

บทที่ 5

สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย

1. ดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพทั่วไป

สุขภาพของคนไทยมีแนวโน้มดีขึ้นในรอบครึ่งทศวรรษที่ผ่านมา โดยพิจารณาจากตัวชี้วัด ดังนี้

1.1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at birth)

คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดใน พ.ศ. 2556 เพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 71.5 ปี และ 78.5 ปี ตามลำดับ ซึ่งสูงชันกว่า พ.ศ. 2533 ที่อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 68.4 ปีในเพศชายและ 75.1 ปีในเพศหญิง แต่พบว่ายังด้อยกว่ากลุ่มประเทศอาเซียนหลายประเทศ (ตารางที่ 5.1) อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ พ.ศ. 2507 - 2558 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้ชายเพิ่มจาก 55.9 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2507 - 2508 เป็น 70.4

ระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2558 และผู้หญิงเพิ่มจาก 62.0 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2507 - 2508 เป็น 77.5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2558 และเมื่อถึง พ.ศ. 2583 มีการคาดประมาณว่า ผู้ชายไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเป็น 75.3 ปี และผู้หญิงเป็น 81.9 ปี (ตารางที่ 5.2)

นอกจากนี้ จากรายงานของ Global Burden of Disease Study 2013 ระบุว่า พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (Health Life Expectancy- HALE) ในเพศชายและหญิงเท่ากับ 64.3 ปี และ 69.2 ปีตามลำดับ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่า พ.ศ. 2533 ที่มีค่าเป็น 61.4 ปี ในเพศชายและ 66.1 ปี ในเพศหญิง ทั้งนี้ ก็ยังด้อยกว่าบางประเทศในกลุ่มอาเซียน เช่น สิงคโปร์ บรูไน (ตารางที่ 5.1)

ตารางที่ 5.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดีของประชากรไทย เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ

ประเทศ/ กลุ่มประเทศ	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy)						อายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (HALE)					
	2533		2548		2556		2533		2548		2556	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ไทย	68.4	75.1	69.4	76.4	71.5	78.5	61.4	66.1	62.4	67.5	64.3	69.2
ASEAN												
สิงคโปร์	72.6	77.6	78.0	82.3	79.7	84.0	65.3	68.5	69.3	72.0	70.8	73.4
บรูไน	72.4	75.7	75.8	78.9	76.9	80.7	65.1	67.1	67.8	69.7	68.8	71.0
มาเลเซีย	69.9	74.5	71.9	77.2	71.8	78.0	62.4	66.0	64.0	68.1	64.1	68.9
ฟิลิปปินส์	64.7	72.2	65.4	72.9	66.4	73.8	55.0	62.3	57.3	63.4	58.8	64.6
เวียดนาม	65.9	72.1	70.6	78.5	72.3	80.1	55.6	58.8	61.4	66.8	63.8	69.3
อินโดนีเซีย	63.2	66.8	67.2	70.8	68.3	72.7	56.2	59.0	60.2	62.8	61.3	64.5
สหภาพพม่า	56.4	59.7	60.8	66.2	64.2	70.0	49.8	52.7	54.2	58.5	57.6	62.0

ตารางที่ 5.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดีของประชากรไทย
เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ/ กลุ่มประเทศ	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy)						อายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (HALE)					
	2533		2548		2556		2533		2548		2556	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ลาว	54.5	57.2	60.4	63.8	63.8	67.8	47.8	50.3	53.3	56.2	56.5	59.7
กัมพูชา	56.9	61.2	61.8	67.1	64.8	70.6	39.7	47.2	48.8	55.2	54.6	60.2
High human development index												
ญี่ปุ่น	76.0	82.0	78.7	85.5	80.1	86.4	68.1	72.2	69.9	74.8	71.1	75.6
แคนาดา	74.2	80.6	77.9	82.6	79.4	83.4	65.1	68.7	67.8	70.3	69.1	71.0
ไอซ์แลนด์	76.0	80.2	79.5	83.1	80.8	84.8	65.9	68.5	68.7	70.5	69.7	72.0
สวีเดน	74.8	80.4	78.4	82.5	79.6	83.9	64.7	68.2	67.5	70.0	68.5	71.0
สวิตเซอร์แลนด์	74.1	80.9	78.6	83.6	80.5	84.8	63.6	67.9	67.0	69.9	68.6	71.2
World	63.0	67.7	66.2	71.3	68.8	74.3	55.4	58.5	58.3	61.5	60.6	64.1

ที่มา: Global Burden of Disease Study 2013

ตารางที่ 5.2 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย (Life Expectancy at birth)

พ.ศ.	ชาย (ปี)	หญิง (ปี)	ความแตกต่างระหว่าง หญิง-ชาย (ปี)
2507 - 2508 ⁽¹⁾	55.9	62.0	6.1
2517 - 2519 ⁽¹⁾	58.0	63.8	5.8
2528 - 2529 ⁽¹⁾	63.8	68.9	5.1
2538 - 2539 ⁽¹⁾	69.9	74.9	5.0
2548 - 2549 ⁽¹⁾	69.9	77.6	7.7
2553 - 2558 ⁽²⁾	70.4	77.5	7.1
2558 - 2563 ⁽²⁾	71.6	78.4	6.8
2563 - 2568 ⁽²⁾	72.6	79.3	6.7
2568 - 2573 ⁽²⁾	73.4	80.1	6.7
2573 - 2578 ⁽²⁾	74.1	80.8	6.7
2578 - 2583 ⁽²⁾	74.7	81.3	6.6
2583 ⁽²⁾	75.3	81.9	6.6

ที่มา: ⁽¹⁾ รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2507 - 2508, พ.ศ. 2517 - 2519, พ.ศ. 2528 - 2529, พ.ศ. 2538 - 2539 และ พ.ศ. 2548-2549

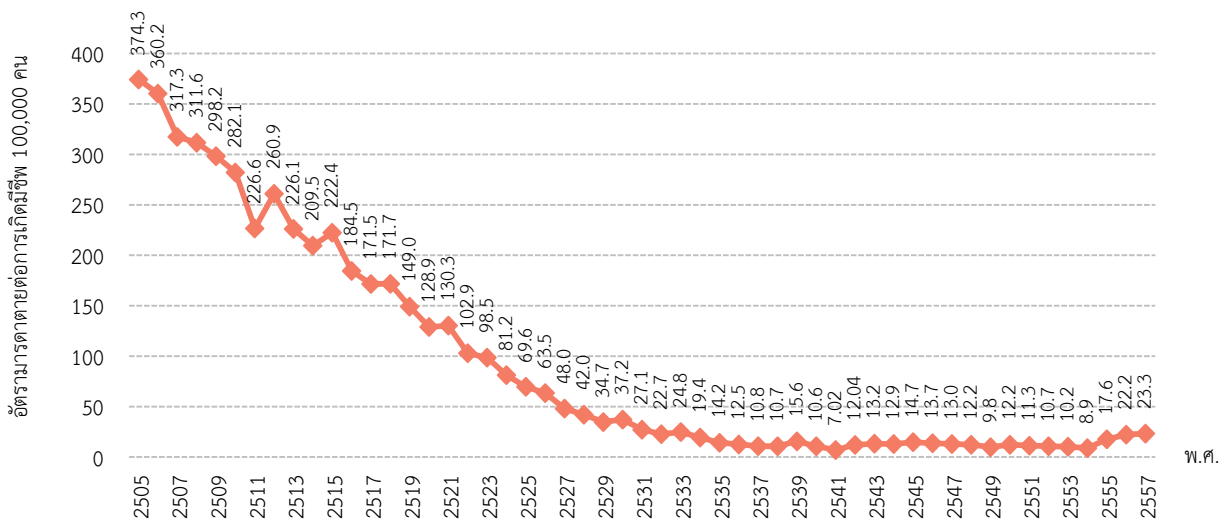
⁽²⁾ การคาดประมาณประชากรของประเทศ พ.ศ. 2553 - 2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2556

1.2. อัตราตายมารดา

จากข้อมูลทะเบียนราษฎรพบว่า อัตราตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ในประเทศไทย ลดลงจาก 374.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2505 เหลือ 8.9 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2554 แต่ ใน พ.ศ. 2557 อัตราตายมารดา กลับเพิ่มขึ้นเป็น 23.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน (ภาพที่ 5.1) อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมของการรายงานการตายมารดาในทะเบียนราษฎรอาจดีขึ้นส่งผลให้มีการรายงานการตายที่สูงขึ้น ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอื่นๆ พบว่า

อัตราตายมารดาสูงกว่าที่มีในทะเบียนราษฎร เช่น การสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยวิธี RAMOS¹ เมื่อ พ.ศ. 2538 - 2539 พบอัตราตายของมารดาเท่ากับ 44.1 ขณะที่โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย² เมื่อ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2539 พบเท่ากับ 16.3 และการศึกษาของ ยงเจือ เหล่าศิริถาวร³ (2546) พบเท่ากับ 52.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2538 - 2539 และการศึกษาของ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์⁴ และคณะ (2550) พบเท่ากับ 41.6 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549

ภาพที่ 5.1 อัตราตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505 - 2557



ที่มา: ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทยและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.3. อัตราตายทารก

อัตราตายทารกในประเทศไทย จากการคาดประมาณของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 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 ทั้งนี้ พ.ศ. 2559 อัตราตายทารกต่อ

การเกิดมีชีพ 1,000 คน เท่ากับ 10.3 (ภาพที่ 5.2) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอัตราตายทารกของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ยังคงสูงกว่าบางประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย และบรูไน (ตารางที่ 5.3)

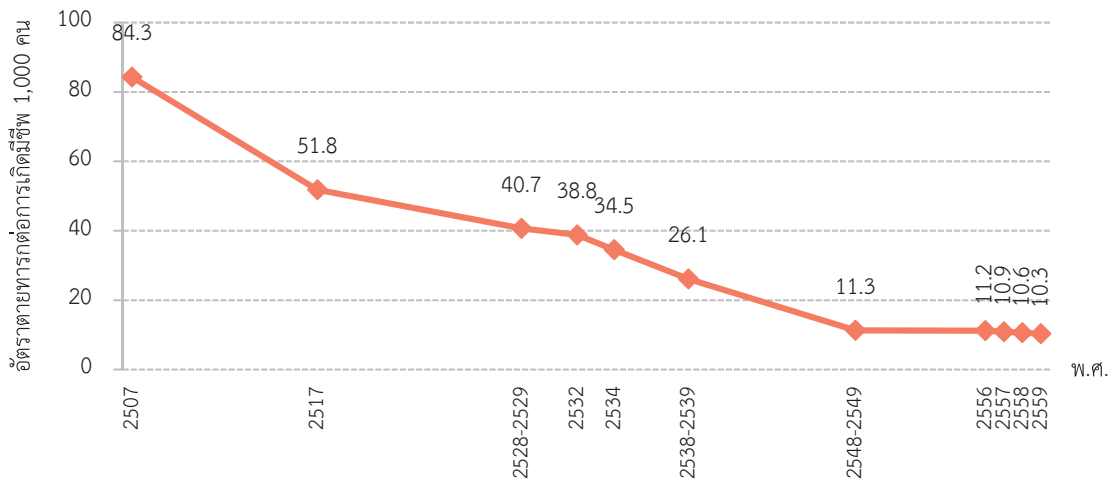
¹ การสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยวิธี Reproductive Age Survey โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

² สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานการตายมารดาในประเทศไทย โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย พ.ศ. 2538 - 2539

³ ยงเจือ เหล่าศิริถาวร. สถานการณ์และการรายงานการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอด ประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2539, พ.ศ. 2546

⁴ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์และคณะ. Using Multiple Data for Calculating the Maternal Mortality Ratio in Thailand. TDR, 2007

ภาพที่ 5.2 อัตราตายทารกต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2507 - 2559



ที่มา: พ.ศ. 2507 - 2549 จากการคาดประมาณของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล โดยอาศัยข้อมูลสำรวจในรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ และ พ.ศ. 2556 - 2559 จากสารประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ตารางที่ 5.3 อัตราทารกตายและอัตราตายของเด็กที่ต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ พ.ศ. 2533 2543 และ 2556

ประเทศ/ กลุ่มประเทศ	อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน			อัตราการตายของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน		
	2533	2543	2556	2533	2543	2556
ไทย	30.3	11.0	11.3	37.1	13.0	13.1
ASEAN						
สิงคโปร์	6.2	3.1	2.2	7.7	4.0	2.8
มาเลเซีย	14.3	8.7	7.2	16.6	10.1	8.5
ฟิลิปปินส์	41.1	30.1	23.5	58.6	39.9	29.9
เวียดนาม	36.5	27.0	19.0	50.6	35.1	23.8
อินโดนีเซีย	62.0	41.0	24.5	84.3	52.2	29.3
กัมพูชา	85.6	81.7	32.5	117.5	110.5	37.9
บรูไน	9.4	7.7	8.4	12.2	9.5	9.9
สหภาพพม่า	77.5	58.9	39.8	108.6	79.5	50.5
ลาว	110.9	83.0	53.8	162.0	117.4	71.4
High income country						
สวีเดน	5.8	3.4	2.4	6.9	4.1	3.0
ญี่ปุ่น	4.6	3.3	2.1	6.3	4.5	2.9
สวิตเซอร์แลนด์	6.7	4.6	3.6	8.2	5.6	4.2
แคนาดา	6.8	5.2	4.6	8.3	6.2	5.2
ไอร์แลนด์	7.7	6.0	3.2	9.2	7.2	3.8
World	62.7	53.0	33.6	90.2	75.8	45.6
High income	11.9	8.1	5.3	14.3	9.7	6.3
Lower middle income	82.6	66.2	44.0	118.9	93.4	59.0
Upper middle income	42.5	30.6	15.6	54.4	38.5	19.6
Low income	104.7	85.6	52.9	166.6	134.9	76.3

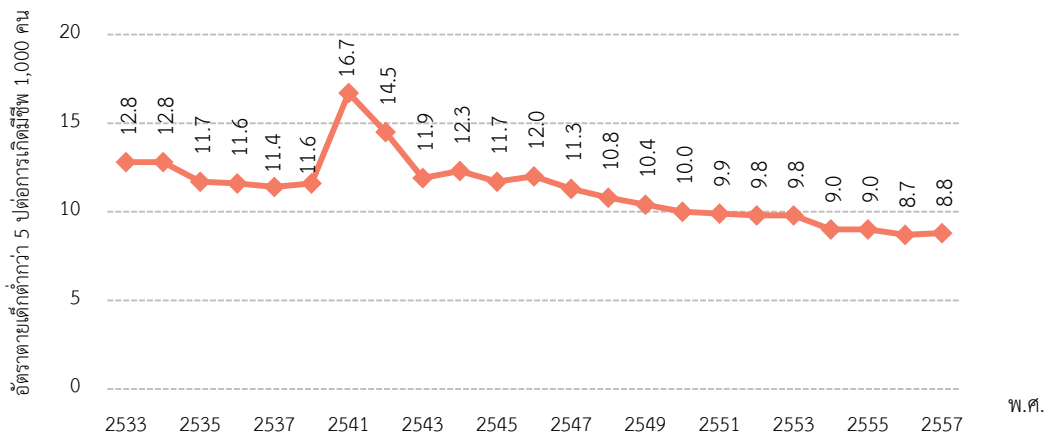
ที่มา: WHO, World Health Statistics 2015, WHO

1.4 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี

อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยจาก 12.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 8.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2557 นำสังเกตว่า พ.ศ. 2541 อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 16.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน อาจเนื่องจากการปรับระบบการประมวลผลของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ทำให้ไม่มีการประมวลผลข้อมูลการตายของเด็กในปีนั้น ซึ่งอาจส่งผลต่อการประมาณการตัวเลขอัตราตายดังกล่าว ทั้งนี้ อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่

พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา (ภาพที่ 5.3) แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่า อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก แต่ยังคงสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซียและบรูไน (ตารางที่ 5.3) มีข้อสังเกตว่า ตัวเลข อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่รายงานจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย มีแนวโน้มต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งตัวเลขจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 15.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2549

ภาพที่ 5.3 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - 2557



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แหล่งข้อมูลจากทะเบียนราษฎร สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

หมายเหตุ: พ.ศ.2539 - 2540 มีการปรับระบบการประมวลผลของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ทำให้ไม่มีการประมวลผลข้อมูลการตายของเด็กในปีดังกล่าว และอาจมีผลกระทบต่ออัตราการตายที่สูงขึ้นใน พ.ศ. 2541 ด้วย

1.5 สาเหตุการตาย

สาเหตุการตายจากรายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 ของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประเมิณภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งมีการปรับจำนวนความครบถ้วนและสาเหตุการตายแล้ว พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในเพศชาย ช่วงอายุ 0-59 ปี พ.ศ. 2552 คือ อุบัติเหตุทางถนน มีอัตราตายเท่ากับ 63.3 ต่อประชากร 100,000 คน และเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกใน พ.ศ. 2554 (63.8 ต่อประชากร 100,000 คน) และ พ.ศ. 2556 (61.8 ต่อประชากร 100,000 คน) เช่นกัน รองลงมาอีก

3 อันดับ คือ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคมะเร็งตับ และโรคหลอดเลือดสมองตามลำดับ (ตารางที่ 5.4)

สำหรับสาเหตุการตายของเพศหญิงช่วงอายุ 0-59 ปี ใน พ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 อันดับแรก คือ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (20.1 15.5 และ 15.9 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ) รองลงมาอีก 3 อันดับใน พ.ศ. 2552 และ 2554 คือ อุบัติเหตุทางถนน โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมองตามลำดับ ส่วน พ.ศ. 2556 คือ อุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวาน ตามลำดับ (ตารางที่ 5.5)

ตารางที่ 5.4 อัตราตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรก ในเพศชาย อายุ 0 - 59 ปี ในประชากรไทย พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556

สาเหตุการตาย	0-59 ปี		
	2552	2554	2556
อุบัติเหตุทางถนน	63.3	63.8	61.8
การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	38.9	34.1	35.7
โรคมะเร็งตับ	29.4	28.8	30.0
โรคหลอดเลือดสมอง	24.3	27.5	28.6
ภาวะตับแข็ง	23.3	24.2	26.8
โรคหัวใจขาดเลือด	22.4	24.5	24.2
การถูกทำร้าย	15.5	14.1	13.5
การทำร้ายตัวเอง	14.1	13.4	12.8
การจมน้ำ	11.2	11.1	9.8
โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	10.3	10.7	10.9
โรคอื่นๆ	154.6	165.6	162.2
รวมทุกโรค	407.3	417.9	416.3

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์ประเมินภาระโรค และสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาเหตุการตายอันดับแรกของเพศชาย ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2552 คือ โรคหลอดเลือดสมอง (อัตราตายเท่ากับ 576.0 ต่อประชากร 100,000 คน) และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกใน พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556 โดยมีอัตราตายลดลงในช่วงระยะเวลาดังกล่าว สำหรับสาเหตุการตายรองลงมา 3 อันดับ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคมะเร็งตับ ซึ่งทั้ง 3 สาเหตุการตายมีอัตราตายลดลง (ตารางที่ 5.6)

ตารางที่ 5.5 อัตราตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรก ในเพศหญิง อายุ 0 - 59 ปี ในประชากรไทย พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556

สาเหตุการตาย	0-59 ปี		
	2552	2554	2556
การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	20.1	15.5	15.9
อุบัติเหตุทางถนน	15.0	14.7	14.3
โรคเบาหวาน	14.5	12.5	11.9
โรคหลอดเลือดสมอง	11.5	12	12.3
โรคมะเร็งปากมดลูก และมดลูก	10.6	9.1	9.1
โรคมะเร็งตับ	9.7	8.9	8.9
โรคมะเร็งเต้านม	9.1	9.2	9.8
โรคหัวใจขาดเลือด	7.7	9.0	8.7
ภาวะตับแข็ง	5.4	5.5	6.1
โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	5.3	6.2	5.7
โรคอื่นๆ	92.3	95.9	91.6
รวมทุกโรค	201.1	198.7	194.3

สาเหตุการตายอันดับแรกของเพศหญิง ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2552 คือ โรคหลอดเลือดสมอง (อัตราตายเท่ากับ 596.1 ต่อประชากร 100,000 คน) และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกใน พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556 เช่นเดียวกับเพศชาย รองลงมา 3 อันดับ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคไตอักเสบ และไตพิการ ซึ่งอัตราตายจากสาเหตุการตายดังกล่าว ในเพศหญิง มีลักษณะไม่เปลี่ยนแปลงในช่วงระยะเวลาดังกล่าว(ตารางที่ 5.7)

ตารางที่ 5.6 อัตราตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรก ในเพศชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป ในประชากรไทย พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556

สาเหตุการตาย	60 ปีขึ้นไป		
	2552	2554	2556
โรคหลอดเลือดสมอง	576.0	559.7	557.1
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	421.8	409.9	368.1
โรคหัวใจขาดเลือด	387.4	372.8	357.0
โรคมะเร็งตับ	269.3	259.6	249.7
โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	229.8	217.9	209.1
โรคเบาหวาน	214.3	208.3	204.7
การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	136.9	135.9	131.5
วัณโรค	134.9	127.3	116.1
โรคไตอักเสบและไตพิการ	117.7	115.5	109.7
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	103.0	106.8	105.1
โรคอื่นๆ	1,450.4	1,497.2	1,446.6
รวมทุกโรค	4,041.6	4,010.8	3,854.7

ตารางที่ 5.7 อัตราตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรก ในเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ในประชากรไทย พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556

สาเหตุการตาย	60 ปีขึ้นไป		
	2552	2554	2556
โรคหลอดเลือดสมอง	596.1	568.5	595.1
โรคหัวใจขาดเลือด	365.5	355.7	352.2
โรคเบาหวาน	339.0	317.9	327.1
โรคไตอักเสบและไตพิการ	152.7	148.6	149.0
โรคมะเร็งตับ	123.0	116.7	125.7
การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	120.9	122.2	129.9
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	106.3	118.3	119.8
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	82.5	78.9	85.8
โรคอุจจาระร่วง	78.8	71.3	69.8
โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	73.2	73.5	81.5
โรคอื่นๆ	1,246.9	1,265.9	1,343.7
รวมทุกโรค	3,284.8	3,237.6	3,379.8

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับชาติประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

1.6 สาเหตุการป่วยและการเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาล

จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ถึงจำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ของการเข้าพักรักษาครั้งสุดท้าย ตามตารางที่ 5.8 พ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 พบว่าสถานพยาบาลที่ประชาชนเข้ารับบริการสูงสุด คือ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 42.0, 44.6

และ 45.5 ในพ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 ตามลำดับ) รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 38.3, 30.4 และ 29.4 ในพ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 ตามลำดับ) ทั้งนี้ ยังพบว่าโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนของการเข้าพักรักษาสูงขึ้นในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละของการเข้าพักรักษาลดลง

ตารางที่ 5.8 จำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ที่เข้าพักรักษาครั้งสุดท้าย พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556

ประเภทสถานพยาบาล ที่เข้าพักรักษาครั้งสุดท้าย	2552		2554		2556	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานพยาบาลของรัฐ						
โรงพยาบาลชุมชน	1,376,794	38.3	1,073,555	30.4	972,286	29.4
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	1,507,697	42.0	1,573,452	44.6	1,502,234	45.5
โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	52,115	1.5	159,373	4.5	52,793	1.6
โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ	167,235	4.7	233,156	6.6	267,146	8.1
สถานพยาบาลของเอกชน						
โรงพยาบาลเอกชน	464,422	12.9	405,282	11.5	502,111	15.2
คลินิกเอกชน	21,566	0.6	15,381	0.4	7,425	0.2
อื่น ๆ	356	0.0	4,707	0.1	784	0.0
ไม่ทราบ	780	0.0	66,547	1.9	-	-
ทั้งหมด	3,590,965	100.0	3,531,453	100.0	3,304,779	100.0

ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552 2554 และ 2556 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

สำหรับสาเหตุการป่วย 3 อันดับแรกของผู้ป่วยช่วงอายุ 0-59 ปี (ผู้ป่วยนอก) พ.ศ. 2557 คือ โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบย่อยอาหาร และโรคของปาก ฟัน โดยโรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่ง พ.ศ. 2553 มีอัตราป่วยเท่ากับ 3,742 ต่อประชากร

100,000 คน และเพิ่มเป็น 8,941 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 ทั้งนี้ในหลายกลุ่มโรคที่มีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นจาก พ.ศ. 2553 เช่น โรคระบบย่อยอาหาร โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของปาก ฟัน โรคของต่อมไทรอยด์ เป็นต้น (ตารางที่ 5.9)

ตารางที่ 5.9 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุกลุ่มโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2553 - 2557 ช่วงอายุ 0 - 59 ปี

สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ต่อประชากร 100,000 คน)				
	2553	2554	2555	2556	2557
โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	3,742	5,317	8,317	7,856	8,941
โรคระบบย่อยอาหาร	4,098	6,704	8,503	8,825	8,365
โรคของปาก ฟัน	2,805	4,930	5,635	6,303	6,100
โรคมะเร็ง	129	157	251	268	230
โรคระบบทางเดินหายใจ	3,502	4,740	2,639	2,785	2,388
โรคหัวใจและหลอดเลือด	444	755	1,192	1,227	1,023

ตารางที่ 5.9 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มโรคที่สำคัญ
พ.ศ. 2553 - 2557 ช่วงอายุ 0 - 59 ปี (ต่อ)

สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ต่อประชากร 100,000 คน)				
	2553	2554	2555	2556	2557
โรคของต่อมไร้ท่อ	1,795	2,803	2,806	3,137	2,275
หุ	717	887	1,269	1,210	954
คอ จมูก	1,922	3,255	1,193	1,110	1,049
ตา	1,513	2,143	2,925	2,464	2,943
โรคติดเชื้อ	2,430	3,116	4,630	5,304	3,776
โรกระบบทางเดินปัสสาวะ	496	884	1,519	1,598	1,351
โรคภูมิแพ้	317	367	112	89	60
โรกระบบประสาทจิตเวช	660	1,158	1,742	1,779	1,515
โรคผิวหนัง	3,172	3,455	3,601	4,413	3,300
โรคอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	421	664	1,017	988	772

ที่มา: ฐานข้อมูล 21 แพ้ม รวบรวมและวิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ผู้ป่วยนอก) กลุ่มโรคสำคัญที่มีสัดส่วนการป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ใน พ.ศ. 2557 ได้แก่ โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรกระบบย่อยอาหาร และโรค

ของต่อมไร้ท่อ ซึ่งส่วนใหญ่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตราป่วยสูงเกือบทุกกลุ่มโรค ยกเว้น กลุ่มโรคภูมิแพ้และโรคอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีที่มีอัตราป่วยต่ำ (ตารางที่ 5.10)

ตารางที่ 5.10 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มโรคที่สำคัญ
พ.ศ. 2553 - 2557 ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป

สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ต่อประชากร 100,000 คน)				
	2553	2554	2555	2556	2557
โรกระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	13,208	23,100	37,046	33,430	31,865
โรกระบบย่อยอาหาร	9,883	15,123	22,323	21,710	17,326
โรคของต่อมไร้ท่อ	7,889	12,057	15,782	14,862	12,451
โรคมะเร็ง	329	770	1,391	1,468	1,252
โรกระบบทางเดินหายใจ	5,997	9,717	10,768	12,094	9,738
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3,793	7,134	10,747	10,666	9,088
โรคของปาก ฟัน	4,633	8,239	13,297	13,056	10,561
หุ	1,864	2,389	3,204	3,013	2,288

ตารางที่ 5.10 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มโรคที่สำคัญ
พ.ศ. 2553 - 2557 ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ต่อ)

สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ต่อประชากร 100,000 คน)				
	2553	2554	2555	2556	2557
คอ จมูก	3,079	3,884	2,030	3,687	2,646
ตา	4,339	7,151	11,839	12,186	11,184
โรคติดเชื้อ	3,998	5,789	8,136	7,761	6,070
โรกระบบทางเดินปัสสาวะ	1,482	3,805	7,279	8,284	7,733
โรคภูมิแพ้	427	563	790	773	609
โรกระบบประสาทจิตเวช	2,361	3,756	4,862	4,516	3,777
โรคผิวหนัง	5,599	6,954	9,379	9,043	7,071
โรคอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	136	260	446	440	352

ที่มา: ฐานข้อมูล 21 แฟ้ม รวบรวมและวิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากรายงานการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พ.ศ. 2551 - 2557 รวบรวมและวิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสาเหตุการป่วยสูงสุด 3 อันดับแรกของผู้ป่วยช่วงอายุ 0-59 ปี พ.ศ. 2557 ของคนไทย คือ กลุ่มโรคของต่อมไทรอยด์ โรคของระบบหายใจ และกลุ่มโรคติดเชื้อตามลำดับ โดยกลุ่มโรคของต่อมไทรอยด์มีแนวโน้มการป่วยเพิ่มสูงขึ้น (อัตราป่วยใน พ.ศ. 2551 เท่ากับ 1,503 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 2,084 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557) ส่วนกลุ่มโรคติดเชื่อนั้นพบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มลดลง (พ.ศ. 2551 อัตราป่วยเท่ากับ 1,669 ต่อประชากร 100,000 คน และ พ.ศ. 2557 อัตราป่วยเท่ากับ 1,294 ต่อประชากร 100,000 คน) (ตารางที่ 5.11)

สำหรับอัตราป่วยของคนไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า สาเหตุการป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก พ.ศ. 2557 คือ กลุ่มโรคของต่อมไทรอยด์ กลุ่มโรคของระบบไหลเวียนโลหิต และกลุ่มโรกระบบหายใจตามลำดับ ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มโรค อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มโรคของต่อมไทรอยด์ พ.ศ. 2551 มีอัตราป่วยเท่ากับ 13,284 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 16,764 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 (ตารางที่ 5.12)

ตารางที่ 5.11 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) รวมทุกการวินิจฉัยโรค จำแนกตามกลุ่มโรค
ช่วงอายุ 0 - 59 ปี พ.ศ. 2551 - 2557

สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราป่วย (ต่อประชากร 100,000 คน)						
	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
โรคของต่อมไทรอยด์	1,503	1,665	1,993	2,028	2,231	2,297	2,084
โรคของระบบหายใจ	1,383	1,424	1,588	1,436	1,504	1,436	1,373
โรคติดเชื้อ	1,669	1,548	1,747	1,514	1,562	1,791	1,294
มะเร็ง	405	384	397	413	427	449	401
โรกระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูกและข้อ	298	277	287	281	300	299	267
โรคของระบบย่อยอาหาร	1,123	1,044	1,068	1,052	1,077	1,090	974
โรคของระบบไหลเวียนโลหิต	953	929	988	1,029	1,112	1,139	1,076
โรคของช่องปาก ต่อม้ำลายและขากรรไกร	51	52	55	56	61	60	54
โรคของหูและปุ่มกระดูกหู	56	45	46	45	43	42	36
การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน	389	341	351	292	297	272	266
โรคของตาและอวัยวะเคียงลูกตา	140	141	144	156	167	188	195
โรคของระบบทางเดินปัสสาวะ	611	607	629	601	640	657	604
โรคภูมิแพ้	9	9	10	10	11	11	10
ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม	303	320	349	357	392	389	360
โรคผิวหนัง	236	241	245	241	266	267	234
โรคอักเสบของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี	166	131	136	131	132	134	116

ที่มา: รวบรวมและวิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม

พ.ศ.2552 - 2556 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

ตารางที่ 5.12 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) รวมทุกการวินิจฉัยโรค จำแนกตามกลุ่มโรค อายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2551 - 2557

สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราป่วย (ต่อประชากร 100,000 คน)						
	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
โรคของต่อมไทรอยด์	13,284	14,896	16,909	17,620	18,770	18,209	16,764
โรคของระบบไหลเวียนโลหิต	15,337	16,289	16,973	17,576	18,111	17,467	16,309
โรคของระบบหายใจ	6,344	6,600	7,135	7,511	7,376	7,031	6,701
มะเร็ง	2,412	2,586	2,687	2,789	2,919	2,898	2,655
โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูกและข้อ	2,315	2,435	2,517	2,516	2,625	2,513	2,311
โรคของระบบย่อยอาหาร	4,502	4,723	4,777	4,798	4,816	4,583	4,137
โรคของช่องปาก ต่อม้ำลายและขากรรไกร	121	130	138	134	141	134	118
โรคของหูและปุ่มกระดูกกกหู	291	293	286	272	251	226	185
การติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน	323	257	256	246	211	181	149
โรคของตาและอวัยวะเคียงลูกตา	2,135	2,381	2,399	2,700	3,259	3,809	4,013
โรคติดเชื้อ	3,879	4,146	4,397	4,294	4,071	3,758	3,244
โรคของระบบทางเดินปัสสาวะ	5,488	5,980	6,365	6,322	6,815	6,740	6,446
โรคภูมิแพ้	17	22	21	22	21	20	64
ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม	707	775	827	839	877	817	738
โรคผิวหนัง	1,005	1,075	1,128	1,113	1,225	1,190	1,073
โรคอวัยวะของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี	115	120	122	120	119	111	101

ที่มา: รวบรวมและวิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม

พ.ศ.2552 - 2556 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

1.7 ความพิการ

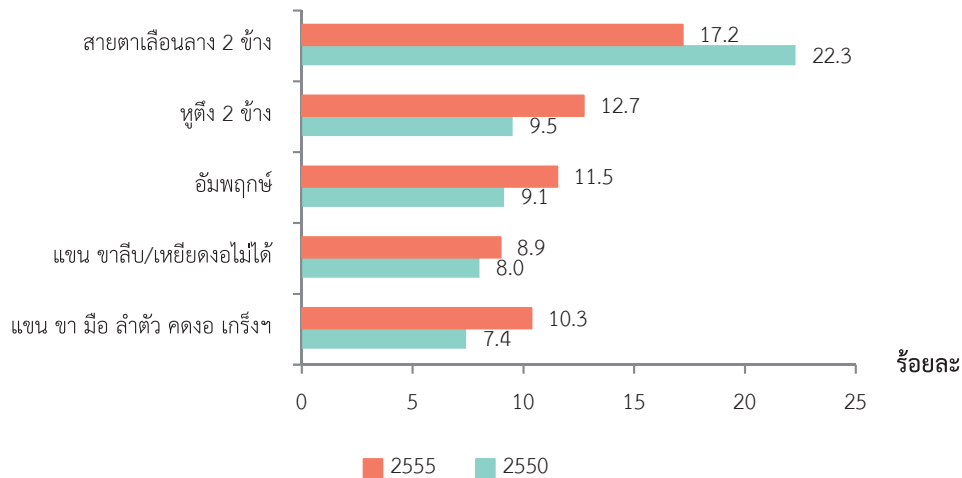
จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีนิยามในการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกันในแต่ละครั้ง พบว่า สัดส่วนผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2517 เป็นร้อยละ 2.9 ใน พ.ศ. 2550 และเป็นร้อยละ 2.2 ใน พ.ศ. 2555 (ตารางที่ 5.14) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอื่นๆ พบความชุกของความพิการสูงกว่ารายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เช่น การสำรวจสถานะทางสุขภาพประชากรไทยด้วยวิธีการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552) พบผู้พิการในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนความพิการค่อนข้าง

สูง มีลักษณะพิการทางกายภาพของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งถึงร้อยละ 12.1⁵

เมื่อจำแนกลักษณะของความบกพร่องที่มีประชากรที่พิการใน พ.ศ. 2555 มากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ สายตา เลื่อนกลางทั้ง 2 ข้าง หูตึง 2 ข้าง อัมพฤกษ์ แขน ขา มือ ลำตัว คดงอ เกร็งๆ และแขนขาลีบ/เหยียดงอไม่ได้ ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2550 พบว่าอันดับความพิการ 5 อันดับแรกไม่ได้เปลี่ยนไปมาก ยกเว้น แขน ขา มือ ลำตัว คดงอ เกร็งๆ และแขน ขาลีบ/เหยียดงอไม่ได้ (ภาพที่ 5.4)

⁵ รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - 2552

ภาพที่ 5.4 สัดส่วนของประชากรพิการ จำแนกตามลักษณะความบกพร่อง 5 ลำดับแรก พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2555



ที่มา: การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้จากการสำรวจความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ของประชากรที่พิการอายุมากกว่า 7 ปี พบว่าในพ.ศ. 2555 ปัญหาสุขภาพ 5 อันดับแรกที่มีประชากรพิการเป็นมากที่สุด คือ การเดินขึ้นบันได 1 ชั้น การนั่งยองๆ การเดินทางระยะ 50 ก้าว การมองเห็น และการลุกจากการนอนเป็นท่าหนึ่ง

นอนเป็นท่าหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 48.9 47.2 46.9 28.5 และ 25.3 ตามลำดับ โดย พ.ศ. 2555 มีร้อยละของประชากรที่พิการเพิ่มสูงขึ้นกว่า พ.ศ. 2550 เกือบทุกปัญหาสุขภาพ ยกเว้น การมองเห็น และการลุกจากการนอนเป็นท่าหนึ่ง (ตารางที่ 5.13)

ตารางที่ 5.13 ร้อยละของประชากรที่พิการอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป ที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ จำแนกตามประเภทความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ 5 ลำดับแรกและระดับความรุนแรง พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2555

ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ	ระดับความรุนแรง					
	ไม่ลำบากแค่ใช้เครื่องช่วย/ยา		มีความลำบาก/ปัญหา		ทำไม่ได้เลย	
	2550 ⁽¹⁾	2555 ⁽²⁾	2550 ⁽¹⁾	2555 ⁽²⁾	2550 ⁽¹⁾	2555 ⁽²⁾
การเดินขึ้นบันได 1 ชั้น	42.2	48.9	30.3	32.5	11.9	16.2
การมองเห็น	40.7	28.5	38.2	25.9	2.5	2.3
การเดินทางระยะ 50 ก้าว	40.6	46.9	30.6	34.7	9.9	11.8
การนั่งยองๆ	37.6	47.2	25.1	30.3	12.5	16.8
การลุกจากการนอนเป็นท่าหนึ่ง	28.2	25.3	26.8	19.9	1.3	5.4

ที่มา: (1) การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(2) การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: การสำรวจความพิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2555 ปรับข้อคำถาม จาก พ.ศ. 2550 ดังนี้

1. ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพจากความเจ็บปวดตามร่างกายเป็นการลุกจากการนอนเป็นท่าหนึ่ง
2. การเดินทางระยะ 50 เมตรเป็นการเดินทางระยะ 50 ก้าว
3. ระดับความรุนแรงจากเล็กน้อยและมากเป็นมีความลำบาก/ปัญหา

ตารางที่ 5.14 จำนวนและร้อยละของคนพิการไทย
พ.ศ. 2517 - 2555

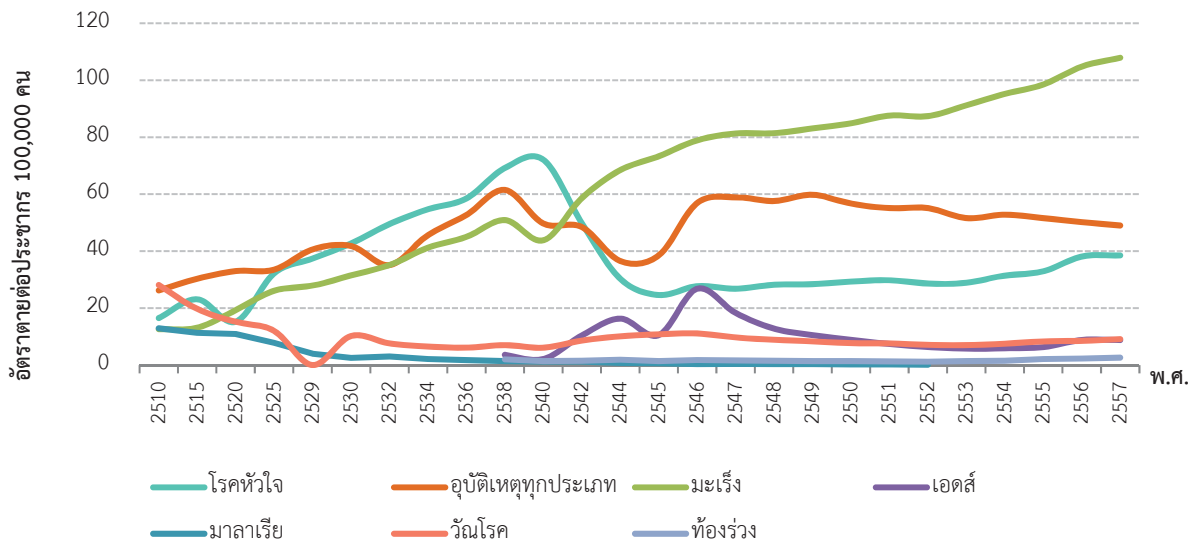
จำนวนและร้อยละของคนพิการไทย พ.ศ. 2517 - 2555		
ปีสำรวจ	คนพิการ (x1,000)	ร้อยละต่อประชากร
2517	209.0	0.5
2519	245.0	0.6
2520	296.2	0.7
2521	324.6	0.7
2524	367.5	0.8
2529	385.9	0.7
2534	1,057.0	1.8
2539	1,024.1	1.7
2544	1,100.8	1.8
2545	1,098.0	1.7
2550	1,871.8	2.9
2555	1,478.6	2.2

ที่มา: 1. โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2517 - 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550
3. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555

1.8 การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiological Transition)

สาเหตุการตายของคนไทย (จากมรณบัตร) ตั้งแต่ พ.ศ. 2510 - 2557 แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาจากโรคติดต่อมาเป็นโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ โดยพบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ และอุบัติเหตุ ซึ่งกลุ่มโรคมะเร็งมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตามภาพที่ 5.5

ภาพที่ 5.5 อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2510 - 2557



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ในพ.ศ. 2540 มีการเปลี่ยนแปลงการให้รหัสข้อมูล ส่งผลให้อัตราการตายจากโรคหัวใจลดลงมาก

1.9 การสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของคนไทย โดยใช้ การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss)⁶ เป็นดัชนีบ่งชี้ปัญหา พบว่าใน พ.ศ. 2556 การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นปัญหาสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะลำดับแรกใน

เพศชาย ขณะที่เพศหญิง คือ โรคหลอดเลือดสมอง โดย ลำดับ 2 และ 3 ในเพศชาย คือ อุบัติเหตุทางถนน และ โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนเพศหญิง คือ โรคมะเร็งและ โรคซึมเศร้า ตามลำดับ (ตารางที่ 5.15)

ตารางที่ 5.15 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2556 จำแนกตามเพศ

ลำดับที่	เพศชาย			เพศหญิง		
	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ
1	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	537	8.8	โรคหลอดเลือดสมอง	369	8.2
2	อุบัติเหตุทางถนน	490	8	โรคมะเร็ง	355	7.9
3	โรคหลอดเลือดสมอง	423	6.9	โรคซึมเศร้า	245	5.4
4	โรคมะเร็งตับ	272	4.4	โรคหัวใจขาดเลือด	186	4.1
5	โรคหัวใจขาดเลือด	267	4.4	ต่อกระจก	166	3.7
6	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	257	4.2	โรคข้อเสื่อม	146	3.2
7	โรคมะเร็ง	236	3.9	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	129	2.9
8	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	207	3.4	อุบัติเหตุทางถนน	124	2.7
9	ภาวะตับแข็ง	199	3.3	ภาวะโลหิตจาง	119	2.6
10	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	143	2.3	โรคมะเร็งตับ	114	2.5
11	โรคอื่นๆ	3,075	50.4	โรคอื่นๆ	2,552	56.6
	รวม	6,105	100	รวม	4,506	100

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2556 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านนี้ประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

2. ปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยที่สำคัญ

2.1 โรคไม่ติดต่อ

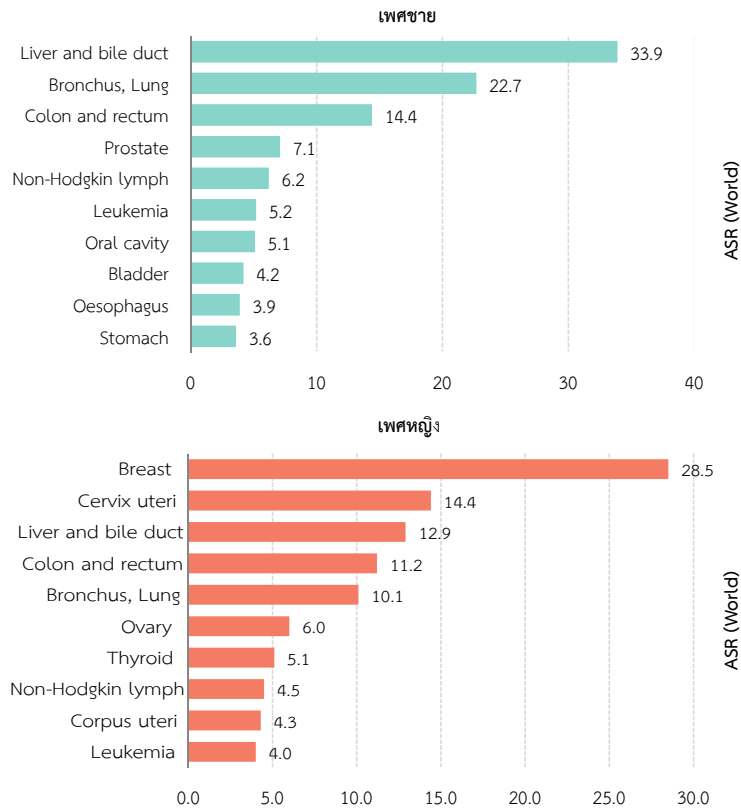
2.1.1 โรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างยิ่งของคนไทย จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (Cancer in Thailand) พ.ศ. 2554 พบว่าผู้ชายไทยป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดีในดับมากที่สุด รองลงมา คือ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็ง

ต่อมลูกหมาก ส่วนหญิงไทยป่วยเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด รองลงมา คือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและ ท่อน้ำดีในดับ (ภาพที่ 5.6) โดยพบอุบัติการณ์ของ โรคมะเร็งที่พบบ่อยดังนี้

⁶ การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY-Disability Adjusted Life Year) ซึ่งหนึ่งหน่วยเท่ากับการสูญเสียช่วงอายุของการมีสุขภาพที่ดีไปจำนวน 1 ปี โดยคำนวณจาก DALY= ปีที่สูญเสียไปเพราะตายก่อนวัยอันควร+ปีที่สูญเสียเพราะเจ็บป่วยหรือพิการ

ภาพที่ 5.6 โรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของประเทศไทย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2554



ที่มา: Cancer in Thailand, 2010 - 2012

(1) มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายที่ทำให้หญิงไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะมะเร็งเต้านม ซึ่งสถานการณ์ของโรคระหว่าง พ.ศ. 2539-2554 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน (ตารางที่ 5.16) ทั้งนี้หญิงไทยในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มการเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ แต่สำหรับมะเร็งปากมดลูกสถานการณ์

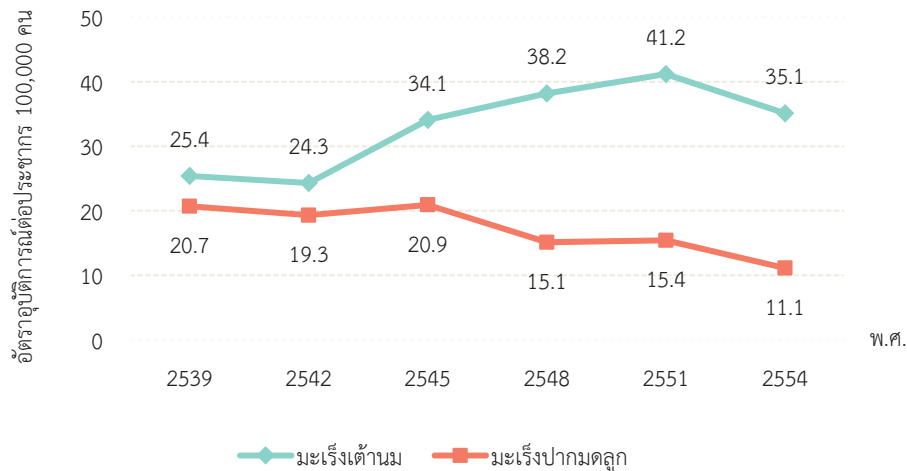
แนวโน้มเริ่มลดลง (ภาพที่ 5.7) และเมื่อพิจารณาเฉพาะมะเร็งที่พบบ่อยในหญิงไทยใน 5 จังหวัดในข่ายงานของศูนย์ทะเบียนมะเร็งดังแสดงในตารางที่ 5.17 พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกพบสูงสุดในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนมะเร็งเต้านมพบสูงสุดที่กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 5.16 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่พบบ่อยในสตรีไทย พ.ศ. 2539 พ.ศ. 2542 พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2554

ลำดับ	ชนิด	อัตราอุบัติการณ์ต่อประชากร 100,000 คน					
		2539 ¹	2542 ²	2545 ³	2548 ⁴	2551 ⁵	2554 ⁶
1	มะเร็งปากมดลูก	19.5	24.7	18.1	17.7	16.7	14.4
2	มะเร็งเต้านม	17.2	20.5	20.9	25.6	26.4	28.5
3	มะเร็งตับ	16	12.3	14.6	18.2	16.6	12.9
4	มะเร็งปอด	10	9.3	9.7	11.9	11.5	10.1
5	มะเร็งรังไข่	5.2	6	5.1	5.6	6.2	6.0

ที่มา: 1. Cancer in Thailand, 1995 - 1997 2. Cancer in Thailand, 1998 - 2000 3. Cancer in Thailand, 2001 - 2003
4. Cancer in Thailand, 2004 - 2006 5. Cancer in Thailand, 2007 - 2009 6. Cancer in Thailand, 2010 - 2012

ภาพที่ 5.7 อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในสตรีกรุงเทพมหานคร ระหว่าง พ.ศ. 2539 - 2554



ที่มา: Cancer in Thailand, 1995 - 1997, 1998 - 2000, 2001 - 2003, 2004 - 2006, 2007 - 2009 และ 2010 - 2012

ตารางที่ 5.17 อัตราอุบัติการณ์ของการพบมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์และมะเร็งเต้านม พ.ศ. 2539 - 2554

จังหวัด	มะเร็งปากมดลูก					
	2539 ¹	2542 ²	2545 ³	2548 ⁴	2551 ⁵	2554 ⁶
เชียงใหม่	25.6	29.4	25.1	24.4	25.5	17.4
ลำปาง	23.6	22.3	23.8	20.2	15.1	10.6
ขอนแก่น	15.0	15.9	15.3	10.8	15.1	10.4
กรุงเทพฯ	20.7	19.3	20.9	15.1	15.4	11.1
สงขลา	16.1	20.6	16.2	15.3	14.1	-
จังหวัด	มะเร็งเต้านม					
เชียงใหม่	17.5	20.7	21.8	26.7	31.1	27.4
ลำปาง	16.4	20.8	25.5	26.6	25.9	27.0
ขอนแก่น	11.6	13.7	15.6	18.9	21.7	23.0
กรุงเทพฯ	25.4	24.3	34.1	38.2	41.2	35.1
สงขลา	12.8	17.2	20.8	21.5	23.7	-
จังหวัด	มะเร็งรังไข่					
เชียงใหม่	4.7	5.9	4.9	5.1	6.9	5.6
ลำปาง	3.7	4.6	6.3	6.3	5.8	5.8
ขอนแก่น	5.6	6.2	5.2	5.1	6.3	4.8
กรุงเทพฯ	5.9	5.1	6.6	5.4	9.0	7.3
สงขลา	4.6	5.7	5.0	6.3	5.6	-

ที่มา: 1. Cancer in Thailand, 1995 - 1997
2. Cancer in Thailand, 1998 - 2000
3. Cancer in Thailand, 2001 - 2003
4. Cancer in Thailand, 2004 - 2006
5. Cancer in Thailand, 2007 - 2009
6. Cancer in Thailand, 2010 - 2012

(2) มะเร็งตับ

อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับ สถานการณ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในเพศชาย ซึ่งใน พ.ศ. 2539 มีอัตราอุบัติการณ์ของโรคต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 37.6 และใน พ.ศ. 2548 และ 2551 อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 42.8 และ 40.3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2554 มีอัตราอุบัติการณ์เริ่มลดลงเป็น 33.9 ต่อประชากรแสนคน (ตารางที่ 5.18) ทั้งนี้อัตราอุบัติการณ์ที่สูงอาจเนื่องมาจากการบริโภคอาหารที่ไม่ปรุงให้สุก โดยเฉพาะอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในตับ (Cholangiocarcinoma: CCA) นอกจากนี้ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีซึ่งเคยสูงมากในอดีต ส่งผลต่อการป่วยเป็นโรคตับอักเสบริ้ว โรคตับแข็งและมะเร็งตับด้วย ทั้งนี้พบว่าใน พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งตับอยู่อันดับที่ 7 ของโลก (ASR เท่ากับ 22.0 ต่อประชากร 100,000 คน)⁷ แต่หากเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในตับ พบว่าประเทศไทยมีอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในโลก⁸

⁷ Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.1, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on 16/01/2015.

⁸ Sripa B, Pairojkul C. Cholangiocarcinoma: lessons from Thailand. Curr Opin Gastroenterol. 2008 May; 24(3): 349-56.

ตารางที่ 5.18 อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2539 - 2554

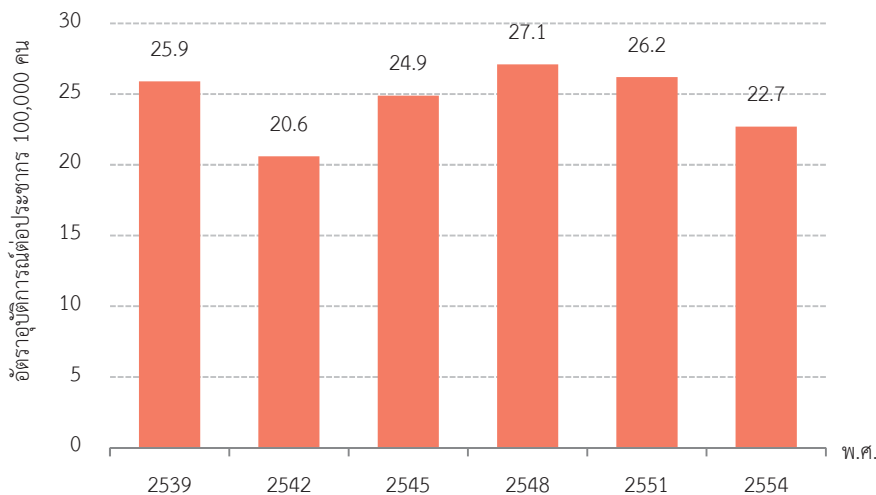
พ.ศ.	อุบัติการณ์ต่อประชากร 100,000 คน	
	เพศชาย	เพศหญิง
2539 ¹	37.6	16.0
2542 ²	33.4	12.3
2545 ³	38.6	14.6
2548 ⁴	42.8	18.2
2551 ⁵	40.3	16.6
2554 ⁶	33.9	12.9

ที่มา: 1. Cancer in Thailand, 1995 - 1997
 2. Cancer in Thailand, 1998 - 2000
 3. Cancer in Thailand, 2001 - 2003
 4. Cancer in Thailand, 2004 - 2006
 5. Cancer in Thailand, 2007 - 2009
 6. Cancer in Thailand, 2010 - 2012

(3) มะเร็งปอด

อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปอดของชายไทยมีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ระหว่าง พ.ศ. 2539 - 2554 โดยในพ.ศ. 2539 เท่ากับ 25.9 ต่อประชากร 100,000 คน และ ใน พ.ศ. 2554 เท่ากับ 22.7 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.8) นอกจากนี้ จากรายงานผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2529 - 2555 พบว่าเพศชายเป็นโรคมะเร็งปอดสูงกว่าผู้หญิงในทุกปี

ภาพที่ 5.8 อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปอดของชายไทย พ.ศ. 2539 - 2554



ที่มา: Cancer in Thailand, 1995 - 1997, 1998 - 2000, 2001 - 2003, 2004 - 2006, 2007 - 2009 และ 2010 - 2012

2.1.2 โรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม

จำนวนและอัตราผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจากความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม สถานการณ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดย พ.ศ. 2551 อัตราผู้ป่วยความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม (ICD-10: F00-F99) เท่ากับ 347.3 ต่อประชากร 100,000 คน และ พ.ศ. 2556 อัตราผู้ป่วยในเพิ่มสูงขึ้นเป็น 446.3

ต่อประชากร 100,000 คน และลดลงเหลือ 412.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 ทั้งนี้สำหรับอัตราผู้ป่วยจิตและความผิดปกติทางจิต (ICD-10: F04-F48) แนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นคล้ายคลึงกับความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม (ตารางที่ 5.19)

ตารางที่ 5.19 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม แยกประเภท พ.ศ. 2551 - 2557

กลุ่มโรค	อัตราต่อประชากร 100,000 คน						
	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
สมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์	8.1	9.0	9.6	9.4	9.9	9.6	8.3
สมองเสื่อมในโรคหลอดเลือด	1.0	1.0	1.1	1.2	1.2	1.3	1.0
สมองเสื่อมจากโรคอื่นที่มีรหัสระบุไว้แล้ว	1.7	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	1.8
โรคสมองเสื่อมที่มีระบุรายละเอียด	0.9	2.2	2.1	2.1	2.1	2.0	1.8
จิตและความผิดปกติทางจิต	307.2	328.3	357.7	373.8	411.3	404.2	374.5
ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม	347.3	371.5	405.2	415.6	453.3	446.3	412.5

หมายเหตุ: หน่วยนับ: รายโรค

ที่มา: รวบรวมและวิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม, พ.ศ.2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

2.1.3 อัมพาต อัมพฤกษ์

สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยอัมพาตและอัมพฤกษ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและหญิง โดยเฉพาะในเพศชายที่มีอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 1.7 เท่า ใน พ.ศ. 2557 (อัตราป่วยเพศชายเท่ากับ 73 ต่อประชากร 100,000 คน เพศหญิงเท่ากับ 43 ต่อประชากร 100,000 คน) (ตารางที่ 5.20)

ตารางที่ 5.20 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของอาการอัมพาตและอัมพฤกษ์ ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557

พ.ศ.	เพศชาย	เพศหญิง	รวม
2551	70	44	57
2552	71	45	58
2553	79	49	64
2554	76	47	61
2555	80	48	64
2556	81	48	64
2557	73	43	58

ที่มา: รวบรวม / วิเคราะห์ : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว และประกันสังคม, พ.ศ. 2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

2.1.4 โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบันโรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคที่ปัจจุบันนิยมการบริโภคอาหารจำพวกแป้ง ไขมันและน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการมีน้ำหนักตัวเกิน ดังจะเห็นได้จากอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตามตารางที่ 5.21 ดังนี้

- **โรคหัวใจขาดเลือด** มีแนวโน้มของอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง แต่อัตราป่วยถือว่าน้อยกว่าโรคเบาหวานมาก โดยในเพศชายอัตราป่วย พ.ศ. 2551 เท่ากับ 389.3 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มเป็น 450.8 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 สำหรับเพศหญิง พ.ศ. 2551 อัตราเท่ากับ 347.5 ต่อประชากร 100,000 คน และใน พ.ศ. 2557 เท่ากับ 366.0 ต่อประชากร 100,000 คน

- **โรคเบาหวาน** มีอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยเฉพาะเพศหญิงมีอัตราป่วยสูงกว่าเพศชายมากกว่า 1.5 เท่า ซึ่ง พ.ศ. 2551 เพศหญิงมีอัตราป่วยอยู่ที่ 1,086.7 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 1,249.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 ขณะที่เพศชาย พ.ศ. 2551 เท่ากับ 622.3 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 807.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557

- **โรคหลอดเลือดสมอง** มีแนวโน้มของอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดย พ.ศ. 2551 มีอัตราป่วยเท่ากับ 303.5 และ 244.5 ต่อประชากร 100,000 ในเพศชายและหญิงตามลำดับ และเพิ่มเป็น 397.9 และ 308.2 ต่อประชากร 100,000 ในเพศชายและหญิงตามลำดับเช่นกัน

ตารางที่ 5.21 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวานและหลอดเลือดสมอง แยกเพศ ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557

พ.ศ.	โรคหัวใจขาดเลือด		เบาหวาน		โรคหลอดเลือดสมอง	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
2551	389.3	347.5	622.3	1,086.7	303.5	244.5
2552	401.8	375.7	647.4	1,165.3	314.2	265.3
2553	419.0	376.1	702.3	1,198.6	338.2	278.6
2554	443.8	382.6	731.8	1,197.4	367.6	294.7
2555	462.7	393.5	802.9	1,289.3	396.0	314.4
2556	473.7	391.5	837.0	1,317.5	411.1	324.0
2557	450.8	366.0	807.9	1,249.5	397.9	308.2

หมายเหตุ: หน่วยนับ: รายโรค

ที่มา: รวบรวม / วิเคราะห์ : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม, พ.ศ. 2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

นอกจากนี้ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังของคนไทยอายุ 15-74 ปี พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2553 และ 2558 โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ (ตารางที่ 5.22)

- ความชุกของการมีภาวะน้ำหนักเกิน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.3 (พ.ศ. 2547) เป็นร้อยละ 30.5 (พ.ศ. 2558)

- ความชุกของการมีภาวะอ้วน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.6 (พ.ศ. 2547) เป็นร้อยละ 7.5 (พ.ศ. 2558)

- ความชุกของประชาชนที่เป็นความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.0 (พ.ศ. 2547) เป็นร้อยละ 15.3 (พ.ศ. 2558)

- ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.2 (พ.ศ. 2547) เป็นร้อยละ 8.3 (พ.ศ. 2558)

ตารางที่ 5.22 เปรียบเทียบความชุก (ร้อยละ) ของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อของคนไทย พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2550 พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2558

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง	2547	2548	2550	2553	2558
ภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย \geq 25-30 กก./ม ²)	15.3	16.1	19.1	21.3	30.5
ภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย \geq 30 กก./ม ²)	2.6	3	3.7	4.4	7.5
ประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	8	8.3	9.4	9.1	15.3
ประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน	3.2	3.7	3.9	4.2	8.3
ประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)	0.8	0.9	1.1	1.6	0.7
ประชาชนที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด	1.1	1.1	1.5	1.6	0.8

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

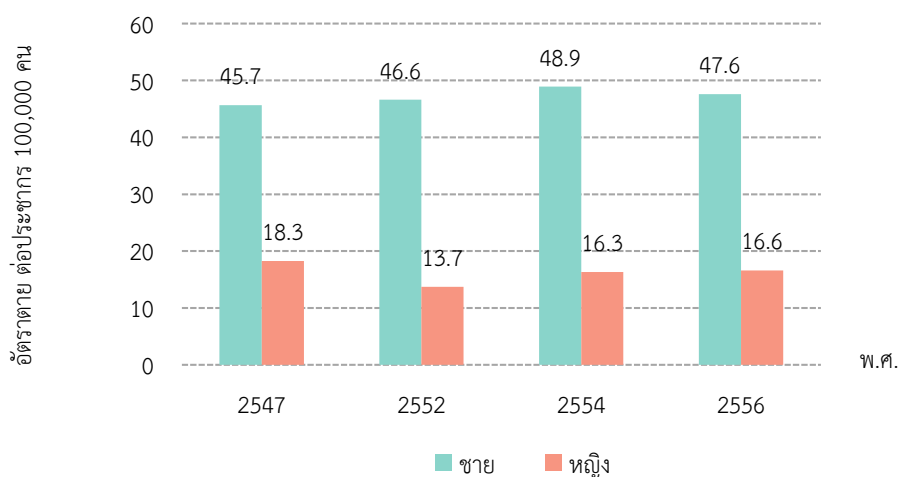
หมายเหตุ: ข้อมูลความชุกของโรคได้มาจากการซักประวัติการป่วย จึงเป็นข้อมูลเฉพาะผู้ที่รู้ว่าตนเองป่วยด้วยโรคแล้วเท่านั้น

2.1.5 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีสาเหตุสำคัญจากการสูบบุหรี่หรือได้รับหมอกควันเป็นเวลานานๆ ซึ่งจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547, 2552, 2554 และ 2556 พบว่าอัตราการตายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเพศชายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย โดย พ.ศ. 2547 อัตราตายเพศชายเท่ากับ 45.7 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 47.6 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2556 แต่กลับมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยใน

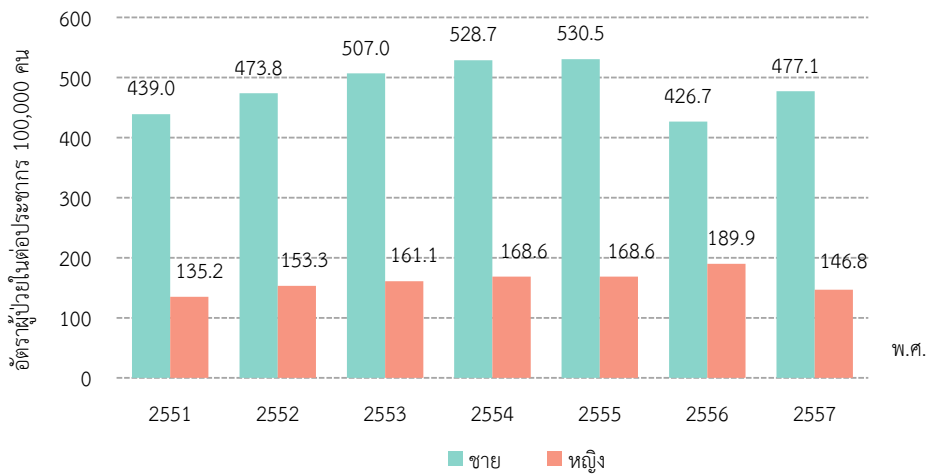
เพศหญิง โดย พ.ศ. 2547 เพศหญิงมีอัตราตายเท่ากับ 18.3 ต่อประชากร 100,000 คน และลดลงเป็น 16.6 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2556 (ภาพที่ 5.9) ทั้งนี้จากรายงานจำนวนผู้ป่วยที่ได้เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเพศชายมีอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิงมาก (ภาพที่ 5.10)

ภาพที่ 5.9 อัตราตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แยกเพศ พ.ศ. 2547, 2552, 2554 และ 2556



ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ภาพที่ 5.10 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แยกเพศ ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557



ที่มา: รวบรวม / วิเคราะห์: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ.2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม

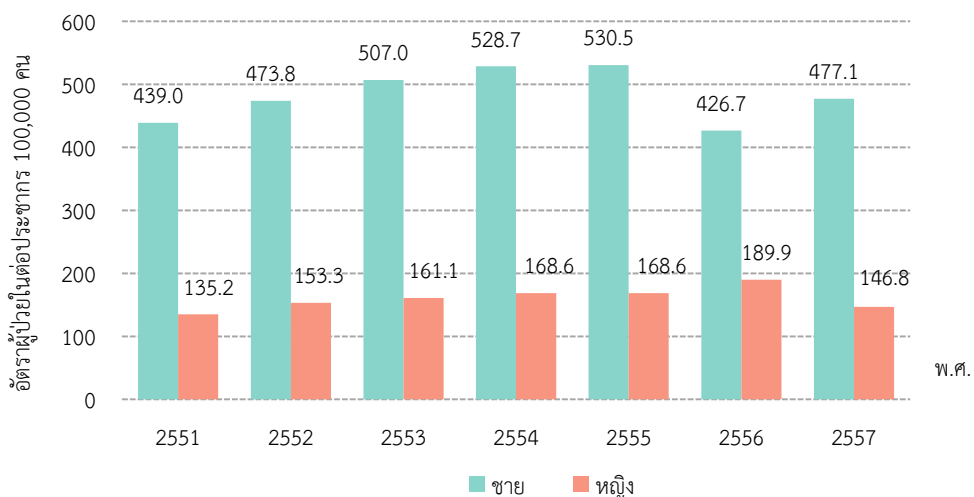
พ.ศ.2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

2.1.6 ข้อเชื่อมโยง

จากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า โรคข้อเสื่อมมีสถานการณ์แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในเพศชาย โดย พ.ศ. 2551 มีอัตราการป่วยเท่ากับ 439.0 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 477.1 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 ขณะที่อัตรา

การป่วยของโรคข้อเสื่อมในเพศหญิงค่อนข้างคงที่ คือ พ.ศ. 2551 มีอัตราป่วยเท่ากับ 135.2 ต่อประชากร 100,000 คน และเท่ากับ 146.8 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 (ภาพที่ 5.11)

ภาพที่ 5.11 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคข้อเสื่อม แยกเพศ ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557



ที่มา: รวบรวม / วิเคราะห์: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม

พ.ศ. 2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

2.1.7 โรคไต

จากข้อมูลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยจาก 876.0 ต่อประชากร 100,000 คนใน พ.ศ. 2551 เป็น 1,105.0 ต่อประชากร

100,000 คนใน พ.ศ. 2557 ซึ่งเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยไตวาย พบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึงเกือบ 2 เท่า คือ ใน พ.ศ. 2551 มีอัตราผู้ป่วยเท่ากับ 484.6 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 813.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 (ตารางที่ 5.23)

ตารางที่ 5.23 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของกลุ่มโรคไต แยกประเภท ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557

กลุ่มโรคไต	อัตราต่อประชากร 100,000 คน						
	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
กลุ่มอาการไตอักเสบเฉียบพลัน	6.2	8.4	6.3	5.5	5.2	4.8	4.6
ไตวาย	484.6	532.8	606.1	643.2	743.5	806.0	813.9
นิ่วในทางเดินปัสสาวะ	113.6	127.1	122.5	102.5	98.9	94.2	82.0
ความผิดปกติอื่นของไตและท่อไต	20.5	20.6	17.4	15.1	11.1	9.3	7.6
ความผิดปกติอื่นที่ระบุรายละเอียดของไตและท่อไต	18.3	18.4	15.2	13.0	8.9	7.1	5.7
รวมกลุ่มโรคไต	876.0	929.0	989.0	991.0	1,085.0	1,138.0	1,105.0

ที่มา: รวบรวม / วิเคราะห์: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม

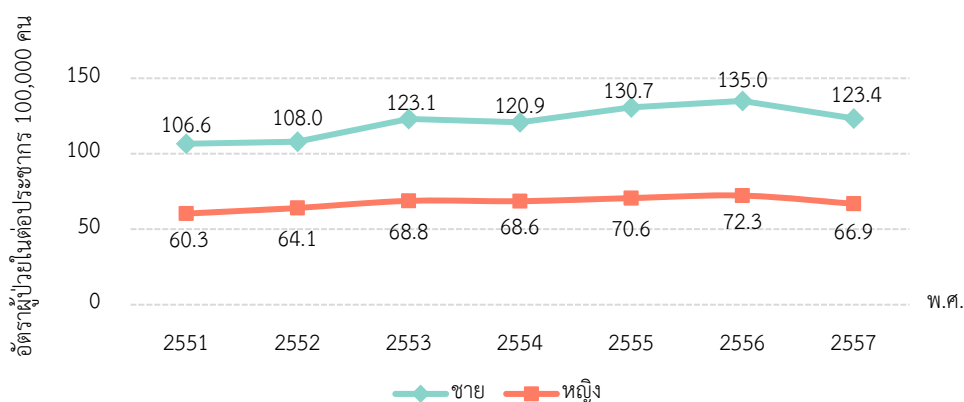
พ.ศ. 2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว

2.1.8 โรคตับแข็ง

การดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆ มีผลเสียต่อตับ โดยพบว่าอัตราป่วยจากโรคตับแข็งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและหญิง โดยเฉพาะเพศชายมีอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิงเกือบ 2 เท่า โดย พ.ศ. 2551 อัตราป่วยของโรคตับแข็งในเพศชายเท่ากับ 106.6 ต่อประชากร

100,000 คน และเพศหญิงเท่ากับ 60.3 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งใน พ.ศ. 2557 อัตราป่วยในเพศชายเพิ่มขึ้นเป็น 123.4 ต่อประชากร 100,000 คน และเพศหญิงเพิ่มขึ้นเป็น 66.9 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.12)

ภาพที่ 5.12 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคตับแข็ง แยกเพศ ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557



ที่มา: รวบรวม / วิเคราะห์: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม

พ.ศ. 2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว

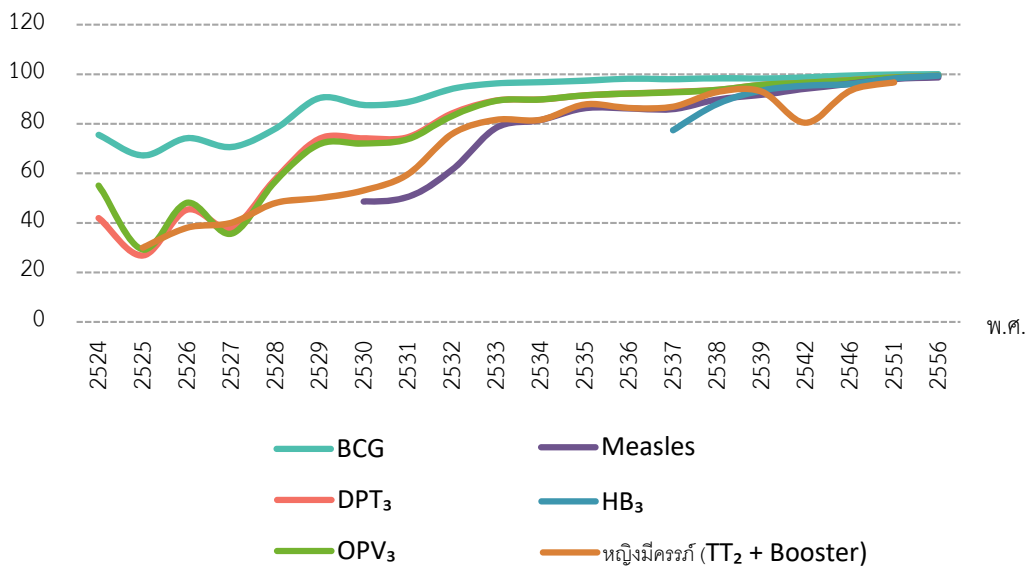
2.2 โรคติดต่อทั่วไป

2.2.1 โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

ประเทศไทยมีการให้วัคซีนในกลุ่มเป้าหมายตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและรักษาโรคระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในประชากรกลุ่มเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง โดยการเพิ่มวัคซีนใหม่เพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการป้องกันโรคที่สำคัญและปรับชนิดของวัคซีนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการได้รับวัคซีน มีการรณรงค์การให้วัคซีนในประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้ประชากรทุกกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ และมีความ

ครอบคลุมเกินกว่าร้อยละ 90 ทุกกลุ่มเป้าหมาย จากข้อมูลเฝ้าระวังของสำนักระบาดวิทยา พบว่า จำนวนผู้ป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน มีแนวโน้มลดลงทุกโรค (ดังตารางที่ 5.24 และภาพที่ 5.13) ยกเว้นโรคตับอักเสบจากไวรัสบีที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่อัตราป่วยตายลดลง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการเข้าถึงบริการและการรายงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งพบในวัยกลางคนมาก ซึ่งเป็นคนรุ่นก่อนหน้าการให้วัคซีนอย่างครอบคลุม (ภาพที่ 5.15)

ภาพที่ 5.13 ความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันโรคจากวัคซีน BCG, DPT₃, OPV₃, HB₃, Measles และ TT₂+Booster ในหญิงมีครรภ์ พ.ศ. 2524 – 2556



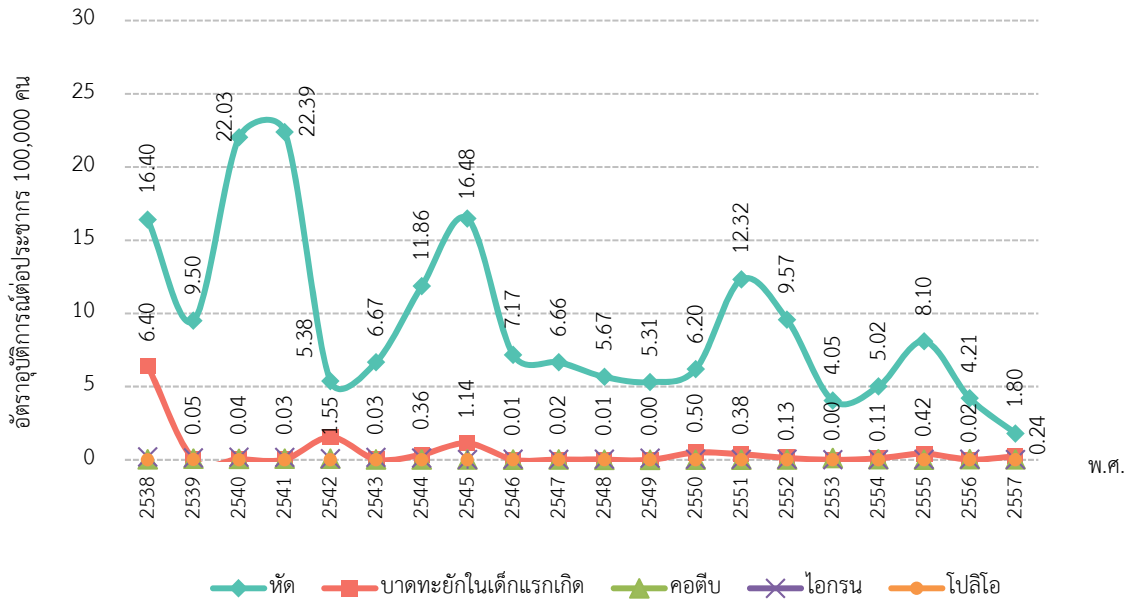
ที่มา: (1) การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
(2) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5.24 ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในประชากรกลุ่มเป้าหมาย พ.ศ. 2524 - 2556

กิจกรรม	ปีงบประมาณ (ร้อยละ)																				
	2524	2525	2526	2527	2528	2529	2530	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2542	2546	2551	2556	
เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี																					
BCG	75.5	67.2	74.2	70.6	78.0	90.4	87.6	88.8	94.1	96.3	96.8	97.4	98.2	98.0	98.4	98.3	98.7	99.5	99.9	100.0	
DPT ₃	41.9	26.8	45.3	38.0	57.7	74.0	74.1	74.6	84.2	89.4	89.8	91.5	92.2	92.9	93.7	95.7	96.5	97.6	98.7	99.4	
OPV ₃	55.0	29.2	48.1	35.6	56.8	71.8	72.0	73.8	83.2	89.3	89.8	91.5	92.2	92.7	93.7	95.7	96.6	97.6	98.7	99.4	
Measles							48.6	50.4	61.4	78.4	81.5	86.3	86.2	85.9	89.8	91.7	94.2	96.1	98.1	98.7	
HB ₃														77.4	88.0	93.4	95.4	96.0	98.3	99.4	
หญิงมีครรภ์																					
TT ₂ + Booster	30.0	38.0	40.0	48.0	48.0	50.0	53.1	59.6	75.9	81.6	81.6	87.8	86.4	86.9	92.8	93.0	80.4	93.3	96.7		

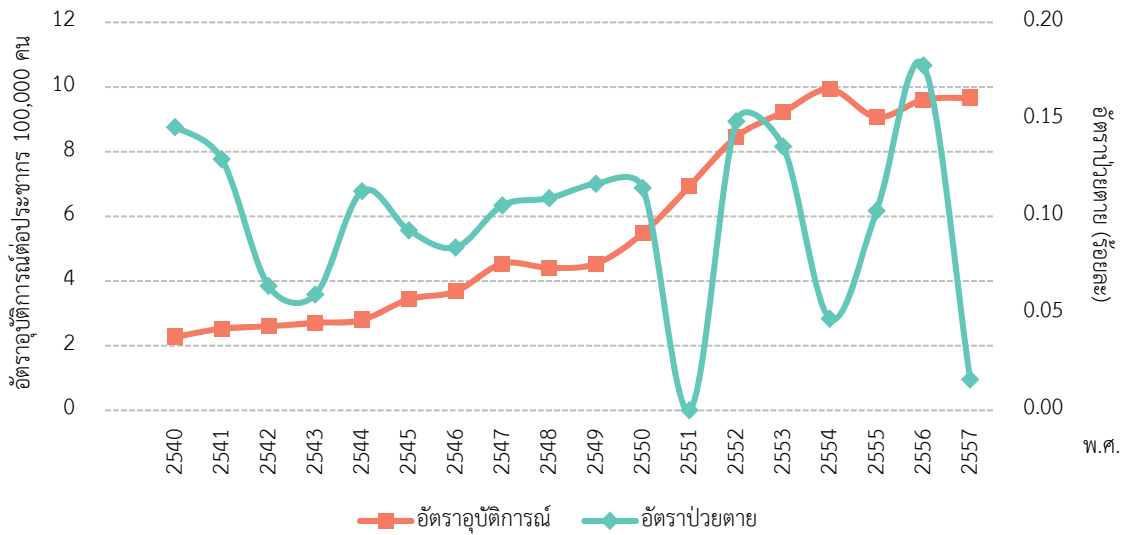
ที่มา: 1. การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขึ้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.14 อัตราอุบัติการณ์ของโรคหัด โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด โรคคอตีบ โรคไอกรนและโรคโปลิโอ พ.ศ. 2538 - 2557



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.15 อุบัติการณ์และอัตราป่วยตายของโรคตับอักเสบจากไวรัส ปี พ.ศ. 2540 - 2557



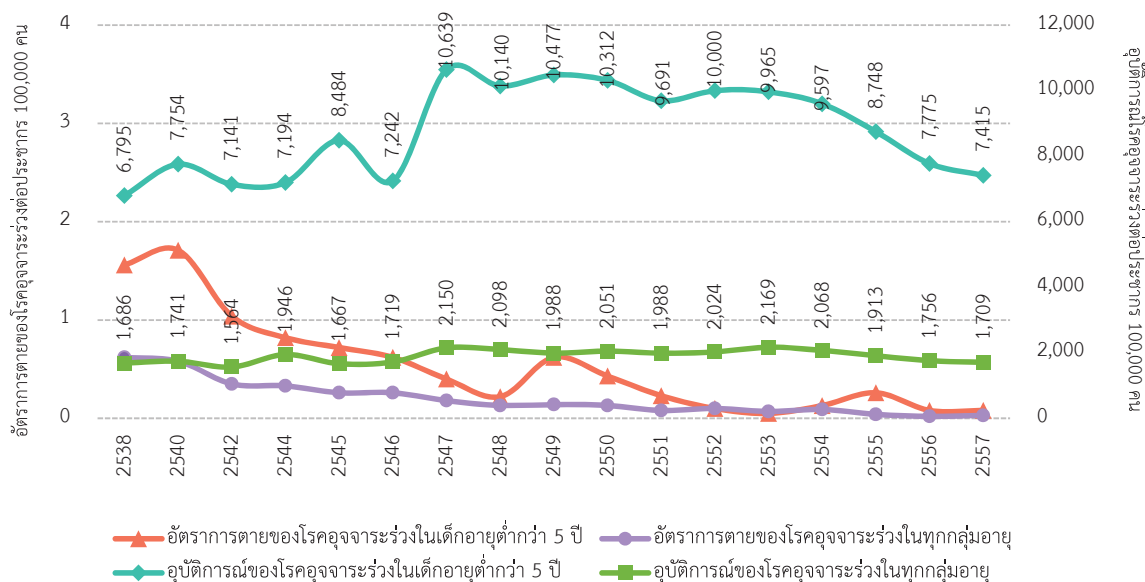
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.2.2 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea)

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นโรคในกลุ่มโรคติดต่อระบบทางเดินอาหารและน้ำที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากข้อมูลเฝ้าระวังของสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราอุบัติการณ์และอัตราตายจาก

โรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและทุกกลุ่มอายุในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2553 - 2557) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอัตราตายจากโรคนี้นี้ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลดลงอย่างเห็นได้ชัดในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมา (ภาพที่ 5.16)

ภาพที่ 5.16 อุตการณ์ของโรคอุจจาระร่วงและอัตราการตายของโรคอุจจาระร่วงต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2538 - 2557



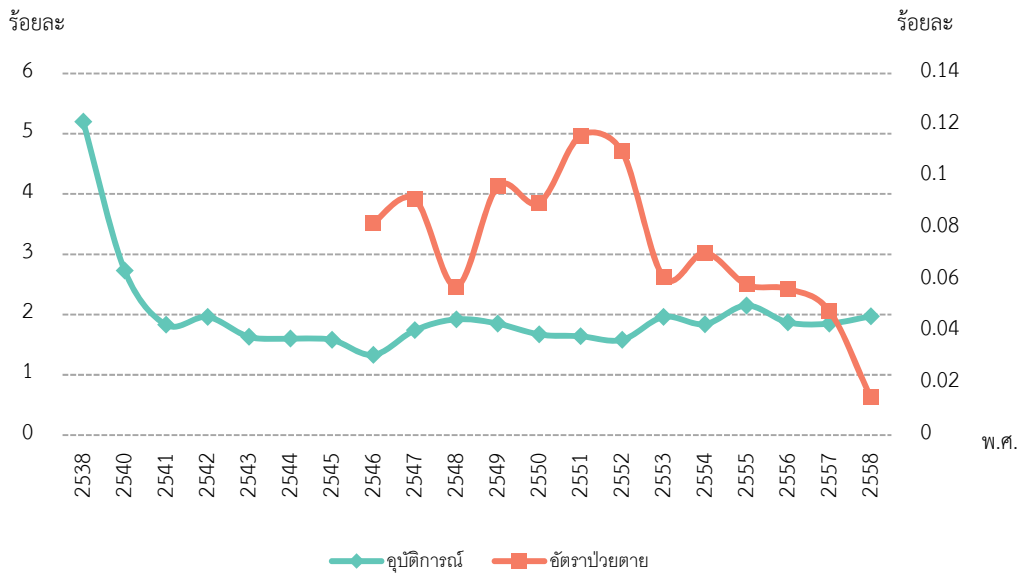
ที่มา: สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.2.3 โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็ก (Acute respiratory infection: ARI)

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็กยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่องค์การอนามัยโลกได้จัดให้เป็นโรคที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคปอดบวมซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ในระดับโลกของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลเฝ้าระวังของสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

พบว่า อัตราอุบัติการณ์จากโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 5.2 ในปี 2538 เป็น 1.97 ในปี 2558 และอัตราป่วยตายลดลงอย่างชัดเจนตั้งแต่ปี 2555 จากร้อยละ 0.06 เหลือเพียงร้อยละ 0.01 ในปี 2558 (ภาพที่ 5.17)

ภาพที่ 5.17 อุบัติการณ์และอัตราป่วยตายของโรคปอดบวม ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พ.ศ. 2538 – 2558



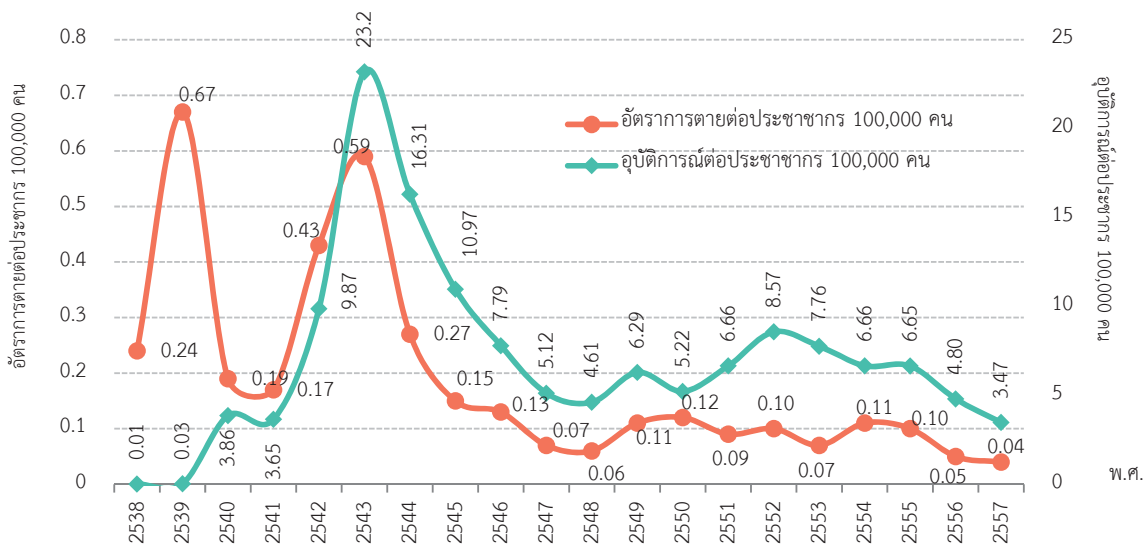
ที่มา: (1) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
(2) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.2.4 โรคเลปโตสไปโรซิส

โรคเลปโตสไปโรซิสหรือโรคฉี่หนู เป็นโรคของสัตว์ที่ติดต่อมาสู่คน การเกิดโรคมักมีความสัมพันธ์กับฤดูกาล โดยพบผู้ป่วยส่วนใหญ่ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม และมีอัตราป่วยสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

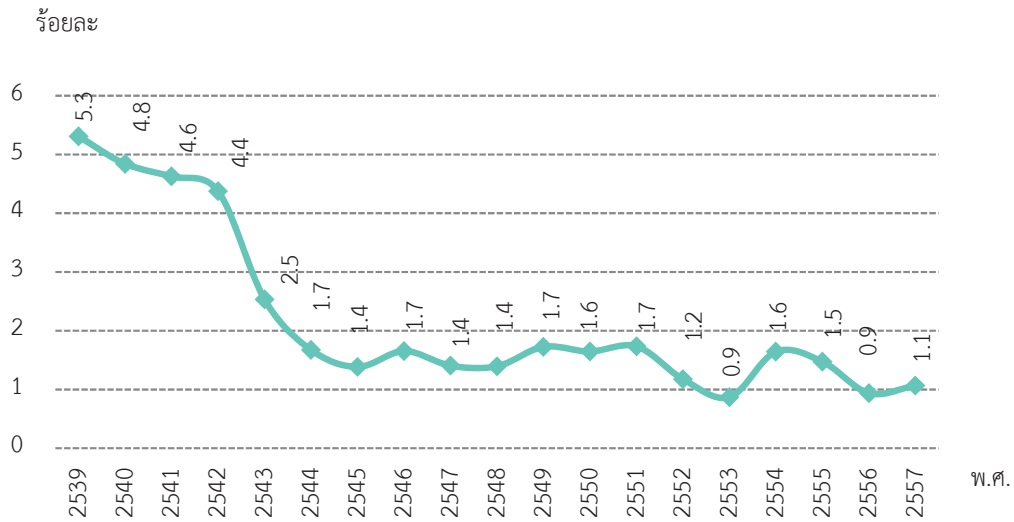
สำหรับสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 มีแนวโน้มลดลง โดยพบอัตราอุบัติการณ์ต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 16.31 และลดลงเป็น 3.47 ในปี 2557 สำหรับอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ลดลงจาก 0.27 ในปีพ.ศ. 2544 เป็น 0.04 ในปีพ.ศ. 2557 เช่นกัน (ภาพที่ 5.18)

ภาพที่ 5.18 อุบัติการณ์และอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซิสต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2538 - 2557



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.19 อัตราป่วยตายของโรคเลปโตสไปโรซิส พ.ศ. 2539 – 2557



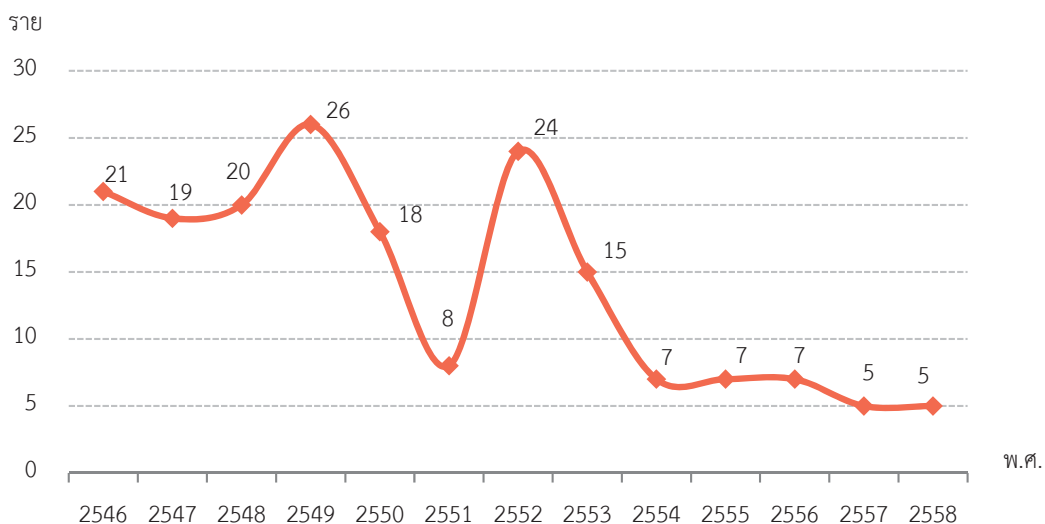
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.2.5 โรคพิษสุนัขบ้า

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าที่จะกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทยภายในปีพ.ศ. 2563 ตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกและองค์การควบคุมโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศได้กำหนดไว้ และจากผลงานดำเนินการควบคุมป้องกัน

โรคพิษสุนัขบ้า โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าลดลงจาก 24 รายในปีพ.ศ. 2552 เหลือเพียง 5 รายในปี พ.ศ. 2558 (ภาพที่ 5.20)

ภาพที่ 5.20 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2546 - 2558



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.3 โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.3.1 โรคเอดส์

1) สถานการณ์การติดเชื้อ HIV

ประเทศไทยมีนโยบายควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์โดยจัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันเป็น ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2557 – 2559) ทำให้ความชุกของการติดเชื้อ เอช ไอวี ในประชากรกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มลดลง จากรายงานเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ HIV ในประชากรกลุ่มเป้าหมายของสำนักกระบวนวิทยากระทรวงสาธารณสุข ในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2538 – 2557) พบสถานการณ์การติดเชื้อ HIV ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ดังนี้ (ภาพที่ 5.21 - 5.25)

กลุ่มหญิงชายบริการทางเพศโดยตรง (Direct CSWs) ความชุกเริ่มลดลงจากร้อยละ 33.15 ในปีพ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 2.58 ในปีพ.ศ. 2557

กลุ่มหญิงชายบริการทางเพศแฝง (Indirect CSWs) ความชุกของการติดเชื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2538 และภายหลังปีพ.ศ. 2547 เริ่มลดลงอย่างช้าๆ จนถึงร้อยละ 1.79 ในปีพ.ศ. 2557

กลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค (STDs) ความชุกค่อนข้างคงที่ระหว่างร้อยละ 7 – 9 ในช่วงปี พ.ศ. 2538 - 2542 หลังจากนั้นเริ่มลดลงจนถึงร้อยละ 4.7 ในปีพ.ศ. 2557

กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด (IVDU) กลุ่มนี้มีความชุกสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ประมาณร้อยละ 28-50 ตลอดช่วง พ.ศ. 2538 – 2553 หลังจากนั้นเริ่มลดลงเป็น 25.0 ในปีพ.ศ. 2557

กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ (ANC) มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2539 มีความชุกร้อยละ 1.81 และในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2553 – 2557) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปีพ.ศ. 2555 หลังจากนั้นแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยในปี พ.ศ. 2557 ความชุกของการติดเชื้อ เท่ากับร้อยละ 0.64 (ภาพที่ 5.22)

กลุ่มผู้บริจาคโลหิต (Donors) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2538 ที่มีความชุกร้อยละ 0.63 จนถึงร้อยละ 0.14 ใน พ.ศ. 2557

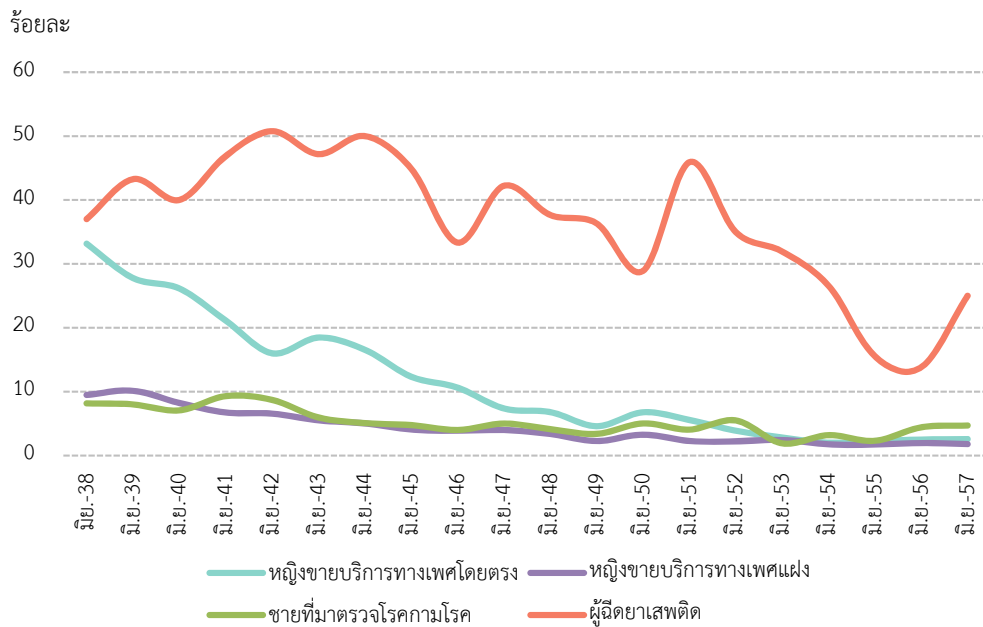
กลุ่มทหารเกณฑ์ ความชุกของการติดเชื้อ มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2538 – 2546 หลังจากนั้นก็มีลักษณะค่อนข้างคงที่ (พ.ศ. 2547 – 2556) มีค่าระหว่างร้อยละ 0.5 – 0.7 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2557

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จากข้อมูลเฝ้าระวังตั้งแต่ปี 2550 - 2557 พบว่าความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มนี้มีค่าระหว่างร้อยละ 5.0 - 25.5

การติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการยุติการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยอัตราความชุกลดลงจากร้อยละ 3.75 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 1.91 ในปี 2558 ซึ่งอัตราดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์ยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกขององค์การอนามัยโลก คืออัตราที่ต่ำกว่าร้อยละ 2

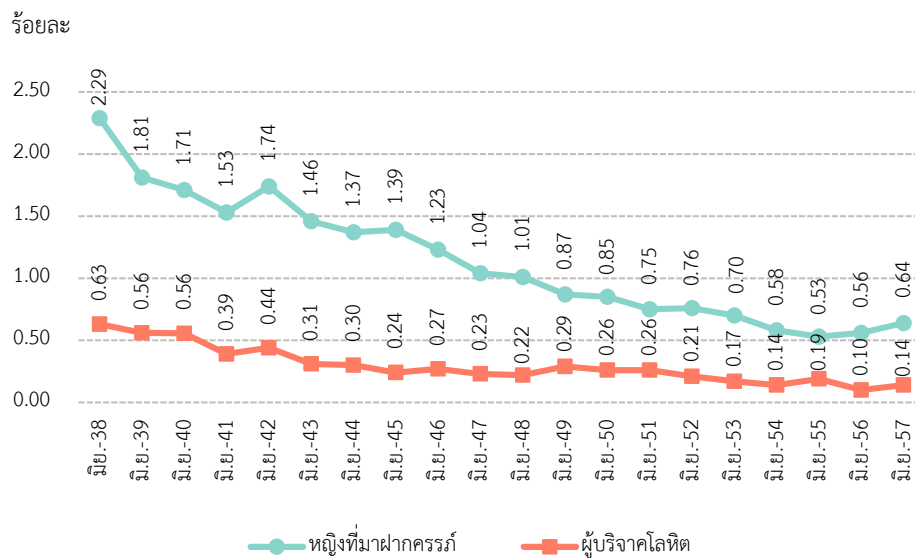
จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ มีแนวโน้มลดลง สะท้อนให้เห็นได้จากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์และกลุ่มทหารเกณฑ์ สำหรับการติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก ประเทศไทยได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลกในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในพ.ศ. 2559 ทั้งนี้ เป็นผลจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการดำเนินการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย

ภาพที่ 5.21 อัตราความชุก (ร้อยละ) ของการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในหญิงขายบริการทางเพศโดยตรง หญิงขายบริการทางเพศแฝง ชายที่มารับตรวจโรคเอดส์และผู้ฉีดยาเสพติด พ.ศ. 2538 - 2557



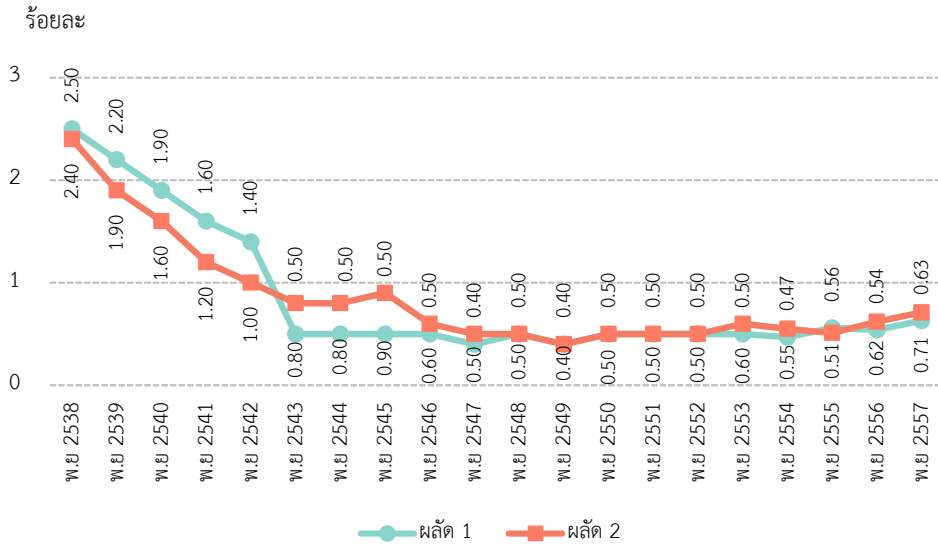
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.22 อัตราความชุก (ร้อยละ) ของการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์และผู้บริจาคโลหิต พ.ศ. 2538 - 2557



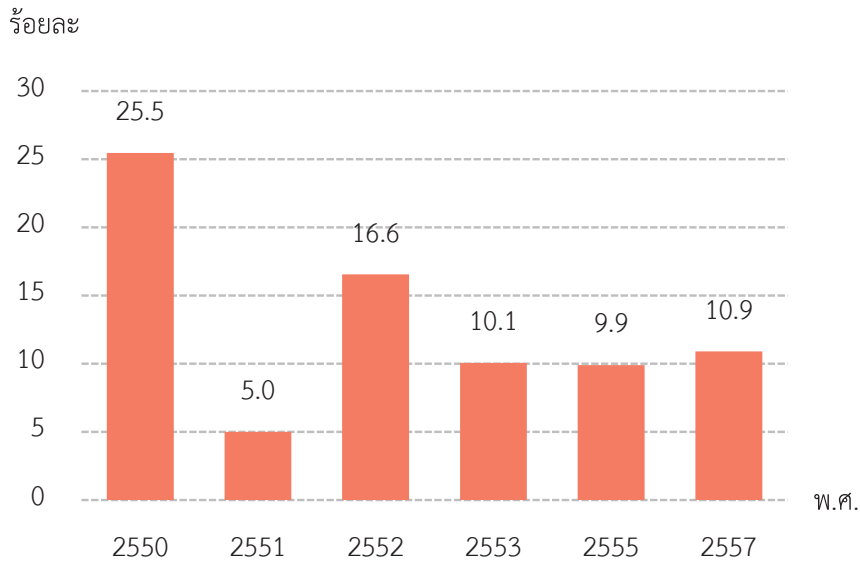
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.23 อัตราความชุก (ร้อยละ) ของการติดเชื้อเอชไอวีในชายไทยที่เข้าเป็นทหารกองประจำการ พ.ศ. 2538 - 2557



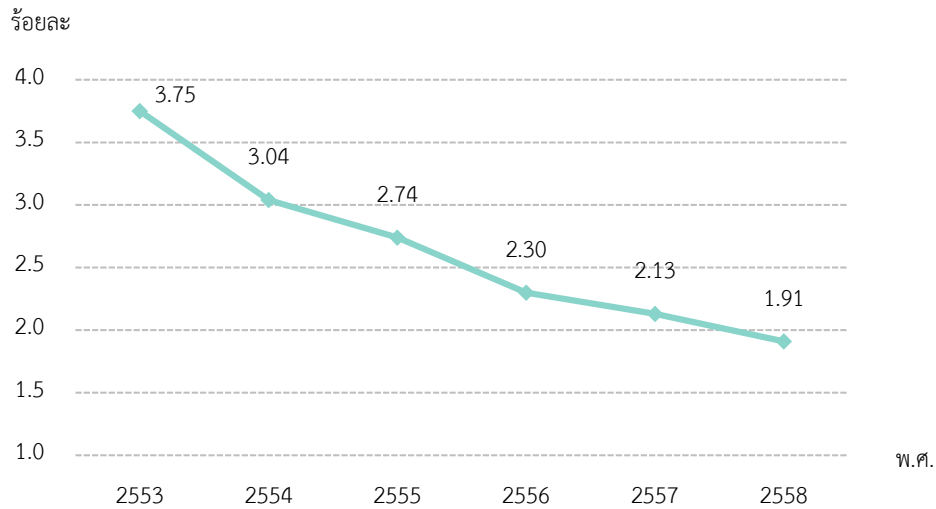
ที่มา: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมการแพทย์ทหารบก สถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า

ภาพที่ 5.24 ความชุก (ร้อยละ) ของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) พ.ศ. 2550 - 2557



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
 หมายเหตุ: ปี 2550 ดำเนินการ 3 จังหวัด
 ปี 2551 ดำเนินการ 2 จังหวัด
 ปี 2552 ดำเนินการ 3 จังหวัด
 ปี 2553 และ 2555 ดำเนินการ 12 จังหวัด
 ปี 2557 ดำเนินการ 5 จังหวัด

ภาพที่ 5.25 ร้อยละของการติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก พ.ศ. 2553 - 2558



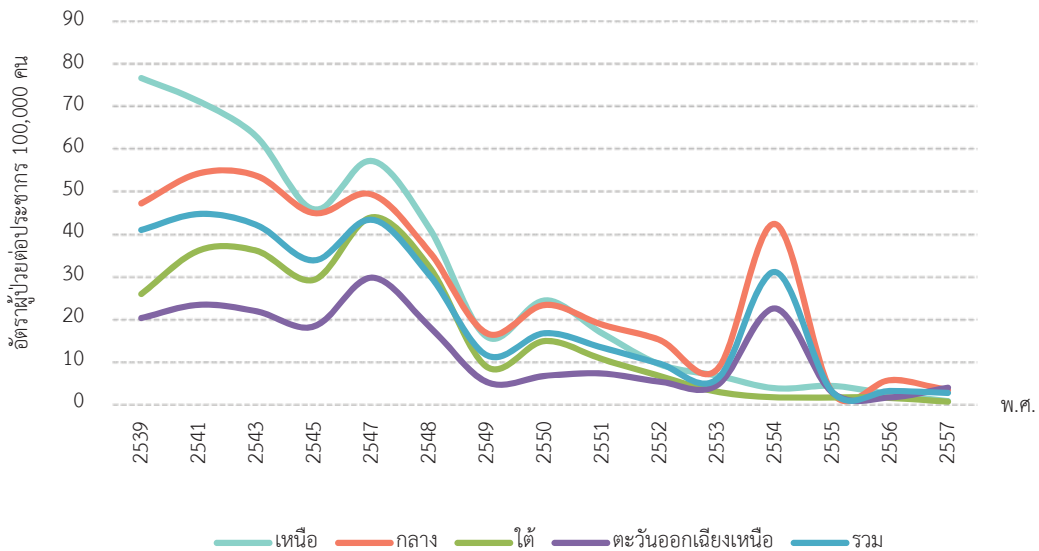
ที่มา: กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

2) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์

จากรายงานเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคเอดส์ของสำนักโรคบาตวิทยา ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 - 2557 ในภาพรวม มีแนวโน้มลดลง และเมื่อพิจารณาเป็นรายภาค

พบว่า ภาคเหนือและภาคกลาง ยังคงมีอัตราป่วยจากโรคเอดส์สูงกว่าภาคอื่นๆ ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราต่ำสุด

ภาพที่ 5.26 แนวโน้มอัตราการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามภาค พ.ศ. 2539 - 2557



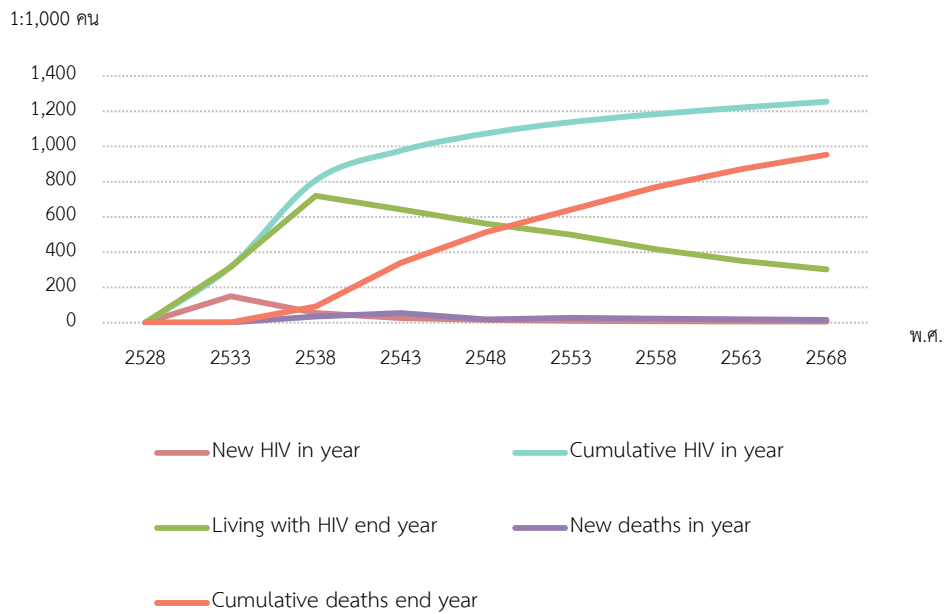
ที่มา: สำนักโรคบาตวิทยา กรมควบคุมโรค

3) การคาดการณ์ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

สำหรับการคาดการณ์ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย โดยคณะผู้เชี่ยวชาญ Thai Working Group และทีม A² (The Asian Epidemic Model (AEM) Projection for HIV/AIDS in Thailand: 2005 - 2025) ได้คาดการณ์ผู้ติดเชื้อ

รายใหม่ในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2559 - 2568) มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ผู้ติดเชื้อสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนการคาดการณ์ผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ พบว่า มีจำนวนลดลงเรื่อยๆ (ภาพที่ 5.27)

ภาพที่ 5.27 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี จากการคาดการณ์ถึง พ.ศ.2568



ที่มา: The Asian Epidemic model (AEM) HIV/AIDS Projection in Thailand 2005-2025
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2.3.2 วัณโรค

สำหรับสถานการณ์วัณโรคในประเทศไทยยังเป็นปัญหาและติดอันดับที่ 18 ในกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรค (Global Tuberculosis Report 2015: WHO) ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาการรักษาเชื้อที่ดื้อยา การเข้าถึงการรักษา และการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในปี พ.ศ. 2553 สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรคได้

ปรับเปลี่ยนวิธีการจำแนกโรคตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยครั้งใหม่และผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน ซึ่งพบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยวัณโรคที่ค้นพบและรายงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และครั้งใหม่ที่มีผลตรวจยืนยันว่าพบเชื้อวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.25)

ตารางที่ 5.25 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ค้นพบและรายงาน (TB Notifications) จำแนกตามประวัติการรักษาตามแนวทางการคัดกรองอนามัยโลก

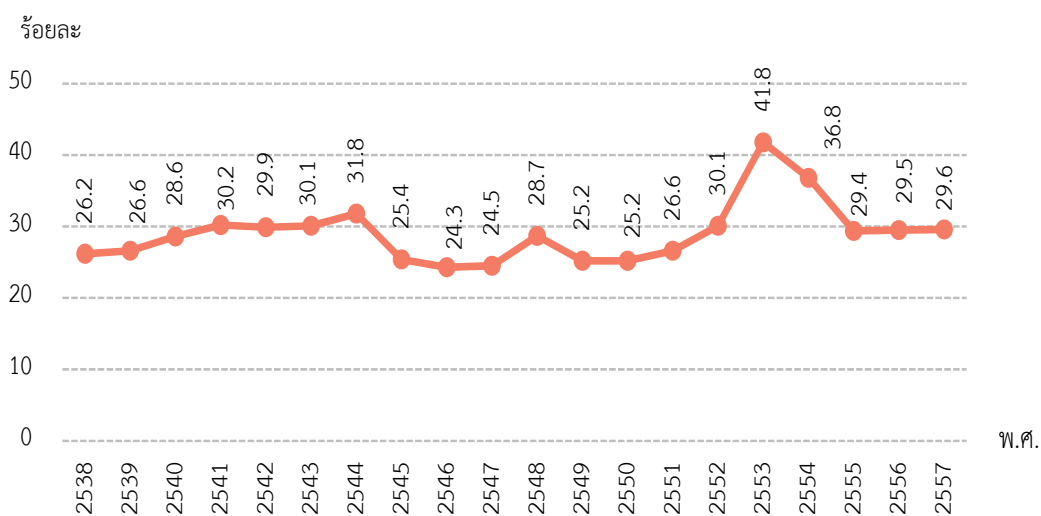
ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยครั้งใหม่ (Incidence cases)		จำนวนผู้ป่วยที่เคยรักษา มาก่อน (Previously treated cases)	รวมทั้งหมด (Total cases notified)
	จำนวนผู้ป่วยครั้งใหม่ที่มี ผลตรวจยืนยันว่าพบเชื้อ วัณโรค (Bacteriologically confirmed by AFB, Culture, or Molecular method)	จำนวนผู้ป่วยครั้ง ใหม่ที่แพทย์วินิจฉัย ตามลักษณะทาง คลินิก (Clinically diagnosed)		
2553	35,335	31,062	1,842	68,239
2554	35,084	30,740	1,852	67,676
2555	32,885	26,389	1,934	61,208
2556	34,689	28,852	2,874	66,415
2557	36,363	31,359	3,896	71,618

ที่มา: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์ก็เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นจากอาการแทรกซ้อนของโรคเอดส์ สำหรับประเทศไทย พบว่าในช่วง พ.ศ. 2538 - 2552 พบการติดเชื้อวัณโรคใน

ผู้ป่วยเอดส์ค่อนข้างคงที่ และเพิ่มสูงขึ้นในปีพ.ศ. 2553 ถึงร้อยละ 41.8 หลังจากนั้นเริ่มลดลงเท่ากับ 29.6 ในปี พ.ศ. 2557 (ภาพที่ 5.28)

ภาพที่ 5.28 ร้อยละของการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2557



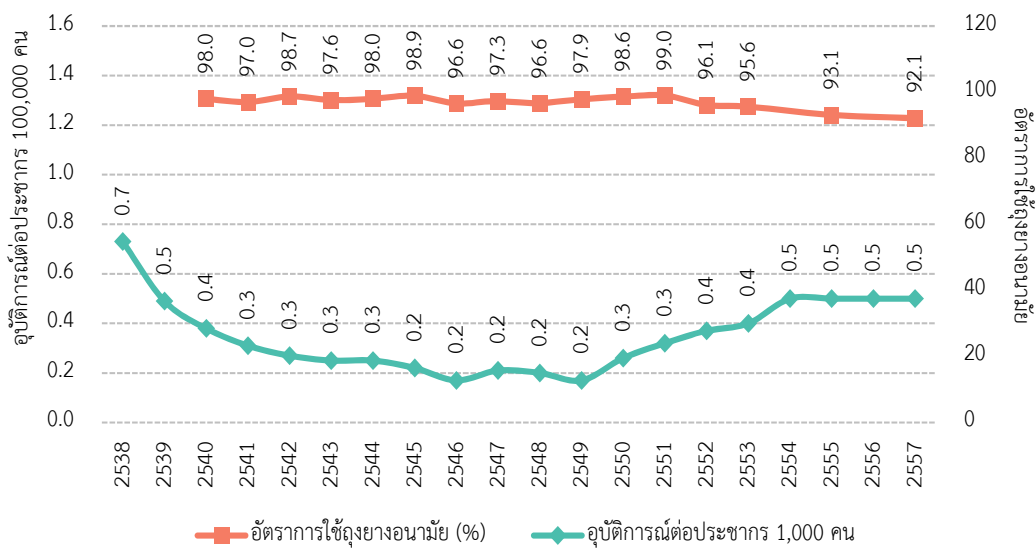
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.3.3 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ประเทศไทยได้จัดทำยุทธศาสตร์ ฤงยางอนามัยแห่งชาติ (พ.ศ. 2558 – 2562) (National Condom Strategy) เพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของสำนัก ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2553 – 2557) พบว่า อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศ

สัมพันธ์ ได้แก่ โรคหนองใน ซิฟิลิส หนองในเทียม แผล ริมอ่อน และกามโรคของต่อมน้ำเหลืองและท่อน้ำเหลือง ทั่วประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จาก 0.4 ต่อ ประชากร 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2553 เป็น 0.5 ในปีพ.ศ. 2557 ในขณะที่อัตราการใช้ฤงยางอนามัยมีแนวโน้มลดลง เล็กน้อย (ภาพที่ 5.29)

ภาพที่ 5.29 อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอัตราการใช้ฤงยางอนามัยในหญิงขายบริการทางเพศ ประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2557



ที่มา: สำนักระบาดวิทยาและกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง ซิฟิลิส หนองใน แผลริมอ่อน กามโรคต่อมน้ำเหลืองและท่อน้ำเหลือง แผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบและหนองในเทียมทุกชนิดรวมกัน

2.4 โรคติดต่อมาโดยแมลง

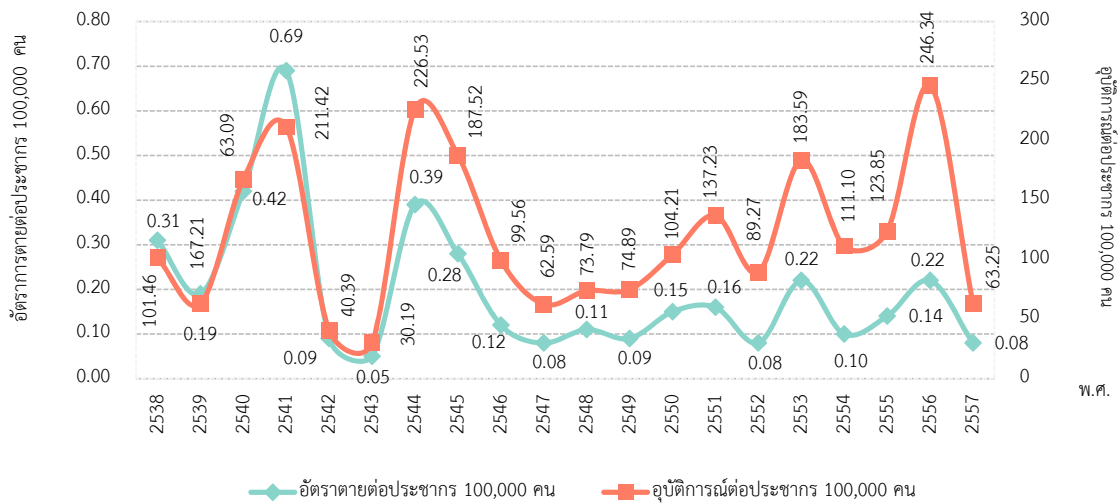
2.4.1 โรคไข้เลือดออก

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายแก้ไข ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ. 2558 ได้บูรณาการงานและสนับสนุนพัฒนาระบบกลไก เครือข่ายร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวง วัฒนธรรม กระทรวงท่องเที่ยวและการกีฬา กระทรวง อุตสาหกรรม กระทรวงวัฒนธรรม และกรุงเทพมหานคร เพื่อลดปัญหาโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย เนื่องจาก มีการระบาดอย่างต่อเนื่องและยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค

จากรายงานสถานการณ์โรคของสำนัก ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าแนวโน้มการระบาด ระยะเวลาหลังมีแบบแผนไม่แน่นอน จากปกติที่มีรูปแบบระบาด ปีเว้น 2 ปี พบมากในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม หลังการระบาดใหญ่ในปี 2556 แล้ว ในปี 2557 อัตราอุบัติการณ์ลดลงเหลือ 63.25 และอัตราตายเท่ากับ 0.08 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.30)

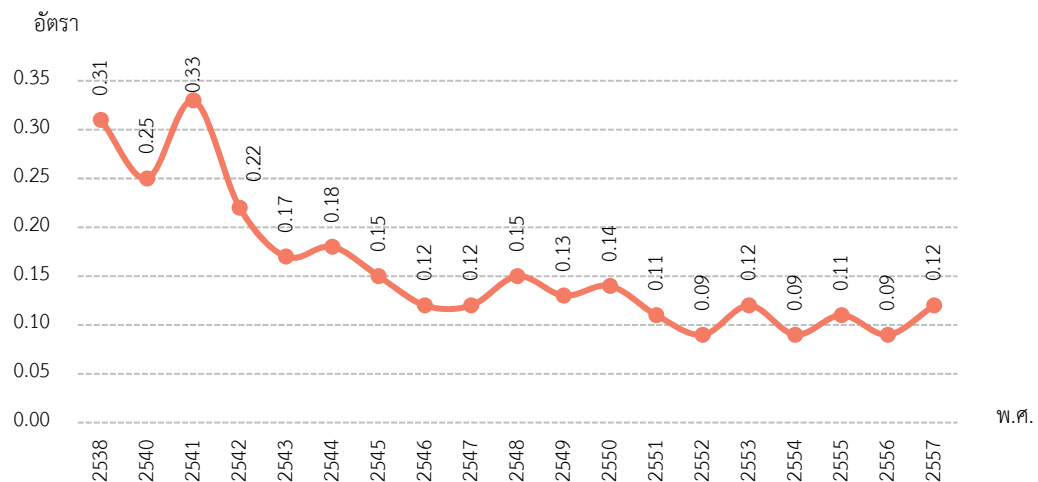
แม้อัตราป่วยจะยังคงสูง แต่อัตราป่วย ตายลดลงอย่างมาก เหลือเพียง 0.12 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2557 แสดงถึงการได้รับการดูแลรักษา ที่ดีขึ้น (ภาพที่ 5.31)

ภาพที่ 5.30 อุบัติการณ์และอัตราการตายของไข้เลือดออกต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2538 – 2557



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.31 อัตราป่วยตาย ด้วยโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2538 – 2557



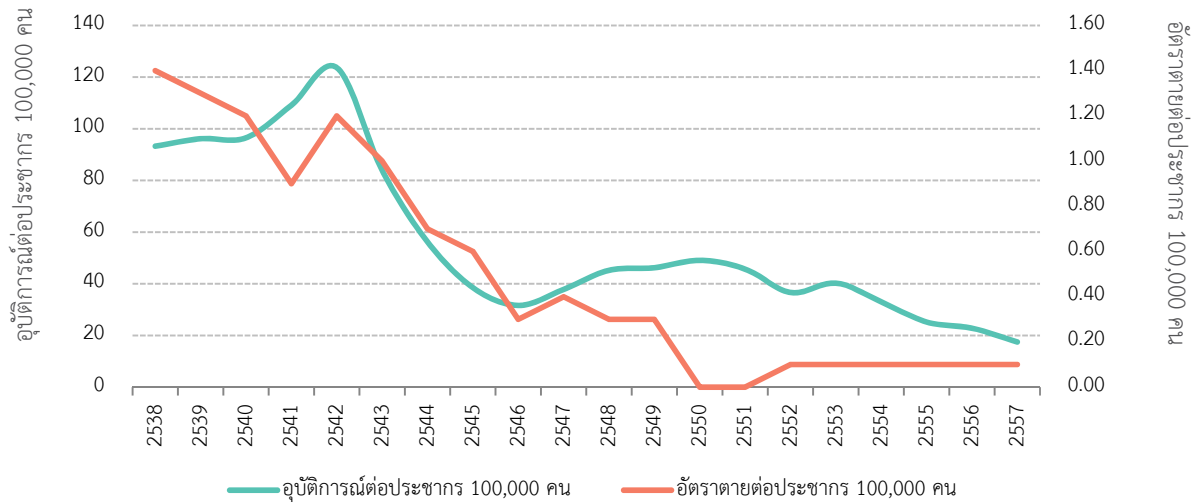
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.4.2 ไข้มาลาเรีย

โรคไข้มาลาเรียเป็นโรคประจำถิ่นมักพบการระบาดบริเวณชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ไข้มาลาเรียยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย สำหรับพื้นที่ที่พบการแพร่เชื้อมาลาเรียสูงจะอยู่แนวชายแดนกัมพูชาและพม่า เนื่องจากมีป่าทึบและมีการอพยพเคลื่อนย้ายของประชากรอยู่ตลอดเวลา ทำให้ยากต่อการควบคุมและป้องกันโรค

จากรายงานสถานการณ์โรคมาลาเรียของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าอัตราป่วยจากโรคมาลาเรียทุกชนิดมีแนวโน้มลดลงในปีงบประมาณ 2557 เท่ากับ 17.48 ต่อประชากร 100,000 คน ในขณะที่อัตราตายจากโรคมาลาเรียมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 5.32)

ภาพที่ 5.32 อุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคมาลาเรีย ประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2557



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับผู้ป่วยต่างชาติที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศไทยที่ได้รับการเจาะโลหิตและตรวจเชื้อมาลาเรียในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า มีอัตราการลดลงจากร้อยละ 14.79 ในปีงบประมาณ 2540 ถึงร้อยละ 1.81 ในปีงบประมาณ 2557 (ตารางที่ 5.26)

ตารางที่ 5.26 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยชาวต่างชาติที่พบเชื้อมาลาเรียระหว่าง พ.ศ. 2540 - 2557

ปี งบประมาณ	จำนวน ตรวจ	จำนวนพบเชื้อมาลาเรียแยกประเทศ						อัตราการพบเชื้อ (ร้อยละ)
		พม่า	ลาว	กัมพูชา	มาเลเซีย	อื่นๆ	รวม	
2540	450,406	59,699	2,472	3,718	107	626	66,622	14.79
2543	368,513	50,976	1,385	4,926	48	548	57,883	15.71
2546	405,254	28,875	411	2,687	31	381	32,385	7.99
2549	483,628	33,672	98	923	153	1,467	36,313	7.50
2552	439,977	24,755	20	837	66	902	26,580	6.04
2555	413,192	13,155	81	531	100	796	14,663	3.55
2556	512,563	12,639	110	211	127	595	13,682	2.67
2557	469,125	7,654	152	139	303	250	8,498	1.81

ที่มา: สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค

2.4.3 ใช้สมองอักษ

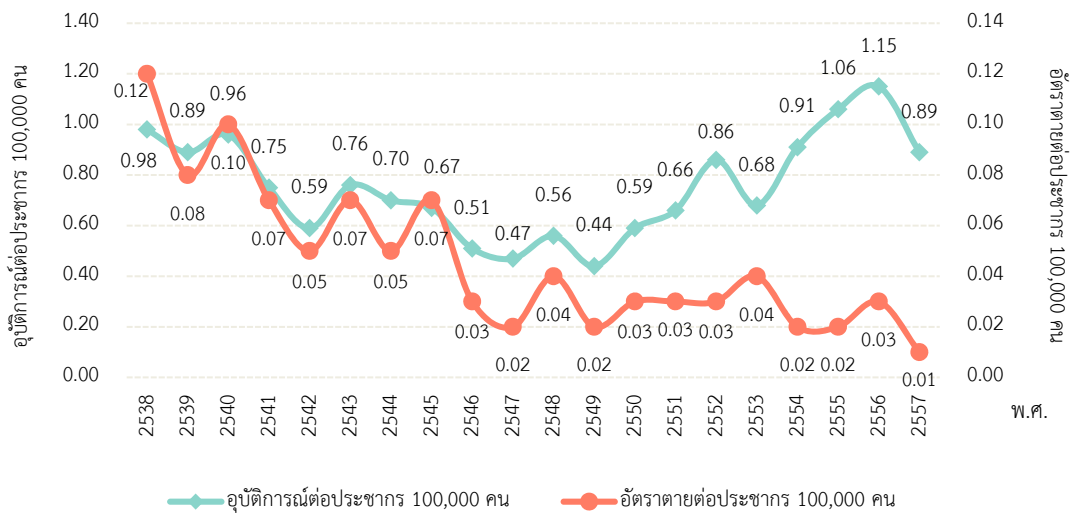
กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้วัคซีนใช้สมองอักษเจ็แก่เด็กกลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จากข้อมูลเฝ้าระวังของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า อัตราอุบัติการณ์และอัตรา

ตายจากโรคสมองอักษ มีแนวโน้มลดลง แต่ในช่วงปี พ.ศ. 2552 - 2557 กลับพบว่า อุบัติการณ์ของโรคกลับเพิ่มขึ้นและเพิ่มขึ้นสูงมากในช่วง พ.ศ. 2555 - 2556 โดยเพิ่มขึ้นจากอัตราป่วย 0.56 ต่อประชากร 100,000 คน

ใน 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2548 – 2557) เป็น 1.06 และ 1.15 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 - 2556 ตามลำดับ โดยในจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับ มีอาณาเขตติดต่อประเทศเพื่อน บ้านทั้ง ไทย - ลาว ไทย - กัมพูชา และไทย - เมียนมาร์ โดยเฉพาะจังหวัดท่องเที่ยว และที่มีช่องทางเข้า - ออกระหว่างประเทศ

สำหรับอัตราการตายจากโรคนี้มีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้ เนื่องจากการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายของประเทศไทยมีคุณภาพมากขึ้น และในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข ได้ปรับอายุการเริ่มให้วัคซีนเจี ให้เร็วขึ้นเพื่อให้เด็กในกลุ่มเป้าหมายได้รับการป้องกันโรคเร็วขึ้นกว่าเดิม ซึ่งจะส่งผลให้การป้องกันโรคได้ผลดียิ่งขึ้น (ภาพที่ 5.33)

ภาพที่ 5.33 อุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคไข้มองอักเสบ ประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2557



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.5 การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจร

2.5.1 อุบัติเหตุจากการจราจร

การเสียชีวิต การบาดเจ็บและพิการจากการจราจร ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการจราจรทางบก สาเหตุได้แก่ พฤติกรรมของผู้ขับขี่ สภาพการณ์และสภาพสิ่งแวดล้อม เป็นต้น จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรทางบกเปลี่ยนแปลงไม่มากนักในช่วงระหว่างปี 2549-2552 แต่ในระยะต่อมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจาก 21.61 ต่อประชากรแสนคนในปี 2553 เป็น 22.30 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2558 ในขณะที่จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บมีจำนวนลดลง

นอกเหนือจากการเสียชีวิตการบาดเจ็บและความพิการแล้ว การเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกในแต่ละครั้ง ยังสูญเสียทรัพย์สินและสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก เมื่อพิจารณาถึงมูลค่าความเสียหายประเมินได้ว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา การเกิดอุบัติเหตุการจราจรทางบกก่อให้เกิดความสูญเสีย โดยเฉลี่ยประมาณ 2,232 ล้านบาทต่อปี (ตารางที่ 5.27)

ตารางที่ 5.27 จำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางบก และค่าประมาณทรัพย์สินเสียหาย พ.ศ. 2549 – 2558

พ.ศ.	จำนวนประชากร (1)	จำนวนการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก (ราย) (2)	ผู้เสียชีวิต (3)		ผู้บาดเจ็บ (4)		ทรัพย์สินเสียหาย(บาท) (5)
			จำนวน (คน)	อัตราต่อแสน	จำนวน (คน)	อัตราต่อแสน	
2549	62,623,416	110,686	10,421	16.64	133,874	213.78	3,643,747,912
2550	62,933,515	101,752	9,989	15.87	142,738	226.81	4,620,398,166
2551	63,933,151	88,689	9,686	15.15	146,955	229.86	5,415,524,563
2552	63,547,439	84,806	9,490	14.93	113,048	177.90	3,815,520,899
2553	63,701,703	77,987	13,766	21.61	113,862	178.74	2,380,658,864
2554	64,181,001	74,040	14,033	21.86	104,725	163.17	521,709,962
2555	64,266,365	74,941	14,059	21.88	110,777	172.37	553,868,303
2556	64,621,302	72,586	14,789	22.89	107,123	165.77	699,942,636
2557	64,955,313	63,639	15,046	23.16	71,068	109.41	404,146,277
2558	65,027,401	71,054	14,504	22.30	72,933	112.16	266,737,921

ที่มา: (1) สำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย

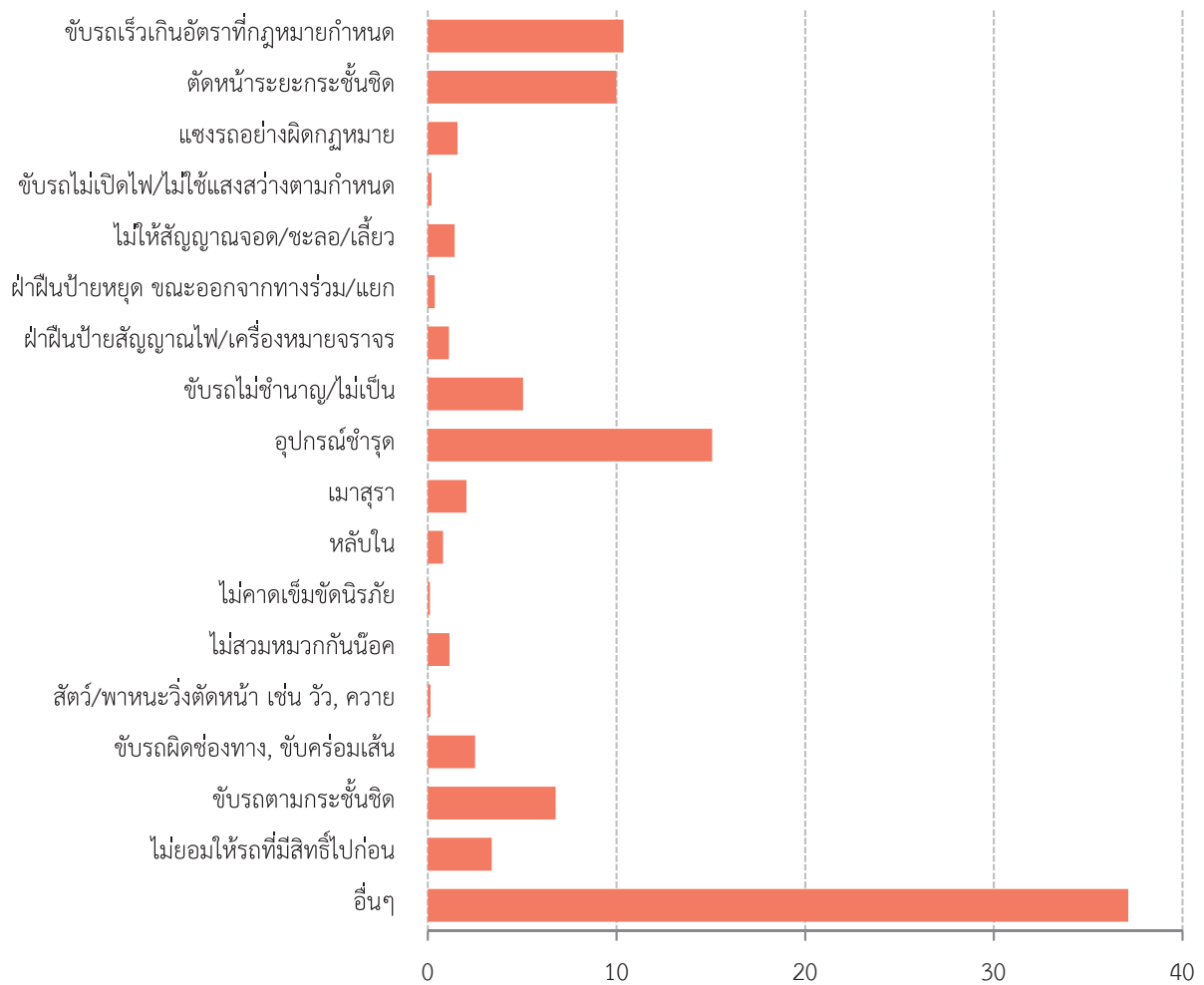
(2), (5) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

(3), (4) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ประเทศไทยได้พัฒนาและบังคับใช้กฎหมายและมาตรการต่างๆ เพื่อลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรอย่างต่อเนื่อง โดยสำนักงานตำรวจแห่งชาติร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้กฎหมายจราจร กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมายขนส่งทางหลวง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีการดำเนินงานเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลต่างๆ การรณรงค์ส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การตรวจจับความเร็ว

การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์และกล้องโทรทัศน์วงจรปิด (CCTV) อย่างไรก็ตาม การเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประชากรไทย โดยข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุปกรณ์ชำรุด ชั้บรถเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนด ตัดหน้าระยะกระชั้นชิด ชั้บรถตามกระชั้นชิด และชั้บรถไม่ชำนาญ/ไม่เป็น

ภาพที่ 5.34 ร้อยละของสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จำแนกตามคดีอุบัติเหตุจราจรทางบก พ.ศ. 2557

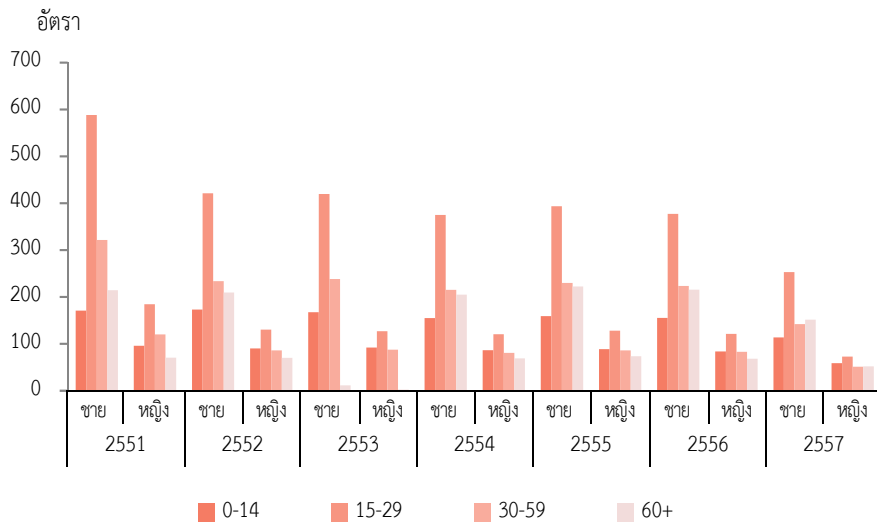


ที่มา: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราผู้ป่วยในจากสาเหตุการบาดเจ็บมีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 5.35) ในขณะที่อัตราการตายจากการจราจรทางบกมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ทั้งนี้เนื่องจากในปีพ.ศ. 2553 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ได้พัฒนาการให้สาเหตุการตาย โดยการนำข้อมูลมรณบัตร

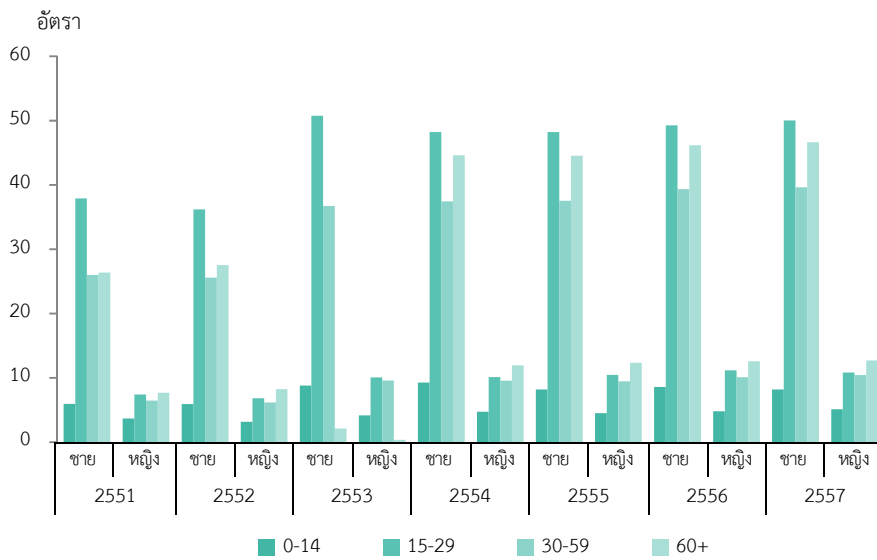
มาสอบทานกับหนังสือรับรองการตายเพื่อปรับสาเหตุการตายให้ถูกต้อง ทำให้ข้อมูลมีคุณภาพมากขึ้น สำหรับผู้เสียชีวิตจากการจราจรทางบก ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 3 เท่า และอยู่ในกลุ่มอายุช่วง 15-19 ปี (ภาพที่ 5.36)

ภาพที่ 5.35 อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน จากสาเหตุการบาดเจ็บจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ. 2551 - 2557



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)
และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ภาพที่ 5.36 อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จากการจราจรทางบก จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ. 2551 - 2557



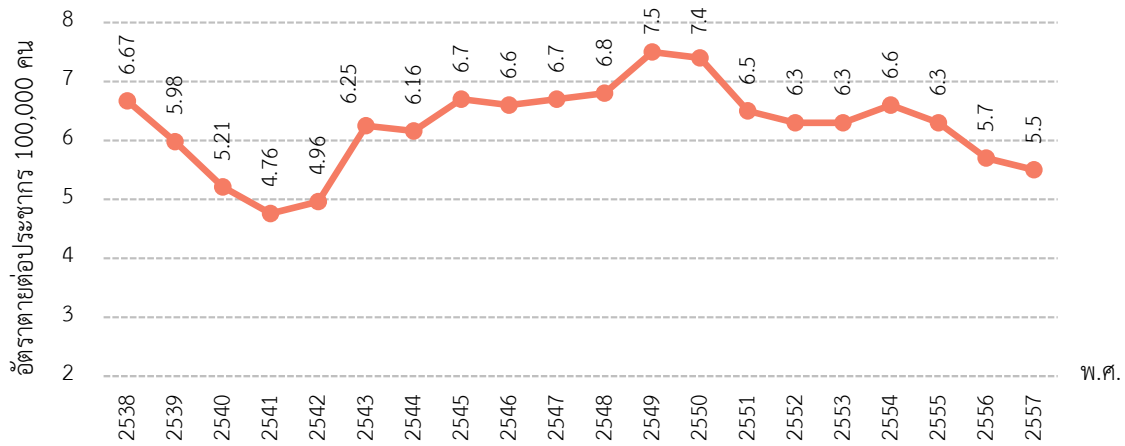
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.5.2 การจมน้ำ

การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของกลุ่มประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี สำหรับสถานการณ์การเสียชีวิตจากการจมน้ำในประเทศไทยพบว่า แนวโน้มการเสียชีวิตจากการจมน้ำในกลุ่มอายุต่างๆ ลดลงตั้งแต่ปีพ.ศ. 2551 จากข้อมูลการตายของสำนันโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า ในช่วง 20 ปี

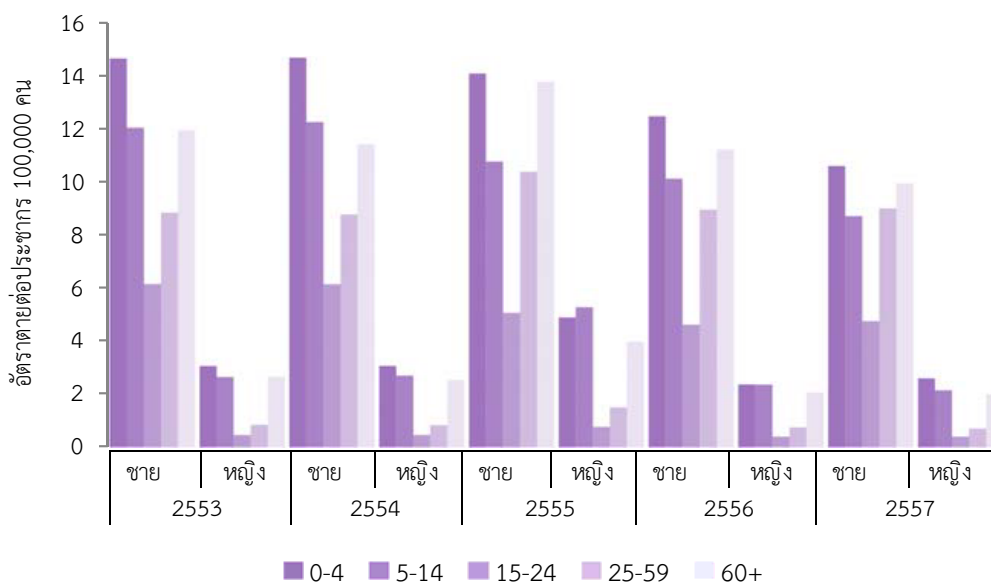
ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2538 – 2557) อัตราตายจากการจมน้ำของคนไทยทุกกลุ่มอายุอยู่ระหว่าง 4.76 – 7.5 ต่อประชากร 100,000 คน และผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยมีอัตราสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่าตัว (ภาพที่ 5.37 และ 5.38)

ภาพที่ 5.37 อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จากอุบัติเหตุการจมน้ำ ประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2557



ที่มา: สำนันโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.38 อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จากอุบัติเหตุทางน้ำของประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ. 2553 – 2557



ที่มา: สำนันโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.6 ปัญหาสุขภาพจิต

จากความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558 โดยใช้ข้อคำถามตามแบบมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต พบว่า สุขภาพจิตคนไทยขึ้น

อยู่กับหลายปัจจัยทั้งการเมือง เศรษฐกิจและสังคม จากข้อมูลการสำรวจในปี พ.ศ. 2551 - 2557 พบว่า โดยภาพรวมคนไทยมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตค่อนข้างคงที่ โดยมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 31.80 – 33.59 โดยในปีล่าสุด พ.ศ. 2557 มีคะแนนเฉลี่ย 32.06 (ภาพที่ 5.39)

ภาพที่ 5.39 คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตคนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2551 - 2557



ที่มา: การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558

หมายเหตุ: ระดับคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของกรมสุขภาพจิต

ต่ำกว่าคนทั่วไป (0.00 – 27.00) เท่ากับคนทั่วไป (27.01 – 34.00) สูงกว่าคนทั่วไป (34.01 – 45.00)

จากสถานการณ์โรคทางจิตเวชของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในสถานพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่นอนในโรงพยาบาล ตั้งแต่ พ.ศ. 2538 - 2555 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น และจากข้อมูลผู้มารับบริการ

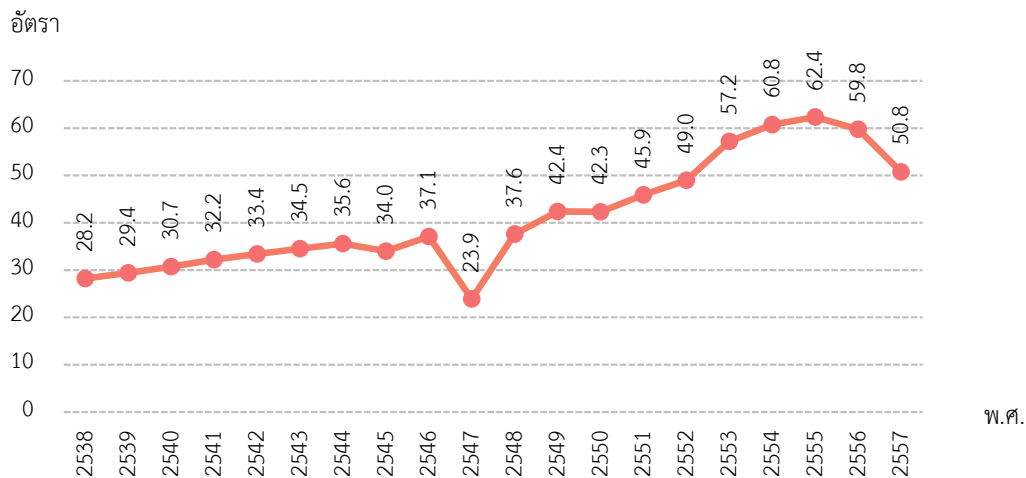
ในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยจำแนกเป็นกลุ่มโรคหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิต โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคปัญญาอ่อน โรคลมชัก และโรคออทิสติก ส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยกเว้นโรคจิตโรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า (ตารางที่ 5.28)

ตารางที่ 5.28 อัตราผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2545 - 2557

โรค	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
โรคจิต	828.0	751.4	682.7	572.3	640.6	581.5	612.3	578.1	569.6	644.9	605.0	547.5	469.2
โรควิตกกังวล	862.5	865.6	667.6	596.8	548.8	580.5	532.8	527.3	515.2	501.6	542.7	493.0	434.4
โรคซึมเศร้า	134.8	163.8	140.6	149.9	186.0	196.5	229.9	260.8	242.1	290.8	345.7	345.1	189.8
โรคปัญญาอ่อน	62.3	56.6	55.5	51.7	60.8	58.5	52.7	48.4	56.6	52.4	62.5	70.4	34.6
โรคลมชัก	200.3	193.5	180.5	195.2	172.1	195.1	184.7	193.1	209.0	217.8	246.7	229.5	232.8
โรคออทิสติก									9.5	10.8	39.7	43.0	47.0

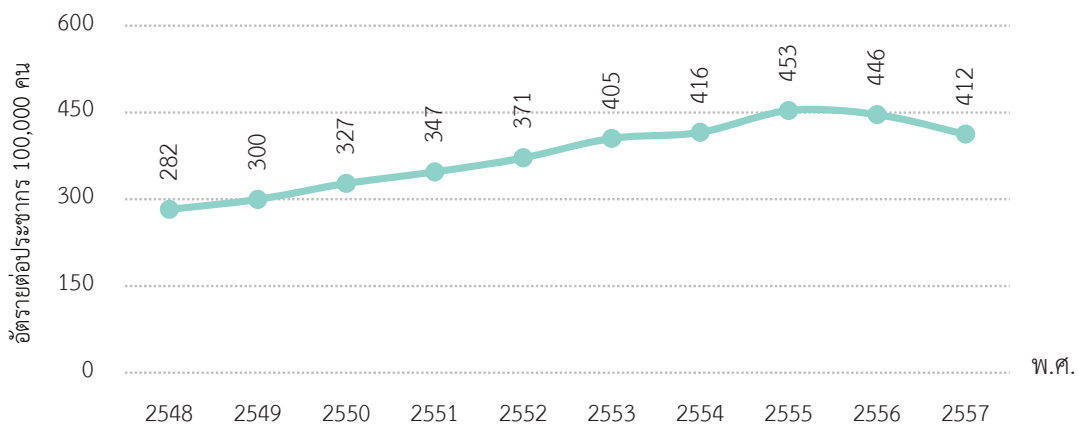
ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.40 อัตราผู้ป่วยนอกต่อประชากร 1,000 คน จากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2538 - 2557



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 พ.ศ. 2538 - 2555 รายงานผู้ป่วยนอก (รง. 504)
 พ.ศ. 2556 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกตามรูปแบบ 21 เพิ่ม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 5.41 อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน จากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2548 - 2557

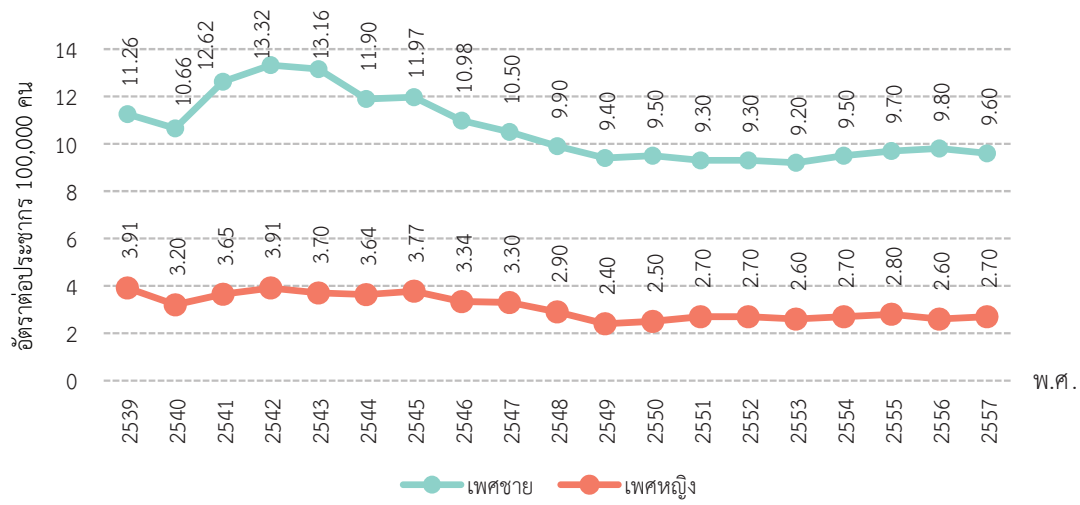


ที่มา: พ.ศ. 2548 - 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการ
 โรงพยาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม
 พ.ศ. 2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการ
 โรงพยาบาลข้าราชการและครอบครัว

สำหรับปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน จากข้อมูลสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่าในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา แนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น และเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 3 เท่า หลังจากนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2557

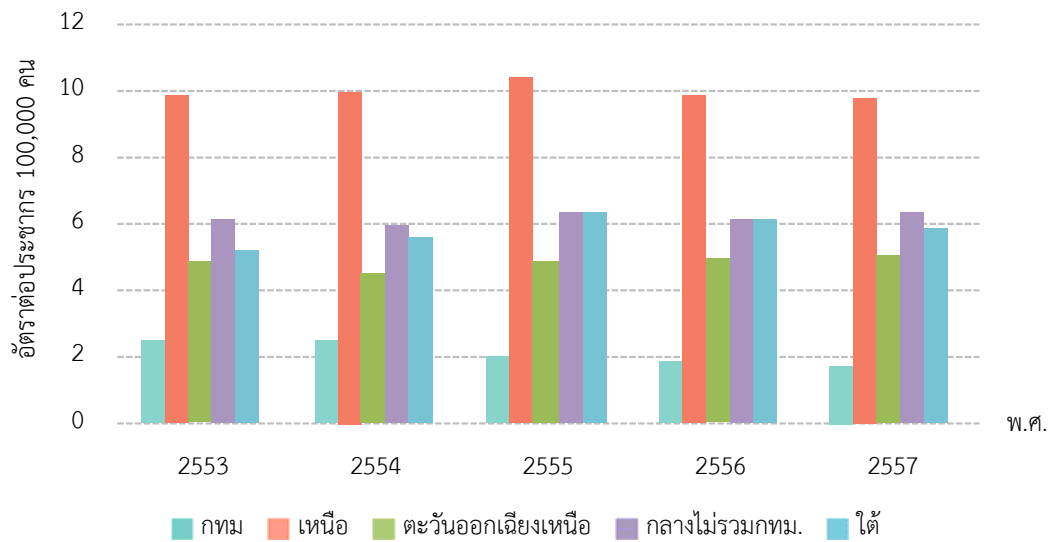
พบว่า อัตราตายค่อนข้างคงที่ โดยมีอัตราระหว่าง 9.90 - 9.60 ต่อประชากร 100,000 คน ในเพศชาย และอัตรา 2.90 - 2.70 ต่อประชากร 100,000 คน ในเพศหญิง และเมื่อพิจารณาเป็นรายภาคในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา จะเห็นว่า อัตราการฆ่าตัวตายในภาคเหนือสูงกว่าภาคอื่นๆ (ภาพที่ 5.42 และภาพที่ 5.43)

ภาพที่ 5.42 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2539 - 2557



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.43 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทย จำแนกเป็นรายภาค พ.ศ. 2553 - 2557



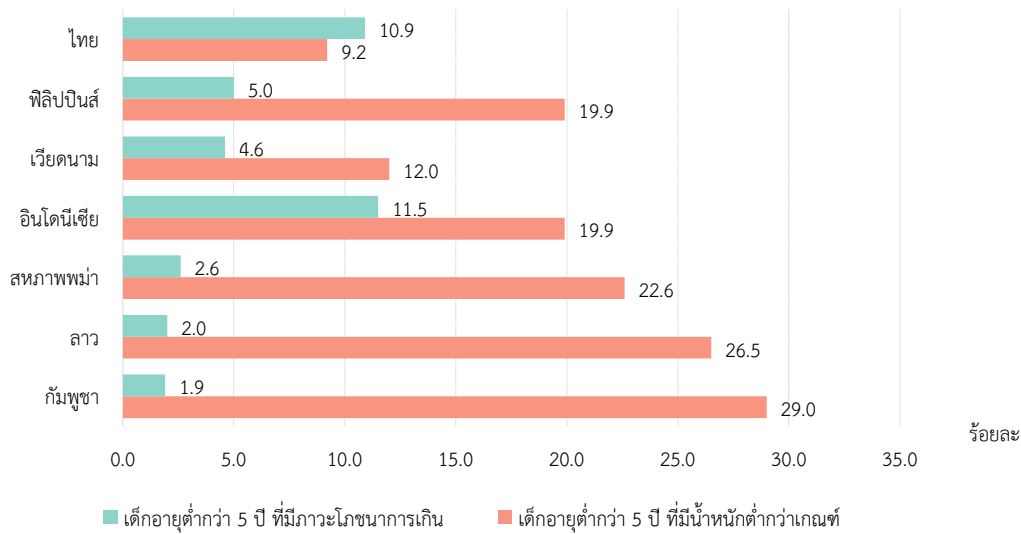
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.7 โรคทางโภชนาการ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2558 (World Health Statistic, 2015) พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในภูมิภาคอาเซียน มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในช่วงร้อยละ 9.2 – 29.0 และในกลุ่มภาวะโภชนาการเกิน

ประมาณร้อยละ 1.9 – 10.9 ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้ พบว่าประเทศไทยมีระดับภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อยู่ในเกณฑ์ดี แต่ภาวะโภชนาการเกินอยู่ในเกณฑ์ที่มีปัญหา (ภาพที่ 5.44)

ภาพที่ 5.44 ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และมีภาวะโภชนาการเกินในช่วง พ.ศ. 2550 - 2557



ที่มา: World Health Statistics 2015, WHO

หมายเหตุ: ประเทศบรูไน สิงคโปร์ และมาเลเซีย ไม่มีข้อมูล

2.7.1 โรคขาดสารอาหาร

ภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ในเด็กอายุ 0-5 ปี ในภาพรวมตั้งแต่ปี 2553 - 2557 มีแนวโน้มลดลง และเมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่า เด็กก่อน

วัยเรียนในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารสูงกว่าภาคอื่นๆ (ตารางที่ 5.29)

ตารางที่ 5.29 ร้อยละของภาวะโภชนาการในเด็ก 0-5 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2553 - 2557

พ.ศ.	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง		ภาคใต้		รวม	
	น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	น้ำหนักค่อนข้างน้อย
	2553	10.52	14.03	11.19	14.90	7.20	10.43	10.62	13.14	10.12
2554	9.63	8.81	11.21	9.59	8.37	7.23	9.18	8.36	9.82	8.61
2555	9.02	8.50	10.02	8.94	8.24	7.07	8.80	8.16	9.17	8.24
2556	6.15	6.63	6.39	6.68	4.49	5.04	5.92	6.56	5.80	6.25
2557	5.85	6.63	5.39	6.12	3.57	4.23	5.21	6.27	5.05	5.83

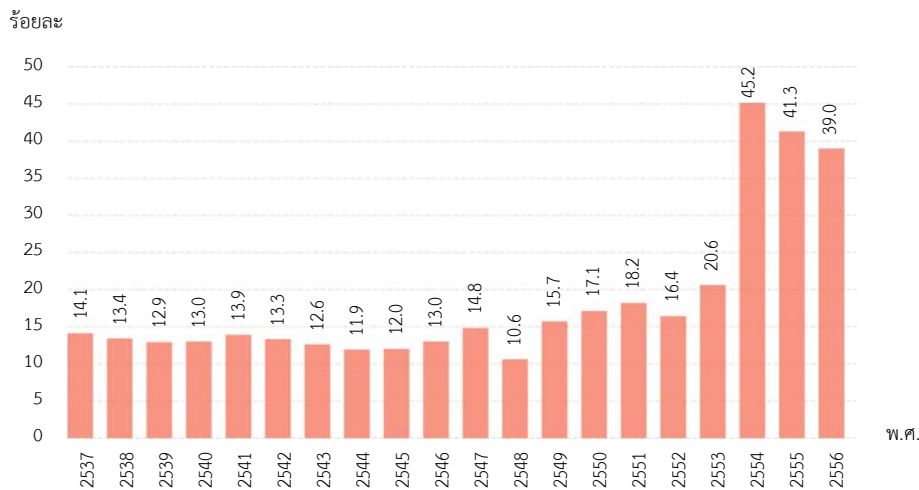
ที่มา: ข้อมูล 21 แฟ้ม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

2.7.2 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการขาดธาตุเหล็กและเลือดจางจากธาลัสซีเมีย จากข้อมูล 21 แห่ง สำนักนโยบายและ

ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 16.4 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 39.0 ในปี 2556 (ภาพที่ 5.45)

ภาพที่ 5.45 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Hct < 33%) พ.ศ. 2537 – 2556



ที่มา: 1) พ.ศ. 2537 - 2551 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2) พ.ศ. 2552 - 2556 ข้อมูล 21 แห่ง สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวม กทม.)

หมายเหตุ: ตั้งแต่ปี 2552 มีการเปลี่ยนแปลงในการจัดเก็บข้อมูล โดยเปลี่ยนมาใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูล 21 แห่ง ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งอาจเป็นเหตุให้ร้อยละหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้น

2.7.3 โรคขาดสารไอโอดีน

โรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากมีผลกระทบต่อพัฒนาสมองของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ สำหรับประเทศไทยได้จัดทำโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง โดยมีกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี และ

กลุ่มผู้สูงอายุ จากผลการสำรวจข้อมูลสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนด้วยการตรวจระดับไอโอดีนในปัสสาวะของกลุ่มเสี่ยง ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 - 2557 พบว่า ปัญหาเรื่องการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และผู้สูงอายุยังต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สำหรับเด็กอายุ 3 - 5 ปี มีแนวโน้มที่จะได้รับสารไอโอดีนเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ตารางที่ 5.30)

ตารางที่ 5.30 ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะ และการขาดสารไอโอดีน (เด็ก 3-5 ปี ผู้สูงอายุ และหญิงตั้งครรภ์) พ.ศ. 2549 - 2557

พ.ศ.	เด็ก 3 - 5 ปี (ค่ามัธยฐาน)	ร้อยละ	ผู้สูงอายุ (ค่ามัธยฐาน)	ร้อยละ	หญิงตั้งครรภ์	
					ค่ามัธยฐาน	ร้อยละ
2549	83.5	57.4
2550	108.2	61.3
2551	125.5	58.5
2552	117.8	59.0

ตารางที่ 5.30 ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะ และการขาดสารไอโอดีน (เด็ก 3-5 ปี ผู้สูงอายุ และหญิงตั้งครรภ์)
พ.ศ. 2549 - 2557 (ต่อ)

พ.ศ.	เด็ก 3 - 5 ปี (ค่ามัธยฐาน)	ร้อยละ	ผู้สูงอายุ (ค่ามัธยฐาน)	ร้อยละ	หญิงตั้งครรภ์	
					ค่ามัธยฐาน	ร้อยละ
2553	142.1	52.5
2554	229.2	11.3	129.0	37.9	181.2	39.9
2555	212.6	14.1	108.3	46.5	159.4	46.4
2556	226.0	11.1	112.3	42.5	146.8	51.1
2557	234.6	10.6	111.3	44.6	155.7	47.6

ที่มา: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

หมายเหตุ: 1) เกณฑ์ขาดสารไอโอดีน เด็ก 3 - 5 ปี และผู้สูงอายุ

ขาด (deficiency) <100 µg/L พอดี (adequate) 100-199 µg/L

เกินพอ (more than) 200 - 299 µg/L เกินขนาด (excessive) ≥ 300 µg/L

2) หญิงตั้งครรภ์

ก่อนปี 2550 เกณฑ์ < 100 µg/L ตั้งแต่ปี 2550 เกณฑ์ < 150 µg/L

3) พ.ศ. 2543 - 2552 ดำเนินการ 15 จังหวัด

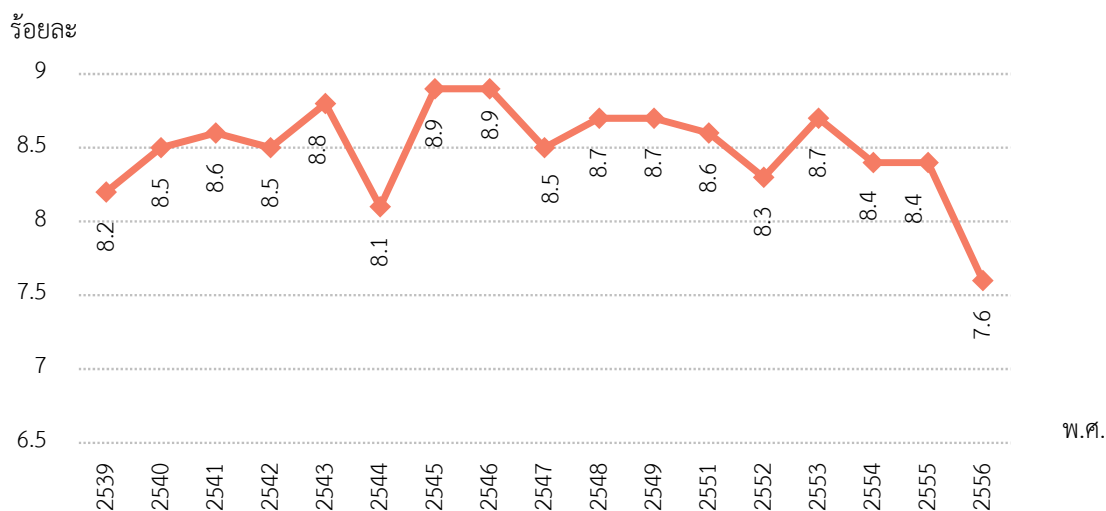
พ.ศ. 2553 - 2557 ดำเนินการ 75 จังหวัด

2.7.4 ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายที่จะลดอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) จนถึงปัจจุบัน แต่อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนัก

น้อยกว่า 2,500 กรัม ในประเทศไทยยังเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนด จากข้อมูลสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 - 2556 พบว่ามีแนวโน้มลดลงไม่มากนักโดยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 8.2 - 7.6 (ภาพที่ 5.46)

ภาพที่ 5.46 ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2539 - 2556



ที่มา: 1. พ.ศ. 2539 - 2548 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2. พ.ศ. 2549 - 2556 รายงานประจำปี สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2.8 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย จากการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวมและอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Societies) ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ) จากสถานการณ์ดังกล่าวปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญที่หน่วยงานต่างๆ ต้องเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.8.1 สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1) ความสูญเสียปีสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. 2556 พบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเพศชายมีสาเหตุหลักจาก โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและโรคมะเร็งตับ สำหรับเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจและหลอดเลือด ต้อกระจก และโรคสมองเสื่อม

ตารางที่ 5.31 ลำดับความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรสูงอายุของประเทศไทย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2556

ลำดับ	เพศชาย			เพศหญิง		
	โรค	DALY ('000)	%	%	DALY ('000)	Disease
1	โรคหลอดเลือดสมอง	224	10.6	12.2	270	โรคหลอดเลือดสมอง
2	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	173	8.2	10.8	239	โรคเบาหวาน
3	โรคเบาหวาน	131	6.2	6.0	132	โรคหัวใจขาดเลือด
4	โรคหัวใจขาดเลือด	127	6	5.4	119	ต้อกระจก
5	โรคมะเร็งตับ	104	4.9	4.7	104	โรคสมองเสื่อม
6	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	94	4.5	3.3	74	โรคซึมเศร้า
7	ต้อกระจก	92	4.4	3.0	66	โรคไตอักเสบและไตพิการ
8	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	82	3.9	2.9	65	หูหนวก
9	โรคต่อมลูกหมากโต	53	2.5	2.8	62	โรคมะเร็งตับ
10	หูหนวก	47	2.2	2.7	60	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
	โรคอื่นๆ	982	46.5	46.0	1,017	โรคอื่นๆ
	รวม	2,110	100	100	2,208	รวม

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2556 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

2) สาเหตุการป่วยและการตายของผู้สูงอายุ

2.1 สาเหตุการป่วยที่สำคัญของผู้สูงอายุ

โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังและโรคทางกาย ซึ่งมักเป็นหลายโรคพร้อมๆ กัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็งอวัยวะต่างๆ โรคเบาหวาน และโรคอัมพาต

อัมพฤกษ์ จากข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลในระบบประกันสุขภาพที่วิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า โรคดังกล่าวมีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2548 – 2557 (ตารางที่ 5.32)

ตารางที่ 5.32 อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน จากโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548 – 2557

ชื่อโรค	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
โรคความดันโลหิตสูง	4,642.85	5,387.75	6,489.67	7,212.22	7,737.26	8,230.29	8,506.66	8,957.45	8,701.52	8,150.88
โรคหัวใจ	4,292.67	4,693.6	5,485.1	5,905.65	6,213.81	6,299.76	6,546.38	6,553.61	6,227.25	5,805.15
เบาหวาน	3,428.31	3,816.63	4,430.11	4,720.34	4,911.97	5,125.29	5,111.86	5,331.49	5,178.59	4,829.48
มะเร็ง	1,870.76	1,966.9	2,249.75	2,412.33	2,585.92	2,686.55	2,789.28	2,918.67	2,898.22	2,653.21
หัวใจ	1,857.62	2,035.21	2,370.3	2,486.27	2,572.83	2,585.36	2,604.2	2,581.11	2,447.56	2,233.46
ต่อกระจก	1,340.69	1,427.42	1,447.81	1,164.10	1,639.40	1,616.24	1,884.36	2,182.25	2,157.24	1,849.67
โรคหลอดเลือดสมอง	1,420.16	1,471.89	1,647.86	1,705.62	1,783.88	1,870.17	1,931.76	1,990.56	1,938.03	1,787.15
ข้อเสื่อม	218.06	211.67	239.07	265.54	272.9	272.68	269.77	281.29	267.45	236.58
อัมพาต อัมพฤกษ์	150.03	156.68	193.73	206.24	210.04	226.91	212.48	216.01	208.33	181.64
ต้อหิน	118.12	126.85	137.75	139.39	142.05	144.55	147.98	155.9	149.15	128.20
สมองเสื่อม	70.49	114.94	91.11	99.49	114.61	116.27	112.26	112.04	103.67	86.23

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2548 - 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว และประกันสังคม

พ.ศ. 2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

2.2 สาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุ

สาเหตุการตายที่สำคัญในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสาเหตุจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอักเสบ โรคไต โรคเบาหวาน เป็นต้น จากข้อมูลฐานการตายจากสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย พบว่า ส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ

โรคมะเร็งที่มีอัตราตายสูงสุดในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2548 - 2557) ที่ผ่านมา โดยเพิ่มขึ้นจาก 393.6 ในปี 2548 เป็น 442.44 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2557 ส่วนอัตราตายของผู้สูงอายุจากโรคอื่นๆ ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน (ตารางที่ 5.33)

ตารางที่ 5.33 อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จากโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548 – 2557

ชื่อโรค	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
1.โรคมะเร็ง	393.6	402.5	411	424.8	427.9	404.51	421.50	425.33	442.91	442.44
2.โรคหัวใจ	172.3	175.3	179.9	183	173.2	275.15	252.92	260.64	285.67	275.16
3.โรคปอดอักเสบ	107.8	110.3	116.3	121.5	119.9	134.00	138.3	132.6	171.4	198.5
4.โรคหลอดเลือดสมอง	134.4	110.9	112.6	113.9	112.8	135.51	149.82	153.23	171.18	177.92
5.โรคไต	100.3	83	117.3	124.3	116.9	117.34	126.31	123.20	123.50	135.15
6.โรคเบาหวาน	73.0	71.3	74.1	73.3	66.4	60.29	67.54	28.83	81.41	93.22
7.โรคถุงลมโป่งพอง	37.4	35.1	37.3	36.2	30.7	44.20	33.22	54.20	58.76	58.16

ตารางที่ 5.33 อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จากโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548 – 2557 (ต่อ)

ชื่อโรค	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
8.โรคสมองเสื่อม	2.23	2.37	2.69	2.31	2.51	3.64	16.61	29.74	41.33	48.06
9.โรคตับ	39.5	39.2	36.1	36.3	34.4	31.39	32.36	30.59	34.15	35.28
10.โรคอุบัติเหตุขนส่ง	16.2	15.2	16.3	16	16.9	24.5	26.5	26.7	27.3	27.8
11.โรคสมองพิการและ กลุ่มอาการอัมพาตอื่น	26.6	25.9	22.6	20.3	18.2	14.91	34.24	10.62	9.55	10.51
12.โรคอัลไซเมอร์	0.03	0.03	0.1	0.2	0.2	0.2	0.4	0.6	0.7	0.7

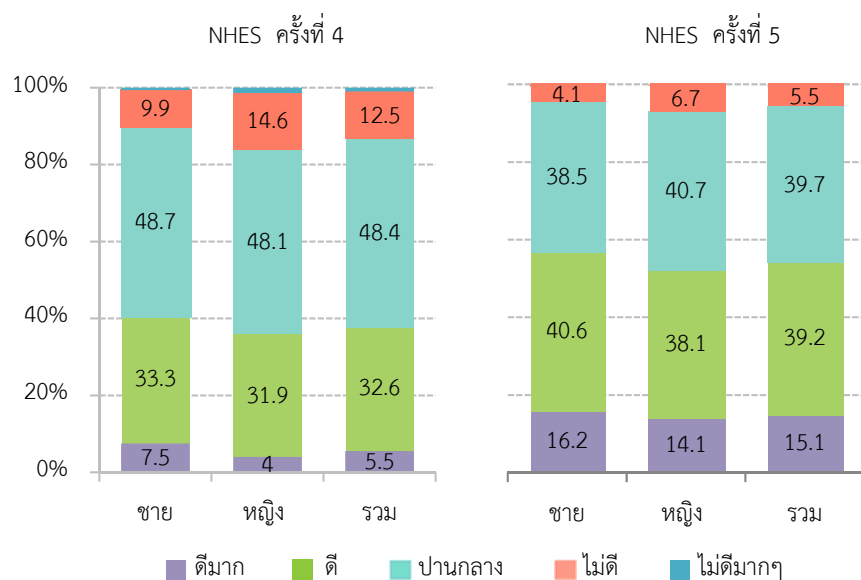
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.8.2 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ด้วยการประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี

และเมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมของผู้สูงอายุจากข้อมูลการสำรวจครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) และครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556 - 2557) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพดีขึ้น (ภาพที่ 5.47)

ภาพที่ 5.47 ร้อยละของผู้สูงอายุจากการประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมจำแนกตามเพศ



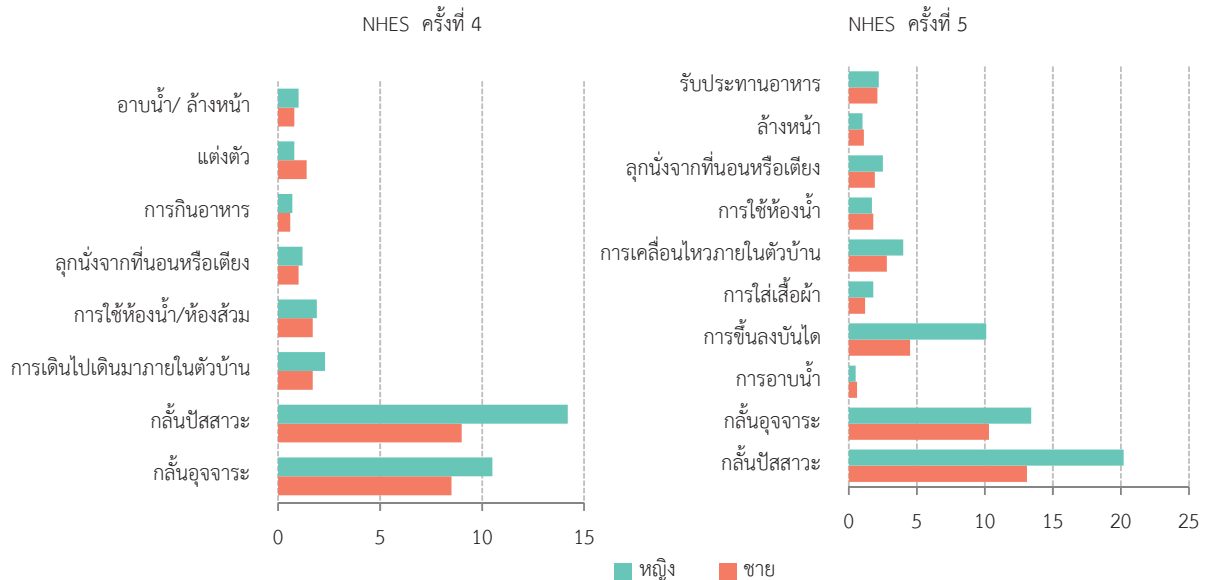
ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552)
ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556 - 2557)

1) การพึ่งพิงกิจวัตรประจำวัน

จากการสำรวจด้านการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Livings: ADL) ของผู้สูงอายุ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้สำรวจสุขภาพประชาชนโดยการสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง มีข้อจำกัดในการทำ

กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ในเรื่องการกลั้นปัสสาวะมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การกลั้นอุจจาระ การขึ้นลงบันได การใช้ห้องน้ำห้องส้วม และการเคลื่อนไหวภายในตัวบ้าน (ภาพที่ 5.48)

ภาพที่ 5.48 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of Daily Livings: ADL)



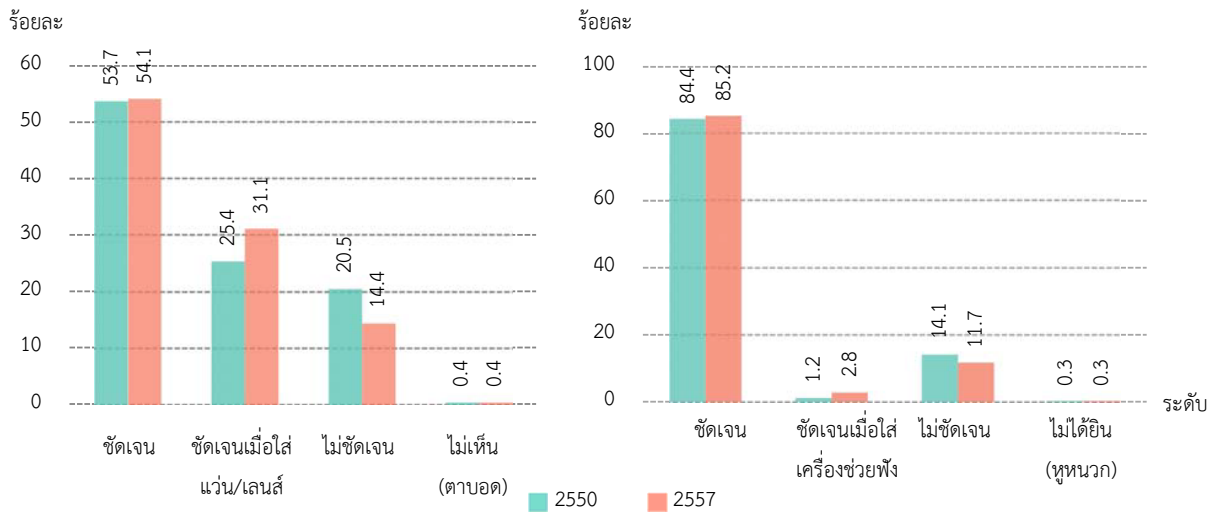
ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552)
ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556 - 2557)

2) การมองเห็นและการได้ยิน

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งสามารถมองเห็นได้ชัดเจน และมีเพียงร้อยละ 0.4 ที่ตอบว่ามอง

ไม่เห็นเลย สำหรับการได้ยินเสียงของผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 80 ให้สัมภาษณ์ว่ายังได้ยินเสียงชัดเจน และมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 0.3 ตอบว่าไม่สามารถได้ยินเสียงใดๆ เลย (ภาพที่ 5.49)

ภาพที่ 5.49 ร้อยละการมองเห็นและการได้ยินของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550, 2557



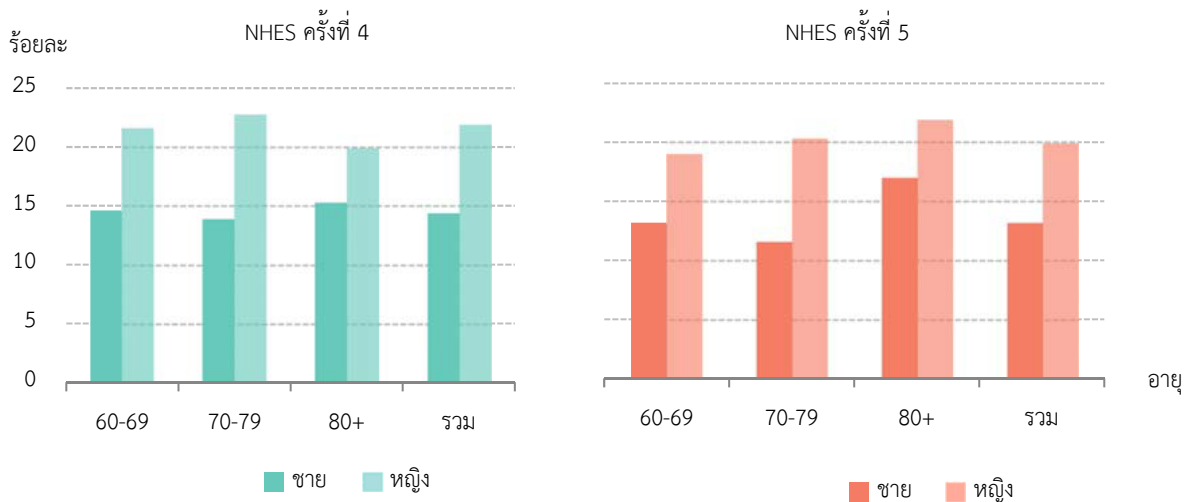
ที่มา: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

3) การหกล้ม

การหกล้มเป็นสาเหตุการบาดเจ็บที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีการบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิต จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4

(พ.ศ. 2551 - 2552) และครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556 - 2557) พบว่าความชุกในการหกล้มของผู้สูงอายุค่อนข้างคงที่ทั้งเพศชายและเพศหญิง (ภาพที่ 5.50)

ภาพที่ 5.50 ร้อยละของการหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุตามกลุ่มอายุและเพศ



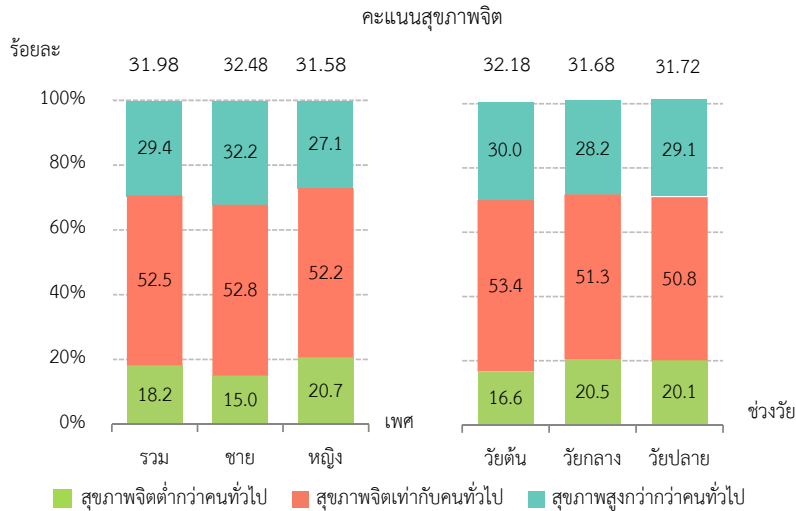
ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552) ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556 - 2557)

2.8.3 ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากความวิตกกังวล โรคซึมเศร้าและปัญหาการนอนไม่หลับ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิต

โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 31.98 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับสุขภาพจิตของคนทั่วไป โดยผู้สูงอายุชายมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง เมื่อพิจารณาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามกลุ่มวัย พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอื่น (ภาพที่ 5.51)

ภาพที่ 5.51 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและกลุ่มช่วงวัย พ.ศ. 2554

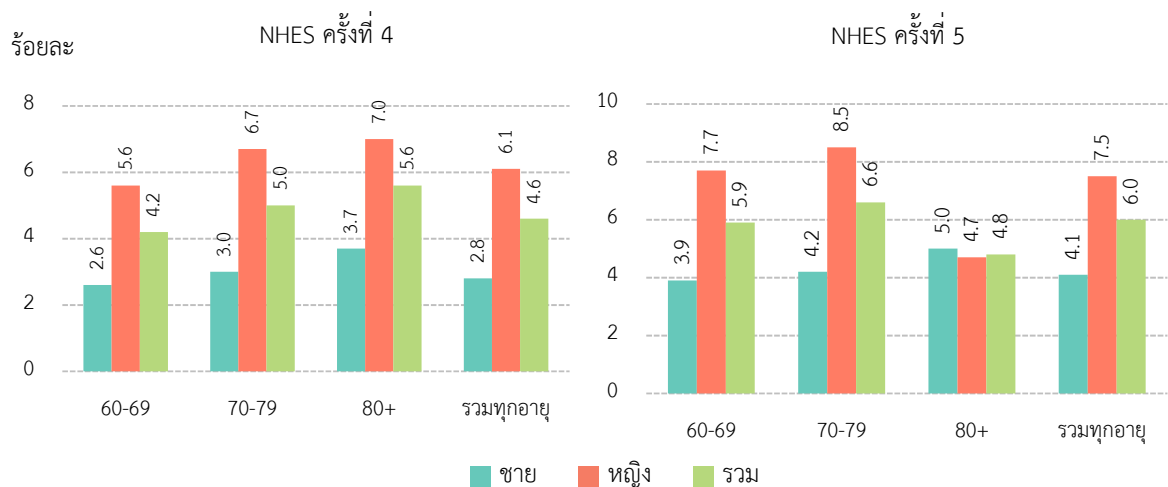


ที่มา: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 หมายเหตุ: คะแนนรวม 0 - 27 หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป
 คะแนนรวม 27.01 - 34 หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
 คะแนนรวม 34.01 - 45 หมายถึง สุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุของโรคทางกายที่ดูแลรักษาค่อนข้างยาก จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552) และครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556 -

2557) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งก่อนและส่วนใหญ่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 1 เท่า (ภาพที่ 5.52)

ภาพที่ 5.52 ร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ



ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552), ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556 - 2557)