

ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยอาเซียน

Health Risk for ASEAN People

นพวรรณ ธีระพันธ์เจริญ¹ และวีระพล ธีระพันธ์เจริญ²

Noppawan Theerapuncharoen¹ and Weerapol Theerapuncharoen²

¹คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอุธรรมฯ

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

²คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

²Faculty of Medicine, Siam University

บทคัดย่อ

ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยอาเซียนมีหลากหลายประการ เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ส่วนภาวะเสี่ยงของประชากรกลุ่มนี้ได้แก่ ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง อ้วน ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ขาดน้ำสะอาดบริโภคและขาดระบบสุขาภิบาลที่ได้รับการพัฒนา ภาวะดังกล่าว ทำให้ประชากรใน 10 ประเทศนี้ป่วยหนักมาก พิการหรือตายจากการเสี่ยงจากการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อ เบ้าหวาน มะเร็งและอุบัติเหตุ ปัญหาดังกล่าวทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเจ็บป่วย พิการหรือสูญเสียชีวิต ซึ่งทุกชาติสมาชิกอาเซียนจะต้องให้ความสำคัญในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ต่อไป

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 สำหรับปัจจัยภายนอกซึ่งได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจสังคม ระดับการศึกษา การจัดระบบบริการสาธารณสุขฯลฯ ส่วนปัจจัยภายใน เช่น ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ ฯลฯ ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางตรงและทางอ้อมกับสุขภาพของประชาชน การก้าวเข้าสู่ประเทศอาเซียนของประเทศไทยทั้ง 10 ประเทศนี้ ทำให้แต่ละประเทศจำเป็นต้องแสวงหาแนวทางที่ดีที่สุดจากข้อตกลงต่าง ๆ ที่ทำร่วมกันเพื่อให้ประชาชนของตนได้รับประโยชน์สูงสุด แต่หากสุขภาพของประชาชนไม่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาแล้ว ปัญหาดังกล่าวจะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นการวิเคราะห์ภาวะเสี่ยงที่จะมีผลต่อสุขภาพของประชาชนเป็นประเด็นที่นักสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเพื่อใช้ในการบริหารจัดการสุขภาพให้ประชาชนในประเทศไทยสามารถก้าวสู่การแบ่งขันกันนานาประเทศทั้งในอาเซียนและสังคมโลกต่อไป

การพิจารณาความเสี่ยงต่อสุขภาพในที่นี้ให้ความสำคัญตั้งแต่ช่วงวัยเด็กจนกระทั่งวัยผู้ใหญ่ โดยเน้นข้อมูลที่เป็นตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่ทุกประเทศยอมรับ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ภาวะเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ภาวะและโรคสำคัญรวมทั้งพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ทำให้บางประเทศที่เป็นสมาชิกอาเซียนมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดค่อนข้างสูงหากเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่า หากในภูมิภาคนี้ สูงเสี่ยงต่อการเสี่ยงชีวิต ในช่วงการคลอดหรือหลังคลอด ส่วนกรณีเด็กอ่อนที่พนัจนาวนค่อนข้างมากในอินโดนีเซีย มาเลเซีย สิงคโปร์ สปป.ลาวและบูร瑙ในครุฑานาม (UNICEF, 2014; WHO, 2014) หรือข้อมูลที่ระบุว่าหลายประเทศมีประชากรจำนวนหนึ่งซึ่งมีความสูงเสี่ยงจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (WHO, 2012-14) ทำให้สามารถเชื่อมโยงไปถึงคุณภาพประชากรและงบประมาณที่จะต้องดูแลประชากรเหล่านี้ต่อไป นอกจากนี้ ในภูมิภาคนี้ ประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายประการ เช่น สูบบุหรี่ บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และการตั้งครรภ์ในวัยที่ไม่เหมาะสม (WHO,

2014) ภาวะดังกล่าวส่งผลต่ออัตราป่วยและอัตราตายของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงดังกล่าวซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศสมาชิกประเทศไทยที่ต้องร่วมมือกันป้องกันและแก้ไขปัญหาต่อไป

1. ภาวะเสี่ยงของเด็ก ภาวะเสี่ยงของเด็กในที่นี้พิจารณาเฉพาะประเด็น ทางคลอดก่อนกำหนดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งการที่มีการคลอดก่อนกำหนดหมายถึง การมีการคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ปัญหาดังกล่าวมักเกิดจากแม่ที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง มีไข้สูง มีโรคประจำตัวระหว่างตั้งครรภ์ ความไม่สมบูรณ์ของร่างกายแม่ และการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ ทางรากที่คลอดออกมามักจะมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ และมักมีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาทระบบหัวใจและระบบเลือดซึ่งเป็นสาเหตุการตายสำคัญหนึ่งของการเสี่ยงชีวิตของทารกแรกเกิด (จริยาพร วรรณโภธิ, 2553)

ในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีการคลอดก่อนกำหนดสูงสำคัญตั้งแต่ช่วงวัยเด็กคือ อินโดนีเซีย เท่ากับ ร้อยละ 16 ของทารกแรกเกิดที่มีชีวิต ลำดับรองลงมาคือ ฟิลิปปินส์ เท่ากับร้อยละ 15 ส่วนบูร瑙ในครุฑานาม มาเลเซีย เมียนมาร์ สิงคโปร์ และไทย มีอัตราการเกิดปัญหานี้เท่า ๆ กันคือ เท่ากับ ร้อยละ 12 ประเทศไทยมีการคลอดก่อนกำหนดน้อยที่สุดคือ เวียดนามซึ่งเท่ากับร้อยละ 9 เมื่อเทียบกับกันแล้วจะเห็นว่า มีเพียง 1 ประเทศเท่านั้นที่มีการคลอดก่อนกำหนดสูงมากกว่าค่าเฉลี่ยในภูมิภาคได้แก่ อินโดนีเซีย อย่างไรก็ตามหากเปรียบเทียบกับประเทศไทยในภูมิภาคยุโรปแล้วพบว่า ทุกประเทศสมาชิกอาเซียนมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศดังกล่าว (WHO, 2014)

เมื่อพิจารณาร่วมกับอัตราตายของทารกคลอดก่อนกำหนดระหว่างปี พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2555 แล้วจะพบว่า ทารกที่คลอดก่อนกำหนดในบูร瑙ในครุฑานามมีอัตราการตายสูงเป็นลำดับที่ 1 และ 2 ในช่วง 12 ปี ข้างต้น ส่วนมาเลเซีย ไทยและสิงคโปร์ต่างประสบปัญหานี้เช่นกัน ขณะที่ อินโดนีเซียแม้ว่ามีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงเป็นลำดับแรก แต่อัตราการตายของทารกคลอดก่อนกำหนดกลับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของการตายดังกล่าวในภูมิภาค

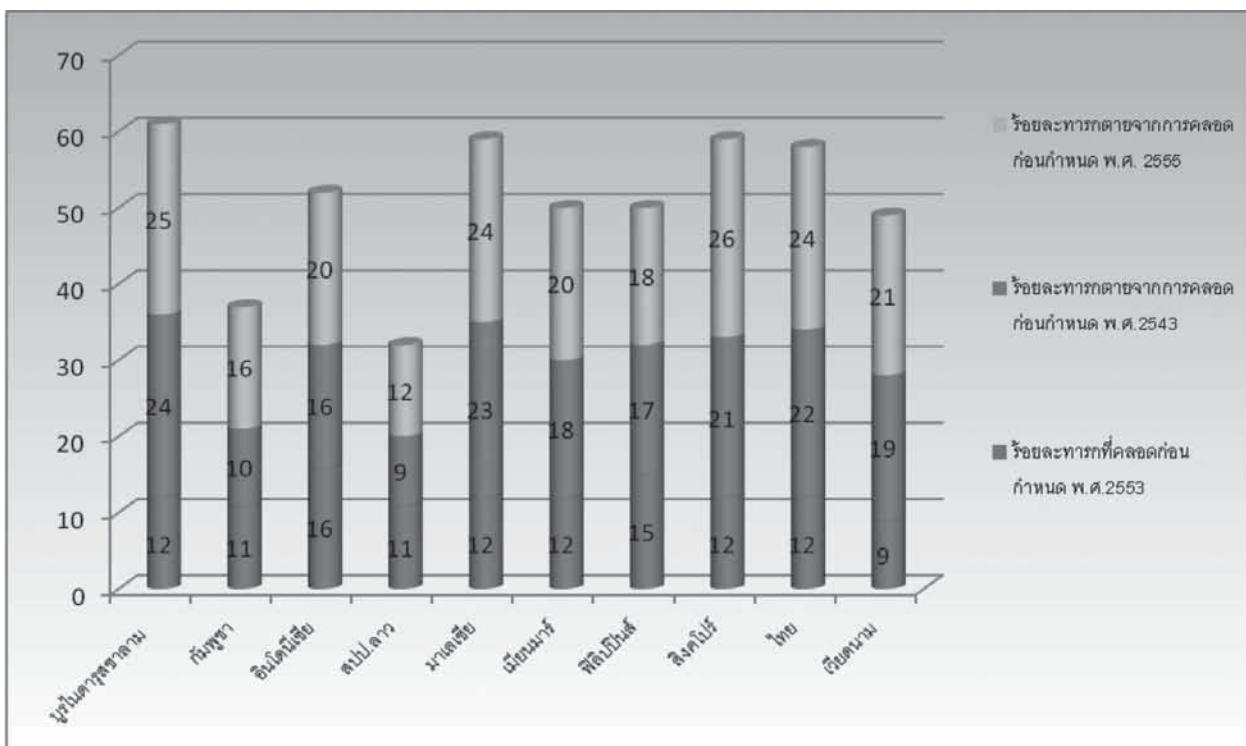
อาเซียตะวันออกเฉียงใต้ ประเด็นที่น่าสนใจคือ สปป.ลาว มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดน้อยและอัตราการ แรกเกิดตายก็น้อยกว่าทุกประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นทั้งๆ ที่ระบบการบริการสุขภาพของสปป.ลาว หากเปรียบเทียบ กับประเทศไทยอื่นแล้วจะมีระดับที่ไม่ต่างกัน รายละเอียด ดังภาพ 1

กรณีที่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ หลายประการ นอกจากระเหนื่อยง่ายเนื่องจากน้ำหนักตัว มากแล้วยังมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ เช่น เบ_SHA วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดตืบแข็ง โรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ ระบบกระดูก เพราะ ทำให้ป่วยหัวเข่า ข้อเท้า กระดูกงอ ขาโก่ง และโรคระบบ ผิวหนัง ฯลฯ นอกจากนี้เด็กอ้วนมีแนวโน้มเป็นผู้ใหญ่ที่ อ้วนด้วย (ลักษณะภาวะสุวรรณและคณะ ในวิชัยเอกพักร, 2553) ระหว่าง พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2555 อินโดนีเซียเป็นประเทศ ที่มีปัญหานี้มากที่สุดในประเทศสมาชิกอาเซียน รองลงมา คือ ไทยและเวียดนาม ในปี พ.ศ. 2558 พนเด็กไทยอ้วน 1 ใน 5 คนและเด็กก่อนวัยเรียนอ้วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 36 ทำให้ ไทยเป็นประเทศที่มีอัตราเพิ่มของปัญหานี้เร็วที่สุดในโลก มีเพียง กัมพูชา สปป.ลาวและเมียนมาร์ที่มีปัญหานี้ต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยในภูมิภาคอาเซียตะวันออกเฉียงใต้

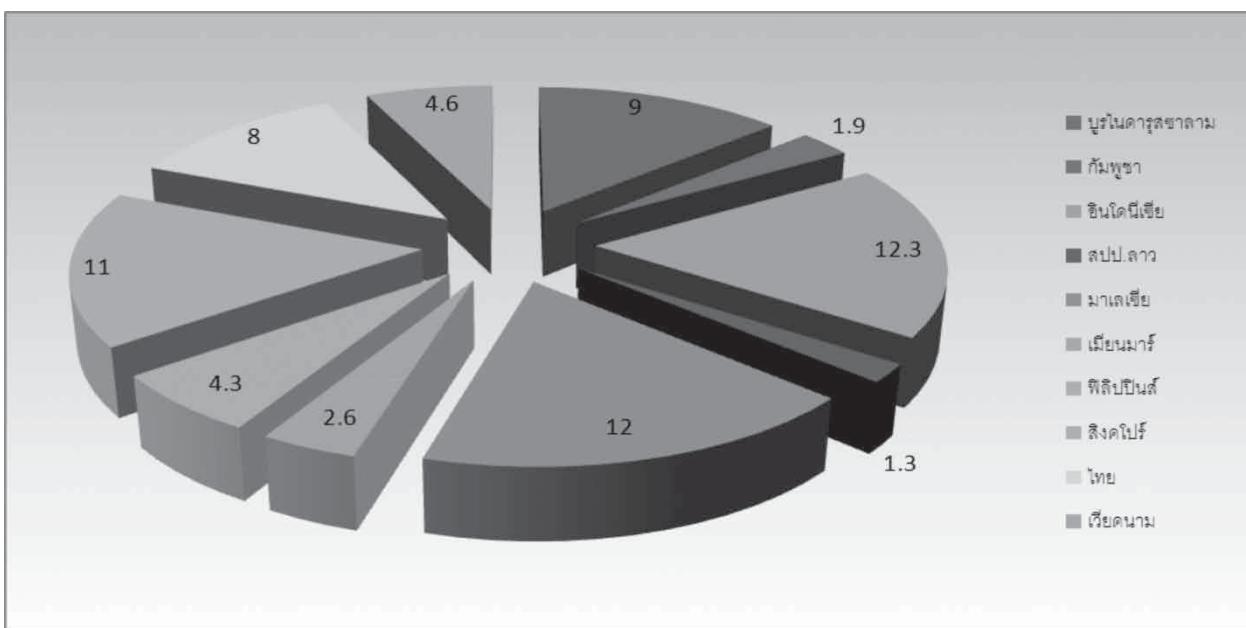
สิงคโปร์ องได้ระบุว่าตนประสบปัญหานี้ เข่นเดียว กัน โดยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาเริ่มพบว่า เด็กมี

น้ำหนักเกินมาตรฐาน และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2543 - 2552 สิงคโปร์พบเด็กนักเรียน มีปัญหานี้ร้อยละ 9.7 และขับเป็นร้อยละ 11 ในปี พ.ศ. 2554 นอกจากนั้นในปี พ.ศ. 2543 เด็กสิงคโปร์มีปัญหานี้ สูงเป็นลำดับหนึ่งของอาเซียตะวันออกเฉียงใต้ (Eveline Gan, 2013) และหากพิจารณาคุณภาพการตาย 4 ลำดับแรก ของคนในประเทศไทยแล้วพบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน ที่สื้น (WHO, 2014)

สำหรับปัญหาเด็กอ้วนในบรูไนดารุส- ชาลาม พบว่า ปี พ.ศ. 2550 พนเด็กน้ำหนักมากกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 14.3 และเพิ่มเป็นเกือบสองเท่าคือ ร้อยละ 28.4 ใน พ.ศ. 2554 และ อีก 1 ปีต่อมาเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี รายงานว่า น้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 9 จึงไม่น่า ประหลาดใจที่พบว่า ผู้ใหญ่ในประเทศไทยนี้มีปัญหាឋ้วน เช่นกัน (WHO, 2014) ข้อสังเกตในประเทศไทยนี้คือ ประเทศไทย มีระดับเศรษฐกิจต่ำจะพบปัญหานี้น้อยกว่าประเทศที่มี ภาวะเศรษฐกิจสูงกว่า อายุไตรกีดตามแม้ว่าระดับเศรษฐกิจ ของอินโดนีเซียไม่อยู่ในระดับที่สูงมากแต่หากเปรียบเทียบ กับกัมพูชา สปป.ลาวและเมียนมาร์แล้วพบว่า ประเทศไทย มีระดับเศรษฐกิจต่ำกว่าอินโดนีเซีย ซึ่งอาจแสดงว่า ระดับ เศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับปัญหานี้ ส่วนเวียดนามซึ่งได้รับ งบประมาณสนับสนุนด้าน สาธารณสุขสูงที่สุดในอาเซียน ก็พบว่า มีปัญหานี้ เช่นกัน โดยมีจำนวนเด็กอ้วนสูงกว่า ค่าเฉลี่ยเด็กอ้วนของภูมิภาคนี้



ภาพ 1 เปรียบเทียบร้อยละของทารกคลอดก่อนกำหนด พ.ศ. 2553 ร้อยละของทารกตายจากการคลอดก่อนกำหนดของประเทศไทยอาเซียน พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2555
ที่มา. ดัดแปลงจาก WHO, 2014.



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

2. ภาวะเสี่ยงของผู้ใหญ่ ภาวะเสี่ยงในที่นี้หมายถึง ภาวะเสี่ยงของประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ซึ่งภาวะเสี่ยงของประชากรกลุ่มนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจาก พฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยฯลฯ ส่วนภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ส่วนหนึ่งเกิดจาก การถ่ายทอดทางพันธุกรรม บางกรณีเกิดจากพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น พฤติกรรมการกิน สำหรับปัญหา ความดันโลหิตสูงเกิดจากปัจจัยหลายประการทั้งเรื่อง การกิน การออกกำลังกายและความเครียด สำหรับภาวะ น้ำตาลในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงถูกจัดให้เป็น ปัญหาสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่สำคัญลำดับต้น ๆ ของหลายประเทศ ส่วนการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ล้วนเป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ มะเร็งตับ ความ ผิดปกติระบบทางเดินหายใจ ฯลฯ ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุของ การตายที่สำคัญของประเทศไทยลุ่มนี้

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

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือเบาหวาน เป็นภาวะ ความบกพร่องของอินซูลินหรือจากการดื้อต่ออุทกธิของ อินซูลินทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไป ใช้ประโยชน์ได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและหากสูง เป็นระยะเวลานาน จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนที่ ตา ไต ระบบประสาท หลอดเลือดและหัวใจ ซึ่งเป็นปัญหารีือรัง และนำไปสู่การเสียเศรษฐกิจ พิการและเสียชีวิตในที่สุด (ณัฐพงศ์ ไอยชุณหันนท์, 2557) จากข้อมูลขององค์กร อนามัยโลกระบุว่า ปี พ.ศ. 2553 ประชากรอายุมากกว่า 15 ปีที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากลำดับแรกในกลุ่ม สมาชิกอาเซียนและสูงกว่าค่าเฉลี่ยของภูมิภาคอาเซียน ต่อวันออกเสียงได้ (ค่าเฉลี่ยร้อยละ 9.9 ในเพศชายและ 9.8 ในเพศหญิง) คือ มาเลเซีย ซึ่งหมายความว่า ประชากร กลุ่มนี้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 126 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ (mg.%) ลำดับต่อมาคือ บรูไนดารุสซาลาม

สปป. ลาว สิงคโปร์ เวียดนามและไทย ส่วนอินโดนีเซีย เมียนمار และฟิลิปปินส์มีระดับน้ำตาลในเลือดทั้งชาย และหญิงไม่ต่างกันเท่าใดนัก ในขณะที่กัมพูชาพบปัญหานี้ ระดับต่ำประเด็นที่น่าสังเกตคือ คุณแม่เลเซียมีระดับน้ำตาล ในเลือดสูงที่ 2 เพศ ในขณะที่สิงคโปร์และบรูไนดารุส ซาลามกลับมีปัญหานี้น้อยกว่า หากวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูล เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์แล้ว จะเห็นว่า ข้อมูลของมาเลเซียสอดคล้องกัน ส่วนไทยและเวียดนาม พบปัญหานี้สอดคล้องเช่นเดียวกับมาเลเซีย

ความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง ความดัน โลหิตสูงเป็นภาวะที่ร่างกายมีความดันโลหิตสูงกว่า 130-80 มิลลิเมตรปรอท (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2558) ซึ่งหากมี ความดันโลหิตสูงต่อเนื่องและไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหลอดเลือดและ หัวใจ ไต ตา ปัญหานี้ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง พิการและตายได้ เช่นเดียวกับน้ำหนักเบาหวาน และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ของหลายประเทศในกลุ่มนี้ จากข้อมูลขององค์กร อนามัยโลก ปี พ.ศ. 2553 แสดงให้เห็นว่า ประชากรอายุ มากกว่า 25 ปีที่มีปัญหานี้ได้แก่ เมียนมาร์ อินโดนีเซีย สปป. ลาว มาเลเซีย ฟิลิปปินส์และเวียดนาม มีเพียง บูรไน ดารุสซาลาม กัมพูชา สิงคโปร์และไทยที่พบปัญหานี้ ค่อนข้างน้อยกว่า 6 ประเทศข้างต้น ส่วนประเทศไทยที่พบ ปัญหานี้น้อยที่สุดคือ กัมพูชา

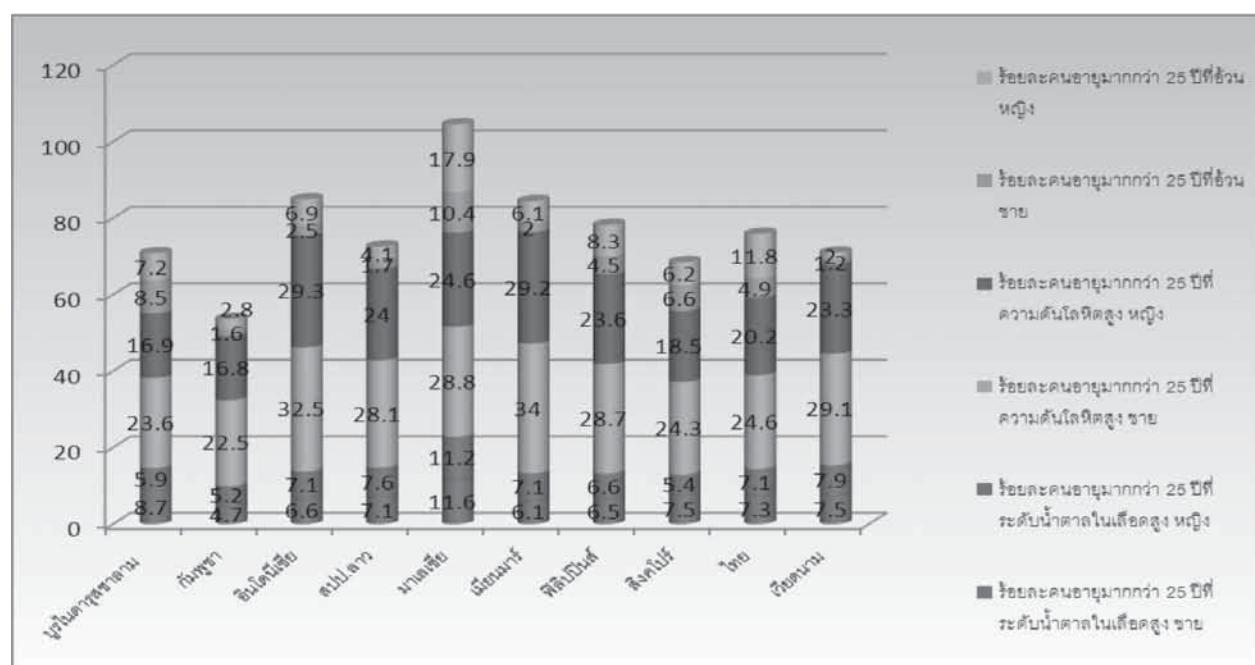
ความเสี่ยงต่อภาวะอ้วน ภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ เป็นภาวะที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพหลายประการ เช่นเดียวกับ การมีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเต็กประเทศไทยที่มีประชากรอายุ มากกว่า 20 ปีและถือว่าอ้วนโดยมีค่าบีเอ็มไอ (BMI-- Body Mass Index) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ในกลุ่ม 10 ประเทศพบว่ามีเพียง กัมพูชาและเวียดนาม ที่ไม่พบความผิดปกตินี้ ประเทศไทยที่มีปัญหานี้มากที่สุดคือ มาเลเซีย บรูไนดารุสซาลามและสิงคโปร์ ส่วนฟิลิปปินส์ และไทยมีปัญหานี้เท่า ๆ กัน ในขณะที่อินโดนีเซียและ เมียนมาร์มีปัญหานี้ค่อนข้างน้อย

ประเด็นที่น่าสนใจกรณีคือ มี 2 ประเทศเท่านั้น ที่อัตราความอ้วนของชายกว่าหญิงได้แก่ บรูไนดารุสซาลาม และสิงคโปร์ เมื่อพิจารณาในภาพรวมของปัญหาระดับ น้ำตาลในเลือดสูง ระดับความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วน จะเห็นว่า กัมพูชาพบปัญหานี้น้อยที่สุด รองลงมาคือ

อินโดนีเซีย เมียนมาร์ พลิปปินส์ และไทย ส่วนประเทศที่มีปัญหาทั้งหมดระดับแรก ๆ คือมาเลเซีย และอินโดนีเซียและเมียนมาร์ จากการวิเคราะห์จะเห็นว่าประชาชน 2 ประเทศแรกมีวิถีชีวิต ลักษณะอาหารใกล้เคียงกันเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม ส่วนเมียนมาร์นั้นประชาชนส่วนใหญ่นับถือพุทธศาสนาและในช่วงเวลาดังกล่าวบ้างปีคุณภาพของประเทศทำให้ลักษณะการดำรงชีวิตเป็นแบบดั้งเดิมทำให้มีความเสี่ยงต่อความอ้วนต่ำกว่า (รองรุ่ก โพธิ์พุกามานันท์, 2556)

ประเด็นที่ควรพิจารณาอีกประการหนึ่งคือ

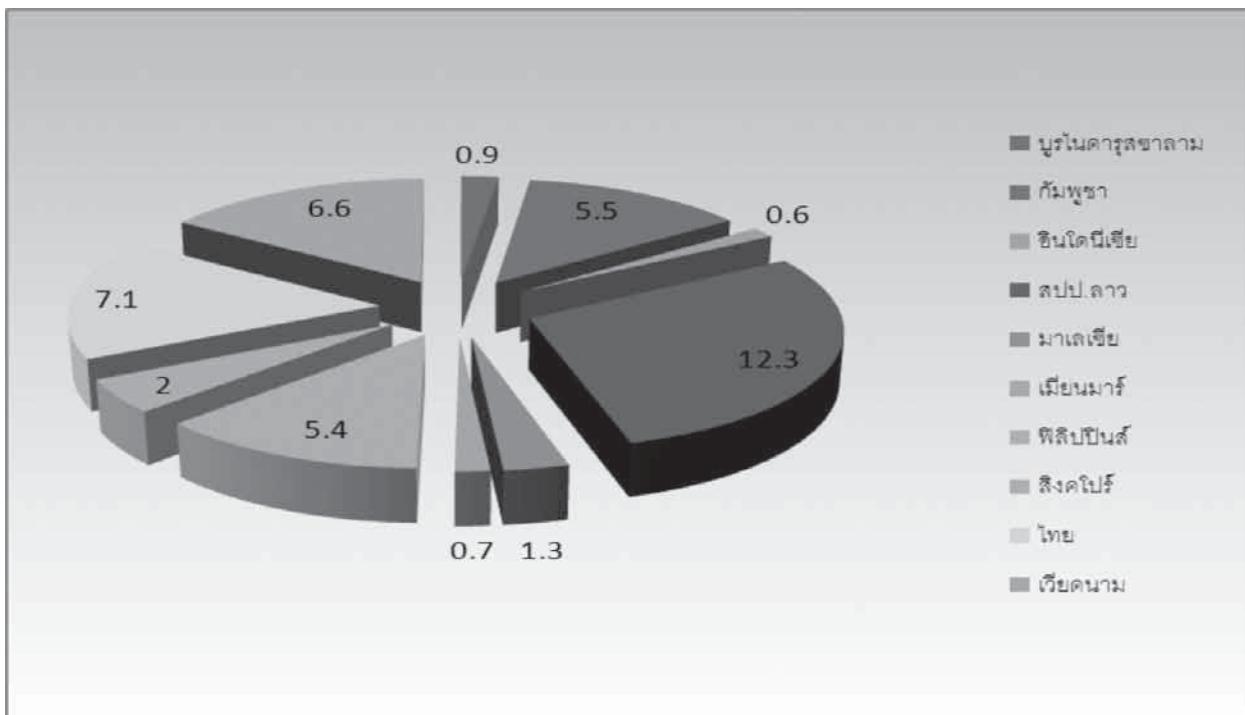
ลักษณะอาหารของเวียดนามซึ่งส่วนประกอบส่วนใหญ่คือพืชผักหลายชนิด ทำให้ประชาชนมีภาวะอ้วนต่ำที่สุดในกลุ่มประเทศนี้ ส่วนกัมพูชา สปป. ลาวและเมียนมาร์ จะเห็นว่ามีระดับเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน รวมทั้งอยู่ระหว่างการเริ่มการพัฒนาประเทศทำให้วิถีชีวิตไม่เปลี่ยนแปลงไปมากนัก จึงพบประชากรที่มีภาวะอ้วนค่อนข้างต่ำอย่างไรก็ตามหากจะดูเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป ทั้ง 3 ประเทศนี้คาดว่าแนวโน้มของปัญหานี้จะสูงขึ้นเช่นกัน รายละเอียดดังรูป 3



ภาพ 3 ร้อยละของประชากรที่อายุมากกว่า 25 ปีที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและอ้วนของประเทศสามชาติอาเซียน พ.ศ. 2558
ที่มา. ดัดแปลงจาก WHO, 2014.

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ระบบประสาท สติปัญญาและมะเร็งดับ (สถาบันมะเร็ง, 2558) นอกจากนั้นยังเป็นสาเหตุของปัญหาสังคมต่าง ๆ โดยเฉพาะการเกิดอุบัติเหตุซึ่งเป็นสาเหตุการตายลำดับต้น ๆ ของหลายประเทศในภูมิภาคนี้ ประเทศไทยเป็นชาติอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ตั้งแต่ 1 ลิตร/ปี) มาก 3 ลำดับแรกคือ สปป. ลาว ไทยและเวียดนาม โดยดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ร้อยละ 12.3, 7.1 และ 6.1 ตามลำดับ ส่วนกัมพูชาและพลิปปินส์มีคนกลุ่มนี้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่า ๆ กัน ซึ่ง 5 ประเทศที่ได้กล่าวมาแล้วล้วนมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าคนเฉลี่ยของคนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ค่าเฉลี่ยร้อยละ 3.5) ส่วนประเทศไทยมีปัญหานี้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยดังกล่าวได้แก่ บรูไนดารุสซาลาม อินโดนีเซีย มาเลเซีย เมียนมาร์ และสิงคโปร์ รายละเอียดดังรูป 4



ภาพ 4 แสดงร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยซึ่งมาจากการสำรวจ WHO, 2014

หากพิจารณาข้อมูลข้างต้นจะพบว่า 3 ประเทศแรก ประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิมซึ่งมีข้อกำหนดทางศาสนา ห้ามดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว แต่บางประเทศมีข้อกำหนดที่เข้มงวดแตกต่างกันออกไปซึ่งอาจมีผลต่อจำนวนผู้ดื่ม เช่นกัน เช่น กัมพูชา สปป.ลาว มาเลเซียและไทยได้กำหนดกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และเกือบทุกประเทศมีการเก็บภาษีจากเบียร์ ไวน์ ยกลเว่น สปป.ลาวที่เก็บภาษีจากเหล้าเท่านั้น ด้านการกำหนดอายุผู้ดื่ม และผู้จำหน่าย มีเพียงบруไน ดารุสซาลามที่ห้ามทุกกลุ่มอายุดื่มและจำหน่าย ส่วนกัมพูชา และสปป.ลาวไม่ได้กำหนดกลุ่มอายุผู้ดื่มเลย อีก 7 ประเทศที่เหลือมีการกำหนดกลุ่มอายุผู้ดื่มระหว่าง 18-21 ปี สำหรับข้อกำหนดในผู้จำหน่ายพบว่า กัมพูชาและอินโดนีเซียไม่ได้กำหนดไว้ ส่วนการกำหนดความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ พบว่า เกือบทุกประเทศแม้แต่บруไน ดารุสซาลามก็ได้กำหนดความเข้มข้นดังกล่าวไว้ ยกเว้น อินโดนีเซียและเวียดนาม (WHO, 2012)

การกำหนดการโฆษณา พบว่ามีเพียงอินโดนีเซีย มาเลเซีย เมียนมา ไทยและเวียดนามที่ดำเนินการอย่างจริงจัง ส่วนการให้รายละเอียดในสลากรเครื่องดื่ม พบในประเทศไทย อินโดนีเซีย สปป.ลาว ฟิลิปปินส์และไทย

ด้านการสนับสนุนกิจกรรมของชุมชนเกี่ยวกับการรณรงค์ การดื่มเครื่องดื่มชนิดนี้และการตรวจสอบจากภาครัฐ ของแต่ละประเทศพบว่า มีเพียงนาเลเซีย เมียนมา สิงคโปร์ และไทยที่กำหนดไว้ นอกจากการควบคุมดังกล่าวแล้ว บางประเทศยังมีข้อกำหนดปลิกย่อยอื่นๆ ที่แสดงให้เห็นว่า รัฐให้ความสำคัญกับปัญหานี้ เช่น ในมาเลเซียซึ่งบางรัฐยังมีข้อกำหนดของหน่วยงานรัฐบาลท้องถิ่นห้ามประชาชนทุกศาสนาจำหน่ายในพื้นที่ที่มีชาวมุสลิมอาศัย ส่วนบруไน ดารุสซาลาม อนุญาตนักท่องเที่ยวตื่นได้เฉพาะในโรงแรมเท่านั้น และอินโดนีเซียไม่อนุญาตให้ดื่มในที่สาธารณะ เฉพาะในร้านที่มีใบอนุญาตเท่านั้น และช่วงถือศีลอด มีข้อกำหนดห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (WHO, 2012)

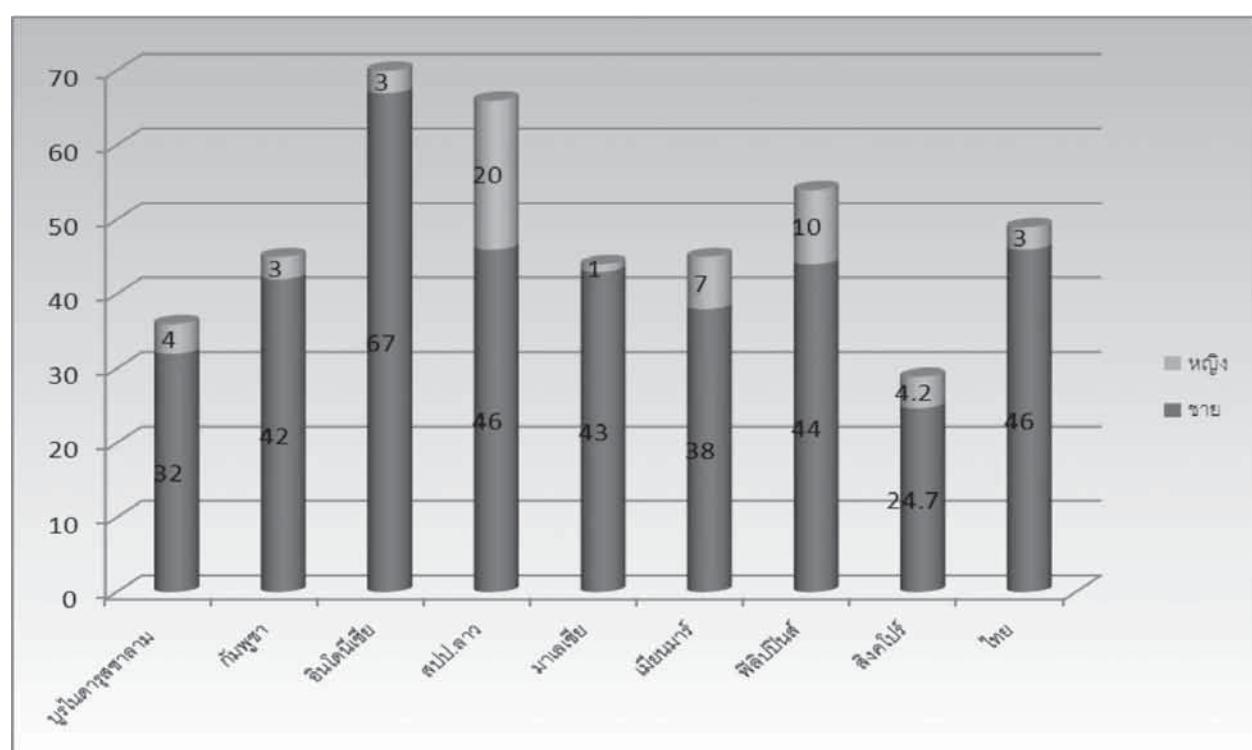
หากเปรียบเทียบผลเสียจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับอัตราการเกิดตับแข็ง มะเร็งตับและปัญหาอุบัติเหตุในกลุ่ม 10 ประเทศนี้แล้วจะเห็นว่า สปป.ลาว ซึ่งดื่มเครื่องดื่มดังกล่าวสูงเป็นลำดับ 1 มีอัตราการเกิดตับแข็งเป็นลำดับ 4 มะเร็งตับลำดับ 1 และตายจากปัญหานี้เป็นลำดับ 5 ไทยมีอัตราการเกิดตับแข็งลำดับที่ 5 มะเร็งตับลำดับ 3 และตายจากปัญหานี้ลำดับ 1 สำหรับเวียดนาม มีอัตราการเกิดตับแข็งลำดับที่ 3 มะเร็งตับลำดับลำดับที่ 2

และตายจากปัญหานี้ลำดับ 8 (WHO, 2012) ประเทศที่น่าสนใจคือ สิงคโปร์ แม้ว่ามีการคุ้มเป็นลำดับ 6 แต่พบอัตราการเกิดตับแข็งและมะเร็งตับค่อนข้างน้อยต่างกับรูปแบบของประเทศไทยที่กำลังพัฒนาในกลุ่มสมาชิกอาเซียนที่พบความสอดคล้องระหว่างปริมาณการคุ้มเครื่องคุ้มแอลกอฮอล์กับอัตราการเกิดตับแข็ง มะเร็งตับและการตายจากแอลกอฮอล์

ภาวะเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้มีความเสี่ยงต่อปัญหาระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดและเป็นสาเหตุสำคัญของ มะเร็งที่อวัยวะต่าง ๆ ทุกประเทศจะเห็นว่า ชายสูบบุหรี่มากกว่าหญิง ประเทศไทยที่ชายสูบบุหรี่มากที่สุดได้แก่ อินโดนีเซีย ส่วนสปป.ลาว ไทยและเวียดนามมีประชากรกลุ่มนี้สูบบุหรี่ร้อยละ 46 เท่ากัน สำหรับกัมพูชา มาเลเซียและฟิลิปปินส์จะเห็นว่า อัตราการสูบบุหรี่ของชายเท่าๆ กัน ประเทศที่ชายสูบบุหรี่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของภูมิภาคอาเซียนตะวันออกเฉียงใต้มีเพียง 2 ประเทศคือ บรูไนดารุสซาลามและสิงคโปร์ สำหรับการสูบบุหรี่ในหญิงจะเห็นว่า สปป.ลาวเป็นประเทศที่หญิง

สูบบุหรี่มากที่สุด รองลงมาคือ ฟิลิปปินส์ และเมียนมาร์ รายละเอียดดังภาพ 5

เมื่อพิจารณาawan กับอัตราตายจากปัญหาสำคัญ 5 ลำดับแรกของประเทศไทยใน พ.ศ.2554 จะพบว่า ประเทศที่มีปัญหาการตายลำดับ 1 จากโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์และสิงคโปร์ ประเทศที่มีปัญหานี้เป็นสาเหตุการตายลำดับ 2 คือ กัมพูชา เมียนมาร์ ไทยและเวียดนาม สำหรับเวียดนามมีปัญหาการตายจากมะเร็งปอดเป็นลำดับ 4 เช่นเดียวกับสิงคโปร์ นอกจากนี้ อินโดนีเซีย มาเลเซีย ไทยและเวียดนาม ยังพบว่า มีปัญหาการตายจากโรคปอดเป็นลำดับ 3-4 แต่บรูไนดารุสซาลามซึ่งอัตราการเกิดมะเร็งปอดใน พ.ศ. 2554 สูงเป็นลำดับแรกใน 10 ประเทศและมีปัญหาการตายจากมะเร็งโดยรวมสูงเป็นลำดับ 1 รวมทั้งมีอัตราตายจากหลอดเลือดหัวใจสูงเป็นลำดับ 4 ของประเทศทั้ง ๆ ที่มีปริมาณการสูบบุหรี่ค่อนข้างน้อยคือ สูบบุหรี่มากเป็นลำดับ 9 ของอาเซียน



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

ภาวะเสี่ยงจากการขาดน้ำสะอาดบริโภค เป็นที่ทราบโดยทั่วไปแล้วว่า การมีน้ำสะอาดบริโภคนั้น เป็นความจำเป็นเบื้องต้นของมนุษย์ นำดื่มที่สะอาดจะช่วยลดปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น อหิวาติกโรค อุจจาระร่วง มีด และตับอักเสบ ฯลฯ น้ำเป็นสื่อของโรคติดต่ออีกหลายโรค ประเทศไทยที่ประชาชน มีน้ำดื่มที่สะอาดจึงมีอัตราป่วยจากโรคติดต่อถังกล่าวลดลง อย่างไรก็ตามยังมีหลายประเทศที่การพัฒนาดังกล่าว ไม่ครอบคลุมประชาชนทั้งหมดแม้ว่าทุกประเทศให้ความสำคัญในการดำเนินการด้านนี้ ขณะที่โรคที่มีน้ำเป็นสื่อยังเป็นปัญหาสำคัญของการป่วยและการตายของประชาชน ในภูมิภาคนี้โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (WHO, 2014)

จากปี พ.ศ. 2533 กัมพูชาเมียนมาร์ และเวียดนาม เป็นประเทศที่ประชาชนมีน้ำ生育ต่อเดือนน้อยกว่าร้อยละ 70 และมี 7 ประเทศที่ประชาชนมีน้ำ生育ต่อเดือนน้อยกว่าร้อยละ 90 แต่มีเพียงสิงคโปร์ที่ประชาชนมีน้ำ生育ต่อเดือนมากกว่าร้อยละ 90 และ 20 ปีต่อมา มีเพียง 4 ประเทศที่ประชาชน มีน้ำ生育ต่อเดือนน้อยกว่าร้อยละ 90 ประเทศที่มีอัตรา

การพัฒนาด้านนี้สูงมากคือ เวียดนาม ส่วนกัมพูชา ลาว และ เมียนมาร์ แม้ว่าอัตราการพัฒนาด้านนี้สูงแต่ประชาชน ยังมีน้ำ生育คุณไม่ถึงร้อยละ 90 ส่วนบูรในครุสชาลาม ในปี พ.ศ. 2545 ประชาชนมีน้ำ生育คุณไม่ถึงร้อยละ 90 หากพิจารณาปัจจัยสนับสนุนอื่นแล้วน่าจะประมาณการณ์ ได้ว่าใน 10 ปีต่อมาประชาชนบูรในครุสชาลามจะมี น้ำ生育คุณไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

เมื่อพิจารณาการพัฒนาเหล่านี้ในพื้นที่ชนบทแล้วจะพบว่า ทุกประเทศให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ แต่จากข้อมูลขององค์กรอนามัยโลกจะเห็นว่า พื้นที่ชนบทในบางประเทศได้รับการพัฒนาเหล่านี้ยังไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ประเทศไทยมีการพัฒนาเหล่านี้ในชนบทสูงเป็นลำดับหนึ่งคือ มาเลเซีย ซึ่งพื้นที่ในชนบทได้รับการพัฒนาด้านนี้ร้อยละ 99 รองลงมาได้แก่ ไทยร้อยละ 95 เวียดนามร้อยละ 94 พลิปปินส์ร้อยละ 91 และเมียนมา,r ร้อยละ 81 สำหรับกัมพูชาและสปป.ลาวเหล่านี้ในชนบทได้รับการพัฒนาเพียงร้อยละ 65-66 เท่านั้น ส่วนสิงคโปร์ ซึ่งมีพื้นที่ทั้งหมดเป็นพื้นที่เขตเมืองและประชาชนได้คืนน้ำที่ได้รับการปรับปรุงคุณภาพทั้งหมด(WHO, 2014)

ภาวะเสี่ยงจากการขาดระบบสุขากินบาลที่พัฒนาแล้ว ระบบสุขากินบาลที่ดีจะส่งผลทำให้ลดอัตราการเกิดปัญหาโรคติดต่อระบบทางเดินอาหาร ประเทศที่ให้ความสำคัญกับการบริการด้านนี้ในช่วงปี พ.ศ. 2533 ได้แก่ ไทย มาเลเซีย และสิงคโปร์ และอีก 20 ปีต่อมาประเทศไทย ส่วนใหญ่ในภูมิภาคนี้มีการพัฒนาสุขากินบาลอย่างต่อเนื่อง แต่กับพุชรักษ์เป็นประเทศที่มีอัตราการพัฒนาด้านนี้ต่ำที่สุด รองลงมาคือ สปป. ลาว ส่วนเวียดนาม เมียนมาร์ และฟิลิปปินส์มีร้อยละของงานสุขากินบาลที่ได้รับการปรับปรุงระหว่าง ร้อยละ 74-77 และมี 3 ประเทศที่งานสุขากินบาลได้รับการปรับปรุงมากกว่าร้อยละ 90 สิงคโปร์ เป็นประเทศเดียวที่ประชาชนมีน้ำสะอาดดื่มและงานสุขากินบาลได้รับการปรับปรุงทั้งหมด แม้ว่าจะเป็นประเทศที่ต้องนำเข้าน้ำดื่มจากนานาชาติเชย์กตาม

เมื่อวิเคราะห์ปัญหาข้างต้นกับอัตราการป่วยของ
อหิวาตกโรคพบว่า ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคนี้ในปี
พ.ศ. 2555 มีจำนวน 5 ประเทศได้แก่ พลิบปินส์ มาเลเซีย
เมียนมาร์ ไทย และสิงคโปร์ ซึ่งจากข้อมูลการความ

ครอบคลุมของน้ำดื่มและระบบสุขาภิบาลของแต่ละประเทศอาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยที่ไม่มีข้อมูลนี้อาจเป็นเพรารมปัญหาในการวินิจฉัยการรายงานหรือการจัดเก็บข้อมูลหรืออาจมีปัญหาอื่นที่ทำให้ขาดข้อมูลการเงินป่วยนี้ ซึ่งไม่สัมพันธ์กับความครอบคลุมของการมีน้ำดื่มน้ำที่สะอาดและระบบสุขาภิบาลที่ได้รับการพัฒนาแล้ว

ส่วนปัญหาการตายจากโรคอุจาระร่วงในกลุ่มประเทศนี้จะเห็นว่าซึ่งเป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นๆ ของหลายประเทศ เช่น ในพ.ศ. 2555 โรคอุจาระร่วงยังเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 1 ใน 10 ของการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งในที่นี้มีสปป.ลาว มีเด็กตายจากปัญหานี้สูงเป็นลำดับที่ 1 คือ อัตราตายร้อยละ 12 รองลงมาคือ กัมพูชา ร้อยละ 8 เมียนมาร์ พลีบีปีนส์ เวียดนาม มีอัตราการตายเท่าๆ กันคือ ร้อยละ 7 เด็กไทยมีอัตราตายจากโรคนี้ร้อยละ 3 สำหรับบูรุไนดาธุสชาลามและสิงคโปร์ มีอัตราตายของเด็กจากปัญหานี้เพียงร้อยละ 1 เท่า ๆ กัน ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่ามีปัญหาข้างต้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงจากการขาดน้ำดื่มน้ำที่สะอาดและระบบสุขาภิบาลได้รับการปรับปรุงดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

บทสรุป

ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศสมาชิกอาเซียนมีหลายประการ สำหรับการศึกษารัฐนี้ได้แบ่งภาวะเสี่ยงออก 3 กลุ่มคือ (1) กลุ่มพฤติกรรมเสี่ยง (2) กลุ่มโรคไม่ติดต่อ และ (3) กลุ่มสุขาภิบาลเสี่ยง สำหรับกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงในที่นี้ได้แก่ การกอดคลอกก่อนกำหนด และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมีน้ำหนักเกินมาตรฐานซึ่งการคลอดก่อนกำหนดทำให้อัตราตายในเด็กทราบในบางประเทศในกลุ่มนี้ยังคงเป็นปัญหาเช่น อินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์ ส่วนการที่เด็กมีน้ำหนักเกินมาตรฐานพบในหลายประเทศไม่ว่าจะเป็นอินโดนีเซีย ไทยและเวียดนาม สำหรับภาวะเสี่ยงข้อแรกของผู้ใหญ่ได้แก่ การมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ดั่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ภาวะเสี่ยงดังกล่าวถ้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็งและตับแข็งรวมทั้งอุบัติเหตุต่างๆ ที่ประเทศไทยกลุ่มนี้ต้องเผชิญอยู่

สำหรับภาวะเสี่ยงกลุ่มโรคไม่ติดต่อ จะเห็นว่าความดันโลหิตสูงและน้ำตาลในเลือดสูง เป็นปัญหาที่พบในประเทศไทยที่มีระดับเศรษฐกิจต่างกัน เช่น เมียนมาร์และอินโดนีเซีย ปัญหาดังกล่าวล้วนเป็นสาเหตุของการตายที่สำคัญลำดับต้นๆ ของประเทศ นอกจากนั้นประชาชนในประเทศไทยเหล่านี้ยังมีความเสี่ยงด้านสุขาภิบาลทำให้มีอัตราป่วยและตายจากโรคระบบทางอาหารและโรคติดเชื้อต่างๆ จากการขาดน้ำดื่มน้ำที่สะอาดและการบริการสุขาภิบาลที่ยังไม่ครอบคลุม เช่น สปป.ลาว กัมพูชาและเมียนมาร์ การกำหนดนโยบายส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การบริหารจิต รวมทั้งการให้ความสำคัญกับงานอนามัย แม้และเด็กให้ทั่วถึงและครอบคลุมจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกประเทศในอาเซียนต้องร่วงดำเนินการ สำหรับการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ส่วนหนึ่งเป็นเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ดังที่ได้เสนอข้างต้นรวมทั้งการเฝ้าระวังสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งทุกประเทศในอาเซียนจำเป็นต้องแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับประเทศที่ประสบความสำเร็จในการลดปัญหาดังกล่าวร่วมกัน

ส่วนภาวะเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่นั้น บางประเทศสามารถดำเนินงานประสบความสำเร็จระดับหนึ่งในการ กระແສให้เกิดค่านิยมสำหรับคนรุ่นใหม่ให้ลด ละ เลิก แอลกอฮอล์ และบุหรี่

สำหรับการพัฒนาระบบสุขาภิบาลพื้นฐาน เป็นประเด็นที่รัฐบาลของทุกประเทศในอาเซียนจำเป็นต้องสนับสนุน เพราะเป็นบริการพื้นฐานด้านสุขภาพที่รัฐต้องจัดให้ประชาชน นอกจากนั้นการศึกษาเป็นประเด็นสำคัญประการหนึ่งที่รัฐต้องมีมาตรการส่งเสริมอย่างจริงจัง เพราะถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนจะต้องได้รับรวมทั้งความรู้ที่ประชาชนจะได้รับจากสื่อต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักรู้ และมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการลดความเสี่ยงต่อปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข จำเป็นต้องسانต่อความร่วมมือกับประเทศไทยเชิง อย่างต่อเนื่องและกำหนดนโยบายอย่างชัดเจนเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาความเสี่ยงด้านสุขภาพดังกล่าวร่วมกัน

2. ควรมีการศึกษาและวิจัยในประเด็นการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพข้างต้นในระดับ ประเทศสมาชิกอาเซียน เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ ที่ชัดเจนในการลดปัญหาร่วมกัน



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>
- Poplughshanun, 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 Phrapokkla 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.

