

## บทที่ 3

### สถานการณ์สังคมไทย

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้วิเคราะห์สถานการณ์ และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสังคม ที่ปรับเปลี่ยนไปตามโครงสร้างประชากร ความต้องการของประชากร และทิศทางการพัฒนาไปสู่ความยั่งยืน เพื่อสร้างหลักประกันในการดำรงชีวิตให้ถึงประชาชนทุกคนและทุกกลุ่ม จะได้เป็นพลังขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศไปสู่ความยั่งยืนและมีสันติสุข จึงกำหนดกรอบและประเด็นของรายงานสถานการณ์ทางสังคม ระดับประเทศ

#### 2 ลักษณะ ดังนี้

1. สถานการณ์ของประชากรไทย ได้แก่ โครงสร้างประชากร
2. สถานการณ์ทางสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตามองค์ประกอบ 5 ด้าน

ได้แก่

- 2.1 ด้านสุขภาพและอาหาร
- 2.2 ด้านการศึกษา ศาสนา และความเชื่อ
- 2.3 ด้านที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม
- 2.4 ด้านส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- 2.5 ด้านเศรษฐกิจและการเมือง

#### 1. สถานการณ์ของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2548

ในปี พ.ศ. 2548 นี้ โลกจะมีประชากรประมาณ 6,400 ล้านคน ประเทศไทยมีประชากร คิดเป็น 1% ของประชากรโลก คือ มีประมาณ 64 ล้านคน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ประมาณว่า เมื่อกลางปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยจะมีประชากร 64.3 ล้านคน เป็นผู้ชาย 31.8 ล้านคน และผู้หญิง 32.5 ล้านคน

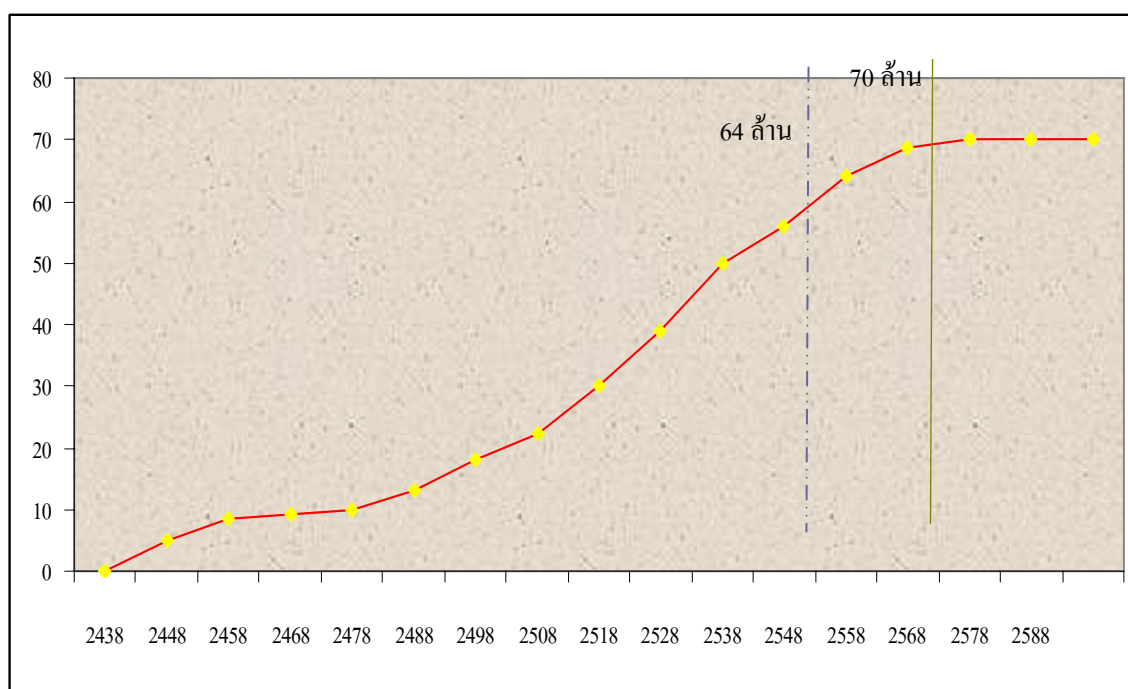
ในปี พ.ศ. 2548 อัตราเพิ่มประชากรของประเทศไทยจะลดลงไปกว่าเดิมอีก เหลือเพียง 0.6% เท่านั้น อัตราเพิ่มประชากรมีแนวโน้มว่าจะลดลงอีกในอนาคต เท่ากับว่าประชากรจะเพิ่มช้าลงเรื่อยๆ จนอาจจะเหลือ 0% หรือติดลบในอนาคต แต่ถึงแม้ว่าประชากรไทยมีอัตราการเพิ่ม

ช้าลง แต่ไม่ว่าประชากรไทยจะลดลง ประชากรยังคงเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี โดยในปี พ.ศ. 2548 นี้ ประมาณว่า ประชากรไทยจะเพิ่มขึ้นอีก 3 แสนกว่าคน

ตลอดระยะเวลา 30 กว่าปีที่ผ่านมา โครงการวางแผนครอบครัวของประเทศไทย ประสบผลสำเร็จอย่างยิ่ง ปัจจุบันสตรีวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) ที่แต่งงานแล้ว และยังอยู่กินกับสามี ใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดใดชนิดหนึ่งอยู่มากกว่า 70% การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ มีส่วนอย่างมากที่ผลักดันให้คู่สมรสต้องการมีขนาดครอบครัวที่เล็กลง ทำให้ผู้หญิงแต่งงานช้าลง และทำให้มีผู้หญิงที่ไม่แต่งงานมีสัดส่วนที่สูงขึ้น

ในอนาคตมีแนวโน้มว่าประชากรไทยจะมีอัตราเจริญพันธุ์ที่ต่ำกว่าระดับทดแทน ไปกว่าที่เป็นอยู่นี้ อีก มีปรากฏการณ์หลายอย่างบ่งชี้ว่าภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยจะลดต่ำลงไปกว่านี้เช่น การที่ผู้หญิงไทยอยู่เป็นโสดเพิ่มมากขึ้น คู่สมรสที่ไม่มีบุตร หรือมีบุตรเพียงคนเดียวเพิ่มมากขึ้น หรือคู่สมรสปรารถนาที่จะมีบุตรน้อยลง สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลให้ให้อัตราการเกิดของประชากรไทยลดต่ำลง เด็กเกิดใหม่ที่มีจำนวนน้อยลงจะมีคุณค่ามากขึ้น สังคมจะต้องให้ความสำคัญแก่เด็กเกิดใหม่ และรัฐบาลควรต้องเน้นเรื่องการสร้างเสริมคุณภาพให้แก่เด็กที่เกิดใหม่ทุกคนเพิ่มมากขึ้น การที่จะเน้นคุณภาพของเด็กเหล่านี้น่าจะเป็นสิ่งที่สมควรต่อการลงทุนเป็นอย่างยิ่ง

แผนภูมิที่ 1 จำนวน และคาดการณ์ประชากรประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2438-2588



ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, ปี พ.ศ. 2548

## โครงสร้างประชากร

จากความสำเร็จของนโยบายแผนประชากรในช่วงกว่า 30 ปีที่ผ่านมา ทำให้อัตราเจริญพันธุ์ลดลงจาก 6.3 คน ในช่วงปี พ.ศ. 2507 – 2508 เป็น 1.82 คน ในปี พ.ศ. 2543 – 2548 ประชากรเพิ่มขึ้นในอัตราที่ช้าลง คนไทยมีอายุยืนยาวมากขึ้น อายุคาดหมายเฉลี่ยสูงขึ้นสำหรับผู้หญิงเป็น 74.9 ปี และผู้ชาย 69.9 ปี เนื่องจากผลสำเร็จของการพัฒนาสาธารณสุขที่สามารถลดการตายของมารดาและทารก การส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้โครงสร้างประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงไป คือ

- ประชากรวัยเด็ก (0 – 14 ปี) มีสัดส่วนลดลงอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 40.0 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 24.3 ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 20.2
- ประชากรวัยแรงงาน (15 – 59 ปี) มีสัดส่วนที่สูงอยู่ เนื่องจากประชากรในกลุ่มนี้เป็นประชากรที่เกิดในช่วงมีอัตราการเจริญพันธุ์สูง โดยในปี พ.ศ. 2543 มีร้อยละ 66.3 คาดว่ายังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นร้อยละ 66.5 ในปี พ.ศ. 2549 และเพิ่มเป็นร้อยละ 67.1 ในปี พ.ศ. 2553 ก่อนจะลดลงเป็นร้อยละ 66.0 ในปี พ.ศ. 2558 จากนั้นจะลดลงเรื่อย ๆ ในช่วงเวลา 20 ปี ข้างหน้า
- ประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 9.5 ในปี 2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10.4 ในปี 2549 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.7 ในปี 2553 ดังตารางที่ 2

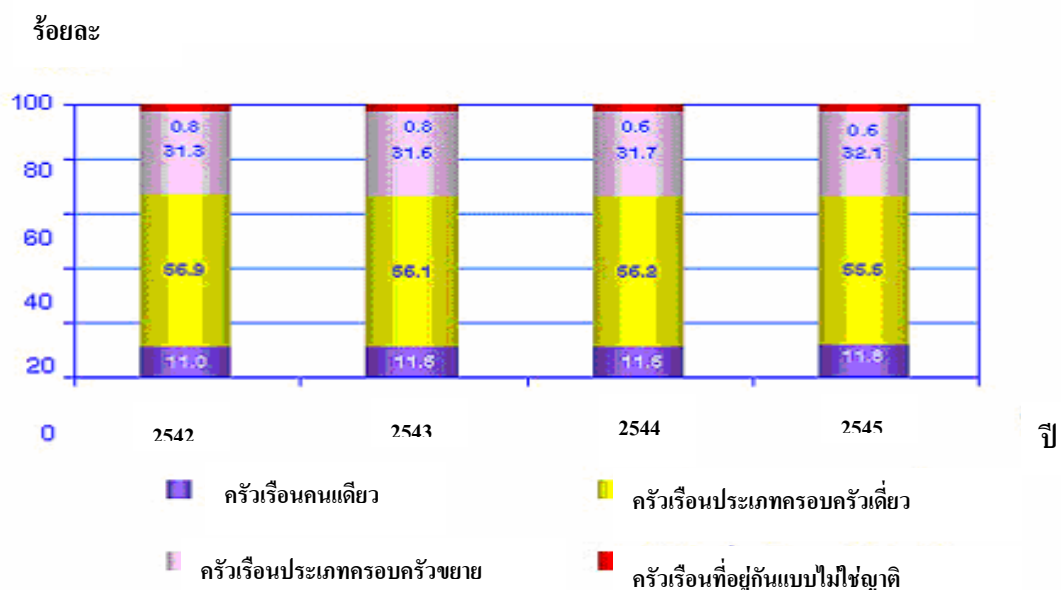
ตารางที่ 2 ประมาณการประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุทั่วราชอาณาจักร : ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ระดับปานกลาง

| ปี   | ประชากร/<br>ประมาณการ | 0 – 14 ปี | %     | 15 – 59 ปี | %     | 60+   | %     |
|------|-----------------------|-----------|-------|------------|-------|-------|-------|
| 2523 | 46,718                | 18,693    | 40.01 | 25,498     | 54.58 | 2,527 | 5.41  |
| 2533 | 55,839                | 17,062    | 30.56 | 34,743     | 62.22 | 4,034 | 7.22  |
| 2543 | 62,236                | 15,344    | 24.65 | 41,025     | 65.92 | 5,867 | 9.43  |
| 2553 | 67,041                | 14,245    | 21.25 | 44,954     | 67.05 | 7,842 | 11.70 |
| 2558 | 69,060                | 13,920    | 20.16 | 45,581     | 66.00 | 9,559 | 13.84 |

ที่มา : 1) ปีพ.ศ. 2523 และ 2528 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2523–2558  
 2) ปี พ.ศ. 2523 และ 2538 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2533–2563  
 3) ปี พ.ศ. 2543 – 2568 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2543–2568  
 สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ขนาดและรูปแบบของครัวเรือนเปลี่ยนแปลงไป พบว่า ขนาดของครอบครัวโดยเฉลี่ยลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 4.4 คนต่อครัวเรือน ในปี พ.ศ. 2533 เป็น 3.5 คน ในปี พ.ศ. 2545 และรูปแบบครอบครัวมีหลายประเภท เช่น ครอบครัวในชนบทที่มีเฉพาะเด็กกับคนแก่เพราะคนวัยแรงงานไปทำงานต่างถิ่น ครอบครัวสตรีไร้คู่ต้องดูแลเด็กตามลำพัง ครอบครัวชั่วคราวอยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียนสมรส สัดส่วนครัวเรือนคนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 9.6 ในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งรูปแบบเหล่านี้มีผลทำให้ครอบครัวมีความเสี่ยงสูงและอาจล่มสลายได้ รวมทั้งสร้างปัญหาสังคมอื่น ๆ ติดตามมาโดยเฉพาะในกลุ่มครอบครัวยากจน มีภาระพึ่งพิงสูง เช่น มีสมาชิกที่เป็นเด็กหรือผู้สูงอายุหรือคนพิการอยู่ในครอบครัวเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบกับจำนวนสมาชิกที่เป็นผู้หารายได้ จนเจือครอบครัว ขณะเดียวกันในครอบครัวฐานะปานกลางขึ้นไปในเขตเมืองมีปัญหาพ่อแม่ไม่มีเวลาให้ลูก ทำให้เด็กขาดความอบอุ่นและหาทางออกของชีวิตอย่างผิด ๆ เช่น ดิฉัน เล่นเกมส์ มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร นำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจและติดเชื้อเอดส์

## แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างของครัวเรือน พ.ศ. 2542 - 2545



หมายเหตุ ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่มีสามีและภรรยา/สามีและภรรยาและลูก/สามีหรือภรรยาและลูก  
 ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่มีพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย และ/หรือญาติอื่น ๆ

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ปี พ.ศ. 2547

## ดัชนีประชากรไทย ปี พ.ศ. 2548

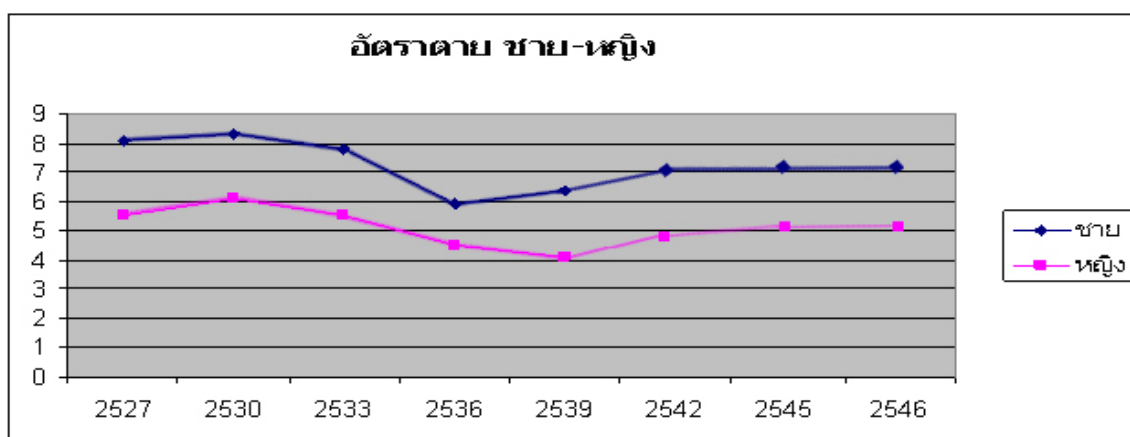
### ตารางที่ 3 อัตราตาย และอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทย จำแนกตามเพศ

| พื้นที่               | อัตราตาย |      |     | อายุคาดเฉลี่ยปี 2539 |      |      |
|-----------------------|----------|------|-----|----------------------|------|------|
|                       | ชาย      | หญิง | รวม | ชาย                  | หญิง | รวม  |
| ก.ท.ม.                | 8.1      | 5.5  | 6.7 | 70.1                 | 78.0 | 74.1 |
| ภาคเหนือ              | 8.3      | 6.1  | 7.2 | 64.3                 | 73.1 | 68.5 |
| ภาคกลาง               | 7.8      | 5.5  | 6.6 | 69.3                 | 76.0 | 72.6 |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 5.9      | 4.5  | 5.2 | 69.2                 | 75.7 | 72.4 |
| ภาคใต้                | 6.4      | 4.1  | 5.2 | 72.3                 | 80.6 | 76.3 |
| รวม                   | 7.1      | 5.1  | 6.1 |                      |      |      |

ที่มา : สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, ปี พ.ศ. 2546

ประชากรไทยมีอายุยืนมากขึ้น อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้ชายเพิ่มจาก 59.9 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2507 – 2508 เป็น 68.5 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2538 – 2539 และของผู้หญิงเพิ่มจาก 62 ปี เป็น 76.1 ปี ในช่วงเวลาเดียวกัน แต่อัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 4.1 ต่อประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2527 เป็น 6.1 ต่อประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2545 และปี พ.ศ. 2546 ส่วนหนึ่งเป็นเพราะโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น อัตราตายในชายจะสูงกว่าหญิงในทุกกลุ่มอายุและมีแนวโน้มว่าอัตราตายของผู้ชายจะเพิ่มขึ้นมากกว่าในผู้หญิง

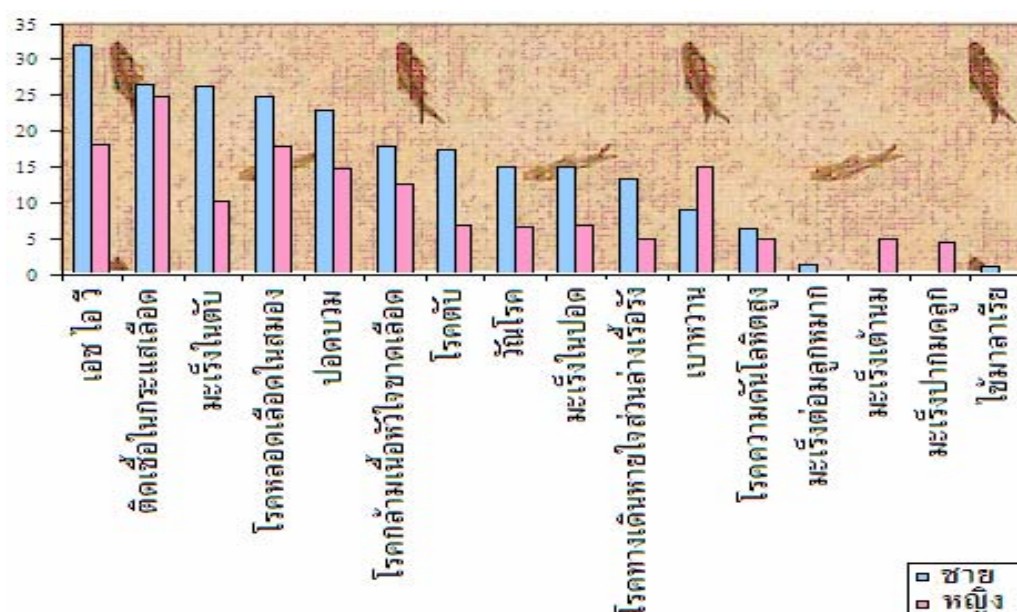
แผนภูมิที่ 3 อัตราตายของประชากรไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2527-2546 จำแนกตามเพศ



ที่มา: 1. ข้อมูลปี 2527 – 2539 รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547

2. ข้อมูลปี 2542 – 2546 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 4 อัตราการตายของประชากรไทย จำแนกตามเพศและสาเหตุการตายเป็นรายโรค



ที่มา: The Demographic Dividend policy Options for Asia, 2005

จากแผนภูมิแสดงอัตราการตายของประชากรจำแนกตามเพศเป็นรายโรค พบว่า เพศชายมีอัตราการตายสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของเพศชาย คือ โรคเอดส์ หรือการติดเชื้อ HIV รองลงมาคือ การติดเชื้อและมะเร็งตับ ในขณะที่เพศหญิงส่วนใหญ่ตายด้วยสาเหตุการติดเชื้อในกระแสเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจและเบาหวานตามลำดับ

นอกจากนี้ ยังพบว่าเพศหญิงมีอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานสูงกว่าเพศชาย และมีอัตราการตายด้วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกสูงเช่นกัน

### อัตรามารดาตาย (Maternal Mortality)

**นิยาม** หมายถึง จำนวนการตายของสตรีที่มีสาเหตุมาจากการตั้งครรภ์ และการคลอดในปีหนึ่งต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 รายในปีนั้น

### ความสำคัญ

การตายของมารดาส่งผลต่อการเกิดมีชีวิตของเด็กทารก ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก พบว่า มีมารดาตาย ประมาณ 4,000 คนต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่สาเหตุมาจากการล่งละเมิดสิทธิมนุษยชน อย่างไรก็ตาม การที่จะวัดเพื่อประเมิน อัตราการตายที่แน่นอน มีความเป็นไปได้ค่อนข้างยาก โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีจำนวนไม่มากนัก เนื่องจากมาตรฐานการจัดเก็บข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงและแตกต่างกัน ในแต่ละประเทศค่อนข้างมาก ดังนั้น การที่จะประเมินแนวโน้มความแตกต่างของอัตรามารดาตายระหว่างประเทศ จึงเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่มากนัก

### สถานการณ์และแนวโน้ม

ข้อมูล จากตารางที่ 4 พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา หลายประเทศมีความก้าวหน้าในการลดอัตราการตายของมารดาน้อยมาก เพื่อบรรลุให้เป้าหมายในการลดอัตราการตายของมารดาให้ลดลง สามในสี่ ของอัตรามารดาตายในปัจจุบัน เนื่องจากสตรีมีครรภ์ส่วนใหญ่ เผชิญความเสี่ยงต่างๆ ในระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้น เป้าหมายในการลดการตายของมารดาจึงช่วยด้วยการให้ได้รับการคลอดที่ปลอดภัย โดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้ว โดยเฉพาะในกรณีการคลอดฉุกเฉิน ซึ่งในปัจจุบัน พบว่า การคลอดส่วนใหญ่ในภูมิภาคนี้ยังขาดการสนับสนุนในด้านนี้อยู่มาก

ตารางที่ 4 อัตราตายของมารดาในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก

| ประเทศ              | อัตราตายของมารดาต่อการเกิดมีชีวิตของทารก 1 แสนคน | ปี พ.ศ.   | จำนวนของมารดาที่เสียชีวิต* | ภาวะเสี่ยงต่อการตายของมารดา* |
|---------------------|--------------------------------------------------|-----------|----------------------------|------------------------------|
| สาธารณรัฐประชาชนลาว | 530                                              | 2543      | 1,300                      | 21                           |
| กัมพูชา             | 437                                              | 2543      | 2,100                      | 29                           |
| ปาปัว นิวกินี       | 370                                              | 2528-2544 | 550                        | 45                           |
| อินโดนีเซีย         | 384                                              | 2537      | 22,000                     | 65                           |
| เมียนมา             | 255                                              | 2542      | 1,500                      | 190                          |
| ฟิลิปปินส์          | 172                                              | 2541      | 4,800                      | 90                           |
| มองโกเลีย           | 170                                              | 2539      | 40                         | 440                          |
| เวียดนาม            | 95                                               | 2528-2544 | 1,800                      | 290                          |
| เกาหลี              | 110                                              | 2528-2544 | 170                        | 1,100                        |
| จีน                 | 55                                               | 2528-2544 | 13,000                     | 710                          |
| ไทย                 | 44                                               | 2539      | 450                        | 1,100                        |

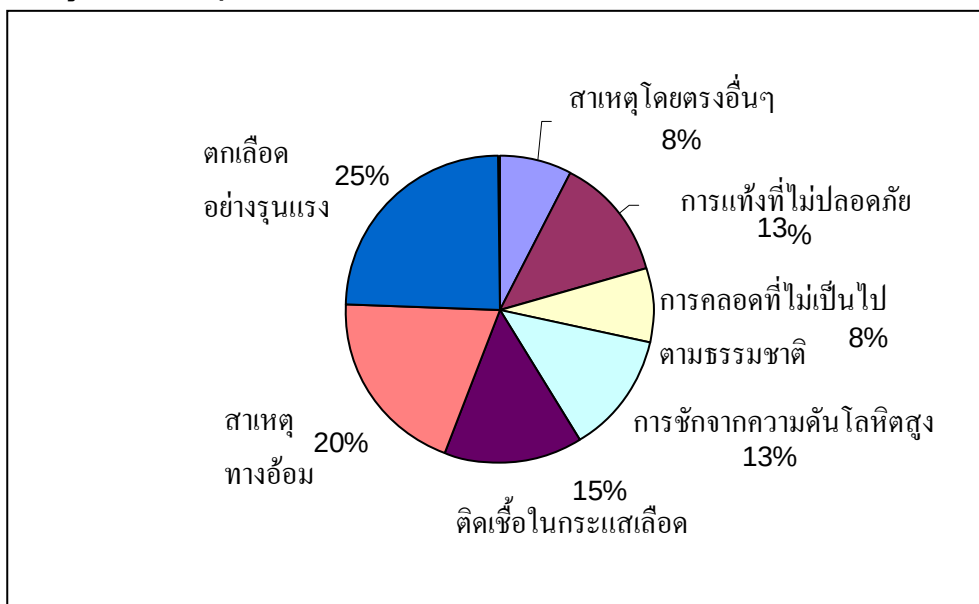
\*การคาดคะเน การตายของมารดา และภาวะเสี่ยง ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในปี พ.ศ. 2538 ดังนั้น อาจจะไม่สอดคล้องกับอัตราตายของมารดาที่รายงานล่าสุด

ที่มา : For latest maternal mortality rates, State of the World's Children 2003, Multiple Indicators Cluster Survey 2000 and government data; for deaths and risk, WHO/UNICEF/UNFPA (1995).

สาเหตุการตายของมารดา จากแผนภูมิที่ 5 พบว่า สาเหตุการตายส่วนใหญ่ คือ การตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 25, การติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 15, การแท้งที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 13, การชักจากความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13 และสาเหตุจากการคลอดที่ไม่เป็นไปตามธรรมชาติ ร้อยละ 8 ซึ่งสตรีมีครรภ์มีโอกาสที่จะเผชิญปัญหาความเสี่ยงเหล่านี้ค่อนข้างสูง ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า ปัญหาความเสี่ยงเหล่านี้ได้รับการแก้ไข เนื่องจากการตรวจพบอย่างทันที่ ก่อนการคลอด อันเป็นผลจากการที่สตรีมีครรภ์สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ ยังได้รับการรักษาโรคที่อาจส่งผลต่อการคลอด เช่น มาลาเรีย, ภาวะโลหิตจาง, วัณโรค และโรคหัวใจ ซึ่งมารดาที่ตายด้วยสาเหตุของโรคเหล่านี้ จะถูกวินิจฉัยว่าตายจากสาเหตุอื่น (Indirect maternal death) นอกจากนี้ การตายจากการทำแท้งโดยผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญมากจากการศึกษาในประเทศพม่า ระหว่าง ปี พ.ศ. 2541-2542 จากโรงพยาบาล 18 แห่ง พบว่า มารดาตายจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัย พบมากถึง ร้อยละ 38

อัตราการตาย เป็นดัชนีที่แสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศที่ร่ำรวยและยากจน ตัวอย่างเช่น สตรีในประเทศแคนาดา มีโอกาสเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ เพียง 1 ใน 8,700 คน ในขณะที่ประเทศฟิลิปปินส์ ความเสี่ยงมีถึง 1 ใน 75 ซึ่งอัตราการตายพบในประเทศที่กำลังพัฒนาถึง ร้อยละ 99

แผนภูมิที่ 5 สาเหตุการตายของมารดา



ที่มา : “สุขภาพของมารดาทั่วโลก” องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลก ปี พ.ศ. 2540

- WHO (2000) Women of South-East Asia : A Health Profile, WHO South-East Asia. <http://w3.who.sea.org/woment/bookreleasef.htm>
- WHO/UNICEF/UNFPA (1995). Maternal mortality in 1995, Geneva, WHO.

ตารางที่ 5 สาเหตุการตายของมารดา

| สาเหตุ                           | 2533 | 2541 | 2543 | 2544 | 2545 | 2546  |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|-------|
| ตกเลือดจากการตั้งครรภ์และการคลอด | 49.7 | 30.5 | 36.8 | 40.4 | 34.3 | 27.78 |
| ครรภ์เป็นพิษ                     | 9.5  | 11.9 | 8.1  | 14.1 | 11.2 | 16.67 |
| การติดเชื้อ                      | 8.4  | 8.5  | 10.3 | 9.6  | 16.4 | 8.73  |
| น้ำตาลออกตันในเส้นเลือด          | 5    | 11.9 | 9.6  | 9.0  | 14.0 | 11.90 |
| สาเหตุทางตรง                     | -    | -    | 6.6  | 10.3 | 8.4  | 8.73  |
| สาเหตุทางอ้อม                    | 27.4 | 37.2 | 28.7 | 16.7 | 15.4 | 21.43 |

ที่มา: 1. ข้อมูลปี 2533 – 2545 สำนักส่งเสริมสุขภาพ โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย, ปี พ.ศ. 2547

2. ข้อมูลปี 2546 ส่วนอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

อัตราการตายของมารดาในประเทศไทยค่อนข้างต่ำและลดลงโดยลำดับ แม้ว่าข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ จะแตกต่างกัน แต่ก็แสดงแนวโน้มเดียวกัน คือ อัตราการตายของมารดาลดลงประมาณสองในสามในทศวรรษที่ผ่านมา คือ ลดลงจาก 36 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ในปี พ.ศ. 2533 เหลือ 14 ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำที่สุดในปี พ.ศ. 2542 อัตราดังกล่าวสูงขึ้นเป็น 17.6 ในปี พ.ศ. 2544 และ 24 ในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับปรุงการจัดเก็บข้อมูล ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการตายของมารดาเหลือ 18 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ภายในปี พ.ศ. 2549

สาเหตุการตายที่สำคัญของมารดา ได้แก่ การตกเลือด ครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อ และน้ำคร่ำอุดตันในเส้นเลือด และเมื่อรัฐบาลริเริ่มโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย สัดส่วนการคลอดที่ดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุขก็เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 91 ในปี พ.ศ. 2533 จนเกือบครบถ้วนทั้งหมดในปี พ.ศ. 2543 และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 – 2546 สาเหตุการตายของมารดาที่เกิดจากการตกเลือดจากการตั้งครรภ์และการคลอด มีอัตราส่วนที่ลดลงในแต่ละปี

สตรีไทยทุกคนมีสิทธิและได้รับบริการดูแลครรภ์และการคลอดบุตร ทั้งนี้ ได้สนับสนุนให้ผู้หญิงมาตรวจครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง ซึ่งนับว่าเพียงพอที่จะให้แม่และเด็กมีสุขภาพดี แต่ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการอยู่บ้าง ในเขตพื้นที่สูงที่ห่างไกลในภาคเหนือ และสามจังหวัดภาคใต้ที่มีปัญหาหลายด้าน (ปัญหามิติ หญิง-ชาย วัฒนธรรม ศาสนา และภาษา) ทำให้อัตราการตายของมารดาในพื้นที่เหล่านี้สูงกว่าพื้นที่อื่นๆ

### อัตราทารกตาย (Infant Mortality Rate)

นิยาม หมายถึง จำนวนการตายของเด็กที่มีอายุต่ำกว่าปี ในปีหนึ่ง ต่อจำนวนการเกิดมีชีพ 1,000 รายในปีนั้น

#### ความสำคัญ

ในระหว่างปี พ.ศ. 2532-2538/39 อัตราการตายของทารก ลดลงประมาณหนึ่งในสาม 38.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 เหลือ 26 โดยที่เขตเมืองมีความก้าวหน้ามากกว่าเขตชนบทเล็กน้อย ในปี พ.ศ. 2544 อัตราดังกล่าวคือ 22 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 และกระทรวงสาธารณสุข ตั้งเป้าหมายจะลดให้เหลือ 15 ภายในปี พ.ศ. 2549

ส่วนใหญ่ทารกจะเสียชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตในครรภ์มารดา จนถึงสัปดาห์แรกหลังคลอด ในระยะนี้สุขภาพของทารกขึ้นกับสุขภาพของมารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งโภชนาการของมารดา ฉะนั้น การลดอัตราการตายของทารกจึงมีความสัมพันธ์กับมิติการพัฒนาอื่นๆ เช่น ความยากจน ความหิวโหย และสุขภาพของสตรีมีครรภ์

สุขภาพของครรภ์และการคลอด ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารก ที่มีชีวิตรอดหลังสัปดาห์แรก สาเหตุส่วนใหญ่ทารกที่เสียชีวิตในเดือนแรกเกี่ยวกับสุขภาพของครรภ์ การคลอด โรคที่เป็นแต่กำเนิด โครโมโซมผิดปกติ หลังจากนั้น ภัยคุกคามที่สำคัญที่สุด ได้แก่ การติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเอดส์ ซึ่งทำให้การดูแลสุขภาพทารกและการป้องกัน การต่อสู้กับโรคเอดส์ และโรคสำคัญอื่นๆ เป็นปัจจัยสำคัญของการดูแลสุขภาพเด็กเช่นกัน เมื่อเด็กเติบโตขึ้น สาเหตุการตายที่สำคัญ ได้แก่ จมน้ำ อุบัติเหตุ ส่วนสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ โรคเอดส์ ไข้เลือดออก การติดเชื้อ โรคที่เป็นแต่กำเนิด ภาวะโครโมโซมผิดปกติ และทубิโกซนาการ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ : 2543)

### สถานการณ์และแนวโน้ม

ตารางที่ 6 สาเหตุการตายของทารก ปี พ.ศ. 2538-2539

| สาเหตุการตายของทารก                      | %     |
|------------------------------------------|-------|
| ขาดออกซิเจนขณะอยู่ในครรภ์หรือระหว่างคลอด | 22.3  |
| คลอดก่อนกำหนด                            | 15.6  |
| โรคติดเชื้ออื่นๆ                         | 9.7   |
| ปอดอักเสบ                                | 8.5   |
| ความพิการแต่กำเนิด                       | 8.3   |
| สาเหตุเฉพาะ                              | 3.8   |
| อุบัติเหตุ ได้รับสารพิษ ถูกทำร้าย        | 3.2   |
| สาเหตุอื่นๆ                              | 24.1  |
| ไม่ทราบสาเหตุ                            | 1.9   |
| รวม                                      | 2,216 |
|                                          | 100   |

ที่มา : กรมอนามัย, การศึกษาอัตราการตายของทารก, ปี พ.ศ. 2538-2539

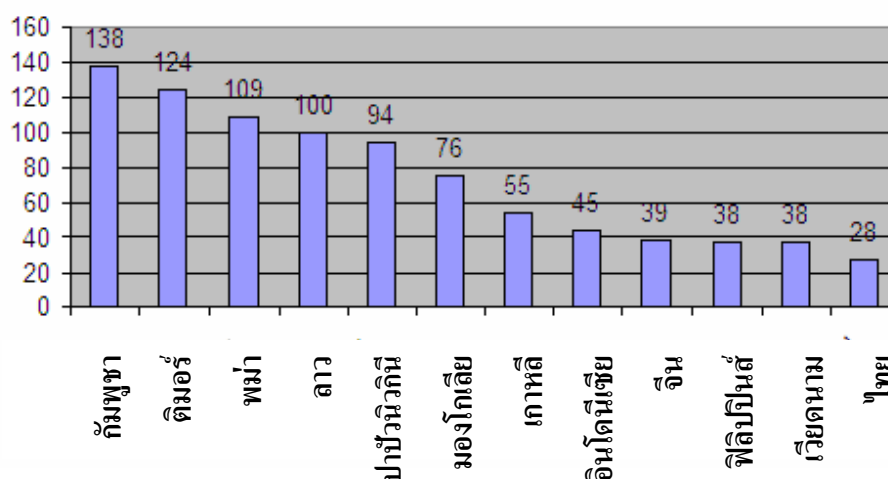
### อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Under 5 Mortality Rate)

นิยาม หมายถึง จำนวนตายของประชากรอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปีหนึ่งต่อจำนวนเกิดมีชีวิต 1,000 รายในปีนั้น

## ความสำคัญ

ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ในปี พ.ศ. 2544 พบว่า มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตมากถึง 1.4 ล้านคน ในอดีต พบว่า ประเทศในภูมิภาคนี้ มีความก้าวหน้ามากในการลดอัตราการตายของเด็ก เหล่านี้ ซึ่งเป็นผลจากการดำเนินงานด้านการให้ภูมิคุ้มกัน และการรักษาภาวะขาดน้ำจากโรค อูจจาระร่วงโดยใช้สารเกลือแร่ (ORS) ในระหว่างปี พ.ศ. 2503 - 2533 พบว่า อัตราตายของเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงจาก 212 เหลือเพียง 58 ต่อประชากรพันคน ซึ่งเป้าหมายคือการลดลง สองใน สาม ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งเป้าหมายนี้มีความเป็นไปได้สูงถ้าประเทศในแถบภูมิภาคนี้มีความพยายาม ในการลดอัตราการตายดังกล่าวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538

### แผนภูมิที่ 6 อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปี พ.ศ. 2544



ที่มา : State of the World's Children, 2003 (ปี พ.ศ. 2546)

## สถานการณ์และแนวโน้ม

จากแผนภูมิที่ 6 เปรียบเทียบอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปี พ.ศ. 2544 พบว่า ประเทศกัมพูชา มีอัตราการตายสูงสุด ถึง 138 ต่อพันประชากร ซึ่งสูงกว่าในปี พ.ศ. 2533 ที่มีเพียง 115 อย่างไรก็ตาม ในประเทศอื่นๆ ก็ยังพบว่า อัตราการตายลดลงน้อยมาก

## อัตราการป่วย (Mobility Rate)

**นิยาม** อัตราป่วย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งต่อประชากรแสนคนในช่วงเวลาหนึ่ง

### ความสำคัญ

อัตราป่วย เป็นตัวบ่งชี้สถานะสุขภาพที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากสามารถใช้ให้เห็นแนวโน้มด้านสุขภาพของประชากร รวมทั้งพฤติกรรมและปัจจัยที่เสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชน

### สถานการณ์และแนวโน้ม

ช่วงกว่าสิบปีที่ผ่านมาคนไทยป่วยน้อยลง แต่มีแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคสำคัญเพิ่มขึ้น โดยร้อยละ 21 ยังรักษาตัวด้วยการซื้อยากินเอง

จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2546 มีประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในช่วง 1 เดือน ก่อนการสัมภาษณ์จำนวน 11.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.7 ของประชากรทั้งหมด

ผู้หญิงมีการเจ็บป่วยมากกว่าผู้ชาย ในช่วง พ.ศ. 2534-2539 อัตราส่วนการเจ็บป่วยของผู้หญิงต่อผู้ชายอยู่ที่ 1.2 ต่อ 1 แต่เพิ่มขึ้นเป็น 1.3 ต่อ 1 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544

ประชากรในภาคเหนือป่วย หรือไม่สบายมากที่สุดตลอดช่วงเวลากว่าสิบปีที่ผ่านมา คนในชนบทป่วยมากกว่าคนในเมือง แต่เมื่อพิจารณาจากกลุ่มอายุของคนที่ยป่วย พบว่า ผู้สูงอายุ ทารก และเด็กก่อนวัยเรียน มีอัตราการเจ็บป่วยมากที่สุด

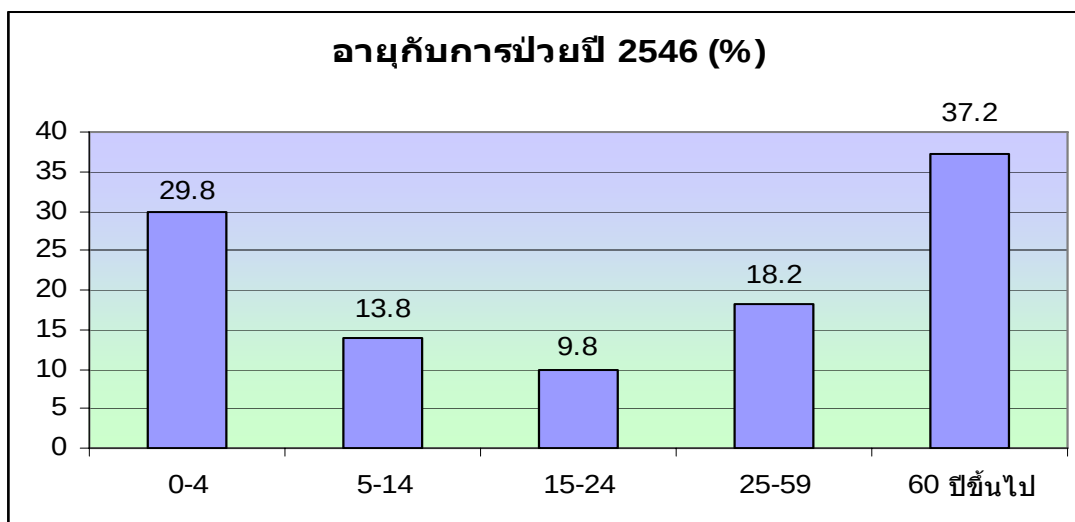
แต่จากการสอบถามประชากรในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ในปี พ.ศ. 2546 พบว่า โรคที่ทำให้คนไทยป่วยมากที่สุด 4 อันดับแรก คือ โรคระบบทางเดินหายใจ (40.3%) โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก (14.8%) โรคระบบทางเดินอาหาร (10.1%) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (6.3%)

ในด้านวิธีการรักษานั้นร้อยละ 6 ของประชากรที่รายงานว่าป่วยหรือรู้สึกไม่สบายไม่ได้รับการรักษาใด ๆ ส่วนผู้ที่ได้รับการรักษานั้นส่วนใหญ่ไปคลินิกหรือศูนย์บริการสาธารณสุข มากที่สุด ตามด้วยไปโรงพยาบาลและซื้อยากินเอง

โดยในปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 6.3 ของประชากร หรือคนจำนวน 4.1 ล้านคน เข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งที่มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายเองของผู้เข้า

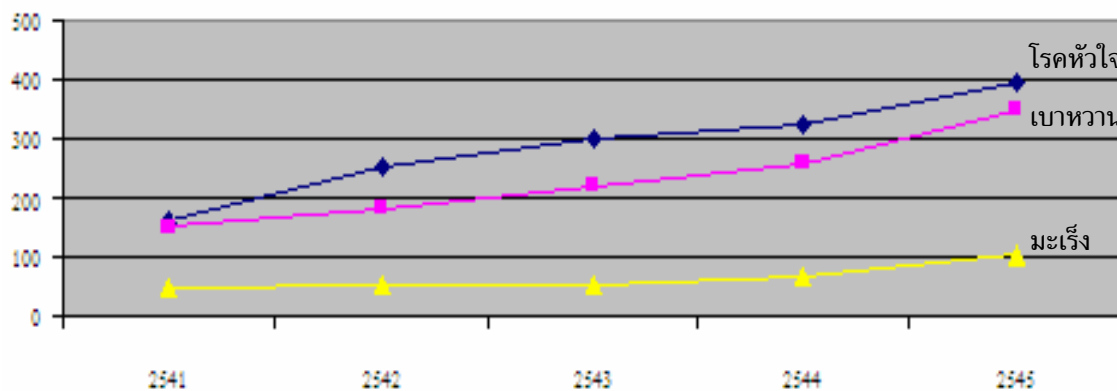
พักรักษาคิดเป็นเงิน 2,383 บาทต่อครั้งโดยเฉลี่ย ซึ่งคนในเมืองจ่ายค่าเข้าพักรักษาตัวสูงกว่าคนในชนบท 3 เท่า (4,596 บาทและ 1,510 บาท)

แผนภูมิที่ 7 อายุกับการป่วย ปี พ.ศ. 2546



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2546

แผนภูมิที่ 8 การเข้าพักรักษาตัวด้วยโรคสำคัญในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข



ที่มา : รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2541 – 2545

## อัตราการตาย (Mortality Rate)

นิยาม หมายถึง จำนวนผู้ที่ตายด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ต่อประชากรแสนคน ในปีนั้นๆ

### ความสำคัญ

อัตราการตายเป็นตัวบ่งชี้ สถานะสุขภาพของประชากรและแนวโน้มการเจ็บป่วยในอนาคต  
ของประชาชน ในประเทศนั้นๆ

### สถานการณ์และแนวโน้ม

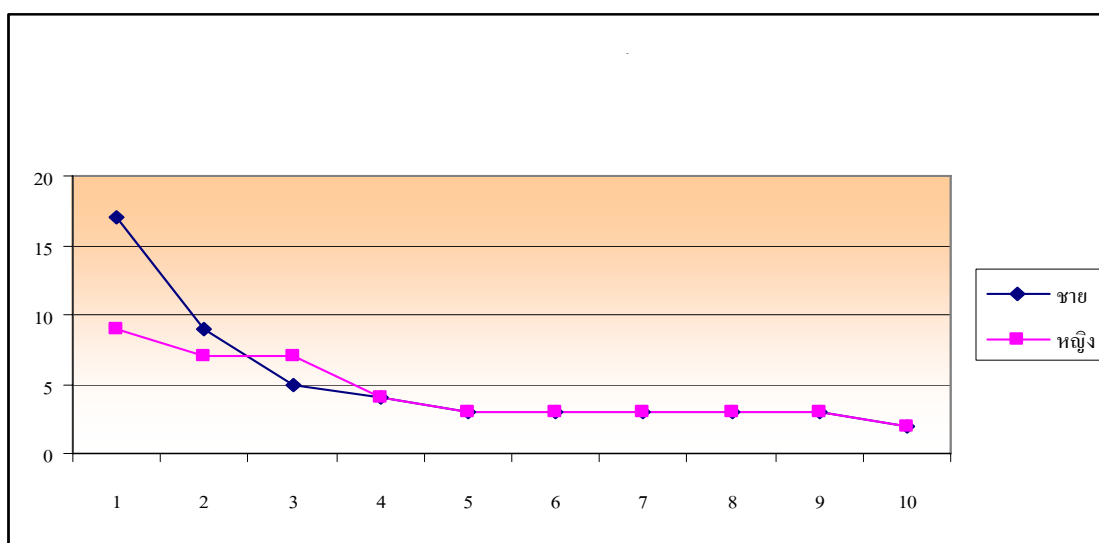
อัตราการตายมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในผู้ชาย โรคเอดส์ และอุบัติเหตุจราจรเป็น  
สาเหตุการตายที่สำคัญ

โรคเอดส์ อุบัติเหตุจราจร และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายสำคัญของ  
ประชากร ในส่วนภาคเหนือตอนบนครอบคลุมพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา  
และแม่ฮ่องสอน อัตราตายของผู้ชายวัยทำงาน (15-49 ปี) สูงกว่าของผู้หญิงสองถึงสี่เท่า นับตั้งแต่ปี  
พ.ศ. 2535 เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวมีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์มากที่สุด

สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคท้องร่วง ลำไส้อักเสบ และปอดบวม ยังคงเป็นสาเหตุการ  
ตายอันดับหนึ่งในกลุ่ม

การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญอันดับแรก ที่ทำให้ทั้งผู้ชายและ  
ผู้หญิงมีปัญหาสุขภาพ นำไปสู่ความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและตายก่อนวัยอันควร ในขณะที่ความ  
เสี่ยงอื่นๆ ที่นำไปสู่การสูญเสียก่อนวัยอันควร ซึ่งรวมทั้งความพิการหรือที่รวมเรียกว่า “ภาระโรค”  
ในกลุ่มผู้ชาย ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่  
จักรยานยนต์ ส่วนผู้หญิงปัญหา คือ น้ำหนักเกิน ตามด้วยความดันสูง และบุหรี่

แผนภูมิที่ 9 สาเหตุการตายของคนไทย จำแนกตามเพศ ปี พ.ศ. 2542 (%)



ที่มา : สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2545

ตารางที่ 7 สาเหตุการตายของคนไทย จำแนกตามเพศ ปี พ.ศ. 2545

| โรค                    | ชาย | โรค              | หญิง |
|------------------------|-----|------------------|------|
| เอดส์                  | 17  | เอดส์            | 9    |
| อุบัติเหตุจราจร        | 9   | โรคหลอดเลือดสมอง | 7    |
| โรคหลอดเลือดสมอง       | 5   | เบาหวาน          | 7    |
| มะเร็งตับ              | 4   | ซึมเศร้า         | 4    |
| เบาหวาน                | 3   | มะเร็งตับ        | 3    |
| โรคหัวใจขาดเลือด       | 3   | ข้อเข่าเสื่อม    | 3    |
| ถุงลมอุดตันเรื้อรัง    | 3   | อุบัติเหตุจราจร  | 3    |
| การถูกฆ่าหรือถูกทำร้าย | 3   | โลหิตจาง         | 3    |
| ฆ่าตัวตาย              | 3   | โรคหัวใจขาดเลือด | 3    |
| ติดสารเสพติด           | 2   | ต่อกระเจก        | 2    |

จากสถิติสาธารณสุข (ปี พ.ศ. 2545) พบว่า คนไทยมีอัตราตายรวม 6.1 ต่อประชากรแสนคน โดยผู้ชายตายมากกว่าผู้หญิง คือ 7.1 และ 5.1 ต่อประชากรแสนคน เมื่อพิจารณาเฉพาะกรุงเทพมหานคร พบว่า อัตราตายอยู่ในระดับ 6.7 ต่อแสนคน และชายตายมากกว่าหญิง 8.1 และ 5.5 ต่อแสน โดยมีสาเหตุการตายที่คณะทำงานการศึกษาภาระโรคในประเทศไทย (ปี พ.ศ. 2546) ระบุว่า ลำดับหนึ่งคือ โรคเอดส์ (17%) ถัดไปตามลำดับ ได้แก่ อุบัติเหตุจราจร (9%) โรคหลอดเลือด

ในสมอง (4%) มะเร็งตับ (3%) โรคหัวใจขาดเลือด (3%) อุ้งลมอุดตันเรื้อรัง (3%) ถูกฆาตกรรม (3%) ฆ่าตัวตาย (3%) และติดเชื้อสารเสพติด (2%)

### การฆ่าตัวตาย (Suicide)

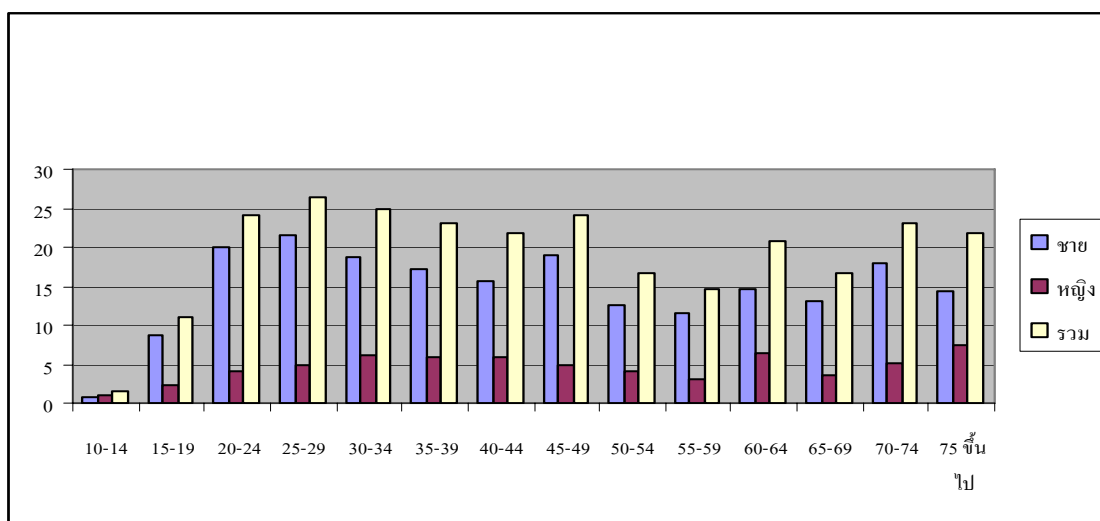
นิยาม หมายถึง จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตาย ต่อประชากร 100,000 คน

### ความสำคัญ

การฆ่าตัวตายเป็นตัวชี้วัดปัญหาทางด้านจิตใจ (สุขภาพจิต) ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการตายในกลุ่มวัยรุ่น

### สถานการณ์และแนวโน้ม

แผนภูมิที่ 10 การฆ่าตัวตายในแต่ละวัย ปี พ.ศ. 2544



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2544

คนในปัจจุบันมีความเครียดมากขึ้น ตัวเลขการนำเข้าและการผลิตยาคลายเครียดจึงเพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอด

ข้อมูลจากการสำรวจชุมชน พบว่า ร้อยละ 24.75 ของประชากรมีการเจ็บป่วยทางจิต แต่เมื่อดูจากผู้เข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการทางแพทย์และสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 2.15 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่เข้ารับการรักษาด้วยการเจ็บป่วยทางจิต

ในขณะที่แนวโน้มการพยายามหรือฆ่าตัวตายของคนไทยเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2540 เป็น 34 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2545 พบว่า ผู้ชายมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงมากกว่าผู้หญิงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

#### การฆ่าตัวตายแต่ละภาคแตกต่างกัน

ภาคเหนือตอนบน มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด คือ 16.7 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2544 ส่วนกรุงเทพฯ มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำที่สุด คือ 4.4 ต่อแสนประชากรในปีเดียวกัน หรือน้อยกว่าภาคเหนือถึง 4 เท่า

นอกจากนี้ ยังพบว่าโรคเอดส์เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้คนฆ่าตัวตาย โดยพบว่า คนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดเชียงใหม่ มีร้อยละ 21 ในเพศชายและร้อยละ 14 ในเพศหญิงที่ญาติระบุว่า โรคเอดส์ เป็นสาเหตุที่ทำให้ฆ่าตัวตายซึ่งเป็นสาเหตุที่สูงที่สุด รองลงมาคือ ดิสุรา เมสุรา เป็นโรคเรื้อรัง ปัญหาชีวิตสมรส และปัญหาเศรษฐกิจ

#### การสูบบุหรี่ (smoking)

นิยาม สัดส่วนของประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีพฤติกรรมบริโภคบุหรี่

#### ความสำคัญ

การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการเกิดของโรคมะเร็งในระบบทางเดินหายใจ และโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้การที่บุคคลมีโอกาสสัมผัสหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่ หรือควันบุหรี่ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะทารกตายเฉียบพลันได้ (Sudden Infant Death Syndrome) และการมีปัญหาระบบหายใจของเด็กตามมาในประเทศที่พัฒนาแล้วได้กำหนดให้การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอย่างหนึ่งด้วย

#### สถานการณ์และแนวโน้ม

#### ตารางที่ 8 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย จำแนกตามพื้นที่

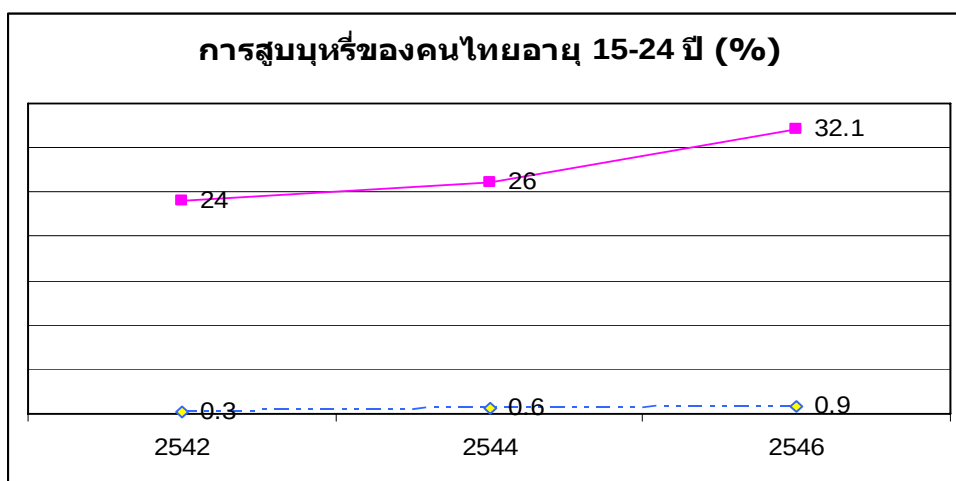
| พื้นที่               | อัตรา (%) |
|-----------------------|-----------|
| ภาคเหนือ              | 23.5      |
| ภาคกลาง               | 19.9      |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 25.7      |
| ภาคใต้                | 24.4      |
| กรุงเทพฯ              | 15.7      |

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2544

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สํารวจการสูบบุหรี่ของคนอายุ 15-24 ปี พบว่า ชายนิยมสูบบุหรี่มากกว่าหญิง โดยในปี พ.ศ. 2542 ชายสูบบุหรี่ร้อยละ 24 หญิงร้อยละ 0.3 ในปี 2546 ชายร้อยละ 32.1 และหญิงร้อยละ 0.9 เป็นที่ชัดเจนว่า ธุรกิจที่เกี่ยวกับบุหรี่ สุราและสารเสพติด ต่างพุ่งเป้าหมายไปที่เยาวชน โดยเฉพาะเยาวชนหญิง ส่งผลให้อัตราการสูบบุหรี่-ดื่ม-เสพ ในหมู่วัยรุ่นไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า แม้ว่าแนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนไทยจะลดลงจากร้อยละ 26.3 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 20.5 ในปี พ.ศ. 2542 แต่แนวโน้มดังกล่าวกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.6 ในปี พ.ศ. 2546

#### แผนภูมิที่ 11 การสูบบุหรี่ของคนไทยอายุ 15-24 ปี

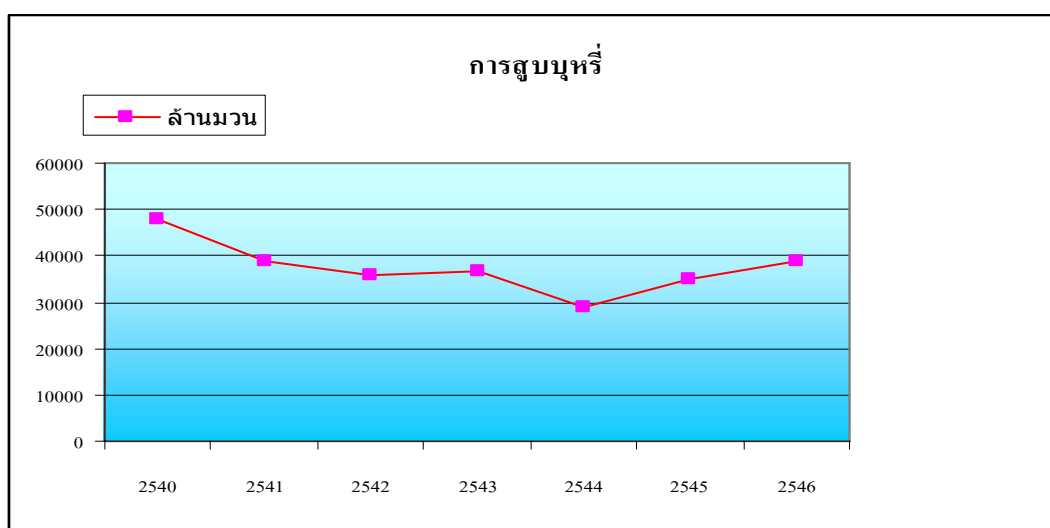


ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ.2547

ที่น่าตกใจก็คือ วัยรุ่น (15-24 ปี) มีแนวโน้มสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.3 ในปี พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 15.2 ใน พ.ศ. 2546 โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง มีอัตราการสูบบุหรี่สูงขึ้นถึง 3 เท่า จากร้อยละ 0.3 เป็นร้อยละ 0.9 ในช่วงเวลาเดียวกัน

แนวโน้มที่เพิ่มเกิดขึ้นทั้งที่ประเทศไทย มีกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบถึง 2 ฉบับ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2535 มีการควบคุมการโฆษณาและการตลาดอย่างเข้มงวดนี้ลงได้ ต้องเพิ่มอัตราความครอบคลุมของการให้วัคซีนป้องกันโรคหัด ซึ่งโรคหัดถือว่าเป็นสาเหตุการตายของเด็กที่สำคัญ ในขณะที่ประเทศอื่นๆ ที่มีอัตราการตายต่ำ พบว่า สาเหตุการตายของเด็กส่วนใหญ่ มาจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การจมน้ำตาย และอุบัติเหตุทางการจราจร

## แผนภูมิที่ 12 ปริมาณการสูบบุหรี่ของประชาชนไทย ปี พ.ศ. 2540 - 2546



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2547

### ภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition)

**นิยาม** ภาวะขาดสารอาหาร หมายถึง ภาวะที่เกิดจากการกินอาหารไม่เพียงพอ หรือได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน อาจเกิดจากการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ หรือไม่ถูกส่วน ปัญหาของระบบย่อยอาหาร การดูดซึมสารอาหาร หรือสาเหตุทางการแพทย์อื่นๆ

### ความสำคัญ

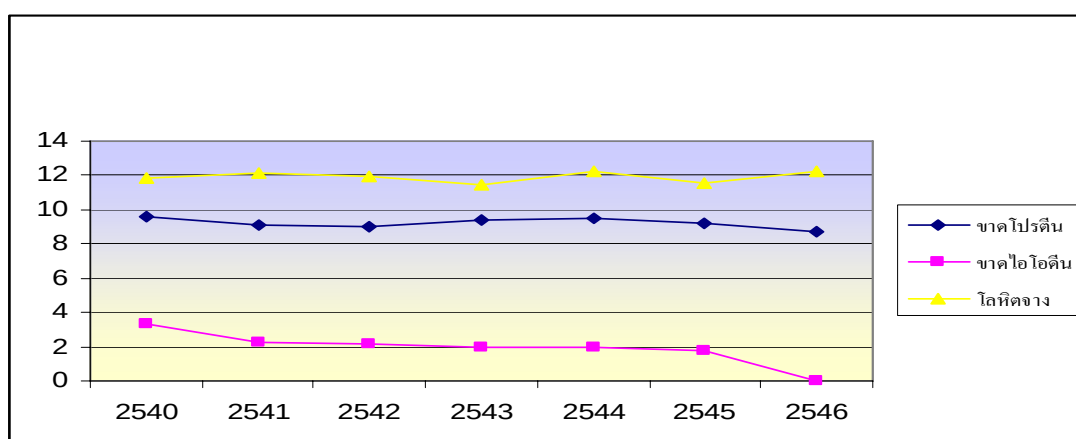
อาหารเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเจริญเติบโต ซึ่งถ้าได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จะส่งผลต่อพัฒนาการของมนุษย์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

คนไทยจำนวนหนึ่งยังมีปัญหาขาดสารอาหาร ซึ่งตัวเลขจากการสำรวจเด็กทุพโภชนาการของสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2546 พบว่า ร้อยละ 15 ของเด็กนักเรียนต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา จำนวน 6.6 ล้านคน อยู่ในภาวะทุพโภชนาการ

คนไทยจำนวน 1.1 ล้านคนยังเป็นโรคขาดสารไอโอดีน ซึ่งถึงแม้ว่าแนวโน้มการขาดไอโอดีนจะดีขึ้น อัตราการขาดสารไอโอดีนลดลงกว่าครึ่งหนึ่งในช่วงห้าปีที่ผ่านมา แต่คนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือก็ยังคงอันดับการขาดสารไอโอดีนมากกว่าคนในภาคอื่นมากกว่าสองเท่าตัวอยู่ดี

นอกจากนี้ มากกว่าร้อยละ 10 ของหญิงมีครรภ์ยังคงเป็นโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เช่นเดิมไม่เปลี่ยนแปลง โดยหญิงตั้งครรภ์จากภาคใต้และภาคกลางยังมีปัญหานี้มากที่สุด

### แผนภูมิที่ 13 การขาดแคลนสารอาหารในประชาชน (%) ปี พ.ศ. 2540-2546



ที่มา: กลุ่มสนับสนุนวิชาการ กองโภชนาการ กรมอนามัย, ปี พ.ศ. 2546

จากข้อมูลของกองโภชนาการ กรมอนามัย (ปี พ.ศ. 2546) ระบุว่า ปี พ.ศ. 2546 คนไทยโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 12.21 ขาดโปรตีนในเด็ก 0.5 ปี ร้อยละ 8.74 และขาดไอโอดีนในประชากรทั่วไป ร้อยละ 1.74

### โรคอ้วน (Obesity)

นิยาม โรคอ้วน หมายถึง ภาวะปริมาณของไขมันร่างกายที่มีมากเกินไปหรือผิดปกติ

**ความสำคัญ** ความอ้วนมีผลต่อโรคหัวใจ เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และมะเร็งบางชนิด

**สถานการณ์และแนวโน้ม**

วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและความเป็นสังคมเมืองที่เติบโตขึ้น ทำให้อุปนิสัยการบริโภคอาหารของคนไทยเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว กระบวนการผลิตอาหารเปลี่ยนมือจากเกษตรกรหรือผู้ประกอบการรายย่อย เป็นอาหารและของบริโภคที่ผลิตเชิงอุตสาหกรรม โดยผู้ประกอบการที่ใช้เงินทุนขนาดใหญ่มากขึ้น

คนไทยบริโภคน้ำตาลที่ถูกแปรรูปในแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นขนมหวานหรือเครื่องดื่มมากขึ้น โดยอัตราการบริโภคน้ำตาลภายในประเทศเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าตัวในช่วงเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา จากเดือนละประมาณ 1 กิโลกรัมต่อคน ในปี พ.ศ. 2526 เป็นเดือนละ 2.4 กิโลกรัมต่อคนในปี พ.ศ. 2544

นอกจากนี้ คนไทยยังเผชิญหน้ากับปัญหาความปลอดภัยด้านอาหาร เช่น การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มในน้ำดื่มและอาหาร การปนเปื้อนสารเคมีและยาปฏิชีวนะ รวมทั้งการเกิดโรคใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาหาร เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือด เป็นต้น

กรมอนามัย (ปี พ.ศ. 2545) ระบุว่า เด็กนักเรียนชั้นอนุบาลและประถมศึกษา มีโภชนาการเกินจนทำให้เกิดภาวะเด็กอ้วน ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2545 พบว่า มีเด็กอ้วนร้อยละ 13.6, 12.3 และ 12.3 ตามลำดับ

#### ตารางที่ 9 ภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลและประถมศึกษา

| ปี   | เด็กอ้วน |
|------|----------|
| 2543 | 13.6%    |
| 2544 | 12.3%    |
| 2545 | 12.3%    |

ที่มา : 1. กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข

2. สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (สพช.)

#### การปนเปื้อนในอาหาร

นิยาม การปนเปื้อนในอาหาร หมายถึง การมีสารปนเปื้อน ณ สถานที่ที่ผลิตอาหาร ตามจุดต่าง ๆ เช่น ในอาหาร ภาชนะบรรจุอาหาร หรือผู้สัมผัสอาหาร

#### ความสำคัญ

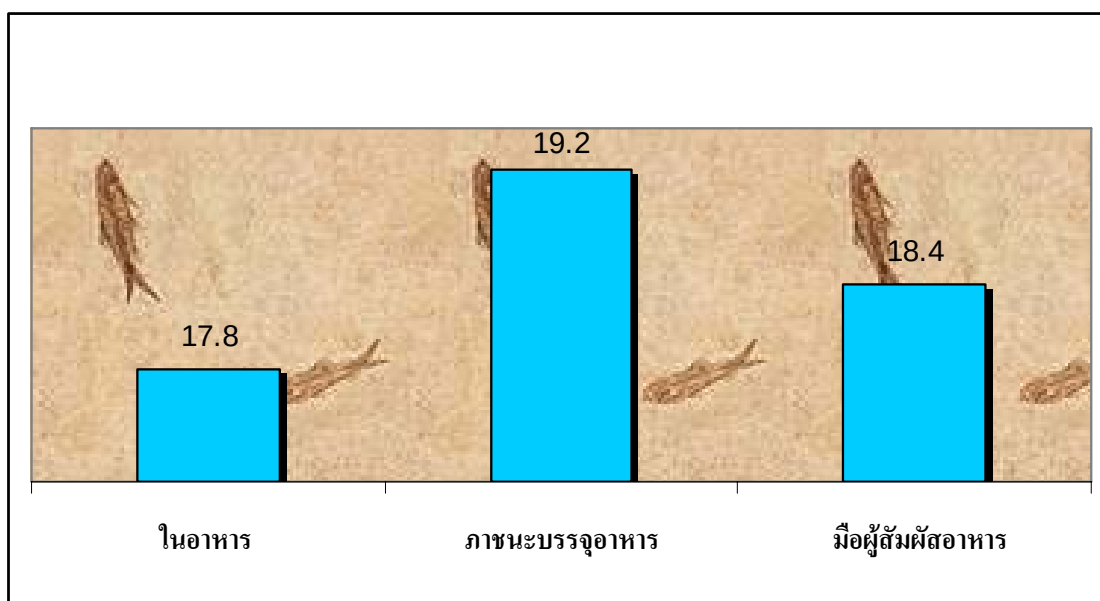
การรับสารปนเปื้อนอาหารเข้าสู่ร่างกาย ส่งผลต่อการเจ็บป่วยของผู้บริโภคในระยะสั้นและระยะยาว เช่น โรคอาหารเป็นพิษ โรคมะเร็ง เป็นต้น

#### สถานการณ์และแนวโน้ม

จากรายงานข้อมูลศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ปี พ.ศ. 2546) ระบุว่า ในอาหารที่บริโภคมีสารปนเปื้อน ร้อยละ 13.31 โดยสารที่ปนเปื้อน ได้แก่ ยาฆ่าแมลง สารกันรา สารเร่งเนื้อแดง ฟอร์มาลิน และบอแรกซ์

นอกจากนี้ กองสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย ได้ตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์ม ในปี พ.ศ. 2544 พบว่า ภาชนะบรรจุอาหาร มีการตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.2 รองลงมา คือ มือผู้สัมผัสอาหารและในอาหาร คิดเป็นร้อยละ 18.4 และ 17.8 ตามลำดับ

#### แผนภูมิที่ 14 การตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์ม (%)



ที่มา : กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2544

#### โรคเอดส์ (AIDS/HIV)

นิยาม โรคเอดส์ หมายถึง กลุ่มโรคหรืออาการที่เกิดขึ้นในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ภายหลังจากมีการติดเชื้อไวรัสเอดส์ ทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลงนำไปสู่การติดเชื้อโรคอื่น ๆ ได้ง่าย

#### ความสำคัญ

โรคเอดส์ ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในทุกระดับ ตั้งแต่บุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ

#### สถานการณ์และแนวโน้ม

นับแต่พบผู้ป่วยคนแรกในเมืองไทยในปี พ.ศ. 2527 โรคเอดส์ได้ขยายตัวและกลายเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของคนไทย แม้ผู้ติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มลดลง แต่การติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดยังคงสูงอยู่

จากช่วงแรกที่มีปัญหาอยู่ในกลุ่มชายรักร่วมเพศและผู้ติดยาเสพติดได้ขยายเข้าสู่วงกว้างขึ้นไปสู่หญิงบริการทางเพศชายใช้บริการทางเพศ และปัจจุบันได้เข้าสู่ครอบครัว คือ ภรรยา และลูก

นับตั้งแต่ปีที่มีผู้ป่วยรายแรกเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นับรวมทั้งสิ้นกว่าหนึ่งล้านคน ในจำนวนนี้คาดประมาณว่าเสียชีวิตไปแล้ว 4.5 แสนคน ยังคงมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอีกราว 6 แสนกว่าคน

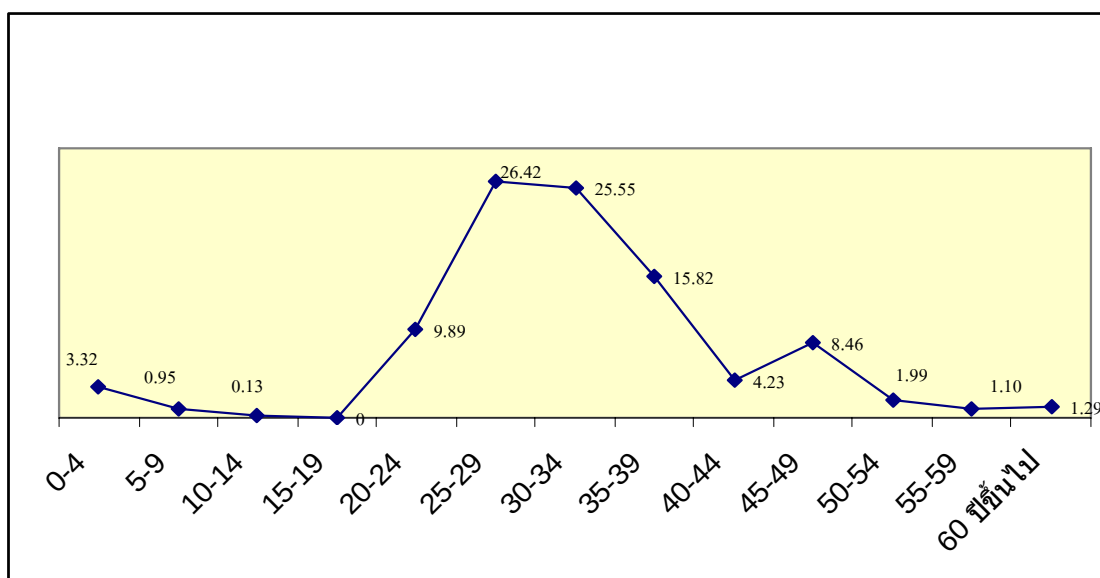
ในแต่ละปีมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ทุกปี จากปี พ.ศ. 2528 ที่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 56 คน เพิ่มขึ้นพันกว่าคนในปีต่อมา จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็นจำนวนแสนในช่วงปี พ.ศ. 2533 ถึงปี พ.ศ. 2536 และค่อย ๆ ลดลง ในปีปัจจุบันคาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่ปีละประมาณ 20,000 กว่าคน สัดส่วนผู้ป่วยเอดส์เป็นชายมากกว่าหญิงแต่ความแตกต่างมีน้อยลงไปเรื่อย ๆ จาก 8 ใน 10 คนเป็นชาย ในปี พ.ศ. 2532 มาเป็น 6 ใน 10 คน ในปี พ.ศ. 2545

ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยที่เป็นกำลังแรงงานของประเทศ คือ ผู้ป่วยช่วงอายุ 20 – 44 ปี เป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 86 ของผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด กลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไปและอาชีพเกษตรกรรม มีสถิติการเป็นเอดส์มากที่สุด คือร้อยละ 44.2 และ 20.8 ของผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด ตามลำดับ

ปัญหาที่ยังคงรอการแก้ไขเรื่องโรคเอดส์ ได้แก่ กลุ่มยาเสพติด ที่อัตราการติดเชื้อยังคงสูงอยู่อย่างต่อเนื่อง และกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่แนวโน้มยังคงไม่ลดลงมากนัก ควบคู่ไปกับตัวเลขผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่ลดลง งบประมาณการแก้ปัญหาเอดส์มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน จากงบประมาณสูงกว่า 2,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2539 เหลือ 1,000 กว่าล้านบาท ในปี พ.ศ. 2546 โดยเงินส่วนใหญ่ใช้เพื่อการรักษา และน้อยกว่า 1 ใน 3 ของงบฯ เท่านั้น ที่ใช้เพื่อการป้องกัน

### สถานการณ์เอดส์ไทย (คน)

#### แผนภูมิที่ 15 อัตราผู้ติดเชื้อเอดส์ จำแนกตามอายุ



ที่มา : รายงานสุขภาพคนไทย, ปี พ.ศ. 2546

## ความพิการ (Disability)

นิยาม สภาพที่บุคคลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง โดยเฉพาะกิจกรรมประจำวัน เช่น กินอาหาร แต่งกาย ทำความสะอาดร่างกาย หรือขับถ่ายได้ด้วยตนเอง

## ความสำคัญ

ความพิการที่ต้องการความช่วยเหลือนั้น เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของสุขภาพที่ไม่เกี่ยวกับความตาย คือเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่รุนแรง

## สถานการณ์และแนวโน้ม

ความพิการแต่กำเนิด อุบัติเหตุ และการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุความพิการที่สำคัญที่สุด จากการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2544 พบว่า มีผู้มีความพิการร้อยละ 1.7 โดยในช่วงสิบปีที่ผ่านมามีอัตราคงที่

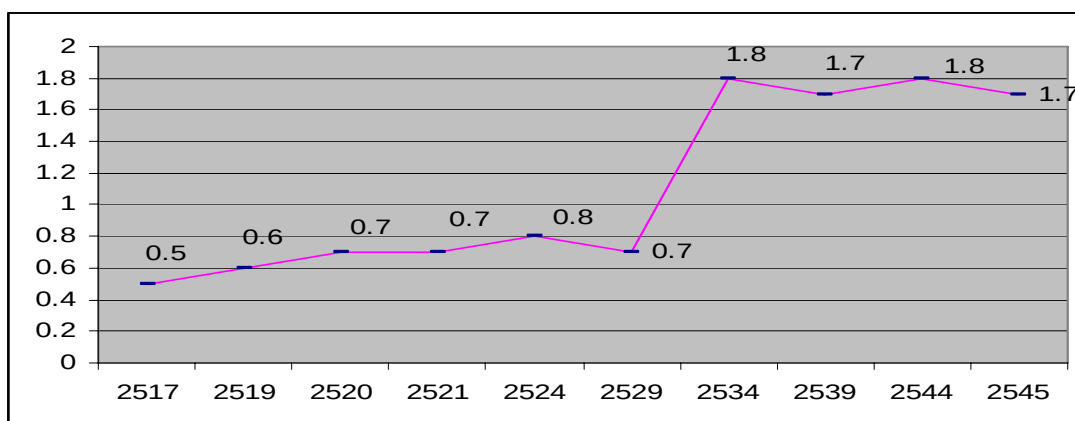
อัตราผู้มีความพิการที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจะมากกว่าคนในเมืองเท่าตัว (ร้อยละ 2.1 และ 1.0) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราสูงสุด (ร้อยละ 2.4) ตามด้วยภาคใต้เหนือ กลาง และกรุงเทพฯ ตามลำดับ (ร้อยละ 1.9, 1.8, 1.1 และ 0.7)

เพศชายมีอัตราความพิการมากกว่าหญิงทุกภาค ยกเว้น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อพิจารณากลุ่มอายุพบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความพิการกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ สองเท่าตัว

ผู้มีความพิการแยกออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ผู้ที่มีความพิการแต่กำเนิด และผู้ที่เกิดความพิการขึ้นภายหลัง โดยร้อยละ 30 ของผู้มีความพิการโดยกำเนิด เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 19) เมื่อพิจารณาด้านอายุเมื่อพิการ พบว่า ความพิการที่เกิดขึ้นภายหลังนั้นจะพบมากที่สุด ในชายวัยทำงาน (อายุ 25 - 29 ปี) ตามด้วยกลุ่มผู้สูงอายุ วัยรุ่น และเด็กก่อนวัยเรียน ในขณะที่เพศหญิงจะเป็นในกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด ตามด้วยวัยทำงาน และเด็กวัยก่อนเรียน

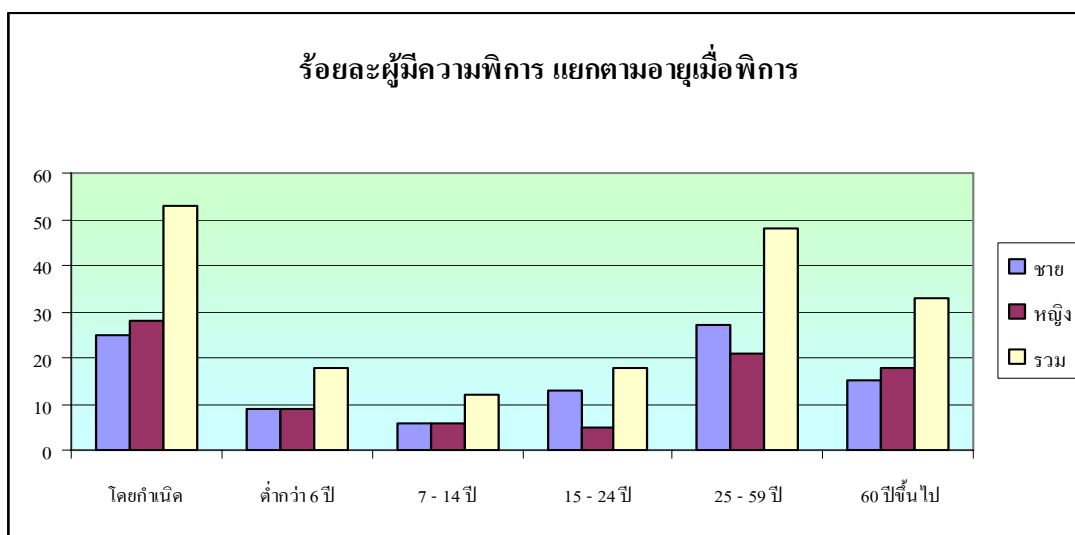
อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในรูปแบบต่าง ๆ เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ความพิการ โดยความพิการที่เกิดภายหลัง อันดับต้น ๆ คือ อัมพาต / อัมพฤกษ์ ตามด้วย หูตึง / หูหนวก

แผนภูมิที่ 16 แนวโน้มอัตราผู้มีความพิการ (%)



ที่มา : สำนักสถิติพยากรณ์ ปี พ.ศ. 2546

แผนภูมิที่ 17 ร้อยละผู้มีความพิการ จำแนกตามอายุเมื่อพิการ



ที่มา : การสำรวจคนพิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2544

### การออกกำลังกาย (Exercise)

นิยาม การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง รวมทั้งการบริหารอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย

### ความสำคัญ

การออกกำลังกายที่เหมาะสมและถูกต้อง เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรค ลดภาระอันเกิดจากการเจ็บป่วยของบุคคลและประเทศ

### สถานการณ์และแนวโน้ม

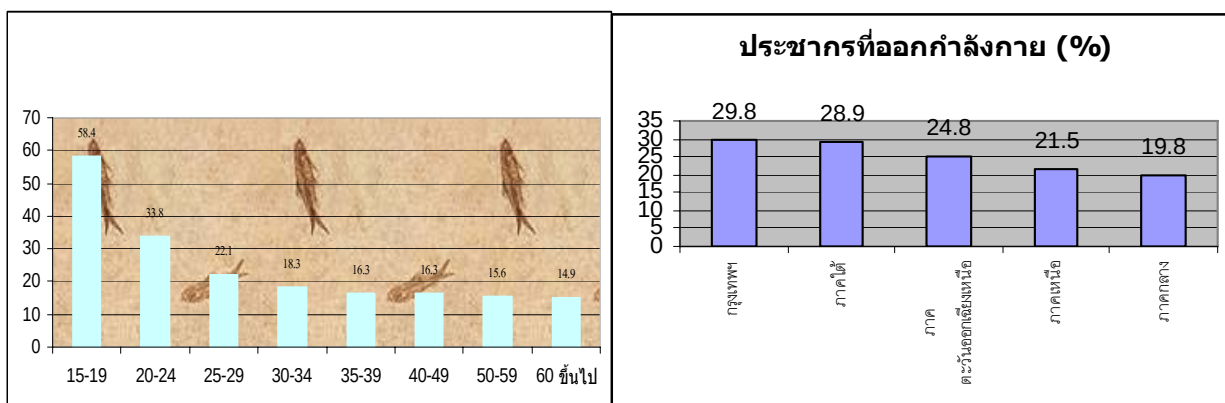
ปัจจุบันรัฐบาลได้พยายามส่งเสริมให้คนไทยหันมาออกกำลังกายให้มากขึ้น ถูกวิธีมากขึ้น ให้เหมาะสมกับเพศ วัย สภาพร่างกาย เวลา ระยะเวลา และถูกหลักการออกกำลังกาย ทั้งนี้ เป็นไปตามยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขใหม่ที่เน้นการ “ป้องกัน” ไม่ให้เกิดโรคมามากกว่าตามไป “รักษา”

คนกรุงเทพฯ มีสัดส่วนของคนที่ออกกำลังกายมากกว่าภาคอื่น ๆ ตามมาด้วยภาคใต้ อีสานเหนือ และภาคกลางน้อยที่สุด

ข้อมูลจากการสำรวจ พบว่า ฟุตบอลเป็นกีฬาอดิษย์ของผู้ชาย ขณะที่ผู้หญิงมักเล่นวอลเลย์บอลเป็นส่วนใหญ่ โดยกลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยการเล่นกีฬา พบว่า มีแนวโน้มใช้เวลาออกกำลังกายนาน 30 นาทีขึ้นไป

ผลการสำรวจการใช้เวลาของคนไทย พบว่า ส่วนใหญ่ใช้เพื่อการดูแลตัวเอง (กิน ดื่ม หลับ นอน อาบน้ำ ดูแลร่างกาย เป็นต้น) ราว 11.5 ชั่วโมงต่อวัน ทำงานราว 8.5 ชั่วโมง และอื่น ๆ ทั้งนี้ รวมถึงใช้เวลาสำหรับออกกำลังกาย พักผ่อนหย่อนใจ และทำกิจกรรมเพื่อสังคม รวมกันราว 2.8 ชั่วโมงต่อวันโดยเฉลี่ย ส่วนการนอนเฉลี่ยวันละ 8.8 ชั่วโมง การกิน/ดื่ม/รักษาสุขภาพเท่ากัน คือ 1.4 ชั่วโมงต่อวัน คนโสดมีกนอนน้อยกว่าและออกกำลังกายมากกว่าคนมีครอบครัว

### แผนภูมิที่ 18 ร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกาย



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2544

## 2. สถานการณ์ทางสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

จากกรอบแนวคิดของการสร้างและพัฒนาระบบวิเคราะห์ข้อมูลด้านสังคมของประเทศไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยที่ปรึกษาจากมหาวิทยาลัยบูรพา ได้ประชุมระดมความคิด ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งเชิญผู้เชี่ยวชาญภาครัฐ เอกชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อให้ได้แนวคิดของการสร้างและพัฒนาชุดข้อมูลระบบวิเคราะห์ด้านสังคมของประเทศไทย โดยสรุปชุดข้อมูลสำหรับการรายงานสถานการณ์ทางสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นองค์ประกอบ 5 ด้าน 13 ดัชนี 33 ตัวบ่งชี้ ได้แก่

1. องค์ประกอบด้านสุขภาพและอาหาร ประกอบด้วย 3 ดัชนี 6 ตัวบ่งชี้
2. องค์ประกอบด้านการศึกษา ศาสนา และความเชื่อ ประกอบด้วย 2 ดัชนี 10 ตัวบ่งชี้
3. องค์ประกอบด้านที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 2 ดัชนี 4 ตัวบ่งชี้
4. องค์ประกอบด้านส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน ประกอบด้วย 4 ดัชนี 9 ตัวบ่งชี้
5. องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจและการเมือง ประกอบด้วย 2 ดัชนี 4 ตัวบ่งชี้

การรายงานสถานการณ์ทางสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้วิเคราะห์ดัชนีของแต่ละตัวเรียงค่าเฉลี่ยตามลำดับสูงสุดไปต่ำสุด การรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องแต่ละองค์ประกอบ สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต ผลการวิเคราะห์ดัชนีวัดการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ การแสดงภาพแผนภูมิและแผนที่ของแต่ละองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้