

บทที่ 4

หลักการสาธารณสุข ปัญหา หลักระบาดวิทยา และการพัฒนาสาธารณสุข

หลักการสาธารณสุข

ศาสตราจารย์ชาร์ลส์-เอ็ดเวิร์ด เอ วินสโลว์ (Charles-Edward A. Winslow) ผู้มีชื่อเสียงทางด้านสาธารณสุข ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “การสาธารณสุข” ไว้เมื่อ พ.ศ. 2464 ว่า

“การสาธารณสุขเป็นวิทยาการและศิลปะแห่งการป้องกันโรค การทำให้อายุยืนยาว การส่งเสริมอนามัยและประสิทธิภาพของบุคคล โดยความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจของชุมชนในเรื่องต่างๆ อันได้แก่ การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม การควบคุมโรคติดต่อ การให้สุขศึกษา เกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดบริการทางด้านการแพทย์และพยาบาล เพื่อการวินิจฉัยโรคตั้งแต่เริ่มแรก และให้การรักษาเพื่อมิให้ลุกลามต่อไป รวมทั้งการพัฒนาทุกแห่งสังคม เพื่อให้ทุกคนมีมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอต่อการดำรงไว้ซึ่งอนามัยที่ดีของตน”

บุคคลในชุมชนที่มีการสาธารณสุขดี ย่อมมีสุขภาพอนามัยที่ดีตามไปด้วย คำว่า “อนามัย” หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี มิใช่เพียงสภาวะที่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น

ธรรมเนียมขององค์การอนามัยโลกกล่าวไว้ว่า “อนามัยเป็นสิทธิของมนุษยชน มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อมั่นทางการเมือง ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการส่งเสริมคุ้มครอง เพื่อให้มีอนามัยในระดับอันสมควร” โดยสรุปการสาธารณสุขประกอบด้วย

1. การสุขาภิบาล
2. การบำรุงรักษาสิ่งแวดล้อม
3. การรักษาและการควบคุมโรคติดต่อ
4. สุขวิทยาส่วนบุคคล
5. บริการทางการแพทย์และพยาบาล
6. การพัฒนาทางกลไกแห่งสังคม

ความหมายของกระทรวงสาธารณสุข

สาธารณสุข หมายถึง การป้องกันและรักษาโรค ทำนุบำรุงให้ประชาชนมีสุขภาพ และพละอนามัยที่ดีมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สังคมใดจะเจริญรุ่งเรืองก้าวหน้าได้ จำเป็นต้องมีพลเมืองที่มีสุขภาพอนามัยดี อันเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาประเทศจึงจำเป็นที่จะต้องให้มีการพัฒนาสาธารณสุขขึ้น การสาธารณสุขมีความสำคัญต่อบุคคลและสังคม เมื่อบุคคลดีมีสุขภาพอนามัยที่ดี ก็สามารถประกอบสัมมาอาชีพได้เต็มที่ สร้างฐานะและครอบครัวให้เข้มแข็งได้ ดำรงชีพได้อย่างเป็นสุข สังคมก็จะเข้มแข็งมีความมั่นคง เศรษฐกิจดี ก็จะทำให้ประเทศชาติมีความมั่นคงยิ่งขึ้นต่อไป (www.Panyathai) หรืออาจกล่าวได้ว่าสาธารณสุข ก็คือ งานแพทย์ฝ่ายป้องกันหรือเรียกเวชศาสตร์ป้องกัน บางทีก็ใช้คำว่าเวชกรรมป้องกัน (ทวี ฤกษ์สำราญ, 2535, หน้า 1) ที่มุ่งทำการป้องกันโรคที่จะเกิดกับชุมชนที่นอกเหนือไปจากการรักษา เป็นการทำให้โรคร้ายสงบหรือสูญหายไป ทุกฝ่ายจึงต้องร่วมมือกันหาทางกำจัดโรคให้หมดไปโดยการร่วมมือกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ประชาชน กำจัดการแพร่เชื้อโรคก่อให้เกิดสังคมปลอดภัย

กระทรวงสาธารณสุขจึงมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ และระบบสาธารณสุข ของประเทศไม่ได้มุ่งดูแลรักษาเฉพาะคนใดคนหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นการกระทำเพื่อประชาชนทั่วไป รวมถึงประชาคมโลกทั้งหมดด้วย

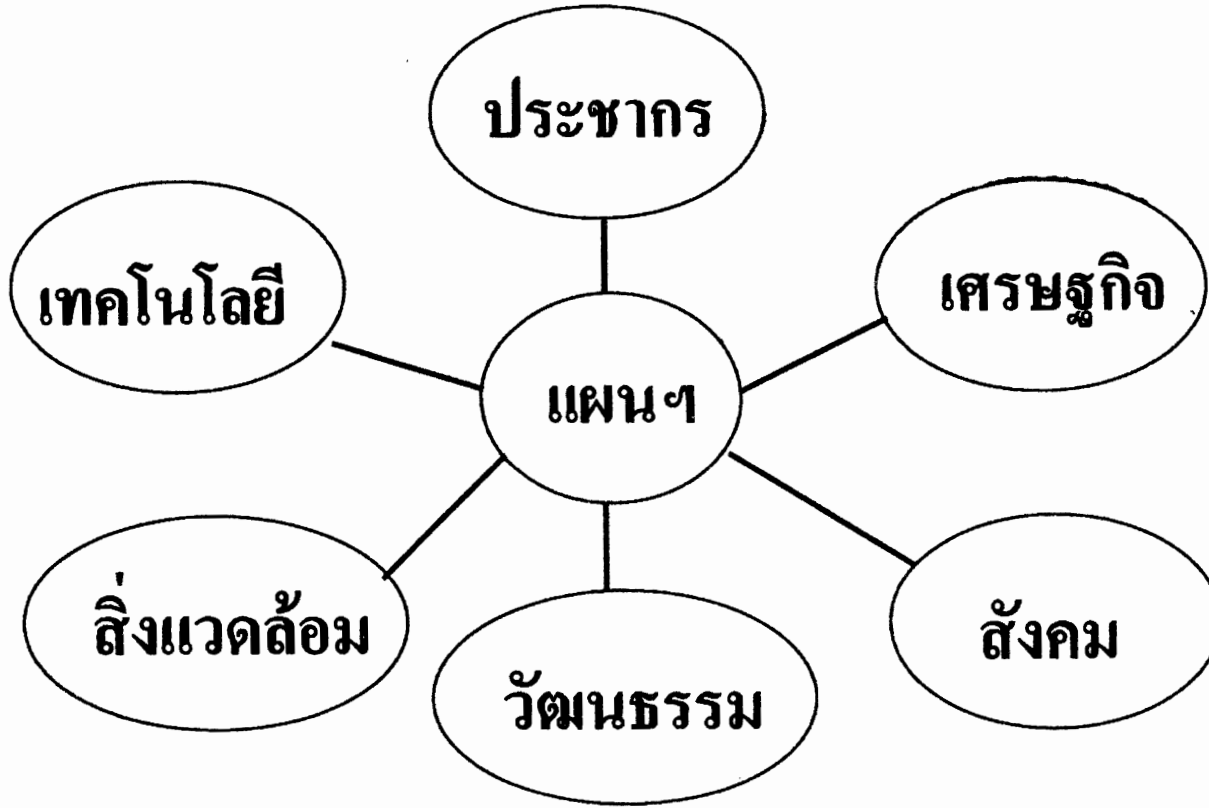
ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 - 2549 มีแผนงานบริการสุขภาพอยู่ 5 ด้านคือ

1. งานสร้างหลักประกันสุขภาพ
2. งานสร้างเสริมสุขภาพ
3. งานป้องกันและควบคุมโรค
4. งานบริการรักษา
5. งานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ

นอกจากนี้ยังมีแผนงานสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ 5 ดังนี้

1. งานพัฒนาระบบบริหารวิชาการ
2. งานพัฒนาระบบสุขภาพ
3. งานมาตรฐานคุณภาพ บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ
4. งานสนับสนุนการผลิตและพัฒนาบุคลากร
5. งานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น

แผนการพัฒนากาารสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับ



ระบบราชการ + ระบบการเมือง จะทำให้หักเห

ปัญหาการสาธารณสุข

คนไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวมากขึ้น โดยมีอายุ*คาดหมายเฉลี่ยของคนไทยชายอายุ 68 ปี หญิงอายุ 75 ปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกที่ชายอายุ 65 ปี หญิงอายุ 69 ปีเท่านั้น สัดส่วนอายุวัยสูงอายุมีมากขึ้นจาก 9.43% พ.ศ. 2543 เป็น 11.7% ใน พ.ศ. 2553 ผู้สูงอายุจะพบปัญหาภาวะโรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่น โรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ อัลไซเมอร์ ต้อกระจก และภาวะทางทันตกรรม รวมถึงการทุพพลภาพระยะยาว ขณะเดียวกันแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพมากขึ้น ไม่มีประกันสังคม และยังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจนำโรคภัยร้ายเข้าสู่ประเทศไทย ทั้งโรคมาลาเรีย ไข้เลือดออก โรคพยาธิต่างๆ โรคเท้าช้าง และโรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้ โรคอุบัติขึ้นใหม่ และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากโลกไร้พรมแดน ทำให้มีการระบาดวิทยาเกิดขึ้น เป็นวิกฤตทั่วโลก เช่น โรคซาร์ส ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ และโรคเอดส์ที่เป็นโรคอุบัติซ้ำ กระทบทุกประเทศทั่วโลก เช่น ผู้ติดเชื้อไวรัส SARS ทั่วโลกกว่า 1,200 คน มีผู้เสียชีวิต 167 คน ประเทศไทย พบ 7 ราย เสียชีวิต 2 ราย

ส่วนไข้หวัดนกเป็นปัญหาการสาธารณสุขของโลกที่มีความรุนแรงมากและซับซ้อน ก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากตั้งแต่ พ.ศ. 2546 จนถึง พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วย 232 ราย เสียชีวิต 134 ราย ภายใน 10 ประเทศ สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วย 23 ราย เสียชีวิต 15 ราย โรคนี้ยังระบาดมาจนถึงปัจจุบันในบางเวลา นอกจากนี้โรคร้ายชนิดใหม่ๆ มีเกิดขึ้นมาเช่น โรควัวบ้า อีโบล่า หรือ Molberg Disease โรคบางชนิดก็ดื้อยา เช่น วัณโรค เป็นต้น

*อายุคาดเปลี่ยนจาก "อายุขัยเฉลี่ย" คือ ช่วงเวลาของการมีอายุต่อไปคำนวณไว้สำหรับการทำนายใช้กับคนเท่านั้น อายุขัย คือ ช่วงเวลานานที่สุดตั้งแต่เกิดถึงตายของสิ่งมีชีวิตตามคำแนะนำของศาสตราจารย์ นายแพทย์กำจร สุวรรณกิจ (พันทวี ฤกษ์สำราญ, 2535, หน้า 163)

ตารางโรคร้ายที่เกิดขึ้นแต่ละปี

โรคร้ายชนิดใหม่	
2516	Rota virus ไวรัสที่ทำให้เกิดการอักเสบในช่องท้องและลำไส้
2520	Ebola virus ไวรัสอีโบล่า
2520	Legionnaire's disease จากเชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบรุนแรง
2524	Toxic shock syndrome จากสารพิษที่ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว
2525	Lyme disease จากเชื้อที่ทำให้เกิดไข้รุนแรง ทำอันตรายต่อระบบประสาท
2526	HIV/AIDS โรคเอดส์
2529	โรควัวบ้า (BSE; Mad cow disease)
2534	Multiple drug resistant TB วัณโรคที่ดื้อยาหลายชนิด
2536	อหิวาตกโรคสายพันธุ์ 0139
2537	Cryptosporidium
2541	ไขหวัดนก
2542	ไข้เวสต์ไนล์
2546	โรคซาร์ส (SARS) ระบบทางเดินหายใจและปอดอักเสบรุนแรง
2547	Mulburg virus ไวรัสที่ทำให้เกิดไข้และเลือดไหลไม่หยุด
2549	XDR TB วัณโรคดื้อยารุนแรง

ปัญหาความรุนแรงที่เป็นผลลัพธ์มาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างทางเศรษฐกิจสังคมทำให้สถาบันครอบครัวอ่อนแอลง ความเป็นธรรมในสังคมเสื่อมทรามลง มีการเอาวัดเอาเปรียบกันมากขึ้น มีภัยคุกคามไปทั่วทั้งเด็กและสตรี ระบบอิทธิพลสูงขึ้น มีผู้พยายามฆ่าตัวตายเฉลี่ยวันละ 12.93 คน และยังพบความรุนแรงของสื่อก่อให้เกิดความขัดแย้งในหมู่สังคมมากขึ้น ข้อมูลระบาดวิทยาสะท้อนถึงปัญหาความรุนแรงทวีมากขึ้น อุบัติเหตุก็เป็นสาเหตุต่างๆ ที่ก่อให้เกิดผู้เสียชีวิตและเสียทรัพย์สิน ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินมีจำนวนครั้งมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขตามมาอีกหลายๆ อย่าง ก่อให้เป็นปัญหาต่อสุขภาพกายและจิต เราจะพบเห็นคนวิกลจริตมากขึ้น รวมทั้งคนเครียดมีอาการทางประสาทกันมากขึ้น สิ่งที่ยังเป็นปัญหาของการสาธารณสุขของไทยในปัจจุบัน ยังมีอีกหลายสาเหตุ ปัญหาดังกล่าวมีดังนี้

ก. ระบบบริการสาธารณสุข การบริการสาธารณสุขจะเป็นเรื่องที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง เมื่อมนุษย์แรกเกิดจะต้องใช้ค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงต่อเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่นวัยหนุ่มสาวก็จะลดค่าใช้จ่ายลงจนก้าวย่างเข้าสู่วัยชราจะพบว่ามีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอีกครั้ง ประเทศไทยได้ขยายการบริการทางสุขภาพโดยมีสถานบริการสาธารณสุขได้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีหน่วยบริการปฐมฤกษ์และทุติยภูมิทุกพื้นที่ ต่อมาก็มมีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนคนไทย โดยตั้งเป้าหมายให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ไม่ต้องเลือกซื้อบริการสุขภาพที่ราคาแพงๆ ให้ทุกคนได้เสมอภาคกัน แต่ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังคงมีให้เห็นอีกมากมาย อันเนื่องมาจากสาเหตุดังนี้

1. จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีไม่เพียงพอ ทั้ง แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่วิชาชีพอื่นๆ ที่ให้บริการ เช่น นักกายภาพบำบัด อาชีวบำบัด
2. ขาดความเป็นธรรมในการกระจายบุคลากรสาธารณสุข และโรงพยาบาล ตติยภูมิชั้นสูง ยังไปไม่ทั่วถึงในหลายพื้นที่
3. บริการที่จำเป็นสำหรับปัญหาสุขภาพ เช่น การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย การบริการกายภาพบำบัดที่ช่วยฟื้นฟูผู้ป่วย มีอยู่เฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ๆ เท่านั้น
4. ระบบการบริการปฐมภูมิขาดคุณภาพ มีเครื่องมือรักษาไม่เพียงพอ บุคลากรน้อย งบประมาณไม่เพียงพอ การบริการยังคงเน้นด้านการรักษาเป็นหลัก ขาดการป้องกันการฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมยังไม่ทั่วถึงไม่ถูกวิธี เป็นต้น
5. ศักยภาพของบุคลากรยังมีจำกัด ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงมีความซับซ้อนมากขึ้น และต้องการความร่วมมือจากหน่วยงานจากภาครัฐ และเอกชน รวมทั้งภาคชุมชนต่างๆ

การแก้ไขปัญหาระบบบริการ

รัฐจะต้องจัดทำกำหนดทิศทางการให้บริการมากขึ้น โดยกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้เป็นธรรมมากขึ้นดังนี้

1. การจัดการ เพื่อให้ประชาชนไทยได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง เป็นธรรม มีประสิทธิภาพ และคุณภาพ รวมทั้งมีความยั่งยืนทางการเงินการคลัง รัฐต้องจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่อภิบาลระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งควบคุมกลไกที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข และกลไกที่ทำหน้าที่ควบคุม

กำกับและพัฒนาการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการผลิตบุคลากร
ที่จำเป็นในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป และการกระจายบุคลากรจะต้องเป็น
ธรรมต่อสังคม พยายามจัดการให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

2. บริการปฐมภูมิโดยแพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขประจำครอบครัวเป็น
สิ่งที่ต้องดำเนินการให้เกิดขึ้นโดยเร็วอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บริการครอบคลุมประชากร
อย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและชนบท และเชื่อมต่อกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ
โดยมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

3. พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ
ของประชาชนในแต่ละพื้นที่ ให้บริการสาธารณสุขแบบองค์รวมที่มีความต่อเนื่องทั้งด้าน
รักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และบริการสุขภาพในชุมชน ตลอดจนร่วมกับทุกภาคส่วนใน
การแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่สืบเนื่องมาจากปัจจัยนอกระบบบริการสุขภาพ

ข. อัตราส่วนของแพทย์กับประชาชนชาวไทย

ทรัพยากรด้านสุขภาพประกอบด้วย กำลังคน ทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล
สถานบริการและเครื่องมือ เวชภัณฑ์ องค์กรความรู้

กำลังคนด้านสุขภาพเป็นทั้งผู้สร้างเทคโนโลยีและเป็นผู้นำเทคโนโลยีสุขภาพ
ไปบริหารจัดการและจัดระบบบริการเพื่อให้เกิดสุขภาพดีขึ้นในหมู่ประชาชน เป็นทรัพยากร
ที่มีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายสูงสุด ซึ่งโดยทั่วไปจะสูงถึงร้อยละ 60 - 80 ของค่าใช้จ่ายด้านการ
ดำเนินการ และจากข้อเท็จจริงปรากฏว่าขณะนี้กำลังคนด้านสุขภาพมีความไม่สมดุล ทั้ง
ประเภท คุณภาพ จำนวนและการกระจาย ข้อมูลและความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องกำลังคนด้าน
สุขภาพ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่สุดเรื่องหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ

ปริมาณแพทย์ เดือนเมษายน พ.ศ. 2544 มีแพทย์จบใหม่จำนวน 1,185 คน
(สถาบันพระบรมราชชนก, 2544) ในคณะแพทย์ต่างๆ ของรัฐ 10 คณะ และเอกชน 1 คณะ
และหากไม่มีการปรับแผนการผลิตคาดว่าจะมีแพทย์เพิ่มเป็นปีละ 1,795 คน ใน พ.ศ. 2563
หรืออีก 19 ปีข้างหน้า

ใน พ.ศ. 2543 ประเทศไทยมีแพทย์ที่มีชีวิตอยู่และจดทะเบียนไว้กับแพทยสภา
ทั้งหมด 25,039 คน แต่มีเพียงแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงประมาณ 18,025 คน คิดเป็นอัตรา
ส่วนต่อประชากร 1 : 3,427 โดยมีการคาดประมาณว่าใน พ.ศ. 2542 มีความต้องการแพทย์

ประมาณว่าใน พ.ศ. 2542 มีความต้องการแพทย์ประมาณ 25,000 คน จึงมีความขาดแคลนในภาพรวมประมาณ 7,000 คน ใน พ.ศ. 2563 มีการคาดการณ์ความต้องการแพทย์ทั้งหมดประมาณ 44,064 - 50,359 คน และมีแพทย์ทั้งหมด 44,028 - 47,519 คน ดังนั้น ความขาดแคลนแพทย์ในภาพรวมน่าจะหายไปไปอีก 20 ปีข้างหน้า แต่ปัญหาการกระจายคงจะยังมีอยู่

การกระจายแพทย์ตามหลักภูมิศาสตร์ โดยส่วนรวมมากกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลาง และเมืองที่มีความเจริญอย่างไรก็ดีช่องว่างระหว่างกรุงเทพมหานครและชนบทมีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2522 จนถึง พ.ศ. 2532 และหลังจาก พ.ศ. 2532 ถึง พ.ศ. 2540 ช่องว่างระหว่างกรุงเทพมหานครและชนบท มีแนวโน้มคงที่และแยลง เนื่องมาจากการขยายตัวของสถานพยาบาลภาคเอกชนในเขตเมืองและกรุงเทพมหานครในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ มีแนวโน้มที่การกระจายแพทย์ดีขึ้น แพทย์จากภาคเอกชนมีสัดส่วนลดลง โดยแพทย์ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนและจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะในชนบท

การกระจายแพทย์ตามสังกัด ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาตั้งแต่ พ.ศ. 2532 เป็นต้นมาพบว่าแพทย์สังกัดภาครัฐมีสัดส่วนลดลง และภาคเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น

การกระจายตามสาขาเฉพาะทาง แพทย์ในประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางในสัดส่วนที่สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยใน พ.ศ. 2544 มีแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเฉพาะทางสาขาต่างๆ แต่ในทางปฏิบัติ พบว่า แพทย์ที่ปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เฉพาะทางมีสูง ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากแพทย์ที่ไม่ได้หนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรจากแพทยสภา แต่ประกอบวิชาชีพในฐานะแพทย์เฉพาะทาง

ตารางที่ 6.1 การกระจายแพทย์จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2543*

ภาค / ปี	พ.ศ.											
	2522	2524	2526	2528	2530	2532	2534	2536	2538	2540	2542	2543
กรุงเทพมหานคร	4,069 (1,210)	3,927 (1,362)	4,084 (1,404)	3,966 (1,431)	4,211 (1,418)	5,888 (1,062)	5,832 (958)	6,191 (1,045)	5,582 (999)	7,771 (720)	7,438 (760)	7,155 (793)
กลาง	814 (11,652)	1,019 (9,407)	1,387 (7,179)	1,521 (7,335)	1,730 (6,663)	2,008 (5,920)	2,227 (5,805)	2,490 (5,180)	3,309 (4,091)	3,100 (4,506)	3,917 (3,653)	4,029 (3,576)
เหนือ	741 (13,112)	815 (12,075)	934 (10,879)	935 (10,884)	1,264 (8,297)	2,021 (5,331)	1,747 (6,317)	1,822 (6,117)	2,037 (5,844)	2,079 (5,791)	2,494 (4,869)	2,691 (4,501)
ใต้	362 (15,641)	447 (13,154)	608 (10,061)	865 (7,684)	908 (7,705)	1,165 (6,306)	1,179 (6,079)	1,274 (6,257)	1,369 (5,591)	1,510 (5,216)	1,659 (4,888)	1,576 (5,194)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	633 (25,713)	723 (23,238)	889 (19,675)	1,209 (14,908)	1,467 (12,694)	1,631 (11,762)	1,818 (10,970)	1,848 (10,851)	1,884 (10,936)	2,109 (9,951)	2,632 (8,116)	2,574 (8,311)
เปรียบเทียบประชากร : แพทย์ ระหว่าง กทม. และตะวันออกเฉียง เหนือ	1 : 21.3	1 : 17.1	1 : 14.0	1 : 10.4	1 : 8.9	1 : 11.1	1 : 11.4	1 : 10.4	1 : 10.9	1 : 13.8	1 : 10.7	1 : 10.5
รวม	6,619 (6,956)	6,931 (6,847)	7,902 (6,259)	8,496 (6,083)	9,580 (5,595)	12,713 (4,361)	12,803 (4,426)	13,634 (4,297)	14,181 (4,180)	16,569 (3,649)	18,140 (3,395)	18,025 (3,427)

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

หมายเหตุ: ตัวเลขใน () คือ จำนวนประชากรต่อแพทย์ 1 คน

* ตัวเลขจากการสำรวจคาดว่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง ร้อยละ 10 - 15

ข้อมูล พ.ศ. 2528 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2527 แทน

ตารางที่ 6.2 สัดส่วนการกระจายแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2543

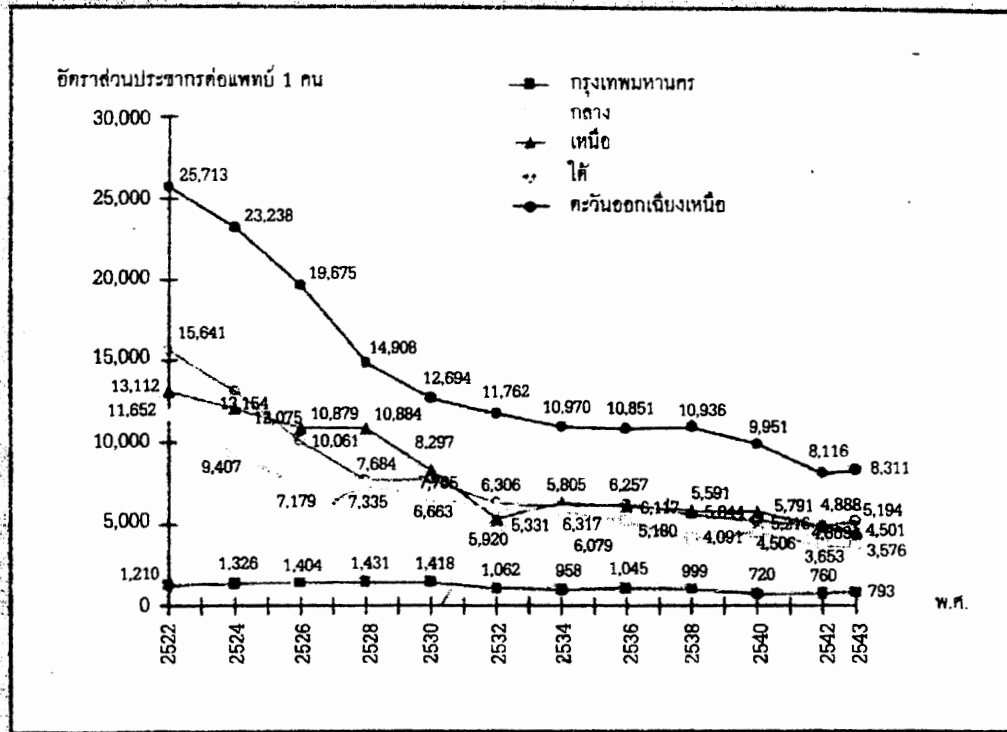
ปี / สังกัด	จำนวน / ร้อยละ					รวม
	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	ราชการท้องถิ่น	เอกชน	
2514	1,515 (37.1)	1,832 (44.8)	123 (3.0)	341 (8.3)	274 (6.7)	4,085
2516	1,678 (36.4)	2,039 (44.2)	147 (3.2)	357 (7.7)	386 (8.4)	4,607
2518	1,922 (38.4)	2,068 (41.3)	143 (2.8)	452 (9.0)	420 (8.4)	5,005
2520	2,198 (38.0)	2,575 (44.5)	147 (2.5)	344 (5.9)	526 (9.1)	5,790
2522	2,510 (37.9)	2,768 (41.8)	168 (2.5)	433 (6.5)	740 (11.2)	6,619
2524	2,987 (43.1)	2,867 (38.5)	175 (2.5)	371 (5.3)	731 (10.5)	6,931
2526	3,622 (46.1)	2,806 (35.8)	197 (2.5)	333 (4.2)	890 (11.3)	7,848
2528	4,289 (50.3)	2,630 (30.8)	248 (2.9)	363 (4.3)	1,000 (11.7)	8,530
2530	4,758 (49.7)	3,086 (32.2)	235 (2.5)	407 (4.2)	1,094 (11.4)	9,580
2532	5,396 (42.4)	4,398 (34.6)	640 (5.0)	483 (3.8)	1,796 (14.1)	12,713
2534	5,437 (42.5)	4,100 (32.0)	442 (3.5)	517 (4.0)	2,307 (18.0)	12,803
2536	5,843 (42.8)	4,152 (30.5)	613 (4.5)	484 (3.5)	2,542 (18.6)	13,634
2538	6,134 (43.3)	3,936 (27.8)	259* (1.8)	488 (3.4)	3,364 (23.7)	14,181
2540	8,026 (48.4)	3,873 (23.4)	933 (5.6)	493 (3.0)	3,244 (19.6)	16,569
2541	9,636 (53.7)	3,541 (19.7)	711 (4.0)	500 (2.8)	3,567 (19.8)	17,955
2542	9,799 (54.0)	3,683 (20.3)	721 (4.0)	534 (3.0)	3,403 (18.7)	18,140
2543	9,363 (51.9)	3,400 (18.9)	769 (4.3)	573 (3.2)	3,920 (21.7)	18,025

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

หมายเหตุ: ตัวเลขใน () แสดงร้อยละ

* พ.ศ. 2538 ไม่มีข้อมูลจาก รพ.จุฬาลงกรณ์ (สังกัดสภาอากาศไทย)

ภาพที่ 6.2 อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2543



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

ตารางที่ 6.3 จำนวนและสัดส่วนการสูญเสียแพทย์สุทธิเมื่อเทียบกับแพทย์จมนับบรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2544

พ.ศ.	จำนวนแพทย์		ตคง (ตายตก)	เปรียบเทียบ (จำนวน / ร้อยละ)
	สมัคร	กลับเข้ารับราชการใหม่		
2537	526	-	42	42 / 8.0
2538	576	-	71	71 / 12.3
2539	588	-	98	98 / 17.3
2540	579	30	205	175 / 30.2
2541	618	93	117	24 / 3.8
2542*	830	168	63	- / -
2543	893	92	133	41 / 4.6
2544	883	67	135	68 / 7.7

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- * ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา นคิ กรม ให้กระทรวงสาธารณสุข รับนักเขียนทุนที่จบการศึกษาปี 2542 เป็นพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แทนบรรจุเป็นข้าราชการ

ภาระงานของแพทย์ หากเทียบกับปริมาณผู้ป่วยนอกที่แพทย์ต้องดูแลในระดับต่าง ๆ พบว่า แพทย์โรงพยาบาลชุมชนมีภาระมากที่สุดเมื่อเทียบกับแพทย์ในเขตเมือง กทม. และเอกชน

ตารางที่ 6.4 แสดงภาระงานของแพทย์ พ.ศ. 2543

สังกัด	(1) ผู้ป่วยนอก (คน)	(2) ผู้ป่วยใน (คน)	(3) ผู้ป่วยใน ที่ปรึกษา *	รวมภาระงาน (1) + (3)	แพทย์ (คน)	ภาระงานต่อ แพทย์	ดัชนี เปรียบเทียบ
รพช.	14,766,441	2,975,297	41,654,158	56,420,599	2,291	24,627.1	2.3
รพศ. / รพท.	7,036,127	2,487,811	44,780,598	51,816,725	3,949	13,121.5	1.2
รพมหาวิทาลัย	557,146	194,810	3,506,580	4,063,726	2,141	1,898.1	0.2
กทม.	442,178	113,758	2,047,644	2,489,822	549	4,535.2	0.4
เอกชน	4,144,852	1,487,351	20,822,914	24,967,766	3,920	6,369.3	0.6
	23,927,594	7,258,027	139,758,838	169,943,459	10,829	15,697.2	

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
หมายเหตุ: * การปรึกษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแต่ละประเภทเพื่อให้เป็นผลผลิตเดียวกัน โดยกำหนดดังนี้
1. รพช. และ รพ. เอกชน ปรึกษา IP X 14
2. รพศ. / รพท. รพ. มหาวิทยาลัย และ กทม. ปรึกษา IP X 18

ปัญหาสุขภาพและแนวโน้มโรคภัยไข้เจ็บของประชากรผู้รับบริการที่ปรากฏมีปัจจัยร่วมและวิเคราะห์แยกเป็นกลุ่มได้ดังนี้

1. ภัยคุกคามต่อสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงคือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จะพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งมีเกิดขึ้นในประชากร 100,000 คน พบว่าโดยเฉลี่ยเรียงตามลำดับดังนี้ 544.08, 530.75, 490.53, 174.88 และ 114.31 ซึ่งโรคเหล่านี้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยงทำให้เป็นโรคไร้เชื้อเรื้อรังเป็นโรคที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้แต่ก็ไม่ทำกัน ซึ่งสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุราสิ่งมีนเมา รวมทั้งความเครียด และไม่ออกกำลังกาย ในปี พ.ศ. 2547 มีคนไทยสูบบุหรี่ถึง 10 ล้านคน ชาย 37.2% หญิง 2.2% มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ถึง 52,000 คนต่อปี หรือวันละ 142 คน และผู้ติดสุราถึง 3.1 ล้านคน เพิ่มจากปี 2546 ถึง 1.8 ล้านคน เป็นพฤติกรรมความเสี่ยงที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ

นอกจากนี้ ปัญหายาเสพติดระบาดไปทั่ว มีผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดปี พ.ศ. 2545 - 2548 ทั้งสิ้น 396,468 คน อันเนื่องมาจากไม่เอาจริงต่อกฎหมาย ครอบครัวอ่อนแอ

ภูมิคุ้มกันลดน้อยลง ความรุนแรงในการค้าขายยามีนมากขึ้น การปราบปรามไม่ทั่วถึงเจ้าหน้าที่
รักษากฎหมายไม่เข้มแข็งพอ

2. พฤติกรรมความเสี่ยงทางการบริโภค การบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไปทำให้คนไทย
ต้องเสียชีวิตจากโรคอันเนื่องมาจากอาหารการกินไม่ถูกต้อง พ.ศ. 2547 ถึง 61,320 คน ที่
สำคัญคือเน้นการบริโภคแป้งและน้ำตาล โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนที่มีการบริโภคของขบ
เคี้ยว ขนม และน้ำอัดลม จนมีปัญหาเรื่องเหงือกและฟันในอัตราสูง พ.ศ. 2544 เด็กร้อยละ
66 เป็นโรคฟันผุและยังไม่ได้รับการรักษา อาหารยังมีปัญหาทางด้านสารพิษตกค้างรวมทั้ง
สารเคมีที่ใช้ในการเกษตร

3. ขาดการออกกำลังกาย อัตราการออกกำลังกายของคนไทยสูงขึ้นตามลำดับ แต่
ยังอยู่ในอัตราต่ำเพียงร้อยละ 34.7 เท่านั้นที่ออกกำลังกายอยู่เป็นประจำ ในประเทศอังกฤษ
ออสเตรเลีย และสิงคโปร์ ออกกำลังกายมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด เด็กไทยร้อย
ละ 69 หลังเลิกเรียนจะทำการบ้านหรือกวาดวิชา ดูทีวี เล่นเกมส์ วันละ 4 - 6 ชั่วโมง เสียค่า
เกมส์เฉลี่ย 760 บาทต่อคนต่อวัน ขณะที่เด็กญี่ปุ่นและเวียตนามร้อยละ 60 ออกกำลังกาย
เมื่อเยาวชนคนไทยขาดการออกกำลังกาย โรคอ้วนก็จะตามมาเป็นปัญหาโภชนาการเกิน
โดยเฉพาะเด็กในกรุงเทพฯ ชั่วโมงพลศึกษาก็ถูกลดจำนวนชั่วโมงลง นักเรียนเล่นกีฬาได้
น้อยลง

4. อุบัติเหตุ จากปัญหาการจราจร สังคมไทยต้องสูญเสียเงินจำนวนมหาศาล พ.ศ.
2545 มีคนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุปีละ 14,000 คน บาดเจ็บอีก 9.5 แสนถึง 1 ล้านคน
สาเหตุจากการเมาสุราและไม่สวมหมวกกันน็อค แต่จะมีผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวนมาก
เฉลี่ยวันละ 18 คนที่เสียชีวิต

5. โรคเอดส์ โรคเอดส์ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของโลก พ.ศ. 2548 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ
เอดส์ประมาณ 34 - 46 ล้านคน ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้ติดเชื้อเอดส์ พ.ศ. 2534 ถึง
143,000 คน ลดลงปี พ.ศ. 2546 เหลือ 19,000 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ พ.ศ. 2548
ประมาณ 17,000 คน ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 288,672 คน ต้อง
สูญเสียค่ารักษาพยาบาลสูงมาก นับเป็นปัญหาที่รุนแรงที่ต้องได้รับการจัดการที่ดี เอดส์อาจ
เกิดจากพฤติกรรมความเสี่ยงที่ไม่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพได้จึงควรมีการจัดการส่งเสริม
พฤติกรรมให้กับประชาชนคนไทยมากขึ้น

6. ปัญหาสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยทำให้การดำรงชีวิตเป็นไปด้วยความเร่งรีบ ต้องแก่งแย่งกัน ความเหลื่อมล้ำในสังคมมีสูง มีการแข่งขันกันค่อนข้างสูงมาก ก่อให้เกิดความเครียดเสื่อมเสียต่อสุขภาพจิตมีผู้ติดสุรามากขึ้น คนกว่า 1.6 ล้านคน มีโรคอารมณ์แปรปรวน และอีก 8.4 แสนคน ป่วยด้วยโรควิตกกังวล ปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับปัญหาความสัมพันธ์กันในครอบครัวเผชิญกับวิกฤตอย่างรุนแรงปี 2548 เด็กที่มีอายุ 6 - 18 ปี ร้อยละ 5.1 มีปัญหาทางสุขภาพจิตและพฤติกรรม เด็ก 6 แสนกว่าคน ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 30 เท่านั้นที่รู้สึกว่าคุณแม่ให้ความรักเอาใจใส่ดี

การสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบสุขภาพของประเทศต้องเข้มแข็ง ทุกภาคส่วนต้องเร่งช่วยกัน “ระดมพลังทั้งสังคม เพื่อสร้างสุขภาพ” (All for Health) ในการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก ปี 2548 และเป็นวาระแห่งโลก (Global Agenda) ในการประชุมสมัชชาโลกปี 2549 ที่องค์การนานาชาติร่วมกันสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของชาวโลกในอนาคต

ปัญหาการสาธารณสุขของประเทศไทยแบ่งตามสาเหตุได้ 3 ประการ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง เมื่อประชาชนได้รับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย แล้วมีการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จะก่อให้เกิดการสูญเสีย ทูพพลภาพ ตลอดจนเกิดการพิการได้
2. ขาดการป้องกัน โรคบางอย่างทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ หรืออุบัติเหตุ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการเจ็บป่วย บาดเจ็บหรือตายได้ ถ้าขาดการระมัดระวัง หรือไม่หาทางป้องกันทั้งที่ทำการป้องกันได้ เช่น โรคเอดส์ ไข้หวัด โรคเบาหวาน โรคอ้วน เป็นต้น
3. ขาดการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ทำให้ภาวะสุขภาพของบุคคลต่างๆ อยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ ร่างกายอ่อนแอ เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย หรือได้รับอุบัติเหตุได้ง่าย

นโยบายการสุขศึกษาแห่งชาติ (กองสุศึกษา, 2539)

ปัจจุบันปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของประชากรทั่วประเทศส่วนใหญ่มีผลมาจากสิ่งแวดล้อมทั้งสิ้น ดังนั้นการแก้ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันจำเป็นที่จะต้องเร่งรัดการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชน คนวัยทำงาน และผู้สูงอายุ อนุรักษ์ ฟื้นฟู สิ่งแวดล้อม ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งความรู้ของสหวิทยาการโดยทำการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นให้เหมาะสมต่อประเทศไทยในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมทั้งทำให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีการพัฒนาเพิ่มพูน

ความรู้ด้านสุขศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยแก้ปัญหา สาธารณสุขทุกระดับให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ฯลฯ ร่วมดำเนินการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพที่ทั้งใน ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมทั้งความร่วมมือของภาครัฐและเอกชนต้องแลกเปลี่ยนความรู้ ส่งเสริม สนับสนุนการวิจัยด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมของ เยาวชนและประชาชน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้สร้างนโยบายการสุขศึกษาแห่งชาติ 7 ข้อ ดังนี้

1. ให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นและมี ประสิทธิภาพต่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขในทุกระดับ
2. ให้มีการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ การสาธารณสุข และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องใน องค์การต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
3. ให้มีการพัฒนาสื่อสุขภาพ และประชาสัมพันธ์ที่ได้มาตรฐานทางวิชาการ
4. ให้มีการดำเนินงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง
5. ให้มีการสร้างเสริมและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพในรูปของสุขบัญญัติแห่งชาติ ทุกกลุ่มประชากรเป้าหมาย
6. ให้มีการระดมทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
7. ให้มีการพัฒนาองค์กรและการประสานงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์อย่าง เป็นทางการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนปัจจุบันได้เปลี่ยนไปจากเดิมมากในอดีต ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจและเชื่อในสิ่งๆ จากวัฒนธรรมดั้งเดิม รวมทั้งขาดแคลนการบริการด้านสุขภาพ แต่ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมมา จากปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาจากพฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานภาคอุตสาหกรรม ภาคการ เกษตร รวมทั้งประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ การ ส่งเสริมปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรม สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขจึงต้อง ปลูกฝังและสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้นในกลุ่มประชาชนทั่วไปตั้งแต่เด็กให้เป็น

พฤติกรรมขั้นพื้นฐาน สำหรับพัฒนาต่อไปจนเป็นค่านิยมทางสุขภาพในที่สุด กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดกลวิธีในการปลูกฝัง สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ขั้นพื้นฐานในรูปของสุขบัญญัติสำหรับเด็ก เยาวชน และประชาชนทั่วไป ให้นำไปปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเกิดการเรียนรู้อย่างยั่งยืน ช่วยให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจและทางสังคม กติกาเดิมเรียกว่า “กติกานามัย” ต่อมาจึงเปลี่ยนเป็นสุขบัญญัติ และปรับปรุงเรื่อยมาจนปี พ.ศ. 2535 ได้ปรับให้ครอบคลุมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 6 ด้าน คือ ด้านอนามัยส่วนบุคคล ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้อยู่ในรูปแบบของสุขบัญญัติ 10 ประการ ดังนี้

1. การดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด
2. รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
3. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย
4. กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีสูดฉาด
5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท
8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี
9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
10. มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม

ระบาดวิทยา

คือการศึกษาเกี่ยวกับการกระจายและสาเหตุของการเกิดโรคในประชากรเพื่อการควบคุมโรค ระบาดวิทยาหรือวิทยาการระบาด เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชากร เป็นพื้นฐานและตรรกะที่ทำให้เกิดแนวคิด ความสนใจในสาธารณสุขและเวชศาสตร์ป้องกัน งานของระบาดวิทยาเกี่ยวข้องกับโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ เป็นการศึกษาที่มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ โดยการหาวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดขึ้นไม่ให้เกิดแพร่หลาย รวมทั้งกำจัดโรคให้หมดไป

หลักวิชาการระบาดวิทยา คือ วิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อหาสาเหตุของโรคหรือการรักษาตามแต่จุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งแต่ละครั้ง หาสาเหตุของการเกิดโรค การ

กระจายของโรค โดยการสังเกตเบื้องต้นก่อนการตั้งสมมุติฐาน เก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ทั้งข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง วิธีการนี้เป็นวิธีการทำวิจัยเพื่อหาสาเหตุของโรคหรือวิธีการกำจัดโรค วิธีการทางระบาดวิทยามีดังนี้

1. วัตถุประสงค์ จะถูกกำหนดขึ้นตามแนวคิดเพื่อหาสาเหตุที่เป็นไปได้
2. ตั้งข้อสมมุติฐานตามเหตุที่เป็นไปได้ด้วยการรวบรวมหลักการทางสาธารณสุข แนวทางที่เป็นจริงที่สามารถทำได้ จากการค้นหาข้อมูลเบื้องต้นเก็บรวบรวมข้อเท็จจริง รวมทั้งความรู้ทางการแพทย์และการสังเกตในห้องปฏิบัติการ เพื่อหาสาเหตุของโรค
3. การบรรยายทางระบาดวิทยา หลังจากเก็บรวบรวมข้อเท็จจริง จัดตั้งข้อคำถาม ให้ชัดเจนไม่คลุมเครือ กำหนดลักษณะเฉพาะข้อมูลเบื้องต้นที่ต้องการค้นหา รวมทั้งข้อมูลส่วนตัวที่จะนำมาใช้ตั้งข้อสมมุติฐาน ได้แก่ เพศ วัย สัญชาติ เชื้อชาติ อายุ อาชีพ สภาพการสมรส การศึกษา เศรษฐกิจ นอกจากนี้ ยังต้องใช้ข้อมูลเรื่อง เวลา วัน เดือน ปี ฤดูกาล สถานที่ท้องถิ่นที่เกิดเหตุ สิ่งเหล่านี้บางอย่างอาจเป็นสาเหตุของการทำให้เกิดโรคได้ เช่น ฤดูหนาวอาจเกิดเป็นหวัดหรือโรคบางชนิดเกิดกับคนวัยชราเท่านั้น เป็นต้น

งานระบาดวิทยามีความสำคัญต่อการพัฒนา และการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย เกิดขึ้นจากความพยายามในการควบคุมการระบาดของโรค มีการพัฒนาที่ต่อเนื่องมากกว่า 50 ปี ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกจัดไทยให้เป็นศูนย์กลางของภูมิภาคเอเชีย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ไปใช้ในประเทศลดภาระโรคข้ามแดน เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการป้องกันโรค พร้อมกับรับสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของเศรษฐกิจและสังคม

งานระบาดวิทยาจะประกอบไปด้วย การเฝ้าระวังโรค การสอบสวนโรค และการศึกษาวิจัยโรคเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์แนวโน้มที่จะทำให้เกิดโรควิเคราะห์ถึงพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นการวางแผนการสาธารณสุขให้เอื้อต่อการรับสถานการณ์ของโรค ทั้งเชิงรุกและเชิงรับในระยะสั้นจนถึงระยะยาว นำไปสู่การป้องกัน และสกัดกั้นปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ทันเวลา เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนดูแลสุขภาพของประชาชน

การศึกษาระบาดวิทยามีวิธีการศึกษาดังนี้

1. การทดลอง
2. การสังเกต และการศึกษาจากข้อมูลที่ทำให้เกิดโรค หมายถึง ต้นเหตุที่อาจทำให้เกิดโรค หรือสิ่งที่จะทำให้โรคหายได้

ข้อมูลที่ได้มาให้บททวนเพื่อหาความชัดเจนก่อนที่จะนำมาสรุปเป็นแนวทางเพื่อใช้ทางการแพทย์ต่อไป

สถิติชีพ (Biostatistic or Vital Statistic)

สถิติชีพคือข้อมูลที่ได้จากระเบียบชีพที่ประกอบด้วยสถิติบัตร-มรณบัตรและบัตรตายในท้องหรือเกิดไร้ชีพ ซึ่งเป็นสถิติเบื้องต้นจากการเกิด การเกิดไร้ชีพและรายงานการตายของประชาชนจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ

ระเบียบชีพ คือ สถิติบัตร มรณบัตร และบัตรตายในท้อง (เกิดไร้ชีพ) ในการดำเนินงานทางสาธารณสุข งานทางด้านสถิติมีส่วนสำคัญต่อการดำเนินงานวางแผนและนโยบายต่างๆ ทางสาธารณสุข มีประสิทธิภาพมากขึ้นไม่ล้มเหลว สถิติทางสาธารณสุขที่จำเป็นมีดังนี้

1. สถิติประชากรศาสตร์
2. สถิติชีพ การเกิดมีชีพ การตาย และทารกตายในท้องหรือเกิดไร้ชีพ
3. สถิติเกี่ยวกับทรัพยากรทางสาธารณสุข
4. สถิติเกี่ยวกับการบริหารทางสาธารณสุข

การสำรวจประชากร ประเทศไทยได้ดำเนินการสำรวจประชากรครั้งแรก เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2454 โดยกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงมหาดไทยได้ทำการสำรวจทั้งหมด 5 ครั้ง ตั้งแต่ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 5 คือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2454, พ.ศ. 2462, พ.ศ. 2472 และ พ.ศ. 2490 ต่อมา สำนักงานสถิติเป็นผู้สำรวจต่อๆ มา

การเกิด (Birth)

การเกิดตามความหมายทางประชากรศาสตร์ หมายถึง การคลอดตัวอ่อนที่อยู่ในครรภ์มารดาแล้วอย่างน้อย 28 สัปดาห์ ถ้าคลอดออกมาแล้วมีชีวิตเรียกว่า “เกิดมีชีพ” ถ้าไม่มีชีวิตเรียกว่า “เกิดไร้ชีพ” หรือ “ตายคลอด” ปัจจุบัน คำว่า การเกิด (birth) ที่ใช้กันทั่วไป หมายถึง บุตรเกิดรอด

เกิดรอด หรือ เกิดมีชีพ (Live Birth)

เกิดรอด หรือ เกิดมีชีพตามความหมายทางประชากรศาสตร์ หมายถึง ทารกที่คลอดออกมามีชีวิตหรือมีสัญญาณการมีชีวิต เช่น ร้อง ดิ้น แม่เพียงเสี้ยววินาทีหลังจากคลอดก็ถือว่าเป็นการมีชีพ หรือ เกิดรอดแล้ว

การเกิดมีชีพ ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึง เด็กที่คลอดออกมาแล้วมีลมหายใจ ชีพจรเต้น มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ซึ่งอาการแสดงเหล่านี้ บ่งชี้ว่ามีชีวิต โดยไม่คำนึงถึงระยะเวลาที่ตั้งครรภ์

แหล่งข้อมูลการเกิด แบ่งได้เป็น

1. การจดทะเบียนการเกิด
2. การสำรวจตัวอย่าง

การจดทะเบียนการเกิด การจดทะเบียนและรายงานการเกิดตามกฎหมาย แบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ

1. กรณีเกิดในสถานพยาบาล
2. กรณีเกิดนอกสถานพยาบาล

กรณีเกิดในสถานพยาบาล

สถานพยาบาลนั้นๆ ต้องออกหนังสือรับรองการเกิด (ทร 1/1 ตอนหน้า) ให้กับบิดามารดา เพื่อนำไปเป็นเอกสารประกอบการแจ้งการเกิดที่สำนักทะเบียนท้องถิ่นที่มีคนเกิด เพื่อขอรับสูติบัตร ภายใน 15 วันนับแต่วันเกิด

กรณีเกิดนอกสถานพยาบาล

1. การเกิดในบ้าน

ให้เจ้าบ้านหรือบิดาหรือมารดาแจ้งต่อนายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ที่มีคนเกิดในบ้านภายใน 15 วัน นับแต่วันเกิด

2. การเกิดนอกบ้าน

ให้บิดาหรือมารดาแจ้งต่อนายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ที่มีคนเกิดนอกบ้านหรือแห่งท้องที่ที่จะพึงแจ้งได้ภายใน 15 วันนับแต่วันเกิด ในกรณีจำเป็นไม่อาจแจ้งได้ตามกำหนด ให้แจ้งภายหลังได้ แต่ต้องไม่เกิน 30 วันนับแต่วันเกิด

ข้อมูลที่ได้รับแจ้งจะถูกเก็บไว้ในระบบคอมพิวเตอร์ และข้อมูลจะถูกส่งมาปรับปรุงที่สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย นอกจากนี้ข้อมูลที่จัดเก็บนั้น จะถูกจัดส่งให้กระทรวงสาธารณสุขด้วยการเชื่อมโยงระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อการจัดทำสถิติต่างๆ ทางสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขจะบริหารจัดการข้อมูลการเกิดและออกรายงานในระดับประเทศ พร้อมทั้งจัดส่งให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดได้ใช้ประโยชน์

ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิด การเกิดมีชีพ จะให้ความรู้เกี่ยวกับจำนวนเด็กที่เกิดในแต่ละช่วงเวลา ตลอดจนลักษณะการเกิด เช่น วันเวลาที่เกิด เพศ น้ำหนักแรกเกิด อายุของมารดา สถานที่เกิด ฯลฯ จำนวนการเกิดจะเป็นตัวแปรสำคัญตัวหนึ่งที่ทำให้จำนวนประชากรเพิ่มขึ้น

เอกสารที่ใช้ในการแจ้งเกิด

1. สำเนาทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน
2. บัตรประจำตัวประชาชนผู้แจ้ง
3. หนังสือรับรองการเกิดจากโรงพยาบาล (ถ้ามี)

สถานที่รับแจ้งการเกิด และผู้มีหน้าที่รับแจ้งการเกิด

1. กรณีคนเกิดนอกเขตเทศบาล ณ ท้องที่ใดให้ผู้มีหน้าที่แจ้งการเกิดแจ้งต่อนายทะเบียน ผู้รับแจ้งคือ กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้านในท้องที่นั้น หรือปลัดอำเภอ หรือผู้ช่วยนายทะเบียน ณ ที่ว่าการอำเภอ หรือกิ่งอำเภอนั้น

2. กรณีคนเกิดในเขตเทศบาล ให้ผู้มีหน้าที่แจ้งการเกิดต่อนายทะเบียนท้องถิ่น ณ สำนักงานเทศบาลนั้น

3. กรณีมีคนเกิดในกรุงเทพมหานคร ให้ผู้มีหน้าที่แจ้งการเกิดต่อนายทะเบียนท้องถิ่น ณ สำนักงานเขตนั้น

ขั้นตอนในการแจ้งเกิด

1. ผู้แจ้งการเกิดยื่นเอกสารและหลักฐานต่อนายทะเบียนแห่งท้องที่ที่เด็กเกิด
2. ผู้แจ้งการเกิด
 - แจ้งชื่อของเด็กเกิดใหม่พร้อมกับการแจ้งเกิดและแจ้งชื่อสกุลด้วย พร้อมสำเนาทะเบียนบ้านที่จะเพิ่มชื่อเด็ก
 - แจ้งวัน เดือน ปี และสถานที่เกิด ถ้ามีหนังสือรับรองการเกิดจากสถานพยาบาลให้นำไปแสดงด้วย
 - แจ้งชื่อตัว ชื่อสกุล สัญชาติ และที่อยู่ของบิดาและมารดาเด็ก
 - แจ้งชื่อตัว ชื่อสกุล และที่อยู่ของผู้แจ้งการเกิดตามหลักฐาน สำเนาทะเบียนบ้านหรือบัตรประจำตัวที่นำไปแสดง
3. นายทะเบียนตรวจสอบหลักฐานกับทะเบียนบ้าน ลงรายการในสูติบัตรแล้วเพิ่มชื่อเด็กในทะเบียนบ้านและสำเนาทะเบียนฉบับเจ้าบ้าน แล้วมอบสูติบัตรคนที่ 1 และสำเนาทะเบียนบ้านคืนให้กับผู้แจ้ง

ขั้นตอนการดำเนินงานข้อมูลการเกิดในประเทศไทย

การเกิดในสถานพยาบาล	การเกิดนอกสถานพยาบาล
<p>หนังสือรับรองการเกิด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล) สำเนาฉบับที่ 1 ส่งไปสำนักทะเบียนอำเภอ/ท้องถิ่น สำเนาฉบับที่ 2 เก็บไว้ที่สถานพยาบาล</p>	<p>ใบแจ้งการเกิด โดยเจ้าหน้าที่ทะเบียนในพื้นที่ (ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย) สำเนาฉบับที่ 1 ส่งไปสำนักทะเบียนอำเภอ/ท้องถิ่น สำเนาฉบับที่ 2 เก็บไว้ที่สำนักงานเพื่อตรวจสอบ</p>



<p>สูติบัตร โดยเจ้าหน้าที่ทะเบียน (ตามกฎหมาย ต้องแจ้งหลังจากการเกิดภายใน 15 วัน)</p>
<p>ระบบข้อมูล</p>
<ul style="list-style-type: none"> - สูติบัตรฉบับเดียวให้แก่ผู้แจ้ง - ข้อมูลจะถูกส่งไปสำนักบริหารการทะเบียน ผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์



<p>ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร</p>
<p>(กระทรวงมหาดไทย)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลที่ส่งมาจะทำการตรวจสอบ - บันทึกข้อมูลจากสูติบัตร และตรวจสอบ



<p>ฐานข้อมูลสถิติการเกิด</p>
<p>(กระทรวงสาธารณสุข)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฐานข้อมูลส่งผ่านมาจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร

การแจ้งเกิดเกินกำหนด

เป็นการแจ้งเกิดต่อนายทะเบียนผู้รับแจ้งเมื่อพ้นเวลาที่กฎหมายกำหนดไว้ (15 วัน) ตามกฎหมายมีบทกำหนดโทษต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 1,000 บาท

หลักฐานที่ต้องใช้กรณีแจ้งเกิดเกินกำหนด 15 วัน

- บัตรประจำตัวประชาชนของผู้แจ้ง บัตรประจำตัวประชาชนของบิดา มารดา (ถ้ามี)
- ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน
- หนังสือรับรองการเกิดจากสถานพยาบาล (ถ้ามี)
- เจ้าบ้าน บิดา มารดา และพยานบุคคล พร้อมบัตรประจำตัวประชาชน

ข้อจำกัดของข้อมูลการเกิดจากการจดทะเบียนการเกิด

ในประเทศไทยยังมีเด็กอีกจำนวนหนึ่งซึ่งยังไม่ได้รับการจดทะเบียนการเกิด ทำให้เด็กเหล่านั้นกลายเป็นบุคคลที่ไม่มีตัวตนในทางกฎหมาย และไม่อาจทราบจำนวนที่แท้จริงของเด็กกลุ่มนี้ได้ ปัญหาที่ทำให้เด็กเหล่านี้ไม่ได้รับการจดทะเบียนการเกิดมี 2 ประการ คือ

1. ปัญหาซึ่งเกิดขึ้นในทางปฏิบัติเนื่องจากพ่อแม่เด็กไม่ได้แจ้งเกิดต่อเจ้าหน้าที่ ทั้งที่จริงแล้วตัวเด็กเองก็มีสิทธิโดยชอบที่จะได้รับการจดทะเบียนการเกิด
2. ปัญหาการถูกจำกัดสิทธิ ในการที่จะได้รับการจดทะเบียนการเกิดของเด็ก ที่เกิดจากบิดามารดา ซึ่งเป็นผู้หลบหนีเข้าเมือง โดยผิดกฎหมาย อันส่งผลให้เด็กไม่มีสิทธิได้รับการจดทะเบียนการเกิด

จากปัญหาดังกล่าวนี้ ข้อมูลการเกิดที่รายงานโดยสำนักบริหารการทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทยจึงต่ำกว่าความเป็นจริง

ขั้นตอนการดำเนินงานข้อมูลการตายในประเทศไทย



ตาราง : จำนวนเกิดมีชีพ และตาย ตามเพศกับอัตรา ต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2525-2551

ปี	เกิดมีชีพ			อัตรากเกิด	ตาย			อัตรากตาย
	รวม	ชาย	หญิง		รวม	ชาย	หญิง	
2525	1,075,632	548,643	526,989	22.2	247,402	144,066	103,336	5.1
2526	1,055,802	535,074	520,728	21.3	252,592	144,816	107,776	5.1
2527	956,680	489,114	467,566	19.0	225,282	130,849	94,433	4.5
2528	973,624	498,001	475,623	18.8	225,088	128,977	96,111	4.4
2529	945,827	482,972	462,855	18.0	218,025	125,086	92,939	4.1
2530	884,043	452,508	431,535	16.5	232,968	133,179	99,789	4.3
2531	873,842	447,750	426,092	16.0	231,227	133,721	97,505	4.2
2532	905,837	465,515	440,322	16.3	246,570	143,156	103,414	4.4
2533	956,237	491,010	465,227	17.0	252,512	147,887	104,625	4.5
2534	960,556	498,753	466,808	17.0	264,350	135,198	109,152	4.7
2535	964,557	493,900	470,657	16.8	275,313	162,546	112,767	4.8
2536	957,832	491,243	466,589	16.5	285,731	170,747	114,984	4.9
2537	960,248	494,485	465,763	16.3	305,526	184,480	121,046	5.2
2538	963,678	494,396	469,282	16.2	324,842	198,411	126,431	5.5
2539	994,118	486,202	457,916	15.8	342,643	208,950	133,693	5.7

ตาราง : จำนวนเกิดมีชีพ และตาย ตามเพศกับอัตรา ต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2525-2551 (ต่อ)

ปี	เกิดมีชีพ			อัตราเกิด	ตาย			อัตรตาย
	รวม	ชาย	หญิง		รวม	ชาย	หญิง	
2540	897,604	461,916	435,688	14.8	303,323	181,884	118,439	5.0
2541	897,495	461,991	435,504	14.7	310,534	181,592	128,942	5.1
2542	754,685	389,285	365,400	12.3	362,607	213,432	149,175	5.9
2543	773,009	397,523	375,486	12.5	365,741	312,907	151,834	5.9
2544	709,425	407,400	383,025	12.7	369,493	213,298	156,195	6.0
2545	782,911	403,397	379,514	12.5	380,364	219,480	160,884	6.1
2546	742,183	382,621	359,562	11.8	384,131	221,962	162,169	6.1
2547	831,069	418,361	394,708	13.0	393,592	225,027	168,565	6.3
2548	809,485	416,474	393,011	13.0	395,374	225,622	169,752	6.4
2549	793,623	409,231	384,392	12.7	391,126	222,811	168,315	6.2
2550	797,588	410,921	386,667	12.7	393,255	222,170	171,085	6.3
2551	784,256	404,043	380,213	12.4	397,327	224,090	173,237	6.3

ตาราง : จำนวนเกิดมีชีพจำแนกตามเพศ รายภาคกับอัตรา ต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2531- 2535

ภาค	พ.ศ. 2531		พ.ศ. 2532		พ.ศ. 2533		พ.ศ. 2534		พ.ศ. 2535	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ทุกภาค										
รวม	873,842	16.0	905,837	16.3	956,237	17.0	960,556	17.0	964,557	16.8
ชาย	447,750	16.4	465,515	16.8	491,010	17.4	493,753	17.4	493,900	17.2
หญิง	426,092	15.6	440,322	15.9	465,227	16.5	466,803	16.5	470,657	16.4
ภาคเหนือ										
รวม	153,472	14.4	151,897	14.1	162,256	14.9	169,420	15.4	160,737	14.1
ชาย	78,537	14.6	78,079	14.4	83,272	15.1	87,213	15.8	81,880	14.3
หญิง	74,935	14.2	73,818	13.8	78,948	14.6	82,207	14.9	78,857	13.9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ										
รวม	296,619	15.7	299,004	15.6	321,406	16.5	323,015	16.2	319,800	15.9
ชาย	152,345	16.0	152,949	15.9	164,791	16.9	165,195	16.6	163,378	16.2
หญิง	144,274	15.3	146,055	15.3	156,615	16.2	157,820	15.8	156,422	15.7

ตาราง : จำนวนเกิดมีชีพจำแนกตามเพศ รายภาคกับอัตรา ต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2531- 2535 (ต่อ)

ภาค	พ.ศ. 2531		พ.ศ. 2532		พ.ศ.2533		พ.ศ.2534		พ.ศ.2535	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ภาคกลาง										
(รวม กทม.)										
รวม	296,581	16.6	312,441	17.2	325,579	17.6	335,798	18.1	337,815	18.1
ชาย	151,644	17.1	161,170	17.9	168,051	18.3	173,254	18.7	173,799	18.7
หญิง	144,937	16.6	151,271	16.6	157,528	16.9	162,544	17.5	164,016	17.6
ภาคใต้										
รวม	127,170	17.7	142,495	19.4	146,996	19.5	132,323	18.5	146,205	20.2
ชาย	65,224	18.2	73,317	19.9	74,896	19.9	68,091	19.0	74,843	20.4
หญิง	61,946	17.3	69,178	18.9	72,100	19.2	64,232	17.9	71,362	19.6
กรุงเทพมหานคร										
รวม	126,560	20.7	133,901	21.4	139,005	21.7	144,818	25.9	143,440	25.6
ชาย	64,760	21.7	69,310	22.7	71,917	23.1	74,923	26.9	74,401	26.7
หญิง	61,800	19.7	64,591	20.1	67,088	20.4	69,895	25.0	69,039	24.6

ตาราง : จำนวนและอัตราการเกิดมีชีพ ต่อประชากร 1,000 คน จำแนกรายภาคและเพศ พ.ศ. 2539-2543

ภาค	พ.ศ. 2539		พ.ศ. 2540		พ.ศ. 2541		พ.ศ. 2542		พ.ศ. 2543	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ทั่วราชอาณาจักร										
รวม	944,118	15.8	897,604	14.8	897,495	14.7	754,685	12.3	773,009	12.5
ชาย	486,202	16.3	461,916	15.3	461,991	15.2	389,258	12.7	397,523	13.0
หญิง	457,916	15.3	435,688	14.4	435,504	14.2	365,400	11.8	375,486	12.1
กรุงเทพมหานคร										
รวม	147,959	26.5	145,711	26.0	122,902	21.8	116,263	20.6	119,794	21.1
ชาย	76,729	27.9	75,327	27.4	63,813	23.2	59,794	21.7	61,827	22.4
หญิง	71,230	25.2	70,384	24.7	59,089	20.6	56,469	19.5	57,967	19.9
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)										
รวม	208,957	15.2	199,891	14.3	201,654	14.2	173,985	12.1	176,731	12.3
ชาย	107,912	15.8	103,046	14.8	103,708	14.7	90,228	12.7	90,883	12.8
หญิง	101,045	14.6	96,845	13.8	97,946	13.7	83,757	11.6	85,848	11.8

ตาราง : จำนวนและอัตราการเกิดมีชีพ ต่อประชากร 1,000 คน จำแนกรายภาคและเพศ พ.ศ. 2539-2543 (ต่อ)

ภาค	พ.ศ. 2539		พ.ศ. 2540		พ.ศ. 2541		พ.ศ. 2542		พ.ศ. 2543	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ภาคเหนือ										
รวม	146,658	12.3	127,220	10.6	139,733	11.5	113,305	9.3	114,421	9.4
ชาย	75,355	12.6	65,123	10.8	72,010	11.9	58,243	9.6	58,669	9.7
หญิง	71,330	11.9	62,097	10.3	67,723	11.1	55,062	9.0	55,752	9.2
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ										
รวม	299,345	14.4	262,600	12.5	294,193	13.9	231,711	10.9	237,455	11.1
ชาย	153,598	14.8	135,173	12.9	150,918	14.2	119,250	11.2	121,822	11.4
หญิง	145,747	14.1	127,427	12.2	143,275	13.5	112,461	10.6	115,633	10.8
ภาคใต้										
รวม	141,172	18.2	162,182	20.6	139,013	17.4	119,421	14.7	124,608	15.2
ชาย	72,608	18.7	83,247	21.2	71,542	17.9	61,770	15.3	64,322	15.8
หญิง	68,564	17.7	78,935	20.0	67,471	16.8	57,651	14.2	60,286	14.7

ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ตาราง 2.1.1 จำนวนและอัตราเกิดมีชีพ ต่อประชากร 1,000 คน จำแนกตามภาคและเพศ พ.ศ. 2547 - 2551

Table 2.1.1 Number of Live births and Crude Birth Rates per 1,000 Population by Region and Sex, 2004 - 2008

ภาค (Region)		2547 (2004)		2548 (2005)		2549 (2006)		2550 (2007)		2551 (2008)	
		จำนวน Number	อัตรา Rate	จำนวน Number	อัตรา Rate	จำนวน Number	อัตรา Rate	จำนวน Number	อัตรา Rate	จำนวน Number	อัตรา Rate
ทั่วราชอาณาจักร Whole Kingdom	♂ T	813,069	13.0	809,485	13.0	793,623	12.7	797,588	12.7	784,256	12.4
	♀ M	418,361	13.5	418,474	13.6	409,231	13.2	410,921	13.2	404,043	13.0
	♀ F	394,708	12.5	393,011	12.5	384,382	12.1	386,667	12.1	380,213	11.9
กรุงเทพมหานคร Bangkok Metropolis	♂ T	117,601	20.5	113,672	20.1	110,734	19.5	110,222	19.3	108,655	18.7
	♀ M	60,764	22.0	68,760	21.7	67,282	19.3	67,145	21.0	65,107	20.2
	♀ F	56,837	19.1	54,912	18.6	53,452	19.7	53,077	17.8	51,548	17.2
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.) Central Region (Excl. Bangkok Metro.)	♂ T	207,041	13.9	209,235	14.0	212,754	14.0	211,234	13.8	209,044	13.5
	♀ M	106,696	14.6	107,815	14.7	109,752	14.8	108,820	14.5	107,891	14.2
	♀ F	100,346	13.3	101,620	13.4	103,002	13.3	102,414	13.1	101,153	12.8
ภาคเหนือ Northern Region	♂ T	119,023	9.9	117,935	9.9	114,104	9.8	114,705	9.7	111,558	9.4
	♀ M	61,327	10.3	60,725	10.3	58,792	10.0	59,169	10.1	57,705	9.8
	♀ F	57,696	9.6	57,210	9.5	55,312	9.2	55,536	9.2	53,853	9.0
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (North-Eastern Region)	♂ T	237,052	11.0	233,624	11.0	222,445	10.4	223,604	10.5	219,434	10.2
	♀ M	121,569	11.3	119,858	11.3	114,726	10.7	114,785	10.8	112,447	10.5
	♀ F	115,483	10.8	113,766	10.7	107,719	10.1	108,819	10.2	106,987	10.0
ภาคใต้ (Southern Region)	♂ T	132,352	15.6	135,019	15.9	133,586	15.6	137,823	16.0	137,565	15.8
	♀ M	68,008	16.2	69,516	16.6	68,679	16.2	71,002	16.6	70,893	16.5
	♀ F	64,346	15.1	65,503	15.3	64,907	15.0	66,821	15.3	66,672	15.2

รวบรวมและวิเคราะห์โดย : กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและวางแผนสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

Collected and Analyzed by : Health Information Unit, Bureau of Health Policy and Strategy

สถานะสุขภาพของประชากร (อัตราการเกิด อัตราการตาย อัตราการเพิ่ม อัตราการตายของทารก ฯลฯ)

ปี	อัตราการเกิด ของทารก	อัตราการตาย ของทารก	จำนวนการเกิด มีชีพ	จำนวนการเกิด ไร้ชีพ	จำนวนมารดา เสียชีวิต
2546	10.94	19,345.00	8	164	2
2547	11.57	20,479.00	7	153	5
2545	9.52	16,720.00	10	173	2
2548	10.78	18,772.00	11	204	9
2549	11.00	19,229.00	8	153	2
2550	11.17	19,549.00	9	173	4
2551	10.90	19,103.00	6	115	6

ตาราง 2.3.4 จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำนวนความเสียหายที่สำคัญ พ.ศ. 2547- 2551

Table 2.3.4 Number of Deaths and Death Rates per 100,000 Population by Leading Causes of Death, 2004 - 2008

สาเหตุการตาย Cause of Death	2547(2004)		2548(2005)		2549(2006)		2550(2007)		2551(2008)	
	จำนวน Number	อัตรา Rate	จำนวน Number	อัตรา Rate	จำนวน Number	อัตรา Rate	จำนวน Number	อัตรา Rate	จำนวน Number	อัตรา Rate
รวม (Total)	393,592	629.5	395,374	635.7	391,127	624.6	393,255	624.9	397,327	628.6
เนื้องอกชนิดร้ายทุกชนิด (C00-D49) Malignant neoplasm, all forms	80,816	81.3	80,822	81.4	82,082	83.1	83,434	84.9	88,403	87.8
อุบัติเหตุและการวางยาพิษ (V01-Y99,W00-W99,X00-X59,Y10-Y89) Accident and poisonings	35,856	58.9	35,815	57.8	37,433	59.8	35,661	56.7	34,851	55.1
โรคหัวใจ (I05-I09,I20-I25,I26-I28,I30-I52) Disease of the heart	16,788	28.8	17,539	28.2	17,775	28.4	18,452	29.3	18,820	29.8
ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง (I10-I16,I60-I69) Hypertension and cerebrovascular disease.	21,755	34.8	18,171	29.2	16,284	24.4	16,286	24.2	15,898	24.7
ปอดอักเสบและโรคอื่น ๆ ของปอด (J12-J18,J80-J94) Pneumonia and other diseases of lung	16,462	26.3	13,946	22.4	12,786	22.0	14,179	22.6	14,542	23.0
ไตอักเสบ กลุ่มอาการไตและไตพิการ (N00-N29) Nephritis, nephrotic syndrome and nephrosis	11,616	18.6	12,591	20.2	12,384	20.6	13,538	21.5	14,225	22.5
โรคตับอักเสบและตับอ่อน (K70-K87) Disease of liver and pancreas.	7,492	12.0	6,081	14.6	9,002	14.4	8,761	13.9	8,738	13.8
การบาดเจ็บจากอาวุธปืน อาวุธปืน และอื่น ๆ (X80-X84,X85-Y09) Suicide, homicide and other injury.	7,341	11.7	7,342	11.8	6,871	11.1	7,223	11.5	8,935	11.0
วัณโรคทุกชนิด (A15-A19) Tuberculosis, all forms	6,078	9.7	5,534	8.9	4,214	6.8	4,559	7.7	4,821	7.6
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องเป็นสาเหตุไวรัส (B20-B24) Human immunodeficiency virus (HIV) disease	11,473	18.2	7,949	12.8	6,551	10.8	5,522	8.8	4,683	7.4
อื่น ๆ (Others)	205,937	331.0	216,801	348.4	214,184	342.0	216,340	348.8	218,703	346.0

รวบรวมและวิเคราะห์โดย : กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลสุขภาพและสารสนเทศสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อมูลในหนังสือนี้เป็นการนำไปเผยแพร่โดยไม่หวังผลตอบแทน

หมายเหตุ : ผู้เสียชีวิตจากการเป็นพิษ ไม่รวม ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

Collected and Analyzed by : Health Information Unit, Bureau of Health Policy and Strategy

Note : Accident and Poisonings Exclude Suicide (X80-X84) and Homicide (X85-Y09)

การพัฒนาสาธารณสุขแนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก (WHO's "new" Public-Health Development)

ตามที่แต่ละประเทศได้รับหลักการสร้างสุขภาวะอนามัย ให้กับประชาชน ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับหลักการ "สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543" (Health for All By the Year 2000) ปี พ.ศ. 2538 องค์การอนามัยโลกได้จัดให้มีการประชุมระหว่างภูมิภาคขึ้น ได้ทบทวนกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ระยะยาวออกไปจากปี พ.ศ. 2543 อีก 25 ปี ให้กำหนดนโยบายและวางแผนอนาคตของการสาธารณสุขเพื่อปรับปรุงระบบสาธารณสุขของประเทศสมาชิกต่างๆ

ผลการประชุมสรุปนโยบายหลักไว้ 4 ประการ ดังนี้

1. บรรลุการพัฒนาสุขภาพและทรัพยากรมนุษย์ในนโยบายสาธารณะด้านต่างๆ
2. ประกันความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
3. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปราบปรามเกี่ยวกับปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
4. ป้องกันและควบคุมปัญหาเฉพาะด้านต่างๆ

การพัฒนาสาธารณสุข ความเสมอภาค และสังคม (Public Health, Equity and Social Development) เป็นการพัฒนาที่มุ่งปรับปรุงคุณภาพชีวิตรวมทั้งสุขภาพของประชาชน หมายถึง ถ้าต้องการให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาต้องใช้บุคคลที่มีสุขภาพดีและชุมชนที่น่าอยู่ นโยบายการพัฒนาประเทศจึงต้องมุ่งเน้นการผสมผสานให้เกิดความสอดคล้องกันระหว่างกลุ่มผู้เกี่ยวข้องต่างๆ

สุขภาพอนามัย (Health) หมายถึง "สภาวะความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ที่ดีในสังคมไม่แต่เพียงการปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น ส่วนการพัฒนา หมายถึง กระบวนการปรับปรุงคุณภาพชีวิต เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ทำให้

1. มาตรฐานการดำรงชีพสูงขึ้น
2. เพิ่มอำนาจการซื้อ
3. มีส่วนร่วมในการเมืองมากขึ้น และ
4. สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์และบริการพื้นฐาน

แนวคิดในการบรรลุเรื่องสุขภาพและพัฒนาไว้ในนโยบายสาธารณะช่วยกระชับความคิดเรื่องความเป็นธรรมในสังคม จัดลำดับความสำคัญและจัดสรรทรัพยากรเป็นการนำไปสู่ความเสมอภาคทางสังคมและเศรษฐกิจ จากการศึกษาพบว่าความไม่เสมอภาคทางสังคมและเศรษฐกิจทำให้ประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสมีสุขภาพไม่ดี อัตราการตายสูง

มาซีโด (Macedo 1992) ได้ศึกษาถึงประเทศทางแถบลาตินอเมริกา พบว่า มีการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วแต่ไม่เพียงพอที่จะแก้ไขความยากจน ปัญหาความไม่เสมอภาคและปัญหาสภาพความเป็นอยู่ที่ไม่ดี ถ้าหากความยากจนคือการขาดรายได้จำนวนประชากรชาวลาตินอเมริกาที่จัดอยู่ในระดับยากจนจะมีมากกว่า 40 ล้านคนในช่วงต้นปี ค.ศ. 1970 - 1980) เขาได้เสนอแบบจำลองการพัฒนาดังนี้

1. ความไม่สมดุลในเศรษฐกิจระดับมหภาคของประเทศต้องได้รับการแก้ไข ทั้งนี้รวมทั้งภายนอกและภายใน ซึ่งเกิดจากอัตราเงินเฟ้อ ขาดเงินออมและการลงทุน

2. ในบริบทของโครงการพัฒนาประเทศต้องรวมกิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยทำให้ประชาชนมีความอยู่ดีกินดี และความเสมอภาคโดยคำนึงว่าการเพิ่มผลผลิตและเศรษฐกิจเจริญเติบโตนั้นไม่เพียงพอที่จะประกันการมีสุขภาพอนามัยที่ดีได้

3. โครงการพัฒนาใหม่ๆ ต้องดำเนินไปภายใต้ความเป็นประชาธิปไตยที่ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นการเพิ่มโอกาสให้ชุมชนมีอำนาจในการตัดสินใจ เพื่อการดำรงชีวิตของเขา

4. การพัฒนาแนวใหม่จะต้องมีความยั่งยืน และถาวรแบบบูรณาการ

5. นโยบายต้องเน้นหลักการที่ว่าสุขภาพอนามัยนั้นเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

บทบาทการส่งเสริมสุขภาพเปรียบเหมือนกลยุทธ์ในการดำเนินงานของการสาธารณสุขแนวใหม่ที่เน้น 1. การกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ 2. สร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการดำเนินงาน 3. เพิ่มความแข็งแกร่งของกิจกรรมชุมชน 4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5. เผยแพร่พื้นความรู้ด้านบริการสาธารณสุข

ความร่วมมือระหว่างฝ่ายแต่ละฝ่าย มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการสาธารณสุข เพราะมีการปรึกษาหารือกับฝ่ายอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีบทบาทเกี่ยวกับการสาธารณสุข ที่ช่วยให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสนใจของฝ่ายสาธารณสุขที่มีต่อฝ่ายอื่นๆ การเสริมสร้างความร่วมมือ ต้องทำดังนี้

1. ผู้มีอำนาจทางการสาธารณสุข ต้องมีข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับผลกระทบของกิจกรรมการพัฒนาสาธารณสุขต่างๆ

2. วิเคราะห์ (Analysis) ผลกระทบของกิจกรรมสาธารณสุข และโอกาสที่จะช่วยปรับปรุงสุขภาพอนามัย

3. ผู้มีอำนาจแสดงบทบาทในการสนับสนุนให้มีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายที่วางไว้

4. สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อสนองความต้องการและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของชุมชน

องค์การอนามัยโลกได้เน้นให้ประเทศต่างๆ มีโครงการการป้องกันสำหรับโลก และปัญหาที่ป้องกันได้ เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อุบัติเหตุ โครงการเมืองน่าอยู่ อย่างไรก็ตามการป้องกันนั้นอาจแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. การป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention) เกี่ยวข้องกับการกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จากประชาชนและสิ่งแวดล้อม
2. การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ประกอบด้วยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงแต่ละสถานการณ์ และการให้คำปรึกษารวมทั้งการรักษาตามความเหมาะสม
3. การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary Prevention) คือ การฟื้นฟูสภาพและการรักษาโรคของบุคคล

ความเสมอภาคของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข หมายถึง นอกจากการบริการภายในรัศมีที่ควรจะเป็น แล้วต้องไม่มีสิ่งขัดขวางการบริการนั้น เช่น ราคาสูงเกินไป ขาดการต้อนรับที่ดี ต้องใช้เวลาารอนาน การติดต่อสื่อสารที่ไม่แน่นอน เป็นต้น

ดังนั้น ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการจึงถูกประกาศเป็นสิทธิของมนุษย์ ซึ่งมีความว่า “ทุกคนมีสิทธิ์ที่จะมีมาตรฐานการดำรงชีวิตที่ดีพอสำหรับสุขภาพอนามัย และความ เป็นอยู่สำหรับตัวเองและครอบครัว รวมถึงบริการทางการแพทย์

ทรัพยากรทางการเงินมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการประชาชน เพราะประเทศที่ ร่ำรวย ประชาชนก็จะสามารถเข้าถึงบริการได้ดีกว่าประเทศยากจน แต่ก็ไม่แน่นอนเสมอไป ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพของแต่ละประเทศ

การประกันคุณภาพการบริการเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ต้องพิจารณาถึงความเสมอภาคของการเข้าถึงบริการด้วย ซึ่งคุณภาพบริการควรต้องเท่าเทียมกันไม่ว่าจะเป็นบริการกลุ่มใดก็ตาม

การทบทวนและยอมรับข้อตกลงในกลยุทธ์สุขภาพดีถ้วนหน้า

องค์การอนามัยโลกคงมุ่งเน้นให้ประเทศสมาชิกต่างๆ ดำเนินกลยุทธ์สุขภาพดีถ้วนหน้าต่อไปเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณสุขแนวใหม่ โดยมุ่งเน้นแนวคิดของความเสมอภาค และคุณภาพบริการด้วยการย้ำความรับผิดชอบของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

เพื่อเป็นการประกันในความพยายามและการได้มาของข้อตกลงที่เข้มแข็งของรัฐบาลทุกประเทศต้องปฏิบัติตามหลักการในกฎบัตรสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อปี พ.ศ. 2541 ด้วยการจัดลำดับความสำคัญของกลยุทธ์ทั้ง 5 ประการ คือ

1. ลดความยากจนและผลกระทบด้านสุขภาพ
2. ประกันความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยเน้นกลุ่มด้อยโอกาส
3. บรรจุการสาธารณสุขอยู่ในเค้าโครงของการพัฒนาประเทศ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณที่พอเพียงสำหรับระบบสาธารณสุขโดยยึดหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน
4. มีหลักประกันเรื่องความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาสาธารณสุข
5. ปรับการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศให้เหมาะสมและสอดคล้องกับทรัพยากร และกรอบในการประสานแผนภายใต้การสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก