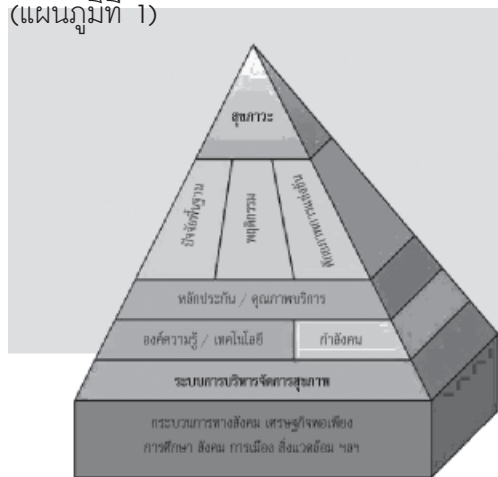


8

นวลตา อากาศัพะกุล

พฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนใน 14 จังหวัดภาคใต้

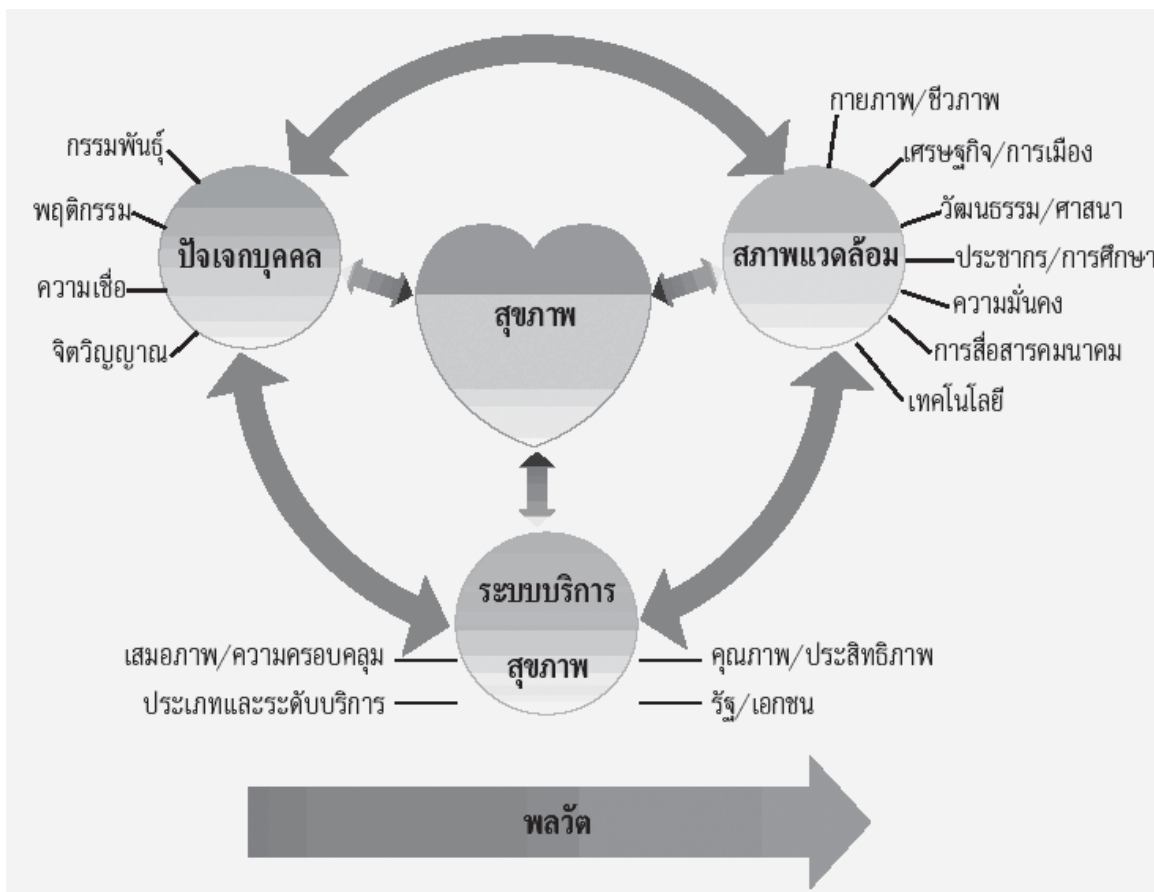
ปัจจุบันพบว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และภาวะเศรษฐกิจ ทั้งนี้พบได้ทั้งโรคเรื้อรังและโรคที่มีภาวะเฉียบพลัน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและหัวใจ และอุบัติเหตุ เป็นต้น ดังนั้น การที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพจึงจำเป็นต้องเข้าใจผู้ป่วยแบบองค์รวม กล่าวคือ การดำเนินของโรค สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งครอบครัวและชุมชนที่อาจมีผลกระทบต้อปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยนั้นเผชิญอยู่ ทั้งนี้หากจะพิจารณาถึงเป้าหมายของแผนงานสาธารณสุขระดับประเทศ ที่มีความมุ่งหวังให้ประชาชนมี “สุขภาพะ” คือ มีภาวะที่เป็นสุขที่รวมถึงกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ก็ต้องมืองค์ประกอบที่สำคัญที่ต้องมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและที่สำคัญคือ ตัวของประชาชนทุกคน (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 องค์ประกอบการมีสุขภาพะ ของประชาชนไทย

การศึกษานี้เป็นการรวบรวมข้อมูลในด้านสถานการณ์ของโรคที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุ โรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี และอุจจาระร่วง ซึ่งควรจะต้องได้รับการดูแลและพิจารณาว่า โรคดังกล่าวยังอยู่ในลำดับต้น ๆ ของปัญหาสาธารณสุขของประเทศถึงแม้จะมีระบบการเฝ้าระวังโรคแล้วก็ตาม ซึ่งปัญหาดังกล่าวพบว่า มีรูปแบบที่คล้ายคลึงกันทั้งประเทศ

ภาคใต้ ประกอบด้วย 14 จังหวัด ได้แก่ ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีลักษณะความแตกต่างกันทั้งวัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนา และสภาพภูมิอากาศ แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นก็ไม่มี ความแตกต่างกันมากนักโดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 ความเชื่อมโยงของพลวัตเกี่ยวกับสุขภาพ

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

อุบัติเหตุ

ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เป็นปัญหาที่นำมาสู่ความเสียหายทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และประเทศชาติโดยรวม สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุที่พบมากที่สุดได้แก่ ความประมาทของผู้ขับขี่รถยนต์ สภาพท้องถนน สภาพของยานพาหนะ และที่สำคัญคือ สภาพของผู้ขับขี่รถยนต์นั้น ๆ และนับตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา ทุกภาคส่วนได้มีความพยายามที่จะลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุลงโดยเฉพาะในช่วงเทศกาลที่มีระยะเวลาในการหยุดพักผ่อนนาน ได้แก่ ปีใหม่ สงกรานต์ เป็นต้น โดยมีการวางมาตรการร่วมกันทั้งสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กรมทางหลวง องค์การเอกชน และอาสาสมัคร ในการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ มีการจัดกิจกรรมและรณรงค์เพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ขับขี่รถใช้ถนนทั้งที่เป็นผู้ขับขี่ยานพาหนะและผู้โดยสาร รวมถึงมีน้ำมัน ร่วมกันวางมาตรการ รวมถึงการเพิ่มโทษแก่ผู้ฝ่าฝืน โดยแต่ละครั้งจะมีการกำหนดเป้าหมายขั้นสูงสุดของการเกิดอุบัติเหตุไว้ เช่น ไม่เกิน 560 รายต่อปี และจะลดลงอีกร้อยละ 10 ในทุกปี แต่มาตรการนี้ส่วนใหญ่เป็นกรอบให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องของทากลวิธีให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด แต่หากผู้ขับขี่ไม่มีความสำนึกในปัญหาและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้อื่น มาตรการดังกล่าวก็จะไม่เกิดผลใด ๆ สำหรับภาคใต้พบว่า ในปี 2547 มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาคใต้ พ.ศ. 2547

พื้นที่	คนเดิน	จักรยาน	สามล้อ	จักรยานยนต์	สามล้อเครื่อง	รถยนต์นั่ง	รถตู้	รถอื่น ๆ
ภาค 8 (14190)	372	254	166	7818	49	1671	185	3675
ภาค 9 (3399 ราย)	240	149	28	87	788	120	1517	470

ตารางที่ 2 จำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นภาคใต้ พ.ศ. 2548

พื้นที่	คนเดิน	จักรยาน	สามล้อ	จักรยานยนต์	สามล้อเครื่อง	รถยนต์นั่ง	รถตู้	รถอื่น ๆ
ภาค 8 (1108 ราย)	21	17	5	574	2	112	4	373
ภาค 9(525 ราย)	16	4	0	263	4	66	6	166

ตารางที่ 3 มูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้น พ.ศ. 2547 -2548

พื้นที่	2547	2548
7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน (บาท)	146,038,274	14,595,944
7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง(บาท)	61,137,272	4,102,900

ผลจากการวิจัยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ รวบรวมโดย แสงอรุณ อิศระมาลัย และ คณะ (2547) พบว่า มิงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 เรื่อง สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุคือ เพศ ความไม่ชัดเจนของการรณรงค์นโยบายเมาไม่ขับ นอกจากนี้ยังพบว่า อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ซึ่งไม่มีการสวมหมวกนิรภัยทั้งของผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้าย ในการศึกษาายังพบว่า มีการปรับเปลี่ยนคุณลักษณะของเครื่องยนต์ให้กำลังแรงมากขึ้น โดยมีการดัดแปลงโครงสร้างซึ่งน่าจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญให้ประสิทธิภาพของรถลดลงและนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น ขณะเดียวกันก็ไม่มีกฎหมายหรือบทลงโทษกับสถานประกอบการหรือร้านค้าที่ให้บริการในการปรับเปลี่ยนรถเหล่านี้

จากมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกรพยายามเสริมมาตรการในการป้องกัน พบว่าลดลงทั้งในเขตภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง และมูลค่าความเสียหายก็ลดลงด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ จากรายงานสาเหตุการตายก็พบว่า อุบัติเหตุจักรยานยนต์เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเช่นกัน ทั้งนี้ยังไม่รวมมูลค่าความสูญเสียของครอบครัวและค่าเสียโอกาสทั้งในกรณีเสียชีวิตและเกิดความพิการ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ยาเสพติด

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญและมีมาช้านานตั้งแต่สมัยกรุงสุโขทัยที่มีการนำเข้ามาของฝิ่นเป็นครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน รูปแบบของสารเสพติดมีความหลากหลายมากขึ้น

