

ความเป็นธรรมทางสุขภาพระดับครัวเรือน:
การสำรวจครัวเรือนรอบที่ 2 และการตรวจร่างกายครั้งที่ 1

Health equity at household level:
The second wave of household survey and first health examination survey

ศุภสิทธิ์ พวรรณารุณทัย
ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์
สุกัลยา คงสวัสดิ์

Supasit Pannarunothai
Direk Patmasiriwat
Sukalaya Kongsawatt

ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
สิงหาคม 2547

บทคัดย่อ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมไม่เป็นอุปสรรคกีดขวาง การศึกษาครั้งนี้เพื่อประเมินผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2546 โดยการสำรวจซ้ำครัวเรือนเดิมที่ทำการสำรวจครั้งแรกในปี 2544 ครอบคลุมครัวเรือนประมาณ 4,000 ครัวเรือนในจังหวัดสุโขทัย อุบลราชธานี สมุทรสาคร ภูเก็ต และยังทำการสำรวจสุขภาพด้วยการตรวจร่างกายประชาชนใน 2 อำเภอของจังหวัดสุโขทัย

อัตราการพบครัวเรือนเดิมประมาณร้อยละ 77 และพบสมาชิกครัวเรือนคนเดิมร้อยละ 70 จังหวัดที่พบครัวเรือนเดิมและสมาชิกคนเดิมมากที่สุดคืออุบลราชธานี จังหวัดที่พบต่ำที่สุดคือภูเก็ต ความเป็นธรรมในการมีหลักประกันสุขภาพดีขึ้น คือผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ลดจากร้อยละ 8.8 ในปลายปี 2544 เหลือร้อยละ 4.3 ในปี 2546 ประชาชนจังหวัดสมุทรสาครยังคงไม่มีหลักประกันสุขภาพสูงที่สุดคือประมาณร้อยละ 7.5 ความเป็นธรรมด้านสุขภาพวัดด้วยคะแนนสถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นคะแนนสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับผู้สูงอายุสิทธิบัตรทอง ส่วนผู้สูงอายุสวัสดิการข้าราชการ แม้คะแนนสถานะสุขภาพจะลดลง แต่ก็ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผู้สูงอายุที่มีสิทธิประกันสังคมมีคะแนนสถานะสุขภาพสูงสุด และคะแนนสุขภาพกลับเพิ่มมากกว่าปีก่อน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยทำนายคะแนนสถานะสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านบวก: คะแนนสถานะสุขภาพปีก่อน รายได้ที่สูงขึ้น การมีงานทำ เพศชาย ปัจจัยด้านลบ: การเจ็บป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ การเป็นโรคเรื้อรัง การต้องนอนโรงพยาบาล อายุ การอยู่จังหวัดอื่นๆ เมื่อเทียบกับภูเก็ต ความเป็นธรรมทางสุขภาพของการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพยังแตกต่างกัน แม้การรับบริการโดยรวมจะต่ำมาก ตัวแปรทำนายการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นได้แก่ อยู่ในเขตเมือง อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป เพศหญิง การศึกษาชั้นมัธยมขึ้นไป และสิทธิข้าราชการ แต่การมีสถานะสุขภาพปีก่อนอยู่ในระดับดี-ดีมาก ทำให้การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพลดลง ความเป็นธรรมของการรับบริการของผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยอธิบายพฤติกรรมรับบริการของผู้มีโรคเรื้อรังเปรียบเทียบการสำรวจ 2 รอบ ได้แก่ อายุเพิ่มขึ้นทำให้ประสบการณ์เลือกวิธีไม่รักษา ดูแลตนเอง และใช้ภาครัฐมากขึ้น ผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเลือกดูแลตนเองและใช้บริการภาครัฐมากขึ้น ระดับมัธยมศึกษาใช้เอกชนมากขึ้น นำสังเกตว่าผู้มีสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค เลือกไม่รักษา ดูแลตนเอง และใช้เอกชนเพิ่มขึ้น แต่ใช้ภาครัฐลดลง ผู้มีสิทธิข้าราชการก็ใช้บริการเอกชนมากขึ้น ผู้เป็นโรคเบาหวานเลือกวิธีรักษาที่รัฐและเอกชนมากขึ้น ส่วนการคลังสุขภาพ การจ่ายเงินเองเฉพาะผู้มีโรคเรื้อรัง การสำรวจรอบสองมีลักษณะถดถอยต่ออายุได้ลดลงกว่ารอบแรก

การตรวจร่างกายผู้มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีผู้รับการตรวจร้อยละ 51 ของผู้ที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ ครัวเรือนใน 2 อำเภอของจังหวัดสุโขทัย คะแนนสถานะสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับลักษณะเมดเลือดแดง ผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย มีคะแนนสถานะสุขภาพต่ำกว่า ความตรงกันของการให้ประวัติและการตรวจพบโรคความดันเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง ($Kappa\ 0.40, p=0.00$) และโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ($Kappa\ 0.78, p=0.00$) คะแนนสถานะสุขภาพของผู้ไม่เป็นโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้เป็นโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสำรวจครัวเรือนเดิมมีอัตราค้นพบครัวเรือนเดิมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง แต่อัตราการมาตรวจร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง การใช้วิธีวิจัยเช่นนี้ จึงต้องพิจารณาเป็นอย่งยิ่งถึงคุณค่าเพิ่มของวิธีวิจัยแต่ละชนิด

Abstract

Universal health coverage is the health equity policy providing equal access to health care regardless of socioeconomic and cultural barriers. This study was to evaluate the policy in 2003 employing the panel household survey method on 4,000 households surveyed in 2001 in Sukhothai, Ubon Ratchathani, Samut Sakhon and Phuket, and employing health examination methods to 2 district in Sukhothai.

The rate of finding the same households was 77% and finding the same individuals 70%. Ubon was the highest and Phuket the lowest. Equity of access was better by insurance coverage, the uncovered reduced from 8.8% at the end of 2001 to 4.3% in 2003. Samut Sakhon found the highest rate for the uninsured 7.5%. Self assessed health status score showed that with increasing age, the scores reduced significantly among the gold health card, but non-significant for the elderly of civil servant medical benefit (CSMB). However, the elderly under the social security (SS), though with small number, had the highest health status score and increased during the year. Factors influencing high score were previous year score, high income, with occupation and male. Factors influencing lower score were illness in the past 2 weeks, chronic illness, hospitalisation, age and residing in other provinces compared to Phuket. There showed differences in access to health promotion services, (low uptake for all groups), the influencing factors for higher services were urban area, age 40 and higher, female, secondary education and higher, CSMB. The inhibiting factor was the last year health status of good and best score. The equity of access to care among the chronically ill, factors influencing use for those who were found in both waves were age for no treatment, self care and public service, primary education for self care and public service, secondary education for private health service. However, the gold health card chose no treatment, self care and private health service, CSMB chose private health service and diabetes patients used more of public and private health services. Equity in health financing was better for the chronically ill because regressivity of out-of-pocket payment reduced in the second wave as compared to the first wave.

Health examination survey on adults age 15 and higher could attract 51% of those provided data at the household surveys in 2 district of Sukhothai. Health status score and red blood cell were significantly related: those who suspected to be thalassaemic had lower score. The agreement between history and health exam result was moderate for hypertension (Kappa 0.40, $p=0.00$) but high for diabetes (Kappa 0.78, $p=0.00$). Health status score of non-chronic was significantly higher than the chronically ill.

This panel household survey could achieve considerably high rate of finding same households but moderate rate of coming for examination. Future use of these methods should pay attention to added value of each method.

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกๆ คนที่ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลงได้ ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยนเรศวรที่พิจารณาอนุมัติให้ทำการวิจัยในมนุษย์ครั้งนี้ ขอขอบคุณคณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลภาคสนาม การสัมภาษณ์ครัวเรือนในจังหวัดสุโขทัย อุบลราชธานี สมุทรสาครและภูเก็ต รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลด้วยการตรวจร่างกาย ในอำเภอทุ่งเสลี่ยมและศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัยทุกท่าน ขอขอบคุณสถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ช่วยเหลือด้านการเก็บตัวอย่างและวิเคราะห์ผลเลือด ขอขอบคุณนิสิตและนักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิตของมหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และมหาวิทยาลัยขอนแก่น รวมทั้ง ผศ.ดร.สุพล ลิ้มพัฒนานนท์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดร.อาทิตยา หล่อพัฒนานนท์ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาช่วยวิเคราะห์ข้อมูลหลายส่วนในรายงานฉบับนี้ และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	I
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	II
กิตติกรรมประกาศ	III
สารบัญ	IV
สารบัญตาราง	V
สารบัญภาพ	VI
1. ทำไมจึงสำรวจครัวเรือนรองสองและตรวจร่างกายรอบที่หนึ่ง	1
วิธีศึกษา	2
โครงสร้างของรายงานการวิจัย	2
2. ครัวเรือนที่สำรวจรอบสองเทียบกับรอบแรก	4
การพบครัวเรือนเดิมและกลุ่มตัวอย่างเดิม	4
ความมั่นคงของครัวเรือนทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน	6
สถานะสุขภาพ	10
3. การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ	14
ความครอบคลุมของบริการส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคล	14
การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพกับหลักประกันสุขภาพ	17
4. การเจ็บป่วยและใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก	20
โอกาสการเลือกใช้บริการสุขภาพ	20
อัตราการเจ็บป่วยและการใช้บริการ	26
การใช้สิทธิผู้ป่วยนอกตามกลุ่มรายได้	28
5. การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	30
การใช้สิทธิการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	31
การใช้สิทธิผู้ป่วยในตามกลุ่มรายได้	32
6. การเจ็บป่วยเรื้อรังและการใช้บริการ	33
การเลือกใช้สถานพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	33
การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความถี่ของการใช้บริการและการใช้สิทธิ	36
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	38
ความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพโรคเรื้อรัง	41

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

7. ผู้พิการและการใช้บริการ	42
โอกาสการเลือกใช้บริการของสถานพยาบาลของผู้พิการ	42
อัตราความพิการ การใช้บริการและการใช้สิทธิ	45
8. ความพึงพอใจและแนวคิดต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47
ภาพรวมความพึงพอใจของผู้มีสิทธิบัตรทอง	47
ความพึงพอใจของบริการประเภทต่างๆ	48
แนวคิดต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	54
9. การตรวจร่างกายครั้งที่ 1 และคะแนนสถานะสุขภาพ	61
วัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์ข้อมูล	61
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
ผลการตรวจร่างกาย	65
สถานะสุขภาพกับลักษณะของเม็ดเลือดแดง	66
ปัจจัยอธิบายสถานะสุขภาพ	68
10. ผลการตรวจร่างกายผู้เป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	70
สถานะสุขภาพผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง	70
สถานะสุขภาพผู้ที่เป็นเบาหวาน	77
11. ปัจจัยทำนายสุขภาพในอนาคต	82
ความชุกของการเกิดกลุ่มอาการเมตาบอลิก	85
ความเสี่ยงด้านสุขภาพด้วยอัตราส่วนความยาวนิวซีต่อนิวนาง	86
การทำนายโรคความดันเลือดสูงในเพศหญิง	87
การทำนายโรคเบาหวานในเพศหญิง	88
การทำนายโรคความดันโลหิตสูงในเพศชาย	89
การทำนายโรคเบาหวานในเพศชาย	91
12. อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ	94
อัตราการพบครัวเรือนเดิม ดัชนีสำคัญของการสำรวจครัวเรือนเดิม	94
คะแนนสถานะสุขภาพระหว่างการสำรวจ 2 รอบ	94
บริการส่งเสริมสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” ยังไม่เป็นจริง	95
การเจ็บป่วยและการรับบริการในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	96
การเจ็บป่วยต้องนอนรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล	97
การเจ็บป่วยเรื้อรังและพฤติกรรมมารับบริการ	98

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การคลังสุขภาพเป็นธรรมมากขึ้นหรือไม่	99
ความพึงพอใจของการรับบริการและแนวคิดต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	99
ข้อมูลการตรวจร่างกายกับสถานะสุขภาพที่ประเมินตนเอง	100
ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจากการตรวจร่างกาย	100
สรุป	101
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	103
เอกสารอ้างอิง	104
ภาคผนวก	106

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 จำนวนครัวเรือนและสมาชิกที่สำรวจรอบแรกปี 2544 และรอบสองปี 2546	4
2.2 โครงสร้างอายุของกลุ่มตัวอย่างที่พบทั้งการสำรวจรอบแรกปี 2544 และการสำรวจรอบสอง ปี 2546	5
2.3 โครงสร้างอายุของกลุ่มตัวอย่างที่พบเฉพาะการสำรวจรอบแรกปี 2544 หรือการสำรวจรอบสอง ปี 2546	5
2.4 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างที่พบเฉพาะการสำรวจรอบเดียวและที่พบในการสำรวจทั้งสองรอบ	6
2.5 ลักษณะประชากรเปรียบเทียบระหว่างรอบแรกและรอบที่สอง	7
2.6 ร้อยละของครัวเรือนในการสำรวจรอบแรกปี 2544 และการสำรวจรอบสอง ปี 2546	8
2.7 ร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรศัพท์ในการสำรวจรอบแรกปี 2544 และการสำรวจรอบสอง ปี 2546	9
2.8 การครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพชนิดต่างๆ ในจังหวัดตัวอย่าง	10
2.9 คะแนนสถานะสุขภาพของประชากรอายุ 15-98 และ 60-98 ปี จากการสำรวจ 2 รอบ	11
2.10 คะแนนสถานะสุขภาพของประชากรอายุ 60-98 ปี จากการสำรวจ 2 รอบตามหลักประกันสุขภาพ	11
2.11 ตัวแปรทำนายสถานะสุขภาพในปีนี้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธี multiple regression	
เทียบประชากรคนเดิมรายคน	12
2.12 ตัวแปรทำนายสถานะสุขภาพในปีนี้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธี ordered logit เทียบประชากรคนเดิม	13
3.1 อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามหลักประกันสุขภาพ	14
3.2 อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพจำแนกรายจังหวัด	15
3.3 อัตรา (ร้อยละ) การได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างสำรวจรอบแรกและรอบสอง	17
3.4 การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพ จากการสำรวจรอบแรกและรอบสอง	17
3.5 ตัวแปรอิสระที่ใช้ทำนายโอกาสการได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ โดยวิธี multiple logistic regression	18
4.1 การเจ็บป่วยและใช้บริการในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนสำรวจ (ค่าต่ำและค่าสูงคือ 95% confidence interval)	26
4.2 ตัวแปรทำนายการเจ็บป่วยช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา วิเคราะห์เทียบรายคนที่พบทั้ง 2 รอบ	27
4.3 การใช้สิทธิเมื่อรับบริการแบบผู้ป่วยนอก	28
4.4 อัตราการใช้สิทธิแบบผู้ป่วยนอกตามชั้นรายได้	28
5.1 อัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (95% confidence interval)	30
5.2 ตัวแปรอธิบายการนอนรักษาในโรงพยาบาล เทียบประชากรคนเดิมที่สำรวจพบ 2 รอบ	31
5.3 การใช้สิทธิเมื่อรับบริการแบบผู้ป่วยใน	32
5.4 อัตราการใช้สิทธิแบบผู้ป่วยในตามชั้นรายได้	32

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
6.1 อัตราการรายงานผู้ป่วยเรื้อรังตามกลุ่มอายุและรอบการสำรวจ	36
6.2 เจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและการไปใช้บริการรักษาในสถานพยาบาลรัฐและเอกชน	36
6.3 ตัวแปรอธิบายโรคเรื้อรัง เทียบประชากรคนเดิมที่สำรวจพบ 2 รอบ	38
6.4 สมการอธิบายการเปลี่ยนแปลงของการใช้บริการกรณีโรคเรื้อรัง โดยเทียบบุคคลเดิม	39
6.5 การจ่ายเงินจากกระเป๋า (บาทต่อคน) เพื่อการรักษาโรคเรื้อรังตามชั้นรายได้ สำรวจทั้ง 2 รอบ	41
7.1 อัตราการรายงานผู้ป่วยเรื้อรังตามกลุ่มอายุและรอบการสำรวจ	45
7.2 ผู้พิการและการไปใช้บริการรักษาในสถานพยาบาลรัฐและเอกชน	45
8.1 คะแนนความพึงพอใจเมื่อใช้บริการแยกตามสิทธิบัตรทองและสิทธิอื่นๆ กับการเจ็บป่วย	47
8.2 ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการของผู้ป่วยเจ็บป่วย 2 สัปดาห์ จำแนกรายจังหวัดและประเภทสถานบริการ	48
8.3 ความพึงพอใจเจ็บป่วยต้องนอนในโรงพยาบาล จำแนกรายจังหวัดและประเภทสถานบริการ	50
8.4 ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกรายจังหวัดและประเภทสถานบริการ	51
8.5 ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการของผู้พิการกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกรายจังหวัดและประเภทสถานบริการ	52
8.6 แนวคิดประชาชนโดยรวมต่อหลักประกันสุขภาพ	54
8.7 แนวคิดของผู้มีบัตรทองต่อหลักประกันสุขภาพ	55
8.8 แนวคิดของผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการต่อหลักประกันสุขภาพ	57
8.9 แนวคิดของผู้มีสิทธิประกันสังคมต่อหลักประกันสุขภาพ	58
8.10 แนวคิดประชาชนโดยรวมต่อหลักประกันสุขภาพแยกตามจังหวัด	59
9.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างประชากรทุ่งเสถียรและศรีสขาลัยที่มารับการตรวจร่างกาย	62
9.2 ประวัติการเจ็บป่วยของประชากรที่มารับการตรวจร่างกายเทียบกับประชากรที่ควรมา	62
9.3 คะแนนสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองของประชากรทั้งหมดและที่มารับการตรวจร่างกาย	63
9.4 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสถานะสุขภาพที่ประเมินวันตรวจร่างกายกับคะแนนวัน	64
9.5 คะแนนสถานะสุขภาพวันสำรวจครัวเรือนและวันตรวจร่างกาย แยกตามประวัติโรคเรื้อรังและกลุ่มอายุ	64
9.6 ลักษณะประชากรและผลการตรวจร่างกาย	65
9.7 ความเข้มของเม็ดเลือดแดงระหว่างผู้สงสัยและไม่สงสัยว่าเป็นธาลัสซีเมีย	66
9.8 คะแนนสุขภาพประเมินด้วยตนเองในวันตรวจร่างกายระหว่างผู้สงสัยและไม่สงสัยว่าเป็นธาลัสซีเมีย	67
9.9 รายได้ครัวเรือน(บาท)ต่อคนต่อเดือน ระหว่างผู้ที่สงสัยและไม่สงสัยว่าเป็นธาลัสซีเมีย	67
9.10 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เม็ดเลือด ดัชนีมวลกาย รายได้และสุขภาพ	68
9.11 สมการอธิบายสถานะสุขภาพปัจจุบันด้วยตัวแปรการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ วิธี regression	69

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
9.12 สมการอธิบายคะแนนสถานะสุขภาพผู้มาตรวจร่างกายด้วยวิธี ordered logit	
69	
10.1 ความตรงกันของประวัติความดันโลหิตสูงจากการสำรวจครัวเรือนและวันตรวจร่างกาย	70
10.2 ค่าเฉลี่ยความดันเลือดวัด 3 ครั้งของผู้ที่เป็นและไม่เป็นความดันโลหิตสูง	
ประวัติจากการสำรวจครัวเรือน	71
10.3 ค่าเฉลี่ยความดันเลือดวัด 3 ครั้งของผู้ที่เป็นและไม่เป็นความดันโลหิตสูง ประวัติจากวันตรวจร่างกาย	71
10.4 ความดันโลหิตสูงจากการวัด เทียบกับการให้ประวัติว่าเป็นความดันโลหิตสูงจาก	
การสัมภาษณ์ครัวเรือน	72
10.5 ความดันโลหิตสูงจากการวัด เทียบกับการให้ประวัติว่าเป็นความดันโลหิตสูงในวันตรวจร่างกาย	73
10.6 ความดันโลหิตสูงจากการวัด เทียบกับการให้ประวัติว่าเป็นความดันโลหิตสูงในวันตรวจร่างกาย	73
10.7 คะแนนสถานะสุขภาพใช้ในการสัมภาษณ์ครัวเรือนของผู้เป็นความดันโลหิตสูงและประวัติการรักษา	74
10.8 คะแนนสถานะสุขภาพในวันตรวจร่างกายของผู้เป็นความดันโลหิตสูงและประวัติการรักษา	74
10.9 อัตราการพบปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มประชากรที่รายงานประวัติความดันโลหิตสูงในวันตรวจร่างกาย	75
10.10 อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพกของประชากรปกติและที่เป็นความดันโลหิตสูง เพศชาย	76
10.11 อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพกของประชากรปกติและที่เป็นความดันโลหิตสูง เพศหญิง	76
10.12 ความตรงกันของประวัติการเป็นเบาหวานจากการสำรวจครัวเรือนและวันตรวจร่างกาย	77
10.13 ผู้ป่วยที่รายงานว่าเป็นเบาหวานและเป็นความดันเลือดสูงด้วย (ให้ประวัติในวันตรวจร่างกาย)	77
10.14 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด แยกตามกลุ่มประชากรเบาหวาน และแหล่งข้อมูล	78
10.15 ระดับน้ำตาลในเลือด เทียบกับการให้ประวัติว่าเป็นเบาหวานจากการสัมภาษณ์ครัวเรือน	78
10.16 ระดับน้ำตาลในเลือด เทียบกับการให้ประวัติว่าเป็นเบาหวานในวันตรวจร่างกาย	79
10.17 คะแนนสถานะสุขภาพใช้ในการสัมภาษณ์ครัวเรือนของผู้เป็นเบาหวานและประวัติการรักษา	79
10.18 คะแนนสถานะสุขภาพในวันตรวจร่างกายของผู้เป็นเบาหวานและประวัติการรักษา	80
10.19 อัตราการพบปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มประชากรที่รายงานประวัติเบาหวานวันตรวจร่างกาย	80
10.20 อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพกของประชากรปกติและที่เป็นเบาหวาน เพศชาย	81
10.21 อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพกของประชากรปกติและที่เป็นเบาหวาน เพศหญิง	81
11.1 ตัวแปรที่ใช้คำนวณ Framingham score ในเพศชายและเพศหญิง	82
11.2 คะแนนความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าด้วยคะแนน Framingham score เพศชาย	83
11.3 คะแนนความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าด้วยคะแนน Framingham score เพศหญิง	84
11.4 การคำนวณคะแนนกลุ่มอาการเมตาบอลิกจากตัวแปรต่างๆ ในเพศชายและเพศหญิง	85

สารบัญตาราง (ต่อ)

IX

ตารางที่	หน้า
11.5 การกระจายของคะแนนความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการเมตะบอลิก (คะแนนเสี่ยง 3-5) ของประชากร 497 คน ตามความยาวของเส้นรอบเอว (เพศชายมากกว่า 102 ซม. หญิงมากกว่า 88 ซม.)	85
11.6 การกระจายของคะแนนความเสี่ยงต่อโรคเมตะบอลิก ในเพศชายและเพศหญิง	86
11.7 ค่าอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนางในเพศหญิง	86
11.8 การกระจายของผู้เป็นความดันโลหิตสูงตามกลุ่มอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง ในเพศหญิง	87
11.9 การเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันเลือดสูงของค่าอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง ในเพศหญิง	88
11.10 การกระจายของเบาหวานตามกลุ่มอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง เพศหญิง	88
11.11 ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน โดยค่าอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง เพศหญิง	89
11.12 ค่าอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนางในเพศชาย	90
11.13 การกระจายของอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนางของเพศชายที่เป็นและไม่ใช่ความดันเลือดสูง	90
11.14 ความเสี่ยงของการเป็นความดันเลือดสูงในเพศชายจากค่าอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง	91
11.15 การกระจายของดัชนีอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนางของเพศชายที่มีประวัติและไม่มีประวัติว่าเป็นเบาหวาน	92
11.16 ความเสี่ยงของการเป็นเบาหวานในเพศชาย ด้วยอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง	92

X

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
4.1 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยนอก(N=1,669)	20
4.2 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการท้ายสุดในผู้ป่วยนอก(N=1,335)	21
4.3 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยนอกสิทธิบัตรทอง(N=1,328)	21
4.4 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการท้ายสุดในผู้ป่วยนอกสิทธิบัตรทอง(N=1,050)	22
4.5 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยนอกสิทธิข้าราชการ(N=161)	22
4.6 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการท้ายสุดในผู้ป่วยนอกสิทธิข้าราชการ(N=124)	23
4.7 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคม(N=124)	23
4.8 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการท้ายสุดในผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคม(N=105)	24
4.9 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยนอกไม่มีบัตรประกันสุขภาพใดๆ (N=51)	24
4.10 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการท้ายสุดในผู้ป่วยนอกไม่มีบัตรประกันสุขภาพใดๆ (N=49)	25
6.1 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (N=2,221)	33
6.2 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสิทธิบัตรทอง (N=1,680)	34
6.3 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสิทธิข้าราชการ (N=389)	34
6.4 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสิทธิประกันสังคม (N=104)	35
6.5 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีสิทธิ (N=62)	35
7.1 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดของผู้พิการเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง (N=140)	42
7.2 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดของผู้พิการเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังสิทธิบัตรทอง (N=119)	43
7.3 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดของผู้พิการเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังสิทธิข้าราชการ (N=16)	43
7.4 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดของผู้พิการเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังสิทธิประกันสังคม (N=16)	44
11.1 การกระจายของความเสี่ยงด้วยคะแนน Framingham ในเพศชาย	83
11.2 การกระจายของความเสี่ยงด้วยคะแนน Framingham ในเพศหญิง	84

1. ทำไมจึงสำรวจครัวเรือนรอบสอง และตรวจร่างกายรอบที่หนึ่ง

การประเมินผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่ามีผลกระทบในระดับครัวเรือนมากน้อยเพียงใด ช่วงปลายปี 2544 มีการสำรวจระดับครัวเรือนหลายการสำรวจ ทั้งระดับขนาด 4 จังหวัดและ 8 จังหวัดที่นำร่องนโยบาย ตั้งแต่เมษายนและมิถุนายน 2544 (Pannarunothai et al 2002, สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ 2547) จนถึงการสำรวจครัวเรือนทุกจังหวัดทั่วประเทศของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ 2547)

ผลการสำรวจปลายปี 2544 ใน 4 จังหวัดพบว่าประชาชนในโครงการ"บัตรทอง"นำร่อง 30 บาทรักษาทุกโรค เจ็บป่วยและใช้บริการสุขภาพ ใกล้เคียงกับประชากรในหลักประกันสุขภาพชนิดอื่น คือ สวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม แต่การใช้สิทธิที่ตนเองมีเมื่อรับบริการสุขภาพนั้น ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าหลักประกันอื่น (ยกเว้น ผู้มีสิทธิ สวัสดิการข้าราชการ เจ็บป่วยชนิดไม่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ใช้สิทธิของตนเองน้อยที่สุด ต่ำกว่าร้อยละ 50) อัตราการใช้สิทธิของผู้ถือบัตรทอง ผู้มีรายได้น้อยจะมีอัตราใช้สิทธิสูงกว่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่า

เมื่อประชาชนใช้สิทธิของตนเองน้อย หมายถึงว่า เมื่อเจ็บป่วยยังต้องจ่ายเงินเองเพื่อรับบริการสุขภาพ การวิเคราะห์ภาระของจ่ายเงินจากกระเป๋าดตนเอง (out-of-pocket) เพื่อสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือนพบว่า ยังมีลักษณะถดถอยต่อรายได้ ทั้งผู้ที่อยู่ในสิทธิบัตรทอง และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ

สถานะสุขภาพโดยรวมของประชาชน ที่วัดโดยการประเมินด้วยตนเอง พบว่า มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง จะมีการลดค่าของสถานะสุขภาพจากปีก่อนอย่างมาก นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับรายได้ของครัวเรือน กล่าวคือ ในกลุ่มที่มีประสบการณ์ภาวะโรคเช่นเดียวกัน ผู้ที่มีรายได้ต่ำจะมีสถานะสุขภาพที่ประเมินเองต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่า

ข้อค้นพบดังกล่าวสรุปว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้าถึงประชากรกลุ่มที่ยากจนที่สุดได้ผลพอสมควร แต่ยังไม่สามารถปรับลักษณะการคลังเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะการจ่ายเงินเองเมื่อเจ็บป่วยให้มีลักษณะก้าวหน้าต่อรายได้ ลักษณะเช่นนี้ คล้ายกับการสำรวจครัวเรือนของ 8 จังหวัด และการสำรวจในปี 2546 ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือผลกระทบระยะยาวหรือสถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเอง ยังสะท้อนว่าสุขภาพเป็นสิ่งที่สัมพันธ์มากกับเศรษฐกิจฐาน สิ่งเหล่านี้ สมควรต้องทำการติดตามผลกระทบทางนโยบาย ด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพในระดับครัวเรือนต่อ ดังนั้น การสำรวจครัวเรือนเดิมซ้ำเพื่อติดตามผลกระทบของนโยบายโดยเฉพาะ 4 จังหวัดนำร่องจึงเกิดขึ้น โดยมีคำถามวิจัยคำถามวิจัยดังนี้

1. ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และหลักประกันสุขภาพชนิดอื่น (ได้แก่ สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม) ในปี 2546 เปลี่ยนแปลงไปจากปี 2544 ในด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพระดับครัวเรือน อย่างไรบ้าง
2. พฤติกรรมแสวงหาบริการของประชากรกลุ่มโรคเรื้อรัง ปี 2546 แตกต่างจากพฤติกรรมในปี 2544 อย่างไร ปัจจัยกำหนดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญได้แก่อะไรบ้าง
3. สถานะสุขภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์กับสถานะสุขภาพจากการตรวจร่างกายมีความตรงกันมากน้อยเพียงใด

วิธีศึกษา

สำรวจครัวเรือนใน 4 จังหวัด ได้แก่ สุโขทัย อุบลราชธานี สมุทรสาคร และภูเก็ต ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงพฤษภาคม 2546 โดยใช้ตัวอย่างครัวเรือนเดิมที่ได้เคยสำรวจไว้ตั้งแต่ปี 2544 พยายามให้ได้ครัวเรือนเดิมมากที่สุด ในกรณีที่หาครัวเรือนเดิมไม่พบ ให้ใช้ครัวเรือนอื่นในละแวกเดียวกันทดแทน โดยเลือกครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนมีอาชีพอย่างเดียวกับครัวเรือนที่ถูกทดแทน

การสัมภาษณ์ใช้พนักงานสัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรมในระดับพื้นที่แต่ละจังหวัด ผู้ให้ข้อมูลคือสมาชิกในครัวเรือนที่รู้ข้อมูลมากที่สุด ตอบคำถามแทนสมาชิกทุกคนในครัวเรือน (proxy respondent) เมื่อได้ข้อมูลจากครัวเรือน ทำบรรณการข้อมูลในระดับจังหวัด บันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ แล้วจึงนำมาเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลเดิม กำหนดรหัสเฉพาะบุคคลเพื่อสามารถติดตามสมาชิกแต่ละคนในครัวเรือนได้ว่า เป็นสมาชิกที่พบตั้งแต่การสำรวจครั้งแรก หรือเป็นสมาชิกใหม่ที่พบเฉพาะครั้งนี้

การสำรวจสถานะสุขภาพด้วยการตรวจร่างกาย เลือกเฉพาะประชากรใน 2 อำเภอของจังหวัดสุโขทัยที่ทำการสัมภาษณ์ครัวเรือน คือ อำเภอทุ่งเสลี่ยมและอำเภอศรีสัชนาลัย เนื่องจากมีจำนวนประชากรเป็นไปตามเป้าหมายที่สามารถดำเนินการสำรวจได้ (ประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรที่สัมภาษณ์ทั้งจังหวัด) และเป็นพื้นที่ที่มีความเป็นชนบทกว่าเขตอำเภออื่น การสำรวจด้วยการตรวจร่างกายกระทำหลังการสัมภาษณ์ครัวเรือนประมาณ 4-6 สัปดาห์

โครงสร้างของรายงานการวิจัย

รายงานการวิจัยฉบับนี้ แบ่งเป็น 10 บท นำเสนอเนื้อหาเปรียบเทียบระหว่างการสำรวจรอบที่สองกับการสำรวจรอบแรก เริ่มจากการวิเคราะห์ครัวเรือนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในรอบสองเทียบกับครัวเรือนที่พบในรอบแรก สถานะสุขภาพของประชากรที่พบทั้งสองรอบเปรียบเทียบคะแนนของสองรอบ การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ การเจ็บป่วยและการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก การเจ็บป่วยที่ต้อง

นอกรักษาในโรงพยาบาล การเจ็บป่วยเรื้อรังและพิการ ความพึงพอใจในการรับบริการและแนวคิดต่อ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การสำรวจโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 1 และคะแนนสถานะสุขภาพ ผล
การตรวจร่างกายผู้เป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง 2 โรคที่พบบ่อย ปัจจัยเสี่ยง
กับสถานะสุขภาพ อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

2. ครั้วเรือนที่สำรวจรอบสองเทียบกับรอบแรก

ผลการศึกษาในบทนี้ เริ่มจากการเสนออัตราการพบครั้วเรือนและกลุ่มตัวอย่างเดิม การเปรียบเทียบความมั่งคั่งและสินทรัพย์ของครั้วเรือนระหว่างการสำรวจ 2 รอบ สถานะสุขภาพและปัจจัยทำนาย การใช้บริการสุขภาพ ตลอดจน ความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพระหว่างการสำรวจ 2 รอบ

2.1 การพบครั้วเรือนเดิมและกลุ่มตัวอย่างเดิม

การสำรวจระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2546 ได้จำนวนครั้วเรือนในการวิจัยเพิ่มขึ้นจาก 4,144 ครั้วเรือน เป็น 4,413 และจำนวนสมาชิกในครั้วเรือนเพิ่มจาก 16,598 คน เป็น 16,618 คน พบว่าเป็นครั้วเรือนเดิมร้อยละ 77 ของจำนวนครั้วเรือนทั้งหมดในการสำรวจรอบ 2 และพบกลุ่มตัวอย่างเดิมร้อยละ 70 (ดูตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 จำนวนครั้วเรือนและสมาชิกที่สำรวจรอบแรกปี 2544 และรอบสองปี 2546

จังหวัด	สำรวจรอบแรก			รอบสอง จำนวน และร้อยละพบตัวอย่างเดิม			
	ครั้วเรือน	สมาชิก	ร้อยละ	ครั้วเรือน	ร้อยละ	สมาชิก	ร้อยละ
ภูเก็ต	1,000	3,665	22.1	1,000	64.2	3,773	59.3
สมุทรสาคร	1,000	4,399	26.5	1,000	70.8	4,538	63.3
สุโขทัย	1,119	4,135	24.9	1,117	83.9	3,873	76.7
อุบลราชธานี	1,025	4,399	26.5	1,027	89.0	4,431	81.2
รวม	4,144	16,598	100	4,413	77.3	16,618	70.3

การเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเดิม

การสำรวจสองครั้งห่างกันประมาณ 1 ปี 6 เดือน ดังนั้น อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจพบทั้งครั้งแรกและครั้งที่สอง จะมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.5 ปี (ดูตารางที่ 2.2) กลุ่มผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นกลุ่มตัวอย่างที่พบในการสำรวจทั้งสองครั้งมากกว่ากลุ่มอายุอื่น โดยเฉพาะการสำรวจพบครั้วเรือนและสมาชิกครั้วเรือนเดิมที่มากในจังหวัดอุบลราชธานีเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 16 และจังหวัดสุโขทัย เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ส่วนจังหวัดภูเก็ตและสมุทรