



05

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพคนไทย

🔍 ระดับประเทศ

🔍 ระดับชุมชน

🔍 ระดับครอบครัว/บุคคล

5.1 ระดับประเทศ

5.1.1 Megatrends

การเติบโตของนวัตกรรมสร้างความคาดหวังและความเครียดในสังคมการทำมาหากินและใช้ประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงจะสร้างอนาคตใหม่ที่เรารู้จักกันว่า “Megatrends” ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโลก McKinsey ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงเปรียบเสมือนเพื่อน การวิเคราะห์คาดการณ์อนาคตทางธุรกิจและการลงทุนในอนาคต จะแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของอุตสาหกรรมซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับภาคธุรกิจผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันรวมถึงชีวิตการทำงานโดย 5 Megatrends ปี 2020-2030 ที่มีความหมายต่อคุณ ธุรกิจและการเติบโตของนวัตกรรม ประกอบด้วย

5.1.1.1 Megatrend 1: การเปลี่ยนแปลงอำนาจทางเศรษฐกิจ การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรเป็นหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงอำนาจทางเศรษฐกิจ ประเทศกำลังพัฒนาจะมีการเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจ สังคมและวิถีลงทุนอย่างมาก

1) เศรษฐกิจใหม่กำลังเติบโต คนรุ่นใหม่ในประเทศกำลังพัฒนาได้เปลี่ยนจากการเป็นผู้ผลิตสินค้าและบริการให้กับประเทศพัฒนาสู่การเป็นผู้ผลิตสินค้าและบริการเพื่อบริโภคภายในประเทศของตนเอง ร้อยละ 80 ของการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และร้อยละ 85 ของการเจริญเติบโตของการบริโภคทั่วโลก คิดเป็นมากกว่าสองเท่าในปี 1990

2) จีนจะเป็นมหาอำนาจใหม่ของโลก เมื่อสองศตวรรษที่ผ่านมา นโปเลียน โบนาปาร์ตได้กล่าวว่า “จีนเสมือนคนนอนหลับ แต่เมื่อตื่นขึ้น จีนจะขับเคลื่อนโลก” เพียง 15 ปีผ่านไปเศรษฐกิจของจีนมีขนาดเท่ากับหนึ่งในสิบของเศรษฐกิจของสหรัฐอเมริกาถ้าหากยังเติบโตตามคาดการณ์ไว้เศรษฐกิจจีนจะมีมูลค่ามากกว่าสหรัฐอเมริกาในช่วงปี 2020 คาดการณ์ว่าจีนจะมี 200 เมืองที่มีประชากรหนึ่งล้านคนภายในปี 2025 เพื่อลดความแออัดในกรุงปักกิ่ง และดำเนินการสร้างเมืองใหม่ในชื่อ “สงอัน” ซึ่งห่างออกไป 100 กิโลเมตรทางตะวันตกเฉียงใต้ของกรุงปักกิ่ง โดยเมืองใหม่นี้มีขนาดใหญ่เป็นสองเท่าของแมนฮัตตันและคาดว่าจะเพิ่มเป็นสองเท่าของนิวยอร์กและสิงคโปร์

3) ข้อมูลประชากรทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลง ในปี 2016 ทั่วทั้งเอเชียมีประชากรประมาณ 4.4 พันล้านคน เท่ากับสี่เท่าในศตวรรษที่ 20 และมีการคาดการณ์ว่าในปี 2050 จะมีประชากร 5 พันล้านคน ภูมิภาคเอเชียมีทรัพยากร ความหลากหลายทางนิเวศวิทยารองรับการเติบโตเป็นผลให้สามารถคาดหวังการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในภูมิภาคนี้ต่อไป



5.1 ระดับประเทศ

5.1.1.2 Megatrend 2 ทรัพยากรขาดแคลน

ผลกระทบของสภาวะโลกร้อนและอุณหภูมิที่สูงขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อพืชและผลผลิต ทำให้ราคาอาหารสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อชุมชนที่ยากจนในขณะเดียวกันพื้นที่ชายฝั่งทะเลจะเกิดน้ำท่วมเมื่อระดับน้ำทะเลสูงขึ้น

1) ผลกระทบต่อทรัพยากรของโลกประชากรกำลังขยายตัวและความเจริญเข้ามาแทนที่อย่างรวดเร็ว นำไปสู่ความต้องการพลังงาน น้ำและอาหารก่อให้เกิดผลกระทบต่อทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดของโลกองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations : FAO) ประเมินการว่าประชากรจะเกิน 9.1 พันล้านคนภายในปี 2050 ด้วยหลักการนี้ระบบการเกษตรของโลกจะไม่สามารถจัดหาอาหารให้เพียงพอสำหรับทุกคน และองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าความต้องการน้ำจืดจะเกินร้อยละ 40 ในปี 2030 และบางเมือง เช่น เคปทาวน์ (Cape Town) ประเทศแอฟริกาใต้ จะได้รับผลกระทบจากขาดแคลนน้ำ

2) การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่เพิ่มขึ้นทำให้โลกร้อนขึ้น สภาวะโลกร้อนมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 19 และยังคงดำเนินต่อไป สาเหตุหลักคือการเผาเชื้อเพลิงฟอสซิล รวมไปถึงการที่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์และก๊าซอื่น ๆ ถูกปล่อยบนชั้นบรรยากาศ ทำให้ระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้นตั้งแต่มีการปฏิวัติอุตสาหกรรมและไม่มีสัญญาณว่าจะลดลง คาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นมากกว่าสององศา ก่อนปี 2100 ซึ่งจะสร้างความเสียหายต่อทรัพยากรโลกเรื่องนี้ศึกษาโดย Price water house Coopers (PwC) ได้คาดว่าสถานการณ์ดังกล่าวนี้สามารถเกิดขึ้นได้ภายในปี 2036

5.1.1.3 Megatrend 3: ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ปัจจุบันคือยุคการปฏิวัติอุตสาหกรรมครั้งที่ 4 ซึ่งเข้าสู่การปฏิวัติดิจิทัล Klaus Schwab ประธานกรรมการบริหารสภาเศรษฐกิจโลก (World Economic Forum) กล่าวว่า ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence : AI) และการเรียนรู้ของเครื่องยนต์เป็นศูนย์กลางของ Megatrends ทั้งหมด

1) ก้าวของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีมีผลกระทบกับอุตสาหกรรมมีแนวโน้มว่าคนจะถูกแทนที่ด้วยเครื่องจักรเนื่องจากเครื่องจักร

หุ่นยนต์ และ AI สามารถเรียนรู้ได้รวดเร็วกว่ามนุษย์

2) ข้อมูลคือแหล่งน้ำมันใหม่ ข้อมูลเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิวัติอุตสาหกรรมครั้งที่ 4 ซึ่งเป็นเรื่องยากที่จะคาดคิดได้ว่าจะมีประสิทธิภาพเพียงใด Jack Ma ผู้ก่อตั้งและประธานบริหารอาลีบาบา (Alibaba) ได้เปรียบเทียบข้อมูลกับการค้นพบกระแสไฟฟ้า โดยกล่าวว่า “โลกกำลังจะเป็นจุดเริ่มต้นของข้อมูลภายในปี 2025” จำนวนข้อมูลทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นสิบเท่า

3) ระบบอัตโนมัติในระบบอุตสาหกรรมใหม่ที่กำลังจะเกิดขึ้นงานบางอย่างจะถูกแทนที่ด้วยเครื่องจักรร้อยละ 60 ของการประกอบอาชีพจะมีอย่างน้อยร้อยละ 30 ของงานถูกทดแทนด้วยเครื่องจักรแต่ทั้งนี้มนุษย์สามารถเรียนรู้และควบคุมระบบของเครื่องจักรได้

5.1.1.4 Megatrend 4 : เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ในเอเชียมากกว่า 65 ประเทศซึ่งมีประชากรมากกว่าในสหรัฐอเมริกา ภายในปี 2042 จะมีมากกว่า 65 ประเทศในเอเชียจะมีประชากรมากกว่าในยุโรปและอเมริกาเหนือ (ประชากร, เชื้อชาติ ระดับการศึกษาและด้านอื่น ๆ ของประชากร) จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายและโอกาสสำหรับภาครัฐและภาคเอกชน Megatrend สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอื่น ๆ เช่น การพัฒนาเทคโนโลยี และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจในขณะที่การเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไปตามภูมิภาคจะมีผลกระทบต่อท้องถิ่นและตลาดโลกและสังคม

1) ประชากรยังคงเพิ่มจำนวนมากขึ้น ตามที่องค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ว่าประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 พันล้านคนภายในปี 2030 กับการเติบโตของตลาดและภายในปี 2050 องค์การสหประชาชาติประมาณการว่าร้อยละ 80 ของประชากรโลกจะมีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปและอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา

2) ประชากรมีอายุยืนร้อยละ 30 ของประชากรญี่ปุ่นมีอายุมากกว่า 60 ปี จีนมีประชากร 29 ล้านคน อายุกว่า 80 ปี คาดการณ์ว่าภายในปี 2050 จะมีประชากร 120 ล้านคน รายงานข้อมูลประชากรขององค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าภายในปี 2050 สถานการณ์เช่นนี้จะเกิดกับอีก 55 ประเทศ การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงนโยบายของรัฐบาลครอบคลุมบริการด้านสุขภาพรวมถึงบริการด้านอื่น ๆ หลายประเทศมีการบังคับใช้กฎหมายด้านสาธารณสุขเพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

3) จำนวนเด็กน้อยลง สังคมเปลี่ยนแปลง ทำให้คนมีการศึกษาแต่งงานน้อยมีจำนวนเด็กเกิดใหม่น้อยลง สิ่งนี้ส่งผลต่อธุรกิจรวมถึงผลผลิตที่ลดลง การมีส่วนร่วมของแรงงานน้อยลงคนรุ่นใหม่จะมีภาระมากขึ้นอันเป็นผลจากความคาดหวังจากผู้สูงอายุ

5.1.1.5 Megatrend 5 : การกลายเป็นมหานครอย่างรวดเร็วปัจจุบันประชากรมากกว่าครึ่งโลกอาศัยอยู่ในเขตเมือง และในปี 2030 ตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นประมาณ 5 พันล้านคน การขยายตัวของเมืองส่วนใหญ่จะอยู่ในแถบทวีปแอฟริกาและทวีปเอเชีย ซึ่งนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ในปี 1990 มีเพียง 10 เมืองในโลกที่มีประชากรเกิน 10 ล้านคนซึ่งเรียกว่า “มหานคร” วันนี้จำนวน “มหานคร” ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 3 เท่าส่วนใหญ่ประชากรจะเพิ่มขึ้นในเมืองและเมืองใหญ่ใกล้เมืองหลวงสิ่งเหล่านี้จะช่วยผลักดันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่ของประชากรเหล่านี้นำไปสู่โอกาสและความท้าทายสำหรับสังคม ความต้องการของประชากรเมืองในอนาคตจะแตกต่างกับในปัจจุบัน เนื่องจากในอนาคตประชาชนต้องการการเชื่อมต่อกับทุกสิ่งและทุกอย่างการเชื่อมต่อไร้สายจะเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในเมือง

1) การอพยพเข้าเมืองหลวง ประชากรอาศัยอยู่ในเมืองมากกว่าเขตชนบท และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในปี 1950 ประชากรของโลกร้อยละ 30 อาศัยอยู่ในเมือง และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 66 ภายในปี 2050

2) ความศิวิไลซ์ของเมืองหลวง ในสหรัฐอเมริกาพื้นที่ชนบทมีสัดส่วนแพทย์ 39.8 คน ต่อหนึ่งแสนคน เทียบกับแพทย์ในเขตเมืองมี 53.3 คน ต่อหนึ่งแสนคน การกระจายแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมกันมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรด้วยการดูแลสุขภาพที่ดีและรวดเร็วจึงเป็นแรงจูงใจให้ประชากรนิยมโยกย้ายเข้าไปอยู่อาศัยในเขตเมือง ขณะเดียวกัน ในเขตเมืองมีค่าตอบแทนในการจ้างงานที่ดีมีการศึกษาการเข้าสังคมและวัฒนธรรมที่ดีกว่าสิ่งเหล่านี้เป็นอีกแรงดึงดูดอีกทั้งยังทำให้ธุรกิจเติบโตได้ง่ายขึ้นตัวอย่างเช่นในประเทศจีนรายได้ของประชากรในเมืองได้มากกว่าสองเท่าของชนบท

เทรนด์การดำเนินธุรกิจ ในอนาคตไม่ได้จำกัดอยู่แค่โลกออฟไลน์หรือโลกออนไลน์เพียงอย่างเดียว แต่ต้องเป็นการผสมผสานจุดแข็งของทั้งสองรูปแบบเข้าด้วยกัน

เช่นในประเทศจีน Alipay ได้ประกาศดำเนินโครงการ “โรงพยาบาลในอนาคต” โดยร่วมมือกับโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลเคลื่อนที่ผู้ใช้บริการสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลและรับผลการตรวจร่างกายทาง Alipay โดย Alipay สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับบัตรประกันสุขภาพของรัฐบาลเพื่อให้ผู้ใช้ดำเนินการเบิกค่าใช้จ่ายต่อไปได้โครงการดังกล่าวจะช่วยลดเวลาการรักษาพยาบาลให้น้อยลงซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของชาวจีน

เคลาส์ ซวาบ (2560) ได้กล่าวถึงแรงขับเคลื่อน 3 แรงหลัก คือ ด้านกายภาพ ด้านดิจิทัล และด้านชีวภาพ ในด้านกายภาพ แนวโน้มใหญ่ทางเทคโนโลยีด้านกายภาพมี 4 เรื่องที่สำคัญ คือ ยานยนต์ขับเคลื่อนอัตโนมัติ เครื่องพิมพ์สามมิติ วิทยาการหุ่นยนต์และวัสดุใหม่ในด้านดิจิทัลแนวโน้มเทคโนโลยีหลักคืออินเทอร์เน็ตของสรรพสิ่ง (Internet of Things) และบล็อกเชน (Blockchain) ที่ทำให้เกิดแพลตฟอร์มที่เชื่อถือได้ที่เชื่อมคนเข้าด้วยกันโดยไม่ต้องผ่านคนกลาง ซึ่งจะนำไปสู่การทำธุรกรรมต่าง ๆ บนอินเทอร์เน็ตได้อย่างปลอดภัย และจะเปลี่ยนโลกไปอย่างสิ้นเชิง ในด้านชีวภาพ การวิจัยด้านพันธุวิศวกรรมที่ก้าวหน้าทำให้เกิดการบำบัดและปรับแต่งพันธุกรรมรวมถึงมีการฝังและใช้อุปกรณ์ควบคุมระดับกิจกรรมทางร่างกายและสารเคมีในเลือดได้ แนวโน้มทางเทคโนโลยีทั้งหมดจะหลอมรวมโลกกายภาพโลกดิจิทัลและโลกชีวภาพเข้าด้วยกันและพลิกโฉมระบบต่าง ๆ ของโลกไปอย่างมาก

การปฏิวัติอุตสาหกรรมครั้งที่ 4 จะส่งผลกระทบต่อธุรกิจอย่างมากด้วยเพราะความคาดหวังของผู้บริโภคกำลังจะเปลี่ยนไปจากสิ่งที่เทคโนโลยีสมัยใหม่ทำได้ผลิตภัณฑ์จะได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นด้วยข้อมูลเกิดความร่วมมือใหม่ๆ และวิธีการทำธุรกิจจะเปลี่ยนไปสู่ระบบดิจิทัลใหม่ๆ บริษัทที่สามารถผสมผสานมิติดิจิทัลกายภาพและชีวภาพเข้าด้วยกันได้จะประสบความสำเร็จอย่างสูงซึ่งคาดว่าหน่วยงานรัฐบาลน่าจะได้ประโยชน์สูงจากการปฏิวัติอุตสาหกรรมครั้งที่ 4 นี้เพราะจะทำให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนอำนวยความสะดวกให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วยต้นทุนที่ลดลงประชาชนจะได้รับข้อมูลมากขึ้นสามารถตรวจสอบการทำงานของรัฐได้มากขึ้นส่งผลให้สามารถปลดล็อกกฎระเบียบต่างๆ ได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ประเด็นด้านความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวจะเป็นประเด็นที่ทวีความสำคัญมากยิ่งขึ้น ตลอดจนมิติทางศีลธรรม ความเหลื่อมล้ำ การกำกับดูแล สิทธิมนุษยชน และสงครามไซเบอร์

5.1 ระดับประเทศ

สำหรับMegatrendsที่มีความสำคัญต่อเศรษฐกิจไทย แบ่งเป็น 3 Trends ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในไทย ได้แก่

- 1)สังคมผู้สูงอายุที่ประเทศไทยกำลังจะเป็นAged Societyในอีกเพียง5ปีหากไทยไม่สามารถยกระดับรายได้ในอนาคตไทยจะ “แก่ก่อนรวย” ประเทศไทยจึงควรเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับสังคมสูงวัยทั้งในด้านกำลังแรงงานในอนาคต ความมั่นคงด้านรายได้ของคนทุกช่วงอายุ สิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ การประสานนโยบายทุกด้าน และแนวโน้มในการดำเนินธุรกิจเพื่อตอบสนองสังคมที่เปลี่ยนไป
- 2)ความเป็นเมืองของไทยอยู่อันดับที่ 124 ของโลก ซึ่งสะท้อนว่าความเป็นเมืองของไทยยังไม่สูง เป็นระดับที่ยังต้องพัฒนาโครงสร้างขั้นพื้นฐานเพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขันต้องใช้เงินลงทุนสูงควบคู่ไปกับการคำนึงถึงปัญหาสิ่งแวดล้อม
- 3)ความเป็นปัจเจกบุคคล ที่พฤติกรรมของคนในแต่ละยุคจะส่งผลต่อการเติบโตของเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน โดยอีกเกือบ 10 ปีข้างหน้าคนกลุ่ม Gen Y อายุ 20-35 ปี ที่เกิดมาพร้อมกับเทคโนโลยีที่ปลายนิ้ว จะมีถึงครึ่งหนึ่งของกำลังแรงงานในอนาคต และอีก 3 Trends ที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงนอกประเทศ ได้แก่
- 4)เทคโนโลยีนวัตกรรมหมกมองในด้านผู้ใช้งานเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานอย่างInternetพบว่าคนไทยมีอัตราการใช้Internetต่อหัวมากกว่าค่าเฉลี่ยโลกและกลุ่มประเทศเอเชียแปซิฟิกและใช้เวลาไปกับ Mobile Internet มากที่สุดในโลก เฉลี่ย 4 ชั่วโมงต่อวันในทางกลับกัน ประเทศไทยกลับขาดบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์ที่สามารถผลิตสินค้าหรือบริการที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีขั้นสูง
- 5)การเปลี่ยนช่องทางเศรษฐกิจและการเมืองโลกในด้านเศรษฐกิจกลุ่มประเทศในเอเชียจะมีบทบาทต่อเศรษฐกิจโลกมากขึ้นเห็นได้จากสัดส่วน GDP ของภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกต่อ GDP โลกในช่วงปี 2010-2022 อยู่ที่ 30% ขณะที่ประเด็นด้านการเมืองก็มีการขยายอำนาจและการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองมากขึ้น
- 6) การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศเป็นประเด็นที่มีความสำคัญต่อประเทศกลุ่มอาเซียนรวมถึงไทย เพื่อเมื่อจัดลำดับประเทศที่มีความเสี่ยงด้านสภาพอากาศแล้วพบว่า 4 ประเทศอาเซียน ได้แก่ เมียนมา ฟิลิปปินส์ เวียดนาม และไทย ติดอันดับ 10 ประเทศแรกที่มีความเสี่ยงสูงสุดในโลก โดยมี 2 จาก 6 Megatrends ที่ไทยต้องรีบเตรียมการรับมือ ได้แก่ สังคมผู้สูงอายุและเทคโนโลยีนวัตกรรม เพราะเป็น Megatrends ที่โยงถึงจุดอ่อนของโครงสร้างเศรษฐกิจไทย โดยไทยจะแก่

ก่อนรวยและการปรับตัวอาจไม่ทันกับเทคโนโลยีที่เปลี่ยนเร็ว

ทั้งนี้ วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เป็นตัวเร่งให้ Megatrends มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตมากยิ่งขึ้น โดย 5 Megatrends ที่สำคัญ ได้แก่

- 1) การเปลี่ยนแปลงทางประชากร ในปี 2543 มีประชากรร้อยละ 10 ในโลกที่มีอายุเกิน 60 ปี และคาดว่าภายในปี 2593 จะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20ซึ่งหมายถึงห่วงโซ่อุปทานอาหารจะต้องเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก รวมทั้ง ความท้าทายสำหรับผู้จำหน่ายอาหารที่ต้องรับมือกับพื้นที่เกษตรกรรมแบบดั้งเดิมที่จะมีน้อยลงเนื่องจาก 2 ใน 3 ของโลกจะกลายเป็นเขตเมืองประกอบด้วยพฤติกรรม การซื้อของผู้บริโภคโดยเฉพาะชนชั้นกลางในประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีข้อจำกัดทางการเงินที่มากขึ้น ทั้งนี้ วิกฤตการแพร่ระบาดของโควิด 19อาจจะส่งผลให้การขยายตัวของเมืองชะลอตัวจากข้อจำกัดในการเดินทางและการเคลื่อนไหว พื้นที่ชนบทยังพบผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตค่อนข้างน้อยอาจเป็นไปได้ที่ผู้คนอาจจะไม่ค่อยเต็มใจที่จะย้ายไปอยู่ในเขตเมืองเนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดดังกล่าว รวมทั้งผลกระทบต่องานและเศรษฐกิจอาจขัดขวางการเติบโตของชนชั้นกลางและจำกัดจำนวนเงินที่ผู้คนต้องใช้จ่ายกับสินค้าที่ไม่จำเป็น ในขณะที่องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้รายงานว่าคุณภาพชีวิตทั่วโลกอาจเพิ่มขึ้นเป็นครั้งแรกนับตั้งแต่ปี2533ในทางกลับกันอาจเป็นตัวเร่งให้สังคมมีความเมตตาและห่วงใยกันมากขึ้น

- 2) วิกฤตสภาพภูมิอากาศ องค์การสหประชาชาติ (UN)ได้ประกาศให้สิ่งแวดล้อมโลกตกอยู่ในภาวะวิกฤตโดยมีเวลาในการช่วยโลกใบนี้เพียง12ปีให้พ้นวิกฤตดังกล่าวเนื่องจากร้อยละ91ของพลาสติกทั้งหมดไม่ได้ถูกรีไซเคิลและน้ำแข็งโลกละลายเนื่องจากภาวะโลกร้อนซึ่งความตระหนักของคนทั่วโลกที่เพิ่มขึ้นจะสะท้อนให้เห็นพฤติกรรม การซื้อของผู้บริโภคเนื่องจากผู้บริโภคต้องการทราบว่าสินค้ามาจากไหนมีแหล่งที่ยั่งยืนหรือมีจริยธรรมหรือไม่องค์กรต่างๆต้องเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสิ่งแวดล้อมเพิ่มมากขึ้น

- 3) Hyper-Connectivity เมื่อการดำเนินชีวิตสามารถเชื่อมโยงกับเทคโนโลยีได้ทุกที่ทุกเวลาผู้บริโภคสามารถเลือกซื้อสินค้ามากมายผ่านระบบออนไลน์ ส่งผลให้สัดส่วนของผู้บริโภคที่จ่ายเงินเพิ่มขึ้นเพื่อความสะดวกต่อการรับบริการเหล่านี้เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับวิกฤตโควิด 19 ที่ส่งผลให้ผู้บริโภค

5.1 ระดับประเทศ

5.1.2 Digitalization

5.1.2.1 Mobile applications

จากรายงานสถิติดิจิทัลของคนไทย ปี พ.ศ.2563 พบว่า ประชากรไทยมีการใช้โทรศัพท์มือถือ 94 Tablet ร้อยละ 33 Notebook หรือคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ ร้อยละ 50 และ Smart Watch ร้อยละ 5 โดยประชากรไทยมีการเข้าใช้งาน Internet และ Social Media 52 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 75 ของประชากรในประเทศ เมื่อเทียบกับการใช้งานของประชากรโลก พบว่า ประชากรไทยมีอัตราการเข้าใช้งาน Internet และ Social Media สูงกว่าประชากรโลกค่อนข้างมาก โดยประชากรโลกมีอัตราการใช้ Internet ร้อยละ 59 และการใช้ Social Media ร้อยละ 49 ทั้งนี้มีการใช้โทรศัพท์ในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตมากถึงร้อยละ 97 โดยมีอัตราการใช้งานผ่านโทรศัพท์มือถือในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตคนละ 4 ชั่วโมง 57 นาที

สถิติการใช้งานออนไลน์ของประชากรไทย พบว่า มีการใช้ Internet มากถึง 9 ชั่วโมงต่อวัน รองลงมาคือการดูโทรทัศน์ (3 ชั่วโมงครึ่ง) และใช้ Social Media ราว 3 ชั่วโมง โดยมากกว่าร้อยละ 97 ของคนที่ใช้งาน Internet เป็นการใช้งานผ่านทางโทรศัพท์มือถือเป็นหลัก ประมาณ 5 ชั่วโมงต่อวัน ทั้งนี้ ในกลุ่มประชากรอายุ 16-64 ปีมีการใช้งานอินเทอร์เน็ตในการชมวิดีโอออนไลน์มากถึงร้อยละ 99 รองลงมาคือ Music Streaming Service ร้อยละ 68 และการชม Vlogs ร้อยละ 53 นอกจากนี้ กลุ่มประชากรดังกล่าวยังมีการใช้โทรศัพท์ในการเล่นเกมนมากถึงร้อยละ 88

เมื่อจำแนกประเภทการใช้งาน Mobile Application พบว่า ร้อยละ 97 ใช้งาน Social Networking Apps รองลงมาคือ Chat Apps (Messengers) ร้อยละ 95 Entertainment หรือ Video Apps ร้อยละ 89 Map Apps ร้อยละ 72 Games ร้อยละ 67 Music Apps และ Banking Apps ร้อยละ 65 Shopping Apps ร้อยละ 58 Health and Fitness Apps ร้อยละ 30 และ Dating and Friendship Apps ร้อยละ 12 ในขณะที่การจำแนกการใช้งานโทรศัพท์ พบว่า ร้อยละ 69 ใช้ในการทำธุรกรรมทางการเงิน รองลงมา ร้อยละ 60 ใช้ในการค้นหา ร้อยละ 54 ใช้ Scan QR code ร้อยละ 27 ใช้ในการชมรายการโทรทัศน์ และร้อยละ 15 ใช้ในการซื้อตั๋วเพื่อเดินทาง

เลือกใช้ช่องทางดังกล่าวมากขึ้นเนื่องจากความรู้สึกปลอดภัย จากความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความคาดหวังของผู้บริโภคจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และผู้ผลิต ผู้ค้า จะต้องเพิ่มประสิทธิภาพในประสบการณ์การซื้อสินค้า /บริการของผู้บริโภคให้มากขึ้น นอกจากนี้ จากข้อจำกัดเพื่อลดการติดเชื้อโควิด 19 ประชาชนต้องพึ่งพาวิธีการสื่อสารแบบใหม่ มีการประชุมทางไกล การทำงานที่บ้าน ประชาชนเริ่มให้ความสนใจในเครื่องมือดิจิทัลมากขึ้นเพื่อเชื่อมต่อและสร้างนิสัยดิจิทัล การเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัลจึงเกิดขึ้นทั้งในระดับบุคคลและองค์กร

4) การปฏิวัติสุขภาพ ปัจจุบันอุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพทั่วโลกมีมูลค่าเกินกว่า 4.5 ล้านล้านดอลลาร์โดยได้รับแรงหนุนจากตลาดกิจกรรมทางกายมูลค่า 828 พันล้านดอลลาร์ ตามการวิจัยของ Global Wellness Institute เทคโนโลยีที่ช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพ application ต่าง ๆ อาหารเสริมกลายเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวันและเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่าย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ พบว่า ยอดขายอาหารออร์แกนิกทั่วโลกมีมากกว่า 100 พันล้านดอลลาร์เนื่องจากประชาชนได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพกายและใจ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีควบคุมสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้ จากผลกระทบของโควิด 19 ทำให้ยอดขายผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดและสุขอนามัยมีเพิ่มมากขึ้นรวมทั้งพฤติกรรมรักษาความสะอาดและการเว้นระยะห่างของประชาชนที่เพิ่มขึ้น

5) ความหลากหลาย ทั้งความหลากหลายทางเชื้อชาติ สัญชาติ หรืออัตลักษณ์ทางเพศ ที่เริ่มเปลี่ยนแปลงไปโลกเริ่มเปิดกว้างมากขึ้น ผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ได้ให้ความสำคัญต่อความหลากหลายทางเชื้อชาติหรืออัตลักษณ์ทางเพศมากยิ่งขึ้น เช่น Fenty Beauty ซึ่งสร้างโดย Rihanna ในปี 2560 ได้ครองตลาดความงามด้วยความหลากหลายของสีผิวและเพศ เป็นต้น

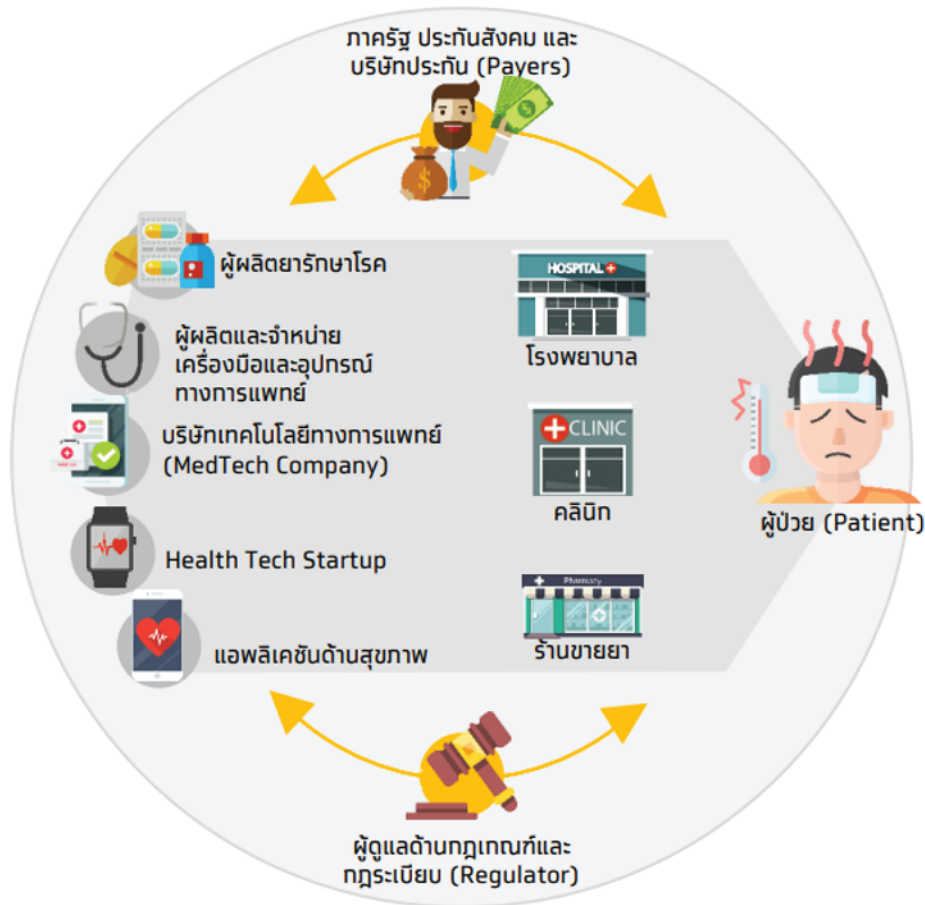
5.1 ระดับประเทศ

5.1.2.2 5G networks

เทคโนโลยี 5G จะเข้ามาทำให้อุตสาหกรรม Healthcare เปลี่ยนไปสู่รูปแบบอัจฉริยะ หรือ Smart Healthcare ได้อย่างรวดเร็วและเข้มข้นมากขึ้นส่งผลต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการตลอดจน Ecosystem เช่น โรงพยาบาล คลินิก ผู้ผลิตและร้านขาย

รักษาโรค ผู้ผลิตและจำหน่ายเครื่องมือ อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์รวมถึงผู้ประกอบการหน้าใหม่อย่าง HealthTech Startup และแอปพลิเคชันด้านสุขภาพต่างๆ ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐ บริษัทประกัน ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และหน่วยงานที่ดูแลด้านกฎหมายกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องดังภาพ

ผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบนิเวศของอุตสาหกรรมดูแลสุขภาพ (Healthcare Ecosystem)



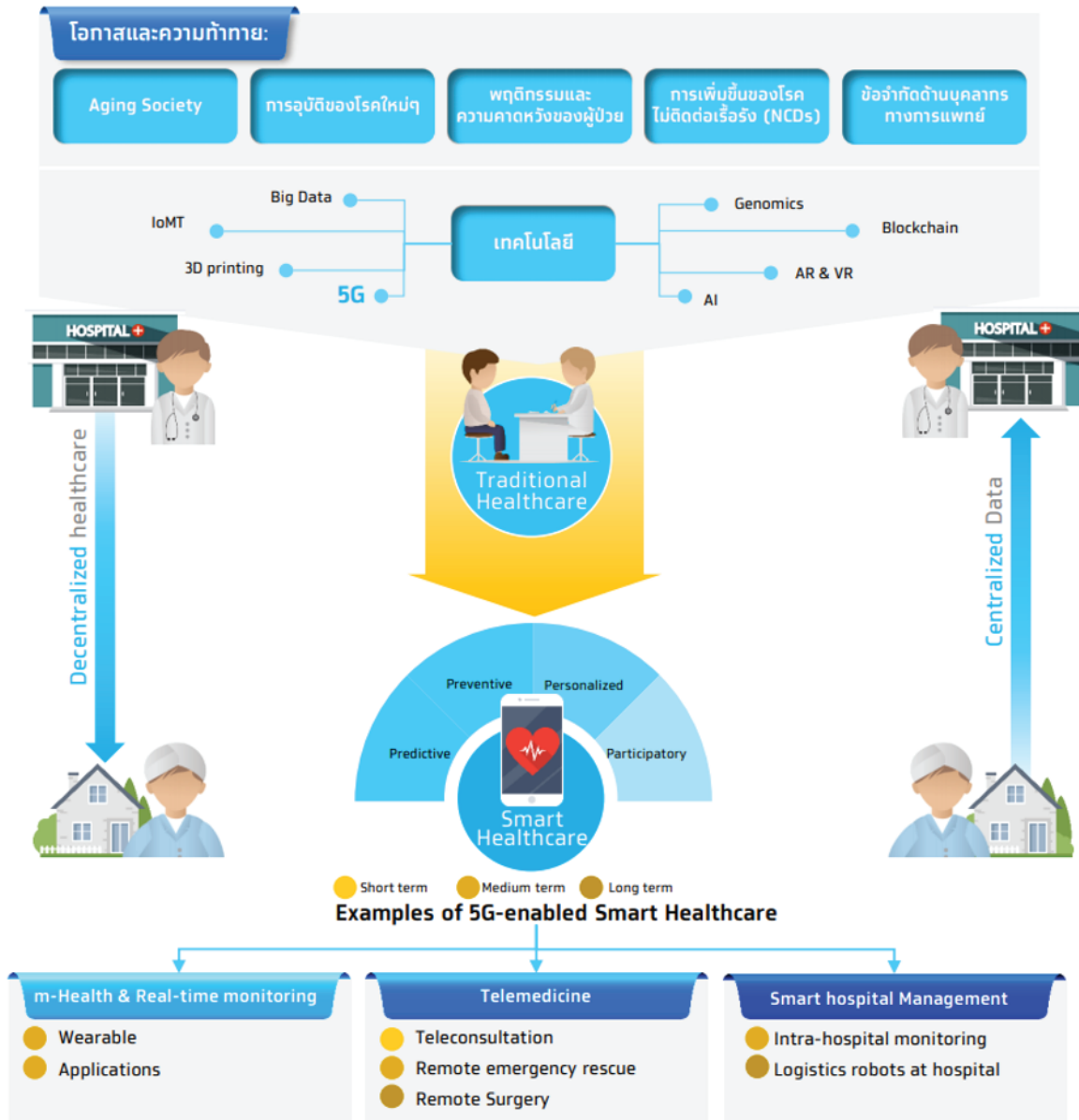
ที่มา: รวบรวมและวิเคราะห์โดย Krungthai COMPASS

ตัวอย่างสำคัญ ของ Smart Healthcare ในยุค 5G ได้แก่ 1) m-Health & Realtime monitoring หรือการตรวจตราและเฝ้าระวังสุขภาพผ่านโทรศัพท์มือถือถึงแอปพลิเคชัน และอุปกรณ์สวมใส่ต่างๆ (Wearable) แบบ Real time ซึ่งสามารถเชื่อมต่อกันและกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ 2) การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เช่น Teleconsultation หรือการตรวจและวินิจฉัยโรคทางไกล โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางไปโรงพยาบาลรวมถึงระบบการผ่าตัดทางไกล (Remote Surgery)

โดยใช้หุ่นยนต์ ตลอดการช่วยเหลือทางไกลในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน (Remote emergency rescue) ผ่านอุปกรณ์อัจฉริยะในรถพยาบาล (Ambulance) 3) การบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลอย่างอัจฉริยะ (Smart hospital management) เช่น การตรวจตราและควบคุมภายในโรงพยาบาล (Intra-hospital monitoring) และการใช้หุ่นยนต์ในการลำเลียงภายในโรงพยาบาล (Logistics robots at hospitals) ดังภาพ

5.1 ระดับประเทศ

แผนภาพแสดงการเปลี่ยนผ่านสู่ Smart Healthcare



Telehealth หรือ Telemedicine คือ การแพทย์ทางไกล โดยอาศัยเทคโนโลยีสื่อสารโทรคมนาคม (Telecommunication) ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคโดยผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ไม่จำเป็นต้องอยู่ในสถานที่เดียวกัน เช่น การปรึกษาทางไกล (Teleconsultation) ที่แพทย์สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยหรือสื่อสารกับแพทย์เฉพาะทางผ่าน Video Conference และแอปพลิเคชันบนมือถือ ทำให้เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล อีกทั้งยังช่วยประหยัดเวลาและต้นทุนของทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการทางการแพทย์อีกด้วย อย่างไรก็ตามสิ่งนี้ไม่ใช่เรื่องใหม่ และมีการพูดถึงและเริ่มให้

บริการกันมาระยะหนึ่งแล้วทั้งในและต่างประเทศ ซึ่ง 5G จะปลุก Telehealth ให้แพร่หลาย และขยายวงกว้างกว่าการแพทย์ขั้นพื้นฐาน ด้วยเทคโนโลยี 5G ที่จะทำให้อัตราการสื่อสารเร็วขึ้น ไม่สะดุดรองรับการสื่อสารในรูปแบบวิดีโอที่คมชัดและ Real Time รวมถึงการผนวกเทคโนโลยี AR และ VR และความคุ้นชินกับการใช้บริการผ่านแพลตฟอร์มจะยิ่งส่งเสริมให้ Telehealth มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับมากขึ้นในอนาคตทั้งการปรึกษาทางไกลที่ขยายสู่โรคที่ซับซ้อนมากขึ้น การผ่าตัดทางไกล (Remote Surgery) โดยอาศัยหุ่นยนต์ที่ถูกสั่งการผ่านสัญญาณอินเทอร์เน็ต และการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างทันท่วงที (Remote Emergency Rescue)

5.1 ระดับประเทศ

โดยการเชื่อมต่อรถพยาบาล (Ambulance) กับแพทย์ในโรงพยาบาล ซึ่งหลายหน่วยงานเริ่มทดลองการใช้งานบ้างแล้ว ทั้งนี้ ประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการในหลายโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลสมิติเวชเปิดให้บริการ “Virtual Hospital” โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์นำเสนอ “บำรุงราษฎร์เอินแวร์” ซึ่งเป็นความร่วมมือกับแอปพลิเคชัน “Doctor Raksa” ซึ่งเป็น Startup สัญชาติไทยนอกจากนั้น ยังมี Startup อื่น ๆ เช่น แอปพลิเคชัน “Ooca” ที่ให้บริการปรึกษาจิตแพทย์และนักจิตวิทยาออนไลน์ และ “Chiiwii Live” แอปพลิเคชันปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ขณะที่โรงพยาบาลในสังกัดภาครัฐก็เริ่มขยับตัว

จับมือธนาคารกรุงไทยเปิดตัวระบบการให้คำปรึกษาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องพบแพทย์เฉพาะทางทางไกลผ่านระบบ Video Conference ขณะที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร นำร่องพัฒนาแอปพลิเคชัน “หมอรู้จักคุณ” (NU MED) ที่เน้นให้บริการใน 4 โรคหลัก คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางจอตตา และโรคผิวหนัง ส่วนโรงพยาบาลศิริราช ดำเนินโครงการ SITEL (Siriraj Center of Telemedicine) เพื่อติดตามอาการและให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไปแล้วแต่ไม่สะดวกเดินทางมาพบแพทย์ ดังภาพ

ตัวอย่างแอปพลิเคชันสำหรับ Health Teleconsultation



ที่มา: รวบรวมโดย Krungthai COMPASS

5.1 ระดับประเทศ

5.1.2.3 Video conferencing

การประชุมทางวิดีโอกำลังได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายสำนักงานออฟฟิศส่วนใหญ่ในต่างประเทศนิยมใช้ Video Conferencing เพื่อลดความสิ้นเปลืองทั้งเรื่องเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของพนักงานสำหรับการเดินทางไปยังอีกออฟฟิศหนึ่งเพื่อเข้าร่วมประชุม นอกจากนี้ Video Conference ยังเป็นที่นิยมในฐานะเครื่องมือทางการตลาดสำหรับการจัดการสัมมนาผ่านเว็บและกิจกรรมออนไลน์อื่นๆ เทคโนโลยีนี้กำลังได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นด้วย เนื่องจากการเติบโตของเทคโนโลยีและการสื่อสารโทรคมนาคม ทั้งยังเป็นอีกหนึ่งในวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับการป้องกันและรักษาสุขภาพของพนักงานในวิกฤตการณ์การระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 กล่าวคือการทำงานจากที่บ้าน Work@Home เพราะด้วยเครื่องมือสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนี้จะช่วยให้การสื่อสารทางไกลเป็นเรื่องง่ายและนำมาซึ่งความสำเร็จในการสื่อสารการประชุมทั้งภายในระหว่างทีมงานด้วยกันเองหรือการนำเสนองานกับลูกค้าที่อยู่ภายนอกบริษัทได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

และด้วยเทคโนโลยี Video Conferencing เหล่านี้จะช่วยให้หม้อข้ามข้อจำกัดเรื่องการจัดหาอุปกรณ์เพราะซอฟต์แวร์ในปัจจุบันนี้มันทำให้การประชุมออนไลน์สามารถใช้ได้กับอุปกรณ์แทบทุกชนิดทั้งที่เป็น Computer Desktop, Note Book รวมถึง Mobile Phone ที่แคมีสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้แบบไม่ยุ่งยาก นอกจากนี้ฟังก์ชันการใช้งานการประชุมทางออนไลน์แล้ว ก็ยังมีความสามารถที่เหนือกว่าแค่การพูดคุยสื่อสารกันแบบตัวต่อตัวระหว่างผู้ร่วมประชุม อาทิเช่น ช่วยให้ผู้ใช้สามารถแชร์หน้าจอให้ผู้ร่วมประชุมสามารถเข้าถึงเดสก์ท็อปของตนได้จากระยะไกล สามารถแชทผ่านข้อความ แชร์ไฟล์ร่วมกัน แม้แต่การสื่อสารผ่านกระดานไวท์บอร์ดดิจิทัล และบางซอฟต์แวร์ก็มีฟังก์ชันแชร์การประชุมสดเพื่อออกอากาศไปยังกลุ่มผู้ชม (สามารถรับชมเพียงอย่างเดียว) ได้อีกด้วย ซอฟต์แวร์บางตัวมีฟังก์ชันโทรศัพท์ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต Voice-over-IP (VoIP) ที่เน้นเรื่องการสื่อสารทางธุรกิจซึ่งจะช่วยให้ผู้ใช้สามารถเปลี่ยนการโทรด้วยเสียงแบบธรรมดาไปสู่การโทรผ่านวิดีโอและสามารถแชร์การประชุมนั้นได้สะดวกเพียงแค่การกดปุ่มๆเดียวเท่านั้น

5.1.2.4 Cloud computing

“Cloud Computing” เป็น บริการที่ให้ “ใช้” หรือ “เช่าใช้” ระบบคอมพิวเตอร์ หรือ ทรัพยากรด้านคอมพิวเตอร์ของผู้ให้บริการ ทั้งที่เป็นฮาร์ดแวร์ และซอฟต์แวร์ ที่ใช้ในการประมวลผล การจัดเก็บข้อมูล และระบบออนไลน์ต่าง ๆ ผ่านอินเทอร์เน็ต ซึ่งผู้ใช้สามารถเลือกกำลังการประมวลผล เลือกจำนวนทรัพยากรตามความต้องการที่จะใช้งานได้ ดังนั้น “Cloud Computing” จึงได้รับความนิยมมากจากหลายธุรกิจ เนื่องจากมีจุดเด่นทั้งในเรื่องการประหยัดต้นทุนด้านไอที จากการใช้บริการที่สามารถเลือกกำลังการประมวลผล เลือกจำนวนทรัพยากร ตามความต้องการได้อีกทั้งการประมวลผลที่มีความรวดเร็วมาตรฐานความปลอดภัย ก็อยู่ในระดับสูง จึงทำให้หลายบริษัทระดับโลกหลายแห่งเข้าไปใช้บริการ

ธุรกิจ Cloud Computing แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) Software as a Service (SaaS) คือ บริการที่ให้ใช้ หรือ เช่าใช้บริการ Software และ Application ผ่านอินเทอร์เน็ต โดยประมวลผลบนระบบของผู้ให้บริการ รวมทั้งยังมีผู้ดูแล Infrastructure และ Application ให้อีกด้วย ดังนั้นบริการนี้จะช่วยให้บริษัทผู้ใช้บริการประหยัดต้นทุนมากขึ้น เพราะไม่ต้องลงทุนระบบคอมพิวเตอร์ ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์เอง โดยธุรกิจตัวอย่าง คือ Zoom ผู้ให้บริการ Video Conference และ Web-based Email Service เช่น Gmail ที่มีการเก็บโปรแกรมและข้อมูลต่าง ๆ ไว้ที่ Host แล้วให้ผู้ใช้สามารถเรียกใช้ application ผ่านทางเว็บได้

2) Platform as a Service (PaaS) คือ บริการด้าน Platform สำหรับนักพัฒนาระบบ หรือ Developer ที่ทำงานด้าน Software และ Application โดยจะมีการประมวลผลข้อมูลผ่านระบบ Cloud ยกตัวอย่างเช่น Twilio ผู้ให้บริการ API (Application Programming Interface) ซึ่ง Twilio ก็ให้บริการผ่าน Platform นี้กับบริษัทอื่น ๆ อย่าง Airbnb, Agoda สำหรับการรับส่งข้อมูลธุรกรรมระหว่างบริษัทเหล่านี้กับลูกค้า เช่น การส่ง SMS, MMS เป็นต้น

3) Infrastructure as a Service (IaaS) คือ การให้บริการเฉพาะของโครงสร้างพื้นฐานทางด้านไอทีเช่นระบบเครือข่าย, ระบบจัดเก็บข้อมูล, ระบบประมวลผลไปจนถึงอุปกรณ์พื้นฐาน เช่น Servers และ ระบบปฏิบัติการ (OS) โดยปัจจุบัน IaaS จะดำเนินการโดยบริษัท Tech ขนาดใหญ่ เช่น Amazon Web Services, Microsoft Azure เป็นต้น

5.1 ระดับประเทศ

นอกจาก 3 กลุ่มธุรกิจด้าน “Cloud Computing” ดังกล่าว ยังมีธุรกิจ Data Center REITs ซึ่งเป็นผู้ให้บริการเช่าพื้นที่จัดเก็บ Server และจัดวางอุปกรณ์เครื่องซูเปอร์คอมพิวเตอร์ (Super Computer) สำหรับประมวลผลข้อมูลระดับสูง ซึ่งเป็นธุรกิจที่น่าสนใจเช่นกัน โดยเฉพาะในอนาคตหากการใช้ “Cloud Computing” ขยายตัวขึ้น ก็จะทำให้ธุรกิจต่าง ๆ มีความต้องการในการใช้สถานที่ในการจัดเก็บจัดวางอุปกรณ์เหล่านี้เพิ่มขึ้นอย่างมาก

การใช้งานคลาวด์โมเดล ไม่ว่าจะแบบไฮบริดหรือแบบอื่น ๆ ช่วยเปลี่ยนผ่านวิธีให้บริการธรรมดาไปสู่ การให้บริการในรูปแบบดิจิทัลได้และเมื่อนำไปใช้ในวงการสาธารณสุข จะช่วยให้โรงพยาบาลบริหารจัดการแอปพลิเคชันและประเภทข้อมูลที่แตกต่างกันได้ดียิ่งขึ้น เช่น การใช้ประโยชน์จากระบบอัตโนมัติ (Automation) การสร้างสายงานบริการแบบใหม่ เช่น 1) Telehealth การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางด้านการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษาทางด้านการแพทย์ระยะไกลผ่านระบบประชุมทางไกล หรือผ่านระบบโทรคมนาคมอื่น ๆ และ/หรือ การส่งข้อมูลอื่น ๆ ผ่านระบบ เช่น เวชระเบียนภาพเอ็กซเรย์หรือเสียงการเต้นของหัวใจของผู้เข้ารับการรักษาไปยังผู้ให้คำปรึกษาได้ 2) Remote Patient Monitoring ระบบการส่งข้อมูลระยะไกลเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยใช้ติดตาม เฝ้าระวัง วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และแนวโน้มที่อาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วยจากระยะไกลได้ แต่หากเกิดเหตุใด ๆ ขึ้น ผู้ที่อยู่ใกล้ขีดสามารถเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ประสบเหตุได้อย่างทันท่วงที เทคโนโลยีนี้จึงช่วยลดความกังวลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทั้งยังส่งผลต่อการลดจำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตได้อีกทางหนึ่ง

5.1.2.5 AR/VR

เทคโนโลยี Augmented Reality (AR) และ Virtual Reality (VR) เทคโนโลยี โลกเสมือนที่ออกแบบมาเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ให้แก่ผู้ใช้ อีกทั้งปัจจุบันธุรกิจต่าง ๆ เริ่มให้ความสนใจในการนำเทคโนโลยีเหล่านี้มาใช้งานมากขึ้น ทำให้อุตสาหกรรมเทคโนโลยีโลกเสมือนกลายเป็นที่น่าจับตา โดย Augmented Reality หรือ AR คือการรวมวัตถุเสมือนเข้ากับสภาพแวดล้อมจริงที่อยู่รอบตัวเรา เช่น ภาพ วิดีโอ หรือเสียงที่ประมวลผลมาจากคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์สื่อสารทั้งมือถือและแท็บเล็ตเทคโนโลยี AR จึงไม่ใช่การสร้างสิ่งแวดล้อมขึ้นมาใหม่แต่เป็นการพยายามสอดแทรกเทคโนโลยีเข้าไปในสภาพแวดล้อมจริง

ส่วน Virtual Reality (VR) คือการสร้างสภาพแวดล้อมขึ้นมาใหม่เพื่อตัดขาดผู้ใช้งานออกจากโลกความจริงโดยสิ่งแวดล้อมเสมือนนี้อาจเป็นได้ทั้งภาพและเสียงและอาจดูคล้ายหรือแตกต่างกับความ เป็นจริงอย่างสิ้นเชิง การใช้งานเทคโนโลยี VR จึงจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เฉพาะซึ่งก็คือ VR Headset เพื่อเข้าถึงโลกเสมือนที่สร้างขึ้นจากคอมพิวเตอร์

ปัจจุบันธุรกิจขนาดใหญ่หลายรายใช้ AR ในการช่วยเสริมประสบการณ์ให้กับลูกค้าในร้านค้าปลีกแบบ Brick and Mortar, ใช้เป็นช่องทางในการทำโฆษณาในรูปแบบใหม่รวมถึงช่วยในอุตสาหกรรมการผลิตและซ่อมแซมอุปกรณ์ต่าง ๆ หรือ ธุรกิจเสื้อผ้าที่มีหน้าร้านอย่าง Uniqlo ได้ใช้ AR เป็นส่วนช่วยในการสร้างเสริมประสบการณ์ในการช้อปปิ้งโดยการสร้างห้องลองเสื้อผ้าเสมือนผู้ใช้งานสามารถลองเสื้อผ้าเสมือนที่สร้างขึ้นโดย AR เปลี่ยนสไตล์ เปลี่ยนสี หรือไซส์ ในขณะเดียวกัน บริษัทเฟอร์นิเจอร์รายใหญ่ระดับโลกอย่าง IKEA ยังได้เปิดตัวแอปพลิเคชัน “IKEA Place” พร้อม โดยให้ผู้ใช้งานได้สัมผัสประสบการณ์ใหม่ในการเลือกซื้อเฟอร์นิเจอร์และของตกแต่งบ้าน ซึ่งแอปพลิเคชันดังกล่าวได้รวบรวมสินค้ากว่า 2,000 รายการเพื่อให้ผู้ใช้งานได้ลองวัดขนาดและจัดวางเฟอร์นิเจอร์ในบ้านก่อนเลือกซื้อจริง ทั้งนี้เพื่อลดความผิดพลาดในการเลือกซื้อเฟอร์นิเจอร์ กล่าวได้ว่า IKEA สามารถใช้ AR เป็นสื่อกลางช่วยให้แบรนด์เข้าถึงและตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคได้มากขึ้น นอกจากนี้ AR ยังถูกนำไปใช้ในวงการโฆษณาแม้แต่อุตสาหกรรมเครื่องจักรกลหรือชิ้นส่วนต่าง ๆ ที่ยากต่อการอธิบายและต้องใช้เวลาในการเรียนรู้สามารถใช้ AR ประกอบในการฝึกอบรมพนักงาน เพราะ AR ทำให้เรามองเห็นชิ้นส่วนเหล่านี้ในรูปแบบสามมิติสามารถย่อหรือขยายรายละเอียดต่าง ๆ ได้ ทำให้ลดความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้งานและอุปกรณ์เหล่านี้

ในขณะที่ VR ก็ถูกนำไปใช้อุตสาหกรรมต่าง ๆ เช่นกัน นอกเหนือจากธุรกิจด้านความบันเทิงอาทิธุรกิจสุขภาพหมอมและโรงพยาบาลสามารถใช้ VR ในการฝึกซ้อมการผ่าตัดและรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นหุ่นเสมือนที่ VR สร้างขึ้น เพื่อประเมินและลดความเสี่ยง กระทั่งการใช้ VR ในด้านการจัดโปรแกรมอบรมพนักงานโดยสร้างสภาพแวดล้อมเสมือน เช่น การใช้อบรมป้องกันอัคคีภัย หรือการซ่อมแซมชิ้นส่วนและฝึกการควบคุมเครื่องบินก็ใช้ VR ได้เข้ามาเป็นส่วนสำคัญในการฝึกอบรมพนักงานนักบินหรือฝึกการเผชิญหน้ากับเหตุอันตรายที่คาดไม่ถึงด้วยการสร้างภาพเสมือนจริงขึ้นมาทั้งเป็นไปได้มากกว่ายังมีการนำ VR ไปสร้างภาพเสมือนจริงในอีกหลากหลายวงการ ซึ่งนับเป็นเทคโนโลยีที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

5.1.3 COVID-19

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ในระยะเวลาเกือบ 1 ปีที่ผ่านมา ส่งผลให้พฤติกรรมของประชาชนและภาคธุรกิจจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับการระบาดดังกล่าว ขณะเดียวกันความคาดหวังของประชาชนต่อบทบาทของภาครัฐก็เปลี่ยนไปเช่นกัน โดยพฤติกรรมปรับตัวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงภาวะผิดปกตินี้เกิดจากการที่ผู้คนให้คุณค่ามากขึ้นต่อปัจจัย 7 ประการ (ดังภาพที่) ดังนี้

5.1.3.1 คุณค่าต่อความไว้วางใจ (Value for Trust) โดยเฉพาะเรื่องความปลอดภัยเนื่องจากเชื้อโรคไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าผู้บริโภคจึงไม่สามารถมั่นใจได้เต็มที่ว่าข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ สะอาดปลอดภัยพอหรือไม่ นอกจากนั้นแล้วผู้บริโภคยังไม่สามารถทราบถึงการดูแลความสะอาดของร้านค้าระบบขนส่งสาธารณะร้านอาหารหรือที่พักของโรงแรมได้อีกด้วยผู้บริโภคจึงจำเป็นต้องมีมาตรฐานสุขอนามัยที่ดีเช่นการฆ่าเชื้อบนอุปกรณ์ที่ลูกค้าต้องใช้ร่วมกันการเว้นระยะห่างในการใช้บริการและมาตรฐานอื่น ๆ ที่สร้างความเชื่อมั่นต่อการใช้บริการ นอกจากนี้ ผู้ให้บริการจำเป็นต้องสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นให้แก่ผู้บริโภคอีกด้วย

5.1.3.2 คุณค่าต่อความเป็นส่วนตัว (Value for Space) การรณรงค์การเว้นระยะห่างทางสังคมทำให้มีความต้องการพื้นที่ส่วนตัวเพิ่มขึ้นไม่ว่าจะเป็นที่พักอาศัยรถโดยสารส่วนบุคคลและสำนักงาน

5.1.3.3 คุณค่าต่อความเสมือนจริง (Value for Virtual) เนื่องจากคนจำนวนมากต้องเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวันตั้งแต่ตื่นจนถึงเข้านอนมาอยู่บนโลกออนไลน์ผ่านการใช้แพลตฟอร์มไม่ว่าจะเป็นตลาดซื้อขายแลกเปลี่ยน เครือข่ายสังคม การดูหนังฟังเพลง การทำงานและการประชุม ตลอดจนการเรียนการสอน เป็นต้น ซึ่งการระบาดของโรคโควิด-19 ยิ่งเร่งให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การยอมรับและความเคยชินในการใช้เทคโนโลยีภายในช่วงเวลาอันสั้นซึ่งเป็นโอกาสดีของธุรกิจต่างๆที่จะชักจูงให้ลูกค้าเปิดใจรับบริการแบบออนไลน์แทนที่บริการแบบดั้งเดิมได้ง่ายขึ้น

5.1.3.4 คุณค่าต่อสุขภาพ (Value for Wellness) ทั้งสุขภาพทางกาย การงาน และการเงิน ความตระหนักถึงความไม่แน่นอนที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้คนหันมาใช้มาตรการป้องกันและดูแลมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายเพื่อรักษาสุขภาพให้แข็งแรง การสร้างความมั่นคงทางการเงินด้วยการเก็บออมไว้

ใช้ในยามฉุกเฉิน การป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน เช่น การทำประกันชีวิต ประกันสุขภาพ ประกันการเดินทาง และรวมถึงการสร้างความมั่นคงทางการทำงานด้วยการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในโลกยุคใหม่อีกด้วย

5.1.3.5 คุณค่าของเงิน (Value for Money) 10 / เนื่องจากวิกฤตในครั้งนี้ซ้ำเติมจุดอ่อนของภาคครัวเรือนไทยที่มีความเปราะบางทางการเงินโดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและผู้ประกอบการรายย่อยจึงจำเป็นต้องตัดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นออกไป กลุ่มที่มีสภาพคล่องไม่เพียงพออาจต้องกู้ยืมเพิ่มเติมและขอเลื่อนการชำระหนี้ออกไป ทำให้มีภาระหนี้ที่มากขึ้นและนานขึ้น ขณะเดียวกัน การกระตุ้นเศรษฐกิจโดยภาครัฐในระยะข้างหน้ามีข้อจำกัดเพิ่มขึ้นด้วยเนื่องจากภาครัฐมีภาระทางการคลังเพิ่มขึ้นจากการช่วยเหลือเยียวยาในช่วงโควิด 19 ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ประชาชนและภาคธุรกิจเห็นคุณค่าของเงินมากขึ้น

5.1.3.6 คุณค่าต่อส่วนรวมและภาครัฐ (Value for Public) ความร่วมมือของประชาชนในยามวิกฤตโควิด 19 เป็นสิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติตามนโยบายสาธารณสุข การยินยอมให้ข้อมูลส่วนบุคคลแก่เจ้าหน้าที่รัฐ และการช่วยเหลือจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ นอกจากนี้ เหตุการณ์นี้ทำให้ประชาชนตระหนักถึงความจำเป็นของภาครัฐที่ต้องมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการบ้านเมืองและดูแลเศรษฐกิจในยามที่กลไกตลาดไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เช่น การแก้ไขปัญหาการกักตุนสินค้า และการเทขายสินทรัพย์เพื่อถือเงินสด (Flight to liquidity) ตลอดจนเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบรุนแรงและผู้ด้อยโอกาสอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

5.1.3.7 คุณค่าต่อพรมแดน (Value for Border) ซึ่งมีความสำคัญเพิ่มขึ้นในการเป็นด่านแรกของแนวป้องกันเพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของโรค ทั้งพรมแดนระหว่างประเทศ จังหวัดอำเภอและตำบลหรือกระทั่งการเข้าออกอาคารสถานที่เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีระดับความรุนแรงของปัญหาแตกต่างกันโดยพื้นที่ที่ควบคุมโรคได้ดีมีความปลอดภัยจะสามารถกลับมาเปิดดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจได้เร็วกว่าพื้นที่ที่ยังมีความเสี่ยง

5.1 ระดับประเทศ

คุณค่า 7 อย่างในภาวะพืดปกติ



ทั้งนี้ วิจัยกรุงศรี ได้วิเคราะห์พฤติกรรมในการอุปโภคบริโภคจากเหตุการณ์ดังกล่าวว่ามีทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบชั่วคราว เช่นการบริโภคสินค้าที่เพิ่มขึ้นเฉพาะในช่วงวิกฤต(หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์)เมื่อวิกฤตคลี่คลายผู้คนก็จะกลับมาใช้ชีวิตเหมือนเดิมรวมทั้งมีการกักตุนสินค้าเพื่อทยอยใช้ในภายหลังซึ่งจะทำให้การบริโภคหลังวิกฤตมีแนวโน้มลดลง(กระดาษทิชชูะห่มกึ่งสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง ฯลฯ) นอกจากนี้ การบริโภคที่ต้องเลื่อนออกไป

(สถาบันเท็งต่าง ๆ)หรือการบริโภคที่ลดลง(ตัดผมเสริมความงาม) ส่วนการเปลี่ยนแปลงปานกลางอาจใช้เวลาฟื้นฟูหลายปีเช่นฐานะการเงินของภาคธุรกิจและครัวเรือนการลดการบริโภคสินค้าฟุ่มเฟือย ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงแบบถาวรเป็นปัจจัยที่หล่อหลอมภาวะปกติใหม่ เช่น การประชุมผ่าน VDO conference) หรือการ Work From Home เป็นต้น โดยสามารถจำแนกรายละเอียดได้ดังตาราง

การบริโภคสินค้าและบริการแต่ละประเภทในช่วงวิกฤตโควิด 19

ประเภทของการบริโภค	สินค้าและบริการ	ภาวะก่อนโควิด 19	ภาวะวิกฤต/ภาวะพืดปกติ	ภาวะฟื้นฟู	ภาวะปกติใหม่
การบริโภคที่ไม่ถูกระงับ	บุหรี่ บริการด้านวิชาชีพ ผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพ	●	●	●	●
การบริโภคที่เพิ่มขึ้นชั่วคราว	หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์ ไม้ไถ่ วิตามินเสริม	●	●●	●●	●
การกักตุนสินค้าอุปโภคบริโภค (Stock-up)	กระดาษทิชชู อาหารแช่แข็ง เครื่องดื่ม อาหารสัตว์	●	●●	●	●
การบริโภคที่ต้องเลื่อนออกไป (Pent-up)	งานเลี้ยงสังสรรค์ ประชุมสัมมนา ผับ บาร์	●	●	●●	●
การบริโภคที่ลดลงชั่วคราวในช่วงวิกฤต	ร้านตัดผม คลินิกเสริมความงาม บิมน้ำมันรถและศูนย์บริการ	●	●	●	●
การบริโภคที่เพิ่มถาวร (New Normal)	การทำงานทางไกล โมบายแบงก์กิ้ง การเรียนออนไลน์ การแพทย์ทางไกล	●	●●	●●	●●
การบริโภคที่หายไปโดยสิ้นเชิง (Disrupted)	ร้านค้าปลีกแบบดั้งเดิม (Offline-only)	●	●	●	●

●● บริโภคในปริมาณมากกว่าปกติ ● บริโภคในปริมาณปกติ ● บริโภคในปริมาณน้อยกว่าปกติ

5.1 ระดับประเทศ

5.1.4 Political conflict

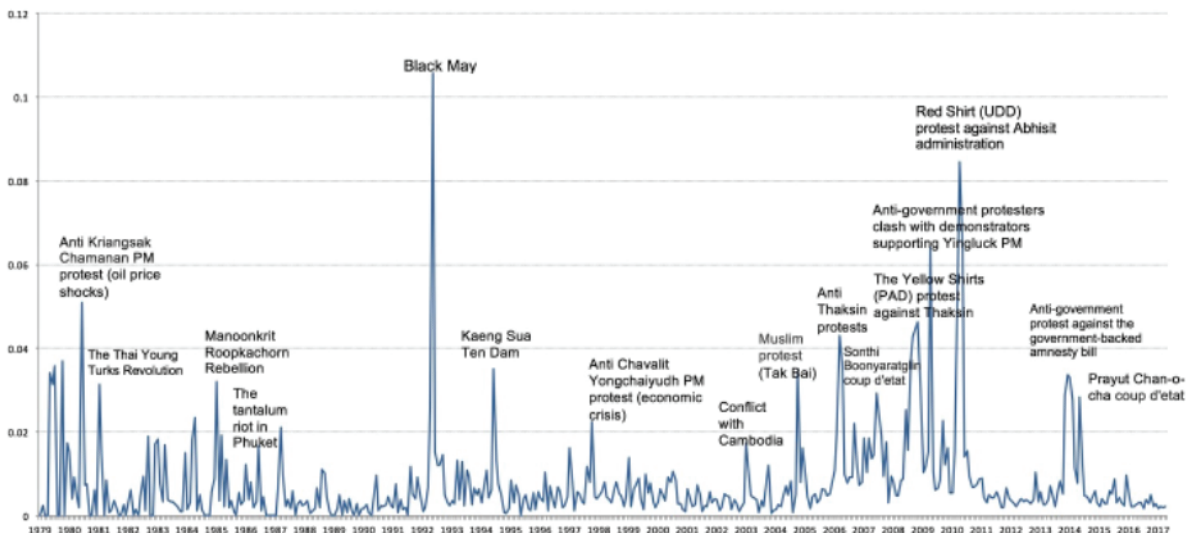
โครงการ The GDELT Project (Global Database of Events, Language and Tone) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลข่าวขนาดใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของโลก ได้รับการสนับสนุนจาก Google Jigsaw และวิเคราะห์ข้อมูลจาก Google BigQuery platform โดยข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือ 1) GDELT Event Database 1.0 รวบรวมจากข้อมูลข่าวรายวันประมาณ 250 ล้านเหตุการณ์ทั่วโลก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 เป็นต้นมา และ 2) GDELT Event Database 2.0 เป็นข้อมูลระดับ Real time ที่อัปเดตทุก 15 นาที จากรายงานข่าว 65 ภาษาทั่วโลก (รวมทั้งภาษาไทย) ซึ่งข้อมูลทั้งสองส่วนนี้ไม่ได้อยู่ในรูปแบบเนื้อข่าวดิบๆ แต่เป็นข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่หลากหลาย ทั้งในด้านการแปลงข้อความภาษาท้องถิ่นให้เป็นภาษาอังกฤษและการใช้โปรแกรมแยกแยะประเภทของเหตุการณ์ ซึ่งมีจุดเด่นสำคัญอยู่ที่เหตุการณ์ทางการเมือง

จากผลการวิเคราะห์ความขัดแย้งทางการเมืองในประเทศไทยพบว่า การแบ่งขั้วแยกข้างทางการเมืองเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จนอาจเรียกได้ว่าเป็น ‘ทศวรรษแห่งความขัดแย้งทางการเมือง’ และส่ง

ผลกระทบต่อความก้าวหน้าของการดำเนินชีวิตของผู้คนในสังคมและกิจกรรมทางเศรษฐกิจของประเทศซึ่งที่ผ่านมาความขัดแย้งทางการเมืองในประเทศไทยมีหลายระดับเช่น การแสดงออกผ่านการถกเถียงในระบบรัฐสภาตามครรลองประชาธิปไตย การไม่ลงรอยกันระหว่างกลุ่มการเมืองต่างๆ นอกกรัฐสภาจนนำไปสู่การชุมนุมทางการเมืองและลุกลามเป็นการก่อความไม่สงบ การใช้มาตรการปราบปรามโดยรัฐ และความรุนแรงทางการเมือง รวมถึงการรัฐประหาร

พงศ์ศักดิ์ เหลืองอร่าม และศิริรัตน์ สนใจ นิสิตคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงริเริ่มนำฐานข้อมูล GDELT มาวัดความความขัดแย้งทางการเมืองโดยใช้ Google BigQuery Platform ดัชนีนี้ให้ความสำคัญกับระดับการประท้วงทางการเมืองในประเทศไทยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 เป็นต้นมา โดยคำนึงถึงเหตุการณ์ทางการเมืองที่สำคัญและใช้ข้อมูล ‘จำนวนรายงานข่าวการประท้วงต่อจำนวนรายงานข่าวทั้งหมด’ เป็นตัวแทนการวัดระดับความขัดแย้งทางการเมืองของประเทศไทยซึ่งจะพบว่า เหตุการณ์พฤษภาประชาธรรม ค.ศ. 1992 มีความขัดแย้งรุนแรงมากที่สุด จากนั้น ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 เป็นต้นมา การประท้วงในประเทศไทยปะทุขึ้นเป็นช่วงๆ อย่างค่อนข้างต่อเนื่องและทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น จนเกิดรัฐประหารในปี ค.ศ. 2014 ดังแสดงผลการคำนวณในภาพ

ระดับความขัดแย้งทางการเมืองในไทย (พ.ศ. 2522-2560)

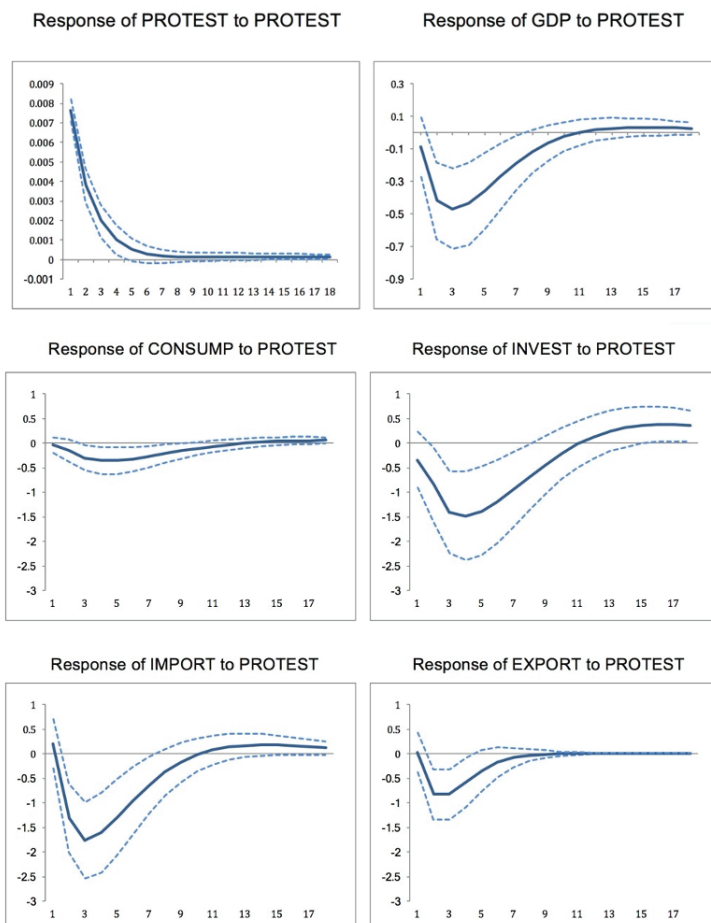


5.1 ระดับประเทศ

ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากปัญหาความไร้เสถียรภาพทางการเมืองเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจทางวิชาการมาโดยตลอดการศึกษาในกรณีของต่างประเทศมักแสดงให้เห็นถึงผลกระทบเชิงลบของความไร้เสถียรภาพทางการเมืองต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจในระยะยาวทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงประจักษ์โดยงานศึกษาในระยะแรกให้ความสำคัญกับปัญหาในเชิงสถาบันซึ่งส่งผลผ่านประสิทธิภาพของการกำหนดนโยบายกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย การลดแรงจูงใจของการลงทุนโดยเฉพาะโครงการระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น ดังนั้น ความขัดแย้งทางการเมืองจึงถูกมองเป็นปัจจัยเชิงสถาบันอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบระยะยาวต่อศักยภาพการเติบโตทางเศรษฐกิจทั้งนี้งานศึกษาในช่วงหลังได้ให้ความสำคัญกับการวัดระดับความไม่แน่นอนทางนโยบายเศรษฐกิจ (Economic policy uncertainty) ที่มีมิติเชื่อมโยงกับความไม่แน่นอนทางการเมือง (Political uncertainty) และการแบ่งขั้วแยกข้างทางการเมือง (Political polarization)

โดยให้ความสำคัญกับผลกระทบในประเทศพัฒนาแล้วมากขึ้นโดยในกรณีของประเทศไทย งานศึกษาของ Sonjai ได้วัดผลกระทบของความขัดแย้งทางการเมืองต่อเศรษฐกิจด้วยแบบจำลองทางเศรษฐมิติ (ที่เรียกว่า Vector Autoregression) และพบว่า ความขัดแย้งทางการเมืองผ่านระดับความรุนแรงของการประท้วงได้ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ดังภาพที่... ที่แสดง ‘การตอบสนอง’ (Response) ของตัวแปรทางเศรษฐกิจ เมื่อเกิดการปะทุขึ้นของระดับการประท้วง (+1 standard deviation shock) โดยตัวแปรทางเศรษฐกิจที่นำมาพิจารณา คือ GDP และส่วนประกอบหลักของ GDP คือ การบริโภค (CONSUMP) การลงทุน (INVEST) การนำเข้า (IMPORT) และการส่งออก (EXPORT) แกนตั้งแสดงขนาดการปรับตัวเป็นร้อยละที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับเส้นแนวโน้ม (HP trend) ส่วนแกนนอนแสดงเวลารายไตรมาส

การตอบสนองของตัวแปรทางเศรษฐกิจ เมื่อเกิดการประท้วง



5.1.5 Economic impact

นักเศรษฐศาสตร์ทั่วโลกออกมาวิเคราะห์ถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจโลกว่าจะมีผลกระทบผ่านห่วงโซ่อุปทานโลกจากปัญหาการขาดแคลนแรงงานและวัตถุดิบ เนื่องจากจีนซึ่งเป็นโรงงานผลิตและส่งออกสินค้าชั้นกลางรายใหญ่ของโลก จำเป็นต้องหยุดการผลิตตามที่ทางการจีนมีมาตรการควบคุมอย่างเข้มงวด “อย่างไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน” ต่างจากการระบาดของโรคซาร์สในมณฑลกว่างตุ้งในปี 2546 โดยเฉพาะการปิดเมืองอู่ฮั่น ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการระบาดรวมทั้งเมืองใหญ่อื่นๆ เนื่องจากเมืองอู่ฮั่นเป็นศูนย์กลางการผลิตสินค้าอิเล็กทรอนิกส์และยานยนต์ เป็นศูนย์กลางการค้าการขนส่งของจีน ทั้งรถไฟและสนามบินที่เชื่อมต่อกับสายการบินหลักของโลก จึงทำให้วิกฤตินี้จะส่งผลกระทบต่อห่วงโซ่อุปทาน อย่างไรตาม ผลกระทบต่อการผลิตอาจต่างกันในแต่ละประเทศขึ้นกับการพึ่งพาวัตถุดิบชั้นกลางจากจีนและความแตกต่างกันของอุตสาหกรรม โดยเฉพาะอุตสาหกรรมยานยนต์ที่ส่วนใหญ่มีระบบการผลิตแบบสินค้าคงคลังเท่ากับศูนย์ (Zero Inventory) หรือ Just in time มีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบรุนแรงมากกว่า

หลายสถาบันคาดว่า COVID-19 จะสร้างมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจสูงกว่ากรณีของโรคซาร์สที่มีจุดกำเนิดที่จีนเช่นกัน โดยครั้งนั้นมีการประเมินว่าทำให้ GDP โลกลดลง 54,000 ล้านดอลลาร์ สรอ. หรือคิดเป็นร้อยละ 0.14 สำหรับผลกระทบครั้งนี้ ในด้านการค้าโลก รายงานของ UNCTAD (2020) ชี้ว่าดัชนีภาคการผลิต (PMI) ของจีนเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ลดลงต่ำสุดตั้งแต่ปี 2547 และประเมินว่าจะสร้างความเสียหายต่อการส่งออก

ในห่วงโซ่อุปทาน 50,000 ล้านดอลลาร์ สรอ. โดยมีผลกระทบมากสุดใน EU (15,600 ล้านดอลลาร์ สรอ.) รองลงมาคือ สหรัฐฯ (5,800 ล้านดอลลาร์ สรอ.) ญี่ปุ่น (5,200 ล้านดอลลาร์ สรอ.) เกาหลี (3,800 ล้านดอลลาร์ สรอ.) เวียดนาม (2,300 ล้านดอลลาร์ สรอ.) ขณะที่ไทยติดอยู่ที่อันดับ 11 ด้วยมูลค่าความเสียหาย 700 ล้านดอลลาร์ สรอ. โดยอุตสาหกรรมผลิตยางและพลาสติก เครื่องมือเครื่องจักร เคมีภัณฑ์ อุปกรณ์สื่อสาร ยานยนต์ ในไทยเป็นสาขาที่จะได้รับผลกระทบมากที่สุด

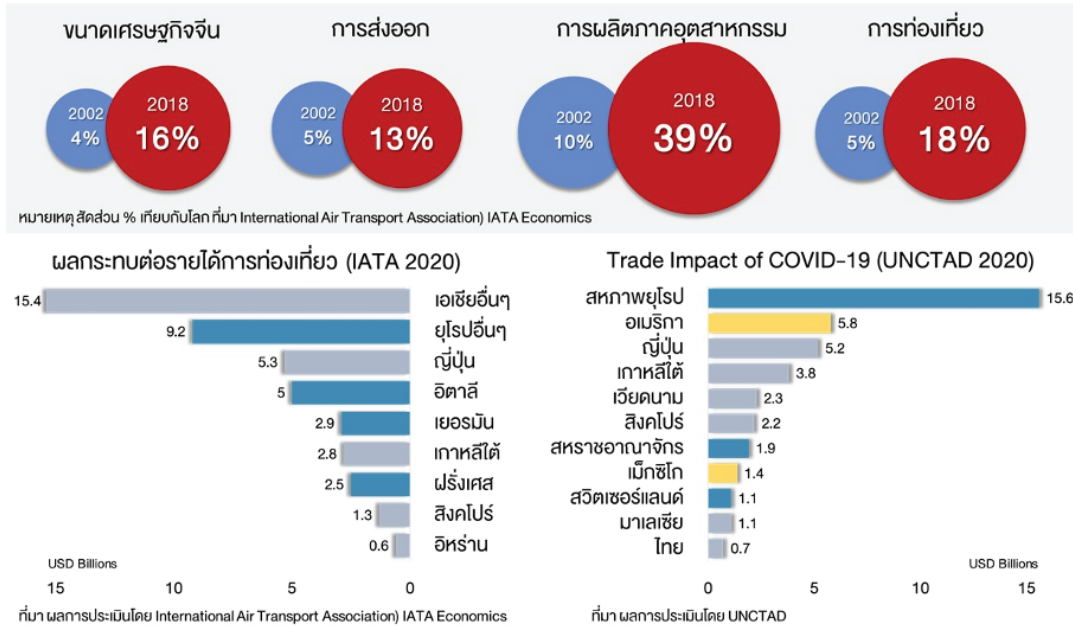
ด้านการท่องเที่ยว สมาคมขนส่งทางอากาศระหว่างประเทศ (IATA) ประเมินว่ากรณีที่มีการแพร่ระบาดอยู่ในวงจำกัด รายรับการท่องเที่ยวโลกจะลดลง 63,000 ล้านดอลลาร์ สรอ. โดยเอเชียจะได้รับผลกระทบสูงสุด รองลงมาคือ ยุโรปอื่น ญี่ปุ่น อิตาลีและเยอรมนี ซึ่งล้วนเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญของนักท่องเที่ยวจีนขณะที่สภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย ประเมินว่า จะส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยวไทยไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และสูญเสียรายได้กว่า 2.5 แสนล้านบาท

