



## รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ  
พ.ศ. 2567 (ปีที่ 3)

Health in all public policies for the prevention and  
control of NCDs 2024

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

จัดทำโดย

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค



# รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ  
พ.ศ. 2567 (ปีที่ 3)

Health in all public policies for the prevention and  
control of NCDs 2024

คณะผู้ดำเนินงาน

นพ.กฤษฎา หาญบรรเจิด

ดร.กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล

นางสาวธาริณี พังจุนันท์

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

22 สิงหาคม 2567 – 21 สิงหาคม 2568

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)  
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่  
ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



# Final Report

Health in all public policies for the prevention and control of NCDs 2024

Sponsored by

Health Systems Research Institute (HSRI)

Executive Committee

Dr. Krisada Hanbunjerd (M.D.)

Dr. Kamolthip Vjitsoonthonkul (Ph.D.)

Ms. Tarinee Pangjunan (M.S.)

Division of Non - Communicable Diseases, Ministry of Public Health.

22 August 2024 - 21 August 2025

This project was funded by the Health Systems Research Institute (HSRI) The opinions and suggestions appearing in this document are those of the researchers and not the opinions of the Health Systems Research Institute (HSRI)

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)  
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่  
ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)

โครงการทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2567 (ปีที่ 3)

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ)

Health in all public policies for the prevention and control of NCDs 2024

ข้อตกลงเลขที่ สวรส. 67-184

คำสำคัญ นโยบาย, โรคไม่ติดต่อ

Keyword Health in all policies, NCDs

คณะผู้รับผิดชอบแผนงาน

หัวหน้าโครงการ นพ.กฤษฎา หาญบรรเจิด

ผู้ร่วมโครงการ ดร.กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล , นางสาวธาริณี พังจุนันท์

หน่วยงาน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

โทรศัพท์ 02-590-3869

อีเมล [Whoccsncds2024@gmail.com](mailto:Whoccsncds2024@gmail.com)

เว็บไซต์ [www.thaincd.com](http://www.thaincd.com)

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการทุนนโยบายห่วงใยสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2567 (ปีที่ 3) ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (WHO Country Cooperation Strategies : WHO-CCS NCDs) ขอขอบคุณแหล่งทุนสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และอีก 3 แหล่งทุนได้แก่ องค์การอนามัยโลก (WHO) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการขับเคลื่อนงานด้านการป้องกัน NCDs (Non communicable Diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่ง ของโลกทั้งในมิติของการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม

โครงการนี้จึงเน้นพัฒนาความสามารถในการแข่งขันของประเทศ สร้างความเข้มแข็งกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อร่วมกันจัดการโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยง ส่งเสริมให้เกิดเวทีปรึกษาวิชาการสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ ที่มีวาระการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อยุติร่วมกัน รวมถึงสร้างความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศ เครือข่ายระหว่างประเทศ และสร้างการสื่อสารนโยบายบนหลักฐานเชิงประจักษ์ เพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนานโยบายและการสื่อสารนโยบายให้บุคลากรและเครือข่าย การสื่อสารนโยบายสู่สาธารณะเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคประชาคม โดยเพิ่มศักยภาพการดำเนินงานและเพิ่มบทบาทหน่วยงานที่ดำเนินการด้านปัจจัยสังคมและปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ เพื่อให้ดำเนินการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มอายุขัยประชากร และมีการจัดสรรงบประมาณและการลงทุนในการจัดการโรคไม่ติดต่อเพื่อเพิ่มศักยภาพการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อได้มากขึ้น

ผู้รับผิดชอบแผนงาน  
กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

## บทคัดย่อ

สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ในประเทศไทย มากกว่าร้อยละ 75 ล้วนแล้วแต่มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต ซึ่งสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ โดยการจัดการ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (อันได้แก่ การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การมีกิจกรรมทางกายน้อย การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่) และการควบคุมภาวะการผิดปกติทางเมตาบอลิกที่เกิดขึ้นจากการสะสมของพฤติกรรมไม่เหมาะสมดังกล่าว ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง น้ำหนักเกิน/อ้วน และ ความดันโลหิตสูง จากปัญหาระดับชาติ ทำให้เกิดการรวมตัวของหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องหลายด้านช่วยกันขับเคลื่อนเพื่อลดการป่วย การเสียชีวิต รวมไปถึงการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ภายใต้การดำเนินการของคณะกรรมการบริหารความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (WHO Country Cooperation Strategies : WHO-CCS NCDs 2022-2026)

ในปี 2024 นี้ ทางกองโรคไม่ติดต่อได้เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย การสนับสนุนให้มี Health Station ต้นแบบในหมู่บ้านหรือที่ชุมชน รายงานการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ Mobile application ต่อระดับ น้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย รอบเอว คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มวัยทำงาน รวมถึงผลการดำเนินงานการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย Diabetes remission (DM remission) for Family Medicine โดยมุ่งเน้นให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และเกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพของภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนงานโรคไม่ติดต่อเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ในประเด็นที่ต้องการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์แก่ประเทศไทย

คำสำคัญ

นโยบาย, โรคไม่ติดต่อ

## Abstract

More than 75% of the causes of death in Thailand are due to non-communicable diseases (NCDs), for example, diabetes, coronary heart disease, stroke, and kidney disease which can be prevented by managing inappropriate behavioral risk factors (such as consumption of high-sugar, high-fat and high-sodium foods, having low physical activity, drinking alcohol, and smoking), and the control of metabolic abnormalities arising from the accumulation of such inappropriate behaviors leading to high blood glucose levels, high blood cholesterol levels, becoming overweight/obese, and hypertension. As a result of the national issues, a coalition of several relevant organizational agencies are working together to reduce morbidity, mortality, as well as reducing the cost of care by implementing strategies under the direction of executive committee for cooperation between the Thai government and the World Health Organization (WHO Country Cooperation Strategies: WHO-CCS NCDs)

In 2024, the Non-Communicable Diseases Division strengthened collaboration among partners and encouraged health prototype stations in villages or communities, including reports on the effectiveness of behavior modification program using a mobile application to blood sugar level, body mass index, waist circumference, health behavior scores in working age groups, as well as the results of the development of the DM remission for Family Medicine Policy Brief to ensure the successful implementation of the objectives for the prevention and control of non-communicable diseases and to bring about the effective cooperation of relevant partners in the advancement of non-communicable disease-related works to achieve the SDGs goals in the areas that need to be developed

**Keyword** Health in all policies, NCDs

## สารบัญ

	หน้า
1. กิตติกรรมประกาศ	1
2. บทคัดย่อ	2
3. Abstract	3
4. สารบัญ	4
5. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	5
บทที่ 1 กรอบแนวคิดและแนวทางการดำเนินงานโครงการ	6
บทที่ 2 กิจกรรมและแผนการดำเนินงาน	8
บทที่ 3 การดำเนินงานตามจุดเน้น	10
บทที่ 4 การดำเนินงานภาพรวม	18
บทที่ 5 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	199
<b>ภาคผนวก</b>	
- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศแผนงาน WHO-CCS NCDs	200
- คำสั่งคณะทำงานแผนงานโรคไม่ติดต่อ CCS NCD	203
- เอกสารประกอบเพื่อการสื่อสารสาธารณะ (1)	205
- เอกสารประกอบเพื่อการสื่อสารสาธารณะ (2)	206
- เอกสารประกอบเพื่อการสื่อสารสาธารณะ (3-4)	207
- เอกสารประกอบเพื่อการสื่อสารสาธารณะ (5-6)	208
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	<b>209</b>

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

เป้าหมายผลสำเร็จการดำเนินงานในช่วงระหว่างปี 2565-2569 ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศ ระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก

แผนงาน WHO-CCS NCD ดำเนินงานในช่วง มกราคม 2565 - ธันวาคม 2568 มีการร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อร่วมจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น รวมถึงร่วมมือกันสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อ (การลดการบริโภคเกลือโซเดียม ลดอ้วน เพิ่มความเข้มแข็งระบบเฝ้าระวังติดตามโรคไม่ติดต่อ) การจัดโปรแกรมพัฒนา NCD policy development fellowships และการสรรหาส่งเสริม NCD champions การดำเนินงานที่ถือเป็นความสำเร็จเด่นคือการมาเยี่ยมของคณะ high-level UN Interagency Task Force (UNIATF) ในปี 2561 ซึ่งเป็นคณะทำงานที่มาพบปะกับผู้นำระดับสูงในประเทศไทยรวมถึงนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีกระทรวงต่างๆ และมีข้อเสนอ 17 ประการ เพื่อขยายและเพิ่มความเข้มข้นของภาคสาธารณสุขในการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยและเพิ่มความร่วมมือกับหน่วยงานนอกภาคสาธารณสุข ซึ่งหนึ่งในข้อเสนอนี้จึงเกิดการจัดตั้งคณะทำงาน UN thematic working group ที่ประกอบด้วย 10 หน่วยงานที่เป็นองค์กรของสหประชาชาติ และ 10 หน่วยงานภาครัฐของประเทศไทย มีบทบาทช่วยขับเคลื่อนให้องค์กรในสหประชาชาติจัดให้โรคไม่ติดต่อเป็นวาระสำคัญและเพิ่มการมีส่วนร่วมในภาคส่วนอื่น ๆ

**แนวคิดหลักของแผนงาน WHO-CCS NCDs: ของปี 2022-2026 คือ “เรียนรู้และเติบโต”**

กลยุทธ์

1. เพื่อสนับสนุนให้กลไกหลายภาคส่วนได้กำหนดและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ
2. เพื่อเชื่อมโยงหน่วยงานและผู้เชี่ยวชาญระหว่างประเทศที่มีเป้าหมายร่วมกันมาสนับสนุนการขับเคลื่อนร่วมกัน
3. เพื่อชี้แนะนโยบายผ่านหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงการชี้แนะสื่อสาธารณะ
4. เพื่อพัฒนารอบการประเมินและกำกับงานที่มีองค์ประกอบทั้งสุขภาพและเศรษฐกิจ และรวบรวมถอดบทเรียนเพื่อสร้างการรับรู้และความคาดหวังร่วมกันของภาคีเครือข่าย
5. เพื่อยกระดับความสนใจของภาคนโยบายและให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด-19

และในปี 2567-2568 แผนงาน WHO-CCS NCD ได้มุ่งเน้นเป้าหมายให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคีด้านสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุขเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อมากขึ้น ทั้งกระทรวงต่างๆ เครือข่ายภาคประชาสังคม ในการขับเคลื่อนบทบาทตามภารกิจของหน่วยงานในการผลักดันส่งเสริมสุขภาพและการขับเคลื่อนงานโรคไม่ติดต่อ ให้เกิดประสิทธิผลมากที่สุด

## บทที่ 1

### กรอบแนวคิดและแนวทางการดำเนินงานโครงการ

โครงการทบทวนนโยบายห่วงใยสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2567  
ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเศระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก  
(WHO Country Cooperation Strategies : WHO-CCS NCDs) ค.ศ. 2022-2026

#### หลักการและเหตุผล

สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ในประเทศไทย มากกว่าร้อยละ 75 ล้วนแล้วแต่มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อเช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต ซึ่งสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ โดยการจัดการ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (อันได้แก่ การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การมีกิจกรรมทางกายน้อย การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่) และการควบคุมภาวะ การผิดปกติทางเมตาบอลิคที่เกิดขึ้นจากการสะสมของพฤติกรรมไม่เหมาะสมดังกล่าว ส่งผลให้ มี ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง น้ำหนักเกิน/อ้วน และ ความดันโลหิตสูง จากปัญหาระดับชาติ ทำให้เกิดการรวมตัวของหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องหลายด้านช่วยกันขับเคลื่อนเพื่อลดการป่วย การเสียชีวิต รวมไปถึงการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโดยใช้ ยุทธศาสตร์ภายใต้การดำเนินการของคณะกรรมการบริหารความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (WHO Country Cooperation Strategies : WHO-CCS NCDs) และคณะอนุกรรมการกำกับทิศทางแผนงานโรคไม่ติดต่อในการพิจารณาแนวทางการดำเนินการของแผนงาน ซึ่งมีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแผนงาน ปี 2022-2026 ได้แก่

1. สร้างความเข้มแข็งกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อร่วมกันจัดการโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยง มีเวทีปรึกษาวิชาการ สร้างกลไกความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ ที่มีวาระการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต้อร่วมกัน
2. สร้างความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศ เครือข่ายระหว่างประเทศ UN/WHO UNICEP UNDP
3. สร้างการสื่อสารนโยบายบนหลักฐานเชิงประจักษ์ มีข้อมูลแหล่งข้อมูลที่เครือข่ายสามารถเข้าถึงได้เพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนานโยบายและการสื่อสารนโยบายให้บุคลากรและเครือข่ายการสื่อสารนโยบายสู่สาธารณเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคประชาคม
4. พัฒนารอบการประเมินและกำกับงานที่มีองค์ประกอบทั้งสุขภาพและเศรษฐกิจ และ รวบรวมถอดบทเรียนเพื่อสร้างการรับรู้และความคาดหวังร่วมกันของภาคีเครือข่าย
5. ยกระดับความสนใจของภาคนโยบายและให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 เพื่อมีการจัดสรรงบประมาณและการลงทุนในการจัดการโรคไม่ติดต่อเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อแห่งชาติ โดยที่เป้าหมายสูงสุดของโครงการ คือ บรรลุเป้าหมายโรคไม่ติดต้อ 9 ด้าน และทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

โครงการทบทวนนโยบายห่วงใยสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2567 ซึ่งอยู่ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (WHO Country Cooperation Strategies : WHO-CCS NCDs) ประจำปี ค.ศ. 2022 - 2026 เน้น“การเพิ่มบทบาทหน่วยงานที่ดำเนินการด้านปัจจัยสังคมและปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ ให้ดำเนินการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มอายุขัยประชากร เพิ่มผลผลิตและ เพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความร่วมมือของเครือข่าย ผ่านการทำงานร่วมกันในการออกแบบและจัดทำนโยบายและมาตรการองค์กร เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
2. เพื่อพัฒนาระบบ และกลไก การควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ
3. บุคลากรที่มีความสามารถในการวิเคราะห์และพัฒนานโยบายและมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และข้อเสนอทางเลือกนโยบายเพื่อการขับเคลื่อนการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ
4. พัฒนาระบบการสื่อสารสาธารณะ และ รวบรวมข้อมูลองค์ความรู้วิชาการ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อ NCDs ตามเป้าหมาย

## บทที่ 2

### กิจกรรมและแผนการดำเนินงาน

#### แผนการดำเนินงาน ระยะเวลา 5 ปี ระหว่าง 2022-2026

1. สร้างความเข้มแข็งกลไกความร่วมมือ
  - 1.1. ประชุมคณะอนุกรรมการกำกับทิศแผนงานโรคไม่ติดต่อ ที่มีองค์ประกอบหลายภาคส่วน
  - 1.2. ประชุมคณะทำงานขับเคลื่อนแผนงานโรคไม่ติดต่อ CCS NCDs
  - 1.3. ประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น/หารือรายประเด็น โดยเฉพาะการสนับสนุนหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข
  - 1.4. การสนับสนุนการขับเคลื่อนมุ่งเป้าหมายภายใน 2 ปี
    - (1) การขับเคลื่อนร่างพรบ. ควบคุมการตลาดในอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพเด็ก
    - (2) สนับสนุนการสื่อสารร่าง พรบ. ควบคุมการตลาดในอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพเด็ก
    - (3) สนับสนุนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านโรคไม่ติดต่อ
    - (4) สนับสนุนการขับเคลื่อนมาตรการลดโซเดียมโดย Thinktank
    - (5) การสนับสนุนการกำกับติดตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ อย่างมีส่วนร่วม
  - 1.5. สนับสนุนการพัฒนาผู้นำด้านสร้างเสริมสุขภาพและโรคไม่ติดต่อในกลไกระดับชาติและขับเคลื่อนเชิงพื้นที่
2. ความร่วมมือกับหน่วยงานต่างประเทศ / องค์กรนานาชาติ
  - 2.1. ประชุมความร่วมมือด้านโรคไม่ติดต่อกับองค์กรระหว่างประเทศ โดยเฉพาะ UN/WHO UNICEP UNDP
  - 2.2. Academic forum
3. การชี้แนะนโยบายด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์และการชี้แนะผ่านสื่อ และสนับสนุน “Together Fight NCDs” campaign
  - 3.1 การรวบรวมข้อมูล โดยการจัดทำ Scoping reviews เน้น cost-effective measures, behavioral, economics, commercial determinants และ การประชุมเชิงปฏิบัติการ
  - 3.2 การพัฒนาผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนามาตรการ/นโยบาย ด้วยการจัดอบรมระยะสั้น
  - 3.3 การสื่อสาร ชี้แนะสาธารณะ ด้วยการประชุมคณะทำงานด้านการสื่อสารชี้แนะนโยบาย (Policy advocacy/communication) (4 ครั้ง/ปี) และ การจัดจ้างบริษัทดำเนินการด้านการสื่อสารสาธารณะ
  - 3.4 การจัด NCD Forum แลกเปลี่ยนเรียนรู้
4. การจัดทำกรอบoutcome framework (Health and economic framework) สำหรับการกำกับและติดตามและดำเนินการการถอดบทเรียน
  - 4.1 ทบทวนวรรณกรรม และประสานผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็น

- 4.2 รวบรวมการถอดบทเรียน/ผลการประเมิน จากแหล่งต่างๆ เพื่อรวม link on web เป็นแหล่งค้นคว้าบน website “แผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ” ที่ได้จัดทำไว้แล้วภายใต้กรมควบคุมโรค
- 4.3 ส่งเสริมการใช้ information platforms เพื่อการตัดสินใจทุกระดับ (especially Electronic Health Record for decision making) และขับเคลื่อน Digital Health
5. การสร้างความรับรู้ปัญหา NCDs ในช่วงการระบาดกับโควิด 19
- 5.1 โครงการพิชิตและพิริมกับไทยสุข รุ่น 2 (รุ่น1ใช้งบเหลือจ่ายระยะ 2017-2022)
- 5.2 การสื่อสารผลงานวิจัยเรื่องผลกระทบจากการระบาดโควิด19ต่อด้านโรคไม่ติดต่อ ใช้งบเหลือจ่าย

## สิ่งที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีความร่วมมือทุกภาคส่วนในการดำเนินงานโรคไม่ติดต่ออย่างเข้มแข็ง
2. มีผู้นำระดับภูมิภาค จังหวัด และส่วนท้องถิ่นทั้งภาคสาธารณสุขและนอกสาธารณสุขเพื่อดูแลปัญหาโรคไม่ติดต่อ
3. มีเวทีเพื่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมดำเนินการกับองค์กรระหว่างประเทศ
4. มีกลไกและรูปแบบการสื่อสารนโยบายสู่เครือข่ายและสาธารณะ
5. มีกรอบการประเมินแผนงานโรคไม่ติดต่อทั้งในมิติสุขภาพและเศรษฐศาสตร์ และมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาแผนงาน
6. มีนโยบายสาธารณะและมาตรการระดับโครงสร้างเพื่อจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อ

## ยุทธศาสตร์ของแผนงาน ปี 2022-2026

1. สร้างความเข้มแข็งกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อร่วมกันจัดการโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยง มีเวทีปรึกษาวิชาการ สร้างกลไกความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ ที่มีวาระการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่องร่วมกัน
2. สร้างความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศ เครือข่ายระหว่างประเทศ UN/WHO UNICEP UNDP
3. สร้างการสื่อสารนโยบายบนหลักฐานเชิงประจักษ์ มีข้อมูลละแหล่งข้อมูลที่เครือข่ายสามารถเข้าถึงได้ เพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนานโยบายและการสื่อสารนโยบายให้บุคลากรและเครือข่ายการสื่อสารนโยบายสู่สาธารณเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคประชาคม
4. พัฒนารอบการประเมินและกำกับงานที่มีองค์ประกอบทั้งสุขภาพและเศรษฐกิจ และ รวบรวมถอดบทเรียนเพื่อสร้างการรับรู้และความคาดหวังร่วมกันของภาคีเครือข่าย
5. ยกกระดับความสนใจของภาคนโยบายและให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด - 19 เพื่อมีการจัดสรรงบประมาณและการลงทุนในการจัดการโรคไม่ติดต่อ

## บทที่ 3

### ผลการดำเนินงานตามจุดเน้น

#### กิจกรรมที่ 1 โครงการสนับสนุนความร่วมมือการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อระดับชาติ

กองโรคไม่ติดต่อ ได้จัดทำโครงการพัฒนากลไกการสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) เพื่อเป็นกลไกการสื่อสารและการประสานคณะทำงานภายใต้แผนฯ ในการขับเคลื่อน การติดตามและประเมินผลแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) และเป็นช่องทางการสื่อสารแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ให้กับประชาชนและผู้สนใจ

#### กิจกรรมที่ดำเนินงาน

- ❖ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนากลไกการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ในรูปแบบเว็บไซต์และเว็บแอปพลิเคชัน
- ❖ จัดประชุมคณะทำงานพัฒนากลไกการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ในรูปแบบเว็บไซต์และเว็บแอปพลิเคชัน เพื่อกำหนดกรอบเนื้อหาและขอบเขตการจัดทำ Web site แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) รวมทั้งติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์
- ❖ ว่าจ้าง บริษัท ฟามิก อินโนเวชั่น จำกัด ดำเนินการพัฒนาเว็บไซต์ ชื่อว่า การขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของประเทศไทย ภายใต้โดเมน <https://ddc.moph.go.th/dncd/ncdstrategy/public/> ประกอบด้วยเมนูหลัก คือ เมนูคณะกรรมการ, เมนูแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี , เมนูผลการดำเนินงาน , เมนู Best Practice , เมนูข่าวสาร, เมนูสื่อเผยแพร่ , เมนูภาษาอังกฤษ , และเมนูกระดานสนทนา ที่ใช้สำหรับติดต่อ ประสานงาน ระหว่างคณะทำงาน รวมทั้งติดตาม รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นั้นๆ
- ❖ จัดประชุมร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง/เลขานุการของแต่ละยุทธศาสตร์ เพื่อเตรียมการและพัฒนาเนื้อหาที่จะนำเสนอบนเว็บไซต์ให้สมบูรณ์และครบถ้วน
- ❖ จัดประชุมชี้แจงและถ่ายทอดวิธีการใช้งานเว็บไซต์การขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย ให้แก่บุคลากรกองโรคไม่ติดต่อ จำนวน 15 ท่าน เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2564 ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ชั้น 6 อาคาร 10 กรมควบคุมโรค
- ❖ ประชาสัมพันธ์เว็บไซต์สู่สาธารณะในวงกว้าง ผ่านเว็บไซต์กรมควบคุมโรค เว็บไซต์กองโรคไม่ติดต่อ และ Line group เครือข่ายต่างๆ

ผลการดำเนินงาน : เว็บไซต์การขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

1. มีกลไกการสื่อสารและการประสานงานกับคณะทำงานภายใต้แผนฯ ในการขับเคลื่อน ติดตามและประเมินผลแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี
2. มีช่องทางการสื่อสารและประชาสัมพันธ์แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564) ให้กับเครือข่าย หน่วยงาน ประชาชน และผู้สนใจ

เป้าหมายต่อไป/การขยายการดำเนินงาน

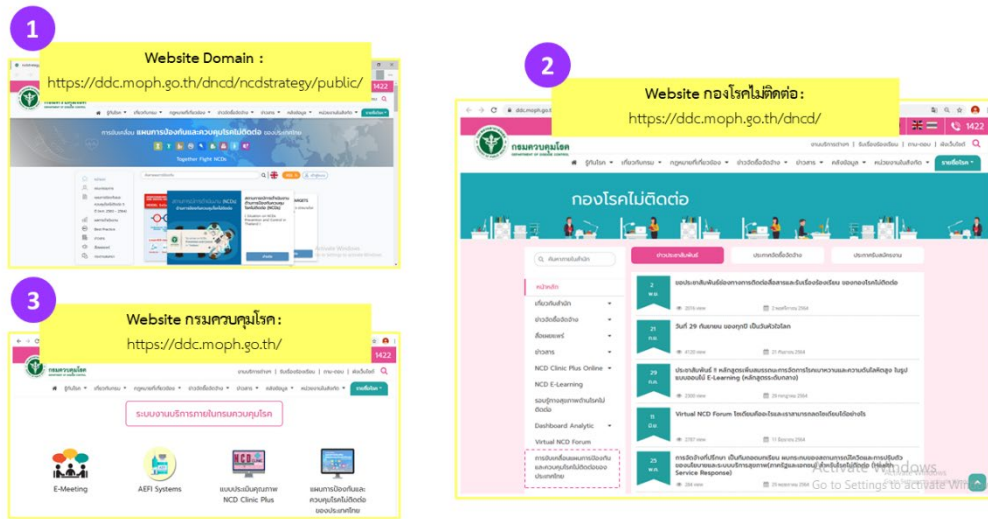
1. ประชาสัมพันธ์เว็บไซต์ให้เป็นที่รู้จักในวงกว้างมากขึ้น
2. ใช้เป็นช่องทางหลักในการประสาน ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานภายใต้แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี กับเครือข่ายและผู้เกี่ยวข้อง



ประชุมคณะทำงานพัฒนากลไกการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี  
ในรูปแบบเว็บไซต์และเว็บแอปพลิเคชัน (ภาพด้านบน)



ประชุมชี้แจงและถ่ายทอดวิธีการใช้งานเว็บไซต์การขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ  
ประเทศไทย ให้แก่บุคลากรกองโรคไม่ติดต่อ (ภาพด้านล่าง)

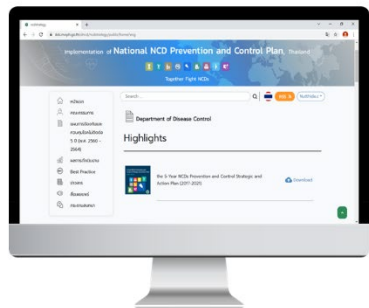


ช่องทางการเข้าถึงเว็บไซต์การขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย



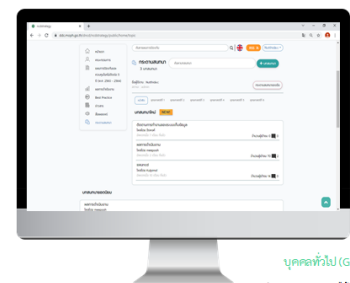
Website (ไทย)

- คณะกรรมการ
- แผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี
- ผลการดำเนินงาน
- Best Practice
- ข่าวสาร
- สื่อเผยแพร่
- กระดานสนทนา



Website (อังกฤษ)

- Strategic plan
- Committee
- Monitoring & Evaluation
- Best Practice



กระดานสนทนา

- การเข้าถึง
- แบบสอบถามออนไลน์
- ประธานงานและรายงานเกี่ยวกับแผนงานโครงการ
- ประธานงานและรายงานเกี่ยวกับการดำเนินงาน
- ตั้งประเด็นถาม ตอบ

บุคคลทั่วไป (Guest)

- อ่านกิจกรรมสนทนาได้
- ไม่สามารถตั้งคำถามสนทนาถาม-ตอบได้

สมาชิก (User)

- อ่านกิจกรรมสนทนาถาม-ตอบได้
- ต้องมีกิจกรรมที่ ก่อนเข้าสู่ระบบ

คนสทำงาน (Member)

- อ่านกิจกรรมสนทนาถาม-ตอบได้
- ปะสานงาน ติดตาม ขอแบนผลการดำเนินงาน
- Admin จะให้ password ในการเข้าสู่ระบบ

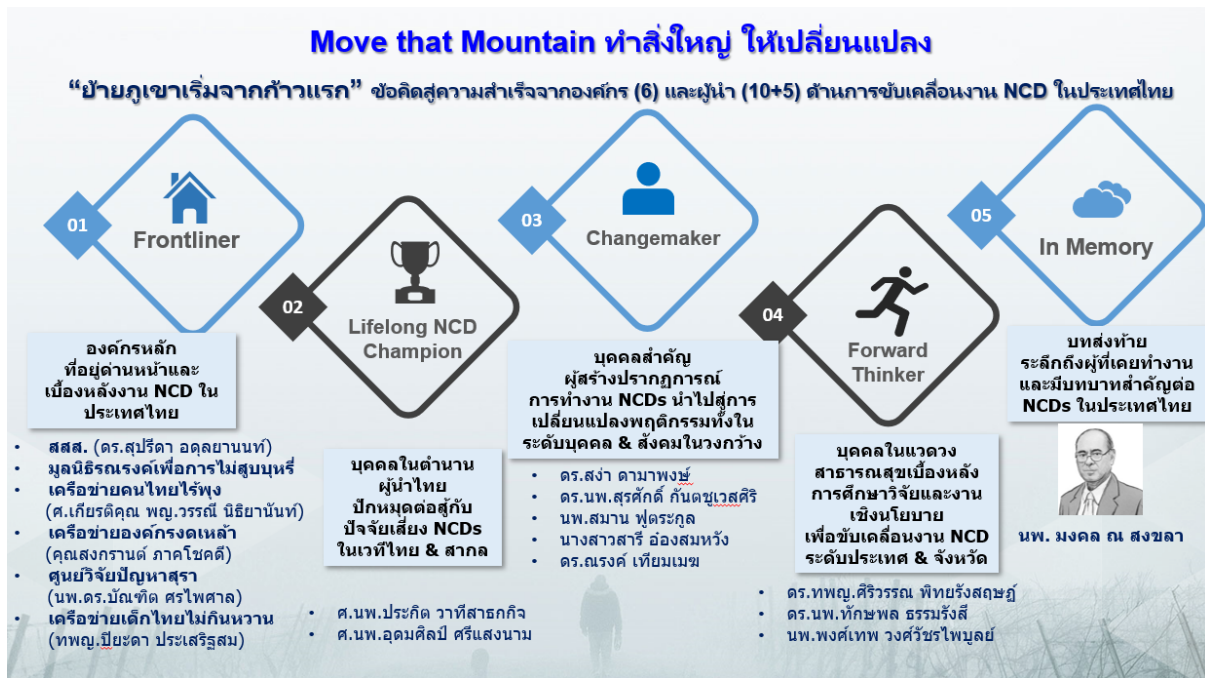
เว็บไซต์การขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

## กิจกรรมที่ 2 "NCD Champions: Lessons Learned and Capacity Development"

มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศได้ดำเนินโครงการถอดบทเรียนและพัฒนาศักยภาพผู้นำรุ่นใหม่ด้านนโยบายป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Thai NCD Champions & Leaderships: Lesson Learned and Capacity Building) เพื่อสร้างและพัฒนาศักยภาพระดับบุคคล องค์กร และศักยภาพรวมหมู่ (collective capacity) เพื่อส่งเสริมให้การดำเนินงานในการพัฒนา นโยบายป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยออกแบบและพัฒนา โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับผู้นำรุ่นใหม่ในการทำงานด้านโรคไม่ติดต่อ โดยทำงานร่วมกับภาคี เครือข่าย และถอดบทเรียนและองค์ความรู้จากประสบการณ์ของ NCD champions และ leaders ในการ พัฒนา นโยบายด้านโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

### กิจกรรมที่ดำเนินงาน

- ❖ กิจกรรมออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับผู้นำรุ่นใหม่ในการทำงานด้านโรคไม่ติดต่อ ซึ่งโครงการนี้จะทำงานร่วมกันภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยผลผลิตจากกิจกรรมนี้ ได้แก่ (1) Modalities สำหรับการพัฒนาศักยภาพคนในการทำงานด้านโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย เพื่อสร้างหรือผลิตผู้นำรุ่นใหม่ และ (2) เครือข่ายเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้นำด้าน NCDs
- ❖ กิจกรรมทำหนังสือและสื่อวีดิทัศน์ กิจกรรมนี้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ 2 โดยจะจัดทำหนังสือและสื่อวีดิทัศน์ ถอดบทเรียนและองค์ความรู้จากประสบการณ์ของ NCD champions และ leaders ในการพัฒนา นโยบายด้านโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย รวมถึงคำแนะนำในการทำงานสำหรับ คนทำงานรุ่นใหม่ ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารเพื่อสร้างแรงบันดาลใจให้แก่ผู้อ่านทั่วไปและผู้ที่เกี่ยวข้อง นโยบายป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้นำรุ่นใหม่ด้านนโยบายป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในอนาคต โดยชื่อหนังสือปัจจุบันคือ “Move that Mountain ทำสิ่งใหญ่ ให้เปลี่ยนแปลง” คำโปรย “ย้ายภูเขาเริ่มจากก้าวแรก” ข้อคิดสู่ความสำเร็จจาก องค์กร (6) และผู้นำ (10+5) ด้านการขับเคลื่อนงาน NCD ในประเทศไทย สรุปรายชื่อของ NCD champions และ leaders และการจัดกลุ่มสี่กลุ่มตามภาพข้างล่าง



## ผลการดำเนินงาน

### การบริหารโครงการ

- ❖ โครงการได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาและบริหารโครงการถอดบทเรียนและพัฒนาศักยภาพผู้นำรุ่นใหม่ด้านนโยบายป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และมีการจัดประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาแล้ว 1 ครั้ง

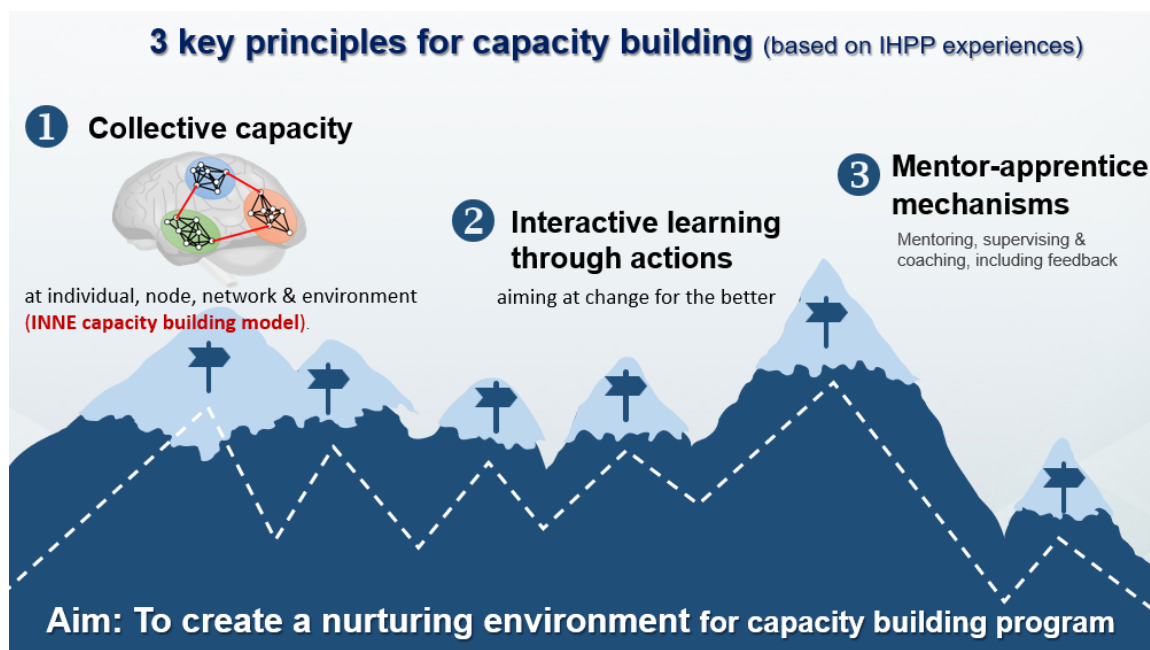
#### คณะกรรมการประกอบด้วย

- (1) นพ.ค่านวณ อึ้งชูศักดิ์ (ประธาน)
- (2) นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล
- (3) นพ.กฤษฎา หาญบรรเจิด (กองโรคไม่ติดต่อ)
- (4) รศ.ดร.นพ.นันทวัช สิทธิรักษ์ (ThaiHealth Academy)
- (5) พญ.ชุลีพร จิระพงษา (FETP)
- (6) ดร.นพ.ทักษพล ธรรมรังสี (IHPP) (เลขานุ)
- (7) ดร.ภญ.อรทัย วลีวงศ์ (IHPP) (ผู้ช่วยเลขานุ)

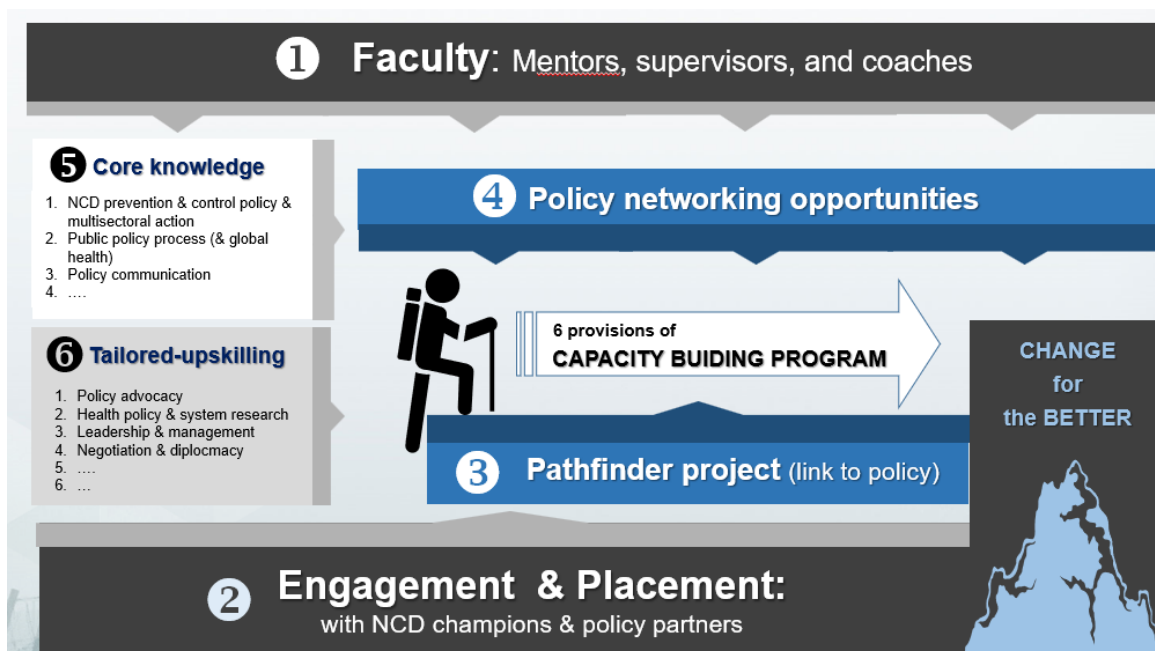
- ❖ ประสานเครือข่ายฯ อาทิ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค FETP ThaiHealth Academy สสส. ศูนย์วิจัยและสถาบันที่เกี่ยวข้อง (เช่น CAS, TRC, TPAK, FoodME, FHP) และมหาวิทยาลัย เพื่อแนะนำและประชาสัมพันธ์โครงการ และขอให้เครือข่ายเสนอชื่อบุคคลที่มีศักยภาพ

### 1. กิจกรรมออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ

- การออกแบบโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพภายใต้โครงการนี้ มีหลักการสำคัญ 3 ประการได้แก่ Collective capacity, Interactive learning through actions และ Mentor-apprentice mechanisms โดยมีเป้าหมายหลัก ได้แก่ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพของทุกระดับ (ดังแสดงตามรูปข้างล่างนี้)



- องค์ประกอบของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการประกอบด้วย (1) Core knowledge, (2) Tailored-upskilling, (3) Pathfinder project, (4) Following the champions, (5) Networking opportunities และ (6) Faculty หรือคณะ Mentor, supervisor และ coach



ข้อสรุปจากคณะกรรมการฯ ในการดำเนินงานโครงการนี้

- ผลลัพธ์ของโครงการนี้คือ ได้แนวทางในการพัฒนาผู้นำรุ่นใหม่ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน (collective learning process)
- เป้าหมายอาจได้ Model for Capacity Building Program อาจมีได้มากกว่า 1 รูปแบบ
- ขอบเขตตามกรอบนโยบาย 4X4 (สี่ปัจจัยเสี่ยงและสี่โรคไม่ติดต่อ)
- คุณสมบัติต่าง ๆ ของผู้เข้าร่วมโครงการมีความยืดหยุ่นได้ (เช่น ขอบเขตอายุอาจตั้งแต่ 35-45 ปี หน่วยงานต้นสังกัดไม่จำเป็นต้องเป็นภาครัฐเท่านั้น) และช่วงแรกนี้ขอให้ใช้วิธีเสนอชื่อจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือเครือข่ายก่อน
- ควรพัฒนาเป็น Tailored-made program โครงการเข้าไปสนับสนุน candidates เสริมหรือต่อยอดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ของแต่ละคน
- โครงการระยะแรกนี้ควรวางรากฐานให้ดี (โดยเฉพาะการสร้างชุมชนของ Mentors และ partners ซึ่งเป็นเพื่อนร่วมอุดมการณ์ในการพัฒนาคน เครือข่ายเหล่านี้สามารถเป็น Placement ให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้ link “partner” link “mentor” link “placement”) ไม่ควรเร่งรีบตามกำหนดเวลาในเดือนมิถุนายน 65 นี้ โครงการนี้มีความสำคัญต่อความยั่งยืนในการทำงาน หากทำได้ดีตอบโจทย์ที่ต้องการการขอขยายเวลาหรือขอรับการสนับสนุนทุนจากแหล่งทุน (เช่น CCS-NCD) ต่อในอนาคตน่าจะมีความเป็นไปได้
- สำหรับการทำให้โครงการในระยะยาว ผลลัพธ์อาจได้ Successors

### กิจกรรมที่ผ่านมาได้แก่

- การทบทวนหลักสูตรการพัฒนาผู้นำด้านนโยบายสุขภาพ ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการทำงานขับเคลื่อนนโยบายด้านโรคไม่ติดต่อและที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย และระดับนานาชาติที่น่าสนใจ

- การทบทวนบุคคลและเครือข่าย Mentors และองค์กรภาคีที่จะเข้าร่วมเป็น “เครือข่ายเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้นำด้าน NCDs”
- การออกแบบกรอบและหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโปรแกรม (Nomination, selection process and recruitment approaches) และคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ที่จะเข้าร่วมโปรแกรม (Candidate's characters & qualities)

## 2. กิจกรรมทำหนังสือและสื่อวีดิทัศน์

- คณะทำงานและบรรณาธิการได้ดำเนินการจัดทำหนังสือ
  - การวางแผนโครงสร้างเนื้อหาของหนังสือ
  - การทบทวนวรรณกรรมข้อมูลวิชาการที่เกี่ยวข้อง ประวัติการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้อง และบทสัมภาษณ์ที่ผ่านมาของ NCD champions และ leaders
  - การดำเนินการสัมภาษณ์และถ่ายวิดีโอ NCD champions และ leaders เพื่อสังเคราะห์และเรียบเรียงเนื้อหาในหนังสือและการสื่อวีดิทัศน์



### 1 หมอประกิต มุลนิธิไมสูบบุหรี่ Draft 1

- การประสานกับเครือข่ายเชิงรุก เพื่อให้เสนอชื่อบุคคลเข้าร่วมโปรแกรม อาทิ จาก FETP fellowship program, NCD fellowship program, NCD Case manager program, NCD System manager program, Thai Health Academy leadership courses และ IHPP HPSR fellowship program
- การพัฒนาหลักสูตรส่วนเฉพาะบุคคล (Tailored program) สำหรับผู้เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งจะมียอดประกอบ เช่น (1) รายการ platform และ pathfinder projects (2) บุคคลและองค์กรที่สามารถทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงหรือแหล่งฝึก (3) รายการทักษะที่จำเป็น พร้อมแหล่ง/วิธีการเรียนรู้ที่น่าสนใจ เป็นต้น
- วางแผนกิจกรรม Launch หนังสือ และการเผยแพร่หนังสือ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผู้ทำงาน

## บทที่ 4

### การดำเนินงานภาพรวม

#### 1. Virtual NCD Forum 2024

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและส่งเสริมความเข้มแข็งเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ Virtual NCD Forum 2024 มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบุคลากรด้านควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อและสร้างเครือข่ายและขับเคลื่อนงานโรคไม่ติดต่อ

ในปี 2567 ได้มีการจัดประชุมฯ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 หัวข้อ “มองไกลสังคมไทยอายุยืนยาว” แบบออนไลน์ ร่วมกับเครือข่าย ได้แก่ องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย (ส.ส.ท.), กรมกิจการผู้สูงอายุ, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ, คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์, เทศบาลเมืองบึงยี่โถ และครั้งที่ 2 หัวข้อ “การพัฒนาเมืองกับสุขภาพ” จัดการประชุมแบบไฮบริด ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร ร่วมกับเครือข่าย ได้แก่ องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย, เทศบาลนครนครศรีธรรมราช, สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล, ศูนย์นวัตกรรมการเรียนรู้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

กลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศ กองโรคไม่ติดต่อ จึงจัดทำรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและส่งเสริมความเข้มแข็งเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ Virtual NCD Forum 2024 เพื่อสรุปการบรรยายและอภิปรายของวิทยากร นอกจากนี้ผู้สนใจสามารถเข้าชมการประชุมย้อนหลังได้ที่ Facebook WHO-CCS NCDs และทาง Youtube Virtual NCD Forum

## Virtual NCD Forum 2024 ครั้งที่ 1 หัวข้อ “มองไกลสังคมไทยอายุยืนยาว”

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุแล้ว (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ นั่นคือ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศ ก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super - Aged Society) ในปี พ.ศ. 2574 สัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพที่เรื้อรังซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้คาดประมาณงบประมาณที่ต้องใช้ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยเฉลี่ยแล้วสูงถึงประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 0.1 ของ GDP ในช่วงปี พ.ศ. 2558 - 2565 จึงต้องเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพก่อนวัยสูงอายุและเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อลดภาระด้านเศรษฐกิจของประเทศ สังคม และครอบครัว

จากประเด็นปัญหาดังกล่าว เพื่อเกิดการจัดการปัญหาด้านสุขภาพของโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แนวทางในเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ เกิดการเรียนรู้เข้าใจผู้สูงอายุในครอบครัวและสังคมนำไปสู่การดูแลและป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในผู้สูงอายุอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค จึงได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน และส่งเสริมความเข้มแข็งเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ “Virtual NCD Forum” ครั้งที่ 1 หัวข้อ มองไกลสังคมไทยอายุยืนยาว เพื่อจัดการความรู้และสร้างความเข้าใจทิศทางการขับเคลื่อนสังคมผู้สูงอายุของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเพื่อเตรียมความพร้อมหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานป้องกันควบคุม โรคไม่ติดต่อในกลุ่มผู้สูงอายุ



## นายแพทย์ชอุทธิ เต็งไตรสรณ์

รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ประธานเปิดการประชุม

กระผมมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้มาเป็นประธานเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน และส่งเสริมความเข้มแข็งเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ Virtual NCD Forum 2024 ครั้งที่ 1 หัวข้อ มองไกลสังคมไทยอายุยืนยาว ในวันที่

ในปี 2566 จำนวนผู้สูงอายุขยายเพิ่มมากยิ่งขึ้นและมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หรือมากถึง 13.5 ล้านคน หรือคิดเป็น 19.5% ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มอายุสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ความต้องการ การดูแลสุขภาพมากขึ้น ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2565 กลุ่มผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเป็น 1 ใน 5 หรือร้อยละ 20 ของผู้ใช้สิทธิทั้งหมด และใช้บริการสุขภาพมากเป็น 2 เท่าของทุกกลุ่มอายุ ใช้ทรัพยากรในการดูแลเป็น 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายทั้งระบบ การจัดระบบบริการสุขภาพแบบตั้งรับเพื่อให้บริการผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยจะเป็นทำให้ประเทศสูญเสียงบประมาณเพิ่มมากยิ่งขึ้น ขณะที่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัดและไม่เพียงพอต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ข้อมูลการรักษาของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการมากที่สุด พบว่าโรคให้บริการผู้ป่วยนอก 3 อันดับแรก คือ ภาวะความดันโลหิตสูง (8.41 ล้านครั้ง) โรคเบาหวาน (4.73 ล้านครั้ง) และโรคไตวายเรื้อรัง (9.10 แสนครั้ง) ส่วนโรคที่ให้บริการผู้ป่วยใน 3 อันดับแรก คือภาวะปอดบวมจากเชื้อไวรัส (1.35 แสนครั้ง) หัวใจล้มเหลวแบบน้ำท่วมปอด (6.05 หมื่นครั้ง) และไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (5.47 หมื่นครั้ง) ผู้สูงอายุร้อยละ 80 เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ สถานการณ์โรคไม่ติดต่อปัจจุบันมีแนวโน้มป่วยในกลุ่มอายุก่อนวัยสูงอายุมากขึ้น หากขาดความตระหนัก ไม่ใส่ใจสุขภาพ ใช้ชีวิตไม่ระมัดระวัง

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการเข้าสู่สังคมสูงวัย มีการดำเนินการเตรียมรองรับการพัฒนาาระบบดูแลสุขภาพแล้ว และยังมีภารกิจสร้างระบบคุ้มครองและสวัสดิการผู้สูงอายุ, การปรับสภาพแวดล้อมชุมชนและบ้าน, การปรับกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติเพื่อเอื้อต่อการทำงานด้านผู้สูงอายุ การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ, และการสร้างนวัตกรรมการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุ

การประชุมในวันนี้ จะพัฒนาความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายในการรองรับสังคมสูงวัย ขอขอบคุณทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการจัดประชุมวิชาการในครั้งนี้ ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร. เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง, กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, คณะศิลปศาสตร์จากมหาวิทยาลัยมหิดล, สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย และเทศบาลเมืองยี่โก จังหวัดปทุมธานีที่มาร่วมถ่ายทอดประสบการณ์และองค์ความรู้ในการพัฒนาสังคมไทย “มองไกลสังคมไทยอายุยืนยาว” และขออวยพรให้การประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน และส่งเสริมความเข้มแข็งเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ Virtual NCD Forum 2024 ครั้งที่ 1 หัวข้อ มองไกลสังคมไทยอายุยืนยาว ได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ทุกประการ

**ดร.กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล**  
**หัวหน้ากลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศ**  
**ผู้กล่าวรายงาน**



ความก้าวหน้าด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุขทำให้มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น ได้เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไปสู่สังคมสูงอายุ ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุหรือคนที่อายุ 60 ปี ขึ้นไปมากถึง 1,016 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13.2 ของประชากรโลกทั้งหมด ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 หรือ 1 ใน 5 ของประชากรโลก

การเข้าสู่สังคมสูงอายุ ได้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ผู้สูงอายุร้อยละ 80 มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือดหรือโรคข้อและกระดูก มีระยะเวลาเจ็บป่วยนาน มีค่าใช้จ่ายและค่ารักษาพยาบาลสูง นอกจากความเจ็บป่วยแล้วยังมีการเสื่อมถอยของร่างกาย สายตา การเคลื่อนไหว การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับการอยู่ตามลำพังมากขึ้น รวมทั้ง มีภาวะเศรษฐกิจที่ยากลำบาก ข้อมูลจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่มีรายได้เอาไว้ใช้จ่ายเพราะเป็นแรงงานนอกระบบ หรือทำงานแบบไม่มีวันเกษียณ ส่วนใหญ่เป็นชาวไร่ชาวนาและยังมีหนี้สินอยู่จำนวนมากต้องทำงานไปใช้หนี้

ระบบการบริการสุขภาพ ระบบสวัสดิการ การจัดการที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เพื่อรองรับสังคมผู้สูงวัยเป็นการบริหารจัดการเชิงระบบที่มีความจำเป็นและความสำคัญ เพื่อเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เป็นความท้าทายของทุกภาคส่วนเตรียมคนก่อนสูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจในการก้าวสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานวิชาการในการพัฒนาองค์ความรู้ วิจัย และผลักดันมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้เล็งเห็นความสำคัญของการรับมือกับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ จึงจัดประชุมเชิงปฏิบัติ การเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและส่งเสริมความเข้มแข็งเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ Virtual NCD Forum 2024 ครั้งที่ 1 หัวข้อ มองไกลสังคมไทยอายุยืนยาวขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือประเทศระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก 2565 – 2569 (WHO-CCS NCDs) เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งด้านสุขภาพ (health section) และจากภาคส่วน อื่น ๆ (non-health section) รวมทั้งเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต สำนักงานอนามัย สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต, สำนักงานสุขภาพจิตเขต, โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารจังหวัด 49 จังหวัด, และผู้สนใจจำนวน 500 คน



## ปรากฏการณ์พิเศษ เรื่อง มองไกลสังคมไทยอายุยืนยาว

รองศาสตราจารย์ ดร. เจมศักดิ์ ปิ่นทอง

ประธานกรรมการนโยบาย องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพ

สาธารณะแห่งประเทศไทย (ส.ส.ท.)

**สังคมสูงวัย** เป็นปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้นในประเทศไทยอย่างรวดเร็วและรุนแรง ถือว่าเป็น “*สงครามใหม่*” หรือ “*ข้าศึกใหม่*” เป็นปรากฏการณ์ที่โครงสร้างประชากรเปลี่ยนไป ในอีก 10 ปี มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สัดส่วนคนทำงานจะน้อยลง เด็กที่เกิดใหม่จะน้อย เพราะ “*คนพร้อมไม่ท้อง และคนท้องไม่พร้อม*” คนที่พร้อมไม่ท้อง มองลูกเป็นภาระ กลัวลูกเกิดมาจะลำบาก แต่คนไม่พร้อมดันท้อง เด็กที่เกิดขึ้นมา ช่วงอายุ 40 - 50 ปี จะอยู่ในวัยทำงาน ในอนาคตกลุ่มวัยคนทำงานจะลดลง และต้องดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น คนทำงานในปัจจุบัน มีจำนวน 37 ล้านคน เป็นข้าราชการ พนักงานรัฐ 2 ล้านคน แรงงานในระบบ 15 ล้านคน และแรงงานนอกระบบที่ไม่มีสวัสดิการ 20 ล้านคน

**ปัญหาสังคมสูงวัย มี 4 ด้าน** ที่จะต้องมีการเตรียมระบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในอนาคต

**1. เศรษฐกิจ** ระบบการออมและการทำงาน การออมสำคัญมาก ต้องเปลี่ยนวิธีคิดให้รู้จักออมตั้งแต่วัยรุ่น พอสูงวัยแล้วออมไม่ทัน การออมสามารถออมได้หลายวิธี สามารถช่วยกันคิด สร้างระบบการออมได้ อย่าหวังแต่การออมส่วนกลาง การออมเองอาจจะลำบากต้องมีการบังคับการออม (Forced savings) ให้รัฐจัดระบบบังคับให้เกิดการออม ข้อเสนอบังคับออมผ่าน Vat (ภาษีมูลค่าเพิ่ม) ตัวอย่างหมู่บ้านคำปลาหลาย จังหวัดขอนแก่น มีการออมต้นไม้เป็นบ้านอายุชีวิตให้ทุกบ้านปลูกต้นไม้ทุกปี ปีละ 10 ต้น ซึ่งในอนาคตต้นไม้เหล่านี้ จะทำเงินให้เสมือนเป็นบ้านอายุตอนสูงวัย และให้มีมาตรการขยายอายุการทำงานและจ้างงานผู้สูงอายุ คนที่ คิดว่าหยุดทำงานตอนอายุ 60 ปี อาจจะต้องเปลี่ยนการคิด จะต้องทำงานเรื่อย ๆ จนกระทั่งทำงานไม่ได้ เพราะต่างประเทศ บางประเทศ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปยังทำงาน จนกว่าตัวเองจะทำงานไม่ไหวถึงจะหยุดทำงาน

**2. ปรับสภาพแวดล้อม** ผู้สูงอายุ หากมีการหกล้ม มีอุบัติเหตุ ค่ารักษาพยาบาลแพงกว่าการปรับปรุงสภาพแวดล้อม การปรับสภาพแวดล้อมควรให้ได้กับคนทุกวัยรวมถึงคนพิการ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุในห้องน้ำ มีสาเหตุมาจากการไม่มีราวจับ พื้นลื่น จะต้องมีการออกแบบสภาพแวดล้อมเพื่อทุกคนในบ้าน เพื่อผู้สูงอายุ และตัวเองตอนสูงวัย พื้นที่สาธารณะควรปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

**3. ระบบสุขภาพ** มนุษย์มีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เมื่อเกิดแล้วทำอย่างไรให้เจ็บป่วยช้าที่สุด เจ็บให้สั้นที่สุดแล้วตายให้ไวที่สุด จะต้องมีการดูแลตัวเองให้มีสุขภาพดี ไม่ให้เป็นภาระลูกหลาน จังหวัดเชียงใหม่ มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาวะเสื่อมพัฒนา เน้นกิจกรรม 3 อย่าง ได้แก่ กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และการฝังเข็ม รวมถึงกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ในกรณีคนติดบ้าน ติดเตียง จะต้องมีอาสาสมัครตระเวนเข้าไปในหมู่บ้าน มีตารางเวลาแน่นอนเพื่อคอยดูแลกลุ่มคนเหล่านี้

4. **ชุมชน สถาบันในชุมชน** การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมร่วมกันทำให้ผู้สูงอายุเกิดพลังโดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกับชุมชน เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียนวัด อสม. เป็นต้น โดยกรมกิจการผู้สูงอายุส่งเสริมได้จัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ หากได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหมู่บ้านจะยิ่งทำให้เกิดประโยชน์มากขึ้น

## อภิปราย เรื่อง ประเด็นท้าทายการพัฒนาสังคมไทยอายุยืนยาว



นางสาวบุษยา ใจสว่าง  
รองอธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ  
กระทรวงพัฒนาการสังคมและความมั่นคงมนุษย์



นายวีระชัย ก้อนมณี  
ผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มภารกิจสนับสนุน  
การจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



แพทย์หญิงมานิตา กิตติเลิศวรกุล  
นายแพทย์ปฏิบัติการ สถาบันเวชศาสตร์  
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ



ดร.ณัฐณี สัจจนกุล  
อาจารย์คณะศิลปศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล



ดร.กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล  
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศ  
ผู้ดำเนินรายการและร่วมอภิปราย

## ยุทธศาสตร์และนโยบายด้านสุขภาพเพื่อสังคมอายุยืนยาว

โดย นางสาวบุษยา ใจสว่าง รองอธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาการสังคมและความมั่นคงมนุษย์

ความท้าทายของสังคมสูงวัย ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ “โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลง ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว” ปี 2576 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสุดยอด มีผู้สูงอายุ 41.5% ยากจน มีเงินออมน้อย ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ผู้สูงอายุอยู่ลำพังหรืออยู่สองคนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 53.8 มักมีปัญหาความรู้สึกละแฉง และว่าเหว ด้านที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุอาศัยในบ้านและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ด้านเทคโนโลยี ผู้สูงอายุถูกหลอกลวงจากสื่อออนไลน์ และด้านสุขภาพประชากรก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพ ปี 2563 พบว่าผู้สูงอายุที่ต้องการคนดูแลเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากกรมอนามัยประมาณการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

### การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ 5 มิติ ได้แก่

1. **ด้านสุขภาพ** เตรียมตัวด้านร่างกาย จิตใจ ให้สดใสแข็งแรง หาวิธีรับมือเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในวัยสูงอายุ
2. **ด้านสังคม** เริ่มต้นเรียนรู้ด้านสิทธิและหาข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายสำหรับผู้สูงอายุ สร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัวและสังคม สร้างคุณค่าให้ตัวเอง
3. **ด้านเศรษฐกิจ** มีการวางแผนทางการเงิน ค่าใช้จ่ายและจัดการหนี้สิน รู้จักออมและต่อยอดให้ตัวเอง มีเงินสำรองเพื่อไว้ใช้จ่ายในยามฉุกเฉิน เพิ่มทักษะจากเดิมที่มีอยู่เพื่อเพิ่มโอกาสการทำงานต่อเนื่อง
4. **ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม** ที่มีอยู่อาศัยอย่างมั่นคง สภาพแวดล้อมเหมาะสม จัดการบ้านและสภาพแวดล้อมในบ้านที่ดี สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกสบาย
5. **ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม** เปิดใจ เรียนรู้ ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม รู้เท่าทันป้องกันการถูกหลอกลวง และรู้จักการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมให้เป็นประโยชน์ทั้งการสร้างรายได้และสังคมใหม่

ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ

ภายใต้สังคมสูงวัย มีแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 พ.ศ. (2566-2580) ประกอบด้วยแผนปฏิบัติการย่อย 4 แผน ได้แก่ เตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ, ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม, ปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ และเพิ่มศักยภาพการวิจัยการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย ซึ่งมี 19 มาตรการ และ 53 ตัวชี้วัด รวมทั้งมีมาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน 4 มิติ (เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพ และสังคม) โดยมีเป้าหมาย ผู้สูงอายุมีหลักประกันในการดำรงชีวิตทุกมิติ สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างอิสระและยาวนาน ในมิติสุขภาพมีการบูรณาการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติการ (Operation Unit) ในการบูรณาการกิจกรรมและทรัพยากร การยกระดับผู้บริบาลอาชีพ Formal (Paid) Care Giver และการ

จัดให้มีศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพทุกอำเภอควบคู่กับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง การแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)

### ข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ

ก่อนสูงอายุ (ครรภ์มารดาถึง 59 ปี)	สูงวัย
1. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงและปฏิบัติต่อเนื่อง มีมาตรฐานสูงใจ บุคคล ท้องถิ่น ชุมชน องค์กร สังคม	1. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงและปฏิบัติต่อเนื่อง (เน้นป้องกันมากกว่ารักษา มีมาตรการสูงใจ)
2. ลดความเสี่ยง เพิ่มปัจจัยป้องกัน	2. สร้างผู้ดูแลให้เพียงพอและได้มาตรฐาน
3. ชุมชนท้องถิ่นมีการบริหารจัดการสุขภาพ	3. บ้านและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการอยู่อาศัย
4. เข้าถึงบริการ ตรวจสุขภาพต่อเนื่อง ป้องกัน รักษา	4. สร้างระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึงผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเข้าถึงง่าย สะดวก รวดเร็ว ต่อเนื่อง
5. เตรียมบ้านและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	5. ได้รับการดูแลเมื่อพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง เหมาะสม
	6. ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน

นโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ จะเกิดประโยชน์มากที่สุดต้องมีระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงและใช้ประโยชน์ร่วมกัน เป้าหมายสังคมสูงวัย ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Well-being) มีหลักประกันมั่นคง (Security) เป็นพลังพัฒนาสังคม (Active Aging) โดยมีเพื่อนบ้านชุมชนท้องถิ่นช่วยเหลือเกื้อกูลครอบครัวดูแลช่วยเหลือ รัฐ ภาคีเครือข่าย ภาคประชาสังคมสนับสนุนส่งเสริม

ระบบบริการสุขภาพและสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย นายวีระชัย ก้อนมณี ผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

### สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

#### สิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. **สิทธิประโยชน์หลักด้านการรักษาพยาบาล** คือ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ใช้จ่ายตามสิทธิข้าราชการ ประกันสังคม ปัจจุบันเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิประกันสังคมจะไม่คุ้มครองเรื่องการรักษา ฉะนั้นจะเป็นสิทธิ์บัตรทอง
2. **สิทธิประโยชน์เสริมสำหรับผู้สูงอายุ** ได้แก่ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพิ่มเติม 13 รายการ (1. ฉีดวัคซีนคอตีบและบาดทะยัก 2. ตรวจประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 3. ตรวจวัดดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต 4. ตรวจเลือดคัดกรองเบาหวาน, เอชไอวี 5. คัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง 6. คัดกรองโรคซึมเศร้า 7. ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ (50-70ปี) 8. การเคลือบฟลูออไรด์ 9. การให้ความรู้ออกกำลังกายและฝึกสมองป้องกันโรคสมองเสื่อม 10. การให้ความรู้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง 11. การให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพ 12. การตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน 13. บริการสายด่วนเลิกบุหรี่) บริการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม บริการทันตกรรม (ฟันเทียม และรากฟันเทียม) บริการผ่าตัดต่อกระดูก แขนงสายตา บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Team Care: LTC) การรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น

แนวคิดในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เน้นจัดบริการที่บ้าน ชุมชน โดยการดูแลของญาติ มีการบูรณาการของทุกหน่วยงานที่จะดูแลทั้ง Social Care & Health Care ให้มีความสำคัญกับท้องถิ่นในการเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลเน้นการใช้เทคโนโลยีทั้งการจัดบริการและการจัดการฐานข้อมูล

#### การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้ความร่วมมือของ สปสช. และ อบท. มี 3 กองทุน ดังนี้

1. กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ 7,753 แห่ง
2. กองทุนฟื้นฟูจังหวัด 69 แห่ง
3. กองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 7,214 แห่ง

ที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2565 มีมติเห็นชอบบรรจุ “ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย” ให้เป็นสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งครอบคลุมประชาชนทุกสิทธิหลักประกันสุขภาพ โดยใช้งบประมาณจาก “กองทุนสุขภาพตำบล” หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กบท). ผู้ที่ได้รับประโยชน์เป็นบุคคลที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข

(Care Plan) และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยรับฟรีไม่เกิน 3 ชั้น ต่อวัน

การบริหารจัดการบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เริ่มดำเนินการในปี 2559 ดำเนินการในพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ที่สมัครใจ งบหกพันบาท/คน/ปี (จัดสรร กปท. ห้าพัน หน่วยบริการประจำค่าคัดกรองหนึ่งพัน) ครอบคลุมผู้สูงอายุสิทธิ UC บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ มี CM เป็นผู้จัดการ Care Plan และ CG เป็นผู้ดูแล ในปี 2563 ขยายสิทธิ์ครอบคลุม **“ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกอายุ ทุกสิทธิ์”** และปี 2564 ปรับเปลี่ยนการจัดบ จัดสรรงบประมาณ กปท. เป็นหกพันบาท สิทธิประโยชน์ LTC มีดังนี้

1. ประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแล Care Plan
2. ให้บริการระยะยาวโดยทีมบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) กิจกรรมตาม Care Plan
3. บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน ให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแล โดยผู้ช่วยผู้ดูแล Caregiver หรือเครือข่ายจิตอาสา
4. จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ (อุปกรณ์บางอย่างอาจได้รับสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูจังหวัด)
5. ประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแล

**กองทุนฟื้นฟู** มีการสนับสนุนกายอุปกรณ์ กองทุนฯ จ่ายค่าบริการฟื้นฟูกายอุปกรณ์ให้กับหน่วยบริการ ตามรายการที่ สปสช. กำหนด และสามารถประกาศรายการกายอุปกรณ์เพิ่มเติมได้ เพิ่มช่องทางการเข้าถึงกายอุปกรณ์ ศูนย์ซ่อม ศูนย์ยืม เพิ่มหน่วยการจัดบริการ เช่น ศูนย์บริการคนพิการ สถานศึกษารถบริการเคลื่อนที่ผลิต คัดแปลงได้ เพิ่มบริการฟื้นฟู จัดทำโครงการที่เป็นบริการฟื้นฟูให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย หนุนเสริมการจัดบริการของกลุ่มเครือข่าย สนับสนุนการเพิ่มอาสาสมัครและเพิ่มบริการเพื่อสนับสนุนบริการฟื้นฟู กองทุนสามารถ สนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น

## สังคมสูงวัย

โดย แพทย์หญิงมานิตา กิตติเลิศวรกุล นายแพทย์ปฏิบัติการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัย ในปี 2543 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 10% (6.2 ล้านคน) ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด ในปี 2578 เพิ่มขึ้นร้อยละ 30% (20.9 ล้านคน) ปัจจุบันประเทศไทยจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็น 20.9% ผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป คิดเป็น 14.0% และผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป คิดเป็น 2.2% (ข้อมูลวันที่ 21 มกราคม 2567) อ้างอิงจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้สังคมสูงวัยมีแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 พ.ศ. (2566 -2580) ประกอบด้วยแผนปฏิบัติการย่อย 4 แผน ได้แก่ เตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ, ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม, ปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ และเพิ่มศักยภาพการวิจัยการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย ซึ่งมี 19 มาตรการ และ 53 ตัวชี้วัด ในส่วนของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ยกระดับ 30 บาทพลัส Quick Win 100 วัน มีทั้งหมด 13 ประเด็น ประเด็นของผู้สูงอายุอยู่ในประเด็นที่ 8 สถานชิวาภิบาล ให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุทุกโรงพยาบาล และประเด็นผู้สูงอายุอยู่ในประเด็นที่ 4 สุขภาพผู้สูงอายุ ให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง ให้มีการคัดกรองสุขภาพ ประเมินความเสี่ยงของโรค การดูแลระยะยาว (Long term care) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น แวนสายตา ผ้าอ้อม ฟันปลอม มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ

### ขอบเขตการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

ก่อนวัยสูงอายุช่วยเหลือดูแลตัวเองได้ดี ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ควบคุมโรคไม่ติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุยังช่วยเหลือดูแลตัวเองได้ดี ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ควบคุมโรคไม่ติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพ คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ เมื่อเจ็บป่วยเฉียบพลันฟื้นฟูได้ รักษา ดูแลการเจ็บป่วยเฉียบพลัน การฟื้นฟูอย่างเข้มข้น (Intermediate Care) เจ็บป่วยเรื้อรังมีภาวะพึ่งพิง ดูแลระยะยาว (Long Term Care) ดูแลระยะยาวในกลุ่มโรคซับซ้อน (Specialized Long Term Care) และระยะท้ายชีวิต ดูแลประคับประคอง

### การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ

1. การพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ
2. การสร้างนวัตกรรมบริการที่จำเป็น
3. การวิจัยเพื่อพิสูจน์ผลลัพธ์ของนวัตกรรม
4. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร
5. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อผลักดันเข้าสู่สิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ

### แนวทางการสนับสนุน

1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุฯ เช่น หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น
2. การเยี่ยมเสริมพลังใจในการพัฒนาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ
3. การให้คำแนะนำ คำปรึกษาด้านวิชาการ เช่น การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลรักษาเมื่อพบความผิดปกติ การจัดทำ Telemedicine รวมทั้งการจัดการ DMS Care Tools เป็นต้น
4. สนับสนุนตำรา เอกสารด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ รวมทั้งสื่อ คู่มือต่าง ๆ ผ่านทาง <http://agingthai.dms.go.th/agingthai/>

## เปรียบเทียบนโยบายและแนวปฏิบัติผู้สูงอายุประเทศไทย กับประเทศสิงคโปร์และประเทศญี่ปุ่น

โดย ดร.ณัฐณี สัจจนกุล อาจารย์คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*การสูงวัยในที่เดิม “ageing in place”* ผู้สูงอายุจะต้องมีการอาศัยอยู่ในบ้านและชุมชนที่ตนเองอยู่อาศัยได้อย่างปลอดภัย เป็นอิสระ สะดวกสบาย โดยไม่คำนึงถึงอายุ รายได้ หรือระดับการพึ่งพิง เป็นเป้าหมายสูงสุดของการดำเนินนโยบายให้ไปสู่การสูงวัยในที่เดิม ในประเทศแถบยุโรป เช่น สหรัฐอเมริกา อัตราการสูงวัยของผู้สูงอายุค่อนข้างใช้ระยะเวลานาน มีโอกาสในการเตรียมตัวออกแบบนโยบายเพื่อรับมือต่อสถานการณ์ ในประเทศแถบเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น จีน เกาหลีใต้ สิงคโปร์ และไทย ระยะเวลาในการเข้าสู่สังคมสูงวัยค่อนข้างที่จะเกิดขึ้นเร็ว ช่วงประมาณปี ค.ศ. 2000 ตัวเลขเพิ่มรวดเร็วมก ต้นแบบที่ดีในเรื่องสูงวัยที่มาจากเอเชีย สามารถนำมาปรับใช้ในกรณีของประเทศไทยได้ ยกตัวอย่างต้นแบบของประเทศญี่ปุ่น และสิงคโปร์

**ประเทศญี่ปุ่น** มีการเตรียมตัวรองรับสูงวัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989 โดยมีการเตรียมพร้อมเพื่อสร้างบริการทางสังคมที่บ้าน (in-home welfare services) การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (long-term-care) เพิ่มสวัสดิการและจำนวนผู้ดูแล แพทย์และพยาบาล เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เพิ่มบริการการดูแลสุขภาพพิเศษระยะสั้น ให้บริการรายวัน (อาหาร บริหารร่างกาย) การสร้างความมั่นคงและสนับสนุนการอยู่อาศัยอย่างอิสระไม่พึ่งพาของผู้สูงอายุที่สามารถอยู่ได้อย่างภาคภูมิใจ การพัฒนาระบบส่งเสริมในชุมชน และในปี ค.ศ. 2006 รัฐบาลเริ่มใช้แนวคิดการสูงวัยในที่เดิมเป็นนโยบายหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ใช้เป็นฐานแนวคิดและออกแบบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับสังคมของญี่ปุ่น เรียกว่า Community-based integrated care system ระบบ **“การดูแลเชิงบูรณาการโดยมีชุมชนเป็นฐาน”** เนื่องด้วยประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีลักษณะการกระจายอำนาจ ดังนั้น ในแต่ละพื้นที่มีหน้าที่รับหลักการและรูปแบบ แต่วิธีปฏิบัติในแต่ละพื้นที่จะแตกต่างกัน โดยการดูแลเชิงบูรณาการโดยมีชุมชนเป็นฐานจะเน้นการดูแลที่บ้าน (Home based care)

การปรับปรุงคุณภาพบริการระยะยาวทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในชุมชนหนึ่งควรมีการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่พึ่งพิง ไปจนกระทั่งผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลสุขภาพ มีการดำเนินการ *Toyoshikidai Project* ชุมชนโทโยชิคิได มีประชากรประมาณสองหมื่นกว่าคน มีผู้สูงอายุประมาณ 40% เกิดความร่วมมือจากองค์กรคั่นคว่ำสังคมสูงวัยแบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยโตเกียว สภามืองคาชิวะ หน่วยงานเออร์บันเรเนซองส์ของ และโคโคฟิม ดำเนินการคั่นคว่ำสังคมสูงวัยแบบบูรณาการภายในชุมชนโทโยชิคิได ในภาพรวมมี 4 ด้าน ดังนี้

1. **ด้านบุคคล** เน้นประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุทุกคนทั้งมีภาวะพึ่งพิงและไม่พึ่งพิงในชุมชนและชุมชนรอบ ๆ
2. **ด้านสถานที่** มีการปรับปรุงอาคารเดิม อาคารสงเคราะห์ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้อยู่อาศัยที่หลากหลาย ทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง การอยู่อาศัยแบบครอบครัวที่มีเด็ก และลักษณะการอยู่อาศัยอื่น ๆ รวมทั้งสร้างอาคารศูนย์บริการทางการแพทย์และพยาบาลที่เปิดตลอด 24 ชั่วโมงพร้อมห้องพัก 105 ห้อง เป็นศูนย์กลางการแพทย์และพยาบาล 24 ชั่วโมง ในพื้นที่ที่ขาดแคลนแทน โดยเป็นการปรับเปลี่ยนวิธีการเพื่อให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในชุมชนเดิมได้นานที่สุด
3. **ด้านการบริการสุขภาพ** มีการสร้างบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ เป็นการสร้างระบบแพทย์เจ้าของไข้และเพิ่มจำนวนแพทย์เพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมดูแลสุขภาพที่บ้าน ส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่บ้านของคนในชุมชน วางแผนจัดตั้งศูนย์การร่วมมือทางการแพทย์ จาก 10 โรงพยาบาล รวมทั้งจัดทำโครงการป้องกันภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ (Frailty Prevention) เพื่อให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลที่บ้านแก่คนในชุมชน ประสานการทำงานและให้บริการทางการแพทย์ถึงที่บ้านได้ตลอด 24 ชั่วโมง
4. **ด้านสังคม** การสร้างอาชีพและส่งเสริมการปฏิสัมพันธ์กับสังคม จ้างงานผู้สูงอายุเพื่อให้รู้สึกถึงคุณค่าของชีวิต ซึ่งเป็นความช่วยเหลือจากกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงาน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2016 สร้างโครงการ Second-life platform ของผู้ที่เกษียณแล้วและกำลังจะเกษียณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเชื่อมต่อระหว่างสถาบันการเงิน กิจการที่มีแนวคิดจ้างงานเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ

**ประเทศสิงคโปร์** มีการจัดทำแบบสำรวจความคิดเห็นในระดับชาติเกี่ยวกับประชากรสูงอายุ โดยรวบรวมมุมมองจากส่วนบุคคล ครอบครัว ชุมชน และรัฐที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนที่จะกำหนดเป็นแผนดำเนินการสูงวัยในที่เดิม *“การสูงวัยในที่เดิม”* จะเป็นหัวใจหลักของการดำเนินนโยบาย และในปี ค.ศ. 2011 ได้มีการจัดทำ *แผนการทำงานเมืองสำหรับคนทุกวัย (City for All Ages-CFAA)* ล่าสุดปี ค.ศ. 2023 มีการปรับแผนเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์หลังเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ประเทศสิงคโปร์มีการกำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อนำไปสู่ชีวิตสูงวัยที่มีคุณภาพ (Action Plan for Successful Ageing) เป็นเหมือนพิมพ์เขียวของประเทศเพื่อใช้ในการเตรียมตัวรับมือกับปัญหาสังคมสูงวัยในทุกมิติ ทั้งสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมไปพร้อมกัน โดยแบ่งออกเป็นสามระดับ ได้แก่

1. ระดับบุคคล คือ *การสร้างโอกาสเพื่อคนทุกวัย (Opportunities for all ages)* ทำให้สิงคโปร์เป็นสถานที่สำหรับทุกคน รวมถึงผู้สูงอายุที่สามารถเรียนรู้ เติบโต และประสบความสำเร็จตามศักยภาพที่ตนเองมี

2. ระดับชุมชน คือ *การสร้างชุมชนเพื่อคนทุกวัย (Kampong for all ages)* ทำให้สิงคโปร์เป็นสังคมแห่งการดูแล โดยที่ยอมรับและเคารพผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนร่วมกัน
3. ระดับชาติ คือ *การสร้างเมืองเพื่อคนทุกวัย (City for all ages)* ทำให้สิงคโปร์เป็นต้นแบบสำหรับการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จ

แผนปฏิบัติการเพื่อนำไปสู่ชีวิตสูงวัยที่มีคุณภาพ (Action Plan for Successful Ageing) เริ่มทดลองก่อนใน 4 เขตพื้นที่นำร่อง ได้แก่ เขต Marine Parade, Whampoa, Bedok และ Taman Jurong และจะขยายออกไปอีก 12 เขตต่อไป ในภาพรวมมี 4 ด้าน ดังนี้

1. **ด้านบุคคล** มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนทุกคนในสังคมสิงคโปร์ แต่จะเน้นสร้างประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุทุกคนในสังคมเป็นอันดับแรก หากผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างสุขกายสบายใจแล้ว ประชากรกลุ่มวัยอื่นย่อมสามารถอยู่ได้อย่างปกติสุขเช่นกัน
2. **ด้านสถานที่** ปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ส่งเสริมการสานสัมพันธ์หลากหลายรุ่นวัย เช่น Three-Generation Flat หรือ 3Gen Flats แผน 2-Room Flexi Scheme ที่เป็นการรวม 2 ห้องเข้าด้วยกัน และโปรแกรม Enhancement for Active Seniors (EASA) ให้บริการเพื่อการตัดแปลงและปรับเปลี่ยนสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในพื้นที่ส่วนตัว เช่น ราวจับ การปูพื้นกันลื่นในห้องน้ำและทางลาด หรือการเสริมทางลาดบริเวณพื้นที่ต่างระดับ โดยที่รัฐบาลสนับสนุนสูงสุดถึง 95% และมีเพิ่มสถานที่สำหรับดูแลผู้สูงอายุ (Aged Care Services) ในชุมชน เพิ่มบริการการดูแลที่บ้านให้ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 50 และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 100 ตามลำดับ และมีการปรับปรุงพื้นที่สาธารณะ แนวคิดเมืองที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Age-Friendly City) ติดตั้งสัญญาณข้ามถนนที่มีระยะเวลาขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ (Green Man Plus) สร้างสวนสาธารณะที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Senior-Friendly Parks) โดยการเพิ่มอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำ ทางเดิน ไฟสว่าง อุปกรณ์ออกกำลังกาย สวนนาร่องสำหรับผู้สูงอายุ ความจำเสื่อม ปรับปรุงรถไฟฟ้าใต้ดินและรถโดยสารให้ปลอดภัย สะดวก และเหมาะสมต่อการใช้งานของผู้สูงอายุ (Senior-Friendly Transportation) และมีแผนการ “Silver Zones” หรือจำกัดความเร็วของรถให้ไม่เกิน 30 กิโลเมตร/ชั่วโมง บริเวณที่มีประชากรสูงวัยอาศัยอยู่หนาแน่น
3. **ด้านการบริการสุขภาพ** ปรับเปลี่ยนระบบบริการด้านสุขภาพไปสู่ชุมชนและที่พัก (Integrated Care Services) สร้างศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเวลากลางวัน (Day Care Centre) เสริมบริการช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted Living Services) เช่น ชื้อของกินของใช้ ทำความสะอาดบ้าน สร้างศูนย์ฟื้นฟูเวลากลางวัน (Day Rehabilitation) และเพิ่มจำนวนสถานบริบาล (Nursing Home) ให้ครอบคลุมได้ถึง 70% เพื่อรองรับผู้สูงอายุในอนาคต
4. **ด้านสังคม** มีกิจกรรมอาสาสมัคร (Volunteerism) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นอาสาสมัครดูแลคนในชุมชน ขยายระบบการเยี่ยมบ้าน สร้างศูนย์ให้บริการและปรึกษาเรื่องสุขภาพและสุขภาพะสำหรับผู้สูงอายุตั้งในชุมชนใกล้บ้านเพื่อรองรับบริการการดูแลที่บ้านหรือชุมชน การมีส่วนร่วมทางสังคมและการเป็นสมาชิกของสังคม เน้นให้กลุ่มวัยอื่นเคารพผู้สูงอายุและผู้สูงอายุต้องเคารพคนกลุ่มวัยอื่น

เช่นกัน ส่งเสริมการทำงานและเรียนรู้ ขยายอายุการทำงานของผู้สูงอายุออกไปที่ 65-67 ปี สร้างการเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่ผู้สูงอายุ (Lifelong Learning) ในการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ สร้างสถานที่สำหรับการเรียนรู้ 30,000 แห่ง (โรงเรียน 100 แห่ง)

**ประเทศไทย** มีการดำเนินโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น *โครงการ “คนลำสนธิไม่ทอดทิ้งกัน”* จังหวัดลพบุรี ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เริ่มจากบริการด้านสุขภาพ (Health Sector) แล้วจึงพัฒนาความร่วมมือไปยังบริการด้านสังคม (Social Sector) *โครงการ “พื้นที่สุขภาวะเพื่อสังคมผู้สูงอายุตำบลเขาทอง”* จังหวัดนครสวรรค์ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและติดเตียง กิจกรรมการเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุและปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน เทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี ได้ทำ*นวัตกรรมบ้านต้นแบบสุขภาวะผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ (Excellent Happy Home Ward)* เพื่อสร้างระบบการดูแลระยะยาวที่บ้าน

**กรอบแนวคิดเรื่องการสูงวัยในที่เดิม (Ageing in Place)** มุ่งเป้าสำหรับผู้สูงอายุทั้งที่มีภาวะพึ่งพิงและไม่พึ่งพิง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. **Place** *สถานที่ เทคโนโลยี สภาพแวดล้อม* ปรับปรุงที่อยู่อาศัย เพิ่มเทคโนโลยี สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตด้วยตนเอง และครอบคลุมทั้งช่วงชีวิต บริการด้านสถานที่ เช่น เร่งปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม จัดตั้งศูนย์สำหรับผู้สูงอายุเวลากลางวัน ศูนย์สำหรับผู้มีปัญหาเรื่องความจำเสื่อม ศูนย์ให้บริการการดูแลระยะสั้น สถานพยาบาลตั้งอยู่ไม่ไกลจากชุมชน สถานบริบาลเพื่อการดูแลระยะยาว พื้นที่สาธารณะภายในชุมชนเพื่อเป็นแหล่งพบปะของคนทุกวัย
2. **Social Services** *บริการการดูแลสังคม* แต่ละชุมชนสามารถออกแบบชุดบริการตามความจำเป็นที่แตกต่างกันออกไป เช่น ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารและกระบวนการยุติธรรม กิจกรรมนันทนาการ การทำงานและความมั่นคงทางการเงิน บริการเป็นเพื่อนหรือระบบอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน บริการทำความสะอาดและดูแลรักษาบ้าน (ภายใน) บริการรถรับส่งและพาไปทำธุระ บริการติดตามความปลอดภัย เป็นต้น
3. **Health Services** *บริการด้านสุขภาพ* ให้ครอบคลุมสถานะสุขภาพทั้ง 5 ระดับ โดยความซับซ้อนของการบริการและอุปกรณ์จะเพิ่มขึ้นตามความจำเป็นของสถานะสุขภาพและร่างกายของผู้สูงอายุด้วย ได้แก่ ชุดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ เพื่อสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ บริการการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเฉียบพลันและผู้ที่ต้องการการฟื้นฟู บริการการดูแลระยะยาวที่บ้านหรือชุมชน บริการการดูแลระยะยาวเชิงสถาบันและการดูแลในระดับที่ความซับซ้อนขึ้น บริการการดูแลระยะประคับประคอง

**ข้อเสนอ AIIS: ทำอย่างไรจึงจะสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม**

**A: Ageing in Place** กำหนดให้แนวคิด “การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม” เป็นแนวทางหลักในการจัดการที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุไทย

*I: Intergovernmental Relations* จัดวางบทบาทและระบบความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานของรัฐให้สามารถดำเนินงานร่วมกันได้อย่างมี “เอกภาพในเชิงนโยบาย” ภายใต้แนวคิด “ส่วนกลาง ออกแบบ-ภูมิภาคประสาน-ท้องถิ่นอำนวยความสะดวก”

*I: Integrated Services* จัดตั้ง One-stop integrated services ในชุมชนโดยกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้นำที่ประสานงานระหว่างอุปสงค์และอุปทานด้านการบริการและการดูแลในชุมชน

*I: Informal Care* ส่งเสริมและตอบแทนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวกับการเป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุ” ที่บ้านอย่างเป็นรูปธรรม

*S: LTC System* ขยายขอบเขตของ “ระบบการดูแลระยะยาว” ไม่ควรเน้นแต่ผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ควรเป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพทุกระดับ

## อภิปราย เรื่อง มั่นใจ สังคมไทยอายุยืนยาวอย่างคุณภาพ



ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ าสันตชัย  
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์  
ประธานชมรมป้องกันและฟื้นฟูหัวใจ  
สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย  
ในพระบรมราชูปถัมภ์



รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิตติมา บุญเกิด  
สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์  
โรงพยาบาลรามาริบัติจักรีนฤพดินทร์



นายีนยง คำมูลตา  
นักวิชาการสาธารณสุข กองโรคไม่ติดต่อ  
ผู้ดำเนินรายการและร่วมอภิปราย

## การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ อัสสันตชัย

### ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ความเสี่ยงโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 2 เท่าทุก ๆ 5 ปี ที่อายุเพิ่มมากขึ้น โดยผู้สูงอายุน้อยกว่า 65 ปี พบประมาณ 1% อายุ 65 ปี พบประมาณ 2% และอายุ 85 ปี พบประมาณ 32% มีงานวิจัยศึกษา พบว่า 2 ใน 3 โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา และในกลุ่มผู้สูงอายุไทย 18,634 ราย ร้อยละ 22.2 มีความสามารถทางสติปัญญาบกพร่องเล็กน้อยถึงปานกลาง เป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ให้ความสำคัญกับโรคสมองเสื่อม ให้ตระหนักรู้ การลดความเสี่ยง การวินิจฉัย การรักษา การดูแล การสนับสนุนผู้ดูแล ระบบสารสนเทศ และการวิจัยและนวัตกรรมเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การป้องกันโรคสมองเสื่อม การป้องกันระดับปฐมภูมิ ลดความเสี่ยง และให้มีเซลล์สมองที่ติดอยู่นาน ๆ การป้องกันระดับทุติยภูมิ การคัดกรองโรค และการป้องกันระดับตติยภูมิ เมื่อเป็นโรคแล้วต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการ

**ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease)** ได้แก่ อายุ พันธุกรรม (ประวัติครอบครัวเป็นโรคอัลไซเมอร์, ดาวน์ซินโดรม, ตรวจพบยีน ApoE รูปแบบ E4/E4, การกลายพันธุ์) ปัจจัยเสี่ยงน้อย ได้แก่ การบาดเจ็บทางศีรษะ ปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือด (Vascular Dementia) ได้แก่ อายุ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน ไขมัน โรคหลอดเลือดสมอง พันธุกรรม กลยุทธ์ที่ป้องกันภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลอดเลือด กิจกรรมการเรียนรู้ การออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมทางสังคม การควบคุมอาหาร การรับรู้ถึงภาวะซึมเศร้า

#### ตัวอย่างผลการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคสมองเสื่อม

**ระดับการศึกษา** เด็กที่มีการศึกษาสูง การได้รับการศึกษาที่สูงขึ้นตลอดชีวิต จะมีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมลดลง สมองสามารถพัฒนาได้ถึงจุดสูงสุดประมาณ 20 ปี หลังจากนั้นจะค่อย ๆ เสื่อมลงจากการศึกษาของประเทศจีน ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่ยังอ่านหนังสือ เล่นเกม เล่นพินัน จะมีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมลดลง ในประเทศฝรั่งเศส คนที่เกษียณอายุช้าจะมีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมลดลง

**ความดันโลหิตสูง** ความดันโลหิตสูงในช่วงวัยกลางคน อายุเฉลี่ย 55 ปี จะมีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ในช่วง 18 ปีที่มีการติดตาม ในวัยกลางคนอายุมากกว่า 40 ปี ความดันโลหิตสูงซิสโตลิกในวัยกลางคนสัมพันธ์กับการที่สมองทำงานไม่ดี

**เบาหวาน** เบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับภาวะสมองเสื่อมจากทุกสาเหตุ เบาหวานจะเพิ่มความเสียหายในผู้ชายและผู้หญิงเหมือนกัน การคุมน้ำตาลในเลือด ติดต่อกัน 5 ปี ช่วยในเรื่องของการลดสมองเสื่อม

**ไขมันในเลือดสูง** High Density Lipoprotein (HDL) ไขมันดีมากกว่า 55 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะลดความเสี่ยงโรคอัลไซเมอร์ และถ้าไขมันดีต่ำจะมีความเสี่ยงเกิดสมองเสื่อม และผู้ที่รับประทานสเตติน มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมลดลง 13% เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับประทานสเตติน

**โรคอ้วน** โรคอ้วนในช่วงวัยกลางคน BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร จะมีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม และถ้ามี BMI มากจะมีความเสี่ยงเกิดโรคสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น

**การสูบบุหรี่** การสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์ แม้จะไม่ตรวจพบยีน ApoE รูปแบบ E4/E4 และการสูบบุหรี่ในวัยกลางคนจะมีความเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์ 2.18 เท่า และถ้าสูบบุหรี่จัดจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.4 เท่า การสูบบุหรี่จะทำให้การทำงานของสมองลดลง จากการศึกษาของประเทศเกาหลี พบว่าในผู้ชายที่อายุมากกว่า 60 ปี ถ้าหยุดสูบบุหรี่มากกว่า 4 ปี จะสามารถลดความเสี่ยงสมองเสื่อม

**การดื่มแอลกอฮอล์** การดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 21 ยูนิตต่อสัปดาห์ จะมีความเสี่ยงต่อสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 17% เมื่อเทียบกับการดื่มน้อยกว่า 14 ยูนิต

**อาการหูหนวก** เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

**การบาดเจ็บที่ศีรษะ** ในประเทศฟินแลนด์ มีการติดตาม 5 ปี มีอาการบาดเจ็บที่ศีรษะสัมพันธ์กัน โดยมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคอัลไซเมอร์ ถ้ามีการเรียนรู้ การอ่าน การเล่นเกมที่อายุมากขึ้น มีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อน้อยลง

**การออกกำลังกาย** การออกกำลังกายระดับปานกลางถึงแข็งแรงทุกสัปดาห์สามารถลดความเสี่ยงโรคสมองเสื่อม และ 2.5 ชั่วโมงของการออกกำลังกายระดับปานกลางถึงแข็งแรงด้วยตนเองต่อสัปดาห์ลดความเสี่ยงโรคสมองเสื่อม

**การมีส่วนร่วมทางสังคม** คนที่อยู่คนเดียวตลอดชีวิต มีความเสี่ยงเกิดโรคสมองเสื่อม เมื่อเทียบกับหญิงหม้ายและผู้ที่ตั้งงานแล้ว หรือคนที่มีการติดต่อทางสังคม เช่น มีการติดต่อพูดคุยกับผู้อื่นเข้าร่วมกิจกรรม ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น จะมีความเสี่ยงของโรคสมองเสื่อมลดลง

**ภาวะซึมเศร้า** คนที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคสมองเสื่อม และในช่วงปลายชีวิตภาวะซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงโรคสมองเสื่อมแต่ไม่เพิ่มในกลุ่มอายุน้อย

**มลพิษทางอากาศ** ถ้าในที่ที่มีไนโตรเจนไดออกไซด์สูง ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 จากไอเสียจากการจราจร และ PM 2.5 จากการเผาไหม้ถ่าน ฟืน ที่ใช้หุงต้มอาหารในครัวเรือน มีความเสี่ยงในการเกิดโรคสมองเสื่อม และการสัมผัส PM 2.5, ไนโตรเจนไดออกไซด์ และคาร์บอนมอนอกไซด์มีความเสี่ยงเกิดโรคสมองเสื่อม

## มันใจ ลังคมไทย อายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ

โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์

### ประธานชมรมป้องกันแลฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีอาการป่วย จะต้องรักษาโรคให้หายป่วยให้ไว Relieve suffering (Treatment) เมื่อเกิดความพิการจะต้องได้รับการฟื้นฟูให้กลับมาเหมือนเดิม Return to health (Rehabilitation) หากมีอาการป่วยอีก จะต้องได้รับการป้องกันไม่ให้อีก No Recurrence (Prevention) และไม่เพิ่มโรค ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ No more NCDs (Health Promotion) ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี **อายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ด้วย 3 อ.** ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ มีเพิ่ม 2 ส. และ 1 พ. ได้แก่ สุกดิบหรี สุรา และฟัน เพื่อลดการตายก่อนวัยอันควร ลดโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดอัมพฤกษ์ อัมพาต ลดสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ ในทางพระพุทธศาสนา ใช้หลักพุทธศาสนา นำพา 3 อ. ได้แก่ อายุยืน (ธรรมเป็นเหตุให้อายุยืน) อापทาน้อย (การปฏิบัติเพื่อความมีโรคน้อย) อยู่ผาสุก (การอยู่อย่างผาสุก สำราญ)

**อาหาร 8 หมู่ สำหรับ คนไทยสูงวัย ผอมเกิน** (อาหาร 5 หมู่+เนื้อ(แดง ไม่เกิน 1/2-1 ชีด)+นม (ถั่วเหลือง เปรี้ยว cheese)+ไข่(ต้ม 1 ฟอง)) ประกอบด้วย ดังนี้

- |  |   |
|--|---|
| 1. คาร์โบไฮเดรต (ข้าว แป้ง น้ำตาล)       | 5. ไขมัน (จากพืชและสัตว์ เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันหมู) |
| 2. โปรตีน (จากพืช เช่น ถั่ว ธัญพืช)      | 6. ไขมัน (จากไข่)                                     |
| 3. โปรตีน (จากสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ ปลา) | 7. เกลือแร่ (จากผัก ผลไม้)                            |
| 4. โปรตีน (จากนม เช่น ผลิตภัณฑ์จากนม)    | 8. วิตามิน (จากผัก ผลไม้)                             |

องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ได้แบ่งประเภทของอาหารแปรรูป ตามระบบ **NOVA Food Classification System** ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ **Nova 1:** อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูปและอาหารแปรรูปต่ำ เช่น ผลไม้ ผัก ไข่ นม เนื้อสัตว์ **Nova 2:** วัตถุดิบที่ผ่านการแปรรูป เช่น น้ำมัน น้ำตาล เกลือ น้ำผึ้ง เนย **Nova 3:** อาหารแปรรูป เช่น แยม ชีส ขนมปัง เบคอน ถั่วอบเกลือ และ **Nova 4:** อาหารแปรรูปสูง เช่น ขนมปังในซูเปอร์มาร์เก็ต อาหารพร้อมรับประทาน อาหารเข้าซีเรียล ขนมเค้ก มันฝรั่งทอดกรอบ อาหารกลุ่ม Nova 3 และ 4 เป็นอาหารย่อยยาก (มากโรค) ที่ควรหลีกเลี่ยง ส่งผลให้เกิดมะเร็ง ความดันโลหิตสูง อ้วนลงพุง ไขมันผิดปกติ โรคหอบหืด โรคหัวใจและหลอดเลือด ควรเลือกกินอาหารกลุ่ม Nova 1 และ 2 อาหารย่อยง่าย (ไกลโรค) ดังนั้น **เลี่ยงอาหารย่อยยาก กินอาหารย่อยง่าย**

การเดินทางของผู้สูงอายุ จากการศึกษาความสัมพันธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นระหว่างจำนวนก้าวประจำวันกับโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ผู้สูงอายุอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี เดิน 6,000 – 9,000 ก้าวต่อวันสัมพันธ์กับลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 40 - 50% ไม่จำเป็นต้องเดินเกินหมื่นก้าวต่อวัน

**ชาน่า (แห้ง)** จากการศึกษาความสัมพันธ์การอาบน้ำชาน่ากับภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ในชายชาวฟินแลนด์ พบว่า การชาน่ามากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ลดโอกาสสมองเสื่อม 66% ลดโอกาสโรคอัลไซเมอร์ 65% ซึ่งออนเซ็นอบสมุนไพร ไม่ใช่ เรือนไฟ (ชาน่า) เรือนไฟในห้องน้ำหรือมุมห้องทำงาน นึ่งชาน่า (Home Dry Sauna) อบอุ่นและสูดอากาศร้อนอุณหภูมิ 60 – 70 องศาเซลเซียส เข้าปอด เป็นเวลา 20 – 30 นาทีต่อวัน 4 – 7 วันต่อสัปดาห์ น่าจะเป็นปัจจัยให้ลดโอกาสปอดบวม โรคหัวใจ หลอดเลือด อัลไซเมอร์ การอบอุ่นที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เชื่อกันว่าเกิดจาก “ภาวะช็อกจากความร้อน” การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิอย่างกะทันหัน เมื่อเข้าหรือออกจากอ่างอาบน้ำจะทำให้ความดันโลหิตของคนเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นำไปสู่อาการหัวใจวายหรือปัญหาอื่น ๆ

พระพุทธเจ้า สอน “อานาปานสติ (ภาวนา)” และ “อานาปานัสสติ (สมาธิ)” ภาย ใต้ ไม่ลำบาก จิตหลุดพ้นจากอาสวะๆ เพื่อความผาสุกมาก เพื่อสติ สัมปชัญญะ ละความคิดอันอาศัยเรื้อน (เหย้าเรื้อน) เพื่อตัดวิตก ไม่มีมิฉฉวิตก ความคับแค้น ส่วนฝรั่งสอนประโยชน์ของสติ สมาธิ ลดความทุกข์ที่รับรู้ ยกระดับความสำเร็จทางความรู้สึก เข้าใจตัวเองในทุกระดับ ทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเชิงบวก ปลุกฝังหรือค้นพบจิตวิญญาณแห่งความรักและบริการ ประเทศไทยมีหลักการแนวคิด “วิถีไทย วิถีธรรม” ให้พอเพียง ภูมิคุ้มกันดี มีเหตุมีผล พึ่งตนพึ่งธรรม (กินดี อยู่ดี อารมณ์ดี มีเป้าหมาย ใส่ใจสาม อ.) มีหลักดังนี้

พุทธานั่ง สาสนั้ง (พระพุทธศาสนา) คำสอนของพระพุทธเจ้า	อายุยืน อาหารน้อย อยู่ผาสุก	เจ็ด อ. พอเพียง ภูมิคุ้มกันที่ดี มีเหตุมีผล
บริโภคสิ่งที่ย่อยง่าย	อายุยืน	อ.อาหาร
ไม่ให้เวทนาใหม่เกิดขึ้น	อยู่ผาสุก	
เว้นกินกลางคืน	อาหารน้อย อยู่ผาสุก	
จงดรม (หมิ่นแก้ว)	อาหารน้อย	อ.อิริยาบถ ออกแรง
เรือนไฟ (ชาน่า)	อยู่ผาสุก อาหารน้อย	ออกกำลังกาย
อานาฯ เมตตา สมาธิ	อยู่ผาสุก อาหารน้อย	อ.ออกกำลังใจ และ อ.อ้วน
ปลีกวิเวก หลีกภัย ไม่คลุกคลี	อาหารน้อย อยู่ผาสุก	อ.อนามัย ส่วนบุคคล สังคม
เลิกเหล้า ละบุหรี	อาหารน้อย	สิ่งแวดล้อม และ อ.อาชีพ
มหาปเทศ 4 (กัปปิยะ อักกัปปิยะ)	อายุยืน อาหารน้อย อยู่ผาสุก	อ.โอสถ

ผู้ปฏิบัติจะพึงเห็นชัดด้วยตนเอง ผู้รู้ พึงรู้เฉพาะตน น้ำหนักไม่ขึ้น เข้มขัดไม่คับ ความดันโลหิตไม่สูง บุหรีไม่สูบ สุราไม่ดื่ม

**ลดภาระโรคไม่ติดต่อในผู้สูงอายุ** จะต้องทำให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ให้มากที่สุด ดังนี้

1. บริโภคสิ่ง “ย่อยง่าย” (งดเว้นอาหารย่อยยาก UPF) กินพอ “หายหิว”
2. เว้นกินกลางคืน (ลดจำนวนมื้อต่อวัน หรือ กินวันละ 1 - 2 มื้อ)
3. เดินวันละอย่างน้อย 6,000 ก้าว เดินขึ้นบันไดช้า ๆ 50 - 100 ก้าว

4. อบความร้อน ซึ่ก ออกกำลังกาย “ให้ออกเหงื่อ” สัปดาห์ละ 3 - 4 วัน
5. เจริญอานาปานสติ สมาธิ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา
6. ปลีกวิเวก หลีกภัย ไม่คลุกคลี
7. เลิกเหล้า ละบุหรี

## สูงวัย ไม่ล้ม

โดย รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิตติมา บุญเกิด

สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ โรงพยาบาลรามาริบัติจักรีนฤพดินทร์

**การพลัดตกหกล้ม**เป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุอันดับ 2 ของโลก อันดับ 1 เป็นการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุยานยนต์บนท้องถนน ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก มีผู้เสียชีวิตจากการหกล้มปีละประมาณ 680,000 คน 75% เป็นกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 80% เป็นกลุ่มประชากรที่อาศัยในประเทศที่กำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการป้องกันการหกล้ม ได้มีจัดทำแผนการดูแลและป้องกันทุกช่วงวัยเพื่อป้องกันการหกล้ม การหกล้มเกิดในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย แต่อัตราการเสียชีวิตพบได้ใกล้เคียงกัน ผลกระทบที่เกิดจากการหกล้มต่อผู้สูงอายุ มีผลต่อทางร่างกาย กระดูกหัก กระดูกสะโพกหัก บาดเจ็บทางสมอง การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ามานอนโรงพยาบาล และการเคลื่อนไหวแย่งลง ทางจิตใจ ความกลัวการหกล้ม คุณภาพชีวิตลดลง และภาวะซึมเศร้า ทางเศรษฐกิจและสังคม ค่ารักษา ค่าจ้างคนมาดูแล ค่าทำกายภาพบำบัด และฟื้นฟู และค่ารักษาในสถานพักฟื้น

ปัญหาการหกล้มในประเทศไทย พบอัตราการหกล้ม 26.9% ภายในระยะเวลา 1 ปี สาเหตุส่วนใหญ่เป็นจากสะดุดหกล้ม รองลงมา ลื่น พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 4:1 อัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มเพิ่มขึ้น ข้อมูลของกรมควบคุมโรค อัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ฉะนั้น การดูแลป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการเสียชีวิตจากการหกล้มอาจยังทำได้ไม่เพียงพอ **ความเสี่ยงต่าง ๆ ที่นำไปสู่การหกล้ม** มี 5 ประเด็น ดังนี้

1. **ความเจ็บป่วยในวัยสูงอายุ** กระดูกบาง กระดูกพรุน มวลกล้ามเนื้อน้อย กล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคหัวใจ
2. **ความเสื่อมในวัยสูงอายุ** การมองเห็นบกพร่อง การได้ยินบกพร่อง ระบบประสาทเสื่อม การทรงตัวบกพร่อง ความดันต่ำขณะเปลี่ยนท่า ความจำบกพร่อง
3. **ปัญหาการใช้ยา** จำนวนยาและชนิดยารวมกันมาก การใช้ยานอนหลับมากเกินไปจนความจำเป็น การใช้สมุนไพรหรือยาอื่น ๆ นอกจากแพทย์สั่ง
4. **ปัญหาสภาพแวดล้อม** พื้นลื่นในห้องน้ำ การวางของเกะกะในบ้าน พื้นนอกบ้านมีหินหรือกรวด พื้นลาดเอียง
5. **ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง** การใส่รองเท้าไม่พอดี หรือพื้นลื่น ทำกิจกรรมที่เสี่ยง หลงลืม ไม่ระวังตัว

ผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินความเสี่ยงจากการทรงตัว โดยทดสอบ Timed Up and Go เป็นการประเมินลูกจากที่นั่งที่มีที่วางแขน เดินเป็นระยะทาง 3 เมตร และหมุนตัวเดินกลับไปนั่งเก้าอี้เดิม ถ้าผู้สูงอายุทำการทดสอบแล้ว ใช้เวลาน้อยกว่า 12 วินาทีขึ้นไป ถือว่าทรงตัวดี หากใช้เวลานานจะเริ่มมีปัญหาเรื่องการทรงตัว และเพิ่มเติมประเมินโดยการลุกนั่งในเวลา 30 นาที ถ้าทำได้ 10 ครั้งขึ้นไป ถือว่าทรงตัวดี และประเมิน *4 stage balance test*

1. ยืนเท้าชิดกัน
2. ยืนแบบเท้าข้าง ๆ กัน
3. ยืนเท้าต่อกัน
4. ยืนกระต่ายขาเดียวทีละข้าง

หากทำได้ครบทั้ง 4 อย่าง และใช้เวลาน้อยกว่า 10 วินาที ถือว่าทรงตัวดี

**การประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย** ผู้สูงอายุบางท่านทรงตัวดี แต่มวลกล้ามเนื้อน้อยลง ประเมิน 2 วิธี

1. วัดแรงบีบมือ (Hand grip strength) ผู้หญิง 18 กิโลกรัม หรือน้อยกว่า หรือผู้ชาย 28 กิโลกรัมหรือน้อยกว่า แสดงว่ามีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย
2. ความเร็วในการเดินในระยะ 6 เมตร (gait speed) อัตราความเร็วในการเดิน 1 เมตรต่อวินาทีหรือน้อยกว่า แสดงว่ากล้ามเนื้อต้นขาแรงไม่ค่อยดี

การคัดกรองภาวะกระดูกพรุน คัดกรองในผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 65 ปีขึ้นไป หรือชาย อายุ 70 ปีขึ้นไป กลุ่มเสี่ยง เช่น มีปัญหาหกล้มบ่อย ข้อเข่าเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน หญิงวัยหมดประจำเดือนก่อนกำหนด มีประวัติกระดูกพรุนในครอบครัวหรือกระดูกสะโพกหัก กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกพรุน เช่น ไข้ยาสเตียรอยด์ โรคไตวายเรื้อรัง โรครูมาตอยด์ โรคไทรอยด์ โรคพาราไทรอยด์ สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการคัดกรองภาวะขาดวิตามินดี ควรคัดกรองในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกบางหรือพรุน ผู้ป่วยที่มีปัญหาการทรงตัว ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง รวมทั้งการประเมินการมองเห็นและการได้ยิน ให้ผู้ป่วยมองในระยะ 3 เมตร โดยใช้ Snellen eye chart และการได้ยินให้สอบถามว่าผู้ป่วยมีปัญหาการได้ยินหรือไม่

ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ จำนวนยา ชนิดของยาหลากหลาย คำนึงถึงการทำงานของไต มีปัญหาความจำบกพร่องหรือไม่ เพราะอาจกินยาผิด ระวังระวังในผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับประทานยาเบาหวาน ยาฉีดอินซูลิน และยาอื่น ๆ หรือยาความดันโลหิตหลายชนิด อาจส่งผลกระทบต่อความดันต่ำขณะเปลี่ยนท่า ยานอนหลับเป็นประจำ ยาที่ส่งผลกระทบต่อจิตประสาทหลายชนิด เช่น ยาจิตเวช ยารักษาโรคซึมเศร้า ประเมินการรับประทานยาผู้ป่วยจัดยาเองหรือมีผู้ดูแลช่วยจัด และการออกกำลังกายให้มีสุขภาพแข็งแรงในผู้สูงอายุ ได้แก่ การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฝึกความทนทาน การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ

การจัดการปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงนำไปสู่การหกล้ม ให้การประเมินผู้ป่วยว่ามีความเสี่ยงอะไรบ้าง และให้การแนะนำเพื่อแก้ไขได้อย่างถูกต้องเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำ การให้ยาให้

เหมาะสม การปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม การเยี่ยมบ้านในกลุ่มเสี่ยง เช่น ภายหลังกระดูกสะโพกหักและให้การฟื้นฟูสภาพได้อย่างถูกต้อง ความท้าทายในการลดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ควรสร้างความตระหนักต่อปัญหาการหกล้มในวัยผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ การปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ระบบการดูแลเพื่อป้องกันการหกล้มที่ประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง แพทย์และบุคลากรให้ความสำคัญในการประเมินความเสี่ยง การเข้าถึงระบบบริการของผู้ป่วย



**บรรยาย เรื่อง การบูรณาการพื้นที่ต้นแบบการส่งเสริม**

**และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โครงการการดูแลผู้สูงอายุบึงยี่โถ**

**นางขวัญใจ แจ่มทิม**

**ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานี**

เขตเทศบาลเมืองยี่โถมีเนื้อที่ทั้งหมด 15.393 ตร.กม. แบ่งพื้นที่ออกเป็น 4 หมู่บ้าน พื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท มีลักษณะพื้นที่ที่ชุมชนที่อาศัยอยู่ตามบ้านจัดสรรและชุมชนชนบทอยู่ปะปนกัน มีจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ รวมทั้งหมด 34,013 คน มีผู้สูงอายุ 5,697 คน และผู้พิการ 534 คน กรอบการดำเนินงานกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่รับผิดชอบ มีศูนย์การแพทย์และฟื้นฟูบึงยี่โถ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบ้านฟ้ารังสิต ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหมู่บ้านสหภาพและศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหมู่บ้านปิยวารภรณ์ ศูนย์สหนาการและฟื้นฟูผู้สูงอายุบึงยี่โถ งานบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (Long Term Care: LTC) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตำบลบึงยี่โถ งานสัตวแพทย์ งานสิ่งแวดล้อม งานร้องเรียน เหตุร้ายคาญ ขออนุญาตสถานประกอบการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ขออนุญาตตลาดหรือร้านค้า งานจัดการขยะ และงานอื่น ๆ ที่รับมอบหมาย มีจำนวนบุคลากรในศูนย์การแพทย์และฟื้นฟูบึงยี่โถ

กิจกรรมในศูนย์การแพทย์และฟื้นฟูบึงยี่โถ บริการเชิงรับ คลินิกตรวจรักษาโรคทั่วไป ทันตกรรมกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน สุขภาพจิต บริการเชิงรุก งานส่งเสริมสุขภาพอนามัยโรงเรียน (ตรวจสุขภาพช่องปาก ตรวจพัฒนาการ) งานเยี่ยมบ้านแม่หลังคลอด กลุ่มวัยทำงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้พิการ งานลงพื้นที่คัดกรองโรค งานเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชน ฯลฯ ระบบการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สัดส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุพื้นที่ตำบลบึงยี่โถ (เทียบกับจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 5,605 คน) จำนวนผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 5,326 คน คิดเป็น 95% ติดบ้าน จำนวน 193 คน คิดเป็น 3.5% ติดเตียง จำนวน 86 คน คิดเป็น 1.5%

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 3 ศูนย์ มีบริการสระว่ายน้ำ ฟิตเนส ห้องทำกิจกรรม ห้องคาราโอเกะ ห้องนวดแผนไทย ห้องครัว ศูนย์ทั้ง 3 แห่ง ใช้สโมสรของหมู่บ้าน ให้เทศบาลใช้พื้นที่โดยไม่เสียค่าเช่า เป็นความร่วมมือของภาคเอกชน มีการจัดตารางกิจกรรมให้ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรม เช่น วันอังคารมีกิจกรรม ไทเก๊ก บาสโลป โยนแคนซ์ วันเสาร์มีโยคะ แอบิค เป็นต้น ผู้สูงอายุเข้าร่วมตามกิจกรรมที่ตัวเองชอบ รวมทั้งมีการจัดตั้งชมรมให้ผู้สูงอายุ มีกิจกรรมต่างๆ มากมาย เทศบาลเมืองยี่โถมีเป้าหมายให้ “สังคม STRONG แบบมี STYLE ที่บึงยี่โถ” Strong Life Program Strong Community ชีวิตดี กิจกรรมเหมาะสม ชุมชนเข้มแข็ง โดยให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมตามหลักแนวคิด STRONG ดังนี้

**S: Socialization (มีปฏิสัมพันธ์กับทุกคน)** กิจกรรมอาหารบอกล่า กิจกรรมเล่า ตื่น เล่น กิน กิจกรรม จิบชาเสวนา พาเพลิน

**T: Treatment (มีการบำบัดรักษาที่ดี)** กิจกรรมแอโรบิค กิจกรรมล่าไม้พอง กิจกรรมโยคะเพื่อสุขภาพ กิจกรรมการเรียนว่ายน้ำสำหรับเด็กป้องกันเด็กจมน้ำ กิจกรรมวารีบำบัด ออกกำลังกายในน้ำสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กิจกรรมการใช้ลูบอลออกกำลังกาย กิจกรรมเรียนฟุตบอล กิจกรรมกีฬาเปตอง โครงการห่วงใย ใส่ใจ รักสุขภาพ

**R: Recreation (มีกิจกรรมนันทนาการ)** กิจกรรมเต้นลีลาศ กิจกรรมเต้นไลน์แดนซ์ กิจกรรมรำไทย กิจกรรม สูงวัย หัวใจ Strong กิจกรรมจูงหลาน สานกระทง

**O: Opportunity (มีโอกาสในการเรียนรู้และยังประโยชน์เพื่อผู้อื่นและส่วนร่วม)** กิจกรรมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ ญี่ปุ่น จีน กิจกรรมการเรียนรู้คอมพิวเตอร์ กิจกรรมทำกระเป๋าผ้าและกระเป๋าเชือกถัก กิจกรรมการทำผ้ามัดย้อม โครงการส่งเสริมการเรียนรู้ผู้สูงอายุในชุมชน

**N: Nutrition (มีการดูแลด้านอาหารและโภชนาการ)** โครงการอาหารเป็นยา และกิจกรรมอาหาร เพื่อสุขภาพ

**G: Group (มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมและดูแลซึ่งกันและกัน)** กิจกรรมสวดมนต์-ไหว้พระ โครงการสุข 5 มิติ การทำกิจกรรมร่วมกับองค์กรภายนอก เช่น โครงการส่งเสริมและฟื้นฟูคุณภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนจากวิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี กิจกรรมทำกระเป๋าหนังจากกลุ่ม กศน.

ศูนย์สันตนาการและฟื้นฟูผู้สูงอายุบึงยี่โถ มีการทำ MOU ของ 3 หน่วยงาน ได้แก่มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ องค์กรอิสระ Nogezaka ประเทศญี่ปุ่น และเทศบาลเมืองบึงยี่โถ เปิดดำเนินการเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2562 มีการประเมินและรักษาสุขภาพเบื้องต้นโดยแพทย์และ พยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพและการทำกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพบำบัด การฝึกพัฒนาสมอง ความคิด ความจำ อารมณ์ และพฤติกรรมโดยนักจิตวิทยาคลินิก การจัดกิจกรรมทางสังคมและนันทนาการ โดยทีมสหวิชาชีพ กลุ่ม Care giver เป็นจิตอาสาเข้ามาช่วยเหลือและร่วมกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ มีกิจกรรม

ทัศนารนอกสถานที่โดยมีแพทย์และพยาบาลดูแลเป็นอย่างดี มีการจัดทำโครงการ Dementia Café ร่วมกับภาคเอกชน เช่น ร้านอาหาร และอื่น ๆ เป็นต้น โดยให้ผู้สูงอายุและญาติเข้ามาร่วมทำกิจกรรม โครงการ Dementia Supporter เป็นโครงการที่กลุ่มเป้าหมายเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ให้รับรู้ถึง Dementia คืออะไร และให้เข้าใจมากขึ้นในผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการหรือเป็น Dementia เพื่อให้เกิดความเข้าใจกันและอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข และโครงการสุนทรียศิลป์ รวมทั้งมีการลงพื้นที่ไปเยี่ยมบ้านมีทั้งแพทย์พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ และเมื่อเจอบ้านที่ต้องปรับปรุง เช่น บันไดหัก พื้นไม่เรียบ และอื่น ๆ กองช่างของเทศบาลเมืองบึงยี่โถจะเข้าไปดำเนินการให้ร่วมกับภาคเอกชน และได้มีการสร้าง Pocket Park ในชุมชนเพื่อเป็นสถานที่ออกกำลังกายและได้มีการพูดคุยกัน

เมื่อปี พ.ศ. 2564 เทศบาลเมืองบึงยี่โถ **ได้รับรางวัล Health Aging Prize for ASEAN Innovation** จากประเทศญี่ปุ่น รางวัล Second Prize Winners ประจำปี 2563 รางวัลสถานที่ดีเด่นที่เอื้อต่อคนพิการ และได้รับความร่วมมือระหว่างองค์กร (JICA) มีวัตถุประสงค์ให้ทางเทศบาลเมืองบึงยี่โถขยายความรู้การดูแลผู้สูงอายุไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 8 แห่ง และเพิ่มขึ้นเป็น 16 แห่ง และขยายให้ทั่วประเทศ

เทศบาลเมืองบึงยี่โถมีนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ยอมมาร่วมทำกิจกรรมกับทางเทศบาลเมืองบึงยี่โถ ได้มีการเข้าไปสอบถามผู้สูงอายุกลุ่มนี้ว่าต้องการอะไร คำตอบคือ อยากให้มีสถานที่เหมือนบาร์ ทำให้เกิดเป็น **60' bar บาร์สำหรับผู้สูงอายุ** ซึ่งได้รับแนวคิดมาจากประเทศญี่ปุ่น และเล็งเห็นความสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบึงยี่โถ โดยเฉพาะผู้สูงอายุผู้ชายที่มักออกมาทำกิจกรรมทางสังคมน้อยกว่าเพศหญิง ซึ่งได้มีการจัดตั้งบาร์สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นสถานที่ให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นได้มีโอกาสรวมกลุ่มมาสังสรรค์ และมีพื้นที่ทำกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น กิจกรรมบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (Long Term Care: LTC) มีการลงดำเนินการในชุมชนระหว่างเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยบูรณาการศาสตร์ความรู้ของแต่ละสาขาวิชาชีพ

## Virtual NCD Forum 2024 ครั้งที่ 2 หัวข้อ “การพัฒนาเมืองกับสุขภาพ”

ในปัจจุบันการพัฒนาทางเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นไปอย่างรวดเร็ว และเป็นเครื่องมือสำคัญของการพัฒนาประเทศ มุ่งให้เกิดการเติบโตของระบบเศรษฐกิจและสังคม ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ยืนยาว ภาพสังคมถูกเปลี่ยนไปด้วยจำนวนผู้สูงอายุขึ้น หรือมากกว่าหนึ่งในห้าของประชากรทั้งหมด ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ดังนั้น ความสำคัญของการพัฒนาความทันสมัยของเมือง ระบบเมืองที่จะเกิดขึ้นหรือเข้ามาทดแทน การคมนาคมและการขนส่งที่รวดเร็ว ทำอย่างไรจึงมีความเหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตสำหรับคนทุกกลุ่มวัย การสร้างพื้นที่หรือสภาพแวดล้อม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพที่ดียืนยาว ลดภาระการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ จึงมีความสำคัญที่ควรจะมีการเตรียมการ การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ เพื่อตอบโจทยปัญหาสุขภาพพื้นที่มากขึ้น การจัดทำฐานข้อมูลและการสร้างนวัตกรรมการดูแลและช่วยเหลือ มีการสร้างระบบคุ้มครองและสวัสดิการผู้สูงอายุ, การปรับสภาพแวดล้อมชุมชนและบ้าน, การปรับกฎหมายระเบียบปฏิบัติเพื่อเอื้อต่อการทำงาน

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานวิชาการในการพัฒนาองค์ความรู้ วิจัย และผลักดันมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างสภาพแวดล้อมร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพ จึงจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและส่งเสริมความเข้มแข็งเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ Virtual NCD Forum 2024 ครั้งที่ 2 หัวข้อ การพัฒนาเมืองกับสุขภาพ ขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือประเทศระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก 2565 – 2569 (WHO-CCS NCDs) เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งด้านสุขภาพ (health section) และจากภาคส่วน อื่น ๆ (non-health section) รวมทั้งเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

ประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและส่งเสริมความเข้มแข็งเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ Virtual NCD Forum 2024 ครั้งที่ 2 หัวข้อ “การพัฒนาเมืองกับสุขภาพ” โดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ร่วมกับองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย, เทศบาลนครนครศรีธรรมราช, สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล, เทศบาลเมืองบึงยี่โถ, ศูนย์นวัตกรรมการเรียนรู้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายและคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์ ภาครัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักวิชาการสถาบันศึกษา และประชาชนทั่วไปที่สนใจ



## นายแพทย์อติสรณ์ วรรณะศักดิ์

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

ประธานเปิดการประชุม

กระผมมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้มาเป็นประธานเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน และส่งเสริมความเข้มแข็งเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ Virtual NCD Forum 2024 ครั้งที่ 2 หัวข้อ การพัฒนาเมืองกับสุขภาพ ในวันที่

โรคไม่ติดต่อ เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ของประชากรไทย ประมาณสามในสี่หรือร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือมากกว่า 350,000 คนต่อปี และมักมีการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน มีผลทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายใน การดูแลรักษาจำนวนมาก จากการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ (TDRI) ประมาณการว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงถึงปีละสี่แสนล้านบาท หรือร้อยละ 13 ของค่าใช้จ่ายทั้งประเทศ โมเดลของโรคไม่ติดต่อจากองค์การอนามัยโลก กล่าวถึง 5 ปัจจัยเสี่ยง 5 โรคไม่ติดต่อสำคัญที่มุ่งเป้าลดพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง (5 ปัจจัยเสี่ยง risk factors) ที่นำไปสู่การลด โรคไม่ติดต่อสำคัญ (5 โรค) ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพองแล้วก็ตาม แต่ในการดำเนินการลดพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง เพื่อลดโรคไม่ติดต่อมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinant of Health) ที่หมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตไปจนถึงระบบซึ่งกำหนดเงื่อนไขในชีวิตประจำวัน อาทิ นโยบายและระบบเศรษฐกิจ บรรทัดฐานทางสังคม นโยบายสังคมและระบบการเมือง การพัฒนาที่จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ทำอย่างไรประชาชนจึงมีสุขภาพที่ดีทั้งระดับบุคคลและระดับกลุ่มประชากร การแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อมีความซับซ้อน ไม่สามารถพิจารณาเป็นประเด็นโดด ๆ ตามลำพัง เพราะมีหน่วยงานหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีมิติความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน จึงต้องพิจารณาองค์ประกอบ ปัจจัยความสำเร็จแบบองค์รวม อีกทั้งยังต้องทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบผ่านการทำงาน ของท้องถิ่น/พื้นที่ไปกับการพัฒนาเมือง การพัฒนาทางเทคโนโลยีดิจิทัล เป็นเครื่องมือสำคัญของการพัฒนา ประเทศ ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคม ผู้มีอายุ ยืนยาว จำนวนผู้สูงอายุขึ้น หรือมากกว่าหนึ่งในห้าของ ประชากรทั้งหมดในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า การพัฒนาความทันสมัยของเมือง ระบบเมืองที่จะเกิดขึ้นหรือเข้ามาทดแทน การคมนาคมและการขนส่งที่รวดเร็ว การดำเนินชีวิตสำหรับคนทุกกลุ่มวัยที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญที่ต้องมีการเตรียมการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพื้นที่มากขึ้น การจัดทำฐานข้อมูลและการสร้างนวัตกรรมการดูแลและช่วยเหลือ มีการสร้างระบบคุ้มครองและสวัสดิการผู้สูงอายุ, การปรับสภาพแวดล้อมชุมชนและบ้าน, การปรับกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติเพื่อเอื้อต่อการทำงาน

การประชุมฯ ในวันนี้ จะสร้างความรู้ ความเข้าใจ และเมืองตัวอย่างที่มีการดำเนินการพัฒนาความร่วมมือกับเครือข่าย ในการพัฒนาเมืองกับสุขภาพ ขอขอบคุณทุกหน่วยงาน และภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมในการจัดประชุมวิชาการในครั้งนี้ และที่มาร่วมถ่ายทอดประสบการณ์และองค์ความรู้ ขออวยพรให้การประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและส่งเสริมความเข้มแข็งเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ Virtual NCD Forum 2024 ครั้งที่ 2 หัวข้อ การพัฒนาเมืองกับสุขภาพ ได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ทุกประการ

**นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด**  
**ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ ควบคุมโรค**  
**ผู้กล่าวรายงาน**



กองโรคไม่ติดต่อ ดำเนินการจัดประชุมเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและส่งเสริมความเข้มแข็งเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ Virtual NCD Forum ขึ้นทุกปี โดยในช่วงการระบาดไวรัสโคโรนา 2019 มีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในรูปแบบการประชุมแบบออนไลน์อย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน สำหรับ Virtual NCD Forum ครั้งที่ 2 หัวข้อ การพัฒนาเมืองกับสุขภาพ รูปแบบการประชุมแบบไฮบริด (Hybrid) มีทั้งประชุมออนไลน์และที่ห้องประชุมนี้ โดยมีเนื้อหาที่มีความต่อเนื่องกับครั้งที่ 1 จากที่ประเทศไทย กำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aged Society) ปัจจุบันมีประชากรสูงอายุร้อยละ 19.5 และกำลังก้าวสู่สังคมอายุยืนยาวอย่างสมบูรณ์ (Super-aged society) โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 หรือประชากร 100 คน มีผู้สูงอายุมากกว่า 20 คนขึ้นไป ปัจจุบันประเทศไทยมีแผนระดับชาติหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุตั้งแต่ยุทธศาสตร์ชาติแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ แผนปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 หลายหน่วยงานได้ผลักดันมาตรการเตรียมความพร้อมรองรับผู้สูงอายุทั้งด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม สภาพแวดล้อม ในระดับพื้นที่เป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านผู้สูงอายุ การเสริมพลังให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีแผนผู้สูงอายุ มีการพัฒนาระบบบริการสังคมและสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม การส่งเสริมพื้นที่สร้างสุขภาวะตลอดช่วงอายุและสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุน มีความสำคัญอย่างมาก

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานวิชาการในการพัฒนาองค์ความรู้ วิจัย และผลักดันมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างสภาพแวดล้อมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพ จึงจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและส่งเสริมความเข้มแข็งเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ Virtual NCD Forum 2024 ครั้งที่ 2 หัวข้อ การพัฒนาเมืองกับสุขภาพ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือประเทศระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก 2565 – 2569 (WHO-CCS NCDs)

เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งด้านสุขภาพ (health section) และจากภาคส่วนอื่น ๆ (non-health section) รวมทั้งเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ได้รับเกียรติ ปาฐกถาพิเศษ จาก Dr. Jos Vandelaer ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย และวิทยากร จากหน่วยงานเครือข่าย ได้แก่ สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย, เทศบาลนครนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช, ศูนย์นวัตกรรมการเรียนรู้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้เข้าร่วมประชุมผ่านระบบออนไลน์ จำนวน 500 คน ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต สำนักงานอนามัย สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต สำนักงานสุขภาพจิตเขตโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารจังหวัด 49 จังหวัด



**Keynote Speech of Dr Jos Vandelaer,  
WHO Representative to Thailand  
“Age-Friendly Community Movement by World  
Health Organization”**

**Objective:** To create an understanding of the role of local administrative organizations in the development of modern cities. The characteristics of modern cities in the future to achieve cooperation in promoting health, prevention of non-communicable diseases and the community in taking care of public health.

=====

**Greetings and setting the scene**

- Deputy Director-General of the Department of Disease Control (Dr Adisorn Wantanasak)
- Dr. Krisada Hanbunjerd Director of the Division of Non-communicable Diseases, Department of Disease Control
- Mayors, and representatives from the local administrative authorities
- Ladies and gentlemen, distinguished guests, and fellow advocates for healthy ageing and healthy cities

- Thank you for giving me the opportunity to say a few words about age-friendly cities and communities. In today's world, we see two trends that interact with each other: an ageing population and a more urbanized way of living.
- Globally, in 2020, 1 billion people were older than 60, a number that will double to 2 billion by 2050.
- In Thailand we see a similar pattern: over the last 50 years, the number of people older than 60 years increased six-fold and now some 13 million people (or 20% of the population) is older than 60. These numbers are projected to continue to rise.
- These trends are the result of better investments in health and advancements in technology, and are truly an achievement. But they also require further thinking about what it means for societies. And particularly taking into account the second trend of urbanization. How can we collectively ensure that our cities and communities are inclusive, supportive, and conducive to healthy aging? We must switch our goal from “adding years to life” to “adding life to years”. In this UN Decade of Healthy Ageing (2021–2030), we must focus on ensuring that “living longer” not only means living more years, but also living in a state of well-being and with vitality.

### WHO Age Friendly Cities

- As people grow older, their roles in society change. They are no longer the bread winner, the main care taker, the colleague, the active member of society. The risk is that older people are considered “irrelevant”, “a burden”, “passive”.
- This perception, this attitude must be countered. We, all of us, can and must work on “Age Friendly Environments”. That means that old people can age well and maintain their physical and mental health. That we create an environment where continued learning and growing is the norm. Where older people can fully participate in community life, while being given a chance to also give back to their communities. But such environments must also respect older people's independence and let them retain their autonomy and dignity.

In other words: an age-friendly environment, and age-friendly city, is one that promotes health, inclusion, and cohesion across all ages and capacities

So, what does that mean? What can cities and communities do to create an age-friendly environment? Well, there are at least 8 areas where deliberate steps can be taken to foster healthy ageing:

- Housing that is affordable, safe, and accessible.
- Transport and mobility solutions that are inclusive and efficient, also for those who are less mobile.
- Parks, sidewalks, and public facilities must be designed with all ages in mind.
- Older people, just as younger ones must have access to healthcare, social services, and community programs, and be equal members and participants.
- We need better communication and Information with clear channels for information dissemination that is appropriate for all ages, also the older and those who may be less tech savvy or have impaired vision or hearing.
- Opportunities for continued Social Participation must be created, allowing full engagement and connection with other members of the community.
- Promoting of Respect and Social Inclusion, and combating ageism.
- Encourage active involvement in society through civil participation and employment opportunities.

To move this ahead, municipality and Local Administrative Authorities can and must play a key role in creating age-friendly environments. To help them, the World Health Organization (WHO) has released a practical guide and toolkit for establishing and sustaining such age-friendly environments. This guide talks about

- How Partners and Stakeholders can collaborate across sectors.
- How Leadership and Strategic Thinking are needed to set clear goals.
- The need to allocate human, financial, and institutional resources.
- The importance of Capacity-Building of professionals and community members.
- How Knowledge and Research must be part of any package in order to stay innovative.
- The need to assess progress at regular intervals and make adaptations to the program if needed.

This framework is already used by cities around the world to create environments that support the well-being and participation of older adults. Examples of cities that have adopted this framework include Tokyo, which has made significant strides in becoming age-friendly by improving transportation infrastructure, creating pedestrian-friendly environments, and enhancing

health services tailored to older adults. Toronto was one of the early adopters of the WHO's Age-Friendly Cities initiative. It has focused on improving public transportation, creating accessible outdoor spaces, and promoting community engagement among older adults.

Another example is Singapore's Action Plan for Successful Ageing which includes over 70 initiatives across various domains such as health care, housing, employment, and lifelong learning. The goal is to create an age-friendly society where older adults can lead active and fulfilling lives.

These cities are part of the WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities, which connects cities worldwide to share knowledge and experience in creating environments that cater to the needs of older citizens. Through the Global Network for Age-friendly Cities and Communities, we aim to inspire change, connect cities and communities, and support the implementation of innovative and evidence-based solutions. This network, as of 2023 has over nearly 1,500 members from more than 61 countries, covering over 300 million people worldwide, demonstrating a global commitment to creating environments where people of all ages can thrive. Actions of local authorities enable Thailand to fulfill multiple global commitments simultaneously, including the UN Decade of Healthy Ageing and the Sustainable Development Goals. We understand that the Department of Health has already adopted the WHO guidance and toolkit and that 126 communities have joined the age-friendly community network in Thailand.

WHO would be very pleased to facilitate and support Thailand's efforts to become an Affiliate to the WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities.

So, let us commit to action:

- Utilize WHO's practical guide and toolkit.
- Collaborate with other age-friendly advocates and **Join the Network:**
- **Learn from Others and** Understand successful national programmes worldwide.

In closing, may I appreciate the Department of Disease Control for this initiative in bringing together the key stakeholders in one platform to discuss our cooperation in shaping age-friendly communities that would enable older people to be and do what they value.

Age-friendly communities are not just a vision; they are our shared responsibility. Let us create environments where every person, regardless of age, can thrive. Thank you.

## อภิปราย เรื่อง การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นเป็นเมืองสุขภาพ



ดร.วงศ์ชिर โอวารรินท์  
รองนายกเทศมนตรีนครนครศรีธรรมราช



ดร.ภาสกร ประถมบุตร  
รองผู้อำนวยการ  
สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล



ดร.นน อัครประเสริฐกุล  
ผู้เชี่ยวชาญส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัลอาวุโส  
ฝ่ายส่งเสริมเมืองอัจฉริยะ  
สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล



นางขวัญใจ แจ่มทิม  
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม  
เทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานี



นายแพทย์กฤษฏา หาญบรรเจิด  
ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค  
ผู้ดำเนินรายการและร่วมอภิปราย

## บทบาทการบริหารและการพัฒนาท้องถิ่นด้านสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โดย ดร.วงศ์วชิร โอวารารินทร์

### รองนายกเทศมนตรีนครนครศรีธรรมราช

เทศบาลนครนครศรีธรรมราช มีการจัดบริการด้านสุขภาพ ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ทุกกลุ่มวัยในทุกพื้นที่ของเขตเทศบาล 5 ตำบล 67 ชุมชน ให้มีสุขภาพดี มีโรงพยาบาลเทศบาลนคร นครศรีธรรมราช 1 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข 5 แห่ง มีโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มากมายที่ส่งเสริม สุขภาพ เช่น โรงพยาบาลติดล้อหมอบถึงบ้าน บริการเจาะเลือดหน้าบ้าน ลดความแออัด ในโรงพยาบาลได้ เดือนละ 800 คน รวมถึงงาน 20000 เตียง เช่น บริการเยี่ยมบ้านโดยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทำแผลผู้ป่วย ที่บ้าน บริการเจาะเลือดผู้ป่วยที่บ้าน บริการเยี่ยมบ้านส่งต่อจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช บริการ เยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ การบริการรักษาแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และบริการอื่น ๆ เป็นต้น ได้รับ รางวัล “โรงพยาบาลดีเด่น” ผ่านเกณฑ์ Ending AIDS ด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัส และกวดไวรัสได้สำเร็จ ประจำปี 2565 จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข การจัดบริการสาธารณสุข สำหรับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) มีการดำเนินงาน เมือง “คอน” ปลอดภัยขยะ จัดพื้นที่สาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

สิ่งสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานด้านสุขภาพของเทศบาลนครนครศรีธรรมราช ประสบความสำเร็จ ได้แก่ การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เทศบาลนครนครศรีธรรมราชมีการบริหารจัดการโดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยมาใช้ในการปฏิบัติงานผู้บริหารมีความเอาใจใส่ลงพื้นที่เพื่อเข้าไป รับทราบปัญหาและเข้าถึงประชาชน รวมถึงมีวิสัยทัศน์และเป้าหมายชัดเจนและบูรณาการงานร่วมกัน นโยบาย การพัฒนาเมืองอัจฉริยะ (Smart City) ทำให้เกิดการกระจายความเจริญไปยังพื้นที่ต่าง ๆ อย่างเท่าเทียม การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารของเทศบาลให้ประชาชนรับทราบหลายช่องทาง เทศบาลให้ความสำคัญใน การผนวกรวมนโยบายท้องถิ่นและมาตรการทางสังคมที่กำหนดโดยชุมชนท้องถิ่น และปรับปรุงบริการทางสังคม บริการทางสุขภาพและบริการอื่น เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงเป็นธรรมและมีคุณภาพ

## Data-Driven Smart City Management

โดย ดร.ภาสกร ประถมบุตร

### รองผู้อำนวยการ สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล

การฉลาดใช้เทคโนโลยี ไม่จำเป็นต้องมี 5G และไม่จำเป็นต้องใช้ AI ขอให้เทคโนโลยีที่คนเข้าถึงและแก้ปัญหาได้ เมืองสุขภาพหรือเมืองที่ฉลาด มักจะใช้คำว่า Smart City สามารถมองเห็นปัญหา มองเห็นเชิงพื้นที่ที่กายภาพได้ละเอียด คำว่า Smart คือการนำเทคโนโลยีมาใช้อย่างฉลาดเข้ามาตอบโจทย์ แต่อยากให้มีการปรับเปลี่ยนเมืองด้วยการนำข้อมูลเข้ามาใช้ให้มากขึ้น เพราะข้อมูลเป็นข้อมูลจริง สามารถรู้ว่าตอนนี้มีผู้ป่วยติดเตียงอยู่ที่ไหน รู้ว่ามีฝุ่นมากน้อย แค่นั้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้จะเปลี่ยนมิติสุขภาพ อยากให้ทางกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องกับทางสุขภาพเชื่อมกับเมืองจะเกี่ยวข้องกับเทศบาล และใช้ทิศทางที่สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล (DEPA) ที่มีแนวทางการพัฒนาเมืองอัจฉริยะ จะทำให้มองเห็นปัญหา มองเห็น เชิงพื้นที่ที่กายภาพที่สำคัญ และสามารถเชื่อมโตเมนกันได้ การใช้ชีวิตมีเรื่องของประชากรแต่ละหลังคาเรือนซึ่งเป็นเรื่องละเอียดมาก แต่มีเส้นทางที่ค่อนข้างละเอียดอ่อนอยู่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์กับภาครัฐ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคการศึกษาสามารถเข้าร่วมและได้สิทธิประโยชน์ร่วมกัน ข้อเสนอปร่วมกันคือ อยากให้ทางกระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับเทศบาลหรือชุมชนเมืองในการใช้ดิจิทัลหรือข้อมูลในการขับเคลื่อนเมืองให้มีเมืองสุขภาพที่ดีหรือเป็นเมืองสุขภาพจะทำให้เห็นว่า การทำ Smart City ไม่ได้มุ่งบริบทเมืองใหญ่ เพราะว่าถ้าทำให้เมืองเหล่านั้นเจริญ เมืองนั้นจะมีปัญหามากขึ้น คนอพยพเข้ามาแออัดหนาแน่นขึ้นและจะมีปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้นด้วย

## Age-Friendly Community in Smart City

โดย ดร.นน อัครประเสริฐกุล

### ผู้เชี่ยวชาญส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัลอาวุโสฝ่ายส่งเสริมเมืองอัจฉริยะ สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล

ในการพัฒนาระบบเศรษฐกิจสังคมของประเทศสำคัญที่สุดคือคนต้องมีความสุข ถ้าคนมีความสุข เขาจะเอาเวลาและแรงงานที่เขาไปเปลี่ยนเป็นการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจ ซึ่งถ้าจะให้คนมีความสุขได้ ต้องมีภาวะทางสังคมภาวะทางความเป็นเมืองที่เหมาะสมกับเขา เรื่องของ Smart City หรือว่าเมืองนำอยู่ชาญฉลาดคือการนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ในบริบทที่ตอบโจทย์ และนำไปสู่ชีวิตที่ดีของคนไม่ว่าจะเป็นเรื่องสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ หรือแม้แต่เรื่องของความเท่าเทียมกัน หลักการมี 3 ข้อ ดังนี้

ข้อแรก เรื่องการเอาคนเป็นศูนย์กลาง ต้องเข้าใจก่อนว่าคน ณ พื้นที่นั้นเขาต้องการอะไร อะไรคือทรัพยากรที่เขามีแล้วนำมาต่อยอดให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

ข้อที่สอง เรื่องการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน เพราะท้ายที่สุดแล้วภาครัฐมีความน่าเชื่อถือ ภาคเอกชนมีเครื่องมือ มีกลไกการตลาด มีความเข้าใจเทคโนโลยี เมื่อทำงานด้วยกันโดยเอกชนเป็นศูนย์กลางจะพัฒนาไปสู่เรื่องของการตอบโจทย์ในแง่ของการนำสิ่งที่เหมาะสมไปใช้ได้เป็นอย่างดี

ข้อที่สาม เรื่องการนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจ เพราะในอดีตเราใช้ความเคยชิน ใช้อคติ และใช้สิ่งที่เคยทำมานานแล้วมาเป็นแบบแผน แต่ถ้าเกิดมีข้อมูลที่สามารถเก็บได้จากเทคโนโลยี การเก็บข้อมูลที่ราคาถูกลงและเข้าถึงคนได้มากขึ้น จะได้นำข้อมูลตรงนั้นมาช่วยในการจัดการและทำให้ใช้ทรัพยากรจำกัดที่มีได้ดีขึ้น กรณีโรคไม่ติดต่อ แนนอนว่ามีข้อมูลรู้ว่าผู้ป่วยอยู่ตรงไหน อะไรคือปัญหาที่มี และอะไรคือทรัพยากรที่จัดการลงไปเพื่อจะช่วยให้ชีวิตดีขึ้นได้ สามารถใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดในการตอบโจทย์ได้ดีขึ้น ซึ่งอยากให้ทางกรมควบคุมโรคและทางสำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล (DEPA) และเทศบาลต่าง ๆ มาร่วมมือกันโดยใช้หลักการความเป็น Smart City ในการพัฒนาเมืองให้ตอบโจทย์ของคนและเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาที่อยู่อาศัยให้มันดีขึ้นกว่าเดิม

## การพัฒนาพื้นที่เทศบาลเพื่อการดูแลสุขภาพ

โดย นางขวัญใจ แจ่มทิม

### ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานี

สิ่งสำคัญมากคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมให้มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นชมรมต่าง ๆ หรือทั้งเด็กและทุกคนมีส่วนร่วมหมดเลย ไม่ใช่มีแค่ในเมืองเท่านั้นที่จะต้องมีความสุขที่ดี ประชาชนทั่วประเทศไม่ว่าจะอยู่ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก และภาคตะวันตก อยู่บนเขาหรือพื้นที่ใดก็ตามจะต้องมีความสุขที่ดี และองค์กรท้องถิ่นทั่วประเทศพยายามดูแลสุขภาพประชาชนให้ได้ดีที่สุดและมากที่สุด เทศบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด รู้จักประชาชนมากที่สุด การที่จะเป็นเมืองที่มีสุขภาวะที่ดีเมืองสุขภาพจะต้องให้เทศบาลเข้าไปถึงการดูแลตั้งแต่เด็ก โรคไม่ติดต่อเป็นโรคที่ไม่ติดต่อที่อันตรายมาก ถ้าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่เด็ก โรคนี้อาจจะลดน้อยลง แต่ถ้าไม่ดูแลสุขภาพจะป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อในช่วงผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพเป็นการสูญเสียที่มหาศาล เพราะฉะนั้นการส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ดีที่สุด และอยากให้ทุกเทศบาลตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งหมด การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดี ประชาชนต้องดูแลสุขภาพอย่างจริงจังเน้นการสร้างนำซ่อม การส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนมีทั้งโยคะ บาสโลบ ไลน์แดนซ์ แอโรบิกหรือการออกกำลังกายอื่น ๆ สามารถทำให้คนมาออกกำลังกายมากขึ้น สุขภาพดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด หลายคนมีการประเมินผลว่าสุขภาพดีขึ้นทั้งด้านร่างกายด้านโรคต่าง ๆ โยคะ บาสโลบ ไลน์แดนซ์ แอโรบิก คือการออกกำลังกายที่เทศบาลเมืองบึงยี่โถทำมาอย่างต่อเนื่อง 10 ปี พื้นที่ไหนมีพื้นที่เทศบาลจะเข้าไปส่งเสริมสุขภาพทั้งสิ้น

## อภิปราย เรื่อง ขับเคลื่อนสังคมไทยเพื่อการดูแลสุขภาพ



ดร.วงศ์วชิร โอวารินทร์  
รองนายกเทศมนตรีนครนครศรีธรรมราช



อาจารย์อรนิช สาลิวงษ์  
ที่ปรึกษาและคณะผู้เชี่ยวชาญระดับคลังสมอง  
Strategic Alignment Executive



แพทย์หญิงสิรินทร ฉั่นศิริกาญจน  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ  
มหาวิทยาลัยมหิดล



ดร.กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล  
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศ  
และระหว่างประเทศ  
ผู้ดำเนินรายการและร่วมอภิปราย

## การพัฒนาศักยภาพเมืองนำอยู่อัจฉริยะ

โดย ดร.วงศ์วชิร โอวารารินทร์

### รองนายกเทศมนตรีนครนครศรีธรรมราช

สร้างเมืองนำอยู่ ทันสมัย โปร่งใส ปลอดภัย การศึกษาและอนามัยเป็นที่หนึ่ง เทศบาลเข้าถึงพร้อมรับใช้ อันนี้เป็นนโยบายวิสัยทัศน์ที่ทางนายกเทศมนตรีเทศบาลนครนครศรีธรรมราชได้แถลงไว้ต่อสภาและเป็นกรอบการทำงานที่บุคลากรในหน่วยงานถือปฏิบัติ เพราะฉะนั้นเรื่อง ต่าง ๆ ในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมาเทศบาลนครนครศรีธรรมราชได้ถือปฏิบัติ การนำระบบเทคโนโลยีเรื่องของ Smart City มาใช้ ความสุขของประชาชนน่าจะเป็นอันดับต้น ๆ ของการตอบโจทย์ที่เทศบาลนครนำมาปรับใช้ การนำเรื่องของเทคโนโลยีด้านไลน์แอปพลิเคชัน เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ชาวบ้านเข้าถึงการบริการของรัฐได้อย่างทันท่วงที ทุกปัญหาของประชาชนต้องแก้ไขภายใน 48 ชั่วโมง เป็นเรื่องที่เป็นนโยบายสำคัญ การนำระบบเทคโนโลยีมาใช้เป็นเรื่องหลักที่เทศบาลนครทำอยู่ในปัจจุบัน การทำทุกอย่างเพื่อให้ตอบโจทย์ของสังคม ของเศรษฐกิจ ว่าเศรษฐกิจจะดีอย่างไร สังคมจะอยู่อย่างไรให้อยู่อย่างมีความสุข เพราะฉะนั้นการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อจะแก้ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้เมืองนครนำอยู่ให้เป็นเมืองที่มีสุขภาพที่ดี ประชาชนเข้าถึงการบริการภาครัฐอย่างแท้จริงจะเป็นสิ่งที่ทำให้ความสุขเกิดขึ้นกับคนในเขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราชอย่างแท้จริง

## กิน-อยู่-ดี แพลตฟอร์ม เทคโนโลยีเพื่อดูแลสุขภาพ

โดย อาจารย์อรนิช สาสิงษ์

### ที่ปรึกษาและคณะผู้เชี่ยวชาญระดับคลังสมอง Strategic Alignment Executive

ต่างคนต่างหาวิธีการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ แต่ว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคไม่ติดต่อยังเพิ่มอยู่ดี ในลักษณะของปัญหาที่พบคือการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกรวมกันมาจากสาเหตุของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อสูงมาก 70% เป็นข้อมูลล่าสุดจากองค์การอนามัยโลก จากโครงการ NCD@Home ในเรื่องของนวัตกรรมที่เข้ามาดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีความสำคัญที่อยากจะเน้นย้ำในเรื่องของการใช้ทรัพยากรและทำความเข้าใจร่วมกันกับทุกภาคส่วนและภาคีที่สำคัญคือการเลือกภาคีที่ดีและมีความโปร่งใส อีกอย่างหนึ่งคือจะต้องสามารถขับเคลื่อนและแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เฉพาะทางได้ทันท่วงทีในสถานการณ์ต่าง ๆ รวมถึงการตั้งนโยบายที่สำคัญมาลงใช้ปฏิบัติ และมีการวางแผนในการประเมินกระบวนการหรือว่าวิธีการที่ลงไป ณ พื้นที่ตรงนั้น สามารถเป็นหนึ่งในโมเดลที่สามารถทำให้เกิดความยั่งยืน (sustainability) สามารถนำไปปรับใช้กับทุกบริบทของประเทศไทยในพื้นที่ต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างกัน แต่นวัตกรรมสามารถเข้าถึงได้ทุกที่และมีความเท่าเทียมกัน นวัตกรรมจะมีการเชื่อมโยงกับนวัตกรรมหลายภาคส่วน NCD@Home จะเป็น Application สำหรับประชาชนทั่วไปที่สามารถใช้งานได้ง่ายและสามารถมีการเฝ้าระวังค่าสุขภาพของตัวเองได้

## Age-friendly society จังหวัดสุราษฎร์ธานี

โดย แพทย์หญิงสิรินทร ฉันทศิริกาญจน

### คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สังคมผู้สูงอายุ ให้อยู่แบบพึ่งพาตัวเองมากที่สุด เพราะฉะนั้นการที่จะพึ่งพาตัวเองได้มากที่สุด จะต้องให้ความสำคัญ 2 ประการ ข้อที่ 1 คือตัวเอง ทำอย่างไรที่ตัวเองจะดี ตัวเขาจะยืนได้ เดินได้ ไปในที่ทั้งหลาย ข้อที่ 2 คือสิ่งแวดล้อม เป็นอันที่มีความจำเป็นที่จะต้องบริหารจัดการเรื่องของสังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุนั้นเป็นประเด็นสำคัญ เพราะว่าต่อไปผู้สูงอายุมากขึ้น จะไปดูแลทุกคนคงไม่ได้ จึงจำเป็นต้องจัดการให้สังคมมีสิ่งแวดล้อม มีระบบบริการและมีอื่น ๆ ที่ให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะใช้ชีวิตอยู่ได้ดีในสังคมนั้น นอกจากผู้สูงอายุแล้วอีกกลุ่มหนึ่งที่ควรต้องพิจารณาคือเรื่องของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เขาจะมีเรื่องของการถูกลอก มีเรื่องของความปลอดภัยที่เขาไม่รู้ว่าเป็นจริง ๆ ของพวกนี้มันไม่ปลอดภัย จะทำอย่างไรที่จะทำให้พวกเขาเหล่านั้น สามารถที่จะมีที่ยืนอยู่ในสังคมได้อย่างดีและปลอดภัยและผู้ดูแลต้องดูแลอย่างเหมาะสม สุขภาพเป็นเรื่องของกาย เป็นเรื่องของใจ และเป็นเรื่องของจิตวิญญาณ การบริหารจัดการดูแลเรื่องสมองเสื่อมไม่ใช่เรื่องของคน ไม่ใช่เรื่องของครอบครัว แต่เป็นเรื่องชุมชน สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุนั้นหรือคนพิการ ได้แก่ พื้น ฝา เพดาน ราวจับทั้งหลาย แต่สิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดของผู้มีภาวะสมองเสื่อมคือ คน คนที่อยู่รอบข้าง ความปลอดภัยทั้งหลายขึ้นอยู่กับคน ถ้าเมื่อไหร่คนเห็นเขาเป็นคนหนึ่ง ซึ่งมีพื้นที่อยู่ในพื้นที่นั้น ๆ จะทำให้รู้สึกปลอดภัยและจะไม่มีใครมารังแก

## ข้อเสนอแนะงานประชุม

### ด้านความพึงพอใจ

- ผู้เข้าร่วมประชุมมีความพึงพอใจมาก รูปแบบการจัดดีมาก
- จัดประชุมได้ดี เข้าถึงง่าย
- การนำเสนอสไลด์น่าสนใจ เนื้อหาทันสมัย
- การคัดเลือกวิทยากรที่สามารถบรรยายเข้าใจง่าย
- ตรงประเด็น ทำให้มีความน่าสนใจขึ้น
- สามารถรับชมย้อนหลังได้ อยากให้มีการจัดประชุมบ่อย ๆ
- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น
- มีเอกสารการประชุมก่อนอบรม ทำให้สามารถศึกษาก่อนได้

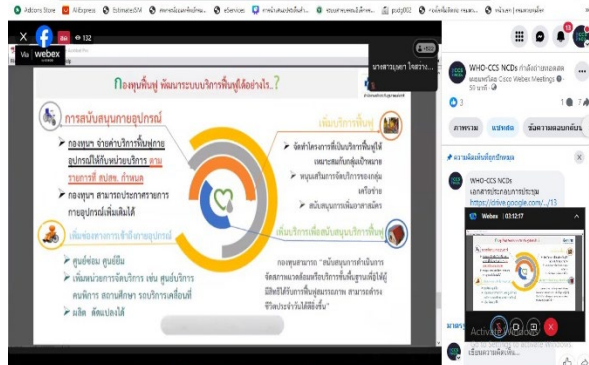
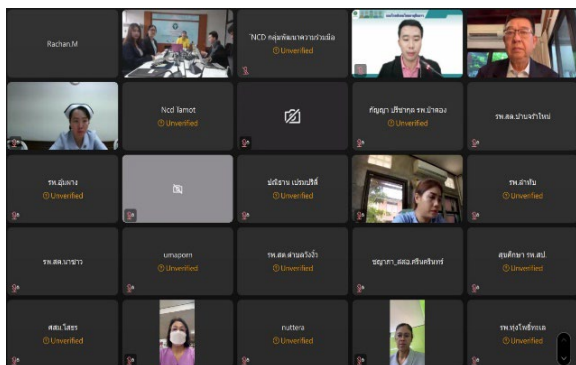
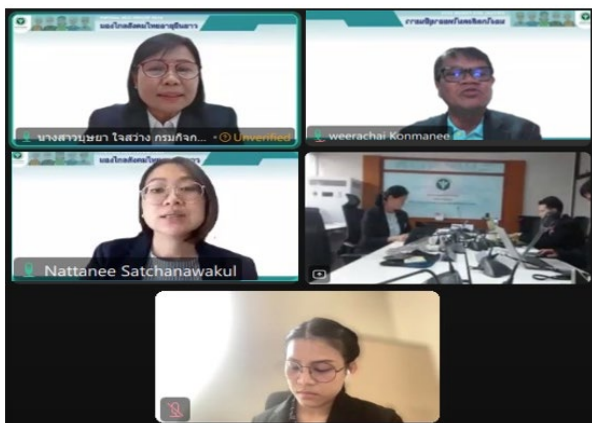
### ด้านการใช้ประโยชน์

ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับความรู้ใหม่นำไปปรับใช้

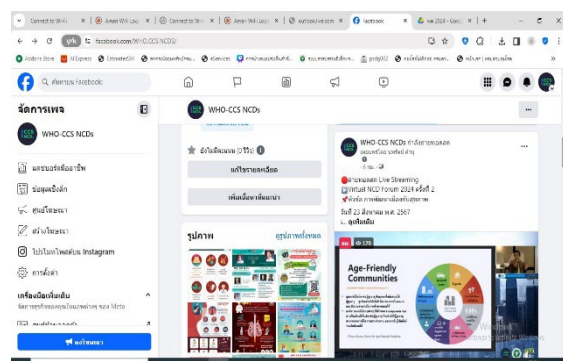
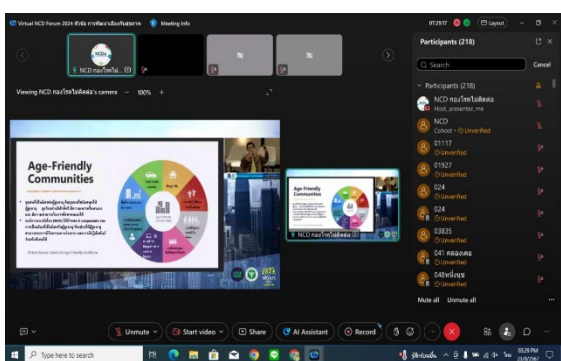
- เป็นแนวทางในการทำงานที่รับผิดชอบ
- ใช้ให้ความรู้ในคลินิก โรงพยาบาล ผู้สูงอายุ ประชาชนทั่วไป และในชีวิตประจำวัน
- ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อของจังหวัด
- แนวทางสร้างกิจกรรมฝึกอบรมป้องกันโรคในชุมชน
- นำไปเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพประชาชน
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง
- แนวทางในการพัฒนางานวิจัย
- สื่อสารต่อองค์กรและประชาชน ครอบครัว
- นำไปประชาสัมพันธ์ในเครือข่ายต่างๆ และท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง

### ข้อปรับปรุง

- ควรปรับปรุงระบบเสียง บางช่วงเสียงขาดหาย
- การประชาสัมพันธ์ยังน้อย ประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น
- ควรมีการเปิดโอกาสให้ซักถามมากขึ้น
- การเตรียมการของวิทยากร การแชร์สไลด์ที่น่าสนใจ
- สัญญาณอินเทอร์เน็ตของวิทยากร ขาดหาย ควรมีการตรวจสอบก่อนการประชุม







## 2. สถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง

รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดจุดเน้นกรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567

ประเด็น รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพด้วยสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง

(ไตรมาสที่ 1 – 4) ณ วันที่ 30 สิงหาคม 2567

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคไม่ติดต่อ ตระหนักถึงการจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง (Self – Management) เป็นปรัชญาการดูแลสุขภาพที่สำคัญ จึงเริ่มมีการขับเคลื่อนสถานีสุขภาพในชุมชน 16 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2565 และได้รับคัดเลือกให้เป็นโครงการสร้างนวัตกรรมปฏิรูปประเทศของสำนักงานขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศยุทธศาสตร์ชาติและการสร้างความสามัคคีปรองดอง (สนง.ป.ย.ป.) และในสถานการณ์ปัจจุบันมีการถ่ายโอนภารกิจหน่วยงานปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 พ.ศ. 2550 พ.ศ. 2560 ได้บัญญัติถึงเรื่องการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยจะโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ให้แล้วเสร็จภายใน 3 ปี จึงถือเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนาสถานีสุขภาพชุมชนในเขตเมืองเป็นต้นแบบอย่างเป็นรูปธรรมและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะส่งผลให้ประชาชนสามารถดูแลจัดการสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ จึงขับเคลื่อนให้มีการดำเนินงานเป็นจุดเน้นกรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ 2567

**เป้าหมาย (Goal)** เขตสุขภาพทุกเขตมีการจัดให้บริการสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง

**ตัวชี้วัด HL09 :** ระดับความสำเร็จของประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเข้าถึงการประเมินสุขภาพเบื้องต้นของสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง

**คำอธิบายตัวชี้วัด**

ระดับความสำเร็จของประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเข้าถึงการประเมินสุขภาพเบื้องต้นของสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง หมายถึง ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินสุขภาพเบื้องต้นและรับทราบค่าสุขภาพของตนเองพร้อมคำแนะนำในการปฏิบัติตน จากบริการของสถานีสุขภาพ (Health Station)

**สถานีสุขภาพในชุมชนเมือง** หมายถึง สถานที่ให้บริการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ น้ำหนักและส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต การคัดกรองการสูบบุหรี่ (สูบ/ไม่สูบ) คัดกรองการดื่ม

เครื่องตีแมลงกอล (ตี/ไม่ตี) รูปแบบให้บริการ ณ สถานีสุขภาพ (Health Station) และสถานีสุขภาพ  
สัญจร (เชิงรุก) ในชุมชนเมือง พื้นที่การปกครองของเทศบาลนคร เทศบาลเมืองหรือเทศบาลตำบล

#### ตาราง Small Success:

ตัวชี้วัด	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ระดับความสำเร็จ ของประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเข้าถึง การประเมินสุขภาพ เบื้องต้นของสถานี สุขภาพ (Health Station) ในชุมชน เมือง	- ประชุมชี้แจงแนว ทางการดำเนินงาน สถานีสุขภาพใน ชุมชนเมือง  - เลือกพื้นที่ เป้าหมาย  - จัดทำแผน ดำเนินงานสถานี สุขภาพในชุมชน เมือง ปี 2567	- ร้อยละของผู้ ได้รับบริการ ประเมินค่าสุขภาพ เบื้องต้นในกลุ่ม ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10	- ร้อยละของผู้ ได้รับบริการ ประเมินค่าสุขภาพ เบื้องต้นในกลุ่ม ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40	- ร้อยละของผู้ ได้รับบริการ ประเมินค่าสุขภาพ เบื้องต้นในกลุ่ม ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50  - สรุปผลการ ดำเนินงานและ จัดทำข้อเสนอแนะ เชิงนโยบายเพื่อ พัฒนาสถานี สุขภาพ

#### วิธีการจัดเก็บข้อมูลประเมิน

รวบรวมข้อมูลและรายงานตามแบบฟอร์ม SAR ในระบบบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ Estimate  
SM กรมควบคุมโรค

#### เป้าหมายการดำเนินงาน

ร้อยละประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เข้าถึงการประเมินสุขภาพเบื้องต้นของสถานีสุขภาพ (Health  
Station) ในชุมชนเมืองที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย รอบ 12 เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

#### สูตรการคำนวณ

ร้อยละประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เข้าถึงการประเมินสุขภาพเบื้องต้นของสถานีสุขภาพ (Health  
Station) ในชุมชนเมือง รอบ 12 เดือน

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A / B) \times 100$$

A = ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เข้าถึงการประเมินสุขภาพเบื้องต้นของสถานีสสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง ที่ได้รับบริการ ณ สถานีสสุขภาพ (Health Station) และสถานีสสุขภาพสัญจร (เชิงรุก)

B = จำนวนประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปจากระบบทะเบียนราษฎร์ของสำนักงานเทศบาล หรือจากการประมาณการจำนวนประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยงานที่ตั้งสถานีสสุขภาพในชุมชนเมือง

ขั้นตอนการดำเนินงานจุดเน้น มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 :**
- 1.1 ประสานความร่วมมือเครือข่าย เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
  - 1.2 เลือกพื้นที่เป้าหมายดำเนินการ
- ขั้นตอนที่ 2 :**
- 2.1 มีการจัดตั้งสถานีสสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมืองพร้อมให้บริการภายในไตรมาสที่ 2
  - 2.2 มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการสถานีสสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมืองและจัดบริการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีสสุขภาพ (Health Station) และแบบสถานีสสุขภาพสัญจร (เชิงรุก) ในชุมชนเมือง
- ขั้นตอนที่ 3 :**
- มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการสถานีสสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมืองและจัดบริการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีสสุขภาพ (Health Station) และแบบสถานีสสุขภาพสัญจร (เชิงรุก) ในชุมชนเมือง
- ขั้นตอนที่ 4 :**
- สรุปผลรายเดือน การดำเนินของประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเข้าถึงบริการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีสสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง
- ขั้นตอนที่ 5 :**
- รายงานสรุปผลการให้บริการประเมินสุขภาพเบื้องต้นสถานีสสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง

## ตารางกิจกรรมดำเนินงานกองโรคไม่ติดต่อ ไตรมาสที่ 1 - 4

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
<p>1. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน สถานีสุขภาพในชุมชนเมือง กิจกรรม จุดเน้นกรมควบคุมโรค ปี 2567</p>	<p>1. ประชุมชี้แจงจุดเน้นครั้งที่ 1 วันที่ 3 ตุลาคม 2566 เวลา 9.00 – 12.00 น.ออนไลน์ มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงจุดเน้นและคัดเลือกพื้นที่ดำเนินงาน</p> <p>2. ประชุมชี้แจงจุดเน้นครั้งที่ 2 วันที่ 31 ตุลาคม 2566 เวลา 9.00 – 12.00 น. ออนไลน์ มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงเทมเพลตกิจกรรมจุดเน้น การเก็บข้อมูลและการสนับสนุนอุปกรณ์และสื่อประชาสัมพันธ์จาก กองโรคไม่ติดต่อ</p> <p>3. ประชุมชี้แจงจุดเน้นครั้งที่ 3 วันที่ 26 ธันวาคม 2566 เวลา 9.00 – 12.00 น. ออนไลน์ มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปแนวทางการดำเนินงาน สถานีสุขภาพในเขตเมือง การสนับสนุนโปรแกรมการรวบรวมข้อมูล และสื่อประชาสัมพันธ์และสื่อความรู้</p> <p>4. ประชุมชี้แจงจุดเน้นครั้งที่ 4 วันที่ 23 มกราคม 2566 เวลา 9.00 – 12.00 น. ออนไลน์ มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลสถานีสุขภาพในชุมชนเมืองและการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นที่ 6 การแพทย์ปฐมภูมิ ตัวชี้วัดที่ 2 อำเภอสุขภาพดี มาตรการที่ 2 Health Station เพื่อขอความร่วมมือสนับสนุนขับเคลื่อน นโยบายกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>2.สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์และอุปกรณ์ ประเมินเบื้องต้นบางส่วนให้สถานีสุขภาพ ในชุมชนเมือง</p>	<p>2.1 จัดจ้างผลิตสื่อประชาสัมพันธ์และสื่อความรู้ จำนวน 3 รายการ</p> <p>2.2 สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์และสื่อความรู้ให้แก่สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 1 – 12 ดังนี้</p> <p>2.2.1 สมุดบันทึกสุขภาพ จำนวน 600 เล่ม</p> <p>2.2.2 ถุงผ้าอเนกประสงค์ จำนวน 35 ใบ</p> <p>2.2.3. สายวัดเอว ดัชนีมวลกาย (BMI) จำนวน 200 ชิ้น</p> <p>2.2.4 ป้ายสถานีสุขภาพ จำนวน 5 ชิ้น</p> <p>2.2.5 ภาพพติก จำนวน 25 เล่ม</p>
<p>กิจกรรมที่ 3 ประชุมติดตามการดำเนินงานสถานีสุขภาพ</p>	<p>1. ประชุมติดตามการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) จังหวัดภูเก็ต วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2567 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภมมลา ตำบลภมมลา อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต</p>

	<p>2. ประชุมติดตามการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) จังหวัดขอนแก่น ในวันที่ 1 มีนาคม 2567 ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองเรือ ตำบลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น</p> <p>3. ประชุมติดตามการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) จังหวัดมุกดาหาร ในวันที่ 9 พฤษภาคม 2567 ณ ศูนย์สุขภาพและแพทย์แผนไทย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร</p> <p>4. ประชุมติดตามการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) จังหวัดหนองคาย ในวันที่ 29 พฤษภาคม 2567 ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (บ้านนาโพธิ์) ตำบลในเมือง อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย</p> <p>5. ประชุมติดตามการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) จังหวัดตาก ในวันที่ 14 มิถุนายน 2567 ณ รพ.สต.บ้านแม่กืตหลวงศิริกัญไชย บ.ไทยสามัคคี ต.แม่กาษา อ.แม่สอด จ.ตาก</p> <p>6. ประชุมติดตามการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) จังหวัดสงขลา ในวันที่ 9 กรกฎาคม 2567 ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข สระเกษ เทศบาลนครสงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา</p>
<p>กิจกรรมที่ 4 ประชุมสรุปกิจกรรมจุดเน้น กองโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2567 (ประชุมออนไลน์)</p>	<p>จัดประชุมสรุปกิจกรรมจุดเน้นกองโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2567 (ประชุมออนไลน์) เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2567</p>

ตารางสรุปผลการให้บริการประเมินสุขภาพเบื้องต้นสถานีสสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง  
(ข้อมูล ณ วันที่ 28 สิงหาคม 2567)

หน่วยงาน	เป้าหมาย	ผู้รับการประเมิน	ร้อยละ
สคร.1	1247	714	57.26
สคร.2	537	1065	50.42
สคร.3	2076	1332	64.16
สคร.4	760	313	41.18
สคร.5	3000	361	12.03
สคร.6	1170	740	63.25
สคร.7	985	994	100.91
สคร.8	3059	1739	56.85
สคร.9	1400	715	51.07
สคร.10	896	1693	188.95
สคร.11	487	254	52.16
สคร.12	164	119	72.56
รวม	15781	10039	63.61

กิจกรรมดำเนินงานสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 1-12 ไตรมาสที่ 1 - 4

กิจกรรม
1.ประสานความร่วมมือ เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานสถานีสสุขภาพในชุมชนเมือง ปี 2567 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองท้องถิ่น หน่วยงานต่างๆในพื้นที่ดำเนินการฯ
2.จัดประชาสัมพันธ์ และสนับสนุนกิจกรรมดำเนินงานสถานีสสุขภาพ
3.ประชุมติดตามการดำเนินงานสถานีสสุขภาพ
4.ประชุมสรุปกิจกรรมจุดเน้นกองโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2567 (ประชุมออนไลน์)
ผลการดำเนินงาน
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่
มาตรการจุดเน้นที่ได้ดำเนินการ
1. ประชุมราชการชี้แจงตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้เครือข่ายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 1 ผ่านระบบ Zoom Meeting ในวันที่ 18 ธันวาคม 2566 และนำเสนอโครงการ “รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ ด้วยสถานีสสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง” เพื่อประชาสัมพันธ์ให้เครือข่ายที่สนใจเข้าร่วมดำเนินการ

2. ประสานความร่วมมือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 1 ให้คัดเลือกพื้นที่เป้าหมายเข้าร่วมดำเนินการ 1 จังหวัด
3. จัดประชุมราชการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเขตเมืองผ่านระบบ Zoom Meeting ในวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567
4. จัดประชุมราชการสนับสนุนการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเขตเมือง ณ ห้องประชุมดอกป่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567
5. จัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง พร้อมเปิดให้บริการในเดือนมีนาคม 2567
6. ประชุมราชการติดตามผลการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเขตเมือง ณ สถานีรักษาสภาพ คนละปูน จังหวัดลำพูน ครั้งที่ 1 (1 กรกฎาคม 2567), ครั้งที่ 2 (9 สิงหาคม 2567), และครั้งที่ 3 (22 - 23 สิงหาคม 2567)
7. ประชุมราชการสรุปผลการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเขตเมือง ในวันที่ 26 สิงหาคม 2567

#### **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินการ**

1. หน่วยงานส่วนกลางสนับสนุนงบประมาณ, ชุดอุปกรณ์ และสื่อประชาสัมพันธ์
2. ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ให้ความสำคัญและสนับสนุนพื้นที่นำร่องดำเนินการ
3. เครือข่ายให้ความร่วมมือ และคัดเลือกพื้นที่เป้าหมายเข้าร่วมดำเนินการ

#### **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**

1. การใช้งานชุดตรวจวัดสุขภาพเคลื่อนที่ Health Go Box
  - ชุดตรวจสุขภาพแบบเคลื่อนที่ Health Go Box ที่ได้รับสนับสนุน เช่น แผ่นตรวจน้ำตาล เข็มเจาะเลือดปลายนิ้ว เครื่องวัดความดันโลหิต ไม่เพียงพอต่อการให้บริการประชาชน
2. การใช้งานแอปพลิเคชัน mPHR Health Go Box สำหรับเก็บข้อมูล
  - การส่งออกข้อมูลสุขภาพจากชุดตรวจวัดสุขภาพเข้าไปในแอปพลิเคชัน mPHR Health Go Box ใช้เวลาต่อคนประมาณ 5-10 นาที เช่น หากให้บริการประชาชนจำนวนมากจะใช้เวลาต่อคนนานขึ้น จึงแก้ไขปัญหาโดยใช้ชุดอุปกรณ์ของ รพ.สต. และบันทึกข้อมูลลงในกระดาษ จากนั้นจึงบันทึกข้อมูลลงในแอปพลิเคชันภายหลัง
3. การใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน mPHR Cloud สำหรับติดตามข้อมูลสุขภาพของผู้มารับบริการ
  - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ ยังไม่สามารถเข้าใช้งานเว็บแอปพลิเคชันได้ หากต้องการข้อมูลสุขภาพของผู้มารับบริการ จะต้องแจ้งผู้ดูแลระบบ (เจ้าหน้าที่ สคร.1) ประมวลผลและส่งออกข้อมูลตามรายการที่ต้องการ
  - ข้อมูลสุขภาพในเว็บแอปพลิเคชัน ยังไม่เชื่อมโยงกับระบบ JHCIS ของหน่วยบริการ ทำให้เพิ่มภาระการบันทึกข้อมูลลงในระบบของหน่วยบริการ

#### **ความต้องการสนับสนุน จากส่วนกลางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**

1. หน่วยงานส่วนกลาง ควรสนับสนุนชุดตรวจสุขภาพ ให้เพียงพอต่อสัดส่วนประชาชนที่มารับบริการ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต, แผ่นตรวจน้ำตาล, เข็มเจาะเลือดปลายนิ้ว และสมุดบันทึกสถานะสุขภาพ

2. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพในแอปพลิเคชัน mPHR Health Go Box เข้าสู่ระบบ HDC เพื่อลดการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนของหน่วยบริการ

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป

1. ปรับแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในแอปพลิเคชัน mPHR Health Go Box ให้ตรงกับรายการข้อมูลในแบบคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (Verbal Screening) ประจำปี ซึ่งจะช่วยให้การเก็บข้อมูลมีประสิทธิภาพ และเกิดการใช้ประโยชน์ข้อมูลในทิศทางเดียวกัน
2. เพิ่มสิทธิ์ให้ อสม. สามารถเก็บข้อมูลผ่านแอปพลิเคชัน mPHR Health Go Box และส่งข้อมูลเข้าเว็บแอปพลิเคชัน mPHR Cloud ได้ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามข้อมูลสุขภาพของผู้มารับบริการ
3. เพิ่มสิทธิ์ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้มารับบริการผ่านเว็บแอปพลิเคชัน mPHR Cloud และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และวางแผนดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

#### สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

##### มาตรการจุดเน้นที่ได้ดำเนินการ

1. ลงพื้นที่สนับสนุนและติดตาม การดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง ในวันที่ 27 มีนาคม 2567 และวันที่ 14 มิถุนายน 2567 ร่วมกับ นางสาวกมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล หัวหน้ากลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศ กองโรคไม่ติดต่อ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ในพื้นที่ต้นแบบดำเนินงานให้มีความต่อเนื่อง พร้อมกิจกรรมระดมสมองการพัฒนาแนวทางการให้บริการสถานีสุขภาพ (Health Station)
2. ร่วมประชุมติดตามและประเมินผลการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง ในวันที่ 2 สิงหาคม 2567 ณ วัดไทยสามัคคี (วัดหลวงพ่อดันใจ) พื้นที่ต้นแบบสถานีสุขภาพ (Health Station) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ดำเนินการในพื้นที่ ตำบลแม่กาษา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ณ วัดไทยสามัคคี (วัดหลวงพ่อดันใจ) หมู่ที่ 9 บ้ายไทยสามัคคี ซึ่งมีประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 1,065 คน (ข้อมูลจากสำนักทะเบียนราษฎร ปี 2566) เป้าหมายภาพรวมร้อยละประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 หรือจำนวน 533 คน ผลงานพบว่า มีการคัดกรองประชาชนในพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 537 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.42 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด (ข้อมูลจาก mPHR Cloud ณ วันที่ 21 สิงหาคม 2567) ผลการคัดกรองจำนวน 537 ราย พบว่า เพศชาย 228 ราย ระดับความดันโลหิต: สูง 78 ราย, เสี่ยงสูง 105 ราย, เหมาะสม 41 ราย, ต่ำ 4 ราย ค่าดัชนีมวลกาย: น้ำหนักเกิน 121 ราย, สมส่วน 80 ราย, ต่ำกว่าเกณฑ์ 16 ราย, ไม่มีข้อมูล 11 ราย และเพศหญิง 309 ราย ระดับความดันโลหิต: สูง 68 ราย, เสี่ยงสูง 135 ราย, เหมาะสม 100 ราย, ต่ำ 6 ราย ค่าดัชนีมวลกาย: น้ำหนักเกิน 203 ราย, สมส่วน 81 ราย, ต่ำกว่าเกณฑ์ 19 ราย, ไม่มีข้อมูล 6 ราย
3. กิจกรรมดำเนินการโดย รพ.สต.บ้านแม่กีดหลวงศิริกัญไชย, รพ.สต.แม่กาษา และ อสม. หมู่ที่ 9 เพิ่มการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) สัจจร (เชิงรุก) ณ ศาลาการเปรียญวัดไทยสามัคคี (วัดหลวงพ่อดันใจ), ศาลาหมู่บ้าน หมู่ที่ 9, การให้บริการใน รพ.สต., ตามงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ภายในชุมชน เช่น เวทีประชุม อสม. หรือประชุมหมู่บ้านประจำเดือน เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองเพิ่มขึ้น

### ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินการ

ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น รพ.สต. วัด และ เจ้าหน้าที่ที่จะดำเนินการในพื้นที่เป้าหมาย

### อุปสรรคต่อการดำเนินงาน

1. การให้บริการมีความซ้ำซ้อนของข้อมูล
2. ระยะเวลาการดำเนินงาน เนื่องจากมีการกำหนดเป้าหมายรายเดือน ซึ่งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. มีงานประจำที่ทำงานเป็นประจำทุกวัน ซึ่ง อสม. ที่สามารถให้บริการ Health Go Box ได้มีจำนวนไม่เพียงพอ และต้องแยกออกไปทำงานหลายงานตามปฏิทินหมู่บ้าน
3. ขั้นตอนการบันทึกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ ทำให้ไม่สะดวกต่อการให้บริการ เนื่องจากผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานในพื้นที่ คือ อสม. หมู่ที่ 9
4. อินเทอร์เน็ต เนื่องจากการส่งข้อมูลเข้า mPHR Cloud จะต้องใช้สัญญาณอินเทอร์เน็ต
5. การประชาสัมพันธ์ เนื่องจากประชาชนในชุมชนน่าจะไม่ทราบความแตกต่างระหว่างการคัดกรองผ่านสถานีสุขภาพ (Health Station) และการคัดกรองประจำปี (อายุ 35 ปีขึ้นไป)
6. จำนวน Blood Glucose Test Strips และ Lancet ที่กองโรคไม่ติดต่อ สนับสนุนไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน
7. อสม. ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากคนรุ่นใหม่ไม่มีความสนใจเป็น อสม.

### ความต้องการสนับสนุน จากส่วนกลางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน โดยการคัดกรองและเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ HDC หรือระบบ JHCIS ของหน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อลดเพื่อลดปัญหาการคัดกรองซ้ำซ้อนและภาระงานของผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่

### ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป

พื้นที่สามารถนำข้อมูลที่ได้จาก Health Station ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค NCDs

### สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

#### มาตรการจุดเน้นที่ได้ดำเนินการ

1. ประสานงานพื้นที่และจัดตั้งสถานีสุขภาพบ้านหนองไผ่ วันที่ 16 ก.พ. 2567
2. เตรียมความพร้อมอุปกรณ์ ที่ใช้ในการคัดกรอง ติดตั้ง และ set up ระบบ
3. พัฒนาผู้ปฏิบัติงาน สอนการใช้อุปกรณ์ประเมินสุขภาพ และการบริหารจัดการข้อมูล
4. ให้บริการสถานีสุขภาพ และสรุปผลคืนข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผน วันที่ 7 ส.ค. 2567

### ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินการ

1. เครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับในพื้นที่ และอสม. ให้ความร่วมมือในการให้บริการคัดกรองสถานะสุขภาพจากสถานีสุขภาพ(Health Station)เบื้องต้น 7 รายการ
2. อสม. มีศักยภาพในการใช้เทคโนโลยีจากชุดอุปกรณ์ Health go box

### อุปสรรคต่อการดำเนินงาน

1. การเชื่อมต่อข้อมูลต้องใช้ Internet บางครั้งเข้าพื้นที่ไม่มีสัญญาณ

2. การเข้าถึงข้อมูลของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่

3. ประชาชนบางคนไม่ยอมให้บัตรประจำตัวประชาชน เนื่องจากกลัวการดึงข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆ

**ความต้องการสนับสนุน จากส่วนกลางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**

1. ชุดอุปกรณ์ Health go box

2. สื่อแผ่นพับ โปสเตอร์ เกี่ยวกับข้อเสนอแนะสถานะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**

1. กองโรคไม่ติดต่อควรมีการพัฒนาชุดอุปกรณ์ Health go box ให้สมบูรณ์ก่อนนำมาใช้งาน

2. ระยะเวลาในการดำเนินงานคัดกรองจากอุปกรณ์ Health Go Box เริ่มในไตรมาส 2 แต่การดำเนินงานคัดกรองสุขภาพตามแผนจะดำเนินการในไตรมาส 1 ทำให้พื้นที่ที่ต้องคัดกรองใหม่อีกรอบ

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี**

**มาตรการจุดเน้นที่ได้ดำเนินการ**

โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อผ่านสถานีสสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการประเมินสุขภาพเบื้องต้นของตนเอง ทราบความเสี่ยง (Know Your number Know Your Risk) และได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้และการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีเป้าหมายดำเนินการในพื้นที่นำร่องของเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 1 แห่ง ระดับความสำเร็จประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เข้าถึงการประเมินสุขภาพเบื้องต้นของสถานีสสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง

**ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินการ**

- การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

- มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินภาวะสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่าย

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**

- application ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับโปรแกรมที่ใช้ในพื้นที่ รวมทั้งส่งข้อมูลเข้า HDC

- ประชาชนส่วนใหญ่ไม่พกบัตรประชาชน

- Health Station ตั้งในชุมชน กลุ่มประชาชนส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน

ในโรงงานและบริษัท จึงไม่สามารถเข้ารับบริการใน Health Station ได้

**ความต้องการสนับสนุน จากส่วนกลางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**

ไม่มี

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**

- ขอสนับสนุนให้พื้นที่ สามารถดึงข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ใน application เพื่อนำไปวิเคราะห์และวางแผนได้ต่อไป

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี**

**มาตรการจุดเน้นที่ได้ดำเนินการ**

การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน : สามารถดำเนินงานได้ถึงขั้นตอนที่ 5 ค่าคะแนนที่ได้ 5

ขั้นตอนที่ 1.1 ประชุมหารือแนวทางการดำเนินงานจุดเน้น Health Station ในชุมชนเมือง ปี 2567 ร่วมกับเทศบาลตำบลหลักเมือง อำเภอเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี วันที่ 19 ธันวาคม 2566 และลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานสถานีสุขภาพ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567

ขั้นตอนที่ 1.2 คัดเลือกพื้นที่เป้าหมายเพื่อจัดตั้งสถานีสุขภาพ ณ เทศบาลหลักเมือง (หลังเก่า) ต.พงสวาย อ.เมือง จ.ราชบุรี

ขั้นตอนที่ 2.1 เสนอรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานให้บริการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง ตามแบบฟอร์มที่ 1 ให้ผู้บริหารทราบ

ขั้นตอนที่ 2.2 ประชาสัมพันธ์การเปิดสถานีสุขภาพและยกระดับสถานีสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความรู้ตัวเลข รู้ความเสียหายสุขภาพ ด้วยสถานีสุขภาพ (Health Station)

ขั้นตอนที่ 3 เสนอรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานให้บริการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง ตามแบบฟอร์มที่ 1 เสนอผู้บริหาร

ขั้นตอนที่ 4 เสนอสรุปผลรายเดือนการดำเนินของประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เข้าถึงบริการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง ตามแบบฟอร์มที่ 2 ให้ผู้บริหารทราบ

ขั้นตอนที่ 5 เสนอรายงานสรุปผลการให้บริการประเมินสุขภาพเบื้องต้นสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง ตามแบบฟอร์ม 3 ให้ผู้บริหารทราบ

#### **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินการ**

การได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยงานเทศบาลตำบลหลักเมือง จ.ราชบุรี ที่จัดตั้งสถานีสุขภาพ

#### **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**

เครื่องมือ/อุปกรณ์ชุดตรวจวัดสุขภาพเคลื่อนที่ไม่เพียงพอต่อการเข้าถึงของประชาชนในพื้นที่ และการเชื่อมต่อข้อมูลค่อนข้างช้า เกิดการรอคอยของประชาชน

#### **ความต้องการสนับสนุน จากส่วนกลางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**

1. เพิ่มจำนวนเครื่องมือ/อุปกรณ์ชุดตรวจวัดสุขภาพ
2. พัฒนาระบบดิจิทัลของเครื่องมือ/อุปกรณ์ตรวจวัดสุขภาพให้เสถียรมากขึ้น
3. พัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับดูข้อมูลสุขภาพของประชาชน รวมถึงในผู้ที่ไม่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่และสัญญาณอินเทอร์เน็ต
4. พัฒนาระบบรายงานข้อมูลในรูปแบบ dashboard ให้แก่เจ้าหน้าที่เพื่อส่งต่อข้อมูลและวางแผนการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคต่อไป

#### **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**

ไม่มี

### สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี

#### มาตรการจุดเน้นที่ได้ดำเนินการ

1. ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เข้าถึงบริการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง อย่างน้อย 2 รายการ คือ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต
2. ถ้ามีอุปกรณ์สำหรับตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ให้เพิ่มรายการประเมินสุขภาพ

#### ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินการ

- การมี อุปกรณ์เชื่อมต่อข้อมูลการคัดกรอง และ Dashboard ที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่นำร่อง และผู้ใช้งาน
- การส่งออก เชื่อมโยงข้อมูลเข้าระบบ HDC เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล
- การพัฒนา App. ให้มีความเสถียร ง่ายต่อการใช้งาน
- อสม. มีทักษะในการประเมิน คัดกรองใน Health Station

#### อุปสรรคต่อการดำเนินงาน

- ขาดอุปกรณ์ที่เพียงพอต่อการใช้งานใน Health Station
- พื้นที่ยังขาดความเข้าใจในการใช้งานอุปกรณ์ Digital Health และการเชื่อม Dashboard
- อสม. เป็นผู้สูงอายุจำนวนมาก
- บางแห่งมีข้อจำกัดเรื่อง Internet
- ขาดงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์
- บางแห่งสถานที่จัดตั้ง Health Station ไม่เอื้อต่อการเข้าใช้บริการของประชาชน

#### ความต้องการสนับสนุน จากส่วนกลางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ไม่มี

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป

- การมีอุปกรณ์เชื่อมต่อข้อมูลการคัดกรอง และ Dashboard ที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่นำร่อง และผู้ใช้งาน
- พัฒนาทักษะ อสม. ในการใช้งานอุปกรณ์ต่างๆ
- พัฒนาระบบยืนยันตัวตนให้เอื้อต่อการดำเนินงานคัดกรอง
- การจัดทำแผนสนับสนุนการดำเนินงาน Health Station ในปีงบประมาณ

### สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

#### มาตรการจุดเน้นที่ได้ดำเนินการ

ให้บริการประเมินสุขภาพเบื้องต้นสำหรับประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปในพื้นที่เทศบาลตำบลหนองเรือ ตำบลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ทั้งนี้ประชาชนจะสามารถพยากรณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเองได้ด้วย Diabetes risk score และ CVD risk score ผ่าน Application บนมือถือของประชาชน และอสม.

### ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินการ

เจ้าหน้าที่ในทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือและมีความสนใจเป็นอย่างดีทั้งภาครัฐ(สาธารณสุข) เอกชน(โรงงานน้ำตาลมิตรภูเวียง)และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์ได้เข้าถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ได้รู้ค่าตัวเลข รู้ค่าความเสี่ยง โดยที่ไม่ต้องไปถึงโรงพยาบาล

### อุปสรรคต่อการดำเนินงาน

ในวันที่ 30 กรกฎาคม 2567 เวลา 09.00 - 16.30 น. ได้ลงพื้นที่จัดประชุมราชการติดตามเสริมพลังการดำเนินงาน จัดตั้งสถานีสภาพจิตใจที่ลในชุมชนเมือง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เพื่อคืนข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานให้กับพื้นที่ จากการดำเนินงานยังพบว่าแต่ละชุมชนมีปัญหาอุปสรรคไม่เพียงพอ มีจำนวนจำกัด ได้แก่ เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจวัดน้ำตาลจากปลายนิ้ว อุปกรณ์ที่มีบางเครื่องมีความคลาดเคลื่อนเมื่อแปลผลออกมาดังนี้

1) ชุมชนตลาดสด โดย อสม.นางยุคลธร พุทธสอน เปิดให้บริการทุกวัน ที่ร้านผัดไท 99 มีประชาชนในชุมชนมาใช้บริการวันละ 5 – 7 คน มี อสม.ประจำอยู่ที่จุดบริการ ซึ่งเป็นเจ้าของร้านผัดไท ในกรณีที่ในกลุ่มเสี่ยงอยู่แล้ว อสม.จะทำการวัดความดันโลหิตให้มีการประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมาเข้ารับบริการ ยังมีปัญหาอุปสรรคในเรื่องของอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ต้องการเครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องDTX เพิ่ม โดยปี 2568 ซึ่งมีแผนจะของบประมาณจาก สปสช. ในการจัดซื้ออุปกรณ์ และจะจัดทำสมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพ ทั้งนี้ไม่มีปัญหาในการบันทึกข้อมูลในระบบ SRR7

2) ชุมชนบุรพา 1 โดย อสม.นางเพ็ญพิมพ์ ธาตาวัดนเจริญ เปิดให้บริการทุกวัน ที่ร้านถ่ายรูปของตัวเอง ประชาชนที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นลูกค้าที่มาถ่ายรูปที่ร้าน ซึ่งบางคนจะแจ้งว่าได้เข้ารับบริการสถานีสภาพที่หมู่บ้าน/ชุมชนของตัวเองแล้ว มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่มาเข้ารับบริการทุกเดือน ยังมีปัญหาอุปสรรคในเรื่องของอุปกรณ์ไม่เพียงพอ เครื่องแปลผลออกมาคลาดเคลื่อน ยังไม่มีเครื่องDTX ส่วนใหญ่ประชาชนถ้าไม่มีอาการก็จะไม่มาเข้ารับบริการ

3) ชุมชนกาศสวรรค์ โดย อสม.แม่พันธุ์ ไม่ได้เปิดให้บริการทุกวัน ที่ศาลาประชาคม เปิดสถานีสภาพเดือน ละครั้ง โดย อสม.ทุกคนจะมาช่วยกัน มีการประชาสัมพันธ์ในชุมชนก่อนวันเปิดสถานีสภาพ ให้บริการวัดความดัน โลหิตสูง และเจาะDTX มีประชาชนเข้ารับบริการเดือนละ 10 – 20 คน บางเดือน 40 คน อสม.จะทำการลงข้อมูลสุขภาพในสมุดก่อน แล้วค่อยมาลงในโปรแกรม SRR7 ทีหลัง

4) ชุมชนทรัพย์เจริญ โดย อสม. พิบัติ เปิดบริการสถานีสภาพเดือนละครั้ง ที่บ้านประธาน อสม. มี ประชาชนเข้ารับบริการจำนวน 35 คน/ครั้ง และออกให้บริการผู้สูงอายุที่บ้าน อสม.ทุกคนจะมาช่วยกัน พร้อมให้ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง แก่ประชาชน ไม่ค่อยมีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงาน

5) ชุมชนหนองเรือทุ่งสีทอง โดย อสม.นางสาวรัชชนิ ธรรมวงษ์เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชุมชน เปิดให้บริการ สถานีสภาพเดือนละครั้ง ทุกสิ้นเดือน มีการประชาสัมพันธ์ก่อนวันเปิดสถานีสภาพทุกครั้ง ไม่มี อสม.อยู่ประจำ สถานีให้บริการทั้งเชิงรุก และเชิงรับ ตั้งอยู่ที่บ้านประธาน อสม. มีประชาชนเข้ารับบริการไม่มาก เนื่องจากช่วงนี้ เป็นช่วงทำนา ได้ทำการซื้อเครื่องวัดความดันเพิ่ม จำนวน 1 เครื่อง โดยใช้บเหลือจากโครงการ สปสช. อยากรู้ได้ เครื่องวัดความดันโลหิตเพิ่ม

- 6) บ้านป่าเลี้ยว บ้านเม็ง ต.เหมือดแอ่ อ.หนองเรือ จ.ขอนแก่น โดย อสม. นางจิราภรณ์ อ่อนนาใบ เริ่มเปิด สถานีสุขภาพ เมื่อเดือนธันวาคม 2566 เป็นที่แรก ที่ศาลาประชาคม ปัจจุบันตั้งสถานีอยู่ที่บ้าน อสม. นางจิราภรณ์ อ่อนนาใบ ดำเนินการคัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยง โดยมี รพ.สต.บ้านเหมือดแอ่ คอยสนับสนุนอุปกรณ์ อสม.ทุกคน ผ่าน การอบรม Health Station มีการประเมิน CVD Risk Score ให้ประชาชนในพื้นที่ด้วย โดยมีประชาชนที่มี ความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 คน อสม.จะเข้าไปทำการประเมินกลุ่มเสี่ยงเดือนละครั้ง ทั้งนี้ อสม. ทุก คนได้ผ่านการอบรมการทำ MI โน้มน้ำตาลกลุ่มเสี่ยง และการประเมินภาวะ Stroke โดย ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิ พงษ์ ไปให้ความรู้ ได้มีการคัดกรองความเค็มในอาหาร โดยใช้ Salt Meter เดือนละครั้ง พร้อมให้คำแนะนำ ให้บริการทั้ง เจียงรับ และเจียงรุก มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในทีม อสม.ในการดำเนินงาน
- 7) ชุมชนท่าศาลา เปิดให้บริการทุกวัน อสม.มีเครื่องวัดความดันโลหิตทุกคน จำนวน 16 เครื่อง โดยได้รับ การสนับสนุนอุปกรณ์จาก ประธาน อสม. และผู้ใหญ่บ้านท่าศาลา
- 8) ชุมชนใหม่สีทอง เปิดบริการสถานีทุกวัน ที่บ้านประธาน อสม. ประชาชนในชุมชนเข้ารับบริการไม่เยอะ ส่วนมาก จะเป็นประชาชนที่เข้ามาพักโรงแรม และคนงานก่อสร้างในแถวนั้น
- 9) ชุมชนร่วมใจ เปิดบริการสถานีสุขภาพทุกวัน ที่บ้านรองประธาน อสม. มีประชาชนเข้ารับบริการสัปดาห์ ละ 5 คน โดย อสม.มาช่วยกันให้บริการประชาชน
- 10) ชุมชนท่าศาลาคลอง เปิดให้บริการทุกวัน มีประชาชนมารับบริการ5-6 คน/วัน จะมีให้บริการเจาะDTX ทุกสิ้น เดือน โดยตั้งสถานีสุขภาพอยู่ที่ศาลา
- 11) ชุมชนเจ้าพ่อแสนเมือง เป็นชุมชนเมือง ส่วนใหญ่จะมีข้าราชการอาศัยอยู่ซึ่งจะไม่ค่อยตระหนักในเรื่องการ ตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น และพ่อค้า แม่ค้า มีบริการตรวจวัดความดันโลหิต เจาะDTX และออกเยี่ยมบ้าน เดือนละ 1 ครั้ง โดยแบ่งให้บริหารออกเป็น 2 จุด โดยจุดที่ 1 อยู่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองเรือจุดที่ 2 อยู่ที่ตลาด โหมแลง การ ทำงานค่อนข้างมีปัญหา จะทำการลงข้อมูลในสมุดก่อน โดยเทศบาลตำบลหนองเรือได้สนับสนุน เครื่องวัดความดันโลหิต

#### ความต้องการสนับสนุน จากส่วนกลางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

อยากให้ทางกองโรคไม่ติดต่อสนับสนุนงบประมาณลงมาอีกครั้ง และอยากให้งบประมาณมาช่วงต้น ปีงบประมาณ เพื่อจะได้นำไปวางแผนการดำเนินงานให้ต่อเนื่อง

#### สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

##### มาตรการจุดเน้นที่ได้ดำเนินการ

1. มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง และจัดบริการประเมิน สุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีสุขภาพ (Health Station) และแบบสถานีสุขภาพสัญจร (เจียงรุก) ในชุมชนเมือง
2. สรุปผลรายเดือน การดำเนินของประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเข้าถึงบริการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานี สุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง
3. รายงานสรุปผลการให้บริการประเมินสุขภาพเบื้องต้นสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง

##### ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินการ

- 1 ผู้บริหารให้ความสำคัญ

2 ภาควิชาเครือข่ายมีความเข้มแข็ง สามารถดำเนินงานได้จนบรรลุเป้าหมาย

#### อุปสรรคต่อการดำเนินงาน

- 1 ปัญหาด้านบุคลากรขาดแคลน
- 2 กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ไม่ค่อยอยู่ในพื้นที่ (วัยทำงาน/วัยเรียน)
- 3 จำนวนชุด Health Go Box มีจำนวนจำกัด ต้องมีการหมุนเวียน
- 4 ชุมชนบางแห่งไม่มี Internet
- 5 ไม่สามารถนำเครื่องมือชุด Health Go Box ไว้ในที่สาธารณะเพื่อให้ประชาชนใช้ตรวจด้วยตนเองได้จำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่ดูแลตลอดเวลา
- 6 ประชาชนบางส่วนกังวลเรื่องการให้ข้อมูลบัตรประชาชน
- 7 เป็นการคัดกรองซ้ำซ้อนกับงานประจำที่ดำเนินการ ซึ่งฐานข้อมูลยังไม่เชื่อมกัน กรณีนำข้อมูลเข้า ต้องมาบันทึกรายบุคคล (แบบไม่ใช่บัตรประชาชน)

#### ความต้องการสนับสนุน จากส่วนกลางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

Dashboard ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาในระดับพื้นที่และรายบุคคล

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป

- 1 นำข้อมูลที่มีการคัดกรองสุขภาพประชาชนแล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงระบาดวิทยาในระดับพื้นที่และรายบุคคล
- 2 ขอสนับสนุนเครื่อง Health Go Box ให้เพียงพอ

#### สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

##### มาตรการจุดเน้นที่ได้ดำเนินการ

- ประสานความร่วมมือเครือข่าย เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเลือกพื้นที่เป้าหมาย
- มีการจัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมืองพร้อมให้บริการ ภายในไตรมาสที่ 2
- มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมืองและจัดบริการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีสุขภาพ (Health Station) และแบบสถานีสุขภาพสัญจร (เชิงรุก) ในชุมชนเมือง
- ไตรมาส 3 และ 4 สคร.9 ลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงาน สถานีสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน สถานีสุขภาพ (Health Station) ร่วมกับพื้นที่

##### ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินการ

- เจ้าหน้าที่มีความสะดวกในการดำเนินงานอุปกรณ์ทันสมัย
- ลดความแออัดและลดการรอคอยในการเข้าถึงสถานะสุขภาพของตนเองจากหน่วยบริการสาธารณสุข
- ส่งเสริมให้ อสม. ฝ้าประจำศูนย์บริการคัดกรอง เป็นหน้าที่ อสม.

##### อุปสรรคต่อการดำเนินงาน

- เขต 9 มีการดำเนินงานผ่าน R9 Health station, หมอพร้อม อาจเป็นภาระงานซ้ำซ้อนของเจ้าหน้าที่ได้

-ระบบไม่คอยเสถียร/สัญญาณอินเทอร์เน็ต

-ภาระงานของเจ้าหน้าที่ และ อสม.

### ความต้องการสนับสนุน จากส่วนกลางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระบบสามารถเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ HosXP หรือ JHCIS ของ รพ.สต./ศูนย์สุขภาพฯ ได้

### ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป

ไม่มี

### สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

#### มาตรการจุดเน้นที่ได้ดำเนินการ

การดำเนินงานประเมิน คัดกรองสุขภาพเบื้องต้นด้วยสถานีสภาพชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 10

เพื่อเป็นจุดบริการคัดกรองสุขภาพในชุมชน มีการดำเนินงานครอบคลุม 5 จังหวัด จำนวน 872 แห่ง

โดยจังหวัดมุกดาหารเป็นพื้นที่เป้าหมาย ในเขตเทศบาลเมืองมุกดาหาร แต่เลือกพื้นที่สำหรับประเมินตามตัวชี้วัด ได้แก่ ชุมชนดอนมุกดา มีประชากรเป้าหมาย จำนวน 896 ราย โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. มีการอบรมพัฒนาศักยภาพครู ก ระดับจังหวัด/อำเภอ เพื่อนำความรู้ไปพัฒนาศักยภาพครู ข ในพื้นที่ (อสม.) ในการดำเนินงานคัดกรองภาวะสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. มีการสนับสนุนสื่อและชุดอุปกรณ์ Health Go Box เพื่อใช้ในสถานีสภาพชุมชนเขตเมือง ซึ่งได้มอบให้ศูนย์สุขภาพและแพทย์แผนไทย อ.เมือง จ.มุกดาหาร เพื่อดำเนินการนำไปคัดกรองในสถานีสภาพเป้าหมาย เช่น ตลาดพรเพชร วัดอรุณรังสี ศาลาประชาคมชุมชนคำหอย และชุมชนดอนมุกดา
3. มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและสนับสนุนการดำเนินงานการให้บริการสถานีสภาพในชุมชนเขตเมือง ในพื้นที่เป้าหมาย ในเดือนมีนาคม
4. มีการลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลังร่วมกับกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ในเดือนพฤษภาคม
5. มีการติดตามผลการดำเนินงานในเวทีตรวจราชการ

#### ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินการ

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญและขับเคลื่อนเป็นนโยบายระดับจังหวัด
2. ภาครัฐหรือข่ายมีความเข้มแข็ง ให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน
3. ประชาชนเริ่มให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพมากขึ้น

#### อุปสรรคต่อการดำเนินงาน

1. ความเสถียรของเครื่องมือ และสัญญาณอินเทอร์เน็ต
2. ความรู้และทักษะของผู้ใช้งานเครื่องมือ

### ความต้องการสนับสนุน จากส่วนกลางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในสถานีสภาพชุมชน เช่น สายวัดรอบเอว เครื่องวัดความดัน เป็นต้น เพื่อขยายการดำเนินงานไปยังพื้นที่อื่นๆ

### ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป

1. ควรมีนโยบายจากส่วนกลางที่เอื้อต่อการดำเนินงาน

2. ควรมีงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อพัฒนางาน
3. ควรมีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่
4. ควรมีการสนับสนุนสื่อ เอกสารความรู้ หรือเครื่องมือเพื่อใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่

### สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

#### มาตรการจุดเน้นที่ได้ดำเนินการ

1. สถานีสุขภาพในชุมชนเมือง เป็นสถานที่ให้บริการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ น้ำ หนักและส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต การคัดกรองการสูบบุหรี่ (สูบ/ไม่สูบ) คัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ดื่ม/ไม่ดื่ม) รูปแบบให้บริการ ณ สถานีสุขภาพ (Health Station) และสถานีสุขภาพสัญจร (เชิงรุก) ในชุมชนเมือง พื้นที่การปกครองของเทศบาลนคร เทศบาลเมืองหรือเทศบาลตำบล
2. ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เข้าถึงบริการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง อย่างน้อย 2 รายการ คือ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต

#### ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินการ

1. การประชาสัมพันธ์สถานีสุขภาพ (Health Station) ในพื้นที่ให้ประชาชนรับทราบอย่างต่อเนื่อง
2. เครือข่ายมีการประสานการดำเนินงานให้บริการแก่ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ทุกระดับ

#### อุปสรรคต่อการดำเนินงาน

1. การดำเนินงานตรวจสุขภาพเบื้องต้นและบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ในอุปกรณ์ tablet ไม่ทันต่อผู้มารับบริการ และสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรทำให้โปรแกรมไม่เสถียรในการบันทึกข้อมูล
2. ประชาชนบางคนไม่ได้นำบัตรประชาชนมาใช้ในการตรวจสุขภาพเบื้องต้น ทำให้ต้องบันทึกข้อมูลเลขบัตรประชาชนในเครื่อง tablet ซึ่งอาจเสี่ยงในการบันทึกตัวเลขบัตรประชาชนไม่ตรงตามในบัตรประชาชนได้

#### ความต้องการสนับสนุน จากส่วนกลางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คู่มือในการดำเนินงานอย่างละเอียดและไม่ยากต่อการใช้ประกอบการดำเนินงานแก่ผู้ปฏิบัติงาน

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป

ไม่มี

### สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

#### มาตรการจุดเน้นที่ได้ดำเนินการ

1. ดำเนินการประสานพื้นที่เพื่อจัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health Station) โดยส่งหนังสือถึงนายกเทศมนตรีนครสงขลา
2. ลงพื้นที่เพื่อดู สถานที่ และชี้แจงการดำเนินกิจกรรมในสถานีสุขภาพ (Health Station) ในวันที่ 10 มกราคม 2567 ณ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนหลังวิทยาลัยพยาบาล อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา
3. จัดประชุมการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในวันที่ 24 มกราคม 2567 ณ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนหลังวิทยาลัยพยาบาล อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา เพื่อจัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health Station) พร้อมเปิดให้บริการ โดยมีรองนายกเทศมนตรีนครสงขลา เป็นประธาน

4. ผู้นำชุมชน/เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสระเกษ มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการสถานีสุขภาพ (Health Station) เพื่อประเมินสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีสุขภาพศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนหลังวิทยาลัยพยาบาล และมีแผนการให้บริการเชิงรุกในชุมชน

5. ผู้นำชุมชน/เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสระเกษ มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการสถานีสุขภาพ (Health Station) เพื่อประเมินสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีสุขภาพศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนหลังวิทยาลัยพยาบาล และมีแผนเชิงรุกประเมินสุขภาพเบื้องต้น ในวันวิสาขบูชา (22 พฤษภาคม 2567) ณ วัดเพชรมงคล อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ข้อมูลการให้ประเมินสุขภาพ ระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2567 รวม 86 คน (เป้าหมายไตรมาส 3 คือ 80 คน)

6. มีแผนเชิงรุกประเมินสุขภาพและให้ความรู้ปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อ ในวันพระ (4 สิงหาคม 2567) ณ วัดโรงवास อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา มีแผนการประเมินสุขภาพและให้ความรู้ปัจจัยเสี่ยง เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและเพิ่มการเข้าถึงในวันพระ ณ วัดโรงवास อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

7. สรุปผลรายเดือนการดำเนินงานของประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเข้าถึงบริการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง

8. สรุปผลการให้บริการประเมินสุขภาพเบื้องต้นสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปของชุมชนหลังวิทยาลัยพยาบาล มีจำนวน 164 คน (ข้อมูลจากโปรแกรม JHCIS ศูนย์บริการสาธารณสุขสระเกษ) เป้าหมายการคัดกรอง มีจำนวน 100 คน ผลการดำเนินงาน ณ วันที่ 6 สิงหาคม 2567 มีผู้มารับบริการ จำนวน 119 คน คิดเป็น ร้อยละ 72.56

#### ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินการ

- กองโรคไม่ติดต่อ จัดส่งอุปกรณ์เครื่องมือที่ครอบคลุมและพกพาสะดวก ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย
- กองโรคไม่ติดต่อสนับสนุนงบประมาณ สนับสนุนป้ายสถานีสุขภาพ สมุดสุขภาพ สายวัดรอบเอว ที่เพียงพอต่อประชาชน
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนในพื้นที่ มีความสนใจและยินดีที่มี Health Station ในชุมชน
- ความร่วมมือของเครือข่ายอสม. ผู้นำชุมชน ในการขับเคลื่อนและประชาสัมพันธ์สถานีสุขภาพที่มีในชุมชน

#### อุปสรรคต่อการดำเนินงาน

- อุปกรณ์เครื่องวัดมีการเชื่อมต่อแบบดิจิทัล โดยใช้ระบบบลูทูธ และสัญญาณ WIFI
- การเปิดให้บริการสถานีสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่/อสม. ให้บริการ และต้องมีความเชี่ยวชาญในการใช้ระบบดิจิทัล

#### ความต้องการสนับสนุน จากส่วนกลางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ไม่มี

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป

- สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องวัดที่ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้งานได้ง่าย ไม่ต้องเรียนรู้ยาวนาน

- ความเชื่อมโยงของข้อมูลจากสถานีสู่สุขภาพไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีความเสถียร และมีความเชื่อมโยงแบบทันที
- บุรณาการ Template ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน Health Station ทุกงาน เป็น Template เดียว และถ่ายทอดการดำเนินงานที่ชัดเจน ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ เพื่อลดการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อนและลดความสับสนของผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่

### สถานีสู่สุขภาพ (Health station) ในชุมชนเมืองจุดเน้นการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2567

หน่วยงาน	ชื่อสถานีสู่สุขภาพ/จุดที่ตั้ง
สคร.1 เชียงใหม่	1.ชื่อสถานีสู่สุขภาพ ....สถานีรักษาสู่สุขภาพ คนหละปูน..... 2.ตำแหน่งที่ตั้ง ....ที่อยู่ 200 ม.3 ต.เวียงยอง อ.เมืองลำพูน จ.ลำพูน 3.ชื่อรพ.สต. ....รพ.สต.บ้านหลุก ต.เหมืองง่า อ.เมืองลำพูน 4.รหัสหน่วยบริการ ..... 06051.....
สคร.2 พิษณุโลก	1.ชื่อสถานีสู่สุขภาพ ...สถานีสู่สุขภาพ วัดไทยสามัคคี (วัดหลวงพ่อบ้านใจ) 2.ตำแหน่งที่ตั้ง ....437 ม. 9 บ.ไทยสามัคคี ต.แม่กาษา อ.แม่สอด จ.ตาก 3.ชื่อรพ.สต. ....รพ.สต.บ้านแม่กั๊ดหลวงศิริกัญไชย... 4.รหัสหน่วยบริการ ....07340.....
สคร.3 นครสวรรค์	1.ชื่อสถานีสู่สุขภาพ สถานีสู่สุขภาพดิจิทัล หนองไผ่รู้ตัวเลข รู้ทันความเสี่ยง 2.ตำแหน่งที่ตั้ง 219 หมู่ที่ 9 ต.เขาชนกัน อ.แม่वंก จ.นครสวรรค์ 3.ชื่อรพ.สต.บ้านหนองไผ่ 4.รหัสหน่วยบริการ 07058
สคร.4 สระบุรี	1.ชื่อสถานีสู่สุขภาพ .....สถานีรักษาสู่สุขภาพตำบลระแหง. 2.ตำแหน่งที่ตั้ง ... 18/2 หมู่ 7 ต.ระแหง อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี.. 3.ชื่อรพ.สต. ....ระแหง..... 4.รหัสหน่วยบริการ .....01115.....
สคร.5 ราชบุรี	1.ชื่อสถานีสู่สุขภาพ ....สถานีสู่สุขภาพเทศบาลหลักเมือง... 2.ตำแหน่งที่ตั้ง เทศบาลหลักเมือง (หลังเก่า) 149 หมู่ 9 ต.พงสวาย อ.เมือง 3.ชื่อรพ.สต. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพงสวาย (สังกัด อบจ.) 4.รหัสหน่วยบริการ .....07875.....
สคร.6 ชลบุรี	1.ชื่อสถานีสู่สุขภาพ อาคารอเนกประสงค์ ม.9 ต.ลาดตะเคียน 2.ตำแหน่งที่ตั้ง ม.5 ต.ลาดตะเคียน อ.กบินทร์บุรี จ.ปราจีนบุรี 3.ชื่อรพ.สต. ลาดตะเคียน 4.รหัสหน่วยบริการ 02323

สคร.7 ขอนแก่น	1.ชื่อสถานีสุขภาพ : สถานีสุขภาพดิจิทัล หนองเรือรู้ตัวเลข รู้ทันความเสี่ยง 2.ตำแหน่งที่ตั้ง : 243 ม.13 ถ.มะลิวัลย์ ต.หนองเรือ อ.หนองเรือ จ.ขอนแก่น 3.ชื่อรพ.สต. : ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองเรือ 4.รหัสหน่วยบริการ : 99798
สคร.8 อุดรธานี	1.ชื่อสถานีสุขภาพ...สถานีสุขภาพ (Health station) เทศบาลเมืองหนองคาย.. 2.ตำแหน่งที่ตั้ง .....เลขที่ 252 หมู่ 3 ตำบลในเมือง อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย 43000.. 3.ชื่อรพ.สต. ....ศูนย์บริการสาธารณสุข 1..... 4.รหัสหน่วยบริการ .....12419.....  1.ชื่อสถานีสุขภาพ...สถานีสุขภาพ (Health station) เทศบาลเมืองหนองคาย.. 2.ตำแหน่งที่ตั้ง .....หมู่ 4 ตำบลในเมือง อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย 43000.. 3.ชื่อรพ.สต. ....ศูนย์บริการสาธารณสุข 2(บ้านนาโพธิ์)..... 4.รหัสหน่วยบริการ .....21739.....
สคร.9 นครราชสีมา	1.ชื่อสถานีสุขภาพ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยภูมิแห่งที่ 3 2.ตำแหน่งที่ตั้ง จ.ชัยภูมิ อ.เมืองชัยภูมิ ต.ในเมือง 3.ชื่อรพ.สต. ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยภูมิแห่งที่ 3 4.รหัสหน่วยบริการ 24684
สคร.10 อุบลราชธานี	1.ชื่อสถานีสุขภาพ .....Digital health station ตลาดพรเพชร 2.ตำแหน่งที่ตั้ง .....ตลาดพรเพชร อ เมือง จ มุกดาหาร.... 3.ชื่อรพ.สต. ....PCU เขตเมือง รพ.มุกดาหาร.... 4.รหัสหน่วยบริการ .....10712.....
สคร.11 นครศรีธรรมราช	1.ชื่อสถานีสุขภาพ .....สถานีรักษาสุขภาพตำบลกมลา..... 2.ตำแหน่งที่ตั้ง .....42 ม.4.....ต.กมลา อ.กะทู้ จ.ภูเก็ต.. 3.ชื่อรพ.สต. ....กมลา.(สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด)..... 4.รหัสหน่วยบริการ .....09132.....
สคร.12 สงขลา	1.ชื่อสถานีสุขภาพ .....ชุมชนหลังวิทยาลัยพยาบาล..... 2.ตำแหน่งที่ตั้ง .....ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนหลังวิทยาลัยพยาบาล เทศบาลนครสงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา.. 3.ชื่อรพ.สต. ....ศูนย์บริการสาธารณสุขสระเกศ..... 4.รหัสหน่วยบริการ .....15111.....

## สรุปการดำเนินงานตัวชี้วัดจุดเน้นกรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567

1.เป้าหมายตัวชี้วัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเข้าถึงการประเมินสุขภาพเบื้องต้นของสถานีสสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง พบว่าบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดจำนวน 10 แห่ง (ร้อยละ 83.3) ไม่บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด 2 แห่ง (ร้อยละ 16.7) คือสำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี พบปัญหาในการดำเนินงานคือ กลุ่มประชาชนส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานและไม่ได้อยู่ในพื้นที่ตามภูมิถำเนา จึงไม่สามารถเข้ารับบริการใน Health Station ได้ และสำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี พบปัญหาในการดำเนินงาน คือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการชำรุดต้องรอการซ่อม จึงมีระยะเวลาในการดำเนินงานไม่เพียงพอ

### 2.ภาพรวมอุปสรรคการดำเนินงาน

2.1 จำนวนผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอต่อภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ เพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติงาน

2.2 ภาระงานมีความซ้ำซ้อนกับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องเลือกปฏิบัติงานให้เหมาะสม

2.3 อุปกรณ์เครื่องวัดดิจิทัลไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานและต้องใช้เวลาในการให้บริการ

### 3.ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานครั้งถัดไป

3.1 จัดหาอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ง่ายต่อการใช้งานและเพียงพอต่อการให้บริการ

3.2 เพิ่มการประชาสัมพันธ์บทบาทหน้าที่ของสถานีสสุขภาพที่ถูกต้อง

3.3 ขับเคลื่อนสถานีสสุขภาพให้เป็นนโยบายกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

### รูปประกอบการดำเนินงานสถานีสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1

**กลุ่มโรคไม่ติดต่อ**



**สคร.1 เชียงใหม่ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน "สถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเขตเมือง" นำร่อง จังหวัดลำพูน**



วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567 นายแพทย์วาทิ สิทธิ รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ได้รับมอบหมายจากแพทย์หญิงเสาวณี วิบุลสสิน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ เป็นประธานเปิดประชุมราชการชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน "สถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเขตเมือง" ขึ้นที่เป้าหมายจังหวัดลำพูน โดยมีผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำพูน โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหตุก ร่วมหารือแนวทาง และแผนการดำเนินงาน โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ได้สนับสนุนชุดตรวจวัดสุขภาพแบบเคลื่อนที่ Health Go Box, แอปพลิเคชัน mPHR Health Go Box สำหรับเก็บข้อมูล และเว็บบอร์ดเคส mPHR Cloud สำหรับดูข้อมูลสุขภาพของผู้มารับบริการ มีผู้เข้าร่วมประชุม ผ่านระบบ Zoom Cloud Meeting จำนวน 6 คน ณ ห้องประชุมอมสสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

**กลุ่มโรคไม่ติดต่อ**

**สคร.1 เชียงใหม่ ติดตามผลการดำเนินงาน "สถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเขตเมือง" นำร่อง จังหวัดลำพูน**




วันที่ 1 กรกฎาคม 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้ดำเนินการจัดประชุมราชการติดตามผลการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเขตเมือง เพื่อติดตามผลการดำเนินงานการให้บริการตรวจเช็คสถานะสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีรักษาสุขภาพ คนทะเลปูน และนำเสนอข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้มารับบริการ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาอุปสรรค และได้ข้อเสนอแนะโดยมีนายแพทย์ประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน เป็นประธานเปิดการประชุม มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 40 คน ประกอบด้วย นายแพทย์วาทิ สิทธิ รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำพูน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหตุก และอาสาสมัครสาธารณสุข ณ ห้องประชุมดอกป่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน



## รูปประกอบการดำเนินงานสถานีสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2



# รู้รอบรู้ สคร.2 พิษณุโลก

กรมควบคุมโรค  
Dpc2.pr@gmail.com 055-214615-7

วิทยาลัยน์ สคร.2 พิษณุโลก : ประชาชนสามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพได้ ภายในปี 2570

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก**  
**สนับสนุนและติดตามการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง**



วันที่ 14 มิถุนายน 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดย นายแพทย์ศรายุทธ อุตตมภักดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก มอบหมายให้ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สนับสนุนและติดตามการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่กิตติหลวงศรีวิชัย อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยมี นางสาวกรมสิทธิ์ วิจิตรสุนทรกุล หัวหน้ากลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศ กองโรคไม่ติดต่อ เป็นประธาน มีวัตถุประสงค์เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งมีพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นพื้นที่ต้นแบบดำเนินงาน และเพื่อสนับสนุนแนวทางและรูปแบบสถานีสุขภาพ (Health Station) ในพื้นที่ต้นแบบ หรือกิจกรรมระดมสมองการพัฒนาแนวทางให้บริการสถานีสุขภาพ (Health Station) โดยมีผู้เข้าใช้บริการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีสุขภาพ (Health Station) จำนวน 233 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 14 มิถุนายน 2567 เวลา 24.00 น.) ผู้เข้าร่วมสนับสนุนและติดตามฯ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และ อสม. จำนวน 20 คน

จัดทำโดย : กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก**  
The Office of Disease Prevention and Control 2<sup>nd</sup> Phitsanulok



1422



# รู้รอบรู้ สคร.2 พิษณุโลก

กรมควบคุมโรค  
Dpc2.pr@gmail.com 055-214615-7

วิทยาลัยน์ สคร.2 พิษณุโลก : ประชาชนสามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพได้ ภายในปี 2570

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก**  
**ประชุมติดตามและสรุปผลการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง**



วันที่ 2 สิงหาคม 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดย นายแพทย์ศรายุทธ อุตตมภักดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก มอบหมายให้ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดตามและสรุปผลการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง ณ วัดไทยสามัคคี (วัดหลวงพ่อน้อย) ตำบลแม่กาษา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยมี นายรุ่งศักดิ์ เมื่อนแก้ว นายองค์การบริหารส่วนตำบลแม่กาษา เป็นประธาน มีวัตถุประสงค์เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งมีพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นพื้นที่ต้นแบบดำเนินงาน และเพื่อสนับสนุนแนวทางและรูปแบบสถานีสุขภาพ (Health Station) ในพื้นที่ต้นแบบ หรือกิจกรรมระดมสมองสุขภาพประชาชนตำบลแม่กาษามานสถานีสุขภาพ (Health Station) การตรวจสอบสภาพการมองเห็นสมรรถภาพปอด และมอบถุงยังชีพผู้ประสบภัยน้ำท่วมตำบลแม่กาษา โดยมีผู้เข้าใช้บริการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ณ สถานีสุขภาพ (Health Station) จำนวน 354 คน (ข้อมูลจาก mPH-Cloud ณ วันที่ 2 สิงหาคม 2567) ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน อสม. โรงเรียน และวัด จำนวน 70 คน

จัดทำโดย : กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก**  
The Office of Disease Prevention and Control 2<sup>nd</sup> Phitsanulok



1422



### รูปประกอบการดำเนินงานสถานีสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3



# ข่าว ประชาสัมพันธ์

## สคร.3 นครสวรรค์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

### คืนข้อมูลรู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ (Health Station) ด้วยสถานีสุขภาพบ้านหนองไผ่ อ.แม่วงก์ อ.นครสวรรค์



วันที่ 7 สิงหาคม 2567 แพทย์หญิงพรรณษา รักชาคม ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ มอบหมายให้กลุ่มโรคไม่ติดต่อและสื่อสารความเสี่ยงฯ จัดประชุมคืนข้อมูล รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ ด้วยสถานีสุขภาพ (Health Station) นำร่องปี 2567 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไผ่ อ.แม่วงก์ จ.นครสวรรค์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อคืนข้อมูลการเข้าถึงการตรวจสถานะสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเองในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สจ.นครสวรรค์ เจ้าหน้าที่รพ.สต.บ้านหนองไผ่ และอสม. จำนวน 25 คน



**กลุ่มโรคไม่ติดต่อและสื่อสารความเสี่ยงฯ**

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

รพ.นครสวรรค์ 90 ถนนพหลโยธิน ตำบล นครสวรรค์พิทักษ์ อำเภอ เมือง นครสวรรค์

☎ 0-5622-1822 ต่อ 113    📠 0-5622-6620

**1422**

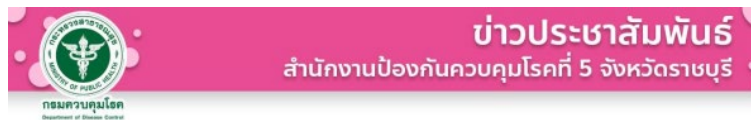
สายด่วนกรมควบคุมโรค



รูปประกอบการดำเนินงานสถานีสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4



รูปประกอบการดำเนินงานสถานีสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี จัดประชุมราชการระดับสถานีสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการรู้ตัวเลว รู้ความเสี่ยงสุขภาพ ด้วยสถานีสุขภาพ (Health Station)



นายแพทย์พราน ไพรสุวรรณ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี มอบหมายให้ นางนวรัฎ อดิรัตน์า รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี บุคลากร กลุ่มโรคไม่ติดต่อจัดประชุมฯ ณ เทศบาลตำบลหลักเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เพื่อพัฒนารูปแบบสถานีสุขภาพชุมชนในเขตเมือง กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงาน โรคไม่ติดต่อ รพ.สต. โคกหม้อ รพ.สต.พงสหาย เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลหลักเมือง และแกนนำอสม. เขตเทศบาลตำบลหลักเมือง จำนวน 52 คน ร่วมประชุมฯ โดยมี นายสินาค รุ่งจรรยา นายเทศมนตรี ตำบลหลักเมือง เป็นประธานในการประชุมฯ ณ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567



ติดต่อสอบถาม 1422 สายด่วนกรมควบคุมโรค



รูปประกอบการดำเนินงานสถานีสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6



### รูปประกอบการดำเนินงานสถานีสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7

**ข่าวประชาสัมพันธ์**  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

กรมควบคุมโรค  
Department of Disease Control

043-222818-9 facebook.com/dpck ddc.moph.go.th/odpc7

**สตร.7 ขอนแก่น**  
ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดตั้ง  
สถานีสุขภาพดิจิทัลในชุมชนเมือง

วันที่ 18 มีนาคม 2567 นายแพทย์สมาน ฟูตระกูล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น มอบหมายให้กลุ่มโรคไม่ติดต่อ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดตั้งสถานีสุขภาพดิจิทัลในชุมชนเมือง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อผ่านการดำเนินงานสถานีสุขภาพดิจิทัล และการใช้ Line OA ด้วยโปรแกรม Self-Record Region 7 (SRR7) เชื่อมโยงข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนผ่านกลไก 3 ทมอ แบบ Realtime ได้รับอนุเคราะห์วิทยากร นายสกลดิษฐ์ เรียงพิศ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงใหม่ ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ งานปฐมภูมิ และ IT โรงพยาบาลหนองเรือ ผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัด อบจ. บำร่อง 7 แห่ง และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเทศบาลตำบลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น รวม 40 ท่าน

ที่มา: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ



### รูปประกอบการดำเนินงานสถานีสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8

**ข่าวประชาสัมพันธ์**  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี  
Office of Disease Prevention and Control, Region 8 Udon Thani

**สคร.8 อุดรธานี จัดประชุมราชการชี้แจงทิศทาง นโยบาย แนวทางการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**



วันที่ 14 พฤศจิกายน 2566 กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ดำเนินการจัดประชุมราชการชี้แจงทิศทาง นโยบาย แนวทางการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่านระบบออนไลน์ ณ ห้องประชุมเลยสำภู สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปีที่ผ่านมา ชี้แจงทิศทาง นโยบาย และแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ รวมทั้ง ปรึกษาหารือการขับเคลื่อนการดำเนินงานฯ ใ้บรรลุเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2567 กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ จากหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข และผู้สนใจ มีผู้เข้าร่วมประชุมผ่านระบบออนไลน์ จำนวน 260 User โดยได้รับเกียรติจาก ดร.พญ.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี เป็นประธานในการประชุมฯ

**ข่าวประชาสัมพันธ์**  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี  
Office of Disease Prevention and Control, Region 8 Udon Thani

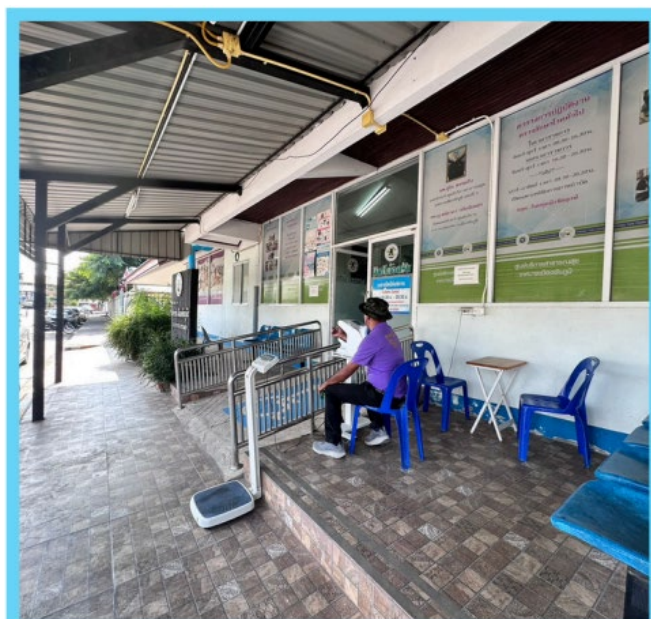
**สคร.8 อุดรธานี จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ ผ่านระบบออนไลน์**



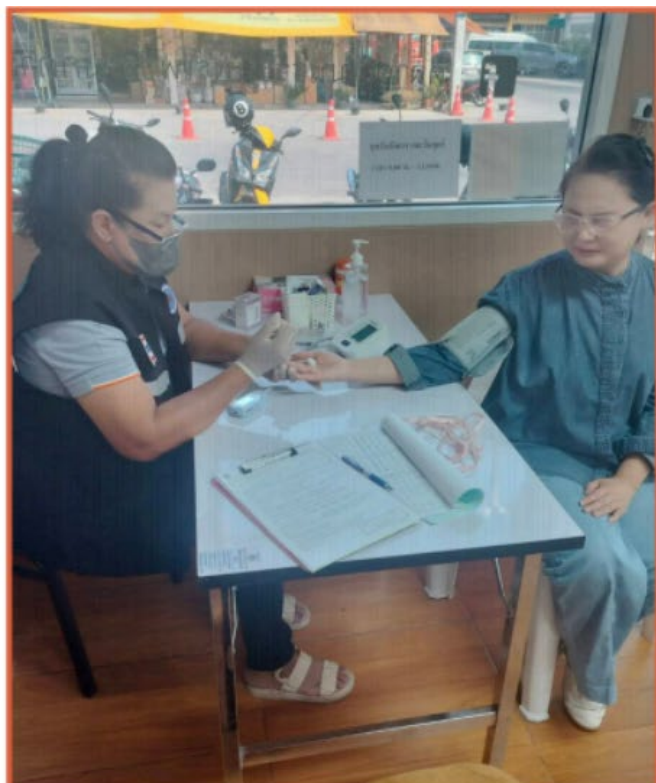
ระหว่างวันที่ 21-22 พฤศจิกายน 2566 ดร.พญ.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี มอบหมายให้กลุ่มโรคไม่ติดต่อ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพเครือข่าย ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ เขตสุขภาพที่ 8 ผ่านระบบออนไลน์ ณ ห้องประชุมเลยสำภู สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพและสนับสนุนเครือข่ายในการขับเคลื่อนดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ ให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามแนวทาง/มาตรฐาน มีผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานฯ บรรลุตามเป้าหมาย ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงาน โรคไม่ติดต่อจากหน่วยงานสาธารณสุขระดับ และผู้สนใจ จำนวน 250 User โดยได้รับเกียรติจาก วิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อจากหลายหน่วยงาน และ ดร.พญ.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ให้เกียรติเป็นประธาน ในพิธีเปิดการประชุมฯ



รูปประกอบการดำเนินงานสถานีสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9



รูปประกอบการดำเนินงานสถานีสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10



### รูปประกอบการดำเนินงานสถานีสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11



**กิจกรรมการดำเนินงาน**

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา**  
Office of Disease Prevention and Control 11 Nakhon Si Thammarat

**กลุ่มโรคไม่ติดต่อ**

**ประชุมราชการลดบทรียนการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Digital Health Station) ในชุมชนเมือง ตำบลกมลา อำเภอกระทุ จังหวัดภูเก็ต**



วันที่ 20 สิงหาคม 2567 พญ.ดารินดา รอเซ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา มอบหมายให้กลุ่มโรคไม่ติดต่อ นำโดย นางสาวสมานศรี คำสมาน และเจ้าหน้าที่กลุ่มโรคไม่ติดต่อ จัดประชุมราชการลดบทรียนการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Digital Health Station) ในชุมชนเมือง ของชุมชนกมลา อำเภอกระทุ จังหวัดภูเก็ต ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลกมลา อำเภอกระทุ จังหวัดภูเก็ต เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนากระบวนการดำเนินงานสถานีสุขภาพให้มีคุณภาพ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอกระทุ ผู้นำชุมชน และ อสม. ที่ดำเนินงานสถานีสุขภาพจากตำบลกมลา รวมจำนวน 28 คน

โทร 478774 โทรสาร 478775 อีเมล info@odc11.go.th อีเมลเมือง SanSiThammarat@odc11.go.th โทร 7534 1151



**ฟรี! ขอเชิญเข้ารับบริการ**  
**ตรวจสุขภาพเบื้องต้น**  
(ณ สถานีสุขภาพเบื้องต้น) (Pitsoth Station)

บ้านพวงมณีประชาสามัคยา  
เลขที่ 42 หมู่ 4 ต.บ้านพวง อ.บ้านพริก จ.นครราชสีมา



รูปประกอบการดำเนินงานสถานีสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12



**ข่าวประชาสัมพันธ์**  
**กลุ่มโรคไม่ติดต่อ**  
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

**กลุ่มโรคไม่ติดต่อ**  
**จัดกิจกรรมคัดกรองสุขภาพ และให้ความรู้ปัจจัยเสี่ยง**  
**เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อ ในวันวิสาขบูชา สถานีสุขภาพเชิงรุก (Health Station)**



**ข่าวประชาสัมพันธ์**  
**กลุ่มโรคไม่ติดต่อ**  
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา



**กลุ่มโรคไม่ติดต่อ จัดกิจกรรมคัดกรองเชิงรุก สถานีสุขภาพสัญจร (Health Station) จังหวัดสงขลา**



ในวันที่ 22 พฤษภาคม 2567 นายธีรวิรัช ศรีเพชรสิขี รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา พร้อมด้วยผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขพระเกษม จัดกิจกรรมคัดกรองสุขภาพ และให้ความรู้ปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อ ในวันวิสาขบูชา ณ วัดเพชรมงคล อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วย พระสงฆ์ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชน รวมทั้งสิ้น 60 คน

ในวันที่ 4 สิงหาคม 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ลงพื้นที่ที่ คัดกรองเชิงรุก และให้ความรู้ปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อ ในสถานีสุขภาพสัญจร (Health Station) จังหวัดสงขลา ณ วัดโรงवास อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย พระสงฆ์ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชน รวมจำนวน 40 คน



สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่

📍 กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12  
 📞 โทร 074-336080 ต่อ 34  
 📍 168 ถนนสงขลา-นาทวี ต.เขาปู่ช้าง อ.เมือง จ.สงขลา 90000




สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ ข้อมูล ณ วันที่ 5 ส.ค. 2567

📍 กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12  
 📞 โทร 074-336080 ต่อ 34  
 📍 168 ถนนสงขลา-นาทวี ต.เขาปู่ช้าง อ.เมือง จ.สงขลา 90000

### 3. โครงการพัฒนาเครือข่ายครู ข แขนงนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม

#### หลักการและเหตุผล

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable Diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ซึ่งจากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือ เรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่รายได้ปานกลาง

สำหรับประเทศไทยในกลุ่มโรค NCDs ก็ยังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่ง ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์เสียชีวิตด้วยโรค NCDs ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2558-2562 พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง มีการเสียชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ จากรายงานในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560-2564 พบว่าสถานการณ์การป่วยด้วยโรค NCDs ในโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ที่พบความชุกโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557-2558 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2562-2563 และโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557-2558 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2562-2563 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วย ร้อยละ 48.8 หรือเกือบครึ่งหนึ่ง ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงผลการสำรวจการบริโภคโซเดียมในอาหารของคนไทย จากรายงาน NHES ครั้งที่ 6 พบว่าคนไทยบริโภคโซเดียมเฉลี่ย 3,636 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งสูงเกินเกณฑ์คำแนะนำขององค์การอนามัยโลกเกือบ 2 เท่า โดยสาเหตุส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพและการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น ปัญหาการบริโภคนั้นเกิดจากสาเหตุทั้งพฤติกรรมส่วนบุคคลและการมีสิ่งแวดล้อมของอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมการมีอาหารบริโภคต่อสุขภาพที่ดีและการปรับสูตรอาหารลดโซเดียมในพื้นที่ที่แตกต่างกัน เนื่องด้วยบริบททางด้านวัฒนธรรมและสังคมของอาหารในพื้นที่

ในปี พ.ศ. 2566 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้ดำเนินโครงการการสร้างระบบสนับสนุนในการปรับสูตรผลิตภัณฑ์อาหารท้องถิ่นโดยนักกำหนดอาหาร ภายใต้โครงการพัฒนาโยบายและความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2566 ร่วมกับสมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย และสำนักงานส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นและวิสาหกิจชุมชน โดยได้ดำเนินการพัฒนาครู ก นักกำหนดอาหารประจำจังหวัด 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร และได้ผลลัพธ์เป็นสูตรอาหารท้องถิ่นที่ปรับสูตรลดโซเดียมประจำจังหวัด และรายชื่อครู ก นักกำหนดอาหารประจำจังหวัด 77 รายการ/คน โดยครู ก ได้ร่วมดำเนินงานกับสคร. และสสจ.บางแห่ง เช่น ครู ก จังหวัดสมุทรปราการ ร่วมกับสสจ.สมุทรปราการและสคร. 6 จัดอบรมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานปรับสูตรอาหาร และครู ก จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อานาจเจริญและมุกดาหาร ร่วมกับสคร. 10 ดำเนินงานจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง/โรคไตในชุมชนผ่านกลไกพขอ. ตามยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียม ดังนั้น การต่อยอดโครงการเพื่อพัฒนาเครือข่ายครู ข แขนงนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียมจึงมีความสำคัญเพื่อที่จะเพิ่มพื้นที่ดำเนินงานให้ครอบคลุมในระดับอำเภอต่อไป ในปี พ.ศ. 2567 รวมถึงเป็นการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมี

สุขภาพดีภายในและบริเวณโดยรอบของโรงเรียน / โรงพยาบาล / สถานที่ทำงาน และส่งเสริมการดำเนินงานชุมชนลดเค็ม การป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

### 1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อพัฒนาศักยภาพครู ข แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียมในการสนับสนุนประสิทธิภาพการดำเนินงานปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม

1.2 เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอบรมผู้ประกอบการและปรับสูตรอาหารลดโซเดียมในระดับพื้นที่ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านโภชนาการและสาธารณสุขให้เป็น ครู ข แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม

### 2. ผลผลิตของโครงการและตัวชี้วัดความสำเร็จโครงการ :

#### 2.1. ผลผลิตโครงการ

ลำดับ	ผลผลิตของโครงการ (output)	จำนวน	หน่วยนับ
1	ประชุมราชการ/ปรึกษาหารือการพัฒนาศักยภาพครู ข แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม	2	ครั้ง
2	รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานปรับสูตรอาหารลดโซเดียม	1	ฉบับ
3	สื่อประชาสัมพันธ์สนับสนุนการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม	5,099	ชุด
4	รายงานสรุปโครงการพัฒนาเครือข่ายครู ข แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม	1	ฉบับ

#### 2.2. ตัวชี้วัดของโครงการ

ลำดับ	ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	จำนวน	หน่วยนับ
1	จังหวัดได้รับสื่อประชาสัมพันธ์สนับสนุนรายการอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม 77 จังหวัด	100	ร้อยละ
2	จำนวนครู ข ได้รับการพัฒนาศักยภาพ แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียมเพื่อขับเคลื่อนการปรับสูตรลดโซเดียมระดับเขตสุขภาพ อย่างน้อย 1 คน/อำเภอ (513 อำเภอ)	656	คน
3	จำนวนรายการอาหารที่ได้รับการปรับสูตรลดโซเดียมโดยครู ข (ปีงบ 68)	อย่างน้อย 2	ร้าน/อำเภอ

### 3. วงเงินงบประมาณโครงการ : 710,000.- บาท (เจ็ดแสนหนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

## กิจกรรมการดำเนินงาน

### ประชุมปรึกษาหารือการดำเนินโครงการพัฒนาเครือข่ายครู ข แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม

การประชุมราชการเพื่อปรึกษาหารือการดำเนินโครงการพัฒนาเครือข่ายครู ข แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม ในรูปแบบ ณ ห้องประชุมกองโรคไม่ติดต่อ และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

1. วันที่ 19 เมษายน 2568 ประชุมหารือการดำเนินงานโครงการฯ การปรับแผนการดำเนินกิจกรรมและค่าใช้จ่าย และการเตรียมความพร้อมในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

2. วันที่ 15 กรกฎาคม 2567 ประชุมที่ปรึกษาโครงการฯ เพื่อหารือแนวทางการดำเนินงานเครือข่าย ครู ข แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



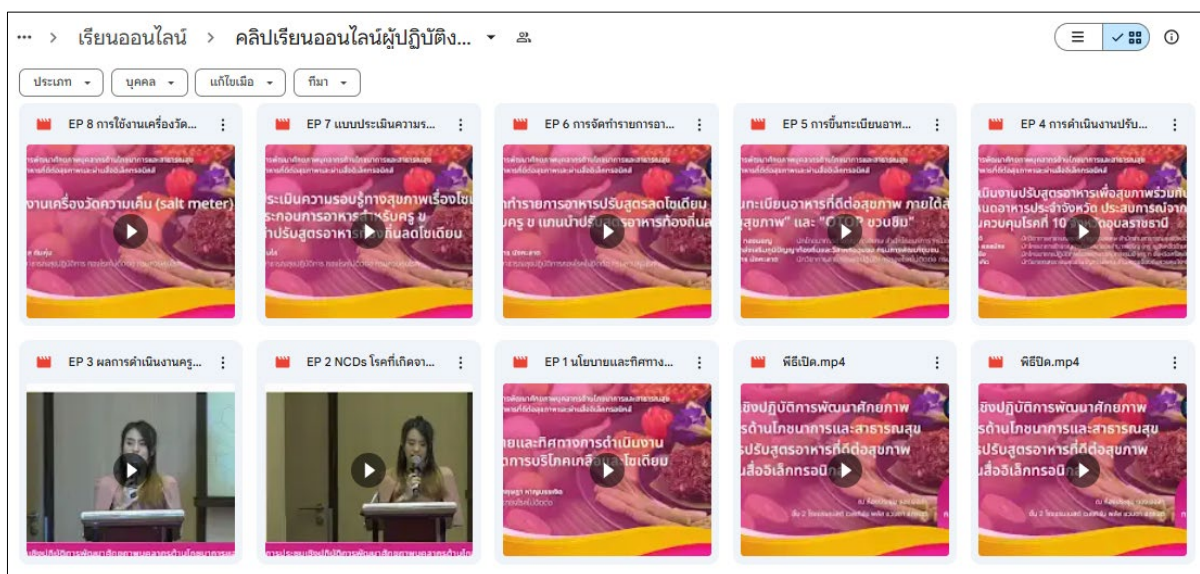
## ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านโภชนาการและสาธารณสุข เพื่อการปรับสูตรอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านโภชนาการและสาธารณสุขเพื่อการปรับสูตรอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เมื่อวันที่ 8 – 9 กรกฎาคม 2568 ณ ห้องประชุมแองเจิลล่า โรงแรมเบสต์เวสเทิร์น นนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพนักโภชนาการ/โภชนากร/นักกำหนดอาหาร จากโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ ให้เป็น “ครู ชู แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม” และบุคลากรในพื้นที่ เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานลดบริโภคเกลือและโซเดียมในพื้นที่ ตามยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘ ด้วยการปรับสูตรอาหารท้องถิ่นและผลิตภัณฑ์อาหารท้องถิ่นให้มีโซเดียมต่ำ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในชุมชนเอื้อต่อการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมทั้งในร้านอาหาร/โรงเรียน/โรงพยาบาล/สถานที่ทำงาน เพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียมต่ำ รวมถึงสนับสนุนการดำเนินงานชุมชนลดเค็ม ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (DM HT CKD) และการป้องกันโรคไตในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)



อีกทั้ง การเผยแพร่ผ่านช่องทางออนไลน์เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าพัฒนาศักยภาพได้ด้วยตนเอง ที่

<https://shorturl-ddc.moph.go.th/yw7Zk>



รายชื่อ ครู ข แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม และผู้เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านโภชนาการและสาธารณสุขเพื่อการปรับสูตรอาหารที่ดีต่อสุขภาพ <https://shorturl-ddc.moph.go.th/InCLL> (ข้อมูล ณ วันที่ 26 ธ.ค. 67)

- นักโภชนาการ/โภชนากร/นักกำหนดอาหาร จากโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ พัฒนาศักยภาพเป็น “ครู ข แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม” จำนวน 656 คน จาก 513 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 58.43 ของประเทศ
- บุคลากรในพื้นที่ เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และอื่น ๆ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานลดบริโภคเกลือและโซเดียมในพื้นที่ จำนวน 417 คน จาก 185 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 21.07 ของประเทศ

ใบประกาศนียบัตรสำหรับผู้เข้าร่วมฯ



### ข่าวประชาสัมพันธ์/กิจกรรม



## ข่าวประชาสัมพันธ์

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

**กองโรคไม่ติดต่อ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านโภชนาการและสาธารณสุขเพื่อการปรับสูตรอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์**



วันที่ 8 - 9 กรกฎาคม 2567 กองโรคไม่ติดต่อ นำโดย นายแพทย์กัญญา ทาบุญศรีจิต ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ และนายท้าวจิ๋ววรรณ พินิจรุ่ง รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านโภชนาการและสาธารณสุขเพื่อการปรับสูตรอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานป้องกันโรคไม่ติดต่อ นักโภชนาการ/โภชนากร/นักกำหนดอาหาร จากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ 40 จังหวัด “ครู ข แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม” วัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568 ด้วยการปรับสูตรอาหารท้องถิ่นและผลิตภัณฑ์อาหารท้องถิ่นที่มีโซเดียมต่ำ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมทั้งในร้านอาหาร/โรงเรียน/โรงพยาบาล/สถานที่ทำงาน รวมถึงสนับสนุนการดำเนินงานชุมชนต้นแบบ ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (DM HT CKD) และการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านกลไกการบูรณาการพัฒนาศักยภาพชีวิตระดับอำเภอ (เขต) โดยมี นายแพทย์อัครวัฒน์ วรรณภักดิ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นประธาน ทั้งนี้ ได้รับเกียรติจากวิทยากรของสมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลจิตเวชภราดรราชวิทยาลัยราชบุรี โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีและจังหวัดสุโขทัย กรมการแพทย์แผนกสูติเวชวิทยาและเวชศาสตร์การพยาบาล กรมอนามัย และสำนักงานป้องกันโรคไม่ติดต่อ นักโภชนาการ/โภชนากร/นักกำหนดอาหาร จำนวน 800 คน ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และ ณ ห้องประชุมเองผลคำ ชั้น 2 โรงแรมเสด เวสต์ริส พลัส วนดา แกรนด์ แจ้งวัฒนะ จังหวัดนนทบุรี



## การประเมินความพึงพอใจ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 510 คน

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	6	1.18
	โภชนากร	29	5.69
	นักโภชนาการ	299	58.63
	นักกำหนดอาหาร	11	2.16
	นักวิชาการสาธารณสุข	56	10.98
	พยาบาล	103	20.20
	อื่น ๆ	6	1.18
<b>รวม</b>		<b>510</b>	<b>100</b>
หน่วยงาน	โรงพยาบาล	287	56.27
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	62	12.16
	สำนักงานป้องกันควบคุมโรค	106	20.78
	อื่น ๆ	55	10.78
	<b>รวม</b>	<b>510</b>	<b>100</b>

ส่วนที่ 2 ตารางการประเมินผลเนื้อหาการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ที่	รายการ	จำนวน (ร้อยละ)					รวม
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1	โดยรวมแล้ว ท่านมีความเห็นต่อเนื้อหาความรู้ความเข้าใจจากการประชุมฯ ว่ามีความเหมาะสมเพียงพอรระดับใด	174 (34.12)	249 (48.82)	81 (15.88)	5 (0.98)	1 (0.20)	510 (100)
<b>ระดับความรู้ความเข้าใจ</b>							
1	ความรู้ความเข้าใจต่อเนื้อหา ก่อน การอบรม	106 (20.78)	236 (46.27)	134 (26.27)	32 (6.27)	2 (0.39)	510 (100)
2	ความรู้ความเข้าใจต่อเนื้อหา หลัง การอบรม	154 (30.20)	316 (61.96)	37 (7.25)	3 (0.59)	0 (0)	510 (100)
3	สามารถอธิบายประโยชน์ของเนื้อหาที่ได้รับ	159 (31.18)	302 (59.22)	47 (9.22)	2 (0.39)	0 (0)	510 (100)
4	สามารถอธิบายรายละเอียดของเนื้อหาได้	137 (26.86)	308 (60.39)	61 (11.96)	3 (0.59)	1 (0.20)	510 (100)
5	สามารถประมวลความคิดสู่การพัฒนางานอย่างเป็นระบบ	143 (28.04)	306 (60.00)	58 (11.37)	3 (0.59)	0 (0)	510 (100)
<b>ระดับการนำเนื้อหาสาระไปประยุกต์ใช้</b>							

ที่	รายการ	จำนวน (ร้อยละ)					รวม
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1	สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	166 (32.55)	291 (57.06)	52 (10.20)	1 (0.20)	0 (0)	510 (100)
2	สามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่เพื่อนร่วมงานได้	148 (29.02)	298 (58.43)	61 (11.96)	3 (0.59)	0 (0)	510 (100)
3	สามารถเผยแพร่/ถ่ายทอดความรู้และให้คำปรึกษาแก่ชุมชนได้	159 (31.18)	283 (55.49)	65 (12.75)	3 (0.59)	0 (0)	510 (100)
4	สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปต่อยอดการดำเนินงานได้อย่างมั่นใจ	166 (32.55)	281 (55.10)	60 (11.76)	3 (0.59)	0 (0)	510 (100)

### ส่วนที่ 3 ตารางความพึงพอใจในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ที่	รายการ	จำนวน (ร้อยละ)					รวม
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1	โดยรวมแล้ว ท่านพึงพอใจต่อการประชุมเชิงปฏิบัติการของกองโรคไม่ติดต่อเพียงใด	163 (31.96)	287 (56.27)	57 (11.18)	3 (0.59)	0 (0)	510 (100)
2	ให้ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการ และเป็นประโยชน์	184 (36.08)	287 (56.27)	37 (7.25)	2 (0.39)	0 (0)	510 (100)
3	ระยะเวลาในการจัดประชุม	170 (33.33)	284 (55.69)	51 (10.00)	4 (0.78)	1 (0.20)	510 (100)
4	วิทยากรมีความรู้ความเชี่ยวชาญในงานที่ให้การสนับสนุน	201 (39.41)	278 (54.51)	30 (5.88)	1 (0.20)	0 (0)	510 (100)
5	มีช่องทางและสื่อประชาสัมพันธ์ให้สามารถรับรู้เข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ง่าย สดวก	167 (32.75)	281 (55.10)	53 (10.39)	7 (1.37)	2 (0.39)	510 (100)
6	คุณภาพของสื่อและสิ่งสนับสนุนการประชุม เอกสารประกอบการถ่ายทอด เช่น สื่อ/คู่มือ/แนวทาง/วัสดุอุปกรณ์ สอดคล้องกับความต้องการ	153 (30.00)	290 (56.86)	62 (12.16)	3 (0.59)	2 (0.39)	510 (100)

#### ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ

##### 4.1 สิ่งที่ชอบจากการประชุมในครั้งนี้

- ระยะเวลาเหมาะสม
- ได้รับความรู้เทคนิคในการปรับลดความเค็มในเมนูอาหาร
- ได้นำความรู้ไปปรับใช้ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในพื้นที่รวมถึงตนเองด้วย
- เนื้อหาครอบคลุม การบรรยายเข้าใจได้ง่าย นำไปปฏิบัติได้
- วิทยากรอภิปราย/ บรรยาย เข้าใจง่าย ถ่ายทอดได้ดี
- ประชุมผ่านระบบออนไลน์ สะดวก ลดการเดินทาง
- เข้าใจเนื้อหาและแนวทางการทำงานมากขึ้น
- เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการแชร์ประสบการณ์ตรงของผู้ทำกิจกรรมที่ผ่านมา
- ผู้เข้าอบรมมีส่วนร่วมในการถามคำถามและได้รับคำตอบจากวิทยากร

##### 4.2 สิ่งที่ไม่ชอบจากการประชุมในครั้งนี้

- การเข้าร่วมออนไลน์ ด้วยยังไม่มีอุปกรณ์ในมือเลยอาจไม่เข้าใจบางส่วน
- เนื้อหาบางอย่างนานไป
- วิทยากรบางท่านพูดเร็วเกินไป
- การเข้าระบบออนไลน์ซับซ้อน
- สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ดี ขาดหายบางช่วง

##### 4.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงการดำเนินงานในครั้งถัดไป

- ควรมีตัวอย่างสูตรอาหารและการคำนวณพลังงานสำหรับผู้ป่วยแบบง่าย เพราะบางโรงพยาบาลไม่มีนักโภชนาการ
- การสื่อสารประชาสัมพันธ์หนังสือเชิญเข้าร่วม เนื่องจากหน่วยงานบางแห่งไม่ทราบเรื่องการประชุม แต่พอให้ทำงานส่งกลับมีหนังสือมา อยากให้กระจายแต่ละจังหวัดให้ทั่วถึง
- อยากมีการจัดประชุมสัญจรแต่ละเขตสุขภาพ
- ทำแนวทางวิธีการวัดอาหารที่มีลักษณะแห้งให้มีความแม่นยำเพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติเดียวกันได้อย่างชัดเจน เพราะอาหารที่มีรสเค็ม คืออาหารที่มีลักษณะแห้ง เช่น อาหารตามสั่ง
- ถ้าต้องใช้เครื่องวัดความเค็ม ควรให้การสนับสนุนเครื่องด้วย เพื่อนำมาใช้ดำเนินงาน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และไม่เป็นการสร้างภาระงานเพิ่มขึ้นไปอีก

##### 4.4 สิ่งที่ท่านต้องการให้กองโรคไม่ติดต่อดำเนินการเพื่อสนับสนุนให้หน่วยงานของท่าน โปรตระบุ (นโยบาย ผลิตภัณฑ์วิชาการ เช่น คู่มือ แนวทางการปฏิบัติ นวัตกรรม และอื่น ๆ)

- งบประมาณ นโยบาย คู่มือ แนวทางการปฏิบัติที่เป็นขั้นตอนชัดเจน มีข้อกำหนดชัดเจน
- อุปกรณ์ตรวจวัดความเค็ม Salt Meter/ นวัตกรรมที่ใช้ง่าย เข้าใจง่าย มีความน่าสนใจ

- ควรทำคู่มือการใช้งานและการคำนวณ
- ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ และสื่อต่างที่สามารถนำไปสอนในชุมชน
- การสนับสนุนวิชาการความรู้อัปเดตสม่ำเสมอ

4.5 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพื่อพัฒนาการดำเนินงานของกองโรคไม่ติดต่อในอนาคต

- อยากให้มีการสื่อสารในระดับผู้บริหารระดับจังหวัดให้เห็นความสำคัญ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติในระดับโรงพยาบาลชุมชนทำงานได้ง่ายมากขึ้น เพราะมีนักโภชนาการเพียงคนเดียวทั้งอำเภอ
- อยากให้มีการประชุมเพิ่มศักยภาพแบบสัญจร
- อยากให้ภาคส่วนอื่น ๆ ที่สามารถช่วยขับเคลื่อนงานในพื้นที่
- อยากให้มีการประชุมย่อยของแต่ละเขตเพื่อจะได้เข้าถึงการประชุมที่ง่าย
- ควรเชิญผู้รับผิดชอบทั้งระบบเข้าร่วมประชุมเพื่อลงทำงานเป็นทีม
- อยากให้มองถึงความต่อเนื่องในการดำเนินงานและให้ภาคส่วนที่อยู่ระดับผู้บังคับบัญชา เป็นการส่งการลงมา เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างจริงจัง
- เสนอให้แต่ละอำเภอ มีชุมชนต้นแบบ ลดเค็ม ลดโรค
- ผลักดันให้มีการเพิ่มอัตรากำลังในโรงพยาบาลชุมชน ให้มีนักโภชนาการมากกว่า 1 คน และมีทุกโรงพยาบาล เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน

## จ้างเหมาผลิตสื่อประชาสัมพันธ์สนับสนุนการดำเนินงานลดบริโภคเกลือและโซเดียม

ผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ผ้ากันเปื้อนและแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ลดบริโภคเกลือและโซเดียม (ป้ายสามเหลี่ยม) จำนวน 5,099 ชุด จัดส่งให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัดทั่วประเทศ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานครู ข แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม ในการลงพื้นที่เพื่อแนะนำการปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม รูปภาพในภาคผนวก

### การประเมินความพึงพอใจต่อสื่อประชาสัมพันธ์

ตารางบุคลากรที่ได้รับสอบถามแบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อประชาสัมพันธ์ จำนวน 85 คน ดังนี้

ที่	ความพึงพอใจต่อสื่อประชาสัมพันธ์	ระดับ					รวม
		มากที่สุด	มาก	พอใจ	น้อย	น้อยที่สุด	
<b>ผ้ากันเปื้อน</b>							
1	ขนาดรูปภาพและตัวอักษรอ่านง่าย มองเห็นได้ชัดเจน	46 (54.12)	26 (30.59)	13 (15.29)	0 (0)	0 (0)	85 (100)
2	ภาพประกอบ และการออกแบบมีสีสันสวยงาม น่าสนใจ	54 (63.53)	19 (22.35)	12 (14.12)	0 (0)	0 (0)	85 (100)
3	มีประโยชน์ต่อการดำเนินงานลดบริโภคเกลือและโซเดียม	58 (68.24)	16 (18.82)	11 (12.94)	0 (0)	0 (0)	85 (100)
<b>แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์เรื่องการลดบริโภคเกลือและโซเดียม (ป้ายสามเหลี่ยม)</b>							
1	ขนาดตัวอักษรอ่านง่าย ชัดเจน	37 (43.53)	30 (35.29)	18 (21.18)	0 (0)	0 (0)	85 (100)
2	ภาพประกอบ และการออกแบบมีสีสันสวยงาม น่าสนใจ	46 (54.12)	28 (32.94)	11 (12.94)	0 (0)	0 (0)	85 (100)
3	ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารอ่านแล้วเข้าใจได้ทันที ไม่ซับซ้อน	44 (51.76)	27 (31.76)	14 (16.47)	0 (0)	0 (0)	85 (100)
4	ข้อมูลมีประโยชน์และเข้าใจง่าย ส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในการลดบริโภคเกลือและโซเดียม	46 (54.12)	27 (31.76)	12 (14.12)	0 (0)	0 (0)	85 (100)
5	มีประโยชน์ต่อการดำเนินงานลดบริโภคเกลือและโซเดียม	48 (56.47)	26 (30.59)	11 (12.94)	0 (0)	0 (0)	85 (100)




### ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม/ สื่อที่ต้องการในอนาคต

- สนับสนุนในปริมาณให้เพียงพอต่อการดำเนินงานในพื้นที่
- สื่อ/ขนาดตัวหนังสือใหญ่ขึ้น
- สิ่งสนับสนุนอื่น ๆ เช่น เสื้อ Roll-up เอกสารอาหารสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรค โปสเตอร์สติ๊กเกอร์รับรอง "ร้านนี้มีเมนูลดโซเดียม" เป็นต้น

## แผนการดำเนินงานครู ข แผนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

### แผนการดำเนินงาน ครู ข แผนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม

กองโรคไม่ติดต่อ ดำเนินการปรับแผนการดำเนินงาน ครู ข แผนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม ให้สอดคล้องกับ House Model นโยบาย/จุดเน้น “การขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด” ดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ/สนับสนุน	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568													
			ไตรมาส 1			ไตรมาส 2			ไตรมาส 3			ไตรมาส 4				
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.		
1.	เรียนออนไลน์ พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานฯ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเป็น ครู ข แผนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม และเป็น ผู้สนับสนุนการดำเนินงานปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม	นักโภชนาการ, โภชนากร, นักกำหนดอาหาร และ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง/สนใจ		←												
2.	กองโรคไม่ติดต่อ จัดส่งสื่อประชาสัมพันธ์การดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ได้แก่ ผักกั้นเบื่อน และแผ่นป้ายความรู้เรื่อง การลดบริโภคเกลือและโซเดียม ไปยัง สสจ. ทั่วประเทศ	กองโรคไม่ติดต่อ, สสจ.		←												
3.	สสจ. ตรวจสอบสื่อประชาสัมพันธ์ที่ได้รับจากกองโรคไม่ติดต่อ และ ส่งแบบตอบรับสื่อกลับไปยังกองโรคไม่ติดต่อ	สสจ.		←												
4.	สสจ. กระจายสื่อฯ ไปยังอำเภอ/โรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนให้ ครู ข ในการทำงาน	สสจ.		←												
5.	ขั้นตอนการดำเนินงานของ ครู ข มีดังนี้ 1) ตรวจสอบปริมาณโซเดียมในอาหารที่จำหน่ายด้วย Salt meter อย่างน้อยร้านละ 1 เมนู (จำนวน 2 ร้าน/อำเภอ) 2) ทดสอบความรอบรู้ผู้ประกอบการ ก่อน-หลัง ดำเนินการปรับสูตรอาหาร 3) ให้คำแนะนำร้านอาหารในการปรับสูตรอาหารลดโซเดียม 4) บันทึกผลการดำเนินงานฯ และแบบทดสอบความรอบรู้ฯ โดยใส่แบบฟอร์มใน Folder: การดำเนินงานปรับสูตรอาหารลดโซเดียม_ครู ข ปี 68	ครู ข, ผู้เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ  <a href="https://shorturl-ddc.moph.go.th/UNFch">https://shorturl-ddc.moph.go.th/UNFch</a>														
5.1.	ก่อน ดำเนินการปรับสูตรอาหารลดโซเดียม • ครู ข ตรวจสอบโซเดียมก่อนปรับสูตร • ทดสอบความรอบรู้ผู้ประกอบการ • ให้คำแนะนำร้านอาหารในการปรับสูตรอาหารลดโซเดียม	ครู ข สสจ., สคร. ติดตามการดำเนินงาน							←							
5.2.	หลัง ดำเนินการปรับสูตรอาหารลดโซเดียม • ครู ข ตรวจสอบโซเดียมหลังปรับสูตร  • ทดสอบความรอบรู้ผู้ประกอบการ • ติดสติ๊กเกอร์ “เมนู..... ใช้น้อย อร่อยดี” • มอบสื่อสนับสนุนให้ร้านอาหาร ได้แก่ ผักกั้นเบื่อน และแผ่นป้ายความรู้เรื่องการลดบริโภคเกลือและโซเดียม 	ครู ข สสจ., สคร. ติดตามการดำเนินงาน														←
6.	ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน ครู ข และรวบรวมแบบบันทึกผลการดำเนินงานของ ครู ข ส่งให้กองโรคไม่ติดต่อ รอบ 6 เดือน และ 9 เดือน	สสจ., สคร., ผู้เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ														
7.	รวบรวมข้อมูล สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน	กองโรคไม่ติดต่อ														

ในส่วนของการอาหารที่ได้รับการปรับสูตรลดโซเดียมโดยครู ข ตามตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ กลุ่มพัฒนานโยบายระดับประชากรวางแผนรวบรวมในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เพื่อความสอดคล้องกับจุดเน้น กรมควบคุมโรค

## ประเด็นความท้าทายและแนวทางการแก้ไข

- โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งขาดแคลนนักโภชนาการไม่สามารถเป็นครู ข ได้ ส่งผลให้บางอำเภอไม่มีครู ข
  - โรงพยาบาลที่เข้าร่วมส่งผู้แทน/เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานโภชนาการทดแทนครู ข
- หลายโรงพยาบาลขาดแคลนงบประมาณดำเนินการและจัดซื้อเครื่องมือตรวจวัดความเค็มในตัวอย่างอาหาร (Salt meter) ในการวัดผลก่อนและหลังปรับสูตรอาหาร
  - ให้ขอแนะนำบริหารงบดำเนินการและจัดซื้อเครื่องมือจากโครงการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ดำเนินการ เวียนใช้ในพื้นที่
- ความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารกับหน่วยงานในพื้นที่
  - เนื่องจากกองโรคไม่ติดต่อจัดทำเป็นหนังสือขอความอนุเคราะห์การดำเนินงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งการส่งสารไปยังพื้นที่มีคนกลางในการดำเนินงาน จึงทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนหลายประเด็น เช่น การสั่งการ ระยะเวลา
- ความคลาดเคลื่อนในการจัดส่งสื่อสนับสนุนการดำเนินงานไปยังกลุ่มเป้าหมาย ครู ข
  - ประสานงานและติดตามการดำเนินงานผ่านกลุ่ม Open chat ครู ข และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง/ผู้รับผิดชอบจัดสรรสื่อในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต่อเนื่องตลอดปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
- การขอสิ่งสนับสนุนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานลดบริโภคเกลือและโซเดียมของครู ข
  - กองโรคไม่ติดต่อจัดสรรสื่อได้น้อย ต้องจำกัดปริมาณ เพื่อส่งสื่อประชาสัมพันธ์ไปยังพื้นที่โดยเงินงบประมาณ เนื่องจากโครงการดังกล่าวมีระยะเวลาถึงปี พ.ศ. 2567 จึงทำให้ไม่มีงบประมาณในการบริหารโครงการต่อใน ปี พ.ศ. 2568

ผ้ากันเปื้อน



แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์พันธบัตรโรคเกาต์และโซเดียม (ป้ายสามเหลี่ยม)

ปริมาณโซเดียม  
ที่ควรบริโภคต่อวัน

คำแนะนำของ  
องค์การ  
อนามัยโลก

รับประทานโซเดียม  
ไม่เกิน 2,000  
มิลลิกรัมต่อวัน  
หรือ เหลือ 1 ช้อนชา

อาหารเช้า

อาหารเย็น

อาหารกลางวัน

อาหารมื้อหลัก  
3 มื้อรวมกัน  
โซเดียมไม่ควรเกิน  
1,800 มิลลิกรัม

อาหารหวาน อาหารว่าง  
ขนมขบเคี้ยว หรือเครื่องดื่ม  
โซเดียมไม่ควรเกิน  
200 มิลลิกรัมต่อวัน

ตัวอย่างเครื่องปรุงรสอาหาร  
ที่มีปริมาณโซเดียม 400 มิลลิกรัม

1. น้ำปลา	1 ช้อนชา
2. ซีอิ๊วขาว	1 ช้อนชา
3. ซอสปรุงรส	1 ช้อนชา
4. เกลือ	น้อยกว่า ½ ช้อนชา
5. ผงปรุงรส	น้อยกว่า ½ ช้อนชา
6. ผงชูรส	น้อยกว่า ½ ช้อนชา

ปริมาณโซเดียม  
ในเครื่องปรุงรสอาหาร

น้ำจิ้มไก่ 1 ช้อนโต๊ะ  
385 มิลลิกรัม

น้ำจิ้มสุกี้ 1 ช้อนโต๊ะ  
300 มิลลิกรัม

น้ำปลา 1 ช้อนโต๊ะ  
1,350 มิลลิกรัม

ซอสถั่วเหลือง 1 ช้อนโต๊ะ  
1,187 มิลลิกรัม

ซีอิ๊วขาว 1 ช้อนโต๊ะ  
1,190 มิลลิกรัม

ซอสพริก 1 ช้อนโต๊ะ  
231 มิลลิกรัม

ซอสมะเขือเทศ 1 ช้อนโต๊ะ  
149 มิลลิกรัม

ผงชูรส 1 ช้อนชา  
600 มิลลิกรัม

ผงปรุงรส 1 ช้อนชา  
950 มิลลิกรัม

เกลือป่น 1 ช้อนชา  
2,000 มิลลิกรัม

ผงชูรส

ผงปรุงรส

เกลือป่น

กรมควบคุมโรค  
Department of Disease Control

**เค็มน้อย อร่อยดี**  
กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคห่วงใย  
อยากเห็นคนไทยมีสุขภาพดี

**เค็มน้อย อร่อยดี**  
Naไม่เกิน 700 mg/100 ml

มอบโดย กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ช่องทางการติดตาม  
ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไม่ติดต่อ

## 4. โครงการพัฒนาและผลักดันกฎหมายการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก

### ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะอ้วนในเด็กมีผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องด้านสติปัญญา และการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในอนาคต ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการตายก่อนวัยอันควรในปัจจุบัน จากรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 (ข้อมูล ณ วันที่ 16 เม.ย. 67) ยังพบเด็กอายุ 6 - 14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 12.9 เด็กวัยรุ่น 15-18 ปี ร้อยละ 13.0 (เป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ 10) ซึ่งภาวะอ้วนในเด็กยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย และสหพันธ์โรคอ้วนโลก (World Obesity Federation: WOF) คาดการณ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ในปี 2573 ของประเทศไทย สูงกว่า 30 % และคาดการณ์ต้นทุนทางเศรษฐกิจ พ.ศ.2573 สูงขึ้นถึงประมาณ 4 แสนล้านบาท (US\$ 12.54 billion) สาเหตุของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเกิดจากหลายปัจจัย เช่น พฤติกรรมการบริโภค กิจกรรมประจำวัน การออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม สังคม ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนในเด็ก โดยเฉพาะอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (อาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูง : High in fat sugar and sodium; HFSS) เช่น ขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม เป็นต้น โดยการศึกษาไทย (Phulkerd S, 2023) พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่จำหน่ายในประเทศไทย ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโภชนาการ (เกณฑ์ WHO Nutrient Profile Model for South-East Asia Region)

ประเทศไทย มีความพยายามแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กอย่างต่อเนื่อง ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี แต่ภาวะอ้วนในเด็กยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของไทย การศึกษาวิจัยการดำเนินการของประเทศไทยตามมาตรการและตัวชี้วัดระดับโลกเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็ก (ECHO) พบว่า ประเทศไทยยังขาดมาตรการสำคัญในควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก (Phulkerd S, 2021) ซึ่งเทคนิคการตลาดหรือกลยุทธ์การตลาด เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อและบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของเด็ก เนื่องจากมีดุลพินิจและความสามารถในการตีความเจตนาทางการตลาดไม่สมบูรณ์เท่าผู้ใหญ่ และเด็กวัยรุ่นมีนิสัยหุนหันพลันแล่นตัดสินใจเร็ว และเป็นวัยที่เริ่มมีกำลังซื้อและจ่ายด้วยตนเอง มักถูกชักจูงจากการส่งเสริมการตลาดได้ง่าย

มาตรการการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเด็ก จัดเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและมีความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ ซึ่งได้รับคำรับรองจากมติสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 63 (WHA 63.14) ภายใต้แผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์โลก เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในมติสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 61 (WHA61.14) ซึ่งประเทศไทยได้ร่วมรับรองตามมติดังกล่าวในการปฏิบัติตามพันธะสัญญาระหว่างประเทศ มาตรการดังกล่าว ยังเป็นข้อเสนอแนะที่ 4.4 ตามภารกิจของคณะทำงานร่วมระหว่างหน่วยงานสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย

(UNIATF on NCDs) และเป็นมติที่ 3.4 ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (ประเทศไทย) ครั้งที่ 2 เรื่อง การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พ.ศ. 2552 ซึ่งมาตรการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม HFSS มีหลักฐานทางวิชาการ พบว่า ประเทศที่ใช้กฎหมายควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม HFSS เช่น ชิลี อังกฤษ แคนาดา (รัฐควิเบก) เกาหลีใต้ ลดปัจจัยการพบเห็นและลดสิ่งกระตุ้นจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ดีกว่าประเทศที่มีแนวปฏิบัติแบบภาคสมัครใจ เช่น ออสเตรเลีย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางใหม่ขององค์การอนามัยโลก เรื่อง นโยบายปกป้องเด็กจากผลกระทบของการตลาดอาหาร (Policies to protect children from the harmful impact of food marketing) พ.ศ. 2566เสนอแนะให้ควรดำเนินการภาคบังคับเพื่อปกป้องเด็กทุกกลุ่มวัยจากการตลาดอาหาร HFSS

ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวกับการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มบางส่วน เช่น พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ. 2522 พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมันและโซเดียม แบบจีดีเอ ฉบับที่ 394 พ.ศ. 2561 และประกาศ อย.เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณา พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นการควบคุมคุณภาพ ความปลอดภัยของอาหาร การแสดงฉลาก คำเตือน เพื่อประโยชน์ของผู้บริโภค รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคที่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง นอกจากนี้มีกฎหมายควบคุมการชิงโชคชิงรางวัล กำหนดให้ทุกผลิตภัณฑ์ต้องขออนุญาตก่อนดำเนินการ (พ.ร.บ.การพนัน พ.ศ. 2478) ซึ่งกฎหมายดังกล่าวข้างต้นมิได้มุ่งเฉพาะไปยังการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพสำหรับเด็กโดยตรง มีการศึกษาวิจัยในประเทศไทยสรุปว่าประเทศไทยมีการดำเนินการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มบางส่วน แต่ยังไม่มียกกฎหมายที่ครอบคลุมเทคนิคการทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก อีกทั้งยังขาดกลไกการบังคับใช้กำกับติดตามและประเมินผลการทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กอย่างเป็นรูปธรรม (นนุช ใจชื่น และคณะ, 2560) นอกจากนี้ มีข้อมูลวิจัยของประเทศไทยสนับสนุนว่า หากประเทศไทยออกมาตรการควบคุมสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม HFSS แค่เพียงช่องทางโทรทัศน์ จะสามารถช่วยลดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็ก (อายุ 6-12 ปี) ได้ถึง 121,000 คน ซึ่งมีความคุ้มค่าคุ้มทุนทางเศรษฐกิจ (สิรินทรญา พูลเกิด และคณะ, 2563) ดังนั้น มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก จึงเป็นมาตรการที่ประเทศไทยควรพิจารณาดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะอ้วนในเด็กและลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย จึงได้ดำเนินการพัฒนากฎหมายควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของเด็ก ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ได้จัดทำ (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ฉบับก่อนประชาพิจารณ์ รวมทั้งสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องบางส่วน เพื่อร่วมผลักดันมาตรการทางกฎหมายร่วมกัน นอกจากนี้ยังได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม กลุ่มเด็กและเยาวชนต่อประเด็นสำคัญของร่างกฎหมาย เพื่อนำประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้เตรียมความพร้อมสำหรับการจัดประชาพิจารณ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ได้ดำเนินการจัดประชาพิจารณ์ภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และประชาชน และได้นำข้อคิดเห็นจากการประชาพิจารณ์พิจารณาปรับแก้ไขและพัฒนา ร่างกฎหมายโดยคณะทำงาน

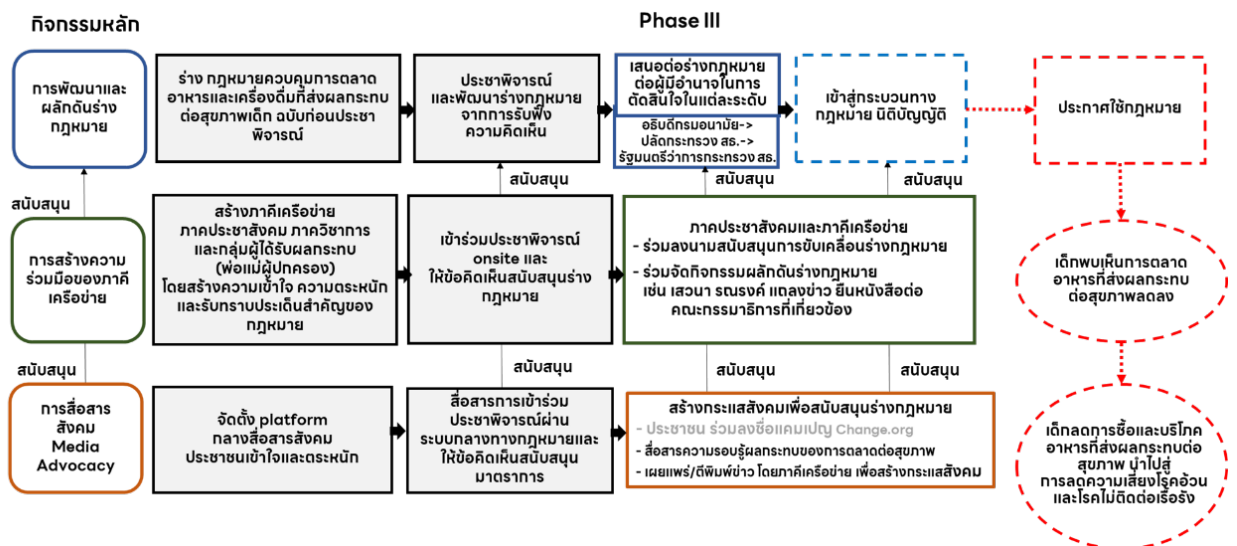
ซึ่งได้สรุป (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ฉบับหลังประชาพิจารณ์เรียบร้อยแล้วนั้น นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารสังคมให้เกิดความตระหนักรู้และให้ความสำคัญต่อผลกระทบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูงกับสุขภาพเด็ก เพื่อการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จึงมีแผนการดำเนินการในการเสนอ (ร่าง) พระราชบัญญัติฯ ต่อผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในแต่ละระดับเพื่อพิจารณาเสนอร่างเข้าสู่กระบวนการทางกฎหมาย เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและผลักดันร่างกฎหมายต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจในแต่ละระดับของกระบวนการของกฎหมาย จึงคงต้องมีการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการสร้างกระแสสังคมเพื่อสนับสนุนการผลักดันและขับเคลื่อนร่างกฎหมายอย่างต่อเนื่อง จึงขอของบประมาณในโครงการพัฒนากฎหมายการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก เพื่อสนับสนุนการผลักดันมาตรการทางกฎหมายดังกล่าวให้เป็นไปตามแผนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

**1. วัตถุประสงค์โครงการ :**

- 1 เพื่อพัฒนาร่างกฎหมายควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก
- 2 เพื่อผลักดันร่างกฎหมายควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก เข้าสู่กระบวนการทางกฎหมาย

**2. ขอบเขตการดำเนินงาน (เป้าหมายของโครงการ สถานที่ กิจกรรมสำคัญ วันเวลา )**

**6.1 กรอบแนวคิดโครงการ**



**วิธีการดำเนินงาน**

- 1) เสนอ (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กต่อผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแต่ละระดับ เพื่อเข้าสู่กระบวนการทางกฎหมาย

- 2) ประชุมหารือการปรับแก้ไข หรือหารือข้อชี้แจงต่อข้อเสนอแนะของ (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก จากขั้นตอนการเสนอ (ร่าง) พระราชบัญญัติฯ ต่อผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแต่ละระดับ เพื่อเข้าสู่กระบวนการทางกฎหมาย
- 3) ชี้แจงข้อซักถาม ข้อสังเกตต่อประเด็นทางกฎหมายและประเด็นทางวิชาการของ (ร่าง) พระราชบัญญัติฯ ต่อผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแต่ละระดับ หน่วยงาน และประชาชน
- 4) จัดทำเอกสารข้อเท็จจริง (factsheet) ต่อประเด็นสำคัญของข้อโต้แย้งต่อร่างกฎหมาย
- 5) ประชุมร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างความเข้าใจต่อ (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ฉบับหลังประชาพิจารณ์ รวมทั้งวางแผนการขับเคลื่อนและผลักดันร่างกฎหมาย
- 6) สื่อสารสังคมเกี่ยวกับการผลักดันร่างกฎหมายหรือสร้างความตระหนักรู้ผลกระทบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูงกับสุขภาพเด็ก ผ่าน platform กลางในการสื่อสาร Facebook Fanpage : “ร่วมปกป้องเด็กไทย จากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ” และภาคีเครือข่าย ร่วมเผยแพร่สื่อให้เป็นวงกว้างในสังคม เผยแพร่/ตีพิมพ์ข่าวที่เกี่ยวข้อง
- 7) สื่อสารกิจกรรมให้ประชาชนร่วมลงชื่อสนับสนุนมาตรการทางกฎหมายปกป้องเด็กไทยจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มหวานมันเค็ม

### 3. รายงานสรุปกิจกรรมโครงการ

- สรุปประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการพัฒนาหรือผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีการประชุมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 4 ครั้ง ประกอบด้วย
  - i. ประชุมเพื่อคืนข้อมูลให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการติดตามการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของประเทศไทย และการสร้างความร่วมมือในการติดตามการตลาดอาหารฯ ภายใต้ “โครงการวิจัยการติดตามการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็กของประเทศไทย” ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินการผลักดันร่างกฎหมายควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก (16 ก.ค.67)
  - ii. ประชุมปรึกษาหารือแผนการดำเนินงานและกิจกรรมสำคัญ แนวทางในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมโภชนาการ รวมทั้งกิจกรรมทางกายภายใต้โครงการ Global RECAP ของประเทศไทย สำหรับวางแผนการสนับสนุนการพัฒนาหรือผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก (12 ก.ย.67)
  - iii. ประชุมปรึกษาหารือการพัฒนาระบบการคัดกรองอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผ่านแอปพลิเคชัน FoodChoice (18 ก.ย.67)

- iv. ประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหาร และเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (16 ต.ค.67)
- สรุปร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความร่วมมือในการผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ร่วมกับภาคีเครือข่าย จำนวน 1 ครั้ง คือ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายสำหรับสนับสนุนการผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก (17 ต.ค. 67)
  - เอกสารข้อเท็จจริง (factsheet) ต่อประเด็นสำคัญของข้อโต้แย้งต่อร่างกฎหมาย จำนวน 1 เรื่อง
  - เอกสารสื่อสารสังคมเกี่ยวกับการผลักดันร่างกฎหมายหรือสร้างความตระหนักรู้ผลกระทบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูงกับสุขภาพ
    - โดยจัดทำ infographic และสื่อสารเกี่ยวกับการผลักดันร่างกฎหมายหรือสร้างความตระหนักรู้ผลกระทบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูงกับสุขภาพเด็ก จำนวน 6 เรื่อง

### รายละเอียดเอกสาร

- 8.1 สรุปร่วมประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการพัฒนาหรือผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหาร และเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีการประชุมที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมด 4 ครั้ง ประกอบด้วย
- 8.1.1 ประชุมเพื่อคืนข้อมูลให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการติดตามการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของประเทศไทย และการสร้างความร่วมมือในการติดตามการตลาดอาหารฯ ภายใต้ “โครงการวิจัยการติดตามการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็กของประเทศไทย” ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินการผลักดันร่างกฎหมายควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก (16 ก.ค.67)
- 8.1.2 ประชุมปรึกษาหารือแผนการดำเนินงานและกิจกรรมสำคัญ แนวทางในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมโภชนาการ รวมทั้งกิจกรรมทางกายภายใต้โครงการ Global RECAP ของประเทศไทย สำหรับวางแผนการสนับสนุนการพัฒนาหรือผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก (12 ก.ย.67)
- 8.1.3 ประชุมปรึกษาหารือการพัฒนาระบบการคัดกรองอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผ่านแอปพลิเคชัน FoodChoice (18 ก.ย.67)

- 8.1.4 ประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (16 ต.ค.67)

### 8.1.1 สรุปประชุมเพื่อคืนข้อมูลให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการติดตามการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของประเทศไทย และการสร้างความร่วมมือในการติดตามการตลาดอาหารฯ



การประชุมเพื่อคืนข้อมูลให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง  
ในการติดตามการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของประเทศไทย  
และการสร้างร่วมมือในการติดตามการตลาดอาหารฯ ภายใต้  
“โครงการวิจัยการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็กของประเทศไทย”

วันอังคารที่ 16 กรกฎาคม 2567 เวลา 09.00 - 13.00 น. ณ ห้องประชุมสมบูรณ รัชโรทัย อาคาร 1 ชั้น 2 กรมอนามัย

พญ.อัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล อธิบดีกรมอนามัย มอบหมาย ดร.นพ.pongพล วรปานิ รองอธิบดีกรมอนามัย เป็นประธานเปิดการประชุมฯ

ผู้เข้าร่วมประชุม : Associate Professor Bridget Kelly, University of Wollongong, Australia ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม ผู้จัดการโครงการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กรมการปกครอง สำนักการศึกษา กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการ การอาชีวศึกษา บริษัท ทำอากาศยานไทยจำกัด (มหาชน) สาขาทำอากาศยานสุวรรณภูมิ บริษัท ทำอากาศยานไทยจำกัด (มหาชน) สาขาทำอากาศยานดอนเมือง การรถไฟแห่งประเทศไทย กรมเจ้าท่า กรมเจ้าท่า กรมการขนส่งผู้โดยสาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย องค์การยูนิเซฟประเทศไทย แผนงาน WHO CCS-NCD สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักโภชนาการ กรมอนามัย นำโดย ดร.พญ.สายพิณ โชติวิเชียร ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ พร้อมด้วยนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสิ้นประมาณ 40 คน

ผู้วิจัยหลัก : อาจารย์ ดร.นงนุช จินดารัตนาภรณ์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์ : เพื่อคืนข้อมูลให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการติดตามการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของประเทศไทยให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนการขับเคลื่อน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหาร

และเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ภายใต้โครงการวิจัยซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

## ประเด็นสำคัญจากการประชุมฯ

### 1. การนำเสนอการตลาดอาหารต่อเด็กทั่วโลก: กฎหมาย การติดตาม และการประเมินผล

โดย Associate Professor Bridget Kelly, University of Wollongong, Australia (ผู้เชี่ยวชาญด้านการตลาดอาหารต่อสุขภาพเด็กระดับโลก )

โดยมีรายละเอียดสำคัญดังนี้

- สถานการณ์ของการพบเห็นสื่ออาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพของเด็ก ผลกระทบของการตลาดต่อสุขภาพเด็ก
- ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายปกป้องเด็กจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มซึ่งล่าสุดทาง WHO Guidelines เสนอว่า ควรดำเนินการมาตรการภาคบังคับในการปกป้องเด็กทุกกลุ่มวัยจากการตลาดอาหารที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล หรือโซเดียมสูง
- ตัวอย่างการดำเนินการหลายๆ ประเทศ เช่น UK ประเทศชิลี กฎหมายควบคุมการตลาดอาหารที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล หรือโซเดียมสูง ทำให้ลดการพบเห็นสื่อการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และลดพฤติกรรมการซื้ออาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพได้ และการศึกษาคาดการณ์พบความคุ้มค่าคุ้มทุนทางเศรษฐกิจด้วย
- Logic model for M&E Framework ซึ่งสามารถกำกับติดตามได้ ตั้งแต่กระบวนการ Policy implementation สู่ Policy outcome ลดการพบเห็น ลดความชอบ ลดการบริโภค และลดเสี่ยงโรคอ้วนในเด็ก ซึ่งเป็นเป้าหมายของนโยบายเพื่อการปกป้องเด็กจากอันตรายของการตลาดอาหาร

### 2. การนำเสนอผลการศึกษาวิจัยการติดตามการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็กของประเทศไทย ประเด็นการโฆษณาอาหารทางโทรทัศน์

โดย อ.ดร.นงนุช จินดารัตนาภรณ์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

โดยมีรายละเอียดสำคัญดังนี้

- วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์การทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในเด็กของประเทศไทย
- การเก็บข้อมูลโฆษณาจาก 16 ช่องสถานี เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 31 วัน (ตั้งแต่วันที่ 1 - 31 ตุลาคม 2566) ผ่านสื่อโทรทัศน์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนข้อมูลจาก กสทช.
- การโฆษณาอาหารในช่องทางโทรทัศน์ 49,661 ชิ้น คิดเป็น 37% จากโฆษณาทั้งหมด
- อาหารและเครื่องดื่มที่โฆษณาในโทรทัศน์ไม่ดีต่อสุขภาพมากกว่าดีต่อสุขภาพ โดย 54% มีปริมาณไขมัน น้ำตาล หรือโซเดียมเกินเกณฑ์มาตรฐานโภชนาการที่ WHO-SEARO กำหนด และมีเพียง 15% ที่ผ่านเกณฑ์ (32% ไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากอาหารและเครื่องดื่มดังกล่าวไม่มีข้อมูลโภชนาการ)
- เทคนิคการส่งเสริมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง ส่วนใหญ่เป็นการโฆษณา โดยใช้บุคคลที่มีชื่อเสียง (80%) Premium offers (9%) และการชิงโชค (8%) ซึ่งรูปแบบการตลาดดังกล่าวยังไม่มีการควบคุมเฉพาะ
- การสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ต พบว่า เด็ก Gen Z มีแนวโน้มใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น ช่องทาง

อินเทอร์เน็ตเป็นหนึ่งในช่องทางสำคัญที่เด็กจะได้รับผลกระทบจากการกระตุ้นจากการตลาดอาหาร

- ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: รัฐบาลไทยควรออกกฎหมายเพื่อควบคุมโฆษณาอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพเพื่อปกป้องสุขภาพของเด็กไทย

### 3. การนำเสนอการขับเคลื่อน (ร่าง) พ.ร.บ.ฯ และการสร้างความร่วมมือในการติดตามการตลาดอาหารและเครื่องมือที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก

โดย ดร.พญ.สายพิณ โชติวิเชียร ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

โดยมีรายละเอียดสำคัญดังนี้

- สถานการณ์โรคอ้วนในเด็กเพิ่มสูงขึ้น 2 เท่า สาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งการบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง และกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ซึ่งการตลาดอาหารกระตุ้นให้บริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาลและโซเดียมสูงเพิ่มขึ้น

- มาตรการปกป้องเด็กจากการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพเป็นช่องว่างสำคัญของประเทศไทยในการศึกษามาตรการยุติโรคอ้วนในเด็กตามข้อเสนอแนะ WHO-Ending Childhood Obesity (WHO-ECHO) ซึ่งยังไม่มีกฎหมายควบคุมเฉพาะ โดยมาตรการดังกล่าวสอดคล้องกับทั้งข้อเสนอแนะระดับโลกและระดับประเทศ

- กรมอนามัย ร่วมกับภาคเครือข่าย จึงได้พัฒนา (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องมือที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก เจตนารมณ์เพื่อปกป้องเด็กไทยจากการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โดยปัจจุบันอยู่ระหว่างการพิจารณาของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเสนอเข้าสู่กระบวนการทางกฎหมายต่อไป

- การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนข้อมูลสถานการณ์การตลาดอาหารและเครื่องมือ รวมทั้งสนับสนุนการขับเคลื่อนร่างกฎหมาย และร่วมติดตาม/เฝ้าระวังการตลาดอาหารและเครื่องมือที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อร่วมปกป้องสุขภาพของเด็กไทย

-----

**8.1.2 สรุปประชุมปรึกษาหารือแผนการดำเนินงานและกิจกรรมสำคัญ แนวทางในการ  
ขับเคลื่อนงานส่งเสริมโภชนาการ รวมทั้งกิจกรรมทางกายภายใต้โครงการ Global RECAP  
ของประเทศไทย สำหรับวางแผนการสนับสนุนการพัฒนาหรือผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติ  
ควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก**

ในวันที่ 12 กันยายน 2567 เวลา 09.00 – 16.30 น.

ณ ห้องประชุมกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ อาคาร 7 ชั้น 7 กรมอนามัย

**ประธานการประชุม :** ดร.นพ.ปองพล วรปาณี รองอธิบดีกรมอนามัย

**ผู้เข้าร่วมประชุม :**

**1. WHO HQ**

Name - Surname	Position
Dr Benn McGrady	Unit Head, Public Health Law and Policies, Department of Health Promotion
Kate Robertson	Technical Officer (Legal), Public Health Law and Policies, Department of Health Promotion

**2. WHO Thailand**

Name - Surname	Position
ดร.สุชีรา บรรลือสินธุ์	National Professional Officer, WHO Thailand

**3. Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health**

Name - Surname	Position
พญ.สายพิน โขติวิเชียร Dr.Saipin Chotivichien,	ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ (รองประธาน) Director of Bureau of Nutrition
รท.หญิง ณิชารัศม์ ปัญจจิตรพัฒน์ Nicharat Punjajittrapat	รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ) Public Health Technical Officer, Expert Level (Nutrition)
นางกุลนันท์ เสนคำ Kunlanant Senkham	นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ Nutritionist, Senior Professional Level
ดร.ปัทมาภรณ์ อักษรชู Dr.Pattamaporn Uksornsu	นักโภชนาการชำนาญการ สำนักโภชนาการ Nutritionist, Professional Level
นางสาวนัตยา อังคนาวิน Narttaya Ungkanavin	นักโภชนาการชำนาญการ สำนักโภชนาการ Nutritionist, Professional Level
นายภาสกร สุระผัด Passakorn Suraphad	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ Public Health Technical Officer, Practitioner Level
นางสาวพิชญภา พระไชย์ Pitchayapa Phrachai	นิติกร Lawyer
นางสาวทศวรรณ์ คัสกุล Thatsawan Kutsakul	นักโภชนาการโครงการ Nutritionist

#### 4. เจ้าหน้าที่จาก กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อหารือการขับเคลื่อนงานภายใต้โครงการ Global RECAP ซึ่งดำเนินการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพด้านกฎระเบียบและการคลังสำหรับการจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งมาตรการในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและเพิ่มกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะประเด็นการวางแผนการสนับสนุนการพัฒนาหรือผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กของประเทศไทย

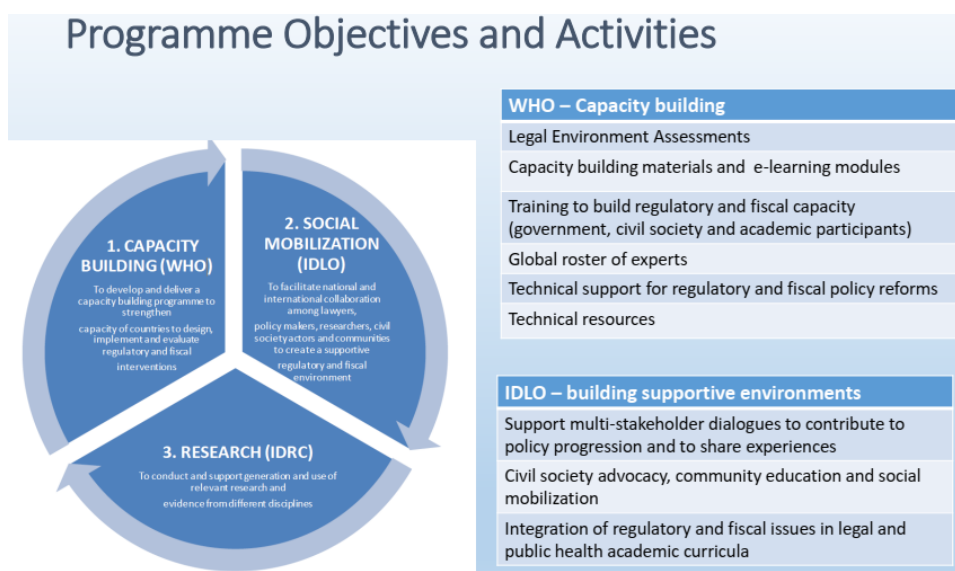
#### ประเด็นสำคัญของการประชุม

#### 2.1 ความเป็นมาของการวางแผนการสนับสนุนการพัฒนาหรือผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กของประเทศไทย ภายใต้โครงการ Global RECAP

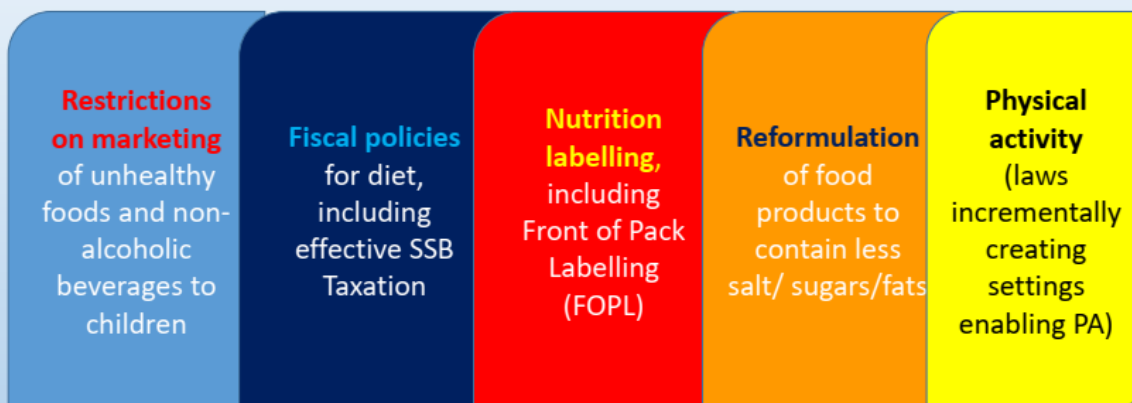
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เข้าร่วมโครงการ Global RECAP: Global Regulatory & Fiscal Capacity Building Programme ระยะที่ 2 ซึ่งเป็นโครงการขององค์การอนามัยโลกร่วมกับองค์การกฎหมายว่าด้วยการพัฒนาระหว่างประเทศ และศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านกฎระเบียบและการคลังสำหรับการจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นมาตรการในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและเพิ่มกิจกรรมทางกาย ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก มีแผนการสนับสนุนการทำงานของรัฐบาลในการเสริมสร้างนโยบายระดับชาติ กฎระเบียบ และมาตรการทางการคลัง ซึ่งสอดคล้องกับลำดับความสำคัญและแผนของรัฐบาลไทย สำนักโภชนาการ จึงกำหนดจัดประชุมปรึกษาหารือแผนการดำเนินงานและกิจกรรมสำคัญ แนวทางในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมโภชนาการ รวมทั้งกิจกรรมทางกายภายใต้โครงการ Global RECAP ของประเทศไทย สำหรับวางแผนการสนับสนุนการพัฒนาหรือผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก

#### 2.2 รายละเอียด Global Regulatory & Fiscal Capacity Building Programme : Promoting Healthy Diets and Physical Activity

By Benn McGrady and Kate Robertson, Public Health Law and Policies, Department of Health Promotion, WHO Geneva



## Project focus on legal instruments implementing:



Scope in RECAP Phase II to extend support to aligned / adjacent policy areas to maximize opportunity and leverage existing work.

### 2.3 ข้อเสนอแนะในการพัฒนามาตรฐานการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและเพิ่มกิจกรรมทางกาย

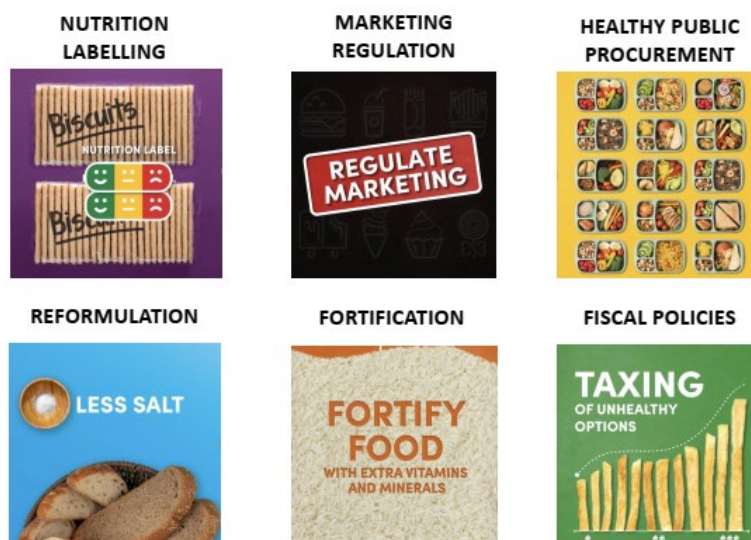
#### 1) 6 policy action for healthy diet

## WHO evidence-based “Menu for Action” to make diets healthier and safer

### 6 policy actions +

#### food safety:

- Long-standing.
- Proven.
- Cost-effective.
- Implemented.
- Scalable.
- Endorsed.
- Monitored by WHO



#### 2) Key recommended policies and regulatory measures for promoting physical activity

- WHO Global Action Plan on Physical Activity 2018 – 2030 (GAPPA)
- WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour (2020)
- WHO Global Status Report on Physical Activity 2022
- WHO Physical Activity Situation Analysis Tool
- WHO Health Economic Assessment Tool (HEAT) for walking and cycling
- Areas of law with potential for incremental reforms to promote physical activity

## 2.3 ข้อเสนอแนะแนวทางการขับเคลื่อน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กของประเทศไทย

- เนื่องจากปัจจุบันร่างกฎหมายอยู่ระหว่างการเสนอต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นสนับสนุนสำคัญเป็นประเด็นเรื่องสร้างความมั่นใจให้กับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะประเด็นผลกระทบทางเศรษฐกิจหากมีการดำเนินการมาตรการนี้ ทางทีม Global RECAP จึงวางแผนสนับสนุนการจัดทำ policy brief -economic impact assessment และ M&E framework by Theory of Change เพื่อให้ การขับเคลื่อนเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

## 2.4 ประเด็นโต้แย้งต่อร่างกฎหมายควบคุมการตลาดฯ ของภาคอุตสาหกรรม (EU ABC และ AMCHAM Thailand)

### 1) ประเด็นการบังคับใช้กฎหมาย

1.1 ช่วงอายุ เสนออายุต่ำกว่า 12 ปีเท่านั้น สอดคล้องกับพันธะสัญญาร่วมกันโดยสมัครใจที่จะไม่โฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มบางประเภทกับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี บทวิจารณ์ทางวิชาการส่วนใหญ่ยอมรับว่าเมื่ออายุ 12 ปี เด็ก ๆ จะพัฒนาพฤติกรรมของตนในฐานะผู้บริโภค จดจำการโฆษณาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถแสดงทัศนคติเชิงวิพากษ์วิจารณ์ต่อการโฆษณาได้

1.2 การห้ามโฆษณา โดยเฉพาะช่วงอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นการห้ามช่วงอายุที่กว้างเกินไป ซึ่งอาจส่งผลให้การห้ามโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิทในท้องตลาด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมอาหาร

1.3 การบังคับใช้กฎหมาย ไม่สามารถทำได้ในทางปฏิบัติ เช่น แนวทางการโฆษณาต่อผู้ใหญ่และเด็ก สถานการณ์ทำให้เกิดการโฆษณาแทน เช่นเดียวกับแอลกอฮอล์ เพื่อเลี่ยงกฎหมาย ตัวอย่าง แบรินด์สินค้าที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปกติในท้องตลาด แต่ต้องการเลี่ยงการโฆษณาตราสินค้าแบบตรง ๆ เนื่องจากต้องห้ามตามกฎหมายว่าด้วยแอลกอฮอล์ โดยโฆษณาน้ำดื่มแทน เพื่อกระตุ้นให้คนยังจำได้เสมอว่าเป็นตราของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

### 2) ประเด็นข้อกังวลของภาคอุตสาหกรรม

2.1 ไม่มีส่วนรวมของบริษัทอาหารข้ามชาติ (multinational food companies) ในการพัฒนากฎหมาย

2.2 ร่างกฎหมายจำกัดการขายผลิตภัณฑ์โดยโรงงานซึ่งผ่านกฎหมายผลิตภัณฑ์ที่ดี อาจทำให้อาหารผลิตภัณฑ์ปรุงสดที่อาจไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารมาตรฐาน สามารถขายได้ในสถานศึกษา

2.3 ภาคอุตสาหกรรมสามารถดูแลตนเองได้ และควบคุมให้ประสบความสำเร็จได้ และแจ้งว่า Nielsen สรุปลงได้ว่าโดยเฉลี่ยแล้ว มีเพียง 1.45% ของโฆษณาออนไลน์ที่แสดงต่อเด็ก (อายุต่ำกว่า 12 ปี) เท่านั้นที่เป็นโฆษณาเกี่ยวกับอาหารและเครื่องดื่มที่มีไขมันสูง

2.4 เห็นควรหารือเพิ่มเติม ซึ่งเดิมมองว่าไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจและผลกระทบต่อธุรกิจอย่างครบถ้วน และขอระยะเวลาในการตอบรับผลกระทบเพิ่มเติม

2.5 แนวทางกฎหมายส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการจ้างงาน และแรงกดดันอุตสาหกรรมทางลบ

### 3) ประเด็น Nutrient Profile

3.1 ควรดำเนินการควบคู่ไปกับกฎหมายหลัก และร่างกฎหมายยังไม่ควรดำเนินการต่อจนกว่าภาคเอกชนจะมีโอกาสแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ Nutrient Profile และได้พัฒนาเกณฑ์อย่างเต็มที่

3.2 การพัฒนา Nutrient Profile ควรอิงตามวิทยาศาสตร์ และปัจจุบันที่หลากหลาย ดังนั้น ควรพัฒนาด้วยอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่ม นักโภชนาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ฯลฯ ถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการร่วมมือทำ Nutrient Profile Model ที่สมจริงและเหมาะสมกับบริบทในท้องถิ่น

### 4) ประเด็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน

4.1 การให้ข้อมูลด้านโภชนาการ ส่งเสริมและให้ความรู้ด้านโภชนาการ และสนับสนุนการใช้ชีวิตที่มีสุขภาพดีในโรงเรียนสำหรับเด็กและผู้ปกครอง เพื่อให้แน่ใจว่าผู้บริโภคเลือกผลิตภัณฑ์อาหารอย่างมีสติ อาหารและเครื่องดื่มทุกชนิดควรบริโภคในปริมาณที่พอเหมาะ ดังนั้น การให้ความรู้ผู้บริโภคเกี่ยวกับการควบคุมปริมาณอาหารที่ควรกินต่อวันเป็นสิ่งสำคัญในการบรรลุผลลัพธ์

4.2 สนับสนุนกฎระเบียบที่พัฒนาขึ้นโดยร่วมมือกับภาคเอกชน และมองว่าแนวทางการกำกับดูแลตนเองได้ดีที่สุด และพร้อมที่จะประชุมเพื่อหารือการสนับสนุน

4.3 สนับสนุนให้เพิ่มข้อมูลบนบรรจุภัณฑ์โดยสมัครใจ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้บริโภค รวมถึงเด็ก เกี่ยวกับประโยชน์ต่อสุขภาพและความเสี่ยงของอาหารและเครื่องดื่มภายใต้ระบบบรรจุภัณฑ์

แนวทางการดำเนินการต่อไป : ทีม Global RECAP สนับสนุนเอกสารและแนวทางตอบข้อโต้แย้งของภาคอุตสาหกรรม ภายใต้ข้อมูลวิชาการที่พบ และการโต้แย้งของภาคอุตสาหกรรมต่อร่างกฎหมายเกิดขึ้นกับทั่วโลก ไม่ได้เพียงประเทศไทย

### รูปภาพกิจกรรมการประชุม





### 8.1.3 สรุปการประชุมปรึกษาหารือการพัฒนาระบบการคัดกรองอาหารและเครื่องดื่ม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผ่านแอปพลิเคชัน FoodChoice

ในวันพุธที่ 18 กันยายน 2567 เวลา 09.00 – 12.00 น. ณ ห้องประชุมอุทัย พิศลยบุตร อาคาร 4 ชั้น 5  
สำนักโภชนาการ กรมอนามัย และผ่านระบบ Web Conference

**ประธานการประชุม :** ดร.พญ.สายพิน โชติวิเชียร ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ มอบหมาย รท.หญิงณิชารัศม์ ปัญจิตรพัฒน์ รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารและยุทธศาสตร์ เป็นประธานการประชุม

**ผู้เข้าร่วมประชุม :** เจ้าหน้าที่จากศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC) นำโดย ดร.สุปิยา เจริญศิริวัฒน์ และเจ้าหน้าที่จากสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อร่วมหาแนวทางในการพัฒนาแอปพลิเคชัน FoodChoice อย่างยั่งยืน สำหรับการสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับสุขภาพให้ประชาชน และพัฒนาระบบคัดกรองอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ไขมัน น้ำตาล โซเดียมเกินเกณฑ์) ภายใต้ง (ร่าง) พ.ร.บ.ควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก

#### ประเด็นสำคัญของการประชุม

##### 2.1 การพัฒนา (ร่าง) กฎหมายควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก

โดย นายภาสกร สุระผัด ผู้แทนสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

- (ร่าง) กฎหมายควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก มีการกำหนดให้ผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มขนม กลุ่มเครื่องดื่ม ต้องคัดกรองเกณฑ์จำแนกอาหารมาตรฐานโภชนาการ (Nutrient Profile) โภชนาการว่าเป็นอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ไขมัน น้ำตาล โซเดียมเกินเกณฑ์) หากเป็นต้องถูกควบคุมการตลาดตามมาตรการที่ร่างกฎหมายกำหนด
- ความเชื่อมโยงของ Application Food Choice ร่างกฎหมาย คือ ระบบการคัดกรองผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มว่าเป็นอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือไม่ และสอดคล้องกับมาตรการที่ 1 คือ การควบคุม ฉลาก อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ต้องให้มีการแสดงสัญลักษณ์กำกับที่เข้าใจง่าย ซึ่ง Application Food Choice สามารถช่วยคัดกรองอาหารและแสดงผลสัญลักษณ์แจ้งว่าเป็นอาหารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ ซึ่งมีประโยชน์ทั้งการเตรียมการกำกับติดตามร่างกฎหมายหากมีการบังคับใช้ และระหว่างยังไม่มีการบังคับใช้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### การกำกวดตามการตลาดฯ หากร่างกฎหมายบังคับใช้

- ในระยะแรกสำหรับผลิตภัณฑ์ที่ใช้ฉลากเดิม 3 ปี การใช้ Application Food Choice จะช่วยในการปฏิบัติตามกฎหมายในมาตรฐานอื่นๆ
  - สถานศึกษา : เลือกผลิตภัณฑ์จำหน่ายในสถานศึกษา
  - ร้านค้าปลีก : การทำการส่งเสริมการขาย เช่น แจก แคม ไข่ การแสดงความคุ้มค่าด้านราคา
- ในระยะที่มีการบังคับการแสดงผลฉลากสมบูรณ์
  - หากแอสกนแล้วพบว่าผลิตภัณฑ์ไม่ผ่านเกณฑ์ แล้วไม่แสดงสัญลักษณ์ ก็ถือว่าไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย

#### ระหว่างการกฎหมายไม่มีผลบังคับ

- ประชาชน ตระหนักถึงผลิตภัณฑ์อาหารหวานมันเค็ม และเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับสุขภาพมากขึ้น
- สถานศึกษา : เลือกซื้อผลิตภัณฑ์จำหน่ายในสถานศึกษา ตามประกาศกระทรวงศึกษา และ สพฐ. ได้ง่ายขึ้น

## 2.2 การขับเคลื่อนและการพัฒนา Food Choice ปัจจุบัน

โดย ดร.สุปิยา เจริญศิริวัฒน์ ผู้แทนศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC)

- การขับเคลื่อนและการพัฒนา Food Choice แอปพลิเคชัน foodchoice ได้จัดทำตั้งแต่ version 1 มีหน่วยงาน อย. ช่วยดำเนินการ โดยแสดงข้อมูลผลิตภัณฑ์กว่า 5,000 รายการ และเนื่องจากกรมอนามัยมีการปรับเกณฑ์ จึงได้จัดทำ version 2 โดยแสดงข้อมูลผลิตภัณฑ์ถึง 9,000 รายการ แสดงให้เห็นว่าหากมีการปรับเกณฑ์ก็จะมีการทำข้อมูลในระบบใหม่ เนื่องจากทั้ง 2 version มีการปรับเกณฑ์ขึ้นใหม่ และถ้ามี version 3 อาจจะต้องมีการมาพิจารณาถึงข้อมูลเดิมว่าเก่าแล้วหรือไม่ หากต้องการวิเคราะห์เรื่องใด ก็จะสามารถดึงข้อมูลที่มีไว้แล้ว มาวิเคราะห์ข้อมูลด้านนั้น ๆ

### อุปสรรคในการดำเนินการ

- 1) ทางเทคโนโลยี ต้องมีการอัปเดตแอปพลิเคชันเสมอ เนื่องจากระบบปฏิบัติการของโทรศัพท์จะรองรับหรือไม่
- 2) การเก็บข้อมูล แม้มีผู้ส่งรูปผลิตภัณฑ์ใน foodchoice แต่ขาดทรัพยากรบุคคลในการกรอกข้อมูล และบุคลากรผู้ที่ยืนยันข้อมูลทางวิชาการ (เดิม อย. เป็นผู้ยืนยันข้อมูลทางวิชาการ)

## 2.3 ข้อเสนอแนะต่อความร่วมมือในการการพัฒนา Food Choice ร่วมกับกรมอนามัยอย่างยั่งยืน

- การจัดทำ MOU ระหว่าง 2 หน่วยงาน และการของบประมาณจาก สสส. ร่วมกันในการขับเคลื่อนการพัฒนา Application Food Choice ร่าง

## 2.3 ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการพัฒนา Food Choice ได้แก่

- การพัฒนาฐานข้อมูลอาหารดำเนินการร่วมกัน: ดำเนินการโดยสามารถใช้ข้อมูลเดิมได้ โดยไม่ติดลิขสิทธิ์ฐานข้อมูล เนื่องจากเป็นข้อมูลที่อยู่ในแอปพลิเคชัน foodchoice ส่วนแหล่งในการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอยู่ที่วิธีการดำเนินการจะว่าจะทำอย่างไร เช่น ไปเก็บข้อมูล ณ สถานที่ประกอบการ แล้วค่อยเข้าสู่กระบวนการลงข้อมูลต่อไป

- การพัฒนาเกณฑ์เกณฑ์จำแนกอาหารมาตรฐานโภชนาการ (Nutrient Profile): การเปลี่ยนเกณฑ์สามารถดำเนินการได้ แต่ต้องมีข้อมูลก่อน และเมื่อมีการปรับเกณฑ์แล้ว จึงสามารถใช้เกณฑ์ใหม่ได้ หากกรมอนามัยเป็นหน่วยงานหลักที่จะใช้เกณฑ์แล้ว ก็สามารถดำเนินการได้

- การพัฒนาการแสดงผลข้อมูล: สามารถเพิ่มสัญลักษณ์ warning sign และปรับเปลี่ยนรูปแบบการแสดงผลตามเสนอได้



### 2.4 ข้อเสนอแนะต่องบประมาณสำหรับการพัฒนา Food Choice

- หากร่างกฎหมาย ยังไม่สามารถบังคับใช้ได้ จะร่วมมือกันหาแนวทางในการคัดกรองผลิตภัณฑ์ โดยจะมีการประสานเรื่องงบประมาณไปยัง สสส. ในการพัฒนาตัวแอป foodchoice

- การใช้งบในการพัฒนาอาจจะพบในเรื่องของระบบ ios หรือ android ทรัพยากรบุคลากร การปรับข้อมูลและการพัฒนาแอปพลิเคชัน แต่เนื่องจากทางกรมอนามัยเสนอเกณฑ์หรือขั้นตอนการคัดกรองที่เพิ่มขึ้น อาจจะมีการปรับหลายส่วน เช่น การแสดงข้อมูลบน website หรือการเชื่อมต่อกับแอปพลิเคชันอื่น ๆ ในส่วนระบบที่คิดว่าจะต้องมี ได้แก่ ระบบเก็บข้อมูล ระบบแสดงข้อมูล และระบบหลังบ้าน ทั้งนี้ จะร่างงบประมาณในกระบวนการจัดทำต่าง ๆ และส่งให้ทางกรมอนามัยต่อไป และเรื่องของลิขสิทธิ์ฐานข้อมูลร่วมกัน หากเป็นการให้ข้อมูลที่ไม่ใช่เชิงพาณิชย์ ก็อาจสามารถให้ได้ ทั้งนี้ เห็นควรหารือร่วมกันอีกครั้ง

**แผนการดำเนินการต่อไป :** ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC) ร่างงบประมาณในกระบวนการจัดทำต่าง ๆ และส่งให้ทางกรมอนามัย เพื่อเสนอขอรับทุนจาก สสส. ในการพัฒนา Application foodchoice ต่อไป

#### รูปภาพกิจกรรมการประชุม



**ความเชื่อมโยงของ Application Food Choice กับร่างกฎหมาย**

1) ควบคุม ฉลาก ไม่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น บาร์โค้ด) และควรให้มีการแสดงสัญลักษณ์กำกับที่เข้าใจง่าย

น้ำตาลสูง    โซเดียมสูง    ไขมันสูง    NUTRI-SCORE A B C D E

**การกีดกันการตลาดจาก ร่างกฎหมายบังคับใช้**

- ในระยะแรกสำหรับผู้ผลิตที่ถือฉลากเดิม 3 ปี กรณีใช้ Application Food Choice จะช่วยในการปฏิบัติตามกฎหมายในอนาคตอื่นๆ
  - สถานศึกษา : เลือกผลิตภัณฑ์จำหน่ายในสถานศึกษา
  - ร้านค้าปลีก : การทำการส่งเสริมการขาย เช่น แจก แคม ไข่ การแสดงความคุ้มค่าด้านราคา
- ในระยะที่มีการบังคับการแสดงฉลากสมบูรณ์
  - หากผู้ประกอบการเลือกที่จะไม่ผ่านเกณฑ์ แล้วไม่แสดงสัญลักษณ์ ก็ถือว่าไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย

**ระหว่างการกฎหมายไม่มีผลบังคับ**

- ประชาชน ตระหนักถึงผลิตภัณฑ์อาหารหวานมันเค็ม และเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับสุขภาพมากขึ้น
- สถานศึกษา : เลือกซื้อผลิตภัณฑ์จำหน่ายในสถานศึกษา ตามประกาศกระทรวงศึกษาฯ และ สพฐ. ใ้ช่วยยื่น

**8.1.4 สรุปประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุม การตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง**

ในวันพุธที่ 16 ตุลาคม 2567 เวลา 09.00 – 12.00 น.

ณ ห้องประชุมอุทัย พิศลยบุตร อาคาร 4 ชั้น 5 สำนักโภชนาการ กรมอนามัย และผ่านระบบ Web Conference

**ประธานการประชุม :** รท.หญิงนิชาวิวัฒน์ ปัญจจิตรพัฒน์ รองผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

**ผู้เข้าร่วมประชุม :** เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานหลักที่ร่วมวางแผนการสร้างภาคีเครือข่าย ได้แก่ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย สำนักพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสมาคมเครือข่ายโรคไม่ติดต่อไทย

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อวางแผนหารือแนวทางการสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายสำหรับสนับสนุนการผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก

**ประเด็นสำคัญของการประชุม**

2.1 (ร่าง) แนวทางการสร้างความเข้าใจต่อภาคีเครือข่ายต่อการขับเคลื่อนกฎหมาย (ร่าง) พระราชบัญญัติ ควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก และแนวทางการสร้างความร่วมมือใน การร่วมผลักดันร่างกฎหมายร่วมกัน

- กิจกรรมอภิปรายเรื่อง “การปกป้องเด็กไทยจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ” โดยมี วัตถุประสงค์ : เพื่อสร้างความตระหนักถึงผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มต่อสุขภาพเด็ก ยืนยันความ มั่นใจของการขับเคลื่อนด้วยกฎหมาย สื่อสารความก้าวหน้าของการดำเนินการขับเคลื่อนร่างกฎหมาย และ แนวทางการสร้างความร่วมมือในการผลักดันร่างกฎหมาย

**รายละเอียดช่วงอภิปราย**

1. ผลการศึกษาวิจัยสถานการณ์แลผลกระทบต่อสุขภาพของการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อ พฤติกรรมสุขภาพเด็กไทย (คำถาม: ผลการศึกษาการตลาดอาหารและเครื่องดื่มส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เด็กไทยอย่างไรบ้าง / เป้าหมาย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงผลกระทบการตลาดฯ ต่อเด็กไทย)

โดย อาจารย์ ดร.นงนุช จินดารัตนาภรณ์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

2. อัปเดตข้อเสนอแนะระดับโลกกับนโยบายปกป้องเด็กจากผลกระทบที่เกิดจากการทำการตลาด ผลิตภัณฑ์อาหาร (Policies to protect children from the harmful impact of food marketing: WHO guideline)

โดย ดร.สุชีรา บรรณาสินธุ์ WHO Thailand

3. การพัฒนาและขับเคลื่อน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพเด็ก

โดย ดร.พญ.สายพิณ โชติวิเชียร ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ

4. กลไกการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย/กิจกรรมในการสนับสนุนการผลักดันร่าง กฎหมายฯ และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง

โดย คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภานนท์ รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ  
**มติและข้อเสนอแนะที่ประชุม :** เห็นชอบตามแนวทาง และขอเพิ่มการสอบถามผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อร่วมแชร์ตัวอย่าง  
 กิจกรรมผลักดันให้กฎหมายเกิดการบังคับเพิ่มเติมใหม่ และสรุปกิจกรรม โดยผู้ดำเนินรายการ

## 2.2 ประเด็นวิธีการหารือกับภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมกำหนดแผนการร่วมผลักดันมาตรการทางกฎหมาย ควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก

- ปรีกษาหารือสำหรับกลุ่มสำหรับภาคีเครือข่ายทุกหน่วยงานที่เข้าร่วม โดยหารือรายละเอียดประเด็นดังนี้

- 1) การป้องกันเด็กจากการตลาดอาหารหวานมันเค็มในปัจจุบัน ของหน่วยงานในปัจจุบัน
- 2) การผลักดันนโยบายสาธารณะ (Policy Advocacy) ที่ควรเป็นและหน่วยงานสามารถสนับสนุนได้
- 3) การสื่อสารสาธารณะสร้างกระแสสังคม (Media Advocacy) ที่ควรเป็นและหน่วยงานสามารถสนับสนุนได้
- 4) การสร้างความรอบรู้ด้านอาหารและผลกระทบการตลาดอาหารฯ ที่ควรเป็นและหน่วยงานสามารถสนับสนุนได้

- โดยมีหน่วยงานร่วมเป็นวิทยากรประจำกลุ่มประกอบด้วย สมาคมเครือข่ายโคโนมิติดต่อไทย สำนัก  
 พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับชาติ (สช.) และสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

**แผนการดำเนินการต่อไป :** ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายสำหรับสนับสนุนการ  
 ผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก เพื่อทำ  
 แผนการร่วมผลักดันมาตรการทางกฎหมายควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ  
 เด็กร่วมกับภาคีเครือข่าย

-----

### รายละเอียดเอกสาร

สรุปประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความร่วมมือในการผลักดัน (ร่าง)  
พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก  
ร่วมกับภาคีเครือข่าย จำนวน 1 ครั้ง คือ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความร่วมมือ  
ภาคีเครือข่ายสำหรับสนับสนุนการผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาด  
อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก (17 ต.ค. 67)

## 8.2 สรุปประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายสำหรับสนับสนุนการผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก

ในวันพฤหัสบดีที่ 17 ตุลาคม 2567 เวลา 09.00 - 16.30 น.  
ณ โรงแรม ทีเค พาเลซ แอนด์ คอนเวนชัน หลักสี่ กรุงเทพมหานคร



### ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายสนับสนุนการผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก (ปริมาณไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูง)

ในวันพฤหัสบดีที่ 17 ตุลาคม 2567 เวลา 09.00 - 16.30 น.  
ณ โรงแรม ทีเค พาเลซ แอนด์ คอนเวนชัน หลักสี่ กรุงเทพมหานคร

ประธานการประชุม : ดร.นพ.ปองพล วรปานิ รองอธิบดีกรมอนามัย

กล่าวรายงานโดย : ดร.พญ.สายพิน โชติวิเชียร ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ

ผู้เข้าร่วมประชุม : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สมาคมเครือข่ายโรคไม่ติดต่อไทย องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WHO Thailand) WHO IDLO แผนงาน WHO CCS-NCD องค์การยูนิเซฟประเทศไทย ภาคีเครือข่าย ด้านสุขภาพ (เช่น ศ.เกียรติคุณ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและนายกสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย รศ.นพ.สุศักดิ์ กันตชูเวชศิริ ประธานเครือข่ายลดบริโภคเค็ม) ด้านเด็ก เยาวชน ครอบครัว (เช่น คุณวาสนา เก้านพรัตน์ ประธานเครือข่ายสิทธิเด็ก เครือข่ายสิทธิเด็ก ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม ผู้จัดการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน คุณเชษฐา มั่นคง ผู้อำนวยการมูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก) ด้านคุ้มครองผู้บริโภค (เช่น มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สำนักงานสภาองค์กรของผู้บริโภค) ด้านการสื่อสาร (เช่น กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน) และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ : เพื่อสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่มต่อสุขภาพเด็ก สื่อสารความก้าวหน้าการดำเนินการพัฒนาและขับเคลื่อนพัฒนา (ร่าง) พระราชบัญญัติฯ และหารือแนวทางการผลักดันร่างกฎหมายปกป้องเด็กไทยจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่วมกัน

ประเด็นสำคัญของการประชุม :

การจัดกิจกรรมภายในงานประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก โดยมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรม 1 อภิปรายเรื่อง “การปกป้องเด็กไทยจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ”



โดยมีรายละเอียดดังนี้

**คำเนิการอภิปรายโดย ดร.เกสัชกรหญิงชนพันธ์ สุขสะอาด สมาคมเครือข่ายโรคไม่ติดต่อไทย หัวข้อ 1 ผลการศึกษาวิจัยสถานการณ์แลผลกระทบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพเด็กไทย โดย ดร.นงนุช จินดารัตนาภรณ์ อาจารย์สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

- ผลการศึกษาวิจัยสถานการณ์แลผลกระทบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพเด็กไทย พบว่า 3 ลำดับแรกของการตลาดอาหารที่เด็กพบเห็น คือ รูปแบบการแสดงรูปการ์ตูนบนฉลากผลิตภัณฑ์ 78.8% การใช้ฟรีเซ็นเตอร์โปรโมทอาหาร 72.6% และป้ายลดราคา 71.6% โดยเด็กพบเห็นเยอะที่สุดในช่องทางสื่อโซเชียลและวีดีโอแชนร์ 84% ซึ่งเด็กเกือบครึ่งพบเห็นการตลาดอาหารแล้วมีผลต่อความชอบและการบริโภคเพิ่มมากขึ้น และเสนอแนะให้กระทรวงสาธารณสุข ควรเร่งออกกฎหมายควบคุมการตลาดอาหารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก

**หัวข้อ 2 อัปเดตข้อเสนอแนะระดับโลกกับนโยบายปกป้องเด็กจากผลกระทบที่เกิดจากการทำการตลาดผลิตภัณฑ์อาหาร (Policies to protect children from the harmful impact of food marketing: WHO guideline)**

โดย ดร.สุชีรา บรรลือสินธุ์ WHO Thailand- สถานการณ์การทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่มทั่วโลก มีการทำการตลาดอย่างหนักหน่วง ส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มี ไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูง High Fat Salt Sugar (HFSS) อาหารแปรรูป หลากหลายช่องทาง เช่น โทรทัศน์ สื่อดิจิทัล สื่อนอกบ้าน ในร้านค้า เป็นต้น ซึ่งแนวทางเพื่อการพัฒนาโยบายเพื่อปกป้องเด็กจากการตลาดอาหารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพฉบับล่าสุดเผยแพร่ปี 2567 มีข้อแนะนำคือ

- 1) ควรเป็นนโยบายภาคบังคับ
- 2) ปกป้องเด็กและเยาวชนทุกกลุ่มวัย
- 3) ใช้เกณฑ์โภชนาการที่กำหนดโดยภาครัฐในการจำแนกอาหารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
- 4) มาตรการครอบคลุมเพียงพอที่จะจำกัดการทำการตลาดข้ามช่องทาง หรือกลุ่มอายุ
- 5) สามารถควบคุมอำนาจการโน้มน้าวของการทำการตลาดได้

**หัวข้อ 3 การพัฒนาและขับเคลื่อน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก**

โดย ดร.พญ.สายพิน ไซติวิเชียร ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ

- 20 ปี ที่ผ่านมามีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่า สาเหตุหนึ่งเกิดจากการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน โซเดียมสูง เช่น ขนมขบเคี้ยว เครื่องดื่มที่มีการเติมน้ำตาล ซึ่งการศึกษาพบว่า 88%ของผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มไทยไม่ผ่านเกณฑ์โภชนาการ และการตลาดกระตุ้นให้เด็กกินอาหารและเครื่องดื่มเหล่านั้นมากขึ้น และการศึกษาไทยพบว่าการปกป้องเด็กจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มหวานมันเค็ม เป็นมาตรการที่เป็นช่องว่างสำคัญของประเทศไทย ตามกรอบมาตรการเพื่ออยู่ภาวะอ้วนในเด็กระดับโลก (WHO ECHO) และประเทศไทยมีกฎหมายบางส่วนที่ควบคุมการตลาดอาหาร แต่ยังมีขาดกฎหมายเฉพาะการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็ก ซึ่งมาตรการนี้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะระดับโลกและระดับประเทศ กรมอนามัยและภาคเครือข่ายจึงร่วมกันพัฒนาร่างกฎหมายขึ้น โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2563 ซึ่งปัจจุบันร่างกฎหมายดังกล่าวดำเนินการประชาพิจารณ์และปรับแก้ไขร่างฉบับหลังประชาพิจารณ์เรียบร้อยแล้ว และอยู่ระหว่างการพิจารณาของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเสนอเข้าสู่กระบวนการทางกฎหมายต่อไป รวมทั้งปัจจุบันกำลังพัฒนาเกณฑ์การจำแนกมาตรฐานโภชนาการสำหรับควบคุมการตลาดตามบริบทของประเทศไทย

หัวข้อ 4 กลไกการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย/กิจกรรมในการสนับสนุนการผลักดันร่างกฎหมาย ฯ และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง

โดย อาจารย์สุทธิพงษ์ วสุโสภานพ รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

- มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 มติ 2.8 การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ในข้อ 4 การจัดทำระเบียบว่าด้วยการตลาดเกี่ยวกับอาหาร ที่มุ่งเป้าหมายไปยังเด็ก และมีผลต่อความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งที่ประชุม ครม. มีมติรับทราบ พร้อมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติ เมื่อวันที่ 20 ก.ค.2553 ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าปัญหานี้ไม่ได้เพิ่งเกิดขึ้น แต่มีความสำคัญตั้งแต่ 15 ปีที่แล้วจนถึงปัจจุบัน ความร่วมมือภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมจะช่วยสนับสนุนการดำเนินการผลักดันได้ เช่น ข้อมูลความรู้ ตัวอย่างพื้นที่ปฏิบัติจริง การลงมือลงแรง การพัฒนาศักยภาพ และการสร้างความสัมพันธ์ เป็นต้น

**กิจกรรม 2 กิจกรรมกลุ่มแนวทางการผลักดันร่างกฎหมายปกป้องเด็กจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่าย** ซึ่งร่วมกันคิดแนวทางการดำเนินการร่วมกัน และมีเป้าหมายร่วมกัน คือ การปกป้องและคุ้มครองเด็กจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน โซเดียมสูงอย่างเป็นรูปธรรม โดยภาคีเครือข่ายประกอบด้วย



### 1) ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ

- 1.1 ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
- 1.2 สมาคมเครือข่ายโรคไม่ติดต่อไทย
- 1.3 เครือข่ายลดบริโภคเค็ม
- 1.4 สำนักพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับชาติ (สช.)
- 1.5 แผนงานโรคไม่ติดต่อ WHO CCS-NCDs
- 1.6 องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WHO Thailand)
- 1.7 องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF Thailand)
- 1.8 มูลนิธิสร้างเสริมวิถีบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ
- 1.9 สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย

## 2) ภาควิชาเครื่องสำอางค์สำหรับเด็ก เยาวชน ครอบครัว

- 2.1 เครื่องสำอางค์สำหรับเด็ก
- 2.2 โครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีในเด็กและเยาวชน องค์การแพลน อินเตอร์เนชั่นแนล ประเทศไทย
- 2.3 เครื่องสำอางค์เด็กไทยไม่กินหวาน
- 2.4 มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก
- 2.5 โครงการเด็กไทยคู่ดีมีพลาณามัย
- 2.6 สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล
- 2.7 กลุ่ม We are Happy องค์การสาธารณประโยชน์

## 3) ภาควิชาเครื่องสำอางค์สำหรับผู้บริโภค

- 3.1 มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค
- 3.2 สำนักงานสภาองค์กรของผู้บริโภค (สอบ.)

## 4) ภาควิชาเครื่องสำอางค์ด้านการสื่อสาร

- 4.1 กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์
- 4.2 แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ
- 4.3 แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน
- 4.4 ทีมสื่อสารแผนอาหารสุขภาพ สสส.



## สรุปประเด็นกิจกรรมกลุ่ม

## 1. การดำเนินการปกป้องเด็กจากการตลาดอาหารหวานมันเค็มในปัจจุบัน

หน่วยงาน	การดำเนินการป้องกันเด็กจากการตลาดอาหารหวานมันเค็มในปัจจุบัน	
ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	กิจกรรม/ประเด็น	1.ประชุมคณะกรรมการของราชวิทยาลัยฯ
	รายละเอียดกิจกรรมเป็นอย่างไร	NCD Alliance จัดเตรียมสไลด์และสรุปสาระสำคัญจาก policy brief (12 พฤศจิกายน 2567)
	กลุ่มเป้าหมาย	คณะกรรมการของราชวิทยาลัยฯ (กุมารแพทย์)
	สถานที่จัด	กรุงเทพมหานคร
	วันเวลาที่จัดกิจกรรม	19 พฤศจิกายน 2567
	กิจกรรม/ประเด็น	2.ประชุมสามัญประจำปี
	รายละเอียดกิจกรรมเป็นอย่างไร	สื่อสารประเด็นผลกระทบการตลาดต่อสุขภาพเด็ก
	กลุ่มเป้าหมาย	กุมารแพทย์ทั่วประเทศไทย
	สถานที่จัด	-
	วันเวลาที่จัดกิจกรรม	เมษายน 2569
เครือข่ายลดบริโภคเค็ม	กิจกรรม/ประเด็น	social media แคมเปญ ร่วมกับสมาคมโรคไต และสมาคมราชวิทยาลัยอายุรแพทย์
	รายละเอียดกิจกรรมเป็นอย่างไร	ผลิตสื่อผ่านช่อง youtube ร่วมกับนักศึกษาที่เป็น salt Ambassador
	กลุ่มเป้าหมาย	ผลิตสื่อที่ชี้แจงเรื่องสุขภาพให้ประชาชน
	สถานที่จัด	-

หน่วยงาน	การดำเนินการป้องกันเด็กจากการตลาดอาหารหวานมันเค็มในปัจจุบัน	
	วันเวลาที่จัดกิจกรรม	สัปดาห์ลดเค็ม เดือนมีนาคม
Association of Thai NCD Alliance	<b>กิจกรรม/ประเด็น</b>	<b>1. mass media</b>
	รายละเอียดกิจกรรมเป็น อย่างไร	มอบของขวัญแก่เด็กไทยเนื่องในวันเด็ก
	กลุ่มเป้าหมาย	เด็ก(ทางตรง) ผู้บริหาร (ทางอ้อม)
	สถานที่จัด	สื่อออนไลน์ และสื่อสำนักข่าว
	วันเวลาที่จัดกิจกรรม	เสาร์ที่ 2 ของเดือนมกราคม 2568
	<b>กิจกรรม/ประเด็น</b>	<b>2. policy advocacy</b>
	รายละเอียดกิจกรรมเป็น อย่างไร	กรณีศึกษาจากเด็กที่มีภาวะอ้วนที่ได้รับผลกระทบจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มฯ ที่ได้รับการ ดูแลรักษาโรคอ้วนจนประสบความสำเร็จ
	กลุ่มเป้าหมาย	อธิบดีกรมอนามัย
	สถานที่จัด	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
	วันเวลาที่จัดกิจกรรม	ปลายปี 2567
	<b>กิจกรรม/ประเด็น</b>	<b>3. social media communication</b>
	รายละเอียดกิจกรรมเป็น อย่างไร	สื่อสารผ่านช่องทางสื่อสารสาธารณะ
กลุ่มเป้าหมาย	1. พ่อ แม่ ผู้ปกครอง (ดูแลเด็กต่ำกว่า 5 ปี) 2. สถานศึกษา (เด็กวัยเรียน) 3. ภาคประชาสังคม (บริษัท/ผู้ผลิตอาหาร นักข่าว นักการตลาด)	

หน่วยงาน	การดำเนินการป้องกันเด็กจากการตลาดอาหารหวานมันเค็มในปัจจุบัน	
	สถานที่จัด	สื่อออนไลน์
	วันเวลาที่จัดกิจกรรม	หลังเดือนกุมภาพันธ์ 2568
	กิจกรรม/ประเด็น	4.จัดทำเอกสารต่อราชวิทยาลัยต่างๆ
	รายละเอียดกิจกรรมเป็นอย่างไร	จัดเตรียมสไลด์และสรุปสารสำคัญจาก policy brief
	กลุ่มเป้าหมาย	ราชวิทยาลัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
	สถานที่จัด	-
	วันเวลาที่จัดกิจกรรม	ตั้งแต่พฤศจิกายน 2567 (เริ่มจากราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ฯ)
	กิจกรรม/ประเด็น	5. ประชุมวิชาการประจำปี 2568
	รายละเอียดกิจกรรมเป็นอย่างไร	สาระสำคัญ (ร่าง) พรบ.ควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก การขับเคลื่อน พรบ.ฯ
	กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล
	สถานที่จัด	กรุงเทพมหานคร
	วันเวลาที่จัดกิจกรรม	กุมภาพันธ์ 2568
UNICEF	กิจกรรม/ประเด็น	1. healthy living healthy eating campaign
	รายละเอียดกิจกรรมเป็นอย่างไร	ประเด็นหลักต้องการกระตุ้นให้เด็กกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น

หน่วยงาน	การดำเนินการป้องกันเด็กจากการตลาดอาหารหวานมันเค็มในปัจจุบัน	
	กลุ่มเป้าหมาย	1. พ่อ แม่ ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 2.วัยรุ่นอายุ 10-24 ปี
	สถานที่จัด	-
	วันเวลาที่จัดกิจกรรม	อยู่ระหว่างพัฒนา
	กิจกรรม/ประเด็น	2. healthy lifestyle campaign (เฉพาะ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยะลา ปัตตานี นราธิวาส)
	รายละเอียดกิจกรรมเป็นอย่างไร	สุขภาพจิต/โภชนาการ/ออกกำลังกาย
	กลุ่มเป้าหมาย	เด็ก 15-24 ปี (กศน.)
	สถานที่จัด	-
	วันเวลาที่จัดกิจกรรม	อยู่ระหว่างพัฒนา
	กิจกรรม/ประเด็น	3. พบอธิบดี
	รายละเอียดกิจกรรมเป็นอย่างไร	-
	กลุ่มเป้าหมาย	-
	สถานที่จัด	-
	วันเวลาที่จัดกิจกรรม	ต้องหารือกับ WHO ก่อนกำหนดวันเข้าพบ

หน่วยงาน	การดำเนินการป้องกันเด็กจากการตลาดอาหารหวานมันเค็มในปัจจุบัน	
International development Law Organization (IDLO)	กิจกรรม/ประเด็น	สนับสนุนวิชาการด้านการขับเคลื่อนกฎหมาย
	รายละเอียดกิจกรรมเป็นอย่างไร	สนับสนุนวิชาการ/สนับสนุนการเงินในการขับเคลื่อนกฎหมาย (ผ่านหน่วยงาน CSO องค์กรภาคประชาสังคม)
	กลุ่มเป้าหมาย	-
	สถานที่จัด	-
	วันเวลาที่จัดกิจกรรม	ปัจจุบัน-2569
สำนักพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับชาติ (สช.)	ผลักดันการจัดการระบบอาหารโรงเรียน นโยบายสาธารณะการสร้างสภาพแวดล้อม <u>ปัญหา</u> สภาพแวดล้อมรอบโรงเรียน	
กรมควบคุมโรค	มีการปรับสูตรอาหาร ทำใน setting ผู้ใหญ่ ในเด็กยังไม่ได้ดำเนินการ กำลังทำร่าง พ.ร.บ. NCDs และสนับสนุนให้ระดับท้องถิ่น/อำเภอมีข้อตกลงร่วมกัน และตอนนี้เน้นยุทธศาสตร์เกลือ	
สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย	ให้ความรู้ครู พ่อแม่เด็ก <u>ปัญหา</u> การเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่ดีไม่เพียงพอ ยังมีขนมหวาน น้ำอัดลม	
อ.จกสนี	มีประสบการณ์ 2,000 โรงเรียนทั่วประเทศ คู่มือมาตรฐานระบบการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา ยังไม่ได้กระจาย/เข้าถึงทุกโรงเรียน <u>ปัญหา</u> เด็กรีบกินข้าว เพื่อไปซื้อน้ำหวาน จากร้านรถเข็นหน้าโรงเรียน <u>แนวทางแก้ปัญหา</u> เสนอให้มีตัวชี้วัด/ภาระงาน (ประเด็นโภชนาการ ลดหวาน มัน เค็ม) ของผู้ดูแลโรงเรียน (ผอ. ครู) มีระบบกำกับติดตาม สร้างสารวัตรนักเรียน และมีการให้ reward สำหรับที่โรงเรียนที่ทำได้ดี	
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม	เป็นผู้วิจัย ประเด็นอาหาร วิจัยการใช้เกณฑ์มาตรฐานต่างๆ มาพิจารณาผลิตภัณฑ์อาหารที่จำหน่ายในท้องตลาด ปัจจัยทางการค้าที่มีผลต่อการบริโภคอาหาร	

หน่วยงาน	การดำเนินการป้องกันเด็กจากการตลาดอาหารหวานมันเค็มในปัจจุบัน
มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค	มีการดำเนินการโดยใช้สิทธิการในการสื่อสารการบริโภคอาหารที่หวานมันเค็ม มีการเฝ้าระวังอาหารและขนมเด็ก โดยการสำรวจอาหารและเครื่องดื่มในกรุงเทพฯ เพื่อดูสถานการณ์การเลือกอาหารขนมของเด็ก โดยมีการแถลงข่าว ตค 67 เพื่อแถลงผลการการสำรวจ ข้อค้นพบจากการเลือกซื้อขนมของเด็ก ผ่านช่องทางในสื่อต่างๆ เพื่อให้เกิดผลกระทบในวงกว้าง ตัวอย่าง ผู้ร่วมแถลงข่าวที่ผ่านมา : เครือข่ายโรคไต/ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค นิตยสารฉลาดซื้อ
แผนงานสื่อ ศิลปวัฒนธรรมสร้าง เสริมสุขภาพ	- โครงการอย่าปล่อยให้เด็กอ้วน มีเครือข่าย 60 โรงเรียน มีสื่อและนวัตกรรมต่างๆ เช่น คู่มือหลักสูตรในการบูรณาการ - ท้องถิ่นเกิดนโยบายหลักสูตรบูรณาการอาหารกลางวัน และมื่ออื่นๆ เพื่อให้ท้องถิ่นมีการ กำหนดให้มีการจัดอาหารที่มีจาก ท้องถิ่น โดยขณะนี้มีการขับเคลื่อนใน กทม และจะขับเคลื่อนที่จะขับเคลื่อนต่อ ที่ อปท และสพฐ รวมไปถึงภาคเอกชนระดับ สื่อมวลชนท้องถิ่น มีเครือข่าย 4 ภูมิภาค มีการหนุนเสริมมาตรการที่เกี่ยวข้อง โดยภาควิชาชีพ ให้เกิดการผลักดันทั้งเครือข่าย ส่วนกลาง ในพื้นที่และออนไลน์ ช่วยกันขับเคลื่อนในการรณรงค์ ระดับการสื่อสารในชุมชน สื่อชาวบ้าน เสียงตามสาย วิทยุชุมชน เคเบิลท้องถิ่น
แผนงานสร้างเสริม วัฒนธรรมการอ่าน	นิทานเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการกินอาหาร ได้แก่ คู่มืออร่อยจัง โอ้โฮฮิปโปตัวใหญ่ (สามารถให้เนื้อหาเพื่อนำไปปรับปรุง นิทานดังกล่าวได้)
สภาองค์กรผู้บริโภค	- ผลักดันร่างพรบ. อาหารภาคประชาชน .ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอาหาร เช่น การโฆษณาที่ไม่เกินจริง - การรณรงค์ร่วมกับท้องถิ่น ในการควบคุมฉลากอาหาร เช่น อาหารรอบรั้วโรงเรียน เพื่อการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีในโรงเรียน เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังเช่นอาหารปลอดภัยอาหารหวานมันเค็ม โดยมีองค์กร 324 องค์กร ที่จะช่วยขับเคลื่อนการควบคุม การตลาดอาหาร ที่มาจากต่างประเทศ เช่น เสนอมาตรการที่เกี่ยวข้องเช่น เสนอว่าควรมีฉลากภาษาไทย
เครือข่ายสิทธิเด็ก ประเทศไทย	1.เครือข่ายทำหลายประเด็นจึงมีองค์กรที่ทำแต่ละด้าน ส่งเสริมพัฒนาพฤติกรรมและมาตรฐานเช่น การเลี้ยงดูลูก องค์กรแพลน ซึ่ง ดูแลเรื่องของคุณภาพ เมื่อทางมูลนิธิได้ทราบเรื่องเกี่ยวกับการตลาด 2.ต้องรู้ว่าบริโภคให้ดีได้อย่างไร ควรสื่อสารให้เด็กรู้ 2 อย่างคือ ทั้งดีและไม่ดี แล้วให้เด็กผลิตสื่อที่กระตุ้นให้มีการป้องกันเด็กจาก การตลาด และครอบครัวมีการปรับพฤติกรรมในการดูแลลูก

หน่วยงาน	การดำเนินการป้องกันเด็กจากการตลาดอาหารหวานมันเค็มในปัจจุบัน
	<p>3.ควรเน้นเรื่อง early detection</p> <p>4.เสนอให้มีการ educate เด็ก และชื่นชมภาคเอกชนที่มีการดำเนินการดี เช่น การจัดโซนที่เป็น healthy หรือการจำหน่ายอาหารที่ดีต่อสุขภาพ</p> <p>5. จัด webinar ในการจัดชี้แจงเกี่ยวกับเรื่องของ FM เพื่อให้เครือข่ายมีความเข้าใจ และสร้างการรับรู้ ด้านสุขภาพ</p> <p>6.ยกระดับประเด็นการสื่อสารในทุกองค์กร</p> <p>7.ความรอบรู้ด้านสุขภาพไปกระจายให้กับเครือข่ายของทุกองค์กร</p> <p><b>ข้อเสนอแนะ</b></p> <p>1. การชักชวนเด็กเข้าร่วมโครงการ Feeling, finding, future เพื่อให้เด็กเป็น change agent</p> <p>2. การส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรเกี่ยวกับอาหาร</p> <p>3. platform ที่ใช้ในการสื่อสารทั่วประเทศ (นำเสนอสถานการณ์เด็กที่เป็นโรค NCDs เด็กที่มีการเสียชีวิตจากโรค NCDs ระบบการกำกับติดตาม) เพื่อสร้างให้ประชาชนตระหนักในความรุนแรง</p> <p>4. นำเด็กและเยาวชนเข้าพบรัฐมนตรีเพื่อให้มีการขับเคลื่อนพรบ. FM</p> <p>5. พูดคุยกับผู้ประกอบการในการผลิตอาหารที่เป็นทางเลือกให้เด็กบริโภค</p> <p>6.ติดตาม commitment ที่แต่ละหน่วยงานได้แจ้งไปว่ามีการดำเนินการไปอย่างไรบ้าง</p> <p>7. ควรมีการทำ planing, monitoring, and evaluation โดยทีมกลางที่ดำเนินงานเป็นผู้ติดตาม</p> <p>8.ควรมีแนวร่วมในการช่วยให้ความคิดเห็นเพื่อสนับสนุนการเสนอร่างพรบ.ต่อ สส.และสว.</p> <p>9.เข้าพบรัฐมนตรีเพื่อยื่นข้อเสนอการผลักดัน และแถลงข่าว (ในเดือนสิทธิเด็ก 20 พย.)</p> <p>10.การทำ speech ของเด็กและเยาวชน หรือละครเวทีของเด็ก</p> <p>11.ควรมีร่าง พรบ. ฉบับประชาชนร่วมด้วยเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหา</p>

หน่วยงาน	การดำเนินการป้องกันเด็กจากการตลาดอาหารหวานมันเค็มในปัจจุบัน
องค์การแพลน อินเตอร์เนชันแนล ประเทศไทย	<p>1. เรื่อง NCD จะมีส่วนที่เกี่ยวข้อง พัฒนาเยาวชนแกนนำในพื้นที่ช่วยขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ เช่น ให้เด็กขับเคลื่อนในพื้นที่ จัดเวทีเพื่อสื่อสารพรบ.FM ทางองค์การจะไปดูเนื้อหาว่าจะเชื่อมโยงกับการดำเนินงานได้อย่างไรบ้าง</p> <p>2. Young health program ambassador ปัญหาสำคัญหลักในรร. เช่นอาหารกลางวันในรร. ที่ไม่ใส่ผักให้เด็กกิน มองในเรื่องสุขภาพจิตที่มีผลต่อพฤติกรรมกินที่ส่งผลให้กินอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน โซเดียมสูง และการกินอาหารแปรรูป และผลประโยชน์ในรร.</p> <p>3. การทำคลิปสั้น 3 นาที เพื่อให้เด็กสนใจเผยแพร่ทาง Tiktok และ IG</p>
เครือข่ายเด็กไทยไม่กิน หวาน	<p>1. โรงเรียนอ่อนหวาน โรงอาหารปลอดภัย ห้ามการจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีในโรงอาหาร เช่น ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม สนับสนุนให้ชุมชนผลิตอาหารกลางวันให้แก่โรงเรียน</p> <p>2. นำประกาศของ ศธ และ สพฐ. ในการคัดเลือกอาหารและเครื่องดื่มที่จำหน่ายในสหกรณ์โรงเรียน มาช่วยควบคุมการจัดสิ่งแวดล้อมด้านอาหารในโรงเรียน</p> <p>3. มีโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการประมาณ 300 รร.ส่วนใหญ่เป็นรร.สังกัด สพฐ. น้ำหวานที่มีน้ำตาลไม่เกิน 5%</p>
รร.กรุงเทพคริสเตียน	<p>1. เด็ก ม.1-ม.6 ควรมีการสร้าง mind set ตั้งแต่เด็กเล็ก และควรส่งเสริมให้เด็กสอนเด็กด้วยกันเอง กินพอดีไม่มีอ้วน โภชนาการ สมวัย บูรณาการในวิชาวิทยาศาสตร์ สังคม คณิตศาสตร์</p> <p>2. ควรมีการขับเคลื่อนทั้งครู ผู้บริหาร ผู้ปกครอง ร้านค้า มีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพทุกคน เช่น ร้านค้าที่เป็นของทอดไม่เกิน 3 เสรีฟิ้วข้าวกล้องร่วมกับข้าวขาว เริ่มทำรร.ปลอดน้ำอัดลมในปีที่ 150 ให้ร้านค้าเติมผักให้แก่เด็ก</p> <p>3. สอนให้เด็กเป็น อย.น้อย มีการประเมินภาวะโภชนาการ สอนอ่านฉลากโภชนาการ ผ่านชมรม</p> <p>4. โครงการบ้านสายใยระหว่างรร.และบ้าน เพื่อดึงผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดอาหารสุขภาพ</p>
มูลนิธิเพื่อการพัฒนา เด็ก	<p>โครงการส่งเสริมสุขภาพในรร.ร่วมกับ รพ.สต สสจ. (น่าน แม่ฮ่องสอน ตาก บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี มหาสารคาม ปัตตานี ยะลา นราธิวาส) โครงการอาหารปลอดภัยในการสร้างเด็กเพื่อพัฒนาสื่อ รมรงค์กับเพื่อนด้วยตนเอง</p> <p>กิจกรรม/ประเด็น                      แนะนำพรบ. FM</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย                      สส.ณัฐวุฒิ และ สว.ประภาส กรรมาธิการเรื่องเด็ก</p> <p>สถานที่จัด                              งานเกี่ยวกับอุบัติเหตุในเด็ก</p>

หน่วยงาน	การดำเนินการป้องกันเด็กจากการตลาดอาหารหวานมันเค็มในปัจจุบัน
	วันเวลาที่จัดกิจกรรม 18 ตค 67
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มี platform เด็กในศตวรรษที่ 21 สำหรับผู้ดูแลเด็กให้ความรู้ สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัย การคำนวณโภชนาการสำหรับเด็กในแต่ละสัปดาห์</li> <li>2. กำลังจะเผยแพร่ platform school health สำหรับเด็กวัยเรียนวัยรุ่น 12 หัวข้อ ซึ่งมีประเด็นเกี่ยวกับโภชนาการ</li> </ol>
เครือข่ายโรคไม่ติดต่อ	การแทรกเนื้อหาและจัดการค่ายเด็กอ้วนร่วมกับเด็กไทยไม่กินหวาน การเลือกกินอาหารน้าร. เน้นเด็กและผู้ปกครอง และติดตามผลหลังจากเข้าร่วมโครงการ คู่มือการจัดการค่าย

## 2. แผนการร่วมผลักดันมาตรการทางกฎหมายควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กของภาคีเครือข่าย

### 2.1 การผลักดันนโยบายสาธารณะ (Policy Advocacy)

ระยะเวลา	ขั้นตอนการเสนอกฎหมาย	กิจกรรม (ทำอะไร/อย่างไร)	กลุ่มเป้าหมาย	สถานที่	สิ่งที่ต้องสนับสนุน (อะไร/จากใคร)	หน่วยงานหลัก/หน่วยงานร่วม
พ.ย.-ธ.ค. 67	อธิบดีกรมอนามัยใหม่	เข้าพบอธิบดีกรมอนามัย (ปลายปี 2567)	อธิบดีกรมอนามัย	กรมอนามัย	-	Association of Thai NCD Alliance
-	-	นโยบายในระดับท้องถิ่น (นโยบายหลักสูตรบูรณาการอาหารกลางวัน และมี้อื่นๆ ซึ่งอยู่ในระหว่างการผลักดัน)	อปท สพฐ เอกชน			หลัก : แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ
-	-	การสื่อสารกับทางการเมือง	สส. นักการเมือง ที่สนใจประเด็นนี้	-	-	-

#### ข้อเสนอแนะกิจกรรม

1. สื่อสารให้ความรู้และความเข้าใจกับฝ่ายนิติบัญญัติ
2. การให้ความรู้ผ่านจุลนิติแก่ สว. โดยเป็นการสัมภาษณ์และเผยแพร่ลงวารสารจุลนิติ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ สว. ในการพิจารณากฎหมาย
3. มี Influencer สื่อสารสร้างความเข้าใจให้ประชาชน
4. ควรมีการเสนอร่าง พรบ. ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในวันที่ 27-28 พย 67
5. ควรมีวิธีการนำเสนอและสื่อสารที่เด่นและโดนเพื่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดการเปลี่ยนแปลงย. 67

6. หาแนวร่วมในการ Support ข้อมูลไปเสนอระดับนโยบาย

7. นำเสนอรร.ที่ประสบความสำเร็จแล้ว

## 2.2 การสื่อสารสาธารณะสร้างกระแสสังคม (Media Advocacy) และการสร้างความรอบรู้ด้านอาหารและผลกระทบการตลาดอาหารฯ

ระยะเวลา	ช่วงขั้นตอนการเสนอ กฎหมาย	กิจกรรม (อะไร/เรื่องอะไร)	กลุ่มเป้าหมาย	สถานที่/ช่องทาง	หน่วยงานหลัก/หน่วยงาน ร่วม	สิ่งที่ต้องสนับสนุน (คน งบประมาณ ของ)
พ.ย.-ธ.ค. 67	อธิบดีกรมอนามัยใหม่	- เสวนา - ประเด็นผลกระทบการตลาดต่อ สุขภาพเด็ก	พ่อแม่ผู้ปกครอง ประชาชน	ออนไลน์	หลัก : สมาคมพ่อแม่ ผู้ปกครอง	- วิทยากร - เนื้อหาร่าง กฎหมาย - งบประมาณใน การจัดจากสำนัก โภชนาการ
พ.ย.-ธ.ค. 67	ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	จัดทำเอกสารต่อราชวิทยาลัยต่างๆ (จัดเตรียมสไลด์และสรุปสารสำคัญ จาก policy brief) พย. 67 เป็นต้น ไป	ราชวิทยาลัยต่างๆ ที่ เกี่ยวข้อง		Association of Thai NCD Alliance	เนื้อหา Policy brief จากกรม อนามัย
		ประชุมคณะกรรมการของราช วิทยาลัยฯ (19 พย 67)	คณะกรรมการของ ราชวิทยาลัยฯ (กุมาร แพทย์)	กรุงเทพ	ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ แห่งประเทศไทยและ สมาคมกุมารแพทย์แห่ง ประเทศไทย	
		ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (27-28 พย 67)				

ระยะเวลา	ช่วงขั้นตอนการเสนอ กฎหมาย	กิจกรรม (อะไร/เรื่องอะไร)	กลุ่มเป้าหมาย	สถานที่/ช่องทาง	หน่วยงานหลัก/หน่วยงาน ร่วม	สิ่งที่ต้องสนับสนุน (คน งบประมาณ ของ)
		การแถลงข่าว "ผลการสำรวจฉลาก สินค้า (ปริมาณโซเดียมในขนม อาหารและเครื่องดื่ม)"	เด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครองประชาชน	ออนไลน์	มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค	
ธ.ค. 67 - ก.พ.68	รัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุข	mass media (มอบของขวัญแก่ เด็กไทยเนื่องในวันเด็ก) มค 68	เด็ก(ทางตรง) ผู้บริหาร (ทางอ้อม)	สื่อออนไลน์ และ สื่อสำนักข่าว	Association of Thai NCD Alliance	
		IHPP NCDs (ECO system)			งานวิจัยอาจารย์นงนุช	
		ศึกษา สำรวจ สินค้าอาหารใน กิจกรรมวันเด็ก (poll) เพื่อนำ ข้อมูลมาใช้ในการสื่อสาร และ แถลงข่าวและยื่นต่อกรมว. (ภายใน 3 วัน หลังจากวันเด็ก)	งานวันเด็กในพื้นที่	สำรวจแบบ online ในวันเด็ก	มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และ เครือข่ายอื่นๆ	เครือข่ายในพื้นที่
		สื่อสารเรื่องของการให้ของขวัญวัน เด็ก เช่น การเลือกซื้ออาหารที่ไม่ หวานมันเค็มให้เด็ก				
		เสียงจากคุณหมอ		ออนไลน์		
		<b>ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม</b> <b>ภาครัฐ</b> 1. กิจกรรมจัดอีเว้นท์ เวทีเสวนา และมี Influencer				

ระยะเวลา	ช่วงขั้นตอนการเสนอ กฎหมาย	กิจกรรม (อะไร/เรื่องอะไร)	กลุ่มเป้าหมาย	สถานที่/ช่องทาง	หน่วยงานหลัก/หน่วยงาน ร่วม	สิ่งที่ต้องสนับสนุน (คน งบประมาณ ของ)
		<p>2. เจ้าภาพพร้อมภาคีเครือข่ายเข้าพบและร่วมให้ข้อมูล รวมถึงความร่วมมือของ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย</p> <p>3. ขับเคลื่อนกับสมัชชาสุขภาพ (สช. มีเวทีสาธารณะ ตลาดนัดนโยบาย เชิงประชาสัมพันธ์)</p> <p>4. ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ และ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>5. สื่อสารผ่านเครือข่ายนักกำหนดอาหารกว่า 5,000 คน ครอบคลุม 13 เขตสุขภาพ</p> <p><b>ภาคประชาสังคม</b></p> <p>1. ภาคประชาสังคม NGO สภาองค์กรผู้บริโภค สภาอุตสาหกรรม และภาคีเครือข่าย ประชาชน ยื่นจดหมายเปิดผนึก</p> <p>2. ทหารายชื่อสนับสนุน (ประชาชน สมาคมผู้ปกครองโรงเรียน) โดยมีการสรวบย่อ ประเด็น คลิปสั้น ๆ แผ่นพับ เพื่อสื่อสารให้ภาคประชาชนเข้าใจง่าย ซึ่งจะต้องสร้างระบบการรักษาข้อมูลที่ดี เพื่อให้ประชาชนมั่นใจว่าข้อมูลจะไม่รั่วไหล ซึ่งอาจมีสำรวจรายชื่อโดยมีเครือข่าย และ อสม. สนับสนุน</p> <p><b>ภาคสื่อสารมวลชน</b></p> <p>1. สื่อสารทุกรูปแบบ รวมถึงการมี Influencer สร้างกระแสสังคม (ช่อง 5, 10, ThaiPBS, TikTok)</p>				
ก.พ. - เม.ย. 68	<p>กรม. ครั้งที่ 1 (เห็นชอบโดยหลักการ) - การบรรจุในวาระ กรม.</p>	social media communication (หลังเดือนกุมภาพันธ์ 68)	<p>พ่อ แม่ ผู้ปกครอง (ดูแลเด็กต่ำกว่า 5 ปี)</p> <p>2. สถานศึกษา (เด็ก วัยเรียน) 3. ภาค ประชาสังคม (บริษัท/ ผู้ผลิตอาหาร นักข่าว นักการตลาด)</p>	<p>สื่อสารผ่าน ช่องทางสื่อ สาธารณะ</p>	Association of Thai NCD Alliance	
		ประชุมวิชาการประจำปี 2568 (กพ 68)	บุคลากรทาง การแพทย์ พยาบาล		Association of Thai NCD Alliance	
		Social media ผ่าน youtube ร่วมกับ salt ambassdor (เม.ย.)	ประชาชนทั่วไป	ออนไลน์	Low salt Network/ สมาคมโรคไต/อายุร	

ระยะเวลา	ช่วงขั้นตอนการเสนอ กฎหมาย	กิจกรรม (อะไร/เรื่องอะไร)	กลุ่มเป้าหมาย	สถานที่/ช่องทาง	หน่วยงานหลัก/หน่วยงาน ร่วม	สิ่งที่ต้องสนับสนุน (คน งบประมาณ ของ)
					แพทย์/Plan international Thailand	
		ประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ				
		<b>ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม</b> <b>ภาคการเมือง</b> 1. ศึกษาและรวบรวมรายชื่อนักการเมืองที่สนใจ เพื่อมีแรงสนับสนุนในการขับเคลื่อน 2. สร้างเครือข่ายสนับสนุนภาคการเมือง (กรมการสาธารณสุข/กรมการเด็ก/คุ้มครองผู้บริโภค) <b>**มีเจ้าภาพกำกับ ติดตาม กิจกรรมในแต่ละช่วงระยะเวลา (ระดับประเทศ: ปลัด สธ., เลขา: กรมอนามัย สภ. ระดับจังหวัด: ผู้            ว่าฯ)</b>				
เม.ย. - มิ.ย. 69	ประกาศเป็นกฎหมายใน ราชกิจจานุเบกษา	ประชุมสามัญประจำปี (สื่อสาร ประเด็นผลกระทบการตลาดต่อ สุขภาพเด็ก) เม.ย.69	กุมารแพทย์ทั่ว ประเทศไทย	กรุงเทพ	ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ แห่งประเทศไทยและ สมาคมกุมารแพทย์แห่ง ประเทศไทย	-
ตลอดทั้งปี	-	ข้อมูลสื่อสาร เด็กอ้วนในเห็น สถานการณ์ ในภาพจังหวัดให้เห็น ภาพ เช่น เด็กอ้วนวันนี้เป็นโรค NCDs ในอนาคต เพื่อสร้างแรง กระตุ้น ในการสังคม เช่น การ เชื่อมโยงกับการขับเคลื่อนกับการ เลือกตั้งกับบจ.	-	-	-	-

ระยะเวลา	ช่วงขั้นตอนการเสนอ กฎหมาย	กิจกรรม (อะไร/เรื่องอะไร)	กลุ่มเป้าหมาย	สถานที่/ช่องทาง	หน่วยงานหลัก/หน่วยงาน ร่วม	สิ่งที่ต้องสนับสนุน (คน งบประมาณ ของ)
		จัดมหกรรมสุขภาพในเรื่องของการ ส่งเสริมสุขภาพ การร่วมกับภาคี เครือข่ายภาครัฐและเอกชน	เด็ก	-	-	-
		สื่อสารผ่านรายการนโยบาย ประชาชน (รายการใหม่ในช่อง Thai PBS)	-	โทรทัศน์	-	-
		นิทานเพื่อสร้างการเรียนรู้ในเรื่อง การตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก	เด็ก พ่อแม่ผู้ปกครอง ประชาชน	เล่ม	แผนงานสร้างเสริม วัฒนธรรมการอ่าน	-
		ของบประมาณสนับสนุนกับกองทุน พัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ เพื่อจัดทำสื่อรู้เท่าทันอาหารหวาน มัน เค็ม	เด็ก			

#### สิ่งที่ต้องการสนับสนุนในการดำเนินการ

1. ข้อมูลสนับสนุน (เช่น สถานการณ์เด็กที่เป็นโรค NCDs เด็กที่มีการเสียชีวิตจากโรค NCDs ระบบการกำกับติดตาม)
2. การประสานงาน
3. การจัดกิจกรรมเช่น การเล่นเกมส์ เพื่อให้เกิด transformative learning แก่ stakeholder
4. workshop สำหรับเด็กและเยาวชนเพื่อเตรียมตัวก่อนเข้าพบรัฐมนตรี (อาจทำในช่วงวันสิทธิเด็ก หรือของขวัญวันเด็ก)
5. การส่งเสริมและติดตามสุขภาพประชาชน

6. การให้ความรู้และคำแนะนำในการเลือกกินอาหาร
7. การทำสื่อประชาสัมพันธ์ในรพ. ผ่านทีวีที่อยู่ในรพ.
8. การเผยแพร่ข้อมูลในพื้นที่สร้างสรรค์ของชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้แก่ประชาชน

#### 4. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1. ควรมีการประชุมกลุ่มย่อยเฉพาะเรื่องและสื่อสารแผนอย่างต่อเนื่อง ในทุกๆ ช่วงเวลา
2. มีกลุ่มไลน์หรือช่องทางในการสื่อสารเฉพาะ
3. ควรมีการส่งเสริมการจัดการตั้งแต่ช่วงเด็กปฐมวัยไปจนถึงวัยเรียน ให้เห็นภาพในการสื่อสาร เรื่อง มหกรรมการสื่อสารในการรณรงค์ โดยเน้นเด็กเป็นผู้ขับเคลื่อน
4. ควรมีการสื่อสารทั้งเชิงลบและเชิงบวก เพื่อเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับในการขับเคลื่อนงาน
5. เสนอว่าควรใช้เด็กในการสื่อสารหรือขับเคลื่อน เช่น การเสนอรอมว.
6. เพิ่มมาตรการเชิงบวกให้กับผู้ประกอบการ เช่น การลดหย่อนภาษี เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ประกอบการ หลักทรัพย์ ให้รางวัลเชิดชูเกียรติ ภาครัฐช่วยโปรโมทผลิตภัณฑ์
7. โครงสร้างของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานขับเคลื่อนทางกฎหมาย เช่น การกำกับติดตาม

**แผนการดำเนินการต่อไป :** ประชุมคณะทำงานประสานภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการผลักดันร่างกฎหมายที่เกี่ยวกับการปกป้องเด็กจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อพัฒนาร่างแผนการดำเนินการร่วมผลักดันร่างกฎหมาย และดำเนินการตามแผนการดำเนินการต่อไป

รายละเอียดเอกสาร

เอกสารข้อเท็จจริง (factsheet)

ต่อประเด็นสำคัญของข้อโต้แย้งต่อร่างกฎหมาย

### 9. เอกสารข้อเท็จจริง (factsheet) ต่อประเด็นสำคัญของข้อโต้แย้งต่อร่างกฎหมาย

#### 1. รายละเอียดแต่ละมาตรการควบคุมการตลาดและสาระสำคัญของร่างกฎหมายเป็นอย่างไร และกลุ่มที่ได้รับผลกระทบในแต่ละมาตรการควบคุมคือผู้ใด

##### - นียามตามร่างกฎหมาย

“เด็ก” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์

“อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก” หมายความว่า อาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูง หรืออาหารและเครื่องดื่มอื่นใด ที่เด็กบริโภคแล้วทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ พัฒนาการ หรือความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการพิจารณาอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ

“การตลาด” หมายความว่า การกระทำในรูปแบบต่าง ๆ โดยสร้างภาพลักษณ์ การโฆษณา การเผยแพร่ข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมการขาย การตลาดแบบตรง การขายตรง รวมถึงการสนับสนุนและส่งเสริมใด ๆ ให้มีการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ทางการค้า

##### - มาตรการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มตามร่างกฎหมาย ประกอบด้วย 9 มาตรการ (11 มาตรา) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ลำดับ	มาตรการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มตามร่างกฎหมาย	ตัวอย่างลักษณะตามมาตรการ	กลุ่มที่ได้รับผลกระทบ
1	มาตรา 14 ผู้ผลิต และผู้นำเข้าอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ต้องดำเนินการให้ฉลากอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ไม่ใช่ข้อความ หรือเทคนิคอื่นใดที่ดึงดูดให้กลุ่มเด็กสนใจ และต้องแสดงข้อความหรือสัญลักษณ์ในฉลากอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์	<p style="text-align: center;"><b>ฉลาก</b></p> <p>1.1 ต้องไม่ใช่เทคนิคดึงดูดเด็ก (เช่น การ์ตูน ดารา)</p>  <p>1.2 ควรให้มีการแสดงสัญลักษณ์กำกับที่เข้าใจง่าย</p> 	ผู้ผลิต และผู้นำเข้า

ลำดับ	มาตรการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มตาม ร่างกฎหมาย	ตัวอย่างลักษณะตามมาตรการ	กลุ่มที่ได้รับผลกระทบ
	วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดย คำแนะนำของคณะกรรมการ		
2	<p><b>มาตรา 15</b> ห้ามผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่าย อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เด็ก หรือตัวแทน แสดงข้อความใดที่แสดงถึง <b>ความคุ้มค่าทางด้านราคา</b>ของอาหารและ เครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กในฉลาก และ ณ จุดจำหน่ายสินค้า ทั้งร้านค้าปลีก ค้า ส่ง และระบบพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์</p>	<p><b>ควบคุม แสดงความคุ้มค่าด้านราคา</b> (เช่น ป้ายลดราคา ป้ายความคุ้มค่าด้านปริมาณ)</p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้ จำหน่าย หรือตัวแทน</li> <li>2. จุดจำหน่ายสินค้า ร้านค้า ปลีก</li> </ol>
3	<p><b>มาตรา 16</b> ห้ามผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่ายอาหารและ เครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก หรือตัวแทน จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ <b>เด็กในสถานศึกษา</b> หรือสถานที่อื่นใดที่รัฐมนตรีประกาศ กำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ</p>	<p><b>ควบคุม การจำหน่ายในสถานศึกษา ระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา</b> (ประถมศึกษา มัธยมศึกษา)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้ จำหน่าย หรือตัวแทน</li> <li>- สหกรณ์โรงเรียนระดับต่ำกว่า อุดมศึกษา</li> <li>- ร้านขายสินค้าในโรงเรียน</li> </ol>

ลำดับ	มาตรการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มตาม ร่างกฎหมาย	ตัวอย่างลักษณะตามมาตรการ	กลุ่มที่ได้รับผลกระทบ
			
4	<p>มาตรา 17 ห้ามผู้ใดโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กทุกช่องทาง</p> <p><b>*ช่องทางการสื่อสาร</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สื่อโทรทัศน์และวิทยุ (ก่อน หลัง แฝงในรายการ)</li> <li>2. สื่อภาพยนตร์และโรงภาพยนตร์ (ก่อน หลัง แฝงในโรงภาพยนตร์)</li> <li>3. ป้ายโฆษณา แผ่นพับ ในปลิว</li> <li>4. สื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือเครือข่ายคอมพิวเตอร์</li> <li>5. สถานที่จำหน่าย ทั้งร้านค้าออนไลน์ ร้านค้าปลีก</li> <li>5. เกมสื่อออนไลน์ ออนไลน์</li> <li>6. ในสถานศึกษา</li> <li>7. ในหรือบริเวณระบบขนส่งสาธารณะ ใน-นอกรถ</li> </ol>	<p><b>ควบคุม การโฆษณาทุกช่องทาง</b> (เช่น โทรทัศน์ วิทยุ online ระบบขนส่งสาธารณะ)</p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ใด (เพื่อประโยชน์ทางการค้า)</li> <li>2. ผู้รับจ้างโฆษณา (บริษัทโฆษณา อินฟลูเอนเซอร์ ดารา ทั้งนี้ สามารถโฆษณาอาหารที่ดีได้)</li> <li>3. บริษัทขนส่งสาธารณะ</li> <li>4. รายการทีวี</li> </ol>

ลำดับ	มาตรการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มตาม ร่างกฎหมาย	ตัวอย่างลักษณะตามมาตรการ	กลุ่มที่ได้รับผลกระทบ
5	<p>มาตรา 18 ห้ามผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก หรือตัวแทนดำเนินการที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการขาย ดังต่อไปนี้</p> <p>(1) แจก แยม หรือให้อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก หรือตัวอย่างอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม</p> <p>(2) การส่งเสริมการขายอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก โดยการแจกหรือให้คูปองหรือสิทธิที่จะได้รับส่วนลด ขายพ่วง แลกเปลี่ยนหรือให้ ของรางวัลของขวัญ หรือสิ่งอื่นใด หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทน</p> <p>(3) การส่งเสริมการขายอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก โดยการแถมพกหรือรางวัลด้วยการเลี้ยงโชค ชิงโชค ชิงรางวัล</p> <p>(4) การอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ</p>	<p><b>ควบคุม การแลก แจก แยม ให้ ชิงโชค ชิงรางวัล</b></p> 	<p>1. ห้ามผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่าย หรือตัวแทน</p> <p>- ร้านค้าปลีก</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>- ผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก อาจจำหน่ายอาหารที่ดีด้วย ดังนั้น จะห้ามแจกหรือให้คูปองเลยไม่ได้ เพราะอาจจำหน่ายสินค้าที่ดีด้วย (2) และ (3) จึงมีกรรมนำหน้ากิจกรรมส่งเสริมการตลาด</p>
6	<p>มาตรา 19 ห้ามผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กหรือตัวแทนบริจาคมอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กในสถานศึกษา สถานที่ศูนย์รวมสำหรับเด็ก หรือ</p>	<p><b>ควบคุม การบริจาคม</b></p> <p><b>ผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก</b></p> <p><b>ในสถานศึกษาและสถานที่ศูนย์รวมของเด็ก</b></p>	<p>ผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่าย หรือตัวแทน</p>

ลำดับ	มาตรการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มตาม ร่างกฎหมาย	ตัวอย่างลักษณะตามมาตรการ	กลุ่มที่ได้รับผลกระทบ
	สถานที่อื่นใดที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของ คณะกรรมการ		
7	มาตรา 20 ในกรณีที่ผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่ายอาหาร และเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก หรือตัวแทน ประสงค์จะมอบหรือให้สิ่งของ อุปกรณ์ ของใช้ หรือสิ่ง อื่นใดแก่เด็กไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมจะต้องไม่ แสดงชื่อ หรือข้อความ หรือสัญลักษณ์อื่นใดที่สื่อ ความหมายเชื่อมโยงโดยตรงไปถึงอาหารและเครื่องดื่มที่ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กนั้น	<p><b>การมอบหรือให้ สิ่งของ อุปกรณ์ ของใช้ หรือบประมาณ ในการจัดกิจกรรมใดแก่เด็กไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม ต้องไม่เชื่อมโยงโดยตรงถึง ผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก</b></p> 	ผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่าย หรือตัวแทน
8	มาตรา 21 ในกรณีที่ผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่ายอาหาร และเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก หรือตัวแทน ประสงค์สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมใดแก่ เด็กไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมจะต้องไม่แสดงชื่อหรือ ข้อความ หรือสัญลักษณ์อื่นใดที่สื่อความหมายเชื่อมโยง	 <p>หมายเหตุ อนุญาตให้ตราสินค้าที่มีสินค้าที่ดีต่อสุขภาพและส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กได้ แต่ไม่ให้เห็นเชื่อมโยงถึงผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กโดยตรง</p>	ผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่าย หรือตัวแทน

ลำดับ	มาตรการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มตาม ร่างกฎหมาย	ตัวอย่างลักษณะตามมาตรการ	กลุ่มที่ได้รับผลกระทบ
	โดยตรงไปถึงอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อ สุขภาพเด็กนั้น		
9	มาตรา 22 ในกรณีที่ผู้ใดจัดตั้งกลุ่มชมรม ชุมชนออนไลน์ จะต้องไม่ส่งเสริม สนับสนุน แนะนำให้บริโภคอาหารและ เครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก หรือเพื่อสื่อให้เกิด ความเชื่อมโยงโดยตรงไปถึงอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพเด็กนั้น เพื่อประโยชน์ทางการค้า	<p style="text-align: center;"><b>การจัดตั้งกลุ่ม ชมรม ชุมชนออนไลน์ จะต้องไม่สนับสนุนให้เกิดการบริโภค ผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก</b></p>  <p style="text-align: center;">ตัวอย่างกิจกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การใช้ห้องสนทนา (Chat Room) ไม่ว่าจะเป็นในลักษณะกลุ่ม ที่เป็นช่องทางติดต่อกับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เพื่อจูงใจให้เกิดการบริโภคผลิตภัณฑ์ไม่ว่าโดยตรงหรือโดยนัย</li> </ul>	ผู้ใดที่จัดตั้งกลุ่มชมรม ชุมชน ออนไลน์ <b>เพื่อประโยชน์ทาง การค้า</b>
10	มาตรา 23 ในกรณีที่ผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่ายอาหาร และเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กหรือตัวแทน จะ ติดต่อเด็กไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมทุกช่องทาง จะต้องไม่ส่งเสริม สนับสนุน แนะนำให้บริโภคอาหารและ เครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก หรือเพื่อสื่อให้เกิด	<p style="text-align: center;"><b>การติดต่อ ชักชวน หรือจูงใจเด็ก จะต้องไม่สนับสนุนให้เกิด การบริโภค ผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก</b></p>	ผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่าย หรือตัวแทน

ลำดับ	มาตรการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มตาม ร่างกฎหมาย	ตัวอย่างลักษณะตามมาตรการ	กลุ่มที่ได้รับผลกระทบ
	ความเชื่อมโยงโดยตรงไปถึงอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กนั้น”	 <ul style="list-style-type: none"> <li>- การตลาดทางโทรศัพท์</li> <li>- จดหมายอิเล็กทรอนิกส์</li> <li>- ข้อความผ่านทางโทรศัพท์เคลื่อนที่</li> <li>- Direct Message</li> </ul>	
11	มาตรา 24 ในกรณีที่ผู้ใดชักชวน หรือจูงใจเด็กไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม จะต้องไม่ส่งเสริม สนับสนุน แนะนำให้บริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก หรือเพื่อสื่อให้เกิดความเชื่อมโยงโดยตรงไปถึงอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กนั้น เพื่อประโยชน์ทางการค้า	<p style="text-align: center;"><b>การชักชวน หรือจูงใจเด็ก จะต้องไม่สนับสนุนให้เกิดการบริโภค ผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ตัวอย่างกิจกรรม</b></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- การตลาดทางตรง โดยพนักงานขาย ให้ข้อมูล จูงใจเพื่อกระตุ้นการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ หรือ การสาธิตผลิตภัณฑ์ ณ จุดขาย</li> <li>- อัปเดตคลิปกับผลิตภัณฑ์แล้วแชร์ การสร้าง กระบวนการมีส่วนร่วมออนไลน์ (Engagement) โดยให้กดไลค์ กดแชร์ แสดงความคิดเห็นคลิป ฯลฯ</li> </ul>	ผู้ใด <u>เพื่อประโยชน์ทางการค้า</u>

## 2. นิยาม “เด็ก” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ เหมาะสมหรือไม่

- จากการศึกษาวิจัย พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้รับผลกระทบเชิงลบจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มมากกว่าผู้ใหญ่ ด้วยข้อจำกัดในการพัฒนาการด้านต่าง ๆ รวมทั้งพัฒนาการและการทำงานของสมองและระบบประสาท โดยเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ยังมีดุลพินิจยังไม่สมบูรณ์เท่าผู้ใหญ่<sup>i</sup> เด็กอายุต่ำกว่า 13 ปี ไม่มีความสามารถในการตีความเจตนาทางการตลาดที่เน้นน้ำจืดใจ<sup>ii</sup> และเด็กวัยรุ่น 13-18 ปี เป็นวัยที่เริ่มมีกำลังซื้อและจ่ายด้วยตนเอง และมีนิสัยหุนหันพลันแล่นตัดสินใจเร็ว มักถูกชักจูงจากการส่งเสริมการตลาดได้ง่าย<sup>iii,iv</sup> รวมทั้งสอดคล้องตามค่านิยมสากลและค่านิยมตามกฎหมายประเทศไทย ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันของกฎหมายที่ใช้ปกป้องและคุ้มครองเด็ก และอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิเด็ก (United Nations Convention on the Rights of the Child: CRC, UNCRC) จากเหตุผลดังกล่าว ร่างกฎหมายฉบับนี้จึงนิยามคำว่า “เด็ก หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์” อย่างไรก็ตามข้อคิดเห็นเรื่องช่วงอายุเด็กที่เหมาะสมจะมีการเสนอให้คณะทำงานพิจารณาต่อไป

## 3. มาตรการในการควบคุมการทำการตลาดมิได้จำกัดเฉพาะการตลาดกับเด็กเท่านั้น แต่เป็นการควบคุมการทำการตลาดและการโฆษณาโดยรวมทั้งหมดจะส่งผลกระทบต่อการใช้ข้อมูลที่เป็นสำหรับผู้บริโภคทุกวัย

- เด็กดำเนินชีวิตประจำวันในสังคมและอยู่ในสภาพแวดล้อมหลายอย่างที่ไม่ได้แตกต่างกับผู้ใหญ่ ทั้งสถานที่ อุปกรณ์สื่อสาร และการได้รับสื่อจากช่องทางต่าง ๆ จึงได้รับสื่อการตลาดอาหารโดยปริยายและหลีกเลี่ยงได้ยาก แม้ว่าการตลาดจะไม่ได้ ‘ชี้นำ’ หรือ ‘ตั้งใจ’ สื่อสารแบบมุ่งเป้าถึงเด็ก แต่เด็กก็ยังคงเผชิญกับกิจกรรมการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพรอบๆ ตัวจำนวนมากอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การตลาดอาหารเป็นปัจจัยสภาพแวดล้อมทางอาหารอย่างหนึ่ง การตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพจะส่งผลกระทบต่อค่านิยมทางอาหารของสังคมและการเลือกบริโภคที่ไม่เหมาะสม และส่งผลกระทบต่อการใช้บริการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพตามมาจนนำไปสู่การได้รับพลังงานที่สูงขึ้นและเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในที่สุด

## 4. ผลกระทบที่เกิดขึ้น หลังจากกฎหมายถูกบังคับใช้ ลักษณะผลกระทบที่ภาคเอกชน ได้รับเป็นอย่างไร หลักฐานทางวิชาการที่แสดงให้เห็นว่า กฎหมายในต่างประเทศที่มีการบังคับใช้ในลักษณะนี้ ส่งผลกระทบต่อภาคธุรกิจอย่างไร

### ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

การวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ (cost/benefit) ชี้ให้เห็นว่ากฎหมายการควบคุมการตลาดส่งผลให้เกิดผลดีทางด้านเศรษฐกิจ ตัวอย่างการดำเนินการวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ในสหราชอาณาจักร โดยการวิเคราะห์ได้ประมาณค่าผลประโยชน์จากการห้ามโฆษณา HFSS เกี่ยวกับโรคอ้วนและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์ทางสุขภาพและประโยชน์เศรษฐกิจอื่น ๆ นอกจากนี้ยังระบุค่าใช้จ่ายต่อธุรกิจซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายในการปรับตัวกับกฎหมายใหม่และการฝึกอบรมพนักงาน และกำไรที่สูญเสียสำหรับผู้โฆษณา รวมถึงผู้ผลิต ผู้ขายปลีก และธุรกิจในสายออกจากบ้าน

การวิเคราะห์แบ่งเป็น 2 ตัวเลือก โดยตัวเลือก 1 : ห้ามโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม HFSS ทางออนไลน์ทั้งหมด และตัวเลือก 2 : การกำหนดเวลาห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ HFSS ออนไลน์ถึงเวลา 21:00 น. สำหรับตัวเลือก 1 ประโยชน์ทั้งหมด £7,772 ล้าน (ประมาณ 350 พันล้านบาท) ค่าใช้จ่าย £4,724 ล้าน (ประมาณ 212 พันล้านบาท) เทียบเท่ากับ

การประหยัดสุทธิ £3,048 ล้าน (ประมาณ 137 พันล้านบาท) สำหรับตัวเลือก 2 ประโยชน์ทั้งหมด £6,717 ล้าน (ประมาณ 302 พันล้านบาท) ค่าใช้จ่าย £4,507 ล้าน (ประมาณ 203 พันล้านบาท) เทียบเท่ากับการประหยัดสุทธิ £2,210 ล้าน (ประมาณ 99 พันล้านบาท) <sup>v</sup>

นอกจากนี้ผลการวิจัยประเมินต้นทุนประสิทธิผลมาตรการควบคุมโฆษณาอาหารทางโทรทัศน์ของประเทศไทย ยืนยันว่า หากประเทศไทยออกมาตรการควบคุมสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในช่องทางโทรทัศน์ จะสามารถช่วยลดดัชนีมวลกาย (BMI) เด็ก (อายุ 6-12 ปี) ทั้งประเทศได้เฉลี่ย 0.32 กิโลกรัม /เมตร<sup>2</sup> โดยใช้งบประมาณเพียง 1.13 ล้านบาท ทำให้ลดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็ก (อายุ 6-12 ปี) ได้ถึง 121,000 คน ซึ่งมีความคุ้มค่าคุ้มทุนทางเศรษฐกิจ <sup>vi</sup>

### ผลกระทบต่อสังคม

การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบเกี่ยวกับการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม HFSS ต่อรายได้และ/หรือ การจ้างงาน ซึ่งพบว่าการควบคุมตลาดฯ ไม่มีผลกระทบต่อประเด็นดังกล่าว โดยการศึกษาในประเทศชิลี ได้ประเมินผลกระทบต่อผลลัพธ์ของตลาดแรงงาน (เงินเดือนจริงและการจ้างงานรวม) 18 เดือนหลังจากการใช้กฎหมายควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม HFSS มีการวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งที่มา 3 แห่ง คือ (1) บัญชีรายได้ภาษีที่บริษัท ส่งมอบให้กับหน่วยเก็บภาษีของชิลี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2013 ถึง 2017 (2) การสำรวจ Kantar World Panel ของประเทศชิลี ที่เก็บข้อมูลการซื้ออาหารและเครื่องดื่มจากรีวิวในเมืองระหว่างปี ค.ศ. 2015 ถึง 2017 (3) การสำรวจแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ้างงาน ซึ่งเป็นส่วนที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบจากการบังคับใช้กฎหมาย ผลการวิจัยพบว่าการจ้างงานรวม และเงินเดือนจริงเฉลี่ยไม่ได้รับผลกระทบจากกฎหมายดังกล่าว การศึกษายังพบว่าผลิตภัณฑ์ที่ถูกควบคุมภายใต้กฎหมายอาจมีการลดการผลิต แต่ไม่มีการลดจำนวนงานโดยรวม <sup>vii</sup>

## 5. มาตรการการลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กที่ดำเนินการอยู่ มีช่องว่างอะไร ทำไมไม่ปิดช่องว่างที่มีอยู่ และเลือกใช้มาตรการทางกฎหมายในการแก้ปัญหาโรคอ้วนในเด็ก

1. 2 ทศวรรษที่ผ่านมา เด็กไทย (เด็กเล็กและเด็กวัยเรียน) มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า
2. ประเทศไทยมีการดำเนินมาตรการหลายอย่างเพื่อจัดการปัญหาโรคอ้วนในเด็กและโรคไม่ติดต่อ ทั้งการสร้างความรู้ด้านอาหารและสุขภาพ และสนับสนุนให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งการแก้ไขปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กต้องใช้หลายมาตรการร่วมกันจึงจะประสบผลสำเร็จ
3. ช่องว่างการศึกษาการแก้ไขปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กของประเทศไทยตามกรอบมาตรการและตัวชี้วัดระดับโลกเพื่อ ยุติโรคอ้วนในเด็ก (ECHO) พบว่า ประเทศไทยยังขาดมาตรการปกป้องเด็กจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามชุดข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> (รับรองตามมติสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 63 มติ WHA63.14)
4. สอดคล้องกับความร่วมมือ ข้อเสนอแนะระดับโลก และข้อเสนอแนะระดับประเทศ ในการแก้ไขปัญหาระดับสุขภาพ โรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
  - อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก พ.ศ. 2532
  - ร่างปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงของสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
  - ความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะทั้งระดับประเทศและระดับโลก ประกอบด้วย

1) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (ประเทศไทย) ครั้งที่ 2 มติ 2.8 การจัดการปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พ.ศ.2552

2) ชุดข้อเสนอแนะว่าด้วยเรื่องการทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็กขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2553

3) ข้อเสนอแนะของคณะทำงานร่วมระหว่างหน่วยงานสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (United Nations Inter-Agency Task Force on the Prevention and Control of NCDs : UNIATF on NCDs) ที่ได้มาติดตามการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2561

4) ข้อเสนอแนะนโยบายในการปกป้องเด็กจากผลกระทบของการตลาดอาหารขององค์การอนามัยโลก ล่าสุด พ.ศ. 2566

5. **การศึกษาวิจัย** พบว่า การดำเนินมาตรการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็กของต่างประเทศ โดยประเทศที่ควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม HFSS ด้วยมาตรการทางกฎหมาย เช่น ซิลี อังกฤษ แคนาดา (รัฐควิเบก) เกาหลี มีประสิทธิผลต่อการลดปัจจัยการพบเห็นและลดสิ่งกระตุ้นจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีผลกระทบต่อสุขภาพต่อเด็กได้ดีกว่าประเทศที่มีแนวปฏิบัติแบบภาคสมัครใจ เช่น ออสเตรเลีย

ดังนั้น มาตรการทางกฎหมายควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก จึงเป็นมาตรการที่ประเทศไทยควรพิจารณาดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะอ้วนในเด็กและลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกับมาตรการสร้างความรอบรู้ด้านอาหารและสุขภาพ และสนับสนุนให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

#### 6. มาตรการลดผลกระทบต่ออุตสาหกรรมในวงกว้าง ป้องกัน แก้ไข คุ้มครอง หรือเยียวยาให้แก่ผู้ได้รับ

##### ผลกระทบ

- กรมอนามัย กำหนดระยะเวลาการควบคุมตามเกณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันหากใช้เกณฑ์มาตรฐานพบว่าผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่จำหน่ายในประเทศไทย มากกว่า 80% มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมเกินเกณฑ์ จึงต้องพัฒนาเกณฑ์ในแต่ละระยะ เพื่อลดผลกระทบต่อภาคอุตสาหกรรมและให้ระยะเวลาอุตสาหกรรมในการปรับตัว

- มาตรการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ยังสามารถจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มกลุ่มดังกล่าวได้ รวมทั้งการโฆษณา ฉลาก และการแถมพิก ซิงโชค ซิงรางวัล ที่ได้ดำเนินการก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ กำหนดให้ยังคงใช้ต่อไปได้ตามระยะเวลาที่ระบุในบทเฉพาะกาล เพื่อลดผลกระทบจากการลงทุน

#### 7. (ร่าง) พระราชบัญญัติการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของประชาชน และจำกัดเสรีภาพในการประกอบอาชีพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560

- (ร่าง) พ.ร.บ. นี้เป็นการสนับสนุนการสร้างอาหารที่ดีต่อสุขภาพและการสร้างสภาพแวดล้อมทางอาหารที่ดีให้แก่คนไทยทุกคน เพราะร่างกฎหมายนี้ ควบคุมอาหารที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทย ซึ่งช่วยสร้างความเป็นธรรมและความเสมอภาคให้กับคนทุกคนโดยเฉพาะเด็กและคนยากจนในสังคมไทย การเกิดโรคอ้วนและโรค NCDs ที่มีสาเหตุหนึ่งมาจากการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง ทำให้ภาครัฐใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในปี 2552 มีมูลค่าสูงถึง 5,580.8 ล้านบาท โดยจำแนกเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก 847.4 ล้านบาท และในแผนกผู้ป่วยใน 4,733.4 ล้านบาท ทั้งนี้โรคที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน 3,386.6 ล้านบาท โรคหัวใจขาดเลือด 1,070.5 ล้านบาท และโรคมะเร็งลำไส้และตับ 377.2 ล้านบาท <sup>viii</sup> ในขณะที่ค่าใช้จ่ายของงบประมาณจากภาครัฐสำหรับโรค NCDs ในปี 2562 สูงถึง 1,139 ล้านบาท นอกจากนี้ การเกิดโรค NCDs ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้นจากการขาดงาน การขาดประสิทธิภาพขณะ

ทำงาน และประชากรวัยทำงานออกจากตลาดแรงงานเพิ่มขึ้นอีก 1,495 ล้านบาท รวมมูลค่าความสูญเสียทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross National Product: GNP)<sup>x</sup> การเกิดโรค NCDs ยังเพิ่มความเปราะบางให้กับกลุ่มคนยากจน ทำให้กลุ่มนี้ป่วยและเสียชีวิตเร็วกว่ากลุ่มคนที่มีเศรษฐฐานะดีกว่า เพราะคนยากจนมีรายได้น้อยและความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างจำกัด ค่าใช้จ่ายเพื่อรับบริการสุขภาพด้วยโรคนี้นี้มักใช้เวลารักษานาน จึงมีค่าใช้จ่ายสูงเกินกว่าที่คนยากจนจะจ่ายได้<sup>x</sup> ดังนั้น การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคอ้วนและโรค NCDs จึงส่งผลกระทบต่อประเทศในหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม<sup>x</sup> ซึ่งอาจทำให้ชะลอการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ในทุกมิติให้ได้ภายในปีพ.ศ. 2573 ของประเทศ<sup>x</sup> รวมถึงเพิ่มความท้าทายให้กับรัฐบาลในการยกระดับประเทศจากประเทศที่มีรายได้ปานกลางไปสู่ประเทศที่มีรายได้สูงให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2570<sup>xi,xii</sup>

สำหรับด้านการบังคับใช้ของ (ร่าง) พ.ร.บ. นี้ สามารถดำเนินการบังคับได้ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยปัจจุบันทางยูนิเซฟร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พัฒนารอบการดำเนินการติดตามและประเมินผล เพื่อสนับสนุนการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพเด็กในประเทศไทย<sup>xiii</sup>

(ร่าง) พ.ร.บ. นี้ ไม่ได้กีดกันหรือไม่สนับสนุนการดำเนินการทางธุรกิจแต่อย่างใด เพราะ ข้อตกลงว่าด้วยอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้า (Technical Barriers to Trade: TBT) ระบุว่า กฎเกณฑ์ทางเทคนิค หากมีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องคุ้มครองสุขภาพของชีวิตพืช สัตว์ และมนุษย์ ป้องกันไม่ให้ผู้บริโภคถูกหลอกลวง หรือปกป้องสิ่งแวดล้อม ถือเป็นกฎหมายหรือมาตรฐานที่กำหนดคุณภาพของสินค้า เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค และรักษาสิ่งแวดล้อม และป้องกันไม่ให้ผู้บริโภคถูกหลอกลวง และข้อตกลง General Agreement on Trade in Services : GATT ระบุว่า รัฐสามารถออกกฎหมายขัดกับข้อตกลง GATT ได้ หากกฎหมายหรือกฎเกณฑ์นั้นเป็นมาตรการที่จำเป็นต่อการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน<sup>xiv</sup> และจากการศึกษาวิจัยในประเทศชิลี ระบุว่า หลังจากบังคับใช้กฎหมายควบคุมการโฆษณาอาหารฯ 3 ปี ถึงแม้การซื้อและการบริโภคอาหาร เช่น ซีเรียล เครื่องดื่มรสหวาน ลดลง แต่ไม่ส่งผลกระทบต่อการค้าบริการของบริษัทอาหาร เช่น ค่าจ้างของพนักงานบริษัทอาหาร และส่งผลกระทบต่อกำไรของบริษัทเพียงเล็กน้อยเท่านั้น<sup>xv</sup>

(ร่าง) พ.ร.บ. นี้กลับช่วยพัฒนาประเทศไทยตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) และ SDGs รวมทั้งช่วยลดโรคอ้วนในเด็กได้อีกด้วย เพราะการพัฒนาประเทศต้องขับเคลื่อนด้วยทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีสุขภาพที่แข็งแรงตลอดช่วงวัย อาหารมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่ดีมีประโยชน์และปลอดภัยจะช่วยปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพของประชากร และสร้างความยั่งยืนทางสภาพแวดล้อมได้<sup>xvi</sup> (ร่าง) พ.ร.บ. นี้สามารถบังคับใช้ได้จะเป็นการสร้างสภาพแวดล้อมทางอาหารที่ดี ซึ่งจะช่วยให้ประเทศไทยดำเนินงานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างสิ่งแวดล้อมทางอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชากรไทย และสร้างความเสมอภาคในสังคมไทย และการมีสภาพแวดล้อมทางอาหารที่ดี ยังมีส่วนสำคัญในการช่วยประเทศบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (Sustainable Development Goal, SDG) ได้เร็วยิ่งขึ้น เพราะสภาพแวดล้อมทางอาหารที่ดีจะช่วยปรับปรุงระบบอาหารที่ดีต่อสุขภาพอย่างยั่งยืน<sup>xvii</sup> นอกจากนี้ ข้อมูลเชิงวิชาการของต่างประเทศที่มีการควบคุมการตลาดอาหารฯ เช่น อังกฤษ และแคนาดา ยืนยันได้เป็นอย่างดีว่า กฎหมายควบคุมการตลาดอาหารฯ ช่วยให้การบริโภคอาหารที่มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูงลดลงได้<sup>xviii,xix</sup> นอกจากนี้ ยังมี

การศึกษาความคุ้มค่าคุ้มทุนทางเศรษฐกิจ พบว่า หากประเทศไทยห้ามโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทางโทรทัศน์จะลดดัชนีมวลกาย (BMI) เด็ก (6-12 ปี) ทั้งประเทศ ได้เฉลี่ย 0.32 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> โดยใช้งบประมาณ 1.13 ล้านบาท ในการลดการเกิดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็ก (6-12 ปี) ได้ถึง 121,000 คน<sup>xx</sup>

#### **8. (ร่าง) พ.ร.บ.ฯ ฉบับนี้ ยังขาดความชัดเจน โดยมีการกำหนดข้อบังคับที่สมควรในกฎหมายฉบับรอง**

- พ.ร.บ. หรือ กฎหมายหลัก มีการระบุหลักการที่ชัดเจน แต่สำหรับรายละเอียดบางประเด็นจำเป็นต้องระบุในกฎหมายฉบับรอง เนื่องจากอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามช่วงเวลาหรือวิชาการที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ตามหลักการวิจัยยืนยันว่าอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน โซเดียมสูง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ไม่สามารถระบุประเภทอาหารและเกณฑ์อาหารและเครื่องดื่มใน พ.ร.บ. ได้ เนื่องจากอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางวิชาการ ความนิยมบริโภคของกลุ่มเด็กในแต่ละช่วงเวลา จึงจำเป็นต้องใช้กฎหมายรองเพื่ออธิบายรายละเอียดที่เหมาะสม ทั้งนี้ จากข้อโต้แย้งเรื่องการเปิดโอกาสใช้อำนาจและดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ โดยไม่มีภาคเอกชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ อย่างไรก็ตาม แม้ภาคเอกชนไม่ได้เป็นคณะกรรมการ แต่กฎหมายทั้งฉบับหลักและฉบับรอง ภาครัฐจำเป็นต้องแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือปรึกษาพิจารณาต่อร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวมถึงภาคเอกชนทุกฉบับก่อนประกาศใช้ เพื่อนำข้อคิดเห็นมาพัฒนาร่างกฎหมายได้อย่างเหมาะสมสำหรับประเทศไทย

## รายละเอียดเอกสาร

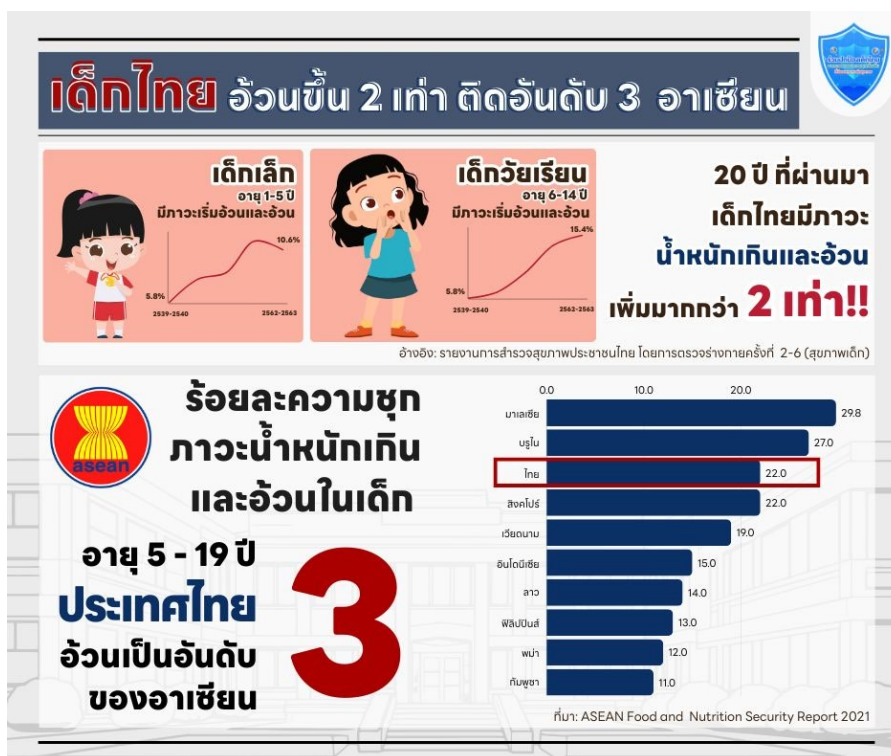
8.4 เอกสารสื่อสารสังคมเกี่ยวกับการผลักดันร่างกฎหมายหรือสร้างความตระหนักรู้ผลกระทบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูงกับสุขภาพ

8.4.1 รายงานผลกิจกรรมการสื่อสารสังคมเกี่ยวกับการผลักดันร่างกฎหมายหรือสร้างความตระหนักรู้ผลกระทบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูงกับสุขภาพ

8.4.1. รายงานผลกิจกรรมการสื่อสารสังคมเกี่ยวกับการผลักดันร่างกฎหมายหรือสร้างความตระหนักรู้ผลกระทบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูงกับสุขภาพ

กิจกรรมจัดทำสื่อ infographic และเผยแพร่สื่อประเด็นการตลาดกับสุขภาพเด็ก ผ่าน Facebook Fanpage : ร่วมปกป้องเด็กไทย จากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จำนวนอย่างน้อย 6 เรื่อง ได้แก่

1. รู้หรือไม่ "เด็กไทย" อ้วนขึ้น 2 เท่า ติดอันดับ 3 ของอาเซียน



## 2. รู้หรือไม่ว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็ก

### สาเหตุและผลกระทบภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็ก

**กรรมพันธุ์**

**พฤติกรรม**

- การออกกำลังกาย
- การบริโภคอาหาร
  - ได้รับและใช้พลังงานไม่สมดุล
  - บริโภคอาหารหวานมันเค็มมากเกินไป

**สิ่งแวดล้อม**

- ✓ การตลาดอาหารและเครื่องดื่ม
- ✓ สถานการณ์โรคระบาด COVID-19
- ✓ ครอบครัว, คนใกล้ชิด, เพื่อน, เทรนด์ทิก, สังคม, วัฒนธรรม, นโยบายต่างๆ

อ้างอิง: Sahoo K, et al. J Family Med Prim Care. 2015. Xu S, and Xue Y. Exp Ther Med. 2016. Scully M, et al. Appetite. 2012. สำนักส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเด็ก กรมอนามัย, UNICEF, ภาควิชาโภชนาการ, Piyawat et al., 2020.

### เด็กไทยบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม มากเกินไป

- 1 ใน 3** เด็กไทย ดื่มนมรสหวานทุกวัน  
2560: 27.4% ในเด็ก 3-5 ปี  
29.2% ในเด็ก 5 ปี
- 2 ใน 5** เด็กไทย ทานอาหารฟาสต์ฟู้ด อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์  
2560: 39.3% ในเด็ก 12-18 ปี
- 1 ใน 3** เด็กไทย ทานขนมขบเคี้ยวทุกวัน  
2560: 32.6% ในเด็ก 12 ปี  
33.1% ในเด็ก 15 ปี
- 1 ใน 3** เด็กไทย ดื่มน้ำอัดลมทุกวัน  
2560: 34.6% ในเด็ก 12-18 ปี

อ้างอิง: 1) Tripicchio GL, et al. Nutrients. 2019 2) Keller A and Bucher DeFlo Torre S. Child Obes. 2015 3) สำนักงานส่งเสริมสุขภาพทางโภชนาการ กรมอนามัย, แผนแม่บทภาวะสุขภาพพหุภาวะเด็ก ปีที่ 8, 2560. 4) กรมอนามัย, รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพพหุภาวะในโรงเรียนไทย ปี 2564.

## 3. ผลกระทบที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็ก

### ผลกระทบภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็ก

**NEWS UPDATE** **ผลกระทบทางร่างกาย**

- เด็กที่อ้วน
- 55%
- จะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน
- 80%
- จะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน
- เด็กอ้วนมีเป็นผู้ใหญ่

มีรอยดำที่คอ รักแร้ ขาหนีบ พัฒนาการล่าช้า

ร่วมลงชื่อสนับสนุนมาตรการทางกฎหมาย "ปกป้องเด็กไทยจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม หวาน มัน เค็ม "

<https://chng.it/rn4VXMM5LN>

ไอศกรีม, ขนมกรุบกรอบ, น้ำอัดลม, และอื่นๆ

ที่มา: ASEAN Food and Nutrition Security Report 2021

4. เลือกผลิตภัณฑ์อย่างไรโดยใช้ "ฉลากโภชนาการ"

### ข้อมูลโภชนาการ

หนึ่งหน่วยบริโภค: 2 ช้อน (25กรัม)  
จำนวนหน่วยบริโภคต่อภาชนะบรรจุ: 22

คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค  
พลังงานทั้งหมด 90 กิโลแคลอรี (พลังงานจากไขมัน 0 กิโลแคลอรี)

ไขมันทั้งหมด 0 ก.	ร้อยละของปริมาณที่แนะนำให้บริโภค*	0%
ไขมันอิ่มตัว 0 ก.		0%
โคเลสเตอรอล 0 มก.		0%
โปรตีน 9 ก.		18%
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด 13 ก.		4%
ใยอาหาร 3 ก.		12%
น้ำตาล 9 ก.		3%
โซเดียม 80 มก.		8%
โพแทสเซียม 279.68 มก.		

วิตามินเอ	ร้อยละของปริมาณที่แนะนำให้บริโภค*	วิตามินบี 1	50%
วิตามินบี 2	30%	แคลเซียม	25%
เหล็ก	20%	วิตามินบี 6	120%
วิตามินบี 12	80%	วิตามินบี 9	20%
วิตามินบี 7	50%	วิตามินดี 2	45%
ทองแดง	40%	สังกะสี	35%
วิตามินบี 6	30%	วิตามินบี 3	30%
วิตามินบี 5	30%	วิตามินบี 5	25%
แมกนีเซียม	20%	แมกนีเซียม	2%

\* ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทย อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (Thai RDI) โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี

ความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ผู้ที่ต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี ควรได้รับสารอาหารต่าง ๆ ดังนี้

ไขมันทั้งหมด	น้อยกว่า	65 ก.
ไขมันอิ่มตัว	น้อยกว่า	20 ก.
โคเลสเตอรอล	น้อยกว่า	300 มก.
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด	น้อยกว่า	300 ก.
ใยอาหาร	น้อยกว่า	25 ก.
โซเดียม	น้อยกว่า	2,400 มก.

พลังงาน (กิโลแคลอรี) ต่อกรัม : ไขมัน = 9 ; โปรตีน = 4 ; คาร์โบไฮเดรต = 4

### เลือกผลิตภัณฑ์อย่างไรโดยใช้ ฉลากโภชนาการ

**เช็ค 1** พลังงาน

**เช็ค 2** ปริมาณไขมัน

**เช็ค 3** ปริมาณน้ำตาล

**เช็ค 4** ปริมาณเกลือ (โซเดียม)

ปริมาณที่แนะนำให้บริโภค	2-5 ปี	6-11 ปี	12-18 ปี
น้ำมัน ทราน	7.5	10	20
น้ำตาล ทราน	12	12	12
โซเดียม มิลลิกรัม	800	1,000	1,500

**ฉลาก GDA**

แสดงคุณค่าโภชนาการต่อ 1 หน่วยบริโภค

คุณค่าโภชนาการต่อ 1 หน่วยบริโภค

พลังงาน	น้ำตาล	ไขมัน	โซเดียม
320	2	18	340
กิโลแคลอรี	กรัม	กรัม	มิลลิกรัม
*16%	*3%	*28%	*14%

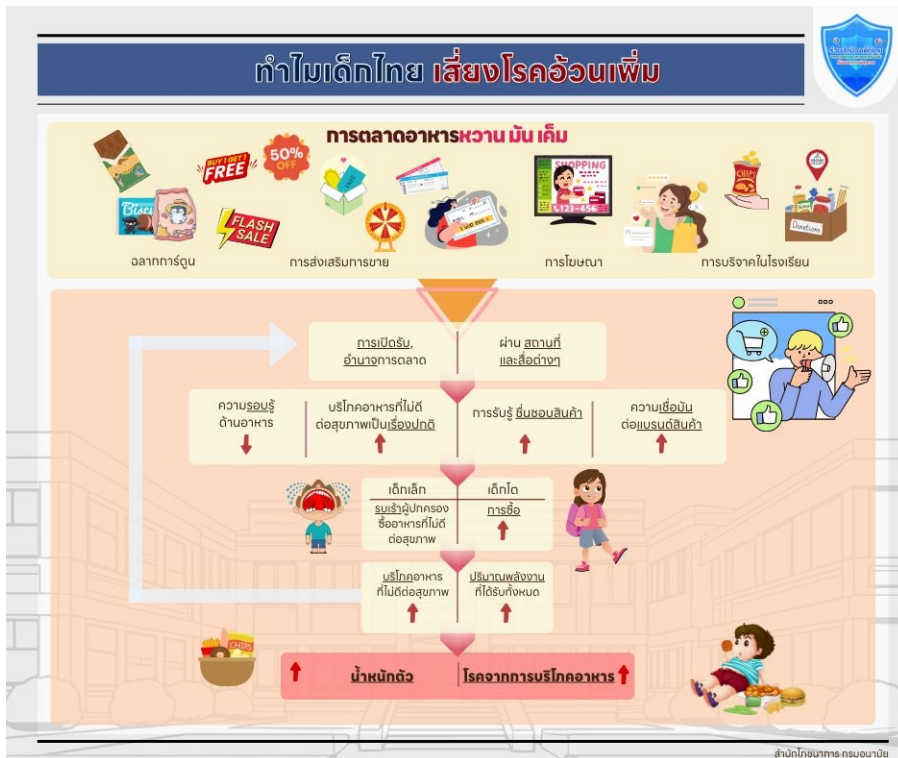
ปริมาณพลังงาน น้ำตาล ไขมัน โซเดียม ต่อหน่วยบริโภค

เปรียบเทียบจากฉลาก GDA

- บอกปริมาณพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม เป็นที่ % ที่ควรบริโภคต่อวัน
- ส่งเสริมการบริโภคอาหารอย่างสมดุล โดยจำกัดการบริโภคพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมไม่ควรเกินปริมาณอาหารที่ควรบริโภคต่อวัน

ข้อควรระวัง: \*คิดเป็นร้อยละของปริมาณสูงสุดที่บริโภคได้ต่อวัน

5. ทำไม เด็กไทย "เสี่ยงโรคอ้วนเพิ่ม"



6. รายงานผลสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2563 และสำรวจพฤติกรรมการเลือกซื้อของเด็กไทย พ.ศ. 2563



7. ผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มของประเทศไทย "ไม่ผ่าน"เกณฑ์โภชนาการ 88%



8. ทานอย่างไรให้เด็กไทยห่างไกลโรคอ้วน



9. ร่วมสนับสนุนมาตรการปกป้องเด็กไทย จากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้ที่

👉 <https://chng.it/rn4VXMmL5N> 👈



การเผยแพร่สื่อประเด็นการตลาดกับสุขภาพเด็ก

ผ่าน Facebook Fanpage : ร่วมปกป้องเด็กไทย จากการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม  
ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ



#### 4. ปัญหาและอุปสรรค

- ความต่อเนื่องของการสื่อสารสังคมต่อประเด็นผลกระทบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่มต่อสุขภาพเด็ก
- การต่อต้านของภาคธุรกิจต่อการผลักดันมาตรการทางกฎหมาย
- ผลการศึกษาวิจัยในไทยประเด็นผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการดำเนินมาตรการทางกฎหมาย
- นักกฎหมายเฉพาะ สำหรับการพัฒนาและขับเคลื่อนร่างกฎหมาย

### 10. แผนการดำเนินการต่อไป

#### 1) ด้านการพัฒนาและผลักดันร่างกฎหมาย

- การพิจารณาปรับแก้ไข ร่าง พ.ร.บ.ควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ตามข้อเสนอแนะของคณะทำงานที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
- เสนอร่างกฎหมายต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาเสนอเข้าสู่คณะรัฐมนตรีและกระบวนการพิจารณากฎหมายต่อไป
- พัฒนาร่างอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง เช่น สัญลักษณ์ที่เข้าใจง่ายสำหรับผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก และเกณฑ์จำแนกอาหารตามมาตรฐานโภชนาการสำหรับคัดกรองผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก

#### 2) ด้านการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย

- พัฒนาแผนการดำเนินการสนับสนุนการผลักดันและขับเคลื่อนร่างกฎหมาย
- ภาคีเครือข่ายร่วมผลักดันตามแผน เช่น ยื่นข้อเสนอต่อกรมการที่เกี่ยวข้อง ยื่นข้อร้องเรียนสู่ผู้กำหนดนโยบาย หรือผู้ที่มีอำนาจ เข้าร่วมการให้สัมภาษณ์ข้อมูลตามความเหมาะสม เพื่อสร้างแรงขับเคลื่อนทางสังคมสนับสนุนการผลักดันและขับเคลื่อนร่างกฎหมาย

#### 3) ด้านการสื่อสารสังคม Media Advocacy

- การสร้างกระแสสังคมต่อการปกป้องเด็กจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผ่านภาคีเครือข่ายด้านเด็ก เยาวชน ครอบครัว ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และด้านสุขภาพ
- สร้างการความรอบรู้ด้านอาหารและรู้เท่าทันการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และสร้างกระแสสังคม ผ่าน Social Media และ Mass media สนับสนุนโดยสมาคมเครือข่ายโรคไม่ติดต่อไทย

## 5. โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคโซเดียม ระดับประเทศและเขตสุขภาพ แบบหลายภาคส่วน ปี พ.ศ. 2566 - 2568

ระยะเวลาดำเนินงาน : พฤศจิกายน 2565 – ตุลาคม 2568 (ระยะเวลา 3 ปี)

หน่วยงานที่ดำเนินงาน :

- 3.1 กรมควบคุมโรค
- 3.2 ภาควิชาอายุรศาสตร์ ภาควิชาโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาเภสัชกรรม โรงพยาบาล
- 3.3 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12
- 3.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ
- 3.5 ภาควิชาอายุรศาสตร์ที่ร่วมดำเนินการ

หลักการและเหตุผล :

การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ประชากรวัย 30 -69 ปี) มีสัดส่วนมาจากโรคไม่ติดต่อสูงกว่าร้อยละ 70 และโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ สถานการณ์ความชุกของโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุหลักส่วนหนึ่งมาจากการบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณที่สูง โดยประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมสูงกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) ถึง 1.8 เท่า แสดงให้เห็นจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2561 – 2562 ผลสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมของคนไทย จากการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 2,388 ราย พบว่า ร้อยละ 67 มีการบริโภคโซเดียมเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน และค่าเฉลี่ยการบริโภคต่อคน เท่ากับ 3,636 มิลลิกรัม

อีกทั้งยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันได้ว่าการได้รับโซเดียมเกินอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ และการได้รับโซเดียมเกินยังส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่อันตรายตามมา ทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง ซึ่งพบคนไทยป่วยด้วยโรค ที่สัมพันธ์กับการติดเค็ม 22.05 ล้านคน (โรคความดันโลหิตสูง 13.2 ล้านคน โรคไต 7.6 ล้านคน โรคหัวใจขาดเลือด 0.75 ล้านคน โรคหลอดเลือดสมอง 0.5 ล้านคน)

จากการศึกษาของสหประชาชาติร่วมกับนักวิจัยในประเทศไทย พบว่าการลงทุนในชุดมาตรการระดับประชากรเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าตั้งแต่ 5 ปีแรก ในขณะที่การลงทุนในมาตรการบำบัดรักษาโรค NCDs จะให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าในระยะเวลา 15 ปี และลดการบริโภคเกลือโซเดียมจะสร้างผลตอบแทนสูงสุด โดยเงินลงทุนทุก ๆ บาทที่ลงทุนเพื่อดำเนินมาตรการเพื่อลดการบริโภคเกลือโซเดียมของประชากร จะสร้างผลตอบแทนกลับมา 5.60 บาท ในระยะเวลา 5 ปี และ 10.26 บาทในระยะเวลา 15 ปี ชุดมาตรการที่คุ้มค่า รองลงมาคือ การควบคุมยาสูบ การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และมาตรการบำบัดรักษา ตามลำดับ ([https://thailand.un.org/sites/default/files/2022-03/NCD%20Investment%20Case%20Report%20Thailand\\_%28Thai%29.pdf](https://thailand.un.org/sites/default/files/2022-03/NCD%20Investment%20Case%20Report%20Thailand_%28Thai%29.pdf))

ทั้งนี้ การลดค่าเฉลี่ยการบริโภคเกลือและโซเดียมลง 30% ภายในปี 2568 เป็น 1 ใน 9 ตัวชี้วัดของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก (9 Voluntary NCDs Global Targets) และประเทศไทยรับรองยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2568 ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ด้าน หรือ SALTS ให้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนนโยบายการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) โดยกรมควบคุมโรคเป็นแกนหลักในการดำเนินการกลไกการดำเนินงานระดับประเทศ

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการนโยบายลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อแห่งชาติ ได้ดำเนินงานผลักดันและขับเคลื่อนให้แผนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 - 2568 เป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการจัดประชุมหารือการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย และหารือการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เรื่องการกำหนดเพดานปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารที่เป็นแหล่งโซเดียมสูง ภายใต้กิจกรรมปฏิรูปที่ 2 การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย

โดยสนับสนุนคณะกรรมการขับเคลื่อนทั้ง 5 ด้าน ดังนี้

- 1) คณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์การสร้าง พัฒนาและขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือ (Stakeholder - S)
- 2) คณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์การเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และเสริมทักษะให้ประชาชน ชุมชน ผู้ผลิต/ ผู้ประกอบการ บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้กำหนดนโยบาย (Awareness - A)
- 3) คณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการผลิต ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และเกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ รวมทั้งเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียมต่ำ (Legislation - L)
- 4) คณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ และการนำสู่ปฏิบัติ (Technology - T)
- 5) คณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล เน้นตลอดกระบวนการผลผลิต และผลลัพธ์ (Surveillance - S)

นอกจากนี้ ได้ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัดมาตั้งแต่ปี 2563 และมีจำนวนจังหวัดที่ดำเนินการแล้ว 17 จังหวัด โดย

ในปี 2563 กองโรคไม่ติดต่อดำเนินการอบรมแนวทางการแก้ไขปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อเสริมความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ณ จังหวัดพะเยา และเริ่มมีการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Salt meter) พบว่า ปริมาณโซเดียมคลอไรด์ในอาหาร จำนวน 4,610 ตัวอย่าง อยู่ในระดับเค็มมาก ( $\text{NaCl} > 0.9 \text{ g/ml}$ ) ร้อยละ 39.8

ในปี 2564 ดำเนินการอบรมการพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัดในรูปแบบออนไลน์ ครอบคลุมประเด็นการบริโภคเกลือกับโรคไม่ติดต่อ, การดำเนินงาน Healthy Food Hospital Model, การบริหารจัดการอาหารบาทวิถี (Street food), และการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านอาหารลดโซเดียม และขยายจังหวัดการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Salt meter) เพิ่มอีก 3 จังหวัด คือ จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวัดปริมาณโซเดียมคลอไรด์ในอาหาร พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีอาหารที่อยู่ในระดับเค็มมาก ( $\text{NaCl} > 0.9 \text{ g/ml}$ ) ร้อยละ 39.0 จังหวัดศรีสะเกษ

เกษมอาหารที่อยู่ในระดับเค็มมาก ( $\text{NaCl} > 0.9 \text{ g/ml}$ ) ร้อยละ 34.6 และจังหวัดอำนาจเจริญมีอาหารที่อยู่ในระดับเค็มมาก ( $\text{NaCl} > 0.9 \text{ g/ml}$ ) ร้อยละ 30.5 และมีการศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการประเมินปีสภาวะ 24 ชั่วโมง: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ใน 4 จังหวัดคือจังหวัดพะเยา จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดอำนาจเจริญ ผลการสำรวจประชากรอายุ 20 – 69 ปี พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันสูงสุดที่จังหวัดพะเยา 4,054.8 มิลลิกรัม, จังหวัดอำนาจเจริญ 3,773.9 มิลลิกรัม, จังหวัดอุบลราชธานี 3,131.3 มิลลิกรัม และจังหวัดศรีสะเกษ 2,906.5 มิลลิกรัม ตามลำดับ

ในปี 2565 ได้ดำเนินงานร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งได้ดำเนินงาน ดังนี้

1) การสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Salt meter) จำนวน 13 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดแพร่ สุโขทัย ชัยนาท กำแพงเพชร ลพบุรี ราชบุรี ฉะเชิงเทรา มหาสารคาม นครพนม นครราชสีมา ยโสธร สุราษฎร์ธานี และพัทลุง ดำเนินงานเก็บตัวอย่างอาหารที่นิยมบริโภคในท้องถิ่น และบันทึกข้อมูลตัวอย่างด้วย Mobile application: Thai Salt Survey ทั้งนี้ กองโรคไม่ติดต่อ ได้สนับสนุนเครื่องตรวจวัดความเค็มให้แก่จังหวัดที่ร่วมดำเนินงาน จังหวัดละ 40 เครื่อง ผลการสำรวจเมื่อจำแนกตามกลุ่มอาหาร 13 กลุ่ม ได้แก่ อาหารประเภทต้ม ผัด แกงมีกะทิใส่เครื่อง แกงมีกะทิไม่ใส่เครื่องแกง แกงไม่มีกะทิใส่เครื่องแกง ก๋วยเตี๋ยว ก๋วยจั๊บ ต้มยำ ส้มตำ ยำ/พล่า ลาบ น้ำพริก-เครื่องจิ้ม และอื่น ๆ จากตัวอย่างอาหารจำนวน 68,865 ตัวอย่าง พบว่า กลุ่มอาหารที่มีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมสูงที่สุด 5 กลุ่ม คือ แกงไม่มีกะทิใส่เครื่องแกง, ส้มตำ, ก๋วยเตี๋ยว, น้ำพริก-เครื่องจิ้ม, และต้มยำ มีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมเป็น 374.0, 363.5, 363.0, 362.4, และ 358.9 มิลลิกรัม ตามลำดับ โดยกลุ่มอาหารประเภทแกงไม่มีกะทิใส่เครื่องแกง พบว่า จังหวัดพัทลุง สุราษฎร์ธานี และราชบุรี มีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมสูงที่สุด 433.3, 409.0, และ 404.4 มิลลิกรัม ตามลำดับ

2) การศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการประเมินปีสภาวะ 24 ชั่วโมง: การศึกษาภาคตัดขวาง จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดแพร่ ลพบุรี นครพนม ยโสธร และพัทลุง โดยเก็บตัวอย่างในประชากรอายุ 20 – 69 ปี และบันทึกข้อมูลตัวอย่างผ่านเว็บไซต์ <https://ncdsaltsurvey.in.th/websalt/> ผลการสำรวจประชากรอายุ 20 – 69 ปี พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันสูงสุดที่จังหวัดพัทลุง 4,880.0 มิลลิกรัม, ยโสธร 4,087.1 มิลลิกรัม, นครพนม 3,773.2 มิลลิกรัม, ลพบุรี 3,706.7 มิลลิกรัม และแพร่ 2,771.7 มิลลิกรัม ตามลำดับ

3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ร่วมสนับสนุนการดำเนินงานให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจ เพื่อแสดงสถานการณ์และสะท้อนปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียมของจังหวัด ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการการวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณโซเดียมในอาหารและข้อมูลปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการประเมินปีสภาวะ 24 ชั่วโมง ระดับจังหวัด

4) สนับสนุนการสื่อสารความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชาชนระดับจังหวัด ทั้ง 12 จังหวัด โดยกองโรคไม่ติดต่อได้สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อใช้ในการจัดกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ ได้แก่ แผ่นพับ, ซีดี, magnet (แม่เหล็กติดตู้เย็น) ประเด็นการบริโภคเกลือและโซเดียม, สมุดฉีก และหนังสือ know your numbers know your risks

5) การประเมินความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ดำเนินงานเก็บข้อมูล ใน 15 จังหวัด คือ 3 จังหวัดที่ร่วมดำเนินงานสำรวจปริมาณโซเดียมในปี 2564 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี

อำนาจเจริญ และศรีสะเกษ และ 12 จังหวัดที่ร่วมดำเนินการสำรวจปริมาณโซเดียมปีงบประมาณ 2565 จากการสำรวจมีผู้ตอบแบบประเมินทั้งหมด 10,433 บุคคลตัวอย่าง เมื่อทำการตรวจทานข้อมูลแล้ว มีข้อมูลที่สมบูรณ์จำนวน 10,136 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 97.2 พบว่า มากกว่าครึ่งของประชาชนที่ตอบแบบประเมินมีความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม 7,197 คน (ร้อยละ 71.0)

ในขณะที่ประเทศไทยได้รับรอง เป้าหมายการลดค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมลง 30% ในปี 2568 หรือเป้าหมาย 3,046 มิลลิกรัม/วัน จากฐานข้อมูลปี 2552 ที่พบค่าเฉลี่ยโซเดียมที่ประชากรไทยบริโภคคือ 4,352 มิลลิกรัม/วัน (ที่มา: กรมอนามัย. (2552) การสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย จากอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารฯ) ทั้งนี้ผลการสำรวจในปี 2561-2562 พบค่าเฉลี่ยการบริโภคต่อคน เท่ากับ 3,636 มิลลิกรัม ซึ่งก็ยิ่งสูงกว่าเป้าหมายถึง 590 มิลลิกรัม ดังนั้นกรมควบคุมโรค จึงได้บรรจุเป้าหมายตัวชี้วัดค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ในแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะปฏิรูป (พ.ศ. 2561 - 2565) ไม่เพิ่มขึ้นจาก 3,636 มิลลิกรัม/วัน

ระยะที่ 2 ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2566 - 2570) ลดลงร้อยละ 20 คือ ไม่เกิน 2,909 มิลลิกรัม/วัน

ระยะที่ 3 ระยะสู่ความยั่งยืน (พ.ศ. 2571 - 2575) ลดลงร้อยละ 30 ไม่เกิน 2,545 มิลลิกรัม/วัน

ระยะที่ 4 ระยะดีที่สุดในเอเชีย (พ.ศ. 2576 - 2580) ลดลงร้อยละ 40 ไม่เกิน 2,182 มิลลิกรัม/วัน

เพื่อให้มีการติดตามกำกับดำเนินการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ตารางสรุปค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการประเมินปีสภาวะ 24 ชั่วโมง ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา

ปริมาณการบริโภคโซเดียม (มิลลิกรัมต่อวัน)			
ปีงบประมาณ พ.ศ.	2561-2562	2564	2565
รวมประเทศ	3,636	-	-
กทม.	3,495.9	-	-
กลาง	3,759.7	-	ลพบุรี 3,706.7
เหนือ	3,562.7	พะเยา 4,054.8	แพร่ 2,771.7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	3,315.8	ศรีสะเกษ 2,906.5 อุบลราชธานี 3,131.3 อำนาจเจริญ 3,773.9	นครพนม 3,773.2 ยโสธร 4,087.1
ใต้	4,107.8	-	พัทลุง 4,880.0

ในปีงบประมาณ 2566 กองโรคไม่ติดต่อ ได้รับจัดสรรงบประมาณจำนวน 500,000 บาทเพื่อดำเนินโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ปี 2566 จำนวน 12 จังหวัด (ใหม่) รวมสะสมเป็น 28 จังหวัด (สะสม) คิดเป็นร้อยละ 36.8 ของ 76 จังหวัด ไม่รวม กรุงเทพมหานคร และได้ใช้งบประมาณของกรมควบคุมโรคผลิตสื่อประชาสัมพันธ์และสนับสนุนเครื่องมือตรวจวัดความเค็มในอาหาร ให้กับ

จังหวัดที่เริ่มดำเนินงานในปีพ.ศ.2566 ประกอบด้วย Magnet แผ่นพับ ภาพพลิก CD ระบุข้อมูลภาพ CD ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม และชุดตรวจวัดความเค็ม (Salt meter)

การสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหาร จำนวน 3,000 ตัวอย่างต่อจังหวัด จำเป็นต้องสนับสนุนชุดตรวจวัดความเค็ม (Salt meter) ให้จังหวัดละ 20 ชุด ชุดละประมาณ 1,500 บาท คิดเป็นเงิน 30,000 บาทต่อจังหวัด ทำให้การขยายจำนวนจังหวัดด้วยงบประมาณราชการเป็นไปได้ด้วยความล่าช้า ค่อยเป็นค่อยไป โดยในปี 2563-2565 ดำเนินการแล้ว 17 จังหวัด และกองโรคไม่ติดต่อจัดซื้อด้วยเงินงบประมาณเพื่อสนับสนุนจังหวัด ทำการสำรวจในปี 2566 อีก 12 จังหวัด รวมเป็น 29 จังหวัด ยังขาดอีก 47 จังหวัด

กองโรคไม่ติดต่อ ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการนโยบายลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อแห่งชาติ จึงมีความจำเป็นต้องเร่งรัดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคโซเดียมระดับประเทศและเขตสุขภาพแบบหลายภาคส่วน เพื่อกระตุ้นให้พื้นที่จังหวัดและอำเภอเข้าร่วมดำเนินการมาตรการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม อย่างทั่วถึงทุกจังหวัดภายในปี พ.ศ. 2568

**วัตถุประสงค์โครงการ :** ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมในทุกจังหวัดของประเทศไทยตามแผนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 – 2568 โดยมีกิจกรรมย่อย ดังนี้

- 1) สนับสนุนกลไกหลายภาคส่วนในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคโซเดียมระดับประเทศ
- 2) จัดทำเอกสาร “แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับจังหวัด”
- 3) สนับสนุนกลไกระดับเขตสุขภาพ ในการขับเคลื่อนและติดตามยุทธศาสตร์ลดการบริโภคโซเดียม
- 4) ชี้แนะนโยบายลดการบริโภคโซเดียมต่อกลไกการขับเคลื่อนระดับจังหวัด และกลไก พขอ. ผ่านหลักฐานเชิงประจักษ์
- 5) การติดตามประเมินตัวชี้วัดที่สำคัญในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ลดการบริโภคโซเดียมของประเทศไทย

**ขอบเขตการดำเนินงาน :** (เป้าหมายของโครงการ สถานที่ กิจกรรมสำคัญ วัน เวลา)

#### ตารางผลผลิตโครงการ

ลำดับ	ผลผลิตของโครงการ	จำนวนปี 2566	จำนวนปี 2567	จำนวนปี 2568	หน่วยนับ
1	การจัดประชุมกรรมการ / อนุกรรมการ แบบหลายภาคส่วน	5	5	5	ครั้ง
2	การจัดประชุมคณะทำงาน / หรือผู้เชี่ยวชาญ	3	3	3	ครั้ง
3	เอกสาร“แนวทางการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับจังหวัด	1			ฉบับ
4	จัดอบรมการชี้แนะนโยบาย ประเด็นลดโซเดียม กลุ่มเป้าหมาย คือ สคร. และ สสจ.ที่เข้าร่วม	12			เขตสุขภาพ
5	การชี้แนะนโยบายด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ต่อกลไกจังหวัด/กลไก พขอ. โดย สคร.และ สสจ.	35	41	0	จังหวัด
6	ประชุมติดตามงานโดย สคร.	2	12	12	เขตสุขภาพ
7	ข้อมูลเฝ้าระวังปริมาณโซเดียมในอาหารของจังหวัด	18	41	0	จังหวัดใหม่
8	ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงปริมาณโซเดียมในอาหารของจังหวัด			12	จังหวัด
9	แผนการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด	35	76	76	จังหวัดสะสม

## ตัวชี้วัดของโครงการ

ลำดับ	ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	จำนวน	จำนวน	จำนวน	หน่วยนับ
		ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	
1	มีการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัดตามแผน	28	76	76	จังหวัด สะสม
2	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม ผ่านเกณฑ์	55	60	70	ร้อยละ
3	ลดปริมาณโซเดียมในอาหารปรุงสุก จำหน่ายริมทาง และในร้านอาหาร (มิลลิกรัม/100 กรัม)			10	ร้อยละ
4	ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมที่บริโภค (สำรวจโดย NHES)	-	-	3,046	มิลลิกรัมต่อ วัน

## กลไกการบริหารจัดการแผนเพื่อให้แผนบรรลุผลตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย ปีพ.ศ.2568

คณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต และสำนักงานเขตสุขภาพ 12 เขต  
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และสำนักงานเขตสุขภาพที่ 13

โดยใช้แผนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม แผนทศวรรษชะลอโรคไตเรื้อรัง และแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี  
ด้านการป้องกันควบคุมโรค เป็นกรอบการดำเนินงาน

## ตารางการติดตามประเมินผล 2566-2568

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ
	ปี 66	ปี 67	ปี 68	
1. ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมที่บริโภค (ค่าเฉลี่ยประเทศ) ไม่เกิน 3,046 มิลลิกรัมต่อวัน	-	-	3,046 mg/d	เครือข่ายลดเค็ม
2. ปริมาณโซเดียมในอาหารปรุงสุก จำหน่ายริมทางและ ในร้านอาหารลดลง ร้อยละ 10	-	-	ร้อยละ 10	กองโรคไม่ติดต่อ
3. มีนโยบายการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ระดับจังหวัด 77 จังหวัด				
3.1 มีนโยบายการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ระดับจังหวัด	28 จังหวัด	52 จังหวัด	76 จังหวัด	กองโรคไม่ติดต่อ
3.2 มีนโยบายการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ของจังหวัดกรุงเทพมหานคร	15 เขต	35 เขต	50 เขต	เครือข่ายลดเค็ม
4. ประชาชนมีความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและ โซเดียมผ่านเกณฑ์				กองโรคไม่ติดต่อ
4.1 ประชาชนทั่วไปกลุ่มเป้าหมาย มีความตระหนักรู้ด้านการ บริโภคเกลือและโซเดียม ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	กองโรคไม่ติดต่อ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ
	ปี 66	ปี 67	ปี 68	
4.2. คนในครอบครัวและผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดัน โรคไต เรื้อรัง มีความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	Service plan สาขาไต, DM/HT
5.การปรับสูตรอาหาร				
5.1 จำนวนผลิตภัณฑ์อาหาร ที่มีการปรับลดปริมาณเกลือ และโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร ถึงระดับปลอดภัย	(อยู่ระหว่างรอประสานข้อมูล)			สมาคมเพื่อนโรคไต เครือข่ายลดเค็ม
6. การมีมาตรการชุมชน				
6.1 ชุมชนลดเค็ม (ร้อยละตำบลที่มีชุมชนลดเค็ม)	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	กองโรคไม่ติดต่อ
6.2 ร้อยละ พขอ. ที่มีนโยบายการจัดการอาหารหวานมันเค็ม ในชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พขอ.)	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	กองโรคไม่ติดต่อ

**ผลการดำเนินโครงการ (กล่าวสรุปภาพรวม) :** แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย การขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ.2559-2568 และการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด

### 1 การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ.2559-2568

- การประชุมคณะกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ จำนวน 1 ครั้ง ในวันจันทร์ที่ 3 เมษายน 2566 เวลา 13.00–16.00 น. ณ ห้องประชุมชัชวาทินเรนทร ชั้น 2 อาคาร 1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทยปี พ.ศ. 2559–2568 ปรับปรุงแก้ไขคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ และกำหนดประเด็นขับเคลื่อนเชิงนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียม ปี 2566 โดยที่ประชุมมีมติเห็นชอบให้มีการขยายเครือข่ายพื้นที่ดำเนินการมาตรการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม อย่างทั่วถึงทุกจังหวัด รวมถึงกรุงเทพมหานคร ใช้นโยบายการเชิงส่งเสริม ประกอบด้วย การส่งเสริมให้ผู้ประกอบการปรับสูตรผลิตภัณฑ์อาหารให้เป็นทางเลือกสุขภาพ (Healthier choice) การสนับสนุนผลิตภัณฑ์อาหารท้องถิ่นที่ปรับสูตรลดโซเดียมให้เป็นสินค้า OTOP และการรับรองเมนูลดเค็มเพื่อสุขภาพ สำหรับร้านอาหาร ฯลฯ และมาตรการเชิงควบคุม ได้แก่ การนำแนวทางขององค์การอนามัยโลกเรื่องเพดานปริมาณโซเดียมในอาหารผ่านกรรมวิธีการผลิตทางอุตสาหกรรม (Processed food) และการใช้มาตรการทางภาษีเพื่อลดการผลิตอาหารที่มีโซเดียมสูง

- การประชุมปรึกษาหารือเพื่อเตรียมการประชุมคณะกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ครั้งที่ 1/2566 ในวันศุกร์ที่ 12 พฤษภาคม 2566 เวลา 09.30–15.30 น. ณ ห้องประชุมกองโรคไม่ติดต่อ ชั้น 5 อาคาร 10 กรมควบคุมโรค และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้

เลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ทั้ง 5 คณะ นำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานของคณะกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติแต่ละยุทธศาสตร์ และร่วมกันพิจารณา (ร่าง) ระเบียบวาระและเตรียมการจัดประชุมคณะกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติครั้งต่อไป

- การประชุมคณะกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ คณะกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล เน้นตลอด กระบวนการผลิต และผลลัพธ์ ในวันที่ 29 พฤษภาคม 2566 เวลา 09.00-15.00 น. ณ ห้องประชุมกองโรคไม่ติดต่อ ชั้น 5 อาคาร 10 กรมควบคุมโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดแผนกิจกรรมการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 5 และประเด็นข้อเสนอเพื่อการพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ ข้อเสนอแนะจากที่ประชุมให้มีการศึกษาโดยการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เพื่อการพัฒนางานวิจัย ในปี 2568 ร่วมกับองค์การอนามัยโลก และสำนักงานสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ และให้มีการทบทวนเพิ่มเติมรายละเอียดฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย

- การประชุมปรึกษาหารือคณะกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ คณะกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 2 การเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และเสริมทักษะให้ประชาชน ชุมชน ผู้ผลิต/ผู้ประกอบการ บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้กำหนดนโยบาย ครั้งที่ 1/2566 ในวันที่พฤหัสบดีที่ 8 มิถุนายน พ.ศ.2566 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องประชุมอายุรภิบาล ชั้น 2 อาคาร 1 กรมควบคุมโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดแผนกิจกรรมการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 2 และประเด็นข้อเสนอเพื่อการพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ พร้อมทั้งเตรียมข้อมูลนำเสนอในระเบียบวาระการประชุม คณะกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติครั้งต่อไป

- การประชุมหารือเพื่อเตรียมการประชุมคณะกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 3 การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการผลิต ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และเกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ รวมทั้งเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียมต่ำ ครั้งที่ 1/2566 ในวันที่จันทร์ที่ 10 กรกฎาคม 2566 เวลา 13.30 – 16.30 น. ณ ห้องประชุมกองอาหาร สำนักคณะกรรมการอาหารและยา และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีวัตถุประสงค์เพื่อปรึกษาหารือเตรียมการจัดประชุมคณะกรรมการยุทธศาสตร์ คณะที่ 3 เพื่อรวบรวมข้อมูลแผนกิจกรรมการดำเนินงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการฯ มาบูรณาการการดำเนินงาน การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เพื่อเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียมต่ำ และรายงานผลการประชุมต่อคณะกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ

- การประชุมคณะกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ คณะกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้าง พัฒนาและขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือ ครั้งที่ 1/2566 ในวันที่อังคารที่ 29 สิงหาคม 2566 เวลา 13.30 – 16.30 น. ณ ห้องประชุมกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ชั้น 2 อาคาร 10 กรมควบคุมโรค และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลการดำเนินงานของคณะกรรมการแต่ละยุทธศาสตร์ และสร้างกลไกขยายความร่วมมือภาคเอกชน และประชาสังคม ร่วมขับเคลื่อนการลดบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย

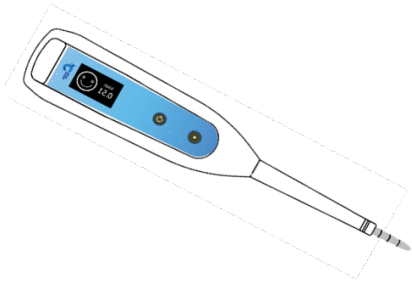
## 2 การดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด

- พัฒนา “แนวทางการดำเนินการเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด” ร่วมกับที่ปรึกษาและคณะทำงานจัดทำแนวทางการดำเนินการเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ตามคำสั่งกรมควบคุมโรค ที่ 1863/2565 ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน 2565 และผ่านการตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค จากคณะกรรมการประเมินและรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ กองนวัตกรรมและวิจัย เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2566 พร้อมทั้งจัดพิมพ์รูปเล่มสนับสนุนให้หน่วยงานเครือข่ายร่วมดำเนินการ ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร



- จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการมาตรการการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ครั้งที่ 1 ในวันศุกร์ที่ 16 ธันวาคม 2565 เวลา 09.00-16.30 น. ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 19-21 ธันวาคม 2565 ณ สวนนงนุชพัทยา จังหวัดชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัดในการกำหนดมาตรการและแผนการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เข้าร่วมดำเนินการ

- สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์และเครื่องมือการดำเนินงานให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เข้าร่วมการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ประกอบด้วย เครื่องตรวจวัดความเค็มในอาหาร (Salt meter) และสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น ภาพพลิก “ลดโซเดียม ลดโรคไม่ติดต่อ” CD “การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม” สติกเกอร์ “เค็มน้อย อร่อยดี” Magnet แม่เหล็กติดตู้เย็น 2 แบบ “บริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน” “ชิมก่อนปรุง ลดหวาน มัน เค็ม” และหนังสือ “รอบรู้สุขภาพ เรื่องโรคไม่ติดต่อ”



- พัฒนาระบบรายงานและฐานข้อมูลผลการตรวจวัดปริมาณเกลือโซเดียมในตัวอย่างอาหารและการประเมินความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัดด้วย Mobile application: Thai Salt Survey โดยกลุ่มพัฒนานโยบายระดับประชากร กองโรคไม่ติดต่อ ร่วมกับกลุ่มเครือข่ายคอมพิวเตอร์และความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ กองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค และดำเนินการจัดจ้างบริษัทเอกชนจัดทำฐานข้อมูลและการรายงานข้อมูลตัวอย่างปริมาณโซเดียมในอาหาร ผ่านแอปพลิเคชัน ThAI Salt Survey ตามหนังสือที่ สธ 0412.9/5 ลงวันที่ 6 ม.ค. 2566 เพื่อสนับสนุนการจัดเก็บข้อมูลผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหาร และการจัดทำข้อมูลเฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหาการบริโภคโซเดียมในอาหารระดับจังหวัด โดยใช้เงินนอกงบประมาณ WHO-CCS NCDs

- สนับสนุนวิทยากรการประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในวันพฤหัสบดีที่ 23 มีนาคม 2566 ณ จังหวัดสตูล วันพุธที่ 29 มีนาคม 2566 ณ จังหวัดนครสวรรค์ และวันจันทร์ที่ 19 มิถุนายน 2566 ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้การป้องกันโรคเรื้อรังที่เกิดจากการบริโภคโซเดียมมากเกินไป ชี้แจงถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด และฝึกปฏิบัติการใช้ Salt Meter ในการตรวจวัดปริมาณโซเดียมในตัวอย่างอาหาร

- ออกแบบและจัดจ้างพิมพ์สื่อประชาสัมพันธ์ เช่น ภาพพอลิ “ลดโซเดียม ลดโรคไม่ติดต่อ” พร้อมด้วยคู่มือคำบรรยาย “ลดโซเดียม ลดโรคไม่ติดต่อ” จำนวน 7,000 ชุด (งบประมาณส่วนกลางกรมควบคุมโรค) และจัดซื้อเครื่องตรวจวัดความเค็มในอาหารแบบพกพา (Salt meter) จำนวน 378 เครื่อง (เงินนอกงบประมาณโครงการ WHO-CCS NCDs) เพื่อสนับสนุนให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่เข้าร่วมการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัดในระยะต่อไป

**5. นำเสนอข้อมูลผลการดำเนินงานทั้งข้อมูลพื้นฐานการดำเนินงาน การเตรียมการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงานและผลการดำเนินงานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ รวมถึงผลการประเมินความสำเร็จของโครงการตามที่ได้ระบุไว้ในวัตถุประสงค์ของโครงการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (Outcome ของการดำเนินงาน)**

สรุปข้อมูลผลการดำเนินงานสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม จาก 19 จังหวัด ได้แก่ น่าน อุดรดิตถ์ อุทัยธานี นนทบุรี สมุทรสงคราม สมุทรปราการ กาฬสินธุ์ อุดรธานี สกลนคร เลย หนองคาย หนองบัวลำภู บึงกาฬ บุรีรัมย์ มุกดาหาร พังงา สตูล นราธิวาส สงขลา (ตารางที่ 1 - 3) และผลการประเมินความ

ตระหนักถึงความเสี่ยงและพฤติกรรมผู้บริโภคเกลือและโซเดียม ปีงบประมาณ 2566 จาก 23 จังหวัด แยกรายเขตสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลจากแอปพลิเคชัน ThAI Salt Survey ผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหาร แสดงดังตารางที่ 1 โดยมีการแบ่งระดับโซเดียมในอาหารจากเครื่องตรวจวัดความเค็ม มี 3 ระดับ ดังนี้

**ระดับปลอดภัย** ระดับโซเดียมคลอไรด์ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 0.7 g/100ml หรือ มีปริมาณโซเดียมน้อยกว่า 275 มิลลิกรัม ในอาหาร 100 มิลลิลิตร

**ระดับเริ่มเค็ม** ระดับโซเดียมคลอไรด์อยู่ระหว่าง 0.71 - 0.90 g/100ml หรือ มีปริมาณโซเดียมระหว่าง 275.1 - 354 มิลลิกรัม ในอาหาร 100 มิลลิลิตร

**ระดับเค็มมาก** ระดับโซเดียมคลอไรด์ มากกว่า 0.90 g/100ml หรือ มีปริมาณโซเดียมมากกว่า 354 มิลลิกรัม ในอาหาร 100 มิลลิลิตร

**ตารางที่ 1** ผลการสำรวจปริมาณโซเดียมคลอไรด์ (ค่าเฉลี่ย) ในอาหารปริมาณ 100 มิลลิลิตร ด้วยเครื่องตรวจวัดความเค็ม และระดับความเค็ม แยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จำนวนตัวอย่าง	ค่าที่วัดได้ (กรัม/100 มิลลิลิตร)	ปริมาณโซเดียมคลอไรด์ (มิลลิกรัม)	ระดับความเค็ม
1	2,639	0.91	356.58	เค็มมาก
2	2,536	0.91	355.81	เค็มมาก
3	3,005	0.95	372.14	เค็มมาก
4	3,045	0.91	359.57	เค็มมาก
5	1,790	0.96	378.48	เค็มมาก
6	3,253	0.90	353.64	เริ่มเค็ม
7	<b>3,049</b>	<b>0.97</b>	<b>382.41</b>	<b>เค็มมาก</b>
8	20,555	0.93	366.66	เค็มมาก
9	2,817	0.82	320.64	เริ่มเค็ม
10	2,718	0.83	326.65	เริ่มเค็ม
11	3,157	0.84	329.86	เริ่มเค็ม
12	7,223	0.86	336.77	เริ่มเค็ม
<b>ภาพรวมประเทศ</b>	<b>55,787</b>	<b>0.90</b>	<b>353.27</b>	<b>เริ่มเค็ม</b>

**หมายเหตุ:** ข้อมูลจากแอปพลิเคชัน ThAI Salt Survey ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2566 และวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมที่อยู่ในช่วง 0.01–2.00 กรัม/100 มิลลิลิตร

จากการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารปริมาณ 100 มิลลิลิตร ด้วยเครื่องตรวจวัดความเค็ม จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 55,787 ตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบตามรายเขตสุขภาพ พบว่า ปริมาณโซเดียมในอาหารของเขตสุขภาพที่ 1–5 และ 7–8 จัดอยู่ในระดับเค็มมาก โดยปริมาณโซเดียมในอาหารของเขตสุขภาพที่ 7 มีระดับความเค็มสูงที่สุด คิดเป็นปริมาณโซเดียม 382.41 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 5 และ

เขตสุขภาพที่ 3 คิดเป็นปริมาณโซเดียม 378.48 และ 372.14 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร ตามลำดับ สำหรับปริมาณโซเดียมในอาหารของเขตสุขภาพที่ 6, 9-12 และภาพรวมประเทศ จัดอยู่ในระดับเริ่มเค็ม (ตารางที่ 1)

เมื่อจำแนกตามรูปแบบการผลิตอาหาร ได้แก่ อาหารซื้อปรุงสำเร็จ อาหารปรุงเองที่บ้าน และอาหารปรุงโดยโรงครัว พบว่า พบว่า อาหารปรุงสำเร็จ มีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมสูงสุด เท่ากับ 376.76 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร จัดอยู่ในระดับเค็มมาก รองลงมาคือ อาหารปรุงที่บ้าน (353.29 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร) และอาหารปรุงโดยโรงครัว (317.77 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร) ตามลำดับ ซึ่งอาหารปรุงที่บ้านและอาหารปรุงโดยโรงครัว จัดอยู่ในระดับเริ่มเค็ม เมื่อเปรียบเทียบรายเขตสุขภาพ รูปแบบการผลิตอาหารซื้อปรุงสำเร็จของเขตสุขภาพที่ 7 จะมีปริมาณโซเดียมสูงสุด คิดเป็นปริมาณโซเดียม 413.07 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 3 และ 8 คิดเป็นปริมาณโซเดียม 398.26 และ 392.00 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร ตามลำดับ รูปแบบการผลิตอาหารปรุงเองที่บ้านของเขตสุขภาพที่ 8 จะมีปริมาณโซเดียมสูงสุด คิดเป็นปริมาณโซเดียม 369.16 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 7 และ 3 คิดเป็นปริมาณโซเดียม 364.74 และ 363.30 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร ตามลำดับ สำหรับรูปแบบการผลิตอาหารปรุงโดยโรงครัวของเขตสุขภาพที่ 5 จะมีปริมาณโซเดียมสูงสุด คิดเป็นปริมาณโซเดียม 404.67 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 3 และ 7 คิดเป็นปริมาณโซเดียม 370.50 และ 366.15 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารปริมาตร 100 มิลลิลิตร ด้วยเครื่องตรวจวัดความเค็ม จำแนกตามรูปแบบการผลิตอาหาร แยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	รูปแบบการผลิตอาหาร						รวมทั้งหมด
	อาหารซื้อปรุงสำเร็จ		อาหารปรุงเองที่บ้าน		อาหารปรุงโดยโรงครัว		
	จำนวนตัวอย่าง	ปริมาณ NaCl (mg/100ml)	จำนวนตัวอย่าง	ปริมาณ NaCl (mg/100ml)	จำนวนตัวอย่าง	ปริมาณ NaCl (mg/100ml)	
1	538	374.60	1,884	354.15	217	333.05	2,639
2	447	358.44	1,824	359.19	265	328.13	2,536
3	694	398.26	1,994	363.30	317	370.50	3,005
4	1,402	385.81	1,048	348.05	595	318.04	3,045
5	691	388.75	827	361.28	272	404.67	1,790
6	1,754	369.01	1,212	343.19	287	303.81	3,253
7	1,095	413.07	1,277	364.74	677	366.15	3,049
8	6,584	392.00	10,470	369.16	3,501	311.51	20,555
9	1,040	343.92	888	348.15	889	265.94	2,817
10	774	312.10	1,743	333.36	201	324.51	2,718
11	406	377.33	2,618	323.27	133	314.61	3,157
12	2,474	348.85	4,299	333.73	450	299.34	7,223
<b>ภาพรวมประเทศ</b>	<b>17,899</b>	<b>376.76</b>	<b>30,084</b>	<b>353.29</b>	<b>7,804</b>	<b>317.77</b>	<b>55,787</b>

**หมายเหตุ:** ข้อมูลจากแอปพลิเคชัน ThAI Salt Survey ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2566 และวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมที่อยู่ในช่วง 0.01–2.00 กรัม/100 มิลลิลิตร

จากตารางที่ 3 แสดงผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารปริมาตร 100 มิลลิลิตร ด้วยเครื่องตรวจวัดความเค็ม จำแนกตามกลุ่มอาหาร แยกรายเขตสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอาหาร 11 ประเภท ได้แก่ ต้ม ก๋วยเตี๋ยว/ก๋วยจั๊บ/ราดหน้า ผัด แกงมีกะทิใส่เครื่องแกง แกงมีกะทิไม่ใส่เครื่องแกง แกงไม่มีกะทิใส่เครื่องแกง ยำ/ปล่า/น้ำตกลาบ ส้มตำ น้ำพริก-เครื่องจิ้ม และอื่น ๆ พบว่า กลุ่มอาหารส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับเริ่มเค็ม-เค็มมาก พบว่า ส้มตำจัดเป็นอาหารประเภทที่มีปริมาณโซเดียมสูงที่สุด (453.52 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร) รองลงมาคือ ก๋วยเตี๋ยว/ก๋วยจั๊บ/ราดหน้า (401.89 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร) น้ำพริก-เครื่องจิ้ม (390.47 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร) แกงไม่มีกะทิใส่เครื่องแกง (385.01 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร) ยำ/ปล่า/น้ำตกลาบ (366.60 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร) แกงมีกะทิใส่เครื่องแกง (353.02 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร) ต้ม (345.12 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร) แกงมีกะทิไม่ใส่เครื่องแกง (339.97 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร) อื่น ๆ (315.37 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร) ลาบ (313.06 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร) และผัด (296.96 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารปริมาตร 100 มิลลิลิตร ด้วยเครื่องตรวจวัดความเค็ม จำแนกตามกลุ่มอาหาร แยกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	กลุ่มอาหาร											รวมทั้งหมด
	ต้ม	ก๋วยเตี๋ยว/ ก๋วยจั๊บ/ ราดหน้า	ผัด	แกงมีกะทิ ใส่ เครื่องแกง	แกงมีกะทิ ไม่ใส่ เครื่องแกง	แกงไม่มี กะทิใส่ เครื่องแกง	ยำ/พล่า/ น้ำตก	ลาบ	ส้มตำ	น้ำพริก- เครื่องจิ้ม	อื่น ๆ	
1	343.79	420.58	318.74	308.84	312.13	367.35	312.90	288.47	451.13	366.53	363.38	356.58
2	364.49	384.23	275.67	352.47	284.72	376.56	403.79	224.40	412.29	411.25	302.40	355.81
3	372.39	444.40	316.99	357.70	372.93	386.57	347.15	314.88	464.52	424.37	308.76	372.14
4	364.55	405.26	298.50	354.23	324.84	401.38	422.63	374.33	407.49	388.71	282.06	359.57
5	371.33	394.07	328.96	381.80	357.88	434.08	380.74	372.81	433.95	366.40	298.37	378.48
6	359.41	386.64	291.83	380.92	412.77	411.81	337.77	317.49	354.35	390.23	285.01	353.64
7	337.20	434.20	330.50	410.88	386.04	397.84	406.68	336.82	485.21	418.26	348.26	382.41
8	349.40	408.91	298.12	375.57	353.90	392.15	377.69	317.66	490.37	404.76	331.64	366.66
9	317.92	355.10	281.91	333.36	326.88	334.98	336.95	273.02	388.79	365.95	246.05	320.64
10	337.00	340.31	273.73	362.36	281.87	355.57	332.94	273.57	388.58	351.60	287.46	326.65
11	296.41	410.89	261.58	340.43	285.91	414.78	253.35	266.26	349.77	321.47	310.25	329.86
12	335.28	381.67	296.26	319.37	309.10	370.31	338.26	310.92	377.28	365.24	274.50	336.77
<b>ภาพรวม ประเทศ</b>	<b>345.12</b>	<b>401.89</b>	<b>296.96</b>	<b>353.02</b>	<b>339.97</b>	<b>385.01</b>	<b>366.60</b>	<b>313.06</b>	<b>453.52</b>	<b>390.47</b>	<b>315.37</b>	<b>353.27</b>

หมายเหตุ: ข้อมูลจากแอปพลิเคชัน ThAI Salt Survey ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2566 และวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมที่อยู่ในช่วง 0.01–2.00 กรัม/100 มิลลิลิตร

ตารางที่ 4 แสดงผลการประเมินความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียมประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอาหารและแยกรายเขตสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายระดับจังหวัด ในจังหวัดที่ร่วมดำเนินงานสำรวจปริมาณเกลือและโซเดียมโซเดียม ทั้งจังหวัดเดิมที่ร่วมดำเนินงานในปี 2564 - 2565 และจังหวัดใหม่ปี 2566 ซึ่งมีจังหวัดที่ร่วมตอบแบบสอบถามทั้งหมด 32 จังหวัด ประกอบด้วย 1) จังหวัดเดิมที่ร่วมดำเนินงานในปี 2564 - 2565 จำนวน 13 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดแพร่ พะเยา สุโขทัย ชัยนาท ฉะเชิงเทรา มหาสารคาม นครพนม ยโสธร ศรีสะเกษ อ่างนาจเจริญ อุบลราชธานี พัทลุง และราชบุรี 2) จังหวัดใหม่ที่ร่วมดำเนินงานในปี 2566 จำนวน 18 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดน่าน อุตรดิตถ์ อุทัยธานี นนทบุรี สมุทรสงคราม สมุทรปราการ กาฬสินธุ์ บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุตรธานี บุรีรัมย์ มุกดาหาร พังงา สงขลา สตูล และนราธิวาส เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามด้วยแบบฟอร์มดิจิทัล กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 39,566 คน เมื่อทำการตรวจทานข้อมูลแล้ว กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวนทั้งหมด 39,473 คน คิดเป็นร้อยละ 99.76 ผลการสำรวจความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม จำนวน 12,154 คน คิดเป็นร้อยละ 30.79 และยังไม่มีความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม จำนวน 27,319 คน คิดเป็นร้อยละ 69.21

ตารางที่ 4 ความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียมประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	มีความตระหนักรู้		ไม่มีความตระหนักรู้		รวมทั้งหมด
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
1	3052	71.18	1236	28.82	4288
2	1,265	62.81	749	37.19	2,014
3	620	48.74	652	51.26	1272
4	113	12.71	776	87.29	889
5	114	12.67	786	87.33	900
6	204	12.14	1476	87.86	1680
7	1541	18.03	7782	91.04	8,548
8	1687	31.92	3598	68.08	5285
9	135	42.99	179	57.01	314
10	1698	16.00	8917	84.00	10615
11	974	68.59	446	31.41	1,420
12	751	50.98	722	49.02	1473
<b>ภาพรวมประเทศ</b>	<b>12,154</b>	<b>30.79</b>	<b>27,319</b>	<b>69.21</b>	<b>39,473</b>

## 6. ปัญหาและอุปสรรค

- 1) เครื่อง Salt meter ที่ได้รับสนับสนุนจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้งานในพื้นที่
- 2) การจัดเก็บข้อมูลการสำรวจปริมาณโซเดียมในตัวอย่างอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม ผ่านแอปพลิเคชัน ThAI Salt Survey มีข้อจำกัด เนื่องจากปัจจุบันใช้ได้เฉพาะระบบ Android ยังไม่รองรับระบบ iOS ส่งผลให้ผู้ดำเนินการสำรวจและจัดเก็บข้อมูลด้วยอุปกรณ์ระบบ iOS ไม่สามารถดำเนินการได้ นอกจากนี้ ระบบรายงาน Thai Salt Survey ยังไม่เสถียร มีผลทำให้ไม่สามารถรายงานผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารได้ตามแผนที่กำหนด
- 3) เนื่องจากระยะเวลาการสำรวจจำกัดทำให้ผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารในบางพื้นที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย Dashboard สรุปผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารไม่สามารถดูผลแยกรายจังหวัด ส่งผลให้พื้นที่ไม่สามารถติดตามเร่งรัดได้ เนื่องจากโรคไตไม่ได้เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ จึงทำให้ไม่ได้รับความสนใจในการดำเนินงานและแก้ไข
- 4) ขาดงบประมาณสนับสนุนการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็มในพื้นที่ รวมถึง งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในระดับพื้นที่
- 5) ร้านอาหารบางร้านไม่สามารถลดเค็มได้ เนื่องจากลูกค้าติดรสชาติเค็ม เมื่อปรับสูตรแล้ว ลูกค้าบ่นและขายได้ลดลง จึงกลับมาทำเหมือนเดิม

## 7. เป้าหมายต่อไป/การขยายการดำเนินงาน

กรมควบคุมโรค ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่สำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568 ยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน (SALTS) มีเป้าประสงค์ “ประชาชนบริโภคเกลือและโซเดียมลดลงร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568” ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กองโรคไม่ติดต่อ มีการดำเนินงานโครงการเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัดต่อเนื่อง และมีเป้าหมายขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกจังหวัด ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดร้อยละของจังหวัดที่มีการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัดตามแนวทางที่กำหนด (คิดเป็น 40 จังหวัดสะสม) ไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม 2566) กองโรคไม่ติดต่อ สิ่งที่ได้ดำเนินการแล้ว มีดังนี้

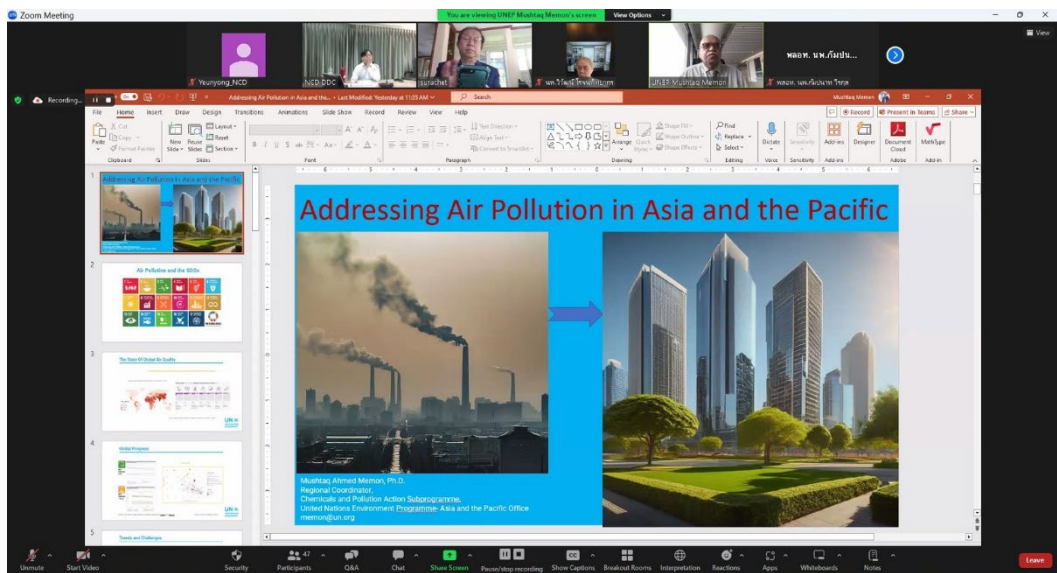
- 1) สนับสนุนงบประมาณ และสื่อประชาสัมพันธ์การดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมให้แก่ สคร.1-12 และ สปคม. ได้แก่ หนังสือแนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ภาพพลิก สติกเกอร์เค็มน้อยอร่อยดี
- 2) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัดให้แก่ สคร. สจจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- 3) ร่วมกับ สปคม. และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ดำเนินการลดบริโภคเกลือและโซเดียมร้านอาหารของตลาดพรีเมียมในกรุงเทพมหานคร

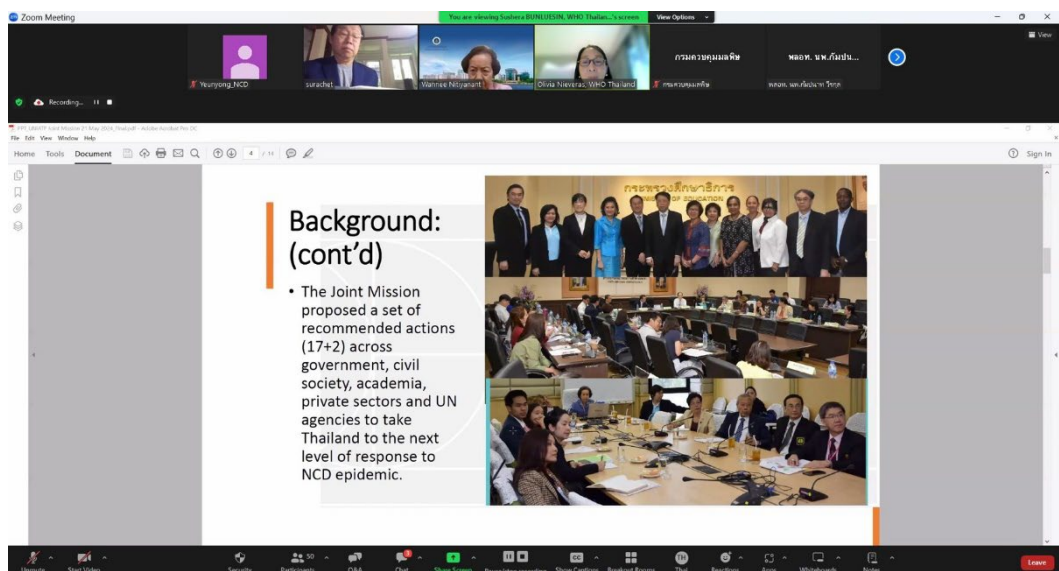
สำหรับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 มีการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) ชี้แจงถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือโซเดียมระดับจังหวัด (จังหวัดเดิมและจังหวัดใหม่)
  - 2) พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด
  - 3) จัดซื้อ-จัดสรรเครื่องวัดความเค็ม (salt meter) และสื่อประชาสัมพันธ์ให้จังหวัดที่ร่วมดำเนินการ และเริ่มเก็บข้อมูลการสำรวจอาหารในไตรมาสที่ 2
  - 4) อยู่ระหว่างจัดทำแผนการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ร่วมกับ สสจ. และหน่วยงานเครือข่ายที่ร่วมดำเนินการ
8. ภาคผนวก อาทิ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงาน, การนำเสนอผลงาน ตีพิมพ์ คำสั่งแต่งตั้ง การจัดงานวิชาการ การลงพื้นที่ การประชุมหารือ ตัวเล่ม สามารถสแกนเป็น pdf หรือแนบไฟล์มาได้ค่ะ)  
(ขอรูปภาพประกอบการดำเนินงานด้วยนะคะ ใส่มาได้เลย บรรยายกิจกรรมให้ด้วยนะคะ)

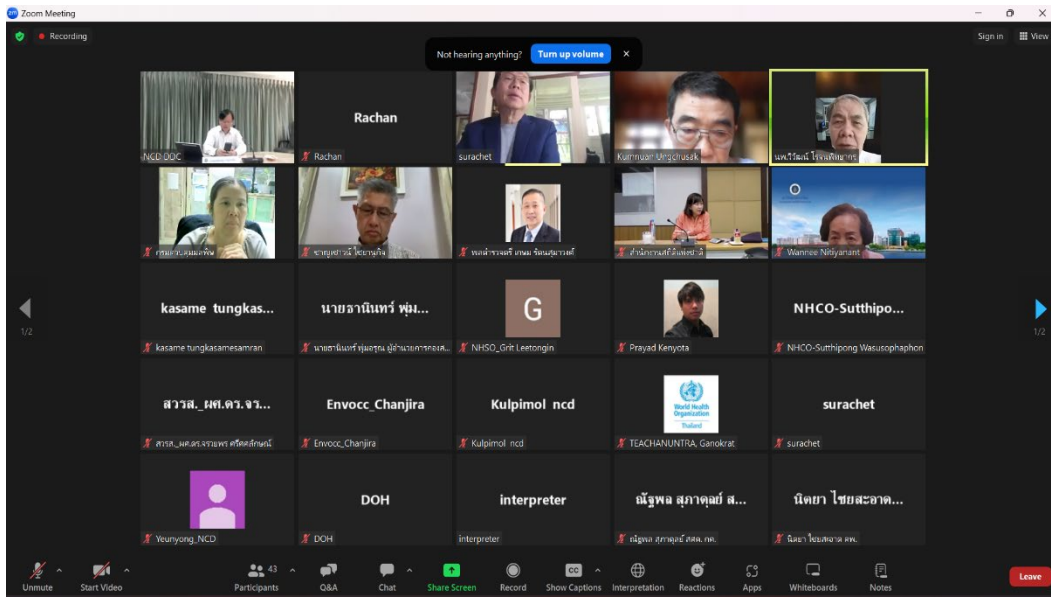
6. โครงการส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือภาคีเครือข่าย “ทศวรรษนโยบายห่วงใยสุขภาพ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ” พ.ศ. 2567



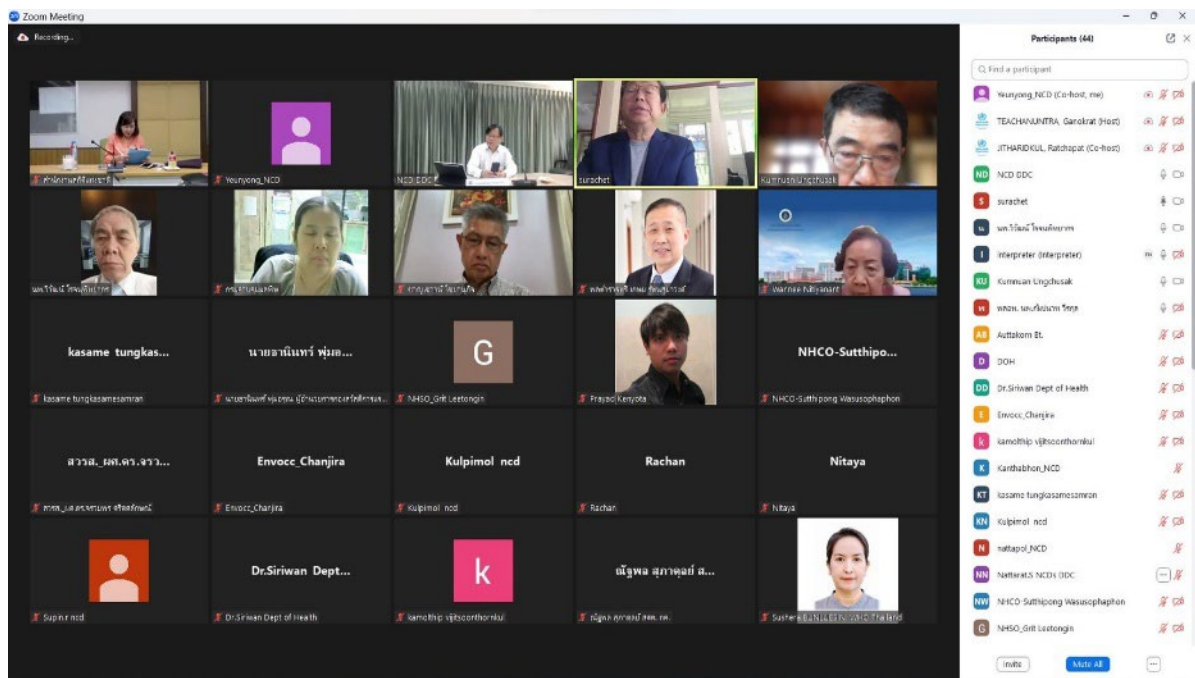
ภาพกิจกรรมการประชุมและผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์



ภาพกิจกรรมการประชุมและผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์



ภาพกิจกรรมการประชุมและผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์



ภาพกิจกรรมการประชุมและผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์



ภาพกิจกรรมการประชุมและผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์



ภาพกิจกรรมการประชุมและผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

## การประชุมคณะทำงานแผนงานโรคไม่ติดต่อ CCS NCD ครั้งที่ 2/2567

ในวันพฤหัสบดีที่ 20 มิถุนายน 2567 เวลา 09.30 – 12.00 น.

ณ ห้องประชุม 2 กองโรคไม่ติดต่อ และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ด้วยระบบ Zoom Meeting

### ระเบียบวาระการประชุม

#### 1. รายงานความก้าวหน้าการประเมิน CVD Risk Score

โดย ดร.กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล หัวหน้ากลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศ  
กองโรคไม่ติดต่อ

#### 2. พระราชบัญญัติอากาศสะอาด (Clean Air Act: CAA)

โดย กองจัดการคุณภาพอากาศและเสียงกรมควบคุมมลพิษกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ  
สิ่งแวดล้อม

#### 3. รายงานผลการดำเนินงานแผนงานโรคไม่ติดต่อ CCS NCD ในรอบ 5 เดือน (ม.ค. – พ.ค. 2567)

#### 4. สรุปผลโครงการที่ขอรับสนับสนุนจาก WHO-CCS NCDs

##### 4.1 โครงการขับเคลื่อนนโยบายแผนการจัดการโรคอ้วน พ.ศ. 2566

โดย กลุ่มพัฒนานโยบายระดับประชากร

##### 4.2 โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายระดับพื้นที่เพื่อสนับสนุนการป้องกัน

โรคไม่ติดต่อระดับจังหวัด ระยะถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารจังหวัด

โดย กลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศ

### รายงานการประชุม

#### 1. การประเมิน CVD Risk Score ในประเทศไทย

โดย ดร.กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล หัวหน้ากลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่าง  
ประเทศ กองโรคไม่ติดต่อ : การจัดประชุม CVD Risk Score ในประเทศไทย จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

1. การประชุมคณะอนุกำกับทิศแผนงานโรคไม่ติดต่อ WHO-CCSNCDs ครั้งที่ 1/2567 เมื่อวันที่ 1  
กุมภาพันธ์ 2567 นำเสนอโดย โรงพยาบาลกุมพล และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ การใช้ Modify CVD Risk  
ในผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาล มติที่ประชุม : มอบทีมเลขาประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจ  
และพัฒนาแนวทางการประเมินและการใช้ประโยชน์

2. การประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือรายประเด็นของแผนงาน CCS NCDs ครั้งที่ 1/2567 เมื่อวันที่  
15 มีนาคม 2567 นำเสนอโดย โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ และสมาคมโรคเบาหวาน

แห่งประเทศไทย มติที่ประชุม : เห็นควรนำเรื่องสอบถามกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ ให้คำตอบว่าควรหารือกับแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ

3. การประชุมคณะอนุกรรมการกับทิศแผนงานโรคไม่ติดต่อ WHO – CCS NCDs ครั้งที่ 2/2567 เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2567 เป็นการติดตามความก้าวหน้า มติที่ประชุม : เห็นควรให้จัดประชุมทบทวนการประเมินและ GAP ของการประเมิน ใน 3 วิธี คือ 1. Thai CVD risk score (โรงพยาบาลรามาธิบดี) 2. Modify CVD risk score และ 3. WHO CVD risk score

## 2. พระราชบัญญัติอากาศสะอาด (Clean Air Act: CAA)

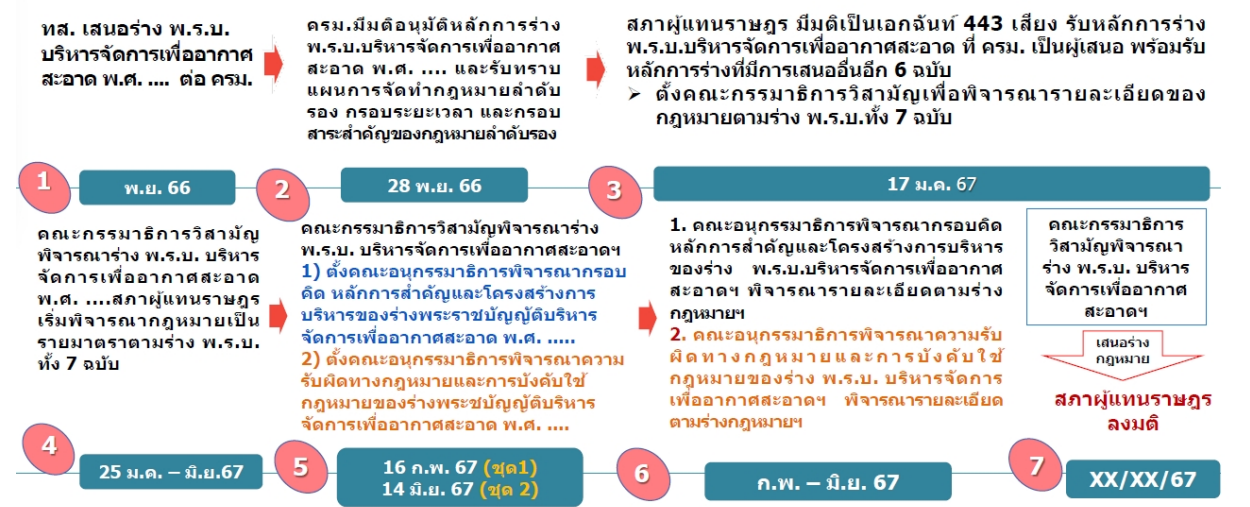
โดยกองจัดการคุณภาพอากาศและเสียงกรมควบคุมมลพิษกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม : การขับเคลื่อนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ

1. การปรับปรุงพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535
2. การออกกฎหมายใหม่ที่เฉพาะเจาะจงและมุ่งเน้นในการแก้ไขและบริหารจัดการมลพิษทางอากาศเพื่ออากาศสะอาด
3. ออกเป็น “ร่างพระราชบัญญัติบริหารจัดการเพื่ออากาศสะอาด พ.ศ. ....”





## การดำเนินงานที่ผ่านมา ในช่วงเดือน พ.ย.2566 – มิ.ย. 2567



### 3. รายงานผลการดำเนินงานแผนงานโรคไม่ติดต่อ CCS NCD ในรอบ 5 เดือน (มกราคม - พฤษภาคม 2567)

#### โครงการที่ดำเนินงาน มกราคม-พฤษภาคม 2567 มีโครงการที่สิ้นสุด จำนวน 2 โครงการ

1.โครงการสื่อสารสร้างการรับรู้และสนับสนุนการขับเคลื่อนงานตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 (ส. ส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ขอขยายเวลา 1 เดือน ถึง มกราคม 2567)

2.โครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนมาตรการทางกฎหมายการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก (อาหารที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูง Phase 2 (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ขอขยายเวลา 1 เดือน ถึง มิถุนายน 2567)

#### โครงการต่อเนื่อง 2566-2567 จำนวน 4 โครงการ

1.โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคโซเดียมระดับประเทศและเขตสุขภาพแบบหลายภาคส่วน ปี 2566-2568 (กอง NCD ระยะเวลา 3 ปี สิ้นสุดปี 2568)

2.โครงการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566-2570 ( กอง NCD พ.ศ.66 –ก.ย.67)

3.โครงการขับเคลื่อนนโยบายและการจัดการโรคอ้วน พ.ศ. 2566 (กอง NCD ขอขยายเวลา 6 เดือน ถึง 30 มิ.ย. 2567)

4.โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายระดับพื้นที่เพื่อสนับสนุนการป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับจังหวัด ระยะถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารจังหวัด (กอง NCD ขอขยายเวลา 6 เดือน ถึง 30 มิ.ย. 2567)

#### โครงการใหม่ ปี 2567 จำนวน 4 โครงการ จะสิ้นสุด ในปี 2567

1.โครงการส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือภาคีเครือข่าย“ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อ” พ.ศ. 2567

2. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชนเมือง

3. โครงการประชุมวิชาการเสริมความเข้มแข็งเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ “Virtual NCD Forum 2024”

4. โครงการพัฒนาเครือข่ายครู ข แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม

#### โครงการใหม่ ปี 2567 อยู่ระหว่างการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 1 โครงการ

1. การใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นเพื่อให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2:การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

4. สรุปผลโครงการที่ขอรับสนับสนุนจาก WHO-CCS NCDs

4.1 โครงการขับเคลื่อนนโยบายแผนการจัดการโรคอ้วน พ.ศ. 2566

โดย กลุ่มพัฒนานโยบายระดับประชากร

4.1 โครงการขับเคลื่อนนโยบายแผนการจัดการโรคอ้วน พ.ศ. 2566

โดย กลุ่มพัฒนานโยบายระดับประชากร

**ความคืบหน้าการดำเนินงานโครงการขับเคลื่อนนโยบายป้องกันและจัดการโรคอ้วน พ.ศ. 2566-2567**

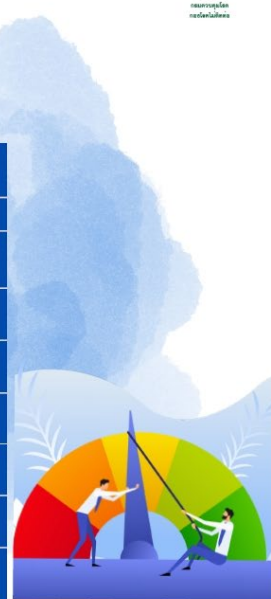


วัตถุประสงค์: 1. เพื่อจัดทำข้อเสนอ และสื่อสารนโยบายป้องกันและการจัดการโรคอ้วน  
2. เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายป้องกันและการจัดการโรคอ้วนโดยหลายภาคส่วน

พื้นที่เป้าหมาย: ทั่วประเทศ และ SOCIAL PLATFORM

ระยะเวลาดำเนินการ: กุมภาพันธ์ - ธันวาคม 2566 ขยายระยะเวลา มกราคม 2567 - มิถุนายน 2567

TASK/PROCESS	QUARTER 1			QUARTER 2			QUARTER 3			QUARTER 4		
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC
• ประชุมหารือคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้อง		16 ก.พ.		30 เม.ย.		12 มิ.ย. 19 มิ.ย.						
• เชิญชวนหน่วยงานรณรงค์โรคอ้วนตลอดปี 2567			4 มี.ค.									
• สัมมนาวิชาการวันโรคอ้วนโลกและสัมมนาวิชาการวันแรงงาน 2567			4 มี.ค.			1 พ.ค.						
• ประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ					1 ครั้ง							
• ตรวจสอบความพร้อมของหน่วยงานป้องกันและการจัดการโรคอ้วนในวัยทำงาน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข					1 ครั้ง							
• พัฒนาแนวทางการป้องกันและการจัดการโรคอ้วนในวัยทำงาน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข						1 ฉบับ						
• พัฒนาแนวทางการจัดอาหารเพื่อการบริโภคที่ดีต่อสุขภาพ						1 ฉบับ						



สัมนาวินิจฉัยโรคอ้วนโลก 4 มีนาคม 2567

**ข่าวประชาสัมพันธ์**  
กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

กองโรคไม่ติดต่อ จัดสัมนาวินิจฉัยโรคอ้วนโลกประจำปี พ.ศ. 2567 เนื่องในวันโรคอ้วนโลกประจำปี พ.ศ. 2567

วันที่ 4 มีนาคม 2567 กองโรคไม่ติดต่อ จัดสัมนาวินิจฉัยโรคอ้วนโลกประจำปี พ.ศ. 2567 เพื่อส่งเสริมองค์ความรู้การดำเนินงานป้องกันและจัดการโรคอ้วนในชุมชนผ่านวิชาการ การทางแพทย์ ทั้งในและนอกพื้นที่ทางธรรมชาติ โดยมี นายแพทย์กฤตกร หาคุมธรรมกิจ ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ เป็นประธานเปิดการประชุมและร่วมเสวนา ทั้งนี้ ได้มีวิทยากรจาก สธ.ธ. พิศาลณี กวีตฤกษ หุ่นอักษรวิศัลยแพทย์ ศสช.ทสจ. มหาวิทยาลัยมหิดล นายแพทย์ทศพรศักดิ์ ใจสูง ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต และนายแพทย์ จิระวิฑูรย์ วิฑูรย์สิงห์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองจันทรี จังหวัดตราด เข้าร่วม ผู้เข้าร่วม ชื่องาน Zoom Meeting และ Facebook Live เพจกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค จำนวนทั้งสิ้น 457 คน

DCC กรมควบคุมโรค  
Department of Disease Control



World Obesity Day 2024

ขอเชิญชวนหน่วยงานร่วมจัดกิจกรรมรณรงค์เนื่องโรคอ้วน ปี พ.ศ. 2567

**ประเด็นรณรงค์**  
"โรคอ้วนเล็กอ้วนคุยกันได้" (Let's Talk About Obesity and ...)

เมื่อวันจันทร์ที่ 4 มีนาคมของทุกปี กำหนดให้เป็นวันโรคอ้วนโลก กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ ขอเชิญชวนหน่วยงานจัดรณรงค์เนื่องโรคอ้วน ทั่วโลกพร้อมกันภายใต้แผนการจัดการรณรงค์รณรงค์เนื่องโรคอ้วน ปี พ.ศ. 2567 เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและมีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันและจัดการโรคอ้วน โดยสื่อสารไปยังผู้เกี่ยวข้องโรคอ้วนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ หรือจัดการรณรงค์ด้วยหน่วยงานของท่าน พร้อมเผยแพร่ภาพกิจกรรมภายใต้หัวข้อรณรงค์เช่นโรคอ้วนโลก "โรคอ้วน เล็กอ้วน คุยกันได้" (Let's Talk About Obesity and ...) และติดแฮชแท็ก

# 5 ธันวาคมโลก 2567  
# โรคอ้วนเล็กอ้วนคุยกันได้  
# WORLD OBESEITY DAY 2024

ตั้งแต่วันที่ - 31 มีนาคม 2567

**รณรงค์ใน 3 หัวข้อหลัก ดังนี้:**

1. โรคอ้วนกับสุขภาพ (Let's talk about obesity and health)
2. โรคอ้วนกับเยาวชน (Let's talk about obesity and Youth)
3. โรคอ้วนกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเรา (Let's talk about obesity and our world)

ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่  
<https://shorturl-dcc.moph.go.th/VU44y>

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม โทร. 02-590 0220 กรมควบคุมโรค ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [ncc@publicpolicy@gmail.com](mailto:ncc@publicpolicy@gmail.com) หรือ Facebook 02 590 3870  
ผู้ประสาน: นายเจษฎาสิริศักดิ์ นามระหงษ์ นชอ.นชอ.นชอ.นชอ.นชอ.

ประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

**ข่าวประชาสัมพันธ์**  
กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

กองโรคไม่ติดต่อ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

วันที่ 20 - 22 มีนาคม 2567 กองโรคไม่ติดต่อ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีนายแพทย์ธีรกร อภิรัตน์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ให้เกียรติเป็นประธาน พร้อมด้วยนายแพทย์กฤตกร หาคุมธรรมกิจ ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ ทำรายงาน เมื่อต้นทศวรรษที่ผ่านมานี้ ด้วยความมุ่งมั่นของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรัง (โรคเรื้อรัง) โรคเรื้อรังที่สำคัญคือโรคอ้วน ซึ่งงานวิชาการด้านนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในบริบทประเทศไทย เนื่องจากประเทศไทยมีภาวะโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (โรคเรื้อรังหรือโรคเรื้อรัง) ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคกระดูกพรุน โรคถุงน้ำดี และโรคอื่นๆ ซึ่งงานวิชาการด้านนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานป้องกันและจัดการโรคอ้วนหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เป็นต้นเหตุของโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคกระดูกพรุน โรคถุงน้ำดี และโรคอื่นๆ ซึ่งงานวิชาการด้านนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานป้องกันและจัดการโรคอ้วนหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เป็นต้นเหตุของโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคกระดูกพรุน โรคถุงน้ำดี และโรคอื่นๆ

DCC กรมควบคุมโรค  
Department of Disease Control

ตัวอย่างกิจกรรมรณรงค์เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมป้องกันและจัดการโรคอ้วนสำหรับวัยทำงาน



กิจกรรมดำเนินงานป้องกันควบคุม โรคอ้วน/ควบคุมน้ำหนัก ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ช่องทางต่างๆ

กิจกรรม (แนว/วิธี/ช่องทาง)	แหล่งที่	ผลลัพธ์
1. รณรงค์เผยแพร่ข้อมูลและรณรงค์	- ครอบคลุมพื้นที่ 1 ส่วน/ส่วน	รอผล
2. สนับสนุนวิทยากร	- ครอบคลุมพื้นที่ 2 ส่วน/ส่วน	รอผล
3. จัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ (ใน/นอกพื้นที่) สนับสนุนวิทยากร (มีเอกสาร/Health Station)	- ครอบคลุมพื้นที่ 1 ส่วน/ส่วน	รอผล
4. สนับสนุนวิทยากร (มีเอกสาร/Health Station) สนับสนุนวิทยากร (มีเอกสาร/Health Station)	- มีวิทยากรที่ปฏิบัติงานจริง/ Health Station/ 50 คนขึ้นไป	รอผล
5. จัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ (ใน/นอกพื้นที่) สนับสนุนวิทยากร (มีเอกสาร/Health Station)	- ครอบคลุมพื้นที่/ครอบคลุมพื้นที่ 50 คนขึ้นไป	รอผล
6. จัดกิจกรรมรณรงค์เชิงรุก (มีเอกสาร/Health Station)	- ครอบคลุมพื้นที่/ครอบคลุมพื้นที่	รอผล

กลุ่มเป้าหมาย: วิทยาลัย 49 วิทยาลัยไป สหวิทยาเขต 1, เชียงใหม่ ต.บางช้าง นครเชียงใหม่ (จัดในเขตผู้ว่าราชการ)

1. จัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ (ใน/นอกพื้นที่) สนับสนุนวิทยากร (มีเอกสาร/Health Station)
2. จัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ (ใน/นอกพื้นที่) สนับสนุนวิทยากร (มีเอกสาร/Health Station)
3. จัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ (ใน/นอกพื้นที่) สนับสนุนวิทยากร (มีเอกสาร/Health Station)

เป้าหมาย: ครอบคลุมพื้นที่ 1 ส่วน/ส่วน

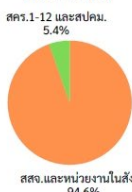
ผลลัพธ์: มีวิทยากรที่ปฏิบัติงานจริง/ Health Station/ 50 คนขึ้นไป

เป้าหมาย: ครอบคลุมพื้นที่/ครอบคลุมพื้นที่ 50 คนขึ้นไป

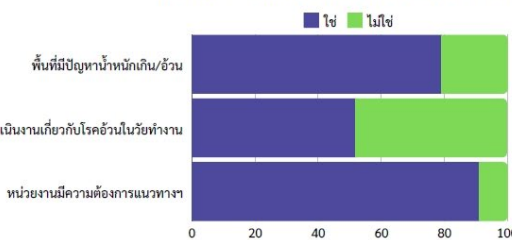
ผลลัพธ์: ครอบคลุมพื้นที่/ครอบคลุมพื้นที่

### สำรวจความต้องการแนวทางการป้องกันและการจัดการโรคอ้วนในวัยทำงาน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

ผู้ตอบแบบสำรวจ (n=539 คน)



การดำเนินงานเกี่ยวกับโรคอ้วน (n=539 คน)



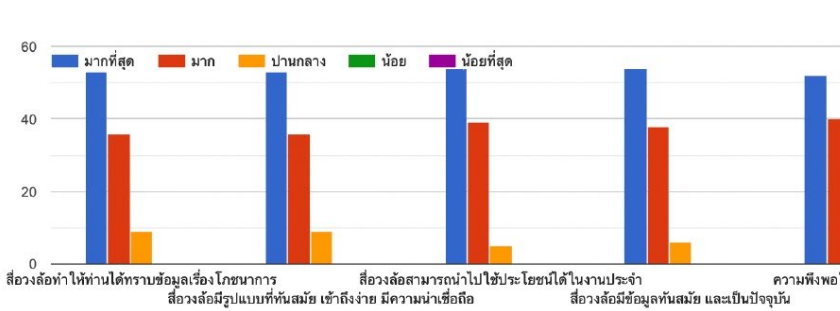
Keywords and terms related to food and health, including: อาหาร (Food), การออกกำลังกาย (Exercise), การรับประทานอาหาร (Eating habits), โรคอ้วน (Obesity), and รับประทานอาหาร (Eating).

Keywords and terms related to health management and technology, including: อุปกรณ์ (Equipment), สื่อประชาสัมพันธ์ (Publicity media), โปรแกรม (Program), and ข้อมูล (Data).

### สนับสนุนสื่อลงลือพลังงาน อาหารและ BMI ให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

แบบประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ได้รับ สื่อการลงลือพลังงาน อาหารและ BMI โดยมีความหมายของระดับความพึงพอใจมีดังนี้

ความพึงพอใจของผู้ได้รับสื่อการลงลือพลังงาน อาหาร และ BMI



**(ร่าง) กรอบโครงสร้างแนวทางการป้องกันและจัดการโรคอ้วนในวัยทำงาน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข**

- บทนำ
- แนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- ระบาดวิทยาของโรคอ้วนวัยทำงานและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
- เภยที่กำหนดและปัจจัยการเกิดโรคอ้วน
- โขชนาการสำหรับโรคอ้วนในวัยทำงาน
- การออกกำลังกายเพื่อป้องกันและจัดการโรคอ้วนสำหรับวัยทำงาน
- การดำเนินงานคลินิกโภชนาการ
- การดำเนินงานป้องกันและจัดการโรคอ้วนระดับชุมชน
- แนวทางจัดการโรคอ้วนวัยทำงานในองค์กรราชการและเอกชน

**ทีมผู้พิมพ์:**

- กรมควบคุมโรค
- กรมอนามัย
- สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย
- คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- นักรวิชาการอิสระ



**การพัฒนาแนวทางการจัดหาอาหารเพื่อการบริโภคที่ดีต่อสุขภาพ**

**ประชุมเตรียมการ (วันที่ 4 ร.ค. 66)**



**ประชุมคณะทำงาน ครั้งที่ 1 วันที่ 13 ร.ค. 66**

- Sodium Score card และหลักการ Food Procurement Policy
- Healthy Public Food Procurement and Service Policies
- กรอบแนวคิดกรณีศึกษาโครงการวิจัย
  1. การประเมินกระบวนการและนโยบายการจัดซื้อและให้บริการอาหารแก่สาธารณะ
  2. การวิเคราะห์วิธีปฏิบัติจัดซื้อจัดจ้างโครงการอาหารกลางวันโรงเรียนเพื่อเชื่อมโยงระบบอาหารชุมชน
- กรณีศึกษา "คู่มือแนวทางการจัดหาอาหารให้แก่ผู้รับบริการสงเคราะห์ตามกลุ่มเป้าหมายในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์"
- หรือ "โครงร่างแนวทาง"



**ประชุมคณะทำงาน ครั้งที่ 2 วันที่ 19 มิ.ย. 67**

ติดตามความก้าวหน้าการนิพนธ์เล่มแนวทางฯ

4.2 โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายระดับพื้นที่เพื่อสนับสนุนการป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับจังหวัด ระยะถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารจังหวัดโดย กลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศ กองโรคไม่ติดต่อ

กิจกรรมที่ 1 พัฒนาศักยภาพบุคลากร การอบรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้การป้องกันและควบคุมโรค NCDs

ประชุมออนไลน์ ผ่านระบบ Web Ex application วันที่ 24-27 กรกฎาคม 2566

ผู้ลงทะเบียน 874 คน จาก อบจ. รพ.สต. สสจ. สคร. ใน 49 จังหวัด

การอบรมมีทดสอบความรู้-ความเข้าใจ ก่อนอบรม (pre-test =584 คน) และ หลังอบรม (post-test =357 คน)

การบรรยาย

ส่วนที่ 1 พื้นฐานทางระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ ประเด็นปัญหาสุขภาพของโรคไม่ติดต่อ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดทำมาตรการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ และการออกแบบการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ(รวม 6 ชั่วโมง) และมาตรการสำคัญ ในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในปัจจุบัน (ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, อาหาร, ออกกำลังกาย และการดาเนินการระดับพื้นที่และระดับประเทศ(รวม 5 ชั่วโมง)

ส่วนที่ 2 แนวคิดการกระจายอำนาจ ประสบการณ์การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของประเทศไทยที่ผ่านมา และหลักการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อ (รวม 7 ชั่วโมง)

ส่วนที่ 3 แนวคิด Design Thinkingและนวัตกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับพื้นที่ (3 ชั่วโมง)

ส่วนที่ 4 การกำหนดนโยบายสาธารณะและการสร้างความร่วมมือกับเครือข่าย ความหมายและกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะ ตัวอย่าง นโยบายสาธารณะที่สำคัญ และกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม(1 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 2 ทาแผนสุขภาพ/ยุทธศาสตร์สุขภาพระดับพื้นที่ การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์

- เพื่อหน่วยงานเกี่ยวข้องจัดทำแผนสุขภาพจังหวัด ด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อแบบบูรณาการ
- ประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบ face to face วันที่ 27-29 กันยายน 2566 ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ
- มี 8 จังหวัดเป้าหมายที่จัดทำแผนสุขภาพ: จังหวัดปราจีนบุรี ร้อยเอ็ด หนองบัวลาภู ขอนแก่น ศรีสะเกษ นครราชสีมา เชียงราย สงขลา

**สมาชิกกลุ่มประกอบด้วย** ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดจากกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตที่ 1, 5, 6, 7, 8, 10 และ 12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพจังหวัด

**กิจกรรมที่ 3** สรุปบทเรียน การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบูรณาการแผนพัฒนาสุขภาพจังหวัด

#### วัตถุประสงค์

-เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานแผนพัฒนาสุขภาพฯแบบบูรณาการและสรุปผลการดำเนินงานประชุม Face to Face วันที่ 23-24 พฤษภาคม 2567 ณ โรงแรม ดิ อิมพีเรียล โฮเทล แอนด์ คอนเวนชั่น เซ็นเตอร์ โคราช จังหวัดนครราชสีมา

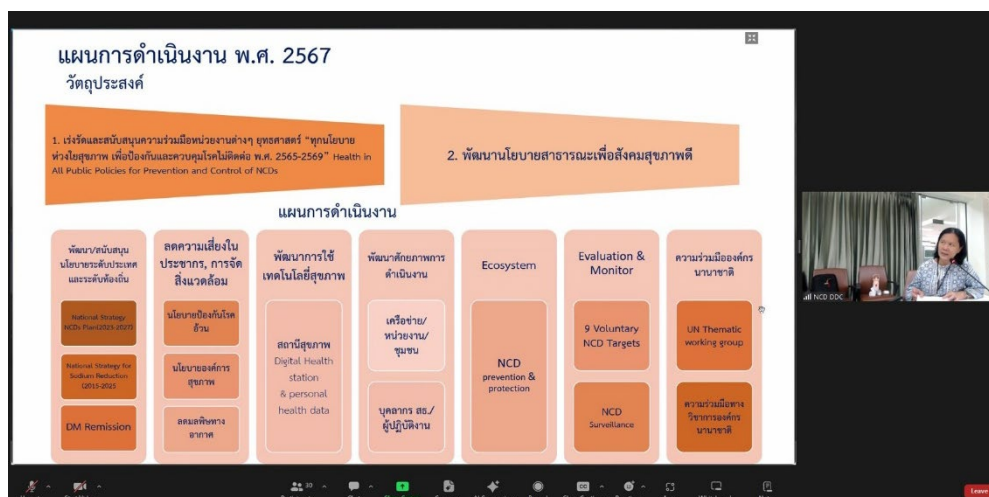
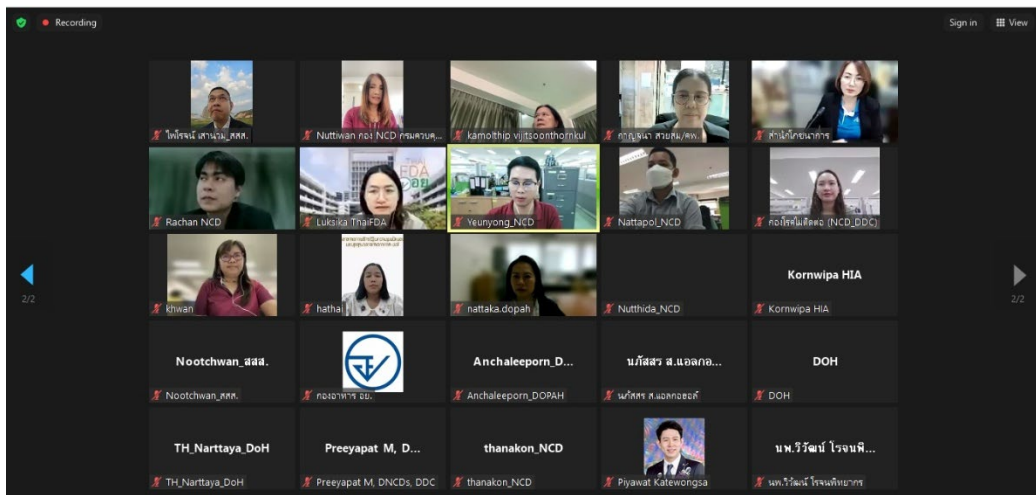
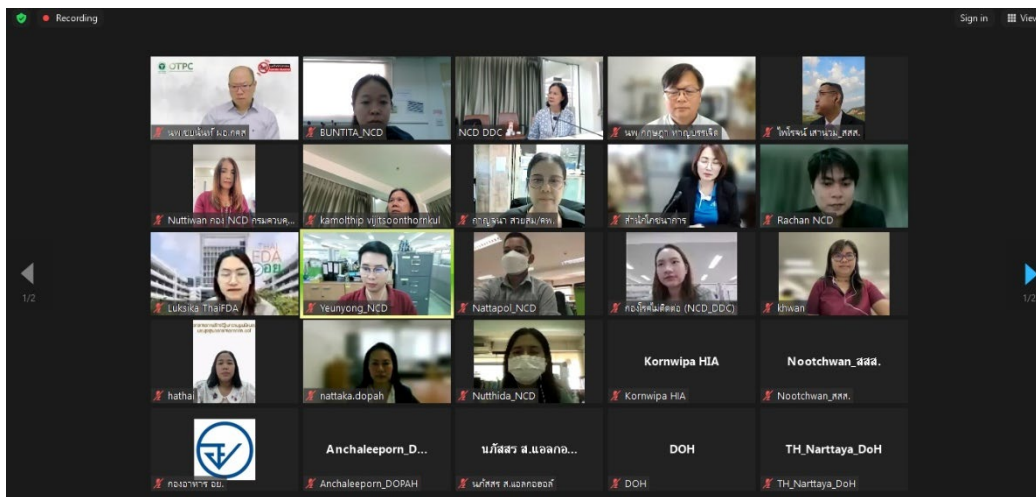
#### ประกอบด้วยกิจกรรม

1. การอภิปราย : ทิศทางการบูรณาการแผนงาน/โครงการสุขภาพระดับพื้นที่ ด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ
2. การบรรยาย : ผลการดำเนินงานบูรณาการโครงการพัฒนาสุขภาพจังหวัด 8 จังหวัด และแนวคิดเพื่อสร้างความยั่งยืนให้นักพัฒนาเมืองยุคใหม่ และการจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ health Link
3. การประชุมกลุ่มและฝึกปฏิบัติ : สรุปการดำเนินงานโครงการบูรณาการพัฒนาสุขภาพจังหวัด 8 จังหวัด

#### ข้อเสนอแนะ

- แผนบูรณาการ/โครงการ บูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานทາอย่างไรจึงจะ นำไปสู่ แผนบูรณาการกลยุทธ์ หรือ แผนบูรณาการงบประมาณ
- พัฒนาให้เกิดกลไก ความร่วมมือ การดำเนินงาน NCD ร่วมกับอบจ.(เรื่อง แผนงาน/โครงการนาร่อง ทีมวิชาการ ทีมแนะนำ) ทาอย่างต่อเนื่อง
- ปรับระบบการดำเนินงานNCD เน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพพื้นที่เป็นประเด็นหลัก
- พัฒนาบุคลากร concept บทบาทของหน่วยงานพื้นที่ ในงานprimordial & primary prevention , การแก้ไขปัญหา NCD สร้างนาซ่อม หรือการป้องกัน > การรักษา และ
- พัฒนา Infra-structure สำคัญ: ระบบสารสนเทศและระบบข้อมูล การใช้ประโยชน์ข้อมูลพื้นที่ นำไปสู่ คาตอบปัญหาสุขภาพในระดับจังหวัด ประเทศ

# ภาพกิจกรรมการประชุมและผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์



การจัดการประชุมการประเมิน CVD risk score ในประเทศไทย

1. การประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทางงานโรคร้ายโรคติดต่อ WHO-CCS NCDs ครั้งที่ 1/2567
  - วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 09.00 – 15.30 น. ศูนย์สนออก รพ.ภูมิพล และ รพ. สวรรค์ประชารักษ์ นำเสนอ การใช้ Modify CVD Risk ในผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาล
  - ที่ประชุม: มอบทีมเฉพาะกิจ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดค่าใช้จ่ายและพัฒนาตารางการประเมินและการใช้ประโยชน์
2. การประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือรายละเอียดของแผนงาน CCS NCDs ครั้งที่ 1/2567
  - วันที่ 15 มีนาคม 2567 เวลา 09.30 – 12.00 น. รพ.ภูมิพล รพ.สวรรค์ประชารักษ์ รพ.ธรรมศาสตร์ สมุทรปราการ
  - ที่ประชุม: เห็นความเชื่อมโยงของงานกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ ให้สำรวจว่าควรเรียกแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ
3. การประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทางงานโรคร้ายโรคติดต่อ WHO-CCS NCDs ครั้งที่ 2/2567
  - วันที่ 21 พฤษภาคม 2567 เวลา 09.00 – 15.30 น. ศิลปินความก้าวหน้า
  - ที่ประชุม: เห็นควรให้จัดการประชุมทบทวนการประเมินและ GAP ของการประเมิน ใน 3 วิธี คือ
    1. Thai CVD risk score (รพ.บางเขน)
    2. Modify CVD Risk score และ
    3. WHO CVD risk score

Zoom Meeting

สัปดาห์วิชาการวันโรคอ้วนโลก 4 มีนาคม 2567

ข่าวประชาสัมพันธ์

นิตยสารโรคอ้วน สุขภาพดี

เนื่องในวโรกาสวันโรคอ้วนโลกประจำปี พ.ศ. 2567

วันที่ 4 มีนาคม 2567 นิตยสารโรคอ้วน สุขภาพดี ปีที่ 10 ฉบับพิเศษวันโรคอ้วนโลกประจำปี พ.ศ. 2567 มีเนื้อหาที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคอ้วนและสุขภาพที่ดี รวมถึงการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

โรคอ้วนโลกวันนี้ คุณก็ทำได้ (Let's Talk About Obesity and...)

วันที่ 4 มีนาคม 2567 วันโรคอ้วนโลก ทั่วโลกจะมาร่วมกันฉลองวันโรคอ้วนโลก โดยจะมีการประชุมออนไลน์และงานสัมมนาออนไลน์

#โรควัณโรคอ้วนโลกวันนี้

#WORLDROBEHDAY2024

วันที่ 4 - 5 มีนาคม 2567

สมรทัน 3 หัวข้อหลัก ดังนี้:

1. โรคอ้วนกับสุขภาพ (Let's talk about obesity and health)
2. โรคอ้วนกับเยาวชน (Let's talk about obesity and Youth)
3. โรคอ้วนกับสิ่งแวดล้อมและอาชีพ (Let's talk about obesity and our world)

Zoom Meeting

การขับเคลื่อนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ

- การปรับปรุงพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535
- การออกกฎหมายใหม่ที่เฉพาะเจาะจงและมุ่งเน้นในการแก้ไขและบริหารจัดการมลพิษทางอากาศ เพื่ออากาศสะอาด

↓

“ร่างพระราชบัญญัติบริหารจัดการเพื่ออากาศสะอาด พ.ศ. ....”



## บทที่ 5

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา



1. ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานราชการ อาทิกะทรวงต่างๆ ที่มีบทบาทต่อการจัดการโรคไม่ติดต่อร่วมกัน ยังมีช่องว่างในการพัฒนา โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีต่างๆและสร้างความตระหนักรู้ร่วมกับให้ทราบถึงภารกิจสำคัญในการจัดการโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย
2. การขยายความครอบคลุมการจัดบริการสถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Station) ในชุมชน โดยให้บรรจุในแผนของ พชอ. และข้อบัญญัติท้องถิ่น และมีการนำข้อมูลจาก EXTRA HOSPITAL SERVICE เชื่อมกับระบบข้อมูลของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการจัดการรายบุคคล ให้ขยายความครอบคลุม โดยนำรูปแบบบริการสมดุสุขภาพส่วนบุคคล บน APP H4U สู่ APPLICATION อื่นๆ เช่น Application หมอพร้อม เป็นต้น
3. การดำเนินงานของโครงการย่อยในบางครั้งมีความล่าช้า จากแผนที่มีการปรับเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของการทำงาน
4. ควรมีการขยายผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน ในกลุ่มตัวอย่างที่ถนัดในการใช้ แอปพลิเคชันบนมือถือมากกว่าเดิม และปรับปรุงรูปแบบการใช้งานโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวานต่อเนื่องและง่ายต่อการเข้าถึง และสะดวกในการใช้งานมากขึ้น และเพิ่มเทคนิคในการกระตุ้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นกลุ่มที่สามารถเห็นเพื่อนในกลุ่มแบบ Real Time พุดคุย แลกเปลี่ยน 2 ทางได้สะดวก

## ภาคผนวก

### คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศแผนงาน WHO-CCS NCDs



คำสั่งคณะกรรมการบริหารความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก  
ที่ ๕ / ๒๕๖๔  
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศแผนงานโรคไม่ติดต่อ

อนุสนธิคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๓๐๖/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก โดยให้คณะกรรมการชุดนี้มีอำนาจในการแต่งตั้งคณะกรรมการตามความเหมาะสม นั้น

เพื่อให้การดำเนินแผนงานโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นแผนงานหลักภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศไทยภายใต้กรอบองค์การอนามัยโลก (WHO Country Cooperation Strategies : CCS) ประจำปี ค.ศ. ๒๐๒๒-๒๐๒๖ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดกับประเทศ อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๒.๕ ของคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๓๐๖/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก ซึ่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะประธานกรรมการบริหารความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก จึงออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศแผนงานโรคไม่ติดต่อ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

#### ๑. องค์ประกอบ

- |  |                      |
|--|----------------------|
| ๑.๑ นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ<br>ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข<br>ด้านต่างประเทศ    | ที่ปรึกษา            |
| ๑.๒ นายประภิต วาทีสาธกิจ<br>เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่                       | ที่ปรึกษา            |
| ๑.๓ ศาสตราจารย์เกียรติคุณวรรณิ นิธิยานันท์<br>นักวิชาการอิสระ                                | ที่ปรึกษา            |
| ๑.๔ นายค่านวณ อึ้งชูศักดิ์<br>ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค  | ที่ปรึกษา            |
| ๑.๕ นายชาญเชาว์ ไชยานุกิจ<br>ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารงานยุติธรรม                           | ที่ปรึกษา            |
| ๑.๖ นายสุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย<br>รองประธานกรรมการกองทุนสนับสนุน<br>การสร้างเสริมสุขภาพ คนที่ ๒ | ประธานอนุกรรมการ     |
| ๑.๗ อธิบดีกรมควบคุมโรค   | ประธานอนุกรรมการร่วม |
| ๑.๘ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลด้านโรคไม่ติดต่อ   | อนุกรรมการ           |
| ๑.๙ รองอธิบดีกรมอนามัยที่ได้รับมอบหมาย   | อนุกรรมการ           |
| ๑.๑๐ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ   | อนุกรรมการ           |

๑.๑๑ ผู้อำนวยการ...

- ๒ -

- |      |  |                                   |
|------|--|-----------------------------------|
| ๑.๑๑ | ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข  | อนุกรรมการ                        |
| ๑.๑๒ | รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ   | อนุกรรมการ                        |
| ๑.๑๓ | นายไพโรจน์ เสาน่วม<br>ผู้ช่วยผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ                    | อนุกรรมการ                        |
| ๑.๑๔ | ผู้แทนกระทรวงแรงงาน  | อนุกรรมการ                        |
| ๑.๑๕ | ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ  | อนุกรรมการ                        |
| ๑.๑๖ | ผู้แทนกระทรวงพาณิชย์   | อนุกรรมการ                        |
| ๑.๑๗ | ผู้แทนกระทรวงการคลัง   | อนุกรรมการ                        |
| ๑.๑๘ | ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย   | อนุกรรมการ                        |
| ๑.๑๙ | ผู้แทนกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม  | อนุกรรมการ                        |
| ๑.๒๐ | ผู้แทนสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย   | อนุกรรมการ                        |
| ๑.๒๑ | ผู้แทนโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย  | อนุกรรมการ                        |
| ๑.๒๒ | ผู้แทนกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย   | อนุกรรมการ                        |
| ๑.๒๓ | ผู้แทนสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย   | อนุกรรมการ                        |
| ๑.๒๔ | นายวิวัฒน์ โรจนพิพิธากร<br>นักวิชาการอิสระ   | อนุกรรมการ                        |
| ๑.๒๕ | ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ<br>กรมควบคุมโรค   | อนุกรรมการ<br>และเลขานุการ        |
| ๑.๒๖ | นางสาวศิริวรรณ ศิหยวิงสุชญ์<br>รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ<br>กรมควบคุมโรค               | อนุกรรมการ<br>และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑.๒๗ | นางสาวนุชวรรณ บุญเรืองสีตินันท์<br>นักวิชาการ<br>สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ | อนุกรรมการ<br>และผู้ช่วยเลขานุการ |
๒. หน้าที่และอำนาจ
- ๒.๑ กำกับทิศทางการทำงานตามที่ได้มอบหมายไว้และไม่ติดต่อกับ
  - ๒.๒ ติดตามความก้าวหน้าและให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงการทำงานเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของแผนงานและโครงการ
  - ๒.๓ แต่งตั้งคณะทำงานตามความเหมาะสม
  - ๒.๔ ดำเนินการอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการบริหารความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลกมอบหมาย

๓. ให้ออกเลิก..

- ๓ -

๓. ให้ยกเลิกคำสั่งคณะกรรมการบริหารความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก  
ที่ ๑ /๒๕๖๑ ลงวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการกำกับทิศแผนงานโรคไม่ติดต่อ  
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ประธานกรรมการบริหารความร่วมมือ  
ระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก

## คำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ WHO-CCS NCDs



คำสั่งคณะกรรมการกำกับทิศแผนงานโรคไม่ติดต่อ  
ที่ ๓ /๒๕๖๖  
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ(ฉบับปรับปรุง)

ตามที่คำสั่งคณะกรรมการบริหารความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก ที่ ๔/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศแผนงานโรคไม่ติดต่อ โดยให้คณะกรรมการชุดนี้ มีอำนาจในการแต่งตั้งคณะกรรมการตามความเหมาะสม นั้น

เพื่อให้การดำเนินแผนงานโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นแผนงานหลักภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศไทยภายใต้กรอบองค์การอนามัยโลก(WHO Country Cooperation Strategies : CCS) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดกับประเทศ คณะกรรมการกำกับทิศแผนงานโรคไม่ติดต่อ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ โดยมีองค์ประกอบคณะกรรมการและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

## ๑. องค์ประกอบ

๑.๑	นายวิวัฒน์ โรจนพิทยากร นักวิชาการอิสระ	ที่ปรึกษา
๑.๒	นางสาวสุพัตรา ศรีวณิชชากร ประธานราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย	ที่ปรึกษา
๑.๓	นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม ผู้ช่วยผู้จัดการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	ที่ปรึกษา
๑.๔	นางสาวปิยะนิตย์ ธรรมภรณ์พิลาศ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค	ที่ปรึกษา
๑.๕	ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	ประธาน
๑.๖	นางสาวศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	รองประธาน
๑.๗	ผู้อำนวยการกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย	คณะกรรมการ
๑.๘	ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ กรมอนามัย	คณะกรรมการ
๑.๙	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	คณะกรรมการ
๑.๑๐	ผู้อำนวยการกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ
๑.๑๑	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ
๑.๑๒	ผู้อำนวยการกองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	คณะกรรมการ

๑.๑๓ ผู้อำนวยการศูนย์

๑.๑๓	ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ	คณะทำงาน
๑.๑๔	ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยปัญหาสุรา	คณะทำงาน
๑.๑๕	ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย	คณะทำงาน
๑.๑๖	ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	คณะทำงาน
๑.๑๗	นายสุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ ประธานเครือข่ายลดบริโภคเค็ม	คณะทำงาน
๑.๑๘	นางสาวสุชีรา บรรลือสินธุ์ national professional officer องค์การอนามัยโลก	คณะทำงาน
๑.๑๙	นางสาวกมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน
๑.๒๐	นายยืนยง คำมูลตา นักวิชาการสาธารณสุข กองโรคไม่ติดต่อ	คณะทำงาน
๑.๒๑	นางสาวธารณี พังจุนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน และเลขานุการ
๑.๒๒	นางสาวชัญญภัทร อินทจักร เจ้าหน้าที่บริหารโครงการ CCS-NCD กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๓	นายสุภชัย กิ่งแก้ว เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

๒. บทบาทหน้าที่ ดังนี้

- ๒.๑ กลั่นกรอง กิจกรรมและงบประมาณโครงการของแผนงานฯ
- ๒.๒ ดำเนินการ ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานตามแผนฯ
- ๒.๓ รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานและงบประมาณ
- ๒.๔ ดำเนินการอื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

( นายสุรเชษฐ์ สติตินิรามย์ )

รองประธานคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ คนที่ ๒  
ประธานคณะอนุกรรมการกำกับทิศแผนงานโรคไม่ติดต่อ



# VIRTUAL NCD FORUM 2024

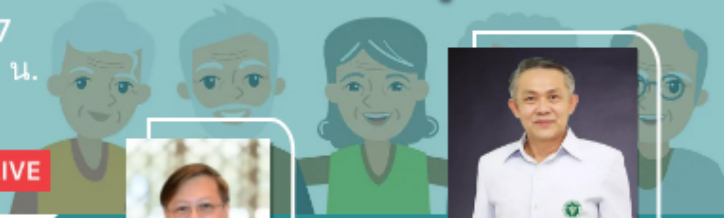
## มองไกลสังคมไทยอายุยืนยาว



27 กุมภาพันธ์ 2567  
เวลา 09.00 - 16.00 น.

สามารถรับชมได้ 2 ช่องทาง

- ระบบ Webex meeting
- เพจ WHO-CCS NCDs



**พิธีเปิด : 09.00 - 09.10 น.**

**ช่วงที่ 1 : 09.10 - 10.00 น.**



### ปรากฏราพิเศษ เรื่อง มองไกลสังคมไทยอายุยืนยาว

รองศาสตราจารย์ ดร. เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง  
ประธานกรรมการนโยบาย ส.ส.ท.



นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด  
ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ



นายแพทย์ธงชัย กীরดีหัตถยากร  
อธิบดีกรมควบคุมโรค

**ช่วงที่ 3 : 13.00 - 15.00 น.**

**ช่วงที่ 2 : 10.00 - 12.00 น.**

### อภิปราย เรื่อง ประเด็นท้าทายการพัฒนาสังคมไทยอายุยืนยาว



ยุทธศาสตร์และนโยบายด้านสุขภาพ  
เพื่อสังคมอายุยืนยาว  
นางสาวบุษยา ใจสว่าง  
รองอธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ  
กระทรวงพัฒนาการสังคม และความมั่นคงมนุษย์  
ระบบบริการสุขภาพและสิทธิประโยชน์  
จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



นายแพทย์เดิมนชัย เดิมยิ่งยง  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)  
แพทย์หญิงมานิตา กิตติเลิศวรกุล  
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร  
เพื่อผู้สูงอายุ



เปรียบเทียบนโยบายและแนวปฏิบัติผู้สูงอายุ  
ประเทศไทยกับประเทศสิงคโปร์และประเทศญี่ปุ่น  
ดร.ณัฐณี สัจจนกุล  
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



QR Code  
ลงทะเบียน

เข้าร่วมกลุ่มไลน์  
เพื่อรับข้อมูลข่าวสาร

QR Code  
เข้าร่วมประชุม



Meeting number: 2559 039 4167  
Password: 5CPpJDQdM35



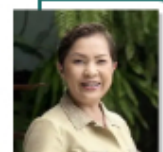
เพจ WHO-CCS NCDs



### อภิปราย เรื่อง มั่นใจ สังคมไทยอายุยืนยาวอย่างคุณภาพ

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ อัสสันตชัย  
นายกสมาคมพฤตมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย  
ผศ.นพ.สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์  
สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์  
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิตติมา บุญเกิด  
สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์  
โรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤเบดินทร์

**ช่วงที่ 4 : 15.00 - 16.00 น.**



### บรรยาย เรื่อง การบูรณาการพื้นที่ต้นแบบ การส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

โครงการการดูแลผู้สูงอายุบึงยี่โก  
นางขวัญใจ แจ่มทิม

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม  
เทศบาลเมืองบึงยี่โก จังหวัดปทุมธานี

☎ 02 590 3869 และ 099 469 1547 กลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศ กองโรคไม่ติดต่อ

## VIRTUAL NCD FORUM 2024

# การพัฒนาเมืองกับสุขภาพ

สามารถรับชมได้ 2 ช่องทาง

- ระบบ Webex meeting
- เพจ WHO-CCS NCDs

นายแพทย์กฤษดา หาญบรรเจิด  
ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ

วันที่ 23 สิงหาคม 2567  
เวลา 08.30 - 16.30 น.

นายแพทย์อติสรณ์ วรรณนะศักดิ์  
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

**พิธีเปิด : 09.00 - 09.15 น.**  
**ช่วงที่ 1 : 09.15 - 09.30 น.**

ปาฐกถา Age-Friendly Community Movement by World Health Organization

Dr. Jos Vandelaer  
ผู้อำนวยการอนามัยโลก  
ประจำประเทศไทย

**ช่วงที่ 3 : 13.30 - 16.30 น.**

อภิปราย ขับเคลื่อนสังคมไทยเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพ

**การพัฒนาศักยภาพเมืองน่าอยู่จังหวัดฉะเชิงเทรา**  
ดร.วงศ์ชัช โอรารินทร์  
รองนายกเทศมนตรีนครนครศรีธรรมราช

**บทบาทการบริหารและการพัฒนาท้องถิ่นด้านสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**  
ดร.วงศ์ชัช โอรารินทร์  
รองนายกเทศมนตรีนครนครศรีธรรมราช  
**Data-Driven Smart City Management**  
ดร.ภาสกร ประถมบุตร  
รองผู้อำนวยการ สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล  
**Age-Friendly Community in Smart City**  
ดร.นน อัครประเสริฐกุล  
ผู้เชี่ยวชาญส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัลอาวุโส  
ฝ่ายส่งเสริมเมืองอัจฉริยะ (Depa)  
**การพัฒนาพื้นที่เทศบาลเพื่อการดูแลสุขภาพ**  
นางขวัญใจ แจ่มทิพย์ เทศบาลเมืองบึงขี้เฒ่า  
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

**ช่วงที่ 2 : 09.30 - 12.30 น.**

อภิปราย การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นเป็นเมืองสุขภาพ

**กิน-อยู่-ดี แพลตฟอร์ม เทคโนโลยีเพื่อดูแลสุขภาพ**  
อาจารย์อรณิช สาวิสัย  
ที่ปรึกษาและคณะผู้เชี่ยวชาญระดับคลังสมอง  
Strategic Alignment Executive ศูนย์นวัตกรรมการเรียนรู้  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

**Meeting number: 2558 123 8404**  
**Password: PspddjMM748**

เพจ WHO-CCS NCDs

QR Code  
ลงทะเบียน

เข้าร่วมกลุ่มไลน์  
เพื่อรับข้อมูลข่าวสาร

QR Code  
เข้าร่วมประชุม

☎ 02 590 3869 และ 099 469 1547 กลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศ กองโรคไม่ติดต่อ

เอกสารประกอบเพื่อการสื่อสารสาธารณะ (2)

ข้อตกลงเลขที่ สวรส. 67-184



เอกสารประกอบเพื่อการสื่อสารสาธารณะ (3)



เอกสารประกอบเพื่อการสื่อสารสาธารณะ (4)



เอกสารประกอบเพื่อการสื่อสารสาธารณะ (5)



เอกสารประกอบเพื่อการสื่อสารสาธารณะ (6)

## เอกสารอ้างอิง

### เอกสารอ้างอิง

- <sup>i</sup> Gunnar Mua, “What helps children resist distracting marketing stimuli? Implementation intentions and restrictions alter food choice”, 1 September 2019
- <sup>ii</sup> Bargh JA & Ferguson MJ. Beyond behaviorism: on the automaticity of higher mental processes. Psychol Bull. 2000;216(6):925-45.
- <sup>iii</sup> Borraccino A, et al. Unhealthy food consumption in adolescence: role of sedentary behaviours and modifiers in 11-, 13- and 15-year-old Italians. Eur J Public Health. 2016;26(4):650-6.
- <sup>iv</sup> Freeman B, et al. Young adults: beloved by food and drink marketers and forgotten by public health? Health Promot Int. 2016;31(4):954-61
- <sup>v</sup> UK Government (2021) Consultation outcome evidence note. <https://www.gov.uk/government/consultations/total-restriction-of-online-advertising-for-products-high-in-fat-sugar-and-salt-hfss/evidence-noteA>
- <sup>vi</sup> Phulkerd S, et al. (2020). Childhood Overweight and Obesity (COO) Policy Research Project. Nakorn Prathom: Institute for Population and Social research.
- <sup>vii</sup> Paraje G, et al. The effects of the Chilean food policy package on aggregate employment and real wages. Food Policy. 2021 ;100.
- <sup>viii</sup> ไพบุลย์ พิทยาเธียรนันต์, รักมณี บุตรชน, จอมขวัญ โยธาสมุทร, วิชัย เอกพลากร ยต, เนติ สุขสมบุรณ์, มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์. ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย. 2554;5(3):287-98.
- <sup>ix</sup> Ministry of Public Health of Thailand, World Health Organization (WHO), United Nations Development Programme (UNDP), United Nations Inter-Agency Task Force (UNIATF) on the Prevention and Control of NCDs. Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in Thailand – The Case for Investment. Bangkok: United Nations, Thailand; 2021.
- <sup>x</sup> สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานความก้าวหน้าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีดีมีเดีย ไกด์ จำกัด 2564.
- <sup>xi</sup> ongkhot Tuntiwisanusopit. นับถอยหลัง! อีก 10 ปี 4 วิกฤตนี้มาแน่ สรุปความท้าทายสำคัญของไทยในอนาคต กรุงเทพฯ: The Agenda Agency; 2022 [เข้าถึงได้จาก: <https://www.agenda.co.th/social/4-crisis-in-next-10-years/>]

- <sup>xii</sup> สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.). ปลอดภัยไทยสู่ประเทศพัฒนาแล้ว กรุงเทพฯ: สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.); 2022 [เข้าถึงได้จาก: <https://www.nxpo.or.th/th/11772/>]
- <sup>xiii</sup> สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, มหาวิทยาลัยวลลอลงกอง, ยูนิเซฟ (UNICEF). การพัฒนารอบการดำเนินการติดตามและประเมินผลเพื่อสนับสนุนการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพเด็กในประเทศไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
- <sup>xiv</sup> Risatarn Jarungsuccess, Nithat Sirichotiratana, Siriwan Pitayarangsa. (2011). Why Tobacco Should be Excluded from Free Trade Agreements. *Journal of Health Systems Research*, 3(5):317-331
- <sup>xv</sup> Paraje G, Montes de Oca D, Wlasiuk JM, Canales M, Popkin BM. Front-of-Pack Labeling in Chile: Effects on Employment, Real Wages, and Firms' Profits after Three Years of Its Implementation. *Nutrients*. 2022;14(2).
- <sup>xvi</sup> HLPE. Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security. Rome: High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee (HLPE); 2017.
- <sup>xvii</sup> United Nations. Food Systems Summit x SDGs New York,: United Nations; n.d. [Available from: <https://www.un.org/en/food-systems-summit/sdgs/>]
- <sup>xviii</sup> NICEF. Control on the marketing of food and non-alcoholic beverages to children in Thailand: legislative options and regulatory design. Bangkok: UNICEF; 2022.
- <sup>xix</sup> Boyland E, McGale L, Maden M, Hounsoume J, Boland A, Angus K, et al. Association of Food and Nonalcoholic Beverage Marketing With Children and Adolescents' Eating Behaviors and Health: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2022;176(7):e221037.
- <sup>xx</sup> สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. โครงการพัฒนางานวิจัยเชิงนโยบายเพื่อลดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.