



จดหมายข่าวรายเดือน
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
www.hiso.or.th

12

ฉบับที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2552

เข้าใจ ความตาย... ช่วยคลายปัญหา เจาะลึก "อัตราส่วน การตายมารดา"

สำรวจเกราะกันภัยสุขภาพคนไทย

แรงผลักดัน "วัยรุ่นรุนแรง"

เผชิญหน้า "มหาภัยไข้เลือดออก"

คนไทยเสี่ยงภัย "สมองเสื่อม"

คนรวยป่วยไป รพ. เอกชน...แล้วคนจนไปที่ไหน?

วิถีลดความอ้วนแบบพุทธ

"ภาระโรค" เรื่อนำรู้



Hi5 Hiso

นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล

สำนักงานพัฒนา
ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ใช้ความรู้ รู้ความเสี่ยง

ต้นคิด

2



จดหมายข่าว “ต้นคิด” รายเดือน

เจ้าของ

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
ที่ปรึกษา

นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล,

เบญจมาภรณ์ จันทระพัฒน์

กองบรรณาธิการ

หน่วยประสานวิชาการ

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ,

กลุ่มต้นคิด

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

และสำนักงานกองทุนสนับสนุน-

การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

70/7 ห้อง 408 ชั้น 4 อาคารเอไอเอ

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ติดต่อ

ตู้ ปณ. 2 ปณฝ. ประดิพัทธ์ กรุงเทพฯ 10404

โทรศัพท์ 02-668 -2854 โทรสาร 02-241-0171

อีเมล info@tonkit.org

สมัครสมาชิกจดหมายข่าว “ต้นคิด”

รายสัปดาห์และรายเดือนฉบับอิเล็กทรอนิกส์

เพื่ออ่านก่อนใครได้ฟรี และติดตามกิจกรรม

ที่น่าสนใจที่ www.tonkit.org

ข้อมูลทั้งหมดจากชุดสื่อ “ต้นคิด” สืบค้นได้

จาก เว็บไซต์สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูล

ข่าวสารสุขภาพ www.hiso.or.th

พิมพ์ที่ สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง

โทรศัพท์ 02-903-8257-9

สวัสดีครับ จดหมายข่าว “ต้นคิด” ต้นไม้แห่งความคิด
ผลผลิตจากแผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ที่
นำข้อมูลและสถิติที่น่ารู้ น่าสนใจจาก เว็บไซต์ของแผน
งานฯ www.hiso.or.th มาเผยแพร่สู่สังคมในรูปแบบ และ
สำนวนภาษาที่เข้าใจง่าย เดินทางมาถึงฉบับครบรอบหนึ่ง
ขวบปีแล้วครับ

ฉบับนี้ เรื่องเด่นของเราหยิบข้อมูลที่แผนงานฯ ภูมิใจ
นำเสนออย่างยิ่ง นั่นคือ ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการตายของ
มารดาในประเทศไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในชุดงานศึกษาวิจัยว่า
ด้วยข้อมูลการตายของคนไทย เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการ
ต่อสู้กับเงื่อนไขและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่คุกคามชีวิต
ประชาชน เพื่อนำไปสู่ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ และ
การควบคุมป้องกันโรคที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาที่เป็น
จริงมากที่สุด

นอกจากนี้ เรายังเลือกนำเสนอเรื่องของความเสี่ยงที่
กำลัง “ร้อนๆ” อยู่ในขณะนี้ เพราะได้รับความสนใจจาก
สังคมอย่างมาก ทั้งเรื่องของไข้เลือดออก ที่ทวนกลับมา
ใหม่ในสภาพรุนแรงกว่าเดิม และเรื่องของภาวะสมอง
เสื่อม ที่รับรองว่าไม่ว่าเป็นใครต่างก็อยากหลีกเลี่ยงกัน
ถ้วนหน้า

ถัดจากเรื่องร้อนๆ มาถึงเรื่องเย็นๆ อย่างเช่น การนำ
หลักธรรมะมาใช้ในการลดน้ำหนัก เป็นเรื่องที่ทำได้ไม่ยาก
แถมยังอาจได้ปัญญาและความสุขสงบแถมพกไปพร้อมหุ่น
ที่เพรียวลมกว่าเดิมอีกด้วย

**แล้วพบกันใหม่ในฉบับหน้า พร้อมเรื่องราว
น่าสนใจเช่นเคยนะครับ**



แรงผลักดัน “วัยรุ่นรุนแรง”

การก่อเหตุรุนแรงของวัยรุ่นตกเป็นข่าวไม่เว้นวาระ
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ได้ประมวลข้อมูล
จากแหล่งต่างๆ เพื่อค้นหาคำตอบว่า อะไรคือสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับ
ปรากฏการณ์อันน่าทึ่งนี้

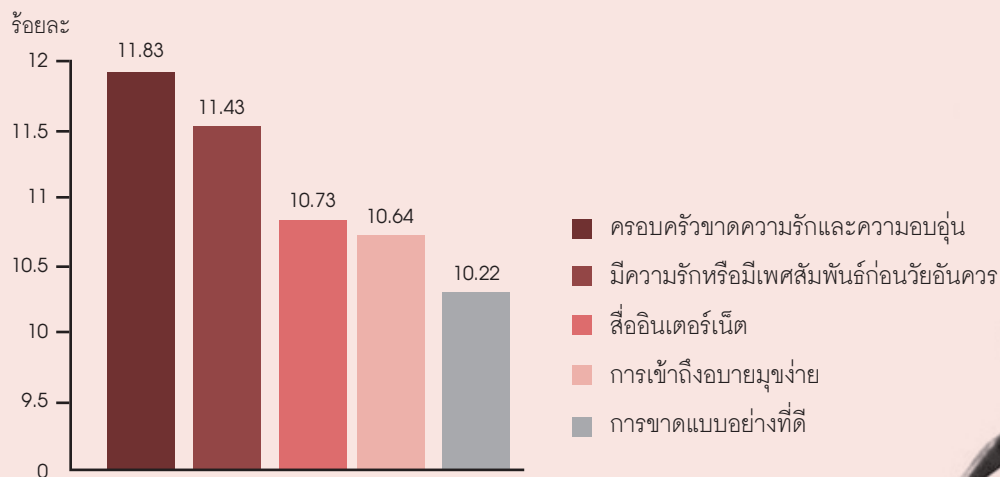
แหล่งข้อมูลหนึ่งที่ช่วยไขคำตอบก็คือ ข้อมูลจากการสำรวจโดย
สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาและมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ในปี 2550 ที่ระบุว่า สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นไทยก้าวเดินไปบนเส้นทางแห่งการใช้ชีวิตที่เสี่ยงต่อความรุนแรงเกิดจาก 5 สาเหตุหลัก

ที่สำคัญที่สุดก็คือ การขาดความรักความอบอุ่นจากครอบครัว รองลงมา
คือ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ต การเข้าถึง
แหล่งอบายมุขได้ง่าย และการขาดแบบอย่างที่ดี เรียงตามลำดับ

สำหรับแง่มุมบวกที่จะช่วยคลี่คลายปัญหาดังกล่าว พบว่า การมี
“ต้นแบบ” ที่ดีถือว่าเป็นปัจจัยสนับสนุนให้วัยรุ่นใจร้อนก้าวเดินไปได้อย่าง
ถูกทาง

ผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ว่า ผู้ที่มีอิทธิพลหรือเป็นแรงจูงใจให้เยาวชน
มีพฤติกรรมติมากที่สุด คือ พ่อแม่ ผู้ปกครอง รองลงมาคือ ครู อาจารย์
และสื่อต่างๆ นั่นเอง 

ภาพแสดงต้นเหตุของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของเยาวชน





ต้นคิด

4

เผชิญหน้า “มหาภัยไข้เลือดออก”

แม้มีข่าวดีสำหรับคนไทยว่า นักวิทยาศาสตร์ไทยคิดค้นวัคซีนป้องกัน ไข้เลือดออกเป็นผลสำเร็จแล้ว และสามารถผลิตวัคซีนจำนวนมากเพื่อฉีดให้คนไทยได้ในปี 2555 โดยสามารถป้องกันเชื้อไข้เลือดออกได้ถึง 4 สายพันธุ์ แค่นี้ก็เพียงพอแล้วที่มีผลป้องกันได้จนตลอดชีวิต

แต่ข่าวร้ายก็คือ โรคภัยที่คร่าชีวิตได้ชนิดนี้เริ่มทวีการระบาดอย่างหนักหน่วงแล้วในวันนี้!

เพิ่มจำนวนพาหะ ขยายระยะแพร่เชื้อ

“ต้นคิด” เคยเสนอข่าวการกลับมาของไข้เลือดออก ในฐานะหนึ่งในโรคภัยที่ได้รับการอ้อมชูจากการเพิ่มอุณหภูมิโลกที่สูงขึ้นมาแล้ว โดยสภาวะอากาศที่เพิ่มระดับความ “อุ่น” ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงแก่สรรพชีวิตอย่างเจียบๆ และแสดงผลส่วนหนึ่งให้เห็นประจักษ์ผ่านการระบาดของ ไข้เลือดออกนี้เอง

ผศ.ดร.เผด็จ สิริยะเสถียร แห่งคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ให้ข้อมูลว่า จากเดิมที่พาหะแพร่เชื้อไข้เลือดออกจำกัดที่ยุ้งลาย เพศเมียเท่านั้น ทุกวันนี้ มีการตรวจพบเชื้อไวรัสเดงกี หรือเชื้อก่อโรค

ไข้เลือดออก ซึ่งแพร่ผ่านการดูดเลือดในยุ้งลายเพศผู้แล้ว ทั้งที่โดยปกติ ยุ้งลายเพศผู้ไม่ดูดเลือดจากมนุษย์ แต่กินน้ำหวานจากพืชเป็นอาหาร

ทีมวิจัยค้นพบสาเหตุของเรื่องนี้พบว่า ยุ้งลายตัวผู้ได้รับเชื้อจาก “ตัวแม่” นั่นคือ แม่ยุ้งลายที่ส่งต่อเชื้อโรคมายังไข่ ปรากฏการณ์นี้ไม่เพียง เป็นเรื่องแปลกใหม่ แต่ยังเผยให้เห็นว่าพาหะนำโรคไข้เลือดออกมีโอกาสมิเพิ่มจำนวนขึ้นอีกมาก เพราะยุ้งลายตัวผู้ซึ่งผสมพันธุ์ได้หลายครั้งในช่วงชีวิต สามารถผ่องถ่ายเชื้อไข้เลือดออกสู่คู่ของตนผ่านการผสมพันธุ์ ยุ้งลายตัวเมีย จึงมีโอกาสได้รับเชื้อไข้เลือดออกผ่านช่องทางใหม่ นอกเหนือจากการไปกัดคนที่มีเชื้อนี้แล้วแพร่ต่อดังที่เคยเป็นมา สภาพความเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ทำให้ ไข้เลือดออกมีโอกาสแพร่ระบาดสู่มนุษย์เรามากยิ่งขึ้นเป็นเงาตามตัว

ในช่วงเวลาที่ภาวะโลกร้อนเผยโฉมให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น ยังมี ปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเพิ่มโอกาสแพร่ระบาดของ ไข้เลือดออกในด้านอื่นๆ อีกด้วย โดยพบว่า ช่วงเวลาหากินของยุ้งลายขยาย เพิ่มขึ้นจากเดิมที่หากินในช่วงกลางวัน ทุกวันนี้กลับทำงานหนักไม่แพ้มนุษย์ กล่าวคือ ขยายเวลาการหากินถึง 5 ทุ่ม

พ.ศ.2551 ผู้ป่วยนำไ้ในรอบ 5 ปี

ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค แสดงให้เห็นว่าค่าพยากรณ์ว่าไข้เลือดออกคือหนึ่งในโรคภัยคุกคามโลกร้อนนั้นไม่ใช่เรื่องเกินจริง เพราะแนวโน้มที่ปรากฏในรอบ 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ.2547 จนถึง 8 เดือนแรก ของ ปี พ.ศ.2551 แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยในปีล่าสุดน่าโด่ง ทั้งที่เป็นข้อมูลจาก 8 เดือนเท่านั้น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสถานการณ์ไข้เลือดออกในรอบ 5 ปี (พ.ศ.2547-2551)

การเจ็บป่วย	ปี พ.ศ.				
	2551*	2550	2549	2548	2547
ป่วย (ราย)	55,787	40,258	30,042	31,104	22,438
ตาย (ราย)	71	45	41	53	27
อัตราป่วย	88.50	64.08	48.13	50.19	35.73
อัตราป่วยตาย	0.13	0.11	0.14	0.17	0.12

ที่มา กรมควบคุมโรค

* ข้อมูลผู้ป่วย (DHF+DF+DSS) จากรายงานโรคเฝ้าระวัง E2 สำนักโรคระบาดวิทยา ตั้งแต่ ธค.2550 - 30 สค.2551

พื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคนี้มากที่สุดได้แก่ ภาคกลาง รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกแยกตามภาค

ภาค	ผู้ป่วย	ผู้ป่วยตาย	อัตราป่วย	อัตราตาย	อัตราป่วยตาย
กลาง	26,498	37	125.43	0.18	0.14
เหนือ	13,786	21	116.12	0.18	0.15
ตะวันออก เฉียงเหนือ	8,037	2	37.58	0.01	0.02
ใต้	7,466	11	86.26	0.13	0.15
รวม	55,787	71	88.50	0.11	0.13

ที่มา รายงานเฝ้าระวัง E2 สถานการณ์ไข้เลือดออกประจำสัปดาห์ที่ 35 เดือนสิงหาคม 2551 กรมควบคุมโรค

ก้าวจากโรคในฤดูสู่ภัยตลอดปี

พญ.มนทิรา ทองสารี รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กทม. ตั้งข้อสังเกตถึงการระบาดของไข้เลือดออกในช่วงปีหลังๆ ว่า มีลักษณะเปลี่ยนแปลงไป จากเดิมที่รูปแบบการระบาดรุนแรงเกิดขึ้น 1 ปี เว้น 2 ปี และเกิดกับเด็กเป็นส่วนใหญ่ แต่หลังจากปี 2546 พบว่า มีการระบาดเกิดขึ้นทั้งปี โดยพบมากในฤดูฝน และเกิดกับคนทุกวัย

ท่ามกลางข้อถกเถียงในแวดวงนักวิทยาศาสตร์ทั้งไทยและเทศว่าโลกร้อนจะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและรุนแรงแค่ไหน กรณีของไข้เลือดออกระบาดนับเป็นหนึ่งในคำตอบอันแจ่มชัด

คำถามที่ใกล้ตัวกว่าก็คือ เราจะทำอะไรได้บ้างเพื่อช่วยกันปกป้องสุขภาพและโลกใบนี้ให้เป็นสถานที่ที่น่าอยู่อาศัยไปให้นานที่สุด โดยไม่ต้องรอคำขู่หรือการลงโทษจากธรรมชาติแล้วจึงคิดและลงมือทำ 

ไข้เลือดออก

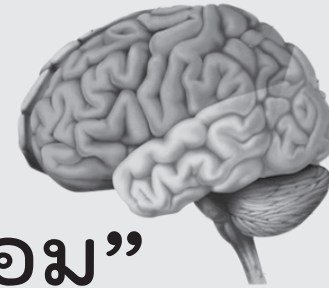


ภัยเสี่ยง

บันทึก

6

คนไทยเสี่ยงภัย “สมองเสื่อม”



สมองของเราแต่ละคนนับเป็นอวัยวะสำคัญอันดับต้นๆ ในการดำเนินชีวิต

ด้วยเหตุนี้ ภาวะ “สมองเสื่อม” ซึ่งทำให้บุคคลสูญเสียความคิด ความทรงจำ และความสามารถในการทำงานและการตัดสินใจ จึงถือว่าเป็นมหันตภัยแก่ชีวิต ไม่เพียงเพราะทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในความ เสี่ยงต่ออันตราย และมีคุณภาพชีวิตตกต่ำ แต่ยังส่งผลกระทบต่อตรง ต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งทางกาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจ สมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้ในคนทุกวัย แต่พบบ่อยขึ้นในคน สูงอายุ มีการคาดการณ์ว่าในอีกประมาณ 20 ปีข้างหน้า ภาวะสมองเสื่อม จะเกิดกับคนไทยมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้คนนับล้าน

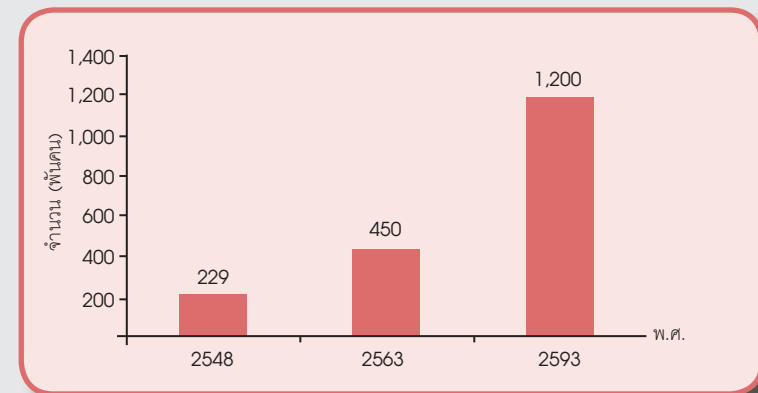
ป่วยร่วมครึ่งล้านภายใน 20 ปี

พญ.อรพิตชญา ไกรฤทธิ และ พญ.สิรินทร จันศิริกาญจน์ จาก โรงพยาบาลรามาธิบดี เปิดเผยข้อมูลการคาดการณ์ความชุกของภาวะ สมองเสื่อมทั้งในประเทศไทยและในระดับภูมิภาค ช่วงเวลาประมาณ 50 ปี จากนั้นไปว่าจะพุ่งสูงขึ้นอย่างน่าวิตก

“รายงานของกลุ่มทำงานด้านสมองเสื่อมในเขตพื้นที่เอเชียแปซิฟิก สรุปได้ว่า ในปี 2548 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมในภูมิภาคนี้มากถึง 13.7 ล้าน คน และจะเพิ่มเป็น 64.6 ล้านคนในอีก 50 ปีข้างหน้า”

สำหรับกรณีของประเทศไทย ปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ประมาณ 229,000 คน และคาดว่าจะในอีก 20 ปีข้างหน้าจะเพิ่มขึ้นประมาณ หนึ่งเท่าตัว เป็น 450,000 คน และภายใน 50 ปี จะเพิ่มเป็นมากกว่าล้านคน

ภาพที่ 1 แสดงการคาดการณ์ความชุกภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พ.ศ.2548-2593

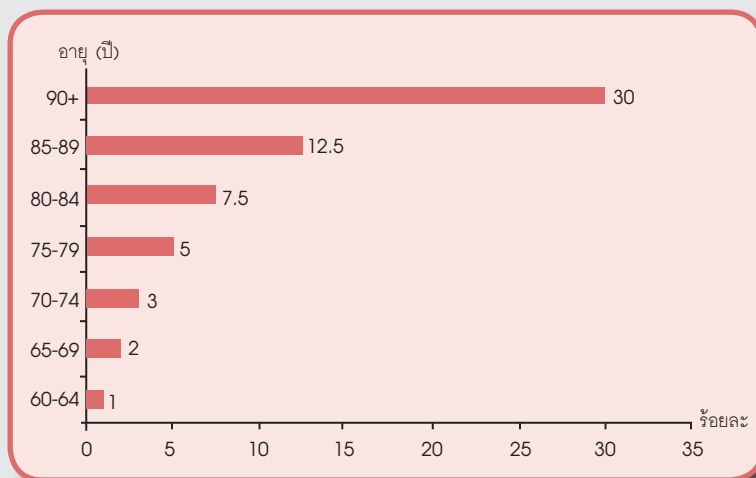


ที่มา Global prevalence of dementia : a Delphi consensus study, 2005

ยิ่งสูงวัยยิ่งเพิ่มความเสี่ยง

ข้อมูลใน ภาพที่ 2 เป็นข้อมูลของคนไทย แสดงให้เห็นถึงอัตราผู้มีภาวะ สมองเสื่อมแยกตามกลุ่มอายุ จะเห็นว่าโอกาสในการเกิดภาวะดังกล่าวเพิ่ม ขึ้นเป็นเงาตามวัย

ภาพที่ 2 แสดงความชุก (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม จำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา Sutthichai Jitapunkul, Naporn Chayovan and Jiraporn Kespichaywattana. "National Policies on Ageing and Long-term Care Provision for Older Persons in Thailand" in Davis R. Phillips and Alfred CM. Chan(eds). Ageing and Long-term Care : National Policies in the Asia-Pacific, 2002.

“ราคา” แห่งความเสื่อมถอย

ผู้ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม 1 คน ต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน นำมาสู่ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมาก หากญาติในครอบครัวเป็นผู้ดูแลจะมีค่าดูแลประมาณ 4,000 - 6,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายดังกล่าวไม่รวมค่ายาและค่ารักษาพยาบาล รวมทั้ง ค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ดูแล เช่น การต้องลาออกจากงาน ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลผู้ป่วยเอง และค่ารักษาพยาบาลในยามตนเองเจ็บป่วย เป็นต้น และอาจต้องเพิ่มเป็น 8,000 - 16,000 บาทต่อเดือน หากผู้ป่วยมีอาการหนักจนต้องจ้างผู้ดูแลเพิ่ม

จากสภาพเช่นนี้เอง สมาคมอัลไซเมอร์นานาชาติ จึงป่าวร้องไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลกว่าการร่วมกันเรียนรู้ ดูแล ป้องกัน และให้ความสำคัญกับโรคสมองเสื่อมนั้นเป็นสิ่งที่ก้าวเข้าขั้น “No time to lose”

หรือ “ช้าต่อไปไม่ได้แล้ว” 

10 นิสัย “ทำร้ายสมอง”

- 1. ไม่ทานอาหารเช้า** หลายคนคิดว่าไม่ทานอาหารเช้าแล้วจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ แต่ผลอีกด้านหนึ่งจะเป็นสาเหตุให้สารอาหารไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ
- 2. กินอาหารมากเกินไป** การกินมากเกินไปจะทำให้หลอดเลือดแดงในสมองแข็งตัว เป็นสาเหตุให้เกิดโรคความจำสั้น
- 3. การสูบบุหรี่** เป็นสาเหตุให้สมองฝ่อและโรคอัลไซเมอร์
- 4. ทานของหวานมากเกินไป** การกินของหวานมากจะไปขัดขวางการดูดกลืนโปรตีนและสารอาหารที่เป็นประโยชน์ เป็นสาเหตุของการขาดสารอาหารและขัดขวางการพัฒนาของสมอง
- 5. มลภาวะ** สมองเป็นส่วนที่ใช้พลังงานมากที่สุดในร่างกาย การสูดเอาอากาศที่เป็นมลภาวะเข้าไปจะทำให้ออกซิเจนในสมองมีน้อย ส่งผลให้ประสิทธิภาพของสมองลดลง
- 6. การอดนอน** การนอนหลับให้สมองได้พักผ่อน การอดนอนเป็นเวลานานจะทำให้เซลล์สมองตายได้
- 7. นอนคลุมโปง** การนอนคลุมโปงเป็นการเพิ่มคาร์บอนไดออกไซด์ให้มากขึ้นและลดออกซิเจนให้น้อยลงส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของสมอง
- 8. ใช้สมองในขณะที่ไม่สบาย** การทำงานหรือเรียนขณะที่กำลังป่วย จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลงเหมือนกับการทำร้ายสมองไปในตัว
- 9. ขาดการใช้ความคิด** การคิดเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในการฝึกสมอง การขาดการใช้ความคิดจะทำให้สมองฝ่อ
- 10. เป็นคนไม่ค่อยพูด** ทักษะทางการพูดเป็นตัวแสดงถึงประสิทธิภาพของสมอง

ที่มา เรื่องเล่าข่าวสุขภาพ ใน http://www.hiso.or.th/hiso/ghealth/ghealth1_21.php



วิถีเสียง

ต้นคิด

8

คนรวยป่วย ไปรักษาเอกชน แล้วคนจน ไปที่ไหน?



เกิดมาเป็นคน ไม่ว่าจะรวยหรือจนล้วนหนีไม่พ้นความเจ็บป่วย
แตกต่างกันตรงที่ “ป่วยแล้วเป็นอย่างไร” และ “ป่วยแล้วไปที่ไหน?”

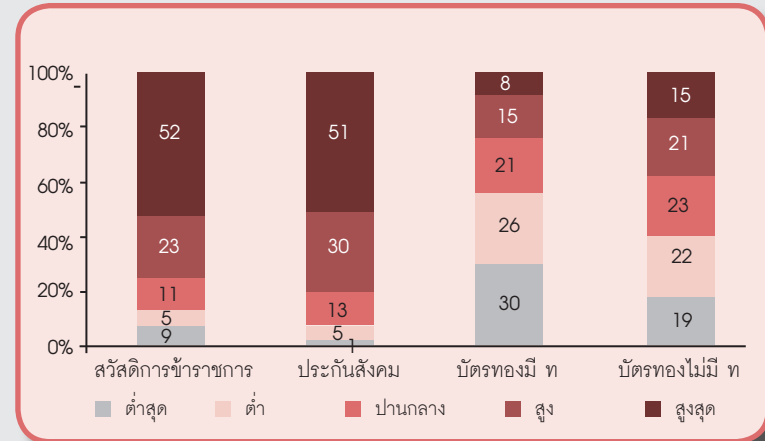
ในรายงานการศึกษาเรื่อง **ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ**
ที่ แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สนับสนุนให้เผยแพร่ผลงาน
ของสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) จัดทำขึ้น นำเสนอ
ความเป็นไปในเรื่องดังกล่าวไว้หลายประเด็น ดังนี้

สวัสดิการสุขภาพสื่อเศรษฐกิจ:

ระบบสวัสดิการสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันมีด้วยกัน 3 ระบบใหญ่
คือ สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วน
หน้า (บัตรทอง)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้จำแนกแยกแยะระดับรายได้ของผู้ที่อยู่ในระบบ
สวัสดิการสุขภาพแต่ละระบบ พบว่า ผู้ที่อยู่ในระบบสวัสดิการข้าราชการ และ
ประกันสังคม เกินครึ่งเป็นผู้ที่มีฐานะดี ในขณะที่ผู้ที่ถือ “บัตรทอง” ส่วนใหญ่
คือเกือบ ร้อยละ 80 เป็นคนที่มีรายได้ต่ำจนถึงปานกลาง

ภาพแสดงระดับรายได้ของผู้ที่อยู่ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลแต่ละระบบ



หมายเหตุ การศึกษานี้ทำขึ้นในช่วงเวลาที่ผู้ถือบัตรทองบางส่วนยังต้องร่วมจ่ายค่าบริการ 30 บาท ข้อมูลที่
แสดงในภาพนี้จึงยังแยกกลุ่มผู้ถือบัตรทองระหว่างผู้ที่ต้องร่วมจ่าย (บัตรทองไม่มี ท.) และผู้ที่ไม่ต้องร่วม
จ่าย (บัตรทองมี ท.) ซึ่งกลุ่มหลังคือผู้ที่มีฐานะยากจนที่สุด รวมทั้ง ผู้สูงอายุ และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี
ตามโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมพึงช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)

จน รวย ใครป่วยมากกว่ากัน?

ข้อมูลที่น่าสนใจอีกประเด็นหนึ่ง คือ เรื่องของการใช้บริการสุขภาพใน
สถานพยาบาลภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกที่
สถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน โดยการศึกษาครั้งนี้ พบว่า

- ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำสุดและรายได้ต่ำมีการใช้บริการสุขภาพใน
สัดส่วนที่มากกว่าประชากรกลุ่มรายได้สูง
- ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำสุดมีจำนวนครั้งของการรักษาพยาบาลแบบ
ผู้ป่วยนอกด้วยสัดส่วนร้อยละ 37 และ 35 ของการให้บริการ
ทั้งหมดที่สถานอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ตามลำดับ
- ประชากรกลุ่มรายได้สูงสุด ใช้บริการดังกล่าวในสัดส่วนเพียง ร้อยละ 4
และ ร้อยละ 7

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วนการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก
จำแนกตามระดับสถานพยาบาลภาครัฐ

ระดับรายได้	สถานอนามัย	โรงพยาบาล ชุมชน	โรงพยาบาล ระดับสูง
ต่ำสุด	37	35	21
ต่ำ	26	25	19
ปานกลาง	22	18	18
สูง	11	14	21
สูงสุด	4	7	22
รวม (ร้อยละ)	100	100	100

ใครมีสิทธิไปโรงพยาบาลเอกชน

สำหรับการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลภาคเอกชน ได้แก่ คลินิก และโรงพยาบาลเอกชน ให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว และมีอุปกรณ์พร้อมพรั่งกว่าสถานพยาบาลของรัฐ พบว่า ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำมีสัดส่วนของการใช้บริการในภาคเอกชนต่ำกว่าประชากรกลุ่มรายได้สูงอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ซึ่งประชากรกลุ่มรายได้ต่ำสุดมีสัดส่วนเพียง ร้อยละ 13 ของจำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด ในขณะที่กลุ่มรายได้สูงสุดมีสัดส่วนการให้บริการสูงถึงร้อยละ 36

ภาระด้านค่ารักษาพยาบาลน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความแตกต่างในการใช้บริการในส่วนนี้ ดูตัวเลขจากตารางที่ 2 ก็พบว่า อัตราผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนที่แยกตามกลุ่มรายได้ระดับต่างๆ จะเพิ่มขึ้นตามรายได้ โดยผู้มีรายได้ต่ำเป็นกลุ่มที่เล็กที่สุดของสถานบริการประเภทนี้

ตารางที่ 2 แสดงสัดส่วนการใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล
ภาคเอกชน จำแนกตามประเภทการรักษาพยาบาล

ระดับรายได้	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
ต่ำสุด	17	13
ต่ำ	16	12
ปานกลาง	19	14
สูง	22	25
สูงสุด	25	36
รวม	100	100

สู่บทสรุปเชิงยุทธศาสตร์

จากข้อค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้ศึกษาข้อสรุปว่า การอุดหนุนบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยงบประมาณภาครัฐ ได้ให้ประโยชน์อย่างมากต่อกลุ่มรายได้ต่ำมากกว่ากลุ่มรายได้สูง นอกจากนี้ การอุดหนุนภาครัฐ เป็นการลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมของการกระจายรายได้โดยตรง

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ บริการสุขภาพที่ระดับอำเภอ (District Health System: DHS) เป็นจุดยุทธศาสตร์ของการกระจายความเป็นธรรมไปสู่ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำ เนื่องจากเข้าถึงสถานพยาบาลและใช้บริการได้สะดวกกว่า

คนจนไปที่ไหน



กันคิด
เรื่องเด่น

กันคิด

10

เข้าใจความตาย... ช่วยคลายปัญหา เจาะลึก “อัตราส่วน การตายมารดา”

ภาพของการตั้งครรภ์และการคลอดย่อมนำมาซึ่งความเบิกบาน ความหวัง และพลังชีวิต

ทว่าเบื้องหลังภาพแห่งความน่าชื่นชมยินดี ในแต่ละปีมี “แม่” จำนวนไม่น้อยที่ปราศจากโอกาสได้อุ้มชูเชยชมลูกน้อยที่เฝ้าพุ่มพักให้สัมผัสความรักและความหวัง

การตายของมารดาไม่เพียงส่งผลกระทบต่อชีวิตของลูกน้อย ตลอดจนครอบครัวที่ถูกทิ้งไว้ข้างหลัง แต่ยังส่งแรงสะท้อนต่อระบบสาธารณสุขอีกด้วย

ในแวดวงสาธารณสุขถือว่า **อัตราส่วนการตายมารดา (maternal mortality ratio : MMR)** เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยที่สำคัญของประชาชน และถูกใช้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ประเทศต่างๆ ทั่วโลกต่างก็ตระหนักถึงความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีและมารดา

นั่นเป็นเพราะการตายของมารดาเป็นตัวบ่งบอกความเป็นอยู่ของผู้หญิง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ตลอดจนความเพียงพอของสถานบริการด้านสุขภาพ

ยิ่งไปกว่านั้น ข้อมูลการตายของ “แม่” และสถานการณ์แวดล้อมยังเป็นสิ่งขับเคลื่อนปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์และการคลอด ตลอดจนชี้ให้เห็นถึงสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงโดยตรงและสภาพเศรษฐกิจและสังคมโดยอ้อมอีกด้วย

บทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสังคม

ในประเทศไทย “อัตราส่วนการตายมารดา” ได้ถูกนำไปใช้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักในแผนงานด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในส่วนของแผนงานอนามัยแม่และเด็ก และในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ดำเนิน “โครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการคลอดทั้งมารดาและทารก โดยเริ่มต้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2533

ปัจจุบัน การรายงานอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยในระดับประเทศมี 2 แหล่งสำคัญ คือ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

สำหรับแหล่งข้อมูลแรก คือ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้คำนวณข้อมูลจากทะเบียนสถิติชีพของสำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง

ที่มา สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย เรื่องการตายของมารดาในประเทศไทย



“การตายของมารดา
ไม่เพียงส่งผลกระทบใหญ่หลวง
ต่อชีวิตของลูกน้อย
ตลอดจนครอบครัว
ที่ถูกทิ้งไว้ข้างหลัง
แต่ยังส่งแรงสะท้อนต่อ
ระบบสาธารณสุขอีกด้วย...”

กระทรวงมหาดไทย สำหรับสำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้คำนวณข้อมูลจากรายงานที่ได้จัดทำขึ้นสำหรับ “โครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” และข้อมูลจากการศึกษาการตายของมารดาด้วยวิธี Ramos ซึ่งศึกษาในปี 2538 - 2539

เจาะชีวิตแม่ผู้เคราะห์ร้าย

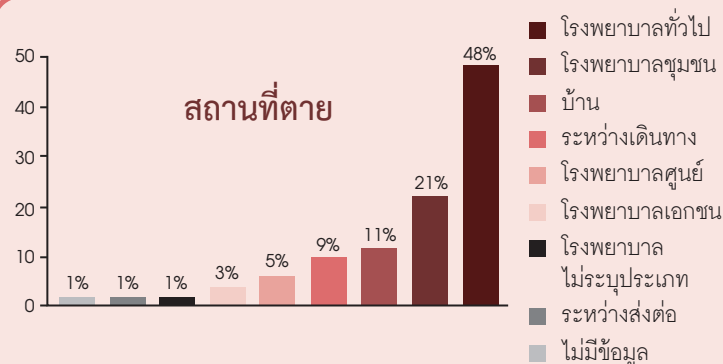
ข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับอัตราการตายของมารดาในประเทศไทยที่ประมวลจากข้อมูลทั้ง 3 แหล่ง พบจำนวนแม่ที่เสียชีวิตใน 12 จังหวัด ซึ่งเป็นพื้นที่เก็บข้อมูลรวม 110 ราย โดยมีข้อมูลด้านอายุ การศึกษา และอาชีพ ดังนี้

- อายุของแม่ที่เสียชีวิตอยู่ระหว่าง 15 ถึง 46 ปี หรือค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28 ปี
- ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 20.9) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 2.7) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 2.7) ตามลำดับ (อีก ร้อยละ 73.6 ไม่มีข้อมูล)
- ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 30) รองลงมาคือ รับจ้าง (ร้อยละ 18) ว่างาน (ร้อยละ 15) อื่นๆ (ร้อยละ 9) ตามลำดับ (ไม่มีข้อมูล ร้อยละ 28)

สืบสถานที่เสียชีวิต

การเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 48) รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 21) บ้าน (ร้อยละ 11) อื่นๆ ร้อยละ 19 ตามลำดับ (ไม่มีข้อมูล ร้อยละ 1)

ภาพที่ 1 แสดงสถานที่เสียชีวิตของมารดาในกลุ่มตัวอย่าง



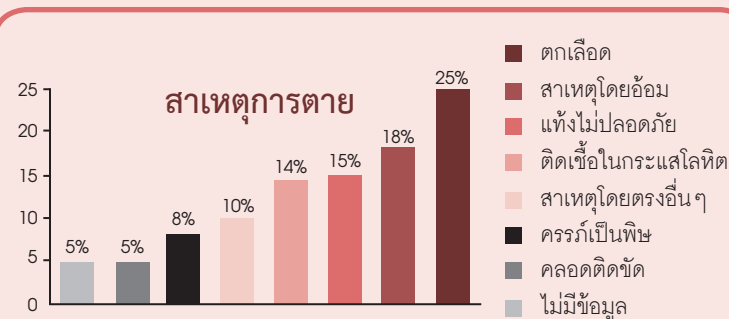
จากข้อมูลดังกล่าวที่พบว่า สถานที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน วิเคราะห์ได้ว่า อาจเนื่องจากเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับแรกๆ ที่หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ไปใช้บริการด้านการคลอด หรือไปรักษาเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ระบุว่า ร้อยละ 20 ของมารดาตายเกิดภายนอกโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงสถานบริการยังคงมีปัญหาอยู่ไม่น้อย

สาเหตุแห่งความตาย

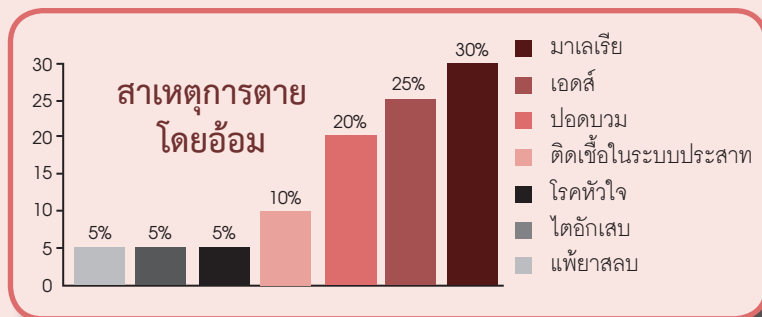
ด้านสาเหตุการตาย พบว่า อันดับหนึ่งคือ การตกเลือด ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุการตายของมารดาในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ที่สำคัญคือ เป็นการตายที่ป้องกันได้ จึงแสดงให้เห็นว่าการให้บริการสาธารณสุขยังมีจุดบกพร่องอยู่ นอกจากนี้การแท้งไม่ปลอดภัยก็พบในสัดส่วนที่สูงด้วยเช่นกัน

ภาพที่ 2 แสดงสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาในกลุ่มตัวอย่าง



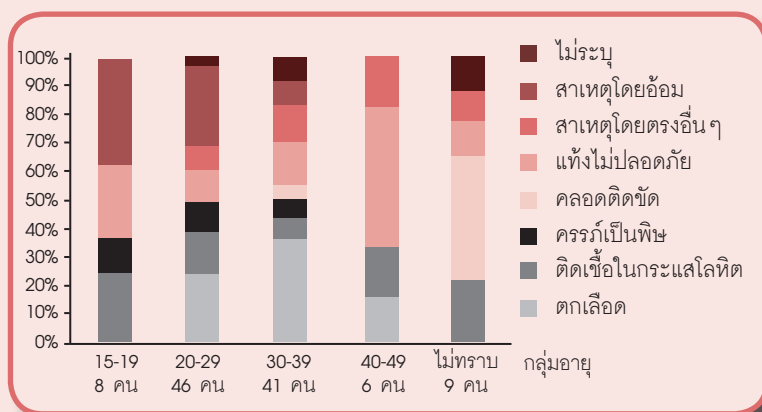
นอกจากสาเหตุการตายที่เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรงแล้ว ยังมีมารดาอีกกลุ่มหนึ่งที่เสียชีวิตด้วยสาเหตุทางอ้อม โดยในจำนวนมารดาที่เสียชีวิต 110 รายจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า มีมารดาที่เสียชีวิตด้วยสาเหตุการตายจากสาเหตุโดยอ้อม 20 ราย สาเหตุการตายส่วนใหญ่คือ มาลาเรีย (ร้อยละ 30) รองลงมาคือ เอชไอวี (ร้อยละ 25) ปอดบวม (ร้อยละ 20) ติดเชื้อในระบบประสาท (ร้อยละ 10) และ อื่นๆ (ร้อยละ 15) ตามลำดับ

ภาพที่ 3 แสดงสาเหตุการเสียชีวิตจากสาเหตุโดยอ้อมของมารดาในกลุ่มตัวอย่าง



เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายตามกลุ่มอายุพบว่า มารดาในแต่ละช่วงวัยมีลำดับสาเหตุการเสียชีวิตแตกต่างกัน โดยมารดากลุ่มอายุน้อย (อายุ 15-19 ปี) และ มารดากลุ่มอายุมาก (อายุ 40 - 49 ปี) มีสาเหตุการตายจากการแท้งไม่ปลอดภัยในสัดส่วนที่สูง ในขณะที่กลุ่มอายุ 20-29 ปี และกลุ่มอายุ 30-39 ปี มีสาเหตุการตายจากการตกเลือดในสัดส่วนที่สูง

ภาพที่ 4 แสดงสาเหตุการเสียชีวิตตามช่วงอายุของมารดาในกลุ่มตัวอย่าง



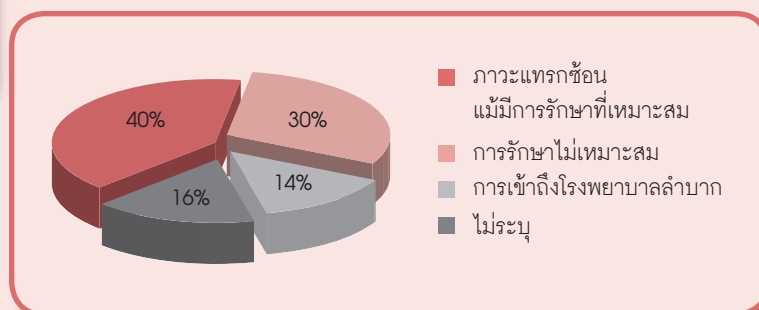
แกะรอยต้นตอเหตุร้าย

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุอันเป็นเงื่อนไขที่นำไปสู่การเกิดอาการเจ็บป่วยที่ส่งผล

ให้มารดาเสียชีวิตพบว่า มีทั้งสาเหตุที่สืบลำต้น และที่สามารถป้องกันได้

เงื่อนไขที่นำไปสู่การเสียชีวิตของมารดาที่พบมากที่สุด คือ เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (ร้อยละ 40) รองลงมา คือ มีการรักษาไม่เหมาะสม (ร้อยละ 30) การเข้าถึงโรงพยาบาลลำบาก (ร้อยละ 14) ตามลำดับ และไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุเงื่อนไขได้ (ร้อยละ 16)

ภาพที่ 5 แสดงเงื่อนไขที่นำไปสู่การเสียชีวิตของมารดาในกลุ่มตัวอย่าง



ข้อมูลนี้ ชี้ให้เห็นว่าเงื่อนไขที่ทำให้มารดาเสียชีวิตอย่างน้อย ร้อยละ 45 เกิดจากการรักษาไม่เหมาะสมและการเข้าถึงบริการที่ลำบากซึ่งอยู่ในวิสัยที่สามารถป้องกันแก้ไขได้

แปรความรู้สู่ปัญหา

จากข้อมูลอัตราการตายของมารดาดังกล่าว นำมาสู่ข้อเสนอต่อการป้องกันให้ตรงจุด เพื่อปกป้องชีวิตของ “แม่” ดังนี้

1. ควรปรับปรุงระบบการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด รวมทั้งการให้คำปรึกษาให้มีประสิทธิภาพ
2. ควรจัดระบบการบริการด้านโลหิตให้ครอบคลุมทั่วถึง และพัฒนาศักยภาพในการดูแลภาวะวิกฤตของการคลอด
3. ควรจัดระบบบริการเชิงรุกและการเฝ้าระวังการตกเลือด และการติดเชื้อในหญิงหลังคลอด

นี่คือข้อเสนอแนะอันล้ำค่าที่ตกผลึกจากข้อเท็จจริงอันแสนเศร้า!



วิถีสุข

วิธีลดความอ้วน แบบพุทธ

ทันคิด

14

ยุคนี้ใครๆ ก็รู้ว่าความอ้วนจำมาไม่ใช่เรื่องของความสมบูรณ์พันธุ์อีกต่อไป แต่กลายเป็นสัญญาณแห่งการเกิดโรคภัยไข้เจ็บรุมเร้าเรื้อรัง แม้กระทั่งการ “ไวพุง” เพียงเล็กน้อยก็ยังมีข้อมูลทางการแพทย์ที่เชื่อมโยงสภาพดังกล่าวเข้ากับความเสี่ยงป่วยหลายๆ โรค จนความอ้วนเริ่มถูกผูกโยงเข้ากับคำไม่น่าพึงปรารถนาอย่าง “อายุสั้น” ไปเสียแล้ว

เว็บไซต์ <http://dhammavoice.blogspot.com> นำเสนอความรู้ที่น่าสนใจจากคนช่างคิดช่างค้น ที่นำเสนอวิธีลดความอ้วนแบบพุทธ เพื่อเป็นหลักคิดและแนวทางสำหรับคนที่เริ่มอึดอัดอยากลดน้ำหนัก ให้แผนการเดินหน้าแบบอิงธรรมะ โดยมีหลักฐานและหลักการทางศาสนาสนับสนุน ดังนี้

คาถาลดน้ำหนักสุขะจากพระโอบุชู้

ในสมัยพุทธกาล ยังมีพระเจ้าแผ่นดินองค์หนึ่งชื่อ พระเจ้าปเสนทิโกศล พระองค์ทรงมีพระวรกายที่อ้วนท้วนอย่างยิ่ง เนื่องจากทรงเสวยพระกระยาหารจุเกินไป และด้วยความอวบอ้วน ทำให้พระองค์ไปไหนมาไหนไม่ค่อยสะดวก

วันหนึ่ง **พระเจ้าปเสนทิโกศล** เสด็จไปเข้าเฝ้าพระพุทธเจ้า เมื่อพระพุทธองค์ทรงสังเกตเห็นความอ้วนอึดอัดในพระวรกายของพระเจ้าปเสนทิโกศล จึงทรงตรัสพระคาถา ซึ่งปรากฏอยู่ในพระสุตตันตปิฎก เล่ม 7 สังยุตตนิกาย สคาถวรรค ข้อ 365 หน้า 116 ว่า

“บุคคลผู้มีสติอยู่เสมอ รู้ประมาณในอาหารที่ได้มา จะมี
เวทนาเบาบาง แก่ช้า มีอายุยืนนาน”

ได้ฟังดังนั้น พระเจ้าปเสนทิโกศล จึงให้พระราชนัดดา หรือหลานของ
พระองค์คอยกล่าวคาถานี้ทุกครั้งที่พระองค์กำลังจะเสวยพระกระยาหาร ในที่
สุดพระเจ้าปเสนทิโกศล ก็ทรงลดความอ้วนได้สำเร็จเพราะคาถานี้เอง

ใครจะลดน้ำหนัก สามารถใช้วิธีเดียวกันกับพระเจ้าปเสนทิโกศลได้ โดย
อาจประยุกต์มาเป็นการเขียน “คาถา” ดังกล่าวไว้ในกระดาดที่พกพาง่าย ถึง
เวลารับประทานอาหารคราวใดก็หยิบกระดาดโน้นขึ้นมาอ่านเตือนใจสักนิด

หุ่นทิเพราะมีเมตตา

ในพระไตรปิฎก มีพระสูตรหนึ่งที่สอนว่าเราไม่ควรบริโภคอาหารด้วย
ความสนุกสนานเมามัน แต่ควรบริโภคด้วยความรู้สึกเห็นคุณค่าของอาหาร
ซึ่งช่วยให้เรามีชีวิตรอดต่อไปเพื่อพัฒนาตนให้พ้นจากสังสารวัฏอันยาวไกล
โดยให้คำนึงถึงความทุกข์ยากของสรรพสัตว์ที่ต้องยอมเสียสละชีวิตเพื่อให้
เราอยู่รอด อุปมาดังพ่อแม่จำใจต้องรับประทานเนื้อบุตรของตนเองกลาง
ทะเลทรายเพื่อเอาชีวิตรอดเดินทางต่อไป

จากหลักการดังกล่าว ซึ่งปรากฏอยู่ในพระสูตรต้นตปิฎก เล่ม 8 สังยุตต
นิกาย นิทานวรรค ข้อ 240 หน้า 108 น่าจะนำมาประยุกต์เป็นวิธีคิด
ลดความต้องการบริโภคได้ไม่มากนักน้อย โดยใช้พลังจินตนาการสร้างความคิด
“เชื่อมโยง” มองให้เห็นภาพความทุกข์ยากของสรรพสัตว์ที่อยู่เบื้องหลังภาพ
อาหารอันน่าเอร็ดอร่อยต่างๆ ถือได้ว่ากากระทำเช่นนี้เป็นการภาวนาตาม
หลักพุทธศาสนา คือ สร้างความเมตตากรุณาต่อสรรพสัตว์ทั้งหลาย

อานิสสที่เกิดด้วยคุณธรรมเช่นนี้เองจะบรรเทาความรู้สึกต้องการบริโภค
ให้น้อยลงไปได้อีกส่วนหนึ่ง

มองให้ทะลุถึงที่สุดแห่งโอฆารส

ตามปรกติปุถุชนทั่วไปเมื่อรับประทานอาหารที่มีรสชาติอร่อย จิตใจย่อม
รู้สึกปลานปลื้มยินดี ทำให้รู้สึกอยากรับประทานเรื่อยๆ ไปจนกว่าจะแน่นท้อง

และคิดติดใจว่านี่คืออาหารโปรดของเราที่จะต้องกลับมารับประทานบ่อยๆ

วิธีการต่อไปนี้ ถือเป็น “ท่าไม้ตาย” ในการทำลายความยึดติดในรสชาติ
ของอาหาร นั่นคือ ผึกจิตคิดเห็นสิ่งที่เป็นปฏิกุลในขณะบริโภคอาหาร เป็นวิธี
ที่ออกจะ “แรง” สักหน่อย แต่อาจได้ผลชะงัด และที่สำคัญคือ เป็นการฝึก
จิตให้มองทะลุผ่านภาพมายาแห่งรูปรสกลิ่นเสียง และทบทวนหลักแห่งความ
เป็นอนิจจังไปในตัว

นั่นคือการนึกเห็นสภาพของอาหารว่าเป็นปฏิกุลในขณะที่เราขบเคี้ยว
อาหารอยู่ในปาก เช่น อาจจะนึกจินตนาการให้เห็นภาพอาหารที่เราขบเคี้ยว
อยู่นี้อยู่ในใจว่ามีสภาพเป็น อามม หรือ อาเจียน หรือนึกให้เห็นอาหารนั้นอยู่
ในสภาพที่เน่าบูดมีแมลงวันตอม ฯลฯ

นี่ไม่ใช่วิธีคิดที่เสนอกันแบบสนุกๆ แต่มีชื่อเรียกอย่างเป็นทางการใน
ศัพท์แสงของแวดวงพุทธศาสนาว่า “**อาหาเรปปฏิกุลสัญญา**” อันเป็นเทคนิค
การคิดที่ทำให้จิตใจคลายจากความยึดติดในรสชาติของอาหาร ถอยกลับคืน
สู่ความเป็นปกติ ทำให้เกิดการบริโภคอย่างพอดี ไม่บริโภคมากจนเกินไป
และสามารถควบคุมจิตใจของตนเองไม่ให้ไปเกี่ยวข้องกับอาหารโปรดแต่เป็น
อันตรายต่อสุขภาพ จนไม่มีความจำเป็นต้องไปพึ่งอาศัยยา

อันที่จริงแล้วการควบคุมอาหารหรือการลดความอ้วนนี้เป็นเพียงแค่
ผลพลอยได้ของการคิดแบบ “อาหาเรปปฏิกุลสัญญา” เท่านั้น แต่ผลตอบแทน
อันคุ้มค่าสำหรับการฝึกคิดเช่นนี้ ท่านว่ามีอานิสสรัง เพราะสามารถทำให้
หลุดพ้นจากกิเลสหยาบๆ ได้ ส่งผลให้มีสุขภาพจิตผ่องใส สติปัญญาสว่างไสว
อันเป็นพื้นฐานแห่งการหยั่งลงสู่ความเป็น “อมตะ” อันได้แก่ ความไม่ตาย
หลุดพ้น หมดทุกข์สิ้นเชิง

ดังที่สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงกล่าวไว้ว่า

**ดูกรภิกษุทั้งหลาย เมื่อภิกษุมิใจอันบรมแล้วด้วยอาหาเรปปฏิกุล
สัญญาอยู่โดยมาก จิตย่อมหวานกลับ งอกกลับ ถอยกลับจากต้นหาในรส
ไม่เย็นไปปรับตัวหาในรส อุเบกขาหรือความเป็นของปฏิกุลย่อมตั้งอยู่
เปรียบเหมือนชนไก่หรือเส้นเอ็นที่เขาใส่ลงในไฟ ย่อมหดงอเข้าหากัน
ไม่คลายออก ฉะนั้น....** (ทีมา พระสูตรต้นตปิฎก เล่ม 15 ข้อ 46)





คนค้นคิด

ค้นคิด

16

“ภาระโรค” เรื่องน่ารู้

ถ้าคุณเป็นคนหนึ่งที่สนใจติดตามข้อมูลในแวดวงสร้างเสริมสุขภาพในช่วงประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา อาจเคยได้ยินคำว่า เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of disease) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บของประชากร (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) ผ่านหูผ่านตากันมาบ้างไม่มากก็น้อย “คนค้นคิด” ฉบับนี้เราขอพาไปสนทนากับ นพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ โฆษกการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) หนึ่งในผู้ที่คลุกคลีกับข้อมูลชุดนี้มาตั้งแต่ช่วง “ตั้งไข่” จนกลายมาเป็นหนึ่งในข้อมูลที่ถูกใช้กำหนดทิศทางแผนพัฒนาด้านสุขภาพของประเทศไทยในวันนี้



การศึกษา “ภาระโรค” มีที่มาอย่างไร?

แนวคิดนี้มีที่มาจากทางด้านเศรษฐศาสตร์ พัฒนาขึ้นมาโดยทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ที่สหรัฐอเมริกา ถูกนำมาพัฒนาและต่อยอดจนเป็นที่รู้จักแพร่หลายโดยองค์การอนามัยโลก โดยเมื่อประมาณ 10 ปีก่อน องค์การอนามัยโลกจัดทำรายงานการจัดอันดับประเทศทั่วโลกประมาณ 190 ประเทศ ตามความสามารถในการจัดการระบบสาธารณสุข โดยใช้ดัชนีวัด Health system performance ใน 3 ด้านด้วยกัน คือ เรื่องของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health achievement) เรื่องของความเป็นธรรมในระบบการเงินการคลังสาธารณสุข และสุดท้ายคือ เรื่องของการตอบสนองของระบบสุขภาพต่อความต้องการของประชาชน

เช่น ระบบสุขภาพทำให้ผู้ที่ไปรับบริการรู้สึกว่ามันเองมีศักดิ์ศรีหรือไม่ ได้รับการรวดเร็วหรือไม่ เป็นต้น สำหรับเรื่องของภาระโรคนี้เป็นส่วนหนึ่งในเรื่องของผลลัพธ์ทางสุขภาพ



แนวคิดของภาระโรคคืออะไร

การวัดภาระโรคเป็นการคำนวณความสูญเสียทางสุขภาพจากการเจ็บป่วย พิการ หรือเสียชีวิตก่อนอายุที่คาดหมายออกมาโดยตีเป็นจำนวนปี ที่ผ่านมาระหว่างเราใช้ตามค่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลก คือ ผู้ชาย 80 ปี ผู้หญิงใช้ 82.5 ปี

หากเราแต่ละคนมีสุขภาพที่ดีสมบูรณ์แข็งแรงก็ควรจะไปได้ถึงอายุที่คาดหมาย แต่ถ้า

ตายก่อน อย่างตายไปตอนอายุ 50 ปี ก็เท่ากับสูญเสีย “ปีสุขภาวะ” ไป 30 ปี หรือถ้าเจ็บป่วยพิการ ไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพเต็มร้อยก็จะมีการแปรออกมาเป็นสัดส่วนตัวเลขปีสุขภาวะที่สูญเสียไป ความหมายโดยสรุปของ “ปีสุขภาวะ” ก็คือ ปีที่มีสุขภาพสมบูรณ์ มีชีวิตตามปกติ ทำกิจกรรมได้ตามปกติ นี่คือ สุขภาพสมบูรณ์ แต่ถ้าใครเกิดพิการ เจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุแล้วพิการ ก็จะเริ่มไม่มีสุขภาพแล้ว เราจะทอนตัวปีนี้ที่คิดว่าสุขภาพจะได้สูญเสียไป ถ้าตายคือสูญเสียไป 1 ปีเต็มๆ แต่ถ้าเกิดเจ็บป่วยพิการแขนขาอย่างที่ว่า ก็คิดว่าเรามีสุขภาพดีเพียง 85 เปอร์เซ็นต์ ก็หมายถึงว่าเรามีความพิการ 15 เปอร์เซ็นต์ของปีสุขภาพดีเต็มที่ ฉะนั้นปีนั้นเรามี

ความพิการเกิดขึ้น 15 เปอร์เซ็นต์ สมมติว่าเรามีชีวิตอยู่ในสภาพแขนขาด 5 ปี เท่ากับว่าเรามีความสูญเสียเกิดขึ้น 0.15 ปี ทุกๆ 5 ปี

เมื่อนำผลรวมของปีสุขภาพที่สูญเสียไปของประชากรทั้งหมดมารวมกัน ก็จะได้ผลลัพธ์แสดงออกมาให้เห็นภาพรวมการสูญเสียปีสุขภาพของคนในประเทศ ซึ่งจะเป็นตัวชี้ถึงสภาวะสุขภาพได้ชัดเจนมากกว่าการพิจารณาจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรอย่างเดียวเหมือนที่ผ่านมา



วิธีการคำนวณเหล่านี้มีคู่มือภาษาไทยให้ศึกษาหรือไม่

มีค่ะ เราทำเป็นคู่มือไว้เพื่อใช้ในการอบรมนักวิชาการที่มีความสนใจ ปีที่แล้วก็มีการจัดไปตอนปลายปี มีคนสนใจพอสมควร ส่วนใหญ่ก็จะเป็นคนในแวดวงที่ทำเรื่องข้อมูลวิชาการ



ข้อมูลนี้นำไปใช้ประโยชน์อย่างไรได้บ้าง

หลักๆ เลยก็คือ ใช้เพื่อการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพของประเทศ ว่าทรัพยากรเรามีเท่านี้เราควรมุ่งความสนใจไปที่เรื่องอะไรบ้าง อีกส่วนหนึ่งคือ การไปใช้ประโยชน์ในระดับจังหวัดหรือระดับพื้นที่ที่เล็กลงไป คนในพื้นที่น่าที่จะได้รู้ว่าสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของคนในพื้นที่เป็นอย่างไร

ที่ผ่านมา ข้อมูลเรื่องภาระโรคที่จัดทำ

ครั้งแรกโดยใช้ข้อมูลของปี 2542 ได้ถูกใช้อ้างอิงในการทำแผนและการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ทางมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ก็เคยพยายามจะนำข้อมูลตรงนี้ไปจัดลำดับความสำคัญของงานวิจัย เพื่อกำกับทิศทางของงานวิจัยให้ตอบสนองกับโรคที่เป็นภาระลำดับสูงๆ อย่างไรก็ตาม ตรงนี้ก็มิใช่ได้เที่ยงเหมือนกันว่า บางทีมันอาจจะทำอะไรไม่ได้เท่าไรนักเพราะการคำนวณภาระโรคอาศัยข้อมูลย้อนหลัง ซึ่งเป็นสถานการณ์ในอดีต



คุณหมอจบงานนี้ ซึ่งต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลสถิติทั้งด้านการเจ็บป่วยและการตายในประเทศไทยนี้มายาวนานร่วม 10 ปี อยากให้ช่วยสะท้อนว่ามองเห็นภาพระบบข้อมูลข่าวสารในบ้านเราเป็นอย่างไร

ต้องบอกตามตรงว่ามีปัญหามากเลยในเรื่องข้อมูล การที่จะวัดปีสุขภาพนั้นไม่ยาก แต่สิ่งที่ยากอยู่ตรงคุณภาพของข้อมูลที่น่าเข้ามาคำนวณว่าน่าเชื่อถือขนาดไหน โดยเฉพาะในเรื่องสาเหตุการตายของประเทศไทย จริงๆ แล้วแพทย์ก็ไม่ได้ลงสาเหตุผิด แต่ข้อมูลที่ระบุเป็นสาเหตุการตายจากหัวใจล้มเหลว หรือติดเชื้ในกระแสโลหิต ฯลฯ ทำให้เราไม่สามารถสืบสาวได้ว่าสภาวะสุขภาพ

ของผู้ตายเป็นอย่างไร และอะไรคือสาเหตุต้นทางของการตาย นอกจากนี้ ข้อมูลของบ้านเราก่อนข้างจะกระจัดกระจาย ข้อมูลแต่ละแหล่งก็จัดทำขึ้นเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ที่ต่างกัน ที่เป็นปัญหามากคือการเก็บข้อมูลเป็นรายครั้งของการใช้บริการ ซึ่งอาจเป็นคนเดิมซ้ำหลายครั้ง ขณะที่ข้อมูลปีสุขภาพ และการชี้ภาระโรคมีพื้นฐานจากบุคคล เรียกว่า ความสนใจแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ถ้ามองในแง่ของพัฒนาการในช่วง 10 ปีนี้ ก็มองว่าดีขึ้นนะค่ะ ทั้งในแง่ของความครอบคลุมและการรายงานที่รวดเร็วขึ้นกว่าเดิม



ล่าสุด ทราบว่าผลการศึกษาล่าสุดกำลังจะออกเผยแพร่แล้ว

ค่ะ การศึกษาภาระโรคเราทำเป็นระยะทุก 5 ปี ชุดล่าสุด เป็นข้อมูลปี 2547 ข้อมูลก็เสร็จแล้ว ถ้าเปรียบเทียบกับครั้งก่อนหน้า สิ่งที่ต่างกันชัดเจนก็คือ จำนวนการตายของประชาชนในวัยทำงานลดลงทั้งผู้หญิงผู้ชาย ซึ่งเราคิดว่าส่วนใหญ่จะมาจากการลดลงของการตายจากเอดส์...

กำลังจะเข้าค่ายเข้าเฝ้าทีเดียวแต่น่าเสียดายจริงๆ ที่พื้นที่หมดลงเพียงเท่านี้โปรดติดตามอ่านสรุปผลรายงานภาระโรคฉบับล่าสุดอย่างจุใจได้ใน “ต้นคิดเรื่องเด่น” ฉบับหน้า

“ประเมินสุขภาพ” ทำเองก็ได้...ง่ายจัง

คุณสุขภาพดีหรือไม่ แค่ไหน?

เจอคำถามแบบนี้ หลายคนคงหนีไม่พ้นอิงไปพักใหญ่ เพราะไม่รู้จะประเมินคำตอบออกมาอย่างไร

แต่วันนี้ การประเมินความฟิตและปัจจัยที่ส่งต่อสุขภาพง่ายขึ้นกว่าเดิมมาก ด้วย “แบบประเมิน” ที่ “เล่นไม่ยาก” โดยผ่านการทดสอบมาแล้วหลายต่อหลายครั้งว่า ใครๆ ก็ตอบคำถามในแบบประเมินนี้ได้ด้วยตนเอง

ข้ายังมีระดับการประเมินให้เลือกอย่างหลากหลาย ทั้งการประเมินสุขภาพตนเอง และการประเมินสุขภาพชุมชน อีกด้วย

นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล แห่ง สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ผู้พัฒนาแบบประเมินสุขภาพชุดนี้ขึ้นมาเล่าว่า ต้นทางของการจัดทำนั้นย้อนไปปีเศษ โดยตั้งใจให้เป็นเครื่องมือที่ใครๆ ก็ใช้ประโยชน์ได้

การออกแบบคำถาม คำตอบ และวิธีประมวลผล ในแบบประเมินชุดนี้ ไม่ได้มุ่งที่จะแนรวมเพื่อนำตัวเลขไปเลือกอ่านผลทำนายแบบ “เชียมซี” แต่คำถามต่างๆ จะชักชวนให้ผู้ที่ต้องคิดใคร่ครวญ ควบคู่ไปกับเกิดการเรียนรู้ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพไปทีละคำถามๆ เพื่อนำไปสู่ความใส่ใจต่อบัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพได้รอบด้านกว่าเดิมหลังจากทำแบบสอบถามเสร็จสิ้น

ที่น่าสนใจกว่านั้นคือ ในแบบสอบถามไม่ได้มีแต่คำถาม แต่ยังแนะคู่มือ หรือแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมที่จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะต่างๆ ได้ศึกษาเพื่อพัฒนาตนเองต่อไปด้วย

แม้แบบประเมินสุขภาพตนเอง และสุขภาพระดับชุมชน ได้ถูกนำไปทดลองใช้อย่างต่อเนื่องในช่วงที่ผ่านมา แต่ผู้พัฒนาเองยังต้องการปรับแต่งให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น จึงขอเชิญชวนผู้ที่สนใจ

สืบสาวภาวะสุขภาพของตนเอง หรือชุมชนที่สนใจ มาช่วยกันนำไปทดลองใช้ และส่งข้อคิดเห็นกลับมาเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาให้แบบสอบถามชุดนี้เกิดประโยชน์มากที่สุด โดยสามารถดาวน์โหลดได้จาก www.hiso.or.th

เสียงสะท้อนจากทุกท่านที่ย้อนกลับมามีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการพัฒนาแบบประเมินชุดนี้ให้เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสำหรับการดูแลสุขภาพบุคคลและชุมชนทั่วเมืองไทย

สุข



เดินหน้า “บูรณาการ” งานท้าทาย

เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2552 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง **การจัดการความรู้สู่การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ** โดยคณะกรรมการบริหารแผนทั้ง 7 คณะ

ทพ.กฤษดา เรืองอารีย์รัชต์ รองผู้จัดการ สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ กล่าวถึงที่มาของการจัดประชุมปฏิบัติการไว้ว่า เนื่องจากขณะนี้ สสส. มีแผนงานอยู่ทั้งหมด 13 แผนงาน จึงต้องหากลไกการจัดการเพื่อทำให้เกิดการบูรณาการ โดยใช้กลไกการจัดการเชิงพื้นที่เป็นตัวตั้งมากกว่าการทำงานเชิงประเด็น

ที่ผ่านมา ทาง สสส. ได้ตั้งอนุกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่งเพื่อเน้นกระบวนการเรียนรู้ ที่จะนำไปสู่การสร้างสรรค์และเกิดนวัตกรรมต่างๆ สิ่งที่เราคาดหวังจากการประชุมในวันนี้ คือ เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากคณะทำงานทั้ง 7 ชุด และอยากให้มีการบริหารจัดการความรู้เช่นนี้อีก 2 ครั้ง เพื่อนำสิ่งที่ได้เสนอต่อคณะกรรมการบริหารแผน

ผู้แทนจากแผนงานและโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่เข้าประชุมในวันนั้น ได้ร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยในช่วงท้ายของการประชุมได้มีการสรุปข้อเสนอที่สำคัญ พบว่า ภาควิชาสร้างเสริมสุขภาพต้องการให้มีการประมวลชื่อโครงการ กลุ่มองค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภารกิจของแต่ละฝ่ายออกมาอย่างเป็นระบบในรูปของการ mapping เพื่อทราบร่วมกันว่าใครทำอะไร ที่ไหนบ้าง และนำไปสู่การกำหนดประเด็นความสนใจร่วมกัน อันจะเป็นตัวขับเคลื่อนการบูรณาการ อีกทั้ง

ควรเลือกผู้ประสานให้เหมาะสมกับงาน และต้องทำงานจากความต้องการของพื้นที่

ทั้งนี้ ผู้แทนจาก สสส. ได้ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับเรื่องการบูรณาการระหว่างแผนงานและโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ที่กำลังเริ่มต้นเดินหน้าไว้หลายประเด็น ดังนี้

1. กลไกการบูรณาการอาจเกิดขึ้นเฉพาะแผนงานซึ่งอยู่ภายใต้ สสส. หรืออาจขยายความร่วมมือไปสู่องค์กรภาคีต่างๆ ที่ไม่ได้เป็นแผนงานภายใต้ สสส. ด้วย
2. การบูรณาการจำเป็นต้องคำนึงถึงความเป็นไปของพื้นที่ เช่น ลักษณะเฉพาะการขับเคลื่อนของแต่ละภาค ซึ่งอาจจะมีลักษณะความเป็นมาที่ไม่เหมือนกัน ดังเช่น ต้นไม้ที่ต่างฝ่ายต่างเติบโต
3. อาจจะมีแนวทางการบูรณาการนอกเหนือจากตัวพื้นที่ซึ่งแบ่งออกเป็นจังหวัด ดังนั้นจึงอยากให้มองการแบ่งพื้นที่ที่เกิดการเชื่อมโยงเชิงนิเวศวิทยาด้วย เช่น กลุ่มลุ่มน้ำ เป็นต้น
4. กลไกการเชื่อมประสานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญจำเป็นต้องทำอย่างระมัดระวัง ต้องฟังหลายๆ ฝ่าย สุดท้ายอาจจะต้องใช้กลไกหลายๆ แบบ
5. อยากให้รับฟังเสียงสะท้อนของพื้นที่จากการเข้าไปทำงานของ สสส. ด้วย

ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของขบวนการสร้างเสริมสุขภาพ แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ยินดีร่วมเป็นส่วนหนึ่งของความเคลื่อนไหวสำคัญในครั้งนี้อย่างเต็มที่ 



กุหลาบพูดความจริง

ในหนังสือ "ธรรมชาติจากต้นไม้" โดย ท่านภิกขุ ปัญญาวัฒน์ กล่าวไว้ว่า อะไรที่อยู่รอบตัวเรานั้นล้วนแต่เป็น "ธรรมชาติ"

ถ้าเราเห็นธรรมชาติ คือ เห็นความไม่เที่ยง ของสิ่งนั้นก็ดี เห็นความทุกข์ของสิ่งนั้นก็ดี เห็นความเป็นอนัตตาความไม่มีตัวตนของสิ่งเหล่านั้น เรียกว่า เราได้ธรรมชาติ

ต้นไม้ ดอกไม้ ที่อยู่รอบตัวเรา เช่น ดอกกุหลาบที่ปลูกไว้ในกระถางหน้าบ้าน มีดอกสีแดงสวยสดงดงามมีกลิ่นหอมของกุหลาบที่สดชื่น ความเป็นจริงคือดอกกุหลาบนั้นเกิดขึ้นเป็นดอกตูมอ่อน เติบโตไม่กี่วันดอกนั้นก็บานเห็นสีแดงสดมีกลิ่นหอม เมื่อวันเวลาผ่านไปสักสองสามวันดอกกุหลาบเริ่มเหี่ยว กลีบเริ่มโรย วันที่สี่ วันที่ห้า กลีบกุหลาบก็ร่วงโรยจนหมดความสวยและกลิ่นหอม สัจธรรม หรือความจริงได้ปรากฏเห็นความเกิดดับความคงทนอยู่ไม่ได้ของดอกกุหลาบ และความไม่มีตัวตนที่แท้จริงของดอกกุหลาบที่มีสีแดงสวยสด และมีกลิ่นหอม นั้น เพราะความจริงมีอยู่เช่นนี้เองจึงต้องมองให้เห็นเป็นอันเดียวกัน

เมื่อมองดอกกุหลาบ หากมองทะลุความงามไปสู่ความเป็นจริงจะเกิดปัญญา

และไม่ใช่แค่ความงามและความสุขที่ไม่คงทน แต่ 'ความทุกข์' ก็อยู่ภายใต้กฎแห่งความไม่เที่ยง มีเกิดและมีดับเช่นกัน

เมื่อคิดได้แบบนี้ ใครที่กำลังทุกข์คงยิ้มออกกันได้บ้างละมัง...

ที่มา: http://www.hiso.or.th/hiso/ghealth/ghealth6_21.php