

สถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทย และแนวโน้มในอนาคต

ร.ศ.พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์*
ดุสิต สุจิรวรัตน์*
ผศ.กุลยา นาคสวัสดิ์*
ผศ.อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม**

แม้ว่าแนวโน้มในอนาคต คนไทยจะมีอายุยืนยาวขึ้น แต่โรคในผู้สูงอายุก็จะเพิ่มขึ้นด้วย ในขณะที่โรคเอดส์ โรคติดเชื้อ ที่กลับมาระบาดใหม่โดยมีผู้อพยพจากประเทศเพื่อนบ้านเป็นพาหะ อุบัติเหตุและความรุนแรง ปัญหาสิ่งแวดล้อม สภาวะความเจ็บป่วยทางสังคม ฯลฯ จะเป็นปัจจัยสำคัญส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยในอนาคต จำเป็นจะต้องใช้ตัวชี้วัดใหม่ๆ ที่สามารถวัดคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนขึ้น

สถานะสุขภาพของอนามัยของประชาชนเป็นผลพวงของปัจจัยหลายอย่างในชุมชนทั้งในส่วนปัจเจกบุคคล เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม ฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ และพฤติกรรม ในส่วนของสิ่งแวดล้อมด้านต่างๆ เช่น กายภาพ สังคมเศรษฐกิจ นโยบายทางการเมือง และระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอยู่ทั้งด้านความครอบคลุมและคุณภาพ คำถามที่พบเสมอเกี่ยวกับการวัดสถานะสุขภาพอนามัย คือ ตัวชี้วัด (indicator) ที่ให้ค่าวัดได้ถูกต้องตามความเป็นจริงเพียงใด รวมทั้งคุณภาพของข้อมูลที่ใช้ประกอบเป็นตัวชี้วัดเหล่านั้น ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทุกแผน ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทยที่ใช้อยู่เป็นประจำก็คือ ความยืนยาวของชีวิตตั้งแต่แรกเกิด (life expectancy at birth) อัตราตายรวมเป็นรายปีและอัตราตายเฉพาะกลุ่มที่สำคัญ เช่น มารดา (maternal mortality) และทารก (infant mortality) รวมทั้งสาเหตุการตายสิบอันดับแรกเป็นรายปี

ฯลฯ จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น โครงสร้างอายุของประชากร สภาวะสังคมเศรษฐกิจ และปัญหาสาธารณสุข ได้มีความพยายามที่จะสร้างตัวชี้วัดใหม่ๆ เพื่อจะวัดสถานะสุขภาพให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น เช่น QALY (Quality Adjusted Life Years) หรือ DALY (Disability Adjusted Life Years) แต่ตัวชี้วัดเหล่านี้ต้องอาศัยข้อมูลซึ่งฐานข้อมูลที่มีอยู่เดิมไม่สามารถตอบสนองได้โดยไม่มี การปรับปรุงหรือเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ในสถานการณ์เช่นนี้การใช้ข้อมูลเท่าที่มีอยู่ในระบบต่างๆ นำมาวิเคราะห์ แยกแยะให้ละเอียดยิ่งขึ้นอาจจะสามารถชี้สถานะสุขภาพอนามัยในด้านที่จะนำไปสู่การแก้ไขได้ชัดเจนยิ่งขึ้นกว่าเดิม

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนในประเทศไทย ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและแนวโน้มในอนาคต โดยใช้ตัวชี้วัดที่สร้างจากฐานข้อมูลสาธารณสุขที่มีอยู่ และการวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ

* ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

วิธีการศึกษา

ขั้นตอนในการศึกษามีดังต่อไปนี้คือ

1) กำหนดตัวชี้วัดสถานะสุขภาพอนามัย ซึ่งได้แก่

- ความยืนยาวของชีวิตแต่แรกเกิด (life expectancy at birth) แยกตามเพศ และภาค
- อัตราตาย : แยกตามเพศ ตามภาค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529-2537 ปรับตามฐานประชากรประเทศไทยปี 2537 (adjusted rate) อัตราตายแยกตามกลุ่มอายุที่สำคัญคือ 0-4 ปี, 5-14 ปี, 15-24 ปี, 25-44 ปี, 45-64 ปี และ 65+ ปี สาเหตุการตายที่สำคัญ 6 สาเหตุแรกตามกลุ่มอายุต่างๆ และตามภาค
- การสูญเสียเวลาที่มีศักยภาพของชีวิต (ปี) Years of Potential Life Lost (YPLL)
- อัตราการเจ็บป่วยศึกษาเช่นเดียวกับอัตราตาย
- อัตราความพิการ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพอนามัย คือ สภาวะสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน ปัญหาของระบบบริการสาธารณสุข

2) แหล่งข้อมูล แหล่งข้อมูลที่ใช้ประกอบเป็นตัวชี้วัดต่างๆ ในข้อ 1 มาจากแหล่งที่สำคัญต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ

2.1 มรณบัตรจากส่วนที่ส่งให้หน่วยสถิติสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลเหล่านี้อยู่ในโปรแกรม Excel โดยมีการจำแนกสาเหตุการตายในปีพ.ศ. 2529-2539 ตาม ICD9 และในปีพ.ศ. 2537 ตาม ICD10

2.2 รายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลของรัฐบาล และเอกชนที่ได้จากกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย รายงานผู้ป่วยนอก (รง. 504) มี 17 กลุ่มโรค และ รายงานผู้ป่วยใน (รง. 505) แยกเป็น 67 กลุ่มโรค เป็นรายงานระหว่าง พ.ศ. 2529-2537

2.3 รายงานการเฝ้าระวังโรค (รง. 506) จากกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เป็นรายงานประจำปี และ

รายงานประจำสัปดาห์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อ และโรคจากการประกอบอาชีพ

2.4 รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย

2.5 รายงานเฉพาะเรื่องจากหน่วยงานต่างๆ เช่น กรมกองวิชาการต่างๆ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

2.6 รายงานการศึกษาวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

3) การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจำนวนการตายและการเจ็บป่วยนำมาคำนวณเป็นอัตราต่างๆ ตามระยะเวลาแต่ละปี ตามภาค เพศ โดยใช้ข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎรของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยในแต่ละปีเป็นตัวหาร และปรับสำหรับการเปลี่ยนแปลงของอัตราตายอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรในเวลาที่ผ่านมาโดยใช้ประชากรของประเทศไทยในปีพ.ศ. 2537 เป็นประชากรมาตรฐาน (standard population) สำหรับอัตราการตายตามอายุใช้ประชากรในแต่ละอายุของปีนั้นเป็นตัวหาร สำหรับการคำนวณ YPLL (Years of Potential Life Lost) หรือจำนวนปีที่จะสูญเสียไปเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควร ใช้เปรียบเทียบกับตารางชีพ (life table) ในปีนั้นและคำนวณ YPLL โดยโปรแกรม SPSS

ผลการศึกษา

1. สถานะสุขภาพอนามัย

ประชาชนไทยมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้นโดยวัดจากความยืนยาวของชีวิตตั้งแต่แรกเกิด ถึงแม้จะนำอัตราตายจากโรค AIDS มาวิเคราะห์ด้วยแล้ว โดยที่ในปีพ.ศ. 2534 ชายจะมีอายุเฉลี่ย 67.4 ปี หญิง 71.7 ปี และจะเพิ่มเป็น 73.6 ปี และ 69.6 ปี ตามลำดับ ในระหว่างปีพ.ศ. 2553-2558 โดยอายุขัยเฉลี่ยรวมประมาณ

สถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยและแนวโน้มในอนาคต

71.5 ปี⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามจากรายงานของ USAID ในปี ค.ศ. 1994⁽²⁾ ระบุว่าเนื่องด้วยปัญหาโรค AIDS ที่คุกคามประเทศไทยอย่างรุนแรงในขณะนี้ ถ้าไม่ดำเนินการควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ คาดว่าจะทำให้อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยลดลงจากเดิมเหลือเพียง 45 ปีก็ได้

การตายวัดโดยอัตราตายที่ปรับฐานประชากรแล้วมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2533 เป็นต้นมา และเพิ่มขึ้นในทุกภาคของประเทศ โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครเพิ่มเกือบ 2 เท่าของอัตราตายในปีพ.ศ. 2529 รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้เพิ่มน้อยที่สุด (ตารางที่ 1) ข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย โดยกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ประมาณว่าอัตราตายจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และจะมีค่าประมาณ 9.4 ต่อประชากร 1000 คน ในปีพ.ศ. 2563⁽¹⁾

การคำนวณค่าของจำนวนปีของการสูญเสียเวลาอันมีศักยภาพของชีวิตก่อนวัยอันสมควรของประชากรหนึ่งคน (YPLL/ประชากร) ของประเทศไทยก็พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเดิมซึ่งประมาณ 0.1 ปีต่อประชากร เป็น 0.2 ต่อประชากร โดยเริ่มเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2533 เมื่อแยกตามภาคและเพศ พบว่าเพศชายในเขตกรุงเทพมหานคร ภาคกลางและภาคเหนือมีการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควรมากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงในภาคใต้มีแนวโน้มที่มีการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควรมีค่าต่ำกว่าเดิมเพียงภาคเดียวในประเทศไทย

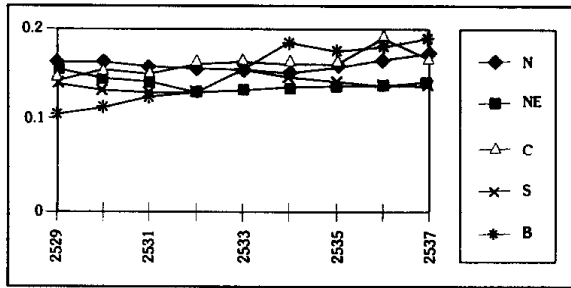
จากการวิเคราะห์อัตราตายตามกลุ่มอายุต่างๆ พบว่ากลุ่มอายุ 15-24 ปี และ 25-44 ปี มีอัตราตายเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปีพ.ศ. 2529 และ 2537 โดยเฉพาะเพศชายในเขตกรุงเทพมหานคร อัตราตายใน 2 กลุ่มอายุนี้เพิ่มกว่าเดิมเกือบ 3 เท่า

ตารางที่ 1 อัตราตายปรับด้วยฐานของประชากรไทยในปีพ.ศ. 2537 (adjusted rate) ประเทศไทย พ.ศ.2529-2537 แยกตามภาค

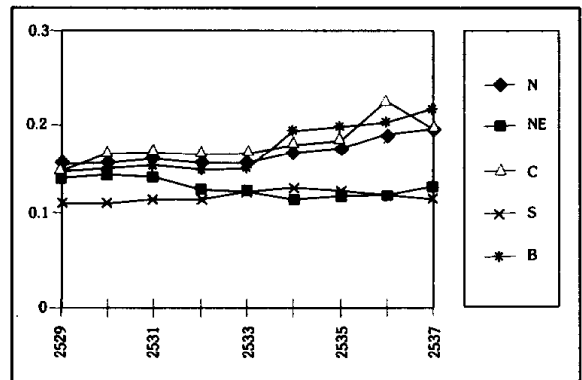
พ.ศ.	อัตราตายปรุงปรับ/ประชากร 1000 คน					
	ประเทศไทย	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
2529	4.98	3.24	4.30	4.52	3.87	3.79
2530	5.61	3.86	4.74	4.72	4.07	3.70
2531	4.36	3.45	4.67	4.68	3.84	3.59
2532	4.71	4.01	4.95	4.76	3.91	3.96
2533	5.52	4.51	4.99	4.78	3.91	4.12
2534	4.50	5.71	4.88	5.07	4.01	3.94
2535	4.44	5.65	5.11	5.14	4.17	3.89
2536	4.20	5.94	6.94	5.22	4.28	4.00
2537	5.08	6.21	5.69	5.83	4.42	3.88
สัดส่วนการตาย พ.ศ. 2537:2539	1.02	1.91	1.32	1.28	1.14	1.02

ที่มา : 1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผน ข้อมูลการตายจากมรณบัตร
2. กระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง ทะเบียนราษฎร

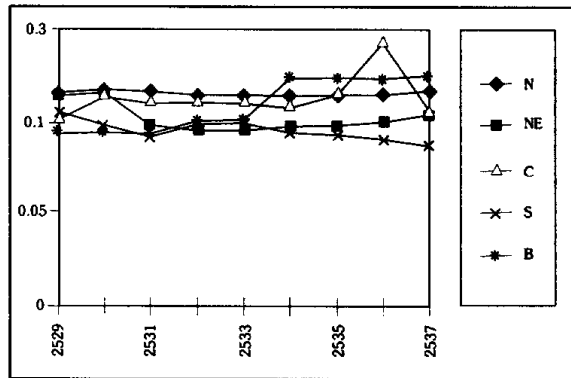
การสูญเสียก่อนวัยอันควรรวมทุกโรค พ.ศ. 2529-2537 จำแนกตามภาคและเพศ



รูปที่ 1 กราฟแสดงจำนวนปีที่มีศักยภาพของชีวิตที่สูญเสียไปต่อประชากร 1 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2529-2537 ตามภาค (YPLL/ประชากร)



รูปที่ 2 กราฟแสดงจำนวนปีที่มีศักยภาพของชีวิตที่สูญเสียไปต่อประชากร 1 คน เพศชาย พ.ศ. 2529-2537 ตามภาค (YPLL/ประชากร)



รูปที่ 3 กราฟแสดงจำนวนปีที่มีศักยภาพของชีวิตที่สูญเสียไปต่อประชากร 1 คน เพศหญิง พ.ศ. 2529-2537 ตามภาค (YPLL/ประชากร)

- N = ภาคเหนือ
- NE = ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- C = ภาคกลาง
- S = ภาคใต้
- B = กรุงเทพมหานคร

ที่มา : 1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผน ข้อมูลการตายจากมรณบัตร
2. กระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง ทะเบียนราษฎร

สำหรับเพศหญิงอัตราตายจะเพิ่มสูงมากกว่าเดิม 2 เท่า ในกลุ่มอายุ 0-4 ปี และ 65+ ปี ในภาพรวมเพศชายในทุกกลุ่มอายุจะมีการตายมากกว่าเพศหญิง กรุงเทพมหานครเป็นที่ที่มีอัตราตายเพิ่มมากกว่าภาคอื่นๆ ในทุกกลุ่มอายุ รองลงมาคือภาคกลางและภาคเหนือ (ดังตารางที่ 2, 3)

สาเหตุการตายที่สำคัญของประเทศ ได้เปลี่ยนแปลงจากโรคติดเชื้อที่สำคัญคือโรคปอดบวม วัณโรค

และโรคอุจจาระร่วงมาเป็นโรคหัวใจ อุบัติเหตุ และโรคมะเร็ง โดยมีการเปลี่ยนแปลงเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา ข้อมูลจากมรณบัตรในปีพ.ศ. 2536 แสดงว่าประชาชนไทยตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในภาพรวม 33,989 คน หรือประมาณ 93 คนต่อวัน อุบัติเหตุทุกชนิด 90 คนต่อวัน เป็นอุบัติเหตุจากการขนส่งประมาณ 37 คนต่อวัน โรคมะเร็ง 72 คนต่อวัน โรคปอดอักเสบ 22 คนต่อวัน วัณโรค 10 คนต่อวัน และโรคหัวใจขาดเลือด 4

สถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยและแนวโน้มในอนาคต

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของอัตราตายตามอายุในเพศชาย ในภาคต่างๆ เปรียบเทียบระหว่างปีพ.ศ. 2537 : 2529

กลุ่มอายุ	สัดส่วนของอัตราตาย พ.ศ. 2537 : 2529						
	ภาค	0-4 ปี	5-14 ปี	15-24 ปี	25-44 ปี	45-64 ปี	65+ ปี
เหนือ		0.76	0.75	1.50	2.13	1.19	0.83
ตะวันออกเฉียงเหนือ		0.59	0.76	1.49	1.29	1.10	0.80
ใต้		0.73	0.72	1.28	1.11	0.67	0.63
กลาง		0.71	1.12	2.17	2.11	1.33	0.84
กรุงเทพมหานคร		1.74	1.16	2.78	2.47	1.45	1.66

ที่มา : 1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผน ข้อมูลการตายจากมรณบัตร
2. กระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง ทะเบียนราษฎร

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงของอัตราตายตามอายุ ในเพศหญิง ในภาคต่างๆ เปรียบเทียบระหว่างปีพ.ศ. 2537 : 2529

กลุ่มอายุ	สัดส่วนของอัตราตาย พ.ศ. 2537 : 2529						
	ภาค	0-4 ปี	5-14 ปี	15-24 ปี	25-44 ปี	45-64 ปี	65+ ปี
เหนือ		0.82	0.70	0.98	1.20	1.10	0.82
ตะวันออกเฉียงเหนือ		0.51	0.62	0.81	0.86	1.10	0.83
ใต้		0.63	0.62	0.67	0.83	0.78	0.65
กลาง		0.68	0.79	1.15	1.34	1.20	0.69
กรุงเทพมหานคร		2.10	1.09	1.84	1.71	1.39	2.15

ที่มา : 1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผน ข้อมูลการตายจากมรณบัตร
2. กระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง ทะเบียนราษฎร

คนต่อวัน นอกจากนี้ถูกฆ่าตายประมาณ 12 รายต่อวัน และฆ่าตัวตายอีก 10 รายต่อวัน สำหรับโรคติดเชื้อที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วคือ โรค AIDS ประมาณว่า ในปีพ.ศ. 2537 คนไทยตายด้วยโรคนี้อีก 8-123 คนต่อวัน⁽³⁾ การวิเคราะห์สาเหตุการตายตามอายุและตามภาคจากมรณบัตร ตั้งแต่ พ.ศ. 2529-2537 สรุปได้ดังนี้

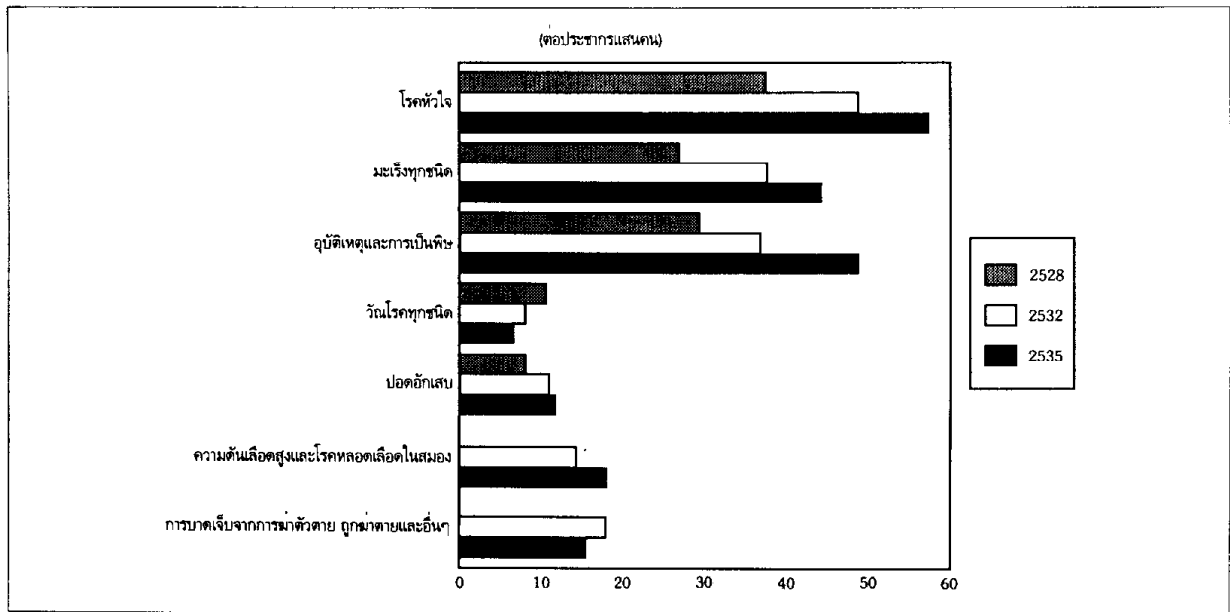
อายุ 0-4 ปี สาเหตุการตาย อันดับแรกๆ รวมกันอยู่ระหว่างสภาวะที่เกี่ยวกับการคลอด โรคของทางเดินหายใจ อุบัติเหตุต่างๆ ที่ไม่ใช่การชนส่ง ความพิการแต่กำเนิดพบเป็นสาเหตุสำคัญของการตายในกรุงเทพมหานคร แต่มีแนวโน้มลดลง และโรคของการไหลเวียน

เลือดผ่านปอดและหัวใจสาเหตุเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคล้ายกันทั้งในเพศชายและเพศหญิง

อายุ 5-14 ปี สาเหตุการตายที่สำคัญในกลุ่มอายุนี้ทั้งชายและหญิง อันดับแรกๆ คืออุบัติเหตุต่างๆ และอุบัติเหตุจากการชนส่ง นอกจากนี้ในภาคใต้ ในเพศชาย สาเหตุการตายที่สำคัญอันดับสามคือ ถูกฆ่าตายในกรุงเทพมหานคร ในระยะหลังโรคการไหลเวียนเลือดเริ่มมีบทบาทเป็นสาเหตุการตายอันดับรองลงมาในกลุ่มนี้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง

อายุ 15-24 ปี มีความแตกต่างกันในสาเหตุการตายในกลุ่มอายุนี้ระหว่างชายและหญิงและระหว่างภาค

รูปที่ 4 อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2528 2532 2535



ที่มา : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2536

กล่าวคือในเพศชายสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับหนึ่งคือการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ รวมทั้งการขนส่ง รongลงมาคือ การถูกฆ่าตาย ในภาคเหนือเพศชายมีอัตราตายจากการถูกฆ่าตายและฆ่าตัวตายใกล้เคียงกัน ในเพศหญิงในภาคเหนือมีการตายจากการฆ่าตัวตายเป็นการตายอันดับแรกๆ ต่างจากภาคอื่นๆ ที่ส่วนใหญ่จะเป็นอุบัติเหตุและโรคจากการไหลเวียนเลือด ในภาคใต้นอกจากการฆ่าตัวตายแล้วยังถูกฆ่าตายด้วยซึ่งเป็นสาเหตุการตายสูงเป็นอันดับ 6 ของการตายทั้งหมด

อายุ 25-44 ปี สาเหตุการตายที่สำคัญในกลุ่มอายุนี้ในทุกภาคคือ อุบัติเหตุต่างๆ รวมทั้งจากการขนส่ง ถูกฆาตกรรม โรคของหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง และมะเร็ง เริ่มเป็นสาเหตุการตายที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุนี้ และมีความแตกต่างในสาเหตุการตายที่สำคัญระหว่างภาคและระหว่างเพศ เช่น เพศชายในกรุงเทพมหานคร จะตายมากด้วยโรคหัวใจหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง และอุบัติเหตุจากการจรรยาแต่ชายในภาคใต้ตายด้วยถูกฆาตกรรมเป็นอันดับหนึ่งและอุบัติเหตุรongลงมา ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาเหตุการตายที่สำคัญคือโรคหัวใจขาดเลือด

มากกว่าการตายจากความรุนแรงต่างๆ อย่างไรก็ตามอุบัติเหตุก็เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในกลุ่มนี้ด้วยเช่นกัน

อายุ 45-64 ปี สาเหตุการตายที่สำคัญคือทั้งหญิงและชายในกลุ่มอายุนี้คล้ายกันคือ อันดับแรกของการตายได้แก่ การตายจากโรคการไหลเวียนเลือดผ่านปอดและหัวใจ รongลงมาคือโรคมะเร็งของอวัยวะต่างๆ และโรคติดเชื้อต่างๆ กลับมาเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในกลุ่มอายุนี้ รวมทั้งโรคหลอดเลือดในสมอง อุบัติเหตุต่างๆ ไม่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับแรกๆ ในกลุ่มนี้

อายุ 65+ ปี สาเหตุการตายที่สำคัญในกลุ่มอายุนี้คือ โรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ หลอดเลือด โรคมะเร็งของอวัยวะต่างๆ โรคหลอดเลือดในสมอง รวมทั้งโรคติดเชื้อต่างๆ เช่น โรคของหูและปมกกหู เป็นปัญหาของคนในกรุงเทพฯ และโรคของระบบย่อยอาหารที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรกลุ่มอายุนี้ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สำหรับการตายในทารก มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกับการตายของมารดา แต่สาเหตุการตายยังเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ เช่น สภาวะที่เกี่ยวข้องกับ

สถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยและแนวโน้มในอนาคต

การคลอดและระยะหลังคลอด การติดเชื้อ อัตรายาจะสูงในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง กรุงเทพมหานครจะมีอัตราการตายต่ำสุด⁽⁴⁾

การวัดสถานะสุขภาพอนามัยจากการเจ็บป่วยพบว่าอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกภาคของประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2529-2536 โรคหรือสภาวะที่ทำให้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในอันดับแรกๆ นอกจากการคลอดคืออุบัติเหตุต่างๆ โรคติดเชื้อโดยเฉพาะทางเดินอาหาร และทางเดินหายใจ การแท้ง นอกจากนี้โรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานก็มีการเข้ารับการรักษานเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ข้อมูลที่สะท้อนภาพความชุก (prevalence) ของการเจ็บป่วยได้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศมากที่สุด ในขณะนี้คือ การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยโดยการสอบถามและการตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 เมื่อปีพ.ศ. 2534-2535⁽⁵⁾ ซึ่งครอบคลุมประชากร 22,217 คน ใน 5,882 ครอบครัวทุกกลุ่มอายุ ถึงแม้การศึกษานี้เน้นที่ความชุกของโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรัง แต่ผลการวิจัยก็แสดงให้เห็นว่า ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ประชาชนไทยมีภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ปวดหัว ปวดท้อง เป็นไข้ ไอ ฯลฯ ถึงร้อยละ 41.9 ภาคที่มีอาการมากที่สุด คือภาคกลางและกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 50.1 และ 49.2 ตามลำดับ) และมีการบาดเจ็บรวมร้อยละ 11.1 ทั่วประเทศ เพศชายมากกว่าเพศหญิงสำหรับโรคเรื้อรัง การสำรวจแสดงว่าประมาณร้อยละ 50 ของครอบครัวที่สำรวจทั้งหมดมีคนในครอบครัวเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อยอย่างหนึ่งอยู่อย่างน้อย 1 คน ในประชากรอายุ 1-4 ปี มีการขาดอาหารระดับต่างๆ รวมทั้งหมดร้อยละ 28 และในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีนี้ เช่นเดียวกันที่พบว่าพัฒนาการของเด็กจะมีแนวโน้มต่ำลงในทุกด้านเมื่ออายุมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ในประชากรอายุ 5 ปีขึ้นไปพบมีความพิการต่างๆ ร้อยละ 6.3 ความพิการเพิ่มมากขึ้นตามอายุประชากรที่อายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่ามึประวัติเป็นลมชัก 2.8 ต่อประชากร 1000 คน

และกำลังได้รับยากันชักอยู่ 2.1 ต่อประชากร 1000 คน มีอาการปวดข้อ ปวดหลังเป็นๆ หายๆ ประมาณร้อยละ 50 ของประชากร ในวัยดังกล่าวมีความดันโลหิตสูง (สูงกว่า 160/95 mmHg) ร้อยละ 5.4 โคลเลสเตอรอลในเลือดสูง (สูงกว่า 200 mg/dl) ร้อยละ 11.3 เป็นเบาหวาน (fasting blood glucose สูงกว่า 140 mg/dl) ร้อยละ 2.3 โลหิตจาง (ยกเว้นใน กทม. ไม่ได้ตรวจ) ร้อยละ 21.7 ปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 1.5 เป็นโรคหืดร้อยละ 1.8 แพ้อากาศร้อยละ 7.9 ภูมิแพ้ร้อยละ 5.5 นิ้วในทางเดินปัสสาวะร้อยละ 1.8 ตับแข็ง (ยกเว้นใน กทม.) 8.4 ต่อประชากร 1000 คน และในประชากรที่อายุ 30 ปีขึ้นไปพบโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน 10.5 ต่อประชากร 1000 คน โรคเรื้อรังทั้งหมดเหล่านี้มีความชุกแปรเปลี่ยนตามเพศ อายุ ภาค และสถานที่อยู่ที่เป็นในเขตหรือนอกเขตเทศบาล

สำหรับโรคติดเชื้อ ที่ยังเป็นปัญหาสุขภาพอนามัยที่สำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากรายงานการเฝ้าระวังโรคที่พบคือ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน AIDS ตาแดงจากเชื้อไวรัส คางทูม ปอดบวม หัดเยอรมัน scrub typhus ูกัด วัณโรค ไข้สุกใส สำหรับโรคจากการประกอบอาชีพทั้งในภาคอุตสาหกรรมและเกษตรกรรมที่สำคัญคืออุบัติเหตุจากการทำงาน และพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช⁽⁶⁾

ในด้านสุขภาพจิต จากรายงานที่รวบรวมโดยสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ ระบุว่าคนไทยมีแนวโน้มสุขภาพจิตแย่ลงโดยวัดจากอัตราฆ่ากันตาย และการฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้น อัตราการใช้ยาแก้ซึมเศร้า สารเสพติดชนิดต่างๆ ยาแก้ปวด ยารักษาโรคกระเพาะเพิ่มมากขึ้นอย่างมาก ผู้ป่วยโรคจิตเพิ่มจาก 41.88 ต่อประชากร 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2532 เป็น 245.45 ต่อประชากร 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2537 หรือประมาณเกือบ 6 เท่าตัว นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เพิ่มขึ้นอีก เช่น โรควิตกกังวลและซึมเศร้า การดื่มสุรา ภาวะปัญญาอ่อน และลมชัก ข้อมูลล่าสุดในปีพ.ศ. 2539 จากกรมสุขภาพ

จิต ระบุว่าในปัจจุบันคนไทยทั้งประเทศมีปัญหาสุขภาพจิตประมาณร้อยละ 30 ซึ่งหมายถึงมีประชากรจำนวนประมาณ 18 ล้านคนที่ป่วยเป็นโรคจิต

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพอนามัย

ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ลักษณะประชากร สังคม เศรษฐกิจ การเมือง ปัญหาสิ่งแวดล้อม พหุกรรมเสี่ยงต่างๆ และระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อแนวโน้มการเกิดโรค หรือลักษณะของโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ คุณภาพชีวิตของประชากรและสถานะสุขภาพอนามัยในที่สุด

2.1 ปัจจัยด้านประชากร

การคาดประมาณโครงสร้างอายุประชากรของประเทศไทยอีก 20-30 ปีข้างหน้า⁽¹⁾ ระบุว่าประชากรในกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี, 5-24 ปี และ 25-44 ปี จะมีแนวโน้มลดลง กลุ่มที่จะเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มอื่นๆ คืออายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งจะมีประมาณร้อยละ 11.7 ของประชากรทั้งหมดในปีพ.ศ. 2568 เมื่อรวมการคาดประมาณการตายจากโรคเอดส์เข้ากับการคาดประมาณประชากร พบว่าผลกระทบจะมีมากในกลุ่มชายหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-44 ปี) โดยในปีพ.ศ. 2543 ประชากรลดลงด้วยการตายจากโรคเอดส์ จากที่คาดประมาณไว้ 447,000 คน และในปีพ.ศ. 2563 จะลดลงอีกประมาณสองล้านห้าแสนคน ซึ่งทำให้การคาดประมาณจำนวนประชากรผิดไปร้อยละ 1.3 ในช่วงเวลาดังแต่ พ.ศ. 2543-2563

ประชากรมีการเคลื่อนย้ายมากขึ้น จากการศึกษาในปีพ.ศ. 2538⁽²⁾ พบว่าประชากรประมาณ 14.5 ล้านคนย้ายถิ่นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา และ 8.7 ล้านคนย้ายในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 20-24 ปีและมีการศึกษาระดับต่ำ กรุงเทพมหานครคือแหล่งที่มีผู้เคลื่อนย้ายเข้าออกมากที่สุด (ร้อยละ 56 ในระยะเวลา 2 ปี) และย้ายตามฤดูกาล ความเป็นเมือง (urbanization) จะขยายตัวขึ้นเรื่อยๆ ในปีพ.ศ. 2543 คาดว่าเขตเมืองจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20.5

2.2 ปัจจัยทางการเมือง สังคมและเศรษฐกิจ

เป็นที่ยอมรับกันว่าการเมืองของประเทศไทยยังขาดความมั่นคงและต่อเนื่อง ซึ่งมีอิทธิพลต่อความต่อเนื่องของนโยบายต่างๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงและทางอ้อมต่อนโยบายสาธารณสุข รวมทั้งประสิทธิภาพของการนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในการแก้ปัญหาสาธารณสุขด้วย

ด้านเศรษฐกิจ การพัฒนาเศรษฐกิจโดยเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมโดยขาดการเข้มงวดต่อผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ทำให้เศรษฐกิจในภาพรวมเติบโตขึ้น ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัว (GNP per Capita) เพิ่มขึ้น แต่การกระจายรายได้ยังไม่ดีเท่าที่ควร ช่องว่างระหว่างคนร่ำรวยและยากจนกว้างมากขึ้น โดยรายงานจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระบุว่ากลุ่มที่มีรายได้สูงสุดมีร้อยละ 20 มีแนวโน้มที่จะมีรายได้เพิ่มขึ้น แต่กลุ่มที่ยากจนรายได้ต่ำสุดกลับมีรายได้ลดลง และมีความแตกต่างกันมากในรายได้ของประชาชนในภาคต่างๆ นอกจากนี้ผลการพัฒนาเศรษฐกิจยังส่งผลต่อการเติบโตในการคมนาคมและการสื่อสารซึ่งมีผลดีและผลเสีย เช่น อุบัติเหตุการขนส่งที่เพิ่มขึ้น แต่ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ มากขึ้น

ด้านสังคม ที่เป็นปัญหาคือผลที่เนื่องมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างไม่ระมัดระวัง โดยขาดการพัฒนาด้านสังคมและจริยธรรมควบคู่กันไป ทำให้ค่านิยมของสังคมเปลี่ยนเป็นวัตถุนิยมมากยิ่งขึ้น และกระทำทุกอย่างเพื่อให้ได้ซึ่งวัตถุเหล่านั้น ทำให้เกิดการย้ายถิ่นอย่างมากมายเพื่อหางานที่มีรายได้สูงกว่าการเกษตรกรรม ครอบครัวมีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติประมาณว่าในปีพ.ศ. 2553 ขนาดของครัวเรือนไทยจะมีเพียง 3 คนต่อครัวเรือน การเปลี่ยนแปลงนี้นำมาสู่วิกฤติการณ์ต่อสถาบันครอบครัว ก่อให้เกิดการแยกแตก ขาดความอบอุ่นและความมั่นคง ผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือเด็กและผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่พึ่งตนเองไม่ได้แต่ถูกทอดทิ้งอยู่ด้วยกันขณะที่พ่อแม่ย้ายถิ่นไป

สถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยและแนวโน้มในอนาคต

แสวงหางานทำ นอกจากนี้สังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่มี ความเท่าเทียมทางเพศ สิทธิสตรีและเด็กไม่ได้รับการ ค้ำคองอย่างมีประสิทธิภาพ สังคมเช่นนี้เป็นบ่อเกิด และการเติบโตของโรคทั้งทางกายและทางจิต เช่น โรค ติดเชื้อต่างๆ รวมทั้งเอชไอวี ความเครียด ความดันโลหิต สูง โรคหัวใจหลอดเลือด อาชญากรรมและความรุนแรง ต่างๆ ซึ่งนับว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

2.3 ปัญหาสิ่งแวดล้อม

ข้อมูลจากหลายแหล่งทั้งกรมควบคุมมลพิษ⁽⁹⁾ สำนักนโยบายและแผนสิ่งแวดล้อม⁽¹⁰⁾ ซึ่งรายงานอย่าง ต่อเนื่องเกี่ยวกับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมด้านต่างๆ คือ มลพิษทางอากาศ ทางน้ำ เสียง ขยะ และขยะอันตราย รวมทั้งสารอันตรายจากอุตสาหกรรมหรือเกษตรกรรม และการรวบรวมผลงานวิจัยในด้านนี้^(11, 12) สรุปได้ว่า ประเทศไทยโดยเฉพาะกรุงเทพมหานครกำลังเผชิญกับ ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นทุกวัน และอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของ ประชากรหมู่มากในอนาคตอันใกล้ถ้าไม่มีมาตรการที่ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมาดำเนินการให้ทันทั่วทั้ง

มลพิษทางอากาศ ที่เป็นปัญหาอยู่ในขณะนี้คือ ฝุ่นละออง จากสถานีตรวจอากาศทุกแห่งในเขตกรุงเทพ-มหานครและเมืองใหญ่ต่างๆ ให้ข้อมูลที่ตรงกันว่า ฝุ่น ละอองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะบริเวณริมถนน และที่เป็นอันตรายมากคือฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน ซึ่งสามารถเข้าไปถึงถุงลมของปอดได้ ฝุ่น ละอองเหล่านี้มาจากการก่อสร้าง รถยนต์ขนาดใหญ่ และการขนส่งที่ไม่มีการปกปิด

สำหรับ*สารตะกั่ว* มีแนวโน้มลดลง ส่วนสารอื่นๆ เช่น คาร์บอนมอนอกไซด์ ไนโตรเจนไดออกไซด์ และ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ อยู่ในระดับที่ยังไม่เกินมาตรฐาน ความปลอดภัยที่ตั้งไว้

มลพิษทางน้ำ แม่น้ำสายสำคัญ ของประเทศแทบ ทุกสายปนเปื้อนด้วยสิ่งสกปรกและแบคทีเรีย นอกจากนี้ บางแห่งยังมีโลหะหนักที่เป็นอันตรายอยู่ด้วย เช่น ตะกั่ว โครเมียม แคดเมียม และสารประกอบฟอสฟอรัส ซึ่ง

สาเหตุมาจากน้ำเสียจากแหล่งอุตสาหกรรม เกษตรกรรม การปศุสัตว์ การชักฟอก และเหมืองแร่ ที่ทิ้งลงในแม่น้ำ โดยตรง

มลพิษด้านเสียง เป็นมลภาวะที่มีแนวโน้มเพิ่ม ปัญหาขึ้นเรื่อยๆ ผลการตรวจระดับเสียงในกรุงเทพ-มหานครและเมืองหลัก ณ จุดต่างๆ กันซึ่งส่วนใหญ่เป็น เขตที่มีการจราจรหรือประชาชนคับคั่ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2526 เป็นต้นมาเกือบทุกปี พบว่าเกือบทุกแห่งมีระดับของเสียง เกินมาตรฐานที่กำหนดไว้เพื่อความปลอดภัย ดันเหตุที่ ทำให้เกิดปัญหาด้านเสียงคือ รถยนต์ประเภทต่างๆ โรงงานอุตสาหกรรม เครื่องบิน การก่อสร้าง

ขยะและของเสียอันตราย ทั้งสองประเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยังไม่สามารถเก็บไปกำจัดหรือแปรสภาพได้ครบร้อยเปอร์เซ็นต์ จึงมีจำนวนหนึ่งตกค้างอยู่ ตามที่ต่างๆ โดยเฉพาะขยะอันตรายซึ่งมาจากบ้านเรือน โรงพยาบาล และกากของเสียจากโรงงานอุตสาหกรรม เป็นของเสียที่มีพิษ ติดไฟหรือระเบิด มีฤทธิ์กัดกร่อน หรือเป็นของเสียกัมมันตภาพรังสี ระบบกำจัดของเสีย อันตรายในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมขั้นตอนในการแก้ปัญหาอย่างครบวงจรทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ อนามัยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น การติดเชื้อต่างๆ การสะสมของสารพิษ หรือสารก่อเกิดมะเร็งจนเกิดเป็น มะเร็งของอวัยวะต่างๆ ได้

2.4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค

เป็นตัวชี้วัดที่ดีเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บที่จะเกิดใน อนาคต คุณภาพชีวิต และสถานะสุขภาพอนามัย จาก รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชน ไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 เมื่อปีพ.ศ. 2534⁽⁵⁾ ระบุว่าในประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.6 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 5 สูบเป็น บางครั้ง ผู้ชายสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าผู้หญิงถึง 10 เท่า นอกเขตเทศบาลมีการสูบบุหรี่มากกว่าในเขต เทศบาล ที่สำคัญคืออายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่หรืออยู่ระหว่าง 10-24 ปี (ร้อยละ 84.7)

สำหรับการดื่มสุรา พบว่าร้อยละ 5.2 เท่านั้นที่ดื่ม

สุราเป็นประจำ ชายดื่มมากกว่าหญิงถึง 9 เท่า กลุ่มที่ดื่มมากกว่ากลุ่มอื่นๆ คือประชากรในภาคกลาง คนวัยทำงานและกลุ่มอาชีพใช้แรงงาน มีประชากรร้อยละ 18.2 ที่ทั้งสูบบุหรี่และดื่มสุรา

พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ที่เป็นปัญหาในคนไทยคือ การติดยาเสพติด โดยเฉพาะยากระตุ้นพวก Amphetamine (ยาบ้า) ในหมู่นักเรียนและวัยทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

2.5 ปัญหาของระบบบริการสาธารณสุข

ถึงแม้ว่าระบบบริการสาธารณสุขของประเทศจะพัฒนาโครงสร้างให้ครอบคลุมประชากรของประเทศจนถึงระดับตำบลทั่วประเทศ และระบบสวัสดิการและประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ จะครอบคลุมประชาชนได้ประมาณร้อยละ 70 แต่ปัญหาเหล่านี้ยังคงมีอยู่และส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน คือ

- ความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการ การป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพและให้การรักษาพยาบาลของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสกลุ่มต่างๆ เช่น ชุมชนแออัด ผู้มีรายได้ปานกลางหรือรายได้น้อยที่อยู่ในเขตเมืองใหญ่
- การกระจายของแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลยังไม่เท่าเทียมกันในทุกภาคของประเทศ
- คุณภาพของการรักษาพยาบาลและคำปรึกษาพยาบาลยังไม่สามารถกำหนดให้มีมาตรฐานที่น่าพอใจได้
- การค้นพบโรคตั้งแต่เริ่มแรก (screening) การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพสำหรับโรคต่างๆ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอยู่ขณะนี้ยังไม่มีการดำเนินการในชุมชนอย่างกว้างขวางและเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ก็ปัญหาเฉพาะหน้าด้วยการรักษาพยาบาลเท่านั้น

สรุปแนวโน้มสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทยในอนาคต

พิจารณาจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะปัญหาสิ่งแวดล้อม แนวโน้มของโรคภัยไข้เจ็บที่สำคัญของประเทศ การเคลื่อนย้ายและโครงสร้างอายุของประชากร การพัฒนาประเทศโดยเฉพาะด้านการคมนาคมและการสื่อสาร อาจคาดประมาณอนาคตของสถานะสุขภาพอนามัยได้ดังต่อไปนี้

- ถึงแม้คนไทยจะมีอายุยืนยาวขึ้น แต่โดยธรรมชาติจะทำให้โรคที่เป็นในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นด้วยคือโรคมะเร็ง โรคหัวใจหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง ก็จะเพิ่มขึ้นด้วย และผู้ป่วยโรคเหล่านี้ ถ้าบริการสาธารณสุขยังไม่มีคุณภาพชัดเจนในเรื่องการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพประชาชนก็ยังคงมีชีวิตอยู่อย่างไม่มีความสุขเท่าที่ควร
- อุบัติเหตุและความรุนแรงต่างๆ เช่น การฆ่ากันตาย การฆ่าตัวตาย คงจะยังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ถ้ากฎหมายเข้มงวดนิรภัยและหมวกกันน็อคมีประสิทธิภาพเพียงพอ การตายจากอุบัติเหตุยานยนต์ก็จะลดลงบ้าง
- ด้วยค่านิยมในสังคมที่เป็นอยู่ โรคเอดส์คงจะคุกคามสังคมไทยต่อไป แต่ด้วยปฏิบัติการที่ลดลงเพราะประชาชนมีความตื่นตัวมากขึ้น แต่ในอนาคตอันใกล้นี้ผลกระทบของโรคนี้ต่อเด็กและสตรีที่เป็นแม่บ้านยังคงเป็นปัญหาอยู่ ทั้งที่เด็กจะเป็นโรคเองและเป็นกำพร้าเนื่องจากพ่อแม่ตายโดยโรคเอดส์หมด เด็กกำพร้าและผู้สูงอายุที่จะต้องดำรงชีวิตอยู่ในสภาพที่ด้อยศักยภาพเพราะไม่มีผู้ดูแลจะเป็นปัญหาที่สำคัญของสังคม
- การเปลี่ยนแปลงของการเมืองในประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้มีผู้อพยพย้ายถิ่นที่เป็นแรงงานผิดกฎหมายในเมืองไทยมากขึ้น คนกลุ่มนี้จะเป็น

ทั้งพาหะของโรคโดยเฉพาะโรคติดต่อต่างๆ ที่ประเทศไทยควบคุมได้มานานแล้ว เราอาจจะต้องเผชิญกับโรคติดต่อที่ระบาดขึ้นมาใหม่ (emerging infectious diseases) ทั้งเก่าและใหม่ เช่น โรคเท้าช้าง โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคอหิวาห์ อีโบล่า กาฬโรค ฯลฯ

- ปัญหาสิ่งแวดล้อมในประเทศไทยจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ผลต่อสุขภาพอนามัยจะมีทั้งที่เป็นเรื่องร้ายจากการสัมผัสสะสมมลพิษในสิ่งแวดล้อมมาเป็นเวลานาน เช่น โรคภูมิแพ้ โรคผิวหนังบางอย่าง โรคหอบหืด โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง มะเร็งบางชนิดจะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังอาจจะมีอุบัติการณ์ของสารพิษเป็นจำนวนมากในสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้น เนื่องจาก โรงงานอุตสาหกรรมต่างๆ ที่ไม่มีมาตรการป้องกันโดยเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ อาจมีสารเคมีบางอย่างปนเปื้อนทั้งในอากาศและในน้ำ ประเทศไทยอาจเผชิญกับปัญหาคล้ายกับโรคมินามาตะที่เคยเกิดขึ้นแล้วในญี่ปุ่นก็ได้
- ชีวิตความเป็นอยู่ของประชากร โดยเฉพาะในเมืองใหญ่จะทำให้คนมีความเครียดมากขึ้น คุณภาพชีวิตต่ำลง ที่จะพบมากขึ้นคือสภาวะที่แสดงถึงความเจ็บป่วยทางสังคม (social pathology) เช่น การติดสารเสพติดต่างๆ การติดสุรา การสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นในกลุ่มเด็กที่ยากจนด้อยโอกาสหรือสตรี ปัญหาสุขภาพจิตจะเพิ่มมากขึ้น คือสภาวะซึมเศร้าและการใช้ความรุนแรง ผู้ที่จะเป็นเหยื่อของสังคมต่อไปคือเด็กและสตรีที่จะได้รับความรุนแรงถูกทำร้ายโดยผู้ใกล้ชิดในครอบครัว โดยเฉพาะในครอบครัวของกลุ่มที่มีฐานะยากจน การศึกษาต่ำ มีความเปราะบางของชีวิตครอบครัว
- โรคหรือการเจ็บจากการประกอบอาชีพมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในอุตสาหกรรมการ

ก่อสร้างซึ่งมีทั้งการก่อสร้างตึกสูง และต่อไปอาจมีรถไฟใต้ดินซึ่งการทำงานในระดับที่สูงและลึกลงไปได้ดีได้ดิน ได้ระดับน้ำ สามารถนำอันตรายอย่างเฉียบพลันมาสู่ผู้ใช้แรงงานได้ทั้งสิ้น เช่น อุบัติเหตุ โรคเคของ เป็นต้น

- ปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด บุคลิกภาพแปรปรวน ความซึมเศร้าหรือกร้าวร้ายจะพบมากขึ้นในสังคมไทย ในทุกกลุ่มอายุ เพราะต้องเผชิญกับปัญหาของครอบครัว สิ่งแวดล้อม และการแข่งขันในการประกอบอาชีพที่นับวันจะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น ประกอบกับขาดการสนับสนุนหรือความอบอุ่นจากครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเองก็แตกแยกอยู่กันคนละทิศทาง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะเปลี่ยนจากระบบเครือญาติเป็นเพื่อนฝูงหรือผู้ร่วมงานมากขึ้น
- กลุ่มบุคคลที่น่าเป็นห่วงในทั้งสุขภาพและคุณภาพชีวิตคือกลุ่มเด็กเล็กและผู้สูงอายุ ถึงแม้อัตราการตายจะลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากการแพทย์และสาธารณสุขพัฒนายิ่งขึ้น โดยเฉพาะในการรักษาพยาบาล และประชาชนก็จะคลอดในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่การรอดชีวิตของเด็กจะทำให้เดินทางไปสู่วัยที่มีปัญหามากกว่าแต่ก่อน โดยเฉพาะเด็กในชนบทและในชุมชนด้อยโอกาสต่างๆ เนื่องจากสภาพอันเปราะบางของครอบครัว ปัญหาการขาดสารอาหารและโรคพันธุกรรมทั้งโรคติดต่อต่างๆ อาจจะกลับมาเพิ่มปริมาณขึ้น และควรจะต้องศึกษาในระยะยาวถึงบุคลิกภาพสุขภาพจิตของเด็กที่ต้องเติบโตในสิ่งแวดล้อมที่ถูกทอดทิ้งหรือถูกทารุณกรรมต่างๆ มาตั้งแต่ยังเยาว์วัยด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิเคราะห์สถานะสุขภาพคงจะได้ข้อมูลที่ชัดเจนว่า คนไทยบางกลุ่มอายุและเพศมีอัตราการตายสูงมากกว่าเดิม และคนที่มีชีวิตอยู่ก็มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคไม่ติดต่อในอัตราความชุกที่สูงเช่นเดียวกัน จึงจำเป็นต้องหาทางแก้ไขโดยมุ่งไปที่พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ และพัฒนาคุณภาพชีวิตสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง

ในสภาวะการณ์เช่นนี้ ต้องการตัวชี้วัดใหม่ๆ ที่สามารถสะท้อนสภาวะสุขภาพของคนที่มีชีวิตอยู่เพื่อนำไปหาแนวทางป้องกันหรือแก้ไข จึงควรสนับสนุนให้มีการใช้ตัวชี้วัดใหม่ๆ ที่สามารถวัดคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนขึ้น เช่น DALY ซึ่งรวมการตายและการเจ็บป่วยเข้าด้วยกันหรือตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความครอบคลุมและคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขเป็นระยะๆ นอกจากนี้ยังมีข้อเกี่ยวกับสภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เข้าตัวส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้ว่าเป็น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ฯลฯ ตัวชี้วัดหรือข้อมูลเหล่านี้ต้องการการพัฒนาหรือระบบข้อมูลที่มีอยู่เดิม โดยเฉพาะข้อมูลการเจ็บป่วยให้นำมาใช้เป็นประโยชน์ได้อย่างต่อเนื่องโดยอัตโนมัติเช่นเดียวกับข้อมูลการตาย ข้อมูลจากโรงพยาบาลต่างๆ ควรมีการพัฒนาอย่างจริงจังโดยใช้เครือข่ายคอมพิวเตอร์มาช่วยสร้างฐานข้อมูลการเจ็บป่วยให้มีความครอบคลุมมากขึ้น สะดวกในการรายงานและดึงข้อมูลที่จำเป็นมาวิเคราะห์

ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บที่รุมเร้าคนไทยอยู่ในขณะนี้ ซึ่งมีทั้งโรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ อุบัติเหตุต่างๆ โดยเฉพาะอุบัติเหตุยานยนต์ และความรุนแรงทั้งหลายในสังคม ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและเป็นรูปธรรมทั้งในด้านกฎหมายสาธารณสุขที่ทันสมัยและระบบติดตามกำกับที่มีประสิทธิภาพ และด้วยโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการโดยสอดคล้องกับปัญหาโรคภัยไข้เจ็บที่สำคัญให้เข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

อย่างแท้จริง ด้วยความร่วมมือจากชุมชนที่มีจิตสำนึกในความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ระบบการรักษาศูนย์กลางที่สามารถควบคุมคุณภาพและราคาที่เหมาะสมได้ รวมทั้งการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปที่บ้าน และชุมชน

การวิจัยที่ควรทำต่อไปคือการศึกษาสถานะสุขภาพอนามัยของกลุ่มด้อยโอกาสในสังคมต่างๆ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (high risk group) อยู่ขณะนี้ เช่น กลุ่มคนงานก่อสร้าง กลุ่มผู้ย้ายถิ่นทั้งคนไทยและต่างชาติ ประชาชนในชุมชนแออัดต่างๆ การวิจัยเพื่อทดลองรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การวิจัยเกี่ยวกับแนวโน้มในอนาคตของโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเชิงปริมาณอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่านี้ (future studies)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยประชากรและสังคมที่ประสานให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนั้น พ.รศ.ดร.สุเมธฤกษ์ พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ ดร.สมศักดิ์ บุญวิโรจน์ รศ.นพ.ยงยุทธ ขจรธรรม รศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล และ รศ.ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิ์วงศ์ ที่เอื้อเฟื้อข้อมูลต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์. *การคาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย พ.ศ. 2533-2558.*
2. USAID Responds to HIV/AIDS: A report on the Fiscal Year 1994 HIV/AIDS prevention programs of the United States Agency for International Development.
3. สรุปลสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ.

สถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยและแนวโน้มในอนาคต

- 2527-31 มีนาคม พ.ศ. 2539. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ *ข่าวสารโรคเอดส์* ปีที่ 9 ฉบับที่ 4 เมษายน 2539.
4. วิชัย เทียนถาวร. *ดัชนีชี้วัดสำคัญในงานอนามัยแม่และเด็ก*. เอกสารประกอบการประชุมเสวนาเรื่อง การศึกษาอัตราตายของทารก วันที่ 15 มีนาคม 2539 ณ โรงแรมแกรนด์ เดอวิว อ.เมือง นนทบุรี.
 5. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ (บรรณาธิการ). *รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535*. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย.
 6. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *รายงานการเฝ้าระวังโรค*. พ.ศ. 2537.
 7. คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยอนุมติคณะรัฐมนตรี.
 8. *สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2538 และแนวโน้มมาตรการการแก้ไข* รวบรวมโดยส่วนพัฒนาวิชาการที่ 1 สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
 9. Apichart Chamrathirong et al. *National Migration Survey of Thailand*. Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 1995.
 10. *รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2537*. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม.
 11. *รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2534, 2537*. สำนักนโยบายและแผนสิ่งแวดล้อม กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม
 12. ชไมพันธ์ สันติกาญจน์และคณะ. *การทบทวนวรรณกรรมระดับวิทยาสงปัญหาสาธารณสุขจากสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในประเทศไทย*. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
 13. ยุวดี คาดการณ์ไกล และชูชัย ศุภวงศ์. *สิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพ: มลพิษทางอากาศ มลพิษทางน้ำ*. เอกสารเผยแพร่ข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ฉบับที่ 4, 5.

