

# สถานการณ์การตายของประชาชนไทย ปี 2548

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

# สถานการณ์การตายของประชาชนไทย ปี 2548

ที่ปรึกษา	นายแพทย์สุวัช	เชียวศิริวัฒนา
	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	
	นายแพทย์ณรงค์	กษิติประดิษฐ์
	ผู้อำนวยการกลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ	
	นายแพทย์เฉวตสรร	นามวาท
	กรมควบคุมโรค	กระทรวงสาธารณสุข
	นางศุภวรรณ	มโนสุนทร
	กรมควบคุมโรค	กระทรวงสาธารณสุข
คณะผู้จัดทำ	นางอรพิน	ทรัพย์ลั่น
	นางสาวอารี	สุทธิอาจ
	นางชูจิตร	นาชีวะ
ISBN	978 - 974 - 8455 - 54 - 9	
พิมพ์ครั้งแรก	ปี 2550	
จำนวนพิมพ์	1,000 เล่ม	
พิมพ์ที่	สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพมหานคร	
จัดทำโดย	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	

## คำนำ

โลกาภิวัตน์ ปัจจัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประเทศไทย จากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมอุตสาหกรรม ประกอบกับมาตรฐานการบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภค (Nutrition transition) และรูปแบบการเกิดโรค (Epidemiological transition) ในประชากรไทย

จุดมุ่งหมายของรายงานฉบับนี้ เพื่อนำเสนอผลกระทบของโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา (2544 – 2548) ซึ่งได้แก่ โรคติดเชื้อ (เอชไอวี) อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ (รถจักรยานยนต์, รถยนต์และรถโดยสาร) และโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, มะเร็งตับ, มะเร็งปอด) โดยนำเสนอสถานการณ์ปัญหาในภาพรวมของประเทศและรายกลุ่มอายุ ตลอดจนการเปรียบเทียบปัญหาหาระหว่างภาคต่างๆ ของประเทศไทย เพื่อนำสถานการณ์ปัญหาจากกลุ่มโรคดังกล่าวสู่การผลักดันเชิงนโยบายต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข

มีนาคม 2550

## สารบัญ

	หน้า
บทนำ	
หลักการและเหตุผล .....	1
การวิเคราะห์การตาย.....	1
โครงสร้างประชากรปรับมาตรฐาน.....	2
ข้อมูลที่นำมาใช้ในการศึกษา.....	4
สถานการณ์โรคติดเชื้อ อุบัติเหตุและการบาดเจ็บและโรคเรื้อรัง	
สถานการณ์โรคติดเชื้อ	
อัตราการตายจากโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2544 – 2548.....	5
สถานการณ์เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ	
อัตราการตายจากการบาดเจ็บจากการขนส่งทางบกในประเทศไทย 2544-2548	9
อัตราการตายจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถสองล้อ / รถสามล้อ	
และรถยนต์/รถโดยสาร พ.ศ. 2544 – 2548.....	10
อัตราการตายจากรถสองล้อ / รถสามล้อ พ.ศ. 2544 – 2548.....	11
อัตราการตายจากรถยนต์ / รถโดยสาร พ.ศ. 2544 – 2548.....	14
สถานการณ์โรคเรื้อรัง	
อัตราการตายจากโรคมะเร็ง.....	17
มะเร็งตับ.....	18
มะเร็งปอด.....	20
อัตราการตายจากโรคเบาหวาน.....	23
อัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือด.....	27
อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง.....	30
อัตราการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	32
มาตรการทางด้านสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ.....	35
บรรณานุกรม	
ภาคผนวก	

## บทนำ

### หลักการและเหตุผล

ภาวะการตาย เป็นตัวแปรประชากรที่บ่งชี้ถึงผลกระทบต่อขนาดและองค์ประกอบประชากร รวมถึงการบอกขนาดของปัญหาสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การศึกษาภาวะการตาย จึงเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งนี้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการเจ็บป่วยจากภาวะโรคติดเชื้อเฉียบพลันสู่ภาวะโรคเรื้อรังในการนำเสนอภาวะการตาย จะนำเสนอในรูปแบบของอัตราตายอย่างหยาบ (Crude Death Rate) และอัตราตายปรับฐาน (Adjusted Death Rate or Standardized Death Rate) เพื่อนำเสนอสถานการณ์แนวโน้มอัตราการตายจำเพาะโรค ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา (2544 – 2548)

### การวัดภาวะการตาย

อัตราตายอย่างหยาบ (Crude Death Rate) และอัตราตายปรับฐาน (Adjusted Death Rate or Standard Death Rate) เป็นมาตรวัดภาวะการตายที่นำมาใช้ในการศึกษารังนี้

1. อัตราตายอย่างหยาบ เป็นอัตราที่ใช้ในการวัดการตายโดยทั่วไป โดย

$$\text{อัตราตายอย่างหยาบ} = \frac{\text{จำนวนตายในรอบปี}}{\text{จำนวนประชากรกลางปี}}$$

อัตราตายอย่างหยาบ เป็นมาตรวัดการตายที่คำนวณได้ง่ายและใช้กันโดยทั่วไปและสามารถเปรียบเทียบระหว่างชุมชนได้ แต่กระนั้นก็ตาม การใช้อัตราตายอย่างหยาบนี้จะเสี่ยงต่อความไม่เที่ยงตรง เนื่องจากความแตกต่างขององค์ประกอบทางประชากร

2. อัตราตายปรับฐาน คือ อัตราตายที่ปรับความแตกต่างในองค์ประกอบอายุของประชากรต่างกลุ่มในเวลาเดียวกันหรือของประชากรกลุ่มเดียวกันในเวลา เพราะการเปลี่ยนแปลงของอัตราตายอย่างหยาบ อาจเกิดขึ้นจากความแตกต่างขององค์ประกอบอายุ ดังนั้นเพื่อขจัดอิทธิพลของความแตกต่างดังกล่าวจึงใช้ประชากรมาตรฐานและการปรับองค์ประกอบอายุและเพศ รวมถึงการปรับลักษณะอื่น ๆ ของประชากร หรือเรียกว่า การทำให้เป็นมาตรฐาน (Standardization) (บุญเลิศ เลียวประไพ, 2539, หน้า 70)

ข้อพึงสังเกต คือ อัตราตายปรับฐาน ซึ่งเป็นอัตราปรับอายุหรือการปรับอายุให้เป็นมาตรฐานเดียวกันไม่ใช่ค่าตัวเลขที่แท้จริง แต่สามารถนำไปใช้ในความหมายของการเปรียบเทียบระหว่างชุมชนในเวลาเดียวกันหรือต่างเวลา สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ได้นำอัตราตายปรับฐานมาใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุและระหว่างภาค สำหรับวิธีการที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อัตราตายปรับฐานวิธีตรง (Direct method) โดย

$$\text{อัตราตายปรับฐาน} = \frac{\text{จำนวนการตายของประชากรมาตรฐาน}}{\text{จำนวนประชากรมาตรฐาน}}$$

### โครงสร้างประชากรปรับมาตรฐานที่นำมาใช้ในการศึกษา

ประชากรปรับมาตรฐาน คือ โครงสร้างประชากรที่มีการปรับสัดส่วนประชากร ให้มีการกระจายเหมาะสมกับฐานอายุในลักษณะเดียวกับประชากรที่กำลังศึกษาอยู่ โดยการศึกษาในครั้งนี้ได้นำโครงสร้างประชากรปรับมาตรฐาน ซึ่งนำเสนอโดยเฉวตสรร นามวาท และคณะ (2547) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประชากรปรับมาตรฐานของไทย (พ.ศ. 2543 – 2568) ประชากรปรับมาตรฐานของโลก  
ประชากรปรับมาตรฐานโลกชุดเก่าและประชากรปรับมาตรฐานของยุโรปชุดเก่า

Age group	Thai Standard*	WHO World Standard*	Segi (“world”) Standard	Scandinavian (“European”) standard
0-4	6.45	8.86	12.00	8.00
5-9	6.78	8.69	10.00	7.00
10-14	7.04	8.60	9.00	7.00
15-19	7.28	8.47	9.00	7.00
20-24	7.50	8.22	8.00	7.00
25-29	7.67	7.93	8.00	7.00
30-34	7.85	7.61	6.00	7.00
35-39	7.79	7.15	6.00	7.00
40-44	7.61	6.59	6.00	7.00
45-49	7.20	6.04	6.00	7.00
50-54	6.52	5.37	5.00	7.00
55-59	5.68	4.55	4.00	6.00
60-64	4.70	3.72	4.00	5.00
65-69	3.67	2.96	3.00	4.00
70-74	2.69	2.21	2.00	3.00
75-79	1.79	1.52	1.00	2.00
80-84	1.07	0.91	0.50	1.00
*85+	0.73	0.63	0.50	1.00
Total	100.00	100.00	100.00	100.00

\* ยูบรวมกลุ่มอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป เพื่อให้ง่ายในการเปรียบเทียบกับมาตรฐานเก่า

แหล่งข้อมูล : เฉลตศรร นามวาท และคณะ. รายงานการศึกษาอัตราปรับฐานประเทศไทย

## ข้อมูลที่นำมาใช้ในการศึกษา

ข้อมูลสาเหตุการตายที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ส่วนที่เกี่ยวกับการจดทะเบียนการตายของประเทศไทย ซึ่งสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยส่งให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นรายปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา โดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้นำมาใช้รหัสสาเหตุการตายทุกรายที่ได้รับรายงาน ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 และวิเคราะห์นำเสนอเป็นรายงานการตายและสาเหตุการตายทุกปี

**ข้อจำกัดของข้อมูล** เนื่องจากข้อมูลการตายและสาเหตุการตายที่ได้รับจากฐานทะเบียนราษฎรเป็นข้อมูลที่ได้จากระบบการจดทะเบียนการตายของประเทศไทย เมื่อมีการตายเกิดขึ้น ทั้งที่เป็นการตายในและนอกสถานพยาบาล ตามกฎหมายจะต้องแจ้งต่อพนักงานภายใน 24 ชั่วโมง นับตั้งแต่เวลาตายหรือพบศพ การระบุสาเหตุการตายในสถานพยาบาลส่วนใหญ่จะไม่ค่อยมีปัญหาเนื่องจากเป็นการให้สาเหตุการตายโดยแพทย์ ส่วนการตายนอกสถานพยาบาลผู้ระบุสาเหตุการตายจะไม่ใช้บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งไม่มีความรู้ทางการแพทย์หรือน้อย ดังนั้นสาเหตุการที่ได้ อาจจะไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการแพทย์



## สถานการณ์โรคติดเชื้อสถานการณ์โรคติดเชื้อ อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ และโรคเรื้อรัง

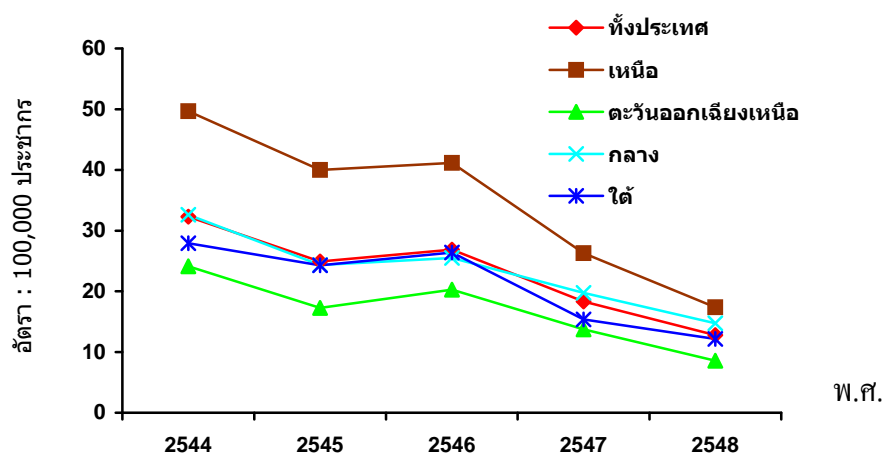
### สถานการณ์โรคติดเชื้อ

#### อัตราการตายจากโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2544 – 2548

โรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 เป็นต้นมา สาเหตุหลักของการติดเชื้อโรคเอดส์คือ กลุ่มรักร่วมเพศและขยายไปสู่กลุ่มรักต่างเพศ รวมถึงการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เป็นต้น รหัสกลุ่มโรค ICD-10 ที่นำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ B20 – B24 โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาได้แก่

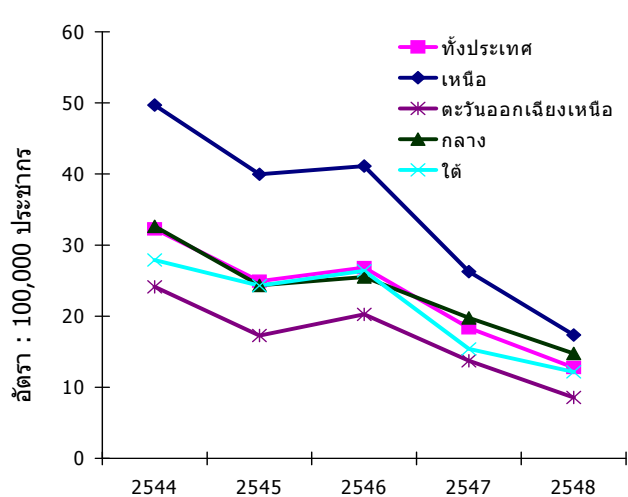
1. ศึกษาเปรียบเทียบอัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานประชากรของผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์
2. ศึกษาเปรียบเทียบอัตราตายปรับฐานประชากรของผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ระหว่างภาคและกลุ่มอายุ

ภาพที่ 1 อัตราตายอย่างหยาบ(ต่อแสนประชากร) จากโรคเอดส์ (B20-B24) ในประชากรไทย  
เปรียบเทียบระหว่างภาค พ.ศ. 2544 – 2548



อัตราตายอย่างหยาบจากโรคเอดส์ มีแนวโน้มลดลงทั้งในภาพรวมทั้งประเทศและระหว่างภาค นับตั้งแต่ปี 2544 – 2548 โดยภาคที่มีอัตราตายอย่างหยาบสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ คือ ภาคเหนือ ซึ่งมีอัตราตายอย่างหยาบจากโรคเอดส์สูงสุด รองลงมาคือ ภาคใต้และภาคกลาง ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราตายอย่างหยาบจากโรคเอดส์ต่ำกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ

ภาพที่ 2 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) จากโรคเอดส์ (B20-B24) ในประชากรไทย  
เปรียบเทียบระหว่างภาค พ.ศ. 2544 – 2548



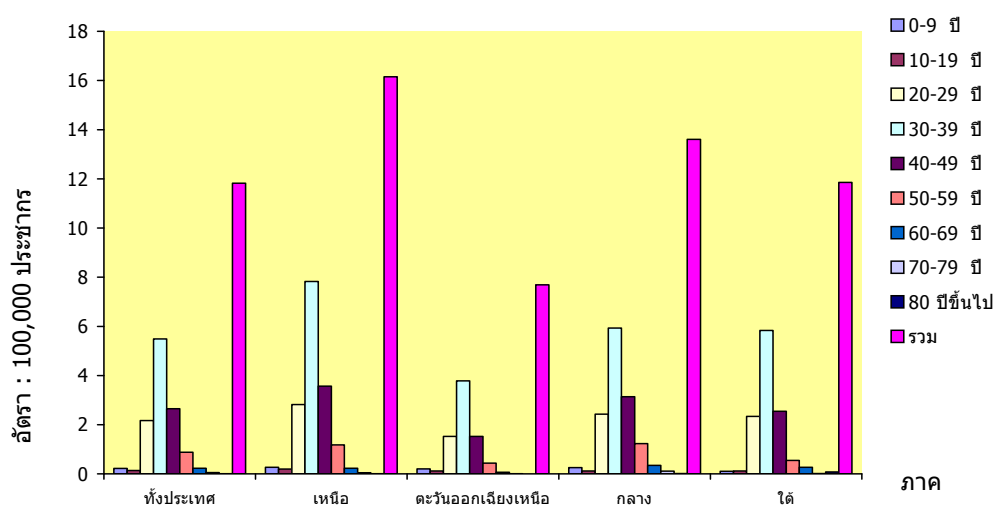
อัตราตายปรับฐานจากโรคเอดส์ มีความแตกต่างจากอัตราตายอย่างหยาบจากโรคเอดส์ ซึ่งได้นำเสนอไปในภาพที่ 1 โดยพบว่า อัตราตายปรับฐานจากโรคเอดส์ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นนับตั้งแต่ปี 2544 – 2546 และเริ่มลดลงในปี 2547 –

2548 ทั้งในภาพรวมทั้งประเทศและระหว่างภาค โดยอัตราตายปรับฐานจากโรคเอดส์ ที่เพิ่มสูงขึ้นระหว่างปี 2544 – 2546 สอดคล้องกับการศึกษาของ สมเจต ตั้งเจริญศิลป์ ใน แถวตสรร นามวาท และคณะ (2547, หน้า 26) โดยภาคที่มีอัตราตายปรับฐานสูงกว่าอัตราตายปรับฐานรวมทั้งประเทศคือ ภาคเหนือ ซึ่งมีอัตราตายปรับฐานจากโรคเอดส์สูงสุด รองลงมาคือ ภาคกลางและภาคใต้ ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราตายปรับฐานจากโรคเอดส์ต่ำกว่าอัตราตายปรับฐานรวมทั้งประเทศ

ภาพที่ 3 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) จากโรคเอดส์ (B20-B24) ในประชากรไทย  
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุและรายภาค พ.ศ. 2548

อัตราตายปรับฐานจากโรคเอดส์ในปี พ.ศ. 2548 พบการตายสูงสุดในภาคเหนือ รองลงมาคือ ภาคกลาง ในขณะที่ภาคใต้มีอัตราตายปรับฐานจากโรคเอดส์ใกล้เคียงกับภาพรวมทั้งประเทศ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราตายปรับฐานจากโรคเอดส์ต่ำสุด

การตายจากโรคเอดส์ในประชากรไทย พบได้ตั้งแต่แรกเกิดและมีความชัดเจนในตั้งแต่อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มอายุที่มีอัตราการตายปรับฐานจากโรคเอดส์สูงสุด คือ กลุ่มอายุ 30-39 ปี และการตายจากโรคเอดส์เริ่มลดลงหลังจากอายุ 40 ปี ขึ้นไป ซึ่งพบได้ในทุกภาคของประเทศไทย รวมทั้งในภาพรวมของประเทศ



**โดยสรุป** อัตราตายอย่างหายาบจากโรคเอดส์ มีแนวโน้มลดลงนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ในขณะที่อัตราตายปรับฐานจากโรคเอดส์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2544-2546 และเริ่มมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา ทั้งนี้ อาจเนื่องจากโรคเอดส์มีระยะฟักตัวของโรคนาน จึงมีการสะสมของจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์สูงและทยอยแสดงอาการของผู้ติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้น และเสียชีวิตในเวลาต่อมา แต่เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีการรณรงค์การป้องกันผู้ติดเชื้อเอดส์ทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไปรวมทั้งกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับการสนับสนุนยาต้านเอดส์ที่เป็นรูปธรรม และต่อเนื่องมานับตั้งแต่ปี 2540 ทำให้จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์มีแนวโน้มลดลง

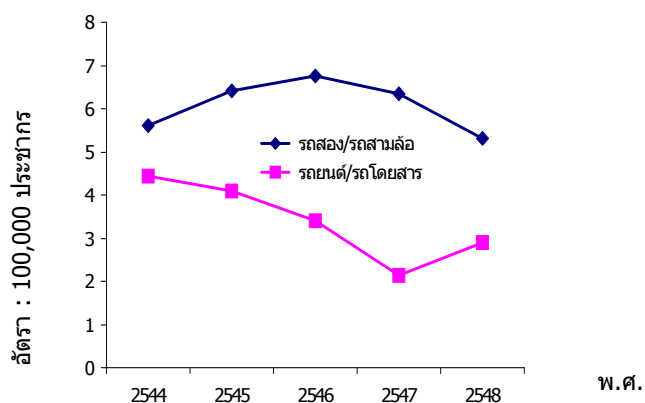
## สถานการณ์เกี่ยวกับอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ

### อัตราการตายของการบาดเจ็บจากการขนส่งทางบกในประเทศไทย พ.ศ. 2544 - 2548

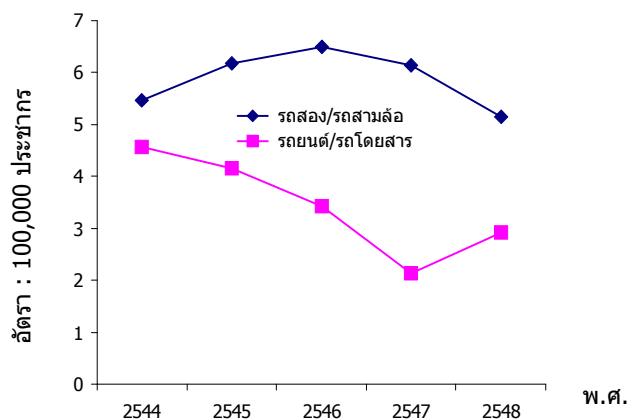
กระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์เพื่อลดการบาดเจ็บจากการขนส่งทางบก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการบาดเจ็บจากการขับขี่รถสองล้อและสามล้อ รวมถึงการบาดเจ็บจากรถยนต์และรถโดยสาร การศึกษาในครั้งนี้จึงให้ความสำคัญการศึกษาในเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้เพราะไม่ใช่เป็นเพียงแต่ประเด็นทางนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการเพิ่มขึ้นของปัญหาตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา รหัสกลุ่มโรค ICD-10 ที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ V10-V39 สำหรับการบาดเจ็บที่เกิดจากรถสองล้อและสามล้อ และ V40-V79 สำหรับการบาดเจ็บที่เกิดจากรถยนต์และรถโดยสาร ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาแนวโน้มอัตราการตายอย่างหยابและอัตราการปรับฐานของการบาดเจ็บจากการขับขี่รถสองล้อและสามล้อ รวมถึงการบาดเจ็บจากรถยนต์และรถโดยสาร
2. ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการตายอย่างหยابและอัตราการปรับฐานของการบาดเจ็บจากการขับขี่รถสองล้อและสามล้อ รวมถึงการบาดเจ็บจากรถยนต์และรถโดยสารระหว่างภาค
3. ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการตายอย่างหยابและอัตราการปรับฐานของการบาดเจ็บจากการขับขี่รถสองล้อและสามล้อ รวมถึงการบาดเจ็บจากรถยนต์และรถโดยสารระหว่างภาคและกลุ่มอายุ

ภาพที่ 4 อัตราตายอย่างหยาบ (ต่อแสนประชากร) ของการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถสองล้อ/รถสามล้อ (V10-V39) และรถยนต์/รถโดยสาร (V40-V79) พ.ศ. 2544 – 2548

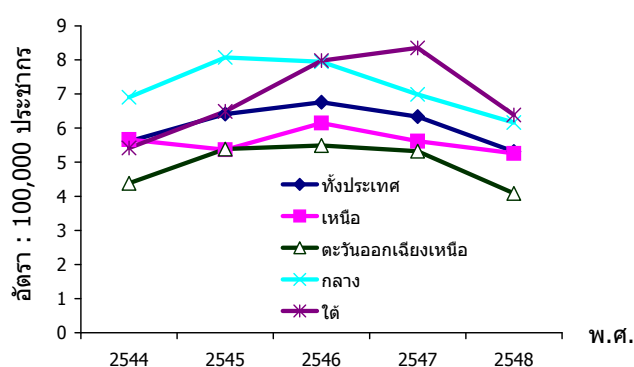


ภาพที่ 5 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) ของการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถสองล้อ/รถสามล้อ(V10-V39) และรถยนต์/รถโดยสาร (V40-V49) พ.ศ. 2544 – 2548



อัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ ซึ่งมีสาเหตุจากรถสองล้อและรถสามล้อรวมถึงรถยนต์และรถโดยสาร แสดงถึงแนวโน้มที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บซึ่งมีสาเหตุจากรถสองล้อและรถสามล้อ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2544-2546 และมีแนวโน้มลดลงในปี 2547-2548 ในขณะที่การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บซึ่งมีสาเหตุจากรถยนต์และรถโดยสาร มีทิศทางแนวโน้มตรงข้ามกัน คือ มีแนวโน้มลดลงระหว่างปี 2544 – 2546 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2547-2548

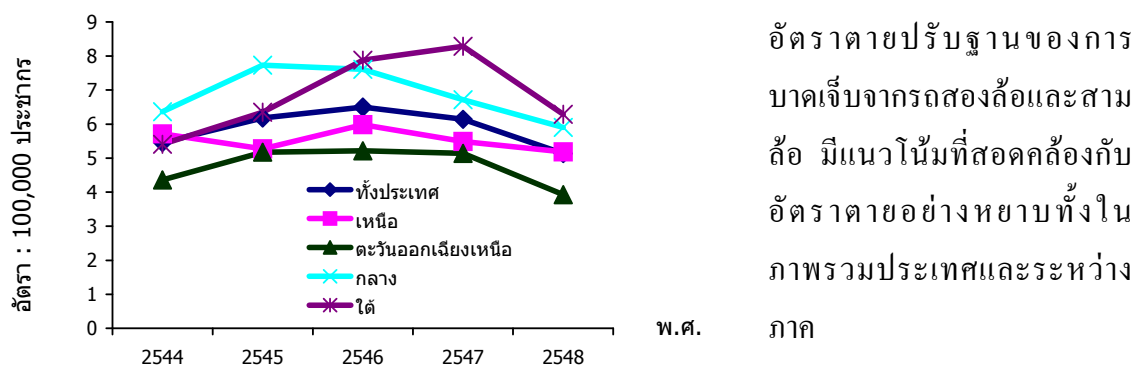
ภาพที่ 6 อัตราตายอย่างหยาบ (ต่อแสนประชากร) ของการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถสองล้อและรถสามล้อ (V10-V39) เปรียบเทียบระหว่างภาค พ.ศ. 2544 – 2548



อัตราตายอย่างหยาบของการบาดเจ็บจากรถสองล้อและสามล้อในภาพรวมประเทศและระหว่างภาคมีแนวโน้มที่คล้ายกัน คือ ในช่วงระยะ 1-2 ปีแรกจะเพิ่มขึ้นและลดลงในปีถัดไป โดยภาคกลางและภาคใต้มีอัตราตายอย่างหยาบของการบาดเจ็บจากรถสองล้อ

และสามล้อสูงกว่าอัตราตายรวม ซึ่งภาคกลางอัตราตายเพิ่มขึ้นในปี 2544 – 2545 และลดลงในปีถัดไป สำหรับภาคใต้อัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นนับจากปี 2544 – 2547 และลดลงในปี 2547 – 2548 ในขณะที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราตายอย่างหยาบของการบาดเจ็บจากรถสองล้อและรถสามล้อต่ำกว่าอัตราตายรวม ซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราตายอย่างต่ำสุด ข้อพึงสังเกต คือ ภาคเหนือ อัตราตายอย่างหยาบของการบาดเจ็บจากรถสองล้อและรถสามล้อ มีแนวโน้มลดลงในระยะแรก (2544 – 2545) และเพิ่มขึ้นในปี 2546 หลังจากนั้นจึงมีแนวโน้มลดลงในปี 2548

ภาพที่ 7 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) ของการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถสองล้อ และรถสามล้อ (V10-V39) เปรียบเทียบระหว่างภาค พ.ศ. 2544 – 2548



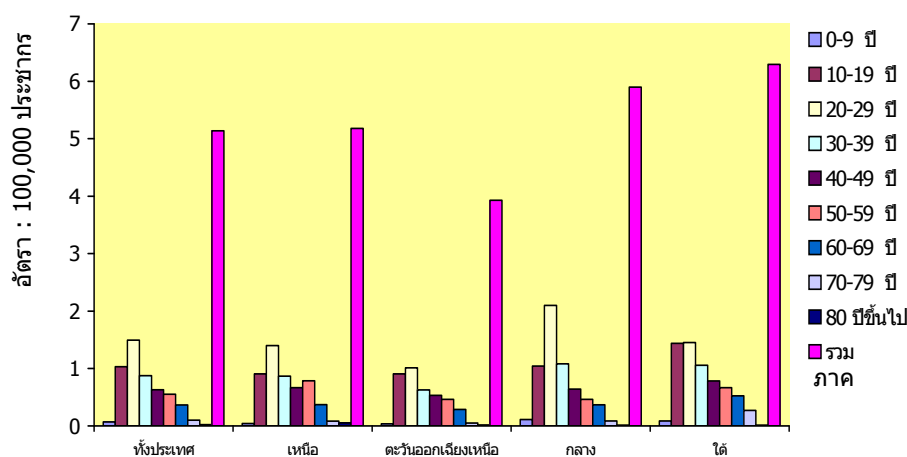
อัตราตายปรับฐานของการบาดเจ็บจากรถสองล้อและสามล้อ มีแนวโน้มที่สอดคล้องกับอัตราตายอย่างหยابทั้งในภาพรวมประเทศและระหว่างภาค

การที่อัตราตายอย่างหยابและอัตราตายปรับฐานของการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถสองล้อและรถสามล้อ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกันนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการวินิจฉัยสาเหตุการตายและการลงทะเบียนในมรณบัตรมีความถูกต้องมากขึ้น รวมถึงประชากรที่ใช้ในการเปรียบเทียบในแต่ละปีมีลักษณะการกระจายของสัดส่วนอายุประชากรสอดคล้องกับประชากรมาตรฐานที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราตายจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถสองล้อและสามล้อ มีแนวโน้มลดลง คือ การรณรงค์สวมหมวกกันน็อกในผู้ขับขี่ ซึ่งดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทยและกรมการขนส่งทางบก

**ภาพที่ 8** อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) ของการบาดเจ็บ ซึ่งมีสาเหตุจากรถสองล้อและรถสามล้อ (V10-V39) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุและระหว่างภาค พ.ศ. 2548

อัตราตายปรับฐานจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถสองล้อและรถสามล้อในปี พ.ศ. 2548 พบว่า ภาคที่มีอัตราตายปรับฐานสูงกว่าอัตราตายทั้งประเทศคือ ภาคใต้ ซึ่งมีอัตราตายสูงสุด รองลงมาคือ ภาคกลางและภาคเหนือ ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราตายต่ำสุดและต่ำกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ

การตายจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถสองล้อและรถสามล้อ เริ่มพบได้ตั้งแต่ อายุ 10 ปี ขึ้นไป โดยกลุ่มอายุที่มีอัตราตายปรับฐานสูงสุด จากการบาดเจ็บซึ่งมีสาเหตุจากรถสองล้อและรถสามล้อคือ กลุ่มอายุ 20-29 ปี และการตายจากการบาดเจ็บชนิดนี้เริ่มลดลงในกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป ซึ่งพบได้ในทุกภาคของประเทศไทยรวมทั้งในภาพรวมประเทศ ข้อพึงสังเกตคือ ในภาคเหนือกลุ่มอายุ 50-59 ปี จะมีอัตราตายปรับฐานสูงกว่ากลุ่มอายุ 40-49 ปี

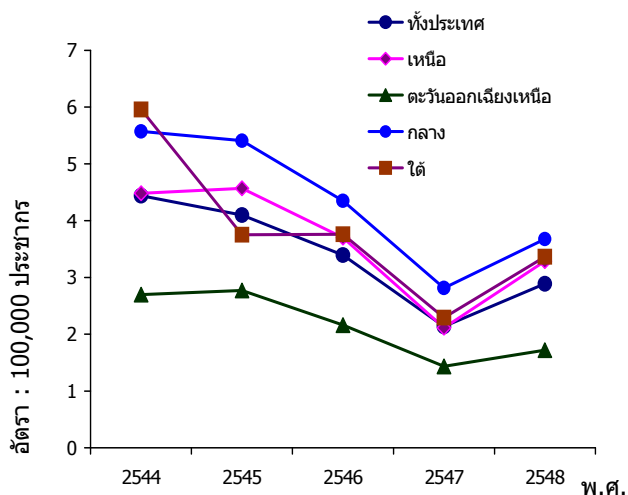


**โดยสรุป** อัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐาน จากการบาดเจ็บซึ่งมีสาเหตุจากรถสองล้อและรถสามล้อ มีแนวโน้มการตายที่เป็นรูปแบบเดียวกัน คือ เพิ่มขึ้นในช่วงปี 2544-2545 หลังจากนั้นจะมีแนวโน้มการตายลดลง ทั้งนี้ เป็นผลสืบเนื่องการผลักดันนโยบายการรณรงค์การสวมหมวกกันน็อคในผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์โดยกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการป้องกันและปราบปรามทั้งจากกระทรวงมหาดไทยและกรมการขนส่งทางบก



ภาพที่ 9 อัตราตายอย่างหยาบ (ต่อแสนประชากร) ของการบาดเจ็บที่มีสาเหตุ  
จากรถยนต์และรถโดยสาร (V40 - V79) เปรียบเทียบระหว่างภาค  
พ.ศ. 2544 – 2548

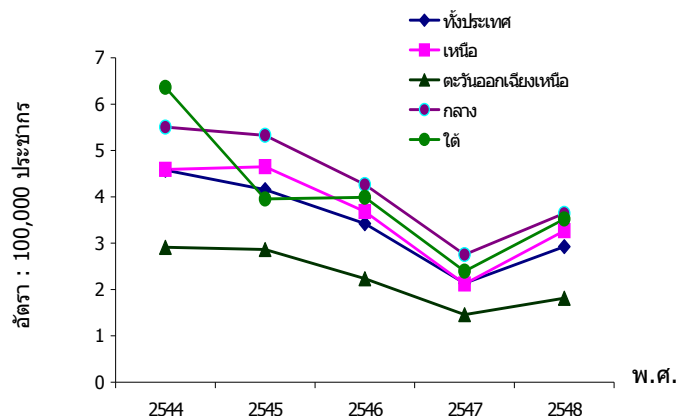
อัตราตายอย่างหยาบของการ  
บาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถยนต์และ  
รถโดยสารในภาพรวมทั้งประเทศ  
และระหว่างภาค มีรูปแบบ  
แนวโน้มการตายแบบเดียวกันคือ  
ลดลงตั้งแต่ปี 2544 – 2547 และ  
เพิ่มขึ้นในปี 2548



โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นภาคเดียวที่มีอัตราตายอย่างหยาบต่ำกว่าอัตราตายรวมของทั้ง  
ประเทศ ข้อสังเกตคือ ภาคใต้เป็นภาคที่อัตราตายอย่างหยาบของการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถยนต์  
และรถโดยสารลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงปี 2544- 2545

ภาพที่ 10 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) ของการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถยนต์และรถโดยสาร (V40-V79) เปรียบเทียบระหว่างภาค พ.ศ. 2544 – 2548

อัตราตายปรับฐานของการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถยนต์และรถโดยสาร มีแนวโน้มสอดคล้องกับอัตราตายอย่างหยาบ ทั้งในภาพรวมประเทศและระหว่างภาค



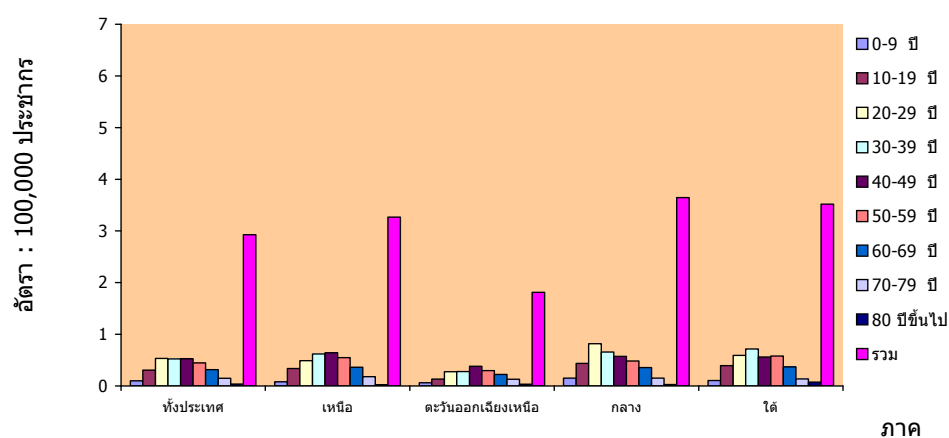
การที่อัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานของการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถยนต์และรถโดยสาร มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกันนั้นส่วนหนึ่งมาจากการวินิจฉัยการตายและการลงทะเบียนใบมรณบัตรมีความถูกต้องมากขึ้น รวมถึงประชากรที่ใช้ในการเปรียบเทียบในแต่ละปี มีลักษณะการกระจายของโครงสร้างอายุใกล้เคียงกับประชากรมาตรฐานที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราตายจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถยนต์และรถโดยสารมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี 2544 – 2547 เป็นผลสืบเนื่องจากการรณรงค์ในเรื่องของการคาดเข็มขัดนิรภัยและเมาไม่ขับ สำหรับการเพิ่มขึ้นของอัตราตายในช่วงปี 2547 – 2548 นั้น ส่วนหนึ่งอาจมีสาเหตุจากการให้มีวันหยุดทำงานนานติดต่อกันในช่วงเทศกาลสำคัญ

**ภาพที่ 11** อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) ของการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถยนต์ และรถโดยสาร(V40-V79)เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุและระหว่างภาค พ.ศ.2548

อัตราตายปรับฐานจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถยนต์ และรถโดยสารในปี พ.ศ. 2548 พบว่า ภาคที่มีอัตราตายสูงสุดคือ ภาคกลาง รองลงมาคือ ภาคใต้และภาคเหนือ ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นภาคที่มีอัตราตายต่ำสุดและต่ำกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ

การตายจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถยนต์และรถโดยสาร เริ่มพบได้ตั้งแต่อายุ 10 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มอายุที่พบอัตราตายปรับฐานสูงสุดมีความแตกต่างกันในแต่ละภาค ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอัตราตายปรับฐานสูงสุดในกลุ่มอายุ 40-49 ปี ในขณะที่ภาคกลางเป็นกลุ่มอายุ 20-29 ปี และภาคใต้เป็นกลุ่มอายุ 30-39 ปี

ข้อ พิ้ง สั ง เก ต คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะมีอัตราตายปรับฐานจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถยนต์และรถโดยสารต่ำกว่าทุกภาคในทุกกลุ่มอายุ ในขณะที่เดียวกันอัตราตายปรับฐานนี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ยกเว้นภาคใต้ ซึ่งจะพบอัตราตายปรับฐานสูงขึ้นในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ก่อนที่อัตราตายปรับฐานดังกล่าวจะลดลง



**โดยสรุป** อัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากรถยนต์ และรถโดยสาร มีแนวโน้มการตายที่เป็นรูปแบบเดียวกันคือลดลงตั้งแต่ปี 2544 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2547 และในภาพรวมของประเทศ โดยเฉพาะในปี 2548 พบว่า ไม่มีความแตกต่างของการตายระหว่างกลุ่มอายุ 20-49 ปี แต่มีความแตกต่างของการตายในกลุ่มอายุระหว่างภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคกลาง ภาคใต้และภาคเหนือ

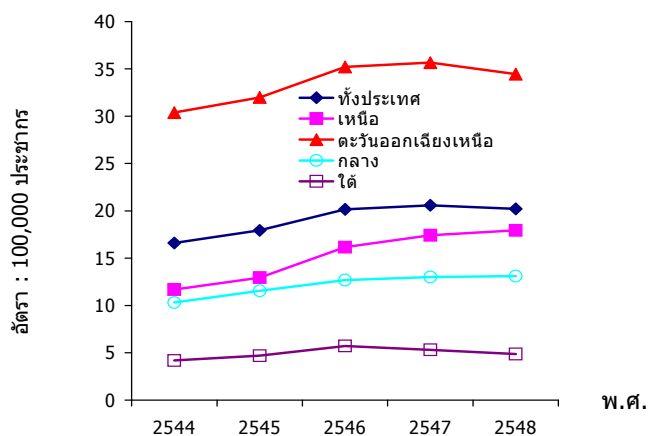
## สถานการณ์โรคเรื้อรัง

### อัตราการตายจากโรคมะเร็งในประเทศไทย พ.ศ. 2544 - 2548

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งตับและมะเร็งปอด ซึ่งสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุร่วมที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็งดังกล่าว เช่น มะเร็งตับจากผู้ที่สัมผัส Vinyl chloride หรือมะเร็งตับจากการสัมผัสไวนิลคลอไรด์ ในขณะที่ยังมีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ทั้งโดยทางตรง (Direct smoke) และการสัมผัสโดยทางอ้อม (Indirect smoke) รหัสกลุ่มโรค ICD-10 ที่นำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ C22 – C22.9 สำหรับมะเร็งตับและ C34-C34.9 สำหรับมะเร็งปอด โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ

1. ศึกษาแนวโน้มอัตราการตายอย่างหายาและอัตราการตายปรับฐานของโรคมะเร็งตับและมะเร็งปอด
2. ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการตายอย่างหายาและอัตราการตายปรับฐานของมะเร็งตับและมะเร็งปอดระหว่างภาค
3. ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการตายอย่างหายาและอัตราการตายปรับฐานของมะเร็งตับและมะเร็งปอดระหว่างภาคและกลุ่มอายุ

ภาพที่ 12 อัตราตายอย่างหยาบ (ต่อแสนประชากร) ของโรคมะเร็งตับ (C22-C22.9) เปรียบเทียบระหว่างภาค พ.ศ. 2544 – 2548

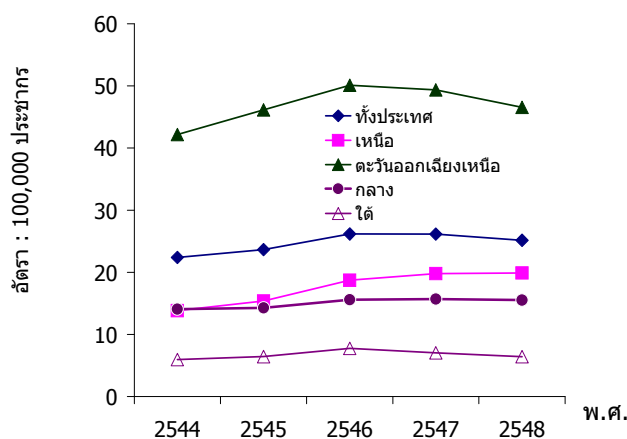


อัตราตายอย่างหยาบของมะเร็งตับ มีแนวโน้มค่อย ๆ เพิ่มขึ้นนับตั้งแต่ปี 2544 และมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในปี 2547 – 2548 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคเดียวที่มีอัตราตายอย่างหยาบสูงสุดและสูงกว่าอัตราตายโดยรวมของทั้งประเทศ ในขณะที่ภาคเหนือ

ภาคกลางและภาคใต้ มีอัตราตายอย่างหยาบต่ำกว่าอัตราตายโดยรวมของทั้งประเทศ

ภาพที่ 13 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) ของโรคมะเร็งตับ (C22-C22.9) เปรียบเทียบระหว่างภาค พ.ศ. 2544 – 2548

อัตราตายปรับฐานของมะเร็งตับ มีแนวโน้มสอดคล้องกับอัตราตายอย่างหยาบทั้งในภาพรวมประเทศและระหว่างภาคการที่อัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานของโรคมะเร็งตับ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกันนั้น สาเหตุสำคัญคือระบบการลงทะเบียนการตายที่มีสาเหตุจากโรค

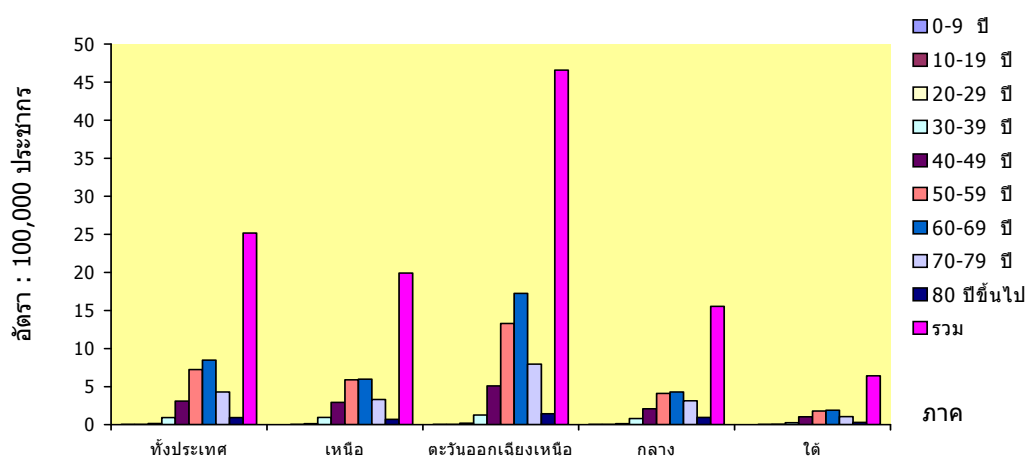


มะเร็ง เป็นระบบที่ตีระบบหนึ่งที่ใช้ในการรายงานการตาย สำหรับการตายของโรคมะเร็งตับที่ดูเหมือนว่าจะมีแนวโน้มลดลงนั้นจะต้องทำการศึกษาต่อว่าลดลงจริงเนื่องจากการที่กระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการในการป้องกันควบคุมต่อการเกิดโรคมะเร็งตับที่ดีขึ้นหรือลดลงจากสาเหตุอื่น

ภาพที่ 14 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) ของโรคมะเร็งตับ (C22-C22.9)  
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุและระหว่างภาค พ.ศ. 2548

อัตราตายปรับฐานจากโรคมะเร็งตับ ในปี พ.ศ. 2548 พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นภาคที่มีอัตราการตายสูงสุด และสูงกว่าอัตราโดยรวมของทั้งประเทศ ในขณะที่ภาคใต้มีอัตราตายปรับฐานจากโรคมะเร็งตับต่ำสุด

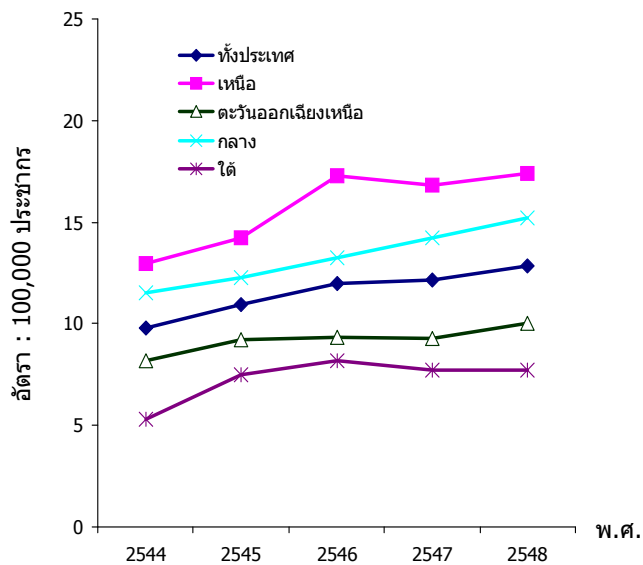
ในภาพรวมประเทศ กลุ่มอายุที่เริ่มพบการตายจากมะเร็งตับคือ อายุ 30 ปีขึ้นไป และพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี แต่ทั้งนี้มีความแตกต่างกันระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคอื่น ๆ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะพบมะเร็งตับสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ในขณะที่ภาคอื่น ๆ จะพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 50-59 ปี และ 60-69 ปี ในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน



ข้อพึงสังเกตคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีอัตราตายปรับฐานจากโรคมะเร็งตับสูงสุด และสูงกว่าอัตราตายโดยรวมทั้งประเทศและสูงกว่าในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งตรงกันข้ามกับภาคใต้ ที่มีอัตราตายปรับฐานจากโรคมะเร็งตับต่ำสุด

**โดยสรุป** อัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานจากโรคมะเร็งตับ มีแนวโน้มการตายที่เป็นรูปแบบเดียวกัน คือ มีแนวโน้มค่อย ๆ เพิ่มขึ้นนับตั้งแต่ปี 2544 – 2547 และดูเหมือนว่าจะมีแนวโน้มลดลงในปี 2547 – 2548 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่พบการตายจากโรคมะเร็งตับสูงสุด และสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศและในทุกกลุ่มอายุ ในขณะเดียวกันควรทำการศึกษาดูตามแนวโน้มการตายจากโรคมะเร็งตับอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการวางแผนป้องกันควบคุมที่ตรงตามเป้าหมาย

ภาพที่ 15 อัตราตายอย่างหยาบ (ต่อแสนประชากร) จากโรคมะเร็งปอด (C34-C34.9) เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2544 – 2548



อัตราตายอย่างหยาบจากโรคมะเร็งปอดในภาพรวมทั้งประเทศและระหว่างภาคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยกเว้นภาคใต้ที่มีแนวโน้มลดลงในปี 2546 – 2548 โดยภาคเหนือและภาคกลางมีอัตราตายอย่างหยาบจากโรคปอดสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ มีอัตราตาย

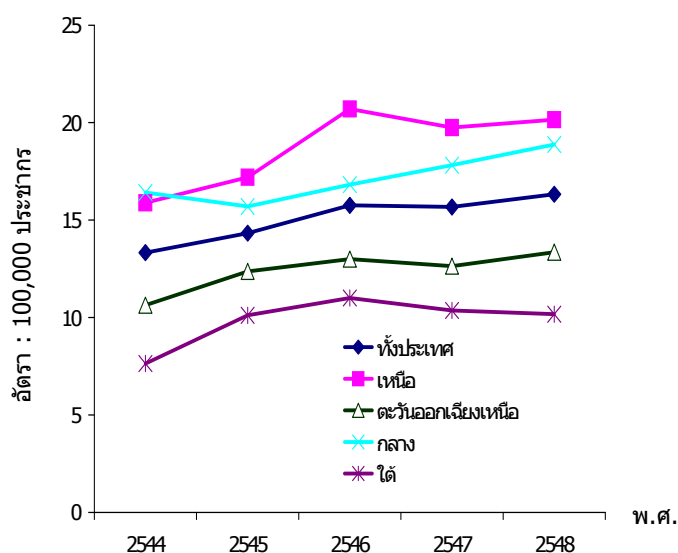
ที่ต่ำกว่า ข้อพึงสังเกต คือ อัตราตายอย่างหยาบจากมะเร็งปอดในภาคเหนือ มีแนวโน้มลดลงในช่วงปี 2546 – 2547 แต่แนวโน้มนั้นกลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วง 2547 – 2548 ทั้งนี้ อัตราตายอย่างหยาบของโรคมะเร็งปอดในภาคเหนือ ก็ยังคงสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ

ภาพที่ 16 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) จากโรคมะเร็งปอด (C34-C34.9) เปรียบเทียบระหว่างภาค พ.ศ. 2544 – 2548

อัตราตายปรับฐานของโรคมะเร็งตับ มีแนวโน้มและทิศทางสอดคล้องกับอัตราตายอย่างหายาบ ทั้งในภาพรวมประเทศและระหว่างภาค

การที่อัตราตายปรับฐานและอัตราตายอย่างหายาบของโรคมะเร็งปอด มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกันนั้น สาเหตุสำคัญคือระบบการลงทะเบียนการตายที่มีสาเหตุจากโรคมะเร็งเป็นระบบที่ดีระบบหนึ่ง ที่ใช้ในการรายงานสาเหตุการตายโดยมะเร็งปอดมีแนวโน้มลดลงในปี 2546 – 2547 และกลับเพิ่มขึ้นในปี 2547 – 2548 ในทุกภาค ยกเว้นภาคใต้ ซึ่ง

มะเร็งปอดมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย นับตั้งแต่ปี 2546 ซึ่งรูปแบบนี้ยังไม่สามารถสรุปทิศทางแนวโน้มที่ชัดเจนได้จำเป็นต้องอาศัยการศึกษาติดตามต่อเนื่อง ร่วมกับการใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งปอดที่เป็นรูปธรรม ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขยังคงดำเนินการอยู่

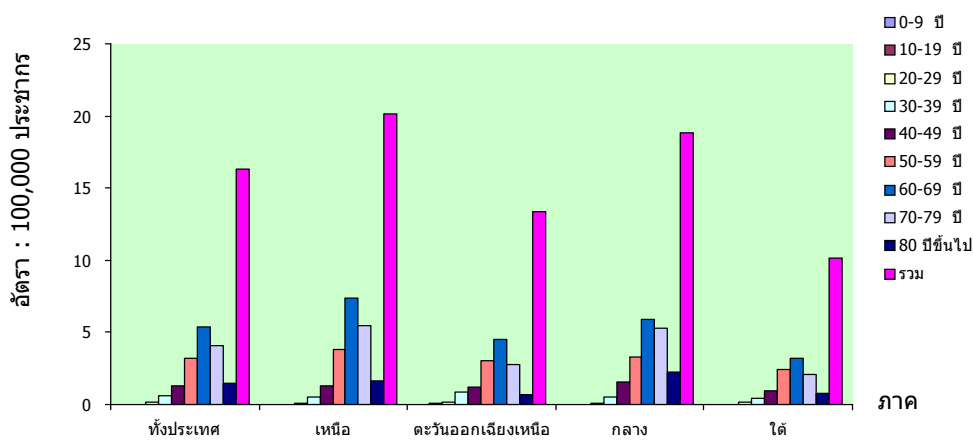




ภาพที่ 17 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) จากโรคมะเร็งปอด (C34-C34.9) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุและระหว่างภาค พ.ศ. 2548

อัตราตายปรับฐานจากโรคมะเร็งปอด ในปี พ.ศ. 2548 พบว่า ภาคเหนือและภาคกลาง มีอัตราตายสูงกว่าอัตราตายปรับฐานรวมทั้งประเทศ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ มีอัตราปรับฐานจากโรคมะเร็งปอดต่ำกว่าอัตราตายโดยรวมของประเทศ

ในภาพรวมประเทศ กลุ่มอายุที่เริ่มพบการตายจากมะเร็งปอดคือ กลุ่มอายุ 20-29 ปี และการตายนี้มีความชัดเจนในกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป และพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี หลังจากนั้น จะเริ่มลดลง ซึ่งรูปแบบนี้พบได้ในทุกภาค ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ การตายจากโรคมะเร็งปอดจะมีอัตราตายปรับฐานที่ใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มอายุ 50-59 ปี และ 70-79 ปี



ข้อพึงสังเกต คือ ภาคเหนือและภาคกลาง มีอัตราตายปรับฐานจากโรคมะเร็งปอดสูงกว่าอัตราตายปรับฐานโดยรวมทั้งประเทศรวมทั้งสูงกว่าในทุกกลุ่มอายุ

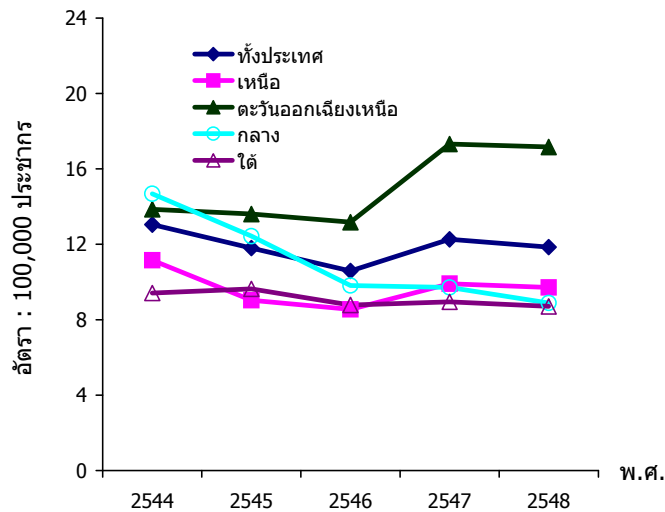
**โดยสรุป** อัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานจากโรคมะเร็งปอด มีแนวโน้มการตายที่เป็นรูปแบบเดียวกัน คือ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นยกเว้นภาคใต้ ซึ่งดูเหมือนว่าจะมีแนวโน้มลดลง โดยภาคเหนือและภาคกลางเป็นภาคที่พบอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอดสูงกว่าอัตราการตายโดยรวมทั้งประเทศ และควรศึกษาติดตามการตายจากมะเร็งปอดอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ จะให้ทราบแนวโน้มและทิศทางการตายที่ชัดเจนทั้งในภาพรวมประเทศและระหว่างภาคเพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการป้องกันควบคุมที่ตรงตามเป้าหมาย

## อัตราตายจากโรคเบาหวานในประเทศไทย พ.ศ. 2544- 2548

เบาหวานเป็นทั้งโรคและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ประเทศไทยและประชากรโลกเผชิญอยู่ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา รหัสโรค ICD-10 ที่นำมาใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ E10.0 – E14.9 โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อ

1. ศึกษาแนวโน้มอัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานของโรคเบาหวาน
2. ศึกษาเปรียบเทียบอัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานของโรคเบาหวาน ระหว่างภาค
3. ศึกษาเปรียบเทียบอัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานของโรคเบาหวาน ระหว่างภาคและกลุ่มอายุ

ภาพที่ 18 อัตราตายอย่างหยาบ (ต่อแสนประชากร) จากโรคเบาหวาน (E10.0-E14.9) เปรียบเทียบระหว่างภาค พ.ศ. 2544 – 2548



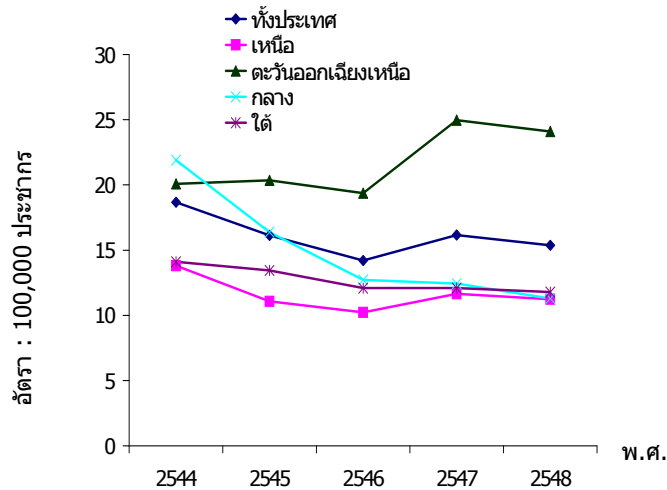
อัตราตายอย่างหยาบจากโรคเบาหวานในภาพรวมทั้งประเทศลดลงในช่วงปี 2544 – 2546 และเพิ่มขึ้นในปี 2546 – 2547 และลดลงเล็กน้อยในปี 2547- 2548 ซึ่งรูปแบบดังกล่าวพบได้ในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีอัตราตายอย่างหยาบจากเบาหวานสูงกว่าอัตราตายโดยรวมของทั้งประเทศ โดยภาคกลางและภาคใต้ มีอัตราตาย

อย่างหยาบจากเบาหวานต่ำกว่าและมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากอัตราตายรวมทั้งประเทศ

สำหรับภาคกลางเป็นภาคที่มีแนวโน้มของอัตราตายอย่างหยาบจากโรคเบาหวานลดลงอย่างชัดเจน ในช่วงปี 2544 – 2546 และค่อย ๆ ลดลงในช่วงปี 2547-2548 ในขณะที่ภาคใต้อัตราตายจากโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดเป็นช่วง ๆ

ภาพที่ 19 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) จากโรคเบาหวาน (E10.0-E14.9) เปรียบเทียบระหว่างภาค ปี พ.ศ. 2544 – 2548

อัตราตายปรับฐานของโรคเบาหวานในภาพรวมของประเทศ มีแนวโน้มลดลงในช่วงปี 2544 – 2546 หลังจากนั้นเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในช่วงปี 2547 – 2548 ซึ่งรูปแบบนี้พบได้เช่นเดียวกับในภาคเหนือ

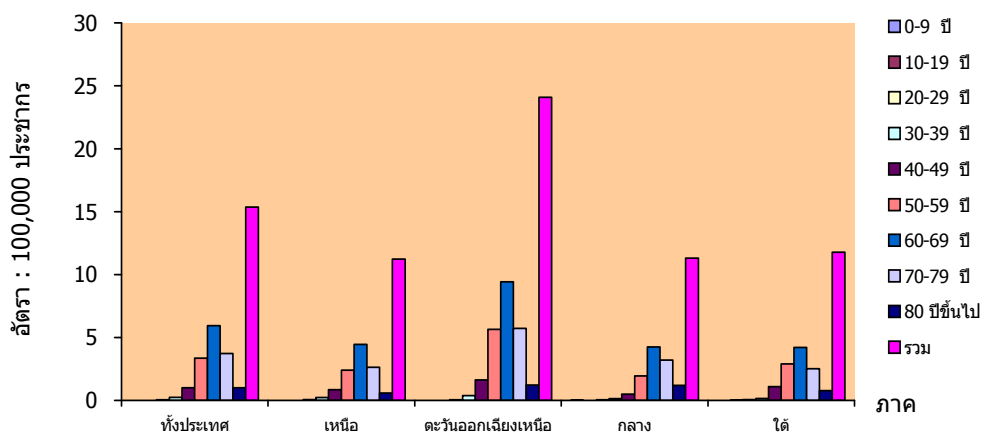


สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีอัตราตายปรับฐานจากโรคเบาหวานสูงสุดและสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ มีแนวโน้มของการตายเพิ่มขึ้นและลดลงในช่วงปี 2544 – 2546 หลังจากนั้น จึงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปี 2547 และลดลงเล็กน้อยในปี 2548 ส่วนภาคกลางและภาคใต้ อัตราตายปรับฐานจากโรคเบาหวานลดลงนับตั้งแต่ปี 2544

ภาพที่ 20 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) จากโรคเบาหวาน (E10.0-E14.9) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุและระหว่างภาค พ.ศ. 2548

อัตราตายปรับฐานจากโรคเบาหวาน ใน พ.ศ. 2548 พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราตายปรับฐานจากโรคเบาหวานสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศและในทุกกลุ่มอายุ ในขณะที่ภาคอื่น ๆ มีอัตราตายปรับฐานจากโรคเบาหวานต่ำกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ

ในภาพรวมทั้งประเทศ กลุ่มอายุที่เริ่มพบการตายจากโรคเบาหวาน คือ กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป และพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเริ่มลดลงในอายุ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งรูปแบบนี้พบได้ในทุกภาคของประเทศ ข้อพึงสังเกตคือ ภาคใต้ มีอัตราตายปรับฐานจากโรคเบาหวานในกลุ่มอายุ 50-59 ปี สูงกว่ากลุ่มอายุ 70-79 ปีเล็กน้อย



**โดยสรุป** อัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานจากโรคเบาหวานมีแนวโน้มลดลง แสดงให้เห็นถึงมาตรการการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งเกิดจากความร่วมมือทั้งจากภาครัฐและเอกชน แต่ทั้งนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีอัตราตายจากโรคเบาหวานสูงสุด และสูงกว่าอัตราตายโดยรวมทั้งประเทศ

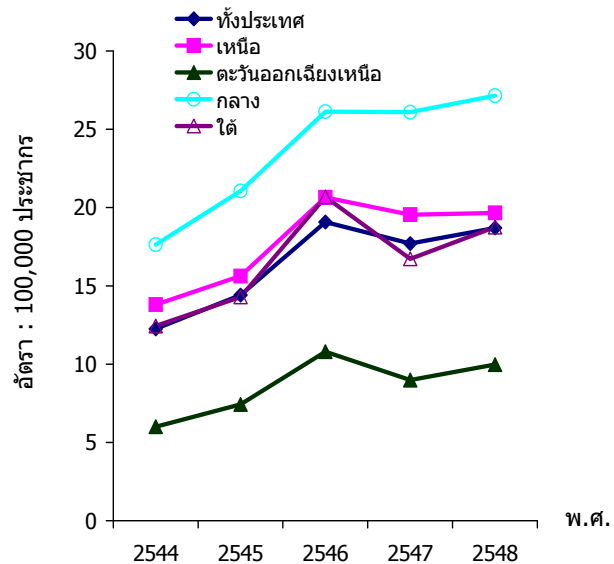
## อัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย พ.ศ. 2544 - 2548

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของประเทศไทย สาเหตุที่สำคัญเกิดจากการเสื่อมของผนังหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดแดงเกิดการแข็งตัว (Atherosclerosis) ส่งผลโดยตรงต่อการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงที่อวัยวะสำคัญของร่างกาย ได้แก่ หัวใจ สมอง ไตและอวัยวะส่วนปลายอื่น ๆ สิ่งสำคัญคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและการตายอันดับแรกของประเทศ ซึ่งได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/อุดตัน หรือหัวใจขาดเลือด (Coronary heart disease / Ischaemic heart disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ ความดันโลหิตสูง (Hypertension), ไขมันในเลือดสูง (hypercholesterolaemia), การสูบบุหรี่ (Cigarette smoking), เบาหวาน (Diabetes mellitus), อ้วน (Obesity) นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจสู่ระบบทุนนิยม ก่อให้เกิดภาวะความเครียดในสังคมซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนการเกิดโรคดังกล่าว รหัสกลุ่มโรค ICD -10 ที่นำมาใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ โรคหัวใจขาดเลือด (I20 – I25) และโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I 69) โดยการศึกษารั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

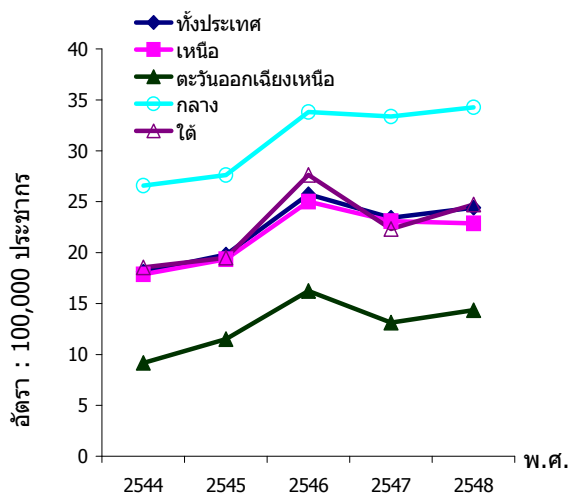
1. ศึกษาแนวโน้มอัตราการตายอย่างหยาบและอัตราการตายปรับฐานจากโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง
2. ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการตายอย่างหยาบและอัตราการตายปรับฐานจากโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างภาค
3. ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการตายอย่างหยาบและอัตราการตายปรับฐานจากโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างภาคและกลุ่มอายุ

ภาพที่ 21 อัตราตายอย่างหยาบ (ต่อแสนประชากร) จากโรคหัวใจขาดเลือด (I20 – I25) เปรียบเทียบระหว่างภาค พ.ศ. 2544 – 2548

อัตราตายอย่างหยาบจากโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้ดูเหมือนว่าจะลดลงในปี 2546-2547 แต่ก็กลับเพิ่มขึ้นในปี 2547-2548 ทั้งในภาพรวมทั้งประเทศและในระหว่างภาค โดยภาคกลางเป็นภาคที่มีอัตราตายอย่างหยาบจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงสุดและสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ ในขณะที่ภาคเหนือและภาคใต้มีอัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศเล็กน้อย



ภาพที่ 22 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) จากโรคหัวใจขาดเลือด (I20 – I25) เปรียบเทียบระหว่างภาค ปี พ.ศ. 2544 – 2548



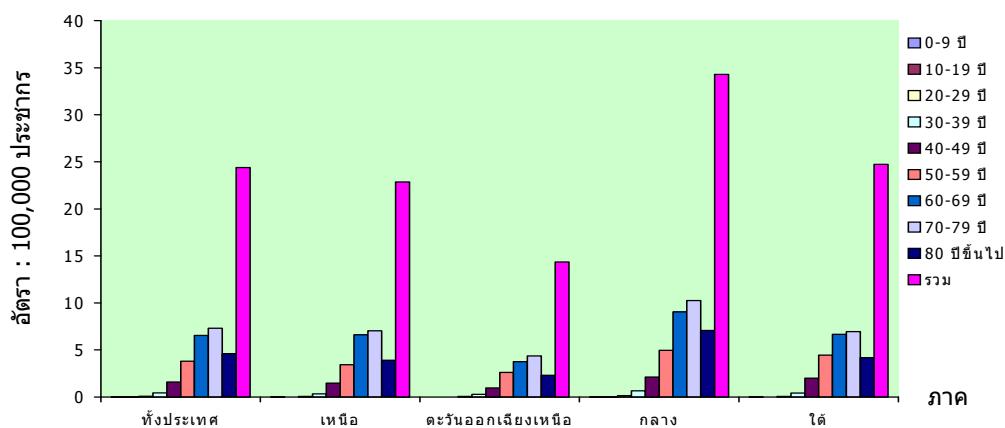
อัตราตายปรับฐานจากโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มที่ทิศทางสอดคล้องกับอัตราตายอย่างหยาบ ทั้งในภาพรวมทั้งประเทศและในระหว่างภาค โดยภาคกลางเป็นภาคที่มีอัตราตายปรับฐานจากโรคหัวใจสูงสุดและสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ ส่วนภาคเหนือและภาคใต้มีอัตราตายปรับฐานจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศเล็กน้อย

ข้อพึงสังเกต คือ ภาคใต้มีอัตราตายปรับฐานจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าภาคเหนือ ซึ่งต่างจากอัตราตายอย่างหยาบดังกล่าวข้างต้น

ภาพที่ 23 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) จากโรคหัวใจขาดเลือด (I20 – I25) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุและระหว่างภาค พ.ศ. 2548

อัตราตายปรับฐานจากโรคหัวใจขาดเลือด ใน พ.ศ. 2548 พบว่าภาคกลางมีอัตราตายปรับฐานจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ และในทุกกลุ่มอายุ ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราตายปรับฐานจากโรคหัวใจขาดเลือดต่ำสุดทั้งในภาพรวมและในทุกกลุ่มอายุ ข้อพึงสังเกตคือ ภาคใต้มีอัตราตายปรับฐานจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศเล็กน้อย ในขณะที่ภาคเหนือมีอัตราตายรวมต่ำกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ แต่ทั้ง 2 ภาค มีการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดในทุกกลุ่มอายุใกล้เคียงกับภาพรวมของทั้งประเทศ

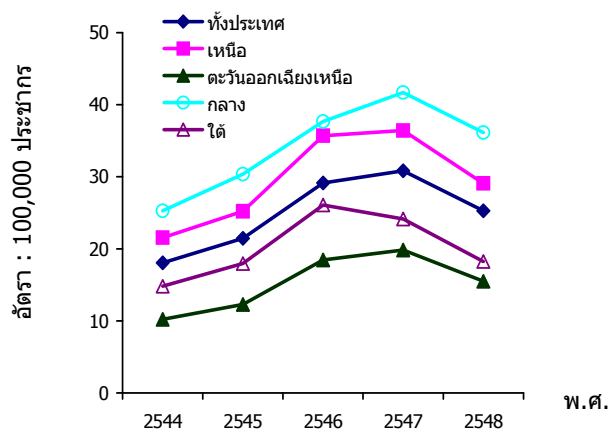
ในภาพรวมทั้งประเทศ การตายจากโรคหัวใจขาดเลือดเริ่มพบในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป และพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี หลังจากนั้น จึงเริ่มลดลง ซึ่งรูปแบบนี้พบได้ในทุกภาคของประเทศ ข้อพึงสังเกตคือ แม้ว่า จะพบอัตราตายปรับฐานจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี แต่ก็สูงกว่าอัตราตายในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เพียงเล็กน้อย



**โดยสรุป** อัตราตายอย่างหยาบและอัตราปรับฐานจากโรคหัวใจขาดเลือด มีแนวโน้มค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ประเทศไทยก้าวสู่ยุคของการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของการเกิดโรคหัวใจจากภาวะหัวใจรูห์มาติก (ติดเชื้อ) สู่การเกิดโรคหัวใจจากภาวะหลอดเลือดมีการแข็งตัว (Atherosclerotic) ซึ่งภาคที่มีอัตราตายปรับฐานจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศคือ ภาคกลาง รวมทั้งภาคเหนือและภาคใต้ที่มีการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดในทุกกลุ่มอายุ ใกล้เคียงกับอัตราตายรวมทั้งประเทศ



ภาพที่ 24 อัตราตายอย่างหยาบ (ต่อแสนประชากร) จากโรคอัมพฤกษ์, อัมพาต (I60 – I69.9) เปรียบเทียบระหว่างภาค พ.ศ. 2544 – 2548

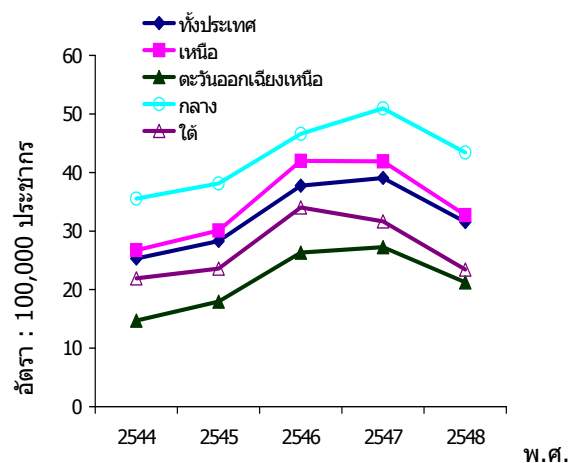


อัตราตายอย่างหยาบจากโรคอัมพฤกษ์, อัมพาต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2544 – 2547 หลังจากนั้น มีแนวโน้มลดลงในปี 2548 ในภาพรวมทั้งประเทศ และพบรูปแบบแนวโน้มเดียวกันในภาคกลางและภาคเหนือ

ซึ่งภาคกลางและภาคเหนือมีอัตราตายอย่างหยาบจากโรคอัมพฤกษ์, อัมพาต สูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ สำหรับภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราตายอย่างหยาบจากโรคอัมพฤกษ์, อัมพาต ต่ำกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ และการตายจากโรคนี้อลดลงก่อนภาคกลางและภาคเหนือ 1 ปี ซึ่งแนวโน้มการตายอย่างหยาบจากโรคอัมพฤกษ์, อัมพาต เริ่มมองเห็นได้ตั้งแต่ปี 2547-2548

ภาพที่ 25 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) จากโรคอัมพฤกษ์, อัมพาต (I60 – I69.9) เปรียบเทียบระหว่างภาค พ.ศ. 2544 – 2548

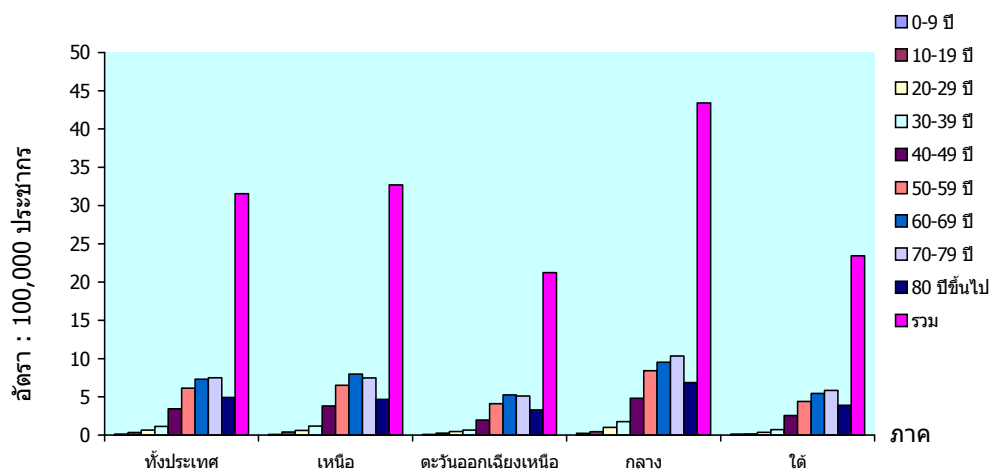
อัตราตายปรับฐานจากโรคอัมพฤกษ์, อัมพาต มีแนวโน้มทิศทางแตกต่างกับอัตราตายอย่างหยาบ โดยในภาพรวมทั้งประเทศ รวมทั้งภาคเหนือ จะพบแนวโน้มการตายเพิ่มขึ้นในปี 2544-2547 และลดลงอย่างชัดเจนในปี 2548 ในขณะที่ภาคเหนือ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบแนวโน้มการตายเพิ่มขึ้นในปี 2544 – 2546 และลดลงในปี 2547 – 2548 ซึ่งแนวโน้มการลดลงของการตายจะเห็นได้อย่างชัดเจนในปี 2548



ภาพที่ 26 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) จากโรคอัมพฤกษ์, อัมพาต (I60 – I69.9) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุและระหว่างภาค พ.ศ. 2548

อัตราตายปรับฐานจากโรคอัมพฤกษ์, อัมพาต ใน พ.ศ. 2548 พบว่า ภาคกลางเป็นภาคที่มีอัตราตายจากโรคนี้สูงสุด และสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ รวมทั้งในทุกกลุ่มอายุ รองลงมาคือ ภาคเหนือ ซึ่งมีอัตราตายปรับฐานจากโรคอัมพฤกษ์, อัมพาต สูงกว่าอัตราตายรวมเล็กน้อย

ในภาพรวมทั้งประเทศ การตายจากโรคอัมพฤกษ์, อัมพาต เริ่มพบในกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป และพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี หลังจากนั้น จึงเริ่มลดลง ซึ่งรูปแบบนี้พบได้ในภาคกลางและภาคใต้ สำหรับภาคเหนือจะพบการตายสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี หลังจากนั้นจึงเริ่มลดลง ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะพบการตายจากโรคนี้ใกล้เคียงกันในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี



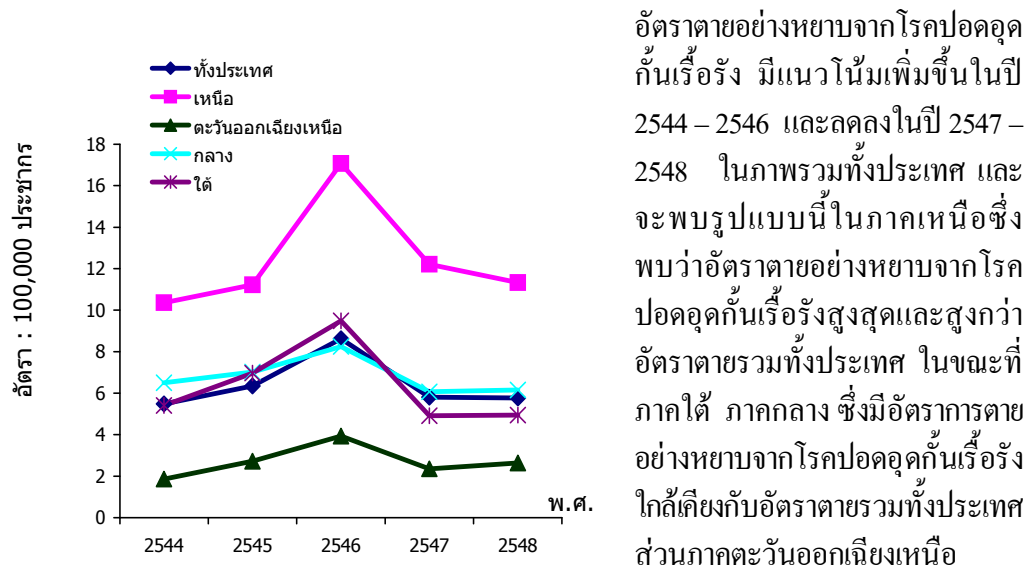
**โดยสรุป** อัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานจากโรคอัมพฤกษ์, อัมพาต มีแนวโน้มลดลงทั้งในภาพรวมประเทศและระหว่างภาค ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากการมีมาตรการในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความสำคัญกับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ซึ่งเกิดจากความร่วมมือทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ทั้งนี้ ควรให้ความใส่ใจกับภาคกลางที่ยังพบการตายจากโรคอัมพฤกษ์, อัมพาต สูงกว่าอัตรารวมทั้งประเทศอยู่มาก

## อัตราตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2544 - 2548

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ปัจจัยทางชีววิทยาส่วนบุคคล มลภาวะทางอากาศ การสัมผัสฝุ่นจากการประกอบอาชีพและอื่น ๆ รหัสโรค ICD-10 ที่นำมาใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ J43 – J44.9 โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษา คือ

1. ศึกษาแนวโน้มอัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ศึกษาเปรียบเทียบอัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างภาค
3. ศึกษาเปรียบเทียบอัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างภาคและกลุ่มอายุ

ภาพที่ 27 อัตราตายอย่างหยาบ (ต่อแสนประชากร) จากโรคอุดกั้นเรื้อรัง (J43 – J44.9) เปรียบเทียบระหว่างภาค พ.ศ. 2544 – 2548

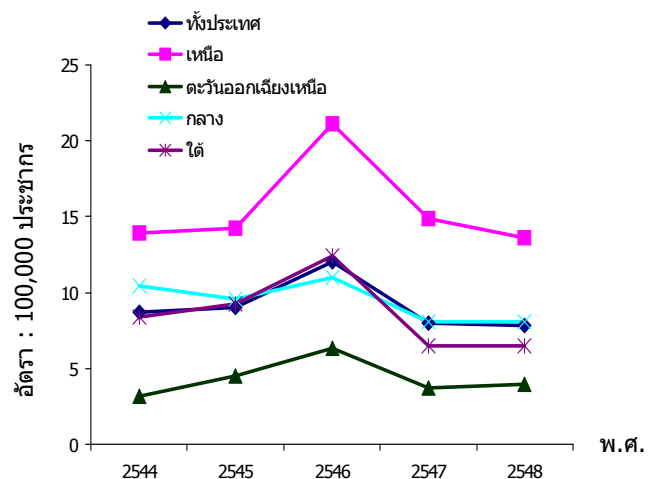


อัตราตายอย่างหยาบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2544 – 2546 และลดลงในปี 2547 – 2548 ในภาพรวมทั้งประเทศ และจะพบรูปแบบนี้ในภาคเหนือซึ่งพบว่าอัตราตายอย่างหยาบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงสุดและสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ ในขณะที่ภาคใต้ ภาคกลาง ซึ่งมีอัตราการตายอย่างหยาบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใกล้เคียงกับอัตราตายรวมทั้งประเทศ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

มีอัตราการตายจากโรคนี้ต่ำสุด และมีแนวโน้มการตายไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้นในปี 2544-2546 และลดลงในปี 2547 หลังจากนั้นแนวโน้มการตายเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2548

ภาพที่ 28 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) จากโรคอุดกั้นเรื้อรัง (J43 – J44.9) เปรียบเทียบระหว่างภาค พ.ศ. 2544 – 2548

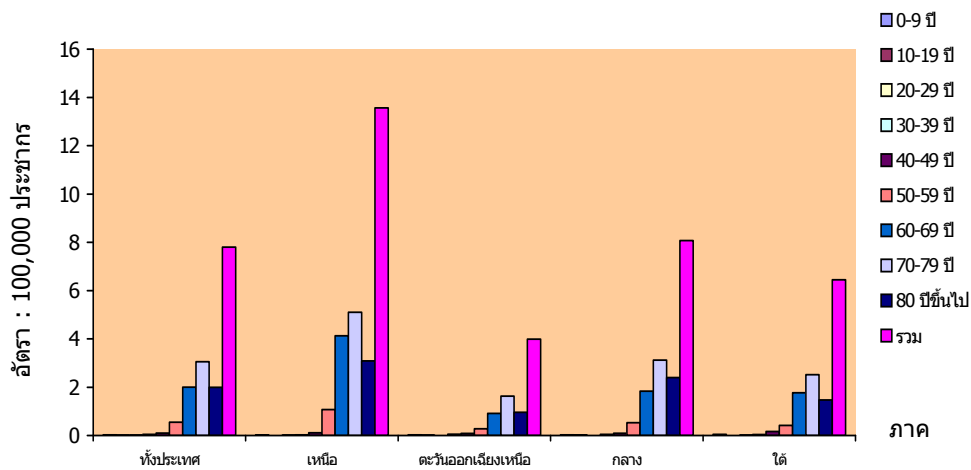
อัตราตายปรับฐานจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีแนวโน้มทิศทางต่างจากอัตราการตายอย่างหยาบ โดยในภาพรวมทั้งประเทศ รวมทั้งภาคเหนือ และภาคใต้ อัตราการตายปรับฐานจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2544-2546 หลังจากนั้นจึงลดลงในปี 2547 – 2548 ส่วนภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราการตายปรับฐานจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2544 – 2546 และลดลงในปี 2547 สำหรับภาคกลาง อัตราตายปรับฐานจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่มีความแตกต่างกันระหว่างปี 2547 – 2548 ในขณะที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าอัตราเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2548



ภาพที่ 29 อัตราตายปรับฐาน (ต่อแสนประชากร) จากโรคอุดกั้นเรื้อรัง (J43 – J44.9) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุและระหว่างภาค พ.ศ. 2548

อัตราตายปรับฐานจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี 2548 พบว่าภาคเหนือเป็นภาคที่มีอัตราตายจากโรคนี้สูงสุดและสูงกว่าอัตราตายรวมทั้งประเทศ รวมทั้งในทุกกลุ่มอายุ รองลงมาคือ ภาคกลาง ซึ่งมีอัตราปรับฐานจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงกว่าอัตราตายทั้งประเทศเล็กน้อย

ในภาพรวมทั้งประเทศ การตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เริ่มพบการตายในกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป และพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี หลังจากนั้น จึงเริ่มลดลง ซึ่งรูปแบบนี้พบได้ในทุกภาคของประเทศ ข้อพึงสังเกตคือ ภาคเหนือและภาคใต้ จะมีอัตราตายปรับฐานจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มอายุ 60-69 ปี สูงกว่ากลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป



**โดยสรุป** คือ อัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีแนวโน้มลดลง แต่ไม่มากนัก ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือแม้ว่าการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอัตราการตายปรับฐานต่ำสุด แต่แนวโน้มดูเหมือนจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ทั้งนี้จะต้องทำการศึกษาคิดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงต่อไป

## มาตรการทางด้านสาธารณสุข ในการป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ

โรคเรื้อรังและการบาดเจ็บที่นำเสนอในรายงานครั้งนี้ มีเพียงเอดส์ที่เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการติดเชื้อ ในขณะที่โรคเรื้อรังอื่นเป็นโรคไม่ติดต่อ รายงานนี้ได้หยิบยกโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บที่เป็นปัญหาสาธารณสุข โดยจะพิจารณาจากขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหาหรือความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ แม้ว่าการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้จะเป็นที่รู้จักกันเป็นอย่างดี แต่มาตรการทางด้านสาธารณสุขที่ดำเนินการกับกลุ่มประชาชนยังเป็นเสมือนกลยุทธ์ที่กำลังก้าวเข้ามามีบทบาทสำคัญ ทั้งกับบุคคลทั่วไป รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

การป้องกัน (Prevention) และการควบคุม (Control) มีความหมายที่ใกล้เคียงกัน โดยคำว่า การป้องกัน ใช้กับช่วงก่อนที่จะเกิดโรค และการควบคุม ใช้เมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว แต่ปัจจุบันดูเหมือนว่าการป้องกัน ถูกใช้ให้มีความหมายที่กว้างขึ้นและอาจจะครอบคลุมถึงความหมายของการควบคุมด้วย รายงานฉบับนี้จะให้ความสำคัญกับมาตรการทางด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งจะครอบคลุมในการป้องกันควบคุมในระดับกลุ่มประชาชนและกลุ่มเสี่ยง

## มาตรการทางด้านสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์

นโยบายหลักของประเทศไทยนับตั้งแต่ปี 2531 จนถึงปัจจุบัน ได้ดำเนินการในบริบทที่เกี่ยวข้องกับ

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ในกลุ่มประชาชนทั่วไป เพื่อสร้างความตระหนัก รวมทั้งมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม และได้ขยายกลุ่มเป้าหมายเข้าไปในกลุ่มเยาวชน
2. สนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์และได้รับยาต้านไวรัสเอดส์
3. การสร้างพันธมิตรในระดับชุมชน ทั้งระหว่างภาครัฐและเอกชน เพื่อร่วมในการทำงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์
4. การจัดบริการทางการแพทย์ที่เชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

## มาตรการทางด้านสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมการบาดเจ็บ

การป้องกันควบคุมการบาดเจ็บ แบ่งเป็นระยะก่อนเกิดเหตุการณ์ ระยะเกิดเหตุการณ์แล้ว และระยะหลังเกิดเหตุการณ์ โดยระยะก่อนเกิดเหตุการณ์เป็นการป้องกันควบคุมเพื่อลดโอกาสของการเกิดการบาดเจ็บ ในขณะที่ระยะเกิดเหตุการณ์ เป็นการป้องกันควบคุมเพื่อลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ และระยะหลังเกิดเหตุการณ์เป็นการป้องกันควบคุมเพื่อลดผลของการบาดเจ็บที่จะตามมา โดยทั่วไปแล้วการป้องกันควบคุมการบาดเจ็บมีมาตรการในการดำเนินการที่สำคัญอยู่ 3 แนวทางคือ

1. การใช้กลไกทางวิศวกรรมในการป้องกันควบคุมการบาดเจ็บ เช่น การออกแบบและสร้างถนนให้ปลอดภัยในการขับขี่รถยนต์ พาหนะ การคาดเข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกกันน็อก เป็นต้น
2. การออกกฎหมายหรือกฎระเบียบในการลดการบาดเจ็บ เช่น การกำหนดความเร็วในการขับขี่รถยนต์ การจับหรือปรับผู้ขับขี่รถที่ดื่มสุรา เป็นต้น
3. การให้ความรู้แก่ประชาชน โดยเนื้อหาควรมุ่งเน้นพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งอย่างชัดเจน เช่น เมมาแล้วห้ามขับรถร่วมกับการโฆษณาที่ปรากฏอยู่ตามสถานีโทรทัศน์ทั่วไป ในช่วงวันหยุด เทศกาลต่าง ๆ เป็นต้น
4. มีระบบการให้บริการฉุกเฉินในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ และสามารถส่งต่อไปยังสถานบริการที่ใกล้ที่สุดได้อย่างรวดเร็ว

### มาตรการทางด้านสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นกลุ่มโรคที่มีความหลากหลายทั้งชนิดและสาเหตุ สำหรับในที่นี้จะกล่าวถึงเพียง มะเร็งตับและมะเร็งปอด ซึ่งการป้องกันในระดับปฐมภูมิ จะมุ่งเน้นหาปัจจัยที่เป็นตัวก่อโรค ซึ่งได้แก่ บุหรี่ อาหาร สุรา โรคติดเชื้อบางชนิด สารเคมีและรังสีต่าง ๆ การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดมะเร็งปอด และมาตรการทางสาธารณสุขที่ประเทศไทยได้ดำเนินการอยู่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการห้ามโฆษณาบุหรี่ การขึ้นภาษีบุหรี่ การบังคับให้มีการติดฉลากคำเตือนถึงอันตรายของบุหรืบนซองบุหรืและอื่น ๆ นับว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ในขณะที่มะเร็งตับมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสอักเสบบีในทารกแรกเกิด เป็นมาตรการที่เหมาะสมกับประเทศไทย เนื่องจากมีอัตราความชุกของการเป็นพาหะสูง



สำหรับการป้องกันในระดับทุติยภูมิ ซึ่งมีการคัดกรองเป็นมาตรการที่สำคัญ การคัดกรองจะเป็นมะเร็งปอด ทำได้โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ในขณะที่มะเร็งตับทำได้โดยการตรวจหา alpha fetoprotein ในเลือด และควรมีการตรวจติดตามผู้ที่เป็นพาหะของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เพื่อดูว่ามีมะเร็งตับเกิดขึ้นหรือไม่ แต่ทั้งนี้ การคัดกรองดังกล่าวข้างต้นจะต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าในการดำเนินงานร่วมกับอุบัติการณ์การเกิดโรค

## มาตรการทางด้านสาธารณสุขในการควบคุมป้องกัน กลุ่มโรคหัวใจ หลอดเลือดและเบาหวาน

มาตรการการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถดำเนินการได้ทั้งในชุมชนและสถานบริการ ซึ่งมาตรการดังกล่าวควรครอบคลุมในบริบทของ

1. สร้างกลไกการสื่อสารที่สะดวกต่อการเข้าถึง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงของโรค กระบวนการการเกิดโรคและการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน
2. นำสาธารณสุขสู่การดูแลสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค โดยให้ความสำคัญในเรื่องของ
  - 2.1 นิัยการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting dietary habits)
  - 2.2 วิถีชีวิตที่ปลอดจากยาสูบ (A tobacco-free lifestyle)
  - 2.3 กิจกรรมการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Regular physical activity)
  - 2.4 สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนทั้งด้านสังคมและจิตใจ (A supportive psycho-social environment)

3. ขยายผลการป้องกันและการรักษาสู่ทุกกลุ่มประชากรซึ่งรวมทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียม และเพิ่มศักยภาพแก่โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีอยู่ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ร่วมกับการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสังคม เศรษฐกิจในทิศทางที่สนับสนุน วิถีชีวิตแห่งสุขภาพ ตลอดจนให้ความสำคัญในการจัดการกับปัญหา
  - 3.1 ภาวะความดันโลหิตสูง (High blood pressure)
  - 3.2 ความผิดปกติของภาวะอ้วน (Abnormal obesity)
  - 3.3 เบาหวาน (Diabetes)
  - 3.4 ความผิดปกติของระดับไขมัน (Abnormal blood lipid levels)
4. ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มศักยภาพในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

### **มาตรการทางด้านสาธารณสุขในการป้องกัน ควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

กลุ่มโรคนี้มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ปัจจัยชีววิทยา ส่วนบุคคล มลภาวะทางอากาศ การป่วยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก การสัมผัสฝุ่นจากการประกอบอาชีพ การป้องกันควบคุมโรคนี้จะให้ความสำคัญกับการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ เช่น การควบคุมพื้นที่การสูบบุหรี่ การกำหนดเขตปลอดบุหรี่ การสวมเครื่องป้องกันฝุ่นในขณะทำงาน เป็นต้น

### บรรณานุกรม

เจวดสรร นามวาท ญัฐกานต์ ไวยเนตร และคณะ. รายงานการศึกษา  
อัตราตายปรับฐานประเทศไทย 2535 – 2545. สำนักระบาดวิทยา  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. ระเบียบวิธีทางประชากรศาสตร์. สถาบันวิจัย  
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. มาตรการทางด้านสาธารณสุขในการป้องกันและ  
ควบคุมโรคไม่ติดต่อ. วารสารกรมการแพทย์ 2538 : 290-98.

สถิติสาธารณสุข กลุ่มข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและ  
ยุทธศาสตร์.

World Health Organization. The World Health Report 2002 : Reducing  
Risks, Promoting Health Life. WHO : Geneva, 2002.

World Health Organization Preventing Chronic Disease, a Vital  
Investment. WHO : Geneva, 2005.

## ภาคผนวก

ตาราง 1 อัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐาน จำแนกตามสาเหตุการตาย (ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10) และรายภาค พ.ศ. 2545 – 2548

สาเหตุการตาย	อัตราตายอย่างหยาบ (Crude Death Rate)					อัตราตายปรับฐาน (Standard Death Rate)				
	2544	2545	2546	2547	2548	2544	2545	2546	2547	2548
อัตราต่อประชากร 100,000 คน										
โรคเอดส์ (B20-B24)										
ทั่วประเทศ	32.27	24.93	26.84	18.35	12.78	15.07	22.69	24.58	16.87	11.83
เหนือ	49.69	39.96	41.12	26.26	17.37	23.74	36.38	37.81	24.24	16.15
ตะวันออกเฉียงเหนือ	24.13	17.29	20.27	13.74	8.58	11.57	15.28	17.97	12.23	7.69
กลาง	32.63	24.33	25.52	19.77	14.76	14.48	22.10	23.27	18.11	13.60
ใต้	27.90	24.28	26.39	15.40	12.18	13.71	23.28	25.41	14.82	11.85
อัตราต่อประชากร 100,000 คน										
การบาดเจ็บจากการขนส่งทางบก	อัตราตายอย่างหยาบ (Crude Death Rate)					อัตราตายปรับฐาน (Standard Death Rate)				
	2544	2545	2546	2547	2548	2544	2545	2546	2547	2548
อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์, รถยนต์และรถโดยสาร										
รถจักรยานยนต์	5.61	6.41	6.76	6.34	5.31	5.46	6.18	6.50	6.14	5.14
รถยนต์และรถโดยสาร	4.44	4.10	3.39	2.14	2.89	4.57	4.15	3.42	2.13	2.93

สาเหตุการตาย	อัตราต่อประชากร 100,000 คน									
	อัตราตายอย่างหยาบ (Crude Death Rate)					อัตราตายปรับฐาน (Standard Death Rate)				
	2544	2545	2546	2547	2548	2544	2545	2546	2547	2548
อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ (V10-V39)										
ทั่วประเทศ	5.61	6.41	6.76	6.34	5.31	5.46	6.18	6.50	6.14	5.14
เหนือ	5.67	5.36	6.15	5.62	5.26	5.71	5.27	5.98	5.49	5.18
ตะวันออกเฉียงเหนือ	4.38	5.39	5.49	5.33	4.09	4.36	5.18	5.22	5.14	3.93
กลาง	6.90	8.07	7.95	6.99	6.16	6.36	7.73	7.61	6.72	5.90
ใต้						5.41	6.35	7.88	8.29	6.29

สาเหตุการตาย	อัตราต่อประชากร 100,000 คน									
	อัตราตายอย่างหยาบ (Crude Death Rate)					อัตราตายปรับฐาน (Standard Death Rate)				
	2544	2545	2546	2547	2548	2544	2545	2546	2547	2548
รถยนต์และรถโดยสาร (V40-V79)										
ทั่วประเทศ	4.44	4.10	3.39	2.14	2.89	4.57	4.15	3.42	2.13	2.93
เหนือ	4.48	4.57	3.70	2.11	3.29	4.59	4.65	3.68	2.12	3.27
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2.70	2.77	2.16	1.44	1.72	2.91	2.86	2.23	1.46	1.81
กลาง	5.57	5.41	4.35	2.82	3.68	5.50	5.33	4.26	2.75	3.64
ใต้	5.96	3.75	3.76	2.29	3.36	6.36	3.95	3.99	2.39	3.52

สาเหตุการตาย	อัตราต่อประชากร 100,000 คน									
	อัตราตายอย่างหยาบ (Crude Death Rate)					อัตราตายปรับฐาน (Standard Death Rate)				
	2544	2545	2546	2547	2548	2544	2545	2546	2547	2548
มะเร็งตับ (C22-C22.9)										
ทั่วประเทศ	16.59	17.94	20.15	20.58	20.21	22.40	23.65	26.17	26.16	25.17
เหนือ	11.68	12.94	16.15	17.41	17.94	13.84	15.40	18.73	19.78	19.91
ตะวันออกเฉียงเหนือ	30.38	31.98	35.20	35.65	34.44	42.19	46.15	50.13	49.38	46.57
กลาง	10.30	11.54	12.67	13.01	13.09	14.07	14.29	15.60	15.69	15.54
ใต้	4.19	4.69	5.72	5.32	4.87	5.96	6.43	7.76	7.04	6.42

สาเหตุการตาย	อัตราต่อประชากร 100,000 คน									
	อัตราตายอย่างหยาบ (Crude Death Rate)					อัตราตายปรับฐาน (Standard Death Rate)				
	2544	2545	2546	2547	2548	2544	2545	2546	2547	2548
มะเร็งปอด (C34-C34.9)										
ทั่วประเทศ	9.80	10.94	11.98	12.15	12.84	13.33	14.33	15.75	15.67	16.32
เหนือ	12.94	14.21	17.26	16.82	17.38	15.89	17.20	20.70	19.75	20.15
ตะวันออกเฉียงเหนือ	8.17	9.19	9.32	9.29	10.05	10.64	12.37	13.00	12.63	13.35
กลาง	11.49	12.25	13.23	14.22	15.23	16.42	15.69	16.82	17.82	18.88
ใต้	5.32	7.47	8.17	7.74	7.72	7.64	10.11	11.00	10.36	10.17

สาเหตุการตาย	อัตราต่อประชากร 100,000 คน									
	อัตราตายอย่างหยาบ (Crude Death Rate)					อัตราตายปรับฐาน (Standard Death Rate)				
	2544	2545	2546	2547	2548	2544	2545	2546	2547	2548
เบาหวาน (E10.0-E14.9)										
ทั่วประเทศ	13.04	11.80	10.59	12.26	11.85	18.68	16.14	14.21	16.16	15.37
เหนือ	11.15	9.03	8.55	9.91	9.71	13.81	11.08	10.23	11.66	11.23
ตะวันออกเฉียงเหนือ	13.86	13.60	13.17	17.32	17.16	20.08	20.35	19.37	24.97	24.10
กลาง	14.68	12.43	9.81	9.71	8.89	21.90	16.38	12.72	12.44	11.30
ใต้	9.42	9.64	8.78	8.95	8.71	14.11	13.45	12.09	12.09	11.78

สาเหตุการตาย	อัตราต่อประชากร 100,000 คน									
	อัตราตายอย่างหยาบ (Crude Death Rate)					อัตราตายปรับฐาน (Standard Death Rate)				
	2544	2545	2546	2547	2548	2544	2545	2546	2547	2548
โรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25)										
ทั่วประเทศ	12.26	14.41	19.07	17.70	18.69	18.12	19.82	25.72	23.43	24.40
เหนือ	13.80	15.63	20.65	19.54	19.66	17.87	19.34	25.00	23.09	22.86
ตะวันออกเฉียงเหนือ	6.00	7.42	10.80	8.98	9.98	9.17	11.51	16.24	13.13	14.34
กลาง	17.63	21.06	26.13	26.10	27.14	26.57	27.62	33.82	33.37	34.28
ใต้	12.44	14.30	20.68	16.73	18.75	18.56	19.50	27.64	22.32	24.72

อัตราต่อประชากร 100,000 คน

สาเหตุการตาย	อัตราตายอย่างหยาบ (Crude Death Rate)					อัตราตายปรับฐาน (Standard Death Rate)				
	2544	2545	2546	2547	2548	2544	2545	2546	2547	2548
โรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69.9)										
ทั่วประเทศ	18.04	21.46	29.13	30.81	25.27	25.31	28.30	37.75	39.09	31.55
เหนือ	21.53	25.21	35.71	36.42	29.09	26.75	30.10	41.99	41.90	32.71
ตะวันออกเฉียงเหนือ	10.21	12.26	18.46	19.83	15.48	14.71	17.95	26.35	27.26	21.24
กลาง	25.28	30.35	37.66	41.71	36.12	35.55	38.12	46.61	50.97	43.40
ใต้	14.81	17.95	26.07	24.15	18.23	21.92	23.61	34.05	31.67	23.41

อัตราต่อประชากร 100,000 คน

สาเหตุการตาย	อัตราตายอย่างหยาบ (Crude Death Rate)					อัตราตายปรับฐาน (Standard Death Rate)				
	2544	2545	2546	2547	2548	2544	2545	2546	2547	2548
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J43-J44.9)										
ทั่วประเทศ	5.49	6.35	8.63	5.81	5.77	8.67	9.04	12.02	7.99	7.80
เหนือ	10.36	11.23	17.07	12.21	11.33	13.96	14.22	21.12	14.85	13.57
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1.86	2.72	3.93	2.35	2.63	3.16	4.49	6.30	3.70	3.99
กลาง	6.50	7.02	8.25	6.06	6.15	10.44	9.55	11.02	8.07	8.07
ใต้	5.41	6.97	9.49	4.91	4.94	8.41	9.25	12.45	6.51	6.45



ตาราง 2 อัตราตายปรับฐานของโรคเอดส์ (B20-B24) จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2548

อัตราต่อประชากร 100,000 คน

กลุ่มอายุ	ภาค				
	ทั้งประเทศ	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้
0-9	0.22	0.27	0.21	0.26	0.11
10-19	0.13	0.20	0.12	0.12	0.12
20-29	2.17	2.82	1.52	2.44	2.34
30-39	5.49	7.83	3.79	5.93	5.83
40-49	2.65	3.57	1.53	3.14	2.55
50-59	0.88	1.18	0.44	1.23	0.54
60-69	0.23	0.23	0.07	0.35	0.26
70-79	0.05	0.05	0.01	0.11	0.02
80+	0.01	0.01	0.00	0.01	0.09
<b>รวมทุกกลุ่มอายุ</b>	<b>11.83</b>	<b>16.15</b>	<b>7.69</b>	<b>13.60</b>	<b>11.85</b>

ประชากรปรับฐานของไทย (พ.ศ. 2543 – 2568)

ตาราง 3 อัตราตายปรับฐานจากอุบัติเหตุ, รถจักรยานยนต์ (V10-V39) จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2548

อัตราต่อประชากร 100,000 คน

กลุ่มอายุ	ภาค				
	ทั้งประเทศ	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้
0-9	0.07	0.04	0.03	0.11	0.09
10-19	1.03	0.91	0.91	1.04	1.44
20-29	1.49	1.40	1.01	2.10	1.45
30-39	0.88	0.87	0.63	1.08	1.06
40-49	0.63	0.67	0.53	0.64	0.78
50-59	0.55	0.79	0.46	0.46	0.67
60-69	0.36	0.37	0.29	0.37	0.53
70-79	0.10	0.08	0.05	0.09	0.27
80+	0.02	0.06	0.02	0.01	0.01
<b>รวมทุกกลุ่มอายุ</b>	<b>5.14</b>	<b>5.18</b>	<b>3.93</b>	<b>5.90</b>	<b>6.29</b>

ประชากรปรับฐานของไทย (พ.ศ. 2543 – 2568)

ตาราง 4 อัตราตายปรับฐานจากรถยนต์และรถโดยสาร (V40-V79) จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2548

อัตราต่อประชากร 100,000 คน

กลุ่มอายุ	ภาค				
	ทั่วประเทศ	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้
0-9	0.10	0.08	0.06	0.15	0.11
10-19	0.30	0.34	0.13	0.43	0.39
20-29	0.53	0.49	0.28	0.82	0.59
30-39	0.52	0.62	0.28	0.66	0.72
40-49	0.52	0.64	0.38	0.57	0.56
50-59	0.45	0.55	0.30	0.48	0.58
60-69	0.32	0.36	0.22	0.35	0.37
70-79	0.15	0.18	0.13	0.15	0.13
80+	0.04	0.02	0.03	0.03	0.07
<b>รวมทุกกลุ่มอายุ</b>	<b>2.93</b>	<b>3.27</b>	<b>1.81</b>	<b>3.64</b>	<b>3.52</b>

ประชากรปรับฐานของไทย (พ.ศ. 2543 – 2568)

ตาราง 5 อัตราตายปรับฐานจากมะเร็งตับ (C22-C22.9) จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2548

อัตราต่อประชากร 100,000 คน

กลุ่มอายุ	ภาค				
	ทั่วประเทศ	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้
0-9	0.02	0.00	0.03	0.01	0.01
10-19	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
20-29	0.15	0.12	0.22	0.13	0.04
30-39	0.92	0.96	1.26	0.79	0.26
40-49	3.10	2.94	5.10	2.09	1.03
50-59	7.24	5.91	13.30	4.10	1.79
60-69	8.49	5.97	17.23	4.29	1.90
70-79	4.30	3.30	7.97	3.14	1.07
80+	0.93	0.69	1.45	0.96	0.30
<b>รวมทุกกลุ่มอายุ</b>	<b>25.17</b>	<b>19.91</b>	<b>46.57</b>	<b>15.54</b>	<b>6.42</b>

ประชากรปรับฐานของไทย (พ.ศ. 2543 – 2568)

ตาราง 6 อัตราตายปรับฐานจากมะเร็งปอด (C34-C34.9) จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2548

อัตราต่อประชากร 100,000 คน

กลุ่มอายุ	ภาค				
	ทั้งประเทศ	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้
0-9	0.01	0.00	0.03	0.00	0.02
10-19	0.03	0.02	0.05	0.02	0.02
20-29	0.15	0.10	0.21	0.11	0.15
30-39	0.63	0.50	0.83	0.54	0.46
40-49	1.31	1.27	1.23	1.52	1.00
50-59	3.21	3.81	3.01	3.29	2.42
60-69	5.41	7.40	4.54	5.86	3.23
70-79	4.12	5.43	2.77	5.25	2.11
80+	1.45	1.63	0.68	2.27	0.76
<b>รวมทุกกลุ่มอายุ</b>	<b>16.32</b>	<b>20.15</b>	<b>13.35</b>	<b>18.88</b>	<b>10.17</b>

ประชากรปรับฐานของไทย (พ.ศ. 2543 – 2568)

ตาราง 7 อัตราตายปรับฐานจากเบาหวาน (E10.0-E14.9) จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2548

อัตราต่อประชากร 100,000 คน

กลุ่มอายุ	ภาค				
	ทั้งประเทศ	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้
0-9	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00
10-19	0.01	0.00	0.01	0.00	0.02
20-29	0.06	0.07	0.06	0.04	0.07
30-39	0.25	0.23	0.39	0.14	0.17
40-49	1.01	0.85	1.64	0.51	1.10
50-59	3.37	2.40	5.64	1.95	2.91
60-69	5.95	4.46	9.43	4.24	4.21
70-79	3.72	2.63	5.74	3.20	2.53
80+	1.01	0.59	1.2	1.21	0.78
<b>รวมทุกกลุ่มอายุ</b>	<b>15.37</b>	<b>11.23</b>	<b>24.10</b>	<b>11.30</b>	<b>11.78</b>

ประชากรปรับฐานของไทย (พ.ศ. 2543 – 2568)

ตาราง 8 อัตราตายปรับฐานจากโรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25) จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2548

อัตราต่อประชากร 100,000 คน

กลุ่มอายุ	ภาค				
	ทั้งประเทศ	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้
0-9	0.01	0.01	0.00	0.01	0.01
10-19	0.01	0.01	0.01	0.02	0.00
20-29	0.09	0.06	0.06	0.15	0.06
30-39	0.43	0.33	0.27	0.65	0.41
40-49	1.60	1.48	0.96	2.12	2.00
50-59	3.80	3.42	2.61	4.95	4.45
60-69	6.54	6.61	3.75	9.05	6.65
70-79	7.32	7.04	4.37	10.25	6.94
80+	4.61	3.90	2.30	7.07	4.19
<b>รวมทุกกลุ่มอายุ</b>	<b>24.40</b>	<b>22.86</b>	<b>14.34</b>	<b>34.28</b>	<b>24.72</b>

ประชากรปรับฐานของไทย (พ.ศ. 2543 – 2568)

ตาราง 9 อัตราตายปรับฐานจากโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69.9) จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2545 – 2548

อัตราต่อประชากร 100,000 คน

กลุ่มอายุ	ภาค				
	ทั้งประเทศ	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้
0-9	0.14	0.09	0.09	0.22	0.13
10-19	0.33	0.40	0.28	0.45	0.15
20-29	0.66	0.62	0.47	1.01	0.37
30-39	1.13	1.17	0.66	1.77	0.70
40-49	3.44	3.82	1.98	4.82	2.55
50-59	6.13	6.51	4.11	8.41	4.38
60-69	7.31	7.97	5.26	9.52	5.44
70-79	7.50	7.46	5.10	10.33	5.83
80+	4.92	4.67	3.30	6.86	3.88
<b>รวมทุกกลุ่มอายุ</b>	<b>31.55</b>	<b>32.71</b>	<b>21.24</b>	<b>43.40</b>	<b>23.41</b>

ประชากรปรับฐานของไทย (พ.ศ. 2543 – 2568)

ตาราง 10 อัตราตายปรับฐานจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J43-J44.9) จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.  
2548

อัตราต่อประชากร 100,000 คน

กลุ่มอายุ	ภาค				
	ทั่วประเทศ	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้
0-9	0.03	0.02	0.03	0.03	0.05
10-19	0.01	0.00	0.01	0.01	0.00
20-29	0.01	0.01	0.00	0.00	0.01
30-39	0.04	0.03	0.05	0.05	0.03
40-49	0.11	0.12	0.09	0.10	0.17
50-59	0.55	1.07	0.28	0.53	0.42
60-69	2.01	4.13	0.92	1.84	1.78
70-79	3.05	5.10	1.63	3.12	2.52
80+	2.00	3.09	0.97	2.39	1.47
<b>รวมทุกกลุ่มอายุ</b>	<b>7.80</b>	<b>13.57</b>	<b>3.99</b>	<b>8.07</b>	<b>6.45</b>

ประชากรปรับฐานของไทย (พ.ศ. 2543 – 2568)