รายงาน

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย

ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2

สสท.
NHESO
สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
NATIONAL HEALTH EXAMINATION SURVEY OFFICE

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สสส. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย

ครั้งที่ 4

พ.ศ. 2551-2

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2

บรรณาธิการ

นายแพทย์วิชัย เอกพลากร

ผู้เขียน

นายแพทย์วิชัย เอกพลากร
แพทย์หญิงเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม
นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล
คุณหทัยชนก พรรคเจริญ
ดร.วราภรณ์ เสถียรนพเก้า
คุณกนิษฐา ไทยกล้า

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวรุ่งกานต์ อินทวงศ์
นางสาวจิราลักษณ์ นนทารักษ์

ผู้ประสานงาน

นายสุพรศักดิ์ ทิพย์สุขุม
นางสีรีธร ภูมิรัตน์
นางสาวปิยะฉัตร สมทรง

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ISBN 978-974-299-147-0

พิมพ์ที่ :

บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด

119/138 หมู่ 11 เดอะ เทอร์เรซ ซ.ติวานนท์ 3 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2525-1121, 0-2525-4669-70 โทรสาร 0-2525-1272 E-mail : graphico_sys@yahoo.com

เครือข่ายการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552

1. ภาคเหนือ

รศ.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อาจารย์กนิษฐา ไทยกล้า	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.วงศา เลาหศิริวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์วัลลภ ใจดี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คุณสุทธินันท์ สระทองหน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ.รัตนา พันธ์พานิช	
รศ.จิราพร สุวรรณธีรางกูร	
ผศ.นพ.เกรียงไกร ศรีธนวิบุญชัย	

2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผศ.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.นพ.สมเดช พินิจสุนทร	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พญ.เสาวนันท์ บำเรอราช	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.อมรรัตน์ รัตนสิริ	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.สุชาดา ภัยหลีกลี้	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คุณนภาพร ครุสันธิ์	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คุณบังอรศรี จินดาวงศ์	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คุณวีระพงษ์ สีอุปลัด	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3. ภาคใต้

ศ.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พญ.รัศมี สังข์ทอง	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คุณมะเพาซิส ดือราวี	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

4. ภาคกลาง

ศ.นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์วิไล ชินเวชกิจวานิชย์	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คุณอรอุมา ซองรัมย์	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คุณนุชนาฏ หวนนากลาง	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คุณศุกรินทร์ วิมุกตายน	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. กรุงเทพมหานคร

รศ.ดร.พรรณวดี พุธวัฒนะ	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ผศ.เฉลิมศรี นันทวรรณ	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

กิตติกรรมประกาศ

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 นี้ สามารถสำเร็จลุล่วง เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนและความร่วมมือจากบุคคลและหน่วยงานต่างๆ คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณบุคคลที่เป็นตัวอย่างของการสำรวจภาวะสุขภาพครั้งนี้ที่ได้สละเวลาให้ข้อมูลในการสำรวจครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณผู้ที่ได้ให้ความสนับสนุนและช่วยเหลือ ทำให้การดำเนินงานสำรวจครั้งสำเร็จลุล่วง ได้แก่ นพ.มงคล ณ สงขลา นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล นพ.ไพจิตร์ วราชิต นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข นพ.สุภกร บัวสาย นพ.วินัย สวัสดิวร นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย รศ.พญ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม รศ.พญ.พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์ คุณเบญจมาภรณ์ จันทรพัฒน์ และคุณกุลธิดา จันทร์เจริญ ขอขอบพระคุณเครือข่ายภาคสนาม ได้แก่ ศ.นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล ศ.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ รศ.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ ผศ.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูณ์ และ รศ.ดร.พรรณวดี พุธวัฒนะ นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณะกรรมการ คณาจารย์และผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ดังรายชื่อที่แนบมาท้ายรายงาน และขออภัยผู้มีพระคุณ ผู้ประสานงาน นักวิชาการและผู้สนับสนุนอีกหลายท่านที่อาจไม่ระบุชื่อในที่นี้

นพ. วิชัย เอกพลากร

บรรณาธิการ

คำนำ

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย เป็นการสำรวจที่ใช้มากกว่าแค่การสอบถามกลุ่มตัวอย่าง แต่ครอบคลุมถึงการตรวจร่างกายและการตรวจสารตัวอย่างด้วย ทำให้การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยได้ข้อมูลที่มีจุดแข็งคือ เป็นข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนที่มีความน่าเชื่อถือ (เพราะมีการยืนยันด้วยการตรวจร่างกายและสารตัวอย่าง) และเป็นข้อมูลจากการสำรวจในชุมชนที่สามารถเป็นตัวแทนประชากรได้ นอกจากนี้การสำรวจอย่างต่อเนื่อง ยังสามารถใช้ศึกษาแนวโน้มสถานะสุขภาพของประชาชนได้อย่างต่อเนื่องด้วย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งนี้เป็นครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) ซึ่งบริหารจัดการและดำเนินการโดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมอนามัย การเตรียมการสำรวจด้านวิชาการได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ จากมหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสำรวจภาคสนามได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายนักวิชาการของมหาวิทยาลัยในภูมิภาคต่างๆ

รายงานผลการสำรวจฉบับสมบูรณ์นี้ เป็นผลของความพยายามและความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานนี้มานานกว่า 2 ปี เนื้อหาจะครอบคลุมการนำเสนอปัจจัยเสี่ยงสุขภาพสำคัญได้แก่ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และสถานะทางสุขภาพต่างๆ โดยชี้ให้เห็นแนวโน้มเมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจครั้งที่ผ่านมา (พ.ศ. 2546-2547) ข้อมูลทั้งหมดจึงเป็นประโยชน์อย่างมากต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชนทั่วไป

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยนี้ เป็นงานใหญ่ที่มีความสำคัญยิ่งต่อระบบสุขภาพของประเทศ และงานนี้คงประสบความสำเร็จไม่ได้ หากขาดความร่วมมือและการสนับสนุนอย่างจริงจังของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขอขอบคุณทุกหน่วยงานและทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นพ. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร 1

บทที่ 1 บทนำ 11

บทที่ 2 ระเบียบวิธีการสำรวจ 19

2.1 ประชากรเป้าหมาย 19

2.2 การสุ่มตัวอย่าง 19

2.3 ขนาดตัวอย่าง 25

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล 25

2.5 เครื่องมือการสำรวจ 27

2.6 การตรวจร่างกาย 29

บทที่ 3 ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ 31

3.1 โครงสร้างอายุ เพศ ที่อยู่ตามเขตปกครองและภาคของตัวอย่างที่สำรวจ 31

3.2 การศึกษา 32

3.3 สถานภาพสมรส 36

3.4 สถานภาพทางเศรษฐกิจ รายได้ 37

3.5 การนับถือศาสนา 45

บทที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ 47

4.1 การสูบบุหรี่ 47

4.2 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 57

4.3 กิจกรรมทางกาย 80

4.4 พฤติกรรมการกินอาหาร 92

4.5 การกินผักผลไม้ 103

4.6 การใช้ยาและอาหารเสริม 114

บทที่ 5 สถานะสุขภาพ 127

5.1 ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน 127

5.2 โรคเบาหวาน 135

5.3 โรคความดันโลหิตสูง 142

5.4 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 149

5.5.1 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดหลายปัจจัย (Multiple risk factors) 164

5.5.2 ภาวะเมแทบอลิกซินโดรม 166

5.6 โรคหลอดเลือดหัวใจ จากประวัติการวินิจฉัยโดยแพทย์ และโรคหลอดเลือดสมองจากประวัติอาการ 168

5.7 ประวัติโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต จากโรคหลอดเลือดสมอง 171

5.8 ภาวะโลหิตจาง 175

5.9 ภาวะซึมเศร้า 181

สารบัญ (ต่อ)

	5.10 โรคเรื้อรังที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์	185
	5.11 การบาดเจ็บ	186
	5.12 การวัดแรงบีบมือ (Grip strength)	191
บทที่ 6	**อนามัยเจริญพันธุ์**	195
	6.1 การมีประจำเดือนและการหมดประจำเดือน	196
	6.2 การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร	199
	6.3 การแท้งลูก	204
	6.4 การคุมกำเนิด	206
	6.5 ภาวะการมีบุตรยาก	211
	6.6 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	214
	6.7 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	216
บทที่ 7	**สุขภาพผู้สูงอายุ**	221
	7.1 ลักษณะตัวอย่างผู้สูงอายุ	221
	7.2 ปัจจัยเกื้อหนุนต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ	225
	7.3 ปัจจัยที่เกื้อหนุนผู้สูงอายุ ด้านหลักประกันในการอยู่อาศัยและความปลอดภัย	235
	7.4 การพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวัน	248
	7.5 การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	256
	7.6 ความเสื่อมถอยของอวัยวะ	260
	7.7 การหกล้ม	267
	7.8 โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ	272
	7.9 การทดสอบความเร็วของการเดิน	279
	7.10 การมองระยะใกล้ (Near Vision test)	284
บทที่ 8	**สรุปและข้อเสนอแนะ**	287

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552

การสำรวจสุขภาพประชาชนครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 นี้ ดำเนินการโดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วัตถุประสงค์หลักของการสำรวจฯ คือ แสดงความชุกของโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ การกระจายตามเพศ และกลุ่มอายุ ในระดับประเทศ ภาค และเขตปกครอง ทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม (multi-stage random sampling) จากประชากรไทยอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่อาศัยใน 20 จังหวัดทั่วประเทศ และกรุงเทพฯ แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน 12,240 คน และ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9,720 คน รวม 21,960 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนาม เมื่อ ก.ค. 2551 - มี.ค. 2552 โดยได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายมหาวิทยาลัยของภาคต่างๆ ผลการสำรวจได้ผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 20,450 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 93 ผลการสำรวจในกลุ่มสุขภาพผู้ใหญ่วัยแรงงานและสูงอายุมีดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ

การสูบบุหรี่

1. ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 19.9 โดยเพศชายสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 38.7 ส่วนในเพศหญิงสูบร้อยละ 2.1 การสูบตามกลุ่มอายุในเพศชายความชุกเริ่มตั้งแต่ร้อยละ 34.2 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-49 ปี ร้อยละ 42.6 จากนั้นความชุกลดลงเมื่ออายุมากขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่ามากกว่าหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุชายยังคงสูบบุหรี่อยู่ ส่วนในเพศหญิงความชุกของการสูบบุหรี่สูงขึ้นตามอายุ โดยสูงสุดในกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป(ร้อยละ 5.8)

2. เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-7 พบว่าร้อยละการสูบบุหรี่ลดลงจากการสำรวจครั้งที่ 3 เล็กน้อย คือในผู้ชายที่สูบบุหรี่เป็นประจำลดลงจากร้อยละ 45.9 เป็นร้อยละ 38.7 ในผู้หญิงที่สูบบุหรี่เป็นประจำลดลงจาก ร้อยละ 2.3 เป็นร้อยละ 2.1 จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในผู้ชายลดลงจาก เฉลี่ยวันละ 12 มวนเป็น วันละ 10.6 มวน แต่ในผู้หญิงเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากวันละ 8 มวนเป็น 9 มวน

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3. ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพศชายมีสัดส่วนของคนที่ดื่มปริมาณแอลกอฮอล์ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป (ชาย ≥ 41 กรัม /วัน) ร้อยละ 13.2 ส่วนในเพศหญิง (≥ 21 กรัม/วัน) ร้อยละ 1.6 ผู้ชายที่อาศัยในเขตเทศบาลดื่มในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป (ร้อยละ 13.9) สูงกว่านอกเขตเล็กน้อย (ร้อยละ 13.0) สำหรับผู้หญิงในเขตเทศบาลมีความชุกการดื่มมากกว่านอกเขต (ร้อยละ 2.2 และ 1.4)

4. เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-7 พบว่าความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไปของการสำรวจครั้งที่ 4 นี้ (ร้อยละ 13.9) ต่ำกว่า ความชุกของการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 (ร้อยละ 16.6)

5. จำนวนครั้งของการดื่มอย่างหนัก (binge drinking) ในผู้ชายของการสำรวจครั้งที่ 4 นี้ ต่ำกว่า (ค่ามัธยฐาน 6 ครั้ง/ปี) ของการสำรวจฯครั้งที่ 3 (ค่ามัธยฐาน 12 ครั้ง/ปี) ส่วนในผู้หญิง การสำรวจพบค่าเฉลี่ยโดยมัธยฐานเท่ากันคือ 3 ครั้ง/ปี

6. ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (binge drinking) พบว่าการสำรวจฯครั้งที่ 4 นี้ (ชายร้อยละ 31.5 หญิงร้อยละ 4.4) ต่ำกว่าความชุกของการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 (ชายร้อยละ 57.0, หญิงร้อยละ 19.0)

กิจกรรมทางกาย

7. ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีร้อยละ 18.5 (ชายร้อยละ 16.8 และหญิงร้อยละ 20.2)

8. เมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจสุขภาพฯครั้งที่ 3 เมื่อปี 2546-7 พบว่า สัดส่วนของคนที่มีกิจกรรมกายไม่เพียงพอครั้งที่ 3 ชายร้อยละ 20.7 และหญิงร้อยละ 24.2 ซึ่งสูงกว่าครั้งที่ 4 นี้ เล็กน้อย แม้การสำรวจฯนี้ได้ใช้แบบสอบถามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก แต่มีข้อสังเกตว่าการให้ข้อมูลการออกแรงกายของผู้ตอบอาจประเมินตนเองว่ามีกิจกรรมทางกายสูงกว่าความเป็นจริง จึงอาจทำให้มีสัดส่วนของคนที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอมากกว่าความเป็นจริง อย่างไรก็ตามการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 และ 4 ใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน จึงน่าจะเปรียบเทียบกันได้

9. ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีมากในกลุ่มผู้สูงอายุพบร้อยละ 35.6 ในกลุ่มอายุ 70-79 และมากที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 60.4 คนในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่าคนนอกเขต (ร้อยละ 22.5 และ 16.8 ตามลำดับ)

10. กลุ่มอาชีพที่มีลักษณะการทำงานไม่ต้องใช้แรงกายมาก เช่น งานเสมียน นักวิชาการ ผู้บริหารและไม่มีอาชีพซึ่งรวมแม่บ้านมีความชุกของการมีกิจกรรมยามว่างระดับปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 25-36

พฤติกรรมการกินอาหาร

11. ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 77.3 กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน กลุ่มอายุที่กินครบ 3 มื้อน้อยที่สุดคือ 15-29 ปี มีร้อยละ 71.7

12. พฤติกรรมการกินอาหารในวันทำงาน ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 80 กินอาหารมื้อเย็นที่ทำกินเองที่บ้าน ส่วนอีกร้อยละ 20 กินอาหารมื้อเย็นโดยซื้ออาหารปรุงเสร็จหรือกินอาหารนอกบ้าน ในช่วงวันเสาร์อาทิตย์ประมาณหนึ่งในสี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปกินอาหารนอกบ้านอย่างน้อย 1 มื้อโดยนิยมอาหารตามสั่งและอาหารซื้อจากตลาด

การกินผักผลไม้

13. ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 17.7 กินผักและผลไม้ปริมาณต่อวันเพียงพอตามข้อแนะนำ (รวม ≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) สัดส่วนของผู้ชายที่กินผักและผลไม้เพียงพอมีน้อยกว่าผู้หญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 16.9 และ 18.5 ตามลำดับ) กลุ่มอายุ 15-69 ปีร้อยละ 18.5 กินผักและผลไม้เพียงพอ สัดส่วนนี้ลดลงในผู้สูงอายุ ≥ 60 ปี และลดลงต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 8) การกินผักและผลไม้เพียงพอของคนในเขตเทศบาลและนอกเขตฯมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่าภาคใต้มีการกินผักและผลไม้เพียงพอมากที่สุด (ร้อยละ 26.5) รองลงมาคือ กรุงเทพฯ(ร้อยละ 19.5) ภาคเหนือ(ร้อยละ 18.6) ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(ร้อยละ 15.0) และภาคกลาง(ร้อยละ 14.5)

14. เมื่อเปรียบเทียบกับการกินผักและผลไม้ในการสำรวจสุขภาพฯครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่าสัดส่วนการกินผักและผลไม้อย่างเพียงพอตามข้อแนะนำ (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) ไม่เพิ่มขึ้นในการสำรวจครั้งที่ 4 ปี 2552 นี้ โดยสัดส่วนการกินผักและผลไม้เพียงพอในปี 2547 เท่ากับร้อยละ 20 ในผู้ชาย และ 24 ในผู้หญิง ตามลำดับ

การใช้ยาและอาหารเสริม

15. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 2.3 กินยาแก้ปวดทุกวัน ผู้หญิงมีความชุกการกินยาแก้ปวดสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 2.8 และ 1.8) และสัดส่วนการกินยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 2.5) มีสัดส่วนการกินยาแก้ปวดสูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 1.8) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีร้อยละของคนกินยาแก้ปวดมากที่สุด (ร้อยละ 2.8) รองลงมาคือภาคกลาง (ร้อยละ 2.4)

16. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 3.3 กินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับเป็นประจำ (รวมเมื่อมีอาการและไม่มีอาการ) โดยผู้หญิงมีความชุกของการกินยาดังกล่าวมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 4.5 และ 2.0) คนในเขตเทศบาลมีความชุกการกินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับสูงกว่าคนนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 3.7 และ 3.1) กรุงเทพฯมีความชุกของการกินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับสูงสุด (ร้อยละ 4.0) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 3.8)

17. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ประชากรไทยร้อยละ 2.1 กินยาลูกกลอนเป็นประจำ และความชุกไม่มีความแตกต่างระหว่างชายและหญิง

18. ใน 30 วันที่ผ่านมา ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 14.8 เคยกินอาหารเสริม ชายและหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 14.6 และ 1.5) นอกจากนี้ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 1.1 กินยาลดความอ้วน โดยความชุกสูงที่สุดในผู้หญิงอายุ 15-29 ปี มีร้อยละ 4.9

19. การเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 ความชุกของการใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำทุกวันของการสำรวจครั้งนี้ (ชายร้อยละ 1.8 และ หญิง 2.8) พบว่า ต่ำกว่าที่พบในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 (ซึ่งพบ ชายร้อยละ 3.8 หญิง 4.9)

ภาวะอ้วน

20. ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 kg/m^2) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 28.4 ในผู้ชาย และ 40.7 ในผู้หญิง ความชุกในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล (ในชายร้อยละ 36.1 และ 25.1 ในหญิงร้อยละ 44.9 และ 38.8 ตามลำดับ) โดยในภาคกลางและกรุงเทพฯ สูงกว่าภาคอื่น

21. ความชุกของภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว ≥ 90 ซม. ในชาย และ ≥ 80 ซม. ในหญิง) มีร้อยละ 18.6 ในผู้ชายและร้อยละ 45 ในผู้หญิง ความชุกในเขตเทศบาล (ชายร้อยละ 27.5 และหญิงร้อยละ 49.6) สูงกว่านอกเขตเทศบาล (ชายร้อยละ 14.8 และหญิงร้อยละ 42.8)

22. เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 เมื่อปี 2546-7 ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กก./ตร. เมตร) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 34.4 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 40.7 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 ในการสำรวจปัจจุบัน ภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในผู้หญิงจากร้อยละ 36.1 และผู้ชายร้อยละ 15.4 ในปี 2547 เพิ่มเป็นร้อยละ 45 และ 18.6 ในปี 2552 ตามลำดับ

โรคเบาหวาน

23. ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 6.9 ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชาย (ร้อยละ 7.7 และ 6 ตามลำดับ) ความชุกต่ำสุดในคนอายุน้อยและเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นและสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปีในผู้ชาย (ร้อยละ 14.3) และ 60-69 ปีในผู้หญิง (ร้อยละ 19.2) จากนั้นความชุกลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ความชุกของคนที่อาศัยในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาลทั้งในผู้ชายและผู้หญิง ผู้ชายในกรุงเทพฯมีความชุกสูงที่สุด (ร้อยละ 8.5) รองลงมาคือ ภาคกลาง (7.7) ภาคเหนือ (5.6) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (4.9) และภาคใต้ (4.1) ตามลำดับ ส่วนในผู้หญิงพบว่า กรุงเทพฯมีความชุกสูงสุดเช่นกัน (ร้อยละ 9.9) รองลงมาคือผู้หญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (9.1) ภาคกลาง (7.5) ภาคใต้ (6.0) และเหนือ (5.9) ตามลำดับ

หนึ่งในสามของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นเบาหวานมีร้อยละ 3 ไม่ได้รับการรักษา ส่วนที่เหลือประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการรักษาอยู่ และร้อยละ 28.5 ของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมดมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ < 126 มก./ดล. ทั้งนี้ผู้หญิงมีสัดส่วนของการได้รับการวินิจฉัย การรักษาและการควบคุมน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ได้มากกว่าในผู้ชายเล็กน้อย

24. เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 เมื่อปี 2546-7 ความชุกของเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี 2552 ใกล้เคียงกับความชุกในปี 2547 คือร้อยละ 6.9 สำหรับความครอบคลุมในการบริการผู้ที่เป็นเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงในทางดีขึ้น นั่นคือ เมื่อเทียบกับผลการสำรวจในปี 2547 สัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยลดลงจากร้อยละ 56.6 เป็นร้อยละ 31.2 คิดเป็นลดจากเดิมร้อยละ 44.9 และในส่วนของการรักษาและสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (FPG < 126 มก/ดล) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.2 เป็นร้อยละ 28.5 คิดเป็นเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 133

โรคความดันโลหิตสูง

25. ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นมีร้อยละ 21.4 ผู้ชายและผู้หญิงมีความชุกใกล้เคียงกัน ความชุกของโรคต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี (ร้อยละ 4.6 ในชาย และ 0.9 ในหญิง) จากนั้นเพิ่มขึ้นตามอายุและสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ความชุกของความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 26.8 และ 19.0) ประชากรในกรุงเทพฯมีความชุกสูงที่สุด ทั้งในผู้ชาย (32.7) และผู้หญิง (26.9) การกระจายตามภาคต่างๆ พบว่าผู้ชายภาคกลาง (ร้อยละ 25.0) และภาคเหนือ (25.1) มีความชุกใกล้เคียงกัน รองลงมาคือ

ภาคใต้ (21.4) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกต่ำที่สุด (13.5) ในผู้หญิงความชุกในภาคกลาง (24.0) สูงกว่าภาคเหนือ (21.9) ภาคใต้ (21.8) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกต่ำที่สุด (16.9)

สำหรับความครอบคลุมในการบริการ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 60 ในชาย และร้อยละ 40 ในหญิง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ร้อยละ 8 - 9 ของคนที่เป็นความดันโลหิตสูงได้รับการวินิฉัยแต่ไม่ได้รักษา ประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ (< 140/90 มม.ปรอท และอีกประมาณ 1 ใน 5 ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ ผู้ชายมีสัดส่วนของการได้รับการวินิจฉัย รักษา และควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์น้อยกว่าในผู้หญิง

26. เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 เมื่อปี 2546-7 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในปี 2551-52 นี้ ใกล้เคียงกับผลการสำรวจสุขภาพฯครั้งที่ 3 เมื่อพ.ศ. 2547 ซึ่งพบความชุกร้อยละ 22.0 (ชายร้อยละ 23.3 และหญิงร้อยละ 20.9) แต่การเข้าถึงระบบบริการดีขึ้น โดยสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมีความดันโลหิตสูงลดลงจากร้อยละ 71.4 เหลือร้อยละ 50.3 สัดส่วนที่ได้รับการรักษา แต่ควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 23.6 เป็น 20.1 และสัดส่วนของผู้ที่สามารถคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์สูงขึ้นกว่าเดิมจากร้อยละ 8.6 เป็น 20.9 ตามลำดับ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

27. ความชุกของภาวะไขมันคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol; TC) ≥ 240 มก/ดล ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 19.1 ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชาย (ร้อยละ 21.4 และ 16.7 ตามลำดับ) ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นและสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 27.4) จากนั้นความชุกลดลง ในเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่านอกเขตเทศบาล เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค พบว่าคนที่อยู่ในกรุงเทพฯและภาคกลางมีความชุกของภาวะไขมันคอเลสเตอรอล ≥ 240 มก./ดล. สูงที่สุด (ร้อยละ 25.6 และ 25.1 ตามลำดับ) รองลงมาคือภาคใต้ (ร้อยละ 24.5) ภาคเหนือ (14.7) และตะวันออกเฉียงเหนือ (13.8) ตามลำดับ

28. เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 ระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวม ของประชากรไทยอายุ 15 ขึ้นไป เปลี่ยนแปลงในทิศทางที่เพิ่มขึ้น ในผู้หญิงเพิ่มจาก 197.5 มก./ดล. ในปี 2547 เป็น 208.6 มก./ดล. ในปี 2552 ในผู้ชายเพิ่มจาก 188.9 เป็น 199.2 มก./ดล. ความชุกของภาวะไขมันคอเลสเตอรอลรวมในเลือด (≥ 240 มก./ดล. เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 17.1 เป็น 21.4 ในผู้หญิง และเพิ่มจาก ร้อยละ 13.7 เป็น 16.7 ในผู้ชาย ตามลำดับ

29. ความชุกของภาวะเมแทบอลิกซินโดรมในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 21.7 (ผู้หญิงร้อยละ 24.5 และชายร้อยละ 18.9) ความชุกในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขต และความชุกในภาคกลางและกรุงเทพฯ สูงกว่าภาคอื่นๆ

ประวัติโรคเรื้อรัง

30. ข้อมูลโรคเรื้อรังนี้ได้จากการสัมภาษณ์เท่านั้น ร้อยละ 1.4 ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และร้อยละ 1.9 ของประชากรไทยที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป บอกว่าเคยได้รับการวินิจฉัยว่า

เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ชายและหญิงมีความชุกใกล้เคียงกัน ร้อยละ 1.5 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปบอกว่าเคยเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ความชุกในเพศชายสูงกว่าของเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 1.7 และ 1.3 ตามลำดับ) และความชุกของผู้ที่ยังมีอาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาตอยู่ในขณะที่สัมภาษณ์ มีร้อยละ 0.8

31. ความชุกของโรคเรื้อรังในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข พบว่าเป็นหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 0.5, ธาลัสซีเมียร้อยละ 1.2, ไตวายร้อยละ 3.8, โรคเกาท์ ร้อยละ 2.0, โรคหอบหืดร้อยละ 3.8, นิ่วทางเดินปัสสาวะร้อยละ 4.4, และข้ออักเสบร้อยละ 7.9

การมีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยร่วมกัน

32. ความชุกของการมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหลายปัจจัยร่วมกัน 5 ปัจจัย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันคอเลสเตอรอลรวม ≥ 240 มก/ดล. สูบบุหรี่เป็นประจำ และอ้วน (BMI ≥ 25กก/ม^2) พบว่า ร้อยละ 37.7 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมี 1 ปัจจัยเสี่ยง, ร้อยละ 18.8 มี 2 ปัจจัยเสี่ยง, ร้อยละ 7.2 มี 3 ปัจจัยเสี่ยง และร้อยละ 1.2 มีตั้งแต่ 4 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไป.

33. เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-7 พบว่าความชุกของการมีหลายปัจจัยเสี่ยงใกล้เคียงกัน โดยในปี 2547 มีความชุกของการมีปัจจัยเสี่ยง 1, 2, 3 และ 4 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไป ร้อยละ 37.7, 17.3, 6.3 และ 1.4 ตามลำดับ

ภาวะซึมเศร้า

34. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 2.8 ความชุกในเพศหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 3.5 และ 2.2 ตามลำดับ) ความชุกของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นและสูงสุดในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไปในทั้งสองเพศ เป็นร้อยละ 3.7 ในผู้ชายและร้อยละ 7 ในผู้หญิง นอกเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่าในเขตเล็กน้อย (ร้อยละ 3.6 และ 3.2) ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง เมื่อพิจารณาตามภาค ผู้ชายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงสุด (ร้อยละ 3.0) รองลงมาคือภาคใต้ (2.9) โดยสูงกว่าภาคอื่นๆ ส่วนในผู้หญิงพบว่า กรุงเทพฯ มีความชุกสูงสุด (ร้อยละ 4.4) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (4.1) ภาคใต้ (3.5) ภาคเหนือ (3.5) และภาคกลาง (2.2) ตามลำดับ

ภาวะโลหิตจาง

35. ความชุกของภาวะโลหิตจางในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 23.0 ความชุกในหญิงสูงกว่าในชาย (ร้อยละ 29.8 และ 15.8) ความชุกของภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 16.2 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จนสูงสุดเท่ากับร้อยละ 60.7 ในกลุ่มอายุ ≥ 80 ปี ความชุกภาวะโลหิตจางในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายทุกกลุ่มอายุ แต่ความแตกต่างกันลดน้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปความชุกของภาวะโลหิตจางในชายและหญิงใกล้เคียงกัน ความชุกของในเขตสูงกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย เมื่อพิจารณาตามภาคที่อยู่พบว่าความชุกของภาวะโลหิตจางในกรุงเทพฯ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงกว่าภาคอื่น

36. เมื่อเปรียบเทียบการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 ความชุกของภาวะโลหิตจางในประชากรไทย มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่สูงขึ้นกล่าวคือ การสำรวจครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบความชุกของภาวะโลหิตจางในชายและหญิงเท่ากับร้อยละ 11.4 และ 22.2 ตามลำดับ

การบาดเจ็บ

37. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 8.3 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป รายงานว่าเคยได้รับบาดเจ็บจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความชุกในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง 2 เท่า (ร้อยละ 11.5 และ 5.2 ตามลำดับ) กลุ่มที่มีการบาดเจ็บมากที่สุดคืออายุ 15-29 ปี (ร้อยละ 14.4) โดยเฉพาะผู้ชาย (ร้อยละ 20.3) ผู้ชายในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีความชุกใกล้เคียงกัน แต่ผู้หญิงในเขตฯมีความชุกของการบาดเจ็บสูงกว่าคนนอกเขตเทศบาล สาเหตุส่วนใหญ่ของการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจราจร

อนามัยเจริญพันธุ์

38. อายุเฉลี่ยของสตรีไทยเมื่อเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกมีแนวโน้มลดลง สตรีที่มีอายุมากกว่ามีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่าสตรีที่มีอายุน้อยกว่ากล่าวคือ กลุ่มอายุ 15-29 ปี, 30-44 ปี และ 45-59 ปี เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 13.2 ปี 14.1 ปี และ 14.8 ปี ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสตรีไทยเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เร็วขึ้น

39. การตรวจคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียของสตรีวัยเจริญพันธุ์พบว่า ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 8 ของหญิงที่ฝากครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย และกลุ่มอายุที่ได้รับการคัดกรองสูงสุดคือ 15-29 ปี พบร้อยละ 36.2 โดยรวมผลการตรวจพบการเป็นพาหะร้อยละ 12.5

40. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบร้อยละ 10.5 ของสตรีวัย 15-19 ปีเคยตั้งครรภ์และในจำนวนนี้ร้อยละ 84.8 เคยคลอดบุตร

41. ใน 5 ปีที่ผ่านมา สตรีร้อยละ 4.4 เคยมีการแท้งลูก กลุ่มอายุ 15-29 ปี มีร้อยละของการแท้งลูกสูงสุดร้อยละ 11.2 และสาเหตุส่วนใหญ่(ร้อยละ 74.0) เป็นการแท้งตามธรรมชาติ รองลงมาคือทำแท้งโดยเหตุผลทางการแพทย์ร้อยละ 16.9 และไม่พร้อมมีบุตรร้อยละ 8.1

42. การคุมกำเนิดพบว่า มีอัตราการคุมกำเนิดร้อยละ 73 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการคุมกำเนิดสูงสุดถึงร้อยละ 74.9 เมื่อพิจารณาถึงวิธีการคุมกำเนิดพบว่า การทำหมันหญิงสูงสุดร้อยละ 56 รองลงมาเป็นยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 31.5

43. ในเรื่องของการมีบุตรยาก พบร้อยละ 11 ในจำนวนนี้ ร้อยละ 32.9 เท่านั้น ที่เคยได้รับการรักษา

44. การตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูก พบว่าใน 2 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 42.5 ของสตรีอายุ 15-59 ปีได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มอายุ 30-44 ปีและ 45-59 ปีได้รับการตรวจร้อยละ 51.7 และ 49.2 ตามลำดับ

45. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแพทย์ใน 1 ปีที่ผ่านมามีร้อยละ 17.9 โดยกลุ่มอายุ 30-44 ปีและ 45-59 ปีได้รับการตรวจร้อยละ 20.2 และ 23.2 ตามลำดับ และกลุ่มอายุ 45-59 ปี ได้รับการตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรมร้อยละ 4.5

46. เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 3 เมื่อปี 2547 พบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.4 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 42.5 ในปี 2552

47. การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัย 15-59 ปี เพิ่มจากร้อยละ 48.7 เป็นร้อยละ 60.7 ตามลำดับ

48. การตรวจแมมโมแกรมในสตรีอายุ 40-59 ปี ใน 1 ปีที่ผ่านมาเพิ่มจากร้อยละ 1.7 เป็นร้อยละ 3.9 ตามลำดับ

สุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อม

49. การสำรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทยแบบย่อ (MMSE-Thai version 2002) พบความชุกภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.4 ความชุกในผู้สูงอายุชายร้อยละ 9.8 และผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 15.1 ตามลำดับ ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชายทุกกลุ่มอายุ ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 7.1 (หญิงร้อยละ 8.3 และชายร้อยละ 5.6) ในกลุ่ม 60-69 ปี เป็นร้อยละ 32.5 ในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป (หญิงร้อยละ 40.0 และชายร้อยละ 22.1)

การหกล้ม

50. ความชุกของการหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 18 พบผู้สูงอายุหญิงเคยหกล้มในระยะเวลาดังกล่าวถึงร้อยละ 21.9 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุชายซึ่งมีร้อยละ 14.4 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ (60-69, 70-79, และ 80 ปีขึ้นไป) พบความชุกของการหกล้มของทั้ง 3 กลุ่มอายุใกล้เคียงกัน นอกจากนี้พบผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีความชุกของการหกล้มสูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล และผู้สูงอายุในภาคกลางมีการหกล้มสูงกว่าภาคอื่นทั้งชายและหญิง

ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน

51. การพึ่งพาของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 6 กิจกรรม ได้แก่ อาบน้ำ/ล้างหน้า, แต่งตัว, กินอาหาร, ลุกจากที่นอน, ใช้ห้องน้ำ/ส้วม, และเดินในตัวบ้าน รวมทั้งความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ หรือการกลั้นอุจจาระ ผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานด้วยตนเองอย่างน้อย 2 กิจกรรม หรือไม่สามารถกลั้นอุจจาระหรือปัสสาวะได้มีร้อยละ 15.5, ผู้สูงอายุหญิงมีความชุกสูงกว่าชาย (ชายร้อยละ 12.7 หญิงร้อยละ 17.8) และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ

52. เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะพึ่งพาของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 ซึ่งพบว่า สัดส่วนที่อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องพึ่งพาในกิจวัตรพื้นฐานดังกล่าว ร้อยละ 12.8 (ชายร้อยละ 9.6 และหญิงร้อยละ 15.4) ซึ่งต่ำกว่าผลการสำรวจครั้งนี้

การเสื่อมของอวัยวะ

53.ปัญหาสุขภาพทั่วไปอื่นๆที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจกในผู้สูงอายุชายและหญิงมีร้อยละ 18 และ 24 ตามลำดับ การมีฟัน(รวมฟันทดแทน)น้อยกว่า 20 ซี่ พบร้อยละ 53 นอกจากนี้ร้อยละ 28 ของผู้สูงอายุมีปัญหาการได้ยิน.

โดยสรุป เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 นี้ กับการสำรวจครั้ง 3 ในปี 2547 พบว่าความชุกของบางปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นภาวะอ้วน และภาวะไขมันในเลือดสูง การกินผักผลไม้ไม่เพียงพอ และภาวะโลหิตจาง บางปัจจัยอยู่ในสถานการณ์คงเดิม ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และบางปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มที่ดีขึ้นในบางกลุ่มเช่น การสูบบุหรี่ลดลงในกลุ่มผู้ชายแต่ในผู้หญิงยังไม่ลดลง การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็นต้น ดังนั้นจึงยังมีความจำเป็นที่ทุกภาคส่วนยังต้องร่วมกันกำหนดมาตรการ ดำเนินการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยง และสร้างเสริมสุขภาพประชาชนให้มีประสิทธิผลมากขึ้น และต้องมีการสำรวจติดตามสถานะสุขภาพของประชาชนต่อเนื่องเป็นระยะๆ ต่อไป

บทนำ

1.1 ความเป็นมาของการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับประเทศโดยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการตรวจเลือดและปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการทำให้ได้ข้อมูลสุขภาพ ด้านความชุกของปัญหาสุขภาพต่างๆ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคของบุคคลกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่เป็นตัวแทนของประชากร เป็นข้อมูลที่บอกขนาดปัญหา ด้านปัจจัยเสี่ยงและสถานการณ์สุขภาพที่ระบบข้อมูลรายงานโรคปกติไม่สามารถบอกได้ และเมื่อประกอบกับข้อมูลอื่นเช่นข้อมูลประชากร ข้อมูลการป่วย ข้อมูลการตายจะทำให้ทราบลำดับความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพและใช้ในการติดตามสถานะสุขภาพได้เป็นระยะๆ ต่อเนื่องเพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาที่สำคัญต่อไป

ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพในประเทศ นอกจากจะใช้วางนโยบายและแผนดำเนินงานทางสุขภาพแล้ว ยังใช้สำหรับการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงทราบและนำไปสู่โครงการรณรงค์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในประชาชน โดยการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรค เช่น โครงการรณรงค์ที่เกี่ยวข้อง เช่นโรคอ้วน การกินผักและผลไม้ให้เพียงพอ การออกกำลังกาย และยังใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และโรคที่เป็นปัญหา การประเมินผลการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการ เช่นการเข้าถึงในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โรคความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน การรักษาและควบคุมความดันเลือดและโรคเบาหวาน เป็นต้น

ที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการตรวจร่างกายรวมทั้งการสำรวจในครั้งนี้ 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ในระหว่าง พ.ศ. 2534-2535, ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540, ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 และครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552

สาระสำคัญของการสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายทั้ง 3 ครั้ง

การสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในประเทศไทย ครั้งที่ 1

(พ.ศ. 2534-2535)[1]

ระยะเวลาที่สำรวจ 1 สิงหาคม 2534 - 31 มีนาคม 2535

ผู้ร่วมดำเนินการ

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ในปัจจุบัน), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยสงขลา-นครินทร์

[1] อันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและการตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย; 2539

ผู้สนับสนุน

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย
รังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย สมาคมโรคซีดแห่งประเทศไทย
สมาคมแพทย์โรคทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย และสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อทราบความชุกของโรคเรื้อรังที่สำคัญๆ และอุบัติการณ์ของโรคเฉียบพลันที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ

การสุ่มตัวอย่าง

- สุ่มแบบ Stratified two state sampling เริ่มด้วยการจัด stratum เป็นกลุ่มของจังหวัดในแต่ละภาค และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งหมด 5 Stratum คือ กรุงเทพมหานคร, ภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร), ภาคเหนือ, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ในแต่ละจังหวัดแบ่งออกเป็น 3 เขตการปกครองคือ (1) ในเขตเทศบาล (2) ในเขตสุขาภิบาล (3) นอกเขตเทศบาล สุขาภิบาล

ในแต่ละเขตการปกครองเลือกชุมรุมอาคาร/หมู่บ้าน อย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ความน่าจะเป็นในการเลือกเป็นปฏิภาคกับจำนวนครัวเรือนของชุมรุมอาคาร/หมู่บ้านนั้นๆ

Stage I สุ่มชุมรุมอาคาร (ในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (ในเขตสุขาภิบาล หรือนอกเขตเทศบาล สุขาภิบาล)

Stage IIสุ่มเลือกครัวเรือนตัวอย่างจากชุมรุมอาคาร/หมู่บ้าน จากบัญชีรายชื่อครัวเรือนโดยจัดเรียงลำดับรายชื่อครัวเรือนตามขนาดของครัวเรือน (วัดด้วยจำนวนสมาชิกของครัวเรือน แล้วสุ่มแบบมีระบบ)

จำนวนครอบครัวตัวอย่างทั้งหมด 5,882 ครอบครัว มีประชากรรวม 23,884 คน สำรวจได้ 22,217 คน (ร้อยละ 93.0) ได้แก่ ชาย 9,894 คน (ร้อยละ 44.5), หญิง 12,323 คน (ร้อยละ 55.5) เป็น เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 31.9, วัยทำงาน 15- 59 ปี ร้อยละ 58.5 และวัยสูงอายุ (60+ ปี) ร้อยละ 9.8.

ข้อมูลการสัมภาษณ์ ข้อมูลครอบครัวและรายได้ ข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ลมชัก และการซักประวัติเพื่อคัดกรองโรคต่างๆ ด้วยอาการในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป คือ ภาวะตับแข็ง นิ่วในทางเดินปัสสาวะ ปวดข้อ ปวดหลัง มะเร็งปากมดลูก (หญิง 30 ปีขึ้นไป) โรคเรื้อรัง (ความดันเลือดสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหืด วัณโรคปอด ปอดอุดตันเรื้อรัง ภูมิแพ้ และอาการแน่นหน้าอก (แบบแองไจนา) เป็นต้น

กลุ่มเป้าหมายและการตรวจร่างกาย และการตรวจทางพิเศษ

0 - 5 ปี น้ำหนัก ส่วนสูง วัดพัฒนาการ

6 - 14 ปี น้ำหนัก ส่วนสูง

15 - 29 ปี ตรวจร่างกาย ดูความพิการ ตับแข็ง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ความดันเลือด Peak Expiratory Flow Rate เจาะเลือดตรวจ Hematocrit, Serum protein, Serum creatinine, Fasting blood sugar, Total cholesterol, Total bilirubin

30 ปีขึ้นไป น้ำหนัก ส่วนสูง ตรวจเต้านม (ในหญิงอายุ 30 ปี) ความพิการ ตับแข็ง Peak Flow Rate คลื่นไฟฟ้าหัวใจ Hematocrit, Serum protein, Serum creatinine, Fasting blood sugar, Total cholesterol, Total bilirubin

สำหรับผู้ที่ PEFR ผิดปกติหรือประวัติ ปัสสาวะผิดปกติ จะได้รับการตรวจทางรังสีวิทยา คือ Chest X-ray และ Plain KUB ต่อไป

ในการสำรวจครั้งนี้ครอบคลุมพื้นที่ 17 จังหวัดรวมกรุงเทพมหานคร จำนวนประชากรที่สำรวจ 22,217 คน (จากเป้าหมาย 23,884 คน) ใน 5,852 ครอบครัว

ผลการสำรวจ

พบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 24.7 ความพิการทางกายร้อยละ 6.3 ปวดข้อปวดหลัง (>40%) ความดันเลือดสูง (ความชุกเท่ากับ 5.4%) ภาวะคอเลสเตอรอลสูงกว่า 200 mg% มีร้อยละ 11.3 เบาหวาน (น้ำตาลในเลือดสูงกว่า 140 mg%) ร้อยละ 2.3 ภาวะโลหิตจางในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปร้อยละ 21.7 ภาวะปอดอุดตันเรื้อรังในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 1.5 และนิ่วในทางเดินปัสสาวะในประชากรกลุ่มเดียวกันร้อยละ 3.2 ในชาย และร้อยละ 0.9 ในหญิง ประชากรสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 20.6 และดื่มสุราบ่อยๆ ร้อยละ 5.2

การสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในประเทศไทย ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2539-2540)[2]

ระยะเวลาที่สำรวจ มิถุนายนถึงตุลาคม 2540

ผู้ร่วมดำเนินการ

กระทรวงสาธารณสุข, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ โดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของคนไทย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางด้านการแพทย์การสาธารณสุข ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ตลอดจนสภาวะสิ่งแวดล้อม รวมทั้งความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาขนาดของปัญหาหรือสภาวะสุขภาพ ในรูปของความชุกของโรค และสถานะสุขภาพต่างๆ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาหรือสภาวะสุขภาพ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผน และจัดทรัพยากรที่จะแก้ปัญหาและป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

---

[2] รายงานผลการสำรวจ สภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540. กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ องค์การอนามัยโลก

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างเป็นแบบ Three - stage Stratified Sampling โดยแบ่งประชากรทั้งประเทศ 5 Strata (ภูมิภาค 4 ภาคและกรุงเทพมหานคร)

Stage 1 สุ่มเลือกจังหวัดในแต่ละ Strata (ภาค) ภาคละ 8 จังหวัด (Proportional to size) ในกรุงเทพมหานครเลือก 8 เขตการปกครอง

Stage 2 สุ่มเลือกชุมรุม/หมู่บ้าน ในระดับจังหวัดแบ่งพื้นที่เป็นในและนอกเขตเทศบาล (ในเขตสุขาภิบาล และนอกเขตสุขาภิบาล) ในแต่ละเขตสุ่มเลือกชุมรุมอาคาร/หมู่บ้าน ยกเว้นในกรุงเทพมหานคร ที่เลือกชุมรุมอาคาร/หมู่บ้านตามเขตการปกครอง โดยใช้จำนวนรายชื่อชุมรุมอาคาร/หมู่บ้าน เป็นจุดเดียวกับการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2538-2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

Stage 3 เลือกบุคคลตัวอย่างของแต่ละชุมรุมอาคาร/หมู่บ้าน ใช้ตัวอย่างทั้งสิ้น 15 คน ในแต่ละหมวดอายุ และเลือกตัวอย่างสำรองอีกไม่เกิน 5 คน เพื่อให้สามารถได้ข้อมูลเพียงพอ

จำนวนตัวอย่างแบ่งเป็น 4 กลุ่มอายุ (<6 , 6-12, 13-59 และ 60 ปีขึ้นไป)

กลุ่มตัวอย่าง

1. เด็กปฐมวัย อายุต่ำกว่า 6 ปี เน้นพัฒนาการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กลุ่มอายุ 6-12 ปี ศึกษาระดับเชาว์ปัญญา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
3. กลุ่มอายุ 13-59 ปี พฤติกรรมสุขภาพ อนามัยเจริญพันธุ์ และการตรวจร่างกาย
4. สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) ศึกษาภาวะพึ่งพิง ภาวะทุพพลภาพ ทั้งระยะสั้นและยาว

จำนวนตัวอย่าง กลุ่มละ 5,010 คน รวม 20,040 คน จำนวนที่สำรวจได้จริง 16,182 คน คิดเป็นร้อยละ 80.7

เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ

1. แบบสอบถาม
2. สมุดสุขภาพใช้ร่วมกับแบบประเมินพัฒนาการเด็ก
3. แบบทดสอบระดับเชาว์ปัญญาชนิดไม่ใช้ภาษา (Test of nonverbal intelligence second edition, TONI 2)
4. สภาวะสุขภาพประชากรวัยแรงงาน วัดโดยการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และตรวจเลือด สิ่งที่วัด คือ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) ความดันเลือด ชีพจร เส้นรอบเอว เส้นรอบสะโพก การมองเห็น ภาวะตาบอดสี ระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตกริต น้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar : FBS) และคอเลสเตอรอลในเลือด (Total cholesterol)
5. ในกลุ่มผู้สูงอายุ ใช้แบบทดสอบวัดภาวะพึ่งพา (Dependency) ภาวะทุพพลภาพ (Disability) ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และภาวะสมองเสื่อม (Dementia) โดยเครื่องมือที่ใช้มี ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ดัชนีจุฬาเอดีแอล แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่ใช้ค้นหาผู้ที่มีสภาวะบกพร่องทางปัญญาอย่างกว้างๆ และมีโอกาสสูงที่จะเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม

ผลการสำรวจ พบสภาวะและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในวัยต่างๆ ดังนี้

1. กลุ่มเด็กปฐมวัย (3,306 คน) พบว่าน้ำหนักแรกเกิดโดยเฉลี่ย 3,070 กรัม ได้กินนมแม่ในขวบปีแรกร้อยละ 89 เด็กนอกเขตเทศบาลมีภาวะทุพโภชนาการ (เกณฑ์น้ำหนักต่ออายุ) มากกว่าเด็กในเขตเทศบาล (ร้อยละ 27.6 และร้อยละ 11.9) เด็กมีฟันผุร้อยละ 42.7 พัฒนาการช้ากว่าวัย ร้อยละ 20.1 เมื่อพิจารณาละเอียดในด้านสังคมภาษา การใช้มือและตาแก้ปัญหา และการเคลื่อนไหว พบเด็กร้อยละ 18.3 มีพัฒนาการช้ากว่าวัยอย่างน้อย 1 ด้าน

2. เด็กวัยเรียน (4,238 คน) พบว่าเด็กร้อยละ 9.6 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์อายุ และร้อยละ 13.5 ค่อนข้างผอม แต่ร้อยละ 3.7 มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์อายุ เด็กนอกเขตเทศบาลมีภาวะทุพโภชนาการมากกว่าเด็กในเขตเทศบาล พบว่าเด็กวัยนี้ร้อยละ 19.3 มีภาวะผอมและขาดสารอาหาร ร้อยละ 11.0 อยู่ในภาวะท้วมและอ้วน เด็กร้อยละ 56.0 ฟันผุ ร้อยละ 6.6 มีประวัติเคยถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรงจากคนในครอบครัว ผลการทดสอบเชาว์ปัญญาพบว่าค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเท่ากับ 91.96 ± 11.87

3. วัยแรงงาน (4,230 คน) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ คือ ร้อยละ 20.6 ออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์ อัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 20 ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 10 เท่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายร้อยละ 33.7 มากกว่าเพศหญิง 3 เท่า ในสตรีพบอัตราแท้งบุตรในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาร้อยละ 8.4 อัตราคุมกำเนิดร้อยละ 64.5 ร้อยละ 40.3 เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ประชากรร้อยละ 11.6 มีปัญหาความดันเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูงร้อยละ 4.4 และร้อยละ 1.4 มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลมีสภาวะสุขภาพด้อยกว่านอกเขตเทศบาล

4. วัยสูงอายุ (4,408 คน) พบว่าร้อยละ 65 อยู่กับบุตรธิดา ร้อยละ 4.2 อยู่คนเดียว ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนจะมีภาวะทุพพลภาพ ในจำนวนนี้ร้อยละ 19 เป็นทุพพลภาพระยะยาว มีร้อยละ 1.8 เป็นภาวะทุพพลภาพรุนแรงถึงรุนแรงมาก ความชุกของกลุ่มอาการส่อไปในทางสมองเสื่อม ร้อยละ 3.4 และความดันเลือดสูงพบ ร้อยละ 24.8 และมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา

การสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในประเทศไทย ครั้งที่ 3

(พ.ศ. 2546-2547)[3]

ดำเนินการโดยสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย (สกสอ.) ซึ่งจัดตั้งเพื่อการนี้โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และได้รับการสนับสนุนงบประมาณการสำรวจจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

เครือข่ายดำเนินงานเก็บข้อมูลในพื้นที่ได้แก่

1. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ภาคกลาง)
2. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (กรุงเทพมหานคร)
3. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ภาคเหนือ)
4. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)
5. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ภาคใต้)

---

[3] เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์ บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549.

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ในกลุ่มวัยแรงงาน ชาย หญิง อายุ 15-59 ปี และวัยสูงอายุ ชาย หญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นภาพรวมในระดับประเทศ ภาค และเขตสาธารณสุข ในด้านความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ โรคโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ภาวะการเจ็บป่วย ความพิการ การได้รับการรักษาพยาบาลหรือการคัดกรองโรค ในประชากรกลุ่มอายุเหล่านี้ตามภูมิภาคที่อยู่อาศัย

การสุ่มตัวอย่าง

แผนการสุ่มตัวอย่างเชิงความน่าจะเป็นแบบสามขั้นอย่างมีชั้นภูมิ (Three - stage Stratified Probability Sampling) แบ่งประชากรเป็น 13 strata ตามเขตสาธารณสุข (12 เขตสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค และ กทม.)

Stage 1 สุ่มจังหวัด จากเขตสาธารณสุข เขตละ 3 จังหวัด ภาค สุ่ม 6 เขตใน กทม.

Stage 2 สุ่มหน่วยเลือกตั้งตั้งสำหรับพื้นที่ในเขตเทศบาล และสุ่มหมู่บ้านสำหรับพื้นที่นอกเขตเทศบาล

Stage 3 คือ การสุ่มรายบุคคล ในแต่ละกลุ่มอายุ คือวัยแรงงาน และวัยสูงอายุทั้งเพศชาย และหญิง

จำนวนบุคคลตัวอย่างที่ประมาณค่าไว้ในการสำรวจคือ 42,120 คน และจำนวนตัวอย่างที่ได้จากการสำรวจคือ 39,290 คน (ร้อยละ 93.3) ประกอบด้วย ชายอายุ 15-59 ปี จำนวน 9,515 คน หญิงอายุ 15-59 ปี จำนวน 10,403 คน ชายอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 9,419 คน และหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 9,953 คน

ข้อมูลสำคัญในการสำรวจครั้งนี้ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านสังคม เศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพโดยรวม

2. ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง คือ การมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) การรับประทานผักและผลไม้ การสูบบุหรี่ ปริมาณการดื่มสุรา (เป็นกรัมของ Ethanol) รวมทั้งการดื่มอย่างหนักในครั้งเดียว

3. ข้อมูลโรคที่เคยเป็น โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่สำคัญ อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การใช้ยา พฤติกรรมทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์

4. สำหรับผู้สูงอายุ มีคำถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับ สถานะสุขภาพทางกาย จิตและสังคมที่แสดงถึงความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการบดเคี้ยว สภาพสมองที่ปกติหรือไม่ หลักประกันความมั่นคงในที่อยู่อาศัย รายได้และความพอเพียง บริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมพื้นฐาน สภาพการดำรงชีวิต

5. ข้อมูลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI เส้นรอบเอว ความดันเลือด ชีพจร การตรวจเลือดประกอบด้วย ผลของ ฮีโมโกลบิน ฮีมาโตกริต ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Plasma Glucose) คอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) และการตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC)

ผลการสำรวจ

ผลการสำรวจที่สำคัญแสดงว่า ประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไปมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับต่างๆ ด้านการดื่มสุรา พบว่า ประชากรชายร้อยละ 17 และประชากรหญิงร้อยละ 2 ที่ดื่มสุราอยู่ในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ประชากรชายร้อยละ 46 ยังสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันในขณะเดียวกัน ประชากรหญิงเพียงร้อยละ 2 ที่มีพฤติกรรมเช่นนี้ นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างกันในปริมาณการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของประชากรในระหว่างเขตสาธารณสุข ระหว่างภาคต่างๆ และประชากรในและนอกเขตเทศบาล ในเรื่องของกิจกรรมทางกายที่วัดออกมาเป็น MET minute (Metabolic Equivalent Time) พบว่าประชากรทั้งชายและหญิงประมาณร้อยละ 70 มีกิจกรรมทางกายที่พอเพียงอยู่ในระดับสูงและปานกลาง จะมีปัญหาอยู่คือการบริโภคผักและผลไม้ที่ยังอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐานประมาณมากกว่าร้อยละ 75 สำหรับความชุกของโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจหลอดเลือด พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23 ในชาย และร้อยละ 21 ในหญิง มีสภาวะความดันเลือดสูง ระดับไขมันรวมในเลือดสูงมีร้อยละ 17 ในหญิง และร้อยละ 14 ในชาย โรคเบาหวานร้อยละ 7 ในหญิง และร้อยละ 6 ในชาย ภาวะโลหิตจางร้อยละ 22 ในหญิง และร้อยละ 11 ในชาย ถ้าใช้ค่า BMI เป็นตัวชี้วัดจะพบว่าประชากรชายอายุ 15 ปี ขึ้นไปร้อยละ 22.5 เป็นผู้มีน้ำหนักเกินและอ้วน แต่ในหญิงพบภาวะเช่นนี้ร้อยละ 34.4 แต่ถ้าใช้เส้นรอบเอวเป็นเครื่องชี้วัด พบว่าชายไทยร้อยละ 15 และหญิงไทยร้อยละ 36 อยู่ในกลุ่มอ้วนลงพุง (Abdominal obesity) ความชุกของโรคหรือสภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพเหล่านี้เปลี่ยนแปลงตามอายุ ถ้าอายุมากมักจะมีความชุกมากขึ้น และเปลี่ยนแปลงตามสถานที่อยู่ทั้งตามภาค เขตสาธารณสุข เขตเมือง และเขตชนบท นอกจากนี้การสำรวจนี้ยังได้แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติ เช่น ความดันเลือดสูง เบาหวาน จะมีประชากรเป็นจำนวนมากที่ยังไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคนี้ และจำนวนผู้ได้รับการรักษา และรักษาได้ผลดียิ่งมีจำนวนน้อย ไม่เกินร้อยละ 20-30 ในกลุ่มที่เป็นโรค นอกจากนี้การสำรวจครั้งนี้ยังได้แสดงรายละเอียดของสภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหาสำคัญ คือสุขภาพฟัน อุบัติเหตุจากการหกล้ม และภาวะผิดปกติจากการตรวจคัดกรองสภาพสมองซึ่งเพิ่มขึ้นตามอายุ

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552)[4]

1.2 วัตถุประสงค์ของการสำรวจ

วัตถุประสงค์

1. แสดงความชุกของโรคสำคัญ ภาวะการเจ็บป่วย และภาวะความพิการ ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนไทยในระดับประเทศ และภาค เป็นรายหมวดอายุ เพศ และเขตการปกครอง
2. แสดงแนวโน้มความชุกของปัจจัยเสี่ยงและโรค
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาติดตามระยะยาว

1.3 ประโยชน์ของการสำรวจ

การสำรวจทำให้เกิดระบบข้อมูลสาธารณสุขที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดังต่อไปนี้

1. ประเมินสภาวะสุขภาพของประชากร
2. มีระบบข้อมูลสำหรับติดตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของประชาชน
3. มีระบบข้อมูลสำหรับติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลโครงการสุขภาพ

---

[4] วิชัย เอกพลากร, พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์, บรรณาธิการ คู่มือการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2551

4. เป็นสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในส่วนของการป้องกันและควบคุมโรค และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนไทย

สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับการวิธีการสำรวจจะได้กล่าวในบทต่อไป

1.4 กรอบเนื้อหารายงาน

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 นี้ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 7 บท ดังต่อไปนี้

บทที่ 1 บทนำ กล่าวถึงความเป็นมาของการสำรวจ วัตถุประสงค์การสำรวจ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

บทที่ 2 ระเบียบวิธีการสำรวจ ประกอบด้วยประชากรเป้าหมาย ระเบียบวิธีในการสุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวิเคราะห์ข้อมูล การค่าถ่วงน้ำหนักเพื่อประมาณค่าประชากรและการประมวลผลข้อมูล

บทที่ 3 ลักษณะประชากร สังคม และเศรษฐกิจ นำเสนอข้อมูลลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ทำการสำรวจ ได้แก่ โครงสร้างอายุ เพศ ที่อยู่ตามเขตปกครองและภาคของตัวอย่างที่สำรวจ การศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ และรายได้

บทที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ นำเสนอผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้จากแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมการกินอาหาร การกินผักผลไม้ การใช้ยาและอาหารเสริม

บทที่ 5 สถานะสุขภาพ ได้เสนอผลสำรวจความชุกของโรค ที่ได้จากการตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้แก่ ลักษณะร่างกายทั่วไป การทดสอบแรงมือ กลุ่มโรคและปัจจัยเสี่ยงของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เบาหวาน ความดันเลือดสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะเมแทบอลิกซินโดรม ประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ ประวัติโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น และกลุ่มโรคเรื้อรังที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคข้อเสื่อม โรคเกาต์ นิ่วทางเดินปัสสาวะ โรคไตเรื้อรัง โรคหอบหืด รวมทั้ง โรคโลหิตจาง ประวัติธาลัสซีเมีย ภาวะซึมเศร้า และการบาดเจ็บ

บทที่ 6 อนามัยเจริญพันธุ์ นำเสนอผลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ของตัวอย่างอายุ 15 -59 ปี โดยรายงานถึงประวัติการเจริญพันธุ์ การคุมกำเนิด ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด การแท้ง ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

บทที่ 7 สุขภาพผู้สูงอายุ เป็นผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้นำเสนอปัจจัยเกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย ผู้ดูแล และการทดสอบพิเศษ ได้แก่ การเดินจับเวลา การมองเห็น การทดสอบสมรรถภาพสมอง และผลจากแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง เช่น ภาวะพึ่งพาในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โรคต้อกระจก ฟันและการบดเคี้ยว การได้ยิน และการหกล้ม เป็นต้น

หมายเหตุ ในรายงานฉบับนี้ต่อไปการอ้างอิงผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 จะเรียกว่า การสำรวจฯในปี 2547 และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 เรียกว่า การสำรวจฯ ในปี 2552

บทที่ 2

ระเบียบวิธีการสำรวจ

2.1 ประชากรเป้าหมาย

ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยแบ่งเป็นกลุ่มอายุตามพัฒนาการทางชีวภาพและด้านสังคม เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มเด็ก (อายุ 1-14 ปี) ซึ่งแบ่งตามการเจริญเติบโตเป็น
   - กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (1-5 ปี)
   - วัยเรียน (6-14 ปี)
2. วัยทำงาน (15-59 ปี)
3. วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)

2.2 การสุ่มตัวอย่าง

ในการดำเนินการสำรวจด้วยตัวอย่าง (sample survey) นั้น ระเบียบวิธีสถิติเป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่ง โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนการสำรวจ การกำหนดแผนการสุ่มตัวอย่าง การสร้างเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล เป็นต้น โดยในบทนี้จะกล่าวถึง ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (target population) ของการสำรวจ แผนการสุ่มตัวอย่าง (sampling design) หน่วยตัวอย่าง (sampling unit) และกรอบตัวอย่าง (sampling frame) ในแต่ละขั้นตอนของการสำรวจ การกำหนดขนาดตัวอย่าง วิธีการประมาณค่าสถิติ และการคำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก

2.2.1 ระดับของการนำเสนอผล

สภาพความเป็นอยู่ และการดำรงชีวิตของประชากรของประเทศไทยในปัจจุบันนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละภาค และเขตการปกครอง เนื่องด้วยปัจจัยทางภูมิศาสตร์ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม สภาวะแวดล้อม ตลอดจนวิถีชีวิตต่างๆ ซึ่งผลที่ตามมาจากปัจจัยดังกล่าวนอกเหนือจากการดำรงชีวิตคือ สุขภาพกาย และสุขภาพจิตของประชากรในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อแสดงสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งเพื่อสนองความต้องการใช้ข้อมูลในการกำหนดนโยบายสุขภาพและการบริหารจัดการโครงการทางการแพทย์และสาธารณสุข โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 จึงกำหนดให้มีการเสนอผลการสำรวจในระดับ กรุงเทพมหานคร และภาคจำนวน 4 ภาค ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ การนำเสนอผลแยกเขตการปกครองคือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล นอกจากนี้โดยธรรมชาติประชากรในแต่ละวัย คือวัยเด็ก วัยแรงงาน และวัยผู้สูงอายุย่อมมีลักษณะพื้นฐานทางร่างกาย ปัญหาสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย สภาวะทุพพลภาพของร่างกาย ตลอดจนสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน และสภาพร่างกายตามธรรมชาติของชาย และหญิงนั้นมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ซึ่งความแตกต่างทั้งทางด้านอายุ และเพศนั้นจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลไปยังสถานะสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ดังนั้นเพื่อให้ผลการสำรวจที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับสภาวะที่กล่าวมาแล้ว การสำรวจในครั้งนี้นอกจากแบ่ง

ตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ และพื้นที่แล้ว ได้แบ่งประชากรออกเป็น 3 กลุ่มอายุ คือ กลุ่มอายุ 1 - 14 ปี กลุ่มอายุ 15 - 59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยในแต่ละกลุ่มอายุได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือเพศชาย และเพศหญิง เพื่อทำการเสนอผลในแต่ละกลุ่มย่อย โดยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ

2.2.2 แผนการสุ่มตัวอย่าง (Sample design)

ในการสำรวจด้วยตัวอย่างขนาดใหญ่ (large scale sample survey) ในระดับประเทศนั้น มักจะกำหนดแผนการสุ่มตัวอย่างหลายขั้น เพื่อประหยัดทรัพยากรต่างๆ เช่น งบประมาณ กำลังคน และเวลา สำหรับโครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ซึ่งถือว่าเป็นการสำรวจด้วยตัวอย่างขนาดใหญ่ จึงได้มีการพัฒนาแผนการสุ่มตัวอย่างเพื่อให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และหน่วยตัวอย่าง (ประชากรที่มีอายุ 1 ปีขึ้นไป) ของโครงการ รวมทั้งข้อจำกัดในด้านของบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และความชำนาญเฉพาะทางด้านการแพทย์ นอกจากนี้ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือ งบประมาณ และเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเฉพาะงบประมาณในการตรวจร่ายกายต่อหน่วยนั้นสูงมาก ดังนั้นจึงได้กำหนดให้ใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบมีชั้นภูมิหลายขั้น โดยให้ถูกต้องตามระเบียบวิธีทางสถิติ และเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ ประชากรเป้าหมาย หน่วยตัวอย่าง รวมทั้งข้อจำกัดของโครงการนี้

การสำรวจด้วยตัวอย่างครั้งนี้จึงได้ใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified four-stage sampling ซึ่งเป็นแผนการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (probability sampling) โดยมีกรุงเทพมหานคร และภาคจำนวน 4 ภาคเป็นสตราตัม กรุงเทพมหานคร/จังหวัดในแต่ละภาคเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง เขต/อำเภอเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง หน่วยเลือกตั้งในเขตเทศบาล/หมู่บ้านนอกเขตเทศบาลซึ่งกำหนดโดยกรมการปกครองเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม และประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย (eligible sampling unit)

การจัดชั้นภูมิ หรือการจัดสตราตัม

แผนการสุ่มตัวอย่างแบบมีชั้นภูมิ ได้พัฒนามาสำหรับประชากรบางประเภทที่ประกอบด้วยหน่วยตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกัน (heterogenous population) ซึ่งสามารถแยกออกได้หลายประเภท โดยความแปรปรวนของประชากรกลุ่มนี้จะมีค่าสูง แผนการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจะไม่เหมาะสมกับประชากรเหล่านี้ ดังนั้นก่อนที่จะมีการสุ่มตัวอย่างจะต้องมีการแบ่งประชากรออกเป็นส่วนๆ โดยในแต่ละส่วนควรจะประกอบด้วยหน่วยตัวอย่างที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งสามารถสุ่มตัวอย่างได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพสูง โดยแผนการสุ่มตัวอย่างแบบนี้เรียกว่า แผนการสุ่มตัวอย่างแบบมีชั้นภูมิ (stratified sampling) นอกจากนี้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบมีชั้นภูมิ ยังสามารถวัดค่าที่แสดงลักษณะบางประการของประชากรในแต่ละชั้นภูมิให้มีความแม่นยำสูงได้ และยังสามารถใช้ในการบริการจัดการการสำรวจได้ เช่นการสำรวจด้วยตัวอย่างจากทุกภาคทั่วประเทศ การใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบมีชั้นภูมิจะทำให้การบริหารจัดการ การแบ่งงาน และการควบคุมงานนั้นมีความสะดวกมากขึ้น

โดยในการสำรวจครั้งนี้ ได้กำหนดให้ กรุงเทพมหานคร และภาคจำนวน 4 ภาคเป็นสตราตัม รวมทั้งสิ้น 5 สตราตัม และในแต่ละสตราตัม ได้ทำการแบ่งออกเป็น 12 สตราตัมย่อย

ตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครอง (คือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล) กลุ่มอายุ (คือ 1-14 ปี 15-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป) และเพศ ยกเว้นกรุงเทพมหานครแบ่งเป็น 6 สตราตัมย่อย ตามกลุ่มอายุ และเพศ ได้จำนวนสตราตัมย่อยรวมทั้งสิ้น 27 สตราตัมย่อย

1) การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง (Primary sampling selection)

หน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง : กรุงเทพมหานคร และจังหวัดในภูมิภาค

กรอบตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง : บัญชีรายชื่อจังหวัดในแต่ละภาค โดยเรียงตามลักษณะภูมิศาสตร์

การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง : ในแต่ละภาค หรือสตราตัมได้ทำการเลือกจังหวัดตัวอย่างอย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (systematic sampling) ได้จำนวนจังหวัดตัวอย่างทั้งสิ้น 20 จังหวัด ยกเว้นกรุงเทพมหานครไม่มีการเลือกหน่วยตัวอย่าง ได้จำนวนหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่งรวมทั้งสิ้น 21 หน่วยตัวอย่าง ซึ่งกระจายไปในแต่ละสตราตัมดังนี้

ตารางที่ 2.1 จำนวนและรายชื่อจังหวัดตัวอย่าง จำแนกตามสตราตัม

สตราตัม	จำนวนจังหวัดตัวอย่าง	รายชื่อจังหวัดตัวอย่าง
กรุงเทพมหานคร	1	กรุงเทพมหานคร
กลาง (ยกเว้นกรุงเทพฯ)	5	ปราจีนบุรี ลพบุรี จันทบุรี นครปฐม และเพชรบุรี
เหนือ	5	เชียงใหม่ น่าน สุโขทัย เพชรบูรณ์ และอุทัยธานี
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5	เลย ขอนแก่น บุรีรัมย์ มุกดาหาร และอุบลราชธานี
ใต้	5	ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พัทลุง และสตูล
รวมทั่วประเทศ	21	

2) การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (Secondary sampling selection)

หน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง : เขตในกรุงเทพมหานคร และอำเภอในต่างจังหวัด

กรอบตัวอย่างขั้นที่สอง : บัญชีรายชื่อเขตในกรุงเทพมหานคร และบัญชีรายชื่ออำเภอในแต่ละจังหวัดตัวอย่าง โดยเรียงตามลักษณะภูมิศาสตร์

การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง : ในกรุงเทพมหานคร และแต่ละจังหวัดตัวอย่างได้ทำการเลือกเขต/อำเภอตัวอย่างอย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (systematic sampling) ได้จำนวนเขต/อำเภอตัวอย่างทั้งสิ้น 104 เขต/อำเภอ ซึ่งกระจายไปในแต่ละสตราตัมดังนี้

ตารางที่ 2.2 จำนวนเขต/อำเภอตัวอย่าง จำแนกตามสตราตัม

สตราตัม	จำนวนเขต/อำเภอตัวอย่าง
กรุงเทพมหานคร	12
กลาง (ยกเว้น กรุงเทพฯ)	19
เหนือ	23
ตะวันออกเฉียงเหนือ	29
ใต้	21
รวมทั่วประเทศ	104

3) การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม (Tertiary sampling selection)

หน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม : หน่วยเลือกตั้งในเขตเทศบาล และหมู่บ้านนอกเขตเทศบาล

กรอบตัวอย่างขั้นที่สาม : บัญชีรายชื่อหน่วยเลือกตั้งในเขตเทศบาล และหมู่บ้านนอกเขตเทศบาล ของเขต/อำเภอตัวอย่าง โดยเรียงตามรหัสหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้าน ซึ่งได้จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม : ในแต่ละเขต/อำเภอตัวอย่าง ได้ทำการเลือกหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่างอย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (systematic sampling) ได้จำนวนหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่างทั้งสิ้น 612 หน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้าน ซึ่งกระจายไปในแต่ละสตราตัมและสตราตัมย่อยดังนี้

ตารางที่ 2.3 จำนวนหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่าง จำแนกตามสตราตัม และสตราตัมย่อย

สตราตัม	จำนวนหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่าง		
	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
กรุงเทพมหานคร	68	68	-
กลาง (ยกเว้น กรุงเทพฯ)	136	68	68
เหนือ	136	68	68
ตะวันออกเฉียงเหนือ	136	68	68
ใต้	136	68	68
รวมทั่วประเทศ	612	340	272

4) การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย (Eligible sampling selection)

หน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย : ประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

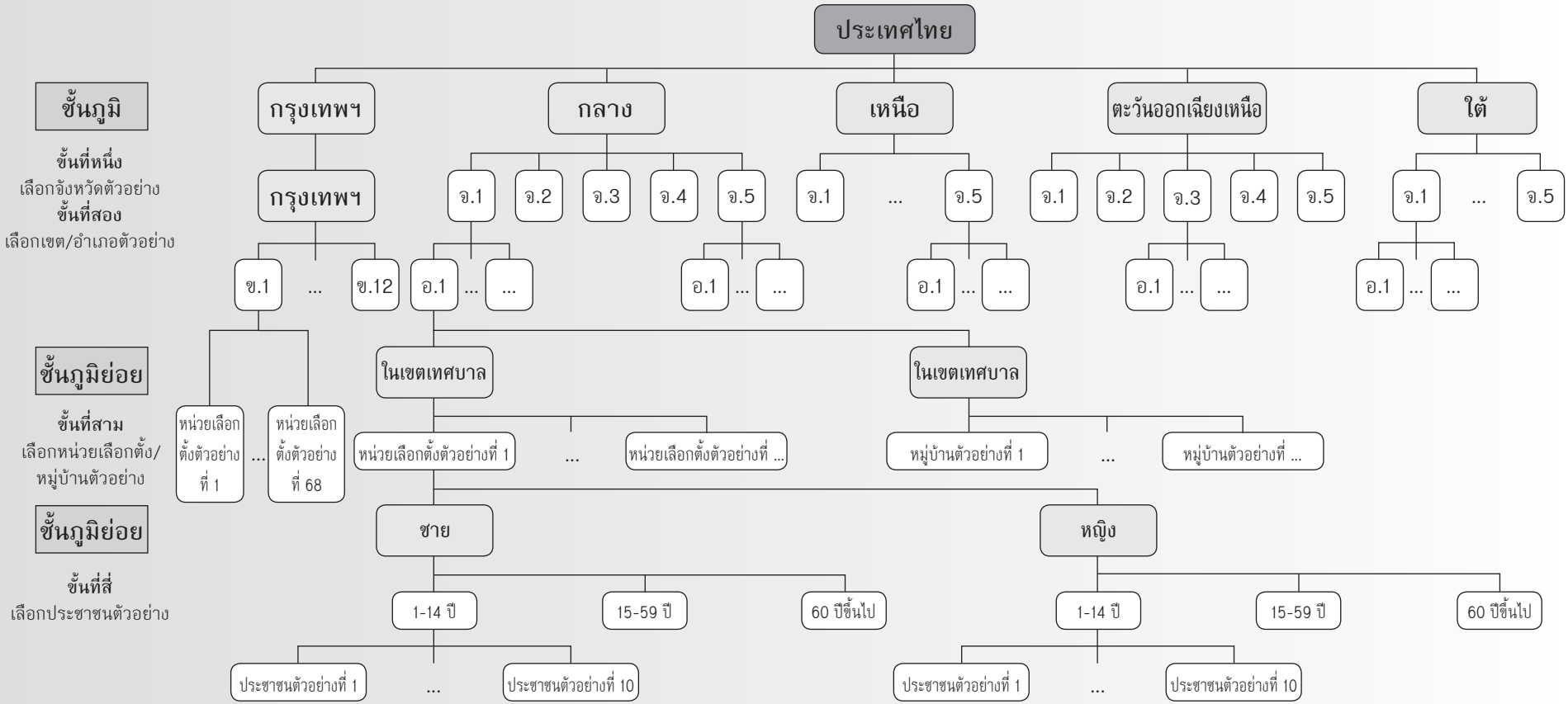
กรอบตัวอย่างขั้นสุดท้าย : บัญชีรายชื่อประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในแต่ละหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่างกลุ่มอายุและเพศ ซึ่งได้จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย โดยในแต่ละกลุ่มได้เรียงลำดับประชากรจากอายุน้อยไปมากเพื่อให้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย : ในแต่ละหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่าง ได้ทำการเลือกประชาชนฯตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (systematic sampling) ได้จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มอายุ รวมทั้งสิ้น 31,680 ราย ซึ่งกระจายไปในแต่ละสตราตัม และสตราตัมย่อยดังนี้

ตารางที่ 2.4 จำนวนประชาชนตัวอย่าง จำแนกตามสตราตัม และสตราตัมย่อย

สตราตัม	จำนวนประชาชนตัวอย่าง											
	รวม				ในเขตเทศบาล				นอกเขตเทศบาล			
	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป
กรุงเทพมหานคร	3,520	1,080	1,360	1,080	3,520	1,080	1,360	1,080			-	-
กลาง (ยกเว้น กรุงเทพฯ)	7,040	2,160	2,720	2,160	3,520	1,080	1,360	1,080	3,520	1,080	1,360	1,080
เหนือ	7,040	2,160	2,720	2,160	3,520	1,080	1,360	1,080	3,520	1,080	1,360	1,080
ตะวันออกเฉียงเหนือ	7,060	2,160	2,720	2,160	3,530	1,080	1,360	1,080	3,530	1,080	1,360	1,080
ใต้	7,040	2,160	2,720	2,160	3,520	1,080	1,360	1,080	3,520	1,080	1,360	1,080
รวมทั่วประเทศ	31,700	9,720	12,240	9,720	17,600	5,400	6,800	5,400	14,080	4,320	5,440	4,320

รูปที่ 1 แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง



2.3 ขนาดตัวอย่าง

เพื่อให้สามารถนำเสนอผลได้ตามระดับของการนำเสนอผลที่กำหนด คือกรุงเทพมหานคร และภาค 4 ภาค จำแนกตามเขตการปกครอง กลุ่มอายุ และเพศ รวมทั้งสิ้น 27 สตราตัม ดังนั้น ในการกำหนดขนาดตัวอย่างเพื่อให้สามารถนำเสนอผลได้ทุกสตราตัม จะต้องกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละสตราตัมอย่างอิสระต่อกัน โดยได้ทำการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากร ในกรณีใช้แผนการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{Nk^2PQ}{k^2PQ + NE^2}$$

โดยที่ = ขนาดตัวอย่าง
= ขนาดประชากร
= ค่าคงที่ของระดับความเชื่อมั่นที่ 1-
= สัดส่วนของประชากรที่สนใจศึกษา
= 1 - P
= ขนาดของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

หลังจากที่ได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละสตราตัมแล้ว สิ่งที่ต้องนำมาใช้ประกอบการพิจารณาคือทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น งบประมาณ เวลา และกำลังคน นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาจากแผนการสุ่มตัวอย่าง โดยขนาดตัวอย่างในแต่ละขั้นจะปรากฏอยู่ในหัวข้อ 2.2.3

ตารางที่ 2.5 จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มอายุ (ปี)	ชาย	หญิง	รวม
1-14	4,870	4,870	9,740
15-59	6,120	6,120	12,240
60 +	4,860	4,860	9,720
รวม	**15,850**	**15,850**	**31,700**

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การคำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก

การคำนวณค่าประมาณยอดรวมของจำนวนประชากรที่ต้องการศึกษา ต้องใช้ค่าถ่วงน้ำหนัก ซึ่งสามารถคำนวณได้จากผลคูณของค่าต่างๆ เหล่านี้

2.4.1 การคำนวณค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้น (Base weights)

คำนวณจากแผนการสุ่มตัวอย่างที่ใช้ โดยค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้นจะมีค่าเท่ากับผลคูณส่วนกลับของความน่าจะเป็นที่หน่วยตัวอย่างจะถูกเลือกมาเป็นตัวแทนในแต่ละขั้น ในการสำรวจนี้แผนการสุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นแบบ Stratified four - stage sampling ดังนั้นความน่าจะเป็นที่หน่วยตัวอย่างในแต่ละขั้นจะถูกเลือกเป็นตัวแทนสามารถคำนวณได้ดังนี้

- **หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 1** (กรุงเทพฯ/จังหวัดตัวอย่าง) ถูกเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Systematic Sampling ด้วยความน่าจะเป็น $\frac{a_h}{A_h}$ โดยที่

  a_h คือ จำนวนกรุงเทพมหานคร/จังหวัดตัวอย่าง สตราตัม h
  A_h คือ จำนวนกรุงเทพมหานคร/จังหวัดทั้งสิ้น สตราตัม h

- **หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 2** (เขต/อำเภอตัวอย่าง) ถูกเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Systematic Sampling ด้วยความน่าจะเป็น $\frac{b_{hc}}{B_{hc}}$ โดยที่

  b_{hc} คือ จำนวนเขต/อำเภอตัวอย่าง ของกรุงเทพมหานคร/จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h
  B_{hc} คือ จำนวนเขต/อำเภอทั้งสิ้น ของกรุงเทพมหานคร/จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h

- **หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 3** (หน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่าง) ถูกเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Systematic Sampling ด้วยความน่าจะเป็น $\frac{m_{hcdi}}{M_{hcdi}}$ โดยที่

  m_{hcdi} คือ จำนวนหน่วยเลือกตั้งตัวอย่างของเขตการปกครอง i เขต/อำเภอตัวอย่าง d กรุงเทพมหานคร/จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h
  M_{hcdi} คือ จำนวนหน่วยเลือกตั้งทั้งสิ้นของเขตการปกครอง i เขต/อำเภอตัวอย่าง d กรุงเทพมหานคร/จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h

- **หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 4** (ประชาชนตัวอย่าง) ถูกเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Systematic Sampling ด้วยความน่าจะเป็น $\frac{n_{hcdiejk}}{N_{hcdiejk}}$ โดยที่

  $n_{hcdiejk}$ คือ จำนวนประชาชนตัวอย่างตามที่กำหนดให้ของกลุ่มอายุ k เพศ j หน่วยเลือกตั้ง e เขตการปกครอง i เขต/อำเภอตัวอย่าง d กรุงเทพมหานคร/จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h
  $N_{hcdiejk}$ คือ จำนวนประชาชนทั้งสิ้น ของกลุ่มอายุ k เพศ j หน่วยเลือกตั้ง e เขตการปกครอง i เขต/อำเภอตัวอย่าง d กรุงเทพมหานคร/จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h

ดังนั้นค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้นสำหรับประชาชนตัวอย่าง f กลุ่มอายุ k เพศ j หน่วยเลือกตั้ง e เขตการปกครอง i เขต/อำเภอตัวอย่าง d กรุงเทพมหานคร/จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h คือ

$$W_{hcdiejkf} = \frac{A_h}{a_h} \times \frac{B_{hc}}{b_{hc}} \times \frac{M_{hcdi}}{m_{hcdi}} \times \frac{N_{hcdiejk}}{n_{hcdiejk}}$$

2.4.2 การปรับค่าถ่วงน้ำหนักด้วยการไม่ตอบ (non-response adjustment)

$$Adj_NR_{hcdiejkf} = \frac{n_{hcdiejk}}{n'_{hcdiejk}}$$

$n_{hcdiejk}$ คือ จำนวนประชาชนตัวอย่างตามที่กำหนดให้ ของกลุ่มอายุ k เพศ j หน่วยเลือกตั้ง e เขตการปกครอง i เขต/อำเภอตัวอย่าง d กรุงเทพมหานคร/จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h

$n'_{hcdiejk}$ คือ จำนวนประชาชนตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ ของกลุ่มอายุ k เพศ j หน่วยเลือกตั้ง e เขตการปกครอง i เขต/อำเภอตัวอย่าง d กรุงเทพมหานคร/จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h

2.4.3 การปรับค่าถ่วงน้ำหนักด้วยการแบ่งข้อมูลออกเป็นชั้นภูมิ (post stratification calibration adjustment)

การปรับค่าถ่วงน้ำหนักด้วยการแบ่งข้อมูลออกเป็นชั้นภูมินั้น ใช้ค่าจำนวนประชากรจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยปรับ โดยเป็นค่าจำนวนประชากรของกลุ่มอายุ k เพศ j เขตการปกครอง i จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h

ดังนั้นค่าถ่วงน้ำหนักสุดท้าย (final weights) ที่กำหนดให้แต่ละหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้ายนั้น ได้คำนวณจากผลคูณของค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้น (base weights) การปรับการไม่ตอบ (non-response adjustment) และการปรับด้วยการแบ่งข้อมูลออกเป็นชั้นภูมิ โดยค่าถ่วงน้ำหนักนี้จะใช้เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการประมาณค่าประชากร

2.5 เครื่องมือการสำรวจ

เนื่องจากข้อมูลที่ต้องการเพื่อแสดงสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยในการสำรวจครั้งที่ 4 นี้มีข้อมูลที่แสดงถึงสถานะสุขภาพโดยทั่วไป พฤติกรรมเสี่ยงหรือสร้างเสริมสุขภาพ ลักษณะทางชีวภาพที่แสดง ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งบางครั้งประชากรเองอาจยังไม่รู้ตัวว่ามีความผิดปรกติจึงต้องค้นหาด้วยการทดสอบต่างๆ หรือการตรวจทางชีวเคมี ดังนั้นวิธีการเก็บข้อมูลจึงมีความหลากหลาย ประกอบด้วย

- การสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถาม
- การทดสอบการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยใช้การทดสอบ เช่น (แรงบีบมือ การเดินจับเวลา การมองเห็น ฯลฯ)
- การตรวจทางชีวเคมี โดย การตรวจเลือด, ตรวจปัสสาวะ

ตารางที่ 2.6 รายการแบบสัมภาษณ์ และตรวจร่างกาย วัยแรงงานและวัยสูงอายุ

หมวด	รายการ	15 - 59 ปี	60+ปี
Q1000	ข้อมูลส่วนบุคคล		
	Q1100 ข้อมูลส่วนบุคคล อายุ เพศ		
	สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา		
	Q1200 การทำงานและรายได้		
	Q1300 ลักษณะการอยู่อาศัยและการปรับปรุงบ้าน		
	Q1400 ผู้ปรนนิบัติดูแลในกิจวัตรประจำวัน		
	Q1500 การรับภาระเป็นที่พึ่งในครัวเรือน		
Q2000	การวัดภาวะพึ่งพาในการประกอบกิจวัตรประจำวัน		
Q3000	สถานะสุขภาพโดยรวม		
Q4000	คุณภาพชีวิต		
Q5000	การทดสอบสภาพสมองและสุขภาพจิต		
	Q5100 การทดสอบสภาพสมอง		
	Q5200 ภาวะซึมเศร้า		
Q6000	โรคเรื้อรัง		
	Q6200 ฟันและการบดเคี้ยว		
	Q6300 การได้ยิน		
	Q6400 การหกล้ม		
Q7000	พฤติกรรมสุขภาพ/พฤติกรรมเสี่ยง		
	Q7100 กิจกรรมทางกาย		
	Q7200 การสูบบุหรี่		
	Q7300 การดื่มแอลกอฮอล์		
	Q7400 การใช้ยาและอาหารเสริม		
	Q7500 การกินอาหาร		
	Q7600 ประวัติการป่วยของพ่อแม่ พี่น้องสายตรง		
	Q7700 การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ		
	Q7800-Q7900 อนามัยเจริญพันธุ์		
Q8000	สิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพ		
Q9000	การตรวจร่างกาย		
	1) น้ำหนักและส่วนสูง		
	2) เส้นรอบเอว		
	3) เส้นรอบสะโพก		
	4) ความยาวแขน (arm span)		
	5) ความดันเลือดและชีพจร		
	6) การเดินจับเวลา		
	7) ทดสอบการมองเห็น	(อายุ 40 ปีขึ้นไป)	
	8) ทดสอบแรงบีบมือ		
Q9100	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
	1) Blood test: Fasting blood sugar/ Lipid Creatinine /CBC		
	2) Urine strip test		

2.6 การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย การวัดส่วนสูง การชั่งน้ำหนัก การวัดรอบเส้นรอบเอว เส้นรอบสะโพก การวัดความยาวแขนและการวัดความดันเลือดตามลำดับ

ผู้เข้ารับการตรวจร่างกายขั้นพื้นฐาน ได้รับการแนะนำให้พักผ่อนอย่างเพียงพออดอาหาร 12 ชั่วโมง 1 วันก่อนเข้ารับการตรวจ ในวันตรวจให้ งดดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ ในเช้าวันตรวจ ให้สวมเสื้อผ้าที่เบาสบาย ไม่รัดแน่นจนเกินไป เพื่อความสะดวกในการตรวจร่างกายขั้นพื้นฐาน

รายการตรวจร่างกาย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) มีดังต่อไปนี้

1) การวัดส่วนสูง
2) การชั่งน้ำหนัก
3) การวัดเส้นรอบเอว
4) การวัดเส้นรอบสะโพก
5) การวัดความยาวแขน (อายุ 60 ปีขึ้นไป)
6) การวัดความดันเลือด

รายการทดสอบต่างๆ

1) การทดสอบการมองเห็นระยะใกล้ (อายุ 40 ปีขึ้นไป)
2) การทดสอบแรงบีบมือ
3) การทดสอบการเดินจับเวลา (อายุ 60 ปีขึ้นไป)

การเก็บตัวอย่างเลือด

เพื่อตรวจ fasting plasma glucose, lipid profile, และ CBC

ตารางที่ 2.7 การตรวจตัวอย่างเลือดทางห้องปฏิบัติการ

การทดสอบ	ปริมาตรเลือด (ml.)	Sample	วิธีตรวจวัด/เครื่องตรวจวัด
CBC	2 ml.	EDTA blood	เครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ CBC Sysmex XT series
Glucose	2 ml.	NaF+K.oxalate blood	Enzymatic Method (Hexokinase)/ Hitachi 917
Creatinine	3 ml.	Clotted blood (serum 0.2 ml)	Jaffe' method rate-blanked and compensated/Hitachi 917
Lipid profile Cholesterol Triglyceride HDL-c,LDL-c	5 ml.	Clotted blood (serum 0.2 ml)	- Cholesterol : Enzymatic colorimetric method (CHOD-PAP) - Triglyceride : Enzymatic colorimetric method (GPO-PAP) - HDL-c : Homogeneous enzymatic colorimetric method - LDL-c : Homogeneous enzymatic colorimetric method - All with Hitachi 917

บทที่ 3

ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ

บทนี้กล่าวถึงลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ ลักษณะเหล่านี้ได้แก่ เพศ อายุ เขตปกครอง ภาคที่อยู่อาศัย การศึกษา การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส การทำงาน และอาชีพ เป็นต้น

3.1 โครงสร้างอายุ เพศ ที่อยู่ตามเขตการปกครองและภาคของตัวอย่างที่สำรวจ

ตารางที่ 3.1.1 แสดงจำนวนตัวอย่างจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ เขตปกครอง และภาคที่อยู่อาศัย การสำรวจครั้งนี้มีจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 20,450 คน เป็นชาย 9,740 คน (ร้อยละ 47.6) และหญิง 10,710 คน (ร้อยละ 52.4) อยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 54.2 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 45.8 จำนวนตัวอย่างกระจายตามภาคต่างๆใกล้เคียงกัน ร้อยละ 21- 23 โดยในกรุงเทพฯ มีร้อยละ 10 ของตัวอย่าง

ตารางที่ 3.1.1 ร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ เขตปกครองและภาค (unweight)

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
15-29	1,351	13.87	1,307	12.2	2,658	13.0
30-44	1,880	19.3	2,240	20.92	4,120	20.2
45-59	2,003	20.56	2,459	22.96	4,462	21.8
60-69	2,498	25.65	2,559	23.86	5,057	24.7
70-79	1,566	16.08	1,652	15.42	3,218	15.7
80+	442	4.54	493	4.6	935	4.6
เขตปกครอง						
ในเขต	5,126	52.6	5,954	55.6	11,080	54.2
นอกเขต	4,614	47.4	4,756	44.4	9,370	45.8
ภาค						
เหนือ	2,258	23.2	2,367	22.1	4,625	22.6
กลาง	2,359	24.2	2,496	23.3	4,855	23.7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2,209	22.7	2,330	21.8	4,539	22.2
ใต้	2,072	21.3	2,237	20.9	4,309	21.1
กรุงเทพมหานคร	842	8.6	1,280	12.0	2,122	10.4
รวมทั้งประเทศ	9,740	47.6	10,710	52.4	20,450	100

**หมายเหตุ: ร้อยละที่แสดงเป็นสัดส่วนที่ยังไม่ได้ถ่วงน้ำหนัก ตามความน่าจะเป็นของการสุ่มตัวอย่าง*

สำหรับข้อมูลที่นำเสนอต่อไปนี้ ค่าสถิติมีการถ่วงน้ำหนักตามที่ได้กล่าวในบทที่ 2

3.2 การศึกษา

ระบบการศึกษาภาคบังคับของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ปี 2503 จากภาคบังคับประถมศึกษาปีที่ 4 เป็นประถมปีที่ 6 ในปี 2520 และเพิ่มเป็น 9 ปี ตั้งแต่ปี 2545 ตามพระราชบัญญัติการศึกษาภาคบังคับ พ.ศ. 2545[1] ซึ่งมาตรา ๔ ในพระราชบัญญัตินี้ "การศึกษาภาคบังคับ" หมายความว่า "การศึกษาชั้นปีที่หนึ่งถึงชั้นปีที่เก้าของการศึกษาขั้นพื้นฐานตามกฎหมาย ว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ" การสำรวจครั้งนี้นอกจากสอบถามเกี่ยวกับระดับการศึกษาที่จบสูงสุดแล้วมีการถามเกี่ยวกับระยะเวลาเป็นปีที่ใช้ศึกษาในสถานศึกษาของบุคคลตัวอย่าง

จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในระบบ

จำนวนปีที่มีการศึกษาเฉลี่ยโดยเฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งประเทศ คือ 7.3 ปี จำนวนปีศึกษาเฉลี่ยของผู้ชายสูงกว่าของผู้หญิง คนในเขตเทศบาลมีจำนวนปีที่ศึกษามากกว่าคนนอกเขตเทศบาลทั้งชายและหญิง (ชายในเขตเทศบาล 8.7 ปี และนอกเขตเทศบาล 7.0 ปี หญิงในเขตฯ 8.1 และนอกเขตฯ 6.7 ปีตามลำดับ) ตารางที่ 3.2.1

กลุ่มอายุ 15-29 ปี มีจำนวนปีที่ศึกษามากที่สุด เฉลี่ย 10.1 ปี จำนวนปีที่มีการศึกษานี้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และน้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งอยู่ในการศึกษาเฉลี่ย 4.1 ปี ตารางที่ 3.2.2

ตารางที่ 3.2.1 จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่ได้รับการศึกษาในระบบ จำแนกตามอายุ เพศ และเขตปกครอง

เขตการปกครอง		ชาย			หญิง			รวม		
		n	Mean	S.E.	n	Mean	S.E.	n	Mean	S.E.
ในเขตเทศบาล	15-29	673	10.5	0.1	662	11.1	0.1	1,335	10.8	0.1
	30-44	927	9.6	0.2	1,173	9.4	0.2	2,100	9.5	0.1
	45-59	1,087	7.9	0.2	1,435	6.9	0.2	2,522	7.4	0.2
	60-69	1,302	6.6	0.2	1,303	5.5	0.2	2,605	6.0	0.1
	70-79	766	5.9	0.2	716	4.7	0.2	1,482	5.3	0.2
	80+	198	5.7	0.3	154	4.2	0.2	352	4.9	0.1
	รวม	**4,953**	**8.7**	**0.1**	**5,443**	**8.1**	**0.1**	**10,396**	**8.4**	**0.1**
นอกเขตเทศบาล	15-29	656	9.7	0.1	611	10.1	0.1	1,267	9.9	0.1
	30-44	927	7.5	0.1	1,002	7.2	0.1	1,929	7.3	0.1
	45-59	866	5.5	0.1	898	5.0	0.1	1,764	5.3	0.1
	60-69	1,090	4.8	0.1	946	4.2	0.0	2,036	4.4	0.1
	70-79	665	4.3	0.1	598	3.8	0.0	1,263	4.0	0.0
	80+	183	3.8	0.1	143	3.8	0.1	326	3.8	0.1
	รวม	**4,387**	**7.0**	**0.1**	**4,198**	**6.7**	**0.1**	**8,585**	**6.9**	**0.1**

เมื่อพิจารณาจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาจำแนกตามภาค พบว่าจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาของประชากรในกรุงเทพฯ มีจำนวนปีเฉลี่ยสูงสุด 8.6 ปี รองลงมาคือภาคใต้ (7.9 ปี) ภาคกลาง (7.6 ปี) ภาคเหนือ(7.1 ปี) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(6.7 ปี) ตามลำดับ ตารางที่ 3.2.2

[1] พระราชบัญญัติการศึกษาภาคบังคับ พ.ศ. 2545

ตารางที่ 3.2.2 จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่ได้รับการศึกษาในระบบ จำแนกตามภาค

ภาค		กลุ่มอายุ (ปี)						
		15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
เหนือ	n	538	850	1,035	1,001	617	149	4,190
	Mean	10.5	7.7	5.6	4.8	4.2	4.2	7.1
	S.E.	0.3	0.4	0.3	0.2	0.1	0.2	0.3
กลาง	n	627	988	1,015	1,074	639	165	4,508
	Mean	10.5	8.4	6.1	5.0	4.3	4.3	7.6
	S.E.	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	n	541	971	887	1,158	600	137	4,294
	Mean	9.5	7.1	5.4	4.5	4.2	3.9	6.7
	S.E.	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
ใต้	n	676	820	707	962	636	179	3,980
	Mean	10.2	8.6	6.2	5.2	4.1	4.0	7.9
	S.E.	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
กรุงเทพมหานคร	n	220	400	642	446	253	48	2,009
	Mean	11.0	9.9	7.8	6.3	6.0	4.5	8.6
	S.E.	0.1	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2
รวม	N	2,602	4,029	4,286	4,641	2,745	678	18,981
	Mean	10.1	7.9	6.0	5.0	4.5	4.1	7.3
	S.E.	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1

ระดับการศึกษาสูงสุด

ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.2 มีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ มัธยม/ปวช. (ร้อยละ 27.8) ระดับการศึกษาสูงสุดมีการเปลี่ยนแปลงตามกลุ่มอายุ โดยกลุ่มอายุ 15-29 ปี มีสัดส่วนของคนที่จบระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุดคือ ร้อยละ 66.3 และจบระดับประถมร้อยละ 15.6 ในขณะที่กลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59.5-78.6) และสัดส่วนของคนที่จบระดับมัธยมศึกษามีลดน้อยลงตามลำดับเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 27.2-4.0) สำหรับสัดส่วนของคนที่ไม่ได้เรียนมีร้อยละ 0.8 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี สัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 26.5 (ตารางที่ 3.2.3)

ตารางที่ 3.2.3 ระดับการศึกษาสูงสุดในแต่ละช่วงอายุ ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป

	อายุ (ปี)						
ระดับการศึกษา	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
จำนวนตัวอย่าง (คน)	2,650	4,110	4,454	5,050	3,209	932	20,405
ไม่ได้เรียน (%)	0.8	1.5	3.6	8.7	14.6	26.5	3.7
ประถมศึกษา (%)	15.6	59.5	74.5	78.6	77.8	67.9	58.2
มัธยมศึกษา/ปวช. (%)	66.3	27.2	14.1	8.7	5.1	4.0	27.8
ปวส./อนุปริญญา (%)	6.1	4.2	17.7	1.3	0.8	0.5	3.3
ปริญญาตรีและสูงกว่า (%)	7.1	7.5	5.4	2.3	1.1	0.3	5.9
อื่นๆ (%)	4.1	0.1	0.6	0.4	0.6	0.9	1.1

ระดับการศึกษาสูงสุดตามเขตปกครอง

ประชากรที่อาศัยในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของการจบการศึกษาระดับมัธยมขึ้นไป (ร้อยละ 47.5) มากกว่าคนที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 32.3) กลุ่มอายุ 15-29 ปี ที่อาศัยในเขตเทศบาลจบการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไปร้อยละ 80.7 สูงกว่าวัยเดียวกันที่อยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 79) โดยในเขตเทศบาลมีผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 10.9 ในขณะที่คนอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลจบปริญญาตรีร้อยละ 3.6 (ตารางที่ 3.2.4)

ตารางที่ 3.2.4 ระดับการศึกษาสูงสุดในแต่ละช่วงอายุ จำแนกตามเขตการปกครอง

		อายุ (ปี)						
เขตการปกครอง	ระดับการศึกษา	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
ในเขตเทศบาล	จำนวนตัวอย่าง (คน)	1,358	2,141	2,616	2,783	1,701	458	11,057
	ไม่ได้เรียน (%)	0.7	1.1	3.4	5.4	12.2	23.6	3.2
	ประถมศึกษา (%)	13.1	40.9	60.3	70.4	71.2	63.0	47.7
	มัธยมศึกษา/ปวช. (%)	61.5	35.5	21.4	16.3	11.2	10.3	31.5
	ปวส./อนุปริญญา (%)	6.8	7.5	3.8	2.2	1.7	0.6	5.1
	ปริญญาตรีและสูงกว่า (%)	12.4	14.7	10.1	5.2	2.9	1.2	10.9
	อื่นๆ (%)	5.6	0.3	1.1	0.6	0.8	1.3	1.6
นอกเขตเทศบาล	จำนวนตัวอย่าง (คน)	1,292	1,969	1,838	2,267	1,508	474	9,348
	ไม่ได้เรียน (%)	0.9	1.7	3.7	10.3	15.8	27.6	3.9
	ประถมศึกษา (%)	16.6	66.8	82	82.7	81.1	69.7	62.8
	มัธยมศึกษา/ปวช. (%)	68.1	23.9	10.3	4.9	2	1.6	26.2
	ปวส./อนุปริญญา (%)	5.8	2.9	0.6	0.9	0.4	0.4	2.5
	ปริญญาตรีและสูงกว่า (%)	5.1	4.7	3	0.9	0.2	0	3.6
	อื่นๆ (%)	3.5	0	0.3	0.3	0.4	0.7	0.9

การศึกษาสูงสุดตามภาค

กรุงเทพฯ มีสัดส่วนของคนที่จบระดับมัธยมขึ้นไปสูงสุดร้อยละ 50.8 รองลงมาคือภาคใต้ร้อยละ 41.5 ภาคกลางร้อยละ 41.4 ภาคเหนือร้อยละ 35.6 และต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 28.5 โดยสัดส่วนของคนที่จบระดับปริญญาตรีมีสูงสุดในกรุงเทพฯร้อยละ 11.4 รองลงมาคือ ภาคกลาง (ร้อยละ 6.5) ภาคใต้ (ร้อยละ 6.4) ภาคเหนือ (ร้อยละ 6.2) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 3.3) (ตารางที่ 3.2.5)

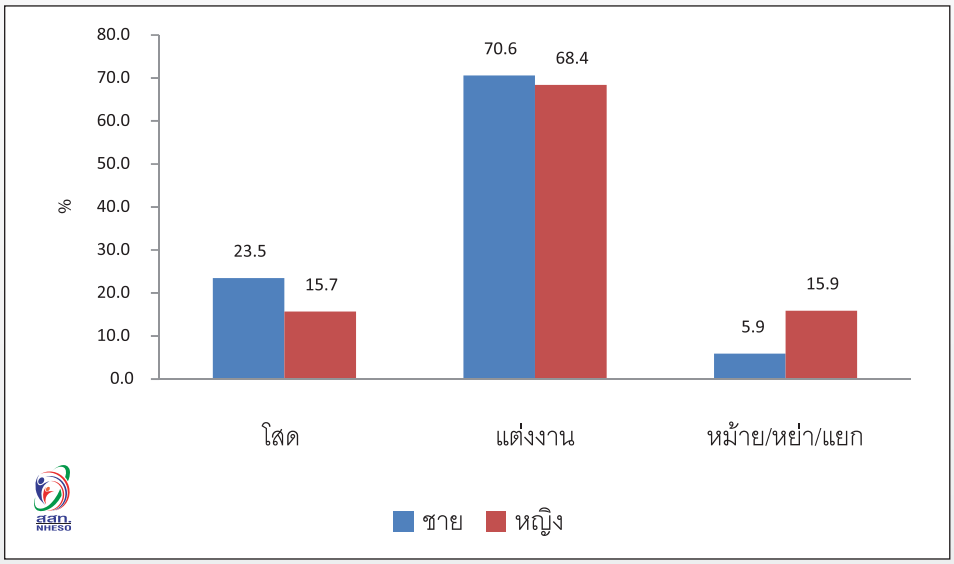
ตารางที่ 3.2.5 ระดับการศึกษาสูงสุด จำแนกตามรายภาค และอายุ

		อายุ (ปี)						
ภาค	ระดับการศึกษา	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
เหนือ	จำนวนตัวอย่าง (คน)	547	878	1,089	1,123	754	225	4,616
	ไม่ได้เรียน (%)	0.4	3.4	6.7	13.3	21	34.1	6.3
	ประถมศึกษา(%)	10.9	58.7	76	76.6	73	59.1	57.9
	มัธยมศึกษา/ปวช. (%)	71.6	27.4	11.6	6.6	3.9	5.2	26.9
	ปวส./อนุปริญญา (%)	6.3	2.7	0.9	1.3	0.4	0.2	2.5
	ปริญญาตรีและสูงกว่า (%)	10.4	7.8	4.7	1.9	0.8	0.5	6.2
	อื่นๆ (%)	0.4	0	0.2	0.3	0.8	1	0.3
กลาง	จำนวนตัวอย่าง (คน)	647	1,010	1,065	1,170	745	216	4,853
	ไม่ได้เรียน (%)	1.0	1.0	3.8	9.2	14.7	24.5	3.6
	ประถมศึกษา (%)	12.9	53.1	72.6	77.4	79.1	67.0	54.6
	มัธยมศึกษา/ปวช. (%)	68.2	31.1	17.7	10.3	3.9	5.7	31.0
	ปวส./ อนุปริญญา (%)	6.6	6.1	1.3	0.9	0.8	1.2	3.9
	ปริญญาตรีและสูงกว่า (%)	9.4	8.7	4.7	2.2	0.9	0.0	6.5
	อื่นๆ (%)	1.8	0.0	0.0	0.1	0.5	1.7	0.4
ตะวันออกเฉียงเหนือ	จำนวนตัวอย่าง (คน)	544	979	903	1,243	672	177	4,518
	ไม่ได้เรียน (%)	1.3	1.3	2.0	7.5	11.4	17.7	2.7
	ประถมศึกษา (%)	20.8	72.7	83.7	85.0	84.1	79.4	67.8
	มัธยมศึกษา/ปวช. (%)	69.0	20.0	8.7	4.8	3.1	1.7	23.6
	ปวส./อนุปริญญา (%)	2.7	2.2	0.7	1.1	0.5	0.2	1.6
	ปริญญาตรีและสูงกว่า (%)	2.9	3.7	4.2	1.2	0.3	0.7	3.3
	อื่นๆ (%)	3.3	0.0	0.8	0.5	0.6	0.3	1.0
ใต้	จำนวนตัวอย่าง (คน)	689	834	733	1,044	746	256	4,302
	ไม่ได้เรียน (%)	0.3	0.6	1.8	8.6	16.1	36.4	2.9
	ประถมศึกษา (%)	17.1	51.6	73.6	76	78.3	60.5	51.2
	มัธยมศึกษา/ปวช. (%)	52.8	31.2	14.5	10.2	4.1	2.2	29.2
	ปวส./อนุปริญญา (%)	9.7	6.3	4.1	2	0.7	0.4	5.9
	ปริญญาตรีและสูงกว่า (%)	6.4	10	4.9	2.6	0.7	0	6.4
	อื่นๆ (%)	13.8	0.4	1.2	0.7	0.2	0.5	4.3
กรุงเทพมหานคร	จำนวนตัวอย่าง (คน)	223	409	664	470	292	58	2,116
	ไม่ได้เรียน (%)	0.5	1.8	3.8	3.4	10	19.2	3.3
	ประถมศึกษา (%)	10.1	32.9	55.4	68.6	67.1	70.8	45
	มัธยมศึกษา/ปวช. (%)	68	41.1	24.1	18.8	15.1	8.8	33.7
	ปวส./ อนุปริญญา (%)	9.8	7.5	4.5	2.3	2.5	0	5.7
	ปริญญาตรีและสูงกว่า (%)	10.8	16.1	11.1	5.9	4.7	0	11.4
	อื่นๆ (%)	0.9	0.6	1.3	1	0.6	1.3	1

3.3 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส ผู้ชายมีสถานะแต่งงานและอยู่กับคู่สมรสด้วยกันร้อยละ 70.6 ส่วนที่อยู่ในสถานะหม้าย หย่า แยกร้อยละ 5.9 สำหรับผู้หญิงมีสถานะแต่งงานร้อยละ 68.4 และอยู่ในสถานะหม้าย หย่า แยก ร้อยละ 15.9 (รูปที่ 3.3.1)

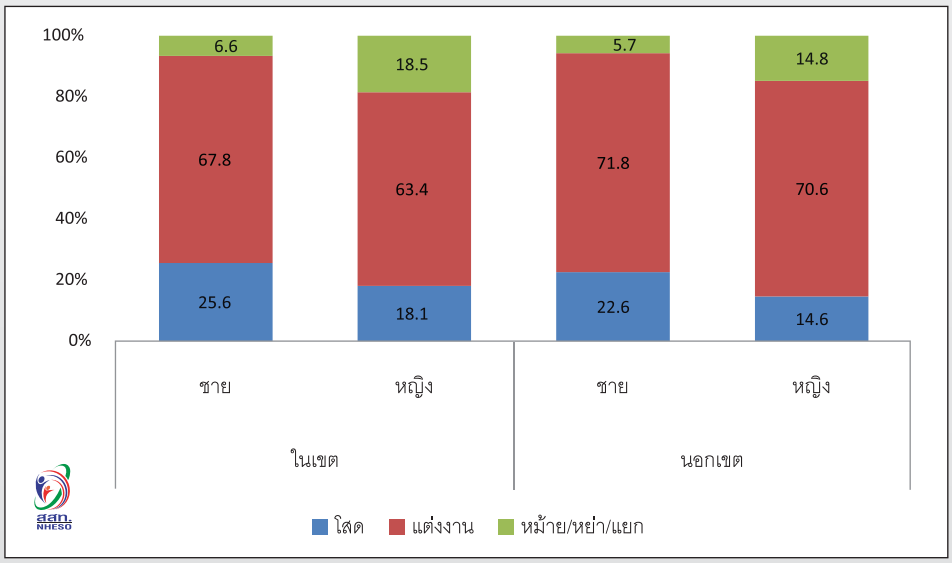
รูปที่ 3.3.1 สถานภาพสมรสของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ



สถานภาพสมรส ตามเขตปกครอง

สัดส่วนของคนโสดและหม้ายหย่าแยกของคนในเขตเทศบาลสูงกว่าของคนนอกเขตเทศบาล แต่ในเขตมีสัดส่วนของคนที่แต่งงานแล้วน้อยกว่าคนนอกเขตเทศบาล ทั้งชายและหญิง (รูปที่ 3.3.2)

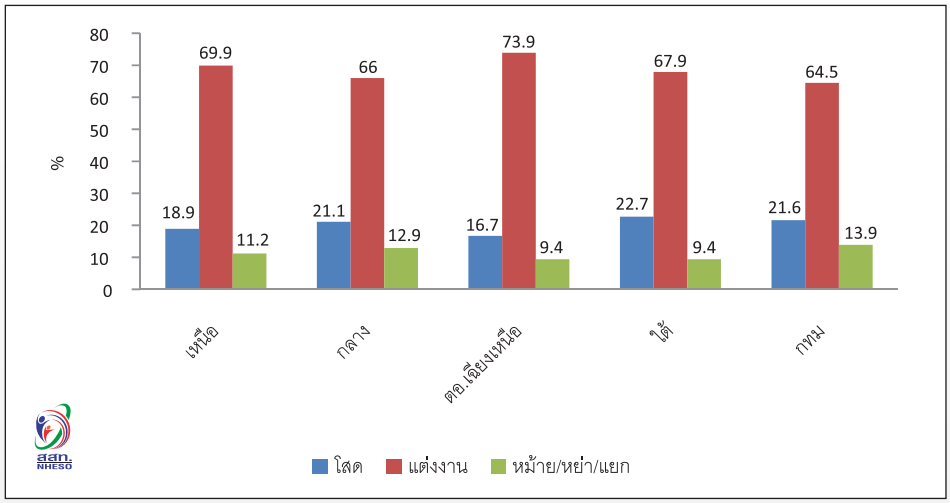
รูปที่ 3.3.2 สถานภาพสมรสของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ



สถานภาพสมรสตามภาค

สถานภาพสมรสจำแนกตามภาคมีลักษณะคล้ายคลึงกันตามภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนของคนที่แต่งงานแล้วสูงสุด ภาคใต้มีสัดส่วนของคนโสดสูงสุดรองลงมาคือ กรุงเทพฯ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ (รูปที่ 3.3.3)

รูปที่ 3.3.3 สถานภาพสมรสของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค



3.4 สถานภาพทางเศรษฐกิจ รายได้

การมีงานทำ

7 ใน 10 คนของประชากรไทยอายุ 15-59 ปี มีงานทำ (ชายร้อยละ 79 และหญิงร้อยละ 65) เกือบ 1 ใน 10 อยู่ในสภาพว่างงาน (ผู้ชายร้อยละ 5.6 และหญิงร้อยละ 10.8) กลุ่มอายุที่ว่างงานมากที่สุดคือ อายุ 15-29 ปี (ชายร้อยละ 10.8 และหญิงร้อยละ 13.3) และทั้งชายและหญิง ร้อยละ 6 อยู่ระหว่างรอฤดูกาลทำงาน และร้อยละ 7.8 ยังเรียนหนังสืออยู่ (ตารางที่ 3.4.1)

ตารางที่ 3.4.1 ภาวะการมีงานทำ จำแนกตามเพศและอายุ

เพศ	อายุ (ปี)	มีงานทำ (%)	ว่างงาน (%)	รอฤดูกาลทำงาน (%)	ทำงานบ้าน (%)	เรียนหนังสือ (%)	อื่นๆ (%)	จำนวนตัวอย่าง
ชาย	15-29	53.0	10.8	3.4	0.5	30.9	1.5	1,344
	30-44	89.2	2.4	7.1	0.4	0.0	0.9	1,873
	45-59	86.3	5.3	6.4	0.7	0.0	1.4	1,996
	รวม	**78.9**	**5.6**	**5.9**	**0.6**	**7.8**	**1.2**	**5,213**
หญิง	15-29	38.7	13.3	4.4	8.1	34.7	0.9	1,301
	30-44	76.8	8.3	7.3	6.7	0.1	0.9	2,230
	45-59	70.1	12.0	5.5	10.4	0.1	1.9	2,445
	รวม	**65.8**	**10.8**	**6.0**	**8.4**	**7.7**	**1.3**	**5,976**

การมีงานทำตามเขตปกครอง

การมีงานทำของคนในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน แต่สัดส่วนของผู้ชายในเขตเทศบาลที่ว่างงาน (ร้อยละ 7.3) สูงกว่าผู้ชายนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 4.9) ในขณะที่ในผู้หญิงสัดส่วนของการว่างงานของคนในและนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ทั้งนี้สัดส่วนของคนที่รองานตามฤดูกาลนั้น คนนอกเขตเทศบาลทั้งชายและหญิงอยู่ระหว่างรองานตามฤดูกาล (ชายร้อยละ 7.8 หญิง 8.1) มากกว่าคนในเขตเทศบาล (ชายร้อยละ 1.3 และหญิง 1.2) (ตารางที่ 3.4.2)

ตารางที่ 3.4.2 ภาวะการทำงาน จำแนกตามเพศ อายุ และเขตการปกครอง

เขตการปกครอง	เพศ	อายุ(ปี)	มีงานทำ (%)	ว่างงาน (%)	รอฤดูกาลทำงาน (%)	ทำงานบ้าน (%)	เรียนหนังสือ (%)	อื่นๆ (%)	จำนวนตัวอย่าง
ในเขตเทศบาล	ชาย	15-29	52.6	9.5	0.7	0.5	35.4	1.3	682
		30-44	92.6	4.1	1.3	0.7	0	1.3	940
		45-59	87.2	8.7	1.7	0.9	0	1.5	1,112
		รวม	**80.9**	**7.3**	**1.3**	**0.7**	**8.4**	**1.4**	**2,734**
	หญิง	15-29	42.5	11.2	0.3	7.6	36.6	1.8	673
		30-44	80.2	6.7	1.3	9.9	0.2	1.7	1,200
		45-59	65.4	12.6	1.4	18	0	2.6	1,499
		รวม	**66.4**	**10.2**	**1.2**	**13.2**	**6.9**	**2.1**	**3,372**
นอกเขตเทศบาล	ชาย	15-29	53.1	11.3	4.4	0.5	29.2	1.5	662
		30-44	87.9	1.8	9.3	0.3	0	0.7	933
		45-59	85.9	3.6	8.6	0.7	0	1.3	884
		รวม	78.1	4.9	7.8	0.5	7.6	1.1	2,479
	หญิง	15-29	37.4	14	5.8	8.2	34.1	0.5	628
		30-44	75.4	8.9	9.7	5.4	0	0.7	1,030
		45-59	72.7	11.7	7.8	6.1	0.2	1.5	946
		รวม	**65.5**	**11.1**	**8.1**	**6.3**	**8.1**	**0.9**	**2,604**

การมีงานทำ ตามภาค

เมื่อพิจารณาการมีงานตามภาค พบว่ามากกว่าร้อยละ 70 ของประชากรอายุ 15-59 ปี ในทุกภาคมีงานทำ ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพฯ ที่มีต่ำกว่าร้อยละ 70 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงมีสัดส่วนของคนที่ว่างงานสูงสุดร้อยละ 11.9 รองลงมาคือ กรุงเทพฯ ร้อยละ 11.1 ภาคกลางร้อยละ 7 ภาคเหนือ ร้อยละ 4.6 และภาคใต้ ร้อยละ 4.1 นอกจากนี้ภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีคนที่อยู่ระหว่างรองานตามฤดูกาลสูงสุด (ร้อยละ 14.2) รองลงมาคือภาคเหนือ (ร้อยละ 4.3) (ตารางที่ 3.4.3)

ตารางที่ 3.4.3 ภาวะการทำงานของประชากรอายุ 15-59 ปี จำแนกตามเพศและภาค

ภาค	เพศ	มีงานทำ (%)	ว่างงาน (%)	รอฤดูกาลทำงาน (%)	ทำงานบ้าน (%)	เรียนหนังสือ (%)	อื่นๆ (%)	จำนวนตัวอย่าง
เหนือ	ชาย	81.3	3.5	4.8	0.5	8.9	1.1	1,209
	หญิง	73.9	5.7	3.9	7.8	7.6	1.2	1,295
	รวม	77.5	4.6	4.3	4.2	8.2	1.1	2,504
กลาง	ชาย	83.7	5.5	1.0	1.2	7.6	1.1	1,308
	หญิง	70.5	8.5	1.3	10.6	8.3	0.9	1,409
	รวม	77.0	7.0	1.1	6.0	8.0	1.0	2,717
ตะวันออกเฉียงเหนือ	ชาย	73.1	6.1	13.7	0.0	6.1	1.0	1,157
	หญิง	57.3	17.8	14.6	1.6	7.6	1.1	1,272
	รวม	65.2	11.9	14.2	0.8	6.9	1.1	2,429
ใต้	ชาย	83.5	3.7	0.0	0.6	10.5	1.7	1,053
	หญิง	72.4	4.4	0.1	13.7	8.4	1.0	1,193
	รวม	77.9	4.1	0.0	7.2	9.4	1.3	2,246
กรุงเทพมหานคร	ชาย	77.1	10.8	0.6	1.0	8.7	1.9	486
	หญิง	59.2	11.1	0.1	20.0	6.0	3.6	807
	รวม	68.0	11.0	0.4	10.7	7.3	2.8	1,293

สถานภาพการทำงาน

ประชากรไทยอายุ 15 ขึ้นไปที่ตอบว่ามีงานทำ ร้อยละ 50.6 มีสถานภาพการทำงานเป็นเจ้าของหรือดำเนินการเอง รองลงมาเป็นลูกจ้างร้อยละ 24.4 ไม่ได้ปฏิบัติงานเชิงเศรษฐกิจร้อยละ 16.7 ลูกจ้างรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจร้อยละ 7.3 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73 ขึ้นไปเป็นเจ้าของหรือดำเนินการเอง (ตารางที่ 3.4.4)

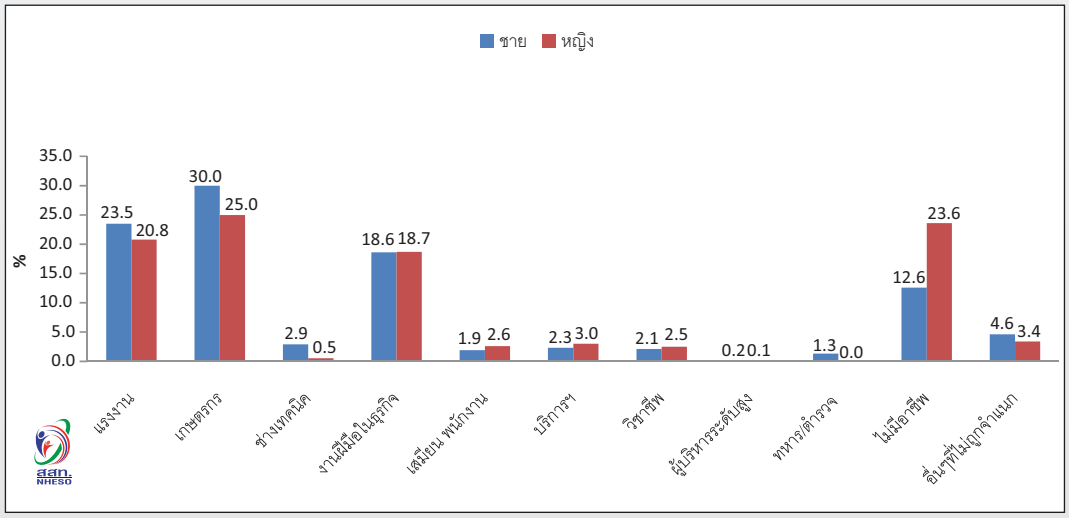
ตารางที่ 3.4.4 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามสถานภาพการทำงานและกลุ่มอายุ

ลักษณะของงาน	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
จำนวนตัวอย่าง	2,248	4,019	4,262	2,597	967	90	14,183
เจ้าของ/ดำเนินการเอง (%)	25.2	53.8	56.8	76	72.7	82	50.6
ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ (%)	5.2	8.2	8.5	2.3	1.5	1.5	7.3
ลูกจ้างเอกชน (%)	27.2	28.4	20.2	17.1	16.1	7.4	24.4
การรวมกลุ่ม/สหกรณ์ (%)	0.7	1.2	0.9	1.4	2.2	1.6	1
ผู้ไม่ได้ปฏิบัติงานเชิงเศรษฐกิจ %	41.7	8.4	13.6	3.3	7.6	7.4	16.7

อาชีพ

อาชีพของประชากรไทยชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่พบบ่อยที่สุดในการสำรวจนี้คือ เกษตรกร (ร้อยละ 30) รองลงมาคือแรงงาน (ร้อยละ 23.5) ช่างฝีมือ (ร้อยละ 18.6) ไม่มีอาชีพร้อยละ (12.6) ตามลำดับ ส่วนในผู้หญิงเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 25) รองลงมาคือ ไม่มีอาชีพซึ่งรวมแม่บ้าน (ร้อยละ 23.6) และช่างฝีมือ(ร้อยละ 18.7) ตามลำดับ (รูปที่ 3.4.1)

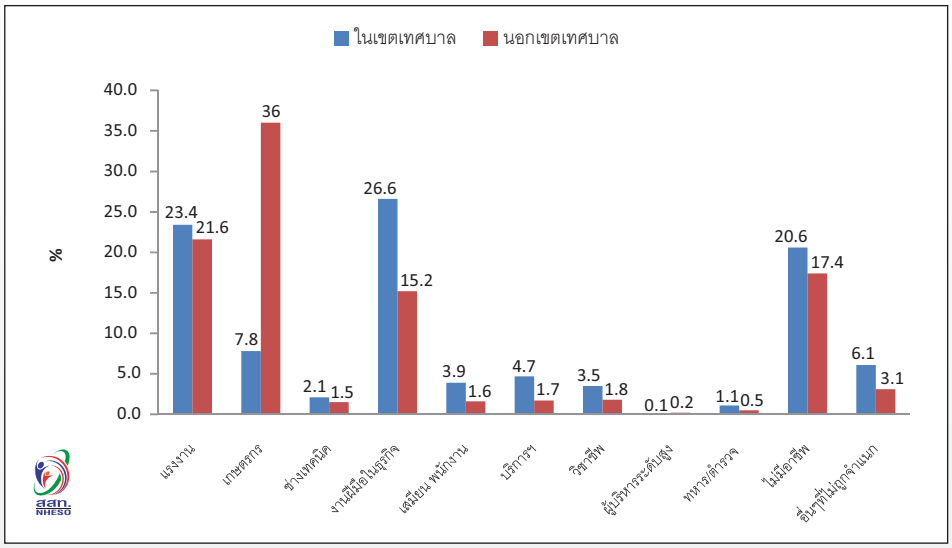
รูปที่ 3.4.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอาชีพและเพศ



จำแนกตามเขตปกครอง

อาชีพที่มีมากที่สุดของผู้ชายในเขตเทศบาลคือ แรงงาน (ร้อยละ 26.2) และช่างฝีมือ (ร้อยละ 25.6) ส่วนในผู้หญิงเป็นช่างฝีมือมากกว่าแรงงาน (ร้อยละ 27.6 และ 20.8 ตามลำดับ) ส่วนคนอาศัยนอกเขตเทศบาลทั้งชายและหญิงเป็นเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 36) รองลงมาคือแรงงาน (ร้อยละ 21.6) และช่างฝีมือ (ร้อยละ 15.2) ตามลำดับ (รูปที่ 3.4.2)

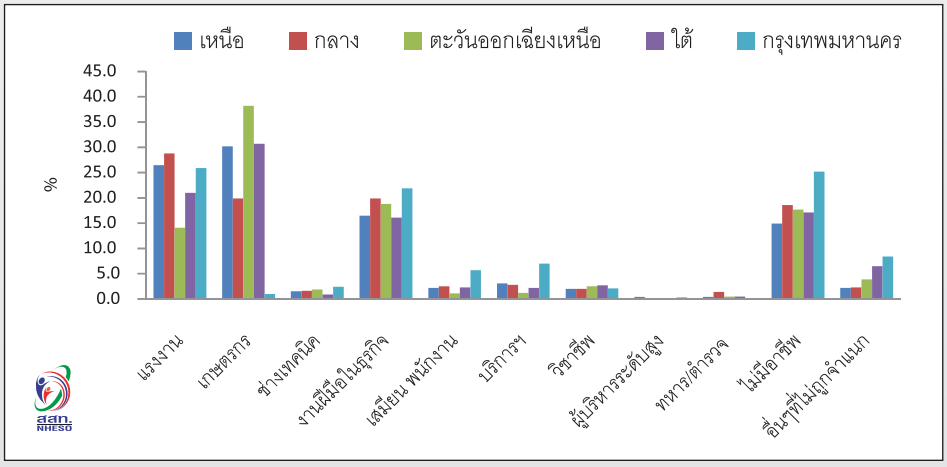
รูปที่ 3.4.2 ร้อยละของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอาชีพและเขตปกครอง



อาชีพจำแนกตามภาค

อาชีพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามภาค พบว่ามีสัดส่วนที่แตกต่างกันตามภาคคือ ภาคกลาง และกรุงเทพฯ อาชีพที่มีมากสุดคือแรงงาน รองลงมาคือช่างฝีมือ และงานบริการ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และใต้ ส่วนมากมีอาชีพเกษตรกร รองลงมาคือแรงงาน และช่างฝีมือตามลำดับ (รูปที่ 3.4.3)

รูปที่ 3.4.3 ร้อยละของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอาชีพ และภาค



รายได้ส่วนตัว-รายได้ครอบครัว

ค่ามัธยฐานของรายได้ต่อคนต่อเดือน ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 5,000 บาทในผู้ชาย และ 3,600 บาท ในผู้หญิง มัธยฐานรายได้ในผู้ชายสูงที่สุดในช่วงอายุ 30-44 ปีมีมัธยฐานรายได้ 7,000 บาทต่อเดือน ส่วนในผู้หญิง ช่วงอายุ 15-29, 30-44 และ 45-59 ปี มีมัธยฐานรายได้เท่ากัน คือ 5,000 บาทต่อเดือน (ตารางที่ 3.4.5)

ตารางที่ 3.4.5 ค่ามัธยฐานของรายได้ต่อคนต่อเดือน จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

อายุ	ชาย		หญิง		รวม	
	ค่ามัธยฐาน (บาท)	จำนวนตัวอย่าง	ค่ามัธยฐาน (บาท)	จำนวนตัวอย่าง	ค่ามัธยฐาน (บาท)	จำนวนตัวอย่าง
15-29	5,000	910	5,000	767	5,000	1,677
30-44	7,000	1,753	5,000	1,923	6,000	3,676
45-59	6,250	1,842	5,000	1,995	5,500	3,837
60-69	4,000	2,305	3,000	2,347	3,000	4,652
70-79	2,000	1,430	2,000	1,496	2,000	2,926
80+	1,500	395	1000	424	1,000	819
รวม	5,000	8,635	3,600	8,952	4,000	17,587

รายได้ ต่อเดือนตามเขตปกครองและภาค

มัธยฐานรายได้ต่อเดือนของคนในเขตเทศบาลสูงกว่าคนนอกเขตเทศบาลทุกกลุ่มอายุ เมื่อพิจารณารายได้ตามภาค พบว่า กรุงเทพฯ มีมัธยฐานรายได้สูงที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ (ตารางที่ 3.4.6)

ตารางที่ 3.4.6 ค่ามัธยฐานของรายได้ต่อคนต่อเดือน จำแนกตามกลุ่มอายุและภาค

อายุ (ปี)	ค่ามัธยฐานรายได้ (บาท)						
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
เขตปกครอง							
ในเขต							
จำนวนตัวอย่าง (คน)	839	1,913	2,208	2,534	1,540	394	9,428
รายได้ (บาท)	5,600	7,500	6,000	4,000	2,650	1,700	5,000
นอกเขต							
จำนวนตัวอย่าง (คน)	838	1,763	1,629	2,118	1,386	425	8,159
รายได้ (บาท)	5,000	5,000	5,000	3,000	1,800	1,000	3,000
ภาคเหนือ							
จำนวนตัวอย่าง (คน)	355	805	963	1,064	701	204	4,092
รายได้ (บาท)	4,100	5,000	5,000	3,000	1,500	1,000	3,000
ภาคกลาง							
จำนวนตัวอย่าง (คน)	340	889	886	1,021	640	174	3,950
รายได้ (บาท)	6,000	6,000	6,000	4,000	3,000	2,000	5,000
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ							
จำนวนตัวอย่าง (คน)	258	860	756	1,192	644	164	3,877
รายได้ (บาท)	5,000	5,000	4,000	2,000	1,500	1,000	3,000
ภาคใต้							
จำนวนตัวอย่าง (คน)	606	769	695	981	702	232	3,985
รายได้ (บาท)	4,500	8,000	6,000	4,000	2,500	1,500	5,000
กรุงเทพมหานคร							
จำนวนตัวอย่าง (คน)	118	353	534	394	239	45	1,683
รายได้ (บาท)	6,500	9,000	8,000	5,000	3,000	2,000	6,000
รวม							
จำนวนตัวอย่าง (คน)	1,677	3,676	3,837	4,652	2,926	819	17,587
รายได้ (บาท)	5,000	6,000	5,500	3,000	2,000	1,000	4,000

รายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน

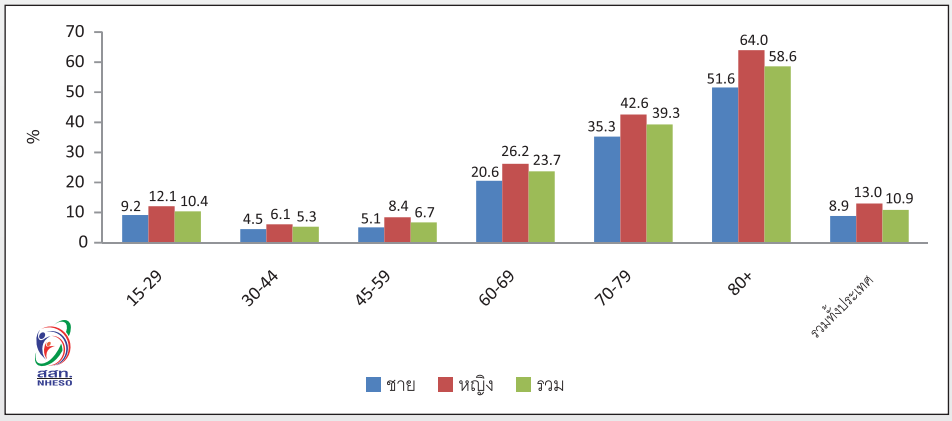
เมื่อพิจารณาสัดส่วนของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าเส้นยากจน[2] (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม 1443 บาทต่อเดือน ใน ปี 2550) พบว่าร้อยละ 10.9 มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน โดยในผู้ชายมีร้อยละ 8.9 และหญิงร้อยละ 13.0

กลุ่มอายุที่มีรายได้น้อยกว่าเส้นยากจนมาก คือผู้สูงอายุ (ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) โดยกลุ่มอายุ 80 ปีมีถึงร้อยละ 58.6 ที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน รองลงมาคือ 70-79 ปี (ร้อยละ 39.3) และ 60-69 ปี (ร้อยละ 23.7) ตามลำดับ

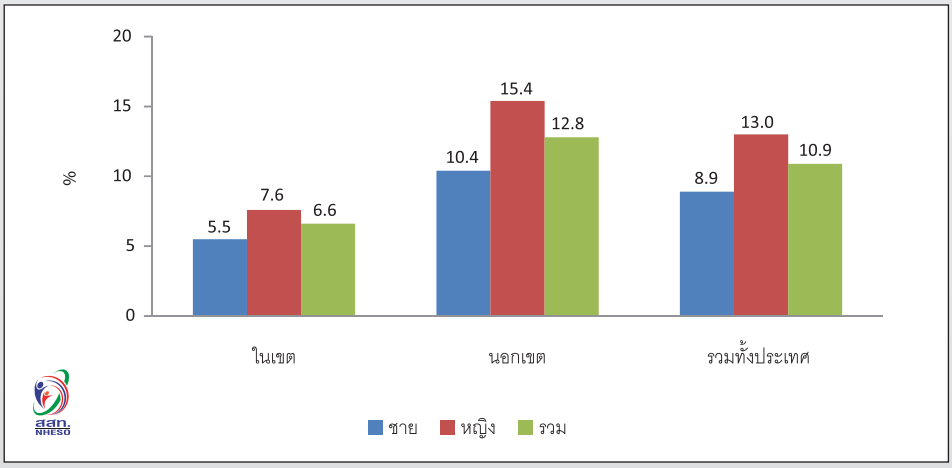
คนที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลร้อยละ 12.8 มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน ส่วนคนในเขตเทศบาลมีร้อยละ 6.6 โดยหญิงนอกเขตเทศบาลมีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจนร้อยละ 15.4 ผู้ชายมีร้อยละ 10.4

การกระจายตามภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนของคนที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจนมากที่สุดคือร้อยละ 17.3 รองลงมาคือภาคเหนือ (ร้อยละ 13.0) ภาคใต้ (ร้อยละ 8.3) ภาคกลาง (ร้อยละ 4.9) และกรุงเทพฯ (ร้อยละ 4.6) ตามลำดับ (รูปที่ 3.4.4-3.4.6)

รูปที่ 3.4.4 ร้อยละของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน <1443 บาทต่อเดือน จำแนกตามอายุและเพศ

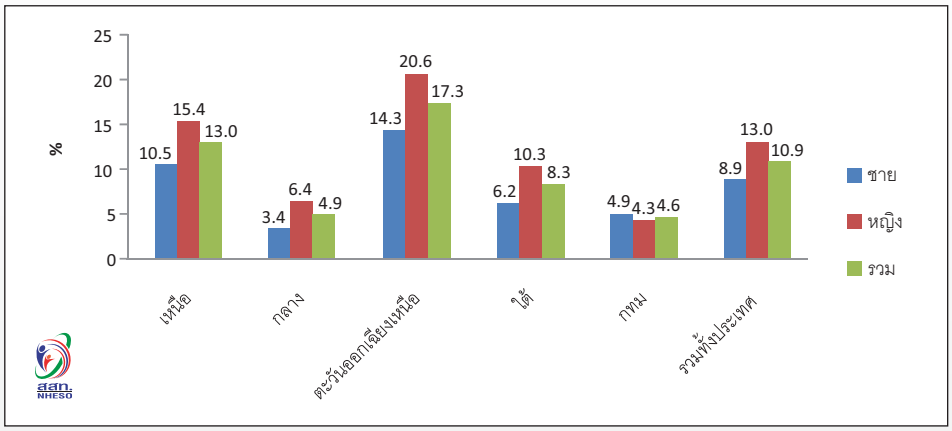


รูปที่ 3.4.5 ร้อยละของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน <1443 บาทต่อเดือน จำแนกตามเพศและเขตปกครอง



[2] รายงานการประเมินความยากจน ปี 2550 สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สิงหาคม 2551

รูปที่ 3.4.6 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน <1443 บาทต่อเดือน จำแนกตามเพศและภาค



รายได้ครอบครัวต่อเดือนในกลุ่มอายุ 15-59 ปี

รายได้ครัวเรือนต่อเดือน มัธยฐานรายได้ต่อครัวเรือนเท่ากับ 10,000 บาท คนที่อาศัยในเขตเทศบาลมีมัธยฐานรายได้ต่อครัวเรือนสูงกว่าคนนอกเขตเทศบาล (13,000 บาท vs 8,000 บาท) เมื่อพิจารณาตามภาค กรุงเทพฯ มีรายได้ต่อครัวเรือนมากที่สุด (17,000 บาท) รองลงมา คือ ภาคใต้ (12,000 บาท) ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ (ตารางที่ 3.4.7-3.4.8)

ตารางที่ 3.4.7 มัธยฐานรายได้ของครอบครัวต่อเดือนของประชากรไทยอายุ 15-59 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

	ชาย		หญิง		รวม	
อายุ	ค่ามัธยฐาน (บาท)	จำนวนตัวอย่าง	ค่ามัธยฐาน (บาท)	จำนวนตัวอย่าง	ค่ามัธยฐาน (บาท)	จำนวนตัวอย่าง
15-29	12,000	1,048	10,000	1,135	12,000	2,183
30-44	10,000	1,738	10,000	2,125	10,000	3,863
45-59	10,000	1,868	10,000	2,250	10,000	4,118
รวม	10,000	4,654	10,000	5,511	10,000	10,165

ตารางที่ 3.4.8 มัธยฐานรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ของประชากรไทยอายุ 15-59 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุและภาค

	ค่ามัธยฐานรายได้ (บาท)			
อายุ (ปี)	15-29	30-44	45-59	รวม
เขตปกครอง				
ในเขต				
จำนวนตัวอย่าง (คน)	11,000	1,992	2,393	5,485
รายได้ (บาท)	15,000	14,000	11,000	13,000
นอกเขต				
จำนวนตัวอย่าง (คน)	1,083	1,871	1,725	4,680
รายได้ (บาท)	10,000	9,000	7,000	8,000
ภาคเหนือ				
จำนวนตัวอย่าง (คน)	498	844	1,047	2,389
รายได้ (บาท)	10,000	10,000	8,000	10,000
ภาคกลาง				
จำนวนตัวอย่าง (คน)	495	916	930	2,341
รายได้ (บาท)	12,000	10,000	10,000	10,000
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ				
จำนวนตัวอย่าง (คน)	453	942	866	2,262
รายได้ (บาท)	10,000	8,000	6,000	8,000
ภาคใต้				
จำนวนตัวอย่าง (คน)	579	807	720	2,088
รายได้ (บาท)	12,000	12,000	10,000	12,000
กรุงเทพมหานคร				
จำนวนตัวอย่าง (คน)	158	354	573	1,085
รายได้ (บาท)	20,000	20,000	15,000	17,000
รวม				
จำนวนตัวอย่าง (คน)	2,183	3,863	4,118	10,165
รายได้ (บาท)	12,000	10,000	10,000	10,000

3.5 การนับถือศาสนา

จากบุคคลตัวอย่างชาย ร้อยละ 95.9 นับถือศาสนาพุทธ หญิงร้อยละ 95.6 อิสลาม ร้อยละ 3.2 และ 3.6 และคริสต์ร้อยละ 0.1 ในเพศชาย และ 0.7 ในเพศหญิง ตามลำดับ

บทที่ 4

พฤติกรรมสุขภาพ

4.1 การสูบบุหรี่

สรุป

- บทนี้รายงานผลการสำรวจเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยครอบคลุมความชุกของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ ผู้เลิกบุหรี่แล้ว ผู้บริโภคยาสูบไม่มีควัน และผู้ได้รับควันบุหรี่มือสอง
- ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 ลดลงจากการสำรวจครั้งที่ 3 เล็กน้อย คือในผู้ชายที่สูบบุหรี่เป็นประจำลดลงจากร้อยละ 45.9 เป็นร้อยละ 38.7 ในผู้หญิงที่สูบบุหรี่เป็นประจำลดลงจากร้อยละ 2.3 เป็นร้อยละ 2.1 จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในผู้ชายลดลงจากเฉลี่ยวันละ 12 มวนเป็นวันละ 10.6 มวน แต่ในผู้หญิงเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากวันละ 8 มวนเป็น 9 มวน
- ผู้ชายที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ (ร้อยละ 42.0) มากกว่าในเขตฯ (ร้อยละ 31.2) และสัดส่วนของผู้หญิงในเขตเทศบาลที่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 2.7) มีมากกว่านอกเขตฯ (ร้อยละ 1.8)
- อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี เริ่มเมื่ออายุเฉลี่ยน้อยที่สุด คือเมื่ออายุเฉลี่ย 16 ปี ในผู้ชายและผู้หญิงเมื่ออายุ 16.7 ปี
- จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในคนที่สูบประจำ ผู้ชายสูบเฉลี่ยวันละ 10.6 มวน ต่อวัน และเฉลี่ย 9 มวนต่อวันในผู้หญิง
- ร้อยละ 3.7 ของประชากรไทยบริโภคยาสูบแบบไม่มีควันเป็นประจำ ผู้หญิงใช้ร้อยละ 4.0 ส่วนผู้ชายใช้ร้อยละ 3.3 และความชุกในผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มวัยแรงงาน
- ผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 47.9 เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีการต่างๆ และร้อยละ 96 ใช้วิธีเลิกด้วยตนเอง
- ร้อยละ 78 ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เคยได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นใน 30 วันที่ผ่านมา สถานที่ที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่มือสองมากที่สุดคือที่บ้าน (ร้อยละ 55) รองลงมาคือในที่สาธารณะ (ร้อยละ 37.5) และที่ทำงาน (ร้อยละ 29.0) ตามลำดับ

การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุเสียชีวิตของประชากรโลกประมาณ 5 ล้านคนต่อปี โดยเฉลี่ยผู้ชาย 1 ใน 5 คน และผู้หญิง 1 ใน 20 คนเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ในประเทศไทยการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีการสูญเสียปีสุขภาวะมากเป็นอันดับสามของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (สูญเสีย DALY ร้อยละ 4.4 ในผู้ชาย และร้อยละ 0.5 ในผู้หญิง) เพื่อเฝ้าระวังความชุกการสูบบุหรี่ของประชากร การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งนี้ 4 นี้ จึงมีการสำรวจการบริโภคยาสูบ และการได้รับควันบุหรี่มือสองในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

คำจำกัดความ

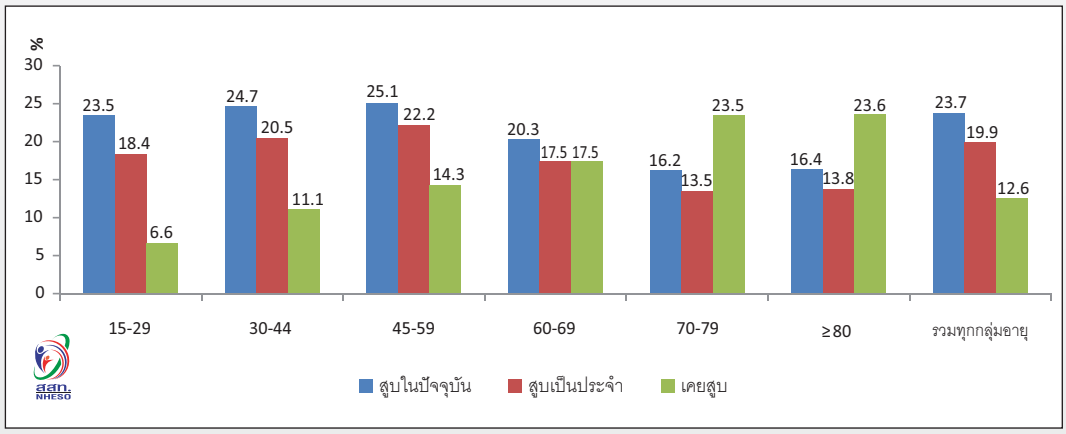
คำจำกัดความที่ใช้ในการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่

การบริโภคยาสูบ	การสูบบุหรี่ ไปป์ ซิการ์ ยาเส้นมวนเอง และการบริโภคยาสูบไม่มีควัน
การสูบบุหรี่	การเคยสูบบุหรี่ ไปป์ ซิการ์ หรือบุหรี่มวนเอง มากกว่า 100 มวน หรือ 100 ครั้ง
ผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน (current smokers)	ผู้ที่ปัจจุบันมีการสูบบุหรี่ ซึ่งรวมทั้งผู้ที่สูบเป็นประจำทุกวัน และสูบเป็นครั้งคราว
ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ (regular/daily smokers	ผู้ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ สูบไปป์ ซิการ์ หรือบุหรี่มวนเอง เป็นประจำทุกวัน
ผู้เลิกสูบบุหรี่แล้ว (ex-smokers)	ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ ไปป์ ซิการ์ หรือบุหรี่มวนเอง เป็นประจำทุกวัน แต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว
ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ (non-smokers)	ผู้ที่ตลอดชีวิตจนถึงปัจจุบันนี้ ไม่เคยสูบบุหรี่เลย หรือเคยสูบบุหรี่ สูบไปป์ ซิการ์ หรือบุหรี่มวนเอง แต่น้อยกว่า 100 มวน
ผู้ที่บริโภคยาสูบไม่มีควันในปัจจุบัน	ผู้ที่ใช้ยาสูบ ประเภทยาฉุน หมากผสมยาเส้น โดยรวมผู้ใช้ประจำและใช้เป็นครั้งคราว
ผู้ที่บริโภคยาสูบไม่มีควันเป็นประจำ	ผู้ที่ใช้ยาสูบ ประเภทยาฉุน หมากผสมยาเส้น โดยบริโภคเป็นประจำทุกวัน
ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง	ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น

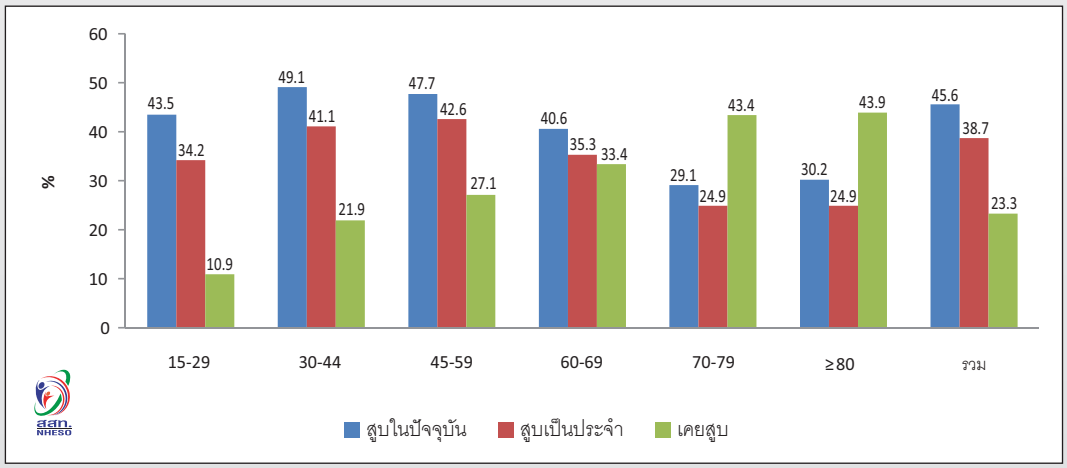
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน และการสูบเป็นประจำ

ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันมีร้อยละ 23.7 ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำมีร้อยละ 19.9 และผู้เลิกสูบบุหรี่แล้วมีร้อยละ 12.6 โดยเพศชายมีผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน, ผู้สูบเป็นประจำ และผู้เลิกสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 45.6, 38.7 และ 23.3 ตามลำดับส่วนในเพศหญิง มีร้อยละ 2.9, 2.1 และ 2.3 ตามลำดับ ในเพศชายกลุ่มที่สูบบุหรี่ประจำมีความชุกเริ่มตั้งแต่ร้อยละ 34.2 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี จากนั้นความชุกลดลงเมื่ออายุมากขึ้น อย่างไรก็ตามมากกว่าหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุชายยังคงสูบบุหรี่อยู่ ส่วนในเพศหญิงความชุกของการสูบบุหรี่สูงขึ้นตามอายุ โดยสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป และความชุกของคนที่เคยสูบบุหรี่นั้นเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (รูปที่ 4.1.1-4.1..3)

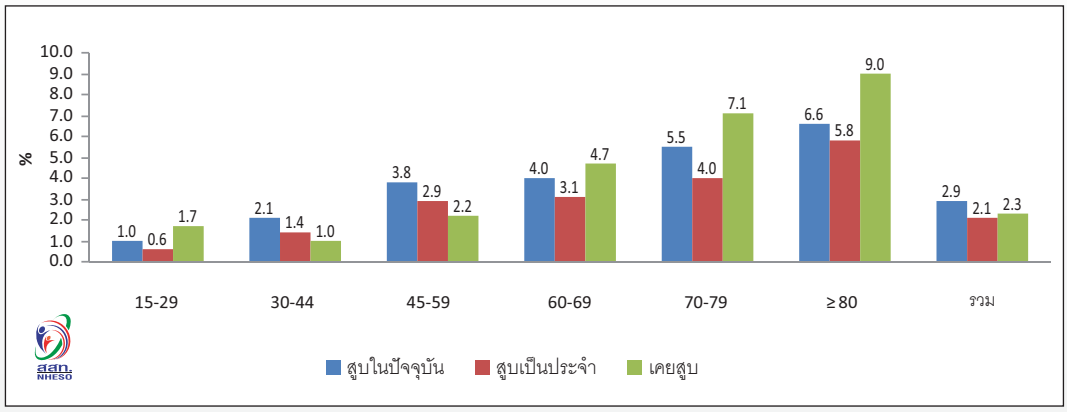
รูปที่ 4.1.1 ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป รวมทั้งชายและหญิง จำแนกตามอายุ



รูปที่ 4.1.2 ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพศชาย จำแนกตามกลุ่มอายุ



รูปที่ 4.1.3 ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพศหญิง จำแนกตามอายุ

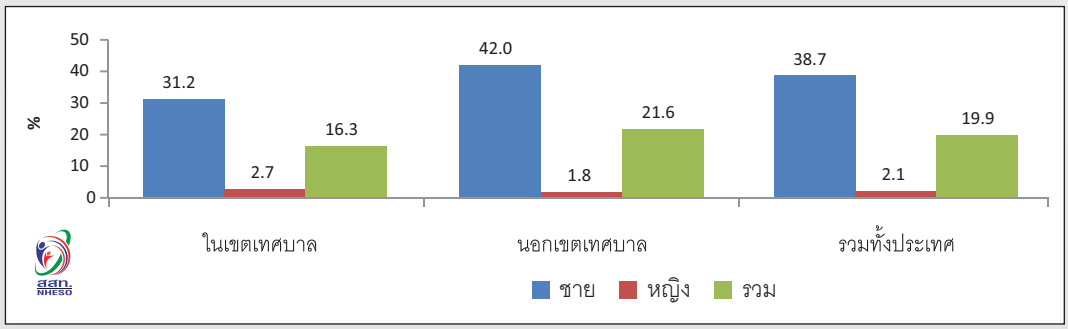


การสูบบุหรี่เป็นประจำ

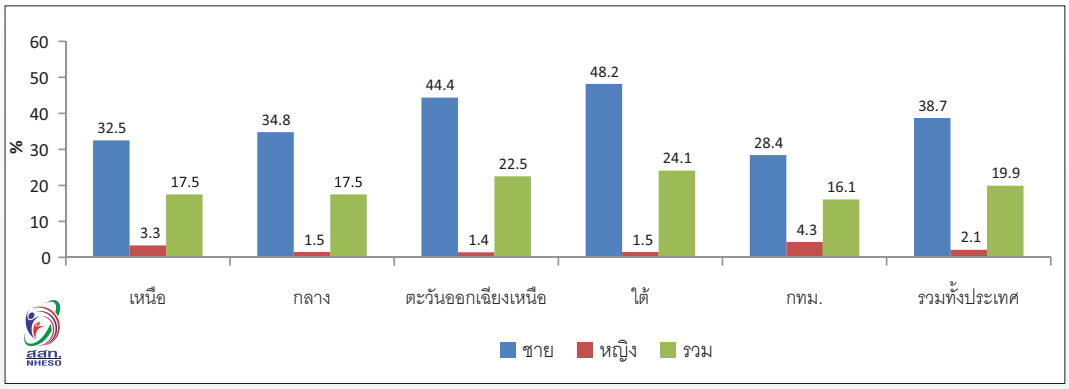
พิจารณาความชุกของการสูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามเขตปกครอง พบว่านอกเขตเทศบาลมีความชุกของการสูบบุหรี่เป็นประจำสูงกว่าในเขตเทศบาล และมีความแตกต่างระหว่างเพศ โดยเพศชายที่อยู่นอกเขตฯมีความชุกการสูบบุหรี่ประจำสูงกว่าชายในเขตฯ (ร้อยละ 42 และ 31.2 ตามลำดับ) แต่ผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในเขตฯ มีความชุกการสูบบุหรี่ประจำสูงกว่านอกเขตฯ (ร้อยละ 2.7 และ 1.8 ตามลำดับ) รูปที่ 4.1.4

เมื่อจำแนกตามภาคพบว่าผู้ชายภาคใต้มีความชุกการสูบบุหรี่เป็นประจำสูงที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคเหนือ และกรุงเทพฯ ส่วนผู้หญิงในกรุงเทพฯมีความชุกการสูบบุหรี่สูงสุด รองลงมาคือภาคเหนือ (รูปที่ 4.1.5)

รูปที่ 4.1.4 ร้อยละของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและเขตปกครอง



รูปที่ 4.1.5 ร้อยละของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และภาค



อายุที่เริ่มสูบบุหรี่

อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ พบว่าในกลุ่มอายุ 15-29 ปี เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุมากกว่า และกลุ่มที่มีอายุมากขึ้นเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งอาจแสดงว่า แนวโน้มของการสูบบุหรี่ เริ่มเมื่ออายุน้อยลง โดยเฉลี่ยในเพศชายรวมทุกกลุ่มอายุเริ่มสูบเมื่ออายุเฉลี่ย 17.7 ปี ชายกลุ่มอายุ 15-29 ปีเริ่มสูบเมื่อมีอายุเฉลี่ย 16 ปี ส่วนผู้หญิงรวมทุกกลุ่มอายุเริ่มสูบเมื่อมีอายุเฉลี่ย 26.6 ปี โดยผู้หญิงกลุ่มอายุ 15-29 ปีสูบเมื่อมีอายุ เฉลี่ย 16.7 ปี (ตารางที่ 4.1.1)

ตารางที่ 4.1.1 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่

กลุ่มอายุ	ชาย			หญิง			รวม		
	จำนวนตัวอย่าง	อายุเฉลี่ย	(SD)	จำนวนตัวอย่าง	อายุเฉลี่ย	(SD)	จำนวนตัวอย่าง	อายุเฉลี่ย	(SD)
15-29	673	16.0	2.0	39	16.7	2.0	712	16.0	2.0
30-44	1,230	17.6	2.7	96	21.2	6.2	1,326	17.8	3.0
45-59	1,432	18.1	3.6	170	27.9	7.9	1,602	19.0	4.7
60-69	1,829	19.1	12.6	341	29.0	21.7	2,170	21.0	16.8
70-79	1,145	19.1	14.1	340	28.3	26.0	1,485	21.5	19.9
≥80	337	19.4	15.7	132	25.1	22.8	469	21.3	19.5
รวมทุกกลุ่มอายุ	6,646	17.7	4.7	1,118	26.2	14.8	7,764	18.6	6.5

จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

จำนวนมวนบุหรี่เฉลี่ยที่สูบต่อวันในคนที่สูบเป็นประจำ พบว่าในผู้ชายสูบเฉลี่ย 10.6 มวนต่อวัน ส่วนในผู้หญิงสูบเฉลี่ย 9 มวนต่อวัน กลุ่มที่สูบมากที่สุดในผู้ชายคือกลุ่มอายุ 30-59 ปี (เฉลี่ย 10.9 - 11.3 มวน) ส่วนผู้หญิงสูบมากสุดในกลุ่มอายุ 45- 69 ปี (เฉลี่ย 10.2 - 11.6 มวน) (ตารางที่ 4.1.2)

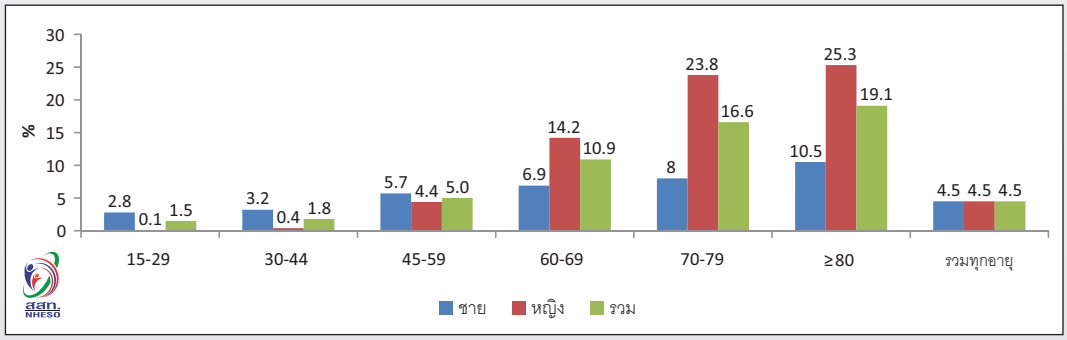
ตารางที่ 4.1.2 จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน ในกลุ่มที่สูบบุหรี่เป็นประจำ

บุหรี่ซอง	ชาย			หญิง			รวม		
	จำนวนตัวอย่าง	จำนวนมวนเฉลี่ย	(SD)	จำนวนตัวอย่าง	จำนวนมวนเฉลี่ย	(SD)	จำนวนตัวอย่าง	จำนวนมวนเฉลี่ย	(SD)
อายุ									
15-29	411	9.9	6.5	10	5.5	2.9	421	9.8	6.5
30-44	533	10.9	6.3	32	8.8	6.3	565	10.8	6.3
45-59	446	11.3	6.4	30	10.2	4.7	476	11.2	6.3
60-69	280	9.7	14.2	22	11.6	27.5	302	9.9	15.3
70-79	105	8.2	12.3	7	4.6	4.3	112	8.0	12.2
≥80	22	5.9	9.1	5	3.5	3.1	27	5.7	9.2
รวม	1,797	10.6	7.1	106	9.0	7.1	1,903	10.6	7.1

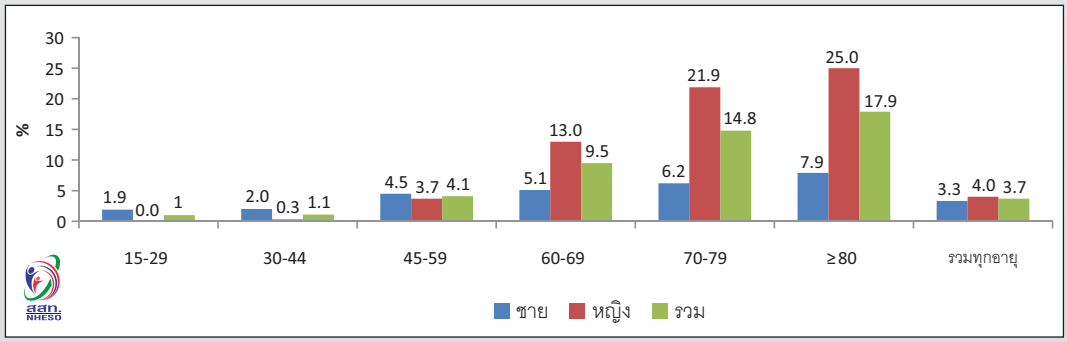
การบริโภคยาสูบไม่มีควัน

หมายถึงการบริโภคยาสูบ ประเภทยาฉุน หมากผสมยาเส้น โดยไม่ได้สูบ แต่เคี้ยวและอม พบว่าโดยเฉลี่ย มีการใช้ยาสูบไม่มีควันในปัจจุบันร้อยละ 4.5 (รูปที่ 4.1.6) และใช้เป็นประจำร้อยละ 3.7 เมื่อพิจารณาตามเพศ ผู้ชายใช้เป็นประจำร้อยละ 3.3 ส่วนผู้หญิงใช้ประจำร้อยละ 4.0 และกลุ่มอายุที่ใช้มากคือ ตั้งแต่อายุ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้หญิงในวัยนี้ใช้เป็นประจำมีมากกว่าร้อยละ 21.9 (รูปที่ 4.1.7)

รูปที่ 4.1.6 ร้อยละของผู้บริโภคยาสูบไม่มีควันในปัจจุบัน ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

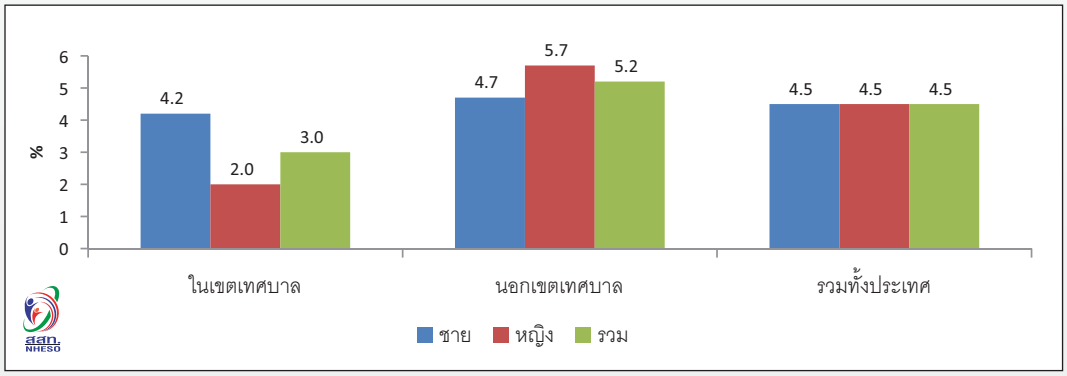


รูปที่ 4.1.7 ร้อยละของผู้ที่บริโภคยาสูบไม่มีควันเป็นประจำในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

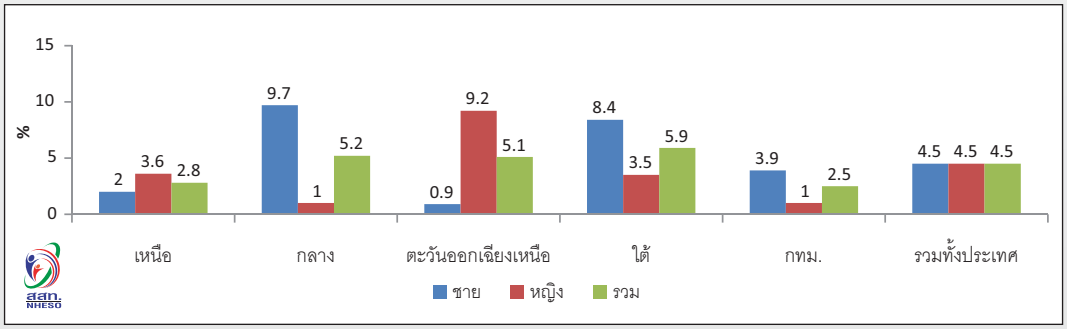


ความชุกของการบริโภคยาสูบไม่มีควันในปัจจุบันและบริโภคเป็นประจำของคนที่อาศัยนอกเขตเทศบาล สูงกว่าในเขตเทศบาลทั้งในชายและหญิง สำหรับผู้ชายในภาคกลางและภาคใต้มีความชุกของการบริโภคเป็นประจำสูงกว่าภาคอื่นๆ ส่วนในผู้หญิง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการบริโภคมากที่สุด รองลงมาคือภาคเหนือและภาคใต้มีความชุกใกล้เคียงกัน สำหรับภาคกลางและกรุงเทพฯ มีความชุกต่ำที่สุด (รูปที่ 4.1.8- 4.1.11)

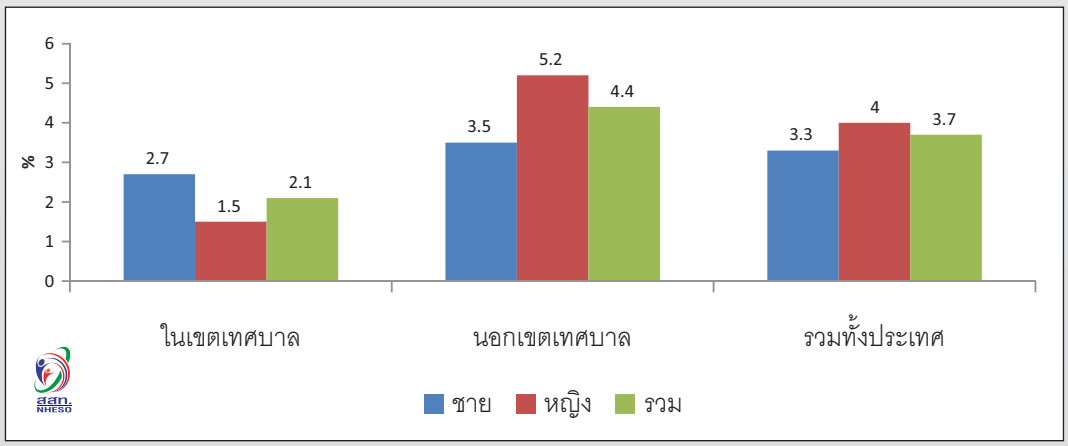
รูปที่ 4.1.8 ร้อยละของผู้ที่บริโภคยาสูบไม่มีควันในปัจจุบันในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและเขตการปกครอง



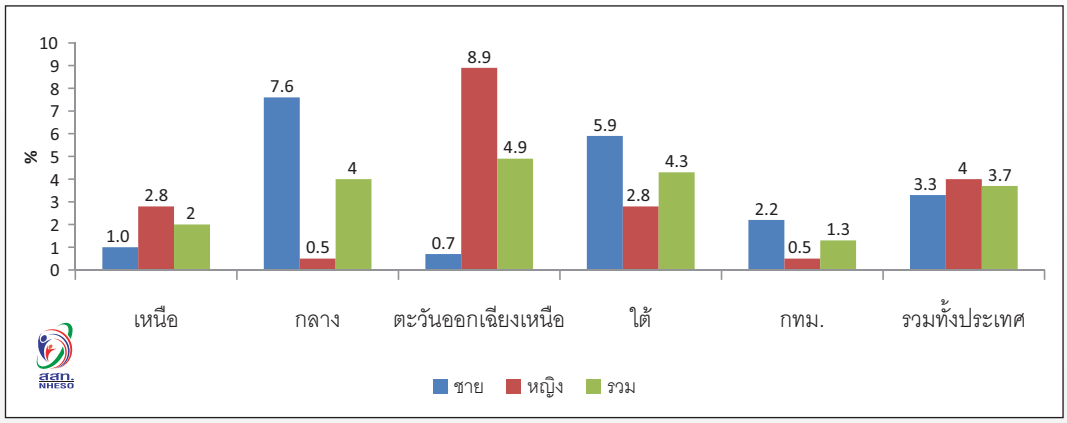
รูปที่ 4.1.9 ร้อยละของผู้ที่บริโภคยาสูบไม่มีควันในปัจจุบัน ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและภาค



รูปที่ 4.1.10 ร้อยละของผู้ที่บริโภคยาสูบไม่มีควันเป็นประจำ ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและเขตปกครอง



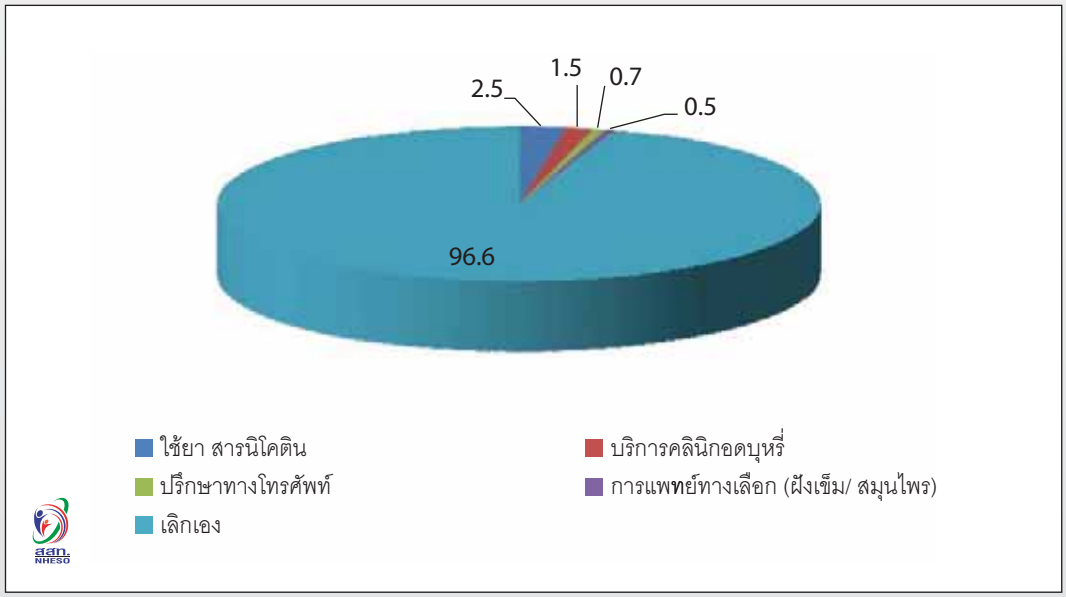
รูปที่ 4.1.11 ร้อยละของผู้ที่บริโภคยาสูบไม่มีควันเป็นประจำ ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและภาค



การเลิกสูบบุหรี่

ผู้ที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีการต่างๆ มีร้อยละ 47.9 (3093/7860 คน) ในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 96 ใช้วิธีเลิกด้วยตนเอง มีการใช้สารนิโคตินเพียงร้อยละ 2.5 ใช้บริการคลินิกอดบุหรี่ ร้อยละ 1.5 และมีส่วนน้อยที่เคยใช้บริการทางโทรศัพท์ หรือการแพทย์ทางเลือก รูปที่ 4.1.12

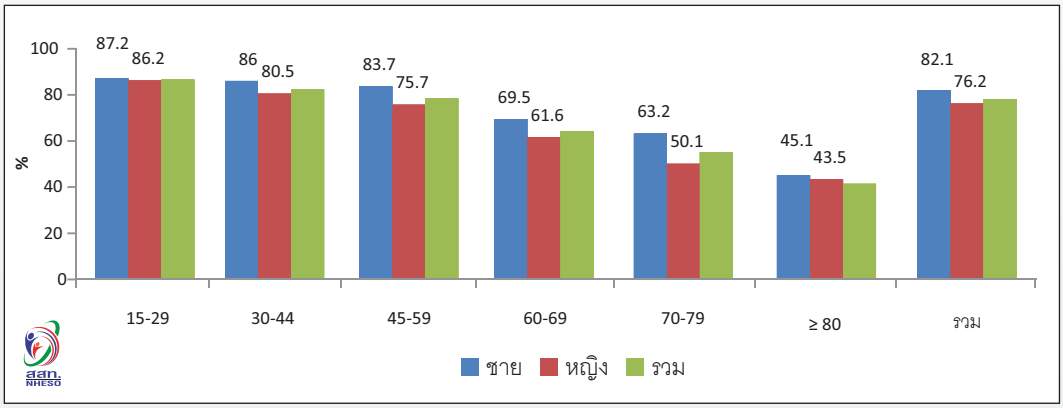
รูปที่ 4.1.12 ร้อยละของผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีการต่างๆ



การได้รับควันบุหรี่มือสอง

ความชุกของการได้รับควันบุหรี่มือสองในคนที่ไม่สูบบุหรี่ ใน 30 วันที่ผ่านมาโดยรวมมีร้อยละ 78 กลุ่มอายุ 15-29 ปีมีความชุกสูงที่สุด (ร้อยละ 86.6) จากนั้นความชุกลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (รูปที่ 4.1.13)

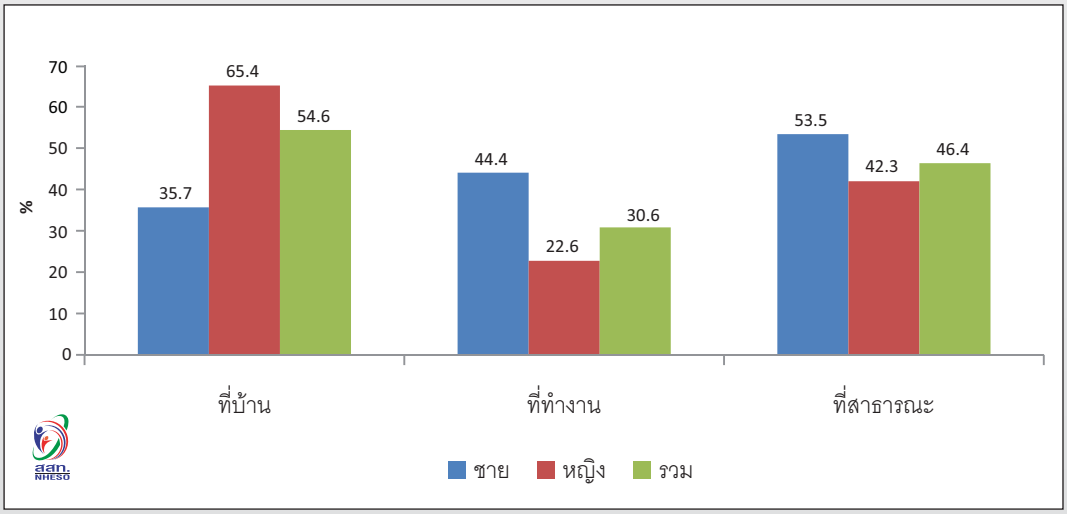
รูปที่ 4.1.13 ร้อยละของผู้ที่เคยได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นใน 30 วันที่ผ่านมา ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (ในคนไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน) จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



สถานที่ได้รับควันบุหรี่

สถานที่ได้รับควันบุหรี่ของผู้ได้รับควันบุหรี่ บ่อยที่สุดคือที่บ้าน (ร้อยละ 55) รองลงมาคือในที่สาธารณะ (ร้อยละ 46) และในที่ทำงาน (ร้อยละ 30.6) ผู้ชายได้รับควันบุหรี่จากที่ทำงานมากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 44 และ 22.6 ตามลำดับ) ส่วนผู้หญิงได้รับควันบุหรี่ที่บ้านมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 65.4 และ 35.7 ตามลำดับ)

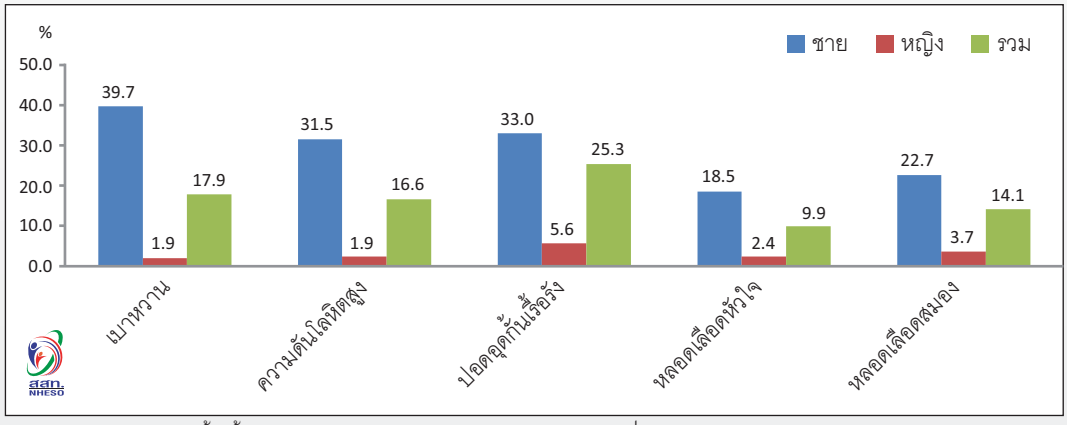
รูปที่ 4.1.14 ร้อยละของผู้ที่เคยได้รับควันบุหรี่ จากสถานที่ต่างๆในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ



การสูบบุหรี่ในผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง

ในประชากรไทยที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (รวมผู้ที่เคยไม่ได้รับวินิจฉัยและผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัย) ประวัติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ (กล้ามเนื้อหัวใจตาย) และโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ายังมีผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 17.9, 16.6, 25.3, 9.9 และ 14.1 ตามลำดับ โดยผู้ชายมีสัดส่วนของการสูบบุหรี่สูงกว่าผู้หญิง (รูปที่ 4.1.15)

รูปที่ 4.1.15 ร้อยละของการสูบบุหรี่ประจำในผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง



หมายเหตุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึงประวัติที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ส่วนโรคหลอดเลือดสมอง เป็นประวัติที่เคยมีอาการเป็นอัมพฤต หรืออัมพาต

4.2 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สรุป

- บทนี้รายงานผลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยครอบคลุมเนื้อหา ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเภทเครื่องดื่ม ปริมาณแอลกอฮอล์เฉลี่ยที่ดื่ม ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ตามระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพ และการดื่มอย่างหนัก (binge drinking)

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯครั้งที่ 4 พศ. 2552 นี้กับการสำรวจฯครั้งที่ 3 พศ. 2547 พบว่า

- ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (กรัม/วัน) ในผู้ชายไทยตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไปของการสำรวจฯครั้งที่ 4 นี้ บริโภคแอลกอฮอล์ ปริมาณมัธยฐาน 11.6 กรัม/วัน ใกล้เคียงกับผลการสำรวจฯครั้งที่ 3 ซึ่งเท่ากับ 11.8 กรัม/ วัน ส่วนในผู้หญิงพบว่าการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 นี้บริโภคปริมาณมัธยฐานสูงกว่าการสำรวจฯครั้งที่ 3 เล็กน้อย (0.7 และ 0.4 กรัม/วัน ตามลำดับ)
- ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป ของการสำรวจครั้งที่ 4 นี้ (ร้อยละ 13.2) ต่ำกว่า ความชุกของการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 (ร้อยละ 16.6)
- จำนวนครั้งของการดื่มอย่างหนัก (binge drinking) ของการสำรวจครั้งที่ 4 นี้ต่ำกว่า (มัธยฐาน 6 ครั้ง/ปี) ของการสำรวจฯครั้งที่ 3 (มัธยฐาน 12 ครั้ง/ปี) ส่วนในผู้หญิง พบค่ามัธยฐานของจำนวนครั้งเท่ากันคือ 3 ครั้ง/ปี
- ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (binge drinking) พบว่าการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 นี้ (ชายร้อยละ 31.5 หญิงร้อยละ 4.4) ต่ำกว่าความชุกของการสำรวจฯครั้งที่ 3 (ชายร้อยละ 57.0, หญิงร้อยละ 19.0)

เมื่อพิจารณาเฉพาะผลการสำรวจครั้งที่ 4 นี้

- การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 12 เดือนที่ผ่านมาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 45.3 (ชายร้อยละ 65.5 และหญิงร้อยละ 26.1)
- การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมามีสัดส่วนของผู้ดื่มใกล้เคียงกันทุกกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 15-29 ปีดื่มร้อยละ 49 (ชายร้อยละ 68.9 หญิงร้อยละ 26.3) และสัดส่วนนี้สูงสุดในกลุ่มอายุ 30-44 ปี ถึงร้อยละ 52.2 (ชายร้อยละ 74.9 และหญิงร้อยละ 31)
- ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาของคนนอกเขตเทศบาลสูงกว่าคนในเขตเทศบาล (ร้อยละ 47.7 และ 40.5) ทั้งในชายและหญิง
- ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง (ร้อยละ 73-74) รองลงมาคือภาคใต้ ภาคกลาง และกรุงเทพฯ
- อายุที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เริ่มเมื่ออายุน้อยสุดในกลุ่ม 15-29 ปี (เฉลี่ย 16.2 ปีในผู้ชาย และ 17.8 ปีในผู้หญิง)
- จากการสำรวจการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 10 กลุ่มประเภท พบว่าประเภทที่ดื่มบ่อยที่สุดคือเบียร์ (ร้อยละ 43.5) รองลงมาคือเหล้าแดง เหล้าขาว ยาดอง บรั่นดี สาโท น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ ไวน์ และเหล้าพื้นบ้าน อุ กระแช่ สาโท ตามลำดับ

- ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเฉลี่ยในชาย 29.5 กรัมต่อวัน ในหญิง 6.2 กรัมต่อวัน โดยกลุ่มอายุ 15-29 ปี ดื่มปริมาณสูงสุดต่อวัน ในเขตเทศบาลดื่มมากกว่านอกเขตเทศบาล ประชากรชายกลุ่มอายุ 15-29 ปี มีปริมาณการดื่มเฉลี่ยทั้งต่อปีและต่อวันที่ดื่มสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น และลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ประชากรภาคใต้มีจำนวนวันที่ดื่มสูงกว่าภาคอื่น ในขณะที่เมื่อพิจารณาปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม พบว่าในกรุงเทพฯมีปริมาณการดื่มเฉลี่ยสูงกว่าภาคอื่น สำหรับประชากรหญิง นอกจากกลุ่มอายุ 15-29 ปี ที่ปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อวันสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ในกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป มีปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อวันใน 1 ปี สูงเช่นเดียวกัน
- การดื่มปริมาณแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อวันในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป (ชาย ≥ 41 กรัม, หญิง ≥ 21 กรัมต่อวัน) พบว่ากลุ่มอายุ 15-29 ปีมีความชุกสูงสุดคือร้อยละ 13.2 ในผู้ชาย และร้อยละ 1.6 ในผู้หญิง
- ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีความชุกการดื่มในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไปสูงกว่านอกเขตเทศบาล และประชากรในภาคเหนือมีความชุกการดื่มในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป (ร้อยละ 19.8) สูงกว่าภาคอื่น
- การดื่มอย่างหนัก กลุ่มประชากรที่มีจำนวนครั้ง(วัน)และความชุกของการดื่มอย่างหนัก (binge drinking) มากที่สุดคือกลุ่มอายุ 15-29 ปี และ 30-44 ปี (ในผู้ชายค่ามัธยฐานจำนวน 6-7 วันและความชุก ประมาณร้อยละ 41-44.4, ส่วนในผู้หญิงค่ามัธยฐาน 3-4 วันและความชุกประมาณร้อยละ 5-8.1 ตามลำดับ) ประชากรชายภาคตะวันออกเฉียงเหนือความชุกของการดื่มอย่างหนักมากที่สุด ส่วนภาคที่ประชากรหญิงมีความชุกของการดื่มอย่างหนักมากที่สุด คือภาคเหนือ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเรื้อรังกว่า 60 โรค[1] เช่น มะเร็งทางเดินอาหาร โรคทางระบบประสาท เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ความดันเลือดสูง และโรคตับ เป็นต้น นอกจากนี้ การดื่มแอลกอฮอล์ยังมีผลเสียเฉียบพลัน ได้แก่ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ความรุนแรงต่างๆ แม้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสมอาจมีประโยชน์ต่อสุขภาพบ้างโดยเฉพาะต่อระบบหลอดเลือดหัวใจ แต่เมื่อชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อเสียแล้ว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโทษมากกว่าคุณ จากข้อมูลสำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข พบว่าภาระโรคที่เป็นผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ในปี 2547 ทำให้เกิดความสูญเสียสุขภาวะจากการตายและพิการก่อนวัยอันควรเป็นอันดับที่หนึ่งในผู้ชาย คิดเป็น 7.9 แสนปี (ร้อยละ 14) และสูญเสียเป็นอันดับที่ 9 ในผู้หญิงโดยทำให้เกิดความสูญเสีย 4.5 หมื่นปี

การเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการสัมภาษณ์มีคำถามเกี่ยวกับการเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชีวิตที่ผ่านมา, ใน 12 เดือนที่ผ่านมา และใน 30 วันที่ผ่านมาก่อนการสัมภาษณ์ โดยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมามีการถามเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ในการดื่ม และประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยถามแยกแต่ละประเภทเครื่องดื่ม ดังนี้

1. น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ น้ำผลไม้ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทุกชนิดที่รวมถึง SPY, Bacardee และ Nite
2. เบียร์ เบียร์ไทย และเบียร์นอกที่เสียภาษี เช่น สิงห์, ไฮนิเกน, ช้าง, ลีโอ, และอาซาฮี
3. ไวน์ มีความหมายรวมทั้งไวน์ขาว ไวน์แดง ที่ผลิตในประเทศ และต่างประเทศ
4. เหล้าแดง สุราที่มีสีทั้งไทยและต่างประเทศ เช่น แม่โขง, แสงโสม, 100 pipers, Spey, Crow, Red, Black, Chivas, Balantines และ Master Blend
5. บรั่นดีที่มีขายตามท้องตลาดได้แก่ บรั่นดีพื้นเมือง Regency, German บรั่นดีมาตรฐาน และบรั่นดีเกรดสูงส่วนมากนำเข้ามาจากต่างประเทศ
6. เหล้าขาว
7. ยาดองเหล้า
8. เหล้าจีน เซี่ยงซุน และเหมาไถ
9. เหล้าพื้นบ้าน อุ/กระแช่ และสาโท
10. อื่นๆ

ในการถามปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พนักงานสัมภาษณ์แสดงรูปชนิด ขนาด พร้อมทั้งขนาดของภาชนะบรรจุ ภาชนะใส่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดต่างๆ ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ดู เพื่อให้ง่ายสำหรับการระบุ ชนิด ขนาด ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[2] จุดประสงค์คือต้องการทราบปริมาณแอลกอฮอล์ (กรัม) ที่ผู้ให้สัมภาษณ์ดื่มต่อวันและต่อปี ซึ่งข้อมูลสัมภาษณ์ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

---

[1] Rehm J, Room R, Monteiro M, ct al. Alcohol use in Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A and Murray CJL. (edited) Comparative Quantification of Health Risks Vol 1. World Health Organization 2004.

[2] กนิษฐา ไทยกล้า, อภินันท์ อร่ามรัตน์ และสาวิตรี อัษณางค์กรชัย. Thai Drink Guide. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.

การคำนวณปริมาตรเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มในแต่ละครั้ง

ประกอบด้วยข้อมูล ชนิดเครื่องดื่ม และปริมาณที่ดื่ม

ชนิดของเครื่องดื่ม เช่น เบียร์ (ระบุยี่ห้อ) ยี่ห้อเหล้า เพราะเบียร์และเหล้าแต่ละชนิดมีขนาดบรรจุต่างๆ กัน และที่สำคัญคือ มีปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ละลายอยู่ด้วยความเข้มข้นต่างกัน เช่น เหล้าโรงมีแอลกอฮอล์ร้อยละ 28 เหล้าขาวมีแอลกอฮอล์ร้อยละ 40 ฯลฯ

ปริมาตรที่ดื่ม (เป็น ลูกบาศ์กเซ็นติเมตร, cc.หรือ มิลลิกรัม)

ชนิดเครื่องดื่ม	รหัสชนิดเครื่องดื่ม	จำนวนที่ดื่ม	ปริมาตร (มล)
เบียร์	02	2 กระป๋อง	660
ไวน์	03	1 แก้ว	100

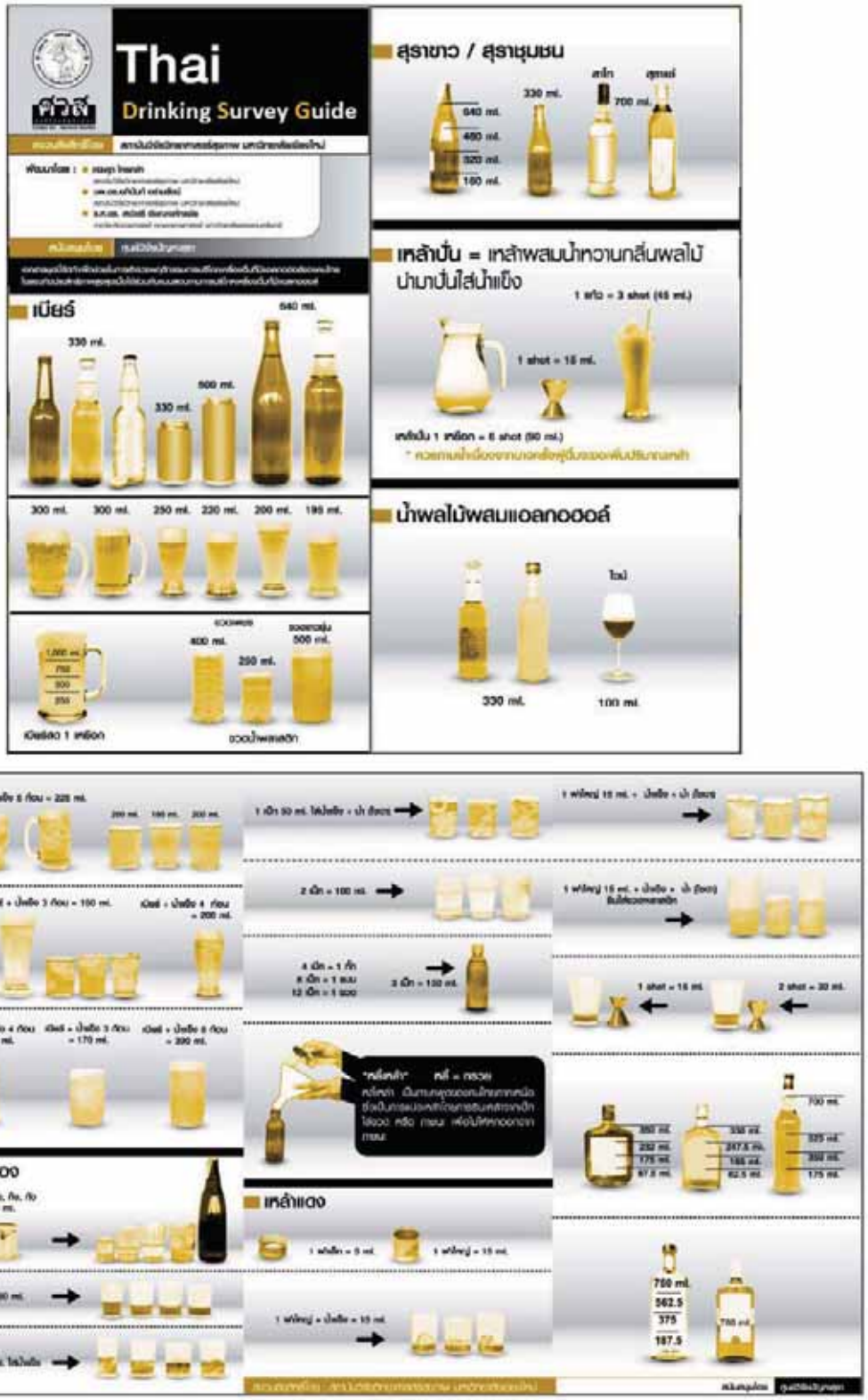
เบียร์กระป๋อง 1 กระป๋อง = 330 cc
ดื่ม เบียร์ 2 กระป๋อง = 660 cc
ไวน์ 1 แก้ว = 100 cc

จากข้อมูลข้างบนนี้สามารถคำนวณปริมาณ ethanol หรือแอลกอฮอล์ที่บริโภคในวันที่ดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยสูตรต่อไปนี้คือ

ปริมาณแอลกอฮอล์(กรัม) =

ปริมาตรที่บริโภค (CC) x เปอร์เซ็นต์แอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มนั้น x ความหนาแน่นจำเพาะของ ethanol (0.79)

รูปที่ 4.2.1 คู่มือประกอบการสัมภาษณ์พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มประเภทต่างๆ ใช้ค่าดังนี้

ตารางที่ 4.2.1 ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มประเภทต่างๆ

ตราสินค้า	ปริมาณบรรจุ (ml)	ดีกรี
1. เบียร์		
ลีโอ (ใหญ่)	640	5.5
ลีโอ (เล็ก)	330	5.5
เรดฮอสส์ (ใหญ่)	640	6.9
เรดฮอสส์ (เล็ก)	330	6.9
อาซา (ใหญ่)	640	5.4
ช้าง ไลท์ (ใหญ่)	640	4.2
ช้าง (ใหญ่)	640	6.4
ช้าง draft (ใหญ่)	640	5.0
ไทเกอร์ (ใหญ่)	640	5.0
เชียร์ (ใหญ่)	640	5.6
Blue ice (ใหญ่)	640	6.4
สิงห์ ไลท์ (ใหญ่)	640	3.5
สิงห์	640	6.0
ไฮเนเก้น (เล็ก)	330	5
ไฮเนเก้น (ใหญ่)	640	5
ไฮเนเก้น เบียร์สด	5L	5
Corona	330	4.5
2. เหล้าแดง		
Whytehall	700	40
Chairman	700	40
Benmore (แบน)	500	40
Benmore (กลม)	700	40
Crown99 (แบน)	350	35
Master blend (แบน)	300	35
แม่โขง (แบน)	375	40
มังกรทอง (แบน)	375	40
หงส์ทอง (แบน)	350	40
แสงโสม (กลม)	700	35
แม่โขง (กลม)	750	35
มังกรทอง (กลม)	750	35
Troopers	700	40
Golden knight	700	40
Red sun (กลม)	700	40
Red sun (แบน)	640	40
Blue	700	40

ตราสินค้า	ปริมาณบรรจุ (ml)	ดีกรี
3. สาโท		
เจ้าพระยา สาโท สุราแช่ พื้นเมือง	640	6.7
กรูปรี สาโท		
สาโทซ่า		
4. Ready to drink		
SPY ไวน์คูเลอร์	300	5
Cruiser	300	5
Nite	300	5
Bacardi	300	5
Smirnoff black	300	7
Smirnoff premium	300	5
5. เหล้าขาว		
เหล้าขาว (กลม)	625	40
เหล้าขาว (แบน)	330	40
เสือดำ (กลม)	625	28
เหยี่ยวเงิน (กลม)	700	40
Varintip (กลม)	700	40
เจ้าพระยา สาโท สุราแช่ พื้นเมือง	640	6.7
Vodka	700	40

ความถี่ของการดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมา

ทุกวัน	= 365 วัน		
5-6 วันต่อสัปดาห์	= 5.5 X 52	=	286 วัน
3-4 วันต่อสัปดาห์	= 3.5 X 52	=	182 วัน
1-2 วันต่อสัปดาห์	= 1.5 X 52	=	78 วัน
2-3 วันต่อเดือน	= 2.5 X 12	=	30 วัน
1 วันต่อเดือน	= 1 X 12	=	12 วัน
7-11 วันใน 12 เดือนที่ผ่านมา	= 9 วัน		
4-6 วันใน 12 เดือนที่ผ่านมา	= 5 วัน		
2-3 วันใน 12 เดือนที่ผ่านมา	= 2.5 วัน		
1 วันใน 12 เดือนที่ผ่านมา	= 1 วัน		

ดัชนีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Drinking indices)[3]

ปริมาณและความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นดัชนีที่บ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งด้านสุขภาพ และสังคมที่ผู้ดื่มจะได้รับจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Drinking indices) โดยทั่วไปนิยมรายงานดัชนีต่อไปนี้

1. ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเฉลี่ยต่อวัน (Average daily intake) เป็นดัชนีบอกลักษณะการดื่มของบุคคลนั้นโดยเฉลี่ยเท่าๆ กันทุกวัน ทั้งในวันที่ดื่ม และไม่ดื่ม ในระยะเวลาที่ศึกษา (1 ปี)

2. ปริมาณแอลกอฮอล์ต่อวันที่ดื่ม (Average drinking intensity) เป็นดัชนีบอกขนาดของการดื่มในวันที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น จึงเป็นค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มของบุคคลนั้นในวันที่เขาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3. ความถี่ของการดื่ม ได้แก่ จำนวนวันที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในระยะเวลาที่กำหนด นิยมรายงานเป็นความถี่ต่อสัปดาห์ ต่อเดือน หรือต่อปี ตามข้อแนะนำของ National Institute on Alcohol and Alcoholism ผู้ใหญ่ทั้งชาย และหญิงควรดื่มไม่เกินสัปดาห์ละ 4-5 วัน โดยควรมีวันที่ไม่ดื่มเลย 2-3 วันต่อสัปดาห์

4. จำนวนวันที่ดื่มหนัก (Binge drinking) หมายถึงการดื่มมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานขึ้นไปต่อครั้ง ซึ่งในการสำรวจนี้เทียบเป็นปริมาณเบียร์มากกว่า 6 กระป๋องหรือ 3 ขวดใหญ่ หรือเหล้ามากกว่า 5 แก้วหรือครึ่งแบน หรือไวน์มากกว่า 5 แก้วหรือครึ่งขวด ต่อครั้ง การดื่มปริมาณมากเช่นนี้ในหนึ่งวันจะเพิ่มความเสี่ยงของบุคคลๆ นั้นในการเกิดอันตรายได้สูงมาก ถึงแม้ว่าจะดื่มเช่นนี้นานๆ ครั้งก็ตาม

5. ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อปี (Total annual consumption) เป็นปริมาณแอลกอฮอล์รวมที่คนๆ นั้นดื่มทั้งปี ใช้เป็นค่าที่บอกปริมาณการดื่มของประชากรทั้งหมดของประเทศหรือชุมชนนั้น ไม่ได้บ่งบอกถึงความรุนแรงของความเสี่ยงจากการดื่ม และระดับการดื่มของแต่ละบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[4]

การคำนวณปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม และหาดัชนีการดื่มได้ ดังนี้

1. ปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม = ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (หน่วยเป็นมิลลิลิตร) คูณด้วยความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดนั้น (หน่วยเป็น % หรือกรัมต่อ 100 มิลลิลิตร) และความถ่วงจำเพาะของแอลกอฮอล์ (0.79) ตัวอย่าง

เบียร์ 1 กระป๋องเท่ากับ 330 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 5%

: 330 × 0.05 × 0.79 = 13.03 กรัม

เหล้า 1 เป็กเท่ากับ 50 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 40%

: 50 × 0.4 × 0.79 = 15.80 กรัม

---

[3] คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. "สถานภาพการบริโภคสุรา พ.ศ. 2550". พิมพ์ครั้งที่ 2 กันยายน 2551 จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด. กรุงเทพ. หน้า 27.

[4] คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม สถานภาพการบริโภคสุรา พ.ศ. 2550

2. ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเฉลี่ยต่อวันต่อคน (Average daily consumption) = ปริมาตรของเครื่องดื่มที่ดื่มแต่ละชนิดในหนึ่งครั้งต่อวันของการดื่มมารวมกัน แล้วคูณด้วยจำนวนวันที่ดื่มในหนึ่งปี จากนั้นหารด้วย 365 วัน จะได้ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับหน่วยเป็นกรัม นำไปเทียบกับตารางระดับความเสี่ยงก็จะทราบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ตัวอย่างเช่น ชายผู้หนึ่งตอบคำถามว่าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมานี้ เขาดื่ม 3-4 วันต่อสัปดาห์ และในวันที่ดื่มเขาจะดื่มเหล้าขาวครึ่งแบน เบียร์สิงห์ 4 กระป๋อง และบรั่นดีอีก 2 เป็กเป็นประจำ เราก็จะคำนวณปริมาณการดื่มของเขาได้ ดังนี้

เขาดื่ม 3-4 วันต่อสัปดาห์ = 3.5 × 52 = 182 วันต่อปี

เหล้าขาวครึ่งแบน = 175 มิลลิลิตร × 40% (0.4) × 0.79 = 55.30 กรัม

เบียร์สิงห์ 4 กระป๋อง = 4 × 330 มิลลิลิตร × 5% (0.05) × 0.79 = 52.14 กรัม

บรั่นดี 2 เป็ก = 2 × 50 มิลลิลิตร × 40% (0.4) × 0.79 = 31.60 กรัม

รวมปริมาณที่เขาดื่มในหนึ่งวันที่ดื่ม (Drinking intensity) เท่ากับ 55.30 + 52.14 + 31.60 = 139.04 กรัม ซึ่งเท่ากับประมาณ 14 หน่วยมาตรฐาน (drinks) จึงจัดว่าเขาเป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงมาก (harmful drinker)

ปริมาณที่เขาดื่มต่อปี = 139.04 × 182 = 25,305.38 กรัม

ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเฉลี่ยต่อวัน (Average daily consumption) = 25,305.38 กรัม/365 วัน = 69.33 กรัมต่อวัน ซึ่งก็ยังจัดว่าเขาเป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงมาก (harmful drinker หรือ high risk)

3. สำหรับผู้ที่ดื่มแต่ละครั้งปริมาณไม่เท่ากันซึ่งใช้การถามแบบสามระดับ คือในวันที่ดื่มมากที่สุด วันที่ดื่มปานกลาง และวันที่ดื่มน้อย ให้เอาผลคูณของปริมาณน้ำหนักแอลกอฮอล์ที่ดื่มรวมในหนึ่งวันกับจำนวนวันที่ดื่มระดับนั้นในหนึ่งปีมารวมกันทั้งสามระดับ แล้วจึงหารด้วย 365 วัน

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตารางที่ 4.2.2 การจัดกลุ่มผู้บริโภคแอลกอฮอล์ตามระดับความเสี่ยง[5]

กลุ่มผู้บริโภคแอลกอฮอล์	ปริมาณแอลกอฮอล์ (Ethanol) บริโภคต่อวัน (กรัม)	
	ชาย	หญิง
กลุ่ม 1 ไม่ดื่ม (Abstainer)	0	0
กลุ่ม 2 ดื่มอย่างมีสติ เสี่ยงน้อย (responsible drinker, Low risk)	1 - 40	1 - 20
กลุ่ม 3 ความเสี่ยงปานกลาง (Medium risk)	41 - 59	21 - 40
กลุ่ม 4 ความเสี่ยงรุนแรง (High risk)	61 - 100	41 - 60
กลุ่ม 5 เสี่ยงรุนแรงมาก (Very high risk)	≥101	≥ 61

[5] International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Department of Mental Health and Substnace Dependence Noncommunicable Diesaes and Mental Cluster. World Health Organization. 2000.

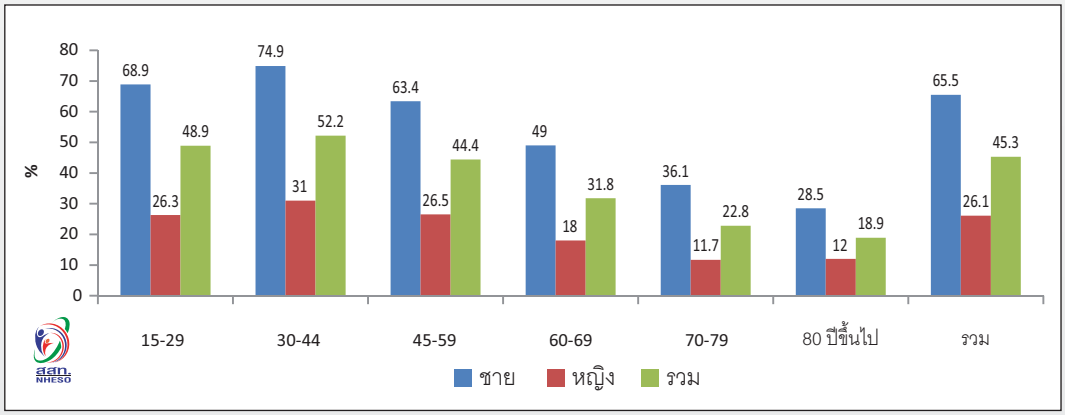
ผลการสำรวจ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา

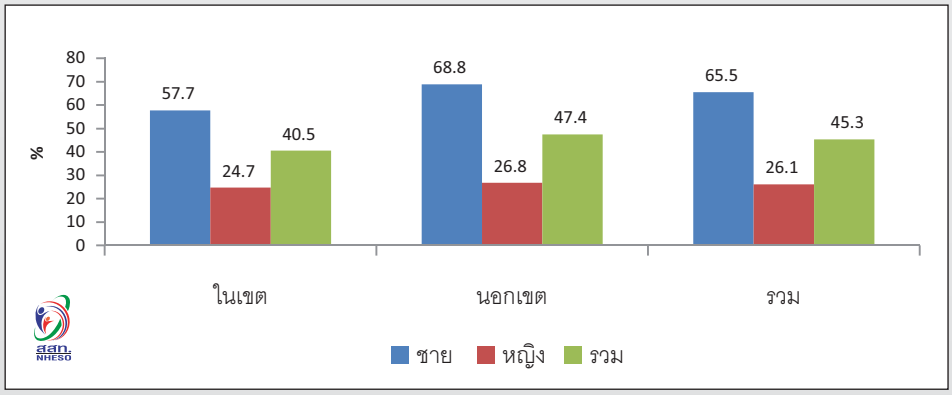
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมามีร้อยละ 45.3 ความชุกของผู้ดื่มในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 65.5 และ 26.1) เมื่อพิจารณาตามอายุพบกลุ่มอายุ 30-44 ปี มีความชุกการดื่มสูงที่สุด ร้อยละ 52.2 รองมา คือกลุ่มอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 48.9 และกลุ่มอายุ 45-49 ปี ร้อยละ 44.4 ความชุกในการดื่มของประชากรนอกเขตเทศบาลมากกว่าประชากรในเขตเทศบาล (ร้อยละ 47.4 และ 40.5 ตามลำดับ)

ผู้ชายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดคือ ร้อยละ 54.7 รองมาภาคเหนือ (ร้อยละ 52.5) ภาคใต้ (ร้อยละ 38.9) ภาคกลาง (ร้อยละ 36.8) และกรุงเทพฯ (ร้อยละ 30.4) สำหรับผู้หญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกในการดื่มสูงที่สุด รองมาภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลางและกรุงเทพฯ ตามลำดับ (รูปที่ 4.2.2 - 4.2.4)

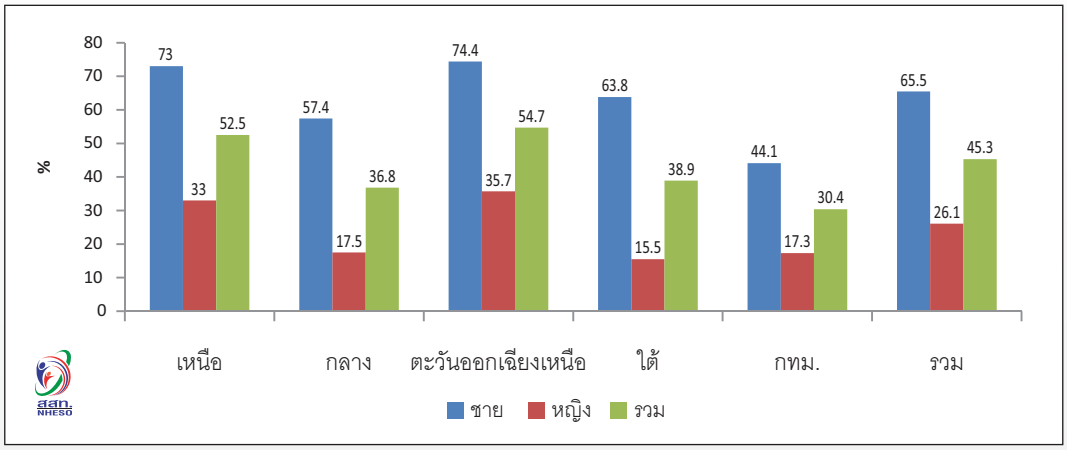
รูปที่ 4.2.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศอายุ



รูปที่ 4.2.3 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเขตปกครอง



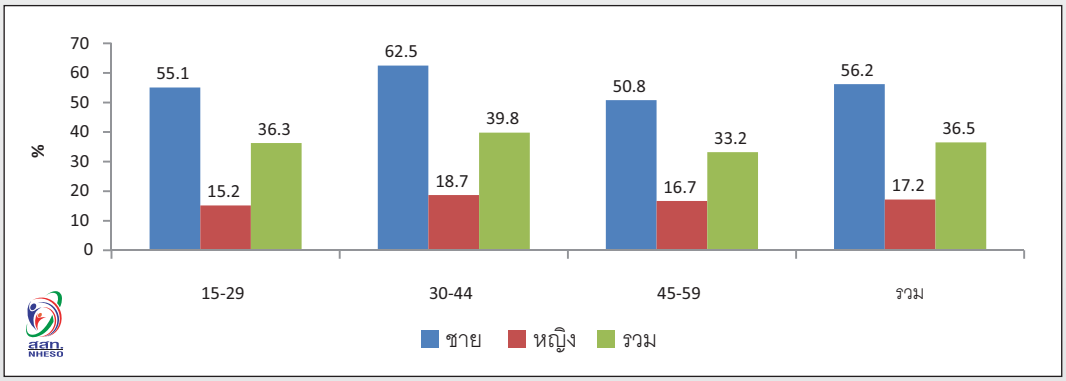
รูปที่ 4.2.4 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามภาค



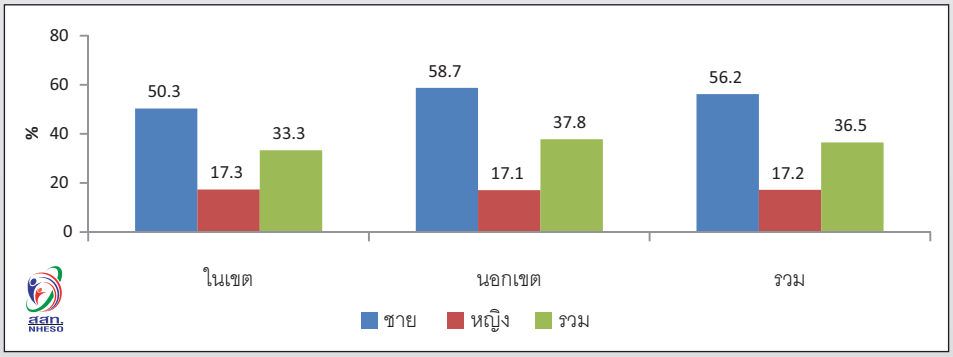
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 30 วันที่ผ่านมา

การดื่มใน 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 36 ของประชากรอายุ 15-59 ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ชายร้อยละ 56.2 หญิงร้อยละ 17.2) ผู้ชายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 62.7) รองมา ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และกรุงเทพฯ ตามลำดับ สำหรับผู้หญิงในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของการดื่ม 30 วันที่ผ่านมาใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 22.0) และสูงกว่าภาคอื่นๆรวมทั้ง กรุงเทพฯ (รูปที่ 4.2.5-4.2.7)

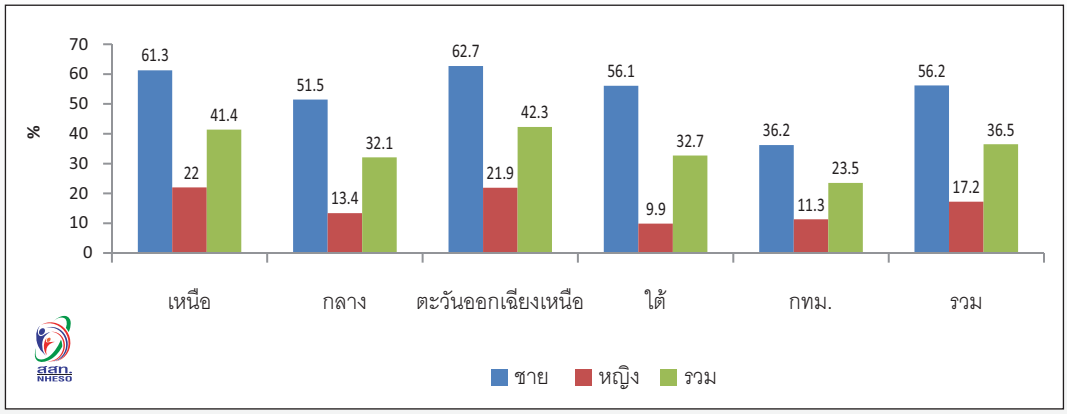
รูปที่ 4.2.5 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15-59 ปีที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใน 30 วันที่ผ่านมาจำแนกตามอายุ



รูปที่ 4.2.6 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15-59 ปีที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใน 30 วันที่ผ่านมาจำแนกตามเขตปกครอง



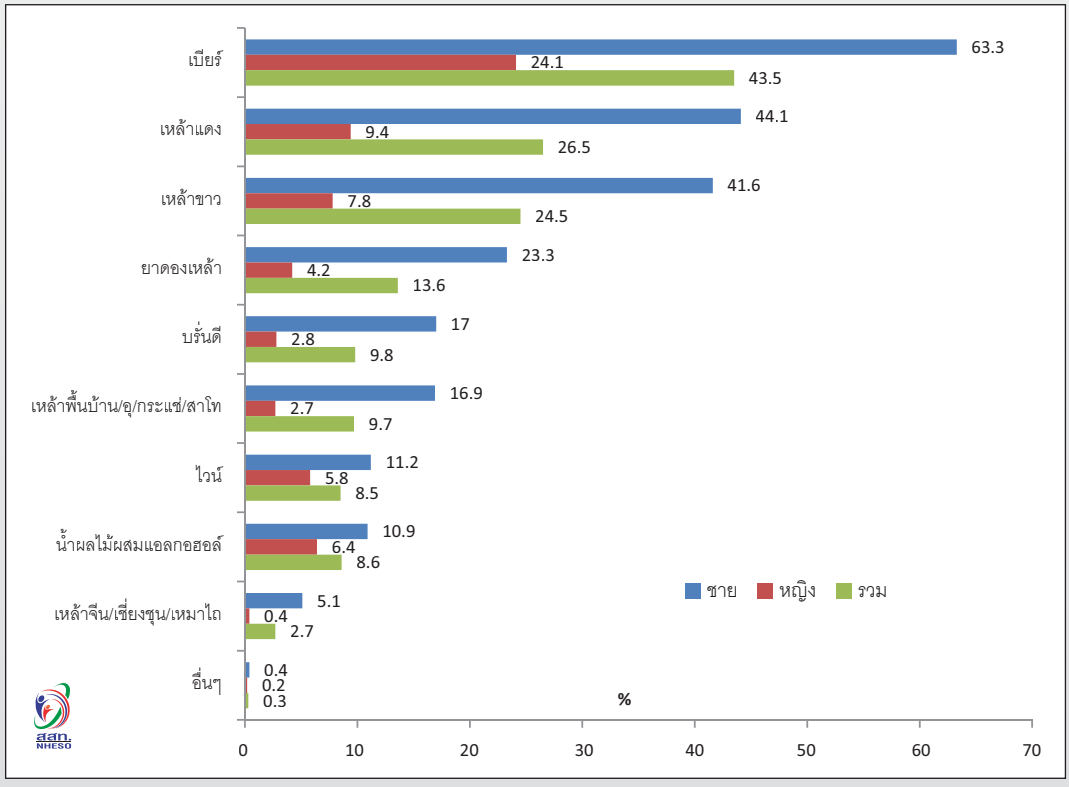
รูปที่ 4.2.7 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15-59 ปีที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใน 30 วัน ที่ผ่านมาจำแนกตามภาค



ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

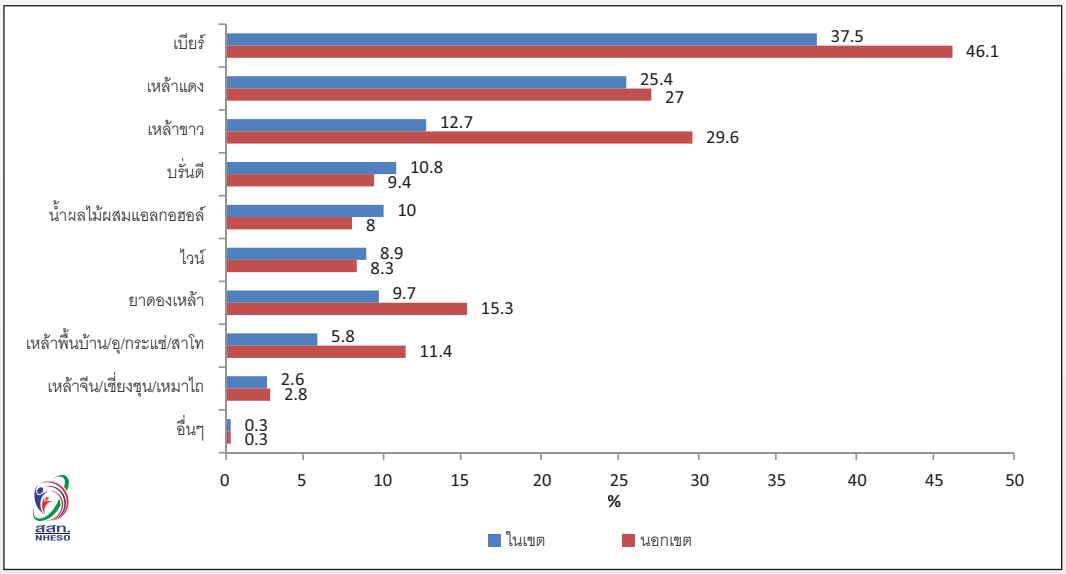
ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ประชากรชายไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในทุกภูมิภาคนิยมดื่มมากที่สุดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คือ เบียร์ (ร้อยละ 43.5) รองมาคือเหล้าแดง เหล้าขาว ยาดอง บรั่นดี สาโท น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ ไวน์ และเหล้าพื้นบ้าน อุ กระแช่ และสาโท ตามลำดับ (รูปที่ 4.2.8)

รูปที่ 4.2.8 ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรที่ดื่มแอลกอฮอล์อายุ 15-59 ปี จำแนกตามเพศ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)



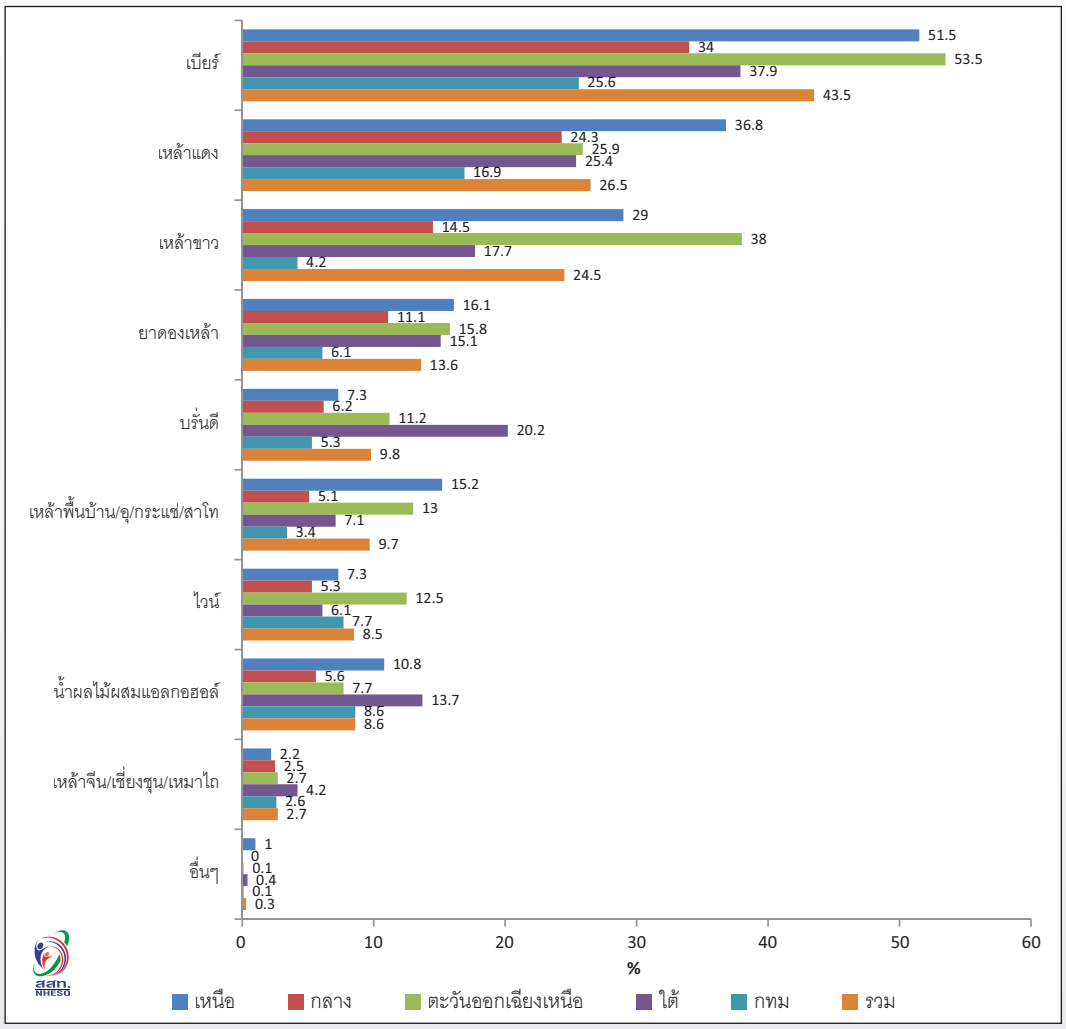
เมื่อพิจารณาจำแนกตามเขตที่ปกครอง พบว่า เบียร์เป็นเครื่องดื่มที่นิยมมากที่สุดทั้งที่อาศัยอยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาล ลำดับรองมาสำหรับในเขตเทศบาล คือ เหล้าแดง เหล้าขาว น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ และยาดอง ในขณะที่นอกเขตเทศบาล คือเหล้าขาว เหล้าแดง ยาดองเหล้า และเหล้าพื้นบ้าน อุ กระแช่ และสาโท ตามลำดับ(รูปที่ 4.2.9)

รูปที่ 4.2.9 ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมา ในกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์อายุ 15-59 ปี จำแนกตามเขตปกครอง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)



สำหรับประเภทเครื่องดื่มที่ประชากรนิยมในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และกรุงเทพฯ คือ เบียร์และเหล้าแดง มากกว่าเครื่องดื่มชนิดอื่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือนิยมดื่มเบียร์ รองมา คือ เหล้าขาว พิจารณาเฉพาะเครื่องดื่มประเภทเหล้าขาว และยาดองเหล้า ประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือนั้นมีสัดส่วนของการดื่มสูงกว่าภูมิภาคอื่น (รูปที่ 4.2.10)

รูปที่ 4.2.10 ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมาในกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์อายุ 15-59 ปี จำแนกตามภาค (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)



ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวันใน 1 ปี และต่อวันที่ดื่ม

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาประชากรชายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 29.5 กรัมต่อวัน สูงกว่าประชากรหญิงซึ่งดื่มเฉลี่ยเพียง 6.2 กรัมต่อวัน เมื่อพิจารณาตามอายุ ผู้ชายกลุ่มอายุ 15-29 ปี ดื่มสูงที่สุด ทั้งในปริมาณเฉลี่ยต่อวันใน 1 ปี และต่อวันที่ดื่ม ปริมาณการดื่มเฉลี่ยลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และดื่มน้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 70 ปี ขึ้นไป ประชากรหญิงในกลุ่มผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีปริมาณการดื่มต่อวันใน 1 ปี สูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ กลุ่มอายุ 15-29 ปี และอายุ 70-79 ปี ดื่มเฉลี่ยพอๆ กัน เช่นเดียวกับกลุ่มอายุ 30-44 ปี อายุ 45-49 ปี และอายุ 60-69 ปีที่มีปริมาณดื่มเฉลี่ยพอๆ กัน เมื่อพิจารณาต่อวันที่ดื่มพบว่าประชากรหญิงอายุ 15-29 ปี ปริมาณดื่มเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น. กลุ่มอายุ 70-79 ปี มีปริมาณการดื่มเฉลี่ยน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น (ตารางที่ 4.2.3-4.2.4)

ประชากรชายและหญิงในเขตเทศบาลดื่มปริมาณแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อวันใน 1 ปี และต่อวันที่ดื่มสูงกว่านอกเขตเทศบาล เมื่อจำแนกตามภูมิภาคปริมาณดื่มต่อวันใน 1 ปี ของผู้ชายภาคใต้เฉลี่ยสูงกว่ากรุงเทพฯ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีปริมาณดื่มน้อยที่สุด สำหรับพื้นที่กรุงเทพฯ ปริมาณเฉลี่ยต่อวันที่ดื่มสูงที่สุด (106.7 กรัม) รองมา ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้หญิงในกรุงเทพฯ ปริมาณดื่มเฉลี่ย (50 กรัม) ต่อวันที่ดื่มสูงกว่าภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ที่มีปริมาณดื่มน้อยที่สุด (ตารางที่ 4.2.3-4.2.4)

ตารางที่ 4.2.3 ปริมาณแอลกอฮอล์(กรัม)เฉลี่ยที่บริโภคต่อวันใน 1 ปี ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามเขตปกครอง กลุ่มอายุ เพศ และภาค

	ชาย					หญิง					รวม				
	จำนวน	Mean	SD	Median	(Min,Max)	จำนวน	Mean	SD	Median	(Min,Max)	จำนวน	Mean	SD	Median	(Min,Max)
อายุ															
15-29	908	36.3	58.3	10.9	(0.004,1458.8)	355	7.7	18.6	1.2	(0.002,213.7)	1263	29.2	57.2	6.3	(0.002,1458.8)
30-44	1349	31.2	49	12.5	(0.001,930.6)	674	5.9	15.8	0.6	(0.005,321.1)	2023	23.4	46.5	5.4	(0.001,930.6)
45-59	1221	26.1	36.6	10.2	(0.003,441.3)	583	5.9	13.4	0.8	(0.005,207.1)	1804	20	35	5	(0.003,441.3)
60-69	1154	16	73.1	3.9	(0.007,593.2)	367	5.4	24.5	0.4	(0.004,124.3)	1521	12.9	66.6	2.5	(0.004,593.2)
70-79	492	16.2	75.6	2.8	(0.016,594.8)	129	7	35.2	0.5	(0.008,310.7)	621	14	72.4	2.2	(0.008,594.8)
80 ปีขึ้นไป	89	14.5	67.1	3.4	(0.016,237.9)	38	9.7	55.6	1.2	(0.021,247.4)	127	12.9	68	2.6	(0.016,247.4)
เขตการปกครอง															
ในเขต	2642	38.4	109.2	8.3	(0.003,1458.8)	1239	8.8	36.4	0.8	(0.005,321.1)	3881	29.5	58.9	4.2	(0.003,1458.8)
นอกเขต	2571	26.4	41.1	7.9	(0.001,930.6)	907	5.2	11.2	0.6	(0.001,162.9)	3478	6.2	18.5	4.5	(0.001,930.6)
ภาค															
เหนือ	1352	35.3	64.4	8.4	(0.008,1101.7)	606	8.5	21.2	1.2	(0.008,162.9)	1958	26.8	59.6	4.8	(0.008,1101.7)
กลาง	1114	38.8	58.8	13.1	(0.007,594.8)	365	8.7	20.7	1.7	(0.004,207.1)	1479	31.5	57.3	8	(0.004,594.8)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1350	18.8	26.1	5.5	(0.01,337.9)	711	4	10.2	0.4	(0.008,186.8)	2061	14	23.3	2.3	(0.008,337.9)
ใต้	1084	62.2	87.6	6.5	(0.001,1458.8)	279	3.2	16.5	0.2	(0.001,213.7)	1363	21.7	85.6	3.4	(0.001,1458.8)
กรุงเทพฯ	313	52.3	94.3	11.6	(0.004,797.9)	185	12	38.3	2.1	(0.005,321.1)	498	41.6	97.3	6.3	(0.004,797.9)
รวม	**5213**	**29.5**	**58.9**	**7.9**	**(0.001,1458.8)**	**2146**	**6.2**	**18.5**	**0.7**	**(0.002,321.1)**	**7359**	**22.8**	**51.7**	**4.2**	**(0.001,1458.8)**

ตารางที่ 4.2.4 ค่าเฉลี่ยปริมาณแอลกอฮอล์ (กรัม) ที่บริโภคต่อวันที่ดื่ม ในประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามเขตการปกครอง กลุ่มอายุ เพศ และภาค

	ชาย					หญิง					รวม				
	จำนวน	Mean	SD	Median	(Min,Max)	จำนวน	Mean	SD	Median	(Min,Max)	จำนวน	Mean	SD	Median	(Min,Max)
ชาย															
15-29	908	74	74.3	47.6	(1.4,1438.5)	355	41	53.6	25.5	(0.6,911.7)	1263	65.8	76.5	40.9	(0.6,1438.5)
30-44	1349	66.4	71.8	45.9	(0.2,1205.4)	674	32.7	36.2	21.6	(1.0,596.3)	2023	56.1	69.7	34	(0.2,1205.4)
45-59	1221	54.9	67.9	35.7	(0.2,2436.1)	583	24.6	24	16.8	(0.8,281.1)	1804	45.7	64.3	28.1	(0.2,2436.1)
60-69	1154	46.4	115.7	28.9	(1.6,1032.9)	367	30.2	146.3	15.9	(0.6,1015.0)	1521	41.7	137.4	25.4	(0.6,1032.9)
70-79	492	36.6	99.1	23.7	(1.0,594.8)	129	20	52.7	15.9	(1.6,396.5)	621	32.6	96.4	15.9	(1.0,594.8)
80 ปีขึ้นไป	89	35.8	89.9	15.9	(2.0,237.9)	38	21.9	58.1	15.9	(3.4,247.4)	127	31.3	87	15.9	(2.0,247.4)
เขตการปกครอง															
ในเขต	2642	74.4	164.9	35	(0.2,1438.5)	1239	38.3	97.9	17.8	(0.6,1015.0)	3881	62.6	87.8	28.9	(0.2,1438.5)
นอกเขต	2571	58.5	60.7	33	(0.2,2436.1)	907	28.3	25.9	15.9	(0.6,302.0)	3478	31.1	46.7	30.4	(0.2,2436.1)
ภาค															
เหนือ	1352	72.3	107.2	45.2	(1.4,2436.1)	606	40.9	43.9	23.4	(1.7,302.0)	1958	62.3	99.1	35.7	(1.4,2436.1)
กลาง	1114	72.2	66.7	42.4	(0.3,705.4)	365	37.5	45.2	22	(0.6,356.9)	1479	63.7	68.3	31.7	(0.3,705.4)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1350	48.7	42.2	31.7	(1.6,1032.9)	711	22.7	28.6	15.9	(2.0,911.7)	2061	40.2	42.5	25.2	(1.6,1032.9)
ใต้	1084	52	90.2	28.9	(0.2,1109.3)	279	23.5	41.2	13.1	(0.7,278.9)	1363	46.4	90.2	25.4	(0.2,1109.3)
กรุงเทพฯ	313	106.7	179.1	47.6	(0.2,1303.5)	185	50	122.1	25	(0.9,1015.0)	498	91.7	188.7	31.7	(0.2,1303.5)
รวม	**5213**	**62.6**	**87.8**	**33.8**	**(0.2,2436.1)**	**2146**	**31.1**	**46.7**	**16.8**	**(0.6,1015.0)**	**7359**	**53.5**	**79.5**	**29.7**	**(0.2,2436.1)**

ความชุกของการดื่มในระดับเสี่ยงต่อสุขภาพ

เมื่อพิจารณาปริมาณการดื่มตามระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่าร้อยละ 24.3 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยงน้อย (ชายร้อยละ 40 และหญิงร้อยละ 9.4) ดื่มระดับเสี่ยงปานกลางร้อยละ 2.8 (ชายร้อยละ 5 หญิงร้อยละ 0.7) ดื่มระดับเสี่ยงรุนแรงร้อยละ 2.0 (ชายร้อยละ 3.7 และหญิง 0.4) และดื่มระดับเสี่ยงรุนแรงมากร้อยละ 2.4 (ชายร้อยละ 4.4 และหญิง 0.5)

ประชากรภาคเหนือมีความชุกของการดื่มในระดับเสี่ยงรุนแรงและเสี่ยงรุนแรงมากสูงกว่าภาคอื่นๆ เช่นเดียวกับประชากรที่อาศัยในเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่านอกเขตเทศบาล (ตาราง 4.2.5-4.2.7)

ตารางที่ 4.2.5 ร้อยละของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามระดับความเสี่ยง (ต่อวันใน 1 ปี) แยกตามกลุ่มอายุ เพศ ในประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ

อายุ (ปี)	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	ทุกอายุ
ชาย	(n=1,348)	(n=1880)	(n=2001)	(n=2493)	(n=1563)	(n=441)	(n=9,726)
ไม่ดื่ม	40	34.5	48.5	65.4	74.2	8.5	45.1
เสี่ยงน้อย	41.4	48.5	38.1	26.3	18.9	12	40
เสี่ยงปานกลาง	6.6	5.4	4.9	1.6	1.3	0.2	5.0
เสี่ยงรุนแรง	4.1	5.1	3.1	1.4	0.6	0.4	3.7
เสี่ยงมาก	6.4	5	3.7	1.4	0.7	1.5	4.4
ดื่มแต่ไม่ทราบปริมาณ	1.5	1.5	1.7	3.8	4.3	5.4	1.9
หญิง	(n=1305)	(n=2234)	(n=2455)	(n=2559)	(n=1651)	(n=492)	(n=10,696)
ไม่ดื่ม	86.6	86.6	87.1	91.3	92.9	91.1	87.6
เสี่ยงน้อย	10.2	10.8	10.2	4.5	2.9	4.4	9.4
เสี่ยงปานกลาง	0.6	0.9	0.7	0.5	0.5	0	0.7
เสี่ยงรุนแรง	0.8	0.4	0.4	0.2	0.1	0.3	0.4
เสี่ยงมาก	0.6	0.7	0.4	0.3	0.2	0.1	0.5
ดื่มแต่ไม่ทราบปริมาณ	1.3	0.8	1.3	3.2	3.4	4.1	1.4

ตารางที่ 4.2.6 ร้อยละของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามระดับความเสี่ยง (ต่อวันใน 1 ปี) แยกตามกลุ่มอายุ เพศ ในประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำแนกตามเพศ และภาค

	ภาค					
	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	รวม
ชาย	(n=2,254)	(n=2,359)	(n=2,202)	(n=2,070)	(n=841)	(n=9,726)
ไม่ดื่ม	37.3	50.2	39.3	48.4	61.4	45.1
เสี่ยงน้อย	42.3	32.0	50.3	40.9	20.4	40.0
เสี่ยงปานกลาง	7.6	6.0	4.1	2.9	3.2	5.0
เสี่ยงรุนแรง	5.6	4.8	2.4	3.4	2.0	3.7
เสี่ยงมาก	6.6	5.3	2.4	3.3	6.1	4.4
ดื่มแต่ไม่ทราบปริมาณ	0.6	1.8	1.5	1.1	7.0	1.9
หญิง	(n=2,363)	(n=2,494)	(n=2,324)	(n=2,235)	(n=1,280)	(n=10,696)
ไม่ดื่ม	80.9	89.2	86.9	95.2	88.0	87.6
เสี่ยงน้อย	15.5	8.3	10.4	3.2	5.7	9.4
เสี่ยงปานกลาง	0.9	1.1	0.4	0.4	0.9	0.7
เสี่ยงรุนแรง	0.9	0.3	0.4	0.1	0.4	0.4
เสี่ยงมาก	1.0	0.4	0.4	0.1	0.6	0.5
ดื่มแต่ไม่ทราบปริมาณ	0.7	0.8	1.5	1.1	4.5	1.4

ตารางที่ 4.2.7 ร้อยละของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามระดับความเสี่ยง (ต่อวันใน 1 ปี) แยกตามกลุ่มเขตการปกครอง และเพศ ในประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำแนกตามเพศ และภาค

	เขตการปกครอง		
	ในเขต	นอกเขต	รวม
ชาย	(n=5,119)	(n=4,607)	(n=9,726)
ไม่ดื่ม	51.4	42.3	45.1
เสี่ยงน้อย	31.7	43.6	40.0
เสี่ยงปานกลาง	4.1	5.3	5.0
เสี่ยงรุนแรง	4.1	3.5	3.7
เสี่ยงมาก	5.2	4.0	4.4
ดื่มแต่ไม่ทราบปริมาณ	3.5	1.3	1.9
หญิง	(n=5,947)	(n=4,749)	(n=10,696)
ไม่ดื่ม	86.8	87.9	87.6
เสี่ยงน้อย	8.9	9.6	9.4
เสี่ยงปานกลาง	0.9	0.6	0.7
เสี่ยงรุนแรง	0.5	0.4	0.4
เสี่ยงมาก	0.8	0.4	0.5
ดื่มแต่ไม่ทราบปริมาณ	2.2	1.1	1.4

ความชุกของการดื่มในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป

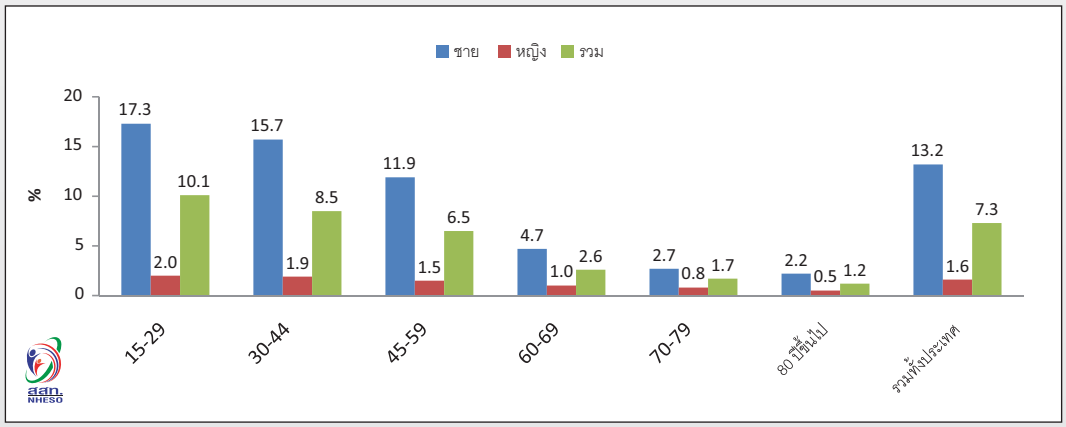
ความชุกของการดื่มในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป (ผู้ชายดื่ม ≥41 กรัม/วัน, ผู้หญิงดื่ม ≥21 กรัม/วัน) เท่ากับร้อยละ 7.3 ผู้ชายร้อยละ 13.2 ผู้หญิงร้อยละ 1.6 ในผู้ชายความชุกของการดื่มระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไปลดลงเมื่ออายุมากขึ้นคือร้อยละ 17.3 ในกลุ่มอายุ 15-29 ลดลงตามลำดับ เป็นร้อยละ 2.2 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ในผู้หญิงเช่นเดียวกับที่พบในผู้ชายคือความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป มีสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี (ร้อยละ 2.0) และลดลงตามอายุที่มากขึ้นจนเป็นร้อยละ 0.5 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป รูปที่ 4.2.11

ความชุกของการดื่มระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไปในผู้ชายในเขตเทศบาล (ร้อยละ 13.9) สูงกว่าของนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 13.0) ในผู้หญิง เช่นเดียวกันคือในเขตฯ ความชุกของการดื่มระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป (ร้อยละ 2.2) สูงกว่านอกเขตฯ (ร้อยละ 1.4) รูปที่ 4.2.12

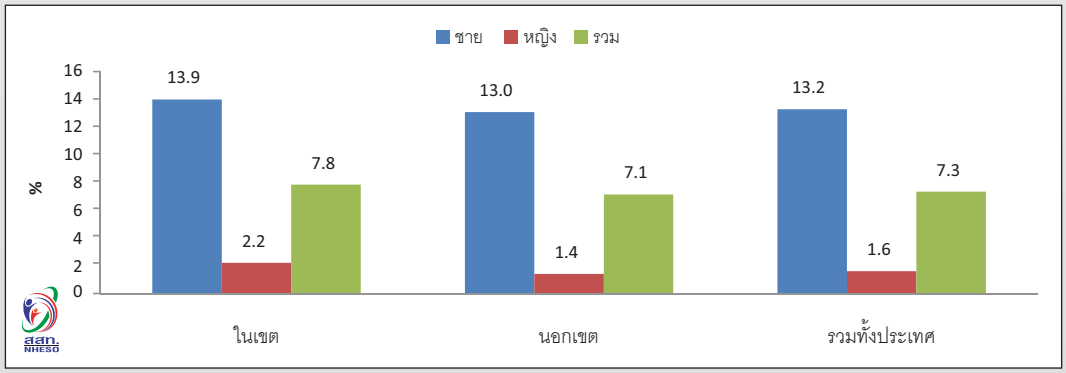
การดื่มตามภาค ในผู้ชายความชุกของการดื่มระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป มีสูงสุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 19.9) รองลงมาคือภาคกลาง (ร้อยละ 16.4) กรุงเทพฯ (ร้อยละ 12.1) ภาคใต้ (ร้อยละ 9.7) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 9.0)

สำหรับในผู้หญิง เช่นเดียวกันคือภาคเหนือมีความชุกของการดื่มในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไปคือ ร้อยละ 2.8 รองลงมาคือกรุงเทพฯ (ร้อยละ 1.9) ภาคกลาง (ร้อยละ 1.7) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 1.2) และภาคใต้ (ร้อยละ 0.6)

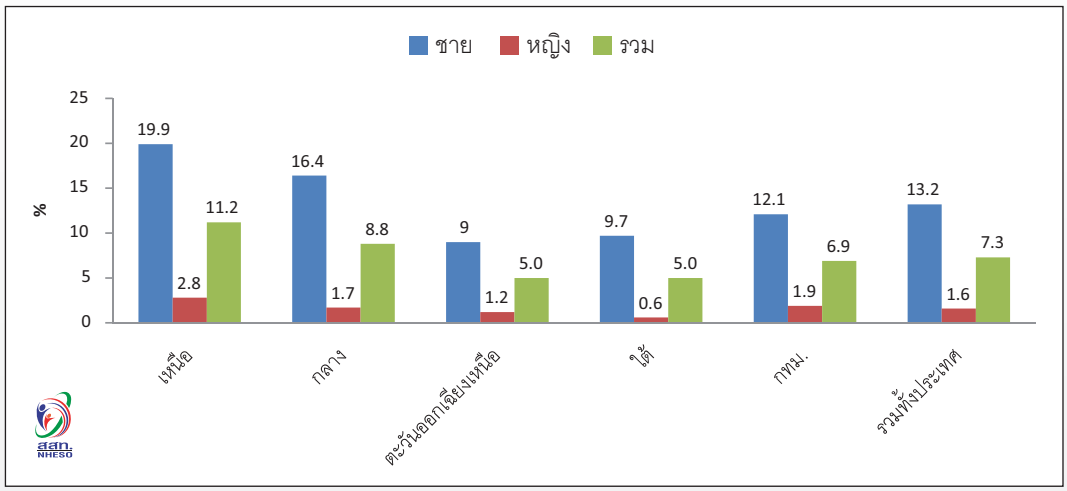
รูปที่ 4.2.11 ร้อยละของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไปต่อวันใน 1 ปี ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ และเพศ



รูปที่ 4.2.12 ร้อยละของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่เสี่ยงปานกลางขึ้นไปต่อวันใน 1 ปี ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตปกครอง และเพศ



รูปที่ 4.2.13 ร้อยละของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่เสี่ยงปานกลางขึ้นไปต่อวัน ใน 1 ปี ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค และเพศ



การดื่มอย่างหนัก (binge drinking)

การดื่มอย่างหนัก หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในครั้งเดียว ในปริมาณดังนี้

- ดื่มเหล้าผสมโซดาตั้งแต่ 5 แก้ว หรือครึ่งแบนขึ้นไป หรือ
- ดื่มเบียร์มากกว่า 6 กระป๋อง หรือ 3 ขวดใหญ่ หรือ
- ไวน์มากกว่า 5 แก้ว

จำนวนวันที่ดื่มอย่างหนัก

ผลการวิเคราะห์พบว่า ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ในประชากรชายไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในครั้งเดียว เฉลี่ย 28.1 วัน มัธยฐาน 6 วันต่อปี (ต่ำสุด 4 วัน สูงสุด 365 วัน)ในผู้หญิงเฉลี่ย 18.3 วัน มัธยฐาน 3 วัน (ต่ำสุด 1 วัน สูงสุด 360 วัน) พิจารณาตามกลุ่มอายุ จำนวนครั้งการดื่มอย่างหนักมีมากที่สุดในกลุ่มอายุ 15-29 และ 30-44 ปี ทั้งในผู้ชายและหญิง และจำนวนวันลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งประชากรชายและหญิงที่อาศัยในเขตเทศบาลมีจำนวนวันเฉลี่ยที่ดื่มหนักมากกว่านอกเขตเทศบาล เมื่อพิจารณาแยกตามภูมิภาคตามลำดับจากมากไปน้อย ในประชากรชายคือในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เฉลี่ย 33.5 วัน มัธยฐาน 8.5 วันต่อปี) กรุงเทพฯ (เฉลี่ย 33.3 วัน มัธยฐาน 3.0 วันต่อปี) ภาคกลาง (เฉลี่ย 26.6 วัน มัธยฐาน 4.0 วันต่อปี) ภาคเหนือ (เฉลี่ย 24.8 วัน มัธยฐาน 7 วันต่อปี) และภาคใต้ (เฉลี่ย 15.8 วัน มัธยฐาน 5 วันต่อปี) ตามลำดับ ประชากรหญิง ภาคเหนือ (เฉลี่ย 22.9 วัน มัธยฐาน 3 วันต่อปี) จำนวนวันดื่มหนักเฉลี่ยมากกว่าภาคอื่นๆ รองมาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เฉลี่ย 16.0 วัน มัธยฐาน 3.0 วันต่อปี) ภาคใต้ (เฉลี่ย 15.3 วัน มัธยฐาน 3 วันต่อปี) ภาคกลาง (เฉลี่ย 14.1 วัน มัธยฐาน 3.0 วันต่อปี) และกรุงเทพฯ (เฉลี่ย 10.5 วัน มัธยฐาน 1 วันต่อปี) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.2.8 จำนวนวันเฉลี่ย และมัธยฐานของวันที่ดื่มอย่างหนักใน 1 ปี ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ กลุ่มอายุ เขตปกครอง และภาค

	ชาย					หญิง					รวม				
	จำนวน	Mean	SD	Median	(Min,Max)	จำนวน	Mean	SD	Median	(Min,Max)	จำนวน	Mean	SD	Median	(Min,Max)
ชาย															
15-29	578	33.7	49.2	6	(1,365)	121	21.4	41.5	4	(1,240)	699	32	57.4	6	(1,365)
30-44	764	26.1	43.3	7	(1,365)	133	14.3	33.2	3	(1,320)	897	24.6	50.2	6	(1,365)
45-59	474	25.6	50.6	5	(1,365)	86	21.3	58.8	3	(1,360)	560	25	60.9	4	(1,365)
60-69	223	18.8	98.9	4	(1,365)	20	3.4	4.9	2.5	(1,180)	243	17.1	108.1	4	(1,365)
70-79	38	15.1	81.6	3	(1,365)	2	49.8	92.6	60.5	(1,120)	40	17.4	99.7	3	(1,365)
80 ปีขึ้นไป	5	58	223.1	5	(4,300)	1	1	0	1	(1,100)	6	49.2	248.2	5	(1,365)
เขตการปกครอง															
ในเขต	1088	34	92.3	6	(1,365)	238	23.5	74.4	3	(1,320)	1326	28.1	58.6	6	(1,365)
นอกเขต	994	26	44.7	5	(1,365)	125	15.3	37.9	3	(1,360)	1119	18.3	53.1	5	(1,365)
ภาค															
เหนือ	576	24.8	42.4	7	(1,365)	141	22.9	59.9	3	(1,360)	717	24.4	54.7	6	(1,365)
กลาง	415	26.6	49.3	4	(1,365)	54	14.1	27	3	(1,192)	469	25.4	56.5	4	(1,365)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	562	33.5	45.7	8.5	(1,365)	95	16	31.5	3	(1,300)	657	31.5	52.8	6	(1,365)
ใต้	396	15.8	38.5	5	(1,365)	32	15.3	56.8	3	(1,320)	428	16.5	47.1	4.5	(1,365)
กรุงเทพฯ	133	33.3	72.9	3	(1,365)	41	10.5	34.1	1	(1,320)	174	29.8	84.4	3	(1,365)
รวม	**2,082**	**28.1**	**58.6**	**6**	**(1,365)**	**363**	**18.3**	**53.1**	**3**	**(1,360)**	**2,445**	**26.9**	**58.2**	**5**	**(1,365)**

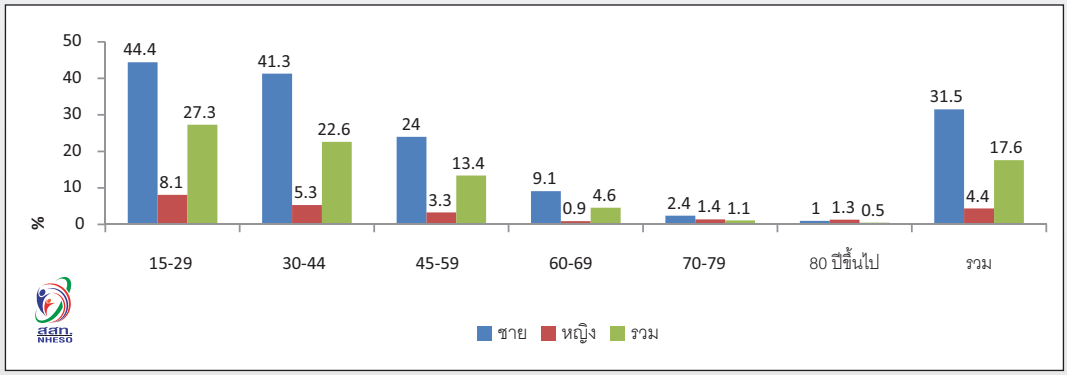
ความชุกของการเคยดื่มอย่างหนัก

ความชุกของการเคยดื่มอย่างหนักใน 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชายมีร้อยละ 31.5 ในหญิงมีร้อยละ 4.4 ความชุกสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปีของทั้งชาย (ร้อยละ 44.4) และหญิง (ร้อยละ 8.1) ความชุกนี้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปในผู้ชาย แต่ในผู้หญิง ต่ำสุดในกล่มอายุ 60-69 ปี แต่กลุ่ม 70 ปีขึ้นไปยังมีการดื่มอย่างหนักร้อยละ 1.3-1.4

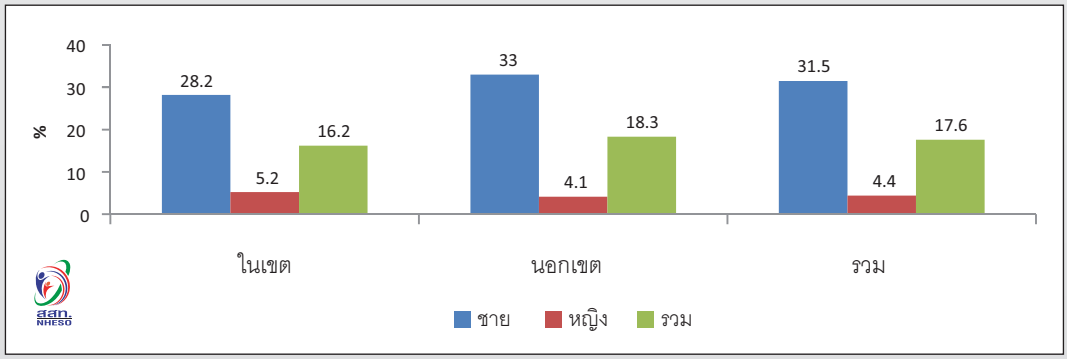
เมื่อพิจารณาตามเขตปกครอง ผู้ชายนอกเขตเทศบาลมีความชุกการดื่มอย่างหนักสูงกว่าชายในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 33 และ 28.2) ส่วนหญิงในเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่านอกเขต (ร้อยละ 5.2 และ 4.1)

พิจารณาจำแนกตามภาค ในผู้ชายพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีความชุกใกล้เคียงกันและสูงสุด (ร้อยละ 37.4 และ 37.1 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ภาคใต้ (ร้อยละ 29.1) ภาคกลาง (ร้อยละ 26.4) และกรุงเทพฯ (ร้อยละ 18.1) ส่วนในผู้หญิงความชุกมีสูงสุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 8.5) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 4.8) กรุงเทพฯ (ร้อยละ 3.2) ภาคกลาง (ร้อยละ 2.6) และภาคใต้ (ร้อยละ 2) ตามลำดับ

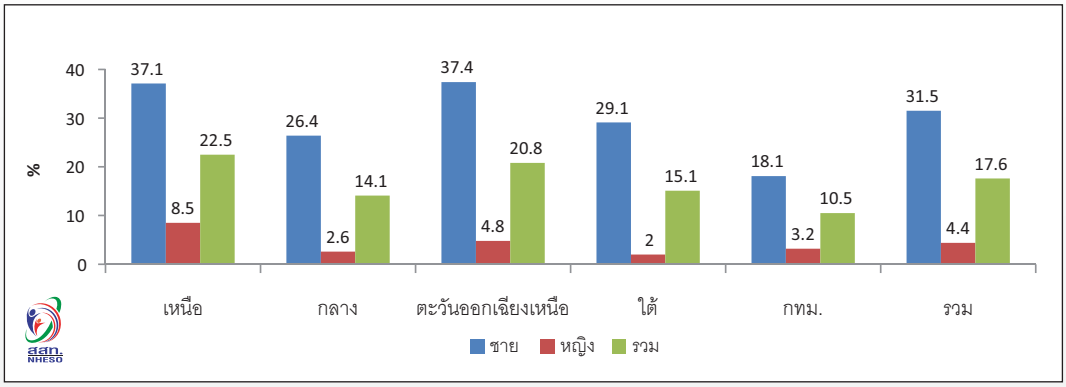
รูปที่ 4.2.14 ร้อยละของผู้ที่เคยดื่มอย่างหนักในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุและเพศ



รูปที่ 4.2.15 ร้อยละของผู้ที่เคยดื่มอย่างหนักในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตปกครองและเพศ



รูปที่ 4.2.16 ร้อยละของผู้ที่เคยดื่มอย่างหนักในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาคและเพศ



อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์

อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ชายคือ 19 ปี (ต่ำสุด 7 ปี) ส่วนในผู้หญิงเฉลี่ย 26.3 ปี (ต่ำสุด 6 ปี) เมื่อเปรียบเทียบอายุที่เริ่มดื่มในแต่ละกลุ่มอายุพบว่าแนวโน้มอายุที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ของคนที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีอายุใกล้เคียงกันทั้งในชายและหญิง และเมื่อพิจารณาตามภาค พบว่ามีอายุเริ่มดื่มใกล้เคียงกันทุกภาค (ตารางที่ 4.2.9)

ตารางที่ 4.2.9 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค

	ชาย			หญิง			รวม		
	จำนวน	Mean	SD	จำนวน	Mean	SD	จำนวน	Mean	SD
อายุ									
15-29	972	16.2	2.3	502	17.8	3.1	1474	16.7	2.6
30-44	1546	18.5	3.4	899	24.9	6.3	2445	20.7	5.3
45-59	1552	20.5	5.1	849	30.7	9.5	2401	23.9	8.1
60-69	1119	22	19.2	353	38	26.6	1472	25.5	27.9
70-79	468	25.6	24.5	119	42.5	33.1	587	29.6	30.7
80 ปีขึ้นไป	83	23.7	22.9	37	39	43.9	120	29	35.7
เขตปกครอง									
ในเขต	2950	19.4	7.9	1599	26.3	14.7	4549	21.7	11.6
นอกเขต	2790	19	4.5	1160	26.3	7.7	3950	21.4	6.5
ภาค									
เหนือ	1404	18.7	5.7	745	25.5	10	2149	21.1	8.4
กลาง	1223	19.5	5.9	436	27	10.8	1659	21.4	8.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1524	19	4.4	911	26.5	8.4	2435	21.8	6.9
ใต้	1213	19.6	7.9	404	25.7	13.8	1617	21.1	10.2
กรุงเทพฯ	376	19.3	5.5	263	27.4	14.3	639	21.7	9.2
รวมทั้งประเทศ	5740	19.1	5.6	2759	26.3	10.1	8499	21.5	8.2

4.3 กิจกรรมทางกาย

สรุป

- บทนี้รายงานผลการสำรวจการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยครอบคลุมความชุกของการมีกิจกรรมเพียงพอตามข้อแนะนำ หมายถึงการมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป วันละ 30 นาทีขึ้นไป สัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วัน สัดส่วนเวลาที่ใช้ในการมีกิจกรรมทางกายจากการทำงาน จากการเดินและขี่จักรยาน และจากกิจกรรมทางกายยามว่าง
- ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีร้อยละ 18.5 (ชายร้อยละ 16.8 และหญิงร้อยละ 20.2) ซึ่งต่ำกว่าผลการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 3 เมื่อปี 2546-7 (ชายร้อยละ 20.7 และหญิงร้อยละ 24.2) เล็กน้อย แม้การสำรวจฯนี้ได้ใช้แบบสอบถามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก แต่มีข้อสังเกตว่าการให้ข้อมูลการออกแรงกายของผู้ตอบอาจประเมินตนเองว่ามีกิจกรรมทางกายสูงกว่าความเป็นจริง จึงอาจทำให้มีสัดส่วนของคนที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตามการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 และ 4 ใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน จึงน่าจะเปรียบเทียบกันได้
- ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งพบร้อยละ 35.6 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และมากที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 60.4
- คนในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่าคนนอกเขตฯ (ร้อยละ 22.5 และ 16.8 ตามลำดับ)
- ภาคใต้มีสัดส่วนของคนที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากที่สุด (ร้อยละ 42.8) รองลงมาคือกรุงเทพฯ (ร้อยละ 25.3) และภาคกลาง (ร้อยละ 21.2)
- กิจกรรมทางกายที่ใช้สัดส่วนเวลามากที่สุดคือ การทำงาน (ร้อยละ 63 ของเวลาที่มีกิจกรรมทางกาย) รองลงมาคือใช้ในการเดินทาง (ร้อยละ 20) และใช้ในกิจกรรมยามว่าง (ร้อยละ 15.7)
- ร้อยละ 36.4 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีกิจกรรมทางกายยามว่าง (เช่น เล่นกีฬา ออกกำลังกาย) ในระดับเพียงพอ (ปานกลางและหนัก)
- ผู้ชายมีกิจกรรมยามว่างอย่างเพียงพอมากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 46.6 และ 26.8 ตามลำดับ) ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของการมีกิจกรรมยามว่างเพียงพอมากกว่านอกเขตฯ (ร้อยละ 40.6 และ 34.5 ตามลำดับ) ไม่มีความแตกต่างระหว่างภาคยกเว้นภาคใต้ที่มีสัดส่วนการมีกิจกรรมยามว่างเพียงพอต่ำกว่าภาคอื่นๆ
- กลุ่มอาชีพที่ลักษณะการทำงานไม่ต้องใช้แรงกายมาก เช่น งานเสมียน นักวิชาการ ผู้บริหาร และไม่มีอาชีพซึ่งรวมแม่บ้าน มีความชุกของการมีกิจกรรมยามว่างระดับปานกลางขึ้นไปเพียงร้อยละ 20-30 ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ควรเป็นกลุ่มเป้าหมายของการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายเพิ่มเติมต่อไป

กิจกรรมทางกาย

งานวิจัยมากมายได้แสดงหลักฐานว่าการมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอมีผลต่อสุขภาวะ สามารถลดอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วย โรคเรื้อรัง เช่น ลดอุบัติการณ์โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน อ้วน และมะเร็ง จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก[6] ประมาณว่าการไม่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเป็นสาเหตุของโรคหัวใจเลือดร้อยละ 22-23 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 16-17% เบาหวานร้อยละ 15 หลอดเลือดสมองร้อยละ 12-13. ในประเทศไทย การขาดกิจกรรมทางกายเพียงพอเป็นสาเหตุของภาระโรคลำดับที่ 9 ทำให้สูญเสีย ร้อยละ 1.3 ของ DALY[7]

ความหมายของกิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกาย หมายถึงการเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการใช้พลังงานในร่างกาย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) version 2[8] ซึ่งมีข้อคำถามครอบคลุมกิจกรรมทางกาย 3 ลักษณะคือ

1) กิจกรรมจากการทำงาน (Activity at work) ได้แก่การทำงานโดยปกติ ที่ต้องออกแรงกายอย่างหนักหรือปานกลาง

2) กิจกรรมจากการเดินทางในชีวิตประจำวัน (travel to and from places) ได้แก่ การเดิน และการขี่จักรยาน

3) กิจกรรมยามว่าง (recreational activities) ได้แก่การออกกำลังกาย เล่นกีฬา มีกิจกรรมยามว่าง

กิจกรรมทั้ง 3 ลักษณะนี้ แต่ละลักษณะมีการถามความหนักเบาของการใช้แรงกาย (intensity), ระยะเวลาที่มีกิจกรรมเป็นนาทีต่อวัน และความถี่ของการมีกิจกรรมเป็นวันต่อสัปดาห์

ระดับความหนักเบา (Intensity) ของการมีกิจกรรมทางกาย

กิจกรรมอย่างหนัก หมายถึง

1. การทำงานออกแรงกายอย่างหนัก ทำให้หายใจแรงขึ้น หรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก ออกแรงกายต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น การยกของหนัก งานก่อสร้าง งานขุดดิน การทำนา ทำสวน ทำไร่ เป็นต้น

2. กิจกรรมยามว่างที่ออกแรงกายอย่างมาก ได้แก่ การออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาอย่างหนักจนทำให้หายใจแรงขึ้นหรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก โดยออกแรงกายเป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้งเช่น เต้นแอโรบิค วิ่ง เล่นฟุตบอล เป็นต้น

กิจกรรมอย่างปานกลาง หมายถึง

1. การทำงานออกแรงกายปานกลาง ทำให้หายใจแรงขึ้นหรือ หัวใจเต้นเร็วขึ้นปานกลาง ออกแรงกายต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น การเดินไปมาในที่ทำงาน หรือร้านค้าทำงานบ้าน ทำครัว หรือถือของเบาๆ เป็นต้น

---

[6] World Health Report. Geneva: World Health Organization, 2002

[7] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

[8] Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): World Health Organization

2. การเดินทางจากสถานที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งโดยการเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลา 10 นาทีอย่างต่อเนื่อง

3. มีกิจกรรม เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมยามว่างที่ใช้แรงกายอย่างปานกลางเป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น เดินเร็ว ขี่จักรยาน เล่นวอลเล่ย์บอล หรือว่ายน้ำ เป็นต้น

ความหนักเบาของการออกแรงกายนี้ สามารถแปลงเป็นพลังงานที่ร่างกายต้องใช้ไปต่อนาที ต่อวัน และต่อสัปดาห์ โดยการคำนวณเป็นค่า metabolic equivalent (MET)

MET หมายถึงอัตราส่วนของ พลังงานที่ร่างกายใช้ในการออกแรงกายต่อพลังงานที่ใช้ขณะพัก โดย 1 MET = 1kcal/kg/hr เป็นพลังงานที่เทียบเท่ากับพลังงานที่ร่างกายใช้ขณะอยู่ร่างกายนั่งอยู่เฉยๆ โดยร่างกายจะใช้พลังงาน 1 kcal ต่อน้ำหนักตัว 1 kg ต่อชั่วโมง

ความเชื่อมโยงระหว่าง ความหนักเบาของกิจกรรมทางกายกับ MET

การออกแรงกายอย่างปานกลางจะใช้พลังงานเป็น 4 เท่า ของการนั่งเฉยๆ และการออกแรงกายอย่างหนักจะใช้พลังงานเป็น 8 เท่า ดังนั้น

ลักษณะกิจกรรมทางกาย	ค่า MET
การทำงาน	ออกแรงปานกลาง ค่า MET = 4.0
	ออกแรงหนัก ค่า MET = 8.0
การเดินทาง	ขี่จักรยาน หรือเดิน ค่า MET = 4.0
กิจกรรมยามว่าง	ออกแรงปานกลาง ค่า MET = 4.0
	ออกแรงหนัก ค่า MET = 8.0

วิธีการคำนวณ MET

1. กิจกรรมทางกายอย่างหนัก : MET = รวม เวลา (นาที) ของกิจกรรมอย่างหนักใน 1 สัปดาห์ × 8

2. กิจกรรมทางกายปานกลาง : MET = รวม เวลา (นาที) ของกิจกรรมอย่างปานกลางใน 1 สัปดาห์ × 4

เกณฑ์ระดับกิจกรรมทางกาย

มาก (High)

- มีกิจกรรมทางกายอย่างหนัก ≥3 วัน/สัปดาห์ และ total MET-นาที/สัปดาห์ ≥1500 หรือ
- มีกิจกรรมทางกายอย่างหนัก หรือปานกลางรวม ≥7วัน/สัปดาห์ และ total MET-นาที/สัปดาห์ ≥3000

ปานกลาง (Moderate)

- มีกิจกรรมทางกายไม่มากถึงระดับมาก และ
- มีกิจกรรมอย่างหนัก ≥3 วัน/สัปดาห์ และเวลา ≥20 นาทีต่อวัน หรือ

- กิจกรรมปานกลาง หรือเดิน ≥ 5วัน/สัปดาห์ อย่างน้อยวันละ 30 นาทีต่อวัน หรือ
- กิจกรรมหนักและปานกลางหรือเดิน รวม ≥ 5วัน/สัปดาห์ และ total MET-นาที/สัปดาห์ ≥ 600

น้อย (Low)

- ระดับของการมีกิจรรมทางกายต่ำกว่าเกณฑ์ระดับปานกลางและมาก

ความหมายของกิจกรรมทางกายเพียงพอ

กิจกรรมทางกายเพียงพอ หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ ระดับ ปานกลางขึ้นไป

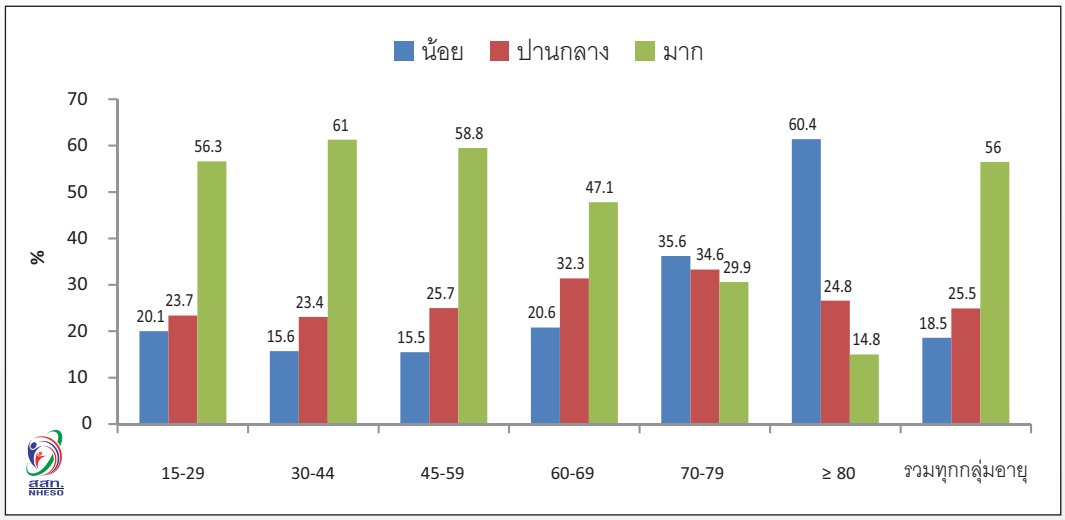
ผลการสำรวจกิจกรรมทางกาย

ร้อยละ 56.0 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายระดับมากและร้อยละ 25.5 ในเกณฑ์ปานกลาง ดังนั้นโดยรวมร้อยละ 81.5 ของประชากรไทย 15 ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายระดับเพียงพอ โดยในผู้ชายมีร้อยละ 83.2 ส่วนในผู้หญิงมีร้อยละ 79.2 สัดส่วนของคนที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอมีสูงสุดในช่วงอายุ 30-59 ปีและลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น คนที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีร้อย 83.2 มีกิจกรรมทางกายสูงกว่าในเขต ซึ่งมีร้อยละ 77.5 (ตารางที่ 4.3.1 รูปที่ 4.3.1)

ตารางที่ 4.3.1 ร้อยละของระดับกิจกรรมทางกายในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ

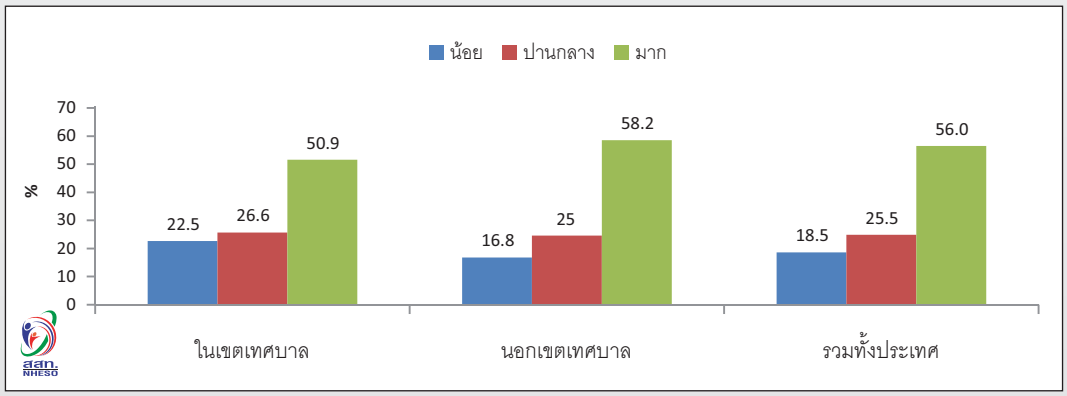
กลุ่มอายุ	ระดับของกิจกรรมทางกาย						
	จำนวนตัวอย่าง	% น้อย	(95%CI)	% ปานกลาง	(95%CI)	% มาก	(95%CI)
ชาย							
15-29	1,344	15.1	(12.8,17.8)	17.2	(15.2,19.4)	67.7	(64.5,70.7)
30-44	1,863	14.6	(12.1,17.5)	20.7	(18.5,23.1)	64.7	(60.9,68.3)
45-59	1,987	16.3	(14.2,18.5)	21.8	(19.8,24.0)	61.9	(59.2,64.6)
60-69	2,470	19.4	(16.8,22.2)	28	(26.1,30.0)	52.6	(49.1,56.1)
70-79	1,541	30.8	(28.1,33.6)	32.7	(29.4,36.3)	36.5	(32.1,41.2)
≥80	435	50.3	(45.4,55.1)	28.6	(24.4,33.3)	21.1	(17.9,24.6)
รวม	9,640	16.8	(14.9,18.9)	21.5	(20.0,23.1)	61.7	(59.0,64.3)
หญิง							
15-29	1,289	25.7	(22.7,28.9)	30.9	(28.5,33.5)	43.4	(40.0,47.0)
30-44	2,221	16.6	(14.5,19.0)	25.8	(23.6,28.2)	57.6	(54.2,61.0)
45-59	2,426	14.7	(12.4,17.4)	29.4	(27.8,31.0)	55.9	(53.6,58.2)
60-69	2,540	21.6	(19.1,24.2)	35.8	(33.8,37.8)	42.7	(39.9,45.5)
70-79	1,622	39.5	(36.9,42.1)	36.1	(33.5,38.8)	24.4	(21.9,27.1)
≥80	485	67.7	(63.8,71.3)	22	(19.0,25.5)	10.3	(8.4,12.7)
รวม	**10,583**	**20.2**	**(18.2,22.4)**	**29.3**	**(28.0,30.6)**	**50.5**	**(48.1,52.9)**

รูปที่ 4.3.1 ร้อยละของระดับกิจกรรมทางกายในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ

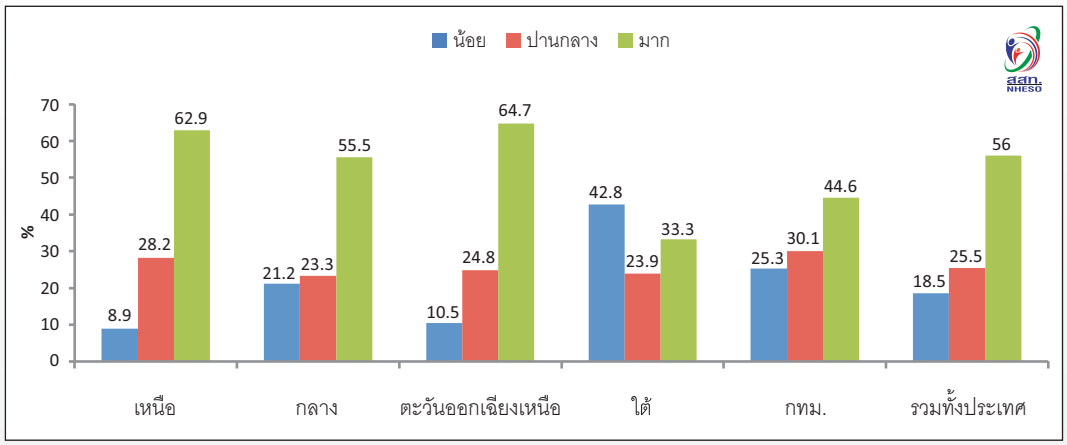


สัดส่วนของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายตามเขตปกครอง พบว่าในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอน้อยกว่านอกเขตเทศบาล ทั้งเพศชายและหญิง (รูปที่ 4.3.2) เมื่อพิจารณาจำแนกตามภาค พบว่า ทุกภาคมีสัดส่วนของการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตามมีความแตกต่างกันตามภาคโดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือสัดส่วนของการมีกิจกรรมทางกายระดับมากสูงที่สุด รองลงมาคือภาคเหนือ (รูปที่ 4.3.3)

รูปที่ 4.3.2 ร้อยละของระดับกิจกรรมทางกายในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามเขตปกครอง



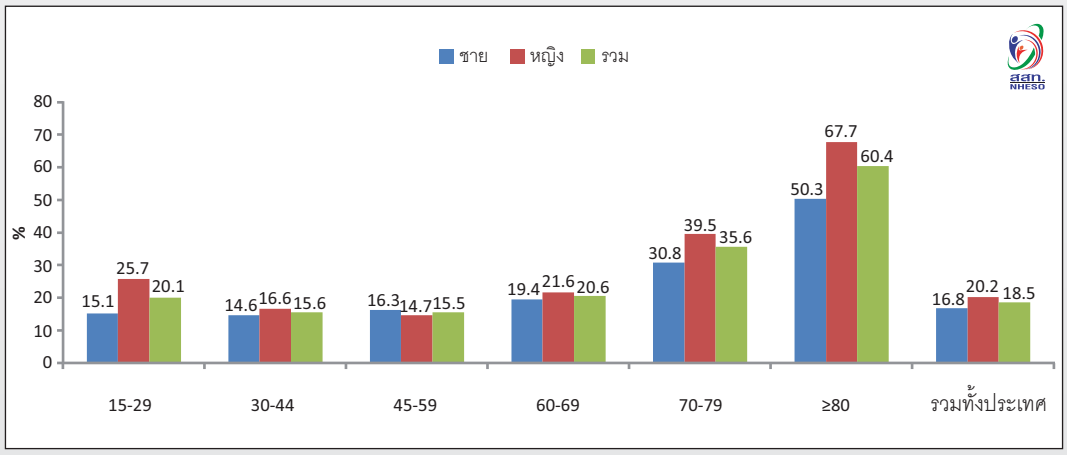
รูปที่ 4.3.3 ร้อยละของระดับกิจกรรมทางกายในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามภาค



กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

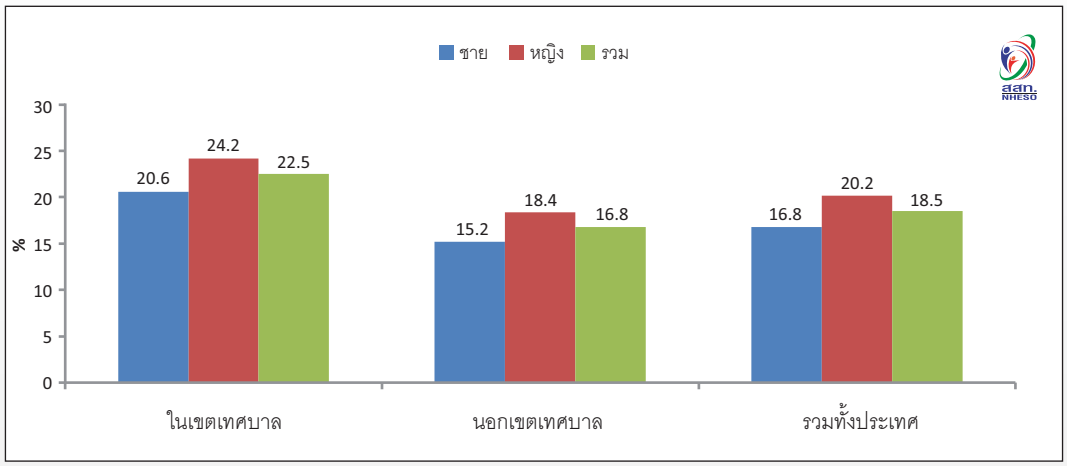
ร้อยละ 18.5 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น สูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 61) รูปที่ 4.3.4

รูปที่ 4.3.4 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ

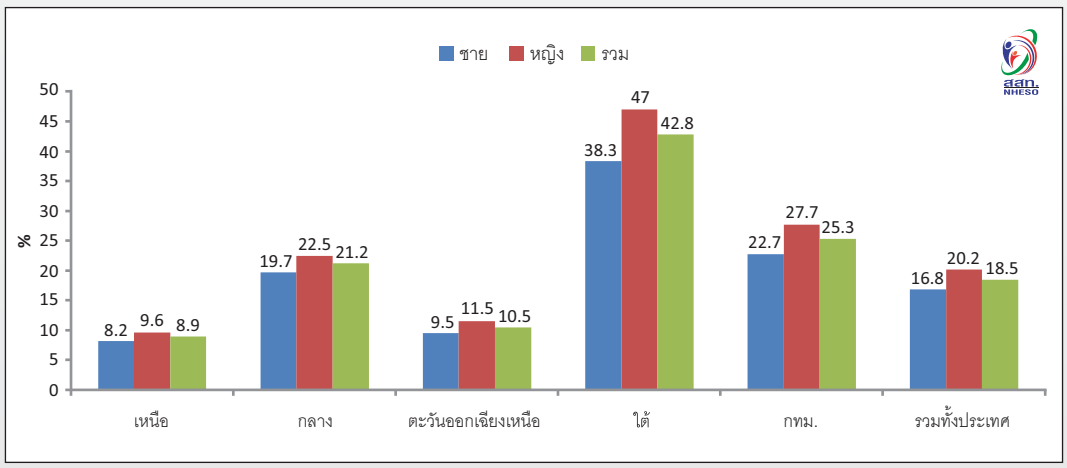


การจำแนกตามเขตปกครอง พบว่าคนในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่านอกเขตเทศบาล เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่า ภาคเหนือมีสัดส่วนของประชากรที่มีกิจกรรมไม่เพียงพอน้อยที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง กรุงเทพฯ และภาคใต้ตามลำดับ (รูปที่ 4.3.5-4.3.6)

รูปที่ 4.3.5 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอจำแนกตามเขตปกครอง และเพศ



รูปที่ 4.3.6 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ จำแนกตามภาค และเพศ



เวลาของการมีกิจกรรมทางกาย

ค่ามัธยฐานของเวลาที่มีกิจกรรมทางกายโดยรวมจากการทำงาน การเดินทาง และกิจกรรมยามว่างของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 81.4 นาทีต่อวัน เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ ช่วง 30-59 ปีมีเวลาในการทำกิจกรรมทางกายมากที่สุด รองลงมาคือ วัย 15-29 ปี การใช้เวลาลดลงในผู้สูงอายุ และต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป (ตารางที่ 4.3.2)

ตารางที่ 4.3.2 มัธยฐานเวลาของการมีกิจกรรมทางกายในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ อายุ เขตปกครอง และภาค

กลุ่มอายุ	มัธยฐานเวลา (median) ของการมีกิจกรรมทางกายทั้งหมด ต่อวัน								
	ชาย			หญิง			รวม		
	จำนวนตัวอย่าง	Median (นาที)	IQR (นาที)	จำนวนตัวอย่าง	Median (นาที)	IQR (นาที)	จำนวนตัวอย่าง	Median (นาที)	IQR (นาที)
ชาย									
15-29	1287	124.3	224.3	1244	62.9	144.3	2531	90	187.1
30-44	1722	154.3	335.7	2063	120	270	3785	128.6	305.7
45-59	1841	137.1	320.7	2280	120	234.3	4121	128.6	264.3
60-69	2348	90	210	2430	69.3	154.3	4778	77.1	165.7
70-79	1477	60	122.9	1578	31.4	81.4	3055	42.9	110
≥80	423	25.7	66.4	480	8.6	30	903	12.9	47.1
เขตปกครอง									
ในเขตเทศบาล	44826	85.7	214.3	5669	68.6	164.3	10495	74.3	188.6
นอกเขตเทศบาล	4272	120	270	4406	70.4	187.1	8678	90	227.1
ภาค									
เหนือ	2041	162.9	300	2156	120	235	4197	137.9	272.9
กลาง	2193	120	261.4	2350	72.9	180	4543	90	215
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2074	141.4	292.9	2178	94.3	190	4252	120	236.4
ใต้	2005	30	100	2182	22.9	70.7	4187	30	81.4
กรุงเทพฯ	785	65.7	147.1	1209	62.9	153.6	1994	64.3	151.4
รวมทั้งประเทศ	**9098**	**100**	**241.4**	**10075**	**68.6**	**172.9**	**19173**	**81.4**	**208.6**

สัดส่วนเวลาที่ใช้ตามประเภทกิจกรรมทางกาย

ร้อยละ 63 ของเวลาที่มีกิจกรรมทางกายใช้ในการทำงาน, รองลงมาร้อยละ 21 ใช้ในการเดินทาง และร้อยละ 15.7 ใช้ในกิจรรมยามว่าง ผู้หญิงใช้สัดส่วนของเวลาในการทำงานมากกว่าชาย ในขณะที่ผู้ชายใช้สัดส่วนของเวลาในกิจกรรมยามว่างเช่น เล่นกีฬามากกว่าผู้หญิงสำหรับสัดส่วนเวลาที่ใช้ในการเดินทางไม่ต่างกันตามเพศ (ตารางที่ 4.3.3)

เมื่อพิจารณาตามเขตปกครองพบว่าเมื่อเทียบกับประชากรนอกเขตเทศบาล ประชากรในเขตเทศบาลใช้สัดส่วนของเวลาในกิจกรรมยามว่างมากกว่า แต่ใช้สัดส่วนเวลาในการทำงานน้อยกว่าและใช้ในสัดส่วนเวลาในการเดินทางใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 4.3.4)

เมื่อพิจารณาตามภาค ภาคใต้ใช้สัดส่วนเวลาของการเดินทาง และการมีกิจรรมทางกายยามว่างมากกว่าภาคอื่นๆ ในขณะที่ภาคเหนือใช้สัดส่วนเวลาทำงานมากที่สุด (ตารางที่ 4.3.4)

ตารางที่ 4.3.3 สัดส่วนเวลาที่ใช้ตามลักษณะกิจกรรมทางกายในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และอายุ

กลุ่มอายุ	สัดส่วนเวลาที่ใช้ตามลักษณะกิจกรรมทางกาย			
	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละจากงาน	ร้อยละจากเดินทาง	ร้อยละจากยามว่าง
ชาย				
15-29	1,190	46.9	17.4	35.8
30-44	1,581	68.4	19.2	12.4
45-59	1,695	65.2	22	12.7
60-69	2,139	56.6	28.2	15.1
70-79	1,285	49.2	32.4	18.4
≥80	316	41.6	36.3	22.2
รวม	8,206	60.5	21.2	18.3
หญิง				
15-29	1,113	60.7	19.3	20
30-44	1,890	70	18.9	11.1
45-59	2,088	68.5	20	11.5
60-69	2,193	62	25.3	12.7
70-79	1,265	56.5	29.2	14.4
≥80	279	52.5	34.8	12.7
รวม	8,828	66.1	20.6	13.2
รวม				
15-29	2,303	53.3	18.3	28.4
30-44	3,471	69.2	19.1	11.7
45-59	3,783	66.9	21	12.1
60-69	4,332	59.6	26.6	13.8
70-79	2,550	53.1	30.7	16.2
≥80	595	47.3	35.5	17.1
รวมทุกกลุ่มอายุ	17,034	63.4	20.9	15.7

ตารางที่ 4.3.4 สัดส่วนเวลาที่ใช้ตามลักษณะกิจกรรมทางกายในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตปกครอง และภาค

	สัดส่วนเวลาที่ใช้ตามประเภทกิจกรรมทางกาย							
	ชาย				หญิง			
	จำนวนตัวอย่าง	% งาน	% เดินทาง	% ยามว่าง	จำนวนตัวอย่าง	% งาน	% เดินทาง	% ยามว่าง
เขตปกครอง								
ในเขตเทศบาล	4,341	55.6	21.2	23.2	4,974	62	22.2	15.8
นอกเขตเทศบาล	3,865	62.6	21.1	16.3	3,854	68.1	19.8	12.1
ภาค								
เหนือ	1,954	73.1	12.8	14.1	2,037	77.8	12.1	10.1
กลาง	1,911	65.4	16.1	18.5	2,002	67.9	16.2	15.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,950	64.5	20	15.3	2,013	72.3	18.3	9.4
ใต้	1,707	29.8	41.9	28.3	1,742	33.5	43.8	22.7
กรุงเทพฯ	684	50.7	25.8	23.5	1,034	58.8	26.7	14.5
รวมทั้งประเทศ	8,206	60.5	21.2	18.3	8,828	66.2	20.6	13.2

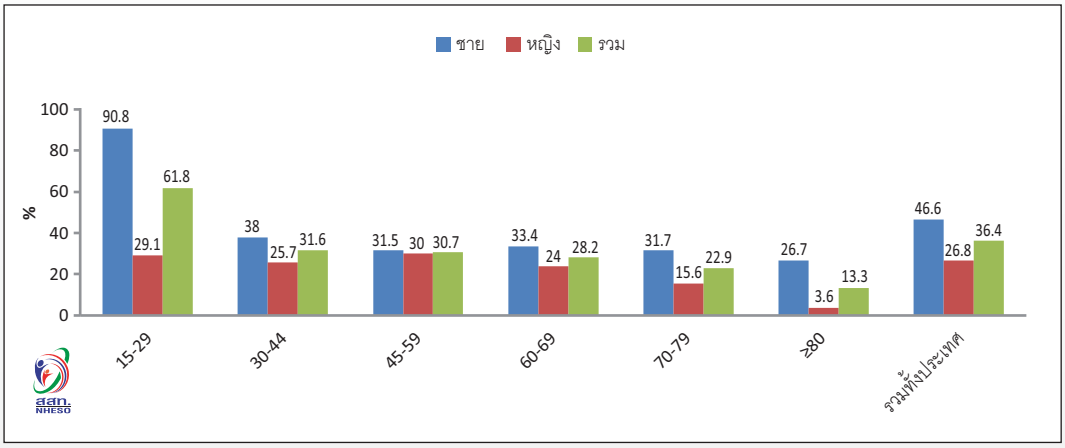
กิจกรรมทางกายยามว่าง

กิจกรรมทางกายยามว่าง หมายถึง การออกกำลังกาย การเล่นกีฬาและกิจกรรมทางกายยามว่าง พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีกิจกรรมยามว่างระดับปานกลางร้อยละ 22.9 และอย่างหนัก ร้อยละ 13.5 รวมร้อยละ 36.4 ของประชากรไทยการมีกิจกรรมทางกายยามว่างอยู่ในเกณฑ์เพียงพอ ผู้ชายมีความชุกของกิจกรรมทางกายยามว่างเพียงพอร้อยละ 46.6 ผู้หญิงมีร้อยละ 26.8 กลุ่มอายุ 15-29 ปี มีความชุกของคนที่มีกิจกรรมทางกายยามว่างอย่างเพียงพอสูงที่สุด คือร้อยละ 61.8 (ชายร้อยละ 90.8 หญิงร้อยละ 29.1) ความชุกนี้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (รูปที่ 4.3.7)

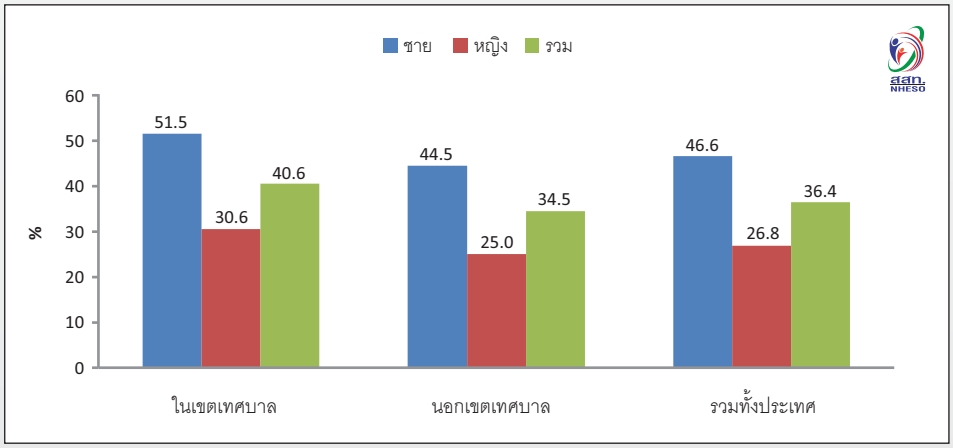
ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายยามว่างเพียงพอของคนในเขตเทศบาล (ร้อยละ 40.6) สูงกว่านอกเขต (ร้อยละ 34.5) (รูปที่ 4.3.8)

เมื่อพิจารณา การมีกิจกรรมทางกายยามว่างที่เพียงพอตามภาค พบว่าภาคกลางมีสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 39.3) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 37.2) กรุงเทพฯ (ร้อยละ 36.7) ภาคเหนือ (ร้อยละ 34.7) และภาคใต้ (ร้อยละ 31.1) ตามลำดับ (รูปที่ 4.3.9)

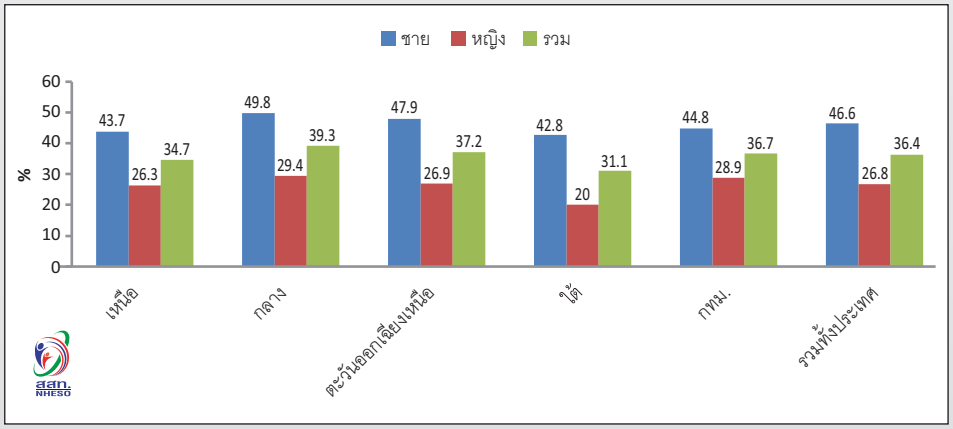
รูปที่ 4.3.7 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายยามว่างระดับปานกลางขึ้นไป จำแนกตามอายุ และเพศ



รูปที่ 4.3.8 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายยามว่างระดับปานกลางขึ้นไป จำแนกตามเขตปกครอง และเพศ



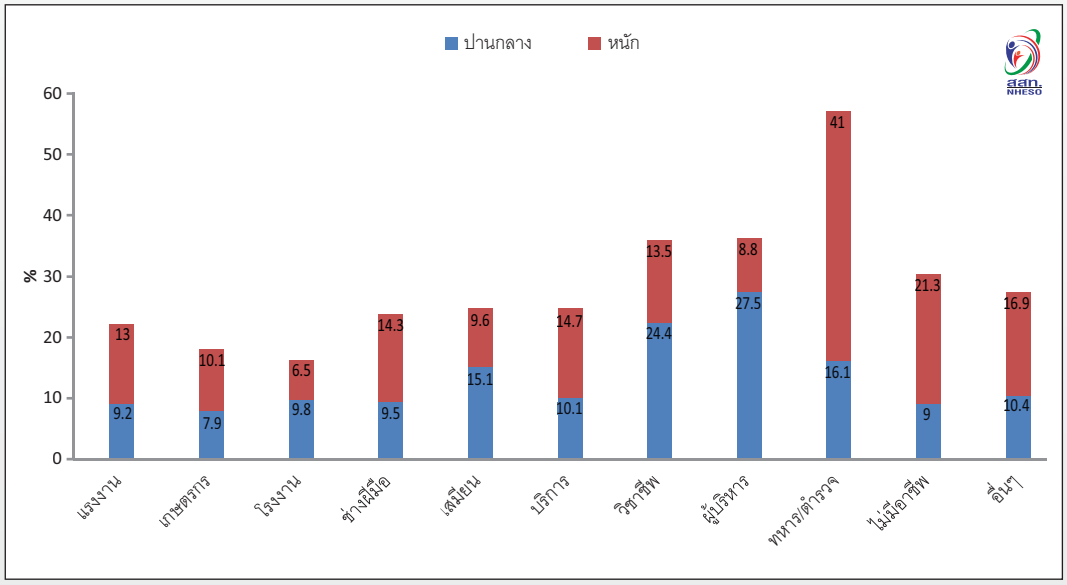
รูปที่ 4.3.9 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายยามว่างระดับปานกลางขึ้นไป จำแนกตามภาค และเพศ



เมื่อพิจารณาการมีกิจกรรมทางกายยามว่างเพียงพอตามอาชีพ กลุ่มที่ลักษณะงานไม่ต้องใช้แรงกายมาก มีสัดส่วนของการออกกำลังกายเพียงพอ ดังนี้ งานวิชาชีพและนักวิชาการ (ร้อยละ 35.9), ผู้บริหาร (ร้อยละ 36.3), เสมียน (ร้อยละ 24.7) และงานบริการ(ร้อยละ 24.8)

สำหรับกลุ่มอาชีพที่ต้องใช้แรงงานกาย มีสัดส่วนของการมีกิจกรรมยามว่างดังนี้ อาชีพทหาร ตำรวจ (ร้อยละ 57.1), ช่างฝีมือ (ร้อยละ 23.8) อาชีพแรงงาน (ร้อยละ 22.2) เกษตรกร (ร้อยละ 18.0) และงานโรงงาน (ร้อยละ 16.3) รูปที่ 4.3.10

รูปที่ 4.3.10 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายยามว่างระดับปานกลางขึ้นไป จำแนกตามอาชีพ



4.4 พฤติกรรมการกินอาหาร

สรุป

ในบทนี้รายงานผลเกี่ยวกับพฤติกรรมการกินอาหารของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

การกินอาหารครบ 3 มื้อ

- ร้อยละ 77.3 ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปกินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน กลุ่มอายุที่กินครบ 3 มื้อน้อยที่สุดคือ 15-29 ปี คือ ร้อยละ 72
- ในผู้ใหญ่วัยแรงงานส่วนมาก (ร้อยละ 60-70) งดอาหารมื้อเช้า ส่วนในผู้สูงอายุส่วนมาก (ร้อยละ 50) งดอาหารมื้อกลางวัน

ในวันทำงาน

- แหล่งอาหารมื้อเย็นที่กินบ่อยที่สุด คือกินอาหารมื้อเย็นที่บ้าน (ร้อยละ 80) และรองลงมาร้อยละ 12 ซื้อกินอาหารนอกบ้าน โดยผู้สูงอายุ (≥60 ปี) มีสัดส่วนของการกินอาหารเย็นที่ทำกินเองสูงกว่าคนวัยแรงงาน คนในเขตเทศบาลฯ มื้อเย็นกินอาหารนอกบ้านมากกว่าคนนอกเขตฯ และคนกรุงเทพฯ มื้อเย็นกินอาหารนอกบ้านมากกว่าคนในภูมิภาค
- สำหรับผู้ที่กินอาหารมื้อเย็นนอกบ้าน แหล่งอาหารที่นิยมมากสุด มีความแตกต่างตามอายุ คือกลุ่ม 15-29 ปีนิยมอาหารตามสั่งมากที่สุด ส่วนกล่มอายุ 30 ปีขึ้นไป นิยมกินอาหารที่ซื้อจากตลาดมากที่สุด

วันเสาร์ อาทิตย์

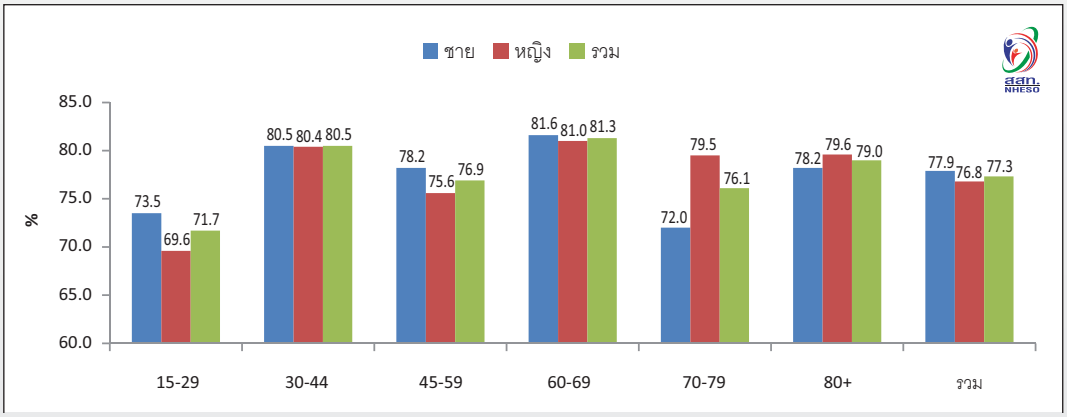
- ประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปกินอาหารนอกบ้านอย่างน้อย 1 มื้อในช่วงวันเสาร์หรืออาทิตย์ กลุ่มอายุ 15-29 ปี กินอาหารนอกบ้านในวันเสาร์อาทิตย์มากที่สุด
- แหล่งอาหารนอกบ้าน ที่กินบ่อยที่สุดในช่วง สุดสัปดาห์คือ ร้านอาหารตามสั่ง รองลงมาคือซื้ออาหารปรุงเสร็จ
- เมื่ออายุมากขึ้นแหล่งอาหารนอกบ้านที่กินบ่อยคือการซื้ออาหารปรุงสุกสำเร็จมากกว่ากินตามร้านอาหารตามสั่ง

พฤติกรรมการกินอาหาร

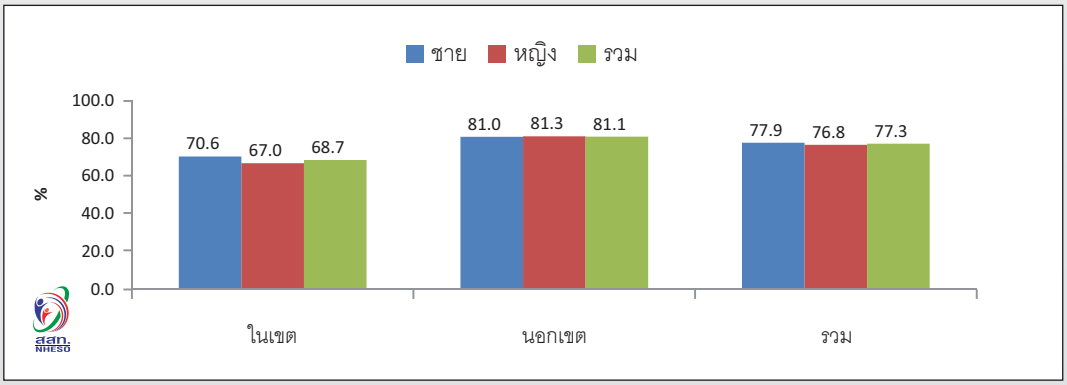
อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อชีวิตและสถานะสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร ได้แก่ปริมาณอาหารและประเภทของอาหารที่บริโภค ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมการเลือกประเภทอาหาร องค์ประกอบของอาหาร และวิธีการประกอบอาหาร การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในครั้งที่ 4 นี้ได้สำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภค โดยสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการกิน จำนวนมื้อ และการเลือกแหล่งอาหาร

การสำรวจพฤติกรรมการกินอาหารของประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าร้อยละ 77.3 กินอาหารครบ 3 มื้อ ผู้ที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลกินอาหารครบ 3 มื้อมากกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล (ร้อยละ 81.1 และ 68.7 ตามลำดับ) และพบว่าผู้ที่อาศัยในภาคใต้และกรุงเทพฯ มีสัดส่วนของคนที่กินอาหารครบ 3 มื้อน้อยกว่าคนในภาคอื่นโดยเฉพาะผู้หญิงในกรุงเทพฯ มีเพียงร้อยละ 59.4 ที่กินอาหารครบ 3 มื้อ ดังแสดงในรูปที่ 4.4.1-4.4.3

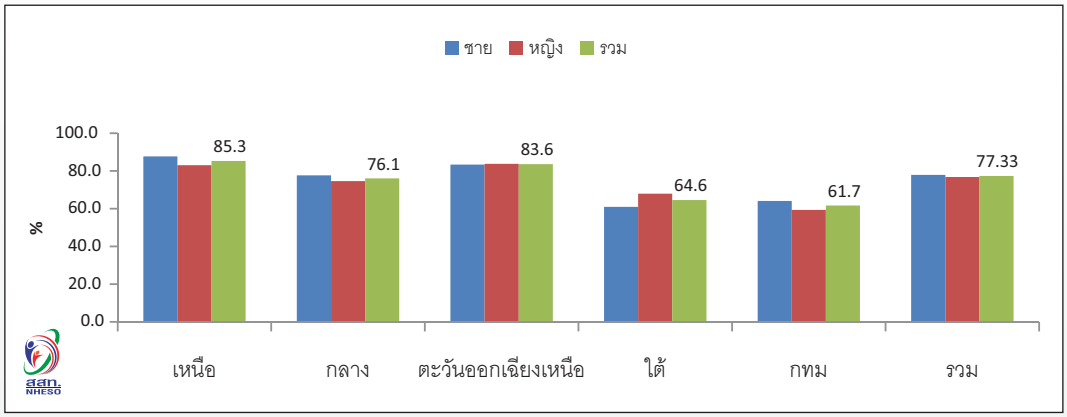
รูปที่ 4.4.1 ร้อยละของผู้ที่กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และอายุ



รูปที่ 4.4.2 ร้อยละของผู้ที่กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและเขตปกครอง



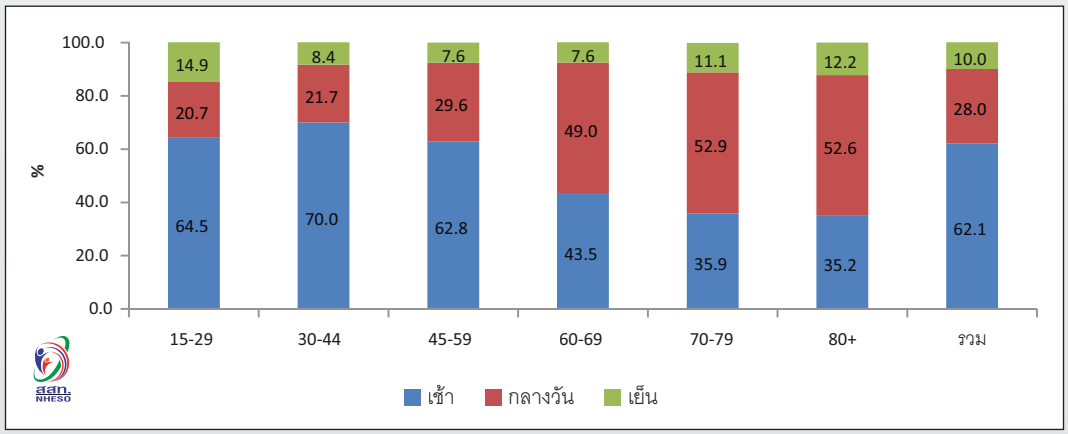
รูปที่ 4.4.3 ร้อยละของผู้ที่กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวันในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและภาค



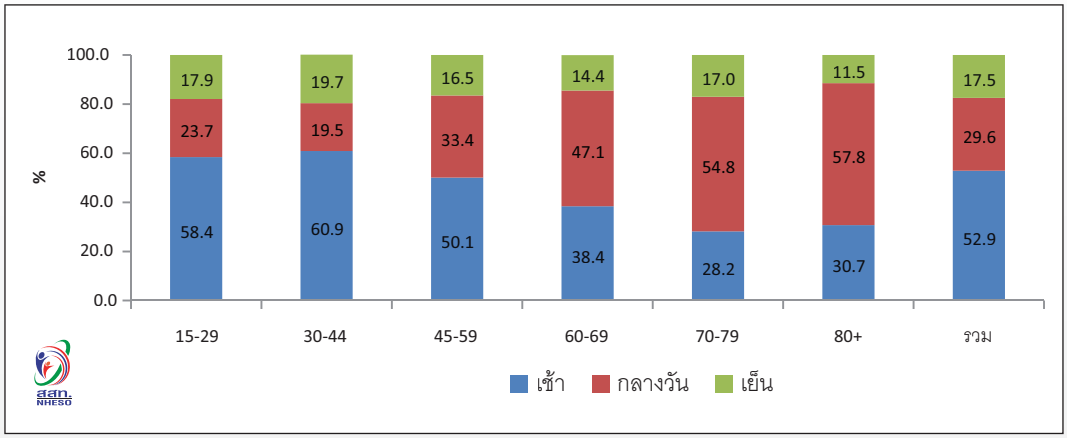
มื้ออาหารที่งด

อาหารเช้าเป็นมื้อที่มีการงดมากที่สุดในประชากรไทยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ในขณะที่ผู้สูงอายุ (≥60 ปี) งดอาหารมื้อกลางวันมากกว่ามื้อเช้า จากการสำรวจยังพบว่า ร้อยละ 15 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปงดอาหารมื้อเย็น เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างเพศในกลุ่มที่อดอาหารพบว่าผู้ชายอดอาหารมื้อเช้าในสัดส่วนที่สูงกว่าสัดส่วนในเพศหญิง ในขณะที่ผู้หญิงอดอาหารมื้อเย็นในสัดส่วนที่สูงกว่า เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเขตปกครองและภูมิภาคที่อาศัย พบว่ารูปแบบการงดอาหารมื้อเช้า/กลางวัน/เย็น มีลักษณะใกล้เคียงกัน ดังแสดงใน รูปที่ 4.4.4-4.4.7

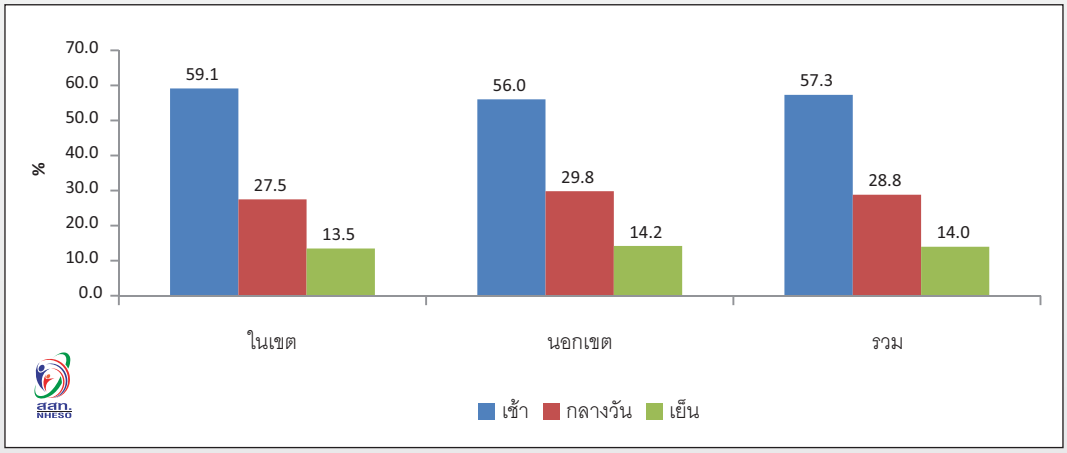
รูปที่ 4.4.4 ร้อยละของผู้ที่งดอาหารมื้อเช้า/กลางวัน/เย็น ในประชากรเพศชายอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ



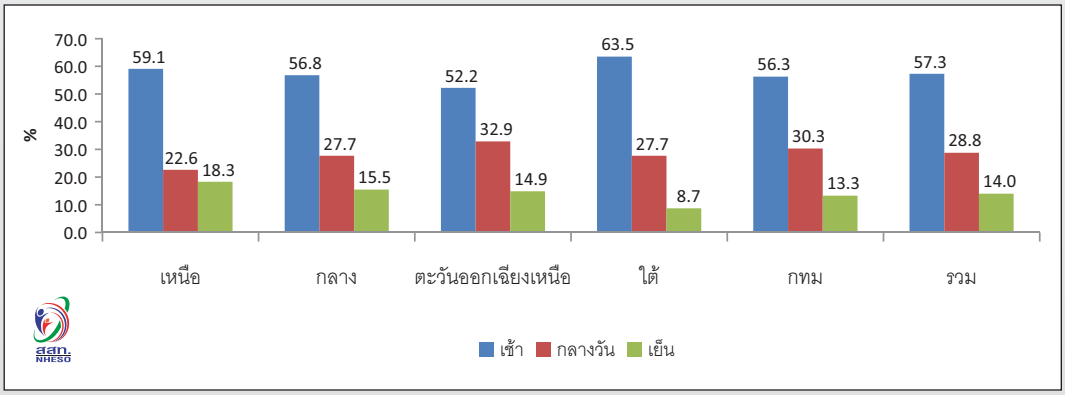
รูปที่ 4.4.5 ร้อยละของผู้ที่งดอาหารมื้อเช้า/กลางวัน/เย็น ในประชากรเพศหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ



รูปที่ 4.4.6 ร้อยละของผู้ที่งดมื้ออาหาร เช้า/กลางวัน/เย็น ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตปกครอง



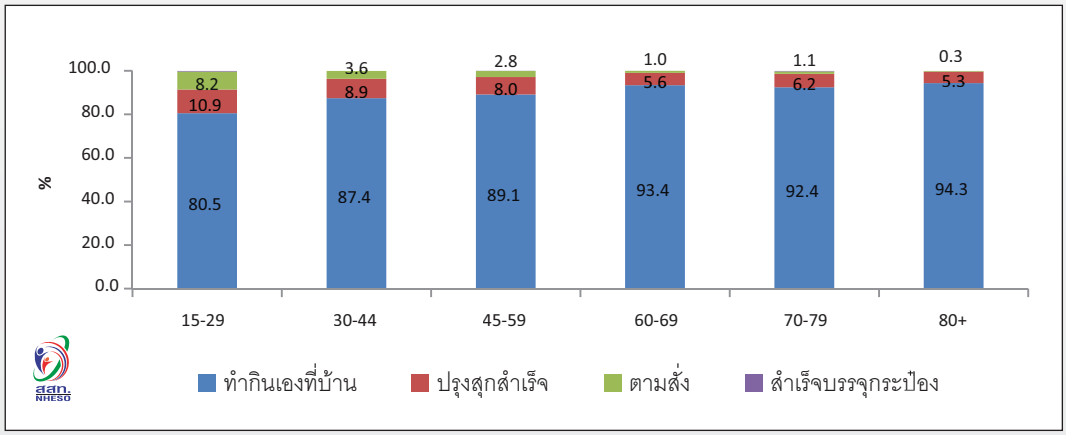
รูปที่ 4.4.7 ร้อยละของผู้ที่งดอาหารมื้อ เช้า/กลางวัน/เย็น ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตปกครอง



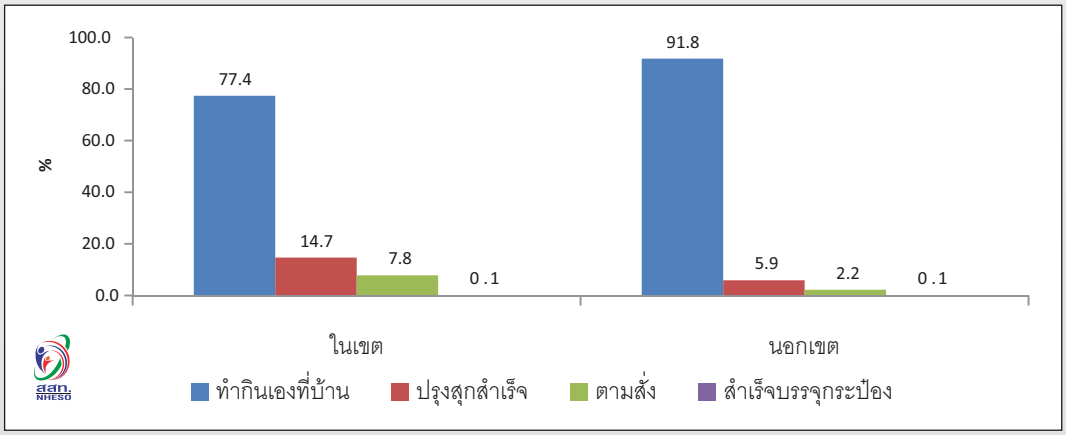
ประเภทอาหารมื้อเย็นที่กินบ่อยที่สุดในวันทำงาน

ประชากรไทย 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) กินอาหารมื้อเย็นที่ทำกินเองที่บ้าน รองลงมาคือร้อยละ 12 กินอาหารจากแหล่งอาหารนอกบ้าน โดยส่วนใหญ่เป็นการซื้ออาหารปรุงสุกสำเร็จและอาหารตามสั่งตามร้านอาหาร โดยผู้สูงอายุ (≥60 ปี) มีสัดส่วนของการกินอาหารเย็นที่ทำกินเองสูงกว่าคนอายุน้อยกว่า 60 ปี ผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลมีการกินอาหารมื้อเย็นจากอาหารนอกบ้านมากกว่าผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลเกือบ 3 เท่า (ร้อยละ 22.6 และ 8.2) ดังแสดงในรูปที่ 4.4.8-4.4.9 เมื่อพิจารณาภูมิภาคที่อาศัยพบว่า ผู้ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนการกินมื้อเย็นจากอาหารนอกบ้านมากที่สุด (ร้อยละ 30) รองลงมาคือภาคกลาง ร้อยละ 15.5 ส่วนภาคอื่นๆ มีเพียงร้อยละ 8-9 ดังแสดงในรูปที่ 4.4.10

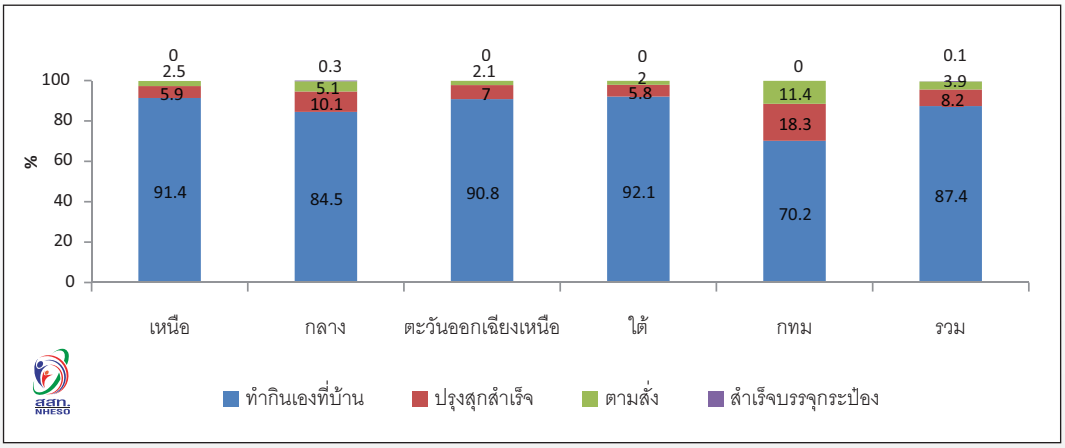
รูปที่ 4.4.8 ร้อยละของผู้ที่กินอาหารมื้อเย็นประเภทต่างๆ ในวันทำงาน ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ



รูปที่ 4.4.9 ร้อยละของผู้ที่กินอาหารมื้อเย็นประเภทต่างๆ ในวันทำงาน ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตปกครอง



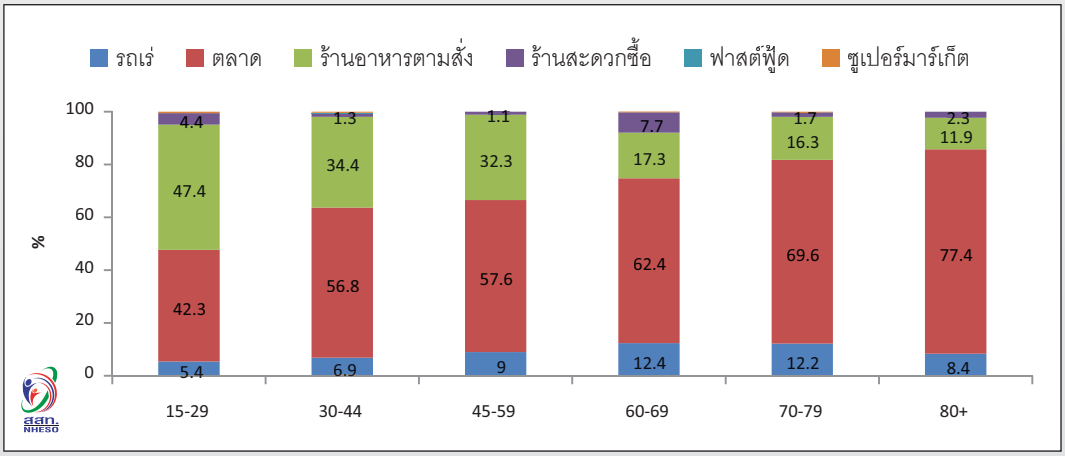
รูปที่ 4.4.10 ร้อยละของผู้ที่กินอาหารมื้อเย็นประเภทต่างๆในวันทำงาน ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค



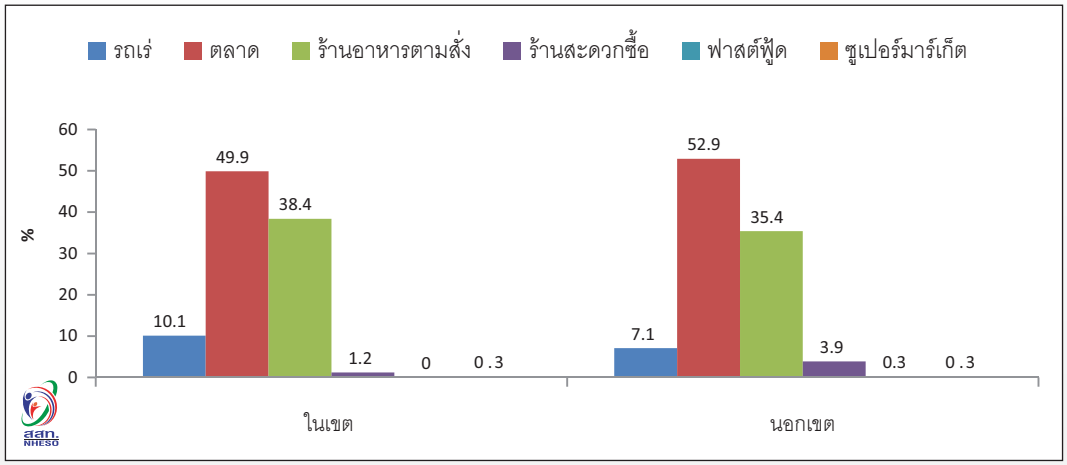
แหล่งอาหารมื้อเย็นนอกบ้านที่มีการกินมากที่สุดในวันทำงาน

โดยภาพรวมแหล่งอาหารเย็นนอกบ้านที่มีการกินมากที่สุดคือ ร้านอาหารในตลาด รองลงมาคือ ร้านอาหารตามสั่ง แหล่งอาหารมื้อเย็นที่กินนอกบ้านมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุ โดยช่วงอายุ 15-29 ปี กินร้านอาหารตามสั่งมากที่สุด รองลงมาคือ ร้านอาหารในตลาด และรถเร่ ส่วนกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป เลือกกินอาหารที่ขายในตลาดมากที่สุดรองลงมาคือร้านอาหารตามสั่งและรถเร่ ส่วนที่กินอาหารจากร้านสะดวกซื้อ และแหล่งอื่นๆมีน้อย ดังแสดงในรูปที่ 4.4.11 เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเขตปกครองและภูมิภาคที่อาศัย พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในรูปที่ 4.4.12 - 4.4.13

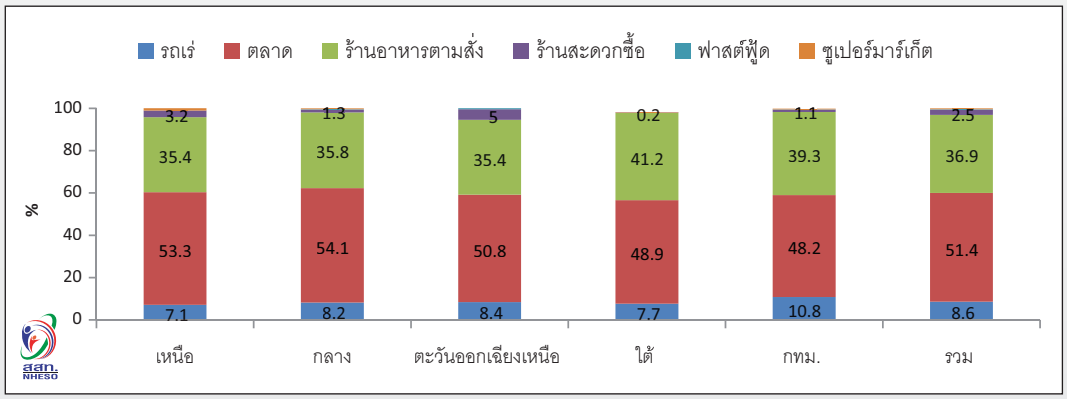
รูปที่ 4.4.11 ร้อยละของแหล่งอาหารมื้อเย็นที่กินบ่อยที่สุดในวันทำงาน ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ



รูปที่ 4.4.12 ร้อยละของแหล่งอาหารมื้อเย็นที่กินบ่อยที่สุดในวันทำงานของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตปกครอง



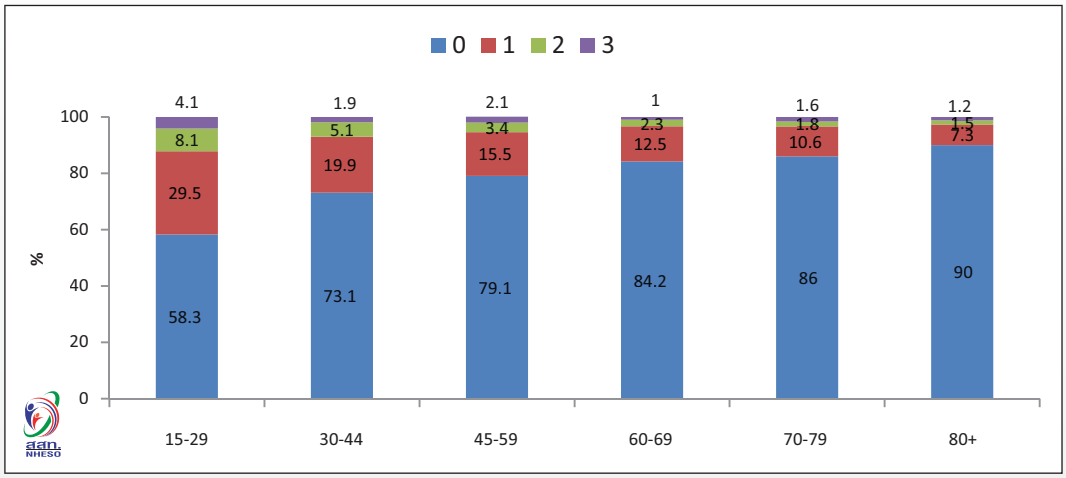
รูปที่ 4.4.13 ร้อยละของแหล่งอาหารมื้อเย็นนอกบ้านที่กินบ่อยที่สุดในวันทำงานของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค



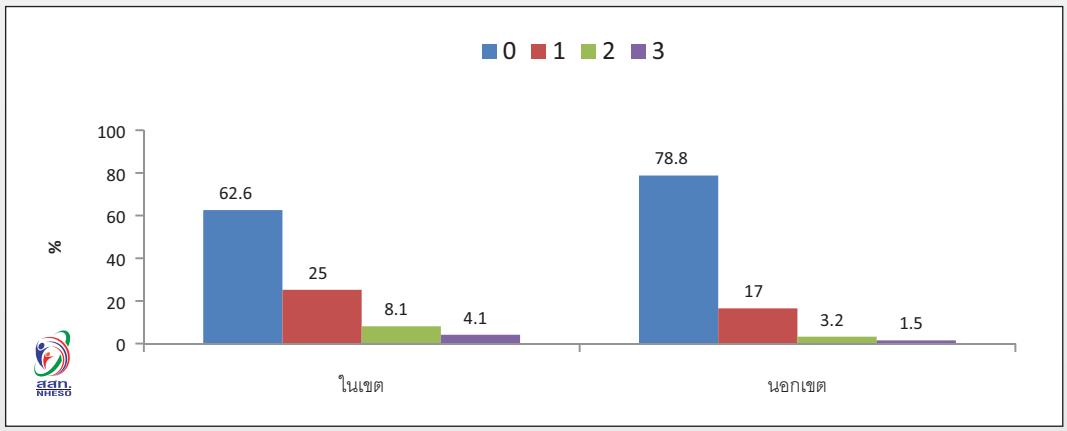
การกินอาหารนอกบ้านวันเสาร์หรืออาทิตย์

มากกว่า 1 ใน 4 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปกินอาหารนอกบ้านอย่างน้อย 1 มื้อในช่วงวันเสาร์หรืออาทิตย์ โดยกลุ่มอายุ 15-29 ปี กินอาหารนอกบ้านในวันเสาร์หรืออาทิตย์มากที่สุด (ร้อยละ 41.7) ดังแสดงในรูปที่ 4.4.14 ผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลมีการกินอาหารนอกบ้านอย่างน้อย 1 มื้อในวันเสาร์หรืออาทิตย์มากกว่าผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 37 และ 21.2) ดังแสดงในรูปที่ 4.4.15 และผู้ที่อาศัยในกรุงเทพมหานครกินอาหารนอกบ้านในวันเสาร์หรืออาทิตย์อย่างน้อย 1 มื้อมากที่สุด (ร้อยละ 42.3) รองลงมาคือ ภาคกลาง (ร้อยละ 30.5) สำหรับภาคเหนือและใต้มีสัดส่วนของการกินอาหารนอกบ้านใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 27) และต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 17.3) ดังแสดงในรูปที่ 4.4.16

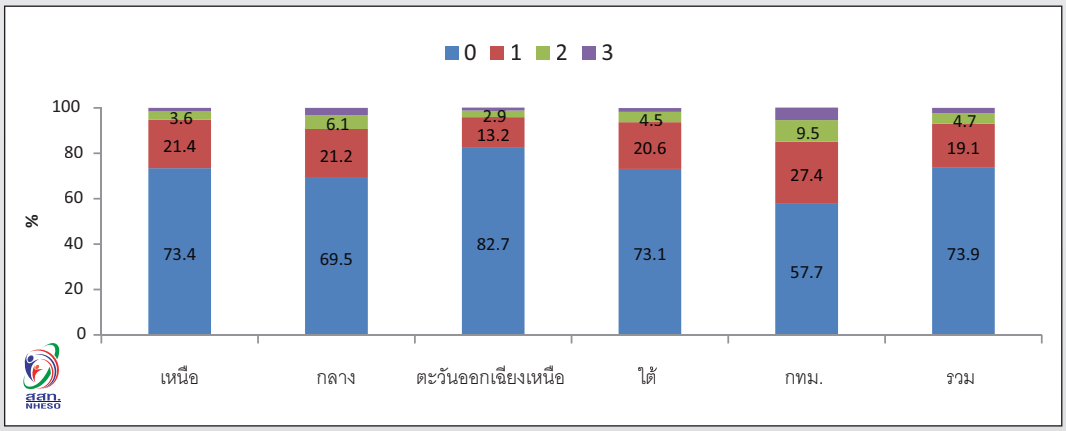
รูปที่ 4.4.14 ร้อยละของจำนวนมื้ออาหารหลักที่กินนอกบ้านในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ



รูปที่ 4.4.15 ร้อยละของจำนวนมื้ออาหารหลักที่กินนอกบ้านในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตปกครอง



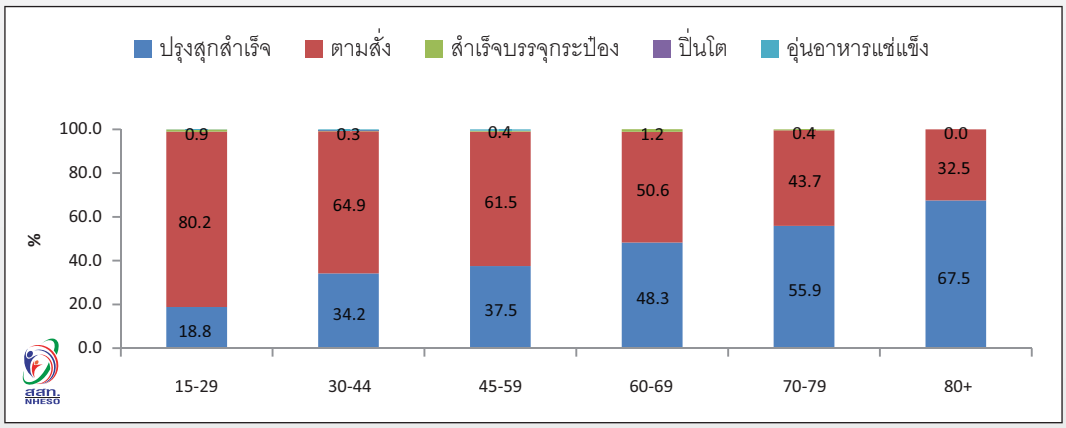
รูปที่ 4.4.16 ร้อยละของจำนวนมื้ออาหารหลักที่กินนอกบ้านในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค



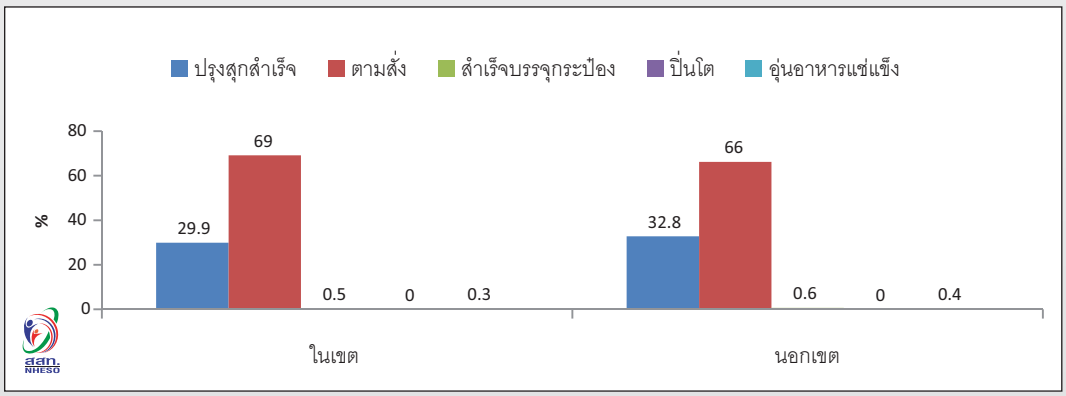
ประเภทอาหารนอกบ้านที่กินบ่อยที่สุดในวันเสาร์หรืออาทิตย์

ประเภทอาหารนอกบ้านที่ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กินบ่อยที่สุดในช่วงเสาร์หรืออาทิตย์คือ อาหารตามสั่ง รองลงมาคือ อาหารปรุงสุกสำเร็จ โดยกลุ่มอายุที่มีการกินอาหารตามสั่งมาก ได้แก่ กลุ่มอายุ 15-29 ปี และลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ดังแสดงในรูปที่ 4.4.17 เมื่อพิจารณาจำแนกตามเขตปกครอง ไม่พบความแตกต่างมากนักระหว่างในการเลือกประเภทอาหารนอกบ้านของผู้ที่อาศัยอยู่ในและนอกเขตเทศบาล ดังแสดงในรูปที่ 4.4.18 สำหรับการจำแนกตามภูมิภาค ผู้ที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกินอาหารนอกบ้านประเภทปรุงสุกสำเร็จในสัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่ผู้ที่อาศัยในภาคอื่นนิยมกินอาหารตามสั่งในสัดส่วนที่สูงกว่า ดังแสดงในรูปที่ 4.4.19

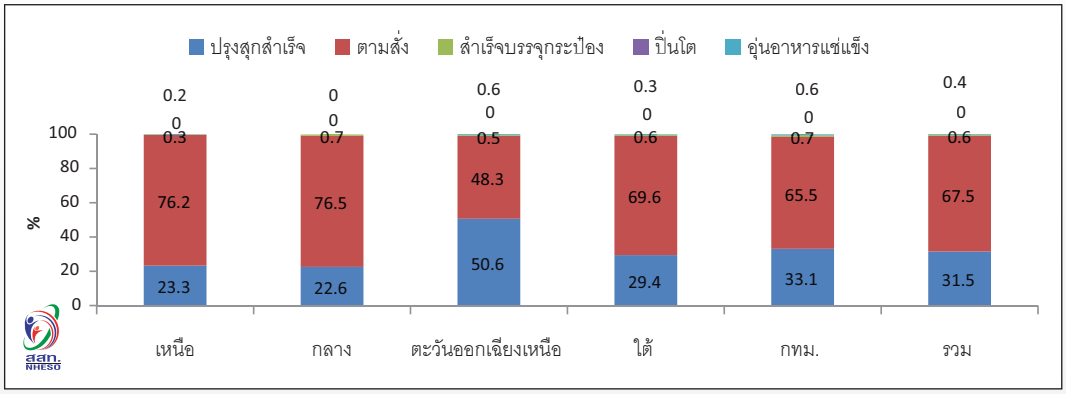
รูปที่ 4.4.17 ร้อยละของประเภทอาหารนอกบ้านที่กินบ่อยที่สุดในวันเสาร์หรืออาทิตย์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ



รูปที่ 4.4.18 ร้อยละของประเภทอาหารนอกบ้านที่กินบ่อยที่สุดในวันเสาร์หรืออาทิตย์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตปกครอง



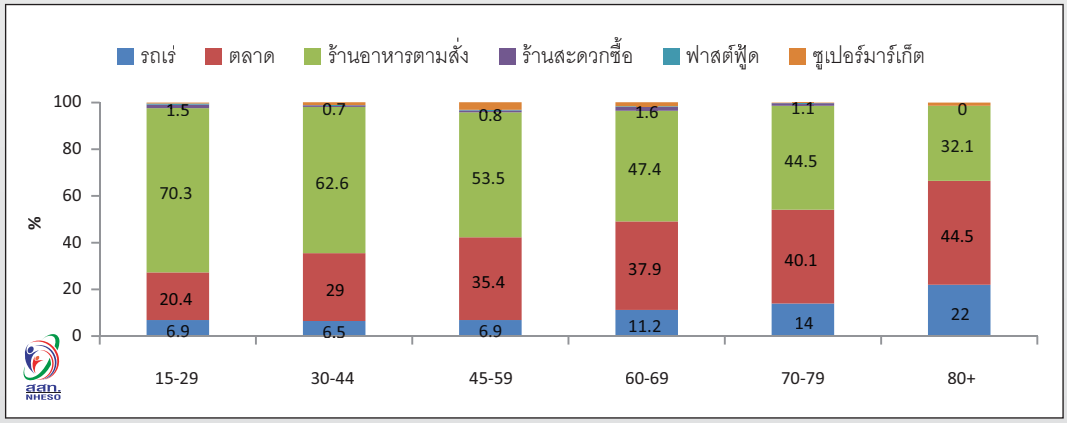
รูปที่ 4.4.19 ร้อยละของประเภทอาหารนอกบ้านที่กินบ่อยที่สุดในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค



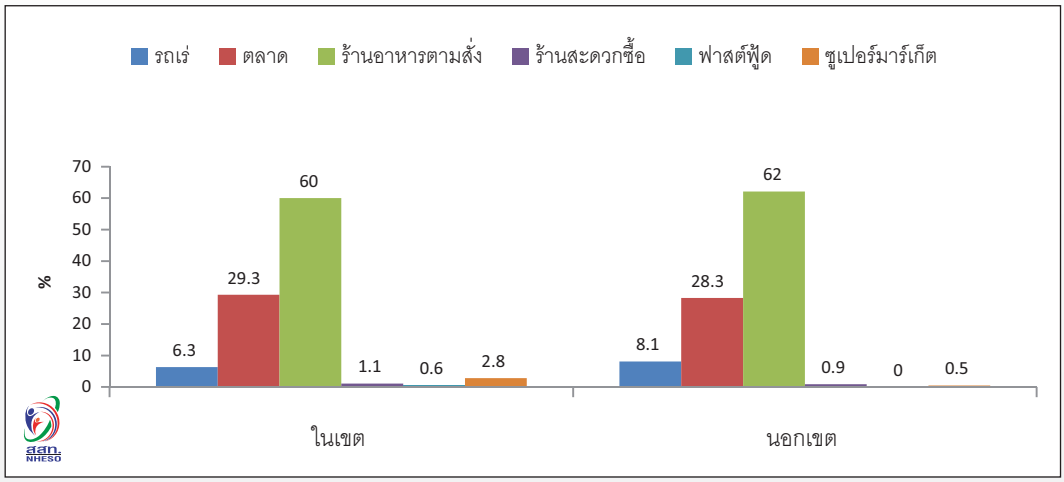
แหล่งอาหารนอกบ้านที่นิยมช่วงเสาร์หรืออาทิตย์

แหล่งอาหารนอกบ้านที่ประชากรไทยนิยมกินช่วงวันเสาร์หรืออาทิตย์ มีความแตกต่างจากวันทำงาน โดยในวันสุดสัปดาห์ แหล่งอาหารที่ประชากรไทยรับประทานบ่อยมากที่สุดคือ ร้านอาหารตามสั่ง รองลงมาคือ ร้านอาหารในตลาด และรถเร่ โดยสัดส่วนของการกินร้านอาหารตามสั่งลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปจะซื้ออาหารจากร้านอาหารในตลาดมากกว่า ดังแสดงในรูปที่ 4.4.20 นอกจากนี้ ยังพบว่า แหล่งอาหารนอกบ้านของคนในเขตและนอกเขตเทศบาลเลือกรับประทานไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในรูปที่ 4.4.21 แม้ว่าแหล่งอาหารนอกบ้านที่คนอาศัยในภาคต่างๆ นิยมกินช่วงเสาร์หรืออาทิตย์มากที่สุดคือ ร้านอาหารตามสั่ง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า สัดส่วนการกินอาหารตามสั่งนี้สูงที่สุดในภาคใต้ และต่ำที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างไรก็ตามยังมี 1 ใน 10 ของทั้งผู้ที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้กินอาหารจากรถเร่ ซึ่งสูงกว่าภาคอื่นๆ ดังแสดงในรูปที่ 4.4.22

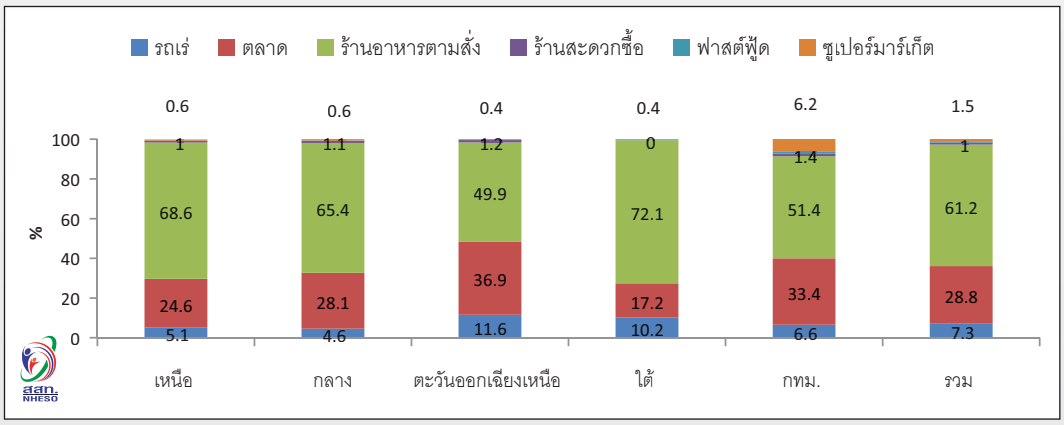
รูปที่ 4.4.20 ร้อยละของแหล่งอาหารมื้อหลักที่กินบ่อยในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ



รูปที่ 4.4.21 ร้อยละของแหล่งอาหารมื้อหลักที่กินบ่อยในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตปกครอง



รูปที่ 4.4.22 ร้อยละของแหล่งอาหารมื้อหลักที่กินบ่อยในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค



4.5 การกินผักผลไม้

สรุป

- บทนี้รายงานผลสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมการกินผัก และผลไม้ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป
- ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปกินผักเฉลี่ยวันละ 1.7 ส่วน (มัธยฐาน 1.4 ส่วน) ซึ่งต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้กินวันละ 3 ส่วน
- สัดส่วนของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 23.8 กินผักตั้งแต่ 3 ส่วนขึ้นไปต่อวัน
- ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กินผลไม้เฉลี่ยวันละ 1.5 ส่วน (มัธยฐาน 1 ส่วน) ต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้กินวันละ 2 ส่วน คิดเป็นร้อยละ 28.2 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กินผลไม้ตั้งแต่ 2 ส่วนขึ้นไปต่อวัน
- ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กินผักและผลไม้เฉลี่ยวันละ 3 ส่วน (มัธยฐาน 2.4 ส่วน) ต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้กิน 5 ส่วนต่อวัน
- สัดส่วนของประชากรที่กินผักและผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำ (ตั้งแต่ 5 ส่วนขึ้นไป) มีเพียงร้อยละ 17.7 (ชายร้อยละ 16.9 หญิงร้อยละ 18.5)
- สัดส่วนของการกินผักและผลไม้เพียงพอตามกลุ่มอายุพบว่า ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ที่กินผักและผลไม้วันละตั้งแต่ 5 ส่วนขึ้นไป มีเพียงไม่เกินร้อยละ 10
- สัดส่วนของประชากรที่กินผักและผลไม้เพียงพอ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 18.5 และ 17.4)
- เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่าสัดส่วนของคนที่กินผักและผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำ (ตั้งแต่ 5 ส่วนขึ้นไป) ภาคใต้มีสัดส่วนสูงสุด คือ ร้อยละ 26.5 ส่วนภาคอื่นๆ มีสัดส่วนน้อยกว่า ร้อยละ 20

เมื่อเปรียบเทียบกับการกินผักผลไม้ในการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 3 พศ. 2547 พบว่า

- สัดส่วนการกินผักและผลไม้อย่างเพียงพอตามข้อแนะนำ (ตั้งแต่ 5 ส่วนขึ้นไป) ไม่เพิ่มขึ้นในการสำรวจครั้งที่ 4 ปี 2552 นี้ โดยสัดส่วนการกินผักและผลไม้เพียงพอในปี 2547 เท่ากับร้อยละ 20 ในผู้ชาย และร้อยละ 24 ในผู้หญิง ในขณะที่ของการสำรวจครั้งที่ 4 นี้เท่ากับ ร้อยละ 16.9 และ 18.5 ตามลำดับ

การกินผักและผลไม้

การกินผักและผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอส่งผลดีต่อสุขภาพ ทั้งในด้านการป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเรื้อรังและโรคหรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของร่างกาย[9,10,11,12] ทั้งนี้เนื่องจากผักและผลไม้เป็นแหล่งสำคัญของวิตามิน, แร่ธาตุ, ใยอาหาร และพฤกษาเคมี (Phytochemicals) หลากหลายชนิด แม้ว่าหลักฐานการวิจัยหลายชิ้น ยืนยันบทบาทในการป้องกันโรคของผักและผลไม้ ประชากรทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ยังคงบริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าปริมาณที่แนะนำให้บริโภค[13] ดังนั้นในการสำรวจสภาวะสุขภาพคนไทยครั้งที่ 4 จึงได้ทำการสำรวจการกินผักและผลไม้ของประชากรไทยอายุ 2 ปีขึ้นไปใน 4 ภูมิภาค รวมทั้งกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาแบบแผนการบริโภคผักและผลไม้ ทั้งในด้านปริมาณและความเพียงพอ (หมายเหตุ: ความเพียงพอหมายถึง การกินผักและผลไม้ตามปริมาณที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน[14] โดยควรบริโภคทั้งผักและผลไม้ ≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน หรือบริโภคผัก ≥ 2 ส่วนมาตรฐานต่อวัน)

คำจำกัดความ

1. ผัก 1 หน่วยมาตรฐานธงโภชนาการ เท่ากับ ผักใบปรุงสุกแล้ว 1 ทัพพี หรือ ผักใช้ผล/หัว/ราก เช่น มะเขือเทศ แครอท ฟักทอง ข้าวโพด กะหล่ำดอก ถั่วฝักยาว หอมหัวใหญ่ 1 ทัพพี หรือผักใบเขียวสดไม่ผ่านการปรุงสุก 2 ทัพพี โดยเมื่อคำนวณเป็นส่วนมาตรฐาน ผัก 2 หน่วยมาตรฐานธงโภชนาการ เท่ากับผัก 1 ส่วนมาตรฐาน

2. ในส่วนของผัก การกำหนดส่วนบริโภคตามหน่วยมาตรฐานธงโภชนาการ (ทัพพี) เพื่อช่วยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถประเมินส่วนการกินผักใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

3. ผลไม้สด 1 ส่วนมาตรฐาน เท่ากับ มะละกอ แตงโม หรือสับปะรด 6-8 คำ หรือ กล้วยน้ำว้า 1 ผลเล็ก หรือ กล้วยหอม 1/2 ผลกลาง หรือส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ หรือ 2 ผลกลาง หรือ เงาะ 4 ผล

---

[9] Hung HC, Joshipura KJ, Jiang R, Hu FB, Hunter D, Smith-Warner SA;et al. Fruit and vegetable intake and risk of major chronic disease. J Natl Cancer Inst. 2004; 96: 1557-1584

[10] Genkinger JM, Platz EA, Hoffman SC, Comstock GW, Helzlsouer KJ. Fruit, Vegetable and antioxiadant intake and all-cause, cancer and cardiovascular disease mortality in a community-dwelling population in Washingtom County, Maryland. Am J Epidemiol. 2004; 160:1223-1233

[11] Villegas R, Shu XO, Gao Yt, Yang G, Elasy T, Li H, et al. Vegetable but not fruit consumption and oral cancer: a meta-analysis of observational studies. Am J Clin Nutr. 2006 ;83: 1126-1134

[12] Wu H, Dai Q, Shrubsole MJ, Ness RM, Schlundt D, Smalley WE, et al. Fruit and vegetable intakes are associated with lower risk of colorectal adenomas. J Nutr. 2009; 139:340-4

[13] World Health Organization. The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: Wolrd Health Organization 2002

[14] World Health Organization. Fruit and vegetable promotion initiative: A meeting report, Geneva, 25-27 August 2003. Geneva: World Health Organization, 2003

การกินผัก

ประชากรไทยอายุ 15 ขึ้นไปกินผักในปริมาณเฉลี่ยต่อวันละ 1.7 ส่วน (ค่ามัธยฐาน = 1.4 ส่วน) ซึ่งต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้กินวันละมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ส่วน เพศชายและหญิงกินผักในปริมาณเฉลี่ยเท่ากันคือ 1.7 ส่วนต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุพบว่า เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นมีการกินผักลดลง นอกจากนี้พบว่าผู้ที่อาศัยในและนอกเขตเทศบาลมีการกินผักเฉลี่ยต่อวันในปริมาณที่เท่ากันคือ 1.7 ส่วน (ค่ามัธยฐาน = 1.4 ส่วน) ภาคที่มีการกินผักโดยเฉลี่ยต่อวันละมากที่สุดคือ ภาคใต้ (2.1 ส่วน) รองลงมาคือภาคเหนือ (1.9 ส่วน) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (1.6 ส่วน) กรุงเทพมหานคร (1.6 ส่วน) และภาคกลาง (1.5 ส่วน) ดังแสดงในตารางที่ 4.5.1

การกินผลไม้

ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กินผลไม้ในปริมาณเฉลี่ยต่อวัน 1.5 ส่วน (ค่ามัธยฐาน = 1.0 ส่วน) เพศชายและหญิงกินผลไม้ในปริมาณเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 1.4 และ 1.5 ส่วนต่อวันตามลำดับ เช่นเดียวกับการกินผัก เมื่อมีอายุมากขึ้นมีการกินผลไม้ในปริมาณที่ลดลง ผู้ที่อาศัยในและนอกเขตเทศบาลมีการกินผลไม้เฉลี่ยต่อวันในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน (1.6 และ 1.5 ส่วนต่อวันตามลำดับ) เมื่อพิจารณาตามภาค พบว่าภาคใต้กินผลไม้มากที่สุดเช่นกัน รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร ดังแสดงในตารางที่ 4.5.2

การกินผักและผลไม้

เมื่อพิจารณารวมการกินผักและผลไม้ พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีการกินผักและผลไม้รวมในปริมาณเฉลี่ย 3.0 ส่วนต่อวัน (ค่ามัธยฐาน = 2.4 ส่วนต่อวัน) เพศหญิงกินผักและผลไม้รวมในปริมาณเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกับเพศชาย (3.1 และ 3.0 ส่วนต่อวัน ตามลำดับ) ปริมาณเฉลี่ยในการกินผักและผลไม้ต่อวันของผู้ที่อาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาลใกล้เคียงกัน (3.1 และ 3.0 ส่วน ตามลำดับ) คนในภาคใต้กินผักและผลไม้ในปริมาณเฉลี่ยสูงสุด (3.6 ส่วนต่อวัน) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (3.3 ส่วนต่อวัน) ดังแสดงในตารางที่ 4.5.3

ตารางที่ 4.5.1 ปริมาณการกินผักของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ต่อวัน (ส่วนต่อวัน) จำแนกตามเพศ อายุ เขตปกครอง และภาค

	ชาย				หญิง				รวม			
	n	Median	Mean	SD	n	Median	Mean	SD	n	Median	Mean	SD
อายุ (ปี)												
15-29	1,300	1.3	1.7	1.1	1,257	1.3	1.6	1.1	2,557	1.3	1.6	1.1
30-44	1,812	1.5	1.8	1.1	2,156	1.5	1.8	1.1	3,968	1.5	1.8	1.1
45-59	1,949	1.5	1.8	1.1	2,383	1.5	1.8	1.2	4,332	1.5	1.8	1.1
60-69	2,419	1.3	1.7	2.6	2,492	1.3	1.5	2.1	4,911	1.3	1.6	2.3
70-79	1,499	1.0	1.3	2.1	1,596	1.0	1.3	2.1	3,095	0.9	1.3	2.1
80+	415	1.0	1.3	2.3	469	0.8	1.1	1.8	884	1.4	1.2	2.0
เขตปกครอง												
ในเขตเทศบาล	4,941	1.3	1.7	1.8	5,751	1.5	1.7	1.9	10,692	1.4	1.7	1.8
นอกเขตเทศบาล	4,453	1.5	1.8	1.1	4,602	1.4	1.7	1.1	9,055	1.4	1.7	1.1
ภาค												
เหนือ	2,204	1.5	1.9	1.5	2,325	1.5	1.8	1.5	4,529	1.5	1.9	1.5
กลาง	2,305	1.0	1.5	1.2	2,408	1.0	1.5	1.2	4,713	1.0	1.5	1.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2,118	1.1	1.7	1.1	2,249	1.0	1.6	1.1	4,367	1.1	1.6	1.1
ใต้	1,965	1.5	2.1	1.9	2,151	1.5	2.1	2.0	4,116	1.5	2.1	2.0
กรุงเทพฯ	802	1.0	1.6	1.2	1,220	1.3	1.6	1.5	2,022	1.1	1.6	1.4
รวมทั้งประเทศ	9,394	1.4	1.7	1.4	10,353	1.4	1.7	1.4	19,747	1.4	1.7	1.4

ตารางที่ 4.5.2 ปริมาณการกินผลไม้ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ต่อวัน (ส่วนต่อวัน) จำแนกตามเพศ อายุ เขตปกครอง และภาค

	ชาย				หญิง				รวม			
	n	Median	Mean	SD	n	Median	Mean	SD	n	Median	Mean	SD
อายุ (ปี)												
15-29	1,210	1.1	1.6	1.2	1,204	1.3	1.7	1.2	2,414	1.1	1.7	1.2
30-44	1,718	1.0	1.4	1.1	2,052	1.1	1.6	1.2	3,770	1.0	1.5	1.1
45-59	1,813	0.9	1.4	1.1	2,271	1.0	1.5	1.3	4,084	1.0	1.4	1.2
60-69	2,222	0.9	1.4	2.6	2,309	0.9	1.3	2.4	4,531	0.9	1.4	2.5
70-79	1,399	0.9	1.2	2.3	1,491	0.7	1.2	2.2	2,890	0.9	1.2	2.2
80+	391	0.9	1.1	2.4	447	0.9	1.2	2.2	838	0.9	1.2	2.3
เขตปกครอง												
ในเขตเทศบาล	4,650	1.0	1.5	1.9	5,469	1.0	1.6	2.1	10,119	1.0	1.6	2.0
นอกเขตเทศบาล	4,103	0.9	1.4	1.1	4,305	0.9	1.5	1.2	8,408	0.9	1.5	1.1
ภาค												
เหนือ	2,150	0.9	1.4	1.5	2,253	1.0	1.6	1.6	4,403	1.0	1.5	1.5
กลาง	2,186	0.9	1.3	1.3	2,323	0.9	1.4	1.4	4,509	0.9	1.4	1.4
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,887	0.9	1.4	1.2	2,057	1.0	1.4	1.1	3,944	0.9	1.4	1.1
ใต้	1,764	1.0	1.7	2.0	1,973	1.1	1.9	2.1	3,737	1.1	1.8	2.1
กรุงเทพฯ	766	0.9	1.5	1.3	1,168	1.0	1.7	1.7	1,934	1.0	1.6	1.5
รวมทั้งประเทศ	8,753	0.9	1.4	1.3	9,774	1.0	1.5	1.4	18,527	1.0	1.5	1.4

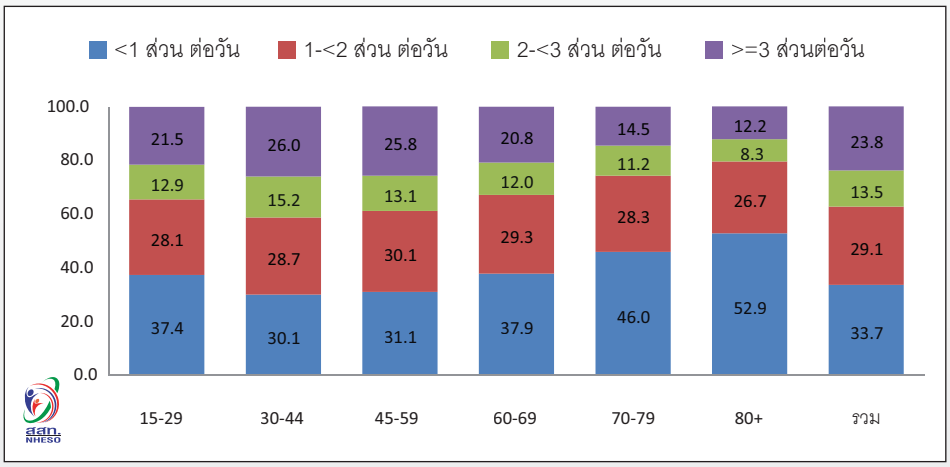
ตารางที่ 4.5.3 ปริมาณการกินผักและผลไม้ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ต่อวัน (ส่วนต่อวัน) จำแนกตามเพศ อายุ เขตปกครอง และภาค

	ชาย				หญิง				รวม			
	n	Median	Mean	SD	n	Median	Mean	SD	n	Median	Mean	SD
อายุ (ปี)												
15-29	1,335	2.6	3.1	1.7	1,293	2.7	3.2	1.8	2,628	2.6	3.1	1.7
30-44	1,861	2.9	3.1	1.7	2,215	3.0	3.2	1.8	4,076	2.9	3.2	1.7
45-59	1,987	2.4	3.0	1.6	2,441	2.9	3.2	1.8	4,428	2.6	3.1	1.8
60-69	2,468	2.4	2.9	4.0	2,540	2.4	2.7	3.4	5,008	2.4	2.8	3.7
70-79	1,549	1.9	2.4	3.5	1,637	2.0	2.3	3.2	3,186	1.9	2.4	3.3
80+	432	1.9	2.2	3.7	486	1.7	2.2	3.0	918	1.8	2.2	3.3
เขตปกครอง												
ในเขตเทศบาล	5,061	2.4	3.0	2.8	5,904	2.6	3.1	3.0	10,965	2.5	3.1	2.9
นอกเขตเทศบาล	4,571	2.4	3.0	1.7	4,708	2.4	3.1	1.7	9,279	2.4	3.0	1.7
ภาค												
เหนือ	2,244	2.6	3.2	2.2	2,358	2.7	3.3	2.3	4,602	2.6	3.3	2.3
กลาง	2,346	2.1	2.7	2.0	2,469	2.1	2.9	2.0	4,815	2.1	2.8	2.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2,178	2.3	2.9	1.7	2,304	2.3	2.8	1.6	4,482	2.3	2.9	1.7
ใต้	2,038	2.7	3.5	3.0	2,217	2.9	3.8	3.1	4,255	2.9	3.6	3.1
กรุงเทพฯ	826	2.2	3.0	1.9	1,264	2.7	3.1	2.5	2,090	2.5	3.1	2.2
รวมทั้งประเทศ	9,632	2.4	3.0	2.1	10,612	2.5	3.1	2.2	20,244	2.4	3.0	2.2

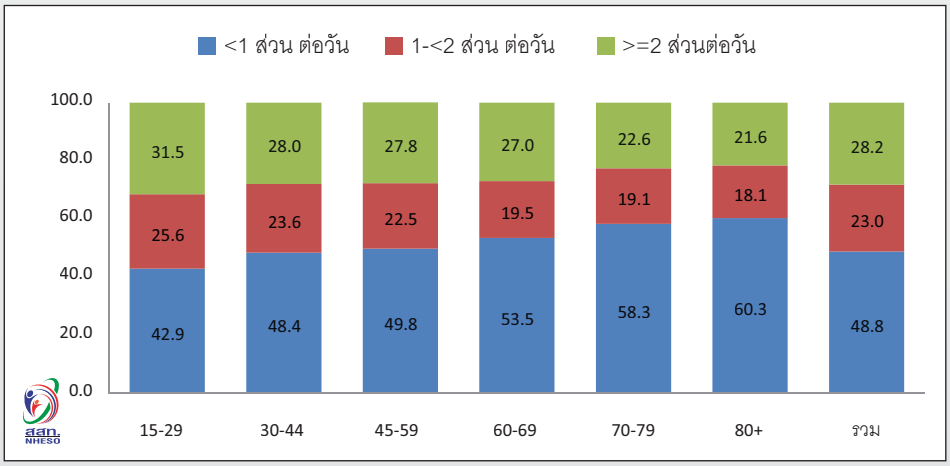
จำนวนส่วนของผักผลไม้ที่กินต่อวัน

เมื่อพิจารณาการกระจายของร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่กินผักและผลไม้ตามส่วนบริโภคต่อวัน พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 และ 1 ใน 2 ของประชากรไทยกินผักและผลไม้ตามลำดับในปริมาณที่น้อยกว่า 1 ส่วนมาตรฐานต่อวัน โดยแนวโน้มการกินผักและผลไม้ลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ดังแสดงในรูปที่ 4.5.1 และ 4.5.2

รูปที่ 4.5.1 ร้อยละการกินผักตามส่วนบริโภคต่อวัน ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ



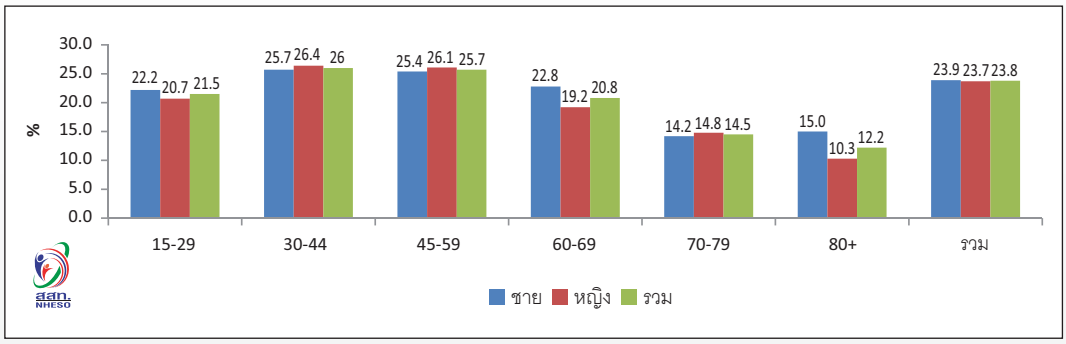
รูปที่ 4.5.2 ร้อยละการกินผลไม้ตามส่วนบริโภคต่อวันของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ



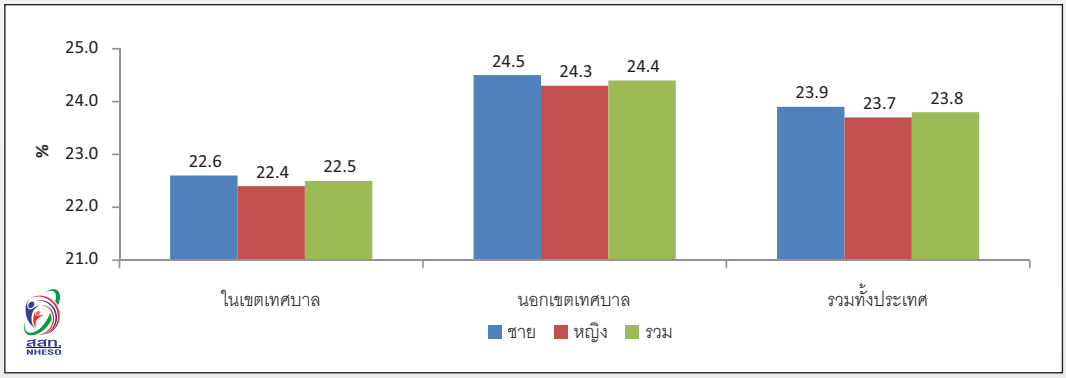
การกินผักตามปริมาณที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน

ร้อยละ 23.8 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กินผักเพียงพอตามข้อแนะนำ (≥3 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) เพศชายและหญิงมีสัดส่วนการกินผักเพียงพอใกล้เคียงกัน (23.9 และ 23.7 ตามลำดับ) ประมาณ 1 ใน 5 ของกลุ่มอายุ 15-29 ปี กินผักเพียงพอ สัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นและสูงสุดในกลุ่มอายุ 30-59 ปี จากนั้นสัดส่วนลดลงตามลำดับและต่ำสุดในผู้สูงวัยอายุ 80 ปีขึ้นไป ผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลที่กินผักเพียงพอตามข้อแนะนำสูงกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 24.4 และร้อยละ 22.5 ตามลำดับ) ภาคใต้มีสัดส่วนของการกินผักเพียงพอมากที่สุด (ร้อยละ 30.7) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (ร้อยละ 26.7) ดังแสดงในรูปที่ 4.5.3-4.5.5

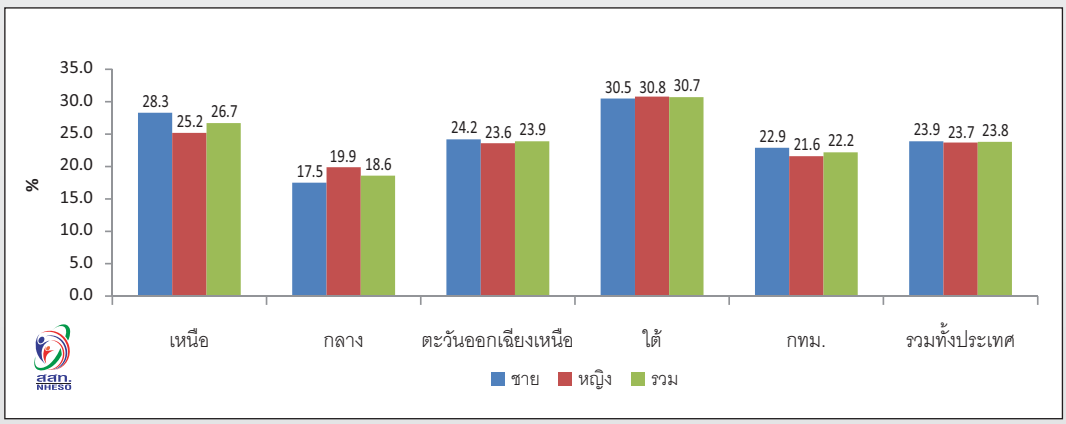
รูปที่ 4.5.3 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักเพียงพอตามข้อแนะนำ จำแนกตามเพศ และอายุ



รูปที่ 4.5.4 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักเพียงพอตามข้อแนะนำ จำแนกตามเพศ และเขตปกครอง



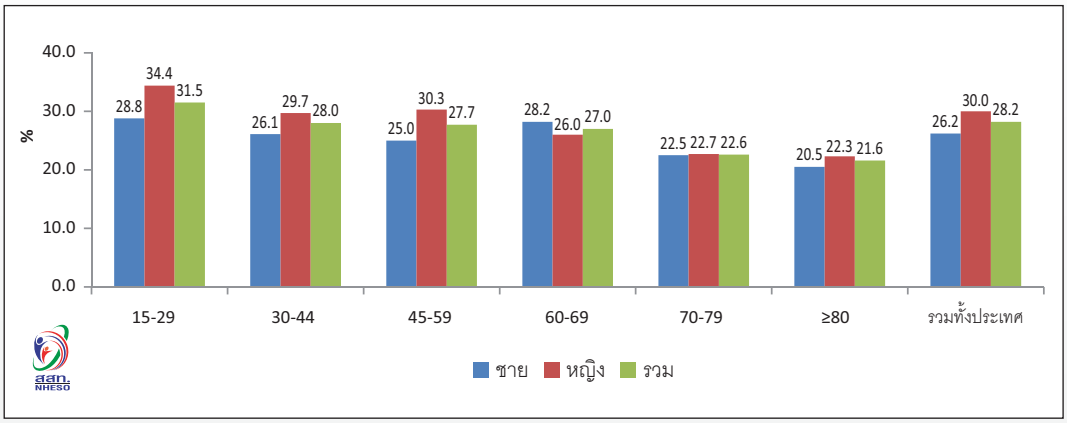
รูปที่ 4.5.5 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักเพียงพอตามข้อแนะนำ จำแนกตามเพศ และภาค



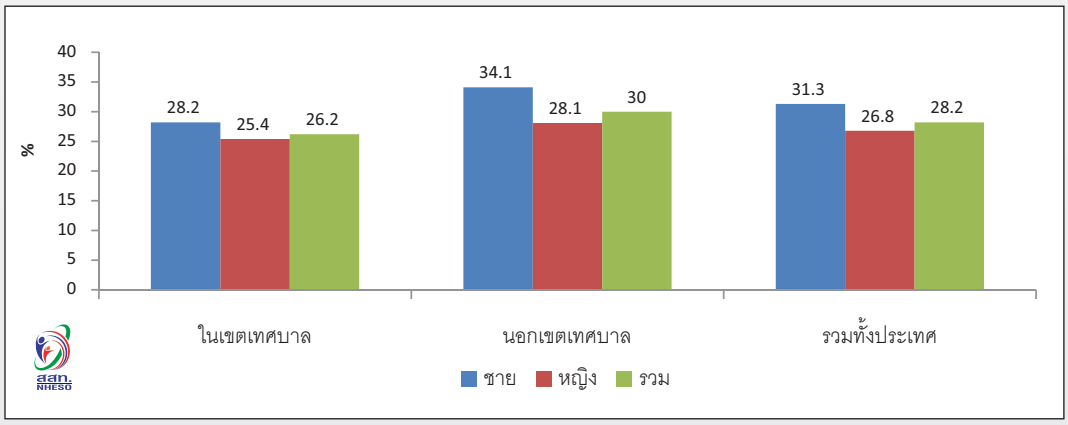
การกินผลไม้ตามปริมาณที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน

ร้อยละ 28.2 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กินผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำ (≥ 2 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) เพศหญิงกินผลไม้เพียงพอมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 30.0 และร้อยละ 26.2 ตามลำดับ) ผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลกินผลไม้เพียงพอมากกว่าผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 31.3 และร้อยละ 26.8 ตามลำดับ) นอกจากนี้มีความแตกต่างตามภูมิภาค โดยพบว่า ภาคใต้กินผลไม้เพียงพอสูงสุด คือ ร้อยละ 35.5 รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 31.6) ดังแสดงในรูปที่ 4.5.6-4.5.8

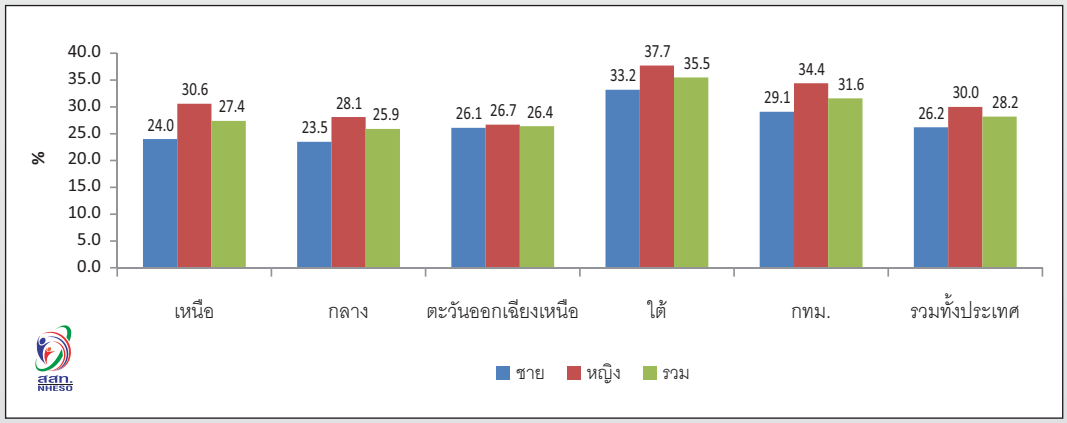
รูปที่ 4.5.6 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำ จำแนกตามเพศ และอายุ



รูปที่ 4.5.7 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำ จำแนกตามเพศ และเขตปกครอง



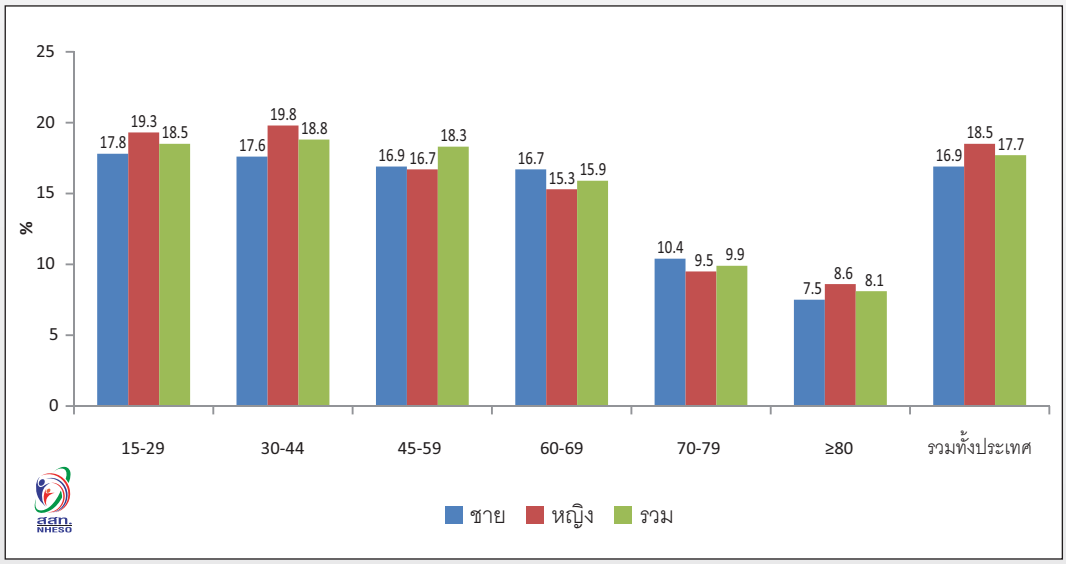
รูปที่ 4.5.8 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำ จำแนกตามเพศ และภาค



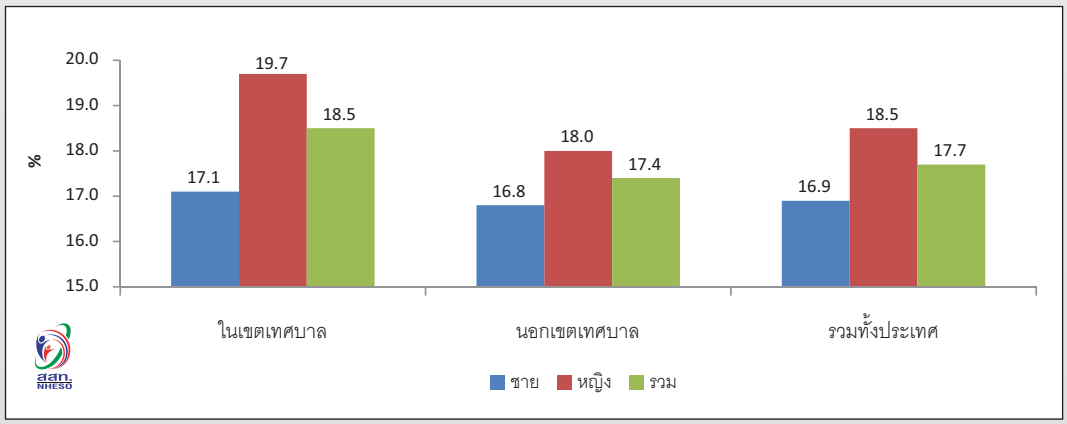
การกินผักและผลไม้ตามปริมาณที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน

น้อยกว่า 1 ใน 5 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กินผักและผลไม้เพียงพอตามปริมาณที่แนะนำให้บริโภค (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) เพศหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่กินผักและผลไม้เพียงพอมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 18.5 และร้อยละ 16.9 ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน ผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลกินเพียงพอมากกว่าผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 18.5 และร้อยละ 17.4 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาภูมิภาคที่อาศัย พบสัดส่วนของคนที่กินผักและผลไม้เพียงพอสูงสุดคือ ผู้ที่อาศัยในภาคใต้ (ร้อยละ 26.5) รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 19.5) ภาคเหนือ (ร้อยละ 18.6) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 15.7) และภาคกลาง (ร้อยละ 14.5) ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 4.5.9-4.5.11

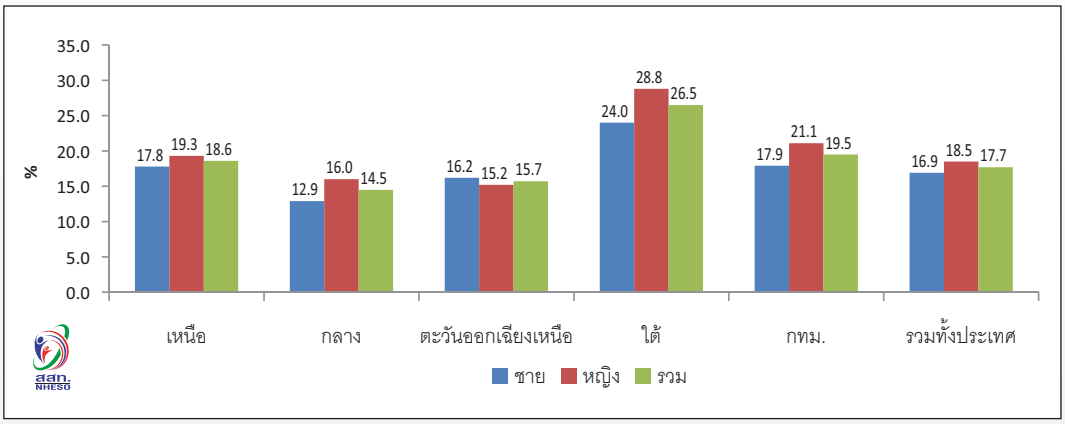
รูปที่ 4.5.9 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักและผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำจำแนกตามเพศ และอายุ



รูปที่ 4.5.10 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักและผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำจำแนกตามเพศ และเขตปกครอง



รูปที่ 4.5.11 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักและผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำจำแนกตามเพศ และภาค



4.6 การใช้ยาและอาหารเสริม

สรุป

- บทนี้สำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมการกินยาแก้ปวด ยาคลายเครียด ยาลูกกลอน อาหารเสริมและยาลดน้ำหนักในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป
- ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 2.3 กินยาแก้ปวดทุกวัน ผู้หญิงมีความชุกการกินยาแก้ปวดสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 2.8 และ 1.8) และสัดส่วนการกินยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น
- ประชากรที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 2.5) มีสัดส่วนการกินยาแก้ปวดสูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 1.8)
- ประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีร้อยละของคนกินยาแก้ปวดมากที่สุด (ร้อยละ 2.8) รองลงมาคือภาคกลาง (ร้อยละ 2.4)
- แหล่งที่ได้ยาแก้ปวดร้อยละ 60 ได้จากสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล อีก ร้อยละ 40 ได้จากร้านยา หรือร้านค้า
- ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 3.3 กินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับเป็นประจำ (รวมเมื่อมีอาการและไม่มีอาการ)โดยผู้หญิงมีความชุกของการกินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 4.5 และ 2.0) คนอาศัยในเขตเทศบาลมีความชุกการกินยาคลายเครียดสูงกว่าคนนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 3.7 และ 3.1)
- ประชากรในกรุงเทพฯ มีความชุกของกินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับสูงสุด (ร้อยละ 4.0) รองลงมาคือตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 3.8)
- แหล่งที่ได้รับยาคลายเครียดหรือยานอนหลับคือ จากสถานบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย และคลินิกเอกชน มีประมาณร้อยละ 10 ที่ได้รับยาจากร้านค้า ร้านขายยาต่างๆ
- ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ประชากรไทยร้อยละ 2.1 กินยาลูกกลอนเป็นประจำ และความชุกไม่มีความแตกต่างระหว่างชายและหญิง
- สาเหตุที่ทำให้กินยาลูกกลอนคือ ปวดข้อ ปวดเมื่อย(ร้อยละ 40.6) รองลงมาคือ บำรุงร่างกาย สาเหตุอื่น เช่น เป็นยาระบาย ท้องอืด ระบายลม และรักษาริดสีดวงทวาร รักษาความดันเลือด เบาหวาน อัมพฤกษ์และอัมพาต เป็นต้น
- แหล่งที่ได้ยาลูกกลอน ในคนที่กินยาลูกกลอนพบว่า มากกว่า 1 ใน 5 คนได้จากเพื่อน ญาติ คนรู้จัก รองลงมาคือได้จากร้านขายยา (ร้อยละ 17.8) และร้านค้า (ร้อยละ 17.0) ขายตรง (ร้อยละ 14.9) และวัด (ร้อยละ 6.5)
- ใน 30 วันที่ผ่านมา ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 14.8 กินอาหารเสริม ชายและหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 14.6 และ 1.5)
- แหล่งอาหารเสริม เกือบครึ่งหนึ่งได้จากร้านค้า (ร้อยละ 48.9) รองลงมาคือญาติ คนรู้จัก (ร้อยละ 15.0) การขายตรง (ร้อยละ 14.3) และร้านขายยา (ร้อยละ 11.9) ตามลำดับ
- ใน 30 วันที่ผ่านมา ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 1.1 กินยาลดความอ้วน โดยความชุกสูงที่สุดในผู้หญิงอายุ 15-29 ปี มีร้อยละ 4.9

- แหล่งยาลดน้ำหนัก ได้มาจากร้านยา (ร้อยละ 27.8) ร้านค้า (ร้อยละ 19.4) การขายตรง (ร้อยละ 11.4) และเพื่อน ญาติ คนรู้จัก (ร้อยละ 9.5) ตามลำดับ
- การเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 ความชุกของการใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำทุกวันของการสำรวจครั้งนี้ (ชายร้อยละ 1.8 และหญิง 2.8) พบว่า ต่ำกว่าที่พบในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 (ซึ่งพบ ชายร้อยละ 3.8 หญิง 4.9) ส่วนการใช้ยาคลายเครียดและยานอนหลับนั้นพบว่ามีการใช้ยาเป็นประจำใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 3.3 ซึ่งการสำรวจครั้งที่ 3 นั้นถามถึงการใช้ยาทุกวันมีพบว่าการกินยากล่อมประสาทและนอนหลับรวมร้อยละ 1.1 ในเพศชาย และ 1.5 ในเพศหญิง

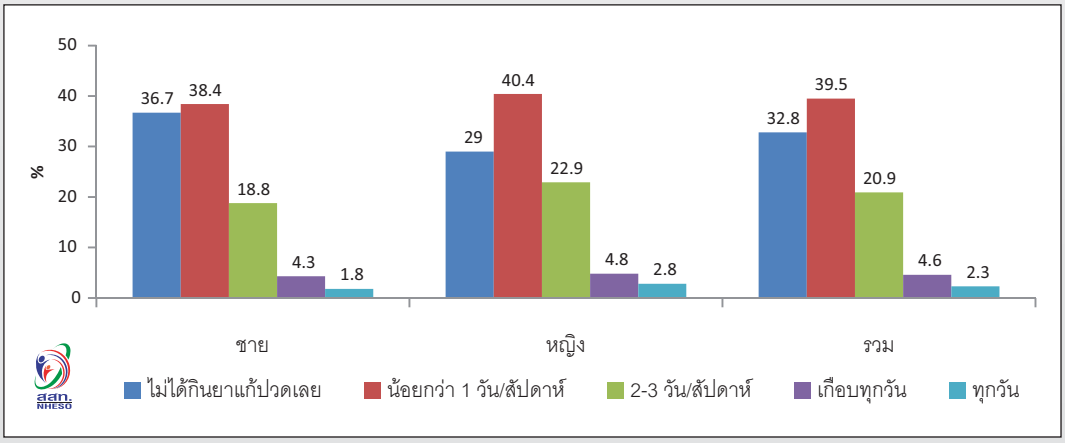
การใช้ยาและอาหารเสริม

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 มีการสัมภาษณ์การใช้ยาและอาหารเสริมของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป 5 ประเภท ได้แก่ 1) ยาแก้ปวด 2) ยาคลายเครียดหรือยานอนหลับ 3) ยาลูกกลอน 4) อาหารเสริม และ 5) ยาลดน้ำหนัก

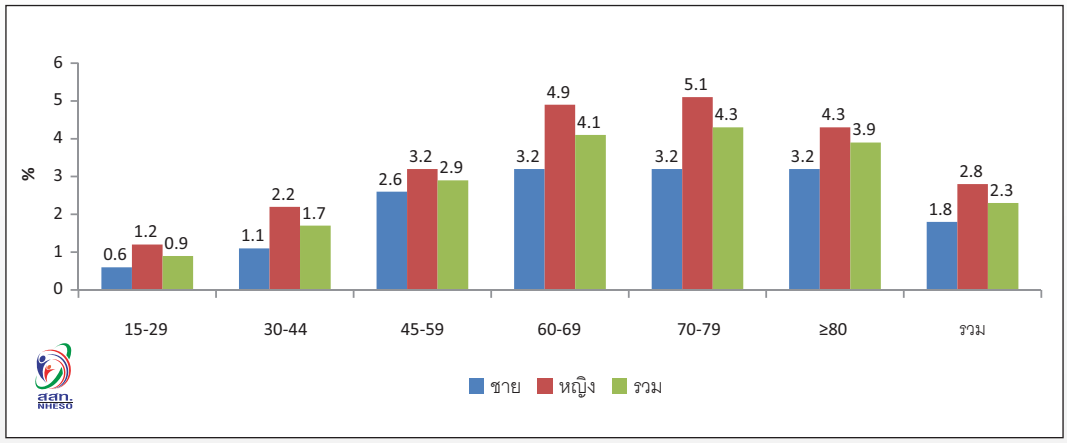
การกินยาแก้ปวด

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการกินยาแก้ปวดร้อยละ 67.2, ผู้หญิงมีความชุกของการกินยาแก้ปวดมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 71 และ 63.3 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาตามความถี่ในการกิน พบดังนี้คือ คนที่กินสัปดาห์ละ 2-3 วัน มีร้อยละ 20.9, กินเกือบทุกวัน มีร้อยละ 4.6 และกินทุกวัน ร้อยละ 2.3 (รูปที่ 4.6.1) พิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า ความชุกการกินยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นตามอายุ ที่เพิ่มขึ้นและสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี (รูปที่ 4.6.2)

รูปที่ 4.6.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่กินยาแก้ปวดจำแนกตามความถี่และเพศ



รูปที่ 4.6.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำ*ในจำแนกตามเพศ และอายุ

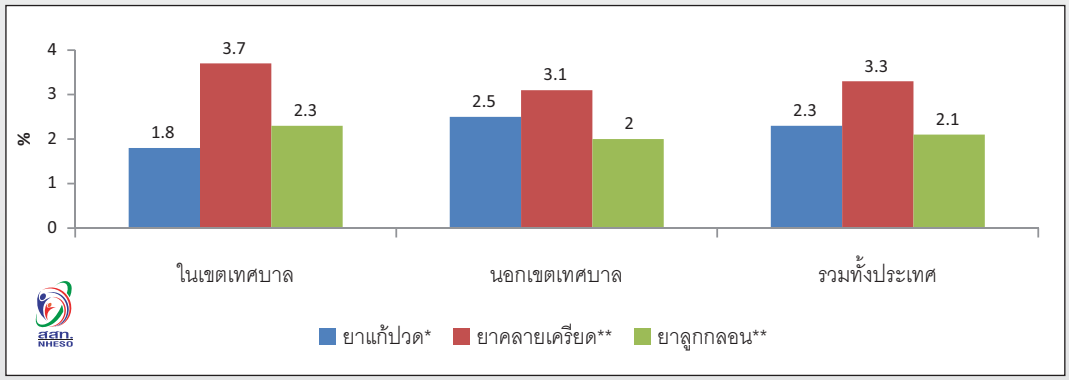


**ใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำทุกวันใน 1 เดือนที่ผ่านมา*

พฤติกรรมการกินยาแก้ปวดตามเขตที่อยู่อาศัย

เมื่อพิจารณาการกินยาแก้ปวดเป็นประจำ พบว่าคนอาศัยนอกเขตเทศบาลมีการกินยาแก้ปวดมากกว่าในเขตฯ (รูปที่ 4.6.3) การจำแนกตามภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของการกินยาแก้ปวดเป็นประจำมากที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง (รูปที่ 4.6.4)

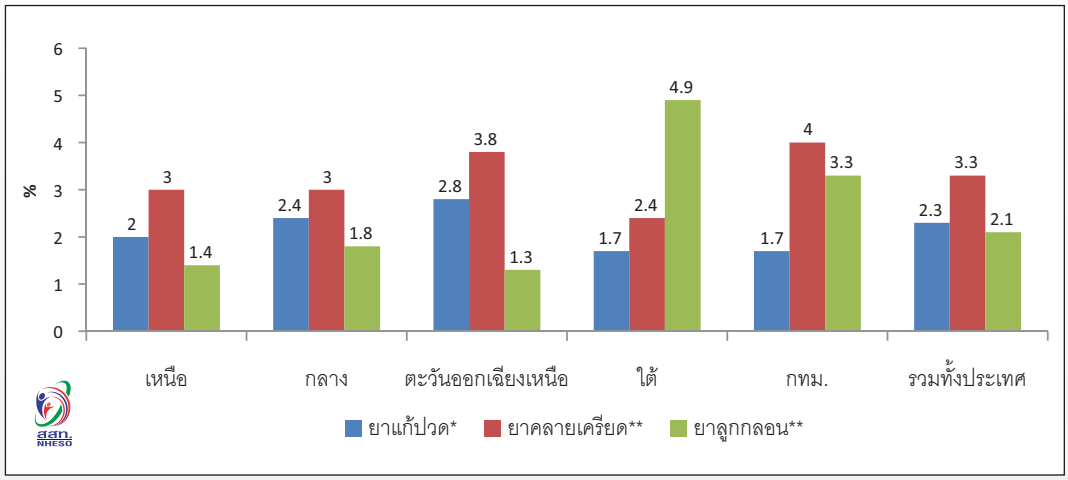
รูปที่ 4.6.3 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ใช้ยาแก้ปวด, คลายเครียดหรือยานอนหลับ และยาลูกกลอน เป็นประจำ จำแนกตามเขตปกครอง



**ใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำทุกวันใน 1 เดือนที่ผ่านมา*

*** ใช้เป็นประจำทั้งเมื่อมีอาการและไม่มีอาการ ใน 6 เดือนที่ผ่านมา*

รูปที่ 4.6.4 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ใช้ยาแก้ปวด, คลายเครียดหรือยานอนหลับ, และยาลูกกลอน เป็นประจำ จำแนกตามภาค



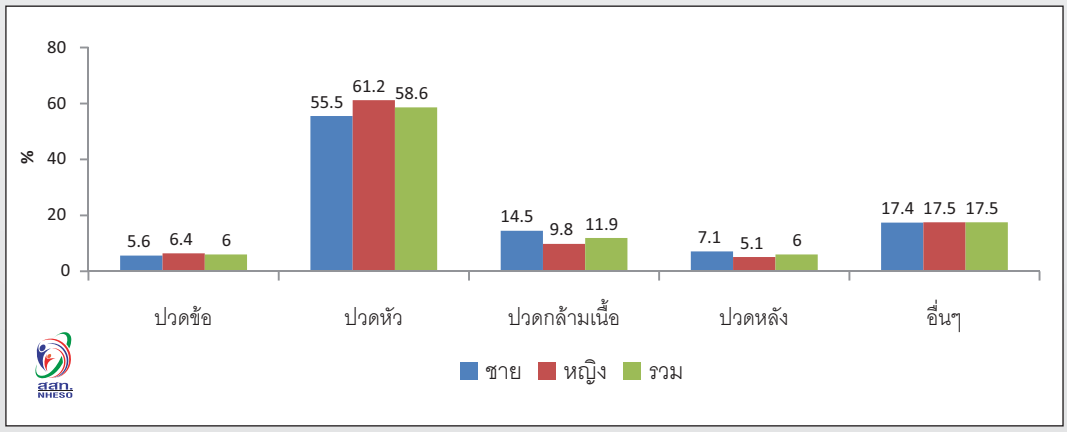
**ใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำทุกวันใน 1 เดือนที่ผ่านมา*

*** ใช้เป็นประจำทั้งเมื่อมีอาการและไม่มีอาการ ใน 6 เดือนที่ผ่านมา*

สาเหตุที่กินยาแก้ปวด

สำหรับสาเหตุที่กินยาแก้ปวดนั้น สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดหัว (ร้อยละ 58.6) รองลงมาคือปวดกล้ามเนื้อร้อยละ 11.9 และปวดข้อและปวดหลังในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 6) (รูปที่ 4.6.5)

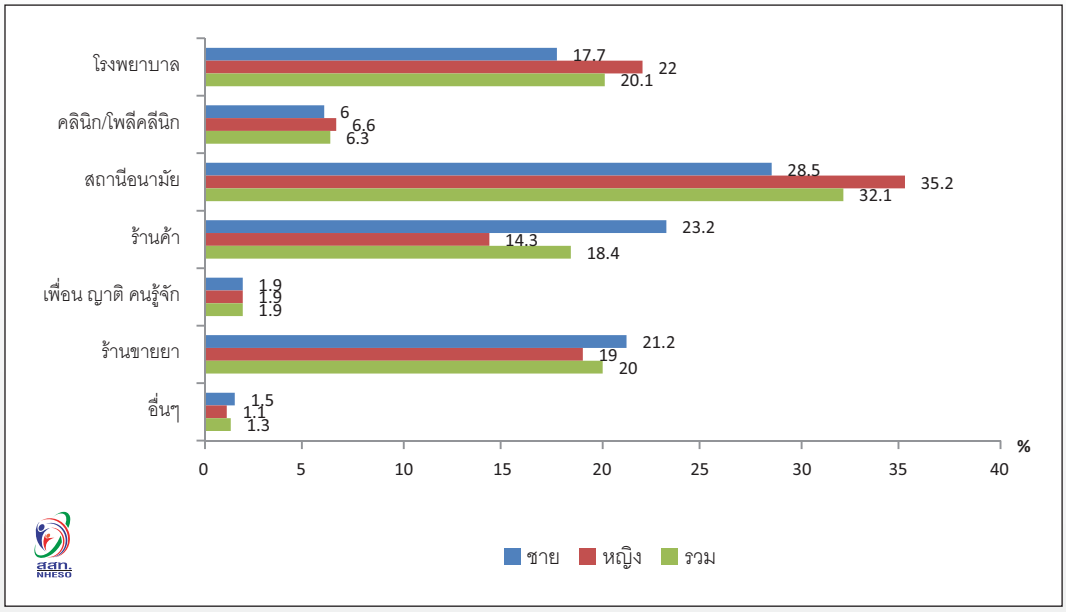
รูปที่ 4.6.5 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่กินยาแก้ปวดเนื่องจากอาการต่างๆ จำแนกตามเพศ



ได้รับยาแก้ปวดจากที่ใด

ประมาณ 6 ใน 10 คนที่กินยาแก้ปวดได้ยามาจากสถานบริการทางสุขภาพ คือร้อยละ 32 ได้จากสถานีอนามัย ร้อยละ 20 ได้จากโรงพยาบาล ส่วนอีก 4 ใน 10 คนได้จากร้านค้าและร้านขายยา (ร้อยละ 18.4 และ 20 ตามลำดับ) (รูปที่ 4.6.6)

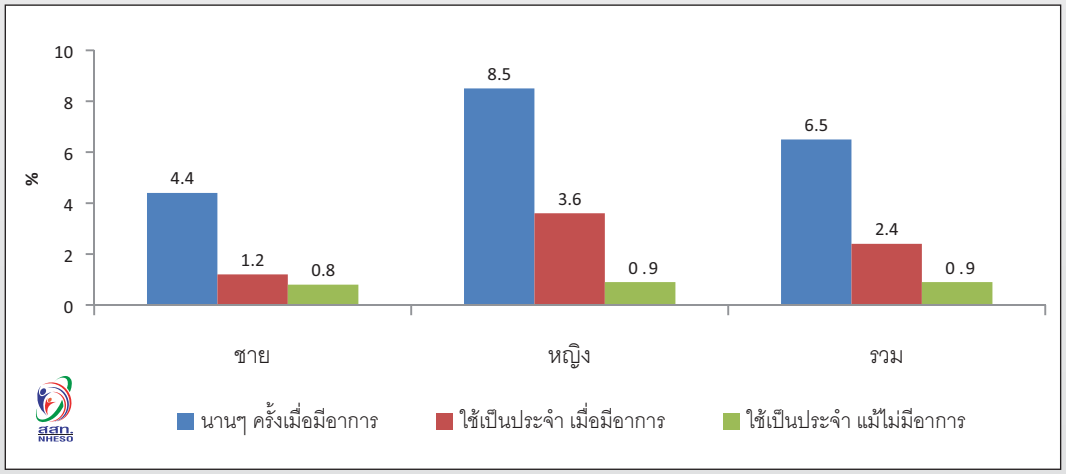
รูปที่ 4.6.6 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับยาแก้ปวดจากสถานที่ต่างๆ จำแนกตามเพศ



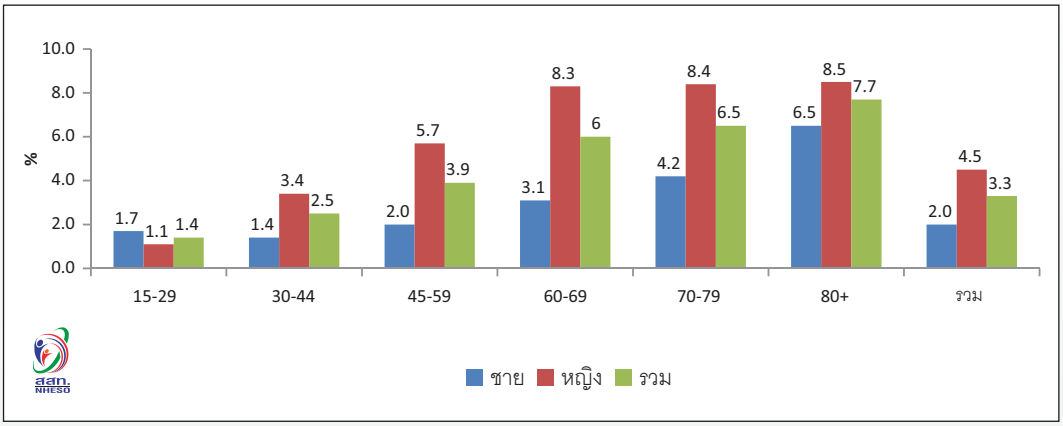
ยาคลายเครียดหรือยานอนหลับ

การกินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 9.8 ของประชากรไทยอายุ 15 ขึ้นไปเคยกินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับ และร้อยละ 3.3 กินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับเป็นประจำ โดยผู้หญิงมีความชุกของการกินเป็นประจำสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 4.5 และ 2.0) และความชุกของการใช้ยาเป็นประจำเพิ่มขึ้นตามอายุ (รูปที่ 4.6.7-4.6.8)

รูปที่ 4.6.7 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่กินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับ จำแนกตามความถี่ และเพศ



รูปที่ 4.6.8 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ใช้ยาคลายเครียดหรือยานอนหลับเป็นประจำ**ในจำแนกตามเพศ และอายุ



*** ใช้เป็นประจำทั้งเมื่อมีอาการและไม่มีอาการ ใน 6 เดือนที่ผ่านมา*

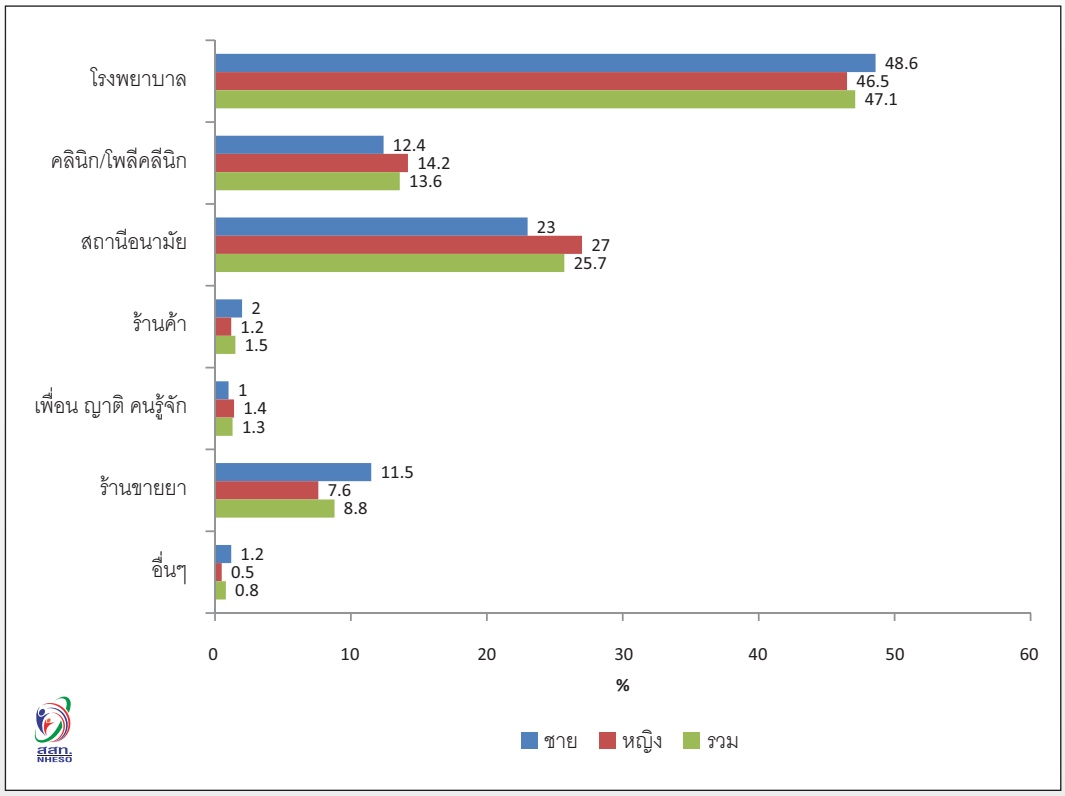
พฤติกรรมการกินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับตามเขตปกครอง

เมื่อพิจารณาการกินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับเป็นประจำ พบว่าคนในเขตเทศบาลมีการกินยาคลายเครียดมากกว่าคนที่อยู่นอกเขตเทศบาล (รูปที่ 4.6.3) และคนในกรุงเทพฯ มีความชุกของการกินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับสูงที่สุด รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (รูปที่ 4.6.4)

แหล่งได้รับยาคลายเครียดหรือยานอนหลับ

แหล่งที่ได้รับยาคลายเครียดหรือยานอนหลับนั้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) ได้รับจากสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล (ร้อยละ 47.1) สถานีอนามัย (ร้อยละ 25.7) คลินิก (ร้อยละ 13.6) ใบสั่งแพทย์ ร้อยละ 1.9 และมีร้อยละ 1.5 ที่ได้รับจากร้านค้า และ 2.1 ได้จากร้านขายยา (รูปที่ 4.6.9)

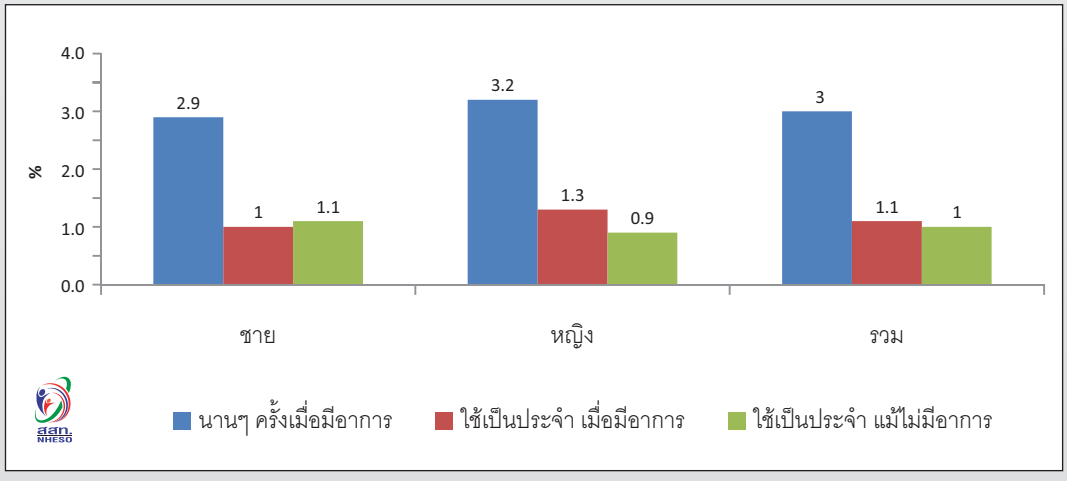
รูปที่ 4.6.9 สถานที่ได้รับยาคลายเครียดหรือยานอนหลับ จำแนกตามเพศ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)



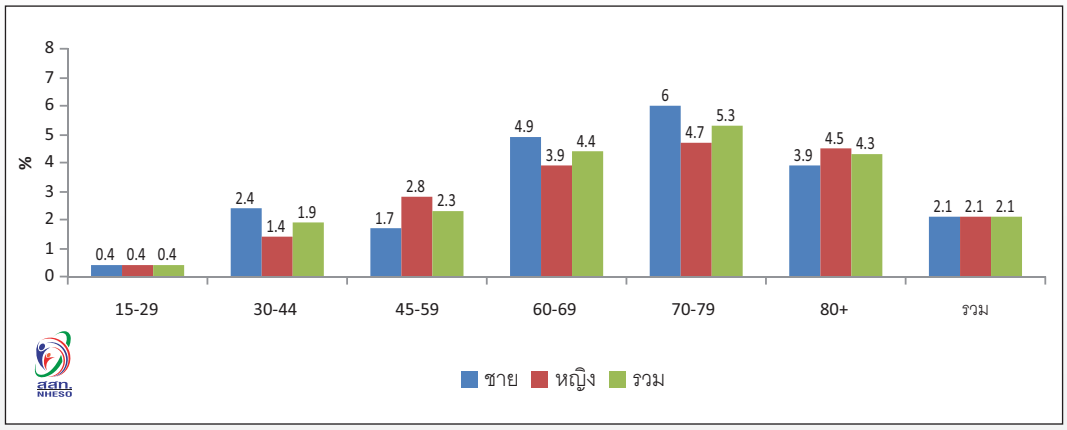
4.6.3 ยาลูกกลอน

ความชุกของการกินยาลูกกลอนในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมามีร้อยละ 4.2 โดยความชุกของการใช้เป็นประจำทั้งเมื่อมีอาการและไม่มีอาการมีร้อยละ 2.1 ความชุกในชายและหญิงไม่แตกต่างกัน แต่ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุและสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี (รูปที่ 4.6.10-4.6.11)

รูปที่ 4.6.10 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่กินยาลูกกลอนจำแนกตามความถี่และเพศ



รูปที่ 4.6.11 ร้อยละของการใช้ยาลูกกลอนเป็นประจำในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ อายุ**



*** ใช้เป็นประจำเมื่อมีอาการและไม่มีอาการ ใน 6 เดือนที่ผ่านมา*

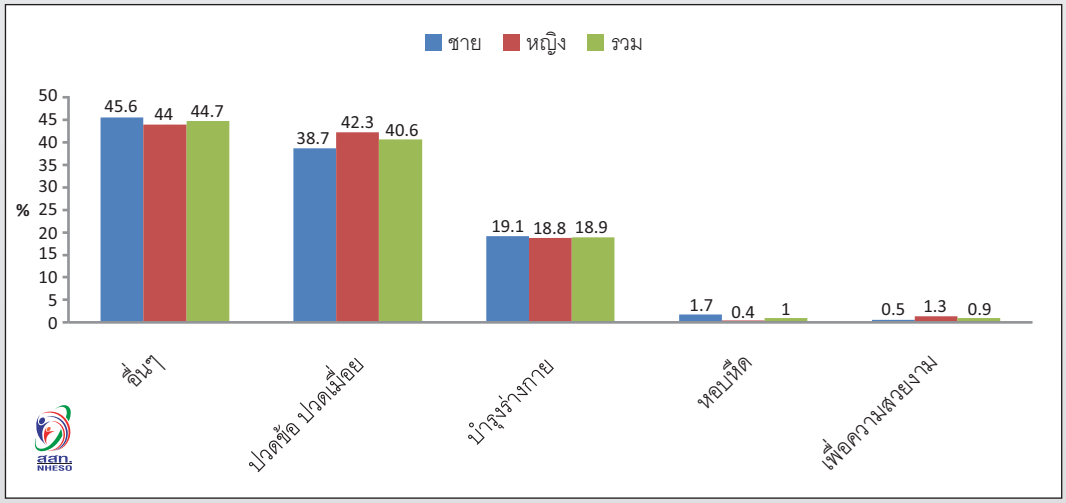
การกินยาลูกกลอนเป็นประจำตามเขตที่อยู่อาศัย

เมื่อพิจารณาการกินยาลูกกลอนเป็นประจำตามเขตที่อยู่อาศัย พบว่าคนในเขตเทศบาลกินยาลูกกลอนมากกว่าคนนอกเขตเทศบาล เล็กน้อย (รูปที่ 4.6.3) และภาคใต้มีการกินยาลูกกลอนเป็นประจำมากที่สุด (รูปที่ 4.6.4)

สาเหตุที่กินยาลูกกลอน

สาเหตุหลักของการกินยาลูกกลอนคือ เนื่องจากปวดข้อ ปวดเมื่อย (ร้อยละ 40.6) รองลงมาคือบำรุงร่างกาย (ร้อยละ 18.9) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่น เช่น เป็นยาระบาย ท้องอืด ระบายลม และรักษาริดสีดวงทวาร รักษาความดัน เบาหวาน อัมพฤกษ์และอัมพาต เป็นต้น (รูปที่ 4.6.12)

รูปที่ 4.6.12 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่กินยาลูกกลอนเนื่องจากอาการต่างๆ จำแนกตามเพศ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)



แหล่งได้รับยาลูกกลอน

ในกลุ่มคนที่กินยาลูกกลอนกว่า 1 ใน 5 คนได้จากเพื่อน ญาติ คนรู้จัก รองลงมาคือได้จากร้านขายยา (ร้อยละ 17.8) และร้านค้า (ร้อยละ 17.0) ขายตรง (ร้อยละ 14.9) และวัด (ร้อยละ 6.5)

อาหารเสริมและยาลดน้ำหนัก

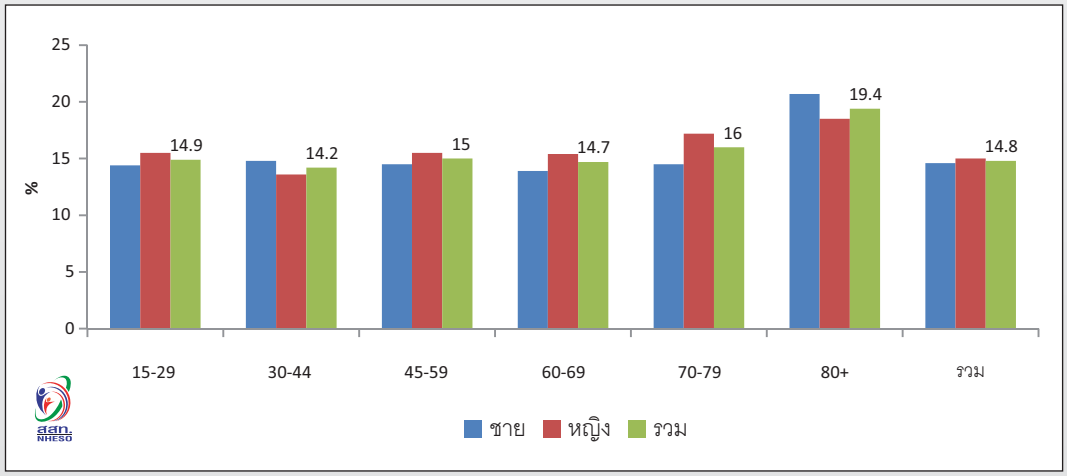
ใน 30 วันที่ผ่านมา ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 14.8 กินอาหารเสริม ความชุกของการกินอาหารเสริมในชายและหญิงไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 14.6 และ 15 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าความชุกของการกินอาหารเสริมในคนที่อายุน้อยกว่า 70 ปี มีความชุกใกล้เคียงกันทุกกลุ่มอายุ ความชุกสูงขึ้นในผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปและสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปี (ร้อยละ 19.4) (รูปที่ 4.6.13)

เมื่อพิจารณาจำแนกตามเขตปกครอง พบว่าคนที่อาศัยในเขตเทศบาลกินอาหารเสริม (ร้อยละ 21.3 และ 12) มากกว่าคนนอกเขตเทศบาล คนในกรุงเทพฯ มีความชุกของการกินอาหารเสริมมากที่สุด (ร้อยละ 23.4) (รูปที่ 4.6.17)

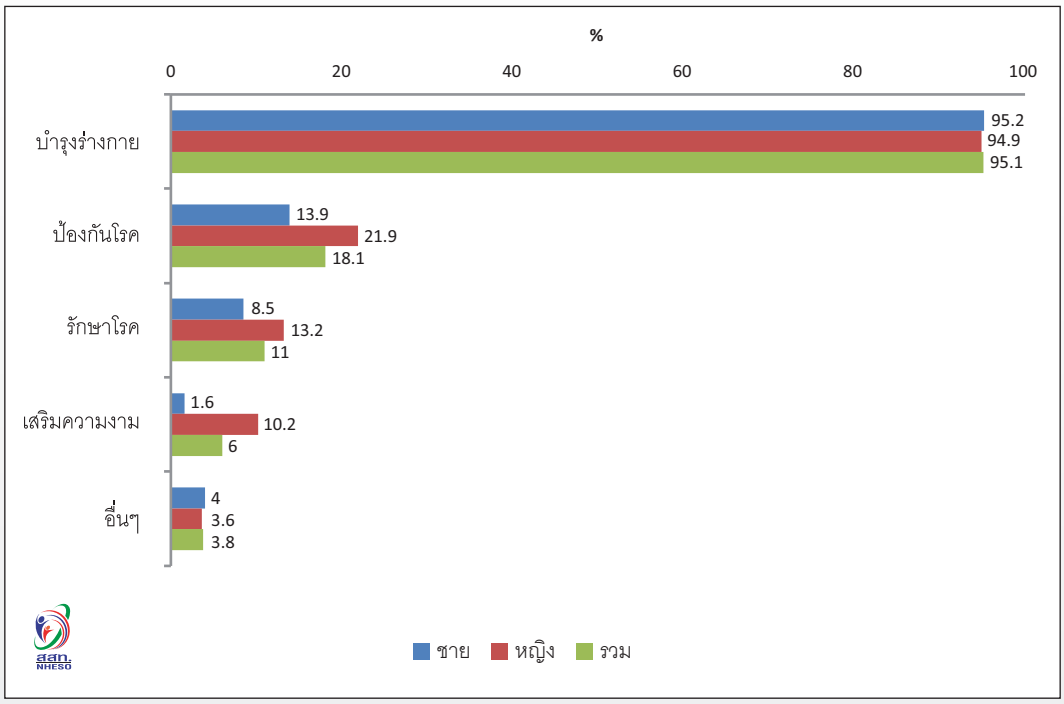
สาเหตุของการกินอาหารเสริม

ในกลุ่มที่กินอาหารเสริม ร้อยละ 95 ต้องการกินเพื่อบำรุงร่างกาย ร้อยละ 18 เพื่อป้องกันโรค และมีร้อยละ 11 กล่าวว่าเพื่อรักษาโรค นอกจากนี้อีกร้อยละ 6 กินเพื่อเสริมความงาม (รูปที่ 4.6.14)

รูปที่ 4.6.13 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่กินอาหารเสริม ใน 30 วันที่ผ่านมา จำแนกตาม เพศอายุ



รูปที่ 4.6.14 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินอาหารเสริมเนื่องจากอาการต่างๆ จำแนกตามเพศ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)



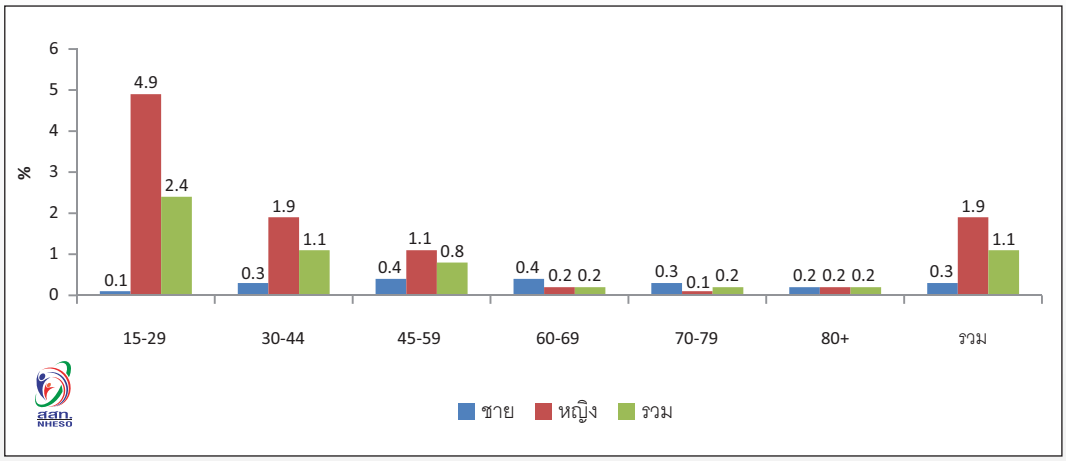
แหล่งได้รับอาหารเสริม

แหล่งอาหารเสริม เกือบครึ่งหนึ่งได้จากร้านค้า (ร้อยละ 48.9) รองลงมาคือญาติ คนรู้จัก (ร้อยละ 15.0) การขายตรง (ร้อยละ 14.3) และร้านขายยา (ร้อยละ 11.9) ตามลำดับ (รูปที่ 4.6.18)

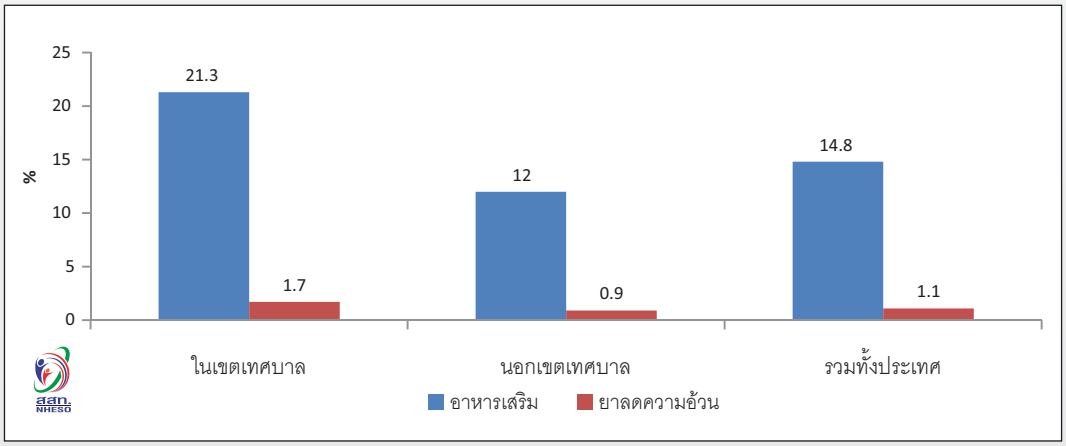
ยาลดความอ้วน

ใน 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 1.1 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ใช้ยาลดความอ้วน ผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชาย (ร้อยละ 1.9 และ 0.3 ตามลำดับ) โดยกลุ่มที่ใช้ยาลดความอ้วนมากที่สุดคือผู้หญิงอายุ 15-29 ปี มีร้อยละ 4.9 และลดลงในกลุ่มที่มีอายุมากขึ้น (รูปที่ 4.6.15) เมื่อพิจารณาจำแนกตามเขตปกครอง พบว่าคนที่อาศัยในเขตเทศบาลกินยาลดความอ้วน (ร้อยละ 1.7 และ 0.9) มากกว่าคนนอกเขตเทศบาล คนในกรุงเทพฯมีความชุกของการใช้ยาลดความอ้วนมากกว่าภูมิภาค (รูปที่ 4.6.16-4.6.17)

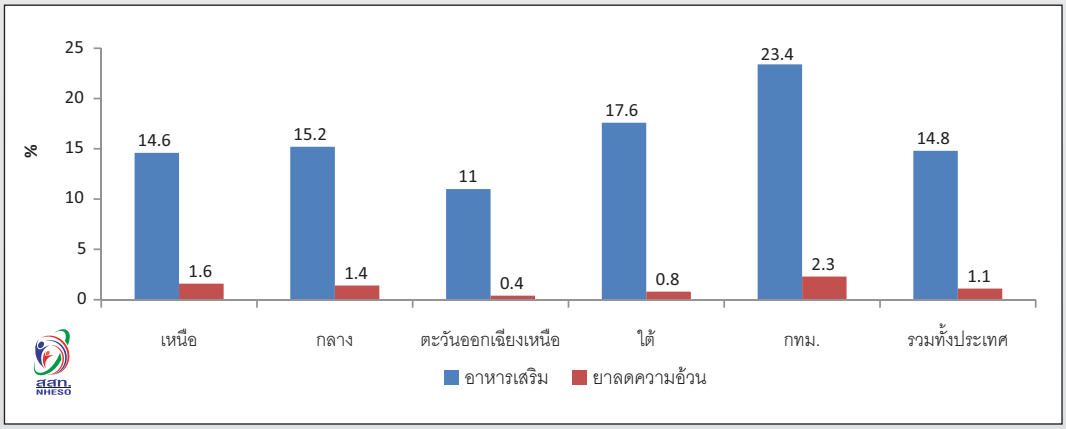
รูปที่ 4.6.15 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ใช้ยาลดความอ้วน ใน 30 วันที่ผ่านมา จำแนกตาม เพศ อายุ



รูปที่ 4.6.16 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินอาหารเสริมและใช้ยาลดความอ้วน ใน 30 วันที่ผ่านมา จำแนกตามเขตการปกครอง



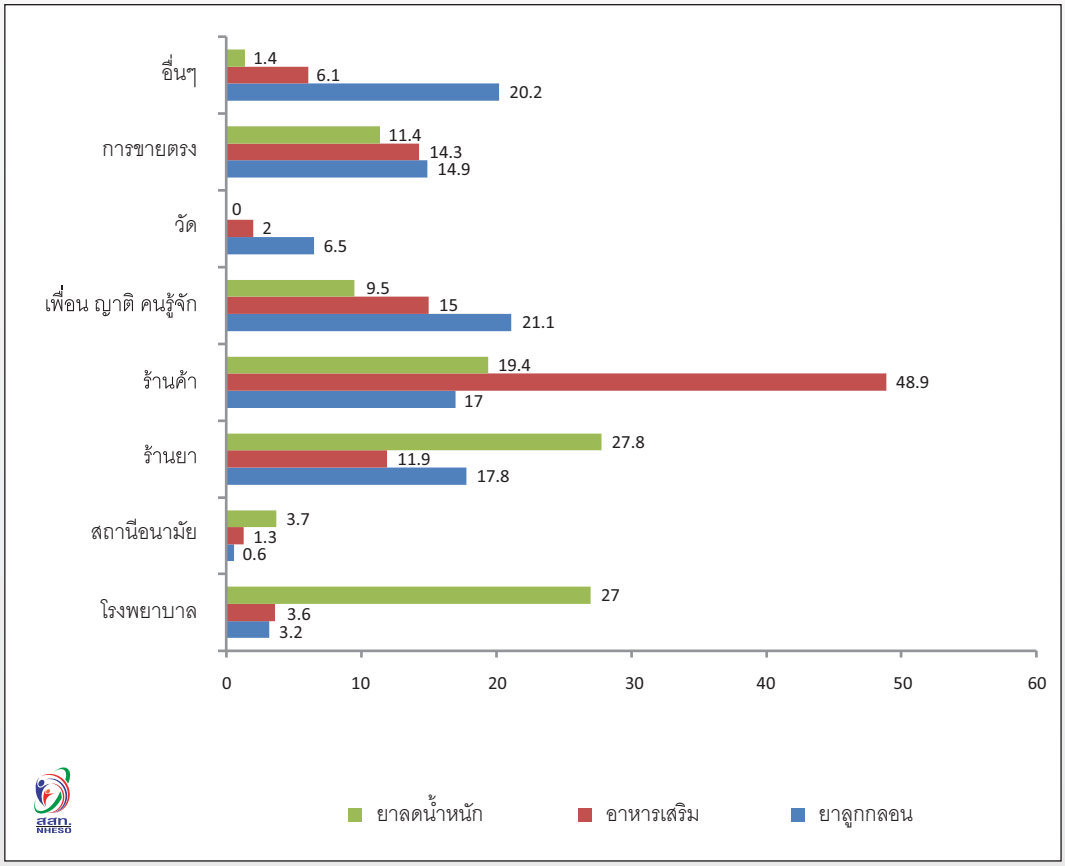
รูปที่ 4.6.17 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินอาหารเสริมและใช้ยาลดความอ้วน ใน 30 วันที่ผ่านมา จำแนกตามภาค



แหล่งได้รับยาลดน้ำหนัก

แหล่งยาลดน้ำหนัก ได้มาจากร้านยา (ร้อยละ 27.8) ร้านค้า (ร้อยละ 19.4) การขายตรง (ร้อยละ 11.4) และเพื่อน ญาติ คนรู้จัก (ร้อยละ 9.5) ตามลำดับ (รูปที่ 4.6.18)

รูปที่ 4.6.18 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับยาลูกกลอน, อาหารเสริม และยาลดความอ้วนมาจากสถานที่ต่างๆ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)



สถานะสุขภาพ

โรคและปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

5.1 ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

สรุป

- บทนี้กล่าวถึงผลการสำรวจภาวะอ้วนในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งประเมินโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) และการวัดเส้นรอบวงเอว
- ค่าเฉลี่ย BMI ของประชากรชายและหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 23.1 และ 24.4 กก./ตร. เมตร ตามลำดับ
- ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของประชากรชายและหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 79.9 และ 79.1 ซม. ตามลำดับ
- ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (BMI < 18.5 กก./ตร. เมตร) ร้อยละ 9 ในชาย และ 8 ในหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- เกือบ 3 ใน 10 คนของผู้ชายไทย และ 4 ใน 10 คนของผู้หญิงไทยอยู่ในเกณฑ์อ้วน (BMI ≥ 25 kg/m^2) สำหรับภาวะอ้วนลงพุง พบว่ามีร้อยละ 18.6 ในชายไทยและร้อยละ 45 ในหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป
- เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 เมื่อปี 2546-7 ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥25 กก./ตร. เมตร) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิงจากความชุกเพิ่มจากร้อยละ 34.4 เป็นร้อยละ 40.7 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 ในการสำรวจปัจจุบัน
- ภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากการสำรวจปี 2547 ในผู้หญิงร้อยละ 36.1 ส่วนในผู้ชายร้อยละ 15.4 เพิ่มเป็นร้อยละ 45 และ 18.6 ในปี 2552 ตามลำดับ
- ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥25 กก./ตร.เมตร) ในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล
- พิจารณาตามภาค ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥25 กก./ตร. เมตร) ในชายและหญิงสูงที่สุดในกรุงเทพฯ รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออก-เฉียงเหนือ ตามลำดับ
- ความชุกของภาวะอ้วนลงพุงจำแนกตามภาคมีความแตกต่างระหว่างเพศ โดยผู้หญิงในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 55.7) มีความชุกภาวะอ้วนลงพุงสูงที่สุดรองลงมาคือภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และต่ำสุดในภาคใต้ (ร้อยละ 35.9)
- ในผู้ชาย ภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกสูงสุดในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 33) ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 15.5)

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง นอกจากนี้การวิจัยพบว่าภาวะอ้วนลงพุงมีความสัมพันธ์กับภาวะต้านอินซูลิน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะอ้วนจึงมีผลทำให้ปีสุขภาวะลดลง จากการเกิดโรคเรื้อรัง มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะพิการและการตายก่อนวัยอันควร ในปี 2547 ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss)[1] เป็นอันดับที่ 2 ในผู้หญิง และเป็นอันดับ 6 ในผู้ชายไทย รวมทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ 390,000 ปี การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 ในปี 2547 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 22.5 ในชาย และ ใน 34.4 หญิง มีภาวะอ้วน (BMI ≥25 กก./ตร.เมตร) และร้อยละ 15.4 ในชาย และ 36.1 ในหญิง มีภาวะอ้วนลงพุง

คำจำกัดความ

ดัชนีมวลกาย (body mass index) เป็นค่าที่คำนวณ เท่ากับ น้ำหนักตัวหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง การแบ่งระดับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตามเกณฑ์สากลขององค์การอนามัยโลก

	BMI(kg/m^2)	
กลุ่ม	WHO 1998[2]	Asia-Pacific perspective[3]
น้ำหนักน้อย	< 18.5	< 18.5
น้ำหนักปกติ	18.5 - 24.99	18.5 - 22.99
น้ำหนักเกิน	≥ 25	≥ 23
pre-obese	25 - 29.99	เสี่ยง (at risk) 23 - 24.99
อ้วนระดับ 1	30 - < 34.99	25 - 29.99
อ้วนระดับ 2	35 - < 39.99	≥ 30
อ้วนระดับ 3	≥ 40.00	

สำหรับประชากรในเอเชีย มีข้อเสนอจุดตัดในการแบ่งกลุ่ม BMI ที่ 23 kg/m^2 แสดงว่าเริ่มมีภาวะน้ำหนักเกิน และ 25 kg/m^2 แสดงว่าอ้วน[3] สำหรับในรายงานนี้ ขอนำเสนอรายละเอียดของความชุกของภาวะอ้วน ณ จุดตัด 25 kg/m^2

เส้นรอบเอว (waist circumference) เป็นค่าที่ได้จากการวัดรอบเอว ด้วยสายวัดมาตรฐาน โดยวัดรอบเอวระดับตำแหน่งกึ่งกลางของข้างเอวระหว่างขอบล่างของซี่โครงล่างกับขอบบนของ iliac crest ให้สายรอบเอวแนบรอบเอว และอยู่ในแนวขนานกับพื้น

ภาวะอ้วนลงพุง หมายถึง ความยาวเส้นรอบเอว ≥90 ซม. ในชาย และ ≥80 ซม. ในหญิง

[1] คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549

[2] WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Lancet 2004; 363: 157-63

[3] WHO/IASO/IOTF. The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. Health Communications Australia: Melbourne. ISBN 0-9577082-1-1. 2000.

ผลการสำรวจ

ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เฉลี่ยเท่ากับ 23.1 กก./ตร.เมตร ในผู้ชายและ 24.4 กก./ตร.เมตร ในผู้หญิง ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นตามอายุ จนมีค่าสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี หลังอายุ 60 ปีขึ้นไปดัชนีมวลกายลดลง และต่ำสุดเมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป ตามตารางที่ 5.1.1

ตารางที่ 5.1.1 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (kg/m^2) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ และกลุ่มอายุ

	ชาย			หญิง			รวม		
กลุ่มอายุ	จำนวนตัวอย่าง	Mean BMI (kg/m^2)	SD	จำนวนตัวอย่าง	Mean BMI (kg/m^2)	SD	จำนวนตัวอย่าง	Mean BMI (kg/m^2)	SD
15-29	1,346	22.1	3.5	1,306	22.2	3.7	2,652	22.2	3.6
30-44	1,871	23.7	3.1	2,230	25.0	3.6	4,101	24.4	3.4
45-59	1,998	23.7	3.0	2,460	25.5	3.8	4,458	24.6	3.5
60-69	2,487	22.9	7.2	2,539	24.4	8.0	5,026	23.7	7.8
70-79	1,549	21.9	6.8	1,620	22.9	7.6	3,169	22.5	7.3
≥80	432	20.7	6.7	452	20.9	7.4	884	20.9	7.2
รวม	9,683	23.1	4.1	10,607	24.4	4.8	20,290	23.8	4.5

พิจารณาค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายตามภาคพบว่าผู้ชายและหญิงในกรุงเทพฯ มีดัชนีมวลกายสูงที่สุดรองลงมาคือภาคกลาง สำหรับในผู้ชายลำดับต่อมาคือภาคใต้ ภาคเหนือ และต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนในผู้หญิงภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายใกล้เคียงกันและต่ำสุดในภาคเหนือ (ตารางที่ 5.1.2)

ตารางที่ 5.1.2 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (kg/m^2) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ เขตปกครองและภาค

กลุ่มอายุ	ชาย			หญิง			รวม		
	จำนวนตัวอย่าง	Mean BMI (kg/m^2)	SD	จำนวนตัวอย่าง	Mean BMI (kg/m^2)	SD	จำนวนตัวอย่าง	Mean BMI (kg/m^2)	SD
เขตปกครอง									
ในเขตเทศบาล	5,094	23.9	5.7	5,898	25.0	6.7	10,992	24.5	6.2
นอกเขตเทศบาล	4,589	22.8	3.2	4,709	24.2	3.7	9,298	23.5	3.5
ภาค									
เหนือ	2,246	22.9	4.4	2,338	23.9	4.8	4,584	23.4	4.6
กลาง	2,345	23.8	4.5	2,478	24.6	4.8	4,823	24.2	4.7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2,192	22.5	2.7	2,311	24.2	3.7	4,503	23.4	3.3
ใต้	2,063	23.2	5.7	2,208	24.5	6.1	4,271	23.9	5.9
กรุงเทพฯ	837	24.1	4.0	1,272	25.5	5.6	2,109	24.8	4.9
รวมทั้งประเทศ	9,683	23.1	4.1	10,607	24.4	4.8	20,290	23.8	4.5

ภาวะโภชนาการตามระดับ BMI และความชุกภาวะอ้วน

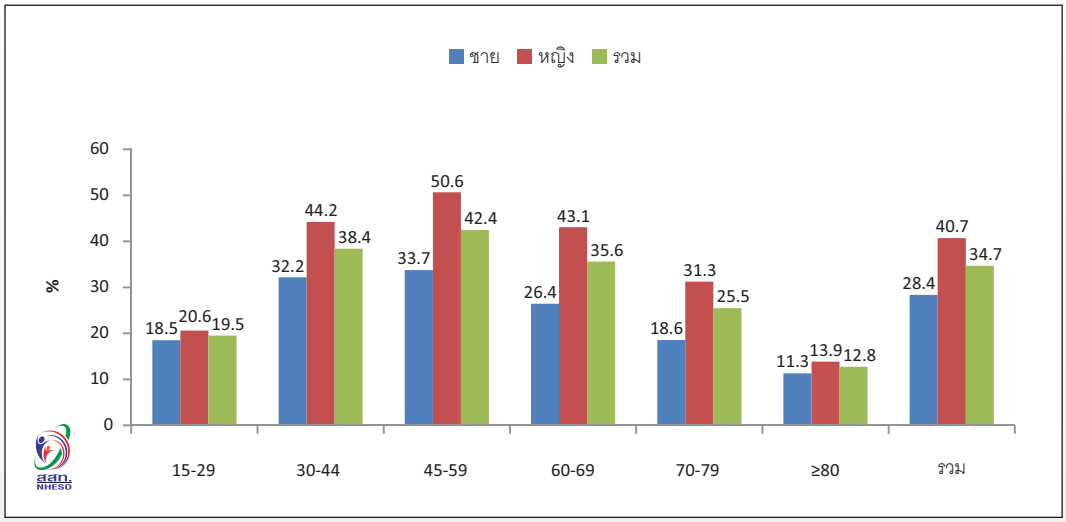
พิจารณาน้ำหนักของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าผู้ชายร้อยละ 9.4 และผู้หญิงร้อยละ 7 จัดอยู่กลุ่มที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (BMI <18.5 กก./ตร.เมตร) และผู้ชายร้อยละ 62.2 และผู้หญิงร้อยละ 51.7 มี (BMI 18-25 กก./ตร.เมตร (ตารางที่ 5.1.3)

ความชุกของภาวะอ้วนในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าเพศชายร้อยละ 28.3 และเพศหญิงร้อยละ 40.7 จัดว่าอ้วน (≥25 kg/m^2) โดยความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี ความชุกลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุและต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (รูปที่ 5.1.1)

ตารางที่ 5.1.3 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ตามระดับดัชนีมวลกาย เพศและกลุ่มอายุ

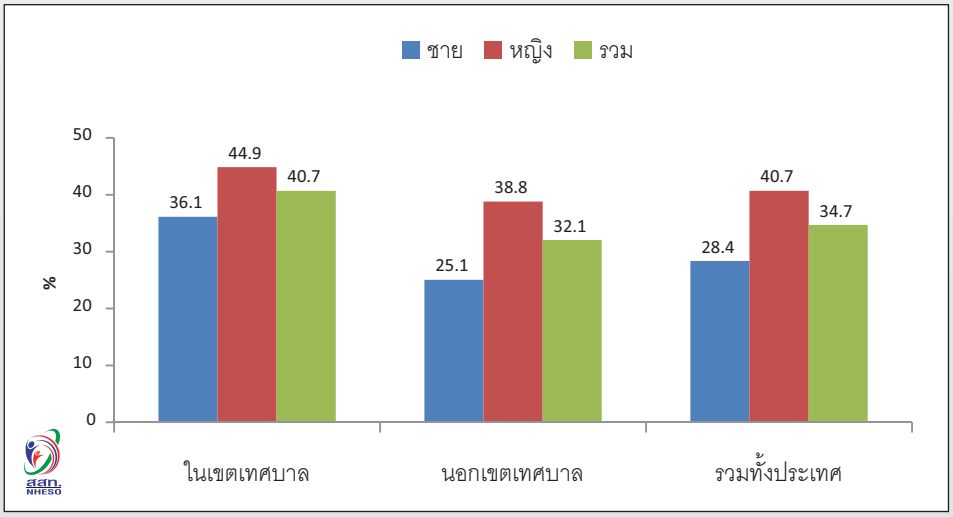
	อายุ (ปี)						
BMI(kg/m^2)	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
ชาย(n=9,683)	n=1,346	n=1,871	n=1,998	n=2,487	n=1,549	n=432	
<18.5	17.0	4.6	6.6	11.2	18.9	30.9	9.4
18.5-<25	64.5	63.3	59.7	62.4	62.6	57.8	62.2
25-<30	12.0	25.7	27.4	22.1	16.1	10.0	22.3
≥30	6.5	6.5	6.3	4.3	2.4	1.3	6.0
หญิง(n=10,607)	n=1,306	n=2,230	n=2,460	n=2,539	n=1,620	n=452	
<18.5	17.2	3.4	3.4	10.1	16.8	27.6	7.6
18.5-<25	62.2	52.4	46.0	46.9	52.0	58.5	51.7
25-<30	13.6	31.6	36.0	31.9	25.4	9.8	29.1
≥30	7.0	12.6	14.7	11.1	5.9	4.1	11.6

รูปที่ 5.1.1 ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥25 kg/m^2) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ

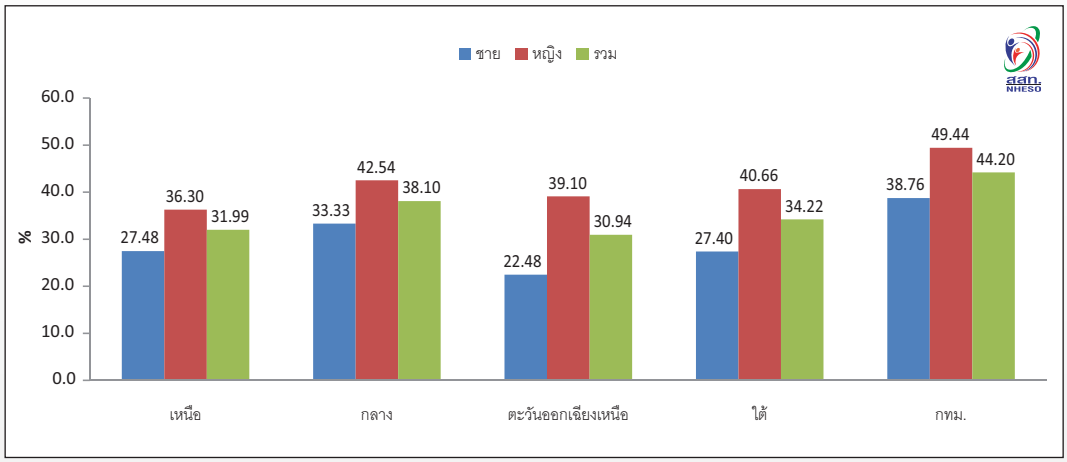


ความชุกตามเขตปกครอง พบว่าในเขตเทศบาล มีความชุกของประชากรที่มี BMI ≥25 kg/m^2 มากกว่านอกเขตเทศบาล เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่า คนในกรุงเทพฯทั้งชายและหญิง มีสัดส่วนของคนที่อ้วน (BMI≥25 kg/m^2) มากที่สุดตามมาด้วยภาคกลาง ภาคใต้ โดยผู้ชายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกต่ำที่สุด ในขณะที่ผู้หญิงในภาคเหนือมีความชุกต่ำที่สุด (รูปที่ 5.1.2-5.1.3)

รูปที่ 5.1.2 ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥25 kg/m^2) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตปกครอง



รูปที่ 5.1.3 ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥25 kg/m^2) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค



เส้นรอบเอว

เส้นรอบเอวของประชากรชายและหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป เฉลี่ยเท่ากับ 79.9 ซม. และ 79.1 ซม. ตามลำดับ ในกลุ่มอายุเดียวกันผู้ชายมีเส้นรอบเอวใหญ่กว่าผู้หญิงทุกกลุ่มอายุ โดยทั่วไปทั้งชายและหญิงมีขนาดเส้นรอบเอวเล็กสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี จากนั้นเส้นรอบวงเอวมีขนาดลดลงในวัยผู้สูงอายุ ตามตารางที่ 5.1.4

ตารางที่ 5.1.4 เส้นรอบเอว ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ และกลุ่มอายุ

	ชาย			หญิง			รวม		
กลุ่มอายุ	จำนวนตัวอย่าง	Mean รอบเอว cm.	SD	จำนวนตัวอย่าง	Mean รอบเอว cm.	SD	จำนวนตัวอย่าง	Mean รอบเอว cm.	SD
15-29	1,346	75.3	9.0	1,305	73.6	9.3	2,651	74.5	9.1
30-44	1,875	80.5	8.4	2,233	79.2	8.6	4,108	79.8	8.5
45-59	2,001	82.2	8.5	2,462	81.7	9.2	4,463	81.9	8.9
60-69	2,490	81.4	21.4	2,549	81.0	19.6	5,039	81.2	20.4
70-79	1,559	79.6	20.4	1,653	78.7	20.3	3,212	79.1	20.4
≥80	445	76.8	22.1	489	75.0	19.7	934	75.8	20.8
รวม	**9,716**	**79.9**	**11.2**	**10,691**	**79.1**	**11.5**	**20,407**	**79.5**	**11.4**

อ้วนลงพุง : รอบเอว ชาย ≥90 cm., หญิง ≥80 cm.

ความยาวเส้นรอบเอวของประชากรทั้งในชายและหญิงในเขตเทศบาล มากกว่าของประชากรในนอกเขตเทศบาล โดยความแตกต่างระหว่างชายที่อยู่ในเขตและนอกเขตมากกว่าความแตกต่างระหว่างหญิงที่อยู่ในเขตและนอกเขต เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ เส้นรอบเอวเฉลี่ยของผู้ชายในเขตเมืองมากกว่าผู้หญิง (82.9 และ 80.5 ซม.ตามลำดับ) แต่นอกเขตเทศบาล ชายและหญิงมีขนาดเส้นรอบเอวใกล้เคียงกัน (78.6 ซม. และ 78.4 ซม. ตามลำดับ)

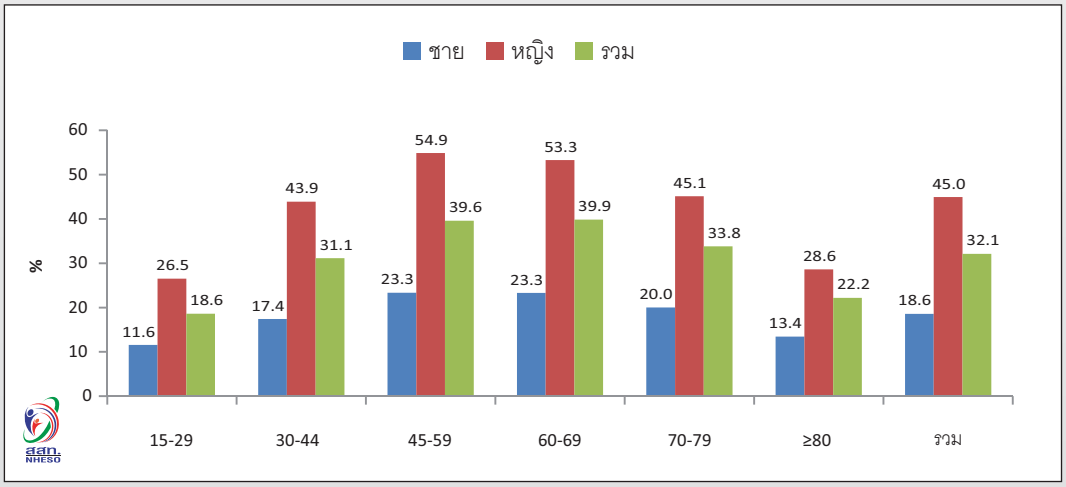
ตารางที่ 5.1.5 เส้นรอบเอว ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ เขตปกครอง และภาค

พื้นที่	ชาย			หญิง			รวม		
	จำนวนตัวอย่าง	Mean cm.	SD	จำนวนตัวอย่าง	Mean cm.	SD	จำนวนตัวอย่าง	Mean cm.	SD
เขตปกครอง									
ในเขตเทศบาล	5,109	82.9	15.7	5,942	80.5	15.8	11,051	81.6	15.8
นอกเขตเทศบาล	4,607	78.6	8.8	4,749	78.4	9.1	9,356	78.5	9.0
ภาค									
เหนือ	2,254	78.3	11.9	2,363	76.8	11.7	4,617	77.5	11.8
กลาง	2,350	82.8	12.3	2,490	80.4	11.4	4,840	81.6	11.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2,201	78.0	7.7	2,327	79.2	9.1	4,528	78.6	8.4
ใต้	2,072	78.2	14.9	2,237	76.7	14.0	4,309	77.4	14.5
กรุงเทพฯ	839	84.2	10.9	1,274	82.4	13.6	2,113	83.3	12.4
รวม	9,716	79.9	11.2	10,691	79.1	11.5	20,407	79.5	11.4

อ้วนลงพุง: รอบเอว ชาย ≥90 cm., หญิง ≥80 cm.

แม้ว่าโดยเฉลี่ยชายมีเส้นรอบวงเอวใหญ่กว่าหญิงเล็กน้อย ความชุกของภาวะอ้วนลงพุงในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุ ทั้งนี้เนื่องจากจุดตัดของภาวะอ้วนลงพุงในหญิงกำหนดที่ 80 ซม. ในขณะที่ในชาย ตัดที่ 90 ซม. ภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและสูงสุดในช่วงอายุ 45-59 ปี และ 60-69 ปีในทั้งชายและหญิง (รูปที่ 5.1.4)

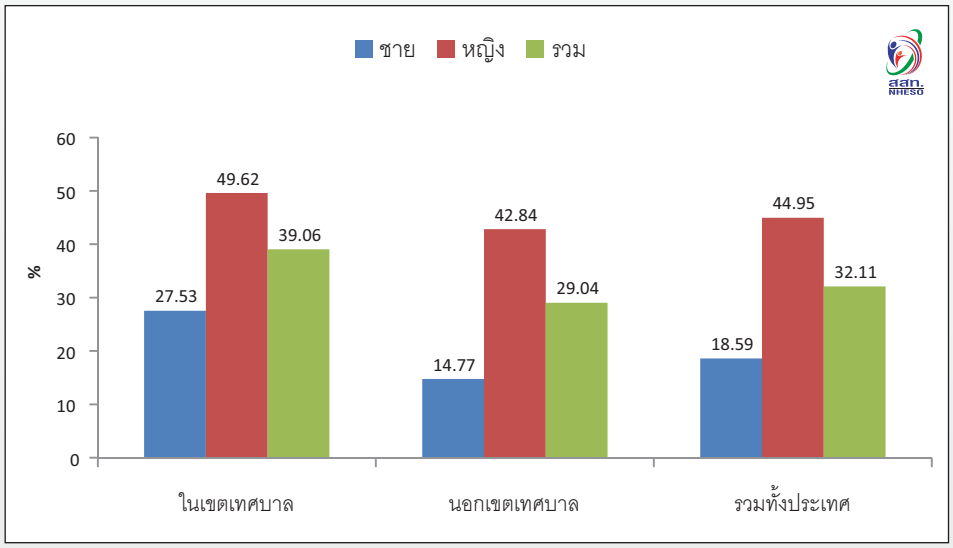
รูปที่ 5.1.4 ความชุกของภาวะอ้วนลงพุงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ



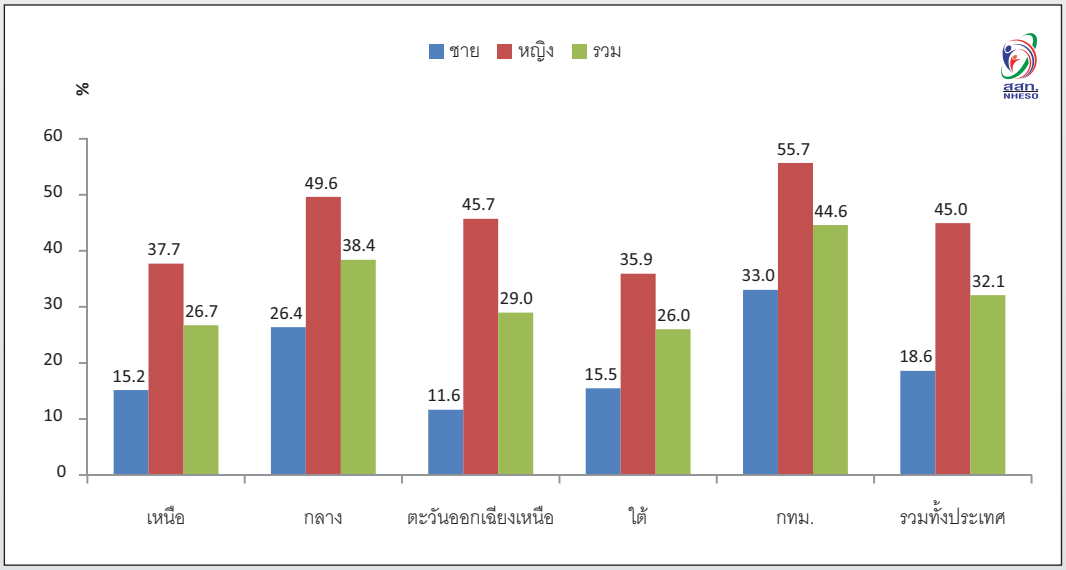
*อ้วนลงพุง: รอบเอว ชาย ≥90 cm., หญิง ≥80 cm

ประชากรในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของคนอ้วนลงพุงมากกว่านอกเขตเทศบาล โดยผู้ชายในเขตฯมีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าชายที่อยู่นอกเขตฯเกือบสองเท่าในขณะที่ หญิงในเขตฯมีสัดส่วนของอ้วนลงพุงมากกว่าหญิงนอกเขตฯเพียง 1.2 เท่า การกระจายตามภาค พบว่า กรุงเทพฯ มีความชุกของภาวะอ้วนลงพุงสูงที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ (รูปที่ 5.1.5-5.1.6)

รูปที่ 5.1.5 ความชุกของภาวะอ้วนลงพุงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตปกครอง



รูปที่ 5.1.6 ความชุกของภาวะอ้วนลงพุงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค



5.2 โรคเบาหวาน

สรุป

- บทนี้กล่าวถึงผลการสำรวจความชุกของโรคเบาหวานและภาวะบกพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Impaired Fasting Glucose, IFG) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจเลือดและการสัมภาษณ์ประวัติ
- ความชุกของเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2552 ใกล้เคียงกับความชุกในปี 2547 คือร้อยละ 6.9
- ความชุกในผู้ชายลดลงจากร้อยละ 6.4 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 6.0 ในปี 2552 ส่วนในผู้หญิงความชุกเพิ่มเล็กน้อยจากร้อยละ 7.3 เป็นร้อยละ 7.7 ในช่วงเวลาเดียวกัน
- ความชุกของเบาหวานในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล ทั้งในเพศชาย (ร้อยละ 8.3 และ 5.0) และหญิง (ร้อยละ 9.4 และ 7.0)
- การกระจายของความชุกเบาหวานตามภาค พบว่ามีความแตกต่างระหว่างเพศ โดยในผู้หญิง ความชุกสูงสุดในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 9.9) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 9.1) ตามด้วย ภาคกลาง ภาคใต้และภาคเหนือ ตามลำดับ ส่วนในเพศชายพบว่าสูงสุดใน กรุงเทพฯ (ร้อยละ 8.5) รองลงมาคือภาคกลาง (ร้อยละ 7.7) ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ
- ความครอบคลุมในการบริการมีการเปลี่ยนแปลงในทางดีขึ้น นั่นคือ เมื่อเทียบกับผลการสำรวจในปี 2547 สัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองลดลงจากร้อยละ 56.6 เป็นร้อยละ 31.2 และในส่วนของการรักษาและสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (FPG<126 มก./ดล.) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.2 เป็นร้อยละ 28.5
- ความชุกของภาวะ IFG โดยรวมร้อยละ 10.7 ความชุกในผู้ชายสูงกว่าในหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 11.8 และ 9.5 ตามลำดับ)
- ความชุกของภาวะ IFG มีการกระจายตามเขตปกครองเช่นเดียวกับโรคเบาหวาน คือความชุกในเขตเทศบาล สูงกว่านอกเขตฯ
- การกระจายตามภาคของภาวะ IFG พบว่าสูงที่สุดใน ภาคกลาง (ร้อยละ 18.6) รองลงมาคือภาคใต้ ภาคเหนือ กรุงเทพฯ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ
- สัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปร้อยละ 44.4 เคยได้รับการตรวจเลือดคัดกรองเบาหวานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 15.3 เคยได้รับการตรวจใน 1-5 ปีที่ผ่านมา

โรคเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงเนื่องจากอาการแทรกซ้อนของอวัยวะต่างๆ เช่น โรคปลายประสาทตาเสื่อม จอประสาทตาเสื่อม โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคไต แผลที่เท้า เป็นต้น จากข้อมูลภาระโรค โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ในประเทศไทย ปี 2547 โรคเบาหวาน เป็นภาระโรคลำดับที่ 9 ในผู้ชาย ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) 169000 ปี (ร้อยละ 3.2 ของ DALYs) ส่วนในผู้หญิงเป็นภาวะโรคลำดับที่ 3 ทำให้สูญเสีย 268000 ปีสุขภาวะ (ร้อยละ 6.9 ของ DALYs)

คำจำกัดความ ของโรคเบาหวาน ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4

หมายถึง การตรวจเลือดหลังอดอาหารนาน 12 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose, FPG) พบระดับน้ำตาลในเลือด ≥126 มก./ดล. หรือเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนและขณะนี้กำลังได้รับการรักษาด้วยยากินหรือยาฉีดลดน้ำตาลในเลือด

ผลการสำรวจ

ผลการสำรวจ พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 6.9 ผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชาย (ร้อยละ 7.7 และ 6 ตามลำดับ) และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 0.6 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ความชุกเพิ่มขึ้นสูงสุด ณ กลุ่มอายุ 70-79 ปี ในผู้ชาย (ร้อยละ 19.2) และ 60-69 ปีในผู้หญิง (ร้อยละ 16.7) รูปที่ 5.2.1

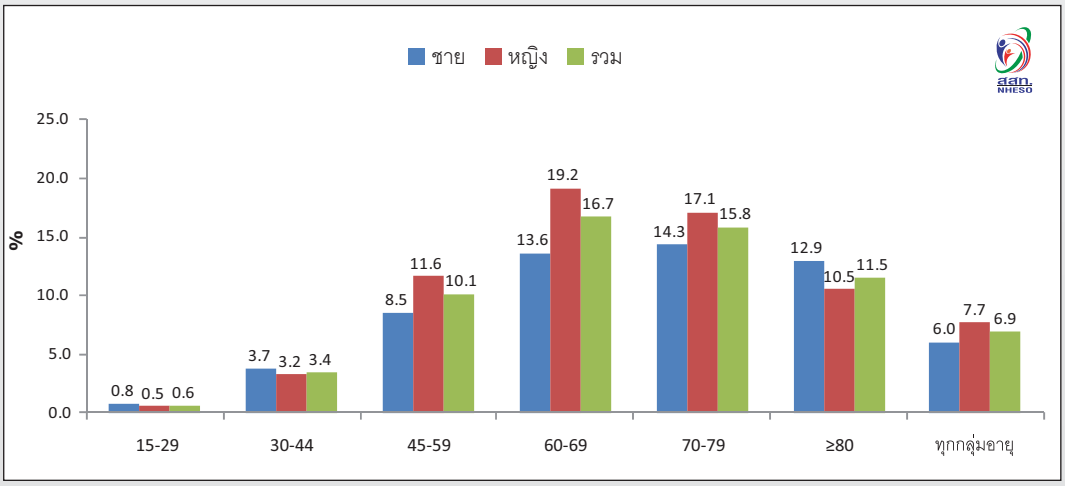
ระดับน้ำตาลของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 5.2.1 แสดงระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ค่าเฉลี่ย 89.1 มก./ดล. ระดับน้ำตาลเฉลี่ยของชาย (89.4 มก./ดล.) สูงกว่าหญิง (88.9 มก./ดล.) เล็กน้อย ระดับน้ำตาลสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นและสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี คนในเขตเทศบาล (91.4 มก./ดล.) มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสูงกว่านอกเขตฯ (88.2 มก./ดล.) พิจารณาระดับน้ำตาลตามภาคพบว่าสูงสุดคือภาคกลางทั้งในชาย (97.3 มก./ดล.) และหญิง (95.0 มก./ดล.) ในผู้ชายรองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคเหนือ กรุงเทพฯ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงรองจากภาคกลางคือ ภาคใต้, ภาคเหนือ, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพฯ ตามลำดับ

ตารางที่ 5.2.1 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ เขตปกครองและภาค

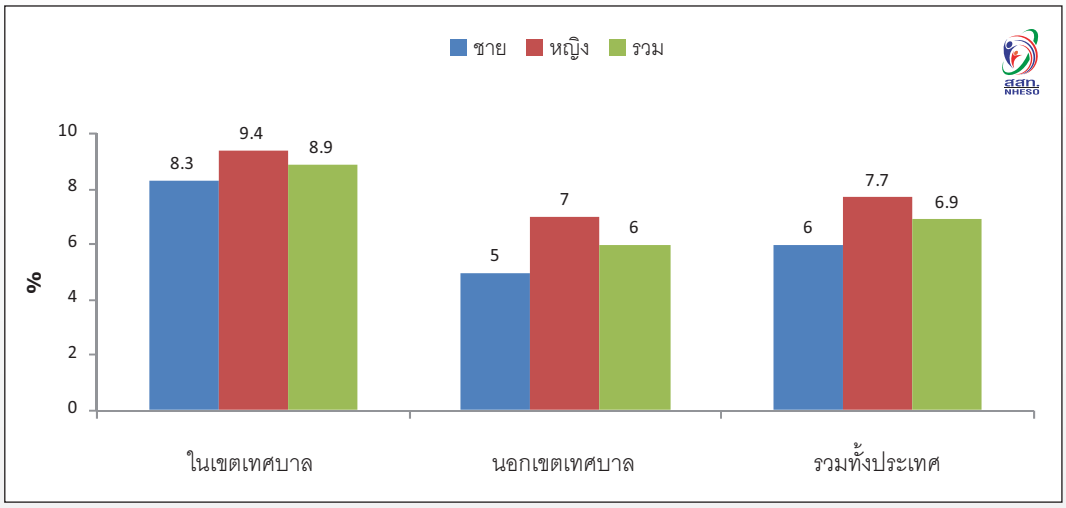
	ชาย			หญิง			รวม		
	จำนวนตัวอย่าง	Mean mg/dL	(SD)	จำนวนตัวอย่าง	Mean mg/dL	(SD)	จำนวนตัวอย่าง	Mean mg/dL	(SD)
กลุ่มอายุ (ปี)									
15-29	1,166	83.2	14.1	1,138	80.4	11.7	2,304	81.9	13.1
30-44	1,623	87.1	16.2	1,953	84.7	17.3	3,576	85.9	16.8
45-59	1,703	93.0	20.8	2,160	93.7	23.6	3,863	93.4	22.3
60-69	2,216	96.2	57.4	2,279	97.5	50.7	4,495	96.9	53.7
70-79	1,368	94.5	44.6	1,446	96.8	52.6	2,832	95.8	49.7
≥80	396	96.0	50.1	434	93.7	41.2	830	94.7	45.1
เขตปกครอง									
ในเขตเทศบาล	4,415	91.9	34.4	5,113	90.8	38.6	9,528	91.4	36.6
นอกเขตเทศบาล	4,075	88.3	18.9	4,297	88.0	19.2	8,372	88.2	19.1
ภาค									
เหนือ	2,137	89.7	21.9	2,260	88.0	24.4	4,397	88.8	23.2
กลาง	1,921	97.3	29.4	2,059	95.0	25.9	3,980	96.1	27.7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,934	83.7	17.0	2,009	85.6	20.7	3,943	84.7	18.9
ใต้	1,853	91.6	31.6	2,052	89.9	35.0	3,905	90.7	33.5
กรุงเทพฯ	645	86.6	16.6	1,030	85.3	20.2	1,675	85.9	18.5
รวมทั้งประเทศ	**8,490**	**89.4**	**23.8**	**9,410**	**88.9**	**25.4**	**17,900**	**89.1**	**24.6**

รูปที่ 5.2.1 ความชุกโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ

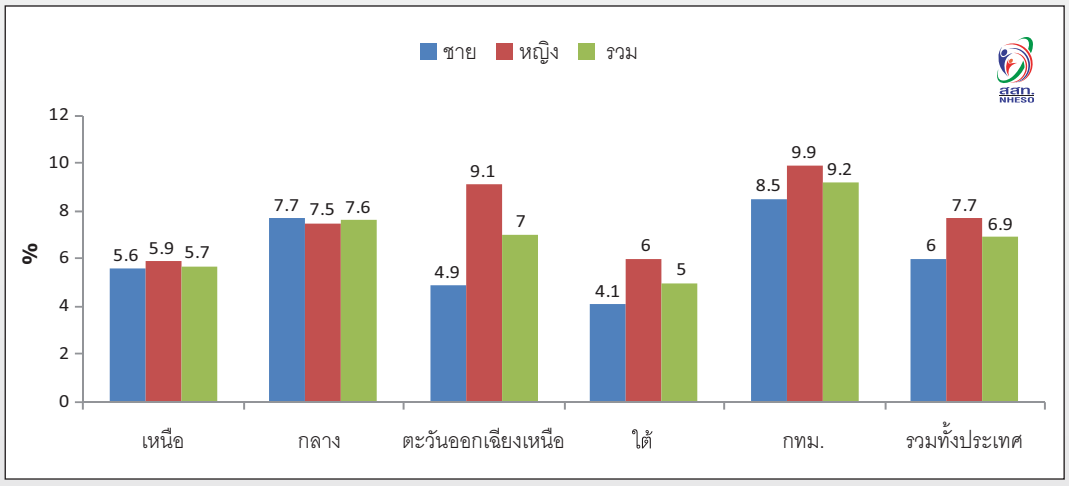


ความชุกโรคเบาหวานในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาลทั้งในผู้ชายและผู้หญิง เมื่อพิจารณาจำแนกตามภูมิภาคพบว่า ในเพศชาย กรุงเทพฯ มีความชุกสูงที่สุดรองลงมาคือภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงพบว่า กรุงเทพฯ มีความชุกสูงสุดเช่นกัน รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคเหนือตามลำดับ (รูปที่ 5.2.2-5.2.3)

รูปที่ 5.2.2 ความชุกโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ และเขตปกครอง



รูปที่ 5.2.3 ความชุกโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และภาค



ความครอบคลุมของการวินิจฉัย รักษา และควบคุมเบาหวาน

สามารถแบ่งผู้ที่เป็นเบาหวานจากการสำรวจเป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มไม่ได้รับการวินิจฉัย หมายถึงผู้ที่การสำรวจตรวจพบ FPG ≥ 126 มก./มล. แต่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มาก่อน

2. กลุ่มได้รับวินิจฉัยจากแพทย์แต่ไม่ได้รักษา หมายถึงผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานแต่ยังไม่เคยได้รับการรักษาเบาหวาน

3. กลุ่มได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ หมายถึงกลุ่มที่ได้รับยากินหรือยาฉีดรักษาเบาหวานแต่จากการตรวจเลือดยังพบ FPG ≥ 126 มก./ดล.

4. กลุ่มได้รับการรักษาและควบคุมได้ หมายถึงกลุ่มที่ได้รับยากินหรือยาฉีดรักษาเบาหวานและตรวจพบ FPG < 126 มก./ดล.

ผลการวิเคราะห์พบว่า หนึ่งในสามของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นเบาหวานแต่ไม่ได้รับการรักษา มีร้อยละ 3.3 ของผู้เป็นเบาหวานทั้งหมด ส่วนที่เหลือประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการรักษาอยู่ และร้อยละ 28.5 ของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมดมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ต่ำกว่า < 126 มก./ดล. ทั้งนี้ผู้หญิงมีสัดส่วนของการได้รับการวินิจฉัย การรักษาและการควบคุมน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ ได้ดีกว่าในผู้ชายเล็กน้อย (ตารางที่ 5.2.2 และ 5.2.3)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 15-29 ปี สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นจนต่ำสุดในช่วงอายุ 60-79 ปี และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มอายุ 80 ปี สังเกตได้ว่าผู้ชายทุกกลุ่มอายุมีสัดส่วนของการไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนสูงกว่าในผู้หญิงในกลุ่มอายุเดียวกันและมีสัดส่วนของผู้ที่รักษาและควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์น้อยกว่าเพศหญิงเกือบทุกกลุ่มอายุ (ยกเว้นกลุ่มอายุ 30-44 ปี ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน) ตารางที่ 5.2.2

ตารางที่ 5.2.2 ร้อยละของที่เป็นเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษา และผลการรักษา จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ

	อายุ (ปี)						
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	≥80	รวม
ชาย	n=11	n=76	n=168	n=379	n=209	n=54	n=897
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	89.5	53.8	46.7	28.0	23.1	40.5	43.3
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	10.5	7.4	4.8	5.6	1.5	2.3	5.2
รักษาและควบคุมไม่ได้	0.0	26.0	34.2	34.3	34.1	29.6	31.5
รักษาและควบคุมได้*	0.0	12.9	14.3	32.2	41.3	27.7	20.1
หญิง	n=7	n=74	n=262	n=493	n=294	n=50	n=1,180
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	76.5	31.3	21.1	17.8	20.9	22.1	22.4
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	10.5	2.4	1.6	2.4	0.9	4.7	1.9
รักษาและควบคุมไม่ได้	0.0	52.8	42.7	37.1	35.3	27.8	41.1
รักษาและควบคุมได้*	13.0	13.5	34.7	42.8	43	45.5	34.6

**ควบคุมได้หมายถึงระดับน้ำตาล < 126 มก./ดล.*

ตารางที่ 5.2.3 ร้อยละของผู้ที่เป็นเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษา และผลการรักษา จำแนกตามภาค

	ภาค					
	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	รวม
รวม	n=431	n=567	n=449	n=379	n=251	n=2,077
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	30.2	38.9	30.1	32.2	18.0	31.2
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	1.3	4.2	2.3	3.5	6.1	3.3
รักษาและควบคุมไม่ได้	26.9	34.3	41	39.7	42.8	37
รักษาและควบคุมได้	41.6	22.6	26.6	24.6	33	28.5

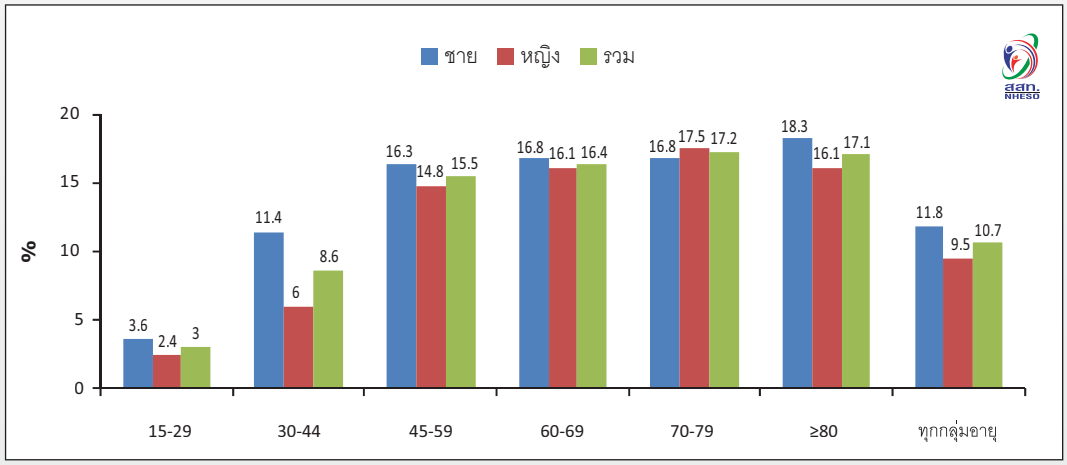
**ควบคุมได้หมายถึงระดับน้ำตาล < 126 มก./ดล.*

ภาวะบกพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Impaired Fasting Glucose, IFG)

หมายถึงผู้ที่ผลตรวจเลือด fasting plasma glucose (FPG) มีค่า ระหว่าง 100 - < 126 มก./ดล. และไม่ได้กินยารักษาเบาหวานอยู่ ภาวะนี้บ่งชี้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในอนาคต หากไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกายให้เพียงพอ

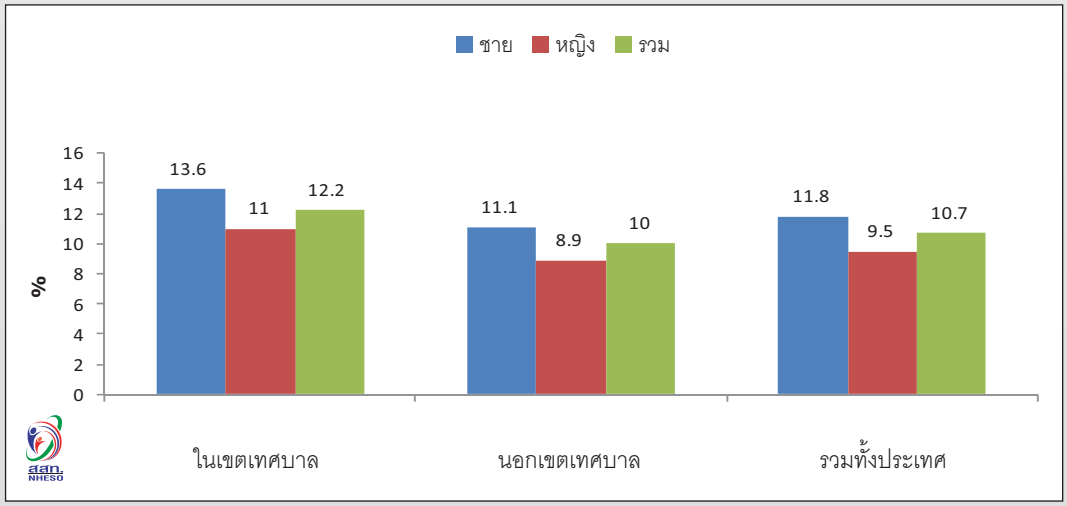
ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความชุกของภาวะบกพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Impaired Fasting Glucose, IFG) โดยรวมร้อยละ 10.7 ผู้ชายมีความชุกสูงกว่าผู้หญิงเล็กน้อย ความชุกเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้นในผู้ชาย และสูงสุดในอายุ 80+ปี ส่วนในเพศหญิงความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปีจากนั้นความชุกลดลงเล็กน้อยในกลุ่มอายุ 80+ปี (รูปที่ 5.2.4)

รูปที่ 5.2.4 ความชุกภาวะ Impaired Fasting Glucose ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

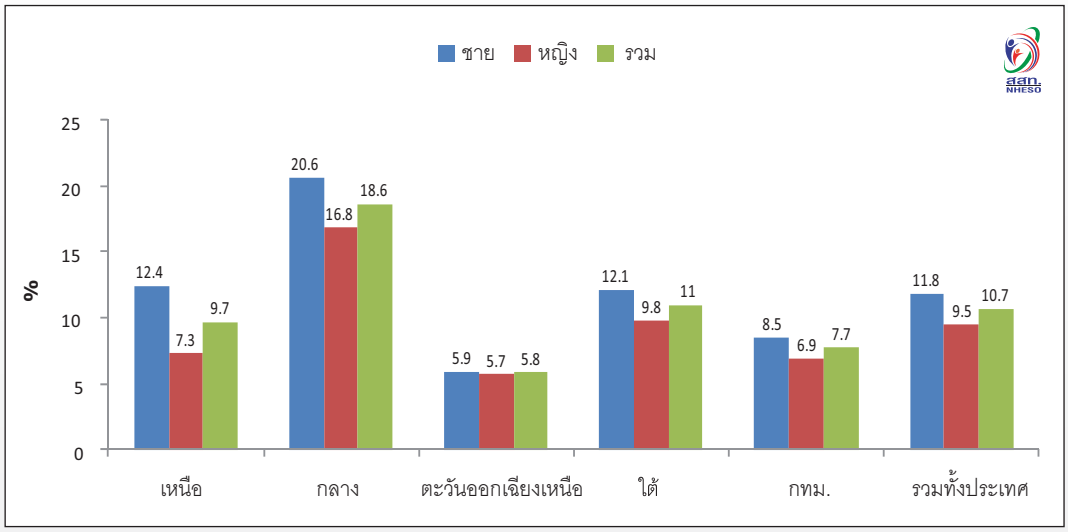


ความชุกของภาวะ IFG ของคนในเขตเทศบาลสูงกว่าคนนอกเขตเล็กน้อย เมื่อพิจารณาความแตกต่างตามภาคพบว่า ภาคกลางมีความชุกของภาวะ IFG สูงสุด รองลงมาคือภาคใต้และภาคเหนือ กรุงเทพฯ และต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (รูปที่ 5.2.5-5.2.6)

รูปที่ 5.2.5 ความชุกของภาวะ Impaired Fasting Glucose ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและเขตปกครอง



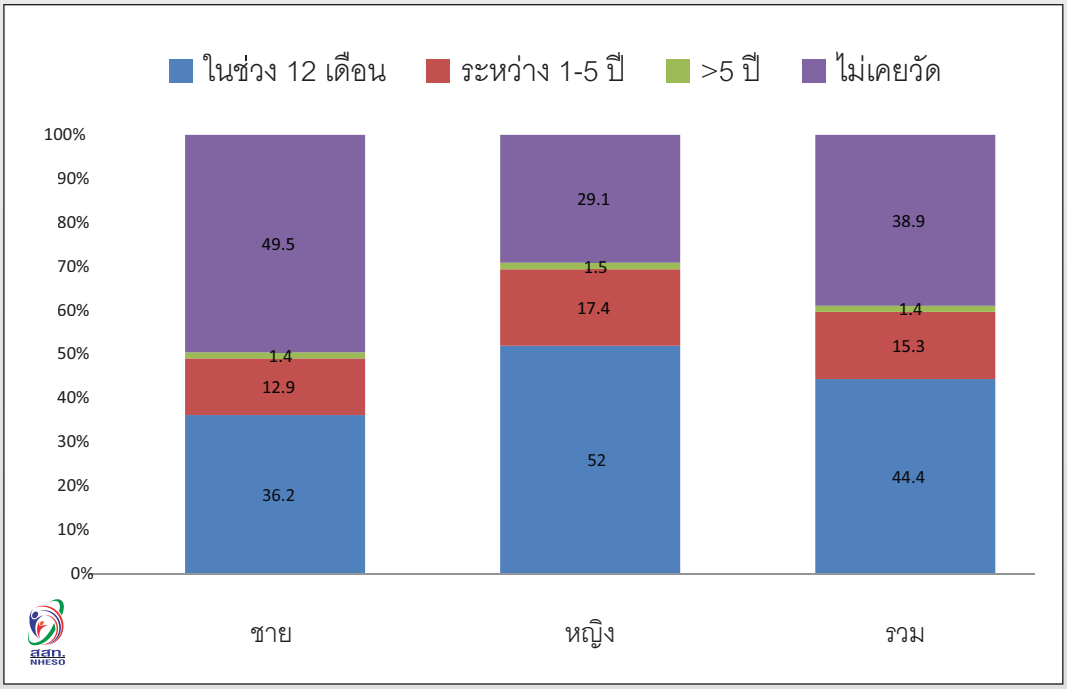
รูปที่ 5.2.6 ความชุกของภาวะ Impaired Fasting Glucose ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ เขตปกครองและภาค



การตรวจคัดกรองเบาหวาน

เมื่อพิจารณาการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ในประชากรไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปในกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวานและไม่เคยได้รับการวินิจฉัยพบว่า ร้อยละ 44.4 เคยได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดใน 12 เดือนที่ผ่านมา, ร้อยละ 15.3 เคยได้รับการตรวจใน 1-5 ปีที่ผ่านมา และร้อยละ 1.4 เคยได้รับการตรวจเกินกว่า 5 ปี และร้อยละ 38.9 ยังไม่เคยได้รับการตรวจมาก่อน ประชากรหญิงมีสัดส่วนของการได้รับตรวจคัดกรองสูงกว่าชาย (รูปที่ 5.2.7)

รูปที่ 5.2.7 ร้อยละของการตรวจเลือดคัดกรองเบาหวานในประชากรไทยอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ไม่เป็นเบาหวานและไม่เคยได้รับการวินิจฉัย



5.3 โรคความดันโลหิตสูง

สรุป

- บทนี้กล่าวถึงผลการสำรวจความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจวัดความดันโลหิต ร่วมกับประวัติการวินิจฉัยและรักษา
- ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในปี 2552 นี้ เท่ากับร้อยละ 21.4 (ชายร้อยละ 21.5 และหญิงร้อยละ 21.3) ใกล้เคียงกับที่เคยสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 3 เมื่อ พ.ศ. 2547 ซึ่งพบความชุก ร้อยละ 22.0 (ชายร้อยละ 23.3 และหญิงร้อยละ 20.9)
- การเข้าถึงระบบบริการดีขึ้น โดยสัดส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงลดลงจากร้อยละ 71.4 เหลือร้อยละ 50.3 สัดส่วนที่ได้รับการรักษามีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.6 เป็น 41.0 และนอกนี้ สัดส่วนของกลุ่มได้รับการรักษาและควบคุมได้สูงขึ้นกว่าเดิมจากร้อยละ 8.6 เป็น 20.9 ตามลำดับ
- ความชุกของความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุจากร้อยละ 2.9 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ความชุกเพิ่มขึ้นตามลำดับจนสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นร้อยละ 55.9 ผู้ชายและผู้หญิงมีความชุกใกล้เคียงกันทุกกลุ่มอายุ
- ความชุกของความดันโลหิตสูงของคนในเขตเทศบาลสูงกว่าคนนอกเขตเทศบาลทั้งในชายและหญิง
- ความชุกกระจายตามภาค พบว่า กรุงเทพฯ มีความชุกสูงที่สุด (ร้อยละ 29.8) รองลงมาคือภาคกลางและภาคเหนือมีความชุกใกล้เคียงกัน ตามด้วยภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกต่ำที่สุด (ร้อยละ 15.2)
- ร้อยละ 68.0 ของประชากรอายุ 20 ปีขึ้นไปเคยได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาระโรคอันดับที่ 5 ของชายไทย และอันดับ 2 ของหญิงไทย โดยทำให้เสียชีวิตประมาณปีละ 7 หมื่นราย (ร้อยละ 18) สูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ ปีละ 6 แสนปี (ร้อยละ 6 ของ DALYs)

คำจำกัดความของความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีความดัน systolic เฉลี่ย ตั้งแต่ 140 มม. ปรอทขึ้นไป (SBP ≥ 140 mmHg) หรือ ความดัน diastolic เฉลี่ยตั้งแต่ 90 มม. ปรอทขึ้นไป (DBP ≥ 90 mmHg) หรือกำลังได้รับการรักษาด้วยการกินยาลดความดันโลหิตสูง

วิธีการวัดความดันโลหิต ให้บุคคลตัวอย่างนั่งพักเป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาทีก่อนวัด เครื่องวัดความดันโลหิต Automatic blood pressure monitor ยี่ห้อ Microlife รุ่น BP 3AG1 หรือ BP A100 ซึ่งได้รับการรับรองโดยสมาคม British Hypertension Society การวัดให้บุคคลตัวอย่างนั่งหลังพิงพนักเก้าอี้ เท้าวางพื้น แขนวางบนโต๊ะ ระดับตำแหน่งต้นแขนที่วัดความดันโลหิตอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ ทำการวัด 3 ครั้งแต่ละครั้งห่างกันอย่างน้อย 1 นาที

การจัดการข้อมูล ความดันโลหิต systolic และ diastolic

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล systolic และ diastolic ว่ามีความเป็นไปได้หรือไม่ โดยพิจารณาว่า

- ค่า systolic สูงกว่าค่า diastolic หรือไม่ ถ้าพบว่าค่า systolic ต่ำกว่า ข้อมูลนั้นจะถูกตัดออกไม่นำมาวิเคราะห์
- ค่า systolic และ diastolic ทั้ง สามค่ามีอยู่ในช่วงที่มีความเป็นไปได้หรือไม่ ถ้า พบข้อมูลใดที่ค่าไม่อยู่ในช่วงที่เป็นไปได้ ทำการตัดข้อมูลนั้นออกไม่อยู่ในการวิเคราะห์ โดยค่า systolic ที่เป็นไปได้ที่รวมอยู่ในการวิเคราะห์ครั้งนี้คือ 75-275 มม. ปรอท และค่า diastolic ที่เป็นไปได้ คือ 10-160 มม. ปรอท
- ค่า pulse pressure อยู่ในช่วงที่เป็นไปได้หรือไม่ ถ้าไม่อยู่ในช่วงที่เป็นไปได้ ข้อมูลนั้นถูกตัดออกไม่รวมอยู่ในการวิเคราะห์ โดยช่วง pulse pressure ที่เป็นไปได้คือในช่วง 10-150 มม. ปรอท
- การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ พบว่าค่าความดันโลหิตของครั้งที่ 2 และ 3 กว่าครั้งแรก ซึ่งอาจเป็นเพราะการวัดครั้งแรกมีโอกาสสูงเกินจริงได้มากกว่าครั้งที่ 2 และ 3 ในการวิเคราะห์ครั้งนี้จึงใช้ค่าเฉลี่ยของการวัดครั้งที่ 2 และ 3

ระดับความดันโลหิต

ความดันโลหิต systolic และ diastolic เฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 122.0 และ 75.2 มม. ปรอท ตามลำดับ ผู้ชายมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าผู้หญิง (systolic: 124 และ 120 มม. ปรอท, diastolic : 76.7 และ 73.8 มม. ปรอท ตามลำดับ) ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นตามอายุ จนสูงสุดในผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ส่วน diastolic เพิ่มขึ้นตามอายุจนถึง วัย 45-59 ปี หลังจากนั้นความดันโลหิต diastolic ลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาตามเขตที่อยู่อาศัย พบว่าคนในเขตเทศบาลมีความดันโลหิต(ทั้ง systolic และ diastolic)โดยเฉลี่ยสูงกว่านอกเขตฯ เล็กน้อย ทั้งเพศชายและหญิง เมื่อพิจารณาตามภาคที่อยู่ พบว่าทุกภาคมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ยใกล้เคียงกัน แต่สังเกตว่า กรุงเทพฯ มีค่าเฉลี่ย systolic และ diastolic สูงกว่าภาคอื่น ในขณะที่ภูมิภาคอื่นมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าเฉลี่ย systolic ทั้งชายและหญิง และ diastolic ในผู้ชายต่ำกว่าภูมิภาคอื่นเล็กน้อย แต่ diastolic ในผู้หญิงของทุกภูมิภาคมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 5.3.1-5.3.2)

ตารางที่ 5.3.1 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic (mm Hg) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ เพศ เขตปกครองและภาค

	ชาย			หญิง			รวม		
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD
อายุ									
15-29	1,348	118.7	9.0	1,307	107.5	8.7	2,655	113.4	10.0
30-44	1,878	121.4	10.9	2,240	115.5	11.7	4,118	118.3	11.5
45-59	2,000	126.5	14.8	2,457	125.4	15.2	4,457	126.0	15.0
60-69	2,488	131.7	38.9	2,554	130.3	33.4	5,042	130.9	35.9
70-79	1,564	134.4	42.7	1,652	134.7	36.1	3,216	134.6	39.1
≥80	441	136.5	46.3	493	139.8	44.5	934	138.4	45.5
เขตปกครอง									
ในเขต	5,110	125.9	24.4	5,951	120.7	26.2	11,061	123.2	25.6
นอกเขต	4,609	123.2	13.5	4,752	119.8	14.6	9,361	121.5	14.1
ภาค									
เหนือ	2,251	125.2	18.1	2,365	120.0	19.0	4,616	122.5	18.8
กลาง	2,351	124.9	18.4	2,493	119.9	19.5	4,844	122.3	19.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2,208	121.4	12.3	2,329	119.5	13.9	4,537	120.5	13.2
ใต้	2,072	124.9	21.9	2,236	120.5	25.1	4,308	122.6	23.8
กรุงเทพฯ	837	127.4	18.4	1,280	121.4	21.0	2,117	124.4	20.1
รวมทั้งประเทศ	**9,719**	**124.0**	**17.1**	**10,703**	**120.0**	**18.6**	**20,422**	**122.0**	**18.0**

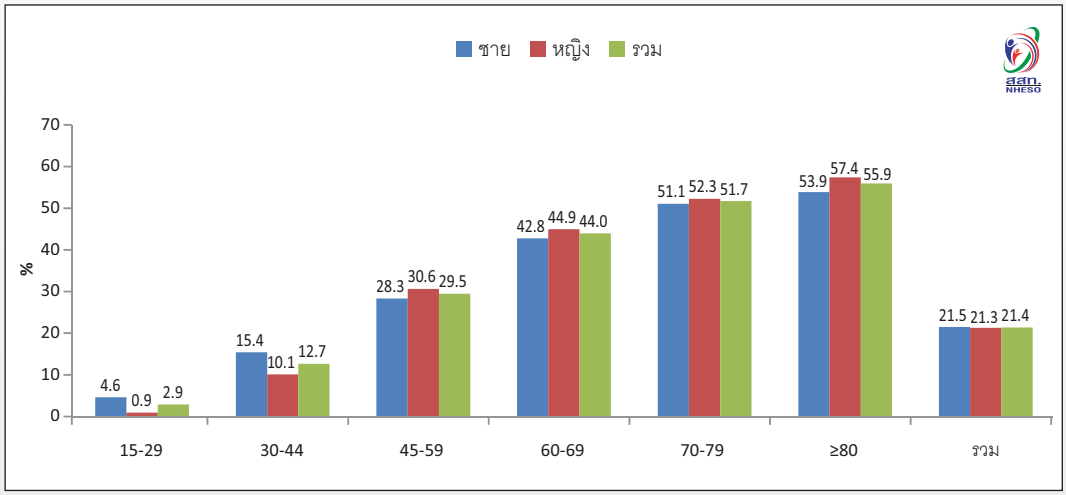
ตารางที่ 5.3.2 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic (mm Hg) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ เพศ เขตปกครองและภาค

	ชาย			หญิง			รวม		
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD
อายุ									
15-29	1,348	71.2	7.1	1,307	67.6	6.5	2,655	69.5	7.0
30-44	1,878	77.2	8.2	2,240	73.6	8.2	4,118	75.3	8.3
45-59	2,000	79.8	9.0	2,457	77.5	8.9	4,457	78.6	9.0
60-69	2,488	78.3	21.3	2,554	75.4	18.0	5,042	76.7	19.6
70-79	1,564	76.2	22.9	1,652	73.0	18.6	3,216	74.5	20.7
≥80	441	72.5	24.4	493	70.9	22.0	934	71.6	23.1
เขตปกครอง									
ในเขต	5,110	78.7	15.4	5,951	74.2	14.9	11,061	76.3	15.4
นอกเขต	4,609	75.9	8.9	4,752	73.7	8.5	9,361	74.8	8.7
ภาค									
เหนือ	2,251	77.9	12.4	2,365	74.5	11.2	4,616	76.2	11.9
กลาง	2,351	77.0	12.1	2,493	73.5	11.2	4,844	75.2	11.8
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2,208	75.0	8.3	2,329	73.5	8.3	4,537	74.2	8.3
ใต้	2,072	76.3	13.9	2,236	73.4	13.6	4,308	74.8	13.9
กรุงเทพฯ	837	80.1	10.3	1,280	75.1	11.8	2,117	77.6	11.4
รวม	**9,719**	**76.7**	**11.2**	**10,703**	**73.8**	**10.7**	**20,422**	**75.2**	**11.0**

ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง

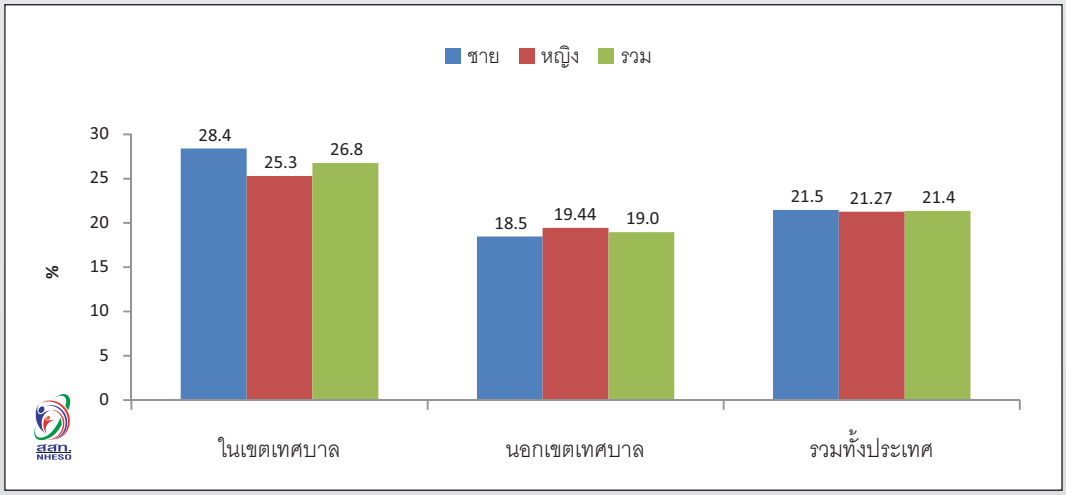
การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 21.4 ผู้ชายและผู้หญิงมีความชุกใกล้เคียงกัน ความชุกของโรคต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี (ร้อยละ 4.6 ในชาย และ 0.9 ในหญิง) จากนั้นเพิ่มขึ้นตามอายุและสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (รูปที่ 5.3.1)

รูปที่ 5.3.1 ความชุกโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

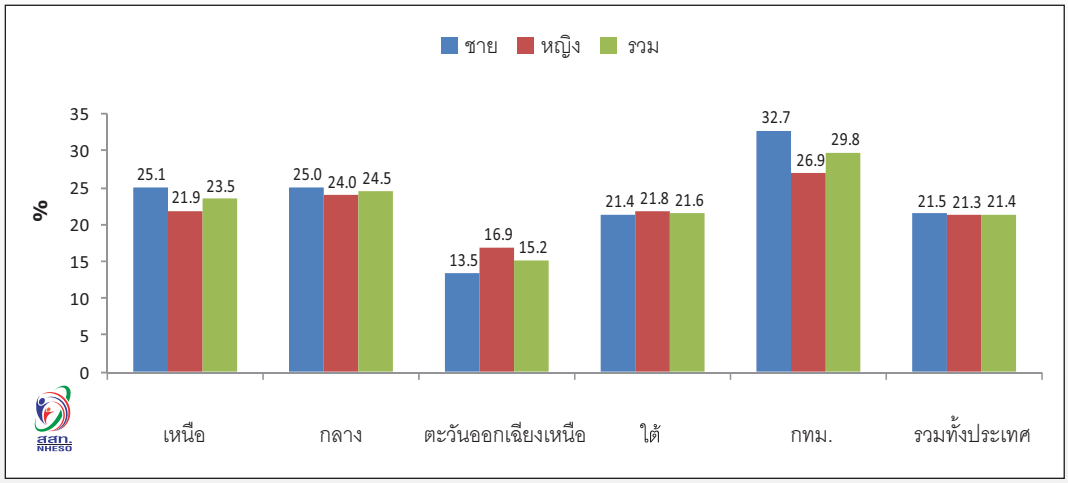


พิจารณาความชุกจำแนกตามเขตปกครองพบว่า ความชุกในชายและหญิงที่อาศัยในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 26.8 และ 19.0) (รูปที่ 5.3.2) การกระจายตามภาคพบว่า กรุงเทพฯ มีความชุกสูงที่สุด ทั้งในชาย (32.7) และหญิง (26.9) รองลงมาผู้ชายในภาคกลาง (ร้อยละ 25.0) และภาคเหนือ (25.1) มีความชุกใกล้เคียงกัน ต่อมาคือภาคใต้ (21.4) ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกต่ำที่สุด (13.5) สำหรับผู้หญิง ความชุกในภาคกลาง (24.0) สูงกว่าภาคเหนือ (21.9) และภาคใต้ (21.8) ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกต่ำที่สุด (16.9) เช่นเดียวกับเพศชาย (รูปที่ 5.3.3)

รูปที่ 5.3.2 ความชุกโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและเขตปกครอง



รูปที่ 5.3.3 ความชุกโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามเพศและภาค



ความครอบคลุมของการวินิจฉัย การรักษาและควบคุมความดันโลหิต

การเข้าถึงบริการของประชาชนไทยเกี่ยวกับการได้รับวินิจฉัย ได้รับรักษาและการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์

การสำรวจครั้งนี้สามารถแบ่งคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็น 4 กลุ่มคือ

1. กลุ่มไม่ได้รับการวินิจฉัย หมายถึงผู้ที่การสำรวจตรวจพบว่ามี ความดันโลหิตสูงเข้าเกณฑ์ ≥ 140/90 มม. ปรอท แต่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มาก่อน

2. กลุ่มได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา หมายถึงกลุ่มที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าเป็นความดันโลหิตสูง แต่ไม่เคยรับการรักษา

3. กลุ่มได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ หมายถึงผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตจากแพทย์แผนปัจจุบัน แต่จากการตรวจความดันโลหิตขณะสำรวจพบความดัน systolic ≥ 140 มม.ปรอท หรือ ความดัน diastolic ≥ 90 มม.ปรอท

4. กลุ่มได้รับการรักษาและควบคุมได้ หมายถึงผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตและการสำรวจตรวจพบความดัน systolic < 140 มม.ปรอท และความดัน Diastolic < 90 มม. ปรอท

เมื่อพิจารณาความครอบคลุมในการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยโดยแพทย์ และการได้รับการดูแลรักษา พบว่า ในจำนวนผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 ในชาย และ 40 ในหญิง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่ได้รับการรักษา ประมาณน้อยกว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ และอีกประมาณ 1 ใน 4 ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ ผู้ชายมีสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย รักษา และการควบคุมความดันโลหิตได้น้อยกว่าในผู้หญิง (ตารางที่ 5.3.3)

ตารางที่ 5.3.3 ร้อยละของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษา และผลการรักษา จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ

	อายุ (ปี)						
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	≥80	รวม
ชาย	n=75	n=340	n=653	n=1,128	n=805	n=253	n=3,254
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	99.3	78.7	59.4	44.5	37.9	47.0	60.5
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	6.5	9.3	10.6	8.5	7.3	5.8	9.3
รักษาและควบคุมไม่ได้	0	6.4	16.9	25.3	24.2	22.6	15.9
รักษาและควบคุมได้	0.3	5.6	13.1	21.7	30.7	24.6	14.4
หญิง	n=12	n=236	n=773	n=1,204	n=905	n=308	n=3,438
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	67.8	52.8	42.0	31.6	33.1	37.4	40.6
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	16.2	13.0	7.3	6.9	6.7	8.0	8.1
รักษาและควบคุมไม่ได้	0	16.2	22.6	27.3	32.5	32.1	24.0
รักษาและควบคุมได้	16.0	18.0	28.1	34.3	27.7	22.5	27.3

ความชุกของการวินิจฉัย ตามภาคต่างๆ พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยสูงที่สุดรองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือและกรุงเทพฯ ตามลำดับ ส่วนผู้ที่ไม่ได้รักษานั้นภาคใต้มีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่น สำหรับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้นั้น กรุงเทพฯ มีสัดส่วนของกลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้สูงสุด ที่รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ตามลำดับ (ตารางที่ 5.3.4)

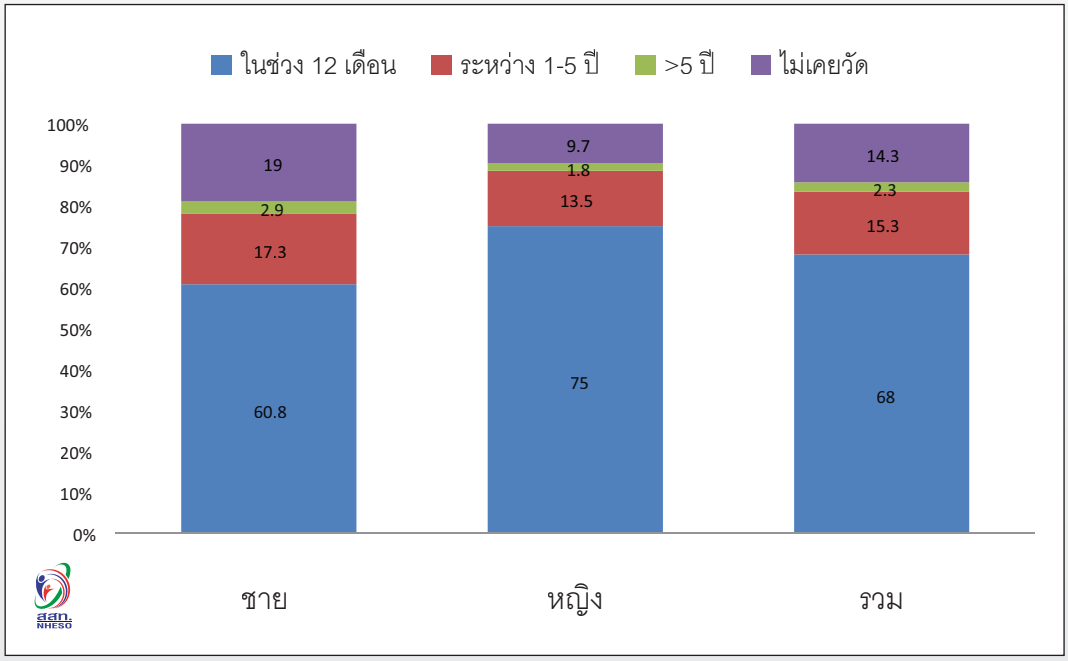
ตารางที่ 5.3.4 ร้อยละของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษา และผลการรักษา จำแนกตามเขตปกครองและภาค

	ภาค					
	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	รวม
รวม	n=1,554	n=1,708	n=1,154	n=1,500	n=776	n=6,692
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	48.3	51.6	58.1	51.2	36.8	50.3
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	7.6	5.6	10.1	14.4	8.7	8.7
รักษาและควบคุมไม่ได้	20.4	21.9	15.1	17.7	26.4	20.7
รักษาและควบคุมได้	23.7	21.0	16.7	16.6	28.1	20.9

สัดส่วนของคนที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิต

ร้อยละ 68.0 ของประชากรไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป (ที่ไม่เป็นความดันโลหิตสูงและที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย) เคยได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 15.3 เคยได้รับการตรวจในช่วง 1-5 ปีที่ผ่านมา, ร้อยละ 2.3 ได้รับการตรวจเกินกว่า 5 ปีมาก่อน และมีเพียงร้อยละ 14.3 ไม่เคยได้รับการวัดความดันโลหิตมาก่อน โดยเพศหญิงมีการเข้าถึงการตรวจคัดกรองได้ดีกว่าชาย (รูปที่ 5.3.4)

รูปที่ 5.3.4 ร้อยละของการได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิต ของประชากรไทยอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ไม่เป็นความดันโลหิตสูงและไม่เคยได้รับการวินิจฉัย



5.4 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

สรุป

- บทนี้กล่าวถึงสถานการณ์ภาวะไขมันในเลือดของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยบุคคลตัวอย่างอดอาหารก่อนได้รับการเจาะเลือด 12 ชั่วโมง ไขมันในเลือดที่ตรวจได้แก่ Total Cholesterol (TC), High Density Lipoprotein Cholesterol (HDL-C), และ Triglyceride (TG) และรายงานเกี่ยวกับภาวะ metabolic syndrome
- ระดับเฉลี่ย TC ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 204 มก./ดล. ค่าเฉลี่ยในผู้หญิงสูงกว่าชาย (208.6 และ 199.2 มก./ดล.) ระดับไขมันโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นตามอายุ และสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปีในผู้ชายและในกลุ่มอายุ 60-69 ปีในผู้หญิง จากนั้นระดับไขมันลดลงเมื่ออายุมากขึ้น
- ประชากรในเขตเทศบาลมี TC สูงกว่าประชากรนอกเขตฯ (211.8 และ 200.8 มก./ดล.) ทั้งในชายและหญิง เมื่อพิจารณาตามภาค พบว่าผู้ชายในกรุงเทพฯ มีระดับคอเลสเตอรอลเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ
- ความชุกของภาวะไขมัน TC สูง การรายงานพิจารณาที่จุดตัดสองระดับคือ ≥200 มก./ดล. และ ≥240 มก./ดล.
- ครึ่งหนึ่งของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีระดับ TC ≥200 มก./ดล. ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าของชายเล็กน้อย (ร้อยละ 51.1 และ 46.5) ความชุกสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี
- ร้อยละ 19.4 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีระดับ TC ≥240 มก./ดล. พบว่ามีความชุกในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชาย (ร้อยละ 21.4 และ 16.7) ความชุกสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบสูงสุดในช่วงอายุ 45-69 ปี เช่นกัน
- ความชุกของภาวะไขมัน TC สูง (ทั้ง ≥200 และ ≥240 มก./ดล.) พบในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตฯ ทั้งในชายและหญิง ความชุกสูงใน กรุงเทพฯ ภาคกลาง และภาคใต้
- ระดับ HDL-C เฉลี่ยในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 47.1 มก./ดล. โดยระดับเฉลี่ยในผู้หญิงสูงกว่าของผู้ชาย (48.9 และ 45.2) ระดับ HDL-C ลดลงเล็กน้อยเมื่อมีอายุมากขึ้น ในทั้งสองเพศ และระดับ HDL-C ของคนในเขตเทศบาลสูงกว่าของคนนอกเขตเทศบาล ประชากรในกรุงเทพฯ มีระดับ HDL-C สูงที่สุดรองลงมาคือภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ภาวะ HDL-C ต่ำหมายถึง ระดับ HDL-C <40 มก./ดล. ในผู้ชายและ <50 มก./ดล. ในผู้หญิง พบว่า ความชุกของภาวะ HDL-C ต่ำมีร้อยละ 46.6 (ผู้ชายร้อยละ 34.9 ผู้หญิงร้อยละ 57.9) ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ นอกเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่าในเขตเทศบาล พิจารณาตามภาคพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงที่สุด ส่วน กรุงเทพฯ มีความชุกต่ำสุด
- ระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 151.8 มก./ดล. ระดับเฉลี่ยในผู้ชายสูง (167.0 มก./ดล.) กว่าในผู้หญิง (137.5 มก./ดล.) ในผู้ชายสูงสุดในช่วงอายุ 30-59 ปี (182.4 มก./ดล.) จากนั้นระดับลดลง ส่วนในผู้หญิงสูงสุดในช่วงอายุ 70-79 ปี (168.2 มก./ดล.)

- ระดับไตรกลีเซอไรด์ของประชากรในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตฯ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าภาคอื่น ในขณะที่คนในกรุงเทพฯมีระดับไตรกลีเซอไรด์ต่ำที่สุด
- ความชุกของภาวะไตรกลีเซอไรด์สูง (triglyceride ≥ 150 มก./ดล.)ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 36.5 ความชุกในชายสูงกว่าในหญิง (ร้อยละ 41.7 และ 31.6) ประชากรนอกเขตฯมีความชุกสูงกว่าในเขตฯ เล็กน้อย ภาคตะวันออก-เฉียงเหนือมีความชุกสูงที่สุด
- เมื่อเปรียบเทียบการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 3 และ 4 ภาวะไขมันคอเลส-เตอรอลรวม (Total cholesterol) ของประชากรไทยอายุ 15 ขึ้นไป เปลี่ยนแปลงในทิศทางที่เพิ่มขึ้น ในผู้หญิง เพิ่มจาก 197.5 เป็น 208.6 มก./ดล. ในผู้ชายเพิ่มจาก 188.9 เป็น 199.2 มก./ดล. ส่วนความชุกของ TC ≥ 240 มก./ดล. เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.1 เป็น 21.4 ในผู้หญิง และเพิ่มจากร้อยละ 13.7 เป็น 16.7 ในผู้ชายตามลำดับ
- ความชุกของเมแทบอลิกซินโดรมในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 21.7 ความชุกในหญิงมากกว่าในชาย (24.5 และ 18.8) ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นและสูงสุดในช่วงอายุ 70-79 ปี ความชุกของภาวะนี้ในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตฯ เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่า ภาคกลางและกรุงเทพฯ มีความชุกใกล้เคียงกันและสูงสุดทั้งชายและหญิง ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีความชุกต่ำกว่าและค่อนข้างใกล้เคียงกัน

ภาวะไขมันในเลือด

การสำรวจครั้งนี้ได้เก็บตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจไขมัน ต่อไปนี้คือ total cholesterol, high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) และ triglyceride โดยผู้ที่ได้รับการตรวจเลือด ได้รับคำแนะนำให้อดอาหารและน้ำดื่มทุกชนิดยกเว้นน้ำเปล่าตั้งแต่ 20.00 ของคืน 1 วันก่อนการเจาะเลือดตรวจ ดังนั้น จึงเป็นการอดอาหาร 12 ชั่วโมงก่อนเจาะเลือดตรวจ

สำหรับค่าที่เป็นไปได้ของ total cholesterol คือ ระหว่าง 50 ถึง 550 มก./ดล., triglyceride อยู่ระหว่าง 18-2000 มก./ดล. และ HDL อยู่ระหว่าง 12-140 มก./ดล. ในการวิเคราะห์ข้อมูล total cholesterol และ triglyceride ครั้งนี้เลือกวิเคราะห์เฉพาะคนที่อดอาหารคืนก่อนมาตรวจเลือดเท่านั้น (n=18,070) ส่วน HDL-C วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด (n=20,115) เนื่องจากไม่มีความแตกต่างกันเมื่อรวมหรือไม่รวมกลุ่มอดอาหารในการวิเคราะห์

ภาวะไขมัน total cholesterol สูง ได้แบ่งเป็นสองระดับคือ ≥200 mg/dL และ ≥240 mg/dL ส่วนภาวะ HDL-C ต่ำ หมายถึง <40 mg/dL ในชาย และ <50 mg/dL ในหญิง ภาวะ triglyceride สูงหมายถึง triglyceride ≥150 mg/dL

ผลการวิเคราะห์ Total cholesterol

ระดับเฉลี่ยของคอเลสเตอรอลรวม (total cholesterol, TC) ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 204 มก./ดล. ค่าเฉลี่ยในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชาย (208.6 และ 199.2 มก./ดล.) ระดับไขมันโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นตามอายุ และสูงสุดในช่วงอายุ 45-59 ปีในผู้ชาย และในช่วงอายุ 60-69 ปีในผู้หญิงจากนั้นระดับไขมันลดลงเมื่ออายุมากขึ้น

ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีไขมันคอเลสเตอรอลรวมสูงกว่าผู้ที่อาศัยนอกเขตฯ (211.8 และ 200.8 มก./ดล.) ทั้งในชายและหญิง เมื่อพิจารณาตามภาค พบว่าผู้ชายในกรุงเทพฯ มีระดับคอเลสเตอรอลเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่าในผู้หญิงนั้นภาคกลางมีระดับคอเลสเตอรอลสูงที่สุดรองลงมาคือ ภาคใต้และกรุงเทพฯ ส่วนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระดับ คอเลสเตอรอลต่ำกว่าภาคอื่นๆ (ตารางที่ 5.4.1)

ตารางที่ 5.4.1 ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐานของไขมันคอเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตาม เพศ เขตปกครองและภาค

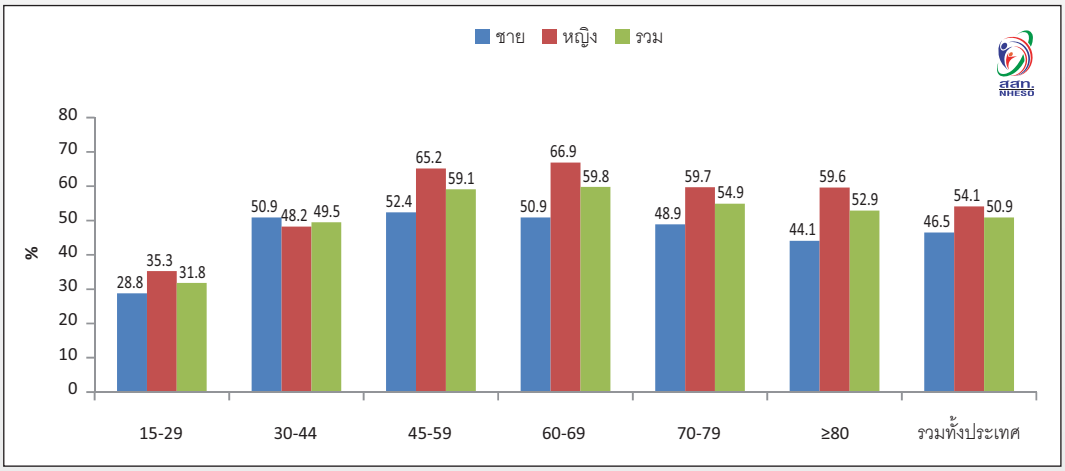
	ชาย				หญิง				รวม			
	จำนวนตัวอย่าง	Mean TC mg/dL	(SD)	Median	จำนวนตัวอย่าง	Mean TC (SD) mg/dL	(SD)	Median	จำนวนตัวอย่าง	Mean TC (SD) mg/dL	(SD)	Median
กลุ่มอายุ (ปี)												
15-29	1,168	181.4	30.8	180.3	1,131	191.2	30.5	189.2	2,299	186.0	31.0	184.6
30-44	1,638	203.4	37.2	206.6	1,970	201.0	32.0	202.3	3,608	202.1	34.8	204.2
45-59	1,739	205.7	34.6	208.9	2,196	219.5	36.3	221.6	3,935	212.9	36.0	216.2
60-69	2,236	204.8	80.1	203.9	2,300	223.3	78.7	222.4	4,536	215.1	81.2	212.7
70-79	1,400	201.7	80.9	200.4	1,464	217.7	86.9	216.2	2,864	210.5	85.9	208.5
≥80	399	195.5	81.5	199.2	430	213.0	79.5	212.2	829	205.4	82.1	206.2
เขตปกครอง												
ในเขตเทศบาล	4,487	208.8	60.1	205.4	5,203	213.9	58.5	214.7	9,690	211.5	59.4	210.4
นอกเขตเทศบาล	4,093	195.2	35.3	197.3	4,288	206.2	35.5	207.7	8,381	200.8	35.7	202.3
ภาค												
เหนือ	2,153	191.8	48.3	193.1	2,256	201.4	48.3	203.9	4,409	196.8	48.6	198.1
กลาง	1,916	208.4	43.8	208.9	2,044	217.6	42.2	218.5	3,960	213.2	43.2	213.7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,970	189.6	33.9	191.5	2,055	202.2	34.2	204.2	4,025	195.9	34.4	198.1
ใต้	1,847	209.1	55.4	208.9	2,038	215.0	56.7	217.0	3,885	212.2	56.2	213.1
กรุงเทพฯ	693	214.7	39.6	211.6	1,098	214.7	45.5	216.2	1,791	214.7	43.0	214.7
รวมทั้งประเทศ	8,579	199.2	44.0	201.5	9,491	208.6	44.1	211.6	18,070	204.0	44.3	206.6

TC: Total cholesterol

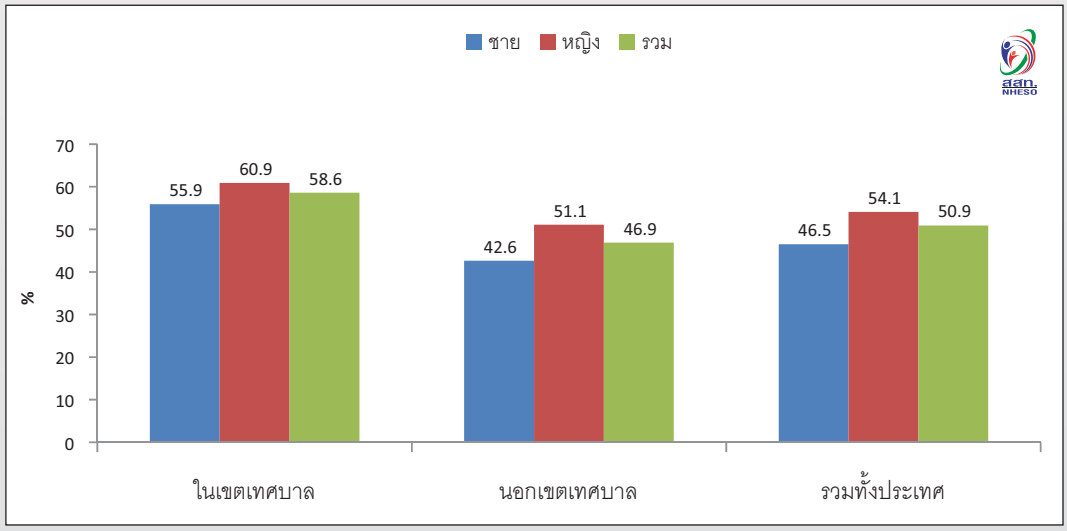
ความชุกของภาวะคอเลสเตอรอลสูง

ครึ่งหนึ่งของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีระดับไขมันคอเลสเตอรอลสูง ≥200 มก./ดล. ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชายเล็กน้อย (ร้อยละ 51.1 และ 46.5) ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ และสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี และ 60-69 ปีในผู้หญิง ความชุกในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตฯ ทั้งในชายและหญิง เมื่อพิจารณาตามภาค ในผู้ชาย ความชุกสูงสุด ในกรุงเทพฯ รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ ส่วนในผู้หญิง กรุงเทพฯ สูงที่สุด รองลงมาคือภาคกลางและภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีความชุกต่ำที่สุด (รูปที่ 5.4.1-5.4.3)

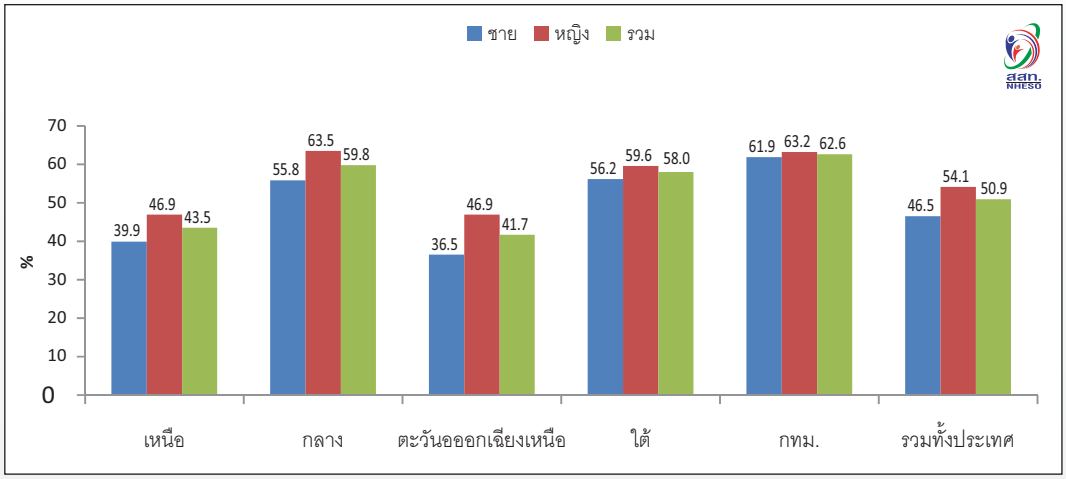
รูปที่ 5.4.1 ความชุกของภาวะไขมันคอเลสเตอรอลรวมสูง (TC≥200mg/dL) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและอายุ



รูปที่ 5.4.2 ความชุกของภาวะไขมันคอเลสเตอรอลรวมสูง (TC≥200mg/dL) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและเขตปกครอง



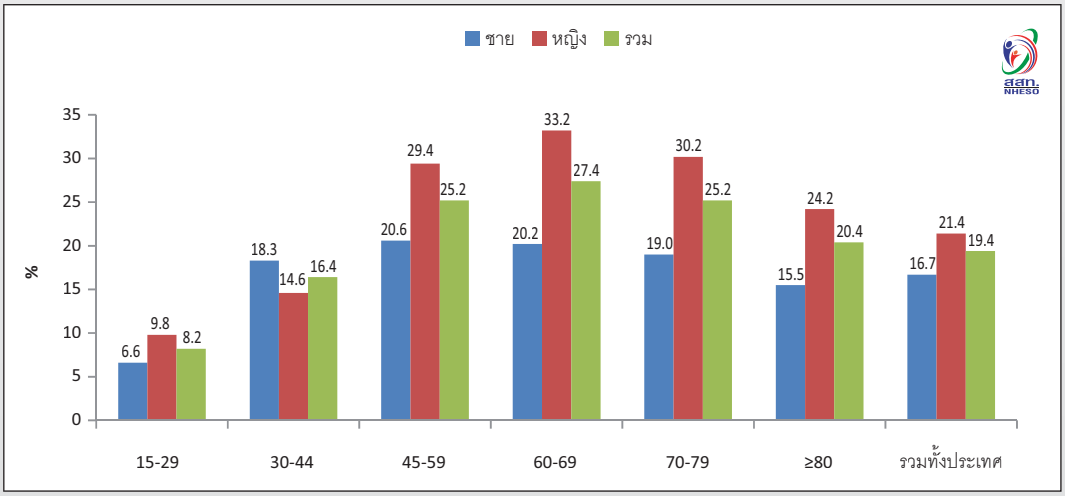
รูปที่ 5.4.3 ความชุกของภาวะไขมันคอเลสเตอรอลรวมสูง (TC≥200mg/dL) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและภาค



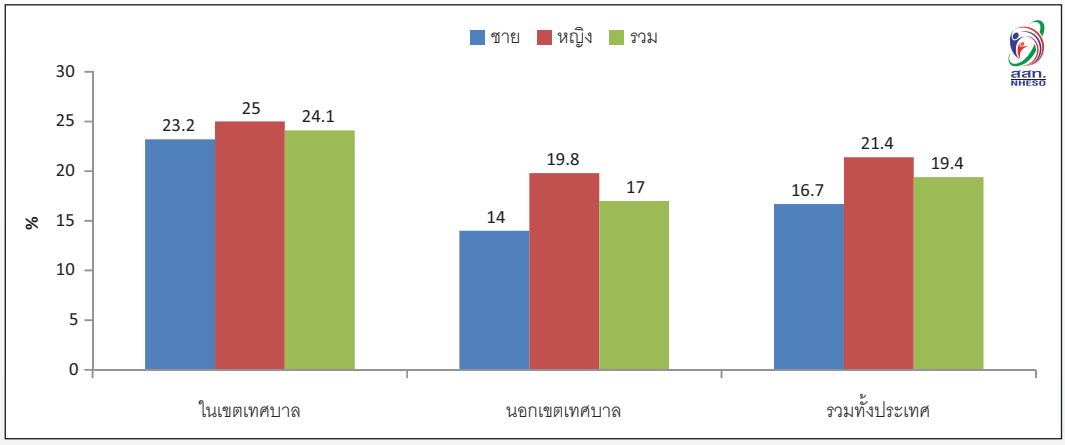
เมื่อพิจารณาที่ระดับคอเลสเตอรอลรวม ≥240 มก./ดล. พบความชุกของภาวะไขมันคอเลสเตอรอลรวมสูง ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 19.4 ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชาย (ร้อยละ 21.4 และ 16.7) ความชุกสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-69 ปี และลดต่ำลงมีอายุ ≥70 ปี ความชุกในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 24.1 และ 17.0)

เมื่อพิจารณาความชุกตามภาค พบว่า กรุงเทพฯ ภาคกลางและภาคใต้ มีความชุกค่อนข้างใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 25.5, 25.1 และ 24.5 ตามลำดับ ส่วนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกที่ต่ำกว่าอีก 3 ภาค โดยพบร้อยละ 14.7 และ 13.8 ตามลำดับ (รูปที่ 5.4.4-5.4.6)

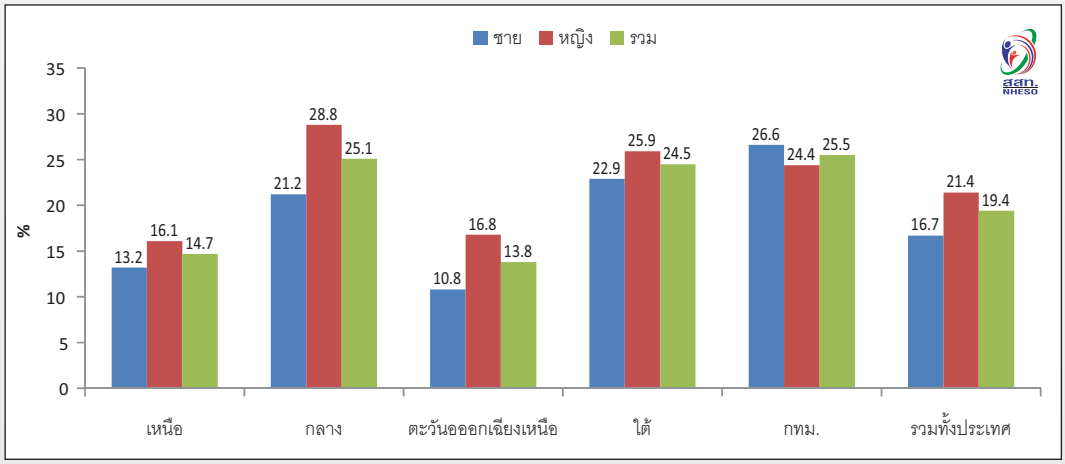
รูปที่ 5.4.4 ความชุกของภาวะไขมันคอเลสเตอรอลรวมสูง (TC≥240mg/dL) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศและอายุ



รูปที่ 5.4.5 ความชุกของภาวะไขมันคอเลสเตอรอลรวมสูง (TC≥240mg/dL) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศและเขตปกครอง



รูปที่ 5.4.6 ความชุกของภาวะไขมันคอเลสเตอรอลรวมสูง (TC≥240mg/dL) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศและภาค



การวินิจฉัย รักษา และควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง

การสำรวจนี้ได้ถามเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาลดไขมันในเลือด แต่ไม่ทราบประเภทของไขมันที่ผิดปกติและไม่ทราบชนิดยา การวิเคราะห์จึงได้ใช้ค่า คอเลสเตอรอลรวมเป็นตัวแทนในการประเมินการวินิจฉัยและการรักษา โดยได้แบ่ง เป็น 4 กลุ่มดังนี้คือ

1. กลุ่มไม่ได้รับการวินิจฉัย หมายถึงผู้ที่ได้รับการตรวจพบว่ามี ระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวม (TC)≥240 มก./ดล. แต่บอกว่าไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์มาก่อน

2. กลุ่มได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา หมายถึงกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าเป็นไขมันในเลือดสูง แต่ไม่ได้รับการรักษา

3. กลุ่มได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ หมายถึงกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันในเลือดจากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ แต่การตรวจเลือดพบ TC≥240 มก./ดล.

4. กลุ่มได้รับการรักษาและควบคุมได้ หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันในเลือดและตรวจพบ TC<240 มก./ดล.

การวิเคราะห์กลุ่มที่มีภาวะไขมันคอเลสเตอรอลรวมสูง (TC≥240 มก./ดล.) พบว่า ร้อยละ 73 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 14.8 ได้รับการรักษาและสามารถควบคุมได้ สัดส่วนของคนที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.4.2)

ตารางที่ 5.4.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีไขมันคอเลสเตอรอลรวมสูง (TC ≥240 มก./ดล.) จำแนกตามการวินิจฉัย การรักษาและควบคุม และจำแนกตามเพศ และอายุ

	อายุ (ปี)						
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	≥80	รวม
ชาย	n=115	n=439	n=571	n=715	n=414	n=113	n=2,367
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	98.1	86.8	71.8	64.3	52.6	69.0	76.6
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	1.2	5.5	9.4	3.3	6.9	2.1	6.6
รักษาและควบคุมไม่ได้	0.8	2.3	6.4	9.6	11.0	3.9	5.2
รักษาและควบคุมได้	0.0	5.4	12.4	22.8	29.5	25.0	11.5
หญิง	n=124	n=391	n=970	n=1,231	n=745	n=159	n=3,620
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	94.3	84.4	65.6	57.3	61.2	64.8	69.8
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	0.5	8	8.9	8.5	5.5	2.7	7.6
รักษาและควบคุมไม่ได้	0.2	1.4	6.9	8.8	6.1	7.4	5.5
รักษาและควบคุมได้	5.0	6.3	18.6	25.5	27.2	25.1	17.1

พิจารณาสัดส่วนการได้รับการวินิจฉัย การรักษา และควบคุมตามภาค พบว่า กรุงเทพฯ มีสัดส่วนของกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยน้อยที่สุด ร้อยละ 57 และมีสัดส่วนของคนที่อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมระดับไขมัน TC<240 มก./ดล. สูงที่สุด (ร้อยละ 22.3) ตารางที่ 5.4.3

ตารางที่ 5.4.3 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีไขมันคอเลสเตอรอลรวมสูง (TC ≥240 มก./ดล.) จำแนกตามการวินิจฉัย การรักษาและควบคุม และจำแนกตามภาค

	ภาค					
	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	รวม
	n=1,100	n=1,673	n=936	n=1,508	n=770	n=5,987
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	75.5	74.5	77.1	74.7	57.1	72.7
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	4.8	6.2	7.2	7.6	11.2	7.2
รักษาและควบคุมไม่ได้	5.6	5.3	4.1	4.5	9.3	5.4
รักษาและควบคุมได้	15.1	14.1	11.7	13.2	22.3	14.8

ระดับไขมัน High Density Lipopotien-Cholesterol (HDL-C)

ระดับ HDL-C เฉลี่ยในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 47.1 มก./ดล. โดยระดับเฉลี่ยในผู้หญิงสูงกว่าของผู้ชาย (48.9 และ 45.3 มก./ดล. ตามลำดับ) ระดับ HDL-C ลดลงเล็กน้อยเมื่อมีอายุมากขึ้น ในทั้งสองเพศ และระดับค่าเฉลี่ยของในเขตเทศบาลสูงกว่าของนอกเขตเทศบาล

เมื่อพิจารณาตามภาค พบว่า ประชากรในกรุงเทพฯ มีระดับ HDL-C สูงที่สุดรองลงมาคือภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตารางที่ 5.4.4)

ตารางที่ 5.4.4 ค่าเฉลี่ย ไขมัน HDL-C ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ เขตปกครองและภาค

	ชาย			หญิง			รวม		
	จำนวนตัวอย่าง	Mean HDL-C (mg/dL)	(SD)	จำนวนตัวอย่าง	Mean HDL-C (mg/dL)	(SD)	จำนวนตัวอย่าง	Mean TC (mg/dL)	(SD)
กลุ่มอายุ (ปี)									
15-29	1,322	46.8	8.4	1,267	50.5	9.3	2,589	48.6	9.0
30-44	1,850	45.3	8.6	2,187	49.0	8.8	4,037	47.2	8.8
45-59	1,980	44.6	9.3	2,429	48.9	9.9	4,409	46.8	9.8
60-69	2,470	44.2	21.9	2,519	47.5	20.3	4,989	46.0	21.3
70-79	1,547	44.4	22.5	1,624	45.7	19.8	3,171	45.1	21.1
≥80	442	42.6	20.3	478	45.5	18.8	920	44.2	19.7
เขตปกครอง									
ในเขตเทศบาล	5,064	46.6	15.6	5,842	51.0	16.3	10,906	48.9	16.2
นอกเขตเทศบาล	4,547	44.7	9.1	4,662	47.9	9.0	9,209	46.3	9.2
ภาค									
เหนือ	2,226	45.2	13.0	2,341	48.5	12.5	4,567	46.9	12.8
กลาง	2,347	45.9	11.4	2,464	50.8	11.1	4,811	48.4	11.5
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2,165	43.5	8.7	2,239	46.5	8.9	4,404	45.0	8.9
ใต้	2,044	46.6	14.6	2,203	49.1	14.3	4,247	47.9	14.5
กรุงเทพฯ	829	47.9	10.8	1,257	52.1	14.0	2,086	50.0	12.6
รวมทั้งประเทศ	**9,611**	**45.3**	**11.3**	**10,504**	**48.9**	**11.6**	**20,115**	**47.1**	**11.6**

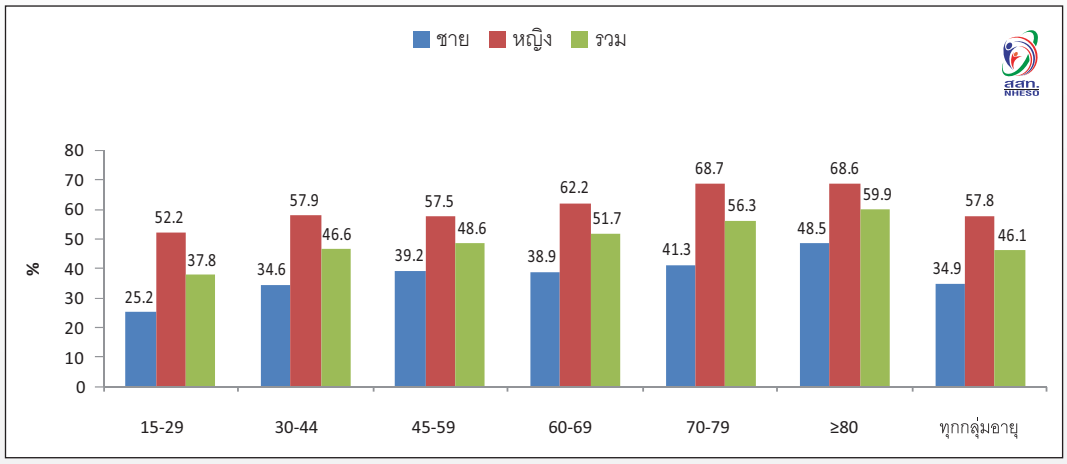
HDL-C: High Density lipoprotein Cholesterol

ความชุกของภาวะไขมัน HDL-C ต่ำ

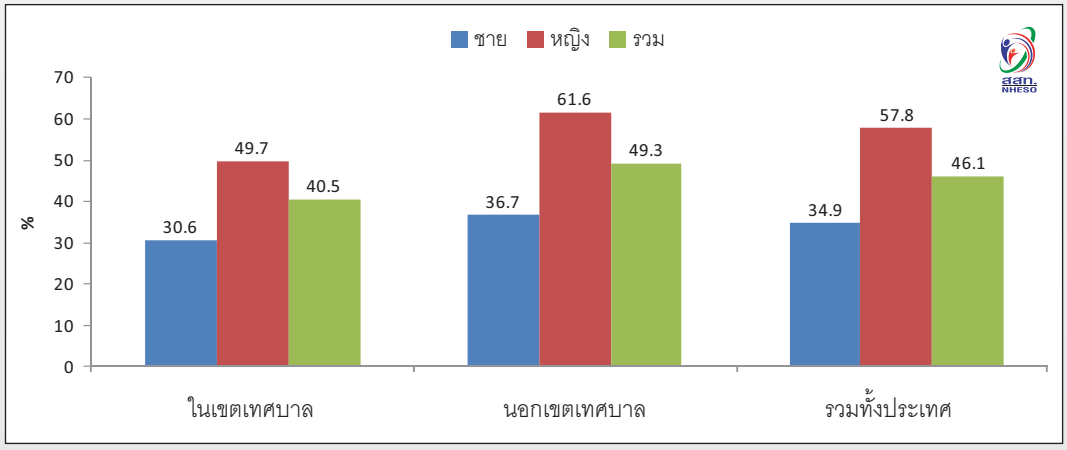
เมื่อพิจารณาแบ่งระดับ HDL-C ตามเกณฑ์วินิจฉัย metabolic syndrome คือ ภาวะ HDL-C ต่ำหมายถึง ระดับ HDL-C<40 มก./ดล. ในผู้ชายและ <50 มก./ดล. ในผู้หญิง พบว่าโดยรวมความชุกของภาวะ HDL-C ต่ำมีร้อยละ 46.6 (ผู้ชายร้อยละ 34.9 และผู้หญิงร้อยละ 57.9) ความชุกของภาวะ HDL-C ต่ำ เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น สังเกตว่าผู้หญิงในแต่ละกลุ่มอายุมากกว่าครึ่งมี HDL-C ต่ำกว่า 50 mg/dL

ความชุกตามเขตปกครอง พบว่า นอกเขตเทศบาล มีความชุกของภาวะ HDL-C ผิดปกติสูงกว่าในเขตเทศบาล ทั้งในผู้ชายและหญิง เมื่อพิจารณาตามภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงที่สุดทั้งในชาย(ร้อยละ 65.7) และหญิง(ร้อยละ 41.5) ส่วนภาคที่มีความชุกต่ำสุดคือกรุงเทพฯ (ร้อยละ 26.3 ในผู้ชาย และ 46.8 ในผู้หญิง)

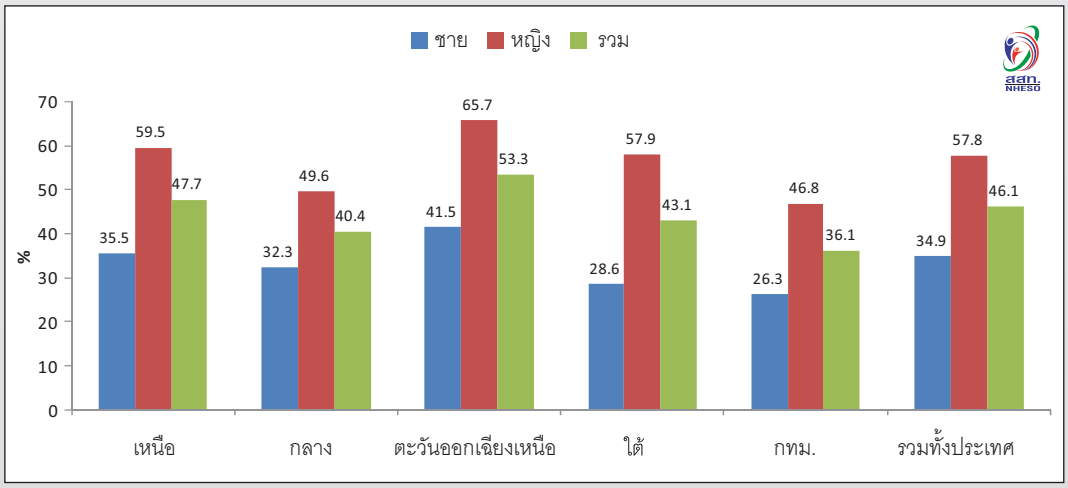
รูปที่ 5.4.7 ความชุกของภาวะไขมัน HDL-C ต่ำ (HDL-C<40mg/dL ในชายและ <50mg/dL ในหญิง) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และอายุ



รูปที่ 5.4.8 ความชุกของภาวะไขมัน HDL-C ต่ำ (HDL-C<40mg/dL ในชายและ <50mg/dL ในหญิง) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และเขตปกครอง



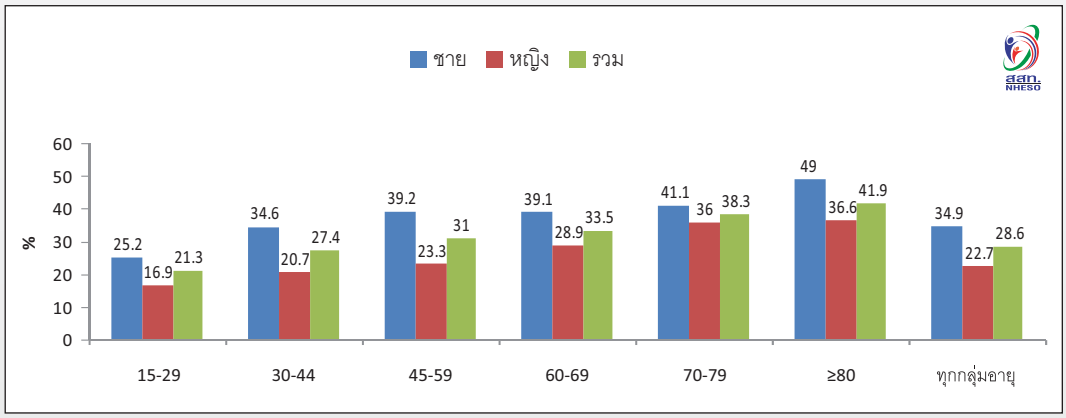
รูปที่ 5.4.9 ความชุกของภาวะไขมัน HDL-C ต่ำ (HDL-C<40mg/dL ในชายและ <50mg/dL ในหญิง) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และภาค



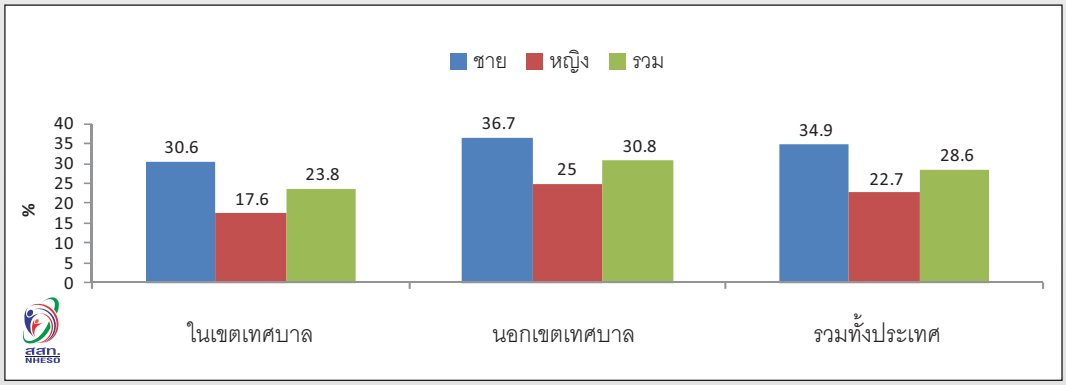
เมื่อพิจารณาแบ่งระดับ HDL-C ตามเกณฑ์ ATPIII[4] ระดับ HDL-C ที่ต่ำกว่าปกติคือ <40 มก./ดล. ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง พบว่า โดยรวมความชุกของ HDL-C <40 มก./ดล. มีร้อยละ 28.6 โดยความชุกในผู้ชายสูงกว่าของผู้หญิง (ผู้ชายร้อยละ 34.9 ผู้หญิงร้อยละ 22.7) ภาวะ HDL-C ต่ำนี้ ความชุกต่ำสุดในกลุ่ม 15-29 ปี จากนั้น เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ความชุกเฉพาะกลุ่มอายุในผู้ชายสูงกว่า ที่พบในผู้หญิงทุกกลุ่มอายุ (รูปที่ 5.4.10)

ความชุกตามเขตปกครอง พบว่า ความชุกของภาวะ HDL-C ต่ำ ในประชากรนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลทั้งในผู้ชายและหญิง เมื่อพิจารณาตามภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงที่สุด ทั้งในชาย (ร้อยละ 41.5) และหญิง (ร้อยละ 28.9) ภาวะนี้ในกรุงเทพฯ มีความชุกต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่น (ร้อยละ 26.3 ในผู้ชาย และ 14.8 ในผู้หญิง) (รูปที่ 5.4.11-5.4.12)

รูปที่ 5.4.10 ความชุกของภาวะไขมัน HDL-C ต่ำ (HDL-C<40mg/dL) ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ และอายุ

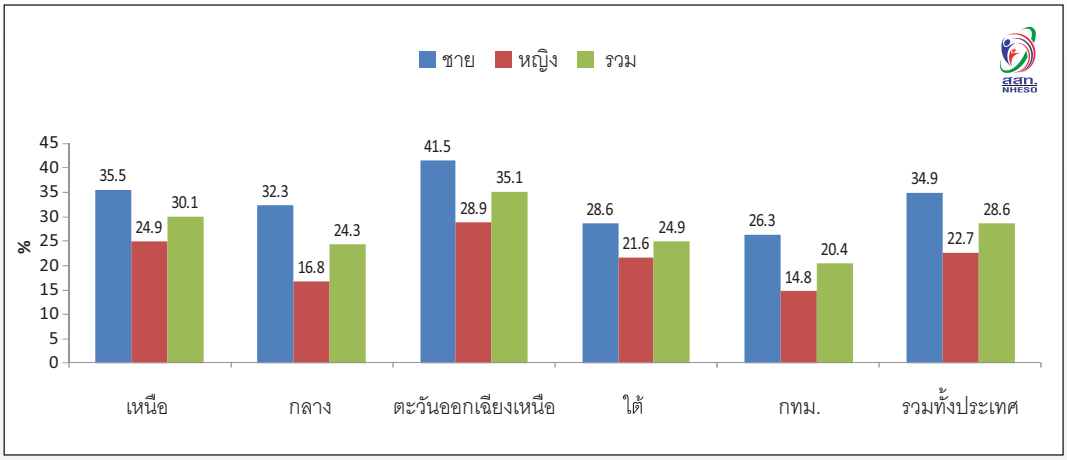


รูปที่ 5.4.11 ความชุกของภาวะไขมัน HDL-C ต่ำ (HDL-C<40mg/dL) ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และเขตปกครอง



[4] Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection; evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult treatment panel III).

รูปที่ 5.4.12 ความชุกของภาวะไขมัน HDL-C ต่ำ (HDL-C<40mg/dL) ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ และภาค



ไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)

ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 150.8 ม.ก/ดล. มัธยฐาน 124 มก./ดล. ระดับเฉลี่ยในผู้ชาย (165.3 มก./ดล.) มัธยฐาน 129.4 มก./ดล. สูงกว่าในผู้หญิง (137.3 มก./ดล.) มัธยฐาน 120.5 มก./ดล. ในผู้ชายสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี (182.4 มก./ดล.) จากนั้นระดับลดลง ส่วนในผู้หญิงสูงสุดในช่วงอายุ 70-79 ปี (168.2 มก./ดล.)

ระดับไตรกลีเซอไรด์ของคนที่อาศัยในเขตเทศบาลสูงกว่าคนนอกเขตฯทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย เมื่อพิจารณาตามภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าคนภาคอื่น ในขณะที่คนในกรุงเทพฯมีระดับไตรกลีเซอไรด์ต่ำที่สุด ทั้งในเพศชายและหญิง (ตารางที่ 5.4.5)

ตารางที่ 5.4.5 ค่าเฉลี่ย และค่ามัธยฐานของไขมันไตรกลีเซอไรด์ ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ เขตปกครองและภาค

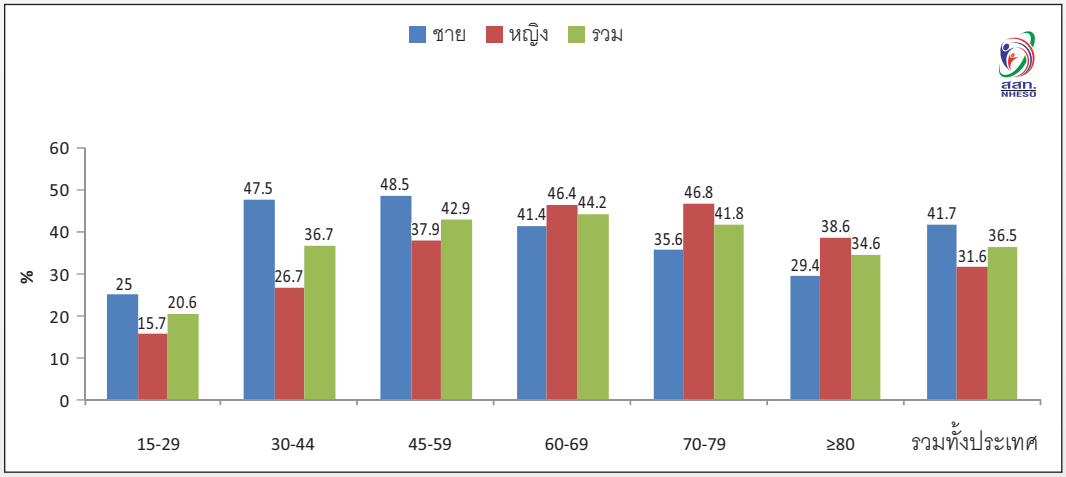
	ชาย				หญิง				รวม			
	จำนวนตัวอย่าง	Mean TG mg/dL	Median	SD	จำนวนตัวอย่าง	Mean TG mg/dL	Median	SD	จำนวนตัวอย่าง	Mean TG mg/dL	Median	SD
กลุ่มอายุ (ปี)												
15-29	1,168	127.1	98.3	75.4	1,131	104.8	85.1	52.9	2,299	116.6	91.3	66.9
30-44	1,638	178.2	140.9	102.8	1,969	125.1	98.3	61.5	3,605	150.7	115.2	87.7
45-59	1,739	182.4	145.3	100.4	2,196	153.1	122.3	85.7	3,935	167.1	131.1	94.5
60-69	2,235	160.6	132.0	174.8	2,300	166.1	141.8	167.8	4,535	163.6	136.4	171.4
70-79	1,400	146.9	124.0	158.4	1,464	168.2	143.5	176.7	2,864	158.6	134.7	171.0
≥80	399	135.5	117.4	137.6	430	149.2	130.7	116.1	829	143.2	123.6	126.1
เขตปกครอง												
ในเขตเทศบาล	4,484	161.9	129.4	169.4	5,203	127.3	117.8	112.3	9,686	143.7	122.3	144.8
นอกเขตเทศบาล	4,093	166.7	128.5	97.0	4,288	141.6	125.8	75.8	8,381	153.8	126.7	87.4
ภาค												
เหนือ	2,153	157.8	124.9	130.8	2,256	131.1	117.0	103.3	4,409	144.0	120.5	118.3
กลาง	1,915	165.9	129.4	132.6	2,043	131.6	121.4	80.3	3,958	148.0	125.8	109.5
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,969	181.2	144.4	95.1	2,055	156.0	140.0	80.5	4,024	168.4	141.8	88.6
ใต้	1,847	142.6	120.5	132.4	2,038	122.9	115.2	95.4	3,885	132.2	118.7	114.9
กรุงเทพฯ	693	151.5	121.4	113.8	1,098	118.6	108.1	84.7	1,792	134.3	113.4	105.3
รวมทั้งประเทศ	**8,577**	**165.3**	**129.4**	**120.7**	**9,490**	**137.3**	**120.5**	**91.3**	**18,067**	**150.8**	**124.0**	**107.8**

TG: Triglyceride

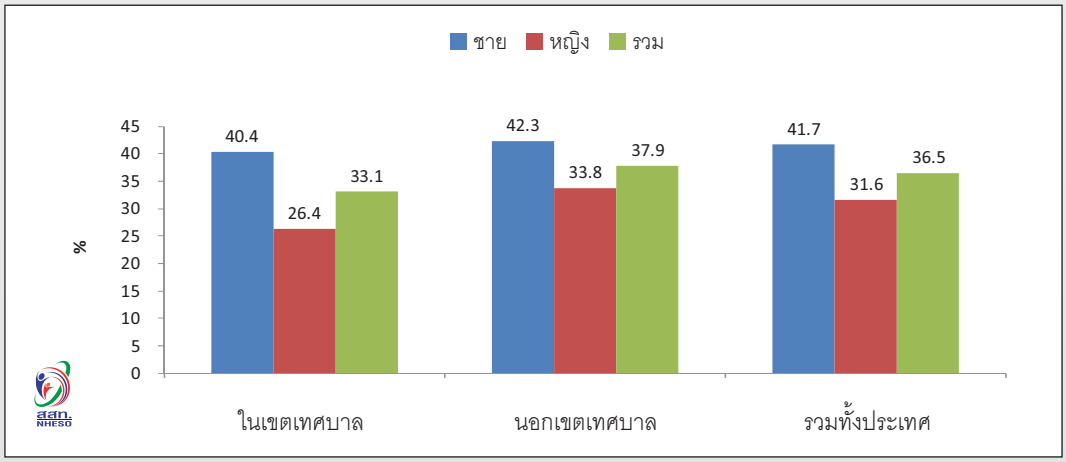
ความชุกของภาวะไตรกลีเซอไรด์สูง

ภาวะไตรกลีเซอไรด์สูง หมายถึงระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥150 มก./ดล. พบว่าความชุกของภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 36.5 ความชุกในชายสูงกว่าในหญิง (ร้อยละ 41.7 และ 31.6) ความชุกของภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงของคนนอกเขตเทศบาลสูงกว่าคนในเขตฯ เล็กน้อย เมื่อพิจารณาตามภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงที่สุด (รูปที่ 5.4.13-5.4.15)

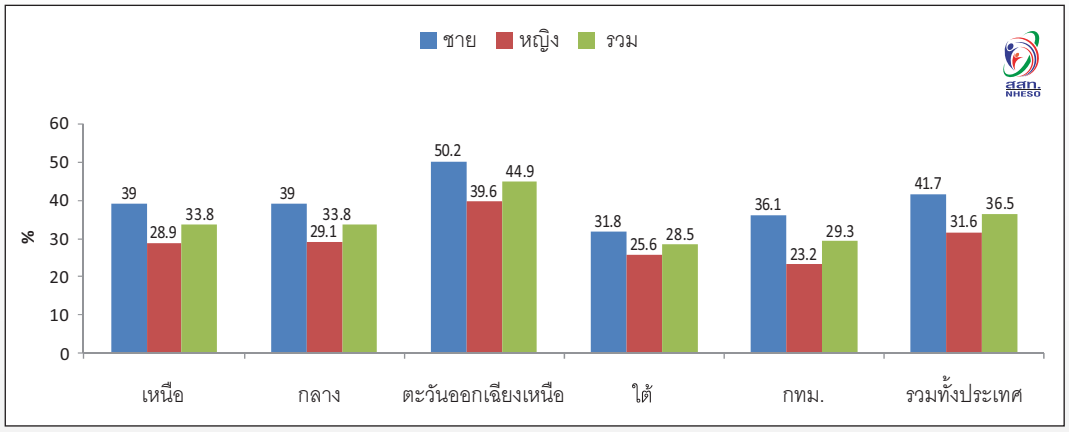
รูปที่ 5.4.13 ความชุกภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง (TG≥150 mg/dL) ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ และอายุ



รูปที่ 5.4.14 ความชุกภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง (TG≥150 mg/dL) ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ และเขตปกครอง



รูปที่ 5.4.15 ความชุกภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง (TG≥150 mg/dL) ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ และภาค



5.5.1 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดหลายปัจจัย (Muliple risk factors)

บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอาจมีเพียงปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัย (ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน คอเลสเตอรอลรวมสูง อ้วนและการสูบบุหรี่เป็นประจำ) การสำรวจภาวะสุขภาพครั้งที่ 3 พบว่าในประชากรชาย และหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.7 และ 32.0 มี 1 ปัจจัยเสี่ยง ตามลำดับ และร้อยละ 28.8 และ 21.3 มีตั้งแต่ 2 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไป งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีหลายปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยในคนเดียวกันมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น ในบทต่อนี้จึงนำเสนอผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับความชุกของการมีหลายปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน

คำจำกัดความ

ปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ หมายถึง ความดันโลหิตสูง (SBP ≥140 mm Hg หรือ DBP≥80 mm Hg หรือกำลังรักษาความดันโลหิตสูงด้วยยา) เบาหวาน คอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูง (total cholesterol ≥240 mg/dL) สูบบุหรี่เป็นประจำ และภาวะอ้วน (BMI ≥25kg/m^2)

ผลการวิเคราะห์

ประชากรชายและหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 41.1 และ 34.1 ตามลำดับมีปัจจัยเสี่ยง 1 ปัจจัย, ผู้ชายและผู้หญิงที่มีปัจจัยเสี่ยง 2 ปัจจัย มีร้อยละ 19.9 และ 17.8 ตามลำดับ, และกลุ่มที่มีตั้งแต่ 3 ปัจจัยขึ้นไปมีร้อยละ 9.5 และ 7.4 ตามลำดับ พิจารณาตามอายุ ความชุกของการมี 2 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไปเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี (ชายร้อยละ 41.2 และหญิงร้อยละ 45.2) และในกลุ่มอายุ 70-79 ปี (ชายร้อยละ 38.4 และหญิงร้อยละ 43.0) (ตารางที่ 5.5.1.1)

ตารางที่ 5.5.1.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย จำแนกตามอายุ และเพศ

จำนวนปัจจัยเสี่ยง	อายุ (ปี)						
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	ทุกอายุ
เพศชาย							
จำนวนตัวอย่าง	1,296	1,801	1,899	2,382	1,486	407	9,271
1 ปัจจัยเสี่ยง	37	43.7	43	38.7	39.9	43.4	41.4
2 ปัจจัยเสี่ยง	9.7	19.8	24.2	26.7	27.7	20.8	19.9
3 ปัจจัยเสี่ยง	2.9	7.6	10.7	11.5	9.2	10.5	7.9
4 ปัจจัยเสี่ยงและมากกว่า	0.2	1.1	2.8	3	1.5	0.5	1.6
เพศหญิง							
จำนวนตัวอย่าง	1,249	2,133	2,340	2,444	1,550	427	10,143
1 ปัจจัยเสี่ยง	24.6	38.8	35	31.6	34.1	43.7	34.1
2 ปัจจัยเสี่ยง	3.6	13	26.1	27.3	28.1	20.7	17.8
3 ปัจจัยเสี่ยง	0.2	2.2	10.8	15.6	13.9	8.9	6.6
4 ปัจจัยเสี่ยงและมากกว่า	0	0.3	1.4	2.3	1	0.5	0.8

เมื่อพิจารณาตามเขตปกครองพบว่าความชุกของกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 2 ปัจจัยขึ้นไป ทั้งชายและหญิงในเขตเทศบาล (ร้อยละ 37.9 และ 30.6) มีความชุกสูงกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 25.9 และ 22.8) ตามลำดับ

พิจารณาตามภาคพบว่ากรุงเทพฯ มีความชุกของกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 2 ปัจจัยขึ้นไป สูงสุดร้อยละ 37.6 รองลงมาคือภาคกลาง (ร้อยละ 31.5) ภาคใต้ (ร้อยละ 30.9) ภาคเหนือ (ร้อยละ 24.2) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 21.3) ตามลำดับ (ตารางที่ 5.5.1.2)

ตารางที่ 5.5.1.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย จำแนกตามอายุ และภาค

จำนวนปัจจัยเสี่ยง	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	ทั้งประเทศ
จำนวนตัวอย่าง	4,459	4,681	4,188	4,164	1,922	19,414
1 ปัจจัยเสี่ยง	36.8	36.3	40.7	36.8	33.9	37.7
2 ปัจจัยเสี่ยง	17.3	20.1	16.1	21.5	24.2	18.8
3 ปัจจัยเสี่ยง	6.1	9.9	4.4	7.8	11.2	7.2
4 ปัจจัยเสี่ยงและมากกว่า	0.8	1.5	0.8	1.6	2.2	1.2

เมื่อเปรียบเทียบความชุกของกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 2 ปัจจัยขึ้นไป ของการสำรวจครั้งที่ 3 ในปี 2547 พบว่า การสำรวจครั้งที่ 4 นี้ในปี 2552 นี้ความชุกในผู้ชาย (ร้อยละ 29.4) ใกล้เคียงกับความชุกในปี 2547 (ร้อยละ 28.8) ส่วนความชุกในผู้หญิงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 21.3 ในปี 2547 เพิ่มเป็น ร้อยละ 25.2 ในปี 2552

5.5.2 ภาวะเมแทบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome)

ภาวะเมแทบอลิกซินโดรม

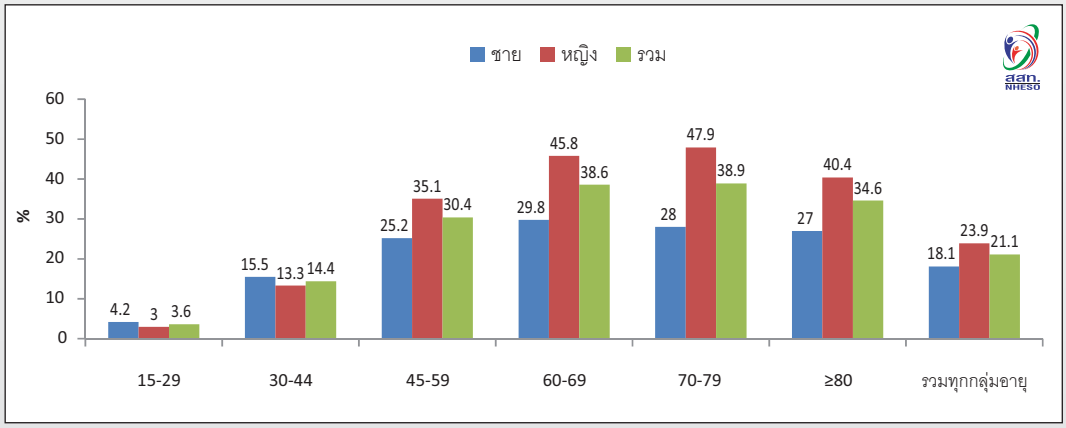
เกณฑ์การวินิจฉัย Metabolic syndrome คือภาวะที่มี 3 ใน 5 ปัจจัยขององค์ประกอบต่อไปนี้ [5]:

1. อ้วนลงพุง (รอบเอว ≥90 ซม.ในผู้ชาย, และ ≥80 ซม.ในผู้หญิง) หรือ BMI >30 kg/m^2,
2. ความดันโลหิต ≥130/85 mm Hg หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง,
3. Impaired Fasting Glucose (FPG ≥100 mg/dL) หรือเป็นเบาหวาน,
4. Triglyceride ≥150 mg/dL หรือกินยาลดไขมัน,
5. HDL-C <40 mg/dL ในชาย, และ <50 mg/dL ในหญิง

ความชุกของเมแทบอลิกซินโดรม

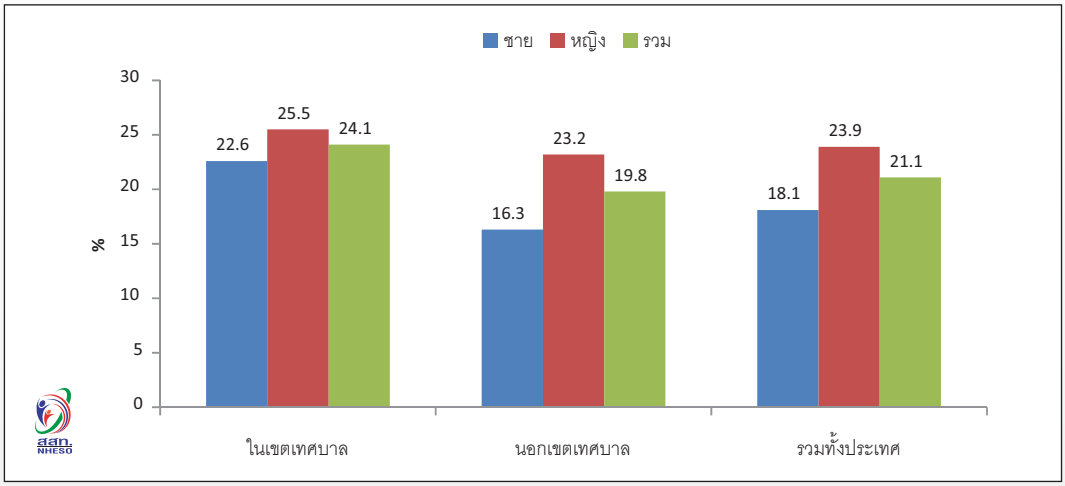
ความชุกของเมแทบอลิกซินโดรมในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 21.7 ความชุกในหญิงมากกว่าในชาย (24.5 และ 18.8) ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นและสูงสุดในช่วงอายุ 70-79 ปี ความชุกของภาวะนี้ในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตฯ เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่าภาคกลางและกรุงเทพฯ มีความชุกใกล้เคียงกันและสูงสุดทั้งชายและหญิง ในผู้ชาย ภาคตะวันออก-เฉียงเหนือและภาคใต้มีความชุกต่ำใกล้เคียงกัน ส่วนในผู้หญิง ภาคอื่นๆ มีความชุกใกล้เคียงกัน (รูปที่ 5.5.2.1-5.5.2.3)

รูปที่ 5.5.2.1 ความชุกภาวะเมแทบอลิกซินโดรมในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ

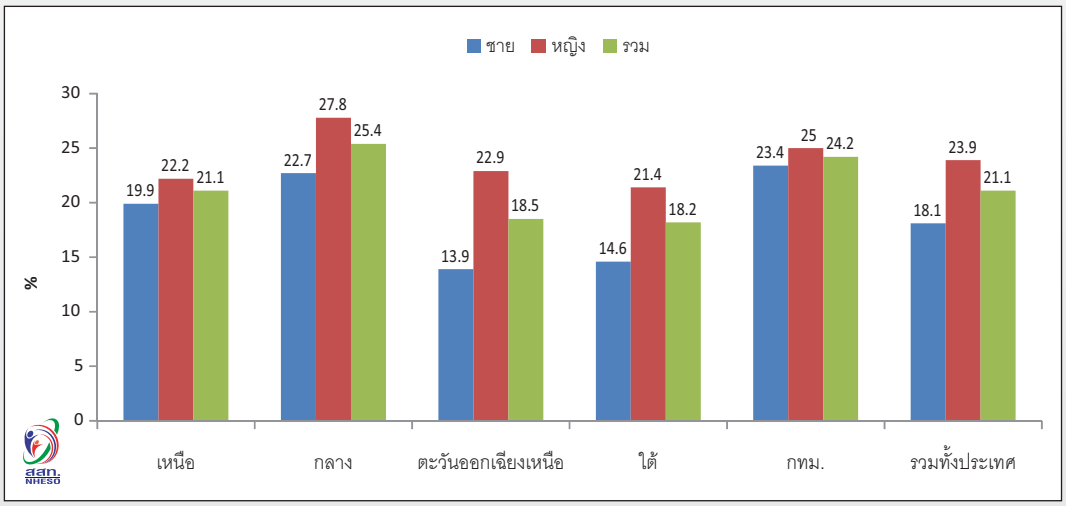


[5] K.G.M.M. Alberti et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome A Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and Internation for the Study of Obesity. Circulation. 2009; 120: 1640-1645

รูปที่ 5.5.2.2 ความชุกภาวะเมแทบอลิกซินโดรมในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และเขตปกครอง



รูปที่ 5.5.2.3 ความชุกภาวะเมแทบอลิกซินโดรมในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและภาค



5.6 โรคหลอดเลือดหัวใจ จากประวัติการวินิจฉัยโดยแพทย์ และโรคหลอดเลือดสมองจากประวัติอาการ

สรุป

- บทนี้กล่าวถึงความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจ จากประวัติการวินิจฉัยโดยแพทย์และโรคหลอดเลือดสมองจากประวัติอาการ
- ร้อยละ 1.4 ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และร้อยละ 1.9 ของคนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป บอกว่า เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ชายและหญิงมีความชุกของโรคใกล้เคียงกัน ความชุกนี้เพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปซึ่งมีร้อยละ 5.8
- ร้อยละ 1.5 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป บอกว่าเคยเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ความชุกในชายสูงกว่าของหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 1.7 และ 1.3 ตามลำดับ) ความชุกสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี
- ความชุกของผู้ที่ยังมีอาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาตอยู่ในขณะที่สัมภาษณ์ มีร้อยละ 0.8 ความชุกของในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตฯ และในกรุงเทพฯ มีความชุกสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ ซึ่งมีความชุกใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 0.5-0.8)

ประวัติโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

ปัจจุบัน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด จากข้อมูลการสำรวจยืนยันสาเหตุการตายของประชาชนไทย ปี 2550 โดยโครงการ SPICES[6] พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งทั้งในชายและหญิงโดยเป็นสัดส่วนร้อยละ 11 ของการตายทั้งหมด ส่วนโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นสาเหตุการตายร้อยละ 6.1 ในผู้ชาย (อันดับที่ 5) และร้อยละ 7 ในผู้หญิง (อันดับที่ 3) สัดส่วนการตายรวมของทั้ง 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 16.3 ของการตายในประชากรชาย และร้อยละ 18.8 ในประชากรหญิง

โรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึงการที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมีภาวะตีบตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีอาการเจ็บหน้าอก (Angina) และกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) โดยปกติภาวะนี้วินิจฉัยโดยประวัติและการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจเอ็นไซมม์ เช่น creatine phosphokinase หรือ troponnin T หรือ I หรือการฉีดสี และตรวจพิเศษอื่น สำหรับการสำรวจครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ประวัติเคยได้รับวินิจฉัยโรคโดยแพทย์

ผลการวิเคราะห์

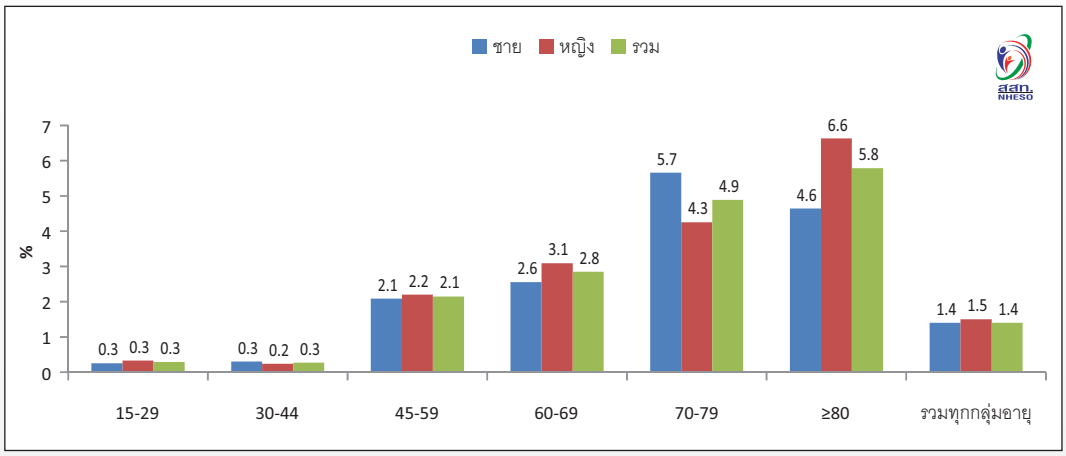
การสำรวจครั้งนี้ได้สอบถามว่าเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือไม่ พบว่าร้อยละ 1.4 ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปและร้อยละ 1.9 ของคนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ชายและหญิงมีความชุกใกล้เคียงกัน ความชุกนี้เพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปซึ่งมีร้อยละ 5.8

เมื่อพิจารณาความชุกตามเขตปกครอง พบว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่านอกเขตเทศบาลทั้งในชาย (ร้อยละ 3.2 และ 3.1 ตามลำดับ) และหญิง (ร้อยละ 2.2 และ 1.8 ตามลำดับ) ความชุกตามภาค พบว่า กรุงเทพฯ และภาคกลางมีสัดส่วนสูงที่สุด คือร้อยละ 3.6 รองลงมาคือภาคกลาง (ร้อยละ 2.2) ภาคใต้ (ร้อยละ 1.8) ภาคเหนือ (ร้อยละ 1.4) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 1.3) ตามลำดับ

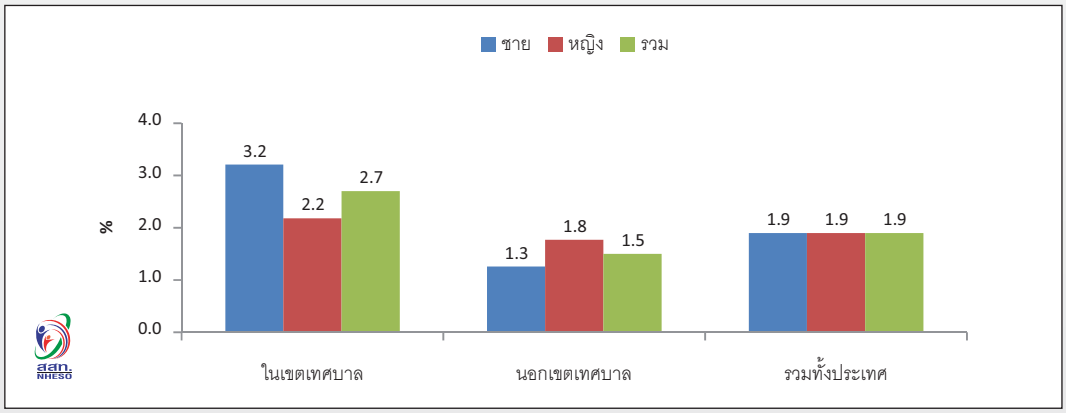
สำหรับการรักษาที่เคยได้รับ ในคนที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์พบว่าเคยได้รับการฉีดสี (ร้อยละ 14.7) ใส่ balloon, stent, และผ่าตัด (ร้อยละ 15.1) และขณะนี้ยังรักษาอยู่ (ร้อยละ 68.4)

[6] โครงการพัฒนาคุณภาพสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2548-2551. กรุงเทพฯ : จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์, 2552.

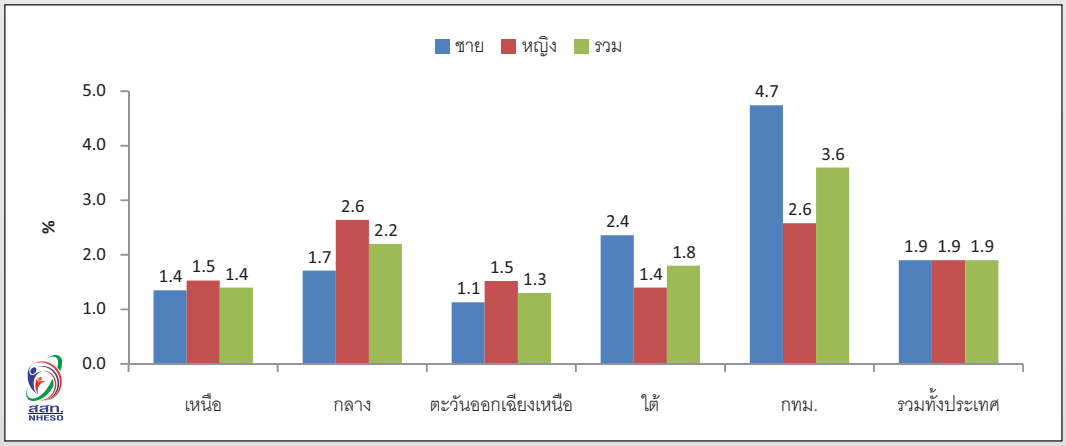
รูปที่ 5.6.1 ความชุกโรคหลอดเลือดหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



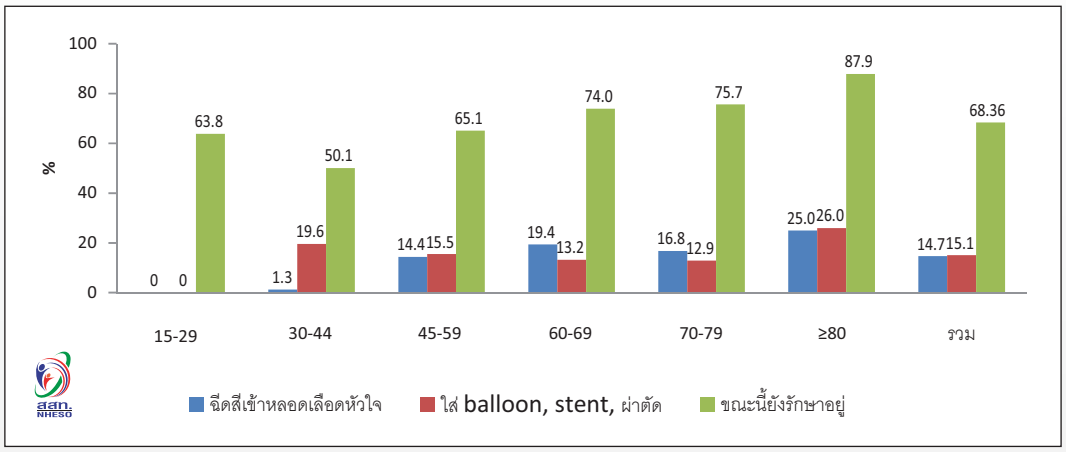
รูปที่ 5.6.2 ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายในประชากรไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จำแนกตามเพศและเขตปกครอง



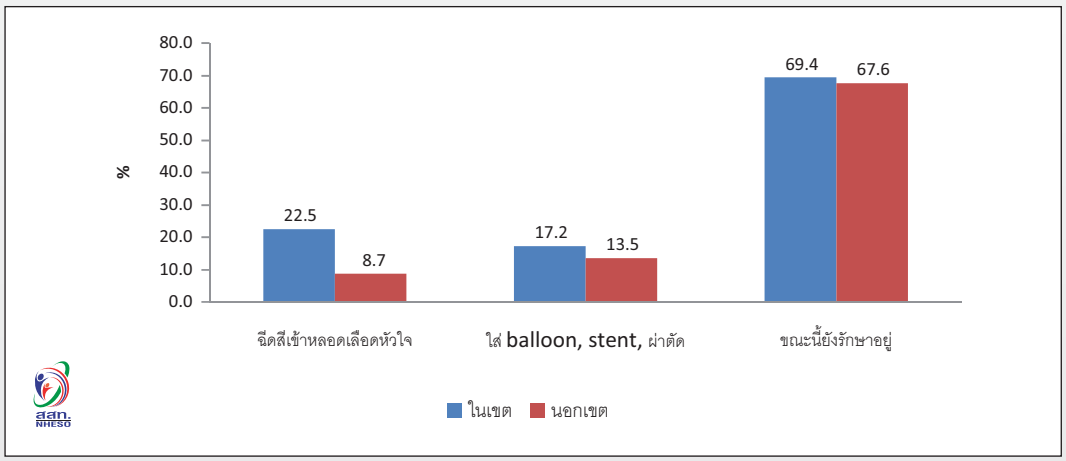
รูปที่ 5.6.3 ความชุกโรคหลอดเลือดหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายในประชากรไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จำแนกตามเพศ และภาค



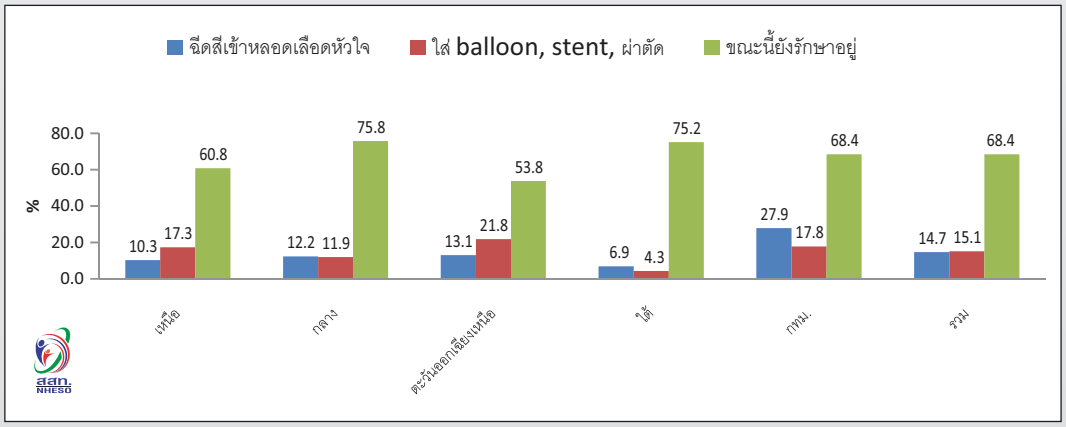
รูปที่ 5.6.4 ร้อยละของวิธีการดูแลรักษา ในคนที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามอายุ



รูปที่ 5.6.5 ร้อยละของวิธีการดูแลรักษา ในคนที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามเขตปกครอง



รูปที่ 5.6.6 ร้อยละของวิธีการดูแลรักษาในคนที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามภาค

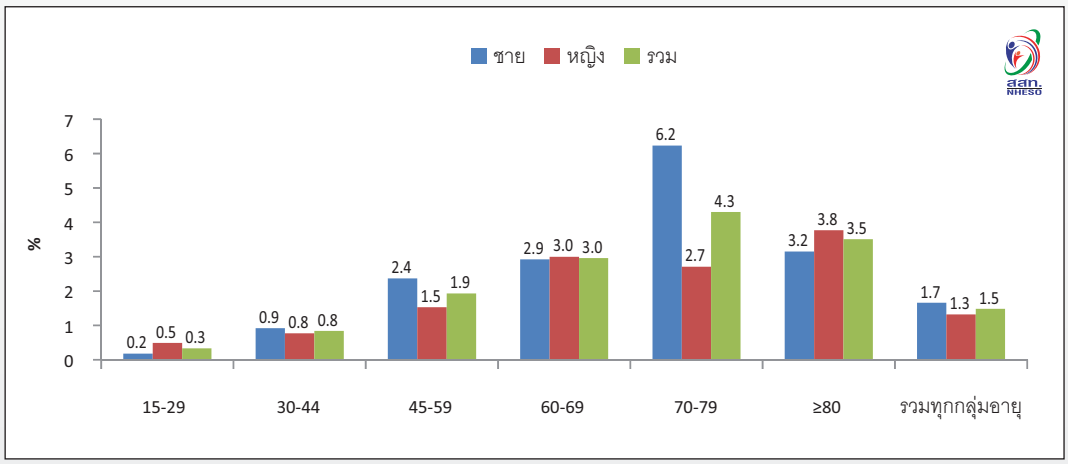


5.7 ประวัติโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต จากโรคหลอดเลือดสมอง

ความชุกของอัมพฤกษ์อัมพาต (เคยเป็น)

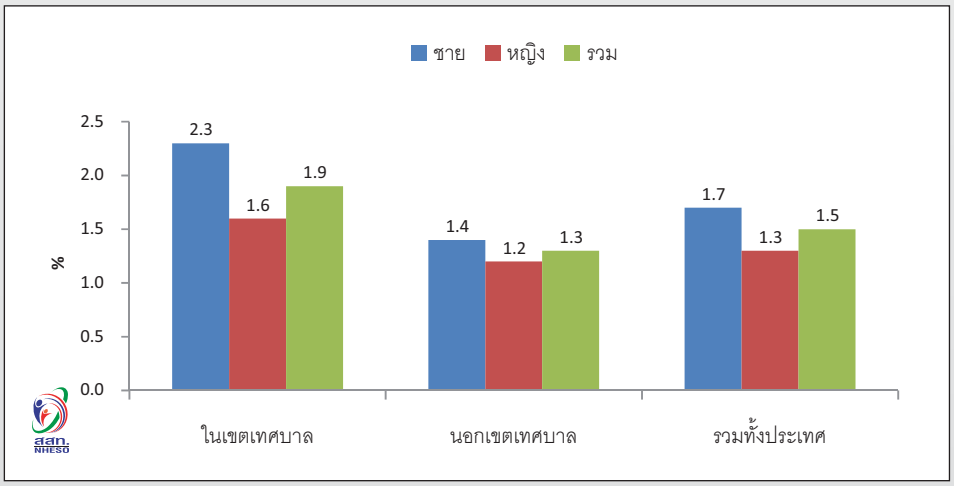
จากการสัมภาษณ์ ประชากรไทยอายุ 15 ขึ้นไปตอบว่าเคยเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ร้อยละ 1.5 ความชุกในประชากรชายสูงกว่าในประชากรหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 1.7 และ 1.3 ตามลำดับ) ความชุกสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี (รูปที่ 5.7.1)

รูปที่ 5.7.1 ความชุกโรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาต (เคยเป็น) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ

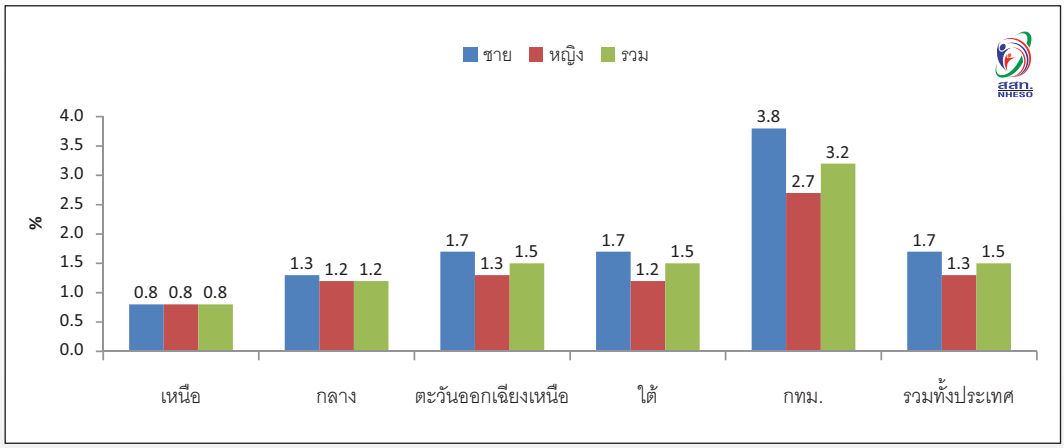


พิจารณาความชุกตามเขตปกครอง พบว่าในเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่านอกเขตฯ (ร้อยละ 1.9 และ 1.3) เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่า กรุงเทพฯ มีความชุกสูงที่สุด คือร้อยละ 3.2 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ (เท่ากันคือร้อยละ 1.5) ภาคกลาง (ร้อยละ 1.2) และภาคเหนือ (ร้อยละ 0.8) (รูปที่ 5.7.3-5.7.4)

รูปที่ 5.7.2 ความชุกโรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาต (เคยเป็น) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและเขตปกครอง



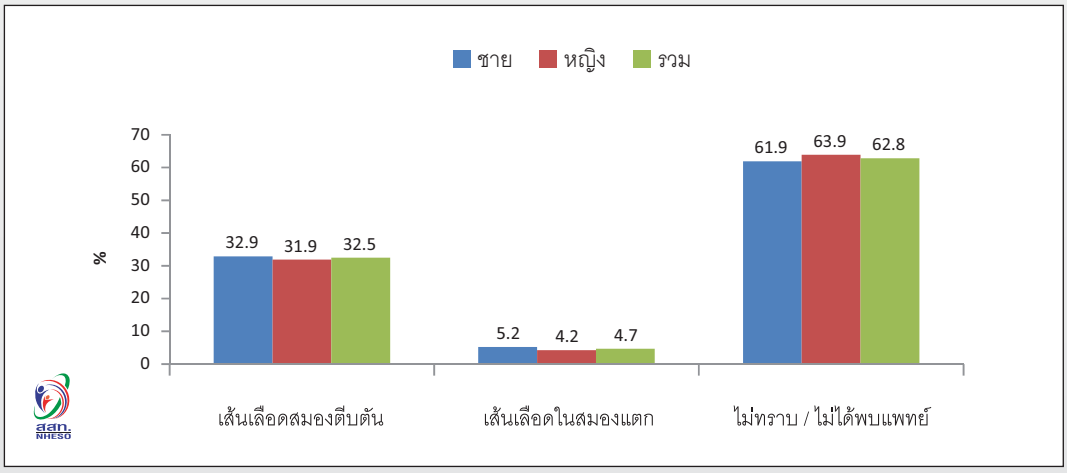
รูปที่ 5.7.3 ความชุกโรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาต (เคยเป็น) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และภาค



ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อสอบถามเกี่ยวกับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ร้อยละ 32.5 ระบุว่าแพทย์เคยวินิจฉัยเป็นเส้นเลือดสมองตีบตัน และร้อยละ 4.7 เป็นเส้นเลือดในสมองแตก แต่มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 62.8) ไม่ทราบสาเหตุ หรือไม่ได้พบแพทย์ (รูปที่ 5.7.2)

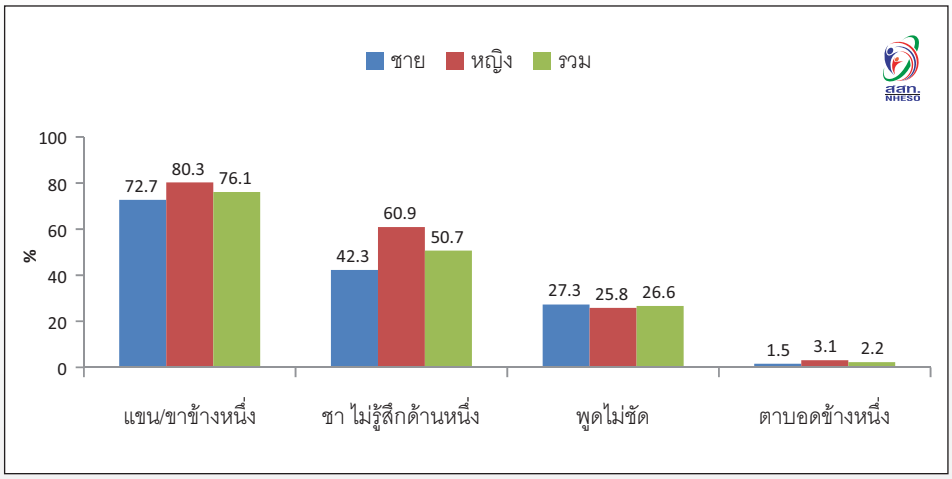
รูปที่ 5.7.4 ร้อยละของสาเหตุที่เป็นโรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาตในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ



อาการของอัมพฤกษ์และอัมพาต

สำหรับอวัยวะที่มีอาการ มากที่สุดคือ อาการอ่อนแรงของแขนหรือขาข้างหนึ่ง พบร้อยละ 76 ของผู้มีอาการทั้งหมด รองลงมาคือ ชาไม่รู้สึกด้านหนึ่งของร่างกาย (ร้อยละ 50.7) พูดไม่ชัด (ร้อยละ 26.6) และตามองไม่เห็น (ร้อยละ 2.2) รูปที่ 5.7.5

รูปที่ 5.7.5 ร้อยละของอาการของอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต (ที่เคยเป็น) ของกลุ่มที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต จำแนกตามเพศ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)



ระยะเวลาที่มีอาการ

เมื่อพิจารณาระยะเวลาที่มีอาการในผู้ที่เคยเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต โดยแบ่งเป็นมีอาการ >1 วัน และ <1 วัน พบว่า เมื่อแยกตามอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต ได้ดังนี้

- ผู้ที่มีอาการแขนขาข้างหนึ่งเคลื่อนไหวไม่ได้ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.8) เป็นนานกว่าหนึ่งวัน และที่เหลือ (ร้อยละ 26.2) มีอาการ <1 วันและครึ่งหนึ่งของคนที่มีอาการแขนขาไม่มีแรงข้างหนึ่งขณะนี้ยังมีอาการอยู่
- ผู้ที่มีอาการชาด้านหนึ่ง ร้อยละ 66.1 เป็นนานกว่าหนึ่งวันและที่เหลือร้อยละ 33.9 เป็น <1 วันและร้อยละ 57.7 ขณะนี้ยังคงมีอาการอยู่
- สำหรับผู้ที่มีอาการพูดไม่ชัดร้อยละ 84.6 เป็นมากกว่า 1 วัน และร้อยละ 39.3 ขณะนี้ยังคงมีอาการอยู่ (ตารางที่ 5.7.1)

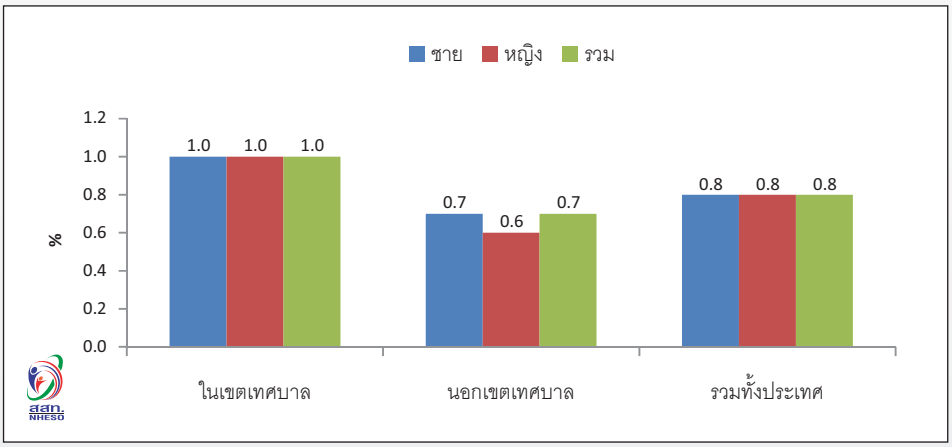
ตารางที่ 5.7.1 ร้อยละของอาการของอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต (ที่เคยเป็น) ของกลุ่มที่เป็นอัมพฤกษ์ และอัมพาต

อวัยวะ	ร้อยละ											
	ชาย				หญิง				รวม			
	จำนวนตัวอย่าง	เคยเป็น ≤1วัน	เป็น >1 วัน	ปัจจุบันยังเป็นอยู่	จำนวนตัวอย่าง	เคยเป็น ≤1วัน	เป็น >1 วัน	ปัจจุบันยังเป็นอยู่	จำนวนตัวอย่าง	เคยเป็น ≤1วัน	เป็น >1 วัน	ปัจจุบันยังเป็นอยู่
แขน และหรือขาข้างหนึ่งเคลื่อนไหวไม่ได้	205	16.8	83.3	38.9	148	36.4	63.6	60.5	353	26.2	73.8	49.3
ชา ไม่รู้สึกด้านหนึ่ง	127	19.3	80.8	47.2	102	46.2	53.8	66.4	229	33.9	66.1	57.7
พูดไม่ชัด	91	15.0	85.0	36.5	65	15.9	84.1	43.0	156	15.4	84.6	39.3
ตาบอดข้างหนึ่ง	9	33.7	66.3	31.1	6	33.5	66.5	54.3	15	33.5	66.5	48.7

ความชุกของอัมพฤกษ์อัมพาตในปัจจุบัน

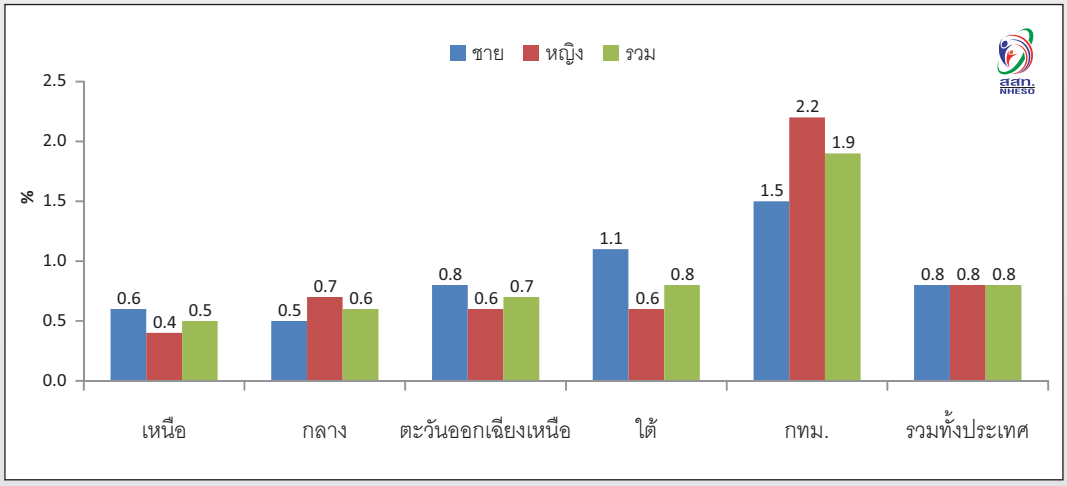
ความชุกของผู้ที่ยังมีอาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาตอยู่ในขณะที่สัมภาษณ์มีร้อยละ 0.8 ความชุกของในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตฯ และพิจารณาตามภาคพบว่า กรุงเทพฯ มีความชุกสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ ซึ่งมีความชุกใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 0.5-0.8) ตามรูปที่ 5.7.5

รูปที่ 5.7.6 ความชุกโรคอัมพฤกษ์ หรือ อัมพาต (ปัจจุบันยังเป็นอยู่)* ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และเขตปกครอง



**ยังมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ มีอาการอ่อนแรงของแขนและขาหรือข้างหนึ่ง, ไม่รู้สึกด้านหนึ่ง/พูดไม่ชัด และหรือ ตาบอดข้างหนึ่ง*

รูปที่ 5.7.7 ความชุกโรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาต (ปัจจุบันยังเป็นอยู่)* ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและภาค



**ยังมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ มีอาการอ่อนแรงของแขนและขาหรือข้างหนึ่ง, ไม่รู้สึกด้านหนึ่ง/ พูดไม่ชัด และหรือ ตาบอดข้างหนึ่ง*

5.8 ภาวะโลหิตจาง

สรุป

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพฯครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่า ระดับเฮโมโกลบินอยู่ของการสำรวจครั้งที่ 4 นี้ มีระดับต่ำลงเล็กน้อยกล่าวคือ

- ค่าเฉลี่ยเฮโมโกลบิน ของการสำรวจครั้งที่ 3 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของการสำรวจครั้งที่ 4 โดยในผู้ชายเท่ากับ 14.5 g/dL และ 14.3 g/dL ตามลำดับ ส่วนในผู้หญิงเท่ากับ 12.6 g/dL และ 12.5 g/dL ตามลำดับ
- ความชุกของภาวะโลหิตจางในประชากรไทย มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่สูงขึ้นคือ การสำรวจครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 ความชุกของภาวะโลหิตจางในชายและหญิงเท่ากับ ร้อยละ 11.4 และ 22.2 ตามลำดับ ส่วนในการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 นี้มีความชุก ในชายและหญิงเท่ากับ ร้อยละ 15.8 และ 29.8 ตามลำดับ
- การกระจายของภาวะโลหิตจางตามกลุ่มอายุ มีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุจากร้อยละ 16.2 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปีเพิ่มขึ้นตามอายุ จนความชุกสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่ม 80 ปีขึ้น (ร้อยละ 60.7) โดยในผู้สูงอายุ ชายและหญิงมีความชุกใกล้เคียงกัน
- ความชุกของภาวะโลหิตจางของคนอาศัยในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย
- การกระจายของภาวะโลหิตจางจำแนกตามภาคต่างๆ พบว่า กรุงเทพฯ มีความชุกสูงที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ส่วนภาคกลางและภาคใต้มีความชุกใกล้เคียงกัน
- ร้อยละ 90 ของผู้ที่มีภาวะโลหิตจางไม่ได้รับการวินิจฉัย มีเพียงร้อยละ 6.6 ของผู้มีภาวะโลหิตจางได้รับการรักษา และมีเพียงร้อยละ 2.6 ของผู้มีภาวะโลหิตจางทั้งหมดที่ได้รับการรักษาและระดับเฮโมโกลบินอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ภาวะโลหิตจาง

ภาวะโลหิตจาง เป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบบ่อยของประชากรโลกทั้งในประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา รวมทั้งประชากรไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 พบร้อยละ 22 ผู้หญิง และร้อยละ 11 ของผู้ชายไทยอายุ 15 ปี มีภาวะโลหิตจาง องค์การอนามัยโลกประมาณว่าทั่วโลกประชากรกว่า 2 พันล้านมีภาวะโลหิตจาง สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิต เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ ที่พบบ่อยคือการขาดธาตุเหล็ก ภาวะติดเชื้อ เช่น มาเลเรีย หรือมีพยาธิลำไส้ เช่น พยาธิปากขอ ภาวะเสียเลือดเรื้อรัง เช่นโรคกระเพาะอาหารเป็นแผล หรือการขาดสารอาหารบางตัวเช่น folate, ไวตามิน บี 12 หรืออาจเป็นโรคเลือด เช่น ธาลัสซีเมีย เป็นต้น

การสำรวจครั้งนี้ได้มีการวัดค่าเฮโมโกลบิน(Hb)ในเลือด สำหรับค่าที่เป็นไปได้ของค่าเฮโมโกลบิน คือ 5-30 g/dL ค่าที่ต่ำกว่าหรือสูงกว่าช่วงนี้ ไม่รวมอยู่ในการวิเคราะห์

เกณฑ์การวินิจฉัย

การสำรวจครั้งนี้ได้นิยามภาวะโลหิตจางตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก[7] หมายถึง เฮโมโกลบิน <13 g/dL สำหรับผู้ชาย และเฮโมโกลบิน <12 g/dL ในผู้หญิง หรือกำลังได้รับการรักษาด้วยการกินยา

ผลการวิเคราะห์

ค่าเฉลี่ย Hb ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 13.4 g/dL ระดับ Hb ของผู้ชายสูงกว่า หญิง (14.3 g/dL และ 12.5 g/dL ตามลำดับ) ระดับของ Hb มีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ในผู้ชาย กลุ่มอายุ 15-29 ปี มีระดับ Hb เฉลี่ย 14.8 g/dL จากนั้นลดลง ตามอายุที่เพิ่มขึ้นและมีค่าเฉลี่ย 12.6 g/dL ในกลุ่มอายุ ≥80 ปี ส่วนในผู้หญิงลดลงจาก 12.7 เป็น 11.5 g/dL ในกลุ่มอายุเดียวกัน

ค่าเฉลี่ย Hb ของคนในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลไม่แตกต่างกัน (13.3 และ 13.4 g/dL ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ย Hb ของผู้ชายและหญิงตามภาคต่างๆ มีระดับใกล้เคียงกัน โดย Hb ของคนในกรุงเทพฯ มีระดับ Hb ต่ำที่สุด ส่วนภาคอื่นมีระดับ Hb ใกล้เคียงกัน

---

[7] *Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control. A guide for programme managers. Geneva,* World Health Organization, 2001 (WHO/NHD/01.3)

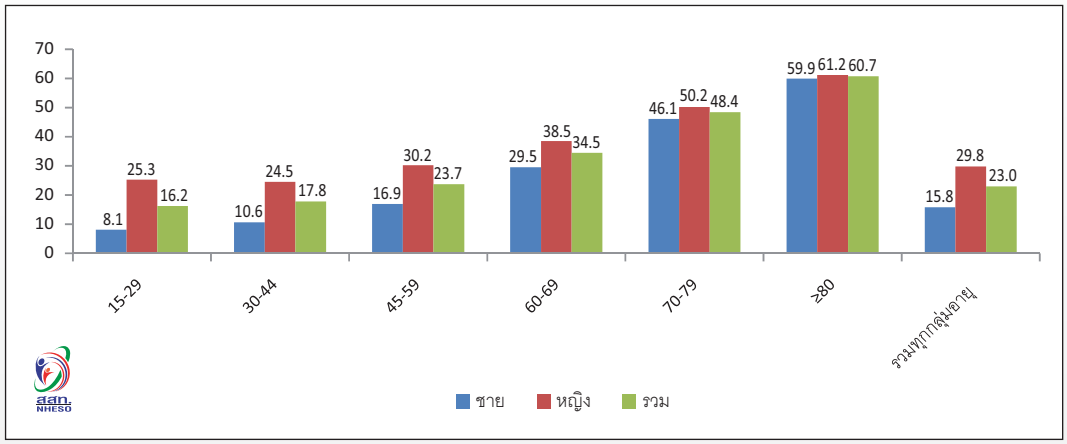
ตารางที่ 5.8.1 ค่าเฉลี่ย เฮโมโกลบิน ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ อายุ เขตปกครอง และภาค

	ชาย			หญิง			รวม		
	จำนวน	Hb (g/dL)		จำนวน	Hb (g/dL)		จำนวน	Hb (g/dL)	
อายุ	ตัวอย่าง	Mean	SD	ตัวอย่าง	Mean	SD	ตัวอย่าง	mean	SD
15-29	1,305	14.8	1	1,257	12.7	1	2,562	13.8	1.3
30-44	1,823	14.5	1.1	2,152	12.7	1	3,975	13.5	1.3
45-59	1,931	14.2	1.1	2,348	12.5	1.2	4,279	13.3	1.3
60-69	2,429	13.6	3	2,482	12.3	2.4	4,911	12.9	2.9
70-79	1,529	13	3	1,595	11.9	2.5	3,124	12.4	2.9
≥80	429	12.6	2.9	471	11.5	2.6	900	12	2.9
เขตปกครอง									
ในเขตเทศบาล	4,943	14.3	1.9	5,687	12.4	1.7	10,630	13.3	2.2
นอกเขตเทศบาล	4,503	14.3	1.2	4,618	12.6	1.1	9,121	13.4	1.4
ภาค									
เหนือ	2,208	14.3	1.7	2,329	12.6	1.5	4,537	13.4	1.9
กลาง	2,320	14.5	1.4	2,442	12.7	1.3	4,762	13.6	1.6
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2,075	14.2	1.2	2,126	12.4	1.1	4,201	13.3	1.4
ใต้	2,042	14.4	1.8	2,192	12.6	1.8	4,234	13.4	2.1
กรุงเทพฯ	801	13.9	1.3	1,216	12.2	1.4	2,017	13	1.6
รวมทั้งประเทศ	**9,446**	**14.3**	**1.5**	**10,305**	**12.5**	**1.4**	**19,751**	**13.4**	**1.7**

ความชุกของภาวะโลหิตจาง

ความชุกภาวะโลหิตจางในประชากรไทยอายุ 15 ปี มีร้อยละ 23.0 ความชุกในหญิงสูงกว่าในชาย (ร้อยละ 29.8 และ 15.8) ความชุกของภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 16 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จนสูงสุด เท่ากับร้อยละ 60.7 ในกลุ่มอายุ ≥80 ปี ความชุกภาวะโลหิตจางในหญิงสูงกว่าชาย ทุกกลุ่มอายุ แต่ความแตกต่างกันระหว่างเพศลดน้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปความชุกของภาวะโลหิตจางในชายและหญิงใกล้เคียงกัน

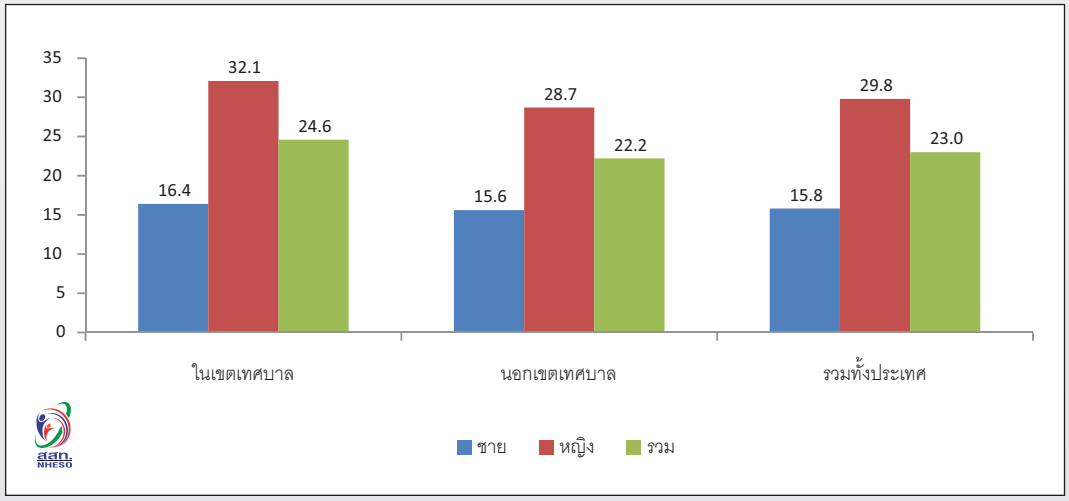
รูปที่ 5.8.1 ความชุกภาวะโลหิตจางในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



ความชุกของภาวะโลหิตจาง จำแนกตามเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

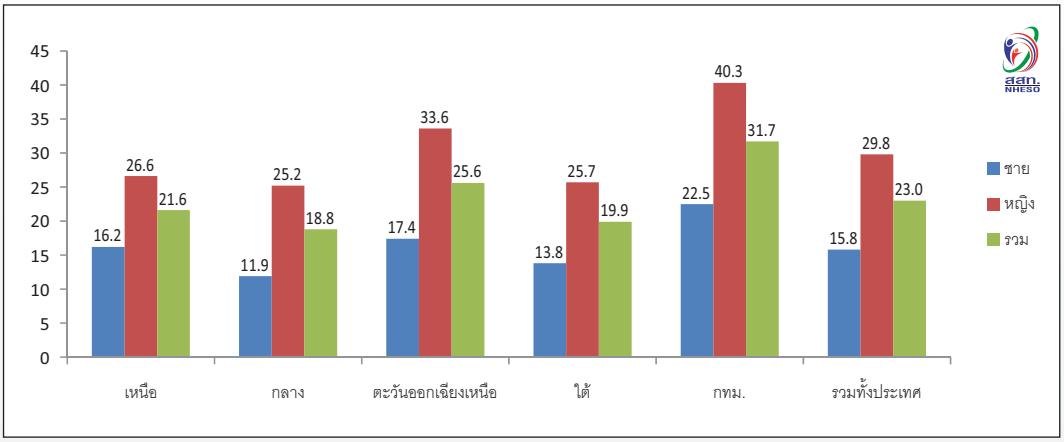
ความชุกของภาวะโลหิตจางของประชากรในเขตเทศบาล สูงกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 24.6 และ 22.2)ทั้งชายและหญิง (รูปที่ 5.8.2)

รูปที่ 5.8.2 ความชุกภาวะโลหิตจางในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศและเขตปกครอง



เมื่อพิจารณาความชุกภาวะโลหิตจางตามภาคที่อยู่อาศัย พบว่าในความชุกภาวะโลหิตจางในกรุงเทพฯ สูงที่สุด (ร้อยละ 31.7) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลางตามลำดับ (รูปที่ 5.8.3)

รูปที่ 5.8.3 ความชุกภาวะโลหิตจางในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศและภาค



ความครอบคลุมของการวินิจฉัย รักษา และควบคุม

การศึกษานี้ได้แบ่งผู้ที่มีภาวะโลหิตจาง เป็น 4 กลุ่มคือ

- กลุ่มไม่ได้รับการวินิจฉัย คือ กลุ่มที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโลหิตจางจากแพทย์
- กลุ่มได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่เคยได้รับการรักษา หมายถึงกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางที่เคยได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา
- กลุ่มได้รับการวินิจฉัยและรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ หมายถึงกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางที่ได้รับการรักษาด้วยยา แต่ยังตรวจพบภาวะ Hb <13 g/dL ในเพศชาย, <12 g/dL ในเพศหญิง
- กลุ่มได้รับการรักษาและควบคุมได้ หมายถึงกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางที่ได้รับการรักษาด้วยยา และตรวจพบ Hb≥13 g/dL ในเพศชาย และ ≥12 g/dL ในเพศหญิง

ผู้ที่มีภาวะโลหิตจางส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.4) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและพบสัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นตามอายุ โดยในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 94.6 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย และมีเพียงร้อยละ 6.6 ของผู้ที่มีภาวะโลหิตจางทั้งหมดที่ได้รับการรักษา และนอกจากนี้มีเพียงร้อยละ 2.6 ที่ได้รับการรักษาและสามารถควบคุมระดับ Hb อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

ตารางที่ 5.8.2 การวินิจฉัย รักษาและผลการรักษาในผู้ที่มีภาวะโลหิตจางในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

	อายุ (ปี)						
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	รวม
ชาย	(n=93)	(n=191)	(n=297)	(n=694)	(n=642)	(n=235)	(n=2,152)
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	93.7	93.5	95.3	94.2	95.5	96.7	94.7
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	0	3.3	2	1.9	1	0.4	1.8
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	3.9	0.7	2	2.1	3.1	0.5	2
รักษาและควบคุมได้	2.4	2.6	0.8	1.8	0.4	2.3	1.5
หญิง	(n=320)	(n=536)	(n=702)	(n=894)	(n=766)	(n=273)	(n=3,491)
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	86.4	84	89.4	89.7	91.7	93.1	87.9
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	4.3	5.1	4.2	2.8	2	1.3	4
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	5.6	5.6	4.1	5.4	4.7	5.4	5
รักษาและควบคุมได้	3.7	5.3	2.3	2.1	1.5	0.2	3.2

พิจารณาตามภาคที่อยู่อาศัย ทุกภาคมีสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะโลหิตจางแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยสูงใกล้เคียงกัน ร้อยละ 88.7-92.1 และมีสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการรักษาทั้งที่ควบคุมไม่ได้และควบคุมได้ ต่ำใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 5.8.3)

ตารางที่ 5.8.3 การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยโลหิตจางในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามรายภาค

	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	ทั้งประเทศ
จำนวนตัวอย่าง	1,268	1,129	1,425	1,082	739	5,643
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	92.1	89.6	88.7	91	91.6	90.2
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	2	2.9	4	2.6	4	3.3
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	3.6	4.3	4.7	2.8	3.1	4
รักษาและควบคุมได้	2.3	3.1	2.6	3.6	1.4	2.6

5.9 ภาวะซึมเศร้า

สรุป

- ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 2.8 มีภาวะซึมเศร้า ความชุกในประชากรหญิง (ร้อยละ 3.5) สูงกว่าชาย (ร้อยละ 2.2)
- ความชุกสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีความชุกสูงสุด (ร้อยละ 5.6)
- นอกเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 2.9 และ 2.6 ตามลำดับ) พิจารณาตามภาค ความชุกสูงที่สุดคือหญิงในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 4.4) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 4.1)

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีภาระโรคสูงในประชากรไทย ในปี 2547 โรคซึมเศร้ามีภาระโรคเป็นอันดับที่ 10 ในผู้ชายและ อันดับที่ 4 ในผู้หญิง โดยทำให้สูญเสียปีสุขภาวะไป 1.4 ล้านปี (ร้อยละ 2.4) และ 1.9 ล้านปี (ร้อยละ 7.1) ในชายและหญิงตามลำดับ การสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 4 นี้มีชุดคำถาม 20 ข้อเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ในการวิเคราะห์ได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยที่เข้าได้กับภาวะซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์ใน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM IV)[8] และผู้ที่บอกว่าเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยแพทย์ และได้กินยารักษาภาวะซึมเศร้าอยู่ใน 12 เดือนที่ผ่านมา

เกณฑ์การวินิจฉัย ภาวะซึมเศร้า 12 เดือนที่ผ่านมา หมายถึง

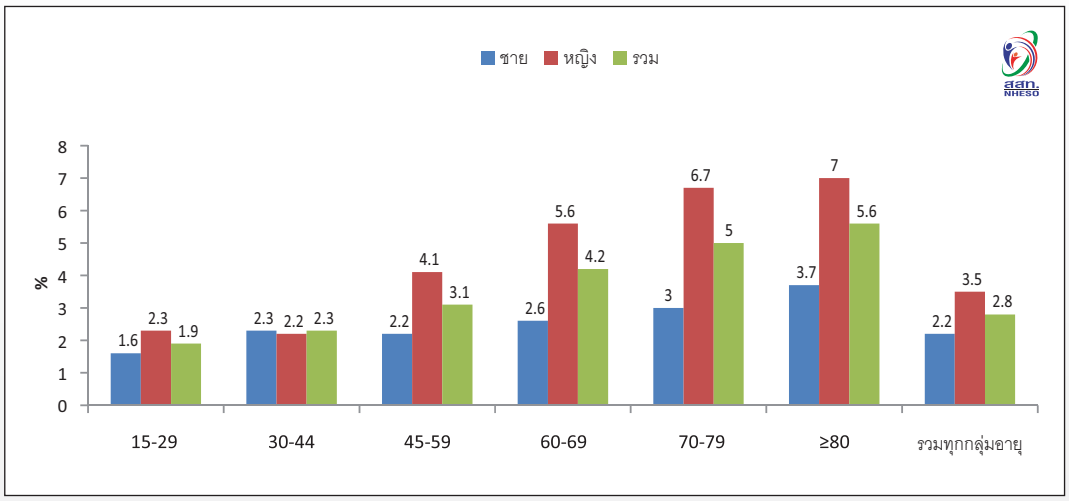
1. มีอาการเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร่วมกับ อาการต่อไปนี้คือ
   - มีอาการ Depress mood และ/หรือ Loss of interest และอาการอื่นอีก 3-4 ข้อ รวม 5 ข้อ
   - อาการอื่นๆ ได้แก่ Loss or increase appetite, Insomnia, Psychomotor agitation or retardation, Fatigue loss of energy, Feeling worthlessness, Inappropriate guilt, Diminish ability to concentrate, Recurrent thought of death or suicide attempt
2. หรือเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และกินยาหรือได้รับการรักษาอื่นเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้าใน 12 เดือนที่ผ่านมา

ความชุก

จากการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่ามีความชุกร้อยละ 2.8 ความชุกในเพศหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 3.5 และ2.2 ตามลำดับ) ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นสูงสุดในกลุ่ม 80 ปีในทั้งสองเพศ เป็นร้อยละ 3.7 ในผู้ชาย และร้อยละ 7 ในผู้หญิง

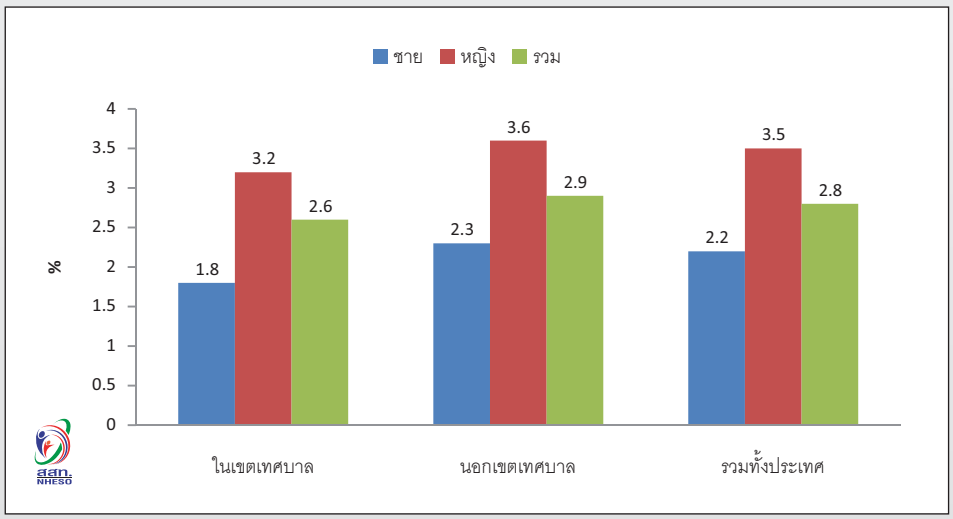
[8] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision.* Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

รูปที่ 5.9.1 ความชุกภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

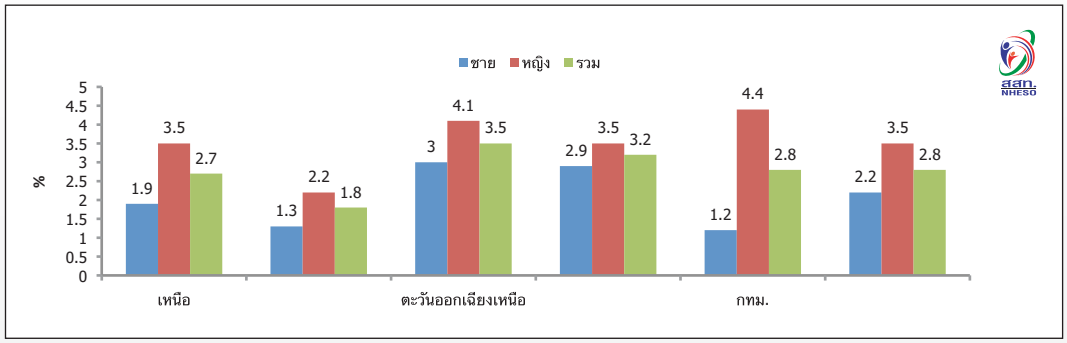


เมื่อจำแนกตามที่อยู่ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าของคนอาศัยนอกเขตเทศบาลมีสูงกว่าในเขตเล็กน้อย (ร้อยละ 2.9 และ 2.6 ตามลำดับ) ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง เมื่อจำแนกตามภาคพบว่าผู้ชายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 3.0) มีความชุกสูงสุด รองลงมาคือภาคใต้ (2.9) โดยสูงกว่าภาคอื่นๆ ส่วนในผู้หญิงพบว่า กรุงเทพฯ (ร้อยละ 4.4) มีความชุกสูงสุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 4.1) ภาคใต้ (ร้อยละ 3.5) ภาคเหนือ (ร้อยละ 3.5) และภาคกลาง (ร้อยละ 2.2) ตามลำดับ (รูปที่ 2, 3)

รูปที่ 5.9.2 ความชุกภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามเพศเขตปกครอง



รูปที่ 5.9.3 ความชุกภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและภาค



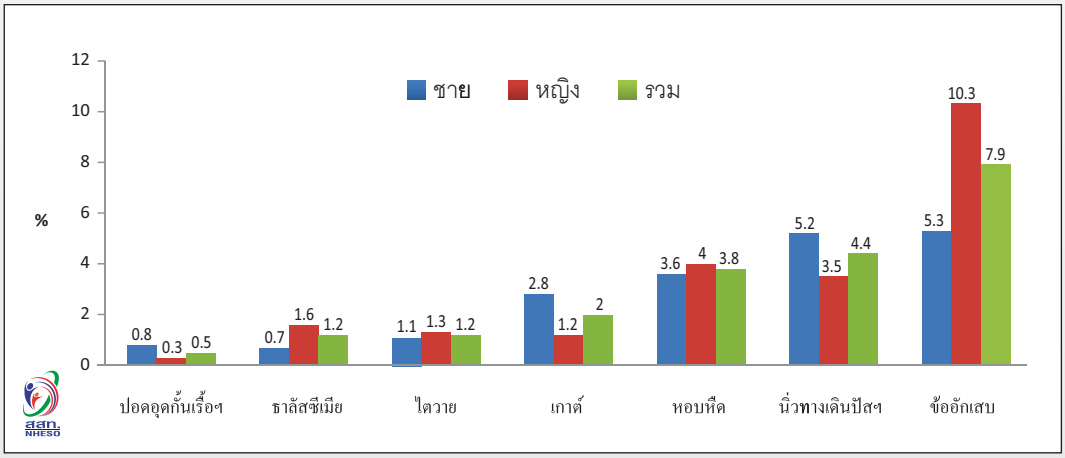
5.10 โรคเรื้อรังที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

คำจำกัดความ

โรคเรื้อรังในการสำรวจครั้งนี้ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคข้อเสื่อม โรคเกาต์ โรคนิ่วทางเดินปัสสาวะ โรคไตเรื้อรัง โรคธาลัสซีเมีย และหอบหืด ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นโรคดังกล่าวได้จากการสัมภาษณ์ว่าเคยได้รับการบอกกล่าวจากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าตนเองเป็นโรคดังกล่าวหรือไม่

ผลการสำรวจ ดังรูปที่ 5.10.1 แสดงความชุกของโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในประชากร 15 ปีขึ้นไป พบว่าเป็นหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 0.5, ธาลัสซีเมียร้อยละ 1.2, ไตวายร้อยละ 1.2, เกาต์ ร้อยละ 2.0, หอบหืดร้อยละ 3.8, นิ่วทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 4.4, และข้ออักเสบร้อยละ 7.9

รูปที่ 5.10.1 ความชุกของโรคเรื้อรังต่างๆ ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป



5.11 การบาดเจ็บ

สรุป

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 ด้านการบาดเจ็บพบว่า

ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 8.3 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป รายงานว่าเคยได้รับบาดเจ็บจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความชุกในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง 2 เท่า (ร้อยละ 11.5 และ 5.2 ตามลำดับ)

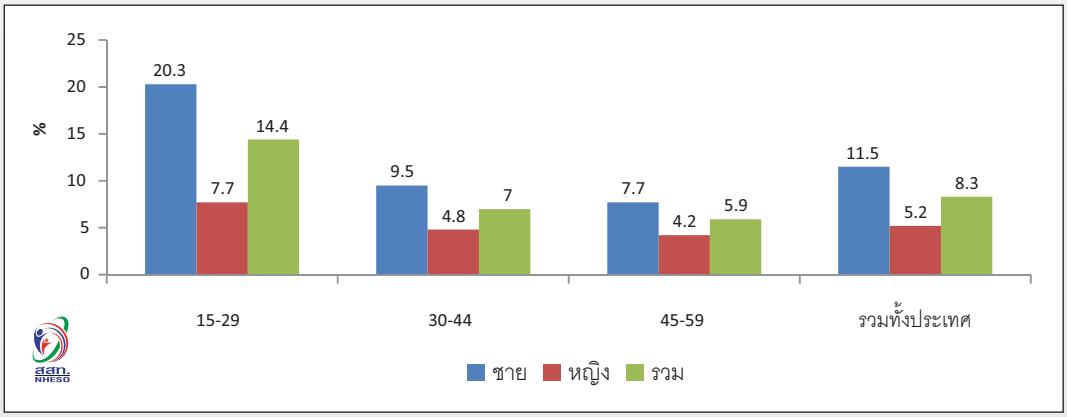
- กลุ่มที่มีการบาดเจ็บมากที่สุดคืออายุ 15-29 ปี (ร้อยละ 14.4) โดยเฉพาะผู้ชาย (ร้อยละ 20.3) ผู้ชายในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีความชุกใกล้เคียงกัน แต่ผู้หญิงในเขตฯ มีความชุกของการบาดเจ็บสูงกว่าคนนอกเขตเทศบาล
- สาเหตุส่วนใหญ่ของการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจราจร
- จำนวนครั้งเฉลี่ยของการบาดเจ็บใน 12 เดือนที่ผ่านมา เท่ากับ 1.3 ครั้ง โดยผู้ชายบาดเจ็บเฉลี่ย 1.4 ครั้ง ส่วนผู้หญิงบาดเจ็บเฉลี่ย 1.3 ครั้ง
- เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่าร้อยละของผู้ที่บาดเจ็บจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ชายมีร้อยละ 9.8 และผู้หญิงมีร้อยละ 5.5 สำหรับในการสำรวจครั้งที่ 4 นี้ มีร้อยละ 5.2 และ 1.3 ตามลำดับ

การบาดเจ็บ

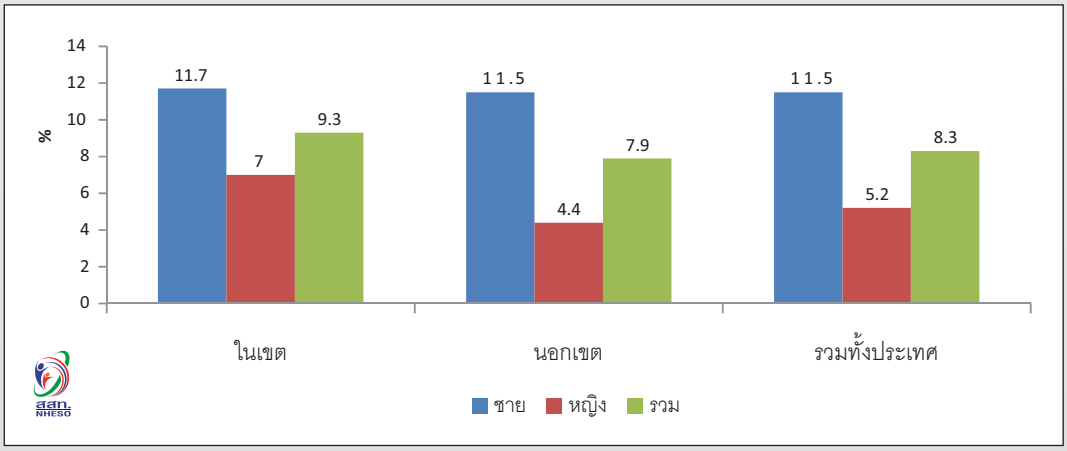
จากการสำรวจประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านร้อยละ 8.3 รายงานว่าเคยได้บาดเจ็บจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือคลินิก ผู้ชายมีความชุกของการบาดเจ็บสูงกว่าผู้หญิง กลุ่มอายุที่บาดเจ็บมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 15-29 ปี และลดตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลมีความชุกการบาดเจ็บสูงกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 9.3 และ 7.9 ตามลำดับ) ความชุกของการบาดเจ็บของภาคกลางและภาคใต้ใกล้เคียงกัน(ร้อยละ 10) รองลงมาคือภาคเหนือ (ร้อยละ 9.1) ภาคกลาง (ร้อยละ 8.8) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 6.4) (รูปที่ 5.11.1-5.11.3)

จำนวนครั้งของการบาดเจ็บใน 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีการบาดเจ็บเฉลี่ย 1.3 ครั้ง (SD 1) ชายเฉลี่ย 1.4 ครั้ง หญิงเฉลี่ย 1.3 ครั้ง และจำนวนครั้งที่ต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล คือ 1.3 ครั้ง SD 1.1 ครั้ง (ชาย 1.3 และหญิง 1.1 ครั้ง)

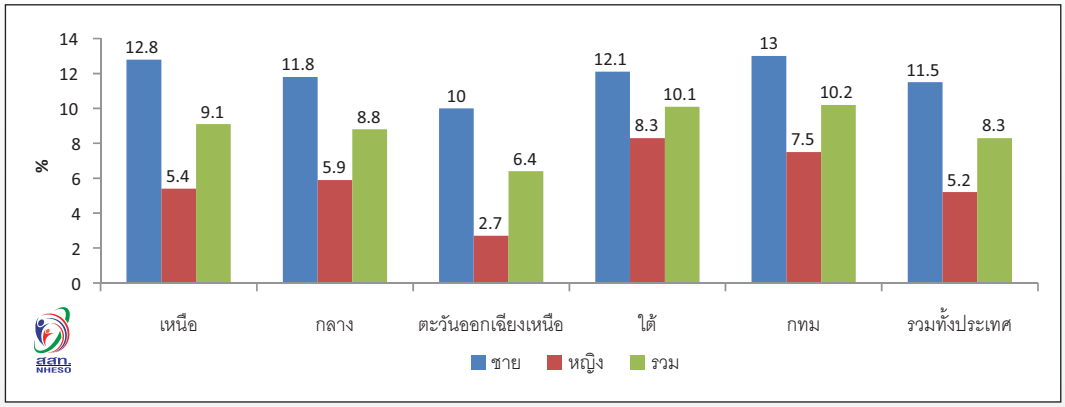
รูปที่ 5.11.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15-59 ปี ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุจนต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตาม เพศ และอายุ



รูปที่ 5.11.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15-59 ปี ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุจนต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือคลินิกใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศและเขตปกครอง



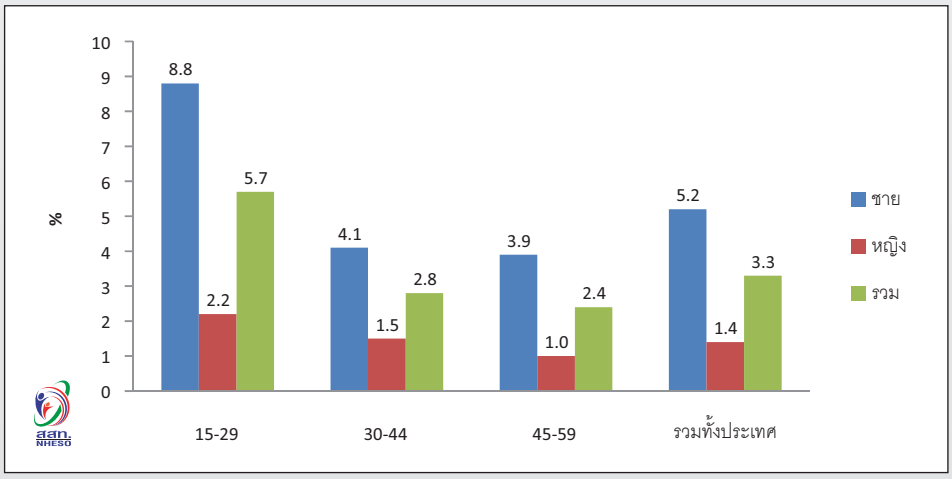
รูปที่ 5.11.3 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15-59 ปีที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุจนต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศและภาค



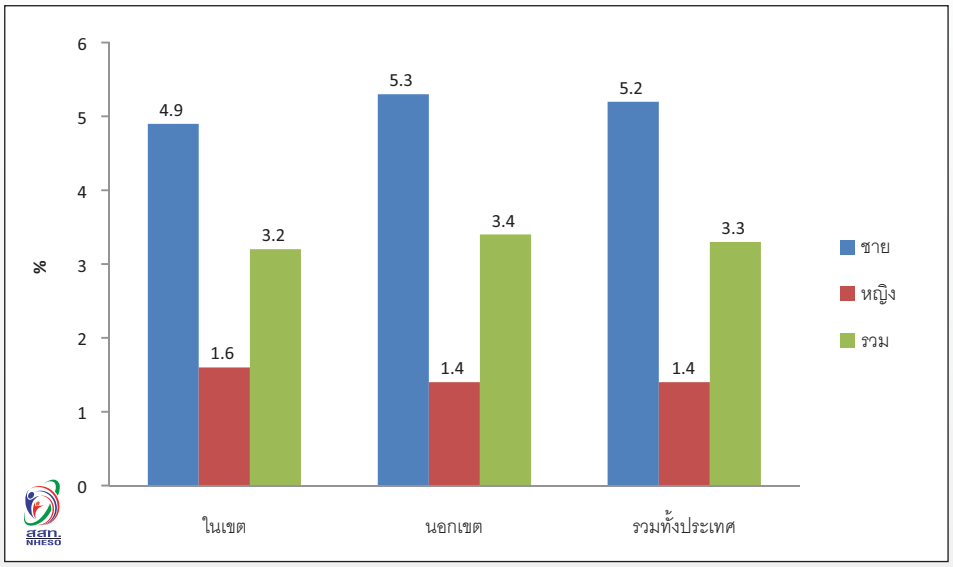
การบาดเจ็บจนต้องเข้านอนในโรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาเฉพาะการบาดเจ็บรุนแรงจนต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลของประชากรไทยอายุ 15-59 ปี ใน 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีร้อยละ 3.3 ความชุกในผู้ชายสูงกว่าในผู้หญิง (ร้อยละ 5.2 และ 1.4 ตามลำดับ) ความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี โดยเฉพาะผู้ชายมีร้อยละ 8.8 ความชุกลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (รูปที่ 5.11.4) เมื่อพิจารณาความชุกตามเขตปกครอง พบว่าในเขตเทศบาลและนอกเขตมีความชุกใกล้เคียงกัน (รูปที่ 5.11.5) และการกระจายตามภาคพบว่าสัดส่วนใกล้เคียงกันทุกภาค ยกเว้นภาคใต้ที่ความชุกต่ำกว่าภาคอื่นๆ (รูปที่ 5.11.6)

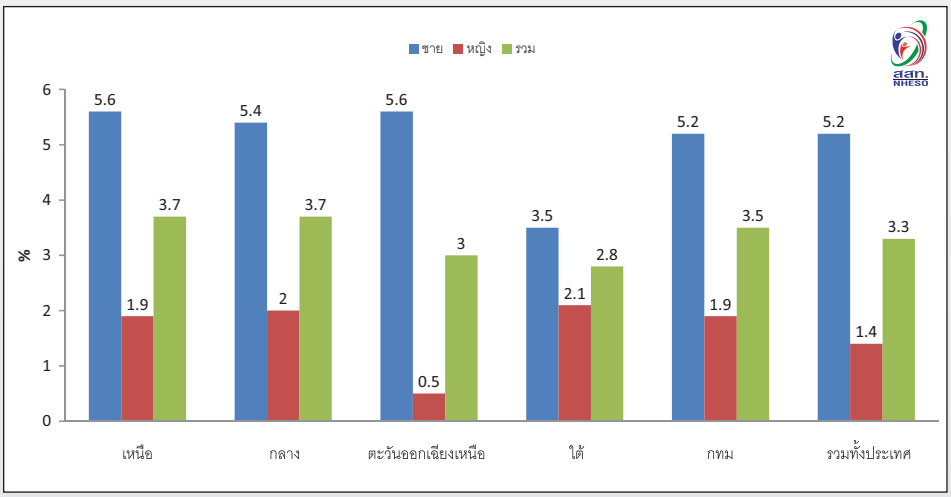
รูปที่ 5.11.4 ร้อยละของการบาดเจ็บที่ต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลใน 12 เดือนที่ผ่านมา ในประชากรไทยอายุ 15-59 ปี จำแนกตามเพศ และอายุ



รูปที่ 5.11.5 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15-59 ปี ที่ได้รับบาดเจ็บที่ต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ และเขตปกครอง



รูปที่ 5.11.6 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15-59 ปีที่ได้รับบาดเจ็บที่ต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลใน 12 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามเพศ และอายุ



สาเหตุของการบาดเจ็บ

สาเหตุส่วนใหญ่ของการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุการจราจร มีร้อยละ 62.1 สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ การถูกทำร้ายร่างกายมีร้อยละ 4.1, อุบัติเหตุจากการทำงานร้อยละ 2.8 และอื่นๆ ตามตารางที่ 5.11.1

ตารางที่ 5.11.1 ร้อยละสาเหตุการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุครั้งสุดท้ายจนต้องนอนโรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

สาเหตุการได้รับบาดเจ็บ	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวนตัวอย่าง	%	จำนวนตัวอย่าง	%	จำนวนตัวอย่าง	%
อุบัติเหตุการจราจร ทั้งทางบกทางน้ำ	460	63	251	60.0	711	62.1
ถูกทำร้ายร่างกาย	457	4.8	244	2.5	701	4.1
อุบัติเหตุจากการทำงาน	454	3.6	250	1.1	704	2.8
ของมีคมบาดหรือทิ่มแทง	454	3.2	250	1.5	704	2.7
ตกจากที่สูง	454	3.1	250	1.5	704	2.7
พลัดตกหกล้ม	454	2.0	250	3.2	704	2.4
ถูกสัตว์กัด	454	2.2	250	2.1	704	2.2
ไม่ทราบ	454	1.4	250	3.5	704	2.0
ถูกชนหรือกระแทกโดยวัสดุทั้งแนวราบและแนวดิ่ง	454	2.4	250	0.8	704	1.9
ไฟหรือน้ำร้อนลวก	454	1.0	250	1.9	704	1.2
อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา	454	1.1	250	1.0	704	1.0
ทำร้ายตัวเอง	457	0.4	247	1.0	704	0.6
ไฟฟ้าช็อต	454	0.4	250	0.0	704	0.3
สัตว์มีพิษกัดต่อย	454	0.3	250	0.0	704	0.2
ปืนลั่น/ดินปืนระเบิด	454	0.3	250	0.0	704	0.2

5.12 การวัดแรงบีบมือ (Grip Strength)

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 นี้ มีการตรวจวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยการวัดแรงบีบมือ เป็นการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือ ผู้ทดสอบใช้มือบีบเครื่องมือ Hand grip dynamometer ยี่ห้อ Grip-D รุ่น T.K.K.5401 ซึ่งวัดเป็นกิโลกรัม การวิเคราะห์ข้อมูล คิดเป็นแรงบีบเป็นกิโลกรัม ต่อ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ในที่นี้จะนำเสนอผลการคำนวณจากมือข้างที่บีบได้แรงมากกว่า

การแปลผล

ค่ามาตรฐานแรงบีบมือต่อน้ำหนักตัว (กก./นน.ตัว) ของคนไทย

ชาย

แรงบีบมือต่อน้ำหนักตัว	อายุ (ปี)					
(กก./นน.ตัว)	17-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-72
ดีมาก	≥0.86	≥0.84	≥0.81	≥0.77	≥0.72	≥0.65
ดี	0.80-0.85	0.79-0.83	0.76-0.80	0.72-0.76	0.67-0.71	0.60-0.64
ปานกลาง	0.67-0.79	0.68-0.78	0.65-0.75	0.61-0.71	0.56-0.66	0.49-0.59
ต่ำ	0.61-0.66	0.63-0.67	0.60-0.64	0.56-0.60	0.51-0.55	0.44-0.48
ต่ำมาก	≤0.60	≤0.62	≤0.59	≤0.55	≤0.50	≤0.43

หญิง

แรงบีบมือต่อน้ำหนักตัว	อายุ (ปี)					
(กก./นน.ตัว)	17-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-72
ดีมาก	≥0.65	≥0.66	≥0.61	≥0.57	≥0.52	≥0.49
ดี	0.60-0.64	0.61-0.65	0.57-0.60	0.53-0.56	0.48-0.51	0.45-0.48
ปานกลาง	0.49-0.59	0.50-0.60	0.48-0.56	0.44-0.52	0.39-0.47	0.36-0.44
ต่ำ	0.44-0.48	0.45-0.49	0.44-0.47	0.40-0.43	0.35-0.38	0.32-0.35
ต่ำมาก	≤0.43	≤0.44	≤0.43	≤0.39	≤0.34	≤0.31

ที่มา : ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา. เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายของประชาชนไทย. การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2543.

ผลการวิเคราะห์

แรงบีบมือเฉลี่ย

ค่าเฉลี่ยแรงบีบมือในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เฉลี่ยเท่ากับ 31.5 กก. ในผู้ชายมีแรงบีบเฉลี่ยเท่ากับ 38.5 กก. และในผู้หญิงมีแรงบีบเฉลี่ยเท่ากับ 24.9 กก. กลุ่มอายุ 15-29 ปี มีแรงบีบเฉลี่ยสูงสุด และแรงบีบลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจนมีแรงบีบต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป แรงบีบมือของชายสูงกว่าของหญิงในทุกกลุ่มอายุ

แรงบีบมือของคนที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย เมื่อพิจารณาตามภาค พบว่าทุกภาคมีแรงบีบใกล้เคียงกัน โดยประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแรงบีบมือเฉลี่ยสูงกว่าภาคอื่นๆ เล็กน้อยทั้งในชายและหญิง (ตารางที่ 5.12.1)

ตารางที่ 5.12.1 ค่าเฉลี่ยของแรงบีบมือ (กิโลกรัม) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ อายุ เขตปกครอง และภาค

	ชาย					หญิง					รวม				
	จำนวนตัวอย่าง	Median (kg)	Mean (kg)	S.D (kg)	(min, max)	จำนวนตัวอย่าง	Median (kg)	Mean (kg)	S.D (kg)	(min, max)	จำนวนตัวอย่าง	Median (kg)	Mean (kg)	S.D (kg)	(min, max)
อายุ															
15-29	1,244	41.3	41.8	6	(15.2,68.7)	1,186	26.2	26.2	4.1	(9.6,45.8)	2,430	32.2	34.4	8.1	(9.6,68.7)
30-44	1,797	41.7	41.9	5.6	(6.0,64.8)	2,097	26.9	27.1	4	(7.8,46.9)	3,894	32	34.2	7.6	(6.0,64.8)
45-59	2,000	37.5	37.2	5.3	(10.6,69.1)	2,456	24.4	24.6	4.1	(5.9,52.8)	4,456	28.9	30.7	7	(5.9,69.1)
60-69	2,489	31.7	31.5	12.3	(6.5,54.5)	2,551	21.1	21	7.5	(5.4,49)	5,040	25.1	25.7	13.3	(5.4,54.5)
70-79	1,561	26.9	26.5	11.8	(9.0,49.6)	1,646	18.4	18.3	7	(5.5,46.7)	3,207	21.5	22	11.7	(5.5,49.6)
80+	440	22.5	22.6	10.7	(8.1,42.7)	487	15.5	15.8	7	(0.5,44.1)	927	18.5	18.7	10.4	(0.5,44.1)
เขตปกครอง															
ในเขต	4,938	34.9	38.1	11.2	(6,69.1)	5,693	22.9	24.2	7.3	(5.4,49)	10,631	27	30.8	13.3	(5.4,69.1)
นอกเขต	4,593	34.4	38.6	6.8	(8.1,67.3)	4,730	23.1	25.1	4.5	(0.5,52.8)	9,323	27.3	31.8	8	(0.5,67.3)
ภาค															
เหนือ	2,238	34.3	37.8	9.3	(6,63.8)	2,351	22.4	24.3	6.3	(5.9,52.8)	4,589	26.8	30.9	10.9	(5.9,63.8)
กลาง	2,345	34.9	38.4	8.7	(7.1,69.1)	2,484	22.4	23.8	5.5	(5.5,49)	4,829	27.2	30.8	10.1	(5.5,69.1)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2,201	35.8	39.7	6.5	(8.3,67.3)	2,326	24.2	26.4	4.3	(0.5,44.3)	4,527	28.3	32.9	7.7	(0.5,67.3)
ใต้	2,069	33.9	37.7	10.3	(8,63.6)	2,231	22.7	24.5	6.6	(5.5,42.2)	4,300	26.8	30.9	12	(5.5,63.6)
กรุงเทพฯ	678	34.6	36.6	7.4	(6.5,60.2)	1,031	22.7	23.4	5.9	(5.4,44.1)	1,709	27.1	29.8	9.8	(5.4,60.2)
รวมทั้งประเทศ	9,531	34.7	38.5	21.8	(6,69.1)	10,423	23	24.9	16.5	(0.5,52.8)	19,954	27.1	31.5	9.8	(0.5,69.1)

สัดส่วนของการมีแรงบีบมือตามเกณฑ์

สัดส่วนของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีแรงบีบมือจัดอยู่ตามเกณฑ์ 5 ระดับ พบดังนี้คือ ระดับดีมากร้อยละ 11.3, ดีร้อยละ 10.1, ปานกลางร้อยละ 33.5, ต่ำร้อยละ 15.7, และต่ำมากร้อยละ 29.5 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่อยู่ในเกณฑ์ดีขึ้นไป พบร้อยละ 23.6 และ 19.4 ของประชากรไทยชายและหญิงตามลำดับ และพบผู้ชายร้อยละ 33.9 และผู้หญิงร้อยละ 33 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ส่วนที่เหลือผู้ชายร้อยละ 42.5 และผู้หญิงร้อยละ 47.6 อยู่ในเกณฑ์ต่ำและต่ำมาก สัดส่วนของการมีแรงบีบมืออยู่ในเกณฑ์ดีและดีมาก ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (ตารางที่ 5.12.2)

ตารางที่ 5.12.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปตามระดับผลทดสอบแรงบีบมือ (Grip strength) จำแนกตาม เพศ และอายุ

อายุ	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละของระดับผลทดสอบ (%) ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
ชาย						
15-29	1,243	11.6	12	33.5	13	29.9
30-44	1,795	15.9	10.4	34.9	14	25
45-59	1,997	12.1	10.4	33.4	16.5	27.8
60-69	2,483	14.2	12.3	37.4	15.8	20.3
70-79	1,553	6	7.5	31.4	18.9	36.3
80+	431	3.1	5.5	23.1	17.6	50.6
รวม	9,502	12.9	10.7	33.9	15	27.5
หญิง						
15-29	1,185	7	10.2	33.1	17.8	31.9
30-44	2,093	7.9	10.2	32.4	15.3	34.2
45-59	2,455	10.7	9	33.7	17.3	29.4
60-69	2,546	15.5	9.9	33.5	14.8	26.3
70-79	1,641	12.1	8.4	32.4	14.9	32.2
80+	474	12.7	10.2	28.7	13.2	35.1
รวม	10,394	9.7	9.7	33	16.3	31.3

เมื่อพิจารณาตามเขตปกครอง ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลทั้งเพศชายและหญิง มีสัดส่วนของการมีแรงบีบมือในเกณฑ์ปานกลางจนถึงดีมาก น้อยกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล พิจารณาตามภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนของผู้ที่มีแรงบีบมือปานกลางจนถึงดีมาก สูงสุด (ร้อยละ 67.5) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (ร้อยละ 55.3) ภาคใต้ (ร้อยละ 46.7) ภาคกลาง (ร้อยละ 44.9) และกรุงเทพฯ (ร้อยละ 44.1) (ตารางที่ 5.12.3)

ตารางที่ 5.12.3 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปตามระดับผลทดสอบแรงบีบมือ (Grip strength) จำแนกตาม เพศ และเขตปกครอง

เขตปกครอง	จำนวนตัวอย่าง	ระดับผลทดสอบ (%) ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
ชาย						
ในเขตเทศบาล	4,921	9.6	9.1	31.1	17.6	32.5
นอกเขตเทศบาล	4,581	14.2	11.2	35	14	25.5
รวม	9,502	12.9	10.7	33.9	15	27.5
หญิง						
ในเขตเทศบาล	5,676	7.7	7.1	31.7	18	35.6
นอกเขตเทศบาล	4,718	10.5	10.7	33.6	15.6	29.6
รวม	10,394	9.7	9.7	33	16.3	31.3
รวมทั้งหมด						
ในเขตเทศบาล	10,597	8.6	8	31.4	17.8	34.2
นอกเขตเทศบาล	9,299	12.3	11	34.3	14.8	27.6
รวมทั้งประเทศ	19,896	11.3	10.1	33.5	15.7	29.5

ตารางที่ 5.12.4 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปตามระดับผลทดสอบแรงบีบมือ (Grip strength) จำแนกตาม เพศ และภาค

ภาค	จำนวนตัวอย่าง	ระดับผลทดสอบ (%) ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
ชาย						
เหนือ	2,233	12.8	9.6	36.2	14.3	27.2
กลาง	2,338	10.7	8.4	28.6	15.3	37.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2,196	17.9	14.3	37.9	12.8	17.1
ใต้	2,061	6	8.7	33.8	18	33.5
กรุงเทพฯ	674	10.2	7.5	28.4	20.9	33.1
รวม	9,502	12.9	10.7	33.9	15	27.5
หญิง						
เหนือ	2,344	8.4	9.8	34.2	16.7	31
กลาง	2,478	7.4	6.3	28.6	17	40.7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2,322	14.4	13.6	37.3	14.1	20.9
ใต้	2,221	5.9	7	32.1	19.5	35.4
กรุงเทพฯ	1,029	5.9	7.7	28.5	17.6	40.3
รวม	10,394	9.7	9.7	33	16.3	31.3

อนามัยเจริญพันธุ์

สรุป

- บทนี้รายงานผลการสำรวจด้านอนามัยเจริญพันธุ์
- สตรีไทยเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เร็วขึ้น โดยอายุเฉลี่ยเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรกลดลงในกลุ่มอายุน้อย เช่นกลุ่มอายุ 15-29 ปี เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 13.2 ปี ในขณะที่กลุ่ม 30-44 และ 45-59 ปีเริ่มเมื่ออายุเฉลี่ย 14.1 ปี และ 14.8 ปีตามลำดับ
- ร้อยละ 10.5 ของสตรีวัย 15-19 ปี เคยตั้งครรภ์ และในจำนวนนี้ร้อยละ 84.8 เคยคลอดบุตร
- การตรวจคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียของสตรีวัยเจริญพันธุ์พบว่า ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 8 ของหญิงที่ฝากครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย และกลุ่มอายุที่ได้รับการคัดกรองสูงสุดคือ 15-29 ปี (ร้อยละ 36.2) และผลการตรวจโดยรวมพบการเป็นพาหะร้อยละ 12.5
- ใน 5 ปีที่ผ่านมา สตรีร้อยละ 4.4 เคยมีการแท้งลูก กลุ่มอายุ 15-29 ปี มีร้อยละของการแท้งลูกสูงสุดร้อยละ 11.2 และสาเหตุส่วนใหญ่(ร้อยละ 74.0) เป็นการแท้งตามธรรมชาติ รองลงมาคือทำแท้งโดยเหตุผลทางการแพทย์ร้อยละ 16.9 และเพราะไม่พร้อมมีบุตรร้อยละ 8.1
- การคุมกำเนิดพบว่า มีอัตราการคุมกำเนิดร้อยละ 73 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการคุมกำเนิดสูงสุดถึงร้อยละ 74.9 เมื่อพิจารณาถึงวิธีการคุมกำเนิดพบว่า การทำหมันหญิงสูงสุดร้อยละ 56 รองลงมาเป็นยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 31.5
- ในเรื่องของการมีบุตรยาก ร้อยละ 11 มีภาวะมีบุตรยากและมีร้อยละ 32.9 เท่านั้นที่เคยได้รับการรักษา
- การตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูก พบว่าใน 2 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 42.5 ของสตรีอายุ 15-59 ปีได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มอายุ 30-44 ปีและ 45-59 ปีได้รับการตรวจร้อยละ 51.7 และ 49.2 ตามลำดับ
- การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยโดยบุคลากรทางการแพทย์ใน 1 ปีที่ผ่านมามีร้อยละ 17.9 โดยโดยกลุ่มอายุ 30-44 ปีและ 45-59 ปีได้รับการตรวจร้อยละ 20.2 และ 23.2 ตามลำดับ และกลุ่มอายุ 45-59 ได้รับการตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรมร้อยละ 4.5
- เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 3 เมื่อปี 2547 พบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.4 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 42.5 ใน ปี 2552
- การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัย 15-59 ปี เพิ่มจากร้อยละ 48.7 เป็นร้อยละ 60.7 ตามลำดับ
- การตรวจแมมโมแกรมในสตรีอายุ 40-59 ปี ใน 1 ปีที่ผ่านมาเพิ่มจากร้อยละ 1.7 เป็นร้อยละ 3.9 ตามลำดับ

อนามัยเจริญพันธุ์

อนามัยเจริญพันธุ์ เป็นประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญประเด็นหนึ่งในการสำรวจสุขภาพครั้งนี้ การรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 พบว่าสถานการณ์ของสถานะอนามัยเจริญพันธุ์มีการเปลี่ยนแปลงคือ การเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ของสตรีเร็วขึ้น โดยอายุเมื่อเริ่มมีประจำเดือนลดลง การมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น โดยพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังไม่ดีพอ อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนการตั้งครรภ์และการแท้งพบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของการตั้งครรภ์ จะสิ้นสุดด้วยการแท้ง ในเรื่องของมะเร็งในอวัยวะสืบพันธุ์ พบว่ามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมยังเป็นปัญหาที่สำคัญของอนามัยเจริญพันธุ์ในสตรี โดยเฉพาะในชนบทที่มะเร็งปากมดลูกยังพบมากที่สุด ดังนั้น ในการสำรวจสุขภาพในครั้งนี้ ยังคงติดตามประเด็นต่างๆ ที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง โดยประเด็นที่ทำการสำรวจในด้านอนามัยเจริญพันธุ์ประกอบด้วย

1. การมีประจำเดือนและการหมดประจำเดือน
2. การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร
3. การแท้งลูก
4. การคุมกำเนิด
5. ภาวะการมีบุตรยาก
6. การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม

6.1 การมีประจำเดือนและการหมดประจำเดือน

จากการสำรวจพบว่า อายุเฉลี่ยการมีประจำเดือนครั้งแรกของสตรีไทยอายุ 15-29 ปี เท่ากับ 13.2 ปี อายุ 30-44 ปี เท่ากับ 14.4 ปี และอายุ 45-55 ปีเท่ากับ 15.2 ปี จะเห็นได้ว่าอายุเฉลี่ยของการมีประจำเดือนครั้งแรกของสตรีไทยลดลง แสดงว่าสตรีไทยในปัจจุบันเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เร็วขึ้น เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคพบว่า กรุงเทพมหานครมีอายุเฉลี่ยการมีประจำเดือนครั้งแรกต่ำสุดในทุกกลุ่มอายุ กล่าวคือ อายุ 15-29 ปีเท่ากับ 13 ปี อายุ 30-44 ปีเท่ากับ 13.9 ปี และอายุ 45-59 ปี เท่ากับ 14.6 ปี เมื่อพิจารณาตามเขตปกครองพบว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจะมีอายุเฉลี่ยเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรกน้อยกว่าสตรีที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลในทุกกลุ่มอายุ (ตารางที่ 6.1.1)

ตารางที่ 6.1.1 อายุเฉลี่ยเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรกในหญิงวัยเจริญพันธุ์ จำแนกตามกลุ่มอายุภาคและเขตการปกครอง

อายุ (ปี)	15-29			30-44			45-59		
	n	Mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD
เขต									
ในเขต	663	13.0	(2.2)	1,172	14.1	(2.4)	1,459	14.8	(2.6)
นอกเขต	622	13.3	(1.2)	1,010	14.6	(1.3)	924	15.4	(1.5)
ภาค									
เหนือ	265	13.3	(1.5)	463	14.3	(1.8)	562	15.1	(2.1)
กลาง	297	13.2	(1.5)	517	14.1	(1.7)	562	14.9	(1.9)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	268	13.3	(1.3)	519	15.0	(1.3)	478	15.8	(1.5)
ใต้	338	13.1	(1.8)	429	14.0	(2.1)	383	15.1	(2.5)
กทม.	117	13.0	(1.9)	254	13.9	(2.0)	398	14.6	(2.2)
รวมทั้งประเทศ	1,285	13.2	(1.5)	2,182	14.4	(1.7)	2,383	15.2	(2.0)

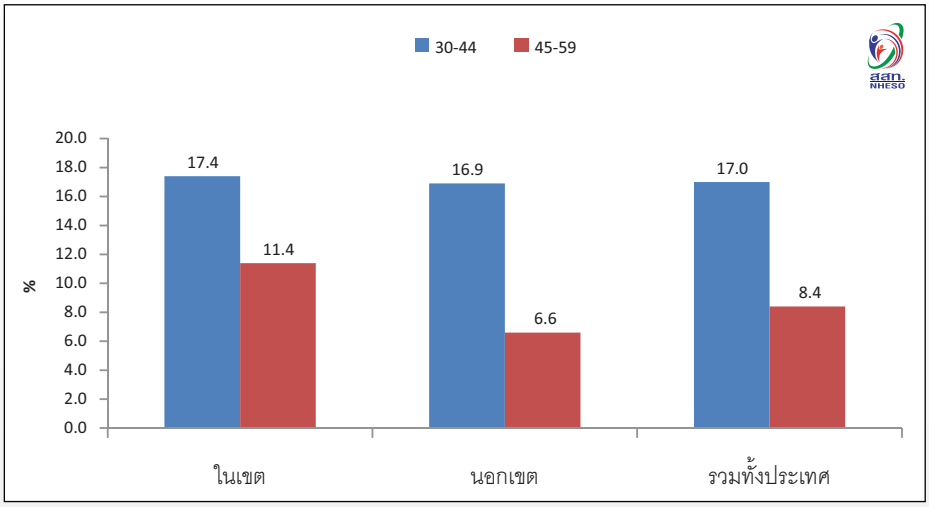
เมื่อพิจารณาถึงอายุเฉลี่ยเมื่อหมดประจำเดือน พบว่าอายุเฉลี่ยของสตรีเมื่อหมดประจำเดือนเท่ากับ 47.5 ปี โดยในเขตเทศบาลจะมีอายุเฉลี่ยเมื่อหมดประจำเดือนสูงกว่านอกเขตเทศบาล และภาคใต้จะมีอายุเฉลี่ยเมื่อหมดประจำเดือนสูงกว่าภาคอื่นๆ และกรุงเทพมหานคร รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 6.1.2

ตารางที่ 6.1.2 อายุเฉลี่ยเมื่อหมดประจำเดือน (เฉพาะผู้ที่หมดแล้ว) จำแนกตามกลุ่มอายุภาคและเขตการปกครอง

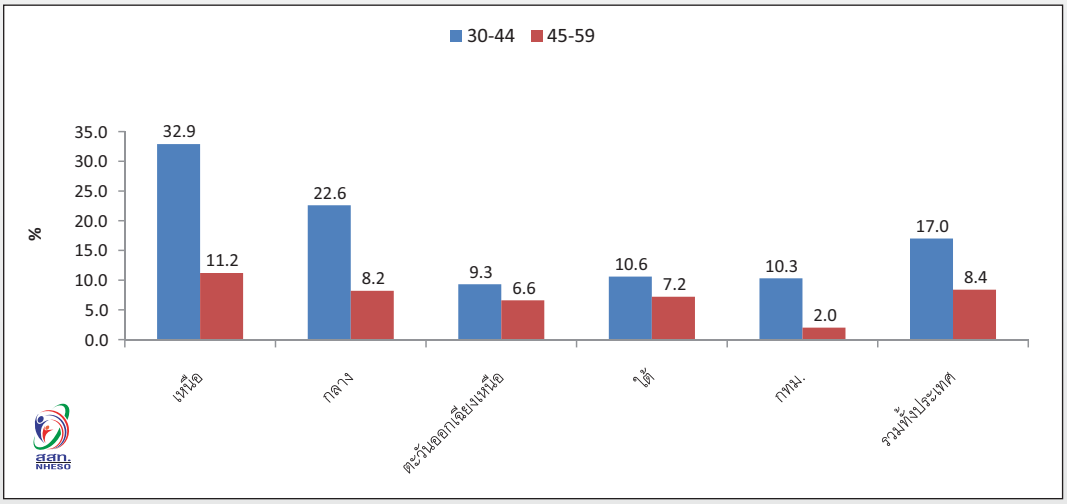
อายุ (ปี)	30-44			45-59		
	n	Mean	SD	n	mean	SD
เขต						
ในเขต	42	37.3	(6.5)	887	47.8	(6.5)
นอกเขต	40	35.5	(3.7)	545	47.4	(3.8)
ภาค						
เหนือ	18	33.9	(6.7)	340	47.5	(5.7)
กลาง	22	38.4	(3.8)	321	47.9	(3.9)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	22	35.2	(3.1)	274	47.0	(4.3)
ใต้	13	38.0	(5.6)	231	48.2	(5.6)
กทม.	7	34.1	(6.9)	266	47.7	(5.6)
รวมทั้งประเทศ	82	36.0	(4.7)	1,432	47.5	(4.9)

จากการสำรวจถึงภาวะการได้รับยาฮอร์โมนทดแทนภายหลังหมดประจำเดือนพบว่า มีเพียงร้อยละ 8.4 ในสตรีกลุ่มอายุ 45-59 ปี ที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีกลุ่มอายุ 30-44 ปี ที่หมดประจำเดือน จะได้รับฮอร์โมนทดแทนสูงกว่าคือ ร้อยละ 17 เมื่อพิจารณาถึงพื้นที่ในเขตและนอกเขตเทศบาลพบว่า สตรีวัยหมดระดู ในเขตเทศบาลจะได้รับฮอร์โมนทดแทนมากกว่าสตรีที่อยู่นอกเขตเทศบาลทุกกลุ่มอายุ และสตรีในภาคเหนือจะได้รับฮอร์โมนทดแทนสูงกว่าทุกภาคและกรุงเทพฯ ในทุกกลุ่มอายุ (รูปที่ 6.1.1-6.1.2)

รูปที่ 6.1.1 ร้อยละการได้รับฮอร์โมนทดแทน หลังหมดประจำเดือนในสตรีที่หมดประจำเดือนแล้ว จำแนกตามกลุ่มอายุ และเขตปกครอง



รูปที่ 6.1.2 ร้อยละการได้รับฮอร์โมนทดแทน หลังหมดประจำเดือนในสตรีที่หมดประจำเดือนแล้ว จำแนกตามกลุ่มอายุและภาค



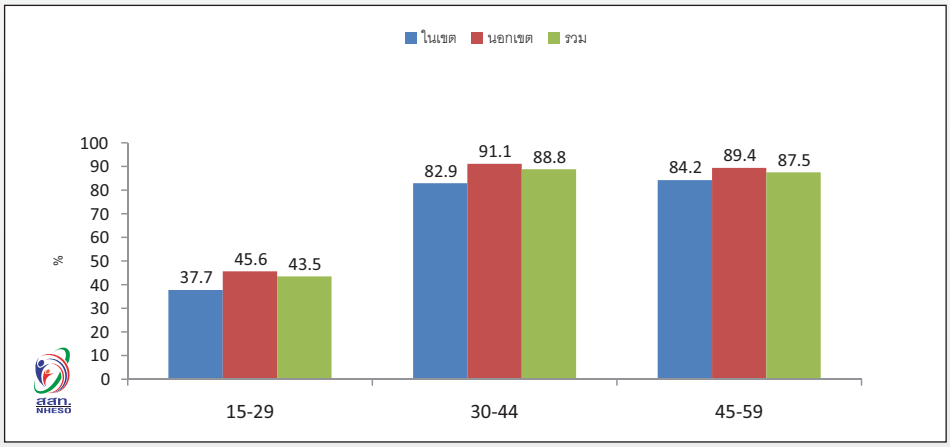
6.2 การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-59 ปีที่เคยตั้งครรภ์ทั่วประเทศร้อยละ 87.5 โดยพบว่านอกเขตเทศบาลมีการตั้งครรภ์สูงกว่าในเขตเทศบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เคยตั้งครรภ์สูงสุดของประเทศคือ ร้อยละ 92.3 และภาคใต้มีสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เคยตั้งครรภ์ต่ำสุดคือร้อยละ 47.5 รายละเอียดแสดงไว้ในรูปที่ 6.2.1-6.2.2

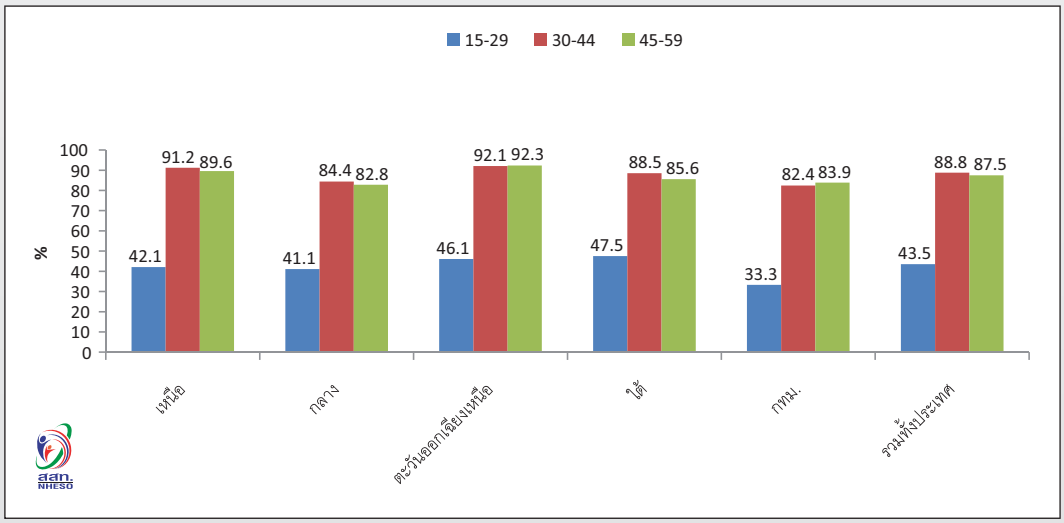
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

พบว่าสตรีอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 10.5 เคยตั้งครรภ์ ในจำนวนนี้ร้อยละ 84.8 เคยคลอดบุตร

รูปที่ 6.2.1 ร้อยละของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เคยตั้งครรภ์ จำแนกตามกลุ่มอายุและเขตปกครอง

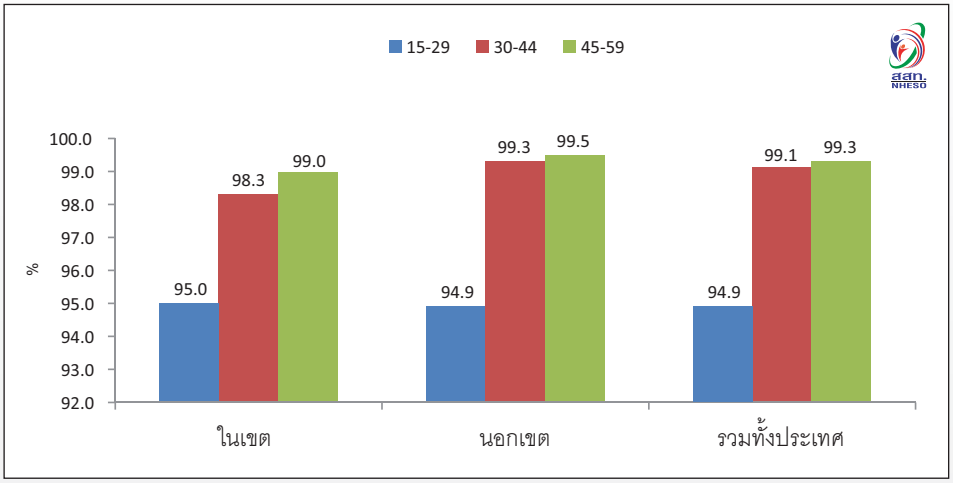


รูปที่ 6.2.2 ร้อยละของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เคยตั้งครรภ์ จำแนกตามกลุ่มอายุและภาค

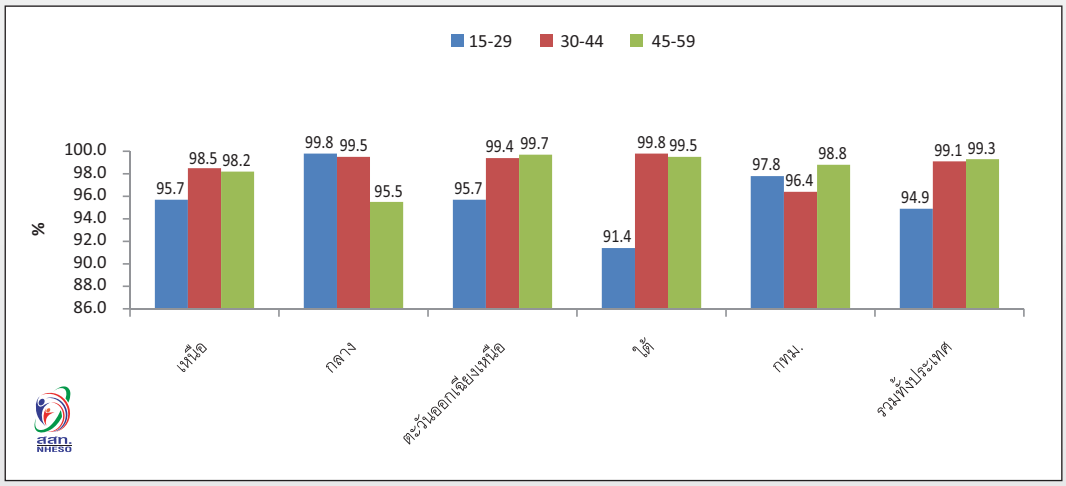


เมื่อพิจารณาถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เคยคลอดบุตร จากการสำรวจพบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ในเขตและนอกเขตเทศบาล มีร้อยละของการเคยคลอดบุตรไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาในรายภาคพบว่า ไม่แตกต่างกันมาก โดยพบว่าทุกภาครวมทั้งกรุงเทพมหานครมีสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เคยคลอดบุตรมากกว่าร้อยละ 95 ขึ้นไป รายละเอียดแสดงไว้ในรูปที่ 6.2.3-6.2.4

รูปที่ 6.2.3 ร้อยละของสตรีที่เคยคลอดบุตรในสตรีที่เคยตั้งครรภ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ และเขตปกครอง

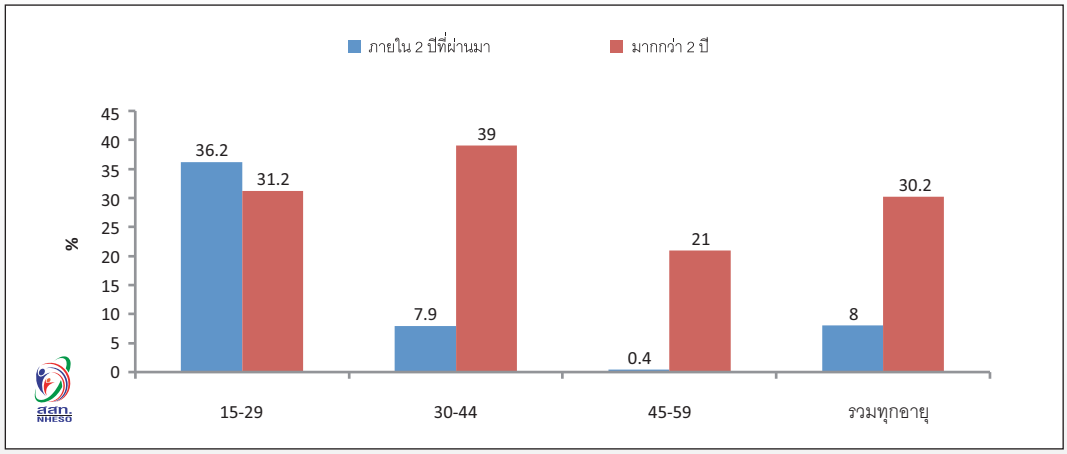


รูปที่ 6.2.4 ร้อยละของสตรีที่เคยคลอดบุตรในสตรีที่เคยตั้งครรภ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ และภาค

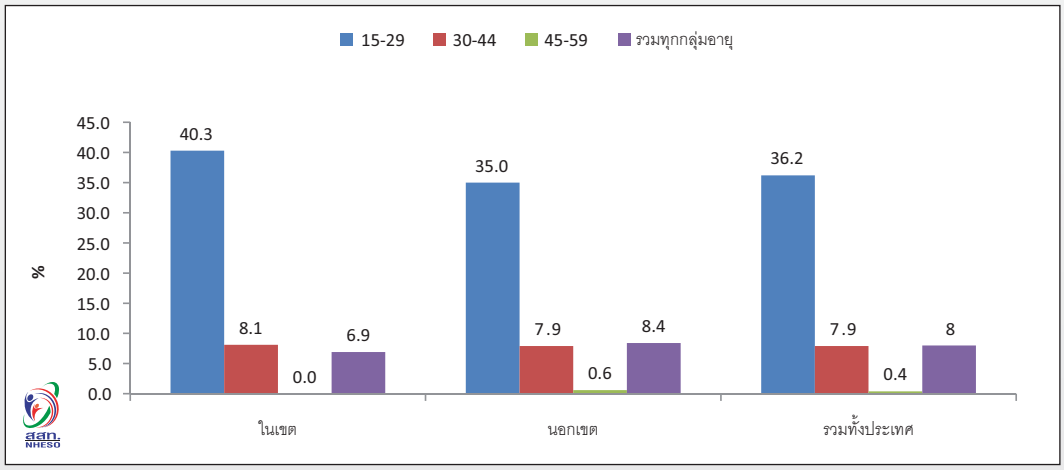


ในการตรวจคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียของสตรีวัยเจริญพันธุ์พบว่า ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา กลุ่มอายุที่ได้รับการคัดกรองธาลัสซีเมียสูงสุดคือกลุ่มอายุ 15-29 ปี โดยพบร้อยละ 36.2 และในกลุ่มอายุนี้ภาคกลางได้รับการคัดกรองสูงสุด นอกจากนี้ยังพบว่า ในเขตเทศบาลมีการคัดกรองธาลัสซีเมียสูงกว่านอกเขตเทศบาล รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 6.2.5-6.2.7

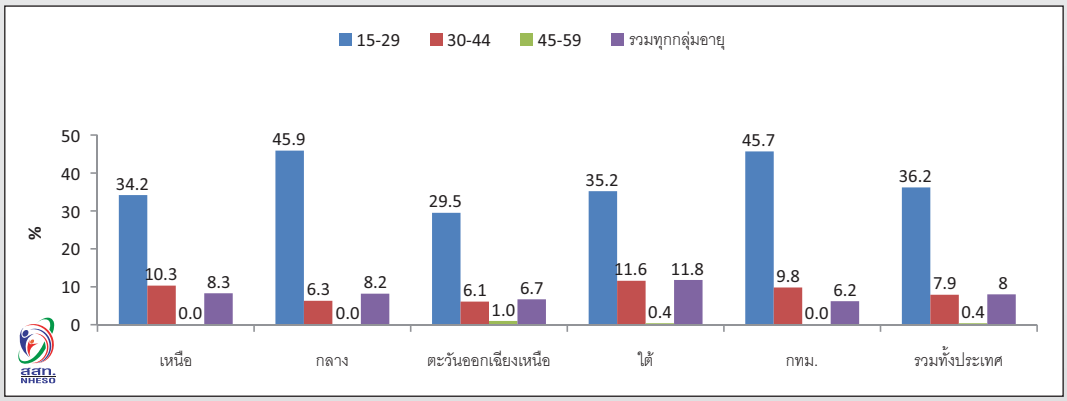
รูปที่ 6.2.5 ร้อยละของการคัดกรองธาลัสซีเมียในการฝากครรภ์ครั้งสุดท้ายในหญิงอายุ 15-59 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุ



รูปที่ 6.2.6 ร้อยละการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียภายใน 2 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มอายุ และเขตปกครอง

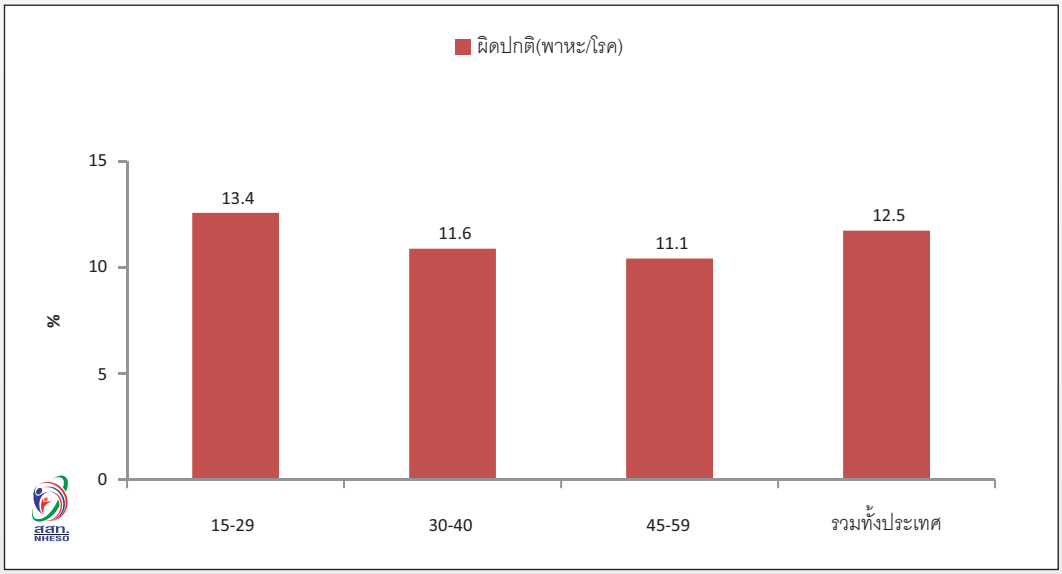


รูปที่ 6.2.7 ร้อยละการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียภายใน 2 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มอายุ และภาค

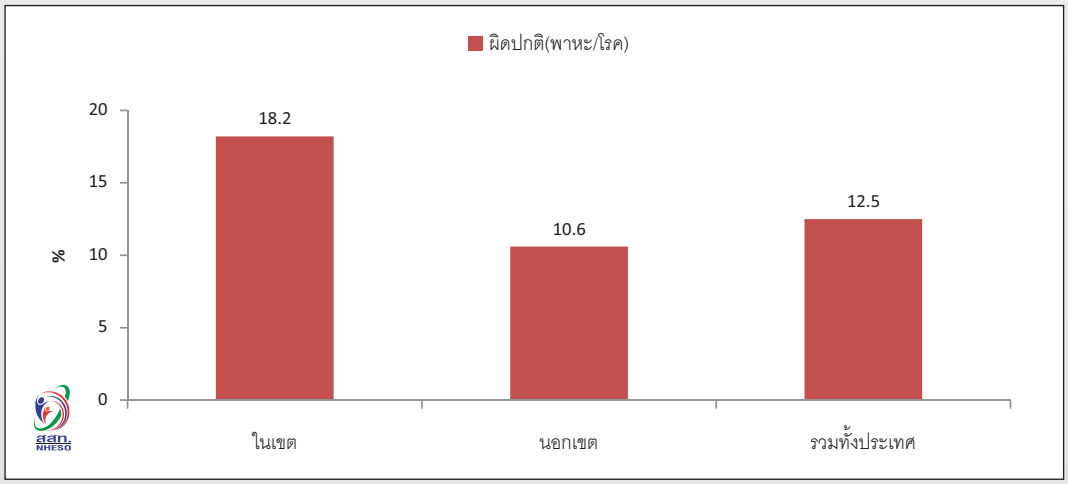


เมื่อพิจารณาถึงผลการตรวจคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียพบความผิดปกติร้อยละ 12.5 โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 15-29 ปี พบได้ร้อยละ 13.4 และภาคกลางพบความผิดปกติของการเป็นพาหะหรือเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียสูงสุดคือร้อยละ 20 รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 6.2.8-6.2.10

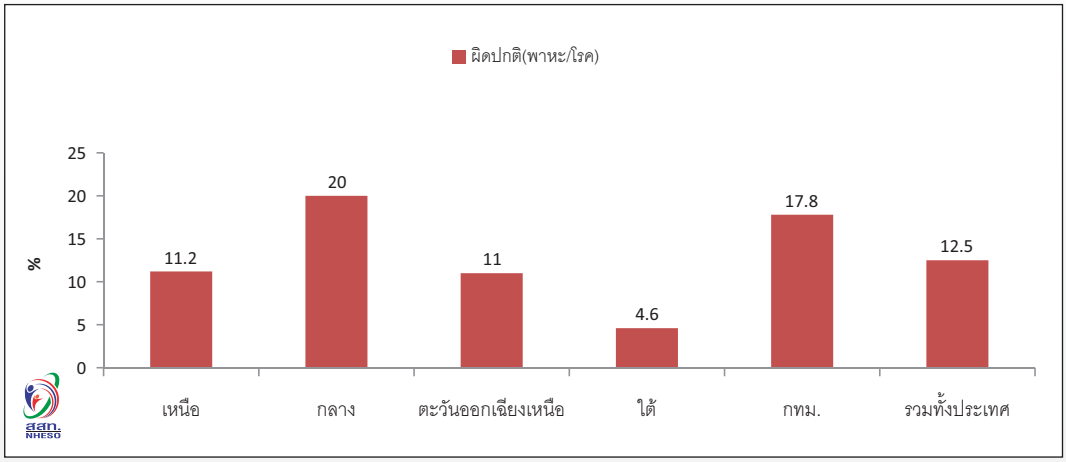
รูปที่ 6.2.8 ร้อยละของพาหะโรคธาลัสซีเมียจากประวัติผลการตรวจคัดกรองในสตรีตั้งครรภ์ จำแนกตามอายุ



รูปที่ 6.2.9 ร้อยละของพาหะโรคธาลัสซีเมียจากประวัติผลการตรวจคัดกรองในสตรีตั้งครรภ์ จำแนกตามภาคและเขตปกครอง



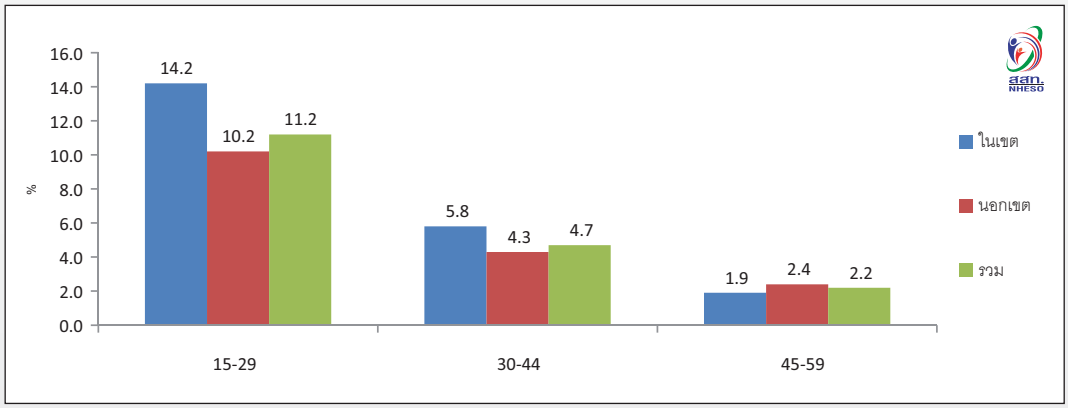
รูปที่ 6.2.10 ร้อยละของพาหะโรคธาลัสซีเมียจากประวัติผลการตรวจคัดกรองในสตรีตั้งครรภ์ จำแนกตามภาค



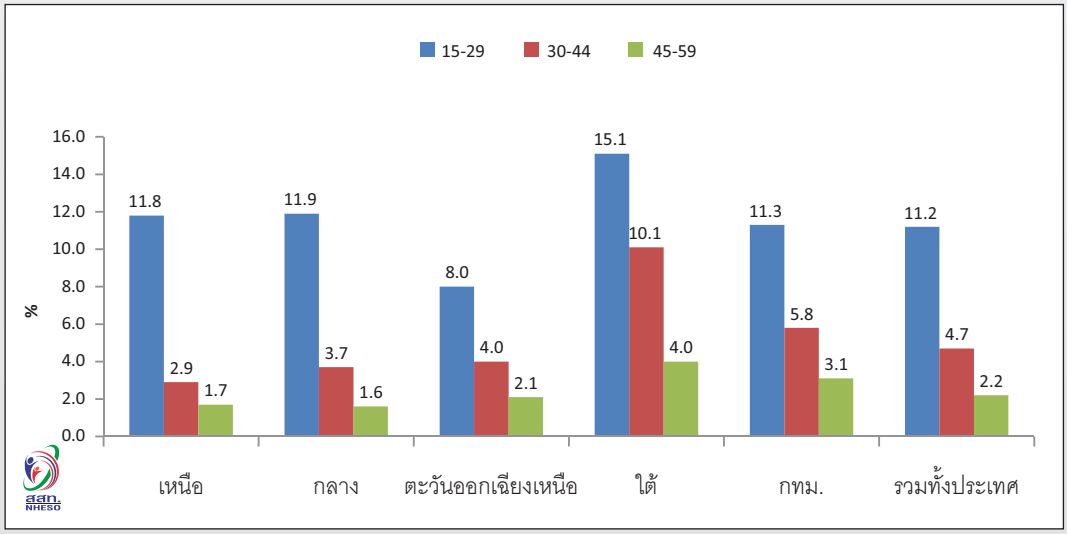
6.3 การแท้งลูก

พบว่า ใน 5 ปีที่ผ่านมา สตรีวัย 15-59 ปี ร้อยละ 4.4 เคยมีประวัติการแท้งลูก กลุ่มอายุ 15-29 ปี มีสัดส่วนการแท้งลูกสูงสุดร้อยละ 11.2 โดยเฉพาะวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีประวัติแท้งร้อยละ 15.2 กลุ่มอายุ 15-29 และ 30-44 ปีที่อยู่ในเขตเทศบาลมีร้อยละของการแท้งสูงกว่านอกเขตเทศบาล การจำแนกตามภาคพบว่าภาคใต้มีการแท้งลูกสูงสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี คือร้อยละ 15.1 กลุ่มสตรีอายุ 45-59 ปี มีการแท้งลูกต่ำสุดคือร้อยละ 2.2 และภาคกลางมีการแท้งลูกต่ำสุดในกลุ่มสตรีอายุนี้ (รูปที่ 6.3.1-6.3.2)

รูปที่ 6.3.1 ร้อยละของการแท้งลูกจากการตั้งครรภ์ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาในสตรีวัยเจริญพันธุ์ (15-59 ปี) จำแนกตามกลุ่มอายุ และเขตปกครอง

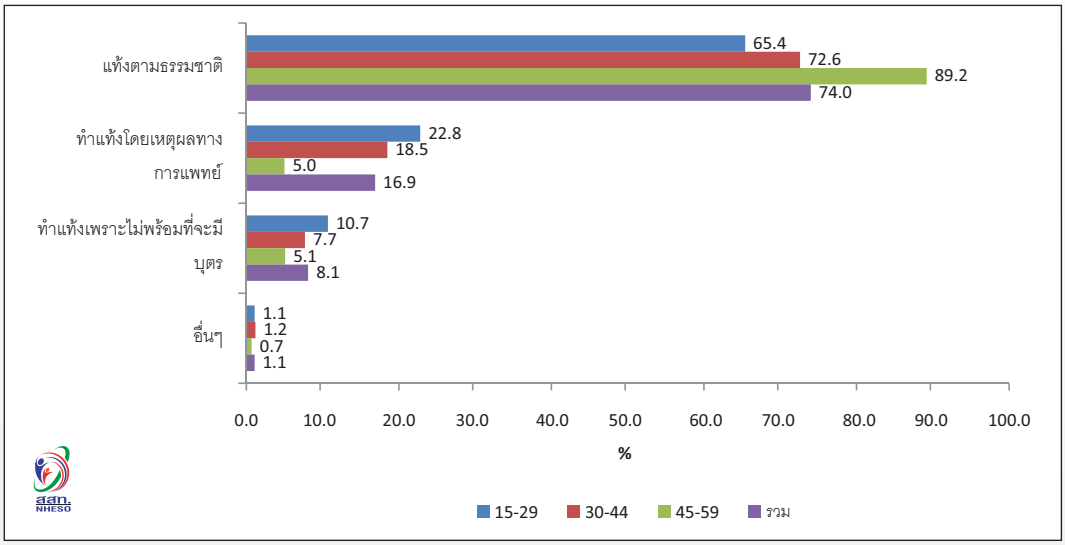


รูปที่ 6.3.2 ร้อยละของการแท้งลูกจากการตั้งครรภ์ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาในสตรีวัยเจริญพันธุ์ (15-59 ปี) จำแนกตาม อายุ และภาค



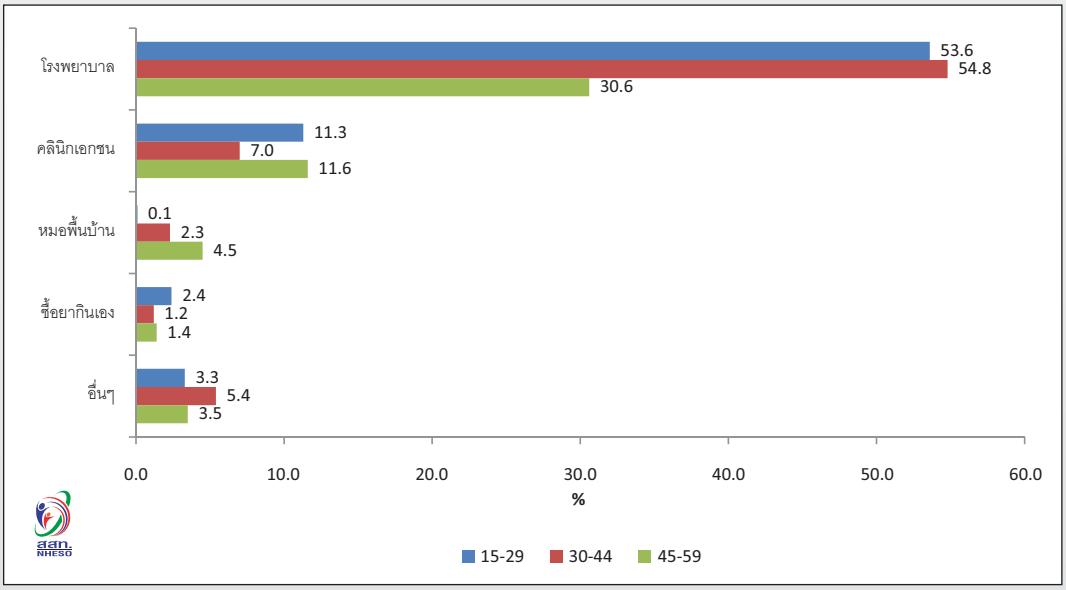
เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุการแท้งลูกในครั้งสุดท้ายพบว่าร้อยละ 74 เป็นการแท้งตามธรรมชาติ ร้อยละ 16.9 ทำแท้งโดยเหตุผลของการแพทย์ และร้อยละ 9.2 เป็นการทำแท้งด้วยความไม่พร้อมที่จะมีบุตรและเหตุผลอื่นๆ รายละเอียดแสดงไว้ในรูปที่ 6.3.3

รูปที่ 6.3.3 ร้อยละของสาเหตุของการแท้งลูกในครั้งสุดท้าย ในหญิงที่เคยแท้งลูก จำแนกตามกลุ่มอายุ



เมื่อวิเคราะห์เฉพาะรายที่ทำแท้งพบว่าสถานการณ์ที่ทำแท้งในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา พบว่าทุกกลุ่มอายุทำแท้งในโรงพยาบาลสูงสุด โดยกลุ่มอายุ 15-29 ปี, 30-44 ปี และ 45-59 ปี ทำแท้งในโรงพยาบาลร้อยละ 53.6, 54.8 และ 30.6 ตามลำดับ รองลงมาคือคลินิกเอกชน หมอพื้นบ้าน และซื้อยากินเอง

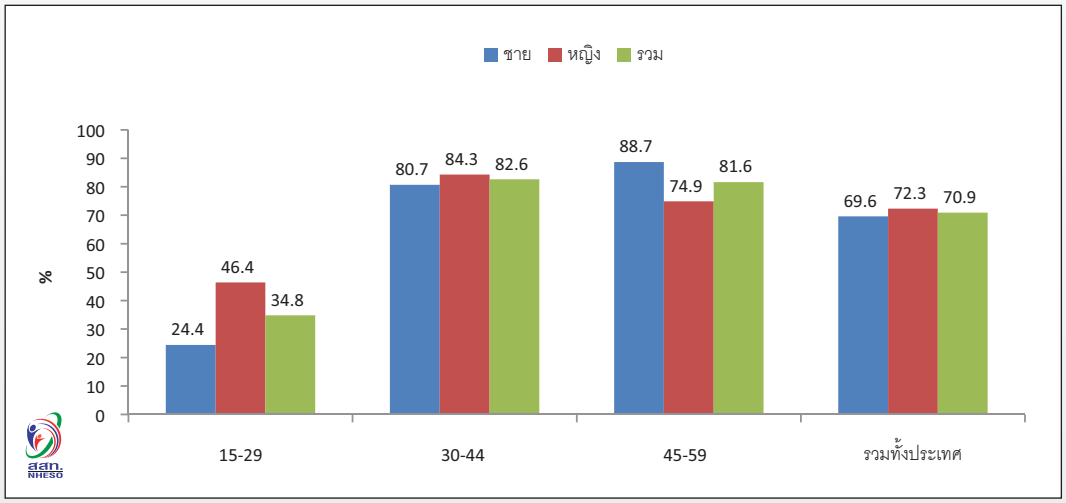
รูปที่ 6.3.4 ร้อยละของสถานที่ทำแท้งในหญิงที่เคยแท้งลูก จำแนกตามกลุ่มอายุ



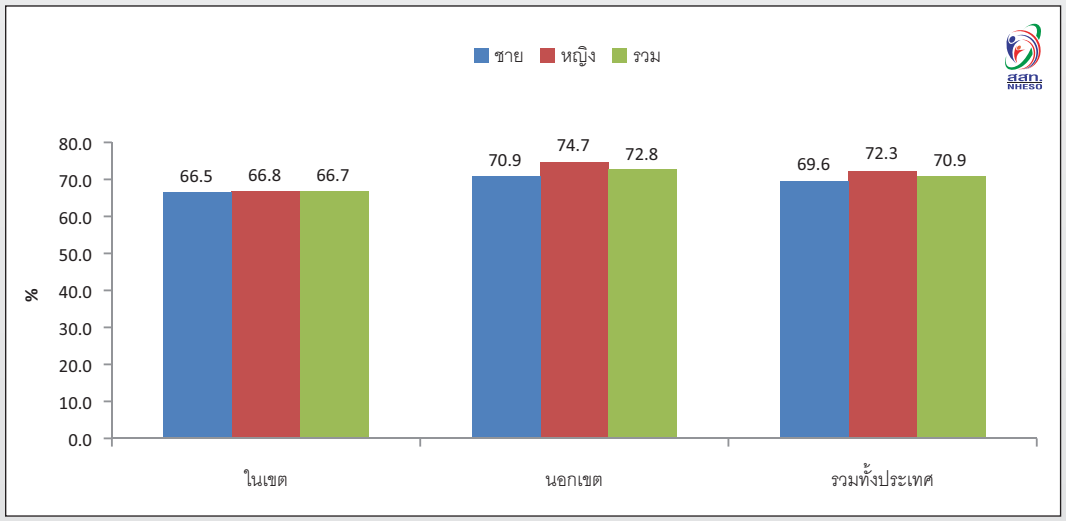
6.4 การคุมกำเนิด

จากการสำรวจเรื่องของการคุมกำเนิดพบว่า ผู้ชายร้อยละ 69.6 และผู้หญิงร้อยละ 72.3 แต่งงานอยู่กินด้วยกัน โดยกลุ่มอายุที่แต่งงานอยู่กินด้วยกันสูงสุดในผู้ชายคือ กลุ่มอายุ 45-59 ปี และในผู้หญิงคือกลุ่มอายุ 30-44 ปี ผู้ชายและผู้หญิงที่อยู่นอกเขตเทศบาลจะแต่งงานอยู่กินด้วยกันสูงกว่าในเขตเทศบาล และภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีการแต่งงานอยู่กินด้วยกันสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ ของประเทศรวมทั้งกรุงเทพมหานคร ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง (รูปที่ 6.4.1-6.4.3)

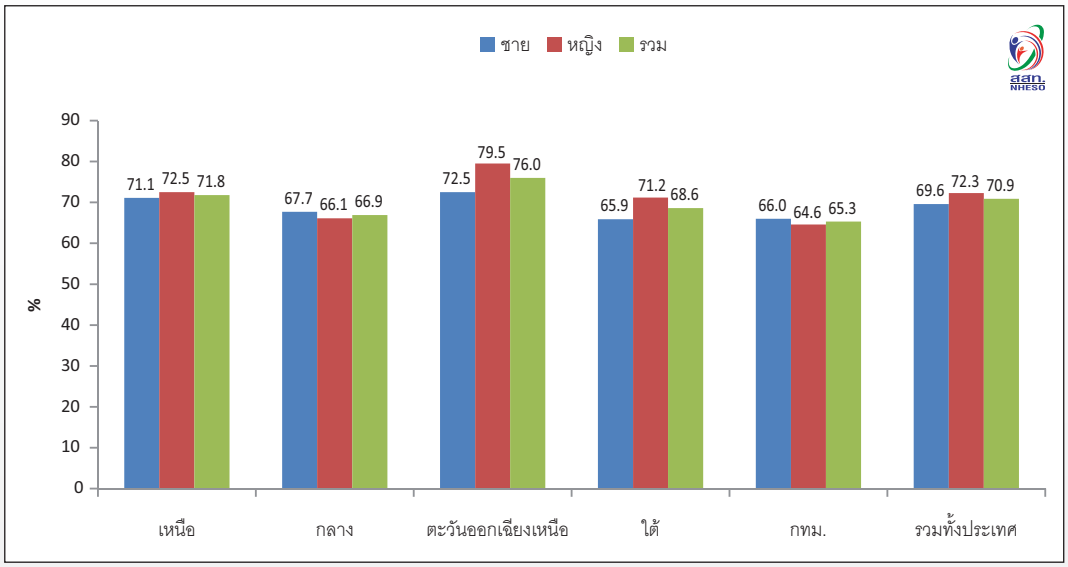
รูปที่ 6.4.1 ร้อยละของการมีคู่ในประชากรไทยอายุ 15-59 ปี จำแนกตามเพศ อายุ



รูปที่ 6.4.2 ร้อยละของการมีคู่ในประชากรไทยอายุ 15-59 ปี จำแนกตามเพศ และเขตปกครอง

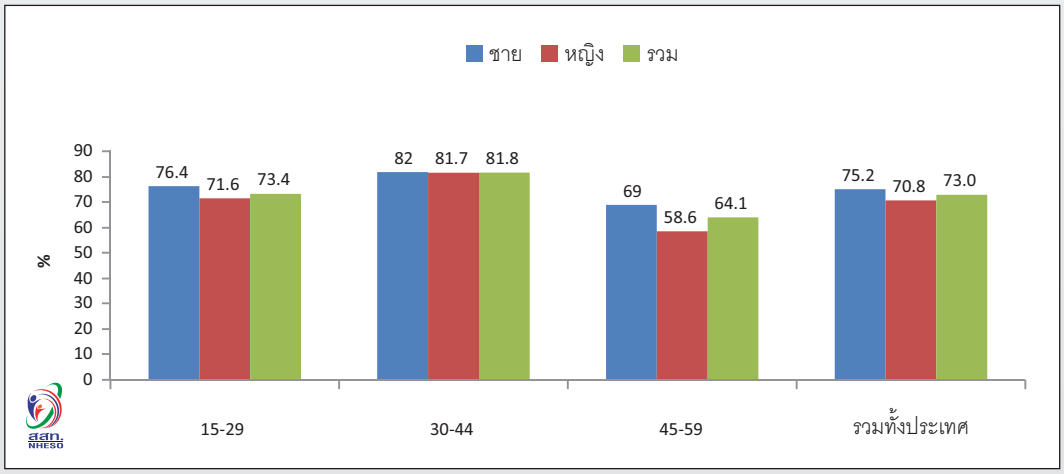


รูปที่ 6.4.3 ร้อยละของการมีคู่ในประชากรไทยอายุ 15-59 ปี จำแนกตามเพศและภาค

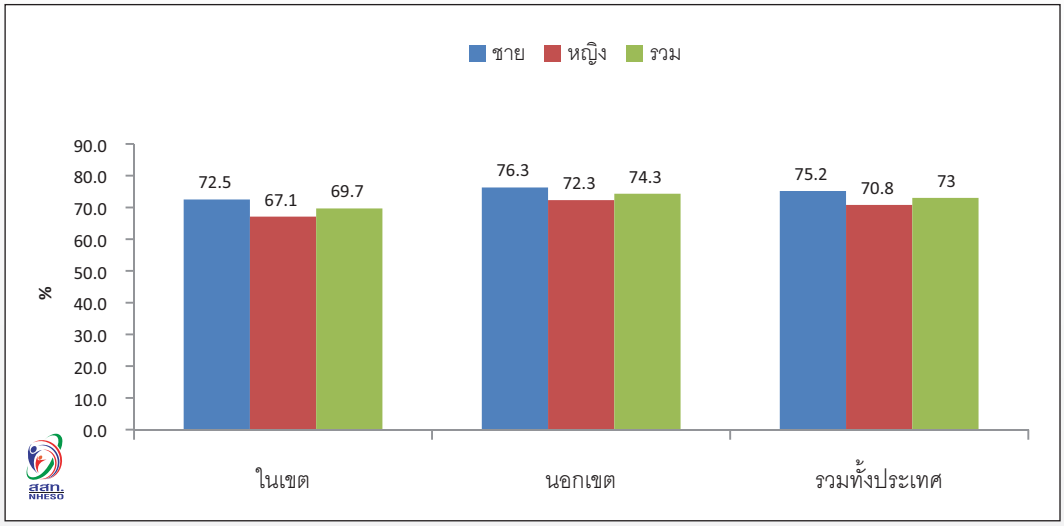


อัตราคุมกำเนิดในประชากรไทยอายุ 15-59 ปี มีร้อยละ 73 โดยกลุ่มอายุที่มีการคุมกำเนิดสูงสุดคือกลุ่มอายุ 30-44 ปี พิจารณาตามภาค พบว่า ประชากรไทยที่อยู่นอกเขตเทศบาลจะมีอัตราการคุมกำเนิดสูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 74.3 และ 69.7 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราคุมกำเนิดสูงสุดคือร้อยละ 74.9 (รูปที่ 6.4.4-6.4.6)

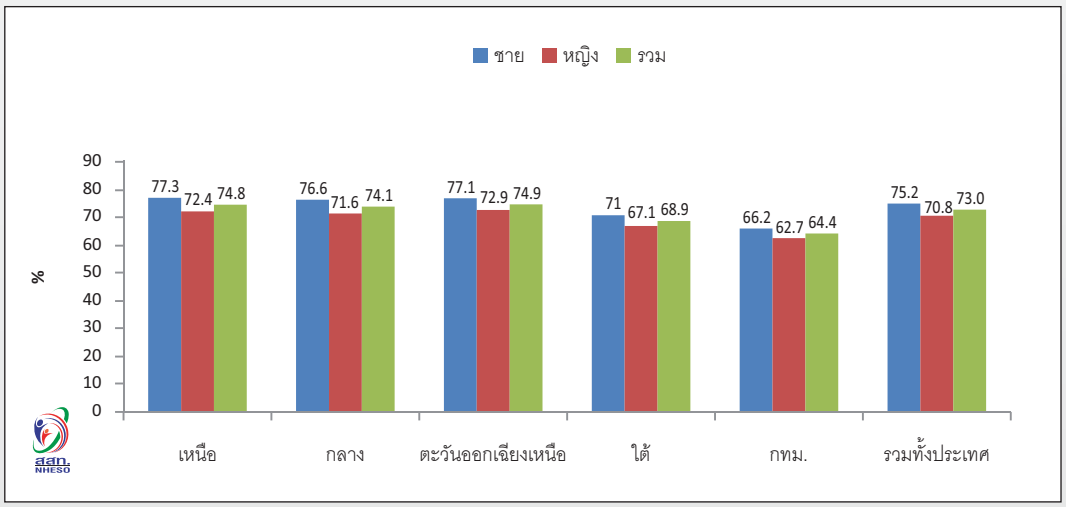
รูปที่ 6.4.4 ร้อยละของการคุมกำเนิดในประชากรไทยอายุ 15-59 ปีที่มีคู่ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



รูปที่ 6.4.5 ร้อยละของการคุมกำเนิดในประชากรไทยอายุ 15-59 ปีที่มีคู่ จำแนกตามเพศและเขตปกครอง

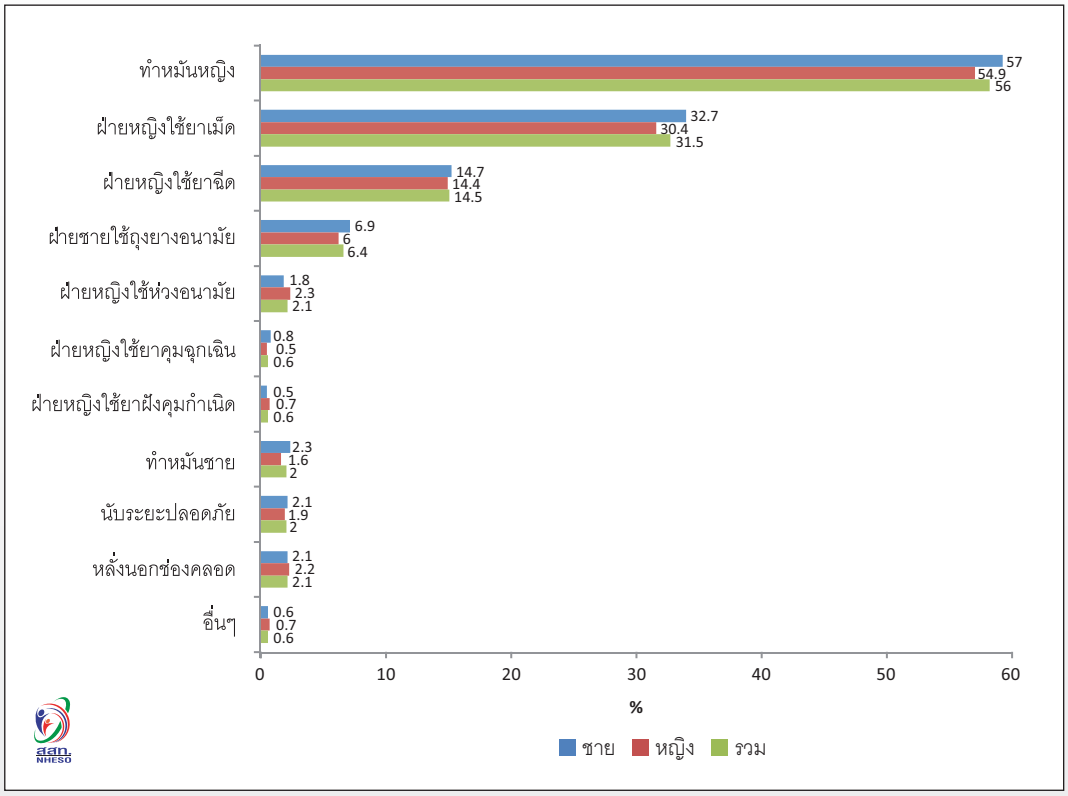


รูปที่ 6.4.6 ร้อยละของการคุมกำเนิดในประชากรไทยอายุ 15-59 ปีที่มีคู่ จำแนกตามเพศและภาค



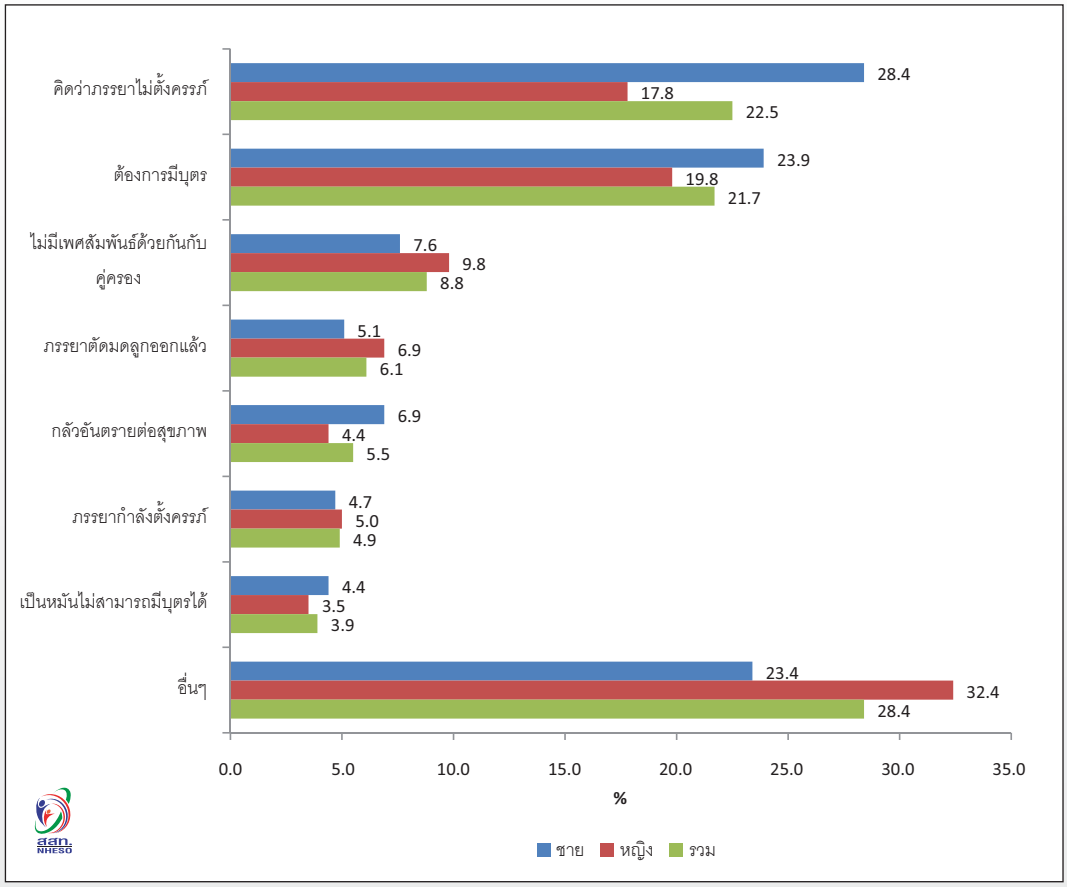
เมื่อพิจารณาถึงวิธีการคุมกำเนิดพบว่า การทำหมันหญิงพบสูงสุดถึงร้อยละ 56 รองลงมาเป็นการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 31.5 และยาฉีดคุมกำเนิดร้อยละ 14.5 ตามลำดับ การใช้ยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินพบได้น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 0.6 เท่านั้น รายละเอียดแสดงไว้ในรูปที่ 6.4.7

รูปที่ 6.4.7 ร้อยละของวิธีการคุมกำเนิดในประชากรไทยที่มีคู่อายุ 15-59 ปี จำแนกตามเพศ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)



จากการสำรวจถึงเหตุผลที่ไม่คุมกำเนิด พบว่าร้อยละ 22.5 ที่ไม่คุมกำเนิดเพราะคิดว่าภรรยาไม่ตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นเหตุผลที่พบสูงสุด รองลงมาเป็นความต้องการที่จะมีบุตร ร้อยละ 21.7 เหตุผลพบน้อยที่สุดคือเป็นหมัน พบได้ร้อยละ 3.9 (รูปที่ 6.4.8)

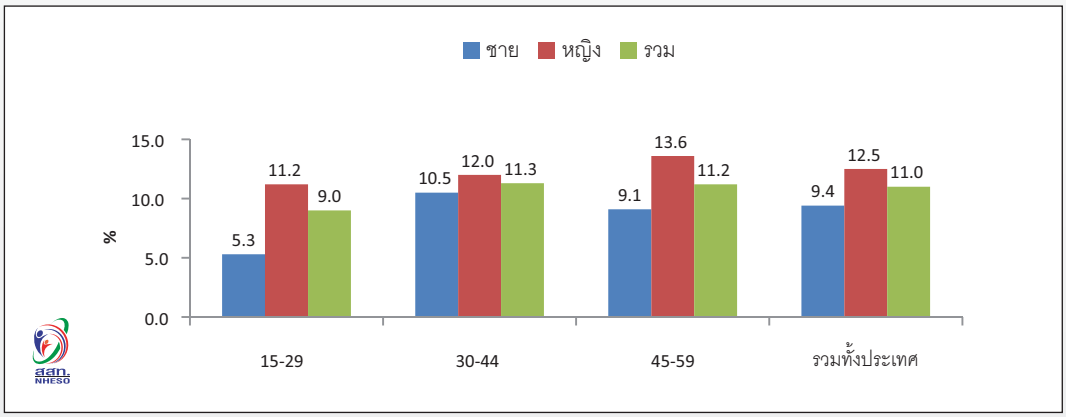
รูปที่ 6.4.8 ร้อยละของเหตุผลที่ไม่คุมกำเนิดในประชากรไทยอายุ 15-59 ปีที่มีคู่ จำแนกตามเพศ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)



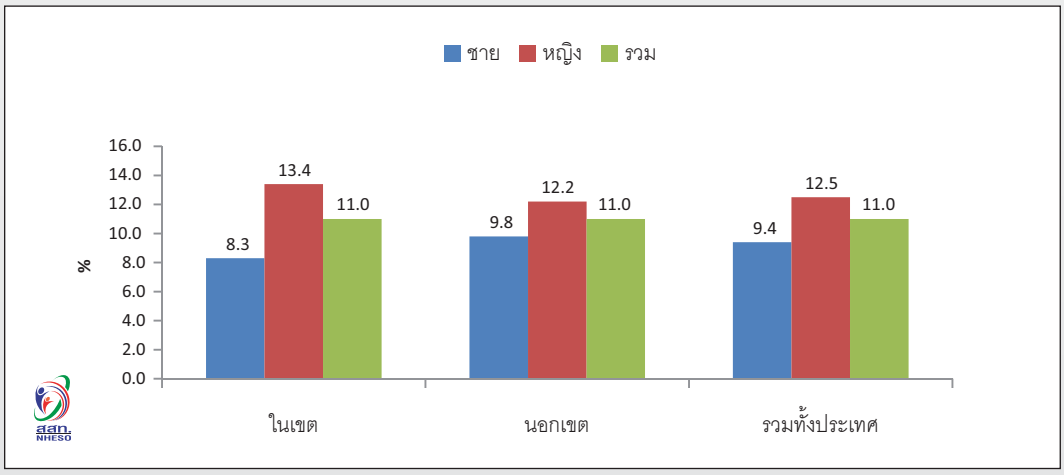
6.5 ภาวะการมีบุตรยาก

จากการสำรวจพบว่า ทั่วประเทศมีคู่สมรสที่มีปัญหาเรื่องมีบุตรยากอยู่ร้อยละ 11 โดยพบว่าเพศหญิงบอกว่ามีปัญหาเรื่องมีบุตรยากมากกว่าเพศชาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาภาวะมีบุตรยากสูงกว่าภาคอื่นๆ โดยพบได้ถึงร้อยละ 13.1 กรุงเทพมหานครมีปัญหาภาวะมีบุตรยากน้อยที่สุดคือพบเพียงร้อยละ 8.5 รายละเอียดแสดงไว้ในรูปที่ 6.5.1-6.5.3

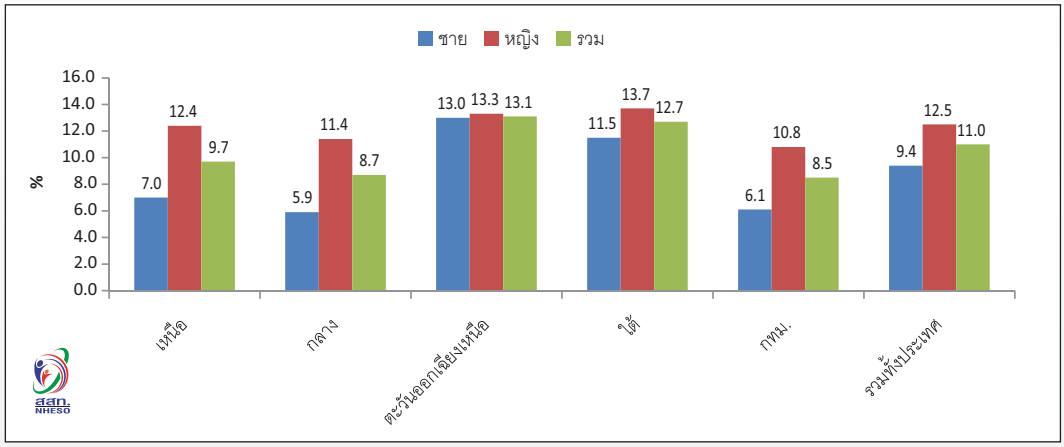
รูปที่ 6.5.1 ร้อยละของภาวะมีบุตรยากในประชากรไทยอายุ 15-59 ปี ที่มีคู่ จำแนกตามเพศ และอายุ



รูปที่ 6.5.2 ร้อยละของภาวะมีบุตรยากในประชากรไทยอายุ 15-59 ปี ที่มีคู่ จำแนกตามเพศ และเขตปกครอง

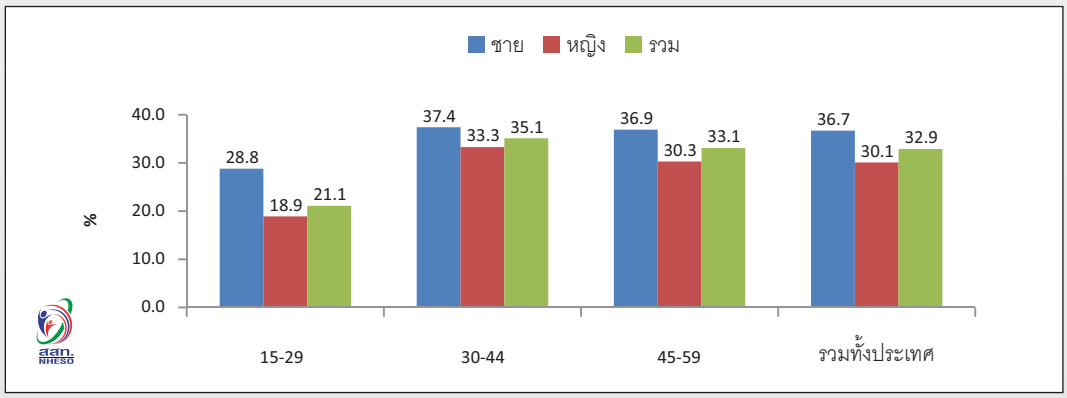


รูปที่ 6.5.3 ร้อยละของภาวะมีบุตรยากในประชากรไทยอายุ 15-59 ปี ที่มีคู่ จำแนกตามเพศ และภาค

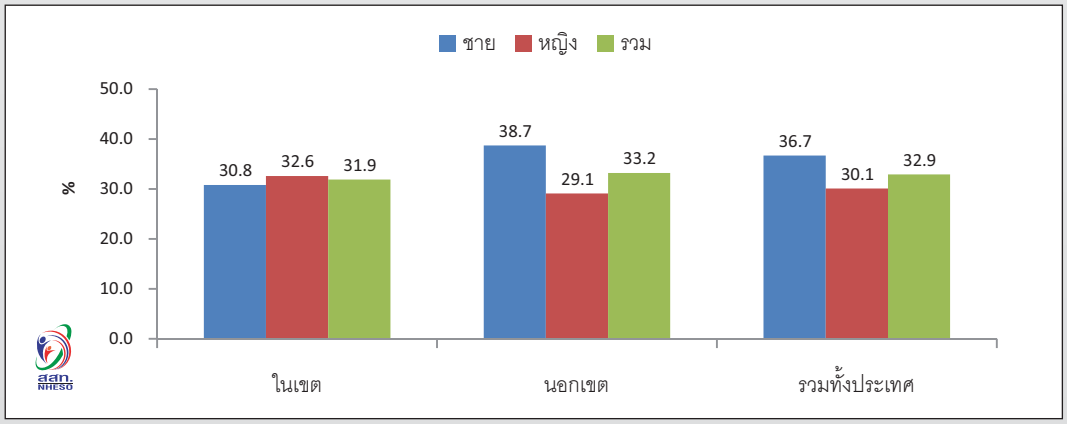


ในคู่สมรสที่มีปัญหาภาวะมีบุตรยาก มีเพียงร้อยละ 32.9 เท่านั้นที่เคยได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยาก โดยภาคใต้มีคู่สมรสที่เคยได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากสูงที่สุดคือ ร้อยละ 45.1 และภาคกลางเป็นภาคที่มีภาวะมีบุตรยาก เคยได้รับการรักษาน้อยที่สุดคือเพียงร้อยละ 22 เท่านั้น รายละเอียดแสดงไว้ในรูปที่ 6.5.4-6.5.6

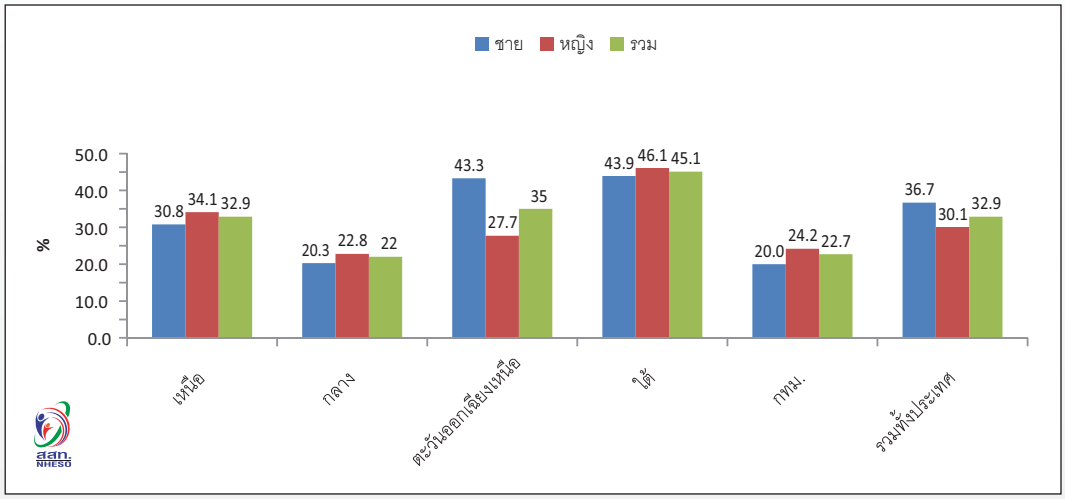
รูปที่ 6.5.4 ร้อยละของผู้เคยได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากในผู้มีภาวะมีบุตรยาก จำแนกตามเพศและอายุ



รูปที่ 6.5.5 ร้อยละของผู้เคยได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากในผู้มีภาวะมีบุตรยาก จำแนกตามเพศและเขตปกครอง

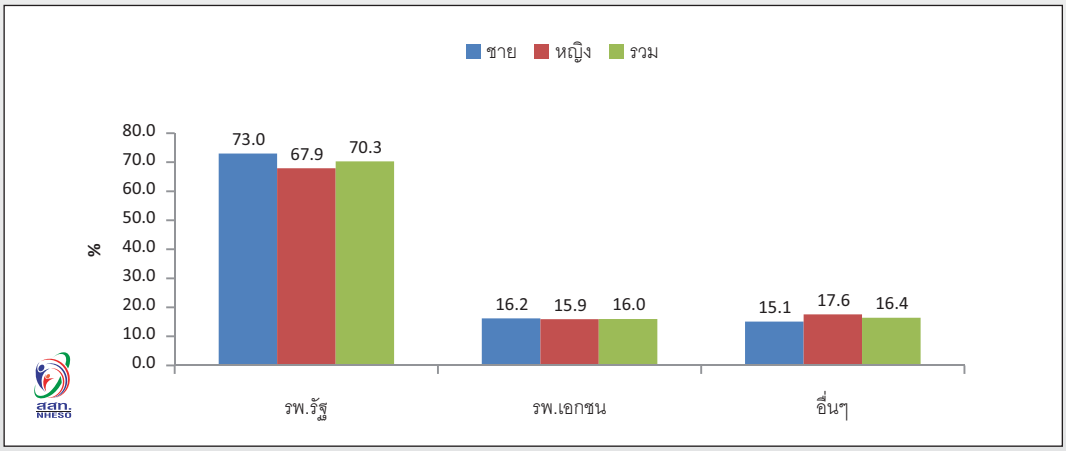


รูปที่ 6.5.6 ร้อยละของผู้เคยได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากในผู้ที่มีบุตรยาก จำแนกตามเพศและภาค



เมื่อพิจารณาถึงสถานบริการที่คู่สมรสที่มีภาวะมีบุตรยากเข้ารักษาพบว่า ร้อยละ 70 จะเข้ารักษาในโรงพยาบาลของรัฐบาล ขณะที่ร้อยละ 16 ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลเอกชน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาทำให้คู่สมรสที่มีปัญหาภาวะมีบุตรยากเข้ารักษาในโรงพยาบาลของรัฐ เนื่องจากค่าใช้จ่ายต่ำกว่า รายละเอียดแสดงไว้ในรูปที่ 6.5.7

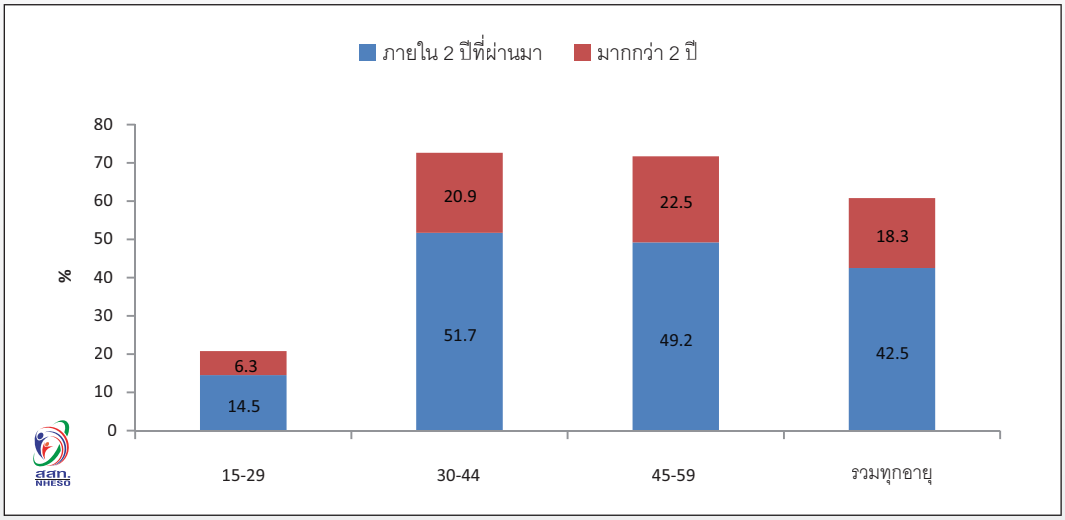
รูปที่ 6.5.7 ร้อยละของสถานที่เข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากในผู้เข้ารับการรักษา จำแนกตามเพศ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)



6.6 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

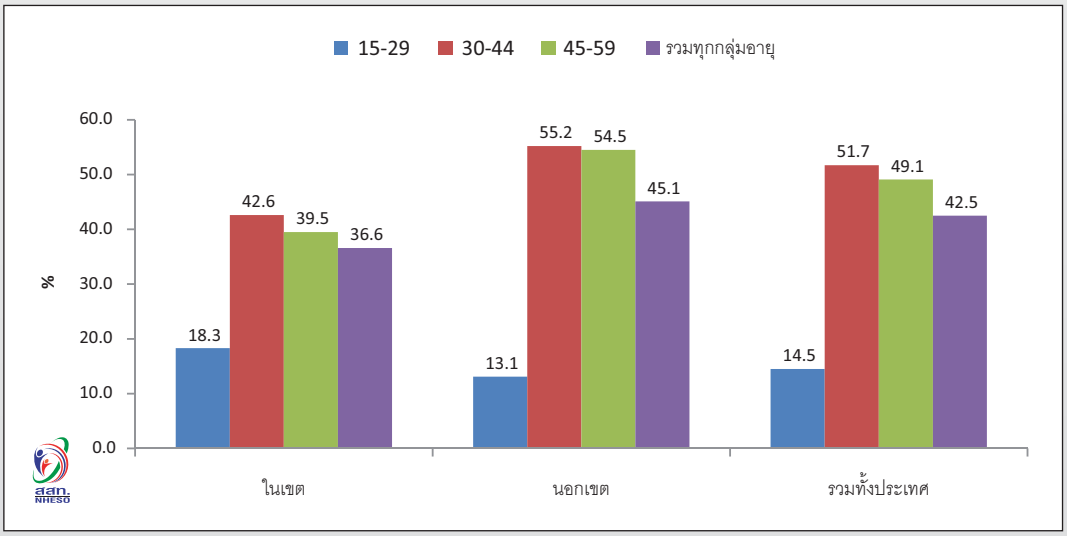
มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในหญิงไทย จากการสำรวจในครั้งนี้พบว่า ร้อยละของความครอบคลุมการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 2 ปีที่ผ่านมา พบร้อยละ 42.5 รายละเอียดแสดงไว้ในรูปที่ 6.6.1

รูปที่ 6.6.1 ร้อยละของการเคยได้รับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 15-59 ปี

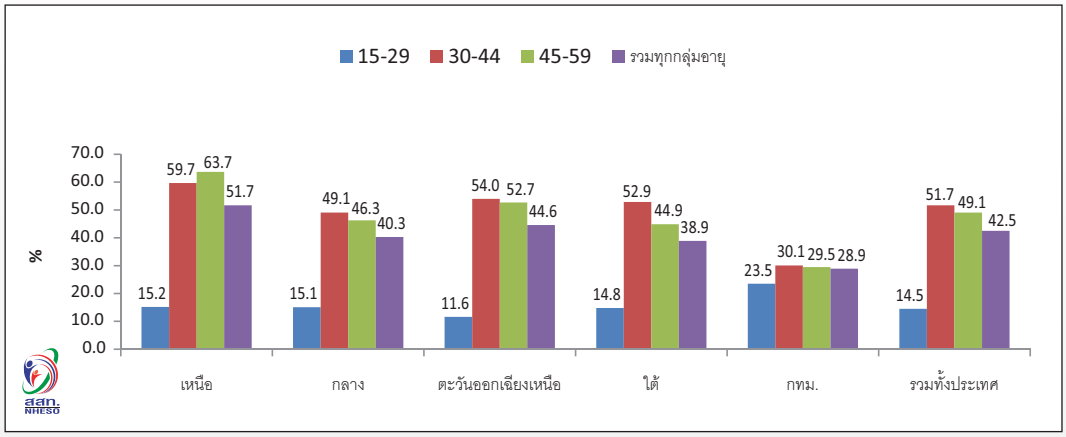


เมื่อพิจารณาตามอายุและเขตปกครองเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกจากบุคลากรด้านสาธารณสุขภายใน 2 ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มอายุ 30-44 ปีได้รับการตรวจสูงสุด (ร้อยละ 51.7) และสตรีที่อยู่นอกเขตได้รับการตรวจในสัดส่วนที่สูงกว่าในเขต โดยกลุ่มอายุ 30-44 ปี ที่อยู่นอกเขตเทศบาลได้รับตรวจร้อยละ 55.2 ในขณะที่ในเขตเทศบาลได้รับตรวจร้อยละ 42.6 (รูปที่ 6.6.2-6.6.3)

รูปที่ 6.6.2 ร้อยละของการเคยได้รับตรวจมะเร็งปากมดลูกใน 2 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มอายุ และเขตปกครอง



รูปที่ 6.6.3 ร้อยละของการเคยได้รับตรวจมะเร็งปากมดลูกใน 2 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มอายุ และภาค

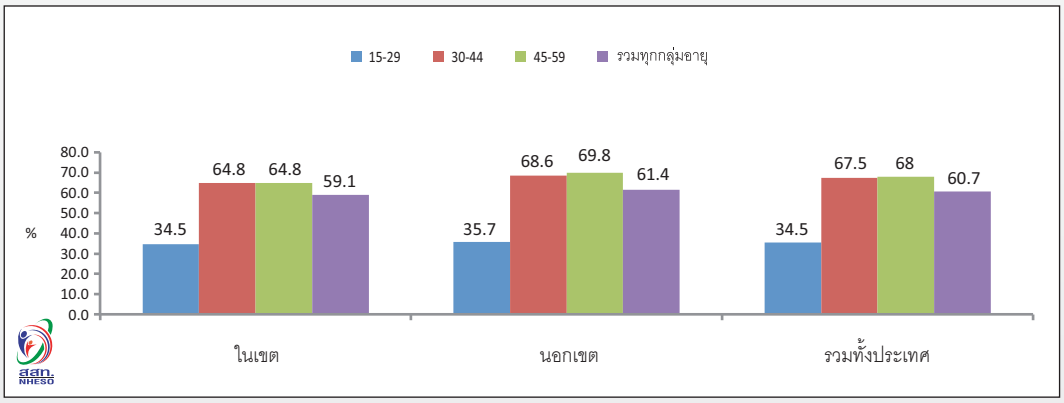


6.7 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

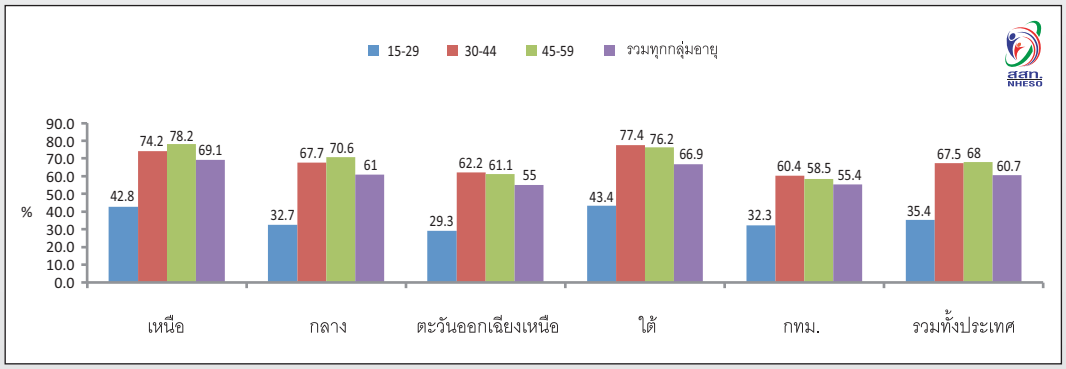
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากการสำรวจ ผู้หญิงวัย 15-59 ปีร้อยละ 60.7 กล่าวว่าเคยตรวจคลำเต้านมเพื่อหาก้อนผิดปกติด้วยตนเอง โดยกลุ่มอายุ 30-44 ปี และ 45-59 ปีเคยตรวจด้วยตนเองในสัดส่วนที่สูงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 68) สัดส่วนของผู้หญิงที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกรุงเทพฯ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนต่ำกว่าอีก 3 ภาคซึ่งมีสัดส่วนการตรวจที่ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 6.7.1 - 6.7.2)

รูปที่ 6.7.1 ร้อยละของสตรีอายุ 15-59 ปีที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำแนกตามกลุ่มอายุ และเขตปกครอง



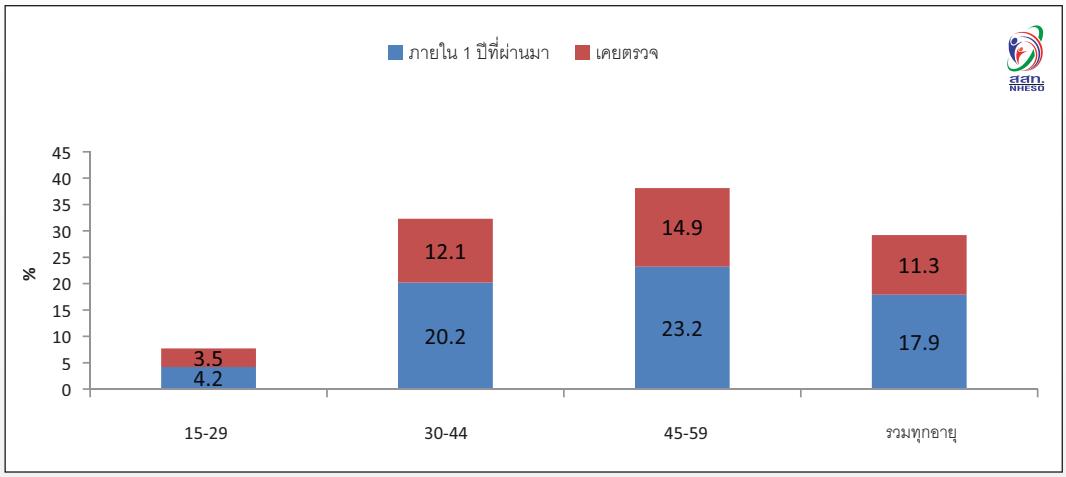
รูปที่ 6.7.2 ร้อยละของสตรีอายุ 15-59 ปี ที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำแนกตามกลุ่มอายุ และภาค



การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์

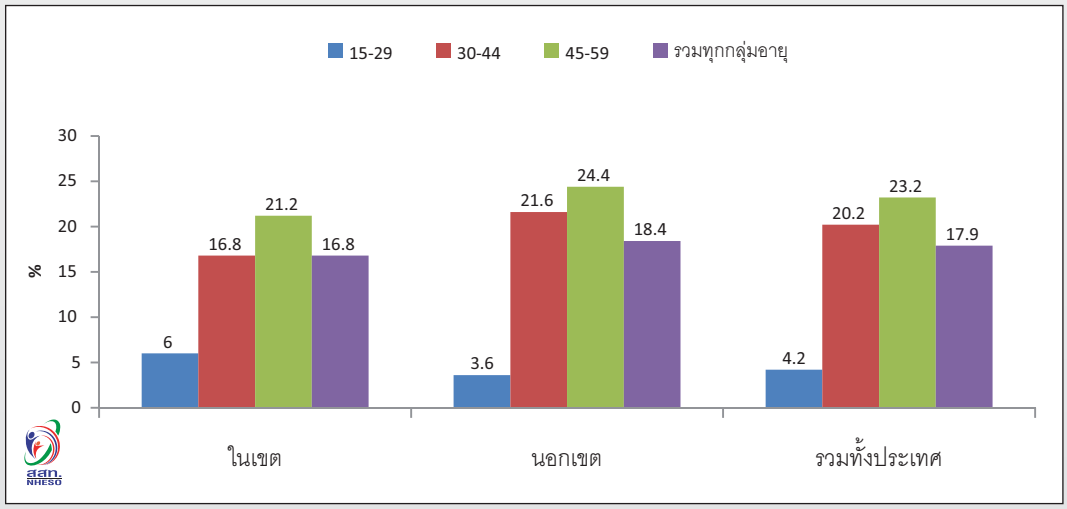
ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาสตรีไทยได้รับการตรวจเต้านมเพื่อหาก้อนผิดปกติโดยแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 17.9 โดยกลุ่มอายุ 45-59 ปี เคยได้รับการตรวจสูงที่สุด (รูปที่ 6.7.3)

รูปที่ 6.7.3 ร้อยละของการเคยได้รับตรวจเต้านมเพื่อหาก้อนผิดปกติโดยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามอายุ

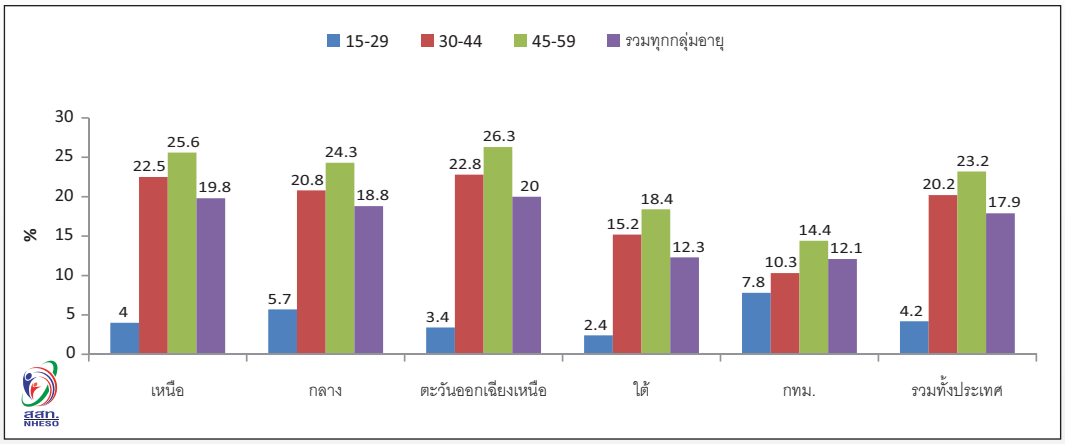


เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 45-59 ปี เคยได้รับตรวจเต้านมโดยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา เพื่อหาก้อนผิดปกติสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ ผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลได้รับการตรวจสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย เมื่อพิจารณาตามภาค พบว่าภาคใต้ และกรุงเทพฯ มีสัดส่วนของการได้รับตรวจน้อยกว่าภาคอื่น (รูปที่ 6.7.4-6.7.5)

รูปที่ 6.7.4 ร้อยละของการเคยได้รับตรวจเต้านมเพื่อหาก้อนปกติโดยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามอายุ และเขตปกครอง



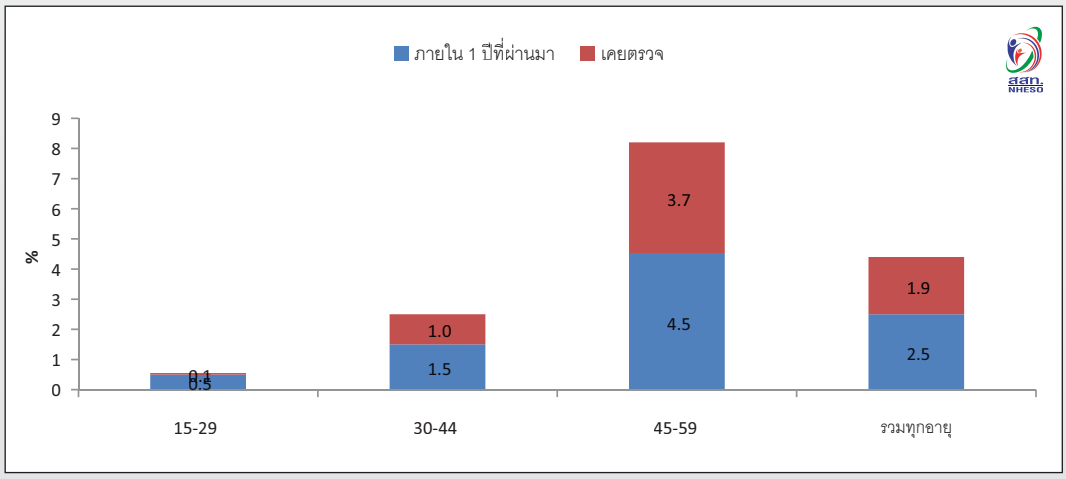
รูปที่ 6.7.5 ร้อยละของการเคยได้รับตรวจเต้านมเพื่อหาก้อนผิดปกติ โดยแพทย์ พยาบาล สาธารณสุข ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มอายุ และภาค



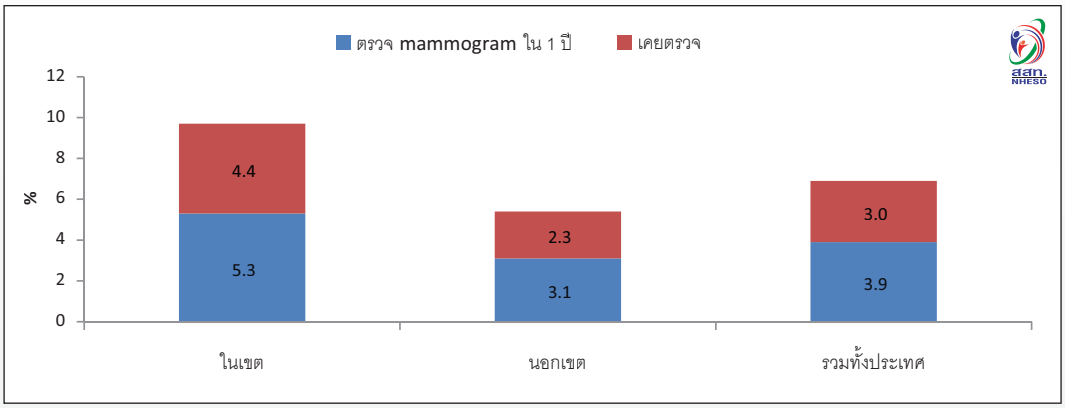
การตรวจคัดกรองโดยแมมโมแกรม

ภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา สตรีไทยอายุ 15-59 ปี ร้อยละ 2.5 เคยได้รับการตรวจแมมโมแกรม โดยกลุ่มอายุ 45-59 ปี เคยได้รับการตรวจใน 1 ปีที่ผ่านมาสูงสุด (ร้อยละ 4.5) พิจารณาตามเขตการปกครอง พบว่าในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของการตรวจมากกว่านอกเขต พิจารณาตามภาค พบว่าภาคใต้และกรุงเทพฯ มีสัดส่วนที่ได้รับการตรวจสูงที่สุด (รูปที่ 6.7.6-6.7.8)

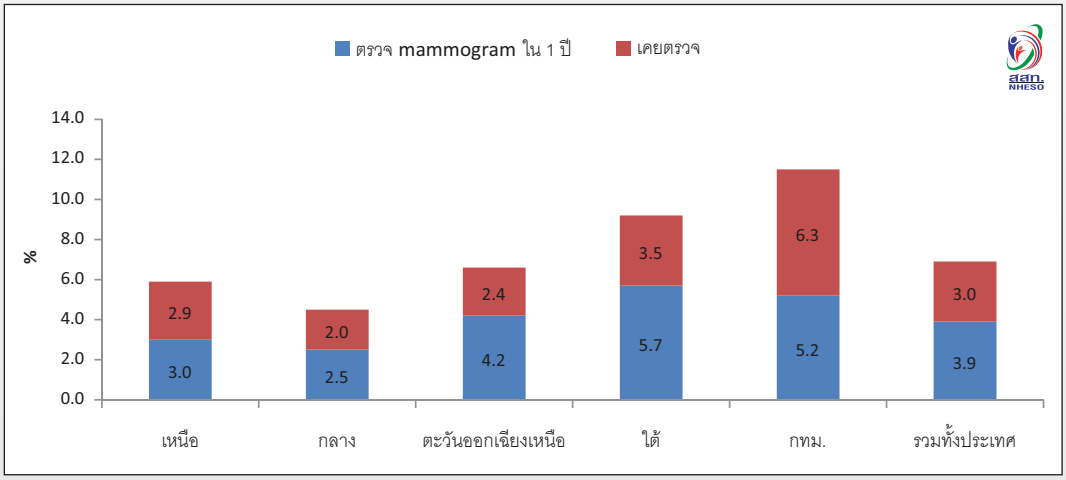
รูปที่ 6.7.6 ร้อยละของการเคยได้รับตรวจแมมโมแกรม ตามระยะเวลาที่เคยตรวจในสตรีอายุ 15-59 ปี



รูปที่ 6.7.7 ร้อยละของการเคยได้รับตรวจแมมโมแกรมในสตรีอายุ 40-59 ปี จำแนกตามเขตปกครอง



รูปที่ 6.7.8 ร้อยละของการเคยได้รับตรวจแมมโมแกรมในสตรีอายุ 40-59 ปี จำแนกตามภาค



บทที่ 7

สุขภาพผู้สูงอายุ

7.1 ลักษณะตัวอย่างผู้สูงอายุ

สรุป

บทนี้กล่าวถึงข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุไทยประกอบด้วย ข้อมูลประชากร การศึกษา สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย การทำงานเชิงเศรษฐกิจ รายได้ผู้สูงอายุ และการดัดแปลงบ้านให้เหมาะกับวัยผู้สูงอายุ

- ร้อยละ 77 ของผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับประถมศึกษา และร้อยละ 12.6 ไม่เคยได้เข้าระบบการศึกษาในโรงเรียน สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่ได้เรียนสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 17.5 ในหญิงและ 6.5 ในชาย)
- ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 45 และชายร้อยละ 79 มีสถานะสมรสและขณะนี้อยู่บ้านเดียวกับคู่สมรส ส่วนผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 44 เป็นหม้าย ในขณะผู้สูงอายุชายที่เป็นหม้ายมีร้อยละ 14.6
- ผู้สูงอายุที่ยังทำงานเชิงเศรษฐกิจมีร้อยละ 39 (ชายร้อยละ 49 หญิงร้อยละ 31) กลุ่มอายุ 60-69 ปีเป็นกลุ่มที่ยังทำงานมากที่สุด (ชายร้อยละ 62 หญิงร้อยละ 42) ลักษณะงานหลักคือ ธุรกิจส่วนตัว(ร้อยละ 75)
- เหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุยังทำงานอยู่คือ ต้องการรายได้, ยังมีสุขภาพดี, อยากทำประโยชน์ และช่วยเหลือครอบครัว
- ร้อยละ 9 ของผู้สูงอายุไม่มีรายได้เลย
- แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุได้จากบุตรมากที่สุดคือร้อยละ 69 รองลงมาได้จากการทำงานร้อยละ 38
- ค่ามัธยฐานของรายได้ของผู้สูงอายุชายเดือนละ 5,408 บาทหญิงเดือนละ 4,111 บาท แต่ยังมีร้อยละ 32 ของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าระดับเส้นยากจน (เดือนละ 1,443 บาท)
- ลักษณะการอยู่อาศัย พบว่าร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุอยู่คนเดียว และร้อยละ 17 อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น
- ร้อยละ 25 ของบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่มีการดัดแปลงให้เหมาะสมกับวัย แต่บ้านที่อาศัยมีการติดราวในห้องน้ำห้องส้วมมีเพียงร้อยละ 10 และมีราวเกาะในห้องนอนร้อยละ 3 เท่านั้น, ร้อยละ 58 ของผู้สูงอายุต้องใช้บันไดขึ้นลงทุกวัน พิจารณาลักษณะส้วมที่ใช้ ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุใช้ส้วมแบบนั่งห้อยขา และมีร้อยละ 69 ที่ใช้ส้วมแบบนั่งยองๆ

จำนวนตัวอย่างผู้สูงอายุ ตามเพศ อายุ และภาค

การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2551-2552 ได้สำรวจตัวอย่างผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9,210 คน

การกระจายของจำนวนตัวอย่างตามกลุ่มอายุ 60-69, 70-79, และ 80 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 55, 35 และ 10 ตามลำดับ โดยมีสัดส่วนของเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน การกระจายของตัวอย่างตามภาคต่างๆ ใกล้เคียงกัน แต่ละภาคมีร้อยละ 22-23 และในกรุงเทพฯ มีร้อยละ 9 ตารางที่ 7.1.1

ตารางที่ 7.1.1 ร้อยละของตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตาม อายุ เพศ และภาค

		ชาย	หญิง	รวมจำนวน
	จำนวนตัวอย่าง	4,506	4,704	9,210
อายุ	60-69	55.4	54.4	5,057
	70-79	34.8	35.1	3,218
	80+	9.8	10.5	935
เขตปกครอง	ในเขต	52.9	54.7	4,954
	นอกเขต	47.1	45.3	4,256
ภาค	เหนือ	23.2	22.6	2,107
	กลาง	23.3	23	2,132
	ตะวันออก/เหนือ	23.2	22.4	2,098
	ใต้	22.5	22	2,049
	กรุงเทพมหานครฯ	7.8	10	824

ภาวะพิการทางกาย

การดำเนินการสำรวจครั้งนี้ บุคคลตัวอย่างได้รับการนัดหมายให้มายังสถานที่สัมภาษณ์และตรวจร่างกายของโครงการฯในชุมชน ณ วันและเวลาที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า โดยพนักงานสัมภาษณ์ เป็นผู้สังเกตลักษณะร่างกายทั่วไปทางกายภาพมีภาวะพิการหรือไม่ และถามถึงประเภทของความพิการ

จำนวนตัวอย่างผู้สูงอายุมีลักษณะพิการทางกายภาพของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งมีร้อยละ 12.1 (ตารางที่ 7.1.2)

ตารางที่ 7.1.2 สัดส่วนร้อยละของตัวอย่างตามประเภทของความพิการ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

ความพิการ	ชาย	หญิง	รวม
จำนวนตัวอย่าง	4,471	4,667	9,138
พิการเพียงอย่างเดียว	13.24	10.94	12.09
พิการมากกว่าหนึ่งอย่าง	1.9	1.4	1.69
นิ้วขาด	1.1	0.5	0.84
มือขาด	0.3	0.1	0.12
แขนด้วน	0.3	0.1	0.19
อัมพฤกษ์	1.8	1.2	1.42
ขาขาด	0.5	0.1	0.27
ตาบอดหนึ่งข้าง	2.1	2.2	1.92
ตาบอดสองข้าง	0.6	0.2	0.30
พูดไม่ชัด	0.9	0.3	0.68
หูตึง	8.0	6.9	7.22
อื่นๆ	3.4	2.5	3.41

หมายเหตุ: ไม่ตอบ 72 ราย

ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ผู้ให้ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ จะเชื่อถือได้มาก เมื่อบุคคลตัวอย่างเป็นผู้ตอบเอง แต่ในกรณีไม่สามารถตอบเองได้ อนุญาตให้ผู้ดูแลใกล้ชิดเป็นผู้ตอบแทน หากผู้ตอบไม่ทราบข้อมูล มีการระบุว่า "ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ" การสำรวจครั้งนี้ ผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบเองถึงร้อยละ 96 ส่วนที่เหลือตอบร่วมกับผู้ดูแล และผู้ใกล้ชิด (ตารางที่ 7.1.3)

ตารางที่ 7.1.3 ร้อยละของผู้ตอบสัมภาษณ์

	ร้อยละ			
	ชาย (n=4487)	หญิง (n=4691)	รวม (n=9178)	จำนวนตัวอย่าง
ตอบเอง	96.6	95.3	95.9	8,798
ร่วมตอบกับผู้ดูแล	2.5	2.9	2.7	251
คู่สมรส	0.2	0.1	0.1	12
ลูกหลาน	0.6	1.6	1.1	98
ญาติ	0.1	0.0	0.1	7
ผู้รับจ้างดูแล	0.1	0.1	0.1	12
รวม	100	100	100	9,178

หมายเหตุ: ไม่ตอบ 32 ราย

ข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ ระดับการศึกษาและสภาพสมรส

ระดับการศึกษา การศึกษาของผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปพบว่าผู้ที่ไม่เคยเข้าเรียนมีร้อยละ 12.6 ผู้หญิงที่ไม่เคยเข้าเรียนมีร้อยละ 17.5 ซึ่งมากกว่าผู้ชายที่ไม่ได้เรียนเกือบ 3 เท่า ผู้สูงอายุร้อยละ 77 เรียนจบประถมศึกษา ทั้งหญิงและชายมีสัดส่วนใกล้กัน ที่เหลือเป็นผู้ที่เรียนจบมัธยมศึกษาและสูงกว่า ประมาณร้อยละ 10 (ตารางที่ 7.1.4)

ตารางที่ 7.1.4 ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

การศึกษา	ร้อยละ		
	ชาย	หญิง	จำนวนตัวอย่าง
จำนวนตัวอย่าง	4,494	4,697	9,191
ไม่เคยเรียน	6.5	17.5	12.6
ประถมศึกษา	78.4	76.2	77.1
มัธยมศึกษา	10.8	3.9	7.0
สูงกว่ามัธยมศึกษา	3.7	2.0	2.8
อื่นๆ	0.6	0.4	0.5

สภาพสมรส ผู้สูงอายุชายและหญิงแต่งงานแล้วและอยู่บ้านเดียวกัน ร้อยละ 78.8 และ 45.2 ตามลำดับ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่แต่งงานและแยกกันอยู่ ร้อยละ 2.6 และ 2.3 ตามลำดับ ที่ยังครองโสดเป็นชายร้อยละ 1.8 หญิงร้อยละ 5.3 ส่วนผู้สูงอายุหญิงที่เป็นหม้ายมากกว่าชายถึง 3 เท่า คือ ร้อยละ 44 ในหญิง ส่วนในชายร้อยละ 14.6 ส่วนที่เหลือคือ หย่า/แยกกันอยู่ ซึ่งมีสัดส่วนร้อยละของหญิงมากกว่าชายเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 7.1.5)

ตารางที่ 7.1.5 สภาพสมรสของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

สถานภาพ	ร้อยละ		
	ชาย	หญิง	รวม
โสด	1.8	5.3	343
สมรส(อยู่บ้านเดียวกัน)	78.8	45.2	5,700
สมรส(แยกบ้าน)	2.6	2.3	227
หม้าย	14.6	43.7	2,632
หย่า/แยก	1.6	3	245
อื่นๆ	0.6	0.4	42
รวม	4,495	4,694	9,189

7.2 ปัจจัยเกื้อหนุนต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

ปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุประกอบด้วยด้านสังคม เศรษฐกิจ และสภาวะแวดล้อม ตามเป้าหมายหลักของนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติ คือ "ให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนและประเทศ เป็นที่ต้องการของครอบครัวและสังคม และมีความเข้าใจดีระหว่างคนต่างรุ่นในครอบครัว"[1]

การมีงานทำ และฐานะทางการเงิน เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยทำให้มีความเป็นอิสระ และมีหลักประกันทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะส่งผลให้มีความเป็นอิสระ มีกำลังในการซื้อหรือการจัดการเพื่อให้ได้บริการที่เหมาะสม ได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ด้อยกว่า

การศึกษาภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมีข้อจำกัดหลายประการ เกี่ยวกับความแม่นยำและเชื่อถือได้ของข้อมูลของตัวชี้วัดที่เหมาะสม เช่น ภาวะยากจน ที่จำเป็นต้องสร้างตัวชี้วัดจากการวัดทั้งทางตรงและทางอ้อมที่น่าจะมีความน่าเชื่อถือได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้นำเสนอ "เส้นความยากจน" (poverty lines) เป็นเครื่องมือสำหรับใช้วัดภาวะยากจน โดยคำนวณจากต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายของปัจเจกบุคคลในการได้มาซึ่งอาหารและสินค้าบริการจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต มาใช้ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 และได้ปรับปรุงวิธีคำนวณเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสมของสภาวะเศรษฐกิจของประเทศ และได้นำเสนอ เส้นความยากจน ระดับประเทศ ภูมิภาคและจังหวัด ครั้งล่าสุดสำหรับปี พ.ศ. 2550[2]

การรายงานในบทนี้กล่าวถึง การมีงานทำ เชิงเศรษฐกิจ ลักษณะงาน การมีรายได้เป็นของตนเอง หรือได้รับการเกื้อหนุนจากแหล่งอื่น รวมถึงความเพียงพอของรายได้สำหรับการดำเนินชีวิต และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน

คำจำกัดความ การทำงานเชิงเศรษฐกิจ หมายถึงสถานภาพการทำงานของบุคคลที่ทำงานในสถานที่ทำงานหรือธุรกิจ (ไม่รวมถึงการจ้างคนมาทำงานในบ้านเรือนซึ่งไม่เกี่ยวกับธุรกิจ เช่น การจ้างคนทำอาหารในบ้าน ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า เป็นต้น)

การทำงานเชิงเศรษฐกิจ แบ่งได้เป็นหลายประเภท ได้แก่

1. เจ้าของหรือผู้ดำเนินการเอง หมายถึง ผู้ประกอบธุรกิจของตนเองเพื่อหวังผลกำไรหรือส่วนแบ่ง และได้จ้างบุคคลอื่นมาทำงานในธุรกิจในฐานะลูกจ้าง หรือผู้ประกอบธุรกิจของตนเองโดยลำพังผู้เดียว หรืออาจมีบุคคลอื่นมาร่วมกิจการด้วยเพื่อหวังผลกำไรหรือส่วนแบ่งและไม่ได้จ้างลูกจ้างแต่อาจมีสมาชิกในครัวเรือนหรือผู้ฝึกงานมาช่วยทำงานโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนอย่างอื่นสำหรับงานที่ทำ
2. ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
3. ลูกจ้างเอกชน
4. การรวมกลุ่ม หมายถึง กลุ่มคนร่วมกันทำงาน โดยสมาชิกแต่ละคนมีความเท่าเทียมกันในการกำหนดการทำงานทุกขั้นตอนไม่ว่าเป็นการลงทุน การขาย งานอื่นๆ ของกิจการที่ทำตลอดจนการแบ่งรายได้ให้แก่สมาชิกตามที่ตกลงกัน[3]

---

[1] แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2546-2564) ค้นคืนจาก http://www.sk-hospital.com/adult/plan.htm
[2] สำนักงานพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2531-2550
[3] คู่มือการสัมภาษณ์ โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552

สำหรับรายได้ประจำที่เป็นตัวเงินเฉลี่ยต่อเดือนของบุคคล(บาท) หมายถึง ผลประโยชน์หรือค่าตอบแทนเฉลี่ยต่อเดือนที่บุคคลได้รับซึ่งอยู่ในรูปของตัวเงิน อันได้แก่ ค่าแรงและเงินเดือน เงินรางวัล ค่าบริการ เงินโบนัส กำไรสุทธิจากการประกอบธุรกิจการเกษตรและธุรกิจอื่นๆ รายได้จากทรัพย์สิน เช่น ค่าเช่าที่ดิน ค่าลิขสิทธิ์ ดอกเบี้ย และเงินปันผล รวมถึง บำเหน็จ บำนาญ และเงินได้รับเป็นการช่วยเหลือ เช่น เบี้ยยังชีพ สงเคราะห์ และสวัสดิการอื่นๆ

ในการสำรวจครั้งนี้มีข้อมูล รายได้ประจำที่เป็นตัวเงินเฉลี่ยต่อเดือนของบุคคลในตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น จึงได้นำมาใช้คำนวณ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนของปี พ.ศ. 2550 (ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,443 บาทต่อเดือน)

ภาวะการทำงานเชิงเศรษฐกิจ

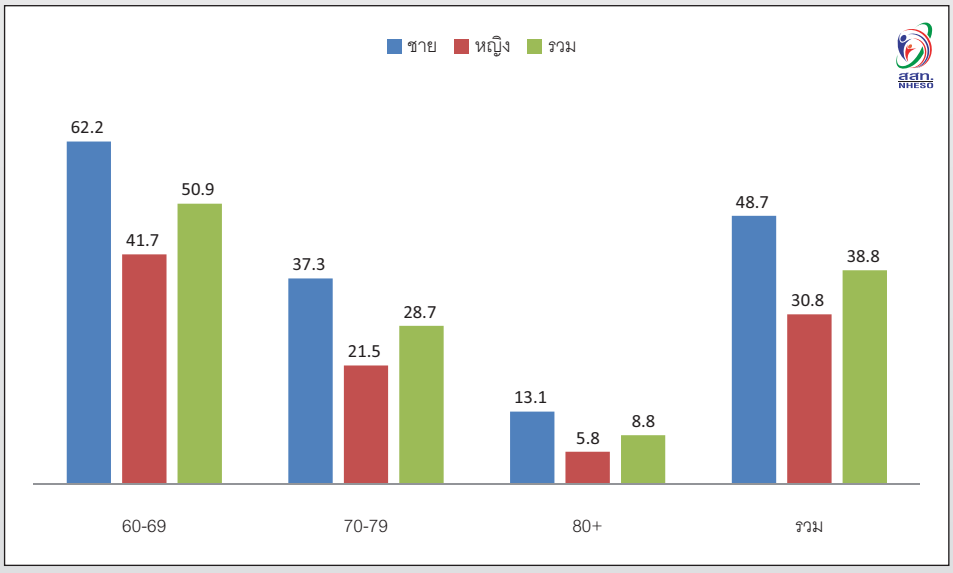
ผู้สูงอายุที่สามารถทำงานเชิงเศรษฐกิจได้ นอกจากการมีรายได้แล้ว ยังสะท้อนถึงความเป็นผู้มีความสามารถ หรือชำนาญการที่เป็นที่ต้องการของสังคม นอกเหนือจากความเป็นเจ้าของกิจการ หรือต้องการทำงานเพื่อสังคม

จากการสำรวจ พบว่าผู้สูงอายุที่กำลังทำงานเชิงเศรษฐกิจมีร้อยละ 38.8 ผู้สูงอายุชายมีร้อยละ 48.7 และหญิงร้อยละ 30.8 เมื่อกระจายตามอายุ ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ผู้กำลังทำงานมีร้อยละ 62.2 และ 41.7 ในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ สัดส่วนนี้จะลดลง ตามอายุที่มากขึ้นและต่ำสุดในผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) คือร้อยละ 13.1 ในผู้ชาย และร้อยละ 8.5 ในผู้หญิง (รูปที่ 7.2.1)

พิจารณาตามเขตปกครอง พบว่าทั้งผู้ชายและผู้หญิงสูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของการทำงานสูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล เฉลี่ยโดยรวม คือนอกเขตร้อยละ 41.5 และในเขต 33.5 ตามลำดับ

พิจารณาตามภาค สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ทำงาน มีความแตกต่างกันระหว่างภาค โดยภาคใต้มีสัดส่วนผู้สูงอายุทำงานมากที่สุดคือร้อยละ 42.3 รองลงมาคือ ภาคกลาง (ร้อยละ 41.8) ภาคเหนือ (ร้อยละ 40.9) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 37.1) และต่ำสุดคือผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพฯ (ร้อยละ 30)

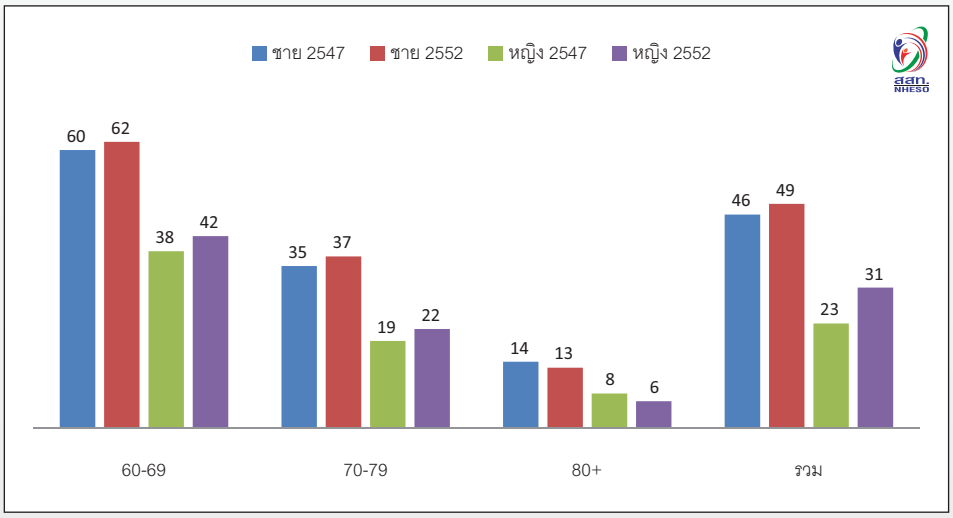
รูปที่ 7.2.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจจำแนกตามอายุและเพศ



สัดส่วนของการทำงานเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ระหว่าง ปี 2546-2552

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการทำงานเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ จากการสำรวจครั้งนี้ (ปี 2552) กับการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พบว่า มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่กำลังทำงานในครั้งนี้สูงกว่าเมื่อ 5 ปีที่ผ่านมาเล็กน้อย ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย และในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี แต่มีความแตกต่างกันไม่มากนัก (รูปที่ 7.2.2)

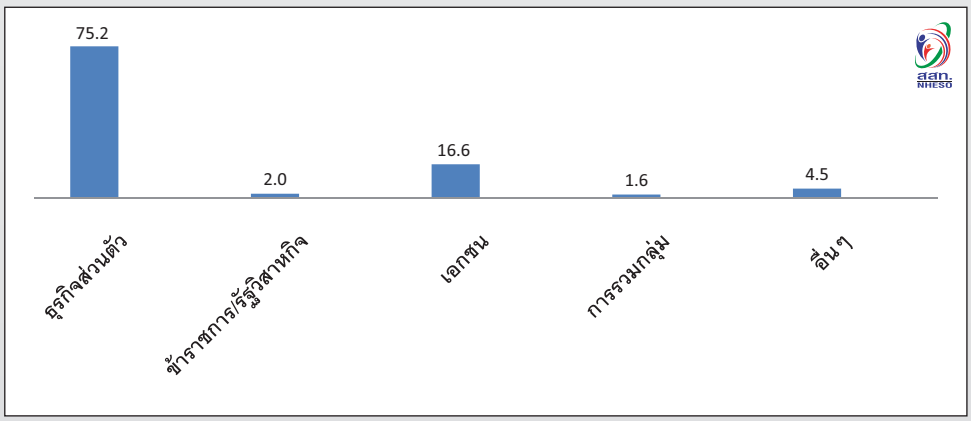
รูปที่ 7.2.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจ เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2547 กับ 2552



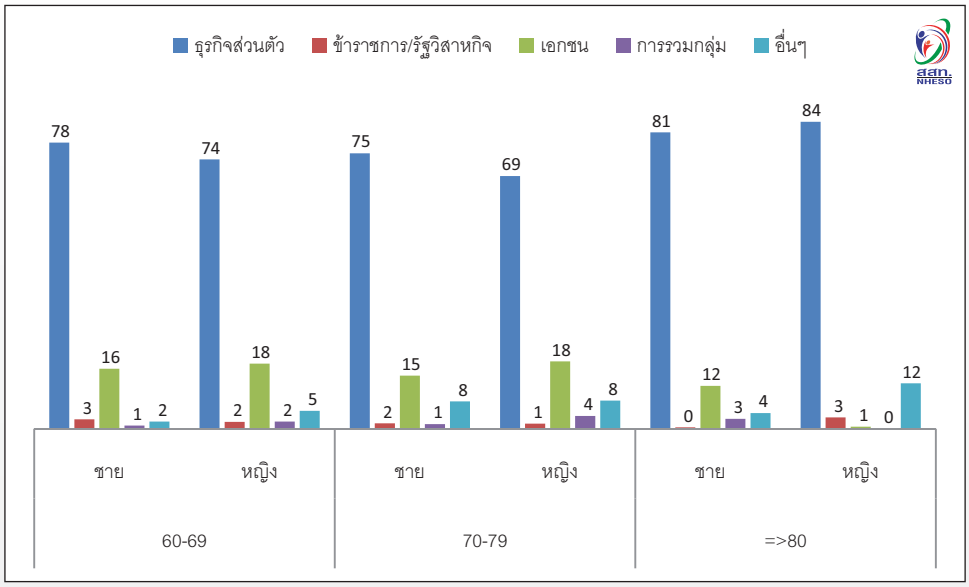
ลักษณะของงานหลัก

ในผู้สูงอายุที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจ มีลักษณะงานเป็นผู้ประกอบกิจการส่วนตัวร้อยละ 75.2 คำตอบนี้ได้รวมการเป็นนายจ้างไว้ด้วย แต่ไม่ได้ให้ระบุขนาดของกิจการ รองลงมาคือ ทำงานภาคเอกชน ร้อยละ 16.6 การรวมกลุ่มมีเพียงร้อยละ 1.6 สำหรับผู้ที่ยังทำงานราชการหรือรัฐวิสาหกิจนั้นมีน้อยมากเพียงร้อยละ 2.0 ซึ่งสอดคล้องกับการเกษียณอายุของข้าราชการเมื่ออายุ 60 ปีเต็ม สัดส่วนของผู้ชายที่ทำงานสูงกว่าผู้หญิงในทุกลักษณะงาน (รูปที่ 7.2.3)

รูปที่ 7.2.3 ลักษณะของงานหลัก



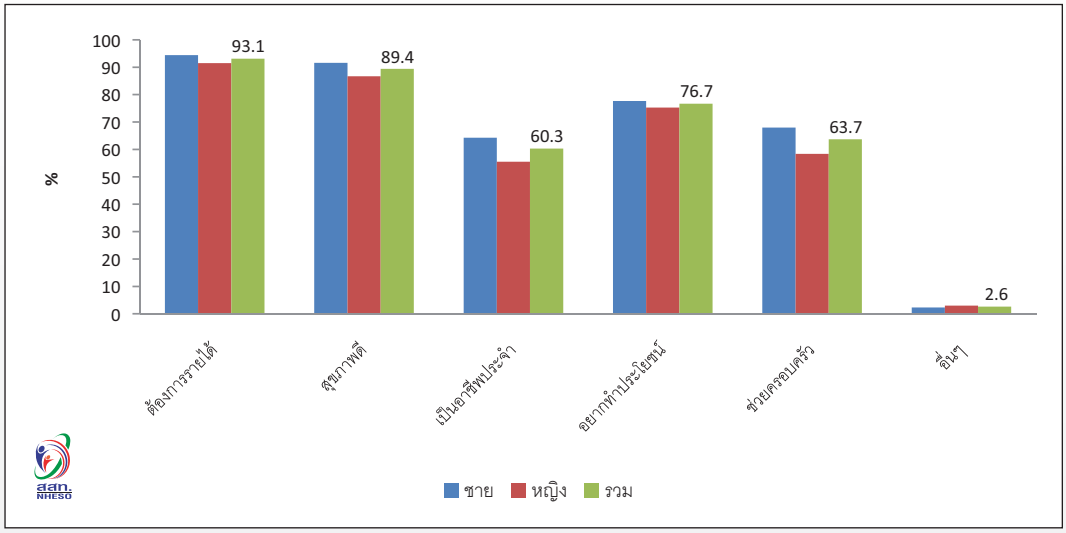
รูปที่ 7.2.4 ลักษณะของงานหลักจำแนกตามอายุและเพศ



เหตุผลที่ยังทำงานอยู่

เหตุผลที่ยังทำงานอยู่ อาจสะท้อนถึงฐานะเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ปัจจุบันยังทำงานอยู่ ในภาพรวมพบว่าเหตุผลหลักคือต้องการรายได้ มีร้อยละ 93 ชายและหญิงมีสัดส่วนไล่เลี่ยกัน คือ ร้อยละ 94 และ 92 ตามลำดับ และไม่แตกต่างกันมากนักระหว่าง 3 กลุ่มอายุ (60-69, 70-79, 80 ปีขึ้นไป) คือ ร้อยละ 95, 93 และ 92 ในผู้สูงอายุชาย ในหญิงมีสัดส่วนต่ำกว่าเล็กน้อยคือ 82, 89 และ 95 ตามลำดับ ประเภทที่สองคือ ยังมีสุขภาพดีอยากทำงานต่อไป มีประมาณร้อยละ 60 ลำดับต่อไปคือใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ พบร้อยละ 78 และ 75 ถัดมาคือเป็นอาชีพประจำที่ยังต้องดูแลกิจการมีอยู่ประมาณร้อยละ 64 ในผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 56 ในผู้สูงอายุหญิง อันดับที่ที่ห้า คือ ทำเพื่อช่วยครอบครัว ร้อยละ 68 และ 58 ในผู้สูงอายุชายและหญิงตามลำดับ ในกลุ่มผู้สูงอายุชายและหญิง จำแนกตามอายุ สัดส่วนของแต่ละเหตุผลที่ทำงานไม่แตกต่างกันมากนัก โดยพบว่าสัดส่วนในหญิงต่ำกว่าชาย สูงสุดในกลุ่มชาย 60-69 ปี แล้วลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับความเสื่อมถอยของระดับสุขภาพตามอายุและเพศ ที่เป็นเหตุหนึ่งที่ต้องหยุดทำงาน เมื่อพิจารณาตาม เขตปกครองและภาค เหตุผลที่ยังทำงานอยู่ของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างเขตปกครองและภาค (รูปที่ 7.2.5)

รูปที่ 7.2.5 เหตุผลที่ผู้สูงอายุยังทำงานอยู่ จำแนกตามเพศ

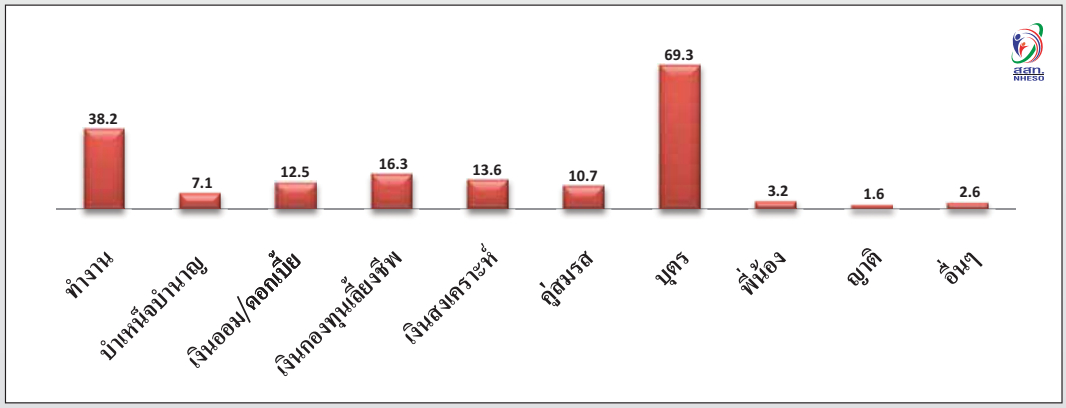


การมีรายได้ของผู้สูงอายุ

การสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีรายได้ใน 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้จากแหล่งต่างๆ มีร้อยละ 91 (ทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีสัดส่วนเท่ากัน) และมีผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เลย ร้อยละ 9 สำหรับผู้ที่มีรายได้ระบุแหล่งที่มาของรายได้ คือ การทำงาน เงินออม อสังหาริมทรัพย์ บำเหน็จบำนาญ เงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือเงินประกัน เงินสงเคราะห์หรือเบี้ยยังชีพ[4] เงินส่งเสียจากบุตร เงินจากญาติพี่น้อง และอื่นๆ

แหล่งรายได้ที่มีสัดส่วนสูงสุดคือ ได้รับจากบุตร (ร้อยละ 69.3) โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลาย รองลงมาคือ รายได้จากการทำงาน (ร้อยละ 38.2) ซึ่งรวมถึง บำนาญ เงินออม และดอกเบี้ย อันดับที่สามได้แก่ เงินสงเคราะห์ (ร้อยละ 16.3) หรือกองทุนเลี้ยงชีพ (ร้อยละ 13.6) สำหรับเงินจากคู่สมรส (ร้อยละ 10.7) และที่ได้รับจากญาติ พี่น้อง (ร้อยละ 4.8) รูปที่ 7.2.6

รูปที่ 7.2.6 แหล่งของรายได้ของผู้สูงอายุ (ตอบได้หลายแหล่ง)



[4] กรมสวัสดิการ กระทรวงแรงงานได้ตั้งเบี้ยยังชีพในปี พ.ศ. 2536 จ่ายเงินอุดหนุนผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งและขาดผู้ดูแลเป็นเงินเดือนละ 200 บาทตลอดอายุผู้สูงอายุ ต่อมาในปี พ.ศ. 2542 ปรับเป็น 300 บาทต่อเดือน และเป็น 500 บาทต่อเดือน ตั้งแต่ 12 ธันวาคม 2549

การจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พบว่าในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ผู้สูงอายุชายและหญิงมีรายได้จากการทำงาน ร้อยละ 60 และร้อยละ 40 ตามลำดับ สัดส่วนที่มีรายได้จากการทำงานนี้ลดลงในกลุ่มอายุ 70-79 ปี แต่ลดลงต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป คือมี ร้อยละ 15 ในผู้ชาย และร้อยละ 6 ในผู้หญิง

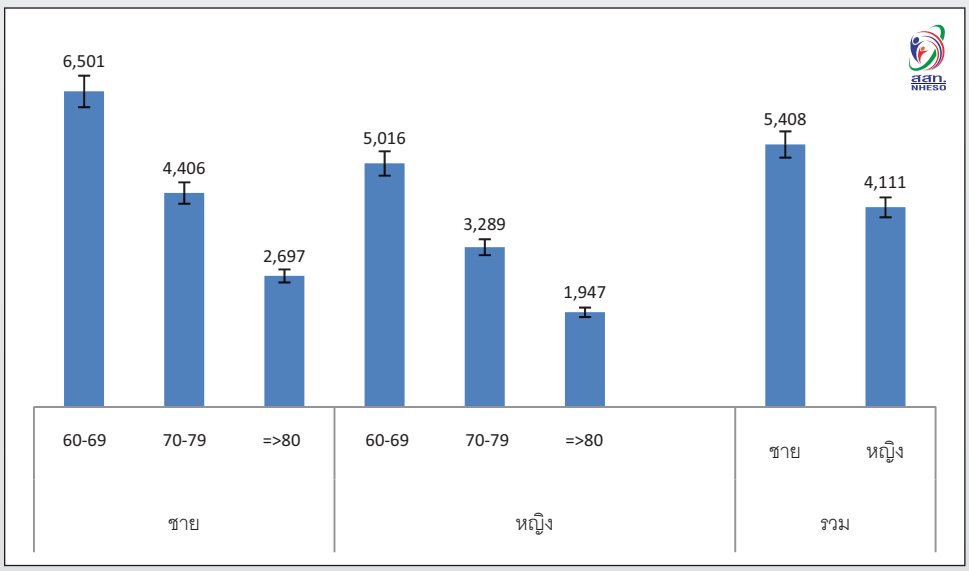
สำหรับรายได้ที่ได้จากบุตร ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนที่ได้รับจากบุตรสูงกว่าผู้สูงอายุชาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงวัย 80 ปีขึ้นไปมีถึงร้อยละ 84.7 แต่ไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุชายในวัยเดียวกันมากนัก (ร้อยละ 80.6)

รายได้ต่อเดือน

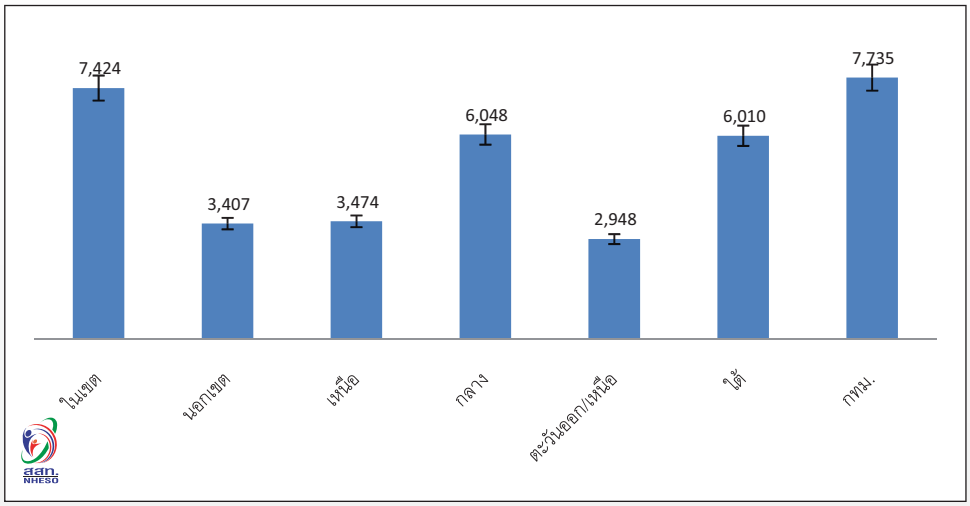
มัธยฐานของรายได้ต่อเดือน คิดเฉพาะผู้ที่มีรายได้ จำแนกตามอายุและเพศ พบว่าโดยรวมผู้สูงอายุชายมีรายได้สูงกว่าผู้หญิง คือ 5,408 บาทต่อเดือน และ 4,111 บาทต่อเดือน ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามอายุ ผู้สูงอายุชายมีรายได้สูงกว่าผู้หญิงในทุกกลุ่มอายุ ผู้ชายอายุ 60-69 ปีมีรายได้สูงสุด เดือนละ 6,501 บาท แล้วลดต่ำลงตามอายุที่สูงขึ้น ในผู้หญิงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีรายได้ต่ำสุด คือ 1,947 บาทต่อเดือน (รูปที่ 7.2.7)

เมื่อพิจารณาจำแนกตามเขตปกครองและภาค พบว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีรายได้มากกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตฯสองเท่าตัว (คือ 7,424 บาทต่อเดือน และ 3,407 บาทต่อเดือน) และมีความแตกต่างระหว่างภาคที่ค่อนข้างชัดเจน โดยพบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ มีรายได้สูงที่สุด (7,735 บาทต่อเดือน) รองลงมาคือ ภาคกลาง (6,048 บาทต่อเดือน) ภาคใต้ (6,010 บาทต่อเดือน) ภาคเหนือ (3,474 บาทต่อเดือน) และต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 2,948 บาทต่อเดือน) (รูปที่ 7.2.8)

รูปที่ 7.2.7 ค่ามัธยฐานของรายได้ต่อเดือนจำแนกตามอายุและเพศ



รูปที่ 7.2.8 ค่ามัธยฐานของรายได้ต่อเดือนจำแนกตามเขตปกครองและภาค

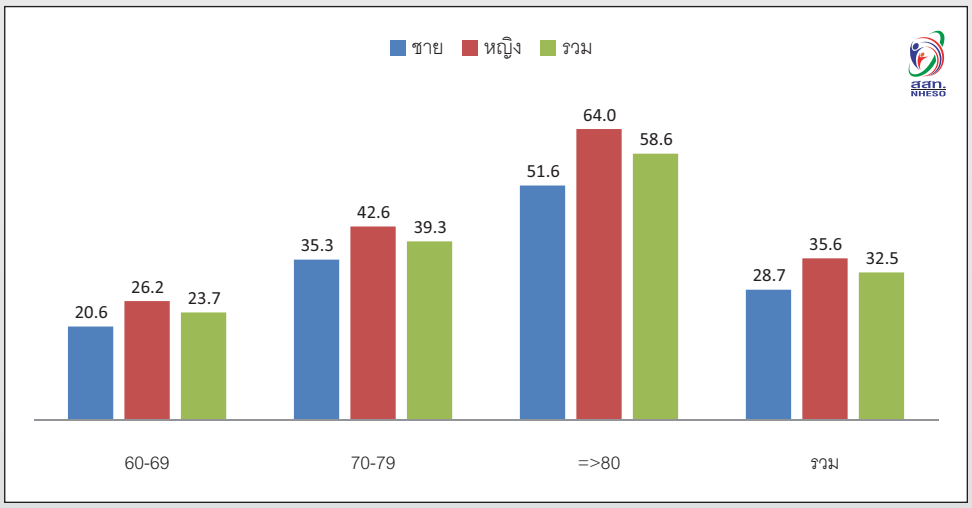


รายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าระดับเส้นยากจนที่ รายได้ต่ำกว่า 1,443 บาทต่อเดือน (ปี พ.ศ. 2550)[5] พบผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจนถึงร้อยละ 32.5 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 60-69 ปี มีสัดส่วนที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจนน้อยที่สุด คือร้อยละ 23.7 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.3 และ 58.6 ในกลุ่มอายุ 70-79 และ 80 ปีขึ้นไป เช่นเดียวกับแบบแผนรายได้ ในผู้หญิงมีสัดส่วนของผู้มีรายได้ต่ำมากกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุ และมากที่สุดในผู้หญิงอายุ 80 ปีขึ้นมีร้อยละ 64 (รูปที่ 7.2.9)

พิจารณาตามเขตปกครองและภาค สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน สูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงร้อยละ 45 รองลงมาคือ ภาคเหนือ (ร้อยละ 38) ภาคใต้ (ร้อยละ 26) ภาคกลาง (ร้อยละ 21) และต่ำสุดคือกรุงเทพฯ (ร้อยละ 16) ตามลำดับ (รูปที่ 7.2.10)

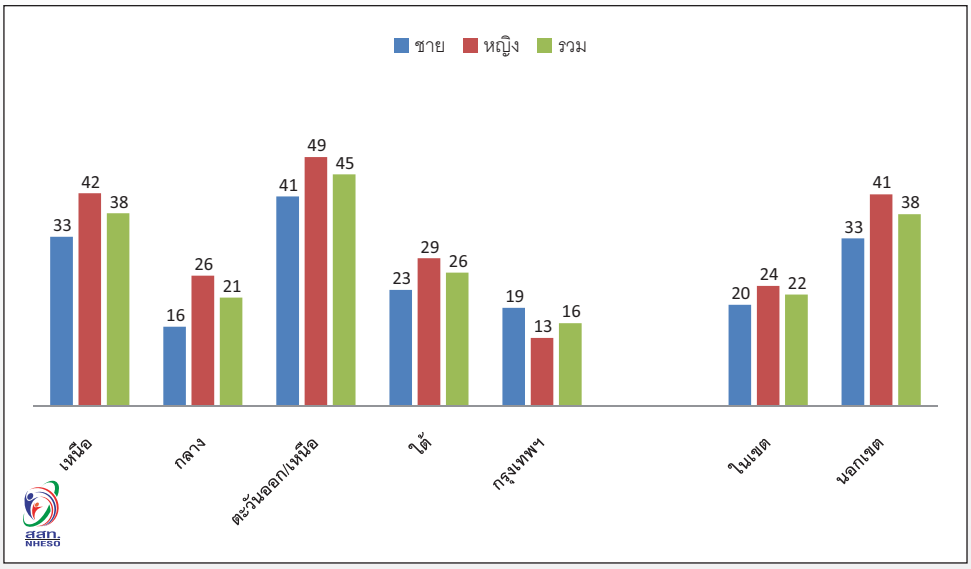
รูปที่ 7.2.9 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจนจำแนกตามอายุและเพศ



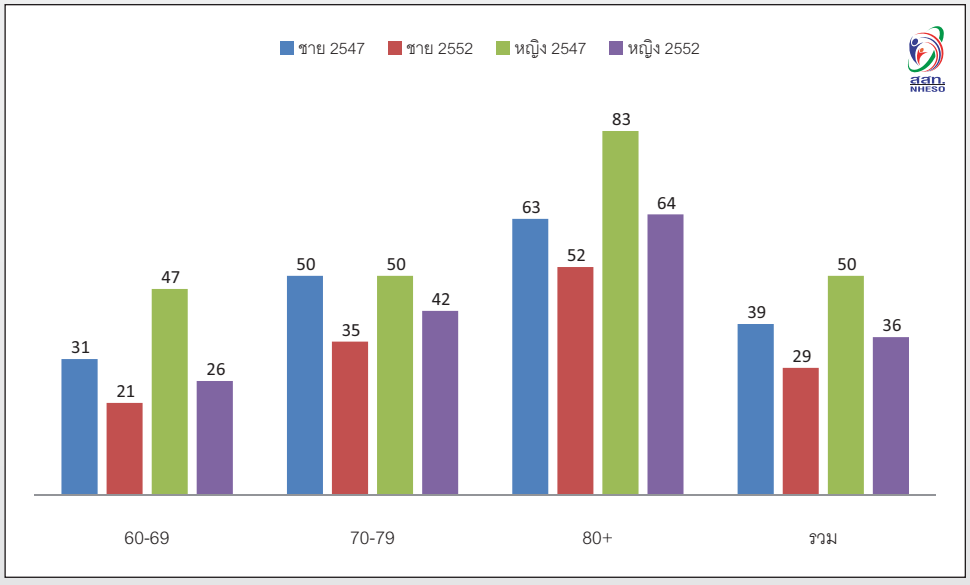
[1] เส้นยากจนคือรายได้ 1,443 บาทต่อคนต่อเดือนในปี พ.ศ. 2550

[5] รายงานการประเมินความยากจน ปี 2550 โดยสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

รูปที่ 7.2.10 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจนจำแนกตามภาคและเขตปกครอง



รูปที่ 7.2.11 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน เปรียบเทียบระหว่างปี 2547 กับ 2552



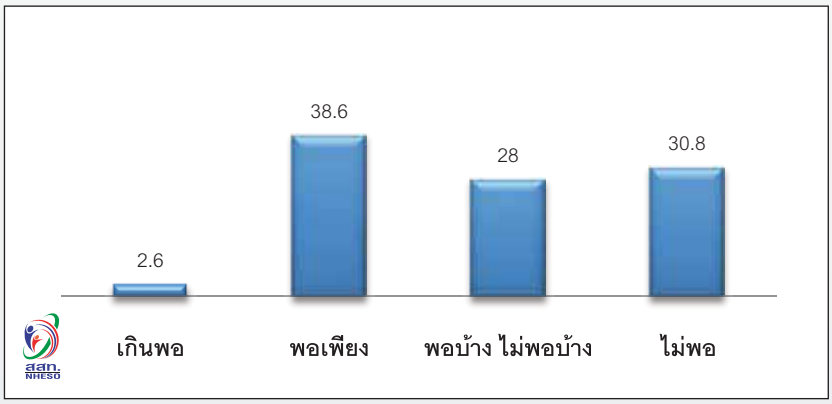
หมายเหตุ: เส้นยากจนคือรายได้ 1,230 บาท/เดือนในปี พ.ศ. 2544 และปรับเป็น 1,443 บาทต่อเดือนในปี พ.ศ. 2550

ความเพียงพอของรายได้

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุว่า "ท่านคิดว่ารายได้ทั้งหมดที่ท่านได้รับจากทุกแหล่งพอเพียงหรือไม่" โดยได้มีคำตอบ 4 แบบ คือ 1) เกินพอเพียง 2) พอเพียง 3) เพียงพอบางครั้ง และ 4) ไม่เพียงพอ

โดยรวม พบว่า กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุร้อยละ 2.6 ตอบว่ามีเกินพอ กลุ่มที่ 2 มีรายได้พอเพียงร้อยละ 38.6 กลุ่มที่ 3 รายได้พอบางครั้ง ร้อยละ 28.0 และกลุ่มที่ 4 บอกว่าไม่เพียงพอร้อยละ 30.8 (รูปที่ 7.2.12)

รูปที่ 7.2.12 ร้อยละของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้



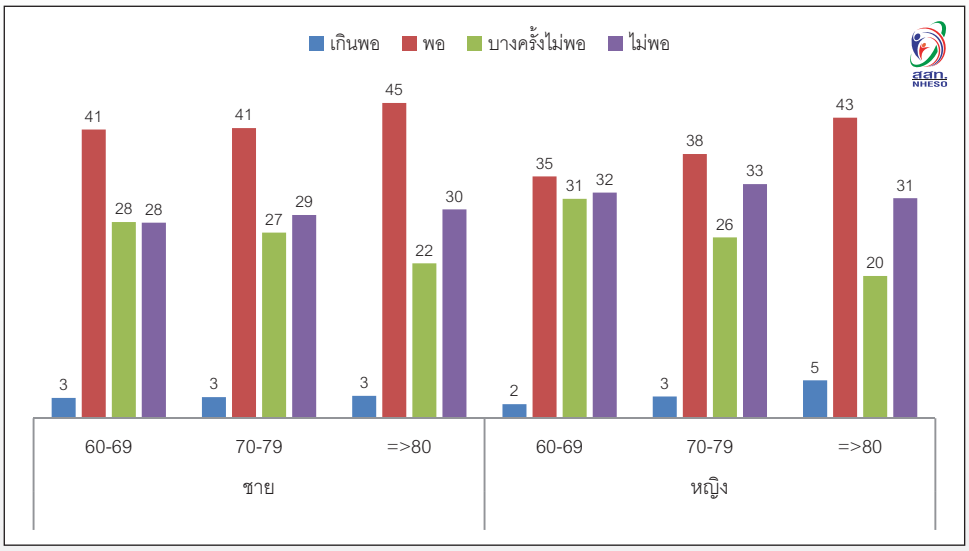
เมื่อจำแนกตามเพศและอายุ พบว่า ผู้สูงอายุชายวัยปลายร้อยละ 45 และหญิงร้อยละ 43 บอกว่ามีรายได้เพียงพอ และประมาณร้อยละ 3 ของทุกกลุ่มอายุทั้งชายและหญิงบอกว่ามีเกินพอ จุดนี้น่าจะสะท้อนถึงความพอเพียงในความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุไทย

สำหรับผู้ที่ตอบว่า ไม่เพียงพอเป็นบางครั้ง หรือมีไม่พอใช้ อยู่ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ในแต่ละกลุ่มอายุ และเพศ เช่น ร้อยละ 28 และ 31 ในกลุ่มชายและหญิงอายุ 60-69 ปี ตามลำดับ หากพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่ตอบว่าไม่เพียงพอ พบว่า มีสัดส่วนตาม 3 กลุ่มอายุ คือร้อยละ 28, 29, 30 ในผู้ชาย และร้อยละ 32, 33, 31 ในผู้หญิงตามลำดับ

เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มที่ตอบว่ารายได้ไม่เพียงพอ จำแนกตามเขตปกครอง พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้ตอบว่ารายได้ไม่เพียงพอต่ำกว่า (ชายร้อยละ 24.8 และหญิงร้อยละ 28.2) ผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล (ชายร้อยละ 34.8 และหญิงร้อยละ 30.3)

แบบแผนของสัดส่วนรายได้ที่ไม่พอใช้ที่พบคือผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายในทุกภาค ที่มีปัญหามากที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยมีสัดส่วนรายได้ที่ไม่พอ ร้อยละ 38.4 และ 34.5 ในหญิงและชายตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุหญิงในกรุงเทพฯ มีปัญหาเช่นเดียวกัน คือพบถึงร้อยละ 33.7 ซึ่งถ้ารวมกับกลุ่มที่มีไม่พอเป็นบางครั้งจะรวมเป็นถึงร้อยละ 56.5

รูปที่ 7.2.13 ร้อยละของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้จำแนกตามอายุและเพศ



7.3 ปัจจัยที่เกื้อหนุนผู้สูงอายุ ด้านหลักประกันในการอยู่อาศัยและความปลอดภัย

ในการสำรวจนี้ได้ใช้ดัชนีชี้วัดที่สะท้อนถึงความเป็นอยู่ดีมีสุข ด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ ด้านการมีหลักประกันในที่อยู่อาศัยและความปลอดภัย โดยวัดจาก (1) ความเป็นเจ้าของบ้าน และที่อยู่อาศัย (2) อยู่กับครอบครัว 3 รุ่น ที่มีลูกหลานอยู่ด้วยกัน (3) การได้รับความช่วยเหลือดูแลจากลูกหลาน และ (4) ลักษณะที่อยู่อาศัยเหมาะสมกับวัย มีการดัดแปลงเพื่อความปลอดภัย

ลักษณะการอยู่อาศัย

ประเภทของการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ มีความสำคัญมากต่อสภาวะความเป็นอยู่ที่ดี ได้แบ่งลักษณะเป็น อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น อยู่กับบุตร อยู่กับครอบครัว 3 รุ่น คือปู่ย่า-พ่อแม่-ลูก-หลาน และผู้สูงอายุที่ไม่มีบ้านหรือต้องอยู่บ้านสงเคราะห์

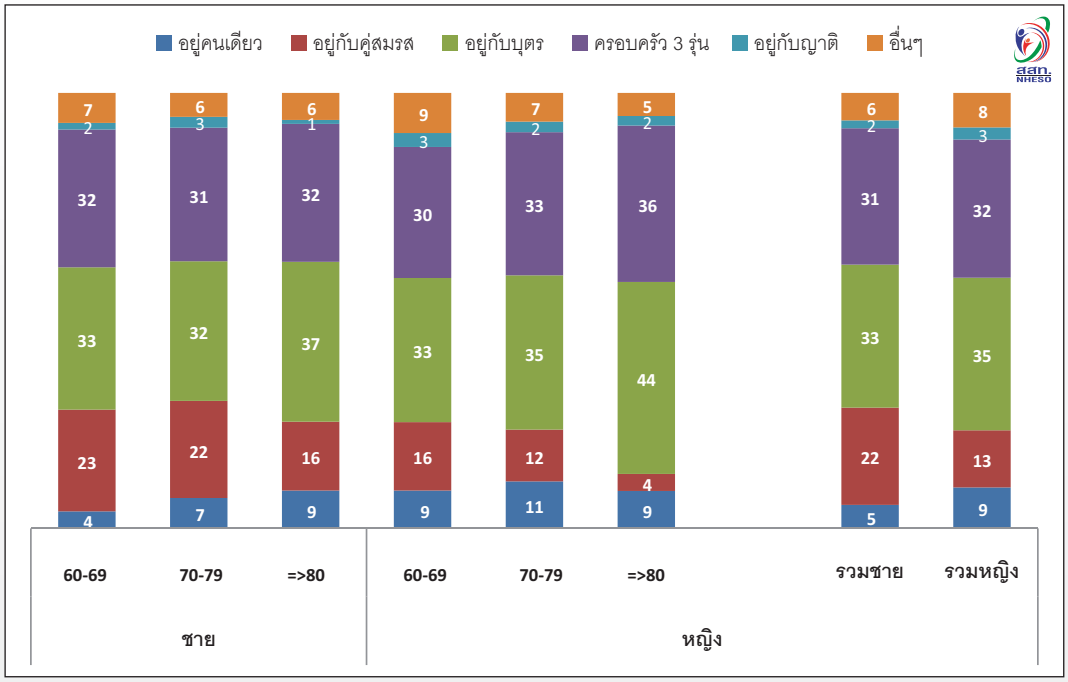
นโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทย เน้นการที่ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัว 3 รุ่นเป็นหลักประกัน[6] ที่จะมีผู้ดูแลเมื่อจำเป็น ผู้สูงอายุสามารถรับภาระในครอบครัวตามอัตภาพ เช่น เลี้ยงดู อบรมลูกหลาน และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกของครอบครัว การสำรวจนี้ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในครอบครัว 3 รุ่นมีถึงร้อยละ 32.8 ในผู้ชาย และร้อยละ 31.7 ในผู้หญิง เมื่อรวมกับกลุ่มที่อยู่กับบุตร คิดเป็นร้อยละ 64.1 กับ ร้อยละ 67.8 ของผู้สูงอายุชายและหญิงตามลำดับ ซึ่งนับว่ามีสัดส่วนค่อนข้างสูงและสูงกว่าผลจากการสำรวจฯครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-47 สถานการณ์ที่จัดว่าเป็นความเสี่ยงทางสังคมต่อผู้สูงอายุคือการที่ต้องอยู่คนเดียวและอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น ในการสำรวจครั้งนี้ได้พบว่าโดยรวมมีผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวร้อยละ 8 (ชายร้อยละ 5 และร้อยละ 9) น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุหญิงที่อยู่คนเดียวมากกว่าผู้ชาย ซึ่งข้อมูลนี้สะท้อนถึงความต้องการผู้ดูแล ซึ่งจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย

ในช่วง 40 ปีที่ผ่านมาพบ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว และอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น มีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ (รูปที่ 7.3.3) ข้อมูลจากสำมะโนประชากร ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2513 กลุ่มที่อยู่คนเดียวมีร้อยละ 4 ส่วนอยู่กับคู่สมรสเท่านั้นมีร้อยละ 5 สองกลุ่มนี้มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นตามลำดับจนกระทั่งการสำรวจครั้งนี้พบกว่ามีร้อยละ 8 และ 17 ตามลำดับ[7] แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นนี้ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของค่านิยมที่บุตรหลานแยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก ตามแนวโน้มของการมีครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ปรากฏการณ์นี้แสดงถึงความเสี่ยงต่อการขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุเมื่อจำเป็น โดยเฉพาะจากลูกหลานที่อยู่ห่างกัน (รูปที่ 7.3.3)

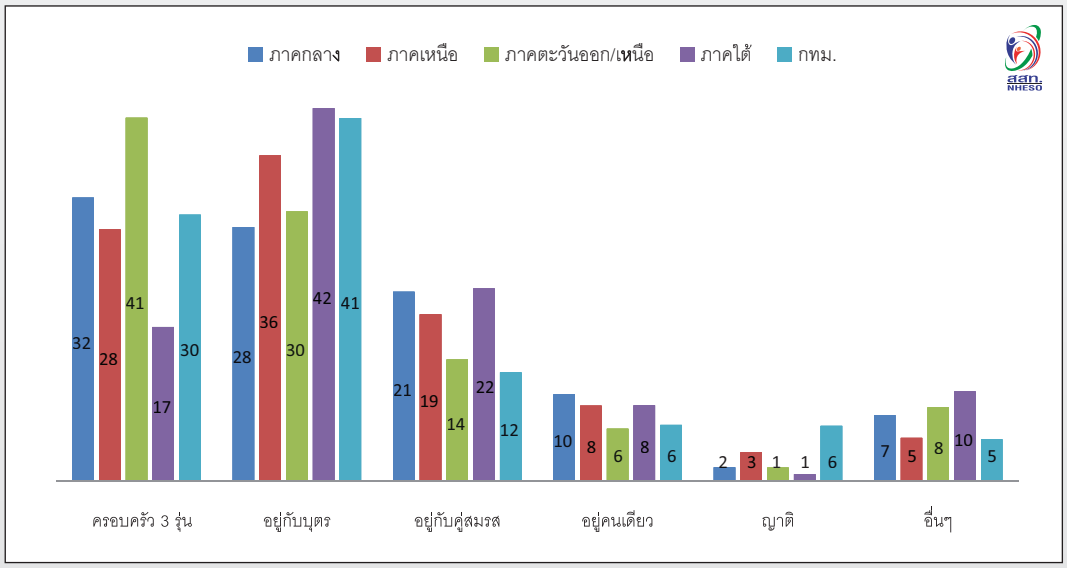
---

[6] John Knodel and Napaporn Chayowan. Family Support and Living Arrangement of Thai Elderly. Asia-Pacific Population Journal vol.12, No. 4, December 1997.

รูปที่ 7.3.1 ร้อยละของลักษณะการอยู่อาศัยจำแนกอายุและเพศ

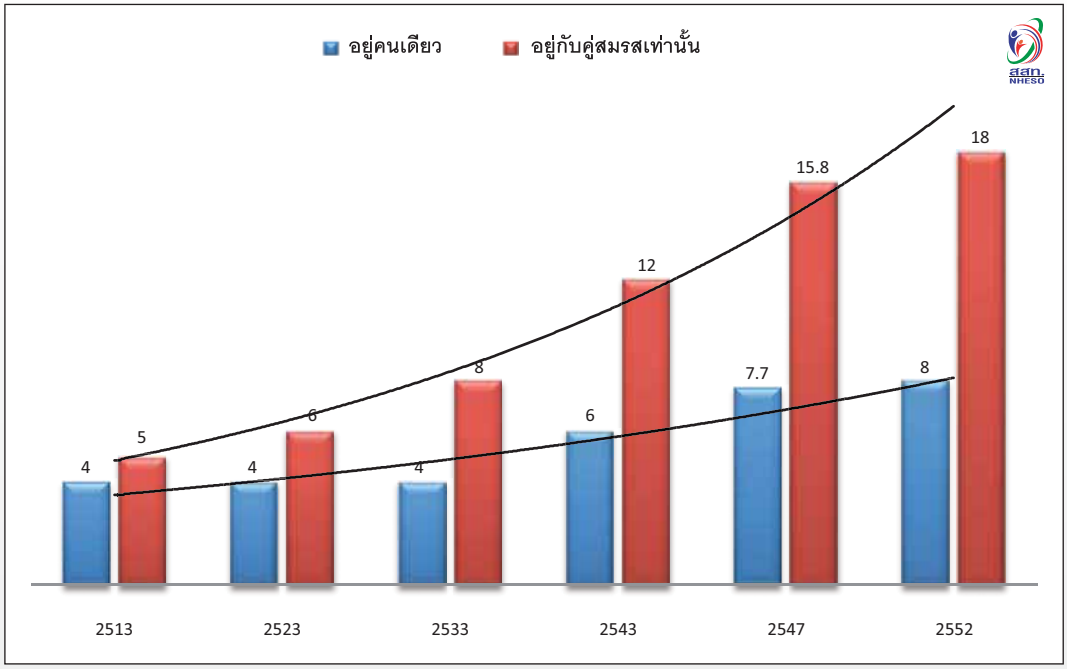


รูปที่ 7.3.2 ร้อยละของลักษณะการอยู่อาศัยตามรายภาค



[7] มัทนา พนานิรามัย หลักประกันผู้สูงอายุไทย : บทเรียนจากบางประเทศในเอเชีย, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2545 www.nhf.or.th

รูปที่ 7.3.3 แนวโน้มของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรสเท่านั้น

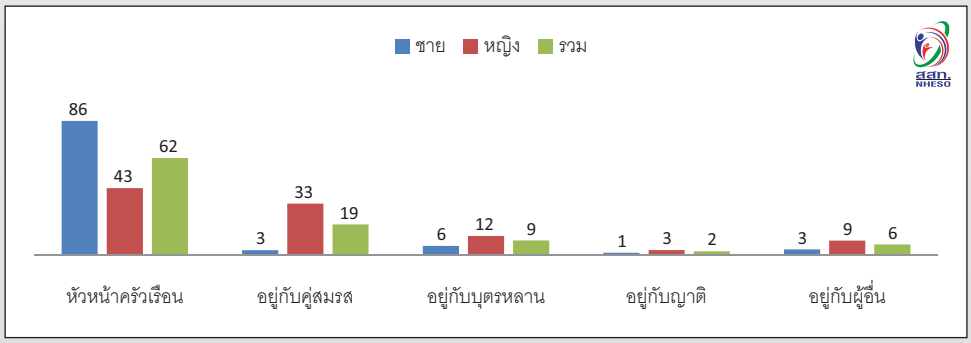


แหล่งข้อมูล: สำมะโนประชากร ปี พ.ศ. 2513, 2523, 2533 และ 2543 เปรียบเทียบกับข้อมูลจากการสำรวจสถานะสุขภาพปี พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552 (1)

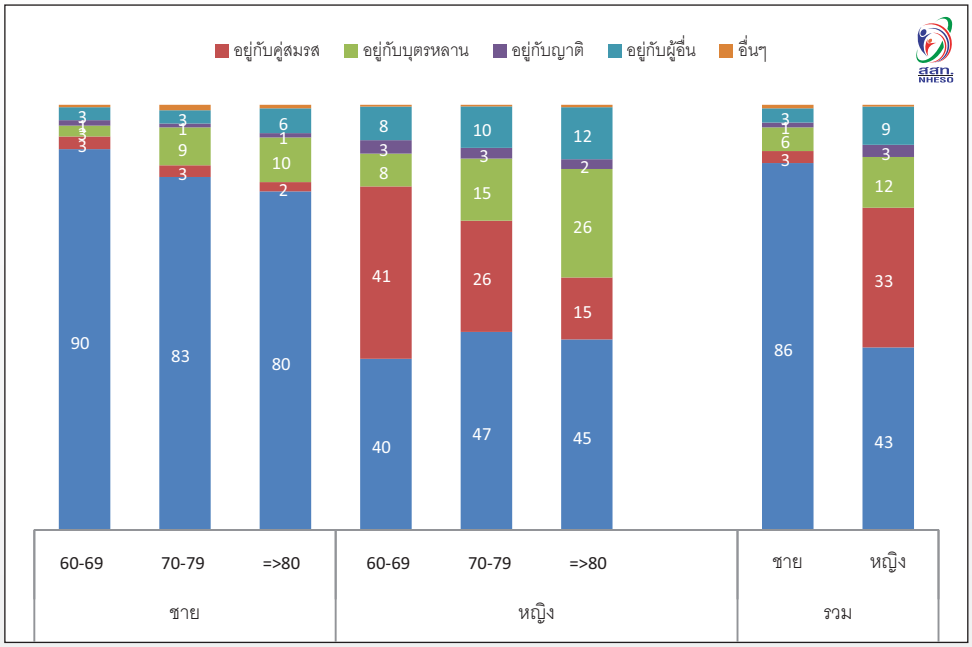
สถานะในครอบครัว

ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่ตอบว่าเป็นหัวหน้าครัวเรือนโดยรวมมีถึงร้อยละ 86.3 มากกว่าหญิงสูงอายุ หนึ่งเท่าตัว (42.9) กลุ่มที่อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 2.8 และ 32.9 ในผู้สูงอายุชายและหญิงตามลำดับ เป็นที่สังเกตได้ว่าผู้สูงอายุหญิงที่บอกว่าอยู่กับคู่สมรสนั้นน่าจะเป็นภรรยาเจ้าของบ้าน สถานะดังกล่าวนี้น่าจะเทียบเท่าเจ้าของบ้าน ลำดับต่อไปคืออยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 5.6 และ 11.9 ในชายและหญิงตามลำดับ ที่เหลือที่เป็นผู้อาศัยอยู่กับญาติพี่น้องหรือคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ มีสัดส่วนค่อนข้างน้อย นอกจากกลุ่มผู้หญิงอายุ 80 ปีขึ้นไปเป็นผู้อาศัยกับผู้อื่นอยู่ประมาณร้อยละ 10 และในเขตกรุงเทพฯมีถึงร้อยละ 13.6

รูปที่ 7.3.4 ร้อยละของผู้สูงอายุตามสถานะในครอบครัวจำแนกตามเพศ



รูปที่ 7.3.5 ร้อยละของผู้สูงอายุตามสถานะในครอบครัว จำแนกตามอายุ และเพศ

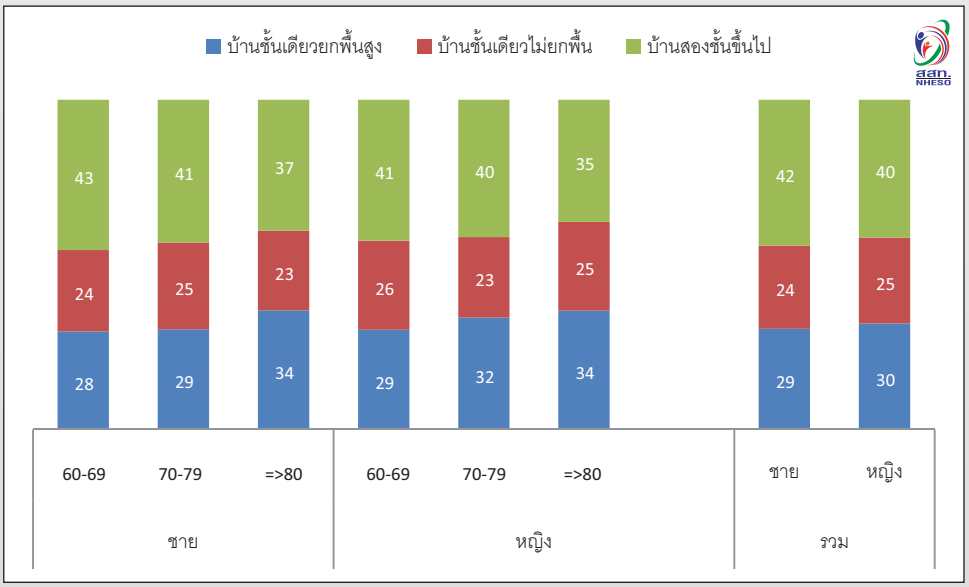


7.3.6 โครงสร้างของบ้าน

โครงสร้างของบ้านเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความอยู่ดีของผู้อยู่อาศัย สำหรับผู้สูงอายุ ในการลดโอกาส หรือป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ที่พบบ่อย เช่น การหกล้ม หรือตกบันได ในการสำรวจครั้งนี้ไม่ได้ลงในรายละเอียดมากนัก โดยถามถึงโครงสร้างของบ้านเป็น 3 ประเภท คือ (1) บ้านชั้นเดียวยกพื้นสูง ที่ผู้อยู่อาศัยต้องขึ้นลงบันไดเป็นประจำวัน (2) บ้านชั้นเดียวไม่ยกพื้น (3) บ้านหรือตึกสองชั้นขึ้นไป และ (4) อื่นๆ

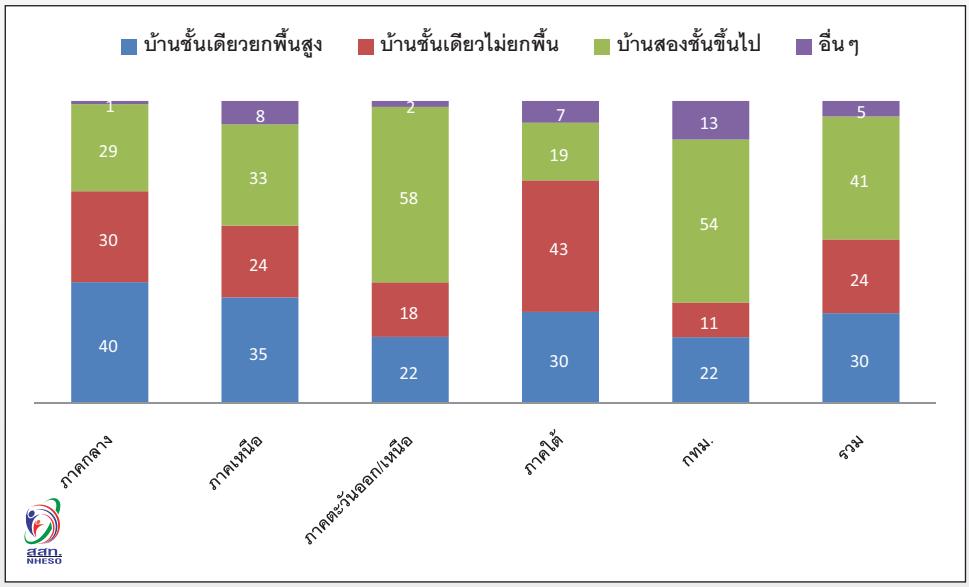
เมื่อจำแนกโครงสร้างของบ้านตามอายุและเพศของผู้สูงอายุ พบว่าโครงสร้างของบ้านไม่มีความแตกต่างกันตามอายุและเพศของผู้ที่อยู่อาศัย ซึ่งพอสรุปได้ว่าส่วนใหญ่เป็นบ้านที่สร้างตามความนิยมและวัฒนธรรมของท้องถิ่น ซึ่งน่าจะต้องดัดแปลงให้เหมาะสมกับวัยของผู้อยู่อาศัย

รูปที่ 7.3.7 ร้อยละของลักษณะโครงสร้างบ้านของผู้สูงอายุ



เมื่อจำแนกตามภาคจะเห็นความแตกต่างระหว่างภาคได้ค่อนข้างชัดเจน อาทิ เช่น บ้านชั้นเดียวยกพื้นสูงพบมากที่สุดในภาคกลาง (ร้อยละ 40) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (ร้อยละ 35) สำหรับภาคใต้นิยมบ้านชั้นเดียวไม่ยกพื้นซึ่งพบถึงร้อยละ 43 สำหรับบ้านหรือตึกสองชั้นขึ้นไปพบเกินครึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพฯ (ร้อยละ 58 และร้อยละ 54 ตามลำดับ) รูปที่ 7.3.8

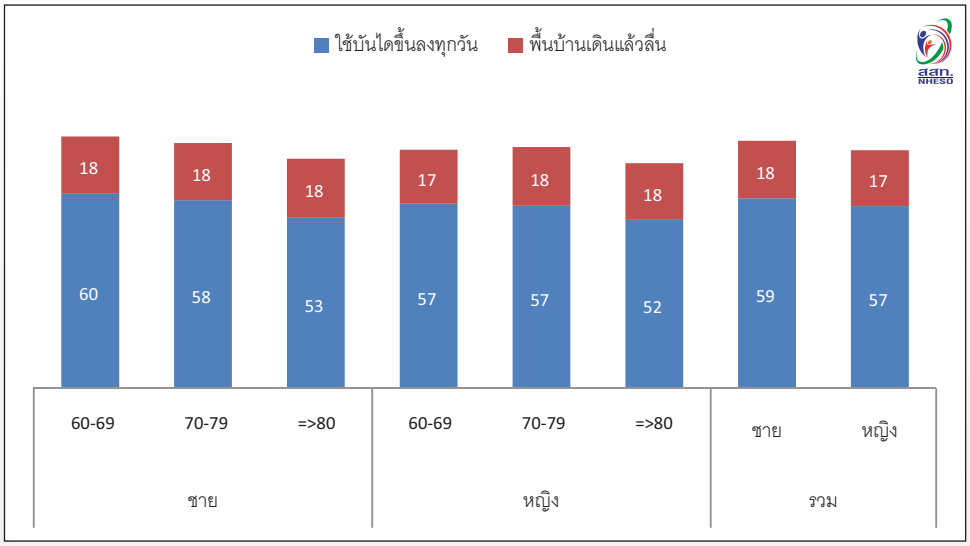
รูปที่ 7.3.8 ร้อยละของลักษณะโครงสร้างบ้านของผู้สูงอายุตามรายภาค



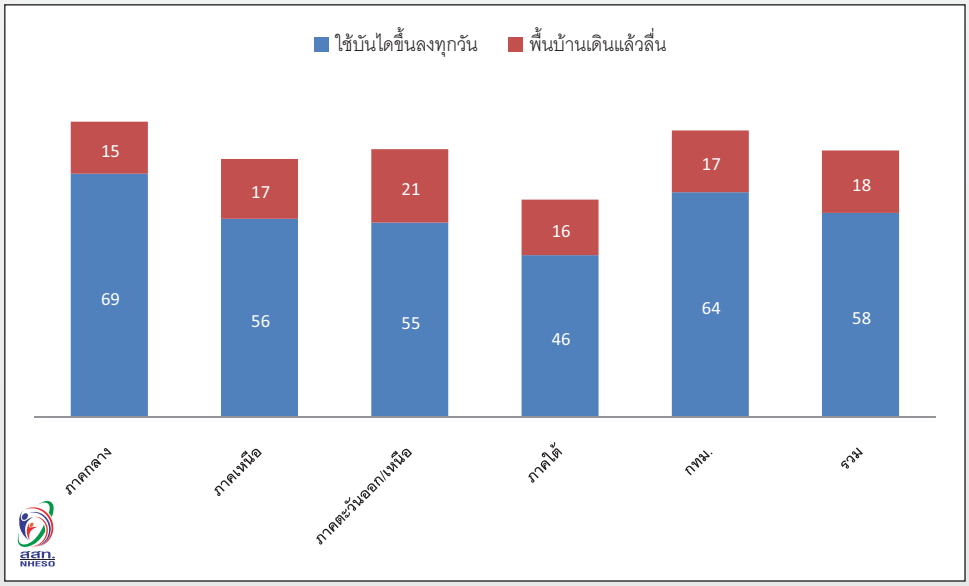
ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุในบ้าน

ข้อแนะนำสำหรับผู้สูงอายุให้ละเว้นการขึ้นลงบันได โดยให้ห้องนอนมาอยู่ชั้นล่าง รวมถึงการปรับพื้นบ้านใช้วัสดุที่ไม่ลื่น ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ที่อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยสาหัสหรือทุพพลภาพและอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป จากการสัมภาษณ์ได้พบว่ามีผู้สูงอายุที่ต้องใช้บันไดในการขึ้นลงทุกวัน และต้องเดินบนพื้นบ้านที่ลื่นโดยรวม มีถึงร้อยละ 60 และร้อยละ 18 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนดังกล่าวระหว่างหญิงชาย กลุ่มอายุ และเขตปกครองพบว่าไม่แตกต่างกันมากนัก ยกเว้นภาคใต้ที่มีสัดส่วนของความเสี่ยงในประเด็นนี้ต่ำที่สุด ซึ่งอาจเนื่องมาจากโครงสร้างของบ้านที่เป็นชั้นเดียวไม่ยกพื้นที่มีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่นๆ รูปที่ 7.3.9-7.3.10

รูปที่ 7.3.9 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องใช้บันไดขึ้นลงทุกวัน จำแนกตามเพศ และอายุ



รูปที่ 7.3.10 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องใช้บันไดขึ้นลงทุกวัน จำแนกตามภาค

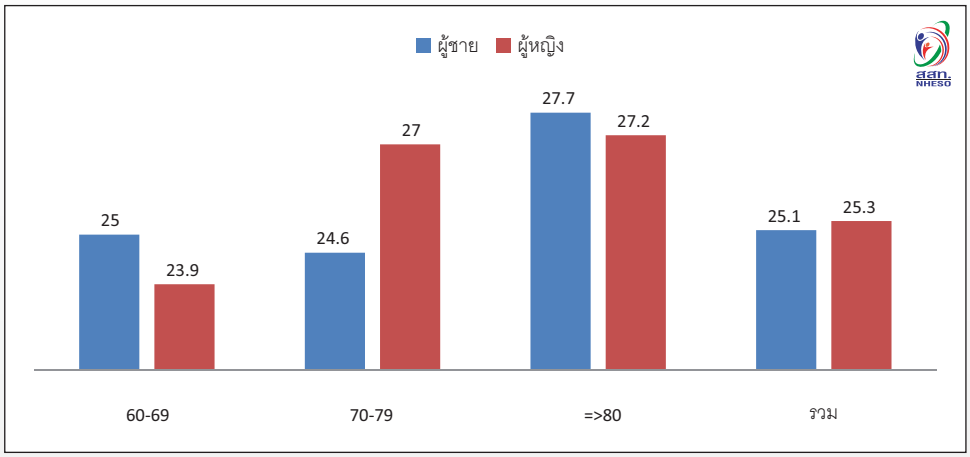


การดัดแปลงบ้านให้เหมาะกับวัยสูงอายุ

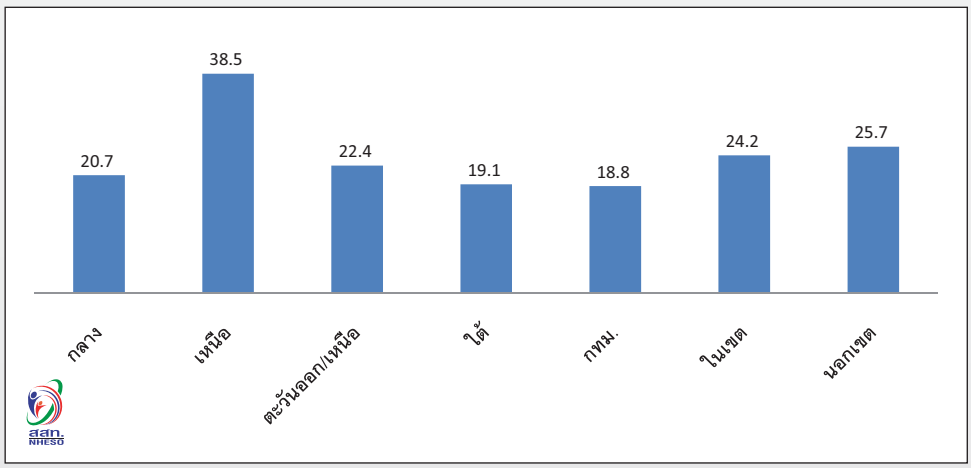
1) **การดัดแปลงโครงสร้างของบ้าน** สำหรับการดัดแปลงโครงสร้างของบ้านให้เหมาะกับสภาพร่างกายและวัยของผู้อยู่อาศัยนั้น จากการสัมภาษณ์ว่า "บ้านที่พักได้มีการดัดแปลงให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุใช่หรือไม่" โดยรวม ร้อยละ 25 ตอบว่าใช่ เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างเพศและอายุ พบว่า ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง มีการดัดแปลงบ้านร้อยละ 27 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอายุที่ต่ำกว่า 80 ปีในผู้ชาย และต่ำกว่า 70 ปีในผู้สูงอายุหญิง

เมื่อจำแนกตามรายภาค พบว่าภาคเหนือที่มีสัดส่วนการดัดแปลงสูงสุด ร้อยละ 38.5 ส่วนภาคอื่นๆ มีสัดส่วนของการดัดแปลงโครงสร้างของบ้านใกล้เคียงกัน และค่อนข้างต่ำในกรุงเทพฯ และภาคใต้ (ร้อยละ 19) พิจารณาตามเขตปกครอง ไม่พบความแตกต่างระหว่างในเขตและนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 25.1 กับร้อยละ 25.7 ตามลำดับ)

รูปที่ 7.3.11 ร้อยละของบ้านผู้สูงอายุมีการดัดแปลงโครงสร้างของบ้านให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ



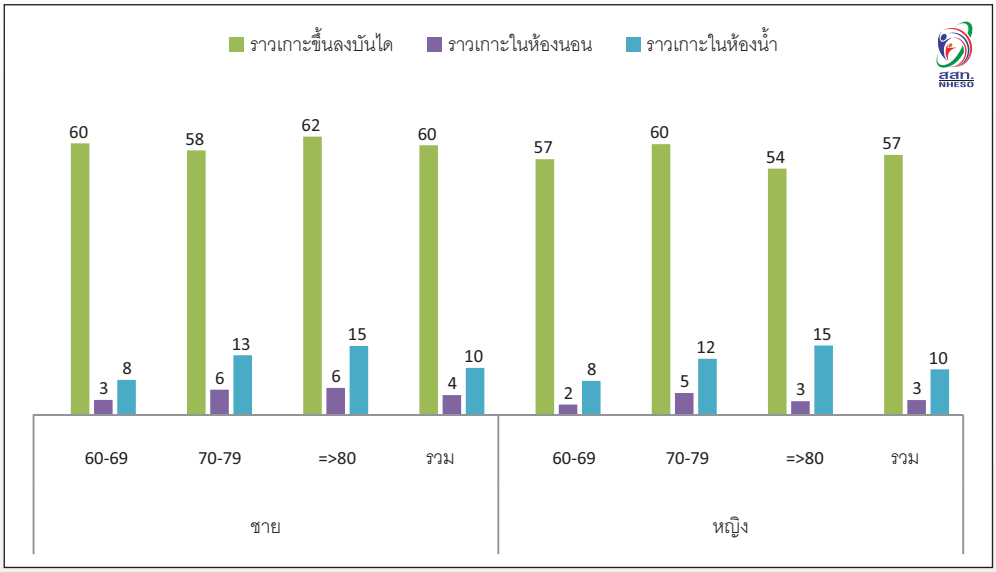
รูปที่ 7.3.12 ร้อยละของบ้านที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยมีการดัดแปลงโครงสร้างบ้านให้เหมาะกับวัย จำแนกตามเขตปกครองและภาค



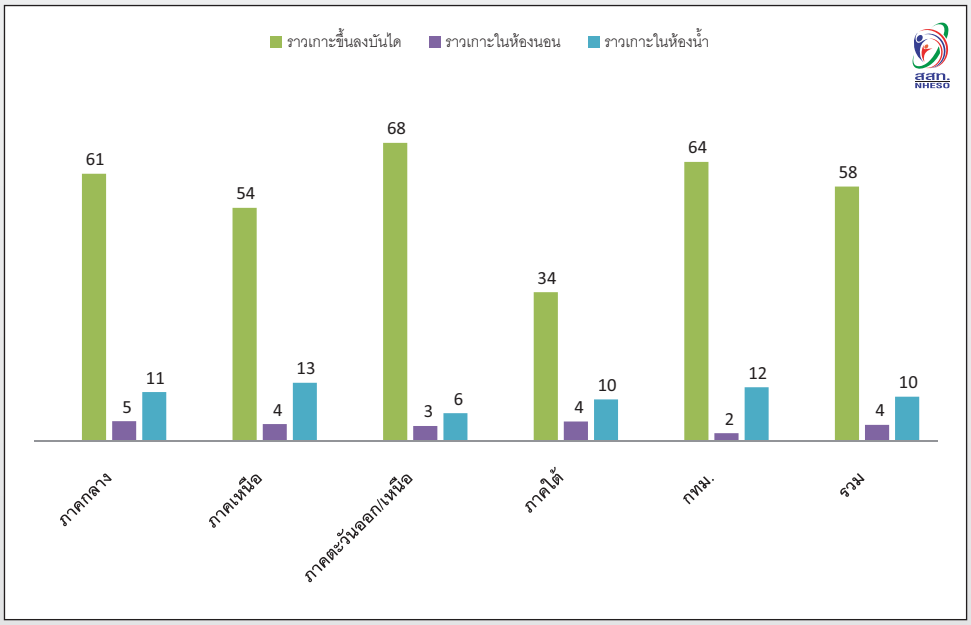
2) ราวเกาะยึด

เมื่อถามเกี่ยวกับการติดตั้งราวเกาะยึดขึ้นลงบันได ราวเกาะในห้องนอน และราวเกาะในห้องน้ำห้องส้วม พบว่าร้อยละ 58 ตอบว่ามีราวบันได สำหรับราวเกาะในห้องน้ำ ห้องส้วมมีร้อยละ 10 ส่วนราวเกาะในห้องนอนพบน้อยที่สุดมีเพียงร้อยละ 3 (รูปที่ 7.3.13)

รูปที่ 7.3.13 ร้อยละของบ้านผู้สูงอายุที่มีราวบันได ราวในห้องนอน และราวในห้องน้ำ จำแนกตามอายุและเพศ



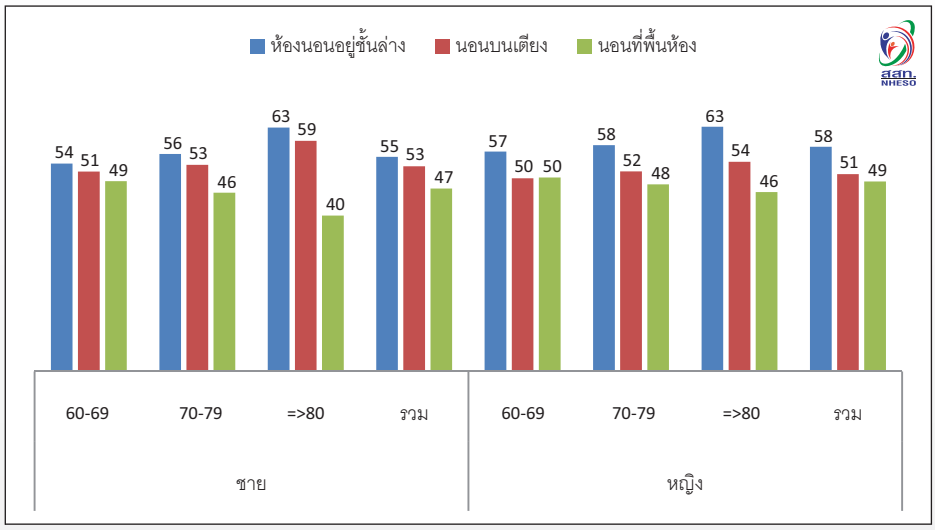
รูปที่ 7.3.14 ร้อยละของบ้านผู้สูงอายุที่มีราวบันได ราวในห้องนอน และราวในห้องน้ำ จำแนกตามภาค



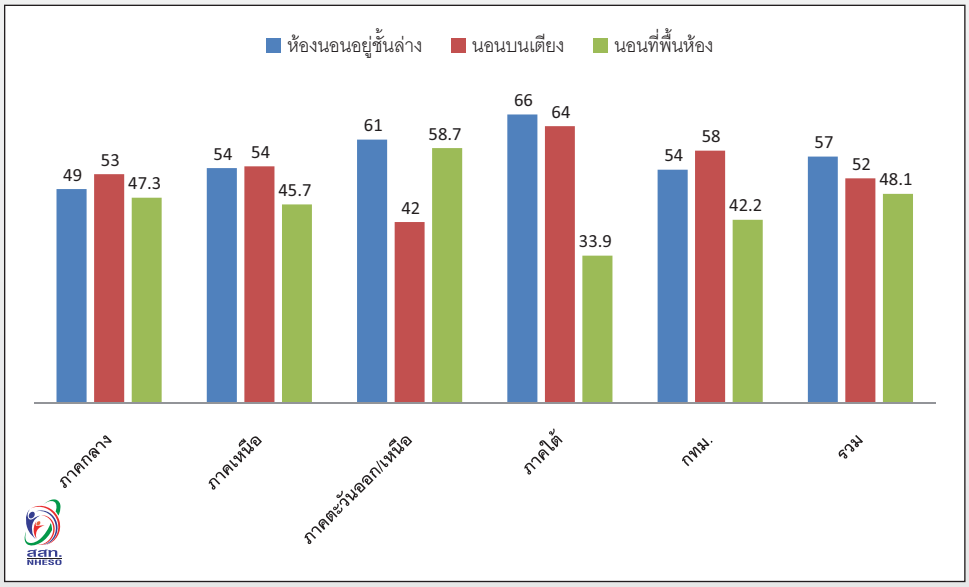
3) การใช้ห้องนอนและเตียง

ตามที่ได้มีคำแนะนำว่าผู้สูงอายุควรอาศัยอยู่ชั้นล่าง ถ้าใช้เตียงนอนก็ควรสูงพอเหมาะกับการลุกจากเตียงได้โดยสะดวกนั้น ในการสำรวจครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 55-60 มีห้องนอนอยู่ชั้นล่างของบ้าน และนอนบนเตียง กลุ่มที่นอนที่พื้นห้องมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ไม่พบความแตกต่างระหว่างอายุ เพศ และภาค ยกเว้นผู้สูงอายุในภาคใต้ที่นอนบนพื้นห้องต่ำกว่าสัดส่วนโดยรวม (ร้อยละ 34 เทียบกับร้อยละ 48.1) (รูปที่ 7.3.15-7.3.16)

รูปที่ 7.3.15 ร้อยละของการใช้ห้องนอนและเตียงในผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุและเพศ



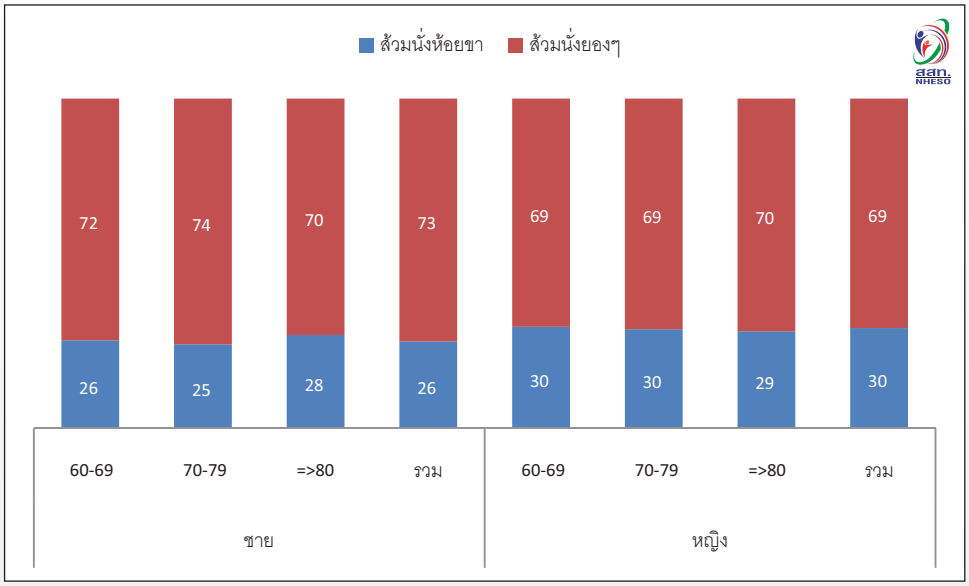
รูปที่ 7.3.16 การใช้ห้องนอนและเตียง รายภาค



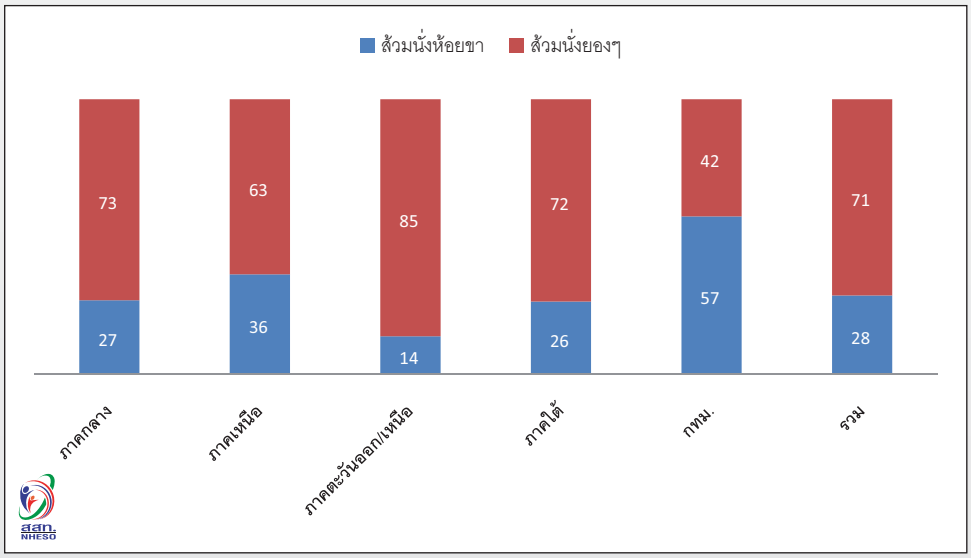
4) ชนิดของส้วมในบ้าน โดยทั่วไปส้วมในบ้านแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ส้วมนั่งห้อยขา กับแบบนั่งยองๆ ซึ่งชนิดที่สองนี้พบในต่างจังหวัดมากกว่าในเมือง มีข้อด้อยสำหรับผู้สูงวัยที่อายุมากในการนั่งและลุกขึ้นลำบาก และเสี่ยงต่อการหกล้มด้วย ดังนั้นถ้ามีความสะอาดพอกัน ส้วมนั่งห้อยขาน่าจะปลอดภัยกว่าสำหรับผู้สูงอายุ

ผลจากการสำรวจพบว่า ร้อยละของการใช้ส้วมแบบนั่งห้อยขา กับนั่งยองๆ คิดเป็นร้อยละ 30 และ 70 ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันบ้างเล็กน้อย ตามอายุ เพศ และภาค ยกเว้นในกรุงเทพฯ ที่ใช้ส้วมนั่งห้อยขาถึงร้อยละ 57 (รูปที่ 7.3.17-7.3.18)

รูปที่ 7.3.17 ร้อยละของชนิดส้วมที่ผู้สูงอายุใช้ จำแนกตามอายุและเพศ



รูปที่ 7.3.18 ร้อยละของชนิดส้วมที่ผู้สูงอายุใช้ จำแนกตามภาค

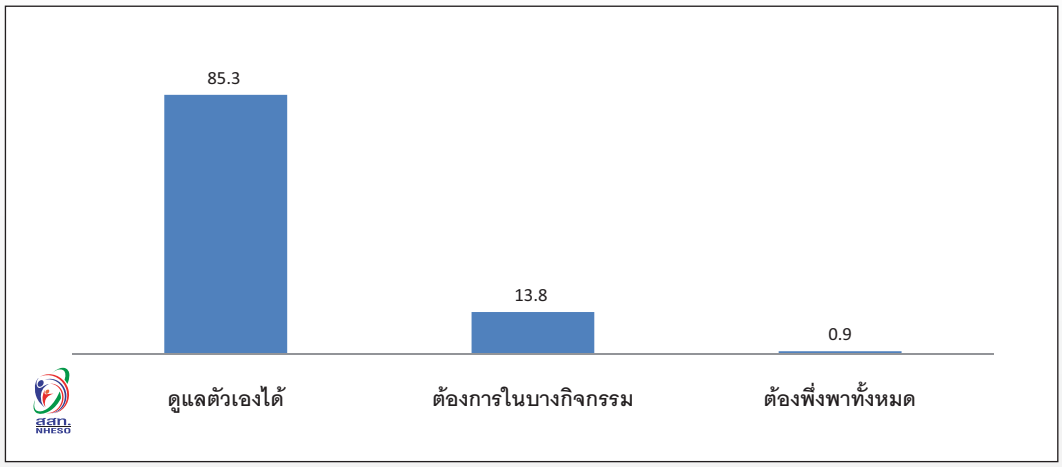


การดูแลตนเองหรือความต้องการผู้ดูแล

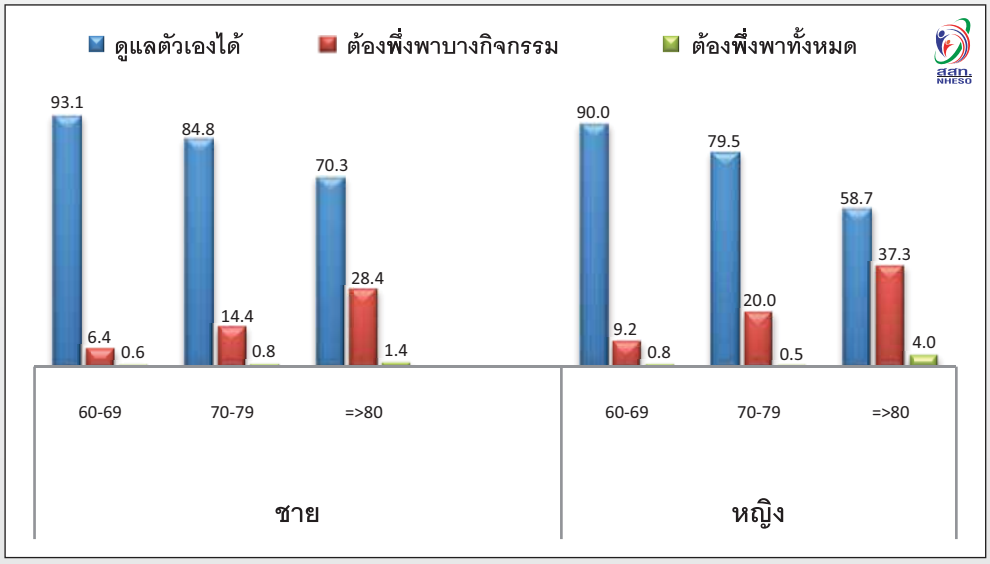
1) ดูแลตนเองได้มากน้อยเพียงไร

ประเด็นนี้ผู้สูงอายุตอบสัมภาษณ์ตามความรู้สึกของตัวเองว่าจำเป็นต้องมีคนดูแลปรนนิบัติในงานกิจวัตรประจำวันหรือไม่ คำตอบคือ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 90 บอกว่าสามารถดูแลตนเองได้ สัดส่วนนี้ลดลงตามอายุที่มากขึ้น ในวัย 80 ปีขึ้นไปเหลือร้อยละ 70 ในผู้ชายและร้อยละ 60 ในผู้หญิง ส่วนที่บอกว่าต้องการมีผู้ดูแลบางกิจกรรมมีสัดส่วนสูงขึ้นตามอายุ (ร้อยละ 6-37) ส่วนที่ต้องพึ่งผู้ดูแลทั้งหมดมีร้อยละ 1-4 (รูปที่ 7.3.19-7.3.20)

รูปที่ 7.3.19 ร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเอง ต้องการผู้ดูแลบางกิจกรรม หรือต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด



รูปที่ 7.3.20 ร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเอง ต้องการผู้ดูแลบางกิจกรรม หรือต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด จำแนกตามเพศ และอายุ



2) ความต้องการผู้ดูแล

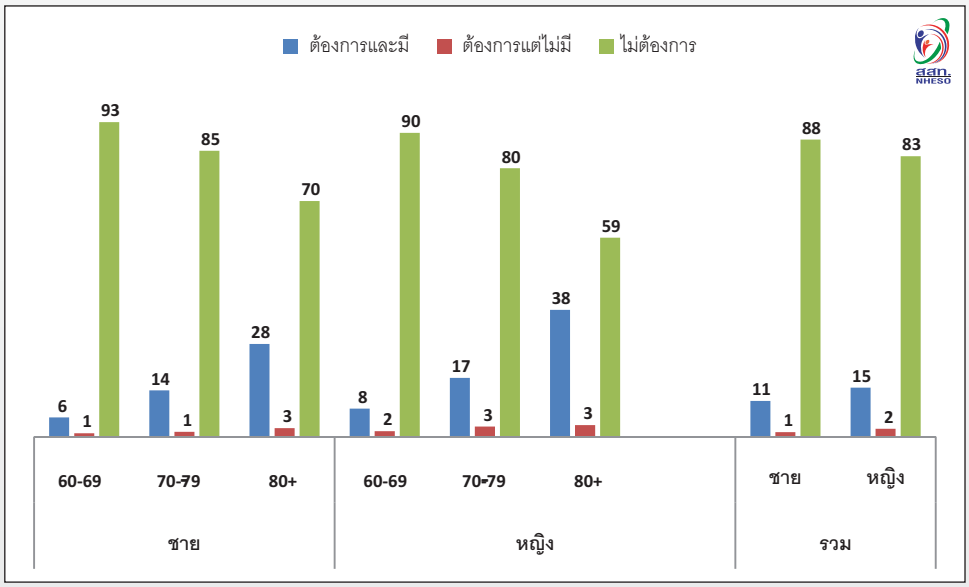
ประเด็นผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลและปัจจุบันมีผู้ดูแลหรือไม่ ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ คือ ข้อที่ 1.ความต้องการผู้ดูแล (คำตอบ:ไม่จำเป็นต้องมีผู้ดูแล, ต้องการผู้ดูแลบางกิจกรรม และต้องพึ่งผู้ดูแลทั้งหมด) และข้อที่ 2.ปัจจุบันผู้สูงอายุมีผู้ดูแลหรือไม่ (คำตอบ: มี และไม่มี) การวิเคราะห์ ได้จัดเป็น 3 กลุ่มคือ (1)ไม่ต้องการผู้ดูแล (2)กลุ่มที่ต้องการและมีผู้ดูแล และ(3)กลุ่มที่ต้องการแต่ไม่มีผู้ดูแล

ผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุชายที่ระบุว่าไม่ต้องการผู้ดูแลมีถึงร้อยละ 88 ในผู้หญิงร้อยละ 83 สัดส่วนที่ระบุว่าต้องการและมีผู้ดูแล มีร้อยละ 11 และ 15 ในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับกลุ่มที่ต้องการแต่ไม่มีผู้ดูแล มีร้อยละ 1-2 เมื่อจำแนกตามอายุและเพศ ทั้งสามกลุ่มอายุมีแผนแบบคล้ายกัน โดยกลุ่มอายุ 60-69 ปีที่ไม่ต้องการผู้ดูแล มีสูงถึงร้อยละ 93 และ 90 ในชายและหญิง อธิบายได้ว่ากลุ่มนี้ยังแข็งแรงและช่วยตัวเองได้ สัดส่วนนี้ลดลงตามอายุที่มากขึ้น ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปนั้นลดลงเป็นร้อยละ 70 ในผู้ชาย และร้อยละ 59 ในผู้หญิง

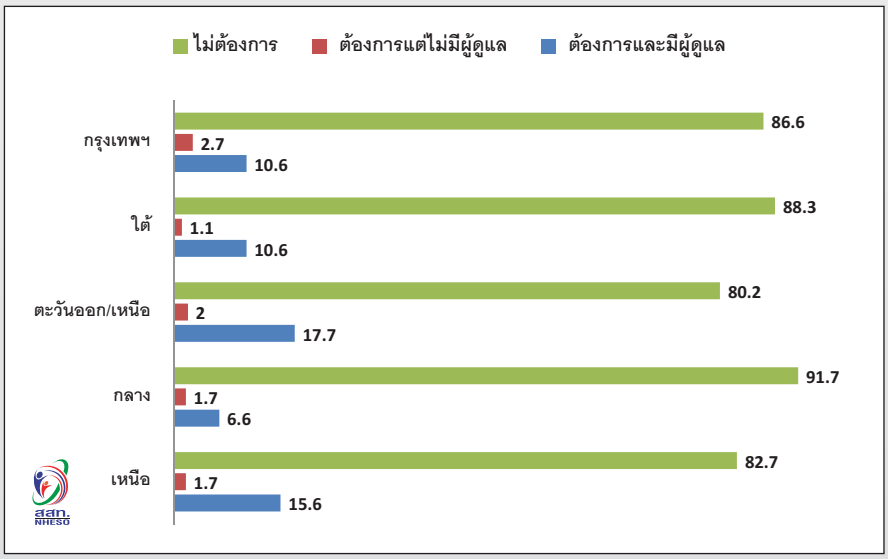
เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มที่ต้องการผู้ดูแลและมีผู้ดูแลตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป สัดส่วนในผู้ชายต่ำกว่าในผู้หญิง พบร้อยละ 28 และ 38 ตามลำดับ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มีผู้ดูแลพบเพียงร้อยละ 1-2 ในทุกกลุ่มอายุ และเพิ่มเป็นร้อยละ 3 ในผู้หญิงอายุ 80 ปีขึ้นไป (รูปที่ 7.3.21)

การกระจายตามรายภาค มีความแตกต่างกันไม่มากนัก คือส่วนใหญ่ ไม่ต้องการผู้ดูแล ซึ่งสูงสุดในภาคกลาง (ร้อยละ 91.7) และต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 80.2) ส่วนที่ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มีผู้ดูแล พบประมาณร้อยละ 1.1-2.7 เท่านั้น

รูปที่ 7.3.21 ร้อยละของผู้สูงอายุตามความต้องการผู้ดูแล จำแนกตามเพศและอายุ



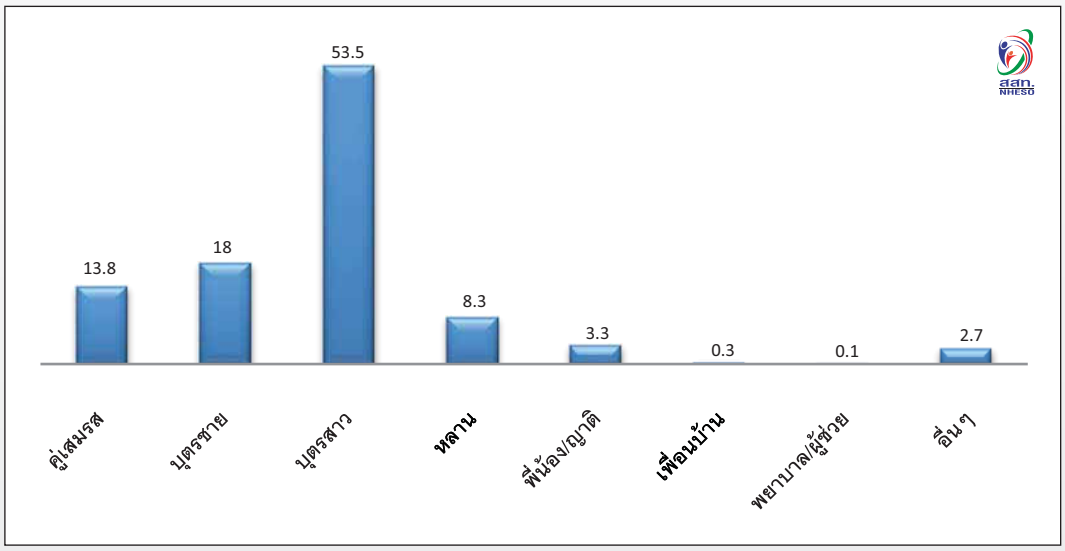
รูปที่ 7.3.22 ร้อยละของผู้สูงอายุตามความต้องการผู้ดูแล จำแนกตามภาค



3) ใครเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ในกลุ่มของผู้ที่ตอบว่ามีผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่งคน พบว่าผู้ที่ใช้เวลาดูแลมากที่สุดคือบุตรสาว (ร้อยละ 53.5) รองลงมาคือบุตรชาย (ร้อยละ 18) คู่สมรส (ร้อยละ 13.8) และญาติพี่น้อง/หลาน (ร้อยละ 12) สรุปได้ว่าเป็นผู้ดูแลในระบบครอบครัว ส่วนผู้ดูแลอื่นจากระบบบริการ เช่น ผู้ช่วยพยาบาล หรือผู้ดูแลรับจ้าง ยังไม่มีบทบาทมาก

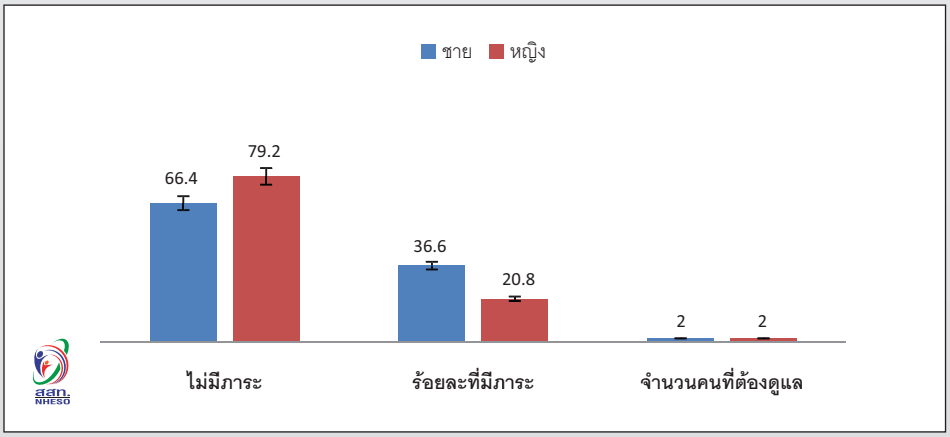
รูปที่ 7.3.23 ในปัจจุบันใครเป็นผู้ดูแลท่านเป็นประจำวันมากที่สุด



การเลี้ยงดูสมาชิกในบ้าน (ด้านเศรษฐกิจ)

การเลี้ยงดูสมาชิกในบ้านหมายถึง ผู้สูงอายุยังต้องรับภาระในการเลี้ยงดู ด้านเศรษฐกิจให้ใครหรือไม่ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาระ (ร้อยละ 66 ในผู้ชาย และร้อยละ 72 ในผู้หญิง) สำหรับผู้ที่ตอบว่ามีภาระนั้นต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ยไม่เกิน 2 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เท่ากันกับการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2547) และไม่พบความแตกต่างกันมากนักระหว่างเขตปกครอง ภาค ยกเว้น ในกรุงเทพฯ ที่จำนวนผู้ที่ต้องเลี้ยงดูมากกว่าภาคอื่นๆ (เฉลี่ย 2.5 คน)

รูปที่ 7.3.24 ร้อยละของผู้สูงอายุด้านการมีภาระต้องเลี้ยงดูคนในบ้าน



7.4 การพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวัน

สรุป

- ในบทนี้กล่าวถึงผลการสำรวจด้านการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of Dialy Livings, ADL) และกิจวัตรด้านการทำงาน การเดินทาง การสื่อสาร (Instrumental Activities of Daily Livings, IADL) ของผู้สูงอายุ
- ผู้สูงอายุร้อยละ 0.6 ถึง 11.9 มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) กิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งต่อไปนี้ : อาบน้ำ/ล้างหน้า, แต่งตัว, กินอาหาร, ลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียง, การใช้ห้องน้ำ/ส้วม, เดินไปเดินมาภายในตัวบ้าน, กลั้นปัสสาวะและกลั้นอุจจาระ)
- ร้อยละ 4 ถึง 36.5 ของผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมการทำงาน เดินทาง สื่อสารหรือใช้เครื่องมือ (IADL) กิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งต่อไปนี้: การใช้เงิน นับเงินทอนเงิน, จัดยากินเอง, ทำงานบ้าน, ตัดเล็บเท้า, เดินออกนอกบ้าน, เดินไปตลาดได้ไกล 100 เมตร, ขับรถเอง/ขึ้นรถโดยสารสาธารณะ, และการใช้โทรศัพท์
- ความชุกของภาวะที่ต้องพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐาน หมายถึง การไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานด้วนตนเองได้ตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไปหรือไม่สามารถกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระได้ พบร้อยละ 15.5, ผู้สูงอายุหญิงมีความชุกสูงกว่าชาย (ชายร้อยละ 12.7 หญิงร้อยละ 17.8) และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ
- ร้อยละ 7.3 ของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐาน ADL กิจกรรมใดๆ 1 กิจกรรม, ร้อยละ 7.6 มีข้อจำกัด 2 กิจกรรม และร้อยละ 1.43 มีข้อจำกัด 3 กิจกรรมขึ้นไป และสัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นตามอายุ
- ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม IADL 1 กิจกรรม (ร้อยละ 21.2), 2 กิจกรรม (ร้อยละ 11.2) และ 3 กิจกรรมขึ้นไป (ร้อยละ 23.1) และสัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นตามอายุ
- เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะพึ่งพิงของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่าสัดส่วนของภาวะที่ต้องพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐาน (ADL) มีร้อยละ 12.8 (ชายร้อยละ 9.6 และหญิงร้อยละ 15.4) ซึ่งต่ำกว่าของการสำรวจครั้งนี้

[10] แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ISBN 94-9593-33-2

การพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวัน

ภาวะทุพพลภาพและความจำกัดในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในผู้สูงอายุมีสาเหตุเนื่องมาจากความเสื่อมของอวัยวะหรือการเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ทำให้การทำงานของระบบอวัยวะต่างๆ เช่น ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกล้ามเนื้อ ฯลฯ มีประสิทธิภาพลดลง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ต้องมีคนช่วยหรือต้องพึ่งอุปกรณ์ช่วย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 นี้ มีการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในปัจจุบันของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of Daily Living, ADL) และกิจวัตรในการทำงาน การเดินทาง การสื่อสาร และที่ต้องใช้เครื่องมือ (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) โดยการสัมภาษณ์นี้ เป็นการสอบถามว่า ผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง ที่ทำได้จริงๆ ไม่ใช่การทดสอบหรือการคาดการณ์ว่าทำได้หรือไม่ โดยทั่วไปเป็นการถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงก่อนสัมภาษณ์ (ตารางที่ 7.4.1)

กิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) ประกอบด้วยกิจกรรมดูแลตนเอง 8 ข้อ (ตารางที่ 7.4.1) คำตอบคือ 1 = ทำไม่ได้เลย 2 = ต้องมีผู้อื่นช่วย หรือใช้อุปกรณ์ 3 = ทำได้เอง

2) กิจกรรมที่เกี่ยวกับการทำงาน การเดินทาง และการสื่อสาร (Instrumental Activities of Dilay Livings, IADL) ประกอบด้วยกิจกรรม 10 ข้อ (ตามตารางที่ 7.4.1) และคำตอบมี 3 ระดับ คือ 1 = ทำไม่ได้เลย 2 = ต้องมีผู้อื่นช่วย หรือใช้อุปกรณ์ 3 = ทำได้เอง 4 = ไม่เคยทำ

หมายเหตุ ในการวิเคราะห์รายกิจกรรมนั้น กิจกรรมใดที่ผู้สูงอายุตอบว่า "ไม่เคยทำ" ข้อนั้นไม่ถูกรวมอยู่ในการวิเคราะห์

ตารางที่ 7.4.1 กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of Daily Livings) และกิจกรรม Instrumental Acitivities of Daily Livings

ก. กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (การดูแลตนเอง) (Activities of daily livings, ADL)	ข. กิจกรรมที่เกี่ยวกับการทำงาน การเดินทาง และการสื่อสาร (Instrumental Activities of Dilay Livings, IADL)
1) อาบน้ำ/ ล้างหน้า	1) ใช้เงิน นับเงิน ทอนเงิน
2) แต่งตัว	2) จัดยากินเอง
3) กินอาหาร	3) งานบ้านอย่างเบา(กวาดบ้าน / เก็บของ/ทำครัว)
4) ลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียง	4) งานบ้านอย่างหนัก (ถูบ้าน / ตักน้ำ/ยกของ)
5) การใช้ห้องน้ำ/ส้วม	5) ตัดเล็บเท้า
6) เดินไปเดินมาภายในตัวบ้าน	6) เดินออกนอกบ้านมากกว่า 15 นาทีในแต่ละครั้ง
7) กลั้นปัสสาวะ	7) หิ้วของหนัก เช่นไปตลาดได้ไกล 100 เมตร.
8) กลั้นอุจจาระ	8) เดินไกลอย่างน้อย 400 เมตร
	9) ออกนอกบ้านโดยขับรถเอง/ขึ้นรถโดยสารสาธารณะ
	10) การติดต่อสื่อสารกับเพื่อนบ้าน หรือการใช้โทรศัพท์

ปรับจาก Barthel ADL[8], Lawton's IADL[9]

[8] Mahony F, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J. 1965 Feb; 14:61-5.

[9] Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9:179-86.

คำจำกัดความ

1. การมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) หมายถึงมีข้อจำกัดในทำกิจกรรมดูแลตนเองพื้นฐาน (อาบน้ำ/ล้างหน้า, แต่งตัว, กินอาหาร, ลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียง, การใช้ห้องน้ำ/ส้วม, เดินไปเดินมาภายในตัวบ้าน, กลั้นปัสสาวะ และกลั้นอุจจาระ) จำนวน 1, 2 และ 3 กิจกรรมป็นต้นไป (ตารางที่ 7.4.1)

2. ภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันหมายถึง การมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรดูแลตนเอง (ADL) โดยการทำกิจกรรมต้องมีผู้อื่นช่วยหรือใช้อุปกรณ์ หรือทำเองไม่ได้เลย ตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไป ของ 6 กิจกรรมในหมวดกิจกรรมการดูแลตนเอง (ADL) หรือไม่สามารถกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระอย่างใดอย่างหนึ่งได้

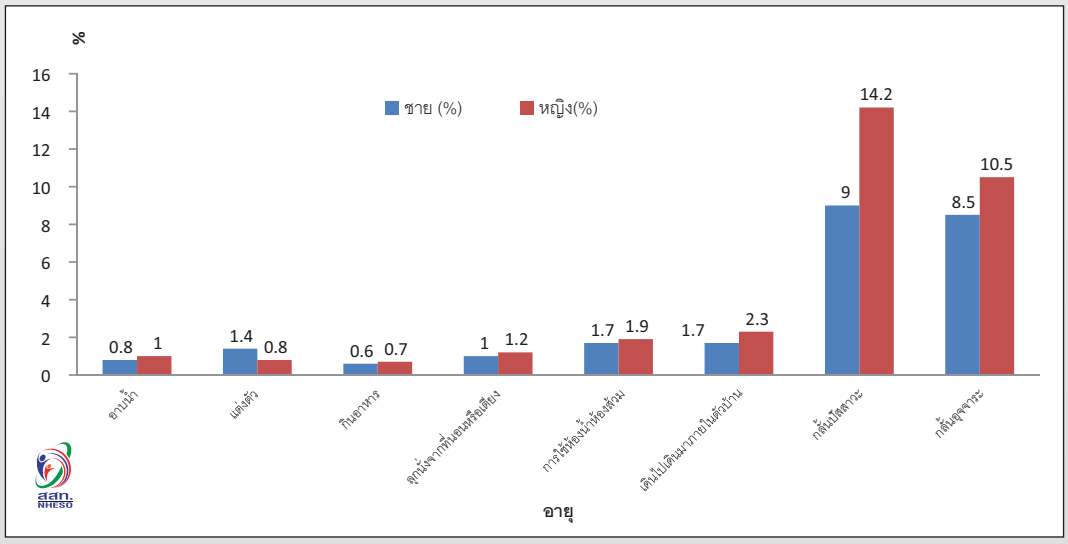
3. การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับการทำงาน เดินทาง สื่อสารหรือใช้เครื่องมือ (IADL) หมายถึง มีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เครื่องมือ ใช้เงิน นับเงิน ทอนเงิน, จัดยากินเอง, งานบ้านอย่างเบา(กวาดบ้าน/เก็บของ/ทำครัว), งานบ้านอย่างหนัก (ถูบ้าน/ตักน้ำ/ยกของ), ตัดเล็บเท้า, เดินออกนอกบ้านมากกว่า 15 นาทีในแต่ละครั้ง, หิ้วของหนัก เช่นไปตลาดได้ไกล 100 เมตร เดินไกลอย่างน้อย 400 เมตร, ออกนอกบ้านโดยขับรถเอง/ขึ้นรถโดยสารสาธารณะ, การติดต่อสื่อสารกับเพื่อนบ้าน หรือการใช้โทรศัพท์) จำนวน 1, 2 และ 3 กิจกรรมป็นต้นไป โดยไม่รวมกรณีที่ตอบว่ากิจรรมนั้นไม่เคยทำ

ผลการสำรวจ

กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

การมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่าร้อยละ 0.6-2.3 ของผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานแต่ละกิจกรรมด้วยตนเอง ได้แก่ เดินไปมาภายในบ้าน (ชายและหญิงร้อยละ 1.7 และ 2.3 ตามลำดับ) การเข้าห้องน้ำ (ชาย และหญิง ร้อยละ 1.7 และ 1.9 ตามลำดับ)สำหรับการกลั้นปัสสาวะ หรือกลั้นอุจจาระ พบว่าไม่สามารถกลั้นได้ร้อยละ 11.9 และ 9.6 ตามลำดับ (รูปที่ 7.4.1)

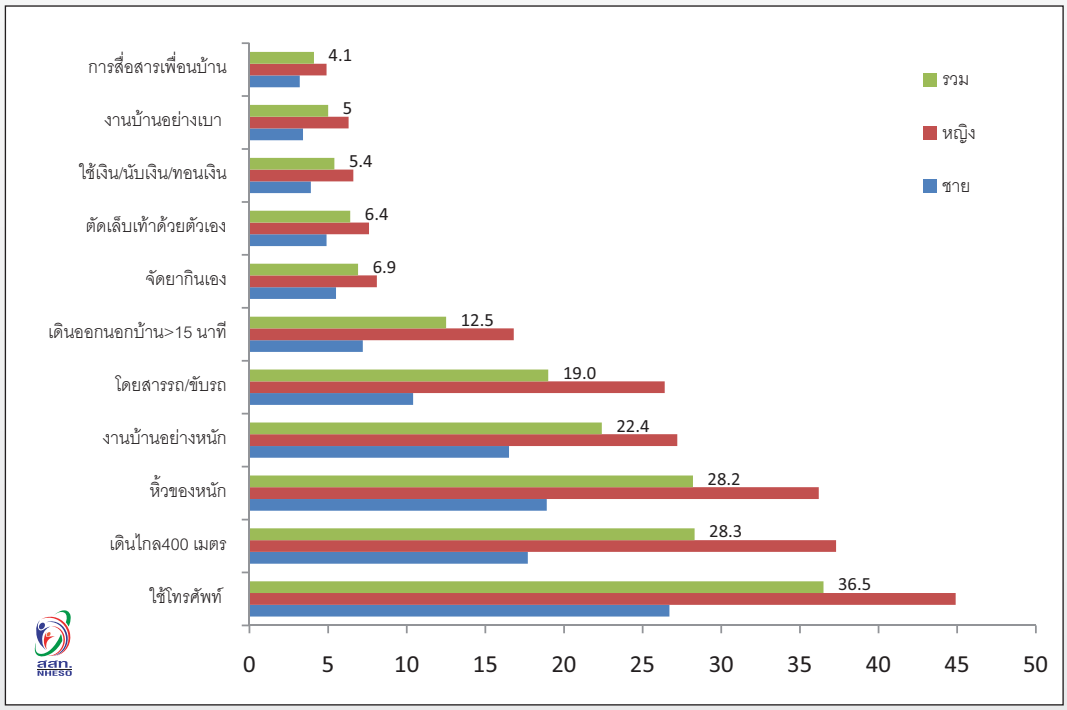
รูปที่ 7.4.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐาน (ADL)



กิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวกับการทำงาน เดินทาง ใช้เครื่องมือ หรือ สื่อสาร(IADL)

กิจกรรม IADL ที่มีข้อจำกัดมากที่สุดคือ การใช้โทรศัพท์ โทรด้วยตนเอง (ร้อยละ 36.5) รองลงมาคือการเดินไกล การหิ้วของหนัก การทำงานบ้านหนัก (เช่น ถูบ้าน ตักน้ำยกของ) การขับรถหรือโดยสารรถประจำทาง กิจกรรมอื่นที่มีข้อจำกัดได้แก่ การจัดยากินเอง การตัดเล็บเท้าด้วยตนเอง การใช้เงิน นับเงิน และทอนเงิน และการทำงานบ้านอย่างเบา โดยในแต่ละกิจกรรมผู้สูงอายุหญิงมีข้อจำกัดในการทำมากกว่าผู้สูงอายุชาย (รูปที่ 7.4.2)

รูปที่ 7.4.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม IADL*



**หมายเหตุ กิจกรรมที่ผู้ตอบว่า "ไม่เคยทำ" ไม่รวมอยู่ในการวิเคราะห์*

การมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) ตั้งแต่ 1 ถึง 3+กิจกรรม

เมื่อพิจารณาการมีข้อจำกัดในทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) 6 กิจกรรม และการกลั้นปัสสาวะหรือกลั้นอุจจาระรวม 8 กิจกรรม พบว่าร้อยละ 7.3 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมใดๆ 1 กิจกรรม, ร้อยละ 7.6, มีข้อจำกัด 2 กิจกรรม และร้อยละ 1.4 มีข้อจำกัด 3 กิจกรรมขึ้นไป

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานเพิ่มขึ้นตามอายุ ตัวอย่างเช่น ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานอย่างน้อย 1 กิจกรรมในกลุ่มอายุ 60-69, 70-79, และ 80 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 6.8, 7.1 และ 10.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 7.4.2)

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีร้อยละของผู้ที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตฯเล็กน้อย และเมื่อพิจารณาตามภาค พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในภาคใต้และภาคเหนือมี ร้อยละของผู้ที่มีข้อจำกัดสูงกว่าภาคอื่นเล็กน้อย (ตารางที่ 7.4.2)

ตารางที่ 7.4.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)*ด้วยตนเอง

	ชาย				หญิง				รวม			
	จำนวน	1	2	3+	จำนวน	1	2	3+	จำนวน	1	2	3+
อายุ												
60-69	2,494	5.8	4.8	0.7	2,557	7.6	6.3	0.6	5,051	6.8	5.7	0.6
70-79	1,564	4.8	7.7	1.7	1,651	9	11.2	1.2	3,215	7.1	9.6	1.4
80+	441	7	9.8	4.2	492	12.8	11.8	6.8	933	10.4	11	5.7
เขตปกครอง												
ในเขต	2,378	6.1	4.9	1.2	2,569	7.4	6.7	1.3	4,947	6.8	5.9	1.3
นอกเขต	2,121	5.3	7.0	1.5	2,131	9.2	9.6	1.5	4,252	7.5	8.4	1.5
ภาค												
เหนือ	1,043	3.7	6.6	0.9	1,061	7.1	8.8	1.6	2,104	5.6	7.8	1.3
กลาง	1,050	3.9	3.4	0.5	1,082	7.2	5.4	1	2,132	5.8	4.6	0.8
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,041	6.4	7.8	1.9	1,050	11.3	10.7	1.3	2,091	9.1	9.4	1.5
ใต้	1,013	7.8	8.9	2.6	1,036	10.1	12.6	3	2,049	9.1	10.9	2.8
กรุงเทพฯ	352	7.4	5.0	1.4	471	5.1	4.9	0.9	823	6.2	5	1.1
รวม	4,499	5.6	6.3	1.4	4,700	8.6	8.6	1.5	9,199	7.3	7.6	1.4

**กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) หมายถึง อาบน้ำ, แต่งตัว, กินอาหาร, เข้าห้องน้ำ, การลุกจากที่นอน หรือการเดินไปมาในบ้าน และไม่สามารถกลั้นปัสสาวะหรือไม่สามารถกั้นอุจจาระได้*

การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม IADL 1, 2 และ 3+กิจกรรม

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม IADL 1 กิจกรรม (ร้อยละ 21.2), 2 กิจกรรม (ร้อยละ 11.2) และ 3 กิจกรรมขึ้นไป (ร้อยละ 23.1) และสัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

พิจาณาตามเขตปกครอง พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจรรม IADL นอกเขตเทศบาลมีมากกว่าในเขตฯ เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่า สัดส่วนในเขต กรุงเทพฯ และภาคกลางมีน้อยกว่าอีก 3 ภาค (รูปที่ 7.4.3)

ตารางที่ 7.4.3 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม IADL* ด้วยตนเอง จำแนกตามจำนวนกิจกรรม เพศ อายุ เขตปกครองและภาค

	ชาย				หญิง				รวม			
	จำนวน	1	2	3+	จำนวน	1	2	3+	จำนวน	1	2	3+
อายุ												
60-69	2,489	19.9	6.4	6.5	2,558	23.0	12.8	19.5	5,047	21.6	9.9	13.7
70-79	1,560	21.6	9.3	19.1	1,650	22.3	14.5	39.0	3,210	22.0	12.2	30.0
80+	441	18.5	15.8	38.3	492	14.1	14.3	59.6	933.0	16.0	14.9	50.7
เขตปกครอง												
ในเขต	2,372	14.6	5.9	12.3	2,569	20.7	11.9	21.7	4,941	18.0	9.2	17.5
นอกเขต	2,118	23.3	9.6	14.8	2,131	22.3	14.3	34.9	4,249	22.7	12.2	26
ภาค												
เหนือ	1,043	26.5	11.0	14.6	1,061	25.1	14.7	34.1	2,104	25.7	13.0	25.3
กลาง	1,041	15.7	6.7	7.7	1,081	19.5	11.7	22.5	2,122	17.9	9.6	16.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,041	24.2	8.0	18.3	1,051	20.7	15.1	40.2	2,092	22.3	12.0	30.6
ใต้	1,013	21.4	13.5	14.2	1,036	25.9	13.8	28.7	2,049	23.9	13.6	22.3
กรุงเทพฯ	352	9.0	2.8	13.8	471	19.4	10.8	16.5	823.0	14.3	6.8	15.2
รวม	4,490	20.4	8.3	14.0	4,700	21.8	13.5	30.5	9,190	21.2	11.2	23.1

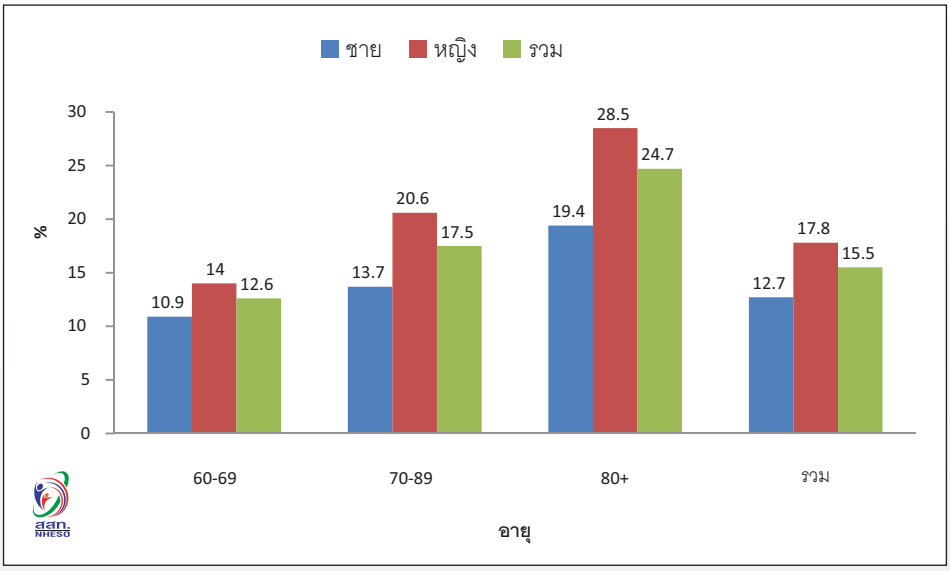
** ความหมาย IADL โปรดดูตาราง 7.4.1*

ภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐาน

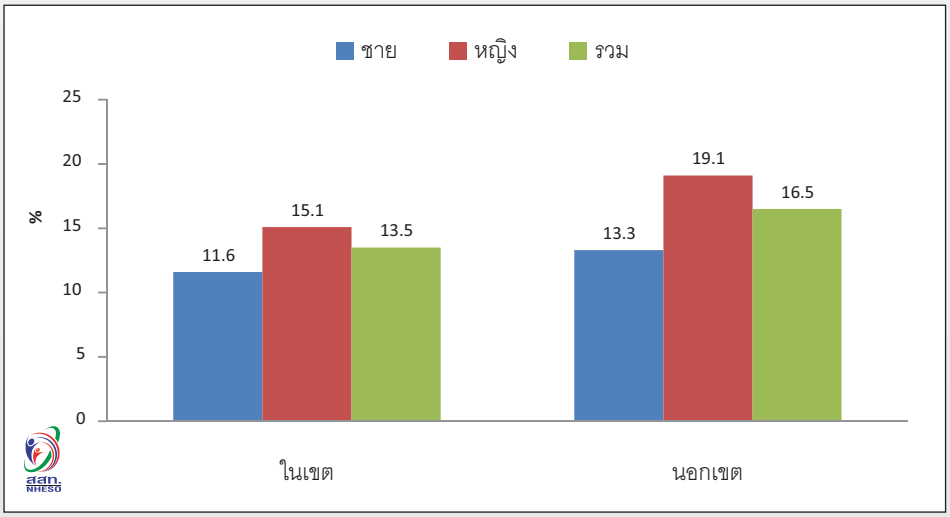
เมื่อพิจารณาภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐาน ซึ่งหมายถึงการไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานด้วนตนเองได้ตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไปหรือไม่สามารถกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระอย่างหนึ่งอย่างใดได้

พบความชุกของภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) ในผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 15.5 โดยในผู้สูงอายุชายร้อยละ 12.7 และผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 17.8 ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 12.6 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เพิ่มเป็นร้อยละ 17.5 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และเป็นร้อยละ 24.7 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุหญิงมีความชุกสูงกว่าผู้ชายทุกกลุ่มอายุ ความชุกของภาวะพึ่งพิงของนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตฯ การกระจายตามภาคพบว่าภาคใต้มีความชุกสูงสุด คือร้อยละ 22.4 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ กรุงเทพฯ และกลาง ตามลำดับ (รูปที่ 7.4.3-7.4.5)

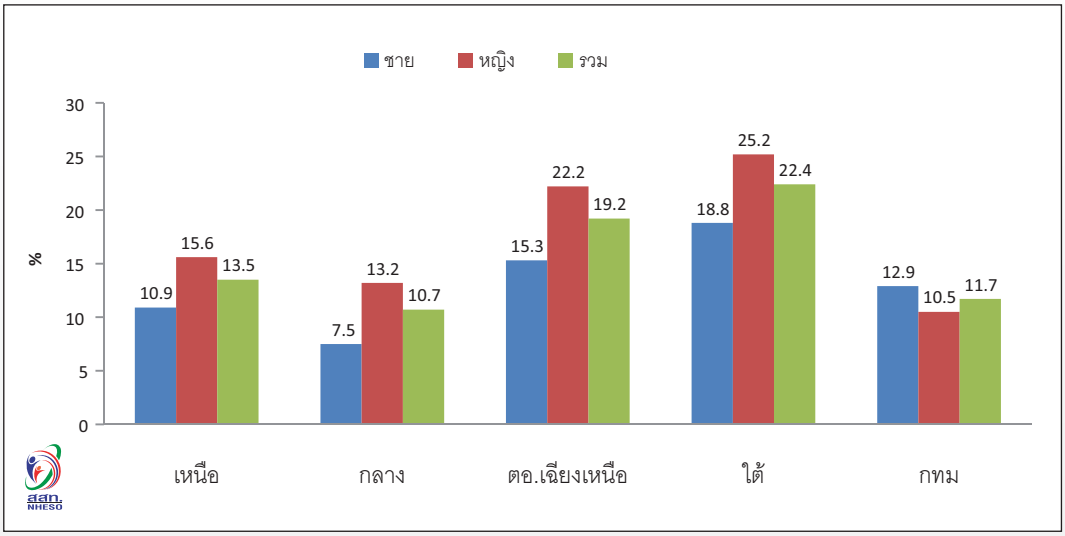
รูปที่ 7.4.3 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐาน จำแนกตาม เพศและอายุ



รูปที่ 7.4.4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐาน จำแนกตาม เพศและเขตปกครอง



รูปที่ 7.4.5 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐาน จำแนกตาม เพศ และภาค



การเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะพึ่งพิงของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 (โดยใช้ความหมายเดียวกันคือการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานไม่ได้ 2 กิจกรรม หรือกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้) พบว่าความชุกของภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐาน (ADL) ในการสำรวจครั้งที่ 3 มีร้อยละ 12.8 (ชายร้อยละ 9.6 และหญิงร้อยละ 15.4) ซึ่งสัดส่วนนี้ต่ำกว่าของการสำรวจครั้งที่ 4 ที่พบความชุกร้อยละ 15.5 (ชายร้อยละ 12.7 และหญิงร้อยละ 17.8)

7.5 การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Mini Mental State Examination)

สรุป

จากการทดสอบสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ โดยแบบทดสอบที่เรียกว่า Mini-Mental State Examination โดยการสัมภาษณ์ความสามารถทางสมองในเรื่อง การรู้เรื่องเวลา, สถานที่, ความจำ การนึกคิด ความจำระยะสั้น การเรียกชื่อ การพูดตาม การทำตามคำบอก และการเขียน โดยการคิดเป็นคะแนนเต็ม 23 สำหรับคนที่อ่านเขียนไม่ได้ และเต็ม 30 สำหรับคนที่อ่านเขียนได้

- ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีร้อยละ 12.4 (ความชุกในหญิง ร้อยละ 15.1 และในชายร้อยละ 9.8)
- ความชุกภาวะสมองเสื่อมเพิ่มตามอายุ ความชุกน้อยที่สุดในกลุ่ม 60-69 ปี มีร้อยละ 7.1 (ชาย 5.6 หญิง 8.3) ในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป หนึ่งในสามของผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม คือหญิงร้อยละ 40 และชายร้อยละ 22
- นอกเขตเทศบาลมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าในเขตฯ (ร้อยละ 13.6 และ 9.7)
- ภาวะสมองเสื่อมกับระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง

การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ใช้ "แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย" หรือ Mini-Mental State Examination (MMSE Thai version-2002)[10] ซึ่งจัดทำโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2545 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) นี้ทดสอบสมรรถภาพสมองเกี่ยวกับการควบคุมการรับรู้ ความคิด ความจำ สมาธิ สติปัญญา เชาวน์ การคำนวณ การพูด การเขียนและการอ่าน ซึ่งเป็นหน้าที่หลักและสำคัญของสมองส่วนใหญ่ของมนุษย์ มีวัตถุประสงค์ที่จะนำไปใช้เพื่อคัดกรองภาวะบกพร่องของสมองใช้ในการศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยาโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนการทดสอบ ผู้สัมภาษณ์กล่าวนำกับผู้สูงอายุก่อนว่า "คำถามที่จะถามต่อไปนี้ถึงแม้ว่าจะรู้สึกว่าเป็นคำถามธรรมดาสามัญและง่ายเกินไป แต่ขอให้กรุณาตอบด้วยเพราะเป็นการทดสอบทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้สูงอายุทั่วไป" คำถามทั้งหมดมี 11 ประเด็น กรณีที่ผู้ให้สัมภาษณ์อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และข้อ 10

[10] แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. สถาบันเวชศาสตร์ผู้อายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ISBN 94-9593-33-2

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น มีทั้งหมด 11 ข้อ คือ

	ประเด็นข้อถาม	คะแนน
1	การรับรู้เรื่องเวลา (Orientation in time)	5
2	การรับรู้เรื่องสถานที่ (Orientation in place)	5
3	การจดจำ (Registration) ให้ผู้ประเมินบอกชื่อของ 3 อย่าง แล้วให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบ และขอให้จำไว้ "ต้นไม้ ทะเล รถยนต์"	3
4	ทดสอบสมาธิและการคำนวณ (Attention or Calculation) เป็นการคิดเลขในใจ เพื่อทดสอบสมาธิและการคำนวณ ทดสอบลบเลข 100 ลบ 7 ให้ลบ 5 ครั้ง หรือให้สะกดคำ "มะนาว" จากพยัญชนะหลังไปหน้า	5
5	รำลึกได้ (Recall) ทดสอบความจำระยะสั้น โดยบอกชื่อของ 3 สิ่ง ที่ให้จดจำแต่แรก	3
6	บอกชื่อสิ่งของที่เห็น (Naming) เป็นการประเมินความสามารถในการบอกชื่อสิ่งที่เห็น 2 อย่าง โดยผู้ทดสอบชี้ที่สิ่งของ เช่น นาฬิกา ดินสอ แล้วให้ผู้ถูกทดสอบบอกชื่อ	2
7	พูดตามได้ (Repetition) ทดสอบสามารถพูดซ้ำคำที่ได้ยินอย่างถูกต้อง "ใครใคร่ขายไข่ไก่"	1
8	ทำตามคำสั่ง (Verbal command) ทดสอบความเข้าใจความหมาย และทำตามที่บอกได้	3
9	ทำตามที่เขียนสั่ง (Written command) ทดสอบการอ่านเข้าใจความหมาย และสามารถทำตามได้	1
10	การเขียนข้อความที่ประเมินการคิดแบบนามธรรม (Writing) ทดสอบการเขียนภาษาได้อย่างมีความหมาย	1
11	วาดรูปโครงสร้าง (Visuoconstruction)ทดสอบการวาดภาพทรงเรขาคณิต	1

เกณฑ์อ้างอิง คะแนนรวมเท่ากับ 30 คะแนน เกณฑ์กำหนดตามระดับการศึกษาของผู้ถูกทดสอบ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (1)อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ (2)จบระดับประถมศึกษา และ(3)เรียนสูงกว่าประถมศึกษา

จุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ	จุดตัด	คะแนนเต็ม
อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้	< =14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10)
จบประถมศึกษา	< =17	30
จบสูงกว่าประถมศึกษา	<= 22	30

ถ้าได้คะแนนต่ำกว่า จุดตัด แสดงว่าอาจมีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง หรือสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ผลการสำรวจ

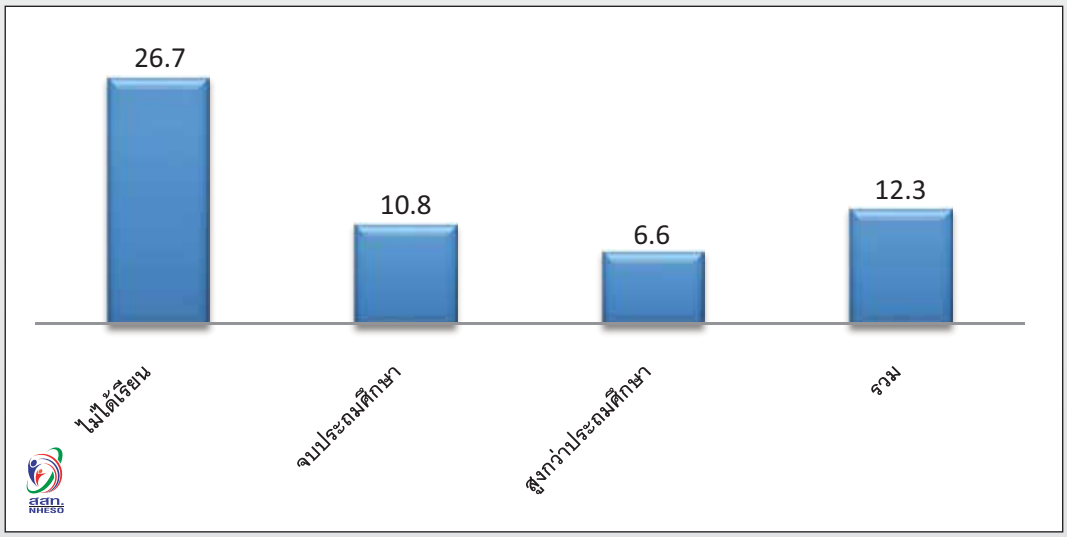
ผลการทดสอบคัดกรองผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 9,210 ราย พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.3 พบในผู้ชาย ร้อยละ 8.9 และผู้หญิงร้อยละ 15.0 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุและเพศจะเห็นได้ว่าความชุกของความผิดปกตินี้ในผู้สูงอายุหญิงสูงกว่า ในผู้สูงอายุชาย ของทุกกลุ่มอายุ โดยความชุกต่ำที่สุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จนอยู่ในระดับสูงสุดในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป โดยพบถึงร้อยละ 22.1 ในเพศชาย และร้อยละ 40.0 ในเพศหญิง (ตารางที่ 7.5.1)

ตารางที่ 7.5.1 ความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำแนกเพศและอายุ

อายุ	จำนวนตัวอย่าง	ชาย(%)	จำนวนตัวอย่าง	หญิง(%)	จำนวนตัวอย่าง	รวม(%)
60-69	2498	5.6	2559	8.3	5057	7.1
70-79	1566	10.6	1652	18.1	3218	14.7
80+	442	22.1	493	40.0	935	32.5
รวมอายุ	4506	8.9	4704	15.0	9210	12.3

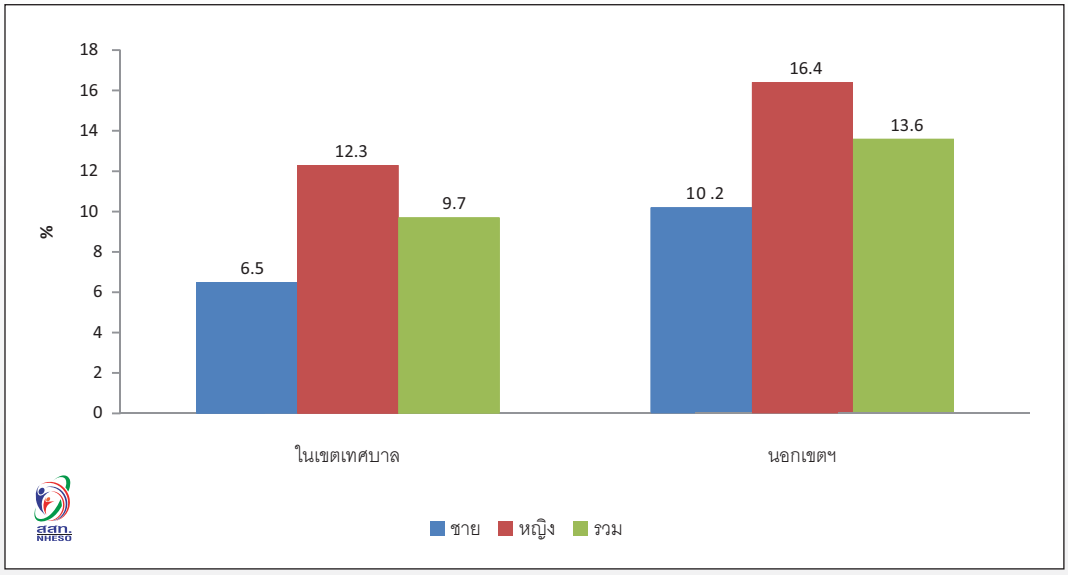
ความชุกของผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุด ถึงร้อยละ 26.7 รองลงมาคือกลุ่มที่จบประถมศึกษาคือร้อยละ 10.8 และต่ำสุดในกลุ่มที่จบสูงกว่าประถมศึกษา (รูปที่ 7.5.1)

รูปที่ 7.5.1 ร้อยละของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา

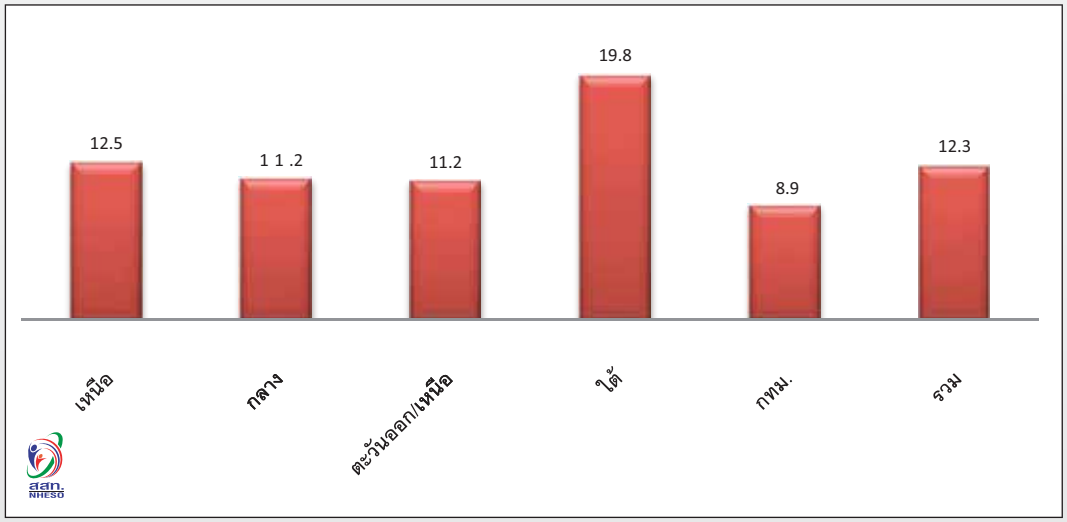


ความชุกตามเขตปกครอง พบว่านอกเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 13.6 และ 9.7 ตามลำดับ) พิจารณาความชุกตามรายภาค จะเห็นได้ชัดเจนว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกใกล้เคียงกับความชุกในประชากรรวม ภาคใต้มีความชุกสูงสุด (ร้อยละ 19.8) และต่ำสุดในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 8.9) รูปที่ 7.5.2-7.5.3

รูปที่ 7.5.2 ร้อยละของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตปกครอง



รูปที่ 7.5.3 ร้อยละของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จำแนกตามภาค



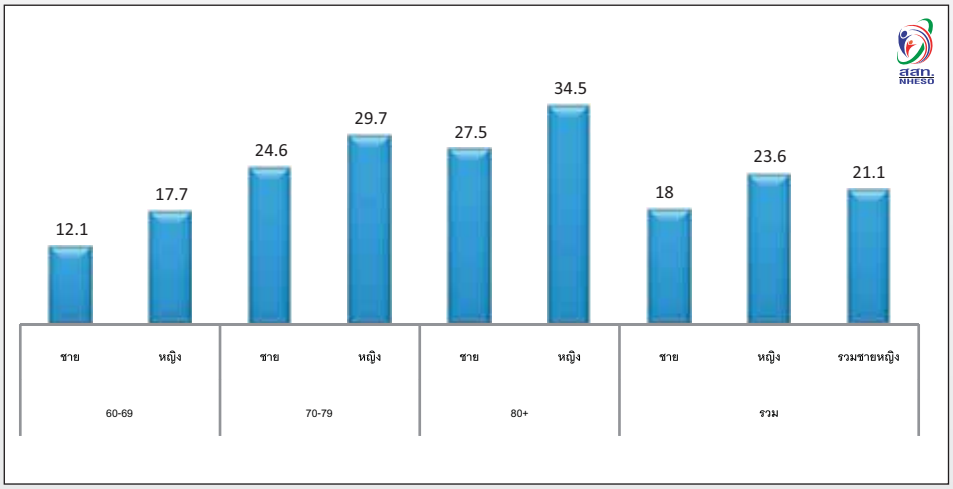
7.6 ความเสื่อมถอยของอวัยวะ

ส่วนนี้กล่าวถึงความชุกของโรคต้อกระจก ระบบบดเคี้ยว การได้ยิน และสายตา รวมถึงสัดส่วนที่ได้รับการรักษา หรือบริการทดแทน

1) ต้อกระจก

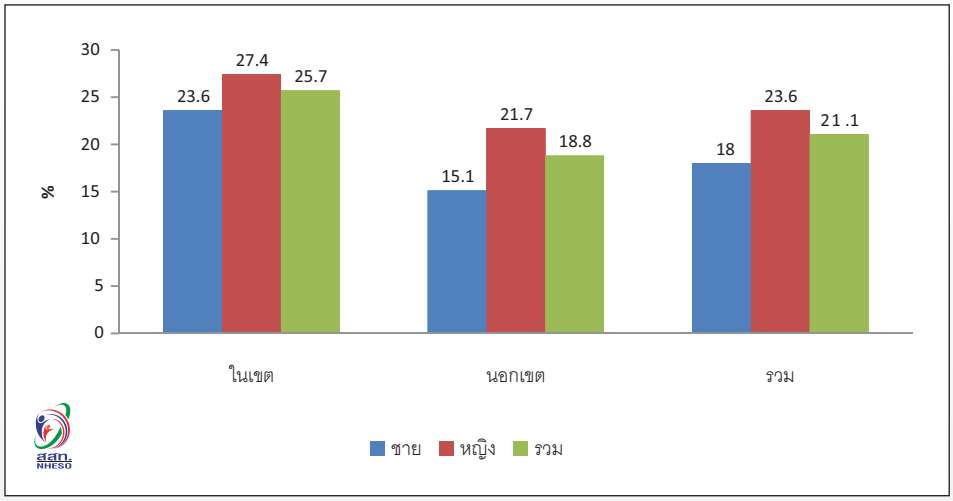
ความชุกของต้อกระจกในผู้สูงอายุที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยรวมคือ ร้อยละ 21.1 จำแนกตามเพศความชุกในผู้ชายและผู้หญิงเป็น ร้อยละ 18 และ 23.6 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พบว่าความชุกในผู้ชายต่ำกว่าผู้หญิงในทุกกลุ่มอายุ ต่ำสุดในกลุ่ม 60-69 ปี แล้วเพิ่มขึ้นตามอายุ สูงสุดเมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 27.5 และ 34.5 ในผู้ชายและผู้หญิง (รูปที่ 7.6.1)

รูปที่ 7.6.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกจำแนกตามอายุและเพศ

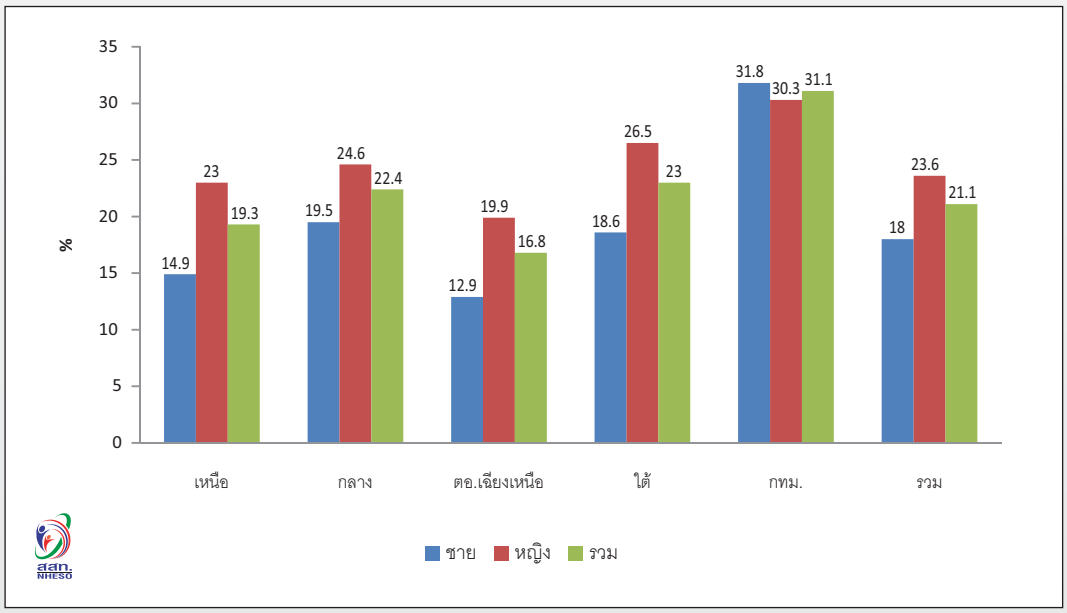


เมื่อพิจารณาตามรายเขตปกครองและภาค (รูปที่ 7.6.2-7.6.3) พบความชุกของต้อกระจกของผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล สูงกว่านอกเขต (ร้อยละ 25.7 กับร้อยละ 18.8) นอกจากนี้ยังพบว่าในระดับภาค ความชุกสูงสุดเป็นผู้ที่อยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 31.1 รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ (ร้อยละ 23.0) ภาคกลาง (ร้อยละ 22.4) ภาคเหนือ (ร้อยละ 19.3) และต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 16.8)

รูปที่ 7.6.2 ความชุกของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก จำแนกตามเพศและเขตปกครอง

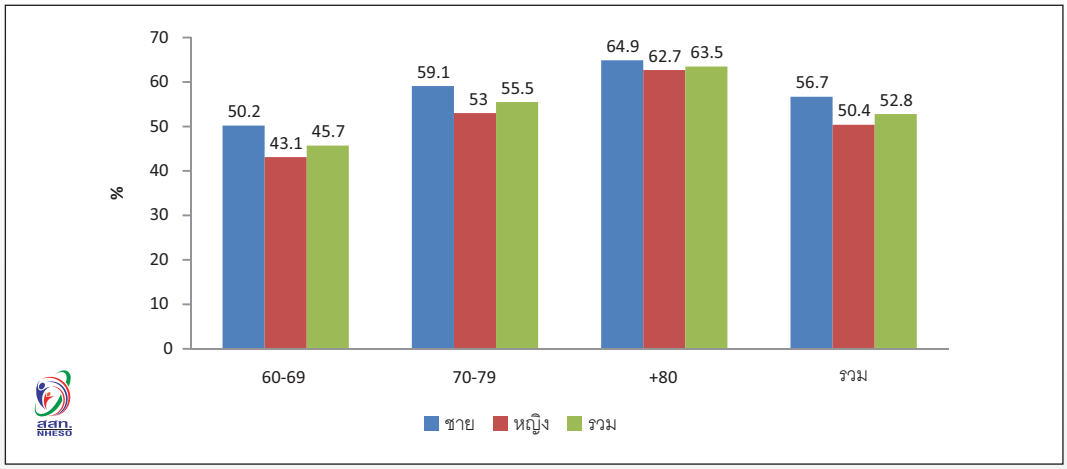


รูปที่ 7.6.3 ความชุกของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก จำแนกตามเพศและภาค

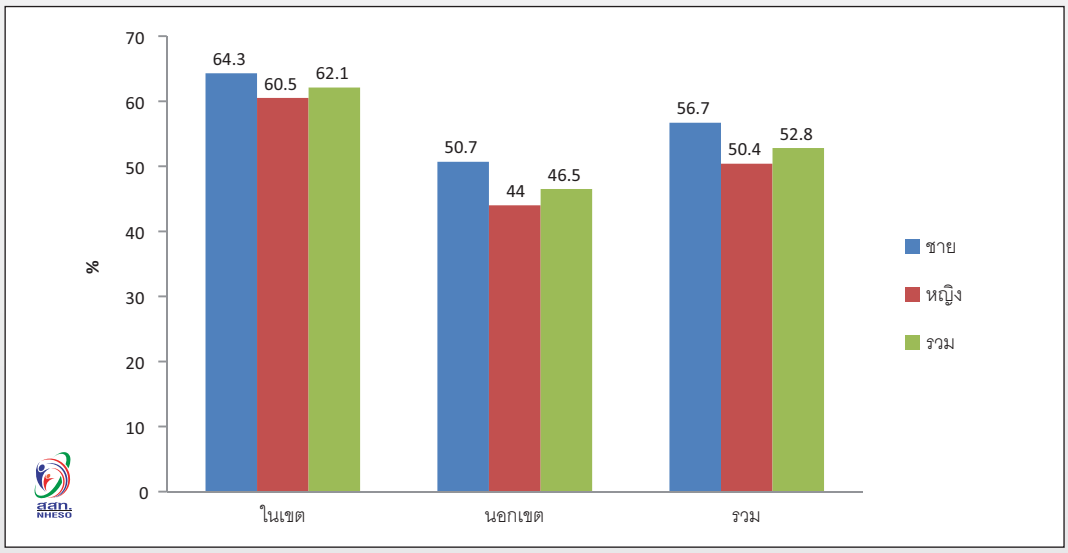


การรักษา ผู้ที่เป็นต้อกระจกแล้วได้รับการรักษานั้น คิดเป็นร้อยละ 52.8 โดยรวม ผู้ชายมีสัดส่วนสูงกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 56.7 และ 50.4 ตามลำดับ) สำหรับเขตปกครองและภาค ร้อยละที่ได้รับการรักษาระหว่างหญิงกับชายในแต่ละภาคไม่แตกต่างกันมากนัก เมื่อพิจารณารวมทั้งสองเพศจะเห็นถึงความแตกต่างระหว่างเขตปกครองและภาค กล่าวคือ ร้อยละของผู้ได้รับการรักษาต้อกระจกในเขตเมืองสูงกว่านอกเขต (ร้อยละ 62.1 และร้อยละ 46.5) ในระหว่างภาคนั้น กรุงเทพฯ อยู่ในอันดับสูงสุดถึงร้อยละ 64.8 อันดับต่อมาได้แก่ ภาคกลาง (ร้อยละ 57.4) ภาคใต้ (ร้อยละ 52.6) ภาคเหนือ (ร้อยละ 48) และตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 41) (รูปที่ 7.6.4 - 7.6.6)

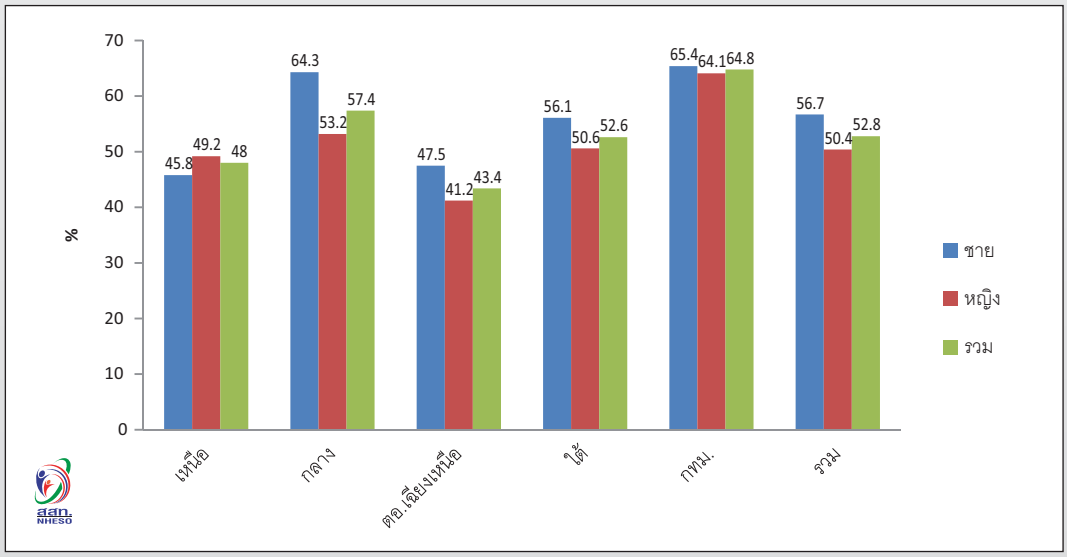
รูปที่ 7.6.4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกและได้รับการรักษา จำแนกตามเพศ และอายุ



รูปที่ 7.6.5 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกและได้รับการรักษา จำแนกตามเพศ และเขตปกครอง



รูปที่ 7.6.6 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกและได้รับการรักษาจำแนกตามเพศ และภาค



2) ระบบการบดเคี้ยว

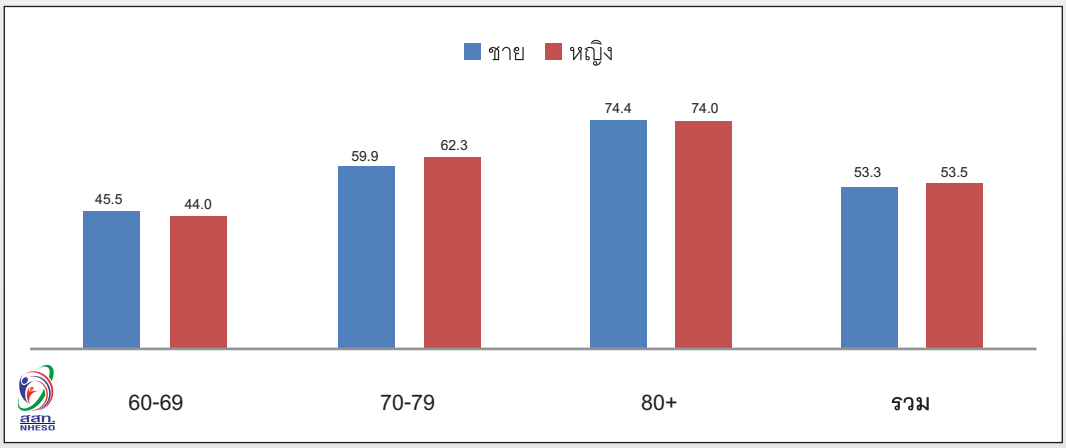
ฟันเป็นส่วนของอวัยวะที่สำคัญต่อความอยู่ดีมีสุข แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุควรมีฟันสำหรับการบดเคี้ยวได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการรักษาฟันให้อยู่ในสภาพดี และหากมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ ควรได้รับบริการทดแทน เพื่อคงสภาพการทำหน้าที่ได้

จากการสำรวจโดยรวมพบว่าความชุกของผู้สูงอายุไทยที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่มีร้อยละ 54 เท่ากันทั้งชายและหญิง เมื่อพิจารณาตามอายุ ผู้สูงอายุที่มีฟันไม่ถึงเกณฑ์ ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และสูงสุดในผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 74 เท่ากัน ทั้งชายและหญิง (รูปที่ 7.6.7)

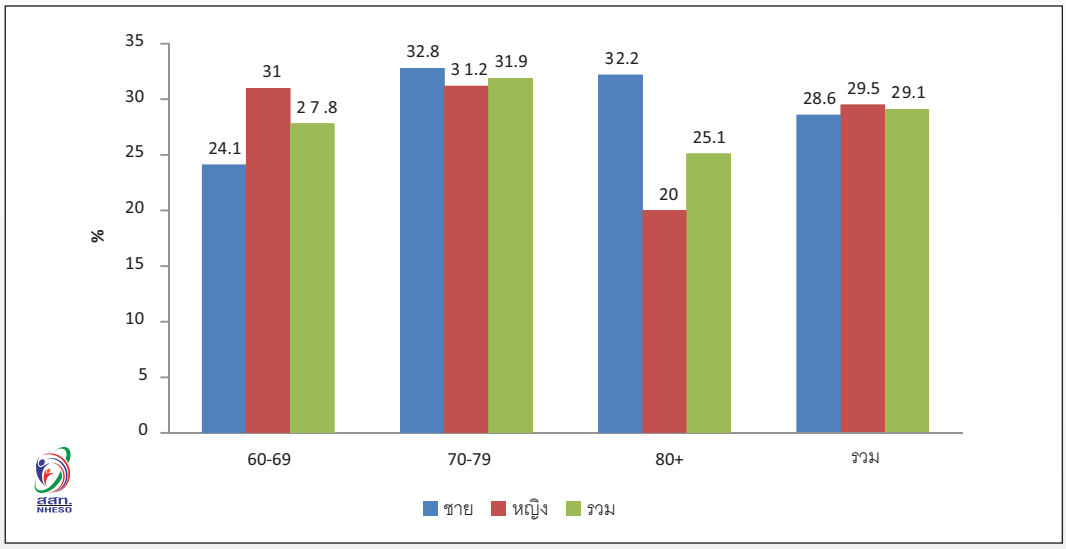
การได้รับบริการของผู้สูงอายุที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่นั้น โดยเฉลี่ยพบว่ามีผู้ได้รับบริการใส่ฟันทดแทนร้อยละ 28.6-29.5 ในชายและหญิงตามลำดับ การได้รับบริการตามกลุ่มอายุและเพศค่อนข้างจะใกล้เคียงกันคือประมาณร้อยละ 25-30 ของผู้สูงอายุที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ (รูปที่ 7.6.8)

เมื่อพิจารณาตามรายภาค พบว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ ได้รับการใส่ฟันทดแทนในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 46.1-49.9 ในผู้หญิงและผู้ชายตามลำดับ รองลงมาได้แก่ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และต่ำที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ผู้หญิงได้รับบริการต่ำกว่าผู้ชาย อยู่ในระดับร้อยละ 14.9 และ 22 ตามลำดับ (รูปที่ 7.6.9)

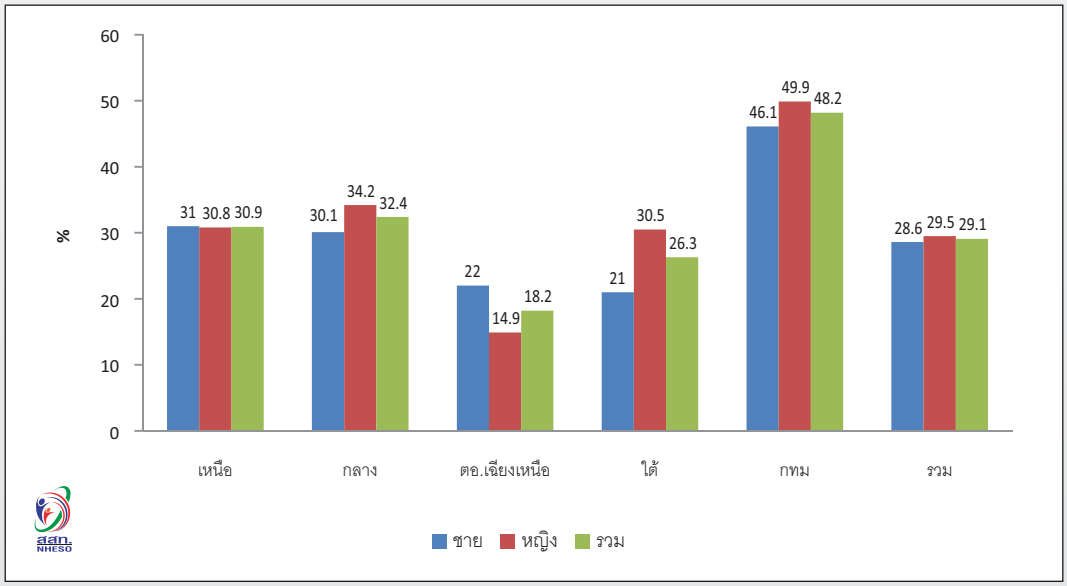
รูปที่ 7.6.7 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ จำแนกตามอายุ และเพศ



รูปที่ 7.6.8 ร้อยละของการได้รับบริการใส่ฟันทดแทน ในผู้สูงอายุที่มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ ตามอายุและเพศ



รูปที่ 7.6.9 ร้อยละของการได้รับบริการใส่ฟันทดแทน ในผู้สูงอายุที่มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ ตามเพศและภาค



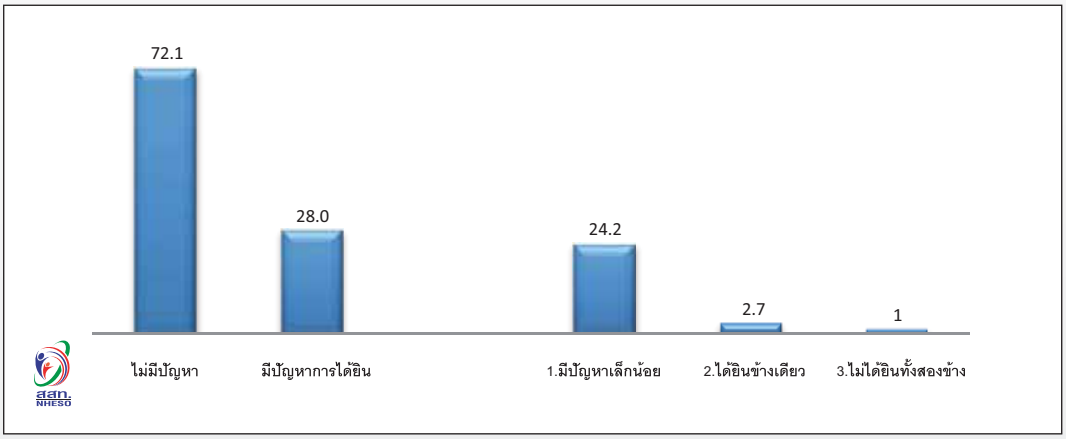
3) การได้ยิน

ร้อยละ 28.0 ของผู้สูงอายุตอบว่ามีปัญหาการได้ยิน จำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มมีปัญหาไม่ได้ยินเล็กน้อย ร้อยละ 24.2, 2) กลุ่มไม่ได้ยินข้างเดียว ร้อยละ 2.7 และ 3) กลุ่มไม่ได้ยินทั้งสองข้าง ร้อยละ 1.0 (รูปที่ 7.6.10)

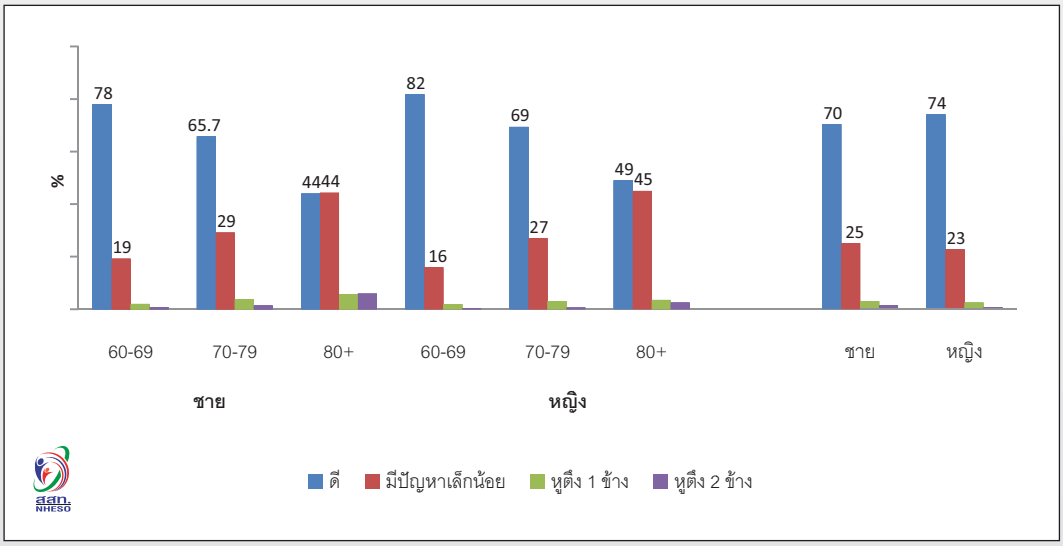
เมื่อจำแนกปัญหาตามอายุและเพศ พบว่า ผู้ชายมีสัดส่วนปัญหาของการได้ยินสูงกว่าผู้หญิงในทุกกลุ่มอายุ ปัญหาการได้ยินเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นเหมือนกันทั้งสองเพศ คือผู้สูงอายุวัย 80 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาการได้ยินสูงที่สุด ร้อยละ 44 และ 49 ในชายและหญิงตามลำดับ (รูปที่ 7.6.11)

ประเด็นการใช้เครื่องช่วยฟัง พบว่ามีการใช้ค่อนข้างน้อย กล่าวคือ จากผู้ที่มีปัญหาการได้ยินในตัวอย่างทั้งสิ้น 2542 รายโดยรวม มีการใช้เครื่องร้อยละ 2.3 (ชายและหญิงร้อยละ 3 และ 1.8 ตามลำดับ) กลุ่มที่มีปัญหาการได้ยินเล็กน้อย มีการใช้เครื่องช่วยฟัง เพียงร้อยละ 1.0 ในกลุ่มที่ 2 (ไม่ได้ยินข้างเดียว) และที่ 3 (ไม่ได้ยิน 2 ข้าง) ที่ปัญหารุนแรงขึ้นมีผู้ใช้เครื่องช่วยฟังร้อยละ 6.2 และร้อยละ 22.3 ตามลำดับ (รูปที่ 7.6.12-7.6.13)

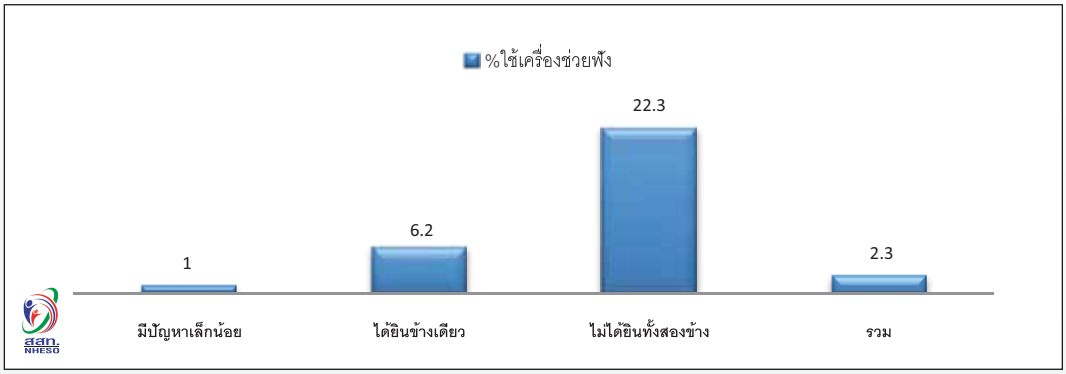
รูปที่ 7.6.10 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยินและความรุนแรงของปัญหาการได้ยิน



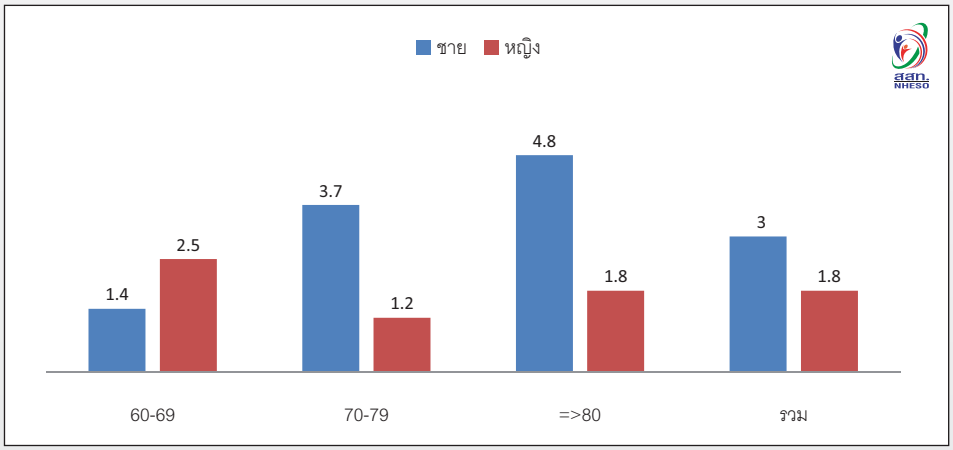
รูปที่ 7.6.11 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยินจำแนกตามเพศและอายุ



รูปที่ 7.6.12 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยฟัง ในผู้ที่มีปัญหาการได้ยิน จำแนกตามปัญหาการได้ยิน



รูปที่ 7.6.13 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยฟัง ในผู้ที่มีปัญหาการได้ยิน จำแนกตามเพศและอายุ

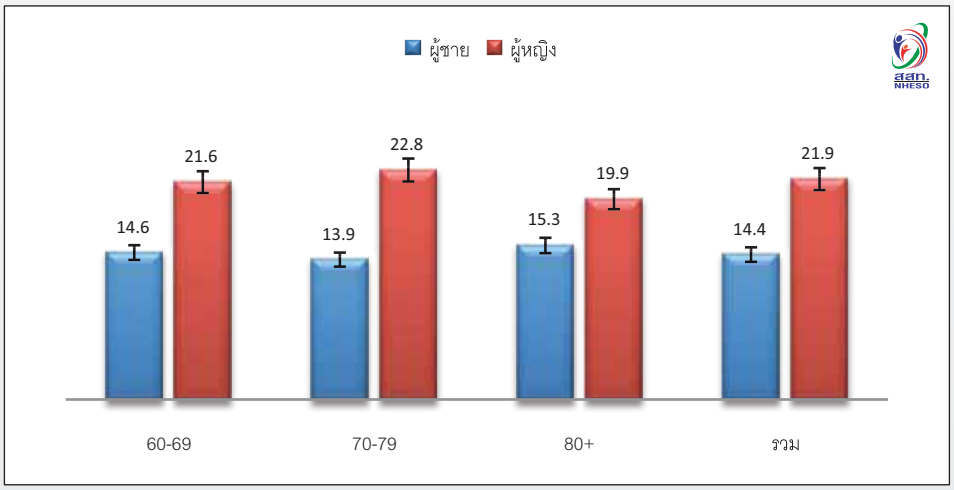


7.7 การหกล้ม

การหกล้มเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ การหกล้มอาจนำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรงหรือเสียชีวิตได้

ความชุกของการหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา การสำรวจครั้งนี้ได้ถามถึงอุบัติเหตุหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านพบมาความชุกของการหกล้มรวมร้อยละ 18.5 ผู้สูงอายุหญิงเคยหกล้มร้อยละ 21.9 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุชายประมาณเท่าครึ่ง (ร้อยละ 14.4) เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบความชุกของการหกล้มไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างสามกลุ่มอายุ นอกจากนี้พบผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตมีความชุกของการหกล้มสูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลเล็กน้อย และผู้สูงอายุในภาคกลางมีการหกล้มสูงกว่าภาคอื่นทั้งชายและหญิง (รูปที่ 7.7.1)

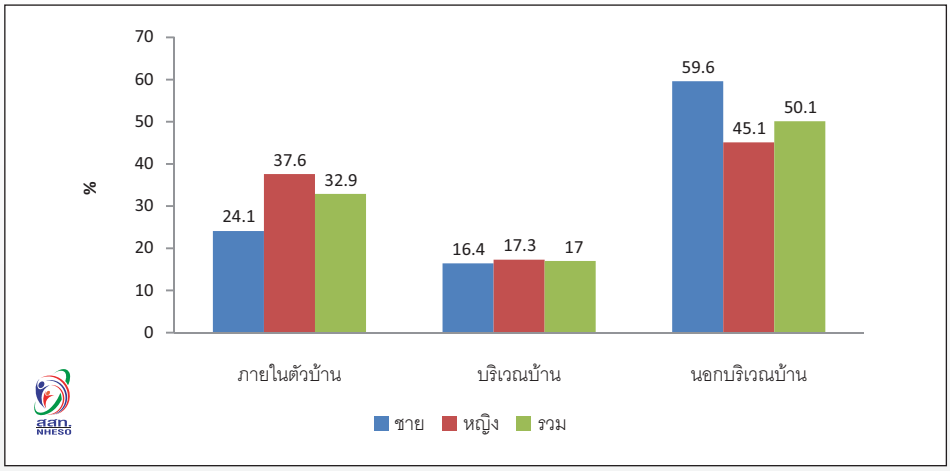
รูปที่ 7.7.1 ความชุกการหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุ ตามเพศและอายุ



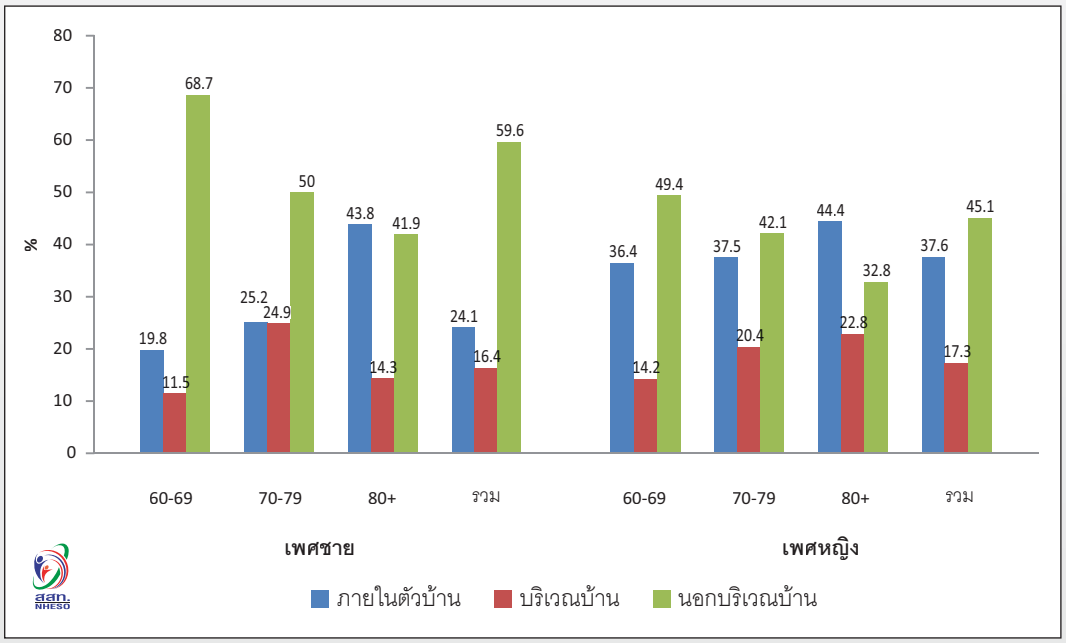
สถานที่หกล้ม

สถานที่หกล้ม ผู้สูงอายุชายร้อยละ 60 ล้มนอกบ้าน ส่วนผู้สูงอายุหญิงเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55) หกล้มในตัวบ้านและบริเวณในรั้วบ้าน โดยร้อยละ 24.1 ในผู้ชายและร้อยละ 37.6 ในผู้หญิง เป็นการล้มในตัวบ้าน สำหรับสถานที่ล้มนอกบ้านนั้น ส่วนใหญ่หกล้มในสถานที่ทำงาน เช่น ไร่ นา ฟาร์มเลี้ยงสัตว์บก สัตว์น้ำ และอื่นๆ อันดับที่สอง ประมาณร้อยละ 14 คือ หกล้มในระหว่างการเดินทางออกนอกบ้าน เริ่มตั้งแต่ระหว่างเดินบนถนนในซอยและถนนใหญ่ ข้ามสะพาน จักรยาน/มอเตอร์ไซค์ล้ม บนรถเมล์ เป็นต้น อันดับต่อไปได้แก่ สถานที่สาธารณะ (ร้อยละ 6.3) บริเวณวัด (ร้อยละ 5.9) ห้องน้ำนอกบ้าน (ร้อยละ 5.4) ในบริเวณบ้านคนอื่น (ร้อยละ 3.4) ในป่าและบนภูเขา (ร้อยละ 3.4) โรงพยาบาล (ร้อยละ 1.1) และ ตกจากที่สูง ได้แก่ หลังคาบ้าน ต้นไม้และสะพาน (ร้อยละ 0.9) แต่ไม่มีข้อมูลที่ระบุถึงการล้มในสนามกีฬา หรือการออกกำลังกาย (รูปที่ 7.7.2-7.7.4)

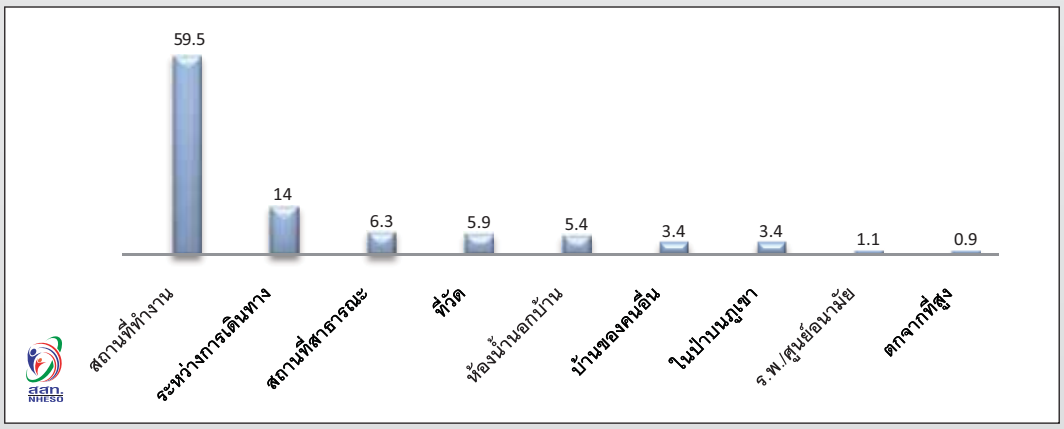
รูปที่ 7.7.2 สถานที่หกล้มของผู้สูงอายุ



รูปที่ 7.7.3 สถานที่หกล้มจำแนกตามอายุและเพศ

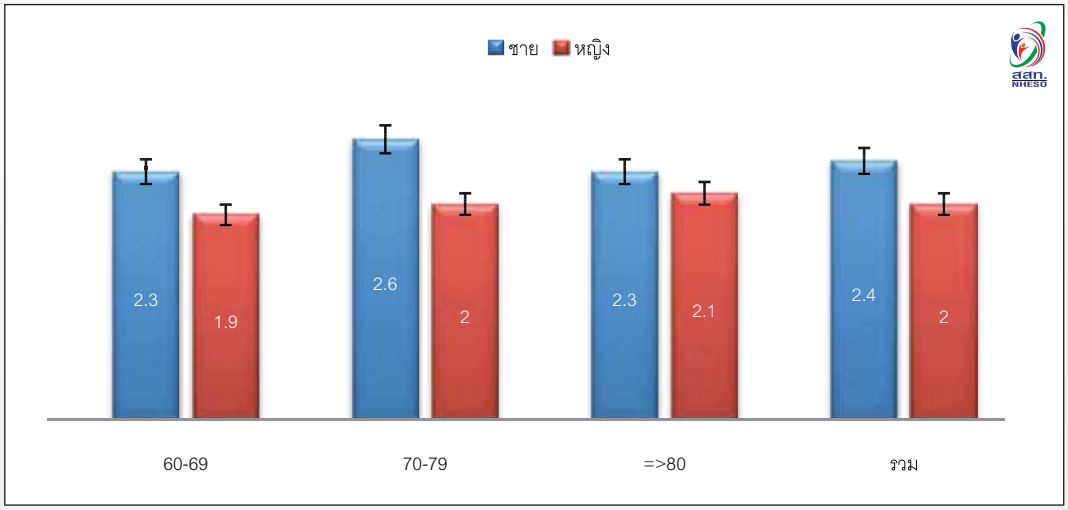


รูปที่ 7.7.4 สถานที่นอกบริเวณบ้านที่ผู้สูงอายุหกล้ม

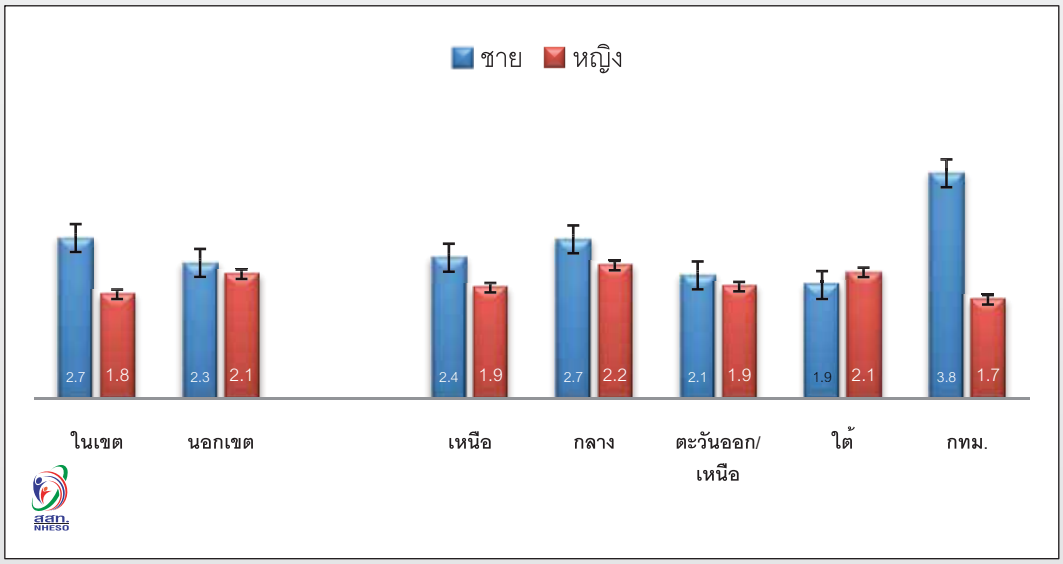


จำนวนครั้งที่หกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มตอบว่าโดยเฉลี่ยประมาณ 2 ครั้ง และได้พบว่าผู้ชายอายุ 70-79 ปี โดยเฉลี่ยหกล้ม 2.6 ครั้ง ซึ่งบ่อยกว่ากลุ่มอื่น โดยรวมผู้ชายหกล้ม 2.4 ครั้ง และผู้หญิง 2.0 ครั้ง (รูปที่ 7.7.5-7.7.6)

รูปที่ 7.7.5 ใน 6 เดือนที่ผ่านมาหกล้มกี่ครั้ง



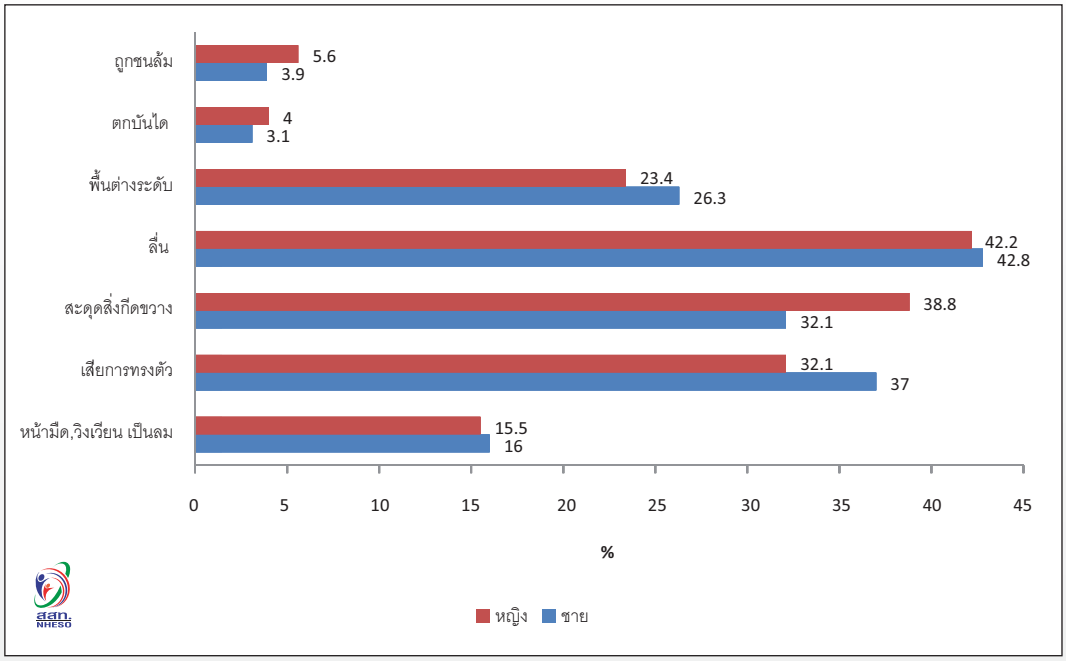
รูปที่ 7.7.6 จำนวนครั้งการหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมารายเขตปกครองและภาค



สาเหตุของการหกล้ม

จากการสำรวจพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มคือพื้นลื่น พบร้อยละ 42.2 และ 42.8 ในผู้สูงอายุหญิงและผู้ชาย ตามลำดับ รองลงมาคือ การสะดุดสิ่งกีดขวาง ซึ่งพบในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 38.8 และร้อยละ 32.1 ตามลำดับ) การเสียการทรงตัวในผู้หญิงน้อยกว่าผู้ชายคือ (ร้อยละ 32.1 และ 37.0 ตามลำดับ) สาเหตุจากพื้นต่างระดับ (ร้อยละ 23.4 และ 26.4 ตามลำดับ) สาเหตุจากหน้ามืดวิงเวียน (ร้อยละ 15.5 และร้อยละ 16 ตามลำดับ) สำหรับกลุ่มที่ตอบว่ามีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม อาทิเช่น ถูกกระแทก ตกบันได นั้นแต่ละสาเหตุต่ำกว่าร้อยละ 6 (รูปที่ 7.7.7)

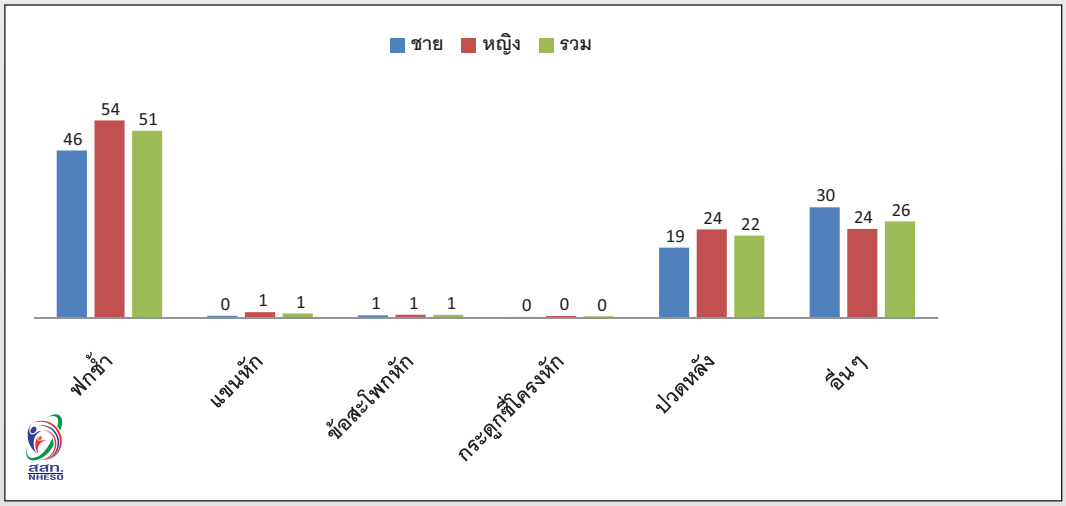
รูปที่ 7.7.7 สาเหตุที่หกล้มในผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)



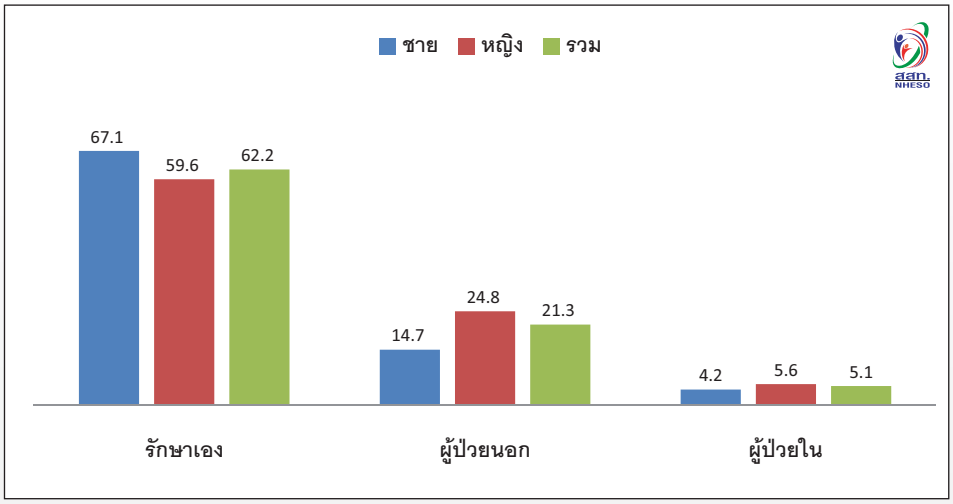
5) การบาดเจ็บจากหกล้มครั้งสุดท้าย และการรักษา

การฟกช้ำเป็นอาการที่พบประมาณครึ่งหนึ่งของการบาดเจ็บทั้งหมด รองลงมาได้แก่ ปวดหลัง ที่รุนแรงจนกระดูกหักมีร้อยละ 1-2 ซึ่งได้แก่ แขน และข้อสะโพกหัก สำหรับการรักษานั้น ร้อยละ 60 สามารถรักษาตัวเองได้ ส่วนที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยนอก พบร้อยละ 21 และที่เหลือร้อยละ 5.1 เป็นการบาดเจ็บรุนแรงที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล

รูปที่ 7.7.8 การบาดเจ็บจากการหกล้มครั้งสุดท้าย



รูปที่ 7.7.9 การรักษาการบาดเจ็บจากการหกล้มครั้งสุดท้าย



7.8 โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

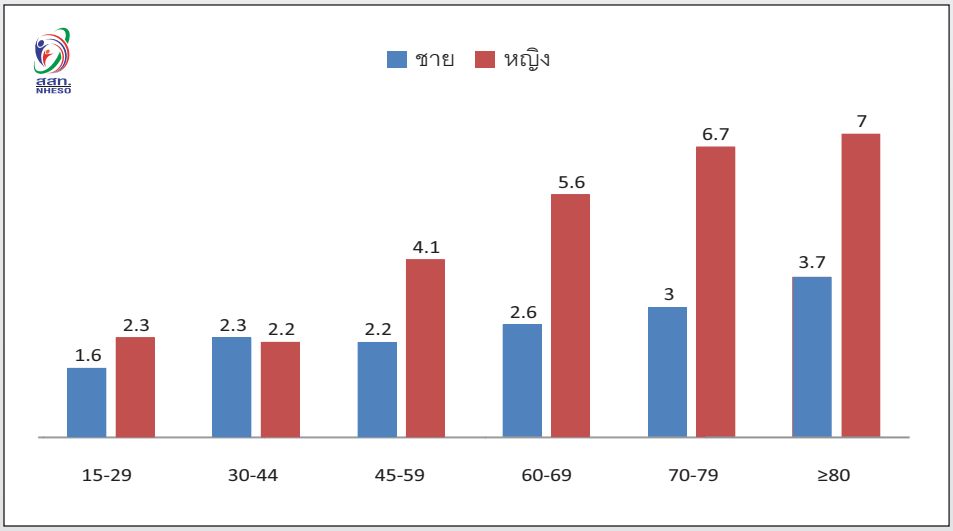
การสำรวจภาวะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นภาระโรคสำคัญในผู้สูงอายุ จำแนกเป็นโรคทางกายและทางจิต โรคทางกายได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เส้นเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์อัมพาต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งอวัยวะต่างๆ และโรคไตวายเรื้อรัง โรคเหล่านี้ส่วนใหญ่เริ่มเป็นปัญหาในวัยกลางคน แล้วต่อเนื่องจนถึงวัยสูงอายุ ซึ่งมักเป็นหลายโรคพร้อมๆกัน ทำให้มีปัญหาซับซ้อนในการรักษาและควบคุมภาวะแทรกซ้อนต่อการอยู่ดีเป็นปกติของผู้สูงอายุ สำหรับสุขภาพจิต ได้สำรวจภาวะซึมเศร้าซึ่งมีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุเช่นกัน

ภาวะซึมเศร้า

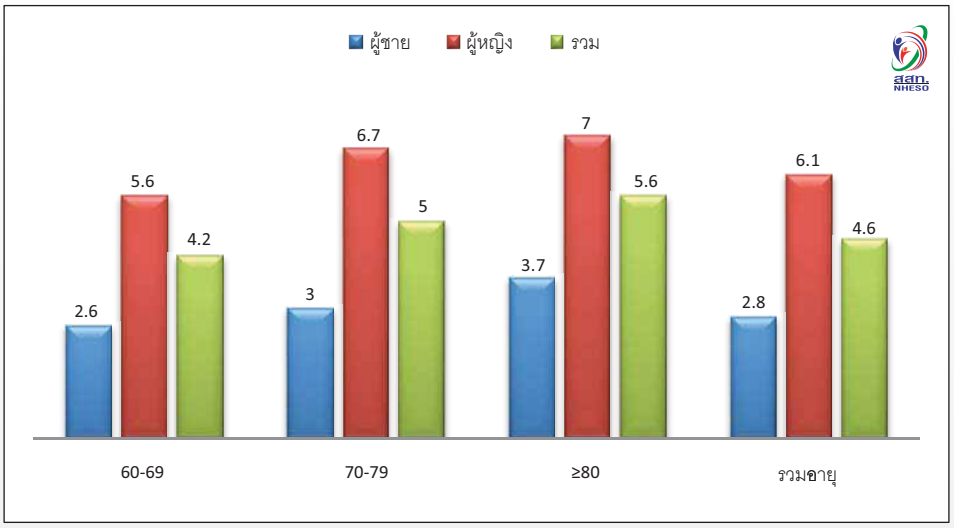
ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นหนึ่งในสิบอันดับแรกของโรคที่มีขนาดภาระโรคสูง ในการสำรวจครั้งนี้ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 2.8 ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 3.5 และร้อยละ 2.2) ความชุกเริ่มสูงขึ้นตั้งแต่อายุ 45 ปี และโดยเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 4.6 ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

เมื่อจำแนกตัวอย่างตามกลุ่มอายุ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นตามอายุ ในผู้สูงอายุชายมีความชุก ร้อยละ 2.6, 3.0 และ 3.7 ในกลุ่มอายุ 60-69, 70-79 และ 80 ขึ้นไปตามลำดับ ในขณะที่ความชุกในผู้สูงอายุหญิงในแต่ละกลุ่มอายุสูงกว่าในผู้สูงอายุชายถึงสองเท่า กล่าวคือกลุ่มอายุ 60-69 ปีเป็นร้อยละ 5.6 แล้วเพิ่มเป็นร้อยละ 6.7 และร้อยละ 7 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปีและ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ (รูปที่ 7.8.1-7.8.2)

รูปที่ 7.8.1 ร้อยละของภาวะซึมเศร้าในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป



รูปที่ 7.8.2 ร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจำแนกตามอายุและเพศ



โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

โรคเรื้อรังที่สำรวจจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับประวัติที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้แก่ โรคข้อเสื่อม, โรคเกาท์, นิ่วในทางเดินปัสสาวะ, โรคไตเรื้อรัง และหอบหืด

โรคข้อเสื่อม พบในผู้สูงอายุไทยด้วยความชุกค่อนข้างสูงโดยมีร้อยละ 24 และร้อยละ 14 ในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ โดยรวมร้อยละ 19.8 จึงได้คาดประมาณว่าจะมีผู้ป่วยถึง 1 ล้าน 4 แสนคน จากประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป 7.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2552

สำหรับโรคเรื้อรังอื่นที่สำรวจพบโดยผู้สูงอายุตอบสัมภาษณ์ว่าเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้แก่ โรค เกาต์ หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง นิ่วในท่อปัสสาวะ และไตวายเรื้อรัง (ตารางที่ 7.8.1)

กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

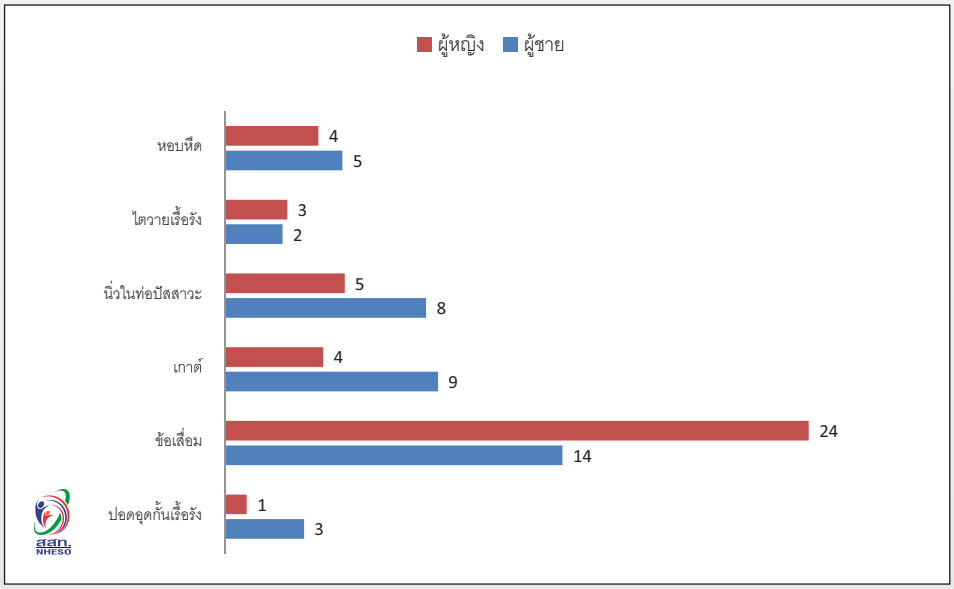
โรคและภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุไทย (≥60 ปี) พบความชุกดังนี้ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 48 เบาหวานร้อยละ 15.9 โรคอ้วน (BMI ≥25 กก./ตร.ม.) ร้อยละ 29.9 ภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 36 และภาวะเมตาบอลิกซินโดรมร้อยละ 36.8

ตารางที่ 7.8.1 ความชุกของโรคเรื้อรังในประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป

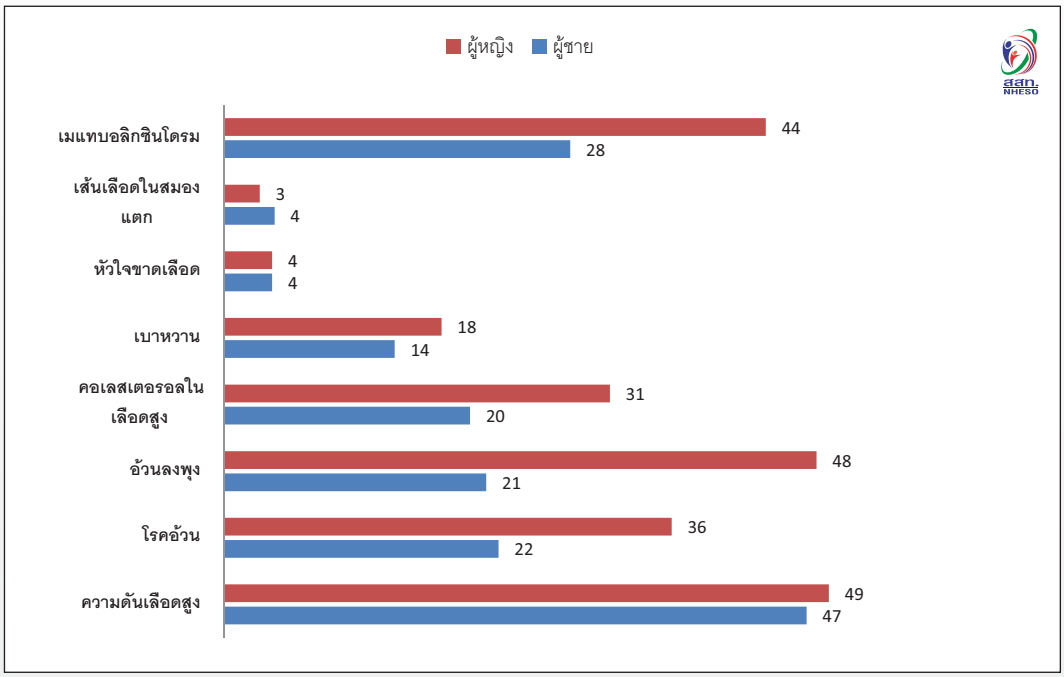
ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	ความชุก	จำนวนประชากร*	โรคเรื้อรังสำคัญ	ความชุก	จำนวนประชากร*
ความดันโลหิตสูง	48.1	35	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	3.9	2.8
เบาหวาน	15.9	11	โรคหลอดเลือดสมอง	3.5	2.5
คอเลสเตอรอลในเลือดสูง	26.1	18	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	2	1.4
โรคอ้วน	29.9	19	เกาต์	6.2	4.5
อ้วนลงพุง	36	23	ไตวายเรื้อรัง	2.5	1.8
เมแทบอลิกซินโดรม	36.8	24	หอบหืด	4.3	3.1

**หมายเหตุ:* *จำนวนประชากรที่มีภาวะดังกล่าว คาดประมาณ (แสนคน) คำนวณจากประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 7.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2552*

รูปที่ 7.8.3 ความชุก(ร้อยละ)ของโรคเรื้อรังในประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ



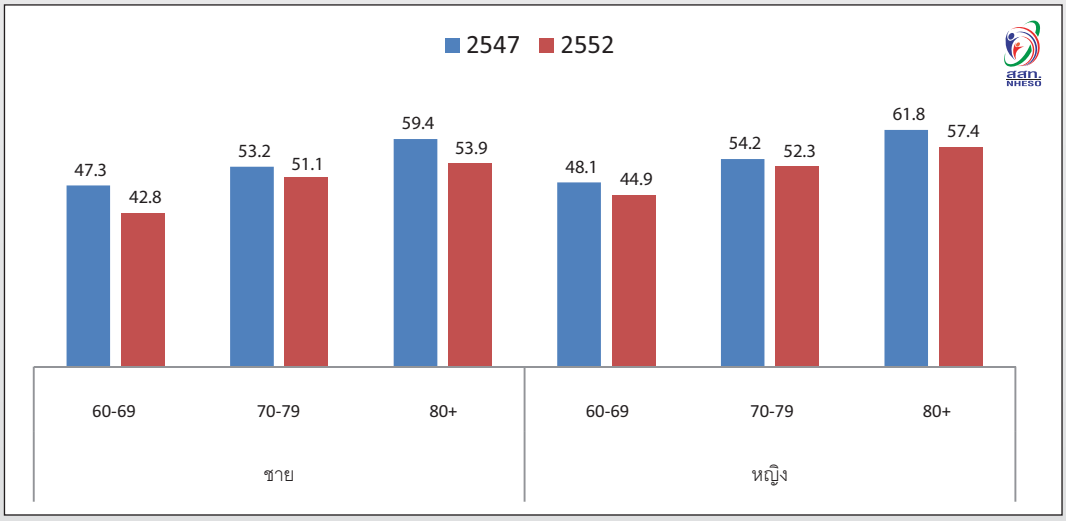
รูปที่ 7.8.4 ความชุก(ร้อยละ)ของโรคในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ



ความชุกของความดันโลหิตสูง

ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในชายและหญิงของกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีร้อยละ 48 และ 45 ตามลำดับ ความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จนถึงร้อยละ 61.7 และ 57.4 ในเพศชายและหญิงตามลำดับของกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปี 2547 พบว่ามีความชุกใกล้เคียงกัน รูปที่ 7.8.5

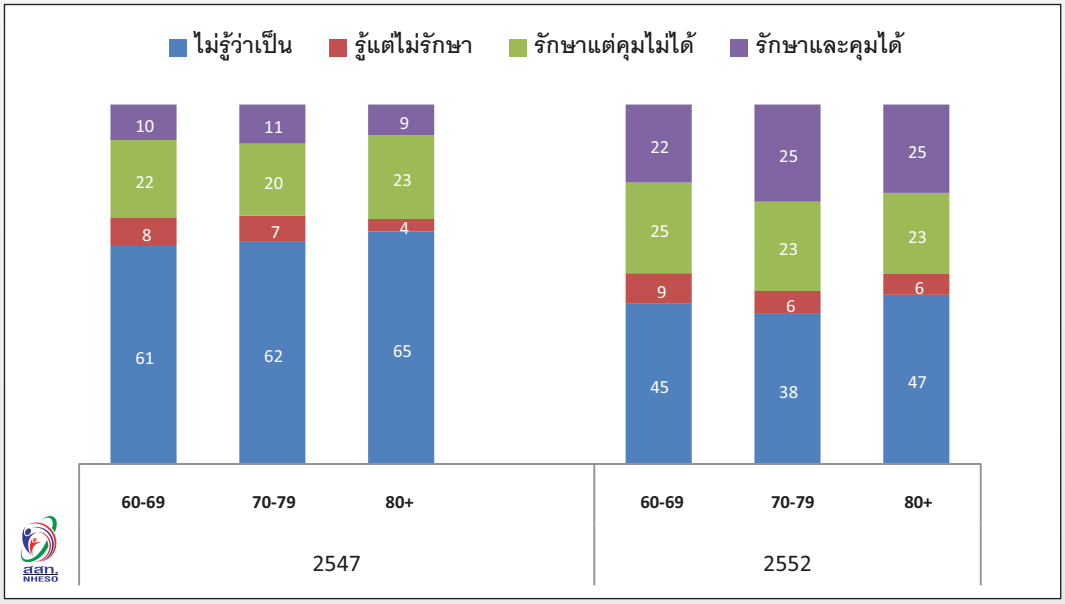
รูปที่ 7.8.5 ความชุกของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2547 และ 2552



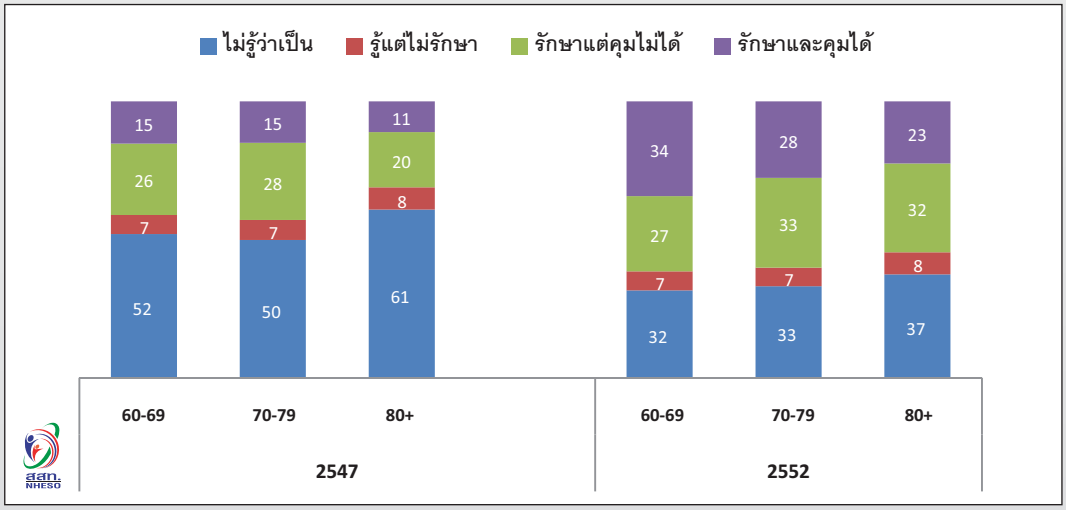
ความครอบคลุมของการได้รับวินิจฉัย การรักษา และการควบคุมได้ : แนวโน้มระหว่างปี พ.ศ. 2547 และ 2552

ในการสำรวจสุขภาพครั้งที่ 4 นี้ ร้อยละ 38-47 ของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัย และร้อยละ 6-9 ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 47-48 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับรักษา และมีร้อยละ 22-25 ที่สามารถควบคุมความดันเลือดได้อยู่ในเกณฑ์ <140/90 มม.ปรอท เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 3 พบว่าสัดส่วนของคนที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาและควบคุมความดันเลือดได้เพิ่มขึ้น รูปที่ 7.8.6

รูปที่ 7.8.6 ร้อยละของผู้สูงอายุชายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่ได้รับวินิจฉัย รักษาและควบคุมได้ : แนวโน้มระหว่างปี 2547 และ 2552



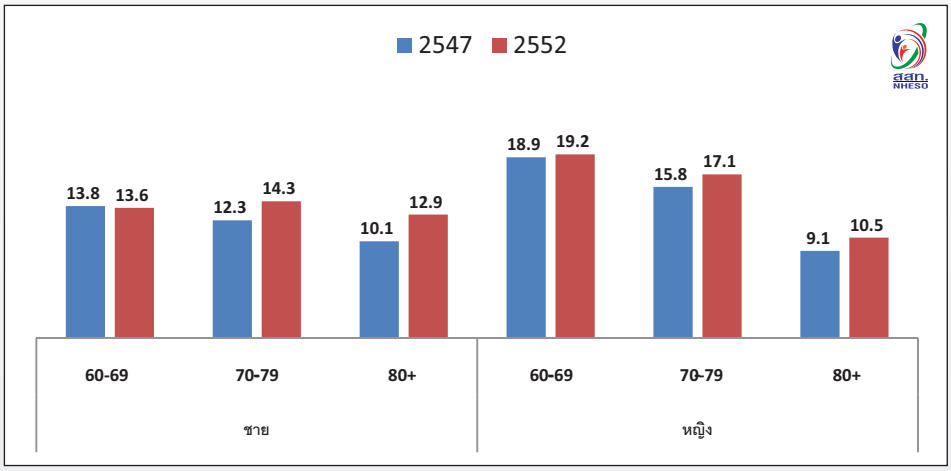
รูปที่ 7.8.7 ร้อยละของผู้สูงอายุหญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่ได้รับวินิจฉัย รักษาและควบคุมได้ : แนวโน้มระหว่างปี 2547 และ 2552



โรคเบาหวาน

ความชุกของเบาหวาน ในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60-69 ปีมีร้อยละ 16 ความชุกลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และลดเป็นร้อยละ 10 ในกลุ่มอายุ 80 ปี ผู้สูงอายุชายและหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันมีความชุกใกล้เคียงกัน เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 3 ความชุกของเบาหวานในผู้สูงอายุ ในการสำรวจในปี 2552 นี้สูงกว่าความชุกของการสำรวจ เมื่อปี 2547 เล็กน้อย

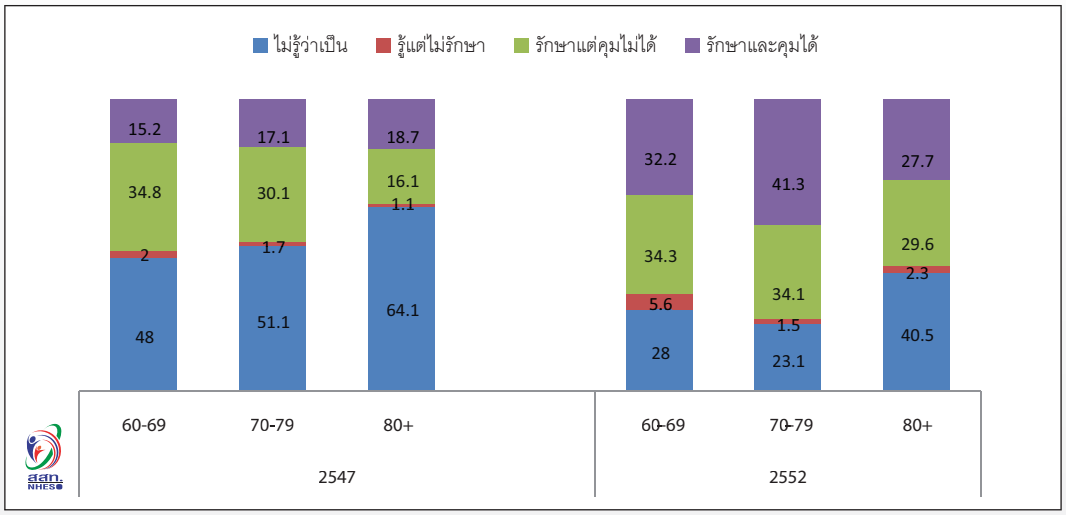
รูปที่ 7.8.8 ความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ระหว่างปี 2547 และ 2552



ความครอบคลุมของการได้รับวินิจฉัย การรักษา และควบคุมได้ : แนวโน้มระหว่างปี พ.ศ. 2547 และ 2552

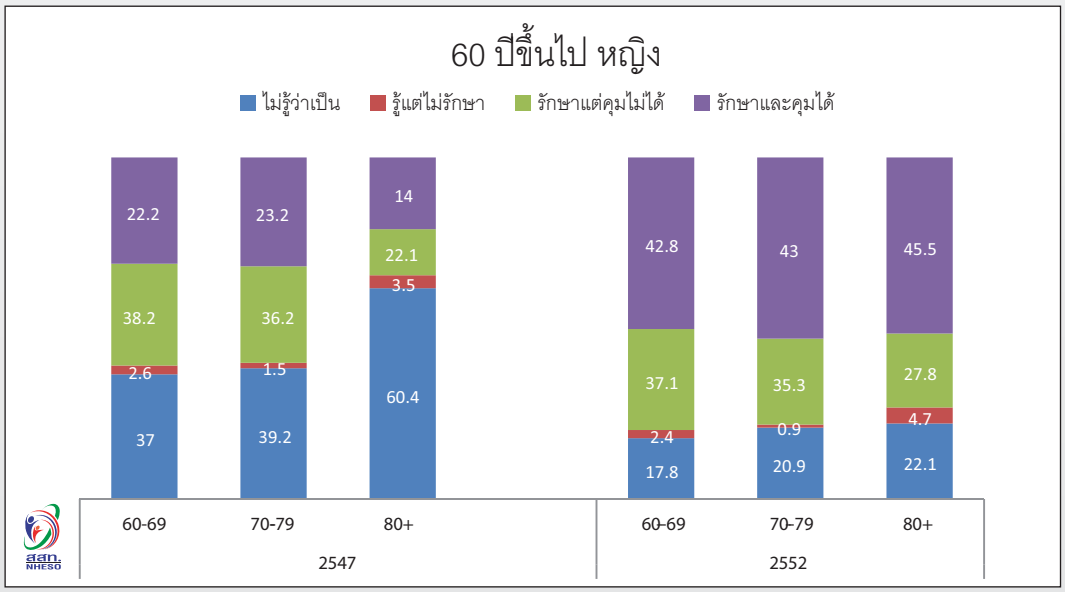
เมื่อพิจารณาผู้ที่เป็นเบาหวานจากการสำรวจโดยการตรวจน้ำตาลในเลือด พบว่าสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย มีร้อยละ 28-41 มีร้อยละ 17-28 ที่รักษาแต่ยังคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ (FPG <126 มก./ดล.) และสัดส่วนที่สามารถควบคุมได้มีร้อยละ 35-43 อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯครั้งที่ 3 มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกล่าวคือ สัดส่วนของการวินิจฉัยและการควบคุมน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ ของการสำรวจครั้งที่ 4 นี้สูงกว่าของการสำรวจครั้งที่ 3 (รูปที่ 7.8.9)

รูปที่ 7.8.9 ร้อยละของผู้สูงอายุชายที่เป็นเบาหวาน ที่ไม่ได้รับวินิจฉัย รักษาและควบคุมได้ : แนวโน้มระหว่าง ปี 2547-2552



คุมได้หมายถึง FPG <126 mg/dL

รูปที่ 7.8.10 ร้อยละของผู้สูงอายุหญิงที่เป็นเบาหวาน ที่ไม่ได้รับวินิจฉัย ได้รักษาและควบคุมได้ : แนวโน้มระหว่างปี 2547 และ 2552



7.9 การทดสอบความเร็วของการเดิน (timed walk)

การทดสอบการเดินในการสำรวจสุขภาพในผู้สูงอายุในครั้งนี้ ทำการวัดเวลาที่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปใช้ในการเดินระยะสั้น (4 เมตร) เป็นการทดสอบความสามารถในการเคลื่อนไหวขา การทดสอบเดินนี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความสามารถสูงสุด แต่เป็นการทดสอบว่ามีความบกพร่องในการเดินหรือไม่ การทดสอบทำโดยให้ผู้สูงอายุ เดิน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 การทดสอบ เดินด้วยความเร็วตามปกติเหมือนขณะเดินในชีวิตประจำวัน (ต่อไปจะเรียกว่า **เดินปกติ**) และ

ครั้งที่ 2 การทดสอบ เดินอย่างเร็วที่สุดที่สามารถทำได้ (ต่อไปจะเรียกว่า **เดินเร็ว**)

เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลการทดสอบทำการจับเวลาการเดินด้วยนาฬิกาจับเวลา หน่วยเป็นวินาที

เกณฑ์การตัดสิน

การมีความบกพร่องในการเดิน (walking impaired) หมายถึงการมีสมรรถภาพในการเดินต่ำกว่าปกติ ซึ่งวัดด้วยความเร็วในการเดินช้ากว่า 0.5 เมตรต่อวินาที ซึ่งรวมทั้งคนที่ไม่สามารถเดินได้

เวลาเฉลี่ยในการเดินปกติ

เมื่อให้ผู้สูงอายุเดินปกติ โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุ 60+ ปีขึ้นไป ใช้เวลา 6.4 วินาทีในการเดินปกติในระยะ 4 เมตร ผู้สูงอายุ 60-69, 70-79 และ 80+ ปี ใช้เวลา 5.8, 6.9 และ 8.3 วินาที ตามลำดับ ผู้ชายเดินเร็วกว่าผู้หญิง ผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลเดินเร็วกว่าในเขตฯ การจำแนกตามภาคพบว่ามีความเร็วใกล้เคียงกันยกเว้น ผู้สูงอายุใน กรุงเทพฯ ใช้เวลาเดินมากกว่าภาคอื่น

เวลาเฉลี่ยในการเดินเร็ว

เมื่อให้ผู้สูงอายุเดินเร็ว โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุ 60+ ปีขึ้นไป ใช้เวลา 4.4 วินาทีในการเดินอย่างเร็วในระยะ 4 เมตร ผู้สูงอายุ 60-69, 70-79 และ 80+ ปี ใช้เวลา 3.9, 4.8 และ 5.8 วินาที ตามลำดับ ผู้ชายเดินเร็วกว่าผู้หญิง ผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลเดินเร็วกว่าในเขตฯ การจำแนกตามภาคพบว่ามีความเร็วใกล้เคียงกันยกเว้น ผู้สูงอายุใน กรุงเทพฯ ใช้เวลาเดินมากกว่าภาคอื่น

ความชุกของความบกพร่องในการเดิน

การเดินปกติ พบว่าร้อยละ 18.6 ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เดินช้ากว่า 0.5 เมตรต่อวินาที สัดส่วนของคนที่เดินช้าในกลุ่มอายุ 60-69 ปีมีน้อยที่สุด (ร้อยละ 11.3) และเพิ่มขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 45.8) คนในเขตเทศบาลมีร้อยละของคนที่เดินช้ากว่าปกติสูงกว่านอกเขตฯ เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่าภูมิภาค 4 ภาคสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เดินช้ากว่าปกติใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 16-17) ส่วนในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่เดินช้าสูงที่สุด (ร้อยละ 34.3)

เมื่อให้ผู้สูงอายุเดินเร็ว พบว่าร้อยละ 6.1 ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความบกพร่องในการเดิน ความชุกต่ำสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 2.9) และเพิ่มขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 19.8) ในเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่านอกเขตฯ เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่าภูมิภาค 4 ภาคความชุกใกล้คียงกัน (ร้อยละ 4.1-5.7) ในกรุงเทพฯ มีความชุกสูงสุด (ร้อยละ 16.4)

ตารางที่ 7.9.1 ค่าเฉลี่ยของเวลา(วินาที) ในการเดินปกติ ระยะทาง 4 เมตร ในประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ อายุ เขตปกครอง และภาค

	ชาย					หญิง					รวม				
	จำนวนตัวอย่าง	Median (วินาที)	Mean (วินาที)	S.D (วินาที)	(min,max)	จำนวนตัวอย่าง	Median (วินาที)	Mean (วินาที)	S.D (วินาที)	(min,max)	จำนวนตัวอย่าง	Median (วินาที)	Mean (วินาที)	S.D (วินาที)	(min,max)
อายุ															
60-69	2,461	4.9	5.4	1.8	(0.03,24.8)	2,524	5.5	6.1	2.6	(0.03,55.4)	4,985	5.2	5.8	2.4	(0.03,55.4)
70-79	1,536	5.4	6.6	4.2	(0.04,52.7)	1,615	6.4	7.2	3.8	(0.04,67.6)	3,151	5.9	6.9	4.0	(0.04,67.6)
80+	417	6.3	7.3	3.4	(0.04,28.0)	450	8.1	9.1	3.8	(0.04,39.9)	867	7.2	8.3	3.8	(0.04,39.91)
เขตปกครอง															
ในเขตเทศบาล	2,326	5.1	6.4	5.4	(0.03,33.9)	2,499	5.8	6.9	5.7	(0.03,67.6)	4,825	5.4	6.7	5.6	(0.03,67.6)
นอกเขตเทศบาล	2,088	5.3	5.8	1.9	(0.06,52.7)	2,090	6.1	6.7	2.2	(0.04,56.5)	4,178	5.7	6.3	2.1	(0.04,56.5)
ภาค															
เหนือ	1,036	5.3	5.8	2.3	(0.06,20.1)	1,045	6.1	6.8	2.8	(3.0,53.1)	2,081	5.6	6.3	2.6	(0.06,53.1)
กลาง	1,023	5.2	5.7	2.1	(0.03,28.0)	1,049	5.8	6.5	2.6	(0.04,46)	2,072	5.5	6.1	2.5	(0.03,46.0)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,022	5.4	5.9	1.7	(2.79,24.8)	1,028	6.2	6.8	1.7	(0.34,24.7)	2,050	5.8	6.4	1.8	(0.34,24.8)
ใต้	994	4.9	5.5	4.2	(2.4,52.7)	1,019	5.8	6.9	5.6	(0.56,56.5)	2,013	5.3	6.3	5.2	(0.56,56.5)
กรุงเทพฯ	339	4.9	7.8	4.9	(0.03,33.9)	448	5.6	7.4	6.1	(0.03,67.6)	787	5.4	7.6	5.5	(0.03,67.6)
รวมทั้งประเทศ	4,414	5.2	6.0	3.1	(0.03,52.7)	4,589	6.0	6.8	3.3	(0.03,67.6)	9,003	5.6	6.4	3.3	(0.03,67.6)

ตารางที่ 7.9.2 ค่าเฉลี่ยของเวลา(วินาที) ในการเดินเร็ว ระยะทาง 4 เมตร ในประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตาม เพศ อายุ เขตปกครอง และภาค

	ชาย					หญิง					รวม				
	จำนวนตัวอย่าง	Median (วินาที)	Mean (วินาที)	S.D (วินาที)	(min,max)	จำนวนตัวอย่าง	Median (วินาที)	Mean (วินาที)	S.D (วินาที)	(min,max)	จำนวนตัวอย่าง	Median (วินาที)	Mean (วินาที)	S.D (วินาที)	(min,max)
อายุ															
60-69	2,461	3.3	3.6	1.3	(0.02,15.3)	2,518	3.8	4.2	1.9	(0.02,46.5)	4,979	3.5	3.9	1.7	(0.02,46.5)
70-79	1,531	3.6	4.5	3.3	(0.03,28.1)	1,605	4.4	5.0	2.5	(0.03,45.6)	3,136	4.0	4.8	2.9	(0.03,45.6)
80+	414	4.3	5.0	2.7	(0.04,26.0)	445	5.4	6.4	3.0	(0.04,23.2)	859	4.8	5.8	3.0	(0.04,26.0)
เขตปกครอง															
ในเขตเทศบาล	2,320	3.4	4.5	4.4	(0.02,28.1)	2,486	4.0	4.8	3.7	(0.02,46.5)	4,806	3.7	4.6	4.0	(0.02,46.5)
นอกเขตเทศบาล	2,086	3.5	3.8	1.3	(0.04,26.0)	2,082	4.2	4.7	1.6	(0.03,45.6)	4,168	3.8	4.3	1.6	(0.03,45.6)
ภาค															
เหนือ	1,036	3.5	3.9	1.7	(0.04,18.5)	1,041	4.1	4.8	1.9	(2.0,23.28)	2,077	3.8	4.3	1.9	(0.04,23.3)
กลาง	1,023	3.5	3.9	1.7	(0.02,26.0)	1,043	4.2	4.6	2.1	(0.03,43.0)	2,066	3.9	4.3	2.0	(0.02,43.0)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,021	3.6	3.9	1.2	(1.91,17.0)	1,026	4.2	4.6	1.1	(2.1,18.8)	2,047	3.9	4.3	1.2	(1.91,18.8)
ใต้	988	3.2	3.4	1.6	(1.7,15.7)	1,013	3.8	4.6	3.5	(0.1,45.6)	2,001	3.5	4.1	3.0	(0.1,45.6)
กรุงเทพฯ	338	3.5	5.8	4.1	(0.02,28.1)	445	4.2	5.4	4.2	(0.02,46.5)	783	3.9	5.6	4.2	(0.02,46.5)
รวมทั้งประเทศ	4,406	3.4	4.1	2.4	(0.02,28.1)	4,568	4.1	4.7	2.3	(0.02,46.5)	8,974	3.8	4.4	2.4	(0.02,46.5)

ตารางที่ 7.9.3 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการความบกพร่องในการเดินเมื่อเดินปกติ (เดินปกติ <0.5เมตร/วินาที) จำแนกตามเพศ อายุ เขตปกครองและภาค

	ชาย			หญิง			รวม		
	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	95%CI	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	95%CI	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	95%CI
อายุ									
60-69	2,490	9.7	(4.5,14.9)	2,556	12.6	(10.8,14.4)	5,046	11.3	(8.6,14.0)
70-79	1,564	18.7	(12.1,25.3)	1,650	25.1	(22.6,27.7)	3,214	22.2	(18.4,26.0)
80+	441	29.6	(25.7,33.5)	493	57.4	(53.3,61.6)	934	45.8	(42.4,49.2)
เขตปกครอง									
ในเขตเทศบาล	2,377	22.3	(9.9,34.7)	2,569	22.3	(19.4,25.3)	4,946	22.3	(15.3,29.2)
นอกเขตเทศบาล	2,118	11	(9.6,12.4)	2,130	21.3	(19.4,23.2)	4,248	16.7	(15.3,18.2)
ภาค									
เหนือ	1,042	10.2	(8.7,11.7)	1,059	22.4	(20.0,25.0)	2,101	16.9	(15.2,18.6)
กลาง	1,048	10.2	(7.7,12.7)	1,082	20.6	(17.0,24.2)	2,130	16.1	(13.3,19.0)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,042	12.9	(10.1,15.7)	1,052	20.4	(17.9,22.9)	2,094	17.1	(14.6,19.6)
ใต้	1,010	8.1	(7.0,9.3)	1,036	21.5	(18.7,24.3)	2,046	15.6	(13.7,17.6)
กรุงเทพฯ	353	42	(25.1,58.9)	470	26.7	(19.9,33.5)	823	34.3	(21.8,46.7)
รวม	4,495	14.8	(9.6,19.9)	4,699	21.7	(20.0,23.3)	9,194	18.6	(15.7,21.5)

ตารางที่ 7.9.4 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีความบกพร่องในการเดินเมื่อเดินเร็ว (เดินเร็ว <0.5เมตร/วินาที) จำแนกตามเพศ อายุ เขตปกครองและภาค

	ชาย			หญิง			รวม		
	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	95%CI	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	95%CI	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	95%CI
อายุ									
60-69	2,488	2.6	(1.0,4.1)	2,553	3.2	(2.3,4.2)	5,041	2.9	(1.9,4.0)
70-79	1,559	6.7	(3.2,10.2)	1,645	7.6	(5.5,9.7)	3,204	7.2	(4.7,9.7)
80+	440	11.5	(8.7,14.2)	485	25.9	(21.0,30.8)	925	19.8	(16.5,23.1)
เขตปกครอง									
ในเขตเทศบาล	2,371	8.5	(3.6,13.4)	2,561	10.1	(7.1,13.0)	4,932	9.4	(5.8,13.0)
นอกเขตเทศบาล	2,116	3.1	(2.3,3.8)	2,122	5.6	(4.6,6.7)	4,238	4.5	(3.9,5.1)
ภาค									
เหนือ	1,040	2.7	(1.6,3.9)	1,051	5.3	(4.1,6.5)	2,091	4.1	(3.4,4.9)
กลาง	1,046	3.5	(2.3,4.6)	1,080	6.6	(4.9,8.3)	2,126	5.2	(4.0,6.5)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,040	3.2	(2.0,4.5)	1,051	5.4	(3.4,7.4)	2,091	4.4	(3.4,5.5)
ใต้	1,011	3.1	(1.9,4.2)	1,035	7.8	(6.3,9.4)	2,046	5.7	(5.0,6.5)
กรุงเทพฯ	350	16.9	(10.8,23.0)	466	16	(10.4,21.5)	816	16.4	(10.9,22.0)
รวม	4,487	4.9	(2.7,7.0)	4,683	7.1	(5.6,8.5)	9,170	6.1	(4.5,7.7)

7.10 การมองระยะใกล้ (Near vision test)

การมองระยะใกล้ เป็นการวัดความสามารถในการมองเห็นระยะใกล้ สำหรับผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยอ่านตัวอักษรบนแผ่นทดสอบ(near vision chart) ที่ระยะ 40 เซนติเมตร การอ่านเริ่มปิดตาซ้ายและอ่านด้วยตาขวา ผู้อ่านๆ จากอักษรตัวใหญ่ลงมาสู่อักษรตัวเล็ก อ่านแต่ละแถวจนจบ ถ้าอ่านแถวใดผิด 3 คำขึ้นไป จบการทดสอบ จดอักษรแถวที่สามารถอ่านได้ ต่อมาปิดตาขวาแล้วอ่านด้วยตาซ้าย วิธีการเช่นเดียวกับการอ่านด้วยตาขวา

ผลการทดสอบ เป็นความสามารถในการอ่านที่ระยะ ดังต่อไปดังนี้คือ 20/20, 20/30, 20/50, 20/70, 20/100, 20/200, 20/400, 20/800

การแปลผล

การมองเห็นแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ผลการตรวจของตาข้างที่ดีกว่า คือ

1. **มองเห็นตัวหนังสืออ่านหนังสือได้** คือ การอ่านได้ที่ระยะ 20/20- 20/50
2. **มองเห็นเลือนลาง** คือ การอ่านได้ที่ระยะ 20/70 -20/200
3. **มองแทบไม่เห็น** คือ การอ่านได้ที่ระยะ 20/400-20/800 เท่านั้น

หมายเหตุ : การทดสอบครั้งนี้ ผู้ที่ปกติใส่แว่น เป็นการตรวจขณะใส่แว่น ส่วนผู้ที่ปกติไม่ใส่แว่น เป็นการตรวจขณะไม่ใส่แว่น

ผลการสำรวจ

- ผู้ที่ตรวจขณะใส่แว่น จำนวน 1969 คน พบร้อยละ 67.3 อยู่ในเกณฑ์ที่มองเห็นตัวหนังสือ ร้อยละ 28.2 เห็นเลือนราง และร้อยละ 4.4 เกือบมองไม่เห็น
- ผู้ที่ตรวจขณะไม่ใส่แว่น จำนวน 6908 คน พบร้อยละ 50.3 อยู่ในเกณฑ์ที่มองเห็นตัวหนังสือ ร้อยละ 41.8 เห็นเลือนราง และร้อยละ 7.9 เกือบมองไม่เห็น
- รวมทั้งผู้ที่ใส่แว่นและไม่ใส่แว่น จำนวน 8877 คน พบว่าร้อยละ 53.5 อยู่ในเกณฑ์ที่มองเห็นตัวหนังสือระยะใกล้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ชายร้อยละ 59.2 หญิงร้อยละ 48.9 (ตารางที่ 7.10.1-7.10.2)

ตารางที่ 7.10.1 ร้อยละของการมองเห็นระยะใกล้ของประชากรไทยอายุ 40 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและระดับการมองเห็น

ใส่แว่น	ชาย	หญิง	รวม
จำนวนตัวอย่าง (คน)	1,056	913	1,969
อ่านหนังสือได้ (%)	67.5	67.2	67.3
เลือนราง (%)	28.3	28.1	28.2
แทบไม่เห็น (%)	4.2	4.7	4.4
ไม่ใส่แว่น	**ชาย**	**หญิง**	**รวม**
จำนวนตัวอย่าง (คน)	3,323	3,585	6,908
อ่านหนังสือได้ (%)	57	45.1	50.3
เลือนราง (%)	37.8	45	41.8
แทบไม่เห็น (%)	5.3	9.9	7.9
รวมใส่แว่นและไม่ใส่แว่น	**ชาย**	**หญิง**	**รวม**
จำนวนตัวอย่าง (คน)	4,379	4,498	8,877
อ่านหนังสือได้ (%)	59.2	48.9	53.5
เลือนราง (%)	35.7	42.1	39.2
แทบไม่เห็น (%)	5.1	9	7.2

ตารางที่ 7.10.2 ร้อยละของการมองเห็นระยะใกล้ของประชากรไทยอายุ 40 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ เพศ เขตปกครองและภาค

	ชาย				หญิง				รวม			
	จำนวนตัวอย่าง	อ่านหนังสือได้	เลือนราง	แทบมองไม่เห็น	จำนวนตัวอย่าง	อ่านหนังสือได้	เลือนราง	แทบมองไม่เห็น	จำนวนตัวอย่าง	อ่านหนังสือได้	เลือนราง	แทบมองไม่เห็น
อายุ												
40-49	1,420	80.9	18.4	0.6	1,786	77.5	21.9	0.6	3,206	79.2	20.2	0.6
50-59	1,299	59.8	36.4	3.8	1,511	59.1	36.6	4.4	2,810	59.4	36.5	4.1
60-69	2,466	62.8	33.4	3.8	2,511	54.4	38.3	7.4	4,977	58.1	36.1	5.8
70-79	1,523	57.5	36.4	6.1	1,599	45.1	45.8	9.1	3,122	50.8	41.5	7.7
80+	423	47.4	44.7	7.9	425	30.3	50.2	19.6	848	37.9	47.7	14.4
เขตปกครอง												
ในเขต	3,808	68.3	28.7	3.1	4,483	64.5	32.5	3.1	8,291	66.2	30.7	3.1
นอกเขต	3,323	69.1	28.4	2.5	3,349	64.1	31.4	4.5	6,672	66.6	29.9	3.5
ภาค												
เหนือ	1,714	67.9	30.0	2.1	1,779	63.1	33.0	3.9	3,493	65.4	31.5	3.0
กลาง	1,717	59.7	36.1	4.2	1,840	56.6	37.4	6.0	3,557	58.0	36.8	5.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,610	74.9	22.8	2.3	1,671	70.5	26.4	3.1	3,281	72.6	24.7	2.7
ใต้	1,445	72.4	26.1	1.5	1,553	64.5	31.7	3.8	2,998	68.2	29.1	2.8
กรุงเทพฯ	645	68.8	28.3	2.9	989	65.3	32.5	2.2	1,634	67.0	30.5	2.5
รวม	7,131	68.9	28.5	2.7	7,832	64.2	31.8	4.0	14,963	66.5	30.2	3.4

บทที่ 8

สรุป และข้อเสนอแนะ

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2551-มีนาคม พ.ศ. 2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ตัวอย่างของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 20,450 คน เป็น ชาย 9,740 คน และหญิง 10,710 คน ผลการสำรวจแบ่งเป็นข้อมูลเป็น 5 กลุ่มคือ 1). ลักษณะทางประชากรเศรษฐกิจและสังคม 2). พฤติกรรมสุขภาพ 3). สถานะสุขภาพ 4). อนามัยเจริญพันธุ์ และ 5). สุขภาพผู้สูงอายุ

เมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายของการสำรวจครั้งที่ 3 เมื่อปี พ.ศ. 2546-7 กับการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 นี้ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยสรุปดังนี้ (ตารางที่ 8.1)

- พฤติกรรมสุขภาพที่มีสถานการณ์ดีขึ้น ได้แก่ การสูบบุหรี่เป็นประจำและการดื่มสุราในระดับที่เสี่ยงปานกลางขึ้นไป (≥41 กรัม/วัน ในผู้ชาย และ ≥21 กรัม/วันในผู้หญิง) ในประชาชนไทยมีสัดส่วนที่ลดลงเล็กน้อย
- พฤติกรรมสุขภาพที่สถานการณ์คงเดิม ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไปอย่างเพียงพอตามข้อแนะนำ มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 3
- พฤติกรรมสุขภาพที่มีสถานการณ์ไม่ดีขึ้น ได้แก่ การกินผักและผลไม้ได้ตามข้อแนะนำ (≥5 ส่วนขึ้นไป/วัน) ในประชาชนไทยมีสัดส่วนลดลง
- ภาวะสุขภาพและโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้น ได้แก่ภาวะอ้วน, ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูง, ภาวะมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดหลายปัจจัย (ความดันโลหิตสูง, อ้วน, เบาหวาน, คอเลสเตอรอลรวมสูง และสูบบุหรี่) และภาวะโลหิตจางมีความชุกเพิ่มขึ้น
- ภาวะสุขภาพและโรคที่ความชุกไม่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในภาพรวม ของการสำรวจครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 4 มีความชุกใกล้เคียงกัน
- ประเด็นสุขภาพที่มีการสำรวจเพิ่มเติมในการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 นี้คือ ภาวะเมแทบอลิกซินโดรม พบว่าประชากรหนึ่งในห้ามีภาวะดังกล่าว และภาวะซึมเศร้า พบว่าประชากรร้อยละ 2.8 มีภาวะซึมเศร้า
- สำหรับประเด็นสุขภาพที่ยังเป็นปัญหาในผู้สูงอายุ ได้แก่ เช่น โรคเรื้อรัง, ภาวะสมองเสื่อม, การหกล้ม, ภาวะพึ่งพิง เป็นต้น
- ประเด็นการบริการด้านสุขภาพที่พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้นได้แก่ การเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง และการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น
- สำหรับคุณภาพบริการด้านการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และการควบคุมความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงก็พบว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้น

ตารางที่ 8.1 ความชุกของพฤติกรรมสุขภาพและการป่วยในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 และ 4

	2546-2547			2551-2552		
พฤติกรรมสุขภาพ	**ชาย**	**หญิง**	**รวม**	**ชาย**	**หญิง**	**รวม**
การสูบบุหรี่เป็นประจำ (%)	45.9	2.3	25.3	38.7	2.1	19.9
การดื่มสุราระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป[1] (%)	16.6	2.1	9.2	13.2	1.6	7.3
การดื่มสุราอย่างหนัก (มัธยฐาน, ครั้ง/ปี)	12	3	-	6	3	5
การดื่มสุราอย่างหนัก (%)	57.0	19.0	-	31.5	4.4	17.6
มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ (%)	79.3	75.8	77.5	83.2	79.8	81.5
การกินผักผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำ (5 ส่วน/วัน)	20.0	23.6	-	16.9	18.5	17.7
สถานะสุขภาพ						
ความดันโลหิตสูง (%)	23.3	20.9	22.0	21.4	21.4	21.4
เบาหวาน (%)	6.4	7.3	6.6	6.0	7.7	6.9
ภาวะโลหิตจาง (%)	11.4	22.2	16.9	15.8	29.8	23.0
ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (BMI ≥ 25 กก./ตร.ม.)	22.5	34.4	28.6	28.4	40.7	34.7
ภาวะอ้วนลงพุง (%)	15.4	36.1	26.0	18.6	45.0	32.1
ไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (≥240 มก./ดล.)	13.7	17.1	15.5	16.7	21.4	19.4
ปัจจัยเสี่ยงโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด 3 ปัจจัยขึ้นไป[2]	8.8	6.6	7.6	7.4	9.5	8.4
เมแทบอลิกซินโดรม (%)	-	-	-	18.1	23.9	21.1
ภาวะซึมเศร้า (%)	-	-	-	2.2	3.5	2.8

[1] การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป หมายถึง ได้รับแอลกอฮอล์≥41 gm/d ในผู้ชายและ ≥21 gm/d ในผู้หญิง

[2] ปัจจัยเสี่ยงโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน BMI≥ 25 kg/m^2 การสูบบุหรี่ และคอเลสเตอรอลรวม ≥ 240 mg/DL

ตารางที่ 8.1 ความชุกของพฤติกรรมสุขภาพและการป่วยในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 และ 4

	2546-2547			2551-2552		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
อนามัยเจริญพันธุ์						
อายุเฉลี่ยเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกในสตรี อายุ 15-29 ปี (ปี)	-	13.6	-	-	13.2	-
การแท้งใน 5ปีที่ผ่านมา (%)	-	-	-		4.4	-
สุขภาพผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)						
ภาวะพึ่งพิง[3] (%)	9.6	15.4	12.8	12.7	17.8	15.5
การบดเคี้ยว (ฟัน < 20 ซี่) (%)	44.0	44.4		53.3	53.5	53.4
การหกล้ม (ใน 6 เดือนที่ผ่านมา) (%)	-	-	-	14.4	21.9	18.5
ภาวะสมองเสื่อม (%)	-	-	-	9.8	15.1	12.4
การเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการ						
ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย (%)	78.6	63.8	71.4	60.5	40.6	50.3
ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ (%)	5.7	11.7	8.6	14.4	27.3	20.9
เบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย (%)	65.5	49.2	56.6	43.3	22.4	31.2
เบาหวานที่ได้รับการรักษาและควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ <126 มก./ดล. (%)	8.5	15.2	12.2	20.1	34.6	28.5
การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ใน 2 ปีที่ผ่านมา (%)	-	-	-	-	8.0	-
การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกใน 2 ปีที่ผ่านมา (15-59 ปี) (%)	-	32.4	-	-	42.5	-
การตรวจเต้านมตรวจด้วยตนเอง (%)	-	48.7	-	-	60.7	-
การตรวจ Mammogram (หญิงอายุ 40-59 ปี) ใน 1 ปีที่ผ่านมา (%)	-	1.7	-	-	3.9	-

[3] ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถกิจวัตรพื้นฐานด้วยตนเองอย่างน้อย 2 กิจกรรม (ได้แก่ อาบน้ำ/ล้างหน้า, แต่งตัว, กินอาหาร, ลุกจากที่นอน, ใช้ห้องน้ำ/ส้วม, และเดินในตัวบ้าน และการกลั้นปัสสาวะ และการกลั้นอุจจาระได้) หรือไม่สามารถกลั้นอุจจาระหรือปัสสาวะ

การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโรคต่างๆ น่าจะมีผลจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปทางที่มีความเจริญไปสู่ความเป็นเมืองมากขึ้น ทำให้มีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพมากขึ้นขณะเดียวกันมาตรการดำเนินงานการควบคุมป้องกันผ่านมาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพต่างๆ ซึ่งรวมทั้งหน่วยงานเอกชนต่างๆ เช่น การควบคุมปัญหาการสูบบุหรี่และดื่มสุรา นโยบาย 3 อ (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) โครงการคนไทยไร้พุง มีส่วนในการช่วยทำให้พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ลดลง อย่างไรก็ตามยังมีภาวะสุขภาพบางประเด็นที่ยังไม่มีแนวโน้มดีขึ้น เช่น ภาวะอ้วนซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงเป็นงานที่ท้าทายและต้องมีการดำเนินการให้เข้มข้นมากขึ้นต่อไปสำหรับสถานการณ์ด้านการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงดีขึ้น อาจเป็นเพราะในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมาหน่วยงานด้านสุขภาพต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคตระหนักและได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาโรคกลุ่มนี้มีมาตรการหลายอย่างทั้งการตรวจคัดกรองในชุมชน การอบรมอาสาสมัครให้มีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยในชุมชน การมีคลินิกเฉพาะโรคในโรงพยาบาล การเฝ้าระวังและโครงการติดตามและปรับปรุงคุณภาพบริการต่างๆ เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามแม้ว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่ยังมีขนาดปัญหาที่ต้องมีดำเนินการแก้ไขเพิ่มเติมต่อไป

การสำรวจประชาชนไทยครั้งที่ 4 นี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรกล่าวถึง ประการแรกข้อจำกัดในการเปรียบเทียบผลการสำรวจในครั้งนี้กับการสำรวจครั้งก่อนๆ เนื่องจากแบบข้อถามในการสำรวจมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เช่น แบบสัมภาษณ์การบริโภคแอลกอฮอล์ ของการสำรวจครั้งที่ 4 นี้ได้ปรับจากเครื่องมือ Graduated Quantity Frequency method of recording alcohol consumption (GOF) ซึ่งต่างจากของการสำรวจครั้งที่ 3 จึงอาจมีส่วนทำให้การคาดประมาณปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคอาจแตกต่างไป จึงต้องแปลผลด้วยความระมัดระวัง ประเด็นต่อมาคือ แบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมในการสำรวจครั้งที่ 4 นี้ใช้แบบ Mini-Mental State Examination (MMSE) ในขณะที่ของการสำรวจครั้งที่ 3 ใช้ Thai Mental State Examination (TMSE) ส่วนการสำรวจครั้งที่ 2 ใช้แบบ Chula mental test ซึ่งข้อถามมีความแตกต่างกัน แบบทดสอบทั้งสามแบบเป็นเครื่องคัดกรองสมรรถภาพสมองซึ่งอาจมี accuracy ต่างกัน จึงทำให้ผลการสำรวจแต่ละครั้งไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้ แบบเก็บข้อมูลถัดมาที่มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมคือการบริโภคยาและอาหารเสริม มีข้อถามที่ละเอียดมากขึ้นเกี่ยวกับความถี่ในการใช้ในเวลา 1 เดือนสำหรับการใช้ยาแก้ปวด การใช้ยาคลายเครียดใน 6 เดือน ในขณะที่แบบข้อถามของการสำรวจครั้งที่ 3 ถามว่าใช้ประจำ(ใช้ทุกวันติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน) สำหรับทั้งยาแก้ปวด ยากล่อมประสาท และยานอนหลับ ความแตกต่างเหล่านี้ทำให้มีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบเช่นกัน ประเด็นที่ข้อคำถามมีความแตกต่างเรื่องต่อไปคือ ข้อถามเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุ ในการสำรวจครั้งที่ 4 นี้ได้ระบุเวลาการหกล้ม หมายถึงในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เพื่อให้ทราบระยะเวลาในการบอกความชุกได้ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ในส่วนของอนามัยเจริญพันธุ์ เกี่ยวกับการแท้งลูกได้ระบุเวลาแท้งในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งทำให้สามารถคำนวณความชุกในช่วงเวลาดังกล่าวได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ประเด็นต่อมาคือการเปลี่ยนคำจำกัดความของภาวะสุขภาพ เช่น ในการสำรวจครั้งที่ 4 นี้มีการปรับเพื่อความเหมาะสม เช่น ภาวะโลหิตจาง ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ใช้ผลการทดสอบเฉพาะ Hb เป็นเกณฑ์ในการวัดภาวะซีด ตามคำจำกัดความสากลขององค์การอนามัยโลก (โดยไม่ได้ใช้ค่า Hematocrit) ซึ่งทำให้สามารถเปรียบเทียบกับความชุกในประเทศอื่นได้ อย่างไรก็ตามในภาวะสุขภาพบางประเด็น

ที่เกณฑ์ของสากลมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดรวมสูง หมายถึงระดับคอเลสเตรอลรวม ≥200 มก./ดล. การวิเคราะห์ครั้งนี้ได้เพิ่มการรายงานจุดตัดทั้งสองระดับ คือ ≥200 มก./ดล. และ ≥240 มก./ดล. จึงมีรายละเอียดเรื่องความชุกตามเกณฑ์ใหม่และยังสามารถเปรียบเทียบกับของการสำรวจครั้งที่ 3 ได้ อนึ่งการเปรียบเทียบผลการสำรวจนี้ไม่ได้นำผลของการสำรวจครั้งที่ 1 และ 2 มาเปรียบเทียบด้วยเนื่องจากการสำรวจก่อนหน้านี้มีลักษณะแบบข้อถามที่แตกต่างจากการสำรวจครั้งที่ 3 และ 4 ค่อนข้างมากจึงไม่ได้นำเสนอในการรายงานนี้ ข้อคำถามเรื่องถัดมาที่มีการปรับปรุงคือเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ โดยในการสำรวจนี้เปลี่ยนตัวเลือกคำตอบที่แตกต่างจากการสำรวจครั้งก่อนและมีการเพิ่มข้อถามเกี่ยวกับ Instrumental ADL จึงมีข้อมูลละเอียดมากขึ้น ข้อจำกัดประเด็นต่อมาคือ อาจมีการประมาณความชุกเกี่ยวกับสถานะสุขภาพบางประเด็นที่ต่ำกว่าความเป็นจริง แม้ว่าการสำรวจครั้งนี้ทำในชุมชน แต่ก็เป็นไปได้ที่กลุ่มที่ป่วยหนัก ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงไม่สามารถมาที่หน่วยตรวจสุขภาพได้ จึงอาจประมาณจำนวนผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยหนัก อัมพฤกษ์และอัมพาตต่ำกว่าความเป็นจริงได้ ประการต่อมาคือข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรในการตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษบางอย่าง เช่น ไม่มีการตรวจ HbA1c เพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจพิเศษทางเลือดเพื่อหาสาเหตุของภาวะโลหิตจาง การตรวจระดับ cotinine เพื่อค้นหาการสัมผัสควันบุหรี่ การตรวจ EKG หรือการตรวจพิเศษ เช่น Ankle brachial index ในกลุ่มเสี่ยงหรือในกลุ่มที่มีประวัติการป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมองซึ่งไม่ได้มีการยืนยันด้วยการผลการตรวจร่างกาย โดยภาพรวมความชุกในโรคกลุ่มนี้จึงมีโอกาสต่ำกว่าความเป็นจริง ในขณะที่บางส่วนของผู้ที่บอกว่าเคยได้รับวินิจฉัยหรือเคยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตอาจเป็นการรายงานที่ต่ำหรือเกินความจริงก็เป็นไปได้ เช่นกัน

จุดแข็งของการสำรวจนี้คือ การสุ่มตัวอย่างของการสำรวจครั้งนี้เป็นการสุ่มรายบุคคลจากทะเบียนราษฎร์ จึงค่อนข้างมั่นใจได้ว่าเป็นตัวแทนของประชากรไทยดี การเก็บข้อมูลมีการควบคุมมาตรฐานโดยการอบรมผู้สัมภาษณ์และผู้ตรวจวัดสัดส่วนร่างกาย การวัดความดันเลือดใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่มีมาตรฐาน และมีคู่มือและอุปกรณ์อื่นที่มีมาตรฐาน เช่น เครื่องชั่งน้ำหนักตัว เครื่องวัดแรงบีบมือ ที่วัดส่วน พร้อมทั้งมีคู่มือบรรยายและภาพสำหรับการเก็บข้อมูลภาคสนามทำให้มั่นใจว่าได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลมีการถ่วงน้ำหนักตามโอกาสของการถูกเลือกของกลุ่มตัวอย่างตามเพศ กลุ่มอายุ เขตปกครองและภาคที่อยู่ ทำให้ได้ข้อมูลที่แสดงขนาดปัญหาในระดับภาคและเขตปกครอง

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

จากประสบการณ์การดำเนินการสำรวจสุขภาพประชาชนครั้งที่ 4 นี้มีข้อเสนอบางประการเกี่ยวกับการดำเนินงานครั้งต่อไป ดังนี้

การจัดการ

- มีการวางแผนระยะกลางและระยะยาวเกี่ยวกับประเด็นที่จะสำรวจ โดยมีการสำรวจต่อเนื่องเป็นระยะๆ และเสริมด้วยการสำรวจประเด็นเจาะลึกตามกลุ่มอายุ และหรือตามประเด็นสุขภาพที่เป็นปัญหาต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เช่น การสำรวจสุขภาพเด็ก และการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น

- เนื้อหาประเด็นสุขภาพที่ควรสำรวจ มีการเตรียมการให้หน่วยงานที่ใช้ข้อมูล เช่น สสส. สปสช. หน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ เสนอประเด็นสุขภาพที่ควรมีการสำรวจเพิ่มเติม
- มีการสนับสนุนหน่วยงานที่รับผิดชอบ (สสท.) ให้ได้รับงบประมาณอย่างเพียงพอและสามารถดำเนินการโครงการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะยาวอย่างน้อยเป็นช่วงเวลา 15-20 ปี เพื่อให้พัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องไม่ขาดช่วง รวมทั้งมีการสร้างและพัฒนาทีมงานที่มีสมรรถนะในการผลิตข้อมูลสถานะสุขภาพประชาชนที่มีคุณภาพและประโยชน์ต่อการจัดทำนโยบายทางสุขภาพและการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ บริการทางสาธารณสุข การควบคุมและป้องกัน

การสุ่มเลือกตัวอย่าง

- ตัวอย่างที่เลือกจากทะเบียนราษฎร์ เมื่อลงสำรวจภาคสนามพบว่าบุคคลตัวอย่างส่วนหนึ่งอพยพไปที่อื่นแล้ว เนื่องจากมีการรื้อถอนหรือการย้ายที่อยู่ซึ่งการแก้ปัญหาทำโดยการสุ่มตัวอย่างใหม่ จึงมีข้อเสนอว่าอาจพิจารณาทางเลือกในการเลือกกรอบตัวอย่างที่มีความทันสมัยมากขึ้นเช่นการใช้ทะเบียนรายชื่อประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ หรือการสำรวจครัวเรือนเป็นกรอบตัวอย่างล่วงหน้าเพื่อการสุ่มตัวอย่างสำหรับการสำรวจครั้งต่อไป

วิธีการเก็บข้อมูลภาคสนาม

- จัดทีมเก็บข้อมูลภาคสนามให้มีจำนวนทีมน้อยที่สุด เพื่อลดความคลาดเคลื่อน ผู้สัมภาษณ์และผู้ตรวจและทดสอบร่างกายมีการประชุมอบรมอย่างเป็นมาตรฐาน รูปแบบทีมการเก็บข้อมูลอาจมีทีมจากส่วนกลางเป็นหน่วยเคลื่อนที่ตะเวนไปเก็บข้อมูลตามพื้นที่ต่างๆ ของประเทศโดยมีการประสานงานกับหน่วยวิชาการและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อให้ความร่วมมือในระดับพื้นที่ ทั้งนี้เป็นการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของข้อมูล
- วิธีการเก็บข้อมูล มีสองขั้นตอนคือ 1 การสำรวจบ้านและสัมภาษณ์บุคคลตัวอย่างที่บ้าน และ 2 ตามด้วยการนัดตรวจร่างกายและเจาะเลือด สำหรับวิธีการเข้าเยี่ยมตามบ้านทำให้สามารถครอบคลุมกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงการสำรวจได้ เช่น ผู้พิการและผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง
- พิจารณาใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม เพื่อให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและประสิทธิภาพในการประมวลและรายงานผล
- พิจารณาจัดรถตรวจสุขภาพเคลื่อนที่มีขีดความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ซับซ้อนได้ เช่น การตรวจ CBC, blood glucose เป็นต้น เพื่อความเป็นมาตรฐานและความมีประสิทธิภาพ และสามารถแจ้งผลการตรวจให้แก่บุคคลตัวอย่างได้อย่างรวดเร็ว

เครื่องมือที่ควรมีการพัฒนา

ควรมีการวางแผนเตรียมการและพัฒนาและทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น

- แบบเก็บข้อมูลกิจกรรมทางกาย การสำรวจครั้งนี้พบว่าความชุกของการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอตามข้อแนะนำค่อนข้างสูง ขณะเดียวกันการสำรวจนี้ก็พบว่าคนไทยมีแนวโน้มอ้วนมากขึ้น อาจแสดงว่าบุคคลตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะรายงานการมีกิจกรรมทางกายมากเกินจริง จึงควรมีการวิจัยพัฒนาวิธีการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายให้มีความถูกต้องมากขึ้น
- แบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ควรมีการพัฒนาต่อไปเพื่อสะท้อนถึงปัญหาการบริโภคอย่างต่อเนื่อง
- ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activities Daily Livings) ปัจจุบันยังมีแบบเก็บหลากหลาย ควรมีการศึกษาพัฒนาเครื่องมือนี้เพื่อการนำไปใช้สำรวจติดตามสถานการณ์ด้านนี้ในผู้สูงอายุต่อไป
- แบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ ควรครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศมากขึ้นและเกี่ยวข้องกับการมีเพศก่อนวัยอันควร อันเป็นการค้นหาและติดตามปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- การตรวจทางชีวเคมี เพิ่มเติม เช่น การตรวจ HbA1C เพื่อใช้การวินิจฉัยโรคเบาหวานและประเมินการควบคุมน้ำตาลในเลือด การตรวจ ferritin เพื่อวินิจฉัยภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็ก การตรวจโซเดียมในปัสสาวะเพื่อประเมินการบริโภคเกลือของประชาชน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผลการสำรวจ

ประเด็นปัญหาสุขภาพที่ยังต้องมีการพัฒนาการดูแลรักษาและมาตรการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ได้แก่ ประเด็นต่อไปนี้

- พฤติกรรมสุขภาพ และสถานะสุขภาพ
  - ได้แก่การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงแต่พบว่ายังมีความชุกของการสูบบุหรี่ในประชาชนค่อนข้างสูงโดยเฉพาะในเขตชนบท และควรเน้นการป้องกันในกลุ่มที่มีความอ่อนไหว เช่น กลุ่มอายุน้อยและผู้หญิง และการได้รับควันบุหรี่มือสอง และการสนับสนุนการเลิกบุหรี่
  - ปัญหาโรคอ้วนและโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด มีมาตรการป้องกันแบบปฐมภูมิ ได้แก่ มาตรการที่ส่งเสริมการกินอาหารสุขภาพ เช่นประชาชนไทยมีการกินผักผลไม้มากขึ้น ส่งเสริมการออกกำลังกายมากขึ้น และมาตรการเพื่อลดปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วน
  - มาตรการลดปัญหาพฤติกรรมการบริโภคยา แก้ปวด การคลายเครียด ยาลูกกลอน และอาหารเสริม เกินความจำเป็น
  - มาตรการลดปัญหาพฤติกรรมทางเพศ เพื่อแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
  - มาตรการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ จากโรคเรื้อรัง สมองเสื่อม การหกล้ม ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ และการขาดผู้ดูแล เป็นต้น
  - มาตรการลดปัญหาภาวะโลหิตจาง และปัญหาโรคซึมเศร้า

- ระบบการเข้าถึงบริการ
  - ด้านการเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคได้แก่ การตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
  - ด้านการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์
  - ด้านการพัฒนาการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการในด้านความครอบคลุมของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและคุณภาพการรักษา ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน การควบคุมความดันเลือดในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง
- การศึกษาเชิงลึก
  - ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ ที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายที่เกิดจากภาวะโรคที่ปัญหาเกิดขึ้น เช่น ภาวะอ้วน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น
  - การศึกษาปัญหาสุขภาพในกลุ่มเฉพาะในเชิงลึกต่อไป เช่น ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้, การศึกษายืนยันการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม, ขนาดปัญหาของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง เป็นต้น
  - การติดตามกลุ่มตัวอย่างระยะยาว โดยเลือกติดตามบางกลุ่มย่อย เพื่อติดตามภาวะสุขภาพของบุคคลตัวอย่างไปในอนาคต เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในภายหลัง

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและเชี่ยวชาญที่ปรึกษา

ที่ปรึกษาวิชาการด้านผู้สูงอายุ

1. รศ. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม	โครงการศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาระโรค
2. รศ. พรพันธุ์ บุณยรัตนพันธุ์	โครงการศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาระโรค
3. นพ. มนู วาทิสุนทร	สำนักส่งเสริมสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
4. รศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ทพ.ญ.ดร.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ	สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
6. ผศ.ดร.ปัทมา ว่าพัฒนวงษ์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
8. พญ.สิรินทร ฉันศิริกาญจน	

ที่ปรึกษาวิชาการด้านเด็ก

1. รศ.พญ.ลัดดา เหมาะสุวรรณ	ภาคกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. พญ.ภาสุรี แสงศุภวานิช	ภาคกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. รศ.พญ. นิชรา เรืองดารกานนท์	ภาคกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อ.ปราณี ชาญณรงค์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่ปรึกษาวิชาการด้านโภชนาการ

1. รศ.พญ. มันทนา ประทีปะเสน	ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ดร.วราภรณ์ เสถียรนพเก้า	ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. พญ.แสงโสม สีนะวัฒน์	สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
4. รศ. พัตธนี วินิจจะกูล	สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผศ.ดร.อุไรพร จิตต์แจ้ง	สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. คุณสุจิตต์ สาลีพันธ์	กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
7. ดร.กานดาวสี มาลีวงษ์	กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษาวิชาการด้านอนามัยเจริญพันธุ์

1. ศ.นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. นพ.เมธี พงษ์กิตติหล้า	กองอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
3. ผศ.ดร.พิมลพรรณ อิศรภักดี	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. คุณภารดี ชาญสมร	กองอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษาวิชาการด้านการใช้ยา

1. รศ.ดร.อาทร ริ้วไพบูลย์	ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อ.น้ำฝน ศรีบัณฑิต	ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
3. ภก.สุพล ลิมวัฒนานนท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. ภญ.พรพิศ ศิลขวุทธ์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ที่ปรึกษาวิชาการด้านยาสูบ

1. รศ. พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์	โครงการศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาระโรค
2. รศ.พญ.ลักขณา เติมศิริกุลชัย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ดร.ศรัณญา เบญจกุล	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข
4. ดร.มณฑา เก่งการพานิช	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. คุณอารีรัตน์ โล่ห์ทองมงคล	สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ที่ปรึกษาวิชาการด้านโรคหอบหืด

1. รศ.นพ.สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. พญ.มุกดา หวังวีรวงศ์	หน่วยงานโรคภูมิแพ้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
3. พญ. พรรณทิพา ฉัตรชาตรี	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษาวิชาการด้านโรคไต

1. ศ.นพ.สมนึก ดำรงกิจชัยพร	หน่วยโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นพ.อดิศร วังศิริไพศาล	หน่วยโรคไตและทางเดินปัสสาวะ ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นพ.ธนชัย พนาพุฒิ	หน่วยไตเทียม รพ.จังหวัดขอนแก่น
4. นพ.อำนวย ฉายแสงศิริศักดิ์	หน่วยโรคไต กองอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์

ที่ปรึกษาด้านสถิติ และการสุ่มตัวอย่าง

1. คุณหทัยชนก พรรคเจริญ	สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. คุณบรรพต ตีเมืองสอง	สำนักงานสถิติแห่งชาติ
3. ผศ.ดร.จรรยา ภัทรอาชาชัย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. ผศ.ลี่ลี อิงศรีสว่าง	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
5. คุณประเสริฐ ศรีพนารัตนกุล	กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
6. คุณนิรมล จำแนกมิตร์	กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
7. คุณศิริวรรณ ทีปะศิริ	สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ที่ปรึกษาวิชาการด้านห้องปฏิบัติการ

1. คุณอัจฉรียา อนุกูลพิพัฒน์	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. คุณนันทวัน เมฆา	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
3. ดร. สมลักษณ์ วนะวนานต์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ดร. อัญชลี จิตธรรมมา	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ปรึกษาวิชาการด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1. รศ. พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์	โครงการศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาระโรค
2. นพ.บัณฑิต ศรไพศาล	สถาบันจิตเวชเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
3. นพ.สมาน ฟูตระกูล	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

1. ศนพ. ธาดา ยิบอินซอย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ศนพ. ปิยะมิตร ศรีธรา	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผศนพ. สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นพ. สมเกียรติ โพธิสัตย์	กระทรวงสาธารณสุข
5. นพ. กฤช ลี่ทองอิน	สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำสั่งคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ที่ 019/2550
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
ปี พ.ศ. 2550-2552

อาศัยอำนาจตามมาตรา 11 (1), (2), (3) แห่งพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ประกอบด้วย

คณะที่ 1 คณะกรรมการอำนวยการ

1. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุข	ประธานกรรมการ
2. นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	กระทรวงสาธารณสุข	รองประธานกรรมการ
3. ศ.ภิรมย์ กมลรัตนกุล	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	รองประธานกรรมการ
4. ศ.ธาดา ยิบอินซอย	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	กรรมการ
5. รศ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม	โครงการทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาระโรค(SPICE)	กรรมการ
6. ศ.รัชตะ รัชตะนาวิน	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	กรรมการ
7. อธิบดีกรมอนามัย	กรมอนามัย	กรรมการ
8. เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
9. อธิบดีกรมการแพทย์	กรมการแพทย์	กรรมการ
10. อธิบดีกรมควบคุมโรค	กรมควบคุมโรค	กรรมการ
11. อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
12. อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
13. อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
14. อธิบดีกรมสุขภาพจิต	กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
15. นายสงวน นิตยารัมภ์พงศ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
16. นายสุภกร บัวสาย	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
17. นายสือ ล้ออุทัย	กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	กรรมการ
18. เลขาธิการสำนักงานสถิติแห่งชาติ	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
19. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
20. นายปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
21. นายพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
22. รศ.วิชัย เอกพลากร	มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ และเลขานุการ
23. นางกุลธิดา จันทร์เจริญ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
24. นายสุพรศักดิ์ ทิพย์สุขุม	สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานของการสำรวจสภาวะสุขภาพของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
2. พิจารณาเห็นชอบแผนปฏิบัติการดำเนินงานสำรวจสภาวะสุขภาพของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
3. ผลักดันให้เกิดกลไกเชิงสถาบัน ที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีความมั่นคงทั้งด้านงบประมาณ และความน่าเชื่อถือทางวิชาการ
4. ให้ข้อเสนอและเชื่อมโยงการใช้ประโยชน์จากผลการสำรวจสู่การพัฒนาเชิงนโยบาย ไปสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คณะที่ 2 คณะกรรมการบริหารวิชาการ

1. นายพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	ประธานกรรมการ
2. ศ.ภิรมย์ กมลรัตนกุล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
3. ศ.ธาดา ยิบอินซอย	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
4. ศ.ปิยทัศน์ ทัศนาวิวัฒน์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
5. รศ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม	โครงการทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาระโรค	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
6. รศ.พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์	โครงการทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาระโรค	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
7. ศ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
8. รศ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
9. นายสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
10. นายสุภกร บัวสาย	สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
11. นายวินัย สวัสดิวร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
12. รศ.พรรณวดี พุธวัฒนะ	คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
13. นายศุภกิจ ศิริลักษณ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
14. ศ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
15. รศ.ลัดดา เหมาะสุวรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
16. นางแสงโสม สีนะวัฒน์	กระทรวงสาธารณสุข	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
17. นายพินิจ ฟ้าอำนวยผล	สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ
18. ผู้อำนวยการ สำนักนโยบายและวิชาการสถิต	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติและการสำรวจ
19. นายปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์
20. รศ.วิชัย เอกพลากร	สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย	เลขานุการคณะกรรมการ
21. นางสาวรุ่งกานต์ อินทวงศ์	สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย	ผู้ช่วยเลขานุการ

มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. ให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการและยุทธศาสตร์ด้านการสำรวจสภาวะสุขภาพของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
2. กำกับ ติดตามให้การดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานทางวิชาการ
3. ประสานงานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดำเนินงานสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทย
4. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2550

(นายมงคล ณ สงขลา)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สสท.
NHESO
สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
NATIONAL HEALTH EXAMINATION SURVEY OFFICE

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

126 หมู่ 4 ชั้น 5 (อาคาร 10 ชั้น) สถาบันบำราศนราดูร ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์. 0-2965 9616 โทรสาร. 0-2965 9617

www.nheso.or.th