จากข้อเท็จจริงปัญหายาเสพติดที่เกิดขึ้นประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ คน ตัวยา และสิ่งแวดล้อม จากสถิติผู้เข้ารับการรักษา พบว่า อายุที่เริ่มใช้ยามีความแตกต่างกันตามชนิดของยาเสพติด เช่น ผู้ที่เสพยาเฮโรอีน ส่วนใหญ่เริ่มใช้ยาเสพติดเมื่ออายุระหว่าง 15-19 ปี และโดยเฉพาะเด็กเร่ร่อนที่พบว่าเริ่มตั้งแต่ 10-13 ปี เป็นต้น

อย่างไรก็ตามถ้าพิจารณาโดยรวมจะเห็นว่าเด็กติดยาเสพติดในช่วงวัยเด็กจนถึงเยาวชน และอายุที่เริ่มมีแนวโน้มจะลดลง และมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการค้า และอาชญากรรมต่าง ๆ รวมทั้งที่แฝงด้วยการใช้สารเสพติดทั้งสิ้น ทั้งนี้เพื่อนำเงินไปใช้เที่ยวและกรค่าใช้จ่ายที่ฟุ่มเฟือย

จากการศึกษาข้อมูลในกลุ่มเด็กที่เริ่มต้นการเสพยาเสพติด พบว่า มีการเสพยาเสพติดมากกว่า 2

ประเภทสลับกันหรือมากกว่า 2 ประเภทและเสพแบบถาวร โดยภาพรวมแล้วประมาณร้อยละ 90 หรือมากกว่าจะใช้สารเสพติดเพียงอย่างเดียว ข้อมูลในปี 2539 พบว่า ในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มารับการบำบัดรักษา รายใหม่ส่วนใหญ่ใช้เฮโรอีนในช่วง 30 วัน มีการลดลงอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 61.9 เหลือเพียงร้อยละ 9.28 ในปี พ.ศ. 2543 ในทางตรงกันข้ามยาบ้ากลับเพิ่มมากขึ้น เป็นร้อยละ 82.8 ในส่วนของสารระเหยซึ่งเคยเป็นที่นิยมในอดีตพบว่ามียัตราลดลง จากร้อยละ 3.8 เป็นร้อยละ 2.5

โคเคน เอ็กตาซีและดอมมีกัม ยานอนหลับและยาแก้ไอ ซึ่งเป็นสารเสพติดที่หลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องกำลังให้ความสนใจ ในพ.ศ. 2541 จากการสำรวจเด็ก 588 ราย พบว่า เด็กอายุ 12-25 ปี ทั้งในและนอกระบบโรงเรียน พบร้อยละ 67.8 มีเพื่อนที่เคยเสพยา เช่นเดียวกับที่ นวลตาและคณะ (2546) พบว่า เด็กและเยาวชนที่เสพยาเสพติดประเภทยาบ้า ร้อยละ 88.0 ในกลุ่มที่เสพยาบ้ายังพบว่า มีการใช้ยา/สารเสพติดมากกว่า 1 ประเภท และพบว่ามีร้อยละ 95.0 ที่เคยดมกาว เอ็กซตาซี (Ecstasy) หรือยาอี เป็นสารเสพติดประเภท 1 ที่มีกลุ่มผู้เสพยาหลากหลายทั้งนักเรียน/นักศึกษา กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มคนทำงาน พ่อค้า นักธุรกิจ รวมทั้งกลุ่มชายบริการทางเพศ

การแพร่ระบาดส่วนใหญ่จะอยู่ในพื้นที่กรุงเทพฯ ฯ รองลงมาคือภาคใต้ ทั้งนี้เนื่องจากมีสถานที่ที่มักจะเป็นแหล่งมั่วสุมของผู้เสพยาอี คือ สถานบันเทิงต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานบันเทิงที่เปิดทำการเกินเวลาที่ทางราชการกำหนด แต่ภายหลังจากมีการจับกุมมาก ๆ ทำให้ผู้เสพยาเปลี่ยนสถานที่ไปยังที่มีขีดเป็นส่วนตัวมากยิ่งขึ้น เช่น ห้องเช่า อพาร์ทเมนท์ โดยกลุ่มผู้เสพยาอีมีจำนวนเล็กลงกว่าเดิมคือมีโอกาสในการใช้ยาลดลง

โดยทั่วไปยาอีออกฤทธิ์ทั้งกระตุ้นประสาทและหลอนประสาท การกระตุ้นอารมณ์จะคล้ายกับยาบ้า แต่ออกมาในลักษณะอารมณ์ดี มีความสุข ตื่นตัว ไม่่วง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการรับรู้ คือ รับรู้ได้ละเอียดขึ้น เช่น จังหวะดนตรี ทำให้เกิดการรับรู้ในเสียงเพลง แสงสีที่ชัดเจน เกิดอารมณ์สุนทรีย์ในดนตรี แสง สี เสียง แต่เมื่อฤทธิ์ยาหมด ผู้เสพยาจะหงอย อารมณ์ตก หมดแรง ผลกระทบต่อร่างกายและระบบประสาท สมองถูกทำลาย เซลล์ประสาทกลุ่มหนึ่งจะถูกทำลาย สารสื่อประสาทที่ผลิตจากเซลล์ประสาทกลุ่มนี้จะลดลง ส่วนผลต่อการนอนหลับทำให้นอนหลับไม่เป็นธรรมชาติ

พบว่าผู้หญิงนิยมเสพมากกว่า จากลักษณะพิเศษของยาอี จึงทำให้บางครั้งเรียกยาอีว่า “ยาสายหัว”

เคตามีน (Ketamine) หรือยาเค เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทที่ 2 ส่วนใหญ่ลักลอบนำเข้ามาจากประเทศทางแถบเอเชียใต้ เช่น ปากีสถาน กลุ่มคนที่เสพเคตามีนจะเป็นกลุ่มคนที่มีพฤติกรรมในการเที่ยวสถานบันเทิงและใช้ยาอีเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากเคตามีนจัดเป็นยาออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางที่มีผลในการหลอนประสาทเช่นเดียวกับยาอี

ดังนั้นกลุ่มผู้เสพยาอีมักจะเสพยาเคตามีนเพื่อเสริมฤทธิ์ในการหลอนประสาท ผู้เสพยาเคจะมีอาการเมาคล้ายเมาเหล้า มีอาการกึ่งฝันกึ่งตื่น เคลิบเคลิ้ม อารมณ์ดีแต่ไม่สูงมาก ไม่ค่อยมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม การรับรู้ต่อภาพ เสียง แสง เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งหากมีการเสพในปริมาณที่มากจะทำให้ผู้เสพเกิดอาการโรคจิตที่ชัดเจนในที่สุด

โคเคน (Cocaine) เป็นสารสังเคราะห์จากใบโคคา มีการลักลอบนำเข้ามาจากประเทศทางทวีปยุโรป และทวีปอเมริกา มีราคาค่อนข้างแพง จึงทำให้การเสพจำกัดอยู่ในกลุ่มนักท่องเที่ยวกลางคืนและมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ฤทธิ์ของโคเคนจะทำให้ผู้เสพตื่นตัว ไม่่วง มีความมั่นใจสูง ดังนั้นกลุ่มวัยรุ่น นักแสดงจึงมักจะ

ใช้โคเคนเพื่อช่วยในการแสดงฤทธิ์ต่ออารมณ์จะกระตุ้นอารมณ์ทำให้เกิดความพึงพอใจสูงอย่างรุนแรงและรวดเร็ว แต่คลายฤทธิ์เร็วกว่า เมื่อหมดฤทธิ์จะทำให้เกิดอารมณ์เศร้า หากมีโคเคนในปริมาณมากพอหรือใช้บ่อยเป็นเวลานานจะทำให้เกิดโรคจิตระวางต่อผู้เสพ

นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อร่างกายส่วนอื่น ๆ ด้วย คือ ผลต่อหัวใจ ทำให้เกิดการเต้นผิดปกติ ผลต่อสมองอาจทำให้เกิดการชักและขาดเลือดได้ ผลต่อโพรงจมูก ทำให้เยื่อโพรงจมูกฝ่อ มีผลโดยตรงต่อปอด ทำให้เกิดการระคายเคืองปอด

ยาบ้า เป็นยาเสพติดประเภท 1 ที่แพร่ระบาดมากที่สุดในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจากสถิติการจับกุมผู้ต้องหาที่กระทำความผิดเกี่ยวกับยาบ้าตั้งแต่ปี 2539-2543 พบว่า แนวโน้มของการกระทำผิดเกี่ยวกับยาบ้าในกลุ่มผู้มีอายุ 25 ปีหรือต่ำกว่าเพิ่มขึ้นทุกปีเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาบ้าทั้งหมด โดยมีจำนวนประมาณร้อยละ 44 ในปี 2539 และเพิ่มเป็น ร้อยละ 53 ในปี 2543 และพบว่าผู้ขายกระทำผิดมากกว่าผู้หญิง การกระทำผิดมีทั้งการเสพและการครอบครองยา ส่วนกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี ก็พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในอดีตจนถึงปัจจุบัน พบว่า ในช่วงแรกเด็กและเยาวชนอยู่ในฐานะผู้เสพหรือผู้ใช้ไม่ว่าเด็กเหล่านั้นจะอยู่ในสถานศึกษาหรือนอกสถานศึกษากลุ่มผู้ค้าจะลักลอบขนส่งซึ่งส่วนใหญ่เป็นมืออาชีพที่มีการกระจายตัวในชุมชนและสถานที่ต่าง ๆ ใกล้ที่พักของเด็กและเยาวชนหรือใกล้สถานศึกษาซึ่งสามารถเข้าไปหาซื้อได้ง่ายขึ้น โดยตรงและรวดเร็ว

เฮโรอีน เป็นยาเสพติดประเภท 1 ที่มีปัญหาในประเทศไทยมากกว่า 40 ปี มาแล้ว โดยการผลิตยังคงเป็นการผลิตในชนกลุ่มน้อยในประเทศเพื่อนบ้านเพื่อการส่งออกไปทั่วโลก ประเทศไทยเป็นประเทศที่เป็นเส้นทางทราฟฟิคิ้งที่สำคัญทั้งยาบ้าและเฮโรอีนมักมีกลุ่มผู้ค้าเดียวกัน แต่เฮโรอีนมีแนวโน้มลดลงเมื่อยาบ้าเพิ่มขึ้น ผู้เสพเฮโรอีนมีอายุ 25-40 ปี และเป็นเพศชายเป็นส่วนใหญ่ถึงแม้ขณะนี้ยาบ้ามีการนิยมเสพในหมู่ผู้ใช้ยาแต่เมื่อยาบ้ามีปัญหาในการปราบปรามเฮโรอีนก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทดแทน

กัญชา เป็นยาเสพติดประเภท 4 มีการปลูกที่ภาคกลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ส่วนใหญ่พบในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง หาซื้อง่ายและเป็นที่ยอมรับทั่วไป พบว่า กลุ่มวัยรุ่นนิยมใช้มาก จากข้อมูลการจับกุมพบว่า ในภาคใต้ตอนล่างมีผู้ที่ถูกจับด้วยข้อหาใช้กัญชาไว้ในครอบครองเพื่อเสพ ซึ่งปัจจุบันได้รับการบำบัดโดยกระบวนการคุมประพฤติและ พรบ. มาตรา 63

ผลการสำรวจการใช้สารเสพติดของประชาชนปี 2544 (ฝ่ายข้อมูล โรงพยาบาลธัญญารักษ์)

พบว่าอัตราการเสพยาเสพติดโดยรวม (Total Prevalence Rate) เท่ากับ 48.88 ต่อประชากร 10,000 คน เมื่อจำแนกแต่ละประเภทของสารเสพติดพบว่า มีผู้เสพยาบ้าเท่ากับ 41.50 ต่อประชากร 1,000 คน (หรือร้อยละ 84.90 ของผู้เสพทั้งหมด) ส่วนเฮโรอีนมีผู้เสพเท่ากับ 1.18 ต่อประชากร 1,000 คน อัตราผู้เสพยาบ้าร้อยละ 1.10 ต่อประชากร 1,000 คน กัญชาเท่ากับ 2.82 ต่อประชากร 1,000 คน ฝิ่นเท่ากับ 0.72 ต่อประชากร 1,000 คน และสารเสพติดอื่น ๆ เช่น กระท่อมเท่ากับ 1.56 ต่อประชากร 1,000 คน

เมื่อพิจารณาการแพร่ระบาดของสารเสพติดโดยพิจารณาจากอัตราการเสพยาเสพติด (Prevalence Rate) ในแต่ละภาคเพื่อนำมาเปรียบเทียบ พบว่า กรุงเทพมหานคร มีอัตราผู้เสพยาเสพติดทุกชนิดมาก

ที่สุดเท่ากับ 102.53 ต่อประชากร 1,000 คน รองลงมาคือ ภาคใต้ (62.07 ต่อประชากร 1,000 คน) ภาคเหนือ (42.07 ต่อประชากร 1,000 คน) ภาคกลาง (35.36 ต่อประชากร 1,000 คน) เมื่อพิจารณาการแพร่ระบาดของผู้เสียชีวิตแต่ละชนิดดังนี้ คือ

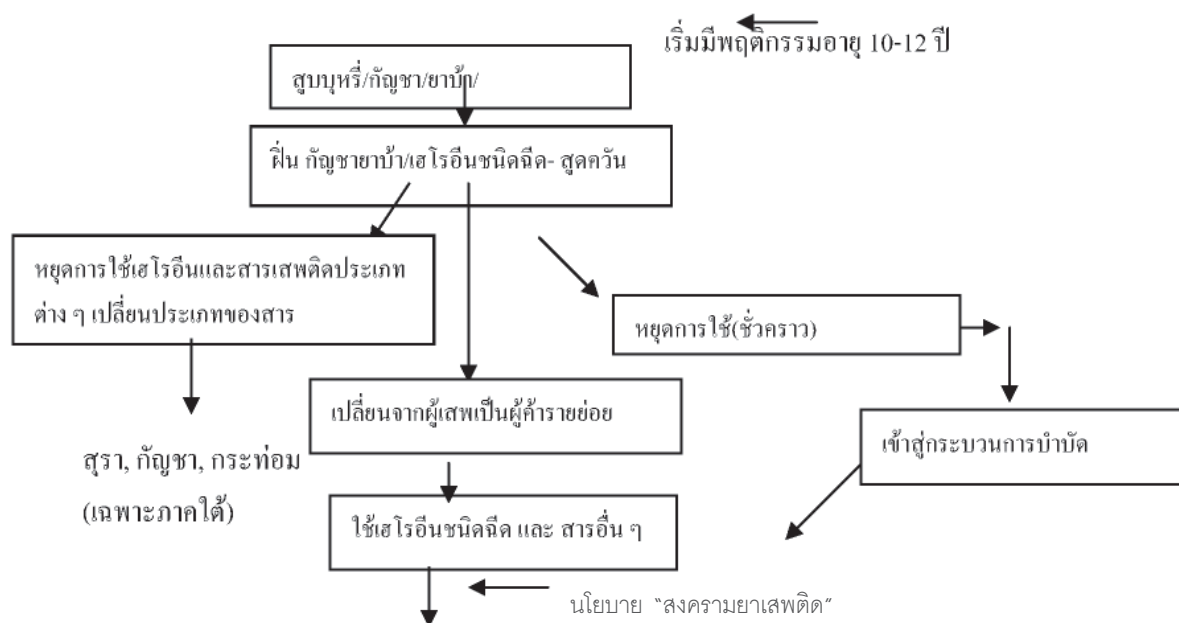
สำหรับการเสียชีวิตอื่น พบว่า ภาคใต้มีอัตราการเสียชีวิตอื่นมากที่สุด (4.92 ต่อประชากร 1,000 คน) ส่วนภาคอื่น ๆ นั้น มีอัตราการเสียชีวิตอื่นใกล้เคียงกัน (0.40-0.75 ต่อประชากร 1,000 คน)

การเสียชีวิตอื่น พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการเสียชีวิตอื่นมากที่สุด (1.68 ต่อประชากร 1,000 คน) รองลงมาคือ ภาคใต้ (1.50 ต่อประชากร 1,000 คน) และกรุงเทพมหานคร (0.69 ต่อประชากร 1,000 คน) ตามลำดับ

การสูบบุหรี่ พบว่า ภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุด (11.06 ต่อประชากร 1,000 คน) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2.75 ต่อประชากร 1,000 คน) และกรุงเทพมหานคร (1.69 ต่อประชากร 1,000 คน)

การเสียชีวิตชนิดอื่น ๆ เช่น กระทบพบว่า ภาคใต้มีอัตราการเสียชีวิตอื่นมากที่สุด (5.67 ต่อประชากร 1,000 คน) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (1.76 ต่อประชากร 1,000 คน)

ด้านพฤติกรรมของผู้ใช้ยา พบว่า มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในครอบครัว เช่น มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และพบว่า กลุ่มดังกล่าวมีการใช้สารเสพติดในอายุเริ่มต้นที่ลดลง ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2

- เข้ากระบวนการบำบัด
- หนีออกนอกพื้นที่ / หลบซ่อน
- เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ โรคแทรกซ้อน / วัณโรค
- เปลี่ยนประเภทสารเป็นดอมิแกม เทนจิสิก ยานอนหลับ (diazepam) โดยบดและนำมาฉีด ฯลฯ

แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนการใช้ยาเสพติดและการนำไปสู่การใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ประเภท

ปัญหาที่สำคัญในภาคใต้คือ มีสภาพภูมิศาสตร์ที่เอื้อต่อการค้าขายยาเสพติด เพราะมีทั้งเทือกเขาและทางออกทะเล นอกจากนี้ยังมีพื้นที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ผู้เสพส่วนหนึ่งจะผันตัวเองเป็นผู้ค้าโดยได้ส่วนแบ่งจากส่วนต่างของราคาเป็นยาเสพติด ถึงแม้ปัจจุบันจะมีการปราบปรามยาเสพติดอย่างมากตามนโยบายของรัฐบาล แต่ก็ไม่ทำให้มีการลดลงของยาเสพติด ทั้งนี้จากอัตราการจับกุมที่มีทั้งเฮโรอีน และยาบ้าในจำนวนที่มาก

ยาเสพติดได้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของยาและบรรจุภัณฑ์ที่มีความหลากหลาย เช่น สีคุณร้อย ดอมิแกม เป็นต้น ผลของการใช้สารเสพติดก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และระดับประเทศ ผู้ใช้ยาจะถูกตราหน้าว่าเป็นคนทำร้ายสังคม ครอบครัวและชุมชน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อสุขภาพของผู้ใช้สารเสพติด รัฐได้จัดให้มีศูนย์บำบัดยาเสพติดทุกภูมิภาค ในภาคใต้มีถึง 2 แห่ง คือ ที่จังหวัดสงขลาและจังหวัดปัตตานี เนื่องจากยาเสพติดยังเป็นปัญหารุนแรงทั้งในระดับผู้เสพและผู้ค้า ถึงแม้รัฐจะได้มีการบำบัดแต่กระบวนการบำบัดไม่เน้นกระบวนการเชิงรุก ภาครัฐใช้กระบวนการตั้งรับซึ่งสวนทางกับปัญหาที่เกิดขึ้น กระบวนการจับกุมที่ไม่เข้าใจผู้ใช้ยาเสพติด ประกอบกับผู้เสพและผู้ค้าขาดความตระหนักในผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่ตนเอง

ปัจจุบันพบว่า ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคค่อนข้างสูง บางรายเสียชีวิตด้วยโรคแทรกซ้อน ประกอบกับระบบการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดยังไม่มีกรอบรับปัญหาด้านสุขภาพ การตราหน้าและระบบบริการที่จัดโดยรัฐไม่เอื้อต่อการเลิกใช้สารเสพติด ในขณะที่เดียวกันสังคมก็มีการตราหน้าคนกลุ่มนี้ทำให้คนเหล่านี้ไม่มีพื้นที่ที่จะยืนในสังคมส่วนหนึ่งจึงหันไปเสพยาอีก

โรคเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ใช้เวลาในการดูแลตลอดชีวิตของผู้ป่วย กลุ่มที่พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงคือผู้ที่มียายุมากกว่า 45 ปี ขึ้นไป รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลค่อนข้างมาก โดยเฉพาะกรณีที่มีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ มีงานวิจัยเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศเป็นจำนวนมากทั้งที่ตีพิมพ์เผยแพร่และฉบับรายงานที่ไม่มีการตีพิมพ์ จากการรวบรวมของ แสงอรุณ อิศระมาลัยและคณะ(2548) พบว่า มี 11 เรื่อง ที่เน้นการศึกษาปัญหา การจัดกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เน้นการดูแลตนเองที่เน้นในสถานบริการเป็นหลักและวัดผลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจุบันมีโครงการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานใน

กลุ่มเสี่ยงและให้บริการเจาะเลือดโดยความสมัครใจ

การศึกษาทั้ง 11 เรื่องมุ่งเน้นที่การดูแลตนเองของผู้ป่วยมากกว่าการค้นหาปัญหาในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และกระบวนการการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และการติดตามของเจ้าหน้าที่ในเชิงลึกควบคู่ไปกับการเฝ้าระวัง ทั้งนี้ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงจะได้เข้าสู่ระบบการดูแลเร็วขึ้นและทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดี ขณะเดียวกันรัฐต้องมีความต่อเนื่องในเรื่องการจัดระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง

จากตารางจะเห็นได้ว่า ถึงแม้จะมีระบบการคัดกรอง และการดูแลในสถานบริการที่เน้นการให้ความรู้ แต่ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่สูง ซึ่งเป็นภาพสะท้อนของการปรับบริการและสร้างความตระหนักในเรื่องการดูแลให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวและผู้ดูแลด้วย

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2548

เขตรับผิดชอบ	ผู้ป่วย		ภาวะแทรกซ้อน	
	เก่า	ใหม่	มี	ไม่มี
เขต 11 (29467)*	19394	9673	21,752(73.8)	7,715(26.2)
เขต 12(15047)*	11533	3514	7,515 (49.9)	7,532 (50.1)

* มีรายงานสมบูรณ์ 5 จังหวัด

ความดันโลหิตสูง

เป็นโรคที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเป็นปัญหาต่อระบบการดูแลทั้งของผู้ป่วย ครอบครัวและสถานบริการ คือ ความพิการ ปัจจุบันพบว่า มีปัญหาเพิ่มขึ้นทั้งนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมและสังคมที่เปลี่ยนไป พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ไม่มีเวลาในการออกกำลังกายรวมถึงภาวะเครียด รัฐโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการ คัดกรองผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาโดยคาดหวังว่า จะควบคุมอาการข้างเคียงและผู้ป่วยจะได้ตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหากไม่มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

การวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งสิ้น 6 เรื่อง โดยเน้นการให้ความรู้และการดูแลตนเอง การตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้อาจจะยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม นโยบายเชิงรุกในการกระตุ้นผู้ป่วยและญาติอาจจะทำให้เพิ่มความตระหนักได้มากขึ้น ขณะเดียวกันความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ภาครัฐอาจจะต้องเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วยและครอบครัวในการเลือกวิธีการที่พอใจและยอมรับได้เพื่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ จากตารางที่ 4 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะ

แทรกซ้อนร้อยละ 11.9 และ 6.2 แต่สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้เป็นกลุ่มที่เข้ามาใช้บริการด้วยตนเอง และยังมีบางส่วนที่ยังไม่เข้าสู่ระบบบริการ

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ปี 2548

เขตรับผิดชอบ	ผู้ป่วย		ภาวะแทรกซ้อน	
	เก่า	ใหม่	มี	ไม่มี
เขต 11 (48206)*	36,481	11,725	5,759(11.9)	42,447(88.1)
เขต 12 (29772)*	22,792	6,980	1,859(6.2)	27,913(93.8)

* มีรายงานสมบูรณ 5 จังหวัด

โรคหลอดเลือดและหัวใจ

เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายของประชาชนใน 14 จังหวัดภาคใต้ในลำดับต้น ๆ ระบบการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดและหัวใจได้นำเข้าสู่ระบบบริการของโรงพยาบาลต่าง ๆ แต่เนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นภาวะที่ต้องมีการคัดกรองที่ต้องมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น การเจาะเลือดเพื่อหาระดับไขมันในเลือด การตรวจคลื่นหัวใจ อาการและอาการแสดงอาจไม่สามารถบ่งชี้ได้ว่าผู้ที่มีความเสี่ยงหรือไม่โดยเฉพาะในกลุ่มชาติพันธุ์

ในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ใน 3 จังหวัดชายแดน นับถือศาสนาอิสลาม มีพฤติกรรมกรับประทานอาหารที่แตกต่างจากชาวไทยพุทธ และมีรูปแบบการรับประทานที่มีข้อบ่งชี้ เช่น ระยะเวลาเดือนถือศีลอด นิยมรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เป็นต้น ส่วนงานวิจัยที่ดำเนินงานในกลุ่มนี้มีเพียงการศึกษาปัญหาและให้ความรู้ ซึ่งไม่มีการติดตามผลว่ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ กลุ่มเสี่ยงยังเป็นกลุ่มที่สมัครใจเข้ามาใช้บริการ ดังนั้นข้อมูลที่ภาครัฐมีอยู่อาจไม่ใช่ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มเสี่ยง การเฝ้าระวังจึงเป็นสิ่งที่ภาครัฐจะต้องให้ความสนใจ

จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า มีผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการในเขต 12 (ยกเว้นจังหวัดพัทลุง และ นราธิวาส) จำนวนทั้งสิ้น 7,879 ราย และเป็นผู้ที่มีอาการ ส่วนเขต 11 (ยกเว้นกระบี่และภูเก็ต) มีจำนวนผู้ป่วย 10,863 ราย กลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่อยู่ในระบบการติดตามของโรงพยาบาลและผนวกอยู่ในระบบงานประจำ

โรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วงถือได้ว่าเป็นโรคประจำท้องถิ่นตามฤดูกาล เพราะจะเกิดปัญหาทุกปี โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่หน้าร้อน เนื่องจากภูมิอากาศของภาคใต้ประกอบด้วยฤดูกาลเพียง 2 ฤดูกาลเท่านั้น ได้แก่ ฤดูฝนและ

ฤดูร้อน และเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมกรบริโภคโดยตรง

จากสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า โรคอุจจาระร่วงพบได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ แต่ความรุนแรงจะปรากฏที่เด็ก แต่เนื่องจากวิวัฒนาการการรักษาและการดูแลมีการพัฒนาขึ้น อัตราการตายจากโรคอุจจาระร่วงจึงลดลงและไม่มีในบางจังหวัดของภาคใต้ เป็นภาพสะท้อนถึงการสาธารณสุขที่ดีขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องความสะอาด อาหารและสุขาภิบาลที่ดีขึ้น แต่ปัญหากลับไปพบในกลุ่มแรงงานต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย จากรายงานของกรมควบคุมโรคที่พบเกือบ 7,000 ราย ในภาคกลางและภาคเหนือ อย่างไรก็ตามโอกาสที่จะแพร่ระบาดมาสู่ประชาชนชาวไทยก็มีมากเช่นกันทั้งนี้เพราะใน 70 จังหวัดจาก 76 จังหวัดของประเทศไทย มีประชากรพม่ามาเป็นกลุ่มประชากรแฝงอยู่เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะจังหวัดระนอง ปัตตานี นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานีและสงขลา

โรคเอดส์

ในปี พ.ศ.2547-2549 Thai Working Group ได้คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ระดับประเทศ ในแต่ละกลุ่มอายุไว้ ซึ่งพบว่า กลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี อายุ 20-24 ปี จะมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นหญิงสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นชาย และทำให้อัตราการติดเชื้อในผู้หญิงที่อายุ 25-29 ปี มีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าเพศชายด้วยเช่นกัน อันอาจเป็นผลจากการเลื่อนโครงสร้างทางอายุของกลุ่มประชากรด้วย จากการวิจัยพฤติกรรมเสี่ยงในปี พ.ศ.2542 (1999) พบว่า หญิงที่เป็นภรรยาและหญิงคนรักมีการติดเชื้อจากสามี หรือคู่อีก ถึงร้อยละ 75 www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html/GAR2004_04_en.htm

โดยเฉพาะการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย คณะผู้เชี่ยวชาญ (The Thai Working Group) ได้คาดประมาณตัวเลขผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ในปี พ.ศ.2548 ว่าน่าจะมี ผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมประมาณ 1,092,327 ราย ในจำนวนนี้ เป็นเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ ประมาณ 50,620 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม ประมาณ 551,505 ราย เหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ และต้องการดูแลรักษา จำนวน 540,822 ราย เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ 18,172 ราย

มีการคาดว่าในปี พ.ศ.2549 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมประมาณ 1,109,000 ราย ในจำนวนนี้เป็นเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ ประมาณ 53,400 ราย คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 600,600 ราย เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการรักษาพยาบาลประมาณ 508,300 ราย และเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 17,000 ราย

จากรายงานของสำนักระบาดวิทยา เมื่อเดือนสิงหาคม 2548 พบว่า ข้อมูลระดับประเทศ มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ จำนวน 366,888 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 90,059 ราย แนวโน้มของการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคเอดส์ลดลง กว่าอดีตที่ผ่านมา (พ.ศ.2538-2548) ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่พบมากในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 26.03 รองลงมาอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 25.62 อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 16.70 และเด็กที่อายุ 0-4 ปี ร้อยละ 3.05 ตามลำดับ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าอัตราป่วยเอดส์ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงมีอัตราป่วยสูงกว่าวัยรุ่นชาย หรือเท่ากับเพศ ชาย ซึ่งทำให้ต้องพิจารณาหรือศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยมในเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นในยุคใหม่ที่เปลี่ยนไปจากในอดีต กลุ่มวัยรุ่นที่มี อายุ 15-19 ปี และอายุ 20-24 ปี มีแนวโน้มของปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์สูง ในปี พ.ศ. 2539-2540 อัตราการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์สูงสุด

และมีแนวโน้มที่ลดลงในปีต่อ ๆ มาจนถึงปัจจุบันในทั้งสองกลุ่มอายุ

ในภาคใต้นับได้ว่ามีปัญหาการติดเชื้อไม่แตกต่างจากภาคอื่น ๆ จากการเฝ้าระวัง พบว่า พบผลเลือดเป็นบวก ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดสูงสุดร้อยละ 36.0 กลุ่มโสเภณีขายตรงร้อยละ 12.5 ชายขายบริการร้อยละ 10.9 และยังพบในกลุ่มผู้มาบริจาคโลหิตร้อยละ 0.59 ซึ่งเป็นภาพสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดและปัญหาโรคเอดส์ การขายบริการ และกลุ่มที่อาจจะต้องให้ความสำคัญคือ กลุ่มชายที่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งหญิงและชาย เพราะอาจจะเป็นผู้แพร่เชื้อเอชไอวีที่สำคัญ สิ่งที่ภาครัฐต้องนำมาพิจารณาคือ การให้ความรู้เรื่องการเจาะเลือดด้วยความสมัครใจ ในขณะเดียวกันต้องมีระบบการรองรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระบบยาต้านไวรัสและการดูแลเมื่อเกิดโรคฉวยโอกาส ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะการให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อการเจาะเลือดด้วยความสมัครใจ

บทสรุป

จากการทบทวนเอกสารและข้อมูลโรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ข้างต้น ได้แก่ อุบัติเหตุ ยาเสพติด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและหัวใจ อุจจาระร่วงและโรคเอดส์ เป็นโรคที่ต้องการการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของโรค เป็นบทบาทที่ต้องการการมีส่วนร่วมทั้งของผู้ป่วย ชุมชน และที่สำคัญคือ การสนับสนุนในเชิงวิชาการ การติดตามผลการรักษาอย่างจริงจังและจริงจังจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความต่อเนื่องของการจัดบริการ การมองผู้ป่วยแบบองค์รวมที่แท้จริง

