาโรงเรียน
9. มีโภชนาการในโรงเรียน และนักเรียนแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ได้ระบุที่มาของมาตรฐานการศึกษาเพื่อการประเมินคุณภาพภายนอกระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานว่า จากการที่ได้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารเกี่ยวกับปรัชญาการศึกษาไทย วิสัยทัศน์ ความเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ลักษณะของสังคมไทย และคนไทยที่พึงประสงค์ เป้าหมายและแนวทางการจัดการศึกษามาตรฐานการศึกษา แล้วได้จัดทำมาตรฐานการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 27 มาตรฐาน 91 ตัวบ่งชี้ ซึ่งเป็นในมาตรฐานต่างๆบอกถึงของลักษณะของนักเรียนที่ดี โดยพิจารณา 3 ด้าน มาตรฐานผู้เรียน 12 มาตรฐาน มาตรฐานกระบวนการ 6 มาตรฐาน และมาตรฐานปัจจัย 9 มาตรฐาน โดยมีมาตรฐานและตัวบ่งชี้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจดังนี้ (สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2543)

**มาตรฐานที่** 10 ระบุไว้ว่า ผู้เรียนมีสุขนิสัย สุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี

ตัวบ่งชี้ 1. มีน้ำหนัก ส่วนสูงตามเกณฑ์มาตรฐาน

2. มีสมรรถภาพทางกายตามเกณฑ์มาตรฐาน

3. ร่าเริงแจ่มใส มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับครู เพื่อน และบุคคลทั่วไป

4. รู้จักดูแลสุขภาพ และป้องกันตัวเองไม่ให้เกิดอุบัติภัย

**มาตรฐานที่** 11 ผู้เรียนปลอดจากสิ่งเสพย์ติดและสิ่งมอมเมา

ตัวบ่งชี้ 1.มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของสิ่งเสพติดและสิ่งมอมเมา

2. ไม่เสพสิ่งเสพติด และปลอดจากสิ่งมอมเมา

**มาตรฐานที่** 12 ผู้เรียนมีสุนทรียภาพและลักษณะนิสัยด้านศิลปะ ดนตรี และกีฬา

ตัวบ่งชี้ มีความชื่นชมและร่วมกิจกรรมด้านศิลปะ ดนตรี และกีฬา

**มาตรฐานที่** 15 มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ ส่งเสริมสุขภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ส่งเสริมสุขภาพอนามัย และความปลอดภัยของผู้เรียน

ตัวบ่งชี้ 1. จัดสภาพแวดล้อมที่สะอาด เป็นระเบียบ ปลอดภัย

2. จัดระบบป้องกันสถานศึกษาปลอดสารพิษ สิ่งเสพย์ติด อาชญากรรม และอบายมุข

3. จัดระบบสาธารณูปโภคที่ดี

4. จัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้ครู และบุคลากรอย่างเพียงพอ และจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้กำหนดให้มี **<u>โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ</u>** โดยมีแนวคิดอยู่ที่ความร่วมมือกันช่วยให้โรงเรียนสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่เพื่อพัฒนาสุขภาพนักเรียน ตลอดจนครอบครัวและสมาชิกในชุมชน โดยมีเกณฑ์การประเมิน 5 ประการคือ

1. พึ่งมีนโยบายด้านส่งเสริมสุขภาพ
2. พึ่งมีคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
3. พึ่งมีการค้นหาและกำหนดปัญหาสุขภาพ
4. พึ่งมีแผนงาน/โครงการด้านส่งเสริมสุขภาพ
5. พึ่งมีการดำเนินงานตามแผนและติดตามผล

ลักษณะของโรงเรียนสุขภาพดี (Healthy School) ควรจะมีลักษณะดังนี้

1. มีนโยบาย แผน การดำเนินการ และมีการประเมินและปรับปรุงแผนการส่งเสริมสุขภาพ
2. นักเรียนมี สุขภาพที่ดี ทั้งทางรางกายและจิตใจ
3. มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเรียน การส่งเสริมสุขภาพ และมีความปลอดภัย
4. ปลอดจากสิ่งเสพติดให้โทษ และสิ่งมอมเมา
6. มีมาตรการการป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บในโรงเรียน
7. มีกิจกรรมการพัฒนาทักษะของชีวิต
8. มีกิจกรรมที่เชื่อมโยงและมีความร่วมมือกันระหว่าง โรงเรียน ครอบครัว และชุมชน

### 2.8.3 **สถานที่ทำงานสุขภาพดี** (Healthy Workplace)

จากการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 4 ณ กรุงจาการ์ตา ระหว่างวันที่ 21-25 กรกฎาคม 1997 ผู้เข้าร่วมประชุมในส่วนของ “Healthy Workplace” ได้เน้นความสำคัญของสถานที่ทำงาน ที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของประชากรวัยทำงาน รวมทั้งมีผลกระทบโดยตรงต่อครอบครัว เพื่อน ชุมชน และสังคม (WHO, 1999) และการที่มีสถานที่ทำงานสุขภาพดีเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืนในระดับโลก ประเทศ และท้องถิ่น (WHO, 1999) โดยเฉพาะชีวิตการทำงานในยุคโลกาภิวัฒน์ที่การพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการทำงานมากขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตการทำงานของคนมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มคนทำงานนอกจากจะต้องคำนึงถึงทั้งปัจจัยทางด้านร่างกาย (physical) อารมณ์ (emotional) จิตวิทยาสังคม (psychosocial) ของคนทำงานแล้ว การให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านโครงสร้างและเศรษฐกิจของสถานที่ทำงานก็จะเอื้อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานมากขึ้น

ในประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ.2535 พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย กฎกระทรวง และประกาศของกระทรวงอุตสาหกรรม พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 ของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมประกาศกระทรวงมหาดไทย พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (กรมโรงงานอุตสาหกรรม, 2542) ซึ่งครอบคลุมทั้งการจัดสภาพแวดล้อม ลักษณะอาคารและลักษณะภายในสถานที่ทำงาน อุปกรณ์ต่าง ๆ ความปลอดภัยในการประกอบกิจการต่าง ๆ รวมทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องการใช้แรงงาน

แต่จากข้อมูลปัญหาสุขภาพของคนวัยทำงาน จะเห็นได้ว่าปัญหาส่วนที่สำคัญของคนในวัยนี้ส่วนหนึ่งเกิดขึ้นในขณะที่ทำงาน หรือเกี่ยวข้องกับการทำงานในสถานที่ทำงาน (กองทุนประกันสังคม, 2545) เพราะอย่างน้อยคนทำงานต้องใช้ชีวิตอยู่ในสถานที่ทำงานเฉลี่ยวันละ 6-8 ชั่วโมง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) ปัญหาสุขภาพและความปลอดภัยที่สำคัญ เช่น อุบัติเหตุในการทำงานจากการใช้อุปกรณ์ การเจ็บป่วยจากการทำงานที่เกิดจากการยกหรือเคลื่อนย้ายของหนัก การสัมผัสสิ่งมีพิษสารเคมี และอาการเจ็บป่วยจากท่าทางการทำงาน ความเครียดจากการทำงาน เป็นต้น ดังนั้นปัจจัยด้านสถานที่ทำงานจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะเอื้อให้คนทำงานมีสุขภาพที่ดี

การพัฒนาเครื่องชี้วัดสถานที่ทำงานสุขภาพดี (Healthy Workplace) จึงควรครอบคลุมปัจจัยในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (Jorma Rantanen et al, 2001) (Chris Parsley, 2000)

- การสัมผัสกับสารเคมีต่าง ๆ (Physicochemical exposures)
- ปัจจัยด้านกายภาพและท่าทางการทำงาน Physiological and ergonomic factors
- ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา (Psychosocial factors)
- การจัดการเกี่ยวกับเวลาทำงาน (Working time arrangements)
- วิถีการใช้ชีวิตของคนงาน (Life-style of the employed)
- สิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงาน (Workplace Environments)
- ความสามารถในการทำงาน (Work ability)

เนื่องจากการสถานที่ทำงานมีการจำแนกได้หลากหลายมิติ เช่น ตามประเภทของการแบ่งเชิงเศรษฐกิจ ทางสังคม หรือลักษณะของการทำงาน การพัฒนาเครื่องชี้วัดของสถานที่ทำงานสุขภาพดีจึงต้องเลือกใช้ทั้งเครื่องชี้วัดพื้นฐานของสถานที่ทำงานทุกประเภท รวมทั้งเฉพาะกรณีที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เพื่อให้เครื่องชี้วัดมีความตรงตามสภาพที่ต้องการวัด (Concurrent validity) และมีความเฉพาะเจาะจง (Specificity) เป็นสำคัญ

### 2.8.4 การพัฒนาเครื่องชี้วัดความเป็นอยู่ที่ดีในระดับสังคม

การพัฒนาเครื่องชี้วัดความเป็นอยู่ที่ดีนั้นได้มีความพยายามมาตั้งแต่ปลายแผนพัฒนาฉบับที่ 4 และมีการดำเนินอย่างจริงจังในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 เป็นต้นมา ดังจะเห็นได้จากการกำหนดภาพลักษณ์สังคมไทยและบุคคลไทยที่พึงปรารถนา และการพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชากรไทย โดยการใช้เครื่องชี้วัดการบรรลุระดับความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ซึ่งเป็นการประเมินระดับคุณภาพชีวิตตามมาตรฐานความจำเป็นขั้นพื้นฐานขั้นต่ำ (Basic Minimum Needs) หากพิจารณาย้อนกลับไปถึงความพยายามในการระบุสถานะความเป็นอยู่ที่ดีนั้น อาจกล่าวได้ว่า พระพุทธองค์ได้ทรงบัญญัติไว้ในสมัยพุทธกาล ถึงปัจจัยสี่ อันได้แก่ ***อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรคและที่อยู่อาศัย*** ซึ่งหากปัจเจกบุคคลสามารถเข้าถึงและมีปัจจัย 4 ครบถ้วนก็นับว่ามีมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีในระดับที่น่าพึงพอใจ มีความสุขสมอัตตภาพ แต่เมื่อสังคมวิวัตน์ขึ้นตามลำดับ ความซับซ้อนในโครงสร้างทางสังคมเพิ่มขึ้น ระดับความจำเป็นพื้นฐานที่จะต้องสนองตอบเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี มีการปรับเปลี่ยนไปตามกาล ในปี 2526 ศาสตราจารย์ ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ได้นำเสนอกรอบแนวคิดความเป็นอยู่ที่ดี ในระดับปัจเจกบุคคลไว้ในบทความ “จากครรภ์มารดาสู่เชิงตะกอน” (ป๋วย อึ๊งภากรณ์, 2516) นับเป็นการจุดประกายแนวคิดและทิศทางการพัฒนาที่มีการกล่าวถึงอย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ดี แนวคิดในการพัฒนาเครื่องชี้วัดความเป็นอยู่ที่ดีในระดับสังคม (Societal Level) ยังไม่ค่อยได้มีการกล่าวถึงมากนัก

ในยุคที่กระแสโลกาภิวัตน์แผ่อิทธิพลไปทั่ว ผลกระทบของความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระดับสากลย่อมหนีไม่พ้นที่จะกระทบต่อความเป็นอยู่ที่ดีของปัจเจกบุคคลในระดับชุมชนโดยทั่วไป ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพิจารณาอย่างจริงจังถึงเครื่องชี้วัดความเป็นอยู่ที่ดีในระดับสังคม ซึ่งในอดีตนักสังคมวิทยา Emile Durkhiem ได้เสนอเครื่องชี้วัดเชิงลบ ที่บ่งชี้ถึงระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมในแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสังคมไร้ระเบียบ (Anomie Society) ที่สมาชิกในสังคมเกิดความรู้สึกไร้อำนาจในการควบคุม (Powerlessness) สังคมไร้บรรทัดฐาน (Normlessness) และสังคมที่สิ้นหวัง (Hopelessness) โดยพิจารณาจาก อัตราการหย่าร้าง การกระทำผิดของเด็กและเยาวชน อัตราการฆ่าตัวตาย เป็นต้น เครื่องชี้วัดเหล่านั้น ล้วนเป็นเครื่องชี้วัดสถานะเชิงลบที่นำมาแปลความเพื่อประเมินความเป็นอยู่ที่ดีเชิงบวก ในทำนองที่ว่าหากลดสถานการณ์เชิงลบ ก็จะเป็นสถานการณ์เชิงบวก อุปมาดังการใช้เครื่องชี้วัดทุกขภาวะ (Negative Health Indicator) เป็นเครื่องสะท้อนสุขภาวะ (Positive Health) ซึ่งมีความแม่นตรงในขณะที่โรคติดเชื้อเป็นปัญหาใหญ่ด้านสาธารณสุข แต่การนำมาใช้ในขณะที่แบบแผนปัญหาสาธารณสุขมีการปรับเปลี่ยนทางวิทยาการระบาด จะต้องมีการกรอบแนวคิดที่ชัดเจนในการแปลความหมาย เพราะมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทรรศน์การสาธารณสุขใหม่

**ข้อคำถามหลักในการพัฒนาเครื่องชี้วัดความเป็นอยู่ที่ดีในระดับสังคม**

1. แต่ละสังคมต่างมีแนวคิด ค่านิยมและพัฒนาการที่แตกต่างกันออกไป เครื่องชี้วัดความเป็นอยู่ดีในระดับสังคม จึงจะต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบร่วมที่เป็นลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีที่เป็นสากลและองค์ประกอบของความเป็นอยู่ที่ดีในบริบททางสังคมวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ
2. กรอบแนวคิดหลักในการพัฒนาเครื่องชี้วัดความเป็นอยู่ที่ดีในระดับสังคม จะต้องเป็นกรอบแนวคิดที่เป็นที่ยอมรับและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วม (Shared Vision) เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของสังคมที่พึงปรารถนา และหรือ มีกรอบที่เป็นแนวคิดปรัชญาชี้นำที่ชัดเจน ดังเช่นทฤษฎีด้านเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่ที่ได้พระราชทานเป็นทั้งแนวทางการพัฒนาและการดำรงชีพในชีวิตประจำวันของคนไทย

**สังคมไทยที่พึงประสงค์**

โดยนัยการพัฒนาตามทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง ที่พระเจ้าอยู่หัวทรงพระราชทานไว้ ได้ทรงเน้นถึงการยึดถือทางสายกลางในการพัฒนาประเทศในทุกระดับ ทรงให้ตระหนักถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล และความจำเป็นที่จะต้องสร้างระบบภูมิคุ้มกันในตัว ต่อการมีผลกระทบใดๆ อันเกิดจากความเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน [1]

ประการแรก ความหมายของความพอเพียง ซึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงให้ความหมายไว้ว่าหมายถึงความพอประมาณ ความมีเหตุมีผล

ประการที่สอง พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเน้นถึง การเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันในตัวต่อผลกระทบใดๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายนอกและภายใน

ประการที่สาม การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ดังที่ทรงกล่าวถึงเรื่องเขื่อนป่าสัก ว่าเป็นเรื่องของเศรษฐกิจพอเพียงเช่นกัน เพราะทำให้เกิดการจัดการน้ำที่สามารถกระจายผลประโยชน์ที่ทั่วถึงและยังช่วยป้องกันน้ำท่วมในเขตกรุงเทพมหานคร

ประการที่สี่ การสร้างจิตสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์ สุจริต ความพากเพียร มีสติปัญญาและความรอบคอบ

ประการที่ห้า การเตรียมความพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวางทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอก

---

[1] พระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. 2542.เนื่องในวโรกาศ วันเฉลิมพระชนม์พรรษา พ.ศ 2542

ในขณะเดียวกัน การจัดทำร่างแผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 9 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2545) ได้สรุปผลจากการระดมความคิดของประชาชนทั่วประเทศ ที่ร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมของสังคมไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสร้างคุณค่าที่ดีในสังคมไทย บนพื้นฐานของการอนุรักษ์วัฒนธรรมและเอกลักษณ์ของความเป็นไทย โดยมุ่งพัฒนาสังคมไทยสู่ ***"สังคมที่เข้มแข็งและมีดุลยภาพ"*** ใน 3 ด้าน คือ

(1) ***"สังคมคุณภาพ"*** ที่ยึดหลัก***ความสมดุล พอดี และพึ่งตนเองได้*** โดยการสร้างคนดี คนเก่ง มีวินัย เคารพกฎหมาย และมีความรับผิดชอบ ถึงพร้อมด้วยคุณธรรม จริยธรรม มีการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน พัฒนาเมืองและชนบทให้มีความน่าอยู่ มีการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่ดี มีระบบการเมืองการปกครองที่โปร่งใส มีกระบวนการยุติธรรมเป็นที่พึ่งของประชาชน และมีความเป็นธรรมในสังคม

(2) ***"สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้"*** โดยพัฒนาคนให้คิดเป็น ทำเป็น เรียนรู้ตลอดชีวิต มีเหตุผล และพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง มีการเสริมสร้างฐานทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีนวัตกรรม ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และสร้างทุนทางปัญญา เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ควบคู่ไปกับการสืบสานประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา และรักษาภูมิปัญญาท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม

(3) ***"สังคมสมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกัน"*** ที่มีการดำรงไว้ซึ่งคุณธรรมและคุณค่าของสังคมไทยที่พึ่งพาเกื้อกูลกัน มีการดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและคนยากจน รักษาไว้ซึ่งสถาบันครอบครัวเป็นสถาบันหลักของสังคม และพัฒนาเครือข่ายชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อความอยู่ดีมีสุขของคนไทย

Hancock and Duhl (1986) ได้เสนอแนะองค์ประกอบ 11 ประการของการที่จะเอื้อต่อภาวะความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน (Healthy Community) ดังนี้

1. สิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ สะอาด ปลอดภัย รวมถึงคุณภาพของบ้านเรือน
2. ระบบนิเวศน์ที่มีเสถียรภาพ และมีความยั่งยืนในระยะยาว
3. มีการสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างเข้มแข็ง ไม่มีการเบียดเบียนกันและกัน
4. มีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมการตัดสินใจใดๆที่จะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน
5. สามารถสนองตอบต่อความจำเป็นพื้นฐาน (เช่น อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย ความมั่นคงปลอดภัย และการมีงานทำ) ของประชาชนทั้งมวล
6. เข้าถึงแหล่งประสบการณ์และขุมพลังที่หลายหลากและมีการติดต่อ ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารถึงกัน

7. ระบบเศรษฐกิจที่มีลักษณะหลายหลาก เป็นระบบมีความเคลื่อนไหวและนวัตกรรม
8. กระตุ้นจิตสำนึกที่ผูกพันกับอดีตที่มีมรดกทางชีวภาพและวัฒนธรรมของชุมชน และความสัมพันธ์กับบุคคลและกลุ่มอื่นๆ
9. โครงสร้างของเมืองที่จะเอื้อให้เกิดลักษณะและพฤติกรรมที่เสนอไว้ข้างต้น
10. ต้องมีบริการทั้งทางด้านสาธารณสุขและบริการด้านการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและเอื้อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้
11. มีระดับสถานะทางสุขภาพที่ดี (คือมีระดับสุขภาวะสูง และทุกขภาวะต่ำ)

***หากประมวลแนวคิดทั้งสามประการข้างต้นจะเป็นได้ว่า ความเป็นอยู่ที่ดีในระดับสังคม จะเกิดขึ้นได้นั้นต้องมีการเสริมสร้างชุมชน (Community Building) ให้มีโครงสร้างทางสังคม (Social Structure) ที่มีบูรณาการ (Integration) มีทุนทางสังคม (Social Capital) คือ เป็นสังคมที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ความไว้เนื้อเชื่อใจกัน มีระบบการปกครองที่เป็นธรรมาภิบาล (Good Governance) สมาชิกของสังคมได้รับการปกป้องจากปัจจัยภายนอกทั้งด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพและสังคม ที่จะทำให้เกิดทุกขภาวะ และสามารถพึ่งตนเองในการป้องกัน ดูแลสมาชิกในครอบครัว ชุมชนและสังคม ให้กินอยู่อย่างมีความพอเหมาะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความสุข และเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ รู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลงที่จะนำพาไปสู่ความไม่ปกติสุข มีความสามารถในการแข่งขัน มีพลังที่จะดำเนินการใด ๆที่จะเอื้อให้สังคมเป็นอยู่อย่างมีความสุขสมอัตภาพ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ในการเพิ่มมูลค่าผลผลิตที่จะไม่เกิดผลกระทบเชิงลบต่อความเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิกในสังคม ทั้งร่วมกันสร้างสรรบริการพื้นฐานที่จำเป็น ด้านการศึกษา การสาธารณสุข การรักษาพยาบาลและการดูแลด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เพื่อการพัฒนาทุนมนุษย์ในหมู่สมาชิก ด้วยจิตสำนึกถึงประโยชน์ส่วนรวม พร้อมที่จะเอื้ออำนวยให้สตรี เด็ก คนชรา และผู้ด้อยโอกาส ได้รับผลประโยชน์ร่วมกันอย่างถ้วนทั่ว ซึ่งจะต้องมีการกำหนดระเบียบ ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อบรรลุสภาพการณ์ดังกล่าวในลักษณะโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ตามวิถีประชาธิปไตย***

แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน

แนวคิดดั้งเดิมของคำว่า “ชุมชน” เรามักจะคิดถึงกลุ่มคนที่อาศัยรวมกัน มีปฏิสัมพันธ์โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีระบบความเชื่อ ค่านิยม และผลประโยชน์ร่วมกัน ในขอบเขตทางภูมิศาสตร์ที่ชัดเจน อีกความหมายหนึ่งของชุมชน เป็นการมองจากมุมมองที่ไม่ได้เกี่ยวกับลักษณะท้องถิ่น (Non-locality) แต่จะมองจากลักษณะของการมีผลประโยชน์ร่วมกัน หรือการมีลักษณะร่วม เช่นกลุ่มชาติพันธุ์ (Ethnicity) อาชีพ เพศ ซึ่งอาจเรียกว่าการเป็นชุมชนเชิงการหน้าที่ (Functional Community)

การที่จะทำความเข้าใจกับแนวคิดเกี่ยวกับชุมชน มีแนวคิดทฤษฎี สอง ประการ

- แนวคิดแรกเป็นทฤษฎีที่มาจากมุมมองเชิงระบบนิเวศน์วิทยา (Ecological system perspective) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการศึกษาลักษณะชุมชนที่มีความเป็นหน่วยเดียว มุ่งศึกษาเกี่ยวกับขนาดของประชากร ความหนาแน่น ความหลายหลาก (Heterogeneity) และลักษณะสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โครงสร้างและการจัดระเบียบทางสังคม ตลอดจนปัจจัยทางเทคโนโลยีที่มีผลกระทบต่อลักษณะต่างๆเหล่านั้น
- อีกแนวคิดหนึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับมุมมองทางระบบสังคม (Social system perspective) ซึ่งเน้นที่การศึกษาเกี่ยวกับลักษณะองค์กรที่เป็นทางการที่ดำเนินการอยู่ในชุมชนนั้น ตลอดจนศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยต่างๆ (Subsystem) เช่นระบบเศรษฐกิจ การเมืองวัฒนธรรม ที่มีความสัมพันธ์กับชุมชนทั้งในแนวราบ (Horizontal) และความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง (Vertical) ที่เชื่อมโยงกับระบบภายนอก ชุมชน (Extracommunity system)

จากความหมายของคำว่าชุมชนข้างต้น จะเห็นได้ว่านิยามของคำว่าชุมชนนั้น มีอยู่สองนัย ข้างต้นมานานแล้ว แต่เรามักจะให้ความหมายของชุมชนตามนัยแรก คือการที่เป็นหน่วยทางสังคมที่มีขอบเขตแน่นอน

อย่างไรก็ดีความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่มีการเร่งรัดกระบวนการพัฒนาในพื้นที่ชนบท ทำให้ลักษณะโครงสร้างทั้งทางกายภาพและสังคมของชุมชน โดยเฉพาะในชนบทมีการปรับเปลี่ยนไป การปรับเปลี่ยนโครงสร้างการผลิต จากการผลิตอาหาร (Food crop) เพื่อการบริโภค เป็นการผลิตเพื่อขาย (Cash crop) ทำให้กระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในชุมชน จากที่เคยร่วมมือกันตามประเพณีดั้งเดิม เป็นการร่วมมือกันในเชิงผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจกันมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น ประเพณีลงแขกเกี่ยวข้าว ที่เคยปฏิบัติกันมาแต่ดั้งเดิม เปลี่ยนเป็นการจดแรง (ข้อตกลงกันในการแลกเปลี่ยนแรงงาน) และในปัจจุบันเปลี่ยนเป็นการจ้างแรงงาน สัมพันธภาพที่ปรับเปลี่ยนไปอันเป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการผลิต ประกอบกับผลพวงของการพัฒนา ทำให้ชุมชนมีความเปลี่ยนแปลงทั้งในเชิงโครงสร้างทางกายภาพ เศรษฐกิจและสังคม ความเปลี่ยนแปลงในลักษณะทางกายภาพที่เห็นชัดเจนคือการที่ขนาดของครอบครัวเฉลี่ยของครอบครัวไทยเล็กลงตามลำดับ แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการออกทำงานนอกภาคเกษตรกรรมของสตรีชนบท การเคลื่อนย้ายของประชากรวัยแรงงานสู่การทำงานในภาคบริการและอุตสาหกรรมในเขตเมืองหรือต่างประเทศ ความครอบคลุมของระบบการคมนาคมสัญจรระหว่างเมืองต่างๆในชนบทและชนบทกับเมือง ฯลฯ ทำให้เกิดการแพร่ทางวัฒนธรรมและค่านิยม ของเมืองสู่ชนบท ในขณะเดียวกัน การพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะ

เช่น โทรศัพท์ ประปาหมู่บ้าน มีความครอบคลุมมากขึ้น ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตแบบดั้งเดิม ซึ่งเคยต้องหาบน้ำจากสระเพื่อใช้ในการอุปโภคบริโภคภายในครัวเรือน กลุ่มแม่บ้านที่เคยพบปะกันบริเวณสระน้ำซึ่งเป็นที่ที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันและกัน กิจกรรมนี้ก็ค่อยๆหายไปจากชุมชน การติดต่อถึงกันมีการใช้โทรศัพท์มากขึ้น ฯลฯ ความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมของสมาชิกในชุมชนด้วย ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกของชุมชน จึงมีความซับซ้อนขึ้นตามความซับซ้อนของสังคมที่ปรับเปลี่ยนไป และตัวละคร (Actor) ที่เข้ามามีบทบาทในสัมพันธภาพของสมาชิกชุมชนมีมากขึ้น ซึ่งทำให้ขอบเขตของความเป็นชุมชนกว้างกว่าขอบเขตทางภูมิศาสตร์ หรือขอบเขตที่กำหนดตามลักษณะการปกครองส่วนท้องถิ่น ความเป็นชุมชนจึงมีลักษณะที่เป็นสหมิติ (Multidimensional Community) ที่รวมเอาสัมพันธภาพของสมาชิกชุมชนที่เกิดขึ้นในแนวราบ (Horizontal) และความสัมพันธในแนวดิ่งที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชนกับองค์กร สถาบัน ระบบค่านิยม การกระทำ ที่มากจากนอกระบบชุมชน (Extracommunity system)

# บทที่ 3

# เกณฑ์และเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี

## 3.1 สรุปเกณฑ์ (criteria) สำหรับคนไทยสุขภาพดีตามกลุ่มประชากร

จากการทบทวนข้อมูลและการวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับสถานะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และปัจจัยคุ้มครองทั้งเฉพาะกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มอายุของประชาชนไทยแล้ว ได้นำข้อมูลมาสรุปเพื่อสร้างเป็นเกณฑ์สำหรับคนไทยสุขภาพดีในแต่ละกลุ่มอายุที่สำคัญ โดยใช้ปัจจัยคุ้มครองในแต่ละกลุ่มอายุเป็นเกณฑ์ ทั้งนี้เพราะปัจจัยคุ้มครองมีผลต่อการลดหรือป้องกันปัจจัยเสี่ยงและเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาสุขภาพ ดังนั้นถ้าบุคคลใดมีคุณลักษณะตามปัจจัยคุ้มครอง ทั้งในส่วนของปัจเจกบุคคลและสิ่งแวดล้อม ก็ย่อมจะปลอดจากปัจจัยเสี่ยงและโรคภัยไข้เจ็บที่ป้องกันได้ในกลุ่มอายุนั้น นอกจากนี้ได้รวมพฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ เพื่อให้บุคคลมีคุณสมบัติที่จะพัฒนาไปสู่การมีสุขภาพดีนอกเหนือไปจากการคุ้มครองจากโรคที่ป้องกันได้โดยปัจจัยเสี่ยง เกณฑ์ของคนไทยสุขภาพดีได้คิดรวมทุกมิติที่มีผลต่อสุขภาพ เพราะจากการทบทวนข้อมูลและการศึกษาวิจัย พบว่ามีผลกระทบเชื่อมโยงถึงกันตลอดตั้งแต่การปฏิสนธิจนถึงวัยสูงอายุ จึงจะต้องคิดถึงมิติก่อนปฏิสนธิด้วย คือ การตั้งครรภ์อย่างมีสุขภาพดีซึ่งจำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับการครองคู่อย่างมีสุขภาพดี ที่จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และบุตรมีพันธุกรรมที่ดี ดังแสดงไว้ในไดอะแกรมต่อไปนี้

## เกณฑ์คนไทยสุขภาพดี

**คู่ครองสุขภาพดี**

- มีความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน
- คู่ครองมีความสมบูรณ์พร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
- ไม่ติดสารเสพติด
- มีความรู้และมีพฤติกรรมเจริญพันธ์ที่ดี
- มีความซื่อสัตย์ต่อคู่ครอง

⇩

**หญิงตั้งครรภ์สุขภาพดี**

- อายุเหมาะสมต่อการตั้งครรภ์
- สุขภาพกายและจิตดีตลอดระยะการตั้งครรภ์
- ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์
- การดูแลก่อนคลอดดี
- คลอดปลอดภัย
- การดูแลหลังคลอดดี

⇩

**เด็กอายุ 0-5 ปี สุขภาพดี**

- มีลักษณะและพัฒนาการทางกายปกติดี เป็นไปตามเกณฑ์อายุ
- มีพัฒนาการทางสติปัญญา อารมณ์ สังคมดี หรือเป็นปกติ
- ได้รับการเลี้ยงดูที่อบอุ่น เพื่อสนับสนุนพัฒนาการที่ดีเมื่อเติบโตขึ้น
- มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
- เด็กเข้าใจกฎระเบียบ มีวินัย และเอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่
- สุขภาพปากและฟันดี
- ร่างกายโดยรวมแข็งแรงดี ปราศจากโรคที่เป็นปัญหาที่สำคัญ

⇩

**เด็กอายุ 6-12 ปี และ 13-18 ปี สุขภาพดี**

- สุขภาพกายแข็งแรง
- สุขภาพในช่องปากและฟันดี
- สติปัญญาปกติดี มีความรู้เท่าทันโลกปัจจุบัน
- มีวิถีชีวิต ทัศนคติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ
- สุขภาพจิตดี
- รู้จักบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม
- ได้รับการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ

⇩

**วัยแรงงานสุขภาพดี (กลุ่มอายุ 19-59 ปี)**

- สุขภาพกายแข็งแรง รูปร่างได้สัดส่วนเหมาะสม สติปัญญาดี
- สุขภาพช่องปากและฟันดี
- สุขภาพจิตดี
- อนามัยเจริญพันธุ์ดี
- พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดี ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง
- ทำงานเหมาะสมและปลอดภัย
- รู้จักบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม
- มั่นคงในชีวิต มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

⇩

**ผู้สูงอายุสุขภาพดี**

- ความเป็นอยู่ที่ดีด้านการหน้าที่
- ดำเนินชีวิตในทางที่เอื้อต่อความมีสุขภาพที่แข็งแรง จิตใจที่เข้มแข็ง
- ความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตใจและสังคม
- ความเป็นอยู่ที่ดีทางเศรษฐกิจ
- ความพึงพอใจในชีวิต

จากเกณฑ์คนไทยสุขภาพดีตามอายุต่างๆ รวมทั้งลักษณะของคู่ครองและหญิงตั้งครรภ์สุขภาพดี ในบทที่ 2 ได้นำมาสร้างเป็นเครื่องชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบของผู้มีสุขภาพดี รวมทั้งแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวัด และได้ปรับปรุงแก้ไขภายหลังที่ได้นำไปเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิวิพากษ์เนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะ รวมทั้งข้อคิดเห็นจากชาวบ้านในกลุ่มวัยและเพศที่สำคัญ และได้ตรวจสอบความแม่นตรงของเครื่องมือในเชิงเนื้อหา (content validity) ในภาคสนาม (บทที่ 4) ซึ่งรวมทุกกลุ่มอายุในบริบทของ ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน แล้วได้ปรับปรุงแก้ไขเครื่องชี้วัดเป็นครั้งสุดท้าย ได้ผลสรุปไว้ในตารางที่ 3.1 และ 3.2 นอกจากนี้ยังได้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีสุขภาพดีในช่วงอายุต่างๆกับปัจจัยหรือองค์ประกอบที่สนับสนุนหรือมีอิทธิพลต่อสุขภาวะดังกล่าว เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน สังคมหรือชุมชน ที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ (ตารางที่ 3.3) ซึ่งความสัมพันธ์ที่แสดงไว้นี้ก็เป็นผลรวมมาจากการวิเคราะห์จากข้อมูลและการศึกษาวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุ้มครอง หรือส่งเสริมสุขภาพ ที่ทบทวนและสรุปไว้ในบทที่ 2

## 3.2 เครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีและวิธีการวัด

**ตาราง 3.1 เครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี และวิธีการวัด**

### 3.2.1 คู่ครองสุขภาพดี

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| 1. มีความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน | - แต่งงานด้วยความรักเป็นเหตุนำ<br>- เข้าใจความรู้สึก และความต้องการของกันและกันเป็นส่วนใหญ่<br>- ห่วงใยซึ่งกันและกัน | แบบสอบถาม |
| 2. คู่ครองมีความสมบูรณ์พร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม | - อายุเกิน 18 ปี เมื่อเริ่มชีวิตคู่<br>- ไม่มีโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น Thalassemia, หรือโรคติดต่อร้ายแรง เช่น HIV/AIDS<br>- สติปัญญาปกติ<br>- มีการศึกษา มีอาชีพสุจริต มีรายได้พอเพียงใช้จ่ายในครอบครัว<br>- เมื่อมีปัญหาในครอบครัวจะร่วมมือกันแก้ไข โดยไม่ใช้ความรุนแรง<br>- รู้ว่าตนเองมีบทบาทและความรับผิดชอบต่อครอบครัว<br>- มีทัศนคติที่ดีต่อเพศของตนและเพศตรงข้าม<br>- มีเพศสัมพันธ์ที่ดี | แบบสอบถาม |
| 3. ไม่ติดสารเสพติด | - ไม่ติดยาบ้า, เฮโรอีน ไม่สูบบุหรี่<br>- ไม่ดื่มสุราจนเมามาย | แบบสอบถาม |
| 4. มีความรู้และมีพฤติกรรมเจริญพันธ์ที่ดี | - เรียนรู้การคุมกำเนิด, การตั้งครรภ์ในเวลาที่เหมาะสม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกัน | แบบสอบถาม |
| 5. มีความซื่อสัตย์ต่อคู่ครอง | - ไม่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ ไม่นอกใจ | แบบสอบถาม |

### 3.2.2 หญิงตั้งครรภ์สุขภาพดี

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| 1. อายุเหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ | - อายุอยู่ระหว่าง 20-35 ปี | แบบสอบถาม |
| 2. สุขภาพกายและจิตดีตลอดระยะการตั้งครรภ์ | - ไม่ซีด, ไม่บวม<br>- ไม่เครียด จิตใจแจ่มใส<br>- รู้สึกมั่นคงปลอดภัยตลอดระยะการตั้งครรภ์<br>- ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ในการแบ่งเบาภาระในบ้านและให้กำลังใจ | แบบสอบถาม |
| 3. ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ | - ไม่สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ใช้ยาเสพติด<br>- มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความผิดปกติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์<br>- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่<br>- พักผ่อนเพียงพอ นอนหลับอย่างน้อย 7-9 ช.ม./วัน<br>- ไม่ทำงานที่เสี่ยงต่อการแท้งหรือเป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์ เช่น ยกของหนัก ทำงานในที่สูง<br>- ไม่มีความรุนแรงในครอบครัว | แบบสอบถาม |
| 4. การดูแลก่อนคลอดดี | - ได้รับ ANC อย่างน้อย 4 ครั้ง<br>- ได้รับวัคซีนครบ | แบบสอบถาม |
| 5. คลอดปลอดภัย | - คลอดกับบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญในสถานที่ปลอดภัย และระบบส่งต่อในกรณีฉุกเฉินเป็นที่รวดเร็ว | แบบสอบถาม |
| 6. การดูแลหลังคลอดดี | - ได้รับการดูแลหลังคลอดจากบุคลากรที่มีความรู้<br>- ไปตรวจหลังคลอดตามนัด | แบบสอบถาม |

### 3.2.3 เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี สุขภาพดี

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| 1. มีลักษณะและพัฒนาการทางกายปกติดีเป็นไปตามเกณฑ์อายุ | - น้ำหนักแรกคลอดระหว่าง 3,000-4,000 กรัม<br>- ไม่มีความพิการ<br>- ไม่ซีด<br>- น้ำหนักตามอายุ น้ำหนักตามความสูง ได้ระดับมาตรฐาน<br>- มีพัฒนาการปกติ เช่น<br>• ยิ้มได้เมื่ออายุ 3 เดือน<br>• คลานได้เมื่ออายุ 6 เดือน<br>• นั่งได้เมื่ออายุ 9 เดือน<br>• ยืนได้เองเมื่ออายุ 1 ปี | - แบบบันทึกสุขภาพเด็ก/แบบสอบถาม<br>- ตรวจร่างกาย<br>- Growth chart<br>- แบบบันทึกสุขภาพเด็ก/แบบสอบถาม |
| 2. ได้รับการเลี้ยงดูที่อบอุ่น เพื่อสนับสนุนพัฒนาการที่ดีเมื่อเติบโตขึ้น | - เด็กได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่องจากพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู<br>- ได้กินนมแม่โดยไม่กินนมอื่นจนถึงอายุ 4 เดือน<br>- ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน (Immunization) ครบตามเกณฑ์อายุ<br>- เมื่อเจ็บป่วยได้รับการดูแลรักษาทันท่วงที<br>- เด็กเล็กได้รับการสัมผัส เช่น กอด อุ้ม จากพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงเด็กเป็นประจำ<br>- ผู้เลี้ยงดูเด็กเช็ดฟันเด็กตอนอาบน้ำทุกครั้ง | - แบบบันทึกสุขภาพเด็ก/แบบสอบถาม |

### 3.2.4 เด็กอายุ 1-5 ปี สุขภาพดี

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| 1. มีลักษณะและพัฒนาการทางกายปกติดี เป็นไปตามเกณฑ์อายุ | - ไม่มีความพิการ<br>- ไม่ซีด<br>- น้ำหนักตามอายุ น้ำหนักตามความสูง ได้ระดับมาตรฐาน<br>- มีพัฒนาการปกติ เช่น พูดได้เมื่ออายุไม่เกิน 2 ปี | - แบบบันทึกสุขภาพเด็ก/ แบบสอบถาม<br>- ตรวจร่างกาย<br>- Growth chart |
| 2. มีพัฒนาการทางสติปัญญา อารมณ์ สังคมดี หรือเป็นปกติ | - พ่อ แม่ หรือคนเลี้ยงดูเด็ก ไม่รู้สึกว่าเด็กมีพัฒนาการช้าแตกต่างจากเด็กอื่น<br>- เด็กช่วยตนเองในกิจวัตรประจำได้ (เช่นจัดการกับระบบขับถ่ายเองได้ เมื่ออายุ 2 ปี แต่งตัวได้เองเมื่ออายุ 5 ปี)<br>- เมื่ออายุ 2 ปีขึ้นไป มีพัฒนาการทางอารมณ์ดีหรือปกติ<br>- เด็กเข้าใจกฎระเบียบของบ้านและโรงเรียน (เช่น เมื่ออายุ 3 ปีขึ้นไป รู้จักขอโทษ และขอบคุณ รู้จักกินและนอนตามเวลา)<br>- เด็กรับรู้และสามารถสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ หรือเพื่อนเด็กด้วยกันได้ | - แบบสอบถามพ่อแม่ หรือผู้ใกล้ชิดเด็ก |
| 3. ได้รับการเลี้ยงดูที่อบอุ่น เพื่อสนับสนุนพัฒนาการที่ดีเมื่อเติบโตขึ้น | - เด็กได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด อย่างต่อเนื่องจากพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดู<br>- ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน (Immunization) ครบตามเกณฑ์อายุ<br>- ได้รับประทานอาหารครบถ้วน 5 หมู่<br>- มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง พ่อ แม่ ลูก หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก เช่น<br>• ทำกิจกรรมร่วมกัน/ รับประทานอาหารร่วมกัน<br>• รับส่งไปโรงเรียนอนุบาล<br>• อ่านหนังสือ หรือเล่านิทานให้ฟังเป็นประจำ | - แบบบันทึกสุขภาพเด็ก/ แบบสอบถาม |

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| | - เด็กได้รับการสัมผัส เช่น กอด อุ้ม จากพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงเด็กเป็นประจำ<br>- เด็กได้รับคำชมเชยเมื่อเมื่อทำความดี หรือพ่อแม่แสดงด้วยคำพูดและกริยาว่ารักลูก ห่วงใยลูก<br>- เด็กมีโอกาสสร้างความสัมพันธ์ที่ดีนอกครอบครัว เช่น การพบปะสังสรรค์ ระหว่างญาติพี่น้อง | |
| 4. เด็กเข้าใจกฎระเบียบ มีวินัย และเอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ | - เด็กเข้านอนตามเวลาที่ตกลงกัน<br>- ทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจากโรงเรียนสม่ำเสมอ<br>- รู้จักรักษาความสะอาดร่างกาย ล้างมือหลังถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ และก่อนกินอาหาร<br>- ไม่รังแกเพื่อน หรือสัตว์<br>- รู้จักแบ่งปัน มีน้ำใจ เช่น แบ่งขนมให้เพื่อน ปลอบเมื่อเพื่อนร้องไห้<br>- ได้รับการสั่งสอนให้มีวัตรปฏิบัติตามศาสนาที่นับถือ | แบบสอบถาม |
| 5. สุขภาพฟันดี<br>- สุขภาพในช่องปากดี ไม่มีฟันน้ำนมผุ<br>- บริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย<br>- มีพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคในช่องปากที่ดี | - เด็กอายุ 1 ปีครึ่งเลิกนมขวดแต่ดื่มจากแก้ว<br>- เด็กแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง<br>- เด็กไม่มีฟันผุ หรือถ้ามีได้รับการรักษา<br>- เด็กไม่รับประทาน ขนมหวานและขนมกรุบกรอบระหว่างมื้อ | แบบสอบถามและแบบตรวจฟัน |

### 3.2.5 กลุ่มเด็กสุขภาพดี (6-12 ปี และ 13-18 ปี)

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| 1. สุขภาพกายแข็งแรง | - น้ำหนักตามอายุ น้ำหนักตามความสูง ได้ระดับมาตรฐาน<br>- ไม่เจ็บป่วยจนต้องขาดเรียน<br>- สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง<br>- ฟันแท้ไม่ผุ ไม่มีเหงือกอักเสบ | - บันทึกสุขภาพนักเรียน/ แบบตรวจวัดร่างกาย<br>- ตรวจสุขภาพในช่องปาก/ บันทึกสุขภาพนักเรียน |
| 2. มีความรู้เท่าทันโลกปัจจุบัน | - มีเชาว์ปัญญา (intelligence quotient) ระดับดี (ไม่ต่ำกว่า 100)<br>- เรียนหนังสือทันชั้น (ประเมินชั้นเรียนเทียบกับอายุ)<br>- ผลการเรียนอยู่ในระดับพอใช้ได้จนถึงดี<br>- อ่านหนังสือนอกหลักสูตรทุกวัน<br>- มีความรู้ด้านสุขภาพ โภชนาการ การป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ<br>- มีทักษะชีวิต<br>- รู้จักเคารพสิทธิของผู้อื่น ที่เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน<br>- ไม่หลงตามกระแสนิยมของสังคมที่ไม่สร้างสรรค์<br>- มีความรู้เรื่องเพศศึกษา /secondary sex characters /การตั้งครรภ์<br>- มีความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธ์, เพศภาวะ | - แบบวัด IQ<br>- แบบสอบถาม<br>- ตรวจสอบหลักสูตรของโรงเรียน<br>- แบบสอบถาม<br>- แบบสอบถามความรู้เพศศึกษา<br>- แบบสอบถาม |
| 3. มีวิถีชีวิต ทัศนคติ พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ | - บริโภคอาหารถูกหลักโภชนาการ ครบ 5 หมู่ วันละ 3 มื้อ<br>- ออกกำลังกาย/ เล่นกีฬาสม่ำเสมอ อย่างน้อย 20 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน<br>- ไม่รับประทานอาหารหวานหรือขนมกรุบกรอบระหว่างมื้อ<br>- แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ก่อนเข้านอนและในตอนเช้าทุกวัน | - แบบสอบถาม |

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| | - ได้รับการตรวจสุขภาพในช่องปากและขูดหินปูนจากทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง<br>- ดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ<br>- เรียนอย่างมีความสุข มีเวลาพักหลังเลิกเรียนและในวันหยุด<br>- มีทัศนคติที่ดีและเป็นมิตรต่อเพศเดียวกันและเพศตรงข้าม<br>- ไม่ทดลองสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และใช้สารเสพติด | |
| 4. สุขภาพจิตดี | - มีพัฒนาการทางอารมณ์ดีหรือปกติ<br>- ได้แสดงออกตามความถนัด /ความสามารถของตน<br>- รู้สึกพึงพอใจในตนเอง<br>- รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคง อบอุ่น และปลอดภัย<br>- มีความมุ่งหวังในอนาคต | - แบบสอบถาม |
| 5. รู้จักบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม | - มีระเบียบวินัย และปฏิบัติตามระเบียบของครอบครัว โรงเรียน และสังคม<br>- ร่วมกิจกรรมด้านศิลปะ/ ดนตรี / กีฬากับเด็กอื่นๆ เป็นประจำ<br>- ร่วมทำกิจกรรมกับคนในครอบครัวเป็นประจำ<br>- รู้จักเห็นอกเห็นใจ และช่วยเหลือผู้อื่น<br>- ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง<br>- รู้จักดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม และรักษาสาธารณประโยชน์ | - แบบสอบถาม |
| 6. มีการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ | - ได้รับการสอนเรื่องจริยธรรม การรู้จักผิดชอบชั่วดี<br>- ปฏิบัติตามหลักศาสนาที่นับถือ<br>- รู้เท่าทันอารมณ์และควบคุมได้<br>- ทำงานหรือกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่หวังผลตอบแทน | - แบบสอบถาม |

### 3.2.6 วัยแรงงานสุขภาพดี (กลุ่มอายุ 19-59 ปี)

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| 1. สุขภาพกายแข็งแรง รูปร่างได้สัดส่วน เหมาะสม และสุขภาพช่องปากดี | - ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติ 18.5-24.9 กก/ม$^2$<br>- อัตราส่วน เอว:สะโพก หญิง ต่ำกว่า 0.8, อัตราส่วน เอว:สะโพก ชาย ต่ำกว่า 1.0<br>- มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันทำกิจกรรมได้ตามปกติ<br>- อายุ 45-59 ปี ไม่มีอาการ menopause /andropause รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน<br>- สมรรถภาพทางเพศปกติ<br>- ไม่มีฟันผุ และไม่มีโรคปริทันต์<br>- มีฟันที่ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 28 ซี่ | - แบบวัดตรวจร่างกาย<br>- แบบวัดตรวจร่างกาย<br>- แบบ WHO Health State Description<br>- แบบสอบถาม |
| 2. สุขภาพจิตดี | - ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย<br>- ภูมิใจตนเอง<br>- มีแรงจูงใจ<br>- การควบคุมตนเอง<br>- การตัดสินใจและแก้ปัญหา<br>- ความพึงพอใจในการทำงาน เช่น ไม่รู้สึกว่างานยากหนัก หรือเร่งรีบเกินไป<br>- สัมพันธภาพที่ดีในที่ทำงานกับเพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา และผู้ใต้บังคับบัญชา | - แบบวัดสุขภาพจิตของคนไทย (THI-15)<br>- แบบสอบถาม |
| 3. อนามัยเจริญพันธุ์ดี | - ทัศนคติที่ถูกต้องต่อเพศของตนเอง และเพศชาย/หญิง<br>- เคารพต่อความเท่าเทียมกันทางเพศ ระหว่างชาย หญิง<br>- ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด<br>- ความรู้เรื่องโรคติดต่อโดยเพศสัมพันธ์และการป้องกันการไม่สำส่อนทางเพศ<br>- การใช้การป้องกันโรค เช่น ถุงยางอนามัย<br>- ได้รับคำปรึกษาแนะนำในเรื่อเพศ ปัญหาคู่ครอง และชีวิตครอบครัว | - แบบสอบถาม |

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| 4. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดี ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง | - บริโภคอาหารถูกหลักโภชนาการ ครบ 5 หมู่<br>- ออกกำลังกาย/ เล่นกีฬาสม่ำเสมอ อย่างน้อย 20 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน<br>- ดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ<br>- พักผ่อนเพียงพอ นอนหลับอย่างน้อย 6 ช.ม./วัน<br>- แปรงฟันแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ก่อนเข้านอนและในตอนเช้าทุกวัน<br>- ไม่สูบบุหรี่<br>- ไม่ใช้ยาและสารเสพติด<br>- ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์<br>- ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดและแพร่กระจายโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์<br>- สวมหมวกกันน็อคในขณะขับขี่และ/หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์<br>- คาดเข็มขัดนิรภัยในขณะขับรถยนต์<br>- ได้รับการตรวจฟันและทำความสะอาดฟันขูดหินปูนโดยทันตแพทย์ ทุก 6 เดือน<br>- ฟันผุทุกซี่ได้รับการรักษา | แบบสอบถาม |
| 5. รู้เท่าทันสถานการณ์ ทำงานเหมาะสมและปลอดภัย | - จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยการทำงานไม่เกินมาตรฐาน<br>- มีการรับรู้และตระหนักถึงภาวะเสี่ยงหรือภาวะคุมคามในการทำงานของตนเอง และรู้ถึงมาตรการความปลอดภัยสำหรับตนเองและเพื่อนร่วมงาน<br>- คนงานในโรงงานมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างเหมาะสมตลอดเวลาการทำงาน<br>- ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน<br>- เกษตรกรที่มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลจากการใช้สารเคมี เช่น การใช้อุปกรณ์ปิดปากและจมูก ถุงมือ รองเท้า ฯลฯ | แบบสอบถาม<br>แบบสำรวจ |

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| | - เกษตรกรที่มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีอย่างถูกต้องตามประเภทต่าง ๆ<br>- ไม่มีอาการปวดไหล่และหลัง อันเนื่องมาจากการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ในการทำงานที่ไม่ถูกต้องตามหลัก ergonomic<br>- ได้รับบริการการตรวจสุขภาพประจำปี และตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงานปีละ 1 ครั้ง | |
| 6. มั่นคงในชีวิต รู้จักบทบาท การทำหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม | - จบการศึกษาอย่างน้อยระดับภาคบังคับ<br>- มีอาชีพสุจริต<br>- มีรายได้พอเพียงใช้จ่ายในครอบครัว<br>- มีหลักประกันทางสุขภาพและความปลอดภัย และสิทธิในสวัสดิการด้านต่าง ๆ<br>- มีความใส่ใจต่อสมาชิกในครอบครัว<br>- มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีซึ่งกันและกันในครอบครัว เช่น การใช้วาจา การแสดงออกทางกาย<br>- รู้จักประหยัดและอดออม<br>- มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีซึ่งกันและกันในในที่ทำงาน เช่น การใช้วาจา การแสดงออกทางกาย<br>- รักษาสาธารณประโยชน์<br>- รู้จักเคารพสิทธิของผู้อื่น สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน<br>- เสียสละทำงานให้กับสังคม หมู่คณะตามความสามารถ<br>- เอื้ออาทรต่อผู้อื่น | แบบสอบถาม |
| 7. มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและพัฒนาจิตวิญญาณ | - ระบุการนับถือศาสนา<br>- การปฏิบัติกิจทางศาสนาที่นับถือเป็นประจำ เช่น<br>• ศาสนาพุทธ สวดมนต์ทุกวัน<br>• ศาสนาคริสต์ สวดมนต์ทุกวัน<br>• ศาสนาอิสลาม ทำละหมาด | แบบสอบถาม |

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| | - รู้เท่าทันอารมณ์และควบคุมตนเองได้<br>- มีเพื่อนหรือเครือข่ายทางสังคมต่าง ๆ<br>- มีงานอดิเรกของตนเองที่ปฏิบัติอยู่ แล้วเกิดความเพลิดเพลิน ความชื่นชม<br>- ความพอใจชีวิต | |

### 3.2.7 ผู้สูงอายุสุขภาพดี

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| ความเป็นอยู่ที่ดีด้านการหน้าที่ (Functioning well-being) | - ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติ 18.5-24.9 กก/ม$^2$<br>- มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งในแง่กิจกรรมการดูแลตนเอง (ADL) และกิจกรรมประจำวันในครอบครัว (IADL)<br>- สามารถในการรับรู้ทั้งทางการได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส<br>- สามารถในการจำเหตุการณ์ในระยะปัจจุบันที่เกิดขึ้นได้<br>- สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชนได้<br>- มีการทรงตัวได้ดี ไม่มีประวัติการหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา<br>- ในวันหนึ่งๆ จะไม่ปล่อยให้ตนอยู่ว่างๆโดยไม่ทำอะไร | - แบบวัดตรวจร่างกาย<br>- แบบสอบถาม |
| ดำเนินชีวิตในทางที่เอื้อต่อความมีสุขภาพที่แข็งแรง จิตใจที่เข้มแข็ง (Healthy Lifestyle) | - มีการออกกำลังกายอย่าง น้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละไม่ต่ำกว่า 20 นาที<br>- การบริโภคอาหารอย่างมีความสุขและพอเพียงเหมาะสมตามความต้องการของร่างกาย<br>- ได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ<br>- การไม่มีอาการทางกายเนื่องจากจิต (Psychosomatic complaints)<br>- ควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกินเกณฑ์มาตรฐาน<br>- หลีกเลี่ยงไม่กระทำพฤติกรรมเสี่ยงโรค เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การบริโภคอาหารไขมันสูง เค็มจัด อาหารที่มีกากใยน้อย<br>- สามารถเข้าถึงและใช้บริการการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น | แบบสอบถาม |

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| ความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตใจและสังคม | - อาศัยอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น มีสมาชิกในครอบครัวเป็นคน 3 รุ่น<br>- ลูกหลานอยู่พร้อมหน้าพร้อมตาทุกคนหรือได้รับการติดต่อแจ้งข่าวสารให้ทราบเมื่ออยู่ห่างกัน<br>- มีคนในครอบครัวที่สามารถปรับทุกข์ด้วยได้<br>- ได้ทานอาหารที่ชอบตามฤดูกาล<br>- มีโอกาสถ่ายทอดประสบการณ์และบทเรียนชีวิตให้ลูกหลานฟัง<br>- ได้ช่วยเลี้ยงดูลูกหลานตามความสมัครใจ<br>- มีผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อต้องการ<br>- มีโอกาสได้พูดคุยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนในวัยเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ<br>- มีโอกาสได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่ตนนับถืออย่างสม่ำเสมอ<br>- ได้ดูรายการโทรทัศน์หรือการนันทนาการที่ตนชอบ<br>- ได้ให้คำปรึกษาหรือเข้าร่วมจัดกิจกรรมทางสังคมตามประเพณี<br>- ได้รับทราบข่าวสารบ้านเมือง<br>- ได้รับสิทธิที่พึงมีพึงได้ตามกฎหมายในฐานะผู้สูงอายุ<br>- ได้รับการเคารพจากผู้ด้อยอาวุโสกว่า ไม่ว่าจะมีฐานะทางเศรษฐกิจเป็นอย่างไร | แบบสอบถาม |
| ความเป็นอยู่ที่ดีทางเศรษฐกิจ | - มีกินมีใช้ตามความต้องการ<br>- อาศัยในบ้านเรือนที่มีโครงสร้างแข็งแรง<br>- สามารถทำงานหารายได้หากต้องการทำ<br>- สามารถหยุดทำงานหารายได้หากต้องการ<br>- ในบ้านมีสิ่งอำนายความสะดวกพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ<br>- ได้ทานเมื่ออยากทาน | แบบสอบถาม |

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| | - มีเงินที่จะบริจาคทานหรือทำบุญตามความเหมาะสม<br>- ไม่มีภาระหนี้สิน<br>- ไม่มีความกังวลว่าจะไม่มีกินไม่มีที่จะอยู่ | |
| ความพึงพอใจในชีวิต | - มีความภูมิใจที่ชีวิตประสบความสำเร็จ<br>- มีลูกหลานเป็นที่นับหน้าถือตาในชุมชน<br>- มีความหวังว่าลูกหลานจะมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น<br>- มีความภูมิใจในความเป็นผู้สูงอายุ<br>- มีความพอใจที่ยังมีชีวิตอยู่และยังอยากมีชีวิตอยู่ไปนานๆ | |
| สุขภาพในช่องปากดี ไม่มีฟันผุ และโรคปริทันต์<br>- มีฟันที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ | - ไม่มีโรคปริทันต์<br>- ได้รับการตรวจฟันและทำความสะอาดฟันขูดหินปูนโดยทันตแพทย์ ทุก 6 เดือน<br>- ฟันผุทุกซี่ได้รับการรักษา<br>- มีฟันปลอมใช้เมื่อความจำเป็น (มีฟันน้อยกว่าน้อยกว่า 20 ซี่) | แบบสอบถาม |

## 3.3 เครื่องชี้วัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนคนไทยสุขภาพดี

**ตาราง 3.2 เกณฑ์และเครื่องชี้วัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนคนไทยสุขภาพดี**

### 3.3.1 ครอบครัวสุขภาพดี

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| 1. ในครอบครัวมีความรักต่อกันและกัน | - มีความห่วงใยซึ่งกันและกัน<br>- ช่วยเหลือกันและกัน เมื่อมีปัญหาร่วมกันแก้ไข<br>- ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน | แบบสอบถาม |
| 2. มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ | - ครอบครัวมีพอกินพอใช้<br>- มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ปลอดภัย รวมทั้งปัจจัยพื้นฐาน | แบบสอบถาม |
| 3. มีสัมพันธภาพที่ดี ไม่มีความรุนแรงในครอบครัว | - ทุกครั้งเมื่อปัญหาในครอบครัวจะพูดจากันโดยไม่ใช้ความรุนแรง<br>- เด็กและผู้หญิงได้รับการดูแลให้ปลอดภัยจากการละเมิดทางเพศ<br>- ไม่มีการลงโทษ หรือทำร้ายร่างกายซึ่งกันและกันในครอบครัว | แบบสอบถาม |
| 4. มีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ | - รับประทานอาหารกันอย่างน้อยวันละ 1 มื้อ<br>- เล่นกีฬาด้วยกัน<br>- ไปท่องเที่ยวด้วยกัน | แบบสอบถาม |
| 5. ได้รับการฝึกอบรมให้เป็นคนดี | - สมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่ความรับผิดชอบงานในบ้าน<br>- พ่อแม่ และญาติผู้ใหญ่ เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกหลานในการดำเนินชีวิต<br>- มีการสั่งสอนในครอบครัวเกี่ยวกับศีลธรรม ความผิดชอบชั่วดี<br>- มีการอบรมให้มีวินัย เช่น ประหยัด, รับผิดชอบในการเรียนการงาน<br>- ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือเพื่อนบ้าน<br>- มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน | แบบสอบถาม |

### 3.3.2 **เครื่องชี้วัดโรงเรียนสุขภาพดี** (Healthy School)

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| 1.มีนโยบายและการบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ | 1. มีเอกสารนโยบาย<br>2. มีคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ<br>3. มีคณะกรรมการตรวจสอบความสะอาดและคุณภาพอาหารกลางวัน<br>4. มีประกาศในโรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ ปลอดเหล้า ยาเสพติด | แบบสอบถาม |
| 2.มีสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพ | 1. พื้นที่โรงเรียนและในบริเวณโรงเรียน มีเสียงดังรบกวนน้อยกว่า 80 เดซิเบล<br>2. ห่างจากแหล่งทิ้งขยะ แหล่งน้ำโสโครก ไม่น้อยกว่า 500 เมตร<br>3. เนื้อที่ของอาคารเรียนโดยเฉลี่ยมีไม่น้อยกว่า 1.5 ตารางเมตร ต่อนักเรียน 1 คน<br>4. ห้องเรียนมีขนาดไม่น้อยกว่า 6x8 ถึง7x8 เมตร ต่อนักเรียน 30-40 คน<br>5. เก้าอี้ในห้องเรียนสูงเท่ากับท่อนขาส่วนล่างของเด็ก<br>6. แสงสว่างในห้องเรียนมีความเข้มไม่ต่ำกว่า 20-30 ฟุต-เทียน<br>7. โรงอาหารมีขนาดเพียงพอกับจำนวนนักเรียน<br>8. นักเรียนได้ดื่มนมที่สะอาด ตามวัยที่เหมาะสม<br>9. มีน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาดให้นักเรียนไม่ต่ำกว่า 1 ลิตร/คน/วัน<br>10. จำนวนส้วมและที่ปัสสาวะ ไม่ต่ำกว่า 1 ที่ ต่อนักเรียน 30 คน<br>11. จำนวนอ่างล้างมือ ไม่ต่ำกว่า 1 ที่ ต่อนักเรียน 50 คน<br>12. โรงครัวมีที่เก็บเศษอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ เช่น มีอ่าง 3 ตอนสำหรับล้างภาชนะ มีน้ำใช้อย่างพอเพียง และมีการจัดทำรางระบายน้ำ<br>13. บริเวณโรงเรียนโดยรวมมีความสะอาด เรียบร้อย<br>14. ไม่มีอาหารประเภท fast food น้ำอัดลม<br>15. มีสนามเล่นกีฬากลางแจ้ง และอุปกรณ์กีฬาสำหรับนักเรียนแต่ละวัยอย่างถูกต้อง พอเพียงและปลอดภัย | แบบสอบถาม |

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| 3. ปลอดภัยและปลอดสารเสพติด | 1. ไม่มีนักเรียนสูบบุหรี่ ครู บุคลากรอื่นๆในโรงเรียน สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า หรือใช้ยาเสพติด<br>2. มีระบบการตรวจตราในการป้องกันการมีสารเสพติดในโรงเรียน<br>3. มีระบบการเตรียมพร้อมป้องกันอัคคีภัย และเหตุฉุกเฉิน โดยมีการตรวจสอบและฝึกซ้อมเป็นประจำ<br>4. มีการตรวจสอบความปลอดภัย ของเครื่องเล่นในสนาม และอุปกรณ์กีฬาอย่างต่อเนื่อง<br>5. มีและใช้อุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬาที่มีความรุนแรงเช่น ฟุตบอล รักบี้<br>6. ไม่มีสิ่งกีดขวาง หรือล่อแหลมต่อการเกิดอุบัติเหตุแก่นักเรียนในห้องเรียน และบริเวณรอบๆโรงเรียน<br>7. ไม่เกิดอุบัติเหตุของนักเรียนในโรงเรียนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา | แบบสอบถาม |
| 4. มีบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ | 1. มีบริการสุขภาพด้านการรักษา การปฐมพยาบาลและการส่งต่อ<br>2. มีบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรค<br>3. มีบริการให้การปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ<br>4. บุคลากรที่ให้บริการมีคุณภาพ เช่นเป็น พยาบาลวิชาชีพ ครูพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านสุขภาพ<br>5. นักเรียนสามารถถึงบริการได้อย่างสะดวก | แบบสอบถาม |
| 5. มีหลักสูตรส่งเสริมทักษะชีวิตและการสร้างเสริมสุขภาพ | 1. มีหลักสูตรแผนการสอนทักษะชีวิต<br>2. มีการทดสอบทักษะในการแก้ปัญหา การต่อรอง การปฏิเสธโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการสื่อสาร<br>3. ความรู้ที่จำเป็นด้านสุขภาพ เช่น การดูแลร่างกายตนเอง การเจริญพันธ์ เพศศึกษา โรคติดต่อที่สำคัญ เช่น โรคทางเพศสัมพันธ์<br>4. ในหลักสูตรมีแผนการออกกำลังกาย และกีฬา ของนักเรียน | แบบสอบถาม |

| เกณฑ์ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| 6. กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต วัฒนธรรม และประเพณี และส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างครู นักเรียน, โรงเรียน และครอบครัว | 1. มีกิจกรรมการออกกำลังกาย และการกีฬา<br>2. นักเรียนแต่ละคนมีกีฬาอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นประจำตัวตลอดไปจนโต<br>3. นักเรียนมีกิจกรรมด้านดนตรีตามถนัด<br>4. นักเรียนได้มีโอกาสรู้จักชุมชน และทำกิจกรรมเพื่อชุมชน หรือร่วมกิจกรรมกับชุมชน เช่น การทำความสะอาดชุมชน การทำบุญ<br>5. มีการตรวจสุขภาพประจำปีของทั้งนักเรียน ครู และบุคลากรของโรงเรียน<br>6. มีกรรมการครูผู้ปกครองที่เข้มแข็ง<br>7. มีระบบครูที่ปรึกษา รุ่นพี่ที่ปรึกษาแกรุ่นน้อง | |
| 7. นักเรียนมีความรู้สึกรักโรงเรียน, ครู, และเพื่อน | 1. นักเรียนชอบมาโรงเรียน<br>2. รู้สึกว่าโรงเรียนเป็นสถานที่น่าอยู่ ปลอดภัย<br>3. เมื่อมีปัญหาปรึกษาครูได้ทุกเรื่องโดยเฉพาะการเรียน<br>4. รู้สึกรักเพื่อน | แบบสอบถาม |

### 3.3.3 **เครื่องชี้วัดสถานที่ทำงานสุขภาพดี** (Indicators of Healthy Workplace)

| องค์ประกอบ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล) |
|---|---|---|
| **มีระบบการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย** | | |
| - มีนโยบายด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย รวมทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ | - มีแผนก, ฝ่าย หรือผู้รับผิดชอบที่รับผิดชอบด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย<br>- มีแผนงาน โครงการเรื่องความปลอดภัย<br>- มีการดำเนินการเรื่องความปลอดภัย<br>- มีสถานที่พยาบาลที่มีแพทย์และพยาบาลอยู่ประจำ<br>- มีระบบเตือนภัยที่มีประสิทธิภาพ | แบบบันทึก รายงาน และการสำรวจ |
| - อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการประสบอันตรายลดลง | - อัตราการเกิดอุบัติเหตุ<br>- อัตราการบาดเจ็บ | |
| - การมีส่วนร่วมของพนักงานในการป้องกันอันตรายและเสริมสร้างความปลอดภัย | - องค์ประกอบของคณะกรรมการด้านอาชีว-อนามัยและความปลอดภัย<br>- การผสานกิจกรรมด้านความปลอดภัยในงานประจำต่าง ๆ เช่น 5 ส., TQM, ไคเซ็น | |
| **สร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย** | | |
| - สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านกายภาพและเคมีได้มาตรฐานและปลอดภัย | - การใช้เครื่องมือตรวจวัดด้านกายภาพและเคมี<br>● ระดับเสียงดัง/ความสั่นสะเทือน<br>● ระดับความร้อน/ความเย็น<br>● ระดับความเข้มข้นของสารเคมีในบรรยากาศ<br>● การเคลื่อนย้าย การจัดเก็บ และการใช้สารเคมี เป็นไปตามมาตรฐานกำหนด | รายงานแบบตรวจวัด และแบบสำรวจ |
| - การมีและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายในสถานประกอบการ | - พนักงานมีความรู้และทักษะการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายในสถานประกอบการ เช่น เครื่องดับเพลิง | |

| องค์ประกอบ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล) |
|---|---|---|
| | - พนักงานใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลถูกต้องตลอดเวลาที่ทำงาน | |
| - มีการจัดสภาพการทำงานให้เหมาะสมกับคนทำงาน<br><br>- มีการจัดการเกี่ยวกับเวลาทำงานที่เหมาะสม | - การจัดสภาพการทำงานให้เหมาะสมตามหลักเออร์โกโนมิคส์ แต่ละประเภทของสถานประกอบการ<br>- จัดวางการใช้อุปกรณ์สำนักงานต่าง ๆ อย่างถูกต้อง เช่น คอมพิวเตอร์ เครื่องอัดสำเนา เป็นต้น<br>- จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการทำงานไม่เกินมาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนด<br>- มีเวลาพักหลังจากการทำงานอย่างเหมาะสมกับสภาพการทำงาน (เวลาพักหลังจากการทำงานไม่น้อยกว่า 15 นาที หลังจากทำงานมาแล้วไม่เกิน 2 ชั่วโมงติดต่อกัน) | แบบสำรวจ และแบบสอบถาม<br><br>สำรวจ หรือ บันทึกชั่วโมงการทำงานของสถานประกอบการ |
| **สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสร้างเสริมสุขภาพ**<br>- มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของคนทำงาน<br>- ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีของคนทำงาน<br>- บรรยากาศในการทำงานดี<br><br><br><br>- มีการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมให้แก่พนักงาน | - ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กฎหมายระบุไว้เกี่ยวกับการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมในการทำงาน<br>- มีบริการให้คำแนะนำ และให้ความรู้ในการจัดการกับความเครียด<br>- มีกิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพนักงานทุกระดับ<br>- ระบบบริหารจัดการโปร่งใส ตรวจสอบได้<br>- มีกิจกรรมส่งเสริมการเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน<br>- มีสวัสดิการอาหารกลางวันที่มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ<br>- มีสวัสดิการรถรับ-ส่ง | สำรวจ โดยใช้แบบสำรวจและแบบสอบถาม |

| องค์ประกอบ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล) |
|---|---|---|
| **เสริมสร้างวิถีการใช้ชีวิตของคนงานให้พัฒนาทั้งสุขภาพและศักยภาพของคน** | | |
| - ส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพการใช้ชีวิตในระหว่างการทำงานของพนักงาน | - สถานที่พักผ่อน นันทนาการ และออกกำลังกายเพียงพอ (อัตราส่วนจำนวนสถานที่พักผ่อน, ห้อง นันทนาการ สถานที่ออกกำลังกายต่อจำนวนคนทำงาน)<br>- สถานประกอบการเป็นเขตไม่สูบบุหรี่<br>- ร้านค้าในสถานที่ทำงานไม่จำหน่าย บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือยาเสพติด | แบบสำรวจ และแบบสอบถาม |
| - การรวมกลุ่มพลังสร้างเสริมสุขภาพ | - มีสมาพันธ์คุ้มครองผู้ใช้แรงงาน/ผู้ประกอบการ หรือแรงงานสัมพันธ์<br>- มีชมรม/กลุ่มแกนนำในการออกกำลังกายเป็นประจำ<br>- มีชมรม/กลุ่มแกนนำในการรณรงค์ ลด ละ เลิก บุหรี่ สารเสพติด | |
| - มีกิจกรรมรณรงค์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง | - การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโภชนบัญญัติ<br>- การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธ์ | |
| - มีอาหารที่ดี ถูกหลักที่มีคุณค่าทางโภชนาการ | - ร้านจำหน่ายอาหารที่มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ | |
| - การพัฒนาศักยภาพของพนักงานในการทำงาน | - การจัดฝึกอบรม หรือส่งพนักงานไปฝึกทักษะการทำงาน<br>- มีการส่งเสริมให้พนักงานไปเพิ่มพูนความรู้ต่อ เช่น การศึกษาต่อระดับที่สูงขึ้น | |

### 3.3.4 เครื่องชี้วัดความเป็นอยู่ที่ดีในระดับสังคม

| องค์ประกอบ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| โครงสร้างทางสังคมที่มีบูรณาการ<br>● ทุนทางสังคม | - การมี/ไม่มีกลุ่มที่ช่วยเหลือเกื้อกูลสมาชิกในสังคม เช่น จ.ส 100 กลุ่มร่วมด้วยช่วยกัน กลุ่มวิหกสายฟ้า (เชียงใหม่)<br>- การมี/ไม่มี กลุ่มอาสาสมัครที่ชุมชนจัดตั้งเอง เช่นแม่บ้านดูแลผู้ติดเชื้อ กลุ่มผู้ติดเชื้อ กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ (หรือการออมทรัพย์ในลักษณะที่คล้ายๆกันเช่น สหกรณ์ ฌาปนกิจ ฯลฯ) ในชุมชน<br>- มี/ไม่มี ระบบจัดการป้องกันโจรกรรมในชุมชนและกลุ่มสวัสดิการอื่นๆ<br>- มี/ไม่มี กลุ่มสนใจร่วมกัน | แบบสอบถาม |
| บูรณาการทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม | - มี/ไม่มี การรณรงค์เพื่อระดมทุนช่วยเหลือผู้ยากไร้หรือส่วนรวม (ซึ่งเป็นการกระทำในระดับกลุ่ม)<br>- มี/ไม่มี การรวมกลุ่มของผู้ที่ย้ายถิ่นไปทำงานที่อื่นกลับมาบ้านตามเทศกาล เช่นการทอดผ้าป่า การเยี่ยมบ้านในเทศกาลสงกรานต์ การส่งเงินกลับมาเพื่อบำรุงหมู่บ้าน ฯลฯ<br>- มี/ไม่มี การจัดพิธีกรรมหรือเทศกาลร่วมกันในชุมชน เช่นพิธีเซ่นศาลปู่ตา พิธีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ การฉลองพัดยศ<br>- สัดส่วนของพระต่อประชากร<br>- การจัดตั้งกลุ่มเพื่อสนับสนุน ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ | Key Informant<br>แบบสอบถาม |
| ธรรมาภิบาล | - มี/ไม่มี กลไกในการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาความจำเป็น | |

| องค์ประกอบ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| ความรู้ความสามารถด้านสุขภาพ (Functional Literacy in Health) | - อัตราการมีความรู้และปฏิบัติตามความรู้ที่มีอย่างสม่ำเสมอตามกรอบสุขบัญญัติ<br>- อัตราการรู้หนังสือ<br>- การมี/ไม่มีกิจกรรมชุมชนเพื่อการป้องกันโรคติดต่อประจำถิ่นเช่น ไข้เลือดออก มาลาเรีย ท้องร่วง | แบบสอบถาม<br><br>Community Profile |
| โครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ | - มี/ไม่มีบริการชุมชนขั้นพื้นฐานในระยะเดินเท้าโดยใช้เวลาไม่เกินครึ่งชั่วโมง บริการขั้นพื้นฐานที่สำคัญคือ<br>● สถานีอนามัย<br>● โรงเรียน<br>● องค์การบริหารส่วนตำบล<br>● ตลาดนัดชุมชน<br>- มี/ไม่มีถนนที่สามารถเข้าถึงหมู่บ้านได้ทุกฤดูกาล<br>- มี/ไม่มีโทรศัพท์สาธารณะ<br>- มี/ไม่มี ไฟฟ้าทั่วถึงทุกหลังคาเรือน<br>- มี/ไม่มี น้ำประปาเข้าถึงทุกหลังคาเรือน<br>- สัดส่วนของบ้านที่มีโครงสร้างแข็งแรงถาวร มีความปลอดภัยในการอยู่อาศัย | แบบสอบถาม |
| มีความน่าอยู่ | - มีภูมิทัศน์สวยงาม<br>- มีสถานที่ออกกำลังกายของหมู่บ้าน<br>- ขนาดที่อยู่อาศัย/คน | แบบสอบถาม |
| ความสามารถในการรองรับของทรัพยากร (Carrying Capacity) และคุณภาพสิ่งแวดล้อม | - ผลิตภาพที่เกิดจากการผลิตด้านการเกษตรที่สำคัญเช่น จำนวนถังต่อไร่ของการผลิตข้าวเปรียบเทียบกับสถิติระดับชาติ<br>- ความเพียงพอของน้ำในการบริโภคและการผลิตภาคการเกษตรในฤดูแล้ง | แบบสอบถาม |

| องค์ประกอบ | เครื่องชี้วัด | แหล่งข้อมูล |
|---|---|---|
| | - การมี/ไม่มีพื้นที่ป่าชุมชน<br>- การมี/ไม่มีระบบการกำจัดขยะและปริมาณขยะที่ไม่ได้รับการกำจัด<br>- การมี/ไม่มีแหล่งที่ทำให้เกิดการปนเปื้อนมลพิษทางน้ำ<br>- การมี/ไม่มีแหล่งที่ทำให้เกิดมลพิษทางอากาศ | |
| ความเป็นอยู่ที่ดีทางเศรษฐกิจ (Economic Well-being) | - อัตราการประกอบอาชีพนอกหมู่บ้านของสตรี<br>- สัดส่วนของครอบครัวที่ไม่มีที่ทำกิน<br>- อัตราการว่างงานหรือการจ้างงานต่ำระดับของคนในวัยแรงงาน<br>- มีการรวมกลุ่มด้านอาชีพและการเสริมรายได้<br>- มีกิจกรรมการสร้างมูลค่าเพิ่มของผลิตผลชุมชน เช่นการแปรรูป การจัดตลาดนัด ฯลฯ | แบบสอบถาม |
| ความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคม (Social Well-being) | - มี/ไม่มี การจัดตั้งกลุ่มการคุ้มครองผู้บริโภค<br>- มี/ไม่มี การกำหนดกติกาของหมู่บ้านในการควบคุม กำจัดการค้าสารเสพติด<br>- อัตราความครอบคลุมของการได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพ<br>- อัตราการศึกษาต่อในขั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของผู้ที่อยู่ในวัยเรียน | แบบสอบถาม |
| ระดับทุนมนุษย์ | - สัดส่วนของประชากรที่จบการศึกษาระดับอาชีวศึกษาหรือสูงกว่า<br>- สัดส่วนของสมาชิกในชุมชนที่เคยมีประสบการณ์การทำงานในเมืองใหญ่หรือต่างประเทศ<br>- การมี/ไม่มีกลุ่มการศึกษานอกระบบ<br>- การมี/ไม่มีโครงการฝึกอาชีพหรือทักษะอื่นๆ | แบบสอบถาม |

**ตาราง 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี** (Healthy Thai Indicators) **และ สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน** (supportive environment) **เมื่อเป็นคู่ครอง**

| บุคคล | ครอบครัว | โรงเรียน | สถานที่ทำงาน | ชุมชน |
|---|---|---|---|---|
| • มีความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน<br>• มีความสมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม<br>- อายุอยู่ในช่วงวัยที่สมควร (เกินกว่า 18 ปี) ต่อการแต่งงาน และในช่วงตั้งครรภ์มารดาควรมีอายุระหว่าง 20-35 ปี<br>- มีอาชีพที่สุจริตและรายได้เพียงพอเลี้ยงครอบครัว<br>- มีการศึกษาตามกฎหมายบังคับและมีศักยภาพในการเรียนรู้<br>• มีความรู้เรื่องเพศศึกษาการคุมกำเนิด (การตั้งครรภ์) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างถูกต้อง<br>• มีทักษะชีวิต เช่น การคิดอย่างมีเหตุผล,การแก้ปัญหาโดยสันติวิธี<br>• ไม่ติดสารเสพติด<br>• มีความซื่อสัตย์ต่อคู่สมรส,ไม่นอกใจ<br>• รู้จักบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบต่อตนและครอบครัว | • ครอบครัวอบอุ่น รัก และห่วงใย ช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน<br>• สั่งสอนเด็กเกี่ยวกับผิดชอบชั่วดี<br>• พ่อแม่เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูก<br>• มองหมายภาระรับผิดชอบตามความสามารถ<br>• สร้างวินัยให้เด็ก<br>• ไม่มีความรุนแรงในครอบครัว | • มีระบบการศึกษาที่สนับสนุนให้ผู้เรียนรู้จักคิดอย่างสร้างสรรค์ และมีเหตุผล<br>• มีหลักสูตรด้านเพศศึกษา, การคุมกำเนิด<br>• เรียนรู้ทักษะชีวิต/หน้าที่พลเมือง และศีลธรรมควบคู่กับวิชาการอื่นๆ<br>• เรียนรู้และมีพฤติกรรมรักษาสิ่งแวดล้อม<br>• มีบริการให้คำปรึกษา | • มีบริการพื้นฐานด้านสุขภาพตามมาตรฐานทางกฎหมายอย่างครบถ้วน มีประกันสุขภาพ<br>• มีบริการ Counseling<br>• มีสิ่งแวดล้อมที่ดีและโภชนาการที่เหมาะสม<br>• ส่งเสริมการอบรมทางจิตวิญญาณ ศิลปวัฒนธรรม สันทนาการ | • มีบริการพื้นฐาน เช่น การตรวจและฝากครรภ์<br>• การให้คำปรึกษาหารือ ให้ความรู้ก่อนสมรส รวมทั้งบริการตรวจเลือด (HIV, โรคทางพันธุกรรม) |

**กลุ่มหญิงตั้งครรภ์**

| บุคคล | ครอบครัว | โรงเรียน | สถานที่ทำงาน | ชุมชน |
|---|---|---|---|---|
| • อายุเหมาะสม ( 20-35 ปี)<br>• สุขภาพกาย/จิตดี<br>- น้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์<br>- ไม่ซีด<br>- ไม่เครียด<br>- ไม่เครียด จิตใจแจ่มใส<br>• ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์<br>- นอนหลับ พักผ่อนเพียงพอ<br>- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่<br>- ไม่ทำงานที่เสี่ยงต่อการแท้งหรือเป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์<br>• รู้สึกมั่นคงปลอดภัยตลอดระยะการตั้งครรภ์<br>- ANC อย่างน้อย 4 ครั้ง<br>- ได้รับวัคซีนครบ<br>• มีความรู้เรื่องการตั้งครรภ์และการเลี้ยงลูก<br>• คลอดกับบุคลากรที่มีความรู้และชำนาญในสถานที่ปลอดภัย<br>• ได้รับการดูแลหลังคลอดที่มีคุณภาพและมาตรฐาน | • สามี/ญาติพี่น้อง คนในครอบครัวช่วยสนับสนุนทั้งร่างกายและจิตใจ<br>• ไม่มีความรุนแรงในครอบครัว<br>• สามีช่วยเหลืองานบ้านและให้กำลังใจ | • มีบริการสุขภาพให้คำปรึกษาหรือส่งต่อ | • มีระบบการปรับเปลี่ยนงานที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ (ตามกฎหมายแรงงาน) | • มี screening test<br>• มีบริการ ANC<br>• มีสถานที่ทำคลอดที่ปลอดภัย และส่งต่อได้ถ้ามีเหตุการณ์ฉุกเฉิน<br>• มี well baby clinic |

**กลุ่มอายุ 0-5 ปี**

| บุคคล | ครอบครัว | โรงเรียน | สถานที่ทำงาน | ชุมชน |
|---|---|---|---|---|
| • น้ำหนักแรกคลอดไม่ต่ำกว่า 3000 กรัม<br>• ได้รับการตรวจคัดกรองโรคที่สำคัญ เช่น Thyroid , Phenylketouria<br>• พัฒนาการปกติ เช่น 3 เดือนยิ้มสบตาได้, 7 เดือน นั่งได้, 9 เดือน ยืนได้, 12 เดือนเดินได้ วิ่งได้, พูดได้ไม่เกิน 24 เดือน<br>• ไม่มีฟันน้ำนมผุ<br>• ช่วยตนเองได้ เช่น แต่งกาย(อายุ 5 ปี) ฝึกขับถ่ายเองได้ตั้งแต่อายุ 2 ขวบขึ้นไป<br>• ความสูง และน้ำหนัก เพิ่มตามอายุ (ht p25-p90, wt p10-p90)<br>• มีสังคมปกติ: รู้จักเล่นกับเพื่อนใหม่<br>• เข้าใจกฎระเบียบในบ้านเมื่ออายุ 2-3 ปี<br>• มีวินัย เอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่<br>• รู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่น รู้จักปลอบเมื่อเข้าใจว่าผู้อื่นเป็นทุกข์ | • สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กร่วมกัน<br>• พ่อแม่อ่านนิทานให้เด็กฟังเมื่ออายุ 1 ปี ขึ้นไป<br>• ส่งเสริมให้เด็กช่วยตนเอง เช่น แต่งกาย แปรงฟัน ตรวจสุขภาพฟัน<br>• มีการเล่นและ ออกกำลังกายร่วมกันในครอบครัว<br>• ครอบครัว มีโอกาสเดินทางท่องเที่ยวด้วยกัน ไป พบญาติและเพื่อนของครอบครัว<br>• ไม่มีความรุนแรงในครอบครัว<br>• สั่งสอนให้เด็กมีมีวินัย เอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ | • มีระบบเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก<br>• จัดสถานที่และอุปกรณ์ที่สนับสนุนการแต่งกายและแปรงฟันของเด็ก<br>• ส่งเสริมการเล่นและออกกำลังกายร่วมกันในโรงเรียน<br>• อาหาร และขนมที่จัดหรือจำหน่ายใน ร.ร. สะอาด มีประโยชน์ต่อร่างกาย และไม่ใช่อาหารประเภทขยะ (junk food) และขายเป็นเวลา<br>• มีความปลอดภัย โดยเฉพาะการเล่นของเด็กและเครื่องเล่น | • มีกฎระเบียนการลาหลังคลอดถูกต้องตามข้อกำหนดของกฎหมาย (ลาคลอดได้ 3 เดือน และลาต่อ ได้อีก 3 เดือนโดยไม่รับเงินเดือน) | • มีบริการพื้นฐานสำหรับการดูแลสุขภาพเด็ก<br>• มี Screening test สำหรับโรคที่สำคัญ เช่น Thyroid , Phenylketouria<br>• มีศูนย์ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน โดยผู้ดูแลเด็กเป็นผู้ที่ผ่านการอบรม มีความรู้ในเรื่องสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก<br>• มีความปลอดภัย ทั้งทางกายภาพและสังคม เช่น ระบบเฝ้าระวังความรุนแรงต่อเด็กและสตรี |

**กลุ่มอายุ 6-12 ปี**

| บุคคล | ครอบครัว | โรงเรียน | สถานที่ทำงาน | ชุมชน |
|---|---|---|---|---|
| • ร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี<br>- น้ำหนักเพิ่มตามอายุ (wt for age)<br>- ได้รับวัคซีนครบ<br>- ฟันแท้ไม่ผุ เหงือกไม่อักเสบ<br>• อารมณ์ดี ร่าเริง มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม<br>• มีเชาว์ปัญญาอยู่ในระดับดี (IQ ไม่ต่ำกว่า 100)<br>• มีผลการเรียนอยู่ในระดับพอใช้หรือดี<br>• ออกกำลังกาย/เล่นกีฬาอย่างใดอย่างหนึ่งสม่ำเสมอ<br>• เรียนอย่างมีความสุข มีเวลาพักผ่อนหลังเลิกเรียนและวันหยุด<br>• มีความรู้เรื่องเพศศึกษา Secondary sex characteristics , การตั้งครรภ์<br>• ได้แสดงออกตามความสามารถ และความถนัดของตนเอง เช่นศิลปะ คนตรี กีฬา<br>• มีความสนใจและร่วมกิจกรรมกับคนอื่น | • จัดหาปัจจัยพื้นฐานให้แก่เด็ก เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม<br>• สร้างสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่นและปลอดภัย<br>• ไม่มีความรุนแรงในครอบครัว<br>• ถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตที่ดีสู่ลูกหลานโดยผู้ใหญ่ในครอบครัว รวมทั้งการศึกษา/สืบทอดศิลปะวัฒนธรรมและเข้าถึง<br>• ชมเชยและแสดงความรักเด็ก<br>• ทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดีและให้คำปรึกษา<br>• ส่งเสริมการศึกษา<br>• ครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกันสม่ำเสมอ<br>• สอนให้เด็กรู้จักประหยัด<br>• ไม่มีการใช้สารเสพติดในครอบครัว | • จัดการศึกษาที่เห็นความสำคัญในการให้เด็กเป็น ศูนย์กลาง<br>• สอนทักษะชีวิต ฝึกการแก้ปัญหา การปฏิเสธ<br>• จัดสอนเรื่องเพศศึกษา<br>• สร้างบรรยากาศ การเรียนรู้ที่เป็นสุขให้กับเด็ก ไม่เคร่งเครียด<br>• มีกิจกรรมทางศิลปะวัฒนธรรม ดนตรี และกีฬา<br>• สอนและจัดกิจกรรมเกี่ยวกับศีลธรรม หน้าที่พลเมือง<br>• สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครู นักเรียน และผู้ปกครอง<br>• ครูเป็นตัวอย่างที่ดี<br>• มีโครงการส่งเสริมสุขภาพ<br>• เป็นเขตปลอดสารเสพติด | • ไม่มีคนงานอายุต่ำกว่า 15 ปี | • มีบริการพื้นฐานสำหรับการดูแลสุขภาพ<br>• มีความปลอดภัย ทั้งทางกายภาพและสังคม เช่น ระบบเฝ้าระวังความรุนแรงต่อเด็กและสตรี<br>• มีสื่อหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ เช่น ยาเสพติด, เพศสัมพันธ์ที่ดีและปลอดภัยปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เช่น ยาเสพติด ,อุบัติเหตุ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์<br>• มีนโยบายและกิจกรรมที่พัฒนาสาธารณประโยชน์ |

| บุคคล | ครอบครัว | โรงเรียน | สถานที่ทำงาน | ชุมชน |
|---|---|---|---|---|
| • มีระเบียบวินัย เช่น ตรงต่อเวลา ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ<br>• มีทัศนคติที่ดี และเป็นมิตรต่อเพศเดียวกันและเพศตรงข้าม<br>• ดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ<br>- แปรงฟัน<br>- ออกกำลังกาย<br>- นอนหลับ พักผ่อน<br>- ไม่ยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด<br>- รู้จักความปลอดภัย<br>• ปฏิบัติตนตามหลักศาสนาที่นับถือ รู้จักรับผิดชอบชั่วดี<br>• เรียนรู้ทักษะชีวิต เช่น รู้จักตนเอง การแก้ปัญหา การมีเหตุผล ฯลฯ<br>• หลีกเลี่ยงสารเสพติดต่าง ๆ<br>• รู้จักเห็นอกเห็นใจ และช่วยเหลือผู้อื่น, มีความเมตตากรุณาต่อตนเอง/สัตว์<br>• รู้จักดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม | | • สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนปลอดภัย<br>• อาหาร และขนมที่จัดหรือจำหน่ายใน ร.ร.สะอาด มีประโยชน์ต่อร่างกาย และไม่ใช่อาหารประเภทขยะ (junk food)<br>• มีการยกย่องเชิดชูเกียรติและประกาศเกียรติคุณนักเรียนที่ทำประโยชน์ต่อผู้อื่น หรือส่วนรวม | | • มีการจัดระเบียบสังคมเพื่อให้พ้นจากอันตรายและอุบัติเหตุและอบายมุขต่าง ๆ<br>• มีสถานที่พักผ่อนและทำกิจกรรมร่วมกันสำหรับครอบครัว ชุมชน เช่น สนามเด็กเล่น สนามกีฬาสวนสาธารณะ<br>• มีกิจกรรมทางศิลปะ ดนตรีกีฬา ของชุมชน ที่เด็กสามารถเข้าร่วมได้<br>• สร้างค่านิยมที่ดี ที่ถูกต้องในชุมชน เช่น ไม่ฟุ้งเฟ้อเห็นแก่เงิน ยกย่องคนดี, ซื่อสัตย์ ให้เป็นตัวอย่างในชุมชน<br>• มีบุคคลที่เป็นแบบอย่างที่ดี(role model) |

**กลุ่มอายุ 13-18 ปี**

| บุคคล | ครอบครัว | โรงเรียน | สถานที่ทำงาน | ชุมชน |
|---|---|---|---|---|
| • เหมือนกับกับเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี กลุ่ม 6-12 ปี เพิ่มเติมดังนี้<br>• มีดัชนีมวลกายปกติในช่วง 18.5-24.9<br>• เพศหญิงเริ่มมีประจำเดือน<br>• ไม่มีฟันผุและเหงือกอักเสบ<br>• ทั้งสองเพศมีการเจริญเติบโตของ secondary sex characteristics<br>• มีเชาว์ปัญญาอยู่ในระดับดี (IQ ไม่ต่ำกว่า 100)<br>• ได้รับการศึกษาอย่างน้อย 9-12 ปี<br>• มีกีฬาอย่างใดอย่างหนึ่งเล่นเป็นประจำ<br>• มีความภูมิใจในตัวเอง<br>• มีจุดมุ่งหมายในอนาคต<br>• มีสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัว เพื่อนทั้งเพศเดียวกันและต่างเพศ<br>• ไม่สุรุ่ยสุร่าย ฟุ้งเฟ้อ หรือวัตถุนิยม<br>• มีความศรัทธา และปฏิบัติตามหลักศาสนาที่นับถือ<br>• | • เหมือนกับกับเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี กลุ่ม 6-12 ปี | • เหมือนกับกับเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี กลุ่ม 6-12 ปี | • ไม่มีคนงานอายุต่ำกว่า 15 ปี<br>• จัดประเภทงานและเวลาที่เหมาะสมกับแรงงานอายุ 15-18 ปี ตามข้อกำหนดของกฎหมาย | • เหมือนกับกับเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี กลุ่ม 6-12 ปี |

**กลุ่มอายุ 19-59 ปี**

| บุคคล | ครอบครัว | สถานที่ทำงาน | ชุมชน |
|---|---|---|---|
| • BMI 18.5-24.9<br>• มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ทำกิจกรรมได้ตามปกติ หรือเป็นอย่างดี<br>• เมื่ออายุ 45-55 ปีขึ้นไป อาจมีอาการ menopause/andropause แต่อยู่ในระดับไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน<br>• มีสมรรถภาพทางเพศปกติ<br>• สุขภาพฟันดี หรือมีฟันปลอมที่มีคุณภาพใช้ตามความจำเป็น<br>• มีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้องและสร้างเสริมสุขภาพ ไม่สูบบุหรี่ ดื่มเหล้ามากและติดสารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและความรุนแรง<br>• มีพฤติกรรมการทำงานที่เหมาะสมและปลอดภัย<br>• ออกกำลังกาย/เล่นกีฬา อย่างใดอย่างหนึ่งสม่ำเสมอ<br>• นอนหลับ พักผ่อนเพียงพอ<br>• มีงานทำที่สุจริต มีรายได้<br>• มี EQ ที่ดี | • รักใคร่ปรองดองกัน<br>• มีความพร้อมทางเศรษฐกิจ<br>• มีอาชีพสุจริต<br>• ไม่ใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหาครอบครัว<br>• ไม่ใช้สารเสพติด | • มีหลักประกันทางเศรษฐกิจและสุขภาพ<br>• มีบริการพื้นฐานด้านสุขภาพตามมาตรฐานทางกฎหมายอย่างครบถ้วน มีประกันสุขภาพ<br>• มีอุปกรณ์/สถานที่ออกกำลังกายและนันทนาการแก่ผู้ทำงานในช่วงระหว่างพัก หรือหลังจากการทำงาน<br>• มีกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ทำงานทุกระดับ<br>• มีบริการ Counseling<br>• มีมาตรการเรื่องความปลอดภัย<br>• มีการกำหนดเวลาทำงานไม่เกินมาตรฐานตามกฎหมาย<br>• มีการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานไปปฏิบัติตามหลักความปลอดภัยและ ergonomic | • หญิงได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละครั้งเมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไป และตรวจมะเร็งเต้านมได้ด้วยตนเอง<br>• ชายควรได้รับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมากเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป<br>• ระดับชาติ: มีหลักประกันสุขภาพสำหรับคนในชุมชน<br>• .ให้ความรู้เรื่องเศรษฐกิจการจัดการรายได้,การออม,การลงทุน<br>• บริการสุขภาพ counseling , screening test<br>• มีสถานที่สันทนาการ ออกกำลังกาย<br>• มีการจัด Zoning ของชุมชน<br>• ยึดหลัก Human security |

| บุคคล | ครอบครัว | สถานที่ทำงาน | ชุมชน |
|---|---|---|---|
| • รู้จักการจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน<br>• รู้จักบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม<br>• มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆทั่วไปและครอบครัว<br>• เสียสละทำงานให้กับสังคม หมู่คณะตามความสามารถ<br>• มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาหรือคุณธรรม<br>• รู้จักประหยัดและอดออม<br>• ซื่อสัตย์ สุจริต | | • จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีและโภชนาการที่เหมาะสม<br>• ส่งเสริมการอบรมทางจิตวิญญาณ ศิลปวัฒนธรรมสันทนาการ<br>• ส่งเสริมการฝึกทักษะหรือการศึกษาต่อ | |

**ผู้สูงอายุ(60$^{+}$ปี)**

| บุคคล | ครอบครัว | ชุมชน |
|---|---|---|
| **ร่างกาย**<br>• BMI 18.5-24.9<br>• การทำงานของทุกระบบของร่างกายปกติหรือดี<br>• รับประทานอาหารได้โดยไม่มีข้อจำกัดทั้งชนิดและปริมาณ<br>• บริหารร่างกายสม่ำเสมอ 3 ครั้ง/สัปดาห์<br>• นอนหลับเพียงพอ<br>• ไม่มีโรคเรื้อรัง<br>• ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ : สูบบุหรี่,ดื่มเหล้ามาก,ใช้สารเสพติด<br>**ด้านจิตใจ**<br>• มีจิตใจแจ่มใสเยือกเย็น อารมณ์ดี<br>• และพอใจในชีวิต<br>• มีโอกาสได้เข้าสังคมเสมอ<br>• รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า<br>• มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสม่ำเสมอ<br>• มีความสนใจทางสิ่งแวดล้อม เช่น สนใจข่าวบ้านเมือง<br>• มีกินมีใช้ตามความต้องการ<br>• ได้รับการเคารพจากผู้ด้อยอาวุโสกว่า<br>• มีโอกาสอยู่ในครอบครัว มากกว่าสถานสงเคราะห์ | • อาศัยอยู่ในครอบครัวอบอุ่นที่มีสมาชิก 3 generation<br>• สมาชิกให้การเคารพและดูและผู้สูงอายุ<br>• ผู้สูงอายุมีโอกาสที่ได้ช่วยดูแล ลูกหลานตามความสมัครใจ<br>• ในบ้านมีอุปกรณ์ให้ความสะดวกในการดำรงชีวิตประจำวันแก่ผู้สูงอายุ เช่น มีราวเกาะในห้องน้ำและห้องน้ำชักโครก | • สิ่งแวดล้อมในชุมชนเอื้อต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น ทางเท้าบันไดเลื่อน ฯลฯ<br>• มีกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุเป็นประจำสม่ำเสมอ<br>• มีระบบการดูแลความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินโดยเฉพาะเด็กและผู้สูงอายุ<br>• มีการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือกลุ่มอาสาสมัครต่อผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล<br>• มีการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุใจชุมชน |

# บทที่ 4

# การทดสอบการทดสอบความแม่นตรงของเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี

การทดสอบเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี แบ่งเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

## 4.1 ขั้นเตรียมการ (Preparation Phase)

4.1.1 การกำหนดนิยามเชิงกรอบแนวคิดของคนไทยสุขภาพดี

เนื่องจากการพัฒนาเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี แม้ว่าจะมีความพยายามดำเนินการกันมาเป็นระยะๆ แต่ยังเป็นการพัฒนาเฉพาะบางมิติ หรือเฉพาะกลุ่มประชากร หรือ การแปลเครื่องชี้วัดจากเครื่องมือที่พัฒนาไว้แล้ว ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้ที่สำคัญ แต่เนื่องจากการศึกษาต่างๆ ยังไม่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ และไม่ครอบคลุมที่จะใช้ประเมินสถานะสุขภาพดีของคนไทยในกลุ่มอายุ และเพศที่แตกต่างกัน คณะผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการในขั้นเตรียมการเพื่อรวบรวมองค์ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการพัฒนาและเครื่องชี้วัดสถานะสุขภาพที่ดี ทั้งที่ดำเนินการในประเทศไทย และต่างประเทศ และคณะผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดของคนไทยสุขภาพดี โดยให้คำนิยามในเชิงกรอบแนวคิด (Conceptual Definition) ไว้ดังนี้ ***"ลักษณะของคนไทยสุขภาพดี (Healthy Thais) ผู้ที่มีสุขภาวะสมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือสภาวะที่สามารถป้องกันได้โดยพฤติกรรมสุขภาพ เป็นหน่วยที่มีคุณภาพของสังคม มีศักยภาพในการพัฒนาสังคมที่ตนเองเป็นสมาชิกอยู่ให้มีความสงบสุข เจริญก้าวหน้า และมีความพร้อมที่จะเจริญเติบโตอย่างมีสุขภาวะไปเรื่อย ๆ ในทุกช่วงชีวิต"***

4.1.2 การเลือกผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญเพื่อวิพากย์เนื้อหา และการให้ข้อเสนอแนะ

คณะผู้วิจัย ได้เสนอชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ ประกอบด้วย กุมารแพทย์, ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและเยาวชน, นักระบาดวิทยา- ผู้เชี่ยวด้านเด็กและเยาวชน, จิตแพทย์-ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและเยาวชน, นักวิชาการสาธารณสุข-ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและเยาวชน, แพทย์-ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและครอบครัว, แพทย์-ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและสตรี, นักวิชาการ-ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและครอบครัว, นักวิชาการอาชีวอนามัย-ผู้เชี่ยวชาญด้านวัยแรงงาน, แพทย์อาชีวเวชศาสตร์และสิ่งแวดล้อม, แพทย์-ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยเจริญพันธุ์, ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ, ทันตแพทย์, นักวิชาการด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, นักสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, นักมานุษยวิทยาทางการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสังคม จำนวน 37 ท่าน เพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะทั้งในเชิง เนื้อหา และระเบียบวิธีการ ในการพัฒนาและการใช้เครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี ได้รับข้อเสนอแนะในการแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 32 ท่าน (รายชื่อภาคผนวกที่ 1)

4.1.3 การระบุองค์ประกอบหลัก และตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

จากนิยามเชิงกรอบแนวคิด คณะผู้วิจัยได้มีสกัดองค์ประกอบหลักของคุณลักษณะคนไทยสุขภาพดี ที่ระบุไว้ในนิยามเชิงกรอบแนวคิด เพื่อจัดทำกรอบตัวแปรต่างๆ ในการสร้างเครื่องชี้วัด และนำเสนอในการประชุมระดมความคิดร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อ ซึ่งมีข้อสรุปดังนี้

ก.) ความมีสุขภาพที่ดีนั้น เป็นกระบวนการพัฒนาที่มีความต่อเนื่อง (Continuum of health) ที่เริ่มตั้งแต่การเลือกคู่ครอง การปฏิสนธิ การตั้งครรภ์ การคลอด..... จนถึงช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต และสถานะด้านสุขภาพของแต่ละช่วงนั้น จะเป็นแรงเหวี่ยง (Momentum) ที่จะมีผลต่อพัฒนาการของสุขภาพในช่วงวัยต่อๆมา

ข.)ในสังคมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ความมีสุขภาพที่ดีนั้น มีปัจจัยกำหนดทั้งในเชิงพันธุกรรม และบริบททางสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน และสังคมภายนอก

ค.) การสร้างเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี จึงต้องครอบคลุมทั้งการประเมินสถานะของความมีสุขภาพดีในทุกมิติ และปัจจัยกำหนด

ง.) แนวคิดของคำว่า “สุขภาพดี” นั้นแปรผันไปตามช่วงวัย ประสบการณ์ชีวิตและการรับรู้ ซึ่งบริบทด้านวัฒนธรรมจะมีผลต่อคำนิยามและขอบเขตของคำว่า สุขภาพดี ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการประชุมระดมความคิดของประชากรในช่วงวัยต่างๆ ตั้งแต่วัยเรียน กลุ่มพ่อ-แม่ที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี กลุ่มสตรี กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อจะได้นำมาพิจารณาปรับปรุงนิยามในเชิงกรอบแนวคิดและการระบุตัวแปรหลักของมิติต่างๆด้านสุขภาพตลอดจนปัจจัยกำหนด

จ.) ที่ประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่า เครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีที่สร้างขึ้นนั้น ไม่ควรใช้เพื่อการตัดสินระดับความมีสุขภาพดีว่า นาย ก. ดีกว่านาย ข. หรือชุมชน ก. ดีกว่าชุมชน ข. แต่ควรใช้เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ (Learning tool) ที่จะพัฒนาสู่ความมีสุขภาพดีของประชากรแต่ละกลุ่มวัยและเพศ และแต่ละชุมชน

4.1.4 การประชุมระดมความคิด ชาวบ้านเพื่อระบุคุณลักษณะของคนไทยสุขภาพดีตามการรับรู้ของชุมชน

เพื่อให้นิยามในเชิงกรอบแนวคิดและตัวแปรในการประเมินความมีสุขภาพดีที่จะพัฒนาขึ้นนั้น มีความสอดรับ (Relevance) กับบริบททางสังคมวัฒนธรรมไทย คณะผู้วิจัยได้จัดการประชุมระดมความคิดเพื่อการเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การรับรู้และการนิยามความมีสุขภาพดี ของประชากรตามกลุ่มวัยและเพศ โดยดำเนินการในพื้นที่ตำบลโป่งแดง อำเภอขามทะเลสอ โดยจัดการประชุมกลุ่มต่างๆดังนี้

**ก. กลุ่มมารดาที่มีบุตรต่ำกว่า 5 ปี**

การระดมความคิดของกลุ่มมารดาที่มีบุตรต่ำกว่า 5 ปี มีสมาชิกเข้าร่วมระดมความคิด 12 คน เป็นหญิงอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ 4 คน โดยให้สมาชิกร่วมกันระดมความคิดเกี่ยวกับการเป็นคู่ครองสุขภาพดี หญิงตั้งครรภ์สุขภาพดี เด็กสุขภาพดี และครอบครัวสุขภาพดี ได้ข้อสรุปของการประชุมดังนี้

**การเลือกคู่ครอง**

- ต้องมีความรัก ความเข้าใจกันมาก่อนแต่งงาน
- ต้องมีเวลาศึกษาจิตใจซึ่งกันอย่างน้อย 1 ปี
- อยากได้คนใจดี ไม่ทุบตี ทำร้าย
- อยากได้สามีรูปร่างดีเพื่อลูกจะได้รูปร่างดี
- ไม่ขี้โรคไม่เป็นโรค เช่น ไวรัสบี หอบหืด โรคเรื้อน ไทรอยด์ (โรคติดต่อร้ายแรง โรคสังคมรังเกียจ) โรคโลหิตจาง โรคที่ติดต่อทางสายพันธ์
- มีความเป็นตัวของตัวเอง ไม่ยึดความคิดคนอื่นเป็นสรณะ ไม่แคร์คนอื่นมากเกินไป
- มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว คือ หาเลี้ยงครอบครัว เป็นที่พึ่งทางกายและใจ มีทุกข์ปรึกษาได้ และมีน้ำใจต่อญาติพี่น้องทั้งสองฝ่าย
- รักลูก ขยัน อดทน ต่างฝ่ายต่างอดกลั้นเมื่ออีกฝ่ายมีอารมณ์
- ไม่ทะเลาะเบาะแว้ง ทำมาหากิน
- สามีปกป้อง ให้ความเป็นธรรม
- ซื่งสัตย์ ไม่เล่นการพนัน อบายมุข ไม่ขี้เมา ไม่ติดยาเสพติด
- ต้องมีความรู้มากพอ หรือมีประสบการณ์ในชีวิตมากเพียงพอ ต้องเรียนมากกว่าผู้หญิง
- หญิงควรแต่งงานอายุประมาณ 20 ปี เนื่องจากวัยวุฒิสูงขึ้น ประสบการณ์ชีวิตช่วย ถ้าอายุน้อยมีโอกาสเลิกกัน
- ชายควรอายุมากกว่าประมาณ 5 ปี จะได้เคารพในประสบการณ์
- ควรมีลูกอายุ 20 ปี อยากมีลูก 2 คน เป็นส่วนใหญ่
- สามีมีความรู้การป้องกันตนจากโรค STD แต่เวลาเมาจะไม่ป้องกัน

**หญิงตั้งครรภ์ที่สุขภาพดี**

- ไม่เครียด มิฉะนั้นจะมีผลกระทบต่อเด็ก(ยิ้มแย้มแจ่มใส)
- กินอาหารดีครบ 5 หมู่
- หมั่นตรวจสุขภาพตนเอง(ฝากท้อง)และไปตามนัดทุกครั้ง
- ดูแลตนเองว่ามีอะไรผิดปกติจะได้รับไปตรวจ
- มีข้อมูลว่าทำอย่างไรเด็กจะเกิดมาแข็งแรงสมบูรณ์และแม่แข็งแรง, ทำอย่างไรจึงจะคลอดง่าย

- ออกกำลังกายเหมาะสมกับการตั้งครรภ์ อย่านอนเฉยๆ
- ทำงานตลอดแต่ลดความหนักและที่เสี่ยงต่อการแท้ง
- จำเป็นต้องฉีดวัคซีนให้ครบตามหมอนัด
- ควรกินยาตามแพทย์สั่ง

**เด็ก 0-5 ปี**

- อยากให้มีน้ำหนักแรกเกิด 3,000 กรัม
- แข็งแรง ไม่ป่วยบ่อย
- ร่าเริง, ไม่ดื้อ แต่ซนได้เนื่องจากเป็นพัฒนาการของเด็ก
- อยากให้ลูกฉลาด
- ได้รับวัคซีนครบ

**ข. กลุ่มนักเรียน ชาย หญิง**

การระดมความคิดของตัวแทนกลุ่มนักเรียนตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 3 ทั้งชายและหญิง จำนวน 24 คน ได้ข้อสรุปของการระดมความคิดเกี่ยวกับวัยเรียนสุขภาพดีดังนี้

- แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย
- เล่นกีฬาเป็นประจำ
- รูปร่างดี ไม่อ้วน ไม่ผอม
- ไม่ติดยาเสพติด
- กินอาหารครบ 5 หมู่
- อารมณ์ดี ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ดี
- ฉลาด เรียนดี ไม่สอบตก
- การตั้งใจเรียน
- การตรงต่อเวลา
- ความซื่อสัตย์
- ทำงานเสร็จทันเวลา
- ได้แสดงออกตามความสามารถ/ถนัดของตนเอง
- เข้ากับเพื่อนได้ง่าย ไม่ทะเลาะกับเพื่อน
- มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ โรคต่างๆ เช่น เอดส์ ป้องกันตนเองได้
- เรียนอย่างมีความสุข
- ได้เล่นดนตรี เช่น กลองยาว เมอริเดียน ดุริยางค์ต่างๆ

**ค. กลุ่มเยาวชนชาย หญิง**

การประชุมระดมความคิดในกลุ่มเด็กและเยาวชน มีเด็กและเยาวชนเข้าร่วมการประชุมทั้งสิ้น 18 คน เป็นเด็กอายุ 11-12 ปี จำนวน 8 คน และวัยรุ่นอายุ 13-18 จำนวน 10 คน โดย 1 ในจำนวน 10 คนนี้ เป็นเด็กที่ไม่ได้ศึกษาต่อจำนวน 1 คน การระดมความคิดให้เด็กแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยคละกันระหว่างหญิงชาย และวัยเด็กและวัยรุ่น จากนั้นจึงให้ออกมานำเสนอวัยเด็กสุขภาพดี และวัยรุ่นสุขภาพดีของแต่ละกลุ่มดังนี้

**เด็กสุขภาพดี**

- ป่วยยาก
- ร่าเริงแจ่มใส
- แข็งแรง ตัวใหญ่ สมบูรณ์
- น้ำหนักตัวส่วนสูงตามเกณฑ์
- มีสุขภาพจิตดี มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีเพื่อนเยอะ
- พูดจาไพเราะอ่อนหวาน อุปนิสัยดี ทำให้ผู้คนอยากคบหาสมาคม
- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ, เล่นกีฬาทุกชนิดได้ดีด้วยความปลอดภัย
- กินอาหารครบ 5 หมู่
- นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- ตรวจสุขภาพร่างกายเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ,ตรวจสมรรถภาพทางร่างกาย
- ได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสมทั้งทางด้านสติปัญญาและอารมณ์
- ครอบครัวอบอุ่นไม่มีปมด้อยและสภาพแวดล้อมที่ดี
- มีความคิดสร้างสรรค์ หัดคิด หัดทำ
- สติปัญญาเฉลียวฉลาด
- มีสมาธิในการทำงาน
- พูดจามีเหตุผล ,ไม่พูดเพ้อเจ้อ
- ยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นที่รักของสังคม
- ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด
- นั่งสมาธิ ฝึกบริหารจิตอย่างอดทน
- เข้าวัดปฏิบัติธรรม
- มีความคิดสร้างสรรค์ ,รักสิ่งแวดล้อม
- รูปร่างหน้าตาหล่อเหลาและสวยงาม
- สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด,สุภาพเรียบร้อย
- เข้าสังคมได้เป็นอย่างดี

**วัยรุ่นสุขภาพดี**

- มีสุขภาพแข็งแรง, สุขภาพและจิตใจที่ดีและร่าเริงแจ่มใส
- มีร่างกายที่แข็งแรง, กินอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อ
- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย 8-10 ชั่วโมง
- เล่นกีฬา,ออกกำลังกาย(เต้นแอโรบิก)
- ไม่ควรลดน้ำหนักเพราะวัยนี้เป็นวัยเจริญเติบโตต้องการสารอาหาร
- ไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด
- อารมณ์ไม่หงุดหงิดง่าย ไม่โมโหง่าย
- มีภูมิต้านทานโรคที่ดี
- มี IQ และ EQ สูง
- รู้จักเข้าสังคม
- มีความสามัคคีในหมู่คณะ, รักซึ่งกันและกัน
- มีความเชื่อมั่นในตนเอง
- ไม่ควรกลับบ้านดึกเมื่อไปเที่ยว
- เข้าวัดปฏิบัติธรรม อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
- ฝึกบริหารจิต เจริญปัญญา นั่งสมาธิสม่ำเสมอ
- มีความใฝ่ฝันที่ดีและเป็นไปได้ (ฝันให้ไกลไปให้ถึง)
- ก้าวทันเทคโนโลยี,คิดอย่างสร้างสรรค์
- แต่งตัวเหมาะสมกับวัย, ไม่แต่งตัวเกินวัย
- พ่อแม่ไม่ควรเข้มงวดกับลูกมากเกินไป
- ต้องการความอบอุ่นจากพ่อแม่,ครูอาจารย์
- ต้องการความรักและความเข้าใจจากพ่อแม่
- มีความคิดสร้างสรรค์
- รับฟังความคิดเห็นของคนอื่น
- เข้าสังคมได้เป็นอย่างดี
- ไม่ออกเที่ยวกลางคืน
- พูดจาไพเราะอ่อนหวานมีหางเสียงไม่ก้าวร้าว
- ไม่รบกวนผู้อื่น, ไม่เปิดเพลงเสียงดังรบกวนบ้านข้างเคียง
- พูดจามีเหตุผล
- ไม่พูดจาประชดประชัน
- ไม่พูดยุแหย่ผู้อื่น

- พูดจาไพเราะอ่อนหวาน ไม่คิดฟุ้งซ่าน
- รู้จักคบเพื่อนที่นิสัยดี ไว้ใจได้
- ไม่หมกมุ่นเกี่ยวกับเรื่องเพศก่อนวัยอันควร
- ไม่หลอกลวงผู้อื่น
- ไม่รังแกผู้ด้อยกว่าเรา
- ไม่ดูถูกปมด้อยของผู้อื่น

**ง. กลุ่มวัยทำงานชาย หญิง**

การประชุมระดมความคิดในกลุ่มวัยแรงงาน มีผู้เข้าร่วมประชุมระดมความคิดทั้งสิ้น 16 คน เป็นชาย 8 คน และหญิง 8 คน โดยแต่ละคนจะเขียนลักษณะของวัยแรงงานที่มีสุขภาวะตามความคิดเห็นของตนเองไว้ และนำมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม ซึ่งได้ข้อสรุปของวัยแรงงานที่มีสุขภาวะดังนี้

**ลักษณะของคนหนุ่มสาววัยแรงงานที่มีสุขภาพดี**

- แข็งแรง, ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ เช่น เอดส์, ทำงานหนักได้
- ใจดี(ไม่คิดมาก)
- ไม่ใช้ยาเสพติด
- ไม่ดื่มเหล้า
- ไม่สูบบุหรี่
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- รูปร่างดี สูงโปร่ง ปัญญาดี
- ร่างกายต้องสะอาด และสิ่งแวดล้อมด้วย
- ดูแลตัวเองเรื่องการกินอยู่ กินให้ครบ 5 หมู่
- กินอาหารปลอดสารพิษ
- มีชีวิตที่ดีที่สุด
- เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกหลาน
- สิ่งแวดล้อมในครอบครัวดี
- มีงานทำ มีรายได้, รู้จักหาเลี้ยงชีพ(ไม่ผิดกฎหมาย)
- อยู่ในสิ่งแวดล้อม เข้าสังคมได้ ฟังคนอื่น
- อยู่ในสังคมได้ทุกสังคม
- มีการรวมกลุ่มเพื่อทำสิ่งที่ดีเพื่อส่วนรวม แลกเปลี่ยนปัญหากัน
- มีสายในแห่งความรักในครอบครัว(ปู่ ย่า ตา ยาย) (เตือนลูกหลานเมื่อทำความผิด)
- ถ้าเป็นลูกๆต้องนึกถึงใจพ่อแม่ว่าเขารักเรา

- ไม่มีเพศสัมพันธ์ในวัยอันควร (บรรลุนิติภาวะ)
- มีงานทำช่วยเหลือตัวเองได้
- ผู้หญิงอย่าใจอ่อน ต้องกล้าปฏิเสธ
- ผู้ชายเมื่อไปเที่ยวมาน่าจะพูดกับภรรยาได้(พูดกันได้)
- มีน้อยใช้น้อย

**ด้านจิตใจดี**

- ใจสบาย ไม่หงุดหงิด, ร่าเริง สนุก
- มองโลกในแง่ดี ความคิดสร้างสรรค์
- พยายามเข้าใจกันในครอบครัว ซึ่งกันและกัน พูดคุยกัน
- พักผ่อน ฟังธรรม เข้าวัด ทำบุญ ตักบาตร
- มีเพื่อน ระบายคุยกับเพื่อน
- ดูหนังฟังเพลง
- ไม่เครียด ตื่นเช้าไปทำงานทัน (พักผ่อนให้เพียงพอ) (มีความพร้อมในชีวิตประจำวัน) มีศีลธรรมและคุณธรรมมีเหตุผล
- ทำจิตใจดี ไม่ขี้โมโหโทสะ
- มีความคิดดีเยี่ยม
- เป็นคนดีของสังคม
- ผู้หญิงเก่งมีอำนาจเหมือนผู้ชาย
- ผู้หญิงเก่งงาน

**ด้านจิตวิญญาณ**

- ใฝ่รู้ ศึกษารอบรู้อยู่เสมอ
- มีศีลธรรม คุณธรรม มีเหตุผล
- ไม่ฟุ้งเฟ้อกับวัฒนธรรมตะวันตก, ไม่ฟุ่มเฟือยกับโลกที่ทันสมัย

**ถ้าเป็นคนพิการ**

- ทำใจให้ได้
- ได้รับการช่วยเหลือจากสังคมบ้าง

**จ. กลุ่มผู้สูงอายุชาย หญิง**

การประชุมระดมความคิดในกลุ่มผู้สูงอายุ มีผู้เข้าร่วมประชุมรวมทั้งสิ้น 15 คน เป็นผู้สูงอายุชาย 6 คน ผู้สูงอายุหญิง 9 คน โดยให้ผู้สูงอายุแต่ละคนเสนอความคิดเห็นต่อการเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี และผู้ดำเนินการประชุมสรุปได้ดังนี้ คือ

**ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมีลักษณะ**

- ไม่มีโรคประจำตัว
- อารมณ์ดี
- สามารถเดินไปมาได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งผู้ช่วยพยุง
- ทำงานบ้านเองได้ พึ่งตนเองได้
- รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับอายุ ทานผักผลไม้ ไม่ทานอาหารรสจัด
- บริหารร่างกายสม่ำเสมอ

**ชีวิตคนแก่ที่มีความสุข**

- ได้รับการเอาใจใส่จากลูกหลาน
- มีงานเล็กๆน้อยทำ
- มีลูกหลานอยู่ใกล้ชิด
- มีเพื่อนคอยพูดคุยด้วย
- ได้ไปวัดทำบุญ ฟังเทศน์ธรรม
- ได้ทำสิ่งที่ชอบและสนใจ เช่น ดูทีวีช่องที่ชอบ
- ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอประมาณ 8 ช.ม.ต่อวัน

**ถ้าผู้สูงอายุอยู่คนเดียว**

- ญาติมาช่วยดู
- อบต.เข้าไปช่วยดูแล
- ชมรมเลี้ยงดูผู้สูงอายุ

**จิตใจที่ดี**

- ได้มีโอกาสระบายความทุกข์ใจได้
- สามารถเป็นที่พึงพิงแก่ลูกหลานได้
- ลูกหลานเคารพเชื่อฟัง เห็นคุณค่าของคำสอน

**บ้านของผู้สูงอายุ**

- สะอาดเป็นระเบียบ จะหยิบก็ง่าย หายก็รู้ ดูสบายตา
- เป็นบ้านชั้นเดียว มีห้องน้ำ มีครัว ห้องนอนอากาศดี มีหน้าต่างระบายอากาศดี
- มีที่พักผ่อนอยู่ที่บ้าน
- ถ้าอายุมาต้องมีราวจับ มีไม้เท้าเดินไปวัดได้ เกาะกะไดขึ้นศาลา

**ชุมชน**

- จัดสถานที่ให้คนแก่ออกกำลังกาย ออกกำลังเป็นเวลา ให้ได้ยืดเส้นยืดสาย
- มีบริการรตรวจสุขภาพ ความดัน เบาหวาน, โรคเข่า,เอว สายตา หัวใจ, หู ตา ฟัน

- ถ้ามีคนดูแล พาขึ้นรถ เข็นไปไหนมาไหน
- มีแหล่งหนังสือให้อ่าน

**ฉ. กลุ่มกรรมการ และสมาชิกอบต.**

การระดมความคิดกลุ่มกรรมการชุมชน, สมาชิกอบต. และข้าราชการที่ปรึกษา อบต. มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 22 คน แยกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม และผู้แทนกลุ่มนำเสนอร่วมกันเพื่อสรุปเป็นลักษณะชุมชนที่มีสุขภาวะที่ดี โดยแยกเป็น 3 ประเด็นในเรื่อง สิ่งแวดล้อม, ลักษณะของคน และบริการพื้นฐานในชุมชน

**ด้านสิ่งแวดล้อม**

- บ้านที่อยู่อาศัยร่มรื่น
- บ้านสะอาดทั้งบริเวณบ้าน คอกสัตว์แยกเป็นสัดส่วน
- มีรั้วรอบ ผักรอบรั้วกินได้
- แหล่งน้ำดื่มน้ำใช้มีไว้ใช้สำรองการขาดแคลน
- น้ำประปาต้องดื่มได้ มีเจ้าหน้าที่ส่วนกลางมาแนะนำ
- มีการตรวจสอบคุณภาพน้ำ
- จัดให้มีน้ำเพียงพอด้านการเกษตร
- ไม่มีสิ่งปฏิกูลในแหล่งน้ำธรรมชาติ
- ไม่ทิ้งขยะในแหล่งน้ำ ถังขยะมีฝาปิดมิดชิด
- ไม่มีมลภาวะเป็นพิษจากการเผาวัชพืช ขยะ
- ไม่มีฝุ่นละอองจากรถวิ่ง
- ถนนต้องสะอาดไม่สะสมฝุ่นละออง
- ถนนไปมาสะดวก ปลอดภัย
- มีโรงงานในตำบลโป่งแดง
- คนในชุมชนอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เช่น ปลูกป่า
- คนในชุมชนร่วมกำจัดสิ่งปฏิกูลมูลฝอยกำจัดหนู(มีบริการเก็บขยะไปทำลาย)
- มีส้วมถูกสุขลักษณะ
- มีอากาศบริสุทธิ์
- ลดสารพิษทุกชนิดในพืชบก ลดการใช้สารเคมี
- มีการรวมกลุ่มทำการเกษตร เลี้ยงสัตว์และต้องการให้รัฐช่วยเหลือเต็มที่
- จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ เช่น สวนสาธารณะ ออกกำลังกาย
- สาธารณูปโภค ไฟฟ้า และอื่นๆครบถ้วน
- มีพื้นที่ทิ้งขยะเป็นสัดส่วน

- ไม่มีขโมยในชุมชน
- มีการพัฒนาถนนซอยโดยไม่รองบประมาณ
- บ้าน วัด โรงเรียน ชุมชนร่วมกันพัฒนาหมู่บ้านให้น่าอยู่อาศัย
- สิ่งแวดล้อมสะอาดไม่มีแหล่งน้ำขังที่เพาะพันธุ์โรค
- มีเตาเผาขยะได้มาตรฐาน
- รณรงค์การประหยัดพลังงาน
- มีการรักษาความปลอดภัยในหมู่บ้าน

**ลักษณะของคนสุขภาพดี**

- มีร่างกายแข็งแรงได้สัดส่วน สุขภาพจิตดี
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- มีจิตใจโอบอ้อมอารี
- รักท้องถิ่น ร่วมพัฒนาชุมชน
- มีนิสัยบริโภคที่ดี
- มีการศึกษาที่ดี(การศึกษาพื้นฐานอย่างน้อย 9 ปี)
- คนในครอบครัวมีความรัก สามัคคี รู้จักการดูแลสุขภาพที่ดีและเผยแพร่สิ่งดีแก่ชุมชน
- ครูใน ร.ร.สอนสุขภาพดีแก่นักเรียน โดยผ่านหอกระจายข่าวที่ดี
- เจ้าหน้าที่อนามัยให้บริการทุกด้าน
- คนในชุมชนเชื่องฟังไม่ทิ้งขยะลงคลองหรือทิ้งนอกแนวบริการ
- ลูกหลานเป็นคนดีของสังคมไม่ติดยาเสพติด
- อยากให้ทุกคนเป็นคนดี มีเมตตากรุณา
- มีงานทำ อยากทำงาน
- ทุกคนสามัคคี
- คนอื่นๆได้รับการดูแลช่วยเหลือคุ้มครองจากรัฐและชุมชน
- คนจนต้องได้รับการช่วยเหลือ
- เด็กและสตรีได้รับการดูแลช่วยเหลือ
- ผู้เป็นมารดาต้องแข็งแรงสุขภาพดี รู้จักกินอาหารสะอาดครบทุกหมู่ งดของมึนเมา, บุหรี่ และดูแลด้านจิตใจ
- ผู้นำต้องทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี ไม่เห็นแก่ตัวและหลงในอบายมุขต่างๆ
- ชาวบ้านมีที่ดินทำมาหากินดี
- ทุกคนละเลิกการพนัน น้ำเมา เที่ยวกลางคืน
- ประชาชนงดการใช้สารผสมอาหารที่ไม่ถูกต้อง และงดใช้ยาฆ่าแมลง

- ชุมชนได้เรียนรู้ระเบียบวินัย สามัคคี แก้ไขความยากจน
- เด็กได้รับการดูแล และความอบอุ่นจากครู ผู้ปกครองอย่างใกล้ชิด
- อยู่ในระเบียบวินัยของสังคม
- ปราศจากการคอรัปชั่น, ซื่อสัตย์สุจริต
- ได้รับข้อมูลข่าวสารทันสมัย
- ดูแลป้องกันตนเองให้ปลอดโรคภัยไข้เจ็บและโรคติดต่อร้ายแรง
- ได้รับการอบรมให้ดูแลครอบครัวอบอุ่น คนชราวัยรุ่น
- ได้รับการดูแลสุขภาพ อาหาร และออกกำลัง
- เยาวชนรู้จักรับผิดชอบ หน้าที่เล่นกีฬา
- ผู้สูงอายุมีวัฒนธรรม
- เด็กอ่อนรับวัคซีนครบ
- เด็กวัยเรียนได้ทานอาหารครบทุกมื้อ
- พ่อแม่สนในลูกและใกล้ชิด
- ผู้ใหญ่เป็นต้นแบบที่ดีของเด็ก
- คนในชุมชนสามัคคีไม่ทะเลาะวิวาท
- ประชาชนทุกวัยรู้วิธีสร้างสุขภาพด้วยตนเอง
- เด็กด้อยโอกาส สตรี คนชรา คนพิการได้รับการดูแล
- ตระหนักสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อม
- ค้นหาศักยภาพคนในครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพ
- ปลอดภัยจกอุบัติเหตุ สารพิษ โรคติดต่อ
- อารมณ์แจ่มใส ร่าเริง
- มีกฎระเบียบกติกาของบ้านชัดเจน
- มีการตรวจสุขภาพประจำปี
- คนในชุมชนมีสำนึกรักชาติศาสน์ กษัตริย์ ไม่ทำชั่ว
- ผู้น้อยเคารพผู้ใหญ่
- ร่วมกันกำจัดการค้ายาเสพติดในชุมชน

**บริการพื้นฐาน**

- สถานีอนามัยบริการรวดเร็ว, เข้าถึงได้ง่าย
- สถานีอนามัย มีหมอ พยาบาล อยู่ประจำ
- สถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน
- เมื่อเจ็บป่วยได้รับการดูแลเสมอภาคเท่าเทียมกัน

- มีศูนย์บริการสุขภาพครบวงจร
- มีการส่งเสริมสุขภาพ
- มีที่ออกกำลังกาย+สนามกีฬาทุกหมู่บ้าน
- จัดระบบตรวจสุขภาพทุกกลุ่มตามปฏิทินตลอดปี
- มียารักษาขั้นพื้นฐานเพียงพอ
- มีบริการปรึกษาแนะนำสุขภาพทั้งกายและจิต อย่างต่อเนื่อง
- มีการตรวจสอบคุณภาพสินค้าอุปโภค บริโภคในชุมชน
- มีวัดเหมาะสำหรับปฏิบัติธรรม, เป็นศูนย์รวมจิตใจคนในชุมชน
- เจ้าอาวาสปฏิบัติธรรมเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกวัด
- มีสถานที่ทำงานทำอยู่ในหมู่บ้าน
- ถนนภายในคอนกรีต
- มีการตลาดกว้าง เข้าสู่ตำบล
- มีหน่วยงานราชการดูแลใกล้ชิด
- มีการจัดงานและประเพณีพื้นบ้าน
- มีกลไกเสริมสร้างประชาคม เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้เดือนร้อนในชุมชนได้อย่างแท้จริง
- มีระบบข้อมูลข่าวสารการประชาคมให้ตรวจสอบได้ มีคณะกรรมการบริหารตรวจสอบผลของประชาคมอีกครั้งก่อน
- มีกลไกตรวจสอบความโปร่งใสของการดำเนินงาน
- มีการให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงในการประชุม อบต. ทุกครั้งโดยกรรมการที่มาจากหมู่บ้านต่างๆ

**ครอบครัวอบอุ่น**

- สามีภรรยาเข้าใจกันและกันไม่นอกใจกัน ไว้ใจกัน
- ลูกทุกคนรักพ่อแม่ เชื่อฟังพ่อแม่ เป็นห่วงในกันระหว่างลูก-พ่อแม่ เข้าใจกัน พ่อแม่ไว้ใจได้ สื่อสารกันตลอดเวลา
- มีฐานะพอสมควรให้ลูกเท่าเทียมกับครอบครัวอื่น(ลูกซื้อมือถือให้พ่อเพื่อสื่อสารได้ง่ายขึ้น)
- พ่อแม่เป็นแบบอย่างที่ดีของลูก
- ครอบครัวได้ทานอาหารร่วมกันอย่างน้อยวันละ 2 มื้อ
- พ่อและลูกรับฟังซึ่งกันและกัน เป็นกันเอง
- ทำกิจกรรมร่วมกันกับญาติพี่น้อง ลูก กินอาหารมื้อเย็นร่วมกันนอกบ้านเป็นครั้งคราว
- ต้องไม่ใช้ทิฐิเอาชนะกัน พูดสื่อสารกันเป็นประจำ ใช้เวลาอยู่ร่วมกัน พูดคุยทำความเข้าใจกัน
- ไม่ทะเลาะวิวาทให้ลูกได้ยิน(ฐานะเศรษฐกิจด้วยอาจเป็นสาเหตุการทะเลาะวิวาท)

- ครอบครัวญาติพี่น้องเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ (เช่น ใช้ลูกหลานส่งข้าวปลาอาหารกัน ทำให้ให้เด็กได้เรียนรู้การเอื้อเฟื้อ ปัจจุบันเวลาไม่อำนวย,ให้ญาติพี่น้องสนิทสนม)
- ชุมชนมีลานกีฬาให้เด็กบ้อมเล่นกีฬา และผู้ใหญ่มาร่วมเล่นด้วย มีแข่งกีฬาระหว่างหมู่บ้านเสริมสามัคคี
- เด็กขาดพ่อแม่-ปัญหาครอบครัวที่ไม่ครบตามธรรมชาติ ชุมชนต้องเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน
- เด็กที่พ่อแม่ตาย, ไปทำงานที่อื่น ชุมชนจะช่วยอย่างไรให้เขาเติบโตเป็นเยาวชนคุณภาพ

**โรงเรียนที่จะสร้างเยาวชนสุขภาพดีมีลักษณะ**

- โรงเรียนน่าดู น่าอยู่ น่าเรียน
- โรงเรียนมีอาคารสะอาดคงทน สวยงาม
- ห้องเรียนทันสมัย ห้องสมุด ห้องเรียนคอมพิวเตอร์ ภาษาอังกฤษ มีสวนหย่อม กีฬา ทุกประเภท
- มีสิ่งแวดล้อมสะอาด และปลอดภัย(ของเล่น)
- ต้องฝึกเด็กให้ใฝ่รู้ใฝ่เรียนด้วยตัวของเขาเอง (ไม่ใช่หวังจากโรงเรียนอย่างเดียว ครอบครัวต้องมีส่วนช่วยด้วย ชุมชนต้องเป็นฐานหนุน)
- มีคณะกรรมการศึกษาของโรงเรียนในหมู่บ้านเชื่อมโยง ร.ร.และ อบต.
- ครูต้องรักเอาใจใส่เด็กเหมือนลูกตนเอง รู้จักเด็กรายบุคคล รู้ปัญหาของเด็ก
- ครูดูแลใกล้ชิดในการเรียนการสอน, ครูควรให้เด็กได้รับการดูแลเสมอกัน
- นักเรียนได้รับประทานอาหารกลางวัน และนม
- มีนันทนาการ กีฬา อุปกรณ์กีฬา/กีฬาสี
- มีการติดตามสังเกตพฤติกรรมของเด็กใกล้ชิดเพื่อป้องกันยาเสพย์ติด
- ฝึกทักษะชีวิตแก่นักเรียน ก่อเกิดรายได้ด้วย เช่น ปลูกต้นไม้(ทักษะวิชาชีพ)
- สอนเด็กวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับยาเสพติด โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง
- ติดตามหาความสัมพันธ์ของเด็กกับกลุ่มต่างๆ โดยใช้ข้อมูลจากชุมชน
- มีน้ำดื่มสะอาด
- พ่อแม่-ครูต้องสื่อสารกันเป็นประจำ ร.ร.ชุมชนต้องใกล้ชิดกันเพื่อส่งเสริมส่วนดี แก้ไขส่วนไม่ได้
- ผู้ปกครอง- ผู้ปกครองควรสื่อสารกันเป็นประจำ
- หลักสูตรของโรงเรียนควรทำให้เด็กกล้าพูดกล้าถาม กล้าแสดงออก, ฝึกทักษะในการปฏิเสธ

จากการประชุมระดมความคิดชาวบ้านเพื่อระบุคุณลักษณะของคนไทยสุขภาพดีตามการรับรู้ของชุมชน คณะผู้วิจัยทำการประมวลผลและการวิเคราะห์ประเด็นหลักของของความคิดเห็นจากกลุ่มต่างๆ และนำมารวมกับกรอบแนวคิดที่ร่างไว้แล้วเพื่อดำเนินการในการสร้างเครื่องชี้วัดในรายละเอียดเป็นฉบับร่างครั้งที่ 1

**4.2. การตรวจสอบความแม่นตรงของเครื่องมือในเชิงเนื้อหา** (Content validity)

คณะผู้วิจัยได้นำผลการประชุมระดมความคิดประกอบกับการทบทวนทางวิชาการและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบกันเพื่อจัดทำเป็นชุดแบบสอบถามเพื่อการประเมินสถานะของคนไทยสุขภาพดีในแต่ละกลุ่มอายุในบริบทของครอบครัว ชุมชน โรงเรียนและสถานที่ทำงานตาม แบบสอบถามได้ครอบคลุมทั้งเนื้อหาที่ใช้ในการประเมินความมีสุขภาพดี ปัจจัยกำหนดและบริบท เมื่อร่างแล้วเสร็จได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบในแง่ความแม่นตรงทางเนื้อหาพร้อมทั้งมีการจัดประชุมร่วมกันเพื่อทำการแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง

**4.3. การทำการสำรวจภาคสนาม**

เพื่อประเมินความแม่นตรงทั้งในแง่เนื้อหา และความสามารถในการสื่อความหมาย ความสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมท้องถิ่น (Communicability) รวมถึงการเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการบริหารจัดการ เช่นการใช้เวลาในการสัมภาษณ์ การเดินทาง ฯลฯ ในการสำรวจภาคสนามครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่ ตำบลบางประมุง อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ตำบลบุ่งขี้เหล็ก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา และตำบลควนธานี จังหวัดตรัง ได้จำนวนตัวอย่างดังนี้ คือ

4.3.1 กลุ่มตัวอย่าง

| กลุ่ม | จำนวนรวม | ชาย | | หญิง | |
|---|---|---|---|---|---|
| | (คน) | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 0-5 ปี | 109 | 56 | 51.4 | 53 | 48.6 |
| 6-12 ปี | 163 | 88 | 54.0 | 75 | 46.0 |
| 13-18 ปี | 124 | 60 | 48.4 | 64 | 51.6 |
| 19-59 ปี | 558 | 232 | 41.6 | 326 | 58.4 |
| 60 ปี ขึ้นไป | 274 | 117 | 42.7 | 157 | 57.3 |
| รวม | 1,228 | 553 | | 675 | |

4.3.2 วิธีการจัดเก็บเครื่องชี้วัด สรุปตามเครื่องมือของแต่ละกลุ่มดังนี้

| ชุดเครื่องมือ | วิธีการจัดเก็บข้อมูล |
|---|---|
| เด็ก 0-5 ปี | ผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นผู้ตอบ เก็บข้อมูลได้เพราะส่วนใหญ่จะอยู่บ้าน |
| เด็ก 6-12 ปี | เด็กอายุต่ำกว่า 9 ปี ส่วนใหญ่ ผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นผู้ตอบ แต่ถ้าอยู่ ป.4, ป.5 และ ป.6 เด็กจะกรอกข้อมูลเองได้ |
| กลุ่มอายุ 13-18 ปี | กรอกข้อมูลเองได้ แต่ส่วนใหญ่ไม่อยู่บ้านต้องฝากไว้แล้วนัดรับในวันอื่น |
| กลุ่มอายุ 19-59 ปี | ข้อมูล ส่วนใหญ่สามารถกรอกเองได้ แต่ถ้าอายุมากขึ้นจะอ่านได้ช้า การสัมภาษณ์จะสะดวกกว่า |
| กลุ่ม 60+ ปี | ใช้การสัมภาษณ์ทุกคน |
| ครอบครัวสุขภาพดี | ส่วนใหญ่สามารถกรอกเองได้ แต่ถ้าหัวหน้าครอบครัวอายุมากขึ้นจะอ่านได้ช้า การสัมภาษณ์จะสะดวกกว่า |
| คู่ครองสุขภาพดี | ส่วนใหญ่สามารถกรอกเองได้ แต่จะมีปัญหาไม่สามารถจัดเก็บเป็นคู่ครองได้ครบทั้งสองคน ต้องใช้วิธีฝากแบบสอบถามไว้ |
| ชุมชนสุขภาพดี | ส่วนใหญ่สามารถกรอกเองได้ แต่ถ้าอายุมากขึ้นจะอ่านได้ช้า การสัมภาษณ์จะสะดวกกว่า |

**4.4. การประเมินความถูกต้องในตัวสร้าง (Construct Validity) และความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ (Reliability)** ที่ใช้ในการจัดเก็บเครื่องชี้วัด

4.4.1 การประเมินความถูกต้องในตัวสร้าง (Construct Validity) คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบมาตรวัดที่ได้สร้างขึ้นจากแนวคิดและกฎเกณฑ์ต่างๆ รวมทั้งเปรียบเทียบเครื่องมือที่นำมาจากแหล่งอื่น เช่น แบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น และแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของกรมสุขภาพจิต, แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (Health State Description) ขององค์การอนามัยโลก โดยใช้การวิเคราะห์ factor analysis ช่วยในการจัดกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มโครงสร้างเดิมของเครื่องชี้วัดที่นักวิจัยจัดกลุ่มไว้กับผลที่ได้จากการสำรวจภาคสนาม โดยใช้เกณฑ์ loading factor ตั้งแต่ 0.4 ขึ้นไป พบว่าสามารถจัดกลุ่มเครื่องชี้วัดในด้านต่าง ๆ ได้ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

4.4.2 การประเมินความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ (Reliability) ใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency Method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's Alpha) ได้ค่าของสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ ($\alpha$) ของแต่ละชุดอยู่ในช่วง 0.8-0.9 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ในความเชื่อถือได้ของเครื่องมือที่สร้างขึ้นเอง

# บทที่ 5

# ผลการใช้เครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีในชุมชน

## ผลการเก็บข้อมูลในพื้นที่

จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ประชากรไทย ใน 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นกลุ่มอายุ 0-5 ปี, 6-12 ปี, 13-18 ปี, 19-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป และหน่วยของสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพดีของประชากร ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และสถานที่ทำงาน ได้ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ดังนี้คือ

**ตาราง 5.1 แสดงจำนวนตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้ จำแนกตามพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย**

| จังหวัด | จำนวน ครอบครัว | 0-1 ปี | 1-5 ปี | 6-12 ปี | 13-18 ปี | | 19-59 ปี | | >60 ปี | รวม ทุกกลุ่ม |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง | | |
| น่าน | 1,046 | 20 | 196 | 384 | 122 | 148 | 735 | 959 | 591 | 3,155 |
| | | *0.6%* | *6.2%* | *12.2%* | *3.9%* | *4.7%* | *23.3%* | *30.4%* | *18.7%* | *100.0%* |
| อำนาจเจริญ | 1,014 | 47 | 312 | 518 | 124 | 160 | 766 | 986 | 435 | 3,348 |
| | | *1.4%* | *9.3%* | *15.5%* | *3.7%* | *4.8%* | *22.9%* | *29.5%* | *13.0%* | *100.0%* |
| สระแก้ว | 1,005 | 52 | 272 | 441 | 143 | 163 | 788 | 1011 | 385 | 3,255 |
| | | *1.6%* | *8.4%* | *13.5%* | *4.4%* | *5.0%* | *24.2%* | *31.1%* | *11.8%* | *100.0%* |
| ยะลา | 681 | 40 | 282 | 375 | 73 | 93 | 572 | 705 | 298 | 2,438 |
| | | *1.6%* | *11.6%* | *15.4%* | *3.0%* | *3.8%* | *23.5%* | *28.9%* | *12.2%* | *100.0%* |
| กรุงเทพฯ | 528 | 20 | 144 | 231 | 79 | 78 | 391 | 505 | 159 | 1,607 |
| | | *1.2%* | *9.0%* | *14.4%* | *4.9%* | *4.9%* | *24.3%* | *31.4%* | *9.9%* | *100.0%* |
| **รวม** | 4,274 | 179 | 1,206 | 1,949 | 541 | 642 | 3,252 | 4,166 | 1,868 | 13,803 |
| | | ***1.3%*** | ***8.7%*** | ***14.1%*** | ***3.9%*** | ***4.7%*** | ***23.6%*** | ***30.2%*** | ***13.5%*** | ***100.0%*** |

จากตารางผลการเก็บข้อมูลจะเห็นว่า สัดส่วนการกระจายแต่ละกลุ่มอายุใกล้เคียงกันในแต่ละจังหวัด และเฉลี่ยสมาชิกในครอบครัวละ 3 คน แต่จำนวนประชากรตัวอย่างที่เก็บได้ต่ำกว่าที่กำหนดไว้ เนื่องมาจากปัญหาใน 2 พื้นที่ คือ จังหวัดยะลา และกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้เนื่องมาจาก

1) พื้นที่จังหวัดยะลา ในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม เกิดเหตุการณ์ไม่สงบในพื้นที่ ทำให้การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ไม่สามารถดำเนินการตามช่วงเวลาที่กำหนดได้ และเมื่อขยายเวลาในการเก็บข้อมูลออกไปอีก 1 เดือนครึ่ง สามารถดำเนินการเก็บต่อไปได้เพียง 681 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 68 ของขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้ (1,000 ครัวเรือน) จึงยุติการเก็บข้อมูล ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของพนักงานเก็บข้อมูลและผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ รวมทั้งคุณภาพของข้อมูลที่ได้

2) พื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งพื้นที่ตามลักษณะของชุมชน โดยคำนึงถึงความหลากหลายของประชากรในกรุงเทพฯ ประสบกับปัญหาในการเลือกครอบครัวตัวอย่าง รวมทั้งการเก็บข้อมูลครอบครัวในพื้นที่กรุงเทพฯ ได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูลน้อย และการติดตามเก็บข้อมูลสมาชิกในครอบครัวต้องนัดหมายและเก็บหลายครั้งจึงจะครบถ้วน ทำให้มีผลกระทบต่องบประมาณในการเก็บข้อมูล ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรเฉพาะกลุ่มได้ นักวิจัยจึงปรับแผนการเก็บข้อมูลในกรุงเทพฯเฉพาะพื้นที่ชุมชนแออัด 10 ชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนของประชาชนกลุ่มชุมชนแออัดในกรุงเทพฯ และสอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับ

การนำเสนอผลการใช้เครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีในชุมชน จะนำเสนอโดยแยกตามกลุ่มอายุที่สำคัญตามการพัฒนาเครื่องชี้วัดที่ได้เสนอไว้ในบทที่ 4

## 5.1 เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และเด็กกลุ่ม 1-5 ปี

### 5.1.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 48 เพศหญิงร้อยละ 52 อยู่ในครอบครัวที่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 77.7 อิสลาม ร้อยละ 22.3 ผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นส่วนใหญ่ เป็นพ่อ แม่ ร้อยละ 78.8 ย่าหรือยาย ร้อยละ 16.1 ปู่หรือตา ร้อยละ 3.4 เด็กมีความพิการทางร่างกาย 2 คน คือ พิการนิ้วมือนิ้วเท้า และหนังตาข้างขวาตก ผู้ดูแลเด็กทราบว่าเด็กมีสิทธิในการรักษาร้อยละ 91.6 ซึ่งในส่วนที่ไม่ทราบเนื่องมาจากยังไม่เคยไปใช้บริการและเป็นเด็กที่แจ้งทะเบียนบ้านนอกพื้นที่อยู่อาศัย ส่วนเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 53.4 เพศหญิงร้อยละ 46.6 อยู่ในครอบครัวที่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76 อิสลาม ร้อยละ 22.9 และคริสต์ 0.8 ผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นส่วนใหญ่ เป็นพ่อ แม่ ร้อยละ 76.1 ย่าหรือยาย ร้อยละ 19.1 ปู่หรือตา ร้อยละ 2.2 เด็กมีความพิการทางร่างกาย 13 คน คิดเป็นร้อยละ 1.1 ได้แก่พิการเกี่ยวกับตา 3 คน พิการเกี่ยวกับสมองและปัญญาอ่อน 4 คน กระดูกสันหลังคด, ลิ้นหัวใจรั่ว, ขาพิการ, พูดและ เดินไม่ได้, นิ้วหัวแม่มือขวาเกิน 1 นิ้ว, เพดานโหว่, ไม่มีรูทวารตั้งแต่แรกเกิด อย่างละคน ผู้ดูแลเด็กทราบว่าเด็กมีสิทธิในการรักษาร้อยละ 97.9 ดังรายละเอียดในตาราง 5.2

**ตาราง 5.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี**

| ข้อมูลทั่วไป | ต่ำกว่า 1 ปี | | กลุ่มอายุ 1-5 ปี | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **เพศ** | | | | |
| ชาย | 86 | 48.0 | 637 | 53.4 |
| หญิง | 93 | 52.0 | 557 | 46.6 |
| **ศาสนา** | | | | |
| พุทธ | 139 | 77.7 | 907 | 76.0 |
| อิสลาม | 40 | 22.3 | 274 | 22.9 |
| คริสต์ | 0 | 0.0 | 9 | 0.8 |
| **ผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นส่วนใหญ่** | | | | |
| พ่อ / แม่ | 141 | 78.8 | 918 | 76.1 |
| ย่า / ยาย | 29 | 16.1 | 230 | 19.1 |
| ปู่ / ตา | 6 | 3.4 | 27 | 2.2 |
| ลุง ป้า น้า อา | 3 | 1.7 | 19 | 1.5 |
| คนรับเลี้ยงเด็กที่บ้าน | 0 | 0.0 | 1 | 0.1 |

| ข้อมูลทั่วไป | ต่ำกว่า 1 ปี | | กลุ่มอายุ 1-5 ปี | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **ความพิการทางร่างกาย** | | | | |
| ไม่มี | 177 | 98.9 | 1193 | 98.9 |
| มี | 2 | 1.1 | 13 | 1.1 |
| **สิทธิในการรักษา** | | | | |
| มี | 164 | 91.6 | 1169 | 97.9 |
| ไม่มี | 15 | 8.4 | 25 | 2.1 |

### 5.1.2 ข้อมูลสุขภาวะของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี

จากข้อมูลในตาราง 5.3 ซึ่งได้แสดงลักษณะของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ตามเกณฑ์ต่าง ๆ ของสุขภาพ คือ พัฒนาการ และการเจริญเติบโต การเลี้ยงดูที่จะเอื้อต่อการมีสุขภาพดีทั้งในช่วงอายุนี้ และในอายุต่อไป จะเห็นว่าในเด็กกลุ่มนี้น้ำหนักแรกคลอดตั้งแต่ 3,000 กรัมขึ้นไปประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.3) อย่างไรก็ตามเมื่อรวมกลุ่มที่มีน้ำหนักแรกคลอดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นมา ก็จะได้เกือบร้อยละ 90 เด็กมากกว่าร้อยละ 90 ที่ไม่มีความพิการ ไม่ซีด ไม่เป็นโรคเลือด หรือโรคของต่อมไทรอยด์ แสดงว่าในระยะเริ่มต้นของชีวิต ส่วนใหญ่ปลอดภัยจากสภาวะทางร่างกายที่คุกคามต่อสุขภาพในอนาคต สำหรับการเจริญเติบโตทางกายที่วัดจากน้ำหนักและส่วนสูง พบว่า เด็กมีแนวโน้มจะสูงขึ้น คือ สูงตามตามเกณฑ์อายุ และมากกว่าเกณฑ์อายุ ร้อยละ 82 แต่มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุร้อยละ 68.9 และยังมีบางกลุ่ม (11.0%) ที่น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ และอีกร้อยละ 20 ที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ เด็กส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 มีพัฒนาการปกติเป็นไปตามอายุ นอกจากการเจริญเติบโตของฟัน ซึ่งข้อมูลแสดงว่าเด็กต่ำกว่า 1 ปี กลุ่มนี้เพียงร้อยละ 61 ที่มีฟันซี่แรกขึ้นเมื่ออายุ 6 เดือน ข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูที่สำคัญ คือ อาหาร การได้รับวัคซีนป้องกันโรคที่จะเป็นตามอายุ วัดโดยการที่พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูโอบกอดเด็กเป็นประจำร้อยละ 86.6 ได้กินนมแม่อย่างเดียวจนถึงอายุ 4 เดือน ร้อยละ 68.1 และจนถึง 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 15 ในเด็กที่ฟันขึ้นแล้วได้รับการเช็ดฟันให้ตอนอาบน้ำมีเพียงร้อยละ 65 ในด้านการป้องกันโรคเด็กเกือบทุกคนได้รับวัคซีน BCG (ร้อยละ 97.8) นอกจากนั้นได้รับครบตามอายุเกินกว่าร้อยละ 85

<u>สรุป</u>:- เครื่องชี้วัดแสดงสุขภาวะของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในด้านการเจริญเติบโต และพัฒนาการว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเป็นไปตามเกณฑ์อายุ ปลอดจากโรคทางกายที่จะบั่นทอนสุขภาวะในอนาคต บอกจากสุขภาพฟันซึ่งมีเกือบร้อยละ 40 ที่ฟันซี่แรกยังขึ้นช้ากว่าอายุที่ควร การเลี้ยงดูยังพบว่าการให้นมแม่จนถึงอายุที่ควรได้รับยังไม่ได้ตามเกณฑ์สุขภาพดีรวมทั้งการดูแลสุขภาพฟันแต่เริ่มแรกยังไม่ทำครบถ้วน

**ตาราง 5.3 ข้อมูลด้านสุขภาวะของเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี (จำนวน 179 คน)**

| เกณฑ์สุขภาพดี | ร้อยละ (จำนวน) เด็กที่มีลักษณะตามเครื่องชี้วัดเกณฑ์สุขภาพ | |
|---|---|---|
| 1) มีลักษณะและพัฒนาการทางกายปกติดีเป็นไปตามเกณฑ์อายุ | - น้ำหนักแรกคลอด 2,500 – 2,999 กรัม | 34.6 (62) |
| | 3,000 กรัมและมากกว่า | 55.3 (99) |
| | - ไม่พิการ | 98.9 (177) |
| | - ไม่ซีด | 96.1 (172) |
| | - ไม่เป็นโรคเลือด | 95.0 (170) |
| | - ไม่เป็นโรคต่อมไทรอยด์ | 95.5 (171) |
| | - น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ | 68.9 (144) |
| | น้อยกว่าเกณฑ์ | 11.0 (23) |
| | มากกว่าเกณฑ์ | 20.1 (42) |
| | - สูงตามเกณฑ์อายุ | 53.4 (95) |
| | เตี้ยกว่าเกณฑ์ | 18.0 (32) |
| | สูงกว่าเกณฑ์ | 28.6 (51) |
| | - พัฒนาการปกติ | |
| | ○ ยิ้มได้เมื่ออายุ 2 เดือน | 95.6 |
| | ○ หันหาเสียงเรียกเมื่ออายุ 4 เดือน | 96.4 |
| | ○ ฟันซี่แรกขึ้นเมื่ออายุ 6 เดือน | 61.0 |
| | ○ นั่งได้เองโดยมือไม่ยันพื้นเมื่ออายุ 8 เดือน | 91.0 |
| | ○ ใช้นิ้วมือหยิบของชิ้นเล็กเมื่ออายุ 9 เดือน | 94.4 |
| 2) ได้รับการเลี้ยงดูที่อบอุ่น และถูกต้องตามพัฒนาการ | - เด็กได้รับการโอบกอดเป็นประจำจากพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู | 86.6 |
| | - ได้กินนมแม่อย่างเดียวจนถึงอายุ 4 เดือน | 68.1 |
| | - ได้กินนมแม่อย่างเดียวโดยไม่กินนมอื่น และอาหารจนถึง 6 เดือน | 14.9 |
| | - ได้รับการเช็ดฟันตอนอาบน้ำ | 65.0 |
| | - ได้รับวัคซีนตามอายุ | |
| | ○ วัณโรค | 97.8 |
| | ○ หัด | 87.5 |
| | ○ ไวรัสตับอักเสบ 3 ครั้ง | 85.9 |
| | ○ โปลิโอ ครบ 3 ครั้ง | 87.2 |
| | ○ คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก 3 ครั้ง | 87.2 |

### 5.1.3 ข้อมูลสุขภาพของเด็กอายุ1-5 ปี

จากตาราง 5.4 แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่างอายุ1-5 ปี ตามเกณฑ์การมีสุขภาพดีในด้านต่าง ๆ สำหรับลักษณะทางกายพบว่าเด็กมากกว่าร้อยละ 90 ไม่มีโรคหรือภาวะต่างที่จะบั่นทอนสุขภาพ เช่น ภาวะซีด โรคเลือด โรคต่อมไทรอยด์ หรือความพิการ เด็กร้อยละ 67.8 มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ แต่มีถึงร้อยละ 22 ที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ส่วนความสูงพบเด็กสูงตามเกณฑ์อายุและสูงกว่าเกณฑ์อายุร้อยละ 72.6 ในด้านพัฒนาการตามอายุ เช่น การเดิน การรู้จักสิ่งของหรือบุคคลใกล้ชิด สามารถสื่อสารได้พูดได้ แสดงออกได้ถึงความผูกพัน ซึ่งเป็นพัฒนาการปกติของเด็ก พบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของเด็กกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามพัฒนาการปกติ แต่มีข้อสังเกตว่าความสามารถในการรู้จักถาม เช่น อะไร ใคร ซึ่งแสดงถึงความรู้สึกคิด เป็นการเจริญเติบโตของสมองในเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป กลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 77.5 ที่มีพัฒนาการได้ด้านนี้

สุขภาพในด้านอื่น เช่น สุขภาพฟันเริ่มมีปัญหามีเด็กฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาและสุขภาพทางเหงือกไม่ดี ร้อยละ40.8 และพฤติกรรมสุขภาพที่จะเกี่ยวข้องกับสุขภาพของฟันและเหงือกก็ยังมีสัดส่วนน้อยที่ได้มาตรฐาน เช่น เด็กอย่างน้อยแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เพียงร้อยละ 36 ล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง ร้อยละ 36 และเลิกดื่มนมจากขวดแต่เปลี่ยนเป็นดื่มนมจากแก้วเมื่ออายุขวบครึ่งขึ้นไปเพียงร้อยละ 37.8

ด้านการพัฒนาจิตใจเมื่อเติบโตเป็นผู้มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และไม่มีนิสัยรุนแรง วัดจากการที่เด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป เริ่มจะแบ่งบันสิ่งของและขนมให้เพื่อน มีร้อยละ 90.6 แต่เด็กวัยเดียวกันที่ไม่รังแกเพื่อนหรือทำร้ายสัตว์มีเพียงร้อยละ 77.5

ในด้านการเลี้ยงดูเพื่อการมีสุขภาพและพัฒนาการที่ดี พบว่าครอบครัวหรือผู้เลี้ยงดูเด็กยังขาดการกระตุ้นที่เหมาะสมสำหรับพัฒนาการทางจิตที่ดีของเด็ก เช่น ความรู้สึกอบอุ่น ไว้วางใจ มีกำลังใจที่จะทำความดีซึ่งวัดโดยการสัมผัส เช่น โอบกอด จากพ่อแม่เป็นประจำมีเพียงร้อยละ 74 ได้ฟังนิทานหรือมีผู้อ่านหนังสือให้ฟังบ่อยๆเป็นประจำมีเพียงร้อยละ 18 ได้รับคำชมเชยทุกครั้งที่ทำความดีเพียงร้อยละ 49 ได้ร่วมพิธีกรรมทางศาสนาร้อยละ 29.6 ได้รับอาหารในแต่ละวันไม่ครบหมู่ ส่วนใหญ่เป็นแป้ง รองลงมาเป็นเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้เพียงร้อยละ 27-30 แต่มีขนมหวานและขนมกรุบกรอบระหว่างมื้อถึงร้อยละ 36 สำหรับการป้องกันโรคอยู่ในเกณฑ์ดีมาก โดยที่มากกว่าร้อยละ 95 ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์

<u>สรุป</u>:- การใช้เครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีวัดสถานะสุขภาพในเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการและการเจริญเติบโตทางกายที่เป็นไปตามเกณฑ์ปกติมากกว่าร้อยละ 90 แต่มีปัญหาด้านการพัฒนาการทางสมองในการรับรู้ใช้ความคิด มีปัญหาทางสุขภาพฟันและเหงือก มีบางกลุ่มจำนวนไม่น้อยที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (มากกว่าในกลุ่มต่ำกว่า 1 ปี) พัฒนาการด้านจิตใจที่จะเติบโตเป็นคนดี

โดยเฉพาะทางด้านการไม่ใช้ความรุนแรงยังมีอีกประมาณร้อยละ 30 ที่ยังมีปัญหารวมทั้งการเลี้ยงดูที่จะพัฒนาการทางด้านอารมณ์ สมอง และจิตใจ ที่ยังมีส่วนน้อยที่เป็นไปตามเกณฑ์

**ตาราง 5.4 ข้อมูลด้านสุขภาวะของเด็กอายุ 1 -5 ปี (จำนวน 1,206 คน)**

| เกณฑ์สุขภาพดี | ร้อยละ (จำนวน) เด็กที่มีลักษณะตามเครื่องชี้วัดเกณฑ์สุขภาพ | |
|---|---|---|
| 1) ลักษณะทางกาย สติปัญญา อารมณ์ปกติหรือดีตามเกณฑ์อายุ | - น้ำหนักแรกคลอดตั้งแต่ 3,000 กรัมขึ้นไป | 58.7 (708) |
| | - ไม่มีความพิการ | 98.9 (1,193) |
| | - ไม่ซีด | 95.6 (1,153) |
| | - ไม่เป็นโรคเลือด | 95.1 (1,146) |
| | - ไม่เป็นโรคต่อมไทรอยด์ | 96.2 (1,160) |
| | - น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ | 67.8 (803) |
| | น้อยกว่าเกณฑ์ | 22.0 (261) |
| | มากกว่าเกณฑ์ | 10.2 (120) |
| | - สูงตามเกณฑ์อายุ | 55.2 (650) |
| | เตี้ยกว่าเกณฑ์ | 27.4 (322) |
| | สูงกว่าเกณฑ์ | 17.4 (205) |
| | - พัฒนาการปกติ | |
| | ○ เดินได้แล้ว | 95.8 |
| | ○ เด็กอายุ 1 ปี 3 เดือนขึ้นไป เรียกพ่อ แม่ /คนเลี้ยงได้ | 93.7 |
| | ○ เด็กอายุ 1 ปี 3 เดือนขึ้นไป ใช้นิ้วหรือดินสอ หรืออย่างอื่นขีดเขียนบนกระดาษ หรือพื้นดินได้ | 91.1 |
| | ○ เด็กอายุ 1 ปี 6 เดือนขึ้นไป ชี้รูปภาพ หรืออวัยวะได้ | 93.1 |
| | ○ เด็กอายุ 2 ปี ขึ้นไป พูดได้ 2-3 คำ ติดกัน | 96.3 |
| | ○ เด็กอายุ 2 ปี ขึ้นไป แสดงออกได้ถึงความผูกพัน กับผู้ใกล้ชิด เช่น ดีใจเมื่อพบ พ่อ แม่ | 98.8 |
| | ○ เด็กอายุ 3 ปี ขึ้นไป รู้จักจำนวน 1 ชิ้น หรือ 1 อันมีเท่าไหร่ | 92.3 |
| | ○ เด็กอายุ 3 ปี ขึ้นไป รู้จักถาม เช่น อะไร? ใคร? | 77.5 |
| | ○ เด็กอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่ | 95.2 |

| เกณฑ์สุขภาพดี | ร้อยละ (จำนวน) เด็กที่มีลักษณะตามเครื่องชี้วัดเกณฑ์สุขภาพ | |
|---|---|---|
| 2) สุขภาพฟันดี พฤติกรรมป้องกันและรักษาโรคในช่องปากดี | - ไม่มีฟันผุและไม่มีเหงือกอักเสบเป็นหนอง | 59.2 |
| | - มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา | 38.0 |
| | - เหงือกเป็นหนอง | 2.8 |
| | - เลิกนมขวดแต่ดื่มจากแก้วเด็ก ในเด็กอายุ 1 ปีครึ่งขึ้นไป | 37.8 |
| | - แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง | 36.0 |
| | - ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร | 36.0 |
| 3) มีน้ำใจต่อผู้อื่นและมีเมตตากรุณา | - เด็กอายุ 3 ปี ขึ้นไป เต็มใจที่จะแบ่งปันสิ่งของ หรือขนมให้เพื่อน | 90.6 |
| | - เด็กอายุ 3 ปี ขึ้นไป ไม่รังแกเพื่อน หรือทำร้ายสัตว์ต่างๆ | 77.5 |
| 4) ได้รับการเลี้ยงดูที่อบอุ่นเพื่อสนับสนุนพัฒนาการที่ดีเมื่อเติบโตขึ้น | - ได้รับการโอบกอดจาก พ่อ แม่ /ผู้เลี้ยงเด็ก เป็นประจำ | 74.0 |
| | - ได้ฟังนิทาน หรือเรื่องต่าง ๆ จากการอ่านหนังสือให้ฟังเป็นประจำ | 18.0 |
| | - ได้รับคำชมเชยทุกครั้งที่ทำความดี | 48.9 |
| | - มีการพบปะสังสรรค์ ระหว่างญาติพี่น้องเป็นประจำ | 47.2 |
| | - ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนากับครอบครัวเป็นประจำ | 29.6 |
| 5) ได้รับประทานอาหารครบถ้วน 5 หมู่ | อาหารที่ได้รับเป็นประจำทุกวันใน 1 สัปดาห์ (ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา) | |
| | - แป้ง เช่น ข้าว, ก๋วยเตี๋ยว | 61.9 |
| | - เนื้อสัตว์ | 45.1 |
| | - ผักต่าง ๆ | 27.7 |
| | - ผลไม้ต่าง ๆ | 30.3 |
| | - ขนมหวานและขนมกรุบกรอบระหว่างมื้อ | 36.2 |
| 6) ได้รับวัคซีนป้องกันโรค | ชนิดของวัคซีนที่ได้รับครบตามเกณฑ์อายุ | |
| | - วัณโรค | 98.5 |
| | - ไวรัสตับอักเสบ 3 ครั้ง | 96.1 |
| | - โปลิโอ ครบ 3 ครั้ง | 96.4 |
| | - คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก 3 ครั้ง | 96.2 |
| | - หัด | 94.5 |

## 5.2 เด็กกลุ่มอายุ 6-12 ปี

### 5.2.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศชายร้อยละ 51 เพศหญิงร้อยละ 49 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.7 อิสลาม ร้อยละ 15.5 คริสต์ ร้อยละ 0.5 และมีเด็กชาวเขาที่ไม่ระบุการนับถือศาสนา 5 คน ผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นส่วนใหญ่ เป็นพ่อ แม่ ร้อยละ 83.8 ย่าหรือยาย ร้อยละ 12.7 ปู่หรือตา ร้อยละ 1.9 เด็กมีความพิการทางร่างกาย ร้อยละ 1 ได้แก่ พิการทางสมอง ปัญญาอ่อน 5 คน พิการเกี่ยวกับแขน ขา นิ้วมือ ใบหู 5 คน หูหนวก 3 คน และสายตาเอียง, ออทิสติก, หัวใจรั่ว,อวัยวะเพศมีส่วนเกิน อย่างละคน เด็กมีสิทธิในการรักษาร้อยละ 97.9

**ตาราง 5.5 ข้อมูลทั่วไปของเด็กอายุ 6-12 ปี**

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (1,772) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **เพศ** | | |
| ชาย | 903 | 51.0 |
| หญิง | 869 | 49.0 |
| **ศาสนา** | | |
| พุทธ | 1483 | 83.7 |
| อิสลาม | 275 | 15.5 |
| คริสต์ | 9 | .5 |
| ไม่นับถือศาสนา | 5 | .3 |
| **ผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นส่วนใหญ่** | | |
| พ่อ / แม่ | 1633 | 83.8 |
| ย่า / ยาย | 248 | 12.7 |
| ปู่ / ตา | 36 | 1.9 |
| ลุง ป้า น้า อา | 26 | 1.3 |
| อื่น ๆ | 6 | 0.3 |
| **ความพิการทางร่างกาย** | | |
| ไม่มี | 1755 | 99.0 |
| มี | 17 | 1.0 |
| **สิทธิในการรักษา** | | |
| มี | 1735 | 97.9 |
| ไม่มี | 37 | 2.1 |

### 5.2.2 ข้อมูลด้านการศึกษาและสติปัญญา

เด็กที่อยู่ในช่วงอายุ 6-12 ปี เป็นกลุ่มเด็กที่เริ่มเข้าสู่วัยการศึกษา แต่ยังพบว่ามีเด็กที่ยังไม่ได้เข้าเรียน ร้อยละ 6 ในขณะที่เรียนชั้นอนุบาล ร้อยละ 5.6 เรียนอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 ร้อยละ 85 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 3.4 ส่วนผลการเรียนของเด็กที่เข้าเรียนแล้วและได้รับประเมินสัมฤทธิผลการเรียนเป็นระดับเกรดนั้น มีเกรดเฉลี่ยอยู่ที่ 2.98 โดยส่วนใหญ่ผลการเรียนจะอยู่ในระดับเกรด 2.01-3.00 ร้อยละ 52 อยู่ในระดับ เกรด 3.01-4.00 ร้อยละ 40.2 และต่ำกว่า 2.0 มีร้อยละ 7.8 และเมื่อวัดระดับเชาว์ปัญญา (IQ) โดยใช้แบบวัดของ TONI-3 พบว่าเด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี มีระดับเชาว์ปัญญาเฉลี่ย 89 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าระดับปกติถึงร้อยละ 58.2 ระดับปกติ ร้อยละ 32.6 และสูงกว่าระดับปกติ ร้อยละ 9.2 ดังตาราง 5.6

**ตาราง 5.6 ข้อมูลด้านการศึกษาของเด็กอายุ 6-12 ปี**

| ข้อมูลด้านการศึกษา | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ชั้นเรียน** | | |
| ไม่ได้เข้าเรียน | 116 | 6.0 |
| อนุบาล | 109 | 5.6 |
| ประถมศึกษาปีที่ 1-6 | 1656 | 85.0 |
| มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 | 67 | 3.4 |
| **ผลการเรียน** | (N=1306) | |
| เกรดระดับต่ำกว่า 1.00 | 5 | 0.4 |
| เกรด 1.01- 2.00 | 97 | 7.4 |
| เกรด 2.01-3.00 | 679 | 52.0 |
| เกรด 3.01-4.00 | 525 | 40.2 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 2.98 $\pm$ 0.60 | |
| **ระดับเชาว์ปัญญา (IQ)** | | |
| สูงกว่าปกติมาก (>130) | 64 | 3.3 |
| สูงกว่าปกติ (121-130) | 40 | 2.1 |
| ค่อนข้างสูง (111-120) | 75 | 3.8 |
| ปกติ (90-110) | 636 | 32.6 |
| ค่อนข้างต่ำ (80-89) | 771 | 39.6 |
| ต่ำกว่าปกติ (70-79) | 303 | 15.5 |
| ต่ำกว่าปกติมาก (<70) | 60 | 3.1 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 89 $\pm$ 13 | |

### 5.2.3 ข้อมูลด้านสุขภาพ

#### 1) สุขภาพร่างกายโดยทั่วไป

สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปของเด็ก 6-12 ปี พบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 7.4 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคเกี่ยวกับภูมิแพ้ และหอบ หืด รองลงมาได้แก่โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ธาลัสซีเมีย โลหิตจาง โรคหัวใจ และพิการทางสมอง เมื่อถามการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่ทำให้ต้องขาดเรียน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบอัตราป่วย ร้อยละ 20.3 ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ เช่น จักรยานล้ม มอเตอร์ไซด์ เหยียบตะปู เป็นต้น ในส่วนของการเจริญเติบโตของเด็ก เมื่อใช้การชั่งน้ำหนักเทียบเกณฑ์อายุ (เกณฑ์ของกองโภชนาการ) พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 72 อยู่ในระดับขาดอาหาร คือ ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 19.9 และ ระดับโภชนาการเกิน คือ สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 8.1 และเมื่อใช้การวัดส่วนสูงเทียบเกณฑ์อายุ (เกณฑ์ของกองโภชนาการ) พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 68.7 อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 24.6 และ สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 6.6

สุขภาพฟันและเหงือกของเด็ก 6-12 ปี พบว่า เด็กได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจากทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 59.1 และเมื่อสอบถามและตรวจสภาพฟันทั่วไปพบว่า มีเด็กที่ไม่มีฟันผุ ร้อยละ 34.3 มีฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว ร้อยละ 28.2 โดยที่ยังพบว่าฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ถึงร้อยละ 37 ในขณะที่สุขภาพของเหงือก พบว่า อยู่ในสภาพปกติเพียงร้อยละ 81

**ตาราง 5.7 ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกายของเด็กอายุ 6-12 ปี**

| ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกาย | จำนวน (1,949) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **โรคประจำตัว** | | |
| ไม่มี | 1804 | 92.6 |
| มี | 145 | 7.4 |
| **ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมามีการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่ทำให้ต้องขาดเรียน** | | |
| ไม่มี | 1544 | 79.2 |
| มี | 405 | 20.8 |
| **การเจริญเติบโต** | | |
| **- น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ** | | |
| ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ | 351 | 19.9 |
| เกณฑ์ปกติ | 1267 | 72.0 |
| สูงกว่าเกณฑ์ปกติ | 142 | 8.1 |

| ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกาย | จำนวน (1,949) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **- ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ** | | |
| ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ | 434 | 24.6 |
| เกณฑ์ปกติ | 1210 | 68.7 |
| สูงกว่าเกณฑ์ปกติ | 117 | 6.6 |
| **สุขภาพช่องปาก** | | |
| **- ตรวจสุขภาพในช่องปากจากทันตแพทย์ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง** | | |
| ได้รับ | 1151 | 59.1 |
| ไม่ได้รับ | 798 | 40.9 |
| **- สุขภาพของฟัน** | | |
| ไม่มีฟันผุ | 667 | 34.3 |
| มีฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว | 549 | 28.2 |
| มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา | 721 | 37.0 |
| มีทั้งฟันผุที่รับการรักษาและไม่ได้รับการรักษา | 10 | 0.5 |
| **- สุขภาพของเหงือก** | | |
| ไม่มีอาการ | 1583 | 81.3 |
| เจ็บฟันเวลาเคี้ยวอาหาร | 173 | 8.9 |
| มีเลือดออกตอนแปรงฟันเสมอ | 182 | 9.3 |
| มีทั้งเจ็บฟันและเลือดออกตอนแปรงฟัน | 10 | 0.5 |

2) **ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์**

เด็กวัย 9-12 ปี เป็นวัยที่เริ่มต้นเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ หรือวัยรุ่นตอนต้น ควรจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมเป็นวัยรุ่นสุขภาพดีต่อไป คำถามเพื่อประเมินความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์ทางเพศที่เหมาะสม ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกัน ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เมื่ออายุยังน้อย รวมทั้งวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ เมื่อประเมินความรู้ด้านเหล่านี้และผลสรุปของระดับความรู้ พบว่า เด็กหญิงมีความรู้มากกว่าเด็กชายในทุกเรื่อง แต่ไม่แตกต่างกันมากนัก ซึ่งในภาพรวมเด็กอายุ 9-12 ปี ควรมีความรู้ในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น ที่สำคัญ คือ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะเอดส์ และการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม โดยสรุปจะเห็นได้ว่าเด็กกลุ่มนี้ยังมีความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในระดับที่ไม่เพียงพอ ดังรายละเอียดในตาราง 5.8

**ตาราง 5.8 ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของเด็กอายุ 9-12 ปี**

| ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ | ชาย | | หญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **- ถ้ามีอารมณ์ทางเพศเกิดขึ้นจะมีทางออกอย่างไร** | (508) | | (534) | |
| ไม่ทราบ | 335 | 65.9 | 323 | 60.5 |
| ทราบ | 173 | 34.1 | 211 | 39.5 |
| - ออกกำลังกาย / เล่นกีฬา | 118 | 23.2 | 143 | 26.8 |
| - หากิจกรรมอื่นทำเช่น ร้องเพลง | 36 | 7.1 | 53 | 9.9 |
| - ออกไปพบปะเพื่อน ๆ | 13 | 2.6 | 13 | 2.4 |
| - ช่วยตนเอง | 11 | 2.2 | 11 | 2.1 |
| - นั่งสมาธิ, เลิกคิด | 2 | 0.4 | 1 | 0.2 |
| **- การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นโดยไม่ได้ป้องกันจะเกิดผลอย่างไร** | (506) | | (529) | |
| ไม่ทราบ | 335 | 65.9 | 323 | 60.5 |
| ทราบ | 208 | 41.1 | 253 | 47.8 |
| - ติดโรคทางเพศสัมพันธ์ /เอดส์ | 144 | 28.5 | 142 | 26.8 |
| - ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ | 73 | 14.4 | 125 | 23.6 |
| - เสียการเรียน/ พ่อแม่เสียใจ | 2 | 0.4 | 0 | 0.0 |
| **- โรคที่อาจจะติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์** | (505) | | (528) | |
| ไม่ทราบ | 278 | 55.0 | 261 | 49.4 |
| ทราบ | 227 | 45.0 | 267 | 50.6 |
| - เอดส์ | 221 | 43.8 | 258 | 48.9 |
| - กามโรค/หนองใน | 10 | 2.0 | 12 | 2.3 |
| **- วิธีป้องกันโรคจากการมีเพศสัมพันธ์** | (505) | | (528) | |
| - ใช้ถุงยางอนามัย | 153 | 30.3 | 183 | 34.7 |
| - ไม่สำสอนทางเพศ | 23 | 4.6 | 27 | 5.1 |
| - ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย | 9 | 1.8 | 16 | 3.0 |
| - ไม่ทราบ | 18 | 3.6 | 16 | 3.0 |

| ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ | ชาย | | หญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **- ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์** | (505) | | (529) | |
| ไม่ทราบ | 418 | 82.8 | 376 | 71.0 |
| ทราบ | 87 | 17.2 | 153 | 28.9 |
| - ยาคุมกำเนิด | 50 | 9.9 | 113 | 21.4 |
| - ยาฉีด | 10 | 2.0 | 24 | 4.5 |
| - ใช้ถุงยางอนามัย | 27 | 5.3 | 31 | 5.9 |
| - ไม่มีเพศสัมพันธ์ | 1 | 0.2 | 5 | 0.9 |
| **- ความรู้เกี่ยวกับผลร้ายต่อสุขภาพของการตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุยังน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี)** | (506) | | (530) | |
| ไม่ทราบ | 441 | 87.2 | 428 | 80.8 |
| ทราบ | 65 | 12.8 | 102 | 19.2 |
| - คลอดยาก เพราะเชิงกรานเล็ก | 24 | 4.7 | 43 | 8.1 |
| - อันตรายจากการคลอดอื่นๆ | 35 | 6.9 | 57 | 10.8 |
| - เด็กพิการ/ มีปัญหาเกี่ยวกับเด็ก | 2 | 0.4 | 2 | 0.4 |
| **- สรุปความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมกับวัย** | (506) | | (530) | |
| ดีมาก | 19 | 3.8 | 34 | 6.4 |
| ดี | 56 | 11.1 | 93 | 17.6 |
| พอใช้ | 162 | 32.0 | 177 | 33.4 |
| ไม่ดี | 269 | 53.1 | 226 | 46.6 |

3) **พฤติกรรมสุขภาพ**

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กอายุ 6-12 ปี ได้สอบถามโดยแบ่งความถี่ของพฤติกรรมออกเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ, ค่อนข้างจริงหรือบ่อยครั้ง (4-6 วันใน 1 อาทิตย์), เป็นบางครั้ง (1-3 วัน ใน 1 อาทิตย์) และไม่เคยปฏิบัติเลยหรือไม่จริง เนื่องจากการกำหนดเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีต้องมีการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อความมีสุขภาพดี การนำเสนอในตารางจึงนำเสนอเฉพาะสัดส่วนร้อยละของผลการประเมินเครื่องชี้วัดปัจจัยด้านสร้างเสริมสุขภาพในระดับที่**ปฏิบัติเป็นประจำ** ดังตาราง 5.9

พฤติกรรมสุขภาพในด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ที่สำคัญเช่น การแปรงฟัน การล้างมือ การตรวจดูความผิดปกติของร่างกายและแจ้งให้ผู้ใหญ่ทราบ การทำความสะอาดอวัยวะเพศของตนเอง การออกกำลัง และการนอนหลับ พบว่า มีการปฏิบัติเป็นประจำอย่างมากที่สุด ร้อยละ 66 ในเรื่องการนอนหลับ นอกนั้นอยู่ในสัดส่วนประมาณร้อยละ 24-53 สำหรับพฤติกรรมป้องกันและพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการระวังอุบัติเหตุจากการจราจร พบว่า มีพฤติกรรมป้องกันอยู่ในสัดส่วนที่สูง โดยเฉพาะการไม่สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 96-99

พฤติกรรมการกินอาหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับวัยนี้ คือ การกินอาหารให้ครบหมู่ กินผักผลไม้เป็นประจำ ดื่มน้ำให้เพียงพอ และไม่กินอาหารที่จะก่อให้เกิดโรคต่อร่างกาย เช่น โรคพยาธิ โรคอ้วน โรคหัวใจหลอดเลือดในอายุต่อไป เช่น อาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด ฯลฯ พบว่า เด็กกลุ่มนี้ยังกินผักและผลไม้ในสัดส่วนที่น้อย กินอาหารไม่ครบ 5 หมู่ และยังมีมากกว่าร้อยละ 90 ที่กินขนมหวานและขนมกรุบกรอบ ดังรายละเอียดในตาราง 5.9

**ตาราง 5.9 พฤติกรรมสุขภาพของเด็กอายุ 6-12 ปี (n=1,942 คน)**

| พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นประจำ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **อนามัยส่วนบุคคล** | | |
| - แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ก่อนเข้านอนและตอนเช้า | 697 | 36.3 |
| - ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร | 530 | 27.6 |
| - ตรวจดูอาการแสดงที่ผิดปกติของร่างกายและแจ้งให้พ่อแม่/ผู้ใหญ่ในครอบครัวทราบ | 462 | 24.1 |
| - ออกกำลังกาย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน | 658 | 33.9 |
| - นอนหลับไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน | 1290 | 66.4 |
| - ทำความสะอาดอวัยวะเพศของตนเองให้สะอาดเสมอ | 1031 | 53.1 |
| **พฤติกรรมการรับประทานอาหาร** | | |
| - กินอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อ | 1357 | 69.9 |
| - กินอาหารครบ 5 หมู่ | 604 | 31.1 |
| - กินอาหารประเภทผักต่าง ๆ วันละ 3 ทัพพี หรือ 9 ช้อนโต๊ะ | 400 | 20.6 |
| - กินผลไม้ต่าง ๆ | 334 | 17.2 |
| - ดื่มน้ำสะอาดวันละไม่ต่ำกว่า 6 แก้ว | 826 | 42.5 |
| - ดื่มนมสด หรือเครื่องดื่มประเภทนมสด (ที่ไม่ใช่นมข้นหวาน) | 693 | 35.7 |
| - **ไม่**กินอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ | 1163 | 59.9 |
| - **ไม่**กินอาหารประเภทสุกๆ ดิบๆ | 1476 | 76.0 |

| พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นประจำ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| - **ไม่**ดื่มน้ำอัดลมในรูปแบบต่างๆ | 321 | 16.5 |
| - **ไม่**กินขนมหวานทุกชนิด เช่น ท๊อฟฟี่ | 185 | 9.5 |
| - **ไม่**กินขนมกรุบกรอบ | 83 | 4.3 |
| **พฤติกรรมคุกคามต่อสุขภาพ** | | |
| - **ไม่**สูบบุหรี่ | 1907 | 99.3 |
| - **ไม่**ดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ | 1876 | 96.9 |
| - ระมัดระวังเมื่อข้ามถนน เช่น มองซ้าย ขวา ก่อนข้ามถนน | 1222 | 62.9 |

**4) สุขภาพจิตและพัฒนาการทางจิต**

ด้านสุขภาพจิตและพัฒนาการทางจิตของเด็กอายุ 6-12 ปี การประเมินสุขภาพจิตและพัฒนาการทางจิต ได้สอบถามโดยแบ่งความถี่ของการประเมินออกเป็น 4 ระดับ เช่นเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากการกำหนดเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีต้องมีพัฒนาการทางจิตที่เอื้อต่อความมีสุขภาพดี และการเป็นคนดีของสังคม โดยเฉพาะการไม่ใช้ความรุนแรง การเชื่อมั่นในความดี การเอื้อเฟื้อเผื่อแพร่ ในตารางจึงเน้นการนำเสนอเฉพาะสัดส่วนร้อยละของผลการประเมินเครื่องชี้วัดพัฒนาการทางจิตที่เอื้อต่อความมีสุขภาพดีในระดับที่**ปฏิบัติเป็นประจำ** ซึ่งจากผลการประเมิน พบว่า เด็กอารมณ์ดี ไม่โมโหง่าย เป็นประจำ ร้อยละ 23.7 มองโลกในด้านดี หรือด้านบวก ร้อยละ 29.1 แต่มากกว่าครึ่ง เด็กรู้สึกรักพ่อแม่ พี่ น้อง เพื่อน และครู และ รู้สึกมั่นใจว่ามีพ่อแม่ ญาติพี่น้อง และ เพื่อนคอยให้ความช่วยเหลือในเวลาที่ต้องการ และเด็กส่วนใหญ่ยังใฝ่ฝันถึงอนาคตที่ดี เช่น มีอาชีพ มีครอบครัว ร้อยละ 41.2 เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการทางด้านจิตใจอย่างเป็นประจำในแต่ละด้านอยู่ในช่วง ร้อยละ 26-30 เช่น ได้แสดงออกตามความถนัด หรือความสามารถของตน ได้ปฏิบัติกิจทางศาสนาที่นับถือ เช่น ศาสนาพุทธ, คริสต์ สวดมนต์, ศาสนาอิสลาม ทำละหมาด และร่วมพิธีทางศาสนาและงานประเพณีกับครอบครัว และช่วยเหลือเพื่อนหรือผู้อื่น โดยไม่หวังค่าตอบแทน ซึ่งจากสัดส่วนของเด็กที่มีวัตรปฏิบัติเช่นนี้เป็นประจำยังอยู่ในสัดส่วนที่น้อยกว่าครึ่งเป็นส่วนใหญ่

ในด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง จากการทดสอบของเด็กอายุ 9-12 ปี โดยใช้แบบวัดที่ปรับมาจากของ Rosenberg Self Esteem Scale พบว่า เด็กมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 30 อยู่ในระดับที่ดี และอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 43.4 (ตาราง 5.11) เมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่าเด็กยังมีความกังวลเกี่ยวกับตัวเอง เช่น บ่อยครั้งที่คิดว่าตัวเองไม่มีอะไรดีเลย และรู้สึกว่าตัวเองไม่มีอะไรน่าภาคภูมิใจมากนัก ดังตาราง 5.12

**ตาราง 5.10 สุขภาพจิตและพัฒนาการทางจิตที่ดีของเด็กอายุ 6-12 ปี (n=1,942 คน)**

| พัฒนาการทางจิต | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| - อารมณ์ดี ไม่โมโหง่าย | 461 | 23.7 |
| - มองโลกในด้านดี หรือด้านบวก | 565 | 29.1 |
| - รู้สึกรัก พ่อแม่ /พี่ น้อง /เพื่อน /ครู | 1317 | 67.8 |
| - รู้สึกมั่นใจว่ามีพ่อแม่ / ญาติพี่น้อง / เพื่อนคอยให้ความช่วยเหลือในเวลาที่ต้องการ | 962 | 49.5 |
| - ใฝ่ฝันถึงอนาคตที่ดี เช่น มีอาชีพ มีครอบครัว | 800 | 41.2 |
| - ได้แสดงออกตามความถนัด หรือความสามารถ ของตน | 599 | 30.8 |
| - ปฏิบัติกิจทางศาสนาที่นับถือ เช่น ศาสนาพุทธ, คริสต์ สวดมนต์, ศาสนาอิสลาม ทำละหมาด | 518 | 26.7 |
| - ร่วมพิธีทางศาสนาและงานประเพณีกับครอบครัว | 507 | 26.1 |
| - ช่วยเหลือเพื่อนหรือผู้อื่น โดยไม่หวังค่าตอบแทน | 524 | 27.0 |
| - เชื่อว่าทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่วเสมอ | 116 | 57.5 |

**ตาราง 5.11 คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ของเด็กอายุ 9-12 ปี (n=1,033 คน)**

| ระดับคะแนน | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| 0-20 คะแนน (ระดับต่ำ) | 0 | 0.0 |
| 21-30 คะแนน (ระดับปานกลาง) | 585 | 56.6 |
| 31-40 คะแนน (ระดับดีมาก) | 448 | 43.4 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 30 $\pm$ 3.5 | |

**ตาราง 5.12 การเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self Esteem Scale) ของเด็กอายุ 9-12 ปี**

| | เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง | | ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1. โดยทั่วไปฉันรู้สึกพอใจตนเอง | **989** | **95.4** | 47 | 4.6 |
| 2. มีบ่อยครั้งที่ฉันคิดว่าตัวเองไม่มีอะไรดีเลย | 290 | 28.0 | **748** | **72.0** |
| 3. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันมีอะไรดี ๆ ในตัวเอง | **899** | **86.8** | 137 | 13.2 |
| 4. ฉันสามารถทำอะไรได้ดีเหมือนคนอื่น ๆ | **927** | **89.3** | 111 | 10.7 |
| 5. ฉันรู้สึกว่าตัวเองไม่มีอะไรน่าภาคภูมิใจมากนัก | 290 | 27.9 | **748** | **72.1** |
| 6. ฉันรู้สึกบ่อย ๆ ว่าตัวเองไร้ค่า | 152 | 14.7 | **886** | **85.3** |
| 7. ฉันรู้สึกว่าตัวเองก็มีคุณค่าอย่างน้อยที่สุดก็เท่ากับคนอื่น | **816** | **78.6** | 221 | 21.4 |
| 8. ฉันอยากจะภาคภูมิใจในตัวเองมากกว่านี้ | **860** | **82.8** | 178 | 17.2 |
| 9. โดยรวมแล้วฉันมีแนวโน้มจะรู้สึกว่าตัวฉันล้มเหลว | 196 | 18.9 | **842** | **81.1** |
| 10. ฉันมีความรู้สึกที่ดีกับตัวเอง | **986** | **95.0** | 52 | 5.0 |

**5) การรู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ วินัย ต่อครอบครัวและสังคม**

เด็กอายุ 6-12 ปี รู้จักบทบาทหน้าที่ มีความรับผิดชอบ วินัย ต่อตนเองและผู้อื่น ทั้งในครอบครัวและสังคม อยู่ในระดับปานกลาง เช่น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทุกอย่างด้วยตนเองโดยไม่ต้องเตือน ร้อยละ 29.9 แสดงความเคารพเมื่อพบกับผู้ใหญ่เป็นประจำ ร้อยละ 35.3 .ในความมีวินัย เด็กตรงต่อเวลาเป็นประจำ เช่น การเข้าห้องเรียน การนัดหมาย ร้อยละ 38.4 เข้าคิวเวลารอซื้อของหรือรอรับบริการต่างๆ ร้อยละ 39.1 ที่ค่อนข้างต่ำได้แก่การปฏิบัติต่อผู้อื่น คือ เวลาโกรธเพื่อนไม่กลั่นแกล้งหรือด่าเพื่อนด้วยคำหยาบ หรือทำร้ายร่างกาย พบว่าเด็กปฏิบัติได้ ร้อยละ 19.6 กล่าวแสดงความชื่นชมในความสำเร็จของผู้อื่นได้โดยง่าย ร้อยละ 27.7 เคยหยิบฉวยสมบัติส่วนตัวของเพื่อนมาใช้โดยไม่ขออนุญาต ร้อยละ 29.8 และรักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้อื่น ร้อยละ 25.6 ในด้านความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม เด็กได้มีโอกาสช่วยพ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่หรือครูทำงานต่างๆ หรือได้รับมอบหมายให้ช่วยงานอย่างใดอย่างหนึ่งในบ้าน ร้อยละ 35.3 เด็กดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม และรักษาสาธารณประโยชน์ เป็นประจำ ร้อยละ 27.7 ดังรายละเอียดในตาราง 5.13

**ตาราง 5.13 การรู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ วินัย ต่อครอบครัวและสังคมของเด็กอายุ 6-12 ปี (n=1,942 คน)**

| การปฏิบัติเป็นประจำ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| - ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทุกอย่างด้วยตนเองโดยไม่ต้องเตือน ของครอบครัวหรือโรงเรียน เช่น กินอาหารเช้านอน ตามเวลา | 581 | 29.9 |
| - แสดงความเคารพเมื่อพบกับผู้ใหญ่ เช่น ก่อนหรือกลับจากโรงเรียน | 685 | 35.3 |
| - ตรงต่อเวลา เช่น การเข้าห้องเรียน การนัดหมาย | 745 | 38.4 |
| - เข้าคิวเวลารอซื้อของหรือรอรับบริการต่างๆ | 760 | 39.1 |
| - ร่วมทำกิจกรรมการละเล่น ด้านศิลปะ / ดนตรี / กีฬากับเด็กอื่น | 794 | 40.9 |
| - ร่วมทำกิจกรรมต่างๆกับคนในครอบครัว | 645 | 33.2 |
| - รักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้อื่น | 498 | 25.6 |
| - **ไม่**หยิบฉวยสมบัติส่วนตัวของเพื่อนมาใช้โดยไม่ขออนุญาต | 1363 | 70.2 |
| - เต็มใจที่จะแบ่งปันสิ่งของ หรือขนมให้เพื่อน | 613 | 31.6 |
| - กล่าวแสดงความชื่นชมในความสำเร็จของผู้อื่นได้โดยง่าย | 537 | 27.7 |
| - เวลาโกรธเพื่อน**ไม่**กลั่นแกล้ง หรือ ด่าเพื่อนด้วยคำหยาบ หรือทำร้ายร่างกาย | 380 | 19.6 |
| - ได้มีโอกาสช่วยพ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่ หรือครูทำงานต่างๆ หรือได้รับมอบหมายให้ช่วยงานอย่างใดอย่างหนึ่งในบ้าน | 686 | 35.3 |
| - ดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม และรักษาสาธารณประโยชน์ | 537 | 27.7 |
| - รู้จักเก็บออมทรัพย์ | 534 | 27.5 |

<u>สรุป</u> ในเด็กกลุ่มอายุ 6-12 ปี การเจริญเติบโตมีจำนวนไม่น้อยที่น้ำหนักน้อย และเตี้ยกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 20-24) สติปัญญาโดยเฉลี่ยค่อนข้างต่ำมากกว่าครึ่ง สุขภาพฟัน และเหงือกอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ความรู้ในเรื่องอนามัยเจริญพันธ์ (เฉพาะอายุ 9-12 ปี) อยู่ในเกณฑ์ต่ำเป็นส่วนใหญ่ พฤติกรรมสุขภาพทั้งอนามัยส่วนบุคคล การกินอาหารอย่างมีคุณภาพยังมีสัดส่วนน้อยที่ปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ สัดส่วนของเด็กที่รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว และสังคม มีวินัย และรับผิดชอบที่ปฏิบัติได้เป็นประจำสม่ำเสมอยังอยู่ในระดับต่ำไม่เกินร้อยละ 40 เช่นเดียวกับพัฒนาการทางจิตที่ดี

### 5.3 วัยรุ่นอายุ 13-18 ปี

#### 5.3.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศชาย ร้อยละ 45.6 เพศหญิง ร้อยละ 54.4 เพศชายนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89.5 อิสลาม ร้อยละ 10.1 คริสต์ ร้อยละ 0.4 เพศหญิงนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 88.9 อิสลาม ร้อยละ 10.5 คริสต์ ร้อยละ 0.3 และมีเด็กชาวเขาหญิงที่ไม่ระบุการนับถือศาสนา 2 คน สถานภาพสมรสของเพศชายและหญิง ส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 99.0 และ 95.8 โดยเพศหญิงมีสัดส่วนสถานภาพสมรสคู่มากกว่าเพศชาย เพศชายและหญิงได้รับการศึกษาสูงสุดภาคบังคับ ร้อยละ 57.5 และ 67.5 มี เพศหญิง 2 รายที่ไม่ได้รับการศึกษาเลยเนื่องมาจากมีความพิการทางสมอง วัยรุ่นชายประกอบอาชีพแล้ว ร้อยละ 9.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักเป็นคนงาน ลูกจ้าง กรรมกร ร้อยละ 54.2 ด้านการเกษตรกรรม ร้อยละ 43.7 ด้านค้าขายสินค้าหรือบริการด้านต่างๆเป็นส่วนน้อย ร้อยละ 2.1 และมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 2,254 บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 2,500 บาท กลุ่มวัยรุ่นหญิงประกอบอาชีพแล้ว ร้อยละ 6.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักด้านการเกษตรกรรม ร้อยละ 40.5 คนงาน ลูกจ้างกรรมกร ร้อยละ 37.9 ด้านค้าขายสินค้าหรือบริการด้านต่างๆ ร้อยละ 21.6 และมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 2,553 บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 2,500 บาท วัยรุ่นชายมีความพิการทางร่างกาย ร้อยละ 1 ได้แก่ พิการเกี่ยวขา/การเดิน 4 คน และปัญญาอ่อน 1 คน ส่วนวัยรุ่นหญิงมีความพิการทางร่างกาย ร้อยละ 0.7 ได้แก่ พิการทางสมอง ปัญญาอ่อน 2 คน พิการขา 1 คน และหูหนวก 1 คน สำหรับสิทธิในการรักษา วัยรุ่นชายมีสิทธิ ร้อยละ 96.8 เพศหญิง ร้อยละ 96.4 (ตาราง 5.14)

**ตาราง 5.14 ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชาย และหญิง**

| ข้อมูลทั่วไป | ชาย | | หญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| | (493) | | (588) | |
| **ศาสนา** | | | | |
| พุทธ | 441 | 89.5 | 523 | 88.9 |
| อิสลาม | 50 | 10.1 | 61 | 10.5 |
| คริสต์ | 2 | 0.4 | 2 | 0.3 |
| ไม่นับถือศาสนา | 0 | 0.0 | 2 | 0.3 |
| **สถานภาพสมรส** | | | | |
| โสด | 488 | 99.0 | 563 | 95.8 |
| สมรสและอยู่ด้วยกัน | 5 | 1.0 | 19 | 3.2 |
| สมรสและแยกกันอยู่ | 0 | 0.0 | 6 | 1.0 |

| ข้อมูลทั่วไป | ชาย | | หญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **การศึกษาสูงสุด** | | | | |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 0 | 0.0 | 2 | 0.3 |
| ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า | 211 | 42.5 | 189 | 32.2 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 217 | 43.7 | 283 | 48.1 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 69 | 13.8 | 114 | 19.4 |
| **อาชีพหลัก (เฉพาะผู้ที่ทำงาน)** | (48) | | (37) | |
| ด้านการเกษตร | 21 | 43.7 | 15 | 40.5 |
| ด้านค้าขายสินค้าหรือบริการด้านต่างๆ | 1 | 2.1 | 8 | 21.6 |
| คนงาน ลูกจ้าง กรรมกร | 26 | 54.2 | 14 | 37.9 |
| **รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (เฉพาะผู้ที่ทำงาน)** | (48) | | (37) | |
| $\leq$ 2,500 บาท | 28 | 58.4 | 22 | 59.5 |
| 2,501-5,000 บาท | 16 | 33.3 | 11 | 29.7 |
| 5,001-1,000 บาท | 4 | 8.3 | 4 | 10.8 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 2,254 $\pm$ 2,050 | | 2,553 $\pm$ 2,136 | |
| **ความพิการทางร่างกาย** | | | | |
| ไม่มี | 488 | 99.0 | 584 | 99.3 |
| มี | 5 | 1.0 | 4 | 0.7 |
| **สิทธิในการรักษา** | | | | |
| มี | 477 | 96.8 | 567 | 96.4 |
| ไม่มี | 16 | 3.2 | 21 | 3.6 |

### 5.3.2 ข้อมูลด้านการศึกษาและสติปัญญา

เด็กวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี ส่วนใหญ่ยังเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยการศึกษาช่วงมัธยมศึกษา โดยเพศชาย ร้อยละ 79.3 ศึกษาสายอาชีพ ร้อยละ 6.1 และออกมาทำงานแล้ว ร้อยละ11.3 ส่วนเพศหญิง ร้อยละ 84.5 ศึกษาสายอาชีพ ร้อยละ 6.3 โดยมีเพียงร้อยละ 6.6 ที่ออกมาทำงานแล้วซึ่งจะเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่าเพศชาย ส่วนผลการเรียนของเด็กที่เข้าเรียนแล้วและได้รับประเมินสัมฤทธิผลการเรียนเป็นระดับเกรดนั้น เพศชายมีเกรดเฉลี่ยอยู่ที่ 2.42 โดยส่วนใหญ่ผลการเรียนจะอยู่ในระดับเกรด 2.01-3.00 ร้อยละ 60.6 และเมื่อวัดระดับเชาว์ปัญญา (IQ) โดยใช้แบบวัดของ TONI-3 พบว่าวัยรุ่นชาย มีระดับเชาว์ปัญญาเฉลี่ย 91 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ (90-110) ร้อยละ 41.5 ค่อนข้างต่ำ(80-89) ร้อยละ 28.7 ต่ำกว่าระดับ

ปกติถึงต่ำกว่าระดับปกติมาก ร้อยละ 21.7 มีระดับค่อนข้างสูง(111-120) ร้อยละ 4.6 และสูงกว่าระดับปกติถึงสูงกว่าระดับปกติมาก ร้อยละ 3.5 ในขณะที่วัยรุ่นหญิงมีเกรดเฉลี่ยอยู่ที่ 2.79 ซึ่งสูงกว่าเกรดเฉลี่ยวัยรุ่นชาย โดยส่วนใหญ่ผลการเรียนของวัยรุ่นหญิงจะอยู่ในระดับเกรด 2.01-3.00 ร้อยละ 61.5 และเมื่อวัดระดับเชาว์ปัญญา (IQ) โดยใช้แบบวัดของ TONI-3 พบว่าเด็กวัยรุ่นหญิง มีระดับเชาว์ปัญญาเฉลี่ย 92 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ(90-110) ร้อยละ 40.3 ค่อนข้างต่ำ(80-89) ร้อยละ 27.3 ต่ำกว่าระดับปกติถึงต่ำกว่าระดับปกติมาก ร้อยละ 20.3 มีระดับค่อนข้างสูง(111-120) ร้อยละ 8.4 และสูงกว่าระดับปกติถึงสูงกว่าระดับปกติมาก ร้อยละ 3.8 ดังตาราง 5.15

**ตาราง 5.15 ข้อมูลด้านการศึกษาและสติปัญญาของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชายและหญิง**

| ด้านการศึกษาและสติปัญญา | ชาย | | หญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **ชั้นเรียน** | (540) | | (639) | |
| ไม่ได้ศึกษาแล้ว | 61 | 11.3 | 42 | 6.6 |
| ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 1 | 18 | 3.3 | 15 | 2.3 |
| มัธยมศึกษาปีที่ 1-3 | 300 | 55.6 | 332 | 52.0 |
| มัธยมศึกษาปีที่ 4-6 | 128 | 23.7 | 208 | 32.5 |
| ปวช. ปวส. | 33 | 6.1 | 40 | 6.3 |
| อุดมศึกษา | 0 | 0.0 | 2 | 0.3 |
| **ผลการเรียน** | | | | |
| เกรดระดับต่ำกว่า 1.00 | 12 | 2.6 | 0 | 0.0 |
| เกรด 1.01- 2.00 | 102 | 22.2 | 48 | 8.6 |
| เกรด 2.01-3.00 | 278 | 60.6 | 343 | 61.5 |
| เกรด 3.01-4.00 | 67 | 14.6 | 167 | 29.9 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 2.42 $\pm$ 0.65 | | 2.79 $\pm$ 0.54 | |
| **ระดับเชาว์ปัญญา (IQ)** | | | | |
| สูงกว่าปกติมาก (>130) | 7 | 1.3 | 3 | 0.5 |
| สูงกว่าปกติ (121-130) | 12 | 2.2 | 21 | 3.3 |
| ค่อนข้างสูง (111-120) | 25 | 4.6 | 54 | 8.4 |
| ปกติ (90-110) | 224 | 41.5 | 259 | 40.3 |
| ค่อนข้างต่ำ (80-89) | 155 | 28.7 | 175 | 27.3 |
| ต่ำกว่าปกติ (70-79) | 74 | 13.7 | 84 | 13.1 |
| ต่ำกว่าปกติมาก (<70) | 43 | 8.0 | 46 | 7.2 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 91.0 $\pm$ 14.0 | | 92.0 $\pm$ 14.2 | |

### 5.3.3 ข้อมูลด้านสุขภาพ

#### 1) สุขภาพร่างกายโดยทั่วไป

สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปของวัยรุ่นชาย 13-18 ปี พบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 7 ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มโรคเกี่ยวกับภูมิแพ้และหอบ หืด พบอัตราป่วยร้อยละ 2.8 รองลงมาที่สำคัญได้แก่ได้แก่ โลหิตจาง, โรคเกี่ยวกับเลือดร้อยละ 1.7 เป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 1.1 โรคเกี่ยวกับหัวใจ ร้อยละ 0.2 ไวรัสตับอักเสบ ร้อยละ 0.2 และเมื่อถามการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบอัตราป่วยร้อยละ 12 ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ อัตราป่วย ร้อยละ 7.4 บาดเจ็บจากอุบัติเหตุมอเตอร์ไซด์,ของมีคม ร้อยละ 1.5 เป็นต้น ในขณะที่วัยรุ่นหญิง พบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 7 เช่นกัน แต่ส่วนใหญ่เป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ พบอัตราป่วยร้อยละ 2.5 กลุ่มโรคเกี่ยวกับภูมิแพ้และหอบ หืด ร้อยละ 2 รองลงมาที่สำคัญได้แก่ปวดหัวเป็นประจำ ร้อยละ 1.1 โลหิตจาง, โรคเกี่ยวกับเลือด ร้อยละ 0.9 ไวรัสตับอักเสบ ร้อยละ 0.5 โรคเกี่ยวกับหัวใจ ร้อยละ 0.5 และเมื่อถามการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบอัตราป่วยร้อยละ 13.9 ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ อัตราป่วย ร้อยละ 8.4 บาดเจ็บจากอุบัติเหตุมอเตอร์ไซด์ ร้อยละ 0.8 เป็นต้น

จากการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงวัยรุ่นชายพบว่า ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับปกติ (BMI=18.5-24.9) ร้อยละ 52.5 ใกล้เคียงกับดัชนีมวลกาย (BMI) ของวัยรุ่นหญิง พบว่า อยู่ในระดับปกติ (BMI=18.5-24.9) ร้อยละ 52.5 การวัดความดันโลหิต พบว่า วัยรุ่นชายมีความโลหิต Systolic อยู่ในระดับปกติ (<140 mmHg) ร้อยละ 98.9 ความดันโลหิต Diastolic อยู่ในระดับปกติ (<90 mmHg) ร้อยละ 96.5 วัยรุ่นหญิงมีความดันโลหิต Systolic อยู่ในระดับปกติ (<140 mmHg) ร้อยละ 99.7 ส่วนความดันโลหิต Diastolic อยู่ในระดับปกติ (<90 mmHg) ร้อยละ 98.1

สุขภาพฟันและเหงือกของของวัยรุ่นชาย 13-18 ปี พบว่า ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจากทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 38.3 และเมื่อสอบถามและตรวจสภาพฟันทั่วไปพบว่า ไม่มีฟันผุ ร้อยละ 58.5 มีฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว ร้อยละ 19.6 และมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 21.9 ในขณะที่สุขภาพของเหงือก พบว่า เจ็บฟันเวลาเคี้ยวอาหาร ร้อยละ 4.1 และมีเลือดออกตอนแปรงฟันเสมอ ร้อยละ 9.6 ส่วนสุขภาพฟันและเหงือกของของวัยรุ่นหญิง 13-18 ปี พบว่า ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจากทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 48.4 และเมื่อสอบถามและตรวจสภาพฟันทั่วไป พบว่า ไม่มีฟันผุ ร้อยละ 53.0 มีฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว ร้อยละ 25.2 ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 20.7 และ มีทั้งฟันผุที่รับการรักษาและไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 1.1 ในขณะที่สุขภาพของเหงือก พบว่า เจ็บฟันเวลาเคี้ยวอาหาร ร้อยละ 4.8 มีเลือดออกตอนแปรงฟันเสมอ ร้อยละ 10.9 และ มีทั้งเจ็บฟันและเลือดออกตอนแปรงฟัน ร้อยละ 0.7 ดังรายละเอียดในตาราง 5.16

**ตาราง 5.16 ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกายของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชายและเพศหญิง**

| ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกาย | ชาย | | หญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **โรคประจำตัว** | (540) | | (642) | |
| ไม่มี | 502 | 93.0 | 578 | 90.0 |
| มี | 38 | 7.0 | 64 | 10.0 |
| - หอบ หืด/ ภูมิแพ้อากาศ | 15 | 2.8 | 13 | 2.0 |
| - โลหิตจาง, โรคเกี่ยวกับเลือด | 9 | 1.7 | 6 | 0.9 |
| - กระเพาะอาหารอักเสบ | 6 | 1.1 | 16 | 2.5 |
| - โรคเกี่ยวกับหัวใจ | 1 | 0.2 | 3 | 0.5 |
| - ไวรัสตับอักเสบ | 1 | 0.2 | 3 | 0.5 |
| - ปวดหัวเป็นประจำ | - | - | 7 | 1.1 |
| **การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา** | | | | |
| ไม่มี | 475 | 88.0 | 553 | 86.1 |
| มี | 65 | 12.0 | 89 | 13.9 |
| **BMI (WHO Standard)** | | | | |
| <18.5 | 232 | 43.2 | 273 | 42.7 |
| 18.5-24.9 | 282 | 52.5 | 336 | 52.5 |
| 25.0-29.9 | 17 | 3.2 | 23 | 3.6 |
| >=30 | 6 | 1.1 | 8 | 1.2 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 19.3 $\pm$ 3.2 | | 19.3 $\pm$ 3.0 | |
| **ความดันโลหิต (SYSTOLIC)** | | | | |
| Normal BP (<129 mmHg) | 501 | 92.8 | 617 | 96.1 |
| High-Normal BP (130-139 mmHg) | 33 | 6.1 | 23 | 3.6 |
| Mild Hypertension (140-159 mmHg) | 6 | 1.1 | 2 | 0.3 |
| **ความดันโลหิต (DIASTOLIC)** | | | | |
| Normal BP (<84 mmHg) | 515 | 95.4 | 621 | 96.7 |
| High-Normal BP (85-89 mmHg) | 6 | 1.1 | 9 | 1.4 |
| Mild Hypertension (90-99 mmHg) | 19 | 3.5 | 11 | 1.7 |
| Moderate Hypertension (100-109 mmHg) | 0 | 0.0 | 1 | 0.2 |

| ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกาย | ชาย | | หญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **สุขภาพช่องปาก** | | | | |
| **- ตรวจสุขภาพในช่องปากจากทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง** | | | | |
| ได้รับ | 207 | 38.3 | 311 | 48.4 |
| ไม่ได้รับ | 333 | 61.7 | 331 | 51.6 |
| **- สุขภาพของฟัน** | | | | |
| ไม่มีฟันผุ | 316 | 58.5 | 340 | 53.0 |
| มีฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว | 106 | 19.6 | 162 | 25.2 |
| มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา | 118 | 21.9 | 133 | 20.7 |
| มีทั้งฟันผุที่รับการรักษาและไม่ได้รับการรักษา | 0 | 0.0 | 7 | 1.1 |
| **- สุขภาพของเหงือก** | | | | |
| ไม่มีอาการ | 466 | 86.3 | 537 | 83.6 |
| เจ็บฟันเวลาเคี้ยวอาหาร | 22 | 4.1 | 31 | 4.8 |
| มีเลือดออกตอนแปรงฟันเสมอ | 52 | 9.6 | 70 | 10.9 |
| มีทั้งเจ็บฟันและเลือดออกตอนแปรงฟัน | 0 | 0.0 | 4 | 0.7 |

2) **ด้านอนามัยเจริญพันธุ์**

กลุ่มอายุ 13-18 ปี เป็นวัยที่ควรเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ โดยเพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน คือ เริ่มมีประจำเดือนแล้ว พบว่าผู้หญิงวัยรุ่น 13-18 ปี มีประจำเดือนแล้ว ร้อยละ 92.5 โดยส่วนใหญ่เริ่มมีประจำเดือนเมื่ออายุ 12-13 ปี ร้อยละ 65.8 อายุเริ่มมีประจำเดือนเฉลี่ย 12.9 ปี ครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นกลุ่มอายุ 13-18 ปี ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีบุตรแล้ว โดยมีบุตร 1 คน ร้อยละ 44.4 ในจำนวนหญิงที่มีบุตรแล้ว 13 คน อายุเริ่มมีบุตรคนแรก 15 ปี มี 3 คน 16 ปี มี 4 คน 17 ปี มี 4 คน และ 18 ปี มี 2 คน ไม่พบว่าหญิงที่สมรสแล้วมีการแท้งบุตร (ตาราง 5.17)

**ตาราง 5.17 อนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นหญิงอายุ 13-18 ปี (642 คน)**

| ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกาย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ประจำเดือน** | | |
| มีแล้ว | 594 | 92.5 |
| ไม่มี | 48 | 7.5 |
| **อายุที่เริ่มมีประจำเดือน** | | |
| 10 – 11 ปี | 46 | 7.7 |
| 12 – 13 ปี | 390 | 65.8 |
| 14 – 15 ปี | 146 | 24.6 |
| 16 ปี | 11 | 1.9 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 12.9 $\pm$ 1.1 | |
| **จำนวนบุตร (เฉพาะผู้ที่สถานภาพสมรสคู่)** | | |
| 0 คน | 14 | 51.9 |
| 1 คน | 12 | 44.4 |
| 2 คน | 1 | 3.7 |

วัยรุ่น 13-18 ปี ควรเป็นวัยที่มีความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อการเตรียมพร้อมเป็นวัยแรงงานที่มีสุขภาพดีต่อไป เมื่อสอบถามเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ทางเพศ พบว่าวัยรุ่นชายทราบวิธีหาทางออกได้ ร้อยละ 75.5 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 66.1 ซึ่งทั้งสองเพศส่วนใหญ่ตอบวิธีการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ร้อยละ 45.5 ในวัยรุ่นชาย และ ร้อยละ 37.2 ในวัยรุ่นหญิง รองลงมาได้แก่ หากิจกรรมอื่นทำเช่น ร้องเพลง ออกไปพบปะเพื่อน ๆ ช่วยตนเอง และ ปรึกษาคนในครอบครัว เมื่อถามต่อถึงการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นโดยไม่ได้ป้องกันจะเกิดผลอย่างไร ผู้ชายทราบร้อยละ 80.7 เด็กผู้หญิงทราบ ร้อยละ 87.3 โดยวัยรุ่นชายส่วนใหญ่ทราบว่าจะติดโรคทางเพศสัมพันธ์หรือเอดส์ ร้อยละ 50.6 และตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 37.0 ในขณะที่วัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่ตอบเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 63.1 และติดโรคทางเพศสัมพันธ์หรือเอดส์ ร้อยละ 35.5 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคที่อาจจะติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งวัยรุ่นชายและหญิงส่วนใหญ่ทราบและสามารถบอกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ส่วนใหญ่จะระบุว่าเป็นโรคเอดส์ มีเล็กน้อยที่ตอบว่า หนองใน กามโรคและซิฟิลิส และเมื่อถามต่อในกลุ่มที่สามารถบอกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ถึงวิธีวิธีป้องกันโรคที่อาจติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์มากกว่าร้อยละ 80 จะบอกได้ว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ รองมาได้แก่ ไม่สำสอนทางเพศ และไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

เกี่ยวกับวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ วัยรุ่นผู้หญิงทราบเรื่องนี้มากกว่าวัยรุ่นชาย คือ วัยรุ่นชายทราบร้อยละ 60.3 ส่วนวัยรุ่นหญิง ทราบร้อยละ 72.3 วัยรุ่นชายส่วนใหญ่ทราบวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ว่าใช้ถุงยางอนามัย รองลงไปได้แก่ ใช้ยาคุมกำเนิด ยาฉีด และไม่มีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่วัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่ตอบว่า ใช้ยาคุมกำเนิด รองลงไปได้แก่ ใช้ถุงยางอนามัย ยาฉีด ไม่มีเพศสัมพันธ์ และนับวันปลอดภัย เมื่อถามเกี่ยวอันตรายต่อสุขภาพหากมีการตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุยังน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี) มีไม่ถึงครึ่งหนึ่งของวัยรุ่น 13-18 ปี ที่มีความรู้ โดยวัยรุ่นชายมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ ร้อยละ 32.2 น้อยกว่าวัยรุ่นหญิงที่ทราบ ร้อยละ 41.6 ส่วนใหญ่ของกลุ่มที่ทราบอันตราย ทราบว่าจะเป็นอันตรายจากการคลอด คลอดยากเพราะเชิงกรานเล็ก และเด็กพิการหรือมีปัญหาเกี่ยวกับเด็ก

สรุปความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม เมื่อประเมินความรู้ออกเป็นระดับพบว่า วัยรุ่นชายมีสัดส่วนของการมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ในระดับดี และดีมาก ร้อยละ 54.3 น้อยกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิง ที่มีสัดส่วนของการมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ในระดับดี และดีมาก ร้อยละ 64.1 และเป็นที่น่าสังเกตว่า วัยรุ่นอายุ 13-18 ปี ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์พบในวัยรุ่นชาย ถึง ร้อยละ 16.0 และ วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 9.5 ดังรายละเอียดที่แสดงในตาราง 5.18

ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่ยังไม่ได้แต่งงานและมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา วัยรุ่นหญิงไม่มีคนตอบ ส่วนวัยรุ่นชายตอบว่าเคย 31 คน คิดเป็น ร้อยละ 6 ของวัยรุ่นชายที่ยังไม่ได้แต่งงาน และมีการถุงยางอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 42 ใช้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 29 และไม่ใช้เลย ร้อยละ 29

**ตาราง 5.18 ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชายและหญิง**

| ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ | ชาย | | หญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **- การจัดการกับตนเองเมื่อมีอารมณ์ทางเพศเกิดขึ้น** | (540) | | (640) | |
| ไม่ทราบ | 135 | 25.0 | 217 | 33.9 |
| ทราบ | 405 | 75.0 | 423 | 66.1 |
| - ออกกำลังกาย / เล่นกีฬา | 245 | 45.5 | 238 | 37.2 |
| - หากิจกรรมอื่นทำเช่น ร้องเพลง | 104 | 19.3 | 152 | 23.7 |
| - ออกไปพบปะเพื่อน ๆ | 55 | 10.2 | 53 | 8.3 |
| - ช่วยตนเอง | 41 | 7.6 | 23 | 3.6 |
| - ปรึกษาคนในครอบครัว | 1 | 0.2 | 3 | 0.5 |

| ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ | ชาย | | หญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **- ผลของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นโดยไม่ได้ป้องกัน** | | | | |
| ไม่ทราบ | 104 | 19.3 | 81 | 12.7 |
| ทราบ | 436 | 80.7 | 559 | 87.3 |
| - ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ | 200 | 37.0 | 404 | 63.1 |
| - ติดโรคทางเพศสัมพันธ์ /เอดส์ | 273 | 50.6 | 227 | 35.5 |
| - ปัญหาสังคม | 0 | 0.0 | 3 | 0.5 |
| **- โรคที่อาจจะติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์** | | | | |
| ไม่ทราบ | 117 | 21.7 | 111 | 17.3 |
| ทราบ | 421 | 78.3 | 529 | 82.7 |
| - เอดส์ | 409 | 75.7 | 516 | 80.6 |
| - หนองใน | 19 | 3.5 | 20 | 3.1 |
| - ซิฟิลิส | 2 | 0.4 | 8 | 1.3 |
| **- วิธีป้องกันโรคจากการมีเพศสัมพันธ์** | | | | |
| - ใช้ถุงยางอนามัย | 337 | 84.0 | 420 | 83.0 |
| - ไม่สำสอนทางเพศ | 25 | 6.2 | 54 | 10.7 |
| - ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย | 28 | 7.0 | 44 | 8.7 |
| - ไม่ทราบ | 8 | 2.0 | 3 | 0.6 |
| **- ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์** | | | | |
| ไม่ทราบ | 214 | 39.7 | 177 | 27.7 |
| ทราบ | 325 | 60.3 | 463 | 72.3 |
| - ใช้ถุงยางอนามัย | 207 | 38.3 | 168 | 36.3 |
| - ยาคุมกำเนิด | 137 | 25.4 | 343 | 74.1 |
| - ยาฉีด | 17 | 3.1 | 49 | 10.6 |
| - ทำหมัน/ใส่ห่วงอนามัย | 10 | 1.9 | 42 | 9.1 |
| - ไม่มีเพศสัมพันธ์ | 5 | 0.9 | 18 | 3.9 |
| - นับวันปลอดภัย | 2 | 0.4 | 5 | 1.1 |

| ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ | ชาย | | หญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **- ความรู้เกี่ยวกับผลร้ายต่อสุขภาพของการตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุยังน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี)** | | | | |
| ไม่ทราบ | 365 | 67.8 | 374 | 58.4 |
| ทราบ | 173 | 32.2 | 266 | 41.6 |
| - คลอดยาก เพราะเชิงกรานเล็ก | 76 | 14.1 | 104 | 37.0 |
| - อันตรายจากการคลอดอื่นๆ | 96 | 17.8 | 157 | 55.9 |
| - เด็กพิการ/ มีปัญหาเกี่ยวกับเด็ก | 4 | 0.7 | 12 | 4.3 |
| - แท้งง่าย/แม่สุขภาพไม่แข็งแรง | 4 | 0.7 | 5 | 1.8 |
| - มะเร็งปากมดลูก | 0 | 0.0 | 3 | 1.1 |
| **- สรุปความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมกับวัย** | | | | |
| ดีมาก | 79 | 14.7 | 136 | 21.3 |
| ดี | 213 | 39.6 | 274 | 42.8 |
| พอใช้ | 160 | 29.7 | 169 | 26.4 |
| ไม่ดี | 86 | 16.0 | 61 | 9.5 |

3) **พฤติกรรมสุขภาพ**

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี ได้สอบถามโดยแบ่งความถี่ของพฤติกรรมออกเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ, ค่อนข้างจริงหรือบ่อยครั้ง (4-6 วันใน 1 อาทิตย์), เป็นบางครั้ง (1-3 วัน ใน 1 อาทิตย์) และไม่เคยปฏิบัติเลยหรือไม่จริง เนื่องจากการกำหนดเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีต้องมีการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อความมีสุขภาพดี จึงนำเสนอเฉพาะสัดส่วนร้อยละของผลการประเมินเครื่องชี้วัดปัจจัยด้านสร้างเสริมสุขภาพในระดับที่ปฏิบัติเป็นประจำ และพฤติกรรมที่คุกคามต่อสุขภาพในระดับที่ไม่เคยปฏิบัติเลย

พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นในด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล พบว่า วัยรุ่นชายมีสัดส่วนของการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ก่อนเข้านอนและ ตอนเช้าเป็นประจำร้อยละ 49.9 น้อยกว่าผู้หญิงซึ่งปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 60.3 วัยรุ่นชายมีการล้างมือก่อนรับประทานอาหารเป็นประจำ ร้อยละ 49.4 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 50.9 และตรวจดูอาการแสดงที่ผิดปกติของร่างกายและแจ้งให้พ่อแม่/ ผู้ใหญ่ในครอบครัวทราบ วัยรุ่นชาย ร้อยละ 29.7 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 32.2 และในด้านพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ วัยรุ่นชายทำความสะอาดอวัยวะเพศของตนเองให้สะอาดเสมอ เป็นประจำร้อยละ 67.8 น้อยกว่าเพศหญิง ที่

ทำเป็นประจำ ร้อยละ 84.2 และเมื่อเกิดความต้องการทางเพศ วัยรุ่นชายสามารถระบายออกได้ด้วยการทำกิจกรรมอื่นๆเป็นประจำ ร้อยละ 49.1 และวัยรุ่นหญิง ร้อยละ 45.9

ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ วัยรุ่นชายออกกำลังกาย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วันเป็นประจำ ร้อยละ 51.2 มากกว่าวัยรุ่นหญิงที่ออกกำกายเป็นประจำ ร้อยละ 39 ครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นชายและหญิงได้นอนหลับไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันเป็นประจำ ในด้านพฤติกรรมการกินอาหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่วัยรุ่นได้กินอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อ เป็นประจำ ชายร้อยละ 69.9 หญิงร้อยละ 59.3 แต่ได้กินอาหารครบ 5 หมู่ ร้อยละ 27.4 ในวัยรุ่นชาย และ ร้อยละ 28.6 ในวัยรุ่นหญิง โดยเฉพาะอาหารประเภทผักต่าง ๆ ได้กินวันละ 3 ทัพพี หรือ 9 ช้อนโต๊ะเป็นประจำ ร้อยละ 23 และผลไม้หรือน้ำผลไม้สดต่าง ๆ เป็นประจำ ร้อยละ 17-18 ได้ดื่มน้ำสะอาดวันละไม่ต่ำกว่า 6 แก้ว เป็นประจำ ร้อยละ 48.3 ในวัยรุ่นชาย ร้อยละ 39.4 ในวัยรุ่นหญิง แต่วัยรุ่นชายได้ดื่มนมสด หรือเครื่องดื่มประเภทนมสดเป็นประจำร้อยละ 14.3 วัยรุ่นหญิงได้ดื่มนมเป็นประจำ ร้อยละ 18.3 ส่วนอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ กลุ่มวัยรุ่นไม่เคยกินอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ วัยรุ่นชายร้อยละ 57 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 51.5 แต่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม วัยรุ่นชายร้อยละ 18 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 13.6 และไม่กินขนมหวาน ขนมกรุบกรอบระหว่างมื้อ ร้อยละ 15.7 ในวัยรุ่นชาย ร้อยละ 39.4 ในวัยรุ่นหญิง ร้อยละ 9.5

ในด้านพฤติกรรมที่คุกคามต่อสุขภาพ มีวัยรุ่นสูบบุหรี่บ้างแต่ไม่ประจำ โดยวัยรุ่นชายไม่สูบเลย ร้อยละ 82.4 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 96.4 วัยรุ่นชายไม่ดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เลย ร้อยละ 74.8 ซึ่งน้อยกว่าวัยรุ่นหญิงที่ไม่ดื่มเลย ร้อยละ 91.7 ส่วนการใช้สารเสพติด พบว่าวัยรุ่นชายไม่เคยใช้เลย ร้อยละ 96 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 98.6

ส่วนพฤติกรรมด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจร พบว่า เมื่อวัยรุ่นชายขับขี่หรือซ้อนรถจักรยานยนต์ จะสวมหมวกกันน็อคเป็นประจำเพียง ร้อยละ 14.0 วัยรุ่นหญิงสวมหมวกกันน็อคเป็นประจำ ร้อยละ 13.5 และเมื่อขับหรือนั่งข้างคนขับรถยนต์ วัยรุ่นชายคาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 13.7 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 12.3 เมื่อขับรถแต่ละประเภท วัยรุ่นชายไม่ขับรถเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ19.5 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 25.6 และเมื่อข้ามถนนมีความระมัดระวัง เช่น มองซ้าย ขวา ก่อนข้ามถนนเป็นประจำ ร้อยละ 65.9 ในวัยรุ่นชาย และ ร้อยละ 71.5 ในวัยรุ่นหญิง ดังตาราง 5.19

**ตาราง 5.19 พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชายและหญิง**

| พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นประจำ | เพศชาย (n=540) | | เพศหญิง (n=639) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ก่อน เข้านอนและตอนเช้า | 268 | 49.9 | 385 | 60.3 |
| - ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร | 267 | 49.4 | 325 | 50.9 |
| - ตรวจดูอาการแสดงที่ผิดปกติของร่างกายและแจ้งให้พ่อแม่/ผู้ใหญ่ในครอบครัวทราบ | 160 | 29.7 | 206 | 32.2 |
| - ทำความสะอาดอวัยวะเพศของตนเองให้สะอาดเสมอ | 366 | 67.8 | 538 | 84.2 |
| - เมื่อเกิดความต้องการทางเพศสามารถระบายออกได้ด้วยการทำกิจกรรมอื่นๆ | 265 | 49.1 | 293 | 45.9 |
| - ออกกำลังกาย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน | 276 | 51.2 | 249 | 39.0 |
| - นอนหลับไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน | 249 | 46.1 | 300 | 46.9 |
| - กินอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อ | 359 | 66.5 | 379 | 59.3 |
| - กินอาหารครบ 5 หมู่ | 148 | 27.4 | 183 | 28.6 |
| - กินอาหารประเภทผักต่าง ๆ วันละ 3 ทัพพี หรือ 9 ช้อนโต๊ะ | 127 | 23.5 | 145 | 22.7 |
| - กินผลไม้ต่าง ๆ รวมน้ำผลไม้สดที่ไม่ใช่น้ำอัดลม | 100 | 18.5 | 113 | 17.7 |
| - ดื่มน้ำสะอาดวันละไม่ต่ำกว่า 6 แก้ว | 261 | 48.3 | 252 | 39.4 |
| - ดื่มนมสด หรือเครื่องดื่มประเภทนมสด | 77 | 14.3 | 117 | 18.3 |
| - **ไม่**กินอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ | 307 | 57.0 | 329 | 51.5 |
| - **ไม่**ดื่มน้ำอัดลมในรูปแบบต่างๆ | 97 | 18.0 | 87 | 13.6 |
| - **ไม่**กินขนมหวาน/ขนมกรุบกรอบระหว่างมื้อ | 85 | 15.7 | 61 | 9.5 |
| - **ไม่**สูบบุหรี่ | 445 | 82.4 | 616 | 96.4 |
| - **ไม่**ดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ | 404 | 74.8 | 586 | 91.7 |
| - **ไม่**ใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา | 519 | 96.1 | 630 | 98.6 |
| - **ไม่**ขับรถเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด (เฉพาะคนที่เคยขับขี่รถจักรยานยนต์ หรือรถยนต์,ช=466, ญ=540) | 91 | 19.5 | 138 | 25.6 |
| - สวมหมวกกันน็อคเมื่อขับขี่หรือซ้อน รถจักรยานยนต์ (เฉพาะคนที่เคยใช้ รถจักรยานยนต์, ช=499, ญ=563) | 70 | 14.0 | 76 | 13.5 |
| - คาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับหรือนั่งข้างคนขับรถยนต์ (คนที่เคยใช้รถยนต์, ช=365, ญ=439) | 50 | 13.7 | 54 | 12.3 |
| - ระมัดระวังเมื่อข้ามถนน เช่น มองซ้าย ขวา ก่อนข้ามถนน | 356 | 65.9 | 457 | 71.5 |

4) **สุขภาพจิตและพัฒนาการทางจิต**

ด้านสุขภาพจิตและพัฒนาการทางจิตของวัยรุ่น การประเมินสุขภาพจิตจากข้อคำถาม พบว่า วัยรุ่นชายได้แสดงออกตามความถนัด หรือความสามารถของตน ร้อยละ 30.6 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 32.4 รู้สึกมั่นใจว่ามีพ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนคอยให้ความช่วยเหลือในเวลาที่ต้องการ ร้อยละ 48 และวัยรุ่นชายใฝ่ฝันถึงอนาคตที่ดี เช่น มีอาชีพ มีครอบครัว ร้อยละ 46.1 ซึ่งน้อยกว่าวัยรุ่นหญิงที่ใฝ่ฝันถึงอนาคตที่ดี ร้อยละ 55.2 วัยรุ่นชายมีการส่งเสริมพัฒนาการทางด้านจิตใจอย่างเป็นประจำในแต่ละด้านอยู่ในช่วง ร้อยละ 25-35 เช่น ได้ปฏิบัติกิจทางศาสนาที่นับถือ เช่น ศาสนาพุทธ, คริสต์ สวดมนต์, ศาสนาอิสลาม ทำละหมาด ร่วมพิธีทางศาสนาและงานประเพณีกับครอบครัว ช่วยเหลือเพื่อนหรือผู้อื่น โดยไม่หวังค่าตอบแทน และทำงานอาสาสมัครช่วยเหลือผู้อื่น โดยไม่หวังค่าตอบแทน ซึ่งมีสัดส่วนที่น้อยกว่าวัยรุ่นหญิง ที่มีการส่งเสริมพัฒนาการทางด้านจิตใจอย่างเป็นประจำในแต่ละด้านอยู่ในช่วง ร้อยละ 31-41 แต่ทั้งวัยรุ่นชายและหญิงยังมีการฝึกบริหารจิต เช่น นั่งสมาธิ ฝึกโยคะ รำมวยจีน ฯลฯ เพียงร้อยละ 8-9 และเมื่อถามถึงความเชื่อว่า ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่วเสมอ วัยรุ่นชายเชื่อมั่นประจำ ร้อยละ 58.3 และวัยรุ่นหญิงเชื่อมั่นประจำ ร้อยละ 62.6 ดังตาราง 5.20

**ตาราง 5.20 สุขภาพจิตและพัฒนาการทางจิตที่ดีของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชายและหญิง**

| สุขภาพจิตและพัฒนาการทางจิต | เพศชาย (n=540) | | เพศหญิง (n=639) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - ได้แสดงออกตามความถนัด หรือความสามารถของตน | 165 | 30.6 | 207 | 32.4 |
| - รู้สึกมั่นใจว่ามีพ่อแม่ /ญาติพี่น้อง /เพื่อนคอยให้ความช่วยเหลือในเวลาที่ต้องการ | 261 | 48.3 | 311 | 48.7 |
| - ใฝ่ฝันถึงอนาคตที่ดี เช่น มีอาชีพ มีครอบครัว | 249 | 46.1 | 353 | 55.2 |
| - ปฏิบัติกิจทางศาสนาที่นับถือ เช่น ศาสนาพุทธ, คริสต์ สวดมนต์, ศาสนา อิสลาม ทำละหมาด | 147 | 27.2 | 229 | 35.8 |
| - ร่วมพิธีทางศาสนาและงานประเพณีกับครอบครัว | 157 | 29.1 | 222 | 34.7 |
| - ช่วยเหลือเพื่อนหรือผู้อื่น โดยไม่หวังค่าตอบแทน | 184 | 34.1 | 265 | 41.5 |
| - ทำงานอาสาสมัครช่วยเหลือผู้อื่น โดยไม่หวังค่าตอบแทน | 140 | 25.9 | 198 | 31.0 |
| - ฝึกบริหารจิต เช่น นั่งสมาธิ ฝึกโยคะ รำมวยจีน | 43 | 8.0 | 58 | 9.1 |
| - เชื่อว่าทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่วเสมอ | 315 | 58.3 | 400 | 62.6 |

**5) ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น** (Thai Mental Health Indicators)

จากการใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น ให้คะแนนและแปลผลค่าของดัชนีตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (อภิชัย มงคล และคณะ, 2547) พบว่าวัยรุ่นชาย 13-18 ปี ส่วนใหญ่มีคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับคนไทยทั่วไป ร้อยละ 43.1 และมีสุขภาพจิตดีกว่าคนไทยทั่วไป ร้อยละ 41.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 33.3 คะแนน เช่นเดียวกับวัยรุ่นหญิง 13-18 ปี ที่ส่วนใหญ่มีคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับคนไทยทั่วไป ร้อยละ 43.5 และมีสุขภาพจิตดีกว่าคนไทยทั่วไป ร้อยละ 43.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับวัยรุ่นชาย คืออยู่ที่ 33.3 คะแนน ตาราง 5.21

**ตาราง 5.21 คะแนนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น ของวัยรุ่น 13-18 ปี เพศชายและหญิง**

| ระดับคะแนน | เพศชาย | | เพศหญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ≤27 คะแนน (สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป) | 75 | 15.1 | 90 | 15.4 |
| 28-34 คะแนน (สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป) | 215 | 43.1 | 243 | 41.5 |
| 35-45 คะแนน (สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป) | 208 | 41.8 | 252 | 43.1 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 33.3 ± 6.0 | | 33.3 ± 6.2 | |

**6) ความฉลาดทางอารมณ์** (Emotional Quotient)

จากการใช้แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับวัยรุ่น ให้คะแนนและแปลผลค่าของความฉลาดทางอารมณ์ในแต่ละด้านตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนการควบคุมตนเองอยู่ในช่วงปกติ วัยรุ่นชาย ร้อยละ 63.3 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 61.3 และมีคะแนนสูงกว่าช่วงคะแนนปกติ วัยรุ่นชาย ร้อยละ 31.4 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 33.7 วัยรุ่นชายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.3 และวัยรุ่นหญิง 17.5 คะแนน ซึ่งมากกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (15.5 คะแนน) ด้านการเห็นใจผู้อื่น ส่วนใหญ่มีคะแนนการเห็นใจผู้อื่นอยู่ในช่วงปกติ วัยรุ่นชาย ร้อยละ 67.4 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 70.1 วัยรุ่นชายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.3 และวัยรุ่นหญิง 17.8 คะแนน น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (18.1 คะแนน) ด้านความรับผิดชอบ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ วัยรุ่นชาย ร้อยละ 78 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 76.6 วัยรุ่นชายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 18.8 น้อยกว่าวัยรุ่นหญิง 19.5 คะแนน ซึ่งใกล้เคียงกับคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (19.3 คะแนน)

ด้านแรงจูงใจ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ วัยรุ่นชาย ร้อยละ 78.6 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 79.9 และสูงกว่าช่วงคะแนนปกติ ร้อยละ 16.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.8 คะแนน ซึ่งสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจเล็กน้อย (17.3 คะแนน) ด้านการตัดสินใจแก้ปัญหา ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ วัยรุ่นชาย ร้อยละ 78.8 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 80.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 16.5 คะแนน ซึ่งสูงกว่า

คะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจเล็กน้อย (16.1 คะแนน) ด้านการมีสัมพันธภาพ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ วัยรุ่นชาย ร้อยละ 85.3 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ โดยวัยรุ่นชายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.3 วัยรุ่นหญิง 17.6 คะแนน ซึ่งใกล้เคียงกับคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (17.3 คะแนน)

ด้านความภูมิใจในตนเอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ วัยรุ่นชาย ร้อยละ 80.7 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 79.6 โดยวัยรุ่นชายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 11.6 และวัยรุ่นหญิง 11.8 คะแนน ซึ่งสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (11.0 คะแนน) ด้านความพอใจในชีวิต ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 82 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 18.0 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (18.9 คะแนน) และความสุขสงบทางใจ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ วัยรุ่นชาย ร้อยละ 85.3 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 84.4 แต่สัดส่วนของคะแนนความสุขสงบทางใจที่ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ วัยรุ่นชายพบ ร้อยละ 14 วัยรุ่นหญิง ร้อยละ 15.3 โดยมีวัยรุ่นชายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 16.7 วัยรุ่นหญิง 16.9 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (17.8 คะแนน)

เมื่อพิจารณาโดยรวมจะเห็นว่าวัยรุ่นหญิงมีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าวัยรุ่นชายในด้านดี คือมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง รู้จักเห็นใจผู้อื่น และความรับผิดชอบต่อส่วนรวม วัยรุ่นชายและหญิงมีความฉลาดทางอารมณ์ในด้านเก่งเท่ากัน คือมีความสามารถในการรู้จักตนเอง มีแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ส่วนความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข คือความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข วัยรุ่นหญิงสูงกว่าชายเล็กน้อย ดังรายละเอียดในตาราง 5.22

**ตาราง 5.22 คะแนนความฉลาดทางอารมณ์แต่ละด้านของวัยรุ่น 13-18 ปี เพศชายและหญิง**

| ระดับคะแนน | เพศชาย | | เพศหญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **การควบคุมตนเอง** | | | | |
| ≤13 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 28 | 5.4 | 31 | 5.0 |
| 14-18 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 331 | 63.3 | 381 | 61.3 |
| ≥19 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 164 | 31.4 | 209 | 33.7 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 17.3 ± 2.6 | | 17.5 ± 2.6 | |
| **การเห็นใจผู้อื่น** | | | | |
| ≤15 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 119 | 22.8 | 101 | 16.3 |
| 16-20 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 353 | 67.4 | 434 | 70.1 |
| ≥21 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 51 | 9.8 | 84 | 13.6 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 17.3 ± 2.3 | | 17.8 ± 2.3 | |

| ระดับคะแนน | เพศชาย | | เพศหญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **ความรับผิดชอบ** | | | | |
| ≤15 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 55 | 10.5 | 53 | 8.6 |
| 16-22 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 408 | 78.0 | 474 | 76.6 |
| ≥23 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 60 | 11.5 | 92 | 14.8 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 18.8 ± 2.6 | | 19.5 ± 2.6 | |
| **แรงจูงใจ** | | | | |
| ≤13 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 22 | 4.2 | 21 | 3.4 |
| 14-20 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 411 | 78.6 | 496 | 79.9 |
| ≥21 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 90 | 17.2 | 104 | 16.7 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 17.8 ± 2.8 | | 17.8 ± 2.7 | |
| **การตัดสินใจและแก้ปัญหา** | | | | |
| ≤12 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 30 | 5.7 | 26 | 4.2 |
| 13-19 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 418 | 79.9 | 501 | 80.7 |
| ≥20 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 75 | 14.3 | 94 | 15.1 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 16.5 ± 2.7 | | 16.5 ± 2.6 | |
| **การมีสัมพันธภาพ** | | | | |
| ≤13 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 24 | 4.6 | 22 | 3.5 |
| 14-20 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 446 | 85.3 | 507 | 81.7 |
| ≥21 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 53 | 10.1 | 92 | 14.8 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 17.3 ± 2.4 | | 17.6 ± 2.6 | |
| **ความภูมิใจตนเอง** | | | | |
| ≤8 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 16 | 3.1 | 20 | 3.2 |
| 9-13 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 422 | 80.7 | 494 | 79.6 |
| ≥14 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 85 | 16.2 | 107 | 17.2 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 11.6 ± 1.9 | | 11.8 ± 1.9 | |
| **ความพอใจในชีวิต** | | | | |
| ≤15 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 83 | 15.9 | 92 | 14.8 |
| 16-22 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 429 | 82.0 | 514 | 82.8 |
| ≥23 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 11 | 2.1 | 15 | 2.4 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 17.9 ± 2.5 | | 18.0 ± 2.6 | |

| ระดับคะแนน | เพศชาย | | เพศหญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **ความสุขสงบทางใจ** | | | | |
| ≤14 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 73 | 14.0 | 95 | 15.3 |
| 15-21 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 446 | 85.3 | 524 | 84.4 |
| ≥22 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 4 | 0.7 | 2 | 0.3 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 16.7 ± 2.2 | | 16.9 ± 2.3 | |

**7) การเห็นคุณค่าในตนเอง**

จากการทดสอบการเห็นคุณค่าในตนเองวัยรุ่น โดยใช้แบบวัดที่ปรับมาจากของ Rosenberg Self Esteem Scale พบว่า เด็กมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 29 อยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 60 และอยู่ในระดับที่ดีมาก วัยรุ่นชายร้อยละ 39.8 และวัยรุ่นหญิงร้อยละ 38.8 (ตาราง 5.23) เมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่าวัยรุ่นยังมีความกังวลเกี่ยวกับตัวเอง เช่น บ่อยครั้งที่คิดว่าตัวเองไม่มีอะไรดีเลย และรู้สึกว่าตัวเองไม่มีอะไรน่าภาคภูมิใจมากนัก ดังตาราง 5.24

**ตาราง 5.23 คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชาย เพศหญิง**

| ระดับคะแนน | เพศชาย | | เพศหญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 0-20 คะแนน | 2 | 0.4 | 4 | 0.6 |
| 21-30 คะแนน | 323 | 59.8 | 386 | 60.8 |
| 31-40 คะแนน | 215 | 39.8 | 245 | 38.8 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 29.9 ± 3.7 | | 29.8 ± 3.9 | |

**ตาราง 5.24 การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem Scale) ของวัยรุ่น 13-18 ปี เพศชายและหญิง**

| การเห็นคุณค่าในตนเอง | เพศชาย | | | | เพศหญิง (n=639) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | เห็นด้วย/เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | ไม่เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | เห็นด้วย/เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | ไม่เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| -โดยทั่วไปฉันรู้สึกพอใจตนเอง | **508** | **94.0** | 32 | 6.0 | **594** | **92.9** | 45 | 7.1 |
| -มีบ่อยครั้งที่ฉันคิดว่าตัวเองไม่มีอะไรดีเลย | 159 | 29.5 | **381** | **70.5** | 216 | 33.8 | **423** | **66.2** |
| -ฉันรู้สึกว่าตัวฉันมีอะไรดี ๆ ในตัวเอง | **457** | **84.7** | 83 | 15.3 | **551** | **86.3** | 87 | 13.7 |
| -ฉันสามารถทำอะไรได้ดีเหมือนคนอื่น ๆ | **485** | **89.8** | 55 | 10.2 | **586** | **91.7** | 53 | 8.3 |
| -ฉันรู้สึกว่าตัวเองไม่มีอะไรน่าภาคภูมิใจ | 164 | 30.4 | **376** | **69.6** | 176 | 27.5 | **463** | **72.5** |

| การเห็นคุณค่าในตนเอง | เพศชาย | | | | เพศหญิง (n=639) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | เห็นด้วย/เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | ไม่เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | เห็นด้วย/เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | ไม่เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| -ฉันรู้สึกบ่อย ๆ ว่าตัวเองไร้ค่า | 105 | 19.4 | **435** | **80.6** | 134 | 20.9 | **505** | **79.1** |
| -ฉันรู้สึกว่าตัวเองก็มีคุณค่าอย่างน้อยที่สุดก็เท่ากับคนอื่น | **417** | **77.2** | 123 | 22.8 | **497** | **78.1** | 139 | 21.9 |
| -ฉันอยากจะภาคภูมิใจในตัวเองมากกว่านี้ | **453** | **83.9** | 87 | 16.1 | **520** | **81.7** | 116 | 18.3 |
| -โดยรวมแล้วฉันมีแนวโน้มจะรู้สึกว่าตัวฉันล้มเหลว | 121 | 22.4 | **419** | **77.6** | 117 | 18.4 | **519** | **81.6** |
| -ฉันมีความรู้สึกที่ดีกับตัวเอง | **503** | **93.1** | 37 | 6.9 | **607** | **95.5** | 29 | 4.5 |

**8) การรู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ วินัย ต่อครอบครัวและสังคม**

ได้สอบถามการรู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ วินัย ต่อครอบครัวและสังคมโดยแบ่งความถี่ของพฤติกรรมออกเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ, ค่อนข้างจริงหรือบ่อยครั้ง (4-6 วันใน 1 อาทิตย์), เป็นบางครั้ง (1-3 วัน ใน 1 อาทิตย์) และไม่เคยปฏิบัติเลยหรือไม่จริง เนื่องจากการกำหนดเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีต้องมีการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อความมีสุขภาพดี จึงนำเสนอเฉพาะสัดส่วนร้อยละของผลการประเมินพฤติกรรมด้านส่งเสริมในระดับที่**ปฏิบัติเป็นประจำ** พบว่าวัยรุ่นทั้งชายและหญิงรู้จักบทบาทหน้าที่ มีความรับผิดชอบ วินัย ต่อตนเองและผู้อื่น ทั้งในครอบครัวและสังคม อยู่ในระดับปานกลาง เช่น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทุกอย่างด้วยตนเองโดยไม่ต้องเตือน วัยรุ่นชายร้อยละ 21.5 ซึ่งต่ำกว่าวัยรุ่นหญิงที่ปฏิบัติ ร้อยละ 29.9 แสดงความเคารพเมื่อพบกับผู้ใหญ่เป็นประจำ วัยรุ่นชายร้อยละ 32.2 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 41.1 ในความมีวินัย วัยรุ่นตรงต่อเวลาเป็นประจำ เช่น การเข้าห้องเรียน การนัดหมาย วัยรุ่นชายมีร้อยละ 32.2 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 38.8 การเข้าคิวเวลารอซื้อของหรือรอรับบริการต่างๆ วัยรุ่นชายร้อยละ 37.6 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 44.8 วัยรุ่นชายได้ร่วมทำกิจกรรมด้านศิลปะ ดนตรี หรือกีฬากับเด็กอื่น ร้อยละ 44.3 มากกว่าวัยรุ่นหญิงที่ได้ทำเพียงร้อยละ 37.9 ในขณะที่ได้ร่วมทำกิจกรรมต่างๆกับคนในครอบครัวเป็นประจำ วัยรุ่นชายร้อยละ 31.5 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 34.4

ในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้อื่น เช่น รักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้อื่น วัยรุ่นชายทำได้เป็นประจำร้อยละ 28.1 ต่ำกว่าวัยรุ่นหญิงที่ทำได้ ร้อยละ 35.5 ไม่เคยหยิบฉวยสมบัติส่วนตัวของเพื่อนมาใช้โดยไม่ขออนุญาต วัยรุ่นชายพบร้อยละ 71.3 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 77.5 ในเรื่องการเอื้อเฟื้อ เช่นเต็มใจที่จะแบ่งปันสิ่งของ หรือขนมให้เพื่อน วัยรุ่นชายพบร้อยละ 33.3 ต่ำกว่าวัยรุ่นหญิงร้อยละ 44.6 การกล่าวแสดงความชื่นชมในความสำเร็จของผู้อื่นได้โดยง่าย วัยรุ่นชายพบร้อยละ 28.3 ต่ำกว่าวัยรุ่นหญิงที่ปฏิบัติร้อยละ 39

แต่ในขณะที่เวลาโกรธเพื่อนไม่กลั่นแกล้งหรือด่าเพื่อนด้วยคำหยาบ หรือทำร้ายร่างกาย พบว่าวัยรุ่นชายปฏิบัติได้ ร้อยละ 14.6 ต่ำกว่าวัยรุ่นหญิงที่ปฏิบัติร้อยละ 24.3

ในด้านความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม วัยรุ่นได้มีโอกาสช่วยพ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่หรือครูทำงานต่างๆ หรือได้รับมอบหมายให้ช่วยงานอย่างใดอย่างหนึ่งในบ้าน วัยรุ่นชายพบร้อยละ 36.9 ต่ำกว่าวัยรุ่นหญิงที่ได้ทำเป็นประจำร้อยละ 51.8 ในด้านการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมและรักษาสาธารณประโยชน์ วัยรุ่นชายปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 27.4 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 32.1 และในด้านการอดออมโดยแบ่งเงินเบี้ยเลี้ยงประจำวันเพื่อเก็บออมทรัพย์ วัยรุ่นชายปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 17.4 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 19.1 เมื่อพิจารณาโดยรวมจะเห็นว่าวัยรุ่นหญิงรู้จักบทบาทหน้าที่ มีความรับผิดชอบ วินัย ต่อตนเองและผู้อื่น ทั้งในครอบครัวและสังคม สูงกว่าวัยรุ่นชาย ดังรายละเอียดในตาราง 5.25

**ตาราง 5.25 การรู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ วินัย ต่อครอบครัวและสังคมของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชายและหญิง (ปฏิบัติเป็นประจำ)**

| การรู้จักบทบาท | เพศชาย (n=540) | | เพศหญิง (n=639) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - ทำตามระเบียบของครอบครัว เช่น ทำกิจกรรมประจำวันตามเวลาโดยไม่ต้องเตือน | 116 | 21.5 | 202 | 31.6 |
| - แสดงความเคารพเมื่อพบกับผู้ใหญ่ | 174 | 32.2 | 264 | 41.1 |
| - ตรงต่อเวลา เช่น การเข้าห้องเรียน การนัดหมาย | 174 | 32.2 | 248 | 38.8 |
| - เข้าคิวเวลารอซื้อของหรือรอรับบริการต่างๆ | 203 | 37.6 | 286 | 44.8 |
| - ร่วมทำกิจกรรมด้านศิลปะ / ดนตรี / กีฬากับเด็กอื่น | 239 | 44.3 | 242 | 37.9 |
| - ร่วมทำกิจกรรมต่างๆกับคนในครอบครัว | 170 | 31.5 | 220 | 34.4 |
| - รักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้อื่น | 152 | 28.1 | 228 | 35.5 |
| - **ไม่**หยิบฉวยสมบัติส่วนตัวของเพื่อนมาใช้โดยไม่ขออนุญาต | 385 | 71.3 | 495 | 77.5 |
| - เต็มใจที่จะแบ่งปันสิ่งของหรือขนมให้เพื่อน | 180 | 33.3 | 285 | 44.6 |
| - กล่าวแสดงความชื่นชมในความสำเร็จของผู้อื่นได้โดยง่าย | 153 | 28.3 | 249 | 39.0 |
| - เวลาโกรธเพื่อนไม่ด่าเพื่อนด้วยคำหยาบหรือทำร้ายร่างกาย | 79 | 14.6 | 155 | 24.3 |
| - ได้มีโอกาสช่วยพ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่ หรือครูทำงานต่างๆ หรือได้รับมอบหมายให้ช่วยงานอย่างใดอย่างหนึ่งในบ้าน | 199 | 36.9 | 331 | 51.8 |
| - ดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม และรักษาสาธารณประโยชน์ | 148 | 27.4 | 205 | 32.1 |
| - แบ่งเงินเบี้ยเลี้ยงประจำวันเพื่อเก็บออมทรัพย์ | 94 | 17.4 | 122 | 19.1 |

**9) ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับบทบาททางเพศ**

ทัศนคติที่ดีต่อบทบาททางเพศของวัยรุ่น เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกบทบาทของหญิงและชาย และเกิดความรับผิดชอบในพฤติกรรมทางเพศ จากการสอบถามพบว่าวัยรุ่นชายและหญิงส่วนใหญ่ยังคิดว่า ผู้ชายควรเป็นคนแสดงบทบาทว่าชอบผู้หญิงก่อน ร้อยละ 69.8 และ 77.8 และส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยที่ว่าผู้ชายสามารถมีคู่รักได้หลายคน ร้อยละ 63.5 และ 67.5 และเมื่อถามถึงการดูเด็กครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นทั้งชายและหญิงเห็นว่าเด็กชายและเด็กหญิงต้องเล่นของเล่นเด็กแตกต่างกัน ร้อยละ 59.7 และ 54.2 และคิดว่าผู้ชายและผู้หญิงควรได้รับมอบหมายให้ช่วยทำงานในครอบครัวเหมือนกัน ร้อยละ 64.2 และ 70.2 แต่เมื่อถามว่า ถ้ามีความจำเป็นทางเศรษฐกิจ คิดว่า ผู้ชายน่าจะได้มีการศึกษาสูงกว่าผู้หญิง ครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นชายเห็นด้วย ในขณะที่วัยรุ่นหญิงเห็นด้วยเพียงร้อยละ 31.6 และส่วนใหญ่ของวัยรุ่นชายยังคิดว่าผู้ชายต้องรับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์หรือการติดโรคในการที่มีเพศสัมพันธ์กับฝ่ายหญิง ร้อยละ 72.2 ต่ำกว่าวัยรุ่นหญิงที่เห็นด้วยร้อยละ 84.5 (ตาราง 5.26)

**ตาราง 5.26 ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับบทบาททางเพศของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เพศชายและหญิง**

| ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับบทบาททางเพศ | เพศชาย (n=540) | | | | เพศหญิง (n=639) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จริง/ค่อนข้างจริง | | ไม่จริง/จริงบางครั้ง | | จริง/ค่อนข้างจริง | | ไม่จริง/จริงบางครั้ง | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - คิดว่าผู้ชายควรเป็นคนจีบผู้หญิงก่อน | 377 | 69.8 | 163 | 30.2 | 497 | 77.8 | 142 | 22.2 |
| - คิดว่าผู้ชายสามารถมีคู่รักได้หลายคน | 197 | 36.5 | 343 | 63.5 | 208 | 32.5 | 431 | 67.5 |
| - เด็กชายและเด็กหญิงต้องเล่นของเล่นเด็กแตกต่างกัน | 322 | 59.7 | 228 | 40.3 | 346 | 54.2 | 293 | 45.8 |
| - ผู้ชายและผู้หญิงควรได้รับมอบหมายให้ช่วยทำงานในครอบครัวเหมือนกัน | 347 | 64.2 | 193 | 35.8 | 449 | 70.2 | 190 | 29.8 |
| - ถ้ามีความจำเป็นทางเศรษฐกิจ คิดว่าผู้ชายน่าจะได้มีการศึกษาสูงกว่าผู้หญิง | 365 | 49.1 | 275 | 50.9 | 202 | 31.6 | 437 | 68.4 |
| - คิดว่าผู้ชายต้องรับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์หรือการติดโรคในการที่ท่านมีเพศสัมพันธ์กับฝ่ายหญิง | 390 | 72.2 | 150 | 27.8 | 540 | 84.5 | 99 | 15.5 |

<u>สรุป</u> ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เครื่องชี้วัดสภาวะสุขภาพแสดงให้เห็นว่าในด้านสุขภาพทางกาย เริ่มมีอาการของโรคหอบหืด แพ้อากาศ มีฟันผุเพิ่มขึ้น ระดับสติปัญญาค่อนข้างต่ำ ในด้านความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) มีกลุ่มที่มีปัญหาด้านความสุขที่วัดจากความพอใจในชีวิต และความสุขส่วนทางใจมากกว่าด้านอื่น ๆ พัฒนาการทางจิตไปสู่การเป็นคนดีของสังคมยังมีอยู่เป็นสัดส่วนที่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ ในด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งด้านอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร พฤติกรรมป้องกันโรคมีผู้ปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นประจำในสัดส่วนที่น้อยเป็นส่วนใหญ่ บอกจากการไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธ์อยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ หญิงค่อนข้างมีความรู้มากกว่าชาย แต่ยังมีทัศนคติทางเพศภาวะที่เห็นว่าหญิง และชายยังมีความแตกต่างกันในโอกาสทางสังคม ที่ยังเป็นปัญหาอีกก็คือการรู้จักบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และสังคมที่วัดจากการกระทำต่าง ๆ เช่นการตรงต่อเวลา การรู้จักเข้าคิว ฯลฯ ยังปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอในสัดส่วนที่น้อย

## 5.4 วัยแรงงานอายุ 19-59 ปี

### 5.4.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศชาย ร้อยละ 42.2 เพศหญิง ร้อยละ 57.8 เพศชายนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 84.9 อิสลาม ร้อยละ 14.4 คริสต์ ร้อยละ 0.4 เพศหญิงนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.2 อิสลาม ร้อยละ 13.1 คริสต์ ร้อยละ 0.5 และมีชาวเขาที่ไม่ระบุการนับถือศาสนาแต่นับถือผีบรรพบุรุษเป็นชาย 9 คน และหญิง 2 คน สถานภาพสมรสของเพศชายและหญิง ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 81.3 และ 81.5 โดยเพศหญิงมีสัดส่วนสถานภาพสมรสและแยกกันอยู่มากกว่าเพศชาย รวมทั้งหย่า และเป็นหม้ายสูงกว่าชาย เพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 67.3 และมีเพศหญิงเป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 16.1 วัยแรงงานชายได้รับการศึกษาสูงสุดตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป ร้อยละ 37.7 มากกว่าวัยแรงงานหญิง ร้อยละ 28.8 มี และเพศหญิงมีสัดส่วนการไม่ได้รับการศึกษามากกว่าชายเท่าตัว ส่วนแรงงานชายมีสัดส่วนการทำงานมากกว่าหญิง โดยเพศชายไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 5.3 เพศหญิงร้อยละ 14.7 ส่วนใหญ่ทั้งวัยแรงงานชายและหญิงประกอบอาชีพหลักด้านการเกษตรกรรม ชายร้อยละ 52.8 หญิงร้อยละ 49.4 เป็นคนงาน ลูกจ้าง กรรมกร ชายร้อยละ 23.9 และหญิงร้อยละ 17 ในขณะที่ด้านค้าขายสินค้าหรือบริการด้านต่างๆหญิงมีสัดส่วนทำงานมากกว่าชาย แต่ชายเป็นข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจมากกว่าหญิง กลุ่มที่ทำงานแล้ว เพศชายมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 4,468 บาท และเพศหญิงมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 3,486 บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 2,500 บาท

แรงงานชายมีความพิการทางร่างกาย ร้อยละ 2.6 มากกว่าหญิงที่พบ ร้อยละ 1.3 ส่วนใหญ่พิการเกี่ยวขา/การเดิน รองลงไปพิการเกี่ยวกับนิ้วมือ นิ้วเท้า แขน และมือ ตาบอดและการมองเห็น ปัญญาอ่อน อัมพาต การได้ยิน ปากแหว่ง เพดานโหว่ /ใบ้ ส่วนสิทธิในการรักษา ทั้งแรงงานชายและหญิงมีสิทธิร้อยละ 97 ดังที่แสดงในตาราง 5.27

**ตาราง 5.27 ข้อมูลทั่วไปของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชาย และหญิง**

| ข้อมูลทั่วไป | ชาย (3,042) | | หญิง (4,165) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **อายุ** | | | | |
| 19-24 ปี | 280 | 9.2 | 364 | 9.3 |
| 25-34 ปี | 652 | 21.4 | 970 | 24.9 |
| 35-49 ปี | 1441 | 47.4 | 1727 | 44.3 |
| 50-59 ปี | 669 | 22.0 | 839 | 21.5 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 40 $\pm$ 10.5 | | 39 $\pm$ 10.5 | |

| ข้อมูลทั่วไป | ชาย (3,042) | | หญิง (4,165) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **ศาสนา** | | | | |
| พุทธ | 2584 | 84.9 | 3315 | 86.2 |
| อิสลาม | 439 | 14.4 | 505 | 13.1 |
| คริสต์ | 13 | 0.4 | 20 | 0.5 |
| ผีบรรพบุรุษ | 9 | 0.3 | 2 | 0.2 |
| **สถานภาพสมรส** | | | | |
| โสด | 510 | 16.8 | 350 | 9.1 |
| สมรสและอยู่ด้วยกัน | 2391 | 78.7 | 2764 | 71.8 |
| สมรสและแยกกันอยู่ | 84 | 2.6 | 374 | 9.7 |
| หย่า | 29 | 1.0 | 94 | 2.4 |
| หม้าย | 28 | 0.9 | 266 | 6.9 |
| **ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว** | | | | |
| หัวหน้าครอบครัว | 2048 | 67.3 | 619 | 16.1 |
| สามี/ ภรรยา | 176 | 5.8 | 2358 | 61.2 |
| บุตร | 623 | 20.5 | 677 | 17.6 |
| ญาติ/ บุตรเขย/สะใภ้ | 162 | 6.2 | 144 | 3.7 |
| อื่น ๆ (ผู้อาศัย) | 6 | 0.2 | 13 | 2.4 |
| **การศึกษาสูงสุด** | | | | |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 77 | 2.5 | 197 | 5.1 |
| ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า | 1818 | 59.8 | 2544 | 66.1 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 479 | 15.7 | 453 | 11.8 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 398 | 13.1 | 345 | 9.0 |
| อุดมศึกษาขึ้นไป | 270 | 8.9 | 309 | 8.0 |
| **อาชีพหลัก** | | | | |
| ไม่ได้ทำงาน | 163 | 5.3 | 565 | 14.7 |
| ด้านการเกษตร | 1606 | 52.8 | 1900 | 49.4 |
| ด้านค้าขายสินค้าหรือบริการด้านต่างๆ | 341 | 11.2 | 588 | 15.3 |
| ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 206 | 6.8 | 140 | 3.6 |
| คนงาน ลูกจ้าง กรรมกร | 726 | 23.9 | 652 | 17.0 |

| ข้อมูลทั่วไป | ชาย (3,042) | | หญิง (4,165) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (เฉพาะผู้ที่ทำงาน)** | (2858) | | (3279) | |
| ≤ 2,500 บาท | 1133 | 39.6 | 1715 | 52.3 |
| 2,501-5,000 บาท | 1057 | 37.0 | 1091 | 33.3 |
| 5,001-10,000 บาท | 449 | 15.7 | 324 | 9.9 |
| 10,001-15,000 บาท | 119 | 4.2 | 87 | 2.6 |
| 15,001-20,000 บาท | 66 | 2.3 | 38 | 1.2 |
| > 20,000 บาท | 34 | 1.2 | 24 | 0.7 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 4,468 ± 4,812 | | 3,486 ± 3,794 | |
| **ความพิการทางร่างกาย** | | | | |
| ไม่มี | 2964 | 97.4 | 3799 | 98.7 |
| มี | 78 | 2.6 | 49 | 1.3 |
| - เกี่ยวกับขา/ การเดิน | 23 | 0.8 | 15 | 0.4 |
| - นิ้วมือ นิ้วเท้า | 9 | 0.3 | 3 | 0.1 |
| - เกี่ยวกับแขน มือ | 7 | 0.2 | 5 | 0.1 |
| - ตาบอด/ การมองเห็น | 8 | 0.3 | 4 | 0.1 |
| - ปัญญาอ่อน | 6 | 0.2 | 3 | 0.1 |
| - อัมพาต | 5 | 0.2 | 1 | 0.0 |
| - หู/ การได้ยิน | 2 | 0.1 | 7 | 0.2 |
| - ปากแหว่ง เพดานโหว่ /ใบ้ | 2 | 0.1 | 2 | 0.0 |
| - จิตใจ | 3 | 0.1 | 0 | 0.0 |
| **สิทธิในการรักษา** | | | | |
| มี | 2956 | 97.2 | 3756 | 97.6 |
| ไม่มี | 86 | 2.8 | 92 | 2.4 |

### 5.4.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

#### 1) สุขภาพร่างกายโดยทั่วไป

สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปของวัยแรงงานชาย 13-18 ปี พบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 15.9 ส่วนใหญ่ได้แก่กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง อัตราป่วยร้อยละ 2.4 กระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 2.3 เบาหวาน ร้อยละ 1.8 ภูมิแพ้ ร้อยละ 1.2 และหอบ หืด ร้อยละ 0.8 ในขณะที่กลุ่มวัยแรงงานหญิง พบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 22 สูงกว่าผู้ชาย ส่วนใหญ่ได้แก่กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง อัตราป่วยร้อยละ 4.7 รองลงมาที่สำคัญได้แก่โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 3.2 เบาหวาน ร้อยละ 2.5 ภูมิแพ้ ร้อยละ 1.5 หอบ หืด ร้อยละ 1 และที่สูงกว่าผู้ชายคือ ปวดหัวประจำ และไมเกรน ร้อยละ 1.4 โรคเกี่ยวกับหัวใจ ร้อยละ 1.3 และไทรอยด์เป็นพิษและคอพอก ร้อยละ 1.2 (รายละเอียดตาราง 5.28)

จากการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงกลุ่มวัยแรงงานชายพบว่า ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับปกติ (BMI=18.5-24.9) ร้อยละ 73.9 สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 15.8 และอ้วนมาก ร้อยละ 2.4 ในขณะที่ดัชนีมวลกายของผู้หญิงมีสัดส่วนเกินกว่าเกณฑ์สูงกว่าผู้ชาย คือ พบอยู่ในระดับปกติ (BMI=18.5-24.9) ร้อยละ 63.2 สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 21.6 และอ้วนมาก ร้อยละ 6.3 เช่นเดียวกับค่าอัตราส่วนเอวต่อสะโพก ผู้ชายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ไม่เกิน 1) ร้อยละ 98.2 ส่วนผู้หญิง อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ไม่เกิน 0.8) ร้อยละ 32.7

ผลการวัดความดันโลหิตในขณะสัมภาษณ์ พบว่า แรงงานชายมีความดันโลหิตช่วงบน (Systolic) อยู่ในระดับปกติ (<140 mmHg) ร้อยละ 90.3 และสูงกว่าระดับ 140 mmHg ร้อยละ 9.9 ส่วนความโลหิตช่วงล่าง (Diastolic) อยู่ในระดับปกติ (<90 mmHg) ร้อยละ 83.0 ความโลหิตระดับสูงกว่าปกติ (≥ 90 mmHg) ร้อยละ 13.5 ผู้ชายที่มีความดันโลหิตเกิน 140/90 mmHg พบร้อยละ 5.8 ส่วนวัยแรงงานผู้หญิงมีความโลหิตช่วงบน (Systolic) อยู่ในระดับปกติ (<140 mmHg) ร้อยละ 91.3 และและสูงกว่าระดับ 140 mmHg ร้อยละ 8.7 ส่วนความดันความโลหิตช่วงล่าง (Diastolic) อยู่ในระดับปกติ (<90 mmHg) ร้อยละ 88.3 ความดันโลหิตระดับสูงกว่าปกติ (≥ 90 mmHg) ร้อยละ 11.7 และผู้หญิงที่มีความดันโลหิตเกิน 140/90 mmHg พบร้อยละ 5.6

สุขภาพฟันและเหงือกของวัยแรงงานชาย พบว่า ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจากทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 23.4 และเมื่อสอบถามและตรวจสภาพฟันทั่วไปพบว่า ไม่มีฟันผุ ร้อยละ 48.8 มีฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว ร้อยละ 21 และมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 30 ในขณะที่สุขภาพของเหงือก พบว่า เจ็บฟันเวลาเคี้ยวอาหาร ร้อยละ 13.6 มีเลือดออกตอนแปรงฟันเสมอ ร้อยละ 9.0 และมีทั้งเจ็บฟันและเลือดออกตอนแปรงฟัน ร้อยละ 0.3 และมีจำนวนฟันที่ใช้งานได้ตั้งแต่ 28 ซี่ขึ้นไป พบร้อยละ 79.7 ส่วนวัยแรงงานหญิง พบว่า ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจากทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 32.4 และเมื่อสอบถามและตรวจสภาพฟันทั่วไปพบว่า ไม่มีฟันผุ ร้อยละ 43.5 มีฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว ร้อยละ 25.4 ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 30.4 ในขณะที่สุขภาพของเหงือก

พบว่า เจ็บฟันเวลาเคี้ยวอาหาร ร้อยละ 8.3 มีเลือดออกตอนแปรงฟันเสมอ ร้อยละ 13.6 และมีทั้งเจ็บฟันและเลือดออกตอนแปรงฟัน ร้อยละ 0.8 และมีจำนวนฟันที่ใช้งานได้ตั้งแต่ 28 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 76.8 ซึ่งเมื่อสรุปสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ชายที่ไม่มีฟันผุ ไม่มีปัญหาของเหงือกและมีจำนวนฟันที่ใช้งานได้ 28 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 40.3 ส่วนเพศหญิง มีร้อยละ 24 ดังรายละเอียดในตาราง 5.28

**ตาราง 5.28 ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกายของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง**

| ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกาย | ชาย (3,251) | | หญิง (4,165) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **โรคประจำตัว** | | | | |
| ไม่มี | 2735 | 84.1 | 3250 | 78.0 |
| มี | 516 | 15.9 | 915 | 22.0 |
| - ความดันโลหิตสูง | 77 | 2.4 | 195 | 4.7 |
| - เบาหวาน | 57 | 1.8 | 105 | 2.5 |
| - โรคหัวใจ | 16 | 0.5 | 54 | 1.3 |
| - กระเพาะอาหารอักเสบ | 74 | 2.3 | 133 | 3.2 |
| - ภูมิแพ้ | 39 | 1.2 | 63 | 1.5 |
| - หอบ หืด | 25 | 0.8 | 43 | 1.0 |
| - ปวดหัวประจำ ไมเกรน | 10 | 0.3 | 57 | 1.4 |
| - ไทรอยด์เป็นพิษ คอพอก | 1 | 0.03 | 52 | 1.2 |
| - ความดันโลหิตต่ำ | 5 | 0.2 | 30 | 0.7 |
| - ไต นิ่ว | 17 | 0.5 | 16 | 0.4 |
| - ปวดขา/เข่า, หลัง | 18 | 0.6 | 34 | 0.8 |
| - ปวดข้อ/รูมาตอยด์, เก๊าท์ | 21 | 0.6 | 12 | 0.3 |
| - กระดูกเสื่อม ข้อเสื่อม | 6 | 0.2 | 19 | 0.5 |
| - ไขมันในเลือดสูง | 1 | 0.03 | 14 | 0.3 |
| - โรคจิต ประสาท | 8 | 0.2 | 10 | 0.2 |
| - มะเร็ง | 1 | 0.03 | 8 | 0.2 |
| - ธาลัสซีเมีย | 3 | 0.1 | 8 | 0.2 |
| - โลหิตจาง/โรคเกี่ยวกับเลือด | 4 | 0.1 | 7 | 0.2 |
| - ไวรัสตับอักเสบ | 7 | 0.2 | 5 | 0.1 |
| - ริดสีดวงทวาร | 13 | 0.4 | 7 | 0.2 |
| - วัณโรค | 7 | 0.2 | 0 | 0.0 |
| - ติดเชื้อเอดส์ | 4 | 0.1 | 5 | 0.1 |
| - ต้อ | 2 | 0.1 | 6 | 0.1 |
| - สติปัญญาอ่อน | 1 | 0.03 | 4 | 0.1 |
| - อัมพฤกษ์ อัมพาต | 3 | 0.1 | 5 | 0.1 |

| ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกาย | ชาย (3,251) | | หญิง (4,165) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| BMI (WHO Standard) | | | | |
| <18.5 | 256 | 7.9 | 370 | 8.9 |
| 18.5-24.9 | 2389 | 73.9 | 2622 | 63.2 |
| 25.0-29.9 | 511 | 15.8 | 899 | 21.6 |
| >=30 | 77 | 2.4 | 262 | 6.3 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 22.5 $\pm$ 3.2 | | 23.2 $\pm$ 4.1 | |
| Waist Hip Ratio | | | | |
| $\leq$0.80 | 322 | 10.0 | 1355 | 32.7 |
| 0.81-1.00 | 2847 | 88.2 | 2743 | 66.3 |
| >1.00 | 59 | 1.8 | 40 | 1.0 |
| **ความดันโลหิต** (SYSTOLIC) | | | | |
| Normal BP (<129 mmHg) | 2388 | 73.5 | 3274 | 78.9 |
| High-Normal BP (130-139 mmHg) | 545 | 16.8 | 515 | 12.4 |
| Mild Hypertension (140-159 mmHg) | 210 | 6.5 | 248 | 6.0 |
| Moderate Hypertension (160-179 mmHg) | 51 | 1.6 | 51 | 1.2 |
| Severe Hypertension (>180 mmHg) | 57 | 1.8 | 59 | 1.5 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 121 $\pm$ 12 | | 117 $\pm$ 14 | |
| **ความดันโลหิต** (DIASTOLIC) | | | | |
| Normal BP (<84 mmHg) | 2699 | 83.0 | 3543 | 85.4 |
| High-Normal BP (85-89 mmHg) | 117 | 3.6 | 120 | 2.9 |
| Mild Hypertension (90-99 mmHg) | 343 | 10.6 | 358 | 8.6 |
| Moderate Hypertension (100-109 mmHg) | 67 | 2.1 | 69 | 1.7 |
| Severe Hypertension (>110 mmHg) | 25 | 0.8 | 57 | 1.4 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 78 $\pm$ 9 | | 75 $\pm$ 10 | |
| **ความดันโลหิตเกิน** 140/90 mmHg | 190 | 5.8 | 234 | 5.6 |

| ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกาย | ชาย (3,251) | | หญิง (4,165) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **สุขภาพช่องปาก** | | | | |
| **- ตรวจสุขภาพในช่องปากจากทันตแพทย์ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง** | | | | |
| ได้รับ | 762 | 23.4 | 1349 | 32.4 |
| ไม่ได้รับ | 2489 | 76.6 | 2816 | 67.6 |
| **- สุขภาพของฟัน** | | | | |
| ไม่มีฟันผุ | 1586 | 48.8 | 1810 | 43.5 |
| มีฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว | 683 | 21.0 | 1058 | 25.4 |
| มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา | 975 | 30.0 | 1267 | 30.4 |
| มีทั้งฟันผุที่รับการรักษาและไม่ได้รับการรักษา | 7 | 0.2 | 28 | 0.7 |
| **- สุขภาพของเหงือก** | | | | |
| ไม่มีอาการ | 2507 | 77.1 | 3217 | 77.3 |
| เจ็บฟันเวลาเคี้ยวอาหาร | 441 | 13.6 | 347 | 8.3 |
| มีเลือดออกตอนแปรงฟันเสมอ | 292 | 9.0 | 567 | 13.6 |
| มีทั้งเจ็บฟันและเลือดออกตอนแปรงฟัน | 11 | 0.3 | 32 | 0.8 |
| **- จำนวนฟันที่ใช้งานได้** | | | | |
| ตั้งแต่ 28 ซี่ ขึ้นไป | 2590 | 79.7 | 3200 | 76.8 |
| น้อยกว่า 28 ซี่ | 661 | 20.3 | 965 | 23.2 |
| **สรุปสุขภาพช่องปาก** | | | | |
| ไม่มีฟันผุ ไม่มีปัญหาของเหงือกและมีจำนวนฟันที่ใช้งานได้ตั้งแต่ 28 ซี่ ขึ้นไป | 1311 | 40.3 | 1441 | 24.0 |
| ไม่มีฟันผุ ไม่มีปัญหาของเหงือกและมีจำนวนฟันที่ใช้งานได้ และตรวจสุขภาพในช่องปากจากทันตแพทย์ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง | 300 | 9.2 | 408 | 6.8 |

**2) การรับบริการสุขภาพ**

การได้รับบริการเกี่ยวกับสุขภาพ ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาของวัยแรงงาน พบว่า การรักษาพยาบาล การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิต เป็นบริการสุขภาพที่ได้รับเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาได้แก่ การตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือดหาน้ำตาล ตรวจระดับไขมัน และการตรวจตา ตรวจหู ตามลำดับ โดยที่ผู้หญิงมีสัดส่วนการรับบริการเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้ชายในทุกรายการ การตรวจต่อมลูกหมากของผู้ชาย พบร้อยละ 8.8 ส่วนการตรวจมะเร็งปากมดลูก และตรวจมะเร็งเต้านมของผู้หญิง พบร้อยละ 37.3 และ ร้อยละ 27 ผู้หญิงได้รับในด้านการรับคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการวางแผนครอบครัว การบริการเรื่องการวางแผนครอบครัว และคำแนะนำเรื่อง เพศศึกษา ปัญหาคู่ครองหรือชีวิตครอบครัว มากกว่าผู้ชาย ดังรายละเอียดตาราง 5.29

**ตาราง 5.29 การได้รับบริการเกี่ยวกับสุขภาพ ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง**

| การรับบริการเกี่ยวกับสุขภาพ | ชาย (3,251) | | หญิง (4,165) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง | 2342 | 72.0 | 3343 | 80.3 |
| - วัดความดันโลหิต | 2223 | 68.4 | 3358 | 80.6 |
| - ตรวจปัสสาวะ | 1085 | 33.4 | 1802 | 43.3 |
| - ตรวจเลือด (ตรวจหาน้ำตาล) | 844 | 26.0 | 1383 | 33.2 |
| - ตรวจเลือด (ตรวจระดับไขมัน) | 591 | 18.2 | 875 | 21.0 |
| - การตรวจตา ตรวจหู | 597 | 18.4 | 787 | 18.9 |
| - การตรวจต่อมลูกหมาก | 287 | 8.8 | - | |
| - การตรวจมะเร็งปากมดลูก | - | | 1554 | 37.3 |
| - การตรวจมะเร็งเต้านม | - | | 1125 | 27.0 |
| - รักษาเมื่อเกิดความเจ็บป่วย | 2646 | 81.4 | 3657 | 87.8 |
| - คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการวางแผนครอบครัว | 1574 | 48.4 | 2535 | 60.9 |
| - ได้รับบริการวางแผนครอบครัว | 1319 | 40.6 | 2326 | 55.8 |
| - คำแนะนำเรื่อง เพศศึกษา ปัญหาคู่ครองหรือชีวิตครอบครัว | 1379 | 42.4 | 2129 | 51.1 |

