



บทที่ 5

สถานะสุขภาพและแนวโน้มของ ปัญหาสุขภาพของคนไทย

1. ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพทั่วไป

พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น ตลอด 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยพิจารณาจากตัวชี้วัดดังนี้

1.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย

พ.ศ.2551 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 70 ปี แต่ก็พบว่ายังด้อยกว่ากลุ่มประเทศอาเซียนหลายประเทศ (ตารางที่ 5.1) แต่อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ พ.ศ. 2507 - พ.ศ. 2553 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น โดยที่ผู้ชายเพิ่มจาก 55.9 ปี เป็น 70.6 ปี และผู้หญิงเพิ่มจาก 62.0 ปี เป็น 77.5 ปี และเมื่อถึง พ.ศ. 2573 ผู้ชายไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเป็น 76.0 ปี ผู้หญิงเป็น 82.7 ปี (ตารางที่ 5.2)

นอกจากนี้ จากรายงานสุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2552 ระบุว่า ประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (Healthy Life Expectancy - HALE) เท่ากับ 62 ปี โดยที่ผู้ชายมีอายุเป็น 59 ปี และผู้หญิงมีอายุเป็น 65 ปี ซึ่งก็ยังคงด้อยกว่าประเทศในสิงคโปร์ บรูไน และมาเลเซีย (ตารางที่ 5.1)



ตารางที่ 5.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทย เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ

กลุ่มประเทศ	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด						อายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี(พ.ศ. 2545) ⁽⁴⁾			อายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี(พ.ศ. 2552) ⁽⁷⁾		
	พ.ศ. 2541 ⁽¹⁾	พ.ศ. 2545 ⁽²⁾	พ.ศ. 2547 ⁽³⁾	พ.ศ. 2549 ⁽⁵⁾	พ.ศ. 2550 ⁽⁶⁾	พ.ศ. 2551 ⁽⁸⁾	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
WHO / SEAR												
ศรีลังกา	73.3	72.5	74.3	72	74.0	69	61.6	59.2	64.0	63	61	65
ไทย	68.9	69.1	70.3	72	68.7	70	60.1	57.7	62.4	62	59	65
อินโดนีเซีย	65.6	66.6	67.2	68	70.5	67	58.1	57.4	58.9	60	60	61
มัลดีฟส์	65.0	67.2	67.0	72	71.1	74	57.8	59.0	56.6	64	64	64
อินเดีย	62.9	63.7	63.6	63	63.4	64	53.5	53.3	53.6	56	56	57
ภูฏาน	61.2	63.0	63.4	64	65.7	63	52.9	52.9	52.9	55	54	56
สหภาพพม่า	60.6	57.2	60.5	60	61.2	54	51.7	49.9	53.5	50	48	52
บังกลาเทศ	58.6	61.1	63.3	63	65.7	65	54.3	55.3	53.3	56	56	55
เนปาล	57.8	59.6	62.1	62	66.3	63	51.8	52.5	51.1	55	55	55
ASEAN												
สิงคโปร์	77.3	78.0	78.9	80	80.2	81	70.1	68.8	71.3	73	71	75
บรูไน	75.7	76.2	76.6	77	77.0	76	65.3	65.1	65.5	66	66	67
มาเลเซีย	72.2	73.0	73.4	72	74.1	73	63.2	61.6	64.8	64	62	66
ไทย	68.9	69.1	70.3	72	68.7	70	60.1	57.7	62.4	62	59	65
ฟิลิปปินส์	68.6	69.8	70.7	68	71.6	70	59.3	57.1	61.5	62	59	64
เวียดนาม	67.8	69.0	70.8	72	74.3	73	61.3	59.8	62.9	64	62	66
อินโดนีเซีย	65.6	66.6	67.2	68	70.5	67	58.1	57.4	58.9	60	60	61
สหภาพพม่า	60.6	57.2	60.5	60	61.2	54	51.7	49.9	53.5	50	48	52
ลาว	53.7	54.3	55.1	60	64.6	62	47.0	47.1	47.0	54	53	54
กัมพูชา	53.5	57.4	56.5	62	60.6	62	47.5	45.6	49.5	53	51	55
High human development												
ญี่ปุ่น	80.0	81.5	82.2	83	82.7	83	75.0	72.3	77.7	76	73	78
แคนาดา	79.1	79.3	80.2	81	80.6	81	72.0	70.1	74.0	73	71	75
ไอร์แลนด์	79.1	79.9	80.9	81	81.7	82	72.8	72.1	73.6	74	71	75
สวีเดน	78.7	80.0	80.3	81	80.8	81	73.3	71.9	74.8	74	72	75
สวิตเซอร์แลนด์	78.7	79.1	80.7	82	81.7	82	73.2	71.1	75.3	75	73	76
World	66.9	66.9	67.3	67	67.5	68	-	-	-	59	58	61
Very high human development	77.0	77.4	78.0	80	80.1	80	-	-	-	-	-	-
Medium human development	66.9	67.2	67.3	69	66.9	67	-	-	-	-	-	-

Source: ⁽¹⁾ UNDP, Human Development Report 2000.

⁽³⁾ UNDP, Human Development Report 2006.

⁽⁵⁾ WHO, World Health Report 2008.

⁽⁷⁾ WHO, World Health Statistics 2010.

⁽²⁾ UNDP, Human Development Report 2004.

⁽⁴⁾ WHO, World Health Report 2003.

⁽⁶⁾ UNDP, Human Development Report 2009.

⁽⁸⁾ UNDP, Human Development Report 2010.



ตารางที่ 5.2 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth)

พ.ศ.	ชาย	หญิง	หญิง-ชาย
2507 - 2508 ⁽¹⁾	55.9	62.0	6.1
2517 - 2519 ⁽¹⁾	58.0	63.8	5.8
2528 - 2529 ⁽¹⁾	63.8	68.9	5.1
2532 ⁽¹⁾	65.6	70.9	5.3
2534 ⁽¹⁾	67.7	72.4	4.7
2538 - 2539 ⁽¹⁾	69.9	74.9	5.0
2548 - 2549 ⁽¹⁾	69.9	77.6	7.7
2548 - 2553 ⁽²⁾	70.6	77.5	6.9
2553 - 2558 ⁽²⁾	71.9	78.8	6.9
2558 - 2563 ⁽²⁾	77.3	80.1	6.8
2563 - 2568 ⁽²⁾	74.6	81.4	6.8
2568 - 2573 ⁽²⁾	76.0	82.7	6.7

- ที่มา: (1) รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2507 - พ.ศ. 2508, พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2519, พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2529, พ.ศ. 2532, พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2538, พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- (2) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2573, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550

1.2 อัตราการตาย

จากข้อมูลทะเบียนราษฎรพบว่า อัตราตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ในประเทศไทย ได้ลดลงจาก 374.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2505 เหลือ 10.7 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.1) อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอื่นๆ พบว่า อัตราการตายสูงกว่าที่มีในทะเบียนราษฎร เช่น การสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยวิธี RAMOS¹ เมื่อ พ.ศ. 2538-2539 พบอัตราการตายของมารดาเท่ากับ 44.1 ขณะที่โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย² เมื่อ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2539 พบเท่ากับ 16.3 และการศึกษาของยงเจือ เหล่าศิริถาวร³ (2546) พบเท่ากับ 52.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2538-2539 และการศึกษาของวรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ⁴ (2550) พบเท่ากับ 41.6 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549

¹ การสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยวิธี Reproductive Age Mortality Survey โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

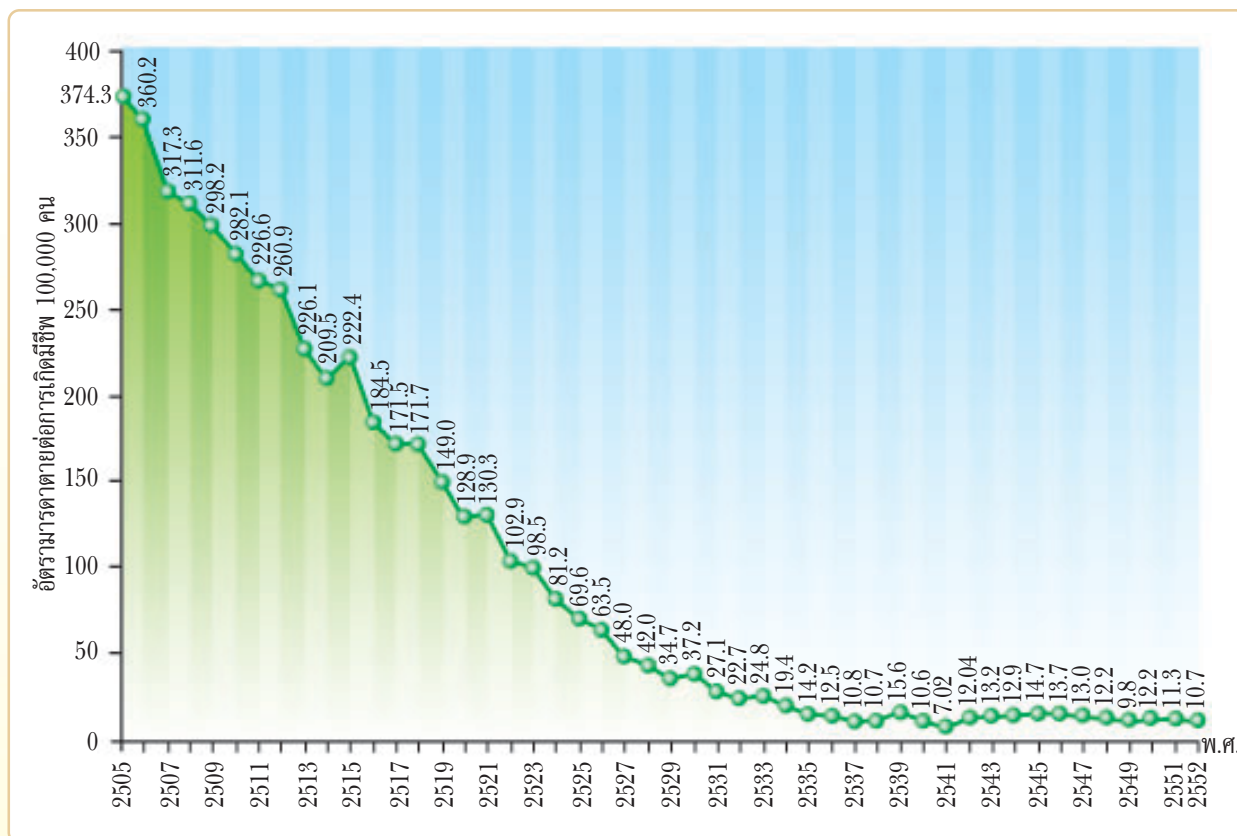
² สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, รายงานการตายมารดาในประเทศไทย โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2539

³ ยงเจือ เหล่าศิริถาวร, สถานการณ์และการรายงานการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดประเทศไทย พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2546

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



ภาพที่ 5.1 อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2552



ที่มา:ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทยและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.3 การตายของทารก

อัตราการตายในประเทศไทย มีแนวโน้มลดลง จาก 84.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2507 เหลือ 40.7 ใน พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2529 และลดลงเป็น 11.3 ใน พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.2) แต่อย่างไรก็ดีแม้ว่าอัตราการตายของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ก็ยังสูงกว่าบางประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย (ตารางที่ 5.3)



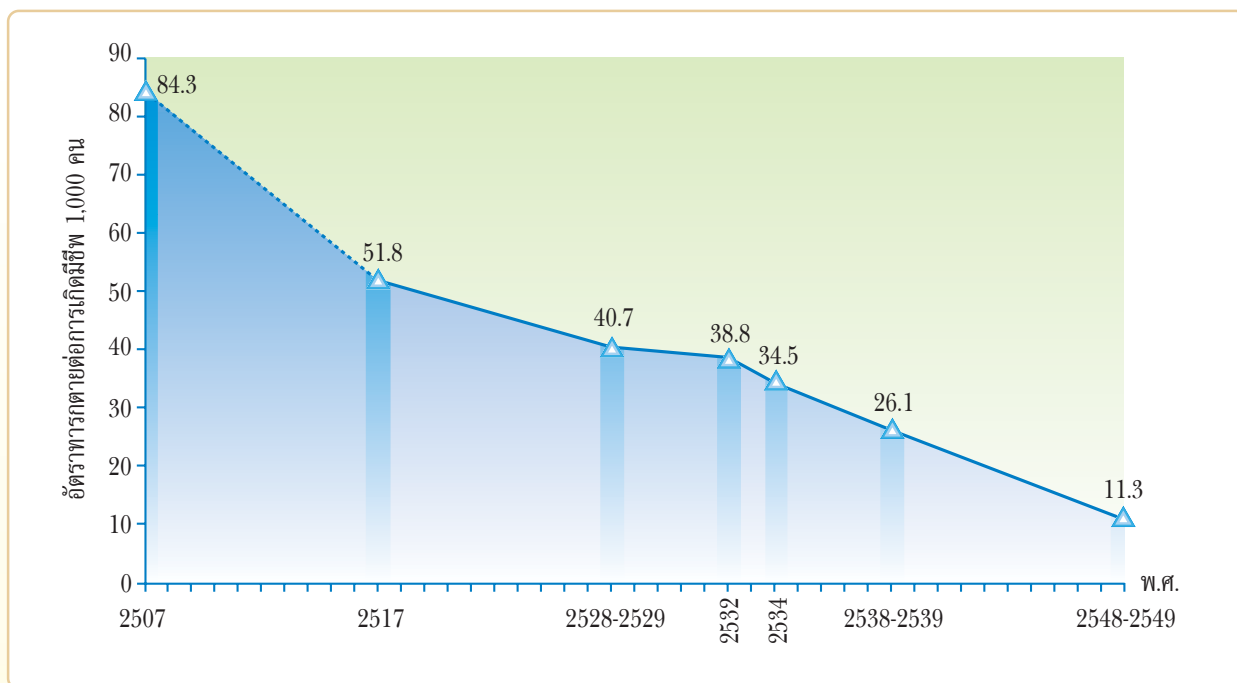
ตารางที่ 5.3 อัตราการตายและอัตราตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ พ.ศ. 2523, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2549, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2551

กลุ่มประเทศ	อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน							อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน						
	พ.ศ. 2523	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2523	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551
WHO / SEAR														
เกาหลีเหนือ	32	42	42	42	42	-	42	43	55	55	55	55	-	65
ศรีลังกา	34	17	13	12	11	17	13	48	19	15	14	13	21	15
ไทย	49	24	23	18	7	6	13	58	28	26	21	8	7	14
อินโดนีเซีย	90	33	31	30	26	25	31	125	45	41	38	34	31	41
สหภาพพม่า	109	77	76	76	74	79	71	134	109	107	106	104	113	98
อินเดีย	115	67	63	62	57	54	52	173	93	87	85	76	72	69
เนปาล	132	66	61	59	46	43	41	195	91	82	76	59	55	51
บังกลาเทศ	132	51	46	56	52	47	43	205	77	69	77	62	61	54
ASEAN														
สิงคโปร์	12	3	3	3	3	2	2	13	4	5	3	3	3	3
มาเลเซีย	30	8	7	10	10	10	6	42	8	7	12	12	11	6
ไทย	49	24	23	18	7	6	13	58	28	26	21	8	7	14
ฟิลิปปินส์	52	29	27	26	24	23	26	81	38	36	34	32	28	32
เวียดนาม	57	30	19	17	15	13	12	70	38	23	23	17	15	14
อินโดนีเซีย	90	33	31	30	26	25	31	125	45	41	38	34	31	41
สหภาพพม่า	109	77	76	76	74	79	71	134	109	107	106	104	113	98
ลาว	127	87	82	65	59	56	48	200	100	91	83	75	70	61
High income														
สวีเดน	7	3	3	3	3	2	2	8	3	4	4	4	3	3
ญี่ปุ่น	8	3	3	3	3	3	3	10	5	5	4	4	4	4
สวิตเซอร์แลนด์	9	5	4	5	4	4	4	11	6	6	5	5	5	5
แคนาดา	10	5	5	5	5	5	6	13	7	7	6	6	6	6
ไอร์แลนด์	11	6	5	5	4	3	3	14	6	7	6	4	4	4
World	80	56	57	54	49	46	44	121	81	86	79	71	67	63
Very high income	13	5	5	6	6	6	5	15	7	7	7	7	7	6
Middle income	57	31	30	30	27	19	38	80	38	37	37	35	22	49
Low income	116	80	80	79	73	80	79	171	121	123	122	110	126	83

- ที่มา:
1. World Bank, World Development Indicators, 1999, 2000/2001, 2003, 2004, 2005, 2006.
 2. WHO, World Health Statistics, 2008.
 3. WHO, World Health Statistics, 2009.
 4. UNDP, Human Development Report 2010.



ภาพที่ 5.2 อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2507 - พ.ศ. 2549



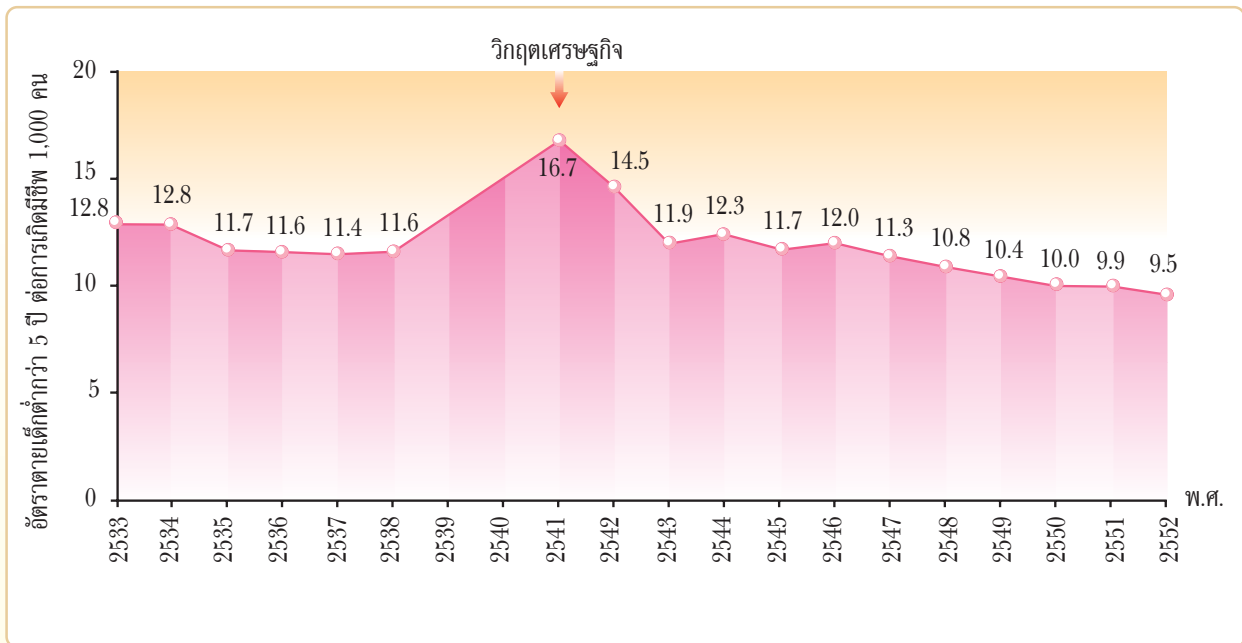
ที่มา: จากการคาดการณ์ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยอาศัยข้อมูลสำรวจในรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.4 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี

อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนักจาก 12.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 9.5 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2552 เป็นที่น่าสังเกตว่าวิกฤตเศรษฐกิจในระยะแรกอาจส่งผลกระทบต่ออัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ พบเพิ่มขึ้นเป็น 16.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2541 และมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา (ภาพที่ 5.3) แต่อย่างไรก็ดีแม้ว่าอัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ก็ยังสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย (ตารางที่ 5.3) มีข้อสังเกตว่าตัวเลขอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่รายงานจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย นี้มีแนวโน้มที่จะต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งตัวเลขจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรพบอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 15.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2549



ภาพที่ 5.3 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

1.5 สาเหตุการตาย

จากการศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2551 ของโครงการศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาระโรค (Setting Priorities using Information on Cost-Effectiveness Spice 2004-2009) โดยวิธี Verbal Autopsy จากฐานข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กับการทบทวนจากเวชระเบียนในโรงพยาบาล พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรก ได้แก่ เส้นเลือดในสมองแตกทั้งชายและหญิงในจำนวนเกือบเท่ากัน คือ 23,741 ราย และ 21,546 ราย ตามลำดับ ในผู้ชายโรคที่พบตามมาใน 5 ลำดับต่อมาได้แก่ อุบัติเหตุบนท้องถนน (20,458 ราย) โรคเอดส์ (19,953 ราย) หัวใจขาดเลือด (16,164 ราย) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (14,396 ราย) และตับแข็ง (12,628 ราย) ในขณะที่ในผู้หญิง ได้แก่ โรคเบาหวาน (15,254 ราย) หัวใจขาดเลือด (14,300 ราย) โรคเอดส์ (10,868 ราย) โรคไตวายเรื้อรัง (7,627 ราย) และปอดอักเสบ (6,483 ราย) เป็นที่น่าสังเกตว่า สาเหตุตายจากโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาของผู้ชาย โดยที่มีจำนวนตายในชายมากกว่าหญิงเกือบเท่าตัว นอกจากนี้ อุบัติเหตุบนท้องถนนนั้นความรุนแรงของปัญหายังคงอยู่ที่ผู้ชายเช่นเดิม

สำหรับโรคมะเร็งที่พบใน 12 อันดับแรกในผู้ชายได้แก่ มะเร็งตับและมะเร็งปอด และในผู้หญิงคือ มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งตับ (ตารางที่ 5.4)



ตารางที่ 5.4 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 12 อันดับแรกจำแนกตามเพศในประชากรไทย พ.ศ. 2548

ผู้ชาย	จำนวนตาย	ร้อยละ	ผู้หญิง	จำนวนตาย	ร้อยละ
เส้นเลือดในสมองแตก	23,741	9.4	เส้นเลือดในสมองแตก	21,546	11.3
อุบัติเหตุบนท้องถนน	20,458	8.1	เบาหวาน	15,254	8.0
เอดส์	19,953	7.9	หัวใจขาดเลือด	14,300	7.5
หัวใจขาดเลือด	16,164	6.4	สาเหตุไม่ชัดเจน	13,728	7.2
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	14,396	5.7	เอดส์	10,868	5.7
ตับแข็ง	12,628	5.0	โรคไตเรื้อรัง	7,627	4.0
มะเร็งตับ	11,365	4.5	ปอดอักเสบ	6,483	3.4
สาเหตุไม่ชัดเจน	9,598	3.8	มะเร็งปากมดลูก	5,720	3.0
มะเร็งปอด	9,345	3.7	มะเร็งตับ	5,339	2.8
เบาหวาน	8,082	3.2	ความดันโลหิตสูง	5,339	2.8
ปอดอักเสบ	7,072	2.8	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4,957	2.6
ฆ่าตัวตาย	6,819	2.7	โรคหัวใจอื่นๆ	4,767	2.5
โรคอื่นๆ	92,944	36.8	โรคอื่น ๆ	74,743	39.2
จำนวนตาย	252,566	100	จำนวนตาย	190,670	100

และเมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายรายโรคตามกลุ่มอายุและเพศ พบดังนี้

กลุ่มอายุ	สาเหตุการตายหลัก	
	ชาย	หญิง
0 - 14	← ขาดอากาศหายใจ / บาดเจ็บจากการคลอด, อุบัติเหตุบนท้องถนน, จมน้ำตาย →	
15 - 49	เอชไอวี / เอดส์, อุบัติเหตุบนท้องถนนเอชไอวี / เอดส์, อุบัติเหตุบนท้องถนน	
50 - 74	เส้นเลือดในสมองแตก, หัวใจขาดเลือดเบาหวาน, เส้นเลือดในสมองแตก	
75 +	เส้นเลือดในสมองแตก, ปอดอุดกั้นเรื้อรังเส้นเลือดในสมองแตก, หัวใจขาดเลือด	

ที่มา: โครงการพัฒนาคุณภาพสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2551

1.6 สาเหตุการป่วย

ผลจากการสำรวจภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนระหว่าง พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชาชนเจ็บป่วยด้วยภาวะของโรคที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูกและข้อ และโรคระบบทางเดินอาหาร ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชนพบว่า ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไทรอยด์ โรคภูมิแพ้และโรคระบบประสาทจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.5)



ตารางที่ 5.5 ร้อยละของประชากรที่ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2550

กลุ่มโรค	2534	2539	2544	2546	2547	2548	2549	2550
โรคระบบทางเดินหายใจ	38.1	45.7	39.6	40.2	44.8	45.0	44.3	40.9
โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	15.7	13.2	14.0	14.9	11.8	12.2	11.4	11.4
โรคระบบทางเดินอาหาร	15.4	11.3	10.0	10.3	9.1	9.3	9.4	9.4
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3.0	6.6	6.6	6.3	5.2	5.9	6.3	4.1
โรคของต่อมไร้ท่อ	1.4	3.3	4.7	4.4	3.1	4.4	4.1	5.1
โรคของปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	4.7	3.2	3.6	2.6	3.3	3.2	2.7	2.2
โรคติดเชื้อ	2.2	2.1	1.8	1.3	2.1	1.7	0.9	1.0
โรคระบบทางเดินปัสสาวะ	1.4	1.8	1.3	1.3	1.1	0.9	1.0	1.2
โรคภูมิแพ้	0.7	1.5	1.8	2.1	1.8	1.9	2.3	2.2
โรคระบบประสาทจิตเวช	0.8	1.3	1.5	1.7	1.6	1.9	2.1	1.8
โรคผิวหนัง	3.2	1.2	1.5	1.1	1.0	1.2	1.4	1.8
โรคอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	1.4	0.8	0.9	0.9	0.8	0.8	0.7	0.9

ที่มา: รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.7 ความพิการ

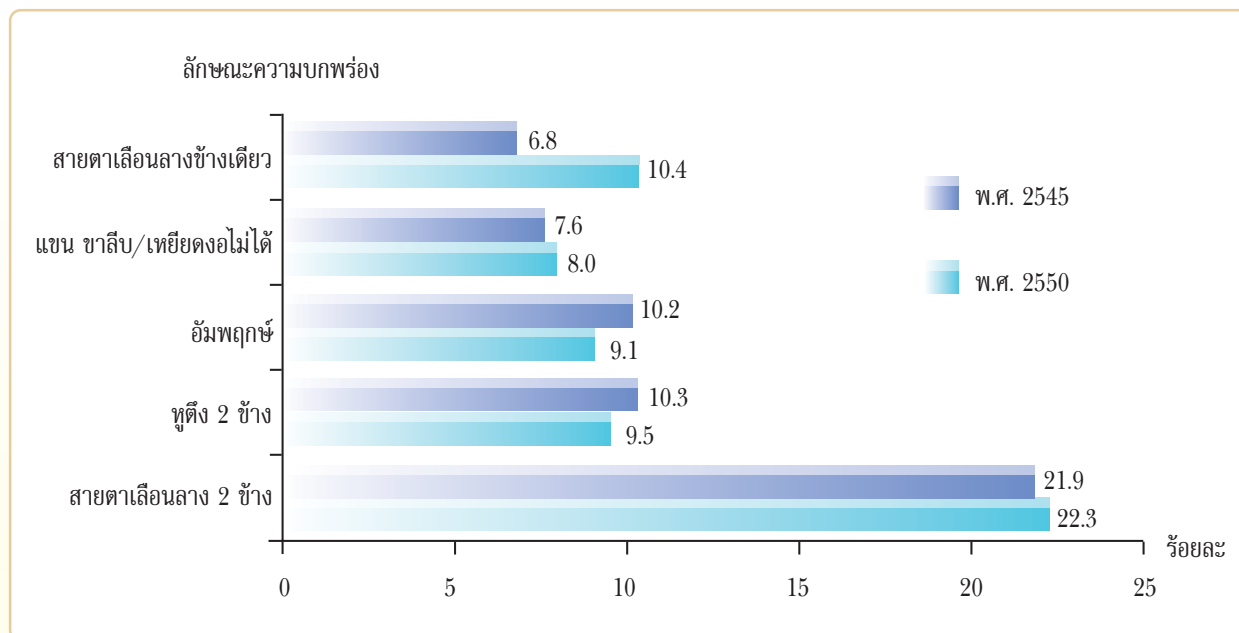
จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2517 เป็นร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ. 2545 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.9 ใน พ.ศ. 2550 (ตารางที่ 5.6) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอื่น ๆ พบความชุกของความพิการสูงกว่ารายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เช่น การสำรวจสถานะทางสุขภาพประชากรไทยด้วยวิธีการตรวจร่างกาย (พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2535) พบผู้มีความพิการ ร้อยละ 6.3 ทั้งนี้ ยังไม่รวมความผิดปกติหรือพิการทางจิตและสติปัญญา ซึ่งหากคิดรวมทั้งหมดโดยการประมาณการแล้วผู้พิการจะมีความชุกเท่ากับร้อยละ 8.1 ของประชากรทั้งหมด

นอกจากนี้ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (2540) คาดการณ์ว่า อัตราเพิ่มของคนพิการมากกว่าอัตราเพิ่มของประชากร โดยมีความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นลักษณะความพิการที่พบมากที่สุดซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม และการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาของประเทศ เมื่อจำแนกลักษณะของความบกพร่องที่มีประชากรที่พิการใน พ.ศ. 2550 เป็นมากที่สุด 5 ลำดับแรกคือ สายตาเลือนกลางทั้ง 2 ข้าง สายตาเลือนกลางข้างเดียว หูตึง 2 ข้าง อัมพฤกษ์ และแขนขาสิบ/เหยียดงอไม่ได้ ซึ่งเหมือนกับประชากรที่พิการใน พ.ศ. 2545 ยกเว้น ประเภทหูตึง 2 ข้าง และอัมพฤกษ์ที่มีลักษณะบกพร่องดังกล่าวลดลงเล็กน้อย (ภาพที่ 5.4)

⁵ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. ระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, 2540



ภาพที่ 5.4 สัดส่วนของประชากรที่พิการ จำแนกตามลักษณะความบกพร่อง 5 ลำดับแรก พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2550

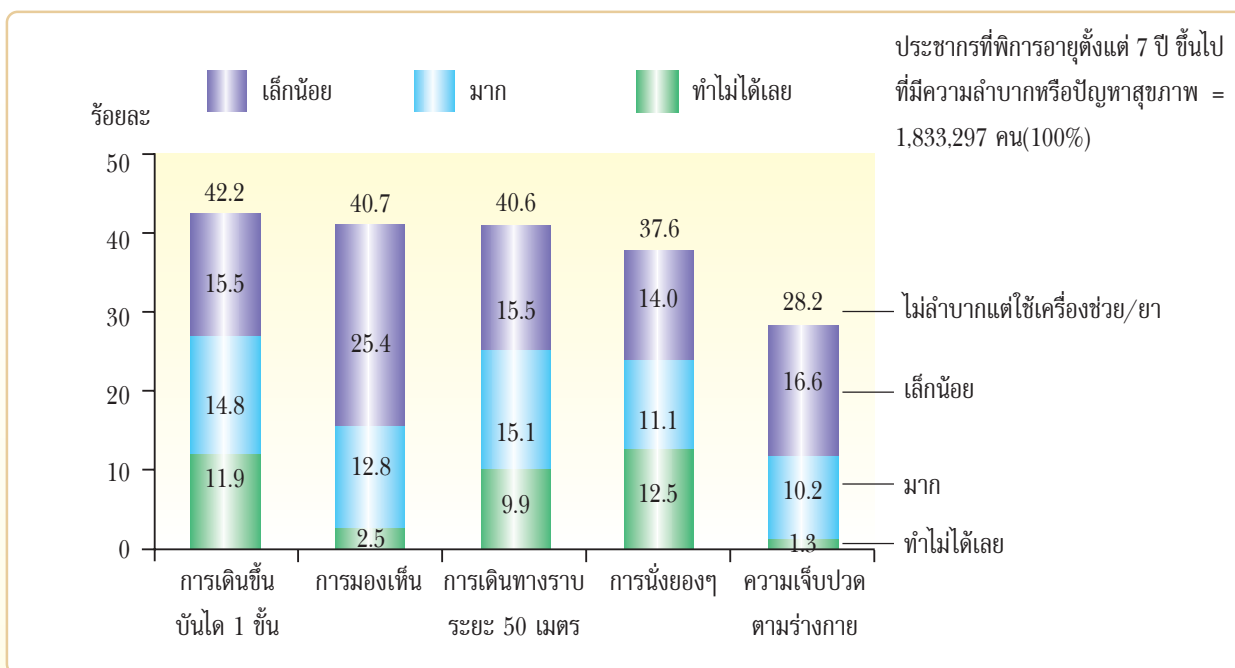


- ที่มา:
1. รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้ จากการสำรวจความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ใน พ.ศ. 2550 พบว่า ปัญหาสุขภาพ 5 ลำดับแรกที่มีประชากรพิการเป็นมากที่สุด คือ การเดินขึ้นบันได 1 ชั้น, การมองเห็น, การเดินทางราบระยะ 50 เมตร, การนั่งยองๆ และความเจ็บปวดตามร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 42.2, 40.7, 40.6, 37.6 และ 28.2 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.5)



ภาพที่ 5.5 ร้อยละของประชากรที่พิการอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป ที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ จำแนกตามประเภท ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ 5 ลำดับแรกและระดับความรุนแรง พ.ศ. 2550



ที่มา: การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1. ตอบได้มากกว่า 1 ประเภท

2. ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ 5 ลำดับแรก มีผู้ที่ไม่ลำบาก แต่ใช้เครื่องช่วยหรือยา ไม่เกินร้อยละ 0.1

ตารางที่ 5.6 จำนวนและร้อยละของคนพิการไทย พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2550

จำนวนหน่วย : พันคน

ปีสำรวจ	ประชากร	คนพิการ	อัตราร้อยละต่อประชากร
2517	39,796.9	209.0	0.5
2519	42,066.9	245.0	0.6
2520	44,211.5	296.2	0.7
2521	45,344.2	324.6	0.7
2524	47,621.4	367.5	0.8
2529	51,960.0	385.9	0.7
2534	57,046.5	1,057.0	1.8
2539	59,902.8	1,024.1	1.7
2544	62,871.0	1,100.8	1.8
2545	63,303.0	1,098.0	1.7
2550	65,566.3	1,871.8	2.9

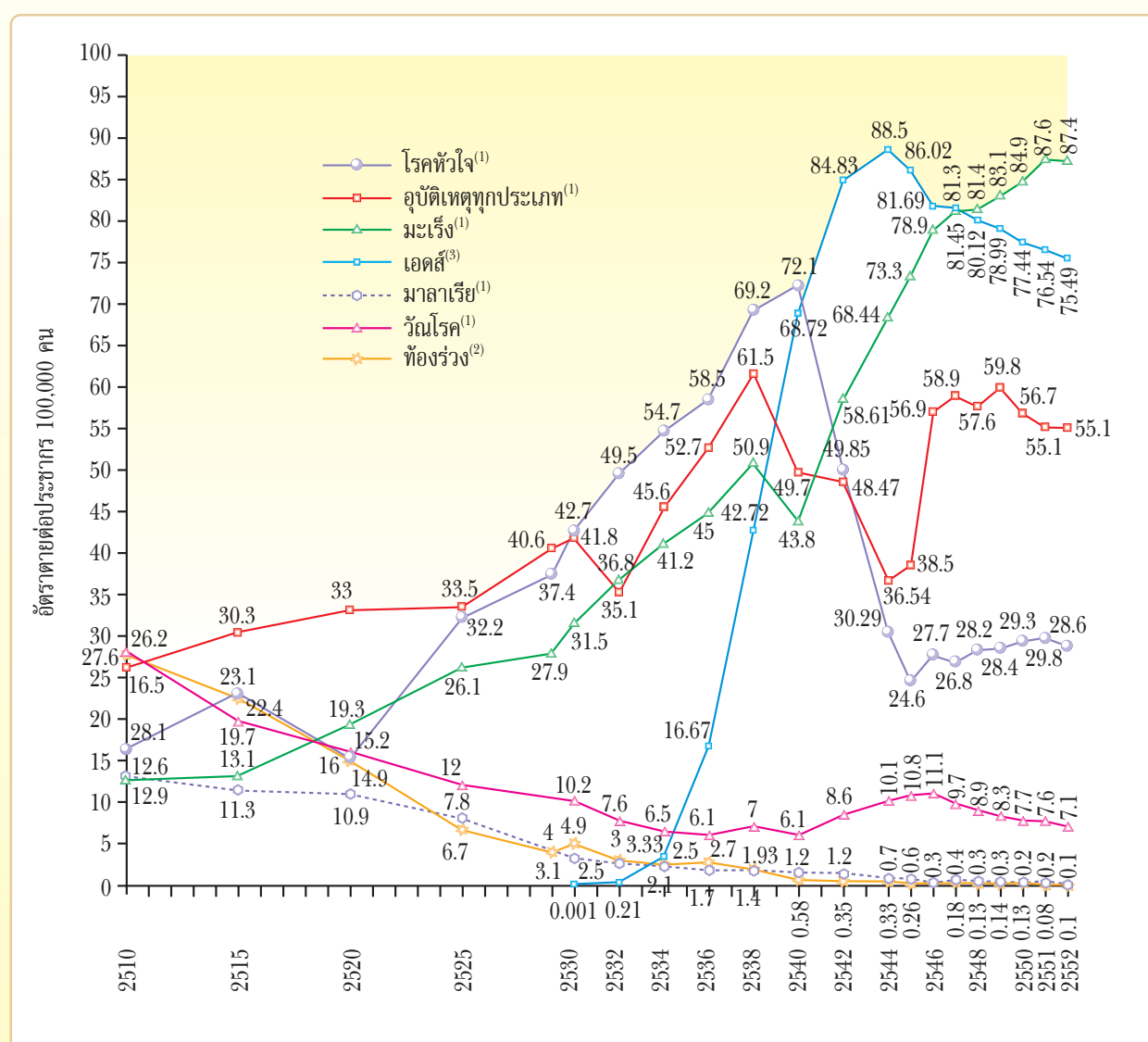
ที่มา: 1. โครงการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



1.8 การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiological Transition)

หากพิจารณาในภาพรวมจากสาเหตุการตายของคนไทย (จากมรณบัตร) จะพบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุ รวมทั้งโรคเอดส์ที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ส่วนโรคติดต่อที่เคยเป็นปัญหาสำคัญ ปัจจุบันมีแนวโน้มลดลงยกเว้นโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น วัณโรค ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคเอดส์ (ภาพที่ 5.6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาระโรค (Burden of Diseases Study) ที่พบว่าการสูญเสียปีที่มีสุขภาพดี (DALYs loss) จากโรคไม่ติดต่อสูงกว่าโรคติดต่อกว่า 3 เท่า และประชากรยังมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อนมากขึ้น (ตารางที่ 5.7)

ภาพที่ 5.6 อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2510 - พ.ศ. 2552



ที่มา:

⁽¹⁾ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

⁽²⁾ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

⁽³⁾ คณะทำงานคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์. การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2544



ตารางที่ 5.7 ร้อยละของสาเหตุของ Disability Adjusted Life Years loss (DALYs) ของประชากรไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	0 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 59	60+	รวม
- โรคติดต่อ	55.3	33.6	25.6	14.6	10.3	20.2
- โรคไม่ติดต่อ	32.9	34.7	50.7	73.7	85.8	65.1
- อุบัติเหตุ	11.7	31.6	23.7	11.7	3.9	14.8

ที่มา: คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549.

1.9 การสูญเสียสุขภาพของคนไทย

จากการวัดปัญหาสุขภาพของคนไทย โดยใช้การสูญเสียสุขภาพ (DALYs loss)⁶ เป็นดัชนีบ่งชี้ปัญหา พบว่าโรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญของการสูญเสียสุขภาพของคนไทยลำดับแรก ในเพศชาย ขณะที่เพศหญิงคือ หลอดเลือดสมอง โดยลำดับที่ 2 และ 3 ในเพศชายคือ อุบัติเหตุจราจรและติดสุรา สำหรับเพศหญิงคือ โรคเอดส์และเบาหวาน ตามลำดับ (ตารางที่ 5.8)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มวัย พบว่า มีความแตกต่างกันในปัญหาที่คุกคามต่อสุขภาพ ดังนี้

- กลุ่มอายุ 0-14 ปี พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ ทารกคลอดน้ำหนักน้อยและทารกขาดอากาศแรกเกิด
- กลุ่มอายุ 15-29 ปี พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ โรคเอดส์ อุบัติเหตุจราจร ยาเสพติด โรคจิตเภท และพิษสุราเรื้อรัง
- กลุ่มอายุ 30-59 ปี พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ โรคเอดส์ อุบัติเหตุจราจร โรคเบาหวานและมะเร็งตับ
- กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ โรคหลอดเลือดสมอง อุ้งลมโป่งพอง และเบาหวาน

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



ตารางที่ 5.8 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศ

ลำดับที่	เพศชาย			เพศหญิง		
	โรค	DALYs loss	ร้อยละ	โรค	DALYs loss	ร้อยละ
1	เอชไอวี/เอดส์	645,426	12.1	หลอดเลือดสมอง	307,131	7.9
2	อุบัติเหตุจากรถทางบก	600,004	11.3	เอชไอวี/เอดส์	290,711	7.5
3	ติดสุรา	329,068	6.2	เบาหวาน	267,549	6.9
4	หลอดเลือดสมอง	305,105	5.7	ซึมเศร้า	191,490	4.9
5	มะเร็งตับ	294,868	5.5	มะเร็งตับ	140,480	3.6
6	หัวใจขาดเลือด	178,011	3.3	อุบัติเหตุจากรถทางบก	135,832	3.5
7	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	175,549	3.3	หัวใจขาดเลือด	117,790	3.0
8	เบาหวาน	168,702	3.2	ข้อเข่าเสื่อม	117,042	3.0
9	ซึมเศร้า	136,895	2.6	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	112,663	2.9
10	ตับแข็ง	133,046	2.5	ต้อกระจก	110,572	2.8

ที่มา: คณะทำงานจัดทำภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549

1.10 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศกำลังพัฒนา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกได้สำรวจการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผลกระทบใน 23 ประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งรวมถึงประเทศไทยและพบว่า ใน พ.ศ. 2548 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็งและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (ประมาณ 35 ล้านคน) โดยคิดเป็นโรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวานร้อยละ 32 โรคมะเร็งร้อยละ 13 และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังร้อยละ 7 และคาดว่าอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มเป็น 41 ล้านคน ใน พ.ศ. 2558 นอกจากนี้ ยังพบว่า ภาวะโรค (DALYs) ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน พ.ศ. 2548 คิดเป็นร้อยละ 50 ของโรคทั้งหมด โดยร้อยละ 12 เป็นโรคเบาหวานและกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (ซึ่งรวมถึงโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง) และโรคมะเร็งและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 9 และคาดการณ์ว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2558) ภาวะโรคจะเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มโรค (ตารางที่ 5.9) ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้ตั้งเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี ร้อยละ 2



ตารางที่ 5.9 สัดส่วนของ Disability Adjusted Life Years loss (DALYs) ของการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากร 23 ประเทศกำลังพัฒนารวมประเทศไทย

กลุ่มโรค	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2558
โรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวาน	12	13
โรคมะเร็ง	5	6
โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	4	5
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด	50	55

ที่มา: D. Abegunde, C. Mathers, T.Adam, M.Ortegon, & K.Strong (2007). Chronic Diseases 1: The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet, 370, 8, 1929-38.



2. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

2.1 โรคติดต่อทั่วไป

2.1.1 โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในกลุ่มเป้าหมาย ทำให้อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.10 และภาพที่ 5.7)



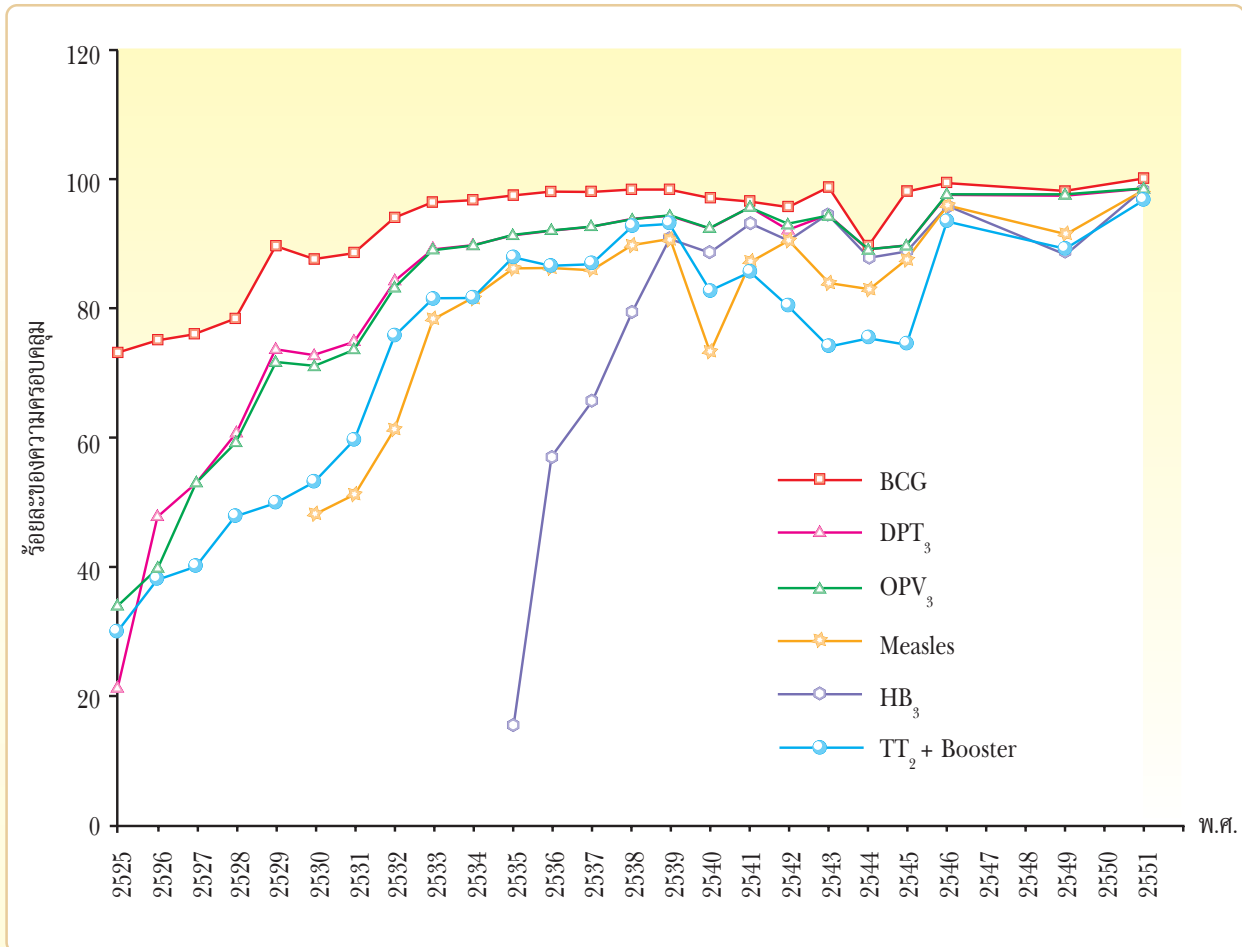
ตารางที่ 5.10 ร้อยละของการครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2551

กิจกรรม	ปีงบประมาณ (ร้อยละ)																								
	2525 ⁽¹⁾	2526 ⁽¹⁾	2527 ⁽¹⁾	2528 ⁽¹⁾	2529 ⁽¹⁾	2530 ⁽¹⁾	2531 ⁽¹⁾	2532 ⁽¹⁾	2533 ⁽¹⁾	2534 ⁽¹⁾	2535 ⁽¹⁾	2536 ⁽¹⁾	2537 ⁽¹⁾	2538 ⁽¹⁾	2539 ⁽²⁾	2540 ⁽²⁾	2541 ⁽²⁾	2542 ⁽²⁾	2543 ⁽²⁾	2544 ⁽²⁾	2545 ⁽²⁾	2546 ⁽³⁾	2549 ⁽⁴⁾	2551 ⁽⁵⁾	
เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี																									
BCG (%)	73	75	76	78.4	89.5	87.4	88.6	94.1	96.3	96.8	97.4	98.1	97.9	98.4	98.4	96.9	96.5	95.6	98.8	89.4	98.1	99.5	98.0	99.9	
DPT ₃ (%)	21	48	53	60.5	73.9	72.8	74.8	84.2	89.4	89.8	91.5	92.2	92.9	93.7	94.3	92.5	95.9	92.1	94.4	89.1	89.8	97.6	97.1	98.7	
OPV ₃ (%)	34	40	53	59.3	71.8	71.3	73.8	83.2	89.3	89.8	91.5	92.2	92.7	93.7	94.3	92.3	95.8	93.0	94.5	89.3	89.7	97.6	97.6	98.7	
Measles(%)	-	-	-	-	-	48.2	51.1	61.4	78.4	81.5	86.3	86.1	86.0	89.8	90.8	73.0	87.2	90.5	83.8	83.1	83.7	96.1	91.4	98.1	
HB _s (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15.4	57.1	65.6	79.3*	90.7	88.5	93.0	90.4	94.9	87.9	88.8	96.0	88.3	98.3	
หญิงมีครรภ์																									
TT ₂ + Booster (%)	30	38	40	48	50	53.1	59.6	75.9	81.6	81.6	87.8	86.4	86.9	92.8	93.0	82.5	85.7	80.4	74.0	75.5	74.5	93.3	89.2	96.7	

- ที่มา:**
- (1) พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2538 ได้จาก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
 - (2) พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2545 ได้จาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- *เป็นข้อมูลจากการสำรวจสภาพอนามัยประชากรระดับจังหวัดครั้งที่ 1
- (3) พ.ศ. 2546 ได้จากการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนโปเลียนในการณรงค์ พ.ศ. 2546, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข
 - (4) พ.ศ. 2549 ได้จากการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - (5) พ.ศ. 2551 ได้จากการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนโปเลียน พ.ศ. 2551, กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



ภาพที่ 5.7 อัตราความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันโรค BCG DPT₃ OPV₃ HB₃ Measles และ TT₂ + Booster ในหญิงมีครรภ์ พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2551



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

และจากผลกระทบของการให้วัคซีนป้องกันโรคดังกล่าว ทำให้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 5.11, ภาพที่ 5.8 และ 5.9) นอกจากนี้ ยังพบว่า โรคตับอักเสบจากไวรัสบี (ภาพที่ 5.10) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งน่าจะเกิดจากระบบการเฝ้าระวังโรคที่มีความครอบคลุมมากขึ้น



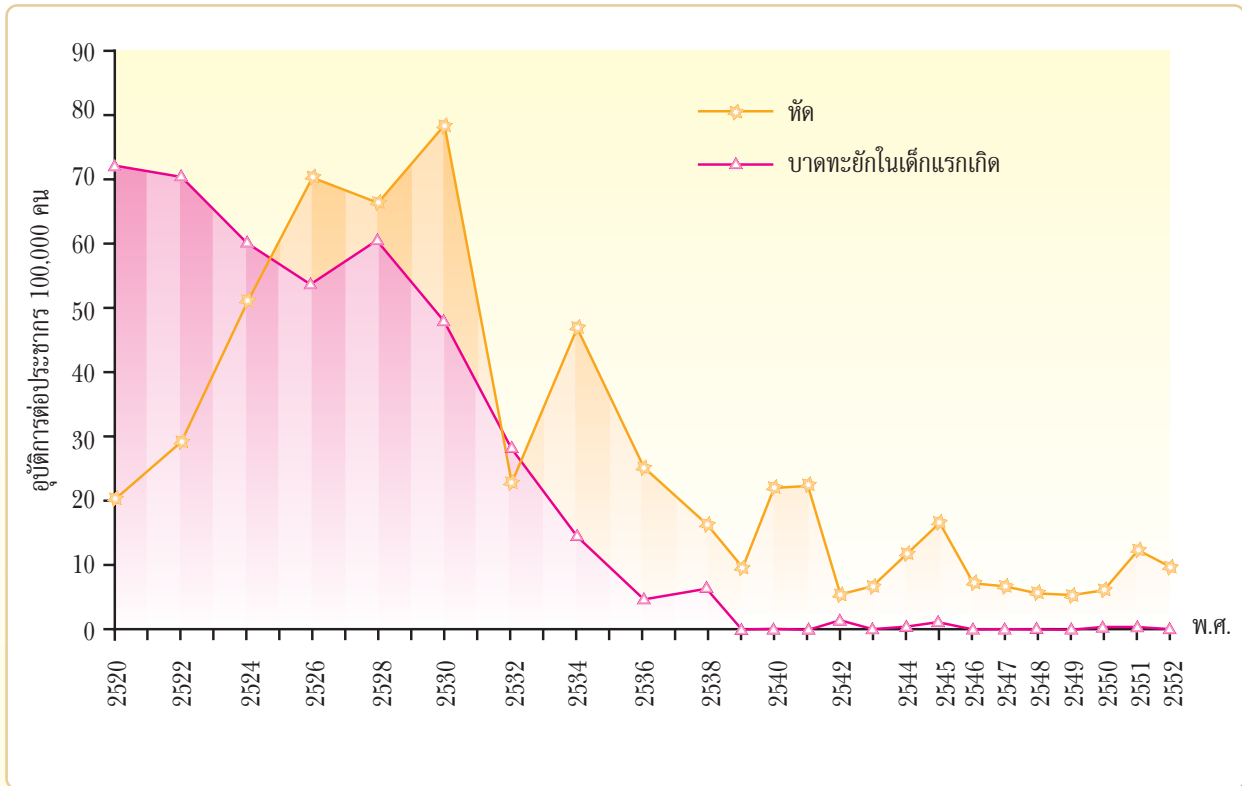
ตารางที่ 5.11 อุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552

อุบัติการณ์โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนต่อประชากร 100,000 คน						
พ.ศ.	หัด	บาดทะยักใน เด็กแรกเกิด	คอตีบ	ไอกรน	โปลิโอ	ตับอักเสบบี จากไวรัสซี
2520	20.2	72.1	5.2	7.2	2.1	NA
2522	28.9	70.0	4.4	11.2	2.3	0.09
2524	51.1	59.8	1.6	6.2	0.5	0.14
2526	70.2	53.6	2.1	9.8	0.3	0.12
2528	66.2	60.4	1.4	4.8	0.1	0.55
2530	78.3	47.9	1.0	2.7	0.04	1.57
2532	22.5	28.1	0.1	2.2	0.03	3.30
2534	46.9	14.5	0.09	0.5	0.009	5.98
2536	25.2	4.7	0.04	0.6	0.015	4.39
2538	16.4	6.4	0.03	0.2	0.003	3.13
2539	9.5	0.05	0.08	0.13	0.03	2.20
2540	22.03	0.04	0.06	0.17	0.00	2.27
2541	22.39	0.03	0.08	0.16	0.00	2.53
2542	5.38	1.55	0.08	0.08	0.00	2.60
2543	6.67	0.03	0.02	0.16	0.00	2.71
2544	11.86	0.36	0.02	0.12	0.00	2.80
2545	16.48	1.14	0.02	0.02	0.00	3.44
2546	7.17	0.01	0.01	0.04	0.00	3.68
2547	6.66	0.02	0.02	0.03	0.00	4.54
2548	5.67	0.01	0.00	0.04	0.00	4.41
2549	5.31	0.00	0.00	0.11	0.00	5.48
2550	6.20	0.50	0.01	0.04	0.00	6.94
2551	12.32	0.38	0.01	0.03	0.00	8.39
2552	9.57	0.13	0.02	0.04	0.00	8.46

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

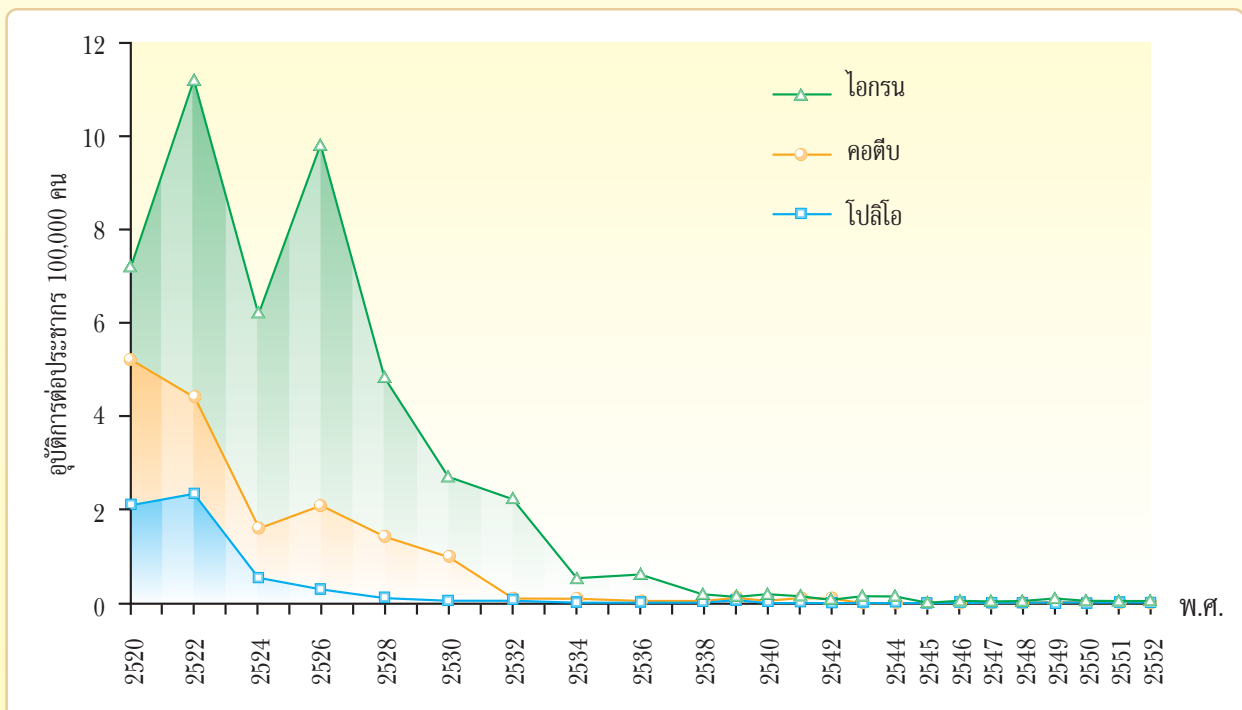


ภาพที่ 5.8 อุบัติการณ์ของโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดและโรคหัด ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักโรคบาตวิทยา กรมควบคุมโรค

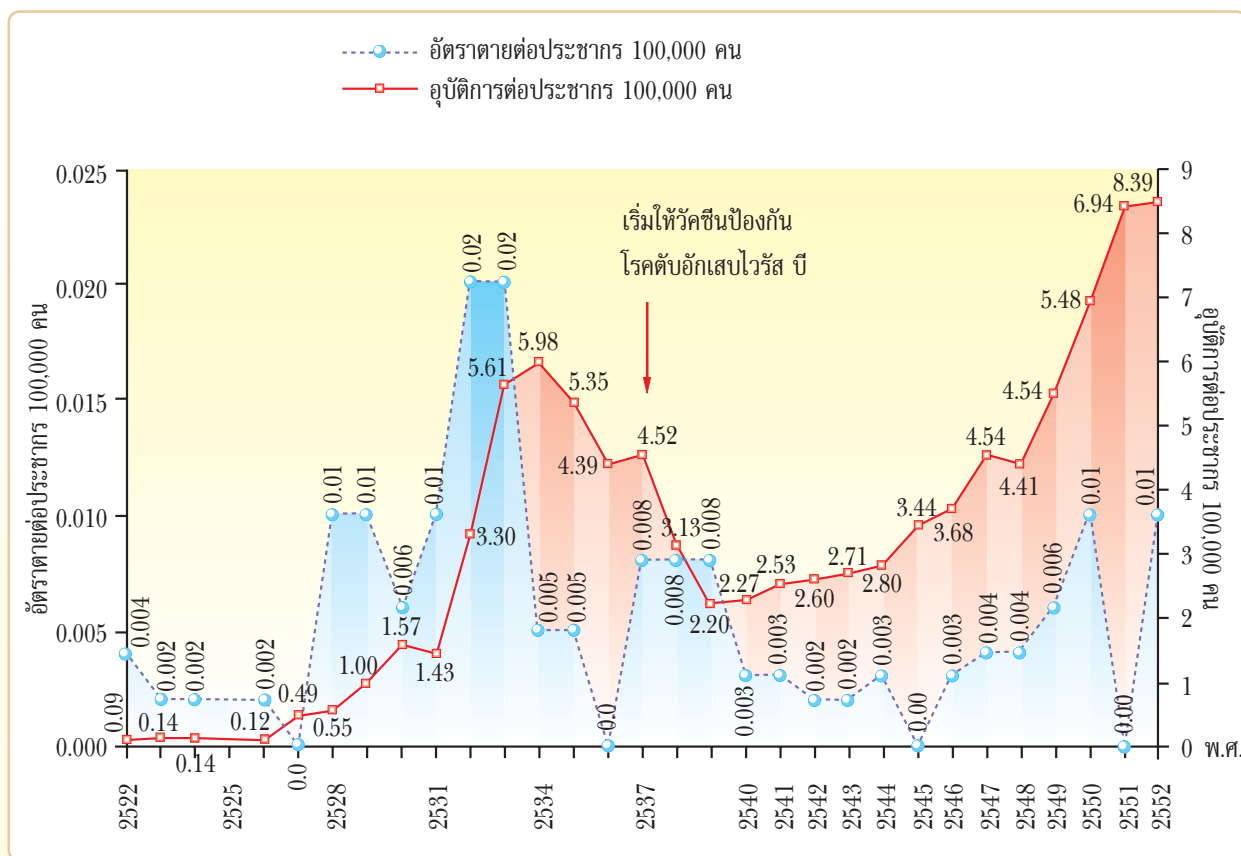
ภาพที่ 5.9 อุบัติการณ์ของโรคไอกรน คอตีบและโปลิโอ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักโรคบาตวิทยา กรมควบคุมโรค



ภาพที่ 5.10 อุบัติการณ์และอัตราตายของโรคตับอักเสบจากไวรัส บี ประเทศไทย พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552



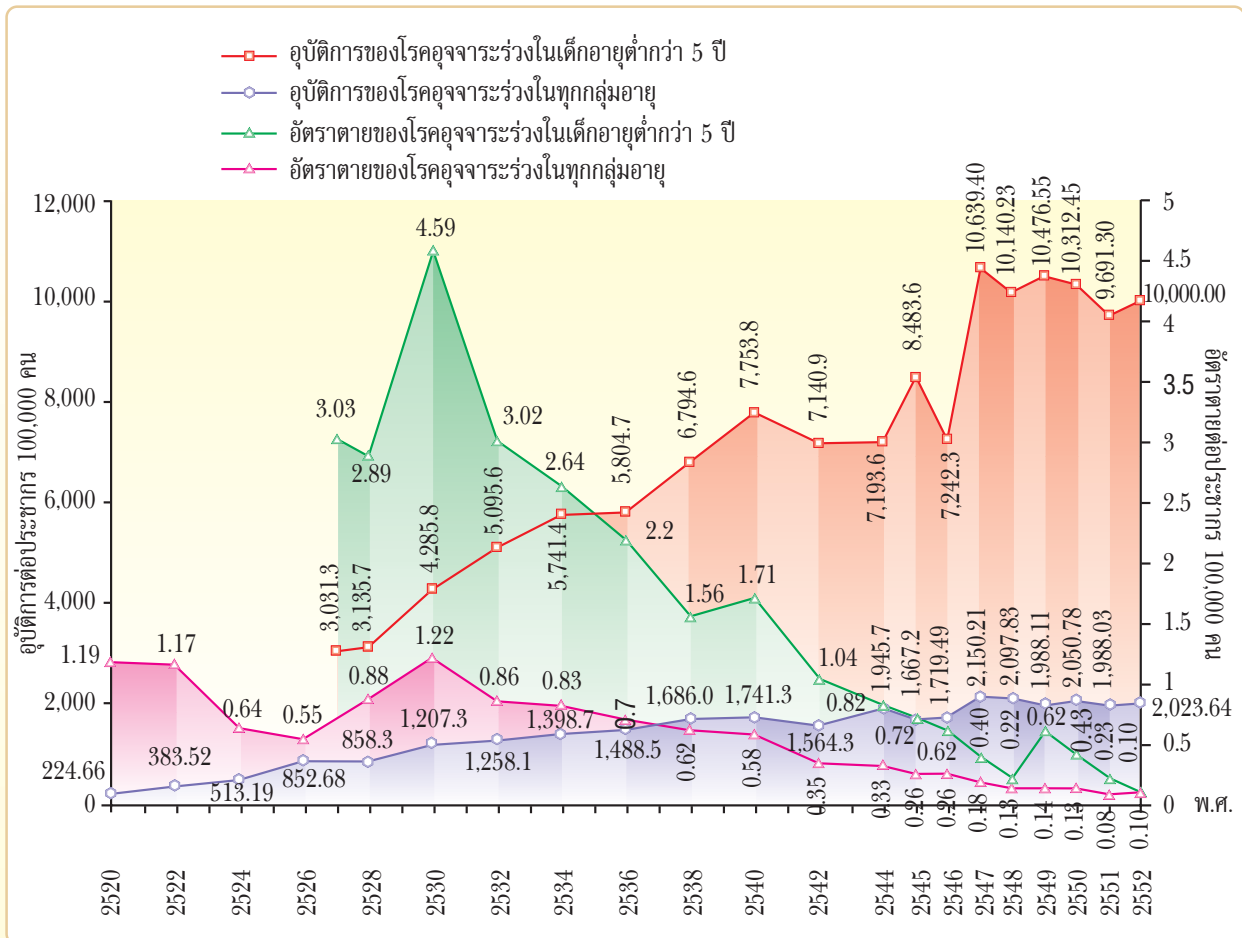
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.1.2 โรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยมีอุบัติการณ์ที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่พบอุบัติการณ์สูงกว่าในผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม อัตราตายด้วยโรคอุจจาระร่วงมีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 5.11) เนื่องจากบริการสุขภาพที่ดีขึ้นและครอบคลุมทั่วถึง รวมทั้งความสำเร็จของการรณรงค์การใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่และ ORT (Oral Rehydration Therapy)



ภาพที่ 5.11 อุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงและอัตราการตายของโรคอุจจาระร่วงต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



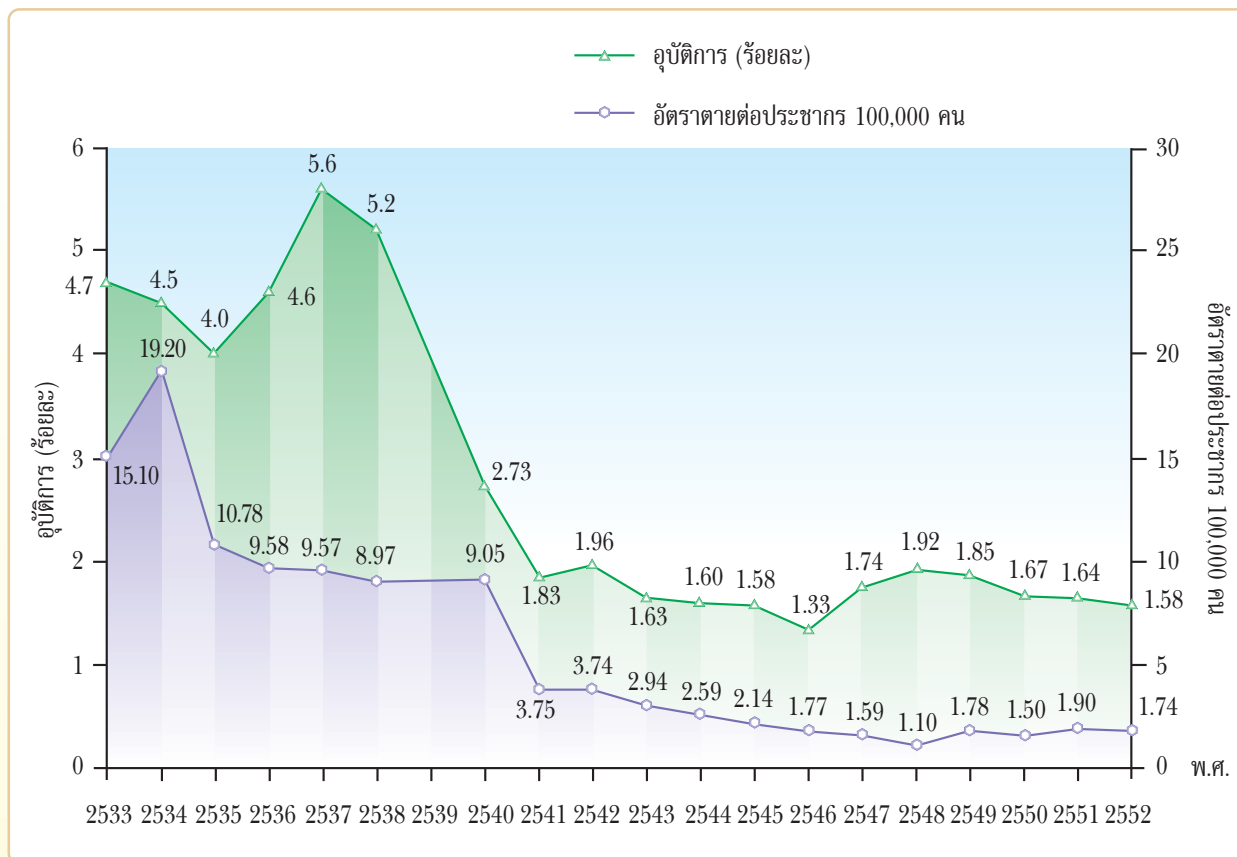
ที่มา: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

2.1.3 โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (ARI)

ปัจจุบันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในไทย โดยพบว่า โรคปอดบวมเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบอุบัติการณ์ของโรคปอดบวมในเด็กลดลงจากร้อยละ 5.2 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 1.58 ใน พ.ศ. 2552 รวมทั้งอัตราการตาย ก็พบว่ามีแนวโน้มลดลงจาก 15.1 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 1.74 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.12)



ภาพที่ 5.12 อุบัติการ (ร้อยละ) และอัตราตายของโรคปอดบวมต่อประชากร 100,000 คน ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2552



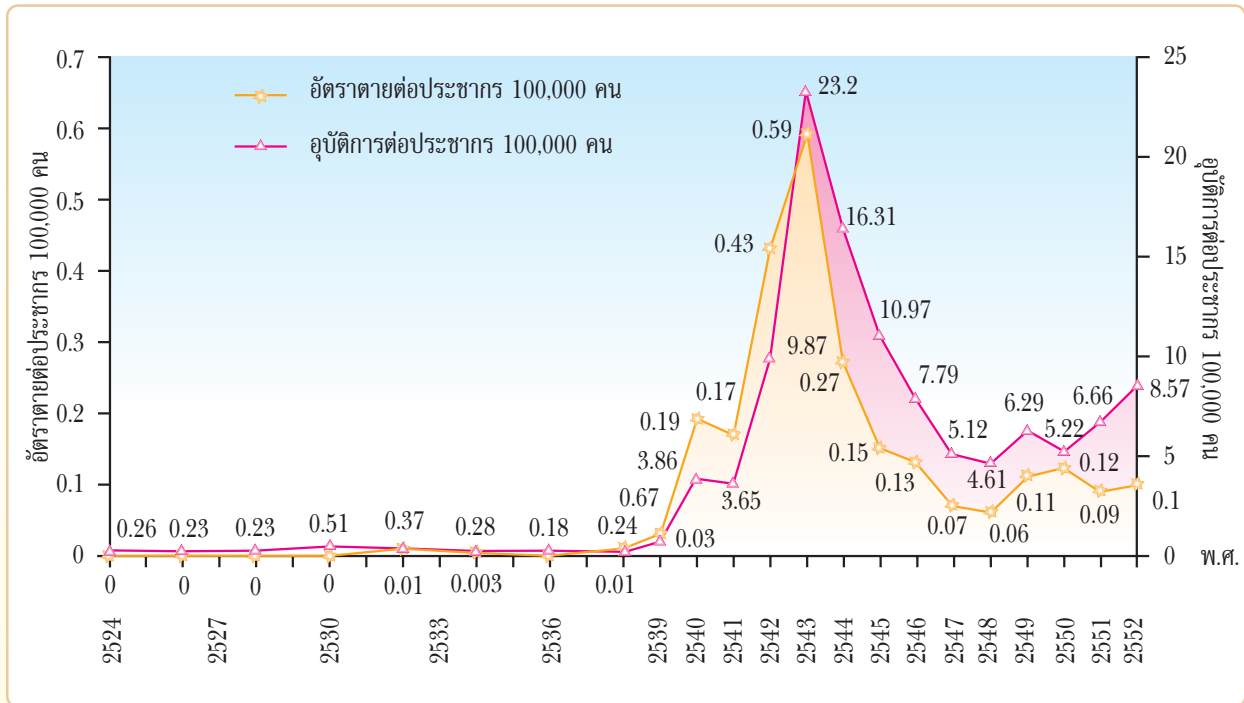
ที่มา: (1) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
(2) สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค

2.1.4 โรคเลปโตสไปโรซิส

โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคติดต่อที่กลับมาเป็นปัญหาใหม่ โดยพบอุบัติการของโรคอยู่ระหว่าง 0.2 - 0.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2539 แต่ในระยะ 4 ปีที่ผ่านมา อุบัติการและอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซิส กลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ อุบัติการของโรค จาก 0.67 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2539 เพิ่มขึ้นเป็น 23.2 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2543 และลดลง เป็น 4.61 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 5.13) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ (ภาพที่ 5.14) อย่างไรก็ตามใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 พบว่า อุบัติการของโรคกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

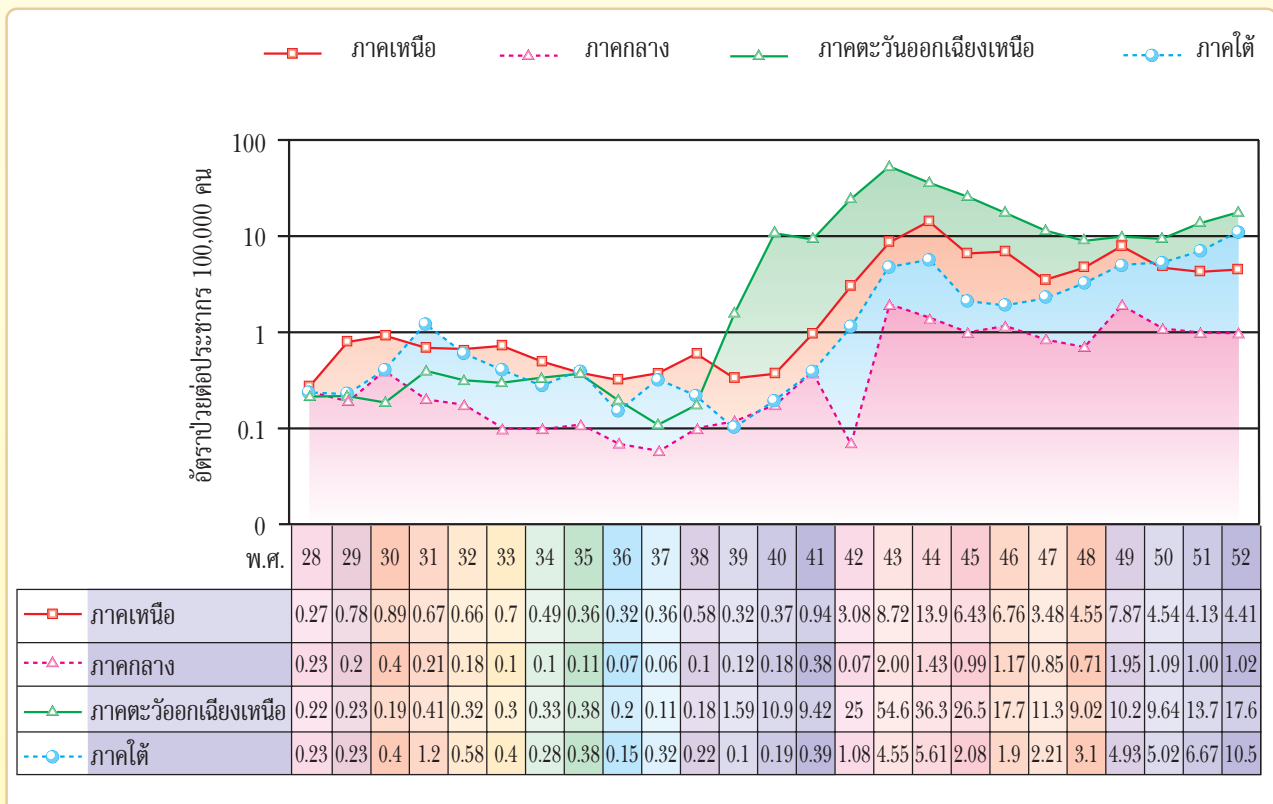


ภาพที่ 5.13 อุบัติการณ์และอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซิส ประเทศไทย พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.14 อัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส จำแนกตามภาค ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2552



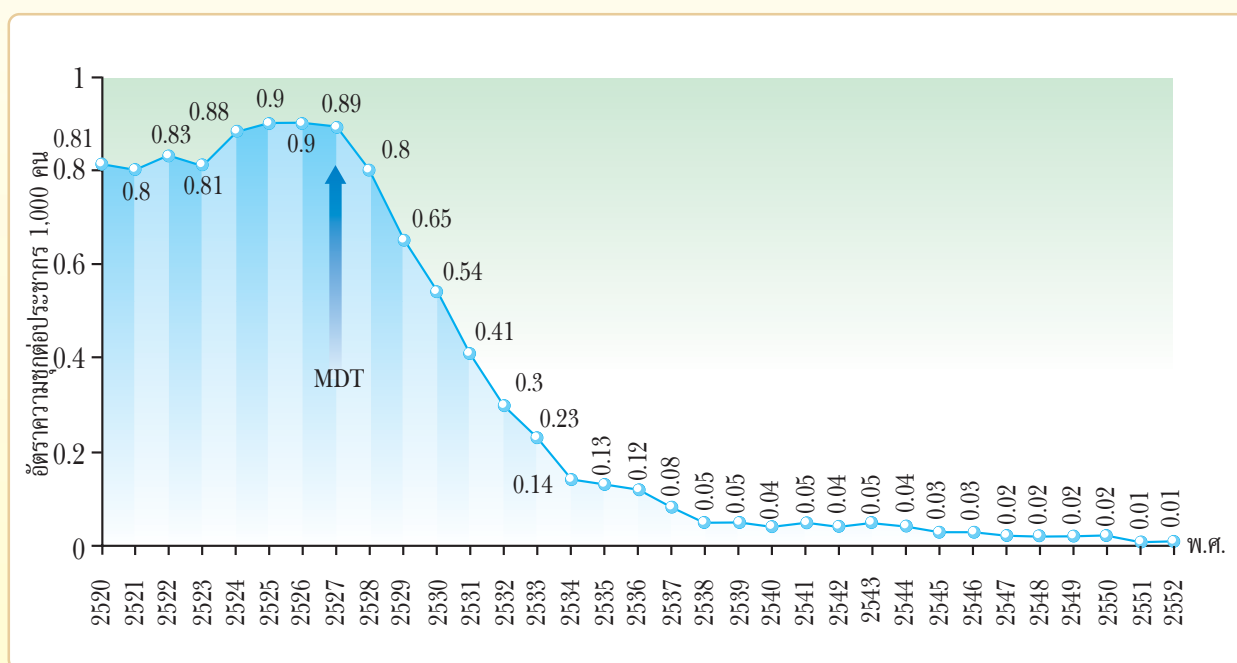
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.1.5 โรคเรื้อน

การควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยได้ดำเนินการมาเป็นเวลากว่า 40 ปี โดยเริ่มจากโครงการพระราชดำริในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกและองค์กรภาคเอกชนต่าง ๆ จนทำให้ประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อนเป็นอย่างดี กล่าวคือ เปรียบเทียบตั้งแต่เริ่มโครงการควบคุมโรคเรื้อนในปี 2498 ซึ่งมีอัตราความชุกของโรค 5 ต่อประชากร 1,000 คน กับปัจจุบัน ปี 2552 มีอัตราความชุกของโรคเหลือเพียง 0.01 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกรับรองว่าประเทศไทยสามารถขจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จ (ภาพที่ 5.15) และรวมทั้งประเทศ ขณะนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการค้นพบและให้การรักษาจนหายจากโรคนี้แล้ว 170,000 คน นับเป็นการควบคุมโรคเรื้อนในลักษณะองค์รวมตามแนวพระราชดำริที่ประสบความสำเร็จอย่างมาก

ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนหนึ่งมาจากการนำวิธีการรักษาโรคเรื้อนระยะสั้น โดยใช้ยาผสมตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (MDT WHO Regimens) มาใช้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2527

ภาพที่ 5.15 อัตราความชุกของโรคเรื้อนต่อประชากร 1,000 คน ประเทศไทยปี พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

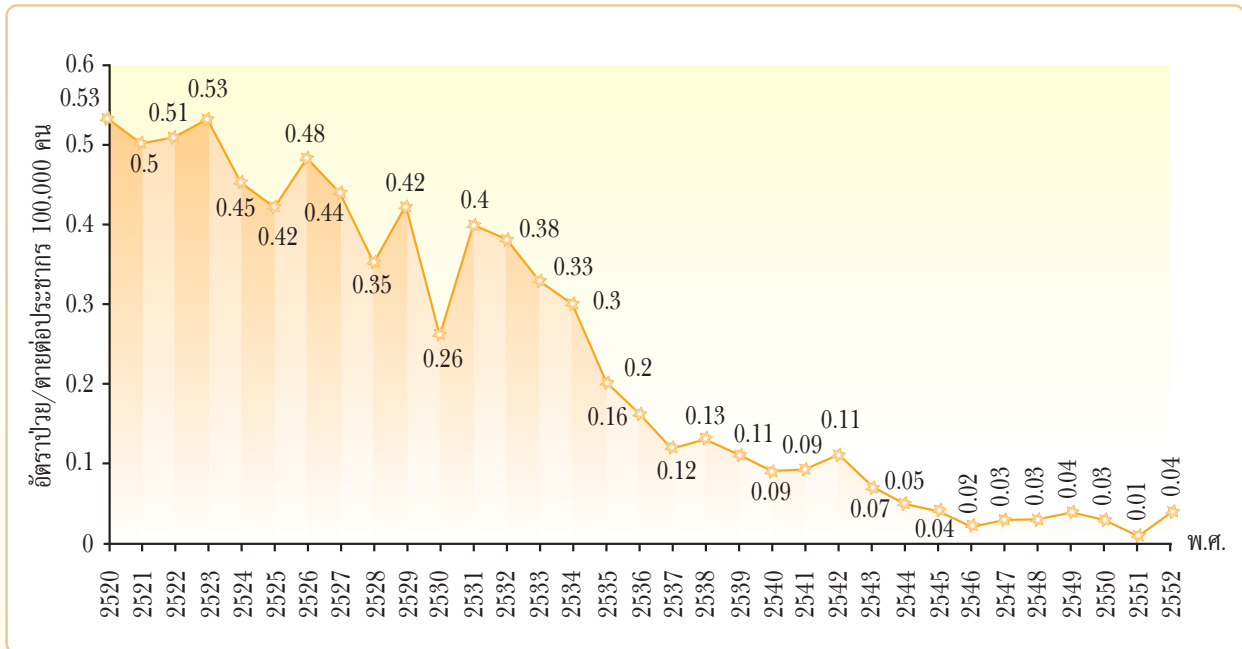
MDT = Multiple Drug Therapy

2.1.6 โรคพิษสุนัขบ้า

จากผลการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ทำให้สามารถลดอัตราป่วย/ตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้าจาก 0.53 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2520 เป็น 0.01 ต่อประชากร 100,000 คนใน พ.ศ. 2551 อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2552 กลับพบว่า อัตราป่วย/ตาย ด้วยโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มขึ้นเป็น 0.04 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.16)



ภาพที่ 5.16 อัตราป่วย/ตายของโรคพิษสุนัขบ้าต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

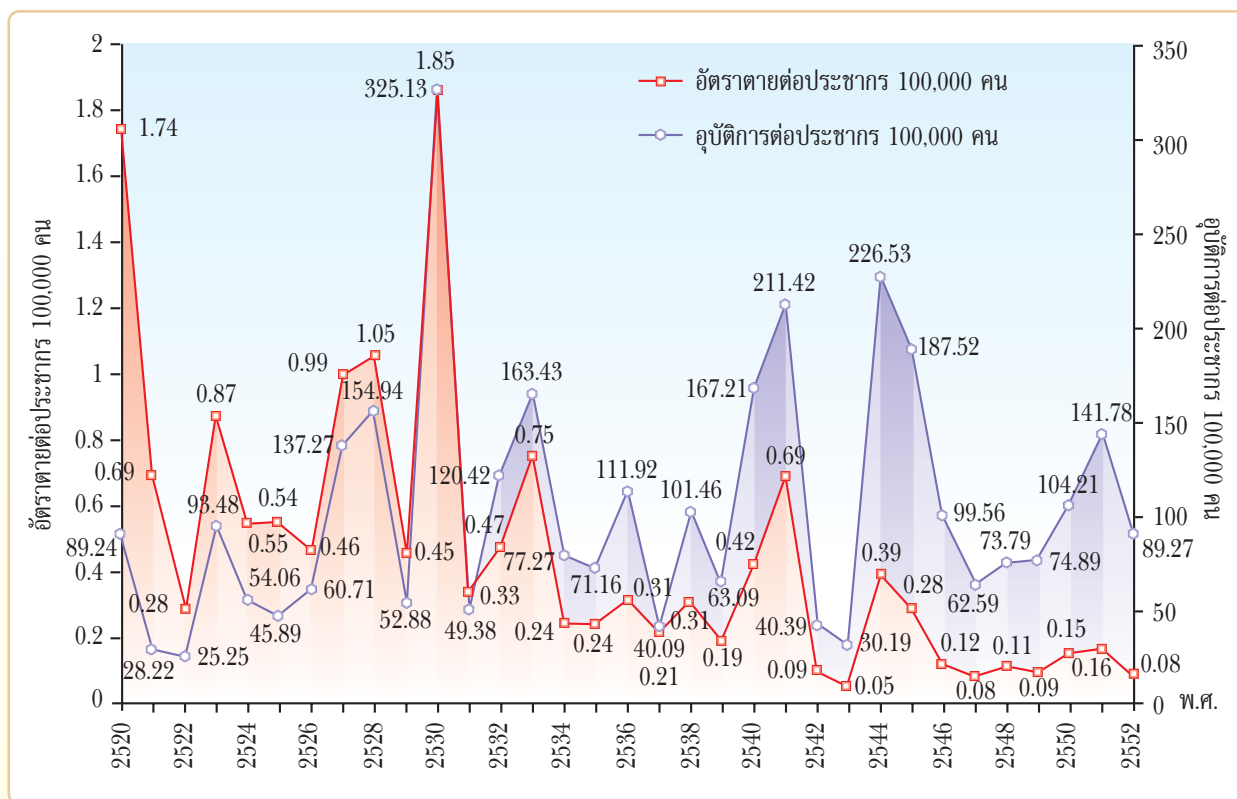
2.2 โรคติดต่อที่นำโดยแมลง

2.2.1 ไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยตลอดระยะเวลากว่า 30 ปีที่ผ่านมา โดยยังไม่มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะช่วง พ.ศ. 2540, พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2545 กลับมีแนวโน้มสูงขึ้นด้วยลักษณะคล้ายมีการระบาด 2 ปี เว้น 2 ปี อย่างไรก็ตามอัตราป่วยตาย พบว่า มีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 5.17 และ 5.18)

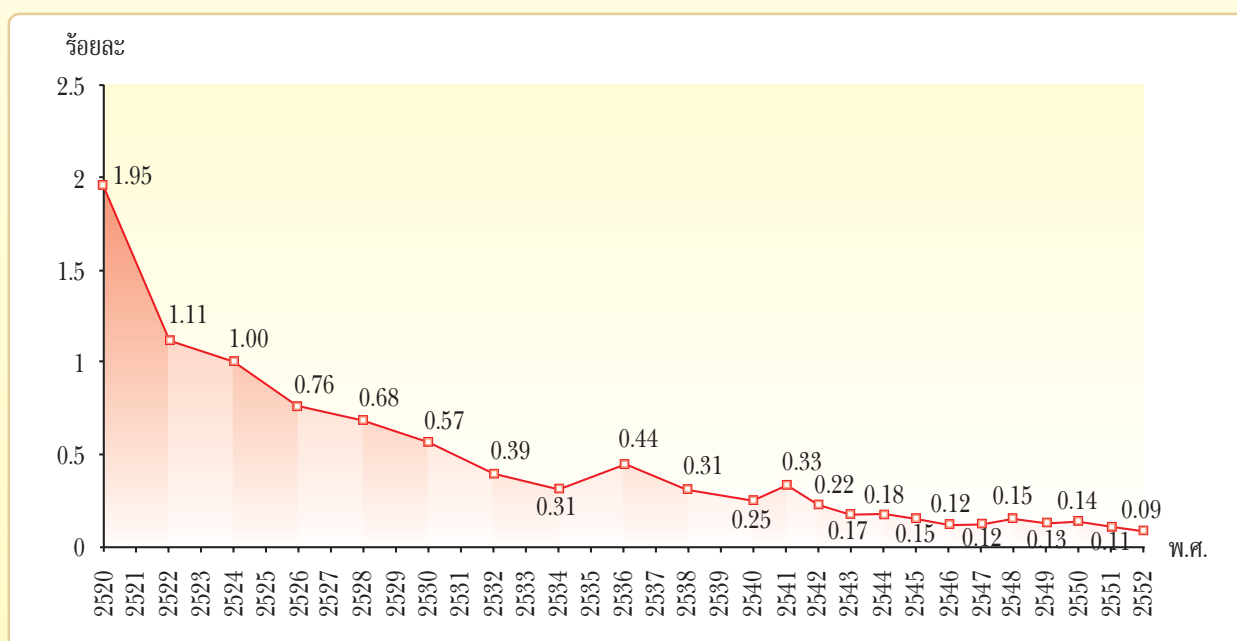


ภาพที่ 5.17 อุบัติการณ์และอัตราตายของไข้เลือดออกต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.18 อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



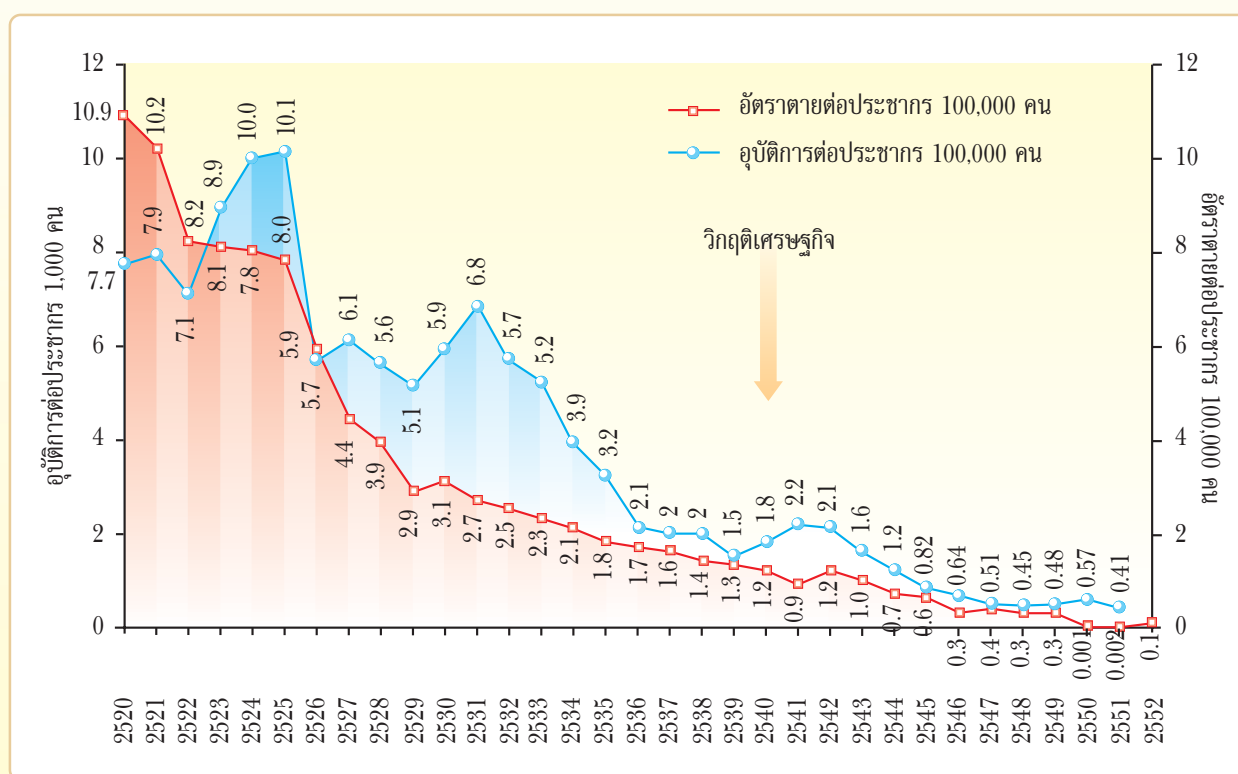
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค



2.2.2 ไข้มาลาเรีย

ปัจจุบันประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการควบคุมไข้มาลาเรียระดับหนึ่ง ทำให้อุบัติการณ์และอัตราตายลดลง (ภาพที่ 5.19) แต่ก็ยังพบปัญหาในบางพื้นที่โดยเฉพาะบริเวณจังหวัดชายแดนไทย-พม่า และไทย-กัมพูชา รวมทั้งปัญหาเชื้อโรคดื้อยา อนึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าในช่วงปี 2540 - 2542 อุบัติการณ์ของไข้มาลาเรียมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย แต่อัตราตายไม่เพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์นี้คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับการยกเลิกการใช้ดีดีที ตั้งแต่ปี 2538 ปรากฏการณ์ EI NiNo และการปรับโครงสร้างการดำเนินการควบคุมโรค โดยรวมหน่วยงานมาลาเรีย เป็นหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อภายใต้แมลง ซึ่งรวมถึงใช้เลือดออก เพ้าช้างและใช้สมองอีกเสบด้วย ในระยะแรกจึงอาจมีปัญหายูบ่าง อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี 2543 อุบัติการณ์และอัตราตายของไข้มาลาเรียมีแนวโน้มลดลง

ภาพที่ 5.19 อุบัติการณ์และอัตราตายจากไข้มาลาเรีย ประเทศไทย ปี 2520 - ปี 2552



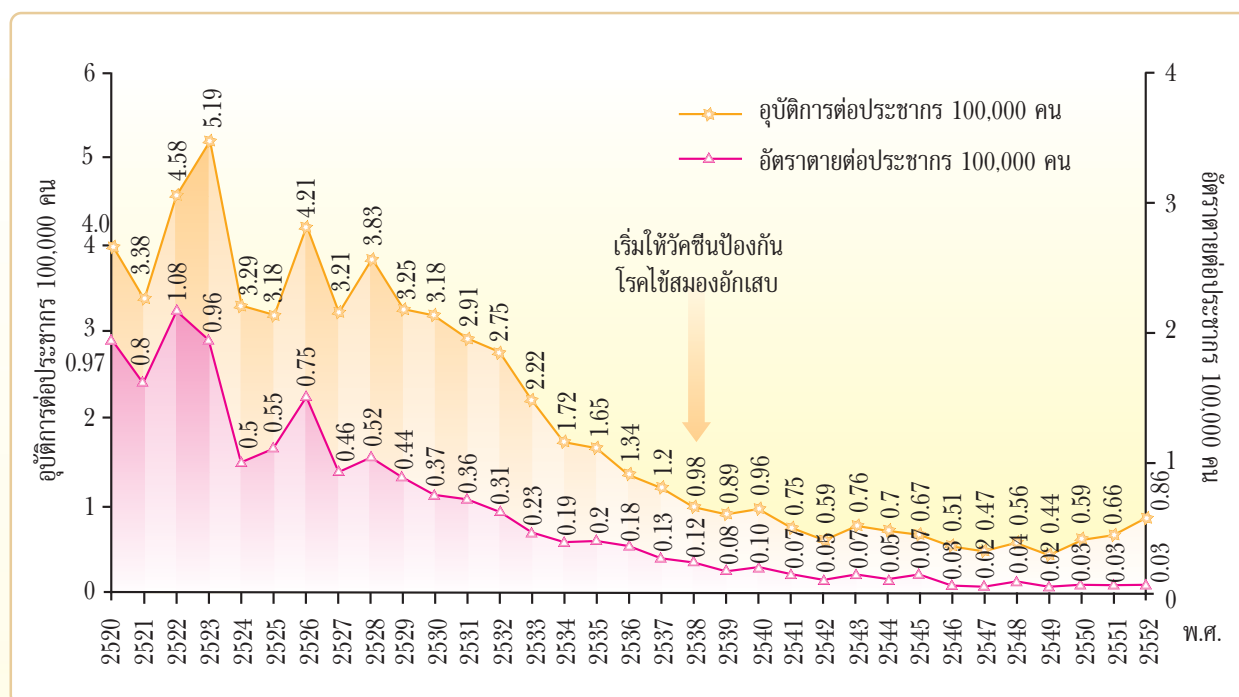
ที่มา: สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2.3 ไข้สมองอักเสบ

ผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมและการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบแก่เด็กในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้อุบัติการณ์และอัตราตายมีแนวโน้มลดลงอย่างมาก (ภาพที่ 5.19) อย่างไรก็ตามใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 พบอุบัติการณ์ของโรคไข้สมองอักเสบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ขณะที่อัตราตายมีแนวโน้มคงที่



ภาพที่ 5.20 อุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคไข้สมองอักเสบ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



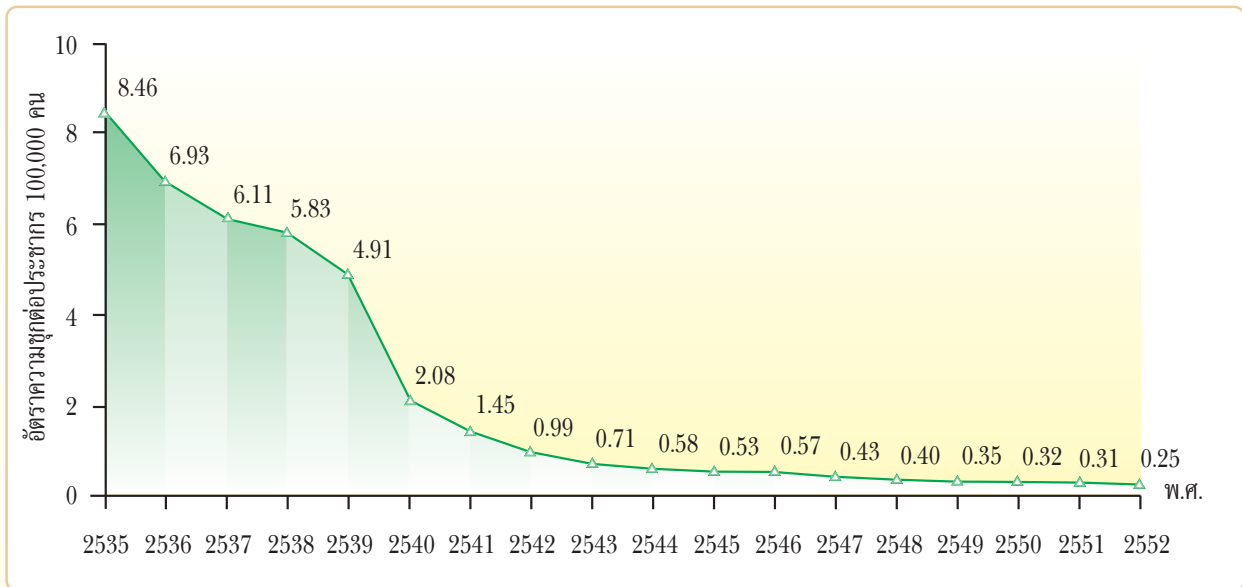
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.2.4 โรคเท้าช้าง

ถึงแม้การดำเนินการควบคุมโรคเท้าช้างที่ผ่านมาสามารถลดอัตราความชุกของโรคลงจาก 8.46 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2535 เหลือ 0.25 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2552 (ภาพที่ 5.21) และลดอัตราผู้มีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในกระแสโลหิต ในผู้ป่วยแรงงานต่างชาติดังกล่าวร้อยละ 1 ในระยะ 30 กว่าปีที่ผ่านมา (ปี 2520 - ปี 2552) ยกเว้นในปี 2539 ที่พบมากกว่าร้อยละ 1 เนื่องจากได้มีการรณรงค์ตรวจสอบสุขภาพในแรงงานต่างชาติดังกล่าว (ภาพที่ 5.22) แต่ก็ยังมีบางพื้นที่ที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ โดยเฉพาะในจังหวัดชายแดนเขตติดต่อระหว่างประเทศไทย - พม่า และไทย - มาเลเซีย ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะและเป็นแหล่งที่ชาวต่างชาติ โดยเฉพาะพม่าเข้ามาประเทศไทยเพื่อขายแรงงาน

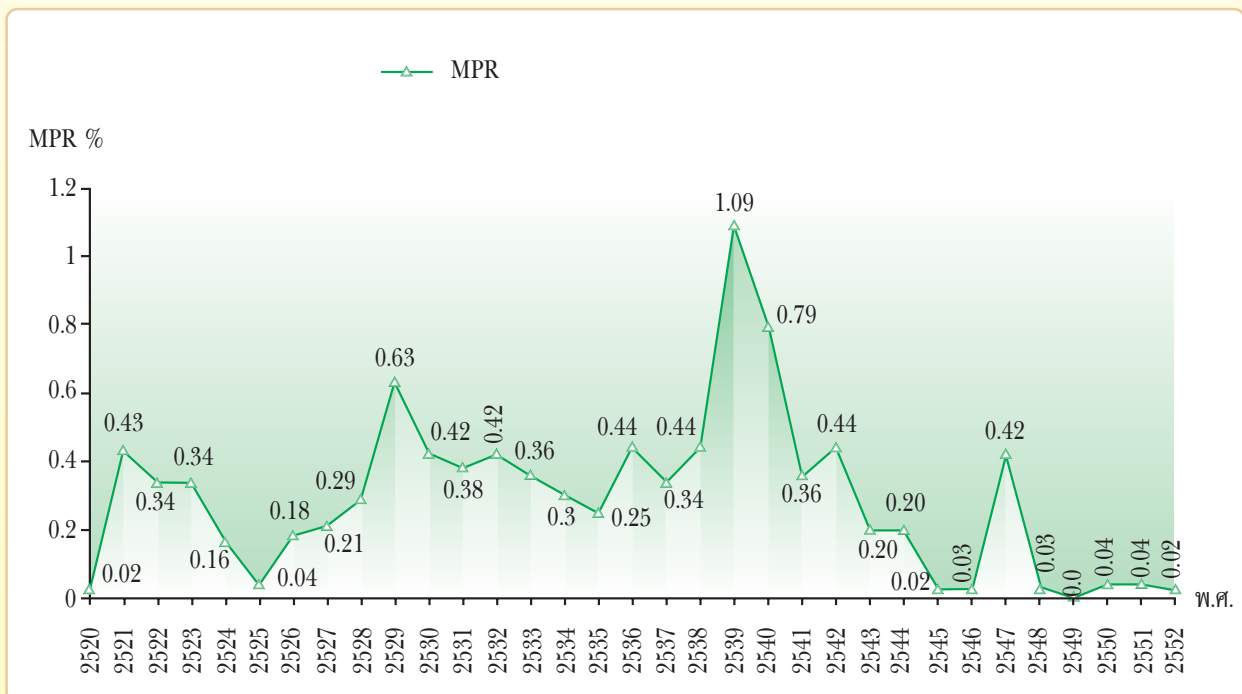


ภาพที่ 5.21 อัตราความชุกโรคเท้าช้างต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย ปี 2535 - ปี 2552



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.22 อัตราผู้มีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิต ในผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ ปี 2520 - ปี 2552



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



2.3 โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.3.1 โรคเอดส์

(1) สถานการณ์การติดเชื้อ HIV

จากรายงานการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ HIV ในประชากร กลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มสำคัญ ดำเนินการในทุกจังหวัด ในช่วงเวลา 20 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552 พบสถานการณ์และแนวโน้ม ดังนี้

กลุ่มผู้บริจาคโลหิต (Donors) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 0.28 ใน พ.ศ. 2532 จนถึงสูงสุด ร้อยละ 0.81 ใน พ.ศ. 2535 แล้วค่อย ๆ ลดลง จนถึงร้อยละ 0.21 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.23)

กลุ่มหญิงที่มาจากครรภ์ (ANC) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 0.68 ใน พ.ศ. 2534 จนถึงสูงสุด ร้อยละ 2.29 ใน พ.ศ. 2538 แล้วค่อย ๆ ลดลงจนถึงร้อยละ 0.76 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.23)

กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด (IVDU) มีความชุกประมาณร้อยละ 30-43 ตลอดช่วง พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2540 และเพิ่มขึ้นหลัง พ.ศ. 2540 จนเป็นความชุกร้อยละ 50.77 ใน พ.ศ. 2542 และกลับลดลงเหลือ 34.98 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.24)

กลุ่มชายที่มาตรวจหาโรค (STDs) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 2.50 ใน พ.ศ. 2533 จนถึงสูงสุดที่ร้อยละ 8.50 ใน พ.ศ. 2537 แล้วทรงตัวอยู่ในช่วงร้อยละ 7-9 ใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2542 จนกระทั่งลดลงเป็นร้อยละ 5.49 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.24)

หญิงโสเภณีตรง (Direct CSWs) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 3.47 ใน พ.ศ. 2532 จนถึงสูงสุดที่ร้อยละ 33.15 ใน พ.ศ. 2537 แล้วลดลงเป็นร้อยละ 3.88 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.24)

หญิงโสเภณีแฝง (Indirect CSWs) ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.00 ใน พ.ศ. 2533 จนถึงสูงสุดที่ร้อยละ 10.14 ใน พ.ศ. 2539 แล้วค่อย ๆ ลดลงเป็นร้อยละ 2.21 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.24)

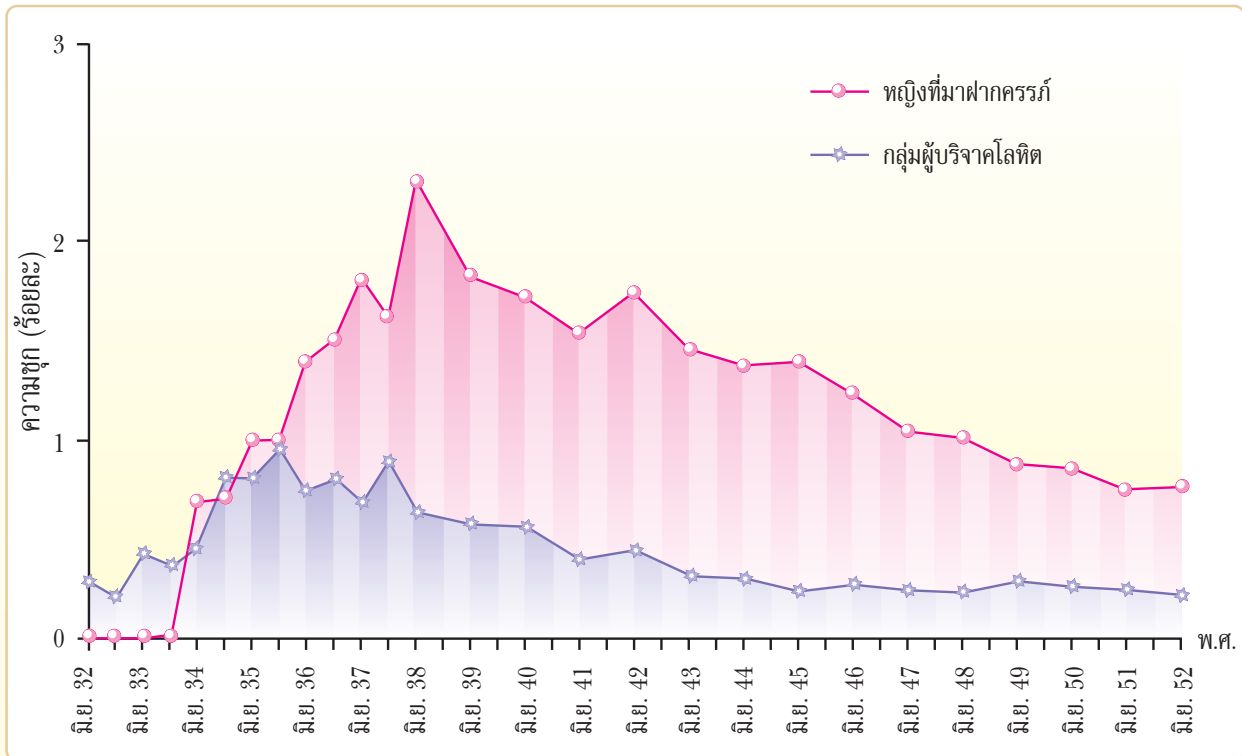
กลุ่มทหารเกณฑ์ ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.6 ใน พ.ศ. 2533 สูงสุดที่ร้อยละ 4 ใน พ.ศ. 2536 แล้วลดลงเหลือร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.25)

จะเห็นได้ว่า การแพร่ระบาดของการติดเชื้อ HIV ในประเทศไทยเริ่มที่กลุ่มรักร่วมเพศ ในช่วง พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2530 แล้วแพร่ขยายไปสู่กลุ่มฉีดยาเสพติด กลุ่มหญิงบริการทางเพศ กลุ่มชายนักเที่ยว และแพร่ระบาดเข้าไปสู่อุปกรณ์ในที่สุด

อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการแพร่ระบาดในกลุ่มเสี่ยงที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ต่างเพศ (Heterosexual) ลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2539 ซึ่งน่าจะสัมพันธ์กับการรณรงค์ให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง และการรณรงค์ถุงยางอนามัย 100% ในหญิงบริการทางเพศ (ดูภาพที่ 5.30)



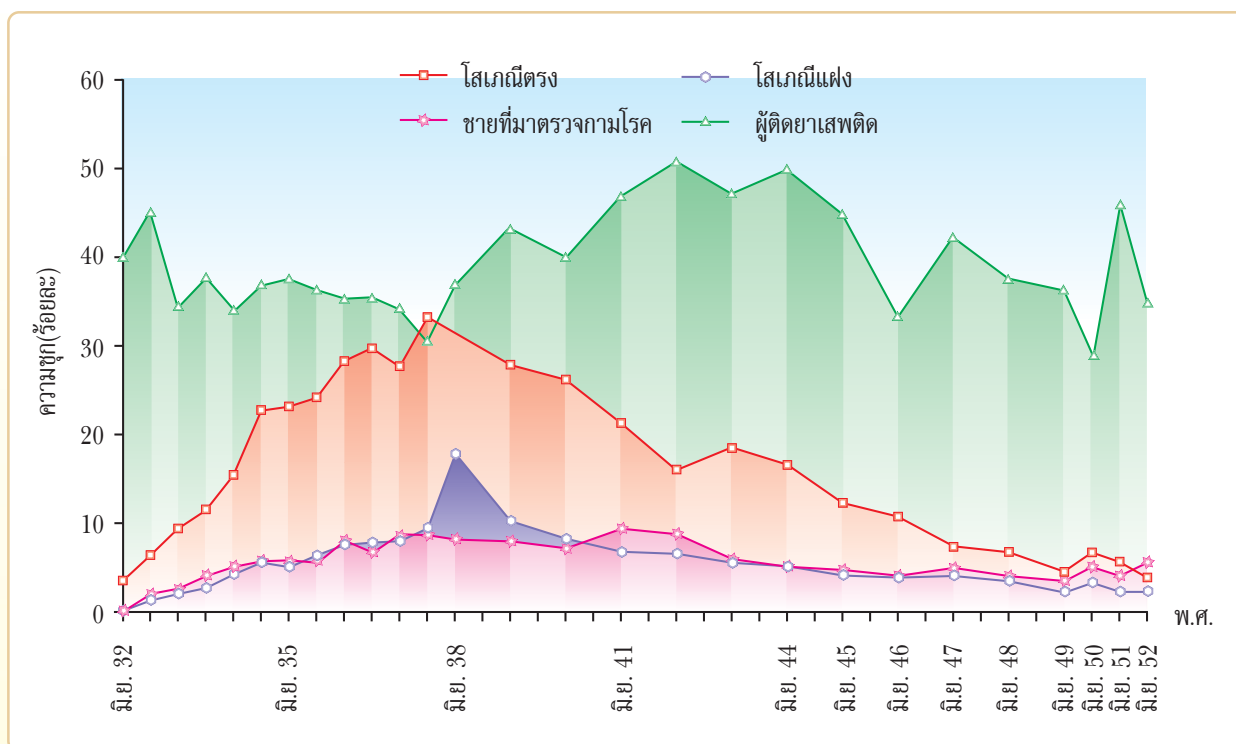
ภาพที่ 5.23 อัตราความชุกการติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตและหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค



ภาพที่ 5.24 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศโดยตรง หญิงขายบริการทางเพศแฝง กลุ่มชายที่มาตรวากามโรค และผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด, ประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552



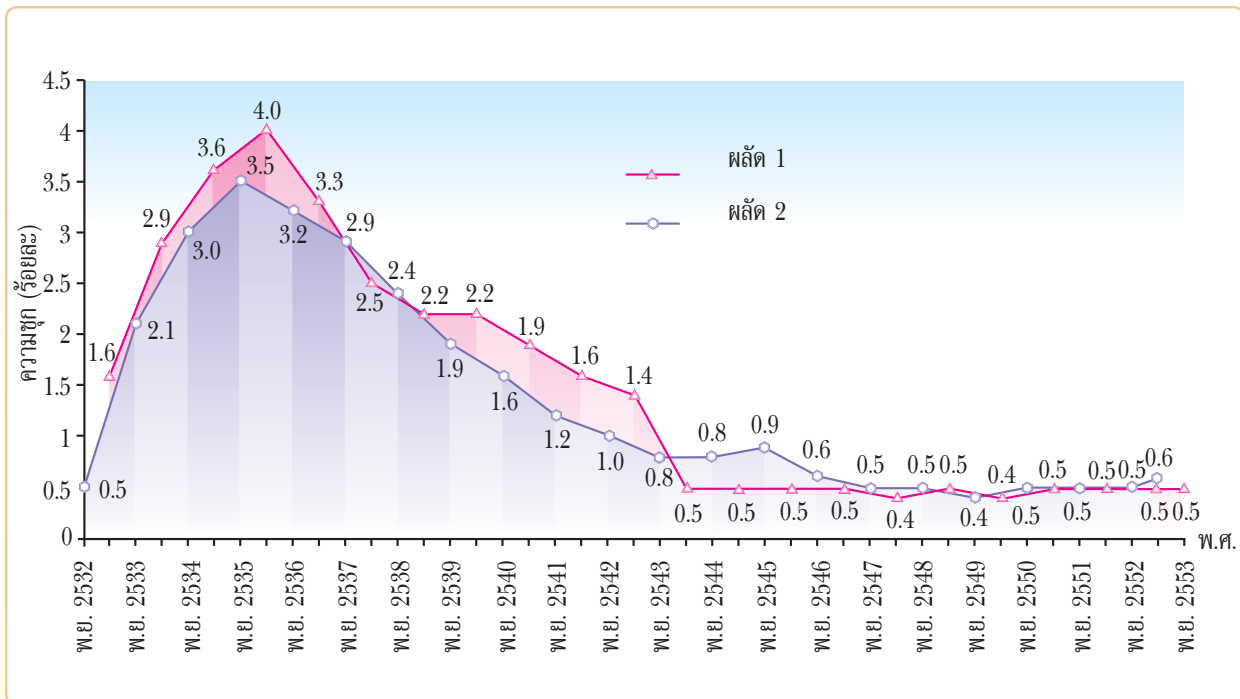
กลุ่ม	ม.ย. 2532	ม.ย. 2533	ม.ย. 2534	ม.ย. 2535	ม.ย. 2536	ม.ย. 2537	ม.ย. 2538	ม.ย. 2539	ม.ย. 2540	ม.ย. 2541	ม.ย. 2542	ม.ย. 2543	ม.ย. 2544	ม.ย. 2545	ม.ย. 2546	ม.ย. 2547	ม.ย. 2548	ม.ย. 2549	ม.ย. 2550	ม.ย. 2551	ม.ย. 2552
หญิงขายบริการทางเพศโดยตรง	3.47	9.30	15.24	22.97	28.25	27.64	33.15 ⁽¹⁾	27.78	26.14	21.13	16.00	18.46	16.56	12.34	10.63	7.36	6.80	4.59	6.77	5.57	3.88
หญิงขายบริการทางเพศแฝง	0.00	2.00	4.34	5.02	7.58	8.00	9.48 ⁽¹⁾	10.14	8.22	6.74	6.56	5.51	5.03	4.07	3.88	4.00	3.37	2.27	3.27	2.28	2.21
ชายที่มาตรวากามโรค	0.00	2.50	5.05	5.71	8.00	8.50	8.16	8.00	7.07	9.30	8.71	5.96	5.08	4.76	4.00	5.00	4.13	3.39	5.02	4.05	5.49
ผู้ติดยาเสพติด	40.09	34.51	34.04	37.50	35.21	34.27	37.00	43.26	40.00	46.88	50.77	47.17	50.00	44.91	33.33	42.22	37.64	36.33	28.90	45.91	34.98
หญิงที่มาฝากครรภ์	0.00	0.00	0.68	1.00	1.39	1.80	2.29	1.81	1.71	1.53	1.74	1.46	1.37	1.39	1.23	1.04	1.01	0.87	0.85	0.75	0.76
โลหิตบริจาค	0.28	0.43	0.45	0.81	0.74	0.68	0.63	0.56	0.56	0.39	0.44	0.31	0.30	0.24	0.27	0.23	0.22	0.29	0.26	0.26	0.21

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: ⁽¹⁾ เป็นข้อมูลของเดือนธันวาคม 2537



ภาพที่ 5.25 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในชายไทยที่เข้าเป็นทหารกองประจำการ พุทธศักราช 2532 - พุทธศักราช 2553



ที่มา: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก
สถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า

(2) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์

จากรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึง พ.ศ. 2552 โดยแยกเป็นรายภาค พบว่า อัตรา รายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากรแสนคน สูงสุดอยู่ในภาคกลาง และภาคเหนือ ส่วนต่ำสุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาพที่ 5.26)

อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับรายงานยังคงต่ำกว่าความเป็นจริง คือมีการรายงานผู้ป่วยอยู่ที่ระดับ ร้อยละ 4.2 - 52.3 เท่านั้น⁷

(3) การคาดประมาณผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ใช้วิธี ประมาณการที่เรียกว่า Asian Epidemic Model (AEM) ระหว่าง พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2554 พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ รวมถึงจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ใหม่มีแนวโน้มลดลง ขณะที่จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมและจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์สะสมเพิ่มขึ้น เล็กน้อย (ตารางที่ 5.12 และภาพที่ 5.27)

⁷ สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, การศึกษาระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์โดยการรายงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2550

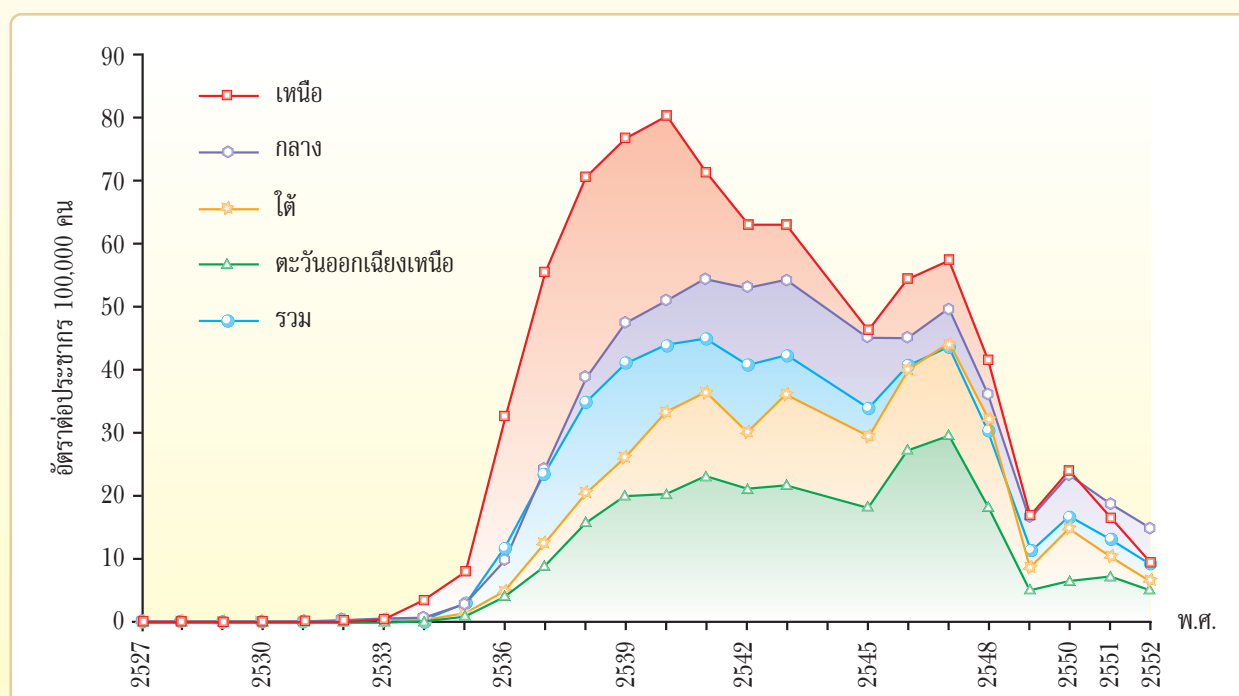


ตารางที่ 5.12 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2554 จากการคาดการณ์โดย The Asian Epidemic Model

Projections	ปี						
	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่	16,513	15,174	13,936	12,787	11,753	10,853	10,097
จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม	1,073,518	1,088,692	1,102,628	1,115,415	1,127,168	1,138,020	1,148,117
จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่	562,243	556,848	546,578	532,522	516,632	499,324	481,770
จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ใหม่	50,254	50,814	51,091	50,657	49,049	46,272	42,992
จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์	18,843	20,797	24,830	26,935	27,680	28,123	27,557
จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์สะสม	513,268	534,065	558,895	585,830	613,510	641,633	669,191

ที่มา: Thai Working Group and A2 Thailand, HIV/AIDS Projection in Thailand 2005 -2025 โดยใช้ The Asian Epidemic Model.

ภาพที่ 5.26 แนวโน้มอัตราการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน แยกตามภาคต่างๆ ประเทศไทย พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2552



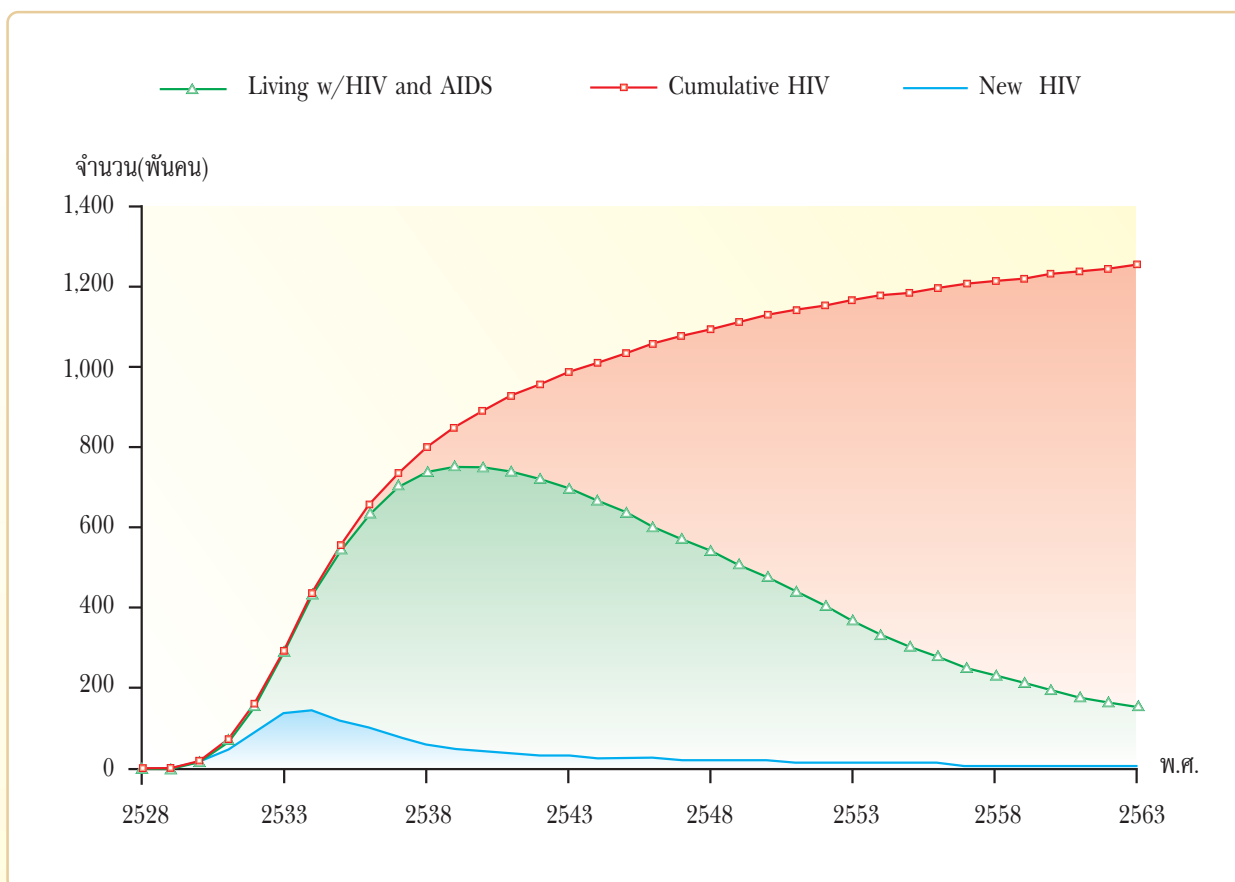
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาค	2527	2529	2531	2533	2535	2537	2539	2541	2543	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
เหนือ	-	-	0.04	0.61	7.76	55.08	76.66	71.17	62.86	45.73	54.26	57.15	41.31	15.7	24.30	16.54	9.22
กลาง	0.01	0.01	0.03	0.40	2.85	23.97	47.15	54.22	53.65	44.83	44.76	49.28	35.73	16.51	23.23	18.58	14.96
ใต้	-	-	0.01	0.07	1.35	12.46	25.81	36.06	35.98	29.15	39.84	43.88	32.18	8.63	14.73	10.46	6.47
ตะวันออก	-	-	0.01	0.11	1.14	8.82	20.15	23.27	21.74	18.16	27.12	29.66	18.15	5.06	6.50	7.09	5.16
เฉลี่ยเหนือ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวม	-	-	0.02	0.30	3.06	23.49	40.89	44.66	42.06	33.71	40.85	43.32	30.29	11.36	16.57	13.18	9.40

หมายเหตุ: รายงานอยู่ที่ระดับ 4.2 - 52.3% ของความเป็นจริง



ภาพที่ 5.27 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีชีวิตในแต่ละปี จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม และจำนวนติดเชื้อใหม่ในแต่ละปี จากการคาดประมาณถึง พ.ศ. 2563



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2.3.2 วัณโรค

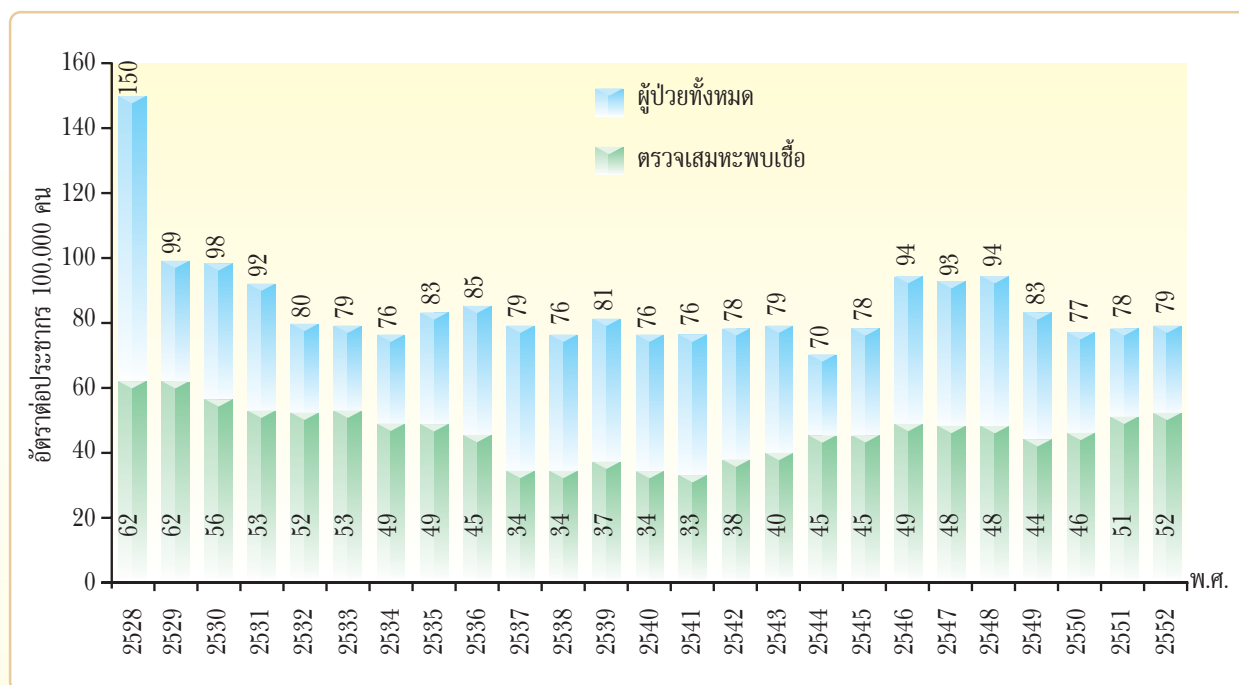
อัตราผู้ป่วยวัณโรคลดลงจาก 150 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เหลือ 80 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2532 แต่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2548) อัตราผู้ป่วยวัณโรคมีได้ลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยด้วย (ภาพที่ 5.28)

วัณโรคกำลังกลายมาเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากผลกระทบของโรคเอดส์ โดยเมื่อพิจารณาผู้ป่วยเอดส์ในภาคเหนือตอนบนทุกจังหวัด พบอัตราการติดเชื้อวัณโรคร่วมด้วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.1 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 15.1 ใน พ.ศ. 2548 สำหรับในภาพรวมของประเทศไทยในระยะเวลา 20 ปี มีอัตราการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.5 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 30.14 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.29)

นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2551 องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็นอันดับที่ 18 จาก 22 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในโลก ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ระยะแพร่เชื้อ 40,000 รายต่อปี ถ้ารวมผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทจะเป็นจำนวน 90,000 รายต่อปี มีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 13,000 รายต่อปี

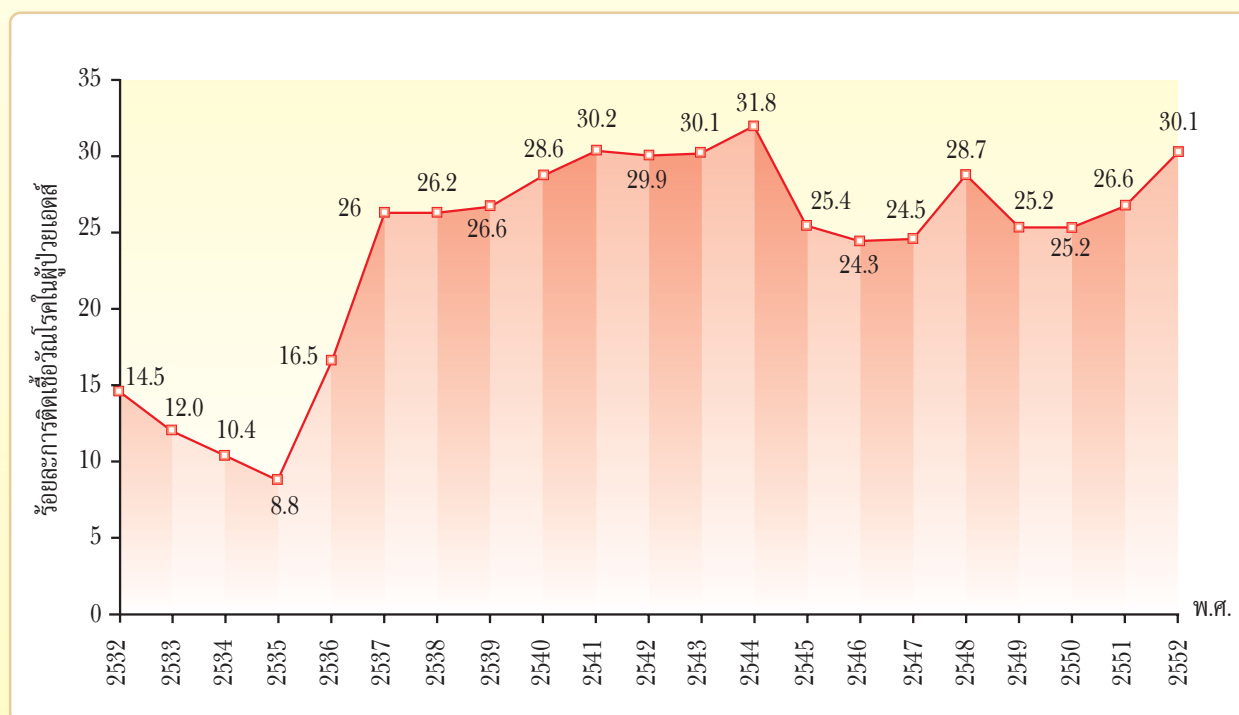


ภาพที่ 5.28 อัตราผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2552



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.29 ร้อยละของการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552



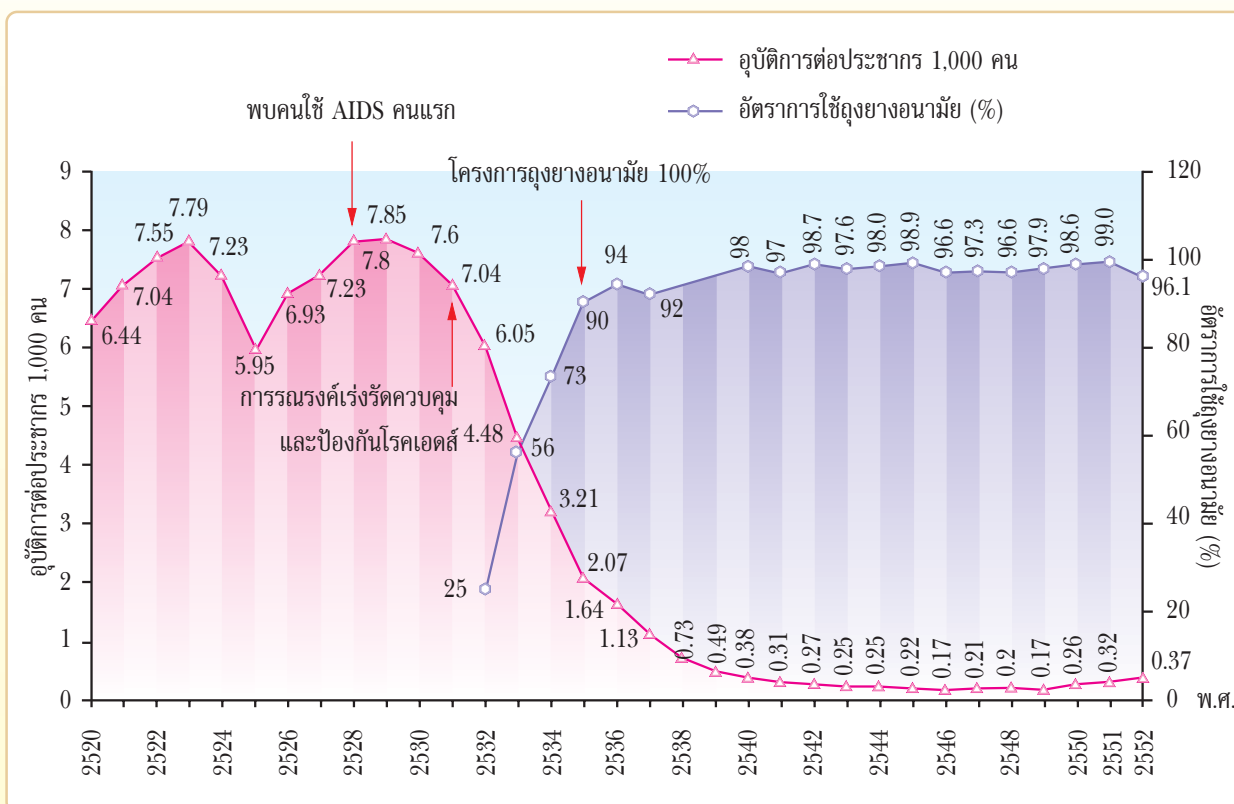
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค



2.3.3 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI)

สถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) ในภาพรวมของประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2548 มีแนวโน้มที่ดีโดยเฉพาะตั้งแต่หลัง พ.ศ.2529 อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลงจาก 7.85 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2529 เป็น 0.37 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.30) อันเป็นผลเนื่องมาจากการรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ และแนวโน้มในช่วงปี 2550 - 2552 เริ่มมีสัญญาณว่าจะเพิ่มขึ้นอีกซึ่งต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดต่อไป

ภาพที่ 5.30 อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการทางเพศ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักโรคบาวิทยาและกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง ซิฟิลิส หนองใน แผลริมอ่อน กามโรคต่อมน้ำเหลืองและท่อน้ำเหลือง แผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบและหนองในเทียมทุกชนิดรวมกัน

2.4 ปัญหาโรคอุบัติใหม่

2.4.1 โรคไขหวัดนก

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดไขหวัดนก ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 และประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคไขหวัดนกครั้งแรกในวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2547 จำนวน 17 ราย เสียชีวิต 12 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 70.6 และรัฐบาลได้มีมาตรการในการควบคุมโรคไขหวัดนกอย่างเข้มงวด ทำให้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างสำเร็จ จนทำให้ไม่พบการป่วยที่เกิดจากการติดต่อจากคนสู่คนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 (ตารางที่ 5.13)



ตารางที่ 5.13 จำนวนผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนก และเสียชีวิตของไทย พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2553

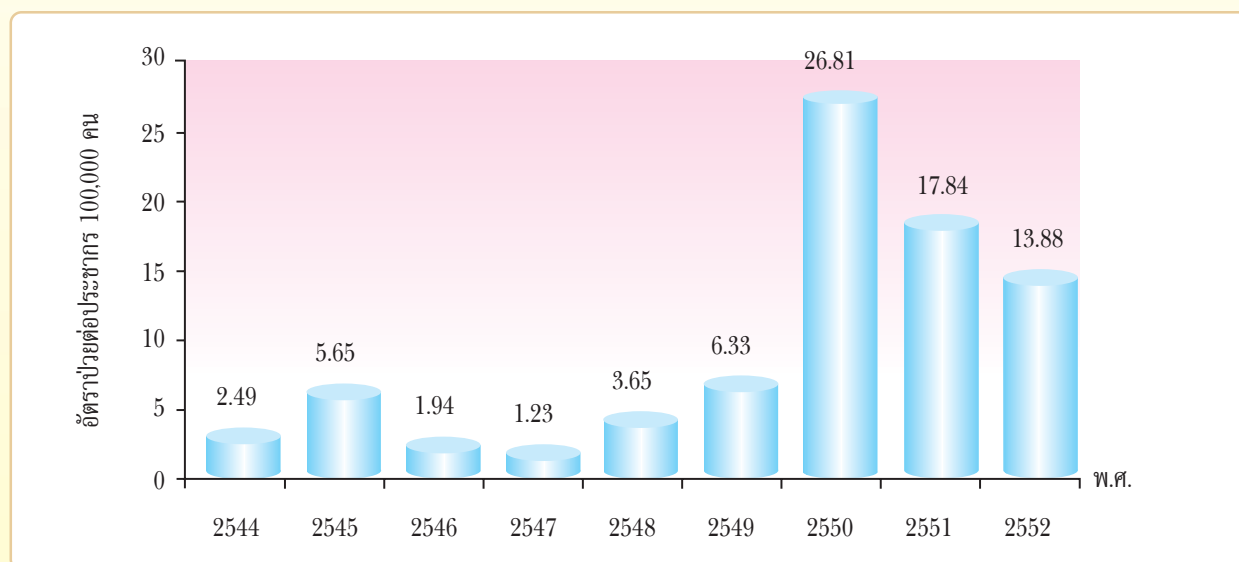
จำนวน (คน)	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
ผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนก	0	17	5	3	0	0	0	25
เสียชีวิต	0	12	2	3	0	0	0	17
อัตราป่วยตายร้อยละ	0.0	70.6	40.0	100.0	0.0	0.0	0.0	68.0

ที่มา: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

2.4.2 โรคมือ เท้า ปาก

โรคมือ เท้า ปากเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีการระบาดใน พ.ศ. 2540 ที่ประเทศมาเลเซีย สำหรับประเทศไทยมีการรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก มาตั้งแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา โดยใน พ.ศ. 2552 พบอัตราป่วย 13.88 ต่อประชากรแสนคน โดยมีผู้เสียชีวิต 2 ราย (ภาพที่ 5.31)

ภาพที่ 5.31 อัตราป่วยโรคมือ เท้าและปาก พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค



ใน พ.ศ. 2552 ผลจากการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการจากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบ Enterovirus 71 ร้อยละ 7.0 (ตารางที่ 5.14)

ตารางที่ 5.14 จำนวนผู้ป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคมือ เท้า และปาก พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	สถานการณ์การเฝ้าระวัง		ผลการตรวจแยกเชื้อและตรวจภูมิของเชื้อ พบ Enterovirus 71 (ร้อยละ)
	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)	
2547	769	0	0
2548	2,270	0	5.97
2549	3,961	7	13.5
2550	16,846	0	12.9
2551	11,277	4	5.87
2552	8,806	2	7.0

ที่มา: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

2.4.3 โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1)

การระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ได้ขยายการระบาดและส่งผลกระทบเป็นวิกฤติทางสาธารณสุขของประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคนี้ ณ วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 (<http://www.who.int>) ทั่วโลกมากกว่า 214 ประเทศ และพบผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 18,036 คน (ตารางที่ 5.15)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2552 ถึงวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ไข้หวัดใหญ่ 2009 แพร่ระบาดในประเทศไทยเช่นเดียวกับประเทศต่างๆ ทั่วโลก กล่าวคือ ลักษณะการระบาดจะเริ่มจากการพบผู้ติดเชื้อจากต่างประเทศต้นเดือนพฤษภาคม 2552 ต่อมาเริ่มมีการแพร่ในวงจำกัดและแพร่กระจายเป็นวงกว้าง จนปัจจุบัน ณ วันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2553 พบผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ 225 ราย ส่วนจำนวนผู้ป่วยคาดว่าจะมีหลายล้านคนทั่วประเทศ การระบาดระลอกแรกใช้เวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม- ตุลาคม 2552 อัตราการติดเชื้อเฉลี่ยร้อยละ 13 ในประชากรหรือมีผู้ติดเชื้อประมาณ 8.3 ล้านคน และระลอกที่สองเกิดในช่วงเดือนมกราคม - เมษายน 2553 คาดว่ามีประชาชนติดเชื้อร้อยละ 8.9 หรือมีผู้ติดเชื้อประมาณ 5-6 ล้านคน



ตารางที่ 5.15 สรุปรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ขององค์การอนามัยโลก ข้อมูล ณ วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2553

Regions	Cumulative total Deaths
WHO Regional Office for Africa (AFRO)	168
WHO Regional Office for the Americas (AMRO)	At least 8,361
WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO)	1,019
WHO Regional Office for Europe (EURO)	At least 4,861
WHO Regional Office for South-East Asia (SEARO)	1,798
WHO Regional Office for the Western Pacific (WPRO)	1,829
Total	At least 18,036

ที่มา: <http://www.who.int/Update> 2010

2.5 โรคไม่ติดต่อ

2.5.1 โรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทย จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (Cancer in Thailand) พ.ศ. 2546 พบว่า ผู้ชายไทยป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดีในดับมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งปอดและลำไส้ ขณะที่ผู้หญิงไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งตับและท่อน้ำดีในดับ (ภาพที่ 5.32) โดยพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในอวัยวะที่พบบ่อยดังนี้

(1) มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายที่ทำให้สตรีไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และนับวันสถานการณ์ของโรคจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.16) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มการเป็นมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (ภาพที่ 5.33) และเมื่อพิจารณาเฉพาะมะเร็งที่พบมากในสตรีใน 5 จังหวัด ในรายงานของศูนย์ทะเบียนมะเร็ง พบว่า อัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกพบสูงสุดในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนมะเร็งเต้านมพบสูงสุดที่กรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 5.17) เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุแล้วพบว่า สตรีที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี เมื่อเปรียบเทียบโรคมะเร็งเต้านมระหว่างสตรีในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทย จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทยส่วนมากเป็นเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 77) ในขณะที่ประเทศไทย พบเพียงร้อยละ 40-59 เท่านั้น (ตารางที่ 5.18) นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีในประเทศไทยที่เป็นมะเร็ง ร้อยละ 80 เป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่โรคเป็นมากแล้ว (Invasive)⁸

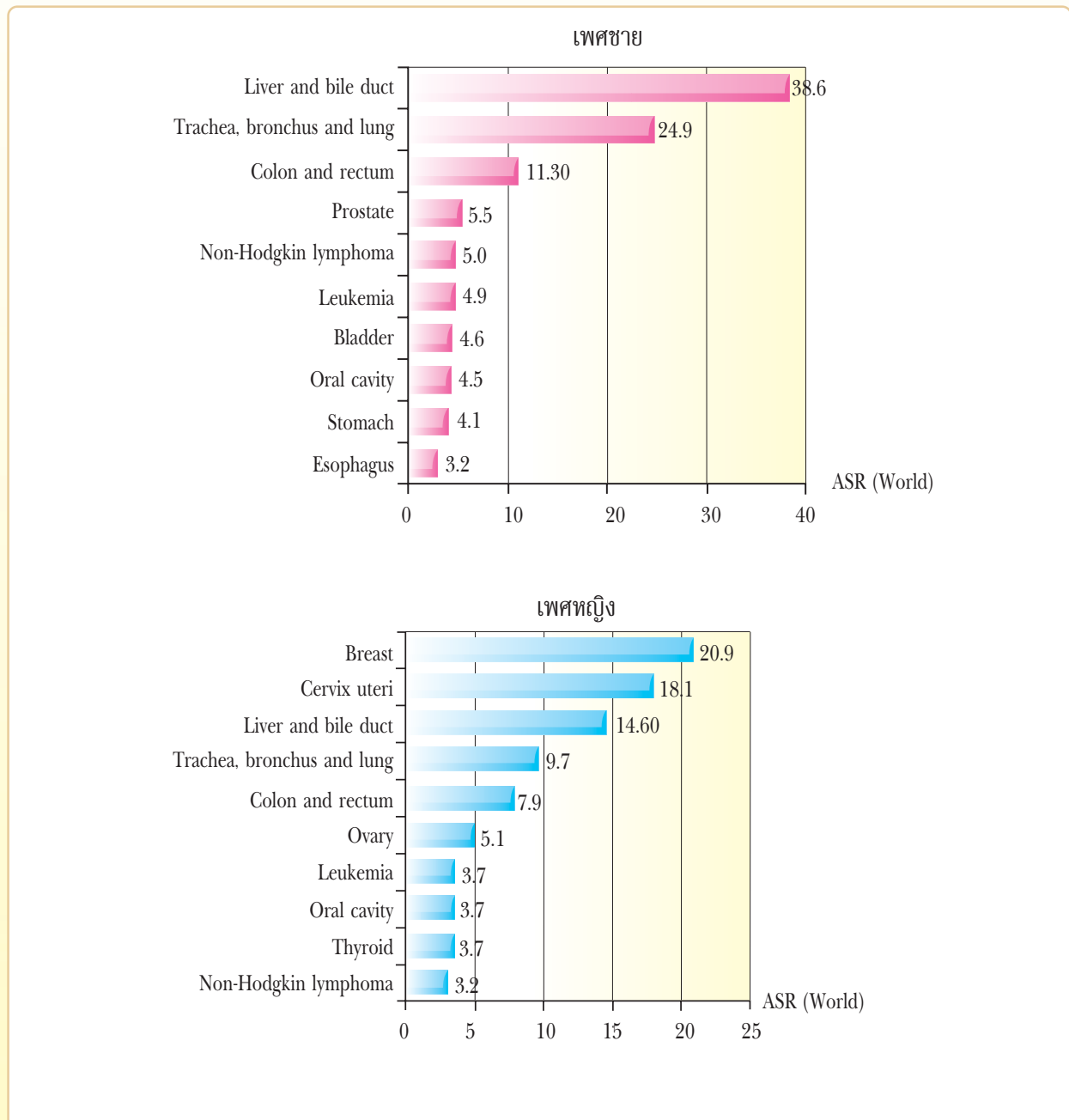
จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 พบว่า สตรีอายุ 15-59 ปีทั่วประเทศ เคยได้รับการตรวจคัดหามะเร็งปากมดลูกตั้งแต่เริ่มแรก ร้อยละ 42.5 ขณะที่การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2552 กลับพบว่า ได้รับการตรวจดังกล่าวถึงร้อยละ 60.2 (ตารางที่ 5.19)

⁸ ธรรมนิตย์ อังคุสิงห์. Screening Mammography, ศูนย์ถันยรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช



สำหรับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ใน พ.ศ. 2547 สตรีไทยอายุ 15-59 ปี ประมาณร้อยละ 50 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ขณะที่การสำรวจใน พ.ศ. 2549 กลับพบว่า มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพียงร้อยละ 25 ส่วน การได้รับการตรวจเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552 มีประมาณร้อยละ 18 - 23 (ตารางที่ 5.19) อย่างไรก็ตามการตรวจวัดด้วย Mammogram ในสตรีอายุ 40-59 ปี พบว่า มีเพียงร้อยละ 2-4 ของสตรีทั่วประเทศที่เคยได้ รับการตรวจด้วยวิธีดังกล่าว (ตารางที่ 5.19)

ภาพที่ 5.32 โรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของประเทศไทย พ.ศ. 2546



ที่มา: Cancer in Thailand, 2001 - 2003

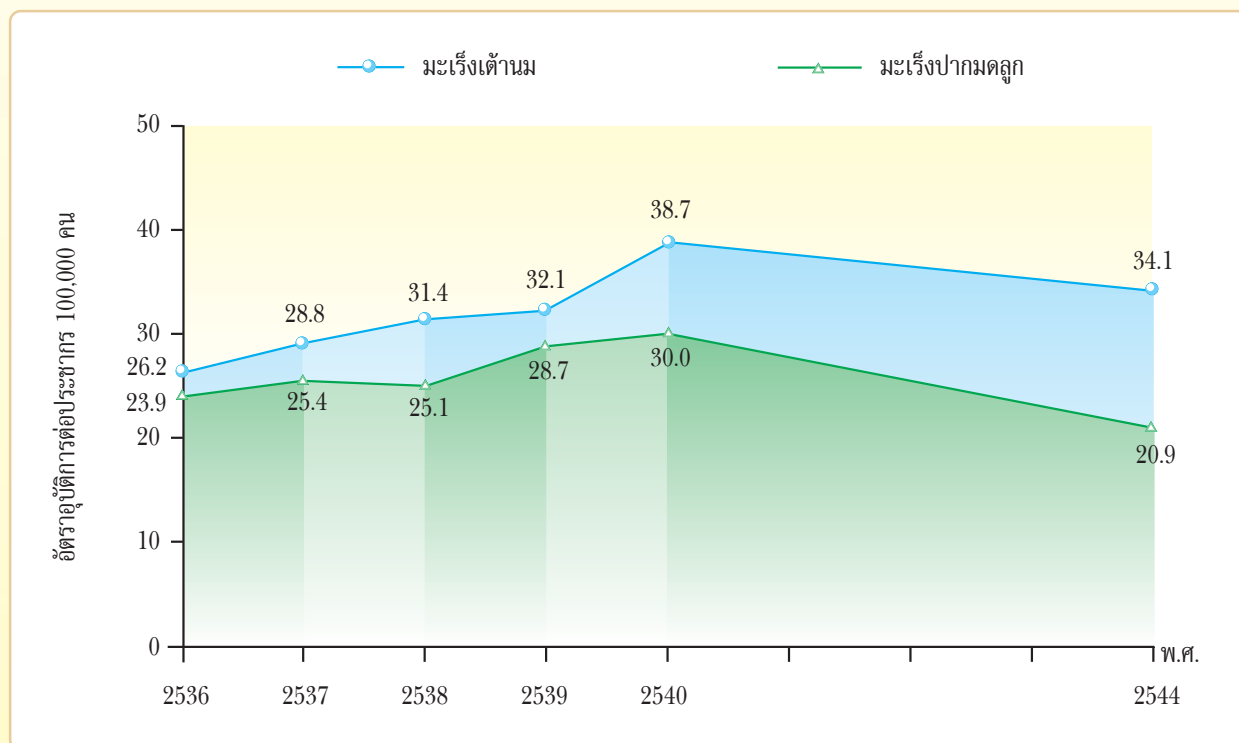


ตารางที่ 5.16 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่พบบ่อยในสตรีไทย พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2544

ลำดับ	ชนิด	อัตราอุบัติการณ์ต่อประชากร 100,000 คน					
		พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544
1	มะเร็งปากมดลูก	23.4	20.9	19.5	19.8	24.7	18.1
2	มะเร็งเต้านม	13.5	16.3	17.2	19.9	20.5	20.9
3	มะเร็งตับ	16.3	15.5	16.0	14.3	12.3	14.6
4	มะเร็งปอด	12.1	11.1	10.0	9.9	9.3	9.7
5	มะเร็งรังไข่	4.5	4.7	5.2	6.2	6.0	5.1

ที่มา: Cancer in Thailand, 2001 - 2003

ภาพที่ 5.33 อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในสตรีกรุงเทพมหานคร ระหว่าง พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2544



ที่มา: Cancer in Thailand, 2001 - 2003



ตารางที่ 5.17 ร้อยละของการพบมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ใน พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2544 ในจังหวัดที่เป็นศูนย์ทะเบียนมะเร็ง

จังหวัด	มะเร็งปากมดลูก				มะเร็งเต้านม				มะเร็งรังไข่			
	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544
เชียงใหม่	25.7	25.6	29.4	25.1	15.2	17.6	20.7	21.8	6.0	4.7	6.9	4.9
ลำปาง	23.1	23.6	22.3	23.8	15.0	16.4	20.8	25.5	4.4	3.7	4.6	6.3
ขอนแก่น	18.0	15.0	15.9	15.3	8.6	11.6	13.7	15.6	4.5	5.6	6.2	5.2
กรุงเทพมหานคร	18.5	20.7	19.3	20.9	20.6	25.4	24.3	34.1	4.2	5.9	6.1	6.6
สงขลา	15.8	16.1	20.6	16.2	11.5	12.1	17.2	20.8	3.1	4.6	5.7	5.0

ที่มา: Cancer in Thailand, 2001 - 2003

ตารางที่ 5.18 แสดงอายุผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของสตรีในประเทศไทย ปี 2526 - ปี 2552

โรงพยาบาลศิริราชแผนก ศัลยศาสตร์ 1,353 ราย (ปี 2526-2537)			ศูนย์ถันยรักษ์ 5,994 ราย (ปี 2538-2547)		ศูนย์ถันยรักษ์ 219 ราย (ปี 2548)		ศูนย์ถันยรักษ์ 499 ราย (ปี 2549)		ศูนย์ถันยรักษ์ 597 ราย (ปี 2550)		ศูนย์ถันยรักษ์ 518 ราย (ปี 2551)		ศูนย์ถันยรักษ์ 839 ราย (ปี 2552)	
พ.ศ. 2539	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
< 40	311	23.0	996	16.6	39	13.4	53	11.8	64	10.72	67	12.93	89	10.61
40-49	437	32.3	2,487	41.5	97	33.4	158	32.2	206	34.51	171	33.01	219	26.10
50-59	353	26.1	1,721	28.7	92	31.6	139	31.0	188	31.49	158	30.50	289	34.45
60-69	162	12.0	597	10.0	37	12.7	68	15.1	90	15.08	89	17.18	144	17.16
70 ปีขึ้นไป	90	6.6	193	3.2	26	8.9	31	6.9	49	8.21	33	6.37	98	11.68
รวม	1,353	100	5,994	100	291	100	449	100	597	100	518	100	839	100

ที่มา: ธรรมนิศย์ อังศุสิงห์, Screening Mammography, ศูนย์ถันยรักษ์



ตารางที่ 5.19 ร้อยละของสตรีไทยที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552

การตรวจคัดกรอง	พ.ศ. 2547 ⁽¹⁾				พ.ศ. 2549 ⁽²⁾	พ.ศ. 2550 ⁽³⁾	พ.ศ. 2551- 2552 ^(2,4)
	15-29 ปี	30-44 ปี	45-59 ปี	รวม			
- การตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยใช้วิธี Pap smear	29.0	62.2	55.0	48.5	49.8	52.7	42.5-60.2
- การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	35.0	58.3	53.5	48.7	24.6	-	23.6
- การตรวจเต้านมโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	13.2	28.1	27.9	22.7	24.5	-	17.9-20.3
- การตรวจเต้านมโดย Mammogram (อายุ 40-59 ปี)	-	-	-	4.0	-	-	2.5

- ที่มา:**
1. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข
 2. รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 3. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550, สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 4. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

(2) มะเร็งตับ

การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคอาหารไปเป็นการบริโภคอาหารนอกบ้านหรืออาหารสำเร็จรูป โดยหาซื้อจากร้านอาหารแผงลอยอันอาจเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคหรือสารพิษตลอดจนสุขลักษณะของผู้ปรุงประกอบอาหารได้ ซึ่งทำให้ผู้บริโภคต้องเสี่ยงกับการเกิดโรคที่มีสาเหตุจากอาหารเป็นสื่อ รวมทั้งการบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุกด้วยความร้อน โดยเฉพาะอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับ นอกจากนี้ ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีซึ่งเคยสูงมากในอดีต มีผลต่อการเป็นโรคตับอักเสบริื้อรัง ตับแข็งและมะเร็งตับด้วย (ตารางที่ 5.20) โดยพบว่า ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับสูงที่สุดในโลก⁹

⁹ Vatanasapt, V., Sriamporn, S. (1999). Cancer in Thailand 1992 - 1994 (IARC Technical Report No. 34), Lyon, IARC.



ตารางที่ 5.20 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2544

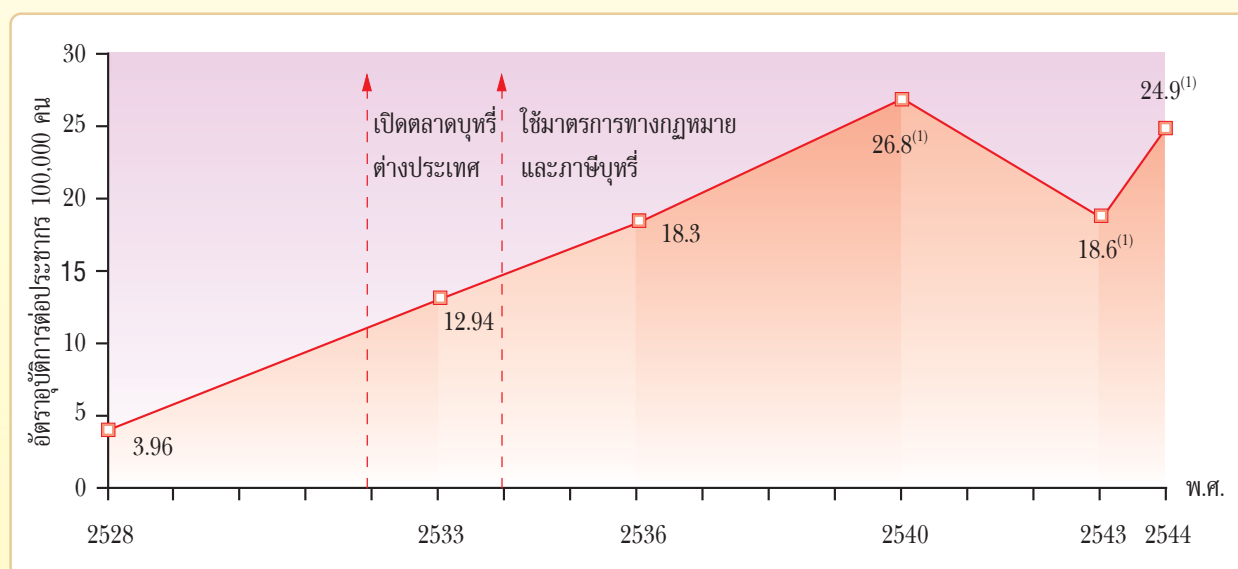
พ.ศ.	อุบัติการณ์ต่อประชากร 100,000 คน	
	เพศชาย	เพศหญิง
2536	37.4	15.5
2539	40.5	16.0
2542	38.6	14.3
2543	31.2	11.5
2544	38.6	14.6

ที่มา: Cancer in Thailand, 2001 - 2003

(3) มะเร็งปอด

อุบัติการณ์ของมะเร็งปอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า จาก 3.96 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 26.8 ต่อ 100,000 ประชากร ใน พ.ศ. 2540 และลดลงเป็น 18.6 ต่อ 100,000 ประชากร ใน พ.ศ. 2543 อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2544 กลับพบเพิ่มขึ้นเป็น 24.9 ต่อ 100,000 ประชากร ซึ่งคาดว่าจะมีส่วนสัมพันธ์กับการบริโภคยาสูบและมลภาวะทางอากาศ (ภาพที่ 5.34)

ภาพที่ 5.34 อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปอด ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2544



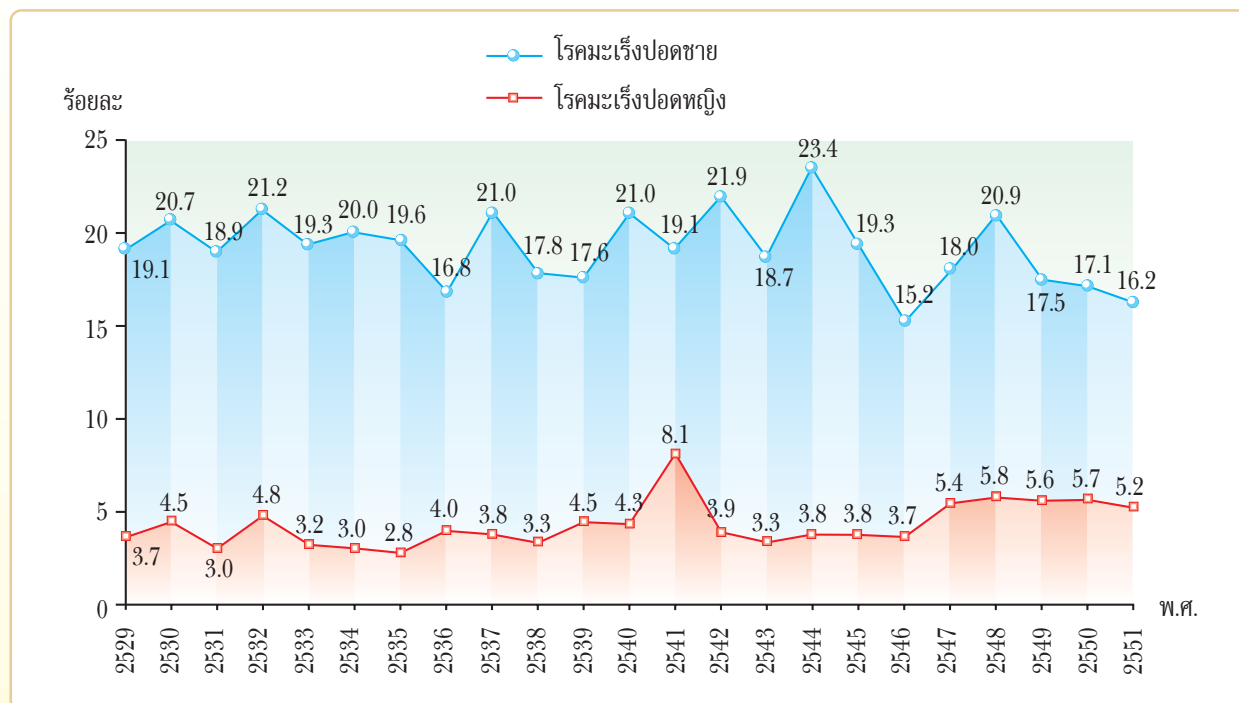
ที่มา: Cancer in Thailand, 2001 - 2003

หมายเหตุ: ⁽¹⁾ เป็นอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปอดในเพศชาย



นอกจากนี้ จากรายงานผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2551 พบว่า เป็นมะเร็งปอดชาย ประมาณร้อยละ 15-23 ซึ่งสูงกว่ามะเร็งปอดหญิง ประมาณ 3-8 เท่า (ภาพที่ 5.35)

ภาพที่ 5.35 ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งป่วยเป็นมะเร็งปอด ระหว่าง พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2551



ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

หมายเหตุ: เป็นร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด

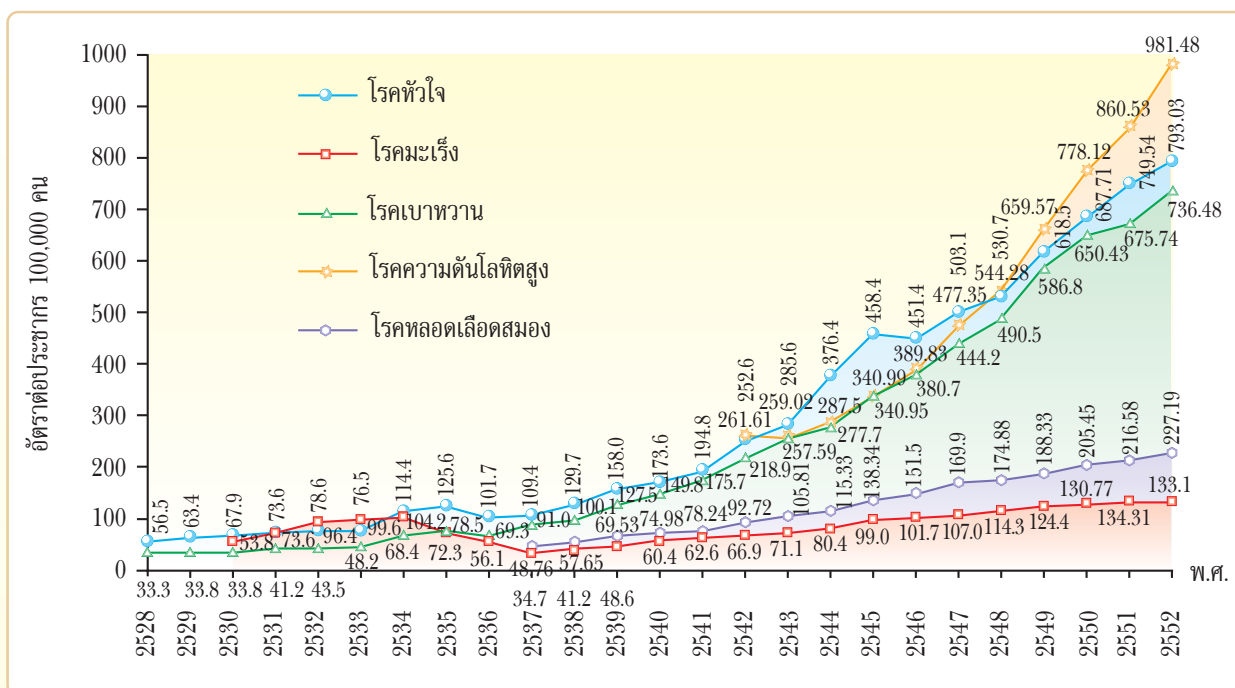
2.5.2 หัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคเลือดสมอง

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อ ที่เป็นอันดับต้นของสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนชาวไทย อันได้แก่ หัวใจ มะเร็ง และเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมโดยเฉพาะ การบริโภคอาหารที่มีแป้ง น้ำตาลและไขมันสูง และการขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการมีน้ำหนักตัวเกิน ดังจะเห็นได้จากอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่พบดังนี้

- โรคหัวใจ มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 56.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 109.4 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 793.03 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552
- โรคมะเร็ง มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 34.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 133.10 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552
- โรคเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 33.3 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 91.0 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 736.48 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552
- โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 261.61 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2542 เพิ่มขึ้นเป็น 981.48 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552
- โรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 48.76 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 227.19 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.56)



ภาพที่ 5.36 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ความชุกของโรคมะเร็ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 แสดงเฉพาะมะเร็งตับ ปอด มดลูก และเต้านม เท่านั้น

นอกจากนี้ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง ของคนไทยอายุ 15-74 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ (ตารางที่ 5.21)

ความชุกของการมีภาวะน้ำหนักเกิน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.3 เป็นร้อยละ 19.1 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 1.8 ล้านคน

ความชุกของการมีภาวะอ้วน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.6 เป็นร้อยละ 3.7 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 0.5 ล้านคน

ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.0 เป็นร้อยละ 9.4 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 0.7 ล้านคน

ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.2 เป็นร้อยละ 3.9 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 0.4 ล้านคน

ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.8 เป็นร้อยละ 1.1 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 0.2 ล้านคน

ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.1 เป็นร้อยละ 1.5 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 0.2 ล้านคน



ตารางที่ 5.21 เปรียบเทียบความชุก (ร้อยละ) ของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อของคนไทย ระหว่าง พ.ศ. 2547, 2548 และ พ.ศ. 2550

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2550	การเปลี่ยนแปลง (พ.ศ. 2547-2550)
ภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 -30 กก./ม ²)	15.3 (7.0 ล้านคน)	16.1 (7.3 ล้านคน)	19.1 (8.8 ล้านคน)	+3.8 (1.8 ล้านคน)
ภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 30 กก./ม ²)	2.6 (1.2 ล้านคน)	3.0 (1.4 ล้านคน)	3.7 (1.7 ล้านคน)	+1.1 (0.5 ล้านคน)
ประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	8.0 (3.6 ล้านคน)	8.3 (3.7 ล้านคน)	9.4 (4.3 ล้านคน)	+1.4 (0.7 ล้านคน)
ประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน	3.2 (1.4 ล้านคน)	3.7 (1.6 ล้านคน)	3.9 (1.8 ล้านคน)	+0.7 (0.4 ล้านคน)
ประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)	0.8 (0.3 ล้านคน)	0.9 (0.4 ล้านคน)	1.1 (0.5 ล้านคน)	+0.3 (0.2 ล้านคน)
ประชาชนที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด	1.1 (0.5 ล้านคน)	1.1 (0.5 ล้านคน)	1.5 (0.7 ล้านคน)	+0.4 (0.2 ล้านคน)

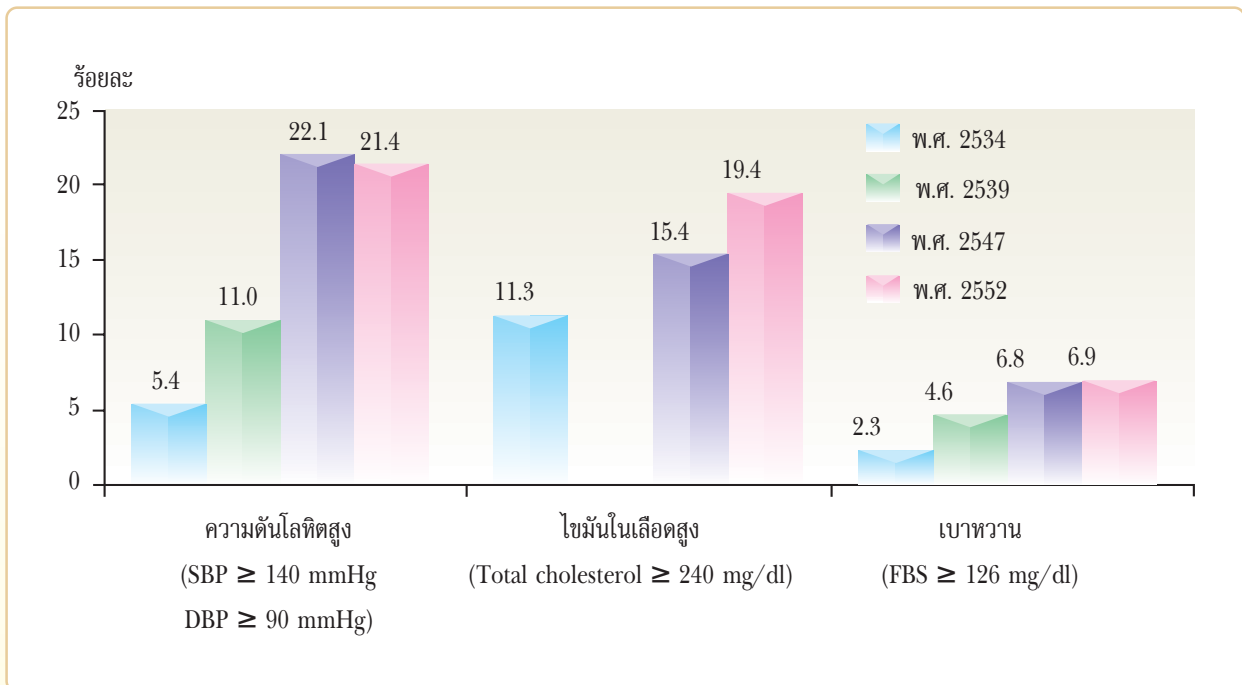
ที่มา: ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ข้อมูลความชุกของโรคได้มาจากการซักประวัติการป่วย จึงเป็นข้อมูลเฉพาะผู้ที่รู้ว่ตนเองป่วยด้วยโรคแล้วเท่านั้น

นอกจากนี้ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1 - 4 (พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552) พบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 11.0 ใน พ.ศ. 2540 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 21.4 ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 เช่นเดียวกับอัตราความชุกของโรคเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.3 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 4.6 ใน พ.ศ. 2540 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 6.9 ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 รวมถึงภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.3 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 19.4 ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.37) อันแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเป็นโรคไม่ติดต่อของคนไทยที่เพิ่มสูงขึ้นและที่สำคัญคือผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยพบในสัดส่วนที่สูง ซึ่งส่งผลให้สัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาค่อนข้างต่ำ ทำให้กลุ่มเสี่ยงนี้ขาดโอกาสที่จะได้รับการป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามหลังจากการเป็นโรคนี้อย่างมาก (ภาพที่ 5.38)



ภาพที่ 5.37 ความชุกของโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประชากรไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552

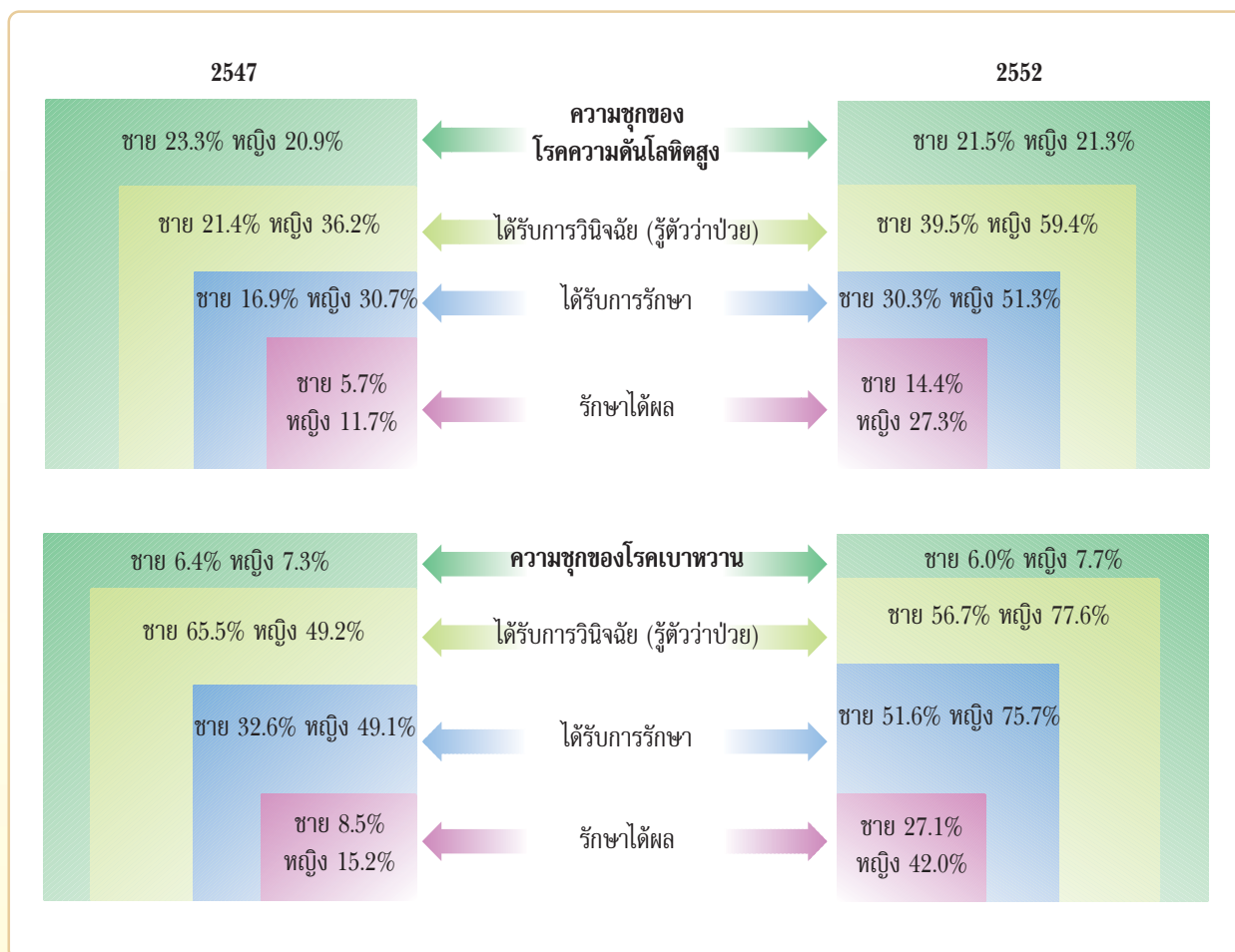


- ที่มา:
1. รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2535, สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย
 2. ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2540, สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย
 3. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
 4. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552, สำนักสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

- หมายเหตุ:
1. ข้อมูลความชุกของโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ได้มาจากการตรวจเลือดและวัดระดับความดันโลหิต จึงเป็นผู้ป่วยทั้งหมดทั้งที่ทราบและไม่ทราบว่าตนเองป่วย
 2. พ.ศ. 2539 ข้อมูลภาวะไขมันในเลือดสูงใช้เกณฑ์การวิเคราะห์ภาวะไขมันในเลือด (Total Cholesterol) ที่ระดับ 200 mg/dl จึงไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบได้



ภาพที่ 5.38 ความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการรักษาที่เหมาะสมของประชากรไทย พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552



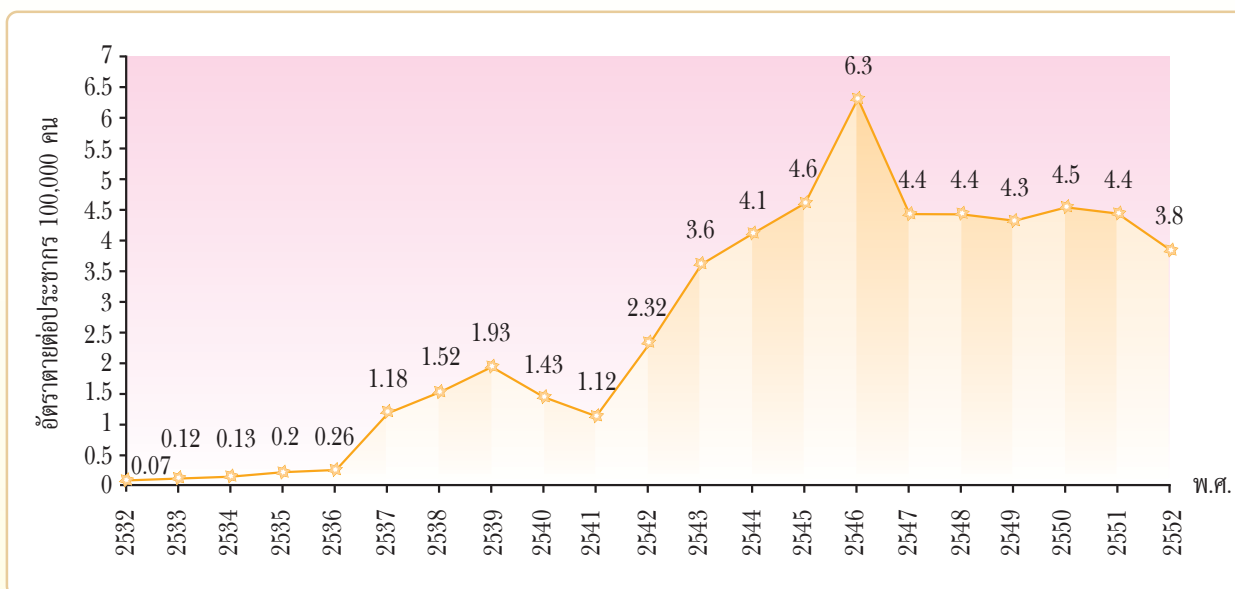
- ที่มา:
1. รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
 2. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข



2.5.3 โรคถุงลมโป่งพอง อัตราตายด้วยโรคถุงลมโป่งพอง เพิ่มขึ้นจาก 0.07 ต่อประชากร 100,000 คน

ใน พ.ศ. 2532 เป็น 3.8 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.39)

ภาพที่ 5.39 อัตราตายด้วยโรคถุงลมโป่งพอง พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

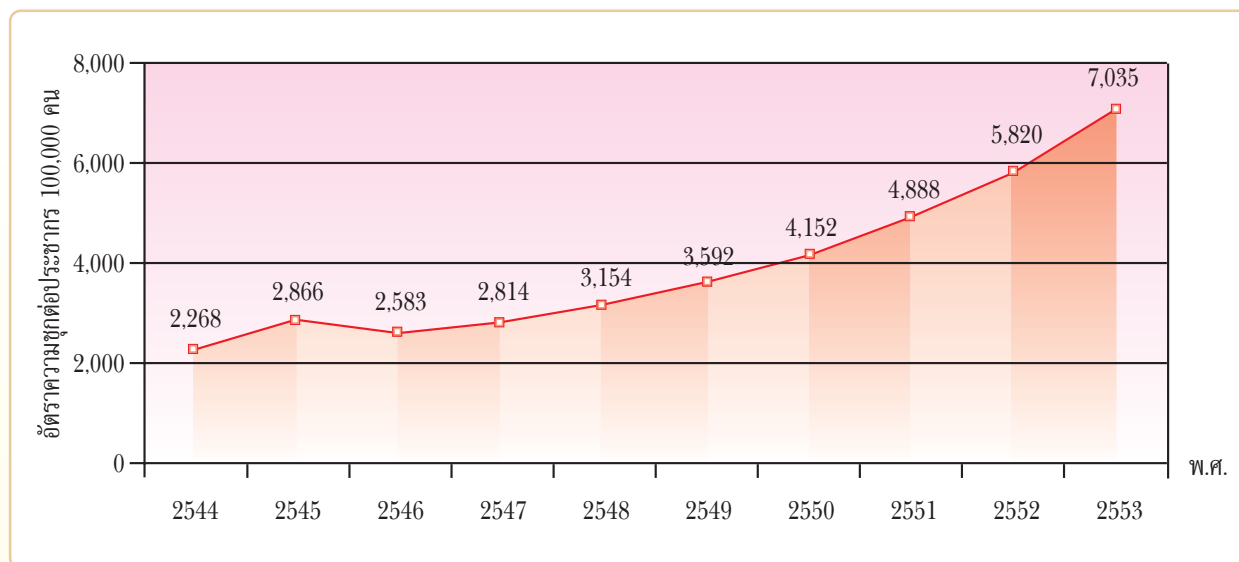
2.5.4 โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ก็เป็นโรคที่มีสาเหตุสำคัญจากการสูบบุหรี่หรือการได้รับ

หมอกควันเป็นระยะเวลานาน ๆ ซึ่งจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ใน พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังประมาณ ร้อยละ 0.5 และจากการคาดการณ์ความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ใน พ.ศ. 2553 จะมีคนไทยป่วยด้วยโรคนี้อีก 7,035 ต่อประชากร 100,000 คน¹⁰ (ภาพที่ 5.40)

¹⁰ จากประมาณการความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังในอีก 10 ข้างหน้า โดยให้เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 0.42 ต่อปี และเพศหญิงลดลงร้อยละ 0.16 ต่อปี



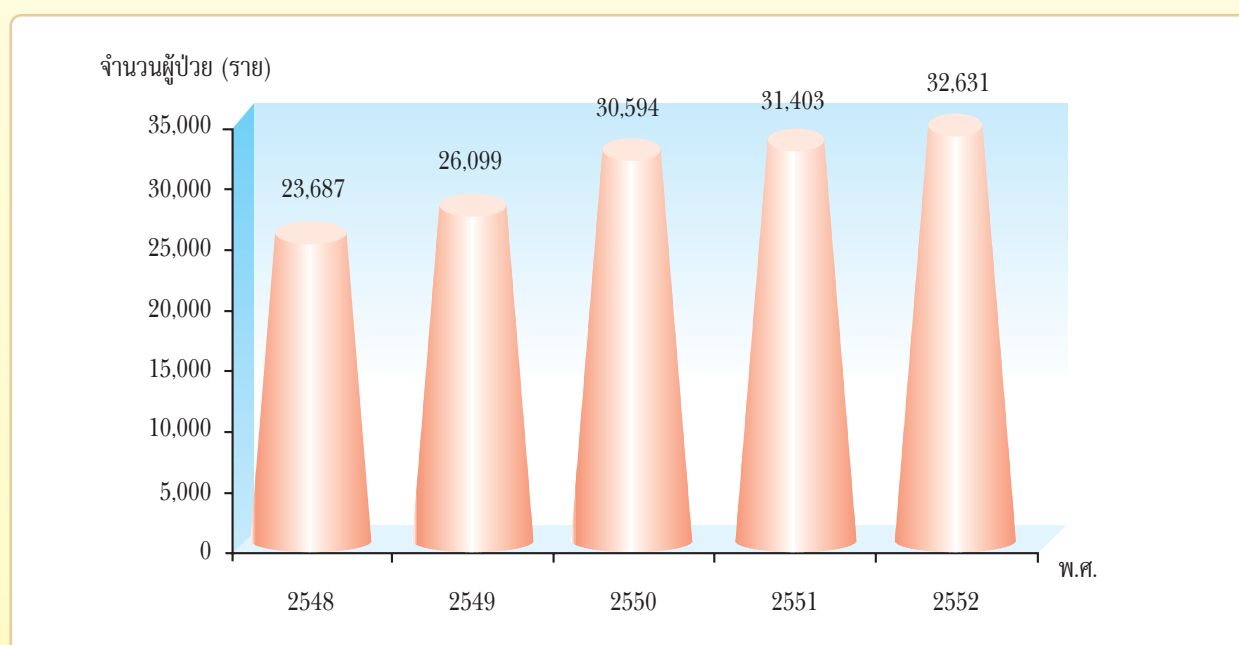
ภาพที่ 5.40 ประมาณการความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันเรื้อรัง ประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2553



ที่มา: สว่าง แสงศิริวัฒน์, โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันเรื้อรัง สถานการณ์ในปัจจุบันและแนวโน้ม, 2542

2.5.5 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันและลิ้นหัวใจรั่ว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 5.41 และ 5.42) ซึ่งโรคนี้ นอกจากเกี่ยวกับพฤติกรรมกรสูบบุหรี่แล้ว ยังเกี่ยวกับการขาดการออกกำลังกาย การมีไขมันในเลือดสูงและการมี น้ำหนักเกินด้วย

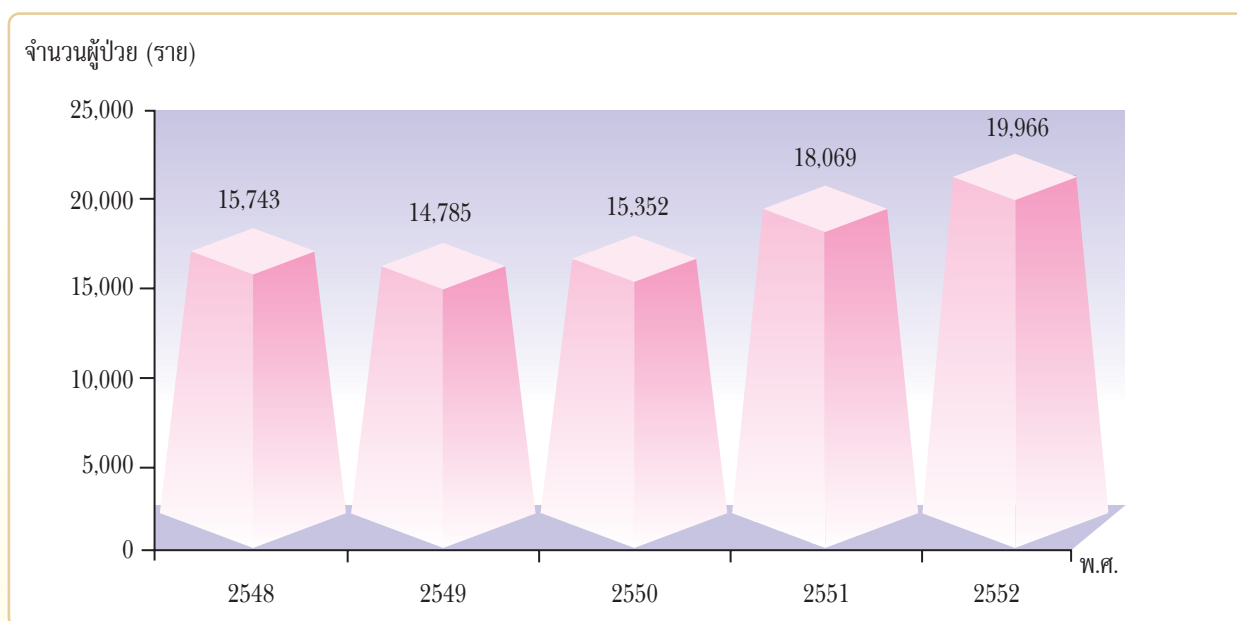
ภาพที่ 5.41 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่ได้รับการรักษาในสถาบันโรคทรวงอก พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์



ภาพที่ 5.42 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคทรวงอก พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

2.5.6 โรคไต

จากข้อมูลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 461.90 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2547 เป็น 878.96 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 โดยเฉพาะโรคไตวายที่เพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าตัว กล่าวคือ จาก 217.04 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2547 เป็น 512.65 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 หรือเป็นผู้ป่วยไตวายถึงกว่าร้อยละ 55 ของผู้ป่วยโรคไตทั้งหมด (ตารางที่ 5.22) และเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตวายสูงกว่าผู้ชาย (ภาพที่ 5.43) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นตลอดมา

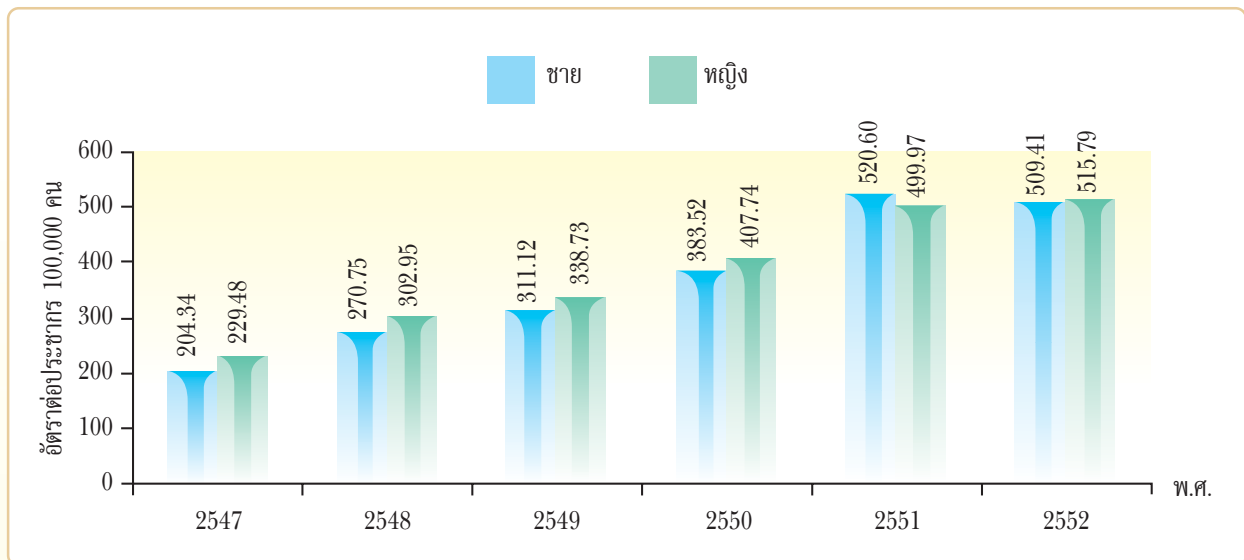
ตารางที่ 5.22 แสดงอัตราผู้ป่วยโรคไตต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มโรค พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552

กลุ่มโรคไต	2547	2548	2549	2550	2551	2552
โรคไต	461.91	574.29	626.02	721.83	920.32	878.96
กลุ่มอาการไตอักเสบเฉียบพลัน	4.25	4.48	5.65	6.60	5.73	9.04
โรคของท่อไตและเนื้อเยื่อระหว่างท่อไต	133.37	159.80	161.44	173.01	199.80	175.21
ไตวาย	217.04	287.05	325.10	395.79	510.17	512.65
นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ	85.39	95.94	98.66	99.25	156.47	123.58
โรคของหน่วยไตอื่น ๆ	21.86	30.08	35.16	47.16	48.15	58.48

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ภาพที่ 5.43 เปรียบเทียบอัตราผู้ป่วยโรคไตวายต่อประชากร 100,000 คน ระหว่างเพศชาย และหญิง พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552

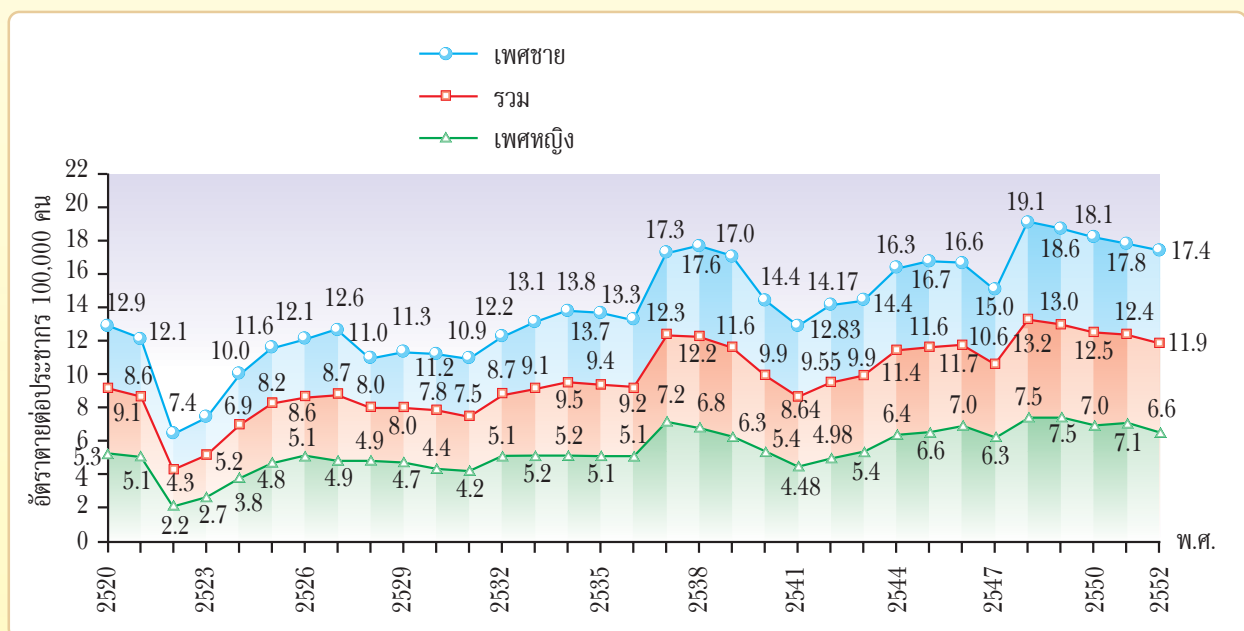


ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.5.7 โรคตับแข็ง

การดื่มสุร่าเป็นระยะเวลานานๆ มีผลเสียต่อดับ โดยพบว่า อัตราตายจากโรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552 อยู่ระหว่าง 4.3 - 13.2 ต่อประชากร 100,000 คน ในจำนวนนี้เป็นชายประมาณ 6-19 ต่อประชากร 100,000 คน และหญิงประมาณ 2-7 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งพบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 2-4 เท่า (ภาพที่ 5.44) อนึ่ง โรคตับแข็งนี้มีส่วนหนึ่งที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งมีความชุกสูงในอดีตและมีแนวโน้มลดลงด้วย

ภาพที่ 5.44 อัตราตายจากโรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



2.6 การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ

2.6.1 อุบัติเหตุจราจร

สถานการณ์อุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย สามารถจำแนกตามอุบัติการณ์เป็นช่วงเวลา ดังนี้

ช่วงแรกก่อน พ.ศ. 2529 ช่วงเศรษฐกิจตกต่ำ ปริมาณการเกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับไม่สูงมากนัก กล่าวคือ มีอุบัติเหตุประมาณ 18,000 - 25,000 ราย ส่วนปริมาณการเสียชีวิต 2,000 - 4,000 ราย หรือคิดเป็นอัตราตายระหว่าง 3.9 - 5.7 ต่อประชากร 100,000 คน สำหรับผู้บาดเจ็บมีประมาณระหว่าง 8,000-9,000 ราย ในแต่ละปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บ 17.2 ต่อประชากร 100,000 คน

ช่วงที่ 2 พ.ศ. 2530 - 2535 ช่วงเศรษฐกิจฟื้นตัว มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นประมาณ 40,000-60,000 รายต่อปี ซึ่งพบว่าปริมาณอุบัติเหตุในช่วงเวลาดังกล่าวนี้สูงขึ้นจากช่วงเดิมเกือบ 2 เท่า โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 8,000-9,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราตาย 7.4-16.0 ต่อประชากร 100,000 คน จะเห็นได้ว่า ปริมาณการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นจากเดิมเกือบ 3 เท่าเช่นเดียวกัน ส่วนปริมาณผู้บาดเจ็บก็เพิ่มขึ้นจากเดิม เป็น 20,000-25,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บอยู่ระหว่าง 24.0-43.9 ต่อประชากร 100,000 คน หรือเพิ่มประมาณ 2 เท่า

ช่วงที่ 3 พ.ศ. 2536 - 2539 เป็นช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นประมาณ 80,000 - 100,000 รายต่อปี โดยเพิ่มขึ้นจากช่วงเวลาที่ผ่านมา 2 เท่า มีปริมาณการเสียชีวิต 14,000-16,000 รายต่อปีหรือมีอัตราตาย 16.3 - 28.2 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจากช่วงที่ผ่านมาประมาณเกือบ 2 เท่า ส่วนปริมาณผู้บาดเจ็บมีประมาณ 40,000 - 50,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บอยู่ระหว่าง 43.4 - 85.6 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจากช่วงที่ผ่านมาประมาณ 2 เท่า

ช่วงที่ 4 พ.ศ. 2540 - 2544 เป็นช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ อุบัติเหตุเกิดขึ้นลดลงเป็นประมาณ 70,000 - 80,000 รายต่อปี โดยมีปริมาณการเสียชีวิต 12,000 รายต่อปี หรือมีอัตราตาย 20.0 - 22.7 ต่อประชากร 100,000 คน และปริมาณผู้บาดเจ็บมีประมาณ 48,000 - 52,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บ 77.5 - 86.9 ต่อประชากร 100,000 คน โดยมีแนวโน้มเริ่มลดลงจากในช่วงที่ผ่านมา

ช่วงที่ 5 พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา เป็นต้นมา เป็นช่วงเศรษฐกิจฟื้นตัวและเริ่มมีการดำเนินการเรื่องอุบัติเหตุจราจรอย่างจริงจัง มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นประมาณ 90,000 - 125,000 รายต่อปี โดยมีปริมาณการเสียชีวิต 12,000 - 14,000 รายต่อปี หรือมีอัตราตาย 19 - 22.26 ต่อประชากร 100,000 คน และปริมาณผู้บาดเจ็บมีประมาณ 60,000 - 95,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บ 110.8 - 151.72 ต่อประชากร 100,000 คน

ต่อมาเมื่อการดำเนินการเริ่มเป็นผล มีอุบัติเหตุลดลงเหลือประมาณ 85,000 - 90,000 รายต่อปี โดยมีปริมาณการเสียชีวิต 10,000 - 11,000 รายต่อปี หรือมีอัตราตาย 17-18 ต่อประชากร 100,000 คน และปริมาณผู้บาดเจ็บมีประมาณ 60,000 - 70,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บ 98 - 112.41 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.45)

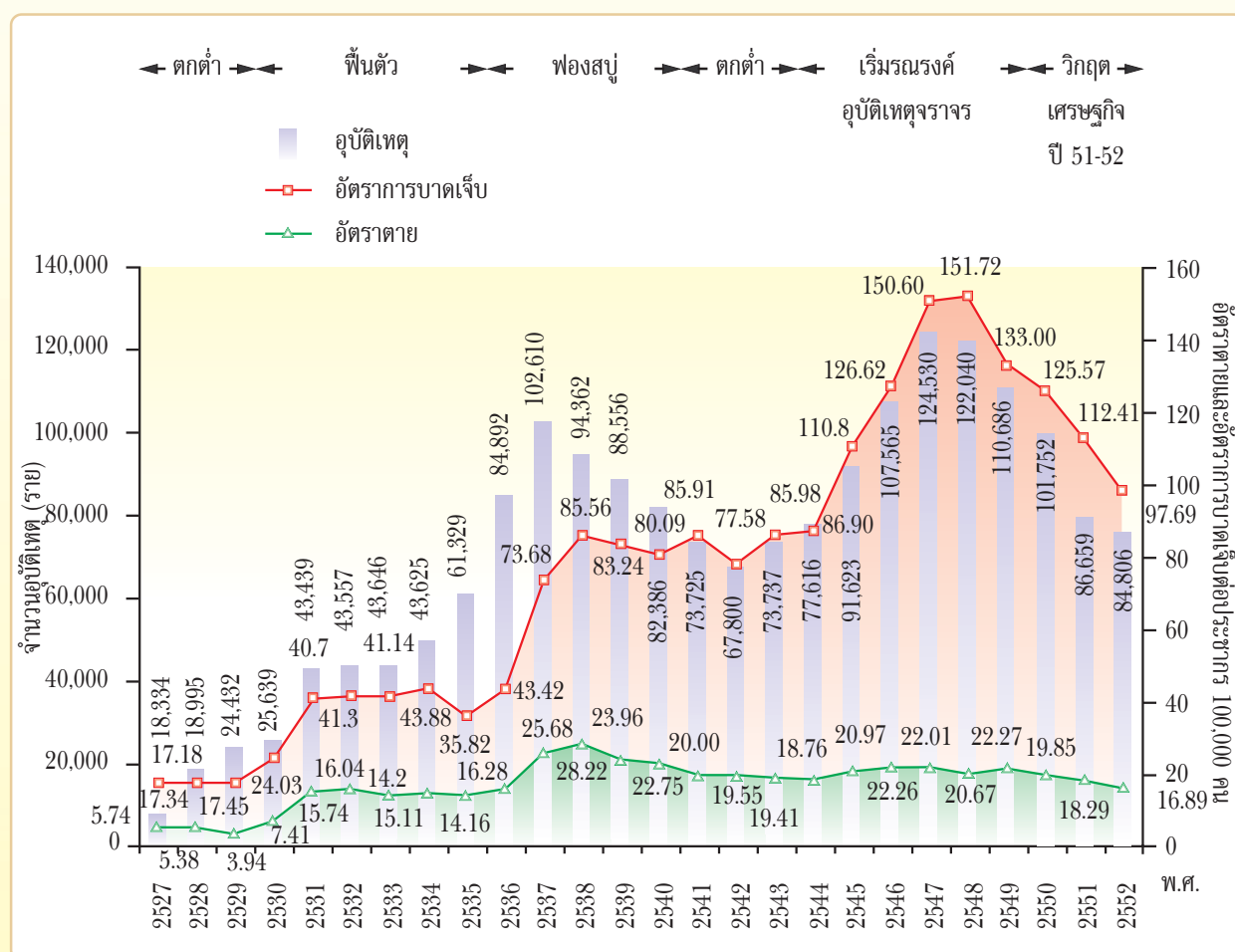
โดยพบว่า ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานมีอายุระหว่าง 15 - 34 ปี เป็นผู้ชายมากกว่าหญิงถึง 4-5 เท่า (ตารางที่ 5.25 และภาพที่ 5.46)

สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุจราจร ส่วนใหญ่เกิดจากคนถึงร้อยละ 69.9 โดยสาเหตุจากรถและสิ่งแวดล้อมพบเพียงร้อยละ 1.6 และ 0.3 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.47) เมื่อจำแนกประเภทของสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนพบว่า การขับรถเร็วเกินอัตราที่กำหนดเป็นสาเหตุอันดับแรก (ร้อยละ 16.3) รองลงมาคือ การตัดหน้าและตามกระชั้นชิด เมาสุรา (ภาพที่ 5.48)

และจากรายงานการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะสำคัญของการอุบัติเหตุ กล่าวคือ สัดส่วนของการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 50.7 ใน พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 62.0 ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกรมการขนส่งทางบก ที่พบว่า จำนวนรถจักรยานยนต์ที่จดทะเบียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า จาก 534,458 คัน ใน พ.ศ. 2541 เป็น 1,635,807 คัน ใน พ.ศ. 2552 และเมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มากกว่าร้อยละ 40 ของผู้บาดเจ็บรุนแรงมีการดื่มสุราก่อนขับขี่รถจักรยานยนต์ (ตารางที่ 5.25)

จากสถานการณ์ดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความสูญเสีย “โดยตรง” ของทรัพย์สินอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุเป็นเงินประมาณ 3,815.5 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2552 (ตารางที่ 5.23) แต่แท้จริงแล้วยังมีความสูญเสียที่ยากจะประมาณค่าอีกมากทั้งในแง่ของชีวิต ภาวะการศึกษาพยาบาล ความทุพพลภาพ ฯลฯ

ภาพที่ 5.45 อัตราตายและอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2552



ที่มา: ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ



ตารางที่ 5.23 จำนวนอุบัติเหตุ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนผู้บาดเจ็บและค่าประมาณทรัพย์สินเสียหาย พ.ศ. 2527- พ.ศ. 2552

พ.ศ.	จำนวนประชากร	จำนวนอุบัติเหตุ (ราย)	ผู้เสียชีวิต		ผู้บาดเจ็บ		ทรัพย์สินเสียหาย (บาท)
			จำนวน (คน)	อัตรา ต่อแสน	จำนวน (คน)	อัตรา ต่อแสน	
2527	50,583,105	18,334	2,904	5.74	8,770	17.34	56,265,453
2528	51,795,651	18,955	2,788	5.38	8,901	17.18	60,645,504
2529	52,696,204	24,432	2,086	3.94	9,242	17.45	55,061,650
2530	53,873,172	25,639	3,991	7.41	12,947	24.03	129,539,616
2531	54,960,917	43,439	8,651	15.74	22,370	40.70	329,527,667
2532	55,888,393	43,557	8,967	16.04	23,083	41.30	439,028,000
2533	56,303,273	43,646	7,997	14.20	23,161	41.14	477,603,000
2534	56,961,030	49,625	8,608	15.11	24,995	43.88	639,616,000
2535	57,788,965	61,329	8,184	14.16	20,702	35.82	607,793,000
2536	58,336,072	84,892	9,496	16.28	25,330	43.42	1,021,464,000
2537	59,095,419	102,610	15,176	25.68	43,541	73.68	1,408,216,000
2538	59,277,900	94,362	16,727	28.22	50,718	85.56	1,631,117,000
2539	60,116,182	88,556	14,405	23.96	50,044	83.24	1,561,708,187
2540	60,816,227	82,386	13,836	22.75	48,711	80.09	1,571,786,469
2541	61,155,888	73,725	12,234	20.00	52,538	85.91	1,378,673,826
2542	61,577,827	67,800	12,040	19.55	47,770	77.58	1,345,985,811
2543	61,770,259	73,737	11,988	19.41	53,111	85.98	1,242,205,524
2544	62,093,855	77,616	11,652	18.76	53,960	86.90	1,240,801,187
2545	62,554,482	91,623	13,116	20.97	69,313	110.80	1,494,936,815
2546	62,939,819	107,565	14,012	22.26	79,692	126.62	1,750,964,040
2547	62,526,693	124,530	13,766	22.01	94,164	150.60	1,623,081,112
2548	62,195,839	122,040	12,858	20.67	94,364	151.72	3,238,226,110
2549	62,623,416	110,686	12,693	20.27	83,290	133.00	3,643,747,912
2550	62,933,515	101,752	12,492	19.85	79,029	125.57	4,620,398,166
2551	63,214,022	88,689	11,561	18.29	71,059	112.41	5,415,524,563
2552	63,457,439	84,806	10,717	16.89	61,996	97.69	3,815,520,899

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ



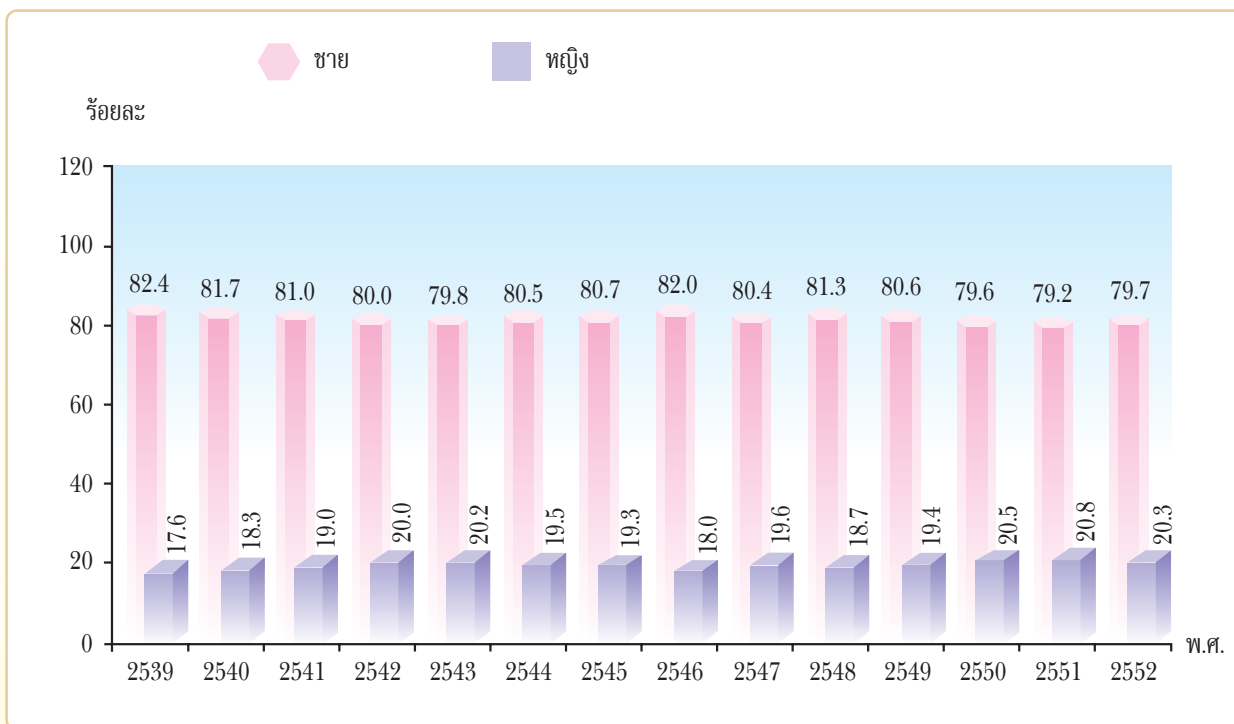
ตารางที่ 5.24 จำนวนและร้อยละของการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552

กลุ่มอายุ (ปี)	พ.ศ.2539	พ.ศ.2540	พ.ศ.2541	พ.ศ.2542	พ.ศ.2543	พ.ศ.2544	พ.ศ.2545	พ.ศ.2546	พ.ศ.2547	พ.ศ.2548	พ.ศ.2549	พ.ศ.2550	พ.ศ.2551	พ.ศ.2552
	จำนวน ร้อยละ จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ จำนวน ร้อยละ
0 – 4	291 1.7	175 1.3	210 2.6	254 2.2	287 2.2	243 1.9	205 1.5	164 1.3	154 1.3	158 1.5	135 1.3	119 1.2	139 1.4	146 1.5
5 - 9	389 2.3	227 1.8	146 1.8	261 2.2	287 2.2	256 2.0	214 1.6	196 1.5	183 1.5	151 1.4	149 1.4	129 1.3	150 1.5	89 0.9
10 – 14	599 3.6	392 3.0	237 3.0	300 2.6	387 2.9	356 2.7	428 3.2	363 2.8	425 3.4	359 3.3	375 3.6	346 3.5	347 3.6	356 3.7
15 – 19	2,786 16.6	2,052 15.8	1,075 13.5	1,501 13.0	1,647 12.5	1,623 12.5	1,869 13.9	1,829 14.3	1,811 14.7	1,534 13.9	1,408 13.5	1,371 13.7	1,226 12.6	1,145 12.1
20 – 24	2,995 17.8	2,236 17.3	1,184 14.8	1,702 14.6	1,861 14.1	1,810 14.0	2,003 14.9	2,040 15.9	1,819 14.7	1,598 14.5	1,405 13.5	1,207 12.1	1,125 11.6	1,057 11.1
25 – 29	2,262 13.5	1,743 13.5	1,051 13.2	1,470 12.6	1,641 12.4	1,575 12.2	1,686 12.6	1,623 12.7	1,530 12.4	1,334 12.1	1,244 11.9	1,142 11.4	1,085 11.2	1,034 10.9
30 – 34	1,733 10.3	1,343 10.4	830 10.4	1,286 11.1	1,452 11.0	1,437 11.1	1,415 10.5	1,279 10.0	1,233 10.0	1,103 10.0	986 9.5	915 9.2	991 10.2	899 9.5
35 – 39	1,410 8.4	1,177 9.1	742 9.3	1,113 9.6	1,221 9.3	1,306 10.1	1,225 9.1	1,198 9.4	1,094 8.9	1,016 9.2	956 9.2	918 9.2	826 8.5	826 8.7
40 – 44	1,017 6.1	904 7.0	665 8.3	914 7.9	1,092 8.3	1,063 8.2	1,086 8.1	1,030 8.0	950 7.7	891 8.1	886 8.5	856 8.6	845 8.7	800 8.4
45 – 49	870 5.2	750 5.8	488 6.1	785 6.8	884 6.7	912 7.0	903 6.7	847 6.6	832 6.8	759 6.9	745 7.2	772 7.7	758 7.8	749 7.9
50 – 54	594 3.6	484 3.7	329 4.1	561 4.8	638 4.8	650 5.0	697 5.2	651 5.1	654 5.3	614 5.6	648 6.2	621 6.2	586 6.0	639 6.7
55 – 59	546 3.3	468 3.6	320 4.0	444 3.8	507 3.8	463 3.6	488 3.6	493 3.8	510 4.1	449 4.0	421 4.0	483 4.8	498 5.1	543 5.7
60 – 64	421 2.5	371 2.9	287 3.6	392 3.4	448 3.4	450 3.5	408 3.0	371 2.9	422 3.4	395 3.5	352 3.4	319 3.2	357 3.7	381 4.0
65 – 69	304 1.8	209 1.6	205 2.6	283 2.4	352 2.7	341 2.6	355 2.7	316 2.5	295 2.4	272 2.4	277 2.7	345 3.5	291 3.0	329 3.5
70 – 74	162 1.0	157 1.2	115 1.5	168 1.4	241 1.8	204 1.6	222 1.7	225 1.8	232 1.9	201 1.8	233 2.2	239 2.4	238 2.5	229 2.4
75 – 79	112 0.6	67 0.5	66 0.8	83 0.7	135 1.0	124 1.0	139 1.0	116 0.9	126 1.0	123 1.1	125 1.2	121 1.2	151 1.6	159 1.7
80 – 84	39 0.2	37 0.3	22 0.3	56 0.5	59 0.5	65 0.5	56 0.4	43 0.3	43 0.3	52 0.5	45 0.4	64 0.6	49 0.5	76 0.8
85 ปีขึ้นไป	26 0.1	21 0.1	10 0.1	26 0.2	46 0.3	60 0.5	39 0.3	27 0.2	27 0.2	32 0.2	31 0.3	22 0.2	24 0.2	33 0.3

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

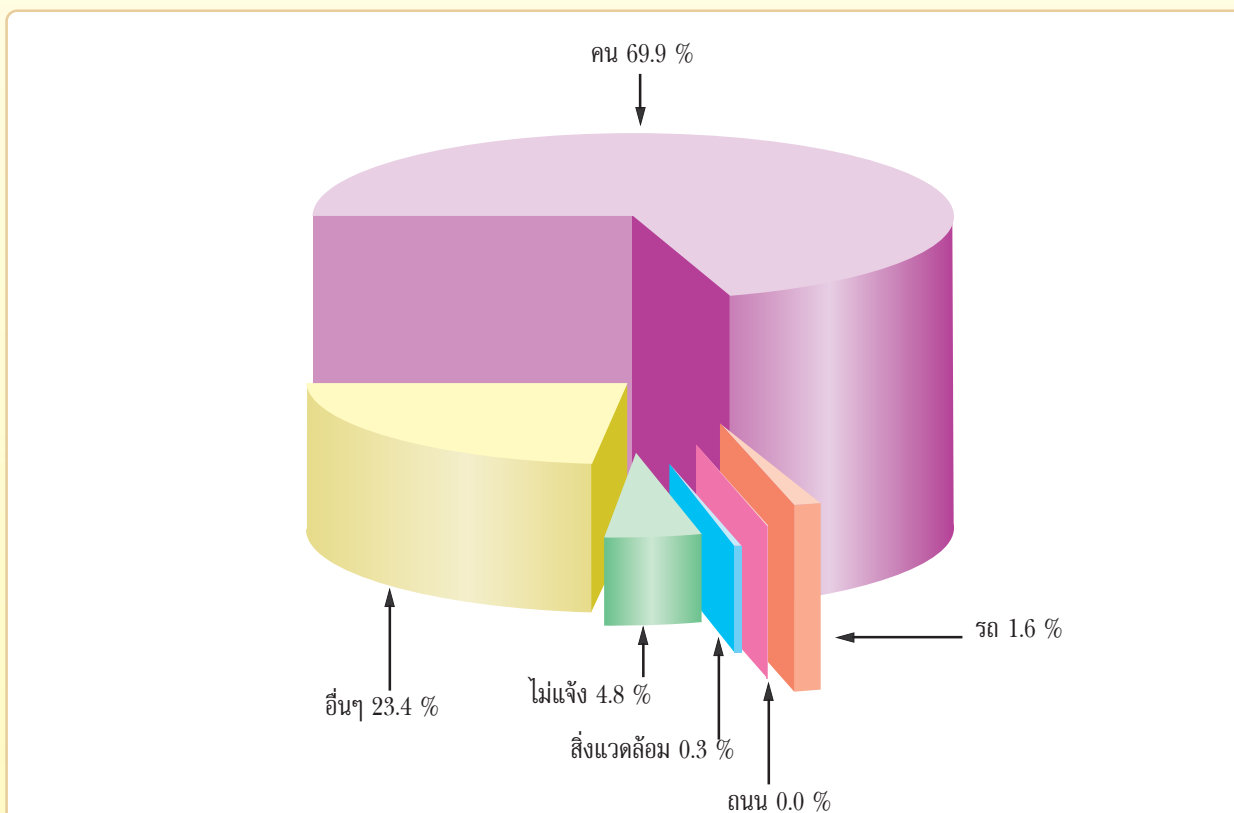


ภาพที่ 5.46 ร้อยละของการตายด้วยอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

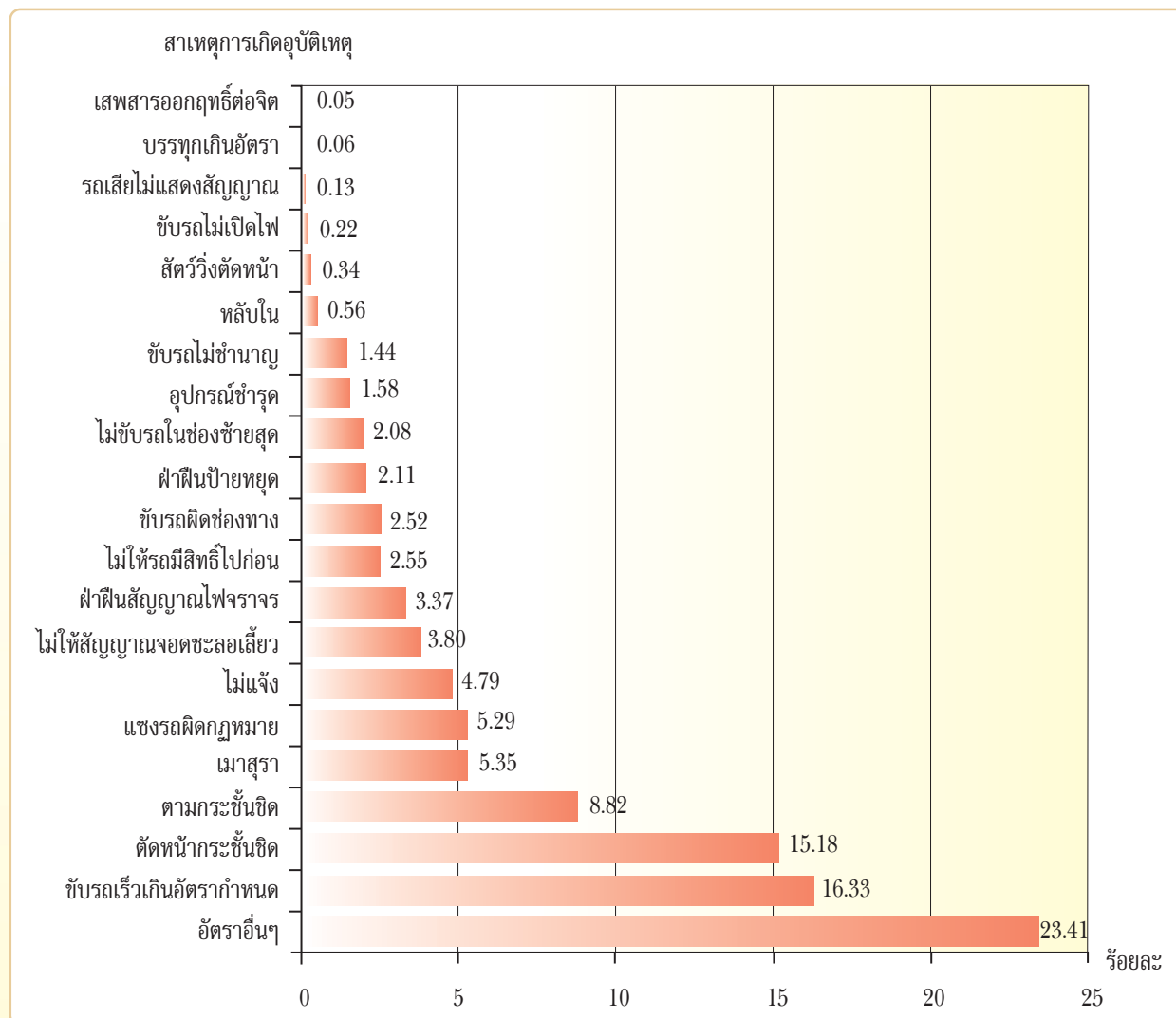
ภาพที่ 5.47 สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ



ภาพที่ 5.48 สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จำแนกตามคดีอุบัติเหตุจราจรทางบก พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ



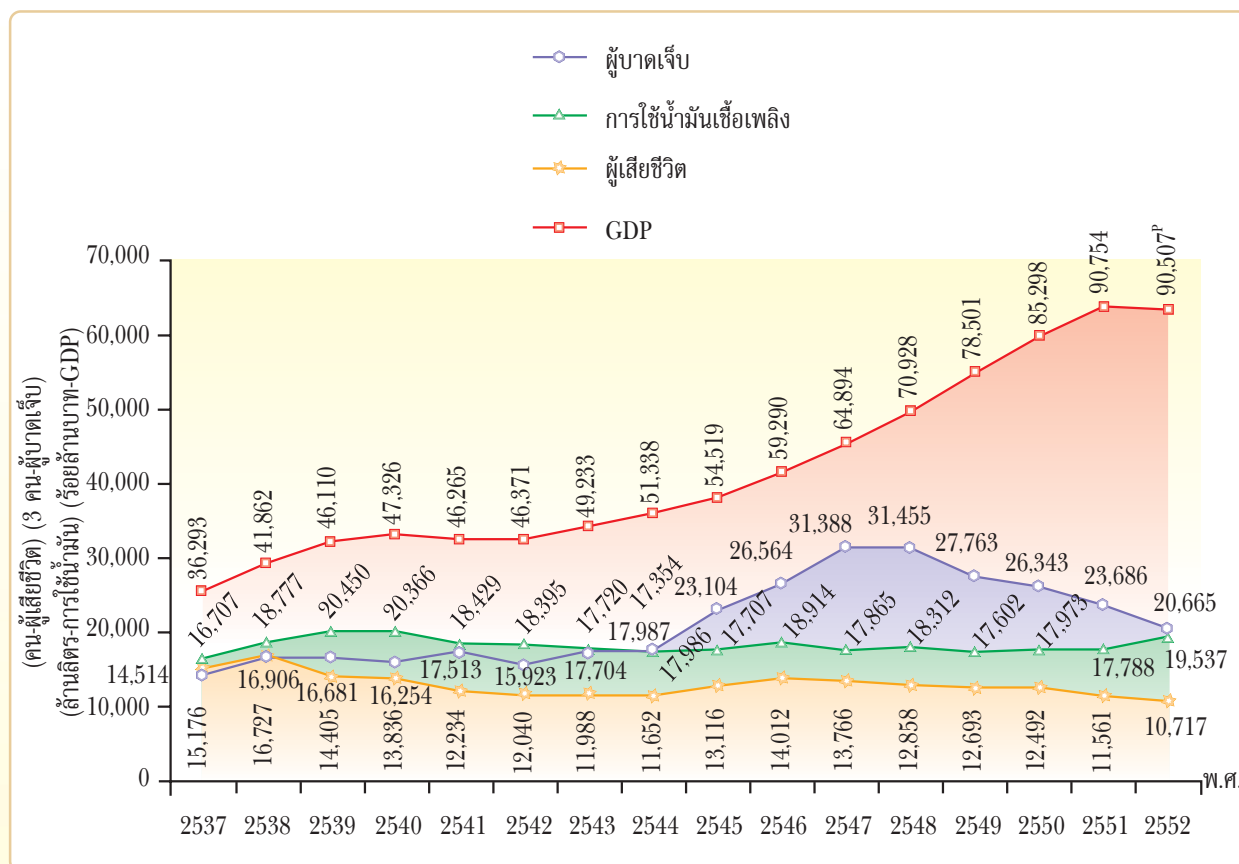
ตารางที่ 5.25 แสดงจำนวนการเกิดอุบัติเหตุจำนวนรถจักรยานยนต์และสัดส่วนผู้บาดเจ็บรุนแรงที่ดื่มสุราก่อนขับขี่รถจักรยานยนต์

พ.ศ.	จำนวน การเกิดอุบัติเหตุ จากรถ (ราย)	คดีอุบัติเหตุจากรถ จากรถจักรยานยนต์ (ราย)	สัดส่วน การเกิดอุบัติเหตุจาก รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ)	จำนวนรถ จักรยานยนต์ ที่จดทะเบียน (คัน)	สัดส่วนผู้บาดเจ็บ รุนแรงที่ดื่มสุราก่อน ขับขี่รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ)
2534	48,625	-	-	693,241	-
2535	61,329	-	-	715,877	-
2536	84,892	-	-	859,176	-
2537	102,610	-	-	1,091,216	-
2538	94,362	-	-	1,339,076	-
2539	88,556	-	-	1,247,906	-
2540	82,386	-	-	988,472	-
2541	73,725	37,414	50.7	534,458	-
2542	67,800	34,943	51.5	497,422	-
2543	73,737	37,498	50.8	682,929	-
2544	77,616	41,215	53.1	849,907	-
2545	91,623	53,732	58.6	1,186,957	43.7
2546	107,565	66,110	61.5	1,643,179	49.4
2547	124,530	77,642	62.3	1,943,590	48.6
2548	122,040	78,830	64.6	2,011,816	46.5
2549	110,686	75,752	68.4	2,001,711	44.4
2550	101,752	68,140	67.0	1,665,400	44.0
2551	88,689	59,162	66.7	1,796,376	41.7
2552	84,806	52,608	62.0	1,635,807	-

- ที่มา:
1. ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
 2. กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม
 3. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



ภาพที่ 5.49 แนวโน้ม GDP, การใช้น้ำมันเชื้อเพลิงด้านการขนส่ง, ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2552



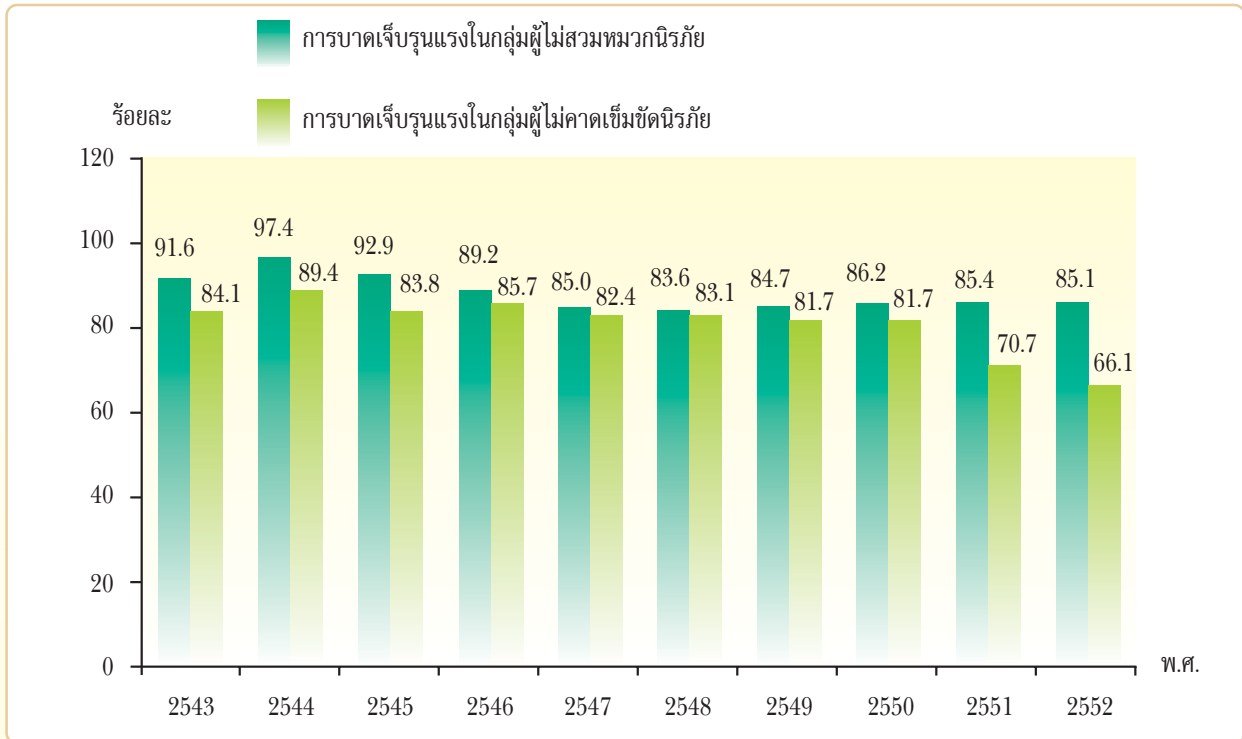
- ที่มา:
1. ยอดพล ธนาภิรุณ และคณะ. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย, 2549
 2. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
 3. กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน
 4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: ^P เป็นข้อมูลเบื้องต้น

แม้ว่าได้มีการออกพระราชกฤษฎีกาหมวกนิรภัยในประเทศไทย โดยมีผลบังคับใช้ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2539 แล้วก็ตาม ซึ่งข้อมูลจากการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย พบว่า ผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยรวมทั้งผู้ขับขี่รถและผู้โดยสารรถที่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยมีอัตราการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรมากกว่าร้อยละ 80 (ภาพที่ 5.50) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ขับขี่จักรยานยนต์ที่บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรเกือบครึ่งหนึ่งดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ (ภาพที่ 5.51)



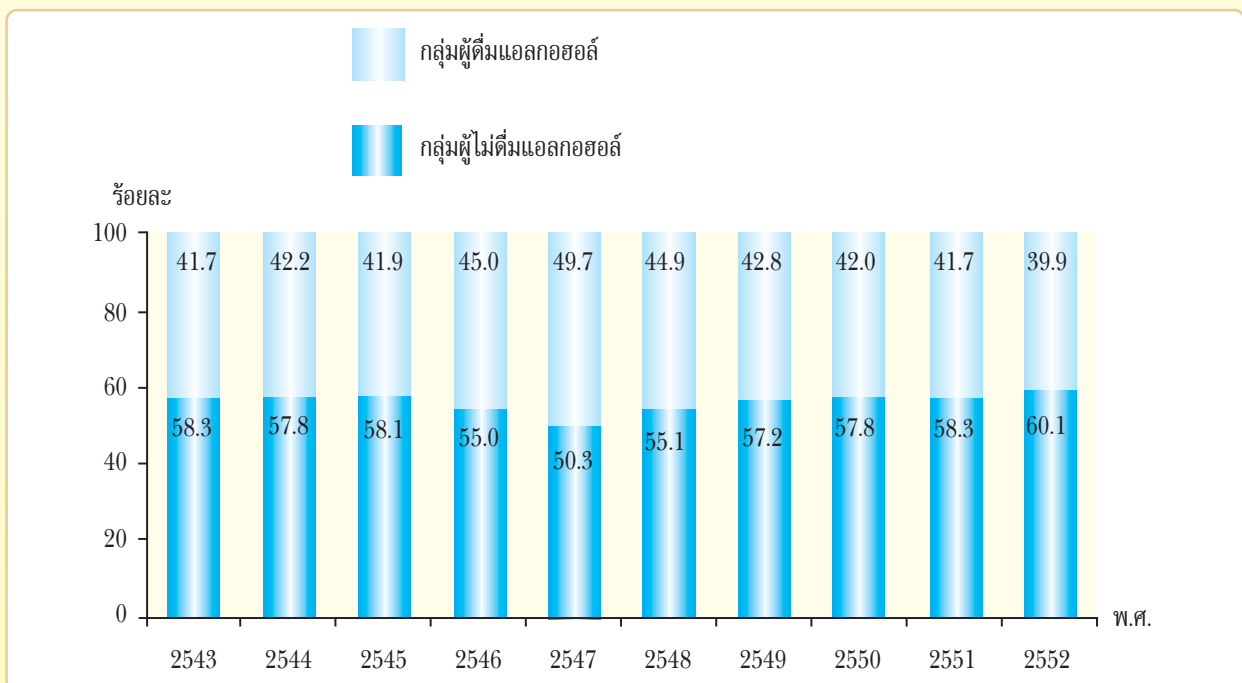
ภาพที่ 5.50 อัตราการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรของผู้ขับขี่และผู้โดยสาร จำแนกตามการคาดเข็มขัดนิรภัยและการสวมหมวกนิรภัย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 รายงานเฉพาะผู้ขับขี่เท่านั้น

ภาพที่ 5.51 สัดส่วนของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรที่เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ จำแนกตามสภาพการใช้แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2552

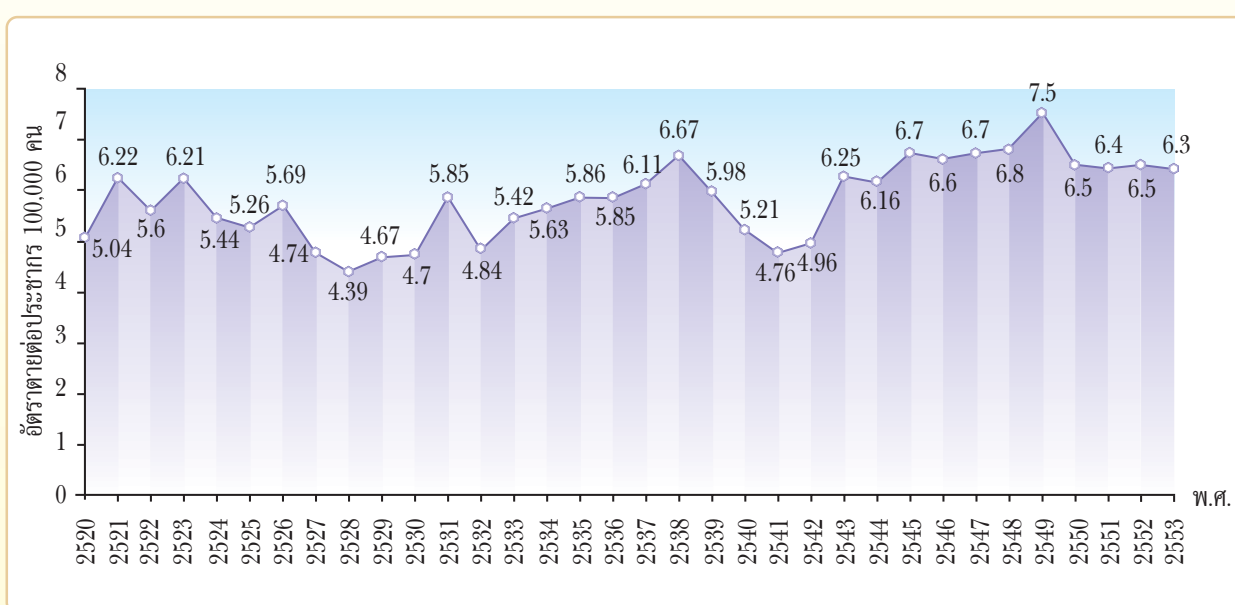


ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.6.2 อุบัติเหตุทางน้ำ

อุบัติเหตุทางน้ำเป็นปัญหาสำคัญที่ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร เมื่อเทียบกับปัญหาอุบัติเหตุทางบก ทั้งๆที่ประเทศไทยมีอัตราการตายของเด็กจากการจมน้ำสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว 5-15 เท่าตัว¹¹ โดยเมื่อพิจารณาอัตราการตายจากอุบัติเหตุการจมน้ำและตกน้ำ ในช่วง พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2553 พบระหว่าง 4.4 - 7.5 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.52) และจากการศึกษาาระบาดวิทยาการตายจากอุบัติเหตุทางน้ำในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2553 พบว่า ผู้ที่ตายจากอุบัติเหตุทางน้ำ เป็นชายมากกว่าหญิงประมาณ 3 เท่า โดยพบการตายสูงสุดในกลุ่มเด็กวัยเรียน (ภาพที่ 5.53) ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุมาจากการขาดประสบการณ์ในการเล่นน้ำที่ปลอดภัย และสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย

ภาพที่ 5.52 อัตราตายจากอุบัติเหตุการจมน้ำและตกน้ำ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2553

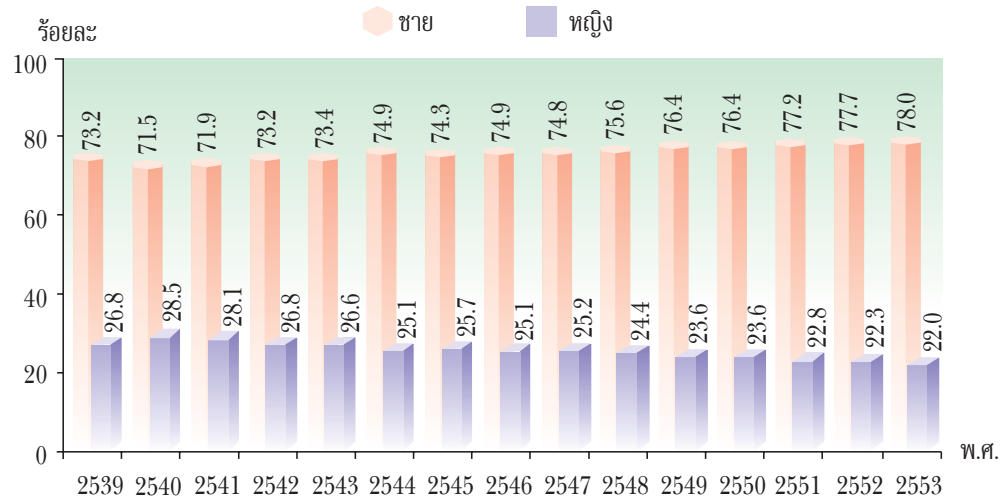


ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

¹¹ อุดคัคดี ผลิผลการพิมพ์. ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก, 2549



ภาพที่ 5.53 ร้อยละของรายงานการตายจากอุบัติเหตุทางน้ำ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศของประเทศไทย พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2553



ที่มา: รายงานการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



2.7 โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพที่สำคัญมีดังนี้

2.7.1 โรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช

ข้อมูลของกรมอนามัย ในการตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกร ระหว่าง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2550 พบว่า มีผู้ได้รับพิษสารกำจัดศัตรูพืช ถึงขั้นมีระดับเอนไซม์ผิดปกติ ระหว่างร้อยละ 13-39 โดยที่ยังไม่มีแนวโน้มลดลงและอัตราป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชอยู่ระหว่าง 2-6 ต่อประชากร 100,000 คน (ตารางที่ 5.26)

ตารางที่ 5.26 การตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกรและการป่วย การตายด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	การตรวจหาระดับ Cholinesterase ⁽¹⁾			พิษจากสารกำจัดศัตรูพืช ⁽²⁾		
	จำนวนที่ตรวจ (คน)	พบผิดปกติ (คน)	%	ป่วย (คน)	ตาย (คน)	อัตราป่วยต่อ ประชากร 100,000 คน
2535	42,471	8,669	20.41	3,599	31	6.23
2536	242,820	48,500	19.97	3,299	44	5.65
2537	411,998	72,590	17.62	3,143	41	5.32
2538	460,521	78,481	17.04	3,398	21	5.71
2539	156,315	40,520	25.92	3,196	31	5.32
2540	563,354	89,926	15.96	3,297	27	5.42
2541	369,573	77,789	21.05	4,398	15	7.16
2542	360,411	48,217	13.38	4,169	31	6.78
2543	278,612	52,604	18.88	3,109	21	5.03
2544	89,945	21,758	24.19	2,652	15	4.27
2545	115,105	33,858	29.4	2,571	14	4.11
2546	NA	NA	NA	2,342	9	3.72
2547	NA	NA	NA	1,864	9	2.98
2548	84,046	26,034	31.0	1,321	0	2.12
2549	133,255	36,776	27.6	1,183	0	2.00
2550	89,376	34,428	38.52	1,452	0	2.31
2551	-	-	-	1,705	2	2.70
2552	-	-	-	1,691	0	2.66

ที่มา: ⁽¹⁾ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

⁽²⁾ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค



2.7.2 โรคจากการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรม

สารโลหะหนักที่นำมาใช้ในโรงงานอุตสาหกรรมมีอยู่หลายชนิด เช่น ตะกั่ว สารหนู แคดเมียมปรอทโครเมียม ฯลฯ หากมีการตกค้างและจากการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมและอาหาร จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพประชาชนที่ได้รับสัมผัสโดยสารโลหะหนักที่มีการปนเปื้อนและเกิดปัญหาต่อสุขภาพที่พบบ่อย ดังตารางที่ 5.27

ตารางที่ 5.27 อัตราป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จำแนกตามกลุ่มโรค พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552

โรค	พ.ศ.										
	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
โรคจากการประกอบอาชีพ	7.51	7.01	4.85	4.60	4.19	4.49	2.86	2.45	3.15	3.22	3.57
โรคปอดจากการประกอบอาชีพ	0.14	0.19	0.13	0.14	0.22	0.20	0.22	0.10	0.37	0.21	0.41
พิษสารตะกั่ว	0.10	0.08	0.17	0.09	0.05	0.08	0.02	0.03	0.03	0.04	0.04
พิษสารโลหะหนักอื่น ๆ (แมงกานีส/ปรอท สารหนู แคดเมียม)	0.06	0.04	0.05	0.08	0.04	0.89	0.02	0.04	0.05	0.06	0.07
โรคพิษจากสารทำลายอินทรีย์	0.25	0.18	0.16	0.13	0.11	0.15	0.20	0.19	0.21	0.25	0.23

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

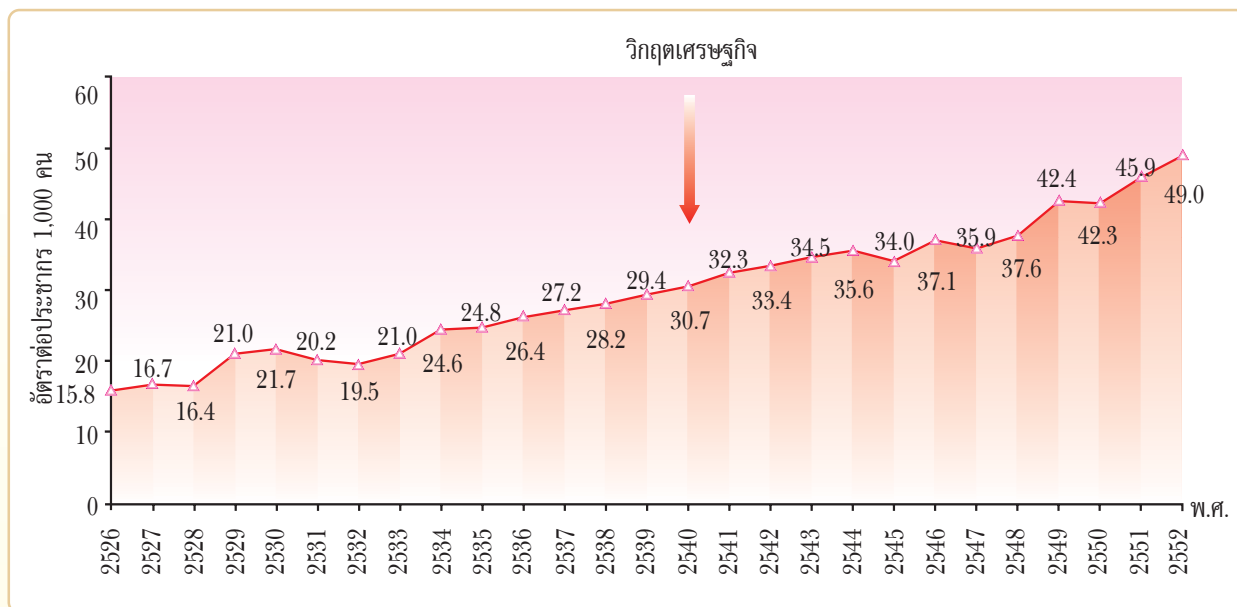
นอกจากนี้ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคได้ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงานสัมผัสสารไตรคลอโรเอทิลีนในประเทศไทย เนื่องจากทั่วโลกมีการนำสารดังกล่าวมาใช้ในงานอุตสาหกรรมอย่างแพร่หลายมากขึ้น สำหรับประเทศไทยมีการนำเข้าสารไตรคลอโรเอทิลีนใน พ.ศ. 2551 สูงถึงกว่า 90,000 ตัน (กรมโรงงานอุตสาหกรรม, 2551) ซึ่งพบว่าเป็นปริมาณที่ค่อนข้างสูงและเนื่องจากมีการใช้อย่างไม่ระมัดระวัง จึงก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ซึ่งจากรายงานเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ระหว่าง พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2551 มีรายงานผู้ป่วยจากพิษสารระเหยตัวทำลาย จำนวน 68 ราย (เฉื่อยปัส 11 ราย) จำแนกเป็นสารไตรคลอโรเอทิลีน 11 ราย, เบนซีน 8 ราย โทลูอิน 3 ราย และไม่สามารถระบุชนิด 46 ราย

2.8 ปัญหาสุขภาพจิต

พิจารณาจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตและการฆ่าตัวตาย พบว่า สุขภาพจิตคนไทยมีแนวโน้มแย่ลงและมีการเข้ารับรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้น จาก 24.6 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 49.0 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.54) โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคจิต โรคซึมเศร้าและโรคลมชัก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.28) และพบอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกัน จาก 90.74 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2524 เป็น 265.4 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.55)

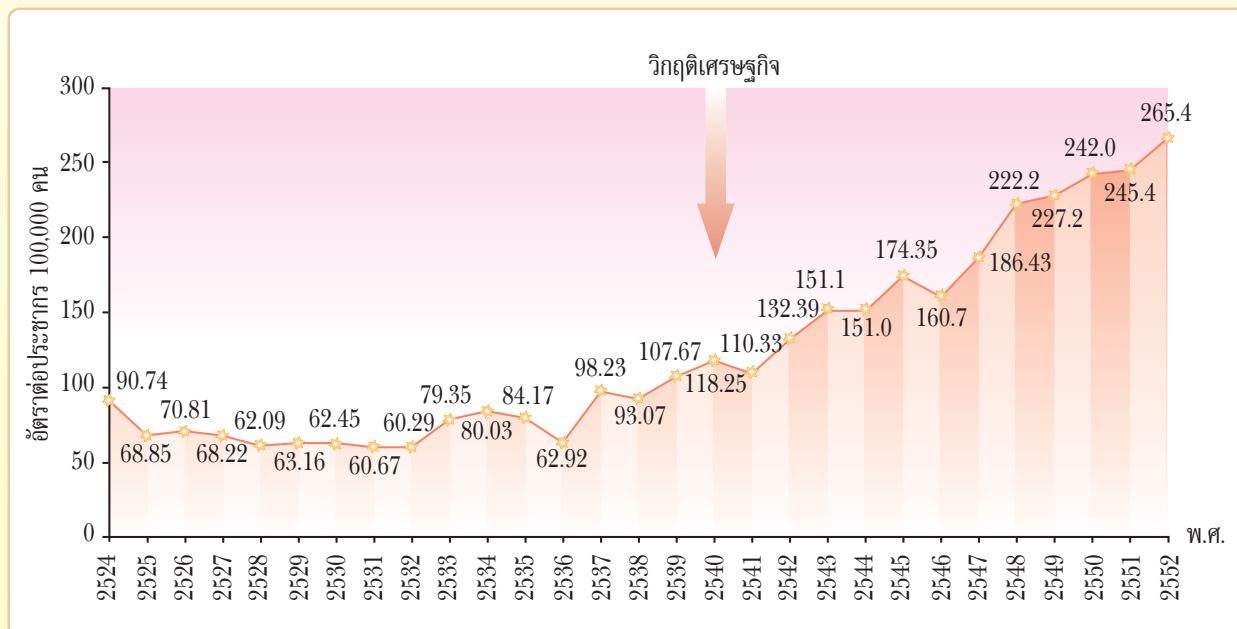


ภาพที่ 5.54 อัตราการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานผู้ป่วยนอก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.55 อัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิตประเทศไทย พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



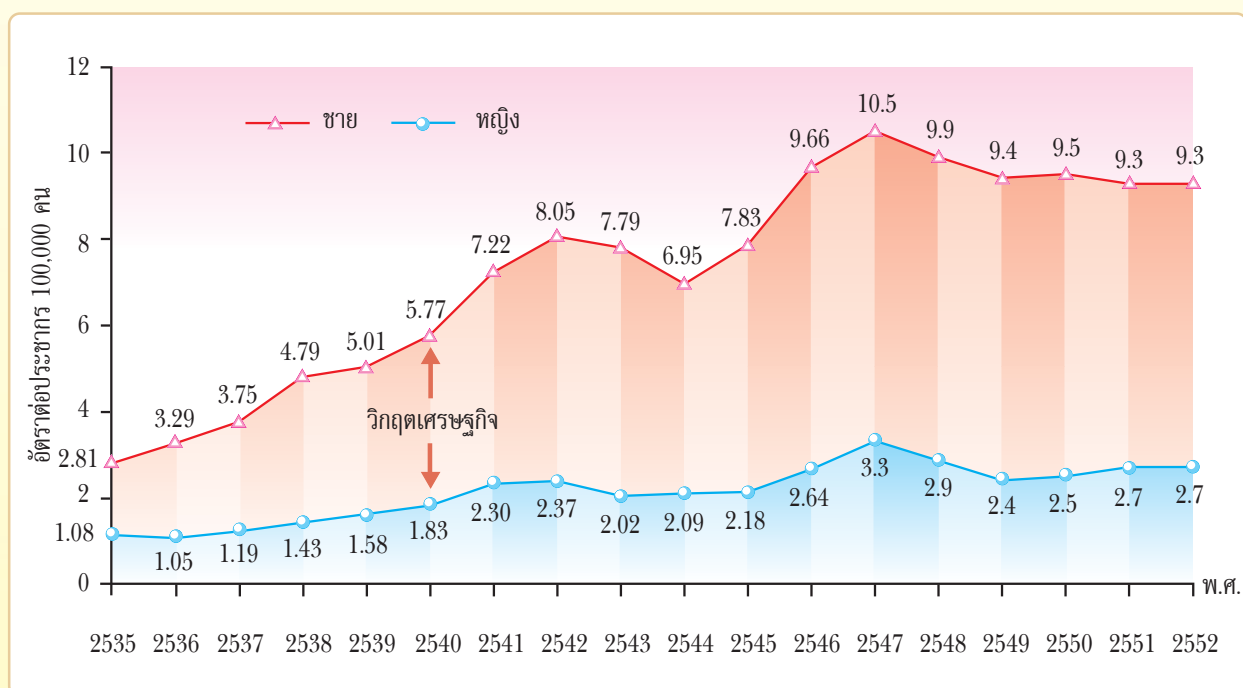
ตารางที่ 5.28 อัตราป่วยด้วยโรคทางจิตต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552

โรค	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
- โรคจิต	440.1	435.3	424.8	451.0	519.6	828.0	751.4	682.7	572.3	640.6	581.5	612.3	578.1
- โรคจิตกึ่งวกล	789.9	822.6	764.7	812.2	776.0	862.5	865.6	667.6	596.8	548.8	580.5	532.8	527.3
- โรคซึมเศร้า	55.9	74.3	99.5	130.3	94.9	134.8	163.8	140.6	149.9	186.0	196.5	229.9	260.8
- ภาวะปัญญาอ่อน	44.7	52.9	58.2	52.4	51.7	62.3	56.6	55.5	51.7	60.8	58.5	52.7	48.4
- โรคลมชัก	109.3	125.8	NA	149.8	182.5	200.3	193.5	180.5	195.2	172.1	195.1	184.7	193.1

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนการฆ่าตัวตายก็เป็นดัชนีอีกตัวที่จะสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตขั้นร้ายแรง ข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า หลังวิกฤตเศรษฐกิจการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึงเกือบ 4 เท่า อย่างไรก็ตามตั้งแต่ พ.ศ. 2548 เป็นต้นมาอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงทั้งหญิงและชาย (ภาพที่ 5.56)

ภาพที่ 5.56 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552



ที่มา: พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546 ได้จากฐานข้อมูลของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552 ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



2.9 โรคทางโภชนาการ

2.9.1 โรคขาดสารอาหาร

ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในภาพรวมมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ แต่เมื่อพิจารณาจำแนกตามพื้นที่ พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีอัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารสูงกว่าภาคอื่น ๆ (ตารางที่ 5.29)

นอกจากนี้ จากรายงานสุขภาพโลก¹² คาดการณ์ว่า ใน ค.ศ. 2000 ประมาณร้อยละ 27 หรือ 168 ล้านคนของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการตายจากโรคท้องร่วงและปอดบวมสูงขึ้น

ตารางที่ 5.29 ภาวะโภชนาการในเด็ก 0 - 6 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2549

พ.ศ.	กลาง		ตะวันออกเฉียงเหนือ		เหนือ		ใต้		รวม	
	น้ำหนัก ค่อนข้าง น้อย	น้ำหนัก น้อยกว่า เกณฑ์	น้ำหนัก ค่อนข้าง น้อย	น้ำหนัก น้อยกว่า เกณฑ์	น้ำหนัก ค่อนข้าง น้อย	น้ำหนัก น้อยกว่า เกณฑ์	น้ำหนัก ค่อนข้าง น้อย	น้ำหนัก น้อยกว่า เกณฑ์	น้ำหนัก ค่อนข้าง น้อย	น้ำหนัก น้อยกว่า เกณฑ์
2547	2.68	1.35	8.02	3.03	7.56	2.67	5.24	2.81	6.23	2.53
2548	3.01	1.91	6.58	3.23	5.98	3.39	4.99	2.68	5.30	2.83
2549	2.90	2.81	6.44	2.98	4.74	2.72	4.36	3.27	5.19	2.94

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

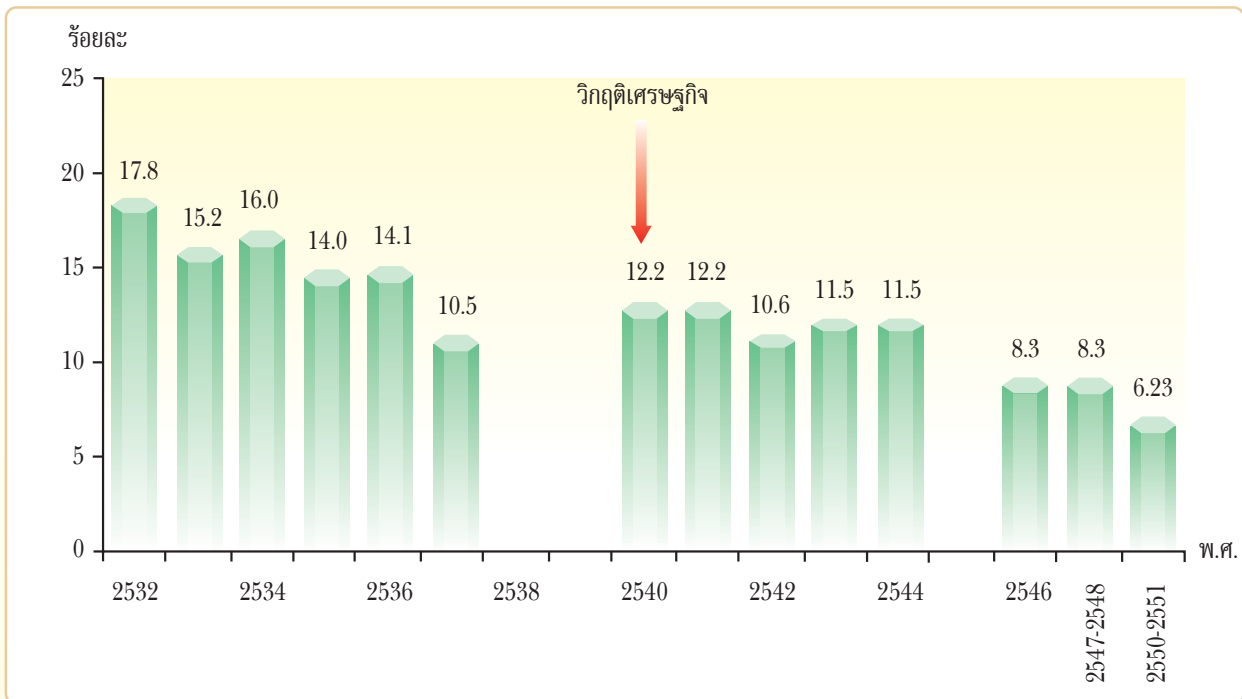
หมายเหตุ: ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 กรมอนามัยมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การประเมินภาวะโภชนาการในเด็กใหม่

อัตราการมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่มีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากร้อยละ 17.8 ใน พ.ศ. 2532 เหลือร้อยละ 6.23 ใน พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2551 (ภาพที่ 5.57)

¹² ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ). รายงานสุขภาพโลก 2002. ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างเสริมสุขภาพ: 2546



ภาพที่ 5.57 สัดส่วนของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2551



ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: พ.ศ. 2538, พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2545 ไม่มีการสำรวจน้ำหนักของเด็กนักเรียนประถมศึกษา

พ.ศ. 2546 ได้จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2548 ได้จากรายงานสภาวะการเด็กและเยาวชน ปี 2547 - 2548, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2549

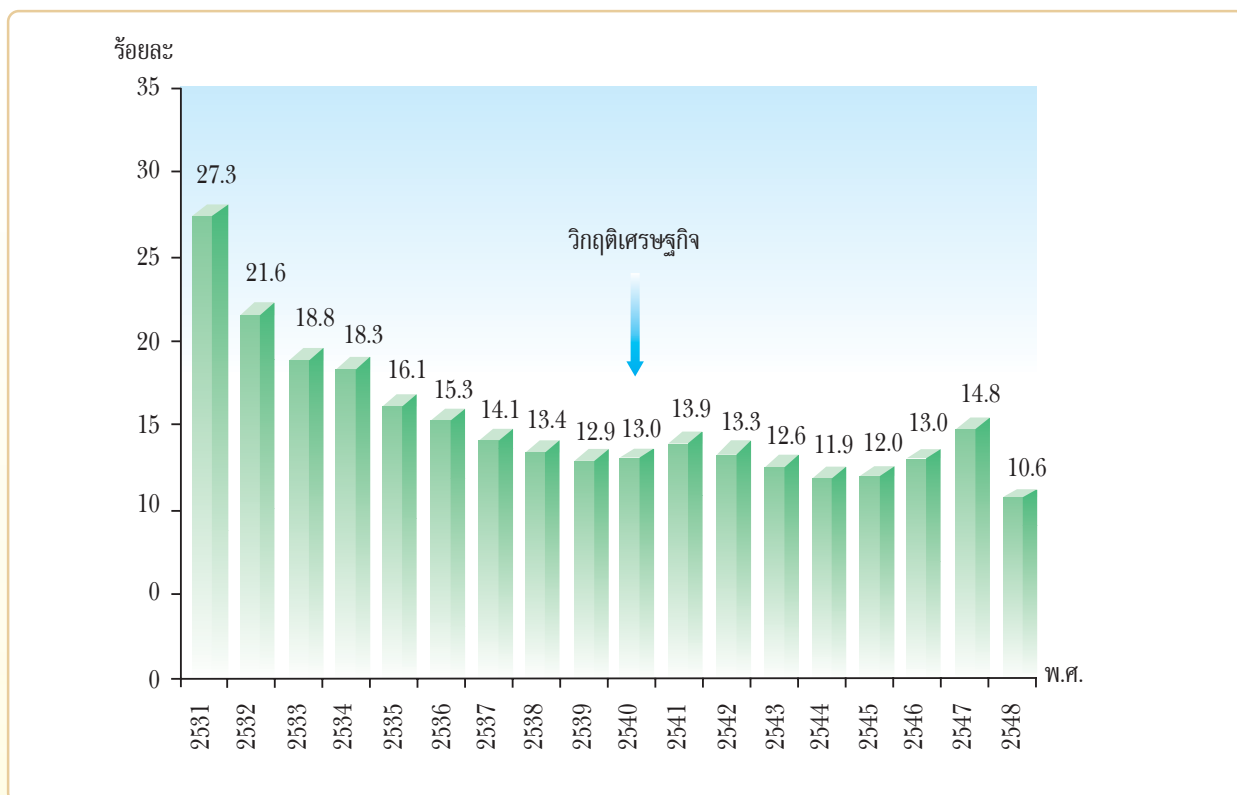
พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2551 ได้จากการสำรวจสภาวะการเด็กและเยาวชน (Child Watch) ภาพรวมประเทศ ปี 2550 - 2551 สถาบันรามจิตติ

2.9.2 ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์

ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์มีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากร้อยละ 27.3 ใน พ.ศ. 2531 เหลือร้อยละ 12.9 ใน พ.ศ. 2539 แต่ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2548 ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์ลดลงเหลือร้อยละ 10.6 (ภาพที่ 5.58) นอกจากนี้ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 พบว่า หญิงมีครรภ์มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ร้อยละ 12.5



ภาพที่ 5.58 สัดส่วนหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Hct < 33%) พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2548



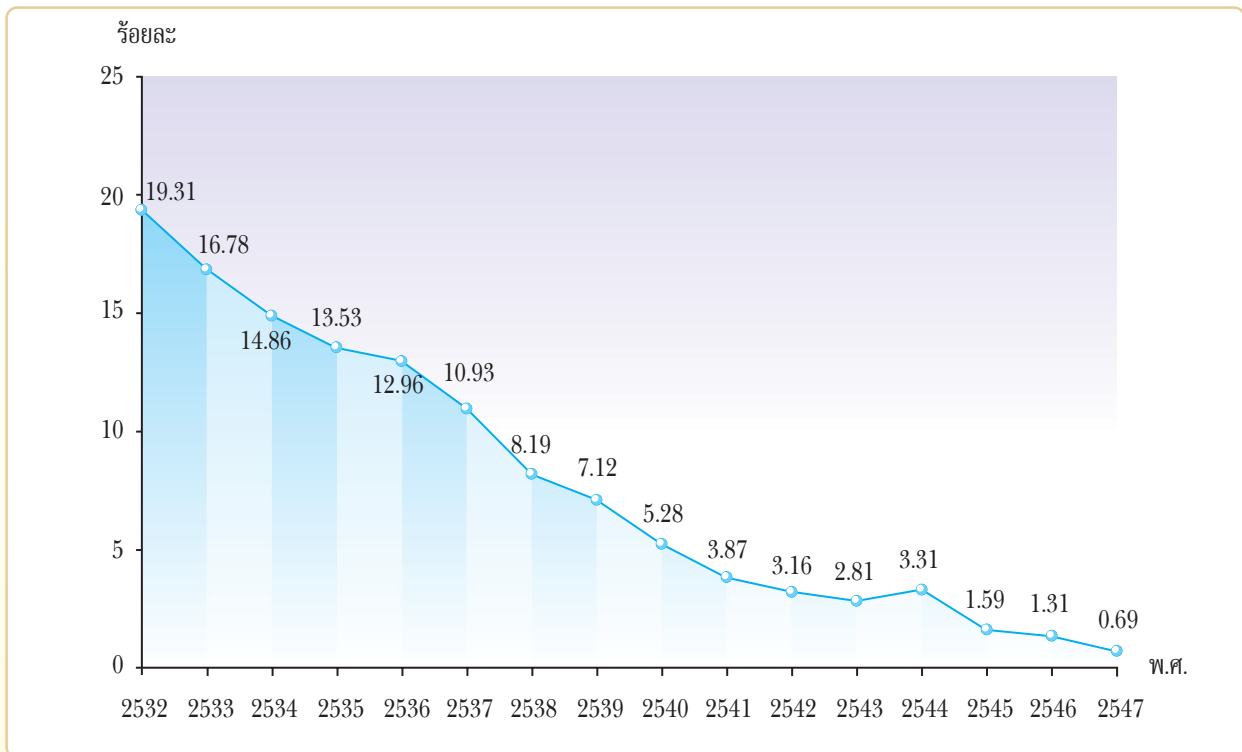
ที่มา: - กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2.9.3 โรคขาดสารไอโอดีน

ผลจากการเร่งรัดการกำจัดโรคขาดสารไอโอดีน ทำให้ความชุกของโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียน ประถมศึกษา ใน 15 จังหวัด ที่มีอัตราคอปอกรุนแรง ลดลงจากร้อยละ 19.31 ใน พ.ศ. 2532 เหลือร้อยละ 0.69 ใน พ.ศ. 2547 (ภาพที่ 5.59) และอัตราคอปอกโดยเฉลี่ยของประเทศ ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 1.3 แต่จากการดำเนินงานเฝ้าระวังภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงมีครรภ์โดยการตรวจปัสสาวะ เพื่อป้องกันปัญหาระดับสติปัญญาของทารกแรกเกิด พบว่า หญิงมีครรภ์ มีแนวโน้มขาดสารไอโอดีนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 34.5 ใน พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 57.4 ใน พ.ศ. 2548 อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2550 - 2551 เริ่มมีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 5.60)



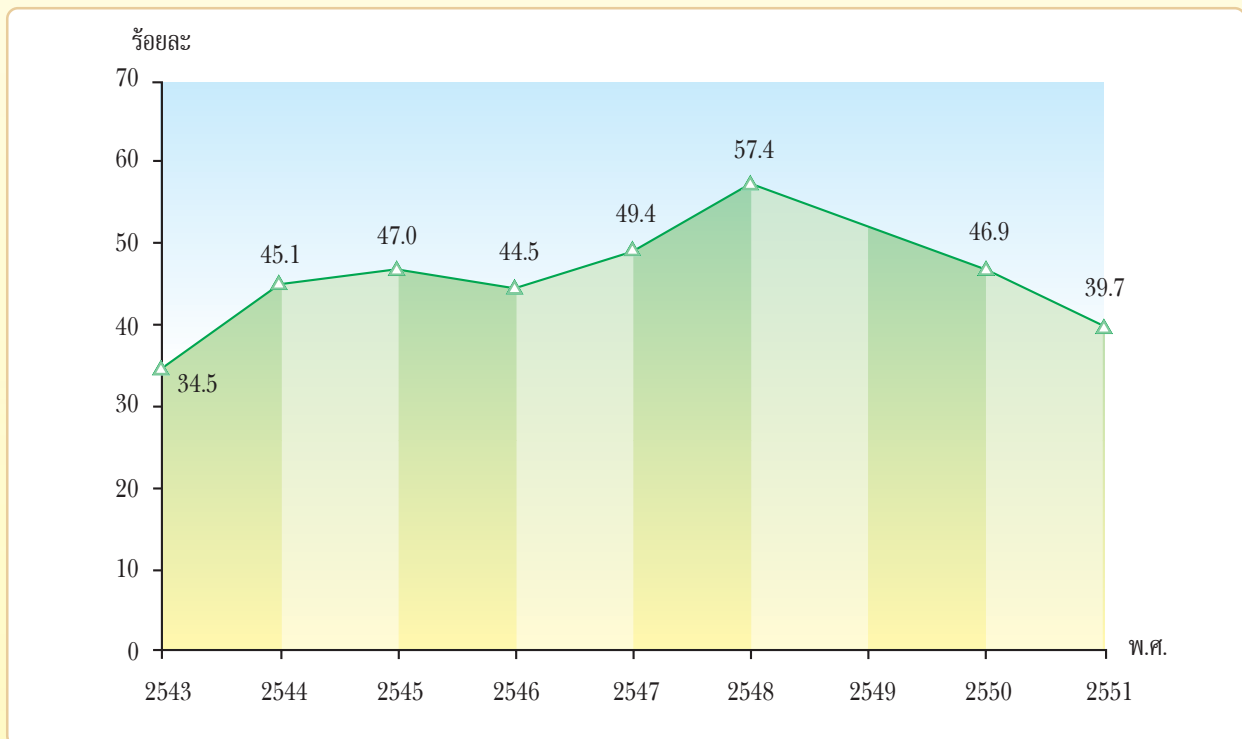
ภาพที่ 5.59 ภาวะโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2547



ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: เป็นข้อมูลเฉพาะ 15 จังหวัด ที่มีปัญหาอัตราคอกพอกรุนแรง

ภาพที่ 5.60 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ขาดสารไอโอดีน (ระดับไอโอดีนในปัสสาวะ $<100 \mu\text{g/l}$) พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2551

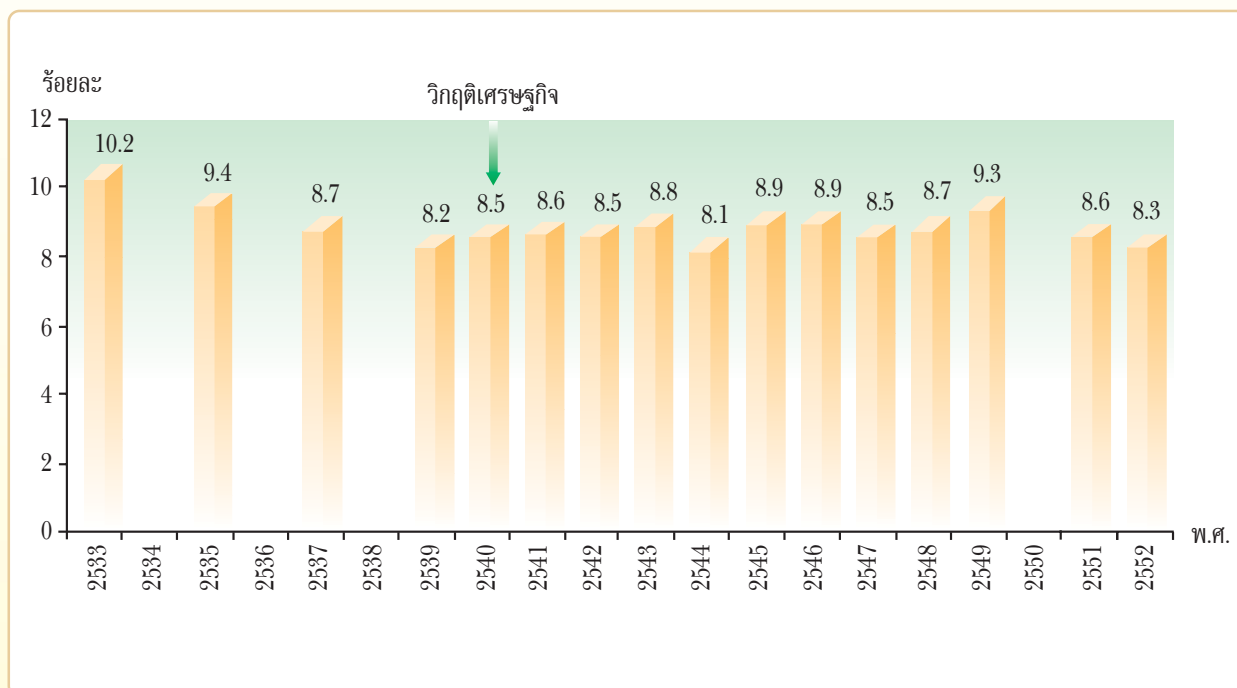


ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2.9.4 การทกรกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ถึงแม้ว่าอัตราทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในภาพรวมได้ลดลงจากร้อยละ 10.2 ใน พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 8.3 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.61) อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน พบว่า ปัญหาน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ของประเทศมีแนวโน้มคงที่หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มยากจนและดกงาน ที่สูงกว่ากลุ่มไม่ยากจนอย่างชัดเจน ซึ่งพบว่า ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาสูงสุด

ภาพที่ 5.61 ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2552



ที่มา:

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
2. พ.ศ. 2549 ได้จากการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.10 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.10.1 โรคและภาวะบกพร่องของผู้สูงอายุ

จากรายงานการสูญเสียสุขภาพในผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่สูญเสียการมีสุขภาพดีจากโรคเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกาย โดยมีสาเหตุหลักของความสูญเสียสุขภาพมาจากโรคหลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังต่าง ๆ (ตารางที่ 5.30)



ตารางที่ 5.30 การจัดลำดับความสูญเสียสุขภาพของประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2547 จำแนก ตามเพศและสาเหตุ

Rank	Male			Female		
	Disease	DALY (‘000)	%	%	DALY (‘000)	Disease
1	Stroke	170	12.1	12.7	203	Stroke
2	COPD	127	9.0	8.9	141	Diabetes
3	Liver cancer	114	8.1	6.2	99	Ischemic heart disease
4	Ischemic heart disease	96	6.8	6.1	97	Osteoarthritis
5	Diabetes	69	4.9	5.3	84	Cataracts
6	Osteoarthritis	67	4.8	4.9	78	Dementia
7	Bronchus and lung cancer	64	4.5	4.1	66	Liver and bile duct cancer
8	Deafness	48	3.4	4.0	64	COPD
9	Cataracts	47	3.3	3.8	61	Deafness
10	Dementia	38	2.7	2.8	45	Nephritis & nephrosis

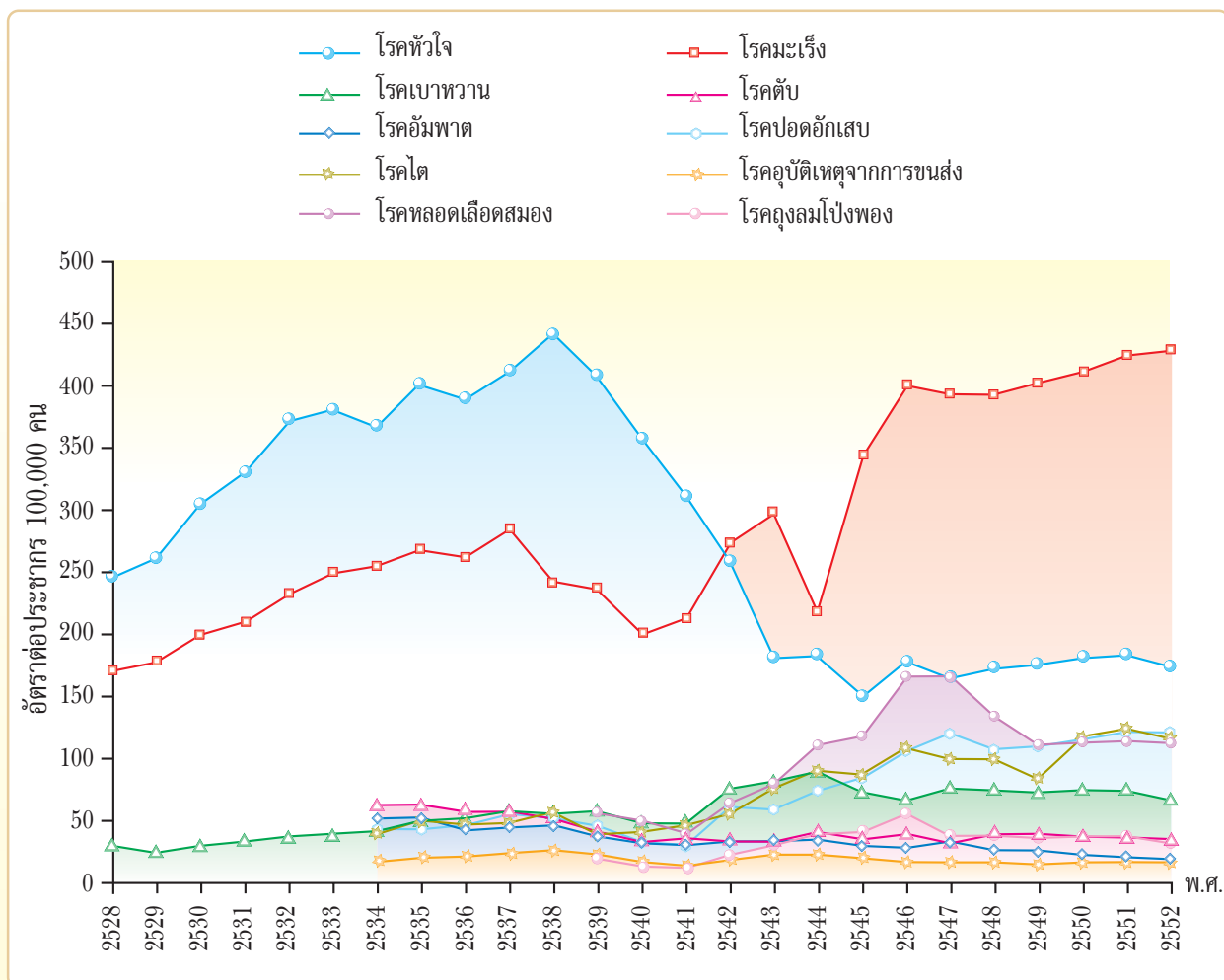
ที่มา: คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, 2547

2.10.2 สาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุไทย

สำหรับการตายในประชากรผู้สูงอายุ พบว่า โรคที่ผู้สูงอายุตายมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ มะเร็ง หัวใจ หลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ ไต และเบาหวาน โดยพบว่า ผู้สูงอายุตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น มีอัตราตายเพิ่มจาก 169.1 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เป็น 427.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 หลอดเลือดสมองมีอัตราตายเพิ่มจาก 54.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2539 เป็น 112.8 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 เบาหวานมีอัตราตายเพิ่มจาก 28.8 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เป็น 66.4 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 และโรคปอดอักเสบ มีอัตราตายเพิ่มจาก 42.0 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 119.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.62)



ภาพที่ 5.62 อัตราการตายด้วยโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



พ.ศ.	อัตราตายต่อประชากร 100,000 คนในกลุ่มผู้สูงอายุ									
	เบาหวาน	หัวใจ	มะเร็ง	ตับ	ไต	อัมพาต	ปอดอักเสบ	อุบัติเหตุ จากการ ขนส่ง	หลอดเลือด สมอง	ถูกรถยนต์ พุ่ง
2528	28.8	245.0	169.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2529	24.9	259.3	177.6	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2530	30.3	304.3	199.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2531	32.4	331.1	209.6	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2532	37.2	372.3	231.9	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2533	39.4	379.2	248.8	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2534	39.9	386.7	253.9	62.6	38.3	49.5	42.0	16.9	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2535	49.5	400.3	266.8	63.4	48.0	51.5	42.3	20.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2536	50.8	389.7	262.9	57.1	45.9	42.4	45.3	19.5	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2537	57.2	412.2	283.9	56.3	47.5	44.9	56.0	24.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2538	56.2	440.7	242.1	52.2	55.3	45.5	51.0	26.3	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2539	57.4	407.5	236.2	41.4	38.2	37.4	46.8	22.4	54.9	18.4
2540	48.5	356.1	199.4	33.1	40.5	32.0	33.7	17.1	49.1	13.3
2541	47.7	310.0	213.0	34.4	46.7	31.3	28.9	13.3	38.0	11.0
2542	74.8	257.7	273.7	34.0	56.1	32.3	61.1	18.5	63.8	23.0
2543	82.1	179.9	297.6	34.0	75.5	33.9	59.9	22.6	79.7	29.5
2544	88.4	182.2	218.2	40.6	89.6	34.8	73.0	21.5	110.1	38.8
2545	72.1	149.4	342.6	35.5	87.2	29.2	85.5	18.9	118.7	40.2
2546	66.7	177.1	399.5	38.3	108.0	26.8	107.4	16.7	166.8	54.9
2547	75.8	163.8	393.1	30.7	98.9	32.8	119.2	17.3	166.3	37.7
2548	73.0	172.3	393.6	39.5	100.3	26.6	107.8	16.2	134.3	37.4
2549	71.3	175.3	402.5	39.2	83.0	25.9	110.3	15.2	110.9	35.1
2550	74.1	179.9	411.0	36.1	117.3	22.6	116.3	16.3	112.6	37.3
2551	73.3	183.0	424.8	36.3	124.3	20.3	121.5	16.0	113.9	36.2
2552	66.4	173.2	427.9	34.4	116.9	18.2	119.9	16.9	112.8	30.7

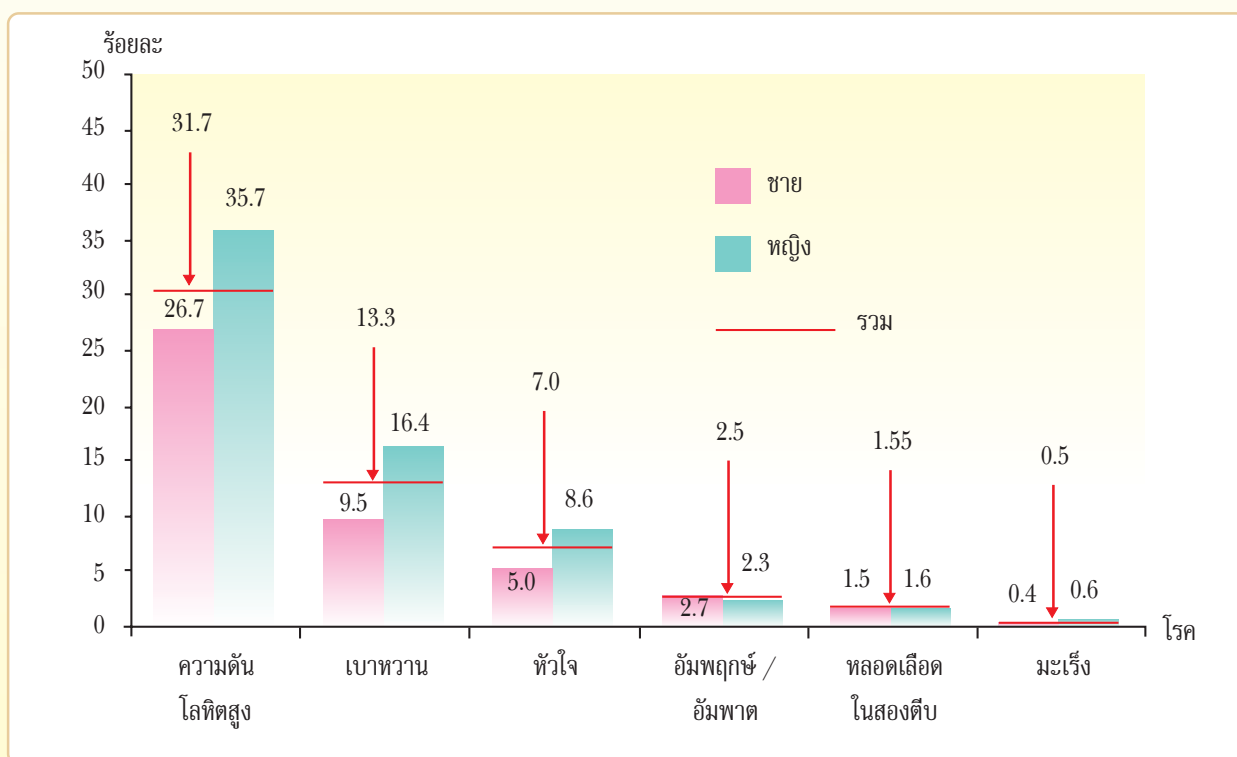
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.10.3 สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1) ความชุกของโรคเรื้อรังและภาวะบกพร่องในผู้สูงอายุ

จากการสำรวจความเสี่ยงของผู้สูงอายุไทยของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ใน พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้สูงอายุเกือบ 3 ใน 4 มีโรคประจำตัว โรคที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกันมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูก/ไขข้อ โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับตา และโรคหัวใจและหลอดเลือด และการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.7 รองลงมาคือ เบาหวาน ร้อยละ 13.3 หัวใจ ร้อยละ 7.0 อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 หลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และมะเร็ง ร้อยละ 0.5 (ภาพที่ 5.63) จะเห็นว่า ความชุกของโรคเรื้อรังและภาวะบกพร่องในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้ว่าจะมีการสำรวจจากหลายแหล่งและช่วงเวลาที่แตกต่างกัน รวมทั้งสอดคล้องกับสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิต

ภาพที่ 5.63 อัตราผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง จำแนกตามโรคที่เป็นและเพศ พ.ศ. 2550



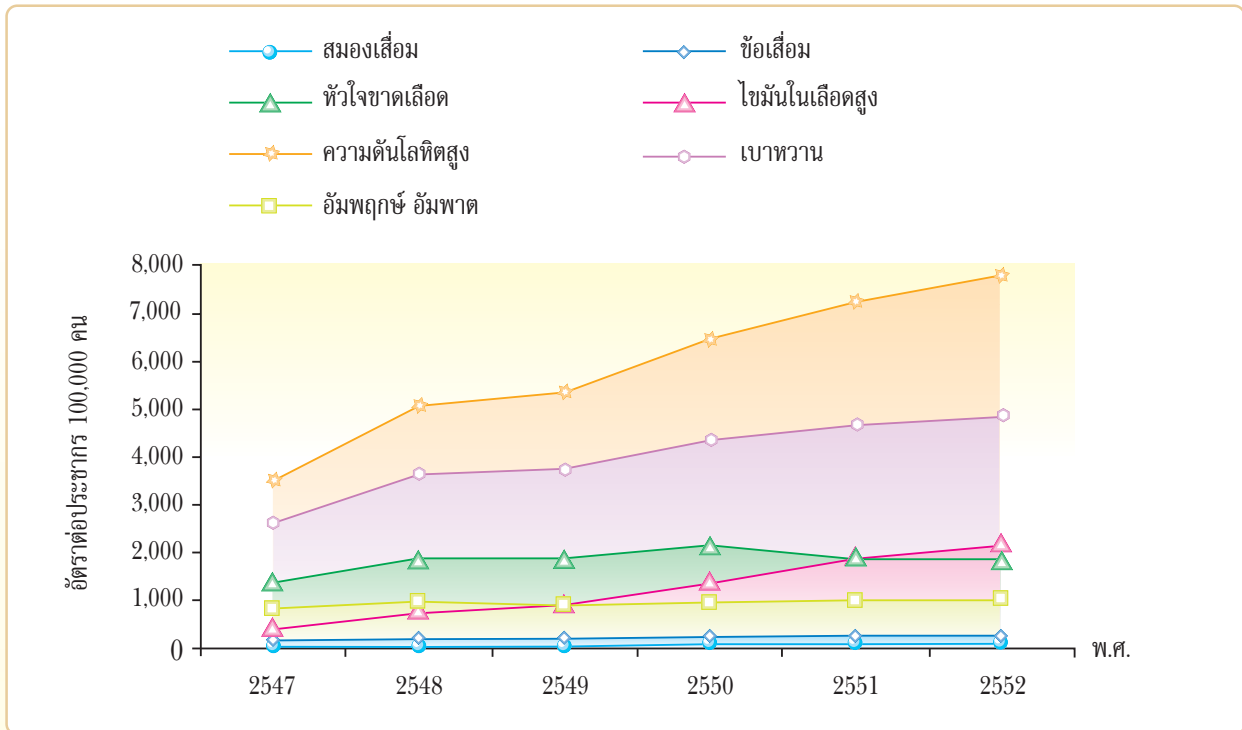
ที่มา: รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2) สาเหตุการป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

จากรายงานการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552 โดยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง และสำนักงานประกันสังคม ระหว่าง พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552 พบว่า ผู้สูงอายุมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ เบาหวาน หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์อัมพาต ไชมันในเลือดสูง ข้อเสื่อม และสมองเสื่อม และเมื่อพิจารณาอัตราการนอนโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน จะเห็นว่าส่วนใหญ่อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (ภาพที่ 5.64)



ภาพที่ 5.64 อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552



โรค	2547	2548	2549	2550	2551	2552
สมองเสื่อม	57.66	76.61	72.88	90.38	99.31	113.9
ข้อเสื่อม	156.27	218.06	211.67	239.07	265.54	272.9
หัวใจขาดเลือด	1,420.07	1,873.15	1,868.28	2,156.14	1,856.54	1,898.6
ไชมันโนเลือดสูง	446.59	787.18	984.17	1,437.68	1,909.20	2,180.2
ความดันโลหิตสูง	3,511.72	5,027.00	5,330.04	6,419.47	7,213.10	7,741.8
เบาหวาน	2,627.40	3,663.68	3,732.38	4,328.11	4,655.91	4,852.7
อัมพฤกษ์ อัมพาต	795.56	975.88	895.23	969.15	994.57	1,013.7

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

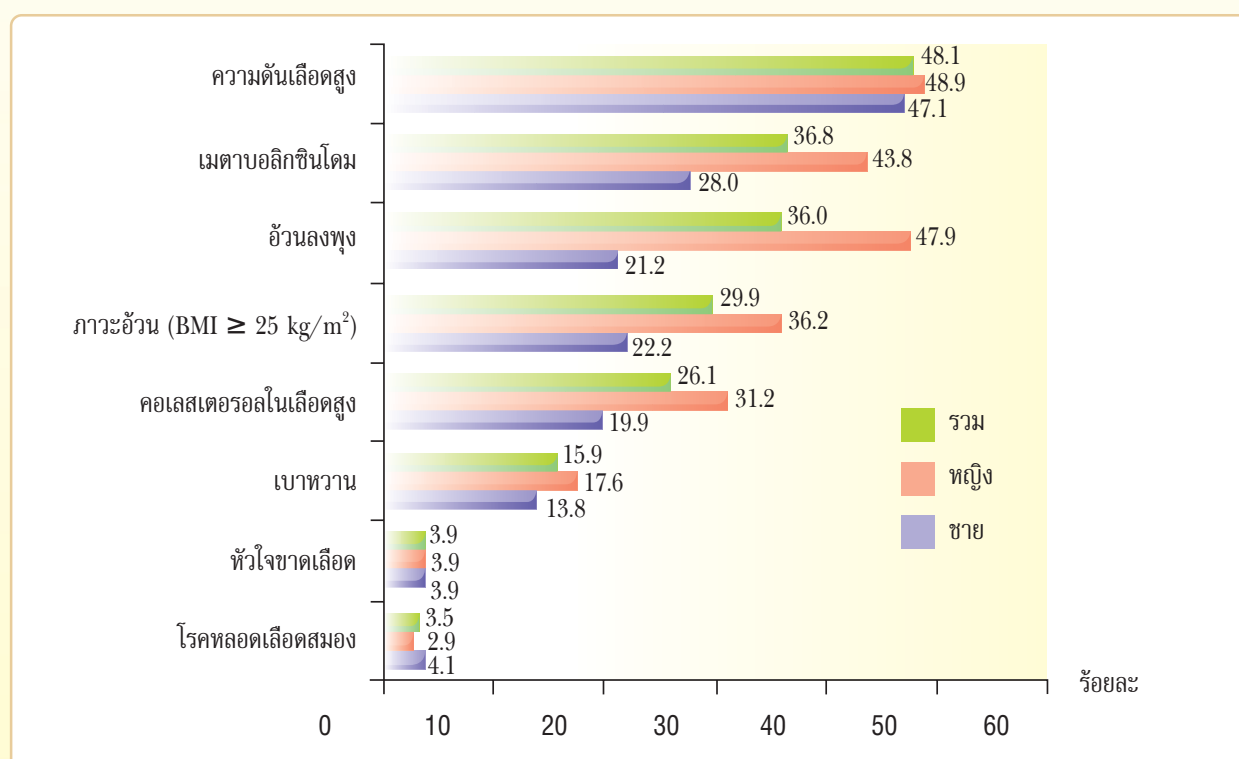
แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2550 ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมบัญชีกลาง
พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง
และสำนักงานประกันสังคม

3) โรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ

จากการสำรวจภาวะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นภาระโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ ของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้ทำการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 พบว่า จากการตรวจร่างกายร่วมกับประวัติการป่วย มีประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ เป็นโรคความดันโลหิตสูง, 1 ใน 3 มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อ้วนลงพุง และโรคอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$), 1 ใน 4 มีภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (total cholesterol $\geq 240 \text{ mg/dl}$) และร้อยละ 15 เป็นเบาหวาน (ภาพที่ 5.65)

อย่างไรก็ตาม มีร้อยละ 22.2 ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและยังไม่ทราบว่าตนเองเป็น แต่มีร้อยละ 50 ของผู้ที่เบาหวานสามารถควบคุมน้ำตาลได้ และมีถึงร้อยละ 37.2 ของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงแต่ไม่ทราบว่าตนเองเป็น โดยมีเพียงร้อยละ 28.2 เท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (ภาพที่ 5.66)

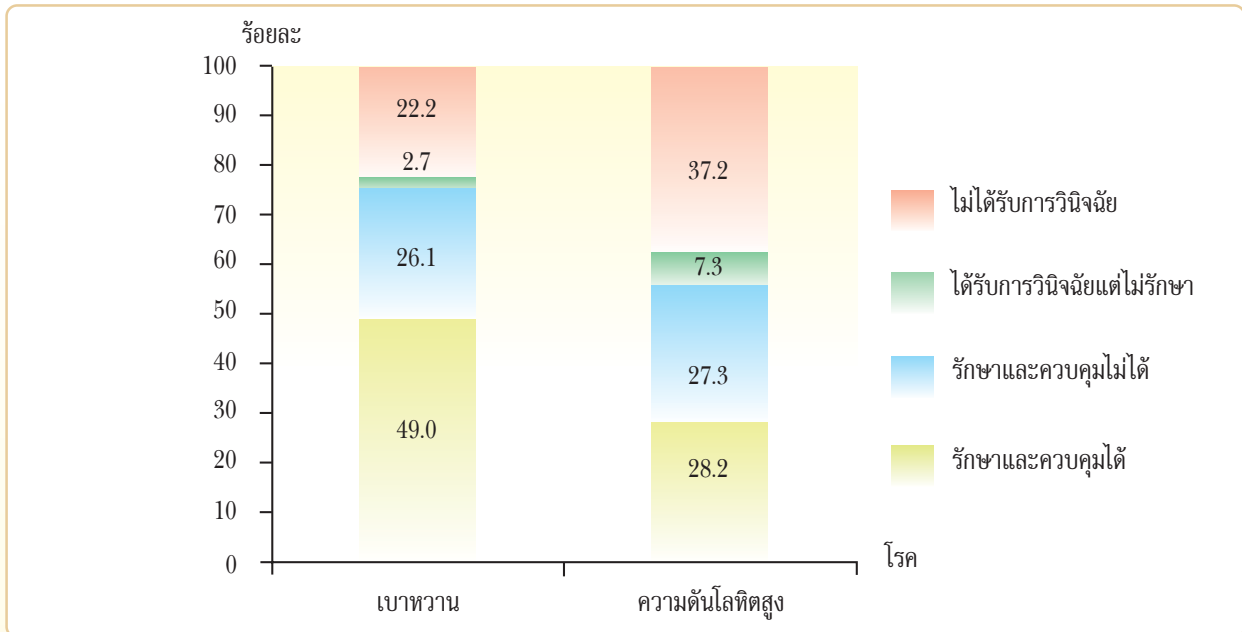
ภาพที่ 5.65 ความชุก (ร้อยละ) ของโรคเรื้อรังกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552



ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



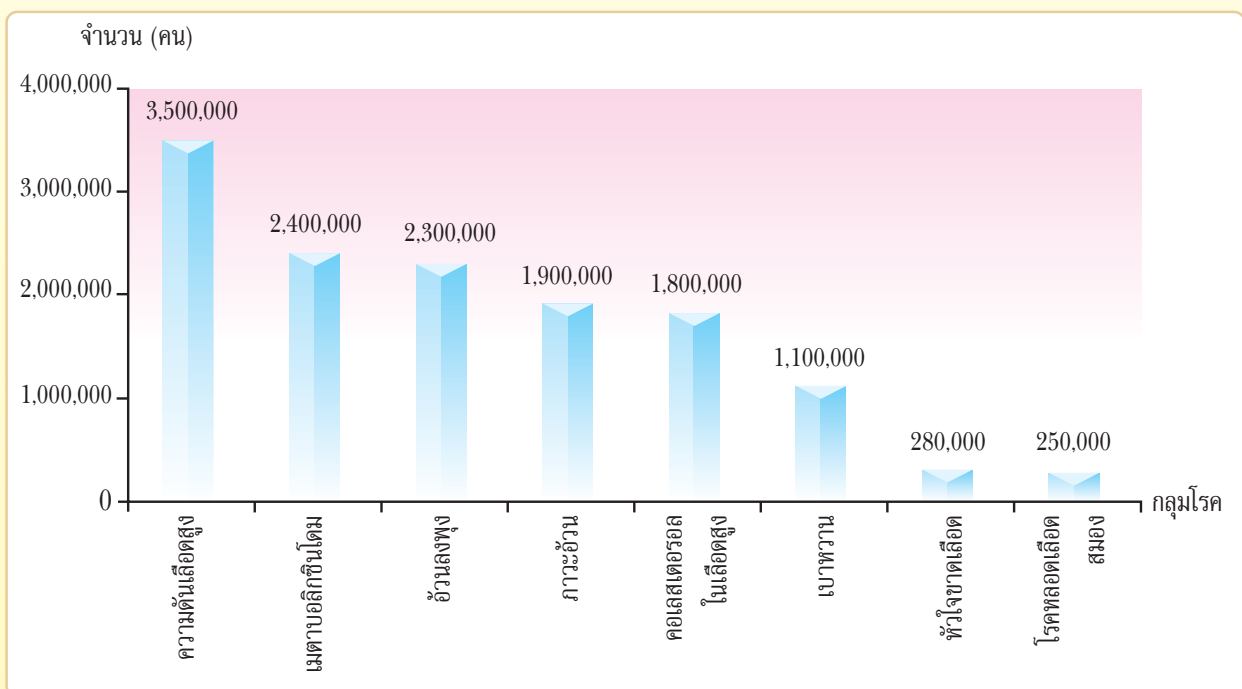
ภาพที่ 5.66 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษา และผลการรักษา โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552



ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ซึ่งจากการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่งที่เกี่ยวข้องโรคหัวใจและหลอดเลือดมีถึง 5,400,000 คน (จากประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 7.3 ล้านคน ใน พ.ศ. 2552) (ภาพที่ 5.67)

ภาพที่ 5.67 คาดประมาณผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีโรคเรื้อรังกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552

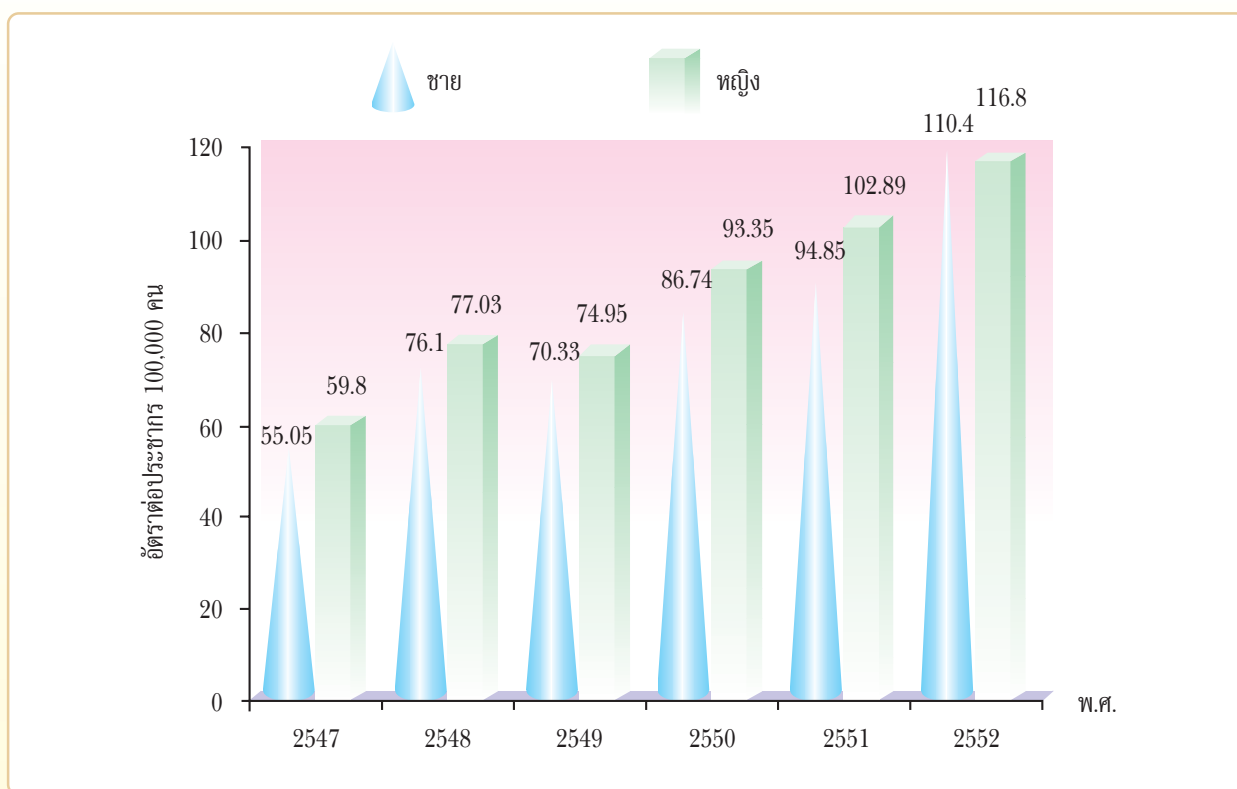


ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

4) ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง (ภาพที่ 5.68)

ภาพที่ 5.68 อัตราการนอนโรงพยาบาล (ต่อประชากร 100,000 คน) ด้วยโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552



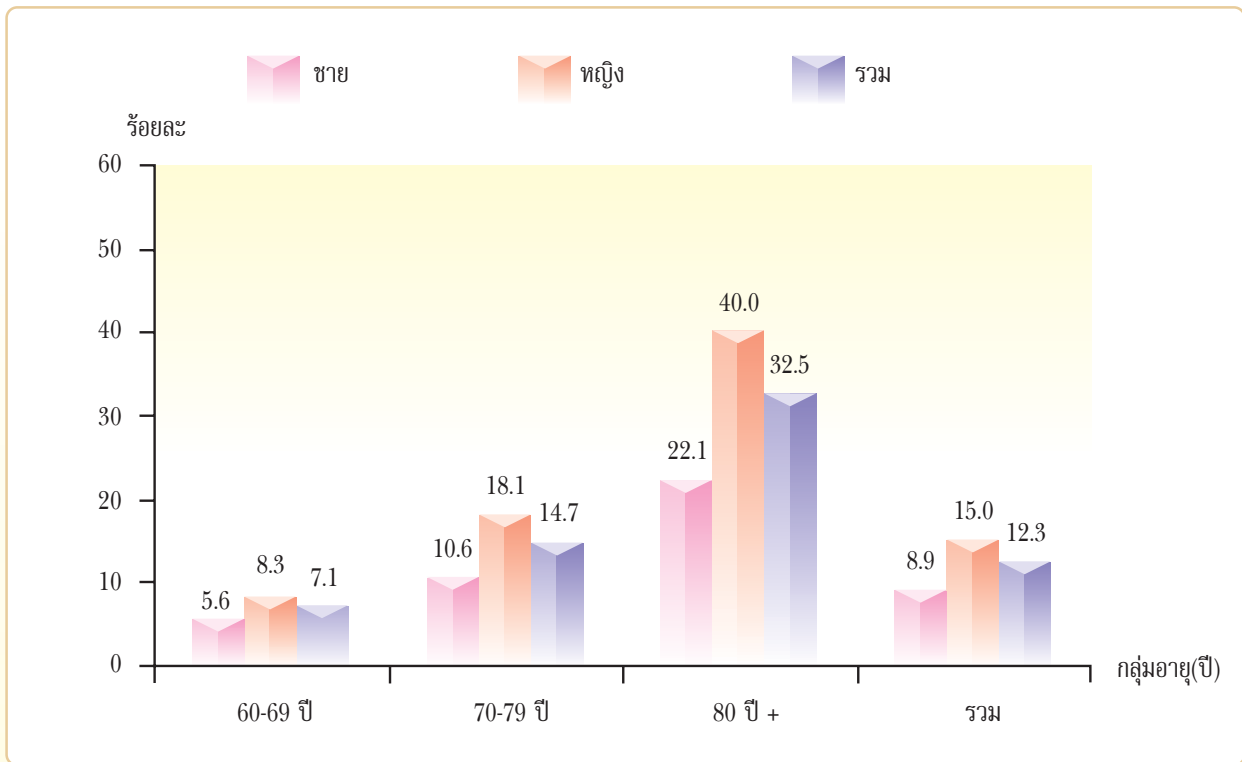
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2550 ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง
พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลางและ
สำนักงานประกันสังคม

นอกจากนี้ สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 โดยได้ทำการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผลการทดสอบพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.3 หรือประมาณ 880,000 คน โดยพบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุ กล่าวคือ อายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 7.1 (ร้อยละ 5.6 ในผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 8.3 ในผู้สูงอายุหญิง) และมีถึง 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 22 ในผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 40 ในผู้สูงอายุหญิง) (ภาพที่ 5.69)



ภาพที่ 5.69 ความชุก(ร้อยละ) ของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุและเพศ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552



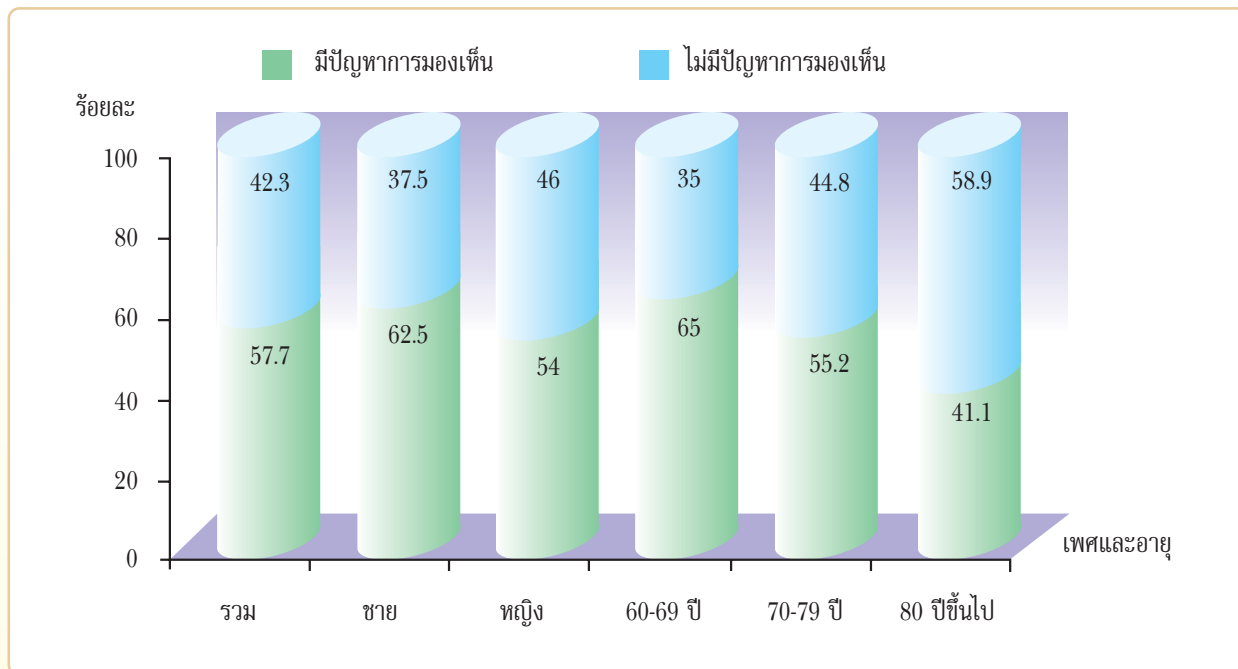
ที่มา: ผลการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

5) ความเสื่อมทางร่างกายของผู้สูงอายุ

จากการประเมินภาวะสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมทางร่างกายในเรื่องการมองเห็นและการได้ยินพบว่า ผู้สูงอายุเกินครึ่งมีปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 57.7) โดยผู้สูงอายุชายมีปัญหาการมองเห็นมากกว่าผู้สูงอายุหญิง และยังมีอายุมากขึ้นปัญหาการมองเห็นกลับน้อยลง น่าจะเนื่องมาจากการได้รับการผ่าตัดต้อกระจกทำให้กลับเห็นได้ชัดเจนดีขึ้น (ภาพที่ 5.70) ส่วนปัญหาการได้ยินของผู้สูงอายุ พบร้อยละ 14.6 เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างเพศ พบว่า ไม่แตกต่างกันมากนัก แต่สำหรับกลุ่มอายุ พบว่า ยิ่งอายุมากขึ้นปัญหาการได้ยินยิ่งสูงขึ้นแบบทวีคูณ (ภาพที่ 5.71)

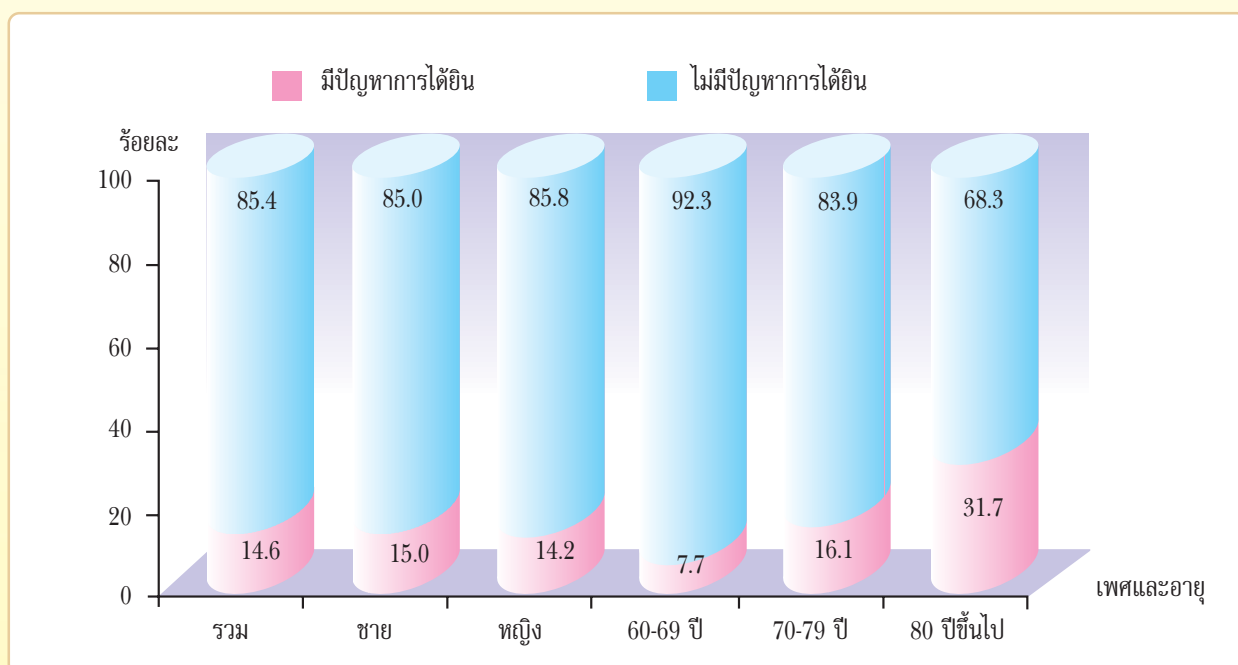


ภาพที่ 5.70 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็น จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พ.ศ. 2551



ที่มา: ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ. 2551, สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.71 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยิน จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พ.ศ. 2551

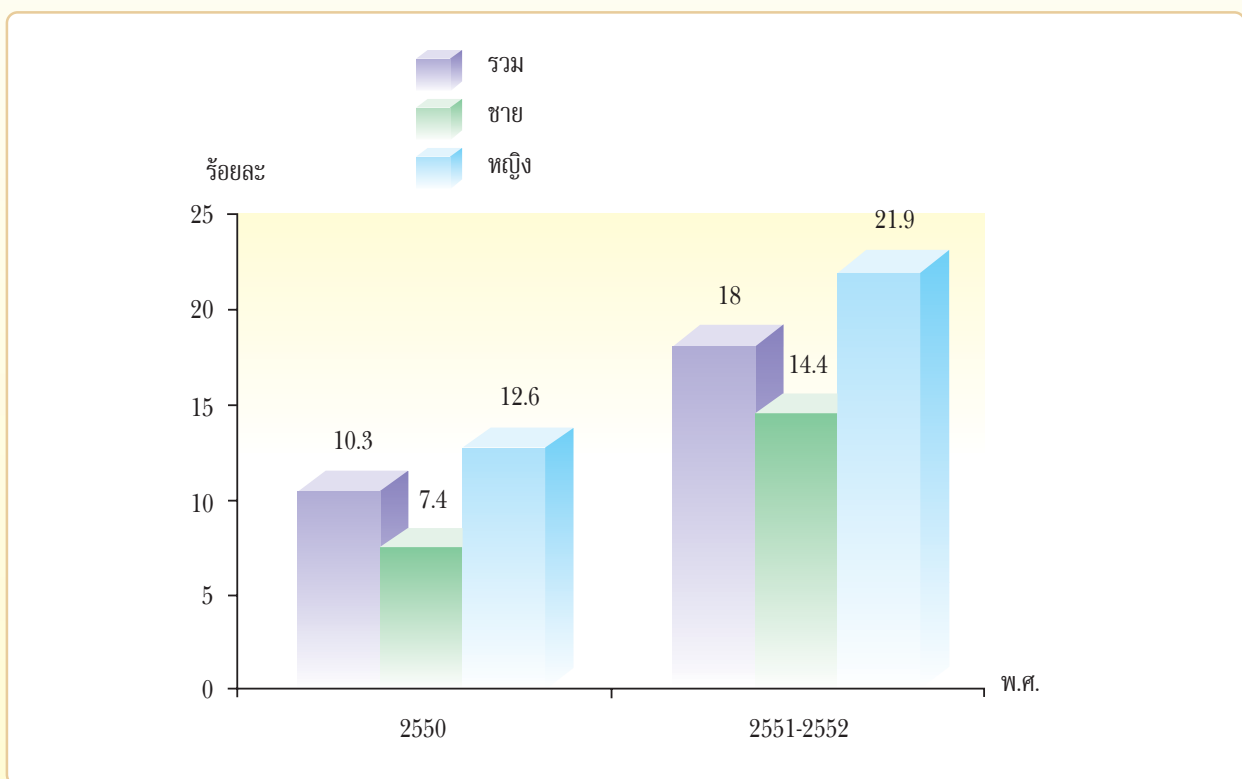


ที่มา: ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ. 2551, สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



นอกจากนี้ จากฐานข้อมูลการสำรวจการทกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ภายใต้โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 และการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มทกล้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.3 ใน พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 18 ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 สัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นทั้งผู้สูงอายุชายและหญิง กล่าวคือ ผู้สูงอายุชายมีความชุกของการทกล้มจากร้อยละ 7.4 ใน พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 14.4 ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 และผู้สูงอายุหญิงมีความชุกของการทกล้ม จากร้อยละ 12.6 ใน พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 21.9 ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.72)

ภาพที่ 5.72 เปรียบเทียบความชุก (ร้อยละ) ของการทกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552



- ที่มา:
1. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. การทกล้มในผู้สูงอายุไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

