

ภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๓

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

บทที่ 1 บทนำ.....	3
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎี.....	4
บทที่ 3 วิธีการศึกษา.....	9
บทที่ 4 ผลการศึกษา	30
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	39
บรรณานุกรม	42

บทที่ 1 บทนำ

ในการวัดสถานะสุขภาพของประชาชนไทยแบบองค์รวม ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นเครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of Disease) ของคนไทยนั้น ถัดมาจากความสูญเสียที่เกิดมาจากการตายก่อนวัยอันควร และความสูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือพิการ โดยเรามักจะเข้าใจกันในชื่อที่ว่า “ปีสุขภาวะที่สูญเสียปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-adjusted life years: DALYs) ซึ่งที่ผ่านมามีประเทศไทยได้ทำการศึกษาเรื่องนี้ไปแล้ว เมื่อ พ.ศ.2542 และในปัจจุบันก็ได้ทำการศึกษาอีกเป็นครั้งที่ 2 ใน พ.ศ.2547 ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ภาระโรคของประชาชนไทยสูงที่สุด เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ รองลงมาได้แก่ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขนส่ง และโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากการศึกษาระบาดวิทยาแล้ว คณะทำงานภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง (2547) ยังได้ดำเนินการศึกษาการประเมินและเปรียบเทียบภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง (Comparative Risk Assessment: CRA) โดยใช้แนวทางในการศึกษาตามวิธีการที่พัฒนาขึ้นจากองค์การอนามัยโลก ซึ่งใน พ.ศ.2542 ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญๆ ทั้งหมด 14 ปัจจัยเสี่ยง โดยใช้ข้อมูลภาระโรคในประชาชนไทย พ.ศ.2542 เป็นผลลัพธ์จากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนั้นทำให้เราทราบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคแก่ประชาชนไทยมากที่สุดคือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย รองลงมาคือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ และเพื่อให้ทราบถึงขนาดของปัญหาสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงในช่วงระยะเวลา 5 ปีต่อมา (พ.ศ.2547) จึงทำให้เกิดมีการศึกษาการประเมินและเปรียบเทียบภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงในประชาชนไทย พ.ศ.2547 อีกครั้งหนึ่ง

การศึกษาการภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงในประชาชนไทย พ.ศ.2547 นี้ ยังคงใช้ระเบียบวิธีการศึกษาการประเมินและเปรียบเทียบภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง (CRA) เหมือนการศึกษาในปี พ.ศ. 2542

วัตถุประสงค์

เพื่อ ศึกษาขนาดของภาระโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ และจัดอันดับปัจจัยเสี่ยงของประเทศ ไทยได้อย่างถูกต้องมากขึ้นตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542-2547) นอกจากผลที่ได้จากการศึกษาแล้ว การนำข้อมูลจากหลายๆ แหล่งมาใช้ ย่อมทำให้เราเห็นประโยชน์และข้อจำกัดจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการและคุณภาพของข้อมูล รวมไปถึงการเผยแพร่ให้มีการนำผลการศึกษาที่ได้ ไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรมต่อไป

บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎี

2.1 การศึกษาภาระโรคของประชาชนไทย ปี พ.ศ. 2542 กับ พ.ศ. 2547

คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของคนไทย ได้ศึกษาภาระโรคในประชาชนไทย พ.ศ. 2547 (ค.ศ. 2004) โดยการคาดประมาณการตายและภาระโรค ซึ่งผลการศึกษาพบว่า คนไทยมีความสูญเสียปีสุขภาวะทั้งสิ้น 9.8 ล้าน DALYs โดยเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.4 เท่า และเมื่อจำแนกกลุ่มโรคเป็น 3 กลุ่มใหญ่จะพบว่า สัดส่วนการสูญเสียปีสุขภาวะในกลุ่มโรคติดต่อเท่ากับร้อยละ 20.5 กลุ่มโรคไม่ติดต่อร้อยละ 65.4 และกลุ่มการบาดเจ็บร้อยละ 14.1

โรคที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะของเพศชาย 10 อันดับแรกได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขนส่ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคติดเชื้อ วัณโรค โรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคตับแข็ง และภาวะซึมเศร้า ส่วนสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะของเพศหญิง 10 อันดับแรกได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ โรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า โรคมะเร็งหัวใจขาดเลือด โรคข้อเสื่อม การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขนส่ง วัณโรค และภาวะปอดอุดกั้น

หากเปรียบเทียบภาระโรคกับการศึกษาที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542)¹ ก็พบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะต่อประชากรไทยหนึ่งพันคน ลดลงจาก 158.1 DALYs เป็น 156.3 DALYs ในปี พ.ศ. 2547 โดยอัตราความสูญเสียปีสุขภาวะในชายไทยยังคงมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณากลุ่มโรคใหญ่จะพบว่า อัตราความสูญเสียปีสุขภาวะในกลุ่มโรคติดต่อลดลงร้อยละ 26.8 แต่กลุ่มโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10.8 ส่วนกลุ่มการบาดเจ็บลดลงเพียงร้อยละ 0.4 เท่านั้น และเมื่อพิจารณาถึงโรคที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะของเพศชายและหญิง 10 อันดับแรก ก็พบว่า โรคติดเชื้อได้กลายเป็นโรคที่มีการสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นมากเป็นอันดับที่ 3 แต่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นโรคที่ไม่แตกต่างกันเมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2542 ที่ไม่อยู่ใน 10 อันดับแรกของเพศชาย ส่วนในเพศหญิงพบว่า โรคที่มีการสูญเสียปีสุขภาวะใน 10 อันดับแรก ยังคงเป็นโรคที่ไม่แตกต่างกันเมื่อเทียบกับในปี พ.ศ. 2542 (ตารางที่ 2.1 และ ตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.1 อันดับโรคและภาวะโรคของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2542 จำแนกตามเพศ

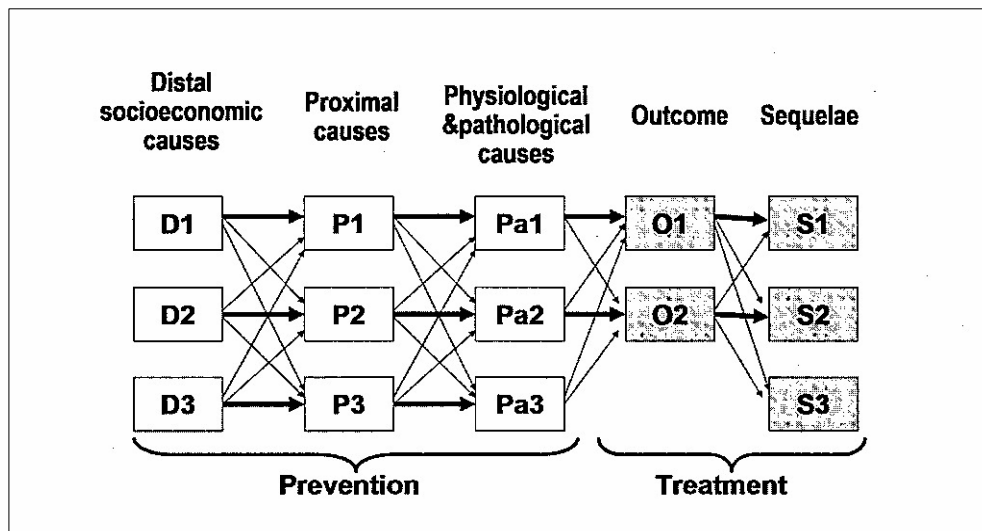
Males				Females			
Rank	Disease	DALYs		Rank	Disease	DALYs	
		(x 100,000)	%			(x 100,000)	%
1	HIV/AIDS	9.6	17	1	HIV/AIDS	3.7	11
2	Traffic accidents	5.1	9	2	Stroke	2.8	6
3	Stroke	2.7	5	3	Diabetes	2.7	6
4	Liver and bile duct cancer	2.5	4	4	Depression	1.5	3
5	Diabetes	1.7	3	5	Liver and bile duct cancer	1.2	3
6	Ischaemic heart disease	1.6	3	6	Osteoarthritis	1.1	3
7	COPD	1.6	3	7	Traffic accidents	1.1	3
8	Homicide/violence	1.6	3	8	Anemia	1.1	3
9	Suicides	1.5	3	9	Ischaemic heart disease	1.1	3
10	Drug dependence	1.4	2	10	Cataracts	1.0	2

ตารางที่ 2.2 อันดับโรคและภาวะโรคของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศ

Male				Female			
Rank	Disease	DALY (x 100,000)		Rank	Disease	DALY (x 100,000)	
			%				%
1	HIV/AIDS	6.5	11.6	1	Stroke	3.2	7.7
2	Traffic accidents	5.9	10.5	2	HIV/AIDS	2.9	7.2
3	Stroke	3.4	6.0	3	Diabetes	2.9	7.1
4	Alcohol dependence/harmful use	3.3	5.9	4	Depression	1.9	4.6
5	Liver cancer	2.8	5.0	5	Ischaemic heart disease	1.4	3.4
6	Ischaemic heart disease	1.8	3.3	6	Osteoarthritis	1.3	3.2
7	COPD	1.8	3.2	7	Traffic accidents	1.3	3.1
8	Diabetes	1.8	3.2	8	Liver cancer	1.3	3.1
9	Cirrhosis	1.5	2.6	9	Deafness	1.1	2.7
10	Depression	1.4	2.4	10	COPD	1.1	2.6

2.2 สาเหตุและปัจจัยกำหนดโรค

การศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยกำหนดโรค (Disease determinants) เป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันและควบคุมปัญหาที่เกิดจากโรคต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งบางโรคนั้นอาจเกิดได้จากหลายๆ ปัจจัย หรือหลายๆ โรคอาจจะเกิดจากปัจจัยเดียวกันก็ได้ ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบแนวคิดเกี่ยวกับระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรค โดยแบ่งออกเป็น proximal cause, distal cause, physio-pathological cause และ ยังจำแนกระดับของโรคออกเป็น outcome และภาวะแทรกซ้อน (sequelae) ดังรูปที่ 2.1



รูปที่ 2.1 ระดับของโรคและปัจจัยเสี่ยง

2.3 การศึกษาเปรียบเทียบภาระจากปัจจัยเสี่ยงในประชากรโลก

การศึกษาเปรียบเทียบภาระโรค หรือ Comparative Risk Assessment หมายถึง วิธีการประมาณการภาระโรคที่เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆอย่างเป็นระบบ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ดำเนินการขึ้นทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัญหาสำคัญๆ ไปกำหนดแนวทางการควบคุมและป้องกันโรค ซึ่งที่ผ่านมาองค์การอนามัยโลกได้ทำการศึกษาและคาดประมาณภาระโรคใน 2 ลักษณะคือ

1. Attributable burden of disease and injury ในปี ค.ศ.2000 เป็นการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่เกิดขึ้นใน ปี ค.ศ.2000 ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบผลของปัจจัยเสี่ยงในปีดังกล่าว กับระดับปัจจัยเสี่ยงต่ำสุดในทางทฤษฎี (Theoretical Minimum)

2. Avoidable burden of disease and injury ในปี ค.ศ. 2000, 2005, 2010, 2020 และ 2030 เป็นการศึกษาการคาดประมาณการเปลี่ยนแปลงผลของภาระโรคที่จะเกิดในอนาคต โดยแสดงเงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยง ในรูปแบบที่เป็นไปได้ในหลายระดับ (Alternative distribution of risk factor = Counterfactual distribution)

ในการศึกษาเปรียบเทียบภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงในครั้งนี้ (ปี ค.ศ.2004) ได้ดำเนินการศึกษาตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ 4 ขั้นตอน ซึ่งได้แก่ 1) การคัดเลือกและให้คำจำกัดความปัจจัยเสี่ยง 2) การคาดประมาณระดับปัจจัยเสี่ยง 3) การเลือกประมาณการภาระโรคในปัจจุบันและอนาคต และ 4) การประมาณการความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและโรค ซึ่งในแนวทางการศึกษาทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ ได้ถูกนำมาใช้เป็นแนวทางการศึกษาเปรียบเทียบภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงในประเทศไทยเมื่อครั้งที่ผ่านมา (ปี ค.ศ.1999)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้ดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงตามแนวทางการศึกษาในครั้งที่ผ่านมาดังกล่าว โดยได้ใช้ข้อมูลการคืนสภาพความเสี่ยงเหมือนไม่เคยสัมผัส

(Risk reversibility) ซึ่งในแต่ละปัจจัยเสี่ยงได้มีข้อจำกัดในการคืนสู่สภาพเดิมที่แตกต่างกันออกไป มาร่วมในการคาดประมาณปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจะทำให้การคาดประมาณภาระโรคทั้งที่เป็น Attributable และ Avoidable burden น่าเชื่อถือมากขึ้น

การประมาณค่าภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้จากการใช้สมการของ Potential Impact Fraction (PIF) ในการหาค่า PAF (Population Attributable Fraction) ซึ่งเป็นสัดส่วนของการลดลงของอุบัติการณ์ (Incidence) ของโรคนั้นๆ โดยในการคำนวณหาค่า PIF จะใช้ตัวแปร 2 ตัว คือ ความชุกของปัจจัยเสี่ยง (Prevalence) และความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk: RR) ของโรคที่เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ศึกษา ดังสูตร

$$PIF = \frac{Px \cdot RRx - P'x \cdot RRx}{Px \cdot RRx}$$

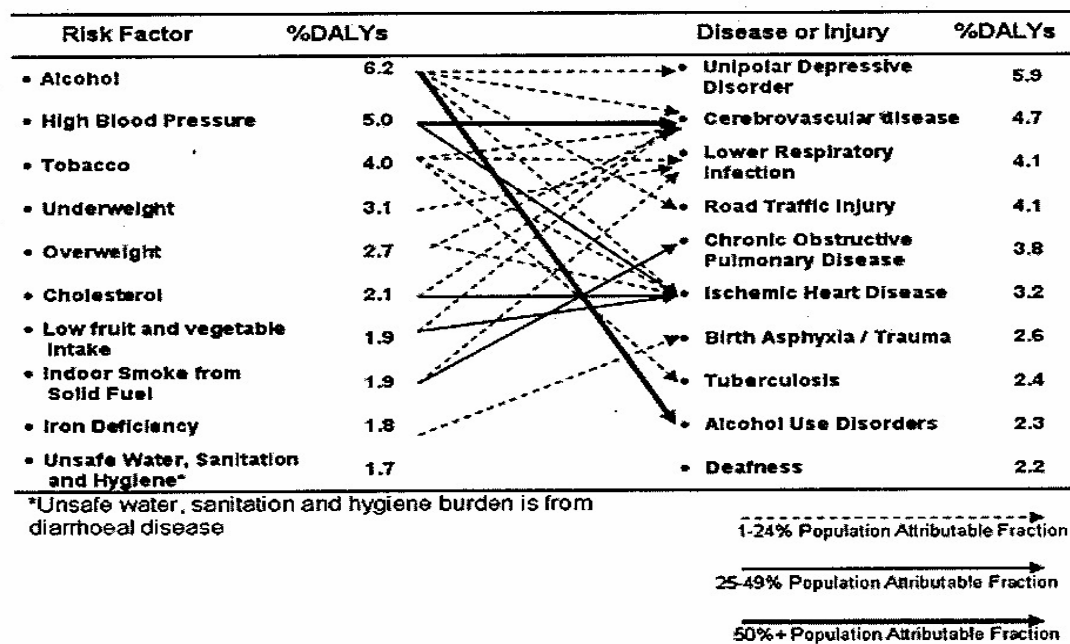
โดยที่ Px คือ ความชุกของปัจจัยเสี่ยงในปัจจุบัน

P'x คือ ความชุกของปัจจัยเสี่ยงหลังการเปลี่ยนแปลง

RRx คือ ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคในผู้มีปัจจัยเสี่ยง

สำหรับประเด็นการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงเชื่อมโยงกับอันดับโรคนั้น มีผลการศึกษาในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา (รวมทั้งประเทศไทย) ที่มีอัตราการตายต่ำทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และเด็ก และจากตารางที่ 2.3 จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีภาระโรคสูงที่สุดได้แก่ แอลกอฮอล์ ซึ่งสัมพันธ์กับโรคต่างๆ ในอันดับต้นๆ หลายโรคด้วยกัน เช่น Unipolar depressive disorders, โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (Road traffic injury) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) เป็นต้น

ตารางที่ 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับโรคที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะสูงในประเทศกำลังพัฒนา (Global comparative risk assessment study, 2000)



บทที่ 3 วิธีการศึกษา

3.1 การเลือกปัจจัยเสี่ยง

การศึกษานี้ได้ใช้กระบวนการคิดและวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง รวมถึงการเลือกปัจจัยเสี่ยงตามการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยครั้งที่ 1 เมื่อปี พ.ศ.2542 ทั้งนี้เพื่อต้องการเปรียบเทียบและพิจารณาถึงผลของการศึกษาที่เปลี่ยนแปลงไป ตามสภาพปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงตามไปด้วยเช่นกัน ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา โดยในครั้งนี้ได้มีการทบทวนข้อมูลการกระจายปัจจัยเสี่ยงจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ ซึ่ง Outcome ของการศึกษปัจจัยเสี่ยงคือ ภาระโรคได้ใช้ผลการศึกษาภาระโรคในประเทศไทย ปี พ.ศ.2547

ปัจจัยเสี่ยงในการศึกษานี้ มีทั้งหมด 14 รายการคือ

1. การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe sex)
2. การสูบบุหรี่ (Smoking)
3. การบริโภคแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption)
4. การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ (Not using Motorcycle Helmet)
5. การไม่คาดเข็มขัดนิรภัยในผู้โดยสารรถยนต์ (Not using Safety Belt)
6. การมีดัชนีมวลกายสูง (High Body Mass Index)
7. ความดันโลหิตสูง (High Blood Pressure)
8. ภาวะโคเลสเตอรอลสูง (Cholesterolemia)
9. การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ (Low intake of fruit and vegetables)
10. การขาดการออกกำลังกาย (Physical inactivity)
11. การเสพสารเสพติด (Illicit drug)
12. การสุขาภิบาลและน้ำที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Water and Sanitation)
13. ภาวะขาดสารอาหารในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Under nutrition)
14. มลพิษทางอากาศ (Air pollution)

3.2 การกำหนดค่าต่ำสุดของระดับปัจจัยเสี่ยงในทางทฤษฎี (Theoretical minimum)

การกำหนดค่าต่ำสุดของระดับปัจจัยเสี่ยงในทางทฤษฎี (Theoretical minimum) ของแต่ละปัจจัยเสี่ยง ที่ระดับของปัจจัยเสี่ยงเมื่อบุคคลหนึ่งๆ สัมผัสแล้วไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งรายละเอียดปัจจัยเสี่ยง และแหล่งข้อมูล แสดงไว้ในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 ปัจจัยเสี่ยง แหล่งข้อมูล และค่าต่ำสุดของระดับปัจจัยเสี่ยงในทางทฤษฎี

ปัจจัยเสี่ยง	ตัวแปรการสัมผัส	ค่าต่ำสุดของระดับปัจจัยเสี่ยงในทางทฤษฎี	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcome)	ที่มาของค่าประมาณการสัมผัส
1. การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	จำนวนผู้ที่เป็โรคติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	การไม่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	HIV/AIDS, STI, Abortion, CA Cervix, (Hepatitis B, C, & other maternal condition)	โมเดลทำนายปริมาณผู้ติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย สำนักัรบาดวิทยาและกองควบคุมโรคเอดส์
2. การสูบบุหรี่	ค่า Current smoking impact ratio (เป็นดัชนีโดยอ้อมของการสูบบุหรี่โดยมาจากการตายส่วนเกิน (excess death) เนื่องจากมะเร็งปอดของผู้ที่สูบบุหรี่) และ จำนวนคนที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน	การไม่สูบบุหรี่	Lung cancer, Upper aerodigestive cancer, all other cancer, COPD, other respiratory disease, all vascular disease and other medical causes in adult>30 years	การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547
3. การดื่มแอลกอฮอล์	ความชุกในการบริโภคแอลกอฮอล์	การไม่บริโภคแอลกอฮอล์	Unintentional injury, Intentional injury, Liver cirrhosis, Cardiovascular disease, Psychological disease, Cancer and Other disease	การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547
5. การมีดัชนีมวลกายสูง	ดัชนีมวลกาย (กก.ต่อตร.ม.)	ดัชนีมวลกาย เท่ากับ 21 (SD 1) กก.ต่อตร.ม.	Diabetes, IHD, Stroke, Hypertensive heart disease, CA colon & rectum, CA breast, CA rndometrium, Osteoarthritis	การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547
6. ความดันโลหิตสูง	ระดับความดันซิสโตลิก	ความดันซิสโตลิก เท่ากับ 115 (SD 6) mgHg	IHD, Stroke, Hypertensive heart disease	การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547

ปัจจัยเสี่ยง	ตัวแปรการสัมผัส	ค่าต่ำสุดของระดับปัจจัยเสี่ยงในทางทฤษฎี	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcome)	ที่มาของค่าประมาณการสัมผัส
7. ภาวะโคเลสเตอรอลสูง	ระดับโคเลสเตอรอลรวมในเลือด	3.8 (SD 0.5) mmol/l เท่ากับ 147 mg/dL	IHD, Stroke	การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547
8. การบริโภคผักและผลไม้	ปริมาณการบริโภคผักและผลไม้ต่อวัน	600 g (SD 50 g) intake per day for adults	IHD, Ischemic stroke, Cancer of colorectum, stomach, esophagus & lung	การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547
9. การขาดการออกกำลังกาย	ระดับการขาดกิจกรรมทางกาย 3 ระดับ ได้แก่ 1) กิจกรรมน้อยมาก 2) กิจกรรมทางกายไม่พอเพียง (การออกกำลังกายปานกลางน้อยกว่า 2.5 ชม.ต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า 40,000 กิโลจูลต่อสัปดาห์) และ 3) กิจกรรมทางกายพอเพียง	ทุกคนมีกิจกรรมทางกายปานกลางน้อยกว่า 2.5 ชม.ต่อสัปดาห์	IHD, Breast cancer, Colon cancer, Diabetes, Stroke; falls and osteoporosis, Low back pain, prostate and Rectal cancer	การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547
10. การใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย	การฉีดหรือใช้สารเสพติดประเภท เมทแอมเฟตามีน เฮโรอีน และฝิ่น	การไม่มีการใช้สารเสพติด	Overdose, Suicide, Trauma, HIV/AIDS	การสำรวจสถานภาพการใช้สารเสพติด พ.ศ.2546 และ โมเดลทำนายปริมาณผู้ติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย สำนักระบาดวิทยา และกองควบคุมโรคเอดส์
11.การขาดน้ำสะอาด การสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม	การมีน้ำสะอาดบริโภค และการมีส่วนร่วมอย่างถูกสุขลักษณะ	ทุกคนมีน้ำสะอาดบริโภค และมีส่วนร่วมอย่างถูกสุขลักษณะ	Diarrhea	การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546 ของกรมอนามัย
12. ภาวะทุพโภชนาการ ในเด็ก	เด็กที่มีค่า “น้ำหนักต่ออายุ” ต่ำกว่า -1SD	สัดส่วน (fraction) ของกลุ่มที่น้ำหนักต่ออายุ ต่ำกว่า -	Diarrhea, Pneumonia, Malaria, Measles,	การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของ

ปัจจัยเสี่ยง	ตัวแปรการสัมผัส	ค่าต่ำสุดของระดับปัจจัยเสี่ยงในทางทฤษฎี	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcome)	ที่มาของค่าประมาณการสัมผัส
อายุต่ำกว่า 5 ปี	เปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงนานาชาติ และเปรียบเทียบกับมาตรฐานของประเทศไทย	ISD ในประชากรอ้างอิงนานาชาติ และอยู่ในทพพ โทษนาการระดับที่ 2 และ 3 สำหรับมาตรฐานของประเทศไทย	Other causes	ประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546 ของกรมอนามัย
13. มลพิษทางอากาศ	ความเข้มข้นของอนุภาคเล็กกว่า 10 ไมครอน และอนุภาคนขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน	ความเข้มข้นของอนุภาคเล็กกว่า 10 ไมครอน เท่ากับ 15 มก./ลบ.ม. และอนุภาคนขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนเท่ากับ 7.5 มก./ลบ.ม.	Lower respiratory infection, Upper respiratory infection, Otitis media, IHD, Stroke, Inflammatory heart disease, COPD, Asthma, Other chronic respiratory disease, CA of lung, Trachea & bronchus	การตรวจวัดระดับมลพิษทางอากาศของกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

3.3 วิธีการศึกษาในแต่ละปัจจัย

3.3.1. การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe sex)

การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หมายถึง การมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่เป็นโรคซึ่งติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันที่ถูกต้อง และคำนวณหาภาระโรคเปรียบเทียบกับเกณฑ์ขั้นต่ำในอุดมคติคือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

3.3.2. การสูบบุหรี่ (Smoking)

ข้อมูลการบริโภคยาสูบในประเทศไทยมีความชัดเจนในเรื่องความชุกของการสูบบุหรี่ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จึงมีนิยามที่ว่า การสูบบุหรี่หมายถึง การสูบบุหรี่เป็นประจำ และระดับปัจจัยเสี่ยงขั้นต่ำในอุดมคติคือ ไม่มีผู้สูบบุหรี่เลย

3.3.3. การดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption)

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แบ่งระดับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ออกเป็นหลายระดับ ซึ่งมีเกณฑ์ขั้นต่ำในอุดมคติ คือ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์เลย

3.3.4. การไม่สวมหมวกและคาดเข็มขัดนิรภัย (Not wearing helmet and safety belt)

ในประเทศไทย ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ส่วนใหญ่ไม่มีการสวมหมวกนิรภัย ซึ่งในการสวมหมวกนิรภัยนั้นจะหมายถึง การสวมหมวกนิรภัยอย่างถูกต้องโดยรัดคางให้แน่น ซึ่งเป็นนิยามของการสำรวจโดยการสังเกตบนท้องถนน และในส่วนของการคาดเข็มขัดนิรภัยก็เช่นกัน จะต้องทำการคาดอย่าง

ถูกต้อง ซึ่งเกณฑ์ขั้นต่ำในอุดมคติ คือ ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสารสวมหมวกนิรภัย และผู้ขับขี่รถยนต์คาดเข็มขัดนิรภัยอย่างถูกต้องทุกครั้ง

3.3.5. การมีดัชนีมวลกายสูง (High BMI)

ดัชนีมวลกาย คือ ค่าน้ำหนัก(หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วยค่ายกกำลังสองของความสูง(หน่วยเป็นเมตร) เป็นตัวบอกระหว่างน้ำหนักปกติ น้ำหนักเกิน หรืออ้วน และกำหนดการกระจายที่เป็นเกณฑ์ขั้นต่ำในอุดมคติ คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ที่ 21 ก.ก./ตร.ม. (SD=1)

3.3.6. ความดันโลหิตสูง (High blood pressure)

กำหนดการกระจายที่เป็นเกณฑ์ขั้นต่ำในอุดมคติ คือ ระดับความดันซิสโตลิก 115 mgHg (SD=6)

3.3.7. ภาวะโคเลสเตอรอลสูง (Cholesterolemia)

กำหนดการกระจายที่เป็นเกณฑ์ขั้นต่ำในอุดมคติ คือ ระดับโคเลสเตอรอลรวมในเลือด 3.8 mmol/l หรือ 147 mg/dL (SD=0.5)

3.3.8. การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ (Low intake of fruit and vegetable)

การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอในที่นี้ หมายถึง การบริโภคผักและผลไม้ในวัยผู้ใหญ่ ในปริมาณที่ไม่ต่ำกว่า 600 กรัม/คน/วัน ซึ่งเกณฑ์ขั้นต่ำในอุดมคติ คือ การบริโภคผักและผลไม้มากกว่า 600 กรัม/คน/วัน

3.3.9. การขาดการออกกำลังกาย (Physical inactivity)

การออกกำลังกายในที่นี้ หมายถึง การออกกำลังกายที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน 4 กลุ่ม ได้แก่ การทำงาน การเดินทาง กิจกรรมในบ้าน และกิจกรรมยามว่าง โดยใช้เกณฑ์ขั้นต่ำในอุดมคติ คือ บุคคลควรมีกิจกรรมทางกายที่ออกแรงปานกลาง 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า

3.3.10. การใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย (Illicit drugs use)

การใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายในที่นี้ จะศึกษาการใช้สารเสพติดประเภท เฮโรอีนหรือฝิ่น และสารแอมเฟตามีน ซึ่งเกณฑ์ขั้นต่ำในอุดมคติ คือ การที่ไม่ใช้สารเสพติดดังกล่าวนี้เลย

3.3.11. การขาดน้ำสะอาด การสุขาภิบาล และสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม (Unsafe water and sanitation)

กำหนดระดับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นเกณฑ์ขั้นต่ำในทางทฤษฎี คือ การให้ทุกคนมีน้ำสะอาดบริโภค และการมีส่วนร่วมใช้อย่างถูกต้องสุขลักษณะ

3.3.12. ภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Undernutrition)

ภาวะทุพโภชนาการในเด็กใช้เกณฑ์อ้างอิง 2 เกณฑ์ คือ “น้ำหนักต่ออายุ” ต่ำกว่า -1SD เปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงนานาชาติ และมาตรฐานของไทยในทุพโภชนาการ ระดับที่ 2 และ 3

3.3.13. มลพิษทางอากาศ (Air pollution)

ระดับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นมลภาวะทางอากาศ ใช้เกณฑ์ความเข้มข้นของ Particle matter ขนาด .10 ไมครอน ไม่เกิน 15 ไมโครกรัมต่อ ลบ.ม. และ Particle matter ขนาด 2.5 ไมครอน ไม่เกิน 75 ไมโครกรัมต่อ ลบ.ม.

3.4 ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรค (Relative Risk: RR)

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ตามการศึกษา การประเมินและเปรียบเทียบภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง (Comparative Risk Assessment: CRA) ของ องค์การอนามัยโลก และการประมาณค่า PAF (Population Attributable Fraction) ซึ่งเป็นค่าที่บอก ความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคต่างๆ ที่มาจากปัจจัยเสี่ยง ซึ่งในแต่ละปัจจัยเสี่ยง มีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ และค่า PAF ดังนี้

3.4.1. การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe sex)

โรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe sex)	ค่า PAF	
	ชาย	หญิง
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ไม่รวม HIV/AIDS)	1.00	1.00
การตายจาก HIV/AIDS	0.77	0.96
อุบัติการณ์ของ HIV/AIDS	0.39	0.94

3.4.2. การสูบบุหรี่ (Smoking)

โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	อายุ (ปี)	ค่า RR	
		ชาย	หญิง
โรคมะเร็ง Upper aerodig.	-	5.81	5.77
โรคมะเร็งปอด	-	24.2	12.5
โรคมะเร็งอื่นๆ	-	1.48	1.14
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	-	9.97	10.25
กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด	30 – 59	2.44	2.18
	60 – 69	1.84	2.12
	70 – 79	1.54	1.50
	80+	1.38	1.31
กลุ่มโรคทางเดินหายใจ	30 – 59	2.43	2.18
	60 – 69	1.84	2.12
	70 – 79	1.70	1.70

	80+	1.38	1.31
กลุ่มโรคอื่นๆ	30 – 59	2.03	1.85
	60 – 69	1.60	1.80
	70 – 79	1.39	1.36
	80+	1.27	1.22

3.4.3. การดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption)

โรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	ค่า RR							
	ชาย				หญิง			
	ไม่ดื่ม	ดื่มอย่างมีสติ	ดื่มอย่างอันตราย	ดื่มอย่างอันตรายมาก	ไม่ดื่ม	ดื่มอย่างมีสติ	ดื่มอย่างอันตราย	ดื่มอย่างอันตรายมาก
1. โรคมะเร็งช่องปาก	1	1.45	1.85	5.39	1	1.45	1.85	5.39
2. โรคมะเร็งหลอดอาหาร	1	1.8	2.38	4.36	1	1.80	2.83	4.36
3. โรคมะเร็งตับ	1	1.45	3.03	3.6	1	1.45	3.03	3.60
4. โรคมะเร็งกล่องเสียง	1	1.83	3.9	4.93	1	1.83	3.90	4.93
5. โรคมะเร็งเต้านม (อายุน้อยกว่า 45 ปี)	1	1	1	1	1	1.15	1.41	1.46
6. โรคมะเร็งเต้านม (อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป)	1	1	1	1	1	1.14	1.38	1.62
7. โรคเบาหวาน	1	1	0.57	0.73	1	0.92	0.87	1.13
8. โรคลมชัก	1	1.23	7.52	6.83	1	1.34	7.22	7.52
9. ความดันโลหิตสูง	1	1.4	2	4.1	1	1.4	2	2
10. โรคหัวใจขาดเลือด	1	0.82	0.83	1	1	0.82	0.83	1.12
11. โรค Ischaemic stroke	1	0.94	1.33	1.65	1	0.52	0.64	1.06
12. โรค Haemorrhagic stroke	1	1.27	2.19	2.38	1	0.59	0.65	7.98
13. โรคตับแข็ง	1	1.3	9.5	13	1	1.3	9.5	13
14. โรค Cholelithiasis	1	0.82	0.68	0.5	1	0.82	0.68	0.5
15. น้ำหนักน้อยเมื่อคลอด	1	1	1.4	1.4	1	1	1.4	1.4

3.4.4. การไม่สวมหมวกและคาดเข็มขัดนิรภัย (Not wearing helmet and safety belt)

ปัจจัยเสี่ยง	ค่า PAF		
	Death	YLL	YLD
การไม่สวมหมวกนิรภัย	0.79	0.74	0.82
การไม่คาดเข็มขัดนิรภัย	0.40	-	-

3.4.5. การมีดัชนีมวลกายสูง (High BMI)

โรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน	ค่า RR				
	30 – 44 ปี	45 – 59 ปี	60 – 69 ปี	70 – 79 ปี	80 ปีขึ้นไป
1. โรคหัวใจขาดเลือด	1.33	1.07	1.05	1.03	1.03
2. โรคหลอดเลือดสมอง					
- Non-fatal	1.06	1.08	1.06	1.04	1.01
- Fatal	1.01	0.97	1.02	1.03	1.00
3. โรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง	1.09	1.16	1.16	1.12	1.06
4. โรคเบาหวาน					
- ชาย	1.36	1.24	1.18	1.27	1.27
- หญิง	1.47	1.34	1.21	1.20	1.20
5. โรคข้อเข่าเสื่อม	1.04	1.04	1.04	1.04	1.04
6. โรคกระดูกสันหลังค่อม	1.00	1.03	1.03	1.03	1.03
7. โรคกระดูกสันหลังโค้ง	1.03	1.03	1.03	1.03	1.03
8. โรคกระดูก Endometrium	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10

3.4.6. ความดันโลหิตสูง (High blood pressure)

โรคที่เกิดจากความดันโลหิตสูง	ค่า RR				
	30 – 44 ปี	45 – 59 ปี	60 – 69 ปี	70 – 79 ปี	80 ปีขึ้นไป
1. โรคหัวใจขาดเลือด	1.92	1.67	1.33	1.25	1.06
2. โรคหลอดเลือดสมอง	2.38	2.00	1.56	1.37	1.20

3.4.7. ภาวะโคเลสเตอรอลสูง (Cholesterolemia)

โรคที่เกิดจากความดันโลหิตสูง	ค่า RR				
	30 – 44 ปี	45 – 59 ปี	60 – 69 ปี	70 – 79 ปี	80 ปีขึ้นไป
1. โรคหัวใจขาดเลือด	1.96	2.00	1.43	1.30	1.33
2. โรคหลอดเลือดสมอง	1.50	1.50	1.30	1.10	1.20

3.4.8. การบริโภคผักและผลไม้ต่ำ (Low intake of fruit and vegetable)

โรคที่เกิดจาก ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน	ค่า RR							
	0 - 4 ปี	5 - 14 ปี	15 – 29 ปี	30 – 44 ปี	45 – 59 ปี	60 – 69 ปี	70 – 79 ปี	80 ปีขึ้นไป
1. โรคหัวใจขาดเลือด	1	1	1.11	1.11	1.11	1.11	1.08	1.05
2. โรคหลอดเลือดสมอง	1	1	1.06	1.06	1.06	1.06	1.05	1.03
3. โรคมะเร็งปอด	1	1	1.04	1.04	1.04	1.04	1.03	1.02
4. โรคมะเร็งกระเพาะ อาหาร	1	1	1.06	1.06	1.06	1.06	1.05	1.03
5. โรคมะเร็ง Colorectal	1	1	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.00
6. โรคมะเร็ง Oesophageal	1	1	1.06	1.06	1.06	1.06	1.05	1.03

3.4.9. การขาดการออกกำลังกาย (Physical inactivity)

โรคที่เกิดจากการขาด การออกกำลังกาย	ค่า RR (เพศชาย)									
	30 – 44 ปี		45 – 59 ปี		60 – 69 ปี		70 – 79 ปี		80 ปีขึ้นไป	
	ไม่พอ	ระดับ ต่ำ	ไม่พอ	ระดับ ต่ำ	ไม่พอ	ระดับ ต่ำ	ไม่พอ	ระดับ ต่ำ	ไม่พอ	ระดับ ต่ำ
1. โรคหัวใจขาดเลือด	1.71	1.44	1.71	1.44	1.71	1.44	1.50	1.31	1.30	1.20
2. โรคหลอดเลือดสมอง	1.53	1.10	1.53	1.10	1.53	1.10	1.38	1.08	1.24	1.05
3. โรคมะเร็งเต้านม	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	1.68	1.68	1.68	1.68	1.68	1.68	1.48	1.48	1.30	1.30
5. โรคเบาหวาน	1.45	1.45	1.45	1.45	1.45	1.45	1.32	1.32	1.20	1.20

โรคที่เกิดจากการขาด การออกกำลังกาย	ค่า RR (เพศหญิง)									
	30 – 44 ปี		45 – 59 ปี		60 – 69 ปี		70 – 79 ปี		80 ปีขึ้นไป	
	ไม่พอ	ระดับ ต่ำ	ไม่พอ	ระดับ ต่ำ	ไม่พอ	ระดับ ต่ำ	ไม่พอ	ระดับ ต่ำ	ไม่พอ	ระดับ ต่ำ
1. โรคหัวใจขาดเลือด	1.71	1.44	1.71	1.44	1.71	1.44	1.50	1.31	1.30	1.20
2. โรคหลอดเลือดสมอง	1.53	1.10	1.53	1.10	1.53	1.10	1.38	1.08	1.24	1.05
3. โรคกระดูกสันหลัง	1.24	1.13	1.24	1.13	1.24	1.13	1.20	1.09	1.13	1.06
4. โรคกระดูกข้อเข่าเสื่อม	1.68	1.18	1.68	1.18	1.68	1.18	1.48	1.13	1.30	1.08
5. โรคเบาหวาน	1.45	1.24	1.45	1.24	1.45	1.24	1.32	1.18	1.20	1.11

3.4.10. การใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย (Illicit drugs use)

สาเหตุการตาย/บาดเจ็บจากการใช้ สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย	Mortality Rate	
	ชาย	หญิง
1. การใช้ยาเกินขนาด	0.0025	0.0025
2. การฆ่าตัวตาย	0.0015	0.0015
3. การเป็นแผล/อุบัติเหตุ	0.0023	0.0023

3.4.11. การขาดน้ำสะอาด การสุขาภิบาล และสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม (Unsafe water and sanitation)

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคท้องร่วง จากการขาดน้ำสะอาด การสุขาภิบาลและ สุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม ในเด็กอายุ 0-4 ปี	ค่า RR		
	ค่าต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าสูงสุด
1. ต่ำ (I)	1.0	1.0	1.0
2. ต่ำถึงปานกลาง (II)	2.5	2.5	2.5
3. ปานกลาง (III)	-	-	-
4. สูง (IV)	3.8	6.9	10.0
5. สูง (Va)	3.8	6.9	10.0
6. สูงมาก (Vb)	4.9	8.7	12.6
7. สูงมาก (VI)	6.1	11.0	16.0

3.4.12. ภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Undernutrition)

สาเหตุการตายจาก ภาวะทุพโภชนาการ	ค่า RR ในแต่ละกลุ่มของภาวะทุพโภชนาการ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ปกติ
1. โรคท้องร่วง	12.5	5.4	2.3	1.0
2. โรคปอดอักเสบ	8.1	4.0	2.0	1.0
3. โรคมาลาเรีย	9.5	4.5	2.1	1.0
4. โรคหัด	5.2	3.0	1.7	1.0
5. รวมทุกสาเหตุ	8.7	4.2	2.1	1.0

3.4.13. มลพิษทางอากาศ (Air pollution)

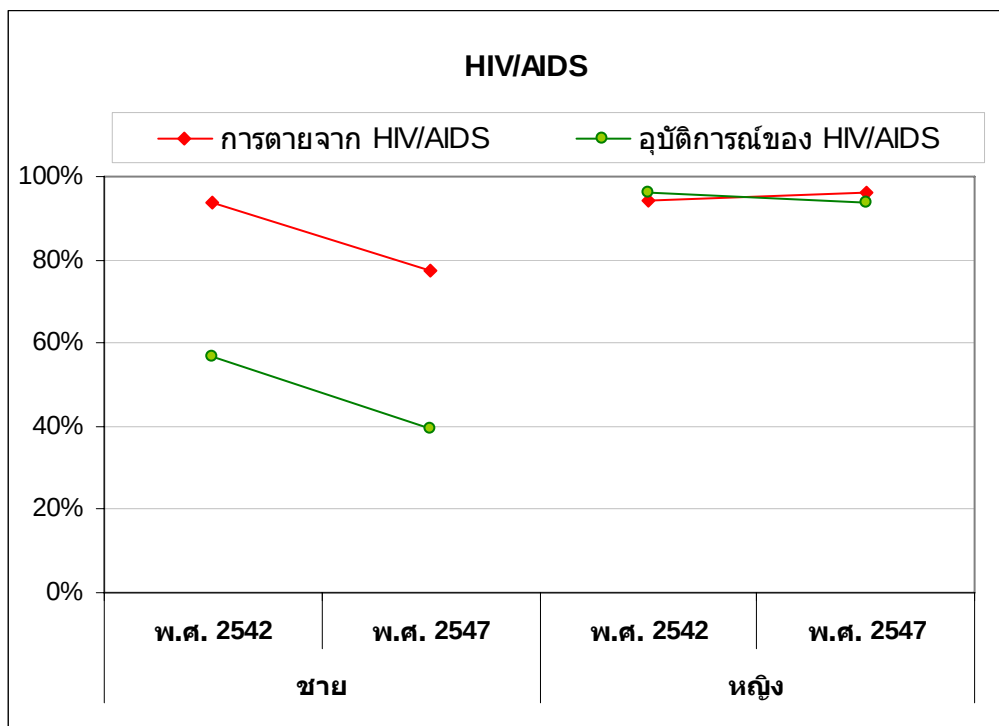
สาเหตุการตายจากมลพิษทางอากาศ	PM expose metric	ค่า RR per 10 ug/m ³
1. Cardiopulmonary disease: adults	PM _{2.5}	1.059
2. Lung cancer	PM _{2.5}	1.082
3. Acute respiratory infection: children aged 0-4 years	PM ₁₀	1.010
4. Deaths-brought-forward: all ages	PM ₁₀	1.006

3.5 การเปรียบเทียบความชุกของปัจจัยเสี่ยง (Current Prevalence Exposure) ใน ปี พ.ศ.2542 กับปี พ.ศ.2547

ความชุกของปัจจัยเสี่ยง ถือว่าเป็นข้อมูลสำคัญในการประมาณค่าภาระโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ โดยความชุกของปัจจัยเสี่ยงในแต่ละปัจจัยนั้น ย่อมมีที่มาและวิธีการประมาณค่าจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นเพื่อให้ข้อมูลความชุกของปัจจัยเสี่ยงมีความน่าเชื่อถือและถูกต้องมากที่สุดในการประมาณค่าภาระโรค ผู้วิจัยจึงได้ทำการเปรียบเทียบความชุกของปัจจัยเสี่ยงจากการศึกษาครั้งที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542) กับ การศึกษาครั้งนี้ (พ.ศ.2547) ซึ่งทำให้เราเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงความชุกของปัจจัยเสี่ยงเมื่อเทียบกับระยะเวลาที่เปลี่ยนไปว่า มีความสัมพันธ์ต่อภาระโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ มากน้อยเพียงใด และมีแนวโน้มของการเกิดความชุกที่สอดคล้องต่อภาระโรคหรือไม่ อย่างไรก็ตามหากความสัมพันธ์นั้นๆ ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่สอดคล้องกันต่อภาระโรค นั้นย่อมหมายถึงว่า ปัจจัยเสี่ยงนั้นอาจจะไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาระโรคนั้นๆ หากแต่เป็นเพราะมีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคนั้นๆ ที่เป็นผลมาจากสาเหตุอื่นๆ มากกว่าปัจจัยเสี่ยงที่เราากำลังศึกษาอยู่ ความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เป็นดังนี้

3.5.1 การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe sex)

จากรูปที่ 3.1 แสดงการเปรียบเทียบผลการประมาณค่าสัดส่วนของการตายและอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ HIV ระหว่างปี พ.ศ.2542 กับปี พ.ศ.2547 จากข้อมูลการคาดประมาณผู้ติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย² พบว่า ในเพศชายมีสัดส่วนของการตายและการติดเชื้อ HIV ลดลง แต่ในเพศหญิงสัดส่วนที่ลดลงไม่ต่างกัน

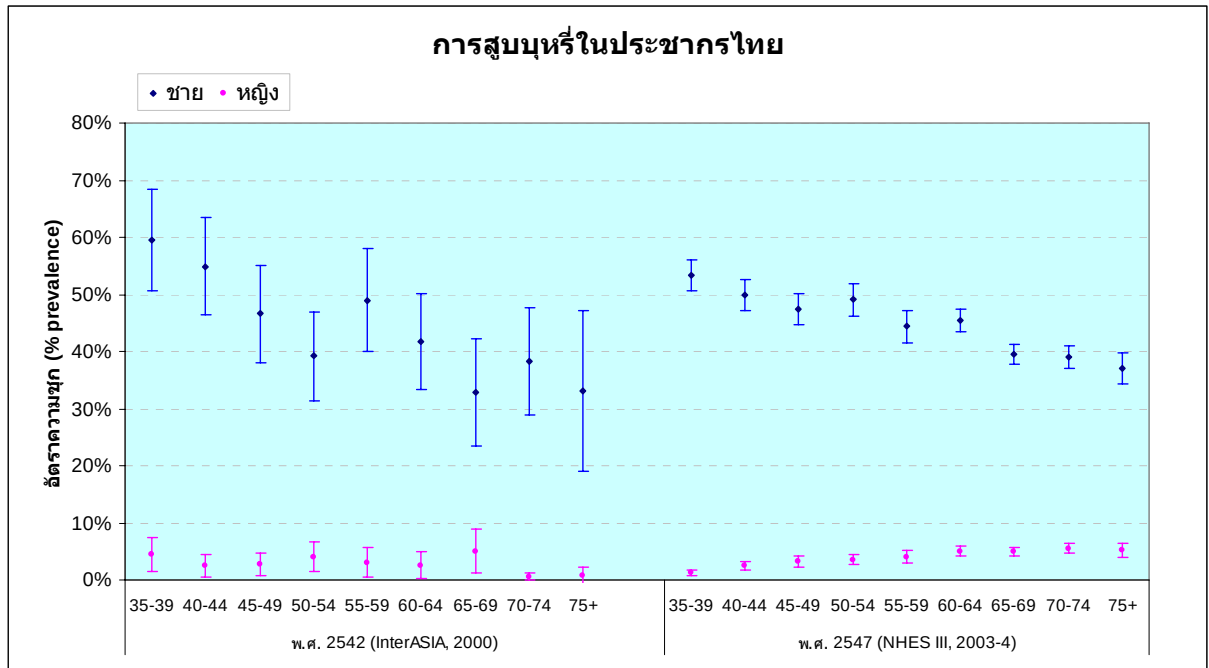


รูปที่ 3.1 สัดส่วนการตายและอุบัติการณ์การติดเชื้อ HIV/AIDS

3.5.2 การสูบบุหรี่ (Smoking)

เนื่องจากการสูบบุหรี่ในประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี โดยส่วนใหญ่แล้วยังคงไม่เป็นโรคต่างๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษาเปรียบเทียบในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป โดยวิเคราะห์กลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน

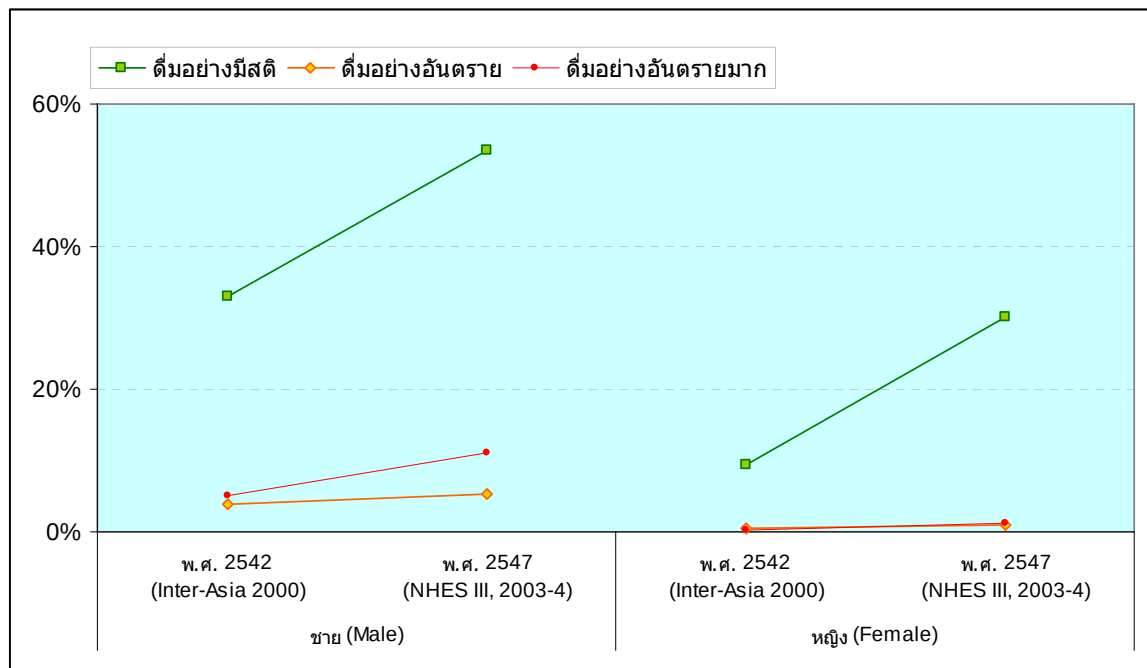
จากรูปที่ 3.2 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการสูบบุหรี่ของประชากรไทยในปี พ.ศ.2542 กับ ปี พ.ศ. 2547³ พบว่า ในเพศชาย ประชากรกลุ่มวัยกลางคนที่มียุระหว่าง 35-44 ปีนั้น มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง หากแต่เมื่ออายุมากกว่า 44 ปีขึ้นไป การสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นกว่าในปี พ.ศ.2542 และเมื่อพิจารณาการสูบบุหรี่ในเพศหญิงก็พบว่า มีสัดส่วนการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น กว่าในปี พ.ศ.2542 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ



รูปที่ 3.2 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2542 และปี พ.ศ.2547

3.5.3 การดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption)

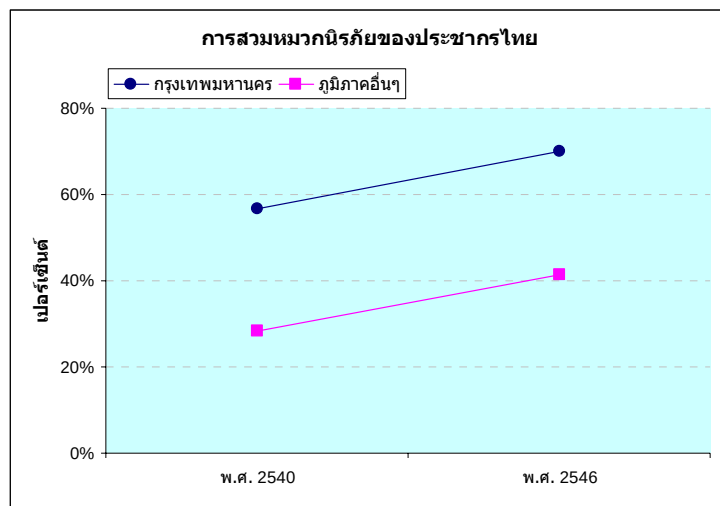
เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี พ.ศ.2542 กับ 2547 พบว่า ในปี พ.ศ.2547 ทั้งประชากรชายและหญิงมีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นกว่าในปี พ.ศ.2542 โดยอัตราการดื่มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42 เป็น 73 ในประชากรชาย และเพิ่มจากร้อยละ 10 เป็น 35 ในประชากรหญิง โดยการเปลี่ยนแปลงของอัตราการดื่มในรูปแบบต่างๆ แสดงดังรูปที่ 3.3



รูปที่ 3.3 อัตราการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย จำแนกตามเพศและรูปแบบการดื่ม

3.5.4 การไม่สวมหมวกและคาดเข็มขัดนิรภัย (Not wearing helmet and safety belt)

จากข้อมูลการสำรวจการสวมหมวกนิรภัยบนท้องถนน ปี พ.ศ. 2546⁴ พบว่า ประชากรไทยมีอัตราการสวมหมวกนิรภัยในขณะขับขี่รถจักรยานยนต์เพิ่มขึ้นจากเมื่อปี พ.ศ.2540 ทั้งในเขตกรุงเทพฯ และภูมิภาคอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากมาตรการคุมเข้มทางด้านกฎหมาย ที่บังคับให้ผู้ขับขี่และซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ต้องสวมหมวกนิรภัย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและตาย อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุบนท้องถนน



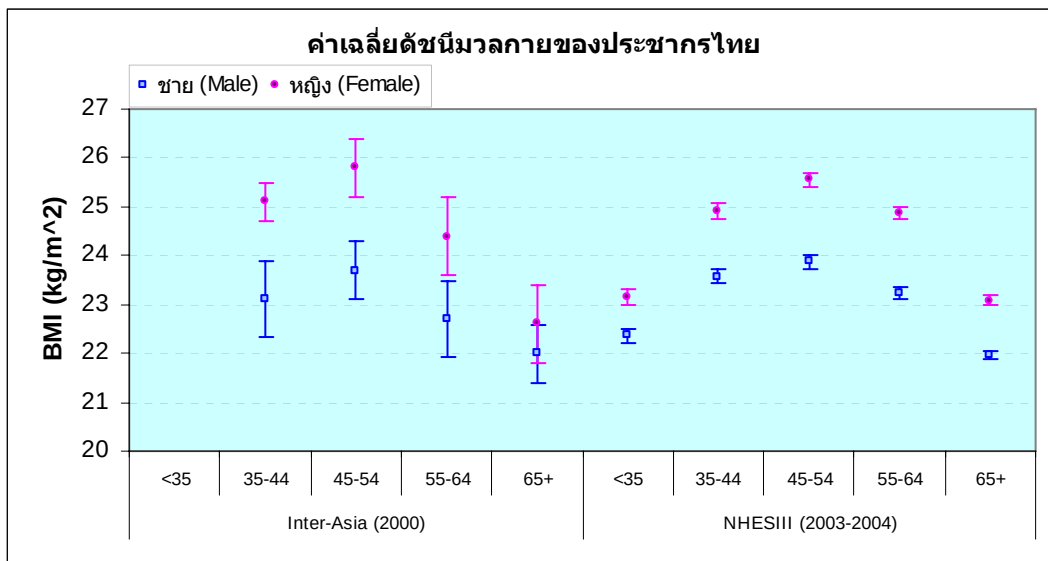
รูปที่ 3.4 อัตราการสวมหมวกนิรภัยของประชากรไทย

3.5.5 การมีดัชนีมวลกายสูง (High BMI)

เนื่องจากโดยทั่วไป การมีดัชนีมวลกายสูงในประชากรอายุน้อยกว่า 30 ปี ไม่ใช่สาเหตุก่อให้เกิดโรคจากปัจจัยเสี่ยงนี้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงศึกษาประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป โดยนิยามกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายสูง คือ ประชากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) หมายถึงผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง $25.0-29.9 \text{ kg/m}^2$ และประชากรที่มีภาวะอ้วน (Obesity) หมายถึง ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30.0 kg/m^2 ขึ้นไป

ในปีพ.ศ.2547 ประชากรที่มีอายุระหว่าง 35 – 65 ปี ทั้งชายและหญิง มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเพิ่มสูงขึ้นจากเมื่อปี พ.ศ.2543 ยกเว้นประชากรหญิงวัย 45-54 ปี ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกันมากนัก (รูปที่ 3.5)

เมื่อเปรียบเทียบอัตราความชุกของการมีดัชนีมวลกายสูงในประชากรอายุ 30 ปีขึ้นไป พบว่าในอัตราความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.7 และ 38.9 เป็นร้อยละ 26.8 และ 40.3 สำหรับประชากรชายและหญิงตามลำดับ



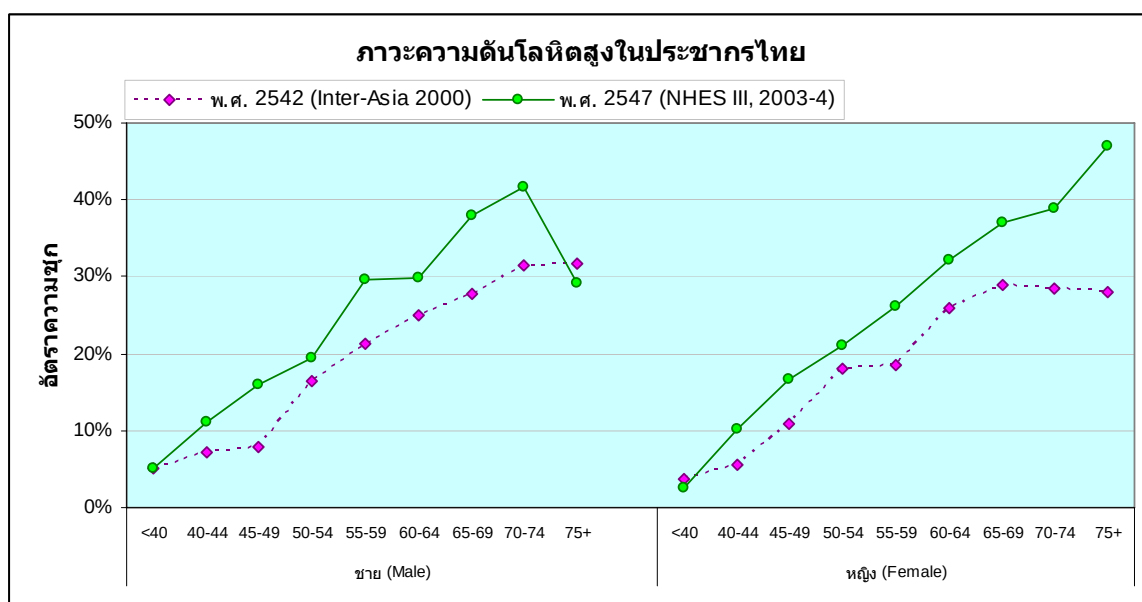
รูปที่ 3.5 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของประชากรไทย

3.5.6 ความดันโลหิตสูง (High blood pressure)

ในการศึกษาครั้งนี้ พิจารณาความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยนิยามประชากรที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีค่าความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) ตั้งแต่ 140 mgHg ขึ้นไป

อัตราความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สำรวจในปี พ.ศ. 2547 มีค่าประมาณร้อยละ 23.3 และ 20.9 สำหรับประชากรชายและหญิงตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่า ในประชากรทั้งชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มากกว่าในปี พ.ศ.2542 (รูปที่ 3.6)

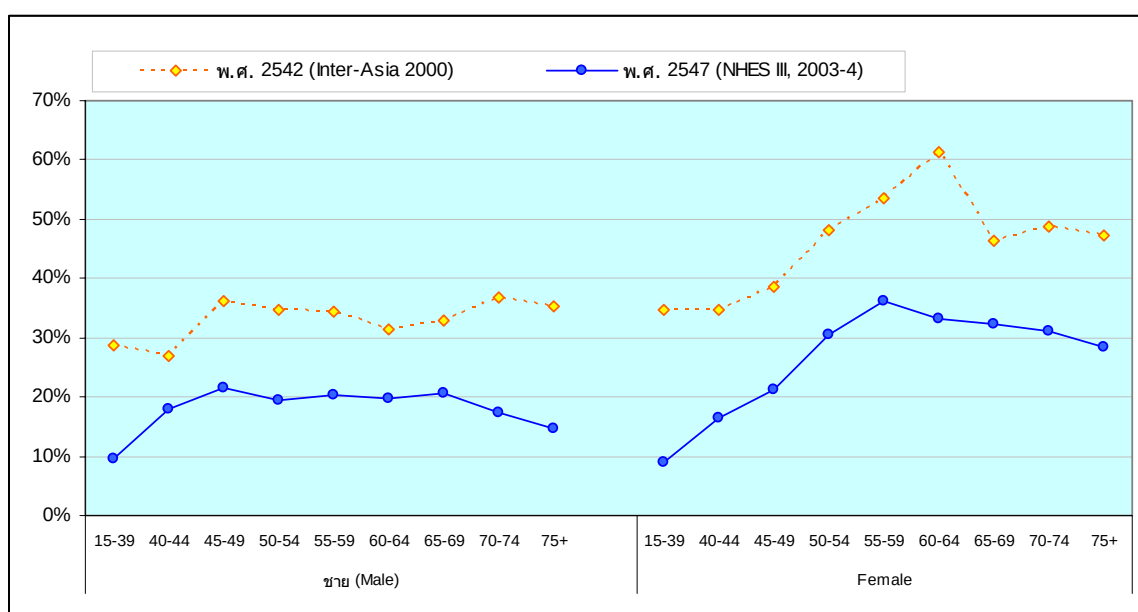


รูปที่ 3.6 อัตราความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรไทย

3.5.7 ภาวะโคเลสเตอรอลสูง (Cholesterolemia)

การศึกษาครั้งนี้ได้ให้นิยามของประชากรที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง คือ ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) ในเลือด ตั้งแต่ 5.7 mmol/L ขึ้นไป

เมื่อเปรียบเทียบอัตราความชุกของภาวะโคเลสเตอรอลสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้จาก การสำรวจ 2 ครั้ง ระยะเวลาต่างกันประมาณ 5 ปี พบว่า ในปี พ.ศ. 2547 ประชากรชายร้อยละ 14 มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง และประชากรหญิงร้อยละ 17 มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง ทั้งนี้ อัตราความชุกดังกล่าวลดลงประมาณ 2.3 และ 2.5 เท่า สำหรับชายและหญิงตามลำดับ โดยค่าความชุกของภาวะโคเลสเตอรอลสูงสำหรับแต่ละกลุ่มแสดงดังรูปที่ 3.7

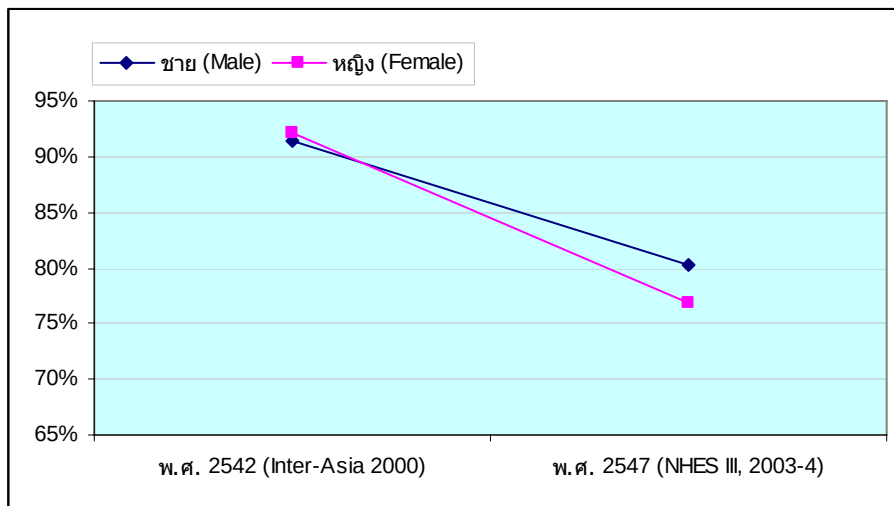


รูปที่ 3.7 อัตราความชุกของภาวะโคเลสเตอรอลสูงในประชากรไทย

3.5.8 การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ (Low intake of fruit and vegetable)

การศึกษาครั้งนี้ให้นิยามประชากรที่บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ หมายถึง ผู้ที่บริโภคผักและผลไม้ น้อยกว่า 400 กรัมต่อวัน หรือน้อยกว่า 5 ถ้วยมาตรฐาน

จากการสำรวจการบริโภคผักและผลไม้ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2547 พบว่า ร้อยละ 80.3 ของประชากรชาย และร้อยละ 76.8 ของประชากรหญิง บริโภคผักและผลไม้ใน ปริมาณที่ต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 400 กรัมต่อวัน) ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวลดลงจากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2542 (รูปที่ 3.8)

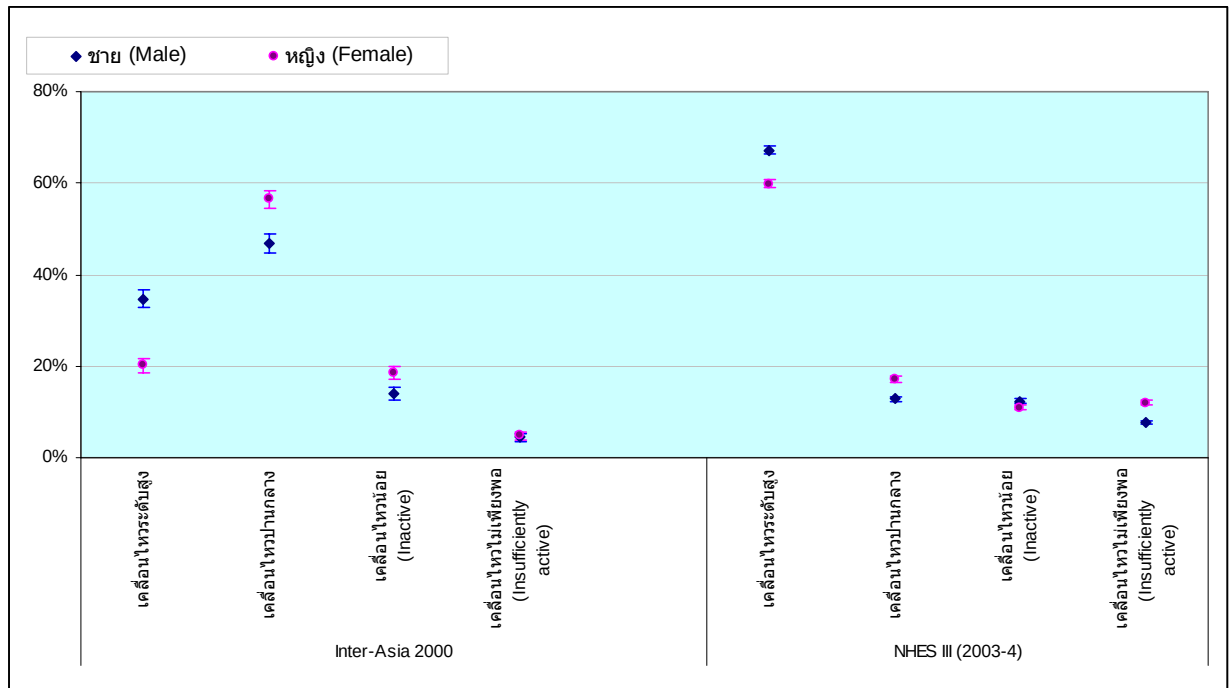


รูปที่ 3.8 อัตราความชุกของการบริโภคผักผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในประชากรไทย

3.5.9 การขาดการออกกำลังกาย (Physical inactivity)

รูปที่ 3.9 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากรไทยในปี 2547 และปีพ.ศ.2542 พบว่า ประชากรไทยทั้งชายและหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่มีกิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายในระดับสูงมากขึ้น แต่การเคลื่อนไหวระดับปานกลางน้อยลง ซึ่งเมื่อรวมเป็นสัดส่วนประชากรที่มีกิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวอย่างเพียงพอแล้วได้สัดส่วนที่ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ในปี พ.ศ.2542 ประชากรชายร้อยละ 82 และหญิงร้อยละ 77 มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่เพียงพอ สัดส่วนดังกล่าวลดลงเหลือร้อยละ 80 ในประชากรชาย และร้อยละ 77 ในประชากรหญิง

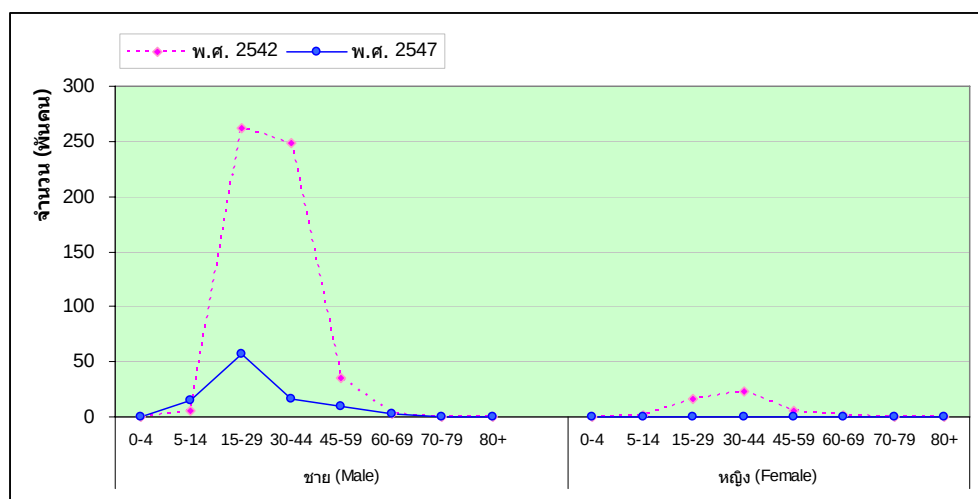
การเคลื่อนไหวร่างกายในระดับที่ไม่เพียงพอมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากเมื่อ 5 ปีที่ผ่านมาประมาณ 2 เท่า



รูปที่ 3.9 สัดส่วนของประชากรที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายในระดับต่างๆ

3.5.10 การใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย (Illicit drugs use)

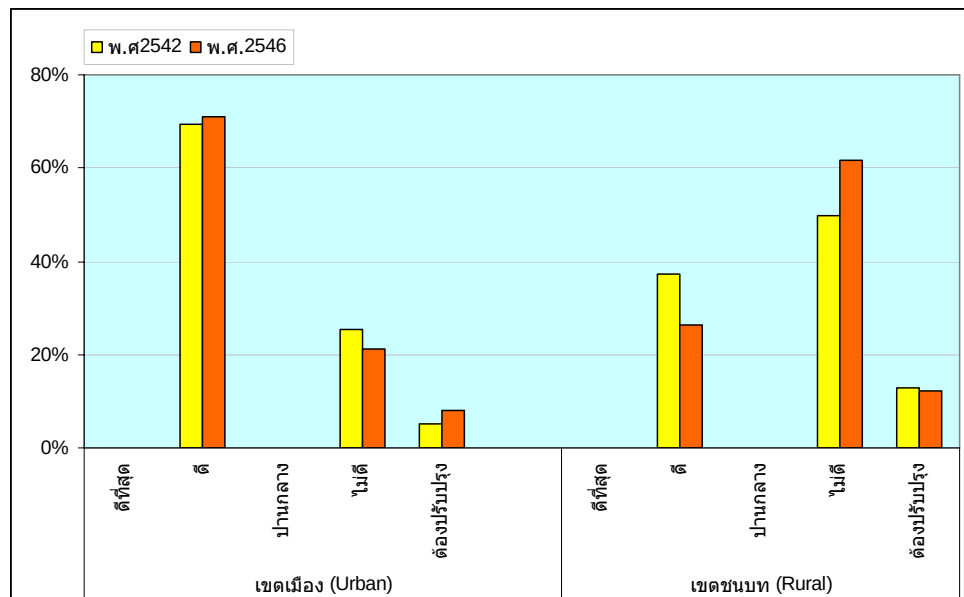
ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการเปรียบเทียบประชากรในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และจากกราฟข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี พ.ศ.2542 กับ 2547 พบว่า ในปี พ.ศ.2547 ทั้งในเพศชายและหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่ใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายน้อยลงมาก เมื่อเทียบกับในปี พ.ศ.2542 โดยเฉพาะในเพศหญิงที่ไม่มีผู้ที่ใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายเลย



รูปที่ 3.10 จำนวนผู้ติดสารเสพติด

3.5.11 การขาดน้ำสะอาด การสุขาภิบาล และสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม (Unsafe water and sanitation)

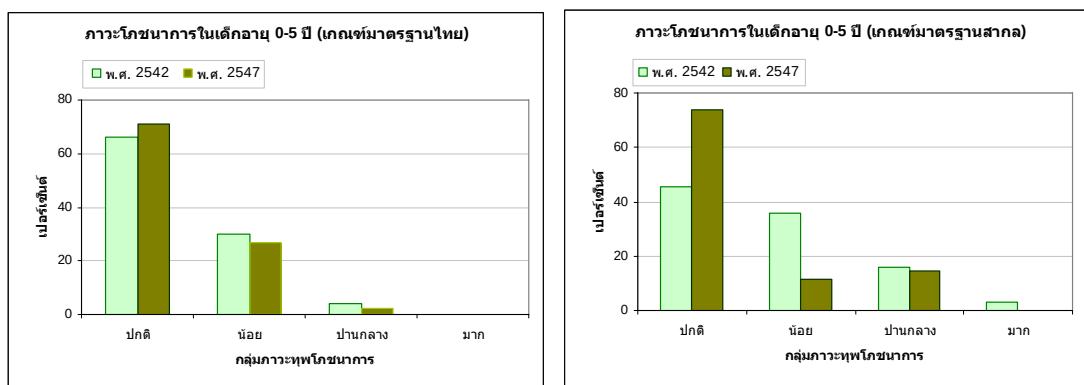
จากข้อมูลการสำรวจแหล่งน้ำดื่มของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2546⁵ พบว่า ร้อยละ 71 ของประชากรในเขตเมืองดื่มน้ำที่สะอาดดี (น้ำประปาหรือน้ำบรรจุภาชนะปิดสนิท) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากสัดส่วนในปี พ.ศ. 2542 เล็กน้อย ส่วนประชากรในเขตชนบทมีสัดส่วนการดื่มน้ำไม่สะอาดถึงร้อยละ 62 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50 ในปีพ.ศ.2542



รูปที่ 3.11 สัดส่วนของการใช้น้ำสะอาดในระดับความสะอาดต่างๆ ของประชากรไทยในเขตเมืองและชนบท

3.5.12 ภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Undernutrition)

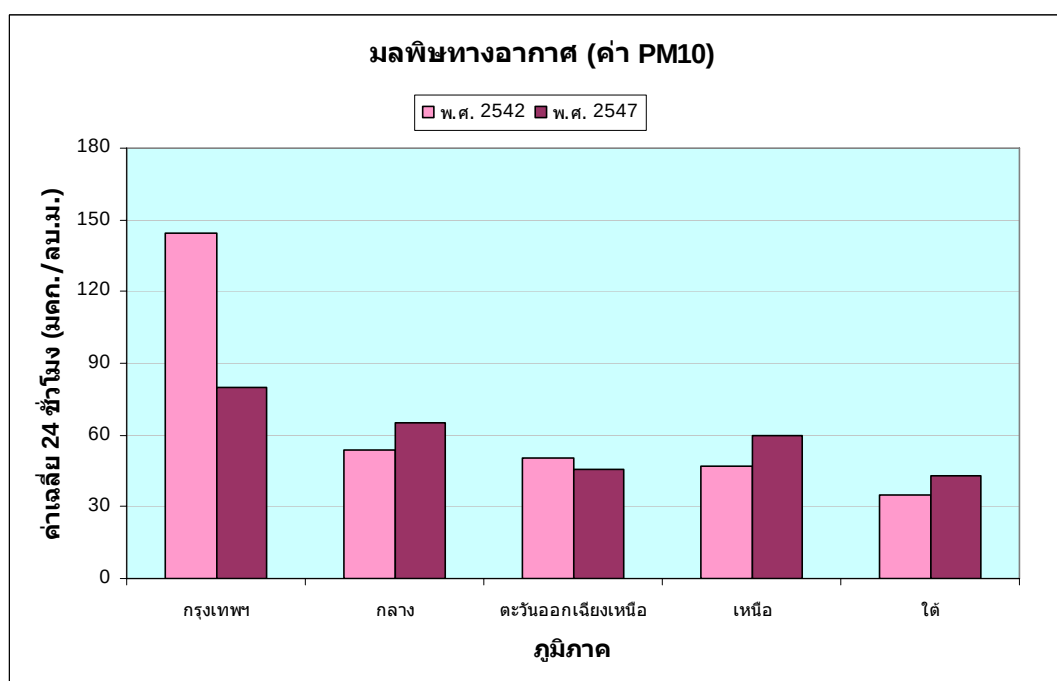
จากข้อมูลการสำรวจภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักและวัดสัดส่วนของร่างกาย ซึ่งดำเนินงานในการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2546 พบว่า ทารกและเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 0-5 ปี) ร้อยละ 71 มีภาวะโภชนาการในเกณฑ์ปกติตามมาตรฐานไทย และร้อยละ 74 มีภาวะโภชนาการในเกณฑ์ปกติตามมาตรฐานสากล ซึ่งสัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2542 ส่วนสัดส่วนของเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการลดลง ดังแสดงในรูปที่ 3.12



รูปที่ 3.12 ภาวะโภชนาการของเด็กทารกและวัยก่อนเรียน

3.5.13 มลพิษทางอากาศ (Air pollution)

จากรูปที่ 3.13 เป็นการเปรียบเทียบปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM10) ซึ่งพบว่า ในปี พ.ศ.2547 ค่า PM10 ในกรุงเทพฯและภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลง เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2542 แต่ค่า PM10 ในภาคกลางเหนือ และได้ เพิ่มขึ้น



รูปที่ 3.13 ค่าเฉลี่ยของปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM10) จำแนกตามภูมิภาคของประเทศไทย

3.6 การวิเคราะห์ความไว (Probabilistic Sensitivity Analysis)

นอกจากการประมาณค่าภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงด้วยข้อมูลความชุกของปัจจัยเสี่ยงในประชากรและความเสี่ยงสัมพัทธ์จากค่าประมาณแบบจุดแล้ว การศึกษานี้ ยังได้คำนวณค่าภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ภายใต้อัตราความไม่แน่นอน (95% Confidence Interval) ของข้อมูลความชุกและค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรค โดยใช้วิธี Monte Carlo Simulation

บทที่ 4 ผลการศึกษา

4.1 ผลการประมาณค่าภาระโรคที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงภาระโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในหน่วยของจำนวนปีที่ปรับด้วยความพิการที่สูญเสียไป ดังนี้

4.1.1 การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe sex)

การติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ เป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งของประเทศไทย ซึ่งเป็นผลมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งผลของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในครั้งนี้ได้ครอบคลุมเฉพาะ การติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การแท้ง และมะเร็งปากมดลูก และเมื่อรวมผลทั้งหมดก็พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 4 หมื่นราย (ร้อยละ 10.2 ของทั้งหมด) และมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ 9.4 แสน DALYs (ร้อยละ 9.7 ของทั้งหมด)

4.1.2 การสูบบุหรี่ (Smoking)

การสูบบุหรี่ในประเทศไทยยังมีความชุกอยู่ในระดับที่สูง โดยเฉพาะในเพศหญิงที่มีความชุกเพิ่มขึ้น ซึ่งการสูบบุหรี่ส่งผลต่อการเกิดโรคต่างๆ มากมาย และในการศึกษาครั้งนี้ได้ครอบคลุม โรคมะเร็งทางเดินอาหารร่วมทางเดินหายใจส่วนต้น โรคมะเร็งอื่นๆ โรคกล้ามเนื้อหัวใจส่วนต้น ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด วัณโรค โรคติดเชื้อทางเดินหายใจอื่น ๆ รวมถึงโรคทางกายอื่นๆ และเมื่อรวมผลทั้งหมดก็พบว่า การสูบบุหรี่ ทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 4 หมื่นราย (ร้อยละ 10.0 ของทั้งหมด) และมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ 5.9 แสน DALYs (ร้อยละ 6.1 ของทั้งหมด)

4.1.3 การดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption)

ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ในคนไทยมีเพิ่มขึ้นมากเมื่อเทียบกับในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะในเพศชาย และผลของการดื่มแอลกอฮอล์นี้เองที่เป็นต้นเหตุของการเกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โรคมะเร็ง ตับแข็ง การถูกทำร้ายและทำร้ายตนเอง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางจิตเวช และโรคอื่นๆ และเมื่อรวมผลทั้งหมดก็พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 2 หมื่นราย (ร้อยละ 5.2 ของทั้งหมด) และมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ 8.4 แสน DALYs (ร้อยละ 8.6 ของทั้งหมด)

4.1.4 การไม่สวมหมวกและคาดเข็มขัดนิรภัย (Not wearing helmet and safety belt)

ในประเทศไทยมีผู้ใช้จักรยานยนต์เป็นจำนวนมาก แต่การบังคับใช้กฎหมายใส่หมวกนิรภัยกลับไม่เคร่งครัดเท่าที่ควร จึงส่งผลทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.8 หมื่นราย (ร้อยละ 4.5 ของทั้งหมด) และมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ 4.4 แสน DALYs (ร้อยละ 4.5 ของทั้งหมด) ส่วนการไม่

คาดเพิ่มขีดนิรภัยในการขับขี่รถยนต์ ทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 0.1 หมื่นราย (ร้อยละ 0.3 ของทั้งหมด) และมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ 0.3 แสน DALYs (ร้อยละ 0.3 ของทั้งหมด)

4.1.5. การมีดัชนีมวลกายสูง (High BMI)

ค่าดัชนีมวลกายของเพิ่มสูงขึ้นในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ และผู้หญิงจะความชุกของค่าดัชนีมวลกายที่สูงมากกว่าผู้ชาย การมีดัชนีมวลกายที่สูง จะส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคข้อเสื่อม และเมื่อรวมผลทั้งหมดก็พบว่า การมีดัชนีมวลกายที่สูงทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 2 หมื่นราย (ร้อยละ 5.1 ของทั้งหมด) และมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ 4.1 แสน DALYs (ร้อยละ 4.2 ของทั้งหมด)

4.1.6. ความดันโลหิตสูง (High blood pressure)

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการประเมินผลของการมีความดันโลหิตที่สูงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic heart disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive heart disease) และเมื่อรวมผลทั้งหมดก็พบว่า ความดันโลหิตสูงทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 7 หมื่นราย (ร้อยละ 18.0 ของทั้งหมด) และมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ 6.0 แสน DALYs (ร้อยละ 6.1 ของทั้งหมด)

4.1.7. ภาวะโคเลสเตอรอลสูง (Cholesterolemia)

การมีภาวะโคเลสเตอรอลที่สูงส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic heart disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และเมื่อรวมผลทั้งหมดก็พบว่า ภาวะโคเลสเตอรอลสูงทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 2 หมื่นราย (ร้อยละ 5.5 ของทั้งหมด) และมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ 2.4 แสน DALYs (ร้อยละ 2.4 ของทั้งหมด)

4.1.8. การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ (Low intake of fruit and vegetable)

การบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคมะเร็งต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งหลอดอาหาร และรวมไปถึงโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจอีกด้วย และเมื่อรวมผลทั้งหมดก็พบว่า การบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่ไม่เพียงพอทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.7 หมื่นราย (ร้อยละ 4.1 ของทั้งหมด) และมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ 1.8 แสน DALYs (ร้อยละ 1.8 ของทั้งหมด)

4.1.9. การขาดการออกกำลังกาย (Physical inactivity)

การขาดการออกกำลังกายเป็นสาเหตุเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic heart disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เบาหวาน มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น และเมื่อรวมผลทั้งหมดก็พบว่า การขาดการออกกำลังกายทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 0.9 หมื่นราย (ร้อยละ 2.3 ของทั้งหมด) และมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ 1.3 แสน DALYs (ร้อยละ 1.3 ของทั้งหมด)

4.1.10. การใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย (Illicit drugs use)

ในช่วงปี พ.ศ. 2545-2547 รัฐบาลได้มีมาตรการอย่างเคร่งครัดในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ประกอบกับการปิดช่องรั้นการกระทำผิดเป็นจำนวนมาก จึงส่งผลให้ยากต่อการประมาณค่าความชุกของผู้ใช้ยาเสพติด (เฮโรอีนและแอมเฟตามีน) และผลสืบเนื่องต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นตามมาได้ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาทำให้พบว่า สารเสพติดดังกล่าวเป็นสาเหตุของภาระโรคต่างๆ เช่น ความรุนแรง ฆาตกรรม เอชไอวีและเอดส์ และการติดยาเสพติด (Drug dependence) ที่มีผลต่อระบบประสาทและสมอง

จากการศึกษาในผู้ที่ใช้สารเสพติดประเภทเฮโรอีนและแอมเฟตามีนพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนต่ออัตราการตายที่เพิ่มขึ้นจากโรคเอดส์ การเสพยาเกินขนาด การฆ่าตัวตาย และการบาดเจ็บ และเมื่อรวมผลทั้งหมดก็พบว่า การใช้สารเสพติดดังกล่าวทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 0.4 พันราย (ร้อยละ 0.1 ของทั้งหมด) และมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ 1.4 แสน DALYs (ร้อยละ 1.4 ของทั้งหมด)

4.1.11. การขาดน้ำสะอาด การสุขาภิบาล และสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม (Unsafe water and sanitation)

การขาดน้ำสะอาดและการสุขาภิบาลที่ไม่ได้มาตรฐาน นับว่าเป็นปัญหาขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ที่มีความสัมพันธ์กับความยากจน และยังเป็นปัญหาในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยปัญหาดังกล่าวนี้เป็นปัจจัยต่อความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารหรือโรคท้องร่วง และเมื่อรวมผลทั้งหมดก็พบว่า การใช้สารเสพติดดังกล่าวทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 0.4 หมื่นราย (ร้อยละ 0.9 ของทั้งหมด) และมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ 0.5 แสน DALYs (ร้อยละ 0.5 ของทั้งหมด)

4.1.12. ภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Undernutrition)

ภาวะขาดสารอาหาร เป็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาความยากจน ที่ส่งผลต่อการได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ จนอาจทำให้เกิดโรคต่างๆตามมา และเมื่อรวมผลทั้งหมดก็พบว่า ภาวะทุพโภชนาการโดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานระหว่างประเทศกับมาตรฐานของประเทศไทยพบว่า ทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 0.7 พันราย (ร้อยละ 0.2 ของทั้งหมด) และ ประมาณ 0.3 พันราย (ร้อยละ 0.1 ของทั้งหมด) และมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ 0.3 แสน DALYs (ร้อยละ 0.3 ของทั้งหมด) และ 0.3 แสน DALYs (ร้อยละ 0.3 ของทั้งหมด) ตามลำดับ

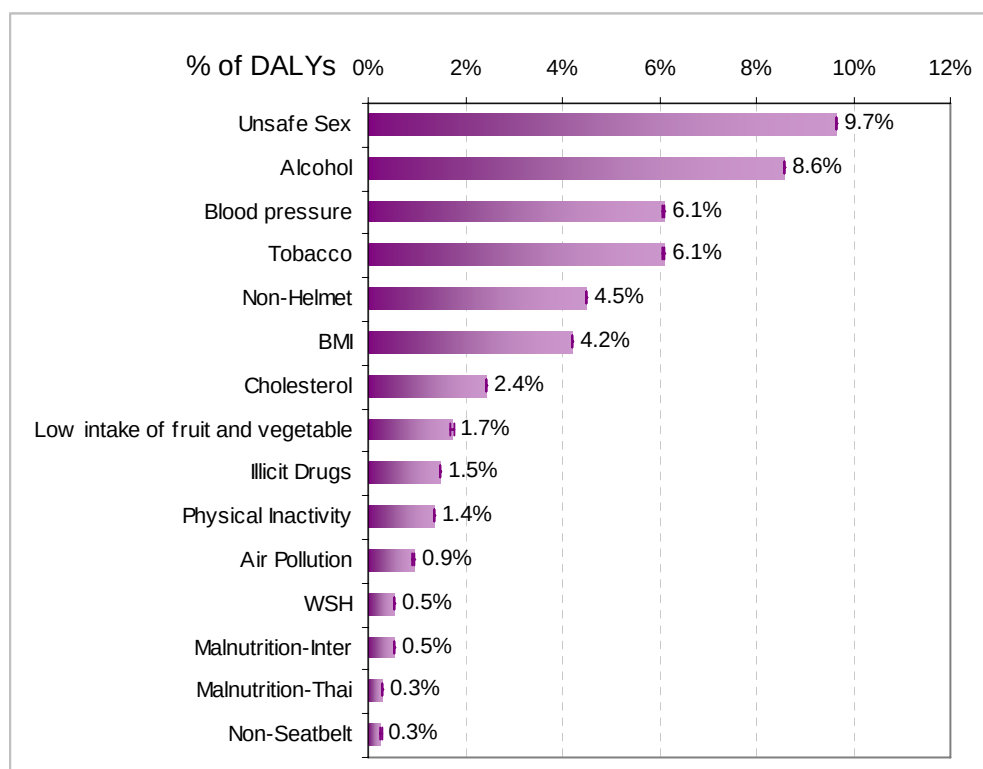
4.1.13. มลพิษทางอากาศ (Air pollution)

มลภาวะทางอากาศโดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็กมีผลต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ และโรคมะเร็งปอด เป็นต้น และเมื่อรวมผลทั้งหมดก็พบว่า มลภาวะทางอากาศทำให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ 0.9 แสน DALYs (ร้อยละ 0.9 ของทั้งหมด)

4.2 การเปรียบเทียบผลการศึกษาระบาดโรครจากปัจจัยเสี่ยง

จากภาระโรคของประชากรไทยทั้งหมดจากทุกกลุ่มโรคในปี พ.ศ. 2547 จำนวน 9.9 ล้าน DALYs เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงที่เลือกมาศึกษา 14 ปัจจัยเสี่ยง จำนวน 4.7 ล้าน DALYs หรือคิดเป็นร้อยละ 47 ของจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไปทั้งหมด

ลำดับปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคจากมากไปหาน้อย ได้แก่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การดื่มแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การไม่สวมหมวกนิรภัย ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การใช้สารเสพติด การขาดการออกกำลังกาย มลพิษทางอากาศ การขาดน้ำสะอาด การสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม ภาวะทุพโภชนาการ (เกณฑ์มาตรฐานสากล) และภาวะทุพโภชนาการ (เกณฑ์มาตรฐานไทย) (รูปที่ 4.1)



% of DALYs หมายถึง ร้อยละเมื่อเปรียบเทียบกับภาระโรครวมทั้งหมดในปี พ.ศ. 2547 (9.9 ล้าน DALYs)

รูปที่ 4.1 ร้อยละของภาระโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

เมื่อจำแนกภาระโรคที่เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงในแต่ละปัจจัยของเพศชายและหญิง พบว่า เพศชายมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การสูบบุหรี่ การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์ และระดับความดันโลหิตสูง (ตารางที่ 4.1) ส่วนเพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ระดับความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และการขาดการออกกำลังกาย (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.1 อันดับภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรชาย ปี พ.ศ. 2547

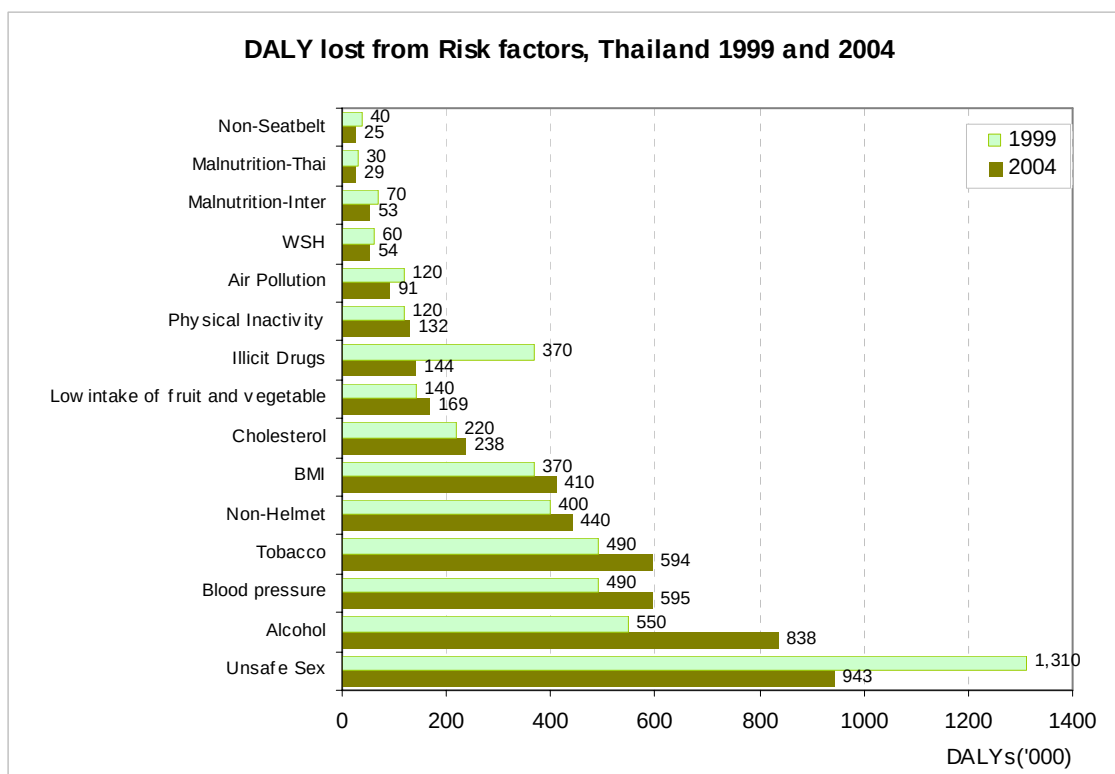
Male						
Rank	Risk factors	DALYs (x1,000)	Uncertainty interval	% of DALYs	Uncertainty interval	DALY rates (per 1,000)
1	Alcohol	792.8	(792.7 - 793.0)	14.03	(14.03 - 14.04)	25.6
2	Unsafe Sex	548.0	(547.5 - 548.5)	9.70	(9.69 - 9.71)	17.7
3	Tobacco	521.1	(519.6 - 522.6)	9.22	(9.20 - 9.25)	16.8
4	Non-Helmet	362.7	(362.6 - 362.9)	6.42	(6.42 - 6.42)	11.7
5	Blood pressure	321.7	(321.1 - 322.2)	5.69	(5.68 - 5.70)	10.4
6	BMI	142.8	(142.4 - 143.3)	2.53	(2.52 - 2.54)	4.6
7	Cholesterol	126.1	(125.2 - 127.0)	2.23	(2.22 - 2.25)	4.1
8	Illicit Drugs	125.0	(124.8 - 125.1)	2.21	(2.21 - 2.21)	4.0
9	Low intake of fruit and vegetable	102.2	(100.3 - 104.2)	1.81	(1.77 - 1.84)	3.3
10	Physical Inactivity	54.7	(54.4 - 55.0)	0.97	(0.96 - 0.97)	1.8
11	Air Pollution	53.0	(51.6 - 54.5)	0.94	(0.91 - 0.96)	1.7
12	Malnutrition-Inter	30.9	(30.7 - 31.1)	0.55	(0.54 - 0.55)	1.0
13	WSH	28.7	(28.6 - 28.8)	0.51	(0.51 - 0.51)	0.9
14	Non-Seatbelt	21.0	(20.3 - 21.6)	0.37	(0.36 - 0.38)	0.7
15	Malnutrition-Thai	16.2	(16.0 - 16.4)	0.29	(0.28 - 0.29)	0.5

ตารางที่ 4.2 อันดับภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรหญิง ปี พ.ศ. 2547

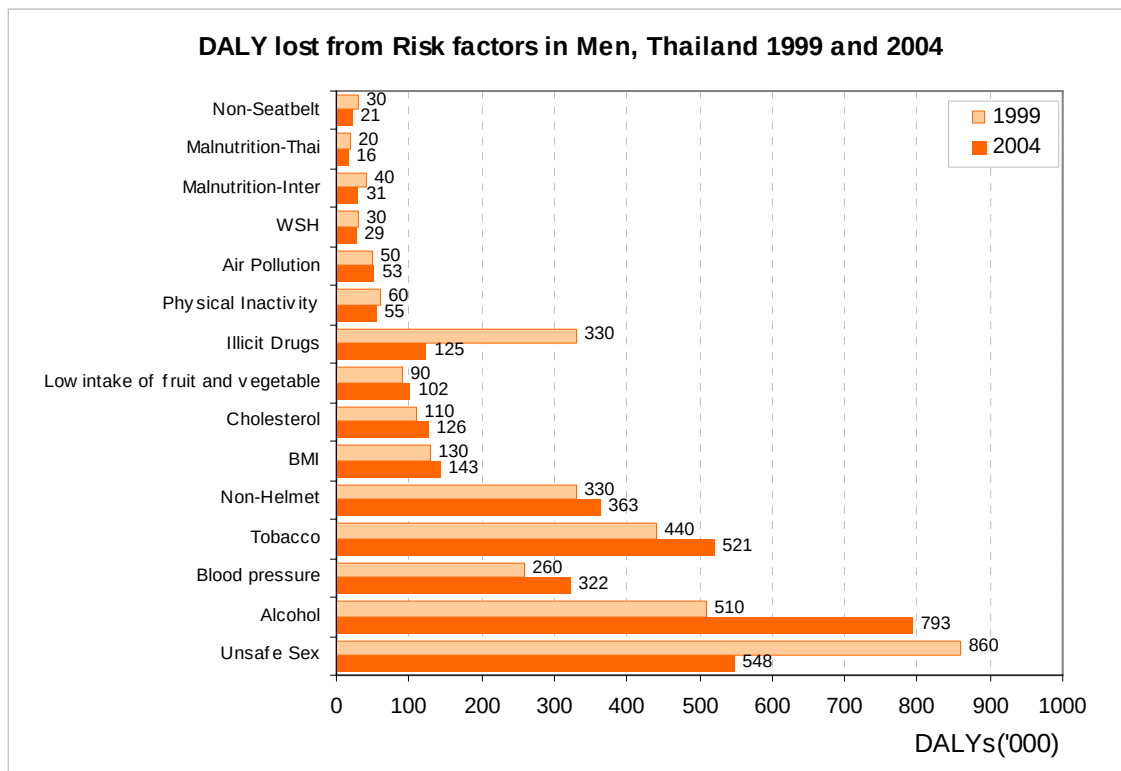
Female						
Rank	Risk factors	DALYs (x1,000)	Uncertainty interval	% of DALYs	Uncertainty interval	DALY rates (per 1,000)
1	Unsafe Sex	395.1	(394.9 - 395.4)	9.59	(9.58 - 9.59)	12.5
2	Blood pressure	273.5	(272.9 - 274.0)	6.64	(6.62 - 6.65)	8.7
3	BMI	267.4	(266.9 - 268.0)	6.49	(6.48 - 6.50)	8.5
4	Cholesterol	111.5	(110.6 - 112.3)	2.70	(2.68 - 2.72)	3.5
5	Physical Inactivity	77.6	(77.5 - 77.6)	1.88	(1.88 - 1.88)	2.5
6	Non-Helmet	77.5	(77.1 - 77.9)	1.88	(1.87 - 1.89)	2.5
7	Tobacco	73.3	(73.1 - 73.6)	1.78	(1.77 - 1.78)	2.3
8	Low intake of fruit and vegetable	66.8	(65.6 - 68.1)	1.62	(1.59 - 1.65)	2.1
9	Alcohol	44.7	(44.5 - 44.8)	1.08	(1.08 - 1.09)	1.4
10	Air Pollution	38.4	(37.3 - 39.5)	0.93	(0.91 - 0.96)	1.2
11	WSH	25.0	(24.9 - 25.0)	0.61	(0.60 - 0.61)	0.8
12	Malnutrition-Inter	22.3	(22.2 - 22.5)	0.54	(0.54 - 0.55)	0.7
13	Illicit Drugs	18.8	(18.8 - 18.8)	0.46	(0.46 - 0.46)	0.6
14	Malnutrition-Thai	12.5	(12.3 - 12.6)	0.30	(0.30 - 0.31)	0.4
15	Non-Seatbelt	4.5	(4.3 - 4.6)	0.11	(0.11 - 0.11)	0.1

เมื่อเปรียบเทียบภาระโรคกับการศึกษาครั้งที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.2542) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงในเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่สวมหมวกและคาดเข็มขัดนิรภัย ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การขาดการออกกำลังกาย มีความสูญเสียสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่วนใหญ่ ล้วนแต่ส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทย แต่ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆมีความสูญเสียสุขภาพลดลง (รูปที่ 4.2)

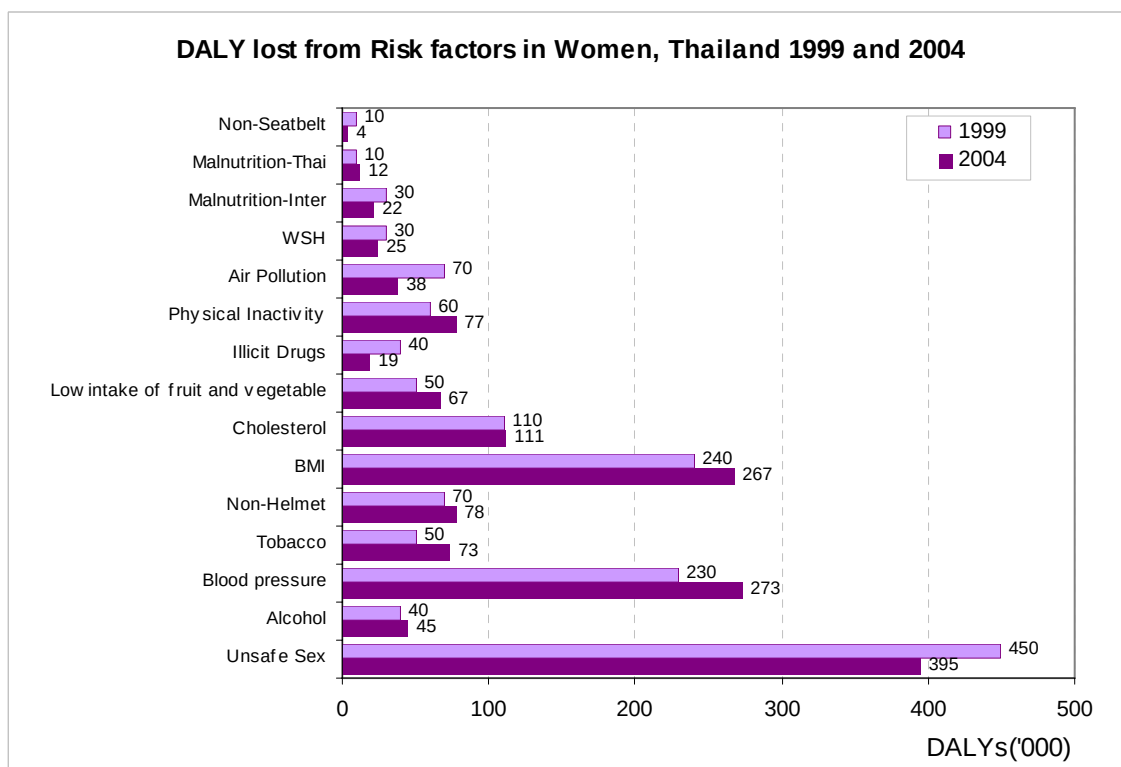
แต่เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ ก็พบว่า ทั้งเพศชายและหญิง มีภาระโรคเพิ่มขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง การไม่สวมหมวกนิรภัย ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนและการบริโภคผักและผลไม้ไม่พอ (รูปที่ 4.3 และ 4.4)



รูปที่ 4.2 ภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษา ระหว่างปี พ.ศ.2542 (ค.ศ.1999) กับ พ.ศ.2547 (ค.ศ.2004)
(ทั้ง 2 เพศ)



รูปที่ 4.3 ภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษา ระหว่างปี พ.ศ.2542 (ค.ศ.1999) กับ พ.ศ.2547 (ค.ศ.2004)
(เพศชาย)



รูปที่ 4.4 ภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษา ระหว่างปี พ.ศ.2542 (ค.ศ.1999) กับ พ.ศ.2547 (ค.ศ.2004)
(เพศหญิง)

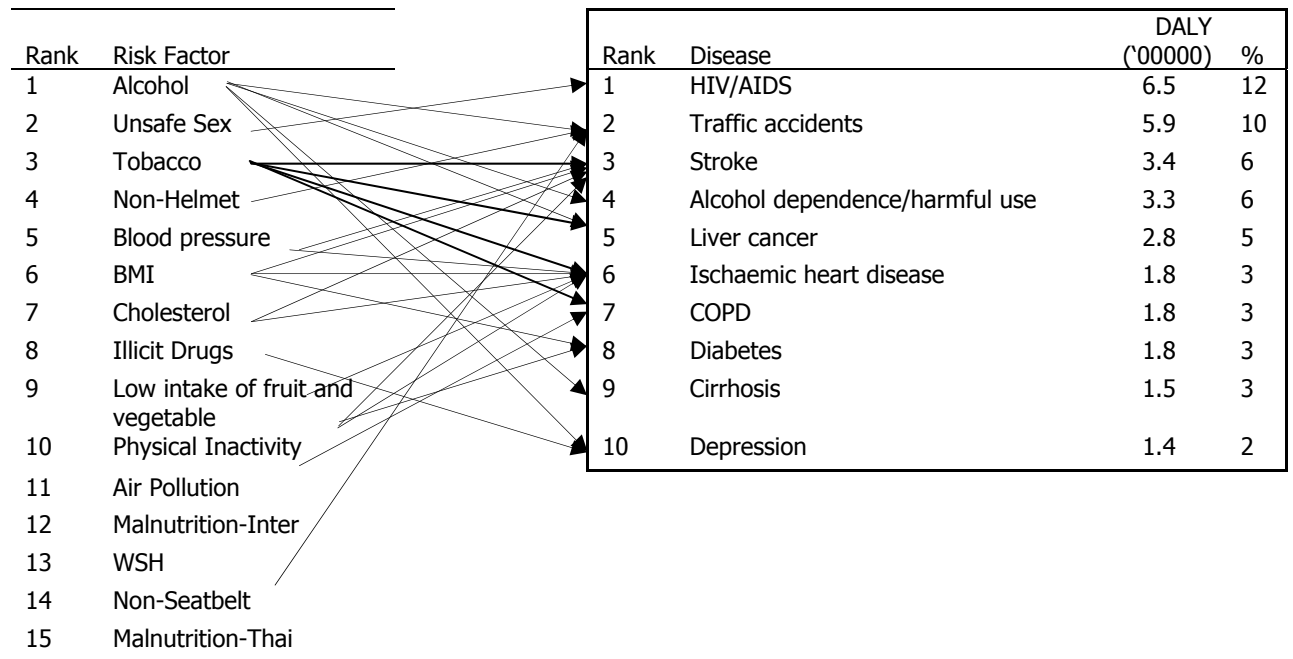
เมื่อทำการเปรียบเทียบอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะระหว่างเพศแล้ว จะเห็นได้ว่า ในปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่ นั้น เพศชายมีภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง ยกเว้นการมีดัชนีมวลกายสูงและการขาดการออกกำลังกาย ที่เพศหญิงมีภาระโรคสูงกว่าเพศชาย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วน DALYs ระหว่างเพศชายต่อหญิงแล้ว มีค่าต่ำกว่า 1 และปัจจัยเสี่ยงที่เพศชายมีภาระโรคสูงกว่าเพศหญิง 5 อันดับแรก ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ (17 เท่า) การสูบบุหรี่ (7 เท่า) การไม่สวมหมวกและคาดเข็มขัดนิรภัย (4.7 เท่า) การใช้สารเสพติด (6.7 เท่า) และการบริโภคผักและผลไม้ไม่พอ (1.5 เท่า) (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 ปีสุขภาวะที่สูญเสีย เปรียบเทียบระหว่างเพศชายและหญิง

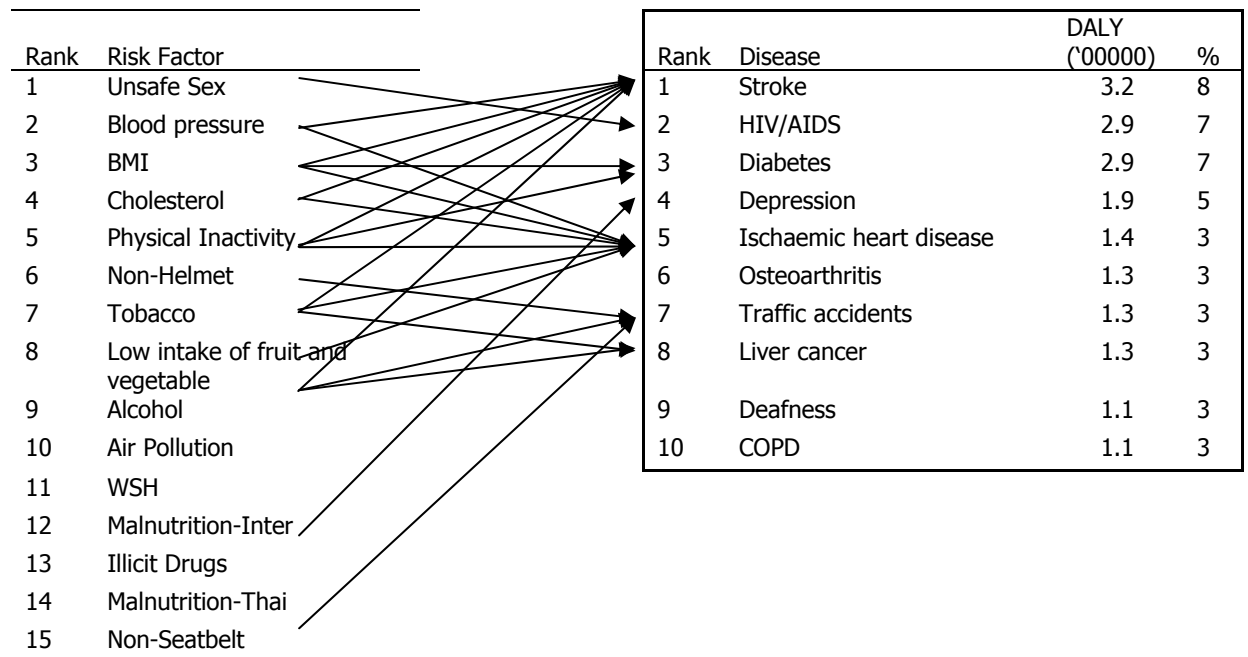
Risk factors	DALYs (x1,000)		Ratio Male : Female
	Male	Female	
Unsafe Sex	548.0	395.1	1.4
Alcohol	792.8	44.7	17.7
Blood pressure	321.7	273.5	1.2
Tobacco	521.1	73.3	7.1
Non-Helmet	362.7	77.6	4.7
BMI	142.8	267.4	0.5
Cholesterol	126.1	111.5	1.1
Low intake of fruit and vegetable	102.2	66.8	1.5
Illicit Drugs	125.0	18.8	6.7
Physical Inactivity	54.7	77.5	0.7
Air Pollution	53.0	38.4	1.4
WSH	28.7	25.0	1.1
Malnutrition-Inter	30.9	22.3	1.4
Malnutrition-Thai	16.2	12.5	1.3
Non-Seatbelt	21.0	4.5	4.7

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคและปัจจัยเสี่ยง

จากการศึกษาพบว่า การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบทั้งเพศชายและหญิง ที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ที่เป็นปัญหาที่ก่อเกิดภาระโรคในสัดส่วนที่สูง การดื่มแอลกอฮอล์และการไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์นั้น ส่งผลต่อภาระโรคในกลุ่มการบาดเจ็บบนท้องถนนเป็นจำนวนมาก อีกทั้งภาระโรคของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic heart disease) ก็เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงในหลายๆปัจจัยเช่นกัน (ดังในรูปที่ 4.5 และ 4.6)



รูปที่ 4.5 โรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรชาย ปี พ.ศ. 2547



รูปที่ 4.6 โรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรหญิง ปี พ.ศ. 2547

บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยเสี่ยงทั้ง 14 ปัจจัย ส่งผลทำให้เกิดภาระโรคประมาณ 4.7 ล้าน DALYs หรือร้อยละ 48 ของจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไปทั้งหมด

การติดเชื้อ HIV/AIDS ยังคงเป็นอันดับที่ 1 จากทั้งหมด

การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ยังคงเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะลดลงจากการศึกษาครั้งที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.2542) แล้วก็ตาม จาก 1.3 ล้าน DALYs ในปี พ.ศ.2542 (ชาย 8.6 แสน DALYs และหญิง 4.5 แสน DALYs) มาเป็น 9.4 แสน DALYs ในปี พ.ศ.2547 (ชาย 5.5 แสน DALYs และหญิง 3.9 แสน DALYs) ซึ่งเหตุผลหลักของการลดลงนี้น่าจะมาจาก ผู้ติดเชื้อ HIV มีชีวิตอยู่รอดยืนยาวขึ้นจากการเข้าถึงยาต้านไวรัสที่เพิ่มขึ้น ตามนโยบายของรัฐและการสนับสนุนจากกองทุนโลก ส่งผลให้ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่หลังจากมีอาการเพิ่มขึ้นจากเดิม ประมาณ 1 ปี เป็น 9 ปี ร่วมกับการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่ที่มีจำนวนลดลงกว่าปี พ.ศ.2542

คนไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์และบุหรี่เพิ่มขึ้น

ในระยะเวลาประมาณ 5 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.2542 – 2547) องค์การต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนได้ร่วมกันรณรงค์การงดดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่กันอย่างต่อเนื่อง แต่ทว่าปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาระโรคของประชากรไทย ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะถึงร้อยละ 14 ของภาระโรคทั้งหมด ซึ่งเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นมาจากปี 2542 มาจากการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ โดยในส่วนของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นพบว่า มีผลทำให้มีจำนวนความสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก จาก 5.5 แสน DALYs ในปี พ.ศ.2542 (ชาย 5.1 แสน DALYs และหญิง 0.4 แสน DALYs) มาเป็น 8.4 แสน DALYs ในปี พ.ศ.2547 (ชาย 7.9 แสน DALYs และหญิง 0.5 แสน DALYs) และเป็นที่น่าสังเกตว่า การดื่มแอลกอฮอล์นี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและหญิง นั้นหมายถึง การสะท้อนค่านิยมของการดื่มแอลกอฮอล์ที่มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น กอปรกับในช่วงระยะเวลา ปี พ.ศ. 2544-2547 ประเทศไทยได้มีการสนับสนุนการผลิตและบริโภคสินค้า OTOP ซึ่งหนึ่งในหลายๆผลิดดังกล่าวก็คือ สุราพื้นบ้าน (สาโท กระแช่ เป็นต้น) จึงทำให้ความชุก (Prevalence) ของการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม สาเหตุที่ความชุกของการดื่มสูงกว่าเดิม ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 นี้ ใช้คำถามที่แยกประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจทำให้การประมาณการสูงกว่าความเป็นจริง

อย่างไรก็ตาม หากเราพิจารณาการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย ก็พบว่า มีจำนวนความสูญเสียปีสุขภาวะลดลงอย่างมาก จาก 3.7 แสน DALYs ในปี พ.ศ.2542 (ชาย 3.3 แสน DALYs และหญิง 0.4

แสน DALYs) มาเป็น 1.4 แสน DALYs ในปี พ.ศ.2547 (ชาย 1.2 แสน DALYs และหญิง 0.2 แสน DALYs) ซึ่งเหตุผลหนึ่งนั้นก็คงจะสอดคล้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ กล่าวคือ ในช่วง ปี พ.ศ. 2544 – 2547 เป็นช่วงที่รัฐบาลได้ประกาศการทำสงครามกับยาเสพติดและผู้มีอิทธิพล จึงอาจส่งผลต่อข้อมูลจากการสำรวจการใช้สารเสพติด และผู้ที่ใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย อาจจะเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดจากการใช้สารเสพติดมาเป็นการดื่มแอลกอฮอล์ก็เป็นได้

และผลจากการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นนี้ ทำให้ในปี พ.ศ.2547 ความสูญเสียที่เพิ่มขึ้นมากอย่างน่าเป็นห่วงคือ ภาระจาก Alcohol dependence/harmful use ในชาย ซึ่งพบว่าสูงขึ้นเป็นสองเท่าจากปี พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างเป็นอันตราย ส่งผลให้มีความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาททั้งการเสพยาเป็นอันตรายหรือใช้ในทางที่ผิด (Harmful use/ alcohol abuse) และมีอาการเสพติด (alcohol dependence) โดยยังไม่รวมถึงผลติดตามจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลายาวนาน เช่น โรคตับแข็ง แต่อย่างใด รวมไปถึงภาระโรคที่อยู่ในกลุ่มของโรคทางด้านจิตเวชของประชากรไทยที่พบว่า ภาระโรคของประชากรไทยที่มีปัญหาทางด้านจิตเวชในปี พ.ศ.2547 เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากเมื่อเทียบกับในปี พ.ศ.2542 โดยมีจำนวนความสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นจาก 5.9 แสน DALYs ในปี พ.ศ.2542 (ชาย 2.5 แสน DALYs และหญิง 3.4 แสน DALYs) มาเป็น 1.1 ล้าน DALYs ในปี พ.ศ.2547 (ชาย 6.7 แสน DALYs และหญิง 4 แสน DALYs) ซึ่งภาระส่วนใหญ่มาจากการเพิ่มขึ้นของความชุกของโรคซึมเศร้า ที่น่าจะเป็นผลมาจากการติดแอลกอฮอล์หรือมีอาการเสพติด (alcohol dependence) และผลกระทบมาจากปัญหาทางด้านสังคมที่ทวีความซับซ้อนขึ้น

การสูบบุหรี่ พบว่า ประชากรไทยที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน มีจำนวนความสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นจาก 5.1 แสน DALYs ในปี พ.ศ.2542 (ชาย 4.4 แสน DALYs และหญิง 0.5 แสน DALYs) มาเป็น 5.9 แสน DALYs ในปี พ.ศ.2547 (ชาย 5.2 แสน DALYs และหญิง 0.7 แสน DALYs) โดยในจำนวนนี้เป็นกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 15-24 ปี) ที่มีการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น

ภาระโรคจากการไม่สวมหมวกนิรภัยในขณะที่ขับขี่รถจักรยานยนต์เพิ่มขึ้น

การไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้มีจำนวนความสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นจาก 4 แสน DALYs ในปี พ.ศ.2542 (ชาย 3.3 แสน DALYs และหญิง 0.7 แสน DALYs) มาเป็น 4.4 แสน DALYs ในปี พ.ศ.2547 (ชาย 3.6 แสน DALYs และหญิง 0.8 แสน DALYs) ซึ่งเกิดกับเพศชายมากกว่าเพศหญิง อันเนื่องมาจากผู้ชายนิยมใช้รถจักรยานยนต์มากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะในวัยรุ่น (อายุ 15-24 ปี) ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่มีความคิดคะนอง ขาดการยั้งคิดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ (ขับขี่ด้วยความรวดเร็วและประมาท) รวมถึงการเมาแล้วขับ ซึ่งในปัจจัยนี้เองหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งทางภาครัฐและเอกชน ได้มีการรณรงค์และปลูกจิตสำนึกให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ เห็นถึงผลเสียของการเมาแล้วขับมาโดยตลอด โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลที่มีวันหยุดหลายวัน เป็นต้น แต่ก็ไม่สามารถลดการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าวให้ได้ผลดีเท่าที่ควร

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบภาระโรคกับการศึกษาครั้งที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.2542) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงในเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง การบริโภคผักและผลไม้ น้อย และการขาดการออกกำลังกาย มีความสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่วนใหญ่ ล้วนแต่ส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่เป็นปัจจัยเฉพาะบุคคลที่ต้องดูแลเอาใจใส่ และตระหนักถึงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา หากปฏิบัติตนให้อยู่ในภาวะเสี่ยง

สรุปผลการศึกษา

1. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุดห้าอันดับแรก คือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ระดับความดันโลหิตสูง และการไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์
2. ปัจจัยที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุดห้าอันดับแรกในเพศชาย คือ การดื่มแอลกอฮอล์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การสูบบุหรี่ การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และระดับความดันโลหิตสูง ส่วนเพศหญิง ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ระดับความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และการขาดการออกกำลังกาย
3. เพศชายมีภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่มากกว่าเพศหญิง และปัจจัยที่เพศชายมีภาระโรคในอัตราส่วนสูงสุดเมื่อเทียบกับเพศหญิง ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่สวมหมวกและคาดเข็มขัดนิรภัย การใช้สารเสพติด และการบริโภคผักและผลไม้ น้อย

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้การดำเนินงานทางสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดภาระทางสุขภาพของประชาชนได้ การประเมินภาวะทางสุขภาพเพื่อบอกความจำเป็นและผลของการดำเนินงานจึงมีความจำเป็นต่อการกำหนดนโยบายและการประเมินผลการดำเนินการ การประเมินภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงในภาพรวมจึงมีความสำคัญ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการโดยใช้ข้อมูลที่มีคุณภาพและความถูกต้อง ดังนั้นการพัฒนาระบบข้อมูลให้สามารถเชื่อถือได้และมีมาตรฐาน จึงเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพต่อไปข้างหน้า

บรรณานุกรม

- ¹ คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง. ภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 (Thailand's Risk Burden in 1999). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2547.
- ² The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2000-2020. Nonthaburi, Thailand: Ministry of Public Health; March 2001.
- ³ การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547.
- ⁴ สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ผลการสำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัยช่วงก่อนเทศกาลและในช่วงเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ. 2546. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ ปีที่ 34 ฉบับที่ 20: 23 พฤษภาคม 2546.
- ⁵ กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2549.