**3) ด้านอนามัยเจริญพันธุ์**

กลุ่มผู้หญิงวัยอายุ 19-59 ปี ควรเป็นวัยที่มีประจำเดือนแล้ว แต่ก็พบผู้หญิง 1 คน ไม่เคยมีประจำเดือนเลยจนปัจจุบันนี้อายุ 48 ปี ผู้หญิงกลุ่มอายุ 19-59 ปี โดยส่วนใหญ่เริ่มมีประจำเดือนเมื่ออายุ 14-15 ปี ร้อยละ 47.9 อายุเริ่มมีประจำเดือนเฉลี่ย 14.6 ปี ผู้หญิงที่มีสถานภาพสมรสคู่มีบุตรแล้ว ร้อยละ 95.1 ส่วนใหญ่มีบุตร 1-2 คน ร้อยละ 61.8 จำนวนบุตรเฉลี่ย 2.3 คน เกือบครึ่งของกลุ่มหญิงที่มีบุตรแล้วอายุเริ่มมีบุตรคนแรกอยู่ในช่วง 20-24 ปี ร้อยละ 46.7 อายุเฉลี่ยของการเริ่มมีบุตรคนแรกคือ 22 ปี อัตราการแท้งบุตรร้อยละ 17.9 เป็นการแท้งครั้งแรกร้อยละ 13.9 ครั้งที่สองร้อยละ 3.1 และตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 0.9 สาเหตุการแท้งบุตรเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ร้อยละ 77.6 ตั้งใจทำแท้ง ร้อยละ 12.7 อุบัติเหตุจากการไม่ตั้งใจ เช่นการทำงาน หกล้ม ร้อยละ 8.3 รวมทั้งมีโรคประจำตัวหรือเกิดการเจ็บป่วยจนแท้ง ร้อยละ 1.4 ผู้หญิงกลุ่มวัยแรงงานที่ศึกษาหมดประจำเดือนแล้ว ร้อยละ 19.8 โดยมีอายุเฉลี่ยของการหมดประจำเดือน 47.6 ปี สาเหตุส่วนใหญ่จากธรรมชาติตามวัย ร้อยละ 91.9 และมีจากสาเหตุอื่น เช่น การผ่าตัดมดลูก ร้อยละ 8.1 ผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้ว ส่วนใหญ่ไม่มีอาการของภาวะหมดประจำเดือน ร้อยละ 57.9 มี แต่ไม่รบกวนชีวิตประจำวัน ร้อยละ 32.9 และมีอาการมาก จนรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 9.2 และผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้ว ได้รับฮอร์โมนเสริมหลังจากหมดประจำเดือน ร้อยละ 14.1 (ตาราง 5.30)

**ตาราง 5.30 ข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยแรงงานหญิงอายุ 19-59 ปี**

| ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกาย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **อายุที่เริ่มมีประจำเดือน** | | |
| 9 – 11 ปี | 82 | 2.1 |
| 12 – 13 ปี | 948 | 24.2 |
| 14 – 15 ปี | 1876 | 47.9 |
| 16 – 17 ปี | 829 | 21.2 |
| $\geq$ 18 ปี | 179 | 4.6 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 14.6 $\pm$ 1.7 | |
| **จำนวนบุตร (เฉพาะผู้ที่สถานภาพสมรสคู่)** | | |
| 0 คน | 177 | 4.9 |
| 1 – 2 คน | 2212 | 61.8 |
| 3 – 4 คน | 979 | 27.3 |
| 5 – 6 คน | 175 | 4.9 |
| $\geq$ 7 คน | 38 | 1.1 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 2.3 $\pm$ 1.3 | |

| ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกาย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **อายุที่มีบุตรคนแรก** | | |
| 13 – 19 ปี | 1023 | 29.9 |
| 20 – 24 ปี | 1597 | 46.7 |
| 25 – 29 ปี | 591 | 17.3 |
| 30 – 34 ปี | 151 | 4.4 |
| ≥35 ปี | 56 | 1.7 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 22 ± 4.2 | |
| **จำนวนครั้งการแท้งบุตร** | | |
| ไม่เคยแท้ง | 2927 | 82.1 |
| 1 ครั้ง | 495 | 13.9 |
| 2 ครั้ง | 110 | 3.1 |
| ≥3 ครั้ง | 31 | 0.9 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 0.2 ± 0.6 | |
| **สาเหตุการแท้งบุตร** | | |
| - โดยธรรมชาติ | 513 | 77.6 |
| - ตั้งใจทำ | 84 | 12.7 |
| - อุบัติเหตุ เช่น การทำงาน, หกล้ม | 55 | 8.3 |
| - เจ็บป่วย | 9 | 1.4 |
| **หมดประจำเดือน** | | |
| ใช่ | 823 | 19.8 |
| ไม่ใช่ | 3341 | 80.2 |
| **อายุเมื่อหมดประจำเดือน** | | |
| < 40 ปี | 37 | 4.5 |
| 40 – 44 ปี | 91 | 11.2 |
| 45 – 49 ปี | 344 | 42.3 |
| ≥ 50 ปี | 342 | 42.0 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 47.6 ± 4.5 | |
| **สาเหตุการประจำเดือน** | | |
| - โดยธรรมชาติตามวัย | 752 | 91.9 |
| - สาเหตุอื่น เช่น ผ่าตัดมดลูก | 66 | 8.1 |

| ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกาย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **อาการของการหมดประจำเดือน** | | |
| ไม่มี | 474 | 57.9 |
| มี แต่ไม่รบกวนชีวิตประจำวัน | 269 | 32.9 |
| มีอาการมาก จนรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | 75 | 9.2 |
| **การรับฮอร์โมนเสริมหลังจากหมดประจำเดือน** | | |
| ได้ | 116 | 14.1 |
| ไม่ได้ | 704 | 85.9 |

วัยแรงงานอายุ 19-59 ปี ทั้งหญิงและชายควรเป็นวัยที่มีความรู้และความพร้อมเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ เมื่อสอบถามเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ทางเพศ พบว่าผู้ชายส่วนใหญ่ทราบวิธีหาทางออกได้ ร้อยละ 97.4 มากกว่าผู้หญิงที่ทราบเพียง ร้อยละ 63.8 ซึ่งทั้งผู้ชายและผู้หญิงส่วนใหญ่ตอบวิธีการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ร้อยละ 48.6 และ ร้อยละ 30.3 รองลงมาได้แก่ หากิจกรรมอื่นทำเช่น ร้องเพลง ออกไปพบปะเพื่อน ๆ ช่วยตนเอง สวดมนต์ ทำสมาธิ ทำละหมาด และทำงาน เมื่อถามต่อถึงการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันจะเกิดผลอย่างไร ผู้ชายทราบร้อยละ 97.9 ผู้หญิงทราบ ร้อยละ 85.5 โดยเกือบครึ่งของผู้ชายและผู้หญิงทราบว่าจะตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และติดโรคทางเพศสัมพันธ์หรือเอดส์ ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคที่อาจจะติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งผู้ชายและหญิงส่วนใหญ่ทราบและสามารถบอกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ส่วนใหญ่จะระบุว่าเป็นโรคเอดส์ ร้อยละ 80 มีเล็กน้อยที่ตอบว่า โรคหนองใน กามโรค ซิฟิลิส และฝีมะม่วง และเมื่อถามต่อในกลุ่มที่สามารถบอกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ถึงวิธีวิธีป้องกันโรคที่อาจติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์ มากกว่าร้อยละ 70 จะบอกได้ว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ รองมาได้แก่ ไม่สำสอนทางเพศ ไม่นอกใจคู่ครอง และไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

เกี่ยวกับวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ ผู้หญิงทราบเรื่องนี้มากกว่าผู้ชาย โดยผู้ชาย ทราบร้อยละ 80.9 ส่วนผู้หญิง ทราบร้อยละ 89.7 ผู้ชายส่วนใหญ่ทราบวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ว่า ใช้ยาคุมกำเนิด รองลงไปได้แก่ ใช้ถุงยางอนามัย ยาฉีด และไม่มีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่แรงงานหญิงส่วนใหญ่ตอบว่า ใช้ยาคุมกำเนิด รองลงไปได้แก่ ใช้ถุงยางอนามัย ยาฉีด ทำหมัน/ใส่ห่วงอนามัย ฝังเข็มนับวันปลอดภัยและหลั่งภายนอก เมื่อถามเกี่ยวอันตรายต่อสุขภาพหากมีการตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุยังน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี) มีไม่ถึงครึ่งหนึ่งของวัยแรงงาน 19-59 ปี มีความรู้ โดยผู้ชายมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ ร้อยละ 39.8 น้อยกว่าแรงงานหญิงที่ทราบ ร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่ทราบว่าจะเป็นอันตรายจากการคลอด คลอดยากเพราะเชิงกรานเล็ก เด็กพิการหรือมีปัญหาเกี่ยวกับเด็ก แม่สุขภาพไม่แข็งแรง แท้ง่าย และมะเร็งปากมดลูก

สรุปความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม เมื่อประเมินความรู้ออกเป็นระดับพบว่า ผู้ชายมีสัดส่วนของการมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ในระดับดี และดีมาก ร้อยละ 69.8 กลุ่มผู้หญิง ที่มีสัดส่วนของการมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ในระดับดี และดีมาก ร้อยละ 65.4 ดังรายละเอียดที่แสดงในตาราง 5.31

ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยแรงงานชายที่แต่งงานแล้วและมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาในช่วง 1 ที่ผ่านมา พบร้อยละ 6.8 โดยมีการถุงยางอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 44.6 ใช้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 26 และไม่ใช้เลย ร้อยละ 29.4 ส่วนกลุ่มชายโสดมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 ที่ผ่านมา ร้อยละ 39.6 มีการถุงยางอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 62.7 ใช้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 26.9 และไม่ใช้เลย ร้อยละ 10.4 วัยแรงงานหญิงที่แต่งงานแล้วและมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่ครองในช่วง 1 ที่ผ่านมา พบร้อยละ 0.8 โดยมีการถุงยางอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 25.8 ใช้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 32.3 และไม่ใช้เลย ร้อยละ 41.9 ส่วนกลุ่มหญิงโสดมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 ที่ผ่านมา ร้อยละ 0.5 และมีการถุงยางอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 23.8 ใช้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 28.6 และไม่ใช้เลย ร้อยละ 47.6

**ตาราง 5.31 ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง**

| ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ | ชาย (3,251) | | หญิง (4,161) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **ถ้ามีอารมณ์ทางเพศเกิดขึ้นโดยที่ไม่เหมาะสม จะมีเพศสัมพันธ์จะมีทางออกอย่างไร** | | | | |
| ไม่ทราบ | 86 | 2.6 | 1506 | 36.2 |
| ทราบ | 3162 | 97.4 | 2655 | 63.8 |
| - ออกกำลังกาย / เล่นกีฬา | 1579 | 48.6 | 1262 | 30.3 |
| - หากิจกรรมอื่นทำเช่น ร้องเพลง | 730 | 22.5 | 943 | 22.7 |
| - ออกไปพบปะเพื่อน ๆ | 716 | 22.0 | 678 | 16.3 |
| - ช่วยตนเอง | 360 | 11.1 | 157 | 3.8 |
| - สวดมนต์ ทำสมาธิ ทำละหมาด | 16 | 0.5 | 7 | 0.2 |
| - ทำงาน | 9 | 0.3 | 15 | 0.4 |
| - อยู่เฉยๆ | - | | 14 | 0.3 |
| **การมีเพศสัมพันธ์ในแรงงานโดยไม่ได้ป้องกัน จะเกิดผลอย่างไร** | | | | |
| ไม่ทราบ | 68 | 2.1 | 606 | 14.5 |
| ทราบ | 3183 | 97.9 | 3559 | 85.5 |

| ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ | ชาย (3,251) | | หญิง (4,161) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ | 1836 | 56.5 | 2318 | 55.7 |
| - ติดโรคทางเพศสัมพันธ์ /เอดส์ | 1707 | 52.5 | 1798 | 43.2 |
| - เป็นปัญหาสังคม | 12 | 0.4 | 5 | 0.1 |
| - มีปัญหาการเรียน | 6 | 0.2 | 3 | 0.1 |
| **โรคที่อาจจะติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์** | | | | |
| ไม่ทราบ | 412 | 12.7 | 719 | 17.3 |
| ทราบ | 2837 | 87.3 | 3441 | 82.7 |
| - เอดส์ | 2724 | 83.8 | 3354 | 80.6 |
| - หนองใน | 239 | 7.4 | 187 | 4.5 |
| - ซิฟิลิส | 77 | 2.4 | 67 | 1.6 |
| - ฝีมะม่วง | 22 | 0.7 | 4 | 0.1 |
| **วิธีป้องกันโรคจากการมีเพศสัมพันธ์** | | | | |
| - ใช้ถุงยางอนามัย | 2356 | 72.5 | 2920 | 70.2 |
| - ไม่สำสอนทางเพศ/ไม่นอกใจคู่ครอง | 294 | 9.0 | 388 | 9.3 |
| - ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย | 11 | 0.3 | 61 | 1.5 |
| - ไม่ทราบ | 38 | 1.2 | 45 | 1.1 |
| **ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์** | | | | |
| ไม่ทราบ | 621 | 19.1 | 427 | 10.3 |
| ทราบ | 2629 | 80.9 | 3733 | 89.7 |
| - ยาคุมกำเนิด | 1452 | 44.7 | 2805 | 67.4 |
| - ใช้ถุงยางอนามัย | 1232 | 37.9 | 657 | 15.8 |
| - ยาฉีด | 405 | 12.5 | 1007 | 24.2 |
| - ทำหมัน/ใส่ห่วงอนามัย | 243 | 7.5 | 341 | 8.2 |
| - ฝังเข็ม | 28 | 0.8 | 115 | 2.8 |
| - นับวันปลอดภัย/หลั่งภายนอก | 27 | 0.8 | 24 | 0.6 |
| **ความรู้เกี่ยวกับผลร้ายต่อสุขภาพของการตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุยังน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี)** | | | | |
| ไม่ทราบ | 1957 | 60.2 | 2220 | 53.3 |
| ทราบ | 1292 | 39.8 | 1945 | 46.7 |

| ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ | ชาย (3,251) | | หญิง (4,161) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - คลอดยาก เพราะเชิงกรานเล็ก | 547 | 16.8 | 932 | 22.4 |
| - อันตรายจากการคลอดอื่นๆ | 662 | 20.4 | 1002 | 24.1 |
| - เด็กพิการ/ มีปัญหาเกี่ยวกับเด็ก | 30 | 0.9 | 55 | 1.3 |
| - แม่สุขภาพไม่แข็งแรง/แท้งง่าย | 16 | 0.5 | 69 | 1.7 |
| - มะเร็งปากมดลูก | 5 | 0.2 | 21 | 0.5 |
| **สรุปความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมกับวัย** | | | | |
| ดีมาก | 666 | 20.5 | 923 | 22.2 |
| ดี | 1567 | 48.3 | 1792 | 43.2 |
| พอใช้ | 860 | 26.5 | 1115 | 26.8 |
| ไม่ดี | 154 | 4.7 | 322 | 7.8 |

**4) พฤติกรรมสุขภาพ**

การประเมินพฤติกรรมของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี ได้สอบถามโดยแบ่งความถี่ของพฤติกรรมออกเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ, ค่อนข้างจริงหรือบ่อยครั้ง (4-6 วันใน 1 อาทิตย์), เป็นบางครั้ง (1-3 วัน ใน 1 อาทิตย์) และไม่เคยปฏิบัติเลยหรือไม่จริง เนื่องจากการกำหนดเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีต้องมีการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อความมีสุขภาพดี และเพื่อให้กระชับในการนำเสนอในตาราง จึงนำเสนอเฉพาะสัดส่วนร้อยละของผลการประเมินเครื่องชี้วัดปัจจัยด้านสร้างเสริมสุขภาพในระดับที่ปฏิบัติเป็นประจำ และพฤติกรรมที่คุกคามต่อสุขภาพในระดับที่ไม่เคยปฏิบัติเลย

พฤติกรรมสุขภาพของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี ในด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้ชายมีสัดส่วนของการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ก่อนเข้านอนและ ตอนเช้าเป็นประจำร้อยละ 51.1 น้อยกว่าผู้หญิงซึ่งปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 62.1 ผู้ชายมีการล้างมือก่อนรับประทานอาหารเป็นประจำ ร้อยละ 58.8 ผู้หญิง ร้อยละ 65.8 และในด้านพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ ผู้ชายทำความสะอาดอวัยวะเพศของตนเองให้สะอาดเสมอ เป็นประจำร้อยละ 74.9 น้อยกว่าผู้หญิง ที่ทำเป็นประจำ ร้อยละ 80.8 และกรณีที่กลุ่มสมรสแล้ว มีสมรรถภาพทางเพศปกติดี ไม่มีปัญหา ร้อยละ 62.8 และผู้หญิง ร้อยละ 60.7

ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ชายออกกำลังกาย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นประจำ ร้อยละ 28.9 เท่าๆกับผู้หญิงที่ออกกำกายเป็นประจำ ร้อยละ 28.8 แต่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ไม่น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ ร้อยละ 43.7 และร้อยละ 39 ครึ่งหนึ่งของแรงงานชายและหญิงได้นอนหลับไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันเป็นประจำ ในด้านพฤติกรรมการกินอาหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่แรงงานได้กินอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อ เป็นประจำ ผู้ชายร้อยละ 65.6 ผู้หญิงร้อยละ 67.4

ได้กินอาหารครบ 5 หมู่ ร้อยละ 31.8 และ ร้อยละ 36.3 โดยเฉพาะอาหารประเภทผักต่าง ๆ ได้กินวันละ 3 ทัพพี หรือ 9 ช้อนโต๊ะเป็นประจำ ร้อยละ 33-36 และผลไม้หรือน้ำผลไม้สดต่าง ๆ เป็นประจำ ร้อยละ 15-21 ได้ดื่มน้ำสะอาดวันละไม่ต่ำกว่า 6 แก้ว เป็นประจำ ร้อยละ 60 แต่ได้ดื่มนมสด หรือเครื่องดื่มประเภทนมสดเป็นประจำร้อยละเพียงร้อยละ 7-10 ส่วนอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ กลุ่มแรงงานชายและหญิงไม่เคยกินอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ ร้อยละ 71.8 และร้อยละ 68.9 และไม่เคยดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม ร้อยละ 25.6 ร้อยละ 29.8 และผู้ชายไม่กินอาหารหวานจัด หรือเค็มจัด ร้อยละ 25.6 ผู้หญิงร้อยละ 29.8

ในด้านพฤติกรรมที่คุกคามต่อสุขภาพ กลุ่มวัยแรงงานชายสูบบุหรี่บ้างแต่ไม่ประจำ โดยผู้ชายไม่สูบเลย ร้อยละ 46.1 ในขณะที่แรงงานหญิง ร้อยละ 93.5 กลุ่มผู้ชายดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 แก้วมาตรฐานใน 1 วัน ร้อยละ 42.8 ซึ่งน้อยกว่าแรงงานหญิงที่พบ ร้อยละ 80.6 ส่วนการใช้สารเสพติด พบว่าผู้ชายไม่เคยใช้เลย ร้อยละ 93.1 แรงงานหญิง ร้อยละ 95.9

ส่วนพฤติกรรมด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจร พบว่า ผู้ชายไม่ขับรถเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 30.5 ผู้หญิง ร้อยละ 39.4 เมื่อผู้ชายขับขี่หรือซ้อนรถจักรยานยนต์ จะสวมหมวกกันน็อคเป็นประจำเพียง ร้อยละ 34.1 ผู้หญิงสวมหมวกกันน็อคเป็นประจำ ร้อยละ 30.8 และเมื่อขับหรือนั่งข้างคนขับรถยนต์ แรงงานชายคาดเข็มขัดนิรภัยเป็นประจำ ร้อยละ 34.3 ผู้หญิง ร้อยละ 23.9 และเมื่อข้ามถนนมีความระมัดระวัง เช่น มองซ้าย ขวา ก่อนข้ามถนนเป็นประจำ ร้อยละ 72.9 และ ร้อยละ 77.1 ตามลำดับ ดังตาราง 5.32

**ตาราง 5.32 พฤติกรรมสุขภาพของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง**

| พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นประจำ | เพศชาย (3,251) | | เพศหญิง (4,185) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ก่อน เข้านอนและตอนเช้า | 1661 | 51.1 | 2585 | 62.1 |
| - ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร | 1905 | 58.8 | 2734 | 65.8 |
| - ทำความสะอาดอวัยวะเพศของตนเองให้สะอาดเสมอ | 2434 | 74.9 | 3364 | 80.8 |
| - กรณีที่สมรสแล้ว สมรรถภาพทางเพศปกติดี ไม่มีปัญหา (ช=2820, ญ=3632) | 1771 | 62.8 | 2203 | 60.7 |
| - ออกกำลังกาย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน | 941 | 28.9 | 1197 | 28.8 |
| - มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ไม่น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ | 1421 | 43.7 | 1625 | 39.0 |
| - นอนหลับไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน | 1603 | 49.3 | 2097 | 50.3 |
| - กินอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อ | 2133 | 65.6 | 2803 | 67.4 |
| - กินอาหารครบ 5 หมู่ | 1033 | 31.8 | 1512 | 36.3 |

| พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นประจำ | เพศชาย (3,251) | | เพศหญิง (4,185) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - กินอาหารประเภทผักต่าง ๆ วันละ 3 ทัพพี หรือ 9 ช้อนโต๊ะ | 1059 | 33.4 | 1508 | 36.2 |
| - กินผลไม้ต่าง ๆ รวมน้ำผลไม้สดที่ไม่ใช่น้ำอัดลม | 514 | 15.8 | 891 | 21.4 |
| - ดื่มน้ำสะอาดวันละไม่ต่ำกว่า 6 แก้ว | 2008 | 61.8 | 2523 | 60.6 |
| - ดื่มนมสด หรือเครื่องดื่มประเภทนมสด | 233 | 7.2 | 447 | 10.9 |
| - **ไม่**กินอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ | 2334 | 71.8 | 2868 | 68.9 |
| - **ไม่**ดื่มน้ำอัดลมในรูปแบบต่างๆ | 832 | 25.6 | 1243 | 29.8 |
| - **ไม่**กินอาหารหวานจัด เค็มจัด | 941 | 28.9 | 1391 | 33.4 |
| - **ไม่**สูบบุหรี่ | 1500 | 46.1 | 3893 | 93.5 |
| - **ไม่**ดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เกิน 2 แก้วมาตรฐานใน 1 วัน | 1392 | 42.8 | 3357 | 80.6 |
| - **ไม่**ใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา | 3026 | 93.1 | 3995 | 95.9 |
| - **ไม่**ขับรถเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด (เฉพาะคนที่เคยขับขี่รถจักรยานยนต์ หรือรถยนต์,ช=2979, ญ=2996) | 991 | 30.5 | 1179 | 39.4 |
| - สวมหมวกกันน็อคเมื่อขับขี่หรือซ้อน รถจักรยานยนต์ (เฉพาะคนที่เคยใช้ รถจักรยานยนต์, ช=3069, ญ=3595) | 1046 | 34.1 | 1109 | 30.8 |
| - คาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับหรือนั่งข้างคนขับรถยนต์ (คนที่เคยใช้รถยนต์, (ช=2408, ญ=2717) | 825 | 34.3 | 650 | 23.9 |
| - ระมัดระวังเมื่อข้ามถนน เช่น มองซ้าย ขวา ก่อนข้ามถนน | 2370 | 72.9 | 3213 | 77.1 |

**5) พฤติกรรมทำงานเหมาะสมปลอดภัย**

วัยแรงงานที่ทำงานประจำแล้วเกือบครึ่งทำงานเฉลี่ยวันละไม่เกิน 8 ชั่วโมง แต่หลังการทำงานติดต่อกัน 2 ชั่วโมง มีเวลาพักจากการทำงาน พบร้อยละ 36 ผู้ชายไม่เคยมีปัญหาปวดไหล่ หรือปวดหลังที่เนื่องมาจากการทำงาน ร้อยละ 11.9 ผู้หญิง ร้อยละ 16.4 ผู้ชายทำงานที่ไม่มีภาวะเสี่ยง หรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัยร้อยละ 24.5 น้อยกว่าผู้หญิงที่ทำงานไม่มีภาวะเสี่ยง ร้อยละ 41.5 โดยมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันเมื่อทำงานในภาวะเสี่ยง หรือภาวะคุกคามและความปลอดภัยเป็นประจำร้อยละ 20 วัยแรงงานได้รับบริการการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงานเพียงร้อยละ 8 และเมื่อวัยแรงงานมีปัญหาสุขภาพ ได้ใช้วิธีการป้องกันเพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อผู้ร่วมงานคนอื่นๆ ร้อยละ 17 (ตาราง 5.33)

**ตาราง 5.33 พฤติกรรมทำงานเหมาะสมปลอดภัยของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง**

| พฤติกรรมทำงานที่ปฏิบัติเป็นประจำ | เพศชาย (3,197) | | เพศหญิง (4,068) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - ทำงานเฉลี่ยวันละไม่เกิน 8 ชั่วโมง | 1451 | 45.4 | 1898 | 46.7 |
| - หลังการทำงานติดต่อกัน 2 ชั่วโมง มีเวลาพักจากการทำงาน | 1039 | 36.1 | 1463 | 36.0 |
| - **ไม่**มีปัญหาปวดไหล่ หรือปวดหลัง ที่เนื่องมาจากการทำงาน | 380 | 11.9 | 683 | 16.4 |
| - งานที่ท่านทำ**ไม่มี**ภาวะเสี่ยง หรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัย | 782 | 24.5 | 1728 | 41.5 |
| - ท่านใช้อุปกรณ์ป้องกันเมื่อทำงานในภาวะเสี่ยง หรือภาวะคุกคามและความปลอดภัย | 641 | 20.1 | 821 | 20.2 |
| - ท่านได้รับบริการการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงาน | 263 | 8.2 | 346 | 8.5 |
| - กรณีที่ท่านมีปัญหาสุขภาพ ท่านใช้วิธีการป้องกันเพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อผู้ร่วมงานคนอื่นๆ | 566 | 17.7 | 712 | 17.5 |

**6) สุขภาพจิตและพัฒนาการทางจิต**

ด้านสุขภาพจิตและพัฒนาการทางจิตของกลุ่มวัยแรงงาน การประเมินสุขภาพจิตจากข้อคำถาม พบว่า มีวัยนี้มีกิจกรรมสันทนาการร่วมกับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง ร้อยละ 30 มีงานอดิเรกของตนเองที่ปฏิบัติแล้วเกิดความเพลินเพลิน ร้อยละ 27-28 ผู้ชายปฏิบัติกิจทางศาสนาที่นับถือเป็นประจำ เช่น ศาสนาพุทธ, คริสต์ สวดมนต์, ศาสนา อิสลาม ทำละหมาด ร้อยละ 32.3 ต่ำกว่าผู้หญิงเล็กน้อยที่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 37.8 ร่วมพิธีทางศาสนาและงานประเพณีกับครอบครัว ร้อยละ 36-39 ช่วยเหลือเพื่อนหรือผู้อื่นโดยไม่หวังค่าตอบแทน ร้อยละ 40-41 และทำงานอาสาสมัครช่วยเหลือผู้อื่น โดยไม่หวังค่าตอบแทน ร้อยละ 32 มีการฝึกบริหารจิต เช่น นั่งสมาธิ ฝึกโยคะ รำมวยจีน ฯลฯ เพียงร้อยละ 9-11 และเมื่อถามถึงความเชื่อว่า ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่วเสมอ ผู้ชายเชื่อมั่นประจำ ร้อยละ 64.9 และผู้หญิงเชื่อมั่นประจำ ร้อยละ 68.9 ดังตาราง 5.34

**ตาราง 5.34 สุขภาพจิต และพัฒนาการทางจิต ของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง**

| สุขภาพจิตและทักษะชีวิต | เพศชาย (3,251) | | เพศหญิง (4,165) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - มีกิจกรรมสันทนาการร่วมกับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง | 1049 | 30.6 | 1257 | 30.2 |
| - มีงานอดิเรกของตนเองที่ปฏิบัติ แล้วเกิดความเพลินเพลิน | 935 | 28.8 | 1141 | 27.4 |
| - ปฏิบัติกิจทางศาสนาที่นับถือ เช่น ศาสนาพุทธ, คริสต์ สวดมนต์, ศาสนา อิสลาม ทำละหมาด | 1049 | 32.3 | 1575 | 37.8 |
| - ร่วมพิธีทางศาสนาและงานประเพณีกับครอบครัว | 1177 | 36.2 | 1638 | 39.3 |
| - ช่วยเหลือเพื่อนหรือผู้อื่น โดยไม่หวังค่าตอบแทน | 1299 | 40.0 | 1714 | 41.2 |
| - ทำงานอาสาสมัครช่วยเหลือผู้อื่น โดยไม่หวังค่าตอบแทน | 1047 | 32.2 | 1348 | 32.4 |
| - ฝึกบริหารจิต เช่น นั่งสมาธิ ฝึกโยคะ รำมวยจีน | 302 | 9.3 | 485 | 11.6 |
| - เชื่อว่าทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่วเสมอ | 2111 | 64.9 | 2869 | 68.9 |

### 7) ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicators)

จากการใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น ให้คะแนนและแปลผลค่าของดัชนีตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (อภิชัย มงคล และคณะ, 2547) พบว่าวัยแรงงานชายส่วนใหญ่มีคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าคนไทยทั่วไป ร้อยละ 51.2 มีสุขภาพจิตเท่ากับคนไทยทั่วไป ร้อยละ 38.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 34.7 คะแนน เช่นเดียวกับผู้หญิงที่ส่วนใหญ่มีคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าคนไทยทั่วไป ร้อยละ 48.4 และมีสุขภาพจิตเท่ากับคนไทยทั่วไป ร้อยละ 40.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกับผู้ชาย คืออยู่ที่ 34.3 คะแนน (ตาราง 5.35)

**ตาราง 5.35 คะแนนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้นของวัยแรงงาน 19-59 ปี ชายและหญิง**

| ระดับคะแนน | เพศชาย | | เพศหญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| $\leq$27 คะแนน (สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป) | 320 | 10.6 | 443 | 11.3 |
| 28-34 คะแนน (สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป) | 1157 | 38.2 | 1575 | 40.3 |
| 35-45 คะแนน (สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป) | 1551 | 51.2 | 1892 | 48.4 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 34.7 $\pm$ 5.8 | | 34.3 $\pm$ 5.8 | |

**8) ความฉลาดทางอารมณ์** (Emotional Quotient)

จากการใช้แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับกลุ่มอายุ 19-25 ปี และ 26-59 ปี ให้ค่าคะแนนและแปลผลค่าของความฉลาดทางอารมณ์ในแต่ละด้านตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ชายและผู้หญิงกลุ่มอายุ 19-25 ปี ส่วนใหญ่มีคะแนนการควบคุมตนเองอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 58-62 และสูงกว่าช่วงคะแนนปกติ ร้อยละ 34 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.6 และ 17.4 คะแนน ซึ่งมากกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (15.5 คะแนน) ด้านการเห็นใจผู้อื่น ส่วนใหญ่มีคะแนนการเห็นใจผู้อื่นอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 82 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.6 และ 17.8 คะแนน น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจเล็กน้อย (18.1 คะแนน) ด้านความรับผิดชอบ มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 72.3 และ 81.7 คะแนนเฉลี่ยผู้ชายอยู่ที่ 19.1 คะแนน และผู้หญิง 19.7 คะแนน ซึ่งใกล้เคียงกับคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (19.6 คะแนน) ด้านแรงจูงใจ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ ผู้ชายร้อยละ 79.5 และผู้หญิงร้อยละ 82.7 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 18.1 คะแนน ซึ่งใกล้เคียงกับคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจเล็กน้อย (18 คะแนน) ด้านการตัดสินใจแก้ปัญหา ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 74-76 แต่ผู้ชายสูงกว่าช่วงคะแนนปกติ ร้อยละ 13.7 ผู้หญิงมีคะแนนต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ ร้อยละ 14.5 โดยผู้ชายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 16.9 คะแนน ผู้หญิง 16.5 ซึ่งใกล้เคียงคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (16.8 คะแนน) ด้านการมีสัมพันธภาพ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 79-83 ผู้ชายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.7 คะแนน ผู้หญิง 17.4 คะแนน ใกล้เคียงกับคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจเล็กน้อย (17.5 คะแนน) ด้านความภูมิใจในตนเอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ ผู้ชายร้อยละ 73.3 ผู้หญิงร้อยละ 79.4 และผู้ชายที่มีคะแนนสูงกว่าช่วงคะแนนปกติ ร้อยละ 22.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 11.9 คะแนน ผู้หญิง 11.7 ซึ่งสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (11.4 คะแนน) เล็กน้อย ด้านความพอใจในชีวิต ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 79-81 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 18.1 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (19.0 คะแนน) และความสุขสงบทางใจ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 83-86 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.0 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (18.1 คะแนน) ดังรายละเอียดในตาราง 5.36

**ตาราง 5.36 คะแนนความฉลาดทางอารมณ์แต่ละด้านของวัยแรงงาน 19-25 ปี ชายและหญิง**

| ระดับคะแนน | เพศชาย | | เพศหญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **การควบคุมตนเอง** | | | | |
| ≤13 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 9 | 2.8 | 28 | 6.6 |
| 14-18 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 202 | 62.7 | 250 | 58.5 |
| ≥19 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 111 | 34.5 | 149 | 34.9 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 17.6 ± 2.6 | | 17.4 ± 2.7 | |

| ระดับคะแนน | เพศชาย | | เพศหญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **การเห็นใจผู้อื่น** | | | | |
| ≤14 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 24 | 7.5 | 37 | 8.7 |
| 15-21 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 266 | 82.8 | 353 | 82.7 |
| ≥22 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 31 | 9.7 | 37 | 8.7 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 17.6 ± 2.6 | | 17.8 ± 2.5 | |
| **ความรับผิดชอบ** | | | | |
| ≤16 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 64 | 19.9 | 49 | 11.5 |
| 17-23 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 233 | 72.3 | 349 | 81.7 |
| ≥24 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 25 | 7.8 | 29 | 6.8 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 19.1 ± 2.9 | | 19.7 ± 2.5 | |
| **แรงจูงใจ** | | | | |
| ≤14 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 26 | 8.1 | 27 | 6.3 |
| 15-21 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 256 | 79.5 | 353 | 82.7 |
| ≥22 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 40 | 12.4 | 47 | 11.0 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 18.1 ± 2.8 | | 18.1 ± 2.6 | |
| **การตัดสินใจและแก้ปัญหา** | | | | |
| ≤13 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 37 | 11.5 | 62 | 14.5 |
| 14-20 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 241 | 74.8 | 326 | 76.4 |
| ≥21 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 44 | 13.7 | 39 | 9.1 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 16.9 ± 3.0 | | 16.5 ± 2.9 | |
| **การมีสัมพันธภาพ** | | | | |
| ≤14 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 35 | 10.9 | 45 | 10.5 |
| 15-21 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 255 | 79.2 | 355 | 83.2 |
| ≥22 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 32 | 9.9 | 27 | 6.3 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 17.7 ± 2.7 | | 17.4 ± 2.5 | |
| **ความภูมิใจตนเอง** | | | | |
| ≤8 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 14 | 4.3 | 16 | 3.7 |
| 9-13 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 236 | 73.3 | 339 | 79.4 |
| ≥14 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 72 | 22.4 | 72 | 16.9 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 11.9 ± 2.1 | | 11.7 ± 1.9 | |

| ระดับคะแนน | เพศชาย | | เพศหญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **ความพอใจในชีวิต** | | | | |
| ≤15 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 57 | 17.7 | 69 | 16.2 |
| 16-22 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 255 | 79.2 | 345 | 81.0 |
| ≥23 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 10 | 3.1 | 12 | 2.8 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 18.1 ± 2.6 | | 18.1 ± 2.6 | |
| **ความสุขสงบทางใจ** | | | | |
| ≤14 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 50 | 15.5 | 53 | 12.5 |
| 15-21 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 268 | 83.2 | 367 | 86.4 |
| ≥22 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 4 | 1.2 | 5 | 1.2 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 17.0 ± 2.4 | | 17.0 ± 2.3 | |

จากการแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับกลุ่มอายุ 26-59 ปี พบว่าผู้ชายและผู้หญิงกลุ่มอายุ 26-60 ปี ส่วนใหญ่มีคะแนนการควบคุมตนเองอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 57 และสูงกว่าช่วงคะแนนปกติ ร้อยละ 38-39 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.9 และ 17.8 คะแนน ซึ่งมากกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (15.6 คะแนน) ด้านการเห็นใจผู้อื่น ส่วนใหญ่มีคะแนนการเห็นใจผู้อื่นอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 84 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.7 คะแนน น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจเล็กน้อย (18.5 คะแนน) ด้านความรับผิดชอบ มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 78-79 คะแนนเฉลี่ยผู้ชายอยู่ที่ 19.6 คะแนน และผู้หญิง 19.7 คะแนน ซึ่งใกล้เคียงกับคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (20.0 คะแนน) ด้านแรงจูงใจ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 76 ผู้ชายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 18.6 คะแนน และผู้หญิง 18.2 ซึ่งต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจเล็กน้อย (18.8 คะแนน) ด้านการตัดสินใจแก้ปัญหา ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 72-73 ผู้ชายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.5 คะแนน ผู้หญิง 17.2 ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (18.1 คะแนน) ด้านการมีสัมพันธภาพ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 82 ผู้ชายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.9 คะแนน ผู้หญิง 17.7 คะแนน ใกล้เคียงกับคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (17.8 คะแนน) ด้านความภูมิใจในตนเอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ ผู้ชายร้อยละ 77.1 ผู้หญิงร้อยละ 79.2 และผู้ชายที่มีคะแนนสูงกว่าช่วงคะแนนปกติ ร้อยละ 15.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 12.2 คะแนน ผู้หญิง 12.1 ซึ่งใกล้เคียงกับคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (12.1 คะแนน) ด้านความพอใจในชีวิต ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 81-82 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 18.1 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (19.4

คะแนน) และความสุขสงบทางใจ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 72-75 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.0 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่กรมสุขภาพจิตสำรวจ (19.2 คะแนน) (ตาราง 5.37)

**ตาราง 5.37 คะแนนความฉลาดทางอารมณ์แต่ละด้านของวัยแรงงาน 26-59 ปี ชายและหญิง**

| ระดับคะแนน | เพศชาย | | เพศหญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **การควบคุมตนเอง** | | | | |
| ≤13 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 87 | 3.3 | 120 | 3.6 |
| 14-18 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 1495 | 57.5 | 1925 | 57.5 |
| ≥19 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 1020 | 39.2 | 1303 | 38.9 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 17.9 ± 2.7 | | 17.8 ± 2.7 | |
| **การเห็นใจผู้อื่น** | | | | |
| ≤15 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 201 | 7.7 | 273 | 8.2 |
| 16-20 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 2197 | 84.3 | 2824 | 84.3 |
| ≥21 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 204 | 7.8 | 251 | 7.5 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 17.7 ± 2.5 | | 17.7 ± 2.5 | |
| **ความรับผิดชอบ** | | | | |
| ≤16 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 336 | 12.9 | 412 | 12.3 |
| 17-23 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 2030 | 78.0 | 2658 | 79.4 |
| ≥24 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 236 | 9.1 | 277 | 8.3 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 19.6 ± 2.7 | | 19.7 ± 2.6 | |
| **แรงจูงใจ** | | | | |
| ≤15 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 373 | 14.3 | 557 | 16.6 |
| 16-22 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 1982 | 76.2 | 2565 | 76.6 |
| ≥23 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 247 | 9.5 | 227 | 6.8 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 18.6 ± 2.7 | | 18.2 ± 2.7 | |
| **การตัดสินใจและแก้ปัญหา** | | | | |
| ≤14 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 425 | 16.3 | 607 | 18.1 |
| 15-21 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 1888 | 72.6 | 2463 | 73.6 |
| ≥22 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 289 | 11.1 | 279 | 8.3 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 17.5 ± 3.0 | | 17.2 ± 2.9 | |

| ระดับคะแนน | เพศชาย | | เพศหญิง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **การมีสัมพันธภาพ** | | | | |
| ≤14 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 199 | 7.6 | 331 | 9.9 |
| 15-21 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 2154 | 82.8 | 2759 | 82.4 |
| ≥22 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 249 | 9.6 | 259 | 7.7 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 17.9 ± 2.6 | | 17.7 ± 2.6 | |
| **ความภูมิใจตนเอง** | | | | |
| ≤9 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 189 | 7.3 | 239 | 7.1 |
| 10-14 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 2008 | 77.1 | 2651 | 79.2 |
| ≥15 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 405 | 15.6 | 459 | 13.7 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 12.2 ± 2.0 | | 12.1 ± 2.0 | |
| **ความพอใจในชีวิต** | | | | |
| ≤15 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 387 | 14.9 | 493 | 14.7 |
| 16-22 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 2130 | 81.9 | 2747 | 82.1 |
| ≥23 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 85 | 3.3 | 108 | 3.2 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 18.1 ± 2.5 | | 18.1 ± 2.5 | |
| **ความสุขสงบทางใจ** | | | | |
| ≤15 คะแนน (ต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 640 | 24.6 | 919 | 27.5 |
| 16-22 คะแนน (ช่วงคะแนนปกติ) | 1953 | 75.1 | 2417 | 72.2 |
| ≥23 คะแนน (สูงกว่าช่วงคะแนนปกติ) | 9 | 0.3 | 10 | 0.3 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 17.3 ± 2.3 | | 17.1 ± 2.3 | |

### 9) การรู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ วินัย ต่อครอบครัวและสังคม

วัยแรงงานเป็นวัยที่ต้องรู้จักบทบาทหน้าที่ มีความรับผิดชอบ วินัย ต่อตนเองและผู้อื่น ทั้งในครอบครัวและสังคม จากการศึกษาพบว่า บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบต่อครอบครัว เช่น ความใส่ใจต่อสมาชิกในครอบครัวเป็นประจำ ร่วมทำกิจกรรมต่างๆกับคนในครอบครัว ช่วยเหลือในการเลี้ยงดู และอบรมบุตรหลาน และมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว ผู้ชายได้ปฏิบัติอย่างเป็นประจำอยู่ในช่วง ร้อยละ 40-50 ซึ่งน้อยกว่าผู้หญิงที่ปฏิบัติอย่างเป็นประจำอยู่ในช่วง ร้อยละ 50-60 ในขณะที่การแสดงออกต่อคนในครอบครัว เช่น เวลาโกรธคนในครอบครัว ไม่ด่าด้วยคำหยาบหรือทำร้ายร่างกาย ผู้ชายและผู้หญิงปฏิบัติได้เท่าๆกัน อยู่ในช่วง ร้อยละ 35-36 ผู้ชายประเมินว่าตนเองซื่อสัตย์ไม่นอกใจคู่ครอง ร้อย

ละ 57.3 น้อยกว่าผู้หญิงที่ตอบร้อยละ 68.9 ด้านการอดออม พบว่า มีการแบ่งเงินรายได้เพื่อเก็บออมทรัพย์เป็นประจำได้เพียง ร้อยละ 22-25

ส่วนบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อผู้อื่น พบว่าครึ่งหนึ่งของทั้งผู้ชายและหญิง มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ผู้ชายกล่าวแสดงความชื่นชมในความสำเร็จของผู้อื่นได้โดยง่าย และเต็มใจที่จะแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อนหรือผู้อื่นใช้ ร้อยละ 39.1 และ 36.5 น้อยกว่าผู้หญิงที่ปฏิบัติได้ร้อยละ 46 และ 43.2 ทั้งผู้ชายและหญิงไม่เคยหยิบฉวยสมบัติส่วนตัวของคนอื่นมาใช้โดยไม่ขออนุญาต ร้อยละ 80 รักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้อื่น ร้อยละ 43-45 ในด้านความมีวินัย วัยแรงงานตรงต่อเวลา เช่น การนัดหมาย ร้อยละ 35-38 และเข้าคิวเวลารอซื้อของหรือรอรับบริการต่างๆ ร้อยละ 42-45 ในด้านสังคมได้ช่วยดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม และรักษาสาธารณประโยชน์ เป็นประจำ ร้อยละ 42-44 ดังรายละเอียดในตาราง 5.38

**ตาราง 5.38 การรู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ วินัย ต่อครอบครัวและสังคมของวัยแรงงาน อายุ 19-59 ปี ชายและหญิง**

| การปฏิบัติเป็นประจำ | เพศชาย (3,251) | | เพศหญิง (4,165) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - ใส่ใจต่อสมาชิกในครอบครัว | 1697 | 52.2 | 2555 | 61.3 |
| - ร่วมทำกิจกรรมต่างๆกับคนในครอบครัว | 1351 | 41.6 | 2061 | 49.5 |
| - ช่วยเหลือในการเลี้ยงดู และอบรมบุตรหลาน | 1548 | 47.6 | 2500 | 60.0 |
| - มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว และญาติพี่น้อง | 1788 | 55.0 | 2620 | 62.9 |
| - เวลาโกรธคนในครอบครัว ไม่ด่าด้วยคำหยาบหรือทำร้ายร่างกาย | 1143 | 35.2 | 1527 | 36.7 |
| - ซื่อสัตย์ไม่นอกใจคู่ครอง | 1863 | 57.3 | 2871 | 68.9 |
| - แบ่งเงินรายได้เพื่อเก็บออมทรัพย์ | 740 | 22.8 | 1077 | 25.9 |
| - มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน | 1503 | 46.2 | 2046 | 49.1 |
| - กล่าวแสดงความชื่นชมในความสำเร็จของผู้อื่นได้โดยง่าย | 1272 | 39.1 | 1917 | 46.0 |
| - เต็มใจที่จะแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน หรือผู้อื่นใช้ | 1186 | 36.5 | 1798 | 43.2 |
| - **ไม่**หยิบฉวยสมบัติส่วนตัวของคนอื่นมาใช้โดยไม่ขออนุญาต | 2636 | 81.1 | 3428 | 82.3 |
| - รักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้อื่น | 1418 | 43.6 | 1881 | 45.2 |
| - ตรงต่อเวลา เช่น การนัดหมาย | 1142 | 35.1 | 1581 | 38.0 |
| - เข้าคิวเวลารอซื้อของหรือรอรับบริการต่างๆ | 1365 | 42.0 | 1885 | 45.3 |
| - ดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม และรักษาสาธารณประโยชน์ | 1395 | 42.9 | 1872 | 44.9 |

### 10) ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับบทบาททางเพศ

ทัศนคติที่ดีต่อบทบาททางเพศของวัยแรงงาน เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกบทบาทของหญิงและชาย และเกิดความรับผิดชอบในพฤติกรรมทางเพศ รวมทั้งมีอิทธพลต่อทัศนคติของเด็กและวัยรุ่นในครอบครัว จากการสอบถามพบว่าผู้ชายและหญิงส่วนใหญ่ยังคิดว่า ผู้ชายต้องรับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์หรือการติดโรคในการที่มีเพศสัมพันธ์กับฝ่ายหญิง ร้อยละ 85-87 และเมื่อถามถึงการเลือกเพศบุตร ผู้ชายร้อยละ 45.6 ยังต้องการบุตรชายมากกว่าบุตรหญิง ในขณะที่ผู้หญิงเห็นด้วย ร้อยละ 36.2 ในเรื่องของการดูเด็กมากกว่าครึ่งหนึ่งของวัยแรงงานทั้งชายและหญิงเห็นว่าเด็กชายและเด็กหญิงต้องเล่นของเล่นเด็กแตกต่างกัน ร้อยละ 65.3 และ 68 และคิดว่าผู้ชายและผู้หญิงควรได้รับมอบหมายให้ช่วยทำงานในครอบครัวเหมือนกัน ร้อยละ 68.3 และ 71.6 แต่เมื่อถามว่า ถ้ามีความจำเป็นทางเศรษฐกิจ คิดว่า ผู้ชายน่าจะได้มีการศึกษาสูงกว่าผู้หญิง วัยแรงงานชายเห็นด้วย ร้อยละ 43.7 วัยแรงงานหญิงเห็นด้วยร้อยละ 41.6 และทัศนคติต่อการให้วัยรุ่นเรียนรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร วัยแรงงานชายและหญิงครึ่งหนึ่งไม่เห็นด้วย

สำหรับทัศนคติต่อหน้าที่ภายในบ้าน เช่น การดูแลเด็ก หรือการทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า ล้างจาน ผู้ชายเห็นด้วยว่าเป็นหน้าที่ของผู้หญิง ร้อยละ 57.2 และ 63.9 ผู้หญิงเองก็เห็นด้วยในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ชาย คือ ร้อยละ 63 และ 70.3 แต่ทั้งผู้ชายและผู้หญิงไม่เห็นด้วยที่งานซ่อมแซมของใช้ในบ้าน เปลี่ยนหลอดไฟ เป็นหน้าที่ของผู้หญิง ร้อยละ 87 ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องบทบาททางเพศด้านสังคม ทั้งผู้ชายและหญิงส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติที่เห็นด้วยว่าบทบาทผู้นำในสังคมควรเป็นผู้ชาย ร้อยละ 60-70 ดังรายละเอียดที่แสดงในตาราง 5.39

**ตาราง 5.39 ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับบทบาททางเพศของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง**

| ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับบทบาททางเพศ | เพศชาย (3,251) | | | | เพศหญิง (4,165) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จริง/ค่อนข้างจริง | | ไม่จริง/จริงบางครั้ง | | จริง/ค่อนข้างจริง | | ไม่จริง/จริงบางครั้ง | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - ผู้ชายต้องรับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์หรือการติดโรคในการที่มีเพศสัมพันธ์กับฝ่ายหญิง | 2789 | 85.7 | 462 | 14.3 | 3661 | 87.9 | 504 | 12.1 |
| - หากต้องเลือกเพศของบุตร ต้องการบุตรชายมากกว่าบุตรหญิง | 1483 | 45.6 | 1768 | 54.4 | 1505 | 36.2 | 2660 | 63.8 |
| - เด็กชายและเด็กหญิงต้องเล่นของเล่นเด็กแตกต่างกัน | 2124 | 65.3 | 1127 | 34.7 | 2832 | 68.0 | 1333 | 32.0 |

| ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับบทบาททางเพศ | เพศชาย (3,251) | | | | เพศหญิง (4,165) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จริง/ค่อนข้างจริง | | ไม่จริง/จริงบางครั้ง | | จริง/ค่อนข้างจริง | | ไม่จริง/จริงบางครั้ง | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - ผู้ชายและผู้หญิงควรได้รับมอบหมายให้ช่วยทำงานในครอบครัวเหมือนกัน | 2221 | 68.3 | 1030 | 31.7 | 2980 | 71.6 | 1185 | 28.4 |
| - ถ้ามีความจำเป็นทางเศรษฐกิจ คิดว่าลูกชายน่าจะได้มีการศึกษาสูงกว่าลูกผู้หญิง | 1419 | 43.7 | 1830 | 56.3 | 1734 | 41.6 | 2431 | 58.4 |
| - การให้วัยรุ่นเรียนรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาอาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร | 1533 | 47.2 | 1718 | 52.8 | 2001 | 48.1 | 2164 | 51.9 |
| - การดูแลเด็ก เป็นหน้าที่ของผู้หญิง | 1761 | 57.2 | 1390 | 42.8 | 2664 | 63.0 | 1501 | 36.0 |
| - งานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า ล้างจาน เป็นหน้าที่ของผู้หญิง | 2077 | 63.9 | 1174 | 36.1 | 2930 | 70.3 | 1235 | 29.7 |
| - งานซ่อมแซมของใช้ในบ้าน เปลี่ยนหลอดไฟ เป็นหน้าที่ของผู้หญิง | 393 | 12.1 | 2858 | 87.9 | 542 | 13.0 | 3623 | 87.0 |
| - ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ควรเป็นผู้ชาย | 2024 | 62.2 | 1227 | 37.8 | 2584 | 62.0 | 1581 | 38.0 |
| - ประธาน อบต. ควรเป็นผู้ชาย | 2045 | 62.8 | 1206 | 37.2 | 2499 | 60.0 | 1666 | 40.0 |
| - นายอำเภอ หรือผู้ว่าราชการจังหวัดควรเป็นผู้ชาย | 2203 | 67.7 | 1048 | 32.3 | 2785 | 66.8 | 1380 | 33.2 |
| - นายกรัฐมนตรี ควรเป็นผู้ชาย | 2297 | 70.6 | 944 | 29.4 | 2924 | 70.2 | 1241 | 29.8 |

### 11) ความมั่นคงในชีวิต

วัยแรงงานเป็นวัยที่ควรมีความมั่นคงในชีวิต เพื่อพร้อมที่จะสร้างครอบครัวที่มีสุขภาวะต่อไป จากการศึกษาพบว่า ทั้งผู้ชายและผู้หญิงวัยแรงงาน มีอาชีพประจำที่มั่นคงเพียง ร้อยละ 37-38 มีหลักประกันด้านสุขภาพและความปลอดภัย ร้อยละ 56-61 และมีรายได้เพียงพอใช้จ่ายสำหรับตนเองและครอบครัวเพียง ร้อยละ 30-31 สำหรับอาชีพที่ทำอยู่ในปัจจุบันเป็นอาชีพที่สุจริต ร้อยละ 75-77 และเมื่อให้ประเมินว่า ดำรงชีวิตหรือทำงานด้วยความซื่อสัตย์เป็นประจำ โดยไม่เอาเปรียบ คดโกง พบร้อยละ 70-72 ในผู้ชายและหญิง ตามลำดับ (ตาราง 5.40)

**ตาราง 5.40 ความมั่นคงในชีวิตของวัยแรงงานอายุ 19-59 ปี เพศชายและหญิง**

| ความมั่นคงในชีวิต | เพศชาย (3.251) | | เพศหญิง (4,165) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - มีอาชีพประจำที่มั่นคง | 1239 | 38.1 | 1573 | 37.8 |
| - มีหลักประกันด้านสุขภาพและความปลอดภัย | 1822 | 56.0 | 2552 | 61.3 |
| - มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายสำหรับตนเองและครอบครัว | 972 | 29.9 | 1295 | 31.1 |
| - อาชีพที่ทำอยู่ในปัจจุบันเป็นอาชีพที่สุจริต | 2456 | 75.5 | 3227 | 77.5 |
| - ดำรงชีวิตหรือทำงานด้วยความซื่อสัตย์ ไม่เอาเปรียบคดโกง | 2276 | 70.0 | 3026 | 72.7 |

<u>สรุป</u> ในกลุ่มวัยทำงาน (19-59 ปี) เครื่องชี้วัดแสดงภาพกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชนชั้นกลางค่อนข้างรายได้น้อย และการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ เริ่มมีโรคประจำตัวที่สำคัญคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคกระเพาะอาหาร ภูมิแพ้ สุขภาพช่องปากเสื่อมโทรมลง มีสภาพปกติเพียงไม่ถึงครึ่งของประชากรทั้งหมด รวมทั้งมีปัญหาการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานด้วย ถึงแม้บริการรักษาพยาบาลจะได้รับเกินกว่าร้อยละ 90 แต่บริการคัดกรองโรคและสร้างเสริมสุขภาพยังได้รับเพียงกลุ่มน้อย ปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ที่สำคัญคือการแท้งบุตร ซึ่งมีการทำแท้งร้อยละ 13 มีสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าประชาชนทั่วไปเพียงกลุ่มน้อย แต่มีปัญหาด้านความฉลาดทางอารมณ์ทั้งชายและหญิงในอารมณ์ที่เกี่ยวกับการเป็นคนดี และมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อ และการกระทำที่นำไปสู่พัฒนาการทางจิตที่ดีมีปฏิบัติอยู่เป็นประจำในสัดส่วนที่น้อย (ไม่ถึงร้อยละ 50) เช่นเดียวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยที่ยังปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอในสัดส่วนที่น้อย จากคำถามที่แสดงถึงการมีวินัย และความรับผิดชอบต่อครอบครัวสังคมระบุว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีเพียงส่วนน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 50) ที่เป็นประชากรที่มีวินัย รู้จักรักษาสาธารณประโยชน์ ประหยัดและรับผิดชอบ เช่นเดียวกับความรู้สึกมั่นคงในชีวิตก็มีเพียงกลุ่มน้อยที่รู้สึกว่ามีความมั่นคง สำหรับทัศนคติทางเพศยังคงเห็นว่าชายความเป็นผู้นำทางสังคมเป็นส่วนใหญ่

## 5.5 วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

### 5.5.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศชาย ร้อยละ 44 เพศหญิง ร้อยละ 56 ผู้สูงอายุชายนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.1 อิสลาม ร้อยละ 8.7 คริสต์ ร้อยละ 0.1 ผู้สูงอายุหญิงนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91 อิสลาม ร้อยละ 8.4 คริสต์ ร้อยละ 0.6 และมีชาวเขาที่ไม่ระบุการนับถือศาสนาแต่นับถือผีบรรพบุรุษ เป็นชาย 1 คน สถานภาพสมรสในปัจจุบัน ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 88.8 หม้ายร้อยละ 10.2 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีสถานภาพสมรส 51.4 และเป็นหม้ายสูงกว่าชาย คือร้อยละ 45.6 ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่ยังคงเป็นหัวหน้าครอบครัวอยู่ ร้อยละ 84.9 และมีผู้สูงอายุหญิงเป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 32.5 ในด้านการศึกษา ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือน้อยกว่า ร้อยละ 76.4 และไม่เคยได้รับการศึกษา ร้อยละ 14.6 เช่นเดียวกับผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือน้อยกว่า ร้อยละ 74.8 มี และไม่เคยได้รับการศึกษา ร้อยละ 22.8 ในด้านการประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุชายไม่ได้ทำงานแล้ว ร้อยละ 42 ผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 62.7 ส่วนใหญ่ทั้งผู้สูงอายุชายและหญิงประกอบอาชีพหลักด้านการเกษตรกรรม ชายร้อยละ 44.5 หญิงร้อยละ 26.6 กลุ่มที่ทำงานแล้ว ผู้สูงอายุชายมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 2,322 บาท และผู้สูงอายุหญิงมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 1,723 บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 2,500 บาท

ผู้สูงอายุชายมีความพิการทางร่างกาย ร้อยละ 4.4 มากกว่าหญิงที่พบ ร้อยละ 4.0 ส่วนใหญ่พิการเกี่ยวขา/การเดิน และตาบอดและการมองเห็น รองลงไปพิการเกี่ยวกับนิ้วมือ นิ้วเท้า แขน และมือปัญญาอ่อน อัมพาต และการได้ยิน ส่วนสิทธิในการรักษา ทั้งแรงงานชายและหญิงมีสิทธิร้อยละ 97 ดังที่แสดงในตาราง 5.41

**ตาราง 5.41 ข้อมูลทั่วไปของวัยสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป เพศชายและหญิง**

| ข้อมูลทั่วไป | ชาย (753) | | หญิง (957) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **อายุ** | | | | |
| 60-69 ปี | 447 | 59.3 | 545 | 56.9 |
| 70-79 ปี | 246 | 32.7 | 324 | 33.9 |
| 80 ปีขึ้นไป | 60 | 8.0 | 88 | 9.2 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 68.8 $\pm$ 6.7 | | 69.1 $\pm$ 7.1 | |

| ข้อมูลทั่วไป | ชาย (753) | | หญิง (957) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **ศาสนา** | | | | |
| พุทธ | 686 | 91.1 | 870 | 91.0 |
| อิสลาม | 65 | 8.7 | 80 | 8.4 |
| คริสต์ | 1 | 0.1 | 6 | 0.6 |
| ผีบรรพบุรุษ | 1 | 0.1 | 0 | 0.0 |
| **สถานภาพสมรส** | | | | |
| โสด | 5 | 0.7 | 17 | 1.8 |
| สมรสและอยู่ด้วยกัน | 654 | 86.9 | 472 | 49.4 |
| สมรสและแยกกันอยู่ | 14 | 1.9 | 19 | 2.0 |
| หย่า | 3 | 0.3 | 11 | 1.2 |
| หม้าย | 77 | 10.2 | 437 | 45.6 |
| **ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว** | | | | |
| หัวหน้าครอบครัว | 639 | 84.9 | 311 | 32.5 |
| สามี/ ภรรยา | 40 | 5.3 | 430 | 45.0 |
| พ่อ/ แม่ | 11 | 1.4 | 45 | 4.8 |
| ญาติ/ พ่อตา /แม่ยาย | 58 | 7.7 | 162 | 16.9 |
| อื่น ๆ (ผู้อาศัย) | 5 | 0.7 | 8 | 0.8 |
| **การศึกษาสูงสุด** | | | | |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 110 | 14.6 | 218 | 22.8 |
| ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า | 575 | 76.4 | 715 | 74.8 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 23 | 3.1 | 11 | 1.2 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 33 | 4.3 | 6 | 0.6 |
| อุดมศึกษาขึ้นไป | 12 | 1.6 | 6 | 0.6 |
| **อาชีพหลัก** | | | | |
| ไม่ได้ทำงาน | 316 | 42.0 | 599 | 62.7 |
| ด้านการเกษตร | 335 | 44.5 | 254 | 26.6 |
| ด้านค้าขายสินค้าหรือบริการด้านต่างๆ | 54 | 7.2 | 72 | 7.5 |
| ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 4 | 0.5 | 1 | 0.1 |
| คนงาน ลูกจ้าง กรรมกร | 44 | 5.8 | 30 | 3.1 |

| ข้อมูลทั่วไป | ชาย (753) | | หญิง (957) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (เฉพาะผู้ที่ทำงาน)** | (435) | | (356) | |
| ≤ 2,500 บาท | 297 | 68.3 | 290 | 81.4 |
| 2,501-5,000 บาท | 113 | 26.0 | 58 | 16.3 |
| 5,001-10,000 บาท | 19 | 4.4 | 6 | 1.7 |
| > 10,000 บาท | 6 | 1.4 | 2 | 0.6 |
| ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 2,322 ± 3,059 | | 1,723 ± 2,140 | |
| **ความพิการทางร่างกาย** | | | | |
| ไม่มี | 720 | 95.6 | 918 | 96.0 |
| มี | 33 | 4.4 | 38 | 4.0 |
| - เกี่ยวกับขา/ การเดิน | 7 | 0.9 | 13 | 1.4 |
| - ตาบอด/ การมองเห็น | 7 | 0.9 | 13 | 1.4 |
| - เกี่ยวกับแขน มือ นิ้วมือ นิ้วเท้า | 5 | 0.7 | 3 | 0.3 |
| - ปัญญาอ่อน | 3 | 0.4 | 1 | 0.1 |
| - อัมพาต | 8 | 1.1 | 7 | 0.7 |
| - หู/ การได้ยิน | 3 | 0.4 | 1 | 0.1 |
| **สิทธิในการรักษา** | | | | |
| มี | 734 | 97.5 | 936 | 97.9 |
| ไม่มี | 19 | 2.5 | 20 | 2.1 |

### 5.5.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

#### 1) สุขภาพร่างกายโดยทั่วไป

ในส่วนสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ได้นำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุช่วงต้นอายุ 60-69 ปี และผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 70 ปี ขึ้นไป เนื่องจากมีความแตกต่างในสถานสุขภาพ ซึ่งพบว่าสุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุชายอายุ 60-69 ปี พบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 39.4 และสูงขึ้นในผู้สูงอายุชายอายุมากกว่า 70 ปี มีถึงร้อยละ 48 ส่วนใหญ่ได้แก่กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง อัตราป่วยร้อยละ 13.2 และ 18.3 เบาหวาน ร้อยละ 5.8 และ 6.5 กลุ่มโรคหัวใจ ร้อยละ 4.3 และ 3.3 ภูมิแพ้ และหอบหืด ร้อยละ 2.5 และ 8.5 กระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 3.1 และ 2.6 ปวดข้อ/รูมาตอยด์, เก๊าท์ ร้อยละ 3.6 และ 1.6 ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุหญิงอายุ 60-69 ปี พบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 45.1 และสูงขึ้นในกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี ที่มีถึงร้อยละ 51.1 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากว่าของผู้ชาย ส่วนใหญ่โรคประจำตัว

ของผู้สูงอายุหญิงก็เช่นเดียวกันกับผู้สูงอายุชาย ส่วนใหญ่ได้แก่กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง อัตราป่วยร้อยละ 19.1 และร้อยละ 21.1 รองลงมาที่สำคัญได้แก่เบาหวาน ร้อยละ 9.9 และร้อยละ 11.7 กลุ่มโรคหัวใจ ร้อยละ 4.0 และ ร้อยละ 3.2 ภูมิแพ้ หอบ หืด ร้อยละ 1.8 และ ร้อยละ 3.6 โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 3.5 และ ร้อยละ 2.9 (รายละเอียดตาราง 5.42)

จากการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงกลุ่มผู้สูงอายุชายพบว่า ผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับปกติ (BMI=18.5-24.9) ร้อยละ 68.7 และลดลงในกลุ่มอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป คือปกติ ร้อยละ 59.5 แต่ดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ (ผอม) พบร้อยละ 16.4 และผอมมากขึ้นในกลุ่มอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 27.1 ดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 15.1 และ ร้อยละ 13.4 ส่วนดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุหญิง 60-69 ปี ดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 55.6 และลดลงในกลุ่มอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป คือปกติ ร้อยละ 53.4 แต่ดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ (ผอม) พบร้อยละ 15.9 และผอมมากขึ้นในกลุ่มอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 28.8 และดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 7.2 และ ร้อยละ 4

ผลการวัดความดันโลหิตในขณะสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุชายอายุ 60-69 ปี มีความดันโลหิตช่วงบน (Systolic) อยู่ในระดับปกติ (<140 mmHg) ร้อยละ 76.3 ผู้สูงอายุชายอายุ 70 ปีขึ้นไป ปกติร้อยละ 69 โดยที่ผู้สูงอายุชายอายุ 60-69 ปี มีความดันโลหิตสูงกว่าระดับ 140 mmHg พบร้อยละ 23.7 ผู้สูงอายุชายอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31 ส่วนความโลหิตช่วงล่าง (Diastolic) ผู้สูงอายุชายอายุ 60-69 ปี อยู่ในระดับปกติ (<90 mmHg) ร้อยละ 77.8 ผู้สูงอายุชายอายุ 70 ปีขึ้นไป ปกติร้อยละ 76.1 และความโลหิตระดับสูงกว่าปกติ (≥ 90 mmHg) ผู้สูงอายุชายอายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 22.2 ผู้สูงอายุชายอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.9 และผู้สูงอายุชายอายุ 60-69 ปี ที่มีความดันโลหิตเกิน 140/90 mmHg พบร้อยละ 13.9 ผู้สูงอายุชายอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.3 ส่วนผู้สูงอายุหญิงอายุ 60-69 ปี มีความดันโลหิตช่วงบน (Systolic) อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 72.8 ผู้สูงอายุหญิงอายุ 70 ปีขึ้นไป ปกติร้อยละ 70.2 โดยที่ผู้สูงอายุหญิงอายุ 60-69 ปี มีความดันโลหิตสูงกว่าระดับ 140 mmHg ร้อยละ 27.2 ผู้สูงอายุหญิงอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 29.8 ส่วนความโลหิตช่วงล่าง (Diastolic) ผู้สูงอายุหญิง 60-69 ปี อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 75.2 ผู้สูงอายุหญิง 70 ปีขึ้นไป ปกติร้อยละ 75.7 และความโลหิตระดับสูงกว่าปกติ ผู้สูงอายุหญิง 60-69 ปี พบร้อยละ 24.8 ผู้สูงอายุหญิง 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 24.3 และผู้สูงอายุหญิง 60-69 ปี ที่มีความดันโลหิตเกิน 140/90 mmHg พบร้อยละ 14.6 ผู้สูงอายุหญิง 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.5

ในด้านสุขภาพฟันและเหงือกของผู้สูงอายุชายและหญิง 60-69 ปี พบว่า ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจากทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 21 ผู้สูงอายุชายและหญิงอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.0 และ ร้อยละ 14.6 เมื่อสอบถามจำนวนฟันที่ใช้งานได้ตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป ผู้สูงอายุชายและหญิง 60-69 ปี มีร้อยละ 52.8 และร้อยละ 55 และเมื่ออายุมากผู้สูงอายุชายและหญิงอายุ 70 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 34.3 และ ร้อยละ 32.3 ดังรายละเอียดในตาราง 5.42

