

รายงานผลการศึกษาเรื่อง
สถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรวัยแรงงานไทย
Health Status and Quality of Life in Thai working population

โดย

ดร.น.พ. สมเกียรติ ศิริรัตนพุกษ์

นางศิริลักษณ์ สิมะพรชัย

ดร.อรสา ไชยวาทะ

น.พ. สมาน พุตระกูล

น.พ. ทิชาพงษ์ หาญสุรภานนท์

พ.ญ. นฤมล ศิลาลักษณ์

พ.ญ. พรพันธุ์ บุญยะรัตนพันธ์

น.พ. ธนา ประมุขกุล

ดร. ศิริพร จิรวัดมนกุล

โครงการนี้ได้รับการอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความคิดเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พฤษภาคม 2543

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขทั้ง
ด้านงบประมาณ และวิชาการ และต้องขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอ และให้ความร่วมมือ
เป็นอย่างดีในการศึกษาวิจัยดังนี้

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์กำจัด รามกุล | ผู้อำนวยการกองอาชีวอนามัย
กรมอนามัย |
| 2. ดร.ทวีสุข พันธุ์เพ็ง | นักวิชาการสาธารณสุข 10
(อาชีวอนามัย) กรมอนามัย |
| 3. พญ.วิลาวัลย์ จีงประเสริฐ | นายแพทย์ 9
กรมอนามัย |
| 4. พญ.พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ | รองอธิการบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. นพ. ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ | นายแพทย์ 9
สำนักพัฒนาวิชาการ กรมการแพทย์ |
| 6. นพ.สมบัติ แทนประเสริฐสุข | ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา
สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 7. นพ.สุชาติ เจตนะสน | ที่ปรึกษา WHO |
| 8. นพ.สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์ | รองเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม |
| 9. พญ.สุลีพร จิระพงษา | นายแพทย์ 6
กองระบาดวิทยา
สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 10. นพ. คำนวน อึ้งชูศักดิ์ | กองระบาดวิทยา |
| 11. พญ.ปิยนิตย์ ธรรมมภรณ์พิลาศ | กองระบาดวิทยา |
| 12. ฝ่ายพัฒนาระบบข้อมูล | กองระบาดวิทยา |
| 13. ฝ่ายสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย | กองระบาดวิทยา |
| 14. กลุ่มงานโรคไร้เชื้อ | กองระบาดวิทยา |
| 15. นาง งามจิตต์ จันทรสาดิต | นักวิชาการการวิจัย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 16. คุณเบญจมาภรณ์ จันทพัฒน์ | นักสถิติ 6
สำนักนโยบายและแผน |

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบการผสมผสานการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อของจังหวัดแพร่ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้ CIPP Model ดำเนินการระหว่าง มีนาคม 2539-พฤษภาคม 2541 ทดลองรูปแบบการผสมผสาน โดยการตั้งกลุ่มงานป้องกันและควบคุมโรคขึ้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ แนวทางการบริหารกลุ่มงานใช้แบบ Matrix ในระดับอำเภอ ดำเนินการที่ อำเภอเมืองและอำเภอสองแคว โดยการปรับองค์กรให้มีผู้รับผิดชอบงานนี้โดยเฉพาะ

ผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

ในการผสมผสานงาน CD และNCD มีความเป็นไปได้มากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละกิจกรรม ดังนี้

1. แผนงาน :- ผสมผสานได้เฉพาะเรื่อง โดยเฉพาะในเรื่องที่เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมกันโดยในกลุ่มงานจะมีการวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดโรค สาเหตุของปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดโรค NCD และ CD กำหนดกลยุทธ์ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ กลวิธีดำเนินการและวิธีการประเมินผลร่วมกัน

2. การจัดองค์กร :- ไม่สามารถนำงานทั้ง 3 งาน มารวมกันอย่างเป็นรูปธรรมได้ เพราะแต่ละงานมีหัวหน้างานและบริหารงานเป็นอิสระในตัวเอง จึงบริหารองค์กร โดยรูปของคณะกรรมการประสานงานป้องกันและควบคุมโรคในระดับจังหวัด มีการบริหารองค์กรแบบ Matrix ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการจัดองค์กรแบบแบ่งตามหน้าที่ (Department by function) และแบบแบ่งตามการให้บริการ (Department by division) โดยใช้แผนงาน/โครงการที่ทำแผนร่วมกันเป็นหลัก

3. การประสานงาน :- ในแนวราบระดับจังหวัด ภายในกลุ่มงานจะใช้ปัญหาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 งาน เป็นตัวกำหนดและมีการวางแผน ประสานด้านเป้าหมาย กิจกรรม งบประมาณ บุคลากร ข้อมูล ประเมินผล

การประสานงานภายนอกกลุ่มงาน จะใช้ Staff Meeting, การปรึกษาไม่เป็นทางการ, คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคทั้งจังหวัดและอำเภอ

การประสานงาน แนวตั้ง จากจังหวัดสู่ระดับอำเภอ จะใช้หนังสือราชการ บันทึก สั่งการ

4. งบประมาณ :- เป็นเรื่องที่ผสมผสานกันได้ค่อนข้างยาก เพราะแต่ละหน่วยงานที่ให้งบประมาณมา มีการระบุรายละเอียดกิจกรรม ซึ่งได้ดำเนินการแก้ไขโดยปรับกลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ดำเนินการและเวลาให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ก็สามารถทำได้เพียงบางงานเท่านั้น ผลของการผสมผสาน ไม่สามารถทำให้ลดงบลงได้ แต่ทำให้กิจกรรมและกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น และทำให้การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่เป็นไปได้ดีและสะดวกมากขึ้น

5. ข้อมูล :- สามารถทำได้เพียงการผสมผสานข้อมูลเรื่องของปัจจัยเสี่ยง ข้อมูลระบาดของโรคที่สามารถผสมผสานกันได้พอสมควรเป็นเรื่องของอุบัติเหตุ ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของโรค CD เกิดเร็ว หายเร็ว และหายขาด ส่วนโรค NCD เกิดช้า และเป็นตลอดชีวิต

6. กิจกรรมดำเนินงาน :- ในด้านการให้ความรู้ การณรงค์ต่างๆ จะสามารถผสมผสานกันได้ดี เช่นกิจกรรมรณรงค์เมาไม่ขับ จะมีการรณรงค์อื่นร่วมไปด้วย เช่น เอดส์ อุจจาระร่วง สุขภาพจิต ฯลฯ และผสมผสานได้ดีในเรื่องของการฝึกทักษะชีวิตให้กับประชาชนในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการผสมผสานงาน CD/NCD ของจังหวัดแพร่ที่ใช้แบบ Matrix มีผลดีต่อการดำเนินงานระดับหนึ่ง และถ้าได้รับการพัฒนาให้มีการผสมผสานในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การจัดระบบ Screening ตั้งแต่ระดับชุมชนขึ้นมาเพื่อ Early Detection, การผสมผสานเรื่องการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนโดยโครงการ Home Health Care แล้วจะทำให้เห็นผลของการพัฒนารูปแบบที่ชัดเจนขึ้น

ABSTRACT

The purpose of this study is to find out the way of integrating the CD and NCD operation in Phrae by using the model of evaluative research operated between March 1996 and May 1998. The integrated experiment was done by setting the work groups of prevention and disease control at the Phrae Provincial Health Office. The teamwork Matrix district administration was done at the two districts of Muang District and sungmen District by adjusting the organization with particular responsibilities.

The conclusion of the study

In integrating the CD and NCD tasks there are possible differences according to the following activities

1. Plans : Some of the plans could only be integrated, especially those of this high risks. The staff would analyze the situations of the disease and the causes of common factors which caused NCD and CD and also share this tasks of strategy determination, goals, objectives, operation styles and way of evaluation.

2. Organization : The three departments could not be concretely joined because each part has its own individual leader and administration. Thus the organization was managed in the form of a committee of provincial co-operation of prevention and disease control. The Matrix organization management is integrated between the management of department by function and that by division by using the merely shared plans or projects.

3. Cooperation : At the horizontal provincial level of the internal cooperation, The staff would use health problems which involved the three parts to be their destinations and co-operate in planning goals activities, budget, men, data and evaluation. For the external cooperation, the staff would use staff meeting, informal discussion, the provincial and district committees of prevention and disease control.

For the vertical cooperation from province to district levels, official documents, notes and orders were used.

4. Budget : It was difficult to integrate the budget because each department which was given its budget had indicated all details of activities. To solve this problem, there were actions of adjusting target groups, operation area and time into the same way, but some tasks were possible, not all. The result of integration could not reduce the budget, but increase activities and target groups and improve the operation of staff

5. Data : It could only be done with the data of high risk factors and epidemic which was accidentally integrated because of the CD disease characteristics of quick start, quick and absolute recovery but the slow and long life NCD disease

6. Activities : For instructions, several campaigns could be well integrated. For example, the Drunk Do Not Drive campaign was also accompanied with other campaigns such as AIDS, diarrhea, mental health which was well integrated in practice for life skills for people about right healthy behaviors

Thus, the Matrix Phrae Model of the CD and NCD integration worked effectively at a certain stage. If it has been developed to the integration of behavior adjustment, from community level to early detection, the treatment and capacity therapy in community under home health care, the clear result of model development will be obviously seen.

คำนำ

การศึกษาสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรวัยแรงงานไทยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาสถานะสุขภาพของประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มวัยเด็กเล็ก กลุ่มเด็กวัยรุ่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยแรงงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ ผลการศึกษาที่ได้จะชี้ให้เห็นสภาวะสุขภาพของกลุ่มประชาชนตามกลุ่มต่างๆและจะรวมเป็นภาพของคนไทยทั่วประเทศ

สำหรับ ในกลุ่มประชากรวัยแรงงานนั้นนับเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากที่สุด จากรายงานการสำรวจแรงงานสำนักสถิติแห่งชาติได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2541 ประชากรไทยที่เป็นกลุ่มประชากรกำลังแรงงานรวมทั้งสิ้นประมาณเกือบ 33 ล้านคนหรือคิดเป็นสัดส่วน 54 % ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ ประชากรกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่เป็นกำลังหลักในการสร้างผลผลิต และดูแลรับผิดชอบประชากรกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนั้นสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรวัยแรงงานจึงมีความสำคัญมาก และสามารถที่จะใช้เป็นตัวบ่งชี้ ถึงประสิทธิภาพและความสามารถในการผลิตของประเทศ ถ้าประเทศมีประชาชนวัยแรงงานที่มีสุขภาพไม่ดีย่อมบ่งถึงกำลังผลิตที่อ่อนแอ และยังบ่งถึงสภาวะสุขภาพของประชากรกลุ่มอื่น ๆ ที่จะมีผลกระทบติดตามมาอีกด้วย

คณะผู้วิจัยหวังว่า ผลการศึกษาในครั้งนี้ คงจะเป็นประโยชน์ในการนำผลการศึกษาไปใช้ โดยอาจจะนำไปใช้เป็นเอกสารอ้างอิงหรือประกอบการตัดสินใจ เพื่อใช้ในการวางแผนหรือกำหนดแนวทางในการให้บริการทางสุขภาพ หรือ สาธารณสุขอื่น ๆ สำหรับกลุ่มประชากรวัยนี้ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงระบบบริหารทางสาธารณสุขของประเทศชาติในภาพรวมต่อไป

(นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ์)

หัวหน้าโครงการ

บทนำ

ประชากรวัยแรงงาน ถือเป็น ประชากรกลุ่มหลักของประเทศ เพราะมีจำนวนมากที่สุด และถือเป็นฐานกำลังหลักในการสร้างผลผลิต และ ดูแลรับผิดชอบประชากร กลุ่มอื่น ๆ ของประเทศ ผลกระทบทางสุขภาพ ที่จะเกิดขึ้นกับประชากรวัยแรงงาน สามารถเกิดขึ้นได้ ทั้งจากพฤติกรรม ความเสี่ยง หรือลักษณะการดำเนินชีวิต ของประชากรในกลุ่มนี้ รวมทั้งผลกระทบจากการประกอบอาชีพ ก็มีผลกระทบทางสุขภาพโดยตรงอีกทางหนึ่ง นอกจากนี้ประชากรวัยนี้ ถือเป็นช่วงอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นสภาวะสุขภาพในฐานะที่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ จึงมีความสำคัญต่อสภาวะสุขภาพของประชากรในกลุ่มนี้ด้วย

เนื่องจากการให้คำนิยามของกลุ่มประชากรวัยแรงงานนี้มิได้หลายแบบขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการนำข้อมูลไปใช้ และ สถานการณ์ต่าง ๆ ในขณะนั้น ตัวอย่างเช่น ได้เคยมีการกำหนดให้กลุ่มประชากรวัยแรงงานมีช่วงอายุตั้งแต่ 13-59 ปี ต่อมาหลังจากพระราชบัญญัติแรงงานฉบับปี พ.ศ. 2541 ได้มีการกำหนดช่วงอายุขั้นต่ำของแรงงานเด็กใหม่ ทำให้การกำหนดช่วงอายุของประชากรวัยแรงงานเป็นช่วงอายุ 15-59 ปี นอกจากนี้การกำหนดช่วงอายุเช่นนี้ จะมีการซ้อนทับกับการศึกษาในกลุ่มอายุอื่น ๆ เช่นกลุ่มวัยรุ่น เป็นต้น ดังนั้นสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ จะให้คำนิยามสำหรับกลุ่มประชากรวัยแรงงาน ได้แก่ผู้ที่มีอายุ 13-59 ปี ยกเว้นจะมีการระบุให้ชัดเจน เป็นกรณีพิเศษ และจะเน้นในกลุ่มผู้ที่ทำงานเป็นหลัก

วัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ

1. ศึกษาเชิงพรรณนาของสภาวะสุขภาพของประชากรวัยแรงงานไทย โดยเน้นศึกษาในประเด็นเรื่องเกี่ยวกับลักษณะโครงสร้างทางประชากร สภาวะทางสุขภาพโดยทั่วไป สภาวะทางสุขภาพที่เกี่ยวกับการทำงาน สภาวะทางสุขภาพที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและการดำเนินชีวิต และสภาวะสตรีวัยแรงงาน

2. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เป็นระยะเวลาย้อนหลัง 10 ปี เพื่อที่จะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการทำนายสภาวะทางสุขภาพ ของประชากรกลุ่มนี้ในอนาคตต่อไป

วิธีการศึกษา

1. ประชุมพิจารณากรอบโครงร่างเนื้อหาทั้งหมด และจัดแบ่งออกเป็นประเด็นสำคัญ ๆ ได้ทั้งหมด 6บท คือ

บทที่ 1 ลักษณะทางประชากรวัยแรงงานไทย

บทที่ 2 สภาวะสุขภาพของประชากรวัยแรงงานไทย

บทที่ 3 ภาวะสุขภาพของประชากรวัยแรงงานที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน

บทที่ 4 ภาวะสุขภาพของประชากรวัยแรงงานที่เกี่ยวข้องเนื่องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

บทที่ 5 ภาวะสุขภาพของสตรีวัยแรงงาน

บทที่ 6 อภิปรายและสรุปภาวะสุขภาพของประชากรวัยแรงงาน

นอกจากนั้นได้กำหนดกรอบโครงสร้างในแต่ละบท เนื้อหาและข้อมูลที่สำคัญและได้แบ่งให้ผู้วิจัยได้รับผิดชอบ ในการศึกษา วิเคราะห์และเรียบเรียงในแต่ละรายละเอียดในแต่ละบทต่อไป

2. สืบค้น รวบรวมข้อมูล และทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรอบเนื้อหาในแต่ละบทนั้น ๆ โดยบางบท ผู้วิจัย อาจจะต้องมีการนำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง มาทำการวิเคราะห์เองใหม่

3. มีการประชุม เพื่อพิจารณาติดตาม ความก้าวหน้า และแลกเปลี่ยนรายละเอียดของข้อมูลในแต่ละบท

4. ผู้วิจัยหลักรวบรวมเนื้อหาของแต่ละบท ปรับปรุง วิเคราะห์เนื้อหา และสรุปอภิปรายเป็นภาพรวมของการศึกษาทั้งหมด

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
คำนำ	ฉ
บทนำ	ช
บทที่ 1 ลักษณะทางประชากรของวัยแรงงานไทย	1
1. โครงสร้างประชากรไทยทั่วราชอาณาจักร	4
2. โครงสร้างประชากรวัยแรงงานรวมที่มีอายุ 13 – 59 ปี	8
3. แรงงานไทยในต่างประเทศ	29
4. แรงงานต่างด้าว	30
5. โครงสร้างแรงงานเด็กและเยาวชน	33
6. สถานประกอบการที่เสี่ยงต่อโรคจากการประกอบอาชีพที่กองอาชีวอนามัยเฝ้า ระวังอยู่ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8	41
7. การคาดประมาณกำลังแรงงานในภาคอุตสาหกรรม	43
8. เอกสารอ้างอิง	47
บทที่ 2 ภาวะสุขภาพของประชากรวัยแรงงาน	48
1. ภาวะความเจ็บป่วย	51
2. การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ	71
3. ภาวะพิการ	76
4. ภาวะเครียด	78
5. การดูแลสุขภาพตัวเอง	79
6. การใช้บริการในการดูแลสุขภาพ	79
7. สาเหตุการตาย	80
8. เอกสารอ้างอิง	93
9. ภาคผนวก , นิยามศัพท์	94
บทที่ 3 ภาวะสุขภาพของประชากรวัยแรงงานที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน	102
- รายงานการเจ็บป่วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานจากข้อมูลกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข	116
1. สถานการณ์โรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชในประเทศไทย (พ.ศ.2532 – 2541)	116
2. สถานการณ์โรคพิษตะกั่วในประเทศไทย (พ.ศ.2532 - 2541)	128

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4. สถานการณ์โรคพิษตัวทำลายในประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2541	148
5. สถานการณ์โรคพิษสารไอโธเรย์ในประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2541	158
6. สถานการณ์โรคปอดเหตุอาชีพในประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2541	170
7. สถานการณ์โรคลดความกดอากาศในประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2541	180
เอกสารอ้างอิง	189
ภาคผนวก	191
บทที่ 4 การศึกษาภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง	193
สถานการณ์ครอบครัวไทยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ	194
1.1 พฤติกรรมทางเพศ	203
1.2 พฤติกรรมการบริโภคยาเสพติด	210
1.3 พฤติกรรมการบริโภค สุรา	217
1.4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่	225
1.5 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	235
1.6 พฤติกรรมการออกกำลังกายของคนไทย	238
1.7 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ	241
1.8 พฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน	245
1.9 เอกสารอ้างอิง	254
บทที่ 5 ภาวะสุขภาพสตรีวัยแรงงาน	259
1. ภาพรวมของภาวะสุขภาพสตรีวัยแรงงาน	260
2. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของสตรีวัยแรงงาน	270
3. แนวโน้มภาวะสุขภาพสตรีวัยแรงงาน และข้อเสนอแนะ	286
4. เอกสารอ้างอิง	290
บทที่ 6 บทสรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	294
1. บทสรุป	294
2. ข้อจำกัดในการศึกษา	302
3. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ	303
4. เอกสารอ้างอิง	305

บทที่ 1

ลักษณะทางประชากรของวัยแรงงานไทย

บทที่ 1

ลักษณะทางประชากรของวัยแรงงานไทย

บทนี้เป็นการศึกษาโครงสร้างประชากรของวัยแรงงานไทยย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี 2537-2541 เพื่อทราบถึงโครงสร้างประชากรวัยแรงงาน เพศ การศึกษา การกระจายตัวของประชากร สถานภาพการทำงาน ทั้งสาขาเกษตรกรรม และนอกสาขาเกษตรกรรม ในหัวข้อต่อไปนี้

1. โครงสร้างประชากรไทยทั่วราชอาณาจักร
 - 1.1 ประชากรไทยทั่วราชอาณาจักร ที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไปและต่ำกว่า 13 ปี
 - 1.2 ประชากรไทยทั่วราชอาณาจักร ที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไป
 - 1.3 ประชากรไทยทั่วราชอาณาจักรที่อยู่ในกำลังแรงงานรวม
 - 1.4 ประชากรไทยทั่วราชอาณาจักรที่ไม่อยู่ในกำลังแรงงาน
 - 1.5 สถานภาพสมรสประชากรกลุ่มวัยแรงงาน
2. โครงสร้างประชากรวัยแรงงานรวมที่มีอายุ 13-59 ปี
 - 2.1 ประชากรวัยแรงงานรวมจำแนกตามอายุ และเพศ
 - 2.2 สถานภาพการศึกษาของประชากรวัยแรงงานไทย
 - 2.3 การมีงานทำของวัยแรงงานที่มีอายุ 13-59 ปี
 - 2.4 การกระจายตัวของวัยแรงงานที่มีอายุ 13-59 ปี
 - 2.5 ลักษณะการประกอบอาชีพ
 - 2.6 สถานภาพการทำงานจำแนกตามลักษณะการจ้างงาน
 - 2.7 รายได้ของผู้มีงานทำ
 - 2.8 จำนวนชั่วโมงการทำงาน
3. แรงงานไทยในต่างประเทศ
4. แรงงานต่างด้าว
5. โครงสร้างแรงงานเด็กและเยาวชน
 - 5.1 กำลังแรงงาน
 - 5.2 ลักษณะการทำงาน
 - 5.3 การทำงานและการเรียนหนังสือ
 - 5.4 ระดับการศึกษาของเด็กระหว่างเรียนหนังสือ
 - 5.5 การตรวจแรงงานเด็ก
 - 5.6 โสเภณีเด็ก

6. สถานประกอบการที่เสี่ยงต่อโรคจากการประกอบอาชีพที่กองอาชีวอนามัยเฝ้าระวังอยู่ ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8
7. การคาดประมาณกำลังแรงงานในภาคอุตสาหกรรม

การนำเสนอข้อมูลในบทที่ 1 เป็นการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางและรูปเพื่อประกอบคำอธิบายข้อมูลเชิงสถิติ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จากหลายหน่วยงานโดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดเก็บที่แตกต่างกัน ข้อมูลจำแนกได้เป็นข้อมูลจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรที่วาระอาณา-จักรรอบที่ 1 และประชากรที่วาระอาณาจักรรอบที่ 3 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี เกี่ยวกับจำนวนประชากรในวัยทำงานและนอกวัยทำงาน สถานภาพแรงงาน อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษาที่สำเร็จ จำนวนผู้มีงานทำจำแนกตามลักษณะการประกอบอาชีพ สถานภาพการทำงาน รายได้ และผู้ไม่มีงานทำ ข้อมูลแสดงสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางประชากร ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ศึกษาเรื่องเครื่องชี้ภาวะทางสังคม เพื่อคาดประมาณประชากรในอนาคต ข้อมูลพื้นฐานของกำลังแรงงานเด็ก และเยาวชน ของคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF)

ด้วยเหตุที่มีข้อมูลจากหลายหน่วยงาน ทำให้ข้อจำกัดในการนำเสนอ คือจำนวนยอดรวมในบางตารางอาจจะไม่ตรงกัน และข้อจำกัดที่เป็นปัญหามากคือข้อจำกัดในเรื่องของเวลาในการศึกษาที่ต้องใช้เวลาในการค้นคว้าข้อมูลมาประกอบคำอธิบายที่เป็นเชิงสถิติ จึงทำให้การนำเสนอบทนี้เป็นลักษณะการนำเสนอข้อมูลเชิงสถิติมากกว่าการนำเสนอข้อมูลเชิงวิเคราะห์

คำนิยาม

1. ผู้มีงานทำ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไป ซึ่งในสัปดาห์แห่งการสำรวจเป็น
 - 1) ผู้ทำงานอย่างน้อย 1 ชั่วโมงโดยได้รับค่าจ้าง เงินเดือน ผลกำไร เงินปันผล หรือค่าตอบแทนที่มีลักษณะอย่างอื่นสำหรับผลงานที่ทำเป็นเงินสดหรือสิ่งของ หรือ
 - 2) ผู้ไม่ได้ทำงาน แต่ยังมีหน้าที่การงาน ธุรกิจ ไร่นาเกษตรของตนเอง ได้หยุดงานชั่วคราวเนื่องจากเจ็บป่วยหยุดพักผ่อน หรือเหตุผลอื่น โดยไม่คำนึงว่าจะได้รับค่าจ้างในระหว่างที่ไม่ได้มาทำงานหรือไม่ก็ตาม
 - 3) ทำงานอย่างน้อย 1 ชั่วโมง โดยไม่ได้รับค่าจ้างในธุรกิจ หรือไร่นาเกษตรของหัวหน้าครัวเรือน หรือของสมาชิกในครัวเรือน

2. ผู้ไม่มีงานทำหรือผู้ว่างงาน หมายถึงบุคคลที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไป ซึ่งในสัปดาห์แห่งการสำรวจไม่ได้ทำงานใด ๆ ไม่มีธุรกิจหรือไร่นาเกษตรของตนเอง แต่พร้อมที่จะทำงานโดยหางานทำหรือไม่ได้หางานทำเนื่องจากเจ็บป่วยหรือด้วยเหตุผลอื่น

3. กำลังแรงงานที่รอฤดูกาล หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไป ซึ่งในสัปดาห์แห่งการสำรวจเป็นผู้ไม่เข้าข่ายคำนิยามของผู้มีงานทำหรือไม่มีงานทำ แต่เป็นผู้รอฤดูกาลที่เหมาะสมเพื่อที่จะทำงานและเป็นบุคคลที่ตามปกติจะทำงานโดยไม่ได้รับสิ่งตอบแทนในไร่นาเกษตรหรือธุรกิจ ซึ่งทำกิจกรรมตามฤดูกาล โดยมีหัวหน้าครัวเรือนหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครัวเรือนเป็นเจ้าของหรือผู้ดำเนินการ

4. กำลังแรงงานรวม หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไป ซึ่งในสัปดาห์แห่งการสำรวจมีงานทำหรือไม่มีงานทำหรือกำลังแรงงานที่รอฤดูกาลตามคำนิยามที่ได้ระบุข้างต้น

5. ผู้ไม่อยู่ในกำลังแรงงาน หมายถึง บุคคลซึ่งอยู่ในระหว่างแห่งการสำรวจมีอายุต่ำกว่า 13 ปี หรือมีอายุ 13 ปีขึ้นไป แต่ไม่ได้ทำงานและไม่พร้อมที่จะทำงานเนื่องจากเป็นผู้ที่ทำงานบ้าน เรียนหนังสือ ยังเด็กหรือหาไม่สามารถ ทำงานได้ เนื่องจากพิการทางร่างกายหรือจิตใจ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่ไม่สมัครใจทำงาน ทำงานโดยไม่ได้รับค่าจ้าง ผลกำไร ส่วนแบ่งหรือสิ่งตอบแทนอื่น ๆ ให้แก่บุคคลซึ่งมิได้เป็นสมาชิกในครัวเรือนเดียวกัน ทำงานให้แก่องค์กร หรือสถาบันการกุศลต่าง ๆ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ผลกำไร ส่วนแบ่ง หรือสิ่งตอบแทนอย่างใด หรือไม่พร้อมที่จะทำงาน เนื่องจากเหตุผลอื่น

6. สาขาเกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่ทำงาน ในอาชีพ เกษตรกรรม การป่าไม้ การล่าสัตว์ การประมง

7. นอกสาขาเกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่ทำงานในอาชีพ วิชาชีพ วิชาการ งานบริหาร ธุรกิจ เลี้ยงสัตว์ การค้า การขนส่ง ข้างหรือผู้ประกอบการ ในกระบวนการผลิต การบริหารการกีฬา อื่น ๆ

8. สถานภาพการทำงาน แบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ นายจ้าง ผู้ทำงานส่วนตัว ผู้ทำงานธุรกิจของครอบครัว โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ลูกจ้างเอกชน และลูกจ้างรัฐบาล

9. ชั่วโมงทำงาน หมายถึง จำนวนชั่วโมงการทำงานจริงทั้งหมด ในระหว่างสัปดาห์แห่งการสำรวจ

10. ค่าจ้างหรือเงินเดือน ค่าจ้างเงินเดือนพื้นฐาน ซึ่งจ่ายให้ตามระยะเวลาที่ระบุไว้ หรือเหมาจ่ายเป็นงาน ๆ ไม่รวมค่าล่วงเวลา โบนัส ผลประโยชน์อื่น ๆ ที่ได้รับ

11. เด็กและเยาวชน ในที่นี้หมายถึง

- เด็ก ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 13-14 ปี
- เยาวชน ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี

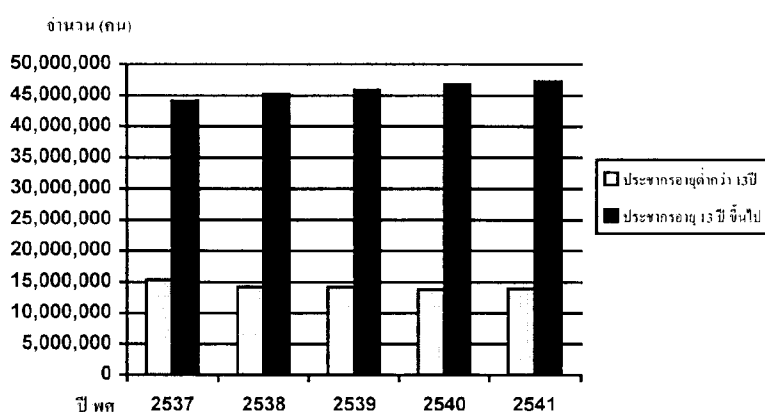
1. โครงสร้างประชากรไทยทั่วราชอาณาจักร

การนำเสนอข้อมูลในส่วนนี้เป็นการนำเสนอข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537-2541 โดยจะนำเสนอประชากรไทยทั่วราชอาณาจักร ที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปี ขึ้นไปและประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 13 ปี เป็นการแสดงสถานภาพของผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานรวม ซึ่งหมายถึงผู้มีงานทำ ผู้ไม่มีงานทำและรอฤดูกาล และผู้ไม่อยู่ในกำลังแรงงานคือทำงานบ้าน เรียนหนังสือหรืออื่น ๆ เป็นข้อมูลจากกองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยใช้วิธีในการสำรวจ

1.1 ประชากรไทยทั่วราชอาณาจักร ที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไปและต่ำกว่า 13 ปี

พบว่าในปี 2537 มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 59.4 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 61.2 ล้านคนในปี 2541 โดยในปี 2537 มีประชากรที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไป 44 ล้านคน (74.2 %) และประชากรอายุต่ำกว่า 13 ปี 15.3 ล้านคน (25.8 %) และในปี 2541 มีประชากรที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 47.2 ล้านคน (77.1 %) ส่วนประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 13 ปี มี 13.9 ล้านคน (22.9 %) ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วพบว่า ประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 13 ปี ในปี 2541 มีสัดส่วน ลดลง จากปี 2537 คิดเป็นร้อยละ 8.9 เหตุผลส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากความสำเร็จของการวางแผน ครอบครัวยุคใหม่ในประเทศไทย ทำให้อัตราเกิดของประชากรลดลงและจากข้อมูลการวิจัยของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าอัตราเกิดของประชากรลดลงจาก 35.6 คนต่อ ประชากรพันคนในปี 2517-2519 เหลือ 17.9 คน ต่อประชากรพันคนในปี 2538-2539 (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 โครงสร้างประชากรไทย ที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไปและต่ำกว่า 13 ปี

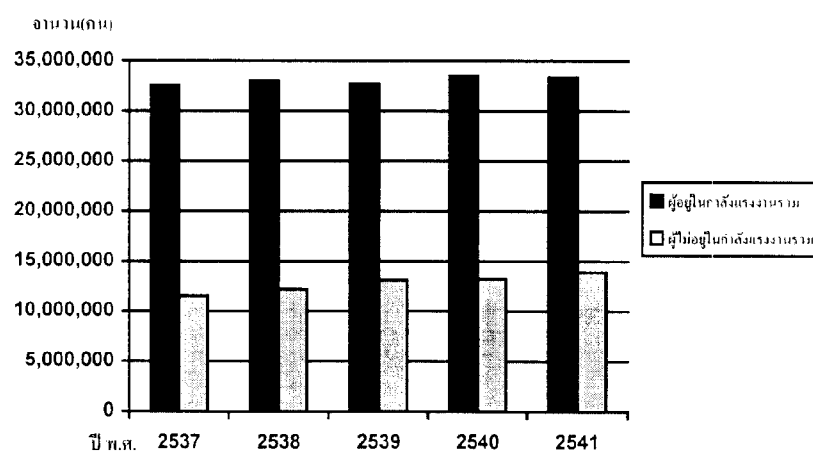


ที่มา : รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไทย ทั่วราชอาณาจักร
(รอบที่ 3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.2 ประชากรไทยทั่วราชอาณาจักรที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปี ขึ้นไป

เมื่อพิจารณาประชากรที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไป ที่อยู่ในกำลังแรงงานรวม ซึ่งหมายถึงผู้มีงานทำ ผู้ไม่มีงานทำ ผู้ที่รอฤดูกาลเช่นทำนา และประชากรที่ไม่อยู่ในกำลังแรงงาน ซึ่งหมายถึงผู้ที่ทำงานบ้าน เรียนหนังสือ หรืออื่น ๆ โดยพบว่าในปี 2537 มีผู้ที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไป 44 ล้านคน อยู่ในกำลังแรงงานรวม 32.5 ล้านคน (74 %) ไม่อยู่ในกำลังแรงงาน 11.5 ล้านคน (26 %) และในปี 2541 ผู้ที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไปมี 47.2 ล้านคน อยู่ในกำลังแรงงาน 33.3 ล้านคน (70.5 %) และไม่อยู่ในกำลังแรงงาน 13.9 ล้านคน (29.5 %) เมื่อคิดเป็นสัดส่วนแล้วพบว่าผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานรวมในปี 2541 เพิ่มขึ้นจากปี 2537 คิดเป็นร้อยละ 2.3 และมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในผู้ไม่อยู่ในกำลังแรงงานคิดเป็นร้อยละ 20.8 ในปีเดียวกัน (รูปที่ 2)

รูปที่ 2 โครงสร้างประชากรไทยทั่วราชอาณาจักรที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไป ปี 2537-2541



ที่มา : รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไทย ทั่วราชอาณาจักร
(รอบที่ 3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.3 ประชากรไทยทั่วราชอาณาจักรที่อยู่ในกำลังแรงงานรวม

เมื่อพิจารณาแนวโน้มผู้มีงานทำโดยเปรียบเทียบประชากรในแต่ละปีพบว่าในปี พ.ศ. 2537 มีผู้มีงานทำ 32 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 33.1 ล้านคนในปี 2540 และลดลงเหลือ 32.1 ล้านคน ในปี 2541 ส่วนผู้ไม่มีงานทำมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 422,842 คน ในปี 2537 เป็น 1.1 ล้านคน ในปี 2541 ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมาประเทศไทยมีวิกฤติการณ์ทางเศรษฐกิจซึ่งสถานการณ์ประกอบการจำนวนมากปิดกิจการ โดยเฉพาะสถานประกอบการภาคอุตสาหกรรม และเมื่อพิจารณากำลังแรงงานที่รอฤดูกาลพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2537 มีจำนวน 64,468 คน เพิ่มขึ้นเป็น 76,973 คน ในปี 2541

เมื่อเปรียบเทียบการมีงานทำและไม่มีงานทำระหว่าง เพศ ตั้งแต่ปี 2537-2541 พบว่า ผู้มีงานทำมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย และพบว่าส่วนใหญ่คือเพศหญิง ที่รอฤดูกาลในการทำงาน (ตารางที่ 1.1)

ตารางที่ 1.1 แสดงร้อยละของประชากรไทยทั่วราชอาณาจักรที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไปที่อยู่ใน
กำลังแรงงานรวม จำแนกตาม ผู้มีงานทำ ไม่มีงานทำ รอฤดูกาล ปี 2537-2541

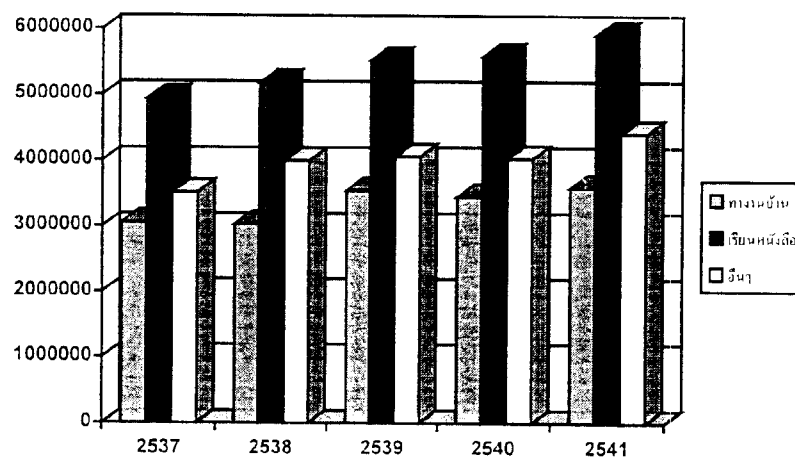
พ.ศ.	กำลังแรงงานรวม	ผู้มีงานทำ		ผู้ไม่มีงานทำ		รอฤดูกาล	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2537	32,582,391	32,095,081	98.5	422,842	1.3	64,468	0.2
ชาย	17,569,446	17,351,218	53.3	196,270	0.6	21,958	0.1
หญิง	15,012,945	14,743,863	45.2	226,572	0.7	42,510	0.1
2538	33,001,854	32,575,083	98.7	375,100	1.1	51,671	0.1
ชาย	17,961,784	17,779,022	54.0	167,170	0.5	15,592	0.0
หญิง	15,040,070	14,796,061	44.8	207,930	0.6	36,079	0.1
2539	32,750,019	32,232,360	98.4	353,948	1.1	163,711	0.5
ชาย	17,966,424	17,745,286	54.2	186,516	0.6	34,622	0.1
หญิง	14,783,595	14,487,074	44.2	167,432	0.5	129,089	0.4
2540	33,560,709	33,162,369	98.8	292,571	0.9	105,769	0.3
ชาย	18,310,356	18,121,023	54.0	154,499	0.5	34,834	0.1
หญิง	15,250,353	15,041,346	44.8	138,072	0.4	70,935	0.2
2541	33,352,966	32,138,011	96.4	1,137,982	3.4	76,973	0.2
ชาย	18,327,401	17,666,879	53.0	625,267	1.9	35,255	0.1
หญิง	15,025,564	14,471,132	43.4	512,715	1.5	41,717	0.1

ที่มา : รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ทั่วราชอาณาจักร
(รอบที่ 3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.4 ประชากรไทยทั่วราชอาณาจักรที่ไม่อยู่ในกำลังแรงงาน

การนำเสนอข้อมูลประชากรไทยที่ไม่อยู่ในวัยแรงงานหรือกำลังแรงงานในส่วนนี้ หมายถึงในช่วงระยะเวลาที่ สำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจไม่ได้ทำงานและไม่พร้อมที่จะทำงานเนื่องจาก ทำงานบ้าน เรียนหนังสือ และพิการทั้งทางกายและจิตใจ หรือการเจ็บป่วยตลอดจน การทำงานให้กับผู้อื่นโดยไม่ได้รับค่าจ้างและสิ่งตอบแทนแต่อย่างใด ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วพบว่าตั้งแต่ปี 2537 เป็นต้นมา จนถึงปี 2541 มีแนวโน้มของผู้ไม่อยู่ในกำลังแรงงานเพิ่มขึ้นทุกปี กล่าวคือ ในปี 2537 มีจำนวน 11.5 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 13.9 ล้านคน ในปี 2541 และเมื่อพิจารณาสถานภาพของผู้ไม่อยู่ในกำลังแรงงานพบว่า การทำงานบ้านมีจำนวนคงที่ และพบว่าประมาณ ร้อยละ 80 เพศหญิงทำงานบ้าน ส่วนการเรียนหนังสือนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และพบว่าทั้งเพศหญิง และเพศชายมีจำนวนเท่ากัน (รูปที่ 3)

รูปที่ 3 จำนวนประชากรผู้ไม่อยู่ในกำลังแรงงานทั่วราชอาณาจักร ปี 2537-2541



ที่มา : รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ทั่วราชอาณาจักร
(รอบที่ 3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.5 สถานภาพสมรส

สถานะภาพสมรส จากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร เดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2541 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประชากรกลุ่มวัยแรงงานอายุ 13 - 59 ปี ส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว ร้อยละ 63.79 เป็นหญิง ร้อยละ 33.88 ชายร้อยละ 29.91 เป็นโสดร้อยละ 30.34 ชายร้อยละ 15.74 หญิงร้อยละ 14.60 (ตาราง 1.2)

**ตารางที่ 1.2 แสดงสถานะภาพสมรสของประชากรกลุ่มวัยแรงงาน 13-59 ปี
จำแนกตามเพศ ปี 2541**

สถานะภาพสมรส	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โสด	18,269	15.74	16,950	14.60	35,219	30.34
แต่งงาน	34,716	29.91	39,324	33.88	74,040	63.79
ม้าย	498	0.43	3,148	2.71	3,646	3.14
หย่าร้าง	399	0.34	1,078	0.93	1,477	1.27
แยกกันอยู่	522	0.45	1,160	1.00	1,682	1.45
รวม	54,404	46.87	61,660	53.13	116,064	100

ที่มา : รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ทั่วราชอาณาจักร
(รอบที่ 3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2. โครงสร้างประชากรวัยแรงงานรวมที่มีอายุ 13-59 ปี

ในส่วนนี้จะเป็นการนำเสนอข้อมูลของประชากรวัยแรงงานรวม โดยจะศึกษาในกลุ่มอายุ ตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป จนถึงอายุ 59 ปี ซึ่งจะเป็นข้อมูลโครงสร้าง อายุ เพศ การศึกษา ลักษณะงานที่ทำ การกระจายตามภูมิภาค รายได้ ตามลักษณะงานที่ทำ ข้อมูลที่นำเสนอในส่วนนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลทุติยภูมิจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537-2541 จากโครงการสำรวจข้อมูลทางการศึกษาของผู้มีงานทำในระดับจังหวัด ปี 2537-2541 และการสำรวจในการทำงานและการว่างงานของคนระดับกลาง ที่สำเร็จการศึกษาชั้นต่าง ๆ ในปี พ.ศ. 2535-2537 ตลอดจนงานวิจัยเครื่องชี้ภาวะทางสังคม ที่สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ทำการศึกษาเมื่อ พ.ศ. 2540

2.1 ประชากรวัยแรงงานรวมจำแนกตามอายุ และเพศ

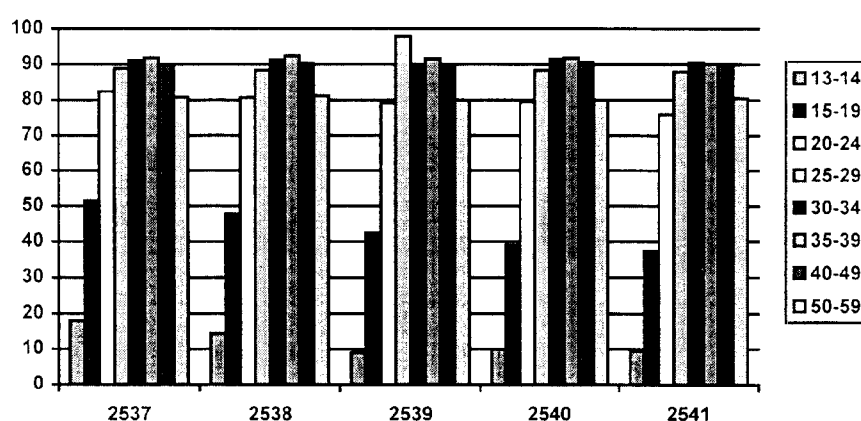
สำหรับข้อมูลโครงสร้างประชากรวัยแรงงานรวมที่มีอายุ 13- 59 ปี จำแนกตามอายุและเพศ จะนำเสนอข้อมูล มีหน่วยเป็นร้อยละ ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ โดยเก็บจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร (รอบที่ 3) และมีสูตรในการคิดคำนวณประชากรในแต่ละช่วงอายุ ดังนี้

$$\frac{\text{กำลังแรงงานรวมของแต่ละช่วงอายุ} \times 100}{\text{ยอดรวมของกำลังแรงงานรวม - อายุต่ำกว่า 13 ปี}} = \text{จำนวนร้อยละของประชากรแต่ละช่วงอายุ}$$

จากการวิเคราะห์ข้อมูลประชากรวัยแรงงานไทยทั่วราชอาณาจักรที่มีอายุตั้งแต่ 13 - 59 ปี ในปี 2537-2541 พบว่าตั้งแต่อายุ 30-49 ปี เป็นกลุ่มวัยแรงงานกลุ่มใหญ่มีถึงร้อยละ 90 ส่วนกลุ่มวัยแรงงานที่มีอายุ 13 - 14 ปี จะมีน้อยที่สุดและมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 18 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2541 และแต่ละกลุ่มอายุมีเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ส่วนในช่วงอายุตั้งแต่ 15 ถึง 29 ปี ก็มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน โดยอายุ 15-19 ปี ลดลงจากร้อยละ 51.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 37.5 ในปี 2541 อายุ 20-24 ปี ลดลงจากร้อยละ 82.4 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 75.9 ในปี 2541 และอายุ 25-29 ปี ลดลงจากร้อยละ 88.9 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 88 ในปี 2541 ส่วนกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 ถึง 59 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปี 2537 ถึง 2540 และเริ่มลดลงและคงที่จากปี 2540 ถึงปี 2541 โดยกลุ่มอายุ 35-39 ปี มีอัตราการมีส่วนร่วมในวัยแรงงานเพิ่มขึ้นและลดลงจากร้อยละ 91.9 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.4 ในปี 2538 และลดลงเหลือร้อยละ 90.2 ในปี 2541

ส่วนกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีอัตราลดลงเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 80.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 80.5 ในปี 2541

รูปที่ 4 อัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานรวม จำแนกตามอายุ ปี 2537-2541



ที่มา : รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ทั่วราชอาณาจักร
(รอบที่ 3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.2 สถานภาพการศึกษาของประชากรวัยแรงงานไทย

กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้จัดทำโครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบที่ 3 (สิงหาคม 2537-2541) โดยสำรวจข้อมูลการศึกษาของผู้มีงานทำในระดับจังหวัด พบว่า ในปี 2537 มีจำนวนผู้มีงานทำ 32 ล้านคน มีการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 95.9 และร้อยละ 4.1 เป็นผู้ไม่มีการศึกษา และร้อยละ 47.2 เป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นมากเป็นอันดับหนึ่ง

ปี 2538 จำนวนผู้มีงานทำทั้งหมด 32.5 ล้านคน มีการศึกษาร้อยละ 95.8 และร้อยละ 4.2 เป็นผู้ไม่มีการศึกษา โดยมีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 47.8 ซึ่งมากเป็นอันดับหนึ่ง

ปี 2539 มีจำนวนผู้มีงานทำ 32.2 ล้านคน ร้อยละ 95.5 เป็นผู้ที่มีการศึกษาและร้อยละ 4.5 เป็นผู้ที่ไม่มีการศึกษา โดยผู้มีงานทำสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นถึงร้อยละ 47.2

ปี 2540 มีจำนวนผู้มีงานทำ 33 ล้านคน ร้อยละ 95.9 เป็นผู้มีการศึกษาและร้อยละ 4.1 เป็นผู้ไม่มีการศึกษา ซึ่งร้อยละ 45.7 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น

ปี 2541 มีจำนวนผู้มีงานทำ 32 ล้านคน ร้อยละ 96.4 เป็นผู้มีการศึกษาและร้อยละ 3.6 ไม่มีการศึกษาและมีผู้สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นถึงร้อยละ 43.3

เมื่อพิจารณาการศึกษาของผู้มีงานทำพบว่า แนวโน้มของการมีการศึกษาสูงขึ้นจากร้อยละ 95.9 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นร้อยละ 96.4 ในปี 2541 และผู้ไม่มีการศึกษามีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 4.1 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 3.6 ในปี 2541 ซึ่งจากการพิจารณาระดับการศึกษาที่สำเร็จของผู้มีงานทำพบว่ามี ผู้สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นมากเป็นอันดับหนึ่ง อันดับสองคือสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย และอันดับสามคือสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนการสำเร็จการศึกษาที่น้อยที่สุดคือระดับอาชีวศึกษาระยะสั้น อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผลสำรวจวิเคราะห์พบว่าส่วนใหญ่ผู้มีงานทำมีชั้นการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย แต่ถ้าพิจารณาแนวโน้มระดับการศึกษาที่สำเร็จเพิ่มขึ้นจะพบว่าผู้มีงานทำสำเร็จการศึกษาระดับตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนต้นเป็นต้นไป จนถึงระดับอาชีวศึกษาระยะสั้น โดยเฉพาะมีผู้สำเร็จการศึกษามัธยมต้น เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.3 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 12 ในปี 2541 ในขณะที่มีผู้สำเร็จการศึกษต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้นจนถึงประถมศึกษาตอนปลายลดลง ทั้งนี้เนื่องจากรัฐบาลได้มอบหมายให้กรมการศึกษานอกโรงเรียนรับผิดชอบจัดการศึกษาเพื่อให้ผู้จบชั้นประถมศึกษาที่ 6 ที่ไม่สามารถเรียนต่อในระบบโรงเรียนได้มีโอกาสเรียนอย่างน้อยจนจบหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนต้นโดยไม่เสียค่าเล่าเรียนซึ่งในปัจจุบันมีทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนได้เปิดสอนหลักสูตรต่าง ๆ ให้เลือกเรียนตามความถนัดจึงทำให้สัดส่วนชั้นการศึกษาที่สำเร็จเพิ่มขึ้นตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนต้นจนถึงชั้นการศึกษาที่สำเร็จอาชีวศึกษาและมหาวิทยาลัยทั้งสายวิชาการและวิชาชีพ (ตาราง 1.3)

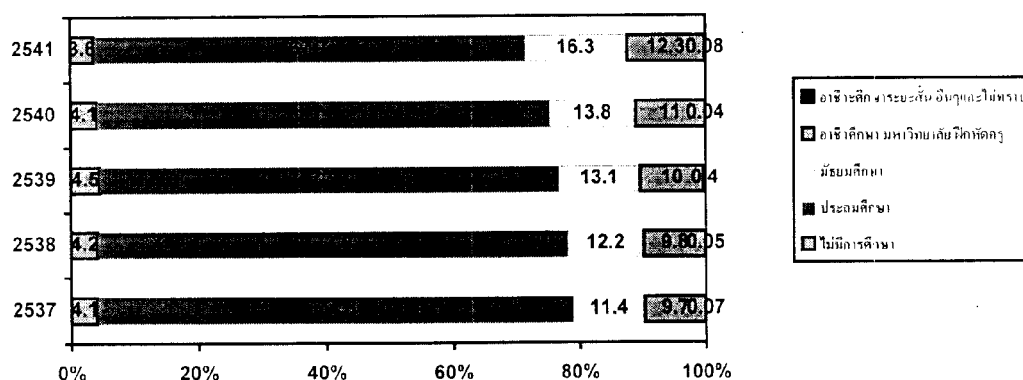
เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาระหว่างเพศในปี 2537 พบว่า ผู้มีงานทำ เพศชายส่วนใหญ่มีการศึกษา มากกว่าเพศหญิง คือร้อยละ 52.5 ขณะที่เพศหญิงเป็นผู้มีการศึกษาเพียงร้อยละ 43.4 แต่ในปี 2540 เพศชายมีการศึกษาน้อยกว่าเพศหญิง คือร้อยละ 37.3 ขณะที่เพศหญิงมีการศึกษาร้อยละ 58.5 (ตาราง 1.4)

และเมื่อเปรียบเทียบรายภาคระหว่างผู้มีการศึกษาและไม่มีการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้มีงานทำใน กรุงเทพมหานครจะเป็นผู้มีการศึกษามากกว่าภาคอื่น ๆ ขณะที่ภาคเหนือมีผู้ที่ไม่มีการศึกษามากเป็นอันดับหนึ่งรองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง (ตาราง 1.5)

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติในการทำงานและการว่างงานของระดับกลางและระดับสูง ซึ่งสำเร็จ การศึกษาประจำปีการศึกษา 2535-2538 เป็นต้นมาพบว่า ในปี 2535 มีผู้ที่จบการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีงานทำร้อยละ 98.5 และไม่มีงานทำร้อยละ 1.5 ขณะที่ผู้จบการศึกษาระดับ ปกศ.สูง (รวมวิทยาลัยพลศึกษา) มีงานทำร้อยละ 14.9 และไม่มีงานทำร้อยละ 85.1 และเมื่อพิจารณาแนวโน้มในการไม่มีงานทำ คือผู้สำเร็จ การศึกษา ปวช. หรือเทียบเท่าโดยปี 2535 ไม่มีงานทำร้อยละ 78.0 เป็นร้อยละ 79.8 ในปี 2538 (ตาราง 1.6)

จากการวิเคราะห์ในภาพรวมในระดับการศึกษาของผู้มีงานทำพบว่าส่วนใหญ่ผู้มีงานทำจบระดับการ ศึกษาชั้นประถมศึกษา รองลงมาคือ มัธยมศึกษา (รูปที่ 5)

รูปที่ 5 อัตราร้อยละของผู้มีงานทำ จำแนกตามระดับการศึกษา ปี 2537-2541



ที่มา : รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ทัวราชอาณาจักร
(รอบที่ 3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตาราง 1.3 ขั้นการศึกษาของผู้มีงานทำ จำแนกตามอายุ 13 - 59 ปี พ.ศ. 2537 – 2541

ขั้นสำเร็จการศึกษา	2537		2538		2539		2540		2541	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้มีงานทำทั้งหมด	32,095,080	100	32,575,085	100	32,232,360	100	33,162,369	100	32,138,011	100
1. ไม่มีการศึกษา	1,329,250	4.1	1,365,419	4.2	1,459,385	4.5	1,374,329	4.1	1,166,648	3.6
2. มีการศึกษา	30,765,830	95.9	31,209,666	95.8	30,772,975	95.5	31,788,040	95.9	30,971,363	96.4
2.1 ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น	8,12,926	2.5	827,808	2.5	758,890	2.4	792,350	2.4	705,705	2.2
2.2 ประถมศึกษาตอนต้น	15,140,599	47.2	15,575,811	47.8	15,206,719	47.2	15,177,146	45.7	13,905,588	43.3
2.3 ประถมศึกษาตอนปลาย	8,040,241	25.0	7,621,025	23.4	7,339,406	22.8	7,587,322	22.8	7,159,427	22.0
2.4 มัธยมศึกษาตอนต้น	2,664,348	8.3	2,895,653	8.9	3,231,539	10.0	3,365,521	10.1	3,856,185	12.0
2.5 มัธยมศึกษาตอนปลาย	982,263	3.0	1,073,305	3.3	1,004,111	3.1	1,209,840	3.6	1,380,038	4.3
2.6 อาชีวศึกษา	909,188	2.1	909,385	2.8	875,638	2.7	963,898	3.0	984,931	3.06
2.7 มหาวิทยาลัย										
- สายวิชาการ	956,060	3.0	1,006,453	3.0	1,153,045	3.6	1,367,885	4.1	1,476,665	4.6
- สายวิชาชีพ	604,578	1.9	656,500	2.0	602,716	1.9	681,624	2.0	800,607	2.5
2.8 ฝึกหัดครู	630,712	2.0	625,966	1.9	588,035	1.8	627,335	1.9	677,991	2.1
2.9 อาชีวศึกษาระยะสั้น	5,784	0.01	6,937	0.02	7,787	0.02	6,578	0.02	8,300	0.02

ที่มา : รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร (รอบที่ 3)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี

ตารางที่ 1.4 แสดงการเปรียบเทียบผู้มีงานทำที่มีการศึกษาและไม่มีการศึกษาจำแนกตามเพศ

ปี 2537 – 2541

ปี พ.ศ./เพศ	ผู้มีงานทำ				
	มีการศึกษา		ไม่มีการศึกษา		จำนวน ทั้งหมด
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2537	30,765,830	95.9	1,329,250	4.1	32,095,080
♣ ชาย	16,838,157	97.0	513,060	3.0	17,351,217
♣ หญิง	13,927,673	94.5	816,190	5.5	14,743,863
2538	31,209,666	95.8	1,365,419	4.2	32,575,085
♣ ชาย	17,247,638	97.0	513,385	3.0	17,779,023
♣ หญิง	13,962,028	94.5	834,034	5.6	14,760,062
2539	30,772,975	95.4	1,459,385	4.6	32,232,360
♣ ชาย	17,156,122	96.7	589,164	3.3	17,745,286
♣ หญิง	13,616,853	94.0	870,221	6.0	14,487,074
2540	31,788,040	95.9	1,374,329	4.1	33,162,369
♣ ชาย	12,372,218	95.6	574,884	4.4	12,947,102
♣ หญิง	19,415,822	96.0	799,445	4.0	20,215,267
2541	30,971,363	96.4	1,166,648	3.6	32,138,011
♣ ชาย	17,228,179	97.5	438,700	2.5	17,666,879
♣ หญิง	13,689,184	95.0	727,948	5.0	14,417,132

ที่มา : โครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบที่ 3 (สิงหาคม 2537 – 2541)

ระดับจังหวัด กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 1.5 แสดงสถานการณ์การทำงานกลุ่มวัยแรงงานที่มีอายุ 13 - 59 ปี จำแนกรายภาค

ปี 2537 - 2541

พ.ศ.	ผู้มีงานทำ					ร้อยละ
	มีการศึกษา		ไม่มีการศึกษา		จำนวน ทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
2537						
♣ กรุงเทพฯ	3,259,401	98.0	69,177	2.0	3,328,578	100
♣ ภาคกลาง	6,806,718	96.0	292,969	4.0	7,099,687	100
♣ ภาคเหนือ	5,994,008	92.6	477,420	7.4	6,471,428	100
♣ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	11,168,925	97.8	245,830	2.2	11,414,755	100
♣ ภาคใต้	3,536,778	93.5	243,854	6.5	3,780,632	100
2538						
♣ กรุงเทพฯ	3,622,144	98.7	49,252	1.3	3,671,396	100
♣ ภาคกลาง	7,004,224	96.8	234,916	3.2	7,239,145	100
♣ ภาคเหนือ	5,816,043	92.2	419,962	7.8	6,306,005	100
♣ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	11,083,672	97.2	320,753	2.8	11,404,425	100
♣ ภาคใต้	3,683,579	93.2	268,535	6.8	3,952,114	100
2539						
♣ กรุงเทพฯ	3,612,899	97.0	109,766	3.0	3,722,665	100
♣ ภาคกลาง	7,089,590	96.4	228,996	3.3	7,318,586	100
♣ ภาคเหนือ	5,635,703	90.4	596,827	9.6	6,232,530	100
♣ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10,713,777	97.6	265,229	2.4	10,979,006	100
♣ ภาคใต้	3,721,006	93.5	258,566	6.5	3,979,572	100
2540						
♣ กรุงเทพฯ	5,693,666	91.6	522,970	8.4	6,216,636	100
♣ ภาคกลาง	11,123,664	97.3	307,080	2.7	11,430,744	100
♣ ภาคเหนือ	3,801,047	93.5	262,581	6.5	4,063,628	100
♣ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	7,207,872	97.0	216,557	3.0	7,424,429	100
♣ ภาคใต้	3,961,791	98.4	65,141	1.6	4,026,932	100
2541						
♣ กรุงเทพฯ	3,824,088	98.5	60,199	1.5	3,884,287	100
♣ ภาคกลาง	7,099,881	96.9	230,899	3.1	7,330,780	100
♣ ภาคเหนือ	5,657,023	92.7	445,279	7.3	6,102,302	100
♣ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10,592,553	98.3	188,390	1.7	10,780,943	100
♣ ภาคใต้	3,797,819	94.0	241,881	6.0	4,039,700	100

ที่มา : โครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบที่ 3 (สิงหาคม 2537 - 2541)

ระดับจังหวัด กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 1.6 การทำงานของผู้สำเร็จการศึกษาประจำปีการศึกษา 2535 - 2538

พ.ศ.	สภาพการมี งานทำ	ปกศ.สูง(รวม ว.พลศึกษา)	ปวช. หรือ เทียบเท่า	อนุปริญญา ปวส. . ปวช. หรือเทียบเท่า	ปริญญาตรี	สูงกว่า ปริญญาตรี
2535	รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	มีงานทำ	14.9	22.0	59.5	83.2	98.5
	ไม่มีงานทำ	85.1	78.0	40.4	16.8	1.5
	***หางาน	24.2	17.7	14.0	9.0	0.5
	***ไม่หางาน	60.9	60.3	26.4	7.8	1.0
2536	รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	มีงานทำ	17.4	22.4	61.3	85.9	98.0
	ไม่มีงานทำ	82.6	77.6	38.7	14.1	2.0
	***หางาน	19.6	15.9	12.6	7.8	0.3
	***ไม่หางาน	63.0	61.7	26.1	6.3	1.7
2537	รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	มีงานทำ	15.7	20.1	59.7	86.4	98.3
	ไม่มีงานทำ	84.3	79.9	40.3	13.6	1.7
	***หางาน	20.1	12.3	11.7	7.6	0.5
	***ไม่หางาน	64.2	67.6	28.6	6.0	1.2
2538	รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100
	มีงานทำ	14.1	20.2	57.2	83.3	98.0
	ไม่มีงานทำ	85.9	79.8	42.8	16.2	2.0
	***หางาน	23.1	14.8	11.5	9.1	0.8
	***ไม่หางาน	62.8	65.0	31.3	7.1	1.2

ที่มา : โครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบที่ 3 ระดับจังหวัด กองสถิติสังคม

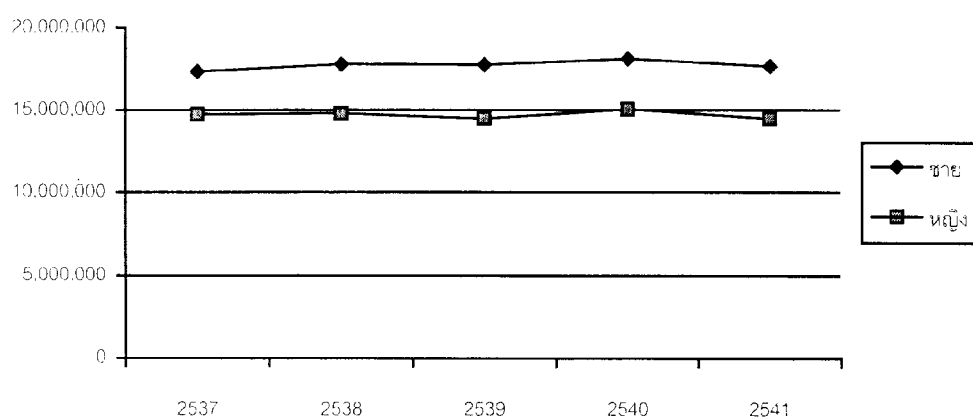
สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.3 การมีงานทำของวัยแรงงานที่มีอายุ 13 - 59 ปี

การนำเสนอข้อมูลส่วนนี้ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ทัวราชอาณาจักรซึ่งสำรวจโดย สำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2537 -2541 โดยจะแสดงให้เห็นถึง การมีงานทำของเพศชายและเพศหญิงเพื่อให้เห็นเป็นภาพรวม และพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้มีงาน ทำส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (รูปที่ 6)

รูปที่ 6 จำนวนผู้มีงานทำจำแนกตามเพศ ปี 2537-2541

ที่มา : รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ทัวราชอาณาจักร รอบที่ 3
สำนักงานสถิติแห่งชาติ



2.4 การกระจายตัวของวัยแรงงานที่มีอายุ 13 - 59 ปี

การนำเสนอข้อมูลในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมในการกระจายตัวของผู้มีงานทำ ไม่มีการทำ และรอฤดูกาลของกลุ่มวัยแรงงานอายุ 13 - 59 ปี พบว่าในปี 2537 -2540 ภาคเหนือเป็นภาคที่มีผู้มีงานทำมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง โดยคิดเป็นร้อยละ 99.1 ในปี 2537 และร้อยละ 98.8 ในปี 2540 ขณะที่ กรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มผู้ไม่มีงานทำเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.5 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 4.7 ในปี 2541 (ตาราง 1.7)

ตารางที่ 1.7 แสดงสถานภาพการทำงานกลุ่มวัยแรงงานที่มีอายุ 13 - 59 ปี จำแนกโดยภาค

ปี 2537 - 2541

(หน่วยนับเป็นพัน)

พ.ศ.	รวม	ผู้มีงานทำ		ผู้ไม่มีงานทำ		รอฤดูกาล	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2537							
☛ กรุงเทพฯ	3,249.6	3,201.5	98.5	48.1	1.5	-	-
☛ ภาคกลาง	6,942.1	6,847.2	98.6	90.1	1.3	4.8	0.07
☛ ภาคเหนือ	6,196.9	6,147	99.1	47.7	0.8	2.2	0.03
☛ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	11,137.4	10,904.4	97.9	178.5	1.6	54.5	0.5
☛ ภาคใต้	3,640	3,581.2	98.3	57.3	1.6	1.4	0.04
2538							
☛ กรุงเทพฯ	3,615.3	3,588.3	99.2	27.0	0.8	-	-
☛ ภาคกลาง	7,038	6,941.7	98.6	75.8	1.08	20.6	0.3
☛ ภาคเหนือ	6,018.1	5,945.2	98.8	66.1	1.1	6.8	0.1
☛ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10,951.2	10,788.9	98.5	141.3	1.3	21.0	0.2
☛ ภาคใต้	3,763.3	3,711	98.6	50.3	1.3	2.0	0.05
2539							
☛ กรุงเทพฯ	3,694.4	3,645	98.6	48.1	1.3	1.3	0.03
☛ ภาคกลาง	7,002.2	6,938.1	99.0	57.3	0.8	6.8	0.09
☛ ภาคเหนือ	5,914.4	5,860.2	99.0	47.1	0.8	7.1	0.1
☛ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10,673.9	10,393.1	97.4	145.1	1.4	135.7	1.3
☛ ภาคใต้	3,784.3	3,731.6	98.6	43.7	1.2	9.0	0.2
2540							
☛ กรุงเทพฯ	3,967	3,926.9	99.0	38.1	1.0	-	-
☛ ภาคกลาง	7,032.3	6,983.7	99.3	66.8	0.9	26.6	0.4
☛ ภาคเหนือ	5,973.8	5,902.7	98.8	46.4	0.8	24.7	0.4
☛ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10,914.1	10,783.4	98.8	83.8	0.8	46.9	0.4
☛ ภาคใต้	3,849.1	3,793.5	98.5	52.4	1.4	3.2	0.8

(ต่อ)

พ.ศ.	รวม	ผู้มีงานทำ		ผู้ไม่มีงานทำ		รอฤดูกาล	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2541							
✚ กรุงเทพฯ	3,979	3,790.7	95.3	188.3	4.7	-	-
✚ ภาคกลาง	7,140.4	6,907	96.7	218.7	3.1	14.7	0.2
✚ ภาคเหนือ	5,949.5	5,728.0	96.2	213.3	3.6	8.2	0.1
✚ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10,643.6	10,196.4	95.8	397.9	3.7	49.3	0.5
✚ ภาคใต้	3,886	3,781.9	97.3	103.4	2.6	0.7	0.01

ที่มา : โครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบปี 3 (สิงหาคม 2537 – 2541)

ระดับจังหวัด กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.5 ลักษณะการประกอบอาชีพ

การนำเสนอข้อมูลในส่วนนี้เป็นการนำเสนอข้อมูลการทำงานตามลักษณะการประกอบอาชีพ สาขาเกษตรกรรม ทั้งภาพรวมและรายภาค ซึ่งจะเป็นการอธิบายให้เห็นว่าอาชีพสาขาเกษตรกรรมนั้น หมายถึงการเกษตรกรรม การประมง การล่าสัตว์ และป่าไม้ ส่วนอาชีพนอกสาขาเกษตรกรรมนั้นได้แก่ ผู้ที่ใช่วิชาชีพวิชาการ การบริหารธุรกิจ และจัดดำเนินการอาชีพเสมือน การค้า การขนส่ง ช่างหรือผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิต การบริหาร การกีฬา ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร ปี พ.ศ. 2537-2541 โดยได้วิเคราะห์ข้อมูลของผู้มีงานทำว่าได้มีการประกอบอาชีพอะไรบ้าง ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เนื่องจากโครงสร้างเศรษฐกิจ ภายในประเทศได้เปลี่ยนแปลงจากภาคเกษตรกรรมไปสู่ภาคอุตสาหกรรมทำให้สัดส่วนของผู้มีงานทำในสาขาเกษตรกรรมมีแนวโน้มค่อย ๆ ลดลงจากร้อยละ 59.9 ในปี พ.ศ. 2537 ลดลงเหลือร้อยละ 51.3 ในปี 2541 ขณะที่ผู้ทำงานนอกสาขาเกษตรกรรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.1 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 48.7 ในปี 2541 และพบว่าส่วนใหญ่ผู้ทำงานสาขาเกษตรกรรมมีเพศหญิงมากกว่าเพศชายขณะที่นอกสาขาเกษตรกรรมจะมีเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง (ตาราง 1.8)

เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคพบว่า ทุกภาคมีแนวโน้มการทำงานสาขาเกษตรกรรมลดลง ยกเว้นภาคเหนือที่เพิ่มขึ้นในปี 2537 จากร้อยละ 62 เป็นร้อยละ 65.3 ในปี 2541 ในขณะที่ในปี 2537 ถึงปี 2540 มีแนวโน้มลดลงเหมือนภาคอื่น และเมื่อพิจารณาจากการทำงานนอกสาขาเกษตรกรรมทุกภาคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยกเว้นภาคเหนือซึ่งมีแนวโน้มการทำงานนอกสาขาเกษตรกรรมลดลงในปี 2537 จากร้อยละ 36.8 เป็นร้อยละ 34.7 ในปี 2541 (ตาราง 1.9)

ตารางที่ 1.8 สถานภาพการทำงาน จำแนกตามสาขาเกษตรกรรมและนอกสาขาเกษตรกรรม

ปี 2537 - 2541

พ.ศ.	รวม	สาขาเกษตรกรรม		นอกสาขาเกษตรกรรม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2537	32,095,082	17,964,348	59.9	14,130,734	40.1
♣ ชาย	17,357,090	9,559,553	55.1	7,797,537	44.9
♣ หญิง	14,737,992	8,404,795	57.0	6,333,197	43.0
2538	32,575,085	16,929,344	52.0	15,645,741	48.0
♣ ชาย	17,779,024	9,023,351	50.8	8,755,673	49.2
♣ หญิง	14,796,061	7,905,993	53.4	6,890,068	46.6
2539	32,232,359	16,127,109	50.0	16,105,250	50.0
♣ ชาย	17,745,285	8,660,825	48.8	9,084,460	51.2
♣ หญิง	14,487,074	7,466,284	51.5	7,020,790	48.5
2540	33,162,369	16,691,282	50.3	16,471,087	49.7
♣ ชาย	18,121,023	8,949,552	49.4	9,171,470	50.6
♣ หญิง	15,041,346	7,740,730	51.5	7,299,617	48.5
2541	32,138,011	16,471,792	51.3	15,666,219	48.7
♣ ชาย	17,666,879	9,231,258	52.3	8,435,621	47.7
♣ หญิง	14,471,132	7,240,534	50.0	7,230,598	50.0

ที่มา : โครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบที่ 3 (สิงหาคม 2537 - 2541)

ระดับจังหวัด กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 1.9 แสดงอัตราร้อยละของผู้มีงานทำ จำแนกตามสาขาเกษตรกรรมและนอกภาคเกษตรกรรม
ตามรายภาค พ.ศ. 2537 - 2541

ภาค/กรมีงานทำ	2537	2538	2539	2540	2541
กรุงเทพมหานคร	100	100	100	100	100
✚ สาขาเกษตรกรรม	2.6	0.5	1.2	0.7	2.3
✚ นอกสาขาเกษตรกรรม	97.4	95	98.8	99.3	97.7
ภาคกลาง	100	100	100	100	100
✚ สาขาเกษตรกรรม	40.5	36.2	33.3	32.4	33.5
✚ นอกสาขาเกษตรกรรม	59.5	63.8	66.7	67.7	65.5
ภาคเหนือ	100	100	100	100	100
✚ สาขาเกษตรกรรม	62	61	59.1	57	65.3
✚ นอกสาขาเกษตรกรรม	36.8	39	40.9	43	34.7
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	100	100	100	100	100
✚ สาขาเกษตรกรรม	77.4	74.7	70.9	74.8	74.5
✚ นอกสาขาเกษตรกรรม	22.6	25.3	29.1	25.2	25.5
ภาคใต้	100	100	100	100	100
✚ สาขาเกษตรกรรม	56.1	53	56.1	55.1	53.4
✚ นอกสาขาเกษตรกรรม	43.9	47	43.4	44.9	46.6

ที่มา : โครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบที่ 3 (สิงหาคม 2537 - 2541)

ระดับจังหวัด กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะอาชีพของประชากรพบว่าอาชีพเกษตรกรรม ประมงและล่าสัตว์ สูงที่สุดคือร้อยละ 56.0 ในปี 2537 และร้อยละ 51.3 ในปี 2541 รองลงมาคืออาชีพช่างหรือผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิตคือ ร้อยละ 16 ในปี 2537 และร้อยละ 15.7 ในปี 2541 และอาชีพการค้ามีร้อยละ 10 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.5 ในปี 2541 (ตาราง 1.10)

จากการพิจารณาเป็นรายภาคพบว่ามีเพียงกรุงเทพมหานครเท่านั้นที่มีการประกอบอาชีพ แตกต่างจากภาคอื่น ๆ คือมีการประกอบอาชีพ ช่าง หรือผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิตเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการค้าและผู้ปฏิบัติงานที่ใช้วิชาชีพ (ตาราง 1.11)

ส่วนภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ยังมีการประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ป่าไม้ การล่าสัตว์ การประมง เป็นอันดับหนึ่ง และอันดับรองลงมาคือ ช่าง หรือผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิตและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการค้า โดยพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ป่าไม้ การล่าสัตว์และประมงมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ 8 ล้านคน ในปี 2541 และภาคกลางมี ผู้ประกอบอาชีพช่างหรือผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิตมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ 1.9 ล้านคน และการประกอบ อาชีพการค้า คือ 1.1 ล้านคน พ.ศ. 2541 และพบว่าทุกภาคมีเพศชายประกอบอาชีพเกษตรกรรม ป่าไม้ ล่าสัตว์ ประมง และอาชีพช่าง หรือผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิตมากกว่าเพศหญิงในขณะที่ทุกภาคมี เพศหญิงประกอบอาชีพการค้ามากกว่าเพศชาย (ตาราง 1.12)

ตาราง 1.10 แสดงอาชีพของประชากรกลุ่มวัยแรงงาน จำแนกตาม พ.ศ. 2537 และ 2541

อาชีพ	2537		2541	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ปฏิบัติงานใช้วิชาชีพ วิชาการ	1,482,185	4.6	1,816,913	5.6
2. งานบริหาร ธุรการและจัด ดำเนินการ	658,102	2.0	816,033	2.5
3. อาชีพเสมียน	1,172,514	3.7	1,273,867	4.0
4. การค้า	3,218,074	10.0	4,025,620	12.5
5. เกษตรกร ประมง ล่าสัตว์	18,002,420	56.0	16,492,729	51.3
6. การขนส่ง	1,077,925	3.4	1,167,659	3.6
7. ช่างหรือผู้ปฏิบัติงานใน กระบวนการผลิต	5,152,487	16.0	5,043,827	15.7
8. การบริหารการกีฬา	13,23,507	4.1	1,495,946	4.7
9. อื่นๆ	7,863	0.02	5,519	0.2
รวม	32,095,077	100	32,136,013	100

ที่มา : โครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบที่ 3 (สิงหาคม 2537 - 2541)

ระดับจังหวัด กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 1.11 การประกอบอาชีพ 3 อันดับแรกของประชากรผู้มีงานทำในกรุงเทพมหานคร จำแนกตามเพศ ปี 2537 - 2541

ภาค/อาชีพ	2537		2538		2539		2540		2541	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ช่างหรือผู้ปฏิบัติงานใน กระบวนการผลิต	845,953	100	1,043,527	100	984,847	100	1,017,057	100	964,397	100
♣ ชาย	512,945	60.7	624,966	60.0	605,057	61.4	562,166	55.3	539,266	56.0
♣ หญิง	333,008	39.3	418,561	40.0	379,790	38.6	454,891	44.7	425,171	44.0
2. ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการค้า	565,536	100	663,291	100	823,072	100	832,148	100	785,230	100
♣ ชาย	214,761	38.0	291,151	43.9	372,290	45.2	399,177	48.0	351,692	44.8
♣ หญิง	323,775	62.0	372,140	56.1	450,782	54.8	423,971	52.0	433,538	55.2
3. ผู้ปฏิบัติงานใช้วิชาชีพ	462,349	100	428,402	100	402,875	100	507,584	100	574,880	100
♣ ชาย	219,693	47.5	212,770	50.0	195,158	48.4	222,205	43.8	256,269	44.6
♣ หญิง	242,656	52.5	215,632	50.0	207,717	51.6	285,379	56.2	318,611	55.4

ที่มา : งานสถิติแรงงาน ฝ่ายสถิติแรงงาน กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตาราง 1.12 การประกอบอาชีพ 3 อันดับแรก และอัตราร้อยละของประชากรผู้ปฏิบัติงานทำตามภาค จำแนกตามเพศ ปี 2541

อาชีพ	ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคใต้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาชีพเกษตรกรรม ป่าไม้ ลำสัตว์ ประมง	2,454,346	100	3,804,782	100	8,027,825	100	2,115,519	100
♣ ชาย	1,397,272	57.0	2,136,836	56.0	4,460,645	55.6	1,226,337	58.0
♣ หญิง	1,057,074	43.0	1,667,946	44.0	356,7180	44.4	929,182	42.0
2. ช่างหรือผู้ปฏิบัติงานในระบบการผลิต	1,937,817	100	82,315	100	867,381	100	518,984	100
♣ ชาย	1,094,274	56.5	82,042	99.0	564,116	65.0	318,528	61.4
♣ หญิง	843,543	43.5	273	1.0	303,265	35.0	200,456	38.6
3. ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการค้า	1,162,026	100	630,110	100	841,844	7.8	606,408	100
♣ ชาย	464,946	40.0	240,443	38.1	337,470	40.0	213,567	35.2
♣ หญิง	697,080	60.0	389,668	61.9	504,374	60.0	392,841	64.8

ที่มา : งานสถิติแรงงาน ฝ่ายสถิติแรงงาน กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.6 สถานภาพการทำงานจำแนกตามลักษณะการจ้างงาน

ส่วนนี้เป็นข้อมูลในปี พ.ศ. 2537-2541 โดยสำนักสถิติแห่งชาติทำการสำรวจผู้มีงานทำตามลักษณะการจ้างงาน คือลูกจ้างเอกชน ลูกจ้างรัฐบาล นายจ้างทำงานส่วนตัว และช่วยธุรกิจครัวเรือน ซึ่งเมื่อพิจารณาประชากรที่มีงานทำทั่วราชอาณาจักรที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไป จะเห็นว่าในช่วง ปี 2537 -2541 มีการจ้างงาน ลูกจ้างเอกชนมากกว่าลูกจ้างรัฐบาล คือมีการจ้างงานลูกจ้างเอกชนเพิ่มขึ้นจาก 8,823,119 คน ในปี 2537 เป็น 9,036,008 คน ในปี 2541 ขณะที่การจ้างลูกจ้างรัฐบาล จำนวน 2,334,504 คน ในปี 2537 และในปี 2541 มีการจ้างเพียง 2,693,170 คน เท่านั้น ในขณะที่เดียวกันสัดส่วนของนายจ้างและผู้ทำงานส่วนตัวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2537 ถึงปี 2541 แต่อาชีพช่วยธุรกิจครัวเรือนมีจำนวนลดลงจาก 10,910,293 คน ในปี 2537 เหลือเพียง 9,566,964 คน ในปี 2541 และพบว่าเพศชายจะมีจำนวนมากกว่าเพศหญิงในสถานภาพการทำงาน นายจ้าง ลูกจ้างรัฐบาล ลูกจ้างเอกชน และทำงานส่วนตัว ส่วนเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชายในสถานภาพการทำงานช่วยธุรกิจครัวเรือน (ตาราง 1.13)

ถ้าพิจารณาสถานภาพการทำงานเป็นรายภาคในปี 2541 พบว่า กรุงเทพฯ มีสถานภาพในการทำงานลักษณะนายจ้าง ลูกจ้างรัฐบาล ลูกจ้างเอกชน มากกว่าภาคอื่น ๆ ในขณะที่ภาคใต้จะมีลักษณะการทำงานส่วนตัวมากกว่าภาคอื่น และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีลักษณะการทำงานช่วยธุรกิจครัวเรือนมากกว่าภาคอื่น ๆ (ตาราง 1.14)

2.7 รายได้ของผู้มีงานทำ

จากการศึกษาเรื่องเครื่องชี้ภาวะทางสังคม พ.ศ. 2540 ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี โดยเปรียบเทียบค่าจ้างเฉลี่ยระหว่างลูกจ้างเอกชนและลูกจ้างรัฐบาลในปี 2539 โดยส่วนรวมจะพบว่าค่าเฉลี่ยของ ลูกจ้างเอกชนต่ำกว่าลูกจ้างรัฐบาล ทั้งนี้เนื่องจากลูกจ้างเอกชนในที่นี้ได้รวมลูกจ้างรายวันและกรรมกรผู้ใช้แรงงานทั้งหมด แต่ถ้าพิจารณาในแต่ละอาชีพจะพบว่า อาชีพบริหาร ค่าจ้างเฉลี่ยของลูกจ้างเอกชนจะสูงเป็นสองเท่าของลูกจ้างรัฐบาล สำหรับผู้ปฏิบัติงานที่ใช้วิชาชีพ ค่าจ้างเฉลี่ยจะใกล้เคียงกันระหว่างลูกจ้างเอกชนและลูกจ้างรัฐบาล (ตาราง 1.15)

ตาราง 1.13 จำนวนประชากรอายุ 13 ปีขึ้นไปที่มีงานทำ จำแนกตามสถานประกอบการที่ทำงานและเพศ ที่อำเภอสามเงา จังหวัดตาก ปี 2537 - 2541

ปี พ.ศ.	สถานประกอบการที่ทำงาน					
	ยอดรวม	นายจ้าง	ลูกจ้างรัฐบาล	ลูกจ้างเอกชน	ทำงานส่วนตัว	ช่วยธุรกิจครัวเรือน
2537	32,095,080	587,721	2,334,503	8,823,119	9,439,443	10,910,294
♣ ชาย	17,351,218	474,121	1,474,089	5,008,822	6,644,084	3,750,103
♣ หญิง	14,743,863	113,600	860,415	3,814,297	2,795,359	7,160,190
2538	32,575,085	949,602	2,424,119	9,189,187	9,836,266	10,175,911
♣ ชาย	17,779,023	760,330	1,544,477	5,267,697	6,916,963	3,289,555
♣ หญิง	14,796,062	189,272	879,642	3,921,490	2,919,303	6,886,356
2539	32,232,360	813,421	2,300,565	9,850,599	9,940,849	9,326,925
♣ ชาย	17,745,286	652,226	1,441,636	5,752,651	7,006,229	2,892,543
♣ หญิง	14,487,074	161,195	858,929	4,097,947	2,934,620	6,434,382
2540	33,162,369	745,177	2,426,169	10,063,279	9,868,905	10,058,839
♣ ชาย	18,121,023	613,228	1,504,030	5,694,900	7,031,527	3,277,338
♣ หญิง	15,041,346	131,949	922,139	4,368,379	2,837,378	6,781,502
2541	32,138,011	825,033	2,693,170	9,036,008	10,016,836	9,566,964
♣ ชาย	17,666,879	654,698	1,631,276	4,993,158	7,134,313	3,253,434
♣ หญิง	14,471,132	170,335	1,061,894	4,042,850	2,882,523	6,313,530

ที่มา : โครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบที่ 3 (สิงหาคม 2537 - 2541) ระดับจังหวัด กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตาราง 1.14 สถานภาพการทำงานจำแนกตามลักษณะการทำงานเป็นรายภาค ปี 2541

สถานภาพ	ภาค									
	กรุงเทพมหานคร		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคใต้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ยอดรวม	3,884,288	100	7,330,780	100	61,022,302	100	10,780,943	100	4,039,700	100
1. นายจ้าง	175,872	4.5	168,804	2.3	225,731	3.7	142,432	1.3	112,194	2.8
2. ลูกจ้างรัฐบาล	522,725	13.5	671,650	9.2	512,717	8.4	636,347	5.9	349,732	8.7
3. ลูกจ้างเอกชน	2,188,644	56.3	3,039,020	41.5	1,492,728	24.5	1,471,593	13.7	844,023	21.0
4. ทำงานส่วนตัว	665,872	17.1	1,979,476	27.0	1,945,379	31.8	3,894,107	36.1	1,532,003	38
5. ช่วยธุรกิจครัวเรือน	331,175	8.5	1,471,830	20.0	1,925,747	31.6	4,636,464	43	1,201,748	30

ที่มา : โครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบที่ 3 (สิงหาคม 2537- 2541) ระดับจังหวัด กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตาราง 1.15 แสดงรายได้ของผู้มีงานทำจำแนกตามภาคเอกชนและภาครัฐบาล พ.ศ. 2539

อาชีพ	ค่าจ้างเฉลี่ย (บาทต่อเดือน)	
	เอกชน	รัฐบาล
♣ ผู้ปฏิบัติงานที่ใช้วิชาชีพ วิชาการฯ	12,033.2	12,050.0
♣ ผู้ปฏิบัติงานบริหาร ธุรกิจ และจัดดำเนินการ	27,424.3	12,684.7
♣ ผู้ปฏิบัติงานอาชีพเสมียน	6,793.8	8,005.8
♣ ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการค้า	5,168.0	4,889.0
♣ เกษตรกร ชาวประมง ผู้ล่าสัตว์	2,802.8	3,851.4
♣ ผู้ปฏิบัติงานอาชีพเกี่ยวกับการขนส่ง	4,974.2	7,668.9
♣ ช่างหรือผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิต	4,069.8	6,920.8
♣ ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบริการ การกีฬา	3,546.8	6,787.5

ที่มา : รายงานผลการสำรวจแรงงาน ทหารอาณานิคม (รอบที่ 3) สิงหาคม พ.ศ. 2539

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี

2.8 จำนวนชั่วโมงการทำงาน

จากการสำรวจจำนวนผู้มีงานทำจำแนกตามชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่สำรวจเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2541 พบว่าส่วนใหญ่ผู้มีงานทำทั้งสิ้นเป็นผู้ทำงานตั้งแต่ 40 ชั่วโมงขึ้นไป หรืออาจจัดว่าบุคคลเหล่านี้ เป็นผู้ทำงานเต็มที่มีความหมายของเวลาทำงาน นอกจากนี้จากข้อมูลยังแสดงให้เห็นว่า ครึ่งหนึ่งของผู้มีงานทำทำงานมากกว่า 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งเป็นจำนวนชั่วโมงที่มากกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมาย

ตาราง 1.16 แสดงชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ของผู้มีงานทำในปี 2540

ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์	จำนวนผู้มีงานทำ	ร้อยละ
รวม	33,162,369	100
ชาย	18,121,023	54.6
♠ ต่ำกว่า 10 ชั่วโมง	53,657	0.2
♠ 10 – 19	293,347	0.9
♠ 20 – 29	1,175,004	3.5
♠ 30 – 39	1,754,136	5.3
♠ 40 – 49	5,087,014	15.3
♠ 50 ชั่วโมงขึ้นไป	9,757,866	29.4
หญิง	15,041,346	45.3
♠ ต่ำกว่า 10 ชั่วโมง	56,780	0.2
♠ 10 – 19	317,572	1.0
♠ 20 – 29	1,173,451	3.5
♠ 30 – 39	1,673,932	5.0
♠ 40 – 49	4,674,121	14.1
♠ 50 ชั่วโมงขึ้นไป	7,145,489	21.5

ที่มา : โครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร รอบที่ 3 (สิงหาคม) 2540 ระดับจังหวัด
กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ

3. แรงงานไทยในต่างประเทศ

จากข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องขึ้นภาวะทางสังคม ซึ่งศึกษาโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า แรงงานไทยนิยมไปทำงานต่างประเทศ เนื่องจากค่าแรงที่ได้รับสูงกว่าการทำงานในประเทศมาก นับตั้งแต่ปี 2516 เริ่มมีแรงงานไทยไปทำงานต่างประเทศอย่างจริงจัง และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงปี 2518 - 2532 โดยส่วนใหญ่ไปทำงานในประเทศในตะวันออกกลาง หลังจากปี 2532 ประเทศต่างๆ ในตะวันออกได้ลดการจ้างแรงงานต่างชาติลง โดยเฉพาะประเทศซาอุดีอาระเบีย อย่างไรก็ตามแม้ว่าปริมาณของแรงงานไทยในกลุ่มประเทศตะวันออกกลางจะลดลง แต่ประเทศในแถบเอเชียบางประเทศกลับมีความต้องการแรงงานต่างชาติเพิ่มขึ้น ได้แก่ ประเทศไต้หวัน สิงคโปร์ บรูไน และญี่ปุ่น เป็นต้น ทำให้มีผลต่อภาวะตลาดแรงงานในประเทศไทยไม่มาก

จากข้อมูลจำนวนคนไทยที่เดินทางไปทำงานต่างประเทศโดยผ่านด่านตรวจคนหางาน พ.ศ. 2537-2538 ของสำนักงานบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคมพบว่าในปี 2537 มีจำนวนแรงงานไทยที่เดินทางไปต่างประเทศ 169,764 คน (คิดเป็นร้อยละ 0.5 ของผู้มีงานทำในปี เดียวกัน) โดยพบว่าแรงงานไทยไปทำงานที่ประเทศไต้หวันมากที่สุด รองลงมาคือ บรูไน สิงคโปร์ มาเลเซีย และ ญี่ปุ่น เป็นต้น (ตารางที่ 1.17)

ตาราง 1.17 แสดงจำนวนคนไทยที่เดินทางไปทำงานต่างประเทศโดยผ่านด่านตรวจ

คนหางาน พ.ศ.2537 - 2538

ประเทศ	2537	2538
รวม	169,764	202,296
✈ ประเทศในตะวันออกกลาง	17,305	18,171
- ซาอุดีอาระเบีย	4,152	2,905
- การ์ตาร์	1,534	1,761
- บาร์เรน	594	345
- สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์	1,830	1,470
- คูเวต	1,212	978
- โอมาน	-	237
- อิลราเอล	-	10,407
- ประเทศอื่นๆในตะวันออกกลาง	7,983	68
✈ ประเทศในแอฟริกา	309	1,816
- ลิเบีย	160	1,639

- ประเทศอื่นๆในแอฟริกา	149	177
✈️ ประเทศเอเชีย	150,487	180,781
- มาเลเซีย	12,232	11,830
- สิงคโปร์	15,100	15,624
- บรูไน	16,553	17,292
- ฮองกง	5,851	5,861
- ญี่ปุ่น	8,848	8,303
- ไต้หวัน	91,162	120,360
- เกาหลี	-	453
- ประเทศอื่นๆในเอเชีย	741	1,058
✈️ ประเทศอื่นๆ	1,663	1,528
- สหรัฐอเมริกา	570	572
- ไชปัส	261	149
- อังกฤษ	96	71
- เยอรมนี	242	278
- อิตาลี	-	103
- ออสเตรเลีย	23	43
- ประเทศอื่นๆ	471	312

ที่มา : สำนักงานบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน
และสวัสดิการสังคม

4. แรงงานต่างด้าว

จากการสำรวจข้อมูลของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พบว่าในปี พ.ศ.2542 มีจำนวนแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยไม่ได้รับอนุมัติสัญชาติตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง ซึ่งมีจำนวน 106,684 คน และจากมติของคณะรัฐมนตรีในสมัย ฯพณฯนายชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2542 อนุญาตให้จ้างแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายให้สามารถทำงานได้ในพื้นที่ 37 จังหวัด ดังต่อไปนี้

1. กรุงเทพมหานคร
3. สมุทรปราการ
5. นครปฐม
7. สุพรรณบุรี
9. สมุทรสงคราม
11. กำแพงเพชร
13. ชัยนาท
15. ลำพูน
17. เชียงราย
19. นครพนม
21. ฉะเชิงเทรา
23. ระยอง
25. ตราด
27. ประจวบคีรีขันธ์
29. สุราษฎร์ธานี
31. ชุมพร
33. ปัตตานี
35. ตรัง
37. สตูล
2. ปทุมธานี
4. สระบุรี
6. ราชบุรี
8. สมุทรสาคร
10. กาญจนบุรี
12. นครสวรรค์
14. ตาก
16. เชียงใหม่
18. แม่ฮ่องสอน
20. นครศรีธรรมราช
22. ชลบุรี
24. จันทบุรี
26. เพชรบุรี
28. ระนอง
30. สงขลา
32. กระบี่
34. พังงา
36. ภูเก็ต

และสามารถทำงานในกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. สวนผัก ผลไม้
2. ไร่อ้อย
3. เหมืองแร่ และเหมืองหิน
4. โรงงานทำอิฐ
5. ก่อสร้าง
6. โรงสีข้าว
7. เลี้ยงหมู
8. สวนยางพารา
9. สวนปาล์ม
10. ขนถ่ายสินค้า ทางน้ำ
11. ประมงทะเล
12. ต่อเนื่องจากประมง ทะเล
13. เลี้ยงกุ้ง
14. พืชไร่ สวนกาแฟ
15. เก็บสินค้าในโกดัง
16. โรงงานปลาป่น
17. เดินเรือ
18. โรงงานทำโอ่ง เครื่องเคลือบดินเผา

5. โครงสร้างแรงงานเด็กและเยาวชน

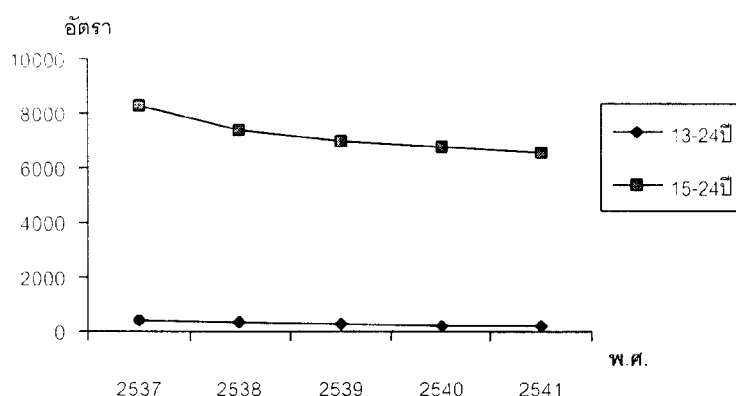
การนำเสนอข้อมูลในส่วนนี้เป็นการนำเสนอข้อมูลจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบที่ 3 เดือน สิงหาคม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2537-2541 และการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540 ที่จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะเด็กที่มีอายุ 13 - 14 ปี และ 15-24 ปี

5.1 กำลังแรงงาน

กำลังแรงงานเด็กและเยาวชนที่มีอายุ 13-14ปี ลดลงอย่างต่อเนื่องจำนวน 445,700 คน ในปี 2537 เหลือ 211,700 คน ในปี 2541 และกลุ่มที่มีอายุ 15-24 ปี มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกันคือ จากจำนวน 8,249,600 คน ในปี 2537 เป็น 6,556,700 คน ในปี 2541 ซึ่งจากผลการศึกษาเรื่องเครื่องชี้ภาวะทางสังคม พ.ศ. 2540 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าการลดลงของกำลังแรงงานเด็ก เกิดจากผลการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ และการเพิ่มระดับการศึกษาของเด็ก (รูปที่ 7)

รูปที่ อัตราร้อยละของประชากรกำลังแรงงาน

จำแนกตามกลุ่มอายุ 13-24 และ 15-24 ปี พ.ศ.2537-2541



และเมื่อพิจารณาสถานภาพการทำงานของแรงงานเด็กที่มีอายุ 13-14 ปี มีงานทำร้อยละ 98 ในปี 2537 ลดลงร้อยละ 95.7 ในปี 2541 ขณะที่กลุ่มอายุ 15-24 ปี การมีงานทำลดลงจากร้อยละ 97.2 ในปี 2537 เหลือร้อยละ 92.2 เช่นกัน และเมื่อพิจารณาการไม่มีงานทำ จากร้อยละ 1.8 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.2 ในปี 2541 และกลุ่มอายุ 15-24 ปี เพิ่มจากร้อยละ 2.5 ในปี 2537 เพิ่มร้อยละ 7.4 ในปี 2541 (ตารางที่ 1.18)

ตารางที่ 1.18 ร้อยละของประชากรกำลังแรงงาน กลุ่มอายุ 13-24 ปี จำแนกตามสถานภาพการทำงานและ พ.ศ.2537-2541

หน่วยเป็นพัน

กลุ่มอายุ/ปีพ.ศ.	จำนวน(คน)	ผู้มีงานทำ	ร้อยละ	ผู้ไม่มีงานทำ	ร้อยละ	รอฤดูกาล	ร้อยละ
2537							
13-14 ปี	445.7	436.9	98.0	8.2	1.8	0.6	0.1
15-24 ปี	8,249.6	8,021.0	97.2	204.1	2.5	24.5	0.3
2538							
13-14 ปี	331.9	316.1	95.2	12.7	3.8	3.2	0.9
15-24 ปี	7,403.9	7,219.9	97.5	168.9	2.3	15.1	0.2
2539							
13-14 ปี	280.0	253.0	90.0	3.2	1.1	23.8	8.5
15-24 ปี	6,947.2	6,104.9	87.8	321.4	4.6	520.9	7.5
2540							
13-14 ปี	221.8	219.9	99.1	0.7	0.3	1.2	0.5
15-24 ปี	6,780.5	6,605.5	97.4	147.6	2.1	27.4	0.4
2541							
13-14 ปี	211.7	202.7	95.7	8.9	4.2	0.1	0.04
15-24 ปี	6,556.7	6,044.7	92.2	487.8	7.4	24.2	0.4

การนำเสนอข้อมูลส่วนลักษณะการทำงานของเด็กลำบากมาจากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2540 ซึ่งยอดรวมจะไม่เท่ากับยอดรวมของการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบที่ 3 เดือนสิงหาคม และจะเป็นการนำเสนอข้อมูลเฉพาะในปี 2540 ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.2 ลักษณะการทำงาน

จากการสำรวจในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540 พบว่ามีแรงงานเด็ก อายุ 13-14 ปี มีงานทำ 162,300 คน และแรงงานเด็กที่มีอายุ 15-19 ปี จำนวน 1,820,100 คน เมื่อพิจารณาจำแนกตามประเภทอุตสาหกรรมพบว่าเด็กประมาณร้อยละ 49.8 ทำงานในภาคเกษตรกรรม และร้อยละ 50.2 ทำงานนอกภาคเกษตรกรรม ซึ่งส่วนใหญ่ทำงานเกี่ยวกับการค้าร้อยละ 17.7 อุตสาหกรรม หัตถกรรมร้อยละ 14.6 ทำงานเกี่ยวกับการก่อสร้างร้อยละ 10.8 และการบริการร้อยละ 7.1

เมื่อพิจารณาตามเพศพบว่า เด็กชายทำงานในภาคเกษตรกรรมสูงกว่าเด็กหญิงเพียงเล็กน้อยคือ ร้อยละ 51.1 และร้อยละ 48.0 ตามลำดับ แรงงานนอกภาคเกษตรกรรมของเด็กชายส่วนใหญ่ทำงานก่อสร้าง ส่วนเด็กหญิงทำงานเกี่ยวกับการค้า และอุตสาหกรรม หัตถกรรม สำหรับแรงงานอายุ 15-19 ปี ที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรม ส่วนใหญ่จะทำงานในสาขาอุตสาหกรรม หัตถกรรม คือร้อยละ 25.0 รองลงมาทำงานเกี่ยวกับการค้า บริการ และการก่อสร้าง แรงงานนอกภาคเกษตรกรรมของเด็กชาย ส่วนมากทำงานด้านอุตสาหกรรมและการค้า ส่วนเด็กหญิงทำงานด้านอุตสาหกรรม หัตถกรรม และบริการ (ตารางที่ 1.19)

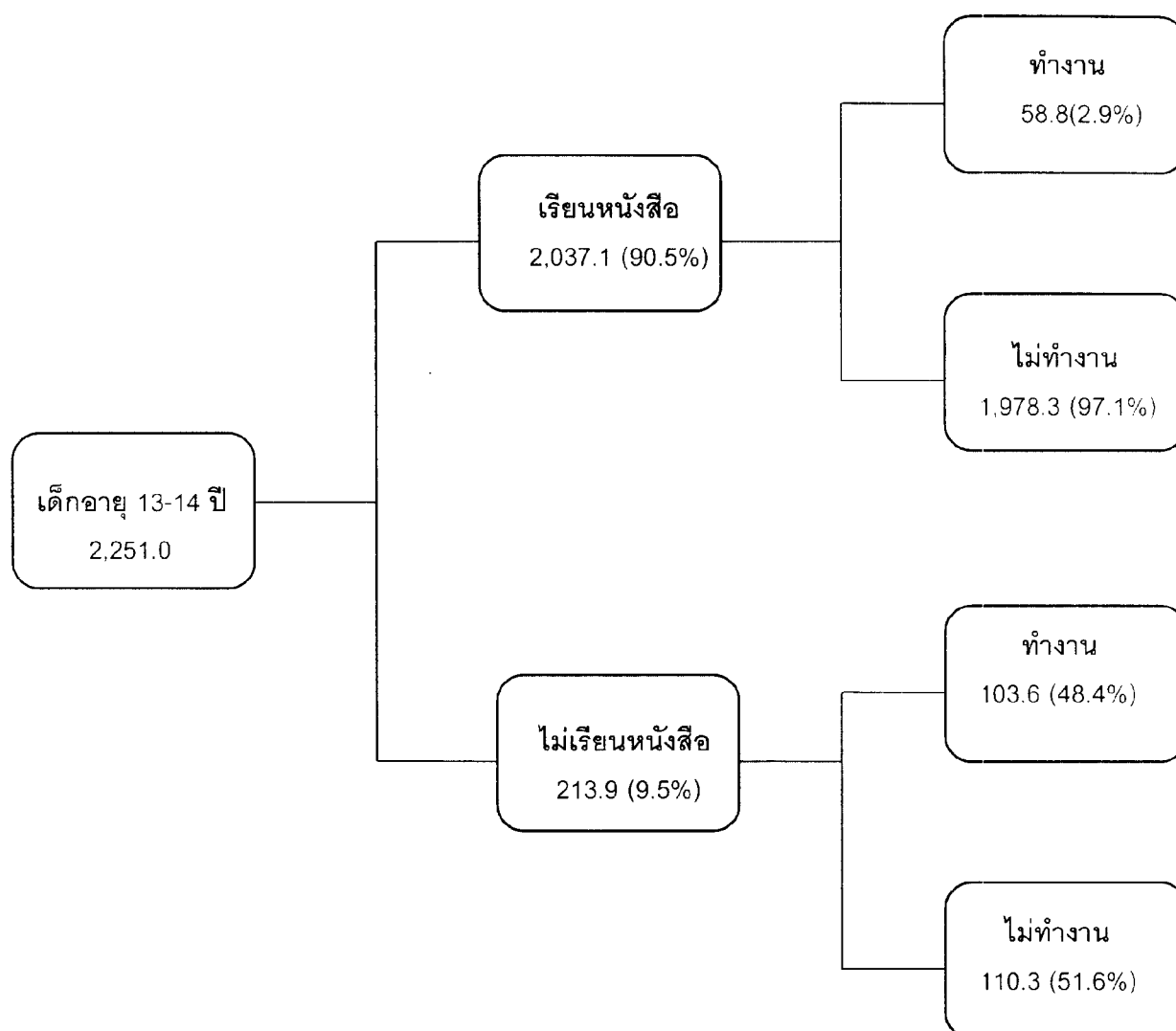
ตารางที่ 1.19 อัตราร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ 13-19 ปีที่มีงานทำ จำแนกตามเพศ อุตสาหกรรมและ
เขตการปกครอง พ.ศ.2540

อุตสาหกรรม และเพศ	รวม		
	รวม	13-14	15-19
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	1,982.4	162.3	1,820.1
เกษตรกรรม	37.1	49.8	36.0
อุตสาหกรรม	24.1	14.6	25.0
การก่อสร้าง	9.7	10.8	9.6
พาณิชยกรรม	15.1	17.7	14.8
การขนส่ง	1.6	-	1.7
การบริการ	11.8	7.1	12.2
อื่นๆ	0.6	-	0.6
ชาย	100.0	100.0	100.0
จำนวน	1,115.9	94.0	1,021.9
เกษตรกรรม	39.8	51.1	38.8
อุตสาหกรรม	20.0	14.3	20.5
การก่อสร้าง	13.6	16.2	13.4
พาณิชยกรรม	14.7	14.7	14.7
การขนส่ง	2.6	-	2.9
การบริการ	8.4	3.8	8.8
อื่นๆ	0.8	-	0.8
หญิง	100.0	100.0	100.0
จำนวน	866.6	68.4	798.2
เกษตรกรรม	33.7	48.0	32.5
อุตสาหกรรม	29.5	15.2	30.7
การก่อสร้าง	4.6	3.4	4.7
พาณิชยกรรม	15.5	21.8	14.9
การขนส่ง	0.3	-	0.3
การบริการ	16.2	11.6	16.5
อื่นๆ	0.3	-	0.4

5.3 การทำงานและการเรียนหนังสือ

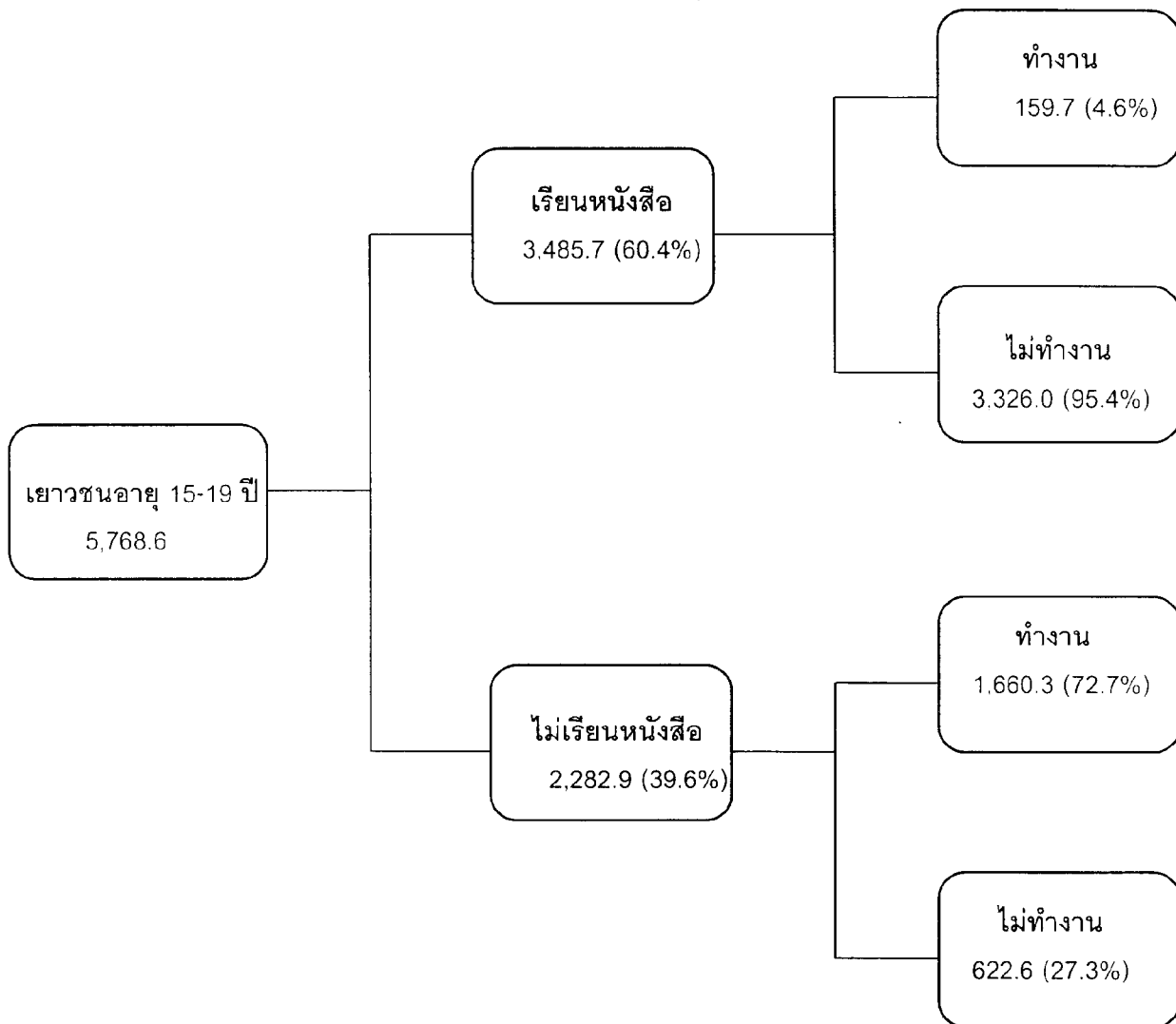
จากการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2540 และการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบ 1 เดือน กุมภาพันธ์ 2540 เด็กอายุ 13.-14 ปี มีจำนวน 2,251.0 คน เรียนหนังสือ 2,037.1 คน คิดเป็นร้อยละ 90.5 และร้อยละ 9.5 ไม่ได้เรียนหนังสือ โดยผู้ที่เรียนหนังสือทำงานร้อยละ 2.9 ไม่ได้ทำงานร้อยละ 97.1 ส่วนผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 48.4 ทำงาน ร้อยละ 51.6 ไม่ทำงาน (รูปที่ 8)

รูปที่ 8 การเรียนหนังสือและการทำงานในรอบสัปดาห์ของเด็กอายุ 13-14 ปี พ.ศ.2540 (พันคน)



และจากข้อมูลแหล่งเดียวกัน พบว่าเด็กที่มีอายุ 15-19 ปี มีจำนวน 5,768.6 คน เรียนหนังสือคิดเป็นร้อยละ 60.4 และไม่เรียนหนังสือคิดเป็นร้อยละ 39.6 ซึ่งผู้ที่เรียนหนังสือทำงานร้อยละ 4.6 ไม่ทำงานร้อยละ 95.4 ขณะที่ผู้ที่ไม่เรียนหนังสือทำงานร้อยละ 72.7 และไม่ทำงานร้อยละ 27.3 (รูปที่ 9)

รูปที่ 9 การเรียนหนังสือและการทำงานในรอบสัปดาห์ของเยาวชนอายุ 15-19 ปี พ.ศ.2540 (พันคน)



ซึ่งจากผลการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2540 พบว่า แรงงานเด็กทั้งสองกลุ่มอายุ เหตุผลที่ไม่ได้เรียนเนื่องจากไม่มีทุนทรัพย์ในการเรียน โดยกลุ่มอายุ 13-14 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.3 และกลุ่มอายุ 15-19 คิดเป็นร้อยละ 44.4 เหตุผลรองลงมา คือ กลุ่มอายุ 13-14 ปี ร้อยละ 17.3 ไม่สนใจเรียนหนังสือ ส่วนกลุ่มอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 24.5 ต้องการเลี้ยงตนเองและครอบครัว และสำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงต่อการทำงานของเด็กคือ การอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ซึ่งจากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจพบว่าร้อยละ 69.6 เด็กอาศัยอยู่กับพ่อแม่ซึ่งมีผลต่อการไม่ได้ทำงานของเด็ก

5.4 ระดับการศึกษาของเด็กที่ทำงานระหว่างเรียนหนังสือ

จากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร รอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2540 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าเด็กอายุ 13-14 ปี ที่ทำงานระหว่างเรียนหนังสือส่วนใหญ่กำลังเรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นคือ ร้อยละ 93.3 ส่วนเด็กที่มีอายุ 15-19 ปี ทำงานระหว่างเรียนหนังสือนั้นเป็นผู้ที่กำลังเรียนในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายคิดเป็นร้อยละ 50.6 และมีมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 41.7 ซึ่งจำนวนเด็กทั้งสองกลุ่มอายุทำงานภาคเกษตรกรรมมากที่สุด โดยกลุ่มอายุ 13-14 ปี ทำงานเกษตรกรรมจำนวน 33,245 คน และกลุ่มอายุ 15-19 ปี ทำงานภาคเกษตรกรรม 53,600 คน (ตาราง 1.20)

ตารางที่ 1.20 อัตราร้อยละของเด็กและเยาวชน อายุ 13-19 ปี ที่กำลังเรียนและทำงาน จำแนกตามหมวดอายุ อุตสาหกรรม และระดับการศึกษา พ.ศ.2540

หมวดอายุและ อุตสาหกรรม	ระดับการศึกษา			รวม	
	ประถม ศึกษา	มัธยมศึกษา ตอนต้น	มัธยมศึกษา ตอนปลาย	จำนวน	ร้อยละ
13 - 14	6.7	93.3	-	58,766	100.0
เกษตรกรรม	11.3	88.7	-	33,245	100.0
อุตสาหกรรม หัตถกรรม	-	100.0	-	5,624	100.0
ก่อสร้าง	1.1	98.9	-	17,738	100.0
การบริการ	-	100.0	-	2,159	100.0
15 - 19	-	41.7	50.6	159,737	100.0
เกษตรกรรม	-	60.5	39.5	53,600	100.0
อุตสาหกรรม หัตถกรรม	-	23.2	75.0	16,326	100.0
ก่อสร้าง	-	74.6	25.4	1,879	100.0
การค้า	-	28.4	66.5	49,938	100.0
การขนส่ง	-	-	45.6	4,633	100.0
การบริการ	-	44.1	35.0	33,361	100.0

5.5 การตรวจแรงงานเด็ก

จากการศึกษาข้อมูลของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่องเกี่ยวกับลักษณะการทำงานและวันเวลาที่กฎหมายห้ามทำ พบว่าในปี 2535 เด็กได้รับการปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับลักษณะการทำงาน ซึ่งได้แก่ การถูกนายจ้างทำอันตรายหรือคุกคามต่อสุขภาพหรือสวัสดิการที่ทำให้ได้รับการบาดเจ็บทั้งร่างกายและจิตใจและการทำงานที่กฎหมายห้ามทำมีจำนวน 410 คน คิดเป็นร้อยละ 77.29 และเพิ่มขึ้นในปี 2537 เป็น 584 คน คิดเป็นร้อยละ 78.56

(ตารางที่ 1.21)

ตารางที่ 1.21 จำนวนแรงงานเด็กที่ได้รับการปฏิบัติไม่ถูกต้องจำแนกตามลักษณะงานและอื่น ๆ

พ.ศ.	แรงงานเด็ก (คน)				
	ได้รับการปฏิบัติไม่ถูกต้องในเรื่อง				
	รวม	ลักษณะการทำงาน	ร้อยละ	อื่นๆ	ร้อยละ
2535	20,473	410	2.0	20,063	98.0
2536	-	-	-	-	-
2537	8,881	584	6.6	8,297	93.4
2538	9,393	393	4.2	9,000	95.8

5.6 โสเภณีเด็ก

จากการศึกษาข้อมูล ภาพรวมสถิติเด็กและเยาวชน พ.ศ.2535-2540 ของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมเยาวชนแห่งชาติ องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ(UNICEF) ได้ทำการรวบรวมข้อมูลโสเภณีเด็กจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ไทยพบว่าโสเภณีเด็กซึ่งหมายถึง เด็กหญิงและชายที่มีอายุ 18 ปี หรือต่ำกว่า ประกอบอาชีพหารายได้จากการให้บริการทางเพศ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2539 จากกรมควบคุมโรคติดต่อ กรมประชาสงเคราะห์ สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่ามีความแตกต่างจากการสำรวจข้อมูลในสถานบริการและสถานเริงรมย์ทุกกลุ่มอายุ ของกรมควบคุมโรคติดต่อในปี 2535-2539 มีจำนวนโสเภณีเด็กมากที่สุดในปี 2535 ถึง 75,041 คน ขณะที่กรมประชาสงเคราะห์คาดประมาณจำนวนโสเภณีเด็กมีประมาณ 23,000 คน ในปี 2537 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 81,300 คน ในปี 2539 ในขณะที่สถาบันวิจัยประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล สำรวจพบว่ามีจำนวน 36,000 คน ทั้งในปี 2537และ2538 (ตารางที่1.22)

ตารางที่ 1.22 แสดงจำนวนโสเภณีเด็กสำรวจโดยกรมควบคุมโรคติดต่อ กรมประชาสงเคราะห์ และสถาบันวิจัยประชากรฯ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.	กรมควบคุมโรคติดต่อ จำนวน	กรมประชาสงเคราะห์ จำนวน	สถาบันวิจัยประชากรฯ ม.มหิดล จำนวน
2535	75,041	-	-
2536	68,691	-	-
2537	67,062	23,000	36,000
2538	67,629	-	36,000
2539	66,190	81,300	-

6. สถานประกอบการที่เสี่ยงต่อโรคจากการประกอบอาชีพที่กองอาชีวอนามัยเฝ้าระวังตาม แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8

การนำเสนอข้อมูลในส่วนนี้ เป็นการนำเสนอเพื่อให้ทราบว่ามียานวนประเภทกิจการใดที่มีมากที่สุด 10 อันดับแรก ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพตามที่กองอาชีวอนามัยกำลังดำเนินการเฝ้าระวังอยู่ เช่น โรคพิษตะกั่ว โรคบิลลิโนสิส โรคแอสเบสโตสิส โรคประสพเหตุเนื่องจากการประกอบอาชีพ โรคสารทำลาย โรคพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการบาดเจ็บจากการทำงาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ประเภทกิจการที่มีมากเป็นอันดับหนึ่งได้แก่ โรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับการผลิตภัณฑ์โลหะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง มีจำนวน 7,079 แห่ง มีคนงาน 121,711 คน ซึ่งเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการทำงานและโรคเนื่องจากการประกอบอาชีพ อันดับสองคือ กิจการเกี่ยวกับยานที่ขับเคลื่อนด้วยเครื่องยนต์ รถพ่วง จักรยานสามล้อ เป็นต้น มีจำนวน 6,447 แห่ง มีจำนวน 45,035 คน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสารทำลาย อันดับสาม คือกิจการทำผลิตภัณฑ์พลาสติกเทอร์โมมีจำนวน 4,251 แห่ง มีคนงาน 67,909 คน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากปอดฝุ่นหิน อันดับสี่คือ การประกอบกิจการเกี่ยวกับไม้อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างมีจำนวน 4,240 แห่ง มีคนงาน 98,720 คน ซึ่งเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการทำงาน อันดับห้าคือ การตัดหรือเย็บเครื่องนุ่งห่ม เข็มขัด ผ้าเช็ดหน้า ผ้าพันคอ เนกไท หูกระด่าย ปลอกแขน ถุงมือ ถุงเท้า จากผ้าหรือหนังสัตว์ ขนสัตว์หรือวัสดุอื่นๆ มีจำนวน 2,453 แห่ง มีคนงาน 243,737 คน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคบิลลิโนสิส อันดับหก คือ การทำเครื่องเรือนหรือเครื่องตกแต่งภายในอาคารจากไม้ แก้วยาง หรือโลหะอันซึ่งมิใช่เครื่องเรือน หรือเครื่องตกแต่งภายในอาคาร มีจำนวน 2,338 แห่ง มีคนงาน 60,946 คน ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษจากสารทำลาย อันดับเจ็ด คือ การประกอบกิจการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์พลาสติกอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างมีจำนวน 1,912 แห่ง มีคนงาน 107,094 คน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษจากสารทำลายเช่นเดียวกัน อันดับแปดได้แก่ โรงงานผลิตอิฐกระเบื้องหรือท่อสำหรับใช้ในการก่อสร้างบ้านหลอมโลหะ กระเบื้องประดับรองในเตาไฟ ท่อหรือยอดปล่องไฟ มีจำนวน 1,412 แห่ง มีคนงาน 18,362 คน ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดจากฝุ่นหิน อันดับเก้า คือ กิจการการทอหรือการเตรียมเส้นด้ายยืนสำหรับการทอมีจำนวน 889 แห่ง มีคนงาน 971,461 คน ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคบิลลิโนสิส อันดับสุดท้ายคือ โรงงานผลิตภัณฑ์เครื่องกระเบื้องเคลือบ เครื่องปั้นดินเผา มีจำนวน 686 แห่ง มีคนงาน 43,854 คน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดจากฝุ่นหิน (ตารางที่ 1.23)

ตารางที่ 1.23 จำนวนโรงงาน 10 อันดับแรกปี 2541 จำแนกตามโรคจากการประกอบอาชีพ
ที่กองอาชีวอนามัยเฝ้าระวังอยู่

ลำดับ ที่	โรคจากการ ประกอบอาชีพ	รหัส / ประเภท	ประเภทหรือชนิดของโรงงาน	จำนวน โรงงาน	จำนวน คนงาน
1	การบาดเจ็บ จากการทำงาน	64	โรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์โลหะ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง	7,079	121,711
2	สารทำลาย	95	โรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับยานที่ขับเคลื่อน ด้วยเครื่องยนต์ รถพ่วง จักรยานสามล้อ เป็นต้น	6,447	45,035
3	ฝุ่นหิน	58(1)	การทำผลิตภัณฑ์คอนกรีต ผสมผลิตภัณฑ์ิปซัม หรือผลิตภัณฑ์ปูนปลาสเตอร์	4,251	67,909
4	การบาดเจ็บจาก การทำงาน	34	โรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับไม้อย่างใดอย่าง หนึ่งหรือหลายอย่าง	4,240	98,720
5	บิสซิโนสิส	28(1)	การตัดหรือเย็บเครื่องนุ่งห่ม เข็มขัด ผ้าเช็ดหน้า ผ้าพันคอ เนกไท หูกระต่าย ปลอกแขน ถุงมือ ถุงเท้าจากผ้าหนังสัตว์ ขนสัตว์ หรือวัสดุอื่น	2,453	243,737
6	สารทำลาย	37	โรงงานทำเครื่องเรือนหรือเครื่องตกแต่งภายใน อาคารจากไม้ แก้วหรือโลหะอื่น ซึ่งไม่ใช่ เครื่องเรือนหรือเครื่องตกแต่งภายในอาคาร	2,338	60,946
7	สารทำลาย	53	โรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ พลาสติกอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง	1,912	107,094
8	ฝุ่นหิน	56	โรงงานผลิตอิฐ กระเบื้องหรือท่อสำหรับใช้ในการ ก่อสร้างบ้านหลอมโลหะ กระเบื้องประดับรองใน เตาไฟท่อหรือยอดปล่องไฟ	1,412	18,362
9	บิสซิโนสิส	22(2)	การทอหรือการเตรียมเส้นด้ายยืนสำหรับการทอ	889	97,461
10	ฝุ่นหิน	55	โรงงานผลิตภัณฑ์เครื่องกระเบื้องเคลือบ เครื่องปั้นดินเผา	686	43,854

ที่มา : จำนวนคนงานและจำนวนโรงงาน กรมโรงงานอุตสาหกรรม

นอกจากนี้จากการตรวจข้อมูลประเภทกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ 5/2538 ออกตามความในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 ที่มีจำนวนมากที่สุดใน 10 อันดับแรกโดยกองอาชีวอนามัยทำการวิเคราะห์ตามขนาดของสถานประกอบการ คือ แรงงานต่ำกว่า 50 คน แรงงานมากกว่า 50-200 คน และแรงงานมากกว่า 200 คน จำแนกตามรายศูนย์เขต และจังหวัดในพื้นที่ที่รับผิดชอบเพื่อสามารถนำมากำหนดเป้าหมายในการ ดำเนินงานอาชีวอนามัย (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก)

7. การคาดประมาณกำลังแรงงานในภาคอุตสาหกรรม

จากการคาดประมาณกำลังแรงงานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลในช่วงปี 2538 - 2553 เพื่อต้องการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการแรงงานข้ามชาติในอีก 15 ปี ข้างหน้า โดยการคาดประมาณกำลังแรงงานออกเป็นสองภาพ ภาพที่หนึ่งคือเมื่อไม่มีการเปลี่ยนแปลงอัตราการเข้าร่วมแรงงานและภาพที่สองคือมีการเปลี่ยนแปลงอัตราการเข้าร่วมแรงงานในอัตราเดียวกับการเปลี่ยนแปลงระหว่างปี 2538 - 2537 เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทยในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้อัตราการเจริญเติบโตกำลังแรงงานของไทยลดลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นในอนาคตหากมีความต้องการแรงงานมากกว่าปริมาณแรงงานที่มีอยู่ อาจมีความจำเป็นต้องอาศัยแรงงานย้ายถิ่นจากต่างชาติ

ผลการคาดคะเนประมาณพบว่า หากอัตราการเข้าร่วมแรงงานไม่เปลี่ยนแปลงในช่วงปี 2538 - 2553 กำลังแรงงานชายจะเพิ่มจาก 18.2 ล้านคน เป็น 22.4 ล้านคน และแรงงานหญิงจะเพิ่มจาก 15.2 ล้านคน เป็น 18.4 ล้านคน แต่ถ้าหากอัตราการเข้าร่วมแรงงานเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาดังกล่าว กำลังแรงงานของชายและหญิงจะเพิ่มขึ้นเป็น 21.6 ล้านคน และ 17.4 ล้านคนในปี 2553 ตามลำดับ (ตาราง 1.24)

ตารางที่ 1.24 การคาดประมาณประชากรที่อยู่ในกำลังแรงงาน จำแนกตามเพศและหมวดอายุ

พ.ศ. 2538 - 2553

เพศและ หมวดอายุ	อัตราการเข้าร่วมแรงงานไม่เปลี่ยนแปลง				อัตราการเข้าร่วมแรงงานเปลี่ยนแปลง			
	2538	2543	2548	2553	2538	2543	2548	2553
ชาย	18,221.2	19,900.7	21,313.6	22,465.6	18,221.2	19,605.6	20,728.1	21,581.5
10-14	257.7	244.4	239.1	231.8	257.7	198.6	149.6	101.6
15-19	1,558.5	1,512.3	1,435.0	1,404.8	1,558.5	1,338.8	1,105.8	921.4
20-24	2,555.9	2,572.7	2,497.9	2,371.7	2,555.9	2,557.1	2,467.6	2,328.4
25-29	2,651.1	2,766.0	2,786.4	2,707.3	2,651.1	2,758.4	2,771.0	2,684.8
30-34	2,461.2	2,657.5	2,774.9	2,797.5	2,461.2	2,655.7	2,771.1	2,791.8
35-39	2,221.0	2,428.4	2,624.4	2,742.7	2,221.0	2,417.7	2,601.2	2,706.3
40-44	1,867.0	2,176.4	2,382.1	2,576.8	1,867.0	2,178.6	2,387.0	2,584.7
45-49	1,429.4	1,816.6	2,120.1	2,322.7	1,429.4	1,816.6	2,120.1	2,322.7
50-54	1,139.8	1,335.5	1,699.4	1,985.4	1,139.8	1,336.4	1,701.8	1,989.6
55-59	968.4	1,043.8	1,224.8	1,560.7	968.4	1,042.6	1,222.1	1,555.5
60-64	622.1	722.6	780.4	917.3	622.1	712.3	758.1	878.1
65-69	321.0	418.7	487.6	527.9	321.0	398.8	441.2	452.5
70ปีขึ้นไป	168.1	205.8	261.5	319.0	168.1	194.0	231.5	264.1
หญิง	15,230.6	16,516.2	17,574.4	18,401.0	15,230.6	16,197.6	16,927.5	17,398.6
10-14	249.4	238.4	234.6	224.5	249.4	183.9	127.4	70.6
15-19	1,440.1	1,403.5	1,342.1	1,321.3	1,440.1	1,212.9	977.4	782.8
20-24	2,151.9	2,176.9	2,122.6	2,030.7	2,151.9	2,164.5	2,098.5	1,996.2
25-29	2,161.6	2,258.2	2,285.6	2,230.0	2,161.6	2,251.7	2,272.4	2,210.7
30-34	2,096.5	2,233.0	2,334.3	2,364.2	2,096.5	2,262.2	2,395.2	2,456.8
35-39	1,926.3	2,105.6	2,244.3	2,347.7	1,926.3	2,112.1	2,258.3	2,369.7
40-44	1,654.1	1,890.6	2,068.2	2,206.2	1,654.1	1,898.1	2,084.4	2,232.2
45-49	1,201.3	1,519.0	1,737.6	1,902.3	1,201.3	1,476.2	1,639.8	1,741.8
50-54	954.8	1,097.4	1,388.8	1,590.1	954.8	1,074.3	1,330.3	1,489.5
55-59	737.2	795.9	915.8	1,160.2	737.2	777.7	873.9	1,080.6
60-64	385.6	450.0	486.5	560.6	385.6	435.4	455.0	506.1
65-69	195.9	257.8	301.4	326.5	195.9	265.0	318.1	353.7
70ปีขึ้นไป	75.9	89.9	112.6	136.7	75.9	83.6	96.8	107.9

ที่มา : อุปสงค์อุปทานของกำลังแรงงานข้ามชาติชุดโครงการวิจัยเรื่องทางเลือกนโยบายการนำเข้าแรงงาน :

ข้ามชาติของประเทศไทย พฤษภาคม 2540 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล)

สรุป

ภาพรวมของโครงสร้างประชากรทั่วราชอาณาจักรตั้งแต่ปี พ.ศ.2537-2541 มีสัดส่วนของประชากรไทยที่มีอายุต่ำกว่า 13 ปี ในปี 2541 ลดลงร้อยละ 8.9 จากปี 2537 และปี 2541 มีสัดส่วนผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานรวมเพิ่มขึ้นจากปี 2537 ร้อยละ 2.3 แต่มีจำนวนผู้ที่ว่างงานเพิ่มขึ้นจาก 422,842 คน ในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 1,137,982 คน ในปี 2541 ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงระยะเวลาดังกล่าวประเทศไทยมีวิกฤติการณ์ทางเศรษฐกิจ สำหรับแรงงานที่รอฤดูกาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

ส่วนผู้ที่ไม่อยู่ในกำลังแรงงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 11.5 ล้านคน ในปี 2537 เป็น 13.9 ล้านคน ในปี 2541 และพบว่าจำนวนของผู้ที่ทำงานบ้าน และผู้พิการหรือผู้ที่ทำงานโดยไม่ได้รับค่าจ้างและค่าตอบแทนค่อนข้างคงที่ หรือมีจำนวนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ขณะที่ผู้ที่เรียนหนังสือเพิ่มขึ้นเห็นได้อย่างชัดเจน จาก 4.9 ล้านคน ในปี 2537 เป็น 5.9 ล้านคน ในปี 2541

ข้อมูลของประชากรไทยทั่วราชอาณาจักรที่มีอายุ 13-59 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานรวม ซึ่งหมายถึงผู้มีงานทำ ผู้ไม่มีงานทำ และผู้ที่รอฤดูกาล ในช่วงที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจและพบว่าประชากรที่มีอายุ 13 ปี ถึง 29 ปี มีแนวโน้มในการมีส่วนร่วมในการทำงานลดลง และกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 ปี ถึง 59 ปี จะเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากในกำลังแรงงานรวม

การศึกษาของผู้มีงานทำในระดับจังหวัด พบว่าในปี 2537 ผู้มีงานทำมีการศึกษาร้อยละ 95.9 เพิ่มขึ้นร้อยละ 96.4 ปี 2541 ขณะที่ผู้ไม่มีการศึกษาร้อยละ 4.1 ในปี 2537 ลดลงร้อยละ 3.6 ในปี 2541 และมีแนวโน้มผู้มีงานทำมีการศึกษาเพิ่มขึ้นทุกปี และพบว่าตั้งแต่ปี 2537-2541 ผู้มีงานทำมีการศึกษาตอนต้นมากที่สุด ขณะเดียวกันผู้มีงานทำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของชั้นการศึกษามหาวิทยาลัยและพบว่าผู้มีงานทำในกรุงเทพมหานคร มีการศึกษามากกว่าภาคอื่นๆ ภาคเหนือเป็นภาคที่มีการศึกษาน้อยที่สุด

ส่วนสถานภาพการมีงานทำ พบว่าผู้มีชั้นการศึกษาที่สูงกว่าปริญญาตรีมีงานทำมากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ ผู้ที่มีชั้นการศึกษาปริญญาตรี ส่วนผู้มีชั้นการศึกษา ปวศ. สูง มีงานทำน้อยที่สุด

สำหรับเหตุผลของการไม่มีงานทำของผู้ที่สำเร็จชั้นการศึกษาทุกระดับพบว่า ส่วนใหญ่ในช่วงระยะเวลาที่ทำการสำรวจยังไม่ได้หางานทำ

ผู้มีงานทำมากกว่าร้อยละ 50 ทำงานในสาขาเกษตรกรรมและมีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนผู้ที่ทำงานนอกสาขาเกษตรกรรมมีเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย และพบว่าแนวโน้มในการทำงานสาขาเกษตรกรรมลดลง ในขณะที่แนวโน้มการทำงานนอกสาขาเกษตรกรรมเพิ่มขึ้น ภาคเหนือเป็นภาคเดียวที่มีแนวโน้มการทำงานเกษตรกรรมเพิ่มขึ้น

ในภาพรวมพบว่าผู้มีงานทำมีอาชีพอันดับหนึ่งคือ เกษตรกรรม อันดับสองคืออาชีพช่าง อันดับสามคือการค้า พบว่า เพศหญิงทำงานอาชีพการค้ามากที่สุด และถ้าพิจารณาเป็นรายภาคพบว่า กรุงเทพมหานคร ประกอบอาชีพอันดับหนึ่งคือ อาชีพช่าง อันดับสอง คือการค้า อันดับสามคือ การใช้วิชาชีพในการประกอบอาชีพ ส่วนภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากเป็นอันดับหนึ่ง

แนวโน้มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537-2541 การจ้างงานโดยภาคเอกชนจะมีมากกว่าการจ้างงานโดยภาครัฐบาล ทั้งนี้เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายปรับลดบทบาท และลดการเพิ่มอัตราค่าจ้างคนในภาครัฐ จึงทำให้มีการเพิ่มอัตราค่าจ้างคนน้อยมาก และการจ้างงานของภาคเอกชนได้รับผลกระทบจากการที่ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ ขณะที่ลูกจ้างภาครัฐในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีจำนวนคงที่ และพบว่ากรุงเทพมหานครมีลักษณะการจ้างงาน การเป็นนายจ้าง ลูกจ้างรัฐบาล ลูกจ้างเอกชนมากกว่าภาคอื่นๆ

กำลังแรงงานเด็กอายุ 15-19 ปี มากกว่าแรงงานเด็กที่มีอายุ 13-14 ปี คิดเป็นร้อยละ 91.8 ร้อยละ 49.8 ทำงานภาคเกษตรกรรม และร้อยละ 50.2 ทำงานนอกภาคเกษตรกรรม เด็กชายทำงานภาคเกษตรกรรมร้อยละ 51.1 ขณะที่เด็กหญิงทำงานภาคเกษตรกรรมร้อยละ 48 และเด็กหญิงทำงานเกี่ยวกับการค้ามากกว่าเด็กชาย ซึ่งส่วนใหญ่เด็กชายทำงานก่อสร้าง

เด็กที่มีอายุ 13-14 ปี เรียนหนังสือร้อยละ 90.5 ไม่เรียนหนังสือร้อยละ 39.6 ส่วนเหตุผลที่ไม่เรียนหนังสือของทั้งสองกลุ่มอายุ อันดับแรกคือ ไม่มีทุนทรัพย์ในการเรียนหนังสือและอันดับรองของเด็กอายุ 13-14 ปี คือไม่สนใจเรียน ส่วนเด็กที่มีอายุ 15-19 ปี ต้องหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว และการที่เด็กไม่ทำงานมาจากสาเหตุยังอาศัยอยู่กับพ่อแม่ โดยพบมากในกลุ่มอายุ 13-14 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.6

จากการจัดอันดับจำนวนโรงงาน 10 อันดับแรก จำแนกตามโรคจากการประกอบอาชีพที่กองอาชีวอนามัยเฝ้าระวังอยู่ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 พบว่า โรงงานที่มีมากที่สุดอันดับหนึ่ง เป็นโรงงานที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการทำงาน และมีประเภทยุทธการของโรงงานจำนวนมากที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดจากการประกอบอาชีพได้แก่ โรคซิลิโคสิส โรคปัสสิโนสิส เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี "รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร" พ.ศ 2537-2541
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี " เครื่องชี้ภาวะทางสังคม" พ.ศ 2540
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี "รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของแรงงานเด็กและเยาวชนทั่วราชอาณาจักร" พ.ศ 2535-2539
- 4.ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม"รายงานผลการดำเนินงานประจำปี2542
- 5.กองอาชีพอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข"สถานการณ์อาชีพอนามัย" 2542
6. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม"บัญชีท้ายประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่องกำหนดงานให้คนต่างด้าวตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ 2521"(ฉบับที่ 5)
- 7.สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข"รายงานผลการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว"ประจำปี 2542

บทที่ 2

ภาวะสุขภาพของประชาชนวัยแรงงาน

บทที่ 2

ภาวะสุขภาพของประชาชนวัยแรงงาน

บทนำ

การศึกษาทบทวนภาวะสุขภาพของประชาชนวัยแรงงาน เป็นการศึกษาทบทวนจากผลการวิจัยที่ได้ทำการศึกษาไว้แล้ว และวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ โดยวิเคราะห์ตามตัวแปรของประชากรวัยแรงงานต่างๆ ที่กำหนดและที่มีข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ภาควิชา และกลุ่มอาชีพ

โดยจะนำเสนอผลการศึกษาทบทวนตามภาวะสุขภาพและตัวแปรประชากร ดังนี้

ภาวะสุขภาพ	ตัวแปรประชากร	แหล่งข้อมูล
1. ภาวะความเจ็บป่วย		
1.1 การประเมินสุขภาพความแข็งแรงของตนเอง	■ กลุ่มอายุ ■ พื้นที่	- รายงานการสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของประชาชนไทย พ.ศ. 2539 - รายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540
1.2 ภาวะความเจ็บป่วย/โรค - ภาวะเจ็บป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ - ภาวะเจ็บป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ซึ่งไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ - การเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาลรอบปีที่แล้ว	■ เพศ ■ กลุ่มอายุ ■ ภาค ■ กลุ่มอาชีพ	- ฐานข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539
2. การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ - ยานพาหนะทางบก - อื่นๆ	■ เพศ ■ กลุ่มอายุ ■ ภาค ■ กลุ่มอาชีพ	- ฐานข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539
3. ภาวะพิการ - ไม่พิการ - โรคจิต/ปัญญาอ่อน - พิการทางกาย	■ เพศ ■ กลุ่มอายุ ■ ภาค ■ กลุ่มอาชีพ	- ฐานข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539
4. ภาวะเครียด - ปกติ - เครียด - เครียดสูง	■ กลุ่มอายุ ■ พื้นที่ (กทม./ต่างจังหวัด)	- รายงานการสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของประชาชนไทย พ.ศ. 2539
5. การดูแลสุขภาพของตนเอง	■ ภาค	- รายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540
6. การใช้บริการในการดูแลสุขภาพ	■ ภาค	- รายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540
7. สาเหตุการตาย	■ กลุ่มอายุ	- ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ พ.ศ. 2539 และ 2540 จากสำนวนโยกย้ายและแผนสาธารณสุข

โอกาสในการเกิดความลำเอียงของข้อมูล

เนื่องจากผลการศึกษาพบทวนภาวะสุขภาพของประชาชนวัยแรงงาน เป็นการศึกษาทวนจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ และได้วิเคราะห์จากฐานข้อมูลที่มีอยู่ 2 ฐาน คือ ฐานข้อมูลจากการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โอกาสในการเกิดความลำเอียงของข้อมูลอาจเกิดขึ้นได้ โดยพิจารณาถึงระเบียบวิธีวิจัยในการสำรวจ ดังนี้

1. การสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของประชาชนไทย พ.ศ. 2539

เป็นการสำรวจประชาชนที่มีอายุ 15-59 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของแต่ละภาคของประเทศ ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น ชลบุรี สงขลา การสุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร ใช้ Three-stage-cluster sampling โดยสุ่ม 3 เขตเลือกตั้งจาก 13 เขตเลือกตั้งทั้งหมด โดยวิธีสุ่มแบบง่าย แล้วสุ่มแบบมีระบบออกมา 30 หน่วยเลือกตั้ง แล้วจึงเลือกกลุ่มเป้าหมาย 15-34 ปี และ 35-59 ปี กลุ่มละ 10 คนตามสะดวก (convenience sampling)

จังหวัดอื่นๆ ใช้วิธีการสุ่มแบบ Stratified Three-stage-cluster sampling โดยแบ่งจังหวัดเป้าหมายออกเป็นเขตเมืองและเขตชนบท ในเขตเมืองสุ่มเทศบาลที่มีประชากรตั้งแต่ 20,000 คน ออกมา 2 เทศบาล โดยวิธีสุ่มแบบง่าย แล้วจึงสุ่มประชากรเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่มอายุ กลุ่มละ 10 คนต่อบล็อกที่สุ่มได้

ในเขตชนบท สุ่มประชากรที่มีประชากร 50,000 คนขึ้นไปมา 2 อำเภอ แล้วสุ่มหมู่บ้านตัวอย่าง โดยใช้จำนวนประชากรของหมู่บ้านของอำเภอที่สุ่มได้เป็นเกณฑ์ในการสุ่ม โดยสุ่มอำเภอละ 15 หมู่บ้าน โดยวิธีสุ่มแบบง่าย แล้วจึงเลือกประชากรเป้าหมายทั้งสองกลุ่มอายุ เป้าหมายกลุ่มละ 10 คนต่อหมู่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองจำนวน 3,932 คน เขตชนบท 2,395 คน รวมทั้งสิ้น 6,327 คน

ข้อพิจารณา การสำรวจครั้งนี้ไม่เป็นตัวแทนของประชากรทั่วไป เนื่องจากมีแนวโน้มความลำเอียงที่เกิดขึ้นไปยังกลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของแต่ละภาคของประเทศ

2. การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540

เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ข้อมูลที่ศึกษามีทั้งข้อมูลภาคตัดขวางและข้อมูลอดีต และเป็นข้อมูลที่สามารถเป็นตัวแทนระดับภาคทางภูมิศาสตร์ของประเทศไทย (ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกทม.) ได้

ประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชนไทยในกลุ่มอายุต่างๆ และเพศ กรอบตัวอย่างคือ ชุมรวมอาคาร หรือ หมู่บ้าน หน่วยตัวอย่างคือบุคคล การคำนวณหน่วยตัวอย่างกำหนดไว้ให้สามารถสำรวจพบสภาวะหรือปัญหาที่มีความชุก ตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป ด้วยความมั่นใจในแต่ละภาค ได้จำนวนตัวอย่างในเขตเทศบาล 2,775 คน นอกเขตเทศบาล 2,235 คน รวมทั้งสิ้น 5,010 คน

การสำรวจประชากรวัยแรงงาน (13-59 ปี) ได้จำนวนตัวอย่าง 4,230 คน เป็นชาย 1,649 คน คิดเป็นร้อยละ 39.0 ของประชากรที่สำรวจ หญิง 2,581 คน คิดเป็นร้อยละ 61.0

3. การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534

การสำรวจได้ดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศ ในเดือนพฤษภาคม 2534 การสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified two-stage sampling สำรวจในทุกจังหวัด (73 จังหวัด) โดยมีกรุงเทพมหานครและภาค เป็น Stratum ชุมรวม

อาคาร (ในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (ในเขตสุขาภิบาล หรือ นอกเขตเทศบาล-สุขาภิบาล) เป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่หนึ่ง ครั้วเรือนส่วนบุคคล เป็นตัวอย่างชั้นที่ 2 มีครั้วเรือนตัวอย่างทั้งสิ้น 27,780 ครั้วเรือน เป็นครั้วเรือนตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร 5,040 ครั้วเรือน ในเขตเทศบาลอื่นๆ 5,880 ครั้วเรือน และนอกเขตเทศบาล 16,860 ครั้วเรือน การเสนอผลการสำรวจ จึงสามารถเป็นตัวแทนระดับ ในเขต-นอกเขตเทศบาล ระดับภาค (กทม.) และระดับประเทศ

4. การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539

การสำรวจได้ดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศ ในเดือนพฤษภาคม 2539 การสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified two-stage sampling โดยมีกรุงเทพมหานครและภาค เป็น Stratum ชุมรวมอาคาร (ในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (ในเขตสุขาภิบาล หรือ นอกเขตเทศบาล-สุขาภิบาล) เป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่หนึ่ง ครั้วเรือนส่วนบุคคล และสมาชิกในครั้วเรือนพิเศษเป็นตัวอย่างชั้นที่ 2 มีครั้วเรือนตัวอย่างทั้งสิ้น 26,427 ครั้วเรือน เป็นครั้วเรือนตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร 3,000 ครั้วเรือน ในเขตเทศบาลอื่นๆ 5,904 ครั้วเรือน และนอกเขตเทศบาล 17,523 ครั้วเรือน การเสนอผลการสำรวจ จึงสามารถเป็นตัวแทนระดับ ในเขต-นอกเขตเทศบาล ระดับภาค (กทม.) และระดับประเทศ

5. ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ พ.ศ.2539 และ 2540 จากสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

การวิเคราะห์สาเหตุการตายโดยใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ พ.ศ.2539 และ 2540 จากสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข อาจมีปัญหาเรื่องคุณภาพข้อมูล เนื่องจากการระบุสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งการตายในและนอกสถานพยาบาล ทางเลือกอื่นๆ ในการวิเคราะห์สาเหตุการตายของกลุ่มวัยแรงงาน คือ รายงานการศึกษสาเหตุการตายในประเทศไทย ของแพทย์หญิงจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณและคณะ

ภาวะสุขภาพของประชาชนวัยแรงงาน

1. ภาวะความเจ็บป่วย

1.1 การประเมินสุขภาพความแข็งแรงของตนเอง

จากการสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของประชาชนไทย ของสำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สิงหาคม 2539 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงสำรวจในประชาชนที่มีอายุ 15-59 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร และในจังหวัดที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจรสูงสุดของแต่ละภาคในประเทศ ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น ชลบุรี และ สงขลา จำนวนรวมทั้งสิ้น 6,327 คน

เมื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน พบว่าผู้ที่มีอายุ 15-34 ปี เห็นว่าสุขภาพของตนเองแข็งแรง ร้อยละ 90.8 ส่วนกลุ่มอายุ 35-59 ปี พิจารณาว่าตนเองแข็งแรงเพียงร้อยละ 80.2 และในภาพรวมกลุ่มอายุ 15-59 ปี พิจารณาว่าตนเองแข็งแรงร้อยละ 85.5

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการประเมินสุขภาพตนเองในปัจจุบันระหว่างพื้นที่ทำการศึกษาคือระหว่าง กรุงเทพมหานคร ต่างจังหวัดในเขตเมืองและเขตชนบท ของกลุ่มอายุทั้งสอง พบว่า แตกต่างกันเพียงเล็กน้อย และไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ จึงกล่าวได้ว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่แตกต่างกันต่างพิจารณาสุขภาพในปัจจุบันของตนเองแข็งแรงใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การประเมินสุขภาพของตนเอง

สุขภาพ ในปัจจุบัน	กลุ่มอายุ 15-34 ปี				รวม	กลุ่มอายุ 35-59 ปี				รวม	รวม
	ต่างจังหวัด				กลุ่มอายุ 15-34 ปี	ต่างจังหวัด				กลุ่มอายุ 35-59 ปี	ทุกกลุ่มอายุ
	กทม.	เมือง	ชนบท	รวม		กทม.	เมือง	ชนบท	รวม		
จำนวนผู้ที่ถูก สัมภาษณ์	864	1,112	1,200	2,312	3,176	835	1,110	1,195	2,305	3,140	6,316
ไม่แข็งแรง %	11.0	8.4	8.8	8.6	9.2	19.4	18.0	21.8	20.0	19.8	14.50
แข็งแรง %	89.0	91.6	91.3	91.4	90.8	80.6	82.0	78.2	80.0	80.2	85.5

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของประชาชนไทย ส่วนพัฒนาวิชาการที่ 1

สำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สิงหาคม 2539

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

พบว่าข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพทั่วไปของประชากรกลุ่มวัยแรงงาน อายุ 13-59 ปี ที่ได้โดยการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ตอบประเมินสภาพร่างกาย และความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อนำข้อมูลนี้มาปรับน้ำหนักตามพื้นที่สุ่มตัวอย่างแล้ว แสดงให้เห็นว่า กลุ่มวัยแรงงานร้อยละ 64.97 รู้สึกว่าตนเองแข็งแรงดี อีกร้อยละ 30.29 รู้สึกว่าตนเองไม่ค่อยแข็งแรง ประชากรในภาคเหนือและภาคใต้มีความรู้สึกที่ตนเองแข็งแรงมากกว่าภาคอื่นๆ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของประชากรวัยแรงงานมีความรู้สึกรำสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร จำแนกตามพื้นที่

พื้นที่	ไม่แข็งแรง	แข็งแรง	ไม่แน่ใจ (%)
กรุงเทพมหานคร	33.40	61.90	4.70
ภาคกลาง	29.29	67.41	3.30
ภาคเหนือ	25.68	69.57	4.75
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	33.11	60.13	6.76
ภาคใต้	28.21	69.81	1.97
รวม	30.29	64.97	4.73

ที่มา : การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540

สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

จากการสำรวจปัญหาสุขภาพย้อนหลังไป 1 เดือน พบว่าในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประชากรมีปัญหาทางสุขภาพสูงถึง ร้อยละ 41.8 โดยที่ประชากรในกรุงเทพมหานคร มีปัญหาสูงกว่าประชากรในพื้นที่ต่างๆ และเมื่อจำแนกตามเพศจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่ากลุ่มประชากรหญิง มีอัตราส่วนที่มีปัญหาสุขภาพสูงกว่าประชากรชายในทุกๆ ภาคอย่างชัดเจน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของประชากรที่มีปัญหาสุขภาพใน 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศและพื้นที่

พื้นที่	ร้อยละของชาย ที่มีปัญหาสุขภาพ	ร้อยละของหญิง ที่มีปัญหาสุขภาพ	ร้อยละของประชากรในแต่ละภาคที่มีปัญหาสุขภาพ
กรุงเทพมหานคร	35.90	51.00	46.60
ภาคกลาง	40.09	45.96	44.14
ภาคเหนือ	38.96	49.16	44.80
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	35.71	43.87	40.06
ภาคใต้	29.63	35.09	32.61
รวม	36.58	45.21	41.80

ที่มา : การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

การสัมภาษณ์เจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น โดยเจาะลึกไปที่ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพใน 1 เดือนที่ได้กล่าวถึงมาน้อยเพียงไรในตาราง ที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่มีปัญหารุนแรงจำเป็นต้องนอนพักในรพ. มีเพียงร้อยละ 1.38 และรุนแรงในระดับไม่ได้นอนรพ. แต่ส่งผลให้ไม่สามารถทำงานได้ร้อยละ 4.94 หรือรวมปัญหาสุขภาพที่ส่งผลให้ประชากรร้อยละ 6.32 ไม่สามารถทำงานได้ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาตามพื้นที่ที่สุ่มสำรวจจะเห็นว่าประชากรจากภาคกลางยกเว้นกรุงเทพมหานครเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจนต้องหยุดงานในอัตราส่วนที่สูงกว่าประชากรจากพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพใน 1 เดือนที่ผ่านมา ของประชากรวัยแรงงานที่มี
ปัญหาสุขภาพจำแนกตามพื้นที่

พื้นที่ที่สุ่มตัวอย่าง	ไม่ทำงาน แต่ไม่นอนรพ. (%)	ต้องนอนพักในรพ. (%)
กรุงเทพมหานคร	2.20	1.20
ภาคกลาง	6.76	2.05
ภาคเหนือ	5.41	0.90
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4.32	1.09
ภาคใต้	5.43	1.87
รวม	4.94	1.38

ที่มา : การสำรวจสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

จากการสำรวจว่าผู้ป่วยรู้ว่าป่วยเป็นโรคอะไรอยู่เป็นข้อมูลที่จะไม่ได้แสดงให้เห็นถึงความชุกของโรค
ต่างๆ แต่ก็แสดงให้เห็นว่ามีผู้รู้ตัวว่าป่วยด้วยโรคต่างๆ อยู่ไม่น้อยเพียงไร ผู้ที่เข้าใจว่าตนเองป่วยเป็นโรคกระเพาะ
อาหารมีอัตราสูงถึงร้อยละ 12.08 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง หอบหืด เบาหวานและโรคไตตามลำดับ ส่วนโรค
ที่มีอัตราร้อยละต่ำตามความเข้าใจของผู้ตอบคำถาม ได้แก่ มะเร็ง โรคตับ และโรคหัวใจตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละของบุคคลที่รู้ตัวว่าตนเองป่วยเป็นโรคต่างๆ จำแนกตามพื้นที่

พื้นที่ที่สุ่มตัวอย่าง	ความดันโลหิตสูง	เบาหวาน	โรคไต	โรคหัวใจ
กรุงเทพมหานคร	4.00	1.90	2.20	1.20
ภาคกลาง	5.56	2.11	0.62	1.47
ภาคเหนือ	2.80	1.66	1.39	1.05
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1.75	1.26	1.37	0.71
ภาคใต้	2.56	0.83	2.30	1.96
รวม	3.20	1.56	1.43	1.17
พื้นที่ที่สุ่มตัวอย่าง	โรคกระเพาะ อาหาร	โรคตับ	โรคหอบหืด	โรคมะเร็ง
กรุงเทพมหานคร	10.90	1.20	3.30	0.30
ภาคกลาง	9.57	0.36	3.06	0.17
ภาคเหนือ	10.85	0.49	2.15	0.26
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	16.25	0.73	1.61	0.19
ภาคใต้	8.63	0.39	4.09	0.17
รวม	12.08	0.62	2.57	0.21

ที่มา : การสำรวจสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

1.2 ภาวะความเจ็บป่วย

ภาวะความเจ็บป่วย เป็นการวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยปรับน้ำหนักเป็นจำนวนประชากรระดับประเทศในกลุ่มวัยแรงงานอายุ 13-59 ปี

1.2.1 ภาวะเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ

การสำรวจเกี่ยวกับการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจใน ปี 2534 และ 2539 กำหนดให้รวมการป่วยทุกชนิดตั้งแต่ป่วยเล็กน้อย จนกระทั่งถึงป่วยหนัก และรวมถึงการที่รู้สึกตัวว่าไม่สบาย

1.2.1.1 จำแนกตามเพศ

ผลการสำรวจพบว่า ในปี 2534 พบว่าประชากรในกลุ่มวัยแรงงานอายุ 13-59 ปี ที่รู้สึกป่วยหรือไม่สบาย ก่อนการสำรวจ 2 สัปดาห์ ในปี 2534 มีอัตราร้อยละ 20.56 ส่วนในปี 2539 มีแนวโน้มลดลง เป็นอัตราร้อยละ 12.50 อัตราร้อยละของจำนวนหญิงที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายสูงกว่าชาย คือ คิดเป็นร้อยละ 23.18 ในปี 2534 และ ร้อยละ 14.37 ในปี 2539 ส่วนอัตราร้อยละ ของจำนวนชายที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย คิดเป็นร้อยละ 17.96 ในปี 2534 และร้อยละ 10.64 ในปี 2539 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายใน 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ในกลุ่มอายุ 13-59 ปี จำแนกตามเพศ พ.ศ.2534 และ พ.ศ. 2539

เพศ	พ.ศ. 2534					พ.ศ. 2539				
	ป่วย		ไม่ป่วย		รวมทั้งสิ้น	ป่วย		ไม่ป่วย		รวมทั้งสิ้น
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
ชาย	3,360,290	17.96	15,350,455	82.04	18,710,745	2,178,239	10.64	18,297,230	89.36	20,475,468
หญิง	4,302,204	23.18	14,255,920	76.82	18,558,124	2,926,214	14.37	17,431,438	85.63	20,357,652
รวม	7,662,494	20.56	29,606,375	79.44	37,268,869	5,104,453	12.50	35,728,668	87.50	40,833,120

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539

ประชากรที่รายงานว่าป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ในปี 2534 พบว่า ป่วยด้วยอาการไม่แข็งแรงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.60 รองลงมาป่วยเป็นโรคระบบทางเดินหายใจคิดเป็นร้อยละ 25.54 อันดับสามป่วยเป็นโรคระบบกล้ามเนื้อเส้นเอ็นและกระดูกร้อยละ 15.42 ระบบทางเดินอาหารร้อยละ 14.77 หัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 2.72 (ตารางที่ 7)

ในปี 2539 พบว่าป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มจากปี 2534 คิดเป็นร้อยละ 37.42 ของประชากรที่ป่วย การเจ็บป่วยรองลงมามีแนวโน้มลดลงจากปี 2534 ได้แก่ ป่วยเป็นโรคที่มีอาการไม่แข็งแรงคิดเป็นร้อยละ 16.94 โรคระบบกล้ามเนื้อเส้นเอ็นและกระดูกร้อยละ 12.64 โรคระบบทางเดินอาหารร้อยละ 11.56 ส่วนโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดป่วยร้อยละ 5.69 (ตารางที่ 8)

ถ้าพิจารณาประชากรที่ป่วยโดยจำแนกตามเพศ พบว่าในปี 2539 อัตราร้อยละ 41.21 ของจำนวนชายป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2534 ที่ป่วยอัตราร้อยละ 29.11 รองลงมาคือป่วยด้วยอาการไม่แข็งแรงร้อยละ 20.73 ในปี 2534 และร้อยละ 16.00 ในปี 2539 อันดับสามป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ ร้อยละ 17.06 ในปี 2534 และร้อยละ 12.01 ในปี 2539 และป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารร้อยละ 16.14 ในปี 2534 และร้อยละ 12.70 ในปี 2539 (ตารางที่ 7 และ 8)

ในเพศหญิง พบว่าในปี 2539 อัตราร้อยละ 34.61 ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี 2534 ที่ป่วยอัตราร้อยละ 22.76 ป่วยด้วยอาการไม่แน่ชัดร้อยละ 29.40 ในปี 2534 และร้อยละ 17.64 ในปี 2539 ป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อร้อยละ 15.42 ในปี 2534 และร้อยละ 13.11 ในปี 2539 และป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารร้อยละ 13.70 ในปี 2534 และร้อยละ 10.72 ในปี 2539 (ตารางที่ 7 และ 8)

ตารางที่ 7 การเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มโรค และเพศ พ.ศ. 2534

กลุ่มโรค/เพศ	ชาย (col%)	หญิง (col%)	รวมทั้งสิ้น (col%)
ระบบทางเดินหายใจ	29.11	22.76	25.54
ระบบทางเดินอาหาร	16.14	13.70	14.77
ระบบทางเดินปัสสาวะ/ตับ/ถุงน้ำดี/ม้าม	1.71	1.13	1.39
หัวใจหลอดเลือด	1.81	3.44	2.72
ติดเชื้อ	2.48	1.18	1.75
ผิวหนัง	3.15	2.48	2.77
ภูมิแพ้	0.55	0.95	0.77
ปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	4.23	3.90	4.05
อวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี		3.53	1.99
การคลอดบุตร		0.49	0.28
ต่อมไทรอยด์	1.21	1.52	1.38
ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก	17.06	14.15	15.42
ระบบประสาท จิตเวช	1.57	1.25	1.39
อาการไม่แน่ชัดอื่นๆ	20.73	29.40	25.60
อื่นๆ	0.19	0.06	0.11
ไม่ทราบ	0.07	0.07	0.07
รวมทั้งสิ้น	3,360,290 (100%)	4,302,204 (100%)	7,662,494 (100%)

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534

ตารางที่ 8 การเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มโรค และเพศ พ.ศ.2539

กลุ่มโรค/เพศ	ชาย (col%)	หญิง (col%)	รวมทั้งสิ้น (col%)
ระบบทางเดินหายใจ	41.21	34.61	37.42
ระบบทางเดินอาหาร	12.70	10.72	11.56
ระบบทางเดินปัสสาวะ/ตับ/ถุงน้ำดี/ม้าม	2.20	2.13	2.16
หัวใจหลอดเลือด	3.41	7.38	5.69
ติดเชื้อ	1.81	1.20	1.46
ผิวหนัง	0.99	0.74	0.85
ภูมิแพ้	1.39	1.52	1.46
ปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	3.43	3.26	3.33
อวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	0.00	1.80	1.03

กลุ่มโรค/เพศ	ชาย (col%)	หญิง (col%)	รวมทั้งสิ้น (col%)
การคลอดบุตร	0.00	0.52	0.30
ต่อมไร้ท่อ	1.90	3.57	2.86
ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก	12.01	13.11	12.64
ระบบประสาท จิตเวช	2.15	1.43	1.74
อาการไม่จำแนกชนิดอื่นๆ	16.00	17.64	16.94
อื่นๆ	0.80	0.38	0.56
รวมทั้งสิ้น	2,178,239 (100%)	2,926,214 (100%)	5,104,453 (100%)

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539

1.2.1.2 ตามกลุ่มอายุ

เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มอายุ พบว่า ประชากรที่รู้สึกป่วยหรือไม่สบาย 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจในปี 2539 มีแนวโน้มลดลงจากปี 2534 ทุกกลุ่มอายุ ตามลำดับดังนี้ กลุ่มอายุ 50-59 ปีเจ็บป่วยลดลงจากร้อยละ 35.42 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 24.43 ในปี 2539, กลุ่มอายุ 35-49 ปี เจ็บป่วยลดลงจากร้อยละ 26.37 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 14.17 ในปี 2539, กลุ่มอายุ 25-34 ปีเจ็บป่วยลดลงจากร้อยละ 19.63 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 10.64 ในปี 2539 และกลุ่มอายุ 13-24 ปีเจ็บป่วยลดลงจากร้อยละ 13.85 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 8.37 ในปี 2539 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ความเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในกลุ่มวัย 13-59 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539

กลุ่มอายุ	พ.ศ. 2534					พ.ศ. 2539				
	ป่วย		ไม่ป่วย		รวมทั้งสิ้น	ป่วย		ไม่ป่วย		รวมทั้งสิ้น
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
13-24 ปี	2,031,445	13.85	12,635,377	86.15	14,666,821	1,157,709	8.37	12,671,106	91.63	13,828,815
25-34 ปี	1,942,489	19.63	7,953,624	80.37	9,896,113	1,119,276	10.64	9,402,554	89.36	10,521,830
35-49 ปี	2,367,537	26.37	6,609,016	73.63	8,976,553	1,655,986	14.17	10,030,924	85.83	11,686,910
50-59 ปี	1,321,023	35.42	2,408,359	64.58	3,729,382	1,171,482	24.43	3,624,083	75.57	4,795,565
รวม	7,662,494	20.56	29,606,375	79.44	37,268,869	5,104,453	12.50	35,728,668	87.50	40,833,120

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539

เมื่อพิจารณาในประชากรกลุ่มวัยแรงงานที่เจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย โดยเปรียบเทียบการสำรวจในปี 2534 และ 2539 พบว่า ในปี 2539 ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2534 ทุกกลุ่มอายุ และเป็นปัญหาสำคัญลำดับแรกทุกกลุ่มอายุ ตามลำดับ ดังนี้ กลุ่มอายุ 13-24 ปีร้อยละ 53.33, กลุ่มอายุ 25-34 ปีร้อยละ 41.55, กลุ่มอายุ 35-49 ปีร้อยละ 33.79, กลุ่มอายุ 50-59 ปีร้อยละ 22.89 (ตารางที่ 10 และ 11)

ตารางที่ 10 ร้อยละของการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มโรค และกลุ่มอายุ พ.ศ.2534

กลุ่มโรค/กลุ่มอายุ	13-24 ปี	25-34 ปี	35-49 ปี	50-59 ปี	รวมทั้งสิ้น
ระบบทางเดินหายใจ	35.34	26.61	21.42	16.27	25.54
ระบบทางเดินอาหาร	13.80	15.72	15.73	13.11	14.77
ระบบทางเดินปัสสาวะ/ตับ/ถุงน้ำดี/ม้าม	1.19	1.48	1.26	1.78	1.39
หัวใจหลอดเลือด	0.74	2.24	3.16	5.70	2.72
ติดเชื้	3.53	1.25	0.93	1.21	1.75
ผิวหนัง	3.61	2.86	2.08	2.61	2.77
ภูมิแพ้	0.62	1.00	0.89	0.47	0.77
ปาก หู คอ จมูก ตา หัน	4.70	4.23	3.46	3.82	4.05
อวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	3.33	1.95	1.65	0.57	1.99
การคลอดบุตร	0.51	0.51	0.05		0.28
ต่อมไทรอยด์	1.00	0.67	1.45	2.91	1.38
ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก	6.42	12.86	19.09	26.47	15.42
ระบบประสาท จิตเวช	1.10	1.33	1.58	1.59	1.39
อาการไม่จำแนกชัดอื่นๆ	24.07	27.17	27.06	23.02	25.60
อื่นๆ	0.04	0.01	0.19	0.26	0.11
ไม่ทราบ	0.00	0.11	0.01	0.22	0.07
รวมทั้งสิ้น	2,031,445 (100%)	1,942,489 (100%)	2,367,537 (100%)	1,321,023 (100%)	7,662,494 (100%)

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539

ตารางที่ 11 ร้อยละของการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มโรค และกลุ่มอายุ พ.ศ.2539

กลุ่มโรค/กลุ่มอายุ	13-24 ปี	25-34 ปี	35-49 ปี	50-59 ปี	รวมทั้งสิ้น
ระบบทางเดินหายใจ	53.33	41.55	33.79	22.89	37.42
ระบบทางเดินอาหาร	9.89	11.97	11.95	12.29	11.56
ระบบทางเดินปัสสาวะ/ตับ/ถุงน้ำดี/ม้าม	1.18	2.46	2.41	2.47	2.16
หัวใจหลอดเลือด	1.52	2.38	6.93	11.24	5.69
ติดเชื้	2.84	1.45	1.02	0.72	1.46
ผิวหนัง	1.00	0.54	0.66	1.24	0.85
ภูมิแพ้	1.85	1.85	1.37	0.85	1.46
ปาก หู คอ จมูก ตา หัน	3.14	5.09	2.96	2.37	3.33
อวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	0.29	1.45	1.46	0.75	1.03
การคลอดบุตร	0.83	0.41	0.05		0.30
ต่อมไทรอยด์	1.06	1.45	2.64	6.28	2.86
ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก	5.03	7.70	14.52	22.21	12.64
ระบบประสาท จิตเวช	2.47	1.20	2.08	1.05	1.74
อาการไม่จำแนกชัดอื่นๆ	14.68	20.03	17.72	15.14	16.94

กลุ่มโรค/กลุ่มอายุ	13-24 ปี	25-34 ปี	35-49 ปี	50-59 ปี	รวมทั้งสิ้น
อื่นๆ	0.89	0.48	0.42	0.51	0.56
รวมทั้งสิ้น	1,157,709 (100%)	1,119,276 (100%)	1,655,986 (100%)	1,171,482 (100%)	5,104,453 (100%)

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539

1.2.1.3 จำแนกตามภาค

เมื่อพิจารณาในแต่ละภาคพบว่า ในปี 2534 ร้อยละของประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายสูงสุดในภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 25.33 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนืออัตราร้อยละ 22.18 ภาคกลาง (ไม่รวมกทม.) ร้อยละ 18.00 ภาคใต้ร้อยละ 17.02 และกทม. ร้อยละ 16.43 (ตารางที่ 12)

ในปี 2539 พบว่าร้อยละของประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายลดลงจากปี 2534 ทุกภาค คือ ในภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 14.54 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 13.84 ภาคใต้ร้อยละ 13.11 ภาคกลาง (ไม่รวมกทม.) ร้อยละ 11.52 และกทม.ร้อยละ 7.29 (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 การเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามภาค พ.ศ.2534 และ พ.ศ.2539

ภาค	พ.ศ.2534					พ.ศ.2539				
	ป่วย		ไม่ป่วย		รวมทั้งสิ้น	ป่วย		ไม่ป่วย		รวมทั้งสิ้น
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
เหนือ	1,866,956	25.33	5,504,446	74.67	7,371,402	1,114,144	14.54	6,549,203	85.46	7,663,347
ตอ.เฉียงเหนือ	2,815,713	22.18	9,880,650	77.82	12,696,363	1,870,279	13.84	11,645,736	86.16	13,516,014
ใต้	779,260	17.02	3,800,237	82.98	4,579,497	666,427	13.11	4,415,332	86.89	5,081,758
กลาง (ไม่รวม กทม.)	1,459,392	18.00	6,650,335	82.00	8,109,727	1,067,168	11.52	8,200,459	88.48	9,267,627
กทม.	741,173	16.43	3,770,707	83.57	4,511,880	386,436	7.29	4,917,938	92.71	5,304,373
รวม	7,662,494	20.56	29,606,375	79.44	37,268,869	5,104,453	12.50	35,728,668	87.50	40,833,120

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539

เมื่อพิจารณาประชากรที่รู้สึกป่วยหรือไม่สบาย 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจในแต่ละภาคแยกตามกลุ่มโรคพบว่า ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในปี 2539 เพิ่มขึ้นจากปี 2534 อย่างชัดเจนตามลำดับ ดังนี้ ภาคใต้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.56 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 46.14 ในปี 2539 กทม. เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.53 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 45.24 ในปี 2539 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.86 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 37.82 ในปี 2539 ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.56 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 36.45 ในปี 2539 ภาคเหนือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.55 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 29.76 ในปี 2539 (ตารางที่ 13 และ 14)

ตารางที่ 13 การเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มโรค และภาค พ.ศ.2534

กลุ่มโรค/ภาค	เหนือ	ตอ.เฉียงเหนือ	ใต้	กลาง (ไม่รวมกทม.)	กทม.	รวมทั้งสิ้น
ระบบทางเดินหายใจ	17.55	22.86	33.56	30.56	37.53	25.54
ระบบทางเดินอาหาร	16.33	16.73	11.86	12.55	10.76	14.77
ระบบทางเดินปัสสาวะ/ตับ/ถุงน้ำดี/ม้าม	1.37	1.77	1.24	1.02	0.86	1.39
หัวใจหลอดเลือด	3.05	1.94	2.16	3.86	3.24	2.72
ติดเชื้	1.39	1.52	2.93	2.42	0.97	1.75
ผิวหนัง	3.55	2.61	2.87	2.52	1.84	2.77
ภูมิแพ้	0.76	0.38	0.82	0.86	2.08	0.77
ปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	3.71	4.40	4.82	3.69	3.43	4.05
อวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	1.40	2.42	1.89	2.38	1.12	1.99
การคลอดบุตร	0.29	0.24	0.36	0.31	0.25	0.28
ต่อมไทรอยด์	1.83	1.27	1.42	1.20	1.01	1.38
ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก	17.21	18.86	12.47	11.15	9.40	15.42
ระบบประสาท จิตเวช	1.31	1.37	2.38	1.02	1.35	1.39
อาการไม่แจ้งชัดอื่นๆ	30.05	23.56	20.66	26.22	26.13	25.60
อื่นๆ	0.13	0.06	0.29	0.14	0.05	0.11
ไม่ทราบ	0.08	0.01	0.29	0.11	-	0.07
รวมทั้งสิ้น	1,866,956 (100%)	2,815,713 (100%)	779,260 (100%)	1,459,392 (100%)	741,173 (100%)	7,662,494 (100%)

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534

ตารางที่ 14 การเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มโรค และภาค พ.ศ.2539

กลุ่มโรค/รายภาค	เหนือ	ตอ.เฉียงเหนือ	ใต้	กลาง (ไม่รวมกทม.)	กทม.	รวมทั้งสิ้น
ระบบทางเดินหายใจ	29.76	37.82	46.14	36.45	45.24	37.42
ระบบทางเดินอาหาร	9.71	13.32	10.32	11.22	11.49	11.56
ระบบทางเดินปัสสาวะ/ตับ/ถุงน้ำดี/ม้าม	2.20	3.00	1.48	1.51	0.92	2.16
หัวใจหลอดเลือด	6.29	4.07	5.63	8.34	4.60	5.69
ติดเชื้	1.83	2.04	1.09	0.75	0.16	1.46
ผิวหนัง	0.76	0.72	0.93	1.14	0.74	0.85
ภูมิแพ้	1.77	0.81	1.56	2.08	1.87	1.46
ปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	4.62	1.92	4.49	2.85	5.83	3.33
อวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	0.51	1.53	0.31	1.33	0.52	1.03
การคลอดบุตร	0.09	0.42	0.66	0.03	0.40	0.30
ต่อมไทรอยด์	1.93	3.30	1.85	3.21	4.10	2.86
ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก	15.30	14.88	9.28	9.76	7.84	12.64
ระบบประสาท จิตเวช	2.05	1.93	0.89	1.48	2.10	1.74

กลุ่มโรค/รายการ	เหนือ	ตอ.เฉียงเหนือ	ใต้	กลาง (ไม่รวมกทม.)	กทม.	รวมทั้งสิ้น
อาการไม่แข็งแรงอื่น ๆ	22.51	13.68	14.92	19.38	13.48	16.94
อื่นๆ	0.68	0.54	0.45	0.47	0.72	0.56
รวมทั้งสิ้น	1,114,144 (100%)	1,870,279 (100%)	666,427 (100%)	1,067,168 (100%)	386,436 (100%)	5,104,453 (100%)

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539

1.2.1.4 จำแนกตามกลุ่มอาชีพ

การเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจจำแนกตามกลุ่มอาชีพ ในปี 2534 พบว่าร้อยละของประชากรในกลุ่มอาชีพเกษตรกรเจ็บป่วยสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 22.81 รองลงมาคือกลุ่มอาชีพเกี่ยวกับการค้าร้อยละ 20.70 อาชีพช่าง/แรงงานร้อยละ 19.75 (ตารางที่ 15)

ในปี 2539 ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยตามกลุ่มอาชีพ ลดลงจากปี 2534 ทุกกลุ่มอาชีพ ยกเว้นกลุ่มอาชีพบริหารจัดการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 14.33 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 15.59 ในปี 2539 กลุ่มอาชีพเกษตรกรป่วยหรือรู้สึกไม่สบายลดลงจากร้อยละ 22.81 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 14.75 ในปี 2539 กลุ่มอาชีพบริการ/กีฬา ลดลงจากร้อยละ 19.20 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 12.82 ในปี 2539 (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 การเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มอาชีพ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

กลุ่มอาชีพ	พ.ศ. 2534					พ.ศ. 2539				
	ป่วย		ไม่ป่วย		รวม	ป่วย		ไม่ป่วย		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
วิชาชีพ วิชาการ	169,837	15.04	959,490	84.96	1,129,323	126,473	7.88	1,479,487	92.12	1,605,960
บริหารจัดการ	76,231	14.33	455,883	85.67	532,114	123,200	15.59	666,971	84.41	790,171
เสมียน	143,567	14.79	826,960	85.21	970,528	97,083	7.91	1,131,020	92.09	1,228,103
การค้า	580,696	20.70	2,224,703	79.30	2,805,399	451,180	12.65	3,114,798	87.35	3,565,979
เกษตรกร	4,204,633	22.81	14,228,926	77.19	18,433,559	2,278,571	14.75	13,171,645	85.25	15,450,216
เหมืองแร่ ย่อยหิน	2,593	14.25	15,607	85.75	18,200			13,586	100.00	13,586
ขนส่ง คมนาคม	163,778	17.77	757,976	82.23	921,754	121,902	9.95	1,103,230	90.05	1,225,132
ช่าง แรงงาน	902,750	19.75	3,667,470	80.25	4,570,221	646,293	10.94	5,261,346	89.06	5,907,639
บริการ กีฬา	212,430	19.20	893,746	80.80	1,106,176	167,238	12.82	1,137,137	87.18	1,304,375
อื่นๆ	23,448	16.91	115,215	83.09	138,663	14,990	8.38	163,849	91.62	178,839
ไม่ทำงาน	1,182,534	17.80	5,460,398	82.20	6,642,932	1,077,520	11.27	8,485,600	88.73	9,563,120
รวม	7,662,494	20.56	29,606,375	79.44	37,268,869	5,104,453	12.50	35,728,668	87.50	40,833,120

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539

เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มอาชีพที่รู้สึกป่วยหรือไม่สบายใน 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ พบว่า ในปี 2534 ทุกกลุ่มอาชีพป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจสูงสุด โดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพเหมืองแร่ย่อยหินป่วยหรือรู้สึกไม่สบายด้วยโรคระบบทางเดินหายใจถึงร้อยละ 92.96 รองลงมาคือกลุ่มอาชีพเสมียนร้อยละ 39.69 อาชีพบริหารจัดการร้อยละ 36.11 อาชีพขนส่งและคมนาคมร้อยละ 35.43 และแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้นในปี 2539 ในทุกกลุ่มอาชีพ กลุ่มวิชาชีพ/วิชาการร้อยละ 51.4 อาชีพเสมียนร้อยละ 48.83 ช่าง/แรงงานร้อยละ 44.57 (ตารางที่ 16 และ 17)

ตารางที่ 16 ความเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มโรค และอาชีพ พ.ศ. 2534

กลุ่มโรค/อาชีพ	วิชาชีพ วิชาการ	บริหาร จัดการ	เสมียน	การค้า	เกษตรฯ	เหมือง แร่ย่อย หิน	ขนส่ง คมนาคม	ช่าง แรงงาน	บริการ กีฬา	อื่นๆ	ไม่ทำงาน	รวมทั้งสิ้น
ระบบทางเดินหายใจ	32.10	36.11	39.69	24.89	21.28	92.95	35.43	29.70	33.16	18.94	31.73	25.54
ระบบทางเดินอาหาร	14.96	17.28	13.50	12.51	16.99		15.20	11.43	10.51	26.51	10.98	14.77
ระบบทางเดิน ปัสสาวะ/ตับ/ถุงน้ำดี/ ม้าม	0.82	0.91		0.74	1.72		0.47	0.64	0.80	1.02	1.61	1.39
หัวใจหลอดเลือด	2.47	0.71	2.64	3.27	2.23		2.20	1.74	1.14	5.62	5.43	2.72
ติดเชื้อ	0.58	0.49	0.28	1.55	1.93		1.40	0.72	1.61		2.54	1.75
ผิวหนัง	4.52	1.84	1.00	2.51	2.65		3.85	3.21	0.95	6.41	3.16	2.77
ภูมิแพ้	1.20	3.44	2.44	1.57	0.42		0.91	0.81	1.83	1.82	0.94	0.77
ปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	3.56	7.69	5.37	5.07	3.74		2.65	4.34	5.70	2.12	4.02	4.05
อวัยวะสืบพันธุ์ของ สตรี	1.58	0.26	0.95	2.04	1.90		0.79	1.98	1.45	6.87	2.73	1.99
การคลอดบุตร	0.46	0.28		0.10	0.36			0.19	0.10		0.22	0.28
ต่อมไทรอยด์	2.04	0.94	1.07	1.45	1.30		0.30	1.06	0.61	0.96	2.16	1.38
ระบบกล้ามเนื้อ เส้น เอ็น กระดูก	9.18	12.67	9.05	16.92	17.69		17.79	14.57	10.49	11.42	9.80	15.42
ระบบประสาท จิตเวช	1.59		0.84	0.89	1.32		0.65	0.86	0.36	2.74	2.67	1.39
อาการไม่แข็งแรงอื่นๆ	24.82	17.37	23.17	26.15	26.35	7.05	18.37	28.39	30.76	15.56	21.78	25.60
อื่นๆ	0.11			0.29	0.07			0.36	0.17		0.05	0.11
ไม่ทราบ				0.06	0.05			0.00	0.36		0.18	0.07
รวมทั้งสิ้น (100%)	169,833	76,231	143,567	580,696	4,204,633	2,593	163,778	902,750	212,430	23,448	1,182,534	7,562,494

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534

ตารางที่ 17 การเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มโรค และอาชีพ พ.ศ.2539

กลุ่มโรค/อาชีพ	วิชาชีพ วิชาการ	บริหาร จัด การ	เสมียน	การค้า	เกษตรกรร	ขนส่ง คมนาคม	ช่าง งาน	บริการ กีฬา	อื่นๆ	ไม่ทำงาน	รวมทั้งสิ้น
ระบบทางเดินหายใจ	51.40	36.50	48.83	38.52	34.16	34.65	44.57	44.23	31.70	36.35	37.42
ระบบทางเดินอาหาร	6.68	6.61	15.23	11.87	13.35	12.48	11.12	12.12		8.70	11.56
ระบบทางเดินปัสสาวะ/ตับ/ ถุงน้ำดี/ม้าม	1.76	1.53	0.93	1.99	2.47	4.26	1.51	0.85		2.17	2.16
หัวใจหลอดเลือด	2.84	3.39	3.59	5.44	5.38	4.31	3.75	6.90	6.80	8.36	5.69
ติดเชื้อ	1.06		0.44	0.43	1.36	0.59	1.06	0.42		2.93	1.46
ผิวหนัง	0.22		2.53	0.89	0.96	1.69	0.64	1.02	4.49	0.55	0.85
ภูมิแพ้	5.33	2.51	2.95	1.49	1.03	2.42	1.10	1.32		1.82	1.46
ปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	8.29	2.98	2.06	1.73	3.31	5.64	4.17	0.65	4.89	3.27	3.33
อวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	0.18		1.85	0.33	1.28		0.62	0.28		1.43	1.03
การคลอดบุตร	0.66		0.16	0.37	0.26		0.39			0.38	0.30
ต่อมไทรอยด์		4.23	0.71	3.29	2.65	1.24	1.32	1.81		4.80	2.86
ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก	5.97	8.35	2.27	16.49	14.77	18.31	10.73	12.18		9.47	12.64
ระบบประสาท จิตเวช	1.53	1.53	0.39	0.79	0.82	1.30	0.50	0.69	7.52	5.12	1.74
อาการไม่แจ้งชัดอื่นๆ	14.09	31.99	18.05	16.23	17.80	13.10	17.90	17.52	44.59	13.35	16.94
อื่นๆ		0.38		0.12	0.42		0.63			1.30	0.56
รวมทั้งสิ้น (100%)	126,473	123,200	97,083	451,180	2,278,571	121,902	646,293	167,238	14,990	1,077,520	5,104,453

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539

1.2.2 ภาวะเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจซึ่งไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

1.2.2.1 จำแนกตามเพศ

เมื่อพิจารณาประชากรกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 13-59 ปี) ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ พบว่า ในปี 2534 ประชากรวัยแรงงานเพศชายที่ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 33.46 หญิงร้อยละ 29.50 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2539 กล่าวคือ ประชากรวัยแรงงานเพศชายที่ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 39.57 หญิงร้อยละ 35.00 (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 การเจ็บป่วยจนต้องหยุดกิจวัตรประจำวัน จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

เพศ	พ.ศ. 2534					พ.ศ. 2539				
	หยุด		ไม่หยุด		รวม	หยุด		ไม่หยุด		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ชาย	1,124,461	33.46	2,235,822	66.54	3,360,290	861,937	39.57	1,316,301	60.43	2,178,239
หญิง	1,269,128	29.50	3,033,076	70.50	4,302,204	1,024,253	35.00	1,901,961	65.00	2,926,214
รวม	2,393,596	31.24	5,268,898	68.76	7,662,494	1,886,190	36.95	3,218,262	63.05	5,104,453

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539

1.2.2.2 จำแนกตามกลุ่มอายุ

เมื่อพิจารณาประชากรกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 13-59 ปี) ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ พบว่า ป่วยจนไม่สามารถปฏิบัติภารกิจได้ในปี 2539 เพิ่มขึ้นจากปี 2534 ทุกกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 13-24 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.47 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 43.68 ในปี 2539 กลุ่มอายุ 25-34 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.45 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 38.49 ในปี 2539 กลุ่มอายุ 35-49 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.67 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 33.59 ในปี 2539 และกลุ่มอายุ 50-59 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.68 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 33.59 ในปี 2539 (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 การเจ็บป่วยจนต้องหยุดกิจกรรมประจำวัน จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

กลุ่มอายุ	พ.ศ. 2534					พ.ศ. 2539				
	หยุด		ไม่หยุด		รวม	หยุด		ไม่หยุด		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
13-24 ปี	720,627	35.47	1,310,818	64.53	2,031,445	505,655	43.68	652,054	56.32	1,157,709
25-34 ปี	591,576	30.45	1,350,914	69.55	1,942,489	430,793	38.49	688,482	61.51	1,119,276
35-49 ปี	702,502	29.67	1,665,035	70.33	2,367,537	556,253	33.59	1,099,733	66.41	1,655,986
50-59 ปี	378,892	28.68	942,131	71.32	1,321,023	393,489	33.59	777,993	66.41	1,171,482
รวม	2,393,596	31.24	5,268,898	68.76	7,662,494	1,886,190	36.95	3,218,262	63.05	5,104,453

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539

1.2.2.3 จำแนกตามภาค

ประชากรกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 13-59 ปี) ตามภาคต่างๆ ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจจนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2539 ทุกภาค ยกเว้นภาคใต้ โดยประชากรวัยแรงงานในภาคกลางป่วยจนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.38 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 40.56 ในปี 2539 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.63 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 37.42 ในปี 2539 ภาคเหนือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.31 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 36.72 ในปี 2539 กทม.เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.52 เป็นร้อยละ 33.58 ในปี 2539 ส่วนภาคใต้ลดลงจากร้อยละ 36.67 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 32.20 ในปี 2539 (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 การเจ็บป่วยจนต้องหยุดกิจกรรมประจำวัน กลุ่มอายุ 13-59 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

ภาค	พ.ศ. 2534					พ.ศ. 2539				
	หยุด		ไม่หยุด		รวม	หยุด		ไม่หยุด		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เหนือ	547,269	29.31	1,319,687	70.69	1,866,956	409,162	36.72	704,981	63.28	1,114,144
ตอ.เฉียงเหนือ	862,446	30.63	1,953,267	69.37	2,815,713	699,785	37.42	1,170,494	62.58	1,870,279
ใต้	285,744	36.67	493,516	63.33	779,260	214,584	32.20	451,842	67.80	666,427
กลาง (ไม่รวมกทม.)	516,400	35.38	942,992	64.62	1,459,392	432,875	40.56	634,293	59.44	1,067,168
กทม.	181,738	24.52	559,436	75.48	741,173	129,784	33.58	256,652	66.42	386,436
รวม	2,393,596	31.24	5,268,898	68.76	7,662,494	1,886,190	36.95	3,218,262	63.05	5,104,453

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539

1.2.2.4 จำแนกตามอาชีพ

เมื่อพิจารณาประชากรกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 13-59 ปี) ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามกลุ่มอาชีพ พบว่า ในปี 2539 ทุกกลุ่มอาชีพเจ็บป่วยจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นจากปี 2534 ยกเว้นกลุ่มอาชีพขนส่งและคมนาคมลดลงจากร้อยละ 32.70 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 31.46 ในปี 2539 กลุ่มอาชีพอื่นๆ เจ็บป่วยจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.90 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 52.22 ในปี 2539 อาชีพบริหารจัดการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.60 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 50.04 ในปี 2539 อาชีพช่าง/แรงงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.95 เป็นร้อยละ 43.03 (ตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 การเจ็บป่วยจนต้องหยุดกิจวัตรประจำวัน จำแนกตามกลุ่มอาชีพ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

กลุ่มอาชีพ	2534					2539				
	หยุด		ไม่หยุด		รวม	หยุด		ไม่หยุด		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
วิชาชีพ วิชาการ	26,524	15.62	143,310	84.38	169,833	31,044	24.55	95,429	75.45	126,473
บริหารจัดการ	15,702	20.60	60,529	79.40	76,231	61,644	50.04	61,556	49.96	123,200
เสมียน	32,776	22.83	110,791	77.17	143,567	40,457	41.67	56,626	58.33	97,083
การค้า	139,705	24.06	440,992	75.94	580,696	145,026	32.14	306,154	67.86	451,180
เกษตรกร	1,402,858	33.36	2,801,775	66.64	4,204,633	852,178	37.40	1,426,393	62.60	2,278,571
เหมืองแร่	1,395	53.81	1,197	46.19	2,593					
ย่อยหิน										
ขนส่ง	53,558	32.70	110,220	67.30	163,778	38,355	31.46	83,547	68.54	121,902
คมนาคม										
ช่าง แรงงาน	297,447	32.95	605,304	67.05	902,750	278,093	43.03	368,200	56.97	646,293
บริการ กีฬา	44,246	20.83	168,184	79.17	212,430	45,932	27.47	121,306	72.53	167,238
อื่นๆ	7,715	32.90	15,733	67.10	23,448	7,828	52.22	7,162	47.78	14,990
ไม่ทำงาน	371,671	31.43	810,863	68.57	1,182,534	385,633	35.79	691,888	64.21	1,077,520
รวม	2,393,596	31.24	5,268,898	68.76	7,662,494	1,886,190	36.95	3,218,262	63.05	5,104,453

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539

1.2.3 การเจ็บป่วยจนต้องเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา

(มีเฉพาะข้อมูล ปี พ.ศ. 2539)

การสำรวจเกี่ยวกับการเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา นับรวมการพักรักษาตัวในสถานพยาบาลเนื่องจากการคลอดบุตรด้วย เพราะการคลอดบุตรและพักรักษาตัวมีจำนวนมาก การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลต้องพักรักษาหรือนอนในโรงพยาบาล (อาจเป็นรัฐหรือเอกชนก็ได้) ติดต่อกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

1.2.3.1 จำแนกตามเพศ

จากการสำรวจในปี 2539 พบว่า ร้อยละ 5.73 ของประชากรวัยแรงงานทั้งหมดเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นวัยแรงงานเพศชาย ร้อยละ 4.47 เพศหญิงร้อยละ 6.99 (ตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 การเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2539

เพศ	เคย		ไม่เคย		รวมทั้งสิ้น
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
ชาย	915,103	4.47	19,560,365	95.53	20,475,468
หญิง	1,423,389	6.99	18,934,263	93.01	20,357,652
รวมทั้งสิ้น	2,338,493	5.73	38,494,628	94.27	40,833,120

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539

เมื่อพิจารณาประชากรกลุ่มวัยแรงงานที่พักรักษาตัวในสถานพยาบาลในรอบปีที่แล้ว พบว่า ในกลุ่มวัยแรงงานเพศชาย พักรักษาตัวในสถานพยาบาลด้วยโรคอื่นๆ ร้อยละ 22.25 โรคระบบทางเดินอาหารร้อยละ 21.79 ระบบทางเดินหายใจร้อยละ 13.27 ในเพศหญิงพักรักษาตัวเนื่องจากการคลอดบุตรสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 48.89 ระบบทางเดินอาหารร้อยละ 12.06 และอาการไม่แข็งแรงร้อยละ 5.21 (ตารางที่ 23)

ตารางที่ 23 การเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มโรค พ.ศ. 2539

กลุ่มโรค/เพศ	ชาย	หญิง	รวมทั้งสิ้น
ระบบทางเดินหายใจ	13.27	3.38	7.25
ระบบทางเดินอาหาร	21.79	12.06	15.85
ระบบทางเดินปัสสาวะ/ตับ/ถุงน้ำดี/ม้าม	7.65	4.50	5.73
หัวใจหลอดเลือด	4.46	4.41	4.43
ติดเชื้อ	6.38	3.01	4.33
ผิวหนัง	0.90	0.19	0.47
ภูมิแพ้	0.70	0.87	0.81
ปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	1.62	1.13	1.32
อวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	0.00	4.94	3.03
การคลอดบุตร	0.00	48.89	29.97
ต่อมไทรอยด์	2.63	2.36	2.47
ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก	8.59	3.70	5.60
ระบบประสาท จิตเวช	2.75	1.27	1.85
อาการไม่แข็งแรงอื่นๆ	7.00	5.21	5.91
อื่นๆ (กินยาผิด น้ำร้อนลวก ถูกรถชน)	22.25	4.06	11.13
รวมทั้งสิ้น	908,928 (100%)	1,429,565 (100%)	2,338,492 (100%)

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539

1.2.3.2 จำแนกตามกลุ่มอายุ

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ประชากรวัยแรงงานกลุ่มอายุ 50-59 ปีป่วยจนต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาลร้อยละ 7.46 กลุ่มอายุ 25-34 ปีร้อยละ 6.69 กลุ่มอายุ 35-49 ปีร้อยละ 5.31 กลุ่มอายุ 13-24 ปีร้อยละ 4.75 (ตารางที่ 24)

ตารางที่ 24 การเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539

กลุ่มอายุ	เคย		ไม่เคย		รวมทั้งสิ้น
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
13-24 ปี	656,941	4.75	13,171,875	95.25	13,828,815
25-34 ปี	703,573	6.69	9,818,257	93.31	10,521,830
35-49 ปี	620,288	5.31	11,066,622	94.69	11,686,910
50-59 ปี	357,691	7.46	4,437,874	92.54	4,795,565
รวมทั้งสิ้น	2,338,493	5.73	38,494,628	94.27	40,833,120

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539

เมื่อพิจารณาการเข้าพักรักษาตัวของประชากรกลุ่มวัยแรงงานที่เคยป่วยจนต้องเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ในปี 2539 พบว่า ประชากรกลุ่มอายุ 13-24 ปี และ 25-34 ปี พักรักษาตัวเนื่องจากการคลอดบุตรสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 41.75 และ 50.11 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มอายุ 35-49 ปี และ 50-59 ปี พักรักษาตัวด้วยโรคระบบทางเดินอาหารสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 20.89 และ 20.70 ตามลำดับ

การเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวด้วยสาเหตุรองในกลุ่มอายุ 13-24 ปี ได้แก่ สาเหตุอื่นๆ ,โรคระบบทางเดินอาหาร และระบบกล้ามเนื้อเส้นเอ็นและกระดูก คิดเป็นร้อยละ 17.05 , 12.51 และ 6.21 ตามลำดับ

ในกลุ่มอายุ 25-34 ปี สาเหตุรองคือ โรคระบบทางเดินอาหาร และเหตุอื่นๆ ร้อยละ 12.04 และ 7.58 ตามลำดับ

ในกลุ่มอายุ 35-49 ปี สาเหตุรองคือ การคลอดบุตร, สาเหตุอื่นๆ และ ระบบทางเดินหายใจเป็นร้อยละ 11.45, 10.42 และ 10.14 ตามลำดับ

ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี สาเหตุรองคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ และ ระบบทางเดินปัสสาวะ/ตับ/ถุงน้ำดี/ม้าม คิดเป็นร้อยละ 15.68, 10.78, และ 9.83 ตามลำดับ (ตารางที่ 25)

ตารางที่ 25 การเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มโรค และกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539

กลุ่มโรค/กลุ่มอายุ	13-24 ปี	25-34 ปี	35-49 ปี	50-59 ปี	รวมทั้งสิ้น
ระบบทางเดินหายใจ	4.40	5.49	10.14	10.78	7.23
ระบบทางเดินอาหาร	12.51	12.04	20.89	20.70	15.85
ระบบทางเดินปัสสาวะ/ตับ/ถุงน้ำดี/ม้าม	2.31	3.24	9.81	9.83	5.73
หัวใจหลอดเลือด	0.63	1.23	5.59	15.68	4.43
ติดเชื้อ	6.10	4.08	3.35	3.23	4.32
ผิวหนัง	0.42	0.14	0.60	0.97	0.47

กลุ่มโรค/กลุ่มอายุ	13-24 ปี	25-34 ปี	35-49 ปี	50-59 ปี	รวมทั้งสิ้น
ภูมิแพ้	0.49	0.47	1.16	1.45	0.81
ปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	0.67	0.95	1.62	2.71	1.32
อวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	0.90	3.36	4.74	3.23	3.02
การคลอดบุตร	41.75	50.11	11.45	0.32	29.89
ต่อมไทรอยด์	0.59	0.89	2.63	8.72	2.47
ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก	6.21	3.20	6.80	7.13	5.60
ระบบประสาท จิตเวช	1.53	1.51	2.66	1.66	1.85
อาการไม่แข็งแรงข้ออื่นๆ	4.43	5.70	8.15	5.13	5.91
อื่นๆ	17.05	7.58	10.42	8.45	11.13
รวมทั้งสิ้น	656,941 (100%)	703,573 (100%)	620,288 (100%)	357,691 (100%)	2,338,493 (100%)

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539

ตารางที่ 25.1 ร้อยละของการเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มโรค
กลุ่มอายุ และเพศ พ.ศ. 2539

กลุ่มโรค	13-24 ปี		25-34 ปี		35-49 ปี		50-59 ปี	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ระบบทางเดินหายใจ	7.71	2.39	14.06	2.07	16.42	4.60	15.10	6.89
ระบบทางเดินอาหาร	17.97	9.20	20.85	8.53	26.01	16.37	21.28	20.18
ระบบทางเดินปัสสาวะ/ตับ/ถุงน้ำ ดี/ม้าม	2.90	1.95	6.95	1.75	9.41	10.16	12.45	7.48
หัวใจหลอดเลือด	0.52	0.70	2.34	0.78	4.60	6.47	12.51	18.53
ติดเชื้อ	9.15	4.24	8.56	2.29	4.05	2.73	3.73	2.78
ผิวหนัง	1.04	0.05	0.28	0.08	0.71	0.50	1.74	0.28
ภูมิแพ้		0.78	1.10	0.21	1.19	1.13	0.41	2.38
ปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	0.99	0.48	1.65	0.68	1.94	1.33	1.96	3.39
อวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี		1.45		4.71		8.92		6.14
การคลอดบุตร		67.10		70.12		21.55		0.60
ต่อมไทรอยด์	0.86	0.43	1.49	0.65	1.45	3.67	8.59	8.84
ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก	12.67	2.29	6.88	1.74	6.98	6.64	7.41	6.87
ระบบประสาท จิตเวช	1.65	1.46	4.70	0.24	3.51	1.91	0.77	2.47
อาการไม่แข็งแรงข้ออื่นๆ	6.35	3.26	8.88	4.43	7.21	8.98	5.36	4.92
อื่นๆ	38.18	4.22	22.25	1.72	16.53	5.03	8.69	8.24
รวมทั้งสิ้น	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539

1.2.3.3 จำแนกตามภาค

จากการสำรวจ ในปี 2539 พบว่า อัตราร้อยละของจำนวนประชากรวัยแรงงานที่ป่วยจนต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาในภาคเหนือ ได้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 6.20, 6.09 และ 6.03 ตามลำดับ ภาคกลาง (ไม่รวมกทม.) และ กทม. ร้อยละ 5.54 และ 4.24 ตามลำดับ (ตารางที่ 26)

ตารางที่ 26 การเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาล ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามภาค พ.ศ. 2539

ภาค	เคย		ไม่เคย		รวมทั้งสิ้น
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
เหนือ	475,164	6.20	7,188,183	93.80	7,663,347
ตอ.เฉียงเหนือ	815,215	6.03	12,700,800	93.97	13,516,014
ใต้	309,298	6.09	4,772,461	93.91	5,081,758
กลาง (ไม่รวมกทม.)	513,796	5.54	8,753,831	94.46	9,267,627
กทม.	225,020	4.24	5,079,353	95.76	5,304,373
รวมทั้งสิ้น	2,338,493	5.73	38,494,628	94.27	40,833,120

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539

ประชากรวัยแรงงานที่ป่วยจนต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ในปี 2539 ในทุกภาคพักรักษาตัวในสถานพยาบาลด้วยเหตุของการคลอดบุตรสูงสุด โดยเป็นประชากรในกทม. ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง (ไม่รวมกทม.) และ ภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 43.16, 31.82, 29.42, 27.18 และ 26.08 ตามลำดับ

ประชากรวัยแรงงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง (ไม่รวมกทม.) พักรักษาตัวในสถานพยาบาลด้วยปัญหารองลงมาคือโรคระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 18.65 , 16.47, 15.58 และ 14.46 ตามลำดับ ส่วนปัญหารองลงมาของประชากรวัยแรงงานในกทม. คือป่วยด้วยอาการอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 10.19 (ตารางที่ 27)

ตารางที่ 27 การเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มโรคและภาค พ.ศ. 2539

กลุ่มโรค/รายภาค	เหนือ	ตอ.เฉียงเหนือ	ใต้	กลาง (ไม่รวมกทม.)	กทม.	รวมทั้งสิ้น
ระบบทางเดินหายใจ	4.37	5.91	7.01	12.35	6.64	7.23
ระบบทางเดินอาหาร	16.47	18.65	15.58	14.46	7.89	15.85
ระบบทางเดินปัสสาวะ/ตับ/ถุงน้ำดี/ม้าม	6.81	6.95	4.38	5.32	1.79	5.73
หัวใจหลอดเลือด	5.49	2.86	3.58	5.33	6.97	4.43
ติดเชื้	7.33	3.56	8.60	1.55	1.17	4.32
ผิวหนัง	0.34	0.49		0.85	0.41	0.47
ภูมิแพ้	1.13	0.54	0.16	0.71	2.20	0.81
ปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	1.03	1.60	0.30	1.80	1.22	1.32

อวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	2.67	4.51	2.68	2.09	0.90	3.02
การคลอดบุตร	26.08	29.42	31.82	27.18	43.16	29.89
ต่อมไร้ท่อ	2.27	2.40	1.47	3.07	3.09	2.47
ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก	7.01	6.09	2.48	5.25	5.96	5.60
ระบบประสาท จิตเวช	2.23	1.98	1.74	1.55	1.38	1.85
อาการไม่แข็งแรงข้ออื่นๆ	4.10	6.69	6.16	5.70	7.03	5.91
อื่นๆ	12.67	8.35	14.02	12.77	10.19	11.13
รวมทั้งสิ้น	475,164 (100%)	815,215 (100%)	309,298 (100%)	513,796 (100%)	225,020 (100%)	2,338,493 (100%)

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539

1.2.3.4 จำแนกตามกลุ่มอาชีพ

เมื่อพิจารณาการป่วยจนต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาลตามกลุ่มอาชีพ ในปี 2539 พบว่า อัตราร้อยละของกลุ่มอาชีพเหมืองแร่/ย่อยหินที่ป่วยจนต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาลสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 8.85 รองลงมาได้แก่ กลุ่มที่ไม่ทำงานร้อยละ 7.20 อาชีพเสมียน, วิชาชีพ/วิชาการ, เกษตรกร, และการค้า มีอัตราร้อยละใกล้เคียงกันคือร้อยละ 5.96, 5.77, 5.60, และ 5.36 ตามลำดับ (ตารางที่ 28)

ตารางที่ 28 การเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มอาชีพ พ.ศ. 2539

กลุ่มอาชีพ	เคย		ไม่เคย		รวมทั้งสิ้น
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
วิชาชีพ วิชาการ	92,584	5.77	1,513,376	94.23	1,605,960
บริหารจัดการ	38,751	4.90	751,420	95.10	790,171
เสมียน	73,162	5.96	1,154,940	94.04	1,228,103
การค้า	191,187	5.36	3,374,792	94.64	3,565,979
เกษตรกร	865,743	5.60	14,584,473	94.40	15,450,216
เหมืองแร่ ย่อยหิน	1,203	8.85	12,383	91.15	13,586
ขนส่ง คมนาคม	51,796	4.23	1,173,337	95.77	1,225,132
ช่าง แรงงาน	270,721	4.58	5,636,918	95.42	5,907,639
บริการ กีฬา	62,099	4.76	1,242,276	95.24	1,304,375
อื่นๆ	2,340	1.31	176,499	98.69	178,839
ไม่ทำงาน	688,907	7.20	8,874,213	92.80	9,563,120
รวม	2,338,493	5.73	38,494,628	94.27	40,833,120

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539

ตารางที่ 28.1 ร้อยละของการเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา แยกตามเพศ และกลุ่มอาชีพ พ.ศ. 2539

กลุ่มอาชีพ	เคย		ไม่เคย	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
วิชาชีพ วิชาการ	5.67	2.86	3.62	4.26
บริหารจัดการ	2.80	0.92	3.10	0.77
เสมียน	3.18	3.09	2.69	3.32
การค้า	5.75	9.73	6.88	10.72
เกษตรกร	36.92	37.08	39.12	36.62
เหมืองแร่ ย่อยหิน		0.08	0.05	0.01
ขนส่ง คมนาคม	5.66		5.76	0.25
ช่าง แรงงาน	17.77	7.60	18.08	11.09
บริการ กีฬา	3.13	2.35	2.81	3.65
อื่นๆ	0.08	0.11	0.47	0.45
ไม่ทำงาน	19.03	36.17	17.43	28.87
รวม	100.00	100.00	100.00	100.00

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอาชีพที่มีขนาดปัญหาสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ 3 กลุ่มข้างต้น พบว่า กลุ่มเหมืองแร่/ย่อยหิน พักรักษาตัวเนื่องจากโรคมะเร็ง ร้อยละ 100

กลุ่มที่ไม่ได้ทำงาน พักรักษาตัวเนื่องจากการคลอดบุตรสูงสุด รองลงมาคือโรคระบบทางเดินอาหาร และสาเหตุอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 42.65, 10.60 และ 8.22 ตามลำดับ

กลุ่มอาชีพเสมียนพักรักษาตัวเนื่องจากการคลอดบุตรสูงสุด รองลงมาคือสาเหตุอื่นๆ และ ระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 34.42, 18.00 และ 13.09 ตามลำดับ (ตารางที่ 29)

ตารางที่ 29 การเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มโรค และกลุ่มอาชีพ พ.ศ. 2539

กลุ่มโรค/อาชีพ	วิชาชีพ วิชาการ	บริหาร จัดการ	เสมียน	การค้า	เกษตรฯ	เหมือง แร่/ย่อย หิน	ขนส่ง คมนาคม	ช่าง แรงงาน	บริการ กีฬา	อื่นๆ	ไม่ ทำงาน	รวมทั้งสิ้น
ระบบทางเดินหายใจ	31.16	9.87	4.08	6.52	6.41		23.58	6.67	3.95		4.74	7.23
ระบบทางเดินอาหาร	11.49	16.43	13.09	11.72	19.99		22.98	18.64	21.05		10.60	15.85
ระบบทางเดินปัสสาวะ/ ตับ/ถุงน้ำดี/ม้าม	3.79	5.48	3.95	5.75	7.68		16.18	4.10	9.89		3.23	5.73
หัวใจหลอดเลือด	0.91	8.14	3.32	6.32	4.33		3.36	3.85	2.44		4.92	4.43
ติดเชื้อ	2.75	4.27		3.34	5.19		1.38	1.80	2.06		5.61	4.32
ผิวหนัง			1.27	0.44	0.23		2.50	0.63	0.73		0.54	0.47

กลุ่มโรค/อาชีพ	วิชาชีพ วิชาการ	บริหาร จัดการ	เสมียน	การค้า	เกษตรฯ	เหมือง แร่ย่อย หิน	ขนส่ง คมนาคม	ช่าง แรงงาน	บริการ กีฬา	อื่นๆ	ไม่ ทำงาน	รวมทั้งสิ้น
ภูมิแพ้		0.55	1.60	1.08	0.78	100.00		0.28	1.02		0.88	0.81
ปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	2.63	5.69		2.30	0.80		0.31	1.37	1.91		1.42	1.32
อวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	2.13		3.90	3.09	4.32			1.21	4.35		2.39	3.02
การคลอดบุตร	27.12	16.67	34.42	30.69	25.72		1.19	18.85	22.30	68.24	42.65	29.89
ต่อมไทรอยด์	1.34	4.33	2.74	2.09	2.33		1.50	1.95	2.05		3.08	2.47
ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก	4.88	15.34	1.79	5.76	5.22		7.56	8.31	7.16		4.67	5.60
ระบบประสาท จิตเวช	0.98	1.90	3.09	2.25	0.85			1.12	1.10		3.46	1.85
อาการไม่แข็งแรงข้ออื่นๆ	4.61		8.75	9.71	6.03		6.28	8.98	7.08		3.59	5.91
อื่นๆ	6.21	11.35	18.00	8.93	10.10		13.19	22.23	12.90	31.76	8.22	11.13
รวมทั้งสิ้น (100%)	92,584	38,751	73,162	191,187	865,743	1,203	51,796	270,721	62,099	2,340	688,907	2,338,493

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539

2. การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ

จากการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539 จะพิจารณาลักษณะของการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่ได้รับเพียงเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรงที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ

ในการวิเคราะห์นี้ได้จำแนกวิเคราะห์สาเหตุของการบาดเจ็บและอุบัติเหตุ เป็น (1) การบาดเจ็บหรือได้รับอุบัติเหตุจากยานพาหนะทางบก (2) จากสาเหตุอื่นๆ นอกเหนือจาก (1) ได้แก่ พลัดตกหกล้ม ของมีคมบาด ถูกไฟ/น้ำร้อนลวก ถูกสัตว์มีพิษกัดหรือต่อย อุบัติเหตุจากยานพาหนะทางน้ำ/อากาศ ตกน้ำ/จมน้ำ/อุบัติเหตุทางน้ำ (ยกเว้นการใช้ยานพาหนะทางน้ำ) ไฟฟ้าช็อต การเล่นกีฬา การถูกทำร้ายร่างกาย (3) ไม่ทราบสาเหตุ

2.1 จำแนกตามเพศ

พบว่า อัตราร้อยละของกลุ่มวัยแรงงานที่ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุในปี 2539 ลดลงจากปี 2534 เล็กน้อย คือ ปี 2534 ประชากรวัยแรงงานร้อยละ 2.69 ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ ส่วนในปี 2539 พบร้อยละ 2.15 ถ้าพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่าการบาดเจ็บหรือได้รับอุบัติเหตุในกลุ่มวัยแรงงานเพศชายลดลงจากร้อยละ 3.53 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 2.87 ในปี 2539 เพศหญิงลดลงจากร้อยละ 1.84 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 1.43 ในปี 2539 (ตารางที่ 30) ตารางที่ 30 การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ ในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

เพศ	พ.ศ.2534					พ.ศ.2539				
	เคย		ไม่เคย		รวม	เคย		ไม่เคย		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ชาย	660,975	3.53	18,049,770	96.47	18,710,745	588,372	2.87	19,887,096	97.13	20,475,468
หญิง	342,384	1.84	18,215,740	98.16	18,558,124	291,045	1.43	20,066,607	98.57	20,357,652
รวม	1,003,359	2.69	36,265,510	97.31	37,268,869	879,417	2.15	39,953,703	97.85	40,833,120

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

การบาดเจ็บและประสิทธิผลจากยานพาหนะทางบกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.89 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 33.51 ในเพศชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.40 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 36.91 ในปี 2539 เพศหญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.03 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 26.66 ในปี 2539 (ตารางที่ 31)

ตารางที่ 31 ประชากรวัยแรงงานที่ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ ในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามสาเหตุ และเพศ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

เพศ	พ.ศ.2534					พ.ศ.2539						
	ยานพาหนะทางบก		อื่นๆ		รวม	ยานพาหนะทางบก		อื่นๆ		ไม่ทราบสาเหตุ		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ชาย	181,120	27.40	479,855	72.60	660,975	217,140	36.91	370,803	63.02	428	0.07	588,372
หญิง	68,591	20.03	273,792	79.97	342,384	77,580	26.66	213,465	73.34			291,045
รวม	249,712	24.89	753,647	75.11	1,003,359	294,720	33.51	584,268	66.44	428	0.05	879,417

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

2.2 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มได้รับบาดเจ็บและอุบัติเหตุลดลง ยกเว้นกลุ่มอายุ 50-59 ปี ได้รับบาดเจ็บและอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.20 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 3.16 ในปี 2539 (ตารางที่ 32)

ตารางที่ 32 การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ ในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

กลุ่มอายุ	พ.ศ.2534					พ.ศ.2539				
	เคย		ไม่เคย		รวม	เคย		ไม่เคย		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
13-24 ปี	417,946	2.85	14,248,876	97.15	14,666,821	298,005	2.15	13,530,810	97.85	13,828,815
25-34 ปี	258,531	2.61	9,637,582	97.39	9,896,113	210,432	2.00	10,311,398	98.00	10,521,830
35-49 ปี	244,718	2.73	8,731,835	97.27	8,976,553	219,500	1.88	11,467,410	98.12	11,686,910
50-59 ปี	82,164	2.20	3,647,217	97.80	3,729,382	151,480	3.16	4,644,085	96.84	4,795,565
รวม	1,003,359	2.69	36,265,510	97.31	37,268,869	879,417	2.15	39,953,703	97.85	40,833,120

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

เมื่อพิจารณาตามสาเหตุของการบาดเจ็บหรือได้รับอุบัติเหตุ พบว่า ร้อยละของกลุ่มวัยแรงงานที่ได้รับบาดเจ็บจากยานพาหนะทางบกทุกกลุ่มอายุ ในปี 2539 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2534 กลุ่มอายุ 13-24 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ คือเพิ่มจากร้อยละ 27.64 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 48.22 ในปี 2539 (ตารางที่ 33)

ตารางที่ 33 ประชากรวัยแรงงานที่ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามสาเหตุ และกลุ่มอายุ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

กลุ่มอายุ	2534					2539						
	ยานพาหนะทางบก		อื่นๆ		รวม	ยานพาหนะทางบก		อื่นๆ		ไม่ทราบสาเหตุ		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
13-24 ปี	115,514	27.64	302,431	72.36	417,946	143,707	48.22	154,299	51.78			298,005
25-34 ปี	73,682	28.50	184,848	71.50	258,531	62,589	29.74	147,843	70.26			210,432
35-49 ปี	46,143	18.86	198,575	81.14	244,718	58,807	26.79	160,265	73.01	428	0.20	219,500
50-59 ปี	14,372	17.49	67,793	82.51	82,164	29,618	19.55	121,862	80.45			151,480
รวม	249,712	24.89	753,647	75.11	1,003,359	294,720	33.51	584,268	66.44	428	0.05	879,417

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

2.3 จำแนกตามภาค

ร้อยละของประชากรวัยแรงงานที่ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุในปี 2539 ลดลงจากปี 2534 เกือบทุกภาค ยกเว้นภาคกลางเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 2.63 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 2.69 ในปี 2539

ในปี 2539 ร้อยละของประชากรวัยแรงงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ภาคเหนือ, ภาคใต้ และ กทม. ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 2.24, 2.19, 1.93, และ 1.17 ของประชากรวัยแรงงานในแต่ละภาค ตามลำดับ (ตารางที่ 34)

ตารางที่ 34 การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามภาค พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

ภาค	พ.ศ. 2534					พ.ศ. 2539				
	เคย		ไม่เคย		รวม	เคย		ไม่เคย		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เหนือ	213,373	2.89	7,158,029	97.11	7,371,402	167,697	2.19	7,495,650	97.81	7,663,347
ดอ.เฉียงเหนือ	319,034	2.51	12,377,329	97.49	12,696,363	302,528	2.24	13,213,486	97.76	13,516,014
ใต้	135,083	2.95	4,444,414	97.05	4,579,497	97,871	1.93	4,983,887	98.07	5,081,758
กลาง (ไม่รวม กทม.)	212,935	2.63	7,896,792	97.37	8,109,727	249,162	2.69	9,018,465	97.31	9,267,627
กทม.	122,933	2.72	4,388,947	97.28	4,511,880	62,158	1.17	5,242,215	98.83	5,304,373
รวม	1,003,359	2.69	36,265,510	97.31	37,268,869	879,417	2.15	39,953,703	97.85	40,833,120

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

เมื่อพิจารณาร้อยละของประชากรวัยแรงงาน ที่ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจำแนกตามภาคที่มีสาเหตุจากยานพาหนะทางบก ในปี 2539 เพิ่มขึ้นจากปี 2534 ทุกภาค ตามลำดับดังนี้ ร้อยละของประชากรวัยแรงงานในกทม. ที่ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากยานพาหนะทางบก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.73 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 44.63 ในปี 2539 ร้อยละของประชากรวัยแรงงานในภาคเหนือ ที่ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากยานพาหนะทางบก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.59 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 35.88 ในปี 2539 ภาคใต้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.57 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 33.37 ในปี 2539 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เจียงเหนือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.31 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 32.98 ในปี 2539 และภาคกลาง (ไม่รวมกทม.) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.33 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 29.85 ในปี 2539 (ตารางที่ 35)

ตารางที่ 35 ประชากรวัยแรงงานที่ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจำแนกตามสาเหตุและภาค พ.ศ. 2534 และ 2539

ภาค	พ.ศ. 2534					พ.ศ. 2539						
	ยานพาหนะทางบก		อื่นๆ		รวม	ยานพาหนะทางบก		อื่นๆ		ไม่ทราบสาเหตุ		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เหนือ	65,262	30.59	148,111	69.41	213,373	60,163	35.88	107,534	64.12			167,697
ดอ.เจียงเหนือ	55,214	17.31	263,820	82.69	319,034	99,772	32.98	202,757	67.02			302,528
ใต้	41,289	30.57	93,794	69.43	135,083	32,657	33.37	65,214	66.63			97,871
กลาง (ไม่รวมกทม.)	62,457	29.33	150,478	70.67	212,935	74,387	29.85	174,347	69.97	428	0.17	249,162
กทม.	25,490	20.73	97,443	79.27	122,933	27,742	44.63	34,416	55.37			62,158
รวม	249,712	24.89	753,647	75.11	1,003,359	294,720	33.51	584,268	66.44	428	0.05	879,417

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

2.4 จำแนกตามกลุ่มอาชีพ

ร้อยละประชากรกลุ่มวัยแรงงานในแต่ละกลุ่มอาชีพที่เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ 4 อันดับแรก ในปี 2534 อยู่ในกลุ่มอาชีพขนส่งคมนาคม, อาชีพช่าง/แรงงาน, กลุ่มวิชาชีพ/วิชาการ และอาชีพที่เกี่ยวกับการค้า คิดเป็นร้อยละ 4.68, 3.93, 3.06 และ 3.06 ตามลำดับ ในปี 2539 อยู่ในกลุ่มอาชีพบริหารจัดการ, อื่นๆ และ ขนส่งคมนาคม ร้อยละ 5.75, 3.68 และ 3.38 ตามลำดับ (ตารางที่ 36)

ตารางที่ 36 การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ ในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มอาชีพ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

กลุ่มอาชีพ	พ.ศ. 2534					พ.ศ. 2539				
	เคย		ไม่เคย		รวม	เคย		ไม่เคย		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
วิชาชีพ วิชาการ	34,529	3.06	1,094,795	96.94	1,129,323	14,817	0.92	1,591,143	99.08	1,605,960
บริหารจัดการ	12,827	2.41	519,287	97.59	532,114	45,423	5.75	744,748	94.25	790,171
เสมียน	14,813	1.53	955,715	98.47	970,528	11,103	0.90	1,217,000	99.10	1,228,103
การค้า	85,876	3.06	2,719,523	96.94	2,805,399	69,852	1.96	3,496,126	98.04	3,565,979
เกษตรกร	441,463	2.39	17,992,095	97.61	18,433,559	330,140	2.14	15,120,077	97.86	15,450,216
เหมืองแร่ ย่อยหิน			18,200	100.00	18,200			13,586	100.00	13,586
ขนส่ง คมนาคม	43,157	4.68	878,597	95.32	921,754	41,377	3.38	1,133,755	96.62	1,225,132
ช่าง แรงงาน	179,684	3.93	4,390,537	96.07	4,570,221	164,097	2.78	5,743,542	97.22	5,907,639

กลุ่มอาชีพ	พ.ศ.2534					พ.ศ.2539				
	เคย		ไม่เคย		รวม	เคย		ไม่เคย		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บริการ กิจา	31,565	2.85	1,074,611	97.15	1,106,176	25,199	1.93	1,279,176	98.07	1,304,375
อื่นๆ	3,331	2.40	135,332	97.60	138,663	6,577	3.68	172,262	96.32	178,839
ไม่ทำงาน	156,114	2.35	6,486,818	97.65	6,642,932	170,832	1.79	9,392,289	98.21	9,563,120
รวม	1,003,359	2.69	36,265,510	97.31	37,268,869	879,417	2.15	39,953,703	97.85	40,833,120

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอาชีพที่เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ พบว่า ร้อยละของประชากรวัยแรงงานตามกลุ่มอาชีพที่บาดเจ็บและประสบอุบัติเหตุจากยานพาหนะทางบกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ กลุ่มอาชีพขนส่งและคมนาคม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.55 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 56.85 ในปี 2539 รองลงมาคือกลุ่มอาชีพบริการ/กึ่งา เพิ่มจากร้อยละ 32.02 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 47.37 ในปี 2539 กลุ่มไม่ทำงาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.34 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 41.10 ในปี 2539 กลุ่มช่าง/แรงงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.29 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 37.54 ในปี 2539 กลุ่มอาชีพเกษตรฯ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.99 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 30.08 ในปี 2539 และกลุ่มอาชีพที่เกี่ยวกับการค้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.34 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 21.84 ในปี 2539 (ตารางที่ 37)

ตารางที่ 37 ประชากรวัยแรงงานที่ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ ในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามสาเหตุ และกลุ่มอาชีพ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

กลุ่มอาชีพ	พ.ศ. 2534					พ.ศ. 2539						
	ยานพาหนะทางบก		อื่นๆ		รวม	ยานพาหนะทางบก		อื่นๆ		ไม่ทราบสาเหตุ		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
วิชาชีพ	16,465	47.68	18,064	52.32	34,529	2,970	20.05	11,847	79.95			14,817
วิชาการ												
บริหารจัดการ	3,150	24.56	9,677	75.44	12,827	3,745	8.25	41,677	91.75			45,423
การ												
เสมียน	6,046	40.82	8,767	59.18	14,813	3,174	28.58	7,929	71.42			11,103
การค้า	14,889	17.34	70,987	82.66	85,876	15,255	21.84	54,169	77.55	428	0.61	69,852
เกษตรกร	88,245	19.99	353,218	80.01	441,463	99,308	30.08	230,831	69.92			330,140
ขนส่ง	17,932	41.55	25,225	58.45	43,157	23,523	56.85	17,854	43.15			41,377
คมนาคม												
ช่าง แรง	50,829	28.29	128,855	71.71	179,684	61,608	37.54	102,489	62.46	0	0.00	164,097
งาน												
บริการ	10,108	32.02	21,457	67.98	31,565	11,938	47.37	13,262	52.63			25,199
กึ่งา												
อื่นๆ	2,486	74.65	844	25.35	3,331	2,987	45.41	3,590	54.59			6,577
ไม่ทำงาน	39,560	25.34	116,554	74.66	156,114	70,213	41.10	100,619	58.90			170,832
รวม	249,712	24.89	753,647	75.11	1,003,359	294,720	33.51	584,268	66.44	428	0.05	879,417

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

3. ภาวะพิการ

การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ ปี 2534 และ 2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กำหนดให้ความพิการมีความหมายครอบคลุมถึงความบกพร่องหรือความไม่สมประกอบของอวัยวะทางร่างกายและความผิดปกติของสภาวะทางจิตใจ

ลักษณะของความพิการได้จำแนกตามที่จะนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์เป็นหลัก ได้แก่ แขนขาด/ด้วน ขาขาด/ด้วน นิ้วมือขาด/ด้วน นิ้วเท้าขาด/ด้วน ตาบอด 1 ข้าง ตาบอด 2 ข้าง เป็นใบ้ หูตึง หูหนวกทั้ง 2 ข้าง เป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์ ปากแหว่ง และ/หรือเพดานโหว่ แขนขาลีบ/เหยียดงอไม่ได้ เท้าปุก แขนขาดงอ กระดูกสันหลังคดงอ และอื่นๆ

ในการวิเคราะห์นี้ นำเสนอโดยจำแนกเป็นภาวะพิการทางกายและจิตใจ

3.1 จำแนกตามเพศ

ภาวะความพิการทางกายและจิตใจของประชากรกลุ่มวัยแรงงานในปี 2539 มีแนวโน้มลดลงจากปี 2534 เล็กน้อย คือ ลดจากร้อยละ 1.93 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 1.67 ในปี 2539 โดยที่ภาวะความพิการทางกายลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 1.60 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 1.22 ในปี 2539 ส่วนภาวะโรคจิต/วิกลจริตและปัญญาอ่อนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 0.33 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.45 ในปี 2539

เมื่อพิจารณาในแต่ละเพศ พบว่า ร้อยละของประชากรวัยแรงงานเพศชาย มีภาวะความพิการทางกายลดลงจากร้อยละ 2.09 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 1.56 ในปี 2539 ภาวะโรคจิต/ปัญญาอ่อนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.39 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.55 ในปี 2539

ในเพศหญิงมีภาวะความพิการทางกายลดลงจากร้อยละ 1.11 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.88 ในปี 2539 ภาวะโรคจิต/ปัญญาอ่อนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.27 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.35 ในปี 2539 (ตารางที่ 38)

ข้อที่น่าสังเกต คือ ข้อมูลภาวะพิการทางกายในปี พ.ศ. 2539 ลดลงจากปี พ.ศ. 2534 เกือบหนึ่งแสนคน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากปัญหาคุณภาพของข้อมูล

ตารางที่ 38

ลักษณะความพิการ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

เพศ	พ.ศ. 2534						พ.ศ. 2539					
	ไม่พิการ		โรคจิต/ปัญญาอ่อน		พิการทางกาย		ไม่พิการ		โรคจิต/ปัญญาอ่อน		พิการทางกาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	18,246,495	97.52	72,503	0.39	391,341	2.09	20,044,958	97.90	111,688	0.55	318,822	1.56
หญิง	18,302,009	98.62	49,498	0.27	206,218	1.11	20,106,820	98.77	71,872	0.35	178,960	0.88
รวม	36,548,504	98.07	122,001	0.33	597,559	1.60	40,151,777	98.33	183,561	0.45	497,782	1.22

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

3.2 จำแนกตามกลุ่มอายุ

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าภาวะความพิการทางกายมีแนวโน้มลดลงทุกกลุ่มอายุ คือในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ลดลงจากร้อยละ 2.50 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 2.44 ในปี 2539, กลุ่มอายุ 35-49 ปี ลดลงจากร้อยละ 1.68 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 1.19 ในปี 2539, กลุ่มอายุ 25-34 ปี ลดลงจากร้อยละ 1.36 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 1.11 ในปี 2539, กลุ่มอายุ 13-24 ปี ลดลงจากร้อยละ 1.49 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.91 ในปี 2539 (ตารางที่ 39)

ส่วนภาวะโรคจิต/ปัญญาอ่อน ในกลุ่มอายุ 13-24 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.36 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.76 ในปี 2539, กลุ่มอายุ 25-34 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.34 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.41 ในปี 2539, กลุ่มอายุ 35-49 ปี ลดลงจากร้อยละ 0.31 ในปี

2534 เป็นร้อยละ 0.25 ในปี 2539 และกลุ่มอายุ 50-59 ปี ลดลงจากร้อยละ 0.20 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.10 ในปี 2539 (ตารางที่ 39)

ตารางที่ 39 อัตราร้อยละของ ลักษณะความพิการ จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

กลุ่มอายุ	พ.ศ. 2534						พ.ศ. 2539					
	ไม่พิการ		โรคจิต/ปัญญาอ่อน		พิการทางกาย		ไม่พิการ		โรคจิต/ปัญญาอ่อน		พิการทางกาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
13-24 ปี	14,394,510	98.14	53,480	0.36	218,831	1.49	13,597,714	98.33	105,630	0.76	125,472	0.91
25-34 ปี	9,727,881	98.30	33,412	0.34	134,820	1.36	10,361,896	98.48	43,498	0.41	116,436	1.11
35-49 ปี	8,797,516	98.01	27,672	0.31	150,560	1.68	11,518,284	98.56	29,665	0.25	138,961	1.19
50-59 ปี	3,628,597	97.30	7,436	0.20	93,348	2.50	4,673,883	97.46	4,768	0.10	116,913	2.44
รวม	36,548,504	98.07	122,001	0.33	597,559	1.60	40,151,777	98.33	183,561	0.45	497,782	1.22

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

3.3 จำแนกตามภาค

เมื่อพิจารณาภาวะพิการทางกายของกลุ่มวัยแรงงานจำแนกตามภาค มีแนวโน้มลดลงทุกภาค พบว่า ประชากรวัยแรงงานในภาคเหนือลดลงจากร้อยละ 2.04 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 1.58 ในปี 2539, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงจากร้อยละ 1.75 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 1.36 ในปี 2539, ภาคใต้ลดลงจากร้อยละ 1.40 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 1.16 ในปี 2539, ภาคกลาง (ไม่รวมกทม.) ลดลงจากร้อยละ 1.47 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 1.13 ในปี 2539 และกทม. ลดลงจากร้อยละ 0.94 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.54 ในปี 2539 (ตารางที่ 40)

พบภาวะโรคจิต/ปัญญาอ่อนของประชากรวัยแรงงานตามลำดับ ดังนี้ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.38 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.62 ในปี 2539, ภาคใต้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.26 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.47 ในปี 2539, ภาคเหนือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.31 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.44 ในปี 2539 ภาคกลาง (ไม่รวมกทม.) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.35 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.36 ในปี 2539 และ กทม. ลดลงจากร้อยละ 0.25 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.16 ในปี 2539 (ตารางที่ 40)

ตารางที่ 40 ลักษณะความพิการ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

ภาค	พ.ศ. 2534						พ.ศ. 2539					
	ไม่พิการ		โรคจิต/ปัญญาอ่อน		พิการทางกาย		ไม่พิการ		โรคจิต/ปัญญาอ่อน		พิการทางกาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เหนือ	7,198,276	97.65	22,815	0.31	150,311	2.04	7,508,411	97.98	33,713	0.44	121,222	1.58
ต.อ.เฉียงเหนือ	12,426,820	97.88	47,756	0.38	221,787	1.75	13,247,717	98.01	84,121	0.62	184,177	1.36
ใต้	4,503,646	98.34	11,944	0.26	63,906	1.40	4,999,119	98.37	23,945	0.47	58,695	1.16
กลาง (ไม่รวมกทม.)	7,962,528	98.18	28,038	0.35	119,160	1.47	9,129,169	98.51	33,357	0.36	105,100	1.13
กทม.	4,457,234	98.81	11,448	0.25	42,394	0.94	5,267,361	99.30	8,424	0.16	28,588	0.54
รวม	36,548,504	98.07	122,001	0.33	597,559	1.60	40,151,777	98.33	183,561	0.45	497,782	1.22

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

3.4 จำแนกตามกลุ่มอาชีพ

ภาวะความพิการทางกายในแต่ละกลุ่มอาชีพ พบว่า กลุ่มที่ไม่ม้งานทำให้ภาวะความพิการลดลงจากร้อยละ 3.14 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 2.32 ในปี 2539, กลุ่มอาชีพเกษตรลดลงจากร้อยละ 1.46 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 1.07 ในปี 2539 กลุ่มช่าง/แรงงานลดลงจากร้อยละ 1.25 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.95 ในปี 2539

ภาวะโรคจิต/วิกลจริตและปัญญาอ่อน พบในกลุ่มที่ไม่ได้ทำงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.65 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 2.32 ในปี 2539, กลุ่มอาชีพเกษตรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.13 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 0.14 ในปี 2539 (ตารางที่ 41)

ตารางที่ 41 ลักษณะความพิการของประชากรวัยแรงงาน จำแนกตามกลุ่มอาชีพ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

กลุ่มอาชีพ	พ.ศ. 2534						พ.ศ. 2539					
	ไม่พิการ		โรคจิต/ปัญญาอ่อน		พิการทางกาย		ไม่พิการ		โรคจิต/ปัญญาอ่อน		พิการทางกาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิชาชีพ	1,121,767	99.33			7,556	0.67	1,602,790	99.80	930	0.06	2,240	0.14
วิชาการ												
บริหารจัดการ	528,349	99.29			3,765	0.71	786,743	99.57			3,427	0.43
เสมียน	965,126	99.44			5,402	0.56	1,221,495	99.46			6,608	0.54
การค้า	2,776,517	98.97	2,566	0.09	26,317	0.94	3,536,916	99.19	213	0.01	28,850	0.81
เกษตรกร	18,139,692	98.41	24,525	0.13	269,341	1.46	15,262,679	98.79	22,161	0.14	165,356	1.07
เหมืองแร่ ย่อยหิน	18,200	100.00					13,586	100.00				
ขนส่ง คมนาคม	911,532	98.89	145	0.02	10,077	1.09	1,219,559	99.55			5,573	0.45
ช่าง แรงงาน	4,510,084	98.69	2,391	0.05	57,340	1.25	5,849,248	99.01	2,239	0.04	56,152	0.95
บริการ กีฬา	1,096,570	99.13	568	0.05	9,039	0.82	1,297,286	99.46			7,089	0.54
อื่นๆ	138,663	100.00					177,983	99.52			856	0.48
ไม่ทำงาน	6,342,005	95.48	91,807	1.38	208,722	3.14	9,183,492	96.03	157,998	1.65	221,631	2.32
รวม	36,548,504	98.07	122,001	0.33	597,559	1.60	40,151,777	98.33	183,561	0.45	497,782	1.22

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

4. ภาวะเครียด

จากการจำแนกคะแนนภาวะเครียดออกเป็น 3 ระดับ คือ ปกติ, เครียดสูงกว่าปกติ, และเครียดสูงมากเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มอายุ 15-34 ปี มีความเครียดระดับสูงร้อยละ 6.2 สูงกว่ากลุ่มอายุ 35-59 ปี (ร้อยละ 5.5) เล็กน้อย ระดับความเครียดระหว่างพื้นที่ศึกษาของกลุ่มอายุ 35-59 ปี แตกต่างกันเล็กน้อย แต่กลุ่มอายุ 15-34 ปี พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ศึกษา กล่าวคือ ผู้ที่อาศัยอยู่กรุงเทพมหานครมีความเครียดระดับสูงร้อยละ 6.9 สูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ต่างจังหวัดไม่ว่าจะอยู่ในเขตเมืองหรือชนบท (ร้อยละ 4.2-4.3) (ตารางที่ 42)

ตารางที่ 42 เปรียบเทียบระดับความเครียดระหว่างพื้นที่และกลุ่มอายุ

ระดับ	กลุ่มอายุ 15-34 ปี				รวม	กลุ่มอายุ 35-59 ปี				รวม	รวม
ความเครียด	กทม	ต่างจังหวัด			กลุ่มอายุ	กทม	ต่างจังหวัด			กลุ่มอายุ	ทุกกลุ่มอายุ
		เมือง	ชนบท	รวม	15-34 ปี		เมือง	ชนบท	รวม	35-59 ปี	
จำนวนผู้ที่ถูกสำรวจ	860	1,112	1,200	2,312	3,172	820	1,109	1,189	2,298	3,118	6,290
ปกติ %	78.5	87.1	87.4	86.3	84.9	82.2	84.1	86.3	84.7	84.4	84.6
เครียด %	14.7	8.7	8.3	8.8	10.2	11.6	10.3	8.7	9.4	10.0	10.1
เครียดสูง %	6.9	4.2	4.3	4.8	5.0	6.2	5.6	5.0	6.0	5.5	5.3

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของประชาชนไทย ส่วนพัฒนาวิชาการที่ 1

สำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สิงหาคม 2539

5. การดูแลสุขภาพตนเอง

เมื่อมีปัญหาสุขภาพทั่วไป ดูแลตนเองอย่างไร (ผู้ตอบคำถามอาจจะตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) พบว่าร้อยละ 37.4 ของประชากรที่สำรวจซื้อยากินเอง ส่วนที่ดูแลตนเองโดยไม่ใช้ยามีร้อยละ 5.28 และมีการใช้สมุนไพรเพียงร้อยละ 3.16 (ตารางที่ 43)

ตารางที่ 43 การดูแลตนเองของประชากรวัยแรงงาน 13-59 ปี ที่สำรวจ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปรับน้ำหนักประชากรตามพื้นที่ที่สุ่มตัวอย่างและเขตเทศบาล

พื้นที่ที่สุ่มตัวอย่าง	ไม่ทำอะไร	ดูแลตนเองไม่ ใช้ยา	ใช้สมุนไพร	ซื้อยากินเอง
กรุงเทพมหานคร	2.40	9.50	3.40	45.70
ภาคกลาง	2.11	4.72	1.69	33.73
ภาคเหนือ	1.82	3.93	4.99	34.67
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.85	5.76	3.29	39.06
ภาคใต้	1.00	2.58	2.53	34.97
รวม	1.54	5.28	3.16	37.40

ที่มา : การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

6. การใช้บริการในการดูแลสุขภาพ

การใช้บริการต่างๆ ในการดูแลสุขภาพ พบว่า การใช้บริการสถานบริการของรัฐมีอัตราส่วนสูงถึงร้อยละ 64.64 และใช้สถานบริการเอกชนร้อยละ 29.94 ส่วนการใช้บริการจากหมอพื้นบ้านมีเพียงร้อยละ 1.94 เท่านั้น (ตารางที่ 44)

ตารางที่ 44 การรับบริการสุขภาพของประชากรวัยแรงงาน 13-59 ปีที่สำรวจเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปรับน้ำหนักประชากรตามพื้นที่ที่สุ่มตัวอย่างและเขตเทศบาล

พื้นที่ที่สุ่มตัวอย่าง	หมอฟันบ้าน	สถานบริการของรัฐ	สถานบริการเอกชน
กรุงเทพมหานคร	1.60	41.20	47.40
ภาคกลาง	1.54	51.46	34.11
ภาคเหนือ	2.02	78.01	33.92
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2.01	73.60	14.61
ภาคใต้	2.69	69.71	38.68
รวม	1.94	64.64	29.94

ที่มา : การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

7. สาเหตุการตาย

วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ซึ่งวิเคราะห์จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ทั้งนี้ จำแนกตามสาเหตุการตายตามบัญชีตารางพิเศษขององค์การอนามัยโลกใน "บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ" ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 ซึ่งประเทศไทยได้เปลี่ยนการจัดทำสถิติสาเหตุการตายและการป่วยจากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 9 เป็น บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 ตั้งปี พ.ศ. 2537

การวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตาย ได้จำแนกกลุ่มอายุวัยแรงงานเป็น 4 กลุ่มอายุ แต่มีความแตกต่างจากข้อมูลการป่วยบ้าง เนื่องจากความจำกัดของฐานข้อมูล โดยจำแนกกลุ่มอายุเป็น 15-24 ปี แทนที่จะเป็น 13-24 ปี กลุ่มอายุอื่นๆ จำแนกได้ตรงกัน ได้แก่ กลุ่มอายุ 15-24 ปี กลุ่มอายุ 25-34 ปี กลุ่มอายุ 35-49 ปี และกลุ่มอายุ 50-59 ปี

7.1 สาเหตุการตายในภาพรวมกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี)

ในภาพรวมของกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) สาเหตุการตาย 10 อันดับแรก ในปี 2539 และ 2540 คือภาวะหัวใจวายร้อยละ 11.9 และ 14.25 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มวัยแรงงาน ตามลำดับ สาเหตุการตายเนื่องจากความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน ในปี 2540 เพิ่มขึ้นจากปี 2539 คือจากร้อยละ 4.25 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 5.33 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มวัยแรงงาน ในปี 2540 (ตารางที่ 45-46)

สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกในเพศชาย คือภาวะหัวใจวาย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.58 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 13.75 ในปี 2540 รองลงมาในปี 2540 คือ เหตุจากสิ่งแวดล้อมและอุบัติเหตุ อันดับสามคือ ความพิการเกี่ยวกับกลไกภูมิคุ้มกัน (ตารางที่ 47-48)

สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกในเพศหญิง คือภาวะหัวใจวาย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.75 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 15.53 ในปี 2540 รองลงมาคือ เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง พยาธิสภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน และความพิการเกี่ยวกับกลไกภูมิคุ้มกัน (ตารางที่ 47-48)

ที่น่าสนใจคือ สาเหตุการตายจากความพิการเกี่ยวกับกลไกภูมิคุ้มกัน ทั้งในเพศชายและเพศหญิง เลื่อนมาเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ

7.2 สาเหตุการตายในกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 15-24 ปี)

ในภาพรวมของกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 15-24 ปี) สาเหตุการตาย 10 อันดับแรก ในปี 2539 และ 2540 คือ เหตุเกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่นและที่มีได้ระบุไว้ ร้อยละ 15.98 และ 17.97 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้ ในปี 2540 สาเหตุการตายรองลงมาคือ ภาวะหัวใจวาย และอุบัติเหตุจากรถทางบก (ตารางที่ 49-50)

สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกในเพศชาย (อายุ 15-24 ปี) ในปี 2539 และ 2540 คือ เหตุเกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่นและที่มีได้ระบุไว้ ร้อยละ 17.97 และ 20.33 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้ ตามลำดับ ในปี 2540 สาเหตุการตายอันดับรองลงมาคือ อุบัติเหตุจากรถทางบก ภาวะหัวใจวาย (ตารางที่ 51-52)

สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกในเพศหญิง (อายุ 15-24 ปี) ในปี 2539 และ 2540 คือ เหตุเกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่นและที่มีได้ระบุไว้ ร้อยละ 8.86 และ 10.55 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้ ในปี 2540 สาเหตุการตายอันดับรองลงมาคือ ภาวะหัวใจวาย ความพิการเกี่ยวกับกลไกภูมิคุ้มกัน (ตารางที่ 51-52)

7.3 สาเหตุการตายในกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 25-34 ปี)

ในภาพรวมของกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 25-34 ปี) สาเหตุการตาย 10 อันดับแรก ในปี 2539 และ 2540 คือ ภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 10.26 และ 12.17 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้ สาเหตุการตายรองลงมาทั้งในปี 2539 และ 2540 คือ ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.35 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 11.36 ในปี 2540 (ตารางที่ 53-54)

สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกในเพศชาย (อายุ 25-34 ปี) ในปี 2539 และ 2540 คือ ภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 10.06 และ 11.89 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้ ตามลำดับ สาเหตุการตายรองลงมาทั้งในปี 2539 และ 2540 คือ ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.68 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 11.50 ในปี 2540 (ตารางที่ 55-56)

สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกในเพศหญิง (อายุ 25-34 ปี) ในปี 2539 และ 2540 คือ ภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 10.94 และ 13.17 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้ ตามลำดับ สาเหตุการตายรองลงมาในปี 2540 คือ ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.83 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 10.85 (ตารางที่ 55-56)

7.4 สาเหตุการตายในกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 35-49 ปี)

ในภาพรวมของกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 35-49 ปี) สาเหตุการตาย 10 อันดับแรก ในปี 2539 และ 2540 คือ ภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 13.81 และ 15.82 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้ สาเหตุการตายรองลงมาทั้งในปี 2539 และ 2540 คือ เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน ซึ่งลดลงจากร้อยละ 7.88 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 5.03 ในปี 2540 อันดับรองลงมาในปี 2540 คือ เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่งร้อยละ 4.78 ของการตายของกลุ่มอายุนี้ (ตารางที่ 57-58)

สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกในเพศชาย (อายุ 35-49 ปี) ในปี 2539 และ 2540 คือ ภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 13.72 และ 15.82 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้ ตามลำดับ สาเหตุการตายจากความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน เลื่อนอันดับจากสาเหตุการตายอันดับ 6 ในปี 2539 เป็นอันดับที่ 4 ในปี 2540 และ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.08 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 4.85 ในปี 2540 (ตารางที่ 59-60)

สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกในเพศหญิง (อายุ 35-49 ปี) ในปี 2539 และ 2540 คือ ภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 13.65 และ 15.83 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้ ตามลำดับ สาเหตุการตายรองลงมาในปี 2540 คือ เนื้องอก

งอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน ใช้ไม่ทราบสาเหตุ ส่วนสาเหตุการตายจากความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกันซึ่งไม่ปรากฏในสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกในปี 2539 เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 7 ในปี 2540 คิดเป็นร้อยละ 2.71 ของการตายในกลุ่มอายุนี้ (ตารางที่ 59-60)

7.5 สาเหตุการตายในกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 50-59 ปี)

ในภาพรวมของกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 50-59 ปี) สาเหตุการตาย 10 อันดับแรก ในปี 2539 และ 2540 คือ ภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 15.00 และ 18.21 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้ ตามลำดับ สาเหตุการตายรองลงมา คือ เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.59 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 7.09 ในปี 2540 สาเหตุการตายอันดับสามในปี 2540 คือ เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน ซึ่งลดลงจากร้อยละ 9.67 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 6.90 ในปี 2540 (ตารางที่ 61-62)

สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกในเพศชาย (อายุ 50-59 ปี) ในปี 2539 และ 2540 คือ ภาวะหัวใจวายคิดเป็นร้อยละ 15.07 และ 17.70 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้ ตามลำดับ อันดับรองลงมาทั้งปี 2539 และ 2540 คือ เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน เนื้องอกร้ายที่ไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง เนื้องอกร้ายที่ตับและที่ท่อน้ำดีในตับ ซึ่งสาเหตุการตายดังกล่าว มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2539 (ตารางที่ 63-64)

สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกในเพศหญิง (อายุ 50-59 ปี) ในปี 2539 และ 2540 คือ ภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 14.62 และ 18.82 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้ ตามลำดับ สาเหตุการตายรองลงมาในปี 2540 คือ เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน โรคเบาหวาน (ตารางที่ 63-64)

ตารางที่ 45 10 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด กลุ่มอายุ 15-59 ปี ภาพรวมทั้งชายและหญิง พ.ศ. 2539

สาเหตุการตาย	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	18,976	11.90
2. เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	13,098	8.21
3. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่ไม่ได้ระบุไว้	9,908	6.21
4. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	6,776	4.25
5. อุบัติเหตุยานยนต์ไม่ระบุลักษณะ	6,394	4.01
6. อุบัติเหตุอื่นของยานยนต์เกี่ยวกับการชนบนทางหลวง	6,394	4.01
7. อาการทั่วไป	6,179	3.87
8. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	5,474	3.43
9. อุบัติเหตุยานยนต์เกี่ยวกับการชนคนเดินเท้า	3,984	2.50
10. ความพิการอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	3,787	2.37
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	80,970	50.77
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	159,498	100.00

ตารางที่ 46 10 อันดับที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด กลุ่มอายุ 15-59 ปี ภาพรวมทั้งชายและหญิง พ.ศ. 2540

สาเหตุการตาย	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	20,181	14.25
2. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม โดยอุบัติเหตุอื่น และที่ไม่ได้ระบุไว้	9,218	6.55
3. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	7,546	5.33
4. เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	7,448	5.26
5. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	5,931	4.19
6. ใช้ไม่ทราบสาเหตุ	4,167	2.94
7. ความพิการอื่นๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	4,113	2.90
8. ภาวะที่มีปอดเกี่ยวข้องที่จัดจำพวกไว้ที่อื่น	3,876	2.74
9. อุบัติเหตุจากรถทางบก	3,624	2.56
10. เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดี ภายในตับ	3,513	2.48
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	69,679	49.21
รวมทั้งหมดทุกโรค	141,609	100.00

ตารางที่ 47 ร้อยละของสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก กลุ่มอายุ 15 - 59 ปี เปรียบเทียบชาย-หญิง พ.ศ. 2539

ชาย		หญิง	
สาเหตุการตาย	ร้อยละ	สาเหตุการตาย	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	11.58	1. ภาวะหัวใจวาย	12.75
2. เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	7.90	2. เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	9.03
3. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	7.23	3. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	5.45
4. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	4.73	4. อาการทั่วไป	4.47
5. อุบัติเหตุยานยนต์ไม่ระบุลักษณะ	4.73	5. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	3.51
6. อุบัติเหตุอื่นของยานยนต์เกี่ยวกับการชนบนทางหลวง	4.73	6. โรคเบาหวาน	3.08
7. อาการทั่วไป	3.65	7. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	2.96
8. อุบัติเหตุยานยนต์เกี่ยวกับการชนคนเดินเท้า	2.82	8. เลือดเป็นพิษ	2.62
9. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	2.67	9. โรคหัวใจที่กำหนดไม่ชัดเจนและภาวะแทรกซ้อน	2.41
10. ความพิการอื่นๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	2.39	10. ความพิการอื่นๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	2.33
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	52.43	รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	48.63
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00	รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00

ตารางที่ 48 10 อันดับที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุดในปี พ.ศ. 2540 กลุ่มอายุ 15-59 ปี เปรียบเทียบชาย-หญิง

ชาย		หญิง	
สาเหตุการตาย	ร้อยละ	สาเหตุการตาย	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	13.75	1. ภาวะหัวใจวาย	15.53
2. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม โดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	7.68	2. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	6.63
3. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	5.74	3. เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	5.72
4. เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	5.08	4. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	4.29
5. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	3.23	5. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม โดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	3.67
6. อุบัติเหตุจากรถทางบก	2.96	6. ใช้ไม่ทราบสาเหตุ	3.43
7. ภาวะที่มีปอดเกี่ยวข้องที่จัดจำพวกไว้ที่อื่น	2.94	7. ความพิการอื่นๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	2.89
8. ความพิการอื่นๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	2.91	8. เลือดเป็นพิษ	2.84
9. ใช้ไม่ทราบสาเหตุ	2.75	9. โรคเบาหวาน	2.74
10. เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดี ภายในตับ	2.51	10. เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดี ภายในตับ	2.40
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	49.55	รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	50.14
รวมทั้งหมดทุกโรค	100.00	รวมทั้งหมดทุกโรค	100.00

ตารางที่ 49 10 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด กลุ่มอายุ 15-24 ปี ภาพรวมทั้งชายและหญิง พ.ศ. 2539

สาเหตุการตาย	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	4,126	15.98
2. อุบัติเหตุอื่นของยานยนต์เกี่ยวกับการชนบนทางหลวง	2,674	10.36
3. อุบัติเหตุยานยนต์ไม่ระบุลักษณะ	2,674	10.36
4. ภาวะหัวใจวาย	1,670	6.47
5. เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	1,559	6.04
6. อุบัติเหตุยานยนต์เกี่ยวกับการชนคนเดินเท้า	1,504	5.83
7. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	842	3.26
8. อุบัติเหตุยานยนต์เกี่ยวกับการชนกับยานยนต์อื่น	821	3.18
9. อาการทั่วไป	691	2.68
10. ผลระยะล่าช้าจากทำลายด้วยเจตนาโดยบุคคลอื่น ๆ	680	2.63
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	17,241	66.79
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	25,813	100.00

ตารางที่ 50 10 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด กลุ่มอายุ 15-24 ปี ภาพรวมทั้งชายและหญิง พ.ศ. 2540

สาเหตุการตาย	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	3,724	17.97
2. ภาวะหัวใจวาย	1,708	8.24
3. อุบัติเหตุจากรถทางบก	1,433	6.92
4. อุบัติเหตุยานยนต์เกี่ยวกับการชนคนเดินเท้า	976	4.71
5. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	806	3.89
6. เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	769	3.71
7. ความพิการอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	648	3.13
8. การฆ่าตัวตายและทำตัวเองตายด้วยการแขวนคอ	638	3.08
9. อุบัติเหตุยานยนต์เกี่ยวกับการชนกับยานยนต์อื่น	503	2.43
10. อุบัติเหตุจากการตกน้ำตาย และการจมน้ำ	433	2.09
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	11,638	56.17
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	20,719	100.00

ตารางที่ 51 ร้อยละของสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก กลุ่มอายุ 15-24 ปี เปรียบเทียบชาย-หญิง พ.ศ. 2539

ชาย		หญิง	
สาเหตุการตาย	ร้อยละ	สาเหตุการตาย	ร้อยละ
1. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	17.97	1. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	8.86
2. อุบัติเหตุยานยนต์ไม่ระบุลักษณะ	11.87	2. ภาวะหัวใจวาย	8.34
3. อุบัติเหตุอื่นของยานยนต์เกี่ยวกับการชนบนทางหลวง	11.87	3. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	8.08
4. อุบัติเหตุยานยนต์เกี่ยวกับการชนคนเดินเท้า	6.41	4. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	5.79
5. ภาวะหัวใจวาย	5.91	5. อุบัติเหตุยานยนต์ไม่ระบุลักษณะ	4.96
6. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	5.43	6. อุบัติเหตุอื่นของยานยนต์เกี่ยวกับการชนบนทางหลวง	4.96
7. อุบัติเหตุยานยนต์เกี่ยวกับการชนกับยานยนต์อื่น	3.62	7. อาการทั่วไป	4.21
8. ผลระยะล่าถูกทำร้ายด้วยเจตนาโดยบุคคลอื่น ๆ	2.97	8. อุบัติเหตุยานยนต์เกี่ยวกับการชนคนเดินเท้า	3.73
9. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	2.52	9. การฆ่าตัวตายและการวางยาตัวเองเป็นพิษด้วยสารที่เป็นของแข็งหรือ	2.86
10. การฆ่าตัวตายและทำตัวเองตายด้วยการแขวนคอ	2.38	10. ความพิการอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	2.44
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	70.94	รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	54.23
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00	รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00

ตารางที่ 52 ร้อยละของสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก กลุ่มอายุ 15-24 ปี เปรียบเทียบชาย-หญิง พ.ศ. 2540

ชาย		หญิง	
สาเหตุการตาย	ร้อยละ	สาเหตุการตาย	ร้อยละ
1. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	20.33	1. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	10.55
2. อุบัติเหตุจากรถทางบก	7.95	2. ภาวะหัวใจวาย	10.28
3. ภาวะหัวใจวาย	7.60	3. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	7.60
4. อุบัติเหตุยานยนต์เกี่ยวกับการชนคนเดินเท้า	5.22	4. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	4.43
5. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	3.48	5. อุบัติเหตุจากรถทางบก	3.67
6. การฆ่าตัวตายและทำตัวเองตายด้วยการแขวนคอ	3.36	6. ใช้ไม่ทราบสาเหตุ	3.41
7. ความพิการอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	3.08	7. ความพิการอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	3.29
8. อุบัติเหตุยานยนต์เกี่ยวกับการชนกับยานยนต์อื่น	2.86	8. อุบัติเหตุยานยนต์เกี่ยวกับการชนคนเดินเท้า	3.11
9. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	2.71	9. ภาวะที่มีปอดเกี่ยวข้องที่จัดจำพวกไว้ที่อื่น	2.71
10. อุบัติเหตุยานยนต์เนื่องจากเสียความควบคุม	2.31	10. เลือดเป็นพิษ	2.65
11. อุบัติเหตุยานยนต์ไม่เกี่ยวกับการชนชนคนขึ้นหรือลง	2.31		
12. อุบัติเหตุยานอื่น ๆ บนท้องถนน	2.31		
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	63.51	รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	51.68
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00	รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00

ตารางที่ 53 10 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด กลุ่มอายุ 25 - 34 ปี ภาพรวมทั้งชายและหญิง พ.ศ. 2539

สาเหตุการตาย	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	4,316	10.26
2. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	3,932	9.35
3. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	3,693	8.78
4. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	2,715	6.46
5. อุบัติเหตุอื่นของยานยนต์เกี่ยวกับการชนบนทางหลวง	1,820	4.33
6. อุบัติเหตุยานยนต์ไม่ระบุลักษณะ	1,820	4.33
7. อากาห์ทั่วไป	1,692	4.02
8. ภาวะที่มีปอดเกี่ยวข้องที่จัดจำพวกไว้ที่อื่น	1,381	3.28
9. ปอดอักเสบจุลินทรีย์ไม่ระบุจำเพาะ	1,202	2.86
10. อุบัติเหตุยานยนต์เกี่ยวกับการชนคนเดินเท้า	1,135	2.70
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	23,706	56.37
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	42,053	100.00

ตารางที่ 54 10 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด กลุ่มอายุ 25 - 34 ปี ภาพรวมทั้งชายและหญิง พ.ศ. 2540

สาเหตุการตาย	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	4,868	12.17
2. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	4,544	11.36
3. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	2,670	6.67
4. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	1,978	4.94
5. ภาวะที่มีปอดเกี่ยวข้องที่จัดจำพวกไว้ที่อื่น	1,712	4.28
6. ใช้ไม่ทราบสาเหตุ	1,231	3.08
7. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	1,057	2.64
8. ปอดอักเสบจุลินทรีย์ไม่ระบุจำเพาะ	1,029	2.57
9. ความพิการอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	1,024	2.56
10. อุบัติเหตุจากรถทางบก	996	2.49
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	21,109	52.76
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	40,013	100.00

ตารางที่ 55 ร้อยละของสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก กลุ่มอายุ 25-34 ปี เปรียบเทียบชาย-หญิง พ.ศ. 2539

ชาย		หญิง	
สาเหตุการตาย	ร้อยละ	สาเหตุการตาย	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	10.06	1. ภาวะหัวใจวาย	10.91
2. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	9.68	2. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	8.50
3. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	8.81	3. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	7.83
4. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มิได้ระบุไว้	6.84	4. อาการทั่วไป	4.83
5. อุบัติเหตุอื่นของยานยนต์เกี่ยวกับการชนบนทางหลวง	4.62	5. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มิได้ระบุไว้	4.76
6. อุบัติเหตุยานยนต์ไม่ระบุลักษณะ	4.62	6. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	3.59
7. อาการทั่วไป	3.81	7. ภาวะที่มีปอดเกี่ยวข้องที่จัดจำพวกไว้ที่อื่น	3.19
8. ภาวะที่มีปอดเกี่ยวข้องที่จัดจำพวกไว้ที่อื่น	3.29	8. อุบัติเหตุอื่นของยานยนต์เกี่ยวกับการชนบนทางหลวง	3.06
9. ปอดอักเสบจุลินทรีย์ไม่ระบุจำเพาะ	2.86	9. อุบัติเหตุยานยนต์ไม่ระบุลักษณะ	3.06
10. อุบัติเหตุยานยนต์เกี่ยวกับการชนคนเดินเท้า	2.78	10. ปอดอักเสบจุลินทรีย์ไม่ระบุจำเพาะ	2.81
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	57.36	รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	52.55
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00	รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00

ตารางที่ 56 ร้อยละของสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก กลุ่มอายุ 25-34 ปี เปรียบเทียบชาย-หญิง พ.ศ. 2539

ชาย		หญิง	
สาเหตุการตาย	ร้อยละ	สาเหตุการตาย	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	11.89	1. ภาวะหัวใจวาย	13.17
2. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	11.50	2. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	10.85
3. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มิได้ระบุไว้	7.37	3. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	5.03
4. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	4.92	4. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มิได้ระบุไว้	4.13
5. ภาวะที่มีปอดเกี่ยวข้องที่จัดจำพวกไว้ที่อื่น	4.45	5. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	4.00
6. ใช้ไม่ทราบสาเหตุ	2.89	6. ใช้ไม่ทราบสาเหตุ	3.78
7. อุบัติเหตุจากรถทางบก	2.63	7. ภาวะที่มีปอดเกี่ยวข้องที่จัดจำพวกไว้ที่อื่น	3.66
8. ความพิการอื่นๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	2.60	8. เลือดเป็นพิษ	3.24
9. ปอดอักเสบจุลินทรีย์ไม่ระบุจำเพาะ	2.51	9. ปอดอักเสบจุลินทรีย์ไม่ระบุจำเพาะ	2.81
10. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	2.27	10. ความพิการอื่นๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	2.40
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	53.02	รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	53.06
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00	รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00

ตารางที่ 57 10 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด กลุ่มอายุ 35-49 ภาพรวมทั้งชายและหญิง พ.ศ. 2539

สาเหตุการตาย	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	7,137	13.81
2. เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	4,072	7.88
3. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	2,215	4.29
4. อาการทั่วไป	2,130	4.12
5. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	2,119	4.10
6. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	1,800	3.48
7. โรคตับและตับแข็งเรื้อรัง	1,585	3.07
8. อุบัติเหตุยานยนต์ไม่ระบุลักษณะ	1,431	2.77
9. อุบัติเหตุอื่นของยานยนต์เกี่ยวกับการชนบนทางหลวง	1,431	2.77
10. ความพิการอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	1,374	2.66
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	25,294	48.95
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	51,678	100.00

ตารางที่ 58 10 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด กลุ่มอายุ 35-49 ภาพรวมทั้งชายและหญิง พ.ศ. 2540

สาเหตุการตาย	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	7,439	15.82
2. เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	2,365	5.03
3. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	2,247	4.78
4. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	2,180	4.64
5. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	1,996	4.24
6. ความพิการอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	1,537	3.27
7. ใช้ไม่ทราบสาเหตุ	1,402	2.98
8. เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีภายในตับ	1,384	2.94
9. โรคตับและตับแข็งเรื้อรัง	1,276	2.71
10. ภาวะที่มีปอดเกี่ยวข้องที่จัดจำพวกไว้ที่อื่น	1,212	2.58
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	23,038	48.99
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	47,022	100.00

ตารางที่ 59 ร้อยละของสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก กลุ่มอายุ 35-49 ปี เปรียบเทียบชาย-หญิง พ.ศ. 2539

ชาย		หญิง	
สาเหตุการตาย	ร้อยละ	สาเหตุการตาย	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	13.72	1. ภาวะหัวใจวาย	13.65
2. เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	7.73	2. เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	8.03
3. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	4.76	3. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	6.54
4. อาการทั่วไป	3.93	4. อาการทั่วไป	4.47
5. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	3.08	5. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	2.97
6. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	4.08	6. โรคเบาหวาน	2.79
7. โรคตับและตับแข็งเรื้อรัง	3.33	7. เลือดเป็นพิษ	2.75
8. อุบัติเหตุยานยนต์ไม่ระบุลักษณะ	3.13	8. โรคหัวใจที่กำหนดไม่ชัดเจนและภาวะแทรกซ้อน	2.66
9. อุบัติเหตุอื่นของยานยนต์เกี่ยวกับการชนบนทางหลวง	3.13	9. ความพิการอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	2.46
10. ความพิการอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	2.71	10. มะเร็งในตำแหน่งที่อวัยวะย่อยอาหาร	2.40
		11. เนื้องอกร้ายที่อื่น ๆ	2.40
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	49.59	รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	51.12
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00	รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00

ตารางที่ 60 ร้อยละของสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก กลุ่มอายุ 35-49 ปี เปรียบเทียบชาย-หญิง พ.ศ. 2540

ชาย		หญิง	
สาเหตุการตาย	ร้อยละ	สาเหตุการตาย	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	15.82	1. ภาวะหัวใจวาย	15.83
2. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	5.27	2. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	7.89
3. เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	4.92	3. เหตุพยาธิสภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	5.30
4. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	4.85	4. ใช้ไม่ทราบสาเหตุ	3.20
5. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	3.55	5. ความพิการอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	3.17
6. ความพิการอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	3.31	6. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	3.04
7. เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีภายในตับ	3.07	7. ความพิการเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน	2.71
8. โรคตับและตับแข็งเรื้อรัง	2.91	8. เลือดเป็นพิษ	2.68
9. ใช้ไม่ทราบสาเหตุ	2.90	9. โรคเบาหวาน	2.65
10. ภาวะที่มีปอดเกี่ยวข้องที่จัดจำพวกไว้ที่อื่น	2.88	10. เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีภายในตับ	2.62
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	49.47	รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	49.08
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00	รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00

ตารางที่ 61 10 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด กลุ่มอายุ 50-59 ปี ภาพรวมทั้งชายและหญิง พ.ศ. 2539

สาเหตุการตาย	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	5,853	15.00
2. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	3,774	9.67
3. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	2,180	5.59
4. อากาการทั่วไป	1,666	4.27
5. เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีภายในตับ	1,613	4.13
6. โรคตับและตับแข็งเรื้อรัง	1,478	3.79
7. โรคเบาหวาน	1,359	3.48
8. มะเร็งในตำแหน่งที่อธิบายย่อยอาหาร	1,109	2.84
9. เนื้องอกร้ายที่อื่น ๆ	1,109	2.84
10. เลือดออกในสมองใหญ่	971	2.49
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	21,112	54.10
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	39,027	100.00

ตารางที่ 62 10 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด กลุ่มอายุ 50-59 ปี ภาพรวมทั้งชายและหญิง พ.ศ. 2540

สาเหตุการตาย	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	6,166	18.21
2. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	2,400	7.09
3. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	2,335	6.90
4. เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีภายในตับ	1,802	5.32
5. โรคเบาหวาน	1,131	3.34
6. โรคตับและตับแข็งเรื้อรัง	1,117	3.30
7. ใช้ไม่ทราบสาเหตุ	1,102	3.26
8. ความผิดปกติอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	904	2.67
9. เลือดออกในสมองใหญ่	889	2.63
10. เลือดเป็นพิษ	793	2.34
11. รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	18,639	55.06
12. รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	33,855	100.00

ตารางที่ 63 10 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด กลุ่มอายุ 50-59 ภาพรวมทั้งชายและหญิง พ.ศ. 2539

ชาย		หญิง	
สาเหตุการตาย	ร้อยละ	สาเหตุการตาย	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	15.07	1. ภาวะหัวใจวาย	14.62
2. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	8.94	2. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	10.71
3. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	4.84	3. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	6.74
4. เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีภายในตับ	4.58	4. โรคเบาหวาน	5.76
5. โรคตับและตับแข็งเรื้อรัง	4.27	5. อาการทั่วไป	4.37
6. อาการทั่วไป	4.16	6. เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีภายในตับ	3.31
7. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	2.71	7. มะเร็งในตำแหน่งที่อธิบายย่อยอาหาร	3.04
8. มะเร็งในตำแหน่งที่อธิบายย่อยอาหาร	2.69	8. เนื้องอกร้ายที่อื่น ๆ	3.04
9. เนื้องอกร้ายที่อื่น ๆ	2.69	9. โรคตับและตับแข็งเรื้อรัง	2.91
10. เลือดออกในสมองใหญ่	2.62	10. เลือดเป็นพิษ	2.72
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	52.57	รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	57.22
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00	รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00

ตารางที่ 64 10 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด กลุ่มอายุ 50-59 ภาพรวมทั้งชายและหญิง พ.ศ. 2540

ชาย		หญิง	
สาเหตุการตาย	ร้อยละ	สาเหตุการตาย	ร้อยละ
1. ภาวะหัวใจวาย	17.70	1. ภาวะหัวใจวาย	18.82
2. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	10.51	2. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	8.66
3. เนื้องอกร้ายไม่ระบุจำเพาะตำแหน่ง	5.68	3. เหตุพยาธิภาพและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจน	7.12
4. เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีภายในตับ	5.38	4. โรคเบาหวาน	5.26
5. โรคตับและตับแข็งเรื้อรัง	5.02	5. เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีภายในตับ	4.09
6. อาการทั่วไป	4.89	6. ใช้ไม่ทราบสาเหตุ	3.45
7. เหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมโดยอุบัติเหตุอื่น และที่มีได้ระบุไว้	3.18	7. เลือดเป็นพิษ	2.81
8. มะเร็งในตำแหน่งที่อธิบายย่อยอาหาร	3.16	8. ความพิการอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนเลือด	2.76
9. เนื้องอกร้ายที่อื่น ๆ	3.16	9. เลือดออกในสมองใหญ่	2.43
10. เลือดออกในสมองใหญ่	3.08	10. โรคตับและตับแข็งเรื้อรัง	2.25
		11. ไตวายไม่ระบุจำเพาะ	2.25
รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	61.77	รวมทั้งสิ้น (เฉพาะ 10 อันดับแรก)	59.91
รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00	รวมทั้งหมด (ทุกโรค)	100.00

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของประชาชนไทย สิงหาคม 2539 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539 : 29, 57
- กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2540
- สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 : 67-70.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539. กรุงเทพฯ :
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534. กรุงเทพฯ :

บทที่ 3

ภาวะสุขภาพของประชากรวัยแรงงานที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน

บทที่ 3.

ภาวะสุขภาพของประชากรวัยแรงงานที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน

ความเจ็บป่วยและโรคที่เกิดขึ้นกับประชากรวัยแรงงานมีสาเหตุมากมายทั้งปัจจัยทางด้านเคมี ด้านชีวภาพ และ กายภาพ เช่น วัตถุพิษและสารเคมีในการผลิต (ตัวทำละลายต่าง ๆ, แอมโมเนีย, ตะกั่ว เป็นต้น), การติดเชื้อโรค, การบาดเจ็บจากอุปกรณ์และเครื่องมือขณะทำงาน ปัญหาความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการประกอบอาชีพสามารถเกิดได้กับกลุ่มผู้ใช้แรงงานหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ประกอบการภาคเกษตรกรรม, อุตสาหกรรมและภาคบริการ เป็นต้น

สำหรับรายงานสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชากรวัยแรงงานที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน มีแหล่งข้อมูลหลายแหล่งและมีการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลต่างกัน แหล่งข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นโรคจากการประกอบอาชีพจากรายงานครั้งนี้ส่วนใหญ่มาจากข้อมูลการเฝ้าระวังโรค ร.ร. 506 ของกองระบาดวิทยาซึ่งมีรายงานเป็น 7 กลุ่มโรค, ส่วนข้อมูลการบาดเจ็บจากการทำงานใช้ฐานข้อมูลจากกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม โดยการทบทวนข้อมูล 10 ปีย้อนหลัง คือตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 - 2541

ข้อมูลการบาดเจ็บจากการทำงานมีขอบเขตการรายงานดังต่อไปนี้

1. แนวโน้มการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานในรอบ 10 ปีในภาพรวม
2. จำแนกการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน
 - 2.1 ความร้ายแรง
 - 2.2 กลุ่มอายุ
 - 2.3 เพศ
 - 2.4 อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ
 - 2.5 ภูมิภาค
 - 2.6 ลักษณะการประสบอันตราย
 - 2.7 สิ่งที่ทำให้ประสบอันตราย
 - 2.8 ประเภทกิจการ
 - 2.9 ขนาดสถานประกอบการ
 - 2.10 ชนิดของโรคเนื่องจากการทำงาน

ส่วนข้อมูลโรคจากการประกอบอาชีพจะจำแนกรายงานตามกลุ่มอายุ, เพศ, กลุ่มอาชีพและภาค โดยแบ่งตามกลุ่มโรคของกองระบาดวิทยาได้แก่

1. โรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช (Pesticide poisoning)
2. โรคพิษตะกั่ว (Lead poisoning)
3. โรคพิษโลหะหนัก (Heavy metal poisoning)
4. โรคพิษตัวทำละลาย (Organic solvent poisoning)
5. โรคพิษสารไอระเหย (Gas vapor poisoning)
6. โรคปอดเหตุอาชีพ (Occupational lung disease)
7. โรคจากการลดความกดดันอากาศ (Caisson disease)

การศึกษาครั้งนี้จึงมีความพยายามที่จะพรรณนาอัตราการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานออกมาในแง่มุมต่างๆ จำแนกตาม บุคคล - เวลา - สถานที่ และปัจจัยเสี่ยงเท่าที่ข้อมูลจะเอื้ออำนวยให้ ดังต่อไปนี้

**รายงานการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จากกองทุนเงินทดแทน สำนักงาน
ประกันสังคม โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ.2532 - พ.ศ.2541)**

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานในข่ายคุ้มครองกองทุนเงินทดแทน

ปี(พ.ศ.)	ลูกจ้างในข่ายคุ้มครอง กองทุนเงินทดแทน (ราย)	เพิ่มขึ้นร้อยละ	ลูกจ้างที่ประสบอันตราย ในข่ายคุ้มครองกองทุน เงินทดแทน (ราย)	ร้อยละของอัตรา การประสบ อันตราย	เพิ่มขึ้นร้อยละ
พ.ศ.2532	1,661,651	-	62,766	3.78	-
พ.ศ.2533	1,326,995	9.05	79,028	4.33	14.55
พ.ศ.2534	2,751,868	33.61	102,273	3.72	-14.09
พ.ศ.2535	3,020,415	8.89	131,800	4.36	17.20
พ.ศ.2536	3,355,805	9.99	156,548	4.66	6.88
พ.ศ.2537	4,248,414	21.01	186,053	4.38	-6.01
พ.ศ.2538	4,903,736	13.36	216,335	4.41	0.68
พ.ศ.2539	5,425,422	9.62	245,616	4.53	4.41
พ.ศ.2540	6,084,822	10.84	230,376	3.79	-30.11
พ.ศ.2541	5,418,182	-12.3	186,498	3.44	-9.23

จากตารางที่ 1 พบว่ามีจำนวนลูกจ้างที่เจ็บป่วยจากการทำงานในข่ายคุ้มครองของกองทุน อยู่ระหว่าง 62,766 - 245,616 ราย แต่เนื่องจากจำนวนลูกจ้างมีการเปลี่ยนแปลง จึงควรพิจารณาถึงอัตรา ป่วยในแต่ละปี และจากการพิจารณาวิเคราะห์อัตราป่วย พบว่าอัตราการป่วยจากการทำงานมีลักษณะไม่คง ที่ โดยมีอัตราการป่วยสูงสุด 4.66% ในปี พ.ศ.2536, อัตราการป่วยต่ำสุด 3.44% ในปี พ.ศ.2541 (ค่าเฉลี่ย = 4.14%) และจากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ในขณะที่จำนวนผู้ประกันตนมีเพิ่มมากขึ้นตลอดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 - 2540 อัตราการเจ็บป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นหรือคงที่ ในช่วงปี พ.ศ. 2532 - 2539 และเริ่มลด ลงในปี พ.ศ.2540กับ พ.ศ. 2541 ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากปัญหาทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในระบะเวลานั้น หรือ อาจจะมาจกมาตรการในการควบคุมป้องกันที่ดีขึ้น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน
จำแนกตามความร้ายแรง ปี 2532 - 2541 (เฉพาะในข่ายกองทุน)

ปี	จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามความร้ายแรง (ราย)									
	ตาย		ทุพพลภาพ		สูญเสียอวัยวะบางส่วน		หยุดงานเกิน 3 วัน		หยุดงานไม่เกิน 3 วัน	
	อัตรา/10 ³	จำนวน	อัตรา/10 ³	จำนวน	อัตรา/10 ³	จำนวน	อัตรา/10 ³	จำนวน	อัตรา/10 ³	จำนวน
2532	0.224	373	0.009	15	0.95	1,582	14.76	24,519	21.83	36,277
2533	0.309	564	0.007	12	0.71	1,291	16.38	29,934	25.85	47,227
2534	0.188	518	0.003	9	0.78	2,141	14.13	38,871	22.05	60,671
2535	0.245	740	0.005	15	0.67	2,010	16.64	50,248	26.08	78,787
2536	0.292	980	0.003	10	1.62	5,436	15.80	53,023	28.93	97,099
2537	0.192	816	0.003	13	1.04	4,406	14.46	61,411	28.11	119,407
2538	0.192	940	0.003	17	1.12	5469	13.79	67,626	29.02	142,283
2539	0.177	962	0.003	18	0.93	5,042	14.53	78,829	29.63	160,765
2540	0.170	1,033	0.005	29	0.87	5,272	11.25	68,480	25.57	155,562
2541	0.146	790	0.004	19	0.69	3,714	10.24	55,489	23.34	126,486

จากข้อมูลการเปรียบเทียบอัตราการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานจำแนกตามความร้ายแรงในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาในตารางที่ 2 พบว่า อัตราการตายมีแนวโน้มไม่แน่นอนขึ้นๆ ลงๆ ตลอดระหว่างช่วงปี พ.ศ. 2532- 2536 แต่หลังจากปี พ.ศ. 2537พบว่ามีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ , ส่วนอัตราการทุพพลภาพพบว่ามีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 - 2534 แต่หลังจากนั้นมีแนวโน้มคงที่อยู่ในช่วง 0.003 - 0.005 ต่อผู้ประกันตน 1,000 คนมาโดยตลอด , อัตราการสูญเสียอวัยวะบางส่วนพบว่ามีลักษณะคงที่อยู่ในช่วง 0.6 - 1.1 ต่อผู้ประกันตน 1,000 คน แต่ที่น่าสังเกตคือในปี พ.ศ. 2536 พบว่ามีอัตราการสูญเสียอวัยวะบางส่วนเพิ่มขึ้นเป็น 1.62 ต่อผู้ประกันตน 1,000 คน ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งอาจจะมาจากการที่มีอุบัติเหตุครั้งใหญ่ในปีนั้นคือเหตุเพลิงไหม้ที่โรงงานอุตสาหกรรมเคเดอร์ จังหวัดนครปฐม, เหตุตึกโรงแรมรอยัลพลาซ่าถล่ม จังหวัดนครราชสีมา และเพลิงไหม้ครั้งใหญ่ที่จังหวัดปราจีนบุรี , อัตราการหยุดงานเกิน 3 วันมีแนวโน้มคงที่ระหว่าง 13- 16 ต่อผู้ประกันตน 1,000 คนและอัตราการหยุดงานไม่เกิน 3 วันก็มีแนวโน้มคงที่อยู่ระหว่าง 20 -30 ต่อผู้ประกันตน 1,000 คน

แต่ที่น่าสังเกตคือ ในช่วงปี พ.ศ.2540 -2541 อัตราการหยุดงานมีแนวโน้มลดลงอาจจะมาผลมาจากภาวะเศรษฐกิจตกต่ำคนงานมีความกลัวว่าจะถูกให้ออกจากงานจึงลาหยุดงานน้อยลง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการประสบอันตรายเนื่องจากการประกอบอาชีพในข่ายคุ้มครองกองทุนเงินทดแทน จำแนกตาม กลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ(ปี)	พ.ศ.2532	พ.ศ.2533	พ.ศ.2534	พ.ศ.2540	พ.ศ.2541	รวม	
	จำนวน(ราย)	จำนวน(ราย)	จำนวน(ราย)	จำนวน(ราย)	จำนวน(ราย)	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
<15 ปี	94	158	140	256	168	816	0.12
15-19 ปี	10,922	14,289	16,649	28,902	20,304	91,066	13.74
20-29 ปี	35,678	44,799	58,634	10,966	91,961	242,038	36.51
30-39 ปี	11,545	14,803	19,747	54,956	51,472	152,523	23.00
40-49 ปี	3,184	4,315	5,498	19,100	17,826	49,923	7.53
50-59 ปี	1,195	1,470	2,199	4,295	4,128	13,287	2.00
>=60 ปี	148	231	429	12,494	639	13,941	2.10
รวม	62,766	80,065	103,296	230,376	186,498	663,001	100.00

สัดส่วนการเจ็บป่วยเนื่องจากการประกอบอาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ (ตารางที่ 3) มีลักษณะดังนี้ คือ กลุ่มอายุที่พบว่ามีสัดส่วนการเจ็บป่วยมากที่สุด คือกลุ่มอายุ 20 –29 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 30 – 39 ปี และกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี ตามลำดับ ที่น่าสังเกตคือกลุ่มอายุ 20 - 29 ปีมีสัดส่วนการป่วยมากเกือบประมาณ 40 % ของผู้ที่เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานทั้งหมด ซึ่งเหตุผลอาจจะเกิดจากการที่กลุ่มอายุนี้นี้มีจำนวนผู้ประกอบอาชีพมากและเป็นผู้ประกอบอาชีพที่ยังมีทักษะหรือความชำนาญน้อยจึงมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้มาก

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

เนื่องจากการทำงานของลูกจ้างในข่ายคุ้มครองกองทุนเงินทดแทน

จำแนกตามเพศปี 2532 - 2541

ปี(พ.ศ.)	จำนวน(ราย)		รวม	สัดส่วน (ร้อยละ)	
	ชาย	หญิง		ชาย	หญิง
2532	48,373	14,393	62,766	77	23
2533	63,214	16,824	80,038	79	21
2534	79,966	23,330	103,296	77	23
2540	179,624	50,752	230,376	78	22
2541	144,528	41,970	186,498	77	23
รวม	515,705	147,269	662,974		
เฉลี่ย (ร้อยละ)	77.79	22.21	100		

จากตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่า สัดส่วนการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามเพศมีลักษณะไม่เปลี่ยนแปลง คือ เพศชายจะมีสัดส่วนการป่วย 75 - 80 % ในขณะที่เพศหญิงมีสัดส่วนการป่วย 20- 25 % หรือประมาณ 3 : 1 ถึง 4 : 1

*หมายเหตุ ไม่สามารถหา SEX - Specific Attack Rate ได้เนื่องจากบางปีไม่มีข้อมูลผู้ประกันตนจำแนกตาม เพศ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบสัดส่วนการประสบอันตรายเนื่องจากการประกอบอาชีพ
จำแนกตามอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ

อวัยวะ	พ.ศ.2540		พ.ศ.2541	
	จำนวน(ราย)	สัดส่วน (ร้อยละ)	จำนวน(ราย)	สัดส่วน (ร้อยละ)
ศีรษะ	7,304.00	3.17	5,605.00	3.01
ตา	44,470.00	19.30	35,705.00	19.14
จมูก	703.00	0.31	538.00	0.29
หู	584.00	0.25	441.00	0.24
ปาก,ฟัน	1,023.00	0.44	843.00	0.45
หน้า,คอ	6,299.00	2.73	5,224.00	2.80
ไหล่,สะบัก,รักแร้	2,951.00	1.28	2,402.00	1.29
แขน,ศอก	11,446.00	4.97	9,255.00	4.96
มือ	77,769.00	33.76	66,394.00	35.60
อก	2,872.00	1.25	2,180.00	1.17
ท้อง	875.00	0.38	526.00	0.28
ลำตัว,ชายโครง	1,093.00	0.47	884.00	0.47
เอว	612.00	0.27	438.00	0.23
หลัง	13,425.00	5.83	9,734.00	5.22
กระดูกสันหลัง	510.00	0.22	391.00	0.21
สะโพก,ก้น	952.00	0.41	738.00	0.40
อวัยวะเพศ	172.00	0.07	122.00	0.07
ขา,หน้าแข้ง	8,596.00	3.73	6,777.00	3.63
เท้า	3,713.00	1.61	2,985.00	1.60
เท้า,สันเท้า	30,406.00	13.20	22,937.00	12.30
บาดเจ็บหลายส่วน	14,476.00	6.28	11,943.00	6.40
ระบบหมุนเวียนโลหิต	0.00	0.00	37.00	0.02
อื่นๆ	115.00	0.05	399.00	0.21
รวม	230,376.00	100.00	186,498.00	100.00

สัดส่วนการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บของทั้งสองปีที่มีข้อมูลให้วิเคราะห์มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดได้แก่ มือ (รวมนิ้วและข้อมือ) ซึ่งมีประมาณ 35 % , อันดับที่สอง คือ ตา ซึ่งมีประมาณ 20 % , อันดับที่ สาม คือ เท้า(รวมนิ้วและข้อเท้า) มี 10 - 15 % , อันดับที่ สี่ คือ การบาดเจ็บหลายส่วน,หลัง , แขน, ข้อศอก มีประมาณ 5 % , อันดับที่ ห้า คือ ศีรษะ , หน้า , ขา ซึ่งมีน้อยกว่า 5 %

**ตารางที่ 6 เปรียบเทียบจำนวนและสัดส่วนการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน
ในข่ายคุ้มครองกองทุนเงินทดแทน จำแนกรายภูมิภาค ปี 2532 - 2541**

ปี	ภูมิภาค											
	กทม.		ปริมณฑล*		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาค N/E		ภาคใต้	
	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน
2532	20,807	33	26,308	42	7,957	13	1,812	3	1,839	3	4,043	6
2533**	27,931	35	32,113	40	10,219	13	2,583	3	2,216	3	5,003	6
2538	65,361	30	96,118	44	32,097	15	6,862	3	5,610	3	10,287	5
2539	70,066	29	107,006	44	42,734	17	8,582	3	6,811	3	10,417	4
2540	64,027	28	98,086	43	42,992	19	9,068	4	6,025	3	10,178	4
2541	50,120	27	76,872	41	37,040	20	7,864	4	4,891	3	9,711	5

* ปริมณฑล 5 จังหวัด ได้แก่ นครปฐม , นนทบุรี , ปทุมธานี , สมุทรสาคร , สมุทรปราการ

** รวมนอกข่าย

สัดส่วนการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามภูมิภาค มีลักษณะไม่แตกต่างกันมากนัก คือ กลุ่ม กทม. กับ ปริมณฑล มีมากที่สุดถึงประมาณ 70 – 75 % ของสัดส่วนการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานในข่ายคุ้มครองกองทุนเงินทดแทนทั่วประเทศ รองลงมาคือกลุ่มภาคกลางที่อยู่นอกเขตปริมณฑล ซึ่งสำหรับในภาคกลางนี้มีสัดส่วนการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ โดยจากปี พ.ศ.2532 มีสัดส่วนเป็น 13 % และเพิ่มเป็น 20 % ในปี พ.ศ.2541

ส่วนสัดส่วนการเจ็บป่วยในภูมิภาคอื่นๆ เช่น ภาคเหนือ , ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ , ภาคใต้ ก็มีลักษณะไม่ต่างจากเดิม โดยมีอัตราการเจ็บป่วยเนื่องจากการประกอบอาชีพ รวมกันทั้ง 3 ภูมิภาคไม่เกิน 15 % ของสัดส่วนการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานในข่ายคุ้มครองกองทุนเงินทดแทนทั่วประเทศ

ตารางที่ 7 แสดงการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานจำแนกตามลักษณะการประสบอันตราย
ปี พ.ศ.2332-2541

ลักษณะการประสบอันตราย	2532		2533		2535		2536		2537	
	จำนวน (คน)	สัดส่วน	จำนวน (คน)	สัดส่วน	จำนวน(คน)	สัดส่วน	จำนวน (คน)	สัดส่วน	จำนวน (คน)	สัดส่วน
1.ตกจากที่สูง	1,759	29	2,072	26	3,805	29	5,138	33	5,524	30
2.หกล้ม	1,365	22	1,784	22	2,872	22	3,442	22	4,709	25
3.สิ่งก่อสร้างพังทับ	227	4	235	3	128	1	472	3	1,453	8
4.วัตถุหล่นทับ	8,832	144	12,138	152	22,101	167	24,193	154	28,588	153
5.วัตถุกระแทก หรือ ชน	11,987	195	12,827	160	19,025	144	22,745	145	26,304	141
6.วัตถุหนีบ หรือ ดึง	3,380	55	4,124	52	8,285	63	7,292	46	9,060	49
7.วัตถุบาด หรือ ทิ่มแทง	14,924	243	20,348	254	31,384	237	36,846	235	44,131	237
8.วัตถุกระเด็นเข้าตา	8,725	142	11,318	141	20,625	156	27,317	174	30,206	162
9.ยกของหนัก	2,124	35	2,848	36	6,600	50	9,796	62	11,546	62
10.ท่าทางการทำงานผิดปกติ	571	9	1,243	16	1,907	14	1,515	10	3,473	19
11.อุบัติเหตุยานพาหนะ	2,286	37	3,104	39	3,568	27	4,580	29	5,000	27
12.วัตถุหรือสิ่งของระเบิด	251	4	336	4	396	3	567	4	708	4
13.ไฟฟ้าช็อต	504	8	722	9	947	7	1,044	7	1,258	7
14.สัมผัสความร้อน	1,645	27	1,799	22	2,722	21	3,454	22	3,983	21
15.สัมผัสความเย็น	7	0	28	0	24	0	22	0	19	0
16.สัมผัสสิ่งมีพิษสารเคมี	2,140	35	3,538	44	4,173	32	4,126	26	5,256	28
17.แพ้-สัมผัสสิ่งของ		0	0	0	1,141	9	1,925	12	2,498	13
18.อันตรายจากแสง	540	9	1,058	13	1,405	11	1,512	10	1,965	11
19.ถูกทำร้ายร่างกาย	79	1	70	1	107	1	127	1	122	1
20.ถูกสัตว์ทำร้าย	93	2	175	2	186	1	273	2	317	2
21.โรคจากการทำงาน	47	1	53	1	62	0	116	1	125	1
22. อื่นๆ	1,280	21	245	3	796	6	405	3	149	1
รวม	61,346	1,000	80,065	1,000	132,259	1,000	156,907	1,000	186,394	1,000

(ต่อหน้าถัดไป)

**ตารางที่ 7 (ต่อ) แสดงการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานจำแนกตามลักษณะการประสบ
อันตราย ปี พ.ศ.2332-2541**

ลักษณะการประสบอันตราย	2538		2539		2540		2541	
	จำนวน(คน)	สัดส่วน	จำนวน(คน)	สัดส่วน	จำนวน(คน)	สัดส่วน	จำนวน(คน)	สัดส่วน
1.ตกจากที่สูง	6,651	31	7,655	31	8,293	36	6,731	36
2.หกล้ม	5,103	24	5,970	24	5,565	24	4,879	26
3.สิ่งก่อสร้างพังทับ	363	2	1,634	7	197	1	145	1
4.วัตถุหล่นทับ	35,731	165	41,238	168	39,629	172	29,614	159
5.วัตถุกระแทก หรือ ชน	28,831	133	31,895	130	32,023	139	26,614	143
6.วัตถุหนีบ หรือ ดึง	12,410	57	12,336	50	11,827	51	10,290	55
7.วัตถุบาด หรือ ทิ่มแทง	48,471	224	55,722	227	49,755	216	41,154	221
8.วัตถุกระเด็นเข้าตา	35,092	162	43,596	177	37,543	163	30,734	165
9.ยกของหนัก	13,943	64	17,693	72	15,406	67	11,586	62
10.ท่าทางการทำงานผิดปกติ	7,175	33	4,439	18	4,389	19	3,067	16
11.อุบัติเหตุยานพาหนะ	5,448	25	6,250	25	5,736	25	5,034	27
12.วัตถุหรือสิ่งของระเบิด	672	3	809	3	777	3	735	4
13.ไฟฟ้าช็อต	1,573	7	1,618	7	1,666	7	1,451	8
14.สัมผัสความร้อน	4,530	21	4,734	19	5,118	22	4,263	23
15.สัมผัสความเย็น	22	0	49	0	15	0	13	0
16.สัมผัสสิ่งมีพิษสารเคมี	5,403	25	5,233	21	5,391	23	4,707	25
17.แพ้-สัมผัสสิ่งของ	1,931	9	2,475	10	2,387	10	2,132	11
18.อันตรายจากแสง	2,114	10	1,523	6	3,188	14	2,306	12
19.ถูกทำร้ายร่างกาย	144	1	143	1	143	1	165	1
20.ถูกสัตว์ทำร้าย	373	2	444	2	572	2	565	3
21.โรคจากการทำงาน	51	0	21	0	90	0	35	0
22. อื่นๆ	304	1	139	1	666	3	278	1
รวม	216,335	1,000	245,616	1,000	230,376	1,000	186,498	1,000

จากตารางที่ 7 พบว่า สัดส่วนการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามลักษณะการประสบอันตรายมีลักษณะเช่นเดียวกันทุกปี คือ ลักษณะอันตรายที่พบบ่อยอันดับที่ 1.คือ วัตถุบาดหรือทิ่มแทง โดยพบ 20 - 25 % , อันดับที่สองคือ วัตถุหล่นทับ , วัตถุชนกระแทก , วัตถุกระเด็นเข้าตา มีประมาณ 15 - 20 % , อันดับที่ 3. คือ วัตถุหนีบ-ดึง , การยกของหนัก มี 5 - 10 % , อันดับที่ 4. คือ ตกจากที่สูง , หกล้ม , ท่าทางการทำงานผิด , อุบัติเหตุยานพาหนะ , สัมผัสความร้อน , สัมผัสสารเคมีมีพิษ , แพ้สิ่งของ , อันตรายจากแสง มี 1 - 5 %

**ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการเจ็บป่วยเนื่องจากการประกอบอาชีพ
จำแนกตามสิ่งที่ทำให้ประสบอันตราย**

สิ่งที่ทำให้เกิดภัย	พ.ศ.2532		พ.ศ.2533		พ.ศ.2534		พ.ศ.2540		พ.ศ.2541	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เครื่องมือ	4072	6	4165	5	4749	5	21038	9	19261	10
เครื่องจักร	9720	15	9867	12	8811	9	24875	11	21264	11
อาคาร สิ่งก่อสร้าง	962	2	1478	2	2219	2	6333	3	4988	3
วัตถุ สิ่งของ	34407	55	46021	57	62262	60	123790	54	95048	51
ท่าทางการทำงาน	2946	5	4529	6	5971	6	18838	8	15677	8
ยานพาหนะ	2480	4	3368	4	4097	4	7801	3	6591	4
วัตถุระเบิด	125	0.2	195	0.2	260	0.3	344	0.1	271	0.1
ก๊าซ	183	0.3	142	0.2	143	0.1	413	0.2	281	0.2
หม้อไอน้ำ	83	0.1	113	0.1	217	0.2	403	0.2	332	0.2
ไฟฟ้า	608	1	874	1	971	1	2916	1	2294	1
สิ่งมีพิษ	3151	5	4796	6	5634	5	9401	4	9027	5
สภาพแวดล้อม	627	1	846	1	1276	1	12079	5	10210	5
ภัยธรรมชาติ	32	0.1	122	0.2	33	0.03	17	0.01	21	0.01
เชื้อโรค	71	0.1	43	0.1	22	0.02	25	0.01	108	0.06
คน สัตว์ และอื่นๆ	3299	5	3506	4	6631	6	2103	1	1125	1

จากตารางที่ 8 พบว่า สัดส่วนการเจ็บป่วยเนื่องจากการประกอบอาชีพ จำแนกตามสิ่งที่ทำให้ประสบอันตราย มีลักษณะคล้ายกันทุกปี คือ สิ่งที่ทำให้ประสบอันตรายมากเป็นอันดับ 1 คือ วัตถุ สิ่งของ ซึ่งมีถึง 50 – 60 % , อันดับที่ 2 คือ เครื่องจักร มี 10 – 15 % , อันดับที่ 3 คือเครื่องมือ กับท่าทางการทำงาน มี 5 – 10 % , อันดับที่ 4 คือ ยานพาหนะ กับ สิ่งมีพิษ มีประมาณ 5 % , อันดับที่ 5 คือ อาคาร สิ่งก่อสร้าง กับสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการทำงาน มี 1 – 5 %

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบการเจ็บป่วยเนื่องจากการประกอบอาชีพ จำแนกตามประเภทกิจการ

ประเภทกิจการ	พ.ศ.2532		พ.ศ.2533		พ.ศ.2534		พ.ศ.2538		พ.ศ.2539		พ.ศ.2540		พ.ศ.2541	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
สำรวจ,ทำเหมืองแร่	456	1	682	1	721	1	1,825	1	1,761	1	1,688	1	1,336	1
ผลิตอาหาร,เครื่องดื่ม	9,977	16	10,563	13	13,026	13	17,636	8	19,201	8	18,138	8	16,721	9
ผลิตสิ่งทอ,เครื่องประดับ	6,593	11	8,326	10	10,652	10	23,698	11	22,211	9	20,593	9	19,338	10
ทำป่าไม้,ผลิตภัณฑ์ไม้	5,577	9	5,885	7	6,972	7	13,680	6	13,492	5	12,708	6	11,532	6
ผลิตภัณฑ์กระดาษ	994	2	1,226	2	1,733	2	4,817	2	5,261	2	5,018	2	4,233	2
ผลิตภัณฑ์เคมี,น้ำมัน	4,726	8	6,209	8	8,014	8	20,435	9	22,325	9	21,736	9	18,975	10
ผลิตภัณฑ์จากแร่โลหะ	2,266	4	3,193	4	4,318	4	9,645	4	10,891	4	9,754	4	6,424	3
ผลิตโลหะขั้นพื้นฐาน	3,218	5	3,322	4	4,218	4	9,492	4	12,346	5	11,710	5	8,022	4
ผลิตภัณฑ์จากโลหะ	12,248	20	15,458	19	18,988	18	41,357	19	51,427	21	45,632	20	34,699	19
ผลิตยานพาหนะ	5,395	9	7,409	9	8,479	8	19,123	9	17,631	7	14,525	6	10,414	6
อุตสาหกรรมผลิตอื่นๆ	483	1	927	1	887	1	2,222	1	2,406	1	2,173	1	2,152	1
สาธารณูปโภค	38	0	519	1	364	0	557	0	579	0	527	0	713	0
การก่อสร้าง	4,837	8	8,413	11	15,629	15	30,077	14	39,788	16	38,847	17	25,019	13
การขนส่ง,คมนาคม	1,266	2	1,684	2	2,048	2	3,291	2	3,690	2	4,053	2	4,031	2
การค้า	3,177	5	3,958	5	3,191	3	8,434	4	11,293	5	11,813	5	10,955	6
อื่นๆ	1,515	2	2,220	3	3,791	4	10,046	5	11,314	5	11,461	5	11,934	6
รวม	62,766	100	80,065	100	103,296	100	216,335	100	245,616	100	230,376	100	186,498	100

จากตารางที่ 9 พบว่า สัดส่วนการเจ็บป่วยเนื่องจากการประกอบอาชีพ จำแนกตามประเภทกิจการ มีลักษณะคล้ายกันทุกปี โดยประเภทกิจการที่พบว่ามีสัดส่วนการเจ็บป่วยมากอันดับ 1 คือกิจการผลิตภัณฑ์จากโลหะ ซึ่งมีสัดส่วนการป่วยประมาณ 20 % , อันดับที่ 2 คือ การก่อสร้าง มีประมาณ 15 % , อันดับ 3 คือ การผลิตอาหาร เครื่องดื่ม การผลิตสิ่งทอ เครื่องประดับ ผลิตภัณฑ์เคมี- น้ำมัน มีประมาณ 5 – 10 % , อันดับที่ 4 คือ การผลิตกระดาษ ผลิตภัณฑ์จากแร่โลหะ ผลิตโลหะขั้นพื้นฐาน การขนส่งคมนาคม การค้า มี 2 – 5 % , อันดับที่ 5 คือ การสำรวจ-ทำเหมืองแร่ , อุตสาหกรรมผลิตอื่นๆ , สาธารณูปโภค มีประมาณ 0-10 % และมีอยู่ 2 ประเภทกิจการ คือมีสัดส่วนการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆเกือบทุกปีคือ กิจการผลิตเคมี – น้ำมันปิโตรเลียม กับการก่อสร้าง แต่การเจ็บป่วยจากการก่อสร้างในปี พ.ศ.2541 ลดลง อาจเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ

**ตารางที่ 10 เปรียบเทียบสัดส่วนการเจ็บป่วยเนื่องจากการประกอบอาชีพ(ร้อยละ)
จำแนกตามขนาดสถานประกอบการ**

ขนาดสถาน ประกอบการ	พ.ศ. 2532	พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2534	พ.ศ. 2535	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2537	พ.ศ. 2538	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2541
<20 คน	0.01	1	0.18	0.22	0.42	4	3	3	5	6
20-49 คน	12	11	17	18	14	13	9	9	11	12
50-99 คน	13	15	15	14	15	12	12	13	13	14
100-199 คน	19	20	21	19	21	18	20	19	17	16
200-499 คน	28	24	19	21	22	25	27	27	25	23
500-999 คน	14	14	14	14	12	13	14	13	13	13
>=1000 คน	15	15	14	13	16	15	14	16	17	15
รวม	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

จากตารางที่ 10 พบว่าสัดส่วนการเจ็บป่วยเนื่องจากการประกอบอาชีพจำแนกตามขนาดของโรงงานในสถานประกอบการ มีลักษณะคล้ายคลึงกันทุกปี คือ ขนาดสถานประกอบการที่มีสัดส่วนผู้เจ็บป่วยมากที่สุด คือ สถานประกอบการขนาด 200 – 499 คน โดยมีสัดส่วนป่วยประมาณ 25 % ,และที่รองลงมาคือ สถานประกอบการขนาด 100 – 199 คน โดยมีสัดส่วนป่วยประมาณ 20 % นอกจากนี้ก็มีสัดส่วนป่วยใกล้เคียงกัน คือ ประมาณ 10 - 15 % ,ยกเว้นสถานประกอบการขนาดน้อยกว่า 20 คน ซึ่งมีสัดส่วนป่วยน้อยที่สุด คือ มีสัดส่วนป่วยน้อยกว่า 10 % แต่ที่น่าสังเกตคือ กลุ่มนี้แม้จะมีสัดส่วนป่วยน้อยแต่มีแนวโน้มสัดส่วนการป่วยเพิ่มขึ้น คือ จากสัดส่วนป่วย< 1 % ในปี พ.ศ.2532 เป็น 6 % ในปี พ.ศ.2541

ตารางที่ 11 แสดงการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตาม
ชนิดของโรคเนื่องจากการทำงาน

ปี (พ.ศ.)	ชนิดของโรคเนื่องจากการทำงาน								
	Byssinosi s	Lead Toxicity.	Pulm. Disease.	Fungal Disease.	Hearing Disease.	Back pain	Malaria	Chem. Allergy	Common Cold
2532	0	0	4	21	0	0	5	4	2
2533	0	0	0	8	0	0	9	10	2
2535	27	0	1	3	0	2	12	11	0
2536	43	0	14	0	0	0	10	45	3
2537	87	1	4	7	3	0	14	3	3
2538	1	0	27	3	7	0	3	0	3
2539	8	0	6	0	3	0	2	0	0
2540	3	36	15	1	22	3	0	1	0
2541	5	0	8	3	12	0	0	1	0

จากข้อมูลของกองทุนเงินทดแทนเท่าที่มีการเก็บรวบรวมไว้ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2534 ไม่มีข้อมูล) ดังตารางที่ 11 พบว่าโรคจากการทำงานมีลักษณะหลากหลายมากและมีแนวโน้มไม่แน่นอน เนื่องจากมีคุณลักษณะหลายอย่างของโรคนี้ที่แตกต่างจากโรคกลุ่มอื่น เช่น ต้องอาศัยความรู้และทักษะบางอย่างในการวินิจฉัยโรคและต้องอาศัยความร่วมมือจากนายจ้างและลูกจ้าง ในการรายงานการป่วย กับให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ทำงาน จึงมีความยากลำบากในการวินิจฉัยโรค อย่างไรก็ตามจากข้อมูลในตารางที่ 3.12 แสดงให้เห็นว่าโรคที่มีการรายงานมากได้แก่ โรคปอดจากฝุ่นฝ้าย , โรคพิษตะกั่ว , โรคปอดจากการทำงานอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีการรายงานโรคมาลาเรียและโรคหวัด ว่าเป็นโรคจากการทำงานด้วย

ตารางที่ 12 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ประเทศไทย พ.ศ. 2532 - 2541

โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ	2532		2533		2534		2535		2536		2537		2538		2539		2540		2541	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
โรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช	5348	39	4827	39	3828	51	3599	31	3299	44	3165	39	3398	0	3175	32	3297	34	4398	15
โรคพิษตะกั่ว	18	0	4	0	25	0	12	0	17	2	20	0	30	0	29	0	28	0	47	0
โรคพิษโลหะหนัก	11	0	6	0	10	0	8	0	16	0	14	0	36	0	54	0	37	0	63	0
โรคพิษตัวทำละลาย	23	0	7	0	25	0	50	0	52	0	51	0	65	0	73	0	115	1	93	0
โรคพิษสารไอระเหย	43	0	6	0	51	0	56	0	26	0	21	1	32	0	44	0	44	0	113	1
โรคปอดเหตุอาชีพ	0	0	0	0	0	0	1	0	24	0	10	0	11	0	32	0	21	0	86	0
โรคลดความกดดันอากาศ	0	0	0	0	0	0	3	1	138	0	61	1	8	0	8	0	8	1	12	1

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 13 อัตราส่วนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ประเทศไทย พ.ศ. 2532 - 2541

โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ	2532		2533		2534		2535		2536		2537		2538		2539		2540		2541	
	อัตราป่วย	ตาย (%)	อัตราป่วย	ตาย (%)	อัตราป่วย	ตาย (%)	อัตราป่วย	ตาย (%)	อัตราป่วย	ตาย (%)	อัตราป่วย	ตาย (%)	อัตราป่วย	ตาย (%)	อัตราป่วย	ตาย (%)	อัตราป่วย	ตาย (%)	อัตราป่วย	ตาย (%)
โรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช	0.7		0.8		1.3		0.9		1.3		1.2		0		1.0		1.0		0.3	
โรคพิษตะกั่ว	0		0		0		0		11.8		0		0		0		0		0	
โรคพิษโลหะหนัก	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
โรคพิษตัวทำละลาย	0		0		0		0		0		0		0		0		0.9		0	
โรคพิษสารไอระเหย	0		0		0		0		0		4.8		0		0		0		0.9	
โรคปอดเหตุอาชีพ	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
โรคลดความกดดันอากาศ	0		0		0		33.3		0		1.6		0		0		12.5		8.3	

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

รายงานการเจ็บป่วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน จากข้อมูลของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

การรายงานโรคจากข้อมูลของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (รง. 506) ซึ่งได้มีการติดตามเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน 7 โรคนั้นพบว่าโรคที่มีรายงานมากที่สุดคือโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช และเป็นโรคที่มีการรายงานการตายมากที่สุดด้วย สำหรับโรคอื่น ๆ นั้นได้แสดงดังในตารางที่ 12 และ 13

จากข้อมูลการรายงาน รง. 506 มีการรวบรวมกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในวัยแรงงานรวมอยู่ด้วย ผู้รายงานไม่สามารถตัดแยกข้อมูลที่มีอยู่เฉพาะวัยแรงงานได้ จึงนำเสนอข้อมูลทุกกลุ่มอายุตามรายงานที่ได้รับมา ส่วนรายละเอียดรายงานการเจ็บป่วยสำหรับแต่ละโรคมีดังนี้

1.สถานการณ์โรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช(Pesticide poisoning)ในประเทศไทย พ.ศ.2532-2541

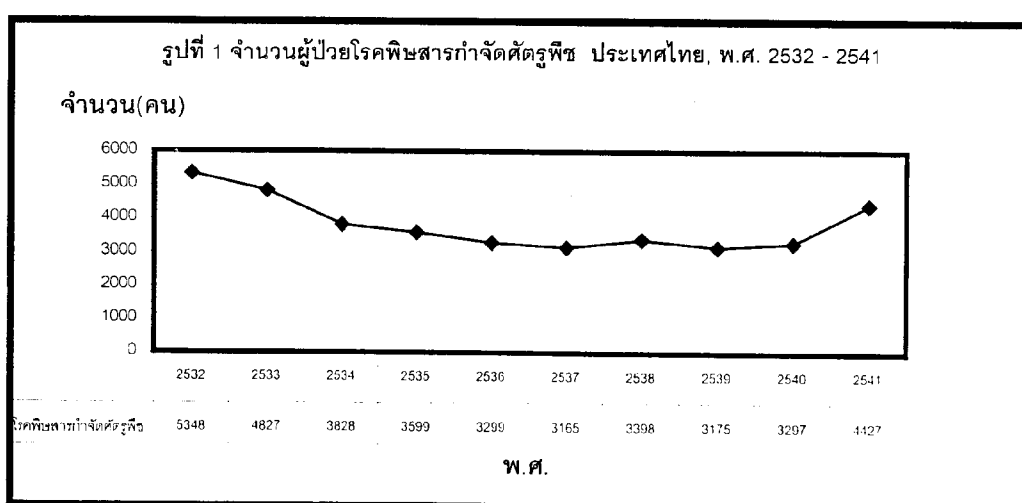
โรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช หมายถึงโรคที่เกิดจากการได้รับสารกำจัดศัตรูพืช เข้าสู่ร่างกายโดยทางหายใจ ทางผิวหนังหรือทางปากอันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพทำให้เกิดพยาธิสภาพที่อวัยวะต่างๆของร่างกาย ซึ่งคาซาทและคณะ ได้จำแนกสารกำจัดศัตรูพืชตามลักษณะการใช้ประโยชน์เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

- สารฆ่าแมลง(INSECTICIDE) ได้แก่ สารเคมีที่ใช้กำจัดหรือขับไล่แมลงที่เป็นศัตรูพืชและสัตว์ ซึ่งแบ่งตามสูตรโครงสร้างและกลไกการออกฤทธิ์ได้ดังนี้
 - ก. สารฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต (organophosphate insecticide)
 - ข. สารฆ่าแมลงกลุ่มคาร์บาเมต (carbamate insecticide)
 - ค. สารฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนคลอรีน(organochlorine insecticide)
 - ง. สารฆ่าแมลงกลุ่มอื่น ๆ เช่น สารฆ่าแมลงซึ่งเป็นสารสังเคราะห์เลียนแบบสารเคมีที่ได้จากพืชธรรมชาติ ได้แก่ สารฆ่าแมลงกลุ่มไพรีทรอยด์ (pyrethroid insecticide), สารรมควันฆ่าแมลงและสารฆ่าแมลงกลุ่มเบ็ดเตล็ดอื่น ๆ
- สารฆ่าวัชพืช(HERBICIDE) ได้แก่ สารเคมีที่ใช้ทำลายวัชพืชซึ่งแย่งน้ำ อาหารและแสงสว่างจากพืชเพาะปลูก
 - ก. สารฆ่าวัชพืชกลุ่มฟีนอกซี (phenoxy) เช่น 2, 4- ดี 2, 4, 5- ที
 - ข. สารฆ่าวัชพืชกลุ่ม quaternary ammonium เช่น พาราควอต ไดาควอต
- สารฆ่าเชื้อรา(FUNGICIDE) ได้แก่ สารเคมีที่ใช้ฆ่าเชื้อรา
- สารฆ่าหนูหรือสัตว์ฟันแทะอื่นๆ(RODENTICIDE) ได้แก่ สารเคมีที่ใช้ฆ่าเชื้อหนูหรือสัตว์ฟันแทะอื่นๆ

- สารรมควัน(FUMIGANT) ได้แก่ สารเคมีซึ่งเมื่ออยู่ภายใต้ความดันและอุณหภูมิที่กำหนด จะอยู่ในสภาพก๊าซซึ่งมีความเข้มข้นเพียงพอใช้ฆ่าศัตรูพืชได้ งานหรืออาชีพที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช ได้แก่

1. เกษตรกร (ชาวนา ชาวสวนและ ชาวไร่)
2. งานประมง
3. งานป่าไม้
4. งานควบคุมการระบาดของแมลงและวัชพืช
5. งานสวนดอกไม้
6. อุตสาหกรรมการผลิตสารกำจัดแมลงและศัตรูพืช
7. งานอาหารและถนอมอาหาร
8. สัตวแพทย์ สัตวบาล
9. วิทยาศาสตร์การเกษตร

ในประเทศไทย มาลินี วงศ์พานิชและคณะ ศึกษาโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรจังหวัดระยอง ระหว่าง พ.ศ. 2527 – 2528 พบว่าประชากรที่ได้รับผลกระทบจากสารกำจัดศัตรูพืชดังนี้คือ เกษตรกรและกรรมกร คิดเป็น 45.5% และ 24.5% ตามลำดับ เกษตรกรที่เคยมีประวัติโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช คิดเป็น 19.5 % และ 90 %ของผู้ป่วยจะรักษาตัวด้วยตัวเองหรือไม่ได้ทำอะไรเลย อายุของผู้ป่วยที่พบมากที่สุด มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี รองลงมาอายุ 20 – 29 ปี คิดเป็น 39.7 % และ 20.3 % ตามลำดับ สารกำจัดศัตรูพืชที่ใช้มากที่สุดคือ organophosphate รองลงมาคือ carbamate และ herbicide



แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ของโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช ตามระบบเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยา(รูปที่ 1) พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงจาก 5348 คน ใน พ.ศ. 2532 และ จำนวนผู้ป่วยลดลงมา 3165 คน หลังจากนั้นระหว่าง พ.ศ. 2538 - 2540 จำนวนผู้ป่วยค่อนข้างคงที่อยูระหว่าง 3175 - 3398 คน และเริ่มสูงขึ้นใน พ.ศ. 2541 (4398 คน)

ตารางที่ 14 อัตราป่วยตายของโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 - 2541

พ.ศ.	ผู้ป่วย(คน)	ผู้ป่วยเสียชีวิต(คน)	อัตราป่วยตาย (%)
2532	5348	39	0.7
2533	4827	39	0.8
2534	3828	51	1.3
2535	3599	31	0.9
2536	3299	44	1.3
2537	3165	39	1.2
2538	3398	0	0
2539	3175	32	1.0
2540	3297	34	1.0
2541	4398	15	0.3

แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จากตารางที่ 14 สัดส่วนจำนวนผู้เสียชีวิตมีจำนวนใกล้เคียงกันในระหว่าง พ.ศ. 2532 - 2540 และมีจำนวนน้อยที่สุดใน พ.ศ. 2541 สำหรับอัตราป่วยตายของโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชเช่นเดียวกันมีค่าใกล้เคียงกันไม่เกิน 2 %

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามประเภทของโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช

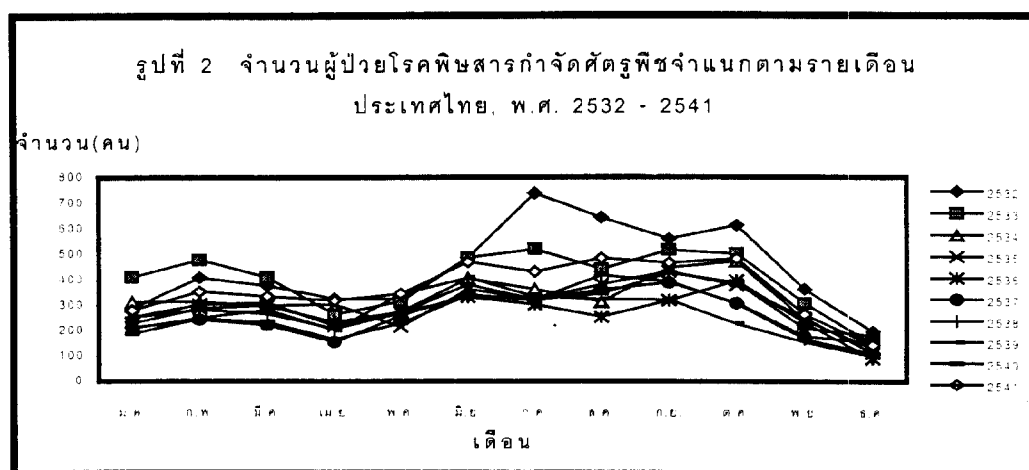
ประเทศไทย, พ.ศ. 2533– 2541

ประเภทของโรคพิษสาร กำจัดศัตรูพืช	พ.ศ.					จำนวนผู้ป่วย รวม 9 ปี	
	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
โรคพิษOrganophosphate	614	673	550	309	352	2498	14.3
โรคพิษHerbicide	281	243	183	91	82	880	5.0
โรคพิษCarbamate	148	181	102	64	73	568	3.3
โรคพิษPyrethrum, Pyrethroid	24	26	39	17	4	110	0.06
โรคพิษRodenticide	27	31	13	12	11	94	0.05
โรคพิษChlorinated hydrocarbon	15	11	10	8	7	51	0.03
ไม่ทราบว่าเป็นสารเคมีอยู่ในกลุ่มใด	188	151	122	52	86	599	3.4
อื่น ๆ	26	24	17	5	8	80	0.05
ไม่ทราบ, ไม่ระบุ	1842	2058	2139	2739	3804	12582	72.1

แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ เนื่องจากมีการแบ่งประเภทของโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชมีความเปลี่ยนแปลงทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลก่อน พ.ศ. 2537 มาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลหลัง พ.ศ. 2537 ได้

จากตารางที่ 15 จากจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชรวม 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2537 – 2541 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีสัดส่วนสูงสุดคือ โรคพิษ Organophosphate 14.3 % รองลงมาได้แก่ โรคพิษ Herbicide 5.0 % และ โรคพิษ Carbamate 3.3 % ส่วนประเภทโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชไม่ทราบชนิดหรือไม่ระบุประเภทของสารเคมีที่ได้รับรายงานมีสูงถึง 72.1% จากการเปลี่ยนแปลงตามเวลาดังตั้ง พ.ศ. 2537 – 2540 พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงในทุกกลุ่มประเภทของสารกำจัดศัตรูพืชแต่ใน พ.ศ. 2541 ส่วนใหญ่โรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชที่ทราบประเภทของสารเคมีมีรายงานจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย



แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชจำแนกตามรายเดือน
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 - 2541

เดือน	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วย รวม10ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
มกราคม	289	412	314	231	255	215	254	211	188	282	2651	6.9
กุมภาพันธ์	411	481	315	289	304	245	285	252	248	355	3185	8.3
มีนาคม	378	412	297	301	311	223	268	283	236	336	3045	7.9
เมษายน	327	265	236	304	220	156	208	203	167	319	2405	6.3
พฤษภาคม	326	317	276	217	272	260	270	346	231	347	2862	7.5
มิถุนายน	489	489	408	365	334	345	384	411	341	472	4038	10.5
กรกฎาคม	740	523	366	326	304	320	324	336	324	434	3997	10.4
สิงหาคม	645	444	315	384	256	364	420	326	348	487	3989	10.4
กันยายน	563	519	449	435	320	391	397	323	430	469	4296	11.2
ตุลาคม	615	505	475	381	399	311	308	229	391	485	4099	10.7
พฤศจิกายน	366	310	245	253	234	180	169	156	210	267	2390	6.2
ธันวาคม	199	150	132	113	90	155	111	99	183	145	1377	3.6
รวม	5348	4827	3828	3599	3299	3165	3398	3175	3297	4398	38334	100

แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษสาร์ก้าจัดศัตรูพีซจำแนกตามรายเดือนของกองระบาดวิทยาระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (รูปที่ 2) พบว่าพบมากในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี (ตารางที่ 15) พบว่าเดือนที่พบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ เดือนกันยายน 11.2 % (4296/38334) รองลงมาได้แก่ เดือนตุลาคม 10.7% (4099/38334) , เดือนมิถุนายน 10.5 % (4038/38334) และเดือนที่พบจำนวนผู้ป่วยน้อยที่สุดคือ เดือนธันวาคม 3.6 % (1377/38334)

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสาร์ก้าจัดศัตรูพีซจำแนกตามกลุ่มอายุ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

กลุ่มอายุ(ปี)	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
0 – 4	80	103	88	99	65	73	69	80	88	69	821	2.1
5 – 9	42	27	37	49	39	36	21	52	27	32	362	0.9
10 – 14	145	147	119	107	82	75	79	62	32	77	973	2.4
15 – 24	2008	1608	1181	1004	894	739	748	627	598	769	10176	26.6
25 - 34	1608	1479	1046	1032	973	886	998	876	892	1206	10996	28.7
35 – 44	831	844	731	676	649	708	761	731	807	1148	7886	20.6
45 - 54	369	356	330	342	309	360	408	419	466	649	4008	10.5
55+	259	262	294	287	278	286	314	327	337	447	3091	0.8
รวม	5348	4827	3828	3599	3299	3165	3398	3175	3297	4398	38313	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (หมายเหตุ ไม่ทราบหรือไม่ระบุอายุ 19 คน)

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษสาร์ก้าจัดศัตรูพีซจำแนกตามกลุ่มอายุ ระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 17) พบว่า จำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี มีสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มอายุ 25 - 34 ปี เท่ากับ 28.7 % (10996/38313) รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี เท่ากับ 26.6 % (10176/38313) และ 35 – 44 ปี เท่ากับ 20.6% (7886/38313) และ พบผู้ป่วยน้อยที่สุดในกลุ่มอายุมากกว่า 55 ปี เท่ากับ 0.8 % (3091/38313) ถ้าดูการเปลี่ยนแปลงตามเวลาพบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2532 เป็นต้นมาจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงทุกกลุ่มอายุและเริ่มสูงขึ้นอีกครั้งใน พ.ศ. 2541

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชจำแนกตามเพศ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

พ.ศ.	ชาย	หญิง	อัตราส่วน
2532	3628	1720	2.1 : 1
2533	3142	1685	1.9 : 1
2534	2439	1389	1.8 : 1
2535	2226	1373	1.6 : 1
2536	2014	1285	1.6 : 1
2537	1931	1234	1.6 : 1
2538	2118	1280	1.7 : 1
2539	1964	1211	1.6 : 1
2540	1958	1339	1.5 : 1
2541	2757	1641	1.7 : 1
รวม	24177	14157	1.7 : 1

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

อัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงของผู้ป่วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช ระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 18) เท่ากับ 1.7 : 1 [1.5 : 1 - 2.1 : 1] จากการเปลี่ยนแปลงตามเวลาพบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยเพศชายลดลง

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชจำแนกตามอาชีพ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

อาชีพ	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
เกษตรกร	4352	3817	2868	2726	2463	2335	2569	2301	2356	3223	29020	75.7
กรรมกร/ รับจ้าง	657	609	601	546	513	518	515	511	508	696	5674	14.8
แม่บ้าน	43	60	73	58	66	47	46	55	51	62	561	1.5
ค้าขาย	29	32	30	22	36	23	21	30	39	18	280	0.7
ข้าราชการ	29	32	31	23	14	14	23	16	21	25	228	0.6
ทหาร/ ตำรวจ	2	1	4	4	0	4	3	3	2	0	23	0.06
ประมง	1	1	3	0	3	2	0	2	3	1	16	0.04
เลี้ยงสัตว์	1	1	0	0	0	0	4	0	1	1	8	0.02
ครู	0	1	1	1	0	0	2	0	1	0	6	0.02
อื่น ๆ	61	67	72	67	68	69	90	98	127	160	880	2.3
ไม่ทราบ	173	206	145	152	136	153	125	158	1881	212	1648	4.3
รวม	5348	4827	3828	3599	3299	3165	3398	3175	3297	4398	38334	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชจำแนกตามอาชีพ ระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 19) จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี พบว่า อาชีพเกษตรกร พบสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดเท่ากับ 75.7 % (29020/38334) รองลงมาได้แก่ อาชีพกรรมกรหรือ รับจ้าง 14.8 % (5674/38334) ถ้าดูการเปลี่ยนแปลงตามเวลาพบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2532 เป็นต้นมาจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงทุกกลุ่มอาชีพและเริ่มสูงขึ้นอีกใน พ.ศ. 2541

ตารางที่ 20 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชจำแนกตามภาค
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

ภาค	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วย รวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
เหนือ	2327	2021	1470	1578	1534	1659	1866	1847	1702	2613	18617	48.6
กลาง	2115	2056	1545	1252	1179	1007	998	827	981	1261	13221	34.5
ตะวันออก เฉียงเหนือ	765	596	663	657	469	395	459	434	565	481	5484	14.3
ใต้	141	154	150	112	117	104	75	67	49	43	1012	2.6

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชจำแนกตามรายภาคระหว่าง พ.ศ. 2532– 2541 (ตารางที่ 20) จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปีพบว่าภาคที่มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือ ภาคเหนือ 48.6 % (18617/38334) รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง 34.5 % (13221/38334) , ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 14.3 % (5484/38334) และภาคใต้ 18.8 % (1012/38334)

ตารางที่ 21 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษ Organophosphate group จำแนกตามภาค
พ.ศ. 2537 – 2541

ภาค	พ.ศ.					จำนวนผู้ป่วยรวม 5 ปี	
	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
เหนือ	312	426	412	38	26	1214	48.6
กลาง	144	157	129	266	320	1016	40.7
ตะวันออก เฉียงเหนือ	138	82	3	0	0	223	8.9
ใต้	20	8	6	5	5	44	1.8

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ เนื่องจากการแบ่งประเภทของโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชมีความเปลี่ยนแปลงทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลก่อน พ.ศ. 2537 มาวิเคราะห์รวมกับข้อมูลหลัง พ.ศ. 2537 ได้

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษ Organophosphate group จำแนกตามรายภาคระหว่าง พ.ศ. 2537– 2541 (ตารางที่ 21) จากจำนวนผู้ป่วยรวม 5 ปีพบว่าภาคที่มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือ ภาคเหนือ 48.6 % (1214/2497) รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง 40.7% (1016/2497) , ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เหนือ 8.9 % (223/2497) และภาคใต้ 1.8% (44/2497) ข้อสังเกตตั้งแต่ พ.ศ. 2540 ไม่มีรายงานผู้ป่วยแยกประเภทของโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 22 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษ Carbamate group จำแนกตามภาค พ.ศ. 2537 – 2541

ภาค	พ.ศ.					จำนวนผู้ป่วยรวม 5 ปี	
	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
เหนือ	102	103	50	14	6	275	47.5
กลาง	32	56	49	49	66	252	28.6
ตะวันออกเฉียงเหนือ	20	20	0	0	0	40	4.5
ใต้	4	2	3	1	2	12	1.4

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษ Carbamate group จำแนกตามรายภาคระหว่าง พ.ศ. 2537– 2541 (ตารางที่ 22) จากจำนวนผู้ป่วยรวม 5 ปีพบว่าภาคที่มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือภาคเหนือ 47.5 % (275/ 57921) รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง 28.6% (252/579) , ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4.5% (40/579) และภาคใต้ 1.4% (12/579)

ตารางที่ 23 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษ Herbicide group จำแนกตามภาค พ.ศ. 2537 – 2541

ภาค	พ.ศ.					จำนวนผู้ป่วยรวม 5 ปี	
	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
เหนือ	122	129	93	8	22	374	42.5
กลาง	83	71	69	66	58	347	39.4
ใต้	30	22	21	17	2	92	10.5
ตะวันออกเฉียงเหนือ	46	21	0	0	0	67	7.6

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษ Herbicide group จำแนกตามรายภาคระหว่าง พ.ศ. 2537– 2541 (ตารางที่ 23) จากจำนวนผู้ป่วยรวม 5 ปีพบว่าภาคที่มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือภาคเหนือ 42.5 % (374/880) รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง 39.4 % (347/880) , ภาคใต้ 10.5 % (92/880) และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 7.6 % (67/880)

ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ

1. ข้อมูลจากกองทุนเงินทดแทน

ไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชระหว่าง พ.ศ. 2532-2541 จากกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม เนื่องจากโรคนี้ไม่ได้เกิดในกลุ่มอาชีพภาคอุตสาหกรรม

2. ข้อมูลเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาของอำนาจ ทิพศรีราชและคณะ พบว่าความครอบคลุมของการรายงานผู้ป่วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชในโรงพยาบาล 10 แห่งของจังหวัดเชียงรายและลำปางใน พ.ศ. 2536 มีเพียงร้อยละ 28.3 และเป็นผู้ป่วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชที่เจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพเพียงร้อยละ 14.4 นอกนั้นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.8) เป็นการเจตนาฆ่าตัวตายทั้งนี้เนื่องจากการรายงานด้วย ร.ง. 506 ไม่มีการกำหนดนิยามของโรคในกลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพ จึงทำให้ได้ข้อมูลโรคในกลุ่มนี้ที่เกิดจากบุคคลกลุ่มอื่น ๆ และสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากการประกอบอาชีพด้วย เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคจากการศึกษาของอำนาจ ทิพศรีราชและคณะ พบว่าผู้ป่วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชที่เจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพมีเพียงร้อยละ 16.3 ที่ต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ส่วนผู้ป่วยจากการเจตนาฆ่าตัวตายและอื่น ๆ ต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในถึงร้อยละ 75.7 ดังนั้นจึงอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชที่เจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อยและไม่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

จากการศึกษาของไพบูลย์ บุญชัยและคณะ เรื่องโครงการแก้ไขปัญหการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชบริเวณพื้นที่สูงภาคเหนือ พ.ศ. 2540 พบว่าร้านจำหน่ายวัตถุอันตราย ในท้องที่อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่และอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีการสั่งสารเคมีประเภท pyrethroids และเชื้อจุลินทรีย์ (B.T) เข้ามาจำหน่ายมากขึ้น ส่วนสารเคมีที่มีพิษร้ายแรงมีจำหน่ายน้อยลง นอกจากนี้ยังพบว่าเกษตรกรมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีเปลี่ยนไปโดยจากเดิมที่เคยใช้สารเคมีที่มีพิษร้ายแรงเปลี่ยนมาใช้สารเคมีที่มีพิษสั้นและน้อยลงหรือสารทดแทนอื่น ๆ มากขึ้นและยังพบว่าเกษตรกรมาขอเข้าร่วมโครงการดังกล่าวมากขึ้นทุกปีจึงอาจจะเป็นข้อบ่งชี้ได้อย่างหนึ่งว่าเกษตรกรมีการตระหนักถึงอันตรายจากสารกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น มีความรู้และการปฏิบัติที่ดีขึ้นซึ่งจะส่งผลให้การป่วยและการตายจากโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2532 – 2540

วิจารณ์

ประเภทโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชไม่ทราบชนิดหรือไม่ระบุประเภทของสารเคมีได้รับรายงานสูงถึง 72.1% และจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชจากการประกอบอาชีพจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าการรวมผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอายุนอกขอบเขตของวัยแรงงานอาจมีสาเหตุมาจากผู้รายงานยังไม่ทราบหรือไม่ได้ใช้คำนิยามของโรคในกลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพ การที่พบจำนวนผู้ป่วยมากระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคมของทุกปีและกลุ่มอายุที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานอาจเนื่องมาจากช่วงระยะเวลานี้เป็นฤดูทำนาทำไร่ซึ่งต้องใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช นอกจากนี้ข้อมูลการเกิดโรคที่ได้รับรายงานอาจจะน้อยกว่าความเป็นจริงโดยเฉพาะกรณีไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยซึ่งจากการรายงานของ

กองอาชีวอนามัยที่ได้ตรวจโคลีนเอสเตอเรสในภาคเกษตร ในปี 2535 – 2538 พบว่าผลตรวจเลือดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงหรือไม่ปลอดภัยแม้ไม่มีอาการประมาณ 10 – 30 % โดยผู้ป่วยอาจไปรักษาเองที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกแล้วไม่ได้รายงานหรือหาซื้อยากินเองหรือปล่อยให้หายเอง

สรุป

สถานการณ์โรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช ระหว่าง พ.ศ. 2532–2541 พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงจาก พ.ศ. 2532 - 2540 และเริ่มสูงขึ้นเล็กน้อยใน พ.ศ. 2541 สารเคมีที่เป็นสาเหตุอันดับแรกคือ organophosphate รองลงมาคือ herbicide ช่วงเวลาที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม พบมากในกลุ่มอายุ 15 – 34 ปีโดยมีอัตราส่วนของเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือเกษตรกร เขตภาคเหนือมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง

2. สถานการณ์โรคพิษตะกั่ว (Lead poisoning) ประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2541

โรคพิษสารตะกั่ว หมายถึงโรคที่เกิดจากการได้รับสารตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่วเข้าสู่ร่างกายจนก่อให้เกิดอาการพิษขึ้น ตะกั่วซึ่งเป็นโลหะหนักชนิดหนึ่งที่ใช้ในวงการอุตสาหกรรมประเภทต่าง ๆ เช่น อุตสาหกรรมแบตเตอรี่ อุตสาหกรรมการพิมพ์ อุตสาหกรรมเคมี อุตสาหกรรมปิโตรเคมี อุตสาหกรรมเซรามิกส์ เป็นต้น ในด้านเกษตรกรรม ตะกั่วมีผสมอยู่ในสารกำจัดศัตรูพืช ตะกั่วนับได้ว่าเป็นสารพิษที่ก่ออันตรายต่อสุขภาพอย่างร้ายแรง เมื่อเข้าสู่ร่างกายในปริมาณที่มากพอจะทำลายระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้ เลือด กระดูก ไตและระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ระดับปัญญาต่ำลงด้วย ตะกั่วแบ่งออกเป็น 2 พวก คือ

1. ตะกั่วอินทรีย์ เช่น ออกไซด์ของตะกั่ว ใช้มากในโรงงานทำแบตเตอรี่, ทำสี, ตะกั่วโครเมตทำสีบ้าน
2. ตะกั่วอินทรีย์ เช่น ตะกั่วเตตระเมทิล (tetramethyl lead) และ ตะกั่วเตตระเอทิล (tetraethyl lead) ซึ่งใช้เป็นสารที่ทำให้เครื่องยนต์เดินเรียบ (antiknock compound)

อาชีพและลักษณะงานที่เสี่ยงต่อโรคพิษตะกั่ว

1. เหมืองตะกั่ว
2. โรงงานถลุงแร่ตะกั่ว
3. โรงงานผลิตแบตเตอรี่น้ำ
4. โรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์
5. โรงงานเครื่องเคลือบดินเผา
6. โรงงานทำและบรรจุสารกำจัดศัตรูพืช
7. โรงงานทำเครื่องประดับโลหะ
8. บัดกรีตะกั่ว
9. เรียงพิมพ์และหล่อตัวพิมพ์
10. โรงงานทำลูกปืน
11. ทำงานเกี่ยวข้องกับน้ำมันเบนซินที่ผสมสารตะกั่ว (ตะกั่วอินทรีย์) เช่น เด็กปั้มน้ำมัน, ช่างซ่อมเครื่องยนต์
12. พ่นสีกันสนิมและสีทาบ้าน
13. อาชีพอื่น ๆ เช่น ตำรวจจราจร
14. โรงงานชุบโลหะ
15. โรงงานทำเครื่องปั้นดินเผา
16. โรงงานผลิตแก้ว

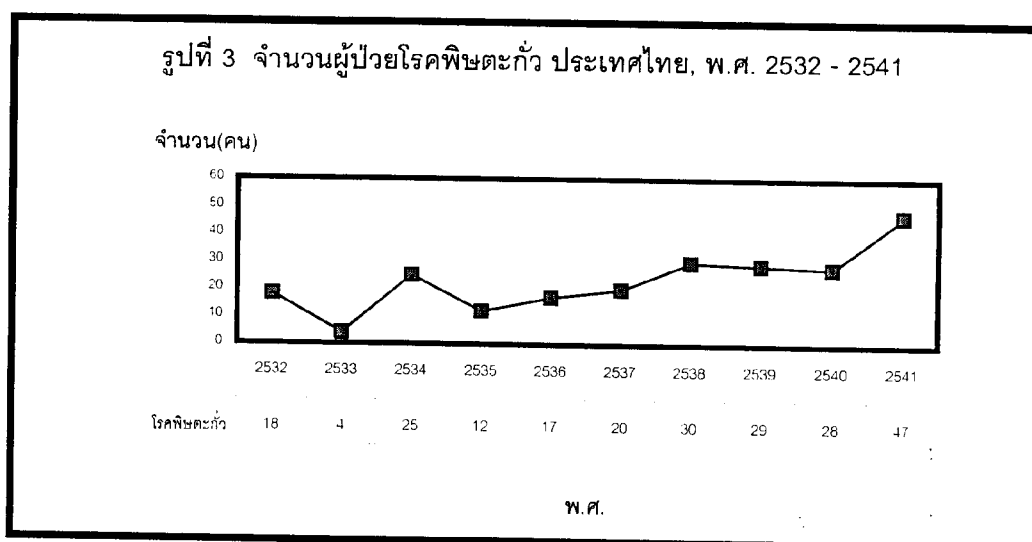
ในประเทศไทยมีรายงานโรคพิษตะกั่วเป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2491 โดยใช้ ยูนิพันธ์ ผู้ป่วยเป็นชายจีน 3 ราย และ หญิงไทย 1 ราย มีอาการปวดท้อง, ชีดและ หดสติ ผู้ป่วยมีอาชีพช่างซ่อมรถยนต์และมีประวัติใช้ยาจีน ต่อมาในปี 2507 เยาวลักษณ์ โสหารขุนและदनัย สนิทวงศ์ ได้รายงานกลุ่มผู้ป่วยเด็กใน 2 ครอบครัว ครอบครัวแรกเป็นชาวจีน บิดาเป็นช่างซ่อมแบตเตอรี่รถยนต์และหลอมตะกั่วในกะทะเวลากลางคืน ครอบครัวที่สอง บิดาเป็นช่างเจียรในพลอยใช้จานตะกั่วเป็นเขียง ในปีเดียวกันนั้น มุกดา ตฤณนันทและคณะ ได้รายงานผู้ป่วยชาย 3 ราย มีอาชีพทำงานในโรงงานหล่อตัวพิมพ์มาเป็นเวลานานกว่า 10 ปี มีอาการพิษตะกั่วเรื้อรังโดยมีอาการสำคัญที่มาพบแพทย์คือ ปวดท้องอย่างรุนแรง

ในปี 2508 มุกดา ตฤณนันทและคณะ รายงานผู้ป่วย 2 ราย มีอาชีพหลอมแผ่นตะกั่วหม้อแบตเตอรี่ เกิดโรคพิษตะกั่วจากการหายใจเอาไอตะกั่วเข้าไปขณะทำการหลอมตะกั่ว มีอาการสำคัญคือปวดท้องอย่างรุนแรงจนเดิน มีเส้นตะกั่วที่เหงือกและ ตรวจพบ basophilic stippling ในเม็ดเลือดแดง

ต่อมาในปีเดียวกันไฟโรจน์ อุ่นสมบัติและคณะ รายงานผู้ป่วยชาย 1 รายอายุ 16 ปี เป็นโรคพิษตะกั่วรุนแรง มีอาการของโรคสมองเสื่อมเฉียบพลัน มีอาการชักและมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง

ในปี 2510 วิฑูร อัดนโณและคณะ รายงานผู้ป่วยอีก 2 ราย มีอาชีพหลอมตะกั่วโดยมีอาการมือเท้าตกและกล้ามเนื้อแขนลีบ ปี 2514 อรุพล บุญประกอบและคณะ รายงานการระบาดของโรคพิษตะกั่วจากการเผาเปลือกเบตเตอร์ เพื่อให้เป็นเชื้อเพลิงในการเคี้ยวน้ำตาลรวม 6 ครอบครัว ที่อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ปี 2519 อุบลรัตน์ สุนทรมานและคณะ ร่วมกับสถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการศึกษาการระบาดที่ตำบลบางครุ อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ เนื่องจากมีผู้ป่วยเด็กอายุ 2 ปีมาได้รับการรักษาด้วยอาการไข้ ไอ หอบ แขนขาไม่มีแรงและชักไม่รู้สีกตัว ได้ประวัติว่าชาวบ้านที่อาศัยอยู่บริเวณนั้นใช้ตะกั่วจากหม้อเบตเตอร์เก่าจากโรงงานแห่งหนึ่งมาถมถนนที่เป็นหลุมเป็นบ่อ ยาวประมาณ 150 เมตร จากการเจาะเลือดและตรวจสุขภาพเด็ก 60 คนจาก 70 คน พบว่าร้อยละ 85 ของเด็กที่ตรวจมีระดับตะกั่วในเลือดสูงกว่า 60 ไมโครกรัม / เดซิลิตร และเด็ก 18 คน มีระดับเกิน 100 ไมโครกรัม / เดซิลิตร

ปี 2525 เหลือพร ปุณณกันต์และคณะ รายงานการระบาดของโรคพิษตะกั่วที่จังหวัดระยอง เริ่มด้วยเด็ก 2 รายและ ผู้ใหญ่ 2 ราย จากครอบครัวเดียวกันมีอาการชัก เพ้อ หมดสติและเสียชีวิตทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีรายงานผู้ป่วยอีก 27 ราย (จำนวนคนในละแวกบ้าน 40 ราย) ในจำนวนนี้เป็นเด็ก 11 ราย ที่มีอาการสมองอักเสบจากพิษตะกั่วและมีระดับตะกั่วในเลือดสูง 109 – 343 ไมโครกรัม / เดซิลิตร เสียชีวิต 1 รายเนื่องจากไม่ยอมได้รับการรักษา การระบาดมีสาเหตุมาจากน้ำในบ่อที่ใช้บริโภคในหมู่บ้านมีระดับตะกั่วสูงถึง 54.3 ส่วนต่อล้านส่วน (มาตรฐานน้ำดื่มปกติมีตะกั่วไม่เกิน 0.05 ส่วนต่อล้านส่วน) จากการสำรวจของกรมทรัพยากรธรณีไม่พบว่ามีเหมืองแร่ตะกั่วอยู่ในบริเวณหมู่บ้านดังกล่าว



แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ของโรคพิษตะกั่ว ตามระบบเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยา(รูปที่ 3) พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ พ.ศ 2535(12 คน) และเพิ่มขึ้นสูงสุดใน พ.ศ. 2541(47 คน) จำนวนผู้

ป่วยเสียชีวิตจากโรคพิษตะกั่ว พบใน พ.ศ.2536 จำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายเท่ากับ 11.8 %
(2/17)

ผู้เสียชีวิตรายแรกเป็นเพศหญิงอยู่ในกลุ่มอายุ 34 - 44 ปี ภาคกลาง(จังหวัดราชบุรี) เดือน
มีนาคม

ผู้เสียชีวิตรายที่สองเป็นเพศชายอายุประมาณ 1 ปี ภาคกลาง(จังหวัดลพบุรี) เดือนสิงหาคม

ตารางที่ 24 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษตะกั่วจำแนกตามรายเดือน ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

เดือน	พ.ศ.										จำนวนผู้ ป่วยรวม10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
มกราคม	1	1	2	4	0	0	2	1	7	3	21	9.1
กุมภาพันธ์	2	1	0	1	0	0	1	3	0	1	9	3.9
มีนาคม	5	0	0	3	3	6	4	3	1	2	27	11.7
เมษายน	0	1	0	1	0	6	2	4	1	4	19	8.3
พฤษภาคม	1	0	1	1	1	2	5	1	3	6	21	9.1
มิถุนายน	3	0	2	0	1	1	4	3	6	4	24	10.4
กรกฎาคม	4	1	0	1	0	0	3	3	4	6	22	9.6
สิงหาคม	2	0	2	0	4	3	0	3	0	9	23	10.0
กันยายน	0	0	1	1	1	1	2	5	3	2	16	7.0
ตุลาคม	0	0	11	0	3	0	3	1	0	4	22	9.6
พฤศจิกายน	0	0	5	0	0	0	3	0	3	3	14	6.1
ธันวาคม	0	0	1	0	4	1	1	2	0	3	12	5.2
รวม	18	4	25	12	17	20	30	29	28	47	230	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษตะกั่วจำแนกตามรายเดือนของกองระบาดวิทยาระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี(ตารางที่ 24) พบว่าโรคพิษตะกั่วพบได้ตลอดทั้งปีและเดือนที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ เดือนมีนาคม 11.7% (27/230) รองลงมาได้แก่ เดือนมิถุนายน 10.4% (24/230) และเดือนที่พบผู้ป่วยน้อยที่สุดคือ กุมภาพันธ์ 3.9 % (9/230)

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษตะกั่วจำแนกตามกลุ่มอายุ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

กลุ่ม อายุ(ปี)	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วย รวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
0 – 4	5	0	3	0	3	6	5	4	5	3	34	14.8
5 – 9	0	1	0	1	3	1	3	1	1	3	14	6.1
10 – 14	0	0	0	2	0	1	2	1	2	4	12	5.2
15 – 24	2	0	14	4	5	2	9	10	9	10	65	28.3
25 - 34	4	2	6	3	3	3	6	6	4	13	50	21.7
35 – 44	2	0	0	2	2	5	2	2	2	7	24	10.4
45 - 54	1	1	2	0	0	2	2	3	3	6	20	8.7
55+	4	0	0	0	1	0	1	2	2	1	11	4.8
รวม	18	4	25	12	17	20	30	29	28	47	230	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษตะกั่วจำแนกตามกลุ่มอายุ ระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 25) พบว่า
จำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี มีสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี เท่ากับ 25.1 % (65/230) รองลง
มาได้แก่กลุ่มอายุ 25 - 34 ปี เท่ากับ 22.4 % (50/230)

ตารางที่ 26 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษตะกั่วจำแนกตามเพศ ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

พ.ศ.	ชาย	หญิง	อัตราส่วน
2532	13	5	2.6: 1
2533	1	3	0.3: 1
2534	10	15	0.7: 1
2535	9	3	3.0: 1
2536	8	9	0.9: 1
2537	14	6	2.3: 1
2538	12	18	0.7: 1
2539	13	16	0.8: 1
2540	13	15	0.9: 1
2541	28	19	1.5: 1
รวม	121	109	1.1: 1

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

อัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงของผู้ป่วยโรคพิษตะกั่วจำแนกตามกลุ่มอายุ ระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 26) จากการเปลี่ยนแปลงตามเวลาพบว่าในช่วง พ.ศ. 2532 พบว่าเพศชายมากกว่าเพศหญิงเป็น 2.6 เท่า และ พ.ศ. 2533 - 2540 จำนวนผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อยแต่ใน พ.ศ. 2541 พบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชายเป็น 1.5 เท่า จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี พบว่าอัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.1 : 1 [0.3 : 1 - 3 : 1]

ตารางที่ 27 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษตะกั่วจำแนกตามอาชีพ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

อาชีพ	พ.ศ.										จำนวนผู้ ป่วยรวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
กรรมกร/ รับจ้าง	4	1	13	11	8	3	9	9	12	29	99	43.0
เกษตร กรรม	9	2	1	0	3	8	7	11	6	5	52	22.6
แม่บ้าน	1	0	1	0	1	0	1	1	1	5	11	4.8
ค้าขาย	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	4	1.7
ข้าราชการ	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0.9
ครู	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0.9
ทหาร/ ตำรวจ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4
อื่น ๆ	0	0	7	0	1	2	3	4	3	2	22	9.6
ไม่ทราบ	4	0	2	0	3	7	8	4	5	4	37	16.1
รวม	18	4	25	12	17	20	30	29	28	47	230	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษตะกั่วจำแนกตามอาชีพ ระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 27) จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี พบว่าอาชีพกรรมกร หรือ รับจ้าง พบสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดเท่ากับ 43.0 % (99/230) รองลงมาได้แก่ อาชีพเกษตรกรรม 22.6 % (52/230) ถ้าดูการเปลี่ยนแปลงตามเวลา พบว่ากลุ่มอาชีพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนคือ อาชีพกรรมกร หรือ รับจ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน พ.ศ. 2541

ตารางที่ 28 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษตะกั่วจำแนกตามภาค ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

ภาค	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
กลาง	6	1	15	6	9	6	5	11	11	32	102	44.3
เหนือ	6	1	1	1	2	8	18	10	8	6	61	26.5
ตะวันออก เฉียงเหนือ	0	1	7	4	5	0	5	5	8	4	39	17.0
ใต้	6	1	2	1	1	6	2	3	1	5	28	12.2

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยโรคพิษตะกั่วจำแนกตามรายภาคระหว่าง พ.ศ. 2532– 2541 (ตารางที่ 28) จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปีพบว่าภาคที่มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือภาคกลาง 44.3 % (102/230) รองลงมาได้แก่ ภาคเหนือ 26.5 % (61/230) , ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 17.0 % (39/230) และภาคใต้ 12.2% (28/230)

สำหรับในภาคกลางจังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่ นครนายก, ระยอง, ปทุมธานี

สำหรับในภาคเหนือจังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่ เชียงราย, กำแพงเพชร

สำหรับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่ นครราชสีมา, บุรีรัมย์

สำหรับในภาคใต้จังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่ ชุมพร, สงขลา, ตรัง, พัทลุง

ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ

1. ข้อมูลจากกองทุนเงินทดแทน

มีรายงานผู้ป่วยโรคพิษตะกั่วระหว่าง พ.ศ. 2532-2541 จากกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม ดังนี้

พ.ศ. 2532 – 2536	ไม่มีรายงานผู้ป่วย
พ.ศ. 2537	1 ราย
พ.ศ. 2538 – 2539	ไม่มีรายงานผู้ป่วย
พ.ศ. 2540	36 ราย
พ.ศ. 2541	ไม่มีรายงานผู้ป่วย

2. ข้อมูลเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปี 2533 – 2534 อุบลรัตน์ สุคนธมานและคณะ ทำการศึกษาวิเคราะห์ระดับสารตะกั่วในเลือดของคนที่อยู่ติดถนนใหญ่ในกรุงเทพมหานครจำนวน 100 ราย ได้ค่าเฉลี่ยของปริมาณตะกั่วในเลือดและปัสสาวะเท่ากับ 15.6 และ 102.19 ไมโครกรัม / เดซิลิตร ตามลำดับ

ปี 2534 ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ได้รับผู้ป่วยเด็กอายุ 8 เดือนไว้ในโรงพยาบาลด้วยอาการชักและพบว่าเป็นโรคสมองอักเสบจากพิษตะกั่วเนื่องจากผู้ป่วยกินนมมารดาซึ่งมีระดับตะกั่วในน้ำนมสูงถึง 40 ไมโครกรัม / เดซิลิตร ทั้งบิดาและมารดาทำงานในโรงงานแบตเตอรี่

ปี 2538 – 2539 กองอาชีวอนามัยได้ทำการศึกษาค่าเฉลี่ยของตะกั่วในเลือดของคนไทยทั่วไปพบว่าได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.92 ไมโครกรัม / เดซิลิตร ผู้หญิงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 ไมโครกรัม / เดซิลิตร ผู้ชายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.51 ไมโครกรัม / เดซิลิตร ซึ่งมีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 22.68 ไมโครกรัม / เดซิลิตร ซึ่งกองอาชีวอนามัยได้ทำการศึกษาไว้เมื่อ พ.ศ. 2522 – 2523 อาจเนื่องมาจากการรณรงค์ให้ทราบถึงอันตรายของสารตะกั่ว โดยสนับสนุนการใช้น้ำมันไร้สารตะกั่วกับรถยนต์ทำให้ลดปริมาณสารตะกั่วในสิ่งแวดล้อมทำให้ประชาชนทั่วไปสัมผัสและรับเอาสารตะกั่วเข้าสู่ร่างกายลดลง

วิจารณ์

จากข้อมูลการรายงานพบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2536 ทั้ง ๆ ที่มีการรณรงค์ให้ทราบถึงอันตรายของสารตะกั่วและการใช้น้ำมันไร้สารตะกั่วกับรถยนต์เพิ่มขึ้นอาจจะเนื่องมาจากมีประชาชนเข้ามาสู่อาชีพทางด้านอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสารตะกั่วมากขึ้นร่วมกับการตรวจเบื้องต้นทางห้องปฏิบัติการมาช่วยในการวินิจฉัยและการเฝ้าระวังโรคได้รวดเร็วขึ้น

สรุป

สถานการณ์โรคพิษตะกั่ว ระหว่าง พ.ศ. 2532–2541 พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2536 และสูงสุดใน พ.ศ. 2541 พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี พบมากในกลุ่มอายุ 15 – 34 ปีโดยมีอัตราส่วนของเพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิง อาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือกรรมกร เขตภาคกลางมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาคเหนือ

3. สถานการณ์โรคพิษโลหะหนักอื่น ๆ ไม่รวมตะกั่ว (Heavy metal poisoning)

ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

โรคพิษโลหะหนักที่ไม่ใช่ตะกั่วที่พบบ่อยในประเทศไทยส่วนใหญ่เกิดจาก

สารหนู (Arsenic) เป็นโลหะชนิดหนึ่งที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ มีลักษณะเป็นมันวาว วัลคล้ายเงินและเป็นโลหะหนักที่ไม่จำเป็นสำหรับร่างกาย พบได้ในอาหารโดยเฉพาะอาหารทะเลเช่น ปลาและหอย ระดับสารหนูในปัสสาวะของคนปกติทั่วไปอาจเพิ่มขึ้นเมื่อบริโภคอาหารทะเล อาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษได้แก่

1. เกษตรกร (ใช้สารเคมีกำจัดแมลงหรือปราบปรามศัตรูพืชที่ใส่สารหนู)
2. งานผลิตชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ (ไมโครเวฟ, เลเซอร์, เซมิคอนดักเตอร์)
3. งานถลุงโลหะ
4. งานผลิตไม้สำเร็จรูป (ใช้น้ำยาถนอมเนื้อไม้ที่ใส่สารหนู)
5. งานชุบโลหะ

การเผาผลาญในร่างกาย สารหนูเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทางคือ ทางหายใจ, ทางการบริโภคและทางผิวหนัง แต่สารหนูถูกดูดซึมทางผิวหนังได้น้อยมาก สารหนูส่วนใหญ่ขับออกทางปัสสาวะภายใน 48 ชั่วโมง สารหนูจะสะสมในเส้นผมและเล็บแต่การจะนำมาแปลผลค่อนข้างเป็นปัญหาและห้องปฏิบัติการส่วนมากจะไม่ทำการวิเคราะห์ สารหนูอาจอยู่ในรูป arsenite (As^{3-}) และ Arsenate (As^{5-}) สารหนู Arsenite ส่วนใหญ่จะถูกขับถ่ายออกทางปัสสาวะในรูปของ dimethyl arsenic acid และส่วนที่เหลือจะเป็น methyl arsenic acid และสารหนูอนินทรีย์ที่ไม่เปลี่ยนแปลง สารหนู Arsenate จะถูกขับถ่ายออกทางปัสสาวะในรูปของสารหนูอนินทรีย์ที่ไม่เปลี่ยนแปลง การได้รับสัมผัสสารหนูเข้าสู่ร่างกายมนุษย์จากสิ่งแวดล้อมนั้นจะเป็นในรูปของสารหนูอนินทรีย์มากกว่าสารหนูอินทรีย์เนื่องจากสารหนูอนินทรีย์ปนเปื้อนอยู่ในดินและตะกอนดิน

อาการและอาการแสดง

1. กรณีพิษเฉียบพลัน มีอาการปวดท้อง, คลื่นไส้, อาเจียน, ท้องร่วง, ปวดศีรษะ, เพ้อ, คลั่ง, ชัก
2. กรณีพิษเรื้อรัง มีอาการชาที่ปลายมือปลายเท้า, อ่อนเพลีย, ไม่มีแรง, อาจมีโพรงจมูกอักเสบและผนังกันโพรงจมูกทะลุ, ชีตจากภาวะเลือดจาง, พบเส้นขวางสีขาวบนเล็บ (Mees line), อาจมีอาการทางผิวหนังคือ สีผิวหนังเข้มเป็นหย่อม ๆ มองคล้ายหยดฝนบนถนนฝุ่น, ฝ่ามือฝ่าเท้ามีตุ่มดำนแดงหรือเป็นตุ่มคล้ายตาปลาหรือมีผิวหนังแข็งเป็นจุด ๆ หลายแห่ง รอยโรคนี้อาจรวมกันเป็นปื้น นอกจากนี้อาจเกิดมะเร็งที่ผิวหนังหรือมะเร็งปอด

การวินิจฉัยโรค

อาศัยประวัติอาชีพและแยกประวัติโรคที่เกิดจากการใช้ยาเข้าสู่สารหนู ร่วมกับอาการและอาการแสดงและการตรวจวิเคราะห์สารหนูอนินทรีย์ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ถ้ามีสารหนู 0 - 10 ไมโครกรัม/ลิตร

ปรกติ, 10 – 100 ไมโครกรัม/ลิตร ผิดปรกติอย่างอ่อน ๆ, > 100 – 1,000 ไมโครกรัม/ลิตร ผิดปรกติ
เรื้อรัง, > 1,000 ไมโครกรัม/ลิตร เป็นโรคพิษสารหนูเฉียบพลัน

แมงกานีส (Manganese) เป็นโลหะซึ่งในรูปที่บริสุทธิ์จะมีสีขาวเงิน ตามปรกติเป็นสีเทาแดง ในรูป
ของดินแร่จะเป็นสีดำของแมงกานีสไดออกไซด์ หรือที่เรียกว่า แร่ไพโรลูไซต์

สารประกอบของแมงกานีส แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1. สารประกอบอนินทรีย์ของแมงกานีสได้แก่ โลหะผสมของแมงกานีสกับเหล็ก นอกจากนี้
แมงกานีสยังผสมกับทองแดง, สังกะสีและ อลูมิเนียม เป็นโลหะอัลลอย แมงกานีสได
ออกไซด์ใช้ทำถ่านไฟฉาย, ใช้ผสมในอาหารเลี้ยงสัตว์ปีกและสารกำจัดเชื้อรา นอกจากนี้ยัง
ผสมเป็นสารประกอบอื่น ๆ เช่น ทำยา hydroquinone, potassium permanganate ใช้ทำสี
ทำน้ำยาซักเงาและแต่งสีในอุตสาหกรรมแก้วและภาชนะเคลือบ เป็นต้น
2. สารประกอบอินทรีย์ของแมงกานีสได้แก่ manganese tricarbonyl ถูกใช้เป็นสารกันเนื้อมีใน
น้ำมันเบนซินไร้สารตะกั่วและเป็นสารช่วยลดเขม่าและควันในน้ำมันดีเซล ซึ่งเมื่อเผาไหม้จะ
กลายเป็นแมงกานีสไดออกไซด์

ธาตุแมงกานีส เป็นสารสำคัญตัวหนึ่งในร่างกายมนุษย์ มีความสำคัญเกี่ยวกับ

การสร้างกระดูก, การสร้างเซลล์เม็ดสีที่ผิวหนัง

อาการและอาการแสดง ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ, ระบบประสาทและ ระบบสืบพันธุ์ ฝุ่นหรือ
ไอของแมงกานีสทำให้เกิดการระคายเคืองของทางเดินหายใจ ทำให้แน่นหน้าอก, หอบหืดอักเสบ
อาการทางประสาทเรียกว่า แมงกานีสซึม (manganism) อาการจะปรากฏหลังการสัมผัสเป็นเวลา 1
เดือน ถึง 10 ปี ระยะปีแรกถึงปีที่สอง อาการจะค่อยเป็นค่อยไป โดยเริ่มปวดศีรษะ, อ่อนเพลีย, เบื่อ
อาหาร, เฉื่อยชา, ง่วงหาวนอนผิดปกติ, อารมณ์ฉุนเฉียว, ประสาทหลอน, อารมณ์เปลี่ยนแปลง, หลงลืม
ระยะที่สอง อาการจะปรากฏชัดที่ระบบประสาทส่วนกลาง ปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่ไหล่และ
น่อง, ต่อมากล้ามเนื้ออ่อนกำลังทั่วร่างกาย, พูดซ้ำ, เคลื่อนไหวซ้ำและงุ่มง่าม ต่อไปจะเป็นลักษณะผิด
ปรกติแบบ พาร์กินสันนิสม (parkinsonism)

การเผาผลาญในร่างกาย แมงกานีสถูกดูดซึมเข้าร่างกายส่วนใหญ่ทางระบบทางเดินหายใจ, ประมาณ 3
% ถูกดูดซึมในทางเดินอาหาร การขับถ่ายส่วนใหญ่ทางน้ำดี มีน้อยมากที่ขับออกทางเส้นผม, เหงื่อ
และปัสสาวะ

การวินิจฉัยโรค อาศัยประวัติการสัมผัส, อาการและอาการแสดง, ผลการตรวจระดับแมงกานีสในเลือด
และปัสสาวะ (ค่าปรกติของแมงกานีสในเลือด 130 – 190 นาโนโมล/ลิตร ค่าปรกติของแมงกานีสใน
ปัสสาวะ 0.2 – 0.35 นาโนโมล/ลิตร)

อาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษแมงกานีส ได้แก่

1. ทำเหมืองแร่ไฟโรลูไซต์
2. โรงงานทำถ่านไฟฉาย
3. โรงงานหลอมโลหะที่มีแมงกานีสเป็นส่วนผสม
4. โรงงานทำยา hydroquinone และยา potassium permanganate
5. โรงงานทำภาชนะเคลือบ
6. โรงงานทำน้ำยาซักเงา
7. ช่างทาสีที่ผสมแมงกานีส

ปรอท (Mercury)

ใช้ในอุตสาหกรรมทำอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์, ทันตกรรม, ยาฆ่าเชื้อโรค, สารกำจัดแมลง, ทำหลอดไฟและแบตเตอรี่แห้ง

อาการและอาการแสดง

1. กรณิพิษเฉียบพลัน ทำให้ถ่ายปัสสาวะน้อย เนื่องจากภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลัน, เกิดภาวะง่วงหาวนอนรุนแรง
2. กรณิพิษเรื้อรัง เกิดกลุ่มอาการ เนโฟรติค แพนโคนี ร่วมกับภาวะไตล้มเหลว

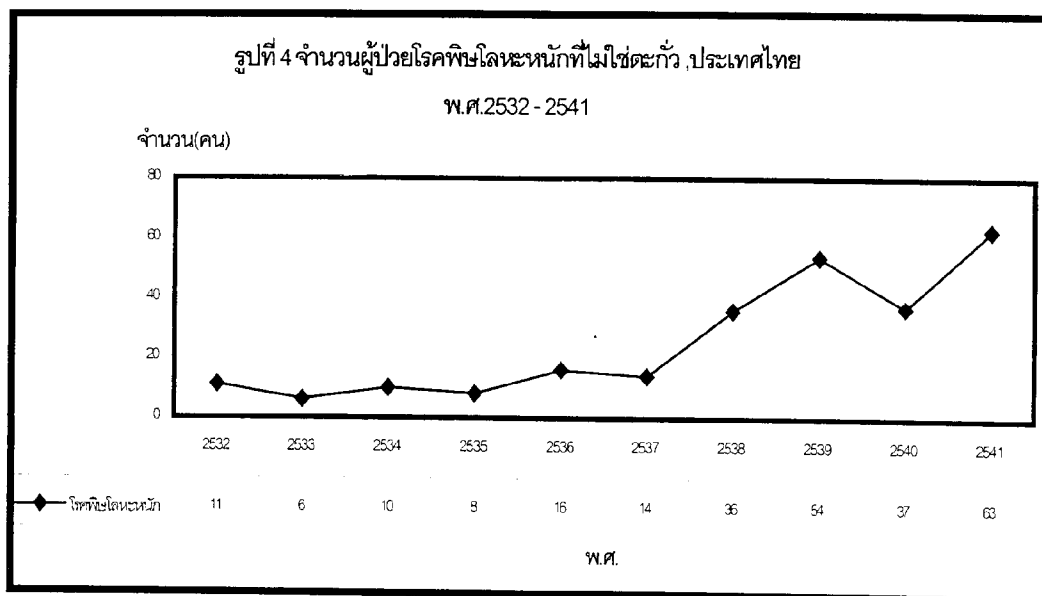
การเผาผลาญในร่างกาย ปรอทอินทรีย์เข้าสู่ร่างกายทางหายใจ ประมาณ 80 % ของปรอทอินทรีย์ที่หายใจเข้าไปอยู่ในถุงลมปอด นอกจากนี้ยังถูกดูดซึมผ่านทางผิวหนังด้วยแต่ปรอทถูกดูดซึมจากทางเดินอาหารน้อยมาก

ปรอทอินทรีย์เข้าสู่ร่างกายทางหายใจและการกินโดยอุบัติเหตุหรือด้วยความไม่ตั้งใจ ปรอทอินทรีย์จะอยู่ทั้งในน้ำเลือดและเม็ดเลือด

ปรอททั้งอินทรีย์และอนินทรีย์จะไปสะสมที่ไตและสมอง ปรอทอินทรีย์ถูกขับออกทางปัสสาวะและอุจจาระ ระดับของปรอทในปัสสาวะจะบอกถึงการสัมผัสปรอทมาก่อน 2 – 4 เดือน ไอของปรอทที่หายใจเข้าไปอยู่ในเลือดแสดงถึงการสัมผัสมาก่อน 7 วัน

การวินิจฉัย จากประวัติการสัมผัส อาการและอาการแสดงร่วมกับผลตรวจปรอทในเลือดและปัสสาวะ (ค่าปรกติในเลือดไม่เกิน 35 ไมโครกรัม/กรัม ครีอะตินิน และในปัสสาวะไม่เกิน 15 ไมโครกรัม/ลิตร)

ในประเทศไทย มีรายงานการเกิดโรคพิษสารหนูจากการประกอบอาชีพน้อยมาก ผู้ป่วยโรคพิษสารหนูส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการรับประทานยาหม้อเพื่อรักษาโรค นอกจากนี้มีรายงานผู้ป่วยจำนวนมากที่อำเภอร้อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช เนื่องจากการรับประทานน้ำบ่อที่เป็นพิษด้วยสารหนูเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2530 ส่วนโรคพิษแมงกานีสมีรายงานครั้งแรกในโลกเมื่อ พ.ศ. 2380 โดย Couper ที่ประเทศฝรั่งเศส มีผู้ป่วย 5 ราย จากการทำเหมืองแร่ไฟโรลูไซต์ สำหรับในประเทศไทย โรคพิษแมงกานีสมีรายงานครั้งแรกโดยมีการระบาดใน พ.ศ. 2507 มีผู้ป่วย 41 ราย



แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ของโรคพิษโลหะหนัก (แมงกานีส, ปรีทและ สารหนู) ตามระบบเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยา(รูปที่ 4) พบว่าจำนวนผู้ป่วยค่อนข้างคงที่ตั้งแต่ พ.ศ. 2532 – 2537 (6 – 16 คนต่อปี) และหลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2538 (36 คน) และเพิ่มสูงสุดใน พ.ศ. 2541 (63 คน) จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคพิษโลหะหนัก มีรายงานเพียง 1 ราย เมื่อ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2538 คิดเป็นอัตราป่วยตายใน พ.ศ. 2538 เท่ากับ 2.8 % (1/36) ผู้ป่วยเป็นเพศชายอายุประมาณ 4 ปี อยู่ภาคเหนือ (จังหวัดกำแพงเพชร)

ตารางที่ 29 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามประเภทของโรคพิษโลหะหนัก
ประเทศไทย, พ.ศ. 2533– 2541

ประเภท ของโรคพิษ โลหะหนัก	พ.ศ.									จำนวนผู้ป่วย รวม 9 ปี	
	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
โรคพิษสาร สารหนู	0	1	3	4	2	1	4	3	1	19	7.9
โรคพิษสาร แมงกานีส	0	0	1	2	0	1	0	1	0	5	2.0
โรคพิษสาร ปรอท	0	0	1	0	1	0	0	0	1	3	1.2
โรคพิษสาร โลหะหนัก อื่นๆ	2	8	1	3	1	19	5	5	4	48	19.7
ไม่ทราบ, ไม่ ระบุ	4	1	2	7	10	15	45	28	57	169	69.3

แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ไม่มีข้อมูลรายงานผู้ป่วยจำแนกตามประเภทของโรคพิษโลหะหนัก พ.ศ. 2532

จากตารางที่ 29 จากจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารโลหะหนักรวม 9 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2533 – 2541 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารโลหะหนักไม่ทราบหรือไม่ระบุประเภทของสารโลหะหนักที่ได้รับรายงาน สูงถึง 69.3 % (169/244) ส่วนประเภทโรคพิษโลหะหนักที่มีจำนวนผู้ป่วยเป็นสัดส่วนสูงสุดคือ โรคพิษสารสารหนู 7.9 % (19/244) รองลงมาได้แก่ โรคพิษสารแมงกานีส 2.0 % (5/244) และโรคพิษสารปรอท 1.2 % (3/244)

ตารางที่ 30 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษโลหะหนักจำแนกตามรายเดือน
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

เดือน	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วย รวม10ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
มกราคม	2	0	1	2	1	0	1	2	11	3	23	9.0
กุมภาพันธ์	0	0	0	0	1	3	2	6	0	2	14	5.5
มีนาคม	0	3	2	0	7	0	2	5	2	2	23	9.0
เมษายน	0	0	0	1	0	1	18	5	2	7	34	13.3
พฤษภาคม	0	0	0	1	0	1	1	8	2	2	15	5.9
มิถุนายน	0	1	0	0	1	1	2	8	2	6	21	8.2
กรกฎาคม	2	1	2	0	0	2	2	5	5	0	19	7.5
สิงหาคม	1	0	0	2	1	1	2	6	6	4	23	9.0
กันยายน	0	0	1	0	0	3	2	1	4	16	27	10.6
ตุลาคม	1	1	3	0	0	2	4	4	1	15	31	12.2
พฤศจิกายน	3	0	1	2	4	0	0	3	0	5	18	7.1
ธันวาคม	2	0	0	0	1	0	0	1	2	1	7	2.7
รวม	11	6	10	8	16	14	36	54	37	63	255	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษโลหะหนักจำแนกตามรายเดือนของกองระบาดวิทยาระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 พบว่าโรคพิษโลหะหนักพบได้ตลอดทั้งปี แต่ใน พ.ศ. 2541 มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา และพบมากที่สุดในเดือนกันยายนและตุลาคม จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี (ตารางที่ 30) พบว่าเดือนที่พบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือเดือนเมษายน 13.3% (34/255) รองลงมาได้แก่ เดือนตุลาคม 12.2% (31/255)

ตารางที่ 31 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษโลหะหนักจำแนกตามกลุ่มอายุ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

กลุ่ม อายุ(ปี)	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วย รวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
0 – 4	0	1	0	2	0	3	4	6	7	5	28	11.0
5 – 9	0	1	0	0	0	2	2	1	1	2	9	3.5
10 – 14	0	1	1	0	0	0	2	4	0	1	9	3.5
15 – 24	5	0	4	3	6	2	3	9	12	13	57	22.4
25 - 34	3	3	3	0	6	3	7	15	6	18	64	25.1
35 – 44	2	0	0	3	3	2	3	9	4	9	35	13.7
45 - 54	1	0	1	0	0	1	6	6	1	9	25	9.8
55+	0	0	1	0	1	1	9	4	6	6	28	11.0
รวม	11	6	10	8	16	14	36	54	37	63	255	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษโลหะหนักจำแนกตามกลุ่มอายุ ระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 31)
พบว่า จำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี มีสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มอายุ 25-34 ปี เท่ากับ 25.1 % (64/255)
รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี 22.4 % (57/255) และ 35 – 44 ปี 13.7% (35/255)

ตารางที่ 32 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษโลหะหนักจำแนกตามเพศ ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

พ.ศ.	ชาย	หญิง	อัตราส่วน
2532	5	6	0.8 : 1
2533	1	5	0.2 : 1
2534	5	5	1 : 1
2535	7	1	7 : 1
2536	6	10	0.6 : 1
2537	8	6	1.3 : 1
2538	12	24	0.5 : 1
2539	33	21	1.6 : 1
2540	24	13	1.8 : 1
2541	50	13	3.8 : 1
รวม	151	104	1.5 : 1

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

อัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงของผู้ป่วยโรคพิษโลหะหนักระหว่างพ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 32) จากการเปลี่ยนแปลงตามเวลาพบว่าในช่วง พ.ศ. 2532 - 2537 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสองเพศใกล้เคียงกันแต่ใน พ.ศ. 2538 พบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชายเป็น 2 เท่า และตั้งแต่ พ.ศ.2539 – 2541 พบว่าจำนวนผู้ป่วยเพศชายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเพศหญิงมีแนวโน้มลดลงตามเวลาที่ผ่านมา จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี พบว่าอัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.5 : 1 [0.2 : 1 - 7 : 1]

ตารางที่ 33 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษโลหะหนักจำแนกตามอาชีพ ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

อาชีพ	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
เกษตรกร	5	3	2	2	9	3	10	30	16	35	115	45.1
กรรมกร/รับจ้าง	1	2	2	2	3	1	9	13	8	15	56	22.0
แม่บ้าน	1	0	0	0	1	1	2	1	5	1	12	4.7
ค้าขาย	2	1	0	1	1	1	1	0	1	3	11	4.3
ข้าราชการ	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	3	1.2
ทหาร/ตำรวจ	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0.8
ครู	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0.4
เลี้ยงสัตว์	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.4
อื่น ๆ	1	0	4	0	2	2	8	1	0	5	23	9.0
ไม่ทราบ	1	0	0	2	0	5	5	7	7	5	32	12.5
รวม	11	6	10	8	16	14	36	54	37	63	255	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษโลหะหนักจำแนกตามอาชีพ ระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 33) จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี พบว่าอาชีพเกษตรกร พบสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดเท่ากับ 45.1 % (115/255) รองลงมาได้แก่ อาชีพกรรมกร หรือ รับจ้าง 22.0 % (56/255)

ตารางที่ 34 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษโลหะหนักจำแนกตามภาค
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

ภาค	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
ตะวันออก เฉียงเหนือ	2	1	2	3	3	3	5	31	16	29	95	37.3
เหนือ	2	2	2	2	9	6	26	11	13	13	86	33.7
กลาง	3	1	5	2	2	4	5	10	8	20	60	23.5
ใต้	4	2	1	1	2	1	0	2	0	1	14	5.5
รวม	11	6	10	8	16	14	36	54	37	63	255	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีข้อมูลรายงานผู้ป่วยจำแนกตามภาค พ.ศ. 2532

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยโรคพิษโลหะหนักจำแนกตามรายภาคระหว่าง พ.ศ. 2532– 2541 (ตารางที่ 34) จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปีพบว่าภาคที่มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือภาคตะวันออก เฉียงเหนือ 37.3 % (95/255) รองลงมาได้แก่ ภาคเหนือ 33.7 % (86/255), ภาคกลาง 23.5 % (60/255) และภาคใต้ 5.5% (14/255)

ตารางที่ 35 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารหนูจำแนกตามภาค ประเทศไทย, พ.ศ. 2533 – 2541

ภาค	พ.ศ.									จำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี	
	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
เหนือ	0	1	1	2	0	0	4	2	0	10	52.6
ใต้	0	0	1	2	1	0	0	0	1	5	26.3
กลาง	0	0	1	0	1	1	0	1	0	4	21.1
ตะวันออก เฉียงเหนือ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีข้อมูลรายงานผู้ป่วยจำแนกตามภาค พ.ศ. 2532

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารหนูจำแนกตามรายภาคระหว่าง พ.ศ. 2533– 2541 (ตารางที่ 35)
จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปีพบว่าภาคที่มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือภาคเหนือ 52.6 % (10/19) รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ 26.3% (5/19) , ภาคกลาง 21.1 % (4/19) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่มีรายงานผู้ป่วย

ตารางที่ 36 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษแมงกานีสจำแนกตามภาค ประเทศไทย, พ.ศ. 2533 – 2541

ภาค	พ.ศ.									จำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี	
	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
กลาง	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	40
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	40
เหนือ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	20
ใต้	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีข้อมูลรายงานผู้ป่วยจำแนกตามภาค พ.ศ. 2532

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษแมงกานีสจำแนกตามรายภาคระหว่าง พ.ศ. 2533– 2541 (ตารางที่ 36)
จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปีพบว่าภาคที่มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง 40 % (2/5) รองลงมาได้แก่ ภาคเหนือ 20% (1/5) และภาคใต้ ไม่มีรายงานผู้ป่วย

ตารางที่ 37 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษปรอทจำแนกตามภาค ประเทศไทย, พ.ศ. 2533 – 2541

ภาค	พ.ศ.									จำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี	
	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
เหนือ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	33.3
กลาง	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	33.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	33.3
ใต้	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีข้อมูลรายงานผู้ป่วยจำแนกตามภาค พ.ศ. 2532

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษปรอทจำแนกตามรายภาคระหว่าง พ.ศ. 2532– 2541 (ตารางที่ 37)
จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปีพบว่ามีรายงานจำนวนผู้ป่วยภาคละ 1 รายยกเว้นภาคใต้ไม่มีรายงานผู้ป่วย

ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ

1. ข้อมูลจากกองทุนเงินทดแทน

ไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคพิษโลหะหนักระหว่าง พ.ศ. 2532-2541 จากกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

2. ข้อมูลเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การสำรวจความชุกของโรคพิษสารหนูของ อมร รอดคล้ายและคณะ เมื่อ พ.ศ. 2537 พบว่าระดับสารหนูในเส้นผมมากกว่า 0.2 ppm ร้อยละ 89.8% ในกลุ่มเด็กอายุ 0 – 9 ปี ที่ตำบลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ ได้ทำการศึกษาที่อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อ พ.ศ. 2538 พบว่าเด็กที่เกิดและอาศัยอยู่ในตำบลร่อนพิบูลย์ทุกคน (353 คน) มีระดับสารหนูมากกว่าค่าปกติ (> 1 ppm) ระดับสารหนูที่ตรวจพบมีค่าระหว่าง 1.06 – 26.94 ppm สำหรับเด็กที่เกิดใหม่และอาศัยอยู่ในตำบลเสาธง พบว่ามีระดับสารหนูในเส้นผมมากกว่าค่าปกติ (> 1 ppm) ร้อยละ 75 ระดับสารหนูที่ตรวจพบมีค่าระหว่าง 0.48 – 8.79 ppm แสดงว่าเด็กจำนวนมากที่อาศัยอยู่ในตำบลทั้งสองมีการได้รับสัมผัสสารหนูอย่างเรื้อรังแม้ไม่มีอาการ

วิจารณ์

ประเภทโรคพิษโลหะหนักไม่ทราบชนิดหรือไม่ระบุประเภทของสารเคมีได้รับรายงานสูงถึง 69.3% ทำให้ไม่รู้สถานการณ์ที่แท้จริงว่ามีโรคพิษโลหะหนักที่เป็นปัญหาของประเทศไทยอีกหรือไม่ และจำนวนผู้ป่วยโรคพิษโลหะหนักจากการประกอบอาชีพจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าการรวมผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอายุนอกขอบเขตของวัยแรงงานอาจมีสาเหตุมาจากผู้รายงานยังไม่ทราบหรือไม่ได้ใช้คำนิยามของโรคในกลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพ กลุ่มอายุที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน นอกจากนี้ข้อมูลการเกิดโรคที่ได้รับรายงานอาจจะน้อยกว่าความเป็นจริงโดยเฉพาะกรณีไม่มีอาการซึ่งจากการรายงานโรคพิษสารหนูของ อมร รอดคล้ายและคณะ (2537) และ อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ (2538) พบว่าผลตรวจเส้นผมอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงหรือไม่ปลอดภัยแม้ไม่มีอาการ

จากรายงาน รง. 506 ไม่มีข้อมูลประเภทของงานที่ผู้ป่วยทำหรือสัมผัสทำให้ไม่สามารถหาประเภทของงานที่มีอัตราเสี่ยงสูงในการเกิดโรคพิษโลหะหนักอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ตะกั่วและพบว่าภาคเหนือมีผู้ป่วยโรคพิษสารหนูมากเป็น 2 เท่าของภาคใต้และภาคกลางทั้ง ๆ ที่รายงานและการวิจัยส่วนใหญ่มักจะทำการศึกษาในภาคใต้

สรุป

สถานการณ์โรคพิษโลหะหนัก (แมงกานีส, ปรอทและ สารหนู) ระหว่าง พ.ศ. 2532-2541 พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก พ.ศ. 2538 - 2541 โลหะที่เป็นสาเหตุอันดับแรกคือ สารหนู รองลงมาคือ แมงกานีสและปรอท พบผู้ป่วยได้ตลอดปีและพบมากในกลุ่มอายุ 15 – 34 ปี โดยมีอัตราส่วนของเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือเกษตรกร รองลงมาคือกรรมกรหรือรับจ้าง เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง

4. สถานการณ์โรคพิษตัวทำละลาย(Organic solvent or Petroleum products poisoning)

ในประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2541

ตัวทำละลาย (Organic solvent) หมายถึง กลุ่มของสารอินทรีย์หรือสารผสมที่ประกอบด้วยไฮโดรคาร์บอนซึ่งระเหยได้ดี กลุ่มตัวทำละลายที่ใช้มากทางอุตสาหกรรมได้แก่ aromatic hydrocarbons (เช่น benzene, xylene, styrene, toluene), aliphatic hydrocarbons (เช่น acetone, ketones, alcohols, methanols), halogenated hydrocarbons, aldehydes และ esters ตัวทำละลายมีกลิ่นเฉพาะตัวหรือหอม มีความหนืดต่ำ แรงตึงผิวต่ำ ค่าความดันไอต่ำ ละลายได้ดีในไขมันและ บางชนิดติดไฟได้ดีเช่น toluene, ethyl acetate, acetone เป็นต้น ตัวทำละลายนำมาใช้ในกระบวนการแยก สกัด ละลายหรือ ตกตะกอนสารจำพวกไขมัน ขี้ผึ้งและยาง ซึ่งสารเหล่านี้ไม่ละลายในน้ำ

อาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษตัวทำละลายได้แก่

1. อุตสาหกรรมการผลิตสี หมึกพิมพ์ ทินเนอร์ พลาสติก สารเคลือบเงา สิ่งทอ รองเท้า แผงวงจรไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์
2. สารกำจัดศัตรูพืช
3. สารเคมีที่ใช้ในการเกษตร ห้องปฏิบัติการทางเคมี ยาและเครื่องสำอาง น้ำยาลบหมึก น้ำหอมปรับอากาศ สารกำจัดแมลง รวมทั้งสารเคมีทำความสะอาดที่ใช้ในครัวเรือน

ในประเทศไทยสารเคมีที่มีการนำเข้าไปในปริมาณมากและมีการใช้ในอุตสาหกรรมต่าง ๆ ในลำดับต้น ๆ 10 อันดับแรกและมีพิษต่อสุขภาพอนามัยประชากรวัยแรงงานนั้นได้แก่ สารทำละลายอินทรีย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน ซึ่งได้แก่ กลุ่มของเบนซีน (benzene) ไทลีน (xylene) โทลูอีน (toluene) และสไตรีน (styrene) จากข้อมูลรายงานของการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทยบ่งชี้ว่าอุตสาหกรรมเกี่ยวกับตัวทำละลายดังกล่าวเหล่านี้พบได้ในทุกเขตพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเช่น จังหวัดสมุทรปราการ, ระยอง เป็นต้น

การเผาผลาญในร่างกาย เข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทางคือ ทางการหายใจ, ทางการบริโภคหรือทางเดินอาหาร และทางผิวหนัง จากการทํางานจะได้รับทางระบบทางเดินหายใจและทางผิวหนังเป็นหลัก ตัวทำละลายเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะกระจายตัวอย่างรวดเร็วเข้าสู่กระแสเลือดและเข้าสู่อวัยวะที่มีเลือดและส่วนประกอบของไขมันมากเช่น ระบบประสาทส่วนกลาง ไชกระดูก ตับ ไต หัวใจและกล้ามเนื้อ เป็นต้น ตัวทำละลายบางชนิดเช่น alcohols, toluene, xylene, methyl chloroform จะถูกกำจัดออกทางลมหายใจโดยไม่เปลี่ยนแปลง จึงได้กลืนจากลมหายใจ ส่วนสารที่เลืือจะถูกเปลี่ยนแปลงโครงสร้างที่ตับให้เป็นสารที่ละลายน้ำได้ดีและถูกขับออกทางไต นอกจากนี้ตัวทำละลายบางส่วนจะสะสมในไขมัน ทำให้เกิดพิษแบบเรื้อรัง

เบนซีน (Benzene) ใช้ประโยชน์เป็นตัวทำละลายสกัดและสังเคราะห์สารเคมีต่าง ๆ ในอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์, หนังสือพิมพ์, กาว, รองเท้า, พรมน้ำมัน, พลาสติก, ยากันบูดและยาแก้ปวด

อาการและอาการแสดง

1. กรณีพิษเฉียบพลัน มีอาการระคายเคืองต่อตา เยื่อบุทางเดินหายใจและผิวหนัง, ถ้าได้รับปริมาณมากจะเป็นพิษต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้ปวดศีรษะ, คลื่นไส้, อาเจียน, มึนงงและประสาทหลอน

2. กรณีพิษเรื้อรัง มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูก ทำให้กระดูกเสื่อมสภาพ ไขมันจะเข้าไปแทนที่ เป็นผลทำให้เกิดโลหิตจาง

การเผาผลาญในร่างกาย เบนซีนเข้าสู่ร่างกายทางการหายใจและการซึมผ่านทางผิวหนัง ประมาณร้อยละ 50 ของเบนซีนที่หายใจเข้าไปจะถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายและประมาณร้อยละ 80 ของเบนซีนที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกายจะถูกเผาผลาญเป็น phenol และถูกขับถ่ายในปัสสาวะ การขับถ่ายจะอยู่ระหว่าง 24 – 48 ชั่วโมง ประมาณร้อยละ 12 ของเบนซีนที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกายจะถูกกำจัดออกทางลมหายใจ

การวินิจฉัยโรค

อาศัยประวัติอาชีพและการสัมผัสกับเบนซีนร่วมกับอาการและอาการแสดงและการตรวจวิเคราะห์สาร phenol ในปัสสาวะ (ค่าปกติ ไม่เกิน 50 ไมโครกรัม/กรัม ครีอะตินีน) การตรวจเบนซีนในเลือดและลมหายใจ(ค่าปกติ ในลมหายใจออกไม่เกิน 0.12 ส่วนในล้านส่วนและในเลือดกรณีคนงานที่สัมผัสกับเบนซีน ไม่เกิน 10 นาโนโมล/ลิตร เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้สัมผัสกับเบนซีน ไม่เกิน 2.5 – 4 นาโนโมล/ลิตร)

โทลูอิน (Toluine) ใช้ประโยชน์ในอุตสาหกรรมผลิตกรดเบนโซอิก อุตสาหกรรมผลิตยา พลาสติก และฟอกหนัง ใช้เป็นตัวทำละลายเช่น ทินเนอร์ เป็นน้ำมันชักเงาเช่น แลคเกอร์ เป็นสารเหนียวเช่น กาว

อาการและอาการแสดง

1. กรณีพิษเฉียบพลัน เกิดขึ้นเมื่อได้รับสารความเข้มข้นสูงทำให้มีอาการผื่นหวาน ตื่นเต้น ปวดศีรษะ ง่วง วิงเวียน อ่อนเพลีย คลื่นไส้ กระวนกระวาย นอนไม่หลับ เดินเซ หมดสติ มีอาการระคายเคืองทางเดินหายใจ

2. กรณีพิษเรื้อรัง ทำให้ประสาทเสื่อมอย่างถาวร มีอารมณ์แปรปรวนไม่แน่นอน อาการสั่น สูญเสียความจำ ไม่มีสมาธิ ปวดศีรษะตลอดเวลาและเดินไม่ตรงมีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูก ทำให้กระดูกเสื่อมสภาพ ไขมันจะเข้าไปแทนที่ เป็นผลทำให้เกิดโลหิตจาง

การเผาผลาญในร่างกาย โทลูอินเข้าสู่ร่างกายทางการหายใจและการซึมผ่านทางผิวหนัง ประมาณร้อยละ 50 ของเบนซีนที่หายใจเข้าไปจะถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายและประมาณร้อยละ 80 ของเบนซีนที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกายจะถูกเผาผลาญเป็น phenol และถูกขับถ่ายในปัสสาวะ การขับถ่ายจะอยู่ระหว่าง 24 – 48 ชั่วโมง ประมาณร้อยละ 12 ของเบนซีนที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกายจะถูกกำจัดออกทางลมหายใจ

การเผาผลาญในร่างกาย เบนซีนเข้าสู่ร่างกายทางการหายใจ ประมาณร้อยละ 50 จะค้างอยู่ในปอด และยังสามารถซึมผ่านทางผิวหนัง โทลูอินประมาณร้อยละ 60 - 80 ในร่างกายจะถูกเผาผลาญเป็นกรดเบน

ไซคลิกกับกลัยซีนเป็นกรดอัมโฟริก ขับถ่ายทางปัสสาวะภายใน 7 ชั่วโมง และ ประมาณร้อยละ 15 - 20 ของโกลูอินจะถูกกำจัดออกทางลมหายใจ

การวินิจฉัยโรค

อาศัยประวัติอาชีพและการสัมผัสกับโกลูอินร่วมกับอาการและอาการแสดงและการตรวจวิเคราะห์กรดอัมโฟริก ในปัสสาวะ (ค่าปกติ ไม่เกิน 2.5 กรัม/กรัม ครีเอตินีน) การตรวจโกลูอินในเลือด (ค่าปกติ ไม่เกิน 1 มิลลิกรัม/ลิตร)

ซัลลิน (Xylene) ใช้ประโยชน์เป็นตัวทำละลาย เป็นส่วนผสมของสีทาบ้าน แลเกอร์ วานิช หมึก พิมพ์ กาว ซีเมนต์ น้ำยาทำความสะอาด น้ำมันเชื้อเพลิง น้ำหอม เครื่องสำอาง น้ำยาป้องกันแมลง เสร และ การพอกหนัง

อาการและอาการแสดง โอลของซัลลิน ทำให้เกิดอาการเคืองต่อตา จมูกและคอ การสัมผัสบ่อย ๆ และ นาน ๆ ทำให้ผิวหนังเนื่องจากซัลลินจะไปละลายไขมันที่ผิวหนังทำให้เป็นโรคผิวหนังได้ ซัลลินในรูปของเหลวทำให้เกิดอาการเคืองต่อตาและเยื่อเมือก กรณีพิษเฉียบพลัน กดประสาทส่วนกลาง เป็นอันตรายต่อตับและไต โอลของซัลลินความเข้มข้นสูงทำให้เกิดอาการ มึนงง ซึม ง่วงนอนและหมดสติ ที่ระดับความเข้มข้นมาก ๆ จะทำให้ปอดบวม คลื่นไส้อาเจียนและปวดท้อง

การเผาผลาญในร่างกาย ซัลลินเข้าสู่ร่างกายทางการหายใจและการซึมผ่านทางผิวหนัง ประมาณร้อยละ 95 ของซัลลินจะถูกเผาผลาญเป็น กรดเมธิลเบนโซอิกอย่างรวดเร็วและไปจับกับกลัยซีนเป็นกรดเมธิลอัมโฟริก ขับออกทางปัสสาวะ ประมาณร้อยละ 12 ของซัลลินจะถูกกำจัดออกทางลมหายใจโดยไม่เปลี่ยนรูป การขับถ่ายออกจากร่างกายมี 2 ช่วงคือ 1.5 และ 20 ชั่วโมง

การวินิจฉัยโรค

อาศัยประวัติอาชีพและการสัมผัสกับซัลลินร่วมกับอาการและอาการแสดงและการตรวจวิเคราะห์กรดเมธิลอัมโฟริกในปัสสาวะ (ค่าปกติ ไม่เกิน 1.5 กรัม/กรัม ครีเอตินีน)

สไตรีน (Styrene) ใช้ประโยชน์ในการทำพลาสติก ยางเทียม เรซิน ฉนวนไฟฟ้าและโพลีเอสเตอร์

อาการและอาการแสดง

1. กรณีพิษเฉียบพลัน เกิดขึ้นเมื่อได้รับสารความเข้มข้นสูงทำให้เกิดอาการผื่นหวน คัน ตื่น ปวดศีรษะ ง่วง วิงเวียน อ่อนเพลีย คลื่นไส้ กระวนกระวาย นอนไม่หลับ เหนื่อย หมดสติ มีอาการระคายเคืองในทางเดินหายใจ

2. กรณีพิษเรื้อรัง ทำให้ประสาทเสื่อมอย่างถาวร มีอารมณ์แปรปรวนไม่แน่นอน อาการคัน สูญเสียความจำ ไม่มีสมาธิ ปวดศีรษะตลอดเวลาและเดินไม่ตรงมีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูก ทำให้กระดูกเสื่อมสภาพ ไขมันจะเข้าไปแทนที่ เป็นผลทำให้เกิดโลหิตจาง

การเผาผลาญในร่างกาย สไตรีน เข้าสู่ร่างกายอย่างรวดเร็วทางการหายใจและจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีการออกกำลังกาย ประมาณร้อยละ 80 ที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกายจะถูกเผาผลาญเป็นกรดแมนเดิลและกรดเฟนิลแลค

ล้วยออกซีลิค สัตว์ในเลือดจะลดลงภายใน 24 ชั่วโมงหลังการสัมผัส กรดแมนเดิลจะถูกขับถ่ายทางปัสสาวะมากขึ้นหลังเลิกงานและจะลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว

การวินิจฉัยโรค อาศัยประวัติอาชีพและการสัมผัสกับสัตว์ร่วมกับอาการและอาการแสดงและการตรวจ

กรดแมนเดิลในปัสสาวะตอนท้ายกะ (ค่าปกติ ไม่เกิน 800 มิลลิกรัม/กรัม ครีอะตินีน)

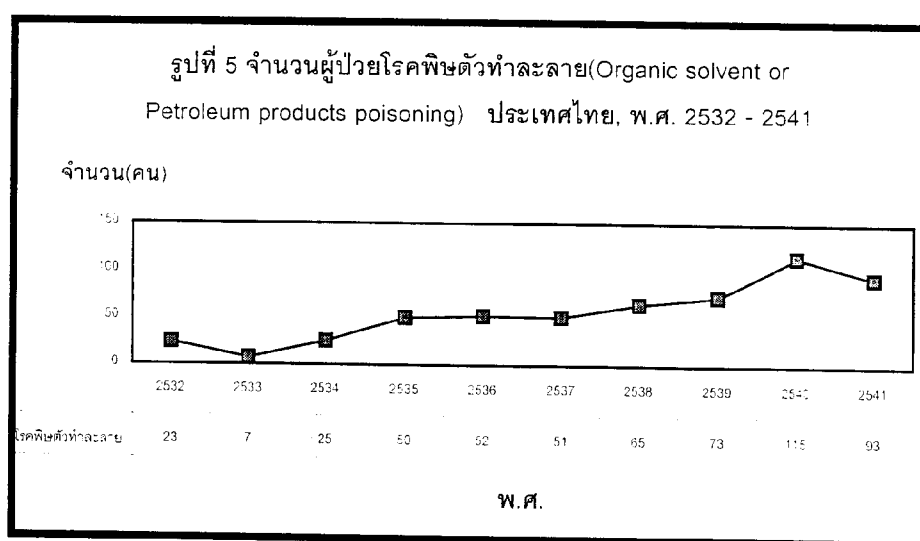
กรดแมนเดิลในปัสสาวะก่อนเข้ากะครั้งต่อไป (ค่าปกติ ไม่เกิน 300 กรัม/กรัม ครีอะตินีน)

กรดเฟนิลกลัยออกซีลิคในปัสสาวะตอนท้ายกะ (ค่าปกติ ไม่เกิน 240 กรัม/กรัม ครีอะตินีน)

กรดเฟนิลกลัยออกซีลิคในปัสสาวะก่อนเข้ากะครั้งต่อไป (ค่าปกติ ไม่เกิน 100 กรัม/กรัม ครีอะตินีน)

สัตว์ในเลือดตอนท้ายกะ (ค่าปกติ ไม่เกิน 0.55 มิลลิกรัม/ลิตร)

สัตว์ในเลือดก่อนเข้ากะครั้งต่อไป (ค่าปกติ ไม่เกิน 0.02 มิลลิกรัม/ลิตร)



แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ของโรคพิษตัวทำละลายตามระบบเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยา (รูปที่ 5) พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2533 (7คน) และเพิ่มสูงสุดใน พ.ศ. 2540และ2541 (115 และ93 คน ตามลำดับ) ผู้เสียชีวิตจากโรคพิษตัวทำละลายมีรายงานเพียง 1 ราย เมื่อ เดือนมกราคม พ.ศ. 2540 คิดเป็นอัตราป่วยตายใน พ.ศ. 2540 เท่ากับ 0.9% (1/115) ผู้ป่วยเป็นเพศหญิงในกลุ่มอายุ 45 – 54 ปี อยู่ภาคเหนือ (จังหวัด เชียงราย)

ตารางที่ 38 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามประเภทของโรคพิษตัวทำลาย
ประเทศไทย, พ.ศ. 2533 – 2541

ประเภทของ โรคพิษตัวทำลาย	พ.ศ.									จำนวนผู้ ป่วยรวม 9 ปี	
	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
เบนซีน	1	4	14	6	14	10	11	11	2	73	13.7
โซลีน	0	0	2	2	10	3	3	2	4	26	4.9
โทลูอิน	0	0	0	1	2	1	5	3	3	15	2.8
อื่น ๆ	2	14	18	24	9	13	13	11	9	113	21.3
ไม่ทราบ	4	7	16	19	16	38	41	88	75	304	57.3

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ไม่มีข้อมูลรายงานผู้ป่วยจำแนกตามประเภทของโรคพิษตัวทำลาย พ.ศ. 2532

ตารางที่ 39 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษตัวทำลายจำแนกตามรายเดือน
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

เดือน	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วย รวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
มกราคม	0	1	2	0	8	3	13	7	7	9	50	9.0
กุมภาพันธ์	2	1	2	2	3	8	6	17	10	3	54	9.8
มีนาคม	2	1	3	6	6	6	8	4	8	10	54	9.8
เมษายน	6	2	0	4	5	3	9	8	6	11	54	9.8
พฤษภาคม	4	1	3	6	4	2	6	5	21	14	66	11.9
มิถุนายน	4	0	3	0	5	7	4	3	7	10	43	7.8
กรกฎาคม	2	0	0	0	3	1	3	6	11	4	30	5.4
สิงหาคม	1	1	6	4	3	5	3	4	11	6	44	7.9
กันยายน	1	0	2	16	5	5	2	5	8	11	55	9.9
ตุลาคม	0	0	3	2	3	1	4	4	5	10	32	5.8
พฤศจิกายน	0	0	1	2	4	4	5	9	13	1	39	7.0
ธันวาคม	1	0	0	8	3	6	2	1	8	4	33	5.9
รวม	23	7	25	50	52	51	65	73	115	93	554	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษตัวทำละลายจำแนกตามรายเดือนของกองระบาดวิทยาระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 39) พบว่าโรคพิษตัวทำละลายพบได้ตลอดทั้งปีและระยะเวลาที่มีจำนวนผู้ป่วยมากมักอยู่ในช่วงครึ่งแรกของปี จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปีพบว่าเดือนที่พบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือเดือน พฤษภาคม 11.9% (66/554) รองลงมาได้แก่เดือนกันยายน 9.9% (55/554), กุมภาพันธ์, มีนาคมและเมษายน 9.8%(54/554)ซึ่งเท่ากันทั้ง 3 เดือน

ตารางที่ 40 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษตัวทำละลายจำแนกตามกลุ่มอายุ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

กลุ่มอายุ (ปี)	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วย รวม10ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
0 – 4	5	0	3	8	18	16	19	8	22	14	116	20.9
5 – 9	0	1	3	0	1	1	2	3	3	2	16	2.9
10 – 14	0	0	1	6	0	2	1	4	3	0	20	3.6
15 – 24	9	3	11	12	13	10	22	27	31	14	169	30.5
25 - 34	4	0	2	10	13	7	7	16	21	11	96	17.3
35 – 44	1	1	1	8	2	10	5	8	22	4	69	12.5
45 – 54	4	0	1	4	1	1	8	2	8	2	33	6.0
55+	0	2	3	2	4	4	1	5	5	6	35	6.3
รวม	23	7	25	50	52	51	65	73	115	93	554	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษตัวทำละลายจำแนกตามกลุ่มอายุ ระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตาราง40) พบว่า จำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี มีสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี เท่ากับ 30.5 % (169/554) รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี 20.9% (116/554), 25 -34 ปี 17.3% (96/554), และ 35 - 44 ปี 12.5% (69/554)

ตารางที่ 41 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษตัวทำละลายจำแนกตามเพศ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

พ.ศ.	ชาย	หญิง	อัตราส่วน
2532	17	6	2.8:1
2533	5	2	2.5:1
2534	12	13	0.9:1
2535	40	10	4:1
2536	29	23	1.3:1
2537	33	18	1.8:1
2538	41	24	1.7:1
2539	45	28	1.6:1
2540	64	51	1.3:1
2541	51	42	1.2:1
รวม	337	217	1.6:1

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

อัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงของผู้ป่วยโรคพิษตัวทำละลายระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 41) จากการเปลี่ยนแปลงตามเวลาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงและจำนวนผู้ป่วยทั้งสองเพศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามเวลาที่ผ่านไปและพบว่ามากกว่าปกติในช่วง พ.ศ. 2540 และ 2541 จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี พบว่าเท่ากับ 1.6 : 1 (337 : 217) [0.9 : 1 - 4 : 1]

ตารางที่ 42 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษตัวทำลายจำแนกตามอาชีพ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

อาชีพ	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วย รวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
กรรมกร/ รับจ้าง	6	2	9	22	20	16	20	31	43	37	206	37.2
เกษตร กรรม	13	4	9	20	11	18	22	23	40	18	178	32.1
แม่บ้าน	0	0	1	0	2	0	1	1	0	6	11	2.0
ข้าราชการ	0	0	2	0	1	1	0	1	0	1	6	1.1
ค้าขาย	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	0.5
ประมง	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0.4
ครู	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0.2
อื่น ๆ	0	0	3	0	3	0	4	6	9	11	36	6.5
ไม่ทราบ	3	1	1	6	13	16	18	11	23	19	111	20.0
รวม	23	7	25	50	52	51	65	73	115	93	554	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษตัวทำลายจำแนกตามอาชีพ ระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 42)
จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี พบว่าอาชีพกรรมกร หรือ รับจ้าง พบสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดเท่ากับ
37.2% (206/554) รองลงมาได้แก่ อาชีพเกษตรกรรม 32.1% (178/554)

ตารางที่ 43 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษตัวทำลายจำแนกตามภาค
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

ภาค	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วย รวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
กลาง	3	2	7	18	19	18	27	25	33	44	196	35.4
เหนือ	11	1	8	14	12	21	13	25	50	25	180	32.5
ตะวันออก เฉียงเหนือ	5	3	6	12	12	8	22	16	23	19	126	22.7
ใต้	4	1	4	6	9	4	3	7	9	5	52	9.4
รวม	23	7	25	50	52	51	65	73	115	93	554	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษตัวทำละลายจำแนกตามภาค ระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 43) พบว่าจากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี ภาคที่มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือภาคกลาง 35.4 % (196/554) รองลงมาได้แก่ ภาคเหนือ 32.5 % (180/554) , ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 22.7% (126/554) และภาคใต้ 9.4% (52/554)

สำหรับในภาคกลางจังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่ ระยอง, นครปฐม

สำหรับในภาคเหนือจังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่ กำแพงเพชร, เชียงราย

สำหรับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่ นครราชสีมา,บุรีรัมย์

สำหรับในภาคใต้จังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่ สุราษฎร์ธานี, ตรัง

ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ

1. ข้อมูลจากกองทุนเงินทดแทน

ไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคพิษตัวทำละลายระหว่าง พ.ศ. 2532-2541 จากกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

2. ข้อมูลเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การสอบสวนโรคพิษจากสารโหลอื่นในกลุ่มคนงานโรงงานผลิตรองเท้า (15 กันยายน 2535) พบว่าหลังจากมีการผสมกาวที่ใช้ติดกล่องรองเท้า มีคนงานประมาณ 38 ราย เกิดการเจ็บป่วยโดยมีอาการเวียนศีรษะ 80% ปวดศีรษะ 53% แน่นหน้าอก 53% หายใจลำบาก 49% แขนขาอ่อนแรง 41% และชักไม่รู้สึกตัว 6% อาการเหล่านี้เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มผสมกาวและมากที่สุดเมื่อ 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นรายสุดท้ายเกิดหลังจากผสมกาว 7 ชั่วโมง สาเหตุการเจ็บป่วยเนื่องจากบริเวณที่ผสมกาวมีอากาศถ่ายเทไม่สะดวกทำให้เกิดการสูดดมตัวทำละลายที่ใช้ในกาวซึ่งเป็นโหลอื่นและตรวจพบ Hippuric acid ในปัสสาวะมีปริมาณเกินค่ามาตรฐานทุกราย

วิจารณ์

แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคพิษตัวทำละลายในช่วง 2 ปีหลัง (2540 – 2541) เริ่มสูงขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2539 พบว่าสูงมากกว่าถึง 57 % (2540) และ 27 % (2541) แต่สัดส่วนประเภทตัวทำละลายที่ทราบประเภทของตัวทำละลายไม่เปลี่ยนแปลงและแนวโน้มผู้ป่วยที่เพิ่มอยู่ในกลุ่มโรคพิษตัวทำละลายประเภทไม่ทราบชนิดหรือไม่ระบุประเภทของสารเคมีรวมกับประเภทอื่น ๆ ซึ่งได้รับรายงานสูงถึง 78.6% ทำให้ไม่รู้สถานการณ์ที่แท้จริงว่ามีโรคพิษตัวทำละลายใดเป็นปัญหาที่สำคัญแท้จริงหรืออาจมีโรคพิษตัวทำละลายอื่นที่เป็นปัญหาของประเทศไทยอีกหรือไม่ และจำนวนผู้ป่วยโรคพิษตัวทำละลายจากการประกอบอาชีพจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า 21% ของผลรวมจำนวนผู้ป่วย 10 ปีอยู่ในกลุ่มอายุ 0 – 4 ปี ซึ่งยังไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งอยู่ในกลุ่มอายุนอกขอบเขตของวัยแรงงานอาจมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุจากการสัมผัสตัวทำละลายหรือผู้รายงานยังไม่ทราบหรือไม่ได้ใช้คำนิยามของโรคในกลุ่มโรคจากการประกอบ

อาชีพ กลุ่มอายุที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานโดย 1 ใน 3 มีอาชีพกรรมกรและ 1 ใน 3 มีอาชีพเกษตรกรรม สำหรับอาชีพจากรายงาน รง. 506 ไม่มีข้อมูลประเภทของงานที่ผู้ป่วยทำหรือสัมผัสทำให้ไม่สามารถหาประเภทของงานที่มีอัตราเสี่ยงสูงในการเกิดโรคพิษตัวทำละลายอื่น ๆ และทำให้การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการควบคุมและป้องกันโรคได้น้อย

สรุป

สถานการณ์โรคพิษตัวทำละลาย ระหว่าง พ.ศ. 2532-2541 พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น จาก พ.ศ. 2533 - 2541 ตัวทำละลายที่เป็นสาเหตุอันดับแรกคือ เบนซีน รองลงมาคือ ไโซลีน พบผู้ป่วยได้ตลอดปีและพบมากในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี โดยมีอัตราส่วนของเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือกรรมกรหรือรับจ้างและเกษตรกร เขตภาคกลางและภาคเหนือมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

5. สถานการณ์โรคพิษสารไอระเหย (Gas vapor poisoning)

ในประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2541

โรคพิษสารไอระเหยในประเทศไทยมักเกิดจากอุบัติเหตุในสถานประกอบการที่พบบ่อยได้แก่

โรคพิษก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide gas poisoning)

กระบวนการในอุตสาหกรรมเกือบทุกประเภทจะผ่านการเผาไหม้เกิดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ไม่มากนักน้อย และเนื่องจากเป็นก๊าซที่ไร้สีไร้กลิ่นดังนั้นเมื่อเกิดขึ้นในสถานประกอบการที่มีการระบายอากาศน้อยอาจทำให้ผู้ที่อยู่ในบริเวณนั้นไม่รู้ว่ากำลังเผชิญกับอันตราย

อาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ได้แก่

1. โรงถลุงและหลอมเหล็ก
2. โรงกลั่นน้ำมัน
3. โรงงานเยื่อกระดาษห่อของ
4. โรงงานเผา (สะด) แป้ง อีฐ หิน ดิน ทราย
5. การผลิตฟอร์มัลดีไฮด์และถ่านหิน
6. ตู้ซ่อมรถ
7. การเชื่อมโลหะ
8. การขั้บรดยกของในโรงงาน
9. ตำรวจดับเพลิง

การเผาผลาญในร่างกาย คาร์บอนมอนอกไซด์มีความสามารถในการจับกับฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงประมาณ 200 – 300 เท่าของออกซิเจน ดังนั้นผู้ที่สัมผัสคาร์บอนมอนอกไซด์ จึงมีระดับคาร์บอกซีฮีโมโกลบินสูงขึ้นในเลือดอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันได้มีหลักฐานจากผลการศึกษาทดลองทั้งในสัตว์และจากการสังเกตในมนุษย์สรุปว่าสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ได้เกิดจากภาวะระดับคาร์บอกซีฮีโมโกลบินสูงขึ้นในเลือด แต่เกิดจากคาร์บอนมอนอกไซด์เข้าไปทำลายระบบไซโตโครม (cytochrome) ในเนื้อเยื่อเกิดภาวะพิษในรูปแบบของ cytochrome A₃ oxidase poisoning ทำนองเดียวกันกับโรคพิษไซยาไนด์ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่ทราบกลไกของการจับตัวระหว่างไซโตโครมกับคาร์บอนมอนอกไซด์ และการมีอาการโรคไม่ได้ขึ้นกับระดับคาร์บอกซีฮีโมโกลบินในเลือดแต่เป็นผลจากความผิดปกติในระบบไซโตโครม ดังนั้นอาการและอาการแสดงจึงไม่ไปกับระดับคาร์บอกซีฮีโมโกลบินในเลือดอย่างเดียว

อาการและอาการแสดง

1. อาการเริ่มต้นได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้และหายใจขัด ผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ก่อนอาจมีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากการส่งเลือดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น
2. ถ้าผู้ที่เกิดอาการนำแล้วยังคงทำงานอยู่ในบริเวณนั้นต่อไป ก็จะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง วิงเวียน และรู้สึกสับสนและในที่สุดจะเซื่องซึมลงจนหมดสติและตายในที่สุด

3. หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานสัมผัสคาร์บอนมอนนอกไซด์มีโอกาสคลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อยและถ้าขนาดสัมผัสสูงมากก็จะทำให้เด็กเสียชีวิตในครรภ์ได้

การวินิจฉัยโรค

อาศัยประวัติการสัมผัสคาร์บอนมอนนอกไซด์ ร่วมกับอาการและอาการแสดงและการตรวจวิเคราะห์ระดับคาร์บอนซียอีโมโกลบินในเลือดหรือก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ

ระดับคาร์บอนซียอีโมโกลบินในเลือดที่ทำให้เกิดอาการมักจะต้องสูงเกิน 15% ถ้าเกิน 60% ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิต

ระดับสารพิษที่กำหนดให้มีได้ในสถานประกอบการ

1. ต้องมีการควบคุมการสัมผัสคาร์บอนมอนนอกไซด์ในสถานประกอบการให้อยู่ในระดับความเข้มข้นไม่เกิน 35 ส่วนในล้าน (ppm) โดยค่าเฉลี่ยในระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมง (Time-Weighted Average, TWA) โดยอาศัยการวัดด้วยมาตรคาร์บอนมอนนอกไซด์
2. ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ต้องไม่ขึ้นถึงระดับเกิน 200 ส่วนในล้านที่ผู้ปฏิบัติการต้องสัมผัสเป็นอันตราย ถ้าพบระดับสูงเกินต้องสั่งหยุดการทำงาน และเมื่อระดับเกิน 500 ส่วนในล้านให้รีบอพยพคนออกจากสถานที่นั้นทันที

โรคพิษก๊าซกำมะถันไดออกไซด์ (Sulphur dioxide gas toxicity)

เป็นโรคที่เกิดจากการสัมผัสก๊าซกำมะถันไดออกไซด์ ซึ่งอวัยวะที่เสี่ยงคือ ผิวหนัง, ตาและทางเดินหายใจ

อาชีพที่เสี่ยงต่อโรคพิษก๊าซกำมะถันไดออกไซด์ ได้แก่

1. งานถ่ายภาพ เนื่องจากมีก๊าซเกิดขึ้นในกระบวนการล้างฟิล์ม
2. งานเชรามิค ในขั้นตอนการเผาอบ

อาการและอาการแสดง

1. อาการพิษเฉียบพลัน การสัมผัสก๊าซความเข้มข้นสูงจะเกิดอาการทันทีหรือภายใน 2 – 3 ชั่วโมง เริ่มเจ็บเคืองตา เยื่อตาอักเสบแดง จามน้ำมูกไหล แสบจมูก เจ็บคอ จมูกและคอแดง มีเสมหะฝืดคั่งผิวหนัง แ่นหน้าอก หายใจขัด เสี่ยงหายใจดังคล้ายคนเป็นหืด ถ้าเป็นโรคหืดอยู่ก่อนจะมีอาการจับหืดรุนแรง
2. อาการพิษเรื้อรัง ที่เกิดจากการสัมผัส 2 – 3 เดือน มีอาการหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ไอบ่อย มีเสมหะและมูก และเมื่อมีสิ่งเร้าเช่น กลิ่น ไอควนเย็นหรือความร้อนจะเกิดอาการคล้ายเป็นหืดเนื่องจากหลอดลมมีภาวะตอบสนองไวเกิน

โรคพิษก๊าซแอมโมเนีย (Ammonia poisoning)

อาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษก๊าซแอมโมเนียได้แก่

1. โรงงานเกี่ยวกับอุปกรณ์ทำความเย็นเช่น โรงงานทำน้ำแข็ง โรงงานกึ่งแช่แข็ง
2. โรงกลั่นน้ำมันปิโตรเลียม
3. โรงงานทำพลาสติก
4. โรงงานผลิตปุ๋ย ระเบิด

อาการและอาการแสดง

1. อาการพิษเฉียบพลัน อาการระคายเคืองเยื่อจมูก คอและทางเดินหายใจ อาจทำให้เกิดปอดอักเสบได้ภายใน 2 – 3 วันหลังสัมผัส
2. อาการพิษเรื้อรัง อาการหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

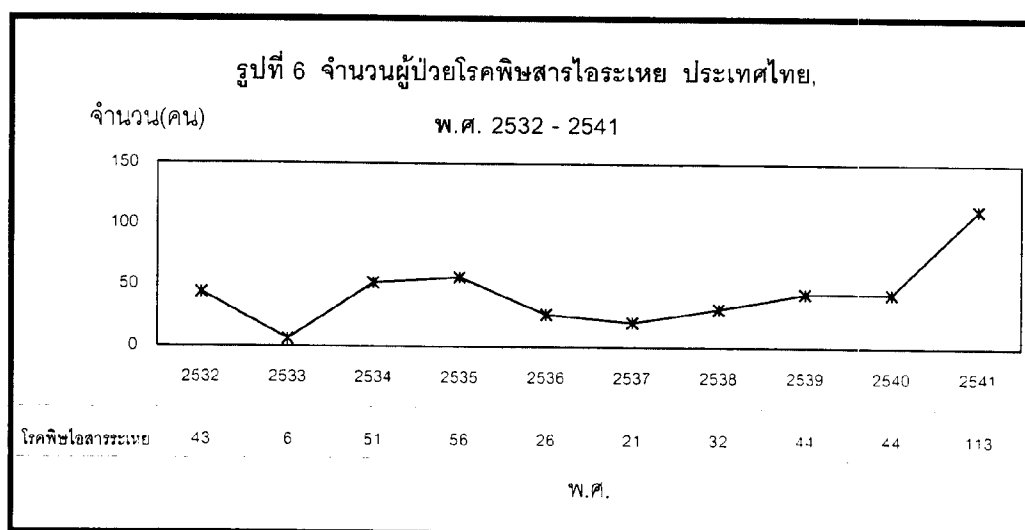
โรคพิษก๊าซคลอรีน (Chlorine poisoning)

อาชีพหรือภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษก๊าซคลอรีน ได้แก่

1. การว่ายน้ำในสระว่ายน้ำ ซึ่งคลอรีนถูกใช้เป็นยาทำลายเชื้อโรค
2. อุบัติเหตุจากการผสมกันของโซเดียมไฮโปคลอไรท์ซึ่งพบในสารฟอกสีน้ำยาทำความสะอาดที่ระบายน้ำซึ่งเป็นกรดเช่น โซเดียม แอซิด ซัลเฟต

อาการและอาการแสดง

อาการพิษเฉียบพลัน อาการระคายเคืองเยื่อจมูก คอและทางเดินหายใจ อาจทำให้เกิดปอดถูกทำลายได้ เกิดภาวะเลือดเป็นกรด



แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ของโรคพิษสารไอระเหย ตามระบบเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยา (รูปที่ 6) พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นใน พ.ศ. 2534 (51 คน) และ 2535 (56 คน) แล้วปีถัดมามีจำนวนผู้ป่วยลดลงและเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้งตั้งแต่ พ.ศ. 2539 (44 คน) และเพิ่มสูงสุดใน พ.ศ. 2541 (113 คน) ตั้งแต่ พ.ศ. 2532 - 2541 จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคพิษสารไอระเหย มีรายงานเพียง 2 ราย ได้แก่

ผู้ป่วยเสียชีวิตรายแรกเป็นเพศชายอยู่ในกลุ่มอายุ 25 - 34 ปี จังหวัดระนอง พบเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2537 คิดเป็นอัตราป่วยตายใน พ.ศ. 2537 เท่ากับ 4.8 % (1/21)

ผู้ป่วยเสียชีวิตรายที่สองเป็นเพศชายอยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี จังหวัดราชบุรี พบเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2541 คิดเป็นอัตราป่วยตายใน พ.ศ. 2541 เท่ากับ 0.9 % (1/113)

ตารางที่ 44 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามประเภทของโรคพิษสารไอระเหย

ประเทศไทย พ.ศ. 2533- 2541

ประเภทของโรคพิษสารไอระเหย	พ.ศ.									จำนวนผู้ป่วยรวม 9 ปี	
	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
โรคพิษก๊าซแอมโมเนีย	0	20	0	1	0	0	0	0	0	21	5.3
โรคพิษก๊าซคลอรีน	0	0	2	0	1	0	0	0	0	3	0.8
โรคพิษก๊าซคาร์บอนมอนออกไซด์	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0.5
โรคพิษก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0.5
โรคพิษสารสารไอระเหยอื่น ๆ	0	2	8	0	1	0	0	0	0	11	2.8
ไม่ทราบ, ไม่ระบุ	6	26	46	25	19	29	44	44	113	352	89.6

แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีข้อมูลรายงานผู้ป่วยจำแนกตามประเภทของโรคพิษสารไอระเหย พ.ศ. 2532

จากตารางที่ 44 จากจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารสารไอระเหยรวม 9 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2533 - 2541 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารไอระเหยที่มีจำนวนผู้ป่วยเป็นสัดส่วนสูงสุดคือ โรคพิษก๊าซแอมโมเนีย 5.3 % (21/393) รองลงมาได้แก่ โรคพิษก๊าซคลอรีน 0.76 % (3/393) , โรคพิษก๊าซคาร์บอนมอนออกไซด์ 0.5 % (2/393) และก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ 0.5 % (2/393) ส่วนประเภทโรคพิษสารสารไอระเหยไม่ทราบหรือไม่ระบุประเภทของสารไอระเหยที่ได้รับรายงานสูงถึง 89.6% (352/393)

ตารางที่ 45 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารไอระเหยจำแนกตามรายเดือน
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

เดือน	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
มกราคม	0	1	0	0	3	2	2	1	4	7	20	4.6
กุมภาพันธ์	0	1	1	6	2	2	3	3	4	7	29	6.7
มีนาคม	5	1	8	0	3	0	6	15	4	7	49	11.2
เมษายน	3	1	4	6	2	1	1	1	4	8	31	7.1
พฤษภาคม	26	2	2	16	4	1	0	5	3	2	61	14.0
มิถุนายน	2	0	4	6	0	0	3	5	1	3	24	5.5
กรกฎาคม	0	0	3	8	0	3	2	2	1	41	60	13.8
สิงหาคม	1	0	0	0	5	4	2	1	3	24	40	9.2
กันยายน	3	0	28	4	2	1	2	2	4	2	48	11.0
ตุลาคม	1	0	0	6	4	5	4	5	10	6	41	9.4
พฤศจิกายน	1	0	0	2	0	2	7	3	5	4	24	5.5
ธันวาคม	1	0	1	2	1	0	0	1	1	2	9	2.1
รวม	43	6	51	56	26	21	32	44	44	113	436	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารไอระเหยจำแนกตามรายเดือนของกองระบาดวิทยาระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (รูปที่ 7) พบว่าโรคพิษสารไอระเหยพบได้ตลอดทั้งปีแต่ใน พ.ศ. 2541 มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นกว่าปีที่ผ่านมาและพบมากที่สุดในเดือนกรกฎาคมและสิงหาคม จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี (ตารางที่ 45) พบว่าเดือนที่พบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ เดือนพฤษภาคม 14.0 % (61/436) รองลงมาได้แก่ เดือนกรกฎาคม 13.8% (60/436) และเดือนที่พบจำนวนผู้ป่วยน้อยที่สุดคือ เดือนธันวาคม 2.1 % (9/436) และ เดือนมกราคม 4.6% (20/436)

ตารางที่ 46 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสาร์ไอะระเหยจำแนกตามกลุ่มอายุ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

กลุ่ม อายุ(ปี)	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วย รวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
0 – 4	3	0	0	12	1	1	6	6	3	17	49	11.2
5 – 9	1	1	0	2	0	1	3	1	4	13	26	6.0
10 – 14	1	0	0	0	2	0	1	1	1	4	10	2.3
15 – 24	21	2	28	12	9	9	9	13	11	21	135	31.0
25 - 34	10	2	14	18	5	7	7	14	12	19	108	24.8
35 – 44	5	1	7	6	6	1	2	4	6	17	55	12.6
45 - 54	1	0	0	0	1	1	2	4	4	11	24	5.5
55+	1	0	2	6	2	1	2	1	3	11	29	6.6
รวม	43	6	51	56	26	21	32	44	44	113	436	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษสาร์ไอะระเหยจำแนกตามกลุ่มอายุ ระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 46)
พบว่าจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี มีสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี เท่ากับ 31.0 % (135/436)
รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 25 - 34 ปี 24.8 % (108/436) และ 35 – 44 ปี 12.6% (55/436) และ พบผู้
ป่วยน้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี เท่ากับ 2.3 % (10/436) ถ้าดูการเปลี่ยนแปลงตามเวลาพบว่าตั้ง
แต่ พ.ศ. 2538 เป็นต้นมาจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกกลุ่มอายุและสูงที่สุดใน พ.ศ. 2541

ตารางที่ 47 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสาร์ไอะระเหยจำแนกตามเพศ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

พ.ศ.	ชาย	หญิง	อัตราส่วน
2532	12	31	0.4 : 1
2533	5	1	5 : 1
2534	21	30	0.7 : 1
2535	36	20	1.8 : 1
2536	15	11	1.4 : 1
2537	8	13	0.6 : 1
2538	23	9	2.6 : 1
2539	22	22	1 : 1
2540	19	25	0.8 : 1
2541	56	57	0.9 : 1
รวม	217	219	0.99 : 1

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

อัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงของผู้ป่วยโรคพิษสาร์ไอะระเหยเนื่องจากการประกอบอาชีพ
จำแนกตามกลุ่มอายุ ระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 47) จากการเปลี่ยนแปลงตามเวลาพบว่า
ส่วนใหญ่มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสองเพศใกล้เคียงกัน จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี พบว่าอัตราส่วนของเพศ
ชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 0.99 : 1 [0.4 : 1 - 5 : 1]

ตารางที่ 48 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารไอระเหยจำแนกตามอาชีพ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

อาชีพ	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วย รวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
กรรมกร/ รับจ้าง	31	4	39	16	10	10	11	22	19	28	190	43.6
เกษตร กรรม	6	0	2	26	7	4	9	10	11	34	109	25
แม่บ้าน	1	0	1	2	1	0	2	0	4	3	14	3.2
ประมง	1	0	7	0	1	2	0	0	0	1	12	2.8
ค้าขาย	1	0	0	4	2	0	0	2	0	1	10	2.3
ข้าราชการ	1	0	0	0	2	0	2	0	1	3	9	2.1
ทหาร/ ตำรวจ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.2
อื่น ๆ	0	1	1	0	0	4	3	4	3	36	52	12.0
ไม่ทราบ	2	1	1	8	3	1	5	6	6	6	39	8.9
รวม	43	6	51	56	26	21	32	44	44	113	436	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารไอระเหยจำแนกตามอาชีพ ระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 (ตารางที่ 48)
จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี พบว่า อาชีพกรรมกรหรือ รับจ้าง พบสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดเท่ากับ
43.6 % (190/436) รองลงมาได้แก่ อาชีพเกษตรกรรม 25 % (109/436) ถ้าดูการเปลี่ยนแปลงตาม
เวลาพบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2538 เป็นต้นมาจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกกลุ่มอาชีพและสูงที่สุดใน พ.ศ.
2541

ตารางที่ 49 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารไอระเหยจำแนกตามภาค
ประเทศไทย, พ.ศ. 2532 – 2541

ภาค	พ.ศ.										จำนวนผู้ ป่วยรวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
ตะวันออก เฉียงเหนือ	5	2	1	18	3	4	9	10	13	63	128	29.5
กลาง	7	2	34	2	7	7	4	9	12	33	117	26.8
ใต้	29	1	13	18	9	6	5	12	11	5	109	24.9
เหนือ	2	1	3	18	7	4	14	13	8	12	82	18.8

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารไอระเหยจำแนกตามรายภาคระหว่าง พ.ศ. 2532- 2541 (ตารางที่ 49)
จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปีพบว่าภาคที่มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 29.5
% (128/436) รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง 26.8 % (117/436), ภาคใต้ 24.9 % (109/436) และภาค
เหนือ 18.8 % (82/436)

ตารางที่ 50 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคพิษก๊าซแอมโมเนียจำแนกตามภาค
ประเทศไทย, พ.ศ. 2533 – 2541

ภาค	พ.ศ.									จำนวนผู้ ป่วยรวม 10 ปี	
	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
กลาง	0	20	0	0	0	0	0	0	0	20	95.2
ใต้	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4.8
เหนือ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ตะวันออก เฉียงเหนือ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีข้อมูลรายงานผู้ป่วยจำแนกตามภาค พ.ศ. 2532

จำนวนผู้ป่วยโรคพิษก๊าซแอมโมเนียจำแนกตามรายภาคระหว่าง พ.ศ. 2533– 2541 (ตารางที่ 50) จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปีพบว่าภาคที่มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือภาคกลาง 95.2 % (20/21) รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ 4.8% (1/21) , ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่มีรายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคพิษก๊าซคลอรีน เมื่อ พ.ศ. 2532 มีจำนวน 2 ราย (ภาคใต้) และพ.ศ. 2537 มีจำนวน 1 ราย (ภาคใต้)

ผู้ป่วยโรคพิษก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ เมื่อ พ.ศ. 2534 มีจำนวน 1 ราย (ภาคใต้) และพ.ศ. 2538 มีจำนวน 1 ราย (ภาคเหนือ)

ผู้ป่วยโรคพิษก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ เมื่อ พ.ศ. 2534 มีจำนวน 2 ราย (ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ผู้ป่วยโรคพิษสารไอระเหยที่ไม่ทราบชนิดหรือไม่ระบุจำแนกตามรายภาคพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยประเภทนี้สูงสุด 34.3 % (120/436) รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง 24.9 % (88/436) , ภาคเหนือ 22.1 % (78/436) และ ภาคใต้ 18.7 % (66/436)

การเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ

1. ข้อมูลจากกองทุนเงินทดแทน

รายงานผู้ป่วยโรคพิษสารไอระเหยระหว่าง พ.ศ. 2532 - 2541 จากกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคมได้แก่

- พ.ศ. 2535 แพ้กลิ่นสี, ทินเนอร์ (1 ราย)
- พ.ศ. 2536 แพ้ทินเนอร์ (3 ราย) , แพ้สี (1 ราย) , สารคาร์บอนไดซัลไฟด์ (3 ราย)
- พ.ศ. 2537 แพ้สารระเหย (1 ราย)

2. ข้อมูลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การสอบสวนโรคพิษสารแอมโมเนีย (29 มกราคม 2535) เหตุการณ์เกิดในโรงงานจัดทำถุงทะเลแช่แข็ง จังหวัดสงขลา ได้เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วเนื่องจากข้อต่อของเครื่องทำความเย็นแตกรั่ว มีคนงานเจ็บป่วย 152 รายแต่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล 53 ราย โดยมีอาการแสบตา 72% แสบจมูก 70% และเวียนศีรษะ 25%

การสอบสวนการเจ็บป่วยของครูและนักเรียน จากควันเสียของโรงงานหลอมโลหะ (6 สิงหาคม 2535) เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาของการเจ็บป่วยในกลุ่มครูและนักเรียน โรงเรียนวัดโพธิ์แจ้ง ซึ่งมีชาวในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐว่าได้รับควันพิษจากโรงงานหลอมโลหะแห่งหนึ่งซึ่งอยู่ในบริเวณใกล้เคียง จากการสัมภาษณ์ครูและนักเรียนจำนวน 181 คนพบว่ามีอาการปวดศีรษะ 54 เวียนศีรษะ 45 แสบตา 28 ไอ 27 คลื่นไส้ 22 กระหายน้ำ 20 เนื่องจากมีโรงงานหลอมโลหะและอลูมิเนียมในบริเวณนั้นจำนวนมาก และข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมก็มีจำกัด จึงไม่อาจสรุปได้ว่าอาการเจ็บป่วยเหล่านี้เกิดจากสารพิษใด

การสอบสวนโรคพิษสารแอมโมเนีย (16 ธันวาคม 2536) เหตุการณ์เกิดในโรงงานผลิตน้ำแข็ง จังหวัดเพชรบูรณ์ ก๊าซแอมโมเนียได้ถูกปล่อยออกสู่บรรยากาศเนื่องจากเจ้าของโรงงานต้องการเปลี่ยนเครื่อง compressor และเชื่อมท่อแอมโมเนีย มีประชาชนจำนวน 172 รายมารักษาที่โรงพยาบาล ด้วยอาการคอแห้ง แสบคอ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอกและน้ำตาไหล

การสอบสวนโรคพิษสาร ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO_2) จังหวัดสมุทรสาคร (7 ตุลาคม 2536) พบว่ามีสารซัลเฟอร์ไดออกไซด์ แพร่กระจายจากโรงงานผลิตกรดซัลฟริก(โรงงานผลิตแบตเตอรี่รถยนต์) เนื่องจากเครื่องจักรที่ใช้ในขั้นตอนการดูดซับก๊าซดังกล่าวหยุดทำงานกะทันหัน พบผู้ป่วยเป็นประชาชนที่อยู่ภายนอกโรงงานเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 ราย มีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ไอ น้ำตาไหล และมี 2 รายหมดสติ ส่วนในโรงงานไม่มีผู้ป่วย

รายงานการสอบสวนการรั่วของสาร Oleum (sulphuric acid) เป็นกรดกำมะถันเข้มข้น 20 – 40% จากโรงงานผลิตผงซักฟอก เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร (พฤศจิกายน 2537) พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจำนวน 34 ราย ด้วยอาการแสบคอ 27% แน่นหน้าอก 24% อาเจียน 21% ปวดศีรษะ 15% หายใจไม่ค่อยออก 15% นอกจากนั้น มีอาการเจ็บคอ เวียนศีรษะ แสบตา แสบจมูก มือสั่น ประมาณ 3% - 12% ตรวจร่างกายส่วนใหญ่มีเพียงคอแดง อาการดังกล่าวเกิดจากการสูดดมก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO_2) ซึ่งเกิดจากสาร Oleum ทำปฏิกิริยากับ soda ash (NaHCO_3) ซึ่งวางไว้บริเวณใต้ถังเก็บสาร Oleum เพื่อช่วยลดความรุนแรงของปฏิกิริยาที่เกิดจาก Oleum และพบว่ามีผู้ป่วยบางรายที่มีอาการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจเช่น ไอ แสบตา แสบจมูก ซึ่งเป็นอาการพิษของก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO_2)

การศึกษามลกระทบต่อสุขภาพจากมลภาวะของโรงบ่มใบยาสูบที่ใช้ลิแกนด์เป็นเชื้อเพลิง จังหวัดเชียงราย (ธันวาคม 2537 – กรกฎาคม 2538) เหตุผลที่ทำการศึกษามีกรณีร้องเรียนเกี่ยวกับความเดือดร้อนจากกลิ่นควันซึ่งถูกปล่อยออกมาจากเตาบ่มใบยาสูบ ซึ่งประชาชนจะทำการบ่มใบยาสูบในช่วงฤดูหนาว พบว่าเด็กนักเรียนที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่ได้รับมลภาวะจากโรงบ่มใบยาสูบมีอัตราป่วยด้วยโรคหรืออาการทางระบบทางเดินหายใจสูงกว่าเด็กนักเรียนที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในบริเวณที่ได้รับมลภาวะจากโรงบ่มใบยาสูบแต่จากการตรวจปริมาณก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ในอากาศซึ่งทำ 2 ครั้ง พบว่าครั้งที่ 1 ซึ่งตรวจในช่วงฤดูหนาวโรงเรียนที่อยู่ในบริเวณโรงบ่มมีปริมาณก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ในอากาศสูงกว่า และ การตรวจครั้งที่ 2 ในเดือนกรกฎาคมไม่มีความแตกต่างกันของปริมาณก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ในอากาศระหว่าง 2 โรงเรียนที่ดำเนินการศึกษา

การสอบสวนกรณีก๊าซแอมโมเนียรั่วในโรงงานแห่งหนึ่ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (มีนาคม 2539) เหตุการณ์เกิดก๊าซแอมโมเนียรั่วเนื่องจากการชำรุดของวาล์วปิดกั้นที่ถังเก็บก๊าซแอมโมเนีย จึงไม่สามารถควบคุมการไหลของก๊าซแอมโมเนียได้ ทำให้ก๊าซที่อัดเก็บในถังเก็บเกิดแรงดันสูงและฟุ้งกระจายออกมาภายนอกมากกว่าปกติ มีคนงานเจ็บป่วยต้องนำส่งโรงพยาบาล 115 ราย โดยมีอาการแสบตา 45% วิงเวียนศีรษะ 29% แน่นหน้าอก 27% หายใจลำบาก 22% ใจสั่น 21% น้ำตาไหล 14% คลื่นไส้อาเจียน 9% และหมดสติ 5%

ก๊าซแอมโมเนียรั่วในโรงงานอุตสาหกรรมแช่อาหารทะเลส่งออกแห่งหนึ่ง จังหวัดตรัง
มีนาคม 2539 เช่นกัน) มีคนงานเจ็บป่วย 11 ราย

วิจารณ์

แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารไอระเหยในช่วง 1 ปีหลัง (2541) เริ่มสูงขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2540 พบว่าสูงมากกว่าถึง เกือบ 3 เท่า แต่สัดส่วนประเภทสารไอระเหยที่มีแนวโน้มผู้ป่วยที่เพิ่มจะอยู่ในกลุ่มโรคพิษสารไอระเหยประเภทไม่ทราบชนิดหรือไม่ระบุประเภทของสารไอระเหยโดยในช่วง 3 ปีหลังตั้งแต่ พ.ศ. 2539 – 2541 ไม่มีรายงานโรคพิษสารไอระเหยที่ทราบประเภทของสารไอระเหยเลยทั้ง ๆ ที่ก็มีรายงานจากการสอบสวนโรคซึ่งก็รู้ประเภทของก๊าซพิษที่เกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากก๊าซแอมโมเนียโรคพิษสารไอระเหยประเภทไม่ทราบชนิดหรือไม่ระบุประเภทของสารไอระเหย ซึ่งได้รับรายงานสูงถึง 89.6% ทำให้ไม่รู้สถานการณ์ที่แท้จริงว่ามีโรคพิษตัวทำลายใดเป็นปัญหาที่สำคัญแท้จริงหรืออาจมีโรคพิษสารไอระเหยอื่นที่เป็นปัญหาของประเทศไทยอีกหรือไม่ และจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสารไอระเหยจากการประกอบอาชีพจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า 17% ของผลรวมจำนวนผู้ป่วย 10 ปีอยู่ในกลุ่มอายุ 0 – 4 ปี ซึ่งยังไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งอยู่ในกลุ่มอายุนอกขอบเขตของวัยแรงงานอาจมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุจากการสัมผัสสารไอระเหยหรือผู้รายงานยังไม่ทราบหรือไม่ได้ใช้คำนิยามของโรคในกลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพ กลุ่มอายุที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน สำหรับอาชีพจากรายงาน รง. 506 ไม่มีข้อมูลประเภทของงานที่ผู้ป่วยทำหรือสัมผัสทำให้ไม่สามารถหาประเภทของงานที่มีอัตราเสี่ยงสูงในการเกิดโรคพิษสารไอระเหยอื่น ๆ และทำให้การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการควบคุมและป้องกันโรคได้น้อย

สรุป

สถานการณ์โรคพิษสารไอระเหย ระหว่าง พ.ศ. 2532-2541 พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นมากในปี 2541 สารไอระเหยที่เป็นสาเหตุอันดับแรกคือ ก๊าซแอมโมเนีย รองลงมาคือ ก๊าซคลอรีน พบผู้ป่วยได้ตลอดปีและพบมากในกลุ่มอายุ 15 – 34 ปี โดยมีอัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงใกล้เคียงกัน อาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือกรรมกรหรือรับจ้างและเกษตรกร เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาคกลางและภาคเหนือ

6. สถานการณ์โรคปอดเหตุอาชีพ (Occupational lung disease), ประเทศไทย

พ.ศ. 2532 – 2541

โรคฝุ่นจับปอด(PNEUMONOCOCONIOSIS) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการหายใจฝุ่นละอองสารอนินทรีย์หรือฝุ่นแร่เข้าไปในปอด ฝุ่นแร่ส่วนใหญ่จะจับอยู่ในเนื้อปอดส่วนกลาง ทำให้เกิดปฏิกิริยาอักเสบติดตามด้วยพยาธิสภาพเนื้อพังผืดในความรุนแรงต่าง ๆ กัน ซึ่งขึ้นกับชนิดของเนื้อฝุ่นเช่น

ฝุ่นซิลิกา, แร่แป้ง (Talc) และแร่ใยหิน จะก่อปฏิกิริยารุนแรงมาก

ฝุ่นถ่านหิน, ดินขาว (เคโอลิน) และดินไดอะโทไมเซียส (ใช้ทำเซรามิค) ก่อให้เกิดปฏิกิริยาปานกลาง

ฝุ่นแร่เหล็ก, พลวง, ดีบุกและแบเรียม ไม่ทำให้เกิดปฏิกิริยา

โรคฝุ่นซิลิกา(SILICOSIS) หมายถึงโรคฝุ่นจับปอด(PNEUMONOCOCONIOSIS)ชนิดหนึ่งที่เกิดจากการหายใจฝุ่นละอองสารซิลิกา หรือซิลิคอน ไดออกไซด์ ซึ่งพบได้ในหินแกรนิตและหินทรายในรูปผลึกซิลิกาที่เรียกว่าควอร์ตซ์และในหินภูเขาไฟในรูปของ ฆริสโตบาไลต์และโทรติย์ไมท์ เข้าไปในปอดทำให้เกิดปฏิกิริยาอักเสบติดตามด้วยพยาธิสภาพเนื้อพังผืดของปอด ทำให้ปอดขยายไม่ได้เต็มที่ ก่อให้เกิดอาการเหนื่อยง่าย ไอแห้ง ๆ ไม่มีเสมหะ หายใจหอบถ้าเป็นรุนแรงอาจถึงแก่กรรมโดยการหายใจล้มเหลวหรือหัวใจล้มเหลว

อาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฝุ่นซิลิกาได้แก่ กลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละอองหิน ฝุ่นละอองทราย

1. งานในโรงงานโม่หิน
2. คนงานระเบิดหิน
3. คนงานเจาะอุโมงค์หินหรือคนงานทำเหมืองแร่ชนิดต่าง ๆ
4. คนงานทำครกหิน
5. คนงานขัดโลหะโดยละอองทรายหรือแผ่นทราย
6. คนงานทำโรงงานทำแก้ว

โรคปอดใยหิน(ASBESTOSIS) หมายถึงโรคฝุ่นจับปอด(PNEUMONOCOCONIOSIS)ชนิดหนึ่งที่เกิดจากการหายใจฝุ่นเอาฝุ่นใยหินหรือถ่านหินจำนวนมากเข้าไปในปอดทำให้เกิดพังผืดของเนื้อปอดและหลอดลมฝอยพร้อมด้วยถุงลมปอดโป่งพองออก

ใยหินเป็นแร่ประเภทซิลิเกตโดยมากเป็นแคลเซียมและแมกนีเซียมซิลิเกต ลักษณะเป็นเส้นใยทนไฟ ในประเทศไทยไม่มีการทำเหมืองแร่ใยหินแต่ได้มีการสำรวจพบแหล่งแร่ในรูป tremolite (เทรโมไลต์) ที่จังหวัดอุดรธานี ใยหินที่ใช้ในประเทศทั้งหมดได้จากการนำเข้าจากต่างประเทศซึ่งส่วนใหญ่เป็นแร่เส้นใยยาวบิดงอ (serpentine) ซึ่งมีชนิดเดียวคือ chrysotile (ครัยโซไทล์) ส่วนน้อยเป็นเส้นใยตรง

อาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดไยหินได้แก่

1. อุตสาหกรรมทำเส้นและผนังกันไฟ, ผ้าห่มล้อ, วงแหวนอัดข้อต่อและฉนวนไฟฟ้า
2. วัสดุกระเบื้องมุงหลังคา, กระเบื้องทนไฟ, พลาสติก, ผนังเทียม, สิ่งทอใยสังเคราะห์, สีบางชนิด, ยางมะตอยทำถนน, น้ำมันหล่อลื่น, กระจก, ปูนปลาสเตอร์และท่อโพลีเอทิลีน
3. สารฟั่นเคลือบผนังกันความร้อน, สายเคเบิล, ผ้าห่มล้อ, ผิวหน้าครัทช์ เป็นต้น

โรคปอดจากฝุ่นฝ้าย(BYSSINOSIS) หมายถึงโรคทางเดินอากาศหายใจจากการประกอบอาชีพที่เกิดจากการหายใจฝุ่นฝ้าย(COYYON), ปอป่าน(SOFT HEMP), ปอลินิน(FLAX) หรือ ปอเชือก(SISAL) เข้าไปในปอดของผู้ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทออย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป ฝุ่นฝ้ายจะมีส่วนประกอบของสาร endotoxin ของแบคทีเรียสามารถก่อให้เกิดปฏิกิริยากับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ก่อให้เกิดอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก

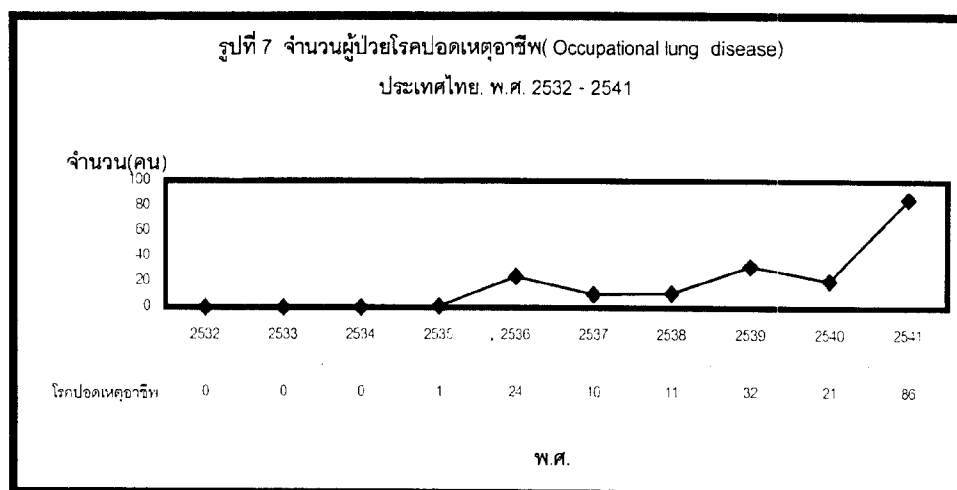
อาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดจากซานฮ้อยได้แก่

1. โรงงานสิ่งทอและเครื่องนุ่งห่มที่ใช้ฝ้าย ป่าน ปอหรือลินินเป็นวัตถุดิบในการผลิต
2. การหีบหรือการอัดหรือการปั่นหรืออัดนุ่น

โรคปอดจากซานฮ้อย (Bagassosis) หมายถึง โรคปอดที่เกิดจากกระบวนการภูมิคุ้มกัน (Immune – mediated lung disease) โดยหายใจเอาฝุ่นสารอินทรีย์ที่มีเชื้อราเข้าไปในปอด เชื้อราจะแสดงตัวเป็นแอนติเจนกระตุ้นให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีขึ้นในกระแสเลือด เป็นผลให้ร่างกายมีภูมิไวเกินต่อฝุ่นสารอินทรีย์ที่มีเชื้อราดังกล่าว ทำให้มีการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งยังไม่ทราบกลไกที่แน่นอน

อาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดจากซานฮ้อยได้แก่

1. โรงงานน้ำตาล
2. โรงงานทำกระดาษ
3. โรงงานทำแผ่นฉนวน, ทำแผ่นเก็บเสียง
4. โรงงานทำปุ๋ย, ดินระเบิด



แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ของโรคปอดเหตุอาชีพตามระบบเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยา(รูปที่ 7) พบว่าไม่มีรายงานผู้ป่วยระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2534และจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2536 (24คน) และเพิ่มสูงสุดใน พ.ศ. 2541 (86 คน) ตั้งแต่ พ.ศ. 2532 – 2541ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคปอดเหตุอาชีพ

จากรายงานของกองระบาดวิทยาได้จำแนกประเภทของโรคปอดเหตุอาชีพไว้เพียงบางโรคดังตารางที่ 51

ตารางที่ 51 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามประเภทของโรคปอดเหตุอาชีพ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2538 – 2541

ประเภทของโรคปอดเหตุอาชีพ	พ.ศ.				จำนวนผู้ป่วยรวม4ปี	
	2538	2539	2540	2541	คน	%
โรคฝุ่นหิน(ซิลิโคสิส)	1	1	1	37	40	27.4
โรคฝุ่นแร่	1	1	3	0	5	3.4
โรคฝุ่นขานอ้อย	0	1	0	3	4	2.7
โรคฝุ่นฝ้าย	0	1	0	0	1	0.7
โรคเส้นใยแอสเบสตอส	0	0	0	0	0	0
อื่น ๆ	0	0	1	5	6	4.1
ไม่ทราบ / ไม่ระบุ	9	28	16	41	94	64.4
รวม	11	32	21	86	146	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีรายงานผู้ป่วยระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2534และไม่มีข้อมูลแยกประเภทของโรคปอดเหตุอาชีพ พ.ศ. 2535 และ 2537 ดังนั้นแสดงข้อมูลเฉพาะตั้งแต่ พ.ศ. 2538 - 2541

จะพบว่ามียารายงานผู้ป่วยโรคปอดเหตุอาชีพที่ไม่ระบุหรือไม่ทราบประเภทของโรคปอดเหตุอาชีพสูงถึง 64.4 % ส่วนใหญ่ของโรคปอดเหตุอาชีพมียารายงานเป็นสัดส่วนสูงสุดคือ โรคฝุ่นหิน (27.4%) รองลงมาได้แก่ โรคฝุ่นแร่(3.4%) โรคฝุ่นขานอ้อย (2.7%)

ตารางที่ 52 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคปอดเหตุอาชีพจำแนกตามรายเดือน
ประเทศไทย, พ.ศ. 2535-2541

เดือน	พ.ศ.										จำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี	
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
มกราคม	0	0	0	0	1	2	1	2	3	5	14	7.6
กุมภาพันธ์	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	8	4.3
มีนาคม	0	0	0	0	15	0	2	9	0	1	27	14.6
เมษายน	0	0	0	0	0	3	0	2	1	3	9	4.9
พฤษภาคม	0	0	0	0	2	2	1	5	2	24	36	19.5
มิถุนายน	0	0	0	0	0	2	1	2	4	25	34	18.4
กรกฎาคม	0	0	0	0	1	0	2	2	4	2	11	5.9
สิงหาคม	0	0	0	0	1	1	1	1	1	6	11	5.9
กันยายน	0	0	0	1	1	0	1	3	0	0	6	3.2
ตุลาคม	0	0	0	0	0	0	0	2	1	6	9	4.9
พฤศจิกายน	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	6	3.2
ธันวาคม	0	0	0	0	3	0	0	0	4	7	14	7.6
รวม	0	0	0	1	24	10	11	32	21	90	185	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล

จำนวนผู้ป่วยโรคปอดเหตุอาชีพจำแนกตามรายเดือนของกองระบาดวิทยาระหว่าง พ.ศ. 2535–2541 พบว่าโรคปอดเหตุอาชีพพบได้ตลอดทั้งปีแต่ในพ.ศ. 2541 พบว่ามีผู้ป่วยมากขึ้นกว่าปีที่ผ่านมาจากจำนวนผู้ป่วยรวม 7 ปี (ตารางที่ 52) พบว่าเดือนที่พบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือเดือนพฤษภาคม 20.5% (36/185) รองลงมาได้แก่เดือนมิถุนายน 18.5% (35/185)และมีนาคม 14.3%(27/185)

ตารางที่ 53 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคปอดเหตุอาชีพจำแนกตามกลุ่มอายุ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2535 – 2541

กลุ่ม อายุ(ปี)	พ.ศ.							จำนวนผู้ ป่วยรวม 7 ปี	
	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
0 – 4	0	0	0	1	6	4	10	21	11.4
5 – 9	0	1	1	4	0	3	3	12	6.5
10 – 14	0	0	1	0	3	1	2	7	3.8
15 – 24	0	3	1	2	8	1	14	29	15.7
25 – 34	0	12	2	2	6	5	27	54	29.2
35 – 44	1	3	0	1	4	1	13	23	12.4
45 – 54	0	4	1	1	3	3	7	21	11.4
55+	0	1	4	0	2	1	10	18	9.7
รวม	1	24	10	11	32	19	86	185	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้ป่วยโรคปอดเหตุอาชีพจำแนกตามกลุ่มอายุ ระหว่าง พ.ศ. 2535– 2541(ตารางที่ 53)
พบว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นทุกกลุ่ม จากจำนวนผู้ป่วยรวม 7 ปี มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด
ในกลุ่มอายุ 25 - 34 ปีเท่ากับ 29.2%(54/185) รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี 15.7%
(29/185) และ 35 - 44 ปี 12.4%(23/185)

ตารางที่ 54 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคปอดเหตุอาชีพจำแนกตามเพศ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2535 – 2541

พ.ศ.	ชาย	หญิง	อัตราส่วน
2535	1	0	1 : 0
2536	15	9	1.7 : 1
2537	5	5	1 : 1
2538	6	5	1.2 : 1
2539	12	20	0.6 : 1
2540	7	14	0.5 : 1
2541	70	16	4.4 : 1
รวม	116	69	1.7:1

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

อัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงของผู้ป่วยโรคปอดเหตุอาชีพจำแนกตามกลุ่มอายุ ระหว่าง พ.ศ. 2535 – 2541 (ตารางที่ 54) พบว่าจากการเปลี่ยนแปลงตามเวลาในช่วง พ.ศ. 2535 – 2538 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงและพ.ศ. 2539 – 2540 พบในเพศหญิงในสัดส่วนที่มากกว่าเพศชาย ประมาณ 2 เท่า และใน พ.ศ. 2541 ซึ่งพบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดจะพบว่าเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 4.4 เท่า จากจำนวนผู้ป่วยรวม 7 ปี พบว่าอัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.7: 1 [0.5: 1 - 4.4: 1]

ตารางที่ 55 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคปอดเหตุอาชีพจำแนกตามอาชีพ

ประเทศไทย, พ.ศ. 2535 – 2541

อาชีพ	พ.ศ.							จำนวนผู้ป่วยรวม 7 ปี	
	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
กรรมกร/รับจ้าง	1	17	3	5	9	6	47	88	47.6
เกษตรกร	0	3	2	3	9	5	21	43	23.2
ข้าราชการ	0	2	1	0	3	0	2	8	4.3
แม่บ้าน	0	0	0	0	4	1	1	6	3.2
ค้าขาย	0	0	1	0	0	1	0	2	1.1
อื่น ๆ	0	1	1	1	4	1	2	10	5.4
ไม่ทราบ	0	1	2	2	3	7	13	28	15.1
รวม	1	24	10	11	32	21	86	185	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีรายงานผู้ป่วยระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2534

จำนวนผู้ป่วยโรคปอดเหตุอาชีพจำแนกตามอาชีพ ระหว่าง พ.ศ. 2535– 2541 (ตารางที่ 55) พบว่าแนวโน้มการเกิดโรคปอดเหตุอาชีพในแต่ละกลุ่มอาชีพสูงขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2536 และพบสูงมากขึ้นผิดปกติใน พ.ศ. 2541 โดยเฉพาะในกลุ่มกรรมกรหรือรับจ้าง จากจำนวนผู้ป่วยรวม 7 ปี พบว่าอาชีพกรรมกร หรือ รับจ้าง พบสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดเท่ากับ 47.6% (88/185) รองลงมาได้แก่ อาชีพเกษตรกร 23.2 % (43/185)

ตารางที่ 56 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคปอดเหตุอาชีพจำแนกตามภาค
ประเทศไทย, พ.ศ. 2536 – 2541

ภาค	พ.ศ.						จำนวนผู้ป่วย รวม 6 ปี	
	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
กลาง	8	8	2	16	5	43	82	47.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ	16	0	5	12	10	27	70	37.1
เหนือ	0	1	4	3	4	8	20	11.1
ใต้	0	1	0	1	2	8	12	6.4

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีรายงานผู้ป่วยระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2534 และไม่มีข้อมูลผู้ป่วยจำแนกตามรายภาค พ.ศ. 2535 (1 ราย)

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยโรคปอดเหตุอาชีพจำแนกตามรายภาคระหว่าง พ.ศ. 2536– 2541 (ตารางที่ 56) จากจำนวนผู้ป่วยรวม 6 ปีพบว่าภาคที่มีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือภาคกลาง 47.3 % (82 / 184) รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 37.1% (70 / 189) , ภาคเหนือ 11.1% (20 / 189) และ ภาคใต้ 6.4 % (12 / 189)

ตารางที่ 57 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคฝุ่นหินจำแนกตามภาค ประเทศไทย, พ.ศ. 2538 – 2541

ภาค	พ.ศ.				จำนวนผู้ป่วย รวม 4 ปี	
	2538	2539	2540	2541	คน	%
กลาง	1	1	0	34	36	91
ใต้	0	0	1	3	4	9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0	0	0	0	0	0
เหนือ	0	0	0	0	0	0

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีรายงานผู้ป่วยระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2537

ตารางที่ 58 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคฝุ่นแร่จำแนกตามภาค
ประเทศไทย, พ.ศ. 2538 – 2541

ภาค	พ.ศ.				จำนวนผู้ป่วยรวม 4 ปี	
	2538	2539	2540	2541	คน	%
กลาง	1	0	3	0	4	80
เหนือ	0	1	0	0	1	20
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0	0	0	0	0	0
ใต้	0	0	0	0	0	0

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีรายงานผู้ป่วยระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2537

ตารางที่ 59 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคฝุ่นซ่านอ้อยจำแนกตามภาค
ประเทศไทย, พ.ศ. 2538 – 2541

ภาค	พ.ศ.				จำนวนผู้ป่วยรวม 4 ปี	
	2538	2539	2540	2541	คน	%
เหนือ	0	1	0	3	4	100
กลาง	0	0	0	0	0	0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0	0	0	0	0	0
ใต้	0	0	0	0	0	0

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีรายงานผู้ป่วยระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2537

โรคฝุ่นฝ้ายมีรายงานเพียง 1 ราย ในภาคเหนือ พ.ศ. 2539

โรคเส้นใยแอสเบสตอส, โรคฝุ่นถ่านหิน ไม่มีรายงานตั้งแต่ พ.ศ. 2532 – 2541

โรคปอดเหตุอาชีพประเภทอื่น ๆ พบในภาคเหนือ พ.ศ. 2539 จำนวน 1 รายและ พ.ศ. 2540 จำนวน 5 ราย

การเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ

1. ข้อมูลจากกองทุนเงินทดแทน

ระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2541 มีรายงานโรคปอดเหตุอาชีพได้แก่โรคฝุ่นฝ้าย(Byssinosis) มีจำนวนผู้ป่วย พ.ศ. 2535 (27 ราย), 2536 (43 ราย), 2537 (87 ราย), 2538 (1 ราย), 2539 (8 ราย), 2540 (3 ราย) และ 2541 (5 ราย)

โรคฝุ่นขานอ้อย(Bagassosis) มีรายงานจำนวนผู้ป่วย พ.ศ. 2532 (4 ราย)

โรคแพ้ฝุ่นผงแม่เหล็ก มีรายงานจำนวนผู้ป่วย พ.ศ. 2533 (1 ราย)

โรคแพ้ฝุ่นละอองจากการย่างแร่ มีรายงานจำนวนผู้ป่วย พ.ศ. 2533 (1 ราย)

โรคแพ้ฝุ่นละอองจากแร่ (mineral dust) พ.ศ. 2535 1 ราย

โรคปอดอักเสบจากฝุ่นละอองจากโรงงาน 13 ราย โรคปอดอักเสบจากฝุ่นละอองจากปูนซีเมนต์ 1 ราย ใน พ.ศ. 2536

โรคแพ้ฝุ่นมีรายงานจำนวนผู้ป่วย พ.ศ. 2537 (1 ราย)

โรคนิวโมโคนิโอซิส (Pneumonoconiosis) มีรายงานจำนวนผู้ป่วย พ.ศ. 2539 (3 ราย)

โรคแพ้ฝุ่นป่าน(Hemp dust) โรคฝุ่นหิน (Pneumonoconiosis) โรคแพ้ฝุ่นละออง มีรายงานจำนวนผู้ป่วย พ.ศ. 2540 อย่างละ 1 ราย

มีรายงานจำนวนผู้ป่วย พ.ศ. 2541 โรคแพ้ฝุ่นผงปูน โรคแพ้ฝุ่นไม้ โรคปอดจากฝุ่นละออง(dust) ฝุ่นหิน (stone dust) ฝุ่นละอองจากแร่ (mineral dust) อย่างละ 1 ราย

บางครั้งข้อมูลไม่ได้แยกจำนวนผู้ป่วยโรคปอดเหตุอาชีพในแต่ละประเภทออกจากกันเช่น รวมผื่นคันตามผิวหนังกับโรคทางปอดจากสาเหตุฝุ่นกลุ่มเดียวกันไว้ด้วยกัน

2. ข้อมูลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคซิลิโคซิส

การสอบสวนโรคผู้ป่วย 1 รายซึ่งเสียชีวิตจากโรคซิลิโคซิส เมื่อ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2535 พบว่าผู้ป่วยทำงานในโรงรับพันทรายขัดผิวโลหะมานาน 7 ปี โดย 4 ปีแรกทำหน้าที่พ่นสีและ 3 ปีหลังทำหน้าที่พันทรายอย่างเดียวันละ 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยใช้ถุงพลาสติกครอบศีรษะเพื่อป้องกันฝุ่นเท่านั้น โรงงานดังกล่าวได้ปิดทำการไปแล้ว

จากการตรวจสุขภาพของคณงานในโรงงานแห่งหนึ่งในอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งประกอบกิจการการผลิตอิฐทนไฟและจากผลการเอกซเรย์ปอดประจำปีเมื่อวันที่ 21 มกราคม 2538 พบว่าผิดปกติ 14 ราย ได้ดำเนินการสอบสวนเมื่อ 2 มีนาคม 2538 ได้ทำการศึกษาคณงาน 48 รายจากคณงานทั้งหมด 67 ราย มีผลเอกซเรย์ปอดผิดปกติ 19 รายและตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิลิโคซิส (28%) เพศหญิงมากกว่าเพศชาย 3 เท่า มีความผิดปกติของสมรรถภาพปอด 47% ส่วนใหญ่มีอาการไอเรื้อรัง เหนื่อยง่าย ผู้ป่วยทุกคนมีระยะเวลาในการทำงานตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป

รายงานการสอบสวนโรคเฉพาะรายผู้ป่วยโรคซิลิโคสิส จังหวัดลำปาง เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2540 จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยเป็นชายอายุ 41 ปี ทำงานเป็นคนงานบริษัทอิตาเลียนไทยจำกัด เริ่มทำงานครั้งแรก ปี 2516 เป็นคนงานเจาะหินและระเบิดหิน ปัจจุบันทำหน้าที่เจาะอุโมงค์ได้รับการวินิจฉัยโดยอาการไอเรื้อรัง แน่นหน้าอก หายใจลำบากและเอกซเรย์ปอดผิดปกติ มีประวัติสัมผัสกับฝุ่นหินอย่างต่อเนื่องมากกว่า 20 ปี ภาวะความเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานในปัจจุบันเนื่องจากเป็นระบบเปิด บางขั้นตอนมีโอกาสมีการกระจายของฝุ่นมากขึ้นโดยเฉพาะการใช้พัดลมเป่าระบายอากาศ หากการฉีดพ่นน้ำไม่ทำอย่างมีประสิทธิภาพ น่าจะทำให้สิ่งแวดล้อมในการทำงานมีระดับฝุ่นสูง แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดไม่สามารถดำเนินการวัดและประเมินความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมได้

โรคบิสสิโนสิส (โรคฝุ่นฝ้าย)

ในประเทศไทยเคยมีรายงานการศึกษาผู้ที่ทำงานในโรงงานทอผ้าในจังหวัดสมุทรปราการรวม 2 ครั้ง รายงานครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2531 โดยอาศัยการสอบถามอาการโรคร่วมกับทดสอบหน้าที่ของปอดผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงงานจำนวน 229 ราย พบผู้ป่วย 34 ราย คิดเป็นอัตราชุกของโรค 19.7 % ในรายงานต่อมา พ.ศ. 2532 เป็นการศึกษาในกลุ่มคนงานทอผ้า 300 ราย ซึ่งเมื่อ 6 ปีก่อนยังไม่ปรากฏอาการโรค ได้พบผู้ป่วย 60 ราย (อัตราชุก 20 %) โดยทุกคนทำงานมานานแล้วไม่ต่ำกว่า 2 ปี

พ.ศ. 2541 จากการศึกษาของโยธิน เบญจวงษ์ในกลุ่มคนงานโรงงานสิ่งทอ 246 ราย พบอัตราชุกของโรค 16.3 % ในแผนกปั่นและ 7.7 % ในแผนกทอ ผลการตรวจหน้าที่ของปอดพบว่าคนงานแผนกปั่นมีความผิดปกติ 11.8 % และ คนงานแผนกทอ 7.3 %

โรคปอดจากขานอ้อย (Bagassosis)

ในประเทศไทย พีร์ คำทองและคณะ ได้รายงานผู้ป่วยที่เป็นคนงานโรงงานน้ำตาลที่อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เมื่อ พ.ศ. 2516 – 2517 และในพ.ศ. 2527 กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจหน้าที่ของปอดในผู้ใช้แรงงานในโรงงานกระดาษจำนวน 155 ราย พบว่าผู้ปฏิบัติงานในที่ที่มีฝุ่นขานอ้อยหนาแน่นมีแนวโน้มของผลการทดสอบหน้าที่ของปอดผิดปกติสูงกว่าผู้ปฏิบัติงานในที่ที่มีฝุ่นขานอ้อยเบาบางกว่า คิดว่าโรคนี้อย่างคงเกิดขึ้นในประเทศไทยแม้ไม่มีรายงานผู้ป่วยในพื้นที่บางแห่งก็ตาม

โรคปอดจากเส้นใยหิน (Asbestosis)

เมื่อ พ.ศ. 2527 กองอาชีวอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการวิเคราะห์ศึกษาอากาศในโรงงานที่ใช้แร่ใยหิน พบการปนเปื้อนด้วยใยหินใน 6 ตัวอย่างจาก 48 ตัวอย่างและพบผู้ที่ทำงานมีความผิดปกติของระบบหายใจแบบจำกัด (Restrictive ventilatory defect) 56.2 – 57.1 %

พ.ศ. 2525 – 2528 ได้มีการศึกษาตรวจปอดของผู้เสียชีวิตที่โรงพยาบาลศิริราชพบแอสเบสตอสบอดี 33 – 41 % จากการตรวจศพทั้งหมด

พ.ศ. 2528 ได้มีการสำรวจคุณภาพอากาศในท้องถนนตามสี่แยกของถนนที่มีการจราจรคับคั่งรวม 10 จุด จากตัวอย่าง 203 ตัวอย่างแต่ตรวจไม่พบใยหินในอากาศ

ในปัจจุบันยังไม่มีกรารายงานโรคนี้ในประเทศไทยถึงแม้ว่าน่าจะมีโดยเฉพาะในกลุ่มคนงานทำท่อซีเมนต์ใยหินหรือผสมใยหิน

วิจารณ์

แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคปอดเหตุอาชีพ (Occupational lung disease) ในปี 2541 เริ่มสูงขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2540 พบว่าสูงมากกว่าถึง 4 เท่าของปี 2540 แต่สัดส่วนประเภทโรคปอดเหตุอาชีพ ที่ทราบประเภทพบว่าเป็นโรคซิลิโคสิสเพิ่มขึ้นอย่างมากและแนวโน้มผู้ป่วยที่เพิ่มในกลุ่มโรคปอดเหตุอาชีพประเภทไม่ทราบชนิดหรือไม่ระบุประเภท ซึ่งได้รับรายงานสูงเช่นเดียวกับโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพอื่น ๆ ที่กล่าวมาแล้ว ทำให้ไม่รู้สถานการณ์ที่แท้จริงว่ามีโรคปอดเหตุอาชีพใดเป็นปัญหาที่สำคัญแท้จริงหรืออาจมีโรคปอดเหตุอาชีพอื่นที่เป็นปัญหาของประเทศไทยอีกหรือไม่หรือที่รายงานเพิ่มขึ้นอาจจากแพทย์วินิจฉัยเพิ่มขึ้นเพราะดูจากสัดส่วน โรคปอดเหตุอาชีพประเภทไม่ทราบชนิดหรือไม่ระบุประเภทมีจำนวนลดลงแต่ผู้ป่วยโรคซิลิโคสิสเพิ่มขึ้นและจำนวนผู้ป่วยโรคปอดเหตุอาชีพจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า 11% ของผลรวมจำนวนผู้ป่วย 10 ปีอยู่ในกลุ่มอายุ 0 – 4 ปี ซึ่งยังไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งอยู่ในกลุ่มอายุนอกขอบเขตของวัยแรงงานอาจมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุจากการสัมผัสสาเหตุของโรคปอดเหตุอาชีพหรือผู้รายงานยังไม่ทราบหรือไม่ได้ใช้คำนิยามของโรคในกลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพ กลุ่มอายุที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานโดย 1 ใน 2 มีอาชีพกรรมกร สำหรับอาชีพจากรายงาน รง. 506 ไม่มีข้อมูลประเภทของงานที่ผู้ป่วยทำหรือสัมผัสทำให้ไม่สามารถหาประเภทของงานที่มีอัตราเสี่ยงสูงในการเกิดโรคปอดเหตุอาชีพแต่ละประเภทได้และทำให้การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการควบคุมและป้องกันโรคได้น้อย จากการทบทวนรายงานการสอบสวนโรคซิลิโคสิสและการวิจัยพบว่าปี 2538 มีรายงาน 11 รายแต่จากการตรวจสุขภาพที่จังหวัดสมุทรปราการจังหวัดเดียวก็พบผู้ป่วย 19 รายแล้ว ฉะนั้นจำนวนผู้ป่วยที่แท้จริงน่าจะมากกว่านี้อาจเป็นไปได้ว่าการไปสอบสวนโรคในพื้นที่ไม่ได้รายงานใน รง. 506 รวมกับผู้ป่วยที่แพทย์สงสัยแต่ไม่กล้าวินิจฉัยอาจทำให้ผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในรายงานกลุ่มประเภทไม่ทราบหรือไม่ระบุ

สรุป

สถานการณ์โรคปอดเหตุอาชีพ ระหว่าง พ.ศ. 2532–2541 พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก พ.ศ. 2536 - 2541 ประเภทของโรคปอดเหตุอาชีพที่รายงานพบมากอันดับแรกคือ โรคซิลิโคสิส รองลงมาคือ โรคฝุ่นแร่ พบผู้ป่วยได้ตลอดปีและพบมากในกลุ่มอายุ 25 – 34 ปี โดยมีอัตราส่วนของเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือกรรมกรหรือรับจ้างรองลงมาคือ เกษตรกร เขตภาคกลางมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ

7. สถานการณ์โรคลดความกดอากาศ (Caisson disease or Decompression sickness).

ประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2541

โรคลดความกดอากาศหมายถึง โรคที่เกิดจากการที่อากาศที่ละลายอยู่ตามร่างกายในขณะที่ดำน้ำลงไปหรือทำงานภายใต้แรงดันที่สูงเป็นเวลานานแล้วมีการลดแรงดันลงเร็วเกินไป ขณะลอยตัวขึ้นสู่น้ำทำให้มีการขยายตัวของฟองอากาศที่อยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกายจนเกิดมีอาการขึ้น สำหรับโรคนี้บางคนเรียกว่า โรคน้ำหนึบ ซึ่งกลไกการเกิดโรคเกิดจากการเกิดฟองก๊าซในร่างกายซึ่งเป็นก๊าซเฉื่อย เช่น ไนโตรเจน ขณะที่ปฏิบัติงานอยู่ภายใต้แรงกดดันสูง ก๊าซต่าง ๆ จากการหายใจจะละลายเข้าสู่กระแสเลือดแล้วไหลเวียนไปสะสมตามอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งปริมาณก๊าซที่ละลายนี้จะขึ้นกับความลึกของการดำน้ำและเวลาในการปฏิบัติการ ยิ่งปฏิบัติงานที่ความลึกมาก ๆ และใช้เวลาในการปฏิบัติงานนาน ๆ ก็ยิ่งเพิ่มปริมาณก๊าซละลายที่แทรกซึมอยู่ตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ มากขึ้น

ในขณะที่ลอยตัวขึ้นสู่น้ำแรงกดดันจะลดลงทำให้ก๊าซที่ละลายอยู่ตามเนื้อเยื่อกลับเข้าสู่กระแสเลือดและขับออกจากร่างกายทางการหายใจ ฉะนั้นหากมีปริมาณก๊าซสะสมมาก เวลาที่ใช้ในการกำจัดก๊าซก็ย่อมจะนานตามไปด้วย เมื่อไม่สามารถกำจัดก๊าซที่สะสมนี้ได้หมด ก๊าซที่สะสมอยู่ตามร่างกายก็จะขยายตัวเป็นฟองอากาศ (ตามกฎของก๊าซ) อยู่ตามอวัยวะต่าง ๆ เกิดเป็นอาการของโรคลดความกดอากาศต่อไป

กำเนิดพยาธิจากฟองอากาศที่เกิดขึ้นได้แก่ ฟองก๊าซไปเบียด กดทับเนื้อเยื่อนั้น ๆ และกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงในระบบหลอดเลือดเช่น เม็ดเลือดขาว, เกล็ดเลือด, การแข็งตัวของเลือดและการสลายไฟบริน ทำให้เกิดภาวะเลือดข้น ทั้งสองกรณีจะนำไปสู่ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน อาการของโรคลดความกดอากาศเกิดได้หลายรูปแบบเพราะฟองก๊าซไนโตรเจนอาจอยู่ในอวัยวะใดก็ได้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิดดังนี้

แบบที่ 1 (Type I) คือกลุ่มอาการที่เกิดกับระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง, ผิวหนังและ หลอดน้ำเหลือง ทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ, คัน, ผื่น, บวมและปวดบริเวณต่อมน้ำเหลือง

แบบที่ 2 (Type II) คือกลุ่มอาการที่เกิดกับระบบประสาท, ปอด, หัวใจและการไหลเวียนเลือด ทำให้เกิดอาการชา, อัมพาต, สับสน, เวียนศีรษะ, มีเสียงในหู, หูอื้อ, ทรงตัวไม่ได้, มือเท้าลั่น, เจ็บหน้าอก, ไอ, หายใจถี่, ช็อก, หมดสติและเสียชีวิต

ระยะเวลาที่เกิดอาการนั้นมักพบว่าส่วนใหญ่ (98%) จะเกิดอาการภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากขึ้นสู่น้ำแล้วและพบว่ายิ่งอาการรุนแรงก็จะยิ่งพบเร็วขึ้นภายใน 3 – 6 ชั่วโมง การชักประวัติโดยละเอียดต่อพฤติกรรมของการปฏิบัติงานจะสามารถช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคได้

อาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคลดความกดอากาศได้แก่

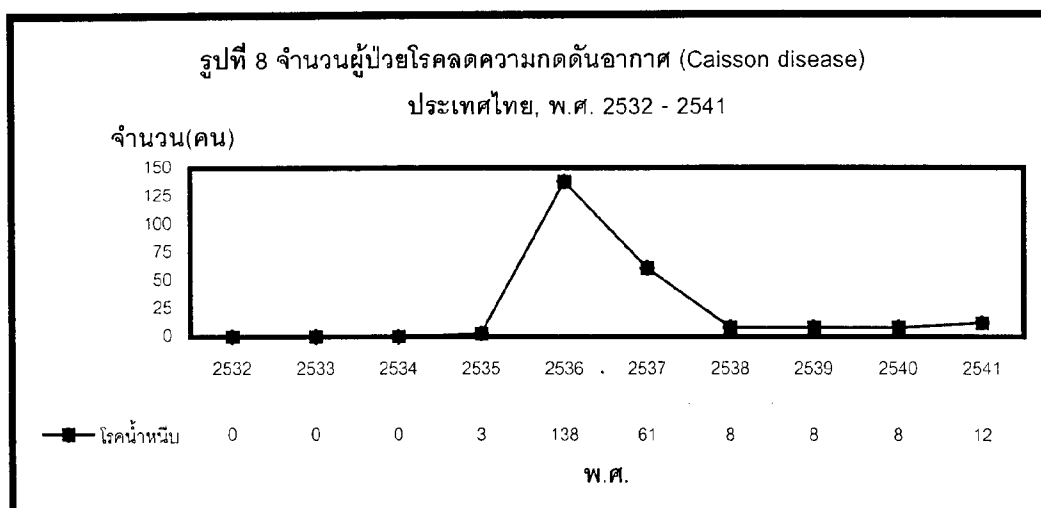
1. ผู้ปฏิบัติการได้น้ำ เช่น ช่อมเขื่อน, วางสายเคเบิลใต้น้ำ, ปฏิบัติการทางทหาร, อนุรักษ์สิ่งแวดล้อมทางทะเล, ตรวจหาวัตถุโบราณและ อุตสาหกรรมใต้น้ำ เป็นต้น
2. ผู้ปฏิบัติงานภายใต้แรงกดดัน เช่น ดูแลผู้ป่วยในห้องปรับบรรยากาศความดันสูง, การทำงานในอุโมงค์ที่มีการเพิ่มแรงดันบรรยากาศอย่างในกรณีการสร้างรถไฟใต้ดิน เป็นต้น

โรคลดความกดอากาศ มีอุบัติการณ์ในประเทศไทยมาหลายปีแล้ว กองทัพเรือได้พบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อปี 2517 เป็นนักดำน้ำด้วย scuba ในโครงการโบราณคดีใต้น้ำของกรมศิลปากร ซึ่งกองทัพเรือสนับสนุนนักดำน้ำ ปรากฏว่าผู้ป่วยเป็นอัมพาตครึ่งท่อน 1 ราย กองทัพเรือได้เริ่มจัดหาห้องปรับบรรยากาศแรงดันสูง (hyperbaric chamber (HBC)) ไว้ใช้งานที่โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ สุสานทัพเรือสัตหีบ ตั้งแต่ พ.ศ. 2523 และที่กองเวชศาสตร์ใต้น้ำและการบิน กรมแพทย์ทหารเรือ (กวดบ.พร.) ในปี พ.ศ. 2529

สถิติผู้ป่วยจากการดำน้ำที่มารักษามีดังนี้

พ.ศ.	รพ. อาภากรฯ	กวดบ. พร.
2525	6	-
2526	1	-
2527	4	-
2528	6	-
2529	2	2
2530	2	3
2531	ปิดซ่อมHBC	6
2532	ปิดซ่อมHBC	5
2533	ปิดซ่อมHBC	11

พ.ศ.	รพ. อาภากรฯ	กวดบ. พร.
2534	1	13
2535	2	7
2536	7	7
2537	5	9
2538	3	8
2539	4	13
2540	6	18
2541	10	11
รวม	59	113



แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ของโรคลดความกดอากาศตามระบบเผื่อระวังของกองระบาดวิทยา(รูปที่ 8) พบว่าไม่มีรายงานผู้ป่วยระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2534 และเริ่มมีรายงานผู้ป่วยใน พ.ศ. 2535 จำนวน 3 คนและพบจำนวนสูงสุดใน พ.ศ. 2536 – 2537 (138, 61 คน ตามลำดับ) หลังจากนั้นแนวโน้มผู้ป่วยลดลงและค่อนข้างคงที่ตั้งแต่ พ.ศ. 2538 – 2541 มีจำนวนผู้ป่วยประมาณ 8 – 12 คนต่อปี จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคลดความกดอากาศมีรายงานเพียง 4 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายใน พ.ศ. 2535, 2537, 2540 และ 2541 เท่ากับ 33.3% (1/3), 1.6 % (1/61), 12.5 % (1/8) และ 8.3% (1/12) ตามลำดับ

รายแรกพบเมื่อ พ.ศ. 2535 (ข้อมูลใน พ.ศ. 2535 ไม่สามารถตรวจสอบรายละเอียดการกระจายของโรคทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยตายได้)

รายที่สองพบเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2537 ผู้ป่วยเป็นเพศชายอยู่ในกลุ่มอายุ 15 – 24 ปี จังหวัดระยอง อาชีพกรรมกร

รายที่สามพบเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2540 ผู้ป่วยเป็นเพศหญิงอยู่ในกลุ่มอายุ 25 – 34 ปี จังหวัดระยอง อาชีพกรรมกร

รายที่สี่พบเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2541 ผู้ป่วยเป็นเพศหญิงอยู่ในกลุ่มอายุ 25 – 34 ปี จังหวัดลพบุรี อาชีพกรรมกร

ตารางที่ 60 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคลดความกดอากาศจำแนกตามรายเดือน
ประเทศไทย, พ.ศ. 2535 – 2541

เดือน	พ.ศ.							จำนวนผู้ป่วย รวม 7 ปี	
	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
มกราคม	0	5	7	3	0	0	3	18	7.6
กุมภาพันธ์	2	13	1	1	2	0	1	20	8.4
มีนาคม	0	14	1	0	1	0	4	20	8.4
เมษายน	1	10	9	1	1	1	1	24	10.1
พฤษภาคม	0	9	13	0	1	1	3	27	11.3
มิถุนายน	0	13	6	0	0	1	0	20	8.4
กรกฎาคม	0	21	9	0	0	1	0	31	13.0
สิงหาคม	0	2	5	1	1	0	0	9	3.8
กันยายน	0	11	9	0	0	1	0	21	8.8
ตุลาคม	0	4	0	2	1	0	0	7	2.9
พฤศจิกายน	0	16	1	0	0	1	0	18	7.6
ธันวาคม	0	20	0	0	1	2	0	23	9.7
รวม	3	138	61	8	8	8	12	238	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีรายงานผู้ป่วยระหว่าง พ.ศ. 2532 - 2534

การเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล

จำนวนผู้ป่วยโรคลดความกดอากาศจำแนกตามรายเดือนของกองระบาดวิทยาระหว่าง พ.ศ. 2535– 2541 พบว่าโรคลดความกดอากาศพบได้ตลอดทั้งปีโดยมีการกระจายในแต่ละเดือนไม่แน่นอน จากจำนวนผู้ป่วยรวม 7 ปี(ตารางที่ 60) พบว่าเดือนที่พบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือเดือนกรกฎาคม 13% (31/238) รองลงมาได้แก่เดือนพฤษภาคม 11.3 % (27/238) และ เมษายน 10.1 %(24/238)

ตารางที่ 61 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคลดความกดอากาศจำแนกตามกลุ่มอายุ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2535 – 2541

กลุ่มอายุ (ปี)	พ.ศ.							จำนวนผู้ป่วย รวม 7 ปี	
	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
0 – 4	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4
5 – 9	0	1	0	0	0	0	0	1	0.4
10 – 14	0	0	0	1	0	0	1	2	0.8
15 – 24	0	66	23	1	2	0	4	96	40.3
25 - 34	0	58	22	1	2	2	3	88	37
35 – 44	1	12	12	3	3	2	1	34	14.3
45 - 54	2	0	3	2	0	3	2	12	5.1
55+	0	1	1	0	1	0	1	4	1.7
รวม	3	138	61	8	8	8	12	238	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีรายงานผู้ป่วยระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2534

จำนวนผู้ป่วยโรคลดความกดอากาศจำแนกตามกลุ่มอายุ ระหว่าง พ.ศ. 2535 – 2541 (ตาราง
ที่ 61) พบว่า จำนวนผู้ป่วยรวม 7 ปี มีสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี เท่ากับ 40.3 %
(96/238) รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 25 - 34 ปี 37 % (88/238) และ 35 – 44 ปี 14.3 % (34/238)

ตารางที่ 62 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคลดความกดอากาศจำแนกตามเพศ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2536– 2541

พ.ศ.	ชาย	หญิง	อัตราส่วน
2536	135	3	45 : 1
2537	61	0	61 : 0
2538	7	1	7 : 1
2539	7	1	7 : 1
2540	5	3	1.7 : 1
2541	8	4	2 : 1
จำนวนผู้ป่วยรวม 6 ปี	223	12	18.6 : 1

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีรายงานผู้ป่วยจำแนกตามเพศระหว่าง พ.ศ. 2532– 2534

และไม่มีข้อมูลผู้ป่วยจำแนกตามเพศ พ.ศ. 2535

อัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงของผู้ป่วยโรคลดความกดอากาศระหว่าง พ.ศ. 2536 – 2541 (ตารางที่ 62) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จากจำนวนผู้ป่วยรวม 10 ปี พบว่าอัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 18.6 : 1 [61 : 0 - 1.7 : 1]

ตารางที่ 63 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคลดความกดอากาศจำแนกตามอาชีพ
ประเทศไทย, พ.ศ. 2535 – 2541

อาชีพ	พ.ศ.							จำนวนผู้ป่วยรวม 7 ปี	
	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
กรรมกร/รับจ้าง	3	131	59	6	3	2	1	205	86.1
เกษตรกร	0	2	2	0	3	5	7	19	8.0
ประมง	0	2	0	0	1	0	0	3	1.3
ค้าขาย	0	0	0	1	0	0	1	2	0.8
แม่บ้าน	0	1	0	1	0	0	0	2	0.8
ข้าราชการ	0	0	0	0	1	0	0	1	0.4
ทหาร/ตำรวจ	0	0	0	0	0	0	1	1	0.4
อื่น ๆ	0	0	0	0	0	0	2	2	0.8
ไม่ทราบ	0	2	0	0	0	1	0	3	1.3
รวม	3	138	61	8	8	8	12	238	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีรายงานผู้ป่วยระหว่าง พ.ศ. 2532 - 2534

จำนวนผู้ป่วยโรคลดความกดอากาศจำแนกตามอาชีพ ระหว่าง พ.ศ. 2535 – 2541 (ตารางที่ 63) จากจำนวนผู้ป่วยรวม 7 ปี พบว่าอาชีพกรรมกร หรือ รับจ้าง พบสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดเท่ากับ 86.1 % (205/238) รองลงมาได้แก่ อาชีพเกษตรกร 8 % (19/238)

ตารางที่ 64 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคลดความกดอากาศจำแนกตามภาค
ประเทศไทย, พ.ศ. 2536– 2541

ภาค	พ.ศ.						จำนวนผู้ป่วย รวม 6 ปี	
	2536	2537	2538	2539	2540	2541	คน	%
กลาง	134	57	6	5	7	1	210	89.4
ใต้	2	1	1	2	0	6	12	5.1
เหนือ	1	1	1	1	1	5	10	4.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1	2	0	0	0	0	3	1.3
รวม	138	61	8	8	8	12	235	100

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ไม่มีรายงานผู้ป่วยจำแนกตามเพศระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2534 และไม่มีข้อมูล
ผู้ป่วยจำแนกตามเพศ พ.ศ. 2535

สำหรับในภาคกลาง จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ จังหวัดชลบุรี, ลพบุรี และ ระยอง

สำหรับในภาคเหนือ จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ จังหวัดเชียงราย, กำแพงเพชร

สำหรับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ จังหวัดนครราชสีมา
และตั้งแต่ พ.ศ. 2538 เป็นต้นมาไม่มีรายงานผู้ป่วยจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สำหรับในภาคใต้ จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ จังหวัดภูเก็ต, สุราษฎร์ธานี

กรณีการกระจายของโรคตามสถานที่ใน พ.ศ 2536 – 2537 ซึ่งพบผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก พบว่า
จังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อ พ.ศ 2536 คือจังหวัดชลบุรี 129 ราย รองลงมาคือ จังหวัดลพบุรี 5 ราย
และจังหวัดภูเก็ต 2 ราย ส่วนเมื่อ พ.ศ 2537 พบว่าจังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ จังหวัดชลบุรีเช่นกัน
54 ราย รองลงมาคือ จังหวัดระยอง 3 รายและจังหวัดนครราชสีมา 2 ราย ส่วนใหญ่มากกว่า 90% มี
อาชีพกรรมกรหรือรับจ้าง และอยู่ในกลุ่มอายุ 15 – 34 ปี

ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ

1. ข้อมูลจากกองทุนเงินทดแทน

ไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคลดความกดอากาศระหว่าง พ.ศ. 2532-2541 จากกองทุนเงินทดแทน
สำนักงานประกันสังคม

2. ข้อมูลเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตโดยใช้แบบสอบถามชาวเล 319 รายพบว่า
มีชาวเลจำนวน 216 ราย ที่เคยมีอาการของโรคลดความกดอากาศและจากการสำรวจในช่วงปี 2536-
2540 พบว่าน่าจะมีชาวเลที่เสียชีวิตจากโรคลดความกดอากาศถึง 13 ราย นอกจากนี้

กรมแพทยทหารเรือยังได้ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลในโครงการป้องกันและรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำได้ทำการศึกษาในชาวเลซึ่งอาศัยอยู่ในหมู่เกาะอาดัง ตำบลเกาะสาหร่าย จังหวัดสตูล พ.ศ. 2535 พบว่าระหว่าง พ.ศ. 2513-2535 มีผู้ป่วยเป็นโรคที่เกิดจากการดำน้ำ 13 รายจากประชากร 566 คน

กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย และองค์การแรงงานระหว่างประเทศร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่และจังหวัดภูเก็ต ได้ทำการศึกษาในชาวเลที่ดำน้ำด้วยเครื่องอัดอากาศ ในจังหวัดกระบี่พบผู้ป่วย 34 คน มีอาการเล็กน้อยคือปวดศีรษะทุกราย จนถึงอาการรุนแรงคือ ชา(79%) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (79%) และหมดสติขณะดำน้ำ(9%) ในจังหวัดภูเก็ตพบผู้ป่วย 132 คน มีโรคลดความกดอากาศ 75 คน

ชัยวัฒน์ เทพเสนาและคณะ ศึกษาผู้ป่วยโรคลดความกดอากาศที่เข้ารับการรักษากับ Recompression chamber ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ระหว่าง พ.ศ. 2530-2536 พบผู้ป่วย 46 คน ซึ่งร้อยละ 36 มีอาชีพรับจ้างดำน้ำและดำน้ำเพื่อชมความงามในทะเลและจังหวัดที่พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก็คือจังหวัดชลบุรี

วิจารณ์

จำนวนผู้ป่วยโรคลดความกดอากาศมักจะพบมากบริเวณที่มีชายฝั่งทะเลโดยเฉพาะชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก บริเวณเหล่านี้มีทั้งแหล่งท่องเที่ยวและเป็นสถานที่ประกอบอาชีพทางทะเลของคนจำนวนมากซึ่งจะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคนี้ นี้ข้อมูลการเกิดโรคที่ได้รับรายงานจาก รง. 506 น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงกรณีไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยผู้ป่วยอาจไปรักษาเองที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกแล้วไม่ได้รายงานหรือหาซื้อยากินเองหรือปล่อยให้หายเองซึ่งจากการทบทวนการวิจัยที่ผ่านมาจะพบว่าจำนวนผู้ป่วยมากกว่าที่รายงานใน รง. 506

นอกจากนี้จากรายงานผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานแต่อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่าผู้ป่วยอายุ 0 – 4 ปีได้รับการรายงานว่าเป็นโรคนี้ด้วย ในรายงานนี้ไม่ได้ให้อัตราป่วยเนื่องจากจะเป็นอัตราป่วยที่ไม่แท้จริงเนื่องจากไม่สามารถหาประชากรกลุ่มที่เสี่ยงจริงมาคำนวณได้ ฉะนั้นจึงใช้จำนวนผู้ป่วยมาเปรียบเทียบแทนทำให้ไม่ทราบเกี่ยวกับขนาดปัญหาของโรคนี้อย่างชัดเจน

สรุป

สถานการณ์โรคลดความกดอากาศระหว่าง พ.ศ. 2532-2541 พบว่าจำนวนผู้ป่วยมากใน พ.ศ. 2536 – 2537 และปีต่อมามีแนวโน้มลดลงและจำนวนผู้ป่วยค่อนข้างคงที่ พ.ศ. 2538 - 2541 พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปีและพบมากในกลุ่มอายุ 15 – 34 ปีโดยมีอัตราส่วนของเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือกรรมกรซึ่งรับจ้างทำงานโดยการดำน้ำเป็นส่วนใหญ่ เขตภาคกลางพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรค พ.ศ. 2532 - 2541: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
2. กองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงมหาดไทย. รายงานการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทนปี 2532 - 2533 : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
3. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงมหาดไทย. รายงานประจำปี 2534 - 2535 สำนักงานประกันสังคม : โรงพิมพ์การศาสนา กรมการศาสนา
4. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. รายงานประจำปี 2536 - 2537 สำนักงานประกันสังคม : โรงพิมพ์โอเอส พรินติ้ง
5. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. สถิติงานประกันสังคม 2539 - 2541.
6. ลดาวัลย์ ผาตินาวินและ พ.ญ. นฤมล ศิลารักษ์. สถานการณ์โรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชในประเทศไทย พ.ศ.2530-2539 . รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. กองระบาดวิทยา 2541;29:417-27.
7. อมร รอดคล้ายและคณะ. การสำรวจความชุกของโรคพิษสารหนูเรื้อรังและสถานะสุขภาพของประชาชนตำบลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช พ.ศ. 2537. 2539.
8. นพ. โกวิท พรหมเชษฐ์และคณะ. ความเจ็บป่วยจากกาวในคนงานทำรองเท้าผ้าใบ จังหวัดสมุทรปราการ กันยายน 2535. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. กองระบาดวิทยา 2536;24:633 - 645.
9. พญ. ปิยนิษฐ์ ธรรมาภรณ์พิลาศ, นพ. เกษม เวชสุทธานนท์ สรุปรายงานการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม 2532 – 2536. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. กองระบาดวิทยา 2537;30:425 - 434.
10. แสงโสม เกิดคล้าย วชิรี แก้วนอกเขา. รายงานการสอบสวนกรณีก๊าซแอมโมเนียรั่วในโรงงานแห่งหนึ่ง อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่, มีนาคม 2539. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. กองระบาดวิทยา 2540;28:105 - 131.
11. พญ. พจมาน ศิริอารยาภรณ์และคณะ. รายงานการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย การป่วยจากควันของกรดซัลฟูริก จังหวัดสมุทรสาคร ตุลาคม 2536. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. กองระบาดวิทยา 2538;26:529 - 543.
12. นพ. วิชัย เอกพลากร ลดาวัลย์ ผาตินาวิน วชิรี แก้วนอกเขา. รายงานการสอบสวนโรคซึลิโคสิสในโรงงานแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ มีนาคม 2538. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. กองระบาดวิทยา 2538;26:501 – 514
13. อำนวย ทิพศรีราช. รายงานการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายโรคซึลิโคสิส จังหวัดลำปาง สิงหาคม 2540. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. กองระบาดวิทยา 2541;29:305 – 317.

14. สุริยา ณ นคร. เอกสารประกอบการบรรยาย กองเวชศาสตร์ได้น้ำและการบิน, กรมแพทย์ทหารเรือ.
15. สมบูรณ์ อัยรักษ์. โรคจากการลดความกดอากาศจากการดำน้ำของชาวเลภูเก็ต. . รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. กองระบาดวิทยา 2539;27:617-39.
16. รายงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีอาชีพดำน้ำจังหวัดสตูล. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล พ.ศ. 2535.
17. รายงานผลการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขทางทะเลปี 2540. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ พ.ศ. 2540.
18. ชัยวัฒน์ เทพเสนา, วิชัย เอกพลกร โรคจากการลดความกดอากาศที่เข้ารับการรักษาด้วย recompression chamber chamber ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์. วารสารแพทยนาวิ 2539; 2:1-17
19. กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ กระทรวงพาณิชย์. (2542). สถิติการค้าระหว่างประเทศของไทย ปี 2541. ศูนย์สถิติการค้าพาณิชย์ กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ กระทรวงพาณิชย์. (เอกสารอัดสำเนา)
20. สำนักงานนโยบายและแผนสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2540. สำนักงานนโยบายและแผนสิ่งแวดล้อม กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม.
21. อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, สุदारักษ์ แซ่ลือ. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. กองระบาดวิทยา 2541;29:601 – 619.

ภาคผนวก

คำนิยามศัพท์

โรคจากการประกอบอาชีพ(OCCUPATIONAL DISEASE) หมายถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงาน โดยมีสาเหตุหลักมาจากการสัมผัสสิ่งคุกคามหรือสภาวะแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม โดยที่อาการของความเจ็บป่วยนั้นอาจเกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานหรือเมื่อเลิกงานหรือภายหลังที่ได้ออกจากงานนั้นแล้ว

โรคเกี่ยวกับการทำงาน(WORK – RELATED DISEASE) หมายถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงาน โดยมีสาเหตุปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับงานเป็นปัจจัยหนึ่งของสาเหตุของการเกิดโรค ได้แก่ สภาวะแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม, หรือลักษณะท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้อง, หรือสภาพของงานที่เหมาะสมกับโครงสร้าง, โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานอาจเป็นสาเหตุเริ่มต้นหรือทำให้อาการรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งได้แก่โรคหัวใจขาดเลือด, โรคกระเพาะอาหาร, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคความดันโลหิตสูง, โรคของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง เป็นต้น

การเฝ้าระวัง(SURVEILLANCE) หมายถึงกิจกรรมที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ ในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ ตลอดจนองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัย, มีการวิเคราะห์ข้อมูลและการกระจายข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการให้บริการสาธารณสุข

โรคพิษตะกั่ว(LEAD POISONING) หมายถึงโรคที่เกิดจากการได้รับสารตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่วเข้าสู่ร่างกายจนก่อให้เกิดอาการพิษขึ้น สำหรับการวินิจฉัยอาศัยการตรวจหาระดับตะกั่วในเลือดและปัสสาวะ

การตรวจหาระดับตะกั่วในเลือด

- ระดับตั้งแต่ 60 ไมโครกรัม / เดซิลิตร ขึ้นไป
 - ถ้ามีอาการและอาการแสดง ให้วินิจฉัยเป็นโรคพิษตะกั่ว
 - ถ้าไม่มีอาการและอาการแสดง แต่ผลทดสอบ EDTA (Ethylene diamine tetraacetate) บวก ให้วินิจฉัยเป็นโรคพิษตะกั่ว
- ระดับต่ำกว่า 60 ไมโครกรัม / เดซิลิตร
 - ถ้ามีอาการและอาการแสดง อาจเป็นโรคพิษตะกั่ว และหากผลทดสอบ EDTA บวก ให้วินิจฉัยเป็นโรคพิษตะกั่ว

หมายเหตุ EDTA test คือ การหาปริมาณตะกั่วในปัสสาวะหลังฉีดยา EDTA ซึ่งช่วยขับตะกั่วออกจากร่างกายทางปัสสาวะ (ค่าปกติของตะกั่วในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ไม่เกิน 500 ไมโครกรัม / วัน)

โรคฝุ่นจับปอด(PNEUMONOCOONIOSIS) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการหายใจฝุ่นละอองสารอนินทรีย์หรือฝุ่นแร่เข้าไปในปอด ฝุ่นแร่ส่วนใหญ่จะจับอยู่ในเนื้อปอดส่วนกลาง ทำให้เกิดปฏิกิริยาอักเสบติดตามด้วยพยาธิสภาพเนื้อพังผืดในความรุนแรงต่าง ๆ กัน ซึ่งขึ้นกับชนิดของเนื้อฝุ่น

โรคฝุ่นฝ้าย(BYSSINOSIS) หมายถึงโรคทางเดินอากาศหายใจจากการประกอบอาชีพที่เกิดจากการหายใจฝุ่นฝ้าย(COYYON), ปอป่าน(SOFT HEMP), ปอลินิน(FLAX) หรือ ปอเชือก(SISAL) เข้าไปในปอดของผู้ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทออย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป

โรคฝุ่นซิลิกา(SILICOSIS) หมายถึงโรคฝุ่นจับปอด(PNEUMONOCOCONIOSIS)ชนิดหนึ่งที่เกิดจากการหายใจฝุ่นละอองสารซิลิกา หรือซิลิคอน ไดออกไซด์ ซึ่งพบได้ในหินแกรนิตและหินทรายในรูปผลึกซิลิกาที่เรียกว่าควอร์ทซ์และในหินภูเขาไฟในรูปของ มริสโตบาไลต์และไทรดีย์ไมท์ เข้าไปในปอดทำให้เกิดปฏิกิริยาอักเสบติดตามด้วยพยาธิสภาพเนื้อพังผืดของปอด

โรคปอดใยหิน(ASBESTOSIS) หมายถึงโรคฝุ่นจับปอด(PNEUMONOCOCONIOSIS)ชนิดหนึ่งที่เกิดจากการหายใจฝุ่นเอาฝุ่นใยหินหรือถ่านหินจำนวนมากเข้าไปในปอดทำให้เกิดพังผืดของเนื้อปอดและหลอดลมฝอยพร้อมด้วยถุงลมปอดโป่งพองออก

โรคผิวหนังจากการประกอบอาชีพ(OCCUPATIONAL DERMATOSES) หมายถึงโรคผิวหนังที่เกิดขึ้นหรือเป็นมากขึ้นหลังจากการทำงาน โดยมีสารหรือกระบวนการที่ในการทำงานเป็นสาเหตุ อาจเป็นสาเหตุโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

โรคลดความกดอากาศ(DECOMPRESSION SICKNESS OR CAISSON DISEASE) หมายถึงโรคที่เกิดจากการที่อากาศที่ละลายอยู่ตามร่างกายในขณะที่ดำน้ำลงไปหรือทำงานภายใต้แรงดันที่สูงเป็นเวลานานแล้วมีการลดแรงดันลงขณะลอยตัวขึ้นสู่น้ำ ทำให้มีการขยายตัวของฟองอากาศที่อยู่ตามส่วนต่างๆของร่างกายจนเกิดมีอาการขึ้น

โรคพิษสารหนู(ARSENIC POISONING) หมายถึงโรคที่เกิดจากการได้รับสารหนูเข้าสู่ร่างกายโดยทางหายใจ หรือทางปากอันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพเกี่ยวกับงานทัศนศิลป์ที่ต้องสัมผัสสารหนู ได้แก่ งานเซรามิค งานเคลือบลงยา งานพิมพ์ลายผ้า งานชุบโลหะ งานแก้วและกระจกและงานใช้น้ำยาถนอมเนื้อไม้

โรคพิษแมงกานีส(MANGANESE POISONING) หมายถึงโรคที่เกิดจากการได้รับฝุ่นผงของสารแมงกานีสเข้าสู่ร่างกายโดยทางหายใจ อันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพทำให้เกิดพยาธิสภาพที่สมองและตับ

โรคพิษกำจัดศัตรูพืช (PESTICIDE POISONING) หมายถึงโรคที่เกิดจากการได้รับโลหะหนัก ได้แก่ สารฆ่าแมลง(INSECTICIDE) สารฆ่าวัชพืช(HERBICIDE) สารฆ่าเชื้อรา(FUNGICIDE) สารฆ่าหนูหรือสัตว์ฟันแทะอื่นๆ(RODENTICIDE) สารรมควัน(FUMIGANT) เข้าสู่ร่างกายโดยทางหายใจ ทางผิวหนังหรือทางปากอันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพทำให้เกิดพยาธิสภาพที่อวัยวะต่างๆของร่างกาย

บทที่ 4

ภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

บทที่ 4 การศึกษาภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พ.ญ. นฤมล ศิลารักษ์

พ.ญ. พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์

น.พ. ธนา ประมุขกุล

บทนำ

ภาวะเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา สังคมความเป็นอยู่ วัฒนธรรม รวมถึงชีวิตความเป็นอยู่และพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ล้วนเป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อสภาวะสุขภาพ พฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพทั้งในด้านเสริมให้สุขภาพแข็งแรง เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนพฤติกรรมที่มีผลลบคือทำให้สุขภาพอ่อนแอลง มีโอกาสสัมผัสกับปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมารูขึ้น เรียก พฤติกรรมเสี่ยง เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่, พฤติกรรมการดื่มสุรา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน พฤติกรรมบางอย่างที่ยังไม่แน่ใจว่าจะเป็นผลดี หรือผลร้ายต่อสุขภาพจิต พฤติกรรมการใช้ยาบำรุง การบริโภค นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมและสุขภาพทั้งกายและจิตของบุคคลซึ่งควรแก่การศึกษาได้แก่ การดูแลสุขภาพทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ภาวะวิกฤติของสังคม ซึ่งรวมถึงสถาบันครอบครัว และการย้ายถิ่นโดยเฉพาะในประชากรวัยแรงงาน ฯลฯ

บทนี้ได้สรุปการทบทวนและสังเคราะห์ องค์ความรู้ของงานวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน เพื่อให้เห็นสถานการณ์ขององค์ความรู้ที่สำคัญ โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมที่ช่วยในด้านการส่งเสริมและเรื่องต่างๆ ของประชากรวัยทำงานที่จะมีผลต่อสุขภาพ โดยจะศึกษาเฉพาะในส่วนของพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่

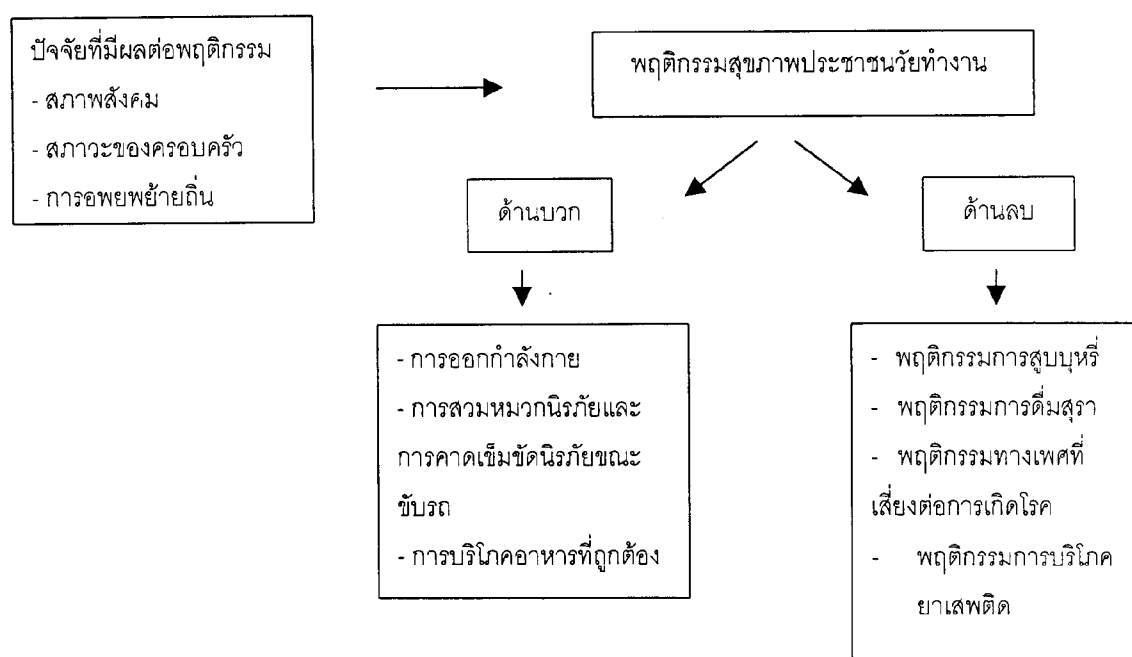
- 1.1 พฤติกรรมทางเพศ
- 1.2 พฤติกรรมการบริโภคยาเสพติด
- 1.3 พฤติกรรมการบริโภคสุรา
- 1.4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่
- 1.5 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- 1.6 พฤติกรรมการออกกำลังกาย
- 1.7 พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพ
- 1.8 พฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

ซึ่งในแต่ละพฤติกรรมจะศึกษาถึงข้อมูลการเจ็บป่วย / ตาย เนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ โรคเอดส์ อุบัติเหตุ รวมทั้งข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้มของพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมและสุขภาพ เช่น สถานภาพของสังคมไทย โดยเฉพาะวิกฤติของสถาบันครอบครัว, การย้ายถิ่นของประชากร เป็นต้น

วิธีการศึกษา

เป็นการรวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริงที่ได้จาก เอกสาร ผลการศึกษาวิจัย และสถิติต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ พฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดโรค และ การเจ็บป่วยของประชากรวัยแรงงาน

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการศึกษาภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงาน เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ



คำนิยาม พฤติกรรมสุขภาพ

จากการนิยามของ อรทัย รวยอาจิน (อ้างใน อำนวย กาจันะ และคณะ, 2541) กล่าวว่า แม้คุณภาพชีวิตจะถูกกำหนดโดยสภาวะ สุขภาพของประชาชน โดยมีเหตุปัจจัยหลายประการเป็นตัวกำหนด รวมทั้งสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม และสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมโดยตรง (อย่างไรก็ตามปัจจัยเหล่านั้นก็ยังมีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านพฤติกรรมของบุคคลเสมอ)

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

Dunn (อ้างใน อำนวย กาจันะ และ คณะ, 2541) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 4 ประเภท คือ พฤติกรรมที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ, พฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งอาจจะเป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ได้

โคลบา (Kolba, 1984) (อ้างใน อำนวย กาจีนะ และ คณะ, 2541) ได้แบ่งกลุ่มพฤติกรรมออกเป็น 9 กลุ่ม โดย 6 กลุ่มแรก เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้กระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยง, พฤติกรรมเจ็บป่วย, พฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย, พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย และ กลุ่มพฤติกรรมอีก 3 กลุ่ม เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้อื่น ได้แก่ พฤติกรรมเจริญพันธุ์, พฤติกรรมสุขภาพของบิดามารดา, กิจกรรมสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อความเป็นอยู่ของประชาชน คือ สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ, การเมือง สังคม ครอบครัว การศึกษา สิ่งแวดล้อม และ ปัญหาสุขภาพ ในที่นี้จะ กล่าวถึงเรื่องของสถานการณ์ครอบครัวไทยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และตามด้วยรายละเอียดของการรวบรวมข้อมูลของแต่ละพฤติกรรม

สถานการณ์ครอบครัวไทยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ครอบครัวในสังคมไทยอาจมีความเปลี่ยนแปลงแตกต่างไปจากสังคมอื่น ซึ่งบทความนี้สรุปโดย น.พ.ธนา ประมุขกุล (ในปี พ.ศ.2542) โดยพยายามรวบรวมข้อมูล การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวไทย ทั้งเหตุปัจจัยของการเปลี่ยนแปลง และผลกระทบที่มุ่งเน้นประเด็นพฤติกรรมครอบครัวที่จะมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของสมาชิกครอบครัวในด้านต่างๆ

ความหมายของครอบครัว

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักราชบัณฑิตยสถาน ให้ความหมายไว้ว่า ครอบครัว คือ “ กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ ในการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งการพึ่งพิงกันทางสังคม เศรษฐกิจ และมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย หรือทางสายโลหิต ครอบครัวบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากดังกล่าวก็ย่อมได้” นิยามนี้มีความหมายกว้างและทันสมัย ทั้งนี้ เพราะว่าลักษณะครอบครัวในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างหลากหลายมากขึ้น ทั้งในวิธีที่ครอบครัวกำเนิดขึ้นมาในรูปแบบและการทำหน้าที่

รูปแบบของครอบครัว

1. ครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) ประกอบด้วย สามี ภรรยา และลูกที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน
1. คู่สมรสที่ไม่มีบุตร (childless couples) ประกอบด้วย สามี และภรรยา

2. ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว (single-parent family) ประกอบด้วยลูกและพ่อหรือแม่ที่ต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูลูกตามลำพัง
3. ครอบครัวบุญธรรม (adoptive family) ประกอบด้วย สามี ภรรยา และบุญธรรม
4. ครอบครัวที่มีการแต่งงานใหม่ (reconstituted family) ประกอบด้วย หญิงชายที่มาอยู่ร่วมกัน โดยฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายเป็นหม้าย หรือหย่าร้างมาก่อน
5. ครอบครัวขยาย (extended family) ประกอบด้วย เครือญาติตั้งแต่ 3 ชั่วคนขึ้นไป ที่มีความสัมพันธ์กันโดยการเกิดหรือแต่งงานมาอยู่ร่วมกัน

รูปแบบครอบครัวข้างต้นเป็นรูปแบบที่พบบ่อย ซึ่งยังอาจมีครอบครัวแบบอื่นอีก เช่น ครอบครัวที่อยู่เฉพาะญาติพี่น้อง โดยไม่มีพ่อแม่ ครอบครัวที่มีเพียงหญิงหรือชายคนเดียว อันเนื่องมาจากการเป็นโสด ครอบครัวที่หญิงและชายมาอยู่ร่วมกันโดยไม่ได้แต่งงาน รวมทั้งครอบครัวแบบรักร่วมเพศ

อย่างไรก็ตาม รูปแบบครอบครัวยังมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวงจรชีวิตครอบครัว (family life cycle) โดยเริ่มจากครอบครัวเดี่ยวแล้วกลายเป็นครอบครัวขยาย เพราะลูกแต่งงานและคู่สมรสใหม่นี้ยังอยู่กับพ่อแม่ในระยะแรก เมื่อคู่สมรสแยกครอบครัวออกไป ครอบครัวขยายก็กลายเป็นครอบครัวเดี่ยว ต่อเมื่อลูกของคู่สมรสนี้โตขึ้นแล้วแต่งงาน ครอบครัวเดี่ยวก็เปลี่ยนเป็นครอบครัวขยายต่อไปตามวัฏจักร

รูปแบบครอบครัวไทย

ด้วยอัตราการเพิ่มของจำนวนครัวเรือนที่สูงกว่าอัตราการเพิ่มประชากรในช่วงเวลาเดียวกัน จึงส่งผลให้ครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง จากเฉลี่ย 5.3 คนต่อครัวเรือน ในปี พ.ศ.2523 เป็น 4.4 คนต่อครัวเรือน ในปี พ.ศ.2533 และเหลือ 4.1 คนต่อครัวเรือน ในปี พ.ศ.2538 ตัวเลขการลดขนาดของครัวเรือนดังกล่าว สะท้อนให้เห็นภาพสัดส่วนที่สูงของครอบครัวเดี่ยวในประเทศไทย จากรายงานสำมะโนประชากรและเคหะครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ.2533 ทั่วประเทศมีครัวเรือนทั้งสิ้น 12.3 ล้านครัวเรือน ส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนเดี่ยว ในสัดส่วนร้อยละ 67.6 และจากการศึกษาโดยโสภา ขปิลมันน์ และคณะ ในการศึกษารูปแบบครอบครัวคู่สมรสอายุ 26-45 ปี ในเขตเมือง พบว่ามีการแยกครอบครัวมาอยู่ 2 คนมากถึงร้อยละ 75.1 ของกลุ่มตัวอย่าง

แนวโน้มประการหนึ่งจากข้อมูลสำมะโนประชากรไทยในปี พ.ศ.2523 และ พ.ศ.2533 พบว่าครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนไม่มีคู่สมรสมีสัดส่วนสูงขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 17.6 ในปี พ.ศ.2533 เป็นร้อยละ 18.9 ในปี พ.ศ.2533 และช่วงเวลาเดียวกัน สัดส่วนของครัวเรือนคนเดียวก็เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด คือ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.5 เป็นร้อยละ 5.0 เมื่อพิจารณาประกอบข้อมูลสถานภาพสมรสประชากร ในช่วงสำมะโนดังกล่าว พบว่าสัดส่วนของการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ในผู้ที่เคยสมรสรวมประชากรทุกกลุ่มอายุเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 2.94 ในปี พ.ศ.2523 เป็นร้อยละ 3.03 ในปี พ.ศ.2533 โดยมีสัดส่วน ดังกล่าวสูงสุดในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี จากนั้นแนวโน้มลดลงผกผันกับอายุที่เพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ ข้อมูลการจัดทะเบียนสมรส ทะเบียนหย่า ก็อาจจะสะท้อนสถานการณ์ครอบครัวได้ แม้ว่าตัวเลขที่ได้จากทะเบียนจะต่างจากความเป็นจริง ตามที่ได้มีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงภาวะการสมรสในประเทศไทย โดยอัญชลี วรวัชรรัตน์ ที่พบว่าคู่สมรสไทยเกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้ไปจดทะเบียนสมรส แต่ตัวเลขการจัดทะเบียนสมรสและทะเบียนหย่าทั่วประเทศไทยก็แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นที่ต่างกัน กล่าวคือ มีการจดทะเบียนสมรสจำนวน 288,401 คู่ ในปี พ.ศ.2521 เพิ่มขึ้นประมาณครึ่งเท่าตัวเป็น 406,134 คู่ในปี พ.ศ.2532 ในขณะที่ทะเบียนการหย่าเพิ่มจาก 20,356 คู่ขึ้นไปกว่าหนึ่งเท่าตัวเป็น 40,875 คู่ ในช่วงเวลาเดียวกัน

การหย่าร้างอาจมีสาเหตุหลายประการ เช่น ความยากจน การทำร้ายร่างกาย การนอกใจคู่สมรส ซึ่งมีว่าการหย่าร้างจะเกิดจากสาเหตุใดก็ล้วนแต่เป็นการบ่งบอก การยอมรับความล้มเหลวของ สัมพันธภาพคู่สมรส ที่อาจเกิดจากเรื่องเล็กน้อยในตอนเริ่มต้นและส่งผลต่อเนื่องไปสู่ประเด็นอื่นๆ ในครอบครัวที่เป็นปัญหาจนกระทั่งถึงจุดหย่าร้างต่อมา

จากการสรุปผลวิจัยเบื้องต้นโครงการศึกษาครอบครัวไทย โดยภัสสร ลิมานนท์ และคณะเมื่อปี 2537 ที่สัมภาษณ์ประชากรชาย-หญิง ในเขตเมืองและชนบทในทุกภาคของประเทศ กลุ่มตัวอย่างให้คำตอบว่าในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้ตอบกับคู่สมรสเคยมีการทะเลาะวิวาทกัน และทำร้ายร่างกายทุบตีกันร้อยละ 24.1 และ 14.7 ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลนี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริงตามข้อสังเกตในรายงานฉบับนี้ เพราะสังคมไทยถือว่าเรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องที่ไม่สมควรเปิดเผยกับผู้อื่นและในการสอบถามคนงานโรงงานอุตสาหกรรมในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียง พบว่าคนงานชายร้อยละ 13.7 ตอบว่ามีผู้หญิงอื่น (ไม่รวมหญิงบริการทางเพศ) นอกเหนือจากคู่สมรส ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ย่อมหมิ่นเหม่ต่อการมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว ที่มีจะนำไปสู่การหย่าร้างหรือไม่ก็ตาม แต่ย่อมจะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในเรื่องอื่นๆ ได้

หน้าที่ของครอบครัว

ครอบครัวมีหน้าที่ได้มากมายหลายอย่าง ขึ้นอยู่กับว่าเราจะมองครอบครัวในลักษณะใด อย่างไรก็ตาม ลักษณะเด่นที่สุดในครอบครัวทุกรูปแบบ คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว จึงอาจสรุปรวมว่าครอบครัวทำหน้าที่เป็น "สถาบันให้กำเนิดทายาท ให้ความรัก ความอบอุ่น การอบรม สั่งสอน การศึกษา ปลูกฝังนิสัยที่ดีงาม ค้ำครอง ปกป้อง แก่สมาชิกในครอบครัว สร้างความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจแก่ครอบครัว"

การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อครอบครัว

ครอบครัวไทยปัจจุบันกำลังเผชิญกับการปรับเปลี่ยนทางโครงสร้างและหน้าที่ในหลายๆ ด้าน อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งหนึ่ง อาจหมายถึงจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงอื่นในลักษณะลูกโซ่ต่อไป เมื่อเปรียบเทียบกับอดีต ครอบครัวเป็นหน่วยผลิตในสังคมเศรษฐกิจแบบเกษตรกรรมที่มีความเพียงพอในตัวเอง (self-contained unit) สามารถจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานในชีวิตประจำวันตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้ แต่ปัจจุบันในเศรษฐกิจแบบอุตสาหกรรมได้เกิดแหล่งผลิตเฉพาะ เช่น โรงงานทั้งขนาดเล็ก ขนาดใหญ่เกิดขึ้นมาแทน โครงสร้างของครอบครัวจึงต้อง

ปรับเปลี่ยนจากลักษณะครอบครัวขยายที่จำเป็นต้องมีแรงงานสำหรับการผลิตด้วยตนเอง ไปเป็นครอบครัวเดี่ยวขนาดเล็กที่สามารถเคลื่อนย้ายตามแหล่งผลิตได้ง่าย ทำให้เกิดการย้ายถิ่น โดยเฉพาะจากเขตชนบทเข้าสู่เขตเมืองหรือแหล่งผลิตตามมา

ในการศึกษาการย้ายถิ่นออกจากชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณ หนึ่งในสี่ มีการย้ายถิ่นออกจากตำบลที่อาศัย ซึ่งแม้ว่าเพศชายจะมีการย้ายถิ่นมากกว่าเพศหญิง แต่ในการย้ายถิ่นตามฤดูกาลจะมีการย้ายถิ่นสูงมากของทั้งเพศชายและเพศหญิงช่วงวัยกลางคน อันเป็นช่วงวงจรชีวิตของการสร้างครอบครัวที่ต้องการรายได้เพิ่ม ในขณะที่ลูกอยู่ในวัยเจริญเติบโต

ในรายงานการศึกษาดังกล่าวได้ชี้ให้เห็นว่า การย้ายถิ่นเป็นกระบวนการของการเลือกสรรและการหลั่งไหลออกของคนหนุ่มสาวและผู้มีการศึกษาสูง ทำให้ทรัพยากรในชุมชนลดลง ครอบครัวชนบทที่ถูกทิ้งไว้เบื้องหลังจึงต้องได้รับผลกระทบจากการแยกกันอยู่ของคู่สมรส การแยกกันอยู่ระหว่างพ่อแม่กับลูก และปัญหาของผู้สูงอายุ ในขณะที่ผู้ย้ายถิ่นเองก็ต้องประสบกับความลำบากในการปรับตัวในสังคมเมือง และมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การเล่นการพนัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ตลอดจนพฤติกรรมความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งทั้งหมดนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อภารกิจขั้นพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของครอบครัว คือ การเลี้ยงดูและอบรมเด็ก

ในกรณีการศึกษาแบบแผนการเลี้ยงดูลูกของกลุ่มคนงานโรงงานอุตสาหกรรมกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง โดยอุไรวรรณ คณิงสุขเกษม และคณะ พบว่าประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างต้องแยกกันอยู่กับลูก ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการแยกกันอยู่เมื่อลูกอายุ 3 เดือนขึ้นไป โดยเหตุผลที่ต้องแยกกันอยู่กับลูกคือ พ่อแม่ต้องทำงานนอกบ้านทั้งคู่ ไม่มีเวลาเลี้ยงดูลูก นอกจากนี้ แม้ว่าพ่อคนงานส่วนใหญ่จะให้คำตอบของลักษณะพ่อที่ดี คือ การมีพฤติกรรมดี เป็นตัวอย่างที่ดี แต่การปฏิบัติตนเชิงลบของพ่อคนงานทั้งที่จำเป็นและไม่จำเป็น ซึ่งจะมีผลทำให้ครอบครัวเดือดร้อน ไม่มีความสุข และไม่ได้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูก ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การเล่นการพนัน (ไม่รวมการเล่นหวย) และการทะเลาะวิวาทกับภรรยาอย่างรุนแรง กลับมีพฤติกรรมเชิงลบเหล่านี้สูงถึงร้อยละ 75.9, 50.3, 22.9 และ 21.5 ตามลำดับ

ในขณะที่การสำรวจวิถีชีวิตครอบครัวที่มีระดับการศึกษาดีมีรายได้ปานกลางถึงสูงในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จำนวน 1,046 ครอบครัว ที่ประมาณร้อยละ 90 เป็นครอบครัวที่มีบุตรอยู่ด้วย ในจำนวนนี้กว่าครึ่งหนึ่งเป็นเด็กอายุแรกเกิดถึง 3 ปี ซึ่งพ่อแม่กว่าร้อยละ 90 ได้ให้ข้อมูลว่าให้การอบรมเลี้ยงดูลูกอย่างใกล้ชิด แต่ก็มีข้อพิจารณาความจำกัดด้านเวลา เนื่องจากเวลาเฉลี่ยในการทำงานวันละ 9.2 ชั่วโมงสำหรับผู้ที่เป็นสามี และ 8.3 ชั่วโมงสำหรับผู้ที่เป็นภรรยา รวมกับเวลาที่ใช้ในการเดินทางระหว่างบ้านกับที่ทำงานเฉลี่ย 1.5 ชั่วโมงในตอนเช้า และ 2 ชั่วโมงในตอนเย็น น่าจะเป็นเหตุผลให้ข้อมูลด้านเวลาของการพักผ่อนในแต่ละวันที่กลุ่มตัวอย่างให้คำตอบว่าค่อนข้างน้อย หรือน้อยเกินไป มีเกือบหนึ่งในสามทั้งในกลุ่มสามีและภรรยา

การศึกษาทัศนคติต่อค่านิยมเกี่ยวกับครอบครัวในสังคมไทย โดยมาลินี วงษ์สิทธิ์ ในประเด็นผู้ที่ควรมีหน้าที่รับผิดชอบในการอบรมสั่งสอนเด็ก มีถึงร้อยละ 43 ของกลุ่มตัวอย่าง เห็นว่าควรเป็นหน้าที่ของโรง

เรียน ร้อยละ 39 เห็นว่าควรเป็นหน้าที่ของพ่อแม่ มีเพียงร้อยละ 18 เท่านั้นที่เห็นว่าเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน ระหว่างโรงเรียนและพ่อแม่

ข้อมูลจากการศึกษาปัจจัยทางครอบครัวของกลุ่มประชากรติดสารเสพติด ที่เป็นักเรียนนักศึกษาในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.4 ตอบว่า ครอบครัวไม่อบอุ่น (มีปัญหาในครอบครัว ขาดเงินทอง มีความเครียดในครอบครัว) โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลของการนำไปสู่การติดสารเสพติดว่าอยากทดลองและเพื่อนชักชวน ในการศึกษาบทบาทของครอบครัวในการป้องกันการติดสารเสพติดของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร โดยลาดทองใบ ภูอภิรมย์ ได้ข้อสรุปสำคัญว่าการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์ และการอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภูมิด้ำนทำนการเสพสารเสพติดของเด็ก ทั้งในด้ำนความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเสพติด การปฏิเสธการชักจูงจากเพื่อน และปริมาณความใกล้ชิดกับยาเสพติด ซึ่งถ้าสามารถลดปัญหาเสพติดลงได้จะเป็นการช่วยให้ปัญหาการก่ออาชญากรรมลดลงด้วตามที่ได้มีการศึกษาโดยชวลิต ยอดมณี และคณะ พบความสัมพันธ์ของการติดยาเสพติดกับการก่ออาชญากรรมให้ผู้ต้องหาคดีอาญา นอกจากประเด็นยาเสพติดแล้ว สาเหตุของอาชญากรรมในครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางครอบครัวอีกหลายประการ ได้แก่ แบบอย่างความรุนแรงในครอบครัว ความเครียดที่นำไปสู่การทะเลาะวิวาท การเลี้ยงดูที่เข้มงวดเกินไป หรือการปล่อยปละละเลยให้ลูกด้รับรู้สิ่งที่ไม่ควร อันเป็นเหตุให้เด็กทำสิ่งไม่สมควรตามอย่าง จนเป็นอาชญากรรมได้ เช่น การก่ออาชญากรรมทางเพศ : พี่มจีน้องเป็นต้น

ในกรณีทั่วไปพฤติกรรมความรุนแรงในครอบครัวที่ไม่ถึงขั้นการเป็นอาชญากรรม อาจเป็นการกระทำรุนแรงต่อคู่ครอง การทำร้ายร่างกาย จิตใจ รวมถึงการล่วงเกินทางเพศเด็ก การทอดทิ้งเด็ก และการทอดทิ้งละเลยคนชรา ซึ่งผลกระทบตอเหยื่อผู้ด้รับความรุนแรงนอกจากทางกายแล้ว บาดแผลทางจิตใจ อาจกลายเป็นผู้ทำร้ายผู้อื่น หรือทำตัวให้ถูกทำร้ายซ้ำซาก กลายเป็นคนก้าวร้าว แสดงพฤติกรรมรุนแรงหรือซึมเศร้า หันไปเสพสุรา ยาเสพติด หรือคิดฆ่าตัวตาย สุดท้ายคือผลกระทบทางสังคมที่ความรุนแรงกลายเป็นความเลวร้ายที่เป็นมรดกตกทอดไปถึงลูกหลาน ปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวมีหลายประการ แต่สาเหตุจากระบบครอบครัวและสังคมจะมีอิทธิพลมากกว่าสาเหตุจากความผิดปกติของจิตและบุคลิกภาพในตัวบุคคลเอง ดังเช่น รูปแบบครอบครัวเดี่ยวแยกห่างจากคนอื่น ความเปราะบางของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว พฤติกรรมรุนแรงที่เป็นแบบอย่าง ค่านิยมที่สถานภาพบุคคลเพศชาย หญิง และเด็กไม่เท่าเทียมกัน รวมถึงความยากจน ขาดแคลน อันเป็นบ่อเกิดของความเครียดที่ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงนำไปสู่การเกิดความรุนแรงในครอบครัว

จากการศึกษาข้อมูลประวัติเด็กเร่ร่อนที่เข้าสู่สถานสงเคราะห์ทั้งของรัฐและองค์กรเอกชนโดย นิทยา กัทลิระพันธ์ พบว่า เด็กที่ตอบคำถามความรู้สึกต่อพฤติกรรมนิสัยของบุคคลใกล้ชิด บอกว่ามีความดูร้าย ทารุณ และเมียนดี โดยเฉพาะพ่อเลี้ยงและพ่อแท้มีค่าตอบสูงถึงร้อยละ 60.9 และ 45.8 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกต่อพฤติกรรมนิสัยที่ดีต่อบุคคลใกล้ชิดว่าเป็นคนใจดี ร่าเริง มีเหตุผล ยังคงมีอยู่ต่อแม่จริงร้อยละ 64.0 และผู้ปกครองที่เป็นญาติผู้ใหญ่ร้อยละ 63.2 โดยสรุปของรายงานฉบับนี้ด้ระบุลักษณะด้ำนครอบครัว

ครัวที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดเด็กเร่ร่อน คือ การขาดความรัก ความอบอุ่น ปัญหาความล้มพันธ์ในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้ง การหย่าร้างของพ่อแม่ นอกจากนี้ปัญหาความยากจนยังเป็นเหตุให้เด็กบางคนถูกพ่อแม่ผู้ปกครองบังคับให้เป็นเครื่องมือหาเงิน หรือเป็นใจให้ลูกออกมาเร่ร่อน หาเลี้ยงชีพเอง

การบีบบังคับหรือผลักดันของพ่อแม่ นี้ ยังเป็นปรากฏการณ์ที่เด่นชัดในบางชุมชนที่หญิงสาวในหมู่บ้านต้องถูกขายเข้าไปอยู่ในวงการค้าประเวณีดังเช่นเป็นสินค้าทั่วไป โดยไม่คำนึงถึงความทุกข์ยากของเด็กจากการทารุณกรรมทางเพศ และอันตรายจากการติดเชื้อภูมิโรคและเอดส์ อย่างไรก็ตามยังมีเด็กที่ขายบริการทางเพศอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่ได้ถูกบีบบังคับจากความตั้งใจของพ่อแม่ให้ประกอบอาชีพนี้ หากถูกบีบบังคับจากสภาพครอบครัวที่ขาดความสงบสุข ผลักดันให้เด็กหนีชีวิตครอบครัวออกไปสู่สังคมภายนอก ซึ่งต้องเลี้ยงชีพให้รอดและด้วยความเป็นเด็กที่ยังไม่สามารถประกอบอาชีพอื่นใดได้ เด็กเหล่านี้จึงลงเอยด้วยการถูกชักจูง หลอกลวง บังคับให้ขายบริการทางเพศในที่สุด

การฆ่าตัวตายเป็นอีกหนึ่งของผลพวงพฤติกรรมความรุนแรงในครอบครัว จากการสรุปภาพรวมข้อมูลการฆ่าตัวตายในประเทศไทย โดย ประเวศ ดันติพิพัฒน์กุล และคณะ ที่อ้างถึงผลการศึกษาในกรุงเทพมหานคร ระหว่างปี พ.ศ.2517-2527 โดย พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และ พล.ต.ต.วิสุทธิ จุลทัพพะ เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้ในปี พ.ศ.2539-2540 พบว่าประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายรวมเพิ่มขึ้น โดยผู้ฆ่าตัวตายในปี พ.ศ.2540 จำนวน 4,218 ราย คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตาย 6.98 ต่อแสนประชากร เพศชายมีอัตราส่วนการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิง คิดเป็นประมาณ 3 ต่อ 1 ในการศึกษาดังกล่าวคณะผู้วิจัยได้มุ่งศึกษาการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในประเทศไทย ผลการศึกษาที่น่าสนใจจากข้อมูล 241 รายที่รวบรวมได้ พบว่าสถานภาพสมรสของผู้ฆ่าตัวตายที่มีสัดส่วนสูงสุดคือ สถานภาพอยู่ด้วยกันคิดเป็นร้อยละ 33.6 รองลงมาคือคนโสดร้อยละ 31.5 ส่วนสาเหตุกระตุ้นที่ญาติผู้เสียชีวิตเป็นผู้ให้ข้อมูลเรียงตามลำดับมากที่สุด คือ ติดเชื้อเอดส์ร้อยละ 19.9 ติดสุราร้อยละ 18.7 ปัญหาชีวิตสมรสร้อยละ 17.8 นอกจากนี้ยังมีอีกร้อยละ 10 ที่มีเหตุกระตุ้นจากปัญหากับพ่อแม่ พี่น้อง ลูก

ข้อมูลจากมูลนิธิศูนย์ฮอทไลน์ (2532-2542) ได้รวบรวมปัจจัยเสี่ยงของผู้ใช้บริการของศูนย์ฮอทไลน์ในกรณีพยายามฆ่าตัวตายไว้หลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวที่ประสบปัญหาชีวิตสมรส ครอบครัวที่มีการกระทำทารุณกรรมเด็ก ครอบครัวที่วัยรุ่นถูกทอดทิ้งตั้งแต่วัยเด็ก ครอบครัวที่มีปัญหาการสื่อสารกับสมาชิกใหม่ทั่วถึง ครอบครัวที่มีความไม่ปรองดองในพี่น้อง ครอบครัวที่มีความคาดหวังในตัวลูกสูง รวมทั้งครอบครัวที่เคยมีสมาชิกฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน

จากการรวบรวมของอำนาจ กาจันะ และคณะ (2541) กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ของครอบครัวไทยมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ไว้ดังนี้

1. ลักษณะความหลากหลายของครอบครัวจะมีมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสถานะเศรษฐกิจและสังคม, ทำให้มีการเคลื่อนย้ายของประชากรเนื่องจากอาชีพ เช่น พบการประกอบอาชีพในต่างจังหวัด หรือต่างประเทศ มากขึ้น

2. การหย่าร้างในเมืองมีมากขึ้น สภาพดังกล่าวมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของเด็ก อาจทำให้เกิดปัญหาต่อสังคมตามมา นอกจากนี้ยังพบว่า การอยู่กินฉันสามีภรรยาโดยไม่จดทะเบียนสมรสเป็นที่ยอมรับมากขึ้นจากบุคคลทุกสถานะเศรษฐกิจและสังคม
3. สมาชิกของครอบครัวมีเวลาอยู่ด้วยกันน้อยลง โดยเฉพาะครอบครัวในสังคมเมือง ไม่ว่าจะเป็นทีวี, คอมพิวเตอร์ ต่างคนต่างมีกิจกรรมของตนเอง สังคมไม่มีกิจกรรมสนับสนุนให้ครอบครัวปฏิบัติร่วมกัน เมื่อมีเวลาอยู่ด้วยกันน้อยลงทำให้ความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไปด้วย ขาดความใกล้ชิด อบอุ่น ขาดการสื่อสารและทักษะในการสื่อสารที่ครอบครัวจะสอน การไม่มีเวลาสนทนาร่วมคิดร่วมงานและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน ทำให้เกิดความเหินห่าง ไม่มีเรื่องที่จะคุยกัน ไม่มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน ทำให้เด็ก และเยาวชนไปแสวงหาความสุขจากที่อื่น และคนอื่น ทำให้รู้เรื่องของคนอื่นมากกว่า คนในครอบครัว
4. การเพิ่มสภาวะเคร่งเครียดในครอบครัว เนื่องจากการพยายามให้ได้มาในสิ่งที่ต้องการในด้านบริโภคนิยมและวัตถุนิยม มากกว่าความสัมพันธ์ในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด ไม่มีความสุข และก่อให้เกิดความไม่ปกติสุขในครอบครัว
5. อายุการแต่งงานเพิ่มมากขึ้น พบคนโสดในสังคมมากขึ้นทั้งในเมือง และ ชนบท

สรุป

ผลจากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมาของไทยได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวอย่างมาก ในมุมมองกลับกันครอบครัวก็เป็นผู้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคม เช่นกัน โดยเฉพาะที่เห็นชัดในปัจจุบัน การเพิ่มจำนวนของครอบครัวเดี่ยวเพื่อตอบสนองต่อกระแสความต้องการภาคเศรษฐกิจอุตสาหกรรม ได้กลายเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาต่างๆ มากมาย ทั้งที่ในความเป็นเหตุเป็นผลแล้วความเป็นครอบครัวเดี่ยวก็มีสิ่งที่ดีหลายประการเมื่อเรามองในด้านบวก ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความเป็นอิสระในการกำหนดวิถีชีวิตของคู่สมรสเอง ซึ่งจะต่อเนื่องไปถึงการอบรมเลี้ยงดูบุตรของตนเอง ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของญาติพี่น้องฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หรือทั้งสองฝ่าย อันจะนำมาซึ่งปัญหาความไม่เข้าใจกันในครอบครัวได้ อีกทั้งขนาดครอบครัวเดี่ยวยังมีขนาดเล็กไม่เป็นภาระแก่คู่สมรสมากเหมือนครอบครัวขยายที่มีขนาดใหญ่กว่า แต่ปรากฏการณ์ที่พบมากขึ้นในปัจจุบันกลับเป็นภาพลบ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของครอบครัวดังกล่าวที่ส่งผลต่อเนื่องไปสู่การทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการอบรมเลี้ยงดูลูกที่ต้องอาศัยความใกล้ชิดในการสร้างความรัก ความอบอุ่นที่มั่นคง แต่ครอบครัวกลับต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับหน้าที่สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและลดทอนหน้าที่สำคัญอื่นๆ ลงโดยไม่รู้ตัว กอปรกับสังคมโดยรอบมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเป็นผลลบต่อตนเองและครอบครัว เช่น การดื่มสุรา การพนัน พฤติกรรมทางเพศทั้งที่เสี่ยงต่อสุขภาพ และเสี่ยงต่อสัมพันธภาพไม่ดีในครอบครัวนำไปสู่ภาวะตึงเครียดในสมาชิก จนอาจถึงขั้นเกิดพฤติกรรมความรุนแรงในครอบครัว และเกิดสภาพ “บ้านแตก” ซึ่งแม้ว่าส่วนใหญ่ของครอบครัวจะมิได้เกิดความแตกแยกทางกายภาพให้เห็นถึงขั้นหย่าร้างของพ่อแม่ แต่ก็มีครอบครัวจำนวนไม่น้อยที่เกิดการแตก

แยกทางจิตใจเด็กที่อยู่ในครอบครัวเช่นนี้ ดูผิวเผินอาจไม่เห็นว่าจะมีปัญหาจากการอบรมเลี้ยงดู เพราะครอบครัวดูเหมือนสมบูรณ์มีพ่อแม่อยู่พร้อม แต่ในความเป็นจริงกลับเป็นปัญหาซ่อนเร้นของสังคมเหมือนภูเขาน้ำแข็งส่วนที่อยู่ใต้น้ำ ที่หากไม่ได้รับการช่วยเหลือครอบครัวเหล่านี้ก็อาจจะกลายเป็นผู้ผลิตลูกหลานที่นอกจากจะไม่สามารถเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อสังคมแล้ว ยังอาจจะเติบโตขึ้นเป็นผู้ทำลายตนเองและผู้อื่น ทั้งจากปัญหายาเสพติด ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ปัญหาการฆ่าตัวตาย ตลอดจนปัญหาอาชญากรรมอื่นๆ

ภายใต้ความมุ่งหวังที่จะแก้ปัญหาสังคมไทยให้คนในชาติกลับมามีพฤติกรรมพึงประสงค์นั้น แม้ว่าจะเป็นที่ทราบโดยทั่วไปแล้วว่า เป็นหน้าที่พื้นฐานสำคัญของครอบครัวแต่ละหน่วย แต่ก็มิได้หมายความว่าสังคมโดยรวมจะนิ่งดูตายให้แต่ละครอบครัวต่อสู้อย่างโดดเดี่ยวกับกระแสทางลบของโลกที่นับวันจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ หากคนในสังคมคงต้องช่วยกันค้นหาคำตอบและหนทางว่า สังคมควรเข้าไปสนับสนุนความเข้มแข็งของครอบครัวอย่างไร? ควรเข้าไปแทรกแซงครอบครัวที่กำลังประสบปัญหาอย่างไร? และควรเข้าไปช่วยเหลือครอบครัวที่เกิดวิกฤติปัญหาแล้วอย่างไร? เพื่อฟื้นฟูครอบครัวไทยให้เป็นสถาบันที่สร้างความผาสุกร่มเย็นได้อย่างแท้จริงตามที่สังคมปรารถนา

1.1 พฤติกรรมทางเพศ (Sexual behavior)

จากการรวบรวมของอำนาจ กาจันะ และ คณะ (2541) สำนักนโยบายและแผน เกี่ยวกับการศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มชายรักร่วมเพศ, กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ, กลุ่มชายทั่วไป, กลุ่มหญิงทั่วไป รวมถึงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า

1. **ชายรักร่วมเพศ** ในสังคมไทยชายรักร่วมเพศที่มีพฤติกรรมรักขอเพศเดียวกันหรือชอบทั้งสองเพศมีจำนวนไม่มากนัก จากการสำรวจชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์ 955 ราย ทั่วประเทศ (Sittitrai et al, 1992) พบเพียงประมาณร้อยละ 3 ของชายในกลุ่มนี้ ที่ยอมรับว่าเคยมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยตนเอง นอกจากนี้ จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่จำแนกตามปีที่ป่วยชี้ให้เห็นว่า จำนวนของชายรักร่วมเพศและชายรักสองเพศมีจำนวนน้อย ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการยอมรับจากคนทั่วไป จึงทำให้ชายรักร่วมเพศหลายคนปิดบังพฤติกรรมของตนเองจากครอบครัว (Wijngaarden, 1995 อ้างในพิมพ์วิทย์ บุญมงคล และคณะ, 2541) และยักรวมถึงชายที่ขายบริการทางเพศที่ต้องปิดบังอาชีพที่ปฏิบัติไม่ให้ครอบครัวที่บ้านต้องรับรู้ (Sittitrai et al, 1992b อ้างในพิมพ์วิทย์ บุญมงคล และคณะ, 2541)

ปัจจัยที่สนับสนุนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มชายรักร่วมเพศ คือ การมีคู่นอนหลายคน (พีรยา จารุทรัพย์, 2538:) เนื่องจากชายรักร่วมเพศมักไม่เปิดเผยตัวเอง จึงไม่มีคู่นอนถาวร

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีการร่วมเพศ จากการศึกษาโดย วีรสิทธิ์ และคณะ(Sittitrai et al, 1992b อ้างในพิมพ์วิทย์ บุญมงคลและ คณะ,2541)พบว่าเมื่อเทียบหญิงบริการทางเพศจะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 60 แต่เมื่อเทียบชายขายบริการพบว่าใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในอัตราที่ไม่สูงคือเพียงร้อยละ 30 และมีการใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้งร้อยละ 57

การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์อาจขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

- เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อน/คนรัก มีการศึกษาในภาคเหนือถึงการไม่ใช้ถุงยางอนามัยในอัตราที่ไม่สูงนักกับเพื่อนหรือคนรัก (Wijngaarden,1995) ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหรือคนรักเพียงร้อยละ 15-17 และใช้บางครั้งประมาณร้อยละ 50 (Sittitrai et al, 1992b)

- เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้า การศึกษาการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคนที่เพิ่งรู้จักกันเป็นครั้งแรก พบว่ามีอัตราการใช้ค่อนข้างสูง จากการศึกษาของบุคคลศิริ สุระสว่างค์ (Surasrang, 1996) พบว่าพนักงานขายในโรงงาน จังหวัดชลบุรี มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับหญิงที่รู้จักกันเป็นครั้งแรก แต่ในกลุ่มชายรักร่วมเพศในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการใช้ถุงยางอนามัยกับคนแปลกหน้า ทุกครั้งเพียงร้อยละ 20 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่ต่ำนี้น่าจะเป็นเพราะชายรักร่วมเพศมีกลุ่มสังคมของตนเอง การรู้จักเพื่อนใหม่มักเกิดจากการที่มีการแนะนำต่อๆ กัน (Sittitrai et al, 1992b) ทำให้มีความรู้สึกเหมือนเพื่อนตนเอง

- เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ เชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์สูงจึงพบว่าชายรักร่วมเพศในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการสูงถึงร้อยละ 60 (Sittitrai et al, 1992b)

- เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับชายขายบริการทางเพศ จากการศึกษาการใช้ถุงยางอนามัยในชายร่วมเพศในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เฝ้าระวังขายบริการ พบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เพียงร้อยละ 30 และการใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้งเพียง ร้อยละ 57 (Sittitrai et al, 1992b) ในกลุ่มของชายขายบริการทางเพศในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าสูงถึง ร้อยละ 90 (กิตติ ภาวนาภรณ์, 2533 อ้างในวิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2536ข) การขาดอำนาจในการต่อรองของชายขายบริการ พบว่าลูกค้าไม่ต้องการใช้จะยินยอมตามใจเพราะไม่อยากจะขัดใจ หรือได้รับเงินเพิ่มจะละเลยไม่ใช้ถุงยางอนามัย (Wijngaarden] 1995; Sittitrai et al, 1997)

2. กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ ผลการสำรวจสถานบริการทางเพศและจำนวนผู้ให้บริการทางเพศมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2535 และนับตั้งแต่เปลี่ยนแปลงวิธีการสำรวจเชิงแผนในปี 2538 จำนวนสถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศที่สำรวจพบทั่วประเทศสูงขึ้น ในปี 2539 ผู้ให้บริการส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร (39.08 %) ซึ่งจำนวนสถานบริการทางเพศทั่วประเทศมีทั้งสิ้น 7,318 แห่ง จำนวนพนักงานทั้งหมดในสถานบริการ 98,114 คน (ชาย 7,263 คน หญิง 90,851 คน) จำนวนผู้ให้บริการทางเพศ 66,190 คน (ชาย 1,945 คน หญิง 64,245 คน) (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2539) หญิงขายบริการทางเพศมีอยู่หลายประเภท ได้แก่ หญิงที่ทำงานในสถานบริการโดยตรงซึ่งเรียกว่าหญิงอาชีพพิเศษ จะให้บริการแก่ชายที่เข้าไปเที่ยวในสถานบริการนั้นๆ พบว่าหญิงบริการแบบโดยตรงจะมีค่านอนเฉลี่ยต่อคืนเท่ากับ 5-10 ราย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2537) ส่วนหญิงที่ทำงานตามห้องอาหาร บาร์ อาบอบนวด ก็จัดเป็นหญิงบริการเช่นกันแต่เป็นในรูปแบบแอบแฝง เนื่องจากหญิงเหล่านี้ไม่ได้มีอาชีพหลักที่จะขายบริการ เพียงแต่ถ้าแขกพอใจก็จะตกลงราคาเมื่อพอใจจึงให้บริการ (Kanato and Rujkorakam, 1994)

ปัจจัยที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมทางเพศที่สำคัญ คือ

- ความสำล่อนทางเพศ

จากการสำรวจโดยการสุ่มตัวอย่างระดับชาติของสภาการศึกษาไทยร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี 2533 และงานการสำรวจของสถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี 2536 พบว่าชายไทยยังมีพฤติกรรมทางเพศไม่เฉพาะแต่กับภรรยา แต่เป็นญาติอื่นหรือหญิงบริการอาชีพพิเศษ อย่างไรก็ตามในรอบปีที่ผ่านมาพบอัตราส่วนของพฤติกรรมทั้งสองประการลดลงไปกว่าครึ่ง คือ จากร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 15 และจากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 10 สำหรับการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการอาชีพพิเศษ เปรียบเทียบระหว่างปี 2533 และ 2536

- พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

พบว่าการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นบางพื้นที่จากร้อยละ 25 ในปี 2532 เป็นร้อยละ 94 ในปี 2536 (Hanenberg et al 1994) ส่วนในกลุ่มทหารเกณฑ์เพิ่มจากร้อยละ 61.0 ในปี 1991 เป็นร้อยละ 92.5 ใน

ปี 1995 (Kahane 1997) อย่างไรก็ตามในกลุ่มชายไทยบางอาชีพ เช่น อาชีพขับรถรับจ้าง ขับรถบรรทุกยังมี อัตราการใช้ถุงยางอนามัยค่อนข้างต่ำคือ ไม่เกินร้อยละ 25 (Hanenberg et al 1994) งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นยังพบว่าการใช้ถุงยางอนามัยนิยมใช้มากกับหญิงบริการทางเพศโดยตรงและจะลดลงเมื่อใช้กับหญิงบริการ ประเภทแอบแฝง และยิ่งลดลงเมื่อคู่นอนไม่ใช่หญิงบริการ และใช้น้อยหรือแทบไม่ใช้กับภรรยา

3. กลุ่มชายทั่วไป และกลุ่มหญิงทั่วไป .

พบว่าปัจจัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศดังกล่าวของบรรดาชายเที่ยวหรือชายไทยทั่วไป รวมทั้งในกลุ่มหญิงบริการอาชีพพิเศษ ปัจจัยด้านความรู้ในระดับบุคคลจะไม่สามารถกำหนดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศได้ แต่การเข้ามาตรึงทางสังคม ที่อาศัยความร่วมมือและกลยุทธ์หลายด้าน สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสำคัญ ขณะที่ในกลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มวัยรุ่น พบว่าความรู้ทางเดียวไม่สามารถกำหนดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศได้ในกลุ่มหญิงแม่บ้าน ปัจจัยกำหนดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศที่สำคัญคือการเพิ่มทักษะของการสื่อสารทางเพศ กลวิธีการให้ความรู้ โดยให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นอยู่ในภาวะเสี่ยงสูงด้วยเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วได้มีงานวิจัยที่มุ่งหารูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงของวัยรุ่นให้ได้ผล โดยเน้นการเพิ่มทักษะชีวิต การให้สุศึกษาโดยเพื่อนกับเพื่อน ยึดหลักการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในการร่วมวิเคราะห์ปัญหา คิดเนื้อหา และร่วมดำเนินกิจกรรม พบว่าได้ผลทั้งในเชิงการเข้าใจ บริบททางสังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมของวัยรุ่น และการหามาตรการ กลไก รวมทั้งเนื้อหาการให้สุศึกษาที่สอดคล้องกับกลุ่มวัยรุ่น

ผลกระทบของพฤติกรรมทางเพศต่อปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

พฤติกรรมทางเพศที่สำส่อน และไม่นิยมใช้การป้องกันในเวลาร่วมเพศ เช่นถุงยางอนามัยทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลายชนิด และมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว จนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศอยู่ในขณะนี้

1. โรคเอดส์ ในประเทศไทยได้แพร่ระบาดผ่านกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เริ่มจากการระบาดในชายรักร่วมเพศ ในระยะแรกและมีการแพร่ระบาดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ไปสู่กลุ่มหญิงโสเภณี ผู้ขายบริการทางเพศ ผู้ใช้บริการทางเพศ และจึงได้แพร่ระบาดเข้าสู่กลุ่มแม่บ้าน หญิงวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปและทารก ซึ่งสถานการณ์ของโรคเอดส์ช่วงที่ผ่านมาทั้งภาครัฐและเอกชนได้ร่วมมือกันป้องกันและควบคุมโรค เช่น มีแผนป้องกันควบคุมโรคเอดส์ระดับชาติ การศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาในประชากรทุกกลุ่มอาชีพเป็นระยะๆ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดีขึ้น และทำให้อัตราการติดเชื้อในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงเริ่มลดลงตัวลง เช่น ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด กลุ่มรักร่วมเพศ และกลุ่มชายที่มีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น แต่การแพร่ระบาดในกลุ่มหญิงทั่วไปยังอยู่ในระดับที่เพิ่มสูงขึ้น (ตารางที่ 4.1a) พบว่ามีการแพร่ระบาดสูงในพื้นที่หลายจังหวัดในภาคเหนือ และภาคกลางด้วย ชี้ให้เห็นสถานการณ์ของโรคเอดส์อย่างชัดเจนว่า คนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรม

ทางเพศที่เสี่ยงต่อการเป็นผู้รับเชื้อ การแพร่ระบาดของเชื้อโรคเอดส์ด้วยการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสที่มีใช้หญิงบริการทางเพศมากขึ้นในอดีตปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมเช่นนี้ทำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์กลายเป็นกลุ่มที่มีโอกาสได้รับเชื้อเอดส์จากสามี หรือคู่นอนของตน แม้ว่าตนเองจะมีได้มีพฤติกรรมเสี่ยงแต่ประการใด (ทองกร ยัณรังษีและคณะ,2541)แต่อย่างไรก็ตามความชุกของการแพร่เชื้อในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ยังเป็นปัญหาใหญ่ในประเทศไทย โดยเฉพาะบริเวณที่ข่าวสารไปไม่ถึง ไม่สามารถสื่อให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ได้ โดยเฉพาะคนที่ด้อยการศึกษาหรืออยู่ในชนบท หรือประชาชนบางอาชีพ เช่น หญิงบริการทางเพศ (ตารางที่ 4.1 b)

ตารางที่ 1.1 a จำนวนติดเชื้อที่มีอาการ จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงและปีที่เริ่มป่วย

ปัจจัยเสี่ยง	27-32	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	รวม	%
1. เพศสัมพันธ์	84	186	361	1005	1522	3828	6533	7896	8227	3099	32741	82.66
ชายร่วมเพศ	14	6	2	4	18	47	75	94	75	24	359	0.91
ชายรักสองเพศ	9	2	1	2	10	12	57	66	47	14	220	0.56
ชายรักต่างเพศ	43	143	292	850	1228	2967	4955	5552	5579	2001	23610	59.61
หญิงรักต่างเพศ	18	35	65	148	255	784	1378	2085	2418	951	8137	20.54
ไม่ทราบ	0	0	1	1	11	18	68	99	108	109	415	1.05
2. ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น	73	44	72	122	199	321	604	453	329	142	2359	5.96
ชาย	70	44	68	120	195	310	596	430	314	135	2282	5.76
หญิงรักต่างเพศ	3	0	4	2	4	11	8	23	15	7	77	0.19
3. รับเลือด	2	1	2	7	1	2	0	2	1	2	18	0.05
ชาย	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	6	0.02
หญิงรักต่างเพศ	1	0	1	7	0	1	0	1	1	0	12	0.03
4. ติดเชื้อจากมารดา	1	9	16	46	85	229	290	398	443	134	1651	4.17
ชาย	1	5	8	21	56	112	154	227	255	72	911	2.30
หญิงรักต่างเพศ	0	4	8	25	29	117	136	171	188	62	740	1.87
5. อื่นๆ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
ชาย	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
หญิงรักต่างเพศ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
6. ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง	7	3	27	66	218	483	661	603	579	194	2841	7.17
ชาย	4	3	23	61	184	416	563	488	453	131	2326	5.87
หญิงรักต่างเพศ	3	0	4	5	34	67	98	115	126	63	515	1.30
รวมชาย	142	204	396	1059	1701	3878	6455	6940	6808	2449	30032	75.82
รวมหญิง	25	39	82	187	324	985	1633	2414	2771	1120	9578	24.18
รวมทั้งสิ้น	167	243	478	1246	2025	4863	8088	9352	9579	3569	39610	100.00

แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 1.1 b ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอดส์จำแนกตามกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยง	ร้อยละผู้ติดเชื้อ		
	มิ.ย. 2539	มิ.ย. 2540	มิ.ย. 2541
ผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น	38.5	40	46.88
หญิงขายบริการทางเพศในสถานบริการ	27.78	25.14	21.05
หญิงขายบริการทางเพศแอบแฝง	10.14	8.26	6.82
ชายรับบริการที่คลินิกกามโรค	8	6.79	8.5
โลหิตที่ได้รับบริจาค	0.56	0.57	0.39
หญิงตั้งครรภ์	1.81	1.68	1.54

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

2.โรคตับอักเสบชนิดบี

จากข้อมูลสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2539 พบว่า แนวโน้มของข้อมูลโรคตับอักเสบชนิดบี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2530 – 2539 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นใน ปี 2531 – 2535 และ ลดลง ในปี 2538, 2539 ดังตารางที่ 4.1 c

ตารางที่ 1.1 c รายงานผู้ป่วยโรคตับอักเสบ บี ต่อแสนประชากร 2530 – 2539

ปี พ.ศ.	โรคตับอักเสบ บี
2530	1.57
2531	3.27
2532	3.30
2533	5.62
2534	5.98
2535	5.35
2536	4.41
2537	4.49
2538	3.12
2539	2.19

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

และ เมื่อพิจารณาการกระจายของโรคตับอักเสบชนิด บี ตามจำนวนที่ได้รับรายงาน ในปี 2539 จำแนกตามกลุ่มอาชีพพบว่า ลูกจ้าง มีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอาชีพเกษตรกร และ กลุ่ม แม่บ้าน ดังตาราง ที่ 4.1 d

ตารางที่ 1.1 d ผู้ป่วยโรคตับอักเสบ ชนิด บี จำแนกตามกลุ่มอาชีพ ปี 2539

กลุ่มอาชีพ	จำนวน
ลูกจ้าง	506
เกษตรกร	315
แม่บ้าน	169
Live stock	98
นักเรียน	81
ข้าราชการ	66
Trading	43
ไม่ทราบ	20
ตำรวจ / ทหาร	12
อื่นๆ	4
รวม	1314

แหล่งข้อมูล กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ เช่น กามโรค ซิฟิลิส แนวโน้มสถานการณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521-2539 อัตราความชุกมีแนวโน้มลดลงจาก 6.44 ต่อประชากร 1,000 คน ในปี 2521 เป็น 0.46 ในปี 2539 เนื่องจากผลของการรณรงค์เรื่องโรคเอดส์มีผลทำให้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นลดลง (สำนักงานนโยบายและแผน พ.ศ. 2539) โดยอุบัติการณ์ลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 25-35 ต่อปี และคาดว่าจะคงมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยกามโรคส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน โดยพบในช่วงอายุ 20-29 ปี สูงสุดร้อยละ 49.11 ช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 29.68 และช่วงอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 9.35 ในด้านอาชีพ พบว่า อาชีพรับจ้างเป็นอาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.70 รองลงมา ได้แก่ ผู้ให้บริการทางเพศร้อยละ 25.83 เกษตรกรร้อยละ 10.05 และงานบ้าน ร้อยละ 6.52 ตามลำดับ การกระจายของกลุ่มอายุ และอาชีพไม่มีความแตกต่างจากปีก่อนๆ มากนัก โดยพบอัตราป่วยสูงสุดที่จังหวัดชลบุรี ตราด สมุทรสงคราม ตามลำดับ

ผู้ป่วยกามโรคชายร้อยละ 81.3 ติดโรคจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ให้บริการทางเพศ และร้อยละ 53.36 ของผู้ป่วยกามโรคหญิงติดโรคจากการมีเพศสัมพันธ์กับสามี ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แนวโน้มผู้ป่วยกามโรคชายติดโรคจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ให้บริการทางเพศลดลง ขณะที่ติดโรคจากการมีเพศสัมพันธ์นอกสถานบริการเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับสถานการณ์ในผู้ป่วยกามโรคหญิง

จากข้อมูลสรุปของการสาธารณสุขไทย ปี 2540-2541 โดยสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ และ คณะ, 2542) รายงานว่าผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิด การแพร่ระบาดของโรค และจากการสำรวจในบางพื้นที่ เช่นการศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของชายไทยในโรงเรียนอาชีวศึกษามีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ปลอดภัยขึ้น รวมทั้งการศึกษาในกลุ่มทหารเกณฑ์ภาคเหนือตอนบน (กองระบาดวิทยา, 2542) แสดงให้เห็นถึงการมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยมากขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยมากขึ้น คืออัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่า ร้อยละ 90 (กองระบาดวิทยา, 2542) และผลการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ โดยวันเพ็ญ มาอูน และ พิมพัลย์ บุญมงคล เมื่อ ปี 2541 ทำให้เข้าใจถึง ปัญหาของการติดเชื้อเอดส์ในระดับบุคคล และเงื่อนไขทางแบบแผนของสังคมและวัฒนธรรมกับพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอดส์ โดยพบว่า การศึกษาเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงนั้นยังไม่เพียงพอเพราะการคงอยู่ของการประพฤติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ต้นเหตุของปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเพียงพอ การรณรงค์ป้องกันจึงทำได้ในระดับหนึ่งยังต้องการการศึกษาที่ลงลึกในรายละเอียดทางด้านสังคมและวัฒนธรรม นั่นคือ ควรจะมีการพัฒนาการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศอย่างต่อเนื่อง และให้ตอบสนองสอดคล้องต่อกรอบแนวความคิดทางชีวการแพทย์ และระบาดวิทยาซึ่งช่วยเน้นการมองและให้ความสำคัญ กับการสืบค้น ปัจจัยเสี่ยงและกำหนดกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เพื่อหามาตรการในการควบคุมป้องกัน

1.2 พฤติกรรมการบริโภคยาเสพติด

ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (อ้างใน อำนวย กาจีนะ และคณะ 2541) กล่าวว่าสารเสพติด หมายถึง ยา สาร หรือวัตถุซึ่ง เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยวิธีใด จะก่อให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ที่สำคัญ คือ ทำให้ผู้เสพมีความต้องการเพิ่มขนาดของสารที่เสพ, มีความต้องการสารนั้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ, เมื่อหยุดเสพจะมีอาการขาดสาร, สุขภาพทั่วไปทรุดโทรมจากการเสพสารนั้น

สารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งนอกจากจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้เสพโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศชาติ สารเสพติดที่กำลังแพร่ระบาดอยู่ในขณะนี้ที่สำคัญ ได้แก่ ยาบ้า กัญชา กาว/ทินเนอร์ เฮโรอีน ฯลฯ (ตารางที่ 4.2 a)

ตารางที่ 1.2 a การจัดอันดับประเภทสารเสพติดที่กำลังแพร่ระบาดในชุมชน พ.ศ. 2540

ลำดับที่	ประเภทสารเสพติด	ร้อยละ
1	ยาบ้า	39.8
2	กัญชา	22.5
3	กาว / ทินเนอร์	19.5
4	เฮโรอีน	13.2
5	ยาอี	3.5
6	ยา Love	0.5
7	เหล้าแห้ง	0.4
8	ยาเค	0.3
9	กระท่อม	0.3
	รวม	100.0

แหล่งข้อมูล : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

ในช่วง พ.ศ. 2535-2540 พบว่า มีผู้ติดยาและสารเสพติดมารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ อยู่ระหว่าง 64-91 ต่อประชากร 100,000 คน (ตารางที่ 4.2 b) จำนวนนักเรียนที่เข้าบำบัดรักษาในช่วง 5 ปี (พ.ศ.2535-2540) มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยประมาณร้อยละ 80 ของนักเรียนที่เข้าบำบัดเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ (ตารางที่ 4.2c) อย่างไรก็ตามตัวเลขยังต่ำกว่าความเป็นจริงอยู่มาก อาจกล่าวได้ว่าปัญหาของการเสพสารเสพติดอาจมีแนวโน้มมากขึ้นในอนาคต

ตารางที่ 1.2 b อัตราผู้ติดยาและสารเสพติดต่อประชากร 100,000 คน ในประเทศไทยที่เข้ารับการ
รักษาในสถานพยาบาล พ.ศ. 2535- 2540

พ.ศ.	จำนวนผู้ติดยาและสารเสพติด ที่เข้ารับการรักษ	อัตราต่อประชากร 100,000 คน
2535	38,864	67.7
2536	47,668	82.1
2537	49,108	83.6
2538	54,313	91.6
2539	41,547	69.5
2540	38,895	64.3

แหล่งข้อมูล : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

ตารางที่ 1.2c จำนวนนักเรียนที่เข้าบำบัดรักษาการติดสารเสพติด พ.ศ.2535- 2540

พ.ศ.	รายใหม่		รายเก่า		รวมทั้งหมด
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
2535	1,119	86.8	170	13.2	1,289
2536	2,390	84.8	429	15.2	2,819
2537	3,091	79.6	793	20.4	3,884
2538	3,998	76.5	1,231	23.5	5,229
2539	3,147	73.5	1,137	26.5	4,284
2540	3,389	77.6	980	22.4	4,369

แหล่งข้อมูล : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

1.2.1 เฮโรอีน

จาก การศึกษาของ น.พ.อานวย กาจันะ และ คณะ สำนักนโยบายและแผน 2541 ได้รวบรวมพฤติ
กรรมการติดยาเสพติด พบว่า สถิติการจับกุมคดีเฮโรอีนตั้งแต่ปี 2532-2537 เมื่อเปรียบเทียบภาพรวมทั้ง
ประเทศในปี 2537 คดีเฮโรอีนมีมากเป็นอันดับสองรองจากคดีกัญชา โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้ต้องหาถึง
36,319 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2536 ถึง 9,837 คน ด้านการแพร่กระจายการใช้เฮโรอีนเป็นรายพื้นที่พบ ว่าการ
จับกุมคดีเฮโรอีนมีการกระจายตัวไปยังภาคต่างๆ มากขึ้นตั้งแต่ปี 2537 ทุกจังหวัดสามารถดำเนินการจับกุม
คดีเฮโรอีนได้

ช่วงอายุของกลุ่มผู้ถูกจับกุมคดีเฮโรอีนมีแนวโน้มลดลง ปี 2532-2535 ผู้ถูกจับกุมคดีเฮโรอีนสูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี แต่ในปี 2536-2537 ช่วงอายุลดลง (อายุ 21-30 ปี) และพบว่ากลุ่มนักเรียนมีแนวโน้มของการเข้าบำบัดรักษาเฮโรอีนเพิ่มสูงขึ้นอย่างเด่นชัดทุกปี จาก ร้อยละ 1.5 ในปี 2534 เป็น ร้อยละ 10.5 ในปี 2539 จะเห็นว่าเพียงช่วงระยะเวลา 6 ปี มีนักเรียนที่ติดเฮโรอีนและเข้าบำบัดรักษาเพิ่มสูงขึ้นอย่างเด่นชัด (ตารางที่ 4.2d)

ตารางที่ 1.2 d แนวโน้มของการเข้าบำบัดรักษาเฮโรอีนในกลุ่มนักเรียน

ปี พ.ศ.	ร้อยละของนักเรียนเข้า รับการบำบัดรักษา
2534	1.5
2535	2.8
2536	5.5
2537	7.3
2538	8.5
2539	10.5

แหล่งข้อมูล : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

ในส่วนของผู้เสพเฮโรอีนจากสถิติการบำบัดรักษาในช่วงปี 2534-2539 พบว่าแนวโน้มของการเข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี 2537 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา 43,298 คน และเพิ่มเป็น 69,265 คนในปี 2539 การกระจายตัวของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเฮโรอีนในทุกจังหวัด โดยทุกภาคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำหรับจังหวัดที่มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษามาก (มากกว่า 500 คน) ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ตาก กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม ราชบุรี สมุทรสาคร ปทุมธานี อยุธยา กรุงเทพฯ นนทบุรี สมุทรปราการ ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ระยอง นครศรีธรรมราช สงขลา และนราธิวาส

จากข้อมูลการประสานงานกับหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องในปี 2538 จังหวัดชลบุรีมีโรงเรียนที่นักเรียนใช้สารเสพติดอยู่จำนวน 19 โรงเรียน โดยอยู่ในอำเภอเมืองถึง 13 โรงเรียน มีนักเรียนใช้สารเสพติดถึง 210 ราย โดยเสพยาเฮโรอีน 205 คน สำหรับกรุงเทพมหานครมีนักเรียนนักศึกษาใช้สารเสพติดอยู่ 107 โรงเรียน จำนวนผู้ใช้สารเสพติด 848 คน โดยเสพยาเฮโรอีน 40 คน แสดงให้เห็นถึงกลุ่มเด็กนักเรียนมีแนวโน้มของการเข้ารับการบำบัดรักษาเฮโรอีนมากขึ้น

ในการเสพเฮโรอีนนั้นมีทั้งวิธีการฉีด กิน สูบ ดม และใช้ผสมกันหลายๆ วิธี แต่ส่วนใหญ่แล้วใช้วิธีการฉีด รองลงมาเป็นวิธีการสูบ ในการใช้เฮโรอีนในกลุ่มนักเรียนมักจะใช้วิธีการฉีดและสูบโดยจะผสมกับบุหรี่ยาสูบเหมือนบุหรี่ยาสูบ และแหล่งที่นักเรียนนักศึกษา มักใช้ในการลักลอบเสพคือ ห้องน้ำโรงเรียน บ้านเพื่อน ห้องนอน และที่สาธารณะที่ลับตาคน และเมื่อสอบถามถึงสาเหตุของการเสพเฮโรอีน ในกลุ่มนักเรียนนักศึกษาพบว่าเกิดจากการชักชวนของเพื่อนที่ติดยาเสพติดเป็นส่วนใหญ่

1.2.2 กัญชา

จากการประมาณการจำนวนผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2536 พบว่าน่าจะมีผู้เสพกัญชาทั่วประเทศจำนวน 326,080 คน (อัตราการเสภกัญชา 6 คน/1,000 คน) เป็นอัตราที่สูงรองจากสารระเหย แต่ เมื่อพิจารณาสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษากัญชาพบว่ามีส่วนที่น้อยมาก

หากพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับผู้เสภกัญชา จากข้อมูลเข้ารับการบำบัดรักษา ในช่วงปี 2534-2539 พบว่าผู้เสภกัญชา ร้อยละ 37 มีอายุระหว่าง 20-24 ปี ส่วนกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ช่วงอายุ 25-29 ปี 15-19 ปี ตามลำดับ สำหรับอายุเริ่มแรกที่ใช้ยาเสพติด พบว่าร้อยละ 50 อยู่ในช่วงอายุ 15-19 ปี สำหรับการประกอบอาชีพของกลุ่มผู้เสภกัญชา พบว่า มักจะเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือหากประกอบอาชีพมักจะมีรายได้ที่ไม่แน่นอน เช่น รับจ้าง และเกษตร

โดยทั่วไปแล้วการเสภกัญชามีวิธีการเสภที่แตกต่างกันไป คือ การสูบหรือการดม การดื่มกินหรือเคี้ยว การฉีดเข้าเส้นโลหิตดำ และการฉีดเข้าหน้าท้อง สำหรับประเทศไทยผู้เสภกัญชาเกือบทั้งหมดจะใช้วิธีการสูบ ส่วนวิธีการกินไม่เป็นที่ยอมรับ เนื่องจากเมื่อเสภกัญชาโดยการกินจะเกิดอาการที่เกิดกับระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน แน่นอึดอัดในท้อง ส่วนวิธีการฉีดเข้าเส้นโลหิตดำหรือฉีดเข้าหน้าท้องนั้นจะใช้เฉพาะในสัตว์ทดลองเพื่อการศึกษาเท่านั้น

ในด้านลักษณะการเสภ จากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษา พบว่าการเสภกัญชาเพียงชนิดเดียวมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ลักษณะการเสภซึ่งใช้ยาเสพติด 2 ชนิดผสมกันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้เข้ารับการบำบัดรักษากัญชาได้พูดถึงลักษณะการเสภว่าเป็นลักษณะการใช้สารเสพติด 2 ชนิดผสมกันมีจำนวนสูงสุด โดยตัวยานชนิดที่สองที่ใช้ส่วนใหญ่จะระบุว่าเป็นเฮโรอีน เบอร์ 4 รองลงมา ได้แก่ สารระเหย และแอมเฟตามีน ซึ่งในลักษณะการเสภกัญชาพร้อมกับยาเสพติดชนิดอื่น พบว่า จะก่อให้เกิดผลต่อร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น ถ้าเสภกัญชาพร้อมกับเหล้า บาบิทูเรท หรือยาเสพติดชนิดอื่นๆจะยังมีฤทธิ์ต่อระบบความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกมากขึ้น หรือถ้าเสภมากขึ้น ฤทธิ์ของกัญชาจะใกล้เคียงกับฤทธิ์ของแอล.เอส.ดี (LSD) หรือยาหลอนประสาทอื่นๆ ผู้เสภจะมีความคิดสับสน นอนไม่หลับ ตื่นเต้น ประสาทหลอน หวาดระแวง อาการดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้กับผู้ที่ใช้ทดลองเสภใหม่ๆ แม้จะใช้ปริมาณน้อยๆ

1.2.3 ยาบ้า

จากการรวบรวมของ น.พ.อำนาจ กาจันะ และ คณะ สำนักนโยบาย และแผน ปี พ.ศ. 2541 พบว่าวิธีการเสพยาบ้าส่วนใหญ่มักเสพยาบ้าเพียงอย่างเดียวไม่ปะปนกับชนิดอื่น คิดเป็นร้อยละ 88 ของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด ขณะที่ร้อยละ 10 มีการใช้ยาบ้าร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่นๆ ทั้งในลักษณะของการใช้ผสม และใช้สลับชนิดกัน ตัวยาสเสพติดอื่นๆ ที่มีการใช้ร่วมกันมากที่สุด ได้แก่ เฮโรอีน กัญชา และฝิ่น ตามลำดับ พบว่าวิธีการสูบเป็นวิธี ที่นิยม รองลงมาได้แก่ วิธีการกิน ในส่วนวิธีการฉีดอยู่ในสัดส่วนที่ลดลง

สำหรับกลุ่มผู้เสพยาบ้าสามารถแบ่งออกได้หลายกลุ่มด้วยกันคือ

เกษตรกร อาชีพนี้มีการใช้ยาบ้ากันมากในกลุ่มผู้ใช้แรงงานตัดอ้อย ชาวไร่มันสำปะหลัง แดงโม สับปะรด รวมทั้งกลุ่มที่ทำนา ทำสวน ในภาคกลางบางสวน ซึ่งมักจะเป็นแรงงานรับจ้าง ที่คิดค่าจ้างเป็นผลงาน ซึ่งจะซื้อยาบ้ามาใช้เอง ส่วนแรงงานประเภทจ้างเหมาหรือจ้างเป็นวันนายจ้างบางส่วนอาจเตรียมยาบ้าไว้ให้ใช้ สำหรับพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของยาบ้าอย่างรุนแรงนั้น เกษตรกรจะใช้ยาบ้า เกือบทุกวัน

กรรมกร ผู้ใช้แรงงานที่นอกเหนือจากเกษตรกร ได้แก่ กรรมกรแบกหามทุกชนิด กรรมกรในโรงงานไมหิน กรรมกรในกิจการก่อสร้าง ฯลฯ

แรงงานประมงและกิจการที่เกี่ยวข้อง มีการใช้ยาบ้ากันอย่างแพร่หลาย โดยบางส่วนได้ก่อเรื่องจะเป็นผู้จัดหายาบ้ามาให้และใช้เมื่อออกเดินทางไปจับปลากลางทะเล โดยการผสมน้ำให้ลูกเรือกิน ในแต่ละเที่ยวสำหรับเรือที่มีขนาดใหญ่และลูกเรือหลายคนอาจมีการซื้อยาบ้าประมาณ 5-10 ลูกขึ้นไปสำหรับการบริโภคในระหว่างการทำงาน

ผู้ประกอบการอาชีพขับรถ โดยเฉพาะ รถบรรทุก โดยเริ่มต้นจากรถบรรทุกในเขตจังหวัดนครปฐม มีการใช้ยาบ้ามานานตั้งแต่ปี 2500 ต่อมา ยาบ้าได้แพร่ระบาดเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ขับรถหลายประเภท คือ รถบรรทุกดิน/หิน/ทราย/ลูกรัง เพื่อถมที่ดิน เนื่องจากเงินเดือนน้อยทำให้ต้องเพิ่มเที่ยวในการทำงานให้มากที่สุด รถบรรทุกสินค้าทางไกลมีการใช้ยาบ้าเช่นเดียวกัน รถโดยสารประจำทางพบว่ามีการใช้ยาบ้าในสัดส่วนที่สูงพอสมควร ส่วนใหญ่จะใช้ยาบ้าฟรีจากการบริการของร้านอาหารที่จอดแวะพัก รถบรรทุกน้ำมัน รถกระบะบรรทุก

นอกจากนี้ ยาบ้าในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพขับรถอื่นๆ ที่มีระยะเวลาการทำงานต่อวันนานกว่า 8 ชั่วโมง และโดยเฉพาะงานที่ทำในตอนกลางคืน และเท่าที่ตรวจพบช่วงเวลาของการซื้อยาบ้าบริเวณพื้นที่ริมทางถนนหลวง มีการซื้อขายกันมากในช่วงเวลา 18.00-02.00 น.

กลุ่มผู้ประกอบการเกี่ยวกับบันเทิงหรืองานกลางคืน เช่น โสเภณี คนเสิร์ฟอาหาร หมอนวด พบว่าในกลุ่มพวกนี้มีการใช้ในอัตราส่วนที่ค่อนข้างสูง

กลุ่มผู้ที่ยังไม่ได้ประกอบอาชีพ ใช้ยาบ้าเพื่อวัตถุประสงค์เพิ่มชั่วโมงในการทำงาน ซึ่งได้เพิ่มจำนวนการใช้ยาบ้าในกลุ่มนี้อย่างมากและรวดเร็ว กลุ่มคนเหล่านี้ได้แก่

- เยาวชนนอกสถานศึกษา พบว่ามีการใช้กันแพร่หลายในหลายหมู่บ้านตามต่างจังหวัด กลุ่มเยาวชนเหล่านี้เห็นตัวอย่างจากกลุ่มผู้ปกครองที่ใช้ยาบ้า จึงได้เลียนแบบลงใช้โดยการมั่วสุมกันเป็นกลุ่มๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บางหมู่บ้านมีผู้ใช้ยาบ้าหลายสิบคน

- นักเรียน / นักศึกษา เดิมมีการใช้ยาบ้าในกลุ่มนักเรียน / นักศึกษา บางส่วน ที่อ่านหนังสือกลางคืนเพื่อเตรียมการสอบ แต่ในปัจจุบันการใช้ยาบ้าเพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น นักเรียนใช้ยาบ้าเพื่อความบันเทิงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่ระดับการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป

ผลกระทบต่อสุขภาพจากพฤติกรรมบริโภคยาเสพติด

พฤติกรรมกรรมการบริโภคยาเสพติดมีผลกระทบต่อสุขภาพ และทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจดังนี้

1. อุบัติเหตุ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ร่วมกับ กองระบาดวิทยา ได้ศึกษาถึง ปัญหาการบาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุจราจร พบว่า การสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อมของประเทศในปี 2536 มีมูลค่าประมาณ 92,000 ล้านบาท ในจำนวนนี้ไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งมีสาเหตุจากการใช้สิ่งเสพติด เช่น ยาบ้า และสุรา (อรรถพร วิสุทธีมรรค, 2541) ยาเสพติดที่เป็นที่นิยมใช้ ในกลุ่มผู้ขับขี่ยานพาหนะขนาดใหญ่ เช่น รถบรรทุก หรือรถโดยสาร คือยาบ้า ซึ่งอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมีอยู่ใน 2 ลักษณะ คือ อาจเกิดขณะยาบ้าออกฤทธิ์ทำให้ผู้ขับขี่รถยนต์เกิดการตัดสินใจผิดพลาดจนเกิดอุบัติเหตุได้ หรืออาจเกิดในขณะที่ยาบ้าหมดฤทธิ์เกิดอาการง่วงซึมจนไม่สามารถควบคุมยานพาหนะได้ ทั้ง 2 ลักษณะนอกจากผู้ขับขี่แล้วผู้ที่อยู่ในรถนั้น ผู้โดยสาร อาจ ได้รับการบาดเจ็บ

สำหรับอุบัติเหตุจราจรทางน้ำและทางอากาศในขณะนี้ยังไม่พบรายงานการเกิดอุบัติเหตุจากผู้ขับขี่ยานพาหนะที่เสพยาบ้า อุบัติเหตุในโรงงานก็พบได้เช่นเดียวกัน แต่ไม่บ่อยนัก ส่วนใหญ่จะพบในผู้ที่ทำงานกับเครื่องจักร ความรีบเร่ง และต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อเพิ่มผลผลิต ทำให้ต้องเสพยาบ้าเพื่อกระตุ้นตนเอง หรืออาจจะถูกนายจ้างหลอกให้เสพโดยไม่รู้ตัว เมื่อเสพยาบ้าแล้วเกิดอาการครึ้มครั่นผิดปกติ จนเกิดความประมาทเผลอเรอจนเกิดอุบัติเหตุ หรืออาจจะยาบ้าหมดฤทธิ์เกิดอาการง่วงซึมจนเกิดอุบัติเหตุจากเครื่องจักรได้ อุบัติเหตุอื่น ๆ ที่พบได้มักจะเป็นการเกิดอุบัติเหตุเฉพาะตัวโดยเสพยาบ้าแล้วเกิดอาการประสาทหลอน คลุ้มคลั่งหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมต่างๆ เช่น ปีนป่ายที่สูงแล้วเกิดการพลัดตกลงมา หรือพลังเผลอจนเกิดอุบัติเหตุร้ายอื่นๆ เช่น อัคคีภัย (อรรถพร วิสุทธีมรรค, 2541 อ้างใน น.พ.อำนาจ กาจันะ และ คณะ สำนักนโยบาย และ แผน , 2541)

2. ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติดทุกประเภทเมื่อเสพแล้วมีผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา เช่น การใช้ยาบ้าเป็นเวลานานจะกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัวเกือบตลอดเวลา จนเกิดอาการนอนไม่หลับ นอนไม่เต็มอิ่ม หรือตื่นกลางคืนบ่อยๆ ผู้เสพยาบ้าในขนาดสูงสม่ำเสมอและเรื้อรังซ้ำซากจะเกิดอาการของโรคจิตเสื่อมเรื้อรัง (Chronic amphetamine psychosis) ซึ่งมีอาการหลงผิดและหวาดระแวงคล้ายโรคจิตเภทชนิด

หวาดระแวง ซึ่งก่ออันตรายแก่คนรอบข้าง นอกจากนี้ ในรายที่หยุดใช้ทันทีทันใดอาจเกิดอาการสะท้อนกลับ (Rebound phenomena) จากการรู้สึกครึกครื้นขึ้นจริงเป็นอาการซึมเศร้าอันอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

3. ปัญหาโรคเอดส์และโรคติดเชื้ออื่นๆ การใช้ยาเสพติดชนิดฉีดนำไปสู่การเกิดโรคติดเชื้อต่างๆ คือ โรคตับอักเสบ และโรคเอดส์ ข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2541 ปัจจัยเสี่ยงของโรคเอดส์จากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดร้อยละ 5.4 ซึ่งความชุกของผู้ติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นมีจำนวนถึง 2,539 คน (กองระบาดวิทยา, 2541) พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ติดเชื้อเอดส์จากการเสพยาเสพติดชนิดฉีดคือ

การแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา พบว่ากลุ่มผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดที่เข้ารับการบำบัดมีการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยากันมากกว่าร้อยละ 50 และสูงสุดถึงร้อยละ 82 (สุพัทธ์ วาณิชเสนี และคณะ 2534; วิชัย โปษยะจินดา, 2534) และจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดพบว่าร้อยละ 93 ของผู้ที่ติดเชื้อใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น (จำลอง บ่อเกิด และเจษฎา จงไพบุลย์พัฒนนะ, 2532) ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในการฉีดยาเสพติด ผู้เสพยาจะดูดเลือดออกมาให้รวมกับยาใน syringe ก่อนแล้วจึงฉีดกลับเข้าไปในหลอดเลือดแรงๆ ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง ซึ่งเรียกวิธีนี้ว่า โช๊ก หลังจากนั้นก็จะล้างเข็มและกระบอกฉีดยา จนไม่เห็นสีเลือดในกระบอกฉีดก็จะนำอุปกรณ์การฉีดไปใช้กับคนใหม่ จากวิธีการนี้เองที่ทำให้มีการปนเปื้อนของเชื้อเอดส์ในอุปกรณ์ฉีดยา (วิชัย โปษยะจินดา, 2534)

1.3 พฤติกรรมการบริโภคสุรา

ตามข้อบัญญัติของพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 ได้กล่าวถึงสุราไว้ว่า สุราเป็นวัตถุหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา หรือดื่มกินไม่ได้แต่เมื่อผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่น แล้วสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุราตามความหมายรวมนี้ สามารถนำไปปรุงแต่งเป็นสินค้าประเภทอื่นได้ จากข้อมูลของ น.พ.อำนาจ กาจันะ และคณะ (2541) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคสุราของสังคมไทย พบว่า ในปัจจุบันการบริโภค เป็นเครื่องดื่มในเกือบทุกโอกาส ไม่ว่าจะเป็นงานเลี้ยงต้อนรับ การประชุม การพบปะสังสรรค์ การอวยพร ฯลฯ และ สุราได้กลายเป็นสื่อกลางในการเข้าสังคม เป็นสัญลักษณ์ของความทันสมัย ความมั่นใจ เป็นการส่งเสริมภาพลักษณ์และฐานะทางสังคม ในขณะที่วัยรุ่นดื่มแสดงความเป็นผู้ใหญ่ วัยรุ่นชายดื่มเพื่อยืนยันในความเป็นเพศชาย นอกจากนี้ยัง พบว่าสุรามีความสัมพันธ์กับสถานะเศรษฐกิจและสังคมของผู้บริโภค เช่น "สุราขาว" เป็นสุราที่มีปริมาณการผลิตและบริโภคสูงกว่าสุราชนิดอื่นๆ ที่ผลิตในประเทศ ร้อยละ 60 ของปริมาณสุราจากโรงงานในช่วงปี 2530-2535 เป็นชนิดสุราขาว ซึ่งสุราขาวและสุราผสมจะบริโภคในหมู่ชนชนบทหรือผู้ที่มียาได้น้อย ขณะที่ตลาดส่วนใหญ่ของสุราปรุงพิเศษ ได้แก่ แม่โขง เป็นคนในเมืองใหญ่โดยเฉพาะกรุงเทพฯ แต่สำหรับคนที่มีฐานะดีนิยมสุราต่างประเทศมากกว่า (หากเป็นสุราที่ผลิตในประเทศก็นิยมประเภทบรันดีหรือเบียร์) สุราต่างประเทศเป็นที่นิยมอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะในช่วง 7-8 ปีที่ผ่านมา 5 อันดับแรกที่นำเข้าโดยมีอัตราเพิ่มต่อปีสูงสุด ได้แก่ วิสกี้ บรันดี สาเก วอดก้า และแชมเปญ พฤติกรรมการบริโภคสุราประเภทสุราผสมยาต้องได้กลับมานิยมสังคมไทยอีกครั้ง โดยมีการตั้งศูนย์ขายเหล้ายาต้องทั่วไปทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ตามถนนหลวงสายต่างๆ ที่มีคนขับรถบรรทุกแวะดื่มกันจำนวนมาก สำหรับ "สุราเถื่อน" ยังคงได้รับความนิยมจากประชาชนในชนบทและยังเป็นปัญหาของรัฐอยู่ แม้จะมีการปราบปรามอย่างต่อเนื่อง เพราะมีรสถูกลิ้นคนไทย (เนื่องจากใช้ยาฆ่าแมลงผสมเข้าไปเพื่อเร่งยีสต์ทำให้เกิดแอลกอฮอล์เร็วขึ้น ใช้เวลาหมักน้อย สุรามีดีกรีสูง มีกลิ่นฉุน มีรสข่า สำหรับยาฆ่าแมลงดังกล่าว ได้แก่ กรัสมอกไซนหรือโฟลิดอน ซึ่งมีพิษร้ายแรงถึงตายได้)

จากการศึกษาของ ศ.จ. น.พ.วิชัย โปษยะจินดา เกี่ยวกับการดื่มสุราในผู้ใช้แรงงานโรงงานอุตสาหกรรม ใน พ.ศ. 2538 จำนวน 1,547 คน ประมาณร้อยละ 11 ของจำนวนแรงงานในภาคอุตสาหกรรมขนาดกลาง และใหญ่ของจังหวัดลพบุรี พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ใช้แรงงานจะเป็นตัวชี้วัดสถานภาพทางสังคมของผู้ใช้แรงงานนั้น จำแนกชนิดเครื่องดื่มๆ ที่ผู้ใช้แรงงานดื่มแตกต่างกัน คือ "สุราไทย" ผู้ใช้แรงงานที่มีการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ดื่มมากที่สุด "สุราต่างประเทศ" นั้นผู้ใช้แรงงานกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาติ้มมากที่สุด ส่วน "สุราจีน" ผู้ใช้แรงงานระดับอาชีวศึกษาดื่มมากที่สุด สำหรับ "เบียร์" ผู้ใช้แรงงานระดับอาชีวศึกษา และมีมัธยมต้น ดื่มใกล้เคียงกัน ส่วนผู้ใช้แรงงานระดับประถมต้น นิยมดื่ม "สุราขาว" มาก

นอกจากนี้ยังพบว่า ในช่วงระยะเวลา 30 วันของการสำรวจผู้ใช้แรงงานมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มเป็นกลุ่มสังสรรค์อย่างแท้จริง ผู้ใช้แรงงานสามในห้า ให้ประวัติว่าเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แรงงานชายดื่มอายุน้อยกว่าแรงงานหญิง (ชายอายุ 17-18 ปี, หญิง อายุ มากกว่า 20 ปีขึ้นไปจึงเริ่มดื่ม) แรงงานส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มเป็น “บางโอกาส หรือเป็นครั้งคราว” โดยผู้หญิงมักดื่มเมื่อมีงานรื่นเริง งานบวช งานแต่งงาน และเทศกาลต่างๆ แต่ผู้ชายจะดื่ม “เมื่ออยากดื่ม” เหตุผลด้านสุขภาพจิตคือ ดื่มแล้วช่วยให้อารมณ์ดีสนุกสนานหายเครียด ช่วยให้หายเครียด

จากข้อมูลรายงานของการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540- 2541, สำนักนโยบาย และ แผนสาธารณสุข รายงานว่าคนไทยมีแนวโน้มบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นโดยพบว่า การบริโภคสุราเพิ่มจาก 20.2 ลิตร ใน พ.ศ. 2531 เป็น 35.6 ลิตร/คน ในพ.ศ.2540 ส่วนการบริโภคเบียร์เพิ่มจาก 6.5 ลิตร/คน เป็น 41.5 ลิตร/คน ในช่วงเวลาเดียวกัน น่าสังเกตว่า ใน พ.ศ. 2541ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ การบริโภคสุราลดลงเหลือ 28.0 ลิตร/คน และการบริโภคเบียร์ลดลงเหลือ 35.3 ลิตร/คน (ตาราง 4.3 a)

ตารางที่ 1.3 a ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2531 -2541

พ.ศ.	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541
การ บริโภค สุรา เฉลี่ย ต่อคน (ลิตร)	20.2	21.2	33.3	30.7	29.6	32.6	31.1	29.1	30.2	35.6	28.0
การ บริโภค เบียร์ เฉลี่ย ต่อคน (ลิตร)	6.5	9.3	13.2	13.7	15.4	20.3	22.5	29.8	34.3	41.5	35.3

แหล่งข้อมูล : กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

จากการศึกษาการผลิตและดื่มสุราในประเทศไทย โดยอาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา (2537) พบว่า ประชากรวัย 14 ปีขึ้นไปที่มีดื่มเครื่องดื่มมีนเมา หรือดื่มสุรามีจำนวนสูงถึง 12.04 ล้านคนทั่วประเทศ หรือเป็นจำนวนสูงขึ้นถึงร้อยละ 31.4 โดยพบว่าประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือบริโภคสุราสูงสุด (4.8 ล้านคน) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (3 ล้านคน) ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ) (2.4 ล้านคน) กรุงเทพฯ(1.1 ล้านคน) และภาคใต้ (0.9 ล้านคน)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคสุราโดยจำแนกตามเขตหรือท้องถิ่นที่อยู่อาศัยพบว่า ในเขตเมืองมีอัตราผู้ดื่มสุราเรื้อรังสูงกว่าในเขตชนบท สอดคล้องกับผลสรุปของการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535 และผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัด ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2538 ซึ่งพบว่า คนในเขตเมืองรวมทั้งในกรุงเทพมหานครมีอัตราการดื่มสุราทุกวันมากกว่าคนในชนบท (ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนระดับจังหวัด ครั้งที่ 1, 2539)

ลักษณะ เต็มศิริชัยกุล และภรณี วัฒนสมบุรณ์ (2541) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรม และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ ในเยาวชนที่อยู่ในสถานศึกษา ที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี จำนวน 1,141 คน ในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน กันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2541 พบว่า เพศชายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 53.5 (334/624) ส่วนเพศหญิง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.1 (130/517) โดยเพศชายมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าเพศหญิง 2.6 เท่า (ตาราง 4.3 b)

เมื่อพิจารณาถึงการประกอบอาชีพที่ส่งผลต่อการบริโภคสุรา โดยอาศัยผลการศึกษาของ แพทย์หญิงอรพรรณ เมธาธิกุล และคณะ (2531) พบว่า ผู้ที่ทำงานก่อสร้างและทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมหนักมีการบริโภคสุรามากถึงร้อยละ 82 และ 78 ตามลำดับ ส่วนนักศึกษาและข้าราชการในกรุงเทพฯ มีการบริโภคสุราร้อยละ 35 (คณะกรรมการระดับชาติ, 2537)

สำหรับความแตกต่างของเพศกับพฤติกรรมการบริโภคสุรานั้น จากผลการศึกษาของ เทพินทร์ พัทธานรักษ์ (2541) พบว่า ผู้ชายดื่มสุรามากกว่าผู้หญิง โดยเฉพาะผู้ชายในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะมีอัตราส่วนการดื่มสุรามากกว่าผู้ชายในภาคอื่นๆ ส่วนผู้หญิงในภาคเหนือจะมีอัตราส่วนของการดื่มสุราสูงที่สุด

ตารางที่ 1.3 b พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในเยาวชนที่อยู่ในสถานศึกษา พ.ศ. 2541

พฤติกรรมการดื่มสุรา	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย	624	
- ดื่ม	334	53.5
- ไม่ดื่ม	290	46.5
เพศหญิง	517	
- ดื่ม	130	25.1
- ไม่ดื่ม	387	74.9

แหล่งข้อมูล: จากรายงานการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2541

นอกจากนี้จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 พบว่าประมาณร้อยละ 33.6 ของประชากรวัยแรงงานทั่วประเทศ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยเป็นประชากรชายในสัดส่วน ร้อยละ 54.8 ซึ่งสูงกว่าประชากรหญิงที่ดื่ม

ผลกระทบจากพฤติกรรมการบริโภคสุรา

1. อุบัติเหตุการจราจรพบว่าส่วนหนึ่งมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลเลือดในผู้ประสบอุบัติเหตุในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ ปี 2525 – 2529 ของสถาบันนิติเวช กรมตำรวจ จำนวน 1,500 ราย ตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือด 1,372 ราย คิดเป็นร้อยละ 91 และ จากข้อมูล ปี 2530 พบว่า อุบัติเหตุมากกว่าร้อยละ 50 เกิดจากพฤติกรรมการขับซึ่รถขณะเมาสุรา และสามารถตรวจพบระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจากผู้บาดเจ็บสูงเกินระดับมาตรฐานที่กฎหมายกำหนดไว้ถึงร้อยละ 62

ในปี 2526 ไพฑูรย์ หลิมรัตน์และคณะ ได้ทำการวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดผู้ประสบอุบัติเหตุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 615 ราย พบว่ามีแอลกอฮอล์ในเลือดถึง ร้อยละ 81 ในจำนวนนี้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งการมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดระหว่าง 150-250 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะมีโอกาสทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ต่อมา ในปี 2533 สาโรจน์ คงประศาสน์และคณะ ได้เก็บตัวอย่างเลือดในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรที่โรงพยาบาลระยองจำนวน 603 ราย พบว่ามีปริมาณแอลกอฮอล์ ในเลือดร้อยละ 49.6 และมีระดับแอลกอฮอล์ ในเลือดมากกว่า 80 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ถึงร้อยละ 34.9

นอกจากนี้รายงานการศึกษาที่สนับสนุนว่าสุรามีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุได้และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายหรือสุขภาพ คือ ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัดครั้งที่ 2 พบว่า อุบัติเหตุต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งอุบัติเหตุยานพาหนะทางน้ำหรืออากาศ การทำร้ายร่างกาย และจากยานพาหนะทางบก ล้วนแต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีเมามาก่อนข้างมาก (ตารางที่ 4.3 c)

ตารางที่ 1.3 c พิจารณาอุบัติเหตุตามประเภทที่เกี่ยวข้องกับการมีนเมา

ประเภทอุบัติเหตุ	ร้อยละที่เกี่ยวข้องกับการมีนเมา (จำนวนที่ถาม= n)
พลัดตกหกล้ม	5.3 (1,055)
ของมีคมบาด	2.2 (1,038)
ถูกน้ำร้อนไฟลวก	0.0 (111)
สัตว์มีพิษกัดต่อย	0.0 (84)
ยานพาหนะทางบก	17.3 (1,650)
ยานพาหนะทางน้ำ/อากาศ	35.5 (34)
ไฟฟ้าช็อต	1.1 (42)
เล่นกีฬา	0.0 (43)
ถูกทำร้ายร่างกาย	28.5 (51)
อื่นๆ	

แหล่งข้อมูล สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข

2. จากรายงานสถิติสาธารณสุขของสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสาเหตุการป่วยจากโรคตับจากแอลกอฮอล์ มีแนวโน้ม อัตราป่วยทั้งประเทศเพิ่มขึ้น จาก 10.99 ต่อแสนประชากร ในปี 2537 เป็น 13.33 ต่อแสนประชากร ในปี 2539 โดยภาคกลางเป็นภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด ดังตารางที่ 4.3 d

ตารางที่ 1.3 d จำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วย ต่อแสนประชากร ด้วยโรคตับจากแอลกอฮอล์

จำแนกตามรายภาค พ.ศ. 2537 – 2539

ภาค	2537		2538		2539	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1. ภาคเหนือ	1403	11.83	1656	13.91	1678	14.05
2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1498	7.36	1680	8.15	2107	10.14
3. ภาคกลาง	2376	17.77	2569	13.44	2782	20.24
4. ภาคใต้	563	7.46	597	7.80	657	8.47
รวม	5840	10.99	6502	12.11	7224	13.33

แหล่งข้อมูล สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

จากรายงานของคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ (พ.ศ.2537) สนับสนุนว่าการบริโภคสุราก็ทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบประสาท บางคนอาจกลายเป็นคนวิกลจริตได้ นั่นคือ พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตจากพิษสุรา 1,440 คน ในปี 2533 และเพิ่มเป็น 1,800 คนในปี 2537 (อ้างใน อำนวย กาจีนะ และคณะ , 2541)

จากข้อมูลการศึกษาของ ศจ. น.พ. วิชัย โปะยะจินดาเกี่ยวกับการศึกษาการดื่มแอลกอฮอล์ในคนงานที่ จ.ลพบุรี พบว่า อุบัติเหตุจากการจราจรมีโอกาสเกิดจากการดื่มเครื่องดื่มฯ จึงได้วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะที่อาศัยอยู่ในอำเภอที่ตั้งโรงพยาบาลที่มาด้วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพัฒนานิคมมีผู้ป่วยจากสาเหตุนี้เป็นชาย 740 คน และหญิง 358 คน (เอกสารข้อมูล ผศ 2.3) คิดเป็นอัตราจำนวนรายผู้ป่วยทั้งหมดเพียงร้อยละ 3.1 และ 1.2 ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลท่าหลวงมีผู้ป่วยชาย 393 คน และหญิง 134 คน (เอกสารข้อมูล ผศ 2.4) เป็นอัตราร้อยละ 4.0 และ 1.0 ตามลำดับ อัตราความชุกจำแนกตามกลุ่มอายุของผู้ป่วยชายด้วยอุบัติเหตุจราจรของโรงพยาบาลพัฒนานิคมสูงที่สุดร้อยละ 6.9 อยู่ที่กลุ่มอายุ 20-29 ปี ส่วนของผู้หญิงสูงที่สุดที่ร้อยละ 2.8 ที่กลุ่มอายุ 10-19 ปี ผู้ป่วยจากอุบัติเหตุจราจรของโรงพยาบาลท่าหลวงชายและหญิงระดับความชุกสูงที่สุดที่กลุ่มอายุ 10-19 ปี เหมือนกันด้วยอัตราร้อยละ 9.7 และ 3.8 ตามลำดับ

ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังและตับแข็งในโรงพยาบาลชุมชนมีน้อยมาก แต่จะมีผู้ป่วยซึ่งบันทึกว่าดื่มสุร่าจำนวนมากกว่าผู้ป่วยด้วย 3 สาเหตุ ดังนี้ เป็นชายมากกว่าหญิง โดยรวมทั้งหมดเป็นอัตราความชุกจะต่ำกว่าร้อยละ 0.5 แม้ว่าจะมีความชุกต่ำ แต่ผู้ป่วยเหล่านี้จะมารับบริการโดยเฉลี่ยจะมารับบริการโดยเฉลี่ยจำนวนครั้งสูงกว่าอัตราเฉลี่ยของผู้ป่วยโดยรวม ผู้ป่วยที่มาด้วยสาเหตุอุบัติเหตุจราจรมีความชุกต่ำกว่าร้อยละ 5 ผู้ชายจะมีอัตราสูงกว่าผู้หญิงประมาณ 2-4 เท่า อัตราความชุกจำแนกตามกลุ่มอายุจะมีร้อยละสูงที่สุดส่วนใหญ่อายุที่กลุ่มอายุ 10-19 ปี

ผู้ป่วยในทะเบียนโรงพยาบาลชุมชน ด้วยโรคที่สืบเนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรงมีจำนวนน้อย แต่จะมีผู้ป่วยหญิงอยู่ระหว่างร้อยละ 15-30 ผู้ป่วยที่มารับบริการ เนื่องจากการทะเลาะวิวาททำร้ายร่างกาย มีอัตราดื่มเครื่องดื่มฯ สูงมากถึงประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยชาย และอาจมีได้ถึง 1 ใน 10 สำหรับผู้ป่วยหญิง ส่วนผู้ป่วยชายซึ่งมาเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุจราจร อาจมีส่วนที่ดื่มเครื่องดื่มฯ อยู่ประมาณร้อยละ 15 แต่ผู้ป่วยหญิงจะมีส่วนต่ำกว่ามากด้วย อัตราประมาณร้อยละ 1 นอกจากนี้จากการศึกษาายังพบว่าความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นสาเหตุในผู้ป่วยซึ่งมาโรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการป่วยอุบัติเหตุ อุบัติภัย และการทะเลาะวิวาท คือร้อยละ 6.4 และ 0.6 สำหรับผู้ป่วยชายและหญิงตามลำดับของโรงพยาบาลพัฒนานิคมและร้อยละ 5.1 และ 0.5 ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลท่าหลวงเป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราความชุกกรณีของกรณี "มีกลิ่นสุรา" ของผู้ป่วยชายจากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ใกล้เคียงกันมากทุกกลุ่ม และตามลำดับเปรียบเทียบอัตราร้อยละสูงไปหาต่ำ (ตารางที่ 4.3 c)

ตารางที่ 1.3 c ความชุกของการตีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นสาเหตุในผู้ป่วยซึ่งมาโรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการป่วยอุบัติเหตุ อุบัติภัย และการทะเลาะวิวาท

ความชุก	โรงพยาบาลพัฒนานิคม		โรงพยาบาลท่าม่วง	
	ผู้ป่วยชาย % (จำนวน)*	ผู้ป่วยหญิง % (จำนวน)*	ผู้ป่วยชาย % (จำนวน)*	ผู้ป่วยหญิง % (จำนวน)*
อัตราเครื่องตีมีฯ มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นสาเหตุ (บันทึกในบัตร "มีกลืนสุรา")				
อุบัติเหตุจราจร	13.0 (600)	1.3 (238)	17.7 (429)	0.6 (170)
อุบัติเหตุอื่นๆ**	6.4 (435)	0.6 (170)	5.1 (649)	0.5 (366)
วิวาททำร้ายร่างกาย	24.4 (82)	12.5 (24)	24.7 (73)	2.7 (37)

* จำนวนเต็มร้อยละ 100 ** ไม่รวมกรณีทะเลาะวิวาท

แหล่งข้อมูล ศจ.น.พ.วิชัย โปษยะจินดา

อุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้นกับผู้มารับบริการที่มีกลืนสุราประมาณร้อยละ 80 ไม่มีคู่กรณี คือ เกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่ยานยนต์เสียเป็นส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 70 กรณีที่ไม่มีกลืนสุราก็มีลักษณะคล้ายกัน แต่อัตราเกิดอุบัติเหตุด้วยตนเองต่ำกว่ากรณีมีกลืนสุรา อุบัติเหตุอื่นๆ ซึ่งรวมอุบัติเหตุจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งไม่ใช่จากการจราจรและการทะเลาะวิวาททำร้ายร่างกายเข้าด้วยกันนั้น การทะเลาะวิวาทมีอัตราส่วนมากพอสมควรในกรณีมีกลืนสุรามีร้อยละ 41.7 และ 35.3 สำหรับโรงพยาบาลพัฒนานิคมและโรงพยาบาลท่าม่วงตามลำดับ จะลดต่ำลงเหลือร้อยละ 13.2 และ 8.2 ตามลำดับ สำหรับกรณีไม่มีกลืนสุรา (เอกสารข้อมูล ผศ 2.5.4 ผศ 2.6 และ 2.7)

- ผู้ป่วยจากการเกิดอุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุ มีร้อยละ 10-35 และร้อยละ 30-40 ตามลำดับ ที่ยังดื่มเป็นประจำผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มนี้จะรายงานว่ามีปัญหาจากการทะเลาะวิวาทมากกว่า 2 ใน 3 และส่วนใหญ่จะเกิดปัญหากับครอบครัวด้วยสาเหตุสำคัญ คือค่าใช้จ่ายและครอบครัวอยากให้เลิก
- ผู้ป่วยที่ยังดื่มประจำอยู่จะมีอัตราหย่าและแยกกันอยู่กับคู่ครองประมาณร้อยละ 24.4 และมีผู้ที่ดื่มบางโอกาสหรือหยุดดื่มจะมีอัตราเพียงร้อยละ 9.9

สาเหตุการตายที่เกี่ยวข้องกับการตีเครื่องตีมีฯ

จากการศึกษาของ ศ.จ.น.พ.วิชัย โปษยะจินดา พบว่าบันทึกที่พบ คือ "ตีมีสุรา" และ "พิษสุราเรื้อรัง" แต่พบน้อยมากรวมทั้งสิ้นมีเพียง 27 ราย จากจำนวนสำเนาทั้งหมดที่ศึกษา เพื่อให้มีจำนวนผู้ตายที่อาจจะเกี่ยวเนื่องด้วยการตีมีสุราเพียงพอที่จะวิเคราะห์อัตราความชุกจำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุได้ชัดเจน จึงรวมจำนวนซึ่งสาเหตุการตายมาจากพิษสุราเรื้อรังและตีมีสุราเข้ากับโรคตับแข็ง และได้จำแนกตามกลุ่มอายุ

อัตราร้อยละสาเหตุการตายด้วยโรคตับแข็ง รวมดื่มสุราและพิษสุราเรื้อรังของชายสูงกว่าหญิง อัตราตายของแต่ละเพศในเขตอำเภอเมืองสูงกว่าเขตชนบท ร้อยละ 4.0, 1.7 และ 1.7, 4.0 ตามลำดับ ความชุกของการตายของชายในเขตอำเภอเมืองด้วยสาเหตุเกี่ยวกับการดื่มสุราและตับแข็งจำแนกตามกลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 12.4 ส่วนหญิงนั้น แม้ว่าความชุกจะสูงสุดที่กลุ่มอายุเดียวกับชายที่ระดับร้อยละ 5.9 ซึ่งไม่แตกต่างกัน หญิงกลุ่มอายุ 30-39 ปี เมื่อจำแนกอายุมีความชุกระดับใกล้เคียงมาก คือ ร้อยละ 5.4 ความชุกในเขตชนบทสำหรับชายและหญิงเมื่อจำแนกอายุ อัตราสูงสุดอยู่ที่กลุ่มอายุต่างกัน ชายอยู่ที่กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 5.2 ส่วนหญิงอยู่ที่อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 5.0 และลักษณะการกระจายความชุกของแต่ละเพศต่างจากเขตอำเภอเมืองในลักษณะตรงกันข้าม คือ ความชุกระดับสูงสุดไม่ต่างจากระดับ รองลงมาที่กลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 4.7 ส่วนความชุกของหญิงนั้นอุบัติการณ์เกือบทั้งหมดรวมอยู่ที่กลุ่มอายุเดียว

สาเหตุการตายด้วยโรคตับแข็ง เป็นตัวชี้บ่งผลกระทบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าประชากรในเขตอำเภอเมือง ดื่มจนเกิดผลกระทบรุนแรงถึงชีวิตด้วยอัตราส่วนสูงกว่าในชนบท โดยผู้ชายในเขตอำเภอเมืองจะมีอัตราสูงกว่าเขตชนบทประมาณ 1 เท่า ส่วนผู้หญิงในเขตเมืองอัตราสูงกว่าหญิงในเขตชนบทประมาณ 3 เท่า และผลกระทบรุนแรงนี้จะปรากฏในระดับอายุสูงกว่า 40 ปีขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่

สาเหตุการตายจากอุบัติเหตุจราจร ความชุกของการตายด้วยอุบัติเหตุจราจรของผู้ชาย และผู้หญิงในเขตอำเภอเมืองและชนบท จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าอัตราสูงสุดคือร้อยละ 55.4, 30.4 และ 68.9, 45.8 ตามลำดับ อยู่ที่กลุ่มอายุ 10-19 ปี ทั้งหมดยกเว้นผู้หญิงในเขตชนบทมีอัตราสูงสุดอยู่ที่กลุ่มอายุ 20-29 ปี ผู้หญิงในเขตอำเภอเมืองที่กลุ่มอายุ 20-29 ปี มีอัตราความชุกเป็นรองเพียงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 28.9

1.4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

บุหรี่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งที่ทำให้ประชากรเสียชีวิตก่อนวัยอันควร องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากยาสูบปีละ 3 ล้านคน และจำนวนนี้เป็นผู้เสียชีวิตในประเทศพัฒนาแล้วประมาณ 2 ล้านคน สำหรับประเทศไทย พบว่าผลจากการรณรงค์แม้จะไม่ทำให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลงแต่ทำให้สัดส่วนของประชาชนที่สูบบุหรี่ลดลง จากร้อยละ 30.1 ในปี 2519 เป็นร้อยละ 23.4 ในปี 2539 โดยมีข้อสังเกตว่าในช่วงปี 2536 – 2539 สัดส่วนการสูบบุหรี่ไม่ลดลง และอาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยเฉพาะในเพศชาย (ตารางที่ 4.4 a) ภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2542 พบว่าคนไทยสูบบุหรี่ลดลงเป็นร้อยละ 20.5 โดยเฉพาะ ในผู้ชาย อย่างไรก็ตามอัตรานี้เพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี 2539 เป็นร้อยละ 23.4 เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.6 หรือประมาณ 8 แสนคน และเมื่อพิจารณาจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ก็เพิ่มขึ้นซ้ำๆ จาก 8.6 ล้านคนในปี 2519 เป็น 11.2 ล้านคนในปี 2539

หากพิจารณาแนวโน้มตามกลุ่มอายุต่างๆ จะพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในเยาวชน (อายุต่ำกว่า 25 ปี) มีแนวโน้มลดลงทั้งหญิงและชาย (ศุภลสิทธิ์ พรรณารุณโกทัยและ คณะ, 2542)

ตารางที่ 1.4 a จำนวนผู้สูบบุหรี่และสัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2519 - 2542

พ.ศ.	จำนวนประชากร (ล้านคน)	จำนวนผู้สูบบุหรี่ (ล้านคน)			สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ (%)		
		รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
2519	28.7 (1)	8.6	7.7	0.9	30.1	54.7	6.1
2524	35.1 (1)	9.8	9.0	0.8	27.8	51.2	4.4
2529	38.0 (2)	10.4	9.6	0.8	27.4	50.4	4.2
2531	40.5 (2)	10.1	9.4	0.7	25.0	46.7	3.5
2534	43.3 (2)	11.4	10.6	0.8	26.3	49.0	3.8
	38.3 (3)	11.4	10.5	0.8	29.7	55.3	4.3
2536	45.7 (2)	10.4	9.8	0.6	22.8	43.2	2.5
	40.7 (3)	10.4	9.8	0.6	25.5	48.5	2.8
2539	48.0 (2)	11.2	10.6	0.6	23.4	44.5	2.5
2542	49.9 (2)	10.2	9.6	0.6	20.5	38.9	2.4

แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ (1) ประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป
(2) ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป
(3) ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้ผลจากวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2541 พบว่าคนไทยบริโภคบุหรี่ทั้งสิ้น 39,057.1 ล้านมวน โดยมีการบริโภคบุหรี่เฉลี่ยคนละประมาณ 98 ซอง/ปี ลดลงจากช่วงปี 2536-2540 ซึ่งการบริโภคเฉลี่ยประมาณ 110 ซอง/คน/ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2542

เมื่อพิจารณาในกลุ่มอายุพบว่าจะลงสูบบุหรี่กันตั้งแต่วัยรุ่น อัตราการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นชายในปี 2539 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.5 ในปี 2536 เป็นร้อยละ 18.3 ในภาพรวมจะเพิ่มในเพศชายสองกลุ่มอายุ คือ 15-19 ปี และ 25-29 ปี จะสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 52.6 ในปี 2536 เป็นร้อยละ 54.3 ในปี 2539) แต่การสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงในเพศชายอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงทุกช่วงอายุอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539)

ซูชัย ศุภวงศ์ และคณะ (2539) ศึกษาพบว่า เยาวชนชายหัดสูบบุหรี่จำนวนมากกว่า 1 ใน 3 (ร้อยละ 36) ในขณะที่เยาวชนหญิงร้อยละ 9 หัดสูบบุหรี่ โดยเริ่มสูบบวนแรกตั้งแต่อายุ 13-14 ปี และ เมื่อ อายุ 15 ปี เยาวชน ดิบบุหรี่ และ สูบเป็นประจำ ประมาณร้อยละ 9.3 ในเยาวชนชาย และ ร้อยละ 0.7 ในเยาวชนหญิง

อาจกล่าวได้ว่า ผู้ชายส่วนใหญ่ในสังคมไทย มีค่านิยมในการสูบบุหรี่ แต่การสูบบุหรี่ของหญิงไทยจะถูกมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่ดี ยกเว้นในภาคเหนือ ดร.วรณัฐ หวังศุภชาติ ได้ทำวิจัยถึงอัตราการสูบบุหรี่ของหญิงไทยในกรุงเทพฯ จำแนกตามอาชีพ เมื่อปี 2535 พบว่าหญิงอาชีพอาบอบนวดมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด ร้อยละ 47.4 แอร์โฮสเตสร้อยละ 10 คนงานก่อสร้างร้อยละ 9 แม่บ้านร้อยละ 5.7 และอาชีพธุรกิจร้อยละ 4.9 (วรณัฐ หวังศุภชาติ และคณะ, 2535) ซึ่งจะเห็นว่าผู้หญิงที่สูบบุหรี่กลุ่มใหญ่เป็นผู้ที่ขายบริการกลางคืนและกลุ่มต่อมาคือกลุ่มที่ต้องทำงานนอกบ้าน มีอาชีพค่อนข้างดี เช่น แอร์โฮสเตส เนื่องจากเรื่องความเท่าเทียมทางเพศ ความโก้เก๋ งานวิจัยพบว่าวัยรุ่นชายและหญิงไทยมีอัตราการทดลองการสูบบุหรี่ที่ใกล้เคียงกัน แต่วัยรุ่นชายติดบุหรี่มากกว่าในสัดส่วนสิบต่อหนึ่ง ขณะนี้แนวโน้มบริษัทบุหรี่ข้ามชาติเริ่มหันมาเจาะตลาดผู้หญิง มีการผลิตบุหรี่เฉพาะผู้หญิง เมื่อพิจารณาจำนวนผู้หญิงไทยที่สูบบุหรี่มีจำนวนถึงประมาณ 7 แสนคน ในปัจจุบัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539)

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ในพ.ศ. 2539-2540 พบว่าประมาณร้อยละ 20 ของประชากรวัยแรงงานทั่วประเทศที่สูบบุหรี่ โดยประชากรชายสูบบุหรี่สูง กว่า ประชากรหญิงเกือบ 10 เท่า โดยมีการสูบบุหรี่เฉลี่ยประมาณวันละ 10 มวน เป็นที่น่าสังเกตว่า ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ ภาคใต้ ซึ่งมีการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ด้อยกว่าจะมีการสูบบุหรี่มากกว่า โดยเฉพาะประชากรหญิงในภาคเหนือจะมีสัดส่วนการสูบบุหรี่สูงสุดถึงร้อยละ 10.9 จากการวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคร้าย โดยพบว่าร้อยละ 90ของผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของปอด และ ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ล้วนมีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ทั้งสิ้น (ตารางที่ 4.4 b)

ตารางที่ 1.4 b ร้อยละของการสูบบุหรี่ของประชากรวัยแรงงานของประเทศไทย พ.ศ. 2539-2540

พื้นที่	รวม (%)	ชาย (%)	หญิง (%)
กรุงเทพฯ	11.6	28.8	4.4
ภาคกลาง	14.1	39.8	2.7
ภาคเหนือ	24.2	42.3	10.9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	23.5	48.5	1.8
ภาคใต้	23.0	45.8	4.6
รวม	19.9	42.5	4.4

แหล่งข้อมูล: รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 , สำนักนโยบายและแผน
สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2542 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้
สอบถาม ประชากรชายและ หญิงที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไปเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าประชากรนอกเขต
เทศบาล มีอัตราร้อยละของการสูบบุหรี่เป็นประจำสูงกว่าในเขตเทศบาล โดยมีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ
22.0 เปรียบเทียบกับในเขตเทศบาลซึ่งมีร้อยละ 15.2 สำหรับร้อยละของประชากรที่สูบบุหรี่นาน ๆ ครั้ง พบว่า
อัตราไม่ต่างกันทั้งในเขตเทศบาล และ นอกเขตเทศบาล คือ ร้อยละ 2.5 และ 3.8 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติ
แห่งชาติ, 2542)

เมื่อพิจารณาตามรายภาค พบว่า ทุกภาคยกเว้นกรุงเทพฯ มีประชากรสูบบุหรี่เป็นประจำใกล้เคียงกัน คือ ภาคใต้ (ร้อยละ 23), ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 22.1), ภาคเหนือ (ร้อยละ 21.7) และ
ภาคกลาง (ร้อยละ 19.3) สำหรับกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 14.4 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างประเทศ พบว่าชายมี
อัตราร้อยละ ของการสูบบุหรี่เป็นประจำสูงกว่าหญิง คือ ร้อยละ 38.9 และ 2.4 ตามลำดับ

สำหรับสาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่ ร้อยละ 43.6 เริ่มสูบบุหรี่เพราะตามอย่างเพื่อนหรือเพื่อนชวน ร้อยละ
33.5 เพราะอยากทดลองสูบ ที่เหลือเริ่มสูบเพราะสาเหตุต่างๆ เช่น ตามอย่างผู้ใหญ่ เพื่อเข้าสังคม เพื่อความโก้
เก๋ ไม่มีอะไรทำ สาเหตุจากการทำงานและที่เริ่มสูบเพราะความเครียดเพียงร้อยละ 2 สำหรับที่เลิกหรือลดสูบ
บุหรี่หยุดยาก จึงพบว่าจะหยุดเมื่อสุขภาพไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสาเหตุการเลิกบุหรี่ของสำนัก
งานสถิติแห่งชาติ พบว่าร้อยละ 38.5 เลิกเพราะเห็นว่าบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่ดี ร้อยละ 23.5 เพราะป่วยและแพทย์
แนะนำให้เลิกสูบ ร้อยละ 10.8 กลัวป่วยเป็นโรค ร้อยละ 7.5 เลิกเพราะครอบครัว ญาติขอร้อง ร้อยละ 7.5 ไม่
เป็นที่ยอมรับของสังคม ร้อยละ 5.2 ต้องการประหยัด และสาเหตุอื่นๆ ร้อยละ 9.3 ซึ่งแหล่งที่ได้รับความรู้หรือ
คำแนะนำเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ สื่อโทรทัศน์ร้อยละ 33.8 วิทยุร้อยละ 28.2 แพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขร้อย
ละ 13.8 หนังสือพิมพ์-สิ่งพิมพ์ ร้อยละ 12.2 เพื่อนร้อยละ 5 ญาติหรือสมาชิกในครัวเรือนร้อยละ 5 จากครู พระ
ร้อยละ 2.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539 อ้วนใน อำนวย กาจีนะ และ คณะ :2541)

การสูบบุหรี่กับอาชีพ ถ้าพิจารณาผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปี ขึ้นไป จำแนกตามอาชีพ พบว่าผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการขนส่งและการคมนาคมมีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด (ร้อยละ 52.3 ในปี 2539 และ ลดลงเหลือ ร้อยละ 48.4 ในปี 2542: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539, 2542) รองลงมาคือผู้ปฏิบัติงานอาชีพเกี่ยวกับกระบวนการผลิตและกรรมกร (ร้อยละ 32 ในปี 2539 และ ลดลงเหลือ ร้อยละ 29.3 ในปี 2542: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539, 2542) อัตราการสูบบุหรี่จะต่ำที่สุดในผู้ปฏิบัติงานที่ใช้วิชาชีพหรือวิชาการ คือ ร้อยละ 14.9 ในปี 2539 และ ลดลงเหลือ ร้อยละ 11.6 ในปี 2542: สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2539, 2542) ปัญหาการบริโภคยาสูบเป็นประจำส่วนใหญ่อยู่ในส่วนภูมิภาค (อยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 85) พบว่ากลุ่มชายไทยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาศัยอยู่นอกเขตเมือง มีอาชีพใช้แรงงาน อาจจะเป็นเกษตรกรที่ใช้แรงงานในพื้นที่เดิม หรือแรงงานอพยพในภาคเกษตรและ อุตสาหกรรม ที่มีการศึกษาน้อย ฐานะยากจน การหาเลี้ยงชีพส่วนใหญ่ใช้แรงงาน รายได้ไม่แน่นอน งานที่ทำมักมีความเสี่ยงสูงหรือใช้แรงงานมาก เมื่อได้พักหรือเมื่อค่าลงชีวิตก็เหนื่อยเกินกว่าจะคิดถึงเรื่องสุขภาพที่แข็งแรงในอีก 10 ปี หรือ 20 ปี หรือ 30 ปี ข้างหน้า เพราะการได้สูบบุหรี่หลังจากหยุดพักงานนั้นเป็นความสุขยิ่งในคนไทยกลุ่มนี้ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มนี้จะทำได้ยาก (วีณา ศิริสุข, 2541)

ถ้าพิจารณาอาชีพของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจำแนกตามเพศ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของชายที่มีอาชีพเกี่ยวกับเกษตรกรรมและการขนส่งมีการสูบบุหรี่ คือร้อยละ 54.1 และ 50.5 ตามลำดับ ส่วนหญิง พบว่าอาชีพที่เกี่ยวกับการขนส่งเป็นอาชีพที่มีอัตราร้อยละของผู้สูบบุหรี่สูงกว่าอาชีพอื่นๆ คือ ร้อยละ 5.0 อาชีพลำดับรองลงมา คือ อาชีพเกี่ยวกับเกษตรกรรม ร้อยละ 3.4

ส่วนประเภทบุหรี่ที่สูบ การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2542 ได้จำแนก ประเภทบุหรี่ที่สูบบอกเป็น 5 ประเภท คือ บุหรี่ของ ผลิตในประเทศ บุหรี่ของผลิตจากต่างประเทศ บุหรี่มวนเอง บุหรี่ซิการ์ และไปป์ ผลการสำรวจพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 54.1 สูบบุหรี่มวนเอง (อาจมวนด้วยกระดาษ ใบตอง ใบจาก ใบมะกา เป็นต้น) ร้อยละ 44.3 สูบบุหรี่ของผลิตในประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2542) ซึ่งข้อมูลนี้แตกต่างจากผลการสำรวจ ในปี 2539 พบมากว่าเป็นบุหรี่ที่ผลิตโดยโรงงานผลิตยาสูบต่างๆ (ร้อยละ 55.6) รองลงมาเป็นบุหรี่ที่มวนเอง (ร้อยละ 42.5) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539)

จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2542ได้กำหนดให้นับจำนวนบุหรี่รวมทุกประเภทที่สูบโดยเฉลี่ย ใน 1 วัน โดยจะต้องสูบน้อยวันละ 1 มวน แม้ว่าในทางปฏิบัติอาจจะสูบไม่ถึง 1 มวนก็ตาม สำหรับผู้ที่สูบไปป์ การอัดยาเส้นลงในไปป์ 1 ครั้งให้นับเป็น 1 มวน ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 11-20 มวน ร้อยละ 35.2 และสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ ตั้งแต่ 21 มวนขึ้นไป มีร้อยละ 6.0 เมื่อพิจารณาจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ในแต่ละกลุ่มอายุ พบว่า ทุกกลุ่มอายุของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 1-10 มวน รองลงมาคือ 11-20 มวน ต่อวัน นั่นคือ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละประมาณ 12 มวน และค่าเฉลี่ยจำนวนที่สูบบุหรี่ต่อวันในหมวดอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ไม่มีความแตกต่าง

ต่างกันมากนัก คือ อยู่ระหว่าง 10-13 มวน ส่วนหมวดอายุ 11-14 ปี สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 5 มวน
(ตารางที่ 1.4 C)

ตาราง 1.4 c อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุมากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และ ปีที่สำรวจ

กลุ่มอายุ (ปี)	2529 ชาย	หญิง	2534 ชาย	หญิง	2539 ชาย	หญิง	2542* ชาย	หญิง
10-14	0.7	0.3	0.8	0.1	0.5	0.1	3.5	0.003
15-19	23.6	0.8	23.4	0.7	18.3	0.3		
20-24	54.2	1.7	54.3	1.3	47.7	1.1	31.4	0.5
25-29	65.3	3.0	62.6	2.5	54.4	1.5	49.8	3.0
30-34	66.6	4.0	64.0	3.4	55.9	2.4		
35-39	69.6	5.8	63.7	5.6	58.3	2.6		
40-49	71.7	8.8	65.2	7.5	56.4	3.8		
50-59	75.5	10.5	64.8	9.0	57.9	5.9	45.1	4.8
60+	67.3	8.7	56.7	8.2	48.7	4.8		
รวม	48.8	4.1	44.8	3.4	44.6	2.5	38.9	2.4

แหล่งข้อมูล: วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ (ข้อมูล
วิเคราะห์เบื้องต้น: อ้างในการสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540-2541 สำนักนโยบายและแผน)

ตาราง 1.4 e ปริมาณการบริโภคบุหรี่ของคนไทย พ.ศ.2531-2541

	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541
การ บริโภค บุหรี่ทั้ง สิ้น (ล้าน มวน)	34090	38718	38887	38825	40068	42245	44849	45755	47.235	48336.6	39057
การ บริโภค (ซอง/ คน/ปี)	86.4	91.5	100.6	98.4	95.8	96.5	101. 7	108	110.2	113.8	98.8
มูลค่า การ จำหน่าย (ล้าน บาท)	18674	2099 6	2364 0	2691 0	2761 3	2889 0	3511 7	3486 9	4034 0	46977	44670
ภาษี สรรพ สามิต	35- 56.5 (1)	35- 56.5 (1)	35- 56.6 55(2)	55 (2)	55 (3)	60 (3)	60 (3)	62 (3)	68 (3)	70 (3)	70 (3)

แหล่งข้อมูล อ้างใน การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541 , สำนักนโยบายและแผน)

- โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง
- สถิติการค้าและเครื่องชี้วัดภาวะเศรษฐกิจของไทย, กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ ปี 2536, 2538, 2541
- กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง
- (1) ก่อนกรกฎาคม พ.ศ. 2533 มี 3 อัตราคือ 35%, 48%, 56.5% ของราคาขายปลีก ขึ้นกับปริมาณใบยาในประเทศ
- (2) ตั้งแต่ กรกฎาคม พ.ศ.2533 – 2534 มีอัตราเดียว และเป็นร้อยละของราคาปลีก
- (3) ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 – 2541 มีอัตราเดียว และเป็นร้อยละของราคาขายส่ง

ผลกระทบต่อสุขภาพ จากพฤติกรรมการสูบบุหรี่

โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่สำคัญ คือ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจและหลอดเลือดตีบตัน และมะเร็งปอด

1. โรคถุงลมโป่งพอง

จากข้อมูลอัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคถุงลมโป่งพองที่รวบรวมโดย สำนักงานนโยบายและแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 0.07 ต่อแสนประชากร ในปี 2532 เป็น 1.43 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2540 ดังตารางที่ 4.4 e

ตารางที่ 1.4 e อัตราการตายของโรคถุงลมโป่งพอง พ.ศ. 2532 – 2540

พ.ศ.	อัตราตาย ต่อ แสน ประชากร
2532	0.07
2533	0.12
2534	0.13
2535	0.2
2536	0.26
2537	1.18
2538	1.52
2539	1.93
2540	1.43

แหล่งข้อมูล สำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข

2. โรคหัวใจและหลอดเลือดตีบตัน

องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า ร้อยละ 25 ของผู้เสียชีวิตจากเส้นเลือดหัวใจตีบเป็นผลจากการสูบบุหรี่ ในสหรัฐอเมริกาพบว่าคนที่ได้รับควันบุหรี่จะเสียชีวิตจากโรคหัวใจประมาณ 30,000 – 60,000 ราย ต่อปี และมีโอกาสเป็นโรคหัวใจมากกว่าคนปกติ ถึง 3 เท่า (Glantz SA, Parmley, 1995 อ้างในเรวัตร พันธุ์ทองคำ และประดิษฐ์ ปัญจวิณีน, 2539) ในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันเลือดสูง หรือไขมันในเลือดสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้งโรคความดันเลือดสูง และ โรคไขมันในเลือดสูงจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจถึง 8 เท่า โดยเฉพาะแล้วผู้สูบบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดเสื่อมและเกิดความตีบตันเร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 10-15 ปี

จากข้อมูลของสถาบันโรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวน ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคหัวใจ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 616 คนในปี พ.ศ. 2538 เป็น 706 คน ในปี พ.ศ. 2541 ดังตารางที่ 4.4 g

ตารางที่ 1.4 g จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการรักษาใน
สถาบันโรคหัวใจ พ.ศ.2538 – 2541

พ.ศ.	อัตราความชุกของโรค มะเร็งปอด (ต่อแสนประชากร)
2528	3.96
2533	12.94
2537	8.09
2538	9.83
2539	11.2
2540	14.2

แหล่งข้อมูล สถาบันโรคหัวใจ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ พ.ศ. 2532 เปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ

พ.ศ. 2534 เริ่มใช้มาตรการทางกฎหมายและภาษีบุหรี่

จากรายงานผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับการรับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติระหว่าง พ.ศ.2529 – 2539 พบว่า เป็นผู้ป่วยชายร้อยละ 16-21 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยหญิง ประมาณ 4-6 เท่า และจากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช ระหว่าง พ.ศ.2529-2538 พบว่า มะเร็งที่พบสูงสุดในผู้ป่วยชาย คือ มะเร็งปอด (2,318 ราย จาก 28,622 ราย)

3. โรคมะเร็ง

พบว่ามะเร็งปอดและหลอดลมเป็นสาเหตุการตายจากการสูบบุหรี่มากที่สุด จากการศึกษาของเซอร์ริชาร์ด ดอลแห่งราชอาณานิคมพบว่า ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็นประจำอัตราการเกิดโรคมะเร็งปอดเท่ากับ 130 คน ต่อ 100,000 คน ที่สูบบุหรี่ต่อทุก ๆ ปี ในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อัตราการเกิดโรคมะเร็งปอดจะน้อยกว่า 10 คน ต่อ 100,000 คน ที่ไม่สูบบุหรี่ต่อปีทุก ๆ ปี และผู้ที่ไม่เลิกสูบบุหรี่อัตราการเกิดโรคมะเร็งปอดจะลดลงทุกปี จนโอกาสที่เกิดมะเร็งปอดจะเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่หลังจากเลิกสูบบุหรี่ไปแล้ว 15 ปี

สัดส่วนของการเกิดโรคมะเร็งปอดได้เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 4.8 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (ผู้ป่วยมะเร็งปอด 506 ราย จากผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 10,0576 ราย) ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 12.5 (ผู้ป่วยมะเร็งปอด 1,289 รายจากผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 59,467 ราย) ในปี พ.ศ.2533

จากการรวบรวมของ สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ และคณะ ในการสาธารณสุข ไทย พ.ศ.2540 – 2541 พบว่าความชุกของโรคมะเร็งปอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 3.96 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ.

2528 เพิ่มขึ้นเป็น 14.2 ต่อ 100,00 ประชากร ใน พ.ศ. 2540 สัมพันธ์กับการบริโภคยาสูบและมลภาวะอากาศ ดังตารางที่ 1.4 f

ตารางที่ 1.4 f อัตราความชุกของโรคมะเร็งปอด ต่อประชากรแสนคน พ.ศ.2528, 2533, พ.ศ.2537-2540

พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (คน)
2538	616
2539	655
2540	624
2541	706

แหล่งข้อมูล 1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

จากการคาดประมาณอัตราเพิ่มของผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 10,000 ราย ซึ่งมีเพียงร้อยละ 3.6 ที่สามารถรักษาให้หายได้ หรือมีชีวิตรอดได้นานมากกว่า 5 ปี (health in Thailand 1995-1996, Bureau of health policy and plan, 1997)

จากการศึกษาวิจัยของน.พ.ธีระ ลิ้มศิลา(2537) พบว่า อุบัติการณ์การเป็น โรคมะเร็งปอดมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ โดยใช้เวลาเก็บข้อมูล ตั้งแต่ พ.ศ. 2510 – 2528 เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 1,750 ราย พบว่าคนไทยที่สูบบุหรี่ มากกว่า 20 มวนต่อวัน เป็นเวลา 20 ปีขึ้นไป หรือสูบบุหรี่เฉลี่ย 10 – 19 มวนต่อวัน เป็นเวลา 30 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงสูงในการเป็นมะเร็งปอด และจากการศึกษาประวัติของผู้ป่วยมะเร็งปอดชาย พบว่าร้อยละ 92 เป็นผู้ที่มีประวัติการสูบบุหรี่ และร้อยละ 85 ของผู้ป่วยชายเป็นผู้สูบบุหรี่จัด ผู้ป่วยมะเร็งปอดหญิงพบว่า ร้อยละ 78 เป็นผู้ที่มีประวัติการสูบบุหรี่ และร้อยละ 72 ของผู้ป่วยหญิง เป็นผู้สูบบุหรี่จัด เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าช่วงอายุ 51-60 ปีจะมีประวัติการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดมากที่สุด ถึงร้อยละ 33ของผู้ป่วยทั้งหมด (ตารางที่ 4.4 h)

ตารางที่ 1.4 h ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปอดและประวัติการสูบบุหรี่ จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ (n=1,750 คน)

กลุ่มอายุ	เคยสูบบุหรี่		ไม่เคยสูบบุหรี่		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ < 40 ปี	50	4	34	9	84	5
41-50 ปี	171	13	106	27	277	16
51-60 ปี	473	35	113	29	586	33
61-70 ปี	456	33	65	22	541	31
> 70 ปี	21	15	51	13	262	15
Sex ratio (M:F)	13:1		0.4:1		36:1	

แหล่งข้อมูล

สำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข

จากการรวบรวมของ อำนวย กาจีนะ และคณะ รายงานถึงการศึกษาของ พงษ์ศิริ ปรารภนาดี และคณะ (2536) ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ถึง 29 เท่า โดยพบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่นานไม่เกิน 20 ปี จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ 19 เท่า กลุ่มที่สูบบุหรี่นานระหว่าง 21 – 40 ปี มีอัตราเสี่ยงมากขึ้น 30 เท่า กลุ่มที่สูบบุหรี่นาน 41 – 60 ปี มีอัตราเสี่ยงมากขึ้น 47 เท่า สำหรับอายุที่เป็นมะเร็งปอด พบมากในช่วงอายุ 50-64 ปี ซึ่งในภาคเหนือของประเทศไทยพบว่ามีอัตราการเกิดมะเร็งปอดสูงสุดเนื่องจากอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ

นอกจากนี้จากการศึกษาของ หทัย ชิตานนท์ พบว่าในภาคเหนือมี อัตราผู้ป่วยด้วยมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 1.88 ต่อแสนประชากร ในปี 2520 เป็น 2.59 ต่อแสนประชากร ในปี 2531

1.5 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 (คณะกรรมการจัดทำแผนโภชนาการในคณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ, 2540) อ้างใน น.พ.อานวยกาจันะและคณะ 2541) พบลักษณะการบริโภคอาหารของคนไทยเป็นดังนี้ ในส่วนของพลังงานและ สารอาหารให้พลังงานพบว่า คนไทยบริโภคอาหารที่ให้พลังงานโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับที่เพียงพอ (ร้อยละ 92 ของที่ควรจะได้รับ) ส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมากกว่าไขมัน

ในปัจจุบันพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยทั้งในเมืองและ ในชนบทค่อนข้างหลากหลายเพราะมีฐานะทางเศรษฐกิจดีขึ้นทำให้คนไทยในสังคมเมืองมีแนวโน้มที่จะรับประทานอาหารนอกบ้านเพิ่มขึ้นหรือ ถ้าหากมีการประกอบอาหารเอง จะเป็นลักษณะของการประกอบอาหารที่เป็นกับข้าว เช่นมีแกง ผัด ทอด และ มีความวิจิตรพิสดารมากขึ้น นอกจากนี้ประเภทของอาหารยังมีความหลากหลาย และสามารถเลือกซื้อหาได้ตามชอบใจมากกว่า หรือ สะดวกกว่าในสมัยก่อน ประเภทของอาหารในปัจจุบันได้แก่ อาหารปรุงสำเร็จรูป (ผู้ขายดักใส่ถุงให้ตามที่ต้องการ), อาหารกึ่งสำเร็จรูป (อาหารที่ใช้ชงกับน้ำร้อน), อาหารสดที่หั่นหรือปอกไว้ (เนื้อหั่นชิ้นเล็ก หรือสับหรือซอย), อาหารสดพร้อมปรุง (เตรียมเครื่องปรุงไว้พร้อมที่จะปรุง), อาหารประเภทเครื่องปรุงรส (น้ำพริกแกงผงบดปรุงรส), อาหารเนื้อสัตว์สดที่ล้างหรือหั่นไว้แล้ว (มีบริการบรรจุน้ำแข็ง), อาหารบรรจุถุงไว้แล้ว (อาหารคาวหวานใส่ถุงไว้) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่าอาหารสำเร็จรูป จากร้านอาหารแผงลอย ซึ่งมักจะพบการปนเปื้อนในอาหารจากการปฏิบัติไม่ถูกสุขลักษณะ จากการวิเคราะห์สถานะสุขภาพอาหารในสถานที่ ปรุง ประกอบจำหน่ายอาหารทั่วประเทศ ใน พ.ศ. 2541 พบว่า ร้านอาหาร ตลาดสด โรงอาหารในโรงเรียนและโรงครัวในโรงพยาบาล ที่มีการปรับปรุงสภาพได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด มีเพียงร้อยละ 23.03, 9.8, 16.7, 42.8 ตามลำดับ ทำให้ผู้บริโภคอาหารต้องเสี่ยงกับการบริโภคอาหารที่ไม่สะอาด และ ไม่ได้มาตรฐาน

นอกจากนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมการบริโภคอาหารจากประเทศตะวันตก ทั้งในเรื่องของประเภทอาหาร การจัดรูปแบบ การกินอาหาร การจัดสถานที่ และการบริการ โดยเฉพาะร้านอาหารจานด่วน และอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด เช่นไก่ทอด พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ แซนวิชประเภทต่างๆ ฯลฯ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะเป็นค่านิยมของคนเมืองส่วนใหญ่ สำหรับประเภทของอาหารและบริการต่างๆ ที่เห็นอยู่ในปัจจุบัน มีทั้งประเภทที่คุ้นเคยกับคนไทย เช่น หาบเร่, รถเข็น, ร้านแผงลอยตามท้องถนน ร้านอาหาร สวนอาหารที่ให้บริการแก่ผู้บริโภคหลายระดับ ภัตตาคาร ขนาดเล็ก ถึงขนาดใหญ่รวมถึงร้านอาหารในโรงแรม บริการอาหารในรถทัวร์ รถไฟ และ เครื่องบิน สำหรับบริการอาหารที่ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมตะวันตก เช่นบริการจัดส่งอาหารถึงบ้าน บริการสั่งทาง โทรศัพท์ บริการจัดส่งอาหารนอกสถานที่ในงานเลี้ยงโอกาสต่างๆ บริการจัดอาหารว่างในงานเลี้ยง หรือ การประชุม บริการอาหารทันทีที่เป็นสาขาจากต่างประเทศ บริการอาหารแบบช่วยตัวเอง หรือ บริการแบบสวนอาหารในห้างสรรพสินค้า ฯลฯ

ผลการเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงทางภาวะเศรษฐกิจ หรือค่านิยมทางสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อประเภทต่างๆ เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป

เป็นที่น่าสังเกตว่ามีสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ประเภทต่างๆ ได้ใช้กลวิธีกระตุ้น และ จูงใจให้คนไทยหันมาใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในรูปแบบต่างๆ อย่างแพร่หลาย จากการรวบรวมของกองบรรณาธิการวารสารหมอชาวบ้าน ประจำปีที่ 19 ธันวาคม 2540 เกี่ยวกับเหตุผลของการใช้ผลิตภัณฑ์ อาหารเสริมของคนไทย พบว่าส่วนใหญ่ทำไปเพื่อเสริมสุขภาพของตน โดยคิดว่าอาหารที่กินอยู่นั้นมีคุณค่าทางโภชนาการที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือคิดว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และอีกเหตุผลที่บางกลุ่มหันมาใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพราะกลัวโรคภัยไข้เจ็บ เนื่องจากปัจจุบันมีโรคหลายประเภทที่มีอัตราการป่วย และการตายสูง เช่น โรคมะเร็ง, โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ คนกลุ่มนี้มักกลัวว่าจะต้องเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคดังกล่าว ตลอดจนวิธีการรักษา เช่น การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา เป็นต้น จึงนิยมซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่บรรยายสรรพคุณว่าสามารถป้องกัน หรือรักษาโรคต่างๆ ได้มาบริโภค จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าคนไทยส่วนใหญ่ยังมีลักษณะของการเชื่อถือข้อมูลที่มีการโฆษณา หรือการประชาสัมพันธ์ โดยไม่ได้ศึกษาตาม หรือมีการตรวจสอบข้อเท็จจริงอย่างรอบคอบ เช่น ตัวอย่างของผลิตภัณฑ์ที่มีการสกัดกระดูกอ่อนปลานิลมาแล้วโฆษณาสรรพคุณว่าสามารถใช้รักษาโรคมะเร็งได้ ซึ่งเป็นจริงหรือไม่ยังไม่มีบทพิสูจน์ เพราะยังอยู่ในระหว่างการศึกษาวิจัยของนักวิทยาศาสตร์และนักโภชนาการศาสตร์ การไปซื้อหามารับประทานในขณะที่ผลการศึกษายังไม่ได้ให้ข้อสรุปอย่างชัดเจนแน่นอน เป็นผลมาจากการขาดความเข้าใจและไม่มีการตรวจสอบโดยหลงเชื่อคำโฆษณาที่เกินจริงนั้น ยังมีผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นตามมาคือ ทำให้เกิดการขาดสารอาหาร หรือ ได้รับสารอาหารเกินความต้องการของร่างกายโดยสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพในทุกกลุ่มอายุที่ได้รับผลิตภัณฑ์นั้น

นอกจากนี้ยังมีกระแสของการบริโภคอาหารในลักษณะของอาหารเพื่อสุขภาพ เช่น อาหารมังสวิรัต อาหารเจ อาหารชีวจิต อาหารแนวแมคโครไบโอติก ที่มีการผสมผสานกับพฤติกรรมอื่นๆ ในลักษณะองค์รวม เช่น การทำสมาธิ, การออกกำลังกาย, การขจัดสารพิษออกจากร่างกาย ฯลฯ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาในการรับประทานอาหารอีกประการคือ การรับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ทั้งในรูปของอาหารปกติและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เนื่องจากขาดความรู้ ขาดความเข้าใจและขาดการตรวจสอบ ทั้งในส่วนของการเลือกอาหาร การบริโภคอาหาร โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่ให้พลังงาน และ คลอเรสเตอรอลมากเกินไป เช่น เครื่องในสัตว์ หนังสัตว์ต่างๆ น้ำตาลทราย ฯลฯ ตลอดจนมีพฤติกรรมที่ขาดการออกกำลังกายร่วมด้วย ทำให้เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเป็นโรคต่างๆ ได้เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น

ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยที่เป็นผลมาจากความเชื่อประจำถิ่น เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปรุงจากปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ของคนไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ

สรุปว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยยังขึ้นอยู่กับอิทธิพลของการโฆษณาและสื่อต่างๆ เป็นอันมาก ต้องการการศึกษาวิจัยในด้านนี้เพื่อพิสูจน์คุณภาพของอาหารที่เสนอขายว่าเป็นจริงอย่างที่ระบุไว้หรือไม่ หรือที่จะก่อให้เกิดอันตรายใดๆต่อผู้บริโภคทั้งในระยะสั้น และระยะยาวหรือไม่

1.6 พฤติกรรมการออกกำลังกายของคนไทย

จากการรวบรวมของอำนาจ กาจันะและคณะสำนักนโยบายและแผน เกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ประชากรวัยทำงานมีลักษณะการทำงานที่เปลี่ยนไป คือ ใช้แรงงานลดลง ลักษณะการทำงานแบบนั่งโต๊ะมีมากขึ้น การแข่งขันกันสูง ทำให้เกิดความเครียด ความจำเป็นทางเศรษฐกิจทำให้จำเป็นต้องทำงานล่วงเวลามากขึ้น ตลอดจนสภาพการจราจร มลภาวะเป็นพิษ ค่านิยม ทักษะคติ ทำให้ประชาชนบางส่วนยังไม่เห็นคุณค่าของการออกกำลังกาย กลุ่มคนที่มีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเป็นประจำจึงมีจำนวนน้อยอยู่ และโดยทั่วไปก็ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในการออกกำลังกายไม่ถูกต้องอยู่มาก

นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรในเมืองใหญ่ โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครมีความแออัดมากขึ้น การจราจรติดขัดก็เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ทำให้ธุรกิจเรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เช่น ศูนย์สุขภาพ ศูนย์พัฒนาสุขภาพ เกิดขึ้นมากมาย เพื่อส่งเสริมให้คนได้ออกกำลังกาย แม่บ้านและผู้หญิงเริ่มให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายและนิยมไปออกกำลังกายตามสวนสาธารณะต่างๆ ของกรุงเทพฯ ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเริ่มเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ในขณะที่วัยเด็กและเยาวชนได้ให้ความสนใจในกีฬาที่ทำหายทักษะและความสามารถเพื่อการแข่งขัน จึงสามารถเห็นแนวโน้มของความสนใจที่จะออกกำลังกายของคนไทยมากขึ้นและมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น โดยเฉพาะคนในเขตเมือง ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการรณรงค์ขององค์กรหรือบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือสนใจกับการกีฬาช่วยให้ประชาชนได้รู้ถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการออกกำลังกายสม่ำเสมอรวมทั้งมีการแนะนำการออกกำลังกายด้วยวิธีต่างๆ ตามความเหมาะสมแก่ อายุ เวลา สถานที่ และรสนิยมของแต่ละคน

จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อในปี 2538 พบว่า การออกกำลังกายของประชาชนที่อยู่ในวัย 35-59 ปี จะออกกำลังกายเพียงร้อยละ 32.1 เท่านั้น โดยเขตเมืองจะออกกำลังกายมากกว่าเขตชนบท

ผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง ภาวะเสี่ยง ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการใช้บริการ สุขภาพของคนไทยที่อยู่ในทุกภาค จำนวน 8,085 คน โดยสวนดุสิตโพล สถาบันราชภัฏสวนดุสิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย โดยการเล่นกีฬา (36.93%) และวิ่งเหยาะๆ (35.94%) ส่วนใหญ่ออกกำลังกายก่อนออกไปทำงาน (42.56%) สถานที่ที่ใช้ออกกำลังกายส่วนใหญ่เป็นบ้านพัก (69.70%) และเห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายทำให้สุขภาพแข็งแรง (40.63%) และลดความเครียด อุปสรรคในการออกกำลังกาย คือ ไม่มีเวลา (46.01%) ขาดสิ่งอำนวยความสะดวก (13.64%) และขาดการส่งเสริม (12.21%)

กลุ่มคนระดับกลาง มีความตระหนักของการออกกำลังกาย แต่คนยากจนและเข้ากินค่าตลอดตนชาวบ้านทั่วไปยังไม่ตระหนัก หรือแม้ว่าจะมีความตระหนัก แต่เนื่องจากความจำเป็นบังคับในเรื่องของการประกอบอาชีพและเวลา ทำให้สามารถออกกำลังกายได้

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผน (<http://www.moph.go.th/bhpp/survey/index.html>) พบว่า ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมออกกำลังกายในรอบปีที่ผ่านมาเพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมสุขภาพในเชิงสร้างสรรของประชากรในกลุ่มสำรวจ ดังตารางที่ 4.6 a จะพบว่าประชากรทั้งประเทศ ร้อยละ 53.14 มีการออกกำลังกายโดยกลุ่มประชากรชายมีการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มประชากรหญิงในทุกพื้นที่ประชากรในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนการออกกำลังกายสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ ทั้งกลุ่มชายและ หญิง

ตารางที่ 1.6 a ประชากรที่สำรวจมีกิจกรรมการออกกำลังกายในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาปรับ น้ำหนักของประชากรในเขตเทศบาล กับนอกเขตเทศบาลตามเพศให้เป็นอัตราส่วนของภาคและประเทศ

พื้นที่สุ่มตัวอย่าง	รวม (%)	ชาย	หญิง
กรุงเทพฯ	62.90	74.10	58.30
ภาคกลาง	54.10	59.56	51.79
ภาคเหนือ	44.94	53.21	38.91
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	51.77	57.78	46.50
ภาคใต้	56.94	63.21	51.91
รวม	53.14	60.05	48.62

แหล่งข้อมูล : การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

เมื่อวิเคราะห์ลึกลงไปในเรื่องของความถี่ของผู้ที่มีกิจกรรมการออกกำลังกาย ดังตารางที่ 4.6 b พบว่า ร้อยละ 17.87 ออกกำลังกายทุกวัน มีเพียงร้อยละ 11.61 ออกกำลังกายเป็นครั้งคราว และร้อยละ 6.81 ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ตารางที่ 1.6 b ประชากรที่สำรวจมีกิจกรรมการออกกำลังกายในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาปรับ น้ำหนักของประชากรในเขตเทศบาล กับนอกเขตเทศบาลตามเพศให้เป็นอัตราส่วนของภาคและประเทศ

พื้นที่สุ่มตัวอย่าง	เป็นครั้งคราว	สัปดาห์ละ ครั้ง	สัปดาห์ละ 2-4 ครั้ง	สัปดาห์ ละ > 4 ครั้ง	ทุกวัน
กรุงเทพฯ	16.40	8.1	13.40	4.00	19.70
ภาคกลาง	8.47	6.34	12.24	2.66	22.89
ภาคเหนือ	10.53	5.26	12.33	1.77	13.96
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	12.99	7.34	12.26	2.59	15.51
ภาคใต้	10.20	7.18	16.41	3.53	18.89
รวม	11.61	6.81	12.94	2.76	17.87

แหล่งข้อมูล : การสำรวจสุขภาพสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

จะเห็นว่ามีประชากรเพียงประมาณร้อยละ 10 เท่านั้นที่ออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ซึ่งถือว่ามีปริมาณที่น้อยมาก

1.7 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

ผลการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า ประชากรไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการซื้อยากินเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมากที่สุด แต่ปัจจุบัน กลับมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 51.4 ในพ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 17.14 ใน พ.ศ. 2539 ในขณะที่การเข้าไปใช้บริการการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 15.5 ใน พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 53.9 ใน พ.ศ.2539 อย่างไรก็ตามตั้งแต่กลางปี 2540 เป็นต้นมา แนวโน้มการเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยของประชาชนจะเปลี่ยนมาซื้อยากินเอง และ จะใช้บริการในโรงพยาบาล รัฐมากขึ้น และใช้บริการโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนลดน้อยลง

ตารางที่ 1.7 a รูปแบบการให้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (หน่วย : ร้อยละ)

การให้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย	2513	2522 IPSR	2528 IPSR	2534 HWS	2534 CHPS	2534 HES	2537 BHPP	2538 BHPP (PHS)	2539 BHPP (PHS)
รวมเขตชนบทและเขตเมือง									
ไม่ทำอะไร	2.7	4.2		15.9	18.4	8.5		1.15	0.48
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ	7.7	6.3	2.4	5.7	6.0	7.0		6.2	14.18
ซื้อยากินเอง	51.4	42.3	28.6	38.3	33.0	39.5		19.09	17.14
สถานีนอนมัย	4.4	16.8	14.7	14.8	13.7	9.8		39.84	34.54
โรงพยาบาลของรัฐ	11.1	10.0	32.5	12.9	12.5	19.1		17.79	19.41
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	22.7	20.4	21.8	12.4	16.4	16.1		15.76	24.25
เขตชนบท									
ไม่ทำอะไร				15.6					0.37
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ				5.8	3.4				6.2
ซื้อยากินเอง				38.6	39.4				11.59
สถานีนอนมัย				17.0	19.5				49.57
โรงพยาบาลของรัฐ				12.8	18.0				20.0
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน				10.2	19.7				12.27
เขตเมือง									
ไม่ทำอะไร				17.9			4.0		0.66
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ				4.7			0.0		1.26
ซื้อยากินเอง				36.9			28.0		25.16
หน่วยพยาบาลในสถานประกอบการ							26.0		
สถานีนอนมัย				2.7			0.0		12.81
โรงพยาบาลของรัฐ				13.1			3.7		18.54
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน				24.7			33.3		41.57

แหล่งข้อมูล : 1. IPSR: Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2531.

2. HWS: The Health and Welfare Survey, NSO, 2534.

3. CHPS: Center for Health Policy Studies, Mahidol University, 2534.

4. HES: Health Examination Survey, 2534.

5. BHPP: Bureau of Health Policy & Plan, MOPH, 2536.

6. PHS: Provincial Health Survey, BHPP 2538, 2539.

หมายเหตุ : Different definition of illness in different sources.

เมื่อมีปัญหาสุขภาพทั่วไป ดูแลตนเองอย่างไร (ผู้ตอบคำถามอาจจะตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) พบว่าร้อยละ 37.4 ของประชากรที่สำรวจซื้อยากินเอง ส่วนที่ดูแลตนเองโดยไม่ใช้ยามีร้อยละ 5.28 และมีการใช้ยาสมุนไพรเพียงร้อยละ 3.16 (ตารางที่ 1.7 b)

ตารางที่ 1.7 b การดูแลตนเองของประชากรวัยแรงงาน 13-59 ปี ที่สำรวจเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปรับน้ำหนักประชากรตามพื้นที่ที่สุ่มตัวอย่างและเขตเทศบาล

พื้นที่ที่สุ่มตัวอย่าง	ไม่ทำอะไร	ดูแลตัวเอง	ใช้สมุนไพร	ซื้อยากินเอง
กรุงเทพมหานคร	2.40	9.5	3.4	45.7
ภาคกลาง	2.11	4.72	1.69	33.7
ภาคเหนือ	1.82	3.93	4.99	34.6
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.85	5.76	3.29	39.1
ภาคใต้	1.00	2.58	2.53	34.4
รวม	1.54	5.28	3.16	37.4

แหล่งข้อมูล : การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

การใช้บริการในการดูแลปัญหาสุขภาพ

การใช้บริการต่างๆ ในการดูแลปัญหาสุขภาพ พบว่า การใช้บริการสถานบริการของรัฐมีอัตราส่วนสูงถึงร้อยละ 64.64 และใช้สถานบริการเอกชนร้อยละ 29.94 ส่วนการใช้บริการจากหมอพื้นบ้านมีเพียงร้อยละ 1.94 เท่านั้น (ตารางที่ 1. 7c)

ตารางที่ 1.7 c การดูแลตนเองของประชากรวัยแรงงาน 13-59 ปี ที่สำรวจเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปรับน้ำหนักประชากรตามพื้นที่ที่สุ่มตัวอย่างและเขตเทศบาล

พื้นที่ที่สุ่มตัวอย่าง	หมอพื้นบ้าน	สถานบริการของรัฐ	สถานบริการเอกชน
กรุงเทพมหานคร	1.60	41.20	47.40
ภาคกลาง	1.54	51.46	34.11
ภาคเหนือ	2.02	78.01	33.92
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2.01	73.60	14.61
ภาคใต้	2.69	69.71	38.68
รวม	1.94	64.64	29.94

แหล่งข้อมูล : การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

การบริโภทยา

จากรายงานของการสาธารณสุขไทย 2540-2541 สำนักนโยบายและแผนมูลค่าการบริโภทยาของคนไทยใน พ.ศ. 2541 ประมาณ 46,400 ล้านบาท (ราคาขายส่ง) หรือประมาณ 83,516 ล้านบาท (ราคาขายปลีก) คิดเป็นร้อยละ 29.5 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดซึ่งนับว่าสูงมาก เพราะในประเทศที่พัฒนาแล้วสัดส่วนนี้จะประมาณร้อยละ 8 – 20 เท่านั้น การบริโภทยาของคนไทยโดยผ่านการแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์ เภสัชกร และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ) จะมี ประมาณสองในสาม ที่เหลือจะ บริโภคโดยการตัดสินใจของประชาชนเอง โดยอาศัยคำแนะนำจากญาติ เพื่อน หรือโฆษณา อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มว่าประชากรนิยมที่จะบริโภคผ่านการตัดสินใจและแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่จากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายสุขภาพของประชาชนที่ผ่านผู้ประกอบวิชาชีพลดลง ส่วนค่าใช้จ่ายในการซื้อยาเกินเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นรายงานผลการศึกษานั้นยังแสดงให้เห็นว่าในทุกระดับมีการบริโภทยาอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็น โดยเฉพาะการบริโภทยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด ยาแก้หวัด ปัญหานี้นอกจากจะเกิดผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาแล้วยังเป็นเหตุให้มีปัญหาจากพิษภัยของยาทั้งโดยตรงและจากการแพ้ยา

1.8 พฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

1.8.1 การศึกษาพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัย

ข้อมูลนี้ได้จากรายงานการศึกษาอัตราการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขีรถยนต์ใน 4 จังหวัด คือ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ นครราชสีมา และภูเก็ต ใน พ.ศ. 2539 โดย นายแพทย์วิชัย เอกพลากร และคณะ เพื่อทราบความรู้ ความคิดเห็น เกี่ยวกับการคาดเข็มขัดนิรภัยในคนขับรถยนต์ประเภทต่างๆ เนื่องจากเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2539 ประเทศไทยได้เริ่มมีกฎหมายบังคับให้มีการคาดเข็มขัดนิรภัยในผู้ขับขีรถยนต์และผู้โดยสารด้านหน้า การศึกษานี้ต้องการจะศึกษาถึงสถานการณ์การคาดเข็มขัดนิรภัยใน คนขับรถยนต์และผู้โดยสารด้านหน้าของรถยนต์ประเภทต่างๆ จำนวน 4 ประเภท คือ รถเก๋ง กระบะ กระบะดัดแปลง ตู้ และแท็กซี่ การเก็บข้อมูล โดย การสังเกตการคาดเข็มขัดของคนขับและผู้โดยสารด้านหน้าของรถยนต์ที่วิ่งมาจอบริเวณสี่แยกไฟแดงสำหรับรถที่วิ่งในเมือง และทางแยกที่มีการชะลอรถสำหรับรถที่วิ่งระหว่างเมือง และการสัมภาษณ์คนขับรถทั้ง 4 ประเภท เกี่ยวกับความเห็นของการคาดเข็มขัดนิรภัย การศึกษานี้ได้มีการสำรวจ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เดือนมกราคม 2539 ซึ่งเป็นเดือนที่กฎหมายเริ่มบังคับใช้ และ ครั้งที่ 2 ใน 6 เดือนต่อมา (เดือนกรกฎาคม)

จากการศึกษาได้ตัวอย่างจากการสังเกตในเดือนมกราคม รวม 47,045 คัน เดือนกรกฎาคม รวม 76,173 คัน และจากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งได้คนขับรถยนต์ประเภทละ 300 คัน รวม 1200 คัน สำหรับจังหวัดในส่วนภูมิภาค และ 1600 คัน สำหรับกรุงเทพฯ (เพิ่มแท็กซี่อีกประมาณ 300 คัน) ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า

อัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยอยู่ในระดับที่ต่ำและมีแนวโน้มลดลงภายใน 6 เดือนหลังประกาศใช้กฎหมาย : อัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยของคนขับรถยนต์รวม 4 จังหวัด รถทุกประเภท เดือนมกราคม 2539 เท่ากับร้อยละ 42.7 ส่วนในเดือนกรกฎาคมปีเดียวกัน ลดลงเหลือร้อยละ 30.7 อัตราการคาดลดลง ร้อยละ 28.1 ของอัตราเดิม

อัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้โดยสารด้านหน้า ในเดือนมกราคม 2539 เท่ากับร้อยละ 37.0 ส่วนในเดือนกรกฎาคมปีเดียวกัน ลดลงเหลือเท่ากับร้อยละ 16.5 อัตราการคาดลดลงร้อยละ 55.4 ของอัตราเดิม

อัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยของจังหวัดในภูมิภาคต่ำกว่าในกรุงเทพฯ : อัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยของคนขับรถยนต์จำแนกตาม 4 จังหวัด ในเดือนมกราคมและกรกฎาคม 2539 สูงสุดในกรุงเทพมหานคร (64.9%, 42.1%) รองลงมาภูเก็ต (30.6%, 24.6) เชียงใหม่ (25.9%, 22.1%) และนครราชสีมา (22.4%, 18.5) ตามลำดับ จังหวัดที่มีอัตราการคาดลดลงมากที่สุดของอัตราเดิม คือ กรุงเทพฯ ร้อยละ 35.1 รองลงมาภูเก็ต นครราชสีมา และเชียงใหม่ เท่ากับร้อยละ 19.6, 17.4 และ 14.7 ตามลำดับ

คนขับรถหญิงมีอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยเป็น 1.2 เท่าของผู้ชาย ในเดือนมกราคม 2539 คนขับรถเพศหญิงมีอัตราการคาดสูงกว่าในคนขับเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ (48.5%, และ 41.7% ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามในเดือนกรกฎาคม อัตราคาดลดลงทั้งเพศหญิงและเพศชาย (36.7%, 29.8% ตามลำดับ) คนขับชายมีอัตราการลดลงของการคาดมากกว่าคนขับหญิง โดยลดลงเท่ากับร้อยละ 28.5 และ 24.3 ของอัตราเดิม ตามลำดับ

คนขับรถภายในเมืองมีอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยน้อยกว่าคนขับระหว่างเมือง : คนขับระหว่างเมืองมีอัตราคาดเป็น 1.7 เท่าของคนขับในเมือง เดือนมกราคมเท่ากับร้อยละ 36.2 และ 49.1 ตามลำดับ ส่วนเดือนกรกฎาคมเท่ากับร้อยละ 26.2 และ 35.0 ตามลำดับ

คนขับรถกระบะและรถตู้มีอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยต่ำสุด: คนขับรถประเภทที่มีการคาดเข็มขัดมากที่สุดคือ รถแท็กซี่ในการสำรวจครั้งที่ 1 และ 2 เท่ากับร้อยละ 88.0, 47.1 ตามลำดับ รองลงมาคือ รถเก๋ง (53.5%, 40.6%) รถกระบะดัดแปลง (32.0%, 22.1%) รถตู้ (31.4%, 23.3%) ตามลำดับ และรถกระบะ (26.5%, 22.2%) ตามลำดับ แต่รถที่ผู้โดยสารด้านหน้ามีอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยต่ำสุดคือ รถแท็กซี่ โดยมีอัตราการคาดเป็น 1 ใน 3 ของผู้โดยสารที่นั่งรถเก๋งเท่านั้น

ถ้าคนขับรถคาดเข็มขัดนิรภัย จะทำให้ผู้โดยสารด้านหน้าคาดด้วย: โดยในรถที่คนขับคาดเข็มขัดนิรภัยนั้น ผู้โดยสารด้านหน้าจะมีอัตราการคาดเป็น 31 เท่าของผู้โดยสารที่คนขับไม่คาด, ในเดือนกรกฎาคมพบว่า ในรถที่คนขับรถคาดเข็มขัดนิรภัย ผู้โดยสารด้านหน้าร้อยละ 48.8 จะคาดเข็มขัดนิรภัยด้วย แต่ถ้าคนขับไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ผู้โดยสารด้านหน้าเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้นที่คาดเข็มขัดนิรภัย

ในเดือนมกราคมพบว่า อายุที่มีการคาดเข็มขัดน้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุต่ำกว่า 26 ปี คือร้อยละ 31.7 กลุ่มอายุที่มีการคาดสูงสุดคือ 26-35 ปี ร้อยละ 39.7 รองลงมาคือ 36-45 ปี และ >45 ปี เท่ากับ 35.2 และ 32.0 ตามลำดับ การสำรวจในเดือนกรกฎาคม พบว่า อัตราการคาดลดลงทุกกลุ่มอายุ ยกเว้นกลุ่มอายุน้อยกว่า 26 ปีที่มีอัตราการคาดสูงขึ้นเป็นร้อยละ 34.5 โดยกลุ่มอายุที่มีอัตราการคาดต่ำสุดคืออายุมากกว่า 45 ปี (30.8%) อย่างไรก็ตาม ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การบังคับใช้กฎหมายน่าจะเป็นมาตรการที่ได้ผลมากที่สุด : ในการสำรวจครั้งที่ 1 พบว่า คนที่ขับรถที่จดทะเบียนหลัง 7 ตุลาคม 2539 (ซึ่งกฎหมายบังคับให้คาดเข็มขัดนิรภัยทุกราย) มีอัตราการคาดเท่ากับร้อยละ 47.8 ซึ่งลดลง เป็นร้อยละ 45.4 การสำรวจครั้งที่ 2 พบว่าคนที่ขับรถที่จดทะเบียนก่อน 8 ตุลาคม 2539 มีอัตราการคาดเพิ่มขึ้นจากการสำรวจเดือนมกราคม ร้อยละ 29.4 เป็นร้อยละ 30.8 ในเดือนกรกฎาคม

ในเดือนมกราคม คนขับร้อยละ 8.4 ไม่ทราบว่าขณะนี้มีกฎหมายเกี่ยวกับการบังคับคาดเข็มขัดนิรภัย ลดลงเหลือร้อยละ 1.9 ในเดือนกรกฎาคม อัตราการคาดเข็มขัดในกลุ่มที่ทราบว่ามีความหมายในเดือนมกราคม และกรกฎาคม เท่ากับร้อยละ 37.1 และ 34.5 ตามลำดับ และอัตราการคาดในกลุ่มไม่ทราบว่ามีความหมายเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 32.7 ในเดือนกรกฎาคม เพิ่มจากเดือนมกราคม (ร้อยละ 14.7)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคาดเข็มขัดนิรภัย

1. คนไม่คาดเข็มขัดนิรภัยส่วนหนึ่งไม่เชื่อว่าการคาดเข็มขัดนิรภัยจะช่วยป้องกันอันตรายได้: ความเห็นเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการคาดเข็มขัดไม่เปลี่ยนแปลงในการสำรวจ 2 ครั้ง คนในกลุ่มที่คาดเข็มขัดเป็นประจำร้อยละ 96.7 ยังมีความเห็นว่าการคาดเข็มขัดนิรภัยสามารถป้องกันอันตรายได้ แต่ร้อยละ 7.3 มีความเห็นว่าทำให้หนีออกจากรถลำบาก อึดอัดร้อยละ 4.0 และไม่แน่ใจว่าช่วยป้องกันร้อยละ 2.0 ส่วนในกลุ่มที่ไม่คาดประจำหรือไม่คาดเลย มีความเห็นว่าเข็มขัดนิรภัยช่วยป้องกันอันตรายร้อยละ 73.0 ในเดือนกรกฎาคม (ลดลงจาก 77.8 ในเดือนมกราคม) ไม่แน่ใจว่าการคาดเข็มขัดนิรภัยช่วยป้องกันอันตราย ร้อยละ 18.2 ความเห็นว่าการคาดเข็มขัดนิรภัยทำให้หนีจากรถลำบากเวลาเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 18.2 ทำให้เกิดอันตราย ร้อยละ 4.4 และอึดอัดไม่คล่องตัวร้อยละ 3.4

2. เหตุผลที่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยในกลุ่มที่ไม่คาดเลยในเดือนมกราคม และเดือนกรกฎาคมให้เหตุผลไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าอึดอัด ร้อยละ 50.6 รองลงมาคือ คิดว่าไม่จำเป็นเนื่องจากไม่ได้ขับรถเร็วหรือขับในเมือง (ร้อยละ 43.9) ลืมใส่ (ร้อยละ 17.4) ไม่สะดวกในการขับรถ (ร้อยละ 17.1) กลัวปลดออกยาก (ร้อยละ 14.5) และไม่มีเวลาต้องการรีบ (ร้อยละ 0.3)

3. ความคิดเห็นว่าเมื่อไรจะคาดเข็มขัดนิรภัยในกลุ่มที่ไม่คาดประจำ : พบว่าร้อยละ 75.2 บอกว่าจะคาดเมื่อเดินทางไกล ร้อยละ 23.2 คาดเมื่อจำได้ และร้อยละ 4.9 จะคาดเมื่อกฎหมายบังคับ

ตารางที่ 1.8 a อัตราร้อยละการคาดเข็มขัดนิรภัยจำแนกตามคนขับรถและผู้โดยสารด้านหน้า จากการสำรวจโดยการสังเกต รวม 4 จังหวัด (กรุงเทพมหานคร, เชียงใหม่, นครราชสีมา, ภูเก็ต) เดือนมกราคม, กรกฎาคม 2539

ลักษณะ	เดือนมกราคม		เดือนกรกฎาคม		%
	จำนวนที่ สังเกต	คาดเข็มขัด ร้อยละ (95%CI)	จำนวนที่ สังเกต	คาดเข็มขัด ร้อยละ (95%CI)	
คนขับ	46,949	42.7 (42.2, 43.1)	76,188	30.7 (30.4, 31.1)	-28.1**
ผู้โดยสารด้านหน้า	21,882	37.0 (36.4, 37.7)	31,856	16.5 (16.1, 16.9)	-55.4

* เฉพาะรถที่มีผู้โดยสารด้านหน้า 1 คน

** เครื่องหมายติดลบหมายถึง เปอร์เซ็นต์อัตราคาดลดลงจากอัตราเดิม

แหล่งข้อมูล รายงานการศึกษาอัตราการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์ใน 4 จังหวัด คือ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ นครราชสีมา และภูเก็ต ใน พ.ศ. 2539 โดย นายแพทย์วิชัย เอกพลกร และคณะ

ตารางที่ 1.8 b อัตราร้อยละการคาดเข็มขัดนิรภัยจำแนกตามคนขับรถและผู้โดยสารด้านหน้าจากการสำรวจโดยการสังเกต จำแนกตาม 4 จังหวัด เดือนมกราคม, กรกฎาคม 2539

ลักษณะ	เดือนมกราคม		เดือนกรกฎาคม		%
	จำนวนที่ สังเกต	คาดเข็มขัด ร้อยละ (95%CI)	จำนวนที่ สังเกต	คาดเข็มขัด ร้อยละ (95%CI)	
คนขับ					
กรุงเทพฯ	20,255	64.9 (64.3, 65.6)	34,603	42.1 (41.6, 42.6)	-35.1
เชียงใหม่	9,974	25.9 (25.0, 26.7)	14,988	22.1 (21.4, 22.8)	-14.7
นครราชสีมา	9,899	22.4 (21.6, 23.3)	16,366	18.5 (17.9, 19.1)	-17.4
ภูเก็ต	6,821	30.6 (29.5, 31.7)	10,231	24.6 (23.7)	-19.6
ผู้โดยสารด้านหน้า*					
กรุงเทพฯ	10,108	60.9 (60.0, 61.9)	13,183	23.7 (22.9, 24.4)	-61.1
เชียงใหม่	3,839	13.9 (12.8, 14.9)	5,703	9.9 (9.2, 10.7)	-28.8
นครราชสีมา	4,725	13.4 (12.5, 14.4)	7,695	8.3 (7.7, 8.9)	-38.1
ภูเก็ต	3,210	24.3 (22.8, 25.7)	5,275	17.6 (16.6, 18.6)	-27.6

* เฉพาะรถที่มีผู้โดยสารด้านหน้า 1 คน

แหล่งข้อมูล รายงานการศึกษาดัชนีการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์ใน 4 จังหวัด คือ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ นครราชสีมา และภูเก็ต ใน พ.ศ. 2539 โดย นายแพทย์วิชัย เอกพลากร และคณะ

ตารางที่ 1.8 c อัตราร้อยละการคาดเข็มขัดนิรภัยจำแนกตามลักษณะของคนขับรถประเภทต่างๆ จากการสำรวจโดยการสังเกตรวม 4 จังหวัด (กรุงเทพมหานคร, เชียงใหม่, นครราชสีมา, ภูเก็ต) เดือนมกราคม, กรกฎาคม 2539

ลักษณะ	เดือนมกราคม		เดือนกรกฎาคม		%
	จำนวนที่ สังเกต	คาดเข็มขัด ร้อยละ (95%CI)	จำนวนที่ สังเกต	คาดเข็มขัด ร้อยละ (95%CI)	เปลี่ยน แปลง
เพศ					
ชาย	40,098	41.7 (41.2, 42.2)	65,455	29.8 (29.4, 30.1)	-28.5
หญิง	6,851	48.5 (47.4, 49.7)	10,728	36.7 (35.8, 37.6)	-24.3
สถานที่					
ในเมือง	23,532	36.2 (35.6, 36.8)	37,181	26.2 (25.8, 26.7)	-27.6
นอกเมือง	23,417	49.1 (48.5, 49.8)	39,007	35.0 (34.6, 35.5)	-28.7
เวลา					
07.00-09.00 น.	24,511	42.4 (41.8, 43.0)	37,923	32.8 (32.3, 33.3)	-22.6
10.00-12.00 น.	22,438	43.0 (42.4, 43.6)	38,265	28.7 (28.3, 29.2)	-33.3
วัน					
จันทร์-ศุกร์	33,720	41.4 (40.8, 41.9)	54,965	30.5 (30.1, 30.9)	-26.3
เสาร์-อาทิตย์	13,229	46.1 (45.2, 46.9)	21,223	31.3 (30.7, 31.9)	-32.1
ประเภทรถ					
เก๋ง	18,285	53.5 (52.7, 54.2)	30,439	40.6 (40.9, 41.2)	-24.1
กระบะ	15,456	26.5 (25.8, 27.2)	24,107	20.9 (20.4, 21.4)	-21.1
กระบะดัดแปลง	6,372	32.0 (30.9, 33.2)	11,960	22.1 (21.3, 22.8)	-30.9
ตู้	3,352	31.4 (29.8, 33.0)	4,904	23.3 (22.1, 24.5)	-25.8
แท็กซี่	3,484	88.0 (86.9, 89.1)	4,754	47.1 (45.6, 48.5)	-46.5

แหล่งข้อมูล รายงานการศึกษาอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์ใน 4 จังหวัด คือ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ นครราชสีมา และภูเก็ต ใน พ.ศ. 2539 โดย นายแพทย์วิชัย เอกพลากร และคณะ

1.8.2 การศึกษาพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย

อุบัติเหตุยานยนต์เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดการตาย การบาดเจ็บ และความเสียหายต่อทรัพย์สินเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราตายและอัตราผู้ป่วยในจากอุบัติเหตุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว หลัง พ.ศ. 2530 และสูงขึ้นทุกปี พ.ศ. 2535 มีอัตราตาย 19.2 ต่อแสนประชากร (สำนักงานนโยบายและแผน, 2535) จากรายงานของกรมตำรวจ กระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2535 อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์สูงเป็นอันดับ 2 ของอุบัติเหตุยานยนต์ทั้งหมด โดยเป็นสาเหตุการบาดเจ็บทางศีรษะที่สำคัญที่สุดในอุบัติเหตุจราจรทั้งหมด อย่างไรก็ตามเมื่อรัฐบาลได้ประกาศพระราชกฤษฎีกาหมวกนิรภัย พ.ศ. 2535 ในวันที่ 14 กันยายน 2535 และมีผลบังคับใช้ในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2535 และมีผลบังคับใช้บางจังหวัด และทั่วประเทศภายใน 1 และ 2 ปีหลังประกาศ

นวรรัตน์ เพ็ชรเจริญ และคณะ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย และปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่ และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาหมวกนิรภัย และจังหวัดอื่นๆ อีก 8 จังหวัด โดยการสุ่มตัวอย่าง คือ เชียงใหม่, น่าน, อุตรดิตถ์, ศรีสะเกษ, ชลบุรี, ราชบุรี, ภูเก็ต และ ชุมพร ในเขตอำเภอเมือง และอำเภออื่นอีกหนึ่งแห่ง ในช่วงระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2535 ถึง กุมภาพันธ์ 2536 (นวรรัตน์ เพ็ชรเจริญ, 2538) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์และผู้โดยสาร รวม 3,275 คน เป็นผู้ขับขี่ 2,403 คน ผู้โดยสาร 872 คน เป็นเพศชายร้อยละ 62.7 อายุระหว่าง 15-30 ปี ในภาพรวมพบว่าผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์มีอัตราการสวมหมวกนิรภัยร้อยละ 19.2 และผู้โดยสารมีอัตราการสวมหมวกร้อยละ 9.7 ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างต่ำ จังหวัดที่มีอัตราการสวมหมวกนิรภัยสูงสุดคือ กรุงเทพมหานคร โดยผู้ขับขี่มีอัตราการสวมหมวก ร้อยละ 14.6 รองลงมาคือ ชลบุรี ผู้ขับขี่มีอัตราการสวมหมวกร้อยละ 30.0 และผู้โดยสารมีอัตราการสวมหมวก ร้อยละ 11.7 (ตารางที่ 1.8.2 a) สำหรับช่วงเวลาที่ไม่สวมใส่ พบว่ามีการสวมหมวกนิรภัยมากที่สุดในวันราชการ ส่วนในวันหยุดจะน้อยกว่า

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์พบว่าร้อยละ 62 มีหมวกนิรภัย เป็นของตนเอง ส่วนที่ไม่มีมี ร้อยละ 47.3 ให้เหตุผลว่าไม่ใช่สิ่งจำเป็น สำหรับกลุ่มที่สวมหมวกนิรภัยร้อยละ 37.3 สวมประจำและร้อยละ 56.2 สวมเป็นครั้งคราว กลุ่มที่สวมเป็นประจำและร้อยละ 57.9 ให้เหตุผลว่า ป้องกันอุบัติเหตุและเหตุผลที่ไม่สวม คือ รู้สึกอึดอัดไม่สบาย ร้อยละ 53.7 (ตารางที่ 1.8.2 b) สำหรับชนิดของหมวกนิรภัยที่สวม พบว่า ร้อยละ 56.6 สวมแบบปิดเต็มหน้า ร้อยละ 40.9 สวมแบบเต็มใบ และร้อยละ 2.5 สวมแบบครึ่งใบ การมีเครื่องหมายมาตรฐานพบว่า ร้อยละ 19.7 มีเครื่องหมายมาตรฐาน การคาดสายรัดคางพบว่า ร้อยละ 92.9 คาดสายรัดคางให้แน่นพอดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะทางที่ขับขี่ ความรู้ และทัศนคติที่มีต่อการสวมหมวกนิรภัย และต่อกฎหมายหมวกนิรภัย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกฎหมายหมวกนิรภัยและการมีประสบการณ์ การได้รับบาดเจ็บจากรถจักรยานยนต์

กลุ่มที่มีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยไม่เหมาะสมได้แก่ กลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มอาชีพและสถานภาพสมรสที่มีการสวมหมวกนิรภัยไม่เหมาะสม คือกลุ่มนักเรียน นักศึกษาและกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสโสด ซึ่งกลุ่มอายุดังกล่าวมีพฤติกรรมชอบเสี่ยง เช่นชอบขับซิ่งเร็วโลดโผน ดังนั้นมักเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาสินี วงศ์ประเสริฐ เกี่ยวกับการยอมรับการใช้หมวกนิรภัยของผู้ขับขี่ ในกรุงเทพมหานคร พบว่าอัตราส่วนของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีอัตราส่วนในการยอมรับหมวกนิรภัยมากกว่า (วิลาสินี วงศ์ประเสริฐ, 2529)

กล่าวได้ว่าหลังจากการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาหมวกนิรภัย ปี 2535 เมื่อได้มีการศึกษาถึงความรู้ในเรื่องกฎหมายหมวกนิรภัย ทักษะที่มีต่อกฎหมาย ค่อนข้างน้อยขณะที่ความรู้และทัศนคติของการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นหากมีอุบัติเหตุ อยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างดี (สุจิตรา หัตถเที่ยง, 2535 , นวรัตน์ และ คณะ 2538)

ตารางที่ 1.8. d ร้อยละของผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่สวมหมวกนิรภัย จากการตรวจนับบนถนนสายหลัก

จังหวัด	ผู้ขับขี่	ผู้โดยสาร
กทม. – เขตพญาไท	57.9	17.5
- เขตพระโขนง	49.8	15.9
- เขตท่าพระ	38.2	10.4
ชลบุรี – อ.เมือง	19.2	6.5
- อ. บางละมุง	40.9	16.9
ราชบุรี – อ.เมือง	21.3	27.1
ศรีสะเกษ – อ.เมือง	9.2	4.4
- อ.อุทุมพรพิสัย	16.1	5.5
อุดรธานี - อ.เมือง	13.9	9.2
- อ.หนองหาน	22.7	22.3
เชียงใหม่ - อ.เมือง	15.7	1.9
- อ.สันป่าตอง	22.7	9.3
น่าน - อ.เมือง	8.4	3.5
- อ.ปัว	15.4	6.6
ชุมพร - อ.เมือง	4.8	0.8
ภูเก็ต - อ.เมือง	9.5	2.0
- อ.กระบุรี	3.2	1.1

แหล่งข้อมูล : การศึกษาพฤติกรรมและการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ในประเทศไทย (นวรัตน์ เพ็ชรเจริญ, และคณะ)

ตารางที่ 1.8.2 e พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยและพฤติกรรมการขี่และการโดยสารของผู้ขี่และรถจักรยานยนต์

การสวมหมวกนิรภัย	กรุงเทพมหานคร		8 จังหวัด		รวม
	ผู้ขี่ (ร้อยละ)	ผู้โดยสาร (ร้อยละ)	ผู้ขี่ (ร้อยละ)	ผู้โดยสาร (ร้อยละ)	
มีหมวกนิรภัย	79.1	64.5	62.9	43.5	62.0
มีรถจักรยานยนต์เป็นของตนเอง	86.7	-	87.9	-	87.7
เหตุที่ไม่มีหมวกนิรภัย					
ไม่มีเงินซื้อ/ราคาแพง	13.3	5.5	21.4	20.0	20.1
คิดว่าไม่ใช่สิ่งจำเป็น	31.5	36.4	43.6	45.6	42.3
กฎหมายยังไม่บังคับใช้	17.5	23.6	26.3	24.3	24.4
ไม่ชอบสวมหมวก/ไม่สะดวก	17.5	9.0	7.8	5.0	7.9
ขับรถระยะใกล้/นานๆ ครั้ง	31.0	31.5	16.8	20.6	19.9
ถ้าขณะนี้ยังไม่ต่อไปจะซื้อหรือไม่ซื้อ	68.0	57.4	61.4	56.4	59.6
ถ้าขณะนี้หมวกนิรภัยอยู่แล้วสวมขณะขี่หรือโดยสารหรือไม่					
สวมประจำ	45.4	51.9	34.1	20.6	37.3
สวมครั้งคราว	48.4	44.2	55.0	66.4	56.2
ไม่เคยสวม	5.1	3.9	10.9	13.0	6.6
การคาดสายรัดคางทุกครั้ง	82.3	83.6	80.3	75.9	80.3
เหตุผลที่สวมหมวกนิรภัยขณะขี่/โดยสารเป็นประจำเพราะ					
กลัวอุบัติเหตุ	55.2	39.0	53.9	53.0	52.9
บังลม/กันฝุ่น	19.5	22.0	39.5	30.2	38.2
เคยชิน	22.0	18.7	3.4	3.7	4.1
เป็นตัวอย่างที่ดี	5.3	0.0	6.9	0.2	4.0

ตารางที่ 1.8.2 e (ต่อ) พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยและพฤติกรรมการขับขี่และการโดยสารของผู้ขับขี่และรถจักรยานยนต์

การสวมหมวกนิรภัย	กรุงเทพมหานคร		8 จังหวัด		
	ผู้ขับขี่ (ร้อยละ)	ผู้โดยสาร (ร้อยละ)	ผู้ขับขี่ (ร้อยละ)	ผู้โดยสาร (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
สวมเป็นครั้งคราว					
เมื่อขับขี่ในระยะไกล และ/หรือ ไปต่างจังหวัด	60.0	55.0	73.5	68.1	70.8
เมื่อขับขี่บนถนนสายเล็ก	30.0	20.0	17.5	0.2	19.3
เมื่อขับขี่เวลากลางวัน	23.5	37.5	27.7	28.5	26.8
อื่นๆ	16.6	14.3	13.9	13.6	13.3
ไม่สวมหมวกนิรภัยเพราะ					
อึดอัด ไม่สบาย	36.8	47.1	58.6	56.8	53.7
ไม่สะดวก ไม่มีที่เก็บ	34.5	33.3	56.1	47.1	49.0
มองไม่เห็น	29.7	31.8	32.3	20.8	28.9
รบกวนการได้ยิน	9.7	12.6	32.3	24.4	26.5
อื่นๆ	24.4	6.9	14.7	20.9	16.6
ขับขี่รถจักรยานยนต์โดยอาชีพ	36.7	-	7.8	-	17.4
ระยะทางที่อยู่บนถนนต่อวัน					
0-10 กิโลเมตร	64.3	69.9	45.0	54.1	52.5
11-20 กิโลเมตร	4.2	3.6	21.2	12.1	17.2
21-50 กิโลเมตร	11.5	7.8	22.2	16.4	18.6
50 กิโลเมตรขึ้นไป	20.0	18.7	10.7	5.4	11.8

แหล่งข้อมูล : การศึกษาพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้โดยสารจักรยานยนต์ในประเทศไทย (นวรรตน์ เพ็ชรเจริญ, และคณะ)

บรรณานุกรม

- กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542). ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ ประเทศไทย. กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542). สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และ ผู้ติดเชื้อ ที่มีอาการของประเทศไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2541. (เอกสารอัดสำเนา)
- กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี พ.ศ. 2539 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- กองบังคับการตำรวจจราจร. สถิติอุบัติเหตุจราจรในเขตกทม. พ.ศ.2530 – 2535 เอกสารรายงานของกองกำกับกลางกรมตำรวจ กระทรวงมหาดไทย.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักรายการรัฐมนตรี. ครอบครัว. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว, 2537:5-7
- คณะกรรมการพัฒนาครอบครัวและแก้ไขความรุนแรงต่อเด็กและสตรี สำนักรายการรัฐมนตรี. นโยบายและแผนในการพัฒนาสถาบันครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, 2541:6
- คำานวน อึ้งชูศักดิ์ และคณะ. (2532). รายงานวิจัยการศึกษาพฤติกรรมกำป้องกันโรคเอดส์ของ นักเรียนชายระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดขอนแก่น. กระทรวงสาธารณสุข.
- แคร์รี วิคเตอร์, ฟิลิป เกสท์, วาทีนี บุญชะลิกษ์, นิตยา พิริยะธรรมวงศ์, นิมา ปิโอะเฮนา, อรุณวรรณ ปาปะโคน. รายงานวิจัยฉบับภาษาไทย เรื่องการติดตามผู้ย้ายถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : การย้ายถิ่นเป็นการเพิ่มรายได้หรือเพิ่มความเครียดให้กับครอบครัวชนบท. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- จักรกริณี กนกกันท์พงษ์ และสุจิตรา ลีลาวัฒน์. (2523). ผลของสุราต่อการขับอุบัติเหตุ จราจร. วารสารสงขลานครินทร์ 3 (165-169).
- ชูชัย ศุภวงศ์ สุภกร บัวสาย และนวลอนันต์ ดันติเกตุ. (2540). รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย. สถาบันการบริโภคนยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- ชวลิต ยอดมณี และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ของการติดยาเสพติดกับการก่อ อาชญากรรม (มปท.)
- ธงชัย อุ่นเอกลาภ. (2541). การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. (หน้า 1-5).
- เทพินทร์ พัทธานุกรม. (2541). พฤติกรรมการบริโภคสุรา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การ

สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- นรินทร์ เพ็ชรเจริญ และคณะ. การศึกษาพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ในประเทศไทย : สารศิริราช, 2541; 50,9 : 851-860.
- นิตยา กัทลิตระพันธ์. รายงานผลการวิจัยการศึกษาสถานภาพและนโยบายเกี่ยวกับเด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาส : เด็กเร่ร่อน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535
- นรินทร์ กรินชัย. พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายในสังคมไทยเมื่อ 60 ปี. ค.ศ. 2000: ประสพการณ์จากมุมมองของมูลนิธิศูนย์ฮอทไลน์. รวมบทความการประชุมวิชาการอนามัยครอบครัว เรื่อง ครอบครัวล้มละลายเราป้องกันได้. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542: 35-36.
- นิตยา ชัยภักดิ์. รายงานผลการวิจัยวิถีชีวิตครอบครัวในรอบต่อของศตวรรษ. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว, 2540. (อัคราณา)
- ประทีป วาทีสากรกิจ. (2539). การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทย. ใน สมชัย บวรกิตติ และ จอห์น พี. ลอฟต์ส (บรรณาธิการเฉพาะกิจ) สารศิริราช, 48. (หน้า 561-565)
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. ฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์, 2542.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และคันสนีย์ เรืองสอน. (บรรณาธิการ) (2541). องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งแสง.
- พริยา จารุทรัพย์. (2538). โรคเอดส์เชิงสังคมวัฒนธรรมไทยที่สะท้อนผ่านหนังสือพิมพ์รายงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- เพ็ญศรี พิชัยสนธิ. อนามัยครอบครัว. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์การพิมพ์, 2528: 178.
- เพ็ญศรี พิชัยสนธิ. ความรุนแรงในครอบครัวใน. รวมบทความการประชุมวิชาการอนามัยครอบครัว เรื่อง ครอบครัวล้มละลายเราป้องกันได้. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542: 80-84.
- ภัสสร ลิมานนท์, เกื้อ วงศ์บุญสิน, สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์, วิพรรณ ประจวบเหมาะ รุฟโฟโล. สรุปผลวิจัยเบื้องต้นโครงการศึกษาครอบครัวไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
- โรงงานยาสูบ. (2535) โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง: ครบรอบ 53 ปี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เนชั่นพับลิชชิง กรุ๊ป.
- ลาดทองใบ ภูอภิรมย์. รายงานการวิจัยบทบาทของครอบครัวในการป้องกันยาเสพติด.

กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2530.

มาลินี วงษ์สิทธิ์. ทศนคติต่อค่านิยมเกี่ยวกับครอบครัวในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร:

สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

วิชัย โปษยะจินดา และคณะ (2541) โครงการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์เพื่อ หามาตรการทางเลือกป้องกันแก้ไข: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

วิชัย เอกพลากร และคณะ (2539) รายงานการศึกษาอัตราการใช้เข็มฉีดยาของผู้ใช้ที่รายนต์
ใน 4 จังหวัด, ประเทศไทย พ.ศ. 2539 : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. (2539). รวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พ.ศ. 2531-2537.

นันทบุรี: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

วิลาสินี วงศ์ประเสริฐ. การยอมรับการใช้หมวกนิรภัยของผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ในกรุงเทพมหานคร.

วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

สมบัติ กาญจนกิจ. (2541). พฤติกรรมการออกกำลังกาย. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุจิตรา ทัดเทียม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขีรถจักรยานยนต์.

วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535

สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ และคณะ. (2541) โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข: อนาคตของ
ระบบบริการสาธารณสุขไทย สารสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 1 (2).

สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) (2542). การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540-2541.

กรุงเทพฯ:องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2538) การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2536.

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรไทย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2542). รายงานเบื้องต้นการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร

พ.ศ. 2542. สำนักงานสถิติแห่งชาติ (เอกสารอัดสำเนา)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2542). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2542.

สำนักนายกรัฐมนตรี

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2523. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักนายกรัฐมนตรี

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2533. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักนายกรัฐมนตรี

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ.2538-2539
โสภา ขปิลมันน์, สมบัติ สุพัตชัย, ประกายรัตน์ สุขุมลชาติ. รูปแบบครอบครัวไทยที่พึงปรารถนา
ในสังคมเมืองประเทศไทย (มปท.)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานเชิงวิเคราะห์ ฉบับที่ 6 ลักษณะของหัวหน้าครัวเรือนและปัจจัยที่มี
ผลกระทบต่อขนาดครัวเรือน สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2533.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานเชิงวิเคราะห์ ฉบับที่ 4 ภาวะสมรสของประชากรไทย สัมมะโนประชากร
และเคหะ พ.ศ.2533.
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. การศึกษาผลการวิจัยและแนวทางการเสริมสร้างครอบครัว
ที่พึงประสงค์ของไทย, 2540:102.
- สันหัต เสริมศรี. ตำราประชากรศาสตร์ทางสังคม. กรุงเทพมหานคร:บริษัท สามเจริญพานิช จำกัด,
2540: 200-201.
- สกลรัตน์ อุชนาวรงค์ และคณะ. การศึกษาสภาพปัญหาการติดยาและสารเสพติดในจังหวัด
ขอนแก่น. ขอนแก่น : บริษัทเพ็ญพรินต์ติ้ง จำกัด, 2540.
- สถาบันกฎหมายอาญา สำนักงานอัยการสูงสุด. รายการเสวนาทางวิชาการเรื่องอาชญากรรมใน
ครอบครัว: อาการป่วยของสังคมยุคไฮเทค, 2540: 45-46.
- สำหรับ จิตตินันท์. ความรุนแรงในครอบครัวใน. รายงานการสัมมนาเรื่องการยุติความรุนแรงต่อเด็กและสตรี.
กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, 2542: 138-139.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (บรรณาธิการ). โสภณีนีเด็ก สภาพปัญหาปัจจัยสาเหตุและแนวทางแก้ไข (มปท.) 78-80
- อานวย กาจันะ และคณะ. (2541) การศึกษาอนาคตสาธารณสุข: พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในปี 2563
ที่ส่งผลทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วยของคนไทย สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข
- อรทัย รวยอาจัน. (2539) พฤติกรรมสุขภาพ. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์, 8 (2).
- อรรณพ วิสุทธิมรรค. (2541). พฤติกรรมการบริโภคสารเสพติด. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเพ็ญฟ้า
พรินต์ติ้ง จำกัด, 2540:3-6
- อัญชลี วรากรณ์รัตน์. การเปลี่ยนแปลงภาวะสมรสในประเทศไทย ใน : รวบรวมบทความการประชุม
วิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2540. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2540:83.
- อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม, กุศล สุนทรธาดา, ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต. แบบแผนการเลี้ยงดูลูกของพ่อที่เป็น

คนงานในโรงงานอุตสาหกรรมในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากร
และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

Sittitrai W., Sakondhavit C., Brown T. (1992b). A survey of men having sex with men in
a Northeastern Thai province. Bangkok Thai red cross society.

Sittitrai W., McCamish M. (1997). The context of safety: life stories and lifestyles of
male sex workers in Pataya. Bangkok Thai red cross society.

Wijngaarden, Jan W.de Lind van. (1995). A social geography of male homosexual
desire, location individuals and networks in the context of HIV/AIDS in
Chaingmai Northern Thailand. Chaingmai: social Research Institute
Chaingmai University.

บทที่ 5

ภาวะสุขภาพสตรีวัยแรงงาน

บทที่ 5

ภาวะสุขภาพสตรีวัยแรงงาน

รศ.ดร.ศิริพร จิรวัดณ์กุล

มักมีคำถามว่าสตรีวัยแรงงานคือช่วงอายุเท่าใด หรือจะกำหนดได้อย่างไรว่าสตรีวัยแรงงานคือวัยใด เนื่องจากผู้คนส่วนใหญ่คุ้นเคยกับการแบ่งช่วงวัยของชีวิตตามพัฒนาการเช่น วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยกลางคน วัยชรา หรือวัยก่อนเรียน วัยเรียน วัยทำงาน เป็นต้น แต่คำว่า “วัยแรงงาน” นั้น แม้จะเป็นคำที่ฟังคุ้นเคยแต่ยากที่จะกำหนดให้แน่นอน ชัดเจน ด้วยเหตุที่การเข้าสู่ตลาดแรงงานนั้น ตามสภาพความเป็นจริงมิได้มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการตามวัยเสมอไป ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นการกำหนดช่วงอายุ หรือช่วงวัยของสตรีวัยแรงงานจึงมีตัวแปรทางสังคมและวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

ก่อนที่จะกำหนดช่วงอายุของวัยแรงงานได้ ก็มักมีคำถามว่า การเข้าสู่ตลาดแรงงานซึ่งเน้นการทำงานที่มีรายได้ เป็นเกณฑ์เดียวกันหรือไม่ ถ้าใช่ก็จะมีคำถามตามมาว่า แล้วการทำงานที่ไม่ได้รับค่าจ้างโดยตรง แต่ก็เป็นแรงงานที่ใช้ประโยชน์เพื่อตนเอง หรือครอบครัว เช่น งานบ้านถือเป็นการทำงานด้วยหรือไม่ คำตอบที่ได้จากคำถามเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดช่วงอายุของวัยแรงงานเช่นเดียวกัน

เพื่อให้บทความนี้มีขอบเขต และทิศทางที่ชัดเจน ผู้เขียนจึงใช้การกำหนดช่วงอายุเป็นสองนัยคือ นัยเชิงกฎหมาย และนัยเชิงสังคม โดยที่นัยเชิงกฎหมายนั้นให้ประเด็นการศึกษาภาคบังคับ และประเด็นกฎหมายแรงงานเป็นหลัก ส่วนนัยเชิงสังคมจะให้ความสำคัญกับเพศภาวะ (gender) และการทำงานในตลาดแรงงานที่นับเป็นรายได้ ด้วยเกณฑ์ดังกล่าวสตรีที่อยู่ในวัยแรงงานที่กล่าวถึงในบทความนี้คือ สตรีที่มีอายุระหว่าง 13 - 59 ปี ซึ่งเมื่อพิจารณาช่วงวัยดังกล่าวนี้ร่วมกับกรอบแนวคิดทางกายภาพและสรีรวิทยา กล่าวได้ว่าเป็นสตรีที่อยู่ทั้งในวัยเจริญพันธุ์ และวัยหมดประจำเดือน ดังนั้นขอบเขตเนื้อหาของสุขภาพสตรีวัยแรงงานในบทนี้จึงเน้นทั้งประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์ การหมดระดู และวิถีชีวิตของสตรีในช่วงอายุดังกล่าว

บทความนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ภาพของภาวะสุขภาพของสตรีวัยแรงงาน (อายุ 13 -59 ปี) โดยพิจารณาจากข้อมูลรายงาน และงานวิจัยต่าง ๆ ในช่วงปี พ.ศ. 2536 - 2542 ประกอบกับสถานการณ์ หรือ ปรัชญาการพัฒนาระบบสังคมที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว ทั้งนี้ได้แบ่งสาระเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนของภาพรวม ส่วนของสถานการณ์ภาวะสุขภาพของสตรีวัยแรงงานในประเด็น

อนามัยเจริญพันธุ์ ความรุนแรง สุขภาพการทำงาน การใช้ยา สุขภาพจิต ส่วนสุดท้ายเป็นการเสนอแนวโน้มและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยนี้

1. ภาพรวมของภาวะสุขภาพสตรีวัยแรงงาน

เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพของสตรีตามกรอบแนวคิดชีวการแพทย์ (Biomedical Model) ซึ่งให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของสตรี โดยที่การเปลี่ยนแปลงนั้นมีทั้งการเปลี่ยนแปลงโดยธรรมชาติ และจากการเป็นโรค ด้วยแนวคิดนี้ภาพของภาวะสุขภาพสตรีวัยแรงงาน จึงออกมาในรูปของอัตราป่วย - ตาย ซึ่งข้อมูลจากกองสถิติสาธารณสุข (2538) พบว่าสาเหตุการตาย 3 ลำดับแรกของสตรีต่อประชาชนแสนคน คือ โรคหัวใจ และหลอดเลือด (41.9) มะเร็ง (19.2) และอุบัติเหตุ (7.0) ภาพรวมของความเจ็บป่วย แยกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มวัยเจริญพันธุ์ (13 - 49 ปี) และวัยกลางคน (50 - 59 ปี) ดังนี้

1.1 ภาพรวมของภาวะสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์

รายงานการศึกษาภาวะสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ ส่วนใหญ่มุ่งประเด็นอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การมีประจำเดือน จนถึงการหมดประจำเดือน ในที่นี้ใคร่สรุปประเด็นต่าง ๆ ตามการเปลี่ยนแปลงในวงจรชีวิตโดยธรรมชาติของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ดังนี้

1.1.1 การมีระดู

จากรายงานการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยของการมีระดูในสตรีไทย คือ 16 ปี (กรมอนามัย, 2538) แต่ผลการศึกษา นักเรียนมัธยม 478 คน ที่จังหวัดขอนแก่น พบว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มมีประจำเดือน คือ 12.7 ปี (สร้อย และคณะ, 2538) และปัญหาสุขภาพจากการมีระดูคือ ท้องอืด ท้องเสีย ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อยากรับประทานอาหารมากขึ้น อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะน้อย และปัสสาวะบ่อย อาการทางระบบผิวหนัง ได้แก่ เป็นสิ่ว เหนื่อออกมา คันตามแขนขา กลืนตัวแรง มือ แขนและขาบวม อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ใจสั่นและมือสั่น ปวดเมื่อยตามร่างกาย อาการทางระบบสืบพันธุ์ ได้แก่ คันช่องคลอด ปวดท้องน้อย เจ็บคัดเต้านม ตกขาว เจ็บช่องคลอด ปัญหาสุขภาพดังกล่าวไม่ร้ายแรง

1.1.2 การคุมกำเนิด

ผลการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539 - 2540 พบว่าสตรีใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยการทำหมันมากที่สุด รองลงมาตามลำดับ คือ

การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด การใส่ห่วง การทำหมันชาย การใช้ถุงยางอนามัย และการฝังฮอร์โมนคุมกำเนิด ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราส่วนการใช้วิธีคุมกำเนิดแบบต่าง ๆ ปรับน้ำหนักตามพื้นที่ที่สุ่มตัวอย่าง

พื้นที่สุ่มตัวอย่าง	ยาเม็ด (%)	ห่วง (%)	ยาฉีด (%)	หมันหญิง	หมันชาย	ถุงยาง (%)	ยาฝัง (%)
กรุงเทพมหานคร	31.80	6.40	8.90	33.80	7.70	9.00	0.00
ภาคกลาง	25.49	2.64	20.35	41.05	9.65	2.39	3.30
ภาคเหนือ	27.88	2.48	23.88	34.98	6.92	3.09	1.80
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	24.23	10.02	23.97	37.53	1.21	1.39	1.78
ภาคใต้	25.97	4.90	17.87	35.95	3.98	8.99	7.06
ทั่วประเทศ	26.44	5.82	20.29	37.16	5.42	3.92	2.54

ที่มา : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, 2541

จากรายงานเดียวกันนี้พบว่าสตรีกลุ่มอายุ 25 - 39 ปีมีอัตราการคุมกำเนิดมากที่สุด คือ ร้อยละ 75.4 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 13 - 24 ปี ร้อยละ 60.4 ส่วนสตรีอายุ 40 ปี ขึ้นไปมีอัตราการคุมกำเนิดร้อยละ 52.6

1.1.3 การตั้งครรภ์

เนื่องจากความสำเร็จอย่างสูงของงานอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย ทำให้สตรีตั้งครรภ์กว่าร้อยละ 90 ได้รับการตรวจครรภ์ในระยะก่อนคลอด และมีสตรีร้อยละ 88.6 ที่ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง ดังปรากฏในตารางที่ 2 ทำให้สตรีมีครรภ์ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องมีสตรีในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีจำนวนการไม่ฝากครรภ์มากกว่าภาคอื่น ๆ

ตารางที่ 2 ร้อยละของสตรีที่มีบุตรอายุ 6 สัปดาห์ - 1 ปี ได้รับการดูแลก่อนคลอด

ภาค	เหนือ ร้อยละ	กลาง ร้อยละ	ตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ	ใต้ ร้อยละ	ตะวันออกเฉียง ร้อยละ	รวม ร้อยละ
การปฏิบัติ						
การฝากครรภ์						
ไม่ฝาก	4.5	2.2	4.1	1.9	3.3	3.2
ฝาก 1-3 ครั้ง	7.3	10.4	6.6	10.1	4.9	8.2
ฝาก 4 ครั้ง	88.2	87.4	88.1	88.1	91.8	88.6

ที่มา : ศิริพร พรสิณี นริลักษณ์, 2541

ปัญหาสุขภาพของสตรีจากการตั้งครรภ์ที่ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบันคือ ภาวะโลหิตจางซึ่งพบว่ามีร้อยละ 12.9 ในปี พ.ศ. 2539 และการติดเชื้อเอชไอวี พบร้อยละ 1.7 ในปี พ.ศ. 2540 (ศิริพร และคณะ, 2540) นอกจากนั้นจากการสำรวจของกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2537 - 2538 พบว่าสตรีตั้งครรภ์ทั่วประเทศมีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในกระแสเลือดน้อยกว่า 33% ถึงร้อยละ 39

1.1.4 การทำแท้ง

การทำแท้งเกิดเนื่องจากปัญหาสุขภาพของมารดา และการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ประเด็นของการทำแท้งเพื่อรักษาชีวิตของมารดานั้นไม่เป็นปัญหามากนัก เพราะมักกระทำในสถานบริการสุขภาพอย่างเปิดเผยด้วยวิธีการที่ถูกต้องจึงมักไม่มีปัญหาทางสุขภาพที่ร้ายแรงตามมา แต่การทำแท้งที่เกิดจากการตั้งครรภ์โดยไม่พึงปรารถนา ซึ่งคาดว่าจะสูงถึงปีละ 300,000 คน (เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ, 2541) และกระทำด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง สตรีกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการตกเลือดผิดปกติ การช็อคจากการตกเลือด เยื่อบุโพรงมดลูกอักเสบ และความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์อื่นอีกมากมาย นอกจากนั้นการทำแท้งที่ไม่ถูกต้องยังส่งผลให้หญิงจำนวนมากมีอันตรายถึงชีวิตได้ โดยเห็นได้จากข้อมูลของกรมอนามัยที่ระบุว่าอัตราตายมารดา เนื่องจากการแท้งไม่ปลอดภัยเป็นร้อยละ 12.8 หรือ อัตราส่วน 5.6 ต่อแสน การเกิดมีชีพ อย่างไรก็ตามเนื่องจากการทำแท้งส่วนใหญ่กระทำผิดกฎหมาย จึงยากที่จะมีสถิติให้ภาพของปัญหานี้อย่างละเอียดชัดเจนในทุกแง่มุม มีรายงานการศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น เช่น ข้อมูลการศึกษาของในโรงพยาบาลราชวิถีพบว่าแพทย์ต้องรักษาการตกเลือด และรูดังจากการทำแท้งที่ผิดกฎหมายในปี 2536 จำนวน 566 ราย โดยที่ส่วนใหญ่เป็นสตรีกลุ่มอายุ 14 - 20 ปี (เรวดี, 2538)

นอกจากนั้นมีรายงานว่าค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งมีราคาแพงมาก และยังพบว่า สตรีที่เข้ารับการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวในโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นนักเรียน นักศึกษา (Koetsawang, 1993)

1.1.5 การคลอด

แม้ว่าภาพรวมของอัตราการตายของมารดา และทารกเนื่องจากการคลอดในประเทศไทยจะลดลงอย่างมาก เนื่องจากการคลอดส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพ และอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้และทักษะอย่างดี (เช่น ศิริกุล และสุทธิรา, 2541) จนไม่ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญอีกต่อไป อย่างไรก็ตามมีรายงานว่าในกลุ่มสตรีไทยวัย 15 - 49 ปี จำนวน 7,239 คน เสียชีวิต (จากจำนวนการเกิด 210,729 คน) และในจำนวน

นี้คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดา 44.1 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ และเป็นสัดส่วนการตายมารดาต่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ตาย 1.3 ต่อ 100 รายงานการตายมารดา ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 และ ที่ 5

ตารางที่ 4 จำนวนจังหวัดที่ทำการศึกษาการตายมารดา จำนวนการเกิด และการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 – 49 ปี

ภาค	เขต	จังหวัด	จำนวนการเกิด (คน)	หญิงวัยเจริญ พันธุ์อายุ 15 – 49 ปี ตาย (คน)
กลาง	1	อ่างทอง	6,500	358
	2	ชัยนาท	5,692	303
	3	จันทบุรี	16,942	747
	4	สมุทรสงคราม	4,614	209
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5	ชัยภูมิ	24,105	759
	6	สกลนคร	33,142	1,120
	7	ศรีสะเกษ	44,907	999
เหนือ	8	ตาก	18,049	715
	9	เพชรบูรณ์	23,844	577
	10	พะเยา	12,721	1,053
ใต้	11	ภูเก็ต	10,987	252
	12	สตูล	9,223	147
รวม			210,726	7,239

ที่มา : ศิริพร พรสินี และนริลักษณ์, 2541

ตารางที่ 5 การตายของมารดา รายภาคปี 2538 – 2539

ภาค	จำนวน การเกิดมีชีพ (คน)	จำนวนหญิงวัย เจริญพันธุ์อายุ 15 – 49 ปี ตาย (คน)	จำนวน มารดาตาย (คน)	MMR/ 100,000 LBs	PMDF %
กลาง	33,748	1,617	12	35.6	0.7
เหนือ	54,614	2,389	32	58.6	1.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ	102,154	2,834	34	33.3	1.2
ใต้	20,210	399	15	74.2	3.8
รวม	210,726	7,239	93	44.1	1.3

ที่มา : ศิริพร พรสิณี และนริลักษณ์, 2541

สืบเนื่องจากข้อมูลในตารางที่ 4 และ 5 เป็นมารดาที่ตายระหว่างคลอด เพียงร้อยละ 18.3 นอกจากนั้นเป็นการตายในระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยมารดาภาคใต้ ตายระหว่างคลอดมากที่สุด ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละของระยะเวลาขณะมารดาตาย ระหว่างปี 2538 – 2539 จำแนกรายภาค

ภาค	ระหว่างตั้ง ครรภ์	ระหว่าง คลอด	หลังคลอด	รวม	N
กลาง	49.9	16.7	33.4	100.0	12
เหนือ	37.6	18.8	43.6	100.0	32
ตะวันออกเฉียงเหนือ	26.3	14.7	59.0	100.0	34
ใต้	13.4	26.7	59.9	100.0	15
รวม	31.2	18.3	50.5	100.0	93

ที่มา : ศิริพร พรสิณี และนริลักษณ์, 2541

ส่วนสาเหตุการตายนั้นในการศึกษาเดียวกันนี้ พบว่าเกิดจากการคลอดติดขัด เป็นอัตราส่วน 1.4 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ ซึ่งเมื่อเทียบกับสาเหตุการตายมารดาอื่น แล้วพบว่าน้อยที่สุดดังปรากฏ ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 สาเหตุการตายของแม่ พ.ศ. 2539

สาเหตุการตาย	ร้อยละ	: 100,000 การเกิดมีชีพ
การตกเลือด	31.9	14.0
สาเหตุโดยอ้อม	21.3	9.3
การติดเชื้อ	19.1	8.4
แท้งไม่ปลอดภัย	12.8	5.6
สาเหตุโดยตรงอื่น	6.4	2.8
ไม่ทราบสาเหตุ	4.3	1.9
ความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ และชัก	2.1	0.9
การคลอดติดขัด	2.1	0.9
	100.0	43.9

ที่มา : ศิริพร และคณะ, 2541

เป็นที่น่าสังเกตว่าสาเหตุการตายมารดาอันดับแรกคือ การตกเลือด ซึ่งเกิดได้ทั้งก่อนและหลังคลอด โดยภาวะนี้จะเสี่ยงต่อการตายไม่ว่าจะขณะคลอดในโรงพยาบาลหรือที่บ้านก็ตาม อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของ พวงเพ็ญ และคณะ (2539) พบว่าสาเหตุการตายมารดาจากการตกเลือดมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 49.7 ในปี พ.ศ. 2533 มาเป็นร้อยละ 39.7 ในปี พ.ศ. 2537 นอกจากนั้นสาเหตุการตายของมารดาที่เกิดจากการคลอดติดขัดในปี พ.ศ. 2538 มีรายงานจากภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น แต่ในปี พ.ศ. 2539 ไม่มีรายงานจากภาคอื่น นอกจากภาคใต้ (ศิริพร, 2541)

ประเด็นใหม่ของการคลอดในประเทศไทยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ คือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean Section หรือ CS) มีปรากฏการณ์ชัดเจนว่าอัตราของ CS เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.19 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 22.44 ในปี พ.ศ. 2539 (Lumpiganon, 1999) การคลอดชนิดนี้พบมากในโรงพยาบาลเอกชน และในสตรีที่มีการศึกษาและฐานะปานกลางขึ้นไป แม้จะมีรายงานว่า CS ในปัจจุบันมีความปลอดภัยสูง แต่ก็ยังมีรายงานว่า CS นอกจากมีค่าใช้จ่ายสูงแล้วยัง มีความเสี่ยงต่อการตายมารดา ถึง 6 เท่า ของการคลอดตามธรรมชาติ (Broadhead, 1995) ประเด็นนี้จึงเป็นเรื่องที่จะต้องศึกษาในรายละเอียดอีกมาก

1.1.6 การหมดระดู

ผลจากรายงานการศึกษาต่าง ๆ พบว่าอายุเฉลี่ยของการหมดระดูของสตรีไทย คือ 49 ± 3 (Chirawatkul, 1993 ; Chompootaweep et al. 1993 ; จรุงกลิน และคณะ, 2538 ; ฝ่ายการศึกษาพยาบาล และผดุงครรภ์ กรมอนามัย, 2539) นอกจากนั้นในรายงานการศึกษาดังกล่าว ให้ข้อสรุปที่ตรงกันว่าจำนวนสตรีที่มีอาการไม่สุขสบายจากการหมดระดูมีขนาดและความรุนแรงน้อยกว่าผลการศึกษาทำนองเดียวกันนี้ในประเทศแถบยุโรปและอเมริกา นอกจากนั้นในกลุ่มสตรีที่มีอาการมีเพียงประมาณร้อยละ 10 เท่านั้นที่เห็นว่าอาการเหล่านั้นเป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิต หรือ เกรงว่าจะเป็นอาการของความเจ็บป่วยต่าง ๆ ดังตัวอย่างการศึกษาของกรมอนามัย ในปี 2539 ซึ่งสำรวจสตรีวัย 40 - 59 ปี ทั่วประเทศจำนวน 8,300 คน พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีอาการ และที่มีอาการส่วนน้อยเห็นว่าเป็นปัญหา ดังรายละเอียดในตารางที่ 8 ต่อไปนี้

ตารางที่ 8 ร้อยละของสตรีกลุ่มศึกษาที่มีอาการเกี่ยวกับการหมดระดูในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

อาการ	ไม่มีอาการ %	มีอาการไม่มี ปัญหา %	มีอาการ มีปัญหา %
1. ประจำเดือนผิดปกติ	83.5	11.8	4.7
2. ปวดศีรษะ	40.7	34.2	25.1
3. มึนงงเวียนศีรษะ	36.6	38.7	24.7
4. ร้อนวูบวาบ	53.6	30.6	15.8
5. ผิวน้ำแห้ง / คัน	71.0	19.9	9.1
6. มีอาการเหน็บชา	51.6	34.2	14.2
7. เหงื่อออกตอนกลางคืน	58.0	33.0	9.0
8. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย	38.8	41.7	19.5
9. อารมณ์ซึมเศร้า	69.0	23.2	7.8
10. นอนไม่หลับ	52.2	31.8	16.0
11. เหนื่อยง่ายใจสั่น	41.4	38.4	20.2
12. หายใจไม่อิ่ม	56.1	29.8	14.1
13. หลงลืมง่าย	29.1	47.1	23.8
14. ปวดหลัง	34.2	39.7	26.1

ตารางที่ 8 ร้อยละของสตรีกลุ่มศึกษาที่มีอาการเกี่ยวกับการหมดระดูในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา (ต่อ)

อาการ	ไม่มีอาการ %	มีอาการไม่มี ปัญหา %	มีอาการ มีปัญหา %
15. ปวดตามกล้ามเนื้อ	44.9	35.2	19.9
16. ปวดตามข้อ	44.3	33.2	22.5
17. กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	73.6	16.8	9.6
18. ปัสสาวะแสบ	90.0	7.4	2.6
19. ปัสสาวะบ่อย	73.8	18.3	7.9
20. แสบ / คันในช่องคลอด	85.7	9.8	4.5
21. ปวดถ่วงบริเวณท้องน้อย	69.1	22.0	8.9

ที่มา : กรมอนามัย, 2539

1.2 ภาพรวมของภาวะสุขภาพสตรีวัยกลางคน

สตรีไทยกลุ่มวัย 50 -59 ปี เป็นผู้ที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม กล่าวคือ เป็นทั้งผู้หารายได้ ผู้กำกับดูแลการใช้จ่าย ผู้ดำเนินกิจการอาชีพของครอบครัว นอกจากนั้นยังมีบทบาทเป็น ยา ยาย ป้า น้า อา ที่ดูแลถ่ายทอดประสบการณ์ยังรุ่นหลาน ส่วนในสังคมนอกบ้านนั้นสตรีวัยนี้บ้างก็มีบทบาทในฐานะผู้บริหารระดับสูง หรือระดับกลางของหน่วยงาน เป็นพนักงานที่มีประสบการณ์ เป็นช่างฝีมือที่มีทักษะ ดังนั้นภาวะสุขภาพของสตรีวัยนี้จึงมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าวัยอื่น นอกจากนั้นสถานะสุขภาพของสตรีวัยนี้ยังสามารถใช้เป็นตัวทำนาย หรือบ่งชี้สถานการณ์ทางสุขภาพอนามัยของสตรีสูงอายุในอนาคตได้เป็นอย่างดี

จากข้อมูลการสำรวจด้านประชากรและสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2538 และได้สำรวจสตรีอายุ 50 - 59 ปี จำนวน 1,665 คน ในทุกภาคของประเทศไทยได้ภาพรวมของภาวะสุขภาพของสตรีวัยนี้ว่าสตรีวัยนี้รับรู้ว่าย่างอายุมากขึ้น สุขภาพของตนเองจะแย่กว่าคนอื่น ๆ นอกจากนั้นพบว่าสตรีวัยกลางคนนี้มีอาการไม่สุขสบาย ลำดับแรกจากการปวดเมื่อยหลัง - เหว มากที่สุด ลำดับรองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง ไขข้ออักเสบ โรคกระเพาะอาหาร และโรคหัวใจ ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ร้อยละของการเจ็บป่วยจากการรายงานของสตรีอายุ 50 - 59 ปี

การเจ็บป่วย	จำนวน (N=1,665)	ร้อยละ (100)
ปวดเมื่อยหลัง - เอว	344	20.66
ความดันโลหิตสูง	285	17.12
ไขข้ออักเสบ	276	16.58
โรคกระเพาะอาหาร	241	14.47
โรคหัวใจ	146	8.77
เบาหวาน	119	7.15
ต้อเนื้อ	71	4.26
ต้อกระจก	49	2.94
โรคทางเดินปัสสาวะ	47	2.82
หอบหืด	37	2.22
อัมพาต	15	0.90
โรคหู	11	0.66
โรคตับ	8	0.48
วัณโรคปอด	6	0.36
มะเร็ง	5	0.30
กระดูกหัก	5	0.30

ที่มา : ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (2538) ในศิริพร, 2540

ตารางที่ 10 ร้อยละของความเจ็บป่วยที่สตรีอายุ 50 - 59 ปี รายงานมากที่สุด 7 ลำดับแรก
จำแนกตามที่อยู่ภาคต่าง ๆ

การเจ็บป่วย \ ภาค	กลาง %	อีสาน %	เหนือ %	ใต้ %	กรุงเทพฯ %
ปวดเมื่อยหลัง - เอว	20.4	18.5	23.2	17.7	21.6
โรคกระเพาะอาหาร	10.3	18.3	15.9	15.9	10.3
ไขข้ออักเสบ	17.1	13.8	19.5	11.1	19.7
ความดันโลหิตสูง	17.9	14.1	13.9	15.0	26.8
โรคหัวใจ	10.7	8.0	5.7	9.3	9.4
เบาหวาน	6.9	6.1	4.0	7.1	14.1
โรคทางเดินปัสสาวะ	2.7	4.7	2.3	1.8	0.9

ที่มา : ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, 2538 อ้างในศิริพร, 2540.

เมื่อนำข้อมูลการเจ็บป่วยที่สตรีวัยกลางคนรายงานมากที่สุด 7 ลำดับแรกมาพิจารณา จำแนกภาค ดังปรากฏในตารางที่ 10 พบว่า สตรีวัยกลางคนในภาคกลางเป็นโรคหัวใจมากที่สุด สตรีภาคอีสานเป็นโรคกระเพาะอาหารมากที่สุด สตรีภาคเหนือปวดเมื่อยหลัง - เอว มากที่สุด และสตรีในกรุงเทพฯ เป็นโรคไขข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง และเบาหวานมากที่สุด ส่วนสตรีในภาคใต้ไม่มีจำนวนการเจ็บป่วยสูงที่สุด แต่มีจำนวนการเจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารมาก เป็นที่สองเช่นเดียวกับสตรีภาคเหนือ

เป็นที่น่าสังเกตว่าสัดส่วนของความเจ็บป่วยและอันตรายที่ต่างกันนี้น่าจะสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ต่างกันระหว่างคนในเขตเมืองกับเขตชนบท ดังจะเห็นได้ว่าการเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขข้ออักเสบเกี่ยวข้องกับโภชนาการอาหาร และการใช้กำลังกาย ส่วนการเป็นโรคกระเพาะอาหารมักเกี่ยวข้องกับความเครียดและการใช้ยาแก้ปวดมากที่สุด สัดส่วนนี้สะท้อนให้เห็นภาพว่า แม้ว่าสตรีในเขตเมืองกับเขตชนบทจะมีจำนวนของการเป็นโรคเรื้อรังมากเหมือนกัน แต่ด้วยสัดส่วนที่ต่างกันโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุพื้นฐานต่างกัน จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่ควรศึกษาเพิ่มเติมในเชิงลึกถึงที่มาของความแตกต่างนี้ องค์ความรู้ที่ได้จะนำไปสู่การทำความเข้าใจสถานการณ์แท้จริงในแต่ละบริบทของสังคม และการจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องและมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

เป็นที่น่าสังเกตอีกว่าสตรีวัยกลางคนจากทุกภาครายงานการปวดเมื่อยหลัง - เอว ในลำดับสูงที่สุดเหมือนกัน อาการนี้จึงเป็นปัญหาร่วมที่น่าสนใจศึกษาเพิ่มเติมถึงตัวแปรที่เกี่ยวข้องทั้งในเชิงชีวภาพและวิถีชีวิต

จากรายงานเดียวกันนี้พบว่าสตรีอายุ 50 - 59 ปี จำนวน 1,693 คน มีพฤติกรรมเสี่ยงบางประการต่อปัญหาสุขภาพกล่าวคือ สูบบุหรี่ ร้อยละ 12.5 บริโภคหมาก ร้อยละ 30.0 และดื่มสุรา ร้อยละ 19.9 นอกจากนั้นยังพบว่าสตรีในช่วงอายุดังกล่าวมีสัดส่วนการได้รับอันตรายจากการหกล้มถูกของมีคมบาด ตกบันได ถูกรถชน รับประทานยาผิด และถูกทำร้าย เป็นร้อยละ 17.9, 16.4, 3.3, 2.3, 0.9 และ 0.1 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบอันตรายดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับสตรีในชนบทและในเมือง พบว่าสตรีในชนบทมีสัดส่วนของการได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มสูงกว่าสตรีในเมือง 1.77 เท่า ส่วนปัญหาอื่น ๆ สัดส่วนไม่ต่างกัน (ศิริพร, 2540)

ข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่ายิ่งอายุมากขึ้นจำนวนสตรีที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็ยิ่งมากยิ่งขึ้น ซึ่งเท่ากับให้ภาพว่ากระบวนการของงานสุขภาพทุกวันนี้ ไม่สามารถส่งเสริมปัจจัยชีวิตของสตรีให้เข้าสู่วัยกลางคนได้อย่างมีคุณภาพเท่าที่ควร

2. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของสตรีวัยแรงงาน

จากรายงานของเครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพสรุปว่า ประเด็นภาวะสุขภาพที่สำคัญของสตรีคือประเด็นอนามัยเจริญพันธุ์ ความรุนแรง สุขภาพการทำงาน การใช้ยา และสุขภาพจิต ซึ่งพอจะอนุมานได้ว่าประเด็นสุขภาพสตรีวัยแรงงานก็น่าจะเป็นเช่นเดียวกันแต่มีรายละเอียดปลีกย่อยตามกลุ่มอายุเพิ่มขึ้น ดังนั้นข้อมูลสถานการณ์ภาวะสุขภาพของสตรีวัยแรงงานต่อไปนี้จึงจะครอบคลุมทุกประเด็นดังกล่าว

2.1 อนามัยเจริญพันธุ์

สถานการณ์ภาวะสุขภาพประเด็นอนามัยเจริญพันธุ์ที่จะนำเสนอต่อไปนี้ จะไม่รวมเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพที่เป็นไปตามวงจรชีวิตตามธรรมชาติของสตรีที่ได้กล่าวไปแล้ว แต่จะเสนอเฉพาะปัญหาทางสุขภาพที่เกิดกับระบบอวัยวะสืบพันธุ์เท่านั้น โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มเรื่อง ดังต่อไปนี้

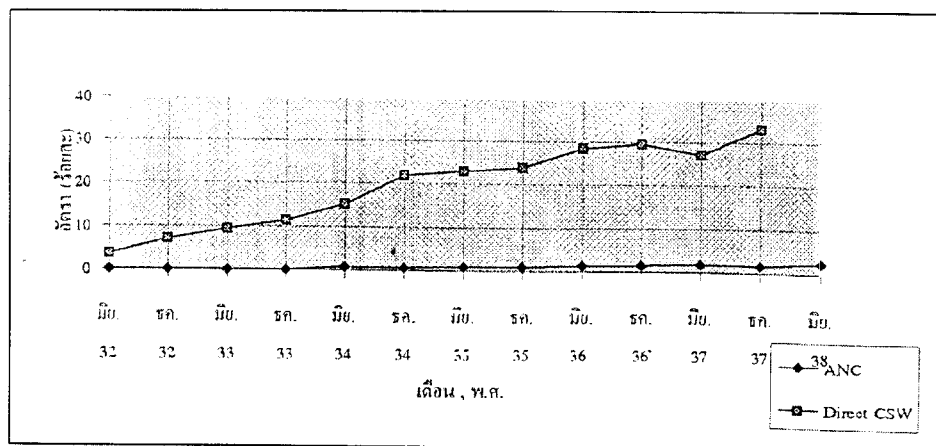
2.1.1 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ปัจจุบันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีมากกว่า 20 โรค ๆ ที่สำคัญคือหนองใน ซิฟิลิส เริม หูด เอดส์ พยาธิช่องคลอด และการติดเชื้อคลาไมเดีย เป็นต้น จากรายงานของเครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ (2540) ระบุว่าจำนวนโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมลดลงอย่างต่อเนื่องในทุกปี กล่าวคือ อัตราป่วย 7.69 ต่อประชากร 1,000 คนในปี พ.ศ. 2530 เป็น 0.73 ต่อประชากร 1,000 คน ในปี 2538 โดยสตรีป่วยมากกว่าบุรุษเล็กน้อย คิดเป็นอัตราส่วน 1 : 09 สตรีที่ประกอบอาชีพบริการอาชีพพิเศษเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าสตรีทั่วไป และพบว่าสตรีกลุ่มนี้และสตรีผู้ใช้แรงงานมีแนวโน้มของการเป็นโรคเหล่านี้เพิ่มขึ้น เนื่องจากอายุของการมีสัมพันธ์ทางเพศน้อยลง หรือเด็กหญิงมีสัมพันธ์ทางเพศเร็วขึ้น นอกจากนั้นยังมีรายงานว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์มีความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ว่าไม่ควรสำส่อนทางเพศเพียงร้อยละ 41.8 และควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่สามีเพียงร้อยละ 65.8 (ชิน ศิริกุล และสุทธธิดา, 2541)

สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในสตรีนั้น ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2526 - 2537 มีงานวิจัยเกี่ยวกับสตรีกับเอดส์ 42 เรื่อง โดยเริ่มมีรายงานการศึกษาตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมา โดยกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษามากที่สุด คือ กลุ่มสตรีบริการอาชีพพิเศษ รองลงมาคือสตรีตั้งครรภ์ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว (ศิริพร, 2539) ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าสตรีบริการอาชีพหรือหญิงขายบริการในสถานบริการติดเชื้อเอดส์มากขึ้นในช่วงปี 2535 - 2537 และลดลง

ในช่วงปี 2538 - 2539 ขณะที่สตรีขายบริการแอบแฝงติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับสตรีตั้งครรภ์ ดังรายละเอียดในภาพที่ 1 และตารางที่ 11

ภาพที่ 1 แนวโน้มการติดเชื้อในหญิงที่มาฝากครรภ์ และหญิงบริการ พ.ศ. 2532 - 2537



ที่มา : Sentinel Serosurveillance, Division of Epidemiology

ตารางที่ 11 ร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอดส์จำแนกตามกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยง พ.ศ.	ร้อยละของผู้ติดเชื้อ				
	2535	2536	2537	2538	2539
สตรีบริการในสถานบริการ	22.97	28.67	27.02	17.79	16.97
สตรีบริการแอบแฝง	4.73	7.8	7.69	-	-
สตรีตั้งครรภ์	1.00	1.39	1.78	2.29	1.71

ที่มา : พิมพ์วัลย์, 2541 : 26

ในรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 - วันที่ 31 ตุลาคม 2541 พบว่ามีสตรีป่วยเป็นเอดส์ 19,675 คน คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิง เป็น 4 : 1 และเมื่อพิจารณาเฉพาะปี 2539 - 2543 พบว่าสตรีวัย 20 - 34 ปี เป็นเอดส์มากกว่ากลุ่มอายุอื่น และสตรีช่วงอายุ 25 - 29 มีจำนวนการเป็นเอดส์มากที่สุด ดังปรากฏในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนผู้ป่วยสตรีที่เป็นเอดส์ในปี พ.ศ. 2539 – 2541 จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2541	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
15-19	140	128	102	76	0
20-24	997	1,144	1,212	874	3
25-29	1,301	1,551	1,939	1,529	3
30-34	758	1,005	1,273	1,088	1
35-39	434	570	727	644	0
40-44	264	325	435	380	0
45-49	120	154	201	161	0
50-54	54	53	99	88	0
55-59	44	44	52	42	0

ที่มา : กองระบาดวิทยา, 2542 และ [http : // www.moph.go.th/ops/epi/aidshtm](http://www.moph.go.th/ops/epi/aidshtm)

ประเด็นของการติดเชื้อต่าง ๆ จากการมีเพศสัมพันธ์นั้นสามารถป้องกันได้จากการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งมีรายงานการศึกษาในกลุ่มสตรีอายุ 13 - 59 ปี ว่า ร้อยละ 83.4 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ถุงยางอนามัยใช้สำหรับป้องกันโรคเอดส์ รองลงมาคือใช้คุมกำเนิดร้อยละ 76.7 และใช้ป้องกันกามโรคร้อยละ 55.5 ซึ่งเมื่อพิจารณาข้อมูลตามกลุ่มอายุ สตรีวัย 13 - 24 ปี คิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยคือการป้องกันโรคเอดส์ มีถึงร้อยละ 90.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าถุงยางอนามัยใช้เพื่อป้องกันโรคเอดส์
จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ร้อยละ
10 - 24 ปี	90.5
35 - 39 ปี	82.5
40 - 59 ปี	74.5

ที่มา : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, 2541

ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ว่าการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันเอดส์ ได้ผลในแง่ของการให้ความรู้ดีมาก แต่การใช้ความรู้นั้นเพื่อการปฏิบัติเพียงใดยังมีข้อสงสัย เนื่องจากมีรายงานว่า ผลจากการศึกษาสตรีจำนวน 1,704 คน มีร้อยละ 92 ตอบว่าถุงยางอนามัยใช้ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ แต่ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 60 เท่านั้น ที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (คณะผู้เชี่ยวชาญด้านประชากร, 2538) นอกจากนั้นรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชน ปี พ.ศ. 2539 - 2540 ก็มีข้อมูลสนับสนุนจากคำถามว่านอกเหนือไปจากเหตุผลเพื่อการคุมกำเนิด หากคนรักหรือสามีจะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับท่านจะยินยอมหรือไม่ พบว่าคำตอบของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.1 ยินยอมให้ใช้ ร้อยละ 16.5 ไม่ยินยอม และร้อยละ 13.6 ไม่แน่ใจ

สำหรับข้อมูลการศึกษาในวัยรุ่นพบว่า วัยรุ่นชายหญิง มักไม่ใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ และวัยรุ่นหญิงชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 16 - 18 ปี และบุคคลแรกที่วัยรุ่นหญิงมีเพศสัมพันธ์ด้วย ส่วนใหญ่ คือ แฟน คู่หมั้น คนรู้จัก หรือคู่นอนชั่วคราว (Podhisista and Pattaravanich, 1995 ; Cash et al, 1995 : and Kittisuksathit 1996) แม้จะมีรายงานว่าวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่เห็นว่าสตรีไม่ควรจะมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน แต่ก็มีรายงานเช่นกันว่าวัยรุ่นหญิงจำนวนไม่น้อยเห็นว่าสตรีและบุรุษควรมีสิทธิในการมีประสบการณ์ทางเพศไม่ต่างกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2540 อ้างใน Metha, 1999) เหตุผลของการใช้ - ไม่ใช้ถุงยางอนามัยมีหลายประการด้วยกัน ดังรายงานการศึกษาของนภาพรณ์ หะวานนท์ และคณะ, กล่าวว่า การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยา หรือคนรัก หากไม่ใช่เพื่อการคุมกำเนิดแล้ว แต่ใช้เพื่อเหตุผลอื่น ๆ เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เพราะความหมายของการใช้ถุงยางอนามัยนั้นมีความละเอียดอ่อน เกี่ยวพันกับการเล็งดูในสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชาย และการให้เกียรติไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Havanon et al., 1992)

2.1.2 โรคเริมและโรคหูดหงอนไก่

เริมปากมดลูกเป็นเริมที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มสตรีวัยแรงงานไทย รองลงมาคือเริมเต้านม เริมรักแร้ เริมโพรงมดลูก และเริมรัก เริมที่อวัยวะสืบพันธุ์ส่วนอื่น ๆ ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 อัตราความชุกของการเกิดมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีกลุ่มอายุ 15 – 59 ปี พ.ศ. 2536 จำแนกตามอวัยวะที่เกิดและกลุ่มอายุ (อัตราส่วน 1 ต่อ 100,000 คน)

กลุ่มอายุ อวัยวะที่เกิด	อัตราการเกิด								
	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-
มะเร็งปากมดลูก	0	1.7	4.3	13.4	30.7	44.4	56.1	62.1	56.4
มะเร็งเต้านม	0	0.8	2.5	10.2	20.3	39.7	50.1	46.2	39.2
มะเร็งรังไข่	1.0	1.7	2.7	2.4	5.9	6.8	11.1	15.3	13.6
มะเร็งโพรงมดลูก	0	0	0.2	0.6	1.7	4.0	6.8	10.1	10.9
มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ อื่น ๆ	0	0	0.1	0.1	0.9	0.4	1.5	1.4	3.2
มะเร็งรกร	0.1	0.3	0.4	0.4	0.1	0.4	0.1	0	0.2

ที่มา : Deerasamee, 1999.

เมื่อพิจารณาเฉพาะมะเร็งที่พบมากใน 4 ลำดับแรกโดยแยกข้อมูลจาก 5 จังหวัดพบว่าอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูก รังไข่ และโพรงมดลูก พบมากที่สุดที่เชียงใหม่ ส่วนมะเร็งเต้านม พบมากที่สุดที่กรุงเทพฯ ดังปรากฏในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 อัตราส่วนการพบมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ในปี พ.ศ. 2536 ในจังหวัดที่เป็นศูนย์ทะเบียนฯ

จังหวัด	ปากมดลูก	เต้านม	รังไข่	โพรงมดลูก
เชียงใหม่	25.7	15.2	6.0	3.4
ลำปาง	23.1	15.0	4.4	2.4
ขอนแก่น	18.0	8.6	4.5	2.2
กรุงเทพฯ	18.5	20.6	4.2	3.3
สงขลา	15.8	11.5	3.1	1.6

ที่มา : Deerasamee, 1999

เนื่องจากมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมพบมาก แต่เป็นมะเร็งที่สามารถรักษาให้หายขาดได้หากค้นพบตั้งแต่เริ่มแรกแล้วรีบรักษาอย่างถูกต้อง จึงมีรายงานการศึกษาเพื่อให้สตรีได้ปฏิบัติตัวเพื่อการค้นพบดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจเต้านม จากรายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชน พ.ศ. 2539 – 2540 พบ

ว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.3 เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก และร้อยละ 91.8 ผลเป็นปกติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 อัตราส่วนของสตรีที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก และร้อยละของผลการตรวจ

พื้นที่ที่สุ่มตัวอย่าง	เคยตรวจ %	ผลการตรวจ				
		จำนวน	ปกติ	ผิดปกติ	ไม่ทราบ	อื่น ๆ
กรุงเทพฯ	61.60	206	95.1	3.4	0.5	1.0
ภาคกลาง	34.42	233	91.4	4.3	3.0	1.3
ภาคเหนือ	40.55	197	88.8	6.1	4.6	0.5
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	37.48	175	90.3	2.3	5.7	1.7
ภาคใต้	34.77	188	93.1	1.1	2.1	3.7
รวม	40.32	999	91.8	3.5	3.1	1.6

ที่มา : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, 2541

ส่วนการตรวจหาความผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง พบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่าง เพียงร้อยละ 34.3 เท่านั้นที่ปฏิบัติในจำนวนนี้พบความผิดปกติเพียงร้อยละ 3.2 ดังรายละเอียดในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 อัตราส่วนของสตรีที่เคยตรวจหาความผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง และร้อยละของผลการตรวจ

พื้นที่ที่สุ่มตัวอย่าง	เคยตรวจ %	ผลการตรวจ				
		จำนวน	ปกติ	ผิดปกติ	ไม่ทราบ	อื่น ๆ
กรุงเทพฯ	50.60	175	90.3	5.7	3.4	0.6
ภาคกลาง	33.69	232	95.7	2.2	1.7	0.4
ภาคเหนือ	33.00	181	91.7	2.8	5.5	0
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	28.58	146	95.2	2.7	1.4	0.7
ภาคใต้	34.41	184	93.0	2.7	4.3	0
รวม	34.31	918	93.2	3.2	3.3	0.3

ที่มา : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยฯ 2541

2.1.3 การใช้ฮอร์โมนทดแทน

นับแต่การประชุม Sixth International Congress on the Menopause ที่กรุงเทพฯ ในปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา สตรีไทยในช่วงวัย ตั้งแต่อายุ 45 ปี เป็นต้นไปใช้ฮอร์โมนทดแทนเพื่อการลดอาการไม่สุขสบายจากการหมดประจำเดือนเพิ่มขึ้นอย่างมากมาประกอบกับกรมอนามัยได้กำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด เปิดคลินิกสตรีวัยก่อน และหลังหมดระดูให้ครบทุกแห่งภายในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งบริการส่วนหนึ่งของคลินิก คือ การใช้ฮอร์โมนทดแทน ทำให้อัตราการใช้ฮอร์โมนทดแทนในกลุ่มสตรีวัยกลางคนเพิ่มขึ้นและแพร่หลายไปทั่วประเทศ

การใช้ฮอร์โมนทดแทน นอกจากจะเพื่อลดอาการไม่สุขสบายจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศในร่างกายในช่วงหมดระดูแล้วยังมีรายงานการศึกษาว่า หากใช้ไปในระยะยาวจะช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุน และโรคหัวใจขาดเลือดได้อีกด้วย อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวก็มีรายงานขัดแย้งจำนวนไม่น้อย นอกจากนั้นยังมีรายงานว่าสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนเป็นระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน จะเป็นความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ โรคของตับและถุงน้ำดี และอื่น ๆ ซึ่งแม้ในปัจจุบันก็ยังไม่มียืนยันถึงประโยชน์ และโทษอย่างแท้จริงของการใช้ฮอร์โมนทดแทนเป็นระยะเวลานานกว่า 5 ปี ทำให้การใช้ฮอร์โมนทดแทนถูกยกขึ้นมาเป็นประเด็นปัญหาทางสุขภาพที่ต้องจับตามองอย่างต่อเนื่องในระยะยาวในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ และวัยกลางคน ต่อเนื่องไปจนถึงวัยชรา

สำหรับข้อมูลในประเทศไทยนั้นยังไม่มีรายงานการศึกษาใดให้ตัวเลขจำนวนสตรีที่ใช้ฮอร์โมนทดแทน หรือรายงานปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงที่เป็นผลจากการใช้ฮอร์โมนนี้ แต่หากพิจารณาจำนวนเงินที่ใช้ซื้อฮอร์โมนจากต่างประเทศ (ตารางที่ 18) ก็พอจะอนุมานได้ว่า มีสตรีที่อยู่ในช่วงปลายของวัยเจริญพันธุ์ และวัยหมดระดูมีจำนวนการใช้ฮอร์โมนทดแทน เพิ่มขึ้นทุกปี

ตารางที่ 18 จำนวนเงินที่ซื้อฮอร์โมนทดแทนเข้าประเทศในแต่ละปี

ปี พ.ศ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
2535	21
2536	30
2537	46
2538	70
2539	92
2540	122
2541	172

ที่มา : Dusitsin, 1997

2.2 ความรุนแรงต่อสตรี

โดยทั่วไปความรุนแรงต่อสตรีมี 10 รูปแบบ (Heise, 1993) คือ 1) ความรุนแรงในครอบครัว 2) การฆาตกรรมเพื่อเงินสินสอด 3) การทอดทิ้งและทารุณกรรม เด็ก ผู้หญิง 4) การบังคับให้ผู้หญิงแต่งงาน 5) การละเมิดสิทธิของหญิงรักหญิง 6) การขลิบอวัยวะเพศผู้หญิง 7) การค้าหญิงข้ามชาติ 8) การข่มขืน หรือการทำร้ายทางเพศ 9) ผู้หญิงในสถานการณ์ขัดแย้ง 10) ผู้หญิงลี้ภัย และผู้หญิงอพยพ ในสถานการณ์ความรุนแรงต่อสตรีในสังคมไทยนั้นที่เป็นปัญหาลำคัญมากมี 5 ประเด็น คือ ความรุนแรงในครอบครัว ความรุนแรงทางเพศ การเลือกปฏิบัติต่อเด็กผู้หญิง การบังคับค้าประเวณี และการค้าหญิงข้ามชาติ

มีรายงานจากมูลนิธิหญิงที่รวบรวมข่าวครอบครัวจากหนังสือพิมพ์ 5 ฉบับ คือ ไทยรัฐ เดลินิวส์ มติชน ข่าวสด และสยามโพลด์ ในรอบปี 2538 พบว่า มีข่าวความรุนแรงทางเพศ 139 ข่าว เป็นการข่มขืนและฆ่า ร้อยละ 31 รุมโทรมแล้วฆ่าร้อยละ 19 ในจำนวนนี้มีเหยื่อที่เป็นเด็กหญิงอายุไม่ถึง 15 ปี ร้อยละ 40 โดยผู้กระทำคือ พ่อ พ่อเลี้ยง ญาติ พระ ครู ผู้บังคับบัญชา ตำรวจ และอื่น ๆ (อ้างในกฤตยา, 2539)

ในประเด็นการเลือกปฏิบัติทางเพศที่กระทบต่อภาวะสุขภาพของสตรีคือ การใช้แรงงานเด็กหญิง มีการศึกษาพบว่าอายุเฉลี่ยของเด็กหญิงที่เข้าสู่ตลาดแรงงานมีอายุน้อยกว่าเด็กชาย อัตราส่วนของเด็กหญิงในตลาดแรงงานมีสูงกว่าเด็กชาย เด็กหญิงได้ค่าแรงต่ำกว่าเด็กชายในงานประเภทเดียวกัน (Archavanitkul and Havanon, 1991) ซึ่งสถานการณ์นี้ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะทางด้านอารมณ์ และจิตใจของเด็กหญิงมาก

มีปรากฏการณ์ของการบังคับสตรีให้ค้าประเวณี และการค้าหญิงข้ามชาติปรากฏเป็นข่าว และรายงานวิจัยเป็นระยะแต่ไม่มีตัวเลขแน่นอนที่เป็นภาพรวม อย่างไรก็ตามเท่าที่ปรากฏเป็นข่าว สตรีกลุ่มนี้มักมีอายุน้อย การถูกบังคับค้าประเวณีเป็นการทารุณกรรมทางจิตใจ ซึ่งส่งผลทางจิตอย่างรุนแรง นอกจากนั้นยังมีปัญหาทางสุขภาพ จากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเอดส์ การถูกทุบตี ทำร้ายร่างกายเพื่อบีบบังคับให้ค้าประเวณี และยังมีชาวเจ้าของช่องบังคับให้เสพยาบ้าวันละ 2-3 เม็ด เพื่อให้สามารถรับแขกให้มาก เป็นผลถึงสุขภาพจากการติดยาบ้าอีกด้วย

ความรุนแรงต่อสตรีเกิดขึ้นได้หลายลักษณะทั้งที่เป็นคำพูดและการกระทำ ทั้งที่เกิดในบ้านและนอกบ้าน แต่ข้อมูลเรื่องนี้ที่เป็นภาพรวมยังไม่มี เท่าที่พอจะประมวลได้นั้นมาจากการศึกษาเฉพาะเรื่องเฉพาะกลุ่มเล็ก ๆ เท่านั้น เช่นจากการรวบรวมปัญหาผู้เดือดร้อนที่แจ้งเข้ามาในฝ่ายบริการสังคม ของมูลนิธิผู้หญิงในระหว่างเดือน มกราคม – ธันวาคม 2541 ซึ่งมีจำนวน 373 รายนั้น พบว่าเป็นความรุนแรงทางเพศ 139 ราย หรือร้อยละ 37.3 ความรุนแรงในครอบครัว

83 ราย หรือร้อยละ 22.3 และการคำหญิง 41 ราย หรือ ร้อยละ 11 นอกนั้นเป็นเรื่องอื่น ๆ ส่วนในรายละเอียดของความรุนแรงในครอบครัวมีสาเหตุจากถูกสามีทุบตีทำร้าย สามีไม่มีความรับผิดชอบ สามีมีภรรยาน้อย การแย่งสิทธิในการเลี้ยงดูบุตร และปัญหาถูกสามีขู่ว่าจะพาไปขายบริการทางเพศ (มูลนิธิผู้หญิง, 2541)

ประเด็นความรุนแรงทางเพศซึ่งถือว่าเป็นอันตรายทั้งต่อร่างกาย และจิตใจของสตรีเป็นอย่างยิ่งนั้นมีภาพสะท้อนจากข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ให้เห็นเกือบทุกวัน ระดับของความรุนแรงที่ปรากฏเป็นข่าวที่ทั้งระดับทำนุบำรุงไปจนถึงฆ่าข่มขืน

ในช่วงไม่กี่ปีมานี้มีปรากฏการณ์ทางเพศที่สำคัญ คือ การเปิดเผยเรื่องรักร่วมเพศ ซึ่งเดิมเป็นเรื่องซ่อนเร้นปิดบัง ซึ่งการเปิดเผยนี้ในสังคมไทยส่วนใหญ่ คือ กลุ่มชายรักร่วมเพศ ส่วนหญิงรักร่วมเพศนั้นยังไม่เป็นที่เปิดเผยอย่างแพร่หลายเท่า อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าหญิงรักร่วมเพศ หรือเรียกว่า “หญิงรักหญิง” ต้องเผชิญกับความรุนแรง และความเกลียดชังทั้งจากคนภายในครอบครัว และภายนอกครอบครัว เนื่องจากการไม่ยอมรับของสังคม ในประเทศไทยนั้นยังไม่มีรายงานวิจัยอย่างเป็นระบบ มีเพียงรายงาน และข้อมูลจากกลุ่มอาจารย์ เท่านั้น (กลุ่มกิจกรรมหญิงรักหญิงในประเทศไทย) ความรู้สึกเกลียดกลัวต่อรักร่วมเพศ และอคติต่อหญิงรักหญิงของผู้คนในสังคม จะทำให้เกิดอันตรายแก่สตรีกลุ่มนี้ ซึ่งส่วนใหญ่ก็อยู่ในวัยแรงงานทั้งสิ้น

2.3 ภาวะสุขภาพของสตรี กับการทำงาน

ในสังคมไทยนั้นทั้งบุรุษและสตรีต่างต้องรับผิดชอบภาระในครอบครัว และในสังคมแต่มีรูปแบบของความรับผิดชอบที่ต่างกัน กล่าวเฉพาะภาระในครอบครัว ขณะที่บุรุษจะเน้นความรับผิดชอบไปที่การ “หาเลี้ยงครอบครัว” สตรีนั้นต้องรวมทั้งการดูแลทุกข์สุขของทุกคน และช่วย “หาเลี้ยงครอบครัว” อีกด้วย ทำให้สตรีจำวนมากต้องทำงานอื่น ๆ ทั้งในร้าน ในโรงงาน หรือในสถานประกอบการต่าง ๆ ร่วมกับการทำภาระกิจประจำวันในบ้าน มีรายงานว่าสตรีทำงานในภาคเกษตรกรรมมากที่สุด รองลงมาคือภาคบริการและพาณิชยกรรม และภาคอุตสาหกรรม สภาพการทำงานในแต่ละภาคนั้นส่งผลถึงภาวะสุขภาพของสตรีทำให้สตรีมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยต่าง ๆ กันดังนี้

2.3.1 ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของแรงงานหญิงในภาคเกษตรกรรม

สตรีที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมส่วนใหญ่การศึกษาน้อย และฐานะยากจน ปัญหาที่พบ คือรายได้ไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับผลผลิตหรือขึ้นงาน โอกาสที่จะพัฒนาตนเองมีน้อย และต้องทำงานในระยะเวลาที่นานถึงกว่า 50 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ (นาถฤดี, 2539) นอกจากนี้ต้องสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชมากมาย ทำให้ความเจ็บป่วยที่สตรีในภาคเกษตรกรรมต้องเผชิญมาก

ที่สุด คือ โรคจากสารพิษกำจัดศัตรูพืช โรคของกล้ามเนื้อและกระดูก โรคปอดจากการกระทำเกษตรกรรม โรคจากสัตว์ประเภทต่าง ๆ เป็นต้น (Puengpit, 1995) เมื่อสตรีกลุ่มนี้เจ็บป่วยก็ไม่มี การคุ้มครองด้านสุขภาพหรือแรงงานแต่อย่างใด

2.3.2 ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของแรงงานหญิงในภาคบริการและพาณิชยกรรม

แรงงานสตรีกลุ่มนี้มีหลายระดับ หลากประเภท และเป็นทั้งผู้มีการศึกษาสูงสุดจนถึงไม่มีเลย มีทั้งผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงสุดถึงต่ำสุด อาทิผู้ประกอบการวิชาชีพต่าง ๆ เช่น แพทย์ นักกฎหมาย พยาบาล ครู วิศวกร เภสัชกร นักข่าว เป็นต้น อาชีพอื่น ๆ เช่น เลขานุการ พนักงานขายของ พนักงานเสิร์ฟ แม่ค้าแผงลอย หาบเร่ เจ้าของกิจการต่าง ๆ จนถึงหมอนวด หญิงให้บริการทางเพศ แต่ละอาชีพจะมีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยต่างกันไป ผู้ที่ด้อยโอกาสก็จะมี ความมั่นคงทางสุขภาพน้อยกว่าผู้มีฐานะดี มีงานมั่นคง

2.3.3 ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของแรงงานหญิงในภาคอุตสาหกรรม

ในภาคอุตสาหกรรมนั้นสตรีจำนวนมากมีส่วนร่วมในตลาดแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานระดับล่าง อุตสาหกรรมประเภทที่มีสตรีเป็นคณงานมากคือ สิ่งทอและตัดเย็บเสื้อผ้าผลิตอาหารแปรรูป ผลิตชิ้นส่วนอุปกรณ์ไฟฟ้า อุตสาหกรรมอัญมณี และอุตสาหกรรมก่อสร้าง สตรีส่วนใหญ่เป็นผู้มีการศึกษาต่ำ และฐานะไม่มั่นคง ทำให้เป็นผู้ด้อยโอกาสทำงานภายใต้สภาพงานที่อันตราย ตัวอย่างของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสตรีในภาคอุตสาหกรรม เช่น สตรีที่ทำงานในโรงงานสิ่งทอมีจำนวนของการเป็นปัสสาวะในซีต โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคหอบหืด หูเสื่อมสมรรถภาพเพิ่มมากขึ้น (แรงงานปริทัศน์, 2539 ; สุนันท์, 2538)

สตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมอื่น ๆ ก็ต้องสัมผัสกับสารพิษหลากหลายชนิด เช่น อุตสาหกรรมผลิตฮาร์ดดิสก์ไดรฟ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องคอมพิวเตอร์ คนงานส่วนใหญ่คือ สตรี และต้องทำงาน 3 กะ ตลอด 24 ชั่วโมง มีการศึกษาพบว่าคนงานเหล่านี้มีปริมาณตะกั่วในเลือดสูงถึงขั้นอันตราย ถึงร้อยละ 36 (เทคโนโลยีอาชีวเวชศาสตร์และสิ่งแวดล้อม, 2538)

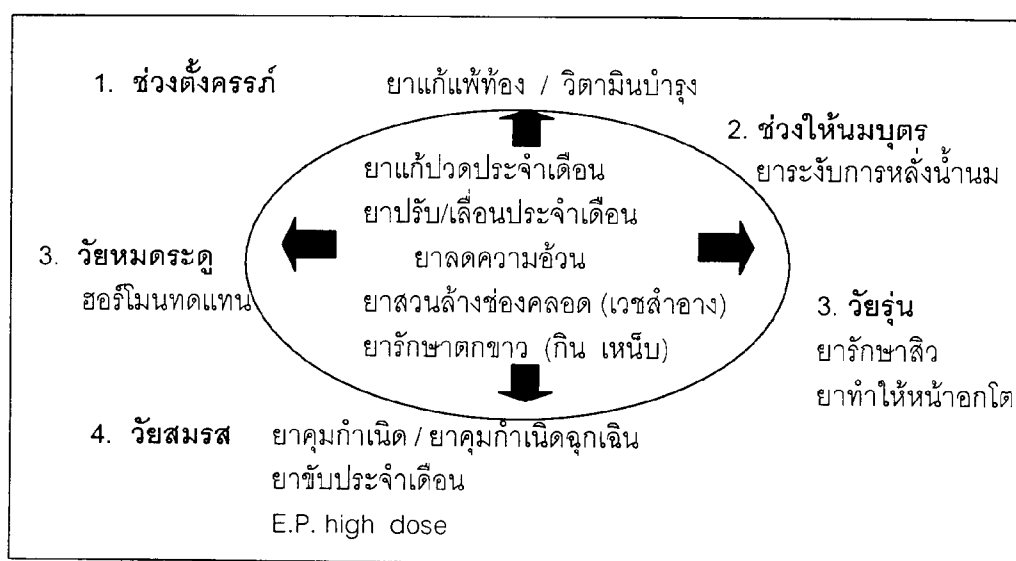
จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าสตรีที่เป็นคณงานก่อสร้างมักมีปัญหาสุขภาพจากการได้รับอุบัติเหตุในการทำงาน การใช้สารกระตุ้น การใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำ การพักผ่อนไม่เพียงพอ กินอยู่ในที่ ๆ ไม่สะอาดถูกสุขลักษณะ เครียดจากความไม่มั่นคงในชีวิต โรคติดเชื้อทางเพศจากคูรัก หรือสามี และอันตรายจากการตั้งครรภ์และการคลอด (ศิริพร , 2540)

2.4 ภาวะสุขภาพของสตรีวัยแรงงาน : ภาพสะท้อนจากการใช้ยา

ในโลกยุคปัจจุบันนี้แม้ไม่เจ็บป่วยสตรีที่มีสุขภาพดีจำนวนมากก็ใช้ยาเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข หรือเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เนื่องจากยาทุกชนิดมีทั้งคุณ และโทษ ดังนั้นภาพสะท้อนจากการใช้ยาของสตรีวัยแรงงานทำให้คาดคะเนภาวะสุขภาพของสตรีวัยนี้ได้

จากภาพที่ 1 เห็นได้ว่า สตรีวัยแรงงานที่สุขภาพดีทั่วไปจำนวนไม่น้อยต้องใช้ยาในทุกช่วงชีวิต ตั้งแต่วัยรุ่น ถึงวัยหมดระดู และการใช้ยาแต่ละช่วงส่งผลถึงภาวะสุขภาพของสตรีทั้งในระยะสั้น และระยะยาวต่างกันไปตามฤทธิ์ของยานั้น ๆ

ภาพที่ 2 วงจรภาพรวมการใช้ยาของสตรีในหนึ่งชีวิต



ที่มา : สุนทรี และนิตดา, 2539

เมื่อมีปัญหาทางสุขภาพเกิดขึ้นสตรีจำนวนมากใช้ยาไม่ถูกต้องโดยมีรายงานการวิจัยจำนวนมากยืนยันตรงกันว่าเมื่อเจ็บป่วยคนไทยนิยมซื้อยารับประทานเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ในจำนวนดังกล่าว สตรีวัยแรงงานไทยก็ไม่แตกต่างกัน ดังตัวอย่างผลการศึกษาปัญหาทางนิเวศของสตรีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า เมื่อสตรีรู้สึกไม่สบาย หรือคิดว่าตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับมดลูก จะรักษาตัวเองก่อน โดยการซื้อยาจากร้านขายของในหมู่บ้าน ถึงร้อยละ 82.4 ซื้อที่ร้านขายยาในเมืองร้อยละ 8.9 และขอจากเพื่อน /ญาติ ร้อยละ 16.7 และยามีชื่อส่วนใหญ่ คือ ยาปฏิชีวนะมากถึงกว่าร้อยละ 60 รองลงมาคือ ยาชุดต่าง ๆ และยาเหน็บ (Boonmongkon et al., 1998)

2.5 ภาวะสุขภาพจิตของสตรีวัยแรงงาน

ทุกวันนี้หญิงวัยแรงงานมีบทบาทอย่างสำคัญในระบบเศรษฐกิจทั้งในระดับครอบครัว และชุมชน แต่ผู้หญิงก็ต้องรับบทบาทดั้งเดิมอย่างเต็มที่ ทำให้เกิดความขัดแย้งและคับข้องใจในการรักษาความสมดุลของทั้งสองบทบาท และต้องยอมรับความจริงว่ายากที่จะประสบความสำเร็จทั้งสองบทบาทในเวลาเดียวกัน

เนื่องจากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติตามรัฐธรรมนูญใหม่ที่กำหนดให้คนไทยทุกคนต้องได้รับการศึกษาภาคบังคับ 12 ปี ทำให้คาดได้ว่าในอนาคตจำนวนสตรีที่มีการศึกษาสูงจะมากขึ้น นอกจากนั้นองค์กรที่ส่งเสริมบทบาทและสถานภาพสตรีในสังคมจะเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น ทำให้ความคาดหวังต่อบทบาทแม่บ้าน แม่เรือนของสตรีจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ยอมรับมากขึ้นว่า เมื่อสตรีทำงานนอกบ้าน บทบาทการทำงานในบ้านก็ต้องลดลงหรือหาสิ่งอื่น คนอื่นมารับบทบาทหน้าที่นั้นแทน กอปรกับจำนวนสตรีที่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานเชิงบริหารทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนการเมืองมีจำนวนมากขึ้น ส่งผลให้ในอนาคตจะสตรีจำนวนมากขึ้นไปมีบทบาทในการบริหารจัดการ และการกำหนดนโยบายของสังคมมากขึ้น สถานการณ์เช่นนี้เป็นภาพบวกในเชิงสถานภาพของสตรี แต่ขณะเดียวกันสตรีก็ต้องเผชิญกับความเครียดจากการแข่งขันทางเพศมากขึ้น หากสตรีไม่ได้เตรียมการ หรือไม่มีทักษะในการเผชิญปัญหาเหล่านี้ โอกาสที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชจากการเปลี่ยนแปลง และความผันผวนในบทบาท และหน้าที่การงานก็มีมากขึ้น

สตรีจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการศึกษาสูง เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย หรือสาเหตุอื่นใดก็ตาม จะต้องเข้าสู่ตลาดแรงงานทั้งในระดับฝีมือ และไร้ฝีมือ เนื่องจากประเทศไทยมีการพัฒนาด้านอุตสาหกรรม จึงต้องการแรงงานในตลาดอุตสาหกรรมจำนวนมาก นอกจากนั้นยังจะมีสตรีอีกจำนวนหนึ่งถูกผลักดันให้เข้าสู่ธุรกิจทางเพศ หรือเพศพาณิชย์ (Sexual industry) สตรีกลุ่มนี้จะต้องเผชิญกับการเอาเปรียบทางสังคมอย่างมากมาย หากค่านิยมทางสังคมในเรื่องเพศ การกดขี่ทางเพศยังคงอยู่ สตรีกลุ่มนี้จะต้องเผชิญกับความเครียด ความกังวลในความไม่มั่นคงในหน้าที่การงาน และความเครียดจากการทำงาน ที่สำคัญที่สุด คือ ต้องเผชิญกับทุกข์ทรมาน ทั้งทางร่างกายและจิตใจจากความรุนแรงในครอบครัว และความรุนแรงทางเพศ

ในสถานการณ์ปัจจุบัน และอนาคตที่โรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สตรีทำงานเป็นกลุ่มที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงก่อนกลุ่มอื่นเมื่อต้องติดเอดส์จากสามี หรือคู่นอน หรือจากความบังเอิญทางเลือดอื่น ๆ หรือแม้ว่าสตรีจะไม่ได้เป็นแต่กรณีสามี หรือญาติพี่น้องเป็น

เอดส์เธอก็ต้องรับภาระดูแลบุคคลเหล่านั้น ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจากการได้รับเชื้อ HIV หรือเป็นเอดส์ หรือต้องดูแลผู้ป่วยเอดส์ก็จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ภาพสะท้อนของปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นกับสตรีนั้นหากมองในภาพรวมผ่านข้อมูลจากโรงพยาบาลจิตเวชต่าง ๆ พบว่าในปี 2537 จำนวนสตรีที่มารับบริการการรักษาพยาบาลเนื่องจากมีปัญหาทางจิตของสตรีและบุรุษไม่ต่างกันนัก ดังปรากฏในตารางที่ 19 แต่ก็เป็นการยากที่จะสรุปว่าหญิง ชาย ใครมีปัญหาทางจิตมากกว่ากันผ่านภาพข้อมูลนี้ เนื่องจากในสังคมไทยนั้น การเจ็บป่วยทางจิตเป็นโรคที่มีคนจำนวนมากไม่ยอมเปิดเผย และยังไม่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป จึงย่อมมีผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้มาขอรับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช แต่ไปที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย โรงพยาบาลเอกชน คลินิกสุขภาพ และหมอแผนโบราณต่าง ๆ

ตารางที่ 19 จำนวนผู้มารับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลของรัฐ พ.ศ. 2537
จำแนกตามเพศ

โรงพยาบาล	ชาย	หญิง	รวม
ภาคกลาง			
ศรีธัญญา	65,762	53,614	119,376
สมเด็จพระเจ้าพระยา	53,416	55,545	108,961
ภาคเหนือ			
สวนปรุง	27,205	21,614	48,819
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
จิตเวชนครราชสีมา	32,958	34,154	67,112
จิตเวชขอนแก่น	42,168	46,511	88,679
พระศรีมหาโพธิ์	64,756	69,484	134,240
ภาคใต้			
สวนสราญรมย์	24,499	27,110	51,609
รวม	310,764	308,032	618,796

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2538)

แม้ว่าข้อมูลในตารางที่ 19 จะไม่ได้ระบุอายุของผู้มารับบริการแต่หากประเมินจากกลุ่มอายุของผู้มารับบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนวัยแรง

งานมากกว่าเด็กและคนชราแล้ว ก็อาจกล่าวได้ว่าสตรีวัยแรงงานมีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากและหากจะกล่าวเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของสตรี จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต (ตารางที่ 20 และ 21) พบว่าสตรีที่มาขอรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐจำนวนมากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวล (anxiety disorder) ส่วนโรคทางจิตอื่น ๆ ที่สตรีเป็นมาก คือ โรคจิตเภท (Schizophrenia) ลมชัก (Epilepsy) กลุ่มอาการปวดศีรษะ (Headache Syndrome) โรคจิตชนิดอารมณ์แปรปรวน (Affective Disorders) และเอาไซเมอร์ (Dementia in Alzheimer's disease) เป็นต้น

ตารางที่ 20 จำนวนผู้ป่วยหญิงที่มาใช้บริการการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐในปีงบประมาณ 2537 จำแนกตามโรค 10 โรคแรก

ชื่อโรค	จำนวน	ร้อยละ
Anxiety disorders	19,163	41.20
Schizophrenia	7,596	16.33
Epilepsy	2,821	6.07
Unspecified nonorganic psychosis	2,160	4.64
Headache syndrome	1,875	4.03
Affective disorders	1,824	3.92
Acute & transient psychotic disorders	1,129	2.43
Dementia in Alzheimer's disease	1,141	2.45
Somatoform disorders	1,098	2.36
Persistent delusional disorders	949	2.04
อื่น ๆ (Others)	6,755	14.52
รวม	46,511	100.00

ที่มา : กรมสุขภาพจิต ,2538

ตารางที่ 21 จำนวนผู้ป่วยหญิงที่มารับบริการการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในของ
โรงพยาบาลจิตเวชของรัฐในปีงบประมาณ 2537 จำแนกตามโรค 10 โรคแรก

ชื่อโรค	จำนวน	ร้อยละ
Schizophrenia	441	46.32
Unspecified nonorganic psychosis	100	10.50
Acute & transient psychotic disorders	62	6.51
Bipolar affective disorders	56	5.88
Depressive episode	36	3.78
Anxiety disorders	25	2.62
Mental & behavioral disorders use of alcohol	24	2.52
Other mental disorders due to brain damage & dysfunction & to physical disease	15	1.58
Mental & behavioral disorders use of other stimulus	2	0.21
Mental & behavioral disorders multiple drug use & others	1	0.11
Others	190	19.96
รวม	952	100.00

ที่มา : กรมสุขภาพจิต, 2538

หลังจากรายงานของกรมสุขภาพจิตปี 2538 แล้วรายงานปีต่อ ๆ มา ไม่ได้แยกสถิติการเจ็บป่วยของหญิงชาย แต่ให้ภาพรวม จึงไม่มีข้อมูลว่าภาพการเจ็บป่วยทางจิตของสตรี ตั้งแต่ปี 2538 ถึง 2541 มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ แต่ถ้าพิจารณาในภาพรวมในทุกกลุ่มอายุดังปรากฏตารางที่ 22 คาดว่าไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก

ตารางที่ 22 จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวช จำแนกตามประเภทผู้ป่วยจากหน่วยงาน
สังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2540 และ 2541

ประเภท	ปีงบประมาณ 2540		ปีงบประมาณ 2541	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวน (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด
1. โรคจิต	373,108	47.93	344,980	42.86
2. วิตกังวล	136,200	17.50	129,847	16.13
3. โรคซึมเศร้า	44,711	5.74	47,313	5.88
4. ปัญญาอ่อน	16,505	2.12	19,886	2.47

ตารางที่ 22 จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวช จำแนกตามประเภทผู้ป่วยจากหน่วยงาน
สังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2540 และ 2541 (ต่อ)

ประเภท	ปีงบประมาณ 2540		ปีงบประมาณ 2541	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวน (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด
5. โรคซึมเศร้า	38,359	4.93	36,204	4.50
6. ผู้ติดยาและสารเสพติด	36,116	4.64	38,775	4.82
7. ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ	38,789	4.98	53,495	6.65
8. ผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตาย	267	0.03	198	0.02
9. โรคทางกาย	94,624	12.13	134,208	16.67
รวม	778,624	100.00	804,906	100.00

ที่มา : กรมสุขภาพจิต, 2541

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในช่วงปี 2539 – 2540 พบว่าประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายรวมเพิ่มขึ้น โดยมีสัดส่วนการฆ่าตัวตายระหว่างบุรุษต่อสตรีเพิ่มขึ้นจาก 1.5 – 1.8 ต่อ 1 เป็นประมาณ 3 ต่อ 1 และอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นเป็นการเพิ่มในบุรุษมากกว่าสตรี ดังปรากฏในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 อัตราส่วนการฆ่าตัวตายจากรายงานใบมรณบัตรทั่วประเทศปี พ.ศ. 2539 – 2540

ปี พ.ศ. / เพศ	จำนวนผู้ฆ่าตัวตาย (คน)	อัตราต่อแสน
พ.ศ. 2539		
ชาย	3,357	11.25
หญิง	1,172	3.91
รวม	4,529	7.57
พ.ศ. 2540		
ชาย	3,239	10.75
หญิง	979	3.23
รวม	4,218	6.98

ที่มา : ประเวช, และสุรสิงห์, 2541

ผู้ที่ฆ่าตัวตายมากที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 25 – 34 ปี (ประเวช และสุรสิงห์, 2541) นอกจากนั้น ในช่วงปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา เป็นช่วงที่ประเทศไทยเผชิญกับภาวะเศรษฐกิจตกต่ำอย่างรุนแรง ทำให้ผู้คนในสังคมเกิดความเครียดถึงกับฆ่าตัวตายปรากฏเป็นข่าวหนังสือพิมพ์เกือบทุกวัน ดังปรากฏในตารางที่ 24 และพบว่า มีชาวหญิงฆ่าตัวตายน้อยกว่าชาย

ตารางที่ 24 ผู้ที่เสียชีวิตและได้รับบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตายสรุปจากจำนวนข่าวหนังสือพิมพ์จำแนกตามรายเดือน

ลำดับ	เดือน	การฆ่าตัวตายทุกสาเหตุ						
		จำนวน		เสียชีวิต (คน)		บาดเจ็บ (คน)		
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	รวม
1	กรกฎาคม 2540	34	24	16	40	4	2	6
2	สิงหาคม 2540	43	31	13	44	2	2	4
3	กันยายน 2540	51	37	17	54	4	1	5
4	ตุลาคม 2540	37	27	8	35	3	2	5
5	พฤศจิกายน 2540	55	50	7	57	2	2	4
6	ธันวาคม 2540	53	45	12	57	2	2	4
7	มกราคม 2541	52	47	17	64	1	2	3
8	กุมภาพันธ์ 2541	38	35	10	45	0	1	1
9	มีนาคม 2541	17	13	4	17	0	0	0
10	เมษายน 2541	58	46	12	58	3	0	3
11	พฤษภาคม 2541	33	29	12	41	0	0	0
12	มิถุนายน 2541	42	30	18	48	0	0	0
13	กรกฎาคม 2541	67	52	24	76	0	1	1
14	สิงหาคม 2541	53	46	17	63	0	0	0
15	กันยายน 2541	29	26	7	33	0	0	0
	รวม	662	538	194	732	21	15	36

ที่มา : กรมสุขภาพจิต, 2541

3. แนวโน้มภาวะสุขภาพสตรีวัยแรงงาน และข้อเสนอแนะ

หากพิจารณาแนวโน้มด้านประชากรในอนาคต เป็นที่ชัดเจนว่าจำนวนประชากรวัยสูงอายุจะมีมากขึ้น เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น อัตราตายลดน้อยลง ขณะเดียวกัน สภาพสังคมจะบังคับให้ทั้งบุรุษและสตรีต้องทำงานมากขึ้นเพื่อการดำรงชีวิต ลักษณะของงานอาชีพต่าง ๆ ก็จะหลากหลายและซับซ้อนขึ้น ขณะเดียวกันผลจากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติจะส่งผลให้ประชากรอายุ 5-18 ปี อยู่ในโรงเรียน นั่นหมายถึง ช่วงอายุของสตรีวัยแรงงานอาจจะเปลี่ยนไป

เนื่องจากอายุที่เข้าสู่ตลาดแรงงานสูงขึ้น แต่ต้องทำงานนานขึ้น เนื่องจากสภาพร่างกาย และสภาพงาน ตลอดจนการมีภาระต้องดูแลตนเอง และ/หรือ ดูแลผู้สูงอายุจะมากขึ้นทำให้อายุการทำงานต้องขยายออกไป อย่างไรก็ตามประชากรสตรีจำนวนหนึ่งจะมากขึ้นทำให้อายุการทำงานต้องขยายออกไป อย่างไรก็ตามประชากรสตรีจำนวนหนึ่งก็ยังต้องเข้าสู่ตลาดแรงงานตั้งแต่อายุน้อย เนื่องจากการด้อยโอกาสทางการศึกษาและการบีบคั้นทางเศรษฐกิจ ดังนั้นกล่าวได้ว่า ในอนาคตอันใกล้ในช่วงอายุของสตรีวัยแรงงานจะขยายจาก 13 – 59 ปี ออกไปอีกอย่างน้อย 5 – 10 ปี

ความสำเร็จของงานอนามัยแม่ และเด็ก โดยเฉพาะการคุมกำเนิด และวิทยาการด้านฮอร์โมนเพศ ทำให้ปัญหาสุขภาพอันเกิดจากวงจรชีวิตการเจริญพันธุ์ตามธรรมชาติลดความรุนแรงลงจนไม่เป็นปัญหาลำดับต้น ๆ สำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ในศตวรรษที่ 21 อีกต่อไป แต่ปัญหาจะไปเกิดขึ้นในลักษณะอื่นเนื่องจากการพัฒนาของเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ เช่นการผสมเทียม การปรับปรุงพันธุ์มนุษย์ เป็นต้น

จากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปทั้งทางบวก และทางลบ กล่าวคือในทางบวก การดำเนินชีวิตสะดวกสบายขึ้น บริการสุขภาพอนามัยพัฒนาทั้งปริมาณและคุณภาพ ให้ทางเลือกที่หลากหลาย ผู้คนในสังคมไทยน่าจะมีความสุข มีคุณภาพชีวิตในทุกด้านขึ้น แต่ผลทางลบของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้คนส่วนใหญ่ในสังคมไทย ปัจจุบันไม่มีความสุข และไม่มีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่ควร การเปลี่ยนแปลงทางลบที่เห็นได้ชัดเจน คือ การเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม ดิน น้ำ อากาศ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการก่อเกิดชีวิต และดำเนินชีวิต กำลังเริ่ม เป็นพิษ และก่อภัยต่อมนุษย์ นอกจากนั้นมนุษย์ด้วยกันเองก็ทำร้ายกันมากขึ้นด้วยเหตุผลต่าง ๆ นานา หากสถานการณ์เช่นนี้ยังดำเนินต่อไป แนวโน้มของภาวะสุขภาพสตรีวัยแรงงานอันที่เหตุมารจากสภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมจะเลวร้ายลงไปเรื่อย ๆ ปัญหาสุขภาพอันเกิดจากการทำงานจะมีจำนวนสูงขึ้น เช่นเดียวกับความรุนแรงต่อสตรีก็จะคงอยู่ต่อ สตรีวัยแรงงานจะเป็นเหยื่อของความรุนแรงในครอบครัว การล่วงละเมิดทางเพศ และเป็นสินค้าในอุตสาหกรรมเพศพาณิชย์เพิ่มมากขึ้น สภาพเช่นนี้ส่งผลถึงสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์โดยตรง โดยเฉพาะการทำแท้ง การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์

การไร้ความศักดิ์สิทธิ์ในการใช้ระเบียบควบคุมการโฆษณาประชาสัมพันธ์ และการซื้อขายยาในสังคมไทย เป็นผลเสียต่อสุขภาพของสตรีหากสตรีไม่มีความรู้ ความเข้าใจ และรู้ไม่เท่าทัน เล่ห์กลทางการค้า ปราบปรามการฉ้อโกงการใช้ยาไม่ถูกต้อง ไม่จำเป็นจะมีอยู่ต่อไป และจะขยายขนาดของปัญหามากขึ้น หากเรื่องนี้ไม่ได้รับการแก้ไข

ปัญหาสุขภาพจิตจะกลายเป็นปัญหาโรคเรื้อรังที่บั่นทอนศักยภาพของสตรีวัยแรงงานอย่างสำคัญหากปัญหาความขัดแย้งในบทบาททางเพศ ทางสังคม และทางเศรษฐกิจไม่ได้รับการคลี่คลาย

สรุป ได้ว่าในศตวรรษที่ 20 การพัฒนาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเจริญก้าวหน้าอย่างมาก ส่งผลต่ออย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของสตรีไทยวัยแรงงาน โดยเฉพาะเรื่องการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ การคลอด ซึ่งเคยเป็นสาเหตุการตาย ลำดับต้นของสตรีในยุคต้นและยุคกลางศตวรรษที่ 20 แต่ในช่วงปลายศตวรรษปัญหานี้ได้ถูกแก้ไขไปอย่างมาก อย่างไรก็ตามปัญหาใหม่ก็เกิดขึ้นจากพัฒนาการดังกล่าวด้วย พร้อมกับปัญหาอื่น ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว ในที่นี้จึงขอสรุปเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของสตรีวัยแรงงานไว้ ดังนี้

ประการที่หนึ่ง คุณภาพของข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์ต้องการการพัฒนาให้ดีขึ้น

แม้ว่างานอนามัยแม่และเด็กจะประสบความสำเร็จอย่างมากจนไม่เป็นปัญหาสำคัญอีกต่อไป แต่งานนี้ก็ยังต้องดำเนินไปอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ต้องมีระบบการตรวจสอบ ติดตามที่มีคุณภาพ และมีความไวที่จะจับปัญหาใหม่ ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ในกรณีนี้คุณภาพของข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ ปัจจุบันข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์หลายเรื่องชัดเจน ให้ภาพที่นำไปสู่การปรับปรุงงานได้ แต่ก็ยังมีเรื่องที่ไม่ชัดเจน เช่น ข้อมูล พฤติกรรม ความรู้ ความต้องการ และปัญหานามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มสตรีไม่แต่งงาน กลุ่มสตรีที่ไม่มีบุตร กลุ่มสตรีในวัฒนธรรมย่อยต่าง ๆ ยังขาดอยู่มากจึงต้องการการพัฒนาทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพ

ประการที่สอง สิทธิการเจริญพันธุ์ (Reproductive Rights) ของสตรีจะต้องได้รับการส่งเสริม และป้องกันการล่วงละเมิดอย่างเต็มที่

กฎหมาย นโยบาย ข้อบังคับ และข้อปฏิบัติใด ๆ ที่เป็นการล่วงละเมิดต่อสิทธิการเจริญพันธุ์ ซึ่งประกอบด้วย สิทธิ 9 ประการ คือ สิทธิในการมีชีวิต มีสุขภาพที่ดี มีศักดิ์ศรีและความมั่นคง มีความเป็นส่วนตัว มีสิทธิประโยชน์ในกระบวนการได้มาซึ่งความรู้ มีสิทธิรับรู้ข้อมูล มีสิทธิได้รับการศึกษา มีความเสมอภาคในการแต่งงานและการหย่าร้าง และไม่ถูกกีดกัน ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องควรต้องตรวจสอบกฎหมาย นโยบาย แนวปฏิบัติต่าง ๆ ถ้าล่วงละเมิดสิทธิดังกล่าวจะต้องปรับเปลี่ยนใหม่

ประการที่สาม การช่วยเหลือสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาต้องทำอย่างเป็นกระบวนการและจริงจัง

เนื่องจากปัญหาสุขภาพจากการทำแท้งขยายมากขึ้น ทั้งจำนวน และความรุนแรง การกำหนดนโยบาย ข้อปฏิบัติ และบริการสุขภาพที่ชัดเจน ครบถ้วน เชื้ออาหารต่อความผิดพลาด ความไม่พร้อมความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ การขาดความรู้ และ / หรือ ความทุกข์ทรมานจากการตก

เป็นเหยื่อของการล่วงละเมิดทางเพศ จะช่วยให้สตรีที่ตั้งครรภ์โดยไม่พึงปรารถนา ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสม

ประการที่สี่ ระบบบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญต่อประเด็นเพศภาวะ (gender)

ระบบบริการปัจจุบันให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการ และความเร็วซึ่งเป็นสิ่งที่ดี แต่ที่ขาด คือ ความใส่ใจในเพศภาวะ หรือ ความไวเชิงเพศภาวะ (gender sensitivity) ความไวเชิงวัฒนธรรม (cultural sensitivity) และความสบายใจเชิงวัฒนธรรม (Cultural comfortability) ทำให้สตรีจำนวนมากไม่ยินดีและหลีกเลี่ยงที่จะเข้ารับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นกระบวนการทำงาน และทักษะของผู้ให้บริการการแพทย์ และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ต้องปรับปรุง

ประการที่ห้า สตรีที่ทำงานนอกจากบ้าน จะต้องได้รับความคุ้มครองความปลอดภัยจากการทำงานอย่างจริงจัง

การทำให้กฎหมายคุ้มครองแรงงาน การประกันสังคม ประกันสุขภาพ และความปลอดภัยของแรงงานไม่ถูกเอาเปรียบ ลดปัญหาสุขภาพ และได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงาน

ประการที่หก ต้องป้องกันไม่ให้สตรีตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง ในครอบครัวและได้รับการช่วยเหลือตามหลักสิทธิมนุษยชน เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น

ปัจจุบันเรื่องภายในครอบครัว โดยเฉพาะการทำร้ายร่างกายระหว่างสามี-ภรรยา พ่อ-แม่-ลูก ยังถูกมองเป็นเรื่องส่วนตัวที่สังคมมักเพิกเฉย และสตรีจะตกเป็นเหยื่อมากที่สุด ส่งผลถึงปัญหาสุขภาพอนามัยประชากร ดังนั้น นโยบายข้อปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหานี้ ตลอดจนการช่วยเหลืออย่างถูกต้องตามหลักสิทธิมนุษยชน จะต้องทำให้เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม

ประการที่เจ็ด กลุ่มเป้าหมายงานอนามัยสำหรับสตรีจะต้องปรับและพัฒนาได้ครอบคลุมมากขึ้น

งานอนามัยสตรีปัจจุบันเน้นที่วัยเจริญพันธุ์โดยเฉพาะกลุ่มสตรีที่แต่งงานมีบุตร และวัยหมดระดู ซึ่งยังไม่ครอบคลุมสตรีมีอายุน้อยกว่า 15 ปี และสตรีที่เป็นโสด นอกจากนั้นจะต้องพัฒนาบริการ ให้เข้าถึงกลุ่มสตรีด้วยโอกาสต่างๆ เช่น สตรีพิการ สตรีอพยพย้ายถิ่น สตรีใช้แรงงาน เป็นต้น

ประการที่แปด ต้องมีนโยบายเชิงรุก เพื่อป้องกันสตรีไม่ได้รับผลเสียจากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ไม่ถูกต้อง

ด้วยพัฒนาการที่รวดเร็วของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้เกิดวิธีการปฏิบัติต่างๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และรักษาพยาบาลต่างๆ รัฐต้องมีกลยุทธ์ที่จะไม่ทำให้ความรู้ใหม่เหล่านั้น ถูกใช้อย่างไม่ถูกต้อง และป้องกันไม่ให้สตรีต้องตกเป็นเหยื่อของการทดลอง หรือเป็นเหยื่อของการแพทย์เชิงพาณิชย์

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2542). รายงานประจำปี 2541. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2539). รายงานประจำปี 2538. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กองโภชนาการ. (2538) รายงานการเฝ้าระวังโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กกลุ่มหญิงมีครรภ์ประจำปี 2537 – 2538. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤตยา อาชวนิจกุล. (2538). เคียงร่างสร้างแผ่นดิน : บันทึกการต่อสู้ของผู้หญิงธรรมดา. กรุงเทพฯ : มูลนิธิผู้หญิง.
- กฤตยา อาชวนิจกุล. (2539). ความรุนแรงต่อผู้หญิง : ภัยเงียบ ภัยมืด และภัยสว่าง บนทุกเส้นทางชีวิตผู้หญิง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ ณ โรงแรม เอส ดี อเวนิว กรุงเทพฯ : 13 – 14 มิถุนายน.
- กองระบาดวิทยา. (2542) สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ติดเชื้อที่มีอาการของประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2541. วารสารโรคเอดส์. 11(1) , 3.
- กองระบาดวิทยา. (2536) สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- คณะผู้เชี่ยวชาญด้านประชากร (2538). โครงการสำรวจ ติดตามความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์.
- เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ. (2541). รายงานเครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ : การสำรวจองค์ความรู้ผู้หญิงกับสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- จรุงกลีน จันทรคำ, ภิเศก ลุมพิกานนท์, และสุกรี สุนทราภา. (2538). รายงานการวิจัยเรื่องอาการของสตรีช่วงวัยหมดระดูในเขตชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชี้น เตชามหาชัย , ศิริกุล เกตุพงศ์ และสุทธิดา ปรีชารัตน์. (2541). การศึกษาการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีไทย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. ฉบับกรกฎาคม – กันยายน, หน้า 29 – 40.
- ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. (2541). การฆ่าตัวตาย : การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ : พลัสเพรส.

- ฝ่ายการศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์. (2539) รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและหลังหมดระดู. กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย. พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ และคณะ. (2539). รายงานผลการดำเนินงานโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากร พ.ศ. 2533, 2537. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- นราภรณ์ หะวานนท์. (2538). **ท้องถิ่นกับแนวโน้มสุขภาพและการให้บริการ**. เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติเรื่อง การตั้งครุฑที่ไม่พึงประสงค์ : ประเด็นท้าทายการให้บริการทางด้านสาธารณสุขของรัฐ ณ โรงแรมปรีณิพัลลภ กรุงเทพฯ.
- มัลลิกา มติโก และคณะ. (2540). **อนามัยเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย : ภาพสะท้อนจากงานวิจัย**. กรุงเทพฯ. : ภาพพิมพ์.
- นาถฤดี เด่นดวง และกนกวรรณ ธารวรรณ. (2539). **สุขภาพและความปลอดภัยของผู้หญิงในการทำงาน**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ ณ โรงแรม เอสดีอเวนิว กรุงเทพฯ 13 – 14 มิถุนายน.
- เรวดี ดำประภา. (2538). **ทฤษฎีของเยาวชนไทย ในกรุงเทพมหานครที่มีต่อการแก้ปัญหาการตั้งครุฑที่ไม่พึงประสงค์ กับกฎหมายท่าแห่งที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรีย์ อรุณรัตน์, รัชวัลย์ บุญโสม, และโนรี ใจหาญ. (2540) พฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง. วารสารสุขภาพจิต และจิตเวช. 1(1) : 12 – 22.
- ศิริพร กัญชนะ, พรสินี อมรวิเชษฐ และ นริสลักษณ์ กุลฤกษ์. (2541). การศึกษาการตายมารดา ปี พ.ศ. 2538 – 2539 ในประเทศไทย. วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม. ฉบับกรกฎาคม – กันยายน, หน้า 39 – 48.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2539). รายงานการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพสตรีไทยระหว่างปี พ.ศ. 2526 – 2537. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (บรรณาธิการ). (2540). **ปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคนงานก่อสร้างไทย : การศึกษาเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพฯ : โยธิตติพิบลิจ.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2540). **ภาวะสุขภาพสตรีวัยกลางคน : ข้อเสนอเพื่อการเตรียมเข้าสู่วัยทอง**. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 5(4) : 337 – 347.
- สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. (2541). **การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539 – 2540**. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

- สุนทรี ท. ชัยสัมฤทธิ์โชค และนิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี. (2539). **การใช้ยาของหญิงไทยกับการมีสุขภาพดี**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ ณ โรงแรม เอสดีอเวนิว กรุงเทพฯ 13-14 มิถุนายน.
- สร้อย อนุสรณ์วีรกุล, สุชาดา สุวรรณคำ และพร้อมจิต ห่อนบุญheim. (2538). **รายงานวิจัยเรื่องลักษณะการมีประจำเดือนในสตรีวัยรุ่น : ปัญหาและการดูแลตนเอง**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Archavanitkul, K. and Havanon, N. (1990). **Situation, Opportunities and Problems Encountered by Young Girls in Thai Society**. Unpublished manuscript.
- Boonmongkon, P., Nichter, M. Pylypa, J. and Chantapasa, K. (1998). **Understanding Women's Experience of Gynecological Problem : An Ethnographic Case Study from Northeast Thailand**. Nakorn Pathon. The Center for Health Policy Studies.
- Broadhead, T.J. And James, D.K. (1995). Worldwide utilization of cesarean section. In Flamm, B.L. and Quilligan, E.J. (ed). **Cesarean Section : Guidelines for Appropriate Utilization**. New York : Springer - Verlag.
- Cash, K., Anasuchatkul, B., and Busayawong, W. (1995). **Experimental Interventions for AIDS Prevention Among Northern Thai Single Migratory Factory Workers**. np : USIAD.
- Chirawatkul, S. (1993). **Social Construction on Menopause in Northeast Thailand**. PhD Dissertation at the University of Queensland Australia.
- Chompootawee, S. et al. (1993). The menopausal age and climacteric complaints in Thai women in Bangkok. **Maturitas**. 17 : 63 – 71.
- Deerasame, S. et al. (1999). **Cancer in Thailand Vol II, 1992 – 1994**. International Agency for Research on Cancer, WHO, IARC. Technical Report No 34. Lyon.
- Dusitsin, N. (1997). **Country – specific information : Menopausal program in Thailand**. In Ratnam, S and Campana, A. (edit) **First Consensus Meeting on Menopause in the East Asian Region**. Geneva, WHO.
- Ford, N. and Kittisuksathit, S. (1996). **Youth Sexuality : The Sexual Awareness Lifestyle and Related – Health Service Needs of Young, Single, Factory Workers in Thailand**. Nakorn Pathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Heise, L. (1993) Violence Against Women : The Missing Agenda. In Koblinsky M. (eds).

The Women and Health. Boulder : Westview.

Koetsawang, S. (1993). **Illegal Induced Abortion in Thailand.** Paper presented at IPPF SEAO Regional Programme Advisory Panel Meeting on Abortion, Eali, Indonesia, 29-30 October.

Lumpiganon, P. (1999) Strategies for reducing cesarean section rate. In Junratchakul, (ed). **Contermporary Obstetrics.** Bangkok : Kowphong press.

Metha, S., Groenen, R. and Roque, F.(1999). **Adolescent in Changing Times : Issues and Perspective for Adolescent Reproductive Health in the ESCAP Region.** Available in [http : // www. unescap. org/pop/icpd/adoles.html](http://www.unescap.org/pop/icpd/adoles.html)

บทที่ 6

บทสรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทที่ 6

บทสรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาด้านสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรวัยแรงงานไทย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในบทต่าง ๆ พอลจะสรุปประเด็นสำคัญ ๆ รวมทั้งแนวโน้มและปัญหาเร่งด่วนที่จะต้องแก้ไขดังต่อไปนี้

1. ประชากรวัยแรงงานไทย ถือเป็นประชากรกลุ่มหลักของประเทศ เพราะสัดส่วนของจำนวนประชากรมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมดเป็นประชากรกลุ่มนี้ ในปัจจุบันอาชีพเกษตรกรรมยังเป็นอาชีพหลักของประเทศ คือ มีสัดส่วนประมาณ 51 – 56 % ของอาชีพทั้งหมด แต่มีแนวโน้มว่าสัดส่วนของการประกอบอาชีพเกษตรกรรมจะลดลง อาชีพที่สำคัญอันดับรองลงมาคือ งานภาคอุตสาหกรรม (มีประมาณ 16%) ซึ่งถือเป็นส่วนที่จะมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น เพราะถือว่าเป็นรายได้หลักของประเทศ นอกจากนี้ประชาชนที่ทำงานภาคอุตสาหกรรมถือว่ามีความสำคัญในเชิงทางด้านสุขภาพเป็นอย่างมากด้วย เพราะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพทั้งจากการทำงาน และจากการใช้ชีวิตความเป็นอยู่ในแบบของชุมชนเมือง

2. จากข้อมูลโครงสร้างประชากรวัยแรงงานไทย มีแนวโน้มว่าจำนวนคนว่างงานจะมีเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะช่วงหลังปี พ.ศ.2541 หลังภาวะเศรษฐกิจตกต่ำภายในประเทศ กลุ่มที่มีผลกระทบมากที่สุด คือ ประชากรในเขตกรุงเทพฯ ซึ่งถือเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องแก้ไขปัญหารว่างงานนี้

3. การใช้แรงงานเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี มีแนวโน้มลดลง ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากกฎหมายพระราชบัญญัติแรงงาน พ.ศ.2541 อย่างไรก็ตามจะต้องมีการติดตาม ตรวจสอบการใช้แรงงานเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในโรงงาน หรือสถานประกอบการนอกระบบ หรือผิดกฎหมายต่าง ๆ รวมทั้งการนำเด็กมาใช้ในการอาชีพต้องห้ามต่าง ๆ ด้วย เช่น โสเภณีเด็ก เป็นต้น

4. ประชาชนคนไทยมีการศึกษามากขึ้น และมีแนวโน้มว่าจะมีการศึกษาสูงขึ้น ซึ่งถือเป็นแนวโน้มที่ดี และบ่งชี้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการใช้แรงงานจาก unskilled labour ไปเป็น skilled labour เหมือนประเทศที่พัฒนาแล้วทั้งหลาย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันนี้สัดส่วนของผู้ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาขึ้นไป ยังมีจำนวนน้อยอยู่มาก เมื่อเทียบกับระดับการศึกษาของประชาชนทั้งหมด และที่น่าเป็นห่วงคือ สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้ทำงาน หรือกำลังหางานทำในกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาขึ้นไป มีแนวโน้มมากขึ้น จากข้อมูลอันนี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับ

เปลี่ยนทิศทางการศึกษาของชาติ คือ แทนที่จะมุ่งเน้นที่จะให้ประชาชนมีการศึกษาในระดับอุดมศึกษาอย่างเดียว อาจจะต้องมุ่งเน้นไปพัฒนาการศึกษาทางด้านอาชีวศึกษา และการศึกษานอกระบบมากยิ่งขึ้น สำหรับการแก้ไขปัญหในระดับภาคนั้น ถือว่าภาคเหนือเป็นภาคที่ผู้ที่ไม่มีการศึกษามากที่สุด ควรที่จะให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหในพื้นที่นี้เป็นอันดับแรก

5. มีความแตกต่างในเรื่องเศรษฐกิจฐานะของประชาชนในวัยแรงงานไทยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานในส่วนของภาคเอกชน หรืออาชีพอิสระ ตัวอย่างเช่น รายได้ของผู้ที่ทำงานในภาคเอกชน ระหว่างผู้บริหารกับระดับผู้ปฏิบัติ มีรายได้เฉลี่ยแตกต่างกันเกือบถึง 15 เท่า ซึ่งถือเป็นช่องว่างค่อนข้างมาก สมควรที่จะมีแนวทางในการแก้ไขเพื่อที่จะลดช่องว่างในเรื่องความแตกต่างทางรายได้ของประชากรในกลุ่มวัยแรงงานลงด้วย

6. ประชากรวัยแรงงานไทยมีชั่วโมงในการทำงานมาก โดยครึ่งหนึ่งของผู้มีงานทำมีการทำงานมากกว่า 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยปกติองค์กรแรงงานระหว่างประเทศได้มีข้อกำหนดในเรื่องชั่วโมงของการทำงานว่าไม่ควรจะเกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งการทำงานที่มากเกินไปจะมีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและทางด้านจิตใจ² นอกจากนี้จะมีผลกระทบต่อสุขภาพแล้วการทำงานที่มากเกินไป จะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานด้วย

7. มีแนวโน้มที่ประชากรวัยแรงงานไทยจะไปทำงานต่างประเทศมีเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากข้อมูล que แสดงในบทที่ 1 จะพบว่าในช่วงเวลาระหว่างปี พ.ศ.2533 – 2538 ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาเพียง 5 ปี แต่มีคนไทยได้เดินทางออกไปทำงานในต่างประเทศเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า โดยส่วนใหญ่จะไปทำงานในแถบประเทศทางเอเชีย โดยเฉพาะได้หวัน การทำงานในต่างประเทศแม้จะมีรายได้ที่ดีกว่าการทำงานภายในประเทศ แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะมีมากกว่าตามไปด้วย ทั้งปัญหาทางด้านความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ภาษา และรวมทั้งปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสุขภาพจิต³ ดังนั้นทางรัฐบาลจึงสมควรที่จะมีแนวทางในการควบคุมและป้องกันปัญหาเหล่านี้ .

นอกจากจะมีปัญหาเรื่องการอพยพไปทำงานยังต่างประเทศ ประเทศไทยยังต้องเผชิญกับปัญหาของแรงงานต่างด้าว ที่อพยพทั้งถูกหรือผิดกฎหมายเข้ามาทำงานในประเทศด้วย นับวันปัญหาดังกล่าวมีแต่ทวีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะปัญหาการอพยพเข้ามาแบบผิดกฎหมาย ปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นสำหรับแรงงานต่างชาติมีทั้งที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานจะเป็นปัญหาที่รุนแรงกว่าแรงงานของคนในชาติ เพราะคนเหล่านี้จะขาดความรู้ สื่อสารไม่เข้าใจ และมักจะทำงานในโรงงานที่ไม่ได้มาตรฐาน ผิดกฎหมายและไม่ได้รับการคุ้มครองทางด้านสุขภาพ ส่วนปัญหาที่ไม่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน ได้แก่ การเป็นพาหนะนำโรคติดต่อต่าง ๆ เข้ามาภายในประเทศ รวมทั้งปัญหาเรื่องยาเสพติดและอาชญากรรมต่าง ๆ

8. จากข้อมูลการศึกษาสภาวะสุขภาพของคนไทยวัยแรงงานในบทที่ 2 พบว่า แนวโน้มของสภาวะสุขภาพของประชาชนวัยแรงงานไทยดีขึ้น คือ สัดส่วนของผู้ที่รู้สึกว่าตนเองแข็งแรงมีมากขึ้น และจำนวนผู้ที่ป่วยเป็นโรคมีลดลง ปัจจัยที่มีผลหรือมีความสัมพันธ์ต่อสภาวะสุขภาพของประชากรวัยแรงงานของไทย มีหลายปัจจัยด้วยกัน ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ พื้นที่ที่อาศัย และอาชีพ ซึ่งผลของความสัมพันธ์นั้น มีทั้งผลทางบวกและลบ ตัวอย่างเช่น ปัจจัยเรื่องอายุ คนไทยที่มีอายุมากขึ้น จะมีปัญหาทางสุขภาพมากขึ้น โดยรูปแบบของโรคจะเปลี่ยนแปลงจากโรคติดเชื้อ เช่น โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ไปเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมตามอายุทั้งหลาย เช่น โรคหัวใจหลอดเลือด โรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคเบาหวาน เป็นต้น แม้ว่าในกลุ่มคนอายุน้อยจะมีสุขภาพที่แข็งแรงกว่า แต่จากการสำรวจพบว่า เมื่อคนกลุ่มนี้เกิดการเจ็บป่วยจะมีอาการรุนแรงกว่า สาเหตุการป่วยที่พบบ่อย ๆ และเป็นปัญหาในคนกลุ่มอายุน้อย คือ เจ็บป่วยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ และโรคเอดส์ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการตายของกลุ่มประชากรอายุระดับนี้คือ สาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนอายุ 15 – 24 ปี คือจากอุบัติเหตุ และสาเหตุการตายอันดับ 2 ของคนอายุ 25 – 34 ปี คือตายจากโรคเอดส์

นอกจากนี้ปัจจัยในเรื่องเพศก็มีความสำคัญ จากข้อมูลในบทที่ 2 พบว่าเพศชายจะรู้สึกว่าคุณภาพดีสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากความรู้สึกตามบทบาทที่สังคมได้คาดหวังไว้ รวมทั้งเพศชายอาจจะมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การได้ออกกำลังกายมากกว่า และการที่สังคมได้ให้โอกาสและบทบาทแก่เพศชายในการแสดงออกในด้านต่าง ๆ มากกว่าทำให้เพศชายในช่วงวัยนี้มีความรู้สึกว่าคุณภาพดีสูงกว่าเพศหญิง อย่างไรก็ตามถ้าติดตามสภาวะสุขภาพต่อไปในช่วงสูงอายุ ข้อมูลที่ได้จะมีผลที่เป็นตรงกันข้าม คือ เพศชายจะมีอายุขัยสั้นกว่า

9. ปัจจัยในเรื่องสิ่งแวดล้อมก็มีผลกระทบต่อสุขภาพ จากข้อมูลในบทที่ 2 แสดงให้เห็นว่าคนที่อาศัยอยู่ในเมืองในต่างจังหวัดมีสุขภาพดีที่สุดในส่วนคนกรุงเทพฯ แข็งแรงน้อยที่สุด ซึ่งสามารถที่จะอธิบายได้ว่าการอาศัยอยู่ในเมืองในต่างจังหวัดนั้น มีความสะดวกสบายมากกว่าการอาศัยอยู่ในชนบท รวมทั้งสามารถที่จะได้รับการบริการทางด้านสาธารณสุขได้รวดเร็วและดีกว่าการอาศัยอยู่ในชนบท นอกจากนี้ผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองจะมีเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ดีกว่า จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้คนในเมืองรู้สึกมีสุขภาพดีกว่า แต่สำหรับคนในกรุงเทพฯ นั้น มีปัญหาทางสุขภาพมากที่สุดโดยเฉพาะเรื่องความเครียด เนื่องจากความแออัด ปัญหาเรื่องมลพิษและสิ่งแวดล้อม ปัญหาการจราจร รวมทั้งการดำรงชีวิตที่ต้องแข่งขันตลอดเวลา จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้คนกรุงเทพฯ รู้สึกว่าคุณภาพแย่ที่สุด สำหรับความแตกต่างตามรายภาคนั้น พบว่า ภาคเหนือ ประชาชนมีสุขภาพดีน้อยที่สุดนั้น คิดว่าอาจจะมียปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างด้วยกัน เช่น เศรษฐฐานะ ระดับการศึกษา สภาพภูมิอากาศ และความเป็นอยู่ เป็นต้น ซึ่งยังไม่สามารถที่จะสรุปให้แน่ชัดลงได้ สมควรที่จะต้องมีการศึกษาในรายละเอียดต่อไป

10. ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปแล้วว่า ปัจจัยจากการทำงานมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อม จากข้อมูลในบทที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ในช่วงปี 2534 กลุ่มอาชีพที่มีปัญหาทางสุขภาพมากที่สุดคือ เกษตรกร และผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับเหมืองแร่ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มอาชีพนี้ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานของตน ปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะมียอันตรายต่อสุขภาพในอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ การใช้ยากำจัดศัตรูพืช ปัญหาเรื่องท่าทางในการทำงาน และปัญหาจากอุบัติเหตุและปัจจัยทางชีวภาพต่าง ๆ ในทำนองเดียวกันผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับเหมืองแร่มีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากสาร หรือสารเคมีจากเหมือง เช่น สารโลหะหนัก ฝุ่นหิน เป็นต้น อย่างไรก็ตามจากข้อมูลการสำรวจในปี 2539 พบว่า กลุ่มอาชีพที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพมากที่สุด

คือ กลุ่มงานอาชีพบริหารจัดการ ซึ่งเป็นการบ่งบอกถึงว่าปัญหาทางด้านอาชีพอนามัยนั้น ไม่จำเพาะที่จะเกิดในกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงทางด้านปัจจัยทางกายภาพ และทางเคมีเท่านั้น ปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคมก็มีผลกระทบเป็นอย่างมาก ดังนั้นการวางแผนในการแก้ไขและควบคุมปัญหาทางสุขภาพในประชาชนกลุ่มวัยแรงงาน จะต้องพิจารณาถึงปัจจัยทางด้านจิตใจด้วย โดยเฉพาะปัญหาเรื่องความเครียดจากการทำงานดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

ขณะนี้แหล่งข้อมูลหลักที่รวบรวมการรายงานการเจ็บป่วยด้วยโรค หรือประสพอุบัติเหตุจากการทำงานมีอยู่ 2 แหล่งใหญ่ ๆ คือ จากรายงานของกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม และรายงานการเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา ข้อมูลจากทั้ง 2 แหล่งต่างมีข้อดี และข้อจำกัดต่าง ๆ อันเนื่องมาจากวัตถุประสงค์ และรูปแบบของการรายงานในระบบนั้น ๆ เช่น ความครอบคลุมในกลุ่มเป้าหมายที่เฝ้าระวัง ความครบถ้วนของข้อมูลในรายงาน ความร่วมมือของผู้รายงาน และความทันการณ์ของการรายงาน (timeliness) เป็นต้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากทั้ง 2 แหล่งรวมทั้งจากผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ พอจะสรุปสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชากรวัยแรงงานที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานได้ดังนี้ คือ

- การประสพอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บอันเนื่องมาจากการทำงาน พบว่ามีอัตราค่อนข้างสูง จากข้อมูลของกองทุนเงินทดแทน พบว่ามีอัตราการบาดเจ็บจากการทำงานต่อปีเฉลี่ย 4.14 % ซึ่งนับว่าสูงมาก เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหราชอาณาจักร อัตราการบาดเจ็บจากการทำงานเท่ากับ 0.77 % ต่อปีเท่านั้น เป็นต้น แม้ว่าอัตราการประสพอันตรายจากการทำงานในประเทศไทยมีแนวโน้มว่าจะลดลงในระยะ 2 – 3 ปีที่ผ่านมา ก็ยังถือเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องมีการหาวิธีการต่าง ๆ ในการที่จะลดการเกิดอุบัติเหตุ หรือประสพอันตรายจากการทำงานลงให้ได้มากกว่านี้

- ข้อมูลจำนวนการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการทำงานคาดว่าต่ำกว่าความเป็นจริงเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลทั้ง 2 แหล่ง พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคจากการทำงานน้อยมาก ซึ่งจำนวนที่น้อยนี้ไม่น่าจะเกิดจากสภาพที่เป็นจริง เพราะข้อมูลที่แสดงถึงการประสพอันตรายจากการทำงาน จากข้อมูลแหล่งเดียวกันกับสูงมาก และข้อมูลจากผลการศึกษาหรือการสำรวจซึ่งดำเนินการโดยนักวิจัยต่าง ๆ พบว่าความชุกหรืออุบัติการณ์การเกิดโรคจากการทำงานค่อนข้างจะสูง สาเหตุของการ

รายงานโรคที่น้อยนี้ มีหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้มาพบแพทย์ หรือแพทย์ไม่ได้ให้การวินิจฉัย หรือเมื่อวินิจฉัยแล้ว อาจจะได้รายงานเหล่านี้เป็นต้น ประเด็นเหล่านี้สมควรที่จะต้องมีการศึกษาหาสาเหตุให้ชัดเจน และดำเนินการแก้ไขต่อไป อย่างไรก็ตามข้อมูลในระยะหลังได้แสดงแนวโน้มของจำนวนการป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการทำงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นการบ่งบอกถึงการพัฒนาของระบบการรายงานโรคไปในทิศทางที่ดีขึ้น

การพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากการทำงานให้มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีการเฝ้าระวังทั้งในเชิงรับและเชิงรุก โดยเชิงรุกรุนั้นจะต้องเป็นการเฝ้าระวังในระยะเริ่มแรก ก่อนที่คนงานจะป่วยเป็นโรค หรือเริ่มมีความผิดปกติในระยะเริ่มแรก ดังนั้นจึงสมควรที่จะมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง สิ่งคุกคาม และการเฝ้าระวังสุขภาพของคนงานในสถานประกอบการ นอกจากนี้จะต้องมีการขยายขอบเขตของโรคที่จะต้องเฝ้าระวังให้มีความครอบคลุม และเหมาะสมยิ่งขึ้น

เนื่องจากโรคที่เกิดจากการทำงานส่วนใหญ่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย และที่สำคัญสามารถที่จะป้องกันโรคเหล่านี้ได้ ดังนั้นมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคต่าง ๆ เหล่านี้ จึงมีความสำคัญมาก ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลาย ๆ หน่วยงานด้วยกันทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมทั้งจากเจ้าของสถานประกอบการ และคนงานลูกจ้างเองด้วย การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังทางสุขภาพในสถานประกอบการให้มีประสิทธิภาพ ถือเป็นแนวทางหลักที่มีความจำเป็น เป็นอย่างยิ่งในการควบคุม และป้องกันโรค นอกจากนี้ควรจะมีการกระตุ้นให้มีการศึกษา หรือสำรวจสถานการณ์การเจ็บป่วย และสภาวะสุขภาพของคนทำงานอันเนื่องมาจากการทำงานให้มีความครอบคลุมกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ให้มากขึ้น โดยพิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงทางด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ และทางด้านสังคม จิตวิทยา ซึ่งจะทำให้สถานการณ์ต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

11. สภาวะทางสุขภาพมีผลเกี่ยวเนื่องโดยตรงกับพฤติกรรม ที่ระดับบุคคลหรือสังคมนั้น ๆ แสดงออก พฤติกรรมที่แสดงออกมีผลกระทบทั้งในด้านบวก คือ เป็นการป้องกันโรคหรือส่งเสริมให้สุขภาพดียิ่งขึ้น หรือมีผลกระทบในด้านลบคือ เป็นส่วนกระตุ้นให้เกิดโรคหรือการบาดเจ็บต่อบุคคลนั้น หรือบุคคลอื่น ๆ ในสังคมนั้น จากผลการศึกษาในบทที่ 4 พอจะสรุปให้เห็นแนวโน้มของพฤติกรรมของประชาชนวัยแรงงานไทย ซึ่งจะมีส่วนสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพ ดังนี้คือ

1. พฤติกรรมทางด้านบวกต่อสภาวะสุขภาพ

จากปัญหาเรื่องโรคเอดส์ทำให้ประชาชนไทยให้ความตื่นตัว และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการป้องกันโรคเอดส์เป็นอย่างมาก แนวโน้มที่เห็นได้ชัด คือ การลดลงของการมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ โดยการเที่ยวหญิงบริการ การเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัย ผลที่ตามมาคือ การลดลงของการติดเชื้อเอดส์ และกามโรค

- จากการรณรงค์เรื่องการงดสูบบุหรี่ หรือมาตรการต่าง ๆ ที่จะควบคุมการบริโภคยาสูบของประชาชนไทย โดยหน่วยงานต่าง ๆ นั้น แนวโน้มที่พบคือ อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ใหม่ลดลง นอกจากนี้อัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนไทย (20.5 %) เมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ยังถือว่าน้อยมาก (ในประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉลี่ย มีเพศชายสูบบุหรี่ 48% เพศหญิง 7% ในประเทศอุตสาหกรรมทางแถบทวีปยุโรป และอเมริกา เพศชายสูบบุหรี่ 42% และเพศหญิง 24%)⁵

- มีกระแสในเรื่องพฤติกรรมรับประทานอาหาร หรือยาเพื่อสุขภาพมากขึ้น แม้จะไม่มีการศึกษาออกมาเป็นข้อมูลตัวเลขโดยตรง แต่จากการสังเกตของการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ของสื่อโฆษณาต่างๆ ที่เกี่ยวกับอาหารหรือยาเพื่อสุขภาพ อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงที่ต้องระวังก็คือ การเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมทั้งการถูกหลอกลวงจากยาหรืออาหารที่โฆษณาสรรพคุณเกินความเป็นจริง นอกจากนี้กระแสในเรื่องของการควบคุมอาหารที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีไขมัน หรือคลอเรสเตอรอลสูงก็มีการระมัดระวังในการบริโภคอาหารเหล่านี้มากยิ่งขึ้น

- พฤติกรรมการออกกำลังกายของคนไทย มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะประชากรที่อยู่ในกรุงเทพฯ สิ่งที่จะต้องรณรงค์ส่งเสริมต่อไป คือ การกระตุ้นให้คนออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ และกระตุ้นให้กลุ่มผู้หญิงได้ออกกำลังกายมากขึ้น

- พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย จะพบว่าการเปลี่ยนแปลงของแนวโน้มจากการที่ไม่ทำอะไร หรือรักษาด้วยตนเอง เมื่อเจ็บป่วยไปเป็นการพึ่งบริการจากสถานบริการของรัฐ หรือเอกชนมากขึ้น สิ่งที่ดีคือประชาชนจะได้รับการบริการที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ แต่ผลกระทบที่ผ่านาคือ การเสียค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น และจะทำให้ส่วนของผู้ให้บริการโดยเฉพาะภาครัฐเกิดการให้บริการที่ไม่เพียงพอ และผู้ที่จำเป็นจะต้องได้รับการบริการก็อาจจะได้รับบริการล่าช้า

ดังนั้นแนวทางที่สำคัญคือ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการของสถานบริการทางสาธารณสุขทั้งหลาย ทั้งภาครัฐและเอกชน จากรูปแบบการรักษาพยาบาลไปเน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้มากยิ่งขึ้น เช่น โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

2. พฤติกรรมทางด้านลบต่อสภาวะสุขภาพ

- แนวโน้มพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาเสพติดมีเพิ่มมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดคือ ยาบ้า นอกจากนี้ยังมีการนำยาเสพติดเหล่านี้ไปใช้เป็นยากระตุ้น เพื่อผลในการทำงานในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพบางอย่าง เช่น อาชีพขับรถ เป็นต้น ซึ่งผลในระยะยาวจะมีโทษต่อสุขภาพของผู้ใช้และต่อสังคมโดยรวมด้วย

- แนวโน้มของการมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน เช่นเดียวกับยาเสพติดอื่น ๆ ผลที่ตามมาคือ ปัญหาเรื่องการเกิดอุบัติเหตุยานยนต์ และโรคเรื้อรังต่าง ๆ

- พฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน หลังจากที่มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการใช้เข็มขัดนิรภัยในการขับรถยนต์ และการใช้หมวกนิรภัยสำหรับผู้ใช้รถจักรยานยนต์นั้น ประชาชนมีความตื่นตัวในการใช้ในระยะแรกเท่านั้น หลังจากเวลาผ่านไปอัตราการใช้มีจำนวนลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งหมายถึงมาตรการการบังคับใช้ของกฎหมายไม่เข้มงวดเพียงพอ นอกจากนั้นจะต้องมีการณรงค์ให้ประชาชนได้เห็นความสำคัญของการใช้อย่างต่อเนื่องด้วย จึงจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนอย่างถาวร ปัจจุบันนี้ยังมียุบายในเรื่องการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับการขับยานพาหนะ ซึ่งจะต้องมีการติดตามผลการดำเนินการต่อไป

- สถานการณ์ครอบครัวไทยในปัจจุบัน มีแนวโน้มที่อาจจะมีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของประชาชนได้ เช่น การหย่าร้าง การแยกกันอยู่ หรือความรุนแรงภายในครอบครัว สถานการณ์เหล่านี้จะมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวนั้น ๆ ซึ่งในระยะยาวปัญหาเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของสังคมโดยรวมด้วย

12. สภาวะสุขภาพของสตรีวัยแรงงานถือเป็นกรณีพิเศษที่จะต้องมีการพิจารณาถึงผลกระทบในด้านต่าง ๆ เนื่องจากสตรีมีภาวะทางสุขภาพที่มีความแตกต่างจากบุรุษ ในแง่ของสรีระวิทยาและรวมถึงการที่จะต้องรับภาระเป็นส่วนใหญ่ในการเจริญพันธุ์ และดูแลทายาท ทั้งในขณะที่ตั้งครรภ์และหลังคลอดไปแล้ว ภารกิจเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของสตรีเอง และยังรวมถึงสุขภาพของครอบครัวและสังคมโดยรวมด้วย⁶ จากผลการศึกษาภาวะสุขภาพสตรีวัยแรงงานไทยนั้นพอจะได้ข้อสรุปดังนี้

1. ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป พบว่าสตรีมีสุขภาพโดยรวมดีขึ้น โดยเฉพาะถ้าติดตามถึงช่วงอายุ ในวัยชราจะพบว่าสตรีมีอายุขัยที่สูงขึ้น แนวโน้มการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ลดน้อยลง อย่างไรก็ตามจะต้องมีการติดตามปัญหาใหม่ ๆ ที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและสังคม เช่น ปัญหาความรุนแรงต่อสตรี ปัญหาความเครียด ปัญหาการกีดกันทางเพศ และปัญหาครอบครัว เป็นต้น

2. ภาวะสุขภาพในด้านอนามัยเจริญพันธุ์ พบว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางที่ดีขึ้น สตรีไทยมีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม และสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์มากขึ้น ตัวอย่างเช่น ในเรื่องของการคุมกำเนิด การดูแลขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้บ่งชี้ว่าสถานะทางสุขภาพทางด้านอนามัยเจริญพันธุ์ดีขึ้น อย่างไรก็ตามโรคที่จะต้องให้ความสนใจและควรติดตามอย่างใกล้ชิด คือ โรคเอดส์ และโรคมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

3. ภาวะสุขภาพจากการทำงาน แม้ว่าในปัจจุบันปัญหาเรื่องการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงานจะพบในเพศชายเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นเพราะคนทำงานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และเพศชายมักจะทำงานที่เสี่ยงกว่า แต่แนวโน้มในอนาคตแรงงานหญิงจะมีบทบาทมากขึ้น เพราะรูปแบบของการทำงานจะเปลี่ยนไป ดังนั้นผลที่ตามมาคือ แนวโน้มการเจ็บป่วยโดยโรคที่เกิดจากการทำงานในเพศหญิงจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสรีระวิทยาที่แตกต่างจากเพศชาย การเตรียมการรองรับปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ จะต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นพิเศษและเคร่งครัดมากขึ้น ปัจจุบันมาตรการทางกฎหมายก็ได้มีการให้ความสนใจแก่สตรีเป็นกรณีพิเศษมากขึ้น เช่น พระราชบัญญัติแรงงานปี พ.ศ.2541 ได้มีการกำหนดงานที่ต้องห้ามสำหรับสตรี และสตรีที่ตั้งครรภ์ เป็นต้น

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

จากการศึกษาสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรวัยแรงงานไทย ในครั้งนี้ แม้จะได้ทราบสถานการณ์ต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว การศึกษาในครั้งนี้ก็ยังมีข้อจำกัด และยังมีประเด็นต่าง ๆ ที่จะต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมหรือปรับปรุงระบบต่าง ๆ ของข้อมูลต่อไปดังนี้คือ

1. ข้อมูลเกือบทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดของข้อมูลในแง่ความทันต่อเหตุการณ์ การครอบคลุมในประเด็นต่าง ๆ ที่ศึกษา ความแม่นยำถูกต้อง และตรงประเด็นของข้อมูลที่ต้องการใช้ รวมทั้งข้อจำกัดในการเปรียบเทียบกับระบบข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นการศึกษาโดยผู้วิจัยคนละคณะกัน นอกจากนี้ฐานข้อมูลส่วนใหญ่ที่นำมาใช้อ้างอิงก็มักจะมาจากการสุ่มตัวอย่างศึกษาในพื้นที่ และคำนวณเปรียบเทียบไปเป็นตัวเลขในภาพรวม ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ได้มาจากการเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมดโดยตรง ดังนั้นการแปลผลข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้จะต้องระมัดระวังในเรื่องข้อจำกัดของฐานข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงด้วย

2. ในกลุ่มวัยแรงงานถือเป็นกลุ่มประชากรที่ใหญ่มาก คือมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทุกช่วงอายุ ดังนั้นประเด็นในการศึกษาจึงมีกว้างขวางมาก อีกทั้งเป็นการรวบรวมจากข้อมูลทุติยภูมิดังกล่าวแล้ว รวมทั้งเวลาในการศึกษาที่ค่อนข้างจำกัด จึงอาจทำให้การศึกษาในครั้งนี้อาจจะไม่ครอบคลุมในทุกประเด็น อย่างไรก็ตามประเด็นที่สำคัญ ๆ ต่างก็ได้ถูกรวบรวมในการศึกษาในครั้งนี้แล้ว

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

1. ประชากรวัยแรงงานถือเป็นคนกลุ่มใหญ่ของประเทศ แม้ว่าข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้จะบ่งชี้ถึงแนวโน้มที่ดีขึ้นของสถานะทางสุขภาพโดยรวมของประชากรในกลุ่มนี้ แต่ปัญหาทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ยังไม่ได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น และมีแนวโน้มว่าจะเป็นปัญหามากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการป่วยหรือประสบอันตรายจากการทำงาน ดังนั้นจึงสมควรที่จะมีการพัฒนาระบบบริการทางด้านอาชีวอนามัย เพื่อที่จะสามารถรองรับการให้บริการแก่ประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยรูปแบบของการให้บริการจะต้องครอบคลุมทั้งในด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งผู้ที่ให้บริการอาจจะเป็นภาครัฐหรือภาคเอกชนก็ได้ เรื่องนี้ถือเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการเป็นอันดับแรก

สำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ภาครัฐจะต้องเข้าไปดำเนินการในการให้บริการทางด้านอาชีวอนามัยเป็นอันดับแรก ได้แก่

1. กลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงสูง จากข้อมูลที่ได้แสดงมา พบว่า ผู้ที่ทำงานทั้งในภาคเกษตรและอุตสาหกรรมบางประเภท ต่างมีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพทั้งสิ้น ในภาคเกษตรอัตราการป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชมีเพิ่มมากขึ้นทุกปี สำหรับในภาคอุตสาหกรรมนั้น จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา พบว่า โรคจากการทำงานที่กำลังดำเนินการเฝ้าระวัง มีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนสูงมากขึ้นทุกโรค ดังนั้นจึงถือเป็นความจำเป็นอันดับแรกที่จะต้องดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคในกลุ่มคนที่ทำงานในอาชีพที่เสี่ยงต่อโรคเหล่านี้

2. กลุ่มผู้ด้อยโอกาสทั้งหลาย ได้แก่ กลุ่มแรงงานเด็ก แรงงานสตรี แรงงานคนพิการ และแรงงานต่างด้าว กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเหล่านี้เป็นผู้ที่ได้รับโอกาสสวัสดิการ หรือการดูแลจากนายจ้างน้อยกว่าผู้ทำงานปกติทั่วไป นอกจากนี้บุคคลในกลุ่มเหล่านี้ยังมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพสูงกว่าคนทั่วไปด้วย ดังนั้นทางภาครัฐจะต้องให้ความสำคัญในการดูแลแก่กลุ่มคนเหล่านี้มากยิ่งขึ้น

2. ควรจะต้องมีมาตรการต่าง ๆ ทั้งทางด้านกฎหมายและวิธีการณรงค์ต่าง ๆ เพื่อที่จะให้เกิดการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนวัยแรงงาน ซึ่งมาตรการเหล่านี้จะต้องครอบคลุมในประเด็นที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งจากการทำงานหรือไม่ เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน เช่น เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เป็นต้น มาตรการอย่างหนึ่งที่มีความจำเป็น คือ การรณรงค์ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์แก่บุคคลในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ

สำหรับหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสวัสดิการของผู้ที่ทำงานทั้งโดยตรงและโดยอ้อมนั้น หน่วยงานหลักได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ หน่วยงานเหล่านี้จะต้องมีการประสานงานทั้งในระดับส่วนกลาง และระดับพื้นที่ เพื่อที่จะดำเนินการออกกฎหมาย และการบังคับใช้ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีเอกภาพ และสามารถที่จะประสานการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความซ้ำซ้อนในการทำงานลงได้

3. ประเด็นในการศึกษาวิจัย ยังมีประเด็นในการศึกษาวิจัยอีกหลายประเด็นที่ควรจะต้องดำเนินการศึกษาโดยเร่งด่วน เช่น ความชุกหรืออุบัติการณ์ หรือระดับของปัญหาทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงตามอาชีพต่าง ๆ และควรมีการพัฒนาทางวิชาการ และการศึกษาวิจัยพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อที่จะนำไปใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งจะต้องมีการประสานความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น วิศวกร หรือนักพิษวิทยา เป็นต้น นอกจากนี้ประเด็นที่ได้มีการรวบรวมไว้ในการศึกษาในครั้งนี้ ควรที่จะมีการสำรวจหรือศึกษาต่อไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบเพื่อดูแนวโน้มต่อไปในอนาคต

4. ควรจะมีการปรับปรุงระบบการเก็บข้อมูลของแหล่งอ้างอิงต่าง ๆ ในการศึกษาในครั้งนี้ให้มีการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วน และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งมีการหาจำนวนประชากรเปรียบเทียบ เพื่อที่จะใช้เป็นตัวหารในการคำนวณหาอัตราต่อไป สิ่งที่สำคัญที่สุดคือจะต้องมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว โดยพัฒนาระบบเฝ้าระวังทั้งในระดับสถานประกอบการ และในระดับชาติ

เอกสารอ้างอิง

1. ILO. International Labour Conventions and Recommendations 1919-1991: Convention No. 1. ILO: Geneva, 1991.
2. Harrington JM. Working long hours and health. *BMJ* 1994; 308: 1581-1582.
3. Cherry NM, McDonald JC. Migrant workers. In: *Occupational Health Practice*. Waldron HD (eds). Butterworths, third edition, 1989: 473-486.
4. Health and Safety Commission. Annual Report 1991/92. London:HMSO, 1992.
5. Hurt RD. Treat tobacco dependence and bend the trend. *Bulletin of the World Health Organization* 1999; 77: 367.
6. Rubenstein HL. Women Workers. In: *Public Health and Preventive Medicine*. Maxy- Rosenan- Last (eds). Prentice- Hall International Inc., 1992: 571-576.