

8. ควรมีการเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อจากซากสัตว์ เช่น หลอดลม ปอด ม้าม ตับ สมอง ไต และหัวใจ อาหารที่ตกค้างในลำไส้ รวมทั้งใช้ไม้พันสำลีป้ายก้น ปาก และคอ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจและแยกเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่

ถอดความโดย สุชาติ จันทรียากร สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

จาก Avian Influenza, World Health Organization, western Pacific Region

Available from: URL: <http://www.wpro.who.int/avian/docs/recommendations.asp> [cited 2004 Jan 15]

ปัจจัยเสี่ยงและภาระโรคของคนไทย *
(Burden of Disease and Injuries Due to Major Risk Factor)

รู้จักดัชนีตัวใหม่- DALYs (Disability adjusted life years)

การป่วยและการเสียชีวิต เป็นดัชนีบอกขนาดปัญหาสุขภาพที่คุ้นเคยมานาน ทั้งที่ความสูญเสียทางสุขภาพนั้น ยังมี ความพิการระดับต่าง ๆ กันอยู่ด้วย โรคบางโรคทำให้เสียชีวิตโดยไม่มีระยะเวลาป่วยหรือพิการยาวนาน บางโรคไม่ทำให้ เสียชีวิต แต่มีระยะเวลาป่วยหรือพิการหลายสิบปี ความสูญเสียทางสุขภาพนี้รวมเรียกว่าเป็น “ ภาระโรค ” ซึ่งอาจสื่อความ สะท้อนถึงภาระทางสังคมต้องแบกรับอันเนื่องจากการเกิดโรคนั้นเอง ภาระทั้งหลายนี้ เช่น การใช้ทรัพยากร เพื่อการดูแลรักษา การสูญเสียผลผลิตที่จะเกิดแก่สังคม ถ้าบุคคลนั้นไม่ป่วย ผลจากการมีบุคคลในภาวะพึ่งพิงแก่สังคมเพิ่มขึ้น เป็นต้น

การป่วยด้วยไขหวัด 1 ราย ก็กับการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1 ราย มีภาระโรคที่ต่างกัน เพราะโรคเบาหวานต้องใช้เวลารักษา ยาวนานต่อเนื่อง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ในขณะที่โรคไขหวัดส่วนใหญ่อยุ่ได้ในระยะเวลาอันสั้น

การเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในวัย 65 ปี 1 คน ก็กับการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในวัย 25 ปี 1 คน ก็มีความสูญเสียต่างกัน เพราะการเสียชีวิตตั้งแต่อายุน้อย ทำให้สังคมเสียกำลังคน เสียผลผลิตที่จะเกิดขึ้นถ้าคน ๆ นั้นยังอยู่ ครอบครัวยุติอายุเสียรายได้ บุตรของผู้เสียชีวิตกลายเป็นภาระของครอบครัวและสังคม นั่นคือ ภาระโรคที่ต่างกันของสองเหตุการณ์ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรนี้ สามารถประเมินออกมาเป็นจำนวนปีได้ เช่น การเสียชีวิตขณะอายุ 25 ปี ถ้าสมมุติว่าอายุขัยคาดเฉลี่ยของคนวัยนี้เท่ากับ 70 ปี แสดงว่ากรณีนี้สูญเสียปีชีวิต (life years) ไป 45 ปี (ได้มาจาก 70-25 = 45 ปี)

การประเมินผลของความพิการเป็นคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไป ทำให้เห็นความสูญเสียในหน่วยนับเป็นปีได้ เช่น สมมุติว่าผู้ป่วยมีภาวะอัมพาตครึ่งตัว มีระดับคุณภาพชีวิต ร้อยละ 60 ของคนปกติ ถ้าเขามีชีวิตขณะเป็นอัมพาต 10 ปี จะเทียบได้กับคนมีสุขภาพดี 6 ปี (ร้อยละ 60 ของ 10 ปี) นั่นคือ มีความสูญเสียจากความพิการร้อยละ 40 หรือ 4 ปี เช่นเดียวกันกับการป่วยใด ๆ ที่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ก็ย่อมประเมินในทำนองเดียวกันนี้ได้

ดัชนีที่บอกความสูญเสียด้านสุขภาพทั้งจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ก่ปี) และการสูญเสียคุณภาพชีวิต จากความป่วยหรือพิการ (ก่ปี) รวมสองส่วนนี้เรียกว่า DALYs (Disability adjusted life years) หรือ “ ปีสุขภาพะปรับด้วยความพิการ ” มีหน่วยนับเป็นปี

ที่กล่าวมาเป็นหลักการเบื้องต้นของการคำนวณ DALYs ส่วนทางปฏิบัตินั้น ยังมีรายละเอียดอื่น ๆ เช่น การถ่วงน้ำหนัก อายุการลดทอนตามระยะเวลา (Discount) เป็นต้น

องค์การอนามัยโลก และธนาคารโลก ร่วมกับนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ได้ศึกษาภาระโรคของประชากรโลกครั้ง ล่าสุด ปรากฏเป็นรายงาน “World Health Report 2002” ส่วนการศึกษาในประเทศไทย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้มีริเริ่มผลักดัน และตั้งคณะทำงานศึกษาภาระโรคโดยมีนักวิชาการจากส่วนต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขรวมในคณะ ทำการศึกษาภาระโรค และภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของคนไทย พ.ศ. 2542

และสูญเสียสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตมากกว่าเพศหญิงถึง 1.5 เท่า โรคที่ก่อให้เกิด DALYs สูงสุด 3 อันดับแรก รวมเพศชายและหญิง ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขนส่ง และโรคหลอดเลือดสมอง อันดับการเกิดภาวะโรค ในเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกันดังตารางที่ 1

การติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ทำให้เสียชีวิตในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางจำนวนมาก ปี พ.ศ. 2542 เป็นปีที่โรคนี้ได้เข้ามาในประเทศไทยเกินกว่าทศวรรษมาแล้ว ทำให้เห็นผลกระทบที่ชัดเจน จำนวน DALYs จึงสูงที่สุดทั้งในเพศชายและหญิง โดยคิดเป็นสัดส่วนจากภาวะโรคทุกสาเหตุเท่ากับร้อยละ 17 ในเพศชาย และร้อยละ 11 ในเพศหญิง

ตารางที่ 1 อันดับโรคที่มี DALYs สูงสุดของคนไทย พ.ศ. 2542 จำแนกตามเพศ

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

*Male DALYs: N=5.6 Million, Female DALYs: N= 3.9 Million

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร เป็นสาเหตุการป่วย พิการ และการเสียชีวิตที่สำคัญ เป็นอันดับสองในเพศชาย เป็นที่ทราบดีว่าการบาดเจ็บจากสาเหตุนี้มีประมาณครึ่งหนึ่งของการบาดเจ็บจากทุกสาเหตุ และมักเกิดกับวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ ตอนต้น การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความพิการที่เกิดขึ้น ทำให้ผลรวม DALYs สูง (ร้อยละ 9) ในขณะที่เพศหญิง มีปัญหาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรน้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากปริมาณการใช้ยานพาหนะ และลักษณะการมีพฤติกรรม เสี่ยงในการใช้น้อยกว่าเพศชาย จึงเห็นได้ว่ามี DALYs เป็นอันดับ 7 (ร้อยละ 3)

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease - IHD) เป็นกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีภาวะโรคติดลำดับอันดับแรกของทั้งสองเพศ เพศหญิงมี DALYs ของโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมี DALYs น้อยกว่า ทั้งนี้เพราะเพศชายมีอุบัติการณ์ของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่า และพบในอายุน้อยลงกว่าในอดีตมากขึ้น

โรคเบาหวาน (Diabetes) มี DALYs มากเป็นอันดับสามในเพศหญิง และจำนวน DALYs สูงกว่าเพศชายประมาณ 1.6 เท่า อาจเป็นจากการมีภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วนมากขึ้นในเพศหญิง

มะเร็งตับ (Liver cancer) เป็นโรคที่ประเทศไทยมีอุบัติการณ์สูงในอันดับต้นของโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีปัญหาหมอกควันเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จาก DALYs ในเพศชายโรคนี้จึงสูงถึงอันดับที่ 4 และจำนวน DALYs สูงกว่าเพศหญิงถึง 3.3 เท่า

เป็นที่น่าสังเกตว่า โรคซึมเศร้า (Depression) แม้จะไม่ใช่โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ แต่การป่วยทำให้คุณภาพชีวิตสูญเสียไปมาก ทำให้มีภาวะโรคสูงเป็นอันดับที่ 4 ในเพศหญิง