เหตุผลสำคัญที่ทำให้ผลกระทบครั้งนี้คาดว่าจะมากกว่าในกรณีของการระบาด 3 ครั้งใหญ่ ได้แก่ โรคซาร์ส ไข้หวัดใหญ่ 2009 และโรคเมอร์ส เนื่องจากเศรษฐกิจจีนมีขนาดใหญ่กว่าเดิม ทั้งมีความเชื่อมโยงทั้งการค้าการลงทุนการขนส่งกับโลกมากขึ้น ในปี 2561 เศรษฐกิจจีนมีขนาดร้อยละ 16 ของเศรษฐกิจโลก ใหญ่กว่าช่วงการระบาดของซาร์ส 4 เท่า และมีขนาดคิดเป็นร้อยละ 13 ของมูลค่าการส่งออกโลกร้อยละ 39 ของการผลิตอุตสาหกรรมโลก และคิดเป็นร้อยละ 18 ของมูลค่าการท่องเที่ยวโลก รวมทั้งปัจจุบันที่มีระดับโลกาภิวัตน์ขั้นสูงที่ประชากรของโลกถูกล้อมรวมกันทั้งด้านเศรษฐกิจเทคโนโลยีและสังคมวัฒนธรรมมากขึ้นกว่าในอดีต

5.1 ระดับประเทศ

ขนาดเศรษฐกิจที่ใหญ่ขึ้นของจีนและเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจการเงินของโลก

จีนมีขนาดเศรษฐกิจที่ใหญ่ขึ้น และเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจการเงินโลกมากขึ้น

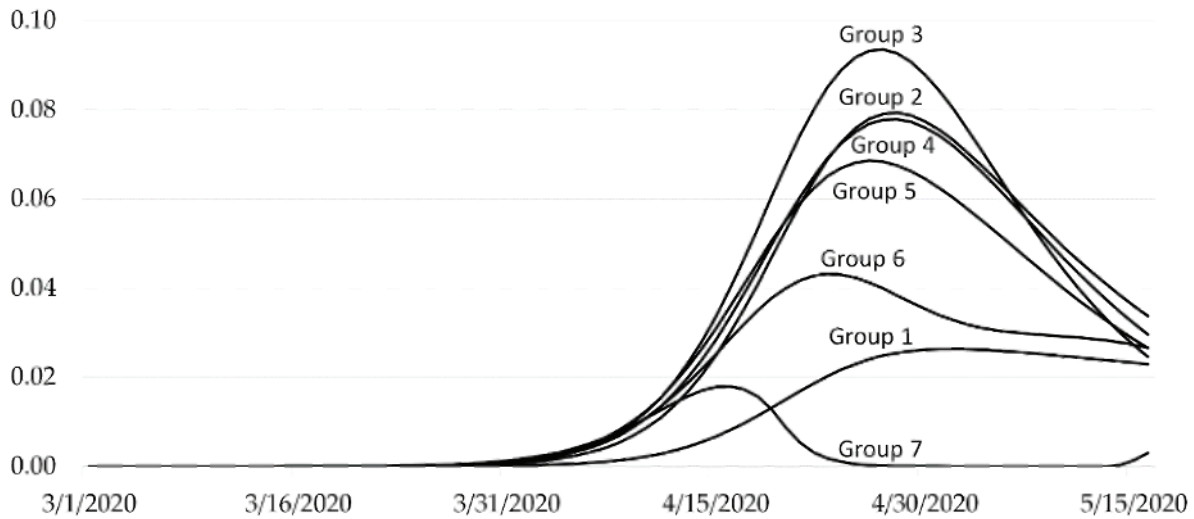


ทั้งนี้ ได้มีการวิจัยทางเศรษฐศาสตร์ที่พยายามต่อยอดแบบจำลองทางระบาดวิทยาโดยการนำพฤติกรรมของมนุษย์เข้ามาประกอบเพื่อพยากรณ์การแพร่กระจายของเชื้อโรคในกลุ่มประชากรให้แม่นยำตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดซึ่ง Atkeson ได้เริ่มทำงานวิจัยในกลุ่มนี้ด้วยการพัฒนาแบบจำลอง SEIR (Susceptible-Exposed-Infectious-Recovered) เพื่อพยายามพยากรณ์สถานการณ์ในสหรัฐอเมริกาโดยในแบบจำลองนี้แบ่งประชากรออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) Susceptible (S) หรือกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อซึ่งตอนนี้ยังปลอดภัยแต่สามารถติดเชื้อได้ 2) Exposed (E) หรือกลุ่มที่ติดเชื้อแฝงซึ่งมีเชื้อโรคแฝงตัวและสามารถแพร่เชื้อได้โดยยังไม่แสดงอาการ 3) Infectious (I) หรือกลุ่มที่ป่วย ซึ่งมีอาการและสามารถแพร่เชื้อได้ และ 4) Recovered (R) หรือกลุ่มที่หายจากการติดเชื้อโดยมีภูมิคุ้มกันและไม่สามารถติดเชื้อได้อีกครั้ง

ผู้วิจัยยังได้ปรับค่าพารามิเตอร์ในแบบจำลอง SEIR พื้นฐานให้สอดคล้องกับการแพร่กระจายของสถานการณ์ COVID-19 ในประเทศจีน พร้อมทั้งเสนอรูปแบบความเป็นไปได้ในช่วง 18 เดือนข้างหน้าภายใต้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้ง Suwanprasert ได้พัฒนาแบบจำลอง SEIR โดยใช้หลักเศรษฐศาสตร์มาประยุกต์เพื่ออธิบายพฤติกรรมการระงับตัวของประชากร งานวิจัยเสนอว่าประชากรจะระงับตัวมากขึ้นเมื่อความเสี่ยงในการติดเชื้อหรือเสียชีวิตเพิ่มในรูปจะพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ (กลุ่ม 7) จะเพิ่มขึ้นแต่จะลดลงไวกว่าเพราะผู้สูงอายุจะเริ่มระงับตัวเร็วกว่าและระงับตัวในระดับที่มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยวัยหนุ่มสาว (กลุ่ม 2 และ 3) จะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าและลดลงช้ากว่า เพราะคนวัยหนุ่มสาวมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตน้อยกว่าจึงระงับตัวน้อยกว่า

5.1 ระดับประเทศ

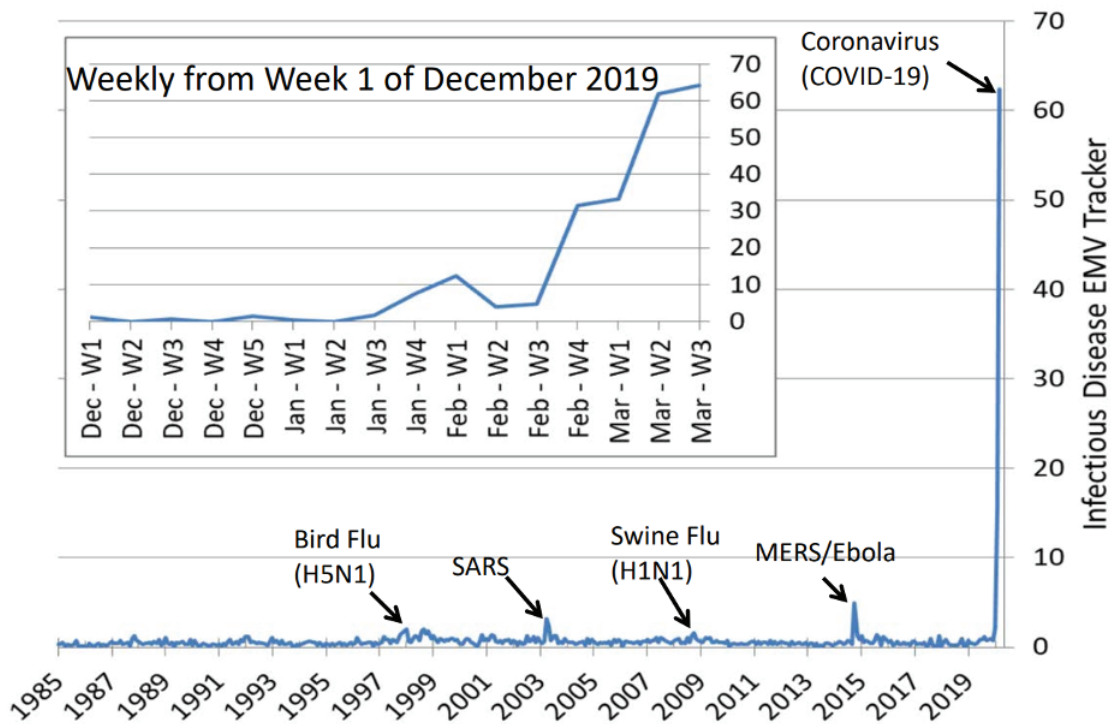
สัดส่วนของผู้ติดเชื้อรายใหม่ต่อประชากรในแต่ละกลุ่มอายุ ณ ช่วงเวลาต่าง ๆ



การแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19 รวมถึงมาตรการปิดเมืองเพื่อหยุดการแพร่เชื้อต่างส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจในหลายแง่มุม ในส่วนของผลกระทบต่อตลาดหุ้น Yilmazkuday พบว่าดัชนีตลาดหุ้น S&P 500 ลดลงร้อยละ 0.02 ต่อวันเมื่อมีจำนวนผู้เสียชีวิตในโลกเพิ่มขึ้น 1 คน ทางด้าน Baker, Bloom, Davis,

Kost, Sammon, and Viratyosin ใช้เทคนิคการวิเคราะห์คำในหนังสือพิมพ์เพื่อสร้างดัชนีความผันผวนของตลาดหุ้นในอดีตและพบว่าว่าการแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19 สร้างความผันผวนในตลาดหุ้นมากกว่าการแพร่กระจายของเชื้อไข้หวัดต่าง ๆ ในอดีต ดังแสดงในรูป

ค่าดัชนีความผันผวนของตลาดหุ้นในปี 2528 - 2563

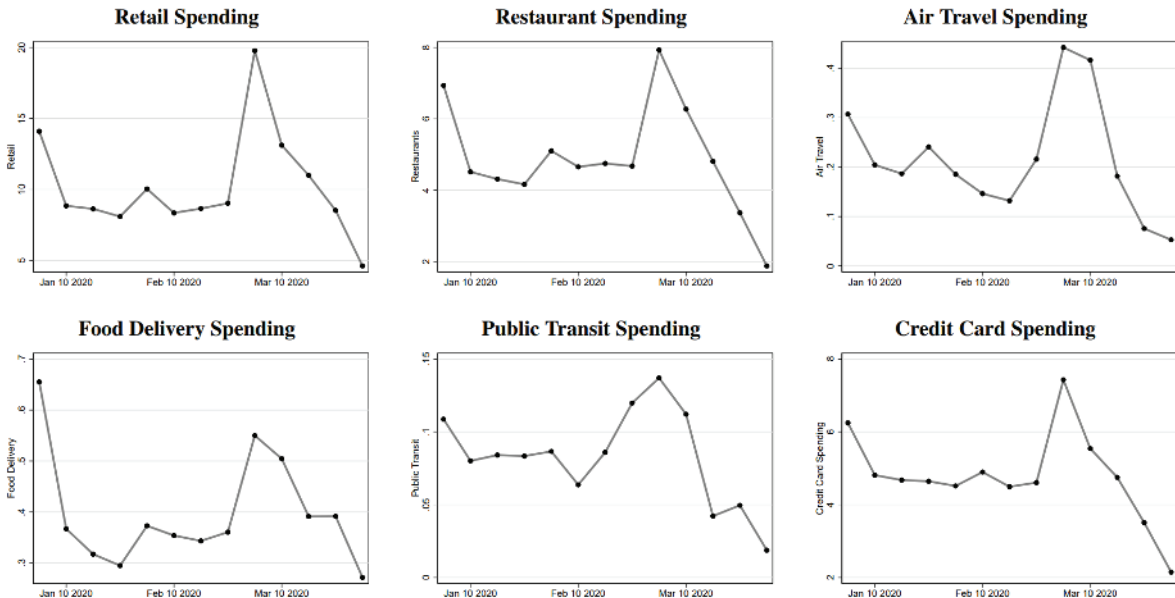


5.1 ระดับประเทศ

ในส่วนของผลกระทบต่อครัวเรือนต่าง ๆ งานวิจัยของ Alon, Doepke, Olmstead-Rumsey, and Tertilt พบว่า ผู้หญิงได้รับผลกระทบมากกว่าผู้ชายจากเหตุผลด้านรูปแบบอาชีพ และความคาดหวังทางสังคมเหตุผลแรกเป็นเพราะแรงงานผู้ชาย ร้อยละ 28 อยู่ในธุรกิจที่สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบงานให้ทำงาน จากที่บ้านได้ แต่แรงงานผู้หญิงเพียงร้อยละ 22 อยู่ในธุรกิจ ดังกล่าวเหตุผลที่สองเกิดจากว่าสังคมคาดหวังให้ผู้หญิงมีบทบาท ในการดูแลลูกมากกว่าผู้ชาย ดังนั้น เมื่อโรงเรียนในสหรัฐฯ ปิดการเรียนการสอนชั่วคราว ผู้หญิงจึงมีภาระที่บ้านเพิ่มขึ้น มากกว่าผู้ชาย

Baker, Farrokhnia, Meyer, Pagel, and Yannelis ศึกษาข้อมูลรายธุรกรรมจากบริษัทเทคโนโลยีทางการเงิน (FinTech) และพบว่าค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในกลุ่มสินค้าปลีก อาหาร และการใช้บัตรเครดิต เพิ่มขึ้นก่อนจะลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับพฤติกรรมกักตุนสินค้าในช่วง ที่ไวรัสเริ่มแพร่ระบาดพฤติกรรมกักตุนพบได้ชัดในกลุ่มผู้สูงอายุ มากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่าซึ่งหมายถึงว่ากลุ่มผู้สูงอายุปฏิบัติตาม คำสั่งให้กักตัวอย่างเคร่งครัดมากกว่า

การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายครัวเรือนในหมวดหมู่สินค้าต่าง ๆ



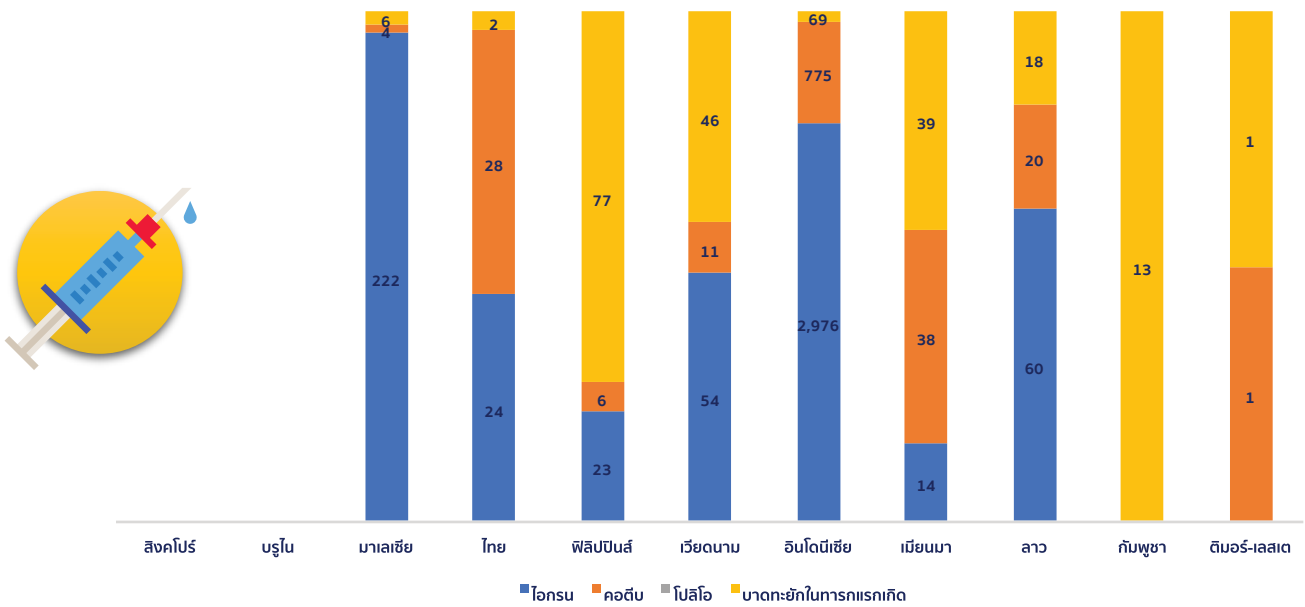
5.1 ระดับประเทศ

5.1.6 โรคติดต่อ

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อเป็นตัวอย่างความสำเร็จที่สำคัญของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่ผ่านมาของประเทศไทยโรคติดต่อหลายโรคมิแนวโน้มการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน และคางทูม เป็นต้น การดำเนินงานอย่างเข้มข้น

และต่อเนื่องของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทำให้ประเทศไทยได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกในฐานะประเทศที่สามารถกวาดล้างโรคโปลิโอเป็นผลสำเร็จเมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2557 โรคติดต่ออื่น ๆ ที่ประเทศไทยสามารถดำเนินการป้องกันควบคุมโรคได้เป็นอย่างดี เช่น อหิวาตกโรค โรคบิด โรคหนองพยาธิ โรคพิษสุนัขบ้า และโรคไข้เอ็นเทอร์ิก เป็นต้น

อัตราป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ.2555-2560



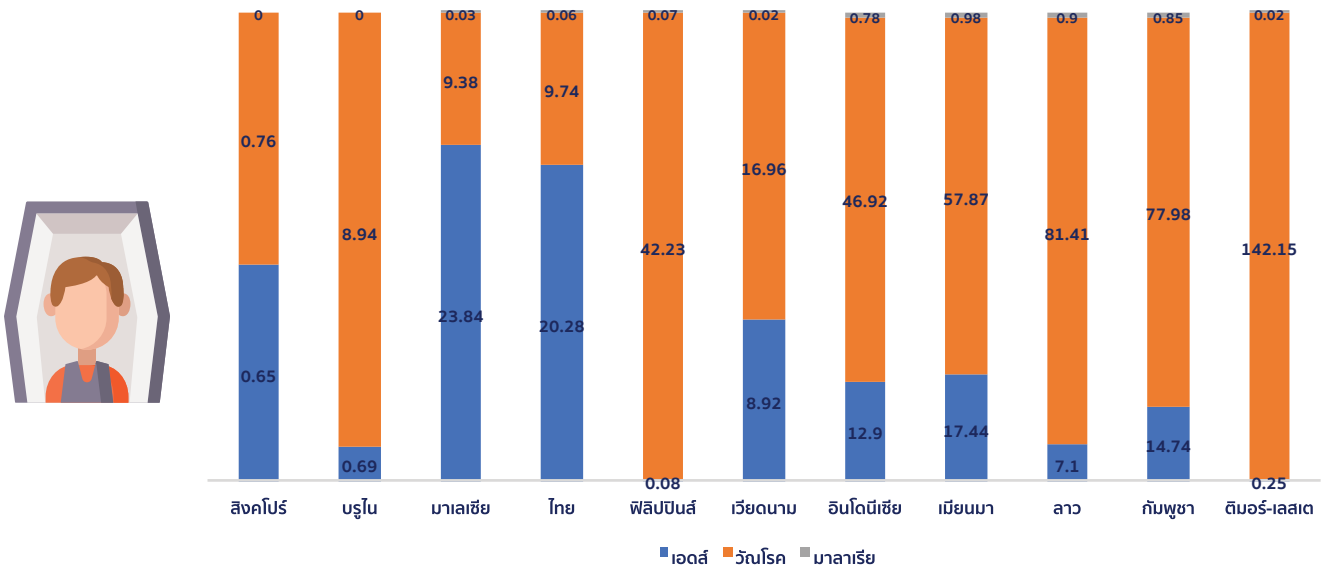
ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562)

นอกจากนี้ ประเทศไทยได้มีนโยบายเร่งรัดดำเนินการเพื่อการกำจัดโรคหัด โรคมาลาเรีย โรคเรื้อน โรคเอดส์ โรคพิษสุนัขบ้า และโรคเท้าช้าง ต่อไป รวมทั้ง โรคติดต่อบางโรคยังคงมีอัตรา

การป่วยที่คงที่ไม่มีแนวโน้มลดลงหรือสูงขึ้นชัดเจน ได้แก่ โรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก โรคมือเท้าปาก โรคไข้เลือดออก โรคไข้หวัดใหญ่ โรคที่เกิดจากจุลชีพดื้อยา เป็นต้น

5.1 ระดับประเทศ

อัตราการตายจากโรคต่าง ๆ ในกลุ่มประเทศอาเซียน



ที่มา: สรุปลักษณ์ที่สำคัญ พ.ศ.2561 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยยังคงมีความเสี่ยงที่จะมีผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่ออุบัติใหม่เดินทางเข้าประเทศ เนื่องจากประเทศไทยมีนักท่องเที่ยวและนักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามาในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก รวมถึงนโยบาย Medical Hub ก็อาจทำให้มีผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่ออุบัติใหม่เดินทางเข้ามาได้รับการรักษาในประเทศไทย ดังนั้น การเตรียมความพร้อมด้านการป้องกันการป้องกันโรคติดต่อในโรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยให้ได้โดยเร็วและการสอบสวนควบคุมโรคที่รวดเร็ว และมีคุณภาพ จึงยังเป็นเรื่องที่ต้องเตรียมการอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับประเทศไทย และจะเป็นปัจจัยสร้างความเชื่อมั่นให้กับภาคธุรกิจอีกด้วย

นอกจากนี้ ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ได้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ทั้งโรคติดต่อชนิดใหม่ที่เพิ่งค้นพบการระบาดในมนุษย์ หรือโรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ เช่น โรคซาร์ส โรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1, H7N9 โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 โรคติดต่อไวรัสอีโบล่า โรคติดต่อทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรคเมออร์ส โรคติดต่อไวรัสโคโรนา (COVID-19) เป็นต้น โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและพฤติกรรมมนุษย์ การเปลี่ยนแปลงของตัวเชื้อโรค การติดต่อยาปฏิชีวนะ ภัยธรรมชาติ การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมรวมทั้งผลจากการเปลี่ยนแปลงทางนิเวศวิทยาของสัตว์นำโรคและสิ่งแวดล้อม และภาวะโลกร้อน

5.1 ระดับประเทศ

5.17 มลพิษทางอากาศ



มลพิษหลักที่ยังเป็นปัญหา

ฝุ่น PM2.5 คือ ฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนหรือเล็กกว่าเส้นผมของมนุษย์ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าชนจุมูกไม่สามารถกรองได้การสูดเอาฝุ่นPM2.5เข้าไปในร่างกายจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพเพราะสามารถเดินทางผ่านทางเดินหายใจสู่ปอดกระแสเลือดแทรกซึมกระบวนการทำงานในอวัยวะต่างๆได้ง่ายเพิ่มโอกาสของโรคหัวใจและโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจโรคหลอดเลือดในสมอง และในปี 2556 องค์การอนามัยโลกยังจัดให้ PM2.5 อยู่ในกลุ่ม สารก่อมะเร็ง ทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปอดอีกด้วยซึ่งสาเหตุการเกิดPM2.5คาดว่าจะมีสาเหตุมาจาก1)ควันพิษจากการจราจรและการคมนาคมปัจจุบันในกรุงเทพฯมีจำนวนรถยนต์เพิ่มมากขึ้นโดยควันที่เกิดจากท่อไอเสียรถยนต์เป็นสาเหตุหลักที่ปล่อย PM2.5 2) ควันและฝุ่นจากการเผา แม้ที่กรุงเทพฯไม่ได้มีพื้นที่เกษตรที่จะทำให้เกิดการเผาได้แต่เป็นเพราะจังหวัดใกล้เคียงและประเทศเพื่อนบ้านที่เผาเพื่อทำการเพาะปลูกประกอบกับกระแสลมที่พัดเอาควันเหล่านั้นเข้ามาทำให้อากาศแย่ลงและ3)ฝุ่นละอองจากภาคอุตสาหกรรมและการก่อสร้างในปีนี้มีกรก่อสร้างเส้นทางรถไฟฟ้ามกถึง 3 สายตามเส้นทางหลัก นอกจากนั้นยังมีการสร้างที่อยู่อาศัย ทำให้เกิดฝุ่นละอองในอากาศจำนวนหนึ่ง

ฝุ่นละออง PM2.5 นี้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจหรือผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้อาจสร้างความเสียหายต่อประสิทธิภาพด้านการคิดและสติปัญญา และเพิ่มความเสี่ยงให้เป็น Degenerative disease (โรคความเสื่อมถอยต่างๆ)ได้เช่นโรคอัลไซเมอร์หรือภาวะสมองเสื่อม

จากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2559 พบว่าปัญหามลพิษทางอากาศมีส่วนทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร 7 ล้านคนต่อปี โดยร้อยละ 92 ของประชากรโลกอาศัยอยู่ในเขตที่คุณภาพอากาศเลวร้ายกว่าเกณฑ์ปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ และในประเทศที่พัฒนาน้อยกว่า มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีร้อยละ 98 ที่หายใจเอาอากาศพิษเข้าไปส่งผลให้มลพิษทางอากาศเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ปีละ 600,000 คน

ค่ามาตรฐาน PM2.5 ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ มี 4 ระดับ ได้แก่ 35 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร 25 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร 15 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรและ 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร(ขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนาของประเทศ)ในขณะที่ค่ามาตรฐานของประเทศไทยอยู่ที่ 25 และ 50 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร(ประเทศกำลังพัฒนา)ซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM2.5 นั้นองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้PM2.5อยู่ในกลุ่มที่ 1 ของสารก่อมะเร็ง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 เป็นสาเหตุให้ 1 ใน 8 ของประชากรโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ในส่วนของประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นทั่วโลก ปี พ.ศ.2562 ประเทศไทยมีค่าเฉลี่ย PM2.5 ในอันดับที่ 28 จาก 98 ประเทศโดยมีค่าPM2.5ที่ 24.3 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ลดลง 5 อันดับ จากอันดับที่ 23 จาก 73 ประเทศ ในปี พ.ศ. 2561 (26.4 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) ในขณะที่หากเปรียบเทียบเป็นรายจังหวัด/เมือง ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 33 โดยจังหวัดที่มีค่า PM2.5 โดยเฉลี่ยสูงที่สุดคือ กรุงเทพฯ (22.8 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) ลดลงจากอันดับที่ 24 ในปี พ.ศ. 2561 (25.2 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร)

ทั้งนี้ เมื่อเทียบค่าเฉลี่ย PM2.5 ในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่า ค่าเฉลี่ย PM2.5 ของประเทศไทย (24.3) อยู่ในลำดับที่ 4 รองจากอินโดนีเซีย (51.7) เวียดนาม (34.1) และเมียนมา (24.3) เมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัด/เมือง มีเพียงร้อยละ 3.2 ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก โดยเมืองที่มีค่าเฉลี่ย PM2.5 สูงที่สุดในกลุ่มประเทศอาเซียน คือ South Tangerang ประเทศอินโดนีเซีย (81.3) ส่วนเมืองที่อากาศดีที่สุดคือ Calamba ประเทศฟิลิปปินส์ (4.0)

หากจะเปรียบเทียบจำนวนสถานีวัดคุณภาพอากาศทั่วโลกพบว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสถานีวัดคุณภาพอากาศมากที่สุด โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ ที่มีสถานีวัดคุณภาพอากาศมากถึง 160 แห่ง แต่ค่าเฉลี่ย PM2.5 ต่อปีของกรุงเทพฯ ยังคงมากกว่าเป้าหมายของWHOถึงสี่เท่าทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยจังหวัด/อำเภอที่มีคุณภาพอากาศแย่ที่สุดของประเทศไทย ปี พ.ศ.2562 พบว่า นครราชสีมา เป็นจังหวัดที่มีค่าเฉลี่ย PM2.5 สูงที่สุด (42.2) รองลงมาคืออำเภอสารภี (41.3) อำเภอปาย (38.9) อำเภอหางดง (38.0) เชียงราย (37.0) อำเภอแมริม (36.9) และอำเภอเมืองลำพูน (36.9) ในขณะที่จังหวัด/อำเภอที่มีคุณภาพอากาศดีที่สุดของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 ได้แก่ ภูเก็ต (11.4)

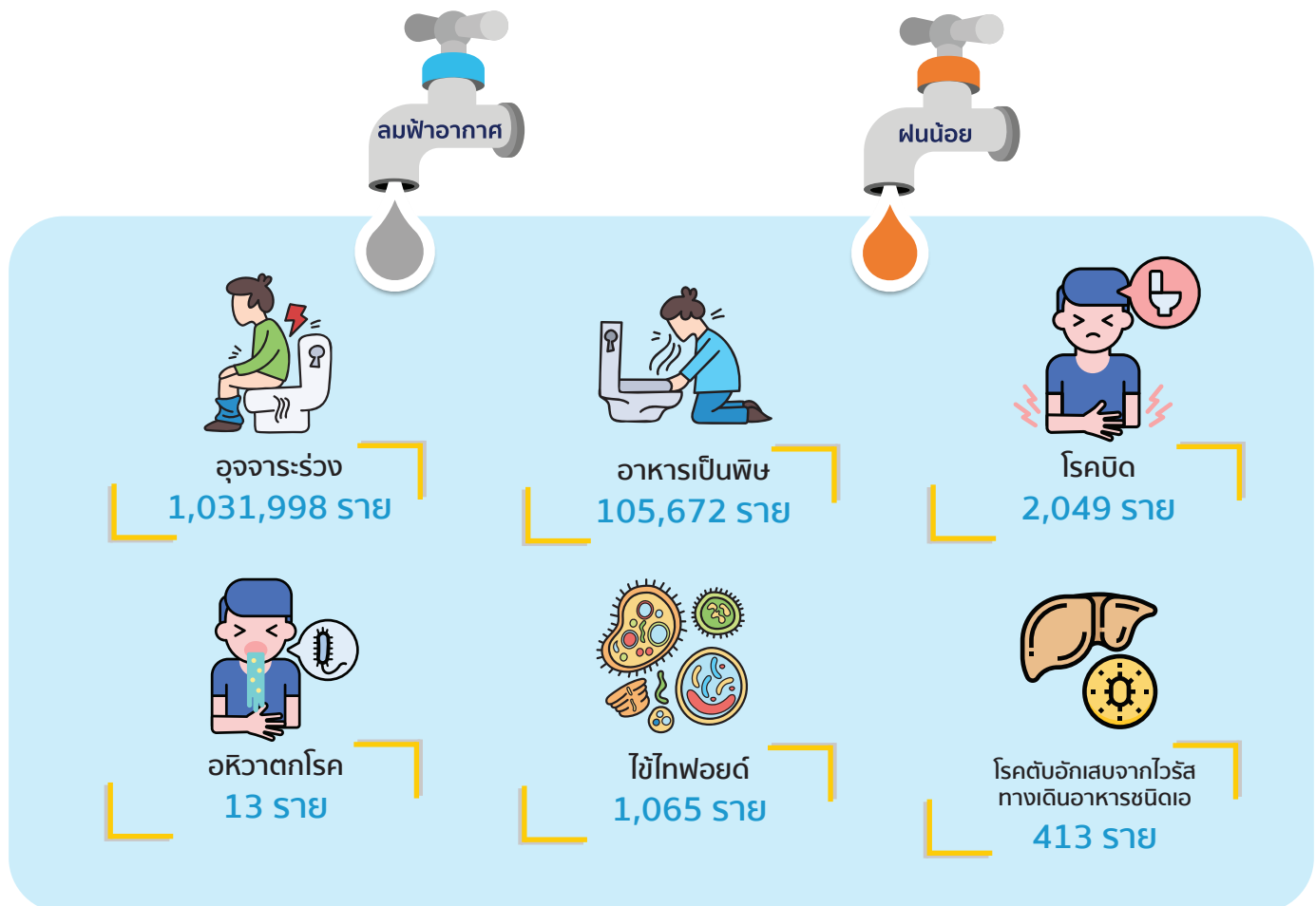
5.1 ระดับประเทศ

5.1.8 กภัยธรรมชาติ

5.1.8.1 กภัยแล้ง

ภัยแล้ง หมายถึง ความแห้งแล้งของลมฟ้าอากาศ เกิดจากการที่มีฝนน้อยกว่าปกติ หรือฝนไม่ตกต้องตามฤดูกาลเป็นระยะเวลานาน และครอบคลุมพื้นที่บริเวณกว้าง ทำให้เกิดการขาดแคลนน้ำดื่ม น้ำใช้ พืชพันธุ์ไม้ต่าง ๆ ขาดน้ำ ทำให้ไม่เจริญเติบโตตามปกติ เกิดความเสียหายและความอดอยากทั่วไป

ทั้งนี้ จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังปี 2562 รายงานผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง 1,031,998 ราย โรคอาหารเป็นพิษ 105,672 ราย โรคบิด 2,049 ราย อหิวาตกโรค 13 ราย ไข้ไทฟอยด์หรือไข้รากสาดน้อย 1,065 ราย และไวรัสตับอักเสบบี 413 ราย



5.1.8.2 น้ำท่วม

อุทกภัยคือภัยและอันตรายที่เกิดจากสภาวะน้ำท่วมหรือน้ำท่วมฉับพลันมีสาเหตุมาจากการเกิดผลตกหนักหรือฝนต่อเนื่องเป็นเวลานาน เนื่องมาจาก หย่อมความกดอากาศต่ำพายุมุมุนเขตร้อน ได้แก่ พายุดีเปรสชัน พายุโซนร้อน พายุไต้ฝุ่นร่องมรสุมหรือร่องความกดอากาศต่ำลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ ลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ หรือเขื่อนพัง ลักษณะของอุทกภัยมีความรุนแรงและรูปแบบต่างๆ กันขึ้นอยู่กับลักษณะภูมิประเทศและสิ่งแวดล้อมของแต่ละพื้นที่โดยมีลักษณะดังนี้

1) น้ำป่าไหลหลาก หรือน้ำท่วมฉับพลัน มักจะเกิดขึ้นในที่ราบต่ำหรือที่ราบลุ่มบริเวณใกล้ภูเขาต้นน้ำเกิดขึ้นเนื่องจากฝนตกหนักเหนือภูเขาต่อเนื่องเป็นเวลานานทำให้จำนวนน้ำสะสมมีปริมาณมากจนพื้นดินและต้นไม้ดูดซับไม่ไหว ไหลบ่าลงสู่ที่ราบต่ำเบื้องล่างอย่างรวดเร็วมีอำนาจทำลายล้างรุนแรงระดับหนึ่ง ที่ทำให้บ้านเรือนพังทลายเสียหาย และอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้

2) น้ำท่วม หรือน้ำท่วมขัง เป็นลักษณะของอุทกภัยที่เกิดขึ้นจากปริมาณน้ำสะสมจำนวนมากที่ไหลบ่าในแนวระนาบจากที่สูงไปยังที่ต่ำเข้าท่วมอาคารบ้านเรือนเรือกสวนไร่นาได้รับความเสียหายหรือเป็นสภาพน้ำท่วมขังในเขตเมืองใหญ่ที่เกิดจากฝนตกหนักต่อเนื่องเป็นเวลานานมีสาเหตุมาจากระบบการระบายน้ำไม่ดีพอมีสสิ่งก่อสร้างกีดขวางทางระบายน้ำหรือเกิดน้ำทะเลหนุนสูงกรณีพื้นที่อยู่ใกล้ชายฝั่งทะเล

3) น้ำล้นตลิ่งเกิดขึ้นจากปริมาณน้ำจำนวนมากที่เกิดจากฝนหนักต่อเนื่องที่ไหลลงสู่ลำน้ำหรือแม่น้ำมีปริมาณมากจนระบายลงสู่ลุ่มน้ำด้านล่างหรือออกสู่ปากน้ำไม่ทันทำให้เกิดสภาวะน้ำล้นตลิ่งเข้าท่วมเรือกสวนไร่นาและบ้านเรือนตามสองฝั่งน้ำ จนได้รับความเสียหาย ถนน หรือสะพานอาจชำรุดทางคมนาคมถูกตัดขาดได้

ผลกระทบจากภาวะอุทกภัยในประเทศที่พัฒนาแล้วต่อสุขภาพในช่วงวิกฤติคือการจมน้ำและการได้รับบาดเจ็บก่อนข้างรุนแรงแต่ที่พบมากคือการได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยการเกิดโรคท้องร่วง โรคระบบทางเดินหายใจ และผลกระทบต่อภาวะจิตใจ

1) ผลกระทบด้านสุขภาพกาย เกิดได้หลายรูปแบบ จำแนกเป็น

1.1) อุบัติเหตุ เช่น การพลัดตกน้ำจากกระแสน้ำที่เชี่ยวกรากหรือในบางพื้นที่มีน้ำไหลบ่าในยามวิกาล

ไม่สามารถที่จะตั้งตัวและรับมือได้ร้ายแรงจนทำให้เสียชีวิตได้จากรายงานกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในช่วง 25 กรกฎาคม – 30 ตุลาคม 2554 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุทกภัยจำนวนทั้งสิ้น 366 ราย สาเหตุหลักคือ การจมน้ำ ร้อยละ 86 รองลงมาคือ การถูกไฟฟ้าช็อต ร้อยละ 6

1.2) โรคที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ และต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ มีจำนวน 7 โรค ได้แก่ ตาแดง ฉีหนู ไข้เลือดออก อุจจาระร่วง มือ เท้า ปาก

2) ผลกระทบด้านสุขภาพจิต ได้แก่ โรคเครียด การเกิดภาวะซึมเศร้าบางรายอาจทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ ระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยเนื่องจากบางรายสิ้นเนื้อประดาตัว บางรายสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก การขาดที่พึ่งหรือที่ปรึกษาทางใจ เป็นต้น

3) ผลกระทบต่อสังคม ความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติทำให้เกิดความขัดแย้งเนื่องจากการกลัวทรัพย์สินบ้านเรือนเสียหาย ต่างฝ่ายต่างปกป้องในสิ่งของของตนเองให้ได้มากที่สุด การถูกเบียดเบียนจากผู้ไม่ประสงค์ดี มีจิตพิศมัยต่าง ๆ

4) ผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชน ที่ทำให้ความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถพักอาศัยอยู่ในบ้านได้ จำเป็นต้องอาศัยศูนย์อพยพต่าง ๆ หรืออาศัยข้างถนน บ้านญาติ หรือผู้มีฐานะมีกำลังก็จะใช้บริการจากโรงแรมหรือการเช่าที่พักอาศัยที่อยู่ที่สูง

5.2 ระดับชุมชน

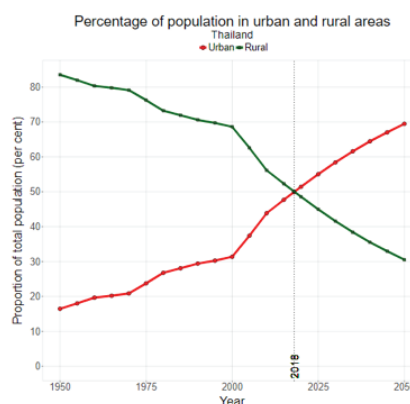
5.2.1 เมือง

ความมีลักษณะของชุมชนเมือง เป็นปัจจัยสำคัญลำดับต้น ๆ ของระบบสาธารณสุขของโลก ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งมีผลกระทบที่สำคัญต่อสุขภาพภายในปีพ.ศ.2593 คาดว่ามากกว่าร้อยละ 70 ของประชากรทั่วโลกจะอาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและในประเทศไทยสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดลได้คาดการณ์จำนวนประชากรภายในประเทศไทยในปีพ.ศ.2556 ว่ามีประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมืองร้อยละ 45.90 ซึ่งแตกต่างจากประชากรเขตเมืองปี พ.ศ. 2554 ที่มีอัตราส่วนเพียงร้อยละ 36.12 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยมีแนวโน้มการมีประชากรที่อาศัยอยู่ในเมืองและใช้ชีวิตแบบเมืองเพิ่มมากขึ้น โดยปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพเขตเมือง เช่น ธรรมชาติของเขตเมืองลักษณะของประชากรสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้น การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ การจัดการบริการและภาวะฉุกเฉินต่อสุขภาพและความมั่นคงทางอาหารในขณะที่ยังคงมีความเป็นชุมชนเมืองนำมาซึ่งโอกาสต่าง ๆ สถานะเช่นนี้ก็สามารถนำมาซึ่งปัญหาท้าทายต่อการมีสุขภาพที่ดีกว่าเดิมของประชากรเขตเมือง เมืองต่าง ๆ ทั่วโลกในปัจจุบันนี้และพื้นที่ที่จะเติบโตเป็นเขตเมืองในอนาคตกำลังเผชิญปัญหาคุกคามในสามเท่า เช่น ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ วัณโรค การติดเชื้อปอดบวม โรคอุจจาระร่วงรุนแรง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น หอบหืด โรคหัวใจ มะเร็ง และโรคเบาหวานและการบาดเจ็บและความรุนแรงรวมถึงอันตรายและบาดเจ็บที่เกิดจากการจราจรสำหรับประเทศไทยพบปัญหาท้าทายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเขตเมือง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกพรุนและโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และมะเร็งตับ แต่อย่างไรก็ตาม จากวิวัฒนาการของเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงของบริบทด้านต่าง ๆ ทั้งเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมรวมทั้งสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว เช่น เศรษฐกิจที่ผันผวน การอยู่ในสังคมที่แออัด พฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เร่งรีบ ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพของคนอาศัยอยู่ในพื้นที่เมือง ที่พบได้อย่างชัดเจน เช่น ความไม่เป็นธรรมความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงทรัพยากรทางด้านสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจ ที่ทำให้ผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ด้อยโอกาสมีโอกาสเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพน้อยกว่าปัญหาด้านความรุนแรงทางสังคมปัญหาอาชญากรรมและการค้ามนุษย์ด้านยาเสพติดหรือผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ปัญหาการขาดแคลนที่อยู่อาศัย ปัญหาความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม ปัญหาการบริการจากภาครัฐที่ไม่ทั่วถึงหรืออาจจะเป็นปัญหาจากการอพยพ

เข้าเมืองของแรงงานต่างด้าว ซึ่งปรากฏการณ์เหล่านี้ล้วนแล้วแต่มาพร้อมกับ “การใช้ชีวิตแบบเมือง” ซึ่งจะพบได้ว่า วิถีชีวิตแบบเมืองมีความแตกต่างหลากหลายซับซ้อนและแตกต่างกับชีวิตชนบทมาก

วิถีชีวิตแบบเมือง(Urban lifestyles)มีความแตกต่างหลากหลายซับซ้อน ที่ต้องการการออกแบบการจัดการทางสังคมวัฒนธรรมอย่างใหม่และยังต้องการการออกแบบการจัดการบริการสุขภาพใหม่การออกแบบการจัดการด้านการสาธารณสุขแบบใหม่ (New set of roles for health care systems) เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการด้านการสาธารณสุขและบริการสุขภาพ (Demand for health) ที่แตกต่างหลากหลายมีพลวัตสูงของการใช้ชีวิตในเมืองอันแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับชีวิตชนบทอย่างไรก็ดีความเป็นเมืองไม่ได้เป็นปัจจัยคุกคามไปเสียทั้งหมด ความเป็นเมืองเป็นโอกาสการพัฒนานวัตกรรมในระบบสุขภาพด้วย เพราะเมือง เป็นพื้นที่ที่มีทรัพยากรมาก จึงมีความเป็นไปได้มากที่จะลงทุน หรือดำเนินการกิจกรรมเพื่อปกป้องความมั่นคงด้านสุขภาพส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพที่ดีอยู่ดีมีสุข (Protecting and promoting human health and wellbeing) โดยอยู่ในขอบข่ายประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจได้การสร้างความเป็นอยู่ที่ดีมีสุขและสุขภาพดี (Health and wellbeing) ของผู้คนในเขตเมืองนั้นก็มีกระบวนการที่อาจจะหลากหลายซับซ้อน แต่ก็อาจจะใช้เป็นโอกาสที่ในเมืองก็มีนวัตกรรมหรือสามารถบูรณาการสานนวัตกรรมเพื่อสุขภาพได้ในเขตเมืองเพราะว่าในพื้นที่เมืองก็มักจะเป็นที่รวมของ ต้นทุนทางสังคม กระบวนการคุณภาพโครงสร้างพื้นฐานที่มีมาตรฐานอยู่ก่อนหน้าแล้ว ในการนำมาสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ร้อยละของประชากรในเขตเมืองและชนบท



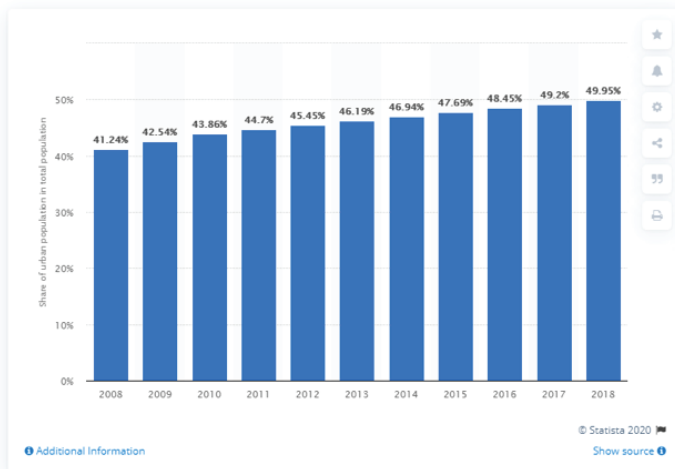
ที่มา: World Urbanization Prospects 2018
<https://population.un.org/wup/Country-Profiles/>

5.2 ระดับชุมชน

การเป็นสังคมเมืองของประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2562 โดยใน พ.ศ. 2562 ประชากรไทยร้อยละ 50.69 อาศัยอยู่ในเขตเมืองและในตัวเมืองการย้ายถิ่นของประชากรไทยสู่เขตเมือง กำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากประเทศในชนบทมาเป็นเมืองใหญ่ในเวลาเพียง 10 ปี ประเทศไทยได้เปลี่ยนจากสังคมเมืองในอัตราร้อยละ 36 เป็นสังคมเมืองร้อยละ 50 หมายความว่าครึ่งหนึ่งของประชากรอาศัยอยู่ในเมืองและเขตเมือง ในขณะที่อัตราการกลายเป็นเมืองของประเทศไทยยังคงอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วอื่น ๆ ซึ่งสามารถไปถึงระดับ 80-90 เปอร์เซ็นต์ การเปลี่ยนแปลงประเทศไทยยังคงมีความสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการเติบโตส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกรุงเทพมหานครที่ปัจจุบันเป็นที่พักอาศัยของประชากรมากกว่า 5.7 ล้านคนจำนวนนักท่องเที่ยวและผู้มาเยือนค้างคืนในเมืองก็เพิ่มขึ้นเช่นกันเช่นใน พ.ศ. 2558 กรุงเทพมหานครมีผู้เข้าชมมากกว่า 18 ล้านคน

แนวโน้มความเป็นเมืองของประเทศไทย

Thailand: Urbanization from 2008 to 2018



ที่มา: Statista

<https://www.statista.com/statistics/455942/urbanization-in-thailand/>

ความยากของการสร้างรูปแบบและกระบวนการเพื่อสุขภาพดีและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับความเป็นเมืองของประเทศไทยอยู่ที่ “การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว” ของประชากรที่ย้ายถิ่นฐานมาจากพื้นที่อื่นหลากหลายทั้งในประเทศและมาจากนานาชาติผู้คนที่มารวมเป็นชุมชนเขตเมืองมาจากเศรษฐกิจที่ไม่เท่าเทียมกันมีความเชื่อส่วนบุคคลและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เป็นแบบแผนต่าง ๆ กัน มาอยู่ในฐานะทางสังคม หรือบ่อยครั้งก็มีเบื้องหลังด้านอาชญากรรมที่แตกต่างกันคนเหล่านี้ต้องมารวมกันในอาคารชุด ห้องเช่า บ้านจัดสรร ชุมชนแออัด คนเร่ร่อนสร้างเป็นชุมชนเมืองใหม่ที่อาจมีความแปลกแยกระหว่างความเป็นปัจเจกการใช้ชีวิตในครอบครัวในการจัดระบบสุขภาพชุมชนเมืองมีความ

เหลื่อมล้ำระหว่างคนจนในเมืองกับคนชั้นกลางคนชั้นสูงในเมืองในเรื่องการจัดการด้านสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นเรื่องความสามารถในการเข้าถึงอาหารปลอดภัยอาหารผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพน้ำ การจัดการพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพ การจัดการขยะปฏิภูลของเสียในเมือง ระบบการขนส่งที่ปลอดภัยและคุ้มครองผู้โดยสารโครงสร้างพื้นฐานสุขภาพิบาลของที่อยู่อาศัยการป้องกันภัย ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวสังคมชุมชนแออัด ชุมชนย้ายถิ่นบ้านเช่าอาคารแห่งรวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วย (Commission on Social Determinants of Health, 2008). การใช้ชีวิตแบบเมืองเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและจัดการโรคเรื้อรัง และโรคติดต่อด้วย (Poel et al., 2009) เนื่องจากมีการบริโภคปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การใช้ชีวิตที่ออกกำลังกายน้อย ความอ้วน ความเครียด การอยู่ในสถานที่เดียวกันอย่างแออัด การที่เขตเมือง มีความหนาแน่นของประชากรมากและมีโครงสร้างพื้นฐานที่แตกต่างจากพื้นที่ชนบท มีความซับซ้อนทางด้านระบบเศรษฐกิจมหภาค จุลภาค เศรษฐกิจได้เงา มีความซับซ้อนทางการจัดโครงสร้างองค์กรสังคม อาชีพที่หลากหลายที่ไม่ใช่เกษตรกร การจัดการเพื่อความอยู่ดีมีสุข (Health and wellbeing) ของประชาชนในเขตเมืองและที่ใช้ชีวิตแบบเมือง ต้องดำเนินการเชิงระบบ (Systems approach) โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของคนที่มีบริบทเมือง และผู้นำแกนนำชุมชนในเขตเมือง การดำเนินการเชิงระบบต้องคิดถึงปัจจัยด้านกฎหมายการบริหารเงื่อนไขทางสังคมการจัดการสภาพแวดล้อมโดยเฉพาะอากาศ น้ำ ความปลอดภัยของอาคาร ระบบภาษี สถานประกอบการ ตลาดการออกแบการจัดการโรคและภาวะคุกคามด้านสุขภาพ และสวัสดิการทางสังคมการจัดการให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้อพยพย้ายถิ่น การศึกษาและงานอนามัยในสถานศึกษาระดับปฐม มัธยม และอาชีวศึกษา อุดมศึกษา (ที่มักมีในเขตเมืองแต่เขตชนบทไม่มี) ความปลอดภัยและสุขภาพิบาลของระบบขนส่งสาธารณะขนส่งมวลชนการจัดการสุขภาพเมื่อมีภัยขนาดใหญ่ (Extreme weather events)

5.2 ระดับชุมชน



ปัจจัยหลักๆ ที่มีผลกระทบต่อบริบทสุขภาพคนไทย มีดังต่อไปนี้

1) การเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายนอกที่สำคัญ

1.1) ด้านการเมืองสถานการณ์ทางการเมืองของ ประเทศ (สุขภาพคนไทย 2558) ในช่วงเวลากว่า 10 ปี ที่ผ่านมา ความขัดแย้งในเชิงความคิดเห็นทางการเมืองของกลุ่มต่าง ๆ ที่มีความรุนแรงเกิดการเมืองภาคประชาชนการไม่ยอมรับในความคิด ที่ต่างกันก่อให้เกิดความขัดแย้งในสังคมจนนำไปสู่ความสูญเสียต่อ ชีวิต ทรัพย์สิน และส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของประชาชนทั้ง ทางตรงและทางอ้อมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในปี 2557 เพื่อยุติความรุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตของ ประชาชนในขณะนี้กำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านไปสู่การปฏิรูป ประเทศ

1.2) ด้านเศรษฐกิจในช่วง 5 ทศวรรษที่ผ่านมา การพัฒนาเศรษฐกิจไทยประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ การขยายตัวทางเศรษฐกิจในช่วงปี 2504-2558 ขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 6.1 สูงเป็นอันดับที่ 22 ของโลก (จากทั้งหมด 205 ประเทศ) ส่งผลให้รายได้ประชาชาติต่อหัวของประชาชน (GNI PerCapita) เพิ่มขึ้นเป็น 23,666 บาท (950 ดอลลาร์ สหรัฐ.) ในปี 2530 เพิ่มขึ้น เป็น 185,858 บาท (5,620 ดอลลาร์ สหรัฐ.) ต่อคนต่อปี ในปี 2558 ซึ่งทำให้ธนาคารโลกได้จัดอันดับประเทศไทยเป็นประเทศรายได้ ปานกลางตอนบน (Upper Middle Income Country) และในปี 2557 รายได้ประชาชาติต่อหัวของไทยเพิ่มขึ้นเป็น 185,414 บาท ในขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัวอยู่ที่ 202,795 บาท

1.3) ด้านสังคม

1.3.1) โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ การเป็นสังคมสูงวัย แต่ยังคงมีปัญหาทั้งในเชิงปริมาณและ คุณภาพของประชากรในทุกช่วงวัย ขณะที่ครัวเรือนโดยเฉลี่ย มีขนาดลดลงและมีรูปแบบที่หลากหลายจากการคาดประมาณ ประชากรของประเทศไทยปี 2553-2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) พบว่า ปัจจุบันอัตราการเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยต่ำกว่าระดับ ทดแทนอยู่ที่อัตรา 1.62 และคาดการณ์ว่าในปี 2583 อัตราการ เจริญพันธุ์รวมอาจลดลงเหลือเพียง 1.3 คน ส่งผลให้โครงสร้าง ประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยขณะ ที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานจะมีจำนวนลดลงโดยกลุ่มวัย เด็กจะลดลงอย่างรวดเร็วจาก 11.79 ล้านคนในปี 2558 เหลือ เพียง 8.17 ล้านคนในปี 2583 ส่วนกลุ่มวัยทำงานมีแนวโน้มลดลง จาก 43.0 ล้านคน เป็น 35.2 ล้านคนในเวลาเดียวกัน และยังมีปัญหาผลผลิตจากแรงงานต่ำนอกจากนี้คนไทยไม่นิยม ทำงานระดับล่างทำให้ต้องพึ่งการนำเข้าแรงงานจากประเทศ เพื่อนบ้านเป็นช่องทางทำให้เกิดปัญหาโรคและภัยสุขภาพเพิ่ม มากขึ้น ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.3 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) ในปี 2558 เป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 ทำให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น สะท้อน ภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพขณะเดียวกันผู้สูงอายุจำนวนมากมี รายได้ไม่พอต่อการยังชีพและจะส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงของ ประชากรวัยแรงงานต้องแบกรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นโดย

5.2 ระดับชุมชน

โดยในปี 2553 มีประชากรวัยแรงงาน 5 คนที่มีศักยภาพแบกรับภาระดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และคาดการณ์ว่าในปี 2583 จะเหลือประชากรวัยแรงงานเพียง 1.7 คน แบกรับภาระดูแลผู้สูงอายุ 1 คน อีกทั้งการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมากขึ้น เป็นผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นแต่คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ติดบ้าน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีเพิ่มขึ้น และแนวโน้มที่จะมีผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังก็เพิ่มสูงขึ้น ด้วยบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป แนนอนว่าเป็นผลให้ค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งนับจากนี้

1.3.2) คนไทยมีความมั่นคงทางสังคมมากขึ้นแต่ยังมีปัญหาเชิงคุณภาพทั้งด้านสุขภาพ การเรียนรู้และคุณธรรม จริยธรรมคนไทยมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมกว่าร้อยละ 99.9 โดยอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 73.8 ระบบประกันสังคมร้อยละ 16.7 และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 7.1 ขณะที่กลุ่มผู้ด้อยโอกาสมีหลักประกันทางรายได้มั่นคงขึ้นและมีความครอบคลุมมากขึ้น โดยในปี 2558 ผู้สูงอายุได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นเป็นแบบขั้นบันไดตามช่วงอายุ 8.3 ล้านคนจากผู้สูงอายุทั่วประเทศ 10.4 ล้านคน เมื่อพิจารณาถึงคุณภาพของคนไทยพบว่าแม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยจะสูงขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพศชาย 71.3 ปี และเพศหญิง 78.2 ปี ในปี 2557 แต่กลับเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุเป็นจำนวนมาก

1.3.3) ความเป็นสังคมเมืองมากขึ้นการขยายตัวของเมืองเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ ในปี 40 ปี (พ.ศ. 2523-2553) พบว่าจำนวนประชากรเมืองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.4 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 44.1 ในปี 2553 ปัจจุบันนี้ประเทศไทยมีความเป็นสังคมเมืองมากขึ้นส่งผลต่อวิถีชีวิตของคนในสังคมก็เปลี่ยนแปลงไปตามสังคมด้วย ทั้งนี้ ปัญหาในเรื่องระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยก็ยังคงมีอยู่ตลอดมาและยังคงเป็นปัญหาสะสมของประเทศไทยอยู่ตอนนี้ปัจจัยความเป็นสังคมเมืองที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยถือว่าเป็นปัจจัยหลักในขณะนี้และมีแนวโน้มที่จะมีปัญหามากขึ้นอีกในอนาคตและการเปลี่ยนแปลงพื้นที่ชนบทไปสู่ความเป็นเมืองมีแนวโน้มสูงขึ้นเพื่อลดความแออัดของเมืองหลวงและเมืองหลักอันเป็นการกระจายความเจริญสู่พื้นที่นั้นๆ จึงจำเป็นต้องมีการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานการจัดบริการสาธารณะเพื่อรองรับการเจริญเติบโตของเมือง การใช้ประโยชน์ของทรัพยากรท้องถิ่นทั้งปัจจัย

การผลิตและแรงงานไปสู่ภาคการค้าบริการและอุตสาหกรรม มีการอพยพเคลื่อนย้ายจากชนบทเข้าสู่เมืองเพิ่มมากขึ้น มีแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานเป็นจำนวนมาก คนในเขตเมืองมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาโรคและภัยสุขภาพ นอกจากนี้รูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นและแบบพิเศษยังไม่สามารถตอบสนองต่อการแก้ปัญหาโรคและภัยสุขภาพของคนในเขตเมือง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.4) การจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษที่เชื่อมโยงกับการที่ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และประเทศไทยมีสภาพทางภูมิศาสตร์เป็นศูนย์กลางของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีประโยชน์อย่างมากต่อประเทศไทยเพราะเป็นการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและส่งเสริมความสามารถในการแข่งขันส่งผลให้เกิดการลงทุนในประเทศ การส่งออก เกิดการจ้างงานเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการพัฒนาเหล่านี้ก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในหลาย ๆ ด้าน เช่น ผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อม ปัญหาขยะและของเสียอุตสาหกรรมมลพิษทางน้ำ อากาศ และมีฝุ่นละอองมากขึ้น

1.4 ด้านเทคโนโลยี

1.4.1) สถานการณ์การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรมของประเทศได้รับการยกระดับดีขึ้นแต่ยังต่ำกว่ากลุ่มประเทศรายได้สูงจากการฉีกกำลังของหน่วยงานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรมและเชื่อมโยงให้เกิดความมั่นใจของภาคธุรกิจเอกชน แต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีรายได้สูง โดยในปี 2558 อันดับความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ อยู่ที่ 47 และด้านเทคโนโลยี อยู่ที่ 44 จาก 61 ประเทศที่จัดอันดับโดย IMD (International Institute for Management Development) ลดลงเมื่อเทียบกับอันดับที่ 37 และ 43 ตามลำดับในปี 2551 และตลอดช่วงระยะเวลา 14 ปีที่ผ่านมา (ปี 2543-2556) ค่าเฉลี่ยการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาต่อ GDP ยังคงอยู่ในระดับร้อยละ 0.27 ต่อ GDP ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย มีค่าใช้จ่ายเพื่อการวิจัยและพัฒนาอยู่ร้อยละ 4.15, 3.47, 2.81 และ 2.18 ต่อ GDP ในปี 2556 ตามลำดับ

1.4.2) ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อการรักษาโรคก้าวหน้ามาก ที่สำคัญ ๆ ได้แก่ 1) สเต็มเซลล์มีศักยภาพที่จะพัฒนาไปเป็นเซลล์อวัยวะใดก็ได้ใน

5.2 ระดับชุมชน

220 ชนิด ถ้าสามารถเอาไปใส่ในคนที่อวัยวะเสื่อมเพราะโรค และ บังคับให้แบ่งตัวขึ้นมาทำงานแทนที่หรือซ่อมแซมอวัยวะที่เสียหาย ได้ก็จะสามารถใช้รักษาโรคได้ 2) นาโนเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Nanomedicine) ปัจจุบันห้องปฏิบัติการวิจัยหลายประเทศ ทั่วโลกกำลังแข่งขันกันอย่างหนัก เพื่อคิดค้นและออกแบบระบบ นำส่งยาที่ใช้นาโนเทคโนโลยีเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น 3) หุ่นยนต์ทางการแพทย์ เช่น หุ่นยนต์ดาวินชี (Da Vinci) แขนกลของหุ่นยนต์จะถูกควบคุมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านทาง ก้านควบคุม (joystick) ทำให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างแม่นยำ ลด ความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ทำให้เสียเลือดน้อยกว่า และระยะเวลา การพักฟื้นเร็วขึ้น หุ่นยนต์ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพคนพิการเพื่อ ช่วยในการเดินหรือการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นสำหรับผู้พิการ การใช้ สัญญาณทางชีวภาพ (Biological signal) ของร่างกายส่วนอื่น เพื่อนำมาใช้ควบคุมหุ่นยนต์

1.5 ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

1.5.1) การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change)

จะส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ความสัมพันธ์ของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้มีความรุนแรงมากขึ้น อุณหภูมิของโลกเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความแห้งแล้งเป็นระยะเวลายาวนาน เกิดฝนขาดช่วง และมีฤดูกาลเปลี่ยนไปส่งผลกระทบต่อ ความอุดมสมบูรณ์ของดิน ป่าไม้เกิดความเสื่อมโทรม แหล่งน้ำ ขาดแคลน ผลผลิตทางการเกษตรลดลงเกิดโรคระบาดในพืชและ สัตว์และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์เกิดความเสี่ยงต่อการ สูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพในปัจจุบันนี้ปฏิเสธไม่ได้เลย ว่าภาวะโลกร้อนเป็นปัญหาที่ได้รับผลกระทบไปทั่วโลก และต้อง ตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ปัญหาเป็นลำดับแรกๆ เพราะสภาพ ภูมิอากาศที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบต่อ วิถีชีวิตประจำวันของผู้คนรวมถึงการดำเนินการค้าการลงทุนเป็น อย่างมากไม่เว้นแม้กระทั่งประเทศไทยที่จะเห็นได้อย่างชัดเจนคือ ความผันผวนของภูมิอากาศในแต่ละฤดู ส่งผลกระทบต่าง ๆ ต่อ ประชาชนไม่ว่าจะเป็นการประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมที่ต้อง พึ่งพำน้ำที่ได้จากการเกิดฝน แต่เมื่อฝนไม่ตกต้องตามฤดูกาล ก็ ต้องเลื่อนการทำเกษตรออกไปเมื่อเข้าฤดูน้ำหลากก็จะทำให้พืชผล ทางเกษตรเกิดความเสียหายทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อความอยู่รอดอีกทั้งเรื่องปัญหามลพิษทั้งจากหมอกควันและการ ปล่องมลพิษจากโรงงานเกิดเป็นผลกระทบทางด้านสุขภาพที่ทำให้ ทั่วโลกต้องตระหนักหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดข้อตกลง ระหว่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ทวีความเข้มข้นเรื่อยๆ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ก็เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งในการจัดการปัญหาดังกล่าวเพื่อเป็นการ เฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมเป็นกลไกเฝ้าระวัง ความเสียหายแก่ประชาชนได้อย่างทันทั่วถึง

1.5.2) ปัญหาสิ่งแวดล้อมเพิ่มสูงขึ้นตามการ ขยายตัวของเศรษฐกิจและชุมชนเมือง ปัญหาขยะมูลฝอยยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ ขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น ในปี 2557 มีประมาณ 26.2 ล้านตัน โดยแนวโน้มอัตราการ เกิดขยะมูลฝอยเฉลี่ยต่อคนต่อวันเพิ่มสูงขึ้นจาก 1.04 กิโลกรัม /คน/วัน ในปี 2553 เป็น 1.11 กิโลกรัม/คน/วัน ในปี 2557 การกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการมีเพียงร้อยละ 30 และ มีการนำขยะมูลฝอยกลับไปใช้ประโยชน์เพียงร้อยละ 18 ทำให้ มีปริมาณขยะสะสมตกค้างเพิ่มสูงขึ้น 30.8 ล้านตันในปี 2557 ขยะอิเล็กทรอนิกส์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปีเนื่องจาก ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้อายุการใช้งานของอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มีแนวโน้มที่สั้นลง ผลให้ขนาดต้องประสบปัญหาการกำจัดของเสียเหล่านี้ มลพิษทางอากาศยังเกินมาตรฐานหลายแห่งแต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ในปี 2557 พบมลพิษทางอากาศเกินมาตรฐานในหลายพื้นที่ของ ประเทศ และที่เป็นปัญหาสำคัญได้แก่ ฝุ่นละออง ก๊าซโอโซน และสารอินทรีย์ระเหยง่าย (Volatile organic compounds, VOCs) โดยมีพื้นที่วิกฤติในเขตพื้นที่มาบตาพุด จังหวัดระยอง ที่ยังคงประสบปัญหาสารอินทรีย์ระเหยง่าย ในพื้นที่อื่น เช่น กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี เชียงใหม่ ขอนแก่น พบสารเบนซิน เกินค่ามาตรฐาน แต่ส่วนใหญ่มีปริมาณลดลงจากปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามปัญหามลพิษทางอากาศในพื้นที่มาจากสาเหตุ หลักคือ ปริมาณรถยนต์จำนวนมาก สำหรับมลพิษจากหมอก ควันในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน พบว่า สถานการณ์ดีขึ้นเป็น ลำดับโดยความร่วมมือและการทำงานระหว่างภาครัฐองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และประชาชนดีขึ้น

5.2 ระดับชุมชน

5.2.2 ชุมชน

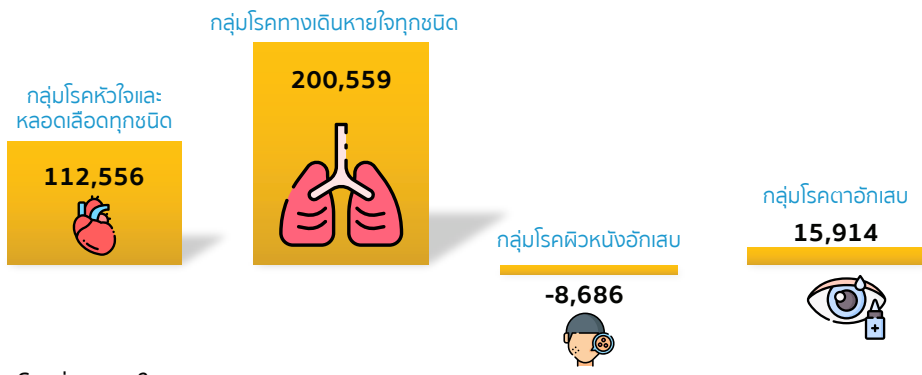
คนในชนบทส่วนใหญ่มีอาชีพทางการเกษตร การเกษตรเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับดิน น้ำ และอากาศเป็นอย่างมาก ชีวิตคนในชนบทจึงมีความสัมพันธ์กับธรรมชาติ เพราะธรรมชาติเป็นตัวกำหนดวิถีชีวิตที่สำคัญของคนในชนบท ไม่ว่าจะทำอะไร ก็ขึ้นกับธรรมชาติ เช่น ชาวนามักจะเริ่มปลูกข้าวในช่วงฤดูฝน โดยการไถและหว่าน หรือปักดำ ในช่วงเดือนมิถุนายน – สิงหาคม และจะเก็บเกี่ยวในเดือนพฤศจิกายน – มกราคม การทำนาโดยอาศัยน้ำฝนนี้เรียกว่า “การทำนาปี” ส่วนอาหารการกินของคนชนบทก็อาศัยทรัพยากรธรรมชาติเป็นสำคัญ ได้แก่ พืชผักท้องถิ่น เช่น กระถินยอดมะขามหน่อไม้ผักบุ้งผักกระเฉดตำลึง เป็นต้นซึ่งชาวชนบทไม่ต้องซื้อกินเหมือนคนในเมือง นอกจากนี้ พวกสัตว์ที่มีอยู่ในท้องถิ่น ก็ใช้เป็นอาหารสำหรับคนชนบทได้เช่น จิ้งหรีด ตั๊กแตน ตัวอ่อนของดักแด้ไหม ส่วนทั่ว ๆ ไปก็กินปูนา กบ และเขียด ตลอดจนกุ้งฝอยและปลาที่มากับกระแสน้ำในฤดูน้ำเป็นต้น นอกจากนี้

ลักษณะครอบครัวจะเป็นครอบครัวใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวหลายคน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชนบทประกอบด้วย

1) คุณภาพอากาศสถานการณ์หมอกควันใน 9 จังหวัดภาคเหนือมีปัญหาปริมาณฝุ่นละอองสูงเกินค่ามาตรฐานซึ่งมีสาเหตุมาจากไฟป่าและการเผาในพื้นที่เกษตรอย่างไรก็ตามจำนวนวันที่ฝุ่นละอองเกินค่ามาตรฐานลดลงส่วนหนึ่งมาจากการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาหมอกควันภาคเหนือการกำหนดให้จังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบหลักตามระบบศูนย์สั่งการแบบเบ็ดเสร็จเน้นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนปัญหามลพิษข้ามแดนจากปัญหาหมอกควันภาคใต้ที่เกิดจากการเผาป่าและพื้นที่เกษตรในพื้นที่ป่าพรุ เกาะสุมาตรา และเกาะบอร์เนียว สาธารณรัฐอินโดนีเซียและจากปัญหาการระบายสารมลพิษจากรถยนต์บริเวณด่านชายแดน โดยเฉพาะจากรถบรรทุกขนส่งสินค้า

แนวโน้มจำนวนผู้ป่วย 4 กลุ่มโรคจากสถานการณ์หมอกควัน เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี 2559



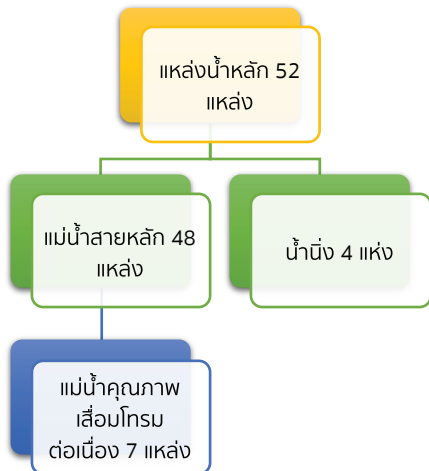
ที่มา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

2) คุณภาพแม่น้ำ คุณภาพน้ำจาก 3 แหล่ง คือ น้ำผิวดิน น้ำทะเล ชายฝั่ง และน้ำบาดาล ในที่นี้จะพิจารณาเฉพาะน้ำผิวดิน ได้แก่ แม่น้ำลำคลองสำหรับไทยมีแหล่งน้ำหลัก 52 แหล่ง แบ่งเป็น แม่น้ำสายหลัก 48 แหล่ง และน้ำนิ่ง 4 แหล่ง พบว่า คุณภาพน้ำโดยรวมในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2550 – 2559) ของแม่น้ำสำคัญ และแหล่งน้ำหลัก อยู่ในเกณฑ์พอใช้ และแหล่งน้ำที่อยู่ในเกณฑ์เสื่อมโทรม คงที่ โดยแม่น้ำที่มีคุณภาพเสื่อมโทรมอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ แม่น้ำกวังแม่น้ำลำตะคองตอนล่างแม่น้ำป่าสักแม่น้ำลพบุรีแม่น้ำเจ้าพระยาตอนกลางและตอนล่างแม่น้ำท่าจีนตอนกลางและตอนล่าง และแม่น้ำเพชรบุรี ตอนล่าง

3) ขยะมูลฝอยชุมชน ในช่วง 4 ปี (พ.ศ. 2556 – 2559) ปริมาณ ขยะมูลฝอยชุมชนที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มคงที่ อยู่ระหว่าง 26.00–26.77 ล้านตันต่อปีหรือ 74,130 ตันต่อวัน มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอย 1.14 กิโลกรัม/คน/วัน ใน พ.ศ. 2559 ปัจจุบันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการให้บริการเก็บขนขยะมูลฝอยและนำไปกำจัดเพียง 4,711 แห่ง สามารถให้บริการได้ 21.05 ล้านตันหรือ 57,663 ตันต่อวัน (ร้อยละ 78 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั่วประเทศ) มีการเก็บขนเพื่อนำไปกำจัด 15.76 ล้านตัน (ร้อยละ 58 ของปริมาณขยะมูลฝอยทั่วประเทศ) สำหรับการใช้จ่ายประโยชน์ของขยะมูลฝอยมีเพียงร้อยละ 18-2 เท่านั้น ในพ.ศ.2556-2559

5.2 ระดับชุมชน

คุณภาพแม่ น้ำ



ขยะมูลฝอย

ขยะมูลฝอยชุมชน

74,130

ตันต่อวัน



1.14

กิโลกรัม/คน/วัน

อปท.ให้บริการได้กำจัด

57,663

ตันต่อวัน

4) สุขภาพสิ่งแวดล้อม

4.1) การใช้ส้วม ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555-2559)ทุกภาคมีการใช้ส้วมใกล้เคียงกันร้อยละ 99.3-99.8 มีเพียงร้อยละ 0.2 - 0.7 ที่ไม่มีการใช้ส้วม

4.2) การกำจัดขยะในครัวเรือน ใน พ.ศ.2559 ครัวเรือนมีการกำจัดขยะโดยการเก็บรวบรวมและนำไปทิ้งนำไปเลี้ยงสัตว์เพิ่มขึ้นทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบกับพ.ศ.2555 ส่วนการเผาการฝังกลบการทำปุ๋ยหมักและทิ้งลงแม่น้ำลำคลองมีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้ ครัวเรือนทุกภาคนิยมใช้วิธีการกำจัดขยะโดยการเก็บรวบรวมและนำไปทิ้งมากที่สุด รองลงมา เผาและฝังกลบ

4.3) น้ำดื่ม น้ำใช้ ใน พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2559 ทุกภาคมีครัวเรือนที่มีน้ำดื่ม ร้อยละ 100 และทุกภาคมีครัวเรือน ที่มีน้ำใช้ ร้อยละ 100 โดยใน พ.ศ. 2559 นิยมบริโภค

น้ำดื่มบรรจุขวดมากที่สุด (ร้อยละ 57.9) รองลงมาเป็นน้ำประปาทุกประเภท (ร้อยละ 24) น้ำฝน (ร้อยละ 13.2) น้ำบ่อบาดาล (ร้อยละ 3.9) และ อื่น ๆ (ร้อยละ 1.0) สำหรับน้ำใช้นิยมใช้น้ำประปามากที่สุด (ร้อยละ 83.8) รองลงมาเป็นน้ำบ่อ/น้ำบาดาล (ร้อยละ 13.5) น้ำจากแม่น้ำลำคลอง (ร้อยละ 2.2) และอื่น ๆ (ร้อยละ 0.5)

4.4) การนำเข้าสารเคมีทางการเกษตรมีแนวโน้มปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบอันตรายทางการเกษตรของไทยสูงขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อพิจารณาสัดส่วนการนำเข้าปี 2561 พบว่า สารกำจัดวัชพืช มีสัดส่วนสูงสุดประมาณ 3 ใน 4 หรือประมาณร้อยละ 73 รองลงมาคือ สารป้องกันและกำจัดโรคพืช คิดเป็นร้อยละ 12 ตามมาด้วย สารกำจัดแมลง คิดเป็นร้อยละ 11 และสารอื่น ๆ อีกร้อยละ 4

สุขภาพสิ่งแวดล้อม



ทุกภาคมีการใช้ส้วม
ร้อยละ 99.3-99.8



ทุกภาคนิยมใช้วิธีการ
เก็บ รวบรวม
และนำไปทิ้ง



น้ำดื่มบรรจุขวด
ร้อยละ 57.9



น้ำประปา
ร้อยละ 83.8

5.2 ระดับชุมชน

ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร ปี 2551-2561

ปี	สารกำจัดวัชพืช		สารกำจัดแมลง		สารป้องกันและกำจัดโรคพืช		อื่น ๆ		รวม	
	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า	ปริมาณ	มูลค่า
2557	117,645	13,435	13,910	4,013	10,988	4,708	4,832	656	147,375	22,812
2558	119,971	11,061	12,927	3,684	11,088	3,839	5,560	787	149,546	19,326
2559	125,596	9,688	16,056	3,899	12,915	4,503	6,120	2,487	160,824	20,618
2560	148,979	13,686	21,601	6,166	19,923	6,974	7,814	1,096	198,317	27,922
2561	125,280	14,744	18,057	5,481	21,004	6,935	6,591	9,138	170,932	36,298

ที่มา: กรมวิชาการเกษตร สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร (17 เมษายน 2562)

ซึ่งวัตถุอันตรายทางการเกษตรมีความเป็นไปได้สูงมากที่จะตกค้างในผลผลิตและสิ่งแวดล้อมทั้งในระยะสั้นและระยะยาวรวมถึงอาจส่งผลให้ศัตรูพืชดื้อยาได้อีกด้วย นอกจากนี้ เกษตรกรสามารถเข้าถึงสารเคมีได้ง่ายและมีการใช้มากเกินไปจนก่อให้เกิดปัญหาการใช้สารที่ผิดวิธี และพฤติกรรมการใช้สารของเกษตรกรไทยที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม เป็นปัญหาที่สำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของเกษตรกรรวมถึงผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อม โดยในช่วง 10 เดือนของปีงบประมาณ 2562 (ข้อมูล 1 ต.ค. 61 - 17 ก.ค. 62) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยมีสาเหตุจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 3,067 ราย เสียชีวิต 407 ราย เบิกจ่ายค่ารักษา 14.64 ล้านบาท จากข้อมูลนี้แยกผู้ป่วยตามประเภทของสารเคมีที่ได้รับ ดังนี้

1. ยาฆ่าแมลงกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต (organophosphate and carbamates insecticides) จำนวน 705 ราย เสียชีวิต 58 ราย เบิกจ่ายค่ารักษา 4.27 ล้านบาท

2. ยาฆ่าหญ้าและยาฆ่าเชื้อรา (Herbicides and fungicides) จำนวน 1,337 ราย เสียชีวิต 336 ราย เบิกจ่ายค่ารักษา 6.79 ล้านบาท

3. สารเคมีทางการเกษตรประเภทอื่น ๆ จำนวน 1,025 ราย เสียชีวิต 13 ราย เบิกจ่ายค่ารักษา 3.57 ล้านบาท

ทั้งนี้ในแต่ละปีจะเห็นได้ว่ามีประชาชนจำนวนมากที่เข้ารับการรักษาโดยมีสาเหตุจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยปี 2559 มีผู้ป่วยจำนวน 4,876 ราย เสียชีวิต 606 ราย เบิกจ่ายค่ารักษา 22.19 ล้านบาท ปี 2560 มีผู้ป่วย 4,916 ราย เสียชีวิต 579 ราย เบิกจ่ายค่ารักษา 21.85 ล้านบาท และในปี 2561 มีผู้ป่วย 4,736 ราย เสียชีวิต 601 ราย เบิกจ่ายค่ารักษา 21.78 ล้านบาท ซึ่งหากรวมจำนวนผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในช่วง 4 ปี ตั้งแต่ปี 2559-2562 มีจำนวนถึง 2,193 ราย รวมถึงงบประมาณค่ารักษาพยาบาลกว่า 20 ล้านบาทต่อปี ไม่รวมผู้ป่วยในสิทธิรักษาพยาบาลอื่น ๆ สะท้อนให้เห็นผลกระทบของการใช้สารเคมีปราบศัตรูพืชที่เกิดขึ้น โดยถือเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลกระทบสารเคมีปราบศัตรูพืช จำแนกตามประเภทสารเคมี

ประเภทสารเคมี	ผู้ป่วย	ผู้เสียชีวิต	ค่ารักษา (ล.บ.)
ยาฆ่าแมลงกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต	705	58	4.27
ยาฆ่าหญ้าและยาฆ่าเชื้อรา	1,337	336	6.79
สารเคมีทางการเกษตรประเภทอื่น ๆ	1,025	13	3.57

5.2 ระดับชุมชน

ผลกระทบสาธารณสุขมีปราบศัตรูพืช จำแนกรายปี

ปี พ.ศ.	ป่วย (ราย)	เสียชีวิต (ราย)	ค่ารักษาพยาบาล (ล้านบาท)
2559	4,879	606	22.19
2560	4,916	579	21.85
2561	4,736	601	21.78

5.2.3 ชายแดน

ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาแรงงานอพยพจากประเทศเพื่อนบ้านที่เข้าสู่ประเทศไทยการเคลื่อนย้ายแรงงานเกิดจากปัจจัยภายในประเทศต้นทางที่มีปัญหาทั้งในด้านเศรษฐกิจและการเมือง ในขณะที่ประเทศไทยมีโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่พึ่งพิงภาคการผลิตสูง ทั้งเพื่อการบริโภคภายในประเทศ และส่งออกต่างประเทศ โดยใช้เทคโนโลยีในการผลิตในสัดส่วนที่ต่ำ ให้แรงงานเป็นปัจจัยสำคัญมากในการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจของประเทศที่มีการขยายตัวมากขึ้นขณะที่แรงงานภายในประเทศไม่สามารถตอบสนองต่อการขยายตัวดังกล่าว

จังหวัดชายแดน เป็นจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติเข้ามา

ทำงานเป็นจำนวนมาก ทั้งได้รับอนุญาตให้ทำงานและไม่ได้รับอนุญาตให้ทำงาน มาอาศัยเป็นประชากรแฝงเป็นจำนวนมากทั้งแบบไปกลับรายวันระยะสั้นจนถึงอยู่เป็นชุมชนเกือบทั้งหมดเมื่อเจ็บป่วยจะไปรับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐตามแนวชายแดนโดยในปีงบประมาณ 2558 ประชากรต่างด้าวใน 31 จังหวัดชายแดนมารับบริการ 1,111,079 คน / 2,121,771 ครั้ง โดยโรคที่ป่วยมากที่สุด 5 ลำดับแรกส่วนใหญ่เป็นโรคติดเชื้อ ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ รองลงมาเป็นโรคระบบย่อยอาหาร โรคระบบกล้ามเนื้อโรคติดเชื้อและปรสิต และโรคระบบไหลเวียนโลหิต

ผู้ป่วยนอกต่างด้าวมารับบริการ จำแนกตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก ใน 31 จังหวัดชายแดน ปีงบประมาณ 2558

ลำดับ	กลุ่มโรค	จำนวนผู้มารับบริการ	
		คน	ครั้ง
1	โรคระบบหายใจ	187,746	329,337
2	โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก	161,073	262,338
3	อาการ, อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่น ๆ ได้	148,651	212,825
4	โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริม	97,743	221,528
5	โรคระบบไหลเวียนเลือด	71,557	233,051
6	โรคติดเชื้อและปรสิตอื่น ๆ	69,374	126,099
7	สาเหตุภายนอกอื่น ๆ ที่ทำให้ป่วยหรือตาย	54,380	63,522
8	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	54,602	77,822
9	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม	49,351	161,453
10	โรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปีสภาวะ	52,361	122,230

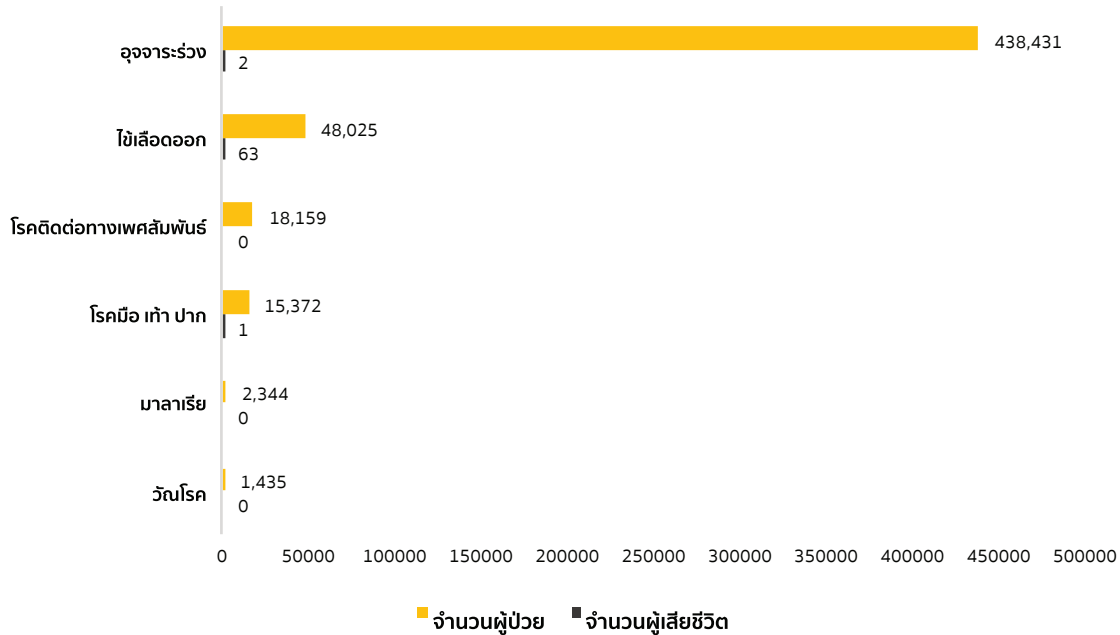
ที่มา: ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

5.2 ระดับชุมชน

ในส่วนของโรคติดต่อแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาอยู่ในไทย ที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องมีจำนวนน้อยกว่าที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนทำให้ แรงงานข้ามชาติเข้ามาอยู่อาศัยอย่างแออัด สิ่งแวดล้อมเน่าเสีย มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคติดต่อได้อย่างรวดเร็วโดยเฉพาะจากรายงานผู้ป่วย และตายที่เป็นประชากรต่างด้าวด้วยโรคติดต่อสำคัญใน

ปีงบประมาณ 2558 เรียงตามลำดับโรค ได้แก่ อูจจาระร่วง มีผู้ป่วยถึง 438,431 ราย เสียชีวิต 2 ราย รองลงมา ไข้เลือดออก มีผู้ป่วย 48,025 ราย เสียชีวิต 63 ราย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีผู้ป่วย 18,159 ราย โรคมือ เท้า ปาก มีผู้ป่วย 15,372 ราย เสียชีวิต 1 ราย โรคมาลาเรีย มีผู้ป่วย 2,344 ราย และโรคฉี่หนู มีผู้ป่วย 1,435 ราย

จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิต ของโรคติดต่อสำคัญในประชากรต่างด้าว พ.ศ.2558



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา สำนักฉี่หนู และสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค

5.2.4 เขตอุตสาหกรรม

อุบัติภัยด้านมลพิษ ใน พ.ศ. 2555-2559 พบว่าการเกิดอุบัติภัยด้านมลพิษมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหากพิจารณารายเขตพบว่า เขตสุขภาพที่ 6 และเขตสุขภาพที่ 13 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นเขตอุตสาหกรรม โดย ใน พ.ศ. 2555 – 2559 มีการร้องเรียนปัญหามลพิษจำนวนเรื่องร้องเรียนปัญหามลพิษมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากสถานประกอบการและบ้านพักอาศัยโดยสาเหตุที่ร้องเรียน คือ มีกลิ่นเหม็น เสียงดังรบกวน ฝุ่นละออง เขม่าควัน และอื่นๆเขตสุขภาพที่ได้รับการร้องเรียนมากที่สุดคือเขตสุขภาพที่ 13, 4, 5 และ 6 เนื่องจากเป็น เมืองหลวงและเขตอุตสาหกรรม โรคจากการประกอบอาชีพภาคอุตสาหกรรม

ในช่วง 4 ปี (พ.ศ. 2557 – 2560) โรคจาก การประกอบอาชีพภาคอุตสาหกรรม ในภาพ ประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในโรคกระดูกและ กล้ามเนื้อ และโรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง

จาก 52.9 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2557 เป็น 213.2 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2560 และ 58.9 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2557 เป็น 90.9 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2560 ตามลำดับ ส่วนโรคพิษจากโลหะหนัก โรคซิลิโคสิส โรคที่เกิดจากแร่ใยหินแอสเบสตอสและโรค จากพิษสารทำลายอินทรีย์ มีไม่มากและคงที่ อยู่ระหว่าง 0.02 – 1.2 ต่อประชากรแสนคน เมื่อพิจารณาเขตสุขภาพ พบว่า

- 1) โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในเขตสุขภาพที่ 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11 และ 12 ขณะที่เขตสุขภาพที่ 1 และ 6 มีโรคกระดูกและกล้ามเนื้อลดลง
- 2) โรคที่เกิดจากพิษโลหะหนักพบว่า อัตราการป่วยอยู่ระหว่าง 0.02 – 0.14 ต่อประชากร แสนคน ในทุกเขตสุขภาพ

5.2 ระดับชุมชน

3) โรคซีโคลิส พบว่า อัตราการป่วยอยู่ระหว่าง 0.07 – 1.85 ต่อประชากรแสนคน ในทุกเขตสุขภาพ

4) โรคที่เกิดจากแร่ใยหินแอสเบสตอส พบว่า อัตราการป่วยอยู่ระหว่าง 0.04 – 0.27 ต่อประชากรแสนคน ในทุกเขตสุขภาพ

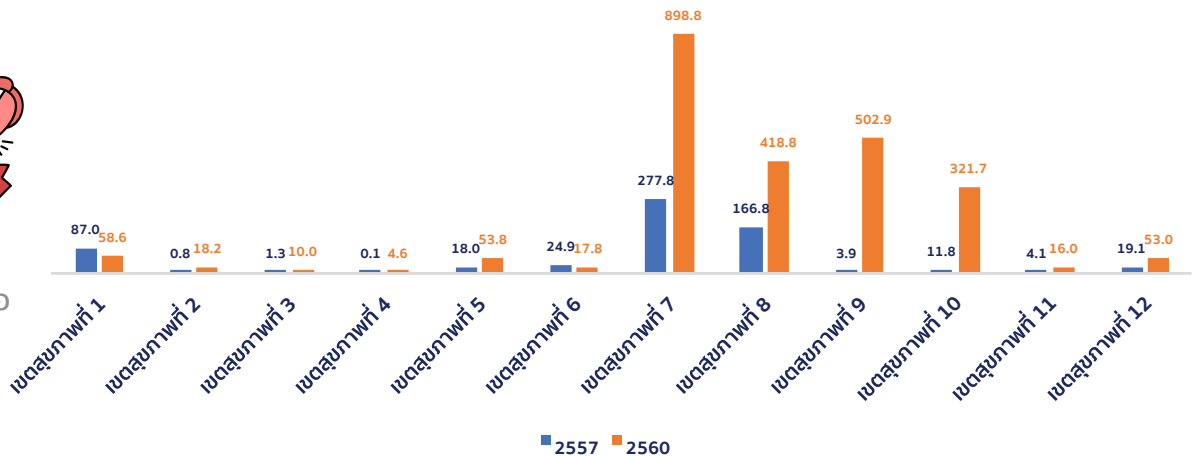
5) โรคจากพิษสารทำลายอินทรีย์ พบว่า อัตราการป่วยอยู่ระหว่าง 0.02 – 1.8 ต่อประชากรแสนคน ในทุกเขตสุขภาพ

6) โรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในเขตสุขภาพที่ 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10 และ 12 ขณะที่เขตสุขภาพที่ 2, 3 และ 5 มีแนวโน้มลดลง

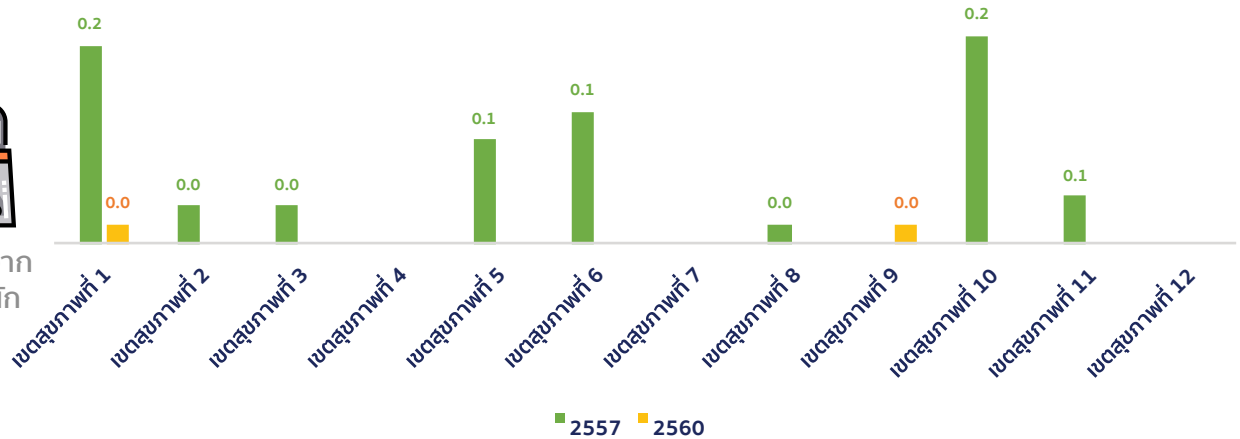
อัตราการป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพภาคอุตสาหกรรม ต่อประชากรแสนคน พ.ศ.2557 และ 2560



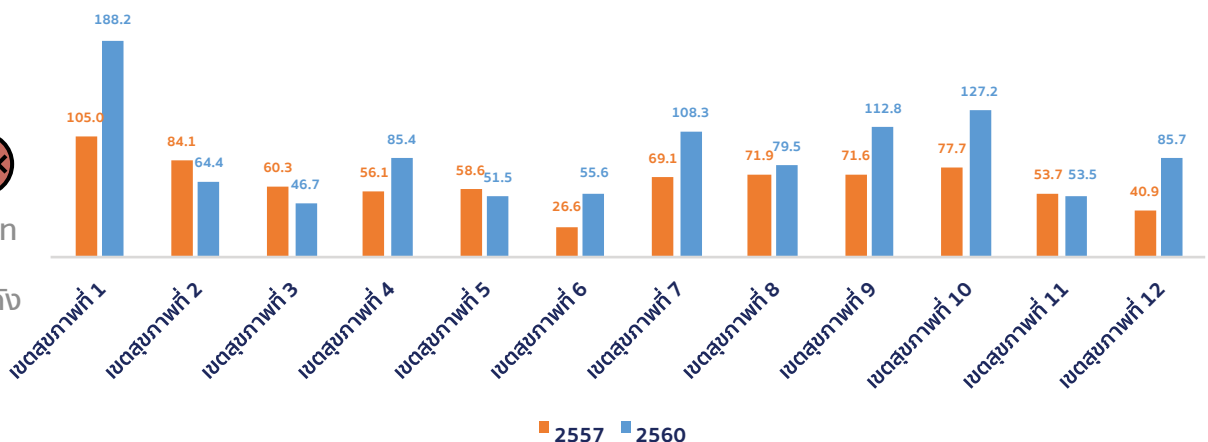
โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ



โรคพิษจากโลหะหนัก



โรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง



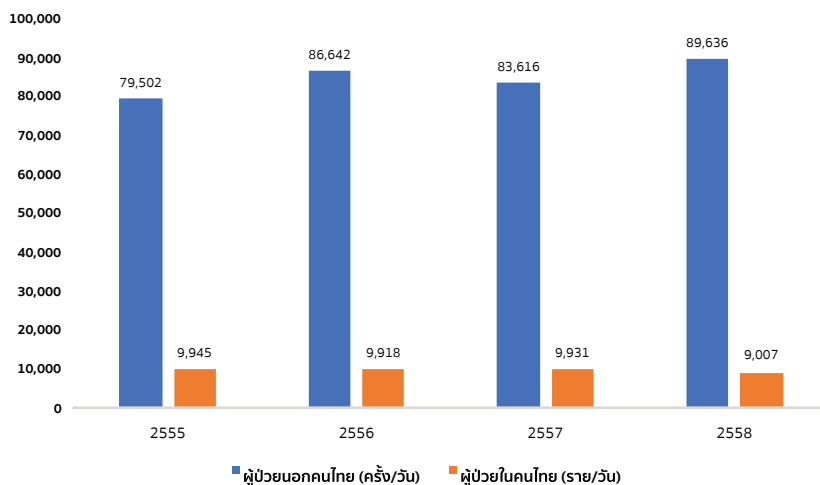
5.2 ระดับชุมชน

5.2.5 เขตเศรษฐกิจพิเศษ

การเกิดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ จะทำให้เกิดนิคมอุตสาหกรรมในพื้นที่รวม 13 ประเภท แตกต่างกันไปตามบริบทของจังหวัด เพื่อกระจายการพัฒนาไปสู่พื้นที่ต่าง ๆ และเพิ่มศักยภาพการแข่งขันของประเทศอันจะนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำและแก้ปัญหาความมั่นคงระหว่างประเทศในขณะเดียวกันก็นำมาสู่ปัญหาสังคมสิ่งแวดล้อมความมั่นคงและปัญหาสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้โดยคาดการณ์ว่าเมื่อเกิดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ จะมีประชากรเคลื่อนย้ายเข้า-ออก ในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะนักท่องเที่ยวเพิ่มจาก 13.1 ล้านคน ใน พ.ศ.2555 เป็น 18.0 ล้านคน ในพ.ศ. 2558 ผู้ใช้บัตรผ่านแดนเพิ่มจาก 2.4 ล้านคน ใน พ.ศ.2555 เป็น 3.6 ล้านคน

ใน พ.ศ.2558 และแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนมี 210,124 คน ทั้งนี้ หากพิจารณาผู้รับบริการด้านสาธารณสุขในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วยนอกคนไทยรับบริการเฉลี่ยต่อวันเพิ่มขึ้นจาก 79,502 ครั้ง ในปีงบประมาณ 2555 เป็น 89,636 ครั้ง ในปีงบประมาณ 2558 และผู้ป่วยนอกต่างด้าวเพิ่มขึ้นจาก 387,508 คน ในปีงบประมาณ 2555 เป็น 420,546 คน ในปีงบประมาณ 2558 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 และผู้ป่วยในต่างด้าวลดลงเล็กน้อยจาก 59,669 คน ในปีงบประมาณ 2556 เป็น 54,992 คน ในปีงบประมาณ 2558 หรือลดลงร้อยละ 7.8

ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคนไทยที่มารับบริการเฉลี่ยต่อวัน ในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ปีงบประมาณ 2555-2558



คาดการณ์แนวโน้มโรคและภัยสุขภาพที่จะเพิ่มขึ้นในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

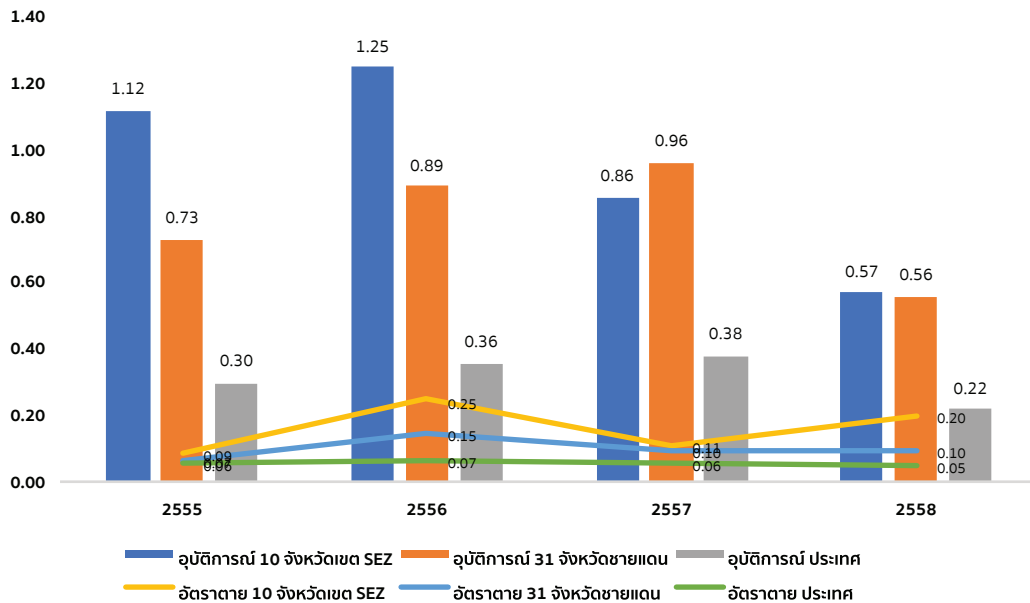


5.2 ระดับชุมชน

1) โรคติดต่อที่สำคัญ ได้แก่

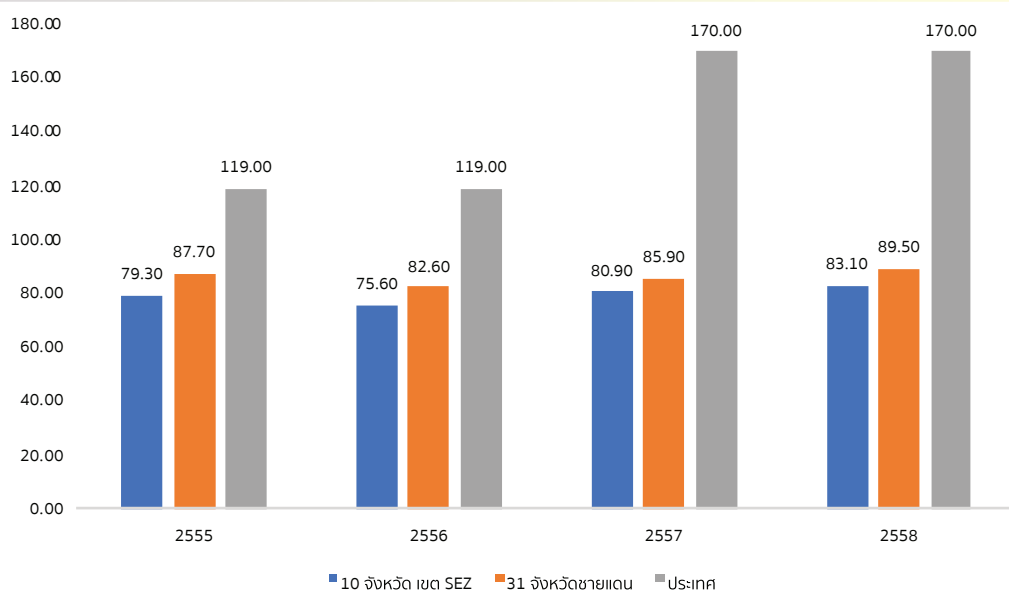
1.1) มาลาเรีย โดยเฉพาะบริเวณจังหวัดชายแดนไทย-เมียนมา และไทย-กัมพูชา รวมทั้งปัญหาเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม (*P.falciparum*) ที่เฝ้าพบสมอนุพันธ์อาร์ติมิซินินใน 6 จังหวัด โดย 3 จังหวัดอยู่ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ได้แก่ ตราด กาญจนบุรี และตาก โดยสถานการณ์โรคพบว่า จังหวัดในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษมีอุบัติการณ์และอัตราการตายสูงกว่า 31 จังหวัดชายแดน ประมาณ 1 เท่า และประเทศประมาณ 3 เท่า มีอุบัติการณ์อยู่ที่ 0.57-1.25 ต่อประชากร 1,000 คน โดยจังหวัดที่มีอุบัติการณ์และอัตราการตายสูงคือ ตาก กาญจนบุรี และสงขลา และพบผู้ป่วยต่างด้าวอยู่ที่ 6,028-10,721 ราย

อุบัติการณ์และอัตราการตายของมาลาเรียของคนไทย พ.ศ.2555-2558



1.2) วัณโรค เป็นปัญหาสำคัญอย่างต่อเนื่อง โดยประเทศไทยเป็น 1 ใน 30 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง (WHO, Global TB Report 2019) องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณทางระบาดวิทยาว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 106,000 ราย หรือคิดเป็น 153 ต่อประชากรแสนคน

อัตราป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนต่อ 100,000 ประชากรของคนไทย ในพ.ศ.2555-2558



5.2 ระดับชุมชน

ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบอันตรายทางการเกษตร ปี 2551-2561

ประเทศ	จำนวน (พันราย)	อัตราต่อ 100,000 ประชากร
เมียนมา	11 (7.4-16)	21 (14-30)
ไทย	4 (2.3-6.1)	5.7 (3.3-8.8)
กัมพูชา	1 (0.46-1.9)	6.4 (2.8-11)
สปป.ลาว	0.16 (0.065-0.28)	2.2 (0.92-4.0)
มาเลเซีย	0.48 (0.36-0.62)	1.5 (1.1-2.0)

ที่มา: WHO Global TB Report 2019

2) โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยอัตราป่วยจากการบาดเจ็บจากการทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 266.9 ต่อประชากร 100,000 คน ในพ.ศ.2556 เป็น 312.8 ต่อประชากร 100,000 คน ในพ.ศ.2557 รองลงมาเป็นประสาทรูเชื่อมส่วนโรคพิษจากสารทำลาย/พิษจากโลหะหนักและโรคปอดจากฝุ่นมีอัตราคงที่อยู่ระหว่าง 0.2-1.4 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อเกิดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษจะมีกิจการอุตสาหกรรมที่ส่งเสริมทั้งหมด 13 กิจการ จึงคาดว่าโรคหรือผลกระทบต่อสุขภาพในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ได้แก่ สูญเสียการได้ยิน โรคปอดจากฝุ่น โรคพิษตัวทำลายอินทรีย์/ก๊าซไอระเหย โรคพิษจากโลหะหนัก อาจจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเดิม

อัตราป่วยของโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ.2555-2558

โรค/ปี	2555	2556	2557	2558
พิษจากสารทำลาย/พิษจากโลหะหนัก	1.4	1.1	1.3	0.9
ประสาทรูเชื่อม			71.8	78.8
บาดเจ็บจากการทำงาน		266.9	312.8	184.9
โรคปอดจากฝุ่น	0.2	0.3	0.2	0.2

โรคที่คาดว่าจะเกิดจากการประกอบอาชีพในอุตสาหกรรม 13 ประเภท ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

อุตสาหกรรม	โรคหรือผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดในอุตสาหกรรมเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ				
	สูญเสียการได้ยิน	รังสี	โรคปอดจากฝุ่น	โรคพิษตัวทำลายอินทรีย์/ก๊าซไอระเหย/โรคพิษจากโลหะหนัก	อื่น ๆ
1. อุตสาหกรรมเกษตรประมง	✓	✓	-	✓	✓
2. เซรามิกส์	✓	-	✓	✓	✓
3. อุตสาหกรรมสิ่งทอเครื่องนุ่งห่ม	✓	-	✓	✓	✓
4. อุตสาหกรรมการผลิตเครื่องเรือน	✓	-	-	✓	✓
5. อัญมณีและเครื่องประดับ	✓	✓	-	✓	✓
6. การผลิตเครื่องมือแพทย์	-	✓	-	-	✓

5.2 ระดับชุมชน

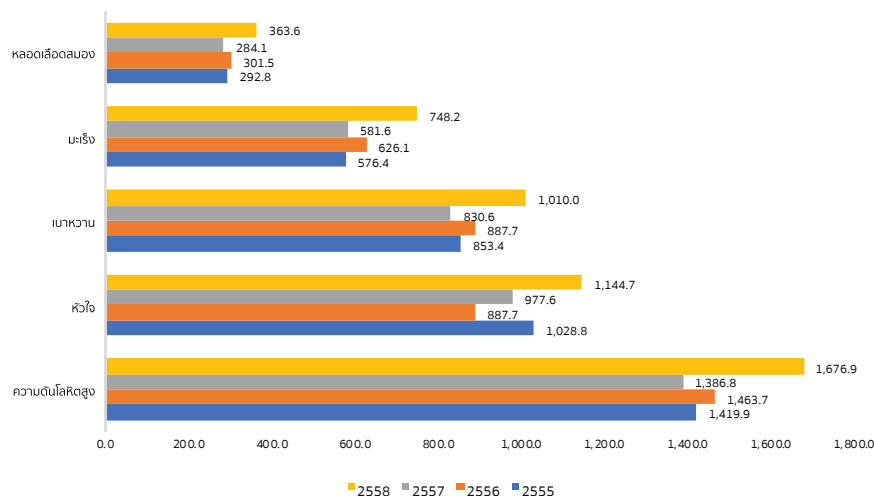
โรคที่คาดว่าจะเกิดจากการประกอบอาชีพในอุตสาหกรรม 13 ประเภท ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (ต่อ)

อุตสาหกรรม	โรคหรือผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดในอุตสาหกรรมเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ				
	สูญเสียการได้ยิน	รังสี	โรคปอดจากฝุ่น	โรคพิษตัวทำลายอินทรีย์/ก๊าซไอระเหย/โรคพิษจากโลหะหนัก	อื่น ๆ
7. อุตสาหกรรมยานยนต์ เครื่องจักรและชิ้นส่วน	✓	✓	✓	✓	✓
8. อุตสาหกรรมเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์	✓	-	✓	✓	✓
9. เคมีภัณฑ์และพลาสติก	✓	-	-	✓	✓
10. การผลิตยา	✓	-	-	✓	✓
11. กิจการโลจิสติกส์	✓	✓	ขึ้นกับชนิดของวัตถุที่ขนส่งและรั่วไหลจากการขนส่ง	ขึ้นกับชนิดของวัตถุที่ขนส่งและรั่วไหลจากการขนส่ง	✓
12. นิคมหรือเขตอุตสาหกรรม	-	✓	✓	✓	✓
13. กิจการสนับสนุนการท่องเที่ยว	✓	-	✓	✓	✓

ที่มา: สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

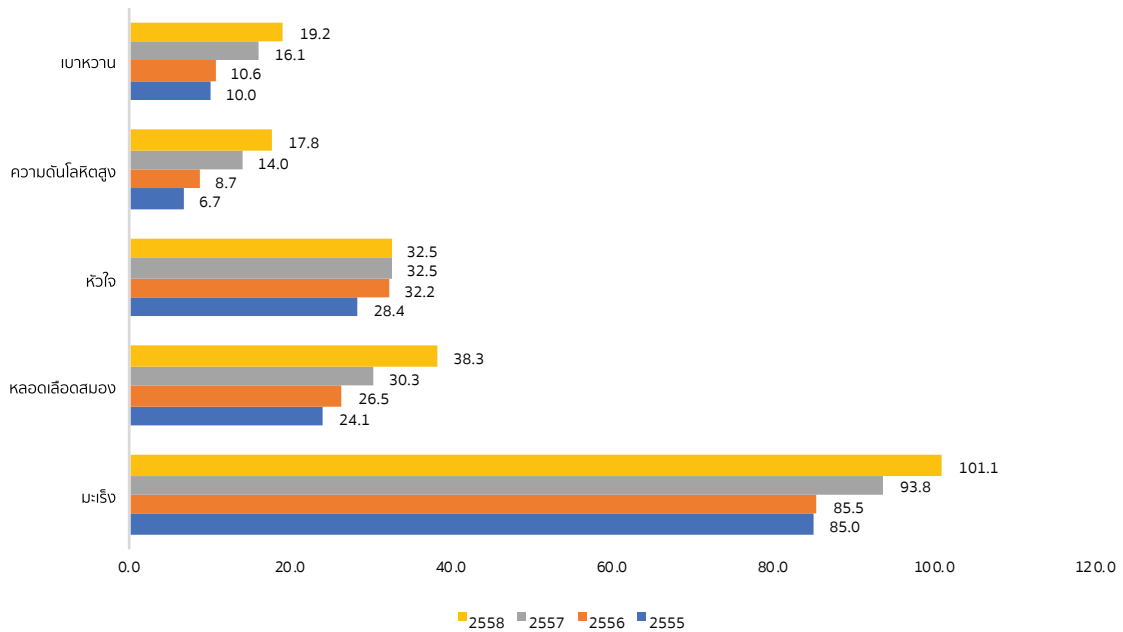
3) โรคที่เกิดจากวิถีชีวิตอันเนื่องมาจากความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลให้คนในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตอย่างไม่พอเพียง ทำให้แบบแผนการดำรงชีวิตและการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป เช่น พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย และอาจมีความเครียดในการปรับตัวต่อการดำเนินชีวิต โดยปี พ.ศ. 2555-2558 พบอัตราผู้ป่วยในและอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาเป็นหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง และหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ในขณะที่อัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นคือ มะเร็ง หัวใจ หลอดเลือดสมอง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ

อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อ 100,000 ประชากร ในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ.2555-2558



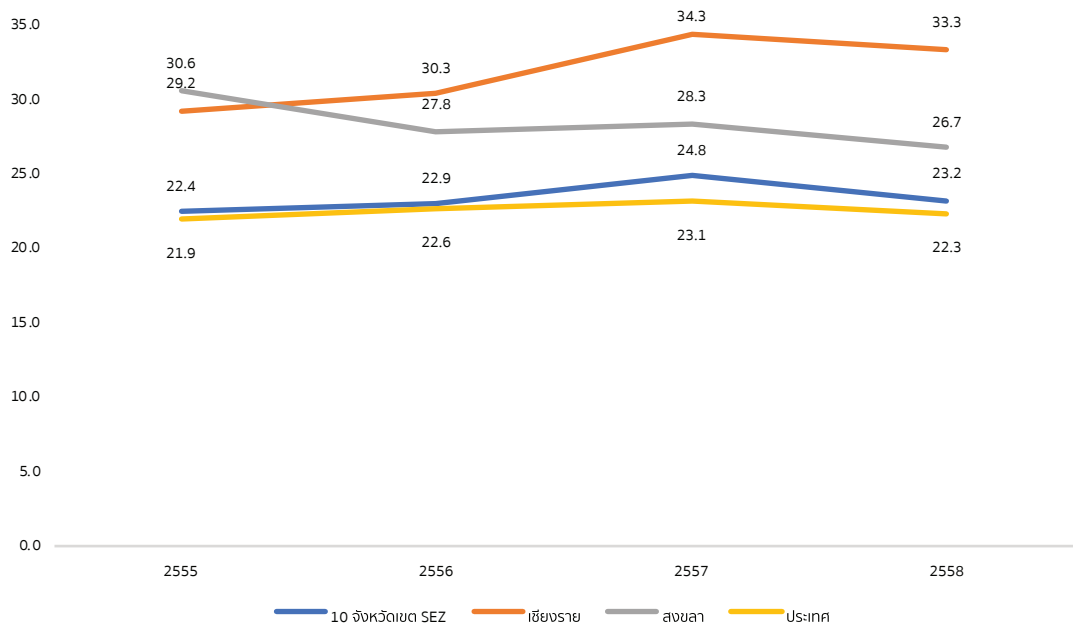
5.2 ระดับชุมชน

อัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อ 100,000 ประชากร ในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ.2555-2558



4) การบาดเจ็บทางถนนอันเนื่องมาจากกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการขนส่งโลจิสติกส์การท่องเที่ยวที่เพิ่มขึ้นนำไปสู่การเกิดการบาดเจ็บจากทางถนนสูงขึ้นโดยในปี พ.ศ.2555-2557 จังหวัดในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษมีอัตราการตายด้วยการบาดเจ็บทางถนนอยู่ระหว่าง 22,4-24,8 ต่อ 100,000 ประชากร สูงกว่าค่าประเทศเล็กน้อย และพบว่า เชียงรายและสงขลามีอัตราการตายจากการบาดเจ็บทางถนนสูงถึง 33.3 และ 26.7 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับในปี พ.ศ.2558

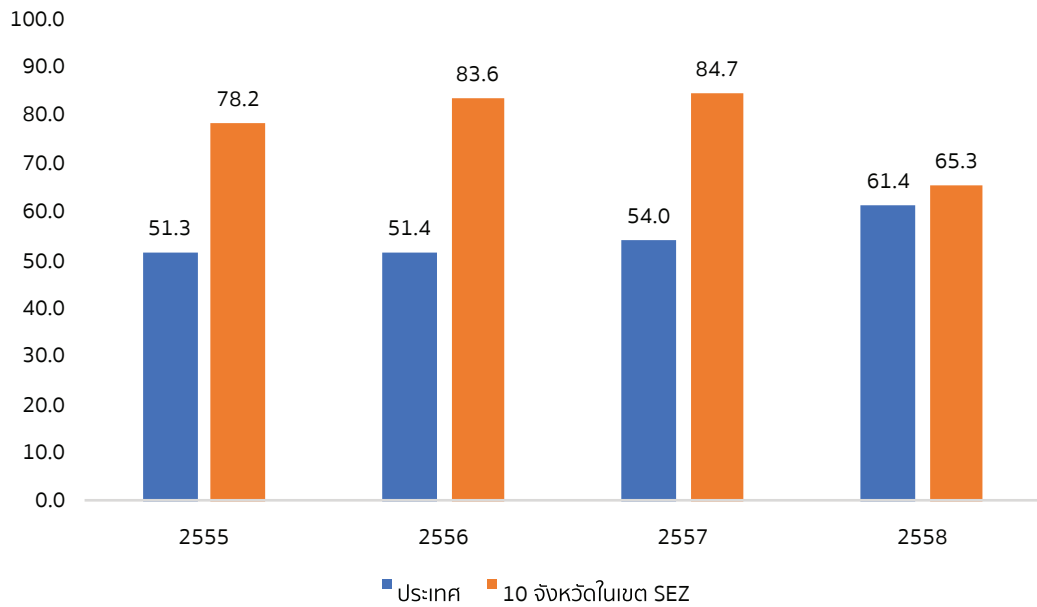
อัตราการตายด้วยการบาดเจ็บทางถนนต่อ 100,000 ประชากร ในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ.2555-2558



5) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของไทย อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ เพิ่มขึ้นจาก 78.2 ต่อ 100,000 ประชากร ใน พ.ศ.2555 เป็น 84.7 ต่อ 100,000 ประชากร ใน พ.ศ.2557 และลดลงเหลือ 65.3 ต่อ 100,000 ประชากร ใน พ.ศ.2558 ซึ่งมีอัตราป่วยสูงกว่าค่าประเทศ

5.2 ระดับชุมชน

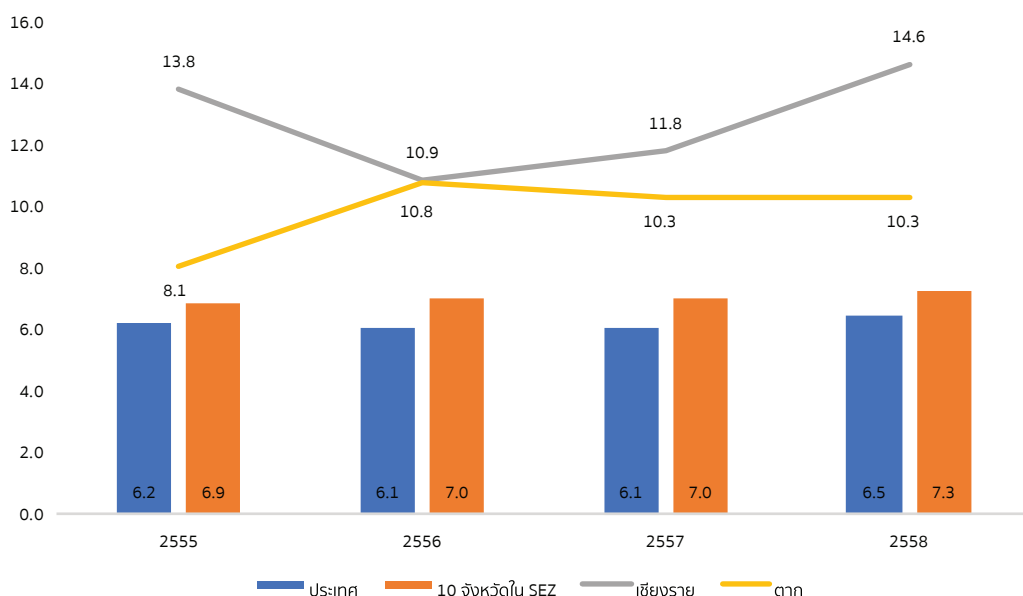
อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ.2555 – 2558



ที่มา: สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค

6) ปัญหาสุขภาพจิตการเปิดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษและประชาคมอาเซียนก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายประชากรและแรงงานต่างด้าวเข้ามาในประเทศไทย ซึ่งมีความหลากหลายทางค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม ตลอดจนการใช้ชีวิตทำให้อาจจะเกิดความเครียดและขัดแย้งระหว่างคนที่อยู่ในพื้นที่กับประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้ามาและนักท่องเที่ยวซึ่งอาจทำให้ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นซึ่งในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษพบอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคจิตโรคซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย อยู่ระหว่าง 245.3-615.5 ต่อประชากร 100,000 คน ในพ.ศ.2555-2558 ซึ่งสูงกว่าค่าประเทศ ยกเว้น พ.ศ.2558 ที่ต่ำกว่าค่าประเทศ และพบอัตราฆ่าตัวตายอยู่ที่ 7.0 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ.2555-2557 โดยสูงกว่าค่าประเทศเล็กน้อย แต่มีข้อสังเกตว่า เชียงรายและตากมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าค่าประเทศ ประมาณ 1.6 เท่า

อัตราฆ่าตัวตายต่อ 100,000 ประชากร ในจังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ.2555-2558



5.2 ระดับชุมชน

7) ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม จากการพัฒนาการค้าและการลงทุนอุตสาหกรรม ส่งผลให้ความเป็นเมืองขยายตัวมากขึ้นมีการใช้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเกินศักยภาพและความสามารถในการรองรับของระบบนิเวศนำมาสู่ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัญหามลพิษทางอากาศ น้ำเสีย ขยะมูลฝอย ของเสียอันตราย รวมทั้งปัญหาสุขภาพที่ไม่ดี เนื่องจากแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาทำงานมักจะมีการตั้งชุมชน สลัม หรือชุมชนขนาดเล็กในภาคแรงงานเกิดขึ้น ซึ่งไม่ถูกสุขลักษณะอนามัย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ได้แก่ โรคจากสิ่งแวดล้อม เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคผิวหนังอักเสบ ฯลฯ และอาจมีการแพร่กระจายของโรคระบาดหรือโรคติดต่อจากแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาอยู่อย่างแออัดได้

แสดงพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพในจังหวัดพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ.2558

จังหวัด	พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ				
	มลพิษสารเคมี และสารอันตราย (เหมืองเก่า)	มลพิษทาง อากาศ (หมอกควัน)	โรงไฟฟ้า ถ่านหิน	ปัญหาการ จัดการ ขยะมูลฝอย	คาดว่าจะมี ปัญหา สิ่งแวดล้อมกับ สุขภาพ
ตาก	✓	✓	-		✓
สระแก้ว	-	-	-		✓
ตราด	-	-	-		✓
มุกดาหาร	-	-	-		✓
สงขลา	-	-	✓	✓	✓
กาญจนบุรี	✓	-	-	✓	✓
เชียงราย	-	✓	-	-	✓
หนองคาย	-	-	-	-	✓
นครพนม	-	-	-	✓	✓
นราธิวาส	-	-	-	-	✓

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

5.3.1 Social trends

5.3.1.1 Tiktok Meme

“TikTok” (หรือ “Douyin” ในประเทศจีน) เป็นแพลตฟอร์ม Social Media ในสังกัดของ ByteDance ที่เริ่มให้บริการเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2559 โดยมีจุดเด่นคือการสร้างและแชร์วิดีโอสั้นๆ กับเพื่อนบนโลกออนไลน์โดยในตัวแอปจะมีเอฟเฟคต่างๆ ทั้งภาพและเสียง ให้ผู้ใช้ได้สนุกไปกับการแต่งวิดีโอของตัวเองตามที่ต้องการ ดังนั้นผู้ใช้ TikTok ส่วนมากจึงเน้นเข้ามาเพื่อรับชมความบันเทิงมากกว่าสาระ (แต่ก็มีวิดีโอของผู้ใช้บางกลุ่มที่ให้สาระเช่นเดียวกัน)

ปัจจุบัน TikTok มีผู้ใช้รายวันทั่วโลกประมาณ 500 ล้านคน (อยู่ในจีนประมาณ 150 ล้านคน) และจากสถิติยังพบว่าแอปพลิเคชัน TikTok ได้รับการยอมรับอย่างมากในประเทศแถบเอเชีย เช่น กัมพูชา, ญี่ปุ่น, อินโดนีเซีย, มาเลเซีย, ไทย, และเวียดนามซึ่งหากนำมาเทียบกับแพลตฟอร์มรุ่นพี่อย่าง Instagram ที่ใช้เวลา 6 ปีในการสร้างฐาน Daily Active User ให้ได้ 500 ล้านคนแล้ว TikTok ถือว่าได้รับความนิยมอย่างรวดเร็วกว่ามากเพราะใช้เวลาเพียงแค่ประมาณ 3 ปี

ในส่วนของยอดการดาวน์โหลด TikTok ก็นับเป็นหนึ่งในแอปพลิเคชันที่มียอดดาวน์โหลดสูงที่สุดในปีที่ผ่านมา โดยมียอดดาวน์โหลดถึง 1,500 ล้านครั้ง (จากทั้งฝั่ง App Store และ PlayStore) ซึ่ง TikTok สามารถขึ้นเป็นแอปพลิเคชันอันดับหนึ่งของฝั่ง App Store (มียอดดาวน์โหลด 33 ล้านครั้งใน Q1/2019) ในขณะที่การดาวน์โหลดบน PlayStore อยู่ในอันดับที่ 3 เป็นรองเพียงแอปรุ่นพี่อย่าง Whatsapp และ Facebook Messenger

เท่านั้น ซึ่งสถิติผู้ใช้ในเชิง Demographic พบว่าร้อยละ 41 ของผู้ใช้ TikTok เป็นวัยรุ่นที่มีอายุอยู่ในช่วง 16 – 24 ปี (Gen Z) ถือเป็นประชากรกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดบนแพลตฟอร์มปัจจุบัน TikTok เปิดให้บริการใน 155 ประเทศ และรองรับถึง 75 ภาษาทั่วโลก โดย 3 ประเทศที่มีผู้ใช้แอปพลิเคชัน TikTok สูงที่สุดคือ อินเดีย, จีน, และสหรัฐอเมริกาตามลำดับ ซึ่งปริมาณผู้ใช้ในอินเดียนั้นเกือบจะเทียบได้กับ 1 ใน 3 ของผู้ใช้ TikTok ทั่วโลก ส่งผลให้ TikTok เป็นแพลตฟอร์มที่เติบโตอย่างรวดเร็วและเป็นแหล่งรวมวัยรุ่น Gen Z จำนวนมากจากทั่วทุกมุมโลก เท่านั้น

พฤติกรรมการใช้งานของผู้ใช้ Tiktok ผู้ใช้จะใช้เวลาไปกับ Tiktok เฉลี่ย 52 นาทีต่อวัน โดยร้อยละ 90 มักจะเข้า Tiktok มากกว่า 1 ครั้งต่อวัน และในแต่ละวัน มีวิดีโอถูกเปิดดูบน Tiktok มากกว่า 1,000 ล้านครั้ง ทั้งนี้ ในเวลาน้อยกว่า 18 เดือนฐานผู้ใช้ Tiktok ที่เป็นผู้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกามีเพิ่มขึ้นถึง 5.5 เท่า เนื่องจากคอนเทนต์บน Tiktok ส่วนมากสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่ายกว่าด้วยความเป็นคอนเทนต์บันเทิงที่ใช้เวลาสั้นๆ ในการรับชม ทำให้ message ที่แบรนด์ต้องการสื่อสารสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากยิ่งขึ้นโดยไม่ต้องกดข้าม (เพราะจบเร็ว) และสามารถเข้าใจได้ง่ายเพราะต้องทำทุกอย่างให้กระชับที่สุดนอกจากนี้สถิติยังระบุว่าแพลตฟอร์มยังมีการเติบโตอย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่อีกด้วยจากการที่ผู้ใช้ในช่วงวัยที่สูงกว่า Gen Z มีการเติบโตขึ้นถึง 5.5 เท่า ในระยะเวลาต่ำกว่า 18 เดือน เท่านั้น ดังภาพ

พฤติกรรมการใช้งานของผู้ใช้ Tiktok



5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

ในส่วนของ Meme ที่กำลังเป็นกระแสนิยมเช่นกันนั้น คำนิยามของ Meme คือ มุกขำขันที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็วบน Social network โดยเป็นได้หลายรูปแบบ ทั้งภาพ คลิปวิดีโอ คำพูด วลี ประโยคเด็ด ฯลฯ ซึ่งการสร้าง Meme ไม่จำกัดแค่เรื่องของตัวเองคนเดียว แต่ยังสามารถเป็นได้ทั้งเรื่องของตัวบุคคล พฤติกรรม เหตุการณ์สำคัญ ที่มีการพูดถึงในโลกอินเทอร์เน็ตแล้วนำมาสร้างเป็นเรื่องราวในแบบ Meme โดยการวาดเป็นการ์ตูนง่าย ๆ หรือตัดต่อรูปภาพให้สื่อได้เข้าใจ

จากการแพร่กระจายที่รวดเร็วของ Meme บางคนอาจจะมองว่ามีเป็นสิ่งที่ไร้สาระเพราะไม่คุ้นเคยกับวัฒนธรรมการส่งมิมหรือแชร์มิม แต่จะบอกว่ามิมเป็นสิ่งที่น่าจับตามอง แล้วดูเหมือนจะเป็น ‘คลื่นลูกใหม่’ ในโลกเทคโนโลยี ที่จะเปลี่ยน ‘วิธีการดำเนินธุรกิจ’ ได้ โดยปัจจุบัน มีมิมอาจจะกลายเป็นเครื่องมือสำคัญของธุรกิจเพราะหลายธุรกิจได้นำมิมมาใช้ในการโฆษณาจัดโปรโมชั่นหรือเป็นส่วนหนึ่งของแผนการตลาดยกตัวอย่างเช่น Tops Supermarket ที่ไม่ว่าจะมีกระแสสังคมอะไรก็ตามพวกเขาจะนำภาพสินค้าหรือผลิตภัณฑ์มาเชื่อมโยงกับประเด็นนั้น ๆ ที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะมันเป็นเรื่องที่ประหยัดทันสมัยและไวรัลได้อย่างรวดเร็วซึ่งหลายองค์กรก็เล็งเห็นประโยชน์ของมิมแล้วนำมาปรับเข้ากับองค์กรเพราะมันแสดงให้เห็นถึงวัฒนธรรมและความเข้าใจต่อสังคมขององค์กรนั้น ๆ

“คำสแลงเปลี่ยนดัชนีการรับรู้ของผู้คน เพราะมันไม่ได้อิงตามทฤษฎี แต่อิงตามประสบการณ์อันฉับพลันของมนุษย์” มาร์แชล แม็คลูฮาน (Marshall McLuhan) นักวิชาการด้านการสื่อสารการตลาดชาวแคนาดา กล่าวซึ่งการเข้ามาของมิมทำให้เราเปลี่ยนวิถีชีวิตหลายอย่างและมีอิทธิพลต่อการใช้ภาษาในยุคสมัยใหม่ รวมถึงสร้างบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากยุคก่อนเนื่องจากมิมมีความหลากหลายและมีจำนวนมากซึ่งแต่ละอันก็ถูกสร้างขึ้นเพื่อเป้าหมายเฉพาะกลุ่ม อย่างเช่น nerd memes, science memes หรือ ok boomer memes

นอกจากจะเป็นข้อความที่ใช้ส่งต่อเพื่อสื่อสาร ในมิมมีมหนึ่งยังแฝงไปด้วยประเด็นบางอย่างทางสังคม ทั้งที่กำลังเป็นกระแสและไม่เป็นกระแส แต่แน่นอนว่าภาพที่เป็นกระแสมักจะได้รับความนิยมมากกว่าเพราะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์และการรับรู้ของผู้คนส่วนใหญ่และปัจจุบันมีมิมนับว่าเป็นการสื่อสารรูปแบบใหม่ทางการเมือง หรือที่เรียกว่า มีมการเมือง (political meme)

โดยมีฟังก์ชันในการทำให้การความรู้สึกตลกหรือเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์บางอย่างโดยเฉพาะถ้ามีมิมนั้นมีการแชร์อย่างกว้างขวางหรือเป็นไวรัลก็จะสามารถปลูกฝังความรู้สึกและบรรทัดฐานบางอย่างเกี่ยวกับประเด็นทางการเมืองแก่สาธารณชนได้

จากสถานการณ์ในปัจจุบัน มีมิมอาจมีหน้าที่ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสังคมได้เช่นเดียวกับกรณีตลกอื่น ๆ ที่ผู้คนเลือกออกมาตอบโต้โดยใช้รูปแบบของอารมณ์ขัน อย่างการเตือนการยิงซีปนาวุธในฮาวาย การลอบสังหารกาเซ็ม โซเลย์มานี (Qasem Soleimani) ผู้บัญชาการระดับสูงของกองทัพอิหร่าน หรือการอภิปรายไม่ไว้วางใจรัฐบาลไทย ที่แม้จะชวนหงุดหงิดใจ แต่ทุกคนก็พยายามฝืนยิ้มไปกับมิมตลกที่ได้จากสภาประชุมนั่นเอง

ทั้งนี้แม้ว่ามีมิมบางมิมเรียกเสียงฮาได้บางมิมก็ทำให้ผู้คนเข้าใจข้อมูลง่ายมากขึ้นแต่ก็ต้องระวังการล้อเลียนบางประเด็นที่อ่อนไหวเกินไป ซึ่งอาจนำมาสู่ความแตกแยกได้

5.3.1.2 FOMO & YOLO

ภาวะกลัวการตกกระแส FOMO ย่อมาจากคำว่า Fear of Missing Out เป็นอาการทางจิตเวชประเภทหนึ่ง ที่ส่งผลให้หลายคนมีอาการหมกมุ่นกับการเช็คข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ตลอดเวลาจนเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมแสดงออกและความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างอย่างเห็นได้ชัด

จากสถานการณ์การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตในระดับโลก บ่งชี้ได้อย่างดีว่าจำนวนผู้ที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตมีมากกว่า 2.5 พันล้านคน คิดเป็นเกือบหนึ่งในสามของประชากรโลก และยังมีคาดการณ์ว่าภายในปีพ.ศ.2563 จำนวนคนที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้จะพุ่งขึ้นสูงถึง 26 พันล้านคนทั่วโลก ส่วนในประเทศไทย จากรายงานสถิติดิจิทัลของประเทศไทย พบว่ามีผู้ใช้อินเทอร์เน็ต และผู้ใช้ Social Media กลุ่มแอคทีฟ 52 ล้านคน โดยคนไทยมีการใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยวันละ 9 ชั่วโมง 1 นาที ซึ่งกิจกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นที่นิยมในประเทศไทยมากที่สุด (มกราคม 2563) ได้แก่ Facebook และ YouTube ร้อยละ 94 รองลงมาเป็น Line ร้อยละ 85 Facebook Messenger ร้อยละ 76 Instagram ร้อยละ 65 Twitter ร้อยละ 55 และ Tiktok ร้อยละ 36

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

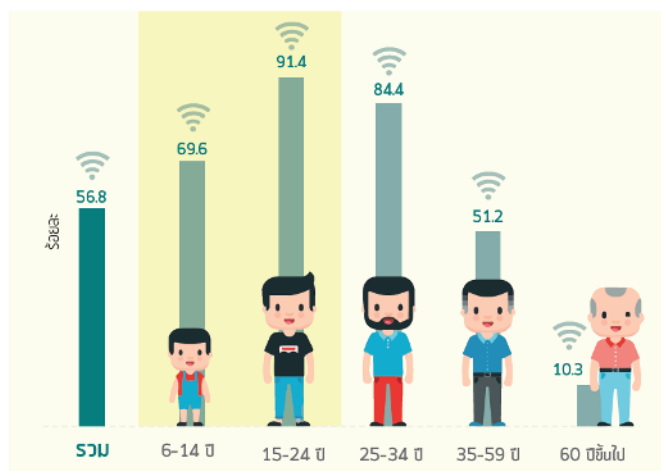
จากจำนวนผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มขึ้น สามารถแปลความได้ว่าต้องมีจำนวนผู้ใช้งานสื่อสังคมออนไลน์เป็นระยะเวลาและบ่อยครั้งมากขึ้นส่งผลให้เกิด “สภาวะเสพติดอินเทอร์เน็ต” เนื่องด้วยกลัวว่าจะตกกระแสหรือเกรงว่าจะพุดคุยกับคนอื่นไม่รู้เรื่อง ซึ่งเรียกว่า ภาวะกลัวการตกกระแส FOMO ในสังคมออนไลน์ โดยในรายงานการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์และภาวะการกลัวการตกกระแสของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก” พบว่า ภาวะการกลัวการตกกระแส เป็นสภาวะผิดปกติที่กลัวการตกกระแสสังคมออนไลน์จนรู้สึกกระวนกระวายกลัวว่าจะพลาดเรื่องสำคัญอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งยังกลัวว่าคนอื่นจะทำอะไรดี ๆ โดยไม่มีตนเอง จึงเสพสื่อสังคมออนไลน์แบบเกาะติด เพื่อไม่ให้ตกข่าวอัปเดตทั้งในระดับโลก ประเทศชาติ สังคม ไปจนถึงกลุ่มเพื่อนฝูง ครอบครัว ซึ่งภาวะนี้นับเป็นอาการคุกคามสุขภาพจิตของคนทั่วโลก ซึ่งยืนยันได้จากผลสำรวจของบริษัท ทาทา คิมมิวนิคชั่น ในโครงการ Connected World II ผ่านกลุ่มตัวอย่างจาก 6 ประเทศ พบว่า ประชากรโลก ร้อยละ 64 ยอมรับว่าเคยมีประสบการณ์หรือรู้สึก FOMO ในยามที่ไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ โดยการสำรวจนี้พบว่า คนเอเชียรู้สึก FOMO ถึงร้อยละ 80 ถ้าไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และเกือบ 1 ใน 3

ของผู้ใช้อินเทอร์เน็ต ใช้เวลาอยู่ในโลกออนไลน์ 6 ชั่วโมงหรือมากกว่านั้น ใน 1 วัน โดยนักวิจัยได้อธิบายว่า FOMO เป็นลักษณะความปรารถนาที่จะเชื่อมต่ออย่างต่อเนื่องกับสิ่งที่คนกำลังทำอยู่ เพื่อรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ ก่อนคนอื่นซึ่งจะสร้างความภาคภูมิใจหากตนรู้เรื่องเหล่านั้นก่อนใครตอบสนองความต้องการของกรได้เป็นที่ยอมรับ เป็นคนสำคัญ และเป็นที่สนใจของคนรอบข้างและผลการวิจัยได้ชี้ให้เห็นว่าผู้ที่มีแนวโน้มที่จะเป็น FOMO คือ ผู้ที่สามารถเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ตั้งแต่ตื่นตอน และตลอดทั้งวันไม่ว่าจะทำกิจกรรมหรือภารกิจจะอะไรอยู่หรือมีประสบการณ์ด้านอารมณ์ในเชิงบวกหรือเชิงลบขณะที่สื่อสังคมออนไลน์มีอิทธิพลทั้งด้านบวกและด้านลบ เช่น การมีเพื่อนในสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น การเพิ่มเพื่อนมากขึ้น โดยทักทายหรือพุดคุยกับคนแปลกหน้าที่ตนเองนั้นสนใจและทำให้ผู้อื่นประทับใจตนเองมากขึ้นโดยการโพสต์ความคิดเห็นบนรูปภาพและการอัปเดตสถานะจนเครียดโดยไม่รู้ตัว

5.3.1.3 Personalization

ปัจจุบัน วัยรุ่นและเยาวชนไทยเกือบทุกคน ร้อยละ 96.9 มีโทรศัพท์มือถือใช้ และมีการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว จากไม่ถึงร้อยละ 45 ในปี พ.ศ.2551 เป็นร้อยละ 91.4 ในปีพ.ศ.2561 โดยมีสัดส่วนของผู้ใช้ที่สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรในกลุ่มอายุอื่น ดังภาพ

การใช้อินเทอร์เน็ตของคนไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ.2561



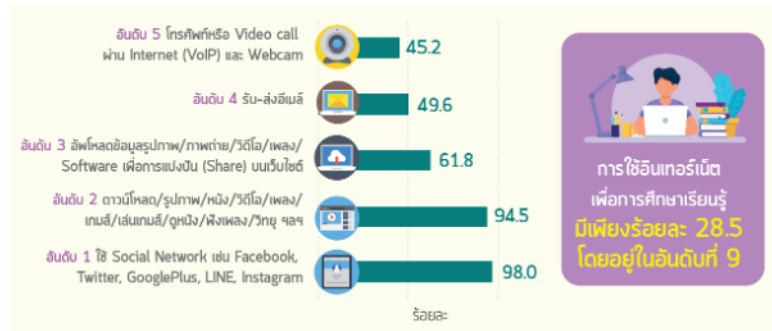
ที่มา : การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

กิจกรรมบนโลกอินเทอร์เน็ตอันดับ 1 เป็นการเข้าใช้เพื่อสื่อสารบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ อันดับ 2 และ 3 เป็นการใช้งานส่วนตัวส่วนใหญ่เพื่อความบันเทิงในการดาวน์โหลดและอัปโหลด

ข้อมูลรูปภาพ วิดีโอ เพลง หรือภาพยนตร์ในลักษณะการแบ่งปันหรือการ “share” บนเว็บไซต์ ขณะที่กิจกรรมเพื่อการศึกษาเรียนรู้มีสัดส่วนการใช้ไม่ถึงร้อยละ 30 โดยอยู่ในอันดับที่ 9 ดังภาพ

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

5 อันดับกิจกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่สูงที่สุดในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) ปี พ.ศ.2561

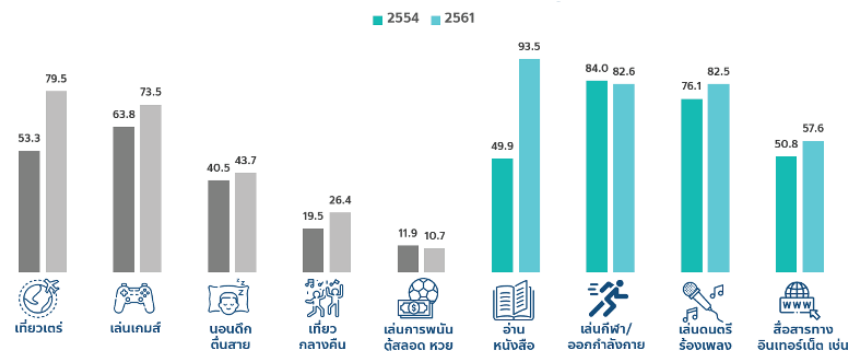


ที่มา : การสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากการสำรวจสถานะทางสังคมวัฒนธรรมและสุขภาพจิต พ.ศ.2554 และ 2561 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบพฤติกรรมการเล่น เวิร์ด เกม นอนดึกตื่นสาย และเที่ยวกลางคืนของวัยรุ่นและเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นขณะเดียวกันการเล่นกีฬาออกกำลังกาย

เล่นดนตรีร้องเพลงก็เพิ่มขึ้นเช่นกันแต่ที่เพิ่มขึ้นชัดเจนที่สุดคือ พฤติกรรมการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ เช่น ทวิตเตอร์ ไลน์ หรือเฟซบุ๊ก ที่เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า ดังภาพ

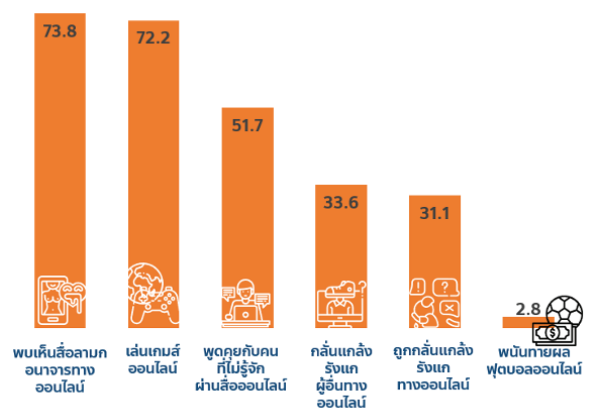
พฤติกรรมทางสังคมของวัยรุ่นและเยาวชนไทย (อายุ 13-24 ปี)



ที่มา : การสำรวจสถานะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ.2554 และ 2561 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ทั้งนี้ จากผลการสำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ ปี พ.ศ.2562 พบว่า เด็กไทย ซึ่งรวมวัยรุ่นและเยาวชน ในระดับชั้นประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย เกือบ 3 ใน 4 เคยพบเห็นสื่อลามกอนาจารทางออนไลน์ หรือเคยเล่นเกมออนไลน์ ขณะที่ประมาณ 1 ใน 3 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นทางออนไลน์ ทั้งในฐานะถูกกระทำหรือเป็นผู้กระทำ ดังภาพ

การทำกิจกรรมที่เป็นความเสี่ยงออนไลน์ของเด็กวัยรุ่นและเยาวชนไทย



ที่มา : รายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ ปี 2562 (COPAT)

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

5.3.1.4 Freedom & Flexibility

พฤติกรรมเชิงลึกของแต่ละ Generation มีความแตกต่างกันทั้งในเชิงพฤติกรรม การดำรงชีวิต ความเป็นอยู่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการตัดสินใจ โดยแต่ละ Generation มีพฤติกรรมที่ต่างกันไป ดังนี้

1) Baby boomer (55 ปีขึ้นไป) ให้ความสำคัญกับราคาที่สุด เนื่องจากคนวัยนี้ไม่ได้สร้างรายได้เอง จึงกังวลเรื่องราคาในการตัดสินใจซื้อและแม้จะอยู่ในวัยเกษียณแต่มีความเข้าใจการใช้เทคโนโลยีทุกอย่างรับผ่านมือถือไม่ใช้คอมพิวเตอร์ชอบใช้ Line แต่หากต้องการสื่อสารต้องใช้ Facebook โดยชอบรับสื่อ VDO ดีที่สุด เน้นใช้ปุ่มใหญ่ๆ ตัวอักษรใหญ่ๆ และ ห้าม ใช้ศัพท์สแลงในการสื่อสาร และ แก่ ถือเป็นคำต้องห้าม ให้เรียก ผู้สูงอายุ

2) Gen X (40-54 ปี) ส่วนใหญ่มีครอบครัว ดังนั้นจะให้ความสำคัญกับ Work Life Balance มีความเป็นแบบรนต์ลยัลที่สูงแต่จะตัดสินใจแต่ละทีต้องทำการค้นหาข้อมูลให้ครบถ้วนชอบอ่านรีวิวดังนั้นต้องให้ข้อมูลเยอะที่สุดเพื่อประกอบการตัดสินใจคนกลุ่มดังกล่าวขณะที่ยังเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการทำการตลาดเพราะ Gen X ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการทำงานและธุรกิจ ชอบสะสมคู่มือ สนใจส่วนลดต่าง ๆ

3) Gen Y (23-39 ปี) เป็นดิจิทัลเนทีฟ และมี Freedom and flexibility แต่ชอบให้ถูกถามความคิดเห็น หากจะต้องทำแคมเปญสักอย่างกับคนเจนดังกล่าว ต้องเข้าไปขอ

ความคิดเห็นชอบการมีส่วนร่วมในการสร้างความเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาสิ่งนั้นไม่ชอบการถูกปิดบังมีความอ่อนไหวมาก ไม่พอใจจะโพสต์ทันทีและเป็นเจนที่มีเครือข่ายสังคมของตัวเอง เช่น Facebook กลุ่มหรืออยู่ใน Pantip คือ ต้องการหาคนที่ชอบแบบเดียวกันเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนสุดท้ายรอไม่ได้ต้องการเดี๋ยวนี้ ดังนั้นหากซื้อขายออนไลน์กับคนกลุ่มนี้ต้องตอบสนองได้ทันทีทันใด 'ช้า คือ ออก'

4) Gen Z (10-22 ปี) เป็นกลุ่มมัธยมปลาย และมหาลัย โดยจะชอบเสพประสบการณ์มากกว่าผลิตภัณฑ์ และโลกของเจน Z คือ วิดีโอ และเชื่อถือ Micro Influencer ดังนั้น Micro Influencer จึงมีผลต่อการตัดสินใจของคนกลุ่มมาก

5) Gen Alpha (อายุน้อยกว่า 10 ปี) หลักสำคัญคือ เจนเหล่านี้มีอิทธิพลต่อคนเจน X และ Y ที่เป็นพ่อแม่ผู้ปกครอง ดังนั้นอยากเจาะเจน Alpha ต้องทำความเข้าใจ เจน X และ Y โดยต้องสื่อสารถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับลูก การตัดสินใจของพ่อแม่ทุกอย่างจะขึ้นอยู่กับลูก

ทั้งนี้พฤติกรรมที่ต้องการความอิสระและความยืดหยุ่น เป็นหนึ่งในพฤติกรรมเชิงสร้างสรรค์โดยเมื่อจำแนกพฤติกรรมเชิงสร้างสรรค์ด้านการปรับตัวและพฤติกรรมเชิงสร้างสรรค์ด้านนวัตกรรม ตามแนวคิดของ Kirton สามารถสรุปได้ดังตาราง

การจัดกลุ่มพฤติกรรมเชิงสร้างสรรค์ด้านการปรับตัวและพฤติกรรมเชิงสร้างสรรค์ด้านนวัตกรรม ตามแนวคิดของ Kirton

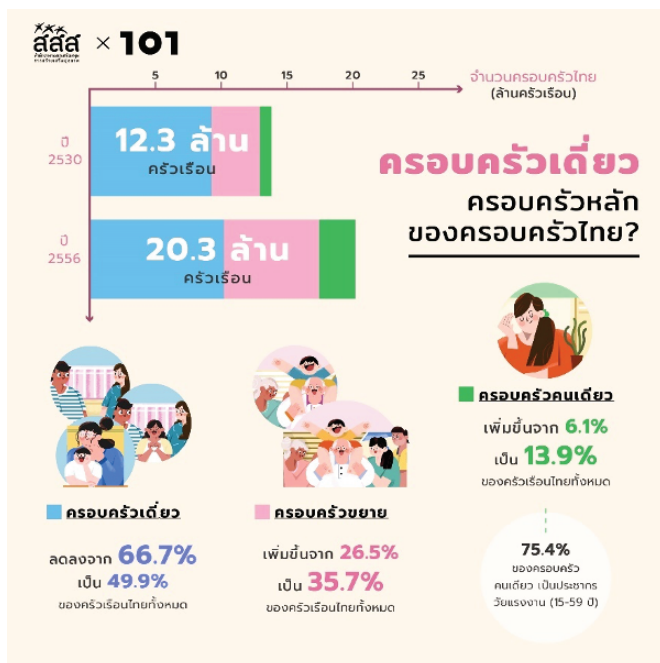
พฤติกรรมเชิงสร้างสรรค์ด้านการปรับตัว (Adaptive creative behavior)	พฤติกรรมเชิงสร้างสรรค์ด้านนวัตกรรม (Innovative creative behavior)
เป็นตัวของตัวเอง	มีความคิดอิสระ ไม่ชอบตามอย่างใคร ไม่คล้อยตามความคิดเห็นของคนอื่นง่าย
ทนต่อความสับสน ชอบทำสิ่งที่ซับซ้อน ยอมรับในสิ่งที่ไม่แน่นอน และสิ่งที่เป็นข้อขัดแย้ง	มีอารมณ์ขัน ยี่เล่น ชอบคิดเล่นไปเรื่อย ๆ ช่างจินตนาการ
มีความมุ่งมั่น มีความสามารถในการใช้สมาธิ	ชอบทำสิ่งที่แปลกใหม่ ไม่เหมือนใครในสังคม
มีความยืดหยุ่น พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงความคิดและวิธีการทำงาน รับความคิดใหม่มาพิจารณาง่าย	ช่างสงสัย ชอบตั้งคำถาม และซักถามในสิ่งที่อยากรู้
มีความฉับไวที่จะรับรู้ปัญหา มองเห็นปัญหาได้อย่างรวดเร็วและชัดเจน	มีนิสัยคิดหาคำตอบ แสวงหาการทดลอง ต้องการค้นพบคำตอบด้วยตนเอง
มีความสามารถในการแก้ปัญหา นำความคิดมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น	กล้าคิด กล้าแสดงออก ชอบแสดงความคิดเห็นใหม่เสมอ

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

5.3.1.5 Living in a single family

จากการศึกษาการอยู่อาศัยร่วมกันของสมาชิกในครัวเรือนไทย พ.ศ.2539-2560: การจำแนกรูปแบบด้อยกลุ่มวัย ของ ดร.ปัทมา ว่าพัฒนวศ์ พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวไทยมีแนวโน้มลดลง สะท้อนว่าครอบครัวไทยมีขนาดเล็ก โดยจำนวนครอบครัวคนเดียวและครอบครัว 2 คน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ในขณะที่จำนวนครอบครัวที่มี 3 คนขึ้นไปกลับมีแนวโน้มลดลง โดยครอบครัวคนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.8 เป็นร้อยละ 20.5 ของครัวเรือนไทยทั้งหมด หรือเพิ่มขึ้น 2.3 เท่าตัว ส่วนครอบครัว 2 คนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.9 เป็นร้อยละ 27.3 ของครัวเรือนไทยทั้งหมด หรือเพิ่มขึ้น 1.7 เท่าตัว ในขณะที่ ครอบครัวขนาดใหญ่ที่มีสมาชิกจำนวน 3 คนขึ้นไป ลดลงจากร้อยละ 75.3 เหลือร้อยละ 52.2 ของครัวเรือนไทยทั้งหมด หรือลดลงร้อยละ 23 ดังภาพ

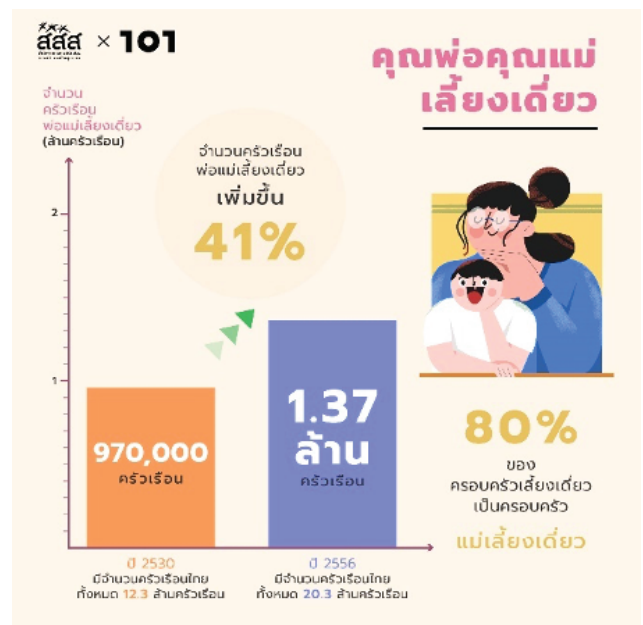
จำนวนครอบครัวไทย



จากรายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ.2558 พบว่า ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ครอบครัวไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 12.3 เป็น 20.3 ล้านครัวเรือน โดยระหว่างปี 2530-2556 ครอบครัวเดี่ยว (หมายรวมถึง ครอบครัวพ่อแม่ลูก, ครอบครัวสามีภรรยาที่ไม่มีลูก, ครอบครัวพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว) ยังคงเป็นประเภทครอบครัวหลักที่มีจำนวนมากที่สุด แต่มีสัดส่วนที่น้อยลง ในขณะที่สัดส่วนครอบครัวขยาย (หมายรวมถึง ครอบครัวสามรุ่นและครอบครัวแห่งกลาง) และครอบครัวอยู่คนเดียววันนั้นเพิ่มขึ้น โดยครอบครัวเดี่ยวลดลงจากร้อยละ 66.7 เหลือร้อยละ 49.9 ของจำนวนครัวเรือนไทยทั้งหมด ส่วนครอบครัวขยายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.5 เป็นร้อยละ 35.7 ของจำนวนครัวเรือนไทยทั้งหมด ในขณะที่ ครอบครัวอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.1 เป็นร้อยละ 13.9 ของจำนวนครัวเรือนไทยทั้งหมดหรือเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า ซึ่งร้อยละ 75.4 ของครอบครัวคนเดียวเป็นประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี)

นอกจากนี้จากปี พ.ศ. 2530-2556 ครอบครัวพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากจาก 970,000 ครัวเรือนเป็น 1.37 ล้านครัวเรือน หรือเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41 และในจำนวนนี้ประมาณ 80% ของครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวนั้นเป็นครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยว ดังภาพ

จำนวนครัวเรือนพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว

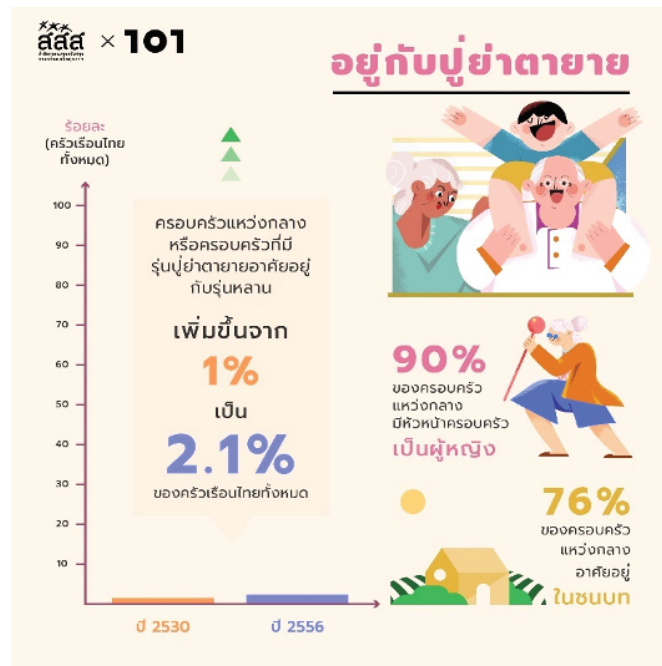


5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

ในขณะที่ครอบครัวแห่งกลางหรือครอบครัวที่มีรุ่นปู่ย่าตายายอาศัยอยู่กับรุ่นหลานมีแนวโน้มจำนวนขึ้นเพิ่มขึ้นโดยเพิ่มจาก 1% เป็น 2.1% ของจำนวนครัวเรือนไทยทั้งหมดหรือ

1 เท่าตัวโดย 90% ของครอบครัวแห่งกลางมีหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้หญิงและ 76% ของครอบครัวแห่งกลางอาศัยอยู่ในชนบท

จำนวนครอบครัวแห่งกลางหรือครอบครัวที่มีรุ่นปู่ย่าตายายอาศัยอยู่กับรุ่นหลาน



5.3.2 พฤติกรรมสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) ร่วมกับสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพบริษัทไวซ์ไซท์ประเทศไทยและภาคีเครือข่ายทางวิชาการ “ThaihealthWatch” จัดเวทีทิศทางสุขภาพคนไทยปี 2564 Rewind to the future มองเทรนด์สุขภาพ ฉายภาพพฤติกรรม ปรับให้พร้อม เพื่อก้าวไปต่อปี ’64” เปิด 10 ประเด็นทิศทางสุขภาพคนไทยที่มีผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 และประเด็นที่ยังเป็นกระแสต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา ซึ่งแบ่งเป็น 2 หัวข้อ คือ วิกฤตโควิด-19 มารารอนเขย่าพฤติกรรมสุขภาพคนไทย 6 ประเด็น และสถานการณ์ที่น่าจับตาต่อเนื่องจากปี 2563 อีก 4 ประเด็น ประกอบด้วย

5.3.2.1 วิกฤตโควิด-19 มารารอนเขย่าพฤติกรรมสุขภาพคนไทย 6 ประเด็น ได้แก่

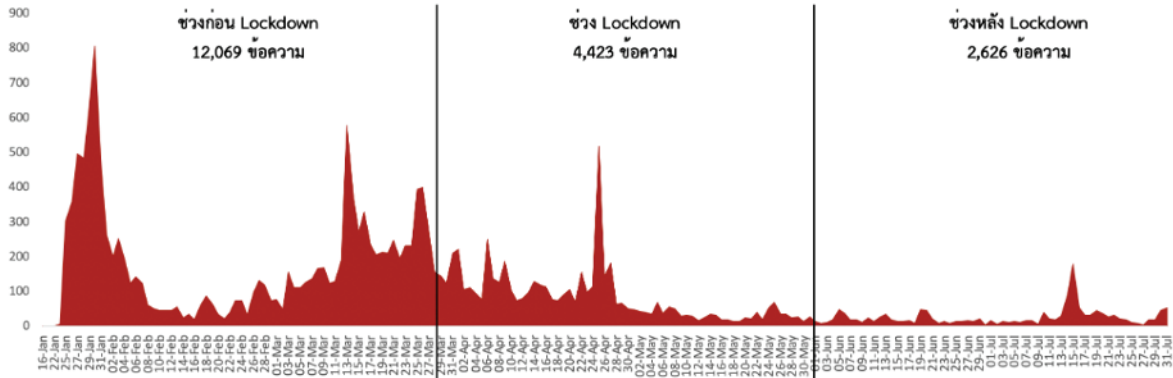
1) FAKE NEWS จากกระแสความคิดเห็นในสื่อสังคมออนไลน์ประเด็น fake news ระหว่างวันที่ 16 มกราคม – 31 กรกฎาคม 2563 พบว่ามีจำนวนข้อความบนโลกอินเทอร์เน็ต

ไทยที่พุ่งถึง COVID-19 พร้อมกับ fake news มากถึง 19,118 ข้อความ แบ่งเป็น 3 ระยะที่พบ fake news ได้แก่ ก่อนล็อกดาวน์ คือช่วงเดือนมกราคมถึงมีนาคม ส่วนมากเป็น fake news เกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคและข่าวผู้ติดเชื้อหรือผู้เสียชีวิตในที่ต่าง ๆ ซึ่งเป็นการสร้างความตื่นตระหนกและความกลัวให้กับคนในสังคม ระหว่างล็อกดาวน์ (26 มีนาคม - พฤษภาคม 2563) พบ fake news เกี่ยวกับมาตรการหรือการประกาศของรัฐ เช่น การปิดเมืองหรือสถานที่ต่าง ๆ หรือนโยบายเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ รวมทั้งวิธีรักษาโรคที่เพิ่มขึ้น และหลังล็อกดาวน์ (มิถุนายน - กรกฎาคม 2563) พบ fake news เกี่ยวกับวิธีการรักษาหรือป้องกันโรคและสถานการณ์การระบาดหรือเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อที่เดินทางมาจากต่างประเทศ ดังภาพ

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

COVID-19 Fake News

มีข้อความที่กล่าวถึงสถานการณ์ของโรค COVID-19 คู่กับข่าวปลอมอยู่ที่ 19,118 ข้อความ



WISESIGHT Copyright © 2020 Wisasight Co., Ltd. All rights reserved. No part may be reproduced or transmitted in any form or by any means without prior permission in writing from Wisasight.

นอกจากนี้ นักวิจัยมุสนิ Bruno Kessler ได้วิเคราะห์ข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ พบว่า ร้อยละ 40 ของข้อความเกี่ยวกับ COVID-19 มีการเผยแพร่ผ่านสื่อออนไลน์มากกว่า 112 ล้านโพสต์ ใน 64 ภาษา แต่ไม่มีแหล่งอ้างอิงของข้อมูลที่นำเชื่อถือซึ่งสถาบันรอยเตอร์ได้มีการสุ่มตัวอย่างจำนวน 225 ข้อความที่เจอใน Twitter โดยพบว่า ร้อยละ 59 ที่ได้รับการตรวจสอบแล้วว่าเป็นเท็จจากกลุ่มองค์กรตรวจสอบข่าวจริง แต่เนื้อหา ยังคงปรากฏอยู่ในแพลตฟอร์ม

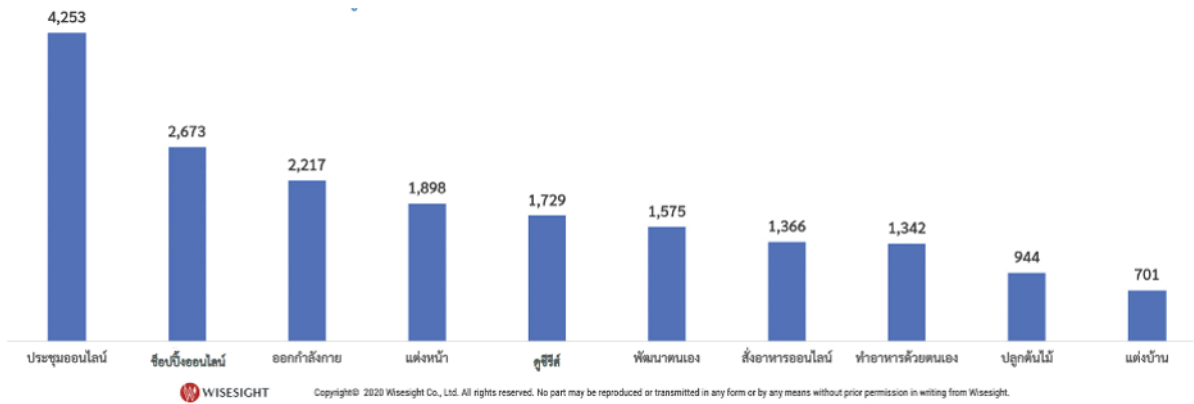
2) ผู้ป่วย NCDs กลุ่มเสี่ยงฝ้าระวัง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป เด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ หรือ ภูมิแพ้ ซึ่งอิมพีเรียลคอลเลจ ลอนดอน ได้ประเมินว่า อัตราการเสียชีวิตสำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี จะสูงมากกว่าคนในวัยอื่นเกือบ 10 เท่า และอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อที่อายุน้อยกว่า 40 ปี จะต่ำกว่ามาก นอกจากนี้ The United Nations Interagency Task Force (UNIATF) on the Prevention and Control of NCDs ได้จัดทำรายงานปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลต่อ COVID-19 คือ โรคอ้วน เพิ่มความเสี่ยงการเกิดอาการรุนแรงของ COVID-19 ถึง 7 เท่า การสูบบุหรี่ เพิ่มความเสี่ยงการเกิดอาการรุนแรงของ COVID-19 ถึง 1.5 เท่า การดื่มสุรา

ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันในการต่อสู้กับไวรัสต่ำลง แม้จะดื่มหนักเพียงครั้งเดียวก็ตาม กิจกรรมทางกาย จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจ ความดัน เบาหวาน และโรคอ้วน ที่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดอาการรุนแรงของ COVID-19 นอกจากนี้ มลพิษทางอากาศ จะส่งผลเสียต่อการทำงานของปอด เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งเชื้อ COVID-19

3) Digital Disruption หมุนเร็วขึ้น จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิต โดย 10 พฤติกรรมที่น่าสนใจในช่วง Work From Home จากการสำรวจพฤติกรรมที่น่าสนใจในระหว่างทำงานที่บ้านบนสื่อสังคมออนไลน์โดย Wisasight ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2562 - กรกฎาคม 2563 พบว่ามีคนเริ่มพูดถึงในช่วงเดือนมีนาคม 2563 ต่อเนื่องมาตั้งแต่เดือนเมษายนและเริ่มลดลงเรื่อย ๆ เมื่อคนเริ่มทำงานบ้านน้อยลงและจากการเจาะลึกถึง ‘พฤติกรรมที่น่าสนใจในระหว่างทำงานที่บ้าน’ พบว่ามี 10 อันดับที่มีการพูดถึง ได้แก่ การประชุมออนไลน์ ข้อปึงออนไลน์ ออกกำลังกาย แต่งหน้าดูซีรีส์ พัฒนาค้นเอง สั่งอาหารออนไลน์ ทำอาหารด้วยตนเอง ปลูกต้นไม้ และแต่งบ้าน ตามภาพ

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

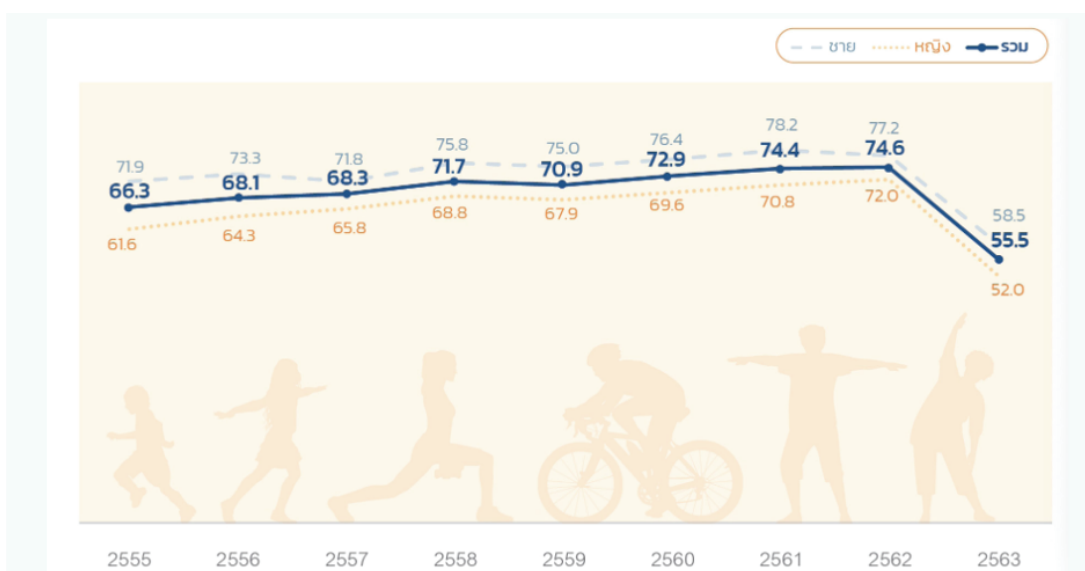
พฤติกรรมที่น่าสนใจระหว่างทำงานที่บ้านช่วงวิกฤต COVID-19



นอกจากนี้ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย ได้ประเมินว่า บริการการใช้งาน Application Food Delivery ในปี พ.ศ. 2563 จะอยู่ที่ 66-68 ล้านครั้ง เพิ่มขึ้นจากช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 78-84 โดย Application m ได้รับความนิยมมากที่สุดคือ LINE MAN และ Grab Food ที่มีสถิติการใช้งานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 300-400 เทียบกับช่วงก่อน COVID-19 ในขณะที่สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย ได้ประเมินว่าวิกฤต COVID-19 จะทำให้ขยะพลาสติกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15 จากวันละ 5,500 ตัน/วัน เป็น 6,300 ตัน/วัน ทั้งนี้ ไม่รวมขยะที่เกิดจากหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วประมาณ 1.5-2 ล้านชิ้น/วัน

4) การออกกำลังกายวิธีใหม่ WHO ได้ให้นิยามคำว่า “กิจกรรมทางกาย” ว่าเป็นกิจกรรมทางกายในการทำงานไม่ว่าจะได้หรือไม่ได้ค่าจ้างกิจกรรมในการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ด้วยการเดิน วิ่ง หรือปั่นจักรยาน รวมทั้งกิจกรรมเพื่อนันทนาการ เช่น การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การเต้นรำ ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทยลดลงอย่างมากเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ดังภาพ

ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ระหว่างปี พ.ศ.2555-2563



หมายเหตุ: ข้อมูลในปี 2563 เป็นข้อมูลจากการสำรวจในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2563
ที่มา: โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยปี 2555 - 2563 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

ทั้งนี้จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมสุขภาพช่วง COVID-19 โดยศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทยผ่านระบบออนไลน์ ระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2563 ในกลุ่มตัวอย่าง 6,828 ราย ได้รูปแบบของกิจกรรมทางกายรวม 6 รูปแบบ ได้แก่

1.1) มนุษย์เฉื่อยที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่งเฉลี่ยสูงถึง 14 ชั่วโมง 32 นาทีต่อวัน หรือใช้เวลามากกว่าครึ่งหนึ่งของวันกับพฤติกรรมที่เคลื่อนไหวร่างกายน้อย

1.2) น่องใหม่สายสุขภาพ มีประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 62.6 มีการออกกำลังกายที่บ้านหรือบริเวณรอบๆ บ้าน ในขณะที่คนไทยร้อยละ 13 ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนหันมาออกกำลังกายในช่วงระหว่างที่ต้องอยู่กับบ้าน

1.3) หน้ากากนักริงหลังจากที่มีการผ่อนปรนให้ใช้สวนสาธารณะและสถานที่ออกกำลังกายได้ ประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 16.8 ออกไปใช้บริการสวนสาธารณะและ

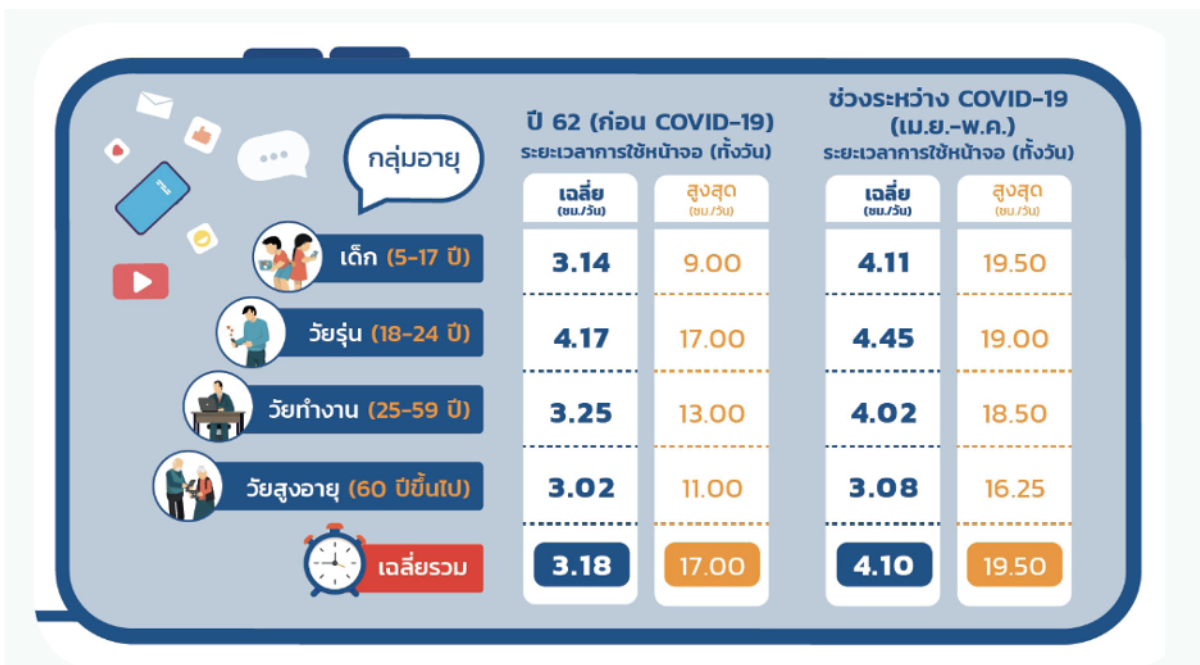
สถานที่ออกกำลังกายโดยพกหน้ากากอนามัยและเจลแอลกอฮอล์ล้างมือติดตัวไปด้วย

1.4) มนุษย์เวอร์ชวล/ออนไลน์พบว่าคนไทยประมาณร้อยละ 7 ออกกำลังกายแบบเวอร์ชวลและออกกำลังกายออนไลน์ ร่วมกับเพื่อน ๆ บนโลกออนไลน์

1.5) เด็กติดจอโดยเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 5-17 ปี มีระยะเวลาการใช้น้ำจ่ออิเล็กทรอนิกส์เฉลี่ยสูงถึง 4 ชั่วโมง 11 นาทีต่อวัน เพิ่มจากช่วงเวลาเดิมในปีที่ผ่านมาประมาณ 1 ชั่วโมง ซึ่งเด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมใช้หน้าจอสูงที่สุดถึง 19 ชั่วโมง 50 นาทีต่อวัน ดังภาพ

1.6) เด็กสายเพลย์มีเด็กและเยาวชนร้อยละ 11.6 มีกิจกรรมทางกายเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นการเล่นและออกกำลังกายที่บ้านออนไลน์รวมทั้งมีเด็กและเยาวชน

พฤติกรรมการใช้หน้าจอเพื่อความบันเทิงของคนไทยยุคโควิด 19



หมายเหตุ: ข้อมูลในปี 2563 เป็นข้อมูลจากการสำรวจในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2563

ที่มา: โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยปี 2555-2563 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

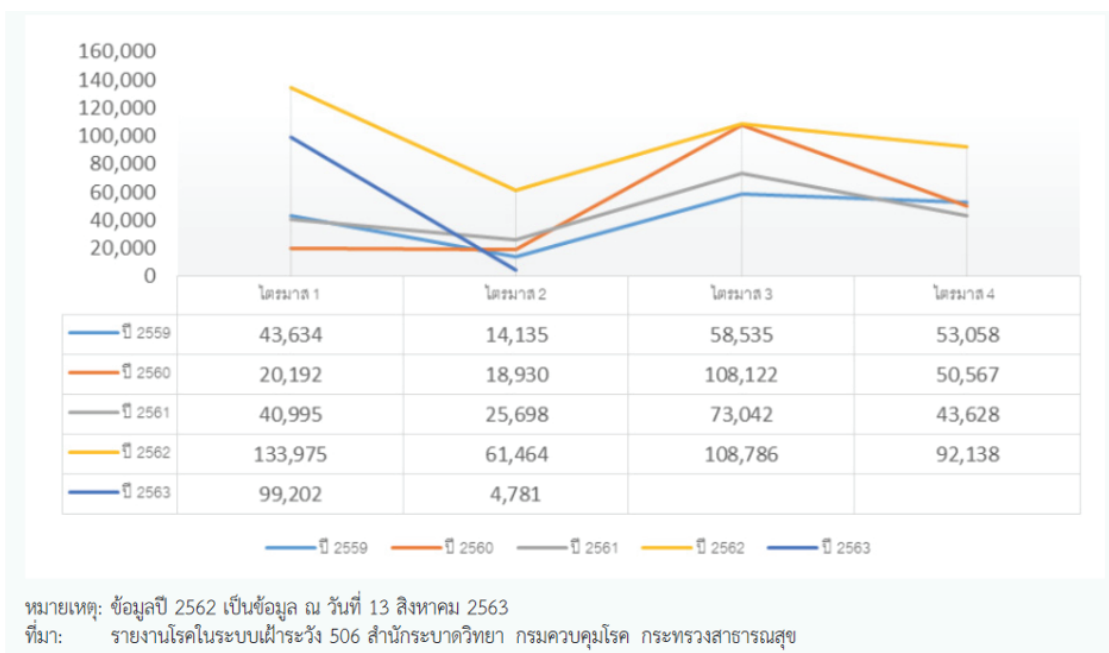
5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

5) ภาวะเครียด ผลพวงทางเศรษฐกิจตกต่ำ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้รายงานสถานการณ์ด้านแรงงานว่าจะมีผู้ว่างงาน 7.4 แสนคน โดยร้อยละ 64.4 ของผู้ว่างงานเคยมีงานทำมาก่อน ที่เหลือเป็นผู้ที่ยังไม่เคยมีงานทำและร้อยละ 50 จบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา นอกจากนี้กลุ่มครัวเรือนยากจนจะได้รับผลกระทบรุนแรงขึ้นเพราะรายได้ของคนยากจนส่วนใหญ่มาจากค่าจ้าง เมื่อเศรษฐกิจหดตัวงานน้อยลงและถูกเลิกจ้างจึงกระทบต่อรายได้ในส่วนนี้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการป้องกันโรคทั้งหน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ ซึ่งจากกระแสบนโลกออนไลน์จะพบว่า กลุ่มคนวัยทำงาน จะพูดถึงประเด็นการตกงานไม่มีรายได้ ปัญหาระบบประกันสังคม และการดิ้นรน

หางาน ส่วนคนวัยเรียนไม่อยากอยู่บ้าน เพราะผู้ปกครองไม่เข้าใจพฤติกรรมกรเรียนออนไลน์ การใช้โทรศัพท์มือถือและคอมพิวเตอร์ ทำให้เกิดเหตุทะเลาะเบาะแว้ง และหลายคนสอบถามถึงวิธีรับมือกับความเศร้า

6) New Normal ชีวิตวิถีใหม่ที่ไม่เหมือนเดิม มีการพูดถึงบนสื่อสังคมออนไลน์อย่างมากคือ ‘การใช้เจลล้างมือ’ 8,357 ข้อความ ‘การเว้นระยะห่าง’ 8,207 ข้อความ ‘การสวมหน้ากากอนามัย’ 5,902 ข้อความและ ‘เรื่องสุขนิสัยและสุขอนามัย’ 2,024 ข้อความ ส่งผลให้โรคระบบทางโรคลดลง เช่น ผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในปี 2563 ลดลงจากปี 2562 ร้อยละ 92 สะท้อนให้เห็นกระแสความตื่นตัวในเรื่องการรักษาสุขอนามัยส่วนตัวและรับผิดชอบต่อส่วนรวม ดังภาพ

จำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ (หน่วย:ราย)



5.3.2.2 สถานการณ์ที่น่าจับตาต่อเนื่องจากปี 2563 ได้แก่

1) ‘ฝุ่นควัน’ อันตรายจาก PM2.5 พบสัญญาณการเสียชีวิตจากโรคระบบทางเดินหายใจ เกิด ‘โรคมะเร็งปอด’ โดยเฉพาะภาคเหนือ และกรุงเทพฯ เพิ่มขึ้น 1.5 เท่า สวนทางกับแนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนในภาคเหนือลดลงจากร้อยละ 22 ในปี 2550 เหลือเพียงร้อยละ 17 ในปี 2560 โดยแหล่งกำเนิด PM2.5 เกิดจาก 5 ปัจจัยหลัก ได้แก่ การคมนาคมขนส่ง ภาคอุตสาหกรรม

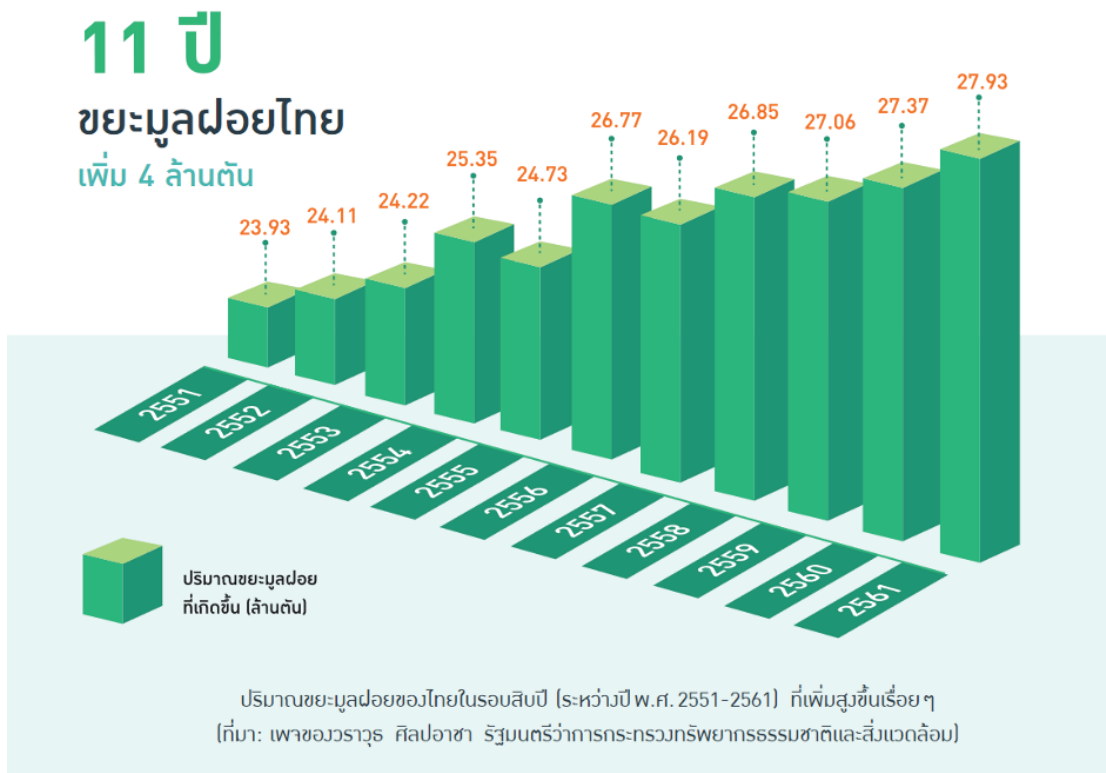
ภาคก่อสร้าง การเกษตรและป่าไม้ และมลพิษข้ามพรมแดน ขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของพื้นที่ที่แตกต่างกันไปซึ่งปัญหาฝุ่นควันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก ทั้งนี้แต่ละประเทศมีวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกันเช่นจีนได้ประกาศแผนการดำเนินการป้องกันและควบคุมมลพิษที่เข้มงวดที่สุดโดยใช้มาตรการควบคุมการปล่อยมลพิษในภาคอุตสาหกรรม การยุบโรงงานขนาดเล็กที่ปล่อยมลพิษ หรือบังคับให้ปรับตัวจนได้มาตรฐาน

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

2) “ขยะพลาสติก” กำลังกลับมา จากข้อมูลของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในช่วง 10 ปี (พ.ศ.2552-2561) นอกจากปริมาณขยะมูลฝอยที่เพิ่มขึ้นจาก 24.1 ล้านตันเป็น 27.9 ล้านตัน ปริมาณขยะพลาสติก

ก็เพิ่มขึ้นกัน โดยปี พ.ศ.2561 คิดเป็นร้อยละ 12 ของขยะมูลฝอย ในขณะที่ร้อยละ 25 ที่สามารถนำขยะพลาสติกกลับมาใช้ใหม่ได้ ซึ่งคนไทย 1 คน สร้างขยะเฉลี่ย 1.15 กิโลกรัม/วัน ทำให้ปี พ.ศ.2561 จะมีขยะสะสมใน 1 วัน ทั้งประเทศถึง 74,750 ตัน ดังภาพ

ปริมาณขยะมูลฝอยของไทยในรอบ 10 ปี (พ.ศ.2551-2561)



3) ‘สุขภาพจิต’ วัยรุ่นไทยจากงานวิจัยเรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายได้สำรวจข้อมูลจากวัยรุ่นอายุระหว่าง 11-19 ปีทั่วประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 5,345 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายนพ.ศ.2561 ก่อนจะได้ข้อค้นพบที่น่าสนใจว่าวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมีมากถึง ‘2 ใน 3’ ที่มีภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็นซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 49.8 ซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 13.2 ซึมเศร้ามากร้อยละ 3.2 และซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 0.7 โดยเพศหญิงจะมีความเสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายนอกจากนี้ ผลการสำรวจยังพบว่าความเสี่ยงจะฆ่าตัวตายที่น่าสนใจว่าวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างเคยคิดอยากตายร้อยละ 20.5 เคยคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 5.1 และเคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 6.4 รวมทั้ง ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงจะฆ่าตัวตายโดยวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงจะฆ่าตัวตายมีโอกาสจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า

วัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงจะฆ่าตัวตายถึงเกือบสิบเท่า ทั้งนี้สาเหตุของการเป็นโรคซึมเศร้า จากข้อความระบายนามบนโลกออนไลน์พบว่าเรื่องความสัมพันธ์มาเป็นอันดับหนึ่งที่ 55,828 ข้อความ ตามมาด้วยการเรียน 12,302 ข้อความ ความรุนแรง 6,884 ข้อความ ปัญหาทางเศรษฐกิจ 3,534 ข้อความ การกลั่นแกล้ง 3,427 ข้อความ หน้าที่การงาน 2,483 ข้อความ และอื่น ๆ เช่น การโดนละเมิด 82 ครั้ง

นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการกลั่นแกล้งรังแก (Bully) ในโรงเรียนโดยสาเหตุของการถูกกลั่นแกล้งมากที่สุดคือ ‘รูปลักษณ์’ ทั้งหมด 39 ‘ผิวพรรณ’ เช่น ผิวดำ สี ร้อยละ 23 ‘เรียนไม่เก่ง’ ร้อยละ 18 ‘เพศ’ ร้อยละ 10 โดยพบกลุ่มชายรักชายมีส่วนการถูกข่มเหงรังแกมากที่สุดและอื่น ๆ เช่น ศาสนา สำเนียง/ภาษา/การพูดฐานะทางการเงินอื่น ๆ ร้อยละ 10

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

4) ตามติดพฤติกรรมกินอยู่อย่างไทย จากการวิเคราะห์รูปแบบการรับประทานอาหารของคนไทย ช่วงเดือนกรกฎาคม 2562 - มิถุนายน 2563 พบว่า เมนูยอดนิยม 5 อันดับแรกในหมวดอาหารจานหลักส่วนใหญ่เป็นเมนูอาหารไทยได้แก่วุ้นเส้น สลัด เนื่องจากสามารถนำไปรับประทานคู่กับอาหารชนิดอื่นได้คนจึงนิยมมากขึ้น ต้มยำ กากหมู และส้มตำ ซึ่งอาหารที่ติดอันดับส่วนใหญ่เป็นอาหารรสจัด

ทั้งนี้พฤติกรรมการกินของคนเมืองแนวโน้มนำเสียชีวิตโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น 2.4 เท่าคนในเขตเมืองมีแนวโน้มเสียชีวิตสูงกว่าคนนอกเขตเมืองโดยเฉพาะในกรุงเทพฯ มีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด 15.2 คนต่อประชากรแสนคนตามด้วยภาคกลาง 10.9 คนต่อประชากรแสนคนภาคเหนือ 8.6 คนต่อประชากรแสนคนภาคอีสานและภาคใต้ 5.5 คนต่อประชากรแสนคนเท่ากันในปี 2564 สหประชาชาติประกาศให้เป็น ‘ปีแห่งผักผลไม้สากล’ ทุกภาคส่วนจึงควรกระตุ้นให้คนไทยกินผักและผลไม้ให้เพียงพอ”

จากรายงานสุขภาพคนไทย 2563 พบว่า

1) อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ 18 ปี โดยการสูบบุหรี่มีแนวโน้มเริ่มในอายุที่มากขึ้นเล็กน้อยแม้ว่าร้อยละของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจะลดลงจากร้อยละ 18.2 ในปี พ.ศ.2557

เหล็ร้อยยลละ 16.8 ในปี พ.ศ.2560 แต่ร้อยละของประชาชนอายุ 15-24 ปีที่สูบบุหรี่เป็นประจำกลับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.7 ในปี พ.ศ.2557 เป็นร้อยละ 15.4 ในปี พ.ศ.2560 นอกจากนี้การเข้ามาของบุหรี่ปูแบบใหม่หรือบุหรี่ปูไฟฟ้าพบว่า มีวัยรุ่นชายอายุ 13-15 ปี ประมาณร้อยละ 5 ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มสุรครั้งแรกคือ 20.3 ปี โดยการดื่มสุรามีแนวโน้มเริ่มในอายุที่น้อยลง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับร้อยละของผู้ดื่มสุรที่พบว่าลดลงจากร้อยละ 25 ในปี พ.ศ.2557 เหล็ร้อยยลละ 23.9 ในปี พ.ศ. 2560

3) กิจกรรมทางกายพบว่าวัยรุ่นและเยาวชนไทยกลุ่มอายุ 10-14 ปี เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนกิจกรรมทางกายเพียงพอสูงสุด และมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (ยกเว้นในปี 2561) ในปี พ.ศ.2563 กลุ่มอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 78.9 มีกิจกรรมเพียงพอ โดยกิจกรรมทางกายยอดนิยมจากการทำงาน และการออกกำลังกาย/เล่นกีฬา ระดับปานกลาง 5 อันดับจำแนกตามเพศพบว่า มีกิจกรรมบางอย่างที่แตกต่างกันดังภาพ

กิจกรรมทางกายยอดนิยมจากการทำงาน และการออกกำลังกาย/เล่นกีฬา ระดับปานกลาง 5 อันดับ จำแนกตามเพศ



หมายเหตุ : อายุ 10-24 ปี

ที่มา : โครงการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย พ.ศ. 2562, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

ทั้งนี้ กิจกรรมทางกายเพียงพอของแต่ละกลุ่มอายุ ประกอบด้วย อายุ 5-17 ปี ต้องมีกิจกรรมทางกายที่รับความหนักปานกลาง ถึงระดับหนักทุกประเภท รวมสะสมไม่น้อยกว่า 60 นาทีต่อวัน ในขณะที่กลุ่มอายุ 18-64 ปี ต้องมีกิจกรรมทางกายระดับหนักสะสมอย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์หรือระดับปานกลางสะสมอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งต้องปฏิบัติต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 10 นาที

4) พฤติกรรมการกินอาหารพบว่าประชากรไทยอายุ 10-24 ปี ทานอาหารครบ 3 มื้อร้อยละ 93.9 โดยสาเหตุที่

ทานไม่ครบมื้อคือ ไม่มีเวลา ต้องการลดน้ำหนัก และอื่น ๆ ซึ่งเพศชายร้อยละ 74.7 จะไม่มีเวลาทานไม่ครบมื้อมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 55.5) ในขณะที่เพศหญิงร้อยละ 24.4 ทานอาหารไม่ครบมื้อเนื่องจากต้องการลดน้ำหนักมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 2.7)

5) การกินผักผลไม้ พบว่า ประชากรอายุ 10-14 ปี บริโภคผักผลไม้สดเป็นประจำทุกวันร้อยละ 23.4 และเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้นโดยประชากรอายุ 15-19 ปี บริโภคผักผลไม้สดเป็นประจำทุกวันร้อยละ 32.6 และอายุ 20-24 ปี บริโภคผักผลไม้สดเป็นประจำทุกวันร้อยละ 35.2

5.3.3 การกิน

จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ.2560 พบว่าวัยรุ่นและเยาวชนไทยส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่อวัน มีเพียงบางส่วนที่รับประทานไม่ครบ โดยผู้ชาย 3 ใน 4 ที่งดมื้ออาหารเนื่องจากไม่มีเวลาในขณะที่ผู้หญิงกว่าครึ่งงดเพราะไม่มีเวลา และอีก 1 ใน 4 งดเพื่อลดน้ำหนัก ในส่วนของการเลือกซื้อสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนไปยังคงเป็นไปตามความชอบ ร้อยละ 27.7 ความอยากรับประทาน ร้อยละ 18.8 และรสชาติ ร้อยละ 18.8 เป็นหลัก มีเพียงร้อยละ 8.1 ที่คำนึงถึงคุณค่าทางอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านอื่น ๆ เช่น การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดจากประเทศตะวันตกที่มีรสชาติถูกปาก แต่ให้พลังงานและไขมันในสัดส่วนที่สูง ในปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 47.8 ของวัยรุ่นและเยาวชนทั่วประเทศรับประทานอาหารเช้าอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ในขณะที่พฤติกรรมการกินผักผลไม้ในกลุ่มนี้ยังอยู่ในระดับที่ต่ำ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 10-14 ปี ที่ไม่ถึง 1 ใน 4 ที่บริโภคผักผลไม้สดเป็นประจำทุกวัน

ทั้งนี้ การสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชันเริ่มเป็นที่แพร่หลาย โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร และเมืองใหญ่ ในปี พ.ศ.2557-2561 มีการขยายตัวเฉลี่ยที่ร้อยละ 11 ต่อปี โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63 คิดว่าจะสั่งผ่านแอปพลิเคชันมากขึ้นและทานอาหารนอกบ้านน้อยลงส่งผลให้คาดการณ์มูลค่าการตลาดของบริการ Food Delivery ในปี พ.ศ.2562 อยู่ที่ประมาณ 3.3 – 3.5 หมื่นล้านบาท ทั้งนี้ เวลาโดยนียมในการสั่งอาหาร ได้แก่ ช่วงเย็นของวันศุกร์และวันเสาร์ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร ไม่ว่าจะเป็นการบริโภคผักและผลไม้ไม่พอ และ การบริโภคหวาน มัน เค็มที่

มากเกินไปความต้องการของร่างกาย ล้วนมีปัจจัย (สาเหตุ) ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านั้น ซึ่งจากการศึกษา พบปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง ดังนี้

1) ไม่มีความตระหนักหรือสนใจ/ขาดความรู้ที่จำเป็นในการเลือกรับประทาน อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการจากการศึกษาของ หทัยกาญจน์โสธรดี และอัมพร ฉิมพลี (2550) พบว่านักศึกษาซึ่งอยู่ในกลุ่มวัยทำงานขาดความรู้ความเข้าใจในการบริโภคอาหารเกี่ยวกับคุณค่า ของสารอาหารที่ได้รับอาหารที่ให้โปรตีน อาหารที่ไม่ควรบริโภคเป็นประจำ และผลกระทบจากการรับประทานอาหารหวานปริมาณมากเกินไป ซึ่งการที่วัยทำงานไม่มีความตระหนักหรือสนใจ/ขาดความรู้ที่จำเป็นในการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเป็นสาเหตุที่จะทำให้ บริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ไม่เพียงพอและไม่ได้สัดส่วนตามเกณฑ์และท้ายที่สุดทำให้เกิดปัญหา สุขภาพโรคตามมา ดังนั้นความรู้และความตระหนักจึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้สามารถ เลือกรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงประโยชน์ด้านคุณค่าของอาหารที่ดีต่อสุขภาพ รวมทั้งคำนึงถึง ความสะอาดปลอดภัยรวมทั้งเกิดการปฏิบัติด้วยการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องลดการบริโภคอาหารรสจัดทุกแบบไม่ว่าหวานจัด มันจัด เค็มจัด ลดการพึ่งพาอาหารขยะ หรือ อาหารจานด่วน บางประเภทที่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่ครบถ้วน ไม่ทำตามกระแสนิยมของ ผลิตภัณฑ์อาหารบางอย่าง มีวิจารณญาณหรือสติไตร่ตรองถึงคุณประโยชน์ของอาหารซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายส่งผลดีต่อประสิทธิภาพการทำงานกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

2) คำนียมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบชาติตะวันตกเพิ่มมากขึ้นความเร่งรีบของกลุ่มวัยทำงานส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการความสะดวก ง่ายต่อการบริโภค สามารถรับประทานได้ทันทีไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือในการรับประทานอาหารจานด่วนหรืออาหารจานเดียวแบบชาติตะวันตกหรือที่เราเรียกว่า“ฟาสต์ฟู้ด” จึงเข้ามามีบทบาทและส่งผลให้เป็นที่นิยมบริโภคเพิ่มมากขึ้นกลายเป็นวัฒนธรรมการบริโภคถ่ายทอดถึงกัน อย่างแพร่หลาย เช่น แซมเบอร์เกอร์สเต็กแซนด์วิช พาย พิซซ่า ไก่ทอดไส้กรอก เป็นต้น ส่วน ประเภทขนม เช่น โดนัท พุดดิ้ง เค้ก และไอศกรีม เป็นต้น ล้วนเป็นอาหารจำพวกแป้งไขมันและน้ำตาลมากเมื่อรับประทานเข้าไปจะทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน และโรคอ้วน ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

3) มีพฤติกรรมกินอาหารนอกบ้านเพิ่มขึ้นการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้วิถีชีวิตของคนเปลี่ยนไปไม่ว่าจะเป็นคนที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลกับคนเมืองคนวัยหนุ่มสาวคนทำงานสำนักงานต่างๆ ฯลฯ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ต้องมีการปรับตัวให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น บางครอบครัวสมาชิก ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน ต้องทำงานนอกบ้านมีความเร่งรีบในการเดินทางไปทำงานด้วยเวลาที่มีจำกัดหรือมีเวลาไม่ตรงกัน ประกอบกับการร่วมสังสรรค์กับเพื่อนร่วมงานมีมากขึ้นส่งผลให้การทำอาหารรับประทานร่วมกับคนในครอบครัวน้อยลง โดยพึ่งพาอาหารนอกบ้านมากขึ้น

4) ความเคยชินในการรับประทานอาหาร ดิตรสหวานมัน เค็ม การรับประทาน อาหารรสชาติอร่อย กลายเป็นวิธีการคลายเครียดจากการทำงานของกลุ่มวัยทำงาน โดยเฉพาะดิตรสหวานมันเค็ม การรับประทานอาหารหวาน จึงกลายเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้เพราะความเคยชิน แต่แท้จริงแล้วเป็นกับดักน้ำตาล (Sugar Trap) เพราะเมื่อรับประทานของหวานเข้าไป น้ำตาลจาก ของหวานจะให้ความสดชื่นเพียง 30 นาทีจากนั้นเมื่อน้ำตาลในเลือดลดลงจะกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความอยากในการรับประทานของหวานขึ้นอีก จนกลายเป็นวงจรที่ซ้ำ ๆ กันในแต่ละวัน เมื่อขาดของหวานจะรู้สึกอ่อนแรงไม่สดชื่น การกินหวานเป็นประจำ ยังทำให้เป็นคนหงุดหงิดง่าย และความ เคยชินจากการเติมน้ำตาล น้ำปลา จากเครื่องปรุง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ข้าวราดแกง เป็นต้น และอาหารแปรรูป เช่น อาหารกระป๋องอาหารหมักดองอาหารเค็มอาหารตากแห้ง เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ปลาร้า ผักดอง ผลไม้ดอง หรือ

อาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ โจ๊ก ข้าวต้ม เป็นต้น ล้วนเป็นสาเหตุ ของพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคทั้งโรคหัวใจ หลอดเลือดสมองตีบ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเมะเร็งบางชนิด

5) อิทธิพลของสื่อโฆษณาต่อการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง การใช้ชีวิตอยู่ในสังคม บริโคนิยมข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสินค้า ผลิตภัณฑ์ หรือบริการต่าง ๆ ที่ผ่านสื่อโฆษณาจากหลากหลายช่องทางทั้งโทรทัศน์วิทยุสิ่งพิมพ์และอินเทอร์เน็ต การโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์อาหารกล่าวอ้างสรรพคุณและคุณค่าโภชนาการอาหารที่เกินจริง ทำให้คล้อยตามและมีแนวโน้มวิ่งตามกระแสสังคมคนสมัยใหม่ที่อาศัยความสะดวกรวดเร็วเป็นหลัก ตกเป็นเหยื่อการโฆษณา ส่วนมากมักไม่ค่อยให้ความสำคัญ และไม่คำนึงถึงความปลอดภัย หรือผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพร่างกายด้วยปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประชาชนวัยทำงานรู้เท่าทันสื่อ โดยมีความสามารถและทักษะในการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอและเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองฉะนั้นคนที่รู้เท่าทันสื่อ จะเลือกซื้อและบริโภคอาหารมีคุณค่าต่อสุขภาพเป็นสำคัญ

ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรมและความเจริญก้าวหน้า ทางเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งในระดับบุคคลและระดับครอบครัวจนกลายเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในบางครอบครัว เช่น สมาชิกวัยทำงานในครอบครัวต้องทำงานนอกบ้านและทำงานแข่งกับเวลาเพื่อหาเงินมาเลี้ยงครอบครัวทำให้ขาดการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหาร ทำให้มีการปรุงอาหารสำหรับรับประทานร่วมกับสมาชิกในครอบครัวน้อยลง มีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จดิตรสชาติหวานมัน เค็ม มีค่านิยมการบริโภคอาหาร จานด่วนแบบชาติตะวันตกและพึ่งพาอาหารนอกบ้านมากขึ้นจนก่อให้เกิดการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องไม่เพียงพอไม่ได้สัดส่วนและเกินพอดีส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหา

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

5.3.4 การทำงาน

ผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงาน

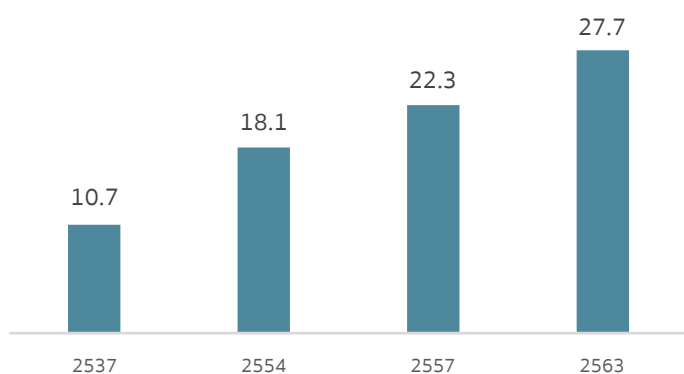


ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เดือนมีนาคม 2563

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติเดือนมีนาคม 2563 มีผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานจำนวนทั้งสิ้น 38.21 ล้านคน ซึ่งประกอบด้วย ผู้มีงานทำ 37.33 ล้านคน ผู้ว่างงาน 3.92 แสนคน และผู้รอฤดูกาล 4.90 แสนคน ผู้ที่อยู่นอกกำลังแรงงาน 18.56 ล้านคน ได้แก่ แม่บ้าน นักเรียน คนชรา เป็นต้น โดยผู้มีงานทำจะทำงานในภาค การบริการและการค้า 17.50 ล้านคน ภาคเกษตรกรรม 11.28 ล้านคน และภาคการผลิต 8.55 ล้านคน ซึ่งผู้มีงานทำร้อยละ 84.3 ทำงานตั้งแต่ 35 ชั่วโมงขึ้นไปต่อสัปดาห์

และจากการสำรวจสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับวัยแรงงานที่ บั่นทอนศักยภาพในการทำงานและส่งผลกระทบต่อคุณภาพและ ผลผลิตของงาน ประกอบด้วย

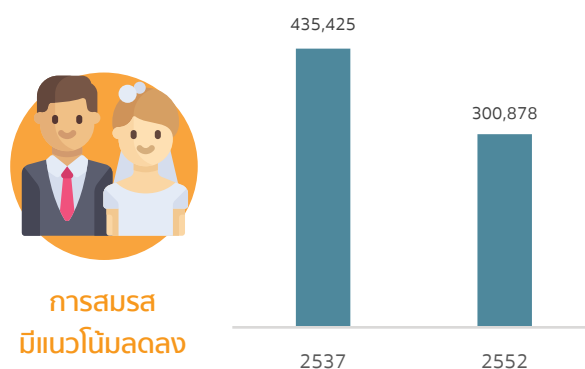
1) การเปลี่ยนแปลงประชากร พบว่า อัตราส่วนของ ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) 100 คน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 10.7 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 18.1 ในปี 2554 ร้อยละ 22.3 ในปี 2557 และเป็น ร้อยละ 27.7 ในปี 2563 หมายความว่า ประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 27 คน ในขณะที่ประชากรวัย เด็ก (แรกเกิด -14 ปี) มีแนวโน้มลดลง จากจำนวนรวมในปี 2563



อัตราส่วนของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) 100 คน



มีจำนวนประชากรเด็ก 11.2 ล้านคนหรือร้อยละ 16.9 ของ ประชากรทั้งหมด จะลดลงเป็น 8.4 ล้านคน หรือสัดส่วนเหลือ แค่ร้อยละ 12.8 ในปี 2583 และวัยแรงงาน มีแนวโน้มลดลง จาก 43.26 ล้านคนหรือร้อยละ 65 ในปี 2563 เป็น 36.5 ล้านคนหรือร้อยละ 56 ในปี 2583 ส่งผลให้ประเทศไทยอาจ ประสบปัญหาภาวะขาดแคลนกำลังแรงงานที่มีคุณภาพใน อนาคต



2) ปัญหาสังคมพบดัชนีความอบอุ่นในครอบครัวไทย ลดลงจากร้อยละ 66.3 ในปี 2544 เหลือร้อยละ 63.0 ในปี 2552 อัตราการหย่าร้างมีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 10.5 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 36.3 ในปี 2552 และการสมรสมีแนวโน้มลดลง จากคู่สมรส 435,425 คน ในปี 2537 เหลือ 300,878 คนในปี 2552 ผู้หญิงและเด็กถูกทำร้ายในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ในปี 2547-2550 มีผู้หญิงและเด็กที่ถูกทำร้ายเข้ารับการช่วยเหลือจากศูนย์พึ่งได้ (OSCCs) ในโรงพยาบาลรัฐ 297 แห่ง สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากเฉลี่ยวันละ 19 คน เป็นวันละ 52 คน ส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงในครอบครัวที่มุ่งประสังคีให้เกิดอันตราย ต่อร่างกาย จิตใจของคนในครอบครัว

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

3) ด้านโรคภัยและสุขภาพ พบว่า ในช่วงปี 2546-2554 ภัยทำงาน อายุ 25-59 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด 8-11 ต่อประชากร 100,000 คน โดยปี 2561 ภาพรวมอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยอยู่ที่ 6.34 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งกลุ่มวัยแรงงานเป็นกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด ร้อยละ 74.7 นอกจากนี้ยังพบว่า ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปีที่ผ่านมาประมาณ 15.9 ล้านคน (ร้อยละ 28.4) โดยเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ 6.98 ล้านคน (ร้อยละ 12.5) และเป็นผู้ที่ดื่มนาน ๆ ครั้ง 8.91 ล้านคน (ร้อยละ 15.9) กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการดื่มสุราสูงสุด (ร้อยละ 36.0) กลุ่มอายุ 20-24 ปี และ 45-49 ปี มีอัตราการดื่มสุราใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 33.5 และ 31.1 ตามลำดับ) กลุ่มผู้สูบบุหรี่ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีอัตราการดื่มสุรา ร้อยละ 15.2 สำหรับกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการดื่มสุราต่ำสุด (ร้อยละ 13.6) รวมทั้ง โรคอุบัติใหม่ โรคเรื้อรังโรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมในวัยทำงานมีมากขึ้น เช่น มะเร็ง การได้รับสารพิษ ความเครียด



อัตราการฆ่าตัวตาย ปี 2561
6.34 ต่อประชากรแสนคน

ผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
สม่ำเสมอ **6.98** ล้านคน
(ร้อยละ 12.5)



ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560
ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน

ทั้งนี้ จากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและภัยธรรมชาติทำให้ประชากรวัยทำงานมีความเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่

- 1) โรคอ้วนเกิดจากการขาดการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลมากเกินไป
- 2) โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งมีผลต่อเนื้อเยื่อมาจากโรคอ้วน
- 3) โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์ พบมากโดยเฉพาะในผู้หญิง เช่น มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม
- 4) โรคจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่นำไปสู่การเกิดมะเร็งตับมะเร็งปอดมะเร็งกล่องเสียงหลอดเลือดสมองตีบ และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

5) โรคเครียดวัยทำงานเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด สาเหตุส่วนใหญ่มาจากเรื่องเงินและเรื่องงาน

6) โรคเอดส์ เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน และการใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด เป็นต้น

7) ภาวะมีบุตรยากคือคู่สมรสที่มีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอ 1 ปี แต่ไม่สามารถมีบุตรได้

8) การทำแท้ง ร้อยละ 71.1 มีสาเหตุมาจากการไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ และร้อยละ 56.5 ไม่ได้คุมกำเนิด

9) ความเสี่ยงจากงานและโรคจากการประกอบอาชีพ เช่น การเกิดอุบัติเหตุขณะทำงาน โรคระบบทางเดินหายใจ จากการทำงาน และโรคพิษจากสารโลหะหนัก เช่น สารตะกั่ว สารหนู โรคประสาทหูเสื่อม

10) อุบัติเหตุบนท้องถนน มักเกิดจากการเมาแล้วขับ และการขับเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด

5.3.5 สังคมผู้สูงอายุ

ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยาม ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยแบ่งระดับสังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ

2) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ

3) ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged Society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ

ในปี 2018 ประชากรทั้งโลกมีประมาณ 7,633 ล้านคน มีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด และตามการคาดประมาณของสหประชาชาติ ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในโลกนี้ จะมีจำนวนครบ 1,000 ล้านคน ในต้นปี 2019

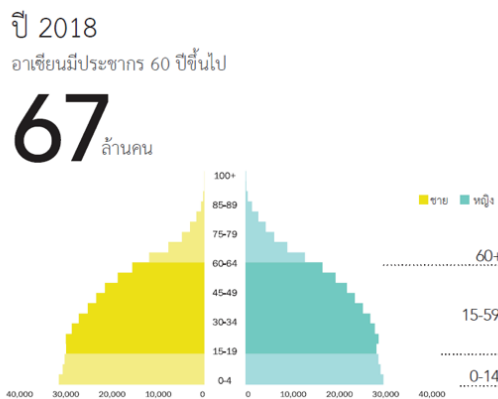
5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด			ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุต่ำสุด		
10 อันดับแรก	ประเทศ	%	10 อันดับสุดท้าย	ประเทศ	%
1	ญี่ปุ่น	33.6%	1	สหรัฐอเมริกาบริติช	2.6%
2	อิตาลี	29.8%	2	กาตาร์	3.1%
3	เยอรมนี	28.4%	3	ยูกันดา	3.3%
4	โปรตุเกส	28.3%	4	แซมเบีย	3.7%
5	ฟินแลนด์	28.1%	5	แกมเบีย	3.8%
6	บัลแกเรีย	27.9%	6	บูร์กินาฟาโซ	3.9%
7	โครเอเชีย	27.2%	7	มาลี	3.9%
8	กรีซ	26.9%	8	ชาด	4.0%
9	สโลวีเนีย	26.8%	9	แองโกลา	4.1%
10	ลัตเวีย	26.6%	10	โอมาน	4.1%

ที่มา: สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2561

ส่วนประชากรสูงอายุในอาเซียนมีประเทศสมาชิกอาเซียนที่เป็นสังคมสูงอายุไปแล้ว 4 ประเทศ คือ สิงคโปร์ (ร้อยละ 20) ไทย (ร้อยละ 18) เวียดนาม (ร้อยละ 12) และมาเลเซีย (ร้อยละ 10) โดยคาดว่าอินโดนีเซียจะเป็นสังคมสูงอายุในอีก 2 ปีข้างหน้า

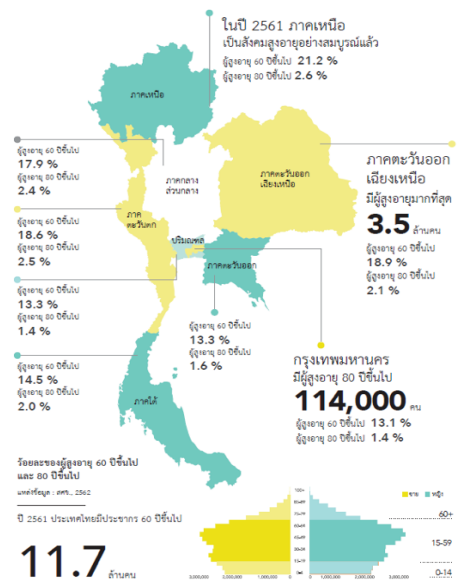
จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในอาเซียน ปี 2018



สำหรับประเทศไทย ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 3 ได้บัญญัติว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย โดยข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2561 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 18% ของประชากรทั้งหมด และคาดว่า อีก 4 ปีข้างหน้า เราจะเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์”

ตั้งแต่ ปี 2548 เป็นต้นมา ผู้สูงอายุไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นเกือบ 7 เท่าตัว โดยในปี 2513 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียง 1.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุได้เพิ่มจำนวนเป็น 4 ล้านคนในปี 2533 และเพิ่มเป็น 11.2 ล้านคนในปี 2561 อีก 20 ปีข้างหน้า ในปี 2581 ประชากรสูงอายุไทยจะเพิ่มจำนวนขึ้นอีกเกือบเท่าตัว คือเป็น 20 ล้านคน

ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และ 80 ปีขึ้นไป



ที่มา: ศสช., 2562

แนวโน้มการสูงวัยของประชากรไทย

จำนวนประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป และอายุ 80 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2513 - 2583 (ล้านคน)

2513	ประชากรทั้งหมด	34.4	1.7	0.1
2533	ประชากรทั้งหมด	54.5	4.0	0.4
2561	ประชากรทั้งหมด	66.2	11.2	1.3
2581	ประชากรทั้งหมด	65.9	20.0	3.1

■ อายุ 60 ปีขึ้นไป ■ อายุ 80 ปีขึ้นไป

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

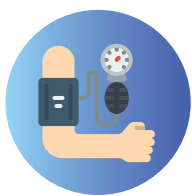
โรคและปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุไทย



โรคข้อเสื่อม



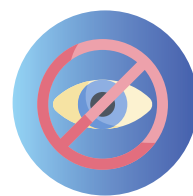
โรคเบาหวาน



โรคความดันโลหิตสูง



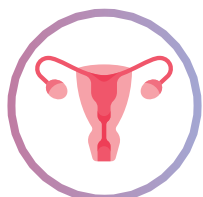
โรคหลอดเลือดแดง



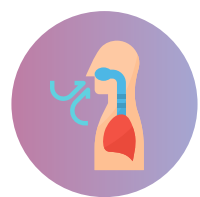
โรคสายตาสีเทา



การได้ยิน



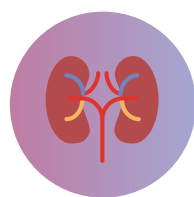
ปัญหาทางนรีเวช



โรคระบบทางเดินหายใจ



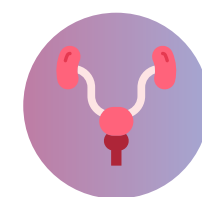
ปัญหานอนกรนที่หยุดหายใจ



โรคไตเรื้อรัง



โรคระบบทางเดินอาหาร



โรคต่อมลูกหมากโต

โรคและปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุไทย ได้แก่

1) โรคข้อเสื่อม เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุซึ่งก่อให้เกิดอาการปวดและการ เคลื่อนไหวไม่ปกติผู้สูงอายุจึงควรควบคุม น้ำหนักตนเองให้เหมาะสมมีการออกกำลังกายให้กล้ามเนื้อ แข็งแรง หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ข้อเสื่อม เช่น การออกกำลังกายที่มีความรุนแรงเกินวัย การนั่งคุกเข่า นั่งพับเพียบ มีการใช้ชีวิตที่เหมาะสม งดดื่มสุรา งดสูบบุหรี่และมีการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี

2) โรคเบาหวานมีความชุกของโรคเพิ่มขึ้นทุกปีพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และในระยะยาวจะมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น โรคไตวาย จอประสาทตาเสื่อมตามมา ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติโดยมีพฤติกรรม การบริโภค อาหารที่เหมาะสม มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และ ระวังระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจากผลการรักษาที่เทียบเกณฑ์การ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ใหญ่ทั่วไป

3) โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในเวชปฏิบัติและเป็นโรค ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโดยความดันโลหิตวัดได้ ตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอทขึ้นไปจะถือว่าเป็นโรคความดัน โลหิตสูง สาเหตุของความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดส่วนน้อย เกิดจากโรคที่พบได้ เช่น โรคไต หลอดเลือดแดงที่ตีตัน ผู้มีความดัน โลหิตสูงช่วงเริ่มต้นส่วนใหญ่ไม่มีอาการจนกว่าจะตรวจพบก็เมื่อมีการ เสื่อมของอวัยวะภายในแล้ว การป้องกันภาวะดังกล่าว จึงควรสร้างความตระหนักรู้โดยจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์มีการวัดความดันโลหิต ให้กับประชาชนที่มีอายุมากกว่า 30 ปีเป็นระยะ ๆ ควรหลีกเลี่ยง

การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุตลอดจนเสนอให้มีการจัดเก็บภาษีตามปริมาณเกลือในอาหารสำเร็จรูป

4) โรคหลอดเลือดแดง

4.1) โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคหนึ่งที่เป็นสาเหตุสำคัญของการ เสียชีวิต จึงควรมีการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดตีบ อุดตัน ทั่วร่างกาย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน การสูบบุหรี่หรือการดื่มสุรา ภาวะเครียดการไม่ออกกำลังกาย อย่างเพียงพอฯลฯและควรมีมาตรการในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ในระดับประเทศ เช่น การจัดการรักษาด้วยช่องทางด่วน (Stroke Fast Tract) การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) การฉีดยาละลายลิ่มเลือดที่ทันต่อเหตุการณ์และระบบการ ส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

4.2) โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุพบได้บ่อยในประเทศไทยและ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ ที่สอดคล้องกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยมีปัจจัยเสี่ยงเช่นเดียวกับ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน จึงควรได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ ช่วงเริ่มต้น ด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งหลาย

5) โรคสายตาสีเทาที่พบบ่อยในประเทศไทยได้แก่โรค ต้อกระจก โรคต้อหิน โรคจอประสาทตาเสื่อม โรคกระจกตาขุ่น ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นในผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้ด้วยความยากลำบาก จึงควรมีระบบคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยไปสู่ทีมจักษุแพทย์

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

5.3.6 Health Literacy

6) ปัญหาทางนรีเวชที่พบบ่อยในผู้สูงอายุหญิง ได้แก่ ภาวะการฉีกชั้นปัสสาวะไม่ได้และปัสสาวะเล็ดในสตรีจากการหย่อนตัวของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ซึ่งหากได้มีการตรวจพบ และให้การรักษาดังแต่ช่วงเริ่มต้น จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

7) โรคระบบทางเดินหายใจที่สำคัญในผู้สูงอายุ มี 3 โรค ได้แก่ โรคปอดติดเชื้อ แบคทีเรียเฉียบพลัน (Pneumonia) โรควัณโรค (TB) โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงในระบบภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ การรักษารักษาจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกาย แข็งแรง หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การอาศัยในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งรณรงค์ให้มีการใช้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (ทุกปี) ป้องกันโรคปอดอักเสบชนิดนิวโมค็อกคัส และการใช้ยาขยายหลอดลมที่เหมาะสม

8) ปัญหาอนกรนที่หยุดหายใจเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุซึ่งทำให้การนอนหลับไม่เพียงพอ เกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อุดตัน โรคความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุทางรถยนต์ ฯลฯ รัฐจึงควรสร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชนเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสม

9) โรคไตเรื้อรัง พบได้บ่อยในผู้สูงอายุซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะกรดยูริกสูง การมีนิ่วในไต การใช้ยาสมุนไพรที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาแก้ปวด บางชนิด และการมีอายุที่เพิ่มขึ้น จึงควรได้รับการตรวจคัดกรองตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น เพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของไต การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและมีการตรวจสุขภาพเป็นประจำ ๆ

10) ปัญหาโรคระบบทางเดินอาหารในผู้สูงอายุที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะกรดไหลย้อน ท้องผูกปวดท้อง เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ และการกลืนลำบาก จึงควรได้รับการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมเนื่องจากอาการของผู้สูงอายุจะไม่ชัดเจนเมื่อปรากฏอาการแล้ว โรคมักจะลุกลามไปมาก

11) ความผิดปกติของการได้ยินพบได้บ่อยในผู้สูงอายุสาเหตุเกิดจากการเสื่อมของหูระบบเส้นประสาทและความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง โรคทางกาย โรคติดเชื้อ เสียรบบกวน เนื้องอก และเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติ จึงควรได้รับการช้กประวัติการตรวจคัดกรองการรักษาที่เหมาะสม ในกรณีที่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง รัฐพึงจัดหาและสนับสนุนเครื่องช่วยฟังที่มี ประสิทธิภาพดี

12) โรคต่อมลูกหมากโตเป็นภาวะที่พบบ่อยในเพศชายอายุ 60 ปีขึ้นไปก่อให้เกิดปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติเช่น ปัสสาวะขัด ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะราด ฯลฯ ซึ่งอาจเกิดจากต่อมลูกหมากโตหรือมะเร็งต่อมลูกหมากจึงควรได้รับการตรวจวินิจฉัยรักษาที่เหมาะสม

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของความรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นทักษะในการคิดและทักษะเชิงสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเชิงปัจเจกต่อการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการเพื่อทำให้มีสุขภาพดีโดยความหมายนี้ได้สะท้อนว่าความรู้ด้านสุขภาพคือระดับความรู้ทักษะและความมั่นใจส่วนบุคคลที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี

คณะกรรมการการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ให้ความหมายว่า ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สุขภาพ

กรอบแนวคิดระบบพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไทย ประกอบด้วย องค์ประกอบที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพอื่น ๆ อาทิ พฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์สุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพต่าง ๆ จำนวน 16 มิติ ครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ ใน 4 ระบบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ด้านระบบบริการสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การมีข้อมูล และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ เข้าใจข้อมูลและการจัดบริการสุขภาพ สามารถตรวจสอบและซักถามข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพตลอดจนตัดสินใจใช้บริการสุขภาพ ตามบริบทและเงื่อนไขของตนเองได้

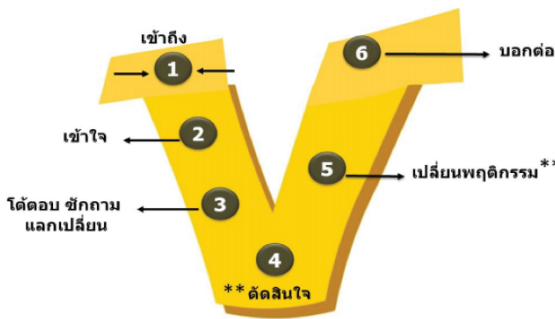
2) ด้านระบบการคุ้มครองผู้บริโภค (การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การมีข้อมูลและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตนเองสนใจ เข้าใจปัจจัยเสี่ยงและความคุ้มค่าของผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้น ๆ สามารถประเมิน ตรวจสอบ และเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพและตัดสินใจเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทและเงื่อนไขของตนเองได้

3) ด้านระบบการป้องกันโรคด้วยตนเองซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การมีข้อมูลและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการเสี่ยงของโรคนั้น ๆ เข้าใจโรคความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงของโรค ซักซ้อมแนวปฏิบัติเมื่ออาการเสี่ยงของโรคเกิดขึ้นสามารถตรวจสอบอาการเสี่ยงของโรคเบื้องต้นได้และตัดสินใจลดหรือขจัดปัจจัยเสี่ยงของโรคได้

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว


การพัฒนาแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยได้ใช้กรอบแนวคิดของกรมอนามัยที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Don Nutbeam และยุโรป โดยแบ่งมิติความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 6 มิติ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบ ชักถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ (V-shape) เชื่อมโยงกับ 4 ระบบที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพ การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ

กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (V-shape)



ทั้งนี้จากผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา ปีงบประมาณ พ.ศ.2561 พบว่า

1) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว)ตามแนวทาง 3อ.2ส. พบว่า ภาพรวมวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. (Health Literacy) อยู่ในระดับดี และมีระดับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. อยู่ในระดับดีมาก โดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน(อสม.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) อยู่ในระดับดี และมีระดับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. อยู่ในระดับดีมาก และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)อยู่ในระดับดีและมีระดับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. อยู่ในระดับดีมาก



วัยทำงาน (อสม./อสค.)

- มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. (Health Literacy) **ระดับดี**
- มีระดับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. **ระดับดีมาก**

2) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยเรียนตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า ภาพรวมกลุ่มวัยเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติอยู่ในระดับดีมากและมีพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยเรียนตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ อยู่ในระดับดีมาก



วัยเรียน



- มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ **ระดับดีมาก**
- มีพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยเรียนตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ **ระดับดีมาก**

3) ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง3อ.2ส.ของกลุ่มวัยทำงานพบว่าปัจจัยด้านการจัดการตนเองตามแนวทาง3อ.2ส.เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุดโดยถ้าประเมินปริมาณและคุณค่าอาหารที่กินในแต่ละมื้อพร้อมวางแผนออกกำลังของตนเองประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเอง การจัดสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อให้ท่านปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวทาง3อ.2ส.ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ที่ดี

4) ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง สุขบัญญัติแห่งชาติของกลุ่มวัยเรียนพบว่าปัจจัยด้านการจัดการตนเองตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุด โดยถ้ามีการประเมินคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กินแต่ละมื้อเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่วางไว้เตือนตนเองให้ดูแลสุขภาพอนามัยทุกวันเช่นแปรงฟันเช้า-ก่อนนอนสวมใส่เสื้อผ้าที่ซักสะอาดล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หมั่นเปลี่ยนผ้าปูนอน เป็นต้น เชื้อฟังพ่อแม่คุณครูที่คอยเตือนให้มีสติไม่ให้ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่สุรายาเสพติดและการพนันลดความไม่สบายใจที่ติดต่อสุขภาพเช่น ออกกำลังกายเล่นดนตรี นั่งสมาธิ มีอารมณ์ขัน เล่นกีฬา เป็นต้น และมีส่วนร่วมปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน หรือรอบบ้าน หรือในชุมชน เพื่อป้องกันโรคภัยต่าง ๆ ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติที่ดี

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

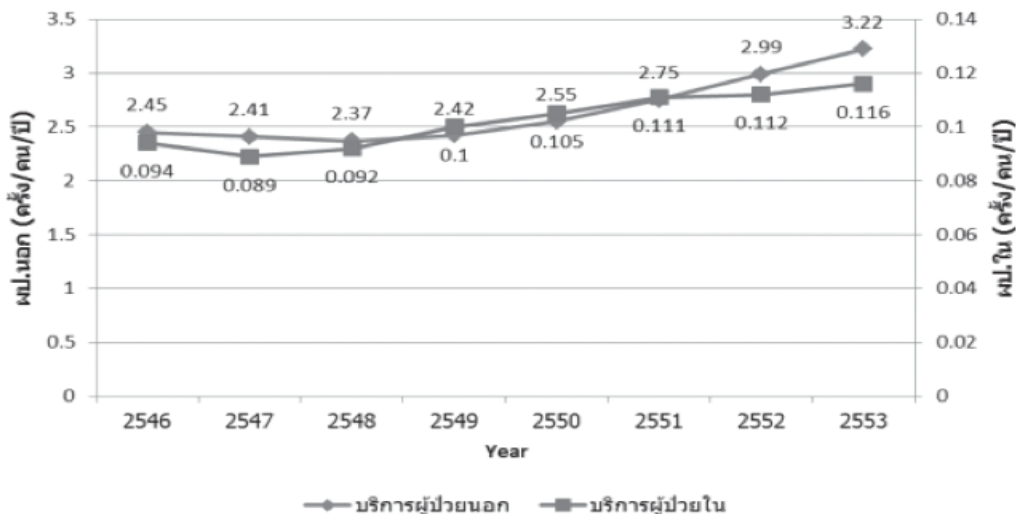
5.3.7 Health Welfare Survey

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีเป้าประสงค์เพื่อเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดภาระรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือนและปกป้องครัวเรือนจากภาวะล้มละลายและความยากจนอันเนื่องมาจากค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข และเศรษฐกิจระดับมหภาคของประเทศอีกด้วย

1) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเพิ่มขึ้น อัตราการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บ่งชี้ว่าประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 2.45 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ.2546 เป็น 3.22 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ.2553 และอัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 0.094 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ.2546 เป็น 0.116 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ.2554 อย่างไรก็ตามการเพิ่มขึ้นดังกล่าวยากที่จะสรุปได้ว่าเป็นผลมาจากระบบหลักประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียวเนื่องจากยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการใช้บริการที่เพิ่มขึ้น เช่น รายได้ครัวเรือนเพิ่มขึ้น ความคาดหวังที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการมีบริการทั้งภาครัฐและเอกชนให้เข้าถึงได้เพิ่มขึ้น เป็นต้น

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2546-2553



ที่มา: รายงานประจำปีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 และ 2553

จากการสำรวจครัวเรือนโดยความร่วมมือระหว่างสำนักงานสถิติแห่งชาติและสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ในปี พ.ศ.2554 ชี้ให้เห็นว่าความชุกของประชากรไทยที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (unmet need) อยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ พบว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าความชุกของการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสูงกว่าผู้มีสิทธิของอีก 2 ระบบ โดยพบว่า มีประชาชนรายงานว่าเขาไม่ได้รับบริการสุขภาพเมื่อมีความจำเป็น คิดเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพียงร้อยละ 1.4 และ

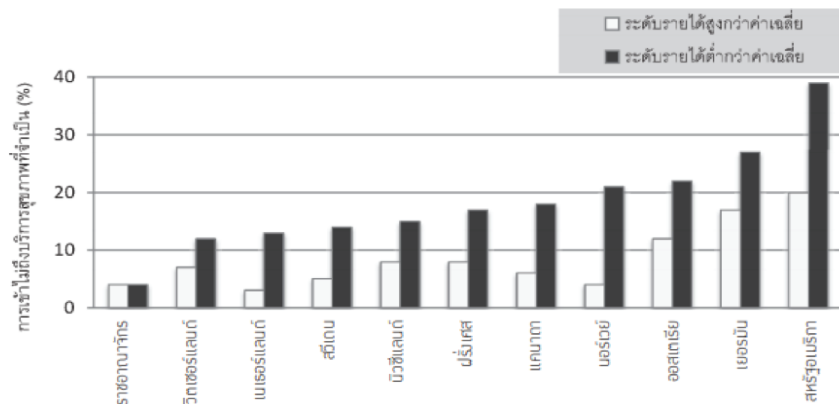
0.4 ตามลำดับ โดยสาเหตุหลักคือผู้ป่วยไม่มีเวลาในการไปพบแพทย์ ไม่แน่ใจว่าจะได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ เช่น ระยะทางที่ไกลจากสถานบริการ เป็นต้น ทั้งนี้เมื่อพิจารณาสัดส่วนประชากรไทยที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเนื่องจากไม่มีเงินในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 1.3 สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและร้อยละ 16.7 สำหรับบริการผู้ป่วยในจัดว่าอยู่ในระดับที่ต่ำเมื่อเทียบกับข้อมูลของประเทศสมาชิก OECD

5.3 ระดับบุคคล/ครอบครัว

ความจำเป็น คิดเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพียงร้อยละ 1.4 และ 0.4ตามลำดับโดยสาเหตุหลักคือผู้ป่วยไม่มีเวลาในการไปพบแพทย์ ไม่แน่ใจว่าจะได้รับบริการที่มีประสิทธิผลนอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการเช่นระยะทางที่ไกลจากสถานบริการ เป็นต้น ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาสัดส่วนประชากรไทย

ที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเนื่องจากไม่มีเงินในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 1.3 สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและร้อยละ 16.7สำหรับบริการผู้ป่วยในจัดว่าอยู่ในระดับที่ต่ำเมื่อเทียบกับข้อมูลของประเทศสมาชิก OECD

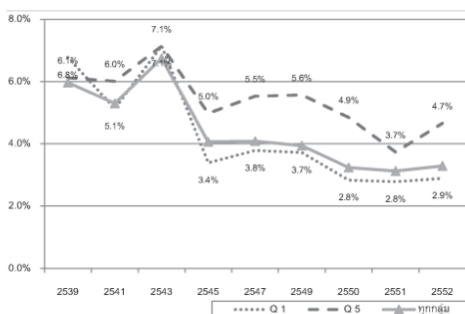
การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับ 11 ประเทศสมาชิก OECD จำแนกตามระดับรายได้ ปี พ.ศ.2553



หมายเหตุ: ข้อมูลนี้รวมถึงการที่ผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์เมื่อป่วย ไม่ได้ไปรับบริการตามที่แพทย์แนะนำ และไม่ไปรับยาเมื่อครบกำหนด, แหล่งข้อมูล OECD

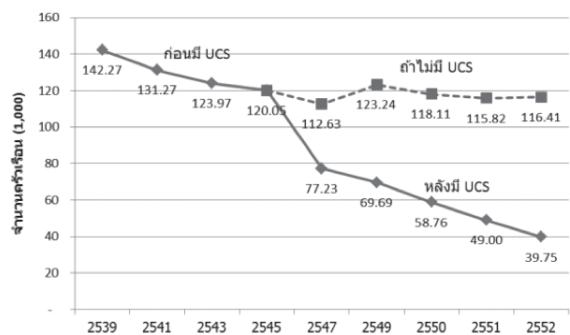
2) จำนวนครัวเรือนที่อาจล้มละลายหรือยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลลดลงโดยหลักจากที่ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่อาจล้มละลายอันเนื่องมาจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลซึ่งคำนวณจากสัดส่วนรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลเกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายครัวเรือนโดยรวมพบว่ามีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนในกลุ่มคนยากจนลดจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ.2539 เหลือร้อยละ 2.8 ในปี พ.ศ.2551 และในกลุ่มคนรวยลดลงจากร้อยละ 6.1 เหลือร้อยละ 3.7 ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน นวัตกรรม นวัตกรรม มีอารมณ์ขัน เล่นกีฬา เป็นต้น และมีส่วนร่วมปรับสภาพแวดล้อมในบ้านหรือรอบบ้านหรือในชุมชนเพื่อป้องกันโรคภัยต่างๆ ก็จะช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติที่ดี

อุบัติการณ์การล้มละลายอันเนื่องมาจากรายจ่ายค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามระดับเศรษฐกิจ ปี พ.ศ.2539 - 2552



หมายเหตุ: วิเคราะห์ใหม่ข้อมูลการสำรวจเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือนปี พ.ศ.2539-2552

จำนวนครัวเรือนที่ได้รับการป้องกันจากความยากจนจากรายจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ.2539-2552



ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการลดความยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีลักษณะเดียวกันในระดับจังหวัดโดยอุบัติการณ์ของความยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในแต่ละจังหวัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังปีพ.ศ.2545 ซึ่งการมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างรอบคอบและไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อไปใช้บริการส่งผลให้มีครัวเรือนสะสมจำนวนถึง 219,790 ครัวเรือนที่ได้รับการป้องกันจากความยากจน เนื่องจากรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลในช่วงปีพ.ศ.2547-2552 ระหว่างเส้นคาดการณ์จำนวนครัวเรือนที่ยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลหากไม่มีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าเปรียบเทียบกับที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งพื้นที่ระหว่างเส้นกราฟทั้ง 2 เส้น คือจำนวนครัวเรือนที่ได้รับการป้องกันจากความยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลอันเนื่องมาจากการมีนโยบายดังกล่าว