

บทที่ 5

สถานสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย

1. ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพทางกายในภาพรวม

พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น ตลอด 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยพิจารณาจากตัวชี้วัดดังนี้

1.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย

พ.ศ.2545 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 69.1 ปี ถึงแม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยสูงกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรประเทศกำลังพัฒนาและประชากรโลกก็ตาม แต่ก็พบว่ายังด้อยกว่ากลุ่มประเทศอาเซียนหลายประเทศ (ตารางที่ 5.1) แต่อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ พ.ศ. 2507-2543 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น โดยที่ผู้ชายเพิ่มจาก 55.9 ปี เป็น 69.4 ปี และผู้หญิงเพิ่มจาก 62.0 ปี เป็น 74.1 ปี และเมื่อถึง พ.ศ. 2568 ผู้ชายไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเป็น 74.8 ปี ผู้หญิงเป็น 80.3 ปี (ตารางที่ 5.2) มีข้อน่าสังเกตว่าแม้ผู้หญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ยมากกว่าผู้ชายแต่ความแตกต่างก็ลดลงเป็นลำดับจาก 6.1 ปี ใน พ.ศ. 2507-2508 เป็น 4.7 ปี ใน พ.ศ. 2538-2543

นอกจากนี้ จากรายงานสุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2546 ระบุว่า ใน พ.ศ. 2545 ประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (Healthy Life Expectancy - HALE) เท่ากับ 60.1 ปี โดยที่ผู้ชายมีอายุเป็น 57.7 ปี และผู้หญิงมีอายุเป็น 62.4 ปี ซึ่งก็ยังด้อยกว่าประเทศในกลุ่มอาเซียนหลายประเทศ (ตารางที่ 5.1)

ตารางที่ 5.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทย เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ

| กลุ่มประเทศ | อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด | | | อายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี(พ.ศ. 2545) ⁽⁴⁾ | | |
|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--|------|------|
| | พ.ศ. 2541 ⁽¹⁾ | พ.ศ. 2544 ⁽²⁾ | พ.ศ. 2545 ⁽³⁾ | รวม | ชาย | หญิง |
| WHO / SEAR | | | | | | |
| ศรีลังกา | 73.3 | 72.3 | 72.5 | 61.6 | 59.2 | 64.0 |
| ไทย | 68.9 | 68.9 | 69.1 | 60.1 | 57.7 | 62.4 |
| อินโดนีเซีย | 65.6 | 66.2 | 66.6 | 58.1 | 57.4 | 58.9 |
| มัลดีฟส์ | 65.0 | 66.8 | 67.2 | 57.8 | 59.0 | 56.6 |
| อินเดีย | 62.9 | 63.3 | 63.7 | 53.5 | 53.3 | 53.6 |
| ภูฏาน | 61.2 | 62.5 | 63.0 | 52.9 | 52.9 | 52.9 |
| สหภาพพม่า | 60.6 | 57.0 | 57.2 | 51.7 | 49.9 | 53.5 |
| บังคลาเทศ | 58.6 | 60.5 | 61.1 | 54.3 | 55.3 | 53.3 |
| เนปาล | 57.8 | 59.1 | 59.6 | 51.8 | 52.5 | 51.1 |
| ASEAN | | | | | | |
| สิงคโปร์ | 77.3 | 77.8 | 78.0 | 70.1 | 68.8 | 71.3 |
| บรูไน | 75.7 | 76.1 | 76.2 | 65.3 | 65.1 | 65.5 |
| มาเลเซีย | 72.2 | 72.8 | 73.0 | 63.2 | 61.6 | 64.8 |
| ไทย | 68.9 | 68.9 | 69.1 | 60.1 | 57.7 | 62.4 |
| ฟิลิปปินส์ | 68.6 | 69.5 | 69.8 | 59.3 | 57.1 | 61.5 |
| เวียดนาม | 67.8 | 68.6 | 69.0 | 61.3 | 59.8 | 62.9 |
| อินโดนีเซีย | 65.6 | 66.2 | 66.6 | 58.1 | 57.4 | 58.9 |
| สหภาพพม่า | 60.6 | 57.0 | 57.2 | 51.7 | 49.9 | 53.5 |
| ลาว | 53.7 | 53.9 | 54.3 | 47.0 | 45.6 | 49.5 |
| กัมพูชา | 53.5 | 57.4 | 57.4 | 47.5 | 45.6 | 49.5 |
| High human development | | | | | | |
| ญี่ปุ่น | 80.0 | 81.3 | 81.5 | 75.0 | 72.3 | 77.7 |
| แคนาดา | 79.1 | 79.2 | 79.3 | 72.0 | 70.1 | 74.0 |
| ไอซ์แลนด์ | 79.1 | 79.6 | 79.9 | 72.8 | 72.1 | 73.6 |
| สวีเดน | 78.7 | 79.9 | 80.0 | 73.3 | 71.9 | 74.8 |
| สวิตเซอร์แลนด์ | 78.7 | 79.0 | 79.1 | 73.2 | 71.1 | 75.3 |
| World | 66.9 | 67.0 | 66.9 | - | - | - |
| High human development | 77.0 | 77.1 | 77.4 | - | - | - |
| Medium human development | 66.9 | 67.0 | 67.2 | - | - | - |

Source: ⁽¹⁾ UNDP, Human Development 2000.

⁽²⁾ UNDP, Human Development 2003.

⁽³⁾ UNDP, Human Development 2004.

⁽⁴⁾ WHO, World Health Report 2003.

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 |
| 2533-2538 ⁽²⁾ | 68.6 | 73.4 | 4.8 |
| 2538-2543 ⁽²⁾ | 69.4 | 74.1 | 4.7 |
| 2543-2548 ⁽³⁾ | 67.9 | 74.9 | 7.0 |
| 2548-2553 ⁽³⁾ | 69.6 | 76.2 | 6.6 |
| 2553-2558 ⁽³⁾ | 71.3 | 77.5 | 6.3 |
| 2558-2563 ⁽³⁾ | 73.1 | 78.9 | 5.8 |
| 2563-2568 ⁽³⁾ | 74.8 | 80.3 | 5.5 |

- ที่มา: (1) รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2507-2508, 2517-2519, 2528-2529, 2532, 2534 และ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2539, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- (2) จิระพันธ์ กัลลประวัติ และคณะ, การปรับการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533-2563, มิถุนายน 2541
- (3) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543 - พ.ศ. 2568, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2546

1.2 อัตราการตาย

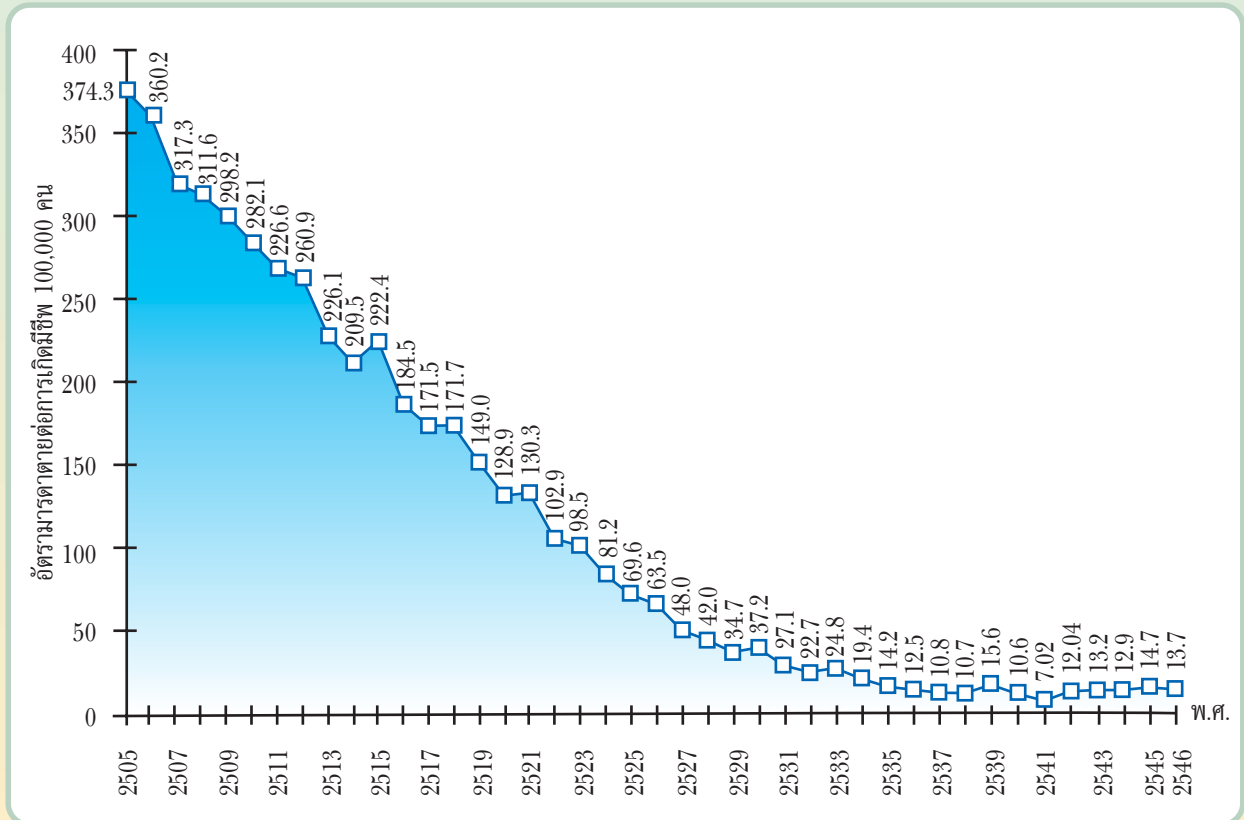
อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ในประเทศไทย ได้ลดลงจาก 374.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2505 เหลือ 13.7 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.1) อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอื่นๆ พบว่า อัตราการตายสูงกว่าที่มีในรายงาน เช่น การสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยวิธี RAMOS¹ เมื่อ พ.ศ. 2538-2539 พบอัตราการตายของมารดาเท่ากับ 44.1 ขณะที่โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย² เมื่อ พ.ศ. 2538 - 2539 พบเท่ากับ 16.3 และการศึกษาของยงเจือ เหล่าศิริถาวร³ (2546) พบเท่ากับ 52.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2538 - 2539

¹ การสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยวิธี Reproductive Age Mortality Survey โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

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

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

ภาพที่ 5.1 อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505- พ.ศ. 2546

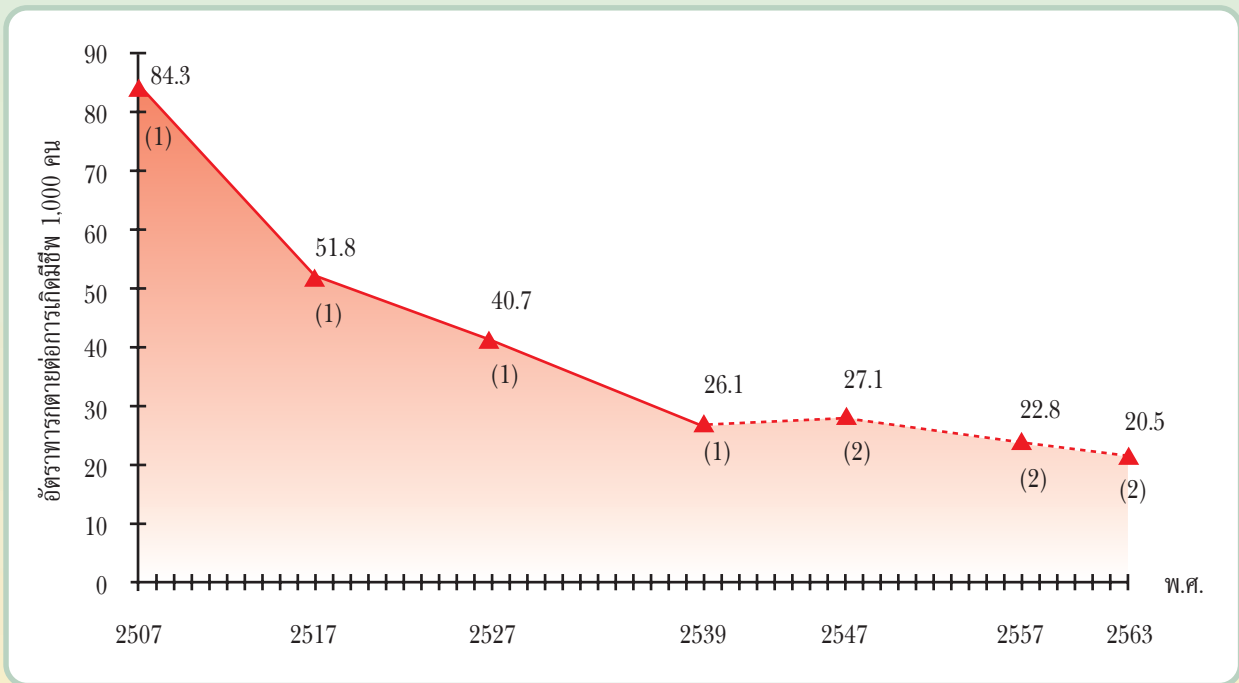


ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

1.3 ภาวะการตายของทารก

อัตราทารกตายในประเทศไทย มีแนวโน้มลดลง จาก 84.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2507 เหลือ 40.7 ใน พ.ศ. 2527 และลดลงเป็น 26.1 ใน พ.ศ. 2539 และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2563 อัตราทารกตายจะลดลงเหลือ 20.5 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (ภาพที่ 5.2) แต่อย่างไรก็ดีแม้ว่าอัตราทารกตายของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ก็ยังสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย (ตารางที่ 5.3)

ภาพที่ 5.2 อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2507 - พ.ศ. 2563



- ที่มา:
- (1) จากการคาดการณ์ โดยอาศัยข้อมูลสำรวจในรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - (2) จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533-2563 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ตารางที่ 5.3 อัตราการตายและอัตราการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ พ.ศ. 2523, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545

| กลุ่มประเทศ | อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน | | | อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน | | |
|----------------------|-------------------------------------|-----------|-----------|--|------------|------------|
| | พ.ศ. 2523 | พ.ศ. 2544 | พ.ศ. 2545 | พ.ศ. 2523 | พ.ศ. 2544 | พ.ศ. 2545 |
| WHO / SEAR | | | | | | |
| เกาหลีเหนือ | 32 | 42 | 42 | 43 | 55 | 65 |
| ศรีลังกา | 34 | 17 | 16 | 48 | 19 | 19 |
| ไทย | 49 | 24 | 24 | 58 | 28 | 28 |
| อินโดนีเซีย | 90 | 33 | 32 | 125 | 45 | 43 |
| สหภาพพม่า | 109 | 77 | 77 | 134 | 109 | 108 |
| อินเดีย | 115 | 67 | 65 | 173 | 93 | 90 |
| เนปาล | 132 | 66 | 62 | 195 | 91 | 83 |
| บังคลาเทศ | 132 | 51 | 48 | 205 | 77 | 73 |
| ASEAN | | | | | | |
| สิงคโปร์ | 12 | 3 | 3 | 13 | 4 | 4 |
| มาเลเซีย | 30 | 8 | 8 | 42 | 8 | 8 |
| ไทย | 49 | 24 | 24 | 58 | 28 | 28 |
| ฟิลิปปินส์ | 52 | 29 | 28 | 81 | 38 | 37 |
| เวียดนาม | 57 | 30 | 20 | 70 | 38 | 26 |
| อินโดนีเซีย | 90 | 33 | 32 | 125 | 45 | 43 |
| สหภาพพม่า | 109 | 77 | 77 | 134 | 109 | 108 |
| ลาว | 127 | 87 | 87 | 200 | 100 | 100 |
| High income | | | | | | |
| สวีเดน | 7 | 3 | 3 | 8 | 3 | 3 |
| ญี่ปุ่น | 8 | 3 | 3 | 10 | 5 | 5 |
| สวิสเซอร์แลนด์ | 9 | 5 | 5 | 11 | 6 | 6 |
| แคนาดา | 10 | 5 | 5 | 13 | 7 | 7 |
| ไอร์แลนด์ | 11 | 6 | 6 | 14 | 6 | 6 |
| World | 80 | 56 | 55 | 121 | 81 | 81 |
| High income | 13 | 5 | 5 | 15 | 7 | 7 |
| Middle income | 57 | 31 | 30 | 80 | 38 | 37 |
| Low income | 116 | 80 | 79 | 171 | 121 | 121 |

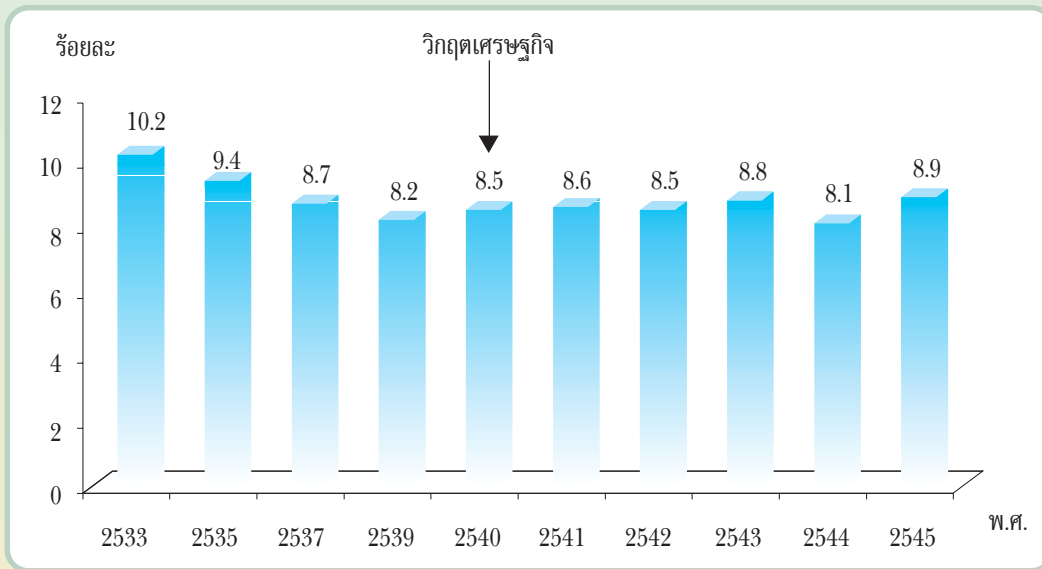
ที่มา: World Bank, World Development Indicators, 1999, 2000/2001, 2002, 2003, 2004,

1.4 อัตราทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ถึงแม้ว่าอัตราทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในภาพรวมได้ลดลง จากร้อยละ 10.2 ใน พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 8.9 ใน พ.ศ. 2545 (ภาพที่ 5.3) อย่างไรก็ตามตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน พบว่า ปัญหา น้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มยากจนและตงงานที่สูงกว่ากลุ่มไม่ยากจน อย่างชัดเจน ซึ่งพบว่า ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาสูงสุด⁴

⁴ ปรีดา เต๋ออารักษ์, ปาณบตี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน และรุจิรา ทวีรัตน์. สถานการณ์สุขภาพของหญิงมีครรภ์ ที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลของรัฐหลังวิกฤตเศรษฐกิจ, 2546

ภาพที่ 5.3 ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2545

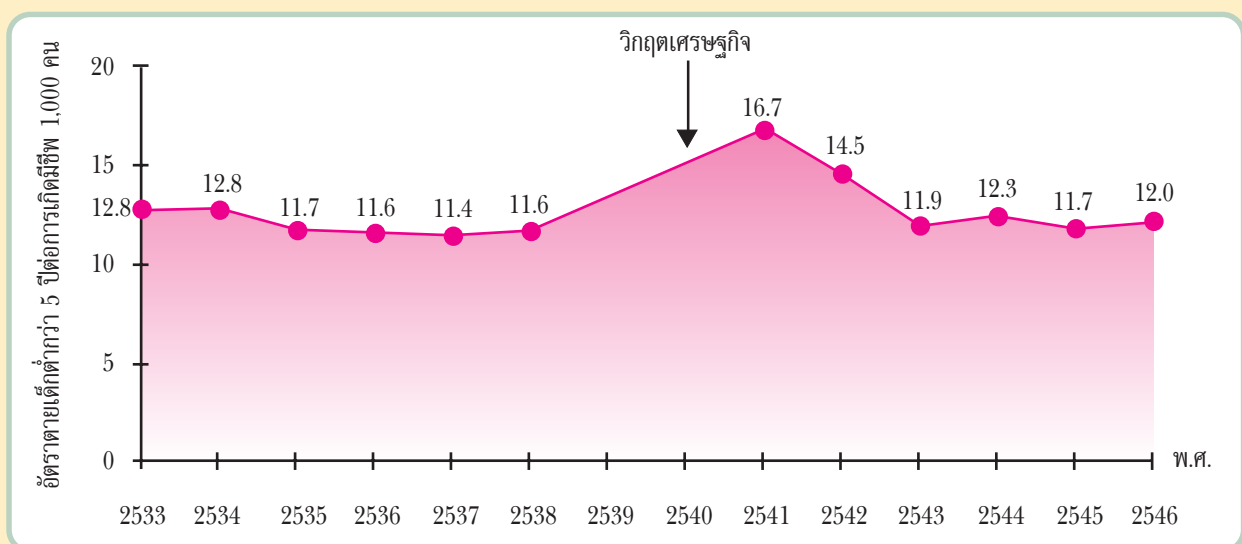


ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

1.5 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี

อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนักจาก 12.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 12.0 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2546 เป็นที่น่าสังเกตว่าวิกฤตเศรษฐกิจในระยะแรกอาจส่งผลกระทบต่ออัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่พบเพิ่มขึ้นเป็น 16.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2541 และมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา (ภาพที่ 5.4) แต่อย่างไรก็ดีแม้ว่าอัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ก็ยังสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย (ตารางที่ 5.3) มีข้อสังเกตว่า ตัวเลขอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่รายงานจากสำนักทะเบียนราษฎรนี้มีแนวโน้มที่จะต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งตัวเลขจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรพบอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 31.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2539

ภาพที่ 5.4 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2533-พ.ศ. 2546



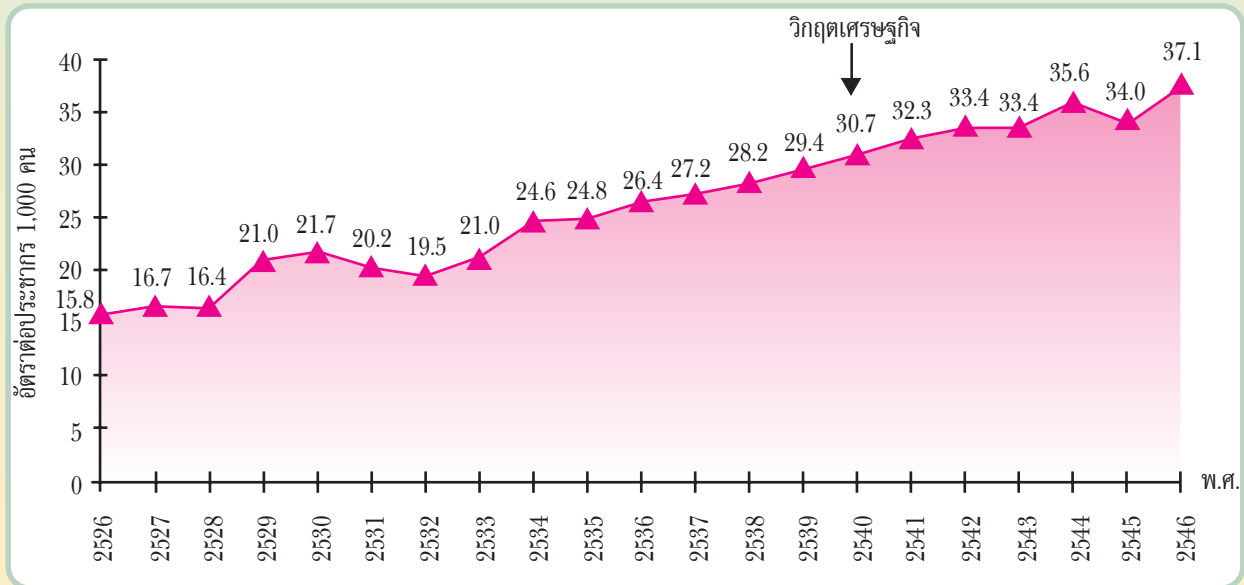
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

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

2. ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพจิต

ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพจิต โดยพิจารณาจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตและการฆ่าตัวตาย จะพบว่า สุขภาพจิตคนไทยมีแนวโน้มแย่ลงและมีการเข้ารับรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้น จาก 24.6 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 37.1 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.5) และผู้ป่วยด้วยโรคจิต โรคซึมเศร้าและโรคลมชักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.4)

ภาพที่ 5.5 อัตราการเข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2546



ที่มา: รายงานผู้ป่วยนอก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

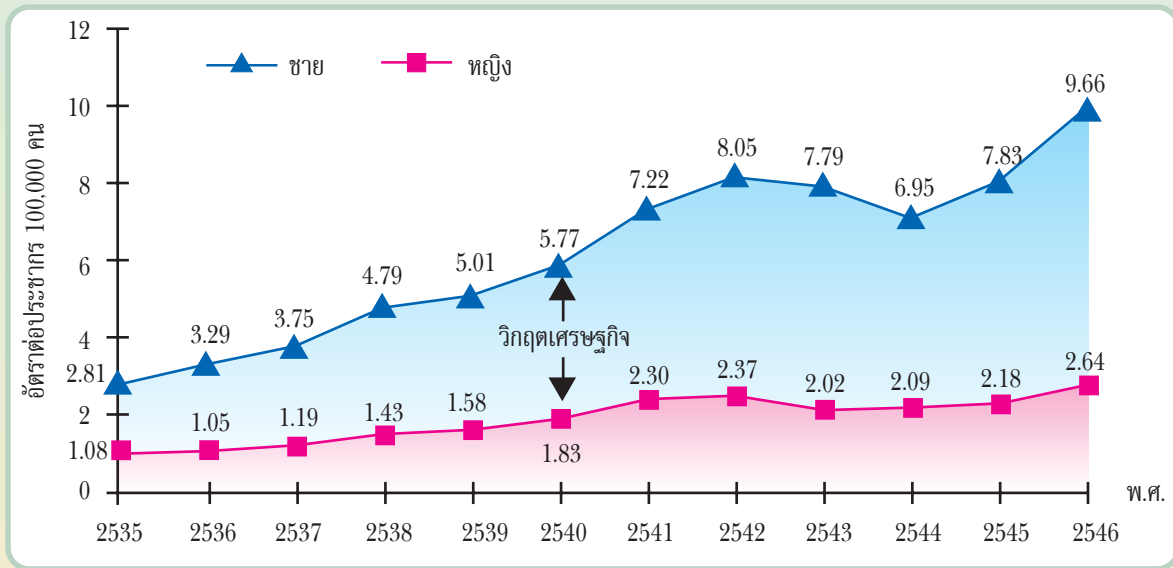
ตารางที่ 5.4 อัตราป่วยด้วยโรคทางจิตต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2544

| โรค | 2540 | 2541 | 2542 | 2543 | 2544 |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| - โรคจิต | 440.1 | 435.3 | 424.8 | 451.0 | 519.6 |
| - โรควิตกกังวล | 789.9 | 822.6 | 764.7 | 812.2 | 776.0 |
| - โรคซึมเศร้า | 55.9 | 74.3 | 99.5 | 130.3 | 94.9 |
| - ภาวะปัญญาอ่อน | 44.7 | 52.9 | 58.2 | 52.4 | 51.7 |
| - โรคลมชัก | 109.3 | 125.8 | NA | 149.8 | 182.5 |

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนการฆ่าตัวตายก็เป็นดัชนีอีกตัวที่จะสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตขั้นร้ายแรง ข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติพบว่า หลังวิกฤตเศรษฐกิจการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึงเกือบ 4 เท่า (ภาพที่ 5.6)

ภาพที่ 5.6 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

3. การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiological Transition)

3.1 สาเหตุการตาย

หากพิจารณาในภาพรวมจากสาเหตุการตายของคนไทย(จากมรณบัตร)จะพบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุ รวมทั้งโรคเอดส์ที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ส่วนโรคติดต่อที่เคยเป็นปัญหาสำคัญ ปัจจุบันมีแนวโน้มลดลงยกเว้นโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น วัณโรค ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคเอดส์ (ภาพที่ 5.7)ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาระโรค(Burden of Diseases Study)ที่พบว่าการสูญเสียปีที่มีสุขภาพดี (DALYs loss) จากโรคไม่ติดต่อสูงกว่าโรคติดต่อกว่า 2 เท่า และประชากรยังมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคไม่ติดต้อมากขึ้น(ตารางที่ 5.5)

อย่างไรก็ดี จากการศึกษาสาเหตุการตายของประชากรไทยที่เสียชีวิตใน 1 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2540 - 2542 ใน 16 จังหวัดของประเทศไทยโดยวิธี Verbal autopsy ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า **มีความสอดคล้องของสาเหตุการตายระหว่างการศึกษารั้งนี้กับมรณบัตรเพียงร้อยละ 29.3 เท่านั้น**กลุ่มโรคที่สอดคล้องกันมากที่สุดคือ สาเหตุไม่ชัดเจน รองลงมาคือ กลุ่มโรคมะเร็งและเนื้องอก กลุ่มสาเหตุภายนอกและกลุ่มโรคติดเชื้อ ส่วนกลุ่มโรคอื่นๆ มีความสอดคล้องต่ำ

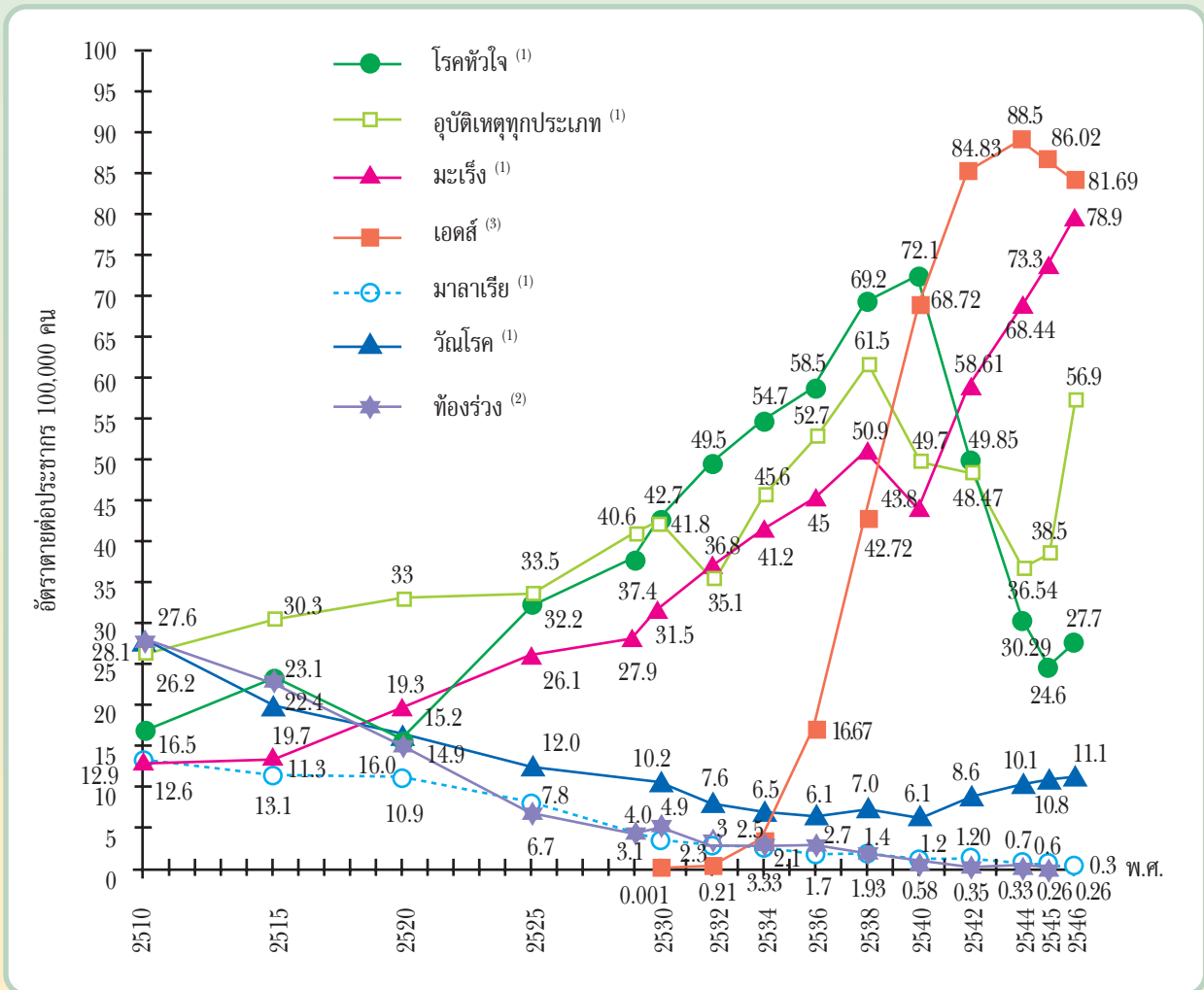
สาเหตุการตายที่พบจากการศึกษารั้งนี้ในภาพรวมทุกกลุ่มอายุ อันดับ 1 คือ **โรกระบบไหลเวียนโลหิต** ร้อยละ 18.6 ของการตายทั้งหมด ซึ่งกว่าครึ่งเป็นการตายของโรคหลอดเลือดสมอง อันดับ 2 คือ กลุ่มโรคมะเร็งและเนื้องอก ร้อยละ 16.2 ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งคือ มะเร็งตับ/ท่อน้ำดี และมะเร็งปอด สาเหตุการตายอันดับที่ 3 คือ กลุ่มโรคติดเชื้อ ร้อยละ 15.5 ซึ่งส่วนใหญ่ คือ การติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในเพศชายวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น รองลงมาจากการติดเชื้อเอชไอวี คือ วัณโรค สาเหตุอันดับที่ 4 คือ การตายจากสาเหตุภายนอกซึ่งเกิดขึ้นในวัยเด็กจนถึงหนุ่มสาว ร้อยละ 12.4 ในกลุ่มเด็กปฐมวัยและวัยรุ่น ส่วนมากตายจากอุบัติเหตุจมน้ำ ส่วนวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตายจากอุบัติเหตุจมน้ำทางบก และในกลุ่มอุบัติเหตุจมน้ำทางบกนี้ เป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด

การศึกษาพบมีความแตกต่างของสาเหตุการตายระหว่างเพศชายและหญิง กล่าวคือ เพศหญิงตายจากโรกระบบไหลเวียนโลหิตสูงถึงร้อยละ 21.4 รองลงมา คือ กลุ่มโรคมะเร็งและเนื้องอกร้อยละ 16.5 ในขณะที่เพศชายตายจากโรคติดเชื้อมากที่สุดร้อยละ 18.2 รองลงมา คือ โรกระบบไหลเวียนโลหิตร้อยละ 16.6 ส่วนกลุ่มสาเหตุภายนอกมีความสำคัญเป็นอันดับที่ 3 ในเพศชายและอันดับที่ 5 ในเพศหญิง

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายรายโรคตามกลุ่มอายุและเพศ พบดังนี้

| กลุ่มอายุ | สาเหตุการตายหลัก | | หมายเหตุ |
|--------------|---|---|--------------------------------------|
| | ชาย | หญิง | |
| ต่ำกว่า 1 ปี | คลอดก่อนกำหนด คลอดน้ำหนักน้อย ปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสโลหิต | คลอดก่อนกำหนด คลอดน้ำหนัก น้อย หัวใจพิการแต่กำเนิด ปอด อักเสบ | ตายจากการติดเชื้อ เอช ไอ วี 5.7% |
| 1 - 4 ปี | อุบัติเหตุจมน้ำ ปอดอักเสบ | อุบัติเหตุจมน้ำ ปอดอักเสบ | ตายจากการติดเชื้อ เอช ไอ วี 13.3% |
| 5 - 14 ปี | อุบัติเหตุจมน้ำ อุบัติเหตุจากรถทางบก | อุบัติเหตุจมน้ำ อุบัติเหตุจากร ทางบก | ตายจากการติดเชื้อ เอช ไอ วี 7.9% |
| 15 - 24 ปี | อุบัติเหตุจากรถทางบก ติดเชื้อ เอช ไอ วี ฆ่าตัวตาย | ติดเชื้อ เอช ไอ วี อุบัติเหตุจากรถทางบก ฆ่าตัวตาย | |
| 25 - 44 ปี | ติดเชื้อ เอช ไอ วี อุบัติเหตุจากรถทางบก ฆ่าตัวตาย | ติดเชื้อ เอช ไอ วี อุบัติเหตุจากรถทางบก ฆ่าตัวตาย | |
| 45 - 59 ปี | มะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคหลอดเลือดสมอง | มะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน | |
| 60 - 74 ปี | โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งตับและท่อน้ำดี ปอดอุดกั้นเรื้อรัง | โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน มะเร็งตับและท่อน้ำดี | |
| 75 ปีขึ้นไป | โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด | โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด เบาหวาน | |

ภาพที่ 5.7 อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2510 - พ.ศ. 2546



ที่มา: (1) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
 (2) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
 (3) คณะทำงานคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์. การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2543-2563, 2544

ตารางที่ 5.5 ร้อยละของสาเหตุของ Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss ของประชากรไทย พ.ศ. 2542 จำแนกตามกลุ่มอายุ

| กลุ่มอายุ | 0 - 4 | 5 - 14 | 15 - 44 | 45 - 59 | 60+ | รวม |
|----------------|-------|--------|---------|---------|------|------|
| - โรคติดต่อ | 56.7 | 32.8 | 34.8 | 14.6 | 11.3 | 27.7 |
| - โรคไม่ติดต่อ | 36.6 | 39.6 | 42.7 | 74.7 | 85.2 | 58.3 |
| - อุบัติเหตุ | 6.7 | 27.6 | 22.5 | 10.8 | 3.5 | 14.0 |

ที่มา: คณะทำงานพัฒนาดัชนีชี้วัดภาวะโรค สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

อนึ่ง จากการวัดปัญหาสุขภาพของคนไทย โดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY loss)⁵ เป็นดัชนีบ่งชี้ปัญหาพบว่า โรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทยลำดับแรก ทั้งในเพศชายและหญิง (เพศชาย ร้อยละ 17 และเพศหญิง ร้อยละ 10 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด) โดยลำดับที่ 2 และ 3 ในเพศชาย คือ อุบัติเหตุจราจรและหลอดเลือดสมอง สำหรับเพศหญิง คือ หลอดเลือดสมองและเบาหวาน ตามลำดับ (ตารางที่ 5.6)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มวัย พบว่า มีความแตกต่างกันในปัญหาที่คุกคามต่อสุขภาพ ดังนี้

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

ตารางที่ 5.6 แสดงโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2542 จำแนกตามเพศ

| ลำดับที่ | เพศชาย | | | เพศหญิง | | |
|----------|-------------------------|------------|--------|-------------------------|------------|--------|
| | โรค | DALYs loss | ร้อยละ | โรค | DALYs loss | ร้อยละ |
| 1 | เอดส์ | 960,087 | 17 | เอดส์ | 372,947 | 10 |
| 2 | อุบัติเหตุจราจร | 510,907 | 9 | หลอดเลือดสมอง | 280,673 | 7 |
| 3 | หลอดเลือดสมอง | 267,567 | 5 | เบาหวาน | 267,158 | 7 |
| 4 | มะเร็งตับ | 248,083 | 4 | โรคซึมเศร้า | 145,336 | 4 |
| 5 | เบาหวาน | 168,372 | 3 | มะเร็งตับ | 118,384 | 3 |
| 6 | กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด | 164,094 | 3 | ข้อเข่าเสื่อม | 117,963 | 3 |
| 7 | อุ้งลมโป่งพอง | 156,861 | 3 | อุบัติเหตุจราจร | 114,963 | 3 |
| 8 | ถูกทำร้าย ถูกฆาตกรรม | 156,371 | 3 | โลหิตจาง (ขาดธาตุเหล็ก) | 112,990 | 3 |
| 9 | ฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง | 147,988 | 3 | กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด | 109,592 | 3 |
| 10 | ยาเสพติด | 137,703 | 2 | ต้อกระจก | 96,091 | 2 |

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ Burden of Disease and Injuries in Thailand, 2002

⁵ การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY-Disability Adjusted Life Year) ซึ่งหนึ่งหน่วยเท่ากับการสูญเสียช่วงอายุของการมีสุขภาพที่ดีไปจำนวน 1 ปี โดยคำนวณจาก DALY = ปีที่สูญเสียไปเพราะตายก่อนถึงวัยอันควร+ปีที่สูญเสียเพราะเจ็บป่วยหรือพิการ

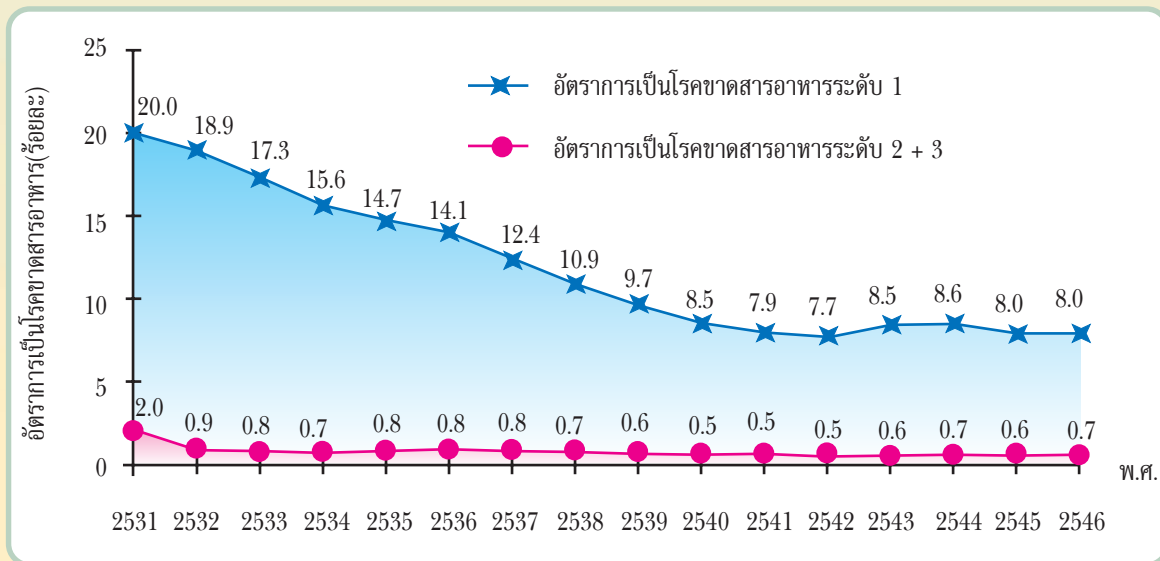
3.2 ปัญหาสาธารณสุข/สุขภาพบางอย่างที่มีแนวโน้มลดลง

3.2.1 โรคขาดสารอาหาร

ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในภาพรวมมีแนวโน้มดีขึ้น (ภาพที่ 5.8) แต่เมื่อพิจารณาจำแนกตามพื้นที่พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีอัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารสูงกว่าภาคอื่นๆ โดยเฉพาะกลุ่มคนไทยในพื้นที่สูง (ชาวเขา) จะพบอัตราการขาดสารอาหารสูงกว่าเด็กในกรุงเทพมหานครถึงเกือบ 8 เท่า (ตารางที่ 5.7)

จากรายงานสุขภาพโลก⁶ คาดการณ์ว่า ใน ค.ศ. 2000 ประมาณร้อยละ 27 หรือ 168 ล้านคนของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการตายจากโรคท้องร่วงและปอดบวมสูงขึ้น

ภาพที่ 5.8 สถานการณ์โรคขาดโปรตีนและกำลังงานในเด็กอายุ 0-5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2546



ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

⁶ ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ). รายงานสุขภาพโลก 2002. ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างสุขภาพ; 2546

ตารางที่ 5.7 อัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารในเด็กอายุ 0-5 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546

| พ.ศ. | กทม. | | กลาง | | ตะวันออกเฉียงเหนือ | | เหนือ | | ใต้ | | ชาวเขา | |
|---------------------------------|---------|-----------|---------|-----------|--------------------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|
| | ระดับ 1 | ระดับ 2+3 | ระดับ 1 | ระดับ 2+3 | ระดับ 1 | ระดับ 2+3 | ระดับ 1 | ระดับ 2+3 | ระดับ 1 | ระดับ 2+3 | ระดับ 1 | ระดับ 2+3 |
| | 2532 | 13.08 | 1.25 | 9.45 | 0.28 | 24.91 | 1.67 | 18.76 | 1.33 | 16.38 | 1.37 | - |
| 2533 | 5.65 | 0.43 | 8.19 | 0.18 | 23.46 | 1.12 | 17.50 | 0.96 | 14.80 | 0.58 | - | - |
| 2534 | 5.10 | 0.37 | 7.30 | 0.34 | 21.52 | 0.89 | 16.78 | 0.97 | 12.56 | 0.56 | - | - |
| 2535 | 4.33 | 0.19 | 6.82 | 0.18 | 20.88 | 0.96 | 15.87 | 1.07 | 11.87 | 0.54 | - | - |
| 2536 | 3.56 | 0.19 | 6.11 | 0.18 | 19.51 | 0.94 | 15.28 | 1.12 | 11.29 | 0.62 | - | - |
| 2537 | 3.66 | 0.31 | 5.56 | 0.18 | 17.55 | 0.99 | 14.77 | 0.92 | 10.47 | 0.68 | - | - |
| 2538 | 3.76 | 0.33 | 4.62 | 0.17 | 14.48 | 0.87 | 13.56 | 1.14 | 9.25 | 0.62 | - | - |
| 2539 | 2.89 | 0.23 | 4.35 | 0.15 | 12.56 | 0.71 | 10.67 | 0.83 | 8.21 | 0.52 | - | - |
| 2540 | 4.50 | 0.45 | 4.04 | 0.14 | 10.82 | 0.65 | 10.05 | 0.81 | 7.27 | 0.44 | 30.3 | 10.6 |
| 2541 | 4.01 | 0.38 | 3.86 | 0.12 | 10.26 | 0.65 | 9.52 | 0.78 | 6.55 | 0.44 | 18.92 | 2.84 |
| 2542 | 4.01 | 0.38 | 3.79 | 0.16 | 10.20 | 0.65 | 9.33 | 0.63 | 6.61 | 0.44 | 23.2 | 2.48 |
| 2543 | 4.66 | 0.31 | 4.19 | 0.16 | 10.61 | 0.85 | 8.95 | 0.73 | 7.35 | 0.59 | 17.24 | 2.55 |
| 2544 | 4.54 | 0.39 | 4.94 | 0.29 | 10.53 | 0.92 | 7.81 | 0.42 | 6.09 | 0.53 | 14.00 | 3.02 |
| 2545 | - | - | 3.89 | 0.24 | 9.93 | 0.83 | 8.52 | 0.69 | 7.06 | 0.56 | - | - |
| 2546 | - | - | 3.62 | 0.21 | 9.82 | 0.95 | 8.49 | 0.73 | 7.28 | 0.71 | - | - |
| อัตราเทียบกับ กทม. พ.ศ. 2544 | 1 | 1 | 1.1 | 0.7 | 2.3 | 2.4 | 1.7 | 1.1 | 1.3 | 1.4 | 3.1 | 7.7 |

ที่มา: (1) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

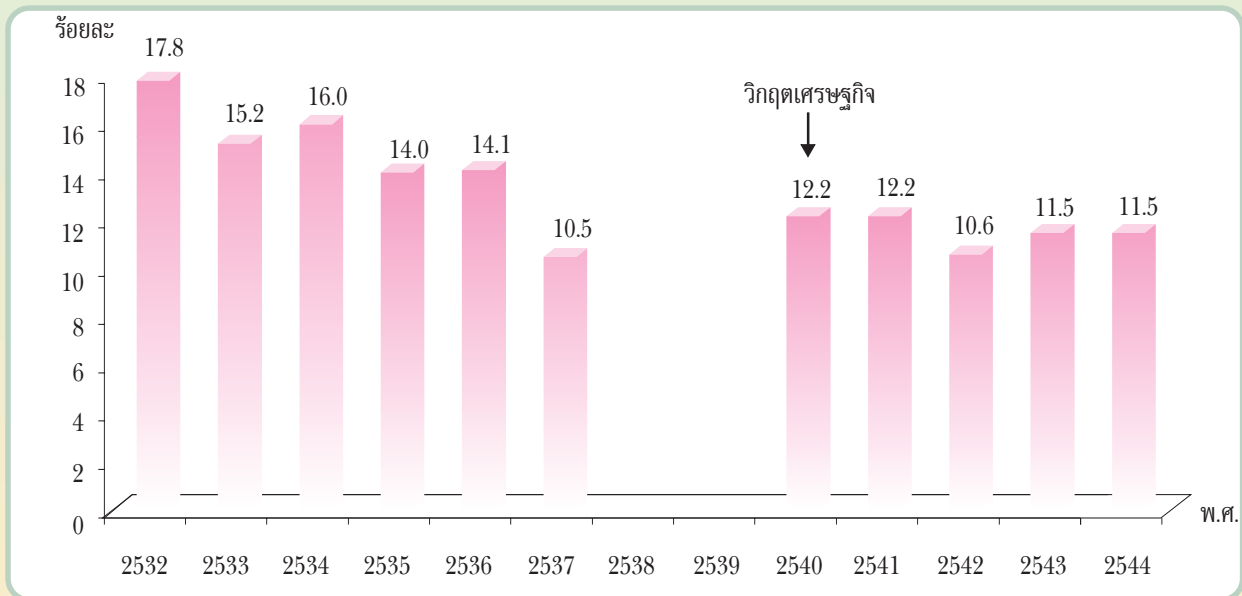
(2) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2546 ไม่มีการสำรวจชาวเขา

พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2546 ไม่มีการสำรวจในกรุงเทพมหานคร

อัตราการมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่มีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากร้อยละ 17.8 ใน พ.ศ. 2532 เหลือร้อยละ 10.5 ใน พ.ศ. 2537 อย่างไรก็ตาม ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ พบว่า เด็กนักเรียนประถมศึกษา มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย (ภาพที่ 5.9)

ภาพที่ 5.9 สัดส่วนของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2544



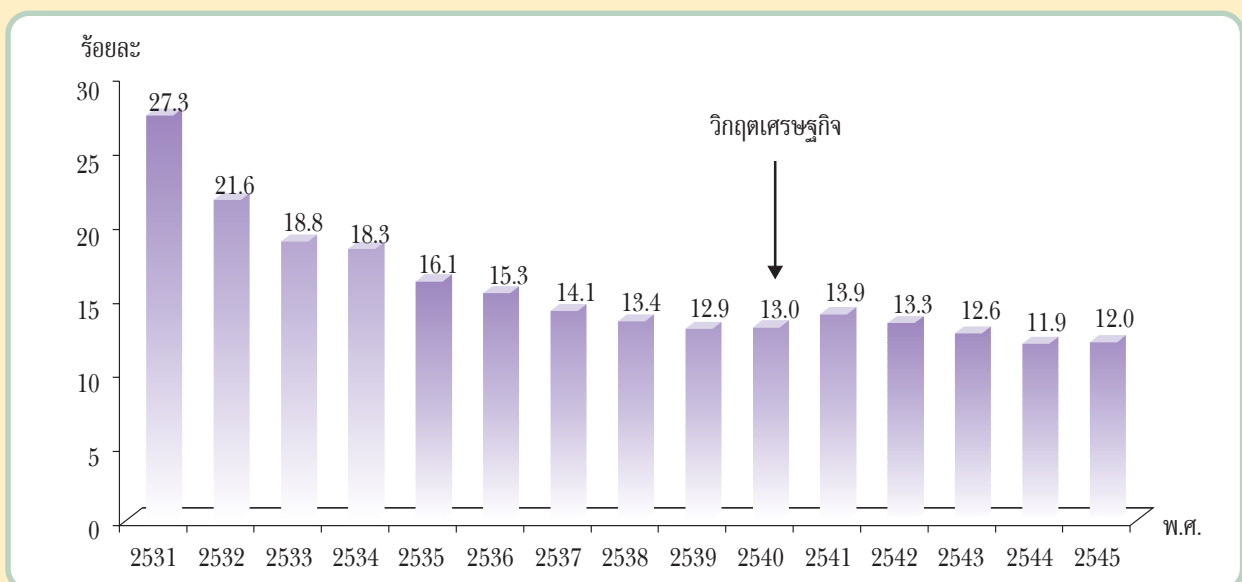
ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

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

3.2.2 ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์

ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์มีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากร้อยละ 27.3 ใน พ.ศ.2531 เหลือร้อยละ 12.9 ใน พ.ศ.2539 แต่ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2545 ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์ลดลงเหลือร้อยละ 12.0 (ภาพที่ 5.10)

ภาพที่ 5.10 สัดส่วนหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Hct < 33%) พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2545

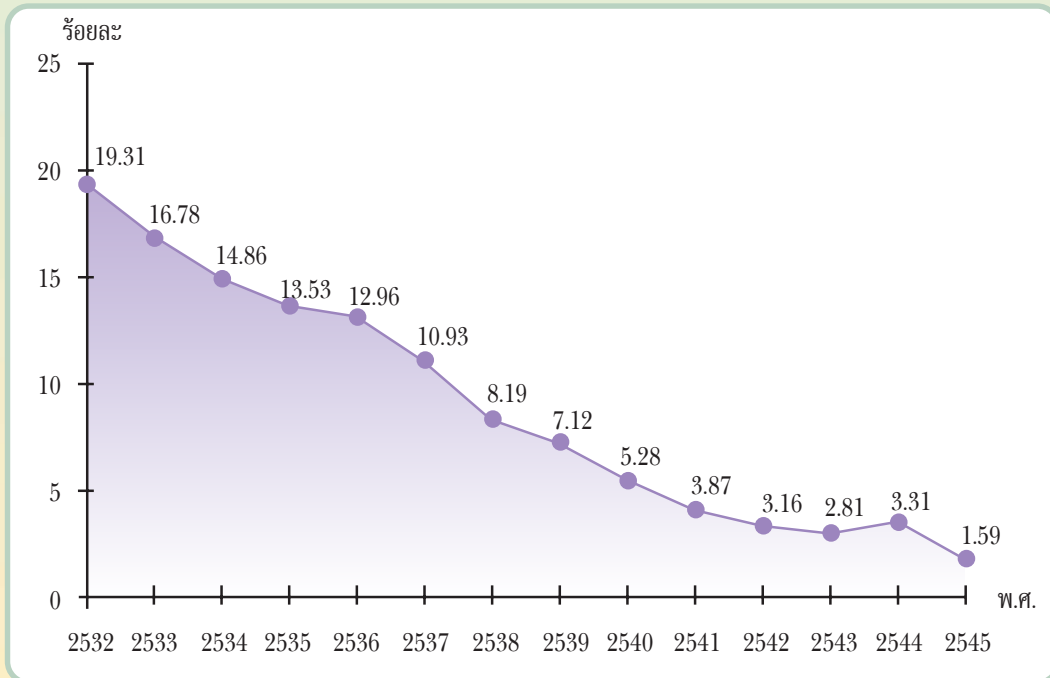


ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

3.2.3 โรคขาดสารไอโอดีน

ผลจากการเร่งรัดการกำจัดโรคขาดสารไอโอดีน ทำให้ความชุกของโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ใน 15 จังหวัด ที่มีอัตราคอพอกรุนแรง ลดลงจากร้อยละ 19.31 ใน พ.ศ. 2532 เหลือร้อยละ 1.59 ใน พ.ศ. 2545 (ภาพที่ 5.11) และอัตราคอพอกโดยเฉลี่ยของประเทศ ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 1.3

ภาพที่ 5.11 ภาวะโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2545



ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: เป็นข้อมูลเฉพาะ 15 จังหวัด ที่มีปัญหาอัตราคอพอกรุนแรง

3.2.4 โรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในกลุ่มเป้าหมาย ทำให้อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.8 และภาพที่ 5.12)

ตารางที่ 5.8 ร้อยละของการครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2545

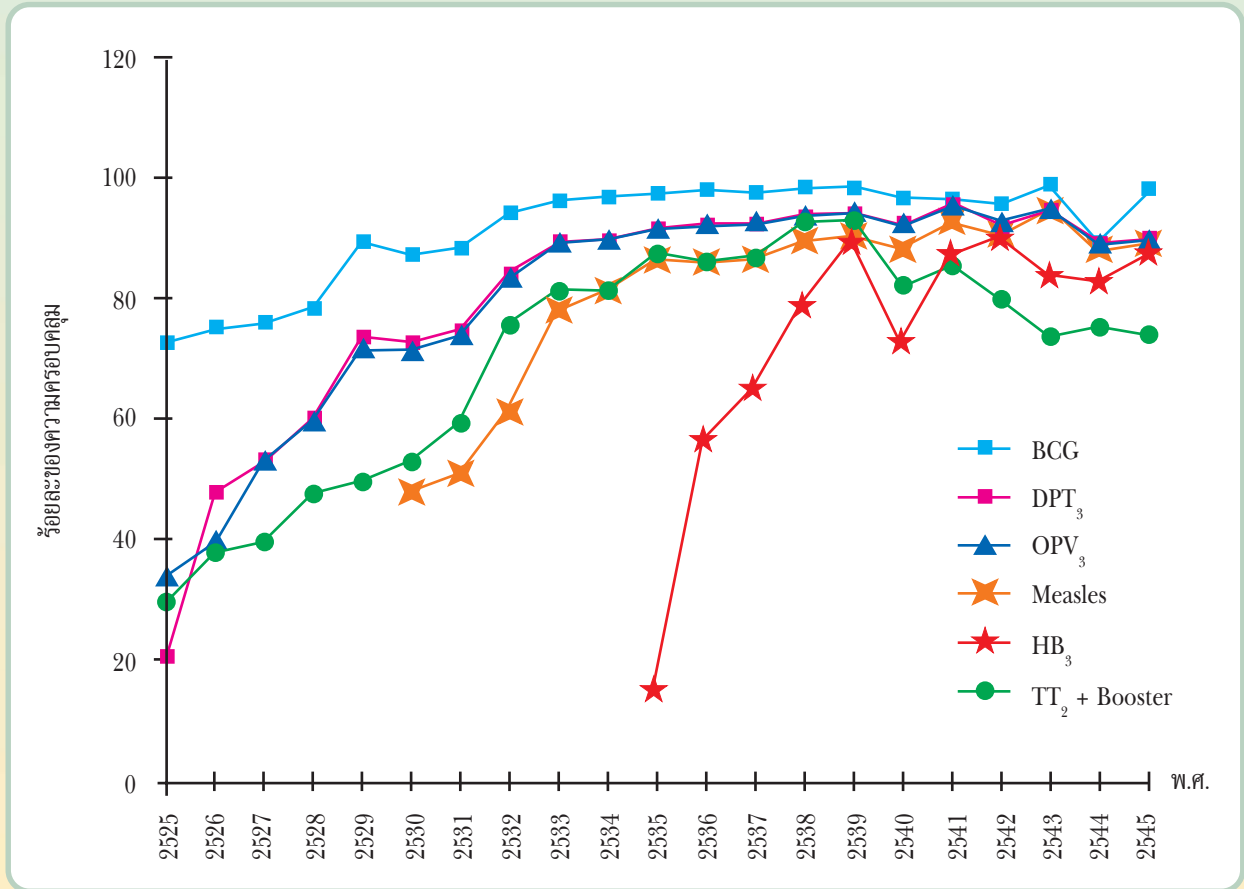
| กิจกรรม | ปีงบประมาณ (ร้อยละ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--|
| | 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⁾ | |
| 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 | |
| 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 | |
| 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 | |
| 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 | |
| HB ₃ (%) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 15.4 | 57.1 | 65.6 | 79.3* | 90.7 | 88.5 | 93.0 | 90.4 | 94.9 | 87.9 | 88.8 | |
| 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 | |

ที่มา: ⁽¹⁾ พ.ศ. 2525-2538 ได้จาก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

⁽²⁾ พ.ศ. 2539-2545 ได้จาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

*เป็นข้อมูลจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยประชากรระดับจังหวัดครั้งที่ 1

ภาพที่ 5.12 อัตราความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันโรค BCG DPT₃ OPV₃ HB₃ Measles และ TT₂ + Booster ในหญิงมีครรภ์ พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2545



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

และจากผลกระทบของการให้วัคซีนป้องกันโรคดังกล่าว ทำให้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 5.9 และภาพที่ 5.14) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ใน พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545 อุบัติการณ์ด้วยโรคหัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากการแพร่ระบาดของโรคหัดในชาวเขา (ภาพที่ 5.13)

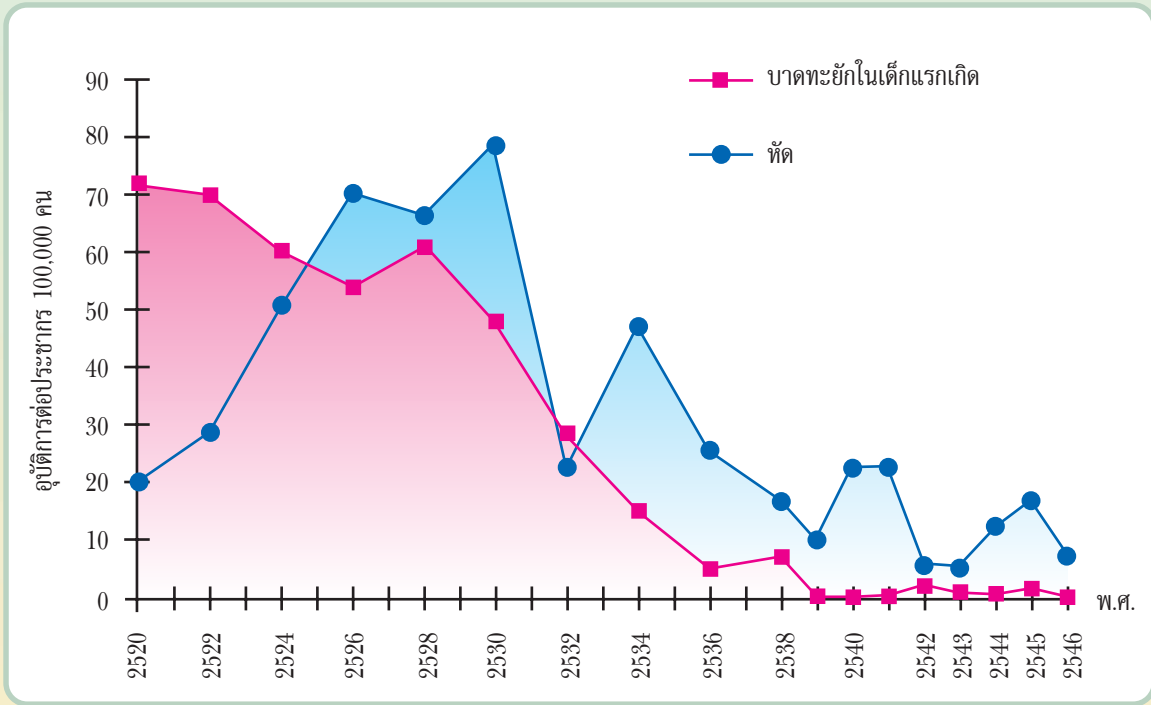
นอกจากนี้ ยังพบว่า โรคตับอักเสบจากไวรัสซี (ภาพที่ 5.15) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งน่าจะเกิดจากระบบการเฝ้าระวังโรคที่มีความครอบคลุมมากขึ้น

ตารางที่ 5.9 อุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546

| อุบัติการณ์โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนต่อประชากร 100,000 คน | | | | | | |
|--|-------|-----------------------|-------|-------|--------|-----------------------|
| พ.ศ. | หัด | บาดทะยักในเด็กแรกเกิด | คอตีบ | ไอกรน | โปลิโอ | ตับอักเสบบีจากไวรัสบี |
| 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 |

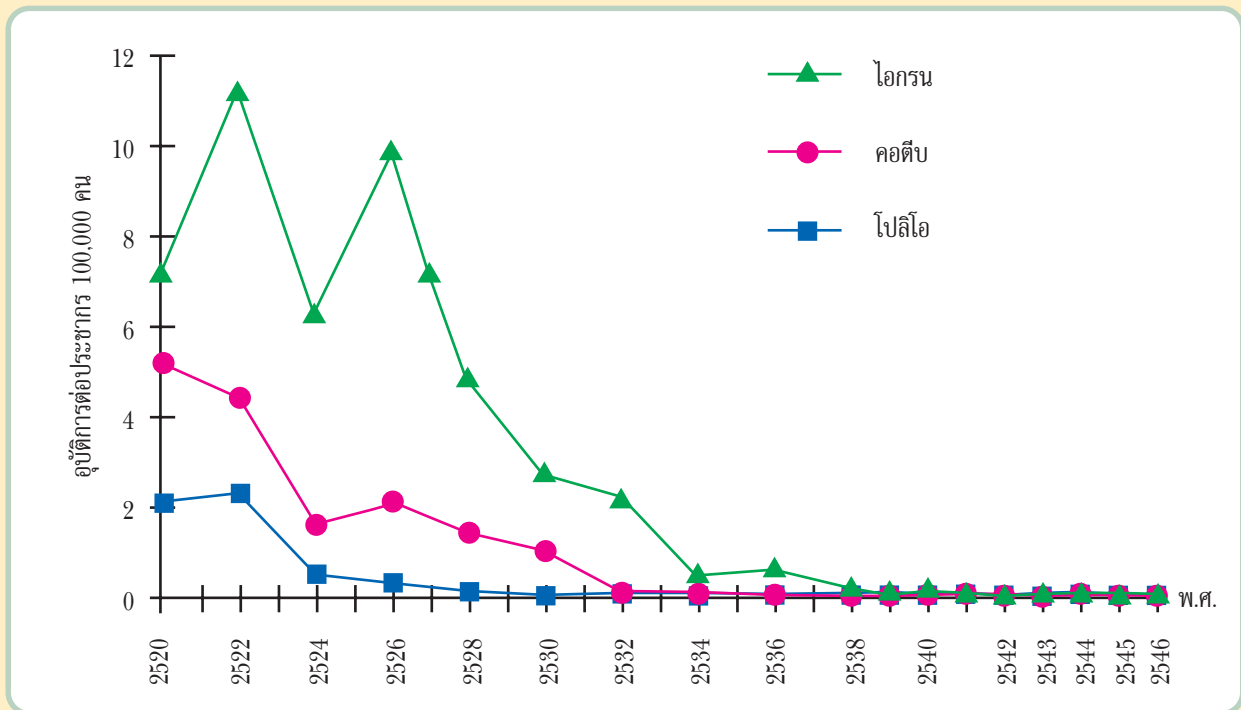
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.13 อุบัติการณ์ของโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดและโรคหัด ประเทศไทย พ.ศ. 2520-พ.ศ. 2546



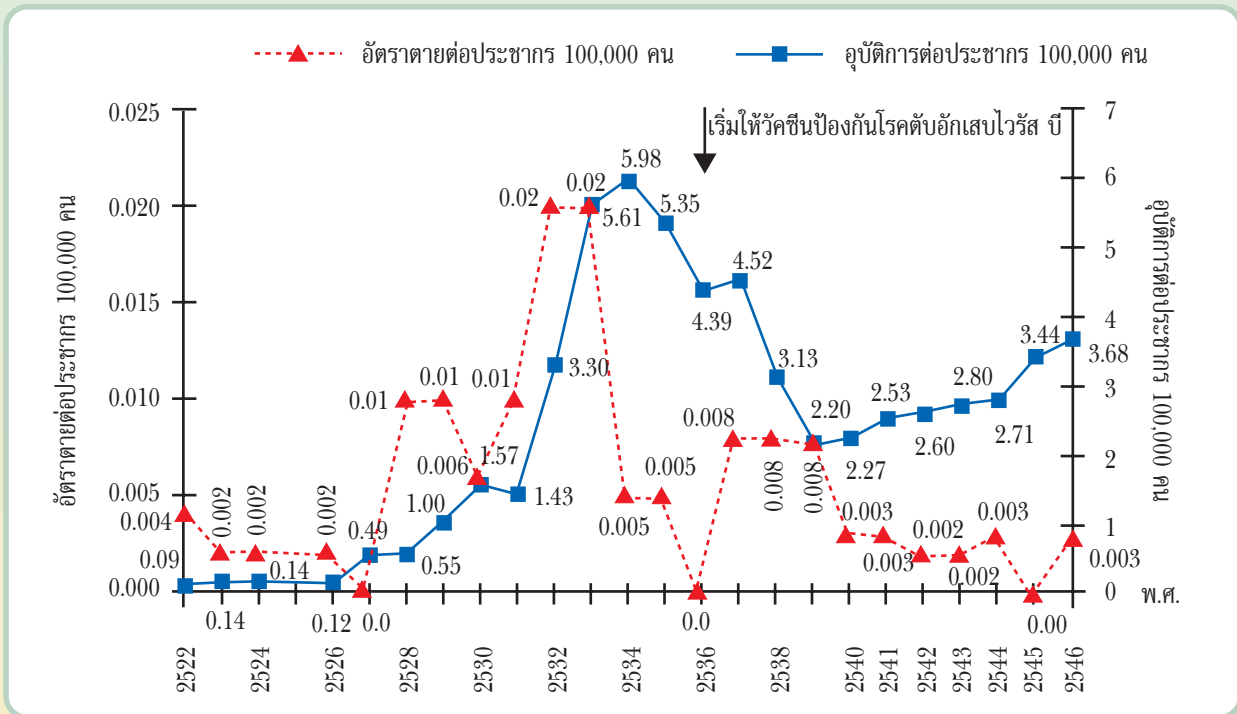
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.14 อุบัติการณ์ของโรคไอกรน คอตีบและโปลิโอ ประเทศไทย พ.ศ. 2520-พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.15 อุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคตับอักเสบบจากไวรัส บี ประเทศไทย พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.2.5 โรคพยาธิ

โรคหนอนพยาธิลำไส้โดยรวมมีแนวโน้มลดลงยกเว้นพยาธิใบไม้ตับที่พบความชุกของโรคเพิ่มขึ้นในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศ (ตารางที่ 5.10) แต่เมื่อทำการวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระและนับไข่ด้วยวิธี Modified Kato-Katz พบว่า ร้อยละ 90.6 ของผู้ที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่มีจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระอยู่ในระดับต่ำ⁷ (ต่ำกว่า 1,000 ฟองต่ออุจจาระ 1 กรัม)

ตารางที่ 5.10 อัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิที่พบบ่อย (ร้อยละ)

| โรค | ปี 2524 | ปี 2534 | ปี 2539 | ปี 2544 |
|--|---------|---------|---------|---------|
| พยาธิปากขอ | 40.56 | 27.69 | 21.6 | 11.4 |
| พยาธิไส้เดือน | 4.04 | 1.46 | 1.9 | 1.2 |
| พยาธิแส้ม้า | 4.46 | 4.34 | 3.9 | 1.5 |
| พยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งประเทศ | 14.7 | 15.2 | 11.8 | 9.6 |
| - พยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 34.6 | 24.01 | 15.3 | 15.7 |
| - พยาธิใบไม้ตับในภาคเหนือ | 5.6 | 22.9 | 29.7 | 19.3 |

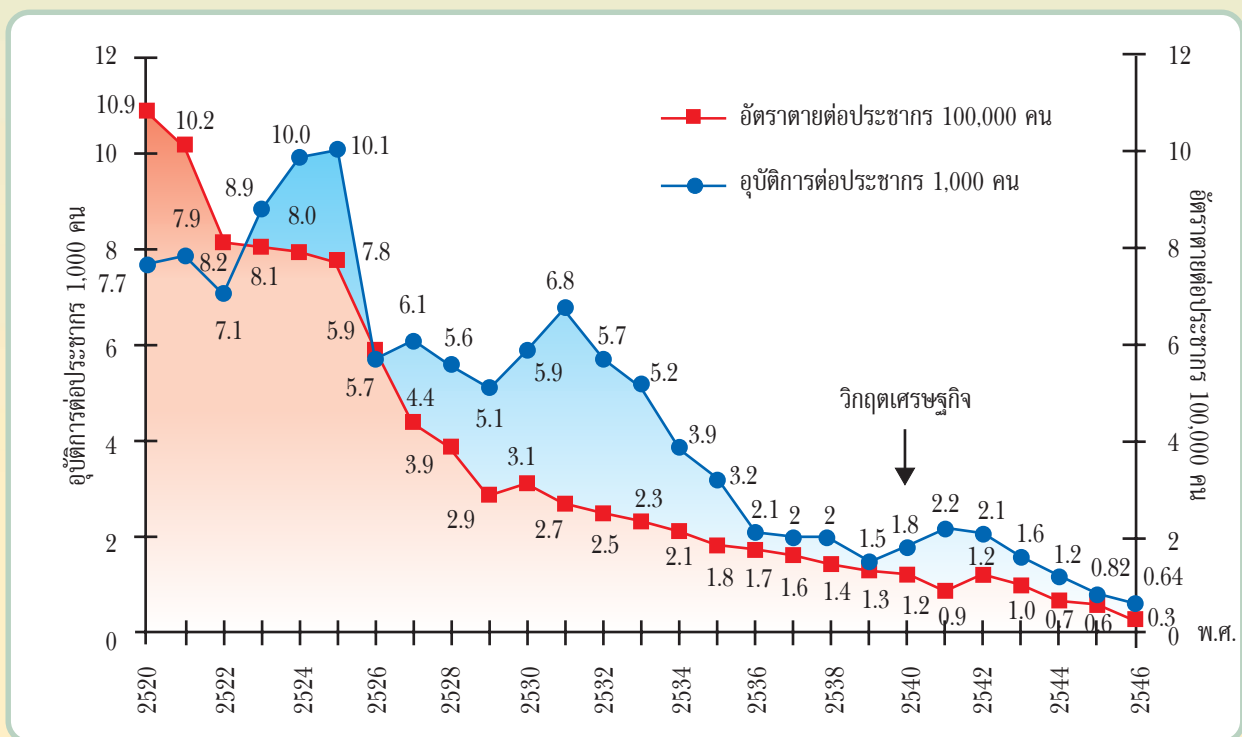
ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

⁷กรมควบคุมโรคติดต่อ. โครงการประเมินผลงานควบคุมโรคหนอนพยาธิของประเทศไทย เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 พ.ศ. 2544, กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544

3.2.6 ไข้มาลาเรีย

ปัจจุบันประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการควบคุมไข้มาลาเรียระดับหนึ่ง ทำให้อุบัติการณ์และอัตราการตายลดลง (ภาพที่ 5.16) แต่ก็ยังพบปัญหาในบางพื้นที่โดยเฉพาะบริเวณจังหวัดชายแดนไทย-พม่า และไทย-กัมพูชา รวมทั้งปัญหาเชื้อโรคดื้อยา อนึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าในช่วงปี 2540 - 2542 อุบัติการณ์ของไข้มาลาเรียมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย แต่อัตราตายไม่เพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์นี้คาดว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับการยกเลิกการใช้ดีดีที ตั้งแต่ปี 2538 ปรากฏการณ์ EI NiNo และการปรับโครงสร้างการดำเนินการควบคุมโรค โดยรวมหน่วยงานมาลาเรีย เป็นหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ซึ่งรวมถึงใช้เลือดออก เเทาซังและใช้สมองอักเสบด้วย ในระยะแรกจึงอาจมีปัญหายูบ่าง อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี 2543 อุบัติการณ์และอัตราการตายของไข้มาลาเรียมีแนวโน้มลดลง

ภาพที่ 5.16 อุบัติการณ์และอัตราการตายจากไข้มาลาเรีย ประเทศไทย ปี 2520 - ปี 2546

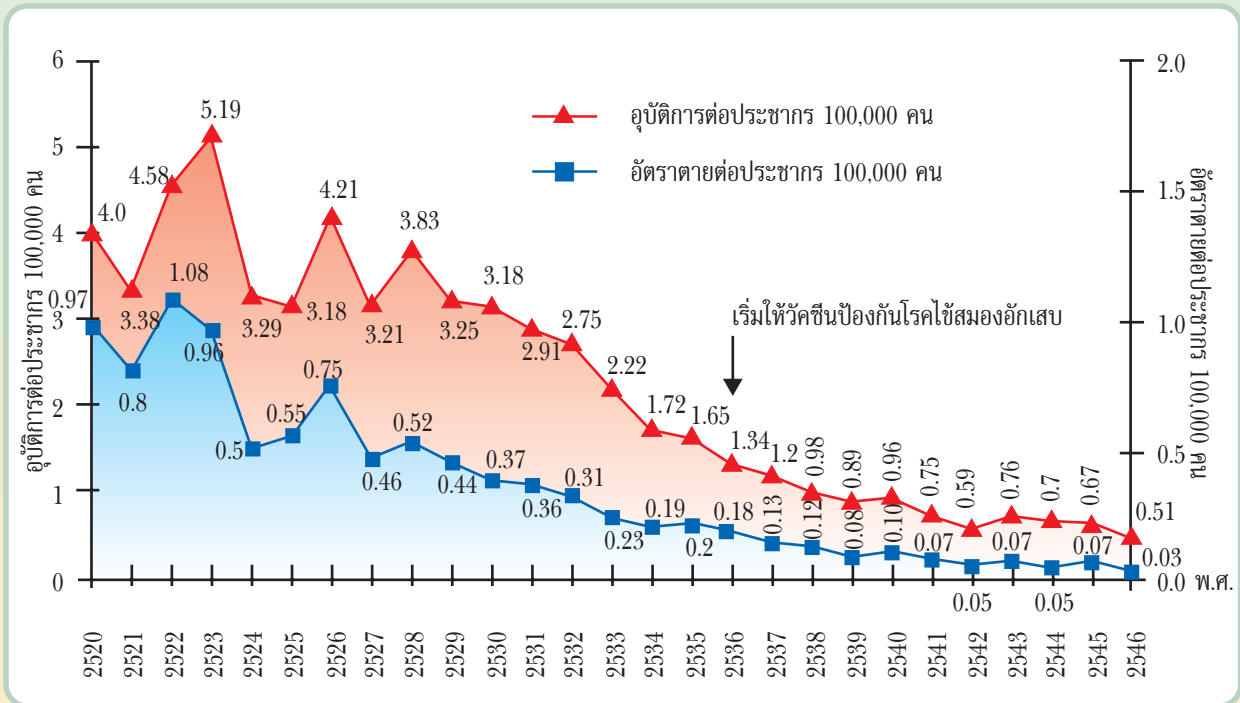


ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

3.2.7 ใช้สมองอักเสบ

ผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมและการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคใช้สมองอักเสบแก่เด็กในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้อุบัติการณ์และอัตราการตายมีแนวโน้มลดลงอย่างมาก (ภาพที่ 5.17) โดยใน พ.ศ. 2546 พบอุบัติการณ์ของโรคใช้สมองอักเสบ เท่ากับ 0.51 ต่อประชากร 100,000 คน และอัตราการตายเท่ากับ 0.03 ต่อประชากร 100,000 คน

ภาพที่ 5.17 อุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคใช้สมองอักเสบ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546



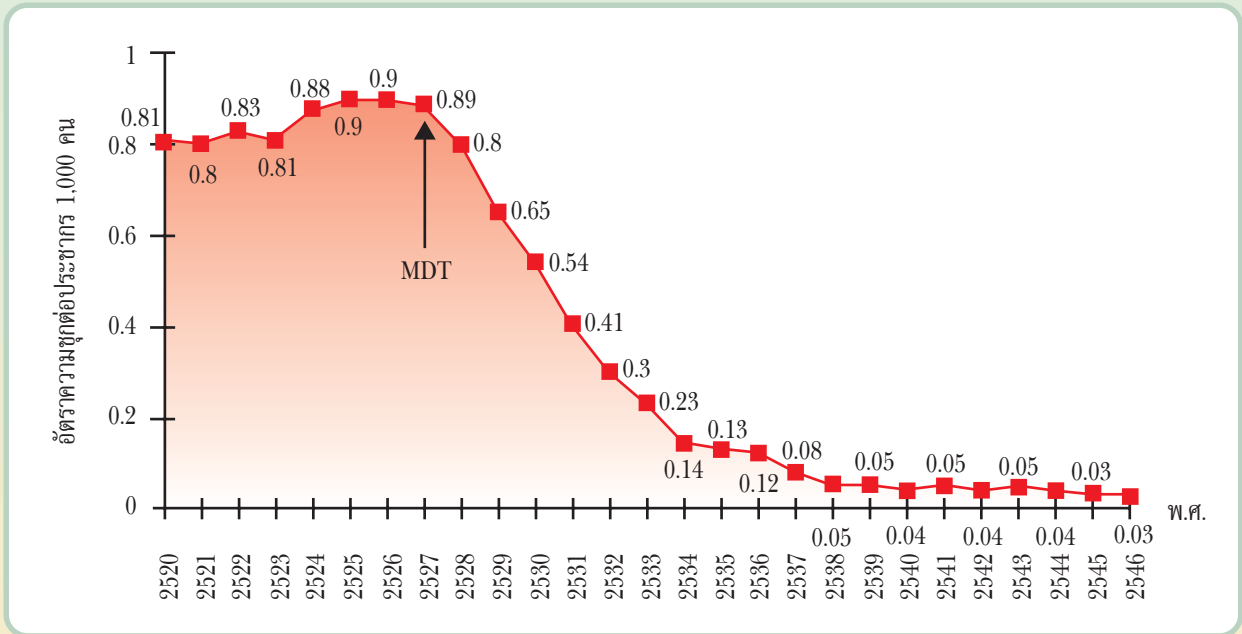
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.2.8 โรคเรื้อน

การควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยได้ดำเนินการมาเป็นเวลากว่า 40 ปี โดยเริ่มจากโครงการพระราชดำรินในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกและองค์กรภาคเอกชนต่างๆ จนทำให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อนเป็นอย่างดี กล่าวคือ เปรียบเทียบตั้งแต่เริ่มโครงการควบคุมโรคเรื้อนใน ปี 2498 ซึ่งมีอัตราความชุกของโรค 5 ต่อประชากร 1,000 คน กับปัจจุบัน ปี 2546 มีอัตราความชุกของโรคเหลือเพียง 0.03 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งอัตราความชุกของโรคลดลงถึง 100 เท่า (ภาพที่ 5.18) และถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขอีกต่อไป

ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนหนึ่งมาจากการนำวิธีการรักษาโรคเรื้อนระยะสั้น โดยใช้ยาผสมตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (MDT WHO Regimens) มาใช้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2527

ภาพที่ 5.18 อัตราความชุกของโรคเรื้อนต่อประชากร 1,000 คน ประเทศไทย ปี 2520 - ปี 2546

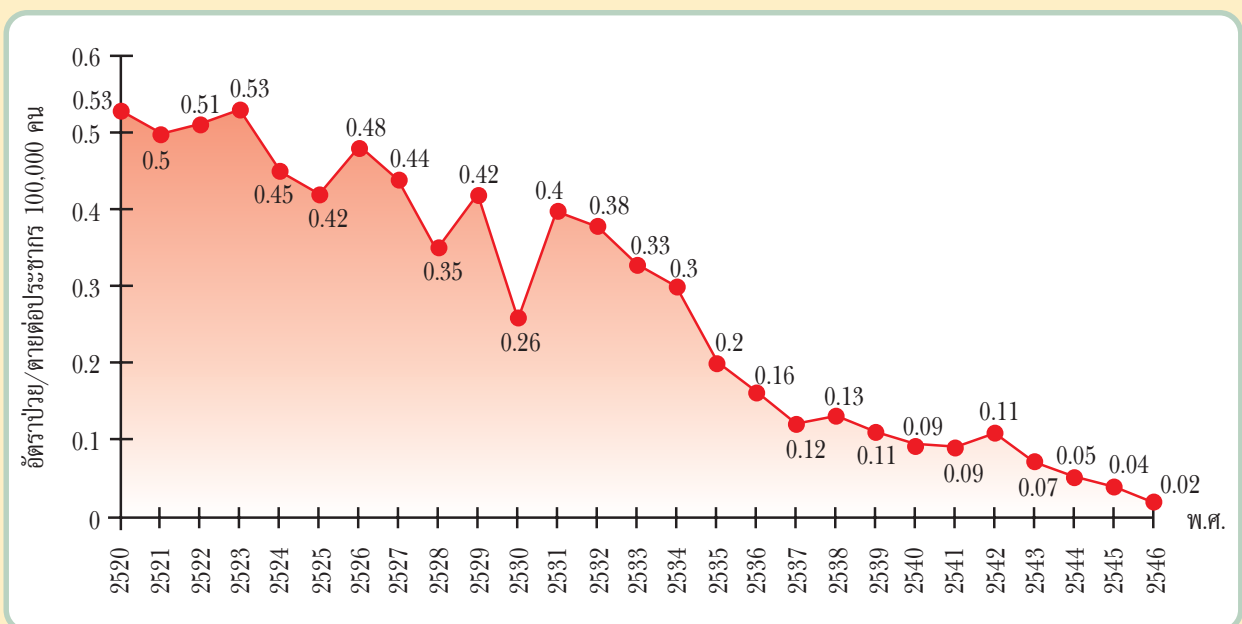


ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
MDT = Multiple Drug Therapy

3.2.9 โรคพิษสุนัขบ้า

จากผลการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ทำให้สามารถลดอัตราป่วย/ตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้าจาก 0.53 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2520 เป็น 0.02 ต่อประชากร 100,000 คนใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.19)

ภาพที่ 5.19 อัตราป่วย/ตายของโรคพิษสุนัขบ้าต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546

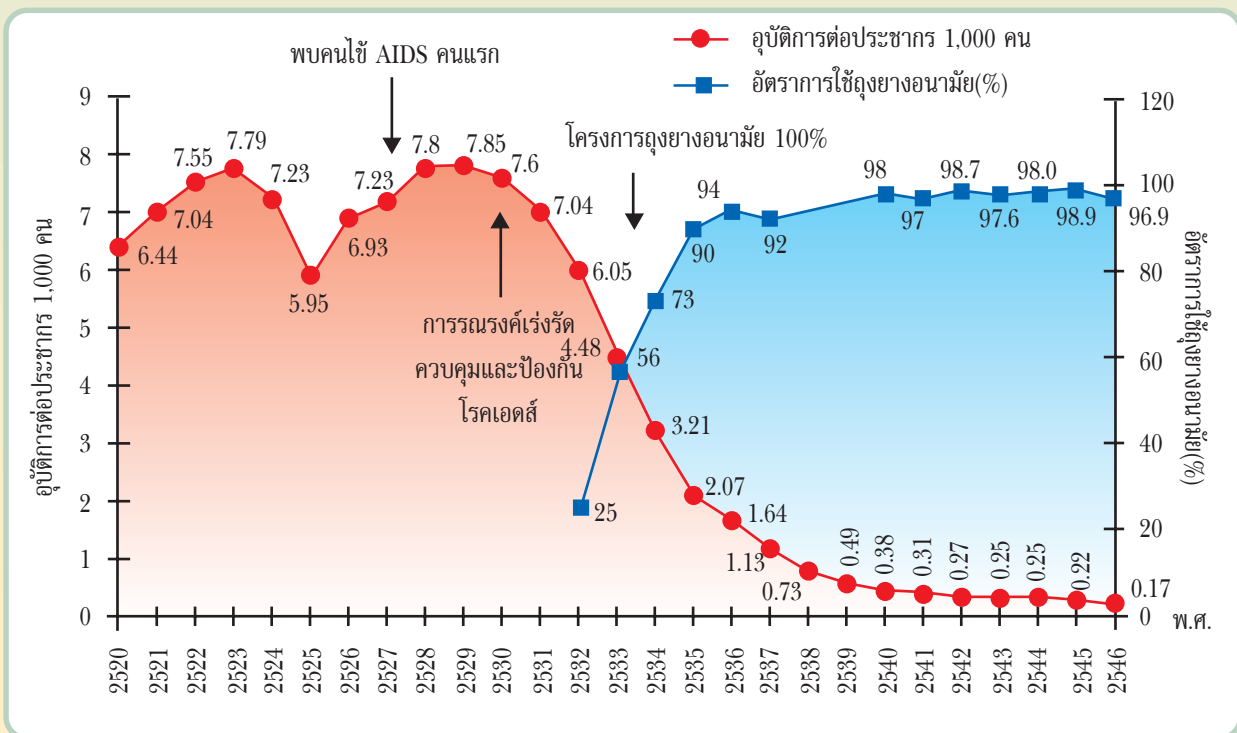


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.2.10 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI)

สถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) ในภาพรวมของประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546 มีแนวโน้มที่ดีโดยเฉพาะตั้งแต่หลัง พ.ศ.2529 อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลงจาก 7.85 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2529 เป็น 0.17 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.20) อันเป็นผลเนื่องมาจากการรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคเอดส์

ภาพที่ 5.20 อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อประชากร 1,000 คน และอัตราการใช้อย่างอนามัยในหญิงชายบริการทางเพศ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักโรคบาติวิทยาและกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง ซิฟิลิส หนองใน แผลริมอ่อน กามโรคต่อม้ำเหลืองและท่อน้ำเหลือง แผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบและหนองในเทียมทุกชนิดรวมกัน

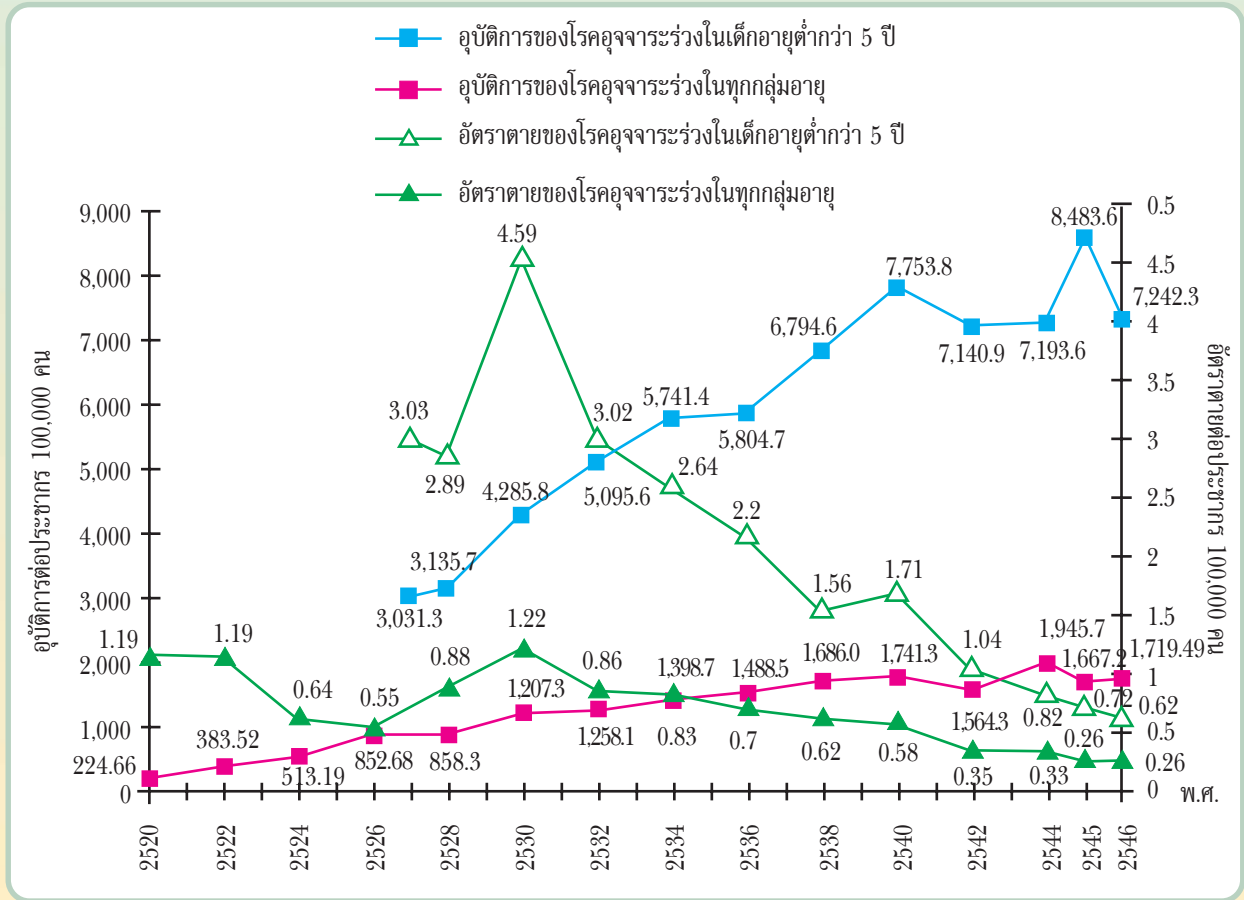
3.3 ปัญหาสาธารณสุข/สุขภาพบางอย่างที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก

3.3.1 โรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยมีอุบัติการณ์ที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่พบอุบัติการณ์สูงกว่าในผู้ใหญ่ (ภาพที่ 5.21) ซึ่งจากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยระดับจังหวัด พบว่า แนวโน้มการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กลดลงในระยะ 5 ปี จากอัตราการป่วย 6.0 ครั้ง/คน/ปี ใน พ.ศ. 2538 เป็น 3.6 ครั้ง/คน/ปี ใน พ.ศ. 2544⁸ แต่ก็ยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้เหลือไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี (ตารางที่ 5.11) อย่างไรก็ตามอัตราการตายด้วยโรคอุจจาระร่วงมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากบริการสุขภาพที่ดีขึ้นและครอบคลุมทั่วถึงรวมทั้งความสำเร็จของการรณรงค์การใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่และ ORT (Oral Rehydration Therapy)

⁸ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนระดับจังหวัด, 2546

ภาพที่ 5.21 อุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงและอัตราตายของโรคอุจจาระร่วงต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ตารางที่ 5.11 การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง (episode) ครั้ง/คน/ปี ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

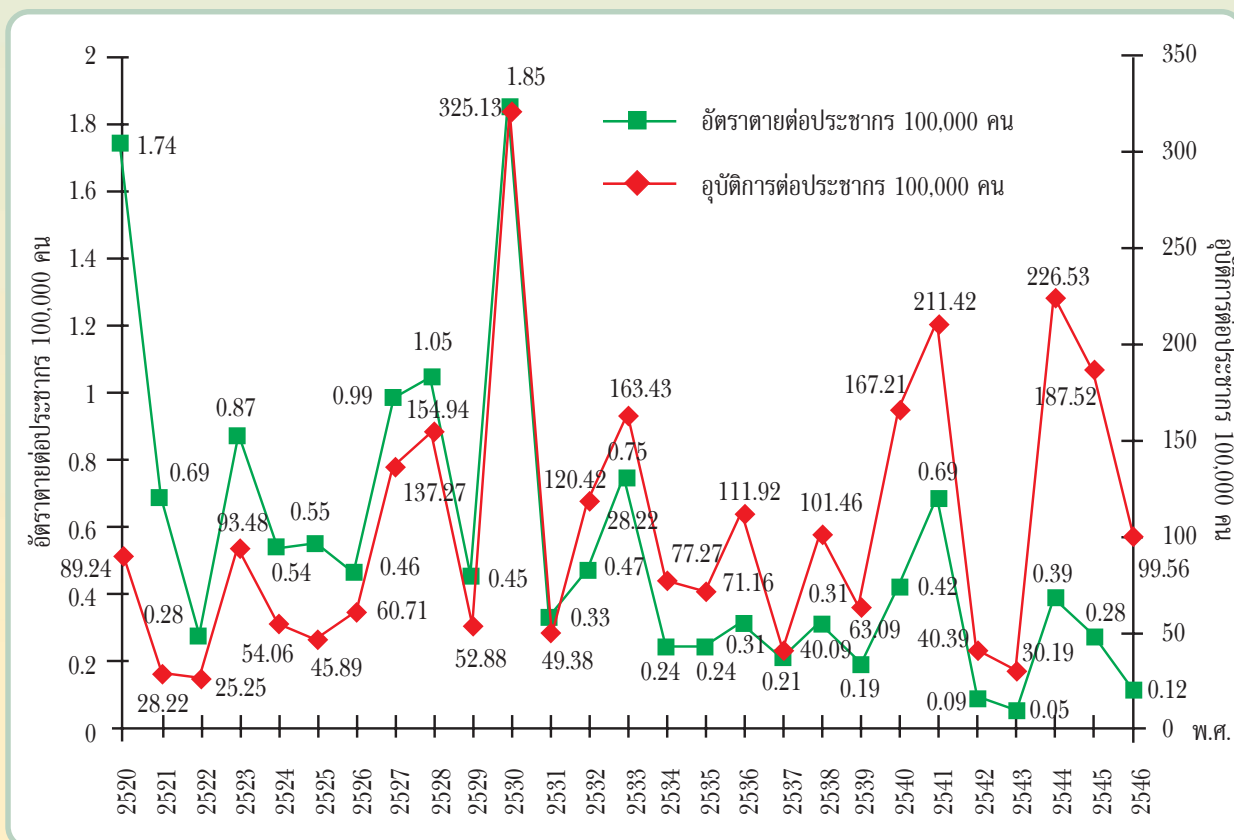
| | พ.ศ. 2538 | พ.ศ. 2539 | พ.ศ. 2544 | เป้าหมายแผนฯ 8 |
|--------------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| ในเขตเทศบาล | 4.9 | 3.1 | 3.4 | |
| นอกเขตเทศบาล | 5.2 | 3.4 | 3.9 | |
| รวม | 6.0 | 3.4 | 3.6 | ไม่เกิน 1 |

ที่มา: การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนระดับจังหวัด พ.ศ. 2538, 2539 และ 2544

3.3.2 ใช้เลือดออก

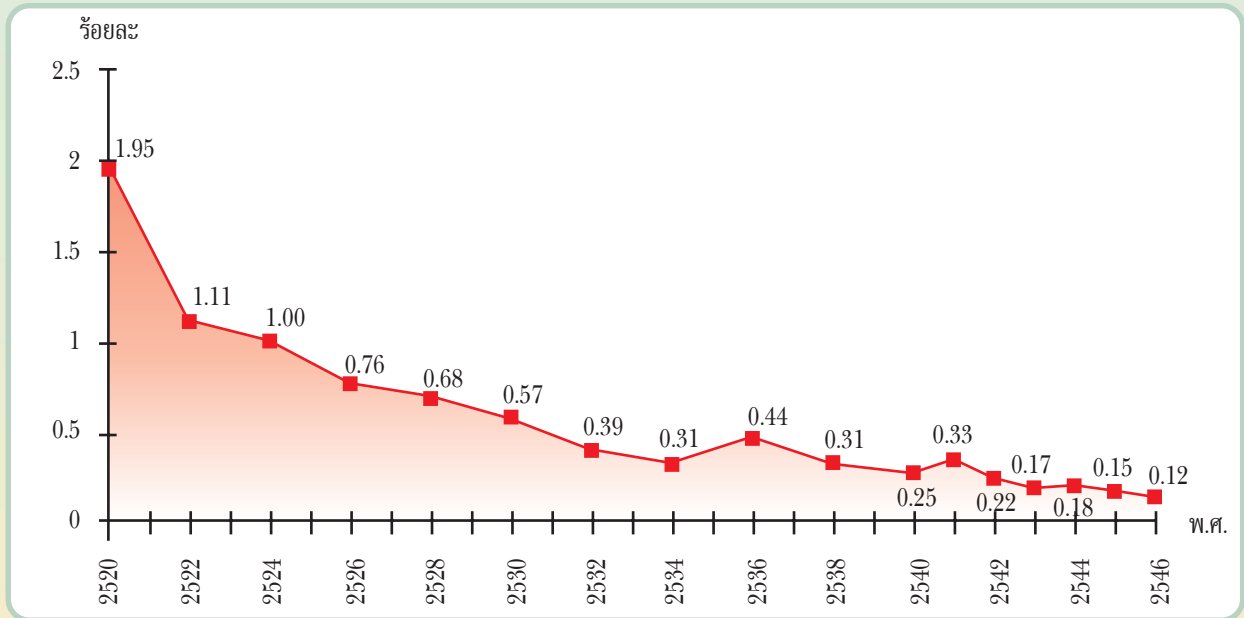
โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศตลอดระยะเวลากว่า 30 ปีที่ผ่านมา โดยยังไม่มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะช่วง พ.ศ. 2540, 2541 และ พ.ศ. 2544, 2545 กลับมีแนวโน้มสูงขึ้นด้วย ลักษณะคล้ายมีการระบาด 2 ปี เว้น 2 ปี อย่างไรก็ตามอัตราป่วยตาย พบว่า มีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 5.23)

ภาพที่ 5.22 อุบัติการณ์และอัตราการตายของไข้เลือดออกต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.23 อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546

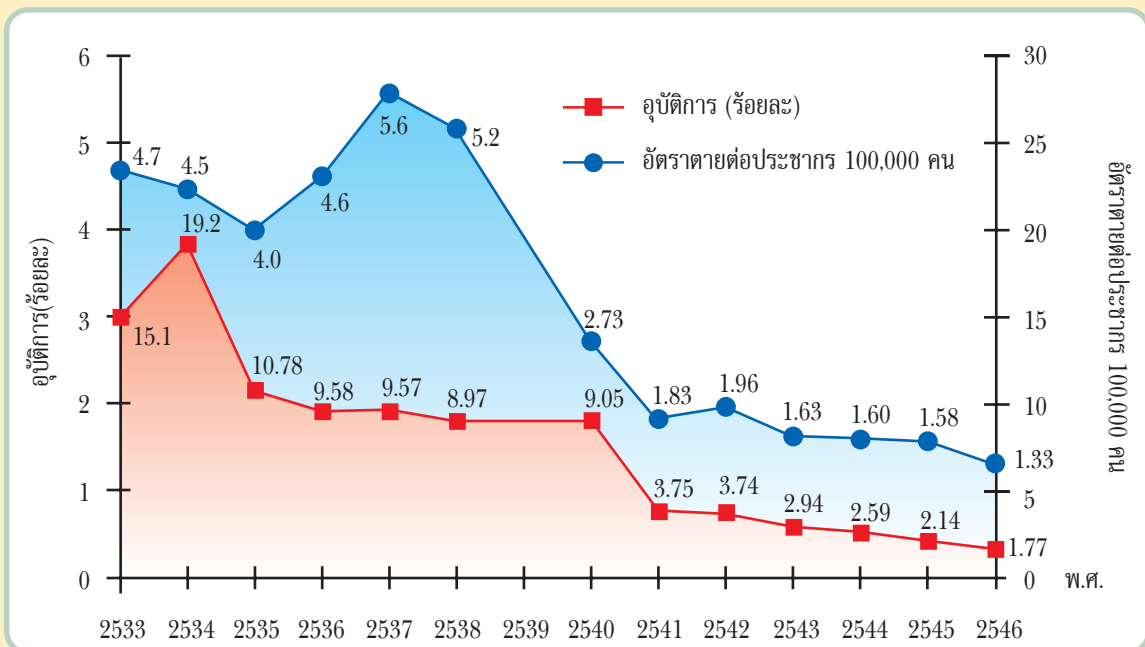


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.3.3 โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (ARI)

ปัจจุบันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในไทย โดยพบว่าโรคปอดบวมเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบอุบัติการณ์ของโรคปอดบวมในเด็กลดลงจากร้อยละ 5.2 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 1.33 ใน พ.ศ. 2546 รวมทั้งอัตราการตาย ก็พบว่าแนวโน้มลดลงจาก 15.1 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 1.77 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.24)

ภาพที่ 5.24 อุบัติการณ์ (ร้อยละ) และอัตราการตายของโรคปอดบวมต่อประชากร 100,000 คน ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2546



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

3.4 ปัญหาสาธารณสุข / สุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้น

3.4.1 โรคเอดส์

(1) สถานการณ์การติดเชื้อ HIV

จากรายงานการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ HIV ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มสำคัญ ดำเนินการในทุกจังหวัด ในช่วงเวลา 13 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2532-2546 พบสถานการณ์และแนวโน้ม ดังนี้

กลุ่มผู้บริจาคโลหิต (Donors) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 0.28 ใน พ.ศ. 2532 จนถึงสูงสุด ร้อยละ 0.81 ใน พ.ศ. 2535 แล้วค่อยๆ ลดลง จนถึงร้อยละ 0.27 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.25)

กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ (ANC) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 0.68 ใน พ.ศ. 2534 จนถึงสูงสุด ร้อยละ 2.29 ใน พ.ศ. 2538 แล้วค่อยๆ ลดลงจนถึงร้อยละ 1.23 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.25)

กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด (IVDU) มีความชุกประมาณร้อยละ 30-43 ตลอดช่วง พ.ศ. 2532-2540 และ เพิ่มขึ้นหลัง พ.ศ. 2540 จนเป็นความชุกร้อยละ 50.77 ใน พ.ศ. 2542 และกลับลดลงเหลือ 33.33 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.26)

กลุ่มชายที่มาตรวจภาวะโรค (STDs) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 2.50 ใน พ.ศ. 2533 จนถึงสูงสุดที่ ร้อยละ 8.50 ใน พ.ศ. 2537 แล้วทรงตัวอยู่ในช่วงร้อยละ 7-9 ใน พ.ศ. 2538-2542 จนกระทั่งลดลงเป็นร้อยละ 4.00 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.26)

หญิงโสเภณีตรง (Direct CSWs) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 3.47 ใน พ.ศ. 2532 จนถึงสูงสุดที่ ร้อยละ 33.15 ใน พ.ศ. 2537 แล้วลดลงเป็นร้อยละ 10.63 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.26)

หญิงโสเภณีแฝง (Indirect CSWs) ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.00 ใน พ.ศ. 2533 จนถึงสูงสุดที่ ร้อยละ 10.14 ใน พ.ศ. 2539 แล้วค่อยๆ ลดลงเป็นร้อยละ 3.88 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.26)

กลุ่มทหารเกณฑ์ ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.6 ใน พ.ศ. 2533 จนถึงสูงสุดที่ร้อยละ 4 ใน พ.ศ. 2536 แล้วลดลงเหลือร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.27)

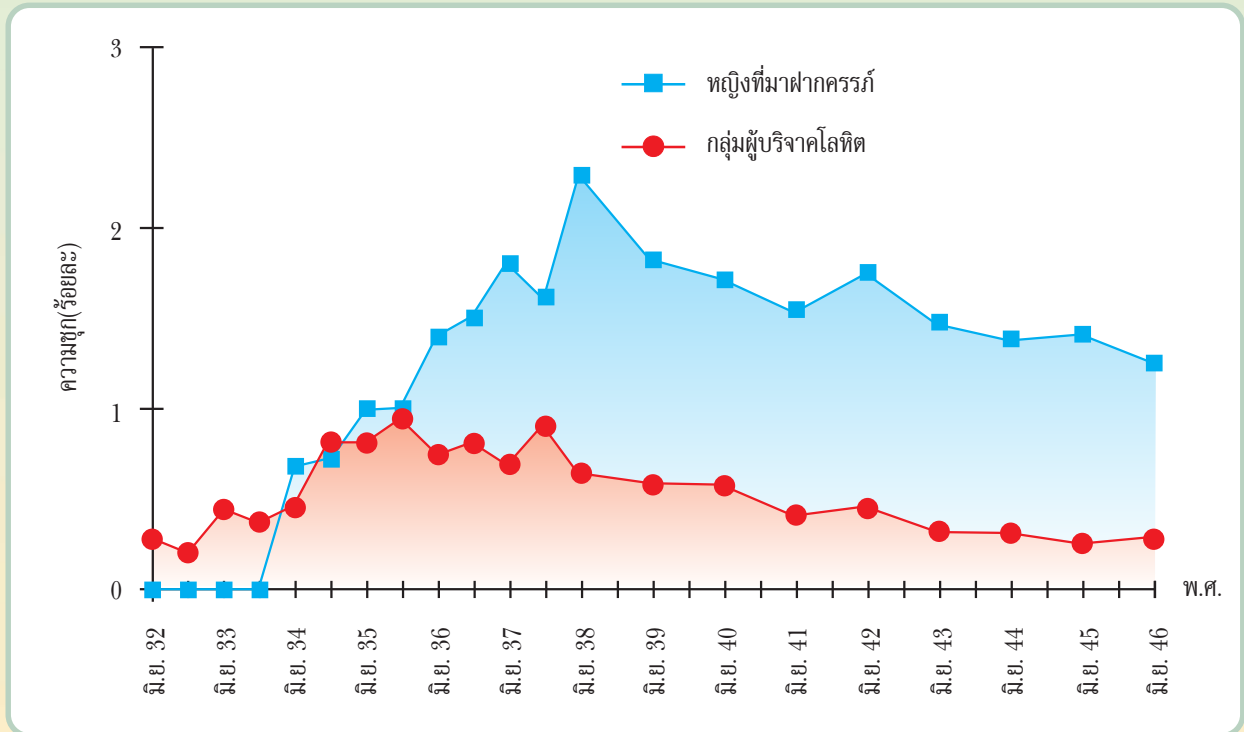
นอกจากนี้ จากการสำรวจกลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติด ภาคเหนือ พบว่า ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาแนวโน้มของผู้ติดเชื้อเอดส์ชายเขามีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.7 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 9.5 ใน พ.ศ. 2541 ขณะที่อัตราการติดเชื้อของคนไทยลดลงจากร้อยละ 27.1 เหลือร้อยละ 16.2 ในช่วงเวลาเดียวกัน ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากลักษณะของประชากร สังคมและพฤติกรรมกรมการเสพยาเสพติดแล้วจะเห็นได้ว่า การติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มชายเขามีได้มีสาเหตุจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันเพียงอย่างเดียว แต่อาจมีสาเหตุอื่น โดยเฉพาะการติดเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย⁹ (ภาพที่ 5.28)

จะเห็นได้ว่า การแพร่ระบาดของการติดเชื้อ HIV ในประเทศไทยเริ่มที่กลุ่มรักร่วมเพศ ในช่วง พ.ศ. 2529 - 2530 แล้วแพร่ขยายไปสู่กลุ่มเสพยาเสพติด กลุ่มหญิงบริการทางเพศ กลุ่มชายนักเที่ยว และแพร่ระบาดเข้าไปสู่ครอบครัวในที่สุด

อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการแพร่ระบาดในกลุ่มเสี่ยงที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ต่างเพศ (heterosexual) ลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2538-2539 ซึ่งน่าจะสัมพันธ์กับการรณรงค์ให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง และการรณรงค์ถุงยางอนามัย 100% ในหญิงบริการทางเพศ (ดูภาพที่ 5.20)

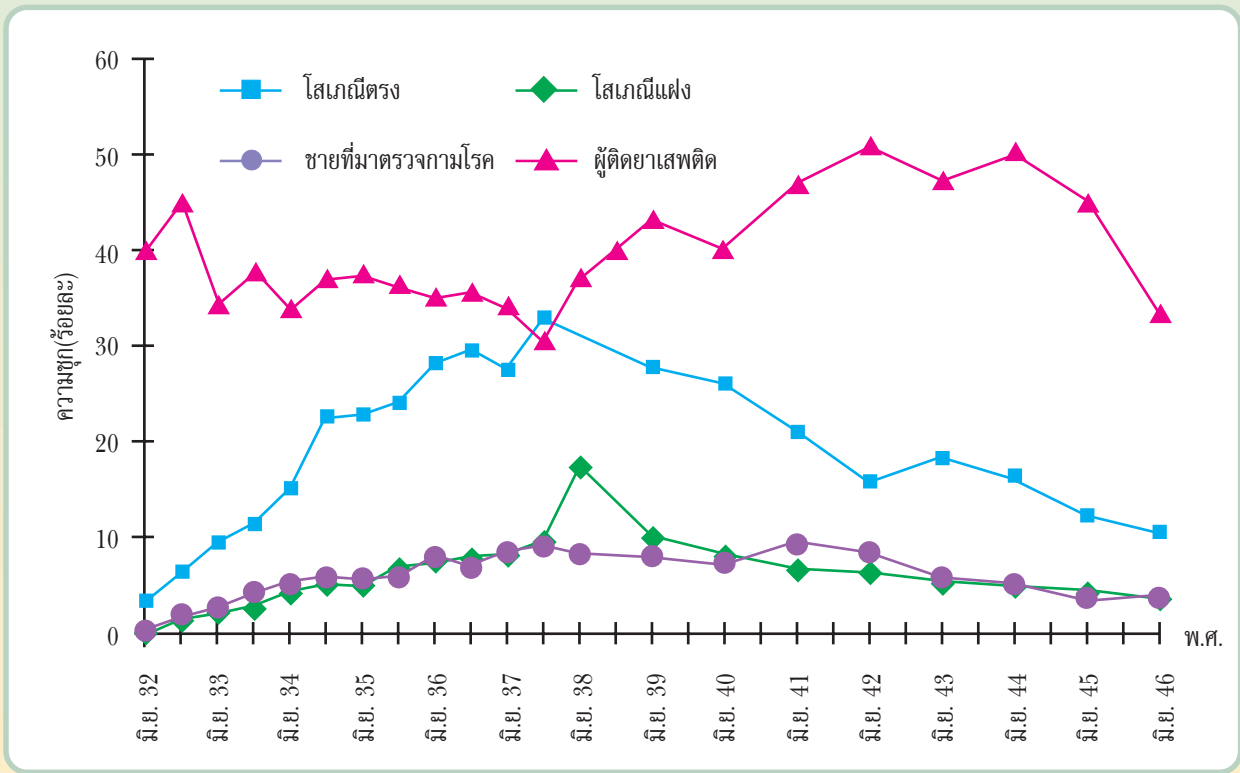
⁹ อุษณีย์ พึ่งปาน และละเอียด ธีระรัตน์. การติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติด ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติดภาคเหนือ 2532-2541, 2543

ภาพที่ 5.25 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตและหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.26 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอช ไอ วีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศโดยตรง หญิงขายบริการทางเพศโดยแฝง กลุ่มชายที่มารับตรวจเอดส์ และผู้ติดยาเสพติด ประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546

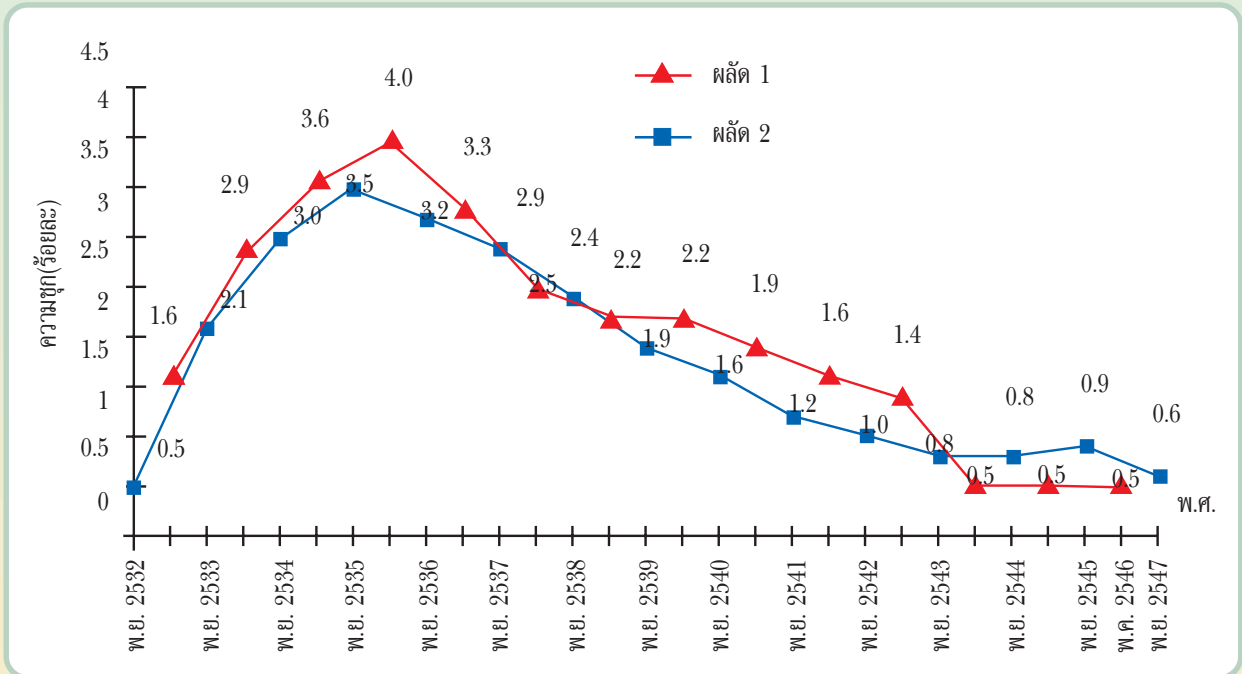


| กลุ่ม | ม.ย. 2532 | ม.ย. 2533 | ม.ย. 2534 | ม.ย. 2535 | ม.ย. 2536 | ม.ย. 2537 | ม.ย. 2538 | ม.ย. 2539 | ม.ย. 2540 | ม.ย. 2541 | ม.ย. 2542 | ม.ย. 2543 | ม.ย. 2544 | ม.ย. 2545 | ม.ย. 2546 |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 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 |
| 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 |
| ชายที่มารับตรวจเอดส์ | 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 |
| 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 |
| 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 |
| โลติทบริจาด | 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 |

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

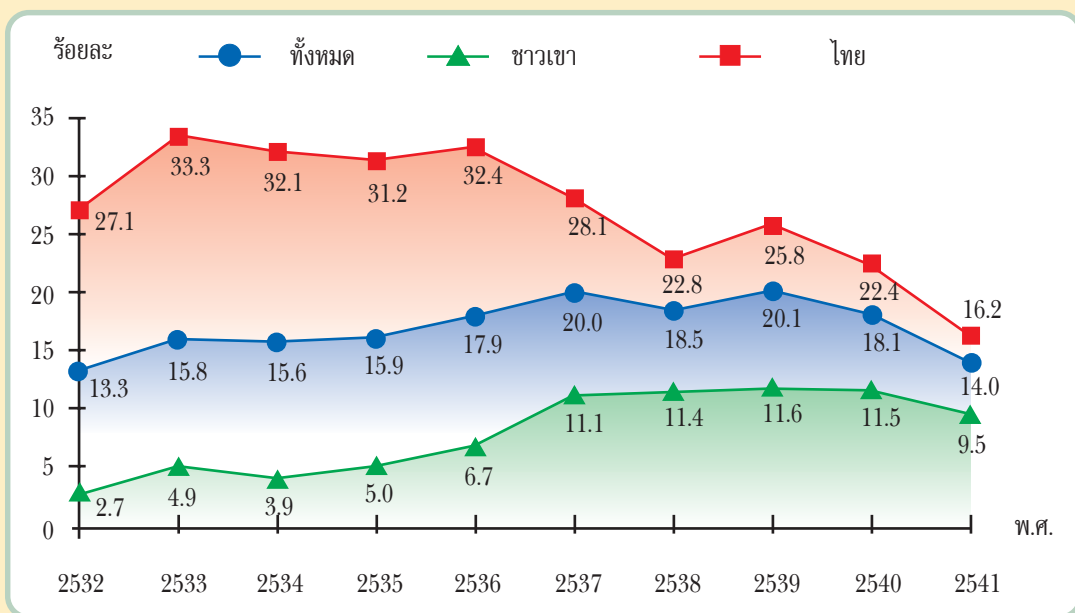
หมายเหตุ: ⁽¹⁾ เป็นข้อมูลของเดือนธันวาคม 2537

ภาพที่ 5.27 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในชายไทยที่เข้าเป็นทหารกองประจำการ พฤศจิกายน 2532 - พฤษภาคม 2546



ที่มา: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก
สถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า

ภาพที่ 5.28 อัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ของคนไทยและชาวเขาที่เสพยาเสพติดเข้ารับการรักษา ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติดภาคเหนือ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2541



ที่มา: ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติดภาคเหนือ กรมการแพทย์

(2) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์

จากรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึง พ.ศ. 2546 โดยแยกเป็นรายภาค พบว่า อัตรารายงาน ผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากรแสนคน สูงสุดอยู่ในภาคเหนือ และต่ำสุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาพที่ 5.29)

อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับรายงานยังคงต่ำกว่าความเป็นจริง คือมีการรายงานผู้ป่วยอยู่ที่ระดับ ร้อยละ 30-60 เท่านั้น¹⁰ และมีความล่าช้าของการรายงานประมาณ 3 เดือน

(3) การคาดประมาณผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ใช้วิธีประมาณการที่เรียกว่า Asian Epidemic Model (AEM) คาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2563 จำนวนรวมสะสมของคนไทย จะติดเชื้อเอดส์ 1,250,000 คน (ผู้ใหญ่ 1,180,000 คน เด็ก 70,000 คน) จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 1,100,000 คน ติดเชื้อเอดส์ และยังมีชีวิตอยู่ 157,000 คน โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มปีละ 8,000 คน เป็นเด็ก 500 คน มีผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เริ่มป่วยเป็นโรคเอดส์ 16,500 คน เป็นเด็ก 1,500 คน และมีผู้ที่ติดเชื้อเสียชีวิตปีละ 18,000 คน (ภาพที่ 5.30)

สำหรับใน พ.ศ. 2546 คาดการณ์ว่ามีผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมรวม 1,055,000 คน จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 450,000 คน ติดเชื้อและยังมีชีวิต 604,000 คน มีอุบัติการณ์รายที่ติดเชื้อใหม่ 21,000 คน เป็นเด็ก 3,500 คน ผู้ติดเชื้อที่เริ่มมีอาการเป็นเอดส์ 50,500 คน และมีผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต 52,000 คน (ตารางที่ 5.12)

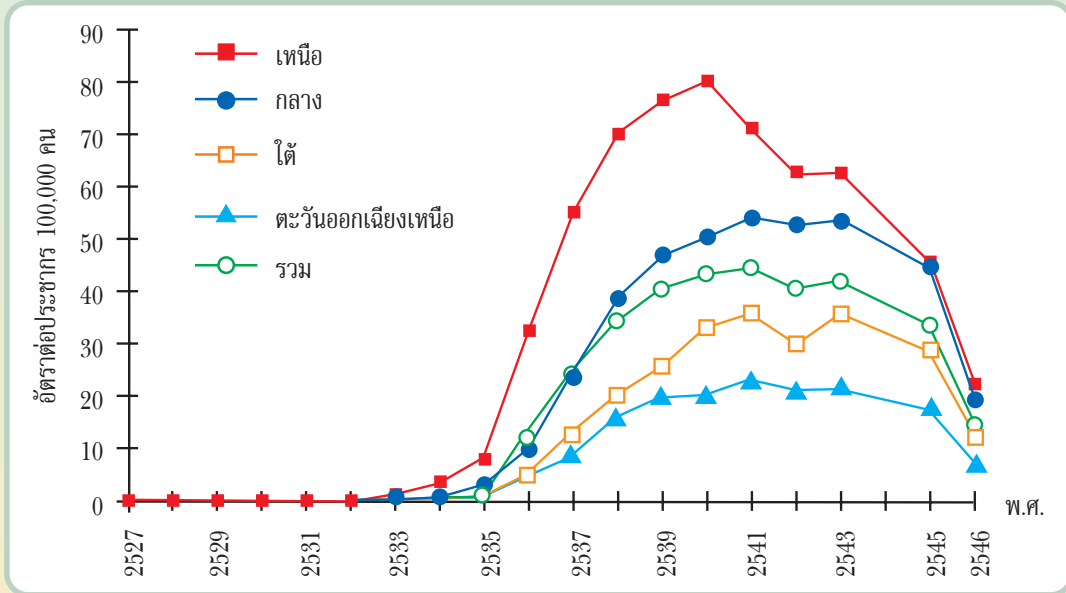
ตารางที่ 5.12 การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์, ผู้เสียชีวิตและป่วยจากโรคเอดส์ พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2563

| | 2546 | 2563 |
|----------------------------|-----------|-----------|
| ผู้ติดเชื้อสะสม | 1,055,000 | 1,250,000 |
| ผู้เสียชีวิตสะสม | 450,000 | 1,100,000 |
| ติดเชื้อและยังมีชีวิตอยู่ | 604,000 | 157,000 |
| อุบัติการณ์ (ติดเชื้อใหม่) | 21,000 | 8,000 |
| ติดเชื้อเริ่มมีอาการ | 50,500 | 16,500 |
| เสียชีวิต | 52,000 | 18,000 |

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

¹⁰ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, การประเมินความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยเอดส์, 2543

ภาพที่ 5.29 แนวโน้มอัตราการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน แยกตามภาคต่างๆ ประเทศไทย พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2546

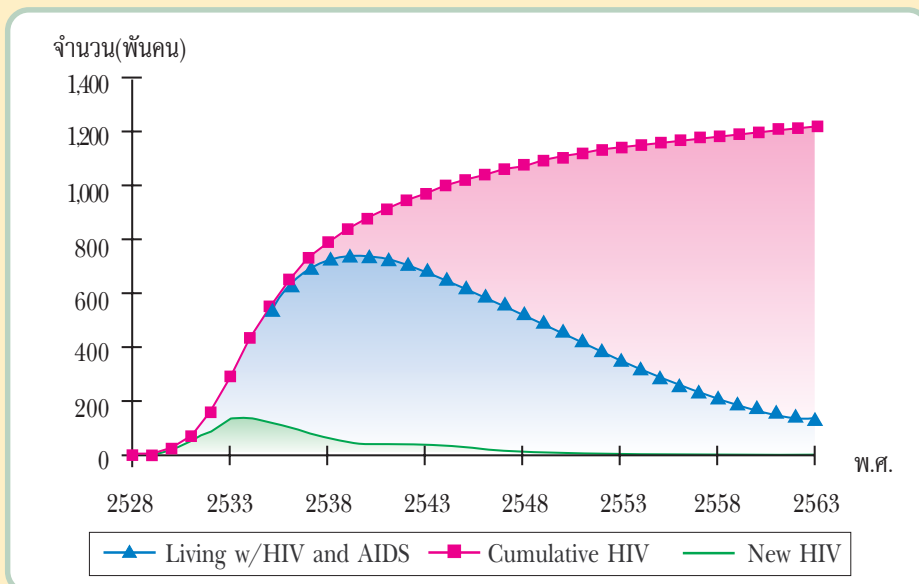


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

| ภาค | 2527 | 2529 | 2531 | 2533 | 2535 | 2537 | 2539 | 2541 | 2543 | 2545 | 2546 |
|--------------------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| เหนือ | - | - | 0.04 | 0.61 | 7.76 | 55.08 | 76.66 | 71.17 | 62.86 | 45.73 | 22.20 |
| กลาง | 0.01 | 0.01 | 0.03 | 0.40 | 2.85 | 23.97 | 47.15 | 54.22 | 53.65 | 44.83 | 19.60 |
| ใต้ | - | - | 0.01 | 0.07 | 1.35 | 12.46 | 25.81 | 36.06 | 35.98 | 29.15 | 12.12 |
| ตะวันออกเฉียงเหนือ | - | - | 0.01 | 0.11 | 1.14 | 8.82 | 20.15 | 23.27 | 21.74 | 18.16 | 6.96 |
| รวม | - | - | 0.02 | 0.30 | 3.06 | 23.49 | 40.89 | 44.66 | 42.06 | 33.71 | 14.75 |

หมายเหตุ: รายงานอยู่ที่ระดับ 30-60% ของความเป็นจริง

ภาพที่ 5.30 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีชีวิตในแต่ละปี จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม และจำนวนติดเชื้อใหม่ในแต่ละปี จากการคาดประมาณ ถึง ปี พ.ศ. 2563



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

3.4.2 กลุ่มโรคเรื้อรัง - หัวใจ เบาหวาน

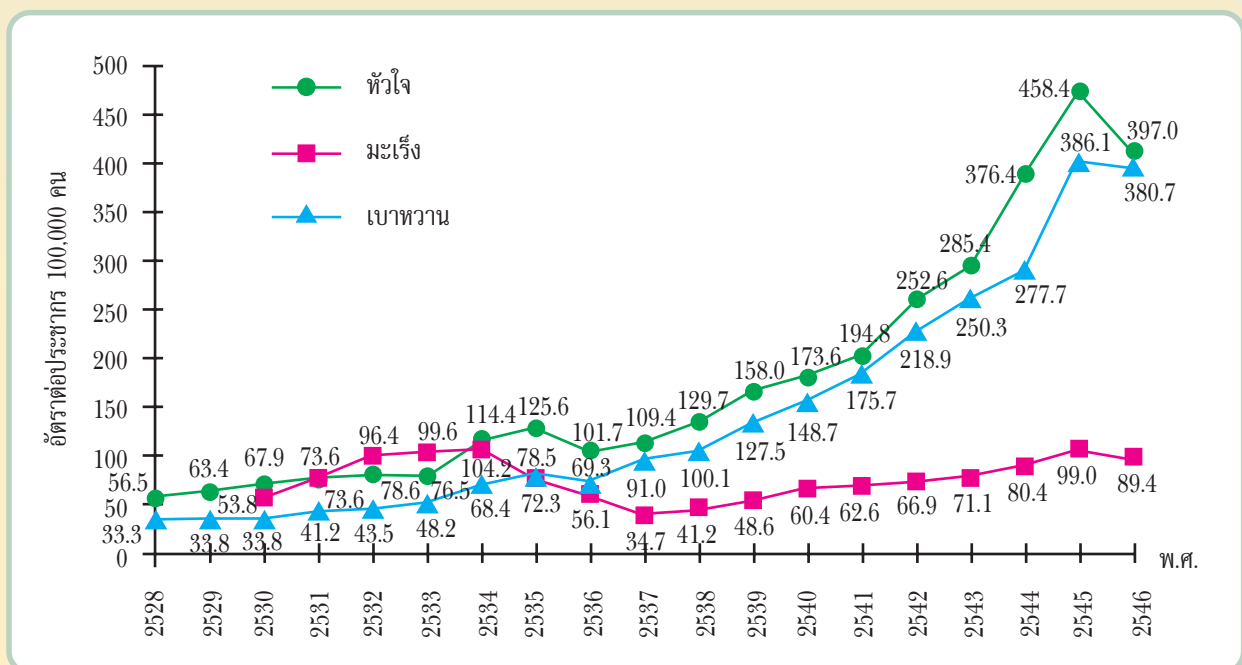
ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อ ที่เป็นอันดับต้นของสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนชาวไทย อันได้แก่ หัวใจ มะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ดังจะเห็นได้จากอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่พบดังนี้

- โรคหัวใจ มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 56.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 109.4 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 397.0 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546

- โรคมะเร็ง มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 34.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 89.4 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546

นอกจากนี้ โรคเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 33.3 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 91.0 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 380.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.31)

ภาพที่ 5.31 อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคหัวใจ โรคมะเร็งและโรคเบาหวาน พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2546

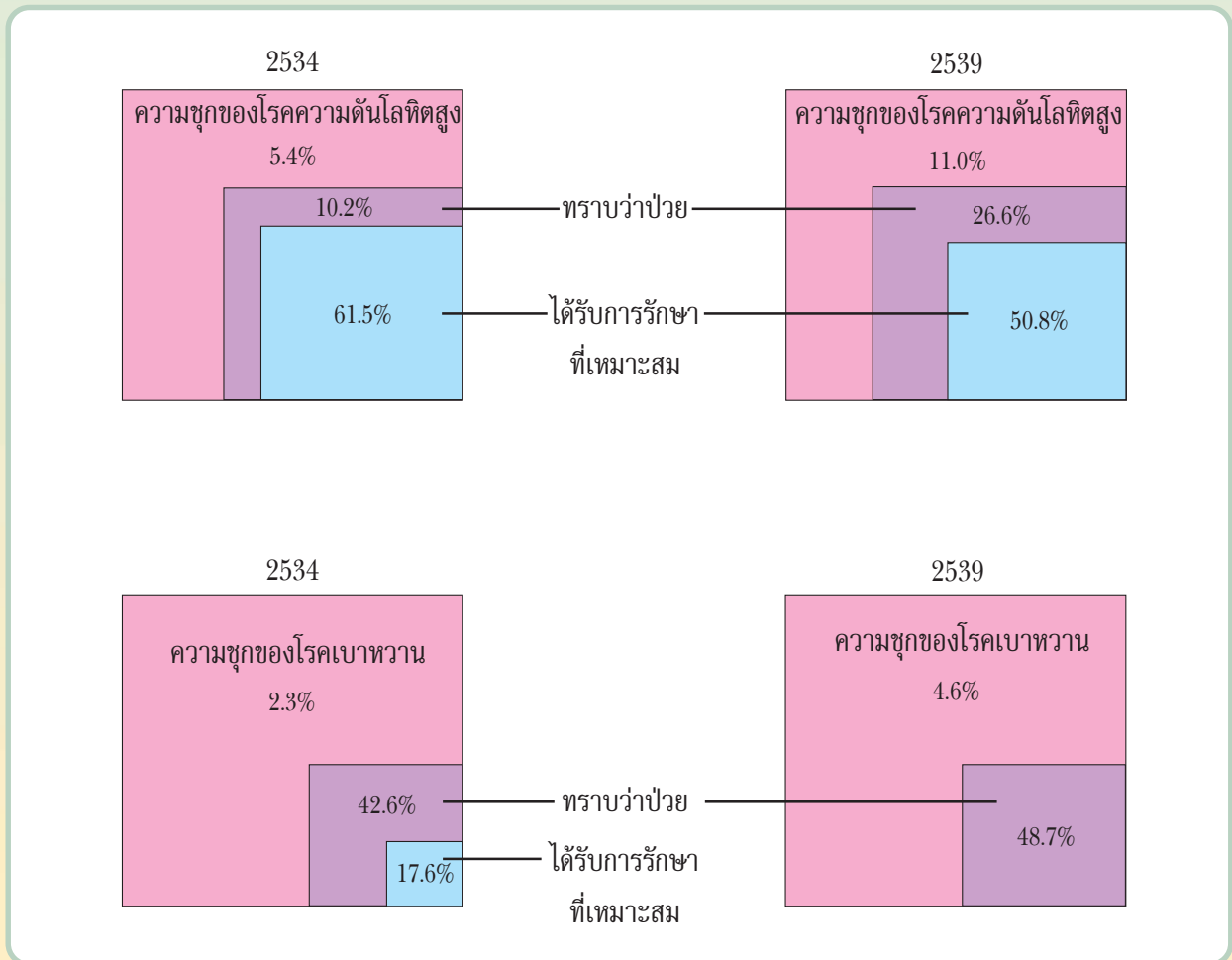


ที่มา: รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

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

นอกจากนี้จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ใน พ.ศ. 2539 พบว่า จากผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2 ล้านคน มีเพียงครึ่งหนึ่งที่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคเบาหวาน และน้อยกว่าครึ่งที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 ล้านคน มีเพียงหนึ่งในสี่ที่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีเพียงครึ่งหนึ่งของที่ทราบ ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (ภาพที่ 5.32)

ภาพที่ 5.32 ความชุกของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงและการรักษาที่เหมาะสมของประชากรไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2539



ที่มา: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2541

3.4.3 มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายที่ทำให้สตรีไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และนับวันสถานการณ์ของโรคจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.13) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มการเป็นมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (ภาพที่ 5.33) และเมื่อพิจารณาเฉพาะมะเร็งที่พบมากในสตรีใน 5 จังหวัด ในรายงานของศูนย์ทะเบียนมะเร็ง พบว่า อัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกพบสูงสุดในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนมะเร็งเต้านมพบสูงสุดที่กรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 5.14) เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุแล้วพบว่า สตรีที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี (ตารางที่ 5.15) เมื่อเปรียบเทียบโรคมะเร็งเต้านมระหว่างสตรีในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทย จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนมากเป็นเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 77) ในขณะที่ประเทศไทย พบเพียงร้อยละ 40-45 เท่านั้น (ตารางที่ 5.16 และ 5.17) นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีในประเทศไทยที่เป็นมะเร็ง ร้อยละ 80 เป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่โรคเป็นมากแล้ว (invasive)¹¹

จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยระดับจังหวัด ใน พ.ศ. 2544 พบว่า สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีเพียงร้อยละ 23.7 เท่านั้น

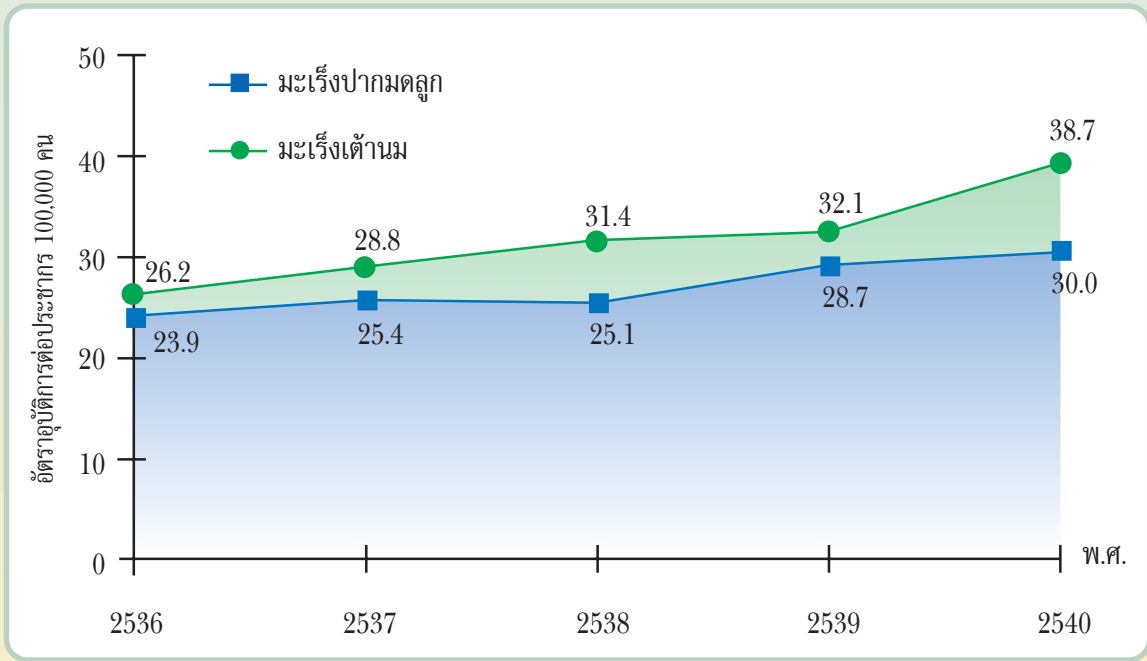
ตารางที่ 5.13 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่พบมากในสตรีไทย พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2542

| ลำดับ | ชนิด | อัตราอุบัติการณ์ต่อประชากร 100,000 คน | | | |
|-------|----------------|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | | พ.ศ. 2533 | พ.ศ. 2536 | พ.ศ. 2539 | พ.ศ. 2542 |
| 1 | มะเร็งปากมดลูก | 23.4 | 20.9 | 19.5 | 19.8 |
| 2 | มะเร็งเต้านม | 13.5 | 16.3 | 17.2 | 19.9 |
| 3 | มะเร็งตับ | 16.3 | 15.5 | 16.0 | 14.3 |
| 4 | มะเร็งปอด | 12.1 | 11.1 | 10.0 | 9.9 |
| 5 | มะเร็งรังไข่ | 4.5 | 4.7 | 5.2 | 6.2 |

ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

¹¹ ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์. Screening Mammography, ศูนย์ถันยรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช

ภาพที่ 5.33 อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในสตรีกรุงเทพมหานคร ระหว่าง พ.ศ. 2536-พ.ศ. 2540



ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5.14 ร้อยละของการพบมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ใน พ.ศ. 2536 และพ.ศ. 2538-2540 ในจังหวัดที่เป็นศูนย์ทะเบียนมะเร็ง

| จังหวัด | มะเร็งปากมดลูก | | มะเร็งเต้านม | | มะเร็งรังไข่ | |
|---------------|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | พ.ศ. 2536 | พ.ศ. 2538-40 | พ.ศ. 2536 | พ.ศ. 2538-40 | พ.ศ. 2536 | พ.ศ. 2538-40 |
| เชียงใหม่ | 25.7 | 25.6 | 15.2 | 17.6 | 6.0 | 4.7 |
| ลำปาง | 23.1 | 23.6 | 15.0 | 16.4 | 4.4 | 3.7 |
| ขอนแก่น | 18.0 | 15.0 | 8.6 | 11.6 | 4.5 | 5.6 |
| กรุงเทพมหานคร | 18.5 | 20.7 | 20.6 | 25.4 | 4.2 | 5.9 |
| สงขลา | 15.8 | 16.1 | 11.5 | 12.1 | 3.1 | 4.6 |

ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5.15 อัตราการเกิดโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีกลุ่มอายุ 15-59 ปีต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2542 จำแนกตามอวัยวะที่เกิดและกลุ่มอายุ

| อวัยวะที่เกิด | กลุ่มอายุ (ปี) | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75+ |
| เต้านม | | | | | | | | | | | | | |
| - พ.ศ. 2539 | 0.1 | 0.5 | 3.1 | 10.5 | 23.1 | 39.9 | 54.2 | 48.8 | 49.8 | 48.4 | 44.9 | 41.2 | 36.5 |
| - พ.ศ. 2542 | 0.1 | 0.7 | 3.9 | 15.2 | 25.5 | 43.0 | 57.6 | 57.0 | 57.1 | 62.8 | 53.1 | 46.1 | 46.5 |
| ปากมดลูก | | | | | | | | | | | | | |
| - พ.ศ. 2539 | 0.4 | 1.0 | 3.6 | 11.4 | 24.4 | 40.5 | 51.0 | 56.6 | 63.0 | 64.8 | 56.1 | 53.8 | 39.1 |
| - พ.ศ. 2542 | 0.0 | 1.1 | 4.2 | 11.9 | 26.2 | 41.1 | 48.2 | 56.8 | 65.0 | 68.0 | 51.3 | 56.5 | 45.2 |
| คอมดลูก | | | | | | | | | | | | | |
| - พ.ศ. 2539 | 0.0 | 0.1 | 0.2 | 0.7 | 1.5 | 3.8 | 7.2 | 11.7 | 11.6 | 11.4 | 10.5 | 10.7 | 2.4 |
| - พ.ศ. 2542 | 0.0 | 0.1 | 0.4 | 0.9 | 2.0 | 4.9 | 6.9 | 11.0 | 15.6 | 13.9 | 14.4 | 9.3 | 3.9 |
| รังไข่ | | | | | | | | | | | | | |
| - พ.ศ. 2539 | 1.3 | 2.0 | 2.5 | 4.6 | 5.5 | 7.6 | 12.6 | 14.6 | 17.6 | 15.7 | 13.2 | 13.8 | 6.0 |
| - พ.ศ. 2542 | 1.9 | 2.0 | 2.2 | 4.8 | 7.7 | 8.9 | 15.5 | 14.6 | 20.4 | 22.0 | 15.5 | 12.8 | 11.3 |
| อวัยวะสืบพันธุ์อื่น | | | | | | | | | | | | | |
| - พ.ศ. 2539 | 0.0 | 0.0 | 0.2 | 0.2 | 0.6 | 0.5 | 1.4 | 1.2 | 2.2 | 3.3 | 5.6 | 4.2 | 6.4 |
| - พ.ศ. 2542 | 0.0 | 0.0 | 0.3 | 0.4 | 0.7 | 0.3 | 1.5 | 2.2 | 2.0 | 3.3 | 4.4 | 2.5 | 7.6 |

ที่มา: Cancer in Thailand, 1999-2000.

ตารางที่ 5.16 การประมาณการผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในสตรีสหรัฐอเมริกา จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2540

| อายุ | ประมาณการ | ร้อยละ |
|------------|----------------|--------------|
| < 30 | 600 | 0.3 |
| 30-39 | 8,600 | 4.8 |
| 40-49 | 32,600 | 18.1 |
| 50-59 | 33,000 | 18.3 |
| 60-69 | 36,600 | 20.3 |
| 70-79 | 43,500 | 24.2 |
| 80+ | 25,300 | 14.0 |
| รวม | 180,200 | 100.0 |

ที่มา: American Cancer Society, Surveillance Research, 1997.

ตารางที่ 5.17 แสดงอายุผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของสตรีในประเทศไทย ปี 2526-ปี 2547

| | โรงพยาบาลศิริราชแพทยศาสตร์ 1,353 ราย (ปี 2526-2537) | | ศูนย์อภัยรักษ์ 5,994 ราย (ปี 2538-2547) | |
|-------------|---|------|---|------|
| < 40 | 311 | 23.0 | 996 | 16.6 |
| 40-49 | 437 | 32.3 | 2,487 | 41.5 |
| 50-59 | 353 | 26.1 | 1,721 | 28.7 |
| 60-69 | 162 | 12.0 | 597 | 10.0 |
| 70 ปีขึ้นไป | 90 | 6.6 | 193 | 3.2 |
| รวม | 1,353 | 100 | 5,994 | 100 |

ที่มา: ธรรมนูญ อังศุสิงห์. Screening Mammography, ศูนย์อภัยรักษ์

3.4.4 โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ

จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพที่สำคัญมีดังนี้

(1) โรคพิษจากการกำจัดศัตรูพืช

ข้อมูลของกรมอนามัย ในการตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกร ระหว่าง พ.ศ. 2535-2545 พบว่า มีผู้ได้รับพิษสารกำจัดศัตรูพืช ถึงขั้นมีระดับเอนไซม์ผิดปกติ ระหว่างร้อยละ 13-29 โดยที่ยังไม่มีแนวโน้มลดลง และอัตราป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชอยู่ระหว่าง 4-6 ต่อประชากร 100,000 คน (ตารางที่ 5.18)

การศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในโครงการประเมินความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพของเกษตรกรจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พ.ศ. 2547 ดำเนินการในพื้นที่ 5 จังหวัด พบเกษตรกรได้รับพิษสารกำจัดศัตรูพืชถึงขั้นมีระดับเอนไซม์ผิดปกติถึงร้อยละ 42.2

ตารางที่ 5.18 การตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกรและการป่วย การตายด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช พ.ศ. 2535-พ.ศ. 2545

| 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 |

ที่มา: ⁽¹⁾ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

⁽²⁾ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

(2) โรคจากการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรม

ผู้ใช้แรงงานมีอัตราการป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น โดยพิจารณาจากผู้เข้ารับการรักษาและขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.2 ใน พ.ศ. 2517 เป็นร้อยละ 4.5 ใน พ.ศ. 2539 และลดลงเป็นร้อยละ 3.0 ใน พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 4.10) ทั้งนี้มีสาเหตุที่สำคัญมาจากการขยายตัวของอุตสาหกรรมการผลิตและบริการ การนำเทคโนโลยีแบบใหม่มาใช้ ขาดการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานให้มีทักษะการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร

นอกจากนี้ มีการศึกษาที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงอันตรายของโรคที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพเฉพาะบางโรคเช่น

(2.1) โรคซิลิโคสิส (โรคปอดจากฝุ่นหิน) เป็นโรคปอดที่เกิดจากการทำงาน รายงานจากประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ก่อน พ.ศ. 2513 มีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยมากกว่า 1,000 รายต่อปี หลัง พ.ศ. 2539 มีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยน้อยกว่า 250 รายต่อปี สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ปัจจุบันมีสถานประกอบการที่เสี่ยงต่อโรคซิลิโคสิสทั้งประเทศประมาณ 7,845 แห่ง โดยมีประชากรกลุ่มเสี่ยงประมาณ 211,796 คน

จากการเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิสในประชากรกลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้องตามประเภทอุตสาหกรรมของกรมโรงงานอุตสาหกรรมและกรมทรัพยากรธรณีระหว่าง พ.ศ. 2538 -พ.ศ. 2541 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคซิลิโคสิสเพิ่มขึ้นจาก 16.9 ใน พ.ศ. 2538 เป็น 20.7 ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยง 1,000 คน ใน พ.ศ. 2541 โดยคาดว่าจะมีผู้มีอาการเข้าได้กับโรคซิลิโคสิสรายใหม่ทั้งหมดต่อจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซิลิโคสิส ใน พ.ศ. 2541 จำนวน 4,393 คน จากสถานการณ์ดังกล่าว ใน พ.ศ. 2543 กระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามความร่วมมือกับกรมทรัพยากรธรณี กระทรวงอุตสาหกรรม และกรมสวัสดิการ

และคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ดำเนินโครงการควบคุมป้องกันโรคซิลิโคสิส เป็นระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2553) และใน พ.ศ. 2545 ได้ดำเนินการตรวจสอบสุขภาพคนงานในสถานประกอบการทั่วประเทศ จำนวน 3,263 คน พบโรคซิลิโคสิสจากภาพถ่ายรังสีปอด จำนวน 30 คน หรือคิดเป็นอุบัติการณ์การเกิดโรคซิลิโคสิสเท่ากับ 9.19 ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยง 1,000 คน

(2.2) **โรคบิสสิโนสิส** (ฝุ่นฝ้าย) จากการศึกษาโดย กองอาชีวอนามัยร่วมกับนายแพทย์ประพาฬ วยงใจยุทธ และคณะ (พ.ศ. 2530) ทำการศึกษาในคนงานแผนกปั่นด้าย 229 คน ของโรงงานทอผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ พบอัตราชุกของโรครวม ร้อยละ 19.7 และพบว่า มีอัตราชุกของอาการและความผิดปกติของสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นในกลุ่มคนงานที่มีอายุงานมากขึ้น และจากการศึกษาของกองอาชีวอนามัยใน พ.ศ. 2545 ในโรงงานสิ่งทอ 43 แห่ง พบโรงงานที่มีฝุ่นเกินมาตรฐาน 4 แห่ง นอกจากนี้ ได้ทำการตรวจสอบสุขภาพคนงาน 5,282 คน พบผู้มีอาการผิดปกติ 86 คน และยังพบว่าคนงานมีการใช้อุปกรณ์ปกป้องระบบทางเดินหายใจตลอดระยะเวลาการทำงานเพียงร้อยละ 21.6 (1,140 คน จาก 5,282 คน) นอกจากนี้ จากการศึกษาสถานการณ์การสัมผัสฝุ่นฝ้ายของคนงานในอุตสาหกรรมสิ่งทอ ของ มาลี พงษ์โสภณ และคณะ ใน พ.ศ. 2545 โดยทำการเก็บตัวอย่างที่แผนกผสมล้าง ปั่น กรอและทอ ในโรงงาน 6 แห่ง พบว่า ทุกแผนกมีปริมาณฝุ่นเกินมาตรฐานความปลอดภัย 28 ตัวอย่าง จาก 87 ตัวอย่าง (ร้อยละ 32.18)

(2.3) **โรคพิษตะกั่ว** จากข้อมูลใน พ.ศ. 2536 ของกรมโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า มีคนงานที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีการใช้สารตะกั่วในกระบวนการผลิตประมาณ 558,839 คนในสถานประกอบการทั้งสิ้น 14,440 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งจากผลการดำเนินการเฝ้าระวังโรคพิษตะกั่วของกองอาชีวอนามัย ในสถานประกอบการ 16 ประเภท ในพื้นที่ 16 จังหวัด รวมสถานประกอบการ 56 แห่ง ในช่วง พ.ศ. 2533-2536 พบว่า สถานประกอบการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษตะกั่วสูงมาก คือ โรงงานแบตเตอรี่ โรงถลุงแร่ เหมืองตะกั่ว และโรงหลอมตะกั่ว พบคนงานที่มีระดับสารตะกั่วในเลือดผิดปกติ (เกิน 40 ไมโครกรัม/เดซิลิตร) มากกว่าร้อยละ 80 ของคนงานทั้งหมด และคนงานที่มีระดับตะกั่วในเลือดเกิน 60 ไมโครกรัม/เดซิลิตร มากกว่าร้อยละ 20 ของคนงานทั้งหมด สถานประกอบการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษตะกั่วสูงรองลงมาคือ โรงพิมพ์ ตู้ซ่อมรถ ตู้ต่อเรือ และโรงงานเครื่องประดับ ซึ่งพบคนงานที่มีระดับสารตะกั่วในเลือดเกิน 40 ไมโครกรัม/เดซิลิตร ประมาณร้อยละ 20-30 และพบคนงานที่มีระดับตะกั่วในเลือดเกิน 60 ไมโครกรัม/เดซิลิตร น้อยกว่าร้อยละ 5 ของคนงานทั้งหมด

อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2545 กองอาชีวอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินโครงการเฝ้าระวังพิษตะกั่วจากการทำงาน โดยทำการตรวจหาระดับสารตะกั่วในเลือดคนงาน จำนวน 3,876 คน พบคนงานที่มีระดับตะกั่วในเลือดผิดปกติ (เกิน 40 ไมโครกรัม/เดซิลิตร) 257 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 6.6 และคนงานที่มีระดับตะกั่วในเลือดเกิน 60 ไมโครกรัม/เดซิลิตร 73 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.9 ของคนงานทั้งหมด

(2.4) **ความเสี่ยงจากสารทำลายอินทรีย์** จากการศึกษาความเสี่ยงต่ออันตรายจากสารเคมี ของ ดร.นลินี ศรีพวง¹² ใน พ.ศ. 2542 โดยทำการเก็บข้อมูลจากคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมปิโตรเคมี อุตสาหกรรมการผลิตรถยนต์และอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ พบว่า คนงานมีความเสี่ยงในระดับสูงต่อการได้รับสารทำลายอินทรีย์ในกลุ่มอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน โดยพบว่าคนงานเพศหญิงมีระดับความเข้มข้นของสารเมตาโบไลต์ในปัสสาวะมากกว่าคนงานเพศชาย

นอกจากนี้ กองอาชีวอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาเรื่องการสัมผัสสารตัวทำลายอินทรีย์ (เบนซิน โทลูอีน ไซลีน) ของคนงานในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด 3 แห่ง พบคนงานบางส่วนที่ทำงานอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสารทำลายอินทรีย์ (สะสม Phenol เกินมาตรฐานร้อยละ 0.5 และระดับ Hippuric acid เกินมาตรฐานร้อยละ 1.4)

¹² นลินี ศรีพวง. การประเมินความเสี่ยงต่ออันตรายจากสารเคมีในงานเฝ้าระวังด้านอาชีวอนามัย : กรณีศึกษาสารทำลายอินทรีย์, 2542

(2.5) **โรคประสาทรูเลียม** กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย ได้ทำการศึกษาสมรรถภาพการได้ยินของคณงานที่สัมผัสเสียงดังขณะทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบคณงานมีความผิดปกติของระดับการได้ยินถึงร้อยละ 69.3 ใน พ.ศ. 2541¹³

3.4.5 โรคเกี่ยวกับอุบัติเหตุ

(1) อุบัติเหตุจลาจล

สถานการณ์อุบัติเหตุจลาจลในประเทศไทย สามารถจำแนกตามอุบัติเหตุการณ์เป็นช่วงเวลา 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 สำหรับผู้บาดเจ็บมีปริมาณระหว่าง 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 เป็นช่วงเศรษฐกิจฟื้นตัว มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นประมาณ 90,000 รายต่อปี โดยมีปริมาณการเสียชีวิต 13,000 รายต่อปี หรือมีอัตราตาย 21 ต่อประชากร 100,000 คน และปริมาณผู้บาดเจ็บมีประมาณ 70,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บ 110.8 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.34)

โดยพบว่า ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานมีอายุระหว่าง 15-34 ปี เป็นผู้ชายมากกว่าหญิงถึง 4-5 เท่า (ตารางที่ 5.20 และภาพที่ 5.35)

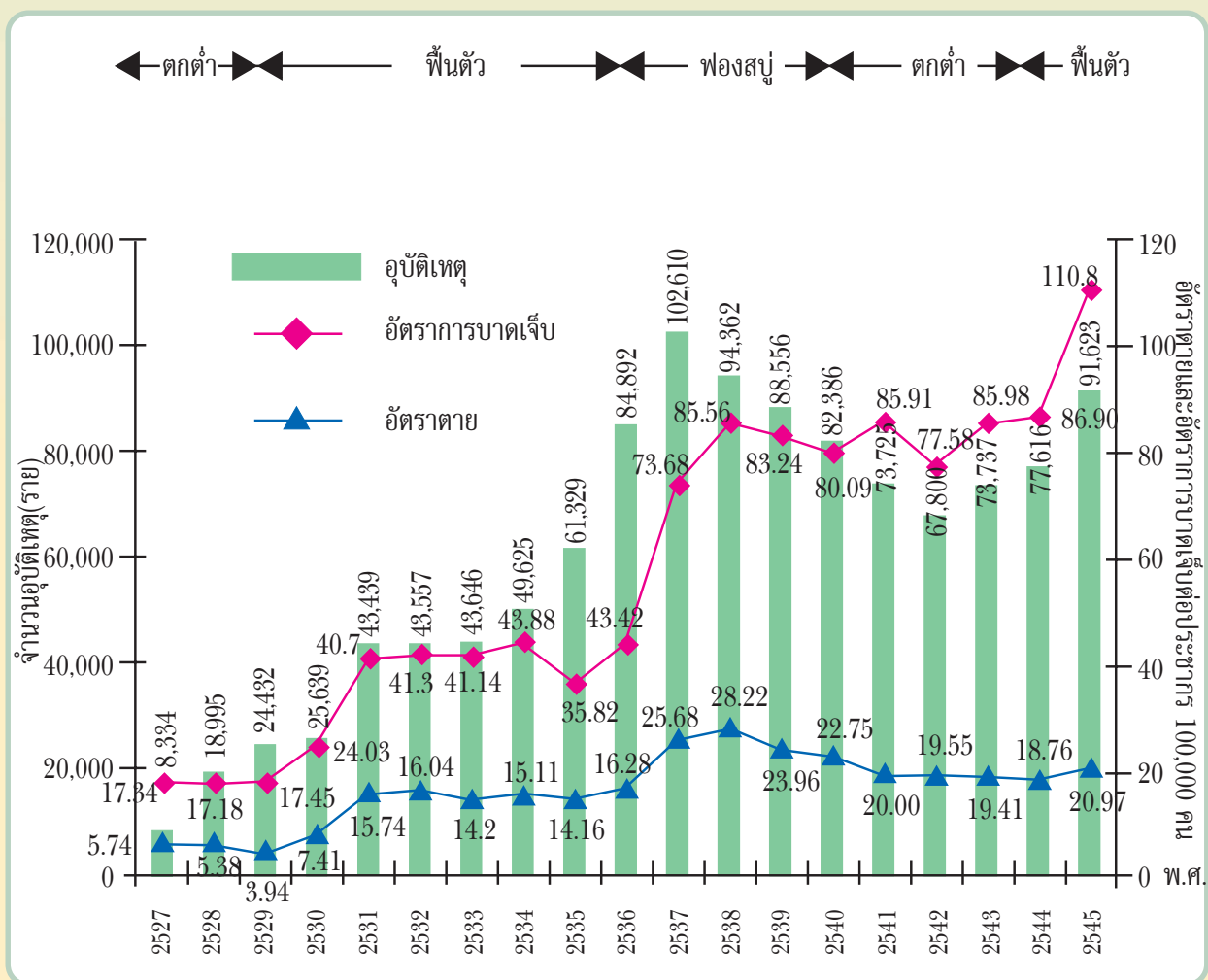
เป็นที่น่าสังเกตว่า ทั้งจำนวนอุบัติเหตุ ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจลาจลเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ อันเป็นผลมาจากการดำเนินนโยบายการกระตุ้นเศรษฐกิจระดับรากหญ้า โดยเฉพาะนโยบายการเงินที่ผ่อนคลาย (อัตราดอกเบี้ยต่ำ) และมาตรการภาษีเพื่อเพิ่มอำนาจซื้อของประชาชน ทำให้ประชาชนมีอำนาจในการใช้จ่ายซื้อสินค้าสูงขึ้น โดยเฉพาะยอดจำหน่ายรถยนต์โดยรวมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่หลังวิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมา เนื่องจากรถยนต์ได้กลายมาเป็นปัจจัยที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีพ แต่การเพิ่มขึ้นของจำนวนพาหนะดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาถึงความ

¹³ วิกรม เสงศ์สิริ. การเปรียบเทียบประสิทธิผลการตรวจสมรรถภาพการได้ยินระหว่างการหยุดสัมผัสเสียงดัง 16 ชั่วโมงกับการใช้ที่อุดหูตลอด 4 ชั่วโมงการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ปี 2541, 2542

สัมพันธ์ระหว่างจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับยอดการจำหน่ายรถยนต์ พบว่า การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของการจำหน่ายรถยนต์มีผลต่อจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในทางบวก ($r = 0.63$) (ตารางที่ 5.21)

จากสถานการณ์ดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความสูญเสีย “โดยตรง” ของทรัพย์สินอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุเป็นเงินประมาณ 1,494.9 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2545 (ตารางที่ 5.19) แต่แท้จริงแล้วยังมีความสูญเสียที่ยากจะประมาณค่าอีกมากทั้งในแง่ของชีวิต ภาวะค่ารักษาพยาบาล ความทุพพลภาพ ฯลฯ ซึ่งจากการศึกษามูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากอุบัติเหตุจากรถยนต์บนท้องถนนของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) พบว่า ใน พ.ศ. 2543 มีมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจถึง 115,337 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2.3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (4,923,263 ล้านบาท)¹⁴ (ตารางที่ 5.22)

ภาพที่ 5.34 อัตราตายและอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2527-พ.ศ. 2545



ที่มา: ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

¹⁴ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการจราจรและขนส่ง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. โครงการศึกษาวิเคราะห์สาเหตุอุบัติเหตุด้านการจราจรทางบก, 2545

ตารางที่ 5.19 จำนวนอุบัติเหตุ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนผู้บาดเจ็บและค่าประมาณทรัพย์สินเสียหาย พ.ศ. 2527- พ.ศ. 2545

| 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 |

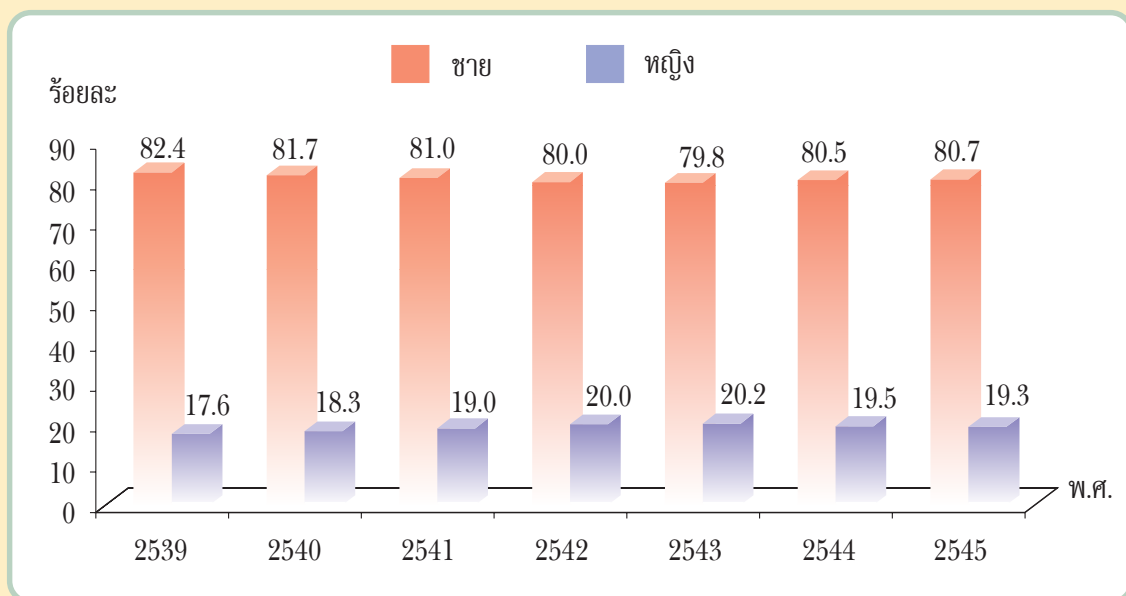
ที่มา: ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ตารางที่ 5.20 จำนวนและร้อยละของการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจากการขนส่ง จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2545

| กลุ่มอายุ (ปี) | พ.ศ. 2539 | | พ.ศ. 2540 | | พ.ศ. 2541 | | พ.ศ. 2542 | | พ.ศ. 2543 | | พ.ศ. 2544 | | พ.ศ. 2545 | |
|----------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
| | 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 |
| 5 - 9 | 389 | 2.3 | 227 | 1.8 | 146 | 1.8 | 261 | 2.2 | 287 | 2.2 | 256 | 2.0 | 214 | 1.6 |
| 10 - 14 | 599 | 3.6 | 392 | 3.0 | 237 | 3.0 | 300 | 2.6 | 387 | 2.9 | 356 | 2.7 | 428 | 3.2 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 45 - 49 | 870 | 5.2 | 750 | 5.8 | 488 | 6.1 | 785 | 6.8 | 884 | 6.7 | 912 | 7.0 | 903 | 6.7 |
| 50 - 54 | 594 | 3.6 | 484 | 3.7 | 329 | 4.1 | 561 | 4.8 | 638 | 4.8 | 650 | 5.0 | 697 | 5.2 |
| 55 - 59 | 546 | 3.3 | 468 | 3.6 | 320 | 4.0 | 444 | 3.8 | 507 | 3.8 | 463 | 3.6 | 488 | 3.6 |
| 60 - 64 | 421 | 2.5 | 371 | 2.9 | 287 | 3.6 | 392 | 3.4 | 448 | 3.4 | 450 | 3.5 | 408 | 3.0 |
| 65 - 69 | 304 | 1.8 | 209 | 1.6 | 205 | 2.6 | 283 | 2.4 | 352 | 2.7 | 341 | 2.6 | 355 | 2.7 |
| 70 - 74 | 162 | 1.0 | 157 | 1.2 | 115 | 1.5 | 168 | 1.4 | 241 | 1.8 | 204 | 1.6 | 222 | 1.7 |
| 75 - 79 | 112 | 0.6 | 67 | 0.5 | 66 | 0.8 | 83 | 0.7 | 135 | 1.0 | 124 | 1.0 | 139 | 1.0 |
| 80 - 84 | 39 | 0.2 | 37 | 0.3 | 22 | 0.3 | 56 | 0.5 | 59 | 0.5 | 65 | 0.5 | 56 | 0.4 |
| 85 ปีขึ้นไป | 26 | 0.1 | 21 | 0.1 | 10 | 0.1 | 26 | 0.2 | 46 | 0.3 | 60 | 0.5 | 39 | 0.3 |

ที่มา: สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ภาพที่ 5.35 อัตราตายด้วยอุบัติเหตุจากการขนส่ง จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2545



ที่มา: สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ตารางที่ 5.21 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนอุบัติเหตุกับยอดจำหน่ายรถยนต์โดยรวม พ.ศ. 2533-พ.ศ.2545

| พ.ศ. | จำนวนอุบัติเหตุ ⁽¹⁾ (ราย) | ยอดจำหน่าย ⁽²⁾ รถยนต์ทุกประเภท (คัน) | เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว |
|---------------------------|---|--|-----------------------|
| 2533 | 43,646 | 304,062 | +46% |
| 2534 | 48,625 | 268,560 | -11.7% |
| 2535 | 61,329 | 362,987 | +35.2% |
| 2536 | 84,892 | 456,461 | +25.8% |
| 2537 | 102,610 | 485,105 | +6.4% |
| 2538 | 94,362 | 571,580 | +17.7% |
| 2539 | 88,556 | 589,126 | +3.1% |
| 2540 | 82,386 | 363,156 | -38.4% |
| 2541 | 73,725 | 144,065 | -60.3% |
| 2542 | 67,800 | 218,330 | +51.5% |
| 2543 | 73,737 | 262,189 | +20.1% |
| 2544 | 77,616 | 289,000 | +10.2% |
| 2545 | 91,623 | 410,000 | +41.9% |
| ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ | | 0.630 | |

ที่มา: (1) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
(2) กรุงเทพธุรกิจ รวบรวมจากบริษัทโตโยต้า

ตารางที่ 5.22 มูลค่าความสูญเสียของเศรษฐกิจจากอุบัติเหตุจากรถยนต์ที่พัฒนาโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

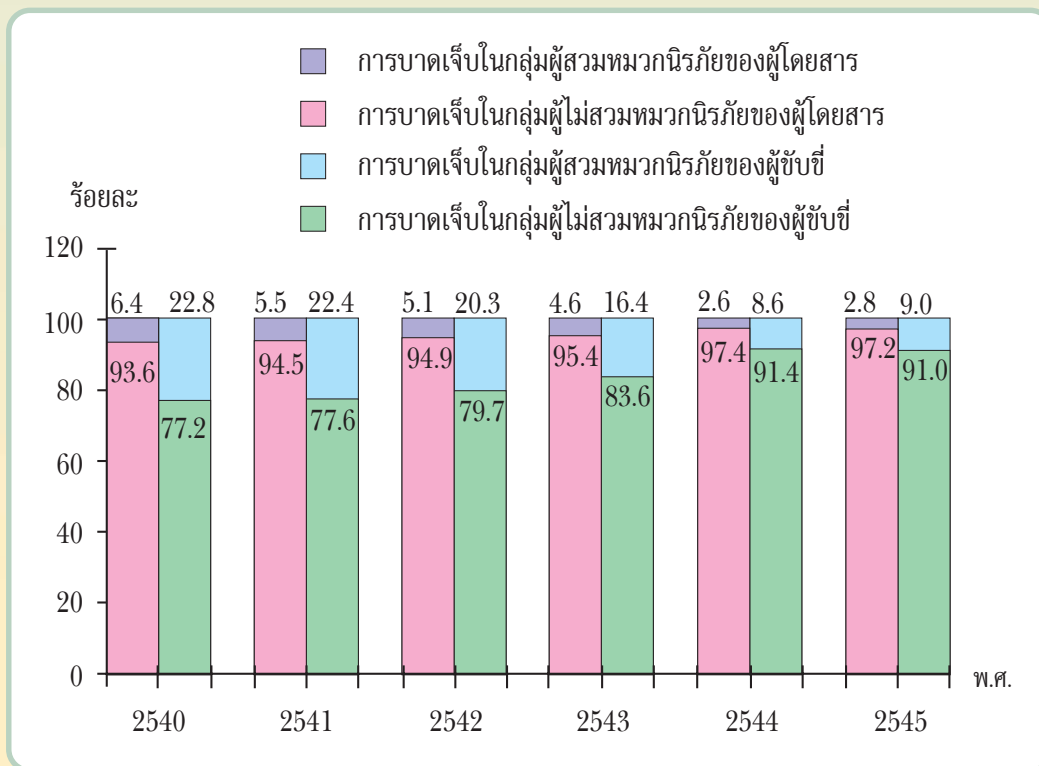
| พ.ศ. | มูลค่าผู้เสียชีวิต (ล้านบาท) | มูลค่าผู้บาดเจ็บ (ล้านบาท) | มูลค่าทรัพย์สินเสียหาย (ล้านบาท) | รวมทั้งหมด (ล้านบาท) |
|------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| 2541 | 79,766 | 38,409 | 1,380 | 119,555 |
| 2542 | 78,501 | 36,580 | 1,346 | 116,427 |
| 2543 | 78,162 | 35,933 | 1,242 | 115,337 |

ที่มา: โครงการวิเคราะห์สาเหตุของอุบัติเหตุด้านการจราจรทางบก, สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร

สำหรับประเภทรถที่เกิดอุบัติเหตุขึ้น พบว่า รถจักรยานยนต์ รถปิกอัพ/รถตู้ รถเก๋งส่วนบุคคล และจักรยาน/สามล้อถีบ ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและการตายสูงกว่ารถประเภทอื่นๆ แต่ถ้าพิจารณาถึงความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุแล้วจะเห็นได้ว่า ประเภทรถที่ทำให้ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงแก่ชีวิตมากที่สุดในระยะ 2 ปี (พ.ศ. 2544 - 2545) คือ รถเก๋งส่วนบุคคล รถปิกอัพ / รถตู้ และจักรยานยนต์ (ตารางที่ 5.23)

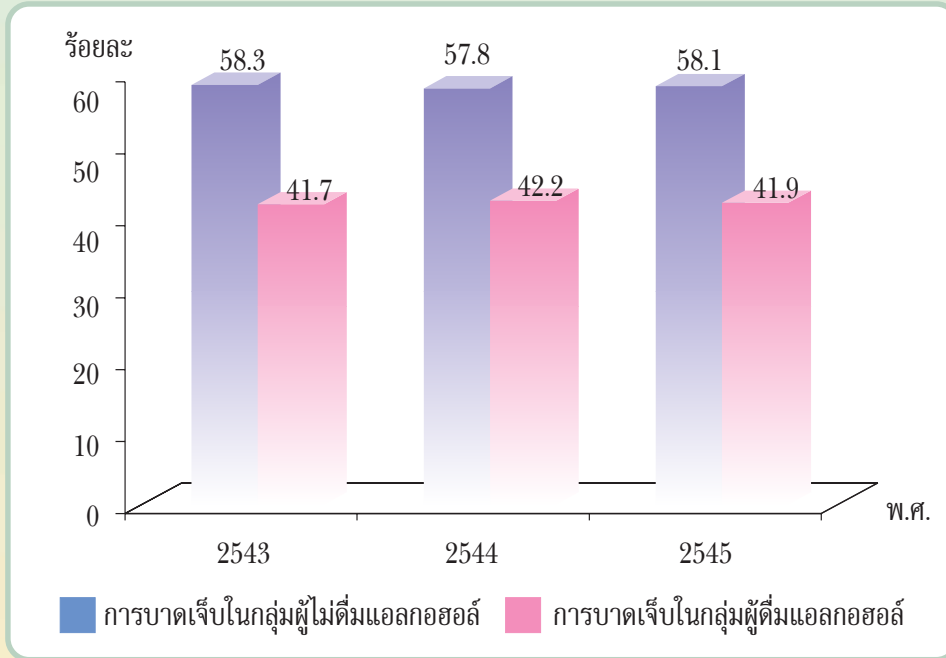
แม้ว่าได้มีการออกพระราชกฤษฎีกาหมวกนิรภัยในประเทศไทย โดยมีผลบังคับใช้ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2539 แล้วก็ตาม ซึ่งข้อมูลจากการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย พบว่า ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยมีอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรมากกว่าผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่สวมหมวกนิรภัยถึงร้อยละ 90 (ภาพที่ 5.36) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ขับขี่จักรยานยนต์ที่บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรเกือบครึ่งหนึ่งดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ (ภาพที่ 5.37)

ภาพที่ 5.36 อัตราการบาดเจ็บของผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ จำแนกตามการสวมหมวกนิรภัย พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย, สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.37 สัดส่วนของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรที่เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ จำแนกตามสภาพการใช้แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2545

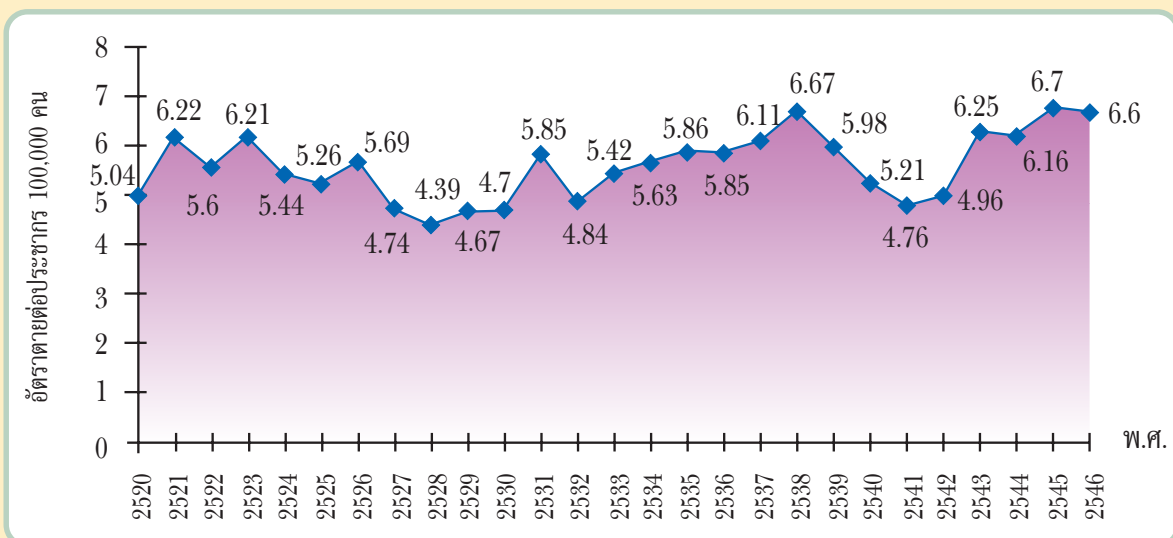


ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย, สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

(2) อุบัติเหตุทางน้ำ

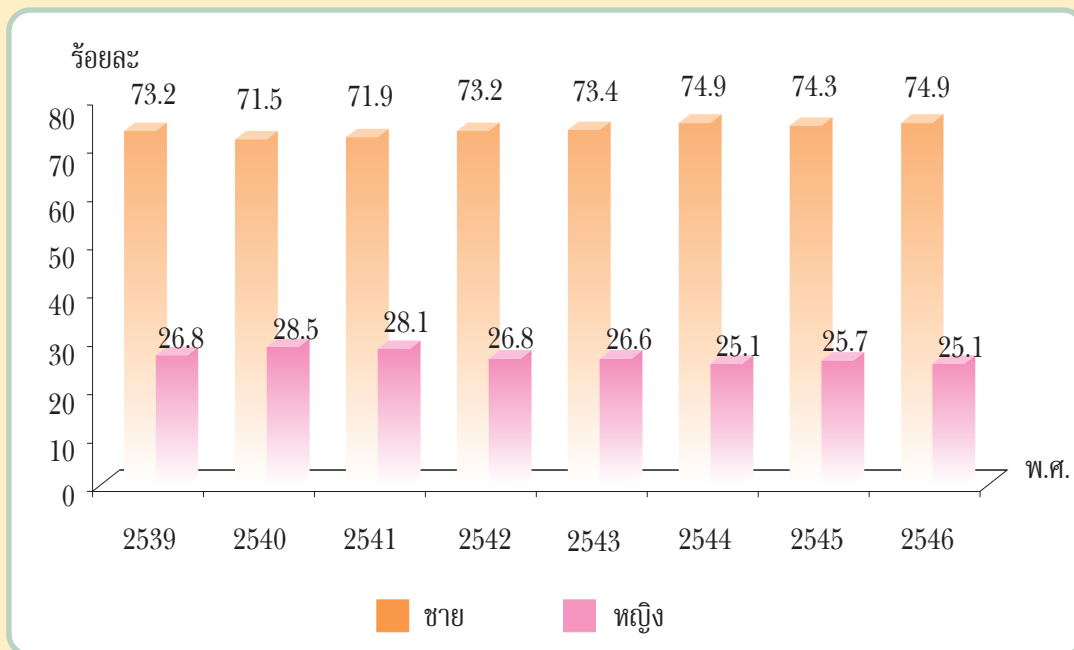
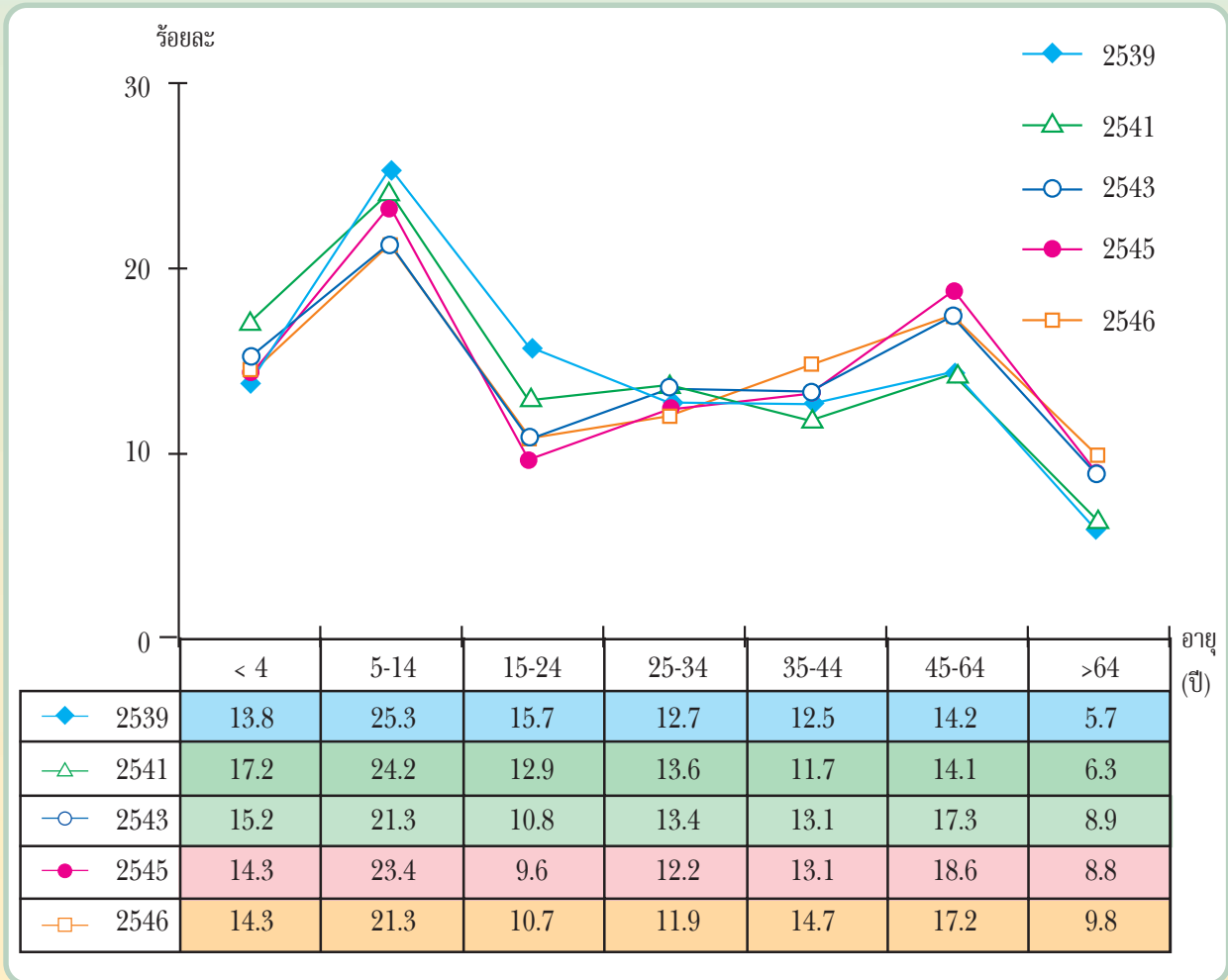
อุบัติเหตุทางน้ำเป็นปัญหาสำคัญที่ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร เมื่อเทียบกับปัญหาอุบัติเหตุทางบก โดยเมื่อพิจารณาอัตราการตายจากอุบัติเหตุการจมน้ำและตกน้ำ ในช่วง พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546 พบระหว่าง 4.4 - 6.7 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.38) และจากการศึกษาาระบาดวิทยาการตายจากอุบัติเหตุทางน้ำในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2546 พบว่า ผู้ที่ตายจากอุบัติเหตุทางน้ำ เป็นชายมากกว่าหญิงประมาณ 3 เท่า โดยพบการตายสูงสุดในกลุ่มเด็กวัยเรียน (ภาพที่ 5.39) ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุมาจากการขาดประสบการณ์ในการเล่นน้ำที่ปลอดภัย และสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย

ภาพที่ 5.38 อัตราตายจากอุบัติเหตุการจมน้ำและตกน้ำ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.39 จำนวนและร้อยละของรายงานการตายจากอุบัติเหตุทางน้ำ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ของประเทศไทย พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2546



ที่มา: รายงานการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

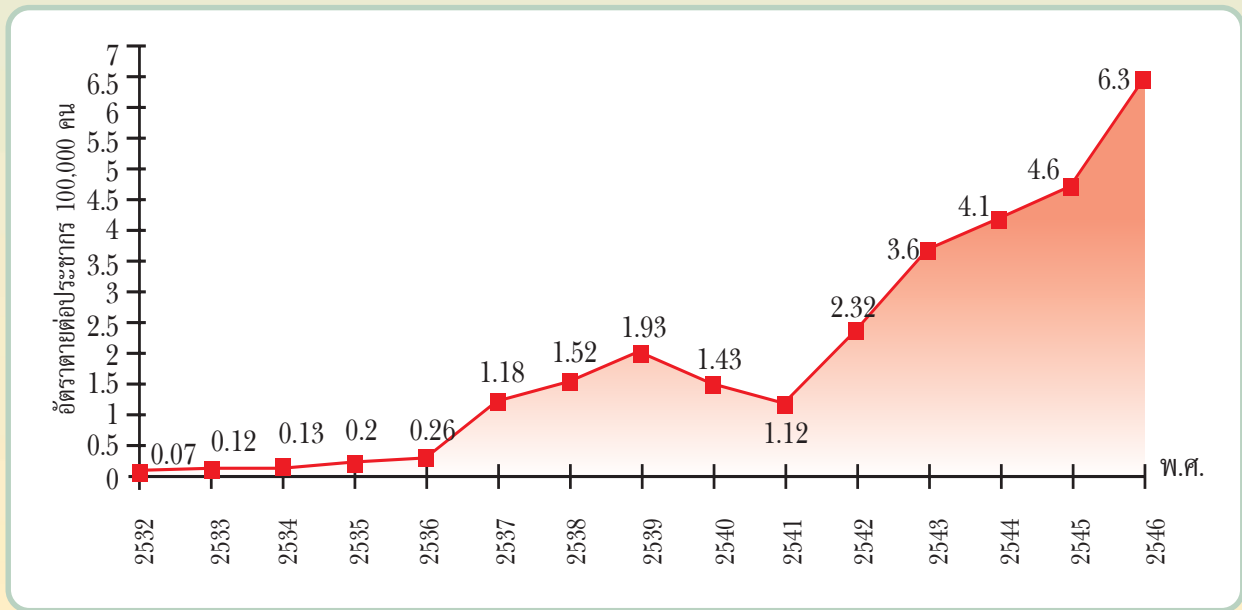
3.4.6 โรคที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำรงชีพ

(1) การสูบบุหรี่

โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่สำคัญ คือ ถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็งปอด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนี้

(1.1) โรคถุงลมโป่งพอง เพิ่มขึ้นจาก 0.07 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2532 เป็น 6.3 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.40)

ภาพที่ 5.40 อัตราตายด้วยโรคถุงลมโป่งพอง พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546

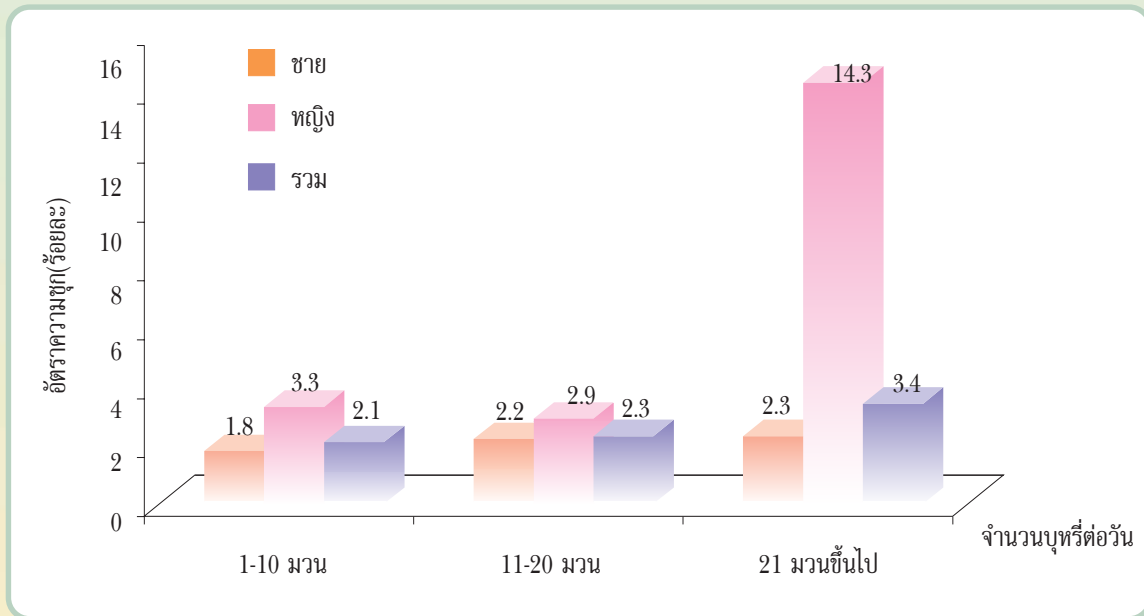


ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

(1.2) โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ก็เป็นโรคที่มีสาเหตุสำคัญจากการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานๆ ซึ่งจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ใน พ.ศ. 2534 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 1.5 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการสูบบุหรี่ในปริมาณที่สูงขึ้นจะเป็นโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 5.41) และจากการคาดประมาณความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ใน พ.ศ. 2553 จะมีคนไทยป่วยด้วยโรคนี้อีก 7,035 ต่อประชากร 100,000 คน¹⁵ (ภาพที่ 5.42)

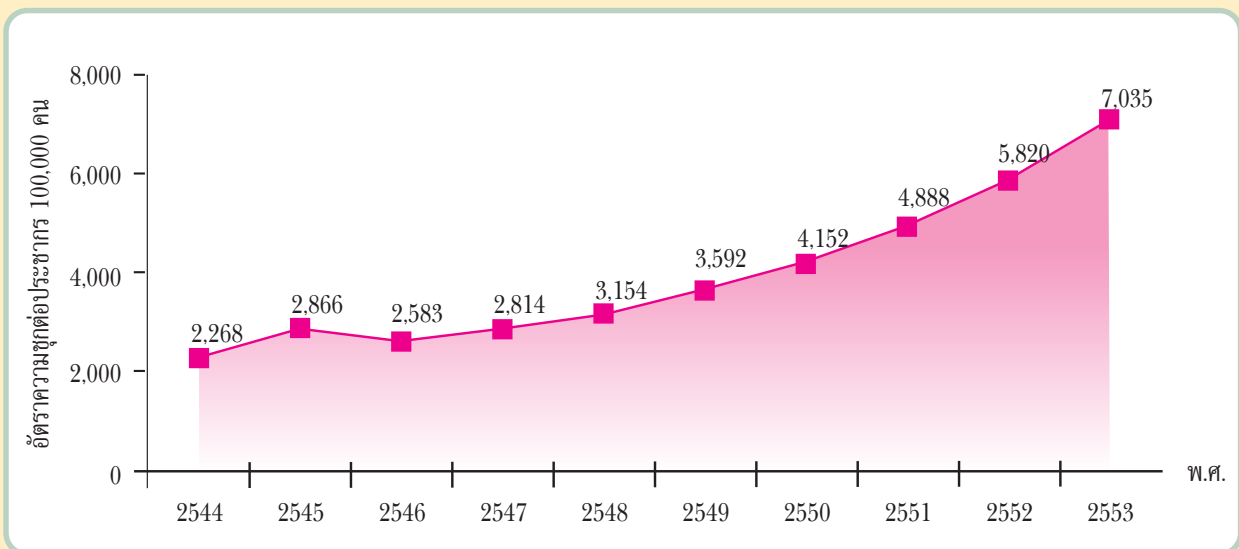
¹⁵ จากประมาณการความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยให้เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 0.42 ต่อปี และเพศหญิงลดลงร้อยละ 0.16 ต่อปี

ภาพที่ 5.41 อัตราการเกิดโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ) ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และเพศ



ที่มา: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 1 ปี พ.ศ. 2534, 2539.

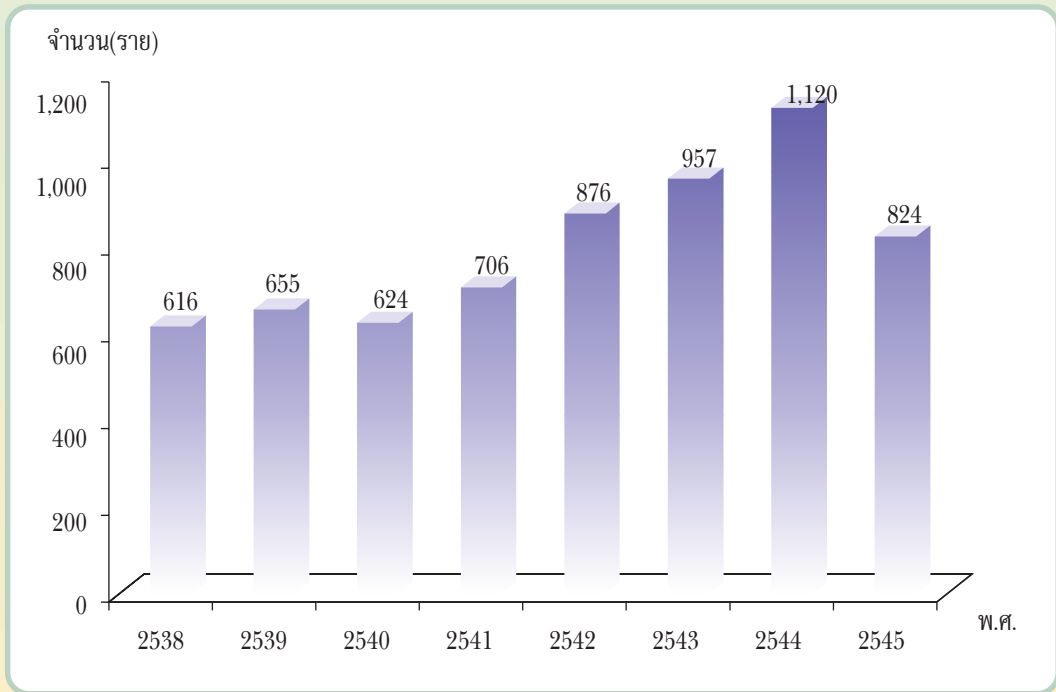
ภาพที่ 5.42 ประมาณการความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2553



ที่มา: สว่าง แสงทิพย์วัฒนา, โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง สถานการณ์ในปัจจุบันและแนวโน้ม, 2542.

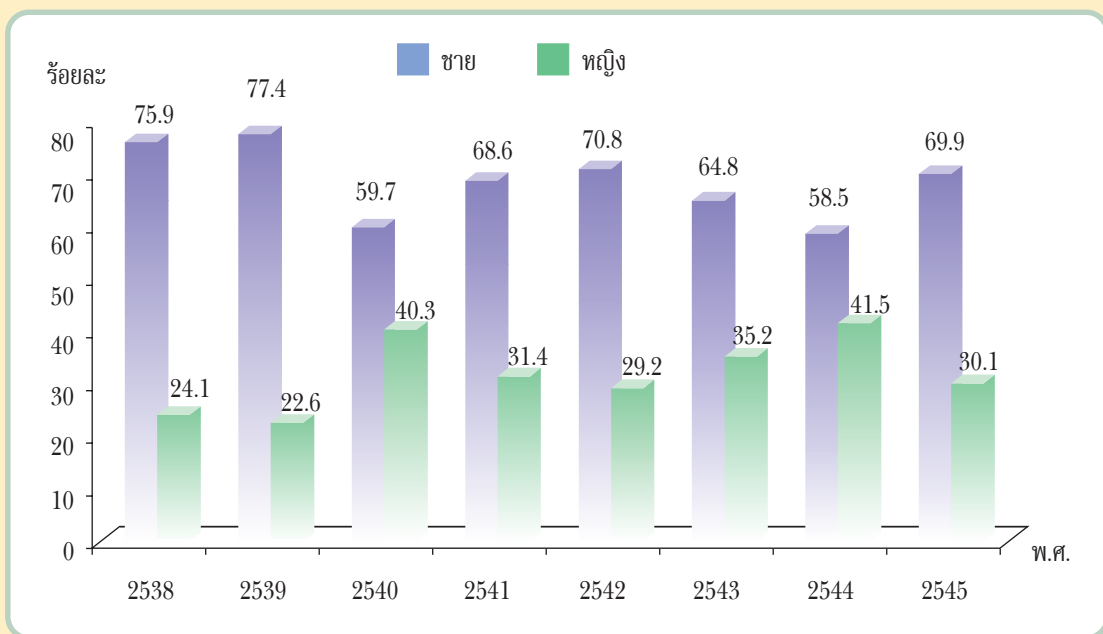
(1.3) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเพศหญิงมีแนวโน้มการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 5.43 และ 5.44) ซึ่งโรคนี้นอกจากเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่แล้วยังเกี่ยวกับการขาดการออกกำลังกาย มีไขมันในเลือดสูงและการมีน้ำหนักเกินด้วย

ภาพที่ 5.43 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคหัวใจ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545



ที่มา: สถาบันโรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข

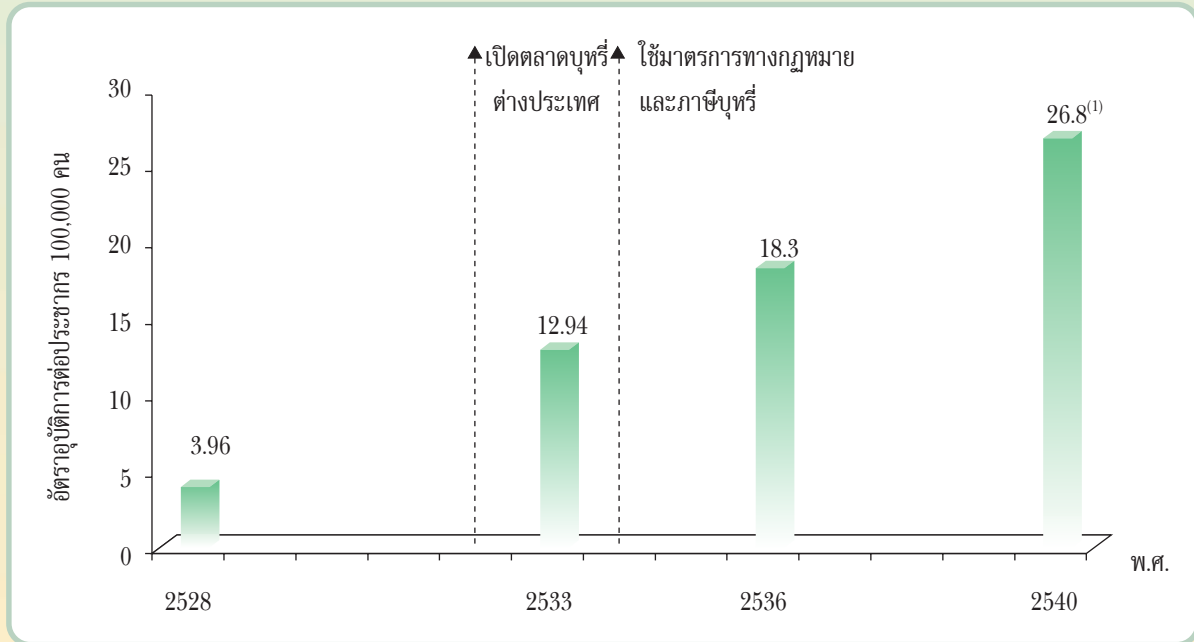
ภาพที่ 5.44 สัดส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคหัวใจ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545



ที่มา: สถาบันโรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข

(1.4) อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปอด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า จาก 3.96 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 26.8 ต่อ 100,000 ประชากร ใน พ.ศ. 2540 ซึ่งคาดว่าจะมีส่วนสัมพันธ์กับการบริโภคยาสูบและมลภาวะทางอากาศ (ภาพที่ 5.45)

ภาพที่ 5.45 อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปอด ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2540

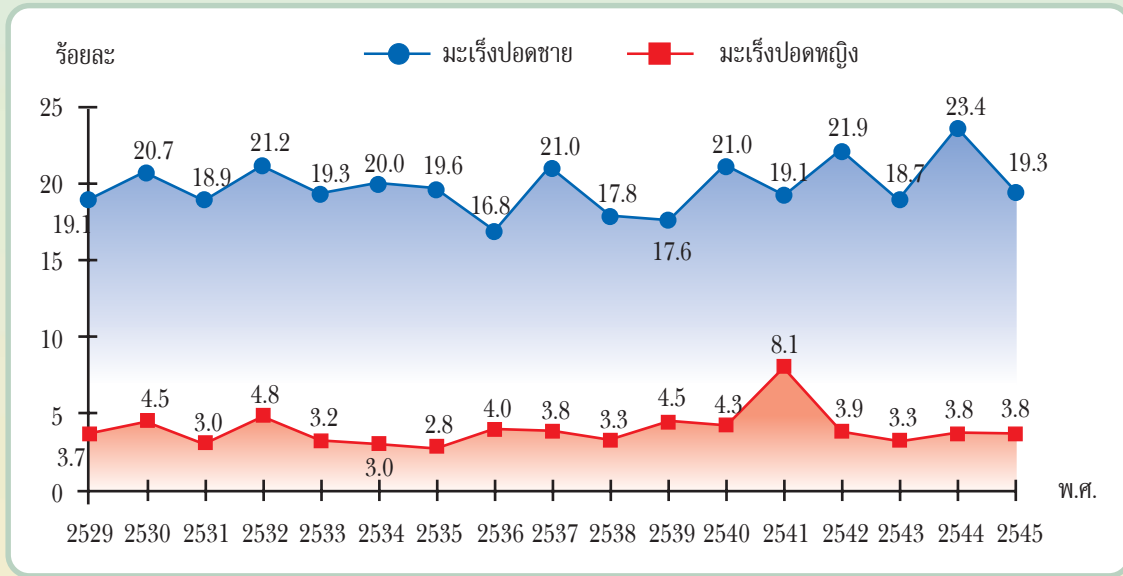


ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ⁽¹⁾ เป็นอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปอดในเพศชาย

นอกจากนี้ จากรายงานผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2545 พบว่า เป็นมะเร็งปอดชาย ประมาณร้อยละ 16-23 ซึ่งสูงกว่ามะเร็งปอดหญิง ประมาณ 3-8 เท่า (ภาพที่ 5.46)

ภาพที่ 5.46 ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2545



ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

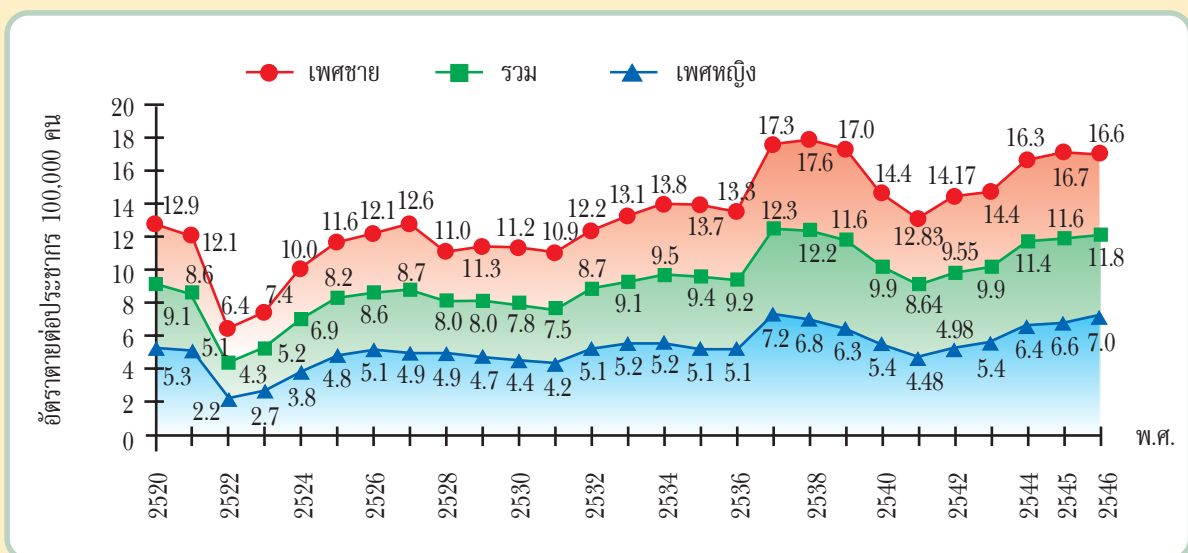
หมายเหตุ: เป็นร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด

(2) การตีตรา

โรคที่เกิดจากการตีตราที่สำคัญ คือ โรคตับแข็ง และอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการตีตรา

การตีตราเป็นระยะเวลานานๆ มีผลเสียต่อดัชนี โดยพบว่า อัตราตายจากโรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546 อยู่ระหว่าง 4.3 - 12.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในจำนวนนี้เป็นชายประมาณ 6-18 ต่อประชากร 100,000 คน และหญิงประมาณ 2-7 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งพบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 2-3 เท่า (ภาพที่ 5.47) อนึ่ง โรคตับแข็งนี้มีส่วนสำคัญที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งมีแนวโน้มลดลงด้วย (ภาพที่ 5.15)

ภาพที่ 5.47 อัตราตายจากโรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

(3) การบริโภคอาหารและยา

การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคอาหารไปเป็นการบริโภคอาหารนอกบ้านหรืออาหารสำเร็จรูป โดยหาซื้อจากร้านอาหารแผงลอยอันอาจเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคหรือสารพิษตลอดจนสุขลักษณะของผู้ปรุงประกอบอาหารได้ ซึ่งทำให้ผู้บริโภคต้องเสี่ยงกับการเกิดโรคที่มีสาเหตุจากอาหารเป็นสื่อ โดยเฉพาะโรคอุจจาระร่วงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 5.21) รวมทั้งการบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุกด้วยความร้อน โดยเฉพาะอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับ (ตารางที่ 5.10) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับ (ตารางที่ 5.24) โดยพบว่า ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับสูงที่สุดในโลก¹⁶

ตารางที่ 5.24 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2542

| พ.ศ. | อุบัติการณ์ต่อประชากร 100,000 คน | |
|------|----------------------------------|---------|
| | เพศชาย | เพศหญิง |
| 2536 | 37.4 | 15.5 |
| 2539 | 40.5 | 16.0 |
| 2542 | 38.6 | 14.3 |

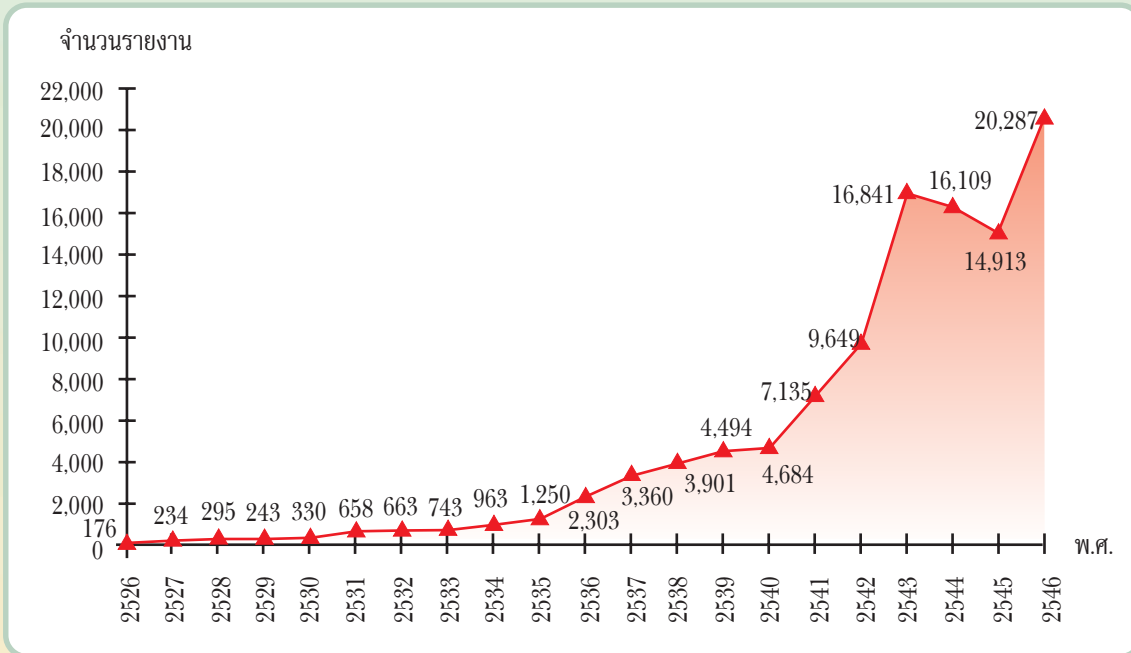
ที่มา: Cancer in Thailand, 1995-2000

นอกจากนี้ การบริโภคยาอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็นหรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์มีแนวโน้มมากขึ้น เป็นเหตุให้มีปัญหาจากพิษภัยของยาทั้งพิษจากยาโดยตรงและจากการแพ้ยา ดังจะเห็นได้จากจำนวนรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นจาก 176 ใน พ.ศ. 2526 เป็น 4,684 ใน พ.ศ. 2540 และใน พ.ศ. 2546 รายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนประมาณ 20,287 ฉบับ (ภาพที่ 5.48) นอกจากนี้ ยังพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยร้อยละ 18-30 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาอันเนื่องมาจากยา ในจำนวนนี้เป็นการเกิดอันตรายจากการใช้ยาเป็นส่วนใหญ่และปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี¹⁷

¹⁶ Vatanasapt, V., and Sriamporn, S. (1999). Cancer in Thailand 1992-1994. (IARC Technical Report No. 34), Lyon, IARC.

¹⁷ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์ และศรีเพ็ญ ตันติเวสส.(บรรณาธิการ). ระบบยาของประเทศไทย, 2545

ภาพที่ 5.48 จำนวนรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พ.ศ. 2526 -พ.ศ. 2546



ที่มา: กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

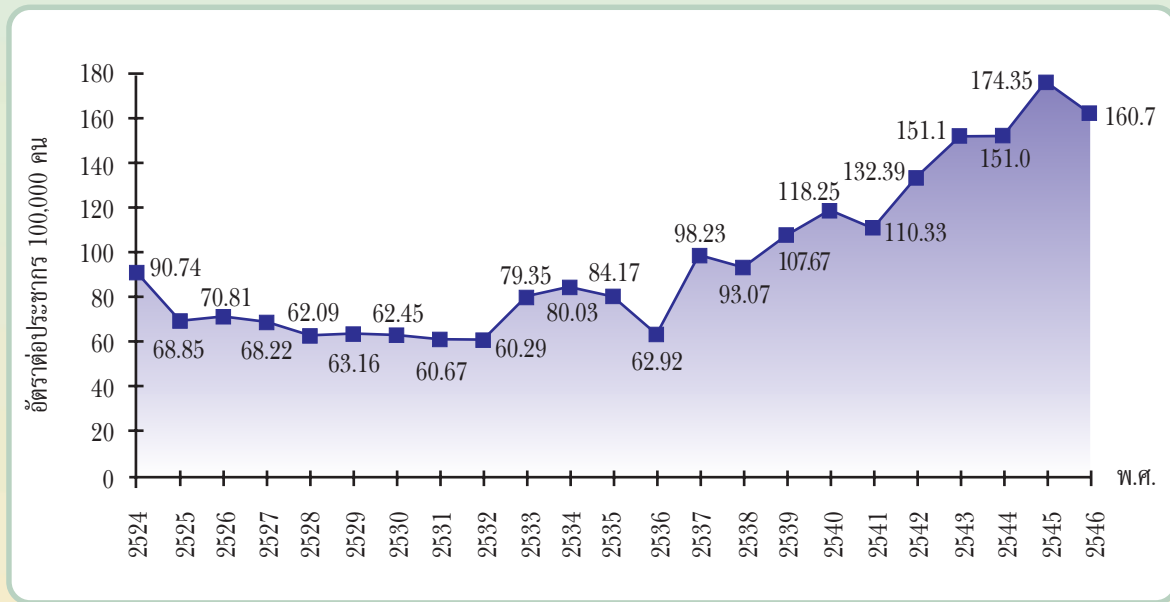
(4) โรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ผลจากการดำเนินงานควบคุมและป้องกันกามโรคอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการรณรงค์ป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์อย่างจริงจัง ทำให้พฤติกรรมทางเพศมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน กล่าวคือ มีการสำส่อนทางเพศน้อยลง และ มีการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น เป็นผลให้อุบัติการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลงอย่างเห็นได้ชัด (ภาพที่ 5.20)

3.4.7 โรคเกี่ยวกับสุขภาพจิต

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตและโรคประสาทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอัตราการเข้าพักรักษาตัวด้วยโรคจากความแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมซึ่งเพิ่มสูงขึ้นในช่วง พ.ศ. 2539-2546 (ภาพที่ 5.49) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการเผชิญกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้ประชาชนได้รับความเดือดร้อนในการ ทหารายได้ให้เพียงพอกับรายจ่ายและการตกงาน สอดคล้องกับอัตราการเข้าพักรักษาตัวด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิตที่มี แนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 5.49)

ภาพที่ 5.49 อัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิต ประเทศไทย พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2546



ที่มา: รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

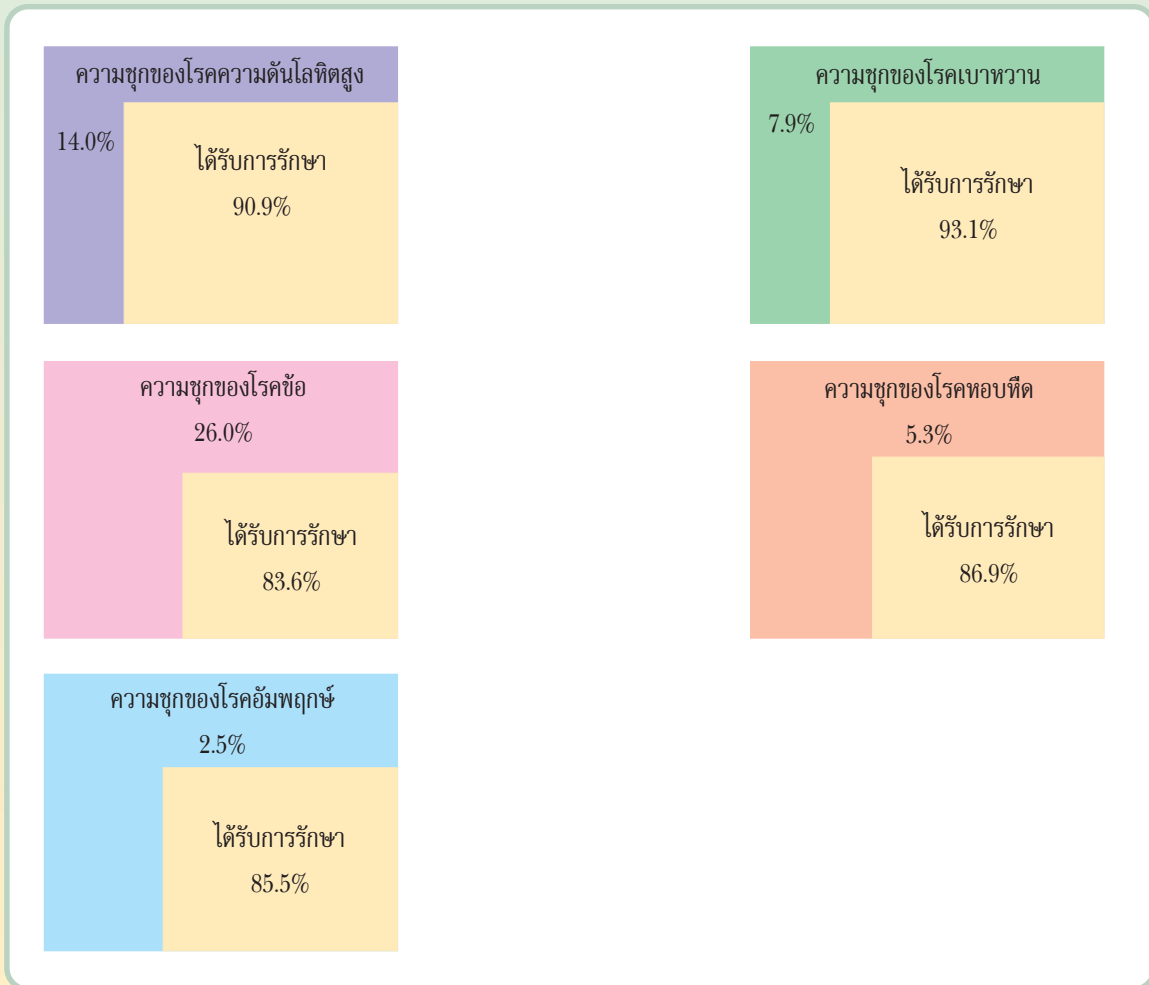
3.4.8 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

(1) โรคและภาวะบกพร่องของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2544 พบว่า โรคที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อต่างๆ โรคหอบหืด โรคอัมพฤกษ์ (ภาพที่ 5.50)

นอกจากนี้ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2545 พบว่า โรคหรืออาการของโรคที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกันมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง ปวดข้อ นอนไม่หลับ เวียนศีรษะ โรคเกี่ยวกับตา ความจำเสื่อมและความดันโลหิตสูง ตามลำดับ โดยพบว่า โรคหรืออาการของโรคต่างๆ เหล่านี้พบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.25) รวมทั้งยังพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการเป็นโรคหรืออาการของโรคมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ตารางที่ 5.26)

ภาพที่ 5.50 ความชุกของโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2544



ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, การสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ปี 2544

ตารางที่ 5.25 สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคหรือมีอาการของโรคที่พบบ่อย จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2545

| โรค / อาการของโรค | พ.ศ. 2537 | | | | | พ.ศ. 2545 | | | | |
|-------------------------------|-----------|----------|----------|----------|-------------|-----------|----------|----------|----------|-------------|
| | รวม | 60-64 ปี | 65-69 ปี | 70-74 ปี | 75 ปีขึ้นไป | รวม | 60-64 ปี | 65-69 ปี | 70-74 ปี | 75 ปีขึ้นไป |
| - ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง | - | - | - | - | - | 75.1 | 72.7 | 74.7 | 77.8 | 77.3 |
| - ปวดข้อ (ข้อเสื่อม) | 72.4 | 68.5 | 73.7 | 73.8 | 76.9 | 47.5 | 42.8 | 46.7 | 49.8 | 54.9 |
| - นอนไม่หลับ | 44.7 | 40.2 | 44.8 | 46.6 | 52.0 | 38.7 | 34.1 | 38.1 | 42.0 | 44.9 |
| - เวียนศีรษะ | 49.2 | 46.8 | 45.7 | 51.6 | 56.9 | 36.8 | 34.4 | 35.6 | 38.7 | 41.2 |
| - โรคเกี่ยวกับตา | 43.0 | 35.6 | 40.6 | 48.5 | 56.0 | 33.2 | 27.5 | 31.1 | 37.3 | 42.8 |
| - ความจำเสื่อม | 27.2 | 21.7 | 22.9 | 32.1 | 40.2 | 29.8 | 22.3 | 26.5 | 33.2 | 45.2 |
| - ความดันโลหิตสูง / ต่ำ | 25.0 | 22.3 | 25.7 | 27.4 | 26.8 | 20.0 | 17.7 | 20.3 | 21.9 | 21.6 |

ที่มา: รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 5.26 สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคหรือมีอาการของโรคที่พบบ่อย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2545

| โรค / อาการของโรค | พ.ศ. 2537 | | | พ.ศ. 2545 | | |
|-------------------------------|-----------|------|------|-----------|------|------|
| | รวม | ชาย | หญิง | รวม | ชาย | หญิง |
| - ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง | - | - | - | 75.1 | 73.0 | 76.8 |
| - ปวดข้อ (ข้อเสื่อม) | 72.4 | 67.3 | 76.5 | 47.5 | 43.5 | 50.8 |
| - นอนไม่หลับ | 44.7 | 36.5 | 51.4 | 38.7 | 33.7 | 42.9 |
| - เวียนศีรษะ | 49.2 | 38.9 | 57.6 | 36.8 | 27.8 | 44.4 |
| - โรคเกี่ยวกับตา | 43.0 | 39.1 | 46.1 | 33.2 | 30.6 | 35.3 |
| - ความจำเสื่อม | 27.2 | 23.8 | 30.0 | 29.8 | 26.6 | 32.5 |
| - ความดันโลหิตสูง / ต่ำ | 25.0 | 22.1 | 27.3 | 20.0 | 17.6 | 22.0 |

ที่มา: รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(2) ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นที่สำคัญ ได้แก่

(2.1) โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.27) และมีลักษณะสัมพันธ์กับพัฒนาการทางเศรษฐกิจและสังคม กล่าวคือ ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองจะเป็นโรคนี้นสูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบท นอกจากนี้ จากรายงานสุขภาพโลก ประมาณการไว้ว่า ในปี ค.ศ. 2000 ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตาย 7.1 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด อีกทั้งยังทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพที่ไม่ทำให้ตายด้วย

ตารางที่ 5.27 แนวโน้มอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชากรสูงอายุไทย ในเขตเมืองและเขตชนบท พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2541

| เขต | 2528 | 2529 | 2531 | 2532 | 2534 | 2535 | 2538 | 2539 | 2541 |
|----------|------|------|------|-----------------|-------------------|------------------|--------------------|-------------------|------|
| เขตเมือง | 28 | | 26 | | 15.8 [#] | | 26 ^{**} | 44.4 [#] | 36.5 |
| เขตชนบท | | 23.3 | | 18 [*] | 11.1 [#] | 8.8 [*] | 15.3 ^{**} | 23.6 [#] | |

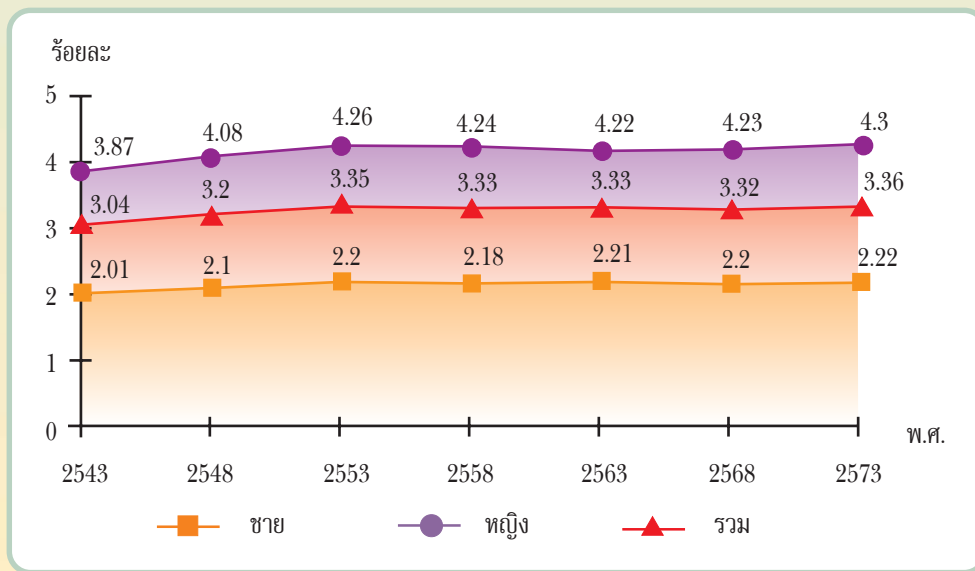
ที่มา: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, “การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประเทศไทย” : สมมติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยในประชากรผู้สูงอายุ, 2543.

หมายเหตุ: * เกณฑ์ใช้เฉพาะการวัดความดันโลหิต + อายุ 65+ ปี

** เกณฑ์ใช้เฉพาะการสัมภาษณ์ประวัติ # การศึกษาระดับชาติ

(2.2) กลุ่มอาการสมองเสื่อม เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตแก่ ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคมอย่างมาก ซึ่งจากการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุไทย พบว่า ปัจจุบันมีความชุกประมาณร้อยละ 3.04 และคาดว่าในอนาคต ใน พ.ศ. 2573 จะมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อม ร้อยละ 3.4 ในจำนวนนี้จะเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าชายประมาณ 2 เท่า (ภาพที่ 5.51) นอกจากนี้ ยังพบว่า ความชุกของโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุอเมริกาแล้ว พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีอัตราโรคสมองเสื่อมต่ำกว่าผู้สูงอายุอเมริกา แต่เมื่อพิจารณาความชุกในแต่ละช่วงอายุแล้วจะเห็นว่า มีอัตราเพิ่มใกล้เคียงกับคนอเมริกา (ตารางที่ 5.28)

ภาพที่ 5.51 การคาดประมาณผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อมใน พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2573



ที่มา: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, รายงานการศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, พ.ศ. 2541

ตารางที่ 5.28 เปรียบเทียบความชุกของโรคสมองเสื่อมของประชากรสูงอายุไทยกับสหรัฐอเมริกา

| อายุ (ปี) | ไทย | สหรัฐอเมริกา |
|-----------|-------|--------------|
| 60 - 64 | 1% | - |
| 65 - 69 | 2% | 2.5% |
| 70 - 74 | 3% | 5% |
| 75 - 79 | 5% | 10% |
| 80 - 84 | 7.5% | 15% |
| 85 - 89 | 12.5% | 30% |
| 90+ | 30% | - |

ที่มา: Sutthichai Jitapunkul, Napaporn Chayovan and Jiraporn Kespichaywattana. "National Policies on Ageing and Long-term Care Provision for Older Persons in Thailand" in David R. Phillips and Alfred C.M. Chan (eds), Ageing and Long-term Care: National Policies in the Asia-Pacific. Bestprint Printing Co., Singapore. 2002.