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่า ในปี พ.ศ. 2542 กลุ่มโรคติดเชื้อมีเพียงการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์เท่านั้น ที่ติดลำดับอันดับแรก ในขณะที่กลุ่มโรคไม่ติดต่อติดอันดับปัญหาสำคัญหลายโรค ส่วนการบาดเจ็บนั้นเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดกับเพศชาย ทั้งจากอุบัติเหตุจราจร การถูกรถทำร้าย และการทำร้ายตัวเอง

ภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของคนไทย ปี พ.ศ. 2542

การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงนี้ ถือเป็นระยะที่สองของการศึกษาภาระโรค เป็นการหา DALYs ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ทั้งนี้ปัจจัยบางอย่างก่อโรคหลายชนิด เช่น บุหรี่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอด มะเร็งช่องปาก โรคหลอดเลือดหัวใจ ฯลฯ

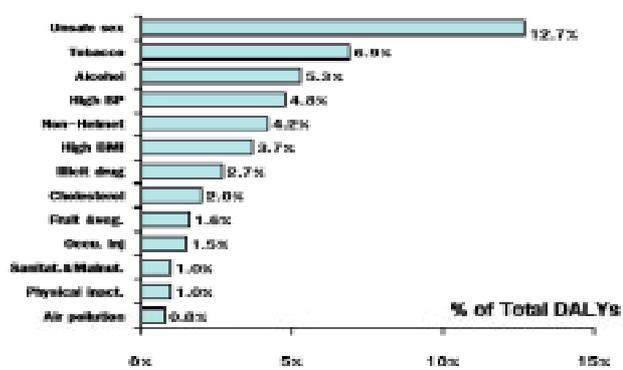
ดังนั้นการหาภาระโรคจากปัจจัยต่าง ๆ จะช่วยให้การกำหนดนโยบาย เพื่อลดปัจจัยเหล่านั้นมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

การเลือกปัจจัยเสี่ยงมาศึกษาใช้หลักเกณฑ์ดังนี้คือ 1) น่าจะเป็นปัญหาของประเทศ 2) มีนโยบายของประเทศเกี่ยวข้อง 3) เปรียบเทียบกับปัญหาในระดับโลกได้ และ4) มีแหล่งข้อมูลเพียงพอสำหรับการศึกษา สรุปผลการเลือกปัจจัยที่ศึกษา 13 ปัจจัย (ตารางที่ 2) และใช้วิธีการหา Attributable burden ของแต่ละปัจจัยตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ผลการศึกษาที่สรุปในที่นี้เป็นผลเบื้องต้นเท่านั้น

จากภาระโรคทั้งหมดจากทุกกลุ่มโรค ปี พ.ศ. 2542 มี 9.5 ล้าน DALYs พบว่า มี DALYs ที่เนื่องมาจาก 13 ปัจจัยที่ศึกษา จำนวน 4.3 ล้าน DALYs หรือ ร้อยละ 49 ของทั้งหมด

ลำดับปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคจากมากไปหาน้อย ได้แก่ Unsafe sex, บุหรี่, แอลกอฮอล์, ความดันโลหิตสูง, การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์, ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน, ภาวะทุพโภชนาการ, โคลเลสเตอรอลในเลือดสูง, การบริโภคผักและผลไม้ไม่พอ, การบาดเจ็บในขณะทำงาน, การขาดแคลนน้ำสะอาดและสุขาภิบาลไม่ได้มาตรฐาน, การขาดการออกกำลังกายและมลภาวะในอากาศ (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 ร้อยละของภาระโรค*ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย พ.ศ. 2542 (ผลการศึกษาเบื้องต้น)



*หมายถึงร้อยละเมื่อเปรียบเทียบกับภาระโรคทั้งหมดในปี 2542 (9.5 ล้าน DALYs)

ตารางที่ 2 DALYs ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย ปี พ.ศ. 2542 (ผลการศึกษาเบื้องต้น)

DALYs (x10 ⁵)		DALYs (x10 ⁵)	
Rank	%	Rank	%
1	8.8 16%	1	Unsafe sex 3.2 8%
2	4.8 9%	2	BM I(overw eight) 2.3 6%
3	4.6 8%	3	H igh BP 2.1 5%
4	3.3 6%	4	Tobacco 1.8 5%
5	2.5 4%	5	C holesterol 0.9 2%
6	2.4 4%	6	O ccupational injuries 0.8 2%
7	1.2 2%	7	N on-helm et 0.7 2%
8	1.1 2%	8	P hysical Inactivity 0.6 2%
9	1.1 2%	9	S anitation& M alnutrition 0.5 1%
10	0.7 1%	10	F ruit& veg.- Low intake 0.5 1%
11	0.5 1%	11	A lcohol 0.4 1%
12	0.5 1%	12	I llicit drug 0.3 1%
13	0.4 1%	13	A ir Pollution 0.3 1%

*Male DALYs: N=5.6 Million, Female DALYs:N= 3.9 Million

เมื่อจำแนกภาวะโรคของเพศชายกับเพศหญิง พบว่า เพศชายมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะโรคมากที่สุด ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์ และระดับความดันโลหิตสูง ส่วนเพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงอันดับแรกคือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การมีดัชนีมวลกายสูง (ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน) ระดับความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และระดับโคเลสเตอรอลสูง (ตารางที่ 2)

ปัจจัยเสี่ยงในคนไทยมีลักษณะที่ต่าง จากผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงในประชากรโลกใน World Health Report 2002 ซึ่งประมาณการภาวะโรค ปี พ.ศ. 2543 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของประเทศกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กลุ่ม B (ไทย ศรีลังกา และอินโดนีเซีย) อันดับแรกได้แก่ แอลกอฮอล์ ระดับความดันโลหิตสูง บุหรี่ (ยาสูบ) ภาวะน้ำหนักน้อย (underweight) และภาวะน้ำหนักเกิน ส่วนการในการศึกษาของไทยในปี พ.ศ. 2542 พบว่า ส่วนที่แตกต่างจากระดับภูมิภาคคือ ประเทศไทยมีภาวะโรคจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยสูง ส่วนภาวะน้ำหนักตัวน้อยหรือทุพโภชนาการของไทย ก็ไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงอันดับต้น ๆ นอกจากนี้การเลือกปัจจัยเสี่ยงเรื่องหมวกนิรภัยมาศึกษา ทำให้เห็นอันดับปัจจัยเสี่ยงต่างออกไป ปัจจัยอีกประการหนึ่งคือการศึกษาระดับภูมิภาคมีประเทศขนาดใหญ่คือ อินโดนีเซีย มารวมด้วยทำให้ลักษณะการกระจายโรคแตกต่างไปจากของไทย

ผลจากการศึกษาภาวะโรค ทำให้เห็นความสำคัญของโรคที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากขึ้น และรวมไปถึงโรคที่ก่อให้เกิดความพิการ และความบกพร่องทางสุขภาพ โดยไม่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอีกด้วย การวัดความสูญเสียทางสุขภาพที่เน้นเฉพาะเฉพาะจำนวนการเสียชีวิตหรือจำนวนป่วยนั้น ทำให้เปรียบเทียบความสูญเสียได้จำกัดระดับหนึ่ง DALYs จึงเป็นดัชนีที่จะถูกนำมาใช้ วัดขนาดของปัญหาสุขภาพมากขึ้น นักวิชาการสาธารณสุขควรให้ความสนใจศึกษาและทำความเข้าใจ

จากอันดับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะโรคสูงสุด เป็นข้อมูลสำคัญอีกส่วนหนึ่ง ที่จะประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย และผลการศึกษาในขั้นนี้จะนำไปสู่การศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนและควมมีประสิทธิภาพ (cost-effectiveness study) ในการควบคุมโรค โดยจะมีบทบาทอย่างสูงในอนาคต ทั้งในระดับการวางแผนและการประเมินผลของมาตรการต่าง ๆ ด้วย

เรียบเรียงจากการอภิปราย เรื่อง ภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของคนไทย (Burden of Disease and Injuries Due to Major Risk Factors) ในการสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ 16 ณ โรงแรมเดอะแกรนด์ กรุงเทพมหานคร, ระหว่างวันที่ 23 - 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2546

ขอขอบคุณ ดร.ทันตแพทย์หญิง กนิษฐา บุญธรรมเจริญ คณะทำงานศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของคนไทย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เอื้อเพื่อข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้ถอดความและเรียบเรียง 1. น.แพทย์เจตสรร นามวาท
2. นายแพทย์จิรภัทร กัลยาณพจน์พร
สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข