

ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศสมาชิกอาเซียน

Health Risk for ASEAN People

นพวรรณ ชีระพันธ์เจริญ¹ และวีระพล ชีระพันธ์เจริญ²

Noppawan Theerapuncharoen¹ and Weerapol Theerapuncharoen²

¹คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

¹Faculty of Science and Technology, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University

²คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

²Faculty of Medicine, Siam University

บทคัดย่อ

ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศสมาชิกอาเซียนมีหลายประการ เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ส่วนภาวะเสี่ยงของประชากรกลุ่มอื่นได้แก่ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง อ้วน ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ขาดน้ำสะอาดบริโภคและขาดระบบสุขาภิบาลที่ได้รับการพัฒนา ภาวะดังกล่าวทำให้ประชากรใน 10 ประเทศนี้มีปัญหาป่วย พิการหรือตายจากความเสี่ยงจากการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อ เมาหวาน มะเร็งและอุบัติเหตุ ปัญหาดังกล่าวทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเจ็บป่วย พิการหรือสูญเสียชีวิต ซึ่งทุกชาติสมาชิกอาเซียนจะต้องให้ความสำคัญในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหาต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะเสี่ยง, สุขภาพ, ประชาชน, อาเซียน

Abstract

People in The Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) countries are facing several health risks such as premature baby, overweight in children under the age of 5, hypertension, elevated blood glucose, obesity, alcohol and cigarette abuse, and lack of adequate sanitation and water safety. These health problems result in several morbidities and mortality secondary to cardiovascular diseases, gastrointestinal diseases, infectious diseases, diabetes, cancer and accident in majority of ASEAN population. This article emphasizes on prevention measures to solve the current health issues among ASEAN.

Keywords: risk, health, people, ASEAN



บทนำ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนมีหลายประการไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน สำหรับปัจจัยภายนอกซึ่งได้แก่ภาวะเศรษฐกิจสังคม ระดับการศึกษา การจัดระบบบริการสาธารณสุข ฯลฯ ส่วนปัจจัยภายใน เช่น ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ ฯลฯ ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางตรงและทางอ้อมกับสุขภาพของประชาชน การก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของประเทศสมาชิกทั้ง 10 ประเทศนั้น ทำให้แต่ละประเทศจำเป็นต้องแสวงหาแนวทางที่ดีที่สุดจากข้อตกลงต่าง ๆ ที่ทำร่วมกันเพื่อให้ประชาชนของตนได้รับประโยชน์สูงสุด แต่หากสุขภาพของประชาชนไม่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาแล้วปัญหาดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นการวิเคราะห์ภาวะเสี่ยงที่จะมีผลต่อสุขภาพของประชาชนเป็นประเด็นที่นักสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเพื่อใช้ในการบริหารจัดการสุขภาพให้ประชาชนในประเทศสามารถก้าวสู่การแข่งขันกับนานาประเทศทั้งในอาเซียนและสังคมโลกต่อไป

การพิจารณาความเสี่ยงต่อสุขภาพในที่นี้ให้ความสำคัญตั้งแต่ช่วงวัยเด็กจนกระทั่งวัยผู้ใหญ่ โดยเน้นข้อมูลที่เป็นตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่ทุกประเทศยอมรับเช่น การคลอดก่อนกำหนด ภาวะเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ภาวะและโรคสำคัญรวมทั้งพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ทำให้บางประเทศที่เป็นสมาชิกอาเซียนมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดค่อนข้างสูงหากเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่า ทารกในภูมิภาคนี้ สุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในช่วงการคลอดหรือหลังคลอด ส่วนกรณีเด็กอ้วนที่พบจำนวนค่อนข้างมากในอินโดนีเซีย มาเลเซีย สิงคโปร์ สเปน ลาว และบรูไนดารุสซาลาม (UNICEF, 2014; WHO, 2014) หรือข้อมูลที่ระบุว่าหลายประเทศมีประชากรจำนวนหนึ่งซึ่งมีความเสี่ยงจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (WHO, 2012-14) ทำให้สามารถเชื่อมโยงไปถึงคุณภาพประชากรและงบประมาณที่จะต้องดูแลประชากรเหล่านี้ต่อไป นอกจากนั้น ในภูมิภาคนี้ประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายประการ เช่น สูบบุหรี่ บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และการตั้งครรภ์ในวัยที่ไม่เหมาะสม (WHO,

2014) ภาวะดังกล่าวส่งผลต่ออัตราป่วยและอัตราตายของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงดังกล่าวซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียนที่ต้องร่วมมือกันป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว

1. ภาวะเสี่ยงของเด็ก ภาวะเสี่ยงของเด็กในที่นี้พิจารณาเฉพาะประเด็น ทารกคลอดก่อนกำหนดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งการที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดหมายถึง การมีทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ปัญหาดังกล่าวมักเกิดจากแม่ที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง มีไข้สูง มีโรคประจำตัวระหว่างตั้งครรภ์ ความไม่สมบูรณ์ของร่างกายแม่และการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ ทารกที่คลอดออกมามักจะมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ และมักมีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท ระบบหัวใจและระบบเลือดซึ่งเป็นสาเหตุการตายสำคัญหนึ่งของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด (จริยาพร วรรณโชติ, 2553)

ในปี พ.ศ. 2553 ประเทศที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดสูงลำดับแรกคือ อินโดนีเซีย เท่ากับ ร้อยละ 16 ของทารกแรกเกิดที่มีชีวิต ลำดับรองลงมาคือ ฟิลิปปินส์ เท่ากับร้อยละ 15 ส่วนบรูไนดารุสซาลาม มาเลเซีย เมียนมาร์ สิงคโปร์ และไทย มีอัตราการเกิดปัญหานี้เท่า ๆ กันคือ เท่ากับ ร้อยละ 12 ประเทศที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดน้อยที่สุดคือ เวียดนามซึ่งเท่ากับร้อยละ 9 เมื่อเปรียบเทียบกับกันแล้วจะเห็นว่า มีเพียง 1 ประเทศเท่านั้นที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดสูงมากกว่าค่าเฉลี่ยในภูมิภาคได้แก่อินโดนีเซีย อย่างไรก็ตามหากเปรียบเทียบกับประเทศในภูมิภาคยุโรปแล้วพบว่า ทุกประเทศสมาชิกอาเซียนมีอัตราทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศดังกล่าว (WHO, 2014)

เมื่อพิจารณาร่วมกับอัตราตายของทารกคลอดก่อนกำหนดระหว่างปี พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2555 แล้วจะพบว่า ทารกที่คลอดก่อนกำหนดในบรูไนดารุสซาลามมีอัตราการตายสูงเป็นลำดับที่ 1 และ 2 ในช่วง 12 ปีข้างต้น ส่วนมาเลเซีย ไทย และสิงคโปร์ต่างประสบปัญหานี้เช่นกัน ขณะที่อินโดนีเซียแม้ว่ามีอัตราทารกคลอดก่อนกำหนดสูงเป็นลำดับแรก แต่อัตราการตายของทารกคลอดก่อนกำหนดกลับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของการตายดังกล่าวในภูมิภาค

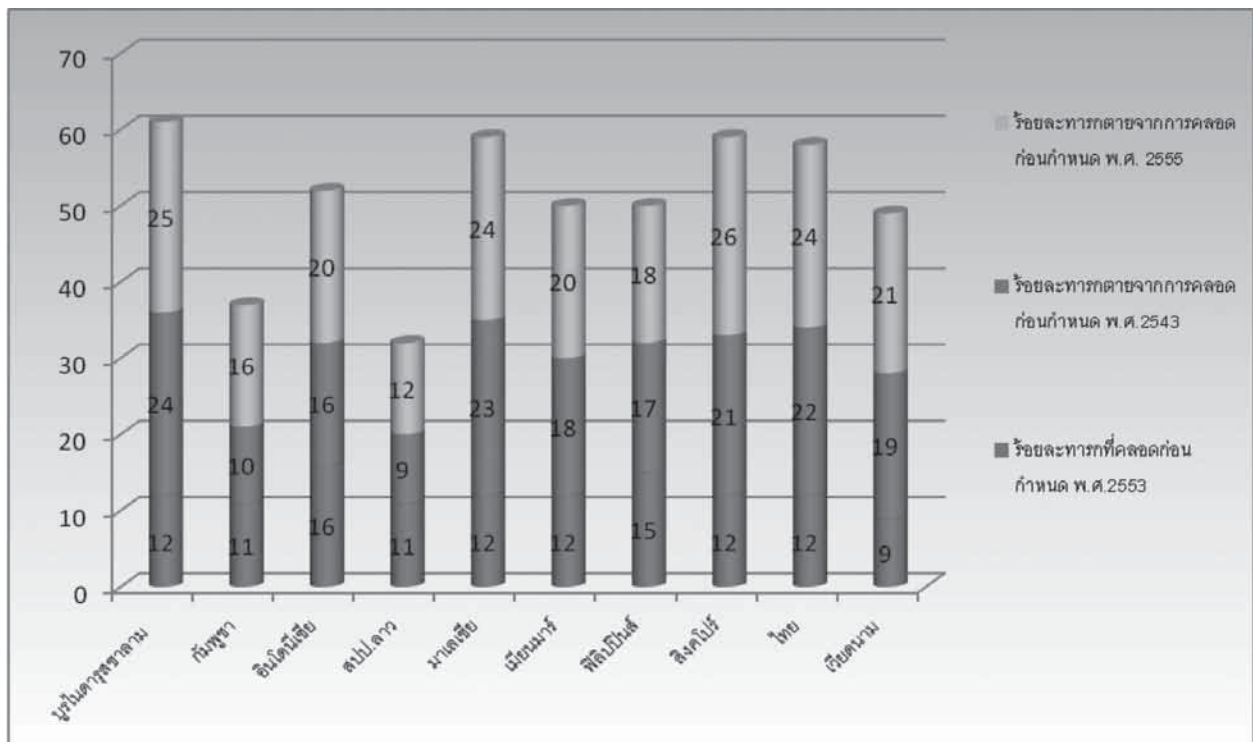
อาเซียนตะวันออกเฉียงใต้ ประเด็นที่น่าสนใจคือ สปป.ลาว มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดน้อยและอัตราการตกแรกเกิดตายน้อยกว่าทุกประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นๆ ที่ระบบการบริการสุขภาพของสปป.ลาว หากเปรียบเทียบกับประเทศอื่นแล้วจะมีระดับที่ไม่ดีนัก รายละเอียดดังกล่าว 1

กรณีที่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมีน้ำหนักเกินมาตรฐานซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อสุขภาพหลายประการ นอกจากจะเหนื่อยง่ายเนื่องจากน้ำหนักตัวมากแล้วยังมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดตีบแข็ง โรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ ระบบกระดูกเพราะทำให้ปวดหัวเข่า ข้อเท้า กระดูกงอ ขาโก่ง และโรคระบบผิวหนัง ฯลฯ นอกจากนั้นเด็กอ้วนมีแนวโน้มเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนด้วย (ลัดดาเหมาะสุวรรณ และคณะ ในวิชัยเอกพลากร, 2553) ระหว่างพ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2555 อินโดนีเซียเป็นประเทศที่มีปัญหานี้มากที่สุดในประเทศสมาชิกอาเซียน รองลงมาคือ ไทยและเวียดนาม ในปี พ.ศ. 2558 พบเด็กไทยอ้วน 1 ใน 5 คนและเด็กก่อนวัยเรียนอ้วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 36 ทำให้ไทยเป็นประเทศที่มีอัตราเพิ่มของปัญหานี้เร็วที่สุดในโลก มีเพียง กัมพูชา สปป.ลาว และเมียนมาร์ที่มีปัญหานี้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในภูมิภาคอาเซียนตะวันออกเฉียงใต้

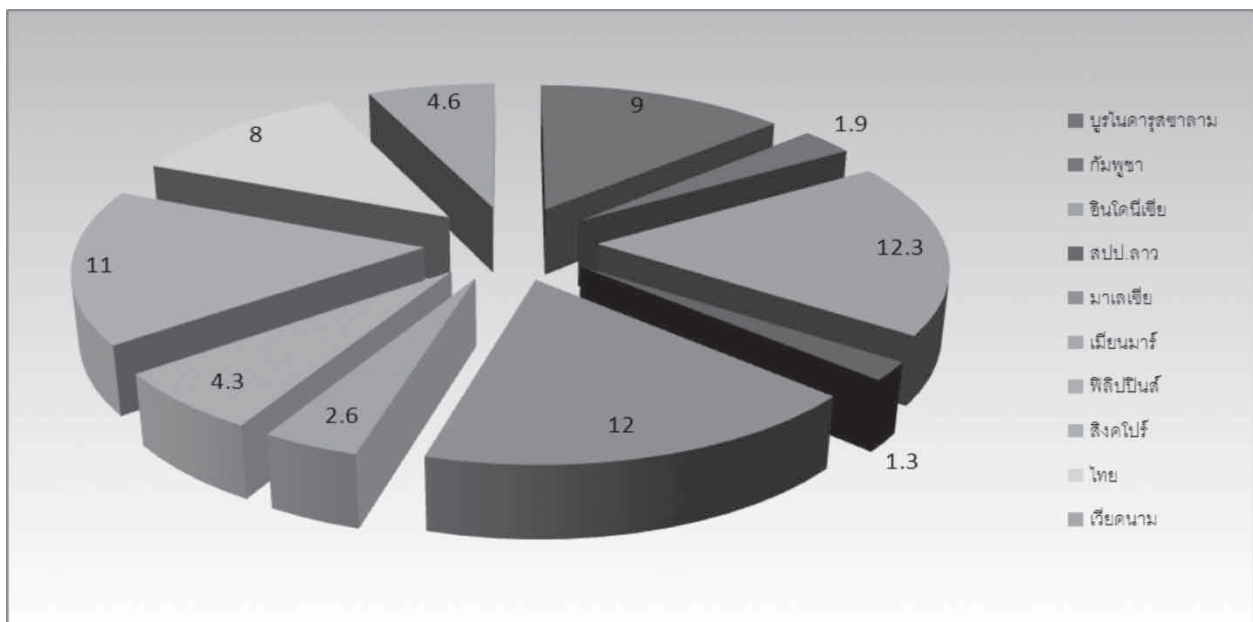
สิงคโปร์เองได้ระบุว่าตนประสบปัญหาเช่นเดียวกัน โดยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาเริ่มพบว่า เด็กมี

น้ำหนักเกินมาตรฐาน และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2543 - 2552 สิงคโปร์พบเด็กนักเรียนมีปัญหาอ้วนร้อยละ 9.7 และขยับเป็นร้อยละ 11 ในปีพ.ศ. 2554 นอกจากนั้นในปี พ.ศ. 2543 เด็กสิงคโปร์มีปัญหาที่สูงเป็นลำดับหนึ่งของอาเซียนตะวันออกเฉียงใต้ (Eveline Gan, 2013) และหากพิจารณาสาเหตุการตาย 4 ลำดับแรกของคนในประเทศนี้แล้วพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนทั้งสิ้น (WHO, 2014)

สำหรับปัญหาเด็กอ้วนในบรูไนดารุส-ซาลามพบว่า ปี พ.ศ. 2550 พบเด็กน้ำหนักมากกว่ามาตรฐานร้อยละ 14.3 และเพิ่มขึ้นเป็นเกือบสองเท่าคือ ร้อยละ 28.4 ใน พ.ศ. 2554 และ อีก 1 ปีต่อมาเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี มีรายงานว่าน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 9 จึงไม่น่าประหลาดใจที่พบว่า ผู้ใหญ่ในประเทศนี้มีปัญหาอ้วนเช่นกัน (WHO, 2014) ข้อสังเกตในประเด็นนี้คือ ประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำจะพบปัญหานี้ต่ำกว่าประเทศที่มีภาวะเศรษฐกิจสูงกว่า อย่างไรก็ตามแม้ว่าระดับเศรษฐกิจของอินโดนีเซียไม่อยู่ในระดับที่สูงมากแต่หากเปรียบเทียบกับกัมพูชา สปป.ลาว และเมียนมาร์แล้วจะพบว่า 3 ประเทศนี้มีระดับเศรษฐกิจต่ำกว่าอินโดนีเซีย ซึ่งอาจแสดงว่าระดับเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับปัญหานี้ ส่วนเวียดนามซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนด้านสาธารณสุขสูงสุดในอาเซียนก็พบว่าปัญหานี้เช่นกัน โดยมีจำนวนเด็กอ้วนสูงกว่าค่าเฉลี่ยเด็กอ้วนของภูมิภาคนี้



ภาพ 1 เปรียบเทียบร้อยละของทารกคลอดก่อนกำหนด พ.ศ. 2553 ร้อยละของทารกตายจากการคลอดก่อนกำหนดของประเทศสมาชิกอาเซียนพ.ศ.2543 และพ.ศ. 2555
ที่มา. ดัดแปลงจาก WHO, 2014.



ภาพ 2 ร้อยละเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน ของประเทศสมาชิกอาเซียน พ.ศ.2549 – 255
ที่มา. ดัดแปลงจาก UNICEF, 2014; WHO, 2014.

2. ภาวะเสี่ยงของผู้ใหญ่ภาวะเสี่ยงในที่นี้หมายถึง ภาวะเสี่ยงของประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ซึ่งภาวะเสี่ยงของประชากรกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งเกิดจาก พฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ฯลฯ ส่วนภาวะน้ำตาลในเลือดสูงส่วนหนึ่งเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม บางกรณีเกิดจากพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น พฤติกรรมการกิน สำหรับปัญหา ความดันโลหิตสูงเกิดจากปัจจัยหลายประการทั้งเรื่อง การกิน การออกกำลังกายและความเครียด สำหรับภาวะ น้ำตาลในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงถูกจัดให้เป็น ปัญหาสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่สำคัญลำดับต้น ๆ ของหลายประเทศ ส่วนการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ล้วนเป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ มะเร็งตับ ความ ผิดปกติระบบทางเดินหายใจ ฯลฯ ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุของการ ตายที่สำคัญของประเทศกลุ่มนี้

ปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นล้วนทำให้เกิดความ สูญเสียทางเศรษฐกิจ เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้อง ใช้เวลาและทรัพยากรจำนวนมากในการรักษาพยาบาล บางกรณีทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทำให้พิการและ เสียชีวิตในที่สุด ในที่นี้เสนอความเสี่ยงเฉพาะของภาวะ น้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือเบาหวาน เป็นภาวะ ความบกพร่องของอินซูลินหรือจากการดื้อต่อฤทธิ์ของ อินซูลินทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไป ใช้ประโยชน์ได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและหากสูง เป็นระยะเวลานาน จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนที่ ตา ไต ระบบประสาท หลอดเลือดและหัวใจ ซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรัง และนำไปสู่การเสียชีวิต พิการและเสียชีวิตในที่สุด (ณัฐพงศ์ โฆษณานันท์, 2557) จากข้อมูลขององค์การ อนามัยโลกระบุว่า ปี พ.ศ. 2553 ประชากรอายุมากกว่า 15 ปีที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากลำดับแรกในกลุ่ม สมาชิกอาเซียนและสูงกว่าค่าเฉลี่ยของภูมิภาคอาเซียน ตะวันออกเฉียงใต้(ค่าเฉลี่ยร้อยละ 9.9 ในเพศชายและ 9.8 ในเพศหญิง) คือ มาเลเซีย ซึ่งหมายความว่า ประชากร กลุ่มนี้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 126 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ (mg.%) ลำดับต่อมาคือ บรูไนดารุสซาลาม

สปป. ลาว สิงคโปร์ เวียดนามและไทย ส่วนอินโดนีเซีย เมียนมาร์ และฟิลิปปินส์มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดทั้งชาย และหญิงไม่ต่างกันเท่าใดนัก ในขณะที่กัมพูชาพบปัญหานี้ ระดับต่ำ ประเด็นที่น่าสังเกตคือ คนมาเลเซียมีระดับน้ำตาล ในเลือดสูงมีทั้ง 2 เพศ ในขณะที่สิงคโปร์และบรูไนดารุส ซาลาม กลับมีปัญหานี้น้อยกว่า หากวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูล เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์แล้ว จะเห็นว่า ข้อมูลของมาเลเซียสอดคล้องกัน ส่วนไทยและเวียดนาม พบปัญหานี้สอดคล้องเช่นเดียวกับมาเลเซีย

ความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง ความดัน โลหิตสูงเป็นภาวะที่เร่งการมีความดันโลหิตสูงกว่า 130-80 มิลลิเมตรปรอท (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2558) ซึ่งหากมี ความดันโลหิตสูงต่อเนื่องและไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหลอดเลือดและ หัวใจ ไต ตา ปัญหานี้ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง พิการและตายได้ เช่นเดียวกันกับเบาหวาน และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ของหลายประเทศในกลุ่มนี้ จากข้อมูลขององค์การ อนามัยโลก ปี พ.ศ. 2553 แสดงให้เห็นว่าประชากรอายุ มากกว่า 25 ปีที่มีปัญหานี้ได้แก่ เมียนมาร์ อินโดนีเซีย สปป. ลาว มาเลเซีย ฟิลิปปินส์และเวียดนาม มีเพียง บรูไน ดารุสซาลาม กัมพูชา สิงคโปร์และไทยที่พบปัญหานี้ ก่อนข้างน้อยกว่า 6 ประเทศข้างต้น ส่วนประเทศที่พบ ปัญหานี้น้อยที่สุดคือ กัมพูชา

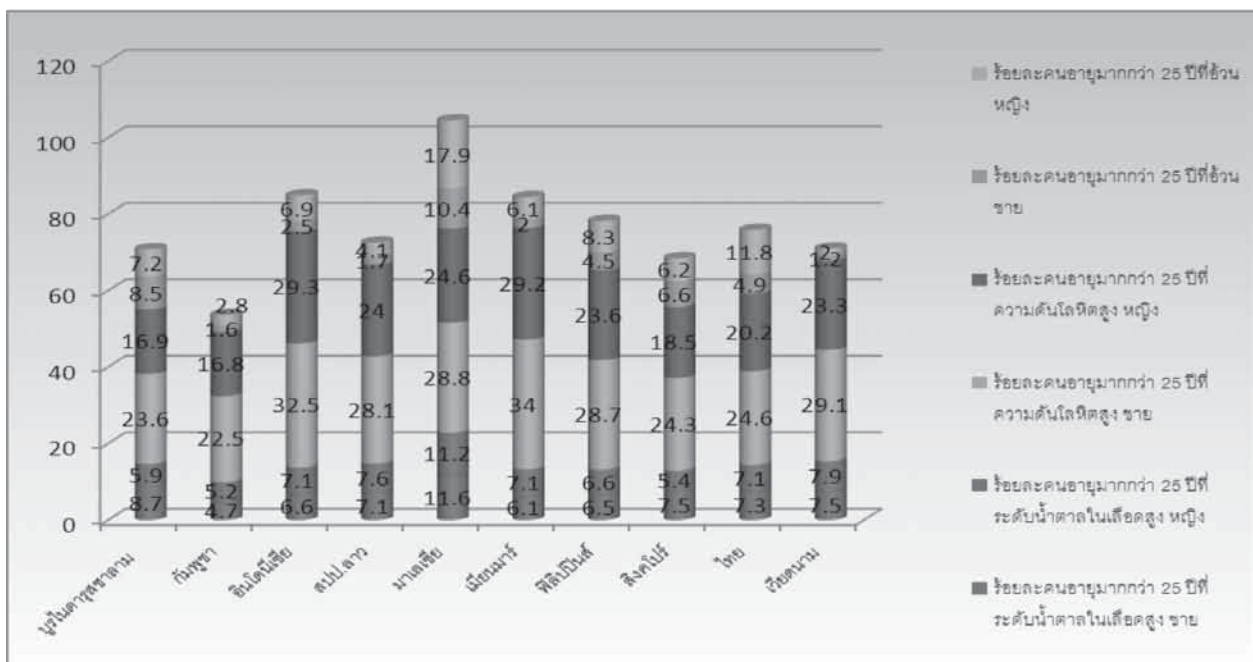
ความเสี่ยงต่อภาวะอ้วน ภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ เป็นภาวะที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพหลายประการเช่นเดียวกับ การมีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเด็ก ประเทศที่มีประชากรอายุ มากกว่า 20 ปีและถือว่าอ้วนโดยมีค่า BMI (Body Mass Index) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ในกลุ่ม 10 ประเทศพบว่ามีเพียง กัมพูชาและเวียดนาม ที่ไม่พบความผิดปกตินี้ ประเทศที่มีปัญหานี้มากที่สุดคือ มาเลเซีย บรูไนดารุสซาลามและสิงคโปร์ ส่วนฟิลิปปินส์ และไทยมีปัญหานี้เท่า ๆ กัน ในขณะที่อินโดนีเซียและ เมียนมาร์มีปัญหานี้ค่อนข้างน้อย

ประเด็นที่น่าสนใจกรณีนี้คือ มี 2 ประเทศเท่านั้น ที่อัตราความอ้วนของชายกว่าหญิงได้แก่ บรูไนดารุสซาลาม และสิงคโปร์ เมื่อพิจารณาในภาพรวมของปัญหาระดับ น้ำตาลในเลือดสูง ระดับความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วน จะเห็นว่ากัมพูชาพบปัญหานี้น้อยที่สุด รองลงมาคือ

อินโดนีเซีย เมียนมาร์ ฟิลิปปินส์และไทย ส่วนประเทศที่มีปัญหาทั้งหมดระดับแรกๆ คือมาเลเซียและอินโดนีเซียและเมียนมาร์ จากการวิเคราะห์จะเห็นว่าประชาชน 2 ประเทศแรกมีวิถีชีวิตลักษณะอาหารใกล้เคียงกันเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม ส่วนเมียนมาร์นั้นประชาชนส่วนใหญ่นับถือพุทธศาสนาและในช่วงเวลาดังกล่าวยังปิดประเทศทำให้ลักษณะการดำรงชีวิตเป็นแบบดั้งเดิมทำให้มีความเสี่ยงต่อความอ้วนต่ำกว่า (ณรงค์ โพธิ์พุกยานันท์, 2556)

ประเด็นที่ควรพิจารณาอีกประการหนึ่งคือ

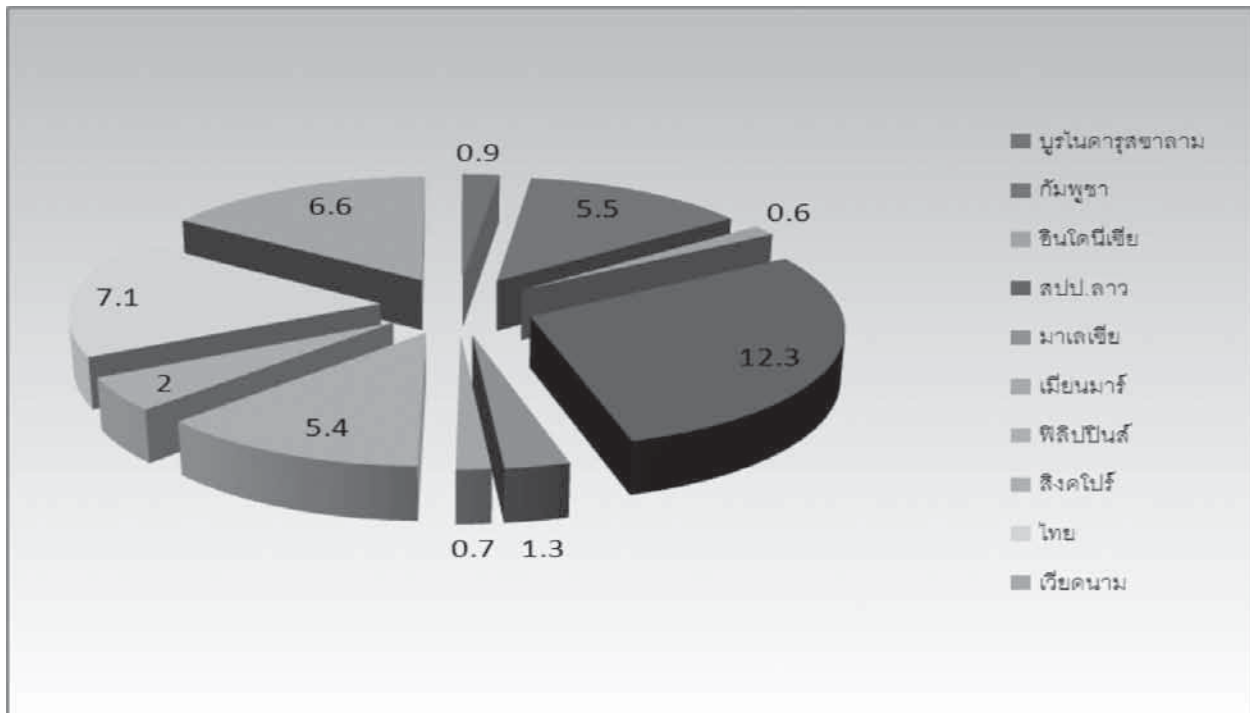
ลักษณะอาหารของเวียดนามซึ่งส่วนประกอบส่วนใหญ่คือพืชผักหลายชนิด ทำให้ประชาชนมีภาวะอ้วนต่ำที่สุดในกลุ่มประเทศนี้ ส่วนกัมพูชา สปป. ลาวและเมียนมาร์จะเห็นว่ามียกระดับเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน รวมทั้งอยู่ระหว่างการเริ่มการพัฒนาประเทศทำให้วิถีชีวิตไม่เปลี่ยนแปลงไปมากนัก จึงพบประชากรที่มีภาวะอ้วนค่อนข้างต่ำ อย่างไรก็ตามหากระดับเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป ทั้ง 3 ประเทศนี้คาดว่าแนวโน้มของปัญหานี้จะสูงขึ้นเช่นกัน รายละเอียดดังรูป 3



ภาพ 3 ร้อยละของประชากรที่อายุมากกว่า 25 ปีที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและอ้วนของประเทศสมาชิกอาเซียน พ.ศ. 2553
ที่มา. ดัดแปลงจาก WHO, 2014.

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองระบบประสาท สติปัญญาและมะเร็งตับ (สถาบันมะเร็ง, 2558) นอกจากนั้นยังเป็นสาเหตุของปัญหาสังคมต่างๆ โดยเฉพาะการเกิดอุบัติเหตุซึ่งเป็นสาเหตุการตายลำดับต้นๆ ของหลายประเทศในภูมิภาคนี้ ประเทศที่ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ตั้งแต่ 1 ลิตร/ปี) มาก 3 ลำดับแรกคือ สปป. ลาว ไทยและเวียดนาม โดยดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ร้อยละ 12.3, 7.1 และ 6.1 ตามลำดับ ส่วนกัมพูชาและฟิลิปปินส์มีคนกลุ่มนี้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่า ๆ กัน ซึ่ง 5 ประเทศที่ได้กล่าวมาแล้วล้วนมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าค่าเฉลี่ยของคนที่ยึดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ค่าเฉลี่ยร้อยละ 3.5) ส่วนประเทศที่มีปัญหานี้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยดังกล่าวได้แก่ บรูไนดารุสซาลาม อินโดนีเซีย มาเลเซีย เมียนมาร์ และสิงคโปร์ รายละเอียดดังรูป 4



ภาพ 4 แสดงร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ใช้เครื่องมือสูบแอลกอฮอล์ของประเทศสมาชิกอาเซียน พ.ศ. 2554 ที่มา. ดัดแปลงจาก WHO, 2014

หากพิจารณาข้อมูลข้างต้นจะพบว่า 3 ประเทศแรก ประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิมซึ่งมีข้อกำหนดทางศาสนา ห้ามดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว แต่บางประเทศมีข้อกำหนดที่เข้มงวดแตกต่างกันออกไปซึ่งอาจมีผลต่อจำนวนผู้ดื่มเช่นกัน เช่น กัมพูชา สปป.ลาว มาเลเซียและไทยได้กำหนดกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และเกือบทุกประเทศมีการเก็บภาษีจากเบียร์ ไวน์ ยกเว้น สปป.ลาว ที่เก็บภาษีจากเหล้าเท่านั้น ด้านการกำหนดอายุผู้ดื่ม และผู้จำหน่าย มีเพียงบรูไน ดารุสซาลามที่ห้ามทุกกลุ่มอายุผู้ดื่มและจำหน่าย ส่วนกัมพูชา และสปป.ลาวไม่ได้กำหนดกลุ่มอายุผู้ดื่มเลยอีก 7 ประเทศที่เหลือมีการกำหนดกลุ่มอายุผู้ดื่มระหว่าง 18-21 ปี สำหรับข้อกำหนดในผู้จำหน่ายพบว่า กัมพูชาและอินโดนีเซียไม่ได้กำหนดไว้ ส่วนการกำหนดความเข้มข้นของแอลกอฮอล์พบว่า เกือบทุกประเทศแม้แต่บรูไนดารุสซาลามก็ได้กำหนดความเข้มข้นดังกล่าวไว้ ยกเว้น อินโดนีเซียและเวียดนาม (WHO, 2012)

การกำหนดการโฆษณา พบว่ามีเพียงอินโดนีเซีย มาเลเซีย เมียนมาร์ ไทยและเวียดนามที่ดำเนินการอย่างจริงจัง ส่วนการให้รายละเอียดในสลากเครื่องดื่ม พบในประเทศอินโดนีเซีย สปป. ลาว ฟิลิปปินส์และไทย

ด้านการสนับสนุนกิจกรรมของชุมชนเกี่ยวกับการรณรงค์ การดื่มเครื่องดื่มชนิดนี้และการตรวจสอบจากภาครัฐ ของแต่ละประเทศพบว่า มีเพียงมาเลเซีย เมียนมาร์ สิงคโปร์ และไทยที่กำหนดไว้ นอกจากการควบคุมดังกล่าวแล้ว บางประเทศยังมีข้อกำหนดปลีกย่อยอื่นๆ ที่แสดงให้เห็นว่า รัฐบาลให้ความสำคัญกับปัญหานี้ เช่น ในมาเลเซียซึ่งบางรัฐ ยังมีข้อกำหนดของหน่วยงานรัฐบาลท้องถิ่นห้ามประชาชน ทุกศาสนาจำหน่ายในพื้นที่ที่มีชาวมุสลิมอาศัย ส่วนบรูไน ดารุสซาลาม อนุญาตนักท่องเที่ยวดื่มได้เฉพาะในโรงแรม เท่านั้น และอินโดนีเซียไม่อนุญาตให้ดื่มในที่สาธารณะ เฉพาะในร้านที่มีใบอนุญาตเท่านั้น และช่วงถือศีลอด มีข้อกำหนดห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (WHO, 2012)

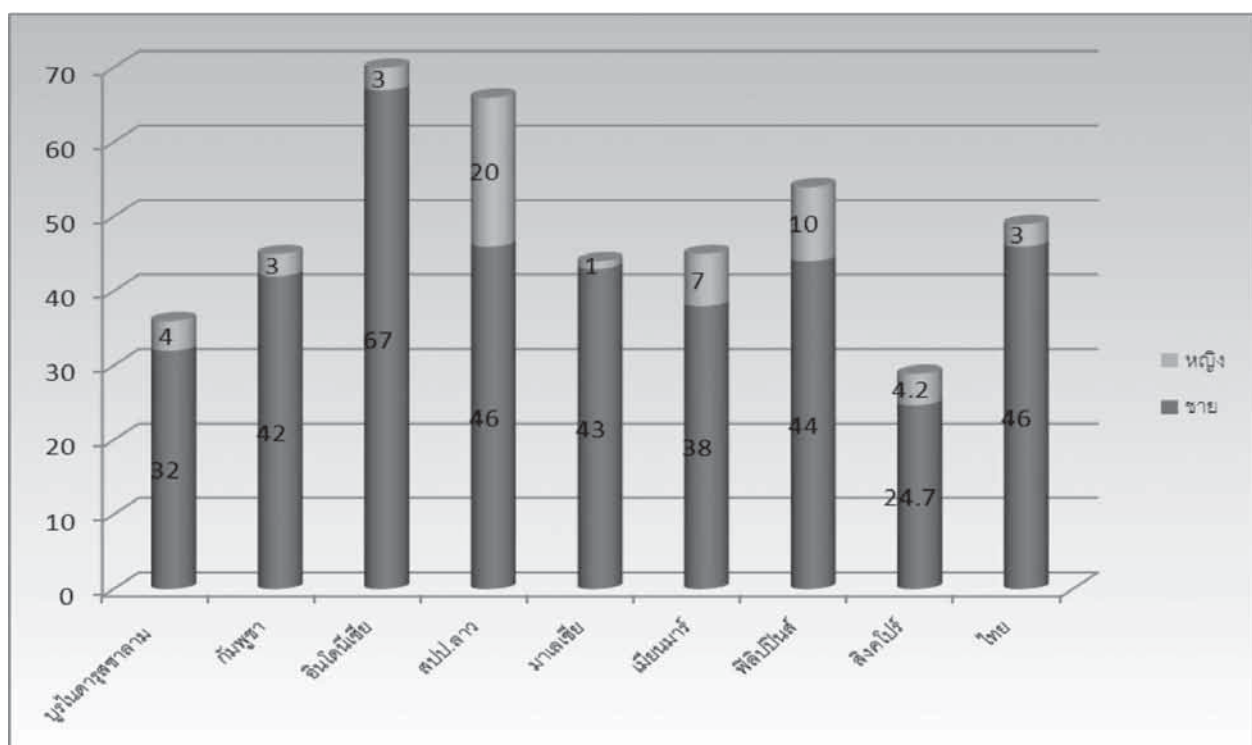
หากเปรียบเทียบผลเสียจากการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์กับอัตราการเกิดดับแฉียง มะเร็งตับและปัญหา อุบัติเหตุในกลุ่ม 10 ประเทศนี้แล้วจะเห็นว่า สปป. ลาว ซึ่งดื่มเครื่องดื่มดังกล่าวสูงเป็นลำดับ 1 มีอัตราการเกิด ดับแฉียงเป็นลำดับ 4 มะเร็งตับลำดับ 1 และตายจากปัญหานี้ เป็นลำดับ 5 ไทยมีอัตราการเกิดดับแฉียงลำดับที่ 5 มะเร็งตับ ลำดับ 3 และตายจากปัญหานี้ลำดับ 1 สำหรับเวียดนาม มีอัตราการเกิดดับแฉียงลำดับที่ 3 มะเร็งตับลำดับลำดับที่ 2

และตายจากปัญหานี้ลำดับ 8 (WHO, 2012) ประเด็นที่น่าสนใจคือ สิงคโปร์ แม้จะมีการดื่มเป็นลำดับ 6 แต่พบอัตราการเกิดตับแข็งและมะเร็งตับค่อนข้างน้อยต่างกับรูปแบบของประเทศที่กำลังพัฒนาในกลุ่มสมาชิกอาเซียนที่พบความสอดคล้องระหว่างปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับอัตราการเกิดตับแข็ง มะเร็งตับและการตายจากแอลกอฮอล์

ภาวะเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้มีความเสี่ยงต่อปัญหาระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดและเป็นสาเหตุสำคัญของ มะเร็งที่อวัยวะต่าง ๆ ทุกประเทศจะเห็นว่า ชายสูบบุหรี่มากกว่าหญิง ประเทศที่ชายสูบบุหรี่มากที่สุดได้แก่ อินโดนีเซีย ส่วนสปป.ลาว ไทยและเวียดนามมีประชากรกลุ่มนี้สูบบุหรี่ร้อยละ 46 เท่ากัน สำหรับกัมพูชา มาเลเซียและฟิลิปปินส์จะเห็นว่าอัตราการสูบบุหรี่ของชายเท่าๆ กัน ประเทศที่ชายสูบบุหรี่น้อยกว่าเฉลี่ยของภูมิภาคอาเซียนตะวันออกเฉียงใต้มีเพียง 2 ประเทศคือ บรูไนดารุสซาลามและสิงคโปร์ สำหรับการสูบบุหรี่ในหญิงจะเห็นว่าสปป.ลาวเป็นประเทศที่หญิง

สูบบุหรี่มากที่สุด รองลงมาคือ ฟิลิปปินส์ และเวียดนามมีรายละเอียดดังภาพ 5

เมื่อพิจารณาพร้อมกับอัตราการตายจากปัญหาสำคัญ 5 ลำดับแรกของประเทศกลุ่มนี้ใน พ.ศ.2554 จะพบว่าประเทศที่มีปัญหาการตายลำดับ 1 จากโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์และสิงคโปร์ ประเทศที่มีปัญหานี้เป็นสาเหตุการตายลำดับ 2 คือ กัมพูชา เวียดนาม ไทยและเวียดนาม สำหรับเวียดนามมีปัญหาการตายจากมะเร็งปอดเป็นลำดับ 4 เช่นเดียวกับสิงคโปร์ นอกจากนั้น อินโดนีเซีย มาเลเซีย ไทยและเวียดนามยังพบว่า มีปัญหาการตายจากโรคปอดเป็นลำดับ 3-4 แต่บรูไนดารุสซาลามซึ่งอัตราการเกิดมะเร็งปอดใน พ.ศ. 2554 สูงเป็นลำดับแรกใน 10 ประเทศและมีปัญหาการตายจากมะเร็งโดยรวมสูงเป็นลำดับ 1 รวมทั้งมีอัตราการตายจากหลอดเลือดหัวใจสูงเป็นลำดับ 4 ของประเทศทั้ง ๆ ที่มีปริมาณการสูบบุหรี่ค่อนข้างน้อยคือ สูบบุหรี่มากเป็นลำดับ 9 ของอาเซียน



ภาพ 5 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่จำแนกตามเพศของประเทศสมาชิกอาเซียน พ.ศ. 2554
หมายเหตุ: ประชากรสิงคโปร์อายุ 18-69 ปี
ที่มา. ดัดแปลงจาก WHO, 2014.

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่า แม้ปัญหาการตายและการป่วยข้างต้นซึ่งมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่มีความรุนแรง แต่หลายประเทศกลับยังขาดมาตรการป้องกันที่เหมาะสม เพราะหากเปรียบเทียบการควบคุมการสูบบุหรี่ในสถานที่ต่าง ๆ พบว่า ประเทศที่มีประสบความสำเร็จในการดำเนินการด้านนี้สูงที่สุดคือ บรูไน ดารุสซาลาม ฟิลิปปินส์และไทยเนื่องจากการดำเนินการห้ามสูบบุหรี่ในหน่วยงานบริการสาธารณสุข สถาบันการศึกษา สำนักงานรัฐและรถโดยสารสาธารณะ นอกจากนี้บรูไน ดารุสซาลามและไทยยังกำหนดการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ร้านจำหน่ายเครื่องดื่ม คลับและบาร์อีกด้วย สำหรับอินโดนีเซียมีการห้ามสูบบุหรี่ไว้ที่หน่วยงานบริการสุขภาพ สถาบันการศึกษาและรถโดยสารสาธารณะเท่านั้น ประเด็นที่น่าสนใจคือ สิงคโปร์มีการดำเนินการด้านนี้ดีกว่าหลายประเทศทั้ง ๆ ที่ระดับการบริการสุขภาพของประเทศนี้ได้รับการจัดลำดับจากองค์การอนามัยโลกและองค์กรเอกชนบางองค์กรว่ามีคุณภาพการบริการสุขภาพเป็นลำดับต้นๆ ของโลก (WHO, 2014; Bloomberg, 2014)

ภาวะเสี่ยงจากการขาดน้ำสะอาดบริโภค เป็นที่ทราบโดยทั่วไปแล้วว่า การมีน้ำสะอาดบริโภคนั้นเป็นความจำเป็นเบื้องต้นของมนุษย์ น้ำดื่มที่สะอาดจะช่วยลดปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น อหิวาตกโรค อุจจาระร่วง บิด และตับอักเสบ ฯลฯ น้ำเป็นสื่อของโรคติดต่ออีกหลายโรค ประเทศที่ประชาชนมีน้ำดื่มที่สะอาดจึงมีอัตราป่วยจากโรคติดต่อดังกล่าวลดลง อย่างไรก็ตามยังมีหลายประเทศที่การพัฒนาดังกล่าวไม่ครอบคลุมประชาชนทั้งหมดแม้ว่าทุกประเทศให้ความสำคัญในการดำเนินการด้านนี้ ขณะที่โรคที่มีน้ำเป็นสื่อยังเป็นปัญหาสำคัญของการป่วยและการตายของประชาชนในภูมิภาคนี้โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (WHO, 2014)

จากปี พ.ศ. 2533 กัมพูชา เมียนมาร์ และเวียดนามเป็นประเทศที่ประชาชนมีน้ำสะอาดดื่มน้อยกว่าร้อยละ 70 และมี 7 ประเทศที่ประชาชนมีน้ำสะอาดดื่มน้อยกว่าร้อยละ 90 แต่มีเพียงสิงคโปร์ที่ประชาชนมีน้ำสะอาดดื่มน้อยกว่าร้อยละ 90 และ 20 ปีต่อมามีเพียง 4 ประเทศที่ประชาชนมีน้ำสะอาดดื่มน้อยกว่าร้อยละ 90 ประเทศที่มีอัตรา

การพัฒนาด้านนี้สูงมากคือ เวียดนาม ส่วนกัมพูชา ลาวและเมียนมาร์ แม้ว่าอัตราการพัฒนาด้านนี้สูงแต่ประชาชนยังมีน้ำสะอาดดื่มน้อยกว่าร้อยละ 90 ส่วนบรูไน ดารุสซาลาม ในปี พ.ศ. 2545 ประชาชนมีน้ำสะอาดดื่มน้อยกว่าร้อยละ 90 หากพิจารณาปัจจัยสนับสนุนอื่นแล้วน่าจะประมาณการได้ว่าใน 10 ปีต่อมาประชาชนบรูไน ดารุสซาลามจะมีน้ำสะอาดดื่มน้อยกว่าร้อยละ 95

เมื่อพิจารณาการพัฒนาแหล่งน้ำในพื้นที่ชนบทแล้วจะพบว่า ทุกประเทศให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ แต่จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกจะเห็นว่า พื้นที่ชนบทในบางประเทศได้รับการพัฒนาแหล่งน้ำยังไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ประเทศที่มีการพัฒนาแหล่งน้ำในชนบทสูงเป็นลำดับหนึ่งคือ มาเลเซีย ซึ่งพื้นที่ในชนบทได้รับการพัฒนาด้านนี้ร้อยละ 99 รองลงมาได้แก่ ไทยร้อยละ 95 เวียดนามร้อยละ 94 ฟิลิปปินส์ร้อยละ 91 และเมียนมาร์ร้อยละ 81 สำหรับกัมพูชาและสปป. ลาว แหล่งน้ำในชนบทได้รับการพัฒนาเพียงร้อยละ 65-66 เท่านั้น ส่วนสิงคโปร์ซึ่งมีพื้นที่ทั้งหมดเป็นพื้นที่เขตเมืองและประชาชนได้ดื่มน้ำที่ได้รับการปรับปรุงคุณภาพทั้งหมด (WHO, 2014)

ภาวะเสี่ยงจากการขาดระบบสุขาภิบาลที่พัฒนาแล้ว ระบบสุขาภิบาลที่ดีจะส่งผลทำให้ลดอัตราการเกิดปัญหาโรคติดต่อระบบทางเดินอาหาร ประเทศที่ให้ความสำคัญกับการบริการด้านนี้ในช่วงปี พ.ศ. 2533 ได้แก่ ไทย มาเลเซีย และสิงคโปร์ และอีก 20 ปีต่อมาประเทศส่วนใหญ่ในภูมิภาคนี้มีการพัฒนางานสุขาภิบาลอย่างต่อเนื่อง แต่กัมพูชายังเป็นประเทศที่มีอัตราการพัฒนาด้านนี้ต่ำที่สุด รองลงมาคือ สปป. ลาว ส่วน เวียดนาม เมียนมาร์และฟิลิปปินส์มีร้อยละของงานสุขาภิบาลที่ได้รับการปรับปรุงระหว่าง ร้อยละ 74-77 และมี 3 ประเทศที่งานสุขาภิบาลได้รับการปรับปรุงมากกว่าร้อยละ 90 สิงคโปร์เป็นประเทศเดียวที่ประชาชนมีน้ำสะอาดดื่มน้อยกว่าร้อยละ 90 และงานสุขาภิบาลได้รับการปรับปรุงทั้งหมดแม้ว่าจะเป็นประเทศที่ต้องนำเข้าน้ำดื่มจากมาเลเซียก็ตาม

เมื่อวิเคราะห์ปัญหาข้างต้นกับอัตราการป่วยของอหิวาตกโรคพบว่า ประเทศที่มีรายงานผู้ป่วยโรคนี้ในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวน 5 ประเทศได้แก่ ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย เมียนมาร์ ไทย และสิงคโปร์ ซึ่งจากข้อมูลการความ

ครอบคลุมของน้ำดื่มและระบบสุขาภิบาลของแต่ละประเทศอาจกล่าวได้ว่า ประเทศที่ไม่มีข้อมูลนี้อาจเป็นเพราะมีปัญหาในการวินิจฉัย การรายงานหรือการเก็บข้อมูล หรืออาจมีปัญหาอื่นที่ทำให้ขาดข้อมูลการเจ็บป่วยนี้ ซึ่งไม่สัมพันธ์กับความครอบคลุมของการมีน้ำดื่มที่สะอาดและระบบสุขาภิบาลที่ได้รับการพัฒนาแล้ว

ส่วนปัญหาการตายจากโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มประเทศนี้จะเห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นๆ ของหลายประเทศเช่น ในพ.ศ. 2555 โรคอุจจาระร่วงยังเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 1 ใน 10 ของการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งในที่มีสปป.ลาว มีเด็กตายจากปัญหานี้สูงเป็นลำดับที่ 1 คือ อัตราตายร้อยละ 12 รองลงมาคือกัมพูชาร้อยละ 8 เมียนมาร์ ฟิลิปปินส์ เวียดนาม มีอัตราการตายเท่าๆ กันคือ ร้อยละ 7 เด็กไทยมีอัตราการตายจากโรคนี้ร้อยละ 3 สำหรับบรูไนดารุสซาลามและสิงคโปร์มีอัตราการตายของเด็กจากปัญหานี้เพียงร้อยละ 1 เท่าๆ กัน ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่ามีปัญหาข้างต้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงจากการขาดน้ำดื่มที่สะอาดและระบบสุขาภิบาลได้รับการปรับปรุงดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

บทสรุป

ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศสมาชิกอาเซียนมีหลายประการ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งภาวะเสี่ยงออก 3 กลุ่มคือ (1) กลุ่มพฤติกรรมเสี่ยง (2) กลุ่มโรคไม่ติดต่อและ (3) กลุ่มสุขาภิบาลเสี่ยง สำหรับกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงในที่นี้ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดทำให้อัตราตายในเด็กทารกในบางประเทศในกลุ่มนี้ยังคงเป็นปัญหาเช่น อินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์ ส่วนการที่เด็กมีน้ำหนักเกินมาตรฐานพบในหลายประเทศไม่ว่าจะเป็นอินโดนีเซีย ไทยและเวียดนาม สำหรับภาวะเสี่ยงข้อแรกของผู้ใหญ่ได้แก่ การมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ภาวะเสี่ยงดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็งและตับแข็ง รวมทั้งอุบัติเหตุต่างๆ ที่ประเทศกลุ่มนี้ต้องเผชิญอยู่

สำหรับภาวะเสี่ยงกลุ่มโรคไม่ติดต่อ จะเห็นว่าความดันโลหิตสูงและน้ำตาลในเลือดสูง เป็นปัญหาที่พบในประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจต่างกันเช่น เมียนมาร์และอินโดนีเซีย ปัญหาดังกล่าวล้วนเป็นสาเหตุของการตายที่สำคัญลำดับต้นๆ ของประเทศ นอกจากนั้นประชาชนในประเทศเหล่านี้ยังมีความเสี่ยงด้านสุขาภิบาลทำให้มีอัตราป่วยและตายจากโรคระบบทางอาหารและโรคติดเชื้อต่างๆ จากการขาดน้ำดื่มสะอาดและการบริการสุขาภิบาลที่ยังไม่ครอบคลุมเช่น สปป.ลาว กัมพูชาและเมียนมาร์ การกำหนดนโยบายส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การบริหารจัดการ รวมทั้งการให้ความสำคัญกับงานอนามัยแม่และเด็กให้ทั่วถึงและครอบคลุมจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกประเทศในอาเซียนต้องเร่งดำเนินการ สำหรับการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ส่วนหนึ่งเป็นเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องดังที่ได้เสนอข้างต้นรวมทั้งการเฝ้าระวังสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งทุกประเทศในอาเซียนจำเป็นต้องแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับประเทศที่ประสบความสำเร็จในการลดปัญหาดังกล่าวร่วมกัน

ส่วนภาวะเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่นั้น บางประเทศสามารถดำเนินงานประสบความสำเร็จระดับหนึ่งในการ กระแสให้เกิดค่านิยมสำหรับคนรุ่นใหม่ให้ลด ละ เลิก แอลกอฮอล์ และบุหรี่

สำหรับการพัฒนาระบบสุขาภิบาลพื้นฐานเป็นประเด็นที่รัฐบาลของทุกประเทศในอาเซียนจำเป็นต้องสนับสนุนเพราะเป็นบริการพื้นฐานด้านสุขภาพที่รัฐต้องจัดให้ประชาชน นอกจากนั้นการศึกษาเป็นประเด็นสำคัญประการหนึ่งที่รัฐต้องมีมาตรการส่งเสริมอย่างจริงจัง เพราะถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนจะต้องได้รับ รวมทั้งความรู้ที่ประชาชนจะได้รับจากสื่อต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพทั้งนี้เพื่อประชาชนเกิดความตระหนักรู้และมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการลดความเสี่ยงต่อปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขจำเป็นต้องสานต่อความร่วมมือกับประเทศสมาชิกอาเซียนอย่างต่อเนื่องและกำหนดนโยบายอย่างชัดเจนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาความเสี่ยงด้านสุขภาพดังกล่าวร่วมกัน

2. ควรมีการศึกษาและวิจัยในประเด็นการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพข้างต้นในระดับประเทศสมาชิกอาเซียน เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการลดปัญหาร่วมกัน



References

- Aggphalagon, W. (2010). *4th Thai health survey by physical examination 2008 - 2009 child health*. Nonthaburi: The Gravigo System. (in Thai)
- Bloomberg. (2014). *Most efficient health care 2014*. Retrieved from <http://www.bloomberg.com>
- Bruranagidcharoen, P. (2015). *Hypertension*. Retrieved from <http://www.si.mahidol.ac.th> (in Thai)
- Chosachunhanun, N. (2014). *Diabetes knowledge*. Retrieved from www.med.cmu.ac.th (in Thai)
- Eveline Gan. (2013). *The weighty issue of obesity in children*. Retrieved from <https://www.nuh.com.sg>
- Poplugshanun, N. (2013). *ASEAN study* (2nd ed). Bangkok: McGraw-Hill. (in Thai)
- UNICEF. (2014). *Reimagine the future innovation for every children*. New York: Author.
- Wannachot, J. (2010). Premature nursing. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 22(1), 83. (in Thai)
- WHO. (2012). *World health statistics*. Geneva: Author.
- WHO. (2013). *World health statistics*. Geneva: Author.
- WHO. (2014). *World health statistics*. Geneva: Author.

