

การศึกษาแนวโน้มของอัตราการตาย โดยแยกตามกลุ่มอายุ เพศ และภาค พ.ศ. 2524-2535

นฤมล ศิลารักษ์*

รศ.ยงยุทธ ขจรธรรม**

แนวโน้มของอัตราการตายของคนไทยในภาพรวมค่อนข้างคงที่ โดยมีแนวโน้มเลวลงเล็กน้อยนับจาก พ.ศ. 2528 เป็นต้นมา โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 14-39 ปี ซึ่งมีแนวโน้มเลวลงอย่างชัดเจน โดยมีสาเหตุสำคัญคือ อุบัติเหตุโดยเฉพาะจากการขนส่ง และจากมะเร็ง ซึ่งข้อมูลจากอัตราการตายอย่างหยาบ (crude death rate) ไม่สามารถแสดงข้อมูลเหล่านี้ได้ชัดเจนพอ เพราะไม่ได้คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร

หลักการและเหตุผล

โครงสร้างทางประชากรและสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยที่การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรเป็นไปค่อนข้างช้ากว่าการเปลี่ยนแปลงของสภาวะเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังมีผลกระทบทั้งในเชิงส่งเสริมและบั่นทอนต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้แบบแผนของการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไปด้วย นอกจากนี้พบว่าปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมซึ่งรวมทั้งที่ประกอบอาชีพและที่อยู่อาศัย พฤติกรรมการดำรงชีวิต ระดับความเจริญทางสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงการบริการสาธารณสุขด้วย

อัตราการตาย อัตราเจ็บป่วย อายุคาดเฉลี่ยประชากร และอุบัติการณ์ต่างๆ ของโรค เป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญทางสถานะสุขภาพทางสาธารณสุข อัตราการตายอย่างหยาบ

(crude death rate) ของประชากรไทยลดลงจาก 12 ต่อ 1000 ในปี 2503 เหลือ 8.2 ต่อ 1000 ในปี 2526 จากการศึกษาของกองสถิติสาธารณสุขพบว่าสาเหตุการตายที่สำคัญในอดีต ซึ่งได้แก่โรคติดต่อเชื้อโรคท้องร่วง วัณโรค และปอดบวม ได้ลดระดับความสำคัญลง ขณะเดียวกันโรคไม่ติดต่อเพิ่มความสำคัญมากขึ้น เช่น อุบัติเหตุโรคหัวใจ และโรคมะเร็ง เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเดิมที่ใช้ในการวางแผน จากการใช้อัตราการป่วยและตายอย่างหยาบ (crude rate) โดยไม่ได้จำแนกตามกลุ่มเฉพาะ (stratum specific rate) เช่น กลุ่มอายุ เพศ ภาค โดยไม่ได้คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร เป็นข้อจำกัดในการนำข้อมูลเหล่านี้ไปกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากโครงสร้างอายุมีผลต่ออัตราการตายอย่างหยาบ (crude death rate) เช่น ถ้าโครงสร้างของประชากรที่มีสัดส่วนคนสูงอายุมากจะทำให้อัตราการตายอย่างหยาบสูงขึ้นโดยที่อัตราตายตามกลุ่มอายุ (age specific death rate) ไม่

* กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

** รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยโภชนาการ มหิดล และหัวหน้าฝ่ายวิชาการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เปลี่ยนแปลง ดังนั้นการศึกษาดังนี้จึงมุ่งเน้นวิเคราะห์ แนวโน้มอัตราการตายของโรค จำแนกตามรายกลุ่มอายุ รายเพศ รายภาค และสาเหตุ ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของการตายที่ชัดเจนขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มของอัตราการตายที่ผ่านมา (และฉายภาพการเปลี่ยนแปลงในอนาคต การตายโดยรวม) และแยกตามสาเหตุภูมิศาสตร์ กลุ่มเพศ และอายุ และอัตราการตายมาตรฐาน (standardized mortality rate)

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา โดยวิเคราะห์ ข้อมูลอัตราการตาย (mortality profile) เพื่อดูสาเหตุการตาย และแนวโน้มที่สำคัญในระยะ 12 ปีที่ผ่านมา

1. โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิของรายงานการตายจากใบมรณบัตร ที่รายงานให้ส่วนข้อมูลข่าวสาร สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (รายงาน 517/2) โดยจำแนกสาเหตุการตายตาม ICD-9 จำแนกตามรายเพศ รายกลุ่มอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524-2535

2. รวบรวมข้อมูลประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศในช่วงเวลาเดียวกันจากสถาบันประชากร เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูล ในการปรับมาตรฐาน (standardization)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมจะอยู่ในโปรแกรม Excel แล้วนำมาคำนวณหาอัตราตายในภาพรวม (crude death rate) และ อัตราการตายเฉพาะกลุ่ม (age specific death rate) แล้วปรับข้อมูลให้เป็น standardization โดยวิธี direct method โดยใช้ประชากรของประเทศไทย จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี 2535 เป็นค่ามาตรฐาน ในการเปรียบเทียบ จากนั้นคำนวณหา standardized mortality rate ในภาพรวม และจำแนกตามสาเหตุการตาย ซึ่งจะนำข้อมูลที่ได้มาแปลผลการเกิดโรค

การวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกรายละเอียดได้ดังนี้

1. Numerator แยกตามเพศ กลุ่มอายุ
2. Denominator แยกตามเพศ กลุ่มอายุ
3. จำนวนหา อัตราการตายในภาพรวม (crude death rate) และอัตราการตายเฉพาะกลุ่ม (group specific rate)

4. จากนั้นนำ standard population ของประเทศ มาเป็นตัวปรับโดยวิธี direct method เพื่อให้ได้เป็น age standardized rate เพื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศและกลุ่มอายุ แล้วคำนวณหา standardized mortality rate และพิจารณาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง (trend)

จากนั้น วิเคราะห์ข้อมูลตามสาเหตุการตาย (Leading causes of death) โดยจำแนกดังนี้

1. Causes of death in general population
2. Age-specific causes of death
3. Sex differences

ผลการศึกษา

เป็นการนำเสนอผลการศึกษาข้อมูลรายงานการตายซึ่งที่มาของข้อมูลจากใบมรณบัตรที่รายงานให้ ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักนโยบายและแผน (รายงาน 507/2) โดยจำแนกสาเหตุการตายตาม ICD9 จำแนกตามรายเพศ รายกลุ่มอายุ รายภาค ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2527-2536

รวบรวมข้อมูลประชากรจำแนกตามภาค กลุ่มอายุ และเพศ ในช่วงเวลาเดียวกัน จากสถาบันประชากร เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการปรับมาตรฐาน (standardized rate)

1. ข้อมูลการตายจากใบมรณบัตร

1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ crude death rate และ adjusted death rate

เพื่อศึกษาแนวโน้มของการตายในช่วงปี 2524-2535 พบว่า แนวโน้มการตายของค่าทั้งสอง คล้ายกันคือค่อนข้างสูงในช่วงปี 2524 และลดลงในช่วงปี 2528 จากนั้นค่อยๆ เพิ่มขึ้น

พิจารณา Crude death rate

อัตราการตายของประชากรไทยในปี 2524-2535 มีแนวโน้มลดลง จาก 528.6 ต่อแสนประชากรเป็น 394.1 ต่อแสนประชากร ในปี 2528 จากนั้นก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 424 เป็น 479.8 ต่อแสนประชากรในปี 2531 และ 2535 ตามลำดับ (ภาพที่ 1)

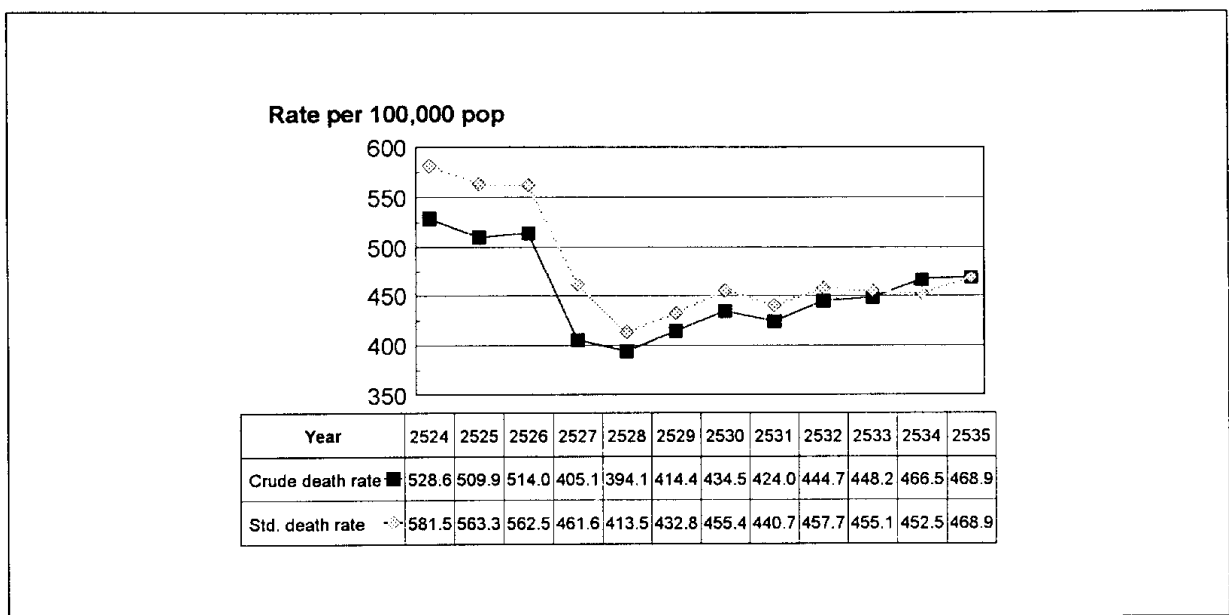
จากการคำนวณหา standardized mortality rate เพื่อเปรียบเทียบ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรระหว่างปี 2524-2535 โดยใช้โครงสร้างปี 2535 เป็นฐาน พบว่าอัตราการตายของคนไทยมีการลดลงอย่างต่อเนื่องจนอยู่ในระดับต่ำสุด ในช่วงปี 2527-2528 โดยมีอัตราการตายอย่างหยาบอยู่ในระดับใกล้ 400 ต่อแสนประชากร หลังจากนั้นก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ โดยในปี 2535 มีอัตราการตายอย่างหยาบที่ 469 ต่อแสนประชากร

เนื่องจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเมื่อพิจารณาจาก standardized mortality rate โดยใช้ฐานโครงสร้างประชากรปี 2535 มีลักษณะเช่นเดียวกัน จึงอาจสรุปได้ชัดเจนว่าสุขภาพของคนไทยเมื่อพิจารณาจากอัตราการตายไม่ดีขึ้นในช่วงปี 2528-2535 และมีแนวโน้มเลวลง หนึ่ง การที่ standardized death rate มีอัตราที่สูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับ crude death rate ในแต่ละปีนั้น เนื่องมาจากการใช้โครงสร้างประชากรปี 2535 มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากกว่าเมื่อเทียบกับโครงสร้างประชากรในปีก่อนหน้านั้น ดังในภาพที่ 1 ส่วนในภาพที่ 2 และ 3 ซึ่งเปรียบเทียบ crude death rate และ standardized mortality rate ของหญิงและชาย พบแนวโน้มเช่นเดียวกัน โดยในเพศชายมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราการตายสูงกว่าหญิงเล็กน้อย เมื่อดูจากความชันของ slope และชายมีโอกาสตายมากกว่าหญิง ประมาณ 1.5 เท่า และสภาวะสุขภาพเมื่อพิจารณาจากอัตราการตายชายไทยมีแนวโน้มที่เลวลง

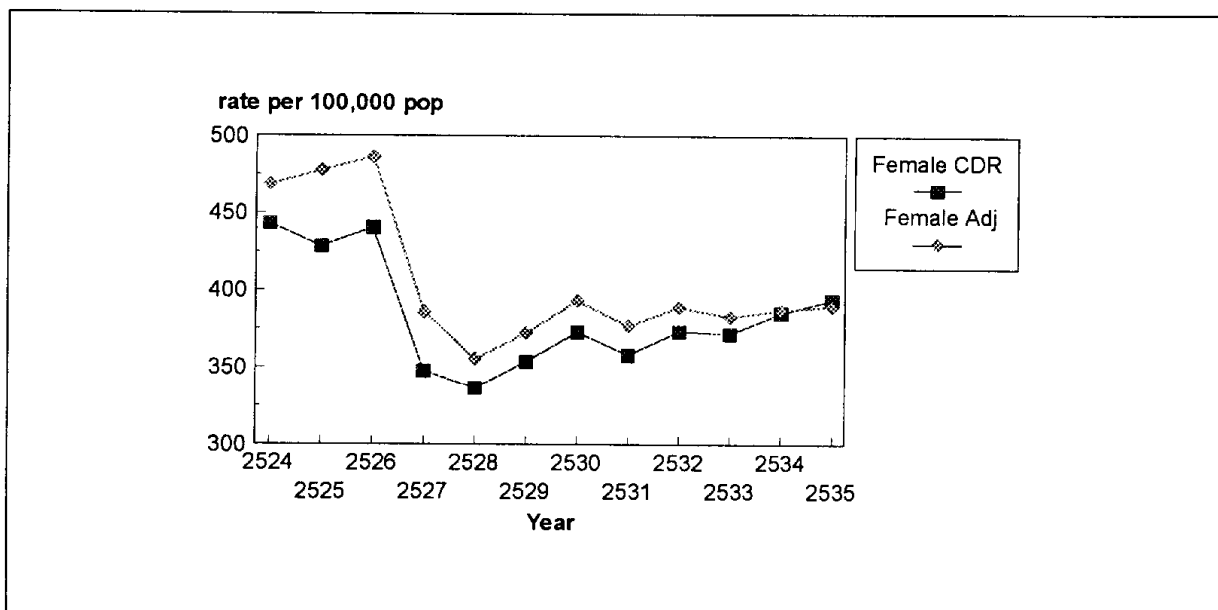
1.2 ความแตกต่างของอัตราส่วนระหว่างอัตราตายตามกลุ่มอายุ และเพศ

เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของอัตราส่วนระหว่างอัตราตายตามกลุ่มอายุของเพศชายและหญิง

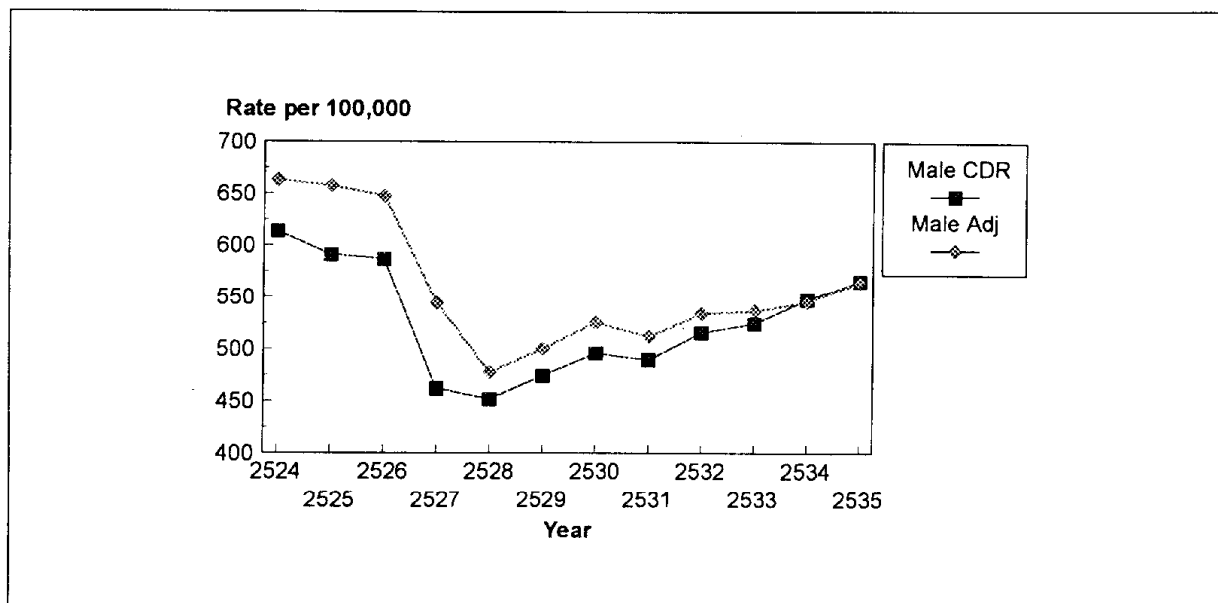
ภาพที่ 1 Crude death rate and standardized death rate from 2524-2535, Thailand



ภาพที่ 2 Crude death rate and standardized death rate among female, B.E. 2524-2535, Thailand



ภาพที่ 3 Crude death rate and standardized death rate among male, B.E. 2524-2535, Thailand



ปี 2524-2535 พบว่าอัตราการตายของกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2524-2535 โดยพบว่า กลุ่มอายุ <1 ปี ลดลงร้อยละ 40 (125.37 ในปี 2524 เป็น 75.23 ต่อแสนประชากรในปี 2535) กลุ่มอายุ 1-4 ปี ลดลงร้อยละ 67.2 (258.2 ในปี 2524 เป็น 84.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2535) กลุ่มอายุ 5-9 ปี ลดลงร้อยละ 55 (110.9 ในปี 2524 เป็น 49.9 ต่อแสนประชากร ในปี 2535)

และกลุ่มอายุ 10-14 ปี ลดลงร้อยละ 46.4 (85.7 ในปี 2524 เป็น 45.9 ต่อแสนประชากร ในปี 2535) อย่างไรก็ตาม อัตราส่วนเพศชาย:เพศหญิงค่อนข้างจะคงที่ คือ อัตราส่วนของอัตราการตายตามกลุ่มอายุในเพศชายจะสูงกว่าเพศหญิง ประมาณ 1.2-1.4 เท่า

สำหรับกลุ่มอายุ 15-44 ปี

เพื่อพิจารณาอัตราการตายตามกลุ่มอายุ จะพบว่าใน

ช่วงปี 2524-2539 มีแนวโน้มลดลงจาก 155.8 เป็น 99.4 ต่อแสนประชากร ลดลงร้อยละ 39.5 แต่ในปี 2532-2535 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 99.4 เป็น 123.0 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.7

กลุ่มอายุ 20-24 ปี ก็เช่นเดียวกับปี 2524-2531 ลดลงร้อยละ 44.1 จาก 237.6 เป็น 132.8 ต่อแสนประชากร แต่ปี 2532-2535 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 27.1 (132.8 เป็น 168.9)

ขณะที่อัตราส่วนระหว่างเพศชาย:หญิง พบว่าในช่วงปี 2524-2530 ก่อนข้างจะคงที่ เพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า แต่หลังจากปี 2530 เป็นต้นมา พบว่ามีแนวโน้มการตายในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง จาก 1.8 เท่า เป็น 2.7 เท่า ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และจาก 2.3 เท่า เป็น 3.5 เท่า ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี อัตราตายในกลุ่มอายุ 25-29 ปี และ 30-34 ปี ก็มีลักษณะคล้ายกัน คือ อัตราตายแนวโน้มลดลงในปี 2524-2530 ร้อยละ 36.2 (241.6 เป็น 154.1) และเพิ่มในปี 2531-2535 ร้อยละ 19.3 (จาก 154.1 เป็น 183.8)

อัตราส่วนเปรียบเทียบระหว่างเพศชายกับเพศหญิงกลุ่มอายุ 25-29 ปี ชายสูงกว่าหญิง 2.4 เท่า ในช่วง 5 ปีแรก และเพิ่มอย่างรวดเร็วในปี 2531 จาก 2.7

เป็น 3.3 เท่า ขณะที่อายุ 30-34 ปี ชายสูงกว่าหญิง 2 เท่า ในช่วง 5 ปีแรก และเพิ่มเป็น 2.4 เป็น 3 เท่า ในปี 2531-2535 (ภาพที่ 4)

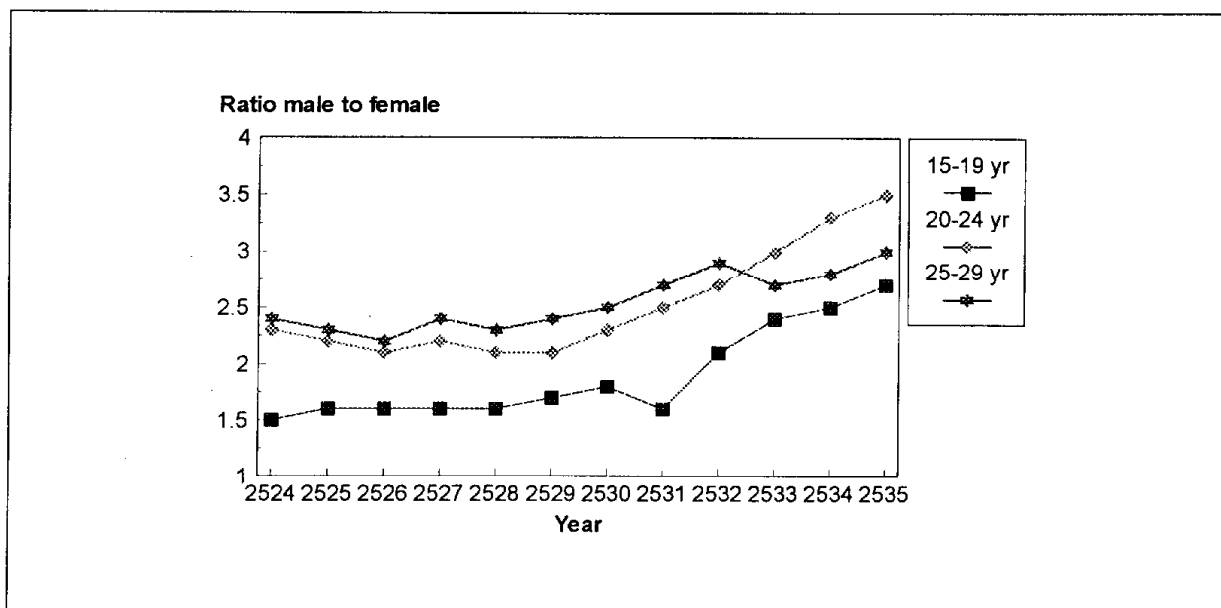
อัตราการตายในกลุ่มอายุ 35-39 ปี พบว่ามีแนวโน้มลดลงจาก 335.5 เป็น 245.62 ต่อแสนประชากร ในปี 2531 และค่อยๆ เพิ่มเป็น 283.6 ต่อแสนประชากร ในปี 2535 (ภาพที่ 5)

อัตราการตายกลุ่มอายุ 40-44 ปี มีแนวโน้มลดลงจาก 561.8 ต่อแสนประชากรในปี 2530 และเริ่มค่อนข้างคงที่ประมาณ 370-380 ต่อแสนประชากร ขณะเดียวกันอัตราส่วนเพศชาย:หญิง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นไม่มากนักจาก 1.8 เท่า เป็น 2 เท่า (ภาพที่ 5)

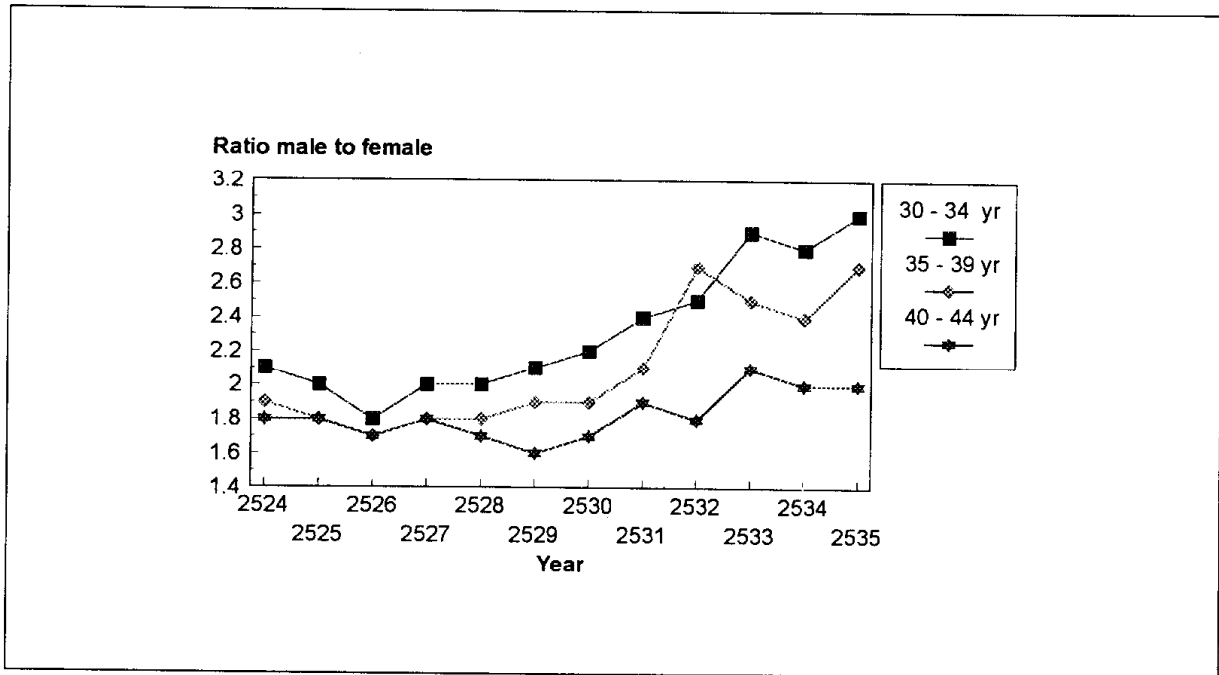
จะเห็นได้ว่ากลุ่มอายุ 15-39 ปี อัตราการตายมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นประมาณร้อยละ 20 ระหว่างปี 2530-2535 หลังจากที่ลดลงอย่างต่อเนื่องถึงราวปีพ.ศ. 2530 ซึ่งอาจพอสรุปได้ว่าสภาวะสุขภาพของคนไทยในช่วงอายุนี้อาจเลวลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพศชายที่มีโอกาสตายมากกว่าหญิง มากกว่า 2 เท่า ตั้งแต่พ.ศ. 2531 เป็นต้นมา

อัตราการตายกลุ่มอายุ 45-69 ปี เริ่มลดลงในปี 2524-2529 จากนั้นจะค่อนข้างคงที่ คล้ายๆ กัน แต่กลุ่มอายุ

ภาพที่ 4 Age specific mortality rate and sex ratio among 15-29 years old, B.E. 2524-2535, Thailand



ภาพที่ 5 Age specific mortality rate and sex ratio among 30-44 years old, B.E. 2524-2535, Thailand



70 ปี ในช่วง 5 ปีแรกมีแนวโน้มลดลง (2524-2528) แต่หลังจากนั้นก็ค่อนข้างคงที่ เมื่อพิจารณาอัตราส่วนเพศชาย:เพศหญิง ค่อนข้างจะคงที่ไม่ต่างกันมากนักในช่วง 10 ปี อัตราส่วนในชายจะสูงกว่าหญิงประมาณ 1.4-1.7 เท่า

1.3 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสาเหตุการตาย

พบว่า สาเหตุการตายของประชากรไทย ตามใบมรณบัตร ในปี 2535 ที่มีรายงานมากที่สุดคืออาการและอาการแสดงต่างๆ และภาวะที่ไม่กำหนดแน่ชัด (204.1 ต่อแสนประชากร) รองลงมาคือโรคหัวใจและหลอดเลือดผ่านปอดและโรคหัวใจรูปอื่นๆ (53.6 ต่อแสนประชากร) อันดับสามคือ อุบัติเหตุอื่นๆ รวมผลระยะล่า (26.9 ต่อแสนประชากร) อันดับสี่คือ มะเร็งที่ตำแหน่งอื่นและไม่ระบุตำแหน่ง (23.7 ต่อแสนประชากร) อันดับรองลงมาได้แก่ อุบัติเหตุจากการขนส่ง (20.1 ต่อแสนประชากร) โรคส่วนอื่นของระบบย่อยอาหาร (17.8 ต่อแสนประชากร) โรคอื่นๆ ของระบบหายใจ (14.4 ต่อแสนประชากร) โรคหลอดเลือดในสมอง (11.8 ต่อแสนประชากร) เนื้องอกร้ายของอวัยวะย่อยอาหารเยื่อช่องท้อง (11.1 ต่อแสนประชากร) และอื่นๆ

สาเหตุการตายโดยรวมแยกเพศชายและหญิง (mortality rate among male and female)

สาเหตุการตายที่รายงานในใบมรณบัตร 10 อันดับแรก จากภาพที่ 6 และภาพที่ 7 จะเห็นว่า การตายจากอาการและอาการแสดงต่างๆ และภาวะที่ไม่กำหนดแน่ชัดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งมีแนวโน้มลดลงในปี 2535 เมื่อเทียบกับปี 2524 ในทุกกลุ่มอายุ (เพศชาย ลดลงจาก 281 เป็น 206.2 ต่อแสนประชากร และในเพศหญิง ลดลงจาก 261 เป็น 202 ต่อแสนประชากร)

สำหรับเพศหญิงอัตราการตายรองลงมาได้แก่

1. โรคจากการไหลเวียนเลือดผ่านปอดและโรคหัวใจรูปอื่นๆ พบว่า อัตราตายเพิ่มจาก 23.6 ต่อแสนประชากร ในปี 2524 เป็น 41.3 ต่อแสนประชากร ในปี 2535
2. มะเร็งที่ตำแหน่งอื่นและไม่ระบุตำแหน่ง อัตราตายเพิ่มจาก 10.5 เป็น 20.2 ต่อแสนประชากร
3. อุบัติเหตุอื่นๆ รวมผลระยะล่า อัตราตายเพิ่มจาก 9.6 เป็น 11.9 ต่อแสนประชากร

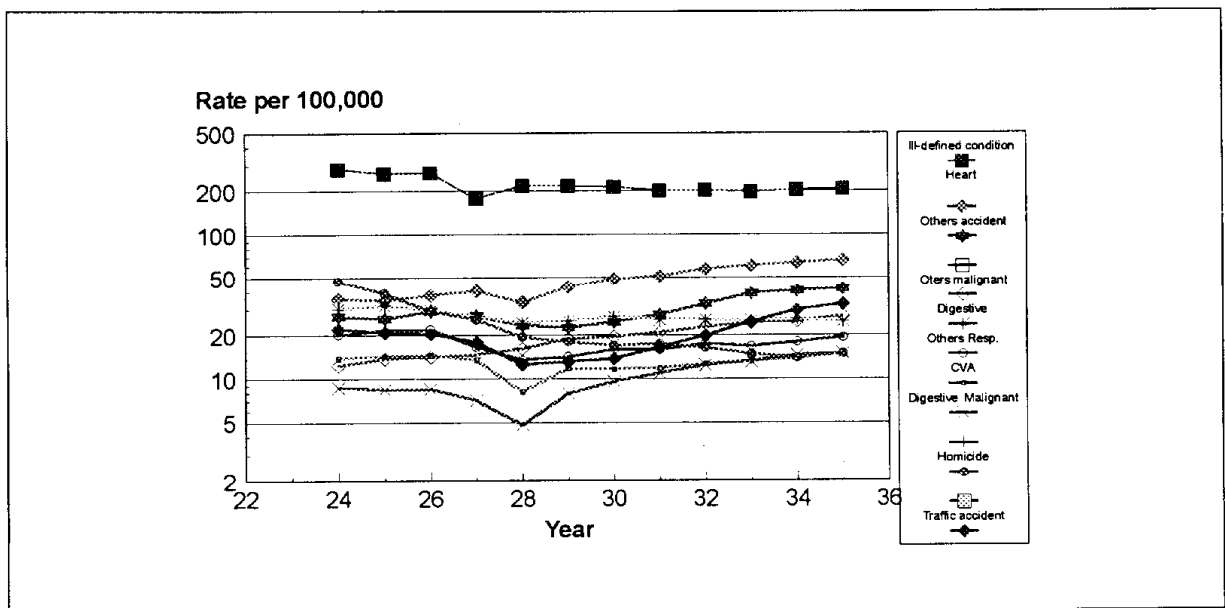
4. โรคส่วนอื่นๆ ของระบบย่อยอาหาร อัตราตายลดลงจาก 12.9 เป็น 10.8 ต่อแสนประชากร
 5. โรคอื่นๆ ของระบบหายใจ อัตราตายลดลงจาก 12.9 เป็น 9.6 ต่อแสนประชากร
 6. โรคของระบบปัสสาวะ อัตราตายเพิ่มจาก 4.8 เป็น 9.3 ต่อแสนประชากร
 7. โรคหลอดเลือดในสมอง อัตราตายเพิ่มจาก 8 เป็น 8.6 ต่อแสนประชากร
 8. โรคต่อมไร้ท่อ โรคเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม ความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน อัตรตายเพิ่มจาก 3.4 เป็น 8 ต่อแสนประชากร
 9. โรคระบบประสาท อัตราตายลดลงจาก 8.9 เป็น 7.6 ต่อแสนประชากร
- สำหรับเพศชายอัตราการตายอันดับรองลงมาได้แก่
1. โรคการไหลเวียนเลือดผ่านปอดและโรคหัวใจรูปอื่นๆ พบว่าอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 35.7 ในปี 2524 เป็น 65.9 ต่อแสนประชากร ในปี 2535
 2. อุบัติเหตุอื่นๆ รวมผลระยะสำ อัตราตายเพิ่มจาก 26.9 เป็น 41.8 ต่อแสนประชากร
 3. อุบัติเหตุจากการขนส่ง อัตราตายเพิ่มจาก 22 เป็น 32.8 ต่อแสนประชากร

4. มะเร็งที่ตำแหน่งอื่น และไม่ระบุตำแหน่ง อัตราตายเพิ่มจาก 12.3 เป็น 27.2 ต่อแสนประชากร
5. โรคส่วนอื่นของระบบย่อยอาหาร อัตราตายลดลงจาก 30.4 เป็น 24.8 ต่อแสนประชากร
6. โรคอื่นๆ ของระบบหายใจ อัตราตายลดลงจาก 20 เป็น 19.2 ต่อแสนประชากร
7. โรคหลอดเลือดในสมอง อัตราตายเพิ่มจาก 13.8 เป็น 15 ต่อแสนประชากร
8. เนื้องอกร้ายของอวัยวะย่อยอาหารและเยื่อช่องท้อง อัตราตายเพิ่มจาก 8.7 เป็น 14.9 ต่อแสนประชากร
9. การถูกฆ่าตายและถูกทำร้ายด้วยเจตนาโดยบุคคลอื่น อัตราตายลดลงจาก 47.1 เป็น 14.8 ต่อแสนประชากร

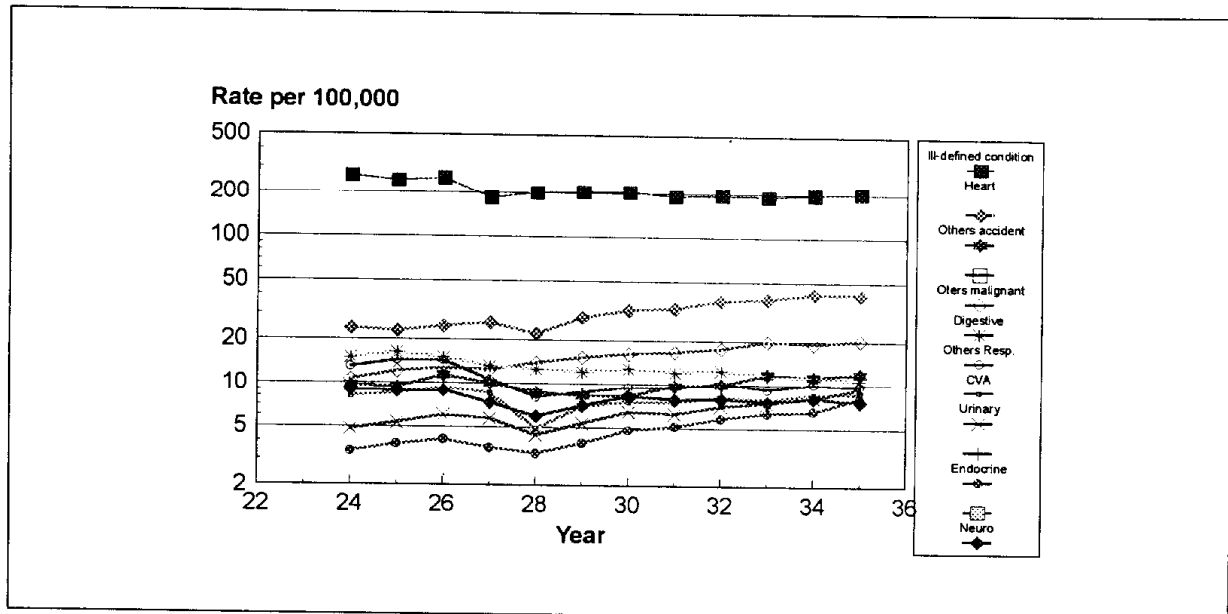
อย่างไรก็ตาม แนวโน้มสาเหตุการตาย ในกลุ่มอายุ ต่ำกว่า 1 ปี อายุ 1-14 ปี อายุ 15-44 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 45 ปี พบว่า สาเหตุการตายนั้นเปลี่ยนแปลงจากโรคติดเชื้อเป็นโรคไม่ติดเชื้อ และยังคงพบว่าการอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น หรือลดลงในแต่ละกลุ่มอายุนั้นต่างกัน แนวโน้มนั้นต่างกัน

กลุ่มอายุ ต่ำกว่า 1 ขวบ ทั้งเพศชายและเพศหญิง

ภาพที่ 6 Mortality rate among male by cause of death, B.E. 2524-2535, Thailand



ภาพที่ 7 Mortality rate among female by cause of death, B.E. 2524-2535, Thailand



พบว่าอัตราการตายจากรูปวิปริตแต่กำเนิด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 272.7 ในเพศชาย (จาก 44 ต่อแสนประชากร ในปี 2524 เป็น 164.2 ต่อแสนประชากรในปี 2535) และ ร้อยละ 336.7 ในเพศหญิง (เพิ่มจาก 32.4 เป็น 141.5 ต่อแสนประชากร)

กลุ่มอายุ 10-14 ปี ในเพศชายพบว่า อัตราตายจากอุบัติเหตุขนส่งเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 6.2 เป็น 7.1 ต่อแสนประชากร ส่วนในเพศหญิงอัตราการตายจากโรคริดสีดวงทวารเพิ่มขึ้นจาก 1.9 เป็น 4.2 ต่อแสนประชากร ขณะที่อัตราการตายจากอุบัติเหตุขนส่งในหญิง ก่อนข้างจะคงที่คือ 3.1 ต่อแสนประชากร

บทสรุป

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้อาจพอสรุปได้ว่า สถานะสุขภาพเมื่อพิจารณาจากการตายของคนไทยในภาพรวมจากทุกกลุ่มอายุ ก่อนข้างคงที่โดยมีแนวโน้มที่

เลวลงเล็กน้อย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2528 เป็นต้นมา เมื่อแยกวิเคราะห์ตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 14-39 ปี มีแนวโน้มที่เลวลงอย่างชัดเจน โดยมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายระหว่างปีพ.ศ. 2530 ถึงปีพ.ศ. 2535 โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพศชาย ขณะที่กลุ่มอายุอื่นๆ มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาจากสาเหตุการตายพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้การตายเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 14-39 ปี มาจากอุบัติเหตุโดยเฉพาะจากการขนส่ง และจากมะเร็ง โดยเฉพาะแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นในเพศชาย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สำนักนโยบายและแผน และกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

บรรณานุกรม

1. ส่วนข้อมูลข่าวสาร สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2536*. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2538.
2. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2528*. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2530.
3. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2524*. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2526.
4. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2536*. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2538.
5. Rangsin R, Silarug N, Sangwanloi O, Kunanusont C et al., *AIDS, the leading cause of death in Phayoa province, Thailand, 1993-1994*. Abstract for the third International conference on AIDS in ASIA and the Pacific and the fifth National AIDS Seminar in Thailand, 1995.



คมคำ ♦ ความคิด

“ถึงจะดูเหมือนใหม่ จริงๆ แล้ว การผุดขึ้นของ ‘สังคมสารสนเทศ’ นี้ เป็นเพียงอีกขั้นตอนหนึ่งของอุดมการณ์แบบเทคโนแครต (technocratic ideology) ซึ่งอย่างน้อยๆ ย้อนหลังไกลไปถึงยุคของฟรานซิส เบคอน (ค.ศ.1561-1626) ชาวอังกฤษ ผู้อยากเป็น ‘อริสโตเติล หมายเลขสอง’ ทั้งนี้ด้วยการสร้างปรัชญาและค้นหาทางที่จะมีอำนาจเหนือธรรมชาติ ในทำนองเดียวกับนักคิดคนอื่นๆ ยุคนั้น เบคอนเชื่อว่าวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีคืออุปกรณ์ที่จะช่วยให้มนุษย์มีความสุขมากขึ้น นับในทีนี้คือมนุษย์เป็นทุกข์ เพราะตกอยู่ภายใต้การควบคุมของธรรมชาติ นี่เองคือแก่นทางความคิดของ ‘ความก้าวหน้า’ (progress) แบบโลกตะวันตก ซึ่งได้พัฒนาขึ้นเรื่อยๆ จนตกผลึกเป็นลัทธิเทคโนโลยีเป็นนาย (technological determinism) หลายสำนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สอง”

➔ บุญรักษ์ บุญยะเขตมาลา “ฐานันดรที่สี่ จากระบบโลกถึงรัฐไทย”