

## บทที่ 4

### ปัญหาสุขภาพของคนไทย

ในปัจจุบันพบว่าคนไทยมีอายุยืนนานขึ้นเนื่องจากคนมีความรู้และมีการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ทำให้สังคมไทยก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยจะมีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดการณ์ว่าอีกยี่สิบปีข้างหน้าประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุสูงถึงหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด ส่วนในเรื่องของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจะเปลี่ยนจากกลุ่มโรคติดต่อมาเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ทั้งนี้เกิดเนื่องจากการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายและผลสะสมของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มะเร็ง ฯลฯ ดังนั้น ในบทนี้จะได้กล่าวถึง ปัญหาสุขภาพของคนไทยในด้านต่างๆ อย่างกว้างๆ เพื่อให้มองเห็นถึงความสำคัญของปัญหาเหล่านั้นอันจะนำมาซึ่งการป้องกันและการแก้ไขปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและสังคมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 4.1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของคนไทย

จากข้อมูลการศึกษาภาวะโรคของคนไทย ในปัจจุบันพบว่าสาเหตุหลักของการสูญเสียสุขภาพของคนไทยมาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นหลัก ตามด้วยกลุ่มโรคติดต่อโดยเฉพาะโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และการบาดเจ็บโดยเฉพาะจากอุบัติเหตุจราจร ภาวะดังกล่าวมักนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพในที่สุด ทำให้มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต และต้องการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคมต่อไป และนอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยทางสังคมที่อยู่รอบระบบสาธารณสุขจะมีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาสุขภาพของคนไทย การพัฒนาเศรษฐกิจที่ผ่านมาส่งผลทำให้สุขภาพคนไทยดีขึ้นจาก “การอยู่ดีกินดี” แต่ขณะเดียวกันก็สร้างปัญหาตามมา เช่น ปัญหาจากมลภาวะ พฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาสังคม ปัญหาการกระจายรายได้ อันนำไปสู่การแตกแยกทางสังคม และความไม่สงบทางการเมือง ทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพทางกายและทางจิต เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (จิราภรณ์ จำปาจันทร์, 2555)

4.1.1 องค์ประกอบด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานะสุขภาพ อาชีพ ถิ่นที่อยู่ ภูมิพันธุ์ ความเชื่อ พฤติกรรม จิตวิญญาณของแต่ละบุคคล เป็นต้น

4.1.1.1 พฤติกรรมของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการทำงานและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะทุพโภชนาการ การบริโภคผักและผลไม้ไม่พอ เป็นต้น

4.1.1.2 ความคิด ความเชื่อ การขาดความสนใจเพราะมุ่งเศรษฐกิจตามกระแสวัตถุนิยมและบริโภคนิยม รวมทั้งทัศนคติของการจัดการให้สุขภาพสำคัญในระดับต่ำ อิทธิพลจากสื่อโฆษณาส่วนประกอบเป็นผลต่อความเชื่อ และทัศนคติในสังคมผิดๆ ในการดูแลสุขภาพ

4.1.1.3 พันธุกรรม เทคโนโลยีทางพันธุวิศวกรรม และเทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้ามีผลต่อการรักษาโรคที่ไม่อาจรักษาหรือป้องกันบางโรคทางพันธุกรรมได้ เช่น โรคปัญญาอ่อน โรคโลหิตจาง โรคธาลัสซีเมีย เป็นต้น

**4.1.2 องค์ประกอบด้านสถานะแวดล้อม** ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม และอื่นๆ เป็นต้น

4.1.2.1 การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ ส่งผลให้เกิดการกระจายรายได้ที่เหลื่อมล้ำระหว่างคนรวยกับคนจน ทำให้เกิดความเท่าเทียมกันในการกระจายทรัพยากรสุขภาพซึ่งความไม่เท่าเทียมดังกล่าว ทำให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชนบทที่ห่างไกลความเจริญและคนที่อยู่ในชุมชนแออัดมีโอกาสได้รับการดูแลสุขภาพไม่ทั่วถึง นอกจากนี้ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจยังส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอีกด้วย

4.1.2.2 การศึกษา กระบวนการจัดการเรียนการสอนในประเทศไทยมุ่งเน้นการท่องจำเนื้อหามากกว่าการฝึกคิดวิเคราะห์แก้ไขปัญหา และค้นคว้าความรู้ด้วยตนเอง อันเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการสร้างทักษะชีวิต ซึ่งอาจนำไปสู่การไม่สามารถแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ที่นำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษาของคนไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาซึ่งมีผลต่อการพัฒนาแรงงานและพัฒนาสุขภาพ กล่าวคือ กลุ่มแรงงานไม่สามารถดูแลสุขภาพและปกป้องคุ้มครองตัวเองจากการทำงาน ทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการทำงานเพิ่มมากขึ้น และกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสในสังคม เช่น คนยากจนในชนบท คนยากจนในเมืองที่ไม่สามารถเข้ารับการศึกษาก็ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพมาก

4.1.2.3 การเมืองการปกครอง การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองการปกครองมีผลต่อการกำหนดนโยบาย เนื่องจากกำหนดนโยบายส่วนใหญ่จะถูกกำหนดโดยข้าราชการประจำที่มีข้อมูล มีวิชาการอยู่ในมือส่วนมากและการที่มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองบ่อยทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในนโยบายสุขภาพ รวมถึงการขาดกำลังคนด้านสุขภาพที่สำคัญบางสาขา เช่น

แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ลาออกจากราชการไปทำงานเอกชนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากได้รับค่าตอบแทนสูง เป็นต้น

4.1.2.4 โครงสร้างพื้นฐาน เช่น การสื่อสาร การคมนาคม การสาธารณสุข โภค มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย ได้แก่ ปัญหาอุบัติเหตุจากการจราจรเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินรวมทั้งเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เนื่องจากโครงสร้างพื้นฐานด้านการสื่อสารของไทยด้อยกว่าต่างประเทศมากทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยเฉพาะประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทและภูมิภาคจะเข้าถึงการบริการด้านข้อมูลข่าวสารยากกว่าประชากรที่อยู่เมือง

4.1.2.5 ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลให้ไทยมีการนำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างไร้ขีดจำกัด โดยไม่มีกลไกในการกลั่นกรองตรวจสอบความเหมาะสม ส่งผลให้มีการใช้งานไม่คุ้มค่าต่อการลงทุนทำให้แพทย์สั่งการตรวจรักษาโดยไม่คำนึงถึงความคุ้มค่าเป็นลบลบต่อจริยธรรมวิชาชีพ รวมถึงความเชื่อถือนับถือของประชาชนผู้รับบริการตรวจสุขภาพและยังต้องลงทุนในการพัฒนาบุคลากร รวมทั้งต้องเฝ้าระวังภัยอันตรายที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยี เครื่องมือแพทย์ราคาแพงทำให้เกิดปัญหาการกระจายเครื่องมือแพทย์ไม่เท่าเทียมกัน โดยมีการกระจุกในเมืองใหญ่และอยู่ภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐบาล ซึ่งจะส่งผลถึงการเข้ารับบริการของผู้มีรายได้น้อยและผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่ต้องการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่

4.1.2.6 การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนประชากรไม่ได้สัดส่วนกับทรัพยากรเศรษฐกิจที่มีอยู่หรือไม่สัมพันธ์กับโอกาสการมีงานทำ ได้ก่อให้เกิดปัญหาสังคมตามมาอีกหลายด้าน ตลอดทั้งการอพยพย้ายถิ่นฐาน ความแออัดและการขาดแคลนที่อยู่อาศัยในเมือง ยิ่งทำให้เกิดสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของประชาชนในเมืองโดยทั่วไป

4.1.2.7 การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ป่าไม้ลดลง ดินคุณภาพต่ำ มีมลพิษ มีสารปนเปื้อนในน้ำดิบที่ใช้ทำน้ำประปา การใช้สารเคมีและวัตถุอันตรายมากขึ้นส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีและเสี่ยงภัยต่ออันตรายจากสารเคมีหรือสารพิษได้ เป็นต้น

4.1.2.8 การเปลี่ยนแปลงด้านชีวภาพ มีการเปลี่ยนแปลงจุลินทรีย์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งแมลง สัตว์นำโรค อยู่ตลอดเวลา ทำให้ส่งผลต่อวิธีการรักษาและเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

4.1.2.9 ปัจจัยทางด้านสังคมอื่นๆ เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ศีลธรรมและจริยธรรม ทำให้ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีหรือไม่ดีของประชาชน เป็นต้น

**4.1.3 องค์ประกอบด้านระบบสาธารณสุข** ได้แก่ ระบบการให้บริการสุขภาพต่างๆ ทั้ง ภาครัฐบาลและเอกชน เป็นต้น

4.1.3.1 การกระจายโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐบาล และภาคเอกชน มีการกระจาย มีการครอบคลุมมากขึ้นและการสร้างหลักประกันสุขภาพจะส่งผลทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นได้

4.1.3.2 โครงสร้างองค์การบริหารงานสาธารณสุข ในการบริหารงานสาธารณสุข จะต้องปรับองค์การทำงานให้เล็กลงเน้นกระจายอำนาจไปสู่หน่วยปฏิบัติจะทำให้เกิดการปรับ กระบวนการทำงานให้ตอบสนองต่อภาวะการมีสุขภาพดีของประชาชน

4.1.3.3 คุณภาพและประสิทธิภาพในการบริการ มีแนวโน้มการแข่งขัน การพัฒนา คุณภาพบริการและการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลทุกประเภท ทุกระดับเกิดขึ้นแต่ มีปัญหาการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขไม่ทัดเทียมกันในภูมิภาคส่งผลให้ปัญหาสุขภาพของ ประชาชนในบางพื้นที่มีปัญหาอย่างรุนแรง

4.1.3.4 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีการใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลืองและไม่ประหยัดทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในภาพรวมของสังคมสูงขึ้น

4.1.3.5 การมีส่วนร่วมของประชาชน การพึ่งพาตนเองและการมีส่วนร่วมในการ รักษาพยาบาลของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยเน้นการ สาธารณสุขมูลฐานที่ได้ผลดีมีเพียงบางส่วนเท่านั้นและขาดความยั่งยืนในการพัฒนา จึงจำเป็นที่ จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญและหันมาพัฒนาสุขภาพของตนเอง ชุมชนและสังคม ได้ด้วยตนเอง

จากองค์ประกอบทั้ง 3 ประการข้างต้นนี้ เป็นส่วนสำคัญที่เชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก และส่งผลต่อภาวะทางสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก นอกจากองค์ประกอบเหล่านั้นยังมีการ เปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ อยู่ตลอดเวลา ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องให้ความสนใจ ศึกษา ค้นคว้าวิจัย พัฒนาองค์ความรู้ ใฝ่ระวังโรคต่างๆ อย่างใกล้ชิด คาดการณ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอเพื่อ จะได้ปรับยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี ในการดูแลสุขภาพของประชาชนไทยให้มีสุขภาพดีตลอดไปนั่นเอง

## 4.2 ดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพทั่วไป

ดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพทั่วไปพบว่า มีแนวโน้มดีขึ้นตลอด 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โดย พิจารณาจากตัวชี้วัดดังต่อไปนี้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

#### 4.2.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย

พ.ศ. 2551 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 70 ปี แต่ก็พบว่ายังด้อยกว่ากลุ่มประเทศอาเซียนหลายประเทศ แต่อย่างไรก็ตามตั้งแต่ พ.ศ. 2507 – 2553 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น โดยที่ผู้ชายเพิ่มจาก 55.9 ปี เป็น 76.0 ปี และผู้หญิงเพิ่มจาก 62.0 ปี เป็น 82.7 ปี และเมื่อถึง พ.ศ. 2573 ผู้ชายไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเป็น 76.0 ปี ผู้หญิงเป็น 82.7 ปี (ดังตารางที่ 3) นอกจากนี้จากรายงานสุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2552 ระบุว่า ประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (Health life expectancy : HALE) เท่ากับ 62 ปี โดยที่ผู้ชายมีอายุเป็น 59 ปี และผู้หญิงมีอายุเป็น 65 ปี ซึ่งก็ยังด้อยกว่าประเทศในสิงคโปร์ บรูไน และมาเลเซีย

ตารางที่ 3 : อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth)

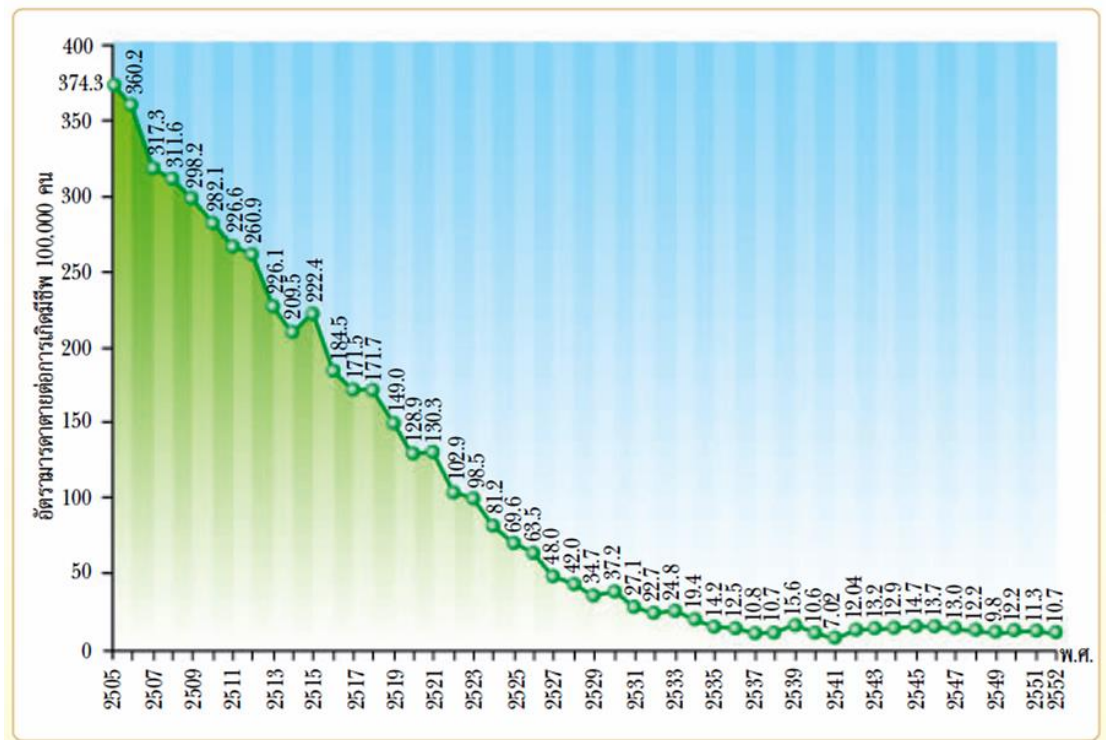
พ.ศ.	ชาย	หญิง	หญิง-ชาย
2507 – 2508	55.9	62.0	6.1
2517 – 2519	58.0	63.8	5.8
2528 – 2529	63.8	68.9	5.1
2532	65.6	70.9	5.3
2534	67.7	72.4	4.7
2538 – 2539	69.9	74.9	5.0
2548 – 2553	70.6	77.5	6.9
2553 – 2558	71.9	78.8	6.9
2558 – 2563	77.3	80.1	6.8
2563 – 2568	74.6	81.4	6.8
2568 – 2573	76.0	82.7	6.7

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2554)

#### 4.2.2 อัตราการตาย

จากข้อมูลทะเบียนราษฎรพบว่า อัตราตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ในประเทศไทยได้ลดลงจาก 374.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2505 เหลือ 10.7 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอื่นๆ พบว่า อัตราการตายสูงกว่าที่มีในทะเบียนราษฎร เช่น การสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยมีวิธี RAMOS (Reproductive age mortality survey) เมื่อ พ.ศ. 2538 – 2539 พบอัตราการตายของมารดา

เท่ากับ 44.1 ขณะที่โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย เมื่อ พ.ศ. 2538 – 2539 พบเท่ากับ 16.3 และ การศึกษาของยงเจือ เหล่าศิริถาวร (2546) พบเท่ากับ 52.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2538 – 2539 เป็นต้น ดังภาพประกอบที่ 7



ภาพประกอบที่ 7 : อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505 - 2552

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2554)

#### 4.2.3 ภาวะการตายของทารก

อัตราทารกตายในประเทศไทย มีแนวโน้มลดลง จาก 84.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2507 เหลือ 40.7 ใน พ.ศ. 2528 – 2529 และลดลงเป็น 11.3 ใน พ.ศ. 2548 – 2549 แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าอัตราทารกตายของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ก็ยังสูงกว่าบางประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย เป็นต้น ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 : อัตราการตายและอัตราตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ

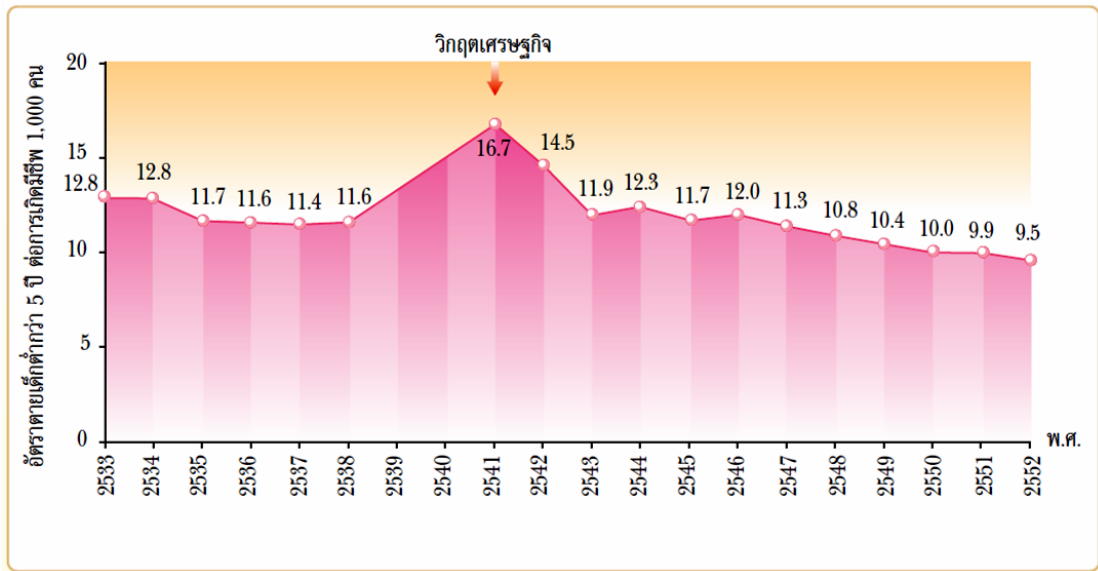
กลุ่มประเทศ	อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน							อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน						
	พ.ศ. 2523	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2523	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551
<b>WHO / SEAR</b>														
เกาหลีเหนือ	32	42	42	42	42	-	42	43	55	55	55	55	-	65
ศรีลังกา	34	17	13	12	11	17	13	48	19	15	14	13	21	15
ไทย	49	24	23	18	7	6	13	58	28	26	21	8	7	14
อินโดนีเซีย	90	33	31	30	26	25	31	125	45	41	38	34	31	41
สหภาพพม่า	109	77	76	76	74	79	71	134	109	107	106	104	113	98
อินเดีย	115	67	63	62	57	54	52	173	93	87	85	76	72	69
เนปาล	132	66	61	59	46	43	41	195	91	82	76	59	55	51
บังกลาเทศ	132	51	46	56	52	47	43	205	77	69	77	62	61	54
<b>ASEAN</b>														
สิงคโปร์	12	3	3	3	3	2	2	13	4	5	3	3	3	3
มาเลเซีย	30	8	7	10	10	10	6	42	8	7	12	12	11	6
ไทย	49	24	23	18	7	6	13	58	28	26	21	8	7	14
ฟิลิปปินส์	52	29	27	26	24	23	26	81	38	36	34	32	28	32
เวียดนาม	57	30	19	17	15	13	12	70	38	23	23	17	15	14
อินโดนีเซีย	90	33	31	30	26	25	31	125	45	41	38	34	31	41
สหภาพพม่า	109	77	76	76	74	79	71	134	109	107	106	104	113	98
ลาว	127	87	82	65	59	56	48	200	100	91	83	75	70	61
<b>High income</b>														
สวีเดน	7	3	3	3	3	2	2	8	3	4	4	4	3	3
ญี่ปุ่น	8	3	3	3	3	3	3	10	5	5	4	4	4	4
สวิตเซอร์แลนด์	9	5	4	5	4	4	4	11	6	6	5	5	5	5
แคนาดา	10	5	5	5	5	5	6	13	7	7	6	6	6	6
ไอร์แลนด์	11	6	5	5	4	3	3	14	6	7	6	4	4	4
<b>World</b>	80	56	57	54	49	46	44	121	81	86	79	71	67	63
<b>Very high income</b>	13	5	5	6	6	6	5	15	7	7	7	7	7	6
<b>Middle income</b>	57	31	30	30	27	19	38	80	38	37	37	35	22	49
<b>Low income</b>	116	80	80	79	73	80	79	171	121	123	122	110	126	83

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2554)

#### 4.2.4 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี

อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนักจาก 12.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 9.5 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2552 เป็นที่น่าสังเกตว่าวิกฤตเศรษฐกิจในระยะแรกอาจส่งผลกระทบต่ออัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบเพิ่มขึ้นเป็น 16.7

ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2541 และมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา ดังภาพประกอบที่ 8



ภาพประกอบที่ 8 : อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย

พ.ศ. 2533 - 2552

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2554)

#### 4.2.5 สาเหตุการตาย

จากการศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2548 – 2551 ของโครงการศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาระโรค โดยวิธี Verbal Autopsy จากฐานข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กับการทบทวนจากเวชระเบียนในโรงพยาบาล พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุของการตายอันดับแรก ได้แก่ เส้นเลือดในสมองแตกทั้งชายและหญิงในจำนวนเกือบเท่ากัน คือ 23,741 ราย และ 21,546 ราย ตามลำดับ ในผู้ชายโรคที่พบตามใน 5 ลำดับต่อมาได้แก่ อุบัติเหตุบนท้องถนน (20,458 ราย) โรคเอดส์ (19,953 ราย) หัวใจขาดเลือด (16,164 ราย) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (14,396 ราย) และตับแข็ง (12,628 ราย) ในขณะที่ผู้หญิง ได้แก่ โรคเบาหวาน (15,254 ราย) หัวใจขาดเลือด (14,300 ราย) โรคเอดส์ (10,868 ราย) โรคไตวายเรื้อรัง (7,627 ราย) และปอดอักเสบ (6,483 ราย) เป็นที่น่าสังเกตว่า สาเหตุการตายจากโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาของผู้ชาย โดยที่จำนวนการตายในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงเกือบเท่าตัว นอกจากนี้อุบัติเหตุนบนท้องถนนนั้นความรุนแรงของปัญหายังคงอยู่ที่ผู้ชายเช่นกัน สำหรับโรงมะเร็งพบที่พบใน 12 อันดับแรกในผู้ชายได้แก่ มะเร็งตับและมะเร็งปอด และในผู้หญิง คือ มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมที่ 5

ตารางที่ 5 : จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 12 อันดับแรกจำแนกตามเพศในประเทศไทย พ.ศ. 2548

ผู้ชาย	จำนวนตาย	ร้อยละ	ผู้หญิง	จำนวนตาย	ร้อยละ
เส้นเลือดในสมองแตก	23,741	9.4	เส้นเลือดในสมองแตก	21,546	11.3
อุบัติเหตุบนท้องถนน	20,458	8.1	เบาหวาน	15,254	8.0
เอดส์	19,953	7.9	หัวใจขาดเลือด	14,300	7.5
หัวใจขาดเลือด	16,164	6.4	สาเหตุไม่ชัดเจน	13,728	7.2
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	14,396	5.7	เอดส์	10,868	5.7
ตับแข็ง	12,628	5.0	โรคไตเรื้อรัง	7,627	4.0
มะเร็งตับ	11,365	4.5	ปอดอักเสบ	6,483	3.4
สาเหตุไม่ชัดเจน	9,598	3.8	มะเร็งปากมดลูก	5,720	3.0
มะเร็งปอด	9,345	3.7	มะเร็งตับ	5,339	2.8
เบาหวาน	8,082	3.2	ความดันโลหิตสูง	5,339	2.8
ปอดอักเสบ	7,072	2.8	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4,957	2.6
ฆ่าตัวตาย	6,819	2.7	โรคหัวใจอื่นๆ	4,767	2.5
โรคอื่นๆ	92,944	36.8	โรคอื่น ๆ	74,743	39.2
จำนวนตาย	252,566	100	จำนวนตาย	190,670	100

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2554)

#### 4.2.6 สาเหตุการป่วย

ผลจากการสำรวจภาวะการเจ็บป่วยของประชากรระหว่าง พ.ศ. 2534 – 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชาชนเจ็บป่วยด้วยภาวะของโรคที่เกี่ยวกับทางเดินหายใจเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูกและข้อ และโรคระบบทางเดินอาหาร ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน พบว่า ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคภูมิแพ้และโรคระบบประสาทจิตเวช มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 : ร้อยละของประชากรที่ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2534 - 2550

กลุ่มโรค	2534	2539	2544	2546	2547	2548	2549	2550
โรกระบบทางเดินหายใจ	38.1	45.7	39.6	40.2	44.8	45.0	44.3	40.9
โรกระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	15.7	13.2	14.0	14.9	11.8	12.2	11.4	11.4
โรกระบบทางเดินอาหาร	15.4	11.3	10.0	10.3	9.1	9.3	9.4	9.4
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3.0	6.6	6.6	6.3	5.2	5.9	6.3	4.1
โรคของต่อมไร้ท่อ	1.4	3.3	4.7	4.4	3.1	4.4	4.1	5.1
โรคของปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	4.7	3.2	3.6	2.6	3.3	3.2	2.7	2.2
โรคติดเชื้อ	2.2	2.1	1.8	1.3	2.1	1.7	0.9	1.0
โรกระบบทางเดินปัสสาวะ	1.4	1.8	1.3	1.3	1.1	0.9	1.0	1.2
โรคภูมิแพ้	0.7	1.5	1.8	2.1	1.8	1.9	2.3	2.2
โรกระบบประสาทจิตเวช	0.8	1.3	1.5	1.7	1.6	1.9	2.1	1.8
โรคผิวหนัง	3.2	1.2	1.5	1.1	1.0	1.2	1.4	1.8
โรคอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	1.4	0.8	0.9	0.9	0.8	0.8	0.7	0.9

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550)

#### 4.2.7 ความพิการ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2517 เป็นร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ. 2545 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.9 ใน พ.ศ. 2550 อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการสำรวจอื่นๆ พบความชุกของความพิการสูงกว่ารายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เช่น การสำรวจสถานะทางสุขภาพประชากรไทยด้วยวิธีการตรวจร่างกาย (พ.ศ. 2534 – 2535) พบผู้มีความพิการ ร้อยละ 6.3 ทั้งนี้ยังไม่รวมความผิดปกติหรือพิการทางจิตและสติปัญญา ซึ่งหากคิดรวมทั้งหมดโดยการประมาณการแล้วผู้พิการจะมีความชุกเท่ากับร้อยละ 8.1 ของประชากรทั้งหมด

#### 4.2.8 การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา

หากพิจารณาในภาพรวมจากสาเหตุการตายของคนไทยจะพบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุ รวมทั้งโรคเอดส์ที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ส่วนโรคติดต่อที่เคยเป็นปัญหาสำคัญ ปัจจุบันมีแนวโน้มลดลงยกเว้นโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น วัณโรค เป็นต้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคเอดส์

#### 4.2.9 การสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย

จากการวัดปัญหาสุขภาพของคนไทย โดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะเป็นดัชนีบ่งชี้ปัญหาพบว่า โรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทยลำดับแรก ในเพศชาย ขณะที่เพศหญิงคือ หลอดเลือดสมอง โดยลำดับที่ 2 และ 3 ในเพศชาย คือ อุบัติเหตุจราจรและติดสุรา สำหรับเพศหญิงคือ โรคเอดส์และโรคเบาหวานตามลำดับ (ดังตารางที่ 7)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มวัย พบว่า มีความแตกต่างกันในปัญหาที่คุกคามต่อสุขภาพ ดังนี้

กลุ่มอายุ 0 – 14 ปี พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ ทารกคลอดน้ำหนักน้อยและทารกขาดอากาศแรกเกิด

กลุ่มอายุ 15 – 29 ปี พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ โรคเอดส์ อุบัติเหตุจราจร ยาเสพติด โรคจิตเภทและพิษสุราเรื้อรัง

กลุ่มอายุ 30-59 ปี พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ โรคเอดส์ อุบัติเหตุจราจร โรคเบาหวานและโรคมะเร็งตับ

กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง อุ้งลมโป่งพองและโรคเบาหวาน

ตารางที่ 7 : โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย

พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศ

ลำดับที่	เพศชาย			เพศหญิง		
	โรค	DALYs loss	ร้อยละ	โรค	DALYs loss	ร้อยละ
1	เอชไอวี/เอดส์	645,426	12.1	หลอดเลือดสมอง	307,131	7.9
2	อุบัติเหตุจราจรทางบก	600,004	11.3	เอชไอวี/เอดส์	290,711	7.5
3	ติดสุรา	329,068	6.2	เบาหวาน	267,549	6.9
4	หลอดเลือดสมอง	305,105	5.7	ซึมเศร้า	191,490	4.9
5	มะเร็งตับ	294,868	5.5	มะเร็งตับ	140,480	3.6
6	หัวใจขาดเลือด	178,011	3.3	อุบัติเหตุจราจรทางบก	135,832	3.5
7	หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	175,549	3.3	หัวใจขาดเลือด	117,790	3.0
8	เบาหวาน	168,702	3.2	ข้อเข่าเสื่อม	117,042	3.0
9	ซึมเศร้า	136,895	2.6	หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	112,663	2.9
10	ตับแข็ง	133,046	2.5	ต่อกระຈ	110,572	2.8

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2554)

#### 4.2.10 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศกำลังพัฒนา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกได้สำรวจการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผลกระทบใน 23 ประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งรวมถึงประเทศไทยและพบว่า ใน พ.ศ. 2548 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็งและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (ประมาณ 35 ล้านคน) โดยคิดเป็นโรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวานร้อยละ 32 โรคมะเร็งร้อยละ 13 และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังร้อยละ 7 และคาดว่าอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มเป็น 41 ล้านคน ใน พ.ศ. 2558 นอกจากนี้ ยังพบว่า ภาระโรคของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน พ.ศ. 2548 คิดเป็นร้อยละ 50 ของโรคทั้งหมด โดยร้อยละ 12 เป็นโรคเบาหวานและกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (ซึ่งรวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง) ภาระโรคจะเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มโรค ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้ตั้งเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี ร้อยละ 2 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 : สัดส่วนของภาวะโรคของการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากร 23 ประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย

กลุ่มโรค	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2558
โรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวาน	12	13
โรคมะเร็ง	5	6
โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	4	5
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด	50	55

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2554)

#### 4.3 ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทย

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยนั้น ส่วนใหญ่มาจากหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคในคน บางครั้งอาจจะก่อให้เกิดการติดต่อโรคนั้นๆ ไปยังผู้อื่นได้ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจในเบื้องต้นเกี่ยวกับจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคในคน แล้วทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยในด้านต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

##### 4.3.1 จุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคในคน

เชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคในคนมีหลายชนิด ที่พบบ่อยได้แก่ (กำธร พราหมณ์โสภิ, 2557)

4.3.1.1 แบคทีเรีย หรือแบคทีเรีย (Bacteria) เป็นจุลินทรีย์หรือเชื้อโรคที่จัดอยู่ในจำพวกพืชเซลล์เดียว มีการเจริญเติบโต การกินอาหาร ขั้วปลายของเสียบแบบเดียวกับพืช ขยายพันธุ์ โดยการแบ่งตัว เป็นเชื้อโรคที่มีขนาดเล็กมากจนไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ต้องดูด้วย กล้องจุลทรรศน์ที่มีกำลังขยายประมาณ 1,500 เท่าแบคทีเรียแต่ละชนิดมีรูปร่างแตกต่างกันไป ดังนี้

1) พวกที่มีรูปร่างกลม เรียกว่า ค็อกไซ (Cocci) อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เช่น เชื้อที่ทำให้เกิด หนองฝี โรคหนองใน เป็นต้น

2) พวกที่มีรูปร่างเป็นท่อน หรือเป็นแท่งยาวเรียกว่า บาซิลลัส (Bacilli) เช่น เชื้อโรคที่ทำให้เกิดวัณโรค โรคเรื้อน ไข้ไทฟอยด์ เป็นต้น

3) พวกที่มีรูปร่างขดเป็นเกลียวสว่าน เรียกว่า สไปโรคีต (Spirocheata) เช่น เชื้อที่ทำให้เกิดโรคซิฟิลิสเป็นต้นแบคทีเรียสามารถดำรงชีวิตและขยายพันธุ์ได้ในสภาวะแวดล้อมแทบทุกอย่าง หรือเจริญงอกงามได้ทั้งในสิ่งมีชีวิตและสิ่งไม่มีชีวิต เช่น ในคน สัตว์ อาหาร น้ำ น้ำนม เป็นต้น

4.3.1.2 ไวรัส (Virus) เป็นจุลินทรีย์หรือเชื้อโรคที่มีขนาดเล็กที่สุดในบรรดาเชื้อโรคทุกชนิด สามารถผ่านเครื่องกรองที่ใช้กรองแบคทีเรียได้ ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ต้องดูด้วย กล้องจุลทรรศน์ชนิดพิเศษ ที่เรียกว่า อิเล็กตรอนไมโครสโคป (Electronmicroscope) ตามปกติเชื้อไวรัสจะมีอยู่ทั่วไปในอากาศ โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส เช่น ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ คางทูม หัดเยอรมัน อีสุกอีใส ไข้เลือดออก ไข้ทรพิษ โรคไขสันหลังอักเสบหรือโปลิโอ โรคกลัวน้ำ เป็นต้นไวรัสเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนได้เฉพาะเมื่ออยู่ในเซลล์ (Cell) ของสิ่งมีชีวิตเท่านั้น

4.3.1.3 ริคเกตเซีย (Rickettsia) เป็นจุลินทรีย์หรือเชื้อโรคที่มีลักษณะกึ่งพืชกึ่งสัตว์ และมีขนาดเล็กกว่าเชื้อแบคทีเรียแต่ใหญ่กว่าเชื้อไวรัส มีสภาพกึ่งแบคทีเรีย กึ่งไวรัส คือมีรูปร่างได้หลายอย่างเหมือนแบคทีเรีย แต่ต้องอาศัยเจริญเติบโตในเซลล์ (Cell) ที่มีชีวิต เชื้อริคเกตเซียสามารถมองเห็นได้ด้วยกล้องจุลทรรศน์ มักอาศัยอยู่ร่วมกับสิ่งมีชีวิตชนิดอื่นซึ่งเป็นพาหะของโรค เช่น เห็บเหา หมัด เป็นต้น ตัวอย่างของโรคที่เกิดจากริคเกตเซียได้แก่ ไข้รากสาดใหญ่ หรือไทฟัส เป็นต้น

4.3.1.4 รา หรือ เชื้อรา (Fungus) เป็นเชื้อโรคที่จัดอยู่ในจำพวกพืชเซลล์เดียว มีขนาดใหญ่กว่าแบคทีเรีย เชื้อรา มีรูปร่าง 2 แบบ คือ ราแบบรูปกลมเรียกว่า ยีสต์ ส่วนราแบบเป็นสายเรียกว่า สายรา ราบางชนิดจะมีรูปร่างได้ทั้ง 2 แบบ ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมในธรรมชาติ ราบางชนิดจะสร้างสปอร์สำหรับสืบพันธุ์เกิดเป็นเห็ดขึ้น ราบางชนิดสามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า เช่น ราที่ขึ้นในอาหารจำพวกแป้ง เพราะเจริญเติบโตแบ่งตัวเป็นจำนวนมากจึงทำให้มองเห็นได้ง่าย เช่น ราที่ขึ้นบนผิวขนมปัง เป็นต้น ราหลายชนิดสามารถเห็นได้ด้วยกล้องจุลทรรศน์ เชื้อราบางชนิด เช่น ยีสต์ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ เช่น ใช้ในการทำขนมปัง แต่เชื้อราส่วนใหญ่ให้โทษโดยทำให้เกิด

โรค เช่น โรคผิวหนัง กลาก เกื้อน น้ำกัดเท้า รวมทั้งเชื้อราในอาหารซึ่งสามารถสร้างพิษปล่อยออกมาปนอยู่ในอาหารแล้วทำให้เป็นโรคมะเร็งได้

4.3.1.5 ปรสิต (Parasite) เป็นจุลินทรีย์หรือเชื้อโรคขนาดใหญ่ จัดอยู่ในจำพวกสัตว์มีขนาดใหญ่กว่าเชื้อโรคชนิดอื่นๆ บางชนิดสามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า เชื้อโรคชนิดนี้มีทั้งพวกเซลล์เดี่ยว ซึ่งมองไม่เห็นด้วยตาเปล่า เรียกว่า โปรโตซัว เช่น เชื้อไข้จับสั่น เชื้อโรคบิดมีตัว (บิดอะมีบิก) เป็นต้น และพวกหลายเซลล์ซึ่งสามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า เรียกว่า หนอน พยาธิ หรือ เมตาซัว เช่น พยาธิชนิดต่างๆ ได้แก่ พยาธิตัวกลม พยาธิใบไม้ พยาธิตัวตืด พยาธิปากขอ เป็นต้น รวมทั้งแมลงบางชนิด เช่น เหา หิด และ โลน เป็นต้น จัดอยู่ในพวกปรสิตด้วย

#### 4.3.2 ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทย

ปัญหาสุขภาพของคนไทย พบว่ามีประเด็นที่สำคัญๆ อยู่ทั้งหมด 10 ประเด็น ดังต่อไปนี้(สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

##### 4.3.2.1 โรคติดต่อทั่วไป

###### 1) โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในกลุ่มเป้าหมาย ทำให้อัตราการครอบคลุมให้ได้รับวัคซีนส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากผลกระทบของการให้วัคซีนป้องกันโรคดังกล่าวทำให้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนมีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้พบว่าโรคตับอักเสบจากไวรัสชนิดบีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอาจเกิดจากระบบการเฝ้าระวังโรคที่มีความครอบคลุมมากขึ้น ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 : อุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญของประเทศไทย

พ.ศ. 2520 – 2552

อุบัติการณ์โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนต่อประชากร 100,000 คน						
พ.ศ.	หัด	บาดทะยักใน เด็กแรกเกิด	คอตีบ	ไอกรน	โปลิโอ	ตับอักเสบบี จากไวรัสบี
2520	20.2	72.1	5.2	7.2	2.1	NA
2522	28.9	70.0	4.4	11.2	2.3	0.09
2524	51.1	59.8	1.6	6.2	0.5	0.14
2526	70.2	53.6	2.1	9.8	0.3	0.12
2528	66.2	60.4	1.4	4.8	0.1	0.55
2530	78.3	47.9	1.0	2.7	0.04	1.57
2532	22.5	28.1	0.1	2.2	0.03	3.30
2534	46.9	14.5	0.09	0.5	0.009	5.98
2536	25.2	4.7	0.04	0.6	0.015	4.39
2538	16.4	6.4	0.03	0.2	0.003	3.13
2539	9.5	0.05	0.08	0.13	0.03	2.20
2540	22.03	0.04	0.06	0.17	0.00	2.27
2541	22.39	0.03	0.08	0.16	0.00	2.53
2542	5.38	1.55	0.08	0.08	0.00	2.60
2543	6.67	0.03	0.02	0.16	0.00	2.71
2544	11.86	0.36	0.02	0.12	0.00	2.80
2545	16.48	1.14	0.02	0.02	0.00	3.44
2546	7.17	0.01	0.01	0.04	0.00	3.68
2547	6.66	0.02	0.02	0.03	0.00	4.54
2548	5.67	0.01	0.00	0.04	0.00	4.41
2549	5.31	0.00	0.00	0.11	0.00	5.48
2550	6.20	0.50	0.01	0.04	0.00	6.94
2551	12.32	0.38	0.01	0.03	0.00	8.39
2552	9.57	0.13	0.02	0.04	0.00	8.46

ที่มา : สำนักระบาดวิทยา (2552)

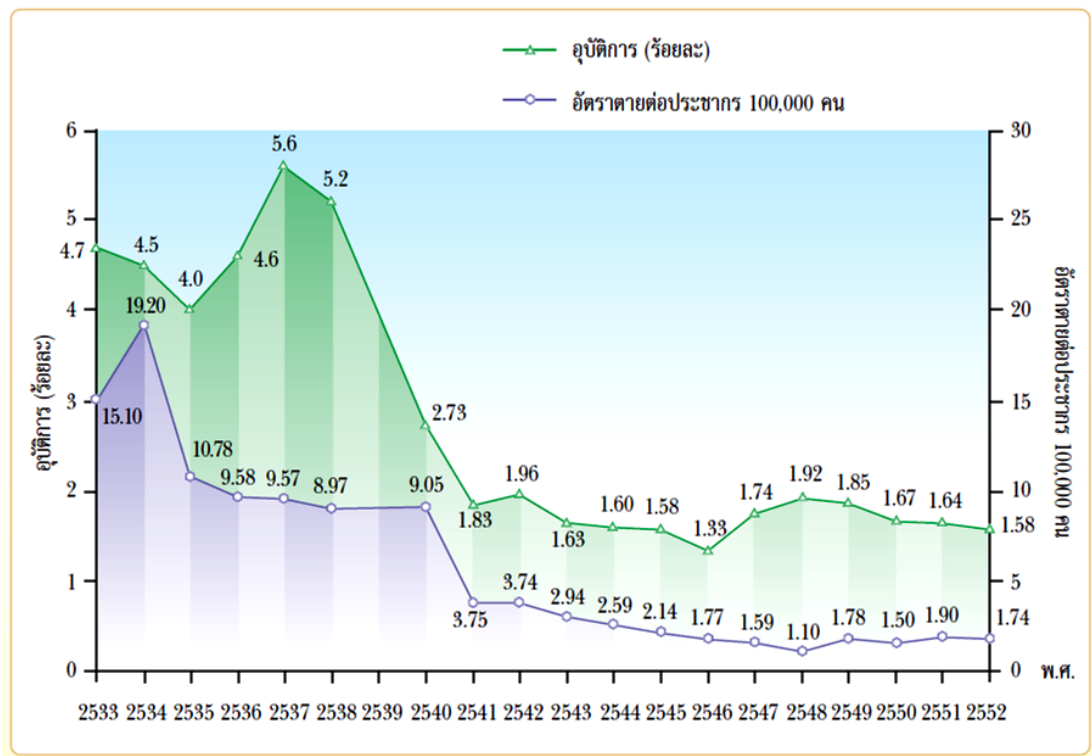
## 2) โรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยมีอุบัติการณ์ที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่พบอุบัติการณ์สูงกว่าในผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม อัตราตายด้วยโรคอุจจาระร่วงมีแนวโน้มลดลงเนื่องจาก

บริการสุขภาพที่ดีขึ้นและครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งความสำเร็จของการรณรงค์การใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่และORT (Oral rehydration therapy)

### 3) โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (ARI)

ปัจจุบัน โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย โดยพบว่า โรคปอดบวมเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบอุบัติการณ์ของโรคปอดบวมในเด็กลดลงจากร้อยละ 5.2 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 1.58 ใน พ.ศ. 2552 รวมทั้งอัตราตาย ก็พบว่ามีแนวโน้มลดลงจาก 15.1 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 1.74 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 ดังภาพประกอบที่ 9



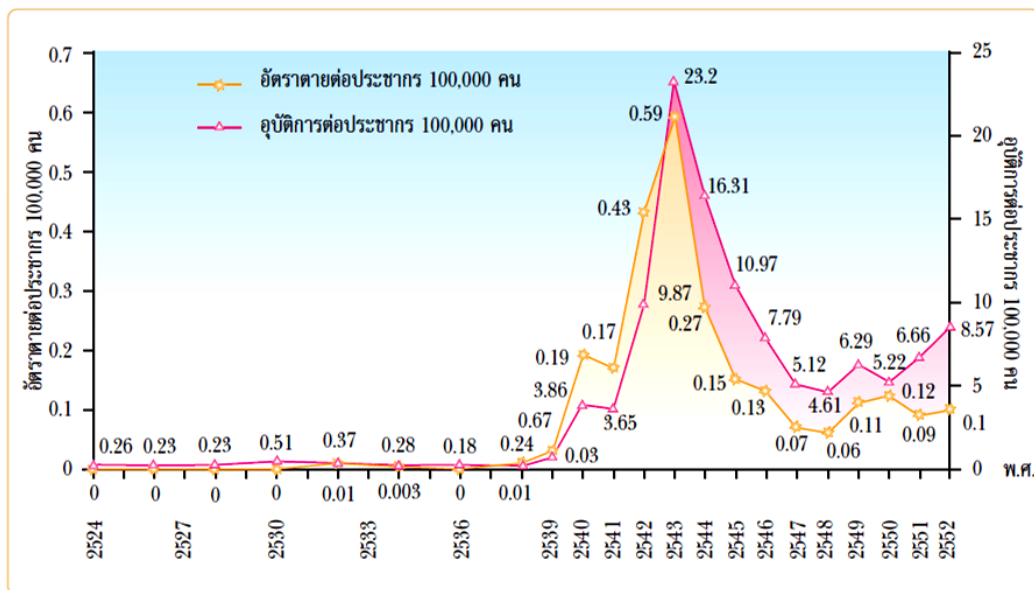
ภาพประกอบที่ 9 : อุบัติการณ์ (ร้อยละ) และอัตราตายของโรคปอดบวมต่อประชากร 100,000 คน ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - 2552

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2554)

### 4) โรคเลปโตสไปโรซิส

โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคติดต่อที่กลับมาเป็นปัญหาใหม่ โดยพบอุบัติการณ์ของโรคอยู่ระหว่าง 0.2 – 0.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2524 – 2539 แต่ใน

ระยะ 4 ปีที่ผ่านมา อุบัติการณ์และอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซิสกลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ อุบัติการณ์ของโรค จาก 0.67 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2539 เพิ่มขึ้นเป็น 23.2 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2543 และลดลง เป็น 4.61 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2548 โดยเฉพาะอย่างยิ่งกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ ประเทศ อย่างไรก็ตามใน พ.ศ. 2551 – 2552 พบว่า อุบัติการณ์ของโรคเลปโตสไปโรซิสกลับมี แนวโน้มเพิ่มขึ้นดังภาพประกอบที่ 10



ภาพประกอบที่ 10 : อุบัติการณ์และอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซิส ประเทศไทย

พ.ศ. 2524 - 2552

ที่มา : สำนักโรคบาวิทยา (2552)

### 5) โรคเรื้อน

การควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยได้ดำเนินการมาเป็นเวลากว่า 40 ปี โดยเริ่มจากโครงการพระราชดำริในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกและองค์กรภาคเอกชนต่างๆ จนทำให้ประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อนได้เป็นอย่างดี กล่าวคือ เปรียบเทียบตั้งแต่เริ่มโครงการควบคุมโรคเรื้อนในปี 2498 ซึ่งมีอัตราความชุกของโรค 5 ต่อประชากร 1,000 คน กับปัจจุบัน ปี 2552 มีอัตราความชุกของโรคเหลือเพียง 0.01 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกรับรองว่าประเทศไทยสามารถจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จ ขณะนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการค้นพบและให้การรักษาจนหายจากโรคนี้แล้ว 170,000 คน นับเป็นการควบคุมโรคเรื้อนในลักษณะองค์รวมตามแนวพระราชดำริที่ประสบความสำเร็จอย่าง

มาก ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนหนึ่งมาจากการนำวิธีการรักษาโรคเรื้อนระยะสั้น โดยใช้ยาผสมตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกมาใช้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2527

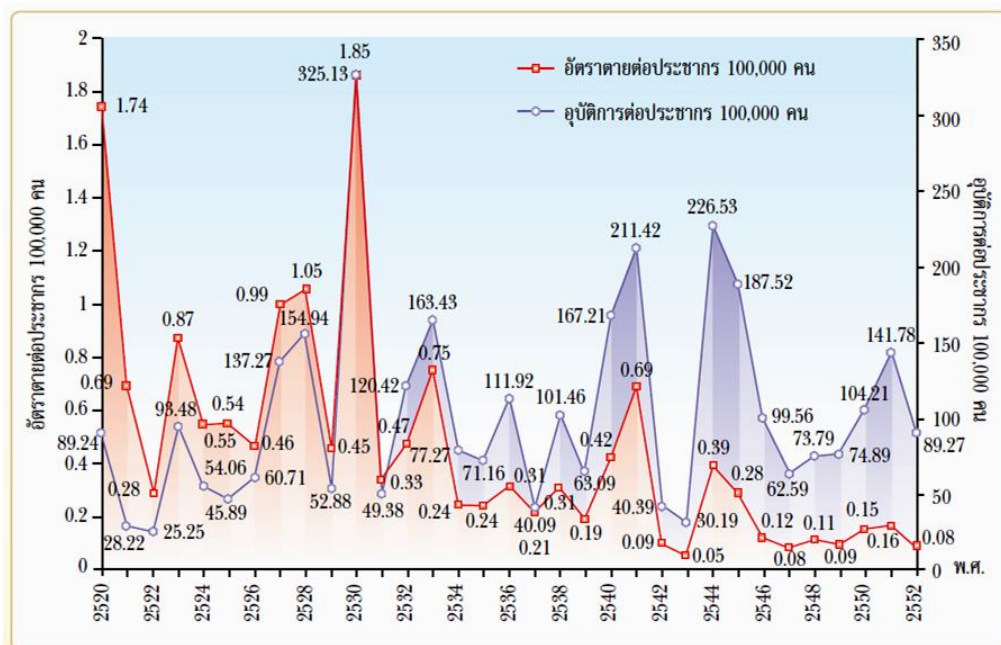
#### 6) โรคพิษสุนัขบ้า

จากผลการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ทำให้สามารถลดจำนวนอัตราป่วย/ตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้าจาก 0.53 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2520 เป็น 0.01 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2551 อย่างไรก็ตามใน พ.ศ. 2552 กลับพบว่า อัตราป่วย/ตาย ด้วยโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มขึ้นเป็น 0.04 ต่อประชากร 100,000 คน

#### 4.3.2.2 โรคติดต่อที่นำโดยแมลง

##### 1) ไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศตลอดระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา โดยยังไม่มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะในช่วง พ.ศ. 2540 – 2545 กลับมีแนวโน้มสูงขึ้นด้วยลักษณะคล้ายมีการระบาด 2 ปี เว้น 2 ปี อย่างไรก็ตามอัตราป่วยตาย พบว่า มีแนวโน้มลดลง ดังภาพประกอบที่ 11



ภาพประกอบที่ 11 : อุบัติการณ์และอัตราตายของโรคไข้เลือดออกต่อประชากร 100,000 คน

ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - 2552

ที่มา : สำนักระบาดวิทยา (2552)

## 2) โรคไข้มาลาเรีย

ปัจจุบันประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรคไข้มาลาเรียเป็นอย่างมาก ซึ่งทำให้อุบัติการณ์และอัตราตายลดลงแต่ก็ยังพบปัญหาในบางพื้นที่โดยเฉพาะบริเวณจังหวัดชายแดนไทย-พม่าและไทย-กัมพูชา รวมทั้งปัญหาเชื้อโรคดื้อยา อนึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าในช่วงปี 2540 – 2542 อุบัติการณ์ของโรคไข้มาลาเรียมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย แต่อัตราตายไม่เพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์เช่นนี้คาดว่ามันจะเกี่ยวข้องกับการยกเลิกการใช้ดีดีที ตั้งแต่ปี 2538 ปรากฏการณ์ EI NiNo และการปรับโครงสร้างการดำเนินการควบคุมโรค โดยการรวมหน่วยงานด้านมาลาเรียเป็นหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงซึ่งรวมถึงโรคไข้เลือดออก โรคเท้าช้าง และไข้สมองอักเสบด้วย ในระยะแรกจึงอาจมีปัญหายูบ้าง อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี 2543 อุบัติการณ์และอัตราตายของโรคไข้มาลาเรียมีแนวโน้มลดลง

## 3) โรคไข้สมองอักเสบ

ผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมและการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบแก่เด็กในกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้อุบัติการณ์และอัตราตายมีแนวโน้มลดลงอย่างมาก อย่างไรก็ตามใน พ.ศ. 2551 – 2552 พบอุบัติการณ์ของโรคไข้สมองอักเสบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ขณะที่อัตราตายมีแนวโน้มคงที่

## 4) โรคเท้าช้าง

ถึงแม้การดำเนินการควบคุมโรคเท้าช้างที่ผ่านมาสามารถลดอัตราความชุกของโรคลดลงจาก 8.46 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2535 เหลือ 0.25 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2552 และอัตราผู้มีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในกระแสโลหิต ในผู้ป่วยแรงงานต่างชาติดำรงต่ำกว่าร้อยละ 1 ในระยะ 30 กว่าปีที่ผ่านมา (ปี 2520 – ปี 2552) ยกเว้นในปี 2539 ที่พบมากกว่าร้อยละ 1 เนื่องมาจากได้มีการรณรงค์ตรวจสุขภาพในแรงงานต่างชาติ แต่ก็ยังมีบางพื้นที่ที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ โดยเฉพาะในจังหวัดชายแดนเขตติดต่อระหว่างประเทศไทย-พม่าและไทย-มาเลเซีย ทั้งนี้เนื่องมาจากสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะและเป็นแหล่งที่ชาวต่างชาติ โดยเฉพาะชาวพม่าที่เข้ามาประเทศไทยเพื่อขายแรงงาน

### 4.3.2.3 โรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

#### 1) โรคเอดส์

##### 1.1) สถานการณ์ติดเชื้อ HIV

จากการรายงานเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ HIV ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มสำคัญ ซึ่งดำเนินการในทุกจังหวัดในช่วงเวลา 20 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2532 – 2552 พบสถานการณ์และแนวโน้ม ดังนี้

1.1.1) กลุ่มผู้บริจาคโลหิต (Donors) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 0.28 ใน พ.ศ. 2532 จนถึงสูงสุด ร้อยละ 0.81 ใน พ.ศ. 2535 แล้วค่อยๆ ลดลง จนถึงร้อยละ 0.21 ใน พ.ศ. 2552

1.1.2) กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ (ANC) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 0.68 ใน พ.ศ. 2534 จนถึงสูงสุด ร้อยละ 2.29 ใน พ.ศ. 2538 แล้วค่อยๆ ลดลง จึงถึง ร้อยละ 0.76 ใน พ.ศ. 2552

1.1.3) กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด (IVDU) มีความชุกประมาณร้อยละ 30 – 43 ตลอดช่วง พ.ศ. 2532 – 2540 และเพิ่มขึ้นหลัง พ.ศ. 2540 จนเป็นความชุกร้อยละ 50.77 ใน พ.ศ. 2542 และกลับลดลงเหลือ 34.98 ใน พ.ศ. 2552

1.1.4) กลุ่มที่มาตรวจหาโรค (STDs) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 2.50 ใน พ.ศ. 2532 จนถึงสูงสุดที่ร้อยละ 8.50 ใน พ.ศ. 2537 แล้วทรงตัวอยู่ในช่วงร้อยละ 7 – 9 ใน พ.ศ. 2538 – 2542 จนกระทั่งลดลงเป็นร้อยละ 5.49 ใน พ.ศ. 2552

1.1.5) กลุ่มหญิงโสเภณีตรง (Direct CSWs) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 3.47 ใน พ.ศ. 2532 จนถึงสูงสุดที่ร้อยละ 33.15 ใน พ.ศ. 2537 ลดลงเป็นร้อยละ 3.88 ใน พ.ศ. 2552

1.1.6) กลุ่มหญิงโสเภณีแฝง (Indirect CSWs) ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.00 ใน พ.ศ. 2533 จึงถึงสูงสุดที่ร้อยละ 10.14 ใน พ.ศ. 2539 แล้วค่อยๆ ลดลงเป็นร้อยละ 2.21 ใน พ.ศ. 2552

1.1.7) กลุ่มทหารเกณฑ์ ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.6 ใน พ.ศ. 2533 สูงสุดที่ร้อยละ 4 ใน พ.ศ. 2536 แล้วลดลงเหลือร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2552

จะเห็นได้ว่า การแพร่ระบาดของการติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย เริ่มที่กลุ่มรักร่วมเพศในช่วง พ.ศ. 2529 – 2530 แล้วแพร่กระจายเชื้อไปสู่กลุ่มฉีดยาเสพติด กลุ่มหญิงบริการ กลุ่มชายนักเที่ยว และแพร่ระบาดเข้าไปสู่ครอบครัวในที่สุด อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการแพร่ระบาดในกลุ่มเสี่ยงที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ต่างเพศลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2538 – 2539 ซึ่งน่าจะสัมพันธ์กับการรณรงค์ให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงต่างๆ และการรณรงค์ให้สวมถุงยางอนามัย 100% ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ

## 1.2) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์

จากการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 – 2552 โดยแยกเป็นรายภาค พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากรแสนคน สูงสุดอยู่ในภาคกลางและภาคเหนือ

ส่วนต่ำสุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับรายงานยังคงต่ำกว่าความเป็นจริง คือ มีการรายงานผู้ป่วยอยู่ที่ระดับร้อยละ 4.2 – 52.3 เท่านั้น

ตารางที่ 10 : แนวโน้มอัตราผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากรแสนคนแยกตามภาคต่างๆ ประเทศไทย  
พ.ศ. 2527 – 2552

ภาค	2527	2529	2531	2533	2535	2537	2539	2541	2543	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
เหนือ	-	-	0.04	0.61	7.76	55.08	76.66	71.17	62.86	45.73	54.26	57.15	41.31	15.7	24.30	16.54	9.22
กลาง	0.01	0.01	0.03	0.40	2.85	23.97	47.15	54.22	53.65	44.83	44.76	49.28	35.73	16.51	23.23	18.58	14.96
ใต้	-	-	0.01	0.07	1.35	12.46	25.81	36.06	35.98	29.15	39.84	43.88	32.18	8.63	14.73	10.46	6.47
ตะวันออก	-	-	0.01	0.11	1.14	8.82	20.15	23.27	21.74	18.16	27.12	29.66	18.15	5.06	6.50	7.09	5.16
เฉียงเหนือ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวม	-	-	0.02	0.30	3.06	23.49	40.89	44.66	42.06	33.71	40.85	43.32	30.29	11.36	16.57	13.18	9.40

ที่มา : สำนักระบาดวิทยา (2552)

### 1.3) การคาดประมาณผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ใช้วิธีประมาณการที่เรียกว่า Asian epidemic model (AEM) ระหว่าง พ.ศ. 2548 – 2554 พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่รวมถึงจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ใหม่มีแนวโน้มลดลง ขณะที่จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมและจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์สะสมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ดังตารางที่ 11

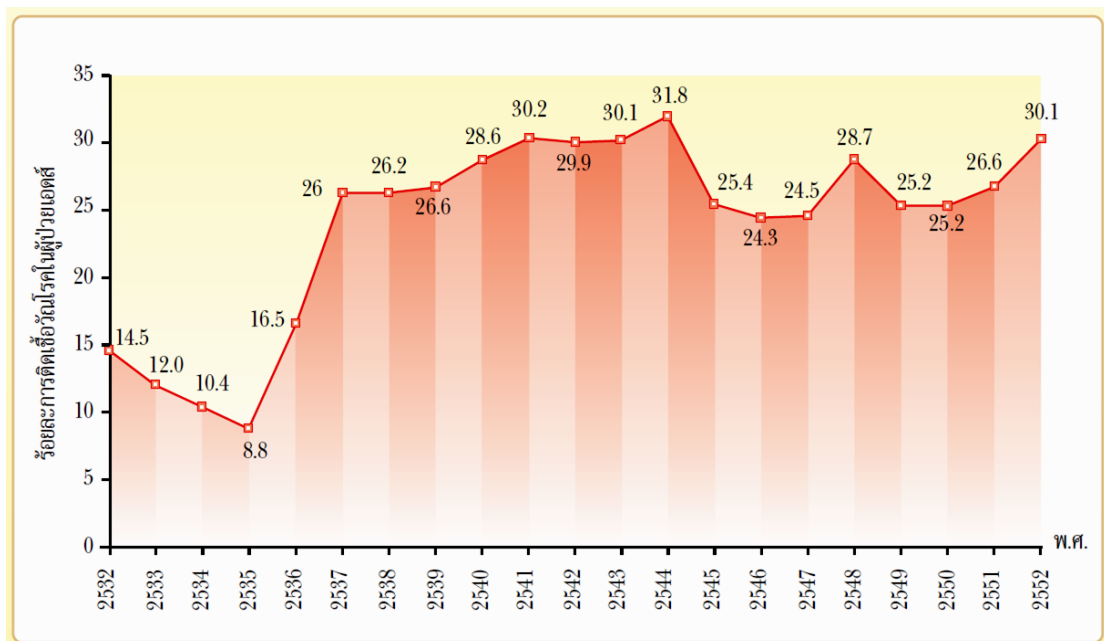
ตารางที่ 11 : จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ พ.ศ. 2548 – 2554 จากการคาดการณ์โดยวิธี Asian epidemic model

Projections	ปี						
	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่	16,513	15,174	13,936	12,787	11,753	10,853	10,097
จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม	1,073,518	1,088,692	1,102,628	1,115,415	1,127,168	1,138,020	1,148,117
จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่	562,243	556,848	546,578	532,522	516,632	499,324	481,770
จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ใหม่	50,254	50,814	51,091	50,657	49,049	46,272	42,992
จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์	18,843	20,797	24,830	26,935	27,680	28,123	27,557
จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์สะสม	513,268	534,065	558,895	585,830	613,510	641,633	669,191

ที่มา : สำนักระบาดวิทยา (2552)

## 2) วันโรค

อัตราผู้ป่วยวันโรคลดลงจาก 150 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เหลือ 80 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2532 แต่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2533 – 2548) อัตราผู้ป่วยวันโรคไม่ได้ลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งวันโรคลำบากกลายเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากผลกระทบของโรคเอดส์ โดยเมื่อพิจารณาผู้ป่วยโรคเอดส์ในภาคเหนือตอนบนทุกจังหวัด พบอัตราการติดเชื้อวันโรคร่วมด้วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.1 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 15.1 ใน พ.ศ. 2548 สำหรับในภาพรวมของประเทศไทยในระยะเวลา 20 ปี มีอัตราการติดเชื้อวันโรคในผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.5 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 30.14 ใน พ.ศ. 2552 นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2551 องค์การอนามัยโลกยังจัดให้ประเทศไทยเป็นอันดับที่ 18 จาก 22 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวันโรรมากที่สุดในโลก ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยรายใหม่ระยะแพร่เชื้อ จำนวน 40,000 รายต่อปี ถ้ารวมผู้ป่วยวันโรคทุกประเภทจะเป็นจำนวน 90,000 รายต่อปี มีผู้ป่วยวันโรคเสียชีวิต 13,000 รายต่อปี



ภาพประกอบที่ 12 : ร้อยละของผู้ติดเชื้อวันโรคในผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย

พ.ศ. 2532 - 2552

ที่มา : สำนักระบาดวิทยา (2552)

### 3) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในภาพรวมของประเทศไทย พ.ศ. 2520 – 2548 มีแนวโน้มที่ดีโดยเฉพาะตั้งแต่หลัง พ.ศ. 2529 อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลงจาก 7.85 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2529 เป็น 0.37 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2552 อันเป็นผลมาจากการรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคเอดส์และแนวโน้มในช่วงปี พ.ศ. 2550 – 2552 เริ่มมีสัญญาณว่าจะเพิ่มขึ้นอีกซึ่งต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดต่อไป

#### 4.3.2.4 ปัญหาโรคอุบัติใหม่

##### 1) โรคไข้หวัดนก

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 และประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกครั้งแรกในวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2547 จำนวน 17 ราย เสียชีวิต 12 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 70.6 และรัฐบาลได้มีมาตรการในการควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างเข้มงวด ทำให้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างสำเร็จจนทำให้ไม่พบการป่วยที่เกิดจากการติดต่อจากคนสู่คนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550

ตารางที่ 12 : จำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดนกและเสียชีวิตของประเทศไทย พ.ศ. 2546 - 2553

จำนวน (คน)	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
ผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนก	0	17	5	3	0	0	0	25
เสียชีวิต	0	12	2	3	0	0	0	17
อัตราป่วยตายร้อยละ	0.0	70.6	40.0	100.0	0.0	0.0	0.0	68.0

ที่มา : สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (2552)

##### 2) โรคมือ เท้า ปาก

โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่มีการระบาดใน พ.ศ. 2540 ที่ประเทศมาเลเซีย สำหรับประเทศไทยมีการรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก มาตั้งแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา โดยใน พ.ศ. 2552 พบอัตราป่วย 13.88 ต่อประชากรแสนคน โดยมีผู้เสียชีวิต 2 ราย ใน พ.ศ. 2552 ผลจากการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการจากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พบ Enterovirus 71 ร้อยละ 7.0

##### 3) โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1)

การระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ (H1N1) ได้ขยายการระบาดและส่งผลกระทบเป็นวิกฤติทางสาธารณสุขของประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลก

รายงานผู้ป่วยยืนยันโรคนี้ ณ วันที่ 14 พฤษภาคม 2553 ทั่วโลกมากกว่า 214 ประเทศและพบผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 18,036 คน สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 28 เมษายน 2552 ถึงวันที่ 18 ตุลาคม 2553 ไข้วัดใหญ่ 2009 แพร่ระบาดในประเทศไทยเช่นเดียวกับประเทศต่างๆ ทั่วโลก กล่าวคือ ลักษณะการระบาดจะเริ่มจากการพบผู้ติดเชื้อจากต่างประเทศต้นเดือนพฤษภาคม 2552 ต่อมาเริ่มจากการแพร่ในวงจำกัดและแพร่กระจายเป็นวงกว้างจนปัจจุบัน ณ วันที่ 13 ตุลาคม 2553 พบผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ 225 ราย ส่วนจำนวนผู้ป่วยคาดว่าจะมีหลายล้านคนทั่วประเทศ การระบาดระลอกแรกใช้เวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม – ตุลาคม 2552 อัตราการติดเชื้อเฉลี่ยร้อยละ 13 ในประชากรหรือมีผู้ติดเชื้อประมาณ 8.3 ล้านคน และระลอกที่สองเกิดในช่วงเดือนมกราคม – เมษายน 2553 คาดว่ามีประชาชนติดเชื้อร้อยละ 8.9 หรือมีผู้ติดเชื้อประมาณ 5 – 6 ล้านคน

#### 4.3.2.5 โรคไม่ติดต่อ

##### 1) โรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทย จากการรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (Cancer in Thailand) พ.ศ. 2546 พบว่า ผู้ชายไทยป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดีในดับมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งปอดและลำไส้ ขณะที่ผู้หญิงไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งท่อน้ำดีในดับ โดยพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในอวัยวะที่พบบ่อยดังนี้

##### 1.1) มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายที่ทำให้สตรีไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และนับวันสถานการณ์ของโรคจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มการเป็นมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และเมื่อพิจารณาเฉพาะมะเร็งที่พบมากในสตรีใน 5 จังหวัดในข่ายงานของศูนย์ทะเบียนมะเร็ง พบว่า อัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกพบสูงสุดในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนมะเร็งเต้านมพบสูงสุดที่กรุงเทพมหานคร เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุแล้วพบว่า สตรีที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี เมื่อเปรียบเทียบโรคมะเร็งเต้านมระหว่างสตรีในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทย จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทยส่วนมากเป็นเมื่อมีอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 77) ในขณะที่ประเทศไทยพบเพียงร้อยละ 40 – 59 เท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีในประเทศไทยที่เป็นมะเร็ง ร้อยละ 80 เป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่โรคเป็นมากแล้ว

ตารางที่ 13 : ร้อยละของการพบโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ พ.ศ. 2536 – 2544 ในจังหวัดที่เป็นศูนย์  
ทะเบียนมะเร็ง

จังหวัด	มะเร็งปากมดลูก				มะเร็งเต้านม				มะเร็งรังไข่			
	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544
เชียงใหม่	25.7	25.6	29.4	25.1	15.2	17.6	20.7	21.8	6.0	4.7	6.9	4.9
ลำปาง	23.1	23.6	22.3	23.8	15.0	16.4	20.8	25.5	4.4	3.7	4.6	6.3
ขอนแก่น	18.0	15.0	15.9	15.3	8.6	11.6	13.7	15.6	4.5	5.6	6.2	5.2
กรุงเทพมหานคร	18.5	20.7	19.3	20.9	20.6	25.4	24.3	34.1	4.2	5.9	6.1	6.6
สงขลา	15.8	16.1	20.6	16.2	11.5	12.1	17.2	20.8	3.1	4.6	5.7	5.0

ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2552)

#### 1.2) มะเร็งตับ

การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคอาหารไปเป็นการบริโภคอาหารนอกบ้านหรืออาหารสำเร็จรูป โดยหาซื้อจากร้านอาหารแผงลอยอันอาจเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคหรือสารพิษตลอดจนสุขลักษณะของผู้ปรุงประกอบอาหารได้ ซึ่งทำให้ผู้บริโภคต้องเสี่ยงกับการเกิดโรคที่มีสาเหตุจากอาหารเป็นสื่อ รวมทั้งการบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุกด้วยความร้อน โดยเฉพาะอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอันเป็นสาเหตุที่สำคัญทำให้เกิดโรคมะเร็งตับ นอกจากนี้ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีซึ่งเคยสูงมากในอดีต มีผลต่อการเป็นโรคตับอักเสบริื้อรัง โรคตับแข็งและโรคมะเร็งตับด้วย โดยพบว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับสูงที่สุดในโลก

#### 1.3) มะเร็งปอด

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า จาก 3.96 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 26.8 ต่อ 100,000 ประชากร ใน พ.ศ. 2540 และลดลงเป็น 18.6 ต่อ 100,000 ประชากร ใน พ.ศ. 2543 อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2544 กลับพบเพิ่มขึ้นเป็น 24.9 ต่อ 100,000 ประชากร ซึ่งคาดว่าจะมีส่วนสัมพันธ์กับการบริโภคยาสูบและมลภาวะทางอากาศ นอกจากนี้ จากการรายงานผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2529 – 2551 พบว่า เป็นโรคมะเร็งปอดชายประมาณร้อยละ 15 – 23 ซึ่งสูงกว่าโรคมะเร็งปอดหญิง ประมาณ 3 – 8 เท่า

## 2) หัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคเลือดสมอง

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อที่เป็นอันดับต้นของสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนชาวไทย อันได้แก่ โรคหัวใจ โรคเมรั้งและโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมโดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีแป้ง น้ำตาลและไขมันสูง และการขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการมีน้ำหนักตัวเกิน ดังจะเห็นได้จากอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่พบดังนี้

2.1) โรคหัวใจ มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 56.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 109.4 ใน พ.ศ. 2537 เป็น 793.03 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552

2.2) โรคเมรั้ง มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 34.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 133.10 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552

2.3) โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 33.3 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 91.0 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 736.48 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552

2.4) โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 261.61 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2542 เพิ่มขึ้นเป็น 981.48 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552

2.5) โรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 48.76 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 227.19 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552

## 3) โรคถุงลมโป่งพอง

อัตราตายด้วยโรคถุงลมโป่งพองเพิ่มขึ้นจาก 0.07 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2532 เป็น 3.8 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552

## 4) โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง

โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีสาเหตุสำคัญจากการสูบบุหรี่หรือการได้รับหมอกควันเป็นระยะเวลานานๆ ซึ่งการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายใน พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังประมาณ ร้อยละ 0.5 และจากการคาดประมาณความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ใน พ.ศ. 2553 จะมีคนไทยป่วยด้วยโรคนี้ถึง 7,035 คน ต่อประชากร 100,000 คน

## 5) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันและโรคลิ้นหัวใจรั่ว

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 23,687 คน ใน พ.ศ. 2548 เป็น 30,594 คน ใน พ.ศ. 2550 และ 32,631 คน ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งโรคนี้ นอกจากจะเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่แล้ว ยังเกี่ยวข้องกับการขาดการออกกำลังกาย การมีไขมันในเลือดสูงและการมีน้ำหนักตัวเกิน

#### 6) โรคไต

จากข้อมูลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2552) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 461.90 คน ใน พ.ศ. 2547 เป็น 878.96 ต่อ ประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 โดยเฉพาะโรคไตวายที่เพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าตัว กล่าวคือ จาก 217.04 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2547 เป็น 512.65 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 หรือเป็นผู้ป่วยไตวายถึงกว่าร้อยละ 55 ของผู้ป่วยโรคไตทั้งหมด และเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้หญิงป่วยเป็นโรคไตวายสูงกว่าผู้ชาย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ โรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นตลอดเวลา

ตารางที่ 14 : แสดงอัตราผู้ป่วยโรคไตต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มโรค

พ.ศ. 2547 – 2552

กลุ่มโรคไต	2547	2548	2549	2550	2551	2552
โรคไต	461.91	574.29	626.02	721.83	920.32	878.96
กลุ่มอาการไตอักเสบเฉียบพลัน	4.25	4.48	5.65	6.60	5.73	9.04
โรคของท่อไตและเนื้อเยื่อระหว่างท่อไต	133.37	159.80	161.44	173.01	199.80	175.21
ไตวาย	217.04	287.05	325.10	395.79	510.17	512.65
นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ	85.39	95.94	98.66	99.25	156.47	123.58
โรคของหน่วยไตอื่น ๆ	21.86	30.08	35.16	47.16	48.15	58.48

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2554)

#### 7) โรคตับแข็ง

การดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆ มีผลเสียต่อตับ โดยพบว่า อัตราตายจากโรคตับและ โรคมะเร็งตับเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ. 2520 – 2552 อยู่ระหว่าง 4.3 – 13.2 ต่อประชากร 100,000 คน ในจำนวนนี้เป็นชายประมาณ 6 – 19 ต่อประชากร 100,000 คน และหญิงประมาณ 2 – 7 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งพบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 2 – 4 เท่า อนึ่งโรคตับแข็งนี้มีส่วนหนึ่งที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งมีความชุกสูงในอดีตและมีแนวโน้มลดลงด้วย

#### 4.3.2.6 การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ

##### 1) อุบัติเหตุจราจร

จากการรายงานการเกิดอุบัติเหตุการจราจรทางบกของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุ กล่าวคือ สัดส่วนของการเกิดอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 50.7 ใน พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ

ละ 62.0 ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกรมการขนส่งทางบก ที่พบว่า จำนวนรถจักรยานยนต์ที่จดทะเบียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า จาก 534,458 คัน ใน พ.ศ. 2541 เป็น 1,635,807 คัน ใน พ.ศ. 2552 และเมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มากกว่าร้อยละ 40 ของผู้บาดเจ็บรุนแรงมีการดื่มสุราก่อนขับขี่รถจักรยานยนต์ จากสถานการณ์ดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความสูญเสียโดยตรงของทรัพย์สินอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุเป็นเงินประมาณ 3,815.5 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2552 แต่แท้จริงแล้วยังมีความสูญเสียที่ยากจะประมาณค่าอีกมากทั้งในแง่ของชีวิต ภาระค่ารักษาพยาบาล ความทุพพลภาพ ฯลฯ

ตารางที่ 15 : จำนวนอุบัติเหตุ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนผู้บาดเจ็บและค่าประมาณทรัพย์สินเสียหาย พ.ศ. 2527 – 2552

พ.ศ.	จำนวนประชากร	จำนวนอุบัติเหตุ (ราย)	ผู้เสียชีวิต		ผู้บาดเจ็บ		ทรัพย์สินเสียหาย (บาท)
			จำนวน (คน)	อัตรา ต่อแสน	จำนวน (คน)	อัตรา ต่อแสน	
2527	50,583,105	18,334	2,904	5.74	8,770	17.34	56,265,453
2528	51,795,651	18,955	2,788	5.38	8,901	17.18	60,645,504
2529	52,696,204	24,432	2,086	3.94	9,242	17.45	55,061,650
2530	53,873,172	25,639	3,991	7.41	12,947	24.03	129,539,616
2531	54,960,917	43,439	8,651	15.74	22,370	40.70	329,527,667
2532	55,888,393	43,557	8,967	16.04	23,083	41.30	439,028,000
2533	56,303,273	43,646	7,997	14.20	23,161	41.14	477,603,000
2534	56,961,030	49,625	8,608	15.11	24,995	43.88	639,616,000
2535	57,788,965	61,329	8,184	14.16	20,702	35.82	607,793,000
2536	58,336,072	84,892	9,496	16.28	25,330	43.42	1,021,464,000
2537	59,095,419	102,610	15,176	25.68	43,541	73.68	1,408,216,000
2538	59,277,900	94,362	16,727	28.22	50,718	85.56	1,631,117,000
2539	60,116,182	88,556	14,405	23.96	50,044	83.24	1,561,708,187
2540	60,816,227	82,386	13,836	22.75	48,711	80.09	1,571,786,469
2541	61,155,888	73,725	12,234	20.00	52,538	85.91	1,378,673,826
2542	61,577,827	67,800	12,040	19.55	47,770	77.58	1,345,985,811
2543	61,770,259	73,737	11,988	19.41	53,111	85.98	1,242,205,524
2544	62,093,855	77,616	11,652	18.76	53,960	86.90	1,240,801,187
2545	62,554,482	91,623	13,116	20.97	69,313	110.80	1,494,936,815
2546	62,939,819	107,565	14,012	22.26	79,692	126.62	1,750,964,040
2547	62,526,693	124,530	13,766	22.01	94,164	150.60	1,623,081,112
2548	62,195,839	122,040	12,858	20.67	94,364	151.72	3,238,226,110
2549	62,623,416	110,686	12,693	20.27	83,290	133.00	3,643,747,912
2550	62,933,515	101,752	12,492	19.85	79,029	125.57	4,620,398,166
2551	63,214,022	88,689	11,561	18.29	71,059	112.41	5,415,524,563
2552	63,457,439	84,806	10,717	16.89	61,996	97.69	3,815,520,899

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2554)

และจากการรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขถึงสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุจราจร ส่วนใหญ่เกิดจากคนถึงร้อยละ 69.9 โดยสาเหตุจากรถและสิ่งแวดล้อมพบเพียงร้อยละ 1.6 และ 0.3 ตามลำดับ เมื่อจำแนกประเภทของสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่า การขับรถเร็วเกิดอัตราที่กำหนดเป็นสาเหตุอันดับแรก (ร้อยละ 16.3) รองลงมาคือ การตัดหน้าตามกระชั้นชิด และเมาสุรา

## 2) อุบัติเหตุทางน้ำ

อุบัติเหตุทางน้ำเป็นปัญหาสำคัญที่ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร เมื่อเทียบกับปัญหาอุบัติเหตุทางบกต่างๆ ที่ประเทศไทยมีอัตราการตายของเด็กจากการจมน้ำสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว 5 – 15 เท่าตัว โดยเมื่อพิจารณาอัตราการตายจากอุบัติเหตุการจมน้ำและตกน้ำในช่วง พ.ศ. 2520 – 2553 พบระหว่าง 4.4 – 7.5 ต่อประชากร 100,000 คน และจากการศึกษาทางระบาดวิทยาถึงการตายจากอุบัติเหตุทางน้ำในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2539 – 2553 พบว่า ผู้ที่ตายจากอุบัติเหตุทางน้ำเป็นชายมากกว่าหญิงประมาณ 3 เท่า โดยพบว่าการตายสูงสุดในกลุ่มเด็กวัยเรียนทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากการขาดประสบการณ์ในการเล่นน้ำที่ปลอดภัยและสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย

### 4.3.2.7 โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพที่สำคัญมีดังนี้

#### 1) โรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช

ข้อมูลของกรมอนามัยในการตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกรระหว่าง พ.ศ. 2535 – 2550 พบว่ามีผู้ได้รับพิษสารกำจัดศัตรูพืชถึงขั้นมีระดับเอนไซม์ผิดปกติระหว่างร้อยละ 13 – 39 โดยที่ยังไม่มีแนวโน้มลดลงและอัตราป่วยด้วยโรคพิษจากการกำจัดศัตรูพืชอยู่ระหว่าง 2 – 6 ต่อประชากร 100,000 คน

#### 2) โรคจากการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรม

สารโลหะหนักที่นำมาใช้ในโรงงานอุตสาหกรรมมีอยู่หลายชนิด เช่น ตะกั่ว สารหนู แคดเมียมปรอท โครเมียม ฯลฯ หากมีการตกค้างและจากการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมและอาหาร จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพประชาชนที่ได้รับสัมผัสโดยสารโลหะหนักที่มีการปนเปื้อนและเกิดปัญหาต่อสุขภาพที่พบบ่อย ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 : อัตราป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จำแนกตามกลุ่มโรค

พ.ศ. 2542 - 2552

โรค	พ.ศ.										
	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
โรคจากการประกอบอาชีพ	7.51	7.01	4.85	4.60	4.19	4.49	2.86	2.45	3.15	3.22	3.57
โรคปอดจากการประกอบอาชีพ	0.14	0.19	0.13	0.14	0.22	0.20	0.22	0.10	0.37	0.21	0.41
พิษสารตะกั่ว	0.10	0.08	0.17	0.09	0.05	0.08	0.02	0.03	0.03	0.04	0.04
พิษสารโลหะหนักอื่น ๆ (แมงกานีส/ปรอท สารหนู แคดเมียม)	0.06	0.04	0.05	0.08	0.04	0.89	0.02	0.04	0.05	0.06	0.07
โรคพิษจากสารทำลาย อินทรีย์	0.25	0.18	0.16	0.13	0.11	0.15	0.20	0.19	0.21	0.25	0.23

ที่มา : สำนักระบาดวิทยา (2552)

#### 4.3.2.8 ปัญหาสุขภาพจิต

พิจารณาจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตและการฆ่าตัวตาย พบว่าสุขภาพจิตคนไทยมีแนวโน้มแย่ลงและมีการเข้ารักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้น จาก 24.6 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 49.0 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2552 โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคจิต โรคซึมเศร้าและโรคลมชัก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันจาก 90.74 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2524 เป็น 265.4 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 ส่วนการฆ่าตัวตายเป็นดัชนีที่สะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตขั้นร้ายแรง ข้อมูลของสำนักงานตำรวจแห่งชาติพบว่า หลังวิกฤตเศรษฐกิจการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึงเกือบ 4 เท่า อย่างไรก็ตามตั้งแต่ พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงทั้งหญิงและชาย

#### 4.3.2.9 โรคทางโภชนาการ

##### 1) โรคขาดสารอาหาร

ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในภาพรวมมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ แต่เมื่อพิจารณาจำแนกตามพื้นที่ พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีอัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารสูงกว่าภาคอื่นๆ นอกจากนี้ อัตราการมีน้ำหนักต่ำกว่า

เกณฑ์ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่มีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากร้อยละ 17.8 ใน พ.ศ. 2532 เหลือร้อยละ 6.23 ใน พ.ศ. 2550 - 2552

## 2) ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์

ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์มีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากร้อยละ 27.3 ใน พ.ศ. 2531 เหลือร้อยละ 12.9 ใน พ.ศ. 2539 แต่ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย อย่างไรก็ตามใน พ.ศ. 2548 ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์ลดลงเหลือร้อยละ 10.6 นอกจากนี้ จากการรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 พบว่า หญิงมีครรภ์มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียร้อยละ 12.5

## 3) โรคขาดสารไอโอดีน

ผลจากการเร่งรัดการจำกัดโรคขาดสารไอโอดีนทำให้ความชุกของโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนประถมศึกษาใน 15 จังหวัด ที่มีอัตราคอพอกรุนแรงลดลงจากร้อยละ 19.31 ใน พ.ศ. 2532 เหลือร้อยละ 0.69 ใน พ.ศ. 2547 และอัตราคอพอกโดยเฉลี่ยของประเทศในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 1.3 แต่จากการดำเนินงานเฝ้าระวังภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงมีครรภ์โดยการตรวจปัสสาวะเพื่อป้องกันปัญหาระดับสติปัญญาของทารกแรกเกิด พบว่า หญิงมีครรภ์มีแนวโน้มขาดสารไอโอดีนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.5 ใน พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 57.4 ใน พ.ศ. 2548 อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2550 – 2551 เริ่มมีแนวโน้มลดลง

## 4) ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ถึงแม้ว่าอัตราทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในภาพรวมได้ลดลงจากร้อยละ 10.2 ใน พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 8.3 ใน พ.ศ. 2552 อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน พบว่าปัญหาน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ของประเทศมีแนวโน้มคงที่หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มยากจนและดงงานที่สูงกว่ากลุ่มไม่ยากจนอย่างชัดเจน ซึ่งพบว่า ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาสูงสุด

### 4.3.2.10 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

#### 1) โรคและภาวะบกพร่องของผู้สูงอายุ

จากการรายงานการสูญเสียปีสุขภาวะในผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่สูญเสียการมีสุขภาพดีจากโรคเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกาย โดยมีสาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะมาจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังต่างๆ

#### 2) สาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุไทย

สำหรับการตายในประชากรผู้สูงอายุ พบว่า โรคที่ผู้สูงอายุตายมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอักเสบ โรคไต และ

โรคเบาหวาน โดยพบว่า ผู้สูงอายุตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น มีอัตราตายเพิ่มจาก 169.1 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เป็น 427.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 โรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราตายเพิ่มจาก 54.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2539 เป็น 112.8 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 โรคเบาหวานมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 28.8 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เป็น 66.4 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 และโรคปอดอักเสบ มีอัตราตายเพิ่มจาก 42.0 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 119.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 : อัตราการตายด้วยโรคต่างๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุ พ.ศ. 2528 – 2552

พ.ศ.	อัตราตายต่อประชากร 100,000 คนในกลุ่มผู้สูงอายุ									
	เบาหวาน	หัวใจ	มะเร็ง	ตับ	ไต	อัมพาต	ปอดอักเสบ	อุบัติเหตุ จากการ ขนส่ง	หลอดเลือด สมอง	ถุงลมโป่ง พอง
2528	28.8	245.0	169.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2529	24.9	259.3	177.6	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2530	30.3	304.3	199.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2531	32.4	331.1	209.6	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2532	37.2	372.3	231.9	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2533	39.4	379.2	248.8	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2534	39.9	386.7	253.9	62.6	38.3	49.5	42.0	16.9	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2535	49.5	400.3	266.8	63.4	48.0	51.5	42.3	20.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2536	50.8	389.7	262.9	57.1	45.9	42.4	45.3	19.5	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2537	57.2	412.2	283.9	56.3	47.5	44.9	56.0	24.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2538	56.2	440.7	242.1	52.2	55.3	45.5	51.0	26.3	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2539	57.4	407.5	236.2	41.4	38.2	37.4	46.8	22.4	54.9	18.4
2540	48.5	356.1	199.4	33.1	40.5	32.0	33.7	17.1	49.1	13.3
2541	47.7	310.0	213.0	34.4	46.7	31.3	28.9	13.3	38.0	11.0
2542	74.8	257.7	273.7	34.0	56.1	32.3	61.1	18.5	63.8	23.0
2543	82.1	179.9	297.6	34.0	75.5	33.9	59.9	22.6	79.7	29.5
2544	88.4	182.2	218.2	40.6	89.6	34.8	73.0	21.5	110.1	38.8
2545	72.1	149.4	342.6	35.5	87.2	29.2	85.5	18.9	118.7	40.2
2546	66.7	177.1	399.5	38.3	108.0	26.8	107.4	16.7	166.8	54.9
2547	75.8	163.8	393.1	30.7	98.9	32.8	119.2	17.3	166.3	37.7
2548	73.0	172.3	393.6	39.5	100.3	26.6	107.8	16.2	134.3	37.4
2549	71.3	175.3	402.5	39.2	83.0	25.9	110.3	15.2	110.9	35.1
2550	74.1	179.9	411.0	36.1	117.3	22.6	116.3	16.3	112.6	37.3
2551	73.3	183.0	424.8	36.3	124.3	20.3	121.5	16.0	113.9	36.2
2552	66.4	173.2	427.9	34.4	116.9	18.2	119.9	16.9	112.8	30.7

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2554)

### 3) ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

#### 3.1) ความชุกของโรคเรื้อรังและภาวะบกพร่องในผู้สูงอายุ

จากการรายงานความเสียหายของผู้สูงอายุของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ใน พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้สูงอายุเกือบ 3 ใน 4 มีโรคประจำตัว โรคที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกันมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูก/ไขข้อ โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับตา และโรคหัวใจและหลอดเลือด และการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.7 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.0 อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 หลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 จะเห็นได้ว่า ความชุกของโรคเรื้อรังและภาวะบกพร่องในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแม้ว่าจะมีการสำรวจจากหลายแหล่งและช่วงเวลาที่แตกต่างกัน รวมทั้งสอดคล้องกับสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิต

#### 3.2) สาเหตุการป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

จากการรายงานการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 – 2552 โดยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง และสำนักงานประกันสังคมระหว่าง พ.ศ. 2547 – 2552 พบว่า ผู้สูงอายุรับการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์/อัมพาต โรคไขข้ออักเสบ โรคไขมันในเลือดสูง โรคข้อเสื่อม และโรคสมองเสื่อม และเมื่อพิจารณาอัตราการนอนโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน จะเห็นว่าส่วนใหญ่อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี

#### 3.3) โรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดในผู้สูงอายุ

จากการสำรวจภาวะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นภาวะโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ ของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้ทำการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 พบว่า จากการตรวจร่างกายร่วมกับประวัติการป่วย มีประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1 ใน 3 มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อ้วนลงพุง และโรคอ้วน 1 ใน 4 มีภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และร้อยละ 15 เป็นโรคเบาหวาน

### 3.4) ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมิแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราการเพิ่มขึ้นจาก 55.05 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2547 เป็น 116.8 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552

### 3.5) ความเสื่อมทางร่างกายของผู้สูงอายุ

จากการประเมินภาวะสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมทางร่างกายในเรื่องการมองเห็นและการได้ยิน พบว่า ผู้สูงอายุเกินครึ่งมีปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 57.7) โดยผู้สูงอายุชายมีปัญหาการมองเห็นมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และยังมีอายุมากขึ้นปัญหาการมองเห็นกลับมีปัญหาน้อยลง น่าจะเนื่องมาจากการได้รับการผ่าตัดต้อกระจกทำให้มองเห็นได้ชัดเจนขึ้น ส่วนปัญหาการได้ยินของผู้สูงอายุ พบร้อยละ 14.6 เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างเพศ พบว่า ไม่แตกต่างกันมากนัก แต่สำหรับกลุ่มอายุ พบว่า ยิ่งอายุมากขึ้นปัญหาการได้ยินยิ่งสูงขึ้นเท่าตัว

## 4.4 สุขภาพของคนไทยในรอบ 10 ปี

นับตั้งแต่สุขภาพคนไทย 2546 จนถึง 2556 สถานการณ์ทางสุขภาพของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงไปหลายเรื่องบางด้านปรับปรุงพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่บางด้านยังเป็นปัญหา ซึ่งไม่ได้รับการแก้ไขหรือส่งเสริม การนำเสนอตัวชี้วัดสุขภาพในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา โดยตัวชี้วัดที่นำเสนอจะยึดตามกรอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติหรือ National health indicator (NHI) ซึ่งมีทั้งหมด 12 หมวด ภายใต้องค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ สถานะสุขภาพ ปัจจัยบ่งชี้ และระบบบริการสุขภาพ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ดังต่อไปนี้

### 4.4.1 ด้านสถานะสุขภาพ ได้แก่

#### 4.4.1.1 วัดจากอายุคาดเฉลี่ยต่อสุขภาพโดยรวมของคนไทย

อายุคาดเฉลี่ยเป็นตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ที่ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของคนไทยในภาพรวมซึ่งชัดเจนว่าดีขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับทศวรรษที่ผ่านมา ระหว่างปี พ.ศ. 2546 – 2556 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง 3 ปี ขณะที่อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีก็เพิ่มขึ้นกว่า 6 ปี แสดงว่าคนไทยมีอายุยืนขึ้นและมีสุขภาพดีขึ้นพร้อมๆ กัน

#### 4.4.1.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นตลอด 10 ปี ที่ผ่านมา โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคเบาหวาน ซึ่งอัตราผู้ป่วยในสูงถึง 1,187 คน (โรคความดันโลหิตสูง) 936 คน (โรคหัวใจ) และ 849 คน (โรคเบาหวาน) ต่อประชากร 100,000

คน โรคเหล่านี้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ขณะเดียวกันโรคมะเร็งและอุบัติเหตุยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 2 อันดับแรกของคนไทยที่สามารถป้องกันได้ โดยใน พ.ศ. 2554 คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งถึง 95 คน ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจาก 79 คน ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546

#### 4.4.1.3 ความผิดปกติทางจิตและอารมณ์

แม้สุขภาพกายจะดีขึ้นในหลายด้าน แต่สุขภาพจิตกลับเป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งความผิดปกติทางจิตและอารมณ์ รวมทั้งอาการเครียดหรือความแปรปรวนทางจิตใจของคนไทย มีเพิ่มสูงขึ้นในรอบ 10 ปี ด้วยปัญหาดังกล่าว จำนวนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 138 คน ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 เป็น 218 คน ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2554

#### 4.4.2 ปัจจัยบ่งชี้ทางสุขภาพ

ปัจจัยกำหนดสุขภาพบางด้านดีขึ้น บางด้านลดลง ครอบคลุม ชุมชน สังคม เศรษฐกิจ การเมืองและสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อสุขภาพของบุคคล แม้ในภาพรวมชีวิตความเป็นอยู่ของคนไทยดีขึ้น ชีวิตจากดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทยที่สูงขึ้นจากระดับที่ต้องปรับปรุง (ร้อยละ 63.7) ใน พ.ศ. 2546 มาอยู่ในระดับปานกลาง (70.3) ใน พ.ศ. 2554 อย่างไรก็ตาม จะต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงต่อไปให้อยู่ในระดับที่ดีหรือดีมาก โดยเฉพาะในเรื่องครอบครัว และการเมืองของประเทศไทย ซึ่งดัชนีชี้วัดสะท้อนให้เห็นสถานการณ์ที่แย่ลงกว่าเมื่อ 10 ปีก่อน นอกจากนี้ปัญหาเรื่องการกระจายรายได้และความเหลื่อมล้ำทางสังคมในด้านต่างๆ ก็ยังเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ

#### 4.4.3 ระบบบริการสุขภาพ

##### 4.4.3.1 หลักประกันทางสุขภาพ

ร้อยละ 99.9 มีหลักประกันทางสุขภาพ ได้รับการคุ้มครองจากค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง การเข้าถึงบริการสุขภาพดีขึ้น นับตั้งแต่การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 เป็นต้นมา หลักประกันทางสุขภาพที่มีในประเทศก็ขยายความครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง จนกล่าวได้ว่าในปัจจุบันคนไทยเกือบทั้งหมดมีหลักประกันทางสุขภาพที่ช่วยให้เข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็นได้ยามเจ็บป่วยและป้องกันภาวะล้มละลายของครัวเรือน จากค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่สูง ใช้จ่ายทางสุขภาพของภาคครัวเรือนในกลุ่มที่มีรายได้น้อยก็ลดลงต่อเนื่องซึ่งแต่เดิมมีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ที่สูงกว่าครัวเรือนกลุ่มอื่นค่อนข้างมาก

##### 4.4.3.2 การกระจายทรัพยากรทางการแพทย์

การกระจายตัวของทรัพยากรสาธารณสุข โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เป็นต้น จะสังเกตเห็นได้ว่าการกระจายตัวไปสู่ภูมิภาคมากขึ้น ซึ่งจริงๆ

แล้วบุคลากรเหล่านั้นยังคงอยู่ในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงพบว่า ยังขาดความเท่าเทียมของการเข้าถึงบริการและการได้รับบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ

#### 4.4.3.3 ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

ระหว่าง พ.ศ. 2546 – 2553 รายจ่ายทางสุขภาพรวมต่อหัวคนไทยเพิ่มขึ้นกว่า 1.8 เท่า จาก 3 พันกว่าบาท เป็น 6 พันกว่าบาท ซึ่ง 3 ใน 4 เป็นรายจ่ายสุขภาพจากภาครัฐบาล โดยสัดส่วนรายจ่ายทางสุขภาพรวมต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 3.6 เป็นร้อยละ 3.9 ใน พ.ศ. 2553 ถือว่าอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ

#### 4.4.3.4 คุณภาพบริการและประสิทธิผลของระบบสุขภาพ

แม้ในภาพรวมคนไทยจะมีสุขภาพดีขึ้น มีหลักประกันทางสุขภาพที่ครอบคลุม สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างถ้วนหน้า และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่นำไปสู่ภาวะล้มละลายมีน้อยลง แต่ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลที่มีและความยากจนในการประเมินเปรียบเทียบ สถานการณ์เกี่ยวกับคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่คนไทยได้รับและประสิทธิผลของระบบสุขภาพในรอบ 10 ปี ที่ผ่านมา ยังเป็นเรื่องที่ต้องติดตามและประเมินผลต่อไปอย่างต่อเนื่อง

### 4.5 บทสรุป

ปัญหาสุขภาพเป็นผลที่เกิดจากปัญหาสังคม สิ่งแวดล้อม พันธุกรรมและการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพและสวัสดิการ อีกทั้งยังคงมีความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติที่ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ ปัญหาเหล่านี้เมื่อรวมกับภาวะทางเศรษฐกิจที่บีบบังคับมากขึ้น และการหลั่งไหลถ่ายเทของผู้คนในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้ภาวะเสี่ยงต่างๆ ทางสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ดังนั้น การเข้าใจถึงภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพอย่างรู้เท่าทันจะช่วยทำให้สามารถส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้บุคคลนั้นมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขมากที่สุดในโลกไร้พรมแดน

### 4.6 คำถามท้ายบท

4.6.1 จงบอกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพด้านปัจเจกบุคคล

4.6.2 จงบอกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพด้านสภาวะแวดล้อม

4.6.3 จงบอก 10 ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพทั่วไป

4.6.4 จงบอกสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2548 – 2551 โรคที่เป็นสาเหตุของการตายอันดับแรกที่พบทั้งในชายและหญิง

- 4.6.5 โรคมะเร็งชนิดที่พบอุบัติการณ์ของโรคสูงที่สุดในโลก
- 4.6.6 การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. ไค
- 4.6.7 โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่มีการระบาดใน พ.ศ. 2540 ที่ประเทศไค
- 4.6.8 ผู้ชายไทยป่วยเป็นมะเร็งชนิดใดมากที่สุด
- 4.6.9 ปัญหาน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์พบในภาคใดสูงสุด
- 4.6.10 จงบอกองค์ประกอบ 3 ด้านที่ใช้ในการอธิบายสุขภาพของคนไทยในรอบ 10 ปี