ตารางที่ 5.29 อัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน หัวใจ มะเร็ง อัมพาต ตับ ไต ปอดอักเสบและอุบัติเหตุจากการขนส่งต่อประชากรในประชากรผู้สูงอายุ 100,000 คน พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2546

| พ.ศ. | อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คนในกลุ่มผู้สูงอายุ | | | | | | | |
|------|---|-------|--------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------|
| | เบาหวาน | หัวใจ | มะเร็ง | ตับ | ไต | อัมพาต | ปอดอักเสบ | อุบัติเหตุจากการขนส่ง |
| 2528 | 28.8 | 245.0 | 169.1 | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล |
| 2529 | 24.9 | 259.3 | 177.6 | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล |
| 2530 | 30.3 | 304.3 | 199.1 | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล |
| 2531 | 32.4 | 331.1 | 209.6 | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล |
| 2532 | 37.2 | 372.3 | 231.9 | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล |
| 2533 | 39.4 | 379.2 | 248.8 | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล |
| 2534 | 39.9 | 386.7 | 253.9 | 62.6 | 38.3 | 49.5 | 42.0 | 16.9 |
| 2535 | 49.5 | 400.3 | 266.8 | 63.4 | 48.0 | 51.5 | 42.3 | 20.1 |
| 2536 | 50.8 | 389.7 | 262.9 | 57.1 | 45.9 | 42.4 | 45.3 | 19.5 |
| 2537 | 57.2 | 412.2 | 283.9 | 56.3 | 47.5 | 44.9 | 56.0 | 24.1 |
| 2538 | 56.2 | 440.7 | 242.1 | 52.2 | 55.3 | 45.5 | 51.0 | 26.3 |
| 2539 | 57.4 | 407.5 | 236.2 | 41.4 | 38.2 | 37.4 | 46.8 | 22.4 |
| 2540 | 48.5 | 356.1 | 199.4 | 33.1 | 40.5 | 32.0 | 33.7 | 17.1 |
| 2541 | 47.7 | 310.0 | 213.0 | 34.4 | 46.7 | 31.3 | 28.9 | 13.3 |
| 2542 | 74.8 | 257.7 | 273.7 | 34.0 | 56.1 | 32.3 | 61.1 | 18.5 |
| 2543 | 82.1 | 179.9 | 297.6 | 34.0 | 75.5 | 33.9 | 59.9 | 22.6 |
| 2544 | 88.4 | 182.2 | 218.2 | 40.6 | 89.6 | 34.8 | 73.0 | 21.5 |
| 2545 | 72.1 | 149.4 | 342.6 | 35.5 | 87.2 | 29.2 | 85.5 | 18.9 |
| 2546 | 66.7 | 177.1 | 399.5 | 38.3 | 108.0 | 26.8 | 107.4 | 16.7 |

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

3.4.9 ปัญหาผู้พิการ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2517 เป็นร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ. 2545 (ตารางที่ 5.30) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอื่นๆ พบความชุกของความพิการสูงกว่ารายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เช่น การสำรวจสถานะทางสุขภาพประชากรไทยด้วยวิธีการตรวจร่างกาย (พ.ศ. 2534-2535) พบผู้มีความพิการ¹⁸ ร้อยละ 6.3 ทั้งนี้ ยังไม่รวมความผิดปกติหรือพิการทางจิตและสติปัญญา ซึ่งหากคิดรวมทั้งหมดโดยการประมาณการแล้วผู้พิการจะมีความชุกเท่ากับร้อยละ 8.1 ของประชากรทั้งหมด

¹⁸ จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534 - 2535. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2535

นอกจากนี้ สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ และคณะ (2540) คาดการณ์ว่า อัตราเพิ่มของคนพิการมากกว่าอัตราเพิ่มของประชากร โดยมีความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นลักษณะความพิการที่พบมากที่สุดซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม และการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาของประเทศ¹⁹ เมื่อจำแนกลักษณะของความพิการจากรายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2545 พบว่า ส่วนใหญ่มีความพิการทางสายตาเลือนลางทั้ง 2 ข้าง หูตึง อัมพฤกษ์ แขนขาลีบ / เที้ยยดงอไม่ได้ และสายตาเลือนลางข้างเดียว (ภาพที่ 5.53)

ตารางที่ 5.30 จำนวนและร้อยละของคนพิการไทย พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2545

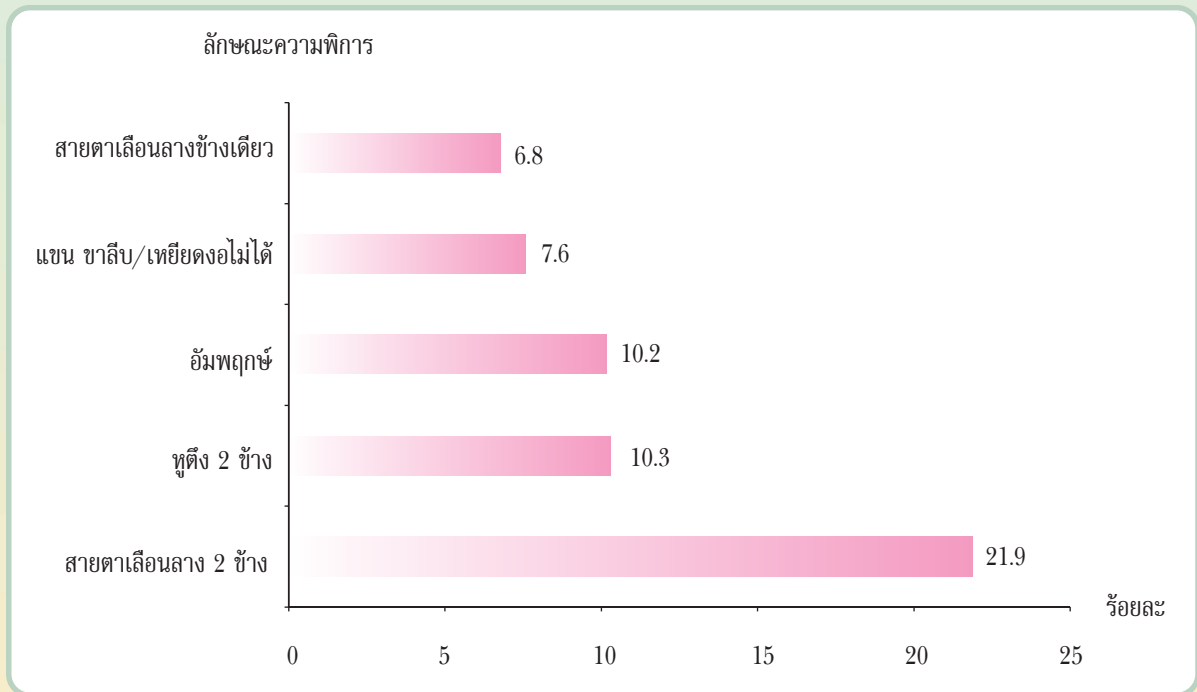
จำนวนหน่วย : พันคน

| 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 |

ที่มา: โครงการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2517 - 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

¹⁹ สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ และคณะ. ระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, 2540

ภาพที่ 5.53 สัดส่วนของประชากรที่พิการ จำแนกตามลักษณะความพิการ 5 ลำดับแรก พ.ศ. 2544



ที่มา: รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้ จากการสำรวจความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้พิการ ใน พ.ศ. 2544 พบผู้พิการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจหลอดเลือดมีสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 22.2 รองลงมาคือ ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ ร้อยละ 19.4 โรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 14.8 และระบบประสาทจิตเวช ร้อยละ 11.8 ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจหลอดเลือดและระบบประสาทจิตเวชส่วนใหญ่พบมากในผู้พิการชาย ในขณะที่การเจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ พบมากในผู้พิการหญิง (ตารางที่ 5.31)

ตารางที่ 5.31 สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้พิการที่เป็นโรคหรือมีอาการของโรคที่พบบ่อย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2544

| โรค / อาการของโรค | รวม | เพศ | |
|--|------|------|------|
| | | ชาย | หญิง |
| - โรคหัวใจหลอดเลือด | 22.2 | 25.6 | 18.3 |
| - ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ | 19.4 | 17.6 | 21.6 |
| - โรคระบบทางเดินหายใจ | 14.8 | 14.6 | 14.9 |
| - ระบบประสาทจิตเวช | 11.8 | 14.1 | 9.0 |

ที่มา: รายงานการสำรวจคนพิการ พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

3.5 ปัญหาสาธารณสุข / สุขภาพที่ลดลงและกำลังจะเกิดเป็นปัญหาขึ้นอีก

ปัญหาสาธารณสุข/สุขภาพที่ลดลงและกำลังจะเกิดเป็นปัญหาขึ้นอีก คือ ปัญหาวัณโรคที่เพิ่มขึ้นพร้อมเอดส์ ปัญหาโรคเท้าช้างที่เข้ามากับแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า และปัญหาการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส

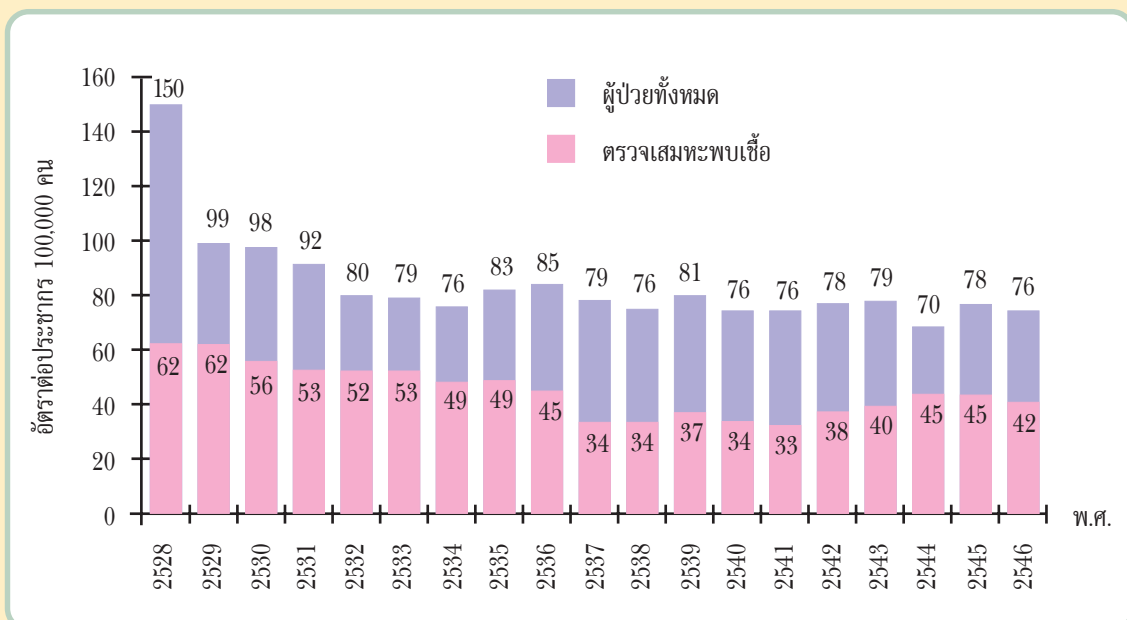
3.5.1 วัณโรค

อัตราผู้ป่วยวัณโรคลดลงจาก 150 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เหลือ 80 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2532 แต่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2533 - 2546) อัตราผู้ป่วยวัณโรคมิได้ลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยด้วย (ภาพที่ 5.54)

วัณโรคกำลังกลายมาเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากผลกระทบของโรคเอดส์ โดยเมื่อพิจารณาผู้ป่วยเอดส์ในภาคเหนือตอนบนทุกจังหวัด พบอัตราการติดเชื้อวัณโรคร่วมด้วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.0 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 27.0 ใน พ.ศ. 2546 สำหรับในภาพรวมของประเทศไทยในระยะเวลา 10 กว่าปี มีอัตราการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.4 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 32.1 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.55)

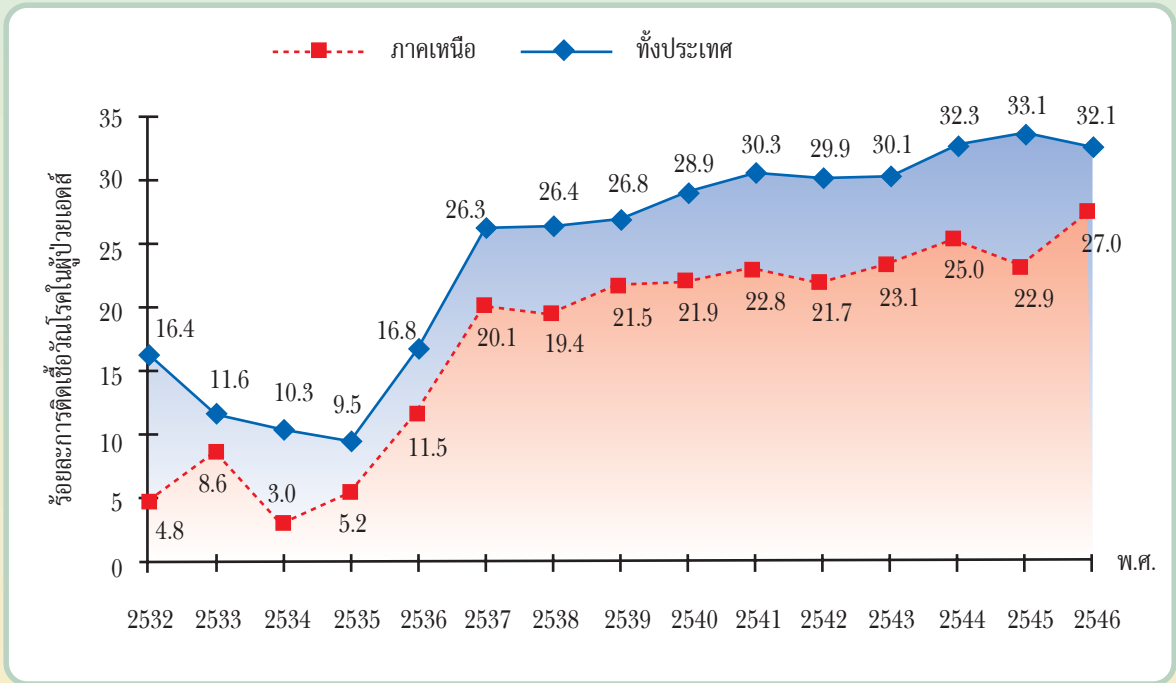
องค์การอนามัยโลกได้คาดคะเนไว้ว่า ผลกระทบของโรคเอดส์ทำให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นปีละ 4% ซึ่งในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณ 3% ต่อปี และแนวโน้มของวัณโรคในระหว่าง พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545 จะยังไม่ลดลง แต่จากรายงานการเฝ้าระวังการดื้อยาหลายชนิดในผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยได้รับการรักษา (Multidrug Resistant Tuberculosis) พ.ศ. 2545 พบเฉลี่ยทั้งประเทศร้อยละ 1.06 ลดจากร้อยละ 2.02 ใน พ.ศ. 2540 - 2541 ซึ่งถือว่าค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ที่มีผลกระทบของโรคเอดส์ ซึ่งพบสูงกว่าร้อยละ 10 (สถาบันวิจัยวัณโรคประเทศญี่ปุ่น อ่างในกองวัณโรค)

ภาพที่ 5.54 อัตราผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2546



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.55 ร้อยละของการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546



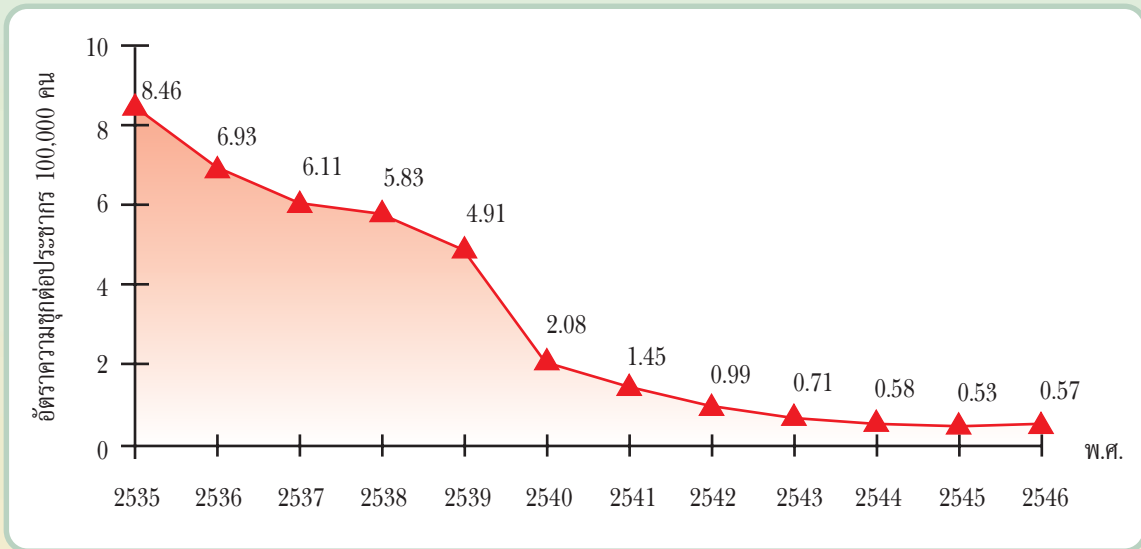
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยามีการปรับข้อมูลใหม่ตั้งแต่ พ.ศ. 2532 - 2546

3.5.2 โรคเท้าช้าง

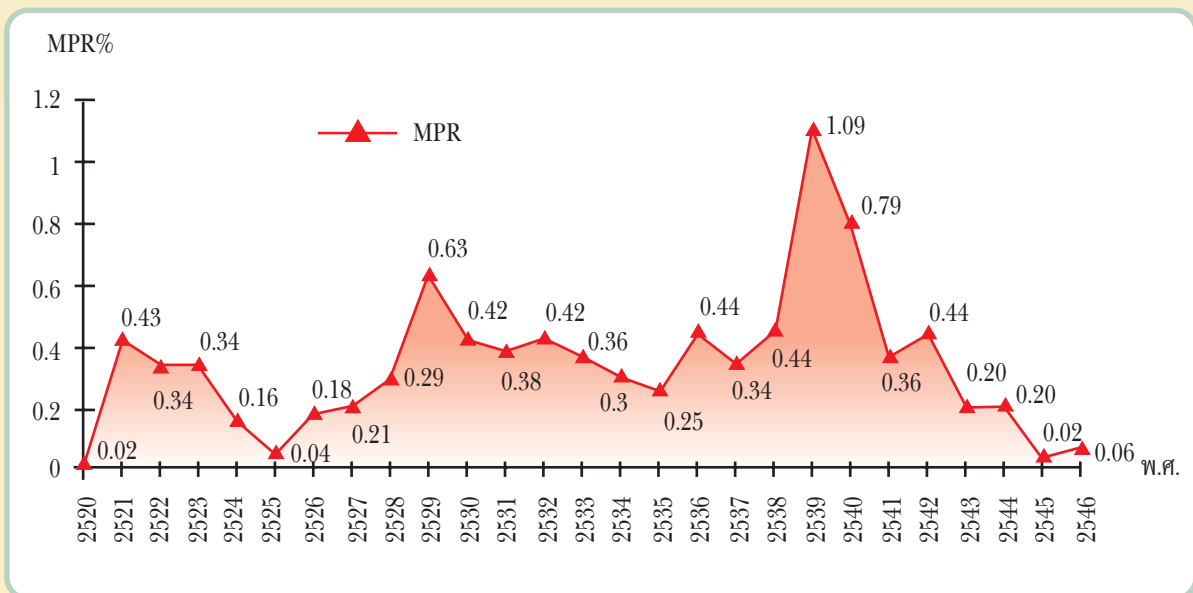
ถึงแม้การดำเนินการควบคุมโรคเท้าช้างที่ผ่านมามีผลลดอัตราความชุกของโรคลงจาก 8.46 ต่อประชากร 100,000 คน ใน ปี 2535 เหลือ 0.57 ต่อประชากร 100,000 คน ใน ปี 2546 (ภาพที่ 5.56) และลดอัตราผู้มีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในกระแสโลหิต ในผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ ได้ต่ำกว่าร้อยละ 1 ในระยะ 20 กว่าปีที่ผ่านมา (ปี 2520 - 2546) ยกเว้นในปี 2539 ที่พบมากกว่าร้อยละ 1 เนื่องจากได้มีการรณรงค์ตรวจสุขภาพในแรงงานต่างชาติ (ภาพที่ 5.57) แต่ก็ยังมีบางพื้นที่ที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ โดยเฉพาะในจังหวัดชายแดนเขตติดต่อระหว่างประเทศไทย-พม่า และไทย-มาเลเซีย ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะและเป็นแหล่งที่ชาวต่างชาติโดยเฉพาะพม่าเข้ามาประเทศไทยเพื่อขายแรงงาน

ภาพที่ 5.56 อัตราความชุกโรคเท้าช้างต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย ปี 2535 - ปี 2546



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.57 อัตราผู้มีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิต ในผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ ปี 2520 - ปี 2546

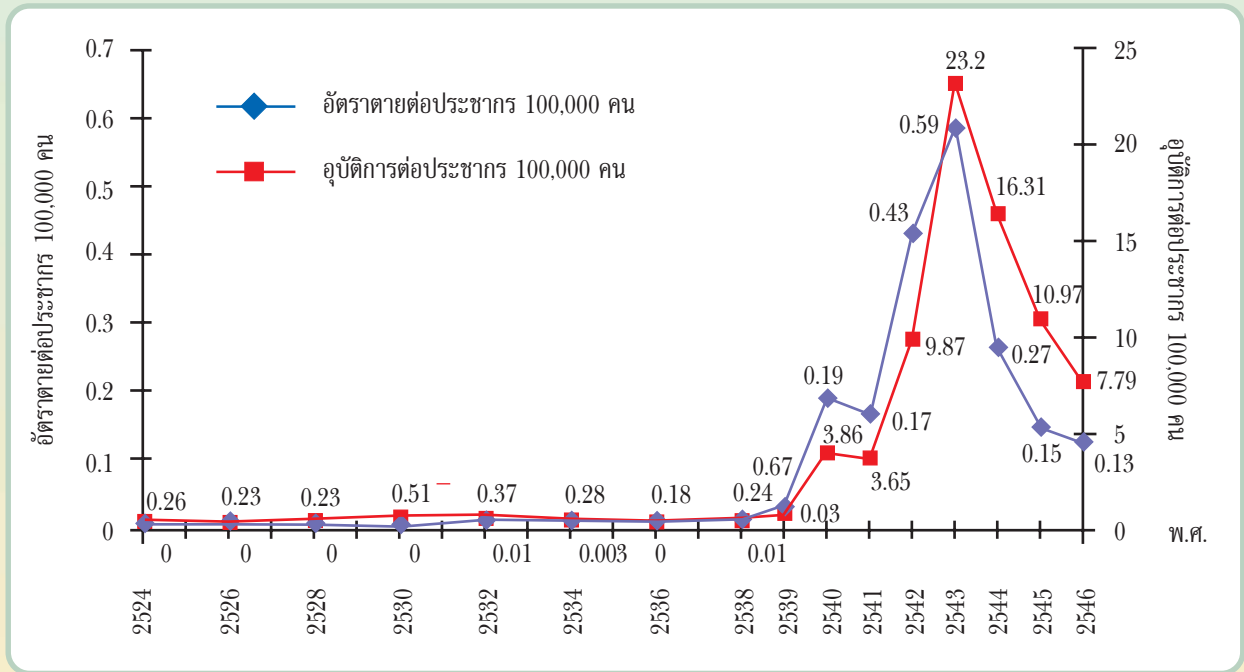


ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

3.5.3 โรคเลปโตสไปโรซิส

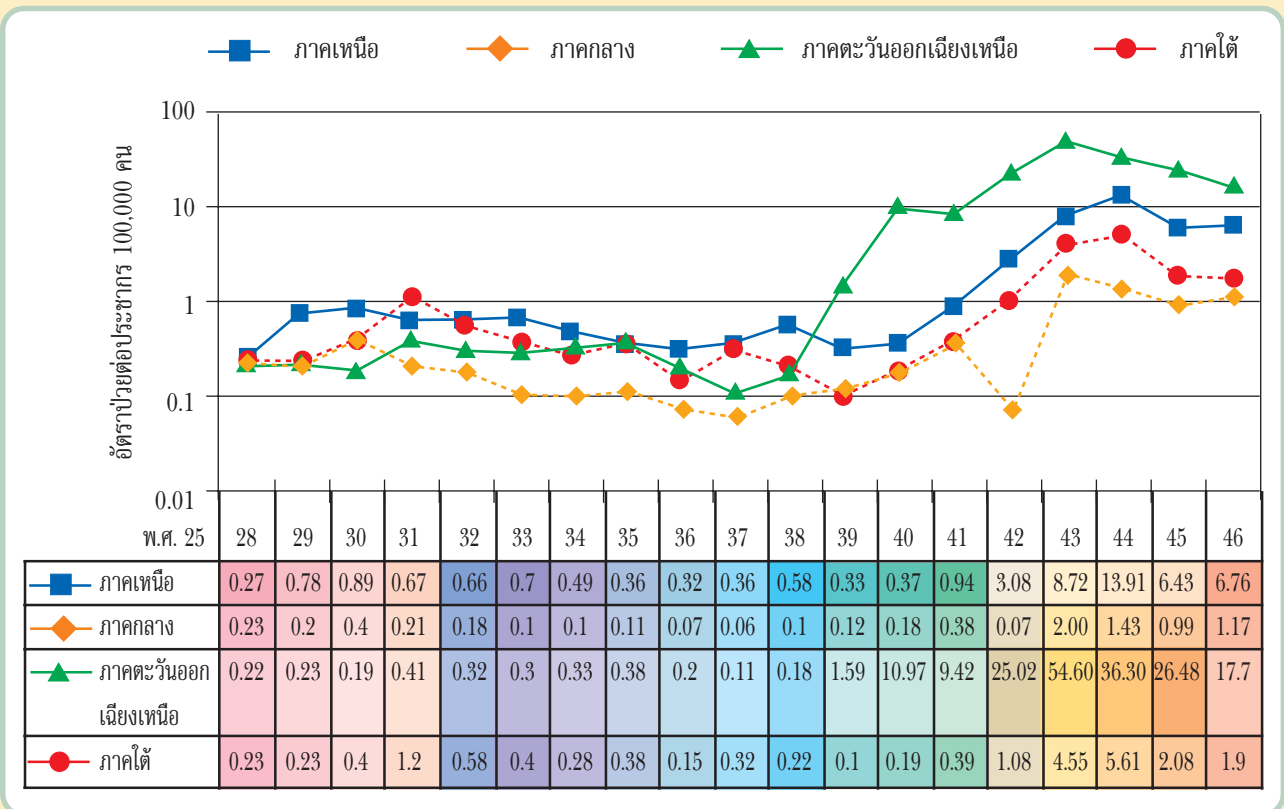
โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคติดต่อที่กลับมาเป็นปัญหาใหม่ โดยพบอุบัติการณ์ของโรคอยู่ระหว่าง 0.2 - 0.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2524 - 2539 แต่ในระยะ 4 ปีที่ผ่านมา อุบัติการณ์และอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซิสกลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ อุบัติการณ์ของโรค จาก 0.67 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2539 เพิ่มขึ้นเป็น 23.2 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2543 รวมทั้งอัตราตายที่เพิ่มจาก 0.03 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2539 เป็น 0.59 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2543 (ภาพที่ 5.58) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ (ภาพที่ 5.59) อย่างไรก็ตามใน พ.ศ. 2544 - 2546 พบว่า ทั้งอุบัติการณ์และอัตราตาย มีแนวโน้มลดลง

ภาพที่ 5.58 อุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคเลปโตสไปโรซิส ประเทศไทย พ.ศ. 2524 -พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.59 อัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส จำแนกตามภาค ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.6 ปัญหาโรคอุบัติใหม่

3.6.1 โรคซาร์ส (SARS)

โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือโรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่เกิดการระบาดในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2545 ในมณฑลกว่างตุง ทางตอนใต้ของสาธารณรัฐประชาชนจีน และต่อมาถูกควบคุมให้สงบลงได้ในเดือนมิถุนายน 2546 มีรายงานผู้ป่วยใน 29 ประเทศ จำนวน 8,437 ราย เสียชีวิต 813 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 9.64 พื้นที่ที่พบมีการระบาดของโรคมามาก ได้แก่ จีน (ปักกิ่งและกว่างตุง) ฮองกง ไต้หวัน สิงคโปร์ แคนาดา (กรุงโทรอนโต) และเวียดนาม (กรุงฮานอย)

สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยเข้าข่ายเป็นโรคซาร์ส (มีอาการปอดบวม) 9 ราย เสียชีวิต 2 ราย และมีผู้ป่วยที่สงสัย (ไม่มีอาการปอดบวม) อีก 31 ราย ไม่เสียชีวิต ทุกรายติดเชื้อมาจากต่างประเทศ ประเทศไทยได้ดำเนินมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มงวด เป็นผลให้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคซาร์สในประเทศไทยได้สำเร็จ

3.6.2 โรคมือเท้าปาก (Hand Foot Mouth Disease)

โรคมือเท้าปากเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีการระบาดใน พ.ศ. 2540 ที่ประเทศมาเลเซีย พบผู้ป่วย 2,140 ราย เสียชีวิต 31 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 1.4

สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการรายงานผู้ป่วยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2543 โดยพบผู้ป่วยใน พ.ศ. 2544 ทั้งสิ้น 1,548 ราย เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2.49 ต่อประชากร 100,000 คน ส่วนใน พ.ศ. 2545 พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 3,533 ราย เสียชีวิต 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 5.65 ต่อประชากร 100,000 คน

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหา Enterovirus 71 ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พ.ศ. 2541 - 2545 พบว่าสามารถตรวจพบ Enterovirus 71 ได้ในผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก ตั้งแต่ พ.ศ. 2541 พบ Enterovirus 71 ร้อยละ 8 เพิ่มขึ้นจนถึง พ.ศ. 2545 พบ Enterovirus 71 ร้อยละ 14.7 ซึ่งไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (ตารางที่ 5.32)

ตารางที่ 5.32 การตรวจพบ Enterovirus 71 พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2545

| พ.ศ. | การตรวจ Enterovirus 71 | | |
|------|------------------------|---------------|------|
| | จำนวนที่ตรวจ (ราย) | พบผลบวก (ราย) | % |
| 2541 | 25 | 2 | 8.0 |
| 2542 | 36 | 3 | 8.3 |
| 2543 | 168 | 10 | 14.7 |
| 2544 | 397 | 81 | 20.4 |
| 2545 | 122 | 18 | 14.7 |

ที่มา: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

3.6.3 โรคไข้หวัดนก (Avian Influenza)

มีรายงานการเกิดโรคไข้หวัดนกในสัตว์มากกว่า 100 ปี โดยมีการเกิดโรคเป็นระยะๆ ล่าสุดปลาย พ.ศ. 2546 - 2547 มีรายงานการเกิดโรคในสัตว์ปีกที่ฮ่องกง เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น เวียดนาม กัมพูชา อินโดนีเซียและประเทศไทย โรคนี้เป็นโรคระบาดในสัตว์ปีกโดยเฉพาะในไก่ แต่สามารถติดต่อมายังคน ทำให้ป่วยและมีอาการรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ครั้งแรกในฮ่องกงเมื่อ พ.ศ. 2540 มีรายงานการป่วย 18 ราย เสียชีวิต 6 ราย และใน พ.ศ. 2546 ประเทศเนเธอร์แลนด์ มีรายงานผู้ป่วย 83 ราย เสียชีวิต 1 ราย และใน พ.ศ. 2547 มีรายงานการระบาดในเวียดนาม ป่วย 18 ราย เสียชีวิต 5 ราย ปัจจุบันยังไม่มียาทางการแพทย์จากการติดต่อของไข้หวัดนกคนสู่คน

ที่ผ่านมาประเทศไทยไม่เคยมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกในคนมาก่อน จากรายงานที่พบไก่ป่วยตายจำนวนมากในหลายจังหวัดของประเทศ และการพบไข้หวัดนกในสัตว์ปีกของหลายประเทศ แต่เริ่มมีจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 21 ธันวาคม 2546 จนถึงวันที่ 10 เมษายน 2547 ดังนี้

ตารางที่ 5.3.3 ลักษณะและประวัติเสี่ยงของผู้ป่วยยืนยัน ผู้ป่วยสงสัย ผู้ป่วยคัดออกและผู้ป่วย Influenza ไม่ทราบ subtype

| ลักษณะ | ผู้ป่วยยืนยัน | ผู้ป่วยสงสัย | ผู้ป่วยคัดออก | ผู้ป่วย Influenza A ไม่ทราบ subtype |
|---|---------------|--------------|---------------|-------------------------------------|
| จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต (อัตราป่วยตาย) | 12/8 (67%) | 21/8 (38%) | 546/20 (4%) | 31/2 (6%) |
| อายุ (มัธยฐาน) | 12 (2-58) | 33 (1-67) | 12 (0.5-84) | 28 (0.5-92) |
| เพศ ชาย (%) | 8 (67%) | 15 (71%) | 321 (59%) | 21 (67%) |
| ประวัติสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ที่สงสัยป่วยหรือตาย | 7/12 (58%) | 11/21 (52%) | 205/423 (48%) | 14/29 (48%) |
| อาศัยในพื้นที่ที่มีสัตว์ตายผิดปกติในระยะ 14 วัน | 21/21 (100%) | 18/21 (86%) | 274/404 (68%) | 18/28 (64%) |

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค