



จดหมายข่าวรายเดือน
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
www.hiso.or.th

9

ฉบับที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2551



หวัดนก

วันนี้... ยังมีพิษสง

เหลียวหลังแลภัยร้อนๆ ก่อนสิ้นปี

“เด็กเล็กอนาถา” ภัยหายนอกสายตา
บนหนทางสร้างเมืองใหญ่ กับ โรคจาก “ฝุ่นโยหิน”
เด็กไทยเผชิญ “มหันตภัยบนท้องถนน”
ผักผลไม้ กับ “อันตรายแอบแฝง”
ไกล “คาเฟอีน” คนไทยทำได้หรือเปล่า?



Hi5 Hiso

นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล

สำนักงานพัฒนา

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ทันคิด

2



จดหมายข่าว “ทันคิด” รายเดือน

เจ้าของ

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
ที่ปรึกษา

นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล,

เบญจมาภรณ์ จันทระพัฒน์

กองบรรณาธิการ

หน่วยประสานวิชาการ

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ,

กลุ่มทันคิด

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

และสำนักงานกองทุนสนับสนุน-

การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

70/7 ห้อง 408 ชั้น 4 อาคารเอไอเอนท์

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 “ทันคิด”

รายสัปดาห์และรายเดือนฉบับอิเล็กทรอนิกส์

เพื่ออ่านก่อนใครได้ฟรี และติดตามกิจกรรม

ที่น่าสนใจที่ www.tonkit.org

ข้อมูลทั้งหมดจากชุดสื่อ “ทันคิด” สืบค้นได้

จาก เว็บไซต์สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูล

ข่าวสารสุขภาพ www.hiso.or.th

พิมพ์ที่ สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชซิง

โทรศัพท์ 02-903-8257-9

หรือมันจะกลับมา?

ฮัดเซย์!

สภาพอากาศช่วงเปลี่ยนผ่านจากความฉ่ำชื้นของฤดูฝนไปสู่ความแห้งผากเย็นยะเยือกของฤดูหนาวเช่นนี้ เล่นเอาหลายคนสะบักสะบอมกับไข้หวัดไปตามๆ กัน ทั้งหวัดน้อยหวัดใหญ่

แต่สำหรับยุคนี้ ไม่ว่าจะติดหวัดไหนๆ คงไม่น่ากลัวเท่ากับ “หวัดนก” ไปได้อีกแล้วครับ

ตั้งแต่ปลายเดือนตุลาคมจนถึงต้นเดือนพฤศจิกายนที่ผ่านมา ประเทศไทยเรามีข่าวไม่สู้ดีเกี่ยวกับโรคนี้แว่วมาเข้าหูอีกครั้ง เพราะเริ่มมีการพบโรคระบาดกับสัตว์ปีกในหลายพื้นที่ ทำให้การเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของไข้หวัดนกจากสัตว์มาสู่คนในบ้านเราเริ่มมีความเคลื่อนไหวให้ได้ยินได้ฟังกันอีกครั้ง

แผนงานพัฒนาระบบข่าวสารสุขภาพ ให้ความสนใจเกาะติดสถานการณ์ไข้หวัดนกอย่างต่อเนื่องมานานหลายปี และได้จัดทำชุดข้อมูลเผยแพร่ที่ได้ประมวลข้อมูลสำคัญ

ในช่วงที่เกิดการระบาด 3 ระลอกแรกในประเทศไทยระหว่างปี 2546-2548 ไปแล้วเมื่อปลายปี 2548 นับถึงวันนี้ก็ครบ 3 เต็มพอดี แต่ข้อมูลชุดนี้ยังได้รับความสนใจดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ของแผนงาน คือ www.hiso.or.th อยู่เรื่อยๆ

“ทันคิด” ฉบับนี้สนองตอบต่อความสนใจของท่านผู้อ่านที่กำลังตื่นตัวกับข่าวการกลับมาของไข้หวัดนกด้วยการประมวลข้อมูลสำคัญให้เท่าทันสถานการณ์มากยิ่งขึ้น โดยนำเสนอเป็นเรื่องเด่นประจำฉบับ สำหรับคอลัมน์อื่นๆ ก็ยังคงสรรหาข้อมูลสุขภาพใกล้ตัวที่แผนงานสนับสนุนให้มีการจัดทำมานำเสนอในรูปแบบที่อ่านง่ายเช่นเคย

ในโอกาสวาระดีทีขึ้นปีใหม่ ทีมงาน “ทันคิด” ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ และร่วมเป็นกำลังสำคัญของ การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในสังคมไทยของเราตลอดไปนะครับ



“เด็กเล็กอนาถา” ปัญหาอันตราย

ในประเทศไทยของเรายังมีเด็กอีกกลุ่มหนึ่งที่ประสบกับภาวะยากลำบาก แต่ด้วยความอ่อนแอและเยาว์วัย อย่างยิ่งทำให้ชะตากรรมของพวกเขาไม่อาจปรากฏให้เห็นถนัดชัดเจนได้ เว้นเสียแต่จะมีคนที่ช่วยเป็นสื่อกลางให้

ข้อมูลจากรายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ.2551 ชี้ให้เห็นว่าที่ผ่านมา **เด็กเล็กวัย 0-4 ปี หรือ “เด็กปฐมวัย”** ที่ด้อยโอกาสนั้นถูกมองข้ามยิ่งกว่าเด็กกลุ่มใดๆ

เห็นได้จากการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ปี 2548-2549 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า **เด็กที่มีพ่อแม่ป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยบั่นทอนโอกาสที่เด็กผู้นั้นจะได้รับการพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจ อย่างเหมาะสมแก่วัย และมีความมั่นคงในชีวิตรับ เป็นเด็กวัย 0-4 ปี มากกว่าเด็กวัย 5-9 ปี เสียอีก**

ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อการสำรวจครั้งนี้ทำการสาวลึกต่อไปถึงเรื่องความช่วยเหลือที่ให้กับเด็กกำพร้าและเด็กที่มีพ่อแม่ป่วยเรื้อรัง พบว่าการให้ความช่วยเหลือแก่เด็กเล็กมีสัดส่วนน้อยกว่าเด็กโตในทุกด้าน กล่าวคือ เด็กที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเด็กกำพร้า จากการที่พ่อ แม่ หรือคนที่เลี้ยงดูป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่อยู่ในวัย 0-4 ปี ได้รับความช่วยเหลือในด้านใดด้านหนึ่งเพียง ร้อยละ 15 ขณะที่กลุ่มเด็กโตกว่าที่ตกอยู่ในสภาพเดียวกัน ได้รับความช่วยเหลือ ร้อยละ 26

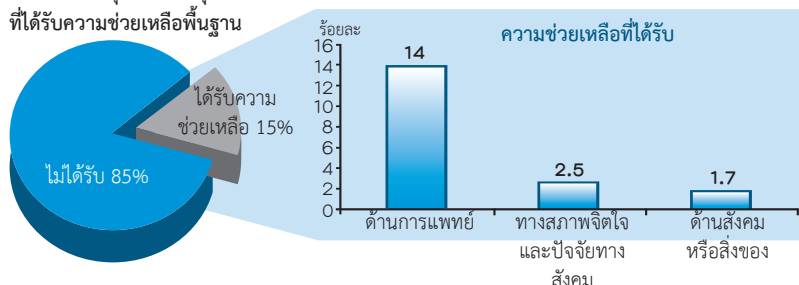
นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลที่ชี้ให้เห็นว่า เด็กปฐมวัยของเรายังมีปัญหาด้านสุขภาพจากโรคเรื้อรังและโรคภัยแรงอีกจำนวนมาก เช่น

- ข้อมูลรายงานสถานการณ์เด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ ในประเทศไทย โดย ศิริกุล อิศรานุกรักษ์, 2549 ชี้ว่ามีเกือบ 1 ใน 3 ของ**เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี** เป็นเด็กปฐมวัย อายุ 0-4 ปี
- ข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์เด็ก พ.ศ.2548-2549 ชี้ว่า สัดส่วนของ**เด็กพิการ**ในกลุ่มปฐมวัย มีสูงพอๆ กับเด็กพิการในกลุ่มอายุอื่น

เหล่านี้คือข้อมูลที่เป็นเสมือนกระจกที่สะท้อนให้เห็นสภาพความเป็นจริงที่กำลังเกิดขึ้นกับ “สมาชิกรุ่นใหม่” ที่ยังรอการปกป้องและช่วยเหลืออย่างตรงจุดและเพียงพอจากสังคมของเรา

แผนภูมิแสดงสัดส่วนและลักษณะการช่วยเหลือที่เด็กกลุ่มเสี่ยง วัย 0-4 ปี ได้รับ

สัดส่วนเด็กกลุ่มเสี่ยง อายุ 0-4 ปี ที่ได้รับความช่วยเหลือพื้นฐาน



ที่มา รายงานผลสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย
การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย
ธันวาคม 2548-กุมภาพันธ์ 2549,
สำนักงานสถิติแห่งชาติ



วิกิเสียง

ต้นคิด

4

ข้อมูลน่ารู้

ในปี 2542 กรมอนามัยได้ศึกษามลพิษ
จากโรงไหมหิน พบว่าโรงไหมหินใน จ.สระบุรี
แม้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่มีเปอร์เซ็นต์สารซิลิกาสูง
ขณะที่คุณภาพอากาศในชุมชนโดยรอบพบฝุ่นละอองเกิน
ค่ามาตรฐานความปลอดภัย

ประเทศไทยมีการจัดตั้งโครงการควบคุมป้องกัน
โรคซิลิโคสิสในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ.2544-2553
โดยเป็นการร่วมมือระหว่างหลายหน่วยงาน
แต่ก็ยังมีกรณีร้องเรียนปัญหามลพิษ
จากโรงไหมหินเรื่อยมา

บนหนทางสร้างเมืองใหญ่ กับ โรคจาก “ฝุ่นใยหิน”

ไม่ต้องหยิบยกตัวเลขใดๆ มาพิสูจน์ทุกคนต่างตระหนักได้ว่ำนับวันสภาพ
ความเป็น “เมือง” ยิ่งขยายตัวกลืนกินสภาพชนบทและพื้นที่ธรรมชาติให้เหลือน้อย
ลงทุกที

เนื้อหนึ่งมังสาของสิ่งที่เรียกว่า “เมือง” นั่นก็คือตึกรามบ้านช่อง โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งอาคารสูงที่เก๋อบรรยากาศสร้างจากอิฐ หิน ปูน ทราย

ยากจะคิดคำนวณว่าในแต่ละปีมีการระเบิดภูเขาลูกใหญ่ให้แตกตัวเป็นชิ้นเล็ก
น้อยกลายเป็นหินบด เพื่อลำเลียงเข้าสู่เส้นทางการสร้างเมืองสักที่ลูก

ไม่เพียงแต่การถากถางที่โล่งว่างเพื่อสร้างตึกขึ้นถมทับ การก่อร่างสร้างเมือง
ยังรวมถึงการทุบตึกเก่าแล้วสร้างตึกใหม่แทนที่อีกด้วย กิจกรรมเหล่านี้ล้วนแล้วแต่
ต้องการหินบดและซีเมนต์ในการก่อสร้างทั้งสิ้น

จากภูเขาสูง...ย่อยให้เหลือชิ้นเล็กชิ้นน้อย แล้วประกอบขึ้นใหม่ให้กลายเป็น
“หิน” ก้อนใหม่ขนาดน้อยใหญ่ในรูปทรงแตกต่างหลากหลายที่อาจสูงตระหง่านถึง
ระดับเสียดฟ้า เหล่านี้ล้วนต้องอาศัยกิจกรรมเบิกนำ นั่นคือ การไม่หินก้อนยักษ์
ที่ได้จากการระเบิดภูเขาให้ได้ขนาดตามต้องการ เพื่อความสะดวกในการขนส่ง
ตลอดจนลักษณะการใช้งาน

และในสายพานการผลิตไหมหิน ซึ่งก่อให้เกิดฝุ่นหินจำนวนมหาศาล “แรงงาน
มนุษย์” คือปัจจัยที่ไม่อาจขาดได้

โรคจากฝุ่นใยหิน

ใครที่เคยผ่านเข้าออกจังหวัดสระบุรีในเส้นทางผ่านอำเภอหน้าพระลาน ที่ถูกเปรียบเปรยมาเนิ่นนานให้เป็น “เมืองในหมอก” ที่ไม่ต้องใส่เสื้อหนาวแต่ต้องหาผ้าอุดจมูกหรือคลุมผมเผ้าเนื้อตัวแทน ย่อมประจักษ์แจ้งแก่ใจได้ว่าผลข้างเคียงจากกิจการโรงโม่หินนั้น สาหัสสากรรจ์เพียงไร

บนเส้นทางการพัฒนาประเทศสู่ความเป็นเมือง รถบรรทุกหินและปูนซีเมนต์จากแหล่งผลิตสำคัญที่ห่อตะปิ้งไปบนท้องถนนได้ทั้งสุขภาพเสื่อมโทรมของผู้คนไว้เบื้องหลัง และยากจะประมาณการได้อย่างชัดเจนว่ามีจำนวนเท่าไร

“ซิลิโคซิส” วิกฤตสุขภาพปอด

การสูดดมเอาอากาศที่มีฝุ่นหินปะปนเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจจะค่อยๆ ทำลายสมรรถภาพการทำงานของปอด และเมื่อถึงจุดหนึ่งจะแสดงตัวให้เห็นบนความทุกข์ทรมานที่เกิดแก่ผู้เป็นเจ้าของปอดคู่นั้น ผ่านชุดอาการที่รวมเรียกว่า **“โรคปอดฝุ่นหินทราย” หรือโรคซิลิโคซิส (Silicosis)**

โรคร้ายซึ่งพบครั้งแรกในประเทศไทยที่จังหวัดกาญจนบุรี เมื่อปี 2497 นั้น เกิดจากการหายใจเอาฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนของผลึกซิลิกาบริสุทธิ์ ที่แตกตัวออกมาจำนวนมหาศาลผ่านการโม่หินให้เป็นชิ้นเล็กชิ้นน้อยเข้าไปสู่ปอด แล้วเกิดการสะสมจนทำให้เกิดพังผืดในเนื้อเยื่อปอด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3-5 ปี ทำให้มีอาการหายใจหอบ เหนื่อยง่าย ไม่มีไข้ ผู้ป่วยโรคนี้จะตกอยู่ในสภาพปอดอ่อนแอจนเกิดวัณโรคปอดได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

อาชีพที่เสี่ยงต่อโรคปอดฝุ่นหินทรายก็คือ การขุดทราย การทำแก้วจากทราย การทำงานในโรงโม่หิน ระเบิดหิน ทำครก ขัดหิน

จากการสำรวจโดยการถ่ายภาพเอกซเรย์ปอดคนงานที่เกี่ยวข้องกับข่าวดังกล่าวในเขตจังหวัดสระบุรีและพะเยา ในปี 2530 และ ปี 2532 พบผู้มีอาการเข้าข่ายโรคนี้ถึง ร้อยละ 15 และ 30 ตามลำดับ และจากการ

สำรวจสถานการณ์โดยกองอาชีวอนามัยร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขภูมิภาค ในปี 2541 พบว่า มีผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้มากกว่า 2 แสนคน

มหันตภัยที่ไร้ร่องรอย

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประเทศไทยยังขาดแคลนแพทย์สาขาอาชีวเวชศาสตร์ ซึ่งเชี่ยวชาญเฉพาะด้านโรคจากการทำงาน และการที่โรคปอดฝุ่นหินทราย เป็นโรคที่วินิจฉัยได้ยาก จนถึงบัดนี้จึงยังไม่มีใครรู้ว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคนี้จำนวนเท่าไร

สิ่งที่เราพอจะอนุมานได้ก็คือ ดึกสูงเสียดฟ้าแห่งแล้วแห่งเล่าที่ก่อตัวขึ้นทั่วกรุงเทพฯ รวากับที่นี่ เมืองที่ไม่มีวันสร้างเสร็จ อาคาร บ้านเรือนหลังใหม่ที่ได้รับการก่อสร้าง ต่อเติมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ถนน สะพาน ที่มีการขยายและสร้างเพิ่มเติมอย่างไม่มีวันจบสิ้น

เหล่านี้คือร่องรอยที่خبกสถานการณ์โรคปอดฝุ่นหินทราย ที่เกิดกับแรงงานไทยว่ามีแนวโน้มเป็นเช่นไรได้ชัดเจนและเท่าทันปัจจุบันเสียยิ่งกว่าการวิจัยใดๆ 

ตารางแสดงจำนวนโรงงานและคนทำงานในอุตสาหกรรมเกี่ยวกับฝุ่นหินในปี 2546

ภาค	จำนวนโรงงาน (แห่ง)	จำนวนคนทำงาน (คน)
กลาง	3,924	157,438
เหนือ	1,160	21,354
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,487	20,395
ใต้	1,161	17,870
รวม	7,732	217,057

ที่มา ศูนย์สารสนเทศ กรมโรงงานอุตสาหกรรม



เด็กไทยเผชิญ “มหันตภัยบนท้องถนน”

“สงครามบนท้องถนน” กำลังจะเกิดอีกระลอกหนึ่งในช่วงเทศกาลปีใหม่ที่กำลังจะมาถึง

เพียงแค่สถิติที่ชี้ให้เห็นจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บนับร้อยนับพันคนภายในระยะเวลาไม่กี่วันดังกล่าวก็ชวนให้สลดหดหู่ใจอยู่แล้ว เมื่อมองภาพลึกลงไปในรายละเอียดของผู้ประสบเคราะห์ร้ายเหล่านั้นก็ยิ่งน่าเศร้าเป็นทวีคูณ เพราะผู้ประสบอุบัติเหตุบนท้องถนนรวมถึงเด็กและวัยรุ่นที่มีอนาคตสดใสรออยู่เป็นจำนวนมาก

ข้อมูลจาก **โครงการวิจัยเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยเด็ก** หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าเด็กไทยอายุระหว่าง 0-14 ปี เสียชีวิตน้อยลง แต่สิ่งที่ยังน่ากังวลคือ การเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นนับตั้งแต่ปี 2530 เป็นต้นมา

แต่เมื่อคุณโยบายของภาครัฐและกระทรวงสาธารณสุขแล้วอุบัติเหตุในเด็กเป็นเรื่องที่ไม่ได้รับความสนใจและกล่าวถึงน้อยมาก

ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดคือ ขณะที่มอเตอร์ไซด์เป็นพาหนะยอดนิยมของครอบครัวไทยทั้งในเมืองและชนบท แต่พ่อแม่ยังไม่สามารถหาซื้อหมวกกันน็อกสำหรับเด็กเล็กที่มีมาตรฐานในการป้องกันการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ และยังคงต้องกระดุกข้อมอเตอร์ไซด์ไปเสี่ยงชีวิตบนท้องถนนจนกลายเป็นภาพที่ชินตาไปเสียแล้ว

ข้อมูลจาก **คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ** ระบุว่า ร้อยละ 53 ของอุบัติเหตุ และร้อยละ 25 ของอุบัติเหตุจากยานยนต์เกิดในเด็กและเยาวชนอายุน้อยกว่า 25 ปี

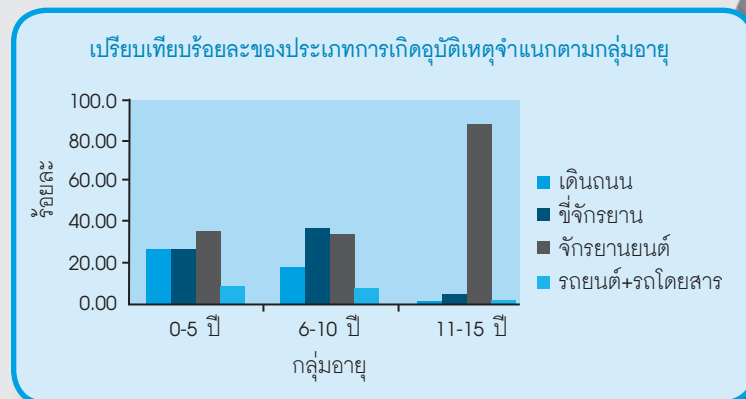
การสำรวจและศึกษาโดยใช้ฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2539 และการศึกษาจากมรณบัตรทั่วประเทศในปี 2542 พบว่า เด็กไทยตาย

จากอุบัติเหตุถึงปีละ 3,000-4,000 คน สาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งคือ การจมน้ำที่ทำให้เด็กเสียชีวิตประมาณปีละ 1,400 คน อันดับสองคือ อุบัติเหตุจากรถที่ทำให้เด็กเสียชีวิตปีละ 900-1,200 คน โดยช่วงวัยที่มีความเสี่ยงสูงสุด คือ อายุ 15-19 ปี

ลักษณะการประสบอุบัติเหตุบนท้องถนนของเด็กไทยแบ่งได้เป็น 4 ลักษณะใหญ่ คือ การถูกรถเฉี่ยวชนขณะเดินถนนหรือข้ามถนน, ขณะขี่จักรยาน, ขณะซ้อนจักรยานยนต์ และขณะโดยสารรถยนต์หรือรถโดยสาร

ลองมาดูข้อมูลที่โรงพยาบาลขอนแก่นเคยรวบรวมเป็นสถิติเอาไว้เมื่อปี 2546 ในภาพต่อไปนี้

แผนภูมิแสดงร้อยละของประเภทการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มเด็กวัย 0-15 ปี ที่มารักษาตัวยัง รพ.ขอนแก่น ในปี 2546



ที่มา ทะเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2546

นพ.วิทยา ชาติบัญชาชัย ผู้อำนวยการศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติ
บำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ขยายความถึงภาพความเสี่ยงที่อยู่เบื้องหลัง
สถิติดังกล่าวว่า เด็กทุกคนมีความเสี่ยงบาดเจ็บขณะโดยสารรถยนต์ รถ
โดยสาร ส่วนเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความเสี่ยงอย่างสูงจากการบาดเจ็บ
ขณะเดินเล่นหรือข้ามถนน สำหรับเด็กประถม ได้รับบาดเจ็บจากการ
ขี่จักรยาน เมื่อโตขึ้น พาหนะที่เสี่ยงเปลี่ยนไปเป็นจักรยานยนต์ โดยร้อยละ
65 ของเด็กที่ประสบอุบัติเหตุในลักษณะนี้เป็นผู้ขับขี่รถเอง และทุกคนไม่มี
ใบขับขี่ และร้อยละ 10 ของเด็กอายุ 11-15 ปี ที่เกิดอุบัติเหตุเป็นผู้ขับขี่
รถเองและดื่มสุรด้วย

ประเด็นสำคัญคือ ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาล
ขอนแก่น ชี้ให้เห็นภาพรวมว่า ยิ่งเด็กที่ประสบอุบัติเหตุอายุน้อย โอกาสใน

การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะยิ่งสูง

เกือบทุกครั้งที่อุบัติเหตุเกิดขึ้นกับเด็ก สิ่งก็ตามมาคือ ความเสียใจของ
พ่อแม่ ความสลดใจของคนที่เป็นพยาน และทุกอย่างจะเลือนหายไปกับกาล
เวลา จนกว่าจะมีอุบัติเหตุครั้งใหม่เกิดขึ้นกับหนูน้อยคนต่อไป โดยที่ยังไม่มี
คำตอบในเรื่องของการหาแนวทางป้องกันร่วมกัน คำตอบต่อเหตุการณ์และ
คำปลอบใจที่มีให้จึงมาลงเอยที่

“เป็นเรื่องเวรกรรม” เด็กเขากำบุญมาแค่นี้ มันสุดวิสัยจริงๆ”

หนักไปกว่านั้นคือการโทษพ่อแม่หรือตัวเด็กเอง เช่น

“พ่อแม่ไม่รู้จักดูแลลูกดี” หรือ “เด็กคงจะชนน้ำดู”

...

นี่คือสิ่งที่บดบังความจริงในสังคม จนไม่มีใครยอมเชื่อว่าอุบัติเหตุ
เป็นเรื่องที่ป้องกันได้ และจะยังคงเป็นมัจจุราชนกใกล้ตัวเด็กไทยต่อไป
ตราบนานเท่าที่เรามองเห็นแต่ไม่ยอมแก้ไข 🙄



มหันตภัย
บนท้องถนน



ผักผลไม้ กับ “อันตรายแอบแฝง”

ผักผลไม้ เป็นหนึ่งในอาหารที่อุดมคุณค่า เป็นแหล่งวิตามิน เกลือแร่ ที่ช่วยรักษาสมดุลร่างกาย อีกทั้งยังมีคุณสมบัติเป็นเกราะป้องกัน โรคภัยไข้เจ็บนานาชนิด

อย่างไรก็ตาม การกินผักอาจมีภัยแฝงจาก “ของแถม” ที่ร่างกายไม่ต้องการ นั่นคือ สารตกค้างจากเคมีภัณฑ์นานาชนิดที่ใช้ในไร่นาเพื่อประคบประหงมให้พืชผักออกดอกผลงดงาม กลายเป็นสินค้าที่ขายได้ และมีราคาดี

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อนอาหารสดจากตลาดสดทั่วประเทศตามโครงการความปลอดภัยด้านอาหาร พ.ศ.2546-2547, 2549

สารปนเปื้อน	ร้อยละที่พบสารปนเปื้อน			
	ก่อนมีโครงการ	เมื่อมีโครงการ		
		พ.ศ.2546	พ.ศ.2547	พ.ศ.2549
สารเร่งเนื้อแดง	96.0	10.4	8.5	2.2
สารฟอกขาว	10.0	1.7	2.0	0.01
สารกันรา	7.2	4.8	2.8	0.6
บอแรกซ์	42.0	0.7	0.8	0.5
ฟอร์มาลีน	10.0	1.2	1.9	1.5
ยาฆ่าแมลง	20.3	6.0	5.4	3.1

ที่มา ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร กระทรวงสาธารณสุข

สารพิษที่ตกค้างอยู่ในพืชผักผลไม้ไม่ใช่ข่าวใหม่ และที่ผ่านมานหน่วยงานของรัฐที่ดูแลด้านความปลอดภัยทางอาหารและมาตรฐานสินค้าเกษตร ได้ดำเนินโครงการมากมายเพื่อเอาชนะหมันตันภัยดังกล่าวอย่างต่อเนื่องมานานนับสิบๆ ปี และรายงานผลว่าสถานการณ์เริ่มกระเตื้องมาเป็นลำดับ ดังเห็นได้จากตารางที่ 1

อย่างไรก็ดี แม้กระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการกำกับดูแลจนทำให้ปัญหาลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ปากท้องของคนไทยกลับเผชิญปัญหาระลอกใหม่ นั่นคือ อาหารสดปนเปื้อนสารพิษที่นำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งมีปริมาณการบริโภคเพิ่มขึ้นเป็นลำดับด้วย ปัจจัยสนับสนุนส่วนหนึ่งจากการลดหย่อนภาษีตามข้อตกลง การเปิดเสรีทางการค้า ที่ไทยทำกับประเทศ





ต่างๆ ในช่วงประมาณ 5 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผักผลไม้สดที่ส่งมาจากประเทศจีน ซึ่งพบว่ามีกรปนเปื้อนสารเคมีที่ประเทศสั่งห้ามใช้มานานนับสิบปีแล้ว

จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดภัยจากการบริโภคอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้คนไทยมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคที่เกิดจากอาหารเป็นพิษเพิ่มขึ้น 5 เท่าตัวภายในเวลา 30 ปี จาก 4.35 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2519 เป็น 216.26 คน ต่อประชากรแสนคน ในปี 2549

นี่ยังไม่รวมถึงภัยจากพิษสะสมระยะยาวที่รอวันเวลาแสดงตัวผ่านโรค มะเร็ง การกลายพันธุ์ หรือความพิการของทารกในครรภ์ เป็นต้น



ตารางที่ 2 แสดงผลการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผักและผลไม้สด พ.ศ.2547-2549

ประเภทอาหาร	สิ่งที่ตรวจวิเคราะห์	ผลการตรวจ	หน่วยงานที่ทำการสำรวจ	ปีที่ทำสำรวจ
ผักสดในกรุงเทพฯ	สารฆ่าแมลง	พบสารตกค้างเกินมาตรฐานร้อยละ 8.2 ของตัวอย่างที่ตรวจ	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)	2548
ผักและผลไม้ที่จำหน่ายโดยผู้ค้าเร่	สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, สารบอแรกซ์, สารฟอกขาว และสีสังเคราะห์	พบสารตกค้างร้อยละ 33.1 โดยตกค้างเกินมาตรฐานร้อยละ 5.9	สถาบันคลังสมองของชาติ	2548
ผักและผลไม้ที่นำเข้าจากต่างประเทศ	สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	พบสารตกค้างร้อยละ 21.5 และตกค้างเกินมาตรฐานร้อยละ 2.9 ของตัวอย่างทั้งหมด	กรมวิชาการเกษตร	2547-2549

ที่มา ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร กระทรวงสาธารณสุข และกรมวิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ผักผลไม้ อันตรายแอบแฝง



ต้นคิด
เรื่องเด่น

ต้นคิด

10

เมื่อปี 2540 คนไทยมีโอกาสดูรู้จักกับ “ไขหวัดนก”
เป็นครั้งแรก ในฐานะโรคภัยที่มีพิษสงถึงตาย...
หลังจากหายหน้าหายตาไปนานร่วม 2 ปี
วันนี้มีข่าวแพร่สะพัดว่า ไขหวัดนกอาจกลับมา
สร้างความสะพรึงกลัวให้คนไทย อีกครั้ง

“หวัดนก” วันนี้...ยังมีพิษสง!



เมื่อปี 2540 คนไทยมีโอกาสได้รู้จักกับ “**ไข้หวัดนก**” เป็นครั้งแรก ในฐานะโรคภัยที่มีพิษสงถึงตาย

ก่อนหน้านั้น เหล่านักอ่านและนักวิชาการจำนวนไม่น้อยที่เคยได้ยินได้ฟังโศกนาฏกรรมในหน้าประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ สมัยก่อนสงครามโลกครั้งที่หนึ่งเมื่อราวร้อยปีก่อน ที่ประชากรนับล้านในซีกโลกตะวันตกถูกคร่าชีวิตเพราะเชื้อไวรัส ไข้หวัดใหญ่ ที่เรียกกันว่า “ไข้หวัดสเปน” ต่างพากันของเหตุการณ์นี้เป็นเหมือน “เรื่องซ้ำ-ซ้ำ” ที่เป็นผลจากความด้อยพัฒนาด้านวิทยาการการแพทย์

แต่วันนี้พลโลกต่างหัวเราะไม่ออก เพราะไข้หวัดนก...หนึ่งในโรคภัยที่พร้อมจู่โจมเข้าทำหน้าที่เพชรฆาตคร่าชีวิตผู้คนในประเทศหนึ่งประเทศใดหรือพร้อมกันหลายๆ ประเทศได้ทุกเมื่อนี้ก็เป็นญาติโกโหติกากับไข้หวัดใหญ่นี้เอง

หลังจากหายหน้าหายตาไปนานร่วม 2 ปี วันนี้มีข่าวแพร่สะพัดว่า ไข้หวัดนกอาจกลับมาสร้างความสะพรึงกลัวให้คนไทยอีกครั้ง

การติดตามสถานการณ์ไข้หวัดนก เป็นหนึ่งในประเด็นที่แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ให้ความสนใจรวมรวมข้อมูลมาโดยตลอดในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา

และต่อไปนี่คือสาระสำคัญที่น่าสนใจ

ถึงหลักเข่าโลกที่แกน “ยอดค่าน้ำมันหอย”

ในปี 2540 โลกตกอยู่ในภาวะสะเทือนขวัญเมื่อมีการยืนยันอย่างเป็นทางการว่า เชื้อไข้หวัดใหญ่ ชนิดเอ (type A) ในตระกูล Orthomyxoviridae ซึ่งมีประวัติการก่อให้เกิดการติดเชื้อในสัตว์ปีกมานานกว่า 100 ปี รวมถึงในม้า หมู แมว นก ไก่ ฯลฯ ในทวีปต่างๆ ทั่วโลก เช่น อังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา เม็กซิโก และอิตาลี ได้ติดต่อถึงคนแล้ว...

ในคราวนั้น เชื้อไข้หวัดใหญ่ ชนิดที่เรียกกันในเวลาต่อมาว่า เชื้อไวรัสไข้หวัดนก (Influenza A H5N1) ทำให้เกิดโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจใน

ผู้ป่วยถึง 18 ราย เป็นผู้ป่วยเด็ก 11 ราย มีผู้เสียชีวิต 6 ราย

ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น ไข้หวัดนกยังระบาดในกลุ่มสัตว์ปีก จนสามารถเชื่อมโยงการแพร่เชื้อจากสัตว์สู่คน นำไปสู่การสังหารหมู่นกที่ไม่มีใครโอ้อิเหน่ที่เสี่ยงต่อการเป็นพาหะของโรคไปถึง 1.5 ล้านตัว

จากกรณีแรกเริ่มที่ฮ่องกง ไข้หวัดนกได้สร้างสมอานุภาพและซุ่มซ่ามจนเดิบกล่า กว้างไกลออกไปเรื่อยๆ จนปะทุให้เห็นชัดเจนในปี 2545 จากการระบาดทั้งในสหรัฐอเมริกา ชิลี จีน เนเธอร์แลนด์ เยอรมัน และเบลเยียม

อุกเอเชีย กายร่วมร้อย

จนกระทั่งปลายปี 2546-2547 เชื้อไข้หวัดนกก็ลุกลามเข้าสู่ประเทศไทย พร้อมการระบาดในสัตว์ปีกครั้งใหญ่ใน ภูมิภาคเอเชีย รวม 9 ประเทศ คือ กัมพูชา จีน อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น ลาว เกาหลี ไทย เวียดนาม และมาเลเซีย

ในการระบาดรอบนั้นนับมาจนถึงเดือนพฤศจิกายน ปี 2548 มีรายงานการระบาดของเชื้อไข้หวัดนก H5N1 มาสู่คน จำนวน 132 ราย เกินครึ่งในจำนวนนี้ คือ 68 ราย เสียชีวิตโดยตายมากที่สุดที่ประเทศเวียดนาม

สำหรับในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตไปในคราวนั้น 21 คน

วิเคราะห์เจาะลึกการระบาดบรืบทไทย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการระบาดของไข้หวัดนกในประเทศไทยในช่วงที่มีการระบาดอย่างหนัก ระหว่างปี 2546-2548 พบข้อมูลที่น่าสนใจดังนี้

- ช่วงเดือนที่พบการติดเชื้อมาก คือ มกราคม-มีนาคม และ สิงหาคม-พฤศจิกายน
- ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรค ไข้หวัดนกมากที่สุด ได้แก่



ตารางที่ 1 แสดงลำดับเหตุการณ์ช่วงใช้หวัดนกเริ่มระบาดในคนในประเทศไทย

ลำดับเหตุการณ์ระหว่าง พุศิจิกายน 2546 ถึง มกราคม 2547			
2546	พฤษภาคม	กลางเดือนพฤษภาคม	ข่าวการตายของไก่ในจังหวัดนครสวรรค์ คาดว่าเกิดจากเชื้ออหิวาต์ไก่อัลตราแพนด้าได้ดำเนินการติดตามตรวจหาเชื้อสาเหตุ
		ปลายเดือนพฤษภาคม	สำนักงานระบาดวิทยาได้แจ้งเตือนให้มีการเตรียมพร้อมโดยระบบเฝ้าระวังโรคปอดอักเสบ เพื่อรองรับการระบาดของโรค SARS ระบาดใหม่ ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2546
	ธันวาคม	26 ธันวาคม	กรมควบคุมโรคและกรมปศุสัตว์หารือแนวทางการป้องกันโรคระบาดจากสัตว์สู่คน
		7 มกราคม	สำนักงานระบาดวิทยาประชุมจัดตั้งระบบเฝ้าระวังไข้หวัดใหญ่ในพื้นที่เสี่ยง 7 จังหวัดภาคกลาง
2547	มกราคม	14 มกราคม	สำนักงานระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไข้หวัดนกแรก
		23 มกราคม	กระทรวงสาธารณสุขได้พบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไข้หวัดนกในประเทศไทย

ที่มา: สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย ปีที่ 1 ฉบับที่ 7, ธันวาคม 2548

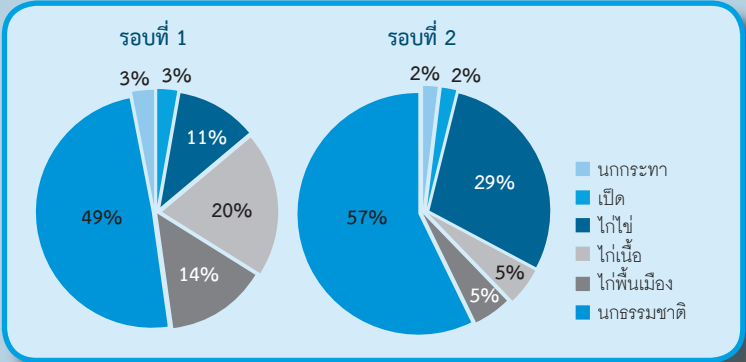
- การเก็บเนื้อไก่ที่ป่วยและตายไว้ในบ้าน การสัมผัสไก่ที่ตาย และการสัมผัสไก่ที่ป่วย
- ในการระบาดครั้งนี้ เหยื่อ ร้อยละ 85 เป็นเด็กวัยต่ำกว่า 15 ปี
 - ระยะเวลาตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยจนถึงวันที่เสียชีวิต หรือออกจากโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 8-30 วัน
 - อาการที่แสดงออกคล้ายคลึงกับการเป็นไข้หวัด คือ เป็นไข้ มีน้ำมูก เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ ไอมีเสมหะ ไปจนถึงอาการปอดอักเสบ บางรายมีอาการเยื่อปอดอักเสบและอุจจาระร่วง
 - พื้นที่ที่พบการระบาดในสัตว์ปีกมากคือ ภาคกลาง และภาคเหนือตอนล่าง
 - สัตว์ที่ป่วยด้วยไข้หวัดนกซึ่งเป็นกลุ่มสัตว์ปีก พบว่า ระบาดในกลุ่มไก่พื้นเมือง หรือที่เรียกกันว่า “ไก่หล้งบ้าน” มากที่สุด รองลงมา เป็นกลุ่มไก่ไข่ เป็ด ไก่เนื้อ นกกระทา และนกธรรมชาติ

- การระบาดรอบที่สอง ในเดือนกรกฎาคม 2547 พบว่า ไก่ที่เลี้ยงในฟาร์ม ได้แก่ ไก่ไข่ และไก่เนื้อ มีอัตราการติดโรคต่ำลง เนื่องจากการปรับปรุงระบบการป้องกันโรคให้ดีขึ้น แต่กลุ่มที่ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดคือ เป็ดที่ต้องให้เดินหาอาหารกินตามทุ่ง หรือที่เรียกว่า “เป็ดไล่ทุ่ง”

อภิธานสถานการณ์ไทย-เทศล่าสุด

- สำหรับข้อมูลล่าสุดของไทยและทั่วโลกที่ประมวลให้เห็นสถานการณ์ในภาพรวมการระบาดของโรคไข้หวัดนก มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้
- องค์การอนามัยโลกได้สรุปสถานการณ์จากทั่วโลกในรอบ 6 ปี นับตั้งแต่เริ่มมีการแพร่กระจายเชื้อสู่คนในภูมิภาคต่างๆ ตั้งแต่ปี 2546 จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2551 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ 387 ราย เสียชีวิต 245 ราย

แผนภูมิแสดงสัดส่วนประเภทสัตว์ปีกที่ระบาดในรอบที่ 1 (เดือนมกราคม 2547) และ รอบที่ 2 (เดือนกรกฎาคม 2547-เดือนเมษายน 2548)



ที่มา สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย ปีที่ 1 ฉบับที่ 7, ธันวาคม 2548

- ไทยเป็น 1 ใน 15 ประเทศ ที่พบการระบาดของเชื้อไข้หวัดนกสู่คน ประเทศอื่นๆ ประกอบด้วย อาเซอร์ไบจาน กัมพูชา จีน จิบูตี อียิปต์ อินโดนีเซีย อิรัก ลาว ไนจีเรีย พม่า ปากีสถาน ตุรกี เวียดนาม และบังคลาเทศ โดยประเทศที่มีผู้ป่วยและเสียชีวิตมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อินโดนีเซีย (ป่วย 137 ราย ตาย 112 ราย) รองลงมาคือ เวียดนาม (ป่วย 106 ราย ตาย 52 ราย) และ อียิปต์ (ป่วย 50 ราย ตาย 22 ราย)
- นับตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโรคนี้ในประเทศไทย ในเดือนมกราคม 2547 จนถึงเดือนพฤศจิกายน 2548 มีผู้ป่วยไข้หวัดนกในประเทศไทย 22 ราย เสียชีวิต 14 ราย จัดว่าเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงถึง ร้อยละ 62 ของผู้ป่วยทั้งหมด
- ในด้านพื้นที่ที่พบการแพร่ระบาดของเชื้อโรคชนิดนี้ในประเทศไทย ปัจจุบัน ข้อมูลจากกรมปศุสัตว์ ระบุว่า ในปี 2551 มีพื้นที่ 8 อำเภอ ใน 7 จังหวัด ที่มีรายงานสัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติ โดยทั้งหมดเป็นไก่พื้นเมือง พื้นที่ดังกล่าวได้แก่ อ.วัดสิงห์ จ.ชัยนาท, อ.ภูเรือ จ.เลย, กิ่ง อ.ภูเพียง จ.น่าน, อ.เมือง จ.กำแพงเพชร,

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนคนไทยที่ติดเชื้อไข้หวัดนกและผู้เสียชีวิต นับแต่เริ่มมีการระบาดสู่คนจนถึงปัจจุบัน (ข้อมูลเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2551)

พ.ศ.	ผู้ป่วย	ผู้เสียชีวิต
2547	17	12
2548	5	2
2549	3	3
2550	0	0
2551	(อยู่ในระยะเฝ้าระวังโรค) 6	ยังไม่มีรายงาน
รวม	25	17

ที่มา สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย ปีที่ 1 ฉบับที่ 7, ธันวาคม 2548 และการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในคน สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กึ่ง อ.วังเจ้า และ อ.บ้านตาก จ.ตาก, อ.ศรีนคร จ.สุโขทัย และ อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม

จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยไข้หวัดนกในประเทศไทยที่มีแนวโน้มลดลงในช่วงที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นถึงระบบการป้องกันโรคดังกล่าวที่มีความก้าวหน้ามากขึ้นเป็นเงาตามความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมมา ทั้งจากในระดับประเทศไทยและระดับนานาชาติ

อย่างไรก็ตาม การปรากฏร่องรอยที่ยังไม่สิ้นสุดของเชื้อไวรัสรัยชนิดนี้ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะนี้...คือสัญญาณเตือนภัยที่เราไม่อาจละเลยได้

- ที่มา
- (1) รายงานสถานการณ์ไข้หวัดนกในประเทศไทย โดย ปรีชา เปรมปรี และ เสาวภักดิ์ อ้นจ้อย สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค, ถนอม น้อยหมอ และ จันทน์ บุรณะไทย สำนักควบคุมป้องกันและบำบัดโรคสัตว์ กรมปศุสัตว์
 - (2) รายงานการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในคน โดย สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 - (3) สถานการณ์ไข้หวัดนกในปัจจุบัน โดย ดวงทิพย์ อีระวิทย์ แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ



วิถีสุข



ไกล “คาเฟอีน” คนไทยทำได้?

ถึนคึก

14

แม้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจะพร่ำบอกถึงพิษภัยของคาเฟอีนต่อร่างกายสักเท่าไร แต่คนไทยก็ยังมิได้นำพา...

ชา กาแฟ โกโก้ น้ำอัดลมรสโคล่า เครื่องดื่มชูกำลัง มองเข้าไปยังตู้แช่ขายเครื่องดื่มตู้ไหนร้อยทั้งร้อยเป็นต้องได้เห็นเครื่องดื่มเหล่านี้อัดแน่นอยู่ภายใน

ด้วยอิทธิฤทธิ์ในการให้ความสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ทำให้ผู้คนนับล้านๆ ในบ้านเราพึ่งพาเครื่องดื่มเหล่านี้เป็นดังพาหนะพากายใจให้ห่างไกลจากความเหนื่อยล้าในแต่ละวัน โดยมองข้ามผลข้างเคียง เพราะคาเฟอีนเป็นหนึ่งในสารกระตุ้นประสาท ที่ส่งผลต่อการทำงานของสมอง หัวใจ และมีฤทธิ์ทำให้เสพติด

ข้อมูลที่จะนำเสนอต่อไปนี้จะฉายให้เห็นสถานการณ์การบริโภคคาเฟอีนของคนไทย ซึ่งเห็นแล้วบอกได้คำเดียวว่า “น่าเป็นห่วง” จริงๆ

คนไทยมากกว่า 70% ถึมชา กาแฟ น้ำโคล่า

งานวิจัยชิ้นหนึ่งที่ทำให้ความสนใจศึกษาครอบคลุมถึงสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนยอดนิยมชนิดต่างๆ ในประเทศไทย จัดทำขึ้นในปี 2543 นั่นคือ รายงานการวิจัยพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมคาเฟอีนของคนไทย ซึ่งจัดทำโดย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ตารางที่ 1 แสดงพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนของคนไทยวัย 13-70 ปี

พฤติกรรมกรรมการดื่ม	เครื่องดื่มผสมคาเฟอีน (ร้อยละ)			เครื่องดื่มกาแฟ ชา (ร้อยละ)			เครื่องดื่มน้ำอัดลมผสมคาเฟอีน (ร้อยละ)		
	ชาย	หญิง	เฉลี่ย	ชาย	หญิง	เฉลี่ย	ชาย	หญิง	เฉลี่ย
ดื่ม	59.8	17.8	38.6	70.1	63.1	66.6	76.3	77.6	77.0
ดื่มแต่เลิกแล้ว	10.9	7.5	9.2	9.1	8.3	8.7	7.6	7.7	7.6
ไม่เคยดื่ม	29.3	74.7	52.3	20.8	28.6	24.8	16.1	14.7	15.4

ที่มา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543

ผลวิจัยครั้งนี้ทำให้เราพบว่า

- มีคนไทยวัย 13-70 ปี ถึงประมาณ ร้อยละ 70 ที่ดื่มกาแฟ ชา และ น้ำอัดลมผสมคาเฟอีน
- ผู้ชายมากกว่าครึ่ง คือ ร้อยละ 60 ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง (เครื่องดื่มผสมคาเฟอีน)
- ผู้ชายนิยมดื่มชากาแฟมากกว่าผู้หญิง
- ผู้หญิงนิยมดื่มน้ำอัดลมผสมคาเฟอีนมากกว่าผู้ชาย

ชดเครื่องดื่มชูกำลังเพิ่ม 7 เท่าใน 15 ปี

ข้อมูลอีกชุดหนึ่งที่จัดทำโดยกรมสรรพสามิต ชี้ให้เห็นแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มชูกำลังของคนไทยวัยเกิน 15 ปี ในช่วงเวลา 15 ปี ระหว่างปี 2535-2549 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยมีปริมาณการจำหน่ายเพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่าตัว จาก 131.10 ล้านลิตร เป็น 991.06 ล้านลิตร

และที่น่าตกใจก็คือ ปริมาณการบริโภคต่อคน ได้เพิ่มขึ้นจาก 3.32 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี 2535 เป็น 20.12 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี 2549 หรือเท่ากับเพิ่มขึ้นประมาณ 7 เท่าตัว

เสียทั้งเงิน เสียทั้งสุขภาพแบบนี้ ย่อมไม่ใช่ “วิถีสุข” อย่างแน่นอน 

ตารางที่ 2 แสดงปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน (เครื่องดื่มบำรุงกำลัง) ของคนไทยวัย 15 ปีขึ้นไป ระหว่าง พ.ศ.2535-2549

พ.ศ.	ปริมาณการผลิต (ล้านลิตร)	ปริมาณการจำหน่าย (ล้านลิตร)	ปริมาณการบริโภคต่อคน (ลิตร/ปี)
2535	138.40	131.10	3.32
2536	173.75	329.26	8.10
2537	183.62	181.84	4.33
2538	209.31	217.08	5.08
2539	180.87	182.92	4.22
2540	308.08	310.05	7.03
2541	134.73	126.12	2.82
2542	174.59	155.44	3.42
2543	337.56	332.47	7.25
2544	364.84	355.14	7.66
2545	366.30	433.59	8.95
2546	445.47	433.21	8.90
2547	741.35	786.80	16.14
2548	1,020.81	968.07	19.88
2549	1,003.80	991.06	20.12

ที่มา กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

“คอคคาเฟอีน” อ่านตรงนี้

การบริโภคคาเฟอีนปริมาณมากเป็นเวลานาน อาจนำไปสู่ภาวะเสพติดคาเฟอีน (caffeinism) ซึ่งจะปรากฏอาการต่างๆทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ เช่น กระสับกระส่าย วิตกกังวล กล้ามเนื้อกระตุก นอนไม่หลับ ใจสั่น เป็นต้น นอกจากนี้การบริโภคคาเฟอีนเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กอักเสบ และโรคน้ำย่อยไหลย้อนกลับ (gastroesophageal reflux disease)

ในผู้ที่บริโภคคาเฟอีนปริมาณมากๆ ในเวลาเดียว (มากกว่า 400 มิลลิกรัม) อาจทำให้ระบบประสาทส่วนกลางถูกกระตุ้นมากเกินไป ภาวะนี้เรียกว่าภาวะพิษคาเฟอีน (caffeine intoxication) ซึ่งจะทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ความคิดและการพูดสับสน หน้าแดง ปัสสาวะมากผิดปกติ ปวดท้อง หัวใจเต้นแรง ในกรณีที่ได้รับในปริมาณสูงมาก (150-200 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักร่างกาย 1 กิโลกรัม) อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ การรักษาผู้ที่เกิดภาวะพิษคาเฟอีนโดยทั่วไปจะเป็นการรักษาตามอาการที่เกิด แต่หากผู้ป่วยมีปริมาณคาเฟอีนในเลือดสูงมาก อาจต้องได้รับการล้างท้องหรือฟอกเลือด

ที่มา สารานุกรมออนไลน์ วิกีพีเดีย <http://th.wikipedia.org>



คนกันคิด

กันคิด

16

DeepSouthwatch เข้าใจ เข้าถึง เบื้องลึก สถานการณ์ภาคใต้

อุณหภูมิต่ำร้อนระอุอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ก่อเกิดความผันผวนของข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติ ความเชื่อ ของสังคมทั้งภายในพื้นที่และภายนอกตลอดเวลา เป็นเวลา 2 ปีกว่าที่ ฝ่ายวิจัยและบริการชุมชน คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ได้ ร่วมกับสถาบันข่าวอิศรา สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย จัดตั้งโครงการศึกษาข้อมูลเฝ้าระวังสถานการณ์จังหวัดชายแดนใต้ขึ้นอย่างจริงจัง

ผศ.ดร. ศรีสมภพ จิตร์ภิรมย์ศรี รองคณบดีฝ่ายวิจัยและพัฒนาชุมชน คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ในฐานะ ผู้อำนวยการศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ เผย เป็นความตั้งใจที่ต้องการเปิดพื้นที่ ให้เป็นศูนย์ข้อมูลและความรู้สำหรับผู้สนใจสถานการณ์ภาคใต้ ใช้เป็นที่ศึกษาค้นคว้า และการอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ



ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ ทำงานอย่างไร

ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้เป็นการขับเคลื่อนงานเชิงเครือข่ายระหว่างนักวิชาการ สื่อมวลชน ในนามศูนย์ข่าวอิศราและเครือข่ายภาคประชาสังคม มีการทำงานร่วมกัน ด้วยเป้าหมายต้องการให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร ที่ถูกต้อง ครบถ้วนและรอบด้านทั้งภูมิหลังของ เรื่องราวที่เกิดขึ้นและสถานการณ์ปัจจุบัน



การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวัง สถานการณ์ มีความเป็นมาอย่างไร

การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเราพัฒนามา หลังจากทำงานไปสักระยะหนึ่ง เรามีฐานข้อมูลมากมาย จนเรียกได้ว่ากลายเป็น think tank เป็น คลังข้อมูลข่าวสาร ที่มีการวิเคราะห์ สรุปรายงาน สถานการณ์แต่ละช่วง เป็นชุมชนความรู้ ข้อเท็จจริง ซึ่งสะดวกต่อสื่อมวลชนทั้งไทย ต่างประเทศและ ผู้ที่สนใจ เข้ามาค้นคว้านำไปอ้างอิง



จุดดีของการทำงานร่วมกันเป็น เครือข่ายคืออะไร

ด้านดีของทั้งสองฝ่ายจะมาผสมกัน เช่น นักวิชาการทำงานวิจัยด้านลึกมีแนวคิด วิจัยวิจัย อย่างเป็นระบบ แต่กระบวนการวิจัยใช้เวลานาน ส่วนงานด้านสื่อจะทำงานเชิงประเด็นเฉพาะหน้า สามารถที่จะนำประเด็นมาทำงานสืบสวนสอบสวน เป็นสิ่งที่ นักข่าว นักหนังสือพิมพ์ สามารถทำ รายงานข่าวเจาะได้ ข้ออ่อน คือ ขาดรายละเอียด

ทฤษฎีมุมมองการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ การเชื่อมโยงกับปัญหาอื่นๆ ที่ซับซ้อนขึ้น เมื่อสองส่วนทำงานร่วมกันจะมีพัฒนาการของงานมากขึ้น



ใช้ช่องทางอะไรในการสื่อสาร

ผลงานทางวิชาการถูกนำมาเผยแพร่ผ่านสื่อด้วยภาษาที่ง่าย และเผยแพร่ในพื้นที่สาธารณะเช่นพร้อมเผยแพร่ข้อมูลผ่านช่องทาง www.deepsouthwatch.org และ วารสาร deepsouthbookazine

นำเสนอข่าวสถานการณ์ที่น่าสนใจ อาศัยความชำนาญเฉพาะด้านของนักวิชาการมาช่วยทำให้เกิด ข่าวเจาะ ข่าวภูมิหลัง งานเชิงวิจัยออกมาต่อเนื่องที่สำคัญคือ มีข้อเสนอทางนโยบายที่ทันเหตุการณ์ได้ทันทั่วทั้ง การเผยแพร่ข้อมูลเหล่านี้ผ่านช่องทางสื่อ มีจุดเด่นคือ สามารถสร้างกระแสสังคมได้ ที่ทำให้ผู้กำหนดนโยบายได้หันกลับมาดูทันที



มีอะไรที่อยากบอก เป็นเสียงสะท้อนจากคนทำงานในพื้นที่บ้าง

ต้องเปิดใจกว้าง ยอมรับว่ามีปัญหาที่เกิดขึ้นในภาคใต้ เป็นปัญหาที่ต้องช่วยกันคิด ช่วยกันหาทางแก้ไข ไม่ใช่แต่เฉพาะคนในสามจังหวัด

ชายแดนเท่านั้น เรากำลังอยู่ในสถานการณ์เรียนรู้ปัญหาใหม่ สถานการณ์ความรุนแรงมันไม่เคยเกิดขึ้นในสังคมไทยมาก่อน ในแง่ของเชื้อชาติศาสนา การปรับตัว 2-3 ปีที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่รัฐ ทหาร ตำรวจ ฝ่ายความมั่นคงเริ่มมีการเรียนรู้ ยอมรับ ความยาก ความซับซ้อนที่เกิดขึ้น มีขั้นตอน มีการเรียนรู้ที่ดีขึ้น และเป็นจุดดีที่จะช่วยให้เราแก้ปัญหาได้ดีขึ้น เป็นการอุดช่องว่างช่องโหว่ความผิดพลาดในอดีตที่เคยเกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้ด้วยการเรียนรู้ การยอมรับ และความเข้าใจเป็น **สัญญาณดีที่ช่วยให้มองเห็นทางออกในการแก้ปัญหาไฟใต้ได้**

ข้อมูลการตายนอกโรงพยาบาล เรื่องที่ต้องสานต่อ!

ถกเถียง

18

ข้อมูลชุดหนึ่งที่มีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแผนงานด้านสาธารณสุขระดับชาติก็คือข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการตายของประชากร

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบข้อมูลเกี่ยวกับการตายอย่างครบวงจร นับตั้งแต่ขั้นตอนการแจ้งและบันทึกจากพื้นที่ ให้เป็นไปอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และฉับไว มาจนถึงการรวบรวมสถิติที่ส่วนกลาง และการรายงานผลที่ชี้แนวโน้มที่น่าสนใจในด้านต่างๆ

เรื่องของการพัฒนาระบบข้อมูลการตายนอกโรงพยาบาล นับเป็นส่วนหนึ่งของงานสำคัญในเรื่องนี้

เมื่อปี 2546 แนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลการตายนอกสถานพยาบาลของประเทศไทย กำหนดให้แพทย์เป็นผู้สันนิษฐานสาเหตุการตาย โดยเมื่อเกิดการตายธรรมชาตินอกสถานพยาบาลขึ้น ญาติใกล้ชิดต้องแจ้งแก่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

หากเป็นพื้นที่ห่างไกลอนุโลมให้แจ้งสถานีอนามัย แต่เมื่อดำเนินการตามแนวทางนี้ไปได้ระยะหนึ่งพบว่ามีปัญหาจนต้องชะลอไปก่อน เนื่องจากแพทย์มีภาระงานด้านการรักษามาก ทำให้ต้องใช้เวลารอการสันนิษฐานสาเหตุการตาย

ด้วยเหตุนี้ ในช่วงที่ผ่านมา แผนงานฯ จึงร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานจำนวนหนึ่งในการพัฒนาแนวระบบข้อมูลการตายนอกโรงพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดทำข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาลที่มีคุณภาพในระดับจังหวัด

2. เพื่อทดลองรูปแบบการบันทึกข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาลโดยบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้เครื่องมือการให้สาเหตุการตายที่เหมาะสม

3. เพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาสาเหตุการตายนอกโรงพยาบาลเพื่อขยายผลต่อไป

ในการพัฒนาระบบดังกล่าว หน่วยที่มีบทบาทสำคัญคือสำนักงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ ผ่านแนวทาง 2 รูปแบบ ได้แก่

- การบันทึกข้อมูลการตายก่อนออกมรณะบัตร โดยเมื่อมีคนตายนอกสถานพยาบาล ผู้มีหน้าที่รับแจ้งการตายก่อน แล้วจึงมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้สาเหตุการตายก่อนไปที่สำนักการทะเบียนท้องถิ่น/อำเภอ เพื่อขอรับมรณะบัตร
- การบันทึกข้อมูลการตายหลังออกมรณะบัตร โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่สอบสวนสาเหตุการตายตามแนวทางที่กำหนด

ขณะนี้ได้มีการทดลองแนวทางใหม่ดังกล่าวแล้วที่ จ.ราชบุรี และ จ.ลพบุรี ความก้าวหน้า “ต้นคิด” จะนำเสนอต่อไป 

เปิดมิติใหม่ของการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร

สืบเนื่องจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้สนับสนุนงานวิจัยจำนวนมากร่วมกับภาคีเครือข่าย อีกทั้งผลจากงานวิจัยดังกล่าวทำให้เกิด **ข้อมูลและสารตัวอย่าง** ที่เป็นสมบัติสาธารณะและยังขาดการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย

“สารตัวอย่าง” ในที่นี้ หมายถึง สารตัวอย่าง คือสิ่งที่เก็บได้จากงานวิจัย เช่น ตัวอย่างเลือด, ตัวอย่างปัสสาวะ เป็นต้น

จากการประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องของข้อมูลได้มีมติให้มีการแต่งตั้งคณะทำงานกลางที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ และมีความเป็นกลาง ขึ้นมาเป็นคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่พิจารณาการใช้ข้อมูลและสารตัวอย่างให้เป็นไปอย่างเกิดประโยชน์สูงสุด บนหลักจริยธรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โดยคณะกรรมการที่แต่งตั้งดังกล่าวขึ้นมี **ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย** จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นประธาน และ

คณะกรรมการมีหลักในการทำงานคือ

“การที่เรามีข้อมูลดิบ (data) จากมากมายหลายแหล่งด้วยกัน แต่ไม่ได้ถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ และไม่เกิดงานวิจัยที่ดีอย่างแพร่หลาย ทั้งๆที่มีการลงทุนไปแล้ว ทำให้ประเทศชาติขาดทุนเกินไป ควรกระตุ้นให้มีการนำมาใช้ให้เกิด **ความคุ้มค่าและเกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติและคนในโลกต่อไป**”

ในการเคลื่อนไหวมิติใหม่ด้านการจัดการเพื่อสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและข่าวสารครั้งนี้ “แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ” มีบทบาทเป็นหน่วยประสานงานให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

นับจากที่มีการดำเนินการมาตั้งแต่เดือนกรกฎาคมที่ผ่านมา ได้มีการประชุมคณะกรรมการดังกล่าวมาแล้ว 3 ครั้ง ซึ่งได้พิจารณาจัดทำแนวทางการขอใช้ฐานข้อมูลดิบรายบุคคล และ

แบบฟอร์มการขอใช้ข้อมูล เสร็จเรียบร้อยแล้ว ขณะนี้ได้นำประกาศขึ้นทางเว็บไซต์ของ สวรส. สำหรับในส่วนของแนวทางพิจารณาการขอใช้สารตัวอย่างนั้นกำลังอยู่ในช่วงของการพิจารณา เมื่อแล้วเสร็จจะได้ประชาสัมพันธ์ให้ทราบและใช้งานต่อไป

นอกจากนี้ยังได้มีการประชาสัมพันธ์ในส่วน of งานวิจัยที่ใช้ข้อมูลและสารตัวอย่างในฐานดังกล่าวใน Website สวรส. เพื่อให้ผู้ที่สนใจและจะขอใช้ข้อมูลทราบและนำไปศึกษาให้เกิดประโยชน์อีกด้วย

ปัจจุบันได้มีโครงการวิจัยที่เข้ามาขอใช้ข้อมูลและคณะกรรมการพิจารณาให้ใช้ฐานข้อมูลดังกล่าวอยู่คือ **โครงการพัฒนาการดำเนินการจัดทำเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศ** โดยขณะนี้อยู่ในระหว่างการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล



ฝ่าเท้ากับหัวใจ...สายใยถึงกัน

บางคนอาจเชื่อว่าจะต้องเล่นกีฬาเท่านั้นที่จะเป็นประโยชน์ต่อหัวใจและทำให้มีสุขภาพดีแต่ผลการวิจัยชี้ว่าเพียงแค่คุณเดินแบบกระฉับกระเฉงคล่องตัวหน่อยก็เพียงพอแล้วสำหรับการกระตุ้นหัวใจให้แข็งแรง

นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยแมสซาชูเซตส์ สหรัฐอเมริกา รายงานการค้นคว้าของพวกเขาในการประชุมของ "อเมริกัน ฮาร์ท แอสโซซิเอชัน" โดยหัวหน้าทีมวิจัย ศาสตราจารย์ ไคลี แมคคินนิส ระบุว่า คนส่วนใหญ่ยังเชื่อว่าการออกกำลังกายจะต้องออกอย่างเต็มที่ และต้องเป็นกิจกรรมที่สลับซับซ้อนกว่าการเดินธรรมดาๆ ถึงจะเพียงพอที่จะเพิ่มอัตราการเต้นหัวใจของคนๆ หนึ่งได้ ซึ่งมันทำให้หมดกำลังใจตั้งแต่เริ่มออกกำลังกายกันเลยทีเดียว ทั้งที่จริงแล้วแค่การเดินไวๆ ก็ช่วยสร้างเกราะป้องกันโรคภัยได้อีกโข

เมื่อดูจากการทดสอบโดยให้อาสาสมัครเดินบนเครื่องออกกำลังกายในระดับที่สบายๆ แต่กระฉับกระเฉงแล้ว อัตราการเต้นของหัวใจของพวกเขาและระดับการออกแรงอยู่ในระดับที่ปลอดภัย แต่ก็สูงพอที่จะทำให้เกิดความฟิตของหลอดเลือดหัวใจในระดับที่หมอแนะนำได้ โดยไม่ต้องวิ่งเลย

ขณะที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ดร.เควิน แคลนเนอร์ จาก สถาบันโรยัล อัลแลมเชียร์ ประเทศอังกฤษ บอกว่า "การจะมีสุขภาพดีไม่ใช่เรื่องยาก คนเราไม่จำเป็นต้องเล่นกีฬาหรือไปออกกำลังกายตามยิมหรือฟิตเนส แค่เราลงมาจากรถแล้วก็เดินบ้างก็พอแล้ว"

ด้าน ดร. ฮิวโก ครอมบี จากหน่วยงานพัฒนาสุขภาพ กล่าวว่า "การเดินเป็นการออกกำลังกายที่พิเศษมาก ไม่เพียงแต่จะทำให้สุขภาพดีเท่านั้น แต่มันยังไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะพิเศษหรืออุปกรณ์ใดๆ และก็ไม่ต้องเข้ายิมด้วย"

ผู้เชี่ยวชาญประสานเสียงข้ามแดนกันขนาดนี้ แล้วจะช้าอยู่ใย จริงไหมเรา...

http://www.hiso.or.th/hiso/ghhealth/ghedlth1_33.php