**ตาราง 5.42 ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุชาย และหญิง**

| ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกาย | ผู้สูงอายุชาย | | | | ผู้สูงอายุหญิง | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 60-69 ปี | | 70 ปีขึ้นไป | | 60-69 ปี | | 70 ปีขึ้นไป | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **โรคประจำตัว** | (447) | | (306) | | (545) | | (412) | |
| ไม่มี | 271 | 60.6 | 159 | 52.0 | 299 | 54.9 | 200 | 48.5 |
| มี | 176 | 39.4 | 147 | 48.0 | 246 | 45.1 | 212 | 51.5 |
| - ความดันโลหิตสูง | 59 | 13.2 | 56 | 18.3 | 104 | 19.1 | 87 | 21.1 |
| - เบาหวาน | 26 | 5.8 | 20 | 6.5 | 54 | 9.9 | 48 | 11.7 |
| - กลุ่มโรคหัวใจ | 19 | 4.3 | 10 | 3.3 | 22 | 4.0 | 13 | 3.2 |
| - ภูมิแพ้ หอบ หืด ถุงลมโป่ง | 11 | 2.5 | 26 | 8.5 | 10 | 1.8 | 15 | 3.6 |
| - กระเพาะอาหารอักเสบ | 14 | 3.1 | 8 | 2.6 | 19 | 3.5 | 12 | 2.9 |
| - ปวดข้อ/รูมาตอยด์, เก๊าท์ | 16 | 3.6 | 5 | 1.6 | 14 | 2.6 | 15 | 3.6 |
| - ปวดขา/เข่า, หลัง | 7 | 1.6 | 6 | 2.0 | 11 | 2.0 | 6 | 1.5 |
| - ไต นิ่ว | 7 | 1.6 | 4 | 1.3 | 5 | 0.9 | 4 | 1.0 |
| - กระดูกเสื่อม ข้อเสื่อม | 1 | 0.2 | 3 | 1.0 | 3 | 0.6 | 6 | 1.5 |
| - ปวดหัวเป็นประจำ | 2 | 0.4 | 5 | 1.6 | 0 | 0.0 | 1 | 0.2 |
| - ไขมันในเลือดสูง | 3 | 0.7 | 0 | 0.0 | 9 | 1.7 | 5 | 1.2 |
| - โรคจิต ประสาท | 1 | 0.2 | 0 | 0.0 | 1 | 0.2 | 2 | 0.5 |
| - มะเร็ง | 2 | 0.4 | 1 | 0.3 | 2 | 0.4 | 1 | 0.2 |
| - ริดสีดวงทวาร | 4 | 0.9 | 0 | 0.0 | 1 | 0.2 | 0 | 0.0 |
| - วัณโรค | 4 | 0.9 | 1 | 0.3 | 4 | 0.7 | 0 | 0.0 |
| - ต้อ | 7 | 1.6 | 1 | 0.3 | 5 | 0.9 | 3 | 0.7 |
| - อัมพฤกษ์ อัมพาต | 4 | 0.9 | 5 | 1.6 | 0 | 0.0 | 6 | 1.5 |
| BMI (WHO Standard) | (444) | | (299) | | (540) | | (400) | |
| <18.5 | 73 | 16.4 | 81 | 27.1 | 86 | 15.9 | 115 | 28.8 |
| 18.5-24.9 | 305 | 68.7 | 178 | 59.5 | 300 | 55.6 | 214 | 53.4 |
| 25.0-29.9 | 59 | 13.3 | 33 | 11.1 | 115 | 21.3 | 55 | 13.8 |
| >=30 | 7 | 1.6 | 7 | 2.3 | 39 | 7.2 | 16 | 4.0 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 21.7 $\pm$ 3.3 | | 21.0 $\pm$ 3.8 | | 22.8 $\pm$ 4.5 | | 21.1 $\pm$ 4.4 | |

| ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกาย | ผู้สูงอายุชาย | | | | ผู้สูงอายุหญิง | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 60-69 ปี | | 70 ปีขึ้นไป | | 60-69 ปี | | 70 ปีขึ้นไป | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **ความดันโลหิต (SYSTOLIC)** | (447) | | (306) | | (545) | | (412) | |
| Normal BP (<129 mmHg) | 212 | 47.4 | 140 | 45.8 | 280 | 51.4 | 198 | 48.1 |
| High-Normal BP (130-139 mmHg) | 129 | 28.9 | 71 | 23.2 | 117 | 21.4 | 91 | 22.1 |
| Mild Hypertension (140-159 mmHg) | 75 | 16.8 | 69 | 22.5 | 99 | 18.2 | 85 | 20.6 |
| Moderate Hypertension (160-179 mmHg) | 26 | 5.8 | 19 | 6.2 | 42 | 7.7 | 29 | 7.0 |
| Severe Hypertension (>180 mmHg) | 5 | 1.1 | 7 | 2.3 | 7 | 1.3 | 9 | 2.2 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 128 $\pm$ 16 | | 130 $\pm$ 18 | | 128 $\pm$ 18 | | 129 $\pm$ 19 | |
| **ความดันโลหิต (DIASTOLIC)** | (447) | | (306) | | (545) | | (412) | |
| Normal BP (<84 mmHg) | 331 | 74.0 | 221 | 72.2 | 393 | 72.1 | 297 | 72.1 |
| High-Normal BP (85-89 mmHg) | 17 | 3.8 | 12 | 3.9 | 17 | 3.1 | 15 | 3.6 |
| Mild Hypertension (90-99 mmHg) | 80 | 17.9 | 61 | 19.9 | 104 | 19.1 | 73 | 17.7 |
| Moderate Hypertension (100-109 mmHg) | 17 | 3.8 | 12 | 3.9 | 26 | 4.8 | 23 | 5.6 |
| Severe Hypertension (>110 mmHg) | 2 | 0.4 | 0 | 0.0 | 5 | 1.0 | 4 | 1.0 |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 79 $\pm$ 9 | | 79 $\pm$ 9 | | 79 $\pm$ 11 | | 79 $\pm$ 11 | |
| **ความดันโลหิต> 140/90 mmHg** | 62 | 13.9 | 53 | 17.3 | 88 | 14.6 | 64 | 15.5 |
| **สุขภาพช่องปาก** | | | | | | | | |
| ตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง | 94 | 21.0 | 49 | 16.0 | 117 | 21.5 | 49 | 14.6 |
| จำนวนฟันที่ใช้งานได้ตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป | 236 | 52.8 | 105 | 34.3 | 300 | 55.0 | 133 | 32.3 |

**2) การรับบริการสุขภาพ**

การได้รับบริการเกี่ยวกับสุขภาพ ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงได้รับบริการการรักษาพยาบาล ร้อยละ 90-93 รองลงมาได้แก่การวัดความดันโลหิต และการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง เป็นบริการสุขภาพที่ได้รับเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการตรวจปัสสาวะ และตรวจเลือดหาน้ำตาล เป็นบริการที่ได้รับรองลงไป 1 ใน 4 คนของผู้สูงอายุ ได้รับบริการการตรวจเลือดหาระดับไขมัน ตรวจเหงือกและฟัน การตรวจตา และตรวจหู ส่วนการตรวจต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชาย มีต่ำกว่าร้อยละ 10 และการตรวจมะเร็งปากมดลูกในผู้สูงอายุหญิง อยู่ในระดับที่น้อยเช่นกัน พบร้อยละ 7-13 โดยที่ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการรับบริการเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุชายในทุกรายการ ดังรายละเอียดตาราง 5.43

**ตาราง 5.43 การได้รับบริการเกี่ยวกับสุขภาพ ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุชายและหญิง**

| การรับบริการเกี่ยวกับสุขภาพ | ผู้สูงอายุชาย | | | | ผู้สูงอายุหญิง | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 60-69 ปี (447) | | 70 ปีขึ้นไป(306) | | 60-69 ปี (545) | | 70 ปีขึ้นไป(412) | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง | 341 | 76.3 | 229 | 74.8 | 446 | 81.8 | 312 | 75.7 |
| - วัดความดันโลหิต | 363 | 81.2 | 262 | 85.6 | 500 | 91.7 | 357 | 86.7 |
| - ตรวจปัสสาวะ | 199 | 44.5 | 137 | 44.8 | 253 | 46.4 | 174 | 42.2 |
| - ตรวจเลือด (ตรวจหาน้ำตาล) | 170 | 38.0 | 121 | 39.5 | 241 | 44.2 | 189 | 45.9 |
| - ตรวจเลือด (ตรวจระดับไขมัน) | 97 | 21.7 | 65 | 21.2 | 128 | 23.5 | 93 | 22.6 |
| - ตรวจเหงือกและฟัน | 122 | 27.3 | 64 | 20.9 | 146 | 26.8 | 86 | 20.9 |
| - การตรวจตา | 130 | 29.1 | 90 | 29.4 | 173 | 31.7 | 155 | 37.6 |
| - การตรวจหู | 82 | 18.3 | 53 | 17.3 | 89 | 16.3 | 84 | 20.4 |
| - การตรวจต่อมลูกหมาก | 30 | 6.7 | 24 | 7.9 | - | - | - | - |
| - การตรวจมะเร็งปากมดลูก | - | - | - | - | 72 | 13.2 | 30 | 7.3 |
| - รักษาเมื่อเกิดความเจ็บป่วย | 403 | 90.2 | 278 | 90.8 | 503 | 92.3 | 387 | 93.9 |

**3) ลักษณะทางบริบทของผู้สูงอายุทั้งทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม**

สภาพความเป็นอยู่ทางกายภาพ สังคม ของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงพบว่า ส่วนใหญ่บ้านเรือนที่อาศัยอยู่มีความมั่นคงแข็งแรงดี อยู่ในช่วงร้อยละ 87-89 โดยที่บ้านอาศัยของผู้สูงอายุชายเป็นกรรมสิทธิ์ของตนเอง ร้อยละ 89-92 ใกล้เคียงกับผู้สูงหญิงกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 88.5 แต่บ้านอาศัยของผู้สูงหญิง 70 ปีขึ้นไป เป็นกรรมสิทธิ์ของตนเอง ร้อยละ 78.5 ผู้สูงอายุชาย 1 ใน 3 คน อยู่ใน

ครอบครัวที่มีจำนวนรุ่นของสมาชิกครอบครัว 3 รุ่น เช่นเดียวกับผู้สูงอายุหญิงกลุ่มอายุ 60-69 ปี แต่ผู้สูงอายุหญิง 70 ปีขึ้นไป 1 ใน 2 คน อยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนรุ่นของสมาชิกครอบครัว 3 รุ่น บุคคลที่ผู้สูงอายุชายทั้งกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ 70 ปี ขึ้นไป พักอาศัยอยู่ด้วยส่วนใหญ่จะเป็นคู่สมรส ร้อยละ 87.5 และ 74.5 ตามลำดับ ในขณะที่ ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มพักอาศัยอยู่กับครอบครัวบุตรเมื่ออายุมากขึ้น โดยผู้สูงอายุหญิงกลุ่มอายุ 60-69 ปี อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 67.6 อยู่กับครอบครัวบุตร ร้อยละ 24.8 ส่วนผู้สูงอายุหญิง 70 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวบุตร ร้อยละ 51.7 อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 40.8

ในด้านสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้านที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัย พบว่าเกือบทุกบ้านของผู้สูงอายุชายและหญิง มีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและใช้ และมีไฟฟ้าใช้ คือ ร้อยละ 98-99 ห้องครัวสว่างเพียงพอ ร้อยละ 94-96 ในด้านความปลอดภัย บ้านที่มีราวให้เกาะสำหรับการขึ้นลงบันได มีเพียงร้อยละ 73-76 ในขณะที่ห้องน้ำไม่เปียก ไม่ลื่น มีราวเกาะ พบร้อยละ 51-41 ระบบป้องกันไฟไหม้ เช่น อุปกรณ์ตัดไฟกรณีไฟฟ้าลัดวงจร มีเพียงร้อยละ 29-35 ส่วนระบบสื่อสารกับภายนอกเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พบร้อยละ 29-40 ซึ่งในด้านความปลอดภัยจะพบว่ามีน้อยลงในบ้านพักอาศัยของผู้สูงอายุกลุ่ม 70 ปีขึ้นไป ส่วนห้องปฏิบัติศาสนกิจพบว่ามีบ้านที่ผู้สูงอายุพักอาศัยมีร้อยละ 58-62 ดังรายละเอียดในตาราง 5.44

ด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงส่วนใหญ่ยังมีเงินพอกินพอใช้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 47-52 และพอกินพอใช้และมีเงินเก็บออม ร้อยละ 24-25 แต่ยังมีผู้สูงอายุที่มีเงินไม่พอใช้อยู่ ร้อยละ 22-27 ส่วนสวัสดิการหรือความช่วยเหลือที่ได้รับ ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงส่วนใหญ่ได้รับหลักประกันด้านสุขภาพ ร้อยละ 94-96 เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ ได้รับอยู่ในช่วงร้อยละ 3-8 ค่าลดหย่อนโดยสารรถในการเดินทาง ได้รับเพียงร้อยละ 1 (ตาราง 5.44)

**ตาราง 5.44 ลักษณะทางบริบทของผู้สูงอายุทั้งทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมของผู้สูงอายุชายและหญิง**

| | ผู้สูงอายุชาย | | | | ผู้สูงอายุหญิง | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 60-69 ปี (447) | | 70 ปีขึ้นไป (306) | | 60-69 ปี (545) | | 70 ปีขึ้นไป (412) | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **ลักษณะบ้านเรือนที่อาศัย** | | | | | | | | |
| มีความมั่นคงแข็งแรงดี | 400 | 89.5 | 273 | 89.3 | 484 | 88.8 | 361 | 87.6 |
| ไม่ค่อยมั่นคง | 35 | 7.8 | 20 | 6.5 | 42 | 7.7 | 40 | 9.7 |
| ไม่มั่นคงและไม่ค่อยปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ | 12 | 2.7 | 13 | 4.2 | 19 | 3.5 | 11 | 2.7 |

| | ผู้สูงอายุชาย | | | | ผู้สูงอายุหญิง | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 60-69 ปี (447) | | 70 ปีขึ้นไป (306) | | 60-69 ปี (545) | | 70 ปีขึ้นไป (412) | |
| | **จำนวน** | **ร้อยละ** | **จำนวน** | **ร้อยละ** | **จำนวน** | **ร้อยละ** | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
| **ความเป็นเจ้าของที่พักอาศัย** | | | | | | | | |
| บ้านเป็นกรรมสิทธิ์ของตนเอง | 413 | 92.4 | 274 | 89.5 | 481 | 88.5 | 324 | 78.5 |
| บ้านเช่า | 12 | 2.7 | 2 | 0.7 | 10 | 1.8 | 3 | 0.7 |
| บ้านของบุตร | 10 | 2.2 | 23 | 7.5 | 34 | 6.2 | 80 | 19.4 |
| บ้านญาติพี่น้อง | 11 | 2.5 | 5 | 1.6 | 14 | 2.6 | 2 | 0.5 |
| เป็นผู้อาศัยในครัวเรือนผู้อื่น | 1 | 0.2 | 2 | 0.7 | 5 | 0.9 | 3 | 0.7 |
| **จำนวนรุ่นของครอบครัว** | | | | | | | | |
| มีรุ่นเดียว (รุ่นปู่ ย่า ตายาย) | 161 | 36.0 | 100 | 32.7 | 174 | 31.9 | 82 | 19.9 |
| มี 2 รุ่น | 143 | 32.0 | 87 | 28.4 | 161 | 29.5 | 120 | 29.1 |
| มี 3 รุ่น (รุ่นปู่ ย่า ตายาย, รุ่นพ่อ แม่, รุ่นหลาน) | 143 | 32.0 | 119 | 38.9 | 210 | 38.4 | 210 | 51.0 |
| **บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย** | | | | | | | | |
| คนเดียว | 5 | 1.1 | 4 | 1.3 | 20 | 3.7 | 15 | 3.6 |
| คู่สมรสหรือครอบครัว | 391 | 87.5 | 228 | 74.5 | 369 | 67.6 | 168 | 40.8 |
| ครอบครัวบุตร | 42 | 9.4 | 68 | 22.2 | 135 | 24.8 | 213 | 51.7 |
| ครอบครัวญาติ | 9 | 2.0 | 5 | 1.6 | 20 | 3.7 | 16 | 3.9 |
| ครอบครัวผู้อื่น | 0 | 0.0 | 1 | 0.2 | 1 | 0.2 | 0 | 0.0 |
| **สิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน** | | | | | | | | |
| - น้ำสะอาดสำหรับดื่มและใช้ | 440 | 98.4 | 302 | 98.7 | 540 | 99.1 | 408 | 99.0 |
| - ไฟฟ้า | 445 | 99.6 | 304 | 99.3 | 544 | 99.8 | 408 | 99.0 |
| - ห้องครัวสว่างเพียงพอ | 427 | 95.5 | 290 | 94.8 | 519 | 95.2 | 396 | 96.1 |
| - ราวให้เกาะสำหรับการขึ้นลงบันได | 343 | 76.7 | 227 | 74.2 | 402 | 73.8 | 301 | 73.1 |
| - ห้องน้ำไม่เปียก ไม่ลื่น มีราวเกาะ | 214 | 47.9 | 142 | 46.4 | 278 | 51.0 | 170 | 41.3 |
| - มีระบบป้องกันไฟไหม้ | 160 | 35.8 | 91 | 29.7 | 195 | 35.8 | 136 | 33.0 |
| - ระบบสื่อสารกับภายนอกเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน | 178 | 39.8 | 91 | 29.7 | 220 | 40.4 | 122 | 29.6 |
| - มีห้องปฏิบัติศาสนกิจ | 262 | 58.6 | 191 | 62.4 | 334 | 61.3 | 252 | 61.2 |

| | ผู้สูงอายุชาย | | | | ผู้สูงอายุหญิง | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 60-69 ปี (447) | | 70 ปีขึ้นไป (306) | | 60-69 ปี (545) | | 70 ปีขึ้นไป (412) | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **มีเงินพอกินพอใช้ตามความต้องการ** | | | | | | | | |
| พอกินพอใช้และมีเงินเก็บออม | 113 | 25.2 | 77 | 25.2 | 140 | 25.7 | 100 | 24.2 |
| พอกินพอใช้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บออม | 210 | 47.0 | 160 | 52.3 | 259 | 47.5 | 203 | 49.3 |
| ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน | 49 | 11.0 | 35 | 11.4 | 56 | 10.3 | 77 | 18.7 |
| ไม่พอใช้และเป็นหนี้สิน | 75 | 16.8 | 34 | 11.1 | 90 | 16.5 | 32 | 7.8 |
| **สวัสดิการหรือความช่วยเหลือที่ได้รับ** | | | | | | | | |
| - หลักประกันด้านสุขภาพ | 432 | 96.6 | 291 | 95.1 | 513 | 94.1 | 391 | 94.9 |
| - เบี้ยยังชีพ | 17 | 3.8 | 26 | 8.5 | 16 | 2.9 | 30 | 7.3 |
| - ค่าลดหย่อนโดยสารรถในการเดินทาง | 5 | 1.1 | 4 | 1.3 | 3 | 0.6 | 2 | 0.5 |
| - ไม่มี /ไม่ได้รับ | 8 | 1.8 | 5 | 1.6 | 9 | 1.7 | 6 | 1.4 |

**4) ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL และ IADL)**

ก่อนการใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้มีการสอบถามสภาพร่างกายและความจำของผู้สูงอายุที่ศึกษา พบว่า สภาพร่างกายโดยทั่วไปของผู้สูงอายุชายยังสามารถเดินทางมาให้สัมภาษณ์ได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 89-96 ซึ่งสูงกว่าในผู้สูงอายุหญิงที่สามารถเดินทางมาให้สัมภาษณ์ได้ด้วยตนเอง ซึ่งอยู่ในช่วง ร้อยละ 80-93 โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิง 70 ปีขึ้นไป ที่ให้สัมภาษณ์โดยอยู่บนที่นอนตลอดเวลา ร้อยละ 4.9 ในด้านความทรงจำของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุชายอายุ 60-69 ปี มีความจำปกติ ร้อยละ 74 เมื่ออายุมากขึ้นมากกว่า 70 ปีขึ้นไป มีความจำปกติ ร้อยละ 60.1 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงอายุ 60-69 ปี มีความจำปกติ ร้อยละ 70.8 และลดลงในกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป คือ มีความจำปกติ ร้อยละ 52.9 และมีผู้สูงอายุที่จำอะไรไม่ได้เลย 10 คน (ตาราง5.45) ซึ่งในการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ADL และ IADL จะมีผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมช่วยการประเมิน

**ตาราง 5.45 สภาพร่างกายและความจำของผู้สูงอายุชายและหญิง**

| | ผู้สูงอายุชาย | | | | ผู้สูงอายุหญิง | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 60-69 ปี (447) | | 70 ปีขึ้นไป (306) | | 60-69 ปี (545) | | 70 ปีขึ้นไป (412) | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **สภาพร่างกายในปัจจุบัน** | | | | | | | | |
| เดินทางมาให้สัมภาษณ์ได้ | 430 | 96.2 | 273 | 89.2 | 510 | 93.6 | 329 | 79.9 |
| เดินทางมาให้สัมภาษณ์ได้โดยใช้ไม้ช่วย | 12 | 2.7 | 27 | 8.9 | 31 | 5.7 | 58 | 14.1 |
| เดินทางมาให้สัมภาษณ์ได้โดยใช้รถเข็น | 2 | 0.4 | 1 | 0.3 | 2 | 0.4 | 5 | 1.2 |
| อยู่บนที่นอนตลอดเวลา | 3 | 0.7 | 5 | 1.6 | 2 | 0.4 | 20 | 4.9 |
| **ความทรงจำ** | | | | | | | | |
| ปกติ | 331 | 74.0 | 184 | 60.1 | 386 | 70.8 | 218 | 52.9 |
| จำได้เป็นครั้งคราว | 115 | 25.7 | 121 | 39.5 | 158 | 29.0 | 187 | 45.4 |
| จำไม่ได้เลย | 1 | 0.2 | 1 | 0.3 | 1 | 0.2 | 7 | 1.7 |

4.1) **ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน** (ADL)

จากการประเมินการทำกิจกรรมต่างๆในแต่ละวันของผู้สูงอายุชาย พบว่าผู้สูงอายุชายอายุ 60-69 ปี สามารถทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำได้ด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การกินอาหาร การนั่งหรือลุกจากเตียงหรือเก้าอี้ การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน อยู่ในช่วงร้อยละ 95-96 และผู้สูงอายุชายอายุ 70 ปี ขึ้น สัดส่วนที่ทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองลดลง อยู่ในช่วง ร้อยละ 88-94 (ตาราง 5.46) ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงสามารถทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำได้ด้วยตนเอง อยู่ในช่วงร้อยละ 92-95 และผู้สูงอายุหญิงอายุ 70 ปี ขึ้น สัดส่วนที่ทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองลดลง อยู่ในช่วง ร้อยละ 81-89 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุชาย(ตาราง 5.47)

ปัญหาหรือความลำบากในการขับถ่ายของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุชายสามารถกลั้นการขับถ่ายปัสสาวะได้ ร้อยละ 76.8 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ ร้อยละ 69.3 ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป สามารถกลั้นการขับถ่ายอุจจาระได้ ร้อยละ 79 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ ร้อยละ 76.5 ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ส่วนผู้สูงอายุหญิงสามารถกลั้นการขับถ่ายปัสสาวะได้น้อยกว่าผู้สูงอายุชาย คือ ร้อยละ 70.3 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ ร้อยละ 63.8 ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป แต่สามารถกลั้นการขับถ่ายอุจจาระได้ ร้อยละ 78.9 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ ร้อยละ 74.5 ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งไม่แตกต่างกับผู้สูงอายุชายมากนัก (ตาราง 5.48)

**ตาราง 5.46 ปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุชาย**

| ปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรม | 60-69 ปี (447) | | | 70 ปีขึ้นไป (306) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ทำได้เอง | ทำได้แต่ใช้อุปกรณ์ช่วย | ทำไม่ได้ต้องให้คนอื่นช่วย | ทำได้เอง | ทำได้แต่ใช้อุปกรณ์ช่วย | ทำไม่ได้ต้องให้คนอื่นช่วย |
| การอาบน้ำ | 429 | 3 | 15 | 278 | 11 | 17 |
| | 96.0% | 0.7% | 3.3% | 90.8% | 3.6% | 5.6% |
| การแต่งตัว | 430 | 4 | 13 | 282 | 8 | 16 |
| | 96.2% | 0.9% | 2.9% | 92.2% | 2.6% | 5.2% |
| การกินอาหาร | 432 | 0 | 15 | 290 | 2 | 14 |
| | 96.6% | 0.0% | 3.4% | 94.7% | 0.7% | 4.6% |
| การนั่งหรือลุกจากเตียงหรือเก้าอี้ | 426 | 7 | 14 | 272 | 20 | 14 |
| | 95.3% | 1.6% | 3.1% | 88.9% | 6.5% | 4.6% |
| การเข้าห้องน้ำ | 426 | 6 | 15 | 274 | 17 | 15 |
| | 95.3% | 1.3% | 3.4% | 89.5% | 5.6% | 4.9% |
| การเคลื่อนที่ภายในบ้าน | 429 | 3 | 15 | 273 | 19 | 14 |
| | 95.9% | 0.7% | 3.4% | 89.2% | 6.2% | 4.6% |

**ตาราง 5.47 ปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุหญิง**

| ปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรม | 60-69 ปี (545) | | | 70 ปีขึ้นไป (412) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ทำได้เอง | ทำได้แต่ใช้อุปกรณ์ช่วย | ทำไม่ได้ต้องให้คนอื่นช่วย | ทำได้เอง | ทำได้แต่ใช้อุปกรณ์ช่วย | ทำไม่ได้ต้องให้คนอื่นช่วย |
| การอาบน้ำ | 507 | 9 | 29 | 350 | 23 | 39 |
| | 93.0% | 1.7% | 5.3% | 85.0% | 5.5% | 9.5% |
| การแต่งตัว | 515 | 5 | 25 | 359 | 16 | 37 |
| | 94.5% | 0.9% | 4.6% | 87.1% | 3.9% | 9.0% |
| การกินอาหาร | 522 | 1 | 22 | 369 | 15 | 28 |
| | 95.8% | 0.2% | 4.0% | 89.6% | 3.6% | 6.8% |
| การนั่งหรือลุกจากเตียงหรือเก้าอี้ | 506 | 14 | 25 | 337 | 38 | 43 |
| | 92.8% | 2.6% | 4.6% | 81.8% | 9.2% | 10.4% |
| การเข้าห้องน้ำ | 507 | 12 | 26 | 340 | 29 | 43 |
| | 93.0% | 2.2% | 4.8% | 82.6% | 7.0% | 10.4% |
| การเคลื่อนที่ภายในบ้าน | 509 | 7 | 29 | 340 | 36 | 36 |
| | 93.4% | 1.3% | 5.3% | 82.5% | 8.7% | 8.7% |

**ตาราง 5.48 ปัญหาหรือความลำบากในการขับถ่ายของผู้สูงอายุชายและหญิง**

| ปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรม | ผู้สูงอายุชาย | | | | ผู้สูงอายุหญิง | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 60-69 ปี (447) | | 70 ปีขึ้นไป (306) | | 60-69 ปี (545) | | 70 ปีขึ้นไป (412) | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **การขับถ่ายปัสสาวะ** | | | | | | | | |
| กลั้นไม่ได้เป็นประจำ | 31 | 6.9 | 25 | 11.4 | 47 | 8.6 | 64 | 15.5 |
| กลั้นไม่ได้เฉพาะตอนกลางคืน | 12 | 2.7 | 23 | 7.5 | 30 | 5.5 | 20 | 4.9 |
| กลั้นไม่ได้ อย่างน้อย 1 ครั้งใน 24 ชั่วโมง | 61 | 13.6 | 36 | 11.8 | 85 | 15.6 | 65 | 15.8 |
| กลั้นได้ | 343 | 76.8 | 212 | 69.3 | 383 | 70.3 | 263 | 63.8 |
| **การขับถ่ายอุจจาระ** | | | | | | | | |
| กลั้นไม่ได้เป็นประจำ | 35 | 7.8 | 30 | 9.8 | 40 | 7.3 | 41 | 10.0 |
| กลั้นไม่ได้เฉพาะตอนกลางคืน | 7 | 1.6 | 9 | 2.9 | 14 | 2.6 | 16 | 3.9 |
| กลั้นไม่ได้ อย่างน้อย 1 ครั้งใน 24 ชั่วโมง | 52 | 11.6 | 33 | 10.8 | 61 | 11.2 | 48 | 11.7 |
| กลั้นได้ | 353 | 79.0 | 234 | 76.5 | 430 | 78.9 | 307 | 74.5 |

### 4.2) **ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน** (IADL)

จากการใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (IADL) ของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุชายกลุ่ม 60-69 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเตรียมอาหาร การซื้อของ การใช้เงิน ทอนเงิน และการทำงานบ้านที่เบา เช่น กวาดบ้าน อยู่ในช่วงร้อยละ 79-86 จะมีปัญหามากขึ้นเกี่ยวกับการทำงานบ้านที่หนักขึ้น เช่น เช็ดถูทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า ไม่มีปัญหาร้อยละ 72.5 แต่จะมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์ พบว่าสามารถใช้ได้ไม่มีปัญหา ร้อยละ 54.4 ทำไม่ได้เลย ร้อยละ 27.3 ผู้สูงอายุชายกลุ่ม 70 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ยังคงไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเตรียมอาหาร การซื้อของ การใช้เงิน ทอนเงิน และการทำงานบ้านที่เบา อยู่ในช่วงร้อยละ 68-73 แต่จะมีปัญหามากขึ้นในการทำงานบ้านที่หนัก คือมีผู้ที่ไม่มีปัญหาร้อยละ 52.3 และมีปัญหามากขึ้นเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์ พบว่าสามารถใช้ได้ไม่มีปัญหาร้อยละ 33.3 ทำไม่ได้เลย ร้อยละ 44.4

ผู้สูงอายุหญิงกลุ่ม 60-69 ปี ก็เช่นเดียวกับผู้สูงอายุชาย ที่ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเตรียมอาหาร การซื้อของ การใช้เงิน ทอนเงิน และการทำงานบ้านที่เบา อยู่ในช่วงร้อยละ 80-84 จะมีปัญหามากขึ้นเกี่ยวกับการทำงานบ้านที่หนักขึ้น คือ ไม่มีปัญหาร้อยละ 68.8 มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้

โทรศัพท์มากกว่าผู้สูงอายุชาย คือ สามารถใช้ได้โดยไม่มีปัญหา ร้อยละ 45.7 ทำไม่ได้เลย ร้อยละ 32.7 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงกลุ่ม 70 ปีขึ้นไป มีความลำบากในการทำกิจกรรมมากขึ้น และมีสัดส่วนของการมีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุชายในวัยเดียวกัน คือ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเตรียมอาหาร การซื้อของ การใช้เงิน ทอนเงิน และการทำงานบ้านที่เบา อยู่ในช่วงร้อยละ 58-62 และมีปัญหามากขึ้นในการทำงานบ้านที่หนัก คือมีผู้ที่ไม่มีปัญหาเพียงร้อยละ 34.7 และมีปัญหามากขึ้นเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์ พบว่าสามารถใช้ได้ไม่มีปัญหา เพียงร้อยละ 23.5 ทำไม่ได้เลย ร้อยละ 56.3 ดังรายละเอียดในตาราง 5.49

**ตาราง 5.49 ปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุชายและหญิง**

| ปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรม | ผู้สูงอายุชาย | | | | ผู้สูงอายุหญิง | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 60-69 ปี (447) | | 70 ปีขึ้นไป (306) | | 60-69 ปี (545) | | 70 ปีขึ้นไป (412) | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **การเตรียมอาหาร** | | | | | | | | |
| ทำไม่ได้เลย | 18 | 4.0 | 32 | 10.5 | 20 | 3.7 | 60 | 14.6 |
| มีปัญหามาก | 1 | 0.2 | 10 | 3.2 | 5 | 0.9 | 23 | 5.6 |
| มีปัญหาบ้าง | 74 | 16.6 | 55 | 18.0 | 83 | 15.2 | 88 | 21.4 |
| ไม่มีปัญหา | 354 | 79.2 | 209 | 68.3 | 437 | 80.2 | 241 | 58.5 |
| **การซื้อของ** | | | | | | | | |
| ทำไม่ได้เลย | 10 | 2.2 | 27 | 8.8 | 19 | 3.5 | 53 | 12.8 |
| มีปัญหามาก | 3 | 0.7 | 10 | 3.3 | 9 | 1.7 | 34 | 8.3 |
| มีปัญหาบ้าง | 54 | 12.1 | 46 | 15.0 | 71 | 13.0 | 71 | 17.2 |
| ไม่มีปัญหา | 380 | 85.0 | 223 | 72.9 | 446 | 81.8 | 254 | 61.7 |
| **การใช้เงิน ทอนเงิน** | | | | | | | | |
| ทำไม่ได้เลย | 7 | 1.6 | 14 | 4.6 | 12 | 2.2 | 43 | 10.4 |
| มีปัญหามาก | 4 | 0.9 | 15 | 4.9 | 13 | 2.4 | 36 | 8.7 |
| มีปัญหาบ้าง | 55 | 12.3 | 52 | 17.0 | 80 | 14.7 | 75 | 18.2 |
| ไม่มีปัญหา | 381 | 85.2 | 225 | 73.5 | 440 | 80.7 | 258 | 62.6 |
| **การใช้โทรศัพท์** | | | | | | | | |
| ทำไม่ได้เลย | 122 | 27.3 | 136 | 44.4 | 178 | 32.7 | 232 | 56.3 |
| มีปัญหามาก | 19 | 4.3 | 24 | 7.8 | 39 | 7.1 | 29 | 7.1 |
| มีปัญหาบ้าง | 63 | 14.0 | 45 | 14.8 | 79 | 14.5 | 54 | 13.1 |
| ไม่มีปัญหา | 243 | 54.4 | 101 | 33.0 | 249 | 45.7 | 97 | 23.5 |
| **การทำงานบ้านที่หนัก** | | | | | | | | |
| ทำไม่ได้เลย | 22 | 4.9 | 47 | 15.4 | 28 | 5.1 | 96 | 23.3 |
| มีปัญหามาก | 18 | 4.0 | 15.4 | 8.8 | 31 | 5.7 | 53 | 12.9 |
| มีปัญหาบ้าง | 83 | 18.6 | 8.8 | 23.5 | 111 | 20.4 | 120 | 29.1 |
| ไม่มีปัญหา | 324 | 72.5 | 23.5 | 52.3 | 375 | 68.8 | 143 | 34.7 |

| ปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรม | ผู้สูงอายุชาย | | | | ผู้สูงอายุหญิง | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 60-69 ปี (447) | | 70 ปีขึ้นไป (306) | | 60-69 ปี (545) | | 70 ปีขึ้นไป (412) | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **การทำงานบ้านที่เบา (กวาดบ้าน)** | | | | | | | | |
| ทำไม่ได้เลย | 12 | 2.7 | 24 | 7.8 | 14 | 2.6 | 57 | 13.8 |
| มีปัญหามาก | 5 | 1.1 | 11 | 3.6 | 5 | 0.9 | 22 | 5.3 |
| มีปัญหาบ้าง | 43 | 9.6 | 51 | 16.7 | 64 | 11.7 | 93 | 22.6 |
| ไม่มีปัญหา | 387 | 86.6 | 220 | 71.9 | 462 | 84.8 | 240 | 58.3 |

**5) การดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อความมีสุขภาพดี**

ใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยแบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ, ค่อนข้างจริงหรือบ่อยครั้ง (4-6 วันใน 1 อาทิตย์), เป็นบางครั้ง (1-3 วัน ใน 1 อาทิตย์) และไม่เคยปฏิบัติเลยหรือไม่จริง เนื่องจากการกำหนดเกณฑ์ผู้สูงอายุสุขภาพดีต้องมีการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อความมีสุขภาพดี ในตารางนำเสนอจึงนำเสนอเฉพาะสัดส่วนร้อยละของผลการประเมินระดับที่ปฏิบัติเป็นประจำ

ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาย พบว่าผู้สูงอายุชาย 60-69 ปี ได้ออกกำลังกายเหมาะสมกับวัย เป็นประจำ ร้อยละ 28.6 อายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.2 แต่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยสะสมการเดิน 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือสะสมก้าวเดินต่อวัน ร้อยละ 44.1 ในผู้สูงอายุ 60-69 ปี และร้อยละ 32 ในผู้สูงอายุ70 ปีขึ้นไป ในด้านพฤติกรรมการกินอาหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้กินอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อ เป็นประจำ อยู่ในช่วงร้อยละ 74-77 ได้กินอาหารประเภทผักต่าง ๆ วันละ 3 ทัพพี หรือ 9 ช้อนโต๊ะเป็นประจำ ร้อยละ 41-44 กินอาหารประเภทปลาเป็นประจำ ร้อยละ 36-37 กินผลไม้ต่าง ๆเป็นประจำ ร้อยละ 26.2 ในผู้สูงอายุ 60-69 ปี และร้อยละ 21.2 ในผู้สูงอายุ70 ปีขึ้นไป ได้ดื่มน้ำสะอาดวันละไม่ต่ำกว่า 6 แก้ว เป็นประจำ ร้อยละ 65.5 ในผู้สูงอายุ 60-69 ปี และร้อยละ 52.6 ในผู้สูงอายุ70 ปีขึ้นไป ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงที่คุกคามต่อสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุชายที่ไม่กินอาหารหวานจัด เค็มจัด ร้อยละ 35 ไม่สูบบุหรี่เลย ร้อยละ 54.6 ในผู้สูงอายุ 60-69 ปี และร้อยละ 65 ในผู้สูงอายุ70 ปีขึ้นไป และดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ **ไม่**เกิน 2 แก้วมาตรฐานใน 1 วัน พบว่าผู้สูงอายุชาย 60-69 ปี มีร้อยละ 57.3 และ ผู้สูงอายุชาย 70 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 72.2 ดังตาราง 5.50

สำหรับผู้สูงอายุหญิงในด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ พบว่าผู้สูงอายุหญิง 60-69 ปี ได้ออกกำลังกายเหมาะสมกับวัยเป็นประจำ ร้อยละ 23.7 อายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.5 ซึ่งน้อยกว่าผู้สูงอายุชายในวัยเดียวกัน แต่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยสะสมการเดิน 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือสะสมก้าวเดินต่อวัน ร้อยละ 41.3 ในผู้สูงอายุ 60-69 ปี และร้อยละ 25.7 ในผู้สูงอายุ70 ปีขึ้นไป ในด้านพฤติกรรมการกินอาหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้กินอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อ เป็นประจำ อยู่

ในช่วงร้อยละ 72-76 ได้กินอาหารประเภทผักต่าง ๆ วันละ 3 ทัพพี หรือ 9 ช้อนโต๊ะเป็นประจำ ร้อยละ 46.8 ในผู้สูงอายุ 60-69 ปี และร้อยละ 34.5 ในผู้สูงอายุ70 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุหญิงได้กินอาหารประเภทปลาเป็นประจำ อยู่ในช่วงร้อยละ 38-41 กินผลไม้ต่าง ๆเป็นประจำ ร้อยละ 23-26 ได้ดื่มน้ำสะอาดวันละไม่ต่ำกว่า 6 แก้ว เป็นประจำ ร้อยละ 64.6 ในผู้สูงอายุ 60-69 ปี และร้อยละ 51.2 ในผู้สูงอายุ70 ปีขึ้นไป ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงที่คุกคามต่อสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุหญิงที่ไม่กินอาหารหวานจัด เค็มจัด ร้อยละ 35-41 ไม่สูบบุหรี่เลย ร้อยละ 87-89 และดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์**ไม่**เกิน 2 แก้วมาตรฐานใน 1 วัน อยู่ในช่วงร้อยละ 86-91 ดังตาราง 5.51

**ตาราง 5.50 การดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อความมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุชาย**

| พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติประจำ | อายุ 60-69 ปี | | อายุ 70 ปีขึ้นไป | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **พฤติกรรมป้องกัน** | (447) | | (306) | |
| - ออกกำลังกายเหมาะสมกับวัย | 128 | 28.6 | 71 | 23.2 |
| - มีการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยสะสมการเดิน 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือสะสมก้าวเดินต่อวัน | 197 | 44.1 | 98 | 32.0 |
| - กินอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อ | 344 | 77.0 | 226 | 73.9 |
| - กินอาหารประเภทผักต่างๆ วันละ 3 ทัพพี หรือ 9 ช้อนโต๊ะ | 198 | 44.3 | 128 | 41.8 |
| - กินอาหารประเภทปลา | 166 | 37.1 | 111 | 36.3 |
| - กินผลไม้ต่างๆ | 117 | 26.2 | 65 | 21.2 |
| - ดื่มน้ำสะอาดวันละไม่ต่ำกว่า 6 แก้ว | 293 | 65.5 | 161 | 52.6 |
| **พฤติกรรมเสี่ยง** | | | | |
| - **ไม่**กินอาหารหวานจัด เค็มจัด | 3428 | 82.3 | 107 | 35.0 |
| - **ไม่**สูบบุหรี่ | 3428 | 82.3 | 199 | 65.0 |
| - **ไม่**ดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เกิน 2 แก้วมาตรฐานใน 1 วัน | 3428 | 82.3 | 221 | 72.2 |

**ตาราง 5.51 การดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อความมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุหญิง**

| พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติประจำ | อายุ 60-69 ปี | | อายุ 70 ปีขึ้นไป | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **พฤติกรรมป้องกัน** | (545) | | (412) | |
| - ออกกำลังกายเหมาะสมกับวัย | 129 | 23.7 | 68 | 16.5 |
| - มีการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยสะสมการเดิน 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือสะสมก้าวเดินต่อวัน | 225 | 41.3 | 106 | 25.7 |
| - กินอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อ | 417 | 76.5 | 298 | 72.3 |
| - กินอาหารประเภทผักต่างๆ วันละ 3 ทัพพี หรือ 9 ช้อนโต๊ะ | 255 | 46.8 | 142 | 34.5 |
| - กินอาหารประเภทปลา | 227 | 41.7 | 157 | 38.1 |
| - กินผลไม้ต่างๆ | 145 | 26.6 | 96 | 23.3 |
| - ดื่มน้ำสะอาดวันละไม่ต่ำกว่า 6 แก้ว | 352 | 64.6 | 211 | 51.2 |
| **พฤติกรรมเสี่ยง** | | | | |
| - **ไม่**กินอาหารหวานจัด เค็มจัด | 192 | 35.2 | 170 | 41.3 |
| - **ไม่**สูบบุหรี่ | 488 | 89.5 | 361 | 87.6 |
| - **ไม่**ดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เกิน 2 แก้วมาตรฐานใน 1 วัน | 472 | 86.6 | 375 | 91.0 |

**6) การรับรู้สภาพความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจสังคม และความพึงพอใจในชีวิต**

การประเมินเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองทางจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้สูงอายุจะเป็นการสัมภาษณ์และตอบด้วยตัวเอง หากผู้สูงอายุไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ก็จะไม่ได้รับการประเมินในส่วนนี้ จากผลการประเมินด้วยตนเองในด้านความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตใจและสังคมในครอบครัวของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น ร้อยละ 88-92 มีคนในครอบครัวที่สามารถปรับทุกข์ด้วยได้ ร้อยละ 82-90 และมีผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อต้องการ ร้อยละ 91-94 ได้ทานอาหารที่ชอบตามฤดูกาล ร้อยละ 79-85 ผู้สูงอายุชายได้ดูรายการโทรทัศน์หรือฟังวิทยุที่ตนชอบ ร้อยละ 74-84 ส่วนสูงอายุหญิงได้ดูรายการโทรทัศน์หรือฟังวิทยุที่ตนชอบ ร้อยละ 78-65 มีโอกาสถ่ายทอดประสบการณ์และบทเรียนชีวิตให้ลูกหลานฟัง ร้อยละ 69-77 ถึงแม้จะมีลูกหลานอยู่พร้อมหน้าพร้อมตาทุกคน ร้อยละ 62-66 แต่มีลูกหลานติดต่อแจ้งข่าวความเป็นอยู่ให้ทราบเมื่ออยู่ห่างกัน ร้อยละ 75-80 ผู้สูงอายุชายต้องเลี้ยงหลานแทนลูกๆ อยู่ในช่วงร้อยละ 32-41 ในขณะที่เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุหญิง

ต้องเลี้ยงหลานแทนลูกๆ ร้อยละ 40-50 และเมื่อถามความสุขโดยรวม ว่าปัจจุบันกินได้นอนหลับ ผู้สูงอายุสวนใหญ่ตอบว่าจริงและค่อนข้างจริง ร้อยละ 74-87

สภาพความเป็นอยู่ทางสังคมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีโอกาสได้พูดคุยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนในวัยเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในช่วงร้อยละ 81-90 มีโอกาสได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่ตนนับถืออย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 75-85 และเข้าร่วมงานบุญประเพณีเสมอ ร้อยละ 71-85 ในด้านการยอมรับจากผู้ด้อยอาวุโสกว่า เมื่อถามว่า จะยากดีมีจนอย่างไร ก็ยังได้รับการเคารพจากคนรุ่นหลัง ผู้สูงอายุสวนใหญ่ตอบว่าจริงและค่อนข้างจริง อยู่ในช่วงร้อยละ 89-93 และมีผู้ที่รับผิดชอบจัดงานบุญหรือประเพณีต่างๆ มักจะมาขอคำแนะนำจากผู้สูงอายุ ร้อยละ 52-64 ผู้สูงอายุได้รับสิทธิที่พึงมีพึงได้ตามกฎหมายในฐานะผู้สูงอายุ ร้อยละ 74-81

ในด้านความเป็นอยู่ที่ดีทางเศรษฐกิจ เมื่อถามว่า อายุปูนนี้แล้วยังต้องทำมาหากินเอง ผู้สูงอายุกลุ่ม 60-69 ปี ตอบว่าจริงและค่อนข้างจริง อยู่ในช่วงร้อยละ 45-55 ผู้สูงอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ตอบว่าจริงและค่อนข้างจริง อยู่ในช่วงร้อยละ 29-34 ผู้สูงอายุสามารถหยุดทำงานหารายได้หากต้องการ ร้อยละ 59-68 มีเงินที่จะบริจาคทานหรือทำบุญตามศรัทธา อยู่ในช่วงร้อยละ 70-78 ผู้สูงอายุชายไม่มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 54-58 ผู้สูงอายุหญิงไม่มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 56-65 และผู้สูงอายุไม่ต้องกังวลว่าจะไม่มีกินไม่มีอยู่ ร้อยละ 68-74 ด้านความพึงพอใจในชีวิต ผู้สูงอายุคิดว่าชีวิตของตนเองเป็นชีวิตที่ประสบความสำเร็จ อยู่ในช่วงร้อยละ 75-80 มีความพอใจที่ยังมีชีวิตอยู่ถึงปูนนี้ ร้อยละ 88-91 และเมื่อถามว่า “ถ้าฉันจะต้องตาย ฉันก็ตายนอนตาหลับ” ผู้สูงอายุชายตอบว่าจริงและค่อนข้างจริง อยู่ในช่วงร้อยละ 87-91 ผู้สูงอายุหญิงตอบว่าจริงและค่อนข้างจริง อยู่ในช่วงร้อยละ 85-88 ดังรายละเอียดในตาราง 5.52

**ตาราง 5.52 การประเมินตนเองในระดับจริงและค่อนข้างจริงเกี่ยวกับการรับรู้สภาพความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจสังคม และความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุชาย และหญิง**

| การรับรู้สภาพความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง | เพศชาย | | | | เพศหญิง | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | อายุ 60-69 ปี | | อายุ 70 ปีขึ้นไป | | อายุ 60-69 ปี | | อายุ 70 ปีขึ้นไป | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - อาศัยอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น | 413 | 92.6 | 279 | 91.5 | 494 | 90.8 | 357 | 88.1 |
| - ลูกหลานอยู่พร้อมหน้าพร้อมตาทุกคน | 286 | 64.1 | 190 | 62.3 | 343 | 63.0 | 370 | 66.6 |
| - ลูกหลานติดต่อแจ้งข่าวความเป็นอยู่ให้ทราบเมื่ออยู่ห่างกัน | 360 | 80.7 | 229 | 75.1 | 423 | 77.8 | 307 | 75.8 |
| - มีคนในครอบครัวที่สามารถปรับทุกข์ด้วยได้ | 403 | 90.4 | 266 | 87.3 | 474 | 87.1 | 334 | 82.5 |
| - มีผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อต้องการ | 406 | 91.1 | 287 | 94.1 | 497 | 91.4 | 374 | 92.4 |

| การรับรู้สภาพความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง | เพศชาย | | | | เพศหญิง | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | อายุ 60-69 ปี | | อายุ 70 ปีขึ้นไป | | อายุ 60-69 ปี | | อายุ 70 ปีขึ้นไป | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - ได้ทานอาหารที่ชอบตามฤดูกาล | 382 | 85.6 | 241 | 79.0 | 459 | 84.4 | 336 | 83.0 |
| - ได้ดูรายการโทรทัศน์หรือฟังวิทยุที่ตนชอบ | 376 | 84.3 | 226 | 74.1 | 429 | 78.9 | 265 | 65.5 |
| - มีโอกาสถ่ายทอดประสบการณ์และบทเรียนชีวิตให้ลูกหลานฟัง | 344 | 77.2 | 224 | 73.4 | 408 | 75.0 | 280 | 69.1 |
| - ต้องเลี้ยงหลานแทนลูกๆ | 185 | 41.5 | 98 | 32.1 | 277 | 50.9 | 162 | 40.0 |
| - กินได้นอนหลับ | 375 | 84.1 | 267 | 87.6 | 462 | 85.0 | 300 | 74.1 |
| - มีโอกาสได้พูดคุยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนในวัยเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ | 402 | 90.1 | 247 | 81.0 | 486 | 89.3 | 332 | 82.0 |
| - มีโอกาสได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่ตนนับถืออย่างสม่ำเสมอ | 365 | 81.8 | 235 | 77.0 | 469 | 85.2 | 307 | 75.8 |
| - เข้าร่วมงานบุญประเพณีเสมอ | 378 | 84.8 | 229 | 75.1 | 466 | 85.7 | 289 | 71.3 |
| - จะยากดีมีจนอย่างไร ท่านก็ยังได้รับการเคารพจากคนรุ่นหลัง | 412 | 92.4 | 284 | 93.1 | 506 | 93.0 | 363 | 89.6 |
| - ผู้ที่รับผิดชอบจัดงานบุญหรือประเพณีต่างๆ มักจะมาขอคำแนะนำจากท่าน | 286 | 64.1 | 179 | 58.7 | 320 | 58.8 | 212 | 52.1 |
| - ได้รับสิทธิที่พึงมีพึงได้ตามกฎหมายในฐานะผู้สูงอายุ | 344 | 77.1 | 246 | 80.6 | 406 | 74.6 | 328 | 81.0 |
| - อายุปูนนี้แล้วยังต้องทำมาหากินเอง | 248 | 55.6 | 104 | 34.1 | 250 | 45.9 | 119 | 29.4 |
| - สามารถหยุดทำงานหารายได้หากต้องการ | 266 | 59.6 | 190 | 62.3 | 341 | 62.6 | 278 | 68.6 |
| - มีเงินที่จะบริจาคทานหรือทำบุญตามศรัทธา | 349 | 78.3 | 215 | 70.5 | 415 | 76.3 | 293 | 72.4 |
| - ไม่มีภาระหนี้สิน | 244 | 54.7 | 178 | 58.4 | 306 | 56.3 | 264 | 65.2 |
| - ไม่ต้องกังวลว่าจะไม่มีกินไม่มีอยู่ | 304 | 68.1 | 212 | 69.5 | 372 | 68.4 | 301 | 74.2 |
| - พูดได้ว่าชีวิตของท่านเป็นชีวิตที่ประสบความสำเร็จ | 345 | 77.4 | 242 | 79.4 | 412 | 75.8 | 328 | 80.9 |
| - มีความพอใจที่ยังมีชีวิตอยู่ถึงปูนนี้ | 394 | 88.3 | 280 | 91.8 | 478 | 87.9 | 362 | 89.4 |
| - ถ้าฉันจะต้องตาย ฉันก็ตายนอนตาหลับ | 384 | 87.2 | 280 | 91.8 | 464 | 85.2 | 357 | 88.1 |

<u>สรุป</u> วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ประชากรกลุ่มตัวอย่างในวัยนี้ ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำ รายได้ต่ำ หญิงจะอยู่ในสถานะหม้ายมากกว่าชาย ส่วนใหญ่อยู่กับบุตรหรือคู่สมรส ในบ้านที่มีสาธารณูปโภคครบถ้วน แต่สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในบ้านยังไม่ครบถ้วน ด้านสุขภาพทางกาย มีโรคประจำตัวที่สำคัญ คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ เพิ่มมากขึ้นตามอายุ หญิงมีโรคประจำตัวมากกว่าชาย ส่วนใหญ่ผอมลงเมื่ออายุมากขึ้น มีเพียงร้อยละ 30 ที่ยังมีฟันที่ใช้ได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงตามอายุ ส่วนใหญ่จะมีปัญหาในการใช้เทคโนโลยี โดยเฉพาะการใช้โทรศัพท์ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ยังปฏิบัติน้อยอยู่ คือ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การกินผักผลไม้ อาหารประเภทปลา สุขภาวะทางจิต และสังคมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิตทั้งที่ผ่านมาและในขณะนี้ แต่ที่ยังเป็นปัญหาคือเรื่องภาวะหนี้สิน และการต้องเลี้ยงหลานแทนลูก บริการและสิทธิในการรักษาพยาบาลได้รับเป็นส่วนใหญ่ แต่ที่ได้รับน้อยคือการดูแลสุขภาพช่องปาก และการตรวจเพื่อคัดกรองโรค

### 5.6 คู่ครองสุขภาพดี

คู่ครองที่อยู่ร่วมเป็นสามีภรรยากันในปัจจุบัน รวมทั้งสิ้น 2,863 คู่ มากกว่าครึ่งอยู่ในฐานะเศรษฐกิจที่เพียงพอ โดยส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่มีเก็บออม ร้อยละ 40 เพียงพอและเหลือเก็บออม ร้อยละ 19 ส่วนคู่ครองที่รายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 9 และรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ร้อยละ 32 ภรรยามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และการวางแผนครอบครัว ร้อยละ 95 ซึ่งมากกว่าสามีที่มีร้อยละ 89 คู่ครองที่ทราบว่าตนเองหรือคู่สมรสเป็นโรคเลือดจาง หรือธาลัสซีเมีย พบร้อยละ 2.4

คู่ครองทั้งสามีและภรรยาที่มีความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน พบว่า อยู่กับคู่ครองคนปัจจุบันด้วยความรัก ร้อยละ 79 มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ร้อยละ 67-68 และห่วงใยซึ่งกันและกันเสมอ ร้อยละ 75 ด้านความซื่อสัตย์ต่อคู่ครองพบว่า สามีมีความซื่อสัตย์ต่อคู่ครอง ร้อยละ 78.1 ในขณะที่ภรรยาตอบร้อยละ 85.4 และสามีคิดว่าฝ่ายคู่ครอง (ภรรยา) มีความซื่อสัตย์ ร้อยละ 77.2 ในขณะที่ภรรยาคิดว่าฝ่ายคู่ครอง (สามี) มีความซื่อสัตย์ ร้อยละ 67.1 ด้านการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นสามีจะพูดคุยร่วมมือกันแก้ปัญหาโดยไม่ใช้ความรุนแรง ร้อยละ 62.6 ภรรยา ร้อยละ 60.8 ด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ดีกับคู่ครองฝ่ายสามี ร้อยละ 63.7 ภรรยา ร้อยละ 61.2 เกี่ยวกับบทบาททางเพศ พบว่า สามีเห็นด้วยกับความเห็นที่ว่าเพศชายและหญิงมีความเท่าเทียมกัน แต่อาจมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่ต่างกัน ร้อยละ 60.8 ภรรยา ร้อยละ 62.4 คู่ครองมีความรับผิดชอบต่อครอบครัวและคู่ครอง ร้อยละ 78 และเมื่อมีการตัดสินใจในบางเรื่องของครอบครัว เช่นการลงทุน สามีได้ปรึกษาหารือกับคู่สมรส ร้อยละ 71.5 ภรรยา ร้อยละ 73.3 (ตาราง 5.53)

**ตาราง 5.53 ร้อยละของเครื่องชี้วัดคู่ครองสุขภาพดีของสามีและภรรยา (2,863 คู่)**

| เครื่องชี้วัด | สามี | | | ภรรยา | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จริงมาก | บางครั้ง/ค่อนข้างจริง | ไม่จริง | จริงมาก | บางครั้ง/ค่อนข้างจริง | ไม่จริง |
| อยู่กับคู่ครองคนนี้ด้วยความรัก | **79.7** | 20.2 | 0.1 | **79.3** | 20.4 | 0.3 |
| ท่านและคู่ครองของท่านมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน | **68.5** | 33.4 | 0.1 | **67.0** | 32.7 | 0.3 |
| ท่านและคู่ครองของท่านห่วงใยซึ่งกันและกันเสมอ | **75.4** | 24.5 | 0.1 | **75.9** | 23.9 | 0.2 |
| มีความซื่อสัตย์ต่อคู่ครองของท่าน | **78.1** | 21.6 | 0.3 | **85.4** | 14.5 | 0.1 |
| คิดว่าคู่ครองมีความซื่อสัตย์ต่อท่าน | **77.2** | 22.4 | 0.4 | **67.1** | 31.6 | 1.3 |
| เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นท่านและคู่ครองจะพูดคุยร่วมมือกันแก้ปัญหาโดยไม่ใช้ความรุนแรง | **62.6** | 36.2 | 1.2 | **60.8** | 37.6 | 1.6 |
| มีเพศสัมพันธ์ที่ดีกับคู่ครอง | **63.7** | 35.1 | 1.2 | **61.2** | 37.3 | 1.5 |

| เครื่องชี้วัด | สามี | | | ภรรยา | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จริงมาก | บางครั้ง/ค่อนข้างจริง | ไม่จริง | จริงมาก | บางครั้ง/ค่อนข้างจริง | ไม่จริง |
| เห็นด้วยกับความเห็นที่ว่าเพศชายและหญิงมีความเท่าเทียมกัน แต่อาจมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่ต่างกัน | 60.8 | 37.6 | 1.6 | 62.4 | 35.7 | 1.9 |
| รับผิดชอบต่อครอบครัว /คู่ครอง | 78.9 | 20.9 | 0.2 | 78.7 | 21.2 | 0.1 |
| ในการตัดสินใจในบางเรื่องของครอบครัว เช่นการลงทุน ได้ปรึกษาหารือกับคู่สมรส | 71.5 | 26.8 | 0.7 | 73.3 | 25.9 | 0.8 |

### 5.7 หญิงตั้งครรภ์สุขภาพดี

หญิงตั้งครรภ์ที่ศึกษา 189 คน ส่วนใหญ่มีอายุเหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ คือ อายุเมื่อตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 78.8 โดยส่วนใหญ่มีสุขภาพกายตลอดระยะการตั้งครรภ์ดี แต่ยังมีปัญหาบวมระหว่างตั้งครรภ์อยู่บ้าง มากกว่าร้อยละ 90 ได้รับการดูแลก่อนคลอด ทำคลอดโดยบุคลากรและสถานที่เหมาะสม ปลอดภัย และได้รับการดูหลังคลอดโดยบุคลากรที่มีความรู้ แต่ไปตรวจหลังคลอดตามคำแนะนำเพียง ร้อยละ 77.8 หญิงมีความรู้เกี่ยวกับการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ และการปฏิบัติตน มีความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิด มีความรู้เกี่ยวกับระยะห่างระหว่างครรภ์ ที่เหมาะสม มากกว่าร้อยละ 90 (ตาราง 5.54) ด้านสุขภาพจิต พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่มีความเครียดในช่วงการตั้งครรภ์ ร้อยละ 29 อยู่ในสภาพจิตใจแจ่มใสมาก ร้อยละ 46 และมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและความช่วยเหลือจากครอบครัวในช่วงการตั้งครรภ์ในระดับมาก ร้อยละ 55-57 ส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ และยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การกินอาหาร การพักผ่อน อยู่ในระดับที่ไม่สูงมาก โดยเฉพาะความรุนแรงในครอบครัว มีเพียงร้อยละ 77.8 ที่ไม่มีความรุนแรงในครอบครัว (ตาราง 5.55)

**ตาราง 5.54 สุขภาพกายและการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์** (n=189)

| เครื่องชี้วัด | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| อายุเมื่อตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 20-35 ปี | 149 | 78.8 |
| น้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์ (ตลอดระยะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นประมาณ 10-12.5 กิโลกรัม) | 172 | 91.0 |
| ความดันโลหิตปกติ | 180 | 95.2 |
| ไม่ซีด | 174 | 92.1 |
| ไม่บวม | 155 | 82.0 |

| เครื่องชี้วัด | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| ได้รับการตรวจครรภ์โดยบุคลากร ที่มีความรู้ อย่างน้อย 4 ครั้ง | 179 | 94.7 |
| ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก | 183 | 96.8 |
| คลอดที่โรงพยาบาล คลินิก หรือสถานีอนามัย | 177 | 93.7 |
| ได้รับการดูแลหลังคลอดโดยบุคลากรที่มีความรู้ | 179 | 94.7 |
| ไปตรวจหลังคลอดตามคำแนะนำ | 147 | 77.8 |
| มีความรู้เกี่ยวกับการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ และการปฏิบัติตน | 176 | 93.1 |
| มีความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิด | 185 | 97.9 |
| มีความรู้เกี่ยวกับระยะห่างระหว่างครรภ์ ที่เหมาะสม | 179 | 94.7 |

**ตาราง 5.55 สุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อมระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์**

| เครื่องชี้วัด | มาก | | ปานกลาง-น้อย | | ไม่มีเลย | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ความเครียดในช่วงการตั้งครรภ์ | 9 | 4.8 | 125 | 66.1 | **55** | **29.1** |
| จิตใจแจ่มใส | **87** | **46.0** | 96 | 50.8 | 6 | 3.2 |
| ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยตลอดการตั้งครรภ์ | **104** | **55.0** | 73 | 43.9 | 2 | 1.1 |
| ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวในช่วงการตั้งครรภ์ เช่น ช่วยงานบ้าน | **109** | **57.7** | 69 | 36.5 | 11 | 5.8 |
| การสูบบุหรี่ระหว่างการตั้งครรภ์ | 1 | 0.5 | 5 | 2.7 | **183** | **96.8** |
| การดื่มสุราระหว่างการตั้งครรภ์ | 0 | 0.0 | 6 | 3.2 | **183** | **96.8** |
| การใช้ยาต่างๆ | 9 | 4.8 | 85 | 45.0 | **95** | **50.2** |
| รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ | **115** | **60.9** | 73 | 38.6 | 1 | 0.5 |
| นอนหลับอย่างน้อย 7-9 ช.ม. /วัน | **147** | **77.8** | 41 | 21.7 | 1 | 0.5 |
| งานหนัก เช่น ยกของหนัก | 6 | 3.2 | 97 | 51.3 | **86** | **45.5** |
| ความรุนแรงในครอบครัว | 5 | 2.6 | 37 | 19.5 | **147** | **77.8** |

## 5.8 สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีสุขภาพดีในระดับบุคคล

### 5.8.1 ครอบครัวสุขภาพดี

จากการประเมินครอบครัว 3,919 ครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่มีความพร้อมในด้านโครงสร้างพื้นฐานและสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย แต่ยังมีปัญหาด้านการจัดบริเวณบ้านและภายในบ้านสะอาดเป็นระเบียบ มีสัตว์และแมลงนำโรค เช่น หนู, แมลงสาบ, แมลงวัน และถูกรบกวนจากเหตุรำคาญ เช่น เสียงดัง กลิ่นเหม็น ควันต่างๆ (ตาราง 5.56)

**ตาราง 5.56 โครงสร้างพื้นฐานและสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของครอบครัว** (n=3,919)

| เครื่องชี้วัด | จริงมาก | | ค่อนข้างจริง/จริงบางครั้ง | | ไม่จริง | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| สภาพบ้านเรือนที่อาศัยมีความมั่นคงแข็งแรงดี | **2374** | **60.6** | 1418 | 36.2 | 127 | 3.2 |
| มีการจัดบริเวณบ้านและภายในบ้านสะอาดเป็นระเบียบ | **1280** | **32.7** | 2570 | 65.5 | 69 | 1.8 |
| มีน้ำสะอาดสำหรับดื่ม (5 ลิตร/คน/วัน) ตลอดปี | **2742** | **70.0** | 1132 | 28.9 | 45 | 1.1 |
| มีน้ำสะอาดสำหรับอุปโภคตลอดปี | **2903** | **74.1** | 972 | 24.8 | 44 | 1.1 |
| มีและใช้ส้วมถูกหลักสุขาภิบาล เช่น ส้วมราดน้ำ ส้วมชักโครก | **2917** | **74.4** | 942 | 24.1 | 60 | 1.5 |
| ภายในบ้านพบสัตว์และแมลงนำโรค (หนู, แมลงสาบ, แมลงวัน) | 530 | 13.5 | 2910 | 74.3 | **479** | **12.2** |
| ถูกรบกวนจากเหตุรำคาญ เช่น เสียงดัง กลิ่นเหม็น ควันต่างๆ | 421 | 10.7 | 2002 | 51.1 | **1496** | **38.2** |

ในด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีความรักต่อกันและกัน และเมื่อมีปัญหาจะช่วยกันแก้ไข รวมทั้งเมื่อเวลาเจ็บป่วยจะมีคนดูแลในครอบครัว แต่ยังมีสัดส่วนของครอบครัวไม่มากนัก ร้อยละ 51.7 ที่ทุกครั้งที่มีปัญหาในครอบครัว จะพูดจากันโดยไม่ใช้ความรุนแรง และมีเพียงร้อยละ 59.8 ที่ไม่มีการลงโทษ หรือทำร้ายร่างกายซึ่งกันและกันในครอบครัว และครอบครัวที่เด็กและผู้หญิงได้รับการดูแลให้ปลอดภัยจากการละเมิดทางเพศโดยตลอด พบร้อยละ 74.1

ด้านการมีกิจกรรมร่วมกันของครอบครัวอย่างสม่ำเสมอยังมีไม่มาก เช่น รับประทานอาหารร่วมกันแต่ยังมีปัญหาความมั่นคงทางเศรษฐกิจ อย่างน้อยวันละ 1 มื้อ ร้อยละ 67.8 โดยเฉพาะการเล่นกีฬา หรือทำกิจกรรมนันทนาการด้วยกัน ร้อยละ 18.5 ไปท่องเที่ยวด้วยกัน ร้อยละ 18.4 ในด้านการฝึกอบรมให้สมาชิกในครอบครัวเป็นคนดี เช่น สมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่ความรับผิดชอบงานในบ้าน,

พ่อแม่ ปู่ย่า ตายายและผู้ใหญ่ เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกหลานในการดำเนินชีวิต, มีการสั่งสอนในครอบครัวเกี่ยวกับศีลธรรม ความผิดชอบชั่วดี และมีการอบรมให้มีวินัย เช่น ประหยัด, รับผิดชอบในการเรียน การงาน, ตรงเวลา พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในช่วงร้อยละ 53-66 และครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือเพื่อนบ้าน ร้อยละ 49 มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน ร้อยละ 61 ในด้านเศรษฐกิจมีครอบครัวที่พอมีพอใช้โดยตลอดเพียง ร้อยละ 37.6 และเมื่อให้ประเมินโดยทั่วไป มีครอบครัวเพียง ร้อยละ 66.1 ที่รู้สึกว่าครอบครัวอยู่เย็นเป็นสุข (ตาราง 5.57)

**ตาราง 5.57 ลักษณะและความสัมพันธ์ในครอบครัว** (n=3,919)

| ลักษณะ/ความสัมพันธ์ในครอบครัว | จริงมาก | | ค่อนข้างจริง/จริงบางครั้ง | | ไม่จริง | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| คนในครอบครัวห่วงใยและใส่ใจซึ่งกันและกัน | 2854 | 72.8 | 1049 | 26.8 | 16 | 0.4 |
| เมื่อมีปัญหาจะช่วยกันแก้ไข | 2503 | 63.9 | 1390 | 35.4 | 26 | 0.7 |
| ให้กำลังใจซึ่งกันและกันอยู่เสมอ | 2602 | 66.4 | 1297 | 33.1 | 19 | 0.5 |
| เมื่อเวลาเจ็บป่วย มีคนดูแลในครอบครัว | 2959 | 75.5 | 944 | 22.1 | 16 | 0.4 |
| ทุกครั้งที่มีปัญหาในครอบครัว จะพูดจากันโดยไม่ใช้ความรุนแรง | 2026 | 51.7 | 1773 | 45.2 | 120 | 3.1 |
| ไม่มีการลงโทษ หรือทำร้ายร่างกายซึ่งกันและกันในครอบครัว | 2345 | 59.8 | 1328 | 33.9 | 246 | 6.3 |
| เด็กและผู้หญิงได้รับการดูแลให้ปลอดภัยจากการละเมิดทางเพศ | 2905 | 74.1 | 891 | 22.7 | 123 | 3.2 |
| รับประทานอาหารร่วมกัน อย่างน้อยวันละ 1 มื้อ | 2656 | 67.8 | 1136 | 29.0 | 127 | 3.2 |
| เล่นกีฬา หรือทำกิจกรรมนันทนาการด้วยกัน | 725 | 18.5 | 2651 | 67.7 | 543 | 13.9 |
| ไปท่องเที่ยวด้วยกัน | 723 | 18.4 | 2711 | 69.2 | 485 | 12.4 |
| สมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่ความรับผิดชอบงานในบ้าน | 2102 | 53.6 | 1779 | 45.4 | 38 | 1.0 |
| พ่อแม่ ปู่ย่า ตายายและผู้ใหญ่ เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกหลานในการดำเนินชีวิต | 2486 | 63.4 | 1399 | 35.7 | 34 | 0.9 |
| มีการสั่งสอนในครอบครัวเกี่ยวกับศีลธรรม ความผิดชอบชั่วดี | 2585 | 66.0 | 1316 | 33.6 | 18 | 0.5 |
| มีการอบรมให้มีวินัย เช่น ประหยัด, รับผิดชอบในการเรียน การงาน, ตรงเวลา | 2373 | 60.6 | 1533 | 39.1 | 13 | 0.3 |
| ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือเพื่อนบ้าน | 1926 | 49.1 | 1976 | 50.5 | 17 | 0.4 |

| ลักษณะ/ความสัมพันธ์ในครอบครัว | จริงมาก | | ค่อนข้างจริง/จริงบางครั้ง | | ไม่จริง | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน | 2392 | 61.0 | 1525 | 38.9 | 2 | 0.1 |
| ครอบครัวมีพอกินพอใช้ | 1475 | 37.6 | 2347 | 59.9 | 97 | 2.5 |
| โดยทั่วไป รู้สึกว่าครอบครัวอยู่เย็นเป็นสุข | 2591 | 66.1 | 1314 | 33.5 | 14 | 0.4 |

**5.8.2 โรงเรียนสุขภาพดี**

จากการประเมินโรงเรียนในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน 170 แห่ง ตามเครื่องชี้วัดโรงเรียนสุขภาพดี พบว่า ส่วนใหญ่โรงเรียนมี นโยบายและการบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ยังมีคณะกรรมการตรวจสอบความสะอาดและคุณภาพอาหารกลางวัน ร้อยละ 77.6 ด้านสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพ ส่วนของโครงสร้างพื้นฐานโรงอาหารมีขนาดเพียงพอกับจำนวนนักเรียน มีเพียงร้อยละ 65.9 จำนวนส้วมและที่ปัสสาวะ ไม่ต่ำกว่า 1 ที่ ต่อนักเรียน 30 คน ร้อยละ 55.3 จำนวนอ่างล้างมือ ไม่ต่ำกว่า 1 ที่ ต่อนักเรียน 50 คน ร้อยละ 67.1 และ โรงครัวมีที่เก็บเศษอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ เช่น มีอ่าง 3 ตอนสำหรับล้างภาชนะ มีน้ำใช้อย่างพอเพียง และมีการจัดทำรางระบายน้ำ ร้อยละ 63.5 ส่วนด้านโภชนาการ โรงเรียนที่ไม่มีอาหารประเภท fast food น้ำอัดลม พบร้อยละ 75.9 และการส่งเสริมด้านการออกกำลังกาย โรงเรียนที่มีสนามเล่นกีฬากลางแจ้ง และอุปกรณ์กีฬา สำหรับนักเรียนแต่ละวัย อย่างถูกต้อง พอเพียงและปลอดภัย ร้อยละ 70.6

ด้านความปลอดภัยและปลอดสารเสพติด โรงเรียนที่ไม่มีนักเรียน ครู บุคลากรอื่นๆ ในโรงเรียนสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า หรือใช้ยาเสพติด มีร้อยละ 70 โรงเรียนส่วนใหญ่ยังที่ไม่มีระบบและความเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัย เช่น มีระบบการเตรียมพร้อมป้องกันอัคคีภัย และเหตุฉุกเฉิน โดยมีการตรวจสอบและฝึกซ้อมเป็นประจำ ร้อยละ 30.6 มีและใช้อุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬาที่มีความรุนแรง เช่น ฟุตบอล รักบี้ ร้อยละ 45.9 ถึงแม้ว่าโรงเรียนไม่มีสิ่งกีดขวาง หรือล่อแหลมต่อการเกิดอุบัติเหตุแก่นักเรียนในห้องเรียน และบริเวณรอบๆ ร้อยละ 98 แต่ยังพบว่า ในรอบปีที่ผ่านมามีเด็กนักเรียนเกิดอุบัติเหตุถึง ร้อยละ 91.2 เฉลี่ยจำนวนการเกิดอุบัติเหตุ 6.5 ครั้งต่อปี

โรงเรียนส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 มีบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ แต่ยังบุคลากรที่ให้บริการมีคุณภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ ครูพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านสุขภาพ ร้อยละ 71.8 ด้านหลักสูตรมีแผนการสอนทักษะชีวิต ร้อยละ 88.8 แต่ยังมีการสอนเชิงปฏิบัติทักษะในการแก้ปัญหา การต่อรอง การปฏิเสธโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการสื่อสาร ร้อยละ 58.8 ส่วนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต วัฒนธรรมและประเพณี โรงเรียนส่วนใหญ่มีมีกิจกรรมการออกกำลังกาย และการกีฬา ร้อยละ 99.4 ส่งเสริมให้นักเรียนแต่ละคนมีกีฬาอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นประจำตัวตลอดไปจนโต ร้อยละ 63.5 นักเรียนมีกิจกรรม

ด้านดนตรีตามถนัด ร้อยละ 71.8 โรงเรียนมีการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างครู นักเรียน, โรงเรียนและครอบครัว เช่น ทุกโรงเรียนนักเรียนได้มีโอกาสรู้จักชุมชน และทำกิจกรรมเพื่อชุมชน หรือร่วมกิจกรรมกับชุมชน เช่น การทำความสะอาดชุมชน การทำบุญ มีการตรวจสุขภาพประจำปีของทั้งนักเรียน ครู และบุคลากรของโรงเรียน ร้อยละ 60.6 มีกรรมการครูผู้ปกครองที่เข้มแข็ง ร้อยละ 76.5 และมีมีระบบครูที่ปรึกษา รุ่นพี่ที่ปรึกษาแกรุ่นน้อง ร้อยละ 86.5 (ตาราง 5.58)

**ตาราง 5.58 ลักษณะของโรงเรียนตามเครื่องชี้วัดโรงเรียนสุขภาพดี** (n=170)

| เครื่องชี้วัด | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **A. นโยบายและการบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ** | | |
| A1. มีเอกสารนโยบาย | 153 | 90.0 |
| A2. มีคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ | 165 | 97.1 |
| A3. มีคณะกรรมการตรวจสอบความสะอาดและคุณภาพอาหารกลางวัน | 132 | 77.6 |
| A4. มีประกาศในโรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ ปลอดเหล้า ยาเสพติด | 162 | 95.3 |
| **B. สิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพ** | | |
| B1. พื้นที่โรงเรียนและในบริเวณโรงเรียน มีเสียงดังรบกวนน้อยกว่า 80 เดซิเบล | 134 | 78.8 |
| B2. ห่างจาก แหล่งทิ้งขยะ แหล่งน้ำโสโครก ไม่น้อยกว่า 500 เมตร | 142 | 83.5 |
| B3. เนื้อที่ของอาคารเรียนโดยเฉลี่ยมีไม่น้อยกว่า 1.5 ตารางเมตรต่อนักเรียน 1 คน | 148 | 87.1 |
| B4. ห้องเรียนมีขนาดไม่น้อยกว่า 6x8 ถึง7x8 เมตร ต่อนักเรียน 30-40 คน | 151 | 88.8 |
| B5. เก้าอี้ในห้องเรียนสูงเท่ากับท่อนขาส่วนล่างของเด็ก | 143 | 84.1 |
| B6. แสงสว่างในห้องเรียนมีความเข้มไม่ต่ำกว่า 20-30 ฟุต-เทียน | 153 | 90.0 |
| B7. โรงอาหารมีขนาดเพียงพอกับจำนวนนักเรียน | 112 | 65.9 |
| B8. นักเรียนได้ดื่มนมที่สะอาด ตามวัยที่เหมาะสม | 162 | 95.3 |
| B9. มีน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาดให้นักเรียนไม่ต่ำกว่า 1 ลิตร/คน/วัน | 153 | 90.0 |
| B10. จำนวนส้วมและที่ปัสสาวะ ไม่ต่ำกว่า 1 ที่ ต่อนักเรียน 30 คน | 94 | 55.3 |
| B11. จำนวนอ่างล้างมือ ไม่ต่ำกว่า 1 ที่ ต่อนักเรียน 50 คน | 114 | 67.1 |
| B12. โรงครัวมีที่เก็บเศษอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ เช่น มีอ่าง 3 ตอนสำหรับล้างภาชนะ มีน้ำใช้อย่างพอเพียง และมีการจัดทำรางระบายน้ำ | 108 | 63.5 |
| B13. บริเวณโรงเรียนโดยรวมมีความสะอาด เรียบร้อย | 167 | 98.2 |
| B14. ไม่มีอาหารประเภท fast food น้ำอัดลม | 129 | 75.9 |
| B15.มีสนามเล่นกีฬากลางแจ้ง และอุปกรณ์กีฬา สำหรับนักเรียนแต่ละวัย อย่างถูกต้อง พอเพียงและปลอดภัย | 120 | 70.6 |

| เครื่องชี้วัด | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **C. ปลอดภัยและปลอดสารเสพติด** | | |
| C1. ไม่มีนักเรียนสูบบุหรี่ ครู บุคลากรอื่นๆ ในโรงเรียน สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า หรือใช้ยาเสพติด | 119 | 70.0 |
| C2. มีระบบการตรวจตราในการป้องกันการมีสารเสพติดในโรงเรียน | 163 | 95.9 |
| C3. มีระบบการเตรียมพร้อมป้องกันอัคคีภัย และเหตุฉุกเฉิน โดยมีการตรวจสอบและฝึกซ้อมเป็นประจำ | 52 | 30.6 |
| C4. มีการตรวจสอบความปลอดภัย ของเครื่องเล่นในสนาม และอุปกรณ์กีฬาอย่างต่อเนื่อง | 130 | 76.5 |
| C5. มีและใช้อุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬาที่มีความรุนแรง | 78 | 45.9 |
| C6. ไม่มีสิ่งกีดขวาง หรือล่อแหลมต่อการเกิดอุบัติเหตุแก่นักเรียนในห้องเรียน และบริเวณรอบๆโรงเรียน | 167 | 98.2 |
| C7. การเกิดอุบัติเหตุของนักเรียนในโรงเรียนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา | 155 | 91.2 |
| จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุในโรงเรียน | | |
| 1-5 ครั้ง | 74 | 47.8 |
| 6-10 ครั้ง | 53 | 34.2 |
| 11-15 ครั้ง | 23 | 14.8 |
| มากกว่า 15 ครั้ง | 5 | 3.2 |
| เฉลี่ยการเกิดอุบัติเหตุ $6.5 \pm 5$ ครั้ง | | |
| **D. มีบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ** | | |
| D1. มีบริการสุขภาพด้านการรักษา การปฐมพยาบาลและการส่งต่อ | 169 | 98.1 |
| D2. มีบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรค | 166 | 97.6 |
| D3. มีบริการให้การปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ | 170 | 100.0 |
| D4. บุคลากรที่ให้บริการมีคุณภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ ครูพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านสุขภาพ | 122 | 71.8 |
| D5. นักเรียนสามารถถึงบริการได้อย่างสะดวก | 160 | 94.1 |
| **E. หลักสูตร** | | |
| E1. มีหลักสูตร แผนการสอนทักษะชีวิต | 151 | 88.8 |
| E2. มีการสอนปฏิบัติทักษะในการแก้ปัญหา การต่อรอง การปฏิเสธโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการสื่อสาร | 100 | 58.8 |
| E3. ความรู้ที่จำเป็นด้านสุขภาพ เช่น การดูแลร่างกายตนเอง การเจริญพันธ์ เพศศึกษา โรคติดต่อที่สำคัญ เช่น โรคทางเพศสัมพันธ์ | 166 | 97.6 |
| E4. ในหลักสูตรมีแผนการออกกำลังกาย และกีฬา ของนักเรียน | 166 | 97.6 |

| เครื่องชี้วัด | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **F. กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต วัฒนธรรมและประเพณี และส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างครู นักเรียน, โรงเรียนและครอบครัว** | | |
| F1. มีกิจกรรมการออกกำลังกาย และการกีฬา | 169 | 99.4 |
| F2. นักเรียนแต่ละคนมีกีฬาอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นประจำตัวตลอดไปจนโต | 108 | 63.5 |
| F3. นักเรียนมีกิจกรรมด้านดนตรีตามถนัด | 122 | 71.8 |
| F4. นักเรียนได้มีโอกาสรู้จักชุมชน และทำกิจกรรมเพื่อชุมชน หรือร่วมกิจกรรมกับชุมชน เช่น การทำความสะอาดชุมชน การทำบุญ | 170 | 100.0 |
| F5. มีการตรวจสุขภาพประจำปีของทั้งนักเรียน ครู และบุคลากรของโรงเรียน | 103 | 60.6 |
| F6. มีกรรมการครูผู้ปกครองที่เข้มแข็ง | 130 | 76.5 |
| F7. มีระบบครูที่ปรึกษา รุ่นพี่ที่ปรึกษาแกรุ่นน้อง | 147 | 86.5 |

จากการสุ่มถามนักเรียนทั้งชายและหญิงในโรงเรียนที่ประเมินพบว่า นักเรียนยังมีความรู้สึกที่ดีต่อโรงเรียน ครู และเพื่อนๆ ในระดับจริงมากต่ำกว่า ร้อยละ 70 โดยเฉพาะด้านความปลอดภัย และการมีครู หรือ รุ่นพี่ที่สามารถเป็นที่ปรึกษา แต่เมื่อให้ประเมินโดยรวม เด็กนักเรียนรักโรงเรียนจริงมาก ร้อยละ 75.5 (ตาราง 5.59)

**ตาราง 5.59 ความรู้สึกที่ดีของนักเรียนต่อโรงเรียน ครู และเพื่อน ๆ** (n=874)

| | จริงมาก | | ค่อนข้างจริง/จริงบางครั้ง | | ไม่จริง | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อยากมาโรงเรียน | 607 | 69.5 | 263 | 30.0 | 4 | 0.5 |
| โรงเรียนเป็นสถานที่ปลอดภัย | 438 | 50.1 | 434 | 49.7 | 2 | 0.2 |
| มีครูที่สามารถเป็นที่ปรึกษาในเรื่องเรียนได้ | 549 | 62.8 | 323 | 37.0 | 2 | 0.2 |
| มีครูที่เป็นที่ปรึกษาในเรื่องอื่น ๆ นอกจากการเรียนได้ | 351 | 40.2 | 508 | 58.1 | 15 | 1.7 |
| รักครู | 608 | 69.6 | 263 | 30.1 | 3 | 0.3 |
| รักเพื่อน | 543 | 62.1 | 330 | 37.7 | 1 | 0.1 |
| มีรุ่นพี่ที่สามารถเป็นที่ปรึกษาหรือเป็นที่พึ่งเมื่อมีปัญหาได้ | 198 | 22.7 | 424 | 71.4 | 52 | 5.9 |
| รักโรงเรียน | 660 | 75.5 | 213 | 24.4 | 1 | 0.1 |

### 5.8.3 สถานที่ทำงานสุขภาพดี

จากการประเมินสถานที่ทำงานที่มีจำนวนคนทำงานอยู่ตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป จำนวน 81 แห่ง เป็นสถานที่ทำงานลักษณะบริษัท 28 แห่ง หน่วยงานราชการ 28 แห่ง โรงงานอุตสาหกรรมระดับเล็ก-กลาง 20 แห่ง และกลุ่มทำงานขนาดเล็กในชุมชน 5 แห่ง พบว่า มีระบบการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย โดยมีสถานที่ทำงานที่มีนโยบายด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย อยู่ในช่วงร้อยละ 54 -64 มีมาตรการและการดำเนินการเรื่องความปลอดภัย ร้อยละ 71.6 แต่มีเพียง ร้อยละ 18.5 ที่มีสถานที่พยาบาลที่มีแพทย์และพยาบาลอยู่ประจำ ในรอบปีที่ผ่านมาสถานที่ทำงานเกิดอุบัติเหตุ และ มีคนงานหรือพนักงานได้รับการบาดเจ็บจากการทำงานลดลง กว่าร้อยละ 90 การมีส่วนร่วมของพนักงานในการป้องกันอันตรายและเสริมสร้างความปลอดภัย มีร้อยละ 80 แต่มีการผสานกิจกรรมด้านความปลอดภัยในงานประจำต่าง ๆ เพียงร้อยละ 58

การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อความปลอดภัยในสถานที่ทำงานยังมีไม่มากนัก เช่น การตรวจสอบสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านกายภาพและเคมีในแต่ละด้าน สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านกายภาพและเคมี ได้รับการตรวจเป็นไปตามมาตรฐานกำหนด ร้อยละ 44 มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายอยู่ในสภาพพร้อมใช้ เช่น ถังดับเพลิง และอุปกรณ์สำนักงานต่าง ๆ ถูกจัดวางอย่างอย่างถูกต้อง เหมาะสม ร้อยละ 79 แต่ผู้ประกอบอาชีพในสถานประกอบการมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ร้อยละ 59 ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสร้างเสริมสุขภาพ สถานที่ทำงานมีระเบียบการห้ามสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ กว่าร้อยละ 80 กิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพนักงานทุกระดับ เอื้ออาทรต่อผู้ร่วมงาน กว่าร้อยละ 90 มีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการทำงานไม่เกินมาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 88.9 โดยอนุญาตให้พนักงานมีเวลาพักหลังจากการทำงานไม่น้อยกว่า 15 นาที หลังจากทำงานมาแล้วไม่เกิน 2 ชั่วโมงติดต่อกัน ร้อยละ 77.8 และมีกิจกรรมพักผ่อนหรือออกกำลังกาย ร้อยละ 88.9 ในส่วนของการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมให้แก่พนักงาน สถานที่ทำงานที่มีจัดให้พบเป็นส่วนน้อย เช่น มีสวัสดิการอาหารกลางวันที่มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ ร้อยละ 30.9 มีสวัสดิการรถรับ-ส่ง ร้อยละ 16.0

ด้านการเสริมสร้างวิถีการใช้ชีวิตของคนงานเพื่อให้พัฒนาสุขภาพ พบว่าการรวมกลุ่มพลังสร้างเสริมสุขภาพของคนในสถานที่ทำงานและมีกิจกรรมรณรงค์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องยังมีไม่มาก มีกลุ่มแกนนำนำด้านสุขภาพต่าง ๆ และมีกิจกรรมการรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพ พบร้อยละ 44-48 ร้านจำหน่ายอาหารในสถานที่ทำงาน จำหน่ายอาหารที่มีคุณภาพ และคุณค่าตามหลักโภชนาการ ร้อยละ 34.6 และมีเพียงครึ่งหนึ่งของสถานที่ทำงานที่สำรวจ ที่พบว่าร้านค้าในสถานที่ทำงานไม่จำหน่ายบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนด้านการพัฒนาศักยภาพของคน สถานที่ทำงานมีสมาพันธ์คุ้มครองผู้ใช้แรงงาน/ผู้ประกอบการ หรือแรงงานสัมพันธ์ ร้อยละ 40.7 มีการจัดฝึกอบรม หรือส่งพนักงานไปฝึกทักษะ

การทำงาน ร้อยละ 63 และมีการส่งเสริมให้พนักงานไปเพิ่มพูนความรู้ต่อ เช่น การศึกษาต่อระดับที่สูงขึ้น ร้อยละ 59.3 (ตาราง 5.60)

**ตาราง 5.60 ลักษณะของสถานที่ทำงานตามเครื่องชี้วัดสถานที่ทำงานสุขภาพดี** (n=81)

| เครื่องชี้วัด | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| - มีแผนก, ฝ่าย หรือผู้รับผิดชอบที่รับผิดชอบด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย | 52 | 64.2 |
| - มีคณะกรรมการดำเนินการเรื่องความปลอดภัย | 44 | 54.3 |
| - มีแผนงาน โครงการเรื่องความปลอดภัย | 46 | 56.8 |
| - มีมาตรการและการดำเนินการเรื่องความปลอดภัย | 58 | 71.6 |
| - มีสถานที่พยาบาลที่มีแพทย์และพยาบาลอยู่ประจำ | 15 | 18.5 |
| - ในรอบปีที่ผ่านมาสถานที่ทำงานของท่านเกิดอุบัติเหตุลดลง | 75 | 92.6 |
| - ในรอบปีที่ผ่านมาสถานที่ทำงานของท่านมีคนงานหรือพนักงานได้รับการบาดเจ็บจากการทำงานลดลง | 74 | 91.4 |
| - พนักงานมีส่วนร่วมในการป้องกันอันตรายและเสริมสร้างความปลอดภัย เช่น เป็นคณะกรรมการฯ กำหนดกฎ กติกา ระเบียบของที่ทำงาน | 65 | 80.2 |
| - มีการผสานกิจกรรมด้านความปลอดภัยในงานประจำต่าง ๆ เช่น 5 ส., TQM | 47 | 58.0 |
| สถานที่ทำงานมีการตรวจสอบสิ่งแวดล้อมการทำงานด้านกายภาพและเคมีด้าน | | |
| - ระดับเสียงดัง/ความสั่นสะเทือน | 25 | 30.9 |
| - ระดับความร้อน/ความเย็น | 31 | 38.3 |
| - ระดับความเข้มข้นของสารเคมีในบรรยากาศ | 23 | 28.4 |
| - การเคลื่อนย้าย การจัดเก็บ และการใช้สารเคมี | 32 | 39.5 |
| - สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านกายภาพและเคมี ได้รับการตรวจเป็นไปตามมาตรฐานกำหนด | 36 | 44.4 |
| - มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายอยู่ในสภาพพร้อมใช้ เช่น ถังดับเพลิง | 64 | 79.0 |
| - ผู้ประกอบอาชีพมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น การสวมหน้ากาก แว่นตา ถุงมือ รองเท้า หมวกนิรภัย และเข็มขัดนิรภัย | 48 | 59.3 |
| - อุปกรณ์สำนักงานต่าง ๆ ถูกจัดวางอย่างอย่างถูกต้อง เหมาะสม เช่น คอมพิวเตอร์ เครื่องอัดสำเนา เป็นต้น | 64 | 79.0 |
| - มีระเบียบห้ามสูบบุหรี่ในระหว่างทำงาน | 67 | 82.7 |
| - มีระเบียบห้ามดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ | 65 | 80.2 |
| - มีกิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพนักงานทุกระดับ | 75 | 92.6 |
| - พนักงานทุกระดับมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน มีการเอื้ออาทรต่อผู้ร่วมงาน | 79 | 97.5 |

| เครื่องชี้วัด | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| - มีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการทำงานไม่เกินมาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนด | 72 | 88.9 |
| - อนุญาตให้พนักงานมีเวลาพักหลังจากการทำงานไม่น้อยกว่า 15 นาที หลังจากทำงานมาแล้วไม่เกิน 2 ชั่วโมงติดต่อกัน | 63 | 77.8 |
| - อนุญาตให้พนักงานมีกิจกรรมพักผ่อนหรือออกกำลังกาย | 72 | 88.9 |
| - มีสวัสดิการอาหารกลางวันที่มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ | 25 | 30.9 |
| - มีสวัสดิการรถรับ-ส่ง | 13 | 16.0 |
| - มีชมรม/กลุ่มแกนนำในการออกกำลังกายเป็นประจำ | 37 | 45.7 |
| - มีชมรม/กลุ่มแกนนำในการรณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ สารเสพติด | 36 | 44.4 |
| - มีกิจกรรมการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโภชนบัญญัติ | 36 | 44.4 |
| - มีกิจกรรมการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | 39 | 48.1 |
| - ร้านจำหน่ายอาหารในสถานที่ทำงาน จำหน่ายอาหารที่มีคุณภาพ และคุณค่าตามหลักโภชนาการ | 28 | 34.6 |
| - ร้านค้าในสถานที่ทำงานไม่จำหน่าย บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือยาเสพติด | 41 | 50.6 |
| - มีระบบบริหารจัดการโปร่งใส ตรวจสอบได้ | 75 | 92.6 |
| - มีสมาพันธ์คุ้มครองผู้ใช้แรงงาน/ผู้ประกอบการ หรือแรงงานสัมพันธ์ | 33 | 40.7 |
| - มีการจัดฝึกอบรม หรือส่งพนักงานไปฝึกทักษะการทำงาน | 51 | 63.0 |
| - มีการส่งเสริมให้พนักงานไปเพิ่มพูนความรู้ต่อ เช่น การศึกษาต่อระดับที่สูงขึ้น | 48 | 59.3 |

### 5.8.4 ชุมชนสุขภาพดี

ชุมชนที่ศึกษาทั้งหมด 120 ชุมชน เป็นชุมชนชนบท 96 ชุมชน เขตเมือง 24 ชุมชน โดยสอบถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ได้แก่กลุ่มสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้นำ กลุ่มเยาวชน ฯลฯ ทุกกลุ่มองค์กร พบว่า ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ ชุมชนในเขตเมืองทุกแห่งมีมีถนนเข้าออกได้อย่างสะดวกทุกฤดูกาล เขตชนบท ร้อยละ 95.6 แต่มีรถบริการสาธารณะที่ให้ใช้บริการได้อย่างสะดวก ในเขตเมือง ร้อยละ 72.1 ชนบท ร้อยละ 57 ส่วนใหญ่มีไฟฟ้าใช้ทุกหลังคาเรือน เขตเมืองร้อยละ 97.7 ชนบท ร้อยละ 91.6 ในขณะที่การจัดระบบแสงสว่างตามถนนภายในชุมชนอย่างทั่วถึง เขตเมืองสูงกว่าชนบทมาก คือ เขตเมืองร้อยละ 93 แต่เขตชนบท มีเพียงร้อยละ 65.9 มีน้ำประปาใช้อย่างทั่วถึงสม่ำเสมอทุกฤดูกาล เขตเมือง ร้อยละ 88.4 เขตชนบท ร้อยละ 65.5 การจัดระบบการเก็บขยะอย่างสม่ำเสมอ เขตเมือง ร้อยละ 86 ในขณะที่ชนบทมีเพียง ร้อยละ 51.8 การเข้าถึงบริการพื้นฐานของคนในชุมชน เช่น การศึกษา สถานบริการสุขภาพ สถานที่จำหน่ายอาหาร มีมากกว่าร้อยละ 90 ทั้งเขตเมืองและชนบท ในขณะที่การเข้าถึง

บริการการสื่อสารสาธารณะ พบว่า ชุมชนในเขตเมืองมีโทรศัพท์สาธารณะอยู่ในสภาพที่ใช้การได้ ร้อยละ 95.3 สูงกว่า เขตชนบท ที่มีเพียงร้อยละ 73.9

ด้านความปลอดภัยในชุมชน มีการจัดระบบป้องกันอัคคีภัย (ไฟไหม้) โดยชุมชนเอง เขตเมือง ร้อยละ 55.8 เขตชนบท ร้อยละ 41.8 ชุมชนมีความร่วมมือกันในการจัดระบบความปลอดภัยในการป้องกันการลักขโมย เขตเมือง ร้อยละ 67.4 ต่ำกว่าในเขตชนบท ที่มีร้อยละ 85.9 และเขตเมืองเกิดอาชญากรรมรุนแรง เช่นการปล้น ฆ่า และมีการจับกุมผู้ค้าสารเสพย์ติด สูงกว่าเขตชนบท (ตารางที่ 5.62) ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าชุมชนเขตเมืองอยู่ในเขตที่มีมลพิษทางอากาศสูงกว่าชนบท คือ เขตเมืองตั้งอยู่ในเขตที่ไม่มีแหล่งอากาศเสีย ร้อยละ 60.5 เขตชนบท ร้อยละ 85.1 ชุมชนมีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจที่ใช้ร่วมกัน ร้อยละ 52-58 มีสนามกีฬา ร้อยละ 81-82 และมีกลุ่มจัดกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน ร้อยละ 81 ในชุมชนเขตเมืองมีสิ่งแวดล้อมที่คุกคามสุขภาพสูงกว่าในชนบท คือ ชุมชนเขตเมืองที่ไม่มีผู้ประกอบอาชีพที่ทำให้เกิดเหตุรำคาญส่งเสียงดัง ไม่มีการประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย และ ในชุมชนหรือในรัศมี 2 กิโลเมตรจากหมู่บ้าน ไม่มีสถานบริการที่เป็นแหล่งมั่วสุม พบร้อยละ 60.5, 53.5 และ 51.2 ในขณะที่เขตชนบทพบ ร้อยละ 72.3, 78.7 และ 79.9 ตามลำดับ

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าชุมชนส่วนใหญ่มีการจัดตั้งกรรมการชุมชน เขตเมือง ร้อยละ 90.7 เขตชนบท ร้อยละ 96.8 มีการจัดกลุ่มอาสาสมัครช่วยเหลือกัน เขตเมือง ร้อยละ 76.7 เขตชนบท ร้อยละ 88.8 และมีการจัดงานประเพณี เช่น งานสงกรานต์ งานปีใหม่ ฯลฯ ร่วมกัน อยู่ในช่วงร้อยละ 95-93 (ตาราง 5.61)

**ตาราง 5.61 ร้อยละขององค์ประกอบชุมชนสุขภาพดีในชุมชนชนบทและเมือง**

| องค์ประกอบชุมชน | เมือง | ชนบท |
|---|---|---|
| - มีถนนเข้าออกถึงหมู่บ้านได้อย่างสะดวกทุกฤดูกาล | 100.0 | 95.6 |
| - มีรถบริการสาธารณะให้ใช้บริการได้อย่างสะดวกพอควร | 72.1 | 57.0 |
| - มีไฟฟ้าใช้กันทุกหลังคาเรือน | 97.7 | 91.6 |
| - มีการจัดระบบแสงสว่างตามถนนภายในชุมชนอย่างทั่วถึง | 93.0 | 65.9 |
| - มีน้ำ(ประปา) ใช้อย่างทั่วถึงสม่ำเสมอทุกฤดูกาล | 88.4 | 65.5 |
| - มีการจัดระบบการเก็บขยะอย่างสม่ำเสมอ | 86.0 | 51.8 |
| - บุตรหลานของท่านไปถึงโรงเรียนได้ภายใน 1 ชั่วโมง | 97.7 | 98.4 |
| - สามารถไปถึงสถานพยาบาลหรือบริการสุขภาพภายในเวลา 30 นาที | 100.0 | 97.6 |
| - จะสามารถหาซื้ออาหารสด ได้ภายใน 30 นาที | 90.7 | 87.1 |
| - มีโทรศัพท์สาธารณะอยู่ในสภาพที่ใช้การได้ | 95.3 | 73.9 |
| - มีการจัดระบบป้องกันอัคคีภัย (ไฟไหม้) โดยชุมชนเอง | 55.8 | 41.8 |

| องค์ประกอบชุมชน | เมือง | ชนบท |
|---|---|---|
| - มีความร่วมมือกันในการจัดระบบความปลอดภัยในการป้องกันการลักขโมย | 67.4 | 85.9 |
| - ไม่เคยมีการเกิดอาชญากรรมรุนแรง เช่นการปล้น ฆ่า | 44.2 | 76.3 |
| - ไม่เคยมีการจับกุมผู้ค้าสารเสพย์ติด | 25.6 | 63.5 |
| - ตั้งอยู่ในเขตที่ไม่มีแหล่งอากาศเสีย (มลพิษทางอากาศ) | 60.5 | 85.1 |
| - มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจที่ใช้ร่วมกัน (ที่สาธารณะ) | 58.1 | 52.2 |
| - มีสนามกีฬา | 81.4 | 82.7 |
| - มีกลุ่มจัดกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน | 81.4 | 81.5 |
| - ไม่มีผู้ประกอบอาชีพที่ทำให้เกิดเหตุรำคาญส่งเสียงดัง เช่น อู่พ่นสี ซ่อมรถ ร้านอาหารที่มีคาราโอเกะฯลฯ | 60.5 | 72.3 |
| - ไม่มีการประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย (ไฟไหม้) เช่น การเชื่อมโลหะ | 53.5 | 78.7 |
| - ในชุมชนหรือในรัศมี 2 กิโลเมตรจากหมู่บ้าน ไม่มีสถานบริการที่เป็นแหล่งมั่วสุม เช่น ร้านอาหารที่มีการบริการทางเพศแอบแฝง โต๊ะสนุ๊กเกอร์ ฯลฯ | 51.2 | 79.9 |
| - มีการจัดตั้งกรรมการชุมชน | 90.7 | 96.8 |
| - มีการจัดกลุ่มอาสาสมัครช่วยเหลือกัน | 76.7 | 88.8 |
| - มีการจัดงานประเพณี เช่น งานสงกรานต์ งานปีใหม่ ฯลฯ ร่วมกัน | 95.3 | 93.6 |

จากการสุ่มสอบถามประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ในหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ศึกษา 3661 คน เกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับชุมชน สภาพความเป็นอยู่ และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน พบว่า ชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีกันและช่วยเหลือเกื้อกูลกันในระดับปานกลาง เช่น สมาชิกของชุมชนนี้รู้จักกันดีตลอดในระดับจริงมาก ร้อยละ 56.2 เพื่อนบ้านเป็นผู้ที่มีน้ำใจพึ่งพาอาศัยได้ ร้อยละ 44.7 ไปไหนมาไหนฝากบ้านไว้กับเพื่อนบ้านได้ ร้อยละ 50.6 คนในชุมชนนี้ ไม่ว่ายากดีมีจนก็ร่วมมือกันดี ร้อยละ 47.2 ไม่มีคนบางกลุ่มในชุมชนนี้ ที่ไม่สุงสิงคบค้าสมาคมกับคนอื่น ร้อยละ 36.8 และ ไม่มีคนบางกลุ่มในชุมชนนี้ที่สมาชิกไม่คบค้าสมาคมด้วย ร้อยละ 44.6 ในด้านการรับรู้สภาพความเป็นอยู่ที่ดีในชุมชน พบว่า ในชุมชนไม่มีแหล่งมั่วสุมของเด็กวัยรุ่นเพียง ร้อยละ 30.2 เมื่อมีการเรียกประชุมชาวบ้านก็เข้าร่วมประชุมกันทุกครัวเรือน ร้อยละ 29.9 เวลาประชุมหมู่บ้านไม่ได้ฟังเสียงเฉพาะคนมีเงินเท่านั้น ร้อยละ 57.3 คนในชุมชนยังเชื่อว่า คนในหมู่บ้าน แม้ว่าจะมีเชื้อชาติ ศาสนาที่ต่างกัน แต่ก็ไม่มีการรังเกียจกัน ร้อยละ 56.8 ส่วนใหญ่ชาวบ้านยังให้ความเคารพนับถือคนแก่คนเฒ่า ร้อยละ 68.6 และหากจะมีเรื่องไม่ดีไม่งามเกิดขึ้นในหมู่บ้าน ก็พูดจาตักเตือนกันได้ ร้อยละ 42.6 ในด้านการพัฒนาชุมชน คณะกรรมการชุมชนเป็นที่ยอมรับของสมาชิก ในชุมชน ร้อยละ 45.6 และชาวบ้านยังคิดว่าชุมชนพัฒนาและดีขึ้น เพียงร้อยละ 29.1 และ

เมื่อถามความรู้สึกต่อชุมชนโดยรวม พบว่า มีความรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้อาศัยอยู่ในชุมชนนี้จริงมาก ร้อยละ 64.7 ดังรายละเอียด ตาราง 5.62

**ตาราง 5.62 การรับรู้เกี่ยวกับชุมชน สภาพความเป็นอยู่ และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน** (n=3,661)

| การรับรู้ | จริงมาก | | ค่อนข้างจริง/ จริงบางครั้ง | | ไม่จริง | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - สมาชิกของหมู่บ้าน(ชุมชน)นี้รู้จักกันดีตลอดหัวบ้านท้ายบ้าน | **2059** | **56.2** | 1559 | 42.6 | 43 | 1.2 |
| - เพื่อนบ้านเป็นผู้ที่มีน้ำใจพึ่งพาอาศัยได้ | **1635** | **44.7** | 1990 | 54.3 | 36 | 1.0 |
| - ไปไหนมาไหนฝากบ้านไว้กับเพื่อนบ้านได้ | **1851** | **50.6** | 1729 | 47.2 | 81 | 2.2 |
| - คนในชุมชนนี้ ไม่ว่ายากดีมีจนก็ร่วมมือกันดี | **1727** | **47.2** | 1877 | 51.2 | 57 | 1.6 |
| - คนในหมู่บ้าน(ชุมชน)นี้ ไม่ว่ายากดีมีจนก็ช่วยเหลือเกื้อกูลกันดี | **1626** | **44.4** | 1985 | 54.2 | 50 | 1.4 |
| - มีคนบางกลุ่มในชุมชนนี้ ที่ไม่สุงสิงคบค้าสมาคมกับคนอื่น | 297 | 8.1 | 2015 | 55.1 | **1349** | **36.8** |
| - มีคนบางกลุ่มในชุมชนนี้ที่สมาชิกไม่คบค้าสมาคมด้วย | 253 | 6.9 | 1774 | 48.5 | **1634** | **44.6** |
| - ในชุมชนไม่มีแหล่งมั่วสุมของเด็กวัยรุ่น | **1105** | **30.2** | 1821 | 49.7 | 735 | 20.1 |
| - เมื่อมีการเรียกประชุมชาวบ้านก็เข้าร่วมประชุมกันทุกครัวเรือน | **1093** | **29.9** | 2402 | 66.6 | 166 | 4.5 |
| - เวลาประชุมหมู่บ้านจะฟังเสียงคนมีเงินเท่านั้น | 287 | 7.8 | 1277 | 34.9 | **2097** | **57.3** |
| - เชื่อว่าคนในหมู่บ้าน แม้ว่าจะมีเชื้อชาติ ศาสนาที่ต่างกัน แต่ก็ไม่มีการรังเกียจกัน | **2078** | **56.8** | 1439 | 39.3 | 144 | 3.9 |
| - ชาวบ้านให้ความเคารพนับถือคนแก่คนเฒ่า | **2512** | **68.6** | 1134 | 31.0 | 15 | 0.4 |
| - หากจะมีเรื่องไม่ดีไม่งามเกิดขึ้นในหมู่บ้าน ก็พูดจาตักเตือนกันได้ | **1561** | **42.6** | 2049 | 56.0 | 51 | 1.4 |
| - คณะกรรมการชุมชนเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในชุมชน | **1670** | **45.6** | 1920 | 52.5 | 71 | 1.9 |
| - หมู่บ้าน (ชุมชน) นี้พัฒนากันมากก็มากแล้ว แต่ไม่เห็นดีขึ้นเลย | 635 | 17.3 | 1961 | 53.6 | **1065** | **29.1** |
| - รู้สึกอบอุ่นใจที่ได้อาศัยอยู่ในชุมชนนี้ | **2368** | **64.7** | 1268 | 34.6 | 25 | 0.7 |

### 5.9 การพัฒนาเครื่องมือ (Checklist) เพื่อประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเอง

จากการปรับเครื่องชี้วัดเป็นแบบสอบถามและนำไปสำรวจในชุมชนถึงผลที่ปรากฏในข้อ 5.3.8 แล้วนั้น ประสบการณ์ในการสำรวจภาคสนาม พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่โดยเฉพาะเริ่มจากวัยเรียนที่สามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถเข้าใจแบบสอบถามได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามมากนัก และมีความสนใจที่จะตอบแบบสอบถาม และจากการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าเครื่องชี้วัดสามารถสะท้อนสถานสุขภาพได้ในหลายมิติทั้งทางกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และพัฒนาการที่แสดงถึงศักยภาพที่จะเป็นผู้มีสุขภาวะต่อไป รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นจึงได้พัฒนา Checklist ขึ้นโดยทำให้สั้นและเข้าใจง่ายขึ้นกว่าเดิม โดยทุกข้อเป็นเกณฑ์สุขภาพที่ควรปฏิบัติได้ทั้งสิ้น ดังนั้นคำตอบที่ถูกต้องคือต้องปฏิบัติตามเกณฑ์ทุกข้อ ซึ่งทำให้วิเคราะห์ได้ง่ายในระดับบุคคลและชุมชนว่ามีข้อใดบ้างที่บกพร่องอยู่ และสามารถใช้ภูมิปัญญาในท้องถิ่นช่วยกันพัฒนาให้เกิดความถูกต้องต่อไปได้

Checklist ทั้งหมดปรากฏอยู่ใน ภาคผนวก 2

# บทที่ 6

# วิจารณ์ผล

เครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี ซึ่งได้พัฒนามาเป็นลำดับโดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ จะใช้วัดลักษณะคนไทยสุขภาพดีที่เป็นผู้มี “**สุขภาวะสมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือสภาวะที่สามารถป้องกันได้โดยพฤติกรรมสุขภาพ เป็นหน่วยที่มีคุณภาพของสังคม มีศักยภาพในการพัฒนาสังคม ที่ตนเองเป็นสมาชิกอยู่ให้มีความสงบสุข เจริญก้าวหน้า และมีความพร้อมที่จะเจริญเติบโตอย่างมีสุขภาวะไปเรื่อย ๆ ในทุกช่วงชีวิต**” ซึ่งประกอบด้วยเครื่องชี้วัดสุขภาวะในหลายมิติ ที่มุ่งเน้นมากกว่าเครื่องชี้วัดสถานะสุขภาพโดยทั่วไป คือ การวัดสุขภาวะทางจิตใจ อารมณ์ และพัฒนาการทางจิตที่นำไปสู่การเป็นคนดีที่มีคุณประโยชน์ต่อสังคม มิใช่เฉพาะเพียงการทำให้ตนเองแข็งแรงเท่านั้นแต่จะต้องมีศักยภาพในการเป็นคนดี โดยเฉพาะในด้านการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การไม่ใช้ความรุนแรง การมีความรับผิดชอบ มีวินัย และการประหยัด ซึ่งถ้าคนในสังคมมีคุณสมบัตินี้เป็นส่วนใหญ่ อย่างน้อยก็ทำให้สังคมมีความสงบสุขและเจริญก้าวหน้าได้ จากการนำเครื่องชี้วัดพัฒนาเป็นแบบสอบถามไปสัมภาษณ์ประชาชนกลุ่มอายุต่างๆในชุมชน รวมทั้งสังเกตและประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพดีในระดับบุคคล โดยมิได้มุ่งที่จะวิเคราะห์สถานสุขภาพในชุมชนในฐานะตัวแทนของประชากร แต่เพื่อเป็นการทดสอบการใช้เครื่องชี้วัด ผลการสำรวจจึงไม่ได้วิเคราะห์จำแนกเป็นภูมิภาค จึงแสดงให้เห็นภาพรวมโดยพบว่า

- ในทุกกลุ่มอายุ เริ่มตั้งแต่ต่ำกว่า 1 ปี ส่วนใหญ่ยังมีสถานะสุขภาพในมิติต่างๆไม่ถึงเกณฑ์ของการมีสุขภาพดี โดยเฉพาะมิติด้านจิตใจ อารมณ์ และพัฒนาการทางจิตที่แสดงถึงการเป็นคนดี ถึงแม้มิติทางกายส่วนใหญ่จะมีการเจริญเติบโตเป็นไปตามอายุ แต่ก็มีแนวโน้มที่แสดงว่าในกลุ่มอายุมากขึ้นจะมีโรคภัยไข้เจ็บเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมสร้างเสรมสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มุ่งจะป้องกันโรคสำคัญ คือ โรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจหลอดเลือด โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง และอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่พบว่ามีประชากรเพียงส่วนน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 50) ที่มีการปฏิบัติตามพฤติกรรมเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ ในด้านมิติทางความฉลาดทางอารมณ์โดยเฉพาะในวัยรุ่น และวัยทำงาน สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นคนเก่ง แต่มีข้อด้วยในเรื่องของการเป็นคนดีและมีความสุข นอกจากนี้ยังแสดงถึงพฤติกรรมที่ส่อถึงการใช้ความรุนแรงที่มีตั้งแต่ในวัยเด็ก คือมีประมาณร้อยละ 30 ที่รังแกเพื่อน และสัตว์เลี้ยง ในกลุ่มสูงวัยขึ้นก็ยังมีแนวโน้มในการใช้ความรุนแรงเมื่อมีข้อขัดแย้ง ในครอบครัวก็ยังมีบางส่วนที่แก้ไขข้อขัดแย้งโดยใช้ความรุนแรงรวมทั้งที่เกิดกับหญิงมีครรภ์ด้วยส่วนหนึ่ง ข้อมูลเหล่านี้สอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศที่แสดงถึงสังคมที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะกับผู้หญิง และเด็ก

- จากผลการสำรวจแสดงว่า เครื่องชี้วัดสามารถสะท้อนให้เห็นสภาวะสุขภาพทั้งในมิติทางกาย ความฉลาดของสติปัญญา อารมณ์ รวมทั้งจิตใจ นอกจากนี้ยังสามารถแสดงได้ในระดับหนึ่งถึงศักยภาพของการเป็นคนดี ซึ่งวัดจากเครื่องชี้วัดพัฒนาการทางจิตที่ดี ในส่วนนี้จะมุ่งเฉพาะความรู้สึก และจิตใจที่จะเอื้ออำนวยต่อการป้องกันปัญหาทางสังคมที่สำคัญของประเทศในขณะนี้ เช่น ความรุนแรง ยาเสพติด เหล้า บุหรี่ และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่พร้อย จะเห็นได้ว่าเครื่องชี้วัดเหล่านี้เหมาะสำกรับการใช้วัดสุขภาพในมิติต่าง ๆในระดับบุคคล ซึ่งจะทำให้สามารถทราบว่ามีมิติใดบ้างที่ยังบกพร่องจากเกณฑ์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการแก้ไขต่อไป
- เครื่องชี้วัดในระดับบุคคลเหล่านี้ เหมาะสำหรับการนำไปประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อวัดความสำเร็จที่เกิดขึ้นไปด้วยการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของบุคคลในชุมชน ในกลุ่มอายุต่าง ๆ และระหว่างเพศ จะเห็นได้ว่าเครื่องชี้วัดมีหลายข้อและแยกเป็นกลุ่มการวัด เช่นวัดสุขภาพทางกาย วัดพฤติกรรมสุขภาพ วัดพฤติกรรมเสี่ยง วัดสุขภาวะทางจิตใจและอารมณ์ ฯลฯ และในการวิเคราะห์มิได้มีวิธีการที่จะรวมการวัดเป็นการวัดในองค์รวม (summary measure) ที่จะระบุระดับของสถานะสุขภาพเป็นตัวเลขเพียงตัวเดียว ทั้งนี้เพราะวัตถุประสงค์หลักประการหนึ่งของการสร้างเครื่องชี้วัดเหล่านี้คือการนำไปใช้ในการวัดเพื่อทราบว่ามิติใดของสุขภาพที่ยังบกพร่องเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ถูกจุด การวัดเป็นองค์รวมจะไม่สามารถระบุลักษณะของปัญหาที่จะนำไปสู่การแก้ไขให้ชัดเจนได้ จึงไม่มีประโยชน์ในการแก้ปัญหา ตัวอย่างเช่นในการนำเครื่องชี้วัดไปประเมินเด็กอายุ 6 - 12 ปี ในชุมชน แสดงให้เห็นว่าสุขภาพทางกายของเด็กก็ยังไม่สมบูรณ์เต็มที่เพราะมีถึงร้อยละ 30 ที่น้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ระดับเชาว์ปัญญาสูงมีไม่ถึงร้อยละ 10 แต่ระดับต่ำกว่าปกติมีถึงร้อยละ 58 พัฒนาการทางจิตที่เป็นไปในทางบวกทั้งด้านอารมณ์ ความรัก ความมั่นใจในครอบครัว อนาคต และความเชื่อในคุณงามความดี ยังอยู่ในระดับต่ำในทุกๆด้าน พฤติกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพบางเรื่องยังต้องการการพัฒนาให้ดีขึ้น เช่น อนามัยส่วนบุคคล การล้างมือ การแปรงฟัน การรับประทานผักผลไม้ ฯลฯ ดังนั้นถ้าต้องการพัฒนาสุขภาพเด็กในวัยนี้ intervention จะมุ่งไปสู่การพัฒนาในมิติใดบ้าง ก็สามารถใช้ข้อมูลจากเกณฑ์การชี้วัดเหล่านี้ให้เป็นประโยชน์ได้
- นอกจากเครื่องชี้วัดกลุ่มที่วัดสุขภาวะของปัจเจกบุคคล (individual) ในแต่ละกลุ่มอายุแล้ว จากการทบทวนงานวิจัยและข้อมูลด้านสุขภาวะมีความชัดเจนว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆทั้งในระดับจุลภาค (micro) และมหัพภาค (macro level) ก็มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพด้วยเช่นกัน ที่สำคัญคือครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน และชุมชนที่เป็นที่อยู่อาศัย ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาเกณฑ์และเครื่องชี้วัด ครอบครัวสุขภาพดี โรงเรียน สถานประกอบการและชุมชนสุขภาพดีไปพร้อมกันด้วย โดยเฉพาะในส่วนที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะของบุคคลในแต่ละช่วงอายุ ซึ่งได้แสดงความเชื่อมโยงระหว่างสภาวะคนไทยสุขภาพดีในแต่ละช่วงอายุ และลักษณะของครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน

หรือชุมชน ที่สนับสนุนภาวะของบุคคลเหล่านั้นในแต่ละช่วงอายุด้วยเช่นกัน (ตารางที่ 3.3 บทที่ 3) ข้อมูลเหล่านี้จะอำนวยประโยชน์ต่อโครงการสร้างเสริมสุขภาพในด้าน การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและเกื้อหนุนต่อสุขภาวะในช่วงอายุที่สำคัญของประชากร

- เนื่องจากเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีได้พัฒนามาจากปัญหาสุขภาพที่สำคัญในแต่ละกลุ่มอายุ สาเหตุหรือสภาวะเสี่ยงของปัญหาเหล่านั้น และนำมาเชื่อมโยงกับการศึกษาหาปัจจัยคุ้มครอง (protective factors) ที่จะป้องกันบุคคลจากปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยสาเหตุเหล่านั้น ปัจจัยคุ้มครองนี้มีทั้งที่เป็นพฤติกรรมหรือลักษณะของบุคคล สิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น บ้าน โรงเรียน เมื่อสภาพของปัญหาเปลี่ยนแปลงไปปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุ้มครองก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนั้นในการนำเกณฑ์และเครื่องชี้วัดไปใช้จะต้องเข้าใจถึงรากฐานความเป็นมาของการพัฒนาเหล่านี้และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมด้วย ซึ่งก็ต้องการการค้นคว้าเพิ่มเติมหรือการวิจัยเป็นระยะๆไป นอกจากนั้นในองค์ประกอบของเครื่องชี้วัดของแต่ละกลุ่มอายุ เช่น น้ำหนักแรกเกิด น้ำหนักและส่วนสูง สุขภาพช่องปาก ระดับเชาว์ปัญญา การไม่สูบบุหรี่ ฯลฯ ได้มาจากการวิจัย และข้อมูลที่พิสูจน์แล้วในเชิงวิทยาศาสตร์ว่ามีผลต่อการมีสุขภาพดี จึงต้องกำหนดไว้ในเกณฑ์ของคนไทยสุขภาพดี ซึ่งอาจจะแตกต่างไปบ้าง จากการพัฒนาเครื่องชี้วัดสุขภาวะบางกลุ่มที่ให้ชุมชนกำหนดสุขภาวะของตนเองทั้งหมดตามความเข้าใจ ความต้องการและวิถีชีวิตในท้องถิ่น อย่างไรก็ตามเครื่องชี้วัดกลุ่มที่อาจปรับเปลี่ยนให้เข้ากับลักษณะและวิถีของแต่ละชุมชนได้เป็นอย่างดีก็คือ กลุ่มที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เช่น ครอบครัวสุขภาพดี ชุมชนสุขภาพดี
- ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขกำลังดำเนินนโยบาย "เมืองไทยแข็งแรง" (Healthy Thailand) ซึ่งได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า "คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคมและปัญญา/จิตวิญญาณ มีสัมมาอาชีพ มีรายได้ทำงานด้วยความสุข สามารถดำรงชีพบนพื้นฐานของความพอดีพอประมาณ อย่างมีเหตุผลภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ มีครอบครัวอบอุ่นมั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ชีวิตและทรัพย์สิน เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีสุขภาพแข็งแรง และอายุยืนยาว" โดยมีเป้าหมายในมิติต่างๆ เช่น มิติทางกาย จะมุ่งเน้นการออกกำลังกาย อาหารปลอดภัยมีคุณค่าทางโภชนาการ มีอายุยืนยาวและลดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ คือ โรคเอดส์ มะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไข้เลือดออก ลดการบริโภคสุราและยาสูบ ลดอุบัติเหตุ และมีหลักประกันสุขภาพที่ได้มาตรฐาน มิติทางจิตใจ เน้นที่ครอบครัวอบอุ่น มีความฉลาดทั้งทางสติปัญญา (IQ) และอารมณ์ (EQ) มิติทางสังคมเศรษฐกิจ จะมุ่งเน้นที่การศึกษา มีสัมมาอาชีพมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม (Health skill และ Life skill) และมีความปลอดภัยจากความรุนแรงทั้งปวง ความแข็งแรงในมิติของจิตวิญญาณหรือทางปัญญา คือการให้คนไทยลด

ละ เลิก อบายมุข และสิ่งเสพติด รู้รักสามัคคี มีความอาทรเกื้อกูลกัน ยึดมั่นในศาสนาและวัฒนธรรมที่ดีงาม และแก้ไขความขัดแย้งด้วยสันติวิธี จากเป้าหมายเหล่านี้จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับเกณฑ์คนไทยสุขภาพดีและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีสุขภาพดีที่ได้พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ และยังได้จำแนกไปเป็นกลุ่มอายุต่างๆที่สำคัญทางด้านพัฒนาการ เครื่องชี้วัดเหล่านี้สามารถใช้ประโยชน์ได้ในการประเมินเป้าหมายในระดับบุคคลของนโยบายว่าดำเนินไปได้ผลเพียงใด หรือมีมิติใดที่ยังบกพร่องเพื่อจะได้ปรับยุทธศาสตร์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- เครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีในแต่ละกลุ่มอายุที่ได้พัฒนาขึ้น เป็นเพียงการกำหนดเพื่อวัดภาพลักษณ์ในมิติต่างๆที่ประกอบเป็นบุคคลที่มีสุขภาพดีพร้อมทั้งในปัจจุบันและเมื่อก้าวไปสู่ช่วงอายุต่อไป รวมทั้งเป็นบุคคลที่มีคุณภาพทั้งในด้านสติปัญญาและจริยธรรมแต่วิธีการที่จะดำเนินไปสู่การมีภาพลักษณ์เช่นนั้นได้กำหนดไว้บางส่วนในกลุ่มของสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนการมีสุขภาพดี อย่างไรก็ตามยังต้องการการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมอีกโดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการหรือกลไกในการพัฒนามิติทางจิตใจ จริยธรรมพื้นฐาน ความรับผิดชอบต่อสังคมและการมีวินัยในตัวเอง ซึ่งจากผลการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างจากเครื่องชี้วัดเหล่านี้ยังพบว่าคนไทยในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะวัยเรียน วัยรุ่น และวัยทำงานยังมีจำนวนน้อยที่มีการพัฒนาในด้านนี้อย่างครบถ้วนสม่ำเสมอ
- เครื่องชี้วัดเหล่านี้จะมีประโยชน์อย่างสมบูรณ์ถ้าได้นำไปใช้โดยประชาชนในชุมชนเองหรือองค์กรชุมชน โดยดัดแปลงหรือเพิ่มเติมบางส่วนให้เหมาะสมกับสภาพและวิถีชีวิตของชุมชนนั้น ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ทั้งในการประเมินสภาวะด้านสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันหรือใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาไปสู่การมีสุขภาพดีในแต่ละกลุ่มอายุหรือสิ่งแวดล้อมได้ คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเครื่องมือชี้วัดสำหรับให้บุคคลทั่วไปสามารถประเมินเกณฑ์การมีสุขภาวะหรือสุขภาพดีของตนเอง ตามอายุ, ครอบครัว โรงเรียน สถานที่ประกอบการ และชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยสามารถวัดได้ทั้งเป็นองค์รวมและในมิติต่างๆ ที่เป็นองค์ประกอบของสุขภาพ เพื่อทราบข้อดีและข้อด้อย และนำไปสู่การสามารถพัฒนาให้สมบูรณ์ขึ้นตามภูมิปัญญาของบุคคลและท้องถิ่นด้วย
- เพื่อให้การใช้ประโยชน์ของเครื่องชี้วัดเหล่านี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาวิจัยต่อไปถึงความแม่นตรง หรือความสามารถในการทำนายสภาวะสุขภาพ (Predictive Validity) โดยการศึกษากลุ่มประชากรอายุต่าง ๆ ในระยะยาวเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะต่าง ๆ ของบุคคลตามการชี้วัดกับสถานะสุขภาพทั้งในปัจจุบัน และเมื่ออายุสูงขึ้นด้วย เพื่อดูผลกระทบของสภาวะสุขภาพในช่วงอายุหนึ่งต่อสุขภาพในอนาคต นอกจากนี้ควรวิเคราะห์ต่อไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีสุขภาพดีในระดับบุคคลกับสถานะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และพัฒนาการทางจิตในประชากรกลุ่มต่าง ๆ เช่น สภาวะในครอบครัวกับสุขภาวะของเด็กวัยก่อนเรียน วัยเรียนหรือวัยรุ่น ฯลฯ

# เอกสารอ้างอิง


กัลยา พลอยใหม่.(2545). **ความผาสุกทางจิตวิญญาณของเด็กวัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ :บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กุหลาบ รัตนสัจธรรมและคนอื่นๆ.(2540). **รายงานการวิจัยเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวกับปัญหายาเสพติดและพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในภาคตะวันออก**. ชลบุรี :กมลศิลป์การพิมพ์.

เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ และคนอื่นๆ. (2533). **ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่**. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กฤตยา อาชวนิจกุล และคนอื่นๆ. (2546). **ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ ส่วนอนามัยวัยเรียนและเยาวชน. (2543). **สรุปรายงานการประชุมสัมมนาเครือข่าย โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับประเทศ, เครือข่ายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับประเทศ**. โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนการเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2537). **รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2537**. กรุงเทพฯ :กระทรวงสาธารณสุข.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2545). **รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ.2543-2544**. นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข.

กองโภชนาการ กรมอนามัย. (2538). **รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย พ.ศ. 2538**. นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข.

กองโภชนาการ กรมอนามัย. (2546). **ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ.2546**: คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย . นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข.

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2543). **รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ พ.ศ .2539 - 2542**. นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข.

ขวัญใจ เอมใจ และ วณี ปิ่นประทีป (บรรณาธิการ). (2545). **จุดประกายปฏิรูประบบสุขภาพ: ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ (สรุปการสัมมนา 6 เวทีภูมิภาคเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ)**. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

คณะทำงานประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด. (2545). **รายงานเบื้องต้นประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด**. กรุงเทพฯ :สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะทำงานภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง. (2546). **ปัจจัยเสี่ยงและภาระโรคของประเทศไทย พ.ศ.2542**. นนทบุรี :สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

จรูญ จิตติวุฒิการ. (2545). ก**ลไกทางสมองของการติดยาและสารเสพติด (**Brain Reward Mechanism). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

จรรยา เศรษฐบุตร อัญชลี วรางค์รัตน์ และจิรภัค บุญชัยวัฒนา. (2541). **รายงานการสำรวจสภาวะเยาวชนไทย พ.ศ. 2541 (เอกสารทางวิชาการเลขที่ 235)**. นครปฐม:สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2538). **การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป :ประเทศไทยปี พ.ศ.2538**. นนทบุรี :โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). **สุขภาพคนไทยปี 2543: สถานะสุขภาพคนไทย** .กรุงเทพฯ :อุษาการพิมพ์.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคนอื่นๆ. (2546). **รายงานผลการศึกษาสาเหตุการตายของประชากรไทย ที่เสียชีวิตใน 1 ปี ระหว่างปี พ.ศ.2540-2542**. นนทบุรี :สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ฉัตรเพ็ญ บุญประกอบ. (2547). **รายงานในการประชุมเรื่อง ทรรศนะและความร่วมมือในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ระดับภาคพื้นเอเชียแปซิกฟิก**, ไทยโพสส์) p. 2904). กรุงเทพฯ.

เฉวตสรร นามวาทและคนอื่นๆ. (2546). รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการขนส่งประเทศไทย ปี 2544. **รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์**, 34(15), 252-255.

ชไมพันธ์ สันติกาญจน์ (2545). **ประมวลสภาพการณ์ปัญหาการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้จักรยานยนต์ในประเทศไทย พ.ศ.2545**. กรุงเทพฯ: บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด

ชุลีพร ศรศรี. (2541). **การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก .นครปฐม :บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เทอดศักดิ์ เดชคง. (2542). **ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ)**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน.

นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล. (2539). **รายงานโครงการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538**. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์. (2539). **รูปแบบครอบครัวไทยของสังคมสมัยใหม่: แนวโน้มในอนาคต**. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

บัญชา บูรณสิงห์. (2539). **ความต้องการที่อยู่อาศัยในวัยสูงอายุของผู้ที่ทำงานบริษัทชั้นนำในกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพฯ :คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล. (2545). **Osteoporosis in Women and Men**. .ใน อ .เทพพิสัย) บรรณาธิการ), สุขภาพปี ชีวีสดใสในวัยทอง.

เบญจพร ปัญญายง อิมทิรา พัวสกุล และ รสสุคนธ์ สุปัญญา. (2542). การทารุณทางเพศในเด็ก: รายงานผู้ป่วย 16 ราย. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 7(3), 140-148.

เบญจพร ปัญญายง และอลิสา วัชรสินธุ. (2541). **ปัญหาสุขภาพจิตเด็กในกรุงเทพมหานคร: การศึกษาทางระบาดวิทยา ปี 2541**.

ประเวศ วะสี. (2544). สุขภาวะทางจิต: สุขภาวะทางจิตวิญญาณ. **หมอชาวบ้าน**, 22(262), 41-46.

ประเวศ วะสี. (2545). **สุขภาพสังคมสู่สังคมสันติภาพ: มนุษย์พ้นทุกข์ร่วมกันได้**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ประเสริฐ อัสสันตชัย และคนอื่นๆ. (2546). National wide Survey of the Health Status and Quality of Life of Elderly Thais Attending Clubs for the Olderly. **Med Assoc Thai 2003**. (86), 938 - 946.

ประสาน ต่างใจ. (2546). **สุขภาวะ อนาคตและความศรัทธา**. หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์.

ป๋วย อึ๊งภากรณ์. (2516). **สันติประชาธรรม**. กรุงเทพมหานคร :สำนักพิมพ์เคล็ดไทย.

พิชัย แสงหาชัย.) 2545). **สุราและความผิดปรกติที่เกี่ยวข้อง) Alcohol Relate disorder)**. กรุงเทพฯ: กองจิตเวชและประสาทวิทยา ร.พ.พระมงกุฎเกล้า ร.พ.พระมงกุฎเกล้า.

มานี ปิยะอนันต์ และคนอื่นๆ. (2544). วุฒิภาวะทางเพศในเด็กไทย. **จดหมายเหตุทางแพทย์**, ปีที่ 80 (ฉบับที่ 9 กันยายน 2544), 557 - 564.

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ. (2543). **โครงการศึกษาสภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุไทย**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ลัดดา เหมาะสุวรรณ. (2543). **รายงานการทบทวนสภาวะสุขภาพของเด็กปฐมวัย** อ้างถึงใน จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, สถานะสุขภาพคนไทย ชุดสุขภาพคนไทยปี *2543.* กรุงเทพฯ :อุษาการพิมพ์.

วงสวาท โกศัลวัฒน์. (2547). **รายงานการทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์ด้านอาหารและโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด**. นครปฐม: สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรพงษ์ สำราญพิวาวัลย์. (2545). กัญชา. ใน วิโรจน์ วรชัย, อังกูร ภัทรากร, ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช, ฉวีวรรณ ปัญจบุศย์, และนิภา ณีสกุล (บรรณาธิการ), **ตำราการบำบัดผู้ติดยาเสพติด**. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

วัลลภ ปิยะมโนธรรม. (2539). การมีทุกข์มีสุขในครอบครัว. ใน คณะอนุกรรมการด้านครอบครัว สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (บรรณาธิการ), **การพัฒนาครอบครัว**. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง.

วิโรจน์ วีรชัย และ นพ.ลำซำ ลักขณาภิชนชัช. (2545). ยาม้า ยาบ้า (amphetamine and methamphetamine). ใน วิโรจน์ วรชัย, อังกูร ภัทรากร, ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช, ฉวีวรรณ ปัญจบุศย์, และนิภา ณีสกุล (บรรณาธิการ), **ตำราการบำบัดผู้ติดยาเสพติด**. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

วิโรจน์ วีรชัย และ นพ.วรพงษ์ สำราญพิวาวัลย์. (2545). สารระเหย. ใน วิโรจน์ วรชัย, อังกูร ภัทรากร, ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช, ฉวีวรรณ ปัญจบุศย์, และนิภา ณีสกุล (บรรณาธิการ), **ตำราการบำบัดผู้ติดยาเสพติด**. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

วิชัย เทียนถาวร. (2542). **กลยุทธเสริมในการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน**. บทความทางวิชาการ กรมอนามัย.

ศิริวรรณ ศิรินุญ. (2535). **ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย**. กรุงเทพฯ :สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.) 2546). **การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543-2568**. นนทบุรี :สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2547). **สุขภาพคนไทย 2546**. กรุงเทพฯ :อมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. (2538). **รายงานการวิจัยประเมินผลการลดอุบัติภัยจากการจราจรตามมติคณะรัฐมนตรี พ.ศ .2538**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต. (2544). **ก้าวใหม่งานสุขภาพจิตโรงเรียน** .นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

สมิต วัฒนธัญญกรรม. (2545). บุหรี่. ใน วิโรจน์ วรชัย, อังกูร ภัทรากร, ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช, ฉวีวรรณ ปัญจบุศย์, และนิภา ณีสกุล (บรรณาธิการ), **ตำราการบำบัดผู้ติดยาเสพติด**. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สายสุรี จุติกุล. (2539). ความรักและความอบอุ่นในครอบครัว .ใน คณะอนุกรรมการด้านครอบครัว สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (บรรณาธิการ), **การพัฒนาครอบครัว**. กรุงเทพฯ :อมรินทร์พริ้นติ้ง.

สุทธิพงษ์ บุญฤทธิ์. (2538). **ความต้องการที่อยู่อาศัยเมื่อถึงวัยเกษียณอายุของข้าราชการตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพฯ :คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2540). **การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ . 2539-2540**. นนทบุรี :สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนฯ.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะฯ. (2542). **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย** .กรุงเทพฯ :โฮลิสติกพับลิชชิ่ง.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ) (2545). **การสาธารณสุขไทย พ.ศ .2542-2543**. กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

แสงโสม สีนะวัฒน์. (2539). **สถานการณ์โรคขาดวิตามินเอในประเทศไทย**. เอกสารเผยแพร่ข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย. ปีที่1 ฉบับที่ 3.

แสงโสม สีนะวัฒน์. (2542). **แนวรุกใหม่สำหรับการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก**. บทความทางวิชาการ กองโภชนาการ กรมอนามัย.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2546). **จับตาสถานการณ์ความเป็นคนไทยวันนี้** . เอกสารประกอบงาน รวมพลคนสร้างสุขภาพ วันที่ 10-12 พฤศจิกายน 2546. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและภาคี.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2545). **ประมาณการผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในประเทศไทย (ธันวาคม 2544)**. กรุงเทพฯ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2545). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9: พ.ศ 2545-2549**. กรุงเทพฯ :สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. (2545). **จำนวนการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน) ในข่ายกองทุนฯ** .(นนทบุรี.

สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2545). **สภาพปัญหายาเสพติดและสถิติเกี่ยวกับข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ปี พ.ศ.2544**. กรุงเทพฯ :ส่วนพัฒนาระบบข้อมูลยาเสพติด สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2544). **ผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ :กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2546). **รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546**. กรุงเทพฯ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2547). **สรุปผลการสำรวจภาวการณ์ทำงานของประชากร (เดือนกันยายน 2547)**. กรุงเทพฯ :สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2544). **รายงานสำมะโนประชากรและการเคหะของประเทศไทยปี พ.ศ .2543**. กรุงเทพฯ :สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2545). **การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ .2544**. กรุงเทพฯ :สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2544). **แนวคิดการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์** .นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2544). **การศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย 9 จังหวัด และ 4 เขต ในกรุงเทพมหานคร**. นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2545). **ข้อมูลการศึกษา** Disability Adjusted Life Years (DALYs) **ประเทศไทย พ.ศ.2542**. นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2546). **ความสูญเสียทางสุขภาพและการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ** .นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2547). **สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ.2545**. นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2543). **มาตรฐานการศึกษาเพื่อการประเมินคุณภาพภายนอก :ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน**. กรุงเทพฯ.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2545). **การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 6-7 พ.ศ .2543-2544**. นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2547a). **ข้อมูลผู้ป่วยโรคเอดส์** (AIDS):**จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ กันยายน 2527-30 กันยายน 2547**.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2547b). **สรุปแนวโน้มสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ในประเทศไทย พ.ศ.2530 - 2545**. นนทบุรี.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2547). **ผลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอสไอวี รอบที่ 9 พ.ศ.2546**. นทบุรี.

หนังสือพิมพ์มติชน. (2545). **ลดปัญหาท้องก่อนวัย ปัญหาใหญ่ที่แก้ไม่ตก**, หนังสือพิมพ์มติชน) p. 32). กรุงเทพฯ.

อภิชัย มงคล และคณะ. (2547). **รายงานวิจัย เรื่อง การพัฒนาและทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่**. ขอนแก่น :โรงพิมพ์พระธรรมขันต์.

อังกูร ภัทรากร. (2545). สารกลุ่มฝิ่น (Opioids). ใน วิโรจน์ วรชัย, อังกูร ภัทรากร, ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช, ฉวีวรรณ ปัญจบุศย์, และนิภา ณีสกุล (บรรณาธิการ), **ตำราการบำบัดผู้ติดยาเสพติด** . ปทุมธานี :โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

อุรุษา เทพพิสัย และ มยุรี จิรพิโยม. (2545). Overview treatment of Osteoporosis in Men and Women. ใน อ .เทพพิสัย (บรรณาธิการ), **สุขภาพปี ชีวีสดใสในวัยทอง**.

อุ่นดา นพคุณ. (2535). **รายงานการวิจัย การศึกษาสถานภาพและนโยบายเกี่ยวกับเด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาส เด็กถูกทอดทิ้ง**. กรุงเทพฯ :โครงการสตรีและเยาวชนศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Alan Gray. et al. (1999). **Gender, Sexuality and Reproductive Health in Thailand.** Nakhon Pathom: Institute of Population and Social Research, Mahidol University.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2002). ACOG Committee opinion. Number 267, January 2002: exercise during pregnancy and the postpartum period. **Obstet Gynecol, 99**(1), 171-173.

Baker, D. (1998). **Mothers, Babies and Health in Later Life.** London, New York: Chusehill Livington Edinbergh.

Baldo, M., Aggleton, P., & Slutkin, G. (1993). **Does sex education lead to earlier or increased sexual activity in Youth?: Global Program on AIDS/WHO.**

Barker DJP., G.P., Godfrey KM et al (1993). Fetal nutrition and cardiovascular disease. **Lancet,** 341, 938-941.

Bass, S.L., Saxon, L., Daly, R.M., Turner, C.H., Robling, A.G., Seeman, E., & Stuckey, S. (2002). The effect of mechanical loading on the size and shape of bone in pre-, peri-, and postpubertal girls: a study in tennis players. **J Bone Miner Res,** 17(12), 2274-2280.

Bidlack, W.R., Omaye, S.T., Meskin, M.S., & Topham, D.K.W. (2000). Phytochemicals as bioactive agents. In S. Hecht (Ed.), **Chemoprevention by phytochemical modifiers of carcinogen metabolism**. Lancaster, Pensylvania.: Technomic Publishing.

Blair, S.N., Kohl, H.W., 3rd, Barlow, C.E., Paffenbarger, R.S., Jr., Gibbons, L.W., & Macera, C.A. (1995). Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. **Jama**, 273(14), 1093-1098.

Block, G. (1991). Epidemiologic evidence regarding vitamin C and cancer. **Am J Clin Nutr**, 54(6 Suppl), 1310S-1314S.

Blum, R.W. (1998). Healthy youth development as a model for youth health promotion. A review. **J Adolesc Health**, 22(5), 368-375.

Bundhamcharoen, K., Teerawatananon, Y., Vos, T., & Begg, S. (2002). **Burden of Disease and Injuries in Thailand: Priority Setting for policy.** Bangkok: Printing House of The War Veterans Organization of Thailand.

Bureau of Health policy and Plan, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. **Thailand Health Profile 1997-1998.**

Cheewadhanaraks, S., & Phandu-fung, S. (1990). The etiology factor in infertile patients at Songklanarind Hostpital. **Songkla Medical Journal**, 8(2), 137-144.

Department of Health and Human Services (HHS) and the Department of Agriculture (USDA). (2004). **Development of the 2005 Dietary Guidelines for Americans (sixth edition).**

Department of Health, MOPH. **The 4th National Nutrition Survey 1996**.

Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH) (2001). **Child and Adolescent Health and Development Progress Report 2000 -2001**. Geneva: WHO.

Dinh-Zarr, T.B., Sleet, D.A., Shults, R.A., Zaza, S., Elder, R.W., Nichols, J.L., Thompson, R.S., & Sosin, D.M. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to increase the use of safety belts. **Am J Prev Med**, 21(4 Suppl), 48-65.

DJP, B., AR, B., & al, O.C.e. (1990). Fetal and placental size and risk of hypertension in adult life. **BMJ**, 301, 259-262.

DJP, B. (1995). Fetal origins of coronary heart disease. *BMJ*, 311, 171-174.

DJP, B. (1997). Fetal nutrition and cardiovascular disease in later life. **Br Med Bull**, 53(1), 96-108.

Donatella, R., & Davis, L. (1993). **Defining Health and Illness; Access to Health**: Prentic Hall Inc.

Erikson, E.H. (1982). **The life cycle completed: a review**. New York: Norton.

FHI. (1997). Education Protects Health, Delays Sex. **Network**, 17(3).

Fletcher, G.F., Blair, S.N., Blumenthal, J., Caspersen, C., Chaitman, B., Epstein, S., Falls, H., Froelicher, E.S., Froelicher, V.F., & Pina, I.L. (1992). Statement on exercise. Benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans. A statement for

health professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart association. **Circulation**, 86(1), 340-344.

Frankel, S., Elwood, P., Sweetnam, P., Yarnell, J., & Smith, G.D. (1996). Birthweight, body-mass index in middle age, and incident coronary heart disease. **Lancet**, 348(9040), 1478-1480.

Gregg, E.W., Cauley, J.A., Seeley, D.G., Ensrud, K.E., & Bauer, D.C. (1998). Physical activity and osteoporotic fracture risk in older women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. **Ann Intern Med**, 129(2), 81-88.

Gregg, E.W., Pereira, M.A., & Caspersen, C.J. (2000). Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. **J Am Geriatr Soc**, 48(8), 883-893.

Gregg, E.W., Cauley, J.A., Stone, K., Thompson, T.J., Bauer, D.C., Cummings, S.R., & Ensrud, K.E. (2003). Relationship of changes in physical activity and mortality among older women. **Jama**, 289(18), 2379-2386.

Grundy, S.M., Cleeman, J.I., Merz, C.N., Brewer, H.B., Jr., Clark, L.T., Hunninghake, D.B., Pasternak, R.C., Smith, S.C., Jr., & Stone, N.J. (2004). A summary of implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. **Arterioscler Thromb Vasc Biol**, 24(8), 1329-1330.

Grunseit, A. (1997). **Impact of HIV and Sexual Health Education on The Sexual Behavior of Young people: A Review update**. Geneva: UNAIDS.

Hales CN., B.D.a.C.P. (1991). Fetal and infant growth and impaired glucose tolerance at age 64. **BMJ**, 303, 1019-1022.

He, F.J., & MacGregor, G.A. (2003). How far should salt intake be reduced? **Hypertension**, 42(6), 1093-1099.

Isarubhakdi, P. (2000). **Sexual Attitude in Experience of Rural Thai Youth**. Nakhon Pathom: Institute of Population and Social Research, Mahidol University.

Johansson, M., & Rasmussen, F. (2001). Birthweight and body mass index in young adulthood: the Swedish young male twins study. **Twin Res**, 4(5), 400-405.

John Knodel et al (2002). **AIDS and Older Persons, a focus on Thailand**.

Kakawani, N., & Krorgkeaw, M. (2541). เส้นความยากจนและการใช้ประโยชน์. กองประเมินผลการพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2(2).

Kanazawa, M., Yoshiike, N., Osaka, T., Numba, Y., Zimmet, P., & Inoue, S. (2002). Criteria and classification of obesity in Japan and Asia-Oceania. **Asia Pac J Clin Nutr**, 11 Suppl 8, S732-S737.

Kols, A., & Nguyen, T. (1997). Infertility in Developing Countries. **PATH Published: Series: Outlook**, 15(3), 1-9.

Koziel, S., & Jankowska, E.A. (2002). Birth weight and stature, body mass index and fat distribution of 14-year-old Polish adolescents. **J Paediatr Child Health**, 38(1), 55-58.

Krebs, N.F., & Jacobson, M.S. (2003). Prevention of pediatric overweight and obesity. **Pediatrics**, 112(2), 424-430.

Kris-Etherton, P.M., Harris, W.S., & Appel, L.J. (2002). Fish consumption, fish oil, omega-3 fatty acids, and cardiovascular disease. **Circulation**, 106(21), 2747-2757.

Kuh D and Ben-Shlomo Y (eds) (1997). **A life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology**. Oxford: Oxford University Press.

Larsen, H.R. (2002a). **Cancer: Causes, Prevention and Treatment**. Victoria, BC: International Health News.

Larsen, H.R. (2002b). **Insulin Resistance and Diabetes, *Issue 123***. Victoria, BC: International Health NEWS.

Larson-Meyer, D.E. (2002). Effect of postpartum exercise on mothers and their offspring: a review of the literature. **Obes Res**, 10(8), 841-853.

Mackay, J., & Mensah, G. (2004). **The Atlas of Heart Disease and Stroke**. Geneva: WHO

Manuel, D.G., Schultz, S.E., & Kopec, J.A. (2002). Measuring the health burden of chronic disease and injury using health adjusted life expectancy and the Health Utilities Index. **Journal of Epidemiology & Community Health**, 56(11), 843-850.

McCullough, M.L., Feskanich, D., Stampfer, M.J., Giovannucci, E.L., Rimm, E.B., Hu, F.B., Spiegelman, D., Hunter, D.J., Colditz, G.A., & Willett, W.C. (2002). Diet quality and major chronic disease risk in men and women: moving toward improved dietary guidance. **Am J Clin Nutr**, 76(6), 1261-1271.

Mi, J., Law, C., Zhang, K.L., Osmond, C., Stein, C., & Barker, D. (2000). Effects of infant birth weight and maternal body mass index in pregnancy on components of the insulin resistance syndrome in China. **Ann Intern Med,** 132(4), 253-260.

National Highway Traffic Safety Administration. (1997). **Initiative for Increasing Seat Belt use Nationwide.** Washington D.C: U.S Dept. of Transportation.

PATH (1997). STD Control and Primary Health Care for Women: Experience and Challenges. **Outlook,** 15(2).

Phijaisanit, P. (2000). Violence in the Family Proceeding and Abstract, The 2nd Central Asia Regional Congress of MWIA on "Family Health Beyond Year 2000, our society gain" , Tawana Ramada Hotel Bangkok, Thailand, *The 2nd Central Asia Regional Congress of MWIA on "Family Health Beyond Year 2000, our society gain" and The 40th annual meeting of TMWA.* Tawana Ramada Hotel Bangkok, Thailand.

Resnick et al. (1997). **Protecting adolescent from harm: findings from the National Meeting of American Medical Association**. American Medical Association.

Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R.E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L.H., & Udry, J.R. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. **Jama,** 278(10), 823-832.

Robinson, T.N. (1999). Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. **Jama,** 282(16), 1561-1567.

Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. **J Adolesc Health,** 14(8), 626-631, 690-626.

Sciarra, J. (1994). Infertility: an international health problem. **Int J Gynaecol Obstet,** 46(2), 155-163.

Sedlock, L. (2000). Reaching the youngest adolescents with reproductive health programs. **In Focus.**

Seidman, D.S., Laor, A., Gale, R., Stevenson, D.K., & Danon, Y.L. (1991). Is low birth weight a risk factor for asthma during adolescence? **Arch Dis Child,** 66(5), 584-587.

Senanarong, V., Jamjumrus, P., Harnphadungkit, K., Vannasaeng, S., Udompunthurak, S., Prayoonwiwat, N., & Poungvarin, N. (2001). Risk factors for dementia and impaired cognitive status in Thai elderly. **J Med Assoc Thai**, 84(4), 468-474.

Senanarong, V., Poungvarin, N., Sukhatunga, K., Prayoonwiwat, N., Chaisewikul, R., Petchurai, R., Praditsuwan, R., Udompunthurak, S., & Viriyavejakul, A. (2001). Cognitive status in the community dwelling Thai elderly. **J Med Assoc Thai**, 84(3), 408-416.

Senderowitz, J. (1999). **Making Reproductive Health Services Youth Friendly, Research, Program and Policy Series**. Washington DC: FOCUS on Young Adults, FHI.

Simone, C.B. (1994). **Caneer and Nutrition**. Garden City Park,NY: Avery Publishing Group Inc

Sowers, J.R. (2003). Obesity as a cardiovascular risk factor. **Am J Med**, 115 Suppl 8A, 37S-41S.

Specker, B., & Binkley, T. (2003). Randomized trial of physical activity and calcium supplementation on bone mineral content in 3- to 5-year-old children. **J Bone Miner Res**, 18(5), 885-892.

Stein, C., & Moritz, I. (1999). **A life course perspective of maintaining independence in older age**. Prepared for WHO under the guidance of WHO's Ageing and Health. Geneva: WHO.

Sukahavachana, D. (1999). Infertility in Thai. In G. Alan, & S. Punpuing (Eds.), **Gender, Sexuality and Reproductive Health in Thailand.** Nakonpatom: IPSR Mahidol University.

Tamim, H., Beydoun, H., Itani, M., Khogali, M., Chokr, I., & Yunis, K.A. (2004). Predicting neonatal outcomes: birthweight, body mass index or ponderal index? **J Perinat Med**, 32(6), 509-513.

Tanaka, T., Matsuzaki, A., Kuromaru, R., Kinukawa, N., Nose, Y., Matsumoto, T., & Hara, T. (2001). Association between birthweight and body mass index at 3 years of age. **Pediatr Int**, 43(6), 641-646.

The joint WHO / FAO Expert Consultation (2003). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: WHO Technical Report Series No. 916**, ***WHO Technical Report Series No. 916***. Geneva.

The King's Fund Centre (1991). **The Nation's Health: A Strategy for the 1990s**. Bangkok.

Thompson, J.R., Carter, R.L., Edwards, A.R., Roth, J., Ariet, M., Ross, N.L., & Resnick, M.B. (2003). A population-based study of the effects of birth weight on early developmental delay or disability in children. **Am J Perinatol**, 20(6), 321-332.

Tinker, A., Finn, K., & Epp, J. (2000). **Improving Women's Health: Issues and Interventions**. Washington, DC: World Bank.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). **Tracking Healthy people 2010.** Washington DC: U.S. Government printing Office.

UT., E., J., H., & Nickel R. et, al. **Early Stress and its Long - term Effects on Health-State of the Art and Implication for Future Research.** Dept. of Psychosornatic Medicine and Psychotherapy, University Maing.

Wadsworth, M.E., & Kuh, D.J. (1997). Childhood influences on adult health: a review of recent work from the British 1946 national birth cohort study, the MRC National Survey of Health and Development. **Paediatr Perinat Epidemiol,** 11(1), 2-20.

Wallace, B.A., & Cumming, R.G. (2000). Systematic review of randomized trials of the effect of exercise on bone mass in pre- and postmenopausal women. **Calcif Tissue Int,** 67(1), 10-18.

Ware, J.E., Jr., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. **J Clin Epidemiol,** 51(11), 903-912.

Werner, E.E. (1989). High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. **Am J Orthopsychiatry,** 59(1), 72-81.

Werner, E.E. (1992). The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood. **J Adolesc Health,** 13(4), 262-268.

Werner, E.E. (1997). Vulnerable but invincible: high-risk children from birth to adulthood. **Acta Paediatr Suppl,** 422, 103-105.

WHO. (1991). **Infertility: a tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility**. Geneva, Switzerland: WHO Programme on Maternal and Child Health and Family Planning.

WHO. (1993a). **Life skill education for children and adolescent in schools.** Geneva

WHO. (1993b). **WHO Counseling skills training in adolescent sexuality and reproductive health: a facilitator guide**. *WHO/ ADH/ 93.3.* Geneva.

WHO. (1996). **WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic of the Assessment: Field Trial Version**. Geneva: WHO

WHO. (1998a). **EB101/7.R2 Review of the Constitution: report of the Executive Board special group: WHO**.

WHO. (1998b). **World Heath Statistics Annual 1996**. Geneva Switzerland: WHO

WHO. (1999). Programming for Adolescent Health and Development. **WHO Technical Report Series 886**. Geneva: WHO / UNFPA / UNICEF Study Group, WHO.

WHO. (2002). Leading 10 selected risk factors as percentage cause of disease burden measured in DALYs., **The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life** (p. 162). Geneva: WHO.

WHO and UNICEF. (2000). **Report from the third meeting of the two years Measurement Project. Conceptual Overviews: Risk and Protective factors in Relationship to Adolescent behavior, Health and Development**. Washington D.C.

Wilson, T., & Temple, N.J. (2001). **Nutritional Health: Strategies for Disease Prevention**. Totowa, New Jersey: Humana Press.

Wiseman, G. (2002). **Nutrition and Health.** London: Taylor & Francis

World Bank. (1999). **Safe motherhood and the World Bank: Lessons Form 10 years of Experience.** Washington D.C.: World Bank.

# ภาคผนวก 1

# รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

## รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

| | | |
|---|---|---|
| 1. | ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา | ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล |
| 2. | ศ.พญ.สดใส เวชชาชีวะ | สมาคมแพทย์สตรีแห่งประเทศไทย |
| 3. | ศ.พญ.นิตยา คชภักดี | สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. | ศ.พญ.เพ็ญศรี พิชัยสนิท | อนุกรรมการด้านครอบครัว สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ |
| 5. | ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล | สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. | รศ.พญ.อุมาภรณ์ สุทัศน์วรวุฒิ | คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี |
| 7. | รศ.ดร.สายฤดี วรกิจโภคาทร | สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. | รศ.เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. | รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 10. | รศ.ดร.ประภาเพ็ญ สุวรรณ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 11. | ดร.อุทัย ดุลยเกษม | มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ คณะศิลปศาสตร์ |
| 12. | ดร.สุวจี จันทร์ถนอม | วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 13. | รศ.ทพญ.ฤดี สุราฤทธิ์ | คณะทันตแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 14. | ผศ.ดร.ทพญ.ยุพิน ส่งไพศาล | คณะทันตแพทย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 15. | ดร.พิสมัย จันทวิมล | มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 16. | นพ.พรชัย สิทธิศรินปกุล | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 17. | ศ.นพ.ประเวศ วะสี | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 18. | รศ.พญ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 19. | นพ.วิพุธ พูลเจริญ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 20. | พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 21. | พญ.นันทา อ่วมกุล | กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข |
| 22. | นายแพทย์บวร งามศิริอุดม | ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข |

| | | |
|---|---|---|
| 23. | นพ.ชัย กฤติยาภิชาติกุล | ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 10 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข |
| 24. | นพ. ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล | สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข |
| 25. | นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ | กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข |
| 26. | ดร.สสิธร เทพตระการพร | กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข |
| 27. | ทพญ.จันทนา อึ้งชูศักดิ์ | กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข |
| 28. | นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ | เลขาธิการคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ |
| 29. | ดร.พิมพ์พิมล ธงเธียร | สำนักนิเทศและพัฒนามาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ |
| 30. | ดร. นิตยา กมลวัทนิสา | สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 31. | ทพ.กฤษดา เรืองอารีย์รัชต์ | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ |
| 32. | สุภาวดี หาญเมธี | กรรมการผู้จัดการและบรรณาธิการอำนวยการสื่อในเครือ "รักลูกแฟมิลี่กรุ๊ป" |

# ภาคผนวก 2

# เครื่องชี้วัดที่ได้ปรับปรุงสำหรับใช้ในชุมชน

# คู่ครองสุขภาพดี

คู่ครองสุขภาพดี จะนำมาซึ่งครอบครัวสุขภาพดี ปลอดจากความรุนแรง และเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งต่อการมีสุขภาวะของสมาชิกทุกคน/ ทุกวัยในครอบครัวและสังคม

| | | |
|---|---|---|
| 1. อยู่ด้วยกันเพราะความรัก | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 2. เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของกันและกันเป็นส่วนใหญ่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 3. ไม่มีโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น Thalassemia, หรือ โรคติดต่อร้านแรง เช่น HIV/AIDS | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 4. อายุเกิน 18 ปี เมื่อเริ่มชีวิตคู่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 5. มีอาชีพที่สุจริต, มีการศึกษา | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 6. มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายในครอบครัว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 7. เมื่อมีปัญหาในครอบครัวจะพูดคุยร่วมมือกันแก้ปัญหาโดยไม่ใช้ความรุนแรง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 8. ทั้งคู่รู้ว่าตนเองมีบทบาทและความรับผิดชอบต่อครอบครัวอย่างไร | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 9. มีทัศนคติที่ดีต่อเพศของตนเองและเพศตรงข้าม | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 10. มีเพศสัมพันธ์ที่ดีกับคู่ครอง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 11. ไม่ติดยาบ้า เฮโรอีน ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุราจนเมามาย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 12. รู้เรื่องการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ในเวลาที่เหมาะสม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 13. ไม่มีพฤติกรรรมส่ำส่อนทางเพศ ไม่นอกใจ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

# หญิงตั้งครรภ์สุขภาพดี

หญิงตั้งครรภ์สุขภาพดี คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีโอกาสสูง ที่จะตั้งครรภ์อย่างมีสุขภาพดีทั้งกายและใจไปจนครรภ์ครบกำหนดและคลอดอย่างปลอดภัยทั้งแม่และลูก

| | | |
|---|---|---|
| 1. อายุเมื่อตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 20-35 ปี | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 2. น้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์ (ตลอดระยะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นประมาณ 10-12.5 กิโลกรัม) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 3. ความดันโลหิตปกติ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 4. ไม่ซีด | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 5. ไม่บวม | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 6. ไม่มีความเครียด จิตใจแจ่มใสเป็นส่วนใหญ่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 7. รู้สึกสบายใจ มั่นคงปลอดภัยตลอดการตั้งครรภ์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 8. ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวในช่วงการตั้งครรภ์ เช่น ช่วยงานบ้าน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 9. ไม่สูบบุหรี่ และดื่มสุรา ระหว่างการตั้งครรภ์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 10. ไม่ใช้ยาต่าง ๆ โดยไม่ผ่านการตรวจจากแพทย์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 11. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 12. นอนหลับอย่างน้อย 7-9 ช.ม. /วัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 13. ไม่ทำงานหนัก โดยเฉพาะยกของหนัก | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 14. ไม่มีความรุนแรงในครอบครัว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 15. ได้รับการตรวจครรภ์โดยบุคลากร ที่มีความรู้ อย่างน้อย 4 ครั้ง ก่อนคลอด | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 16. ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 17. ได้รับความรู้เกี่ยวกับการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ และการปฏิบัติตน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 18. คลอดโดยบุคคลากรที่มีความรู้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 19. ได้รับการดูแลหลังคลอดโดยบุคลากรที่มีความรู้ และไปตรวจหลังคลอดตามคำแนะนำ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 20. มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การเว้นระยะห่างระหว่างครรภ์ที่เหมาะสม แก่ สุขภาพมารดาและทารก | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

# เด็กน้อยสุขภาพดี (อายุต่ำกว่า 1 ปี)

หมายถึง เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีการเจริญเติบโตที่สมบูรณ์เป็นปกติมาตั้งแต่ในครรภ์มารดาและหลังคลอด มีพัฒนาการปกติ ได้รับความคุ้มครองให้ปลอดภัยจากโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อและภัยจากอุบัติเหตุ ได้รับการเลี้ยงดูที่ถูกต้องเพื่อจะเติบโตเป็นเด็กวัยเตาะแตะที่มีสุขภาพดีต่อไป

| | | |
|---|---|---|
| 1. น้ำหนักแรกเกิดไม่ต่ำกว่า 3,000 กรัม | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 2. น้ำหนักและส่วนสูงปัจจุบันอยู่ในเส้นโค้งปกติ (ดูจากสมุดสุขภาพ) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 3. ไม่มีความพิการทางร่างกาย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 4. ไม่ซีด (ดูที่เปลือกตาล่างด้านใน) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 5. ได้รับวัคซีน BCG (ป้องกันวัณโรค) แล้ว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 6. ได้รับวัคซีนป้องกันโรคที่จำเป็นต่อไปนี้ | | |
| ☐ คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ☐ โปลิโอ<br>☐ ไวรัสตับอักเสบ ☐ หัด | | |
| 7. พัฒนาการปกติ คือ (เช็คตามอายุเด็ก) | | |
| ☐ 2 เดือน ยิ้มได้ | | |
| ☐ 4 เดือน หันหาเสียงเรียก | | |
| ☐ 6 เดือน ฟันซี่แรกขึ้น | | |
| ☐ 8 เดือน นั่งได้เอง โดยมือไม่ยันพื้น | | |
| ☐ 9 เดือน ใช้นิ้วหยิบของชิ้นเล็ก | | |
| ☐ 11 เดือน ยืนได้ (ตั้งไข่ได้) | | |
| 8. เด็กอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 9. เด็กได้กินนมแม่โดยไม่กินนมขวดเลย จนถึงอายุ 4 เดือน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 10. เด็กได้กินอาหารเสริมเมื่ออายุ 6 เดือน ขึ้นไป | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 11. เด็กได้รับการโอบกอดเป็นประจำจากพ่อ แม่ หรือผู้ที่เลี้ยงดู | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 12. เด็กได้รับการเช็ดฟัน (เมื่อฟันขึ้นแล้ว) ตอนอาบน้ำ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 13. พ่อ/แม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก ไม่นำเด็กขึ้นรถมอเตอร์ไซด์ ไม่ว่าจะเดินทางใกล้หรือไกล | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 14. ไม่ใช้ความรุนแรงกับเด็ก ทั้งกาย และวาจา | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

## เด็กน้อยก่อนวัยเรียนสุขภาพดี (อายุ 1-5 ปี)

หมายถึง เด็กที่มีการเจริญเติบโต และพัฒนาการของการทำงานของร่างกายปกติตามอายุ ได้รับการคุ้มครองจากบริการสุขภาพที่สำคัญในอายุนี้ เช่น โรคติดเชื้อ หรืออุบัติเหตุ ได้รับการเลี้ยงดูอย่างอบอุ่นจากพ่อแม่ หรือคนเลี้ยง เพื่อเติบโตเป็นเด็กวัยเรียนที่มีสุขภาพดี และมีคุณค่าต่อสังคมต่อไป

| | | |
|---|---|---|
| 1. น้ำหนักและส่วนสูงปัจจุบันอยู่ในเส้นโค้งปกติของเด็กไทย (ดูจากสมุดสุขภาพ) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 2. ไม่มีความพิการทางร่างกาย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 3. ไม่ซีด (ดูที่เปลือกตาล่างด้านใน) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 4. ไม่มีฟันผุ หรือถ้ามีควรได้รับการรักษาแล้ว เช่น อุดฟัน ถอนฟัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 5. ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน หรือเหงือกเป็นหนอง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 6. ได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบ คือ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| ☐ BCG (วัณโรค) | | |
| ☐ ไวรัสตับอักเสบ ครบ 3 เข็ม | | |
| ☐ คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ครบ 3 ครั้ง | | |
| ☐ โปลิโอ ครบ 3 ครั้ง | | |
| ☐ วัคซีนหัด | | |
| 7. อารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 8. เดินได้แล้ว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 9. พัฒนาการอื่นๆ ปกติตามอายุ คือ | | |
| ☐ 1 ปี 3 เดือนขึ้นไป เรียกพ่อ แม่ หรือคนเลี้ยงได้ | | |
| ☐ 1 ปี 3 เดือนขึ้นไป ใช้นิ้วหรือดินสอ หรืออย่างอื่นขีดเขียนบนกระดาษหรือพื้นดินได้ | | |
| ☐ 1 ปี 6 เดือนขึ้นไป ชี้รูปภาพ หรืออวัยวะได้ | | |
| ☐ 2 ปี ขึ้นไป พูดได้ 2-3 คำ ติดกัน และมีความผูกพันกับผู้ใกล้ชิด | | |
| ☐ 3 ปี ขึ้นไป รู้จักจำนวน (1 ชิ้น หรือ 1 อันมีเท่าใด) รู้จักถาม และแต่งตัวได้เอง | | |
| ☐ 3 ปี ขึ้นไป ได้รับการสอนไม่ให้รังแกเพื่อนหรือสัตว์ต่างๆ ในรู้จักแบ่งปันสิ่งของหรือขนมให้เพื่อน | | |

| | | |
|---|---|---|
| 10. อาหารและพฤติกรรมการกินดี คือ | | |
| ☐ ได้กินอาหารประเภทต่างๆ ทั้งหมดครบทุกวัน คือ แป้ง (ข้าว, ก๋วยเตี๋ยว) เนื้อสัตว์ ผักต่างๆ ผลไม้ นมสด | | |
| ☐ ได้กินอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน | | |
| ☐ ได้กินผลไม้ทุกวัน | | |
| ☐ ดื่มนมจืด | | |
| ☐ ไม่ปลุกเด็กให้ดื่มนมหลังจากนอนหลับแล้วช่วงกลางคืน | | |
| ☐ ไม่กินขนมหวานและขนมกรุบกรอบระหว่างมื้อ | | |
| ☐ ไม่ดื่มน้ำอัดลมทุกรูปแบบ | | |
| ☐ เด็กอายุ 1 ปีครึ่งขึ้นไป เลิกดูดนมจากขวดแต่ดื่มจากแก้ว | | |
| 11. แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เช้า, ก่อนนอน) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 12. ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังการถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 13. ได้รับการโอบกอดจาก พ่อ แม่ หรือผู้เลี้ยงเด็กเป็นประจำทุกวัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 14. ได้ฟังนิทานโดยการบอกเล่าหรืออ่านหนังสือโดยพ่อ แม่ หรือผู้เลี้ยงเด็ก เสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 15. ได้รับคำชมเชยเมื่อเมื่อทำความดี เช่นแบ่งขนมให้น้อง, เพื่อน ทิ้งขยะในที่ทิ้งอย่างถูกต้อง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 16. ได้มีโอกาสสร้างความสัมพันธ์ที่ดีนอกครอบครัว เช่น การพบปะสังสรรค์ระหว่างญาติพี่น้อง อย่างสม่ำเสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 17. ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนากับครอบครัว เป็นประจำ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 18. เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ไม่โดยสารโดยรถมอเตอร์ไซด์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 19. เด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป ถ้าจำเป็นต้องโดยสารรถมอเตอร์ไซด์ จะต้องสวมหมวกกันน็อคสำหรับเด็กทุกครั้ง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 20. พ่อแม่ /คนเลี้ยงดูไม่ใช้ความรุนแรงกับเด็กทั้งร่างกายและวาจา | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

# เด็กวัยเรียนสุขภาพดี (อายุ 6-12 ปี)

หมายถึง เด็กอายุ 6-12 ปี ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ มีพฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาการที่ดีทั้งจิตใจ บุคลิกภาพ รู้จักหน้าที่ความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม มีศักยภาพในการเจริญเติบโตเป็นวัยรุ่นที่มีคุณภาพและสุขภาพดีต่อไป

| | | |
|---|---|---|
| 1. **สุขภาพทางกาย** | | |
| - น้ำหนักและส่วนสูงปัจจุบันอยู่ในเส้นโค้งปกติของเด็กไทย (ดูจากสมุดสุขภาพนักเรียน) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่ซีด (ดูที่เปลือกตาล่างด้านใน) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - สุขภาพฟันดี ไม่มีฟันผุ หรือถ้ามีควรได้รับการรักษาแล้ว เช่น อุดฟัน ถอนฟัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - เหงือกปกติ ไม่อักเสบ เป็นหนอง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ระดับเชาว์ปัญญาปกติถึงดี (IQ ไม่ต่ำกว่า 100) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 2. **มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดี** | | |
| - อาหารและพฤติกรรมการกินดี คือ | | |
| ☐ กินอาหารครบ 5 ประเภท คือ แป้ง (ข้าว, ก๋วยเตี๋ยว) เนื้อสัตว์ ผักต่างๆ ผลไม้ นมสด | | |
| ☐ ได้กินอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน | | |
| ☐ กินอาหารประเภทผักต่าง ๆ วันละ 3 ทัพพี หรือ 9 ช้อนโต๊ะ | | |
| ☐ กินผลไม้ต่าง ๆ ทุกวัน | | |
| ☐ ดื่มน้ำสะอาดวันละไม่ต่ำกว่า 6 แก้ว | | |
| ☐ ดื่มนมจืด | | |
| ☐ **ไม่**กินอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ | | |
| ☐ **ไม่**กินอาหารที่รสหวานจัด เค็มจัด และอาหารประเภทสุกๆ ดิบๆ | | |
| ☐ **ไม่**ดื่มน้ำอัดลมในรูปแบบต่างๆ | | |
| - แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า, และก่อนเข้านอน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังการถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ได้ออกกำลังกาย หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน วิ่ง เล่นกีฬา ไม่ต่ำกว่า 150 นาที ต่อสัปดาห์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - นอนหลับไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่สูบบุหรี่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่ดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ทำความสะอาดอวัยวะเพศของตนเองให้สะอาดเสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและภายหลังถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

| | | |
|---|---|---|
| - สามารถว่ายน้ำได้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ระมัดระวังเมื่อข้ามถนน เช่น มองซ้าย ขวา ก่อนข้ามถนน/ ข้ามทางม้าลาย หรือบนสะพานลอยทุกครั้ง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีความรู้เรื่องปัญหาการตั้งครรภ์เมื่ออายุยังน้อย และการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นโดยไม่ป้องกันจะเกิดผลร้ายอย่างไร | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| **3. สุขภาพจิตและพัฒนาการทางจิตดี** | | |
| - อารมณ์ดี ไม่หงุดหงิด ไม่โมโหง่าย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มองโลกในด้านดี หรือด้านบวก เช่น เมื่อพ่อแม่ดุ ก็คิดว่าพ่อแม่สอนให้เป็นคนดี | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - รู้สึกรัก พ่อแม่ /พี่ น้อง /เพื่อน /ครู | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ได้มีโอกาสแสดงออกตามความสามารถ หรือความถนัดของตน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - รู้สึกมั่นใจว่ามีผู้คอยให้ความช่วยเหลือในเวลาที่ต้องการ (เช่น พ่อแม่/ญาติ/พี่ น้อง/เพื่อน) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีจุดมุ่งหมายในอนาคต เช่น อาชีพ การศึกษาต่อ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ปฏิบัติกิจหรือเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนาที่นับถือกับครอบครัว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ช่วยเหลือเพื่อนหรือผู้อื่น โดยไม่หวังค่าตอบแทน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - เชื่อว่าทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่วเสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า อย่างน้อยที่สุดก็เท่ากับเด็กคนอื่น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| **4. รู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ วินัย ต่อครอบครัวและสังคม** | | |
| - ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองโดยไม่ต้องเตือน เช่น กินอาหาร เข้านอนตามเวลา | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - แสดงความเคารพผู้ใหญ่ เช่น ไหว้พ่อ แม่ เมื่อไป-กลับจากโรงเรียน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ตรงต่อเวลา เช่น การเข้าห้องเรียน การนัดหมาย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - เข้าคิวเวลารอซื้อของหรือรอรับบริการต่างๆ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - รักษาคำพูด/สัญญา ที่ให้ไว้กับผู้อื่น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่หยิบฉวยสมบัติส่วนตัวของผู้อื่นมาใช้โดยไม่ขออนุญาต | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - เต็มใจที่จะแบ่งปันสิ่งของ เช่น ขนม ให้เพื่อน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - กล่าวแสดงความชื่นชมในความสำเร็จของผู้อื่นได้เสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - เวลาโกรธเพื่อนไม่กลั่นแกล้ง หรือ ด่าเพื่อนด้วยคำหยาบ หรือทำร้ายร่างกาย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ร่วมทำกิจกรรมการละเล่น ด้านศิลปะ / ดนตรี / กีฬากับเด็กอื่น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ช่วยเหลืองานในบ้านเสมอ หรือตามที่ได้รับมอบหมาย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม และรักษาสาธารณประโยชน์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - รู้จักเก็บออมทรัพย์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

# วัยรุ่นสุขภาพดี (อายุ 13-18 ปี)

หมายถึง กลุ่มเยาวชน 13-18 ปี ที่มีสุขภาพดีร่างกาย จิตใจ และสังคม มีศักยภาพที่จะปลอดภัยจากปัญหาสำคัญทางสุขภาพของวัยรุ่นที่ป้องกันได้ เช่น อุบัติเหตุ ยาเสพติด โรคเอดส์ รวมทั้งสามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีต่อไป รวมทั้งเป็นประชากรที่มีคุณภาพของประเทศด้วย

| | | |
|---|---|---|
| **1. สุขภาพทางกาย** | | |
| - ไม่อ้วนหรือผอมเกินไป (BMI ปกติ 18.5-24.9) BMI = ……<br>(BMI = น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง $^2$ (เมตร) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่ซีด (ดูที่เปลือกตาล่างด้านใน) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ความดันโลหิตอยู่ในระดับไม่เกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - สุขภาพฟันดี ไม่มีฟันผุ หรือถ้ามีควรได้รับการรักษาแล้ว เช่น อุดฟัน ถอนฟัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - เหงือกปกติ ไม่อักเสบ เป็นหนอง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ถ้าเป็นเพศหญิงเริ่มมีประจำเดือน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่แสดงความเป็นเพศหญิง, ชาย ชัดเจน เช่น เต้านมขยายตัว, มีขนที่รักแร้และอวัยวะสืบพันธ์, เสียงเปลี่ยน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ระดับเชาว์ปัญญาปกติถึงดี (IQ ไม่ต่ำกว่า 100) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| **2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** | | |
| - อาหารและพฤติกรรมการกินดี คือ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| ☐ กินอาหารครบ 5 ประเภท คือ แป้ง (ข้าว, ก๋วยเตี๋ยว) เนื้อสัตว์ ผักต่างๆ ผลไม้ นมสด | | |
| ☐ ได้กินอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน | | |
| ☐ กินอาหารประเภทผักต่าง ๆ วันละ 3 ทัพพี หรือ 9 ช้อนโต๊ะ | | |
| ☐ กินผลไม้ต่าง ๆ ทุกวัน (รวมน้ำผลไม้สดที่ไม่ใช่น้ำอัดลม) | | |
| ☐ ดื่มน้ำสะอาดวันละไม่ต่ำกว่า 6 แก้ว | | |
| ☐ ดื่มนมจืด | | |
| ☐ **ไม่**กินอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ | | |
| ☐ **ไม่**กินอาหารที่รสหวานจัด เค็มจัด และอาหารประเภทสุกๆ ดิบๆ | | |
| ☐ **ไม่**ดื่มน้ำอัดลมในรูปแบบต่างๆ | | |
| - แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า, และก่อนเข้านอน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและภายหลังถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

| | | |
|---|---|---|
| - ได้ออกกำลังกาย หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน วิ่ง เล่นกีฬา ไม่ต่ำกว่า 150 นาที ต่อสัปดาห์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - นอนหลับไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่สูบบุหรี่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่ดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่ใช้สารเสพติดใดๆ เช่น ยาบ้า กัญชา กาว เฮโลอิน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - สวมหมวกกันน็อคทุกครั้งเมื่อขับขี่หรือซ้อนรถจักรยานยนต์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งเมื่อขับหรือนั่งข้างคนขับรถยนต์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ถ้าขับขี่ยวดยาน เช่น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ ไม่ใช้ความเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ระมัดระวังเมื่อข้ามถนน เช่น มองซ้าย ขวา ก่อนข้ามถนน/ ข้ามทางม้าลาย หรือบนสะพานลอยทุกครั้ง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - สามารถว่ายน้ำได้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ทำความสะอาดอวัยวะเพศของตนเองให้สะอาดเสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - เมื่อเกิดความต้องการทางเพศสามารถระบายออกได้ด้วยการทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น เล่นกีฬา ดนตรี ฯลฯ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 3. **สุขภาพจิตและพัฒนาการทางจิตดี** (วัดจากความรู้สึกของวัยรุ่นเอง) | | |
| - ได้มีโอกาสแสดงออกตามความถนัด หรือความสามารถของตน เช่น กีฬา ดนตรี | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - รู้สึกมั่นใจว่ามีที่พึ่ง เช่น มีพ่อแม่ / ญาติพี่น้อง / เพื่อนคอยให้ความช่วยเหลือในเวลาที่ต้องการ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีจุดมุ่งหมายในอนาคต เช่น อาชีพ การศึกษา การงาน หรือครอบครัว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - เชื่อว่าทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่วเสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ฝึกบริหารจิต เช่น นั่งสมาธิ ฝึกโยคะ รำมวยจีน ฯลฯ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ช่วยเหลือเพื่อนหรือผู้อื่น โดยไม่หวังค่าตอบแทน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ทำงานอาสาสมัคร หรือกิจกรรมสาธารณประโยชน์เท่าที่มีโอกาสเสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ปฏิบัติกิจทางศาสนา และเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนาที่นับถือเป็นประจำ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - รู้สึกพอใจในตนเอง และเห็นตนเองมีคุณค่าอย่างน้อยที่สุดก็เท่ากับเด็กคนอื่น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

| | | |
|---|---|---|
| 4. **รู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ วินัย ต่อครอบครัวและสังคม** | | |
| - ช่วยเหลืองานของบ้าน และโรงเรียนเป็นประจำเสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ตรงต่อเวลา เช่น การเข้าห้องเรียน การนัดหมาย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - รู้จักเข้าคิวเวลารอซื้อของหรือรอรับบริการต่างๆ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมและรักษาสาธารณประโยชน์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - แบ่งเงินเบี้ยเลี้ยงประจำวันเพื่อเก็บออมทรัพย์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีกิจกรรมด้านใดด้านหนึ่งนอกจากการเรียนเป็นประจำ เช่นเล่นกีฬา ดนตรี | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ร่วมทำกิจกรรมต่างๆกับคนในครอบครัว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่หยิบฉวยสิ่งของผู้อื่นมาใช้โดยไม่ขออนุญาต | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - รักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้อื่น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - กล่าวแสดงความชื่นชมในความสำเร็จของผู้อื่นได้โดยง่าย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - เวลาโกรธเพื่อนไม่ด่าเพื่อนด้วยคำหยาบหรือทำร้ายร่างกาย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 5. **มีทัศนคติที่ดีต่อเพศตรงข้ามและพฤติกรรมทางเพศ** | | |
| - คิดว่าเพศชายหรือเพศหญิงก็มีความสำคัญเท่าเทียมกันในสังคม | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีความรู้ว่าเพศสัมพันธ์อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพได้ เช่น การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม การติดเชื้อโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคเอดส์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่มีเพศสัมพันธ์โดยยังไม่พร้อม หรือถ้ามีเพศสัมพันธ์มีเพียงคนเดียว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ถ้าเป็นเพศชาย เมื่อมีเพศสัมพันธ์จะต้องป้องกันทั้งตนเองและเพศหญิงให้ปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

# วัยแรงงานสุขภาพดี (อายุ 19-59 ปี)

หมายถึง วัยอายุ 19-59 ปี ที่มีสุขภาพดีร่างกาย จิตใจ และสังคม มีศักยภาพที่จะปลอดภัยจากปัญหาสำคัญทางสุขภาพที่ป้องกันได้ มีอนามัยเจริญพันธุ์ดี ทำงานเหมาะสมและปลอดภัย รู้จักบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม มีความมั่นคงในชีวิต และมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งจะเป็นศักยภาพพื้นฐานที่จะพัฒนาสู่วัยสูงอายุที่มีสุขภาพดีต่อไป รวมทั้งเป็นประชากรที่มีคุณภาพของประเทศด้วย

| **1. สุขภาพทางกาย** | | |
|---|---|---|
| - ไม่อ้วนหรือผอมเกินไป (BMI ปกติ 18.5-24.9) BMI = ……<br>(BMI = น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง $^2$ (เมตร) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ความดันโลหิตอยู่ในระดับไม่เกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - โรคประจำตัว<br>☐ ไม่มี<br>☐ มี ระบุ …… | | |
| - สุขภาพฟันดี ไม่มีฟันผุ หรือถ้ามีควรได้รับการรักษาแล้ว เช่น อุดฟัน ถอนฟัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - จำนวนฟันที่ใช้ได้ดีในช่องปาก (รวมฟันปลอม) ไม่น้อยกว่า 26 ซี่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - เหงือกปกติ ไม่อักเสบ เป็นหนอง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม | | |
| ☐ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง | | |
| ☐ ได้รับการตรวจสุขภาพไม่ต่ำกว่า 1 ครั้งต่อปี | | |
| ☐ อายุ 35 ปีขึ้นไป ตรวจเลือด (ตรวจหาน้ำตาล) ไม่ต่ำกว่า 1 ครั้งต่อปี | | |
| ☐ อายุ 35 ปีขึ้นไป ตรวจเลือด (ตรวจระดับไขมัน) ไม่ต่ำกว่า 1 ครั้งต่อปี | | |
| ☐ เพศหญิง ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) และตรวจเต้านม | | |
| ☐ เพศชาย ได้รับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก | | |
| ☐ ได้รับบริการวางแผนครอบครัว เมื่อมีบุตรครบตามต้องการ | | |
| ☐ เพศหญิง เมื่อถึงวัยหมดประจำเดือน ได้รับบริการแนะนำหรือดูแลอาการของการหมดประจำเดือน | | |
| - กรณีที่สมรสแล้ว สมรรถภาพทางเพศปกติดี ไม่มีปัญหา | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ทำงานเหมาะสมปลอดภัย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| ☐ ทำงานเฉลี่ยวันละไม่เกิน 8 ชั่วโมง | | |
| ☐ หลังการทำงานติดต่อกัน 2 ชั่วโมง มีเวลาพักจากการทำงาน | | |
| ☐ ไม่มีปัญหาปวดไหล่ หรือปวดหลัง ที่เนื่องมาจากการทำงาน | | |

| | | |
|---|---|---|
| ☐ งานที่ทำไม่มีภาวะเสี่ยง หรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัยหรือถ้ามีได้ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสมอ เช่น รองเท้า ถุงมือ อุปกรณ์ปิดปากและจมูก | | |
| ☐ ได้รับบริการการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงาน | | |
| ☐ กรณีที่มีปัญหาสุขภาพ ได้ใช้วิธีการป้องกันเพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อผู้ร่วมงานอื่น | | |
| **2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** | | |
| - อาหารและพฤติกรรมการกินดี คือ | | |
| ☐ ได้กินอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน | | |
| ☐ กินอาหารประเภทปลามากกว่าเนื้อสัตว์อื่น | | |
| ☐ กินอาหารประเภทผักต่าง ๆ วันละ 3 ทัพพี หรือ 9 ช้อนโต๊ะ | | |
| ☐ กินผลไม้ต่าง ๆ ทุกวัน (รวมน้ำผลไม้สดที่ไม่ใช่น้ำอัดลม) | | |
| ☐ ดื่มน้ำสะอาดวันละไม่ต่ำกว่า 6 แก้ว | | |
| ☐ **ไม่**กินอาหารไขมันสูงเป็นประจำ เช่น ฟาสฟู้ดจานด่วน เนื้อติดมัน ไก่ติดหนัง | | |
| ☐ **ไม่**กินอาหารที่รสหวานจัด เค็มจัด และอาหารประเภทสุกๆ ดิบๆ | | |
| - แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า, และก่อนเข้านอน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและภายหลังถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ได้ออกกำลังกาย หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน วิ่ง เล่นกีฬา ไม่ต่ำกว่า 150 นาที ต่อสัปดาห์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - นอนหลับไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่สูบบุหรี่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่ดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เกิน 2 แก้วมาตรฐานใน 1 วัน (เช่น เบียร์ไม่เกินวันละ 1 แก้ว) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่ใช้สารเสพติดใดๆ เช่น ยาบ้า กัญชา กาว เฮโรอิน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - สวมหมวกกันน็อคทุกครั้งเมื่อขับขี่หรือซ้อนรถจักรยานยนต์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งเมื่อขับหรือนั่งข้างคนขับรถยนต์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ถ้าขับขี่ยวดยาน เช่น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ ไม่ใช้ความเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ระมัดระวังเมื่อข้ามถนน เช่น มองซ้าย ขวา ก่อนข้ามถนน/ ข้ามทางม้าลายหรือบนสะพานลอยทุกครั้ง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ทำความสะอาดอวัยวะเพศของตนเองให้สะอาดเสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

| | | |
|---|---|---|
| 4. **สุขภาพจิต มีทักษะชีวิต และพัฒนาการทางจิตที่ดี** | | |
| - จิตใจปลอดโปร่งเป็นส่วนใหญ่ ไม่ซึมเศร้า | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - รู้สึกพอใจเป็นส่วนใหญ่กับชีวิตที่ผ่านมา | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - รู้สึกพอใจในตนเอง และเห็นตนเองมีคุณค่าอย่างน้อยที่สุดก็เท่ากับคนอื่น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีกิจกรรมสันทนาการร่วมกับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง เช่น กลุ่มเพื่อนเก่า เพื่อนร่วมงาน ชมรมต่าง ๆ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีงานอดิเรกของตนเองที่ปฏิบัติ แล้วเกิดความเพลินเพลิน ความชื่นชม | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ปฏิบัติกิจทางศาสนา และเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนาที่นับถือเป็นประจำ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ฝึกบริหารจิต เช่น นั่งสมาธิ ฝึกโยคะ รำมวยจีน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ทำงานอาสาสมัคร หรือกิจกรรมสาธารณประโยชน์เท่าที่มีโอกาสเสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ช่วยเหลือผู้อื่น โดยไม่หวังการตอบแทน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - เชื่อว่าทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่วเสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 4. **รู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ วินัย ต่อครอบครัวและสังคม** | | |
| - ใส่ใจต่อสมาชิกในครอบครัว เช่น พูดคุยสอบถามสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการกินการอยู่ การเรียน หรือการทำงาน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ กับคนในครอบครัว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ช่วยเหลือในการเลี้ยงดู และอบรมบุตรหลาน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว และญาติพี่น้อง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - เวลาโกรธคนในครอบครัว ไม่ด่าด้วยคำหยาบหรือทำร้ายร่างกาย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ซื่อสัตย์ไม่นอกใจสามี (คู่ครอง) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - แบ่งเงินรายได้เพื่อเก็บออมทรัพย์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - กล่าวแสดงความชื่นชมในความสำเร็จของผู้อื่นได้โดยง่าย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่หยิบฉวยสมบัติส่วนตัวของคนอื่นมาใช้โดยไม่ขออนุญาต | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ตรงต่อเวลา เช่น การนัดหมาย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - รักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้อื่น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม และรักษาสาธารณประโยชน์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

| | | |
|---|---|---|
| 5. **มีทัศนคติที่ดีต่อเพศตรงข้ามและพฤติกรรมทางเพศ** | | |
| - คิดว่าเพศชายหรือเพศหญิงก็มีความสำคัญเท่าเทียมกันในสังคม | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีความรู้ว่าเพศสัมพันธ์อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพได้ เช่น การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม การติดเชื้อโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคเอดส์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่มีเพศสัมพันธ์โดยยังไม่พร้อม หรือถ้ามีเพศสัมพันธ์มีเพียงคนเดียว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ถ้าเป็นเพศชาย เมื่อมีเพศสัมพันธ์จะต้องป้องกันทั้งตนเองและเพศหญิงให้ปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 6. **มีความมั่นคงในชีวิต** | | |
| - มีอาชีพประจำที่มั่นคง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - อาชีพที่ทำอยู่ในปัจจุบันเป็นอาชีพที่สุจริต | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายสำหรับตนเองและครอบครัว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ดำรงชีวิตหรือทำงานด้วยความซื่อสัตย์ ไม่เอาเปรียบ คดโกง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีหลักประกันด้านสุขภาพและความปลอดภัย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

# ผู้สูงอายุสุขภาพดี

ผู้สูงอายุสุขภาพดี คือ ผู้ที่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ มีการดำเนินชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพในวัยสูงอายุ ลดความเสี่ยงจากโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นปัญหาในช่วงอายุนั้น

| **1. สุขภาพทางกายและจิต** | | |
|---|---|---|
| - ไม่อ้วนหรือผอมเกินไป (BMI ปกติ 18.5-24.9) BMI = ……<br>(BMI = น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง $^2$ (เมตร) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ความดันโลหิตอยู่ในระดับไม่เกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - โรคประจำตัว | | |
| ☐ ไม่มี<br>☐ มี ระบุ …… | | |
| - จำนวนฟันที่ใช้ได้ดีในช่องปาก (รวมฟันปลอม) ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| ☐ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง | | |
| ☐ ได้รับการตรวจสุขภาพไม่ต่ำกว่า 1 ครั้งต่อปี | | |
| ☐ เพศหญิง ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) และตรวจเต้านม | | |
| ☐ เพศชาย ได้รับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก | | |
| - สามารถเดินไปไหนได้ด้วยตนเอง หรือใช้ไม้เท้า | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ความทรงจำ เป็นปกติ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - สามารถช่วยตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว กินอาหาร เข้าห้องน้ำ เคลื่อนไหวในบ้าน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะได้ตามปกติ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิตที่จำเป็นได้ เป็นประจำอย่างที่เคยทำมา | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| ☐ การเตรียมอาหาร | | |
| ☐ การซื้อของ | | |
| ☐ การใช้เงิน ทอนเงิน | | |
| ☐ การใช้โทรศัพท์ (ถ้ามี) | | |
| ☐ การทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน เช็ดถูทำความสะอาดบ้าน | | |
| - จิตใจปลอดโปร่งเป็นส่วนใหญ่ ไม่ซึมเศร้า | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - รู้สึกพอใจเป็นส่วนใหญ่กับชีวิตที่ผ่านมา | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

| | | |
|---|---|---|
| **2. การดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี** | | |
| - ได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมต่อวัย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยสะสมการเดิน ไม่ต่ำกว่า 150 นาที ต่อสัปดาห์ หรือสะสมก้าวเดินต่อวัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - กินอาหารครบ 3 มื้อในแต่ละวัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - กินอาหารประเภทปลามากกว่าเนื้อสัตว์อื่น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - กินอาหารประเภทผักต่าง ๆ วันละ 3 ทัพพี หรือ 9 ช้อนโต๊ะ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - กินผลไม้ต่าง ๆ ทุกวัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่กินอาหารที่รสหวานจัด เค็มจัด | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ดื่มน้ำสะอาดวันละไม่ต่ำกว่า 6 แก้ว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่สูบบุหรี่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่ดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เกิน 2 แก้วมาตรฐานใน 1 วัน (เช่น เบียร์ไม่เกินวันละ 1 แก้ว) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| **3. สภาพความเป็นอยู่ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี** | | |
| - อยู่กับครอบครัวของตนเอง หรืออยู่ในครอบครัวที่มีคน 3 รุ่น คือ พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีคนในครอบครัวที่สามารถเล่าทุกข์สุขกันได้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีลูกหลานไปมาหาสู่ ส่งข่าวคราวซึ่งกันและกัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ได้กินอาหารที่ชอบตามฤดูกาล | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีโอกาสถ่ายทอดประสบการณ์และบทเรียนชีวิตให้ลูกหลานฟัง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อต้องการ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีโอกาสได้พูดคุยกับเพื่อนบ้าน /เพื่อนในวัยเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - มีโอกาสปฏิบัติ /ร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่ตนนับถืออย่างสม่ำเสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ไม่มีภาระหนี้สิน จนเกินกำลังจะชดใช้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ได้ดูรายการโทรทัศน์หรือฟังวิทยุที่ตนชอบ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ได้รับสิทธิที่พึงมีพึงได้ตามกฎหมายในฐานะผู้สูงอายุ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| - ได้รับความเคารพนับถือจากคนรุ่นหลัง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

# ครอบครัวสุขภาพดี

ครอบครัวสุขภาพดี คือ ครอบครัวที่ทำให้ผู้เป็นสมาชิกมีสุขภาวะ และสามารถพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพ เกิดความอบอุ่นและมั่นคงในชีวิต

ครอบครัวของท่านมีลักษณะเช่นนี้หรือไม่

| | | |
|---|---|---|
| 1. คนในครอบครัวห่วงใยและใส่ใจซึ่งกันและกัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 2. เมื่อมีปัญหาจะช่วยกันแก้ไข | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 3. ให้กำลังใจซึ่งกันและกันอยู่เสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 4. เมื่อเวลาเจ็บป่วย มีคนดูแลในครอบครัว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 5. ครอบครัวมีพอกินพอใช้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 6. ทุกครั้งที่มีปัญหาในครอบครัว จะพูดจากันโดยไม่ใช้ความรุนแรง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 7. เด็กและผู้หญิงได้รับการดูแลให้ปลอดภัยจากการละเมิดทางเพศ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 8. ไม่มีการลงโทษ หรือทำร้ายร่างกายซึ่งกันและกันในครอบครัว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 9. รับประทานอาหารร่วมกัน อย่างน้อยวันละ 1 มื้อ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 10. เล่นกีฬา หรือทำกิจกรรมนันทนาการด้วยกัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 11. ไปท่องเที่ยวด้วยกัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 12. สมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่ความรับผิดชอบงานในบ้าน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 13. พ่อแม่ ปู่ย่า ตายายและผู้ใหญ่ เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกหลานในการดำเนินชีวิต | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 14. มีการสั่งสอนในครอบครัวเกี่ยวกับศีลธรรม ความผิดชอบชั่วดี | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 15. มีการอบรมให้มีวินัย เช่น ประหยัด, รับผิดชอบในการเรียน การงาน, ตรงเวลา | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 16. ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือเพื่อนบ้าน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 17. มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 18. โดยทั่วไป รู้สึกว่าครอบครัวอยู่เย็นเป็นสุข | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

# โรงเรียนสุขภาพดี

โรงเรียนสุขภาพดี คือ โรงเรียนที่มีศักยภาพในการพัฒนานักเรียน ครู และบุคลากรของโรงเรียนให้มีสุขภาวะ มีความปลอดภัยจากปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กนักเรียนวัยต่างๆ โดยเฉพาะยาเสพติด ความรุนแรงต่างๆ และสามารถผลิตนักเรียนเพื่อออกไปเป็นบุคคลที่มีคุณภาพของสังคมต่อไป

ต่อไปนี้ คือ Checklist ของลักษณะด้านต่างๆ ที่ประกอบเป็นโรงเรียนสุขภาพดี

| | | |
|---|---|---|
| **A. นโยบายและการบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ** | | |
| A1. มีเอกสารนโยบาย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| A2. มีคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| A3. มีคณะกรรมการตรวจสอบความสะอาดและคุณภาพอาหารกลางวัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| A4. มีประกาศในโรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ ปลอดเหล้า ยาเสพติด | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| **B. มีสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพ** | | |
| B1. พื้นที่โรงเรียนและในบริเวณโรงเรียน มีเสียงดังรบกวนน้อยกว่า 80 เดซิเบล | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| B2. ห่างจาก แหล่งทิ้งขยะ แหล่งน้ำโสโครก ไม่น้อยกว่า 500 เมตร | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| B3. เนื้อที่ของอาคารเรียนโดยเฉลี่ยมีไม่น้อยกว่า 1.5 ตารางเมตรต่อนักเรียน 1 คน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| B4. ห้องเรียนมีขนาดไม่น้อยกว่า 6x8 ถึง7x8 เมตร ต่อนักเรียน 30-40 คน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| B5. เก้าอี้ในห้องเรียนสูงเท่ากับท่อนขาส่วนล่างของเด็ก | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| B6. แสงสว่างในห้องเรียนมีความเข้มไม่ต่ำกว่า 20-30 ฟุต-เทียน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| B7. โรงอาหารมีขนาดเพียงพอกับจำนวนนักเรียน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| B8. นักเรียนได้ดื่มนมที่สะอาด ตามวัยที่เหมาะสม | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| B9. มีน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาดให้นักเรียนไม่ต่ำกว่า 1 ลิตร/คน/วัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| B10. จำนวนส้วมและที่ปัสสาวะ ไม่ต่ำกว่า 1 ที่ ต่อนักเรียน 30 คน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| B11. จำนวนอ่างล้างมือ ไม่ต่ำกว่า 1 ที่ ต่อนักเรียน 50 คน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| B12. โรงครัวมีที่เก็บเศษอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ เช่น มีอ่าง 3 ตอนสำหรับล้างภาชนะ มีน้ำใช้อย่างพอเพียง และมีการจัดทำรางระบายน้ำ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| B13. บริเวณโรงเรียนโดยรวมมีความสะอาด เรียบร้อย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| B14. ไม่มีอาหารประเภท fast food น้ำอัดลม | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| B15. มีสนามเล่นกีฬากลางแจ้ง และอุปกรณ์กีฬาสำหรับนักเรียนแต่ละวัยอย่างถูกต้อง พอเพียงและปลอดภัย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| **C. ปลอดภัยและปลอดสารเสพติด** | | |
| C1. ไม่มีนักเรียนสูบบุหรี่ ครู บุคลากรอื่นๆในโรงเรียน สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า หรือใช้ยาเสพติด | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| C2. มีระบบการตรวจตราในการป้องกันการมีสารเสพติดในโรงเรียน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

| | | |
|---|---|---|
| C3. มีระบบการเตรียมพร้อมป้องกันอัคคีภัย และเหตุฉุกเฉิน โดยมีการตรวจสอบและฝึกซ้อมเป็นประจำ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| C4. มีการตรวจสอบความปลอดภัยของเครื่องเล่นในสนาม และอุปกรณ์กีฬาอย่างต่อเนื่อง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| C5.มีและใช้อุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬาที่มีความรุนแรงเช่น ฟุตบอล รักบี้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| C6. ไม่มีสิ่งกีดขวาง หรือล่อแหลมต่อการเกิดอุบัติเหตุแก่นักเรียนในห้องเรียน และบริเวณรอบๆ โรงเรียน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| C7. จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุของนักเรียนในโรงเรียนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ..... ครั้ง | | |
| **D. มีบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ** | | |
| D1. มีบริการสุขภาพด้านการรักษา การปฐมพยาบาลและการส่งต่อ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| D2. มีบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรค | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| D3. มีบริการให้การปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| D4. บุคลากรที่ให้บริการมีคุณภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ ครูพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านสุขภาพ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| D5. นักเรียนสามารถถึงบริการได้อย่างสะดวก | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| **E. หลักสูตร** | | |
| E1. มีหลักสูตร แผนการสอนทักษะชีวิต | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| E2. มีการทดสอบทักษะในการแก้ปัญหา การต่อรอง การปฏิเสธโดยไม่ใช้ความรุนแรงและการสื่อสาร | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| E3. ความรู้ที่จำเป็นด้านสุขภาพ เช่น การดูแลร่างกายตนเอง การเจริญพันธ์ เพศศึกษา โรคติดต่อที่สำคัญ เช่น โรคทางเพศสัมพันธ์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| E4. ในหลักสูตรมีแผนการออกกำลังกาย และกีฬา ของนักเรียน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| **F. กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต วัฒนธรรม และประเพณี และส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างครู นักเรียน, โรงเรียนและครอบครัว** | | |
| F1. มีกิจกรรมการออกกำลังกาย และการกีฬา | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| F2. นักเรียนแต่ละคนมีกีฬาอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นประจำตัวตลอดไปจนโต | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| F3. นักเรียนมีกิจกรรมด้านดนตรีตามถนัด | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| F4. นักเรียนได้มีโอกาสรู้จักชุมชน และทำกิจกรรมเพื่อชุมชน หรือร่วมกิจกรรมกับชุมชน เช่น การทำความสะอาดชุมชน การทำบุญ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| F5. มีการตรวจสุขภาพประจำปีของทั้งนักเรียน ครู และบุคลากรของโรงเรียน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| F6. มีกรรมการครูผู้ปกครองที่เข้มแข็ง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| F7. มีระบบครูที่ปรึกษา รุ่นพี่ที่ปรึกษาแกรุ่นน้อง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| F8. ไม่มีการทะเลาะวิวาทอย่างรุนแรงในโรงเรียนหรือกับโรงเรียนอื่น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| F9. เด็กนักเรียนส่วนใหญ่ชอบมาโรงเรียน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

# สถานที่ทำงานสุขภาพดี

สถานที่ทำงานสุขภาพดี คือ สถานที่ทำงานที่มีสภาวะแวดล้อม ระบบการทำงาน และระบบบริการต่างๆ ที่ทำให้ผู้ทำงาน บุคลากรทุกระดับในสถานที่ทำงานนั้น มีความปลอดภัยของการทำงาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาวะและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ต่อไปนี้ คือ Checklist ของลักษณะด้านต่างๆ ที่ประกอบเป็นสถนที่ทำงานสุขภาพดี

| | | |
|---|---|---|
| 1. มีแผนก, ฝ่าย หรือผู้รับผิดชอบที่รับผิดชอบด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 2. มีคณะกรรมการดำเนินการเรื่องความปลอดภัย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 3. มีแผนงาน โครงการเรื่องความปลอดภัย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 4. มีมาตรการและการดำเนินการเรื่องความปลอดภัย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 5. มีสถานที่พยาบาลที่มีแพทย์และพยาบาลอยู่ประจำ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 6. ในรอบปีที่ผ่านมาสถานที่ทำงานของท่านเกิดอุบัติเหตุลดลง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 7. ในรอบปีที่ผ่านมาสถานที่ทำงานของท่านมีคนงานหรือพนักงานได้รับการบาดเจ็บจากการทำงานลดลง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 8. พนักงานมีส่วนร่วมในการป้องกันอันตรายและเสริมสร้างความปลอดภัย เช่น เป็นคณะกรรมการฯ กำหนดกฎ กติกา ระเบียบของที่ทำงาน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 9. มีการผสานกิจกรรมด้านความปลอดภัยในงานประจำต่าง ๆ เช่น 5 ส., TQM, ไคเซ็น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 10. สถานที่ทำงานมีการตรวจสอบสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านกายภาพและเคมีด้าน | | |
| • ระดับเสียงดัง/ความสั่นสะเทือน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| • ระดับความร้อน/ความเย็น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| • ระดับความเข้มข้นของสารเคมีในบรรยากาศ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| • การเคลื่อนย้าย การจัดเก็บ และการใช้สารเคมี | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 11. สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านกายภาพและเคมี ได้รับการตรวจเป็นไปตามมาตรฐานกำหนด | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 12. มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายอยู่ในสภาพพร้อมใช้ เช่น ถังดับเพลิง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 13. ผู้ประกอบอาชีพในสถานประกอบการมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น การสวมหน้ากาก แว่นตา ถุงมือ รองเท้า หมวกนิรภัย และเข็มขัดนิรภัย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 14. อุปกรณ์สำนักงานต่าง ๆ ถูกจัดวางอย่างอย่างถูกต้อง เหมาะสม เช่น คอมพิวเตอร์ เครื่องอัดสำเนา เป็นต้น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 15. สถานที่ทำงานมีระเบียบห้ามสูบบุหรี่ในระหว่างทำงาน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 16. สถานที่ทำงานมีระเบียบห้ามดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

| | | |
|---|---|---|
| 17. มีระบบบริหารจัดการโปร่งใส ตรวจสอบได้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 18. สถานที่ทำงานมีกิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพนักงานทุกระดับ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 19. พนักงานทุกระดับมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน มีการเอื้ออาทรต่อผู้ร่วมงาน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 20. สถานที่ทำงานอนุญาตให้พนักงานมีกิจกรรมพักผ่อนหรือออกกำลังกาย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 21. สถานประกอบการที่มีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการทำงานไม่เกินมาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนด | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 22. สถานที่ทำงานอนุญาตให้พนักงานมีเวลาพักหลังจากการทำงานไม่น้อยกว่า 15 นาที หลังจากทำงานมาแล้วไม่เกิน 2 ชั่วโมงติดต่อกัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 23. มีสวัสดิการอาหารกลางวันที่มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 24. มีสวัสดิการรถรับ-ส่ง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 25. มีสมาพันธ์คุ้มครองผู้ใช้แรงงาน/ผู้ประกอบการ หรือแรงงานสัมพันธ์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 26. มีชมรม/กลุ่มแกนนำในการออกกำลังกายเป็นประจำ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 27. มีชมรม/กลุ่มแกนนำในการรณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ สารเสพติด | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 28. มีกิจกรรมการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโภชนบัญญัติ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 29. มีกิจกรรมการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 30. ร้านจำหน่ายอาหารในสถานที่ทำงาน จำหน่ายอาหารที่มีคุณภาพ และคุณค่าตามหลักโภชนาการ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 31. ร้านค้าในสถานที่ทำงานไม่จำหน่าย บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือยาเสพติด | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 32. มีการจัดฝึกอบรม หรือส่งพนักงานไปฝึกทักษะการทำงาน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 33. มีการส่งเสริมให้พนักงานไปเพิ่มพูนความรู้ต่อ เช่น การศึกษาต่อระดับที่สูงขึ้น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

# ชุมชนสุขภาพดี

ชุมชนสุขภาพดี คือ ชุมชนที่มีทั้งลักษณะทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมและสาธารณูปโภคที่เอื้ออำนวยต่อความปลอดภัย และการมีสุขภาพดี และคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ของสมาชิกในชุมชน

ชุมชนของท่านมีลักษณะเช่นนี้หรือไม่

| | | |
|---|---|---|
| 1. ชุมชนที่ท่านอยู่มีความร่วมมือกันในการจัดระบบความปลอดภัยในการป้องกันการลักขโมย | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 2. ชุมชนที่ท่านอยู่มีการจัดระบบป้องกันอัคคีภัย (ไฟไหม้) โดยชุมชนเอง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 3. ชุมชนที่ท่านอยู่มีการจัดระบบแสงสว่างตามถนนภายในชุมชนอย่างทั่วถึง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 4. ชุมชนที่ท่านอยู่มีการจัดระบบการเก็บขยะอย่างสม่ำเสมอ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 5. ชุมชนของท่านมีน้ำ(ประปา) ใช้อย่างทั่วถึงสม่ำเสมอทุกฤดูกาล | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 6. ชุมชนของท่านมีไฟฟ้าใช้กันทุกหลังคาเรือน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 7. ชุมชนของท่านมีถนนเข้าออกถึงหมู่บ้านได้อย่างสะดวกทุกฤดูกาล | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 8. ชุมชนของท่านมีรถบริการสาธารณะ เช่น รถเมล์หรือรถสองแถวให้ใช้บริการได้อย่างสะดวกพอควร | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 9. ชุมชนที่ท่านอยู่ไม่เคยมีการเกิดอาชญากรรมรุนแรง เช่นการปล้น ฆ่า | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 10. ชุมชนที่ท่านอยู่ไม่เคยมีการจับกุมผู้ค้าสารเสพย์ติด | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 11. ชุมชนของท่านตั้งอยู่ในเขตที่ไม่มีแหล่งอากาศเสีย (มลพิษทางอากาศ) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 12. ชุมชนที่ท่านอยู่มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจที่ใช้ร่วมกัน (ที่สาธารณะ) | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 13. ชุมชนของท่านมีการจัดตั้งกรรมการชุมชน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 14. ชุมชนที่ท่านอยู่มีการจัดงานประเพณี เช่น งานสงกรานต์ งานปีใหม่ฯลฯ ร่วมกัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 15. ในชุมชนของท่านมีกลุ่มจัดกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 16. ในชุมชนของท่านมีการจัดกลุ่มอาสาสมัครช่วยเหลือกัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 17. ในชุมชนของท่านมีสนามกีฬา | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 18. บุตรหลานของท่านไปถึงโรงเรียนได้ภายใน 1 ชั่วโมง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 19. ท่านสามารถไปถึงสถานพยาบาลหรือบริการสุขภาพภายในเวลา 30 นาที | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 20. ท่านจะสามารถหาซื้ออาหารสด ได้ภายใน 30 นาที | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 21. ในชุมชนของท่านมีโทรศัพท์สาธารณะอยู่ในสภาพที่ใช้การได้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

| | | |
|---|---|---|
| 22. ในชุมชนของท่านไม่มีผู้ประกอบอาชีพที่ทำให้เกิดเหตุรำคาญส่งเสียงดัง เช่น อู่พ่นสี ซ่อมรถ ร้านอาหารที่มีคาราโอเกะฯลฯ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 23. ในชุมชนของท่านไม่มีสถานบริการที่เป็นแหล่งมั่วสุม เช่น ร้านอาหารที่มีการบริการทางเพศแอบแฝง โต๊ะสนุ๊กเกอร์ ฯลฯ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 24. ในชุมชนของท่านไม่มีการประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย (ไฟไหม้) เช่น การเชื่อมโลหะ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 25. สมาชิกในชุมชนรู้จักกันดี ตลอดหัวบ้านท้ายบ้าน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 26. เพื่อนบ้านของท่านเป็นผู้ที่เป็นมิตรและสามารถพึ่งพาอาศัยเล็กๆน้อยได้ เช่น ฝากบ้านไว้ถ้ามีธุระจำเป็น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 27. คนในชุมชนไม่ว่ายากดีมีจน ก็ร่วมมือและช่วยเหลือเกื้อกูลกันดี | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 28. ท่านรู้สึกอบอุ่นในที่ได้อาศัยในชุมชนนี้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |