

ภาวะโรคระดับเขตสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2552

ณัฐพัชร์ มรรคา บธ.ม.

ชนิษฐา กุ์ศรีสกุล วท.ม.

จักรวีดา อมรวิสัยสรเดช ศษ.ม.

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ ท.บ., M.A., Ph.D.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ การสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life year: DALY) เป็นดัชนีวัดสุขภาพประชากรแบบองค์รวมที่สะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งการตาย ป่วยและพิการในหน่วยเดียวกัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดลำดับและคาดประมาณขนาดของการสูญเสียปีสุขภาวะในระดับเขตสุขภาพของประเทศไทยใน พ.ศ. 2552 เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (cross-sectional descriptive study) ที่ใช้ข้อมูลการตายจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และข้อมูลการสูญเสียปีสุขภาวะจากการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552 ผลการศึกษาพบว่าจากการสูญเสียปีสุขภาวะในระดับประเทศทั้งสิ้น 10.2 ล้านปี เขตสุขภาพที่มีการสูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุดคือเขต 1 (ร้อยละ 13.0 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งประเทศ) รองลงมาได้แก่เขต 9 และเขต 7 (ร้อยละ 10.0 และ 8.0 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งประเทศ ตามลำดับ) ซึ่งสาเหตุอันดับ 1 ที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในพื้นที่ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนนในเพศชาย และโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิง ดังนั้น ข้อมูลการสูญเสียปีสุขภาวะระดับเขตสุขภาพนี้ สะท้อนให้เห็นแบบแผนของปัญหาสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการวางแผนสุขภาพและจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะโรค, การสูญเสียปีสุขภาวะ, ความแตกต่างของสถานะสุขภาพ

บทนำ

ดัชนีปีสุขภาวะที่สูญเสีย (disability adjusted life year: DALY)⁽¹⁾ เป็นดัชนีวัดสุขภาพประชากรแบบองค์รวมที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพที่พัฒนาโดยมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดร่วมกับธนาคารโลก และองค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2536⁽²⁾ ซึ่งมีข้อดีคือ วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทั้งการตาย ป่วยและพิการในหน่วยเดียวกัน สามารถใช้เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพของประชากรต่างกลุ่มกันเพื่อพยายามลดช่องว่างทางสุขภาพระหว่างประชากร หรือใช้วัดปัญหาสุขภาพของประชากรกลุ่มเดียวกัน แต่ต่างเวลาเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน

การศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2552⁽³⁻⁵⁾ พบว่า ประชากรไทยมีความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ประมาณ 5.8 ล้านปีในเพศชาย และ 4.4 ล้านปีในเพศหญิง โดยกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย คือ กลุ่มอุบัติเหตุ รองลงมาคือกลุ่มความผิดปกติทางจิต (ร้อยละ 14.0 และ 13.0 ของความสูญเสียทั้งหมดในเพศชายตามลำดับ) สำหรับเพศหญิงคือ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และรองลงมาคือกลุ่มโรคมะเร็ง (ร้อยละ 15.0 และ 13.0 ของความสูญเสียทั้งหมดในหญิงตามลำดับ)⁽⁵⁾

การศึกษาดังกล่าวเป็นการรายงานภาระโรคในระดับประเทศ ขณะที่แต่ละพื้นที่ในระดับเขตสุขภาพและภูมิภาคซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งด้านวัฒนธรรม สังคม สภาพภูมิประเทศ อาจจะมีปัญหาทางสุขภาพที่แตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถทราบถึงภาระโรคที่แท้จริงในระดับเขตสุขภาพและภูมิภาคได้

การคาดประมาณภาระโรคระดับเขตสุขภาพและภูมิภาคจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและกำหนดนโยบายสาธารณสุขรวมทั้งการจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมกับพื้นที่ที่มีปัญหาแตกต่างกัน การศึกษานี้จึงได้ประมาณปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร และการเจ็บป่วย พิการในระดับเขตสุขภาพและภูมิภาคของประชากรไทย พ.ศ. 2552 เพื่อประกอบการจัดลำดับความสำคัญของโรคและปัญหาสุขภาพในแต่ละเขตสุขภาพและภูมิภาค

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวางโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลประชากรกลางปีและข้อมูลการตายจำแนกตามอายุ เพศ และจังหวัด พ.ศ. 2552 จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งได้ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ส่วนข้อมูลการตายรายสาเหตุได้จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552 การจำแนกกลุ่มจังหวัดระดับเขตสุขภาพจำนวน 13 เขต และภูมิภาค 4 ภาคตามการแบ่งเขตสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁶⁾ และกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556⁽⁷⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากข้อมูลการตาย พ.ศ. 2552 ที่มีการรายงานหรือการจดทะเบียน (มรณบัตร) จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เป็นข้อมูลที่ต่ำกว่าความเป็นจริง และการระบุสาเหตุการตายไม่ชัดเจนกว่าร้อยละ 40.0 ของการตายทั้งหมด การศึกษานี้จึงใช้ข้อมูลการตายจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ

เจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552⁽⁵⁾ ซึ่งมาจากข้อมูลการตายรายสาเหตุที่ปรับด้วย ผลการศึกษาสาเหตุการตายโดยการสัมภาษณ์⁽⁸⁾ ในการกำหนดจำนวนการตายรายสาเหตุระดับประเทศ

การประมาณจำนวนตายรายเพศ อายุ และสาเหตุในแต่ละเขตสุขภาพ (N_{ijk}) ได้จากจำนวนตายรายอายุ เพศ และสาเหตุ (N'_{ijk}) จากข้อมูลทะเบียนการตายและปรับเพื่อให้สอดคล้องกับผลการประมาณค่าการตายในระดับประเทศ (N''_{ijk}) ดังนี้

$$N_{ijk} = N''_{ijk} \times \frac{N'_{ijk}}{\sum N'_{ijk}}$$

โดยที่ N_{ijk} คือจำนวนตายอายุ i เพศ j สาเหตุ k
 i คือ กลุ่มอายุ (0, 1-4, 5-9, ..., 80-84, 85+)

j คือ เพศ (ชาย และ หญิง)

k คือ สาเหตุการตาย (ตามการจัดกลุ่มโรคในรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552⁽⁵⁾)

อัตราตายปรับฐาน (standardized death rate)⁽⁹⁾ เปรียบเทียบอัตราตายในแต่ละพื้นที่ โดยการปรับฐานวิธีตรง (direct method)⁽⁹⁾ เป็นการปรับความแตกต่างของอายุประชากรที่จะมีอิทธิพลการเปรียบเทียบในแต่ละพื้นที่โดยใช้จำนวนประชากรทั้งประเทศแยกตามเพศ พ.ศ. 2552 เป็นประชากรมาตรฐาน

$$\text{อัตราตายปรับฐาน} = [\sum (P_{ai} \times m_i) / P_a] \times w$$

เมื่อ P_{ai} คือ จำนวนประชากรมาตรฐานในกลุ่มอายุ i

P_a คือ จำนวนประชากรมาตรฐานรวม

m_i คือ อัตราตายในกลุ่มอายุ i ของประชากรที่ศึกษา

w คือ ค่าคงที่นิยมใช้ 1,000

คำนวณค่าภาระโรคจากดัชนีปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALY) อันเป็นผลรวมของความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (year of life lost due to premature death: YLL) และความสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (year lost due to disability: YLD)⁽¹⁾

$$DALY = YLL + YLD$$

จำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร รายเพศ กลุ่มอายุ และสาเหตุ ของแต่ละเขตสุขภาพ คำนวณได้จากสูตร

$$YLL_{ijk} = \frac{N_{ijk}}{0.03} \times (1 - e^{-0.03L_{ij}})$$

โดยที่ L_{ij} คืออายุคาดเฉลี่ยรายอายุ (age-specific life expectancy) ของอายุ i เพศ j ซึ่งได้จากตารางชีพมาตรฐาน West Level 26⁽¹⁾

เนื่องจากข้อจำกัดของแหล่งข้อมูลปฏิบัติการของแต่ละรายการโรคสำหรับแต่ละเขตสุขภาพ ผู้วิจัยจึงประมาณค่า YLD จำแนกตามเพศและสาเหตุ (YLD_{jk}) ของแต่ละเขตสุขภาพนั้นภายใต้ข้อสมมติที่ว่า ความสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพเป็นสัดส่วนโดยตรงกับความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรค่าประมาณของ YLD รายเพศและสาเหตุ สำหรับแต่ละเขตสุขภาพ จึงคำนวณได้จาก

$$YLD_{ijk} = YLL_{ijk} \times \frac{YLD''_{jk}}{YLL''_{jk}}$$

โดย YLD''_{jk} และ YLL''_{jk} คือค่าประมาณ YLD และ YLL รายเพศและสาเหตุของประชากรทั้งประเทศ⁽⁵⁾

สำหรับโรคที่ไม่ได้จำแนกสาเหตุการตายเป็นรายการประมาณค่า YLD ของแต่ละเขตสุขภาพ จะใช้สัดส่วนของ YLD/YLL ของกลุ่มโรคแทน และในกลุ่มโรคที่ไม่ก่อให้เกิดการตายเลย เช่น กลุ่มโรคความผิดปกติทางการรับรู้ ประมาณค่า YLD ของแต่ละเขตสุขภาพจากอัตรา YLD ของทั้งประเทศ และจำนวนประชากรของแต่ละเขตสุขภาพ

คำนวณอัตราการสูญเสียสุขภาพจากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) อัตราการสูญเสียสุขภาพจากความบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) อัตราการสูญเสียสุขภาพ (DALYs) โดยการปรับฐานวิธีตรง (direct method)⁽⁹⁾ เช่นเดียวกับอัตราตายปรับฐานโดยใช้โปรแกรมเอกเซลในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

1. การตายในระดับเขตสุขภาพและภูมิภาค

ในปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีการตายทั้งสิ้น 4.3 แสนคน ซึ่งเพศชายมีการตายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.3 เท่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการตายสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 32.0 ของการตายทั้งหมด รองลงมาเป็นภาคกลางและภาคเหนือ ตามลำดับ ส่วนในระดับเขตสุขภาพที่มีการตายสูงสุด ได้แก่ เขต 1 คิดเป็นร้อยละ 12.0 ของการตายทั้งหมด รองลงมาได้แก่ เขต 9 และ เขต 5 ตามลำดับ อัตราการตายปรับฐานในระดับภูมิภาค พบว่า ภาคเหนือมีอัตราตายปรับฐานสูงสุด และภาคใต้มีอัตราต่ำสุด (7.57 และ 6.38 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ) ส่วนระดับเขตสุขภาพ พบว่า เขต 1 อัตราตายปรับฐานสูงสุดและเขต 11 มีอัตราต่ำสุด (7.98 และ 5.86 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ความแตกต่างของอัตราตายรายโรคปรับฐานระหว่างเขตสุขภาพ เมื่อพิจารณาจากโรคที่เป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกในระดับประเทศของเพศชายและเพศหญิง (ตารางที่ 2) พบว่า เพศชายมีสาเหตุการตายอันดับ 1 จากโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราสูงสุดในเขต 3 และต่ำสุดในเขต 8 อันดับ 2 จากอุบัติเหตุทางถนน มีอัตราสูงสุดในเขต 3 และต่ำสุดในเขต 13 อันดับ 3 จากโรคหัวใจขาดเลือด มีอัตราสูงสุดในเขต 12 และต่ำสุดในเขต 7 อันดับ 4 จากโรคมะเร็งตับ มีอัตราสูงสุดในเขต 8 และต่ำสุดในเขต 12 และอันดับ 5 จากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอัตราสูงสุดในเขต 1 และต่ำสุดในเขต 8 ส่วนในเพศหญิงมีสาเหตุการตายอันดับ 1 จากโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราสูงสุดในเขต 3 และต่ำสุดในเขต 13 อันดับ 2 จากโรคเบาหวาน มีอัตราสูงสุดในเขต 7 และต่ำสุดในเขต 11 อันดับ 3 จากโรคหัวใจขาดเลือด มีอัตราสูงสุดในเขต 2 และต่ำสุดในเขต 7 อันดับ 4 จากโรคมะเร็งตับ มีอัตราสูงสุดในเขต 8 และต่ำสุดในเขต 12 และอันดับ 5 จากโรคไตอักเสบและไตพิการ มีอัตราสูงสุดในเขต 10 และต่ำสุดในเขต 13 เมื่อเปรียบเทียบอัตราตายรายโรคปรับฐานที่มีค่าสูงสุดและต่ำสุดในระดับเขตสุขภาพ พบว่า

ในเพศชายจากโรคมะเร็งตับมีความแตกต่างของอัตรา 11.3 เท่า รองลงมาจากโรคเบาหวาน และโรคไตอักเสบ และไตพิการ ต่างกัน 7.4 และ 4.1 เท่า ตามลำดับ สูงสุดถึง 5.5 เท่า รองลงมาจากอุบัติเหตุทางถนน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 3.5 และ 3.4 เท่า ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิง คือ โรคมะเร็งตับ แตกต่างกันสูงสุดถึง

2. ภาระโรคในระดับเขตสุขภาพและภูมิภาค จากการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ทั้งประเทศใน

ตารางที่ 1 จำนวนตาย อัตราตายปรับฐานจำนวนการสูญเสียปีสุขภาวะ และอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานจำแนกตามเขตสุขภาพและภูมิภาค พ.ศ. 2552

เขตสุขภาพ	จำนวนตาย			อัตราตายปรับฐาน			จำนวนการสูญเสียปีสุขภาวะ			อัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐาน		
	(1,000 คน)			(ต่อประชากรพันคน)			(1,000 ปี)			(ต่อประชากรพันคน)		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
กรุงเทพ												
13	17	13	30	6.16	4.44	5.23	378	324	701	137	107	122
ภาคเหนือ												
1	29	22	51	8.98	6.95	7.98	830	504	1,333	269	163	215
2	15	11	26	8.28	6.06	7.17	343	250	593	196	140	167
3	13	11	24	8.31	6.27	7.27	301	238	539	191	143	167
รวม	57	44	101	8.52	6.43	7.46	1,473	992	2,465	219	149	183
ภาคกลาง												
4	19	15	34	7.56	5.62	6.54	441	351	792	179	132	155
5	20	16	36	7.97	5.72	6.80	446	357	803	179	133	155
6	20	14	34	7.89	5.26	6.55	470	338	809	180	126	153
รวม	59	45	105	7.81	5.53	6.65	1,357	1,046	2,403	179	130	154
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ												
7	19	15	35	8.31	6.83	7.57	466	373	838	192	157	174
8	19	15	33	7.78	6.66	7.24	426	369	794	169	155	162
9	24	19	43	7.43	5.68	6.55	580	441	1,021	178	134	156
10	16	13	29	7.65	6.54	7.11	389	306	695	183	147	165
รวม	77	62	139	7.79	6.43	7.10	1,861	1,487	3,349	181	148	164
ภาคใต้												
11	15	10	25	7.17	4.55	5.86	334	235	569	164	111	137
12	18	13	31	8.12	5.69	6.88	409	314	723	184	135	159
รวม	32	23	56	7.65	5.12	6.36	743	549	1,292	174	123	148
ประเทศไทย	243	187	431	7.78	5.82	6.79	5,812	4,398	10,210	185	137	161

ตารางที่ 2 อัตราตายรายโรคปรับฐานจาก 15 อันดับแรกของโรคที่เป็นสาเหตุของประเทศไทย จำแนกตามเพศ เขตสุขภาพ และภูมิภาคพ.ศ. 2552 (หน่วย: ต่อประชากรแสนคน)

โรค	เขตสุขภาพ													ภูมิภาค				
	รวม	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	เหนือ	กลาง	อีสาน	ใต้
เพศชาย																		
1. โรคหลอดเลือดสมอง	81	88	95	96	87	89	82	65	62	85	74	77	88	63	92	86	73	82
2. อุบัติเหตุทางถนน	64	70	85	89	68	67	74	62	55	62	62	76	58	26	79	70	61	66
3. โรคหัวใจขาดเลือด	60	47	58	62	72	65	57	42	51	44	54	71	103	65	53	65	47	87
4. โรคมะเร็งตับ	54	54	51	40	34	35	39	107	113	58	91	25	20	32	50	36	89	23
5. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	47	89	63	54	37	53	49	29	26	46	37	44	38	26	74	46	36	41
6. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	37	54	33	33	35	45	46	28	23	28	28	51	41	36	43	42	27	46
7. โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	33	45	31	33	30	32	34	32	34	27	24	31	27	37	38	32	29	29
8. โรคเบาหวาน	31	22	24	18	20	22	19	85	61	27	42	15	38	19	21	20	51	27
9. ภาวะตับแข็ง	30	41	44	34	32	31	35	36	26	29	27	17	22	20	40	32	29	20
10. วัณโรค	22	21	29	25	18	22	21	22	21	27	32	15	26	15	24	20	25	21
11. การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	21	20	24	29	28	27	24	14	12	18	18	16	17	22	23	27	16	17
12. โรคไตอักเสบและไตพิการ	17	27	14	13	10	11	11	28	31	14	29	10	13	9	20	11	24	12
13. การทำร้ายตนเอง	15	32	15	20	13	15	17	10	14	15	12	13	9	8	24	15	13	11
14. การถูกทำร้าย	15	10	11	13	10	14	11	6	8	8	7	41	59	9	11	12	7	50
15. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	14	11	10	16	22	17	15	6	8	10	9	11	10	30	12	18	8	11
เพศหญิง																		
1. โรคหลอดเลือดสมอง	84	87	102	109	96	90	83	79	77	91	71	70	94	52	97	90	81	82
2. โรคเบาหวาน	55	36	36	31	29	37	26	157	138	57	82	21	60	25	35	30	104	41
3. โรคหัวใจขาดเลือด	52	50	69	66	63	55	49	38	45	43	51	50	66	40	59	56	44	58
4. โรคมะเร็งตับ	24	27	19	15	13	11	16	48	68	27	43	9	6	10	22	13	45	8
5. โรคไตอักเสบและไตพิการ	23	34	14	18	14	15	17	35	49	21	49	13	14	12	24	15	36	13
6. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	19	29	19	30	17	21	22	17	16	22	12	20	13	14	27	20	17	16
7. การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	17	16	19	23	23	22	17	15	10	19	16	12	14	16	18	21	15	13
8. โรคมะเร็งปากมดลูกและมดลูก	16	20	17	16	18	20	22	13	15	13	12	17	14	16	18	20	13	16
9. อุบัติเหตุทางถนน	16	15	15	23	18	21	18	13	13	16	14	25	19	7	17	19	14	22
10. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	14	73	12	11	6	8	10	4	1	6	6	7	11	5	41	8	4	9
11. โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	14	29	14	11	13	13	13	12	11	11	10	11	11	14	20	13	11	11
12. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	13	10	10	13	19	17	13	6	11	12	10	8	11	25	11	17	10	9
13. โรคมะเร็งเต้านม	12	10	12	11	14	15	12	11	10	11	7	10	11	19	11	14	10	10
14. โรคอุจจาระร่วง	11	16	6	16	18	13	5	16	6	8	16	10	3	5	13	12	11	6
15. วัณโรค	10	10	12	12	5	11	9	13	14	14	21	5	7	3	11	8	15	6

ปี พ.ศ. 2552 10.2 ล้านปี ซึ่งเพศชายมีการสูญเสียมากกว่าเพศหญิง 1.3 เท่า พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 32.0 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด รองลงมาเป็นภาคเหนือและภาคกลาง ตามลำดับ ส่วนในระดับเขตสุขภาพที่มีการตายสูงสุด ได้แก่ เขต 1 คิดเป็นร้อยละ 13.0 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด รองลงมาได้แก่ เขต 9 และเขต 7 ตามลำดับ

อัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานในระดับภูมิภาคพบว่า ภาคเหนือมีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานสูงสุด และภาคใต้มีอัตราต่ำสุด (183 และ 152 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ) ส่วนระดับเขตสุขภาพพบว่า เขต 1 มีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานสูงสุด และเขต 11 มีอัตราต่ำสุด (215 และ 137 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ความแตกต่างของอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐาน เมื่อพิจารณาจากโรคที่เป็นสาเหตุ 5 อันดับแรกในระดับประเทศของเพศชายและเพศหญิง (ตารางที่ 3) พบว่า เพศชายมีสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับ 1 จากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีอัตราสูงสุดในเขต 1 และต่ำสุดในเขต 13 อันดับ 2 จากอุบัติเหตุทางถนน มีอัตราสูงสุดในเขต 3 และต่ำสุดในเขต 13 อันดับ 3 จากโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราสูงสุดในเขต 3 และต่ำสุดในเขต 8 อันดับ 4 จากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีอัตราสูงสุดในเขต 1 และต่ำสุดในเขต 13 และอันดับ 5 จากโรคมะเร็งตับ มีอัตราสูงสุดในเขต 8 และต่ำสุดในเขต 12 ส่วนเพศหญิงมีสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับ 1 จากโรคเบาหวาน มีอัตราสูงสุดในเขต 7 และต่ำสุดในเขต 11 อันดับ 2 จากโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราสูงสุดในเขต 3 และต่ำสุดในเขต 13 อันดับ 3 จากโรคซึมเศร้า มีอัตราสูงสุดในเขต 8 และต่ำสุดในเขต 11 อันดับ 4 จากโรคหัวใจขาดเลือด มีอัตราสูงสุดในเขต 3 และต่ำสุดในเขต 7 และอันดับ 5 จากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีอัตราสูงสุดในเขต 3 และต่ำสุดในเขต 10 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐาน

ที่มีค่าสูงสุดและต่ำสุดในระดับเขตสุขภาพ พบว่า ในเพศชาย จากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความแตกต่างของอัตราสูงสุดถึง 22 เท่า รองลงมาเป็นโรคมะเร็งตับและอุบัติเหตุทางถนน ต่างกัน 4.9 และ 3.6 เท่า ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิง จากโรคเบาหวานแตกต่างกันสูงสุดถึง 6.6 เท่า รองลงมาคือการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคหลอดเลือดสมอง ต่างกัน 2.8 และ 2.0 เท่า ตามลำดับ

วิจารณ์

การศึกษานี้ได้คาดประมาณขนาดของภาระโรค และจัดลำดับปัญหาทางสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญระดับเขตสุขภาพและภูมิภาคในประเทศไทย พ.ศ. 2552 พบว่าภาคเหนือมีอัตราตายปรับฐานสูงสุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนระดับเขตสุขภาพ พบว่า เขต 1 มีอัตราการตายปรับฐานสูงสุด รองลงมาคือ เขต 7 ส่วนการสูญเสียปีสุขภาวะในระดับเขตสุขภาพและภูมิภาคพบว่า เขตในพื้นที่ภาคเหนือทั้ง 3 เขตมีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานที่สูงกว่าของประเทศ และเขตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือก็เช่นเดียวกัน ยกเว้นเขต 9 ที่มีค่าน้อยกว่าของประเทศ โดยเขต 1 และภาคเหนือ มีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุด จากสาเหตุเดียวกันคือ การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (34 และ 20 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ) เห็นได้ว่าภาคเหนือเป็นพื้นที่ที่มีภาระโรคสูงที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานอัตราตาย และอัตราของผู้ป่วยในที่สูงสุดในภาคเหนือ⁽¹¹⁾

หากพิจารณาความแตกต่างของอัตราตายปรับฐานกับอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานของแต่ละเขตสุขภาพยังคงมีความแตกต่างกัน โดยพื้นที่มีอัตราตายมาตรฐานสูงอาจจะไม่ใช่มีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะสูงไปด้วย เช่น เขต 7 ที่มีอัตราตายปรับฐานในเพศชายสูงเป็นอันดับ 2 แต่มีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานในเพศชายเป็นอันดับ 3 เป็นต้น ซึ่งเกิดจากอายุของผู้ที่เสียชีวิตที่ต่างกัน รวมทั้งโรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยหรือการอยู่อย่างทุพพิกขณ์ที่ก่อให้เกิดความสูญเสีย

ปีสุขภาพที่แตกต่างกัน หากโรคมีความรุนแรงน้อย เช่น การเสียดัดเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ มีค่าถ่วงน้ำหนักความพิการเพียง 0.13 หากนำมาปรับออกจากช่วงเวลาที่อยู่ด้วยสุขภาพดี ปรับออกไปเพียงร้อยละ 13.0 เท่านั้น เทียบกับภาวะที่มีความรุนแรงคือโรคหลอดเลือดสมอง ระยะรุนแรงที่มีน้ำหนักถึง 0.95 หากนำมาปรับออกจากช่วงเวลาที่อยู่ด้วยสุขภาพดี ปรับออกไปถึงร้อยละ 95.0 ดังนั้น สาเหตุของโรคและภาวะความรุนแรงของโรคก็เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้การสูญเสียปีสุขภาวะสูงขึ้นได้

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

ตารางที่ 3 อัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานจาก 15 อันดับแรกของโรคที่เป็นสาเหตุในประเทศ จำแนกตามเพศ เขตสุขภาพและภูมิภาคพ.ศ. 2552 (หน่วย: ต่อประชากรพันคน)

โรค	เขตสุขภาพ													ภูมิภาค				
	รวม	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	เหนือ	กลาง	อีสาน	ใต้
เพศชาย																		
1. การเสียดัดเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์	16	66	15	13	12	13	9	15	3	18	14	5	11	3	39	11	13	8
2. อุบัติเหตุทางถนน	16	18	21	22	17	16	18	16	14	16	16	19	14	6	20	17	15	16
3. โรคหลอดเลือดสมอง	12	13	14	14	14	13	13	10	9	12	10	10	13	10	14	13	10	12
4. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	9	13	8	8	9	11	11	7	6	7	7	13	10	9	10	10	7	12
5. โรคมะเร็งตับ	8	9	8	6	6	6	6	15	17	9	13	4	3	5	8	6	13	4
6. โรคหัวใจขาดเลือด	8	6	8	8	10	9	8	6	6	6	7	9	14	9	7	9	6	12
7. โรคเบาหวาน	7	5	6	4	5	5	4	18	13	6	9	4	9	4	5	5	11	6
8. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	7	12	9	8	5	7	7	3	3	6	5	7	6	4	11	6	5	6
9. ภาวะตับแข็ง	6	8	8	7	6	6	6	7	4	6	5	3	4	4	8	6	5	4
10. โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	4	6	4	4	4	4	5	4	4	4	3	4	4	5	5	4	4	4
11. โรคซึมเศร้า	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	3	4	3	4	4	4	4
12. การถูกทำร้าย	4	3	3	3	3	4	3	2	2	2	2	11	15	2	3	3	2	13
13. ต้อกระจก	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
14. การทำร้ายตนเอง	3	7	3	4	3	3	4	2	3	3	3	3	2	2	5	3	3	2
15. วัณโรค	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	2	4	3	3	3	3	3
เพศหญิง																		
1. โรคเบาหวาน	12	8	8	7	6	8	5	32	29	12	17	5	13	5	8	7	22	9
2. โรคหลอดเลือดสมอง	11	11	13	14	13	12	12	9	9	12	9	9	12	7	13	12	10	11
3. โรคซึมเศร้า	7	8	8	7	7	6	7	10	10	7	9	5	6	6	8	7	9	6
4. โรคหัวใจขาดเลือด	6	5	7	7	7	6	5	4	5	4	5	5	7	4	6	6	5	6
5. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	5	8	5	8	4	5	6	4	4	6	3	5	4	4	7	5	4	4
6. ต้อกระจก	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7. โรคข้อเสื่อม	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8. อุบัติเหตุทางถนน	4	4	4	5	4	5	4	3	3	4	3	6	5	2	4	5	4	5
9. ภาวะโลหิตจาง	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
10. โรคมะเร็งตับ	4	4	3	3	2	2	2	7	10	4	7	1	1	1	3	2	7	1
11. โรคไตอักเสบและไตพิการ	3	4	2	2	2	2	2	5	6	3	6	2	2	1	3	2	5	2
12. โรคมะเร็งปากมดลูกและมดลูก	3	3	3	3	3	3	4	2	3	2	2	3	3	3	3	4	2	3
13. โรคสมองเสื่อม	3	6	3	2	4	4	0	3	2	3	3	1	2	3	4	3	3	1
14. โรคมะเร็งเต้านม	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	1	2	2	3	2	3	2	2
15. หูหนวก	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

ได้ รายงานการตายของประชากรโลกใน พ.ศ. 2553⁽¹²⁾ พบว่า ทั่วโลกมีอัตราการตายปรับฐานอยู่ที่ 7.66 ต่อประชากรพันคน โดยประเทศไทยจัดอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีอัตราการตายปรับฐานอยู่ที่ 6.30 ต่อประชากรพันคน ขณะที่ประเทศเวียดนามและประเทศไทย มีอัตราการตายปรับฐานอยู่ที่ 5.02 และ 7.27 ต่อประชากรพันคน⁽¹³⁾ แต่ไม่ได้มีการรายงานในระดับเขตและภูมิภาคของแต่ละประเทศ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้จัดทำการศึกษาในระดับเขตสุขภาพและภูมิภาคขึ้น เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกันในพื้นที่ต่างๆ ในประเทศไทยได้ อย่างไรก็ตามไม่สามารถเปรียบเทียบกับการศึกษาของ IHME ได้เนื่องจากใช้ประชากรมาตรฐานที่ต่างกัน

หากเปรียบเทียบแบบแผนของสาเหตุการตายในระดับเขตสุขภาพและภูมิภาคกับในระดับประเทศ จะมีแบบแผนการตายที่ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยที่โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด อุบัติเหตุทางถนน และโรคเบาหวาน ยังเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ในแต่ละพื้นที่ แต่ทำให้พบสาเหตุการตายในพื้นที่ที่มีอัตราที่สูงกว่าของประเทศ อาทิเช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเพศหญิงของเขต 1 มีอัตราสูงกว่าประเทศ 5.2 เท่า โรคหอบหืดในเพศหญิงของเขต 12 มีอัตราสูงกว่าประเทศ 3.4 เท่า โรคมะเร็งตับในเพศชายของเขต 8 มีอัตราสูงกว่าประเทศ 2.1 เท่า และการถูกทำร้ายในเพศชายของภาคใต้มีอัตราสูงกว่าประเทศ 3.3 เท่า เป็นต้น

หากพิจารณาการสูญเสียปีสุขภาวะในแบบเดียวกันจะพบว่า แบบแผนของการสูญเสียปีสุขภาวะในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน แต่สาเหตุหลักยังคงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุทางถนน การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โรคเบาหวาน ที่พบอยู่ใน 15 อันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะในประเทศ⁽⁵⁾

การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะระดับประเทศในเพศชาย (16 ต่อประชากรชายพันคน)⁽⁵⁾ พบว่า มีค่าสูงสุดที่เขต 1 และภาคเหนือ (66 และ 39 ต่อประชากรชายพันคน) ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าประเทศถึง 4.1 และ 2.7

เท่าตามลำดับ สอดคล้องกับความชุกของการดื่มอย่างเป็นอันตรายในเพศชายภาคเหนือที่มีค่าสูงสุด ร้อยละ 20 ในปี 2546-2547⁽¹⁵⁾ และร้อยละ 11.0 ในปี 2551-2552⁽¹⁶⁾

โรคหลอดเลือดสมองในแต่ละพื้นที่ที่มีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานที่ใกล้เคียงกัน ส่วนสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน อาทิเช่น โรคมะเร็งตับในเพศชายมีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเขต 8 (13 และ 17 ต่อประชากรชายพันคน ตามลำดับ) และเป็นอัตราที่สูงกว่าระดับประเทศ 1.6 และ 2.1 เท่า ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานอัตราการตาย⁽¹¹⁾ และรายงานจำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่สูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 26.6 ในปี พ.ศ. 2552 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ⁽¹⁴⁾

โรคเบาหวานในผู้หญิงทำให้เกิดภาระโรคสูงสุดในระดับประเทศ (12 ต่อประชากรหญิงพันคน)⁽⁵⁾ และมีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานสูงสุดในเขต 7 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (32 และ 22 ต่อประชากรหญิงพันคน ตามลำดับ) และเป็นอัตราที่สูงกว่าประเทศ 2.7 และ 1.8 เท่า ตามลำดับ สอดคล้องกับความชุกของโรคเบาหวานในเพศหญิงภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีค่าสูงสุด ร้อยละ 8.1 ในปี 2546-2547⁽¹⁵⁾ และร้อยละ 9.1 ในปี 2551-2552⁽¹⁶⁾

การถูกทำร้ายในเพศชายทำให้เกิดภาระโรคสูงสุดในเขต 12 และภาคใต้ (15 และ 13 ต่อประชากรชายพันคน ตามลำดับ) ในขณะที่เป็นอันดับที่ 12 ของการเกิดภาระโรคในเพศชายระดับประเทศ (4 ต่อประชากรชายพันคน)⁽⁵⁾ โดยเป็นอัตราที่สูงกว่าประเทศ 3.7 และ 3.2 เท่า ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานอัตราการตายและอัตราของผู้ป่วยใน ที่สูงสุดในภาคใต้⁽¹¹⁾ เป็นต้น

การจัดอันดับโรคด้วยการสูญเสียปีสุขภาวะจะทำให้เห็นว่าโรคที่ติดอันดับต้นๆ เป็นโรคที่ไม่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต แต่มีระยะเวลาป่วยหรือพิการนานหลายปี จึงเป็นตัวสะท้อนถึงภาระทางสังคมที่ต้องแบกรับอันเนื่องมาจากการเกิดโรค เช่น เมื่อนำอัตราการตายปรับฐานและอัตราการ

สูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานมาเปรียบเทียบกัน ก็ จะเห็น ความแตกต่างลำดับที่เป็นสาเหตุ โดยการสูญเสียปีสุข- ภาวะจะมีโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขหลายโรคที่จะ ปรากฏเฉพาะรายงานการป่วยเท่านั้น เช่น การเสพติด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า ต้อหิน เป็นต้น โรคซึมเศร้า แม้ไม่ใช่โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ แต่การป่วยทำให้สูญเสียช่วงเวลาของการมีสุขภาพดี หรือคุณภาพชีวิตสูญเสียไป ทำให้มีภาระโรคสูงเป็นอันดับ ที่ 3 ในเพศหญิง โดยสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (9 ต่อประชากรหญิงพันคน) ซึ่งต่างจากรายงานความชุก ของโรคซึมเศร้าจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชน- ไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ในปี 2551-2552⁽¹⁶⁾ ซึ่งในเพศหญิงกรุงเทพมหานครมีค่าสูงสุด (ร้อยละ 4.4) รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 4.1)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นความแตกต่างของการตาย และการสูญเสียปีสุขภาวะระหว่างเขตสุขภาพและภูมิภาค ต่าง ๆ โดยใช้ข้อมูลที่มีการปรับสาเหตุการตายในระดับ ประเทศจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของ ประชากรไทย พ.ศ. 2552⁽⁵⁾ ทำให้ค่าที่ได้สูงกว่าที่รายงาน ในสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2552⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม การ ศึกษาที่มีข้อจำกัดบางประการ ประการแรกคือข้อจำกัด ในเรื่องข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบแจ้งชัดที่สูงกว่า ร้อยละ 40.0 ของการตายทั้งหมด อีกทั้งการตายที่ทราบ สาเหตุก็ยังไม่มีความไม่ถูกต้อง⁽⁸⁾ ซึ่งการศึกษาภาระโรค ในครั้งนี้ใช้การปรับข้อมูลสาเหตุการตายของแต่ละเขต ภายใต้อธิษฐานว่าความถูกต้องของการให้สาเหตุการ ตายและสัดส่วน YLD/YLL ที่ใช้ประมาณค่า DALY ใน โรคที่ก่อให้เกิดการตายได้ มีแบบแผนเดียวกันทั้งประเทศ ดังนั้น ความแตกต่างของสาเหตุการตายและการสูญเสีย ปีสุขภาวะระหว่างเขตสุขภาพ และภูมิภาคขึ้นกับข้อมูล สาเหตุการตายที่รายงานในมรณบัตรเป็นหลัก เนื่องจาก ยังขาดข้อมูลอุบัติการณ์ที่สมบูรณ์ระดับเขตสุขภาพและ ภูมิภาค ทำให้บางโรคที่ไม่ค่อยมีการตายมีค่าความสูญ- เสียที่สูงมากในพื้นที่ที่พบการตายนั้น เช่น การเสพติด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โรคจิตเภท เป็นต้น

ประการที่สอง เนื่องจากไม่มีข้อมูลอุบัติการณ์รายโรค ในกลุ่มโรคที่ไม่ก่อให้เกิดการตายที่แยกย่อยตามเขต สุขภาพและภูมิภาคที่ครอบคลุม และครบทุกสาเหตุของ โรคที่ใช้ในการศึกษา จึงสมมติให้ใช้อัตราการสูญเสียปี สุขภาวะที่จากความบกพร่องทางสุขภาพต่อประชากร รายเพศ และกลุ่มอายุของระดับประเทศประมาณค่าของ แต่ละเขตสุขภาพและภูมิภาค⁽⁸⁾

ประการที่สาม ข้อมูลการตายและประชากรที่จำแนก รายจังหวัดเป็นการจำแนกตามทะเบียนบ้านของผู้ตาย อาจมีความคลาดเคลื่อนกับความเป็นจริงที่ผู้ตายไม่ได้ อาศัยในพื้นที่ที่ระบุในทะเบียนบ้าน จึงทำให้ข้อมูลตาย ไม่สะท้อนถึงปัญหาของประชากรที่อาศัยในพื้นที่จริง

ดังนั้น หากมีข้อมูลสาเหตุการตายที่มีความถูกต้อง และข้อมูลอุบัติการณ์หรือความชุกของโรคในแต่ละเขตที่ มีความครอบคลุม น่าเชื่อถือ จะทำให้ได้ผลการประมาณ ค่า DALY ที่ได้สามารถสะท้อนปัญหาในแต่ละพื้นที่ได้ อย่างแท้จริง นอกจากนี้ การศึกษานี้ใช้ประชากรมาตรฐาน เป็นประชากรของประเทศในปี 2552 เพื่อแสดงค่า ความแตกต่างระหว่างเขตสุขภาพต่างๆ ของประเทศ ไทย จึงยังไม่สามารถเปรียบเทียบกับอัตราปรับฐานของ ประเทศอื่นๆ ได้ หากต้องการเปรียบเทียบกับประเทศ อื่นๆ ต้องใช้ประชากรมาตรฐานเดียวกัน เช่น ประชากร มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

สรุป

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นถึงขนาดและสาเหตุ ของภาระโรคในแต่ละเขตสุขภาพและภูมิภาคเพื่อเปรียบ- เทียบปัญหาสุขภาพของประชากรแต่ละพื้นที่ ซึ่งข้อมูล ในระดับเขตสุขภาพและภูมิภาคนี้มีความสำคัญในการ จัดลำดับปัญหาสาธารณสุขเพื่อวางแผนจัดการปัญหา ของพื้นที่ และการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม ทั้ง งบประมาณ บุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการ- แพทย์ รวมถึงการพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มศักยภาพใน การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูที่เหมาะสมกับ แต่ละพื้นที่ อีกทั้งยังสามารถต่อยอดการศึกษาไปถึงการ

ประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจ หรือการเปรียบเทียบผลของการลงทุนต่อประโยชน์ที่ได้รับในการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล เพื่อให้ผู้บริหารระบบสุขภาพใช้ประกอบการตัดสินใจในการดำเนินงานด้านนโยบาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณอรพิน ทรัพย์ล้น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลการตาย งานวิจัยชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารอ้างอิง

1. Murray C, Lopez A. The global burden of disease and injury series, volume 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. The global burden of disease. Cambridge (MA): Harvard School of Public Health; 1996.
2. Jamison D, Mosley W, Measham A, Bobadilla J. World development report: Investing in health. Washington, DC: World Bank; 1993.
3. Bundhamchareon K, Teerawattananon Y, Vos T, Begg S. Burden of disease and injuries in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2002.
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชาชนไทย พ.ศ. 2547. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
5. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สปสช. เขต 13 เขต [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ย. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nhso.go.th>

7. กระทรวงสาธารณสุข. คำสั่ง 1447/2556 เรื่อง กำหนดเขตบริการสุขภาพ และมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงานในเขตบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2556 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ย. 2556]. แหล่งข้อมูล: <http://secretary.dms.moph.go.th>
8. จันทรพิชญ์ ชูประภาวรรณ, อรพิน ทรัพย์ล้น, รพีพร ปัญญาจารุ. รายงานผลการศึกษาศาเหตุการตายของประชากรไทยที่เสียชีวิตใน 1 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2542 ใน 16 จังหวัดของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
9. บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. ระเบียบวิธีทางประชากรศาสตร์. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
10. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. ศัพทานุกรมการวิจัยทางประชากรและสังคม [อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล; 2555 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ย. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.popterms.mahidol.ac.th>
11. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2552. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
12. Wang H, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin-Rector A, et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013; 380:2071-94.
13. Institute for Health Metric and Evaluation. GBD compare [Internet]. 2013 [cited 2015 May 1]. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
14. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. Hospital based cancer registry 2009. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2553.
15. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, พรพันธุ์ บุญยพรพันธุ์, บรรณาธิการ. การสำรวจสภาวะอนามัยของประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-47. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2549.
16. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์; 2553.

Abstract: Regional Differences in Burden of Disease in Thailand, Year 2009

Nuttapat Makka, M.B.A.; Khanitta Kusreesakul, M.S.; Chakvida Amornvisaisordej, M.Ed.; Kanitta Bundhamcharoen, D.D.S., M.A., Ph.D.

International Health Policy Program, Ministry of Public Health

Journal of Health Science 2016;25:162-72.

Disability-Adjusted Life Year (DALY) is a summary measure of population health, which combines fatal and non-fatal health outcomes into a single index. The index represents the state of population health through the number of years of healthy life lost from premature death and disability. This is a cross-sectional descriptive study using DALY to prioritize and estimate the magnitude of health problems in 13 public health regions of Thailand in 2009. Mortality data was obtained from the Bureau of Registration Administration, the Department of Provincial Administration, and the Ministry of Interior. DALY data was obtained from 2009 national burden of disease and injury study. The study revealed that DALYs lost in the Thai population in 2009 was 10.2 million. DALYs lost in males was 1.3 times higher than in females. At the health region level, region 1 has the highest DALYs loss (13% of Thailand DALYs), followed by health region 9 (10%) and 7 (8%). At the health region level, road traffic accident was the main cause for the highest DALYs in males. Females in most of the geographical regions suffered from cardiovascular diseases. The results of this study reflect the unique health problems in each region. This information should be useful for policy-makers for health planning and resource allocation that tailored for the specific need of each public health region.

Key words: burden of disease, disability-adjusted life year, health disparities