

สถานการณ์ด้านสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย ภาค 1
สถานการณ์ และแนวโน้มของปัญหาสุขภาพ ในแต่ละกลุ่มอายุ

บทที่ 5
กลุ่มวัยทำงาน (15-60 ปี)

กลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในช่วงวัย 15-60 ปี ในปี พ.ศ.2540 ประเทศไทยมีประชากรในวัยนี้ถึง 38.97 ล้านคน จำนวนการตายของประชากรในกลุ่มนี้ จะสูงมากในช่วงอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 6.7) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 30-34 ปี (ร้อยละ 6.5) และในวัย 55-59 ปี (ร้อยละ 6.2) โดยที่เพศชายเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิงประมาณ 3 เท่า

สำหรับกลุ่มประชากรสตรีในช่วงวัยนี้ ยังได้แบ่งออกเป็น กลุ่มวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-44 ปี และกลุ่มวัยหลังเจริญพันธุ์ อายุ 45-59 ปี ซึ่งจะต้องมีการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ในรายละเอียด อันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสรีระร่างกาย ตามวัย โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มนี้ ก็เพื่อให้ประชากรวัยทำงานมีความรู้ และพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง ทั้งในครอบครัว ชุมชน และในสถานประกอบการ มีสุขภาพดีตามมาตรฐาน และมีพฤติกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้อง สตรีมีบุตรเมื่ออายุไม่ต่ำกว่า 20 ปี การรับบริการวางแผนครอบครัวตามความเหมาะสม ได้แก่ ห่วงอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด การทำหมันชาย / หญิง ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย เป็นต้น รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่น ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพฟัน เป็นต้น

สภาพปัญหา การกระจายตัวของปัญหา สาเหตุ และความรุนแรงในประเด็นสำคัญต่างๆ ได้สะท้อนสถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ของประชากรวัยทำงาน อายุ 15-60 ปี ดังต่อไปนี้

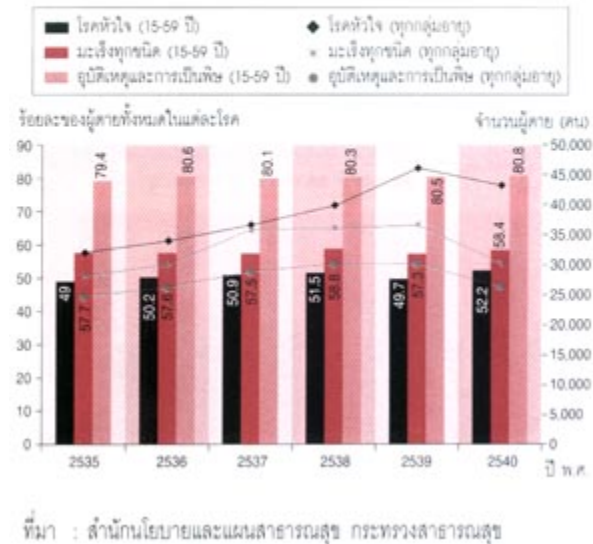
ก. กลุ่มวัยทำงานทั่วไป

1. ภาวะการเจ็บป่วยและตาย

ในกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประเทศไทย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ อุบัติเหตุ และการเป็นพิษมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ ความดันเลือดสูง และโรคหลอดเลือดสมอง และการบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตายๆ ตามลพดล จำนวนผู้ตายด้วยสาเหตุดังกล่าว ทั้งประเทศ มีจำนวนเพิ่มขึ้นมาตลอด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2533-2540 ปรากฏดังกราฟที่ 5.1 พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ตายด้วยสาเหตุดังกล่าว ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 25-59 ปี และโดยเฉพาะการตายด้วยอุบัติเหตุ และการเป็นพิษนั้น มีสูง คิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 80^(1,2)

กราฟที่ 5.1

จำนวนการตายเนื่องจากสาเหตุที่สำคัญ 3 อันดับแรกทั่วประเทศ และเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ตายด้วยโรคทั้งสาม ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2540



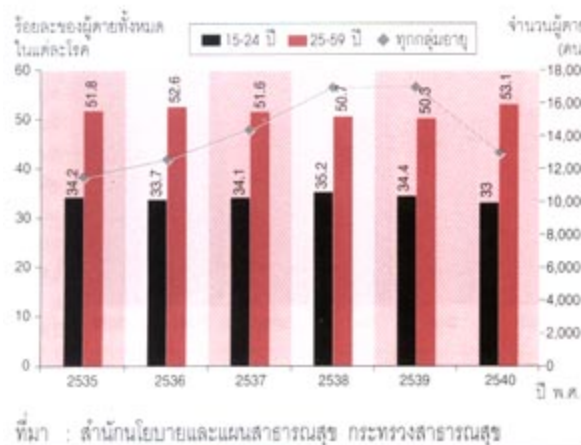
2. ภาวะอุบัติเหตุ

2.1 ภาวะอุบัติเหตุจากการขนส่ง

ในภาพรวมของประเทศ การตายด้วยเหตุดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมาตลอด อย่างเห็นได้ชัด เพิ่มสูงสุดในปี พ.ศ. 2539 มีจำนวนผู้ตาย 16,792 คน และลดลงในปี พ.ศ.2540 (13,073 คน) โดยเฉลี่ยร้อยละ 50 ของผู้ตายในแต่ละปี อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน ในปี พ.ศ.2540 ช่วงอายุ 25-29 ปี จะพบว่าผู้ตายมากที่สุด คือ ร้อยละ 13.5 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 40-49 ปี (12.8%) และช่วงอายุ 30-34 ปี (10.4%)⁽¹⁾ (กราฟที่ 5.2) และเมื่อพิจารณาควบคู่กับการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของอุบัติเหตุบนท้องถนน ในกลุ่มประชากรวัยทำงานแล้ว ก็จะพบว่า ช่วงอายุ 40-49 ปี มีการดื่มสุราสูงสุด คือ ร้อยละ 20.1 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 25-29 ปี (15%) และ 30-34 ปี (14.3%)⁽²⁾

กราฟที่ 5.2

จำนวนการตายเนื่องจากการขนส่ง ทั้งประเทศและเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกลุ่มอายุ 15-24 ปี กับ 25-59 ปี



2.2 ภาวะอุบัติเหตุจากการทำงาน

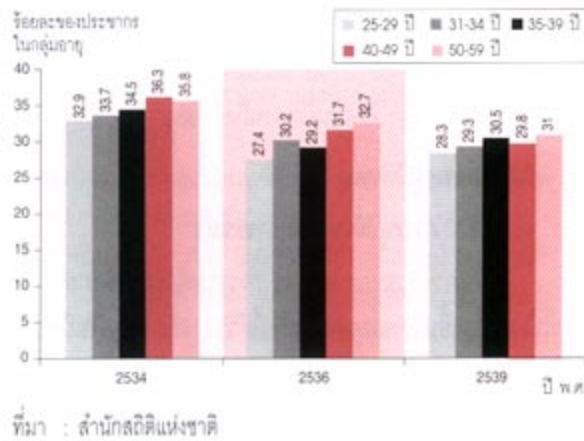
ในกลุ่มวัยทำงาน จะพบว่า ในแต่ละปีมีผู้บาดเจ็บ ทุพพลภาพ และตาย จากการทำงาน ทั้งในภาคอุตสาหกรรม และภาคเกษตรกรรม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เนื่องมาจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน ยังไม่เอื้อต่อความปลอดภัย (Occupational safety) ทำให้ภาครัฐต้องเข้ามากำกับ ดูแล คุ้มครองสวัสดิการแรงงาน และพยายามส่งเสริมสุขภาพของคนทำงาน ในสถานประกอบการ เพื่อมิให้เกิดการสูญเสียต่อทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ ก่อนวัยอันสมควร สำหรับรายละเอียดสถานการณ์ การบาดเจ็บ ทุพพลภาพ และการตาย จากการทำงาน ดูในภาคสอง เรื่อง อาชีวนามัย

3. ภาวะการสูบบุหรี่

จากการสำรวจข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า กลุ่มอาชีพที่มีการสูบบุหรี่เป็นประจำมากที่สุด คือ ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการขนส่ง และการคมนาคม โดยในปี พ.ศ.2539 กลุ่มอายุที่มีการสูบบุหรี่มากที่สุด คือ ผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 31.0) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 35-39 ปี (ร้อยละ 30.5) ช่วงอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 29.8) ตามลำดับ ดังจะเห็นได้ว่า ล้วนอยู่ในกลุ่มวัยทำงานทั้งสิ้น แม้ว่าในปี พ.ศ.2539 อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มนี้ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ.2534 ก็ตาม แต่การลดลงยังอยู่ในอัตราที่ช้า (กราฟที่ 5.3)

กราฟที่ 5.3

อัตราประชากรกลุ่มวัยทำงานที่สูบบุหรี่เป็นประจำ



4. การดื่มสุรา

การดื่มสุราไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดอุบัติเหตุเท่านั้น ยังเป็นสาเหตุของโรคตับ และตับแข็งเรื้อรัง ซึ่งโรคนี้นับว่าเป็นหนึ่งในสิบอันดับ ของสาเหตุการตายที่สำคัญ ของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ.2537-2540 อัตราการตายอยู่ระหว่าง 9.12 ต่อประชากรแสนคน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงาน ซึ่งเป็นสูงมาก เฉลี่ยร้อยละ 60 ของผู้ตายด้วยโรคดังกล่าว อยู่ในวัยนี้ รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุ (กราฟ 5.4) อัตราการตายเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 2-3 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับแบบสำรวจ สภาพะสุขภาพประชาชน โดยการตรวจร่างกาย ในปี พ.ศ.2539-2540 พบว่า ร้อยละ 33.6 ของประชากรวัยแรงงานทั่วประเทศ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นชายมากกว่าหญิง เกือบ 3 เท่า ส่วนใหญ่นิยมดื่มสุรา รองลงมาเป็นเบียร์ และเหล้าโรง

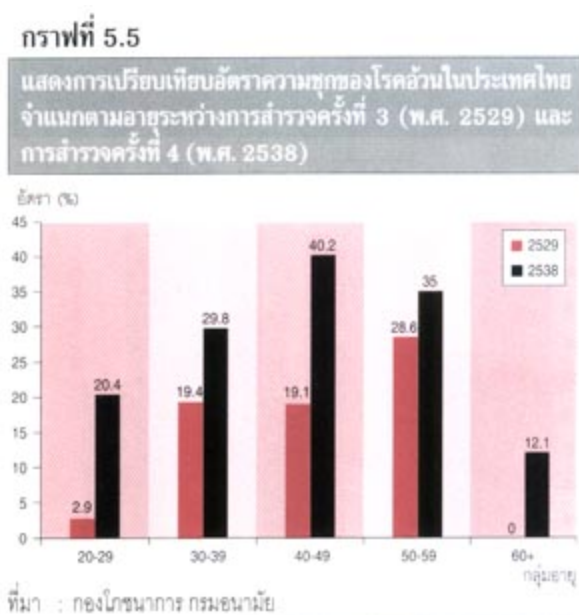
กราฟที่ 5.4

อัตราตายด้วยโรคตับและโรคตับแข็งเรื้อรังทั้งประเทศไทยและเปรียบเทียบสัดส่วนการตายตามกลุ่มอายุต่างๆ



5. ภาวะน้ำหนักเกิน หรือโรคอ้วน

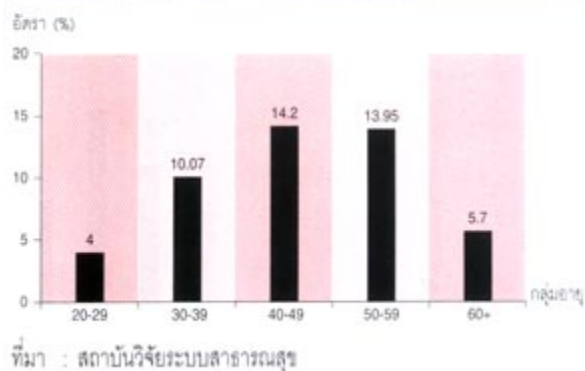
อัตราความชุกของโรคอ้วนในประเทศไทย มีอัตราเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ ในช่วงเวลา 9 ปี จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2529 และครั้งที่ 4 ปี พ.ศ.2538 (กราฟ 5.5) กลุ่มที่มีอัตราเพิ่มสูงสุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 40-49 ปี จากร้อยละ 19.1 เป็นร้อยละ 40.2 รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 20-29 ปี จากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 20.4 สำหรับ 3 อันดับแรกของกลุ่มอายุ ที่มีอัตราความชุกสูง ในการสำรวจครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2538 ได้แก่ กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 40.2, กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 35.0 และกลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 29.8⁽³⁾



ในปี พ.ศ.2534 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้รายงานสถานะสุขภาพอนามัยของประเทศไทย พบอัตราความชุกของโรคอ้วน ในกลุ่มอายุ 3 อันดับแรก ที่มีอัตราความชุกสูงสุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 14.2 กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 13.95 และกลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 10.07 (กราฟ 5.6)

กราฟที่ 5.6

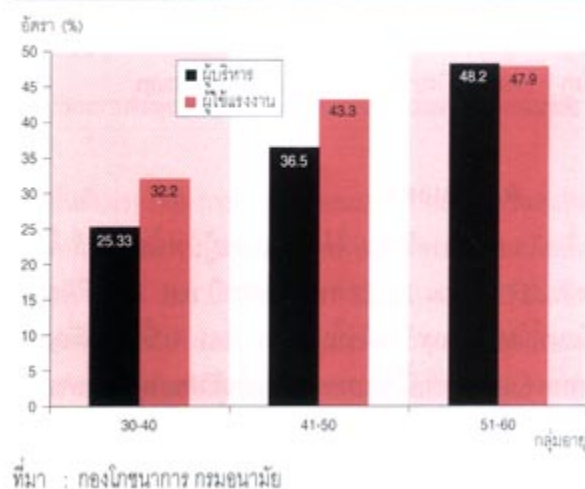
แสดงอัตราความชุกของโรคอ้วนในประชากรอายุ 20 ขึ้นไป
จำแนกตามอายุในปี พ.ศ. 2534



การสำรวจภาวะโภชนาการในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด คือ บุคคลวัยทำงาน อายุระหว่าง 30-60 ปี จำแนกเป็นกลุ่มผู้บริหาร และผู้ใช้แรงงาน สำรวจทั้งในภาครัฐ และเอกชนใน 4 จังหวัดใหญ่ของประเทศไทย ได้แก่ นครราชสีมา เชียงใหม่ สงขลา และกรุงเทพฯ พบว่า บุคคลวัยทำงานจะอ้วนขึ้น ตามอายุที่เพิ่มขึ้น และผู้ที่ทำงานในระดับบริหาร จะระวังดูแลน้ำหนักได้สมส่วน มากกว่าบุคคลที่ใช้แรงงาน

กราฟที่ 5.7

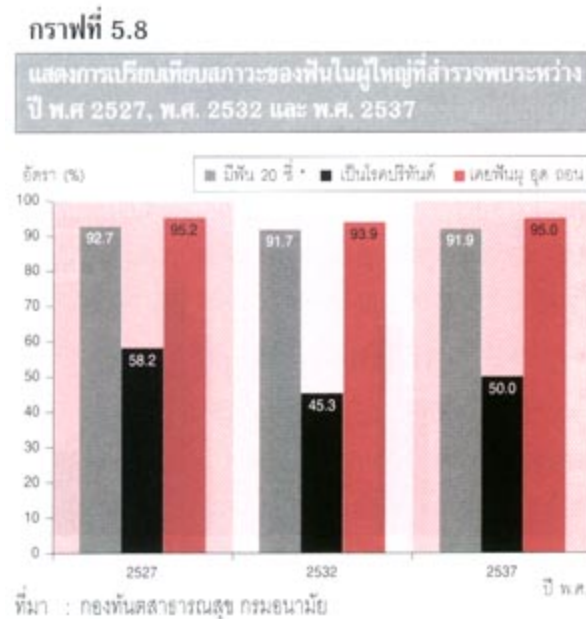
แสดงการเปรียบเทียบอัตราความชุกของโรคอ้วนในแต่ละช่วงอายุของ
กลุ่มบุคคลวัยทำงาน (30-60 ปี) ระหว่างผู้บริหารและผู้ใช้แรงงาน



5. ภาวะทันตสุขภาพ

กรมอนามัยได้สำรวจพบภาวะทันตสุขภาพ พบว่า ผู้ใหญ่ (อายุระหว่าง 35-44 ปี) ที่มีฟันใช้งานได้ 20 ซี่ ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา มีสภาวะค่อนข้างคงตัว กล่าวคือ อยู่ที่ร้อยละ 92.7 ในปี พ.ศ.2527 ลดลงมาเป็น 91.7 ในปี พ.ศ.2532 และลดลงมาเป็นร้อยละ 91.9 ในปี พ.ศ.2537 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มนี้มีรากฟันผุร้อยละ 15.1 และผู้ใหญ่เป็น

โรคปริทันต์ชนิดที่มีซอกลึกลงไป (pocket) ตั้งแต่ 4-6 มม. ปี พ.ศ.2537 มีอยู่ร้อยละ 50 ลดลงจากปี พ.ศ.2527 ซึ่งมีอยู่ร้อยละ 58.2 อีกทั้งได้พบว่า เคยฟันผุ เคยอุดฟัน และถูกถอนฟันมาแล้ว ร้อยละ 93 ขึ้นไป โดยเฉลี่ยแล้ว คนละ 5.4 ถึง 6.5 ซี่(4) (กราฟ 5.8)

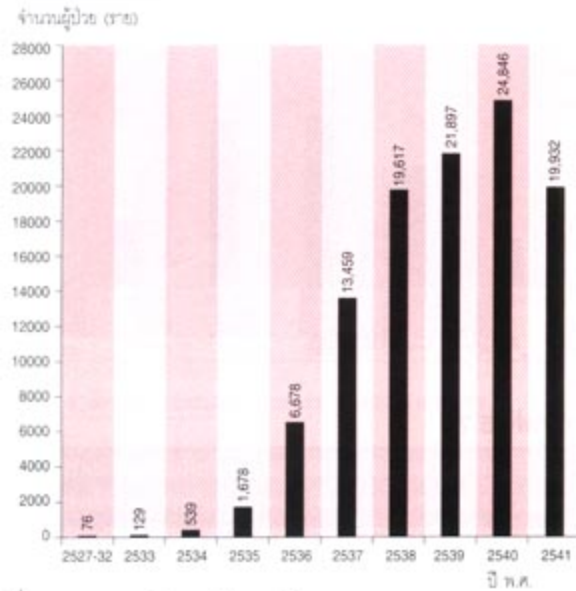


6. โรคเอดส์

กองระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ ในปี พ.ศ.2541 จำนวน 19,935 ราย น้อยกว่าปี พ.ศ.2540 ที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี แม้ว่า ในปี พ.ศ.2541 จะมีจำนวนที่ลดลง (กราฟ 5.9) นอกจากนี้ได้รับรายงานการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ ในปี พ.ศ.2541 จำนวน 6,595 ราย ซึ่งน้อยกว่าปี พ.ศ.2540 จำนวน 372 ราย⁽⁵⁾ (กราฟ 5.10)

กราฟที่ 5.9

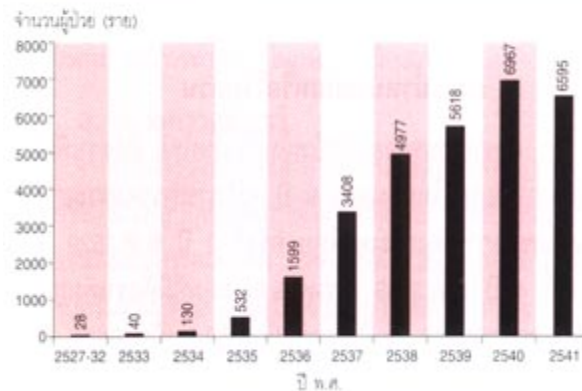
แสดงจำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามวันเริ่มป่วย พ.ศ. 2527-2541



ที่มา : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กราฟที่ 5.10

แสดงจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับรายงานว่าเสียชีวิต จำแนกโดย ปีที่เสียชีวิต พ.ศ. 2527-2541

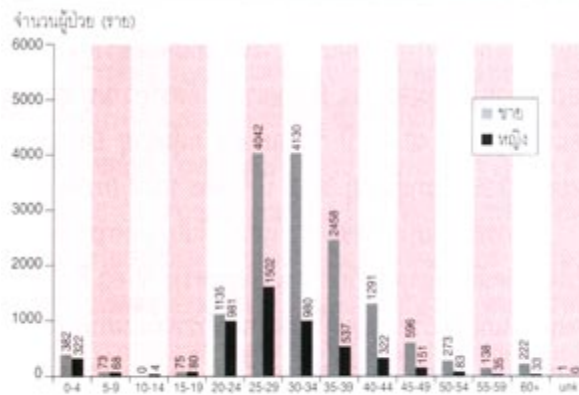


ที่มา : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน อยู่ในกลุ่มอายุ 20-44 ปี พบว่า กลุ่มอายุ 25-29 ปี มีสัดส่วนการป่วยสูงที่สุด รองลงมา กลุ่มอายุ 30-34 ปี, 35-39 ปี, 20-24 ปี และ 40-44 ปี ตามลำดับ (สัดส่วนร้อยละ 27.81, 25.64, 15.03, 10.62 และ 8.09) (กราฟ 5.11)

กราฟที่ 5.11

แสดงจำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ในปีพ.ศ. 2541



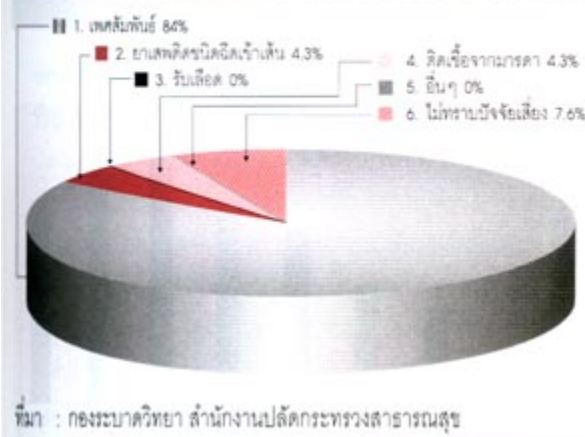
ที่มา : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อาชีพ ที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ รับจ้างทั่วไป รองลงมาคือ เกษตรกรรม ว่างงาน เด็กต่ำกว่าวัยเรียน และค้าขาย ตามลำดับ (สัดส่วนร้อยละ 45.66, 20.57, 5.72, 4.10 และ 4.09)

ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อที่พบมากที่สุด คือ เพศสัมพันธ์ จำนวน 16,715 ราย รองลงมาคือ ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น จำนวน 856 ราย ติดเชื้อจากมารดา 852 ราย และรับเลือด 3 ราย (กราฟ 5.12)

กราฟที่ 5.12

แสดงร้อยละของผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2541



ที่มา : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข. กลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ (15-44 ปี)

ภาวะเจริญพันธุ์ทางประชากรส่งผลกระทบอย่างสำคัญ ต่ออัตราการเพิ่มประชากรของประเทศไทย อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด หรือจำนวนบุตรโดยเฉลี่ย ที่สตรีคนหนึ่งจะให้กำเนิดได้ตลอดด้วยเจริญพันธุ์ ได้ลดลงจาก 6.3 ในช่วงปี พ.ศ.2503-2508 จนเหลือประมาณ 2 คน ในปัจจุบัน

การที่ระดับเจริญพันธุ์ในกลุ่มสตรีไทย ลดลงอย่างมากในช่วงเวลาไม่นานนัก ส่วนหนึ่งน่าจะมาจากนโยบายประชากร ที่เน้นการวางแผนครอบครัว โดยความสมัครใจ ในกลุ่มคู่สมรสที่เริ่มขึ้น ในปี พ.ศ.2513 ปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ที่ทำให้การวางแผนครอบครัว แพร่หลายไปอย่างรวดเร็ว ก็คือ การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพของโครงการการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ นอกจากนี้การพัฒนาทางเศรษฐกิจ และสังคม ตลอดจนการมีส่วนร่วมของสตรีในการพัฒนาด้านต่างๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการมีบุตร กล่าวคือ จะคำนึงถึง "คุณภาพ" มากกว่า "ปริมาณ"

อัตราการตาย และอัตราชุกของโรคบางโรค ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ได้สะท้อนสถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพดังต่อไปนี้

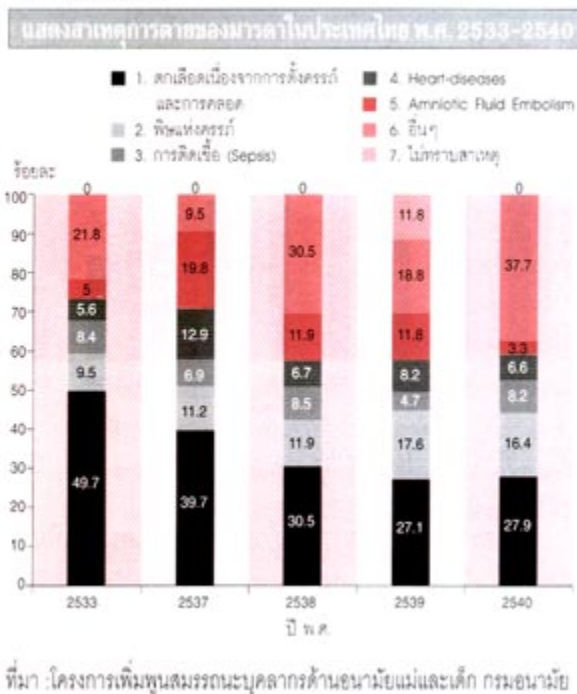
1. การตายมารดา

อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio : MMR) ที่ได้รับรายงานจากโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากร ด้านอนามัยแม่และเด็ก มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ จาก 36 : 100,000 การเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ.2533 เป็น 14.5 : 100,000 การเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ.2540 และแม้ว่าข้อมูลจากสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข จะมีอัตราที่ต่ำกว่า แต่พบว่า มีแนวโน้มที่ลดลงเช่นกัน (กราฟ 5.13)



มารดาที่เสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ การคลอด และช่วงหลังคลอด 42 วัน ในปี พ.ศ.2533, 2537 และ 2539 มีสาเหตุการตายอันดับแรก คือ การตกเลือดก่อน และหลังคลอด ส่วนสาเหตุรองลงมาในปี พ.ศ.2533 เกิดจากพิษแห่งครรภ์ และการติดเชื้อ แต่ในปี พ.ศ.2537 สาเหตุการตายรองลงมา ได้เปลี่ยนเป็น การอุดตันของน้ำคร่ำ และโรคหัวใจ และในปี พ.ศ.2539 สาเหตุพิษแห่งครรภ์ กลับเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้ง และลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ.2540 โดยที่สาเหตุการตายจากการตกเลือดนั้น กลับมีอัตราการลดลงมาตลอด อย่างเห็นได้ชัด (กราฟ 5.14)

กราฟที่ 5.14



อัตราการตายมารดาที่เก็บข้อมูล ได้จากโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะ เป็นข้อมูลมารดาตาย ในสถานบริการของรัฐ ยังคงขาดข้อมูลการตาย ของมารดาคลอดที่บ้าน ซึ่งถ้าได้ตัวเลขนี้ออกมา อัตราส่วนการตายมารดา คงต้องสูงกว่านี้ นอกจากนี้ยังขาดรายงานการตายของมารดา ที่คลอดในโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อีก แต่ส่วนนี้คาดว่า อัตราส่วนการตายมารดา จะต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียด เกี่ยวกับการตายของมารดามากขึ้น ส่วนอนามัยแม่และเด็ก สำนักระดมส่งเสริมสุขภาพจึงได้ทำการศึกษาการตายของมารดา จากใบมรณบัตรของสตรีวัยเจริญพันธุ์ (15-50 ปี) จากใบมรณบัตรทั้งหมด เพื่อหาอัตราส่วนการตายมารดา รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางในการพัฒนา ระบบรายงาน และแนวทางในการลดอัตราส่วนการตายมารดาต่อไป⁽⁷⁾

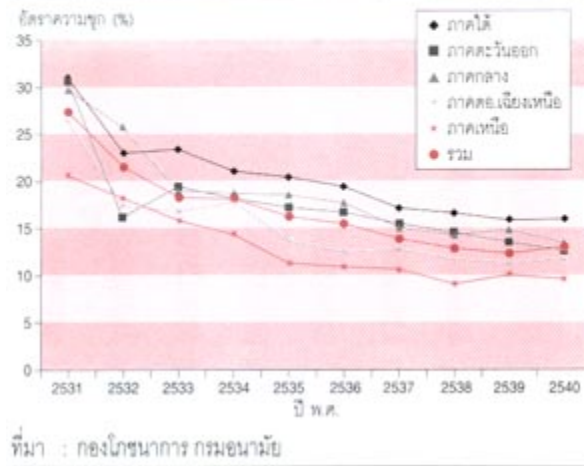
2. ภาวะโภชนาการ

2.1 โรคโลหิตจาง เนื่องจากการขาดธาตุเหล็ก

จากการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจาง ในปี พ.ศ.2540⁽⁸⁾ มีอัตราชุกของโรคโลหิตจาง ในหญิงตั้งครรภ์ลดลงเหลือร้อยละ 12.9 ในภาคใต้มีอัตราชุกสูงที่สุด คือ ร้อยละ 16 รองลงมาคือ ภาคกลาง (ร้อยละ 13.8) ภาคตะวันออก (ร้อยละ 13) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 12) ภาคเหนือพบน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 9.7 จากการเฝ้าระวังโรคดังกล่าว ในช่วงปี พ.ศ.2531-2540 พบว่า มีแนวโน้มการเกิดโรคนี้ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ลดลง (กราฟ 5.15)

กราฟที่ 5.15

แสดงความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์แยกราย
ภาคระหว่างปี พ.ศ. 2531-2540



2.2 โรคขาดสารไอโอดีน หรือโรคคอพอก

จากการเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีน ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ในปี พ.ศ.2540 ใน 15 จังหวัด⁽⁹⁾ พบว่า มีอัตราชุกของโรคขาดสารไอโอดีนลดลง เหลือร้อยละ 5.04 จากร้อยละ 19.31 ในปี พ.ศ.2532 สถานการณ์ของโรคขาดสารไอโอดีน มีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด (กราฟ 5.16) เป็นผลมาจากการส่งเสริมให้ประชาชน บริโภคเกลือไอโอดีน ทุกครัวเรือน เพื่อควบคุมและป้องกันโรคดังกล่าว

กราฟที่ 5.16

แสดงอัตราคอพอกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ 15 จังหวัด
ในระหว่างปี พ.ศ. 2532-2540



3. การติดเชื้อ HIV

จากการสำรวจ Sentinel Seroprevalence ในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2533-2540⁽⁶⁾ พบว่า ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV มีอัตราการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้น จากปี พ.ศ.2533 พบร้อยละ 0.1 เพิ่มสูงมากในปี พ.ศ.2538 คือ ร้อยละ 2.3 จากนั้นเริ่มลดลงเล็กน้อยจนถึงปัจจุบัน พ.ศ.2540 พบร้อยละ 1.7 (กราฟ 5.17)



กรอบที่ 5.1

อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย

การประชุมระหว่างประเทศ เรื่อง ประชากรกับการพัฒนา (International Conference on Population and Development : ICPD) จัดขึ้นที่กรุงไคโร ปี ค.ศ.1994 และการประชุมระดับโลก เรื่อง ผู้หญิง ครั้งที่ 4 (World Conference on Women : FWCW) จัดขึ้นที่กรุงปักกิ่ง ปี ค.ศ.1995 เป็นการเปิดมิติ และแนวคิดใหม่ในเรื่อง อนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health : RH) และการมองปัญหาเรื่องเพศ ขณะเดียวกันในที่ประชุม ICPD ได้ขยายขอบเขตเนื้อหาในเรื่องประชากร การวางแผนครอบครัว และอนามัยแม่และเด็ก โดยรวมเอาเนื้อหาที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก เข้ามาเป็นองค์ประกอบของเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ การประชุม FWCW ได้เร่งรัดบูรณาการทัศนคติเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ เข้าไว้ เป็นกระบวนการการพัฒนาด้วย⁽¹⁰⁾

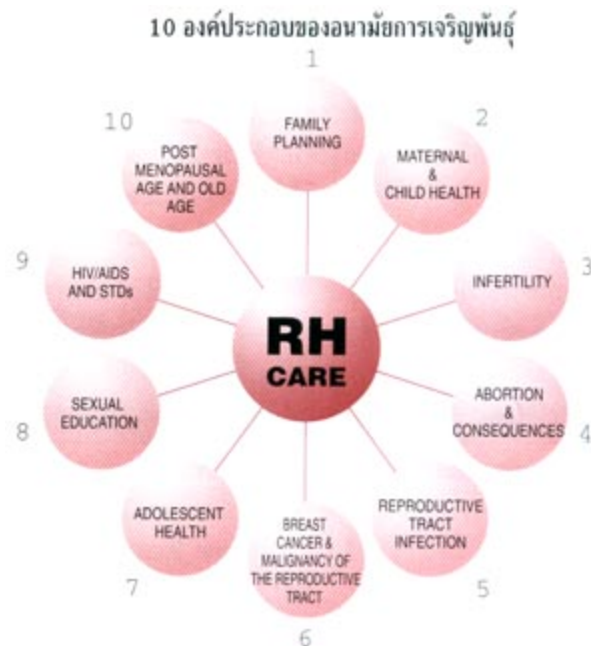
แผนปฏิบัติการของ ICPD ในระยะยาว ได้เน้นถึงวิธีการทำงานแบบคำนึงถึงวงจรชีวิต และการสนับสนุนชี้แนะ ในการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ในบริบทของการสาธารณสุขมูลฐาน ด้วยเหตุนี้ ความจำเป็นที่สำคัญยิ่ง ต่อ การเปลี่ยนแปลงนโยบายประชากร จึงได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ดังนั้น นโยบายประชากรได้เริ่มเปลี่ยน จากการมุ่งเน้นที่ประชากรเป้าหมาย เพื่อลดการเจริญเติบโตของประชากร ได้หันไปสู่ความต้องการบรรลุความ

จำเป็น ในขั้นพื้นฐานของอนามัยการเจริญพันธุ์ และความเป็นอยู่ที่ดีของแต่ละบุคคล ทั้งชายและหญิง ในทุกกลุ่มอายุ ตลอดจนการพัฒนาไปสู่ความสามารถ เข้าถึงคุณภาพ ความเสมอภาค สิทธิ และทางเลือก สำหรับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

ความหมายของอนามัยการเจริญพันธุ์

"อนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์แข็งแรง ของร่างกาย และจิตใจ ที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากกระบวนการ และหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ ทั้งชายและหญิง ทุกช่วงอายุของชีวิต ซึ่งทำให้เขาเหล่านั้นสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ อย่างมีความสุข"

จากคำจำกัดความข้างต้น การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะเห็นได้ว่า เหมือนเป็นการรวมกลุ่มของวิธีการ เทคนิคทางวิชาการ และการบริการ ที่ช่วยหนุนเสริมให้เกิดอนามัยการเจริญพันธุ์ และความเป็นอยู่ที่ดี ด้วยการป้องกัน และการแก้ไขปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ นอกจากนี้ยังรวมถึง ความเข้าใจในเพศศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ของบุคคล ไม่เพียงแต่ให้คำปรึกษาแนะนำ และดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ และโรคที่ติดต่อทางระบบสืบพันธุ์เท่านั้น⁽¹¹⁾



ขอบเขตของอนามัยการเจริญพันธุ์ ในประเทศไทย

ประกอบด้วยองค์ประกอบ 10 ประการ ดังนี้

1. การวางแผนครอบครัว เพื่อสนับสนุนให้คนไทยมีขนาดครอบครัวที่เหมาะสม ตามความต้องการ หรือ ศักยภาพของแต่ละครอบครัว

2. การอนามัยแม่และเด็ก เพื่อดูแลสุขภาพของหญิง ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการตั้งครรภ์ ให้มีการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย พร้อมทั้งมีลูกที่สมบูรณ์แข็งแรง และได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ
3. ภาวะการมีบุตรยาก ดำเนินการให้คำปรึกษา แนะนำ และให้บริการแก่ผู้มีบุตรยาก
4. โรคเอดส์ และให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตลอดจนควบคุม ป้องกัน และให้การรักษาแก่ผู้เป็นโรค
5. โรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคติดเชื้ออื่นๆ ของระบบสืบพันธุ์
6. มะเร็งระบบสืบพันธุ์ เฝ้าระวังผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ให้ความรู้ และให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค อย่างรวดเร็ว และถูกต้อง
7. การแท้ง ป้องกันการแท้ง ให้มีอัตราการลดลง และรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการแท้งได้อย่างเหมาะสม มีการแท้งที่ปลอดภัย
8. เพศศึกษา สนับสนุนการให้คำปรึกษา และเผยแพร่ความรู้ เรื่อง เพศศึกษาแก่ประชากรทุกกลุ่มอายุ อย่างถูกต้อง เหมาะสมและ
9. อนามัยวัยรุ่น ให้ความรู้ และให้คำปรึกษาในเรื่องเพศ การมีเพศสัมพันธ์อย่างรับผิดชอบ และปลอดภัย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา และป้องกันการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์
10. ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์ และสูงอายุ ให้ความรู้ และคำแนะนำในการปฏิบัติตน บำบัด รักษาให้ประชากรกลุ่มนี้มีสุขภาพดี ใช้ชีวิตเป็นประโยชน์แก่สังคม และครอบครัว

นโยบาย

ในคำประกาศของวันประชากรโลก เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ.2540 กรมอนามัยได้กล่าวถึงนโยบาย อนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนี้

"ประชากรไทยทุกคน ในกลุ่มกลุ่มอายุ จะต้องได้รับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี ตลอดชีวิตของเขาเหล่านั้น" เขาควรมีการวางแผนที่เหมาะสม ในการมีบุตร ผู้หญิง เด็ก อายวชน คนหนุ่มสาวในวัยทำงาน และผู้สูงอายุ ควรได้รับการพัฒนา เพื่อให้มีครอบครัวที่มีความสุข มีโอกาสที่เท่าเทียมกัน และสามารถเข้าไปมีส่วนร่วม ในกิจกรรมของครอบครัว และสังคม ด้วยความภาคภูมิใจ

คัดจาก : ผู้หญิงกับสุขภาพ : กับองค์ความคิดที่ต้องปฏิรูป สถานการณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ฉบับที่ 30 พฤษภาคม 2542

กรอบที่ 5.2

วิเคราะห์ประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้หญิงไทย

1. การแท้ง และการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา

เป็นปัญหาที่พบอยู่ทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยรุ่น อายุต่ำกว่า 20 ปี ส่วนการทำแท้งผิดกฎหมาย ยังคงมีสูงถึงร้อยละ 64.6 จากการคาดการณ์การทำแท้ง มีจำนวนสูงสุด 200,000-300,000 รายต่อปี ข้อมูลการสำรวจในสตรีโสด 560 คน มีถึงร้อยละ 40.5 ของสตรีที่ทำแท้งอยู่ในช่วงอายุ 15-19 ปี ผู้หญิงเหล่านี้เสี่ยงต่อการตกเลือด เยื่อบุโพรงมดลูกอักเสบ ข้อคจากการเจ็บป่วย อาจเป็นหมันและอาจถึงแก่ชีวิต

2. การติดเชื้อระบบเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ปัญหามะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

อัตราสตรีที่เป็นกามโรค โดยเฉพาะกลุ่มหญิงบริการอาชีพพิเศษ และผู้ใช้แรงงาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุด ในสตรีไทย พบมากเป็นอันดับสอง รองจากมะเร็งปอด และผู้หญิงไทยป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม มากเป็นอันดับสิบของโลก แต่ผู้หญิงยังให้ความสนใจน้อย หรือไม่กล้าที่จะมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกเริ่ม รวมทั้งการละเลยการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

3. ความรุนแรงต่อสตรี

การทุบตี หรือข่มขืนภรรยา การเอาเปรียบทางเพศจากเด็ก และความรุนแรงต่อผู้หญิงในชุมชน เช่น การข่มขืน การคุกคามทางเพศ การบังคับค้าประเวณี เป็นต้น ทำให้สตรีได้รับผลกระทบทางสุขภาพกาย และสุขภาพจิต และความรุนแรงทางเพศ โดยเฉพาะที่เกิดขึ้นกับเด็กผู้หญิง กระบวนการให้ความช่วยเหลือจากรัฐยังไม่กว้างขวาง ครอบคลุมทั้งในเขตเมืองใหญ่ และในชนบท

4. การใช้ยาในสตรี

สตรีมีแบบแผนของการใช้ยา เพื่อรักษาตนเองในหลายโอกาส (ดังแสดงในภาพข้างล่าง) ทั้งนี้ ตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นถึงวัยหมดระดู ทั้งนี้การใช้ยารักษาตนเอง รวมถึงแต่มีประจำเดือน (ปวดประจำเดือน) ยาขับประจำเดือน ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน ยาระงับการหลั่งน้ำนม น้ำยาสวนล้างช่องคลอด ยาแก้แสบ และยาปฏิชีวนะ ในการรักษาอาการตกขาวผิดปกติ และเจ็บมดลูก เป็นต้น พฤติกรรมการใช้ยาเหล่านี้ สามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้หญิง เนื่องจากผลิตภัณฑ์มีผลข้างเคียงสูง และพฤติกรรมของสตรีที่กระทำโดยขาดความรู้ และความเข้าใจที่มากพอ และอีกเช่นกันที่ขณะนี้ แทบไม่มีข้อมูลจากการศึกษาใดๆ ในประเทศไทยที่เกี่ยวกับการใช้ยาของหญิง ในการดูแลสุขภาพ ด้านการอนามัยการเจริญพันธุ์เลย

วงจรภาพรวมการใช้ยาของผู้หญิงในหนึ่งช่วงชีวิต



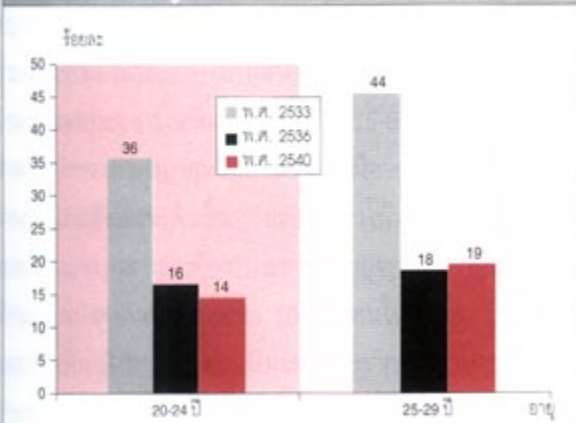
กรอบที่ 5.3

พฤติกรรมทางเพศ

ในปี พ.ศ.2533 สภาวิชาชีพไทย ร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำรวจพฤติกรรมทางเพศของชายในภาพรวมของประเทศ และการสำรวจของสถาบันประชากรศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ทั้งอัตราส่วนของชายที่เฝ้าระวังบริการทางเพศ และอัตราส่วนการมีเพศสัมพันธ์กับหญิง ที่ไม่ใช่ภรรยาลดลงไปเกือบครึ่งหนึ่ง (กราฟที่ 5.18) และการศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของชายไทย ทั้งกลุ่มที่มาใช้บริการที่คลินิกามโรค แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม และนักเรียนชายในโรงเรียนอาชีวศึกษา มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ปลอดภัยขึ้น (กราฟที่ 5.19 และ 5.20) รวมทั้งการศึกษาในกลุ่มทหารเกณฑ์ภาคเหนือตอนบน ก็แสดงให้เห็นพฤติกรรมทางเพศ ที่ปลอดภัยมากขึ้นเช่นกัน (กราฟที่ 5.21)

กราฟที่ 5.18

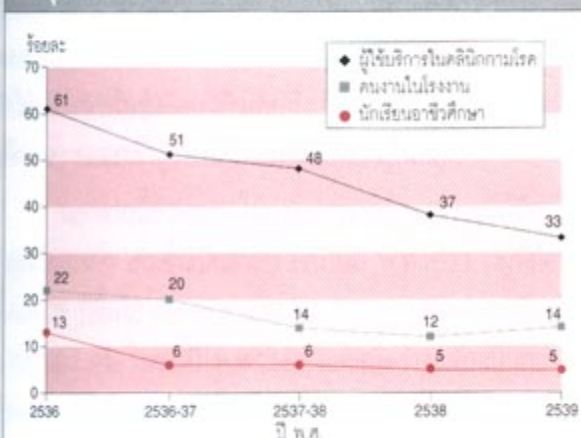
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของชาวไทยที่เข้าใช้บริการทางเพศ พ.ศ. 2533-2540



ที่มา : จากการสำรวจของสภาประชาชาติไทยร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล

กราฟที่ 5.19

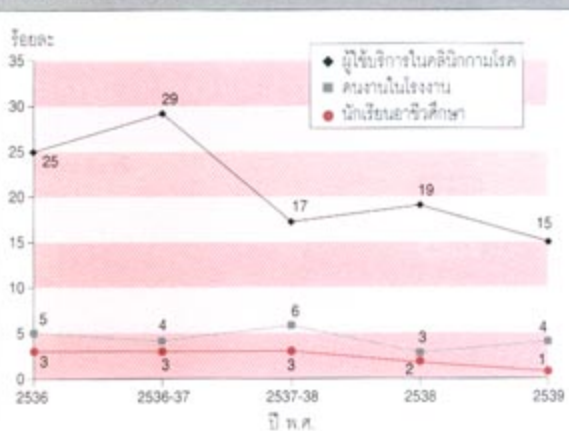
อัตราการใช้บริการหญิงบริการทางเพศของชาวไทยกลุ่มต่างๆ ในกรุงเทพมหานคร ระหว่างปี พ.ศ. 2536-2539



ที่มา : จากการสำรวจของAIDSCAP ร่วมกับกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2536-2539

กราฟที่ 5.20

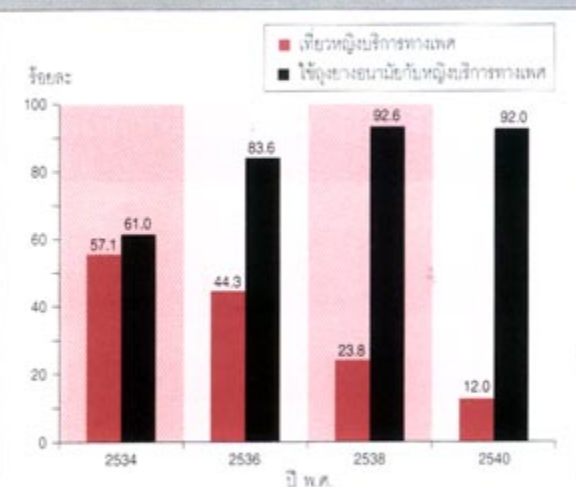
อัตราการมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงที่มีใช้ถุงสุมนรสและมีใช้หญิงบริการทางเพศของกลุ่มต่างๆ ในกรุงเทพมหานคร ระหว่างปี พ.ศ. 2536-2539



ที่มา : จากการสำรวจของAIDSCAP ร่วมกับกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2536-2539

กราฟที่ 5.21

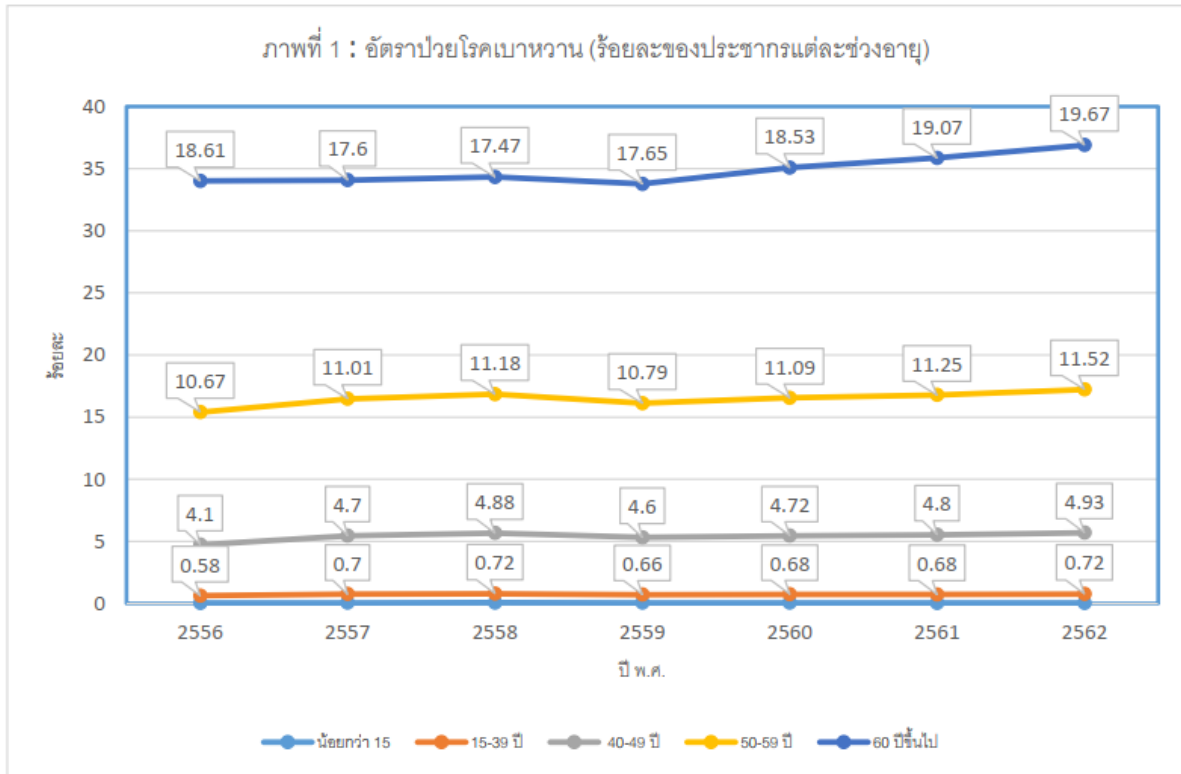
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศของทหารเกณฑ์รายใหม่ในพื้นที่จังหวัดภาคเหนือตอนบน พ.ศ. 2534 ถึง 2540



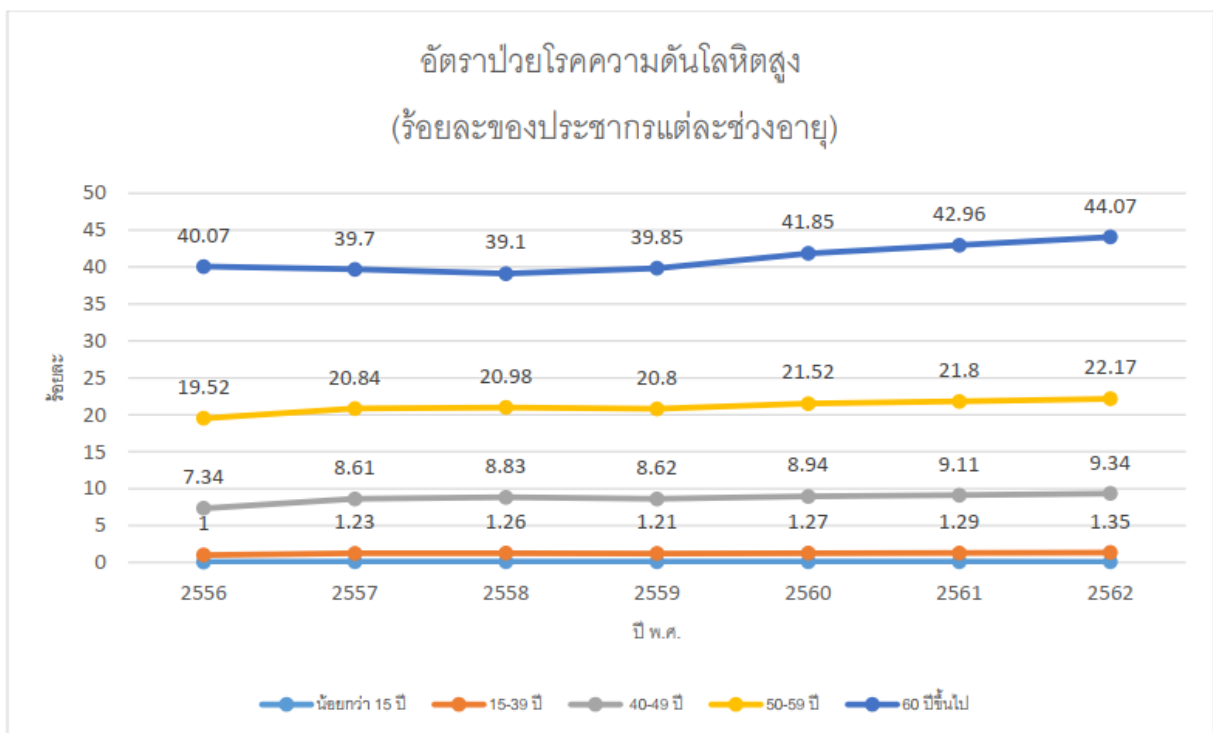
ที่มา : 1. จากการศึกษารายชื่อของกองทัพบกไทยร่วมกับนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยจอห์นฮอปกินส์ พ.ศ. 2534, 2536 และ 2538
2. จากการศึกษารายชื่อของ Nelson นำเสนอในการประชุมเอ็ดส์ระดับโลก ครั้งที่ 12 พ.ศ. 2540

ที่มา :

1. จากการศึกษารายชื่อของกองทัพบกไทย ร่วมกับนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยจอห์นฮอปกินส์ พ.ศ.2534, 2536 และ 2538
2. จากการศึกษารายชื่อของ Nelson นำเสนอในการประชุมเอ็ดส์ระดับโลก ครั้งที่ 12 พ.ศ.2540



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๓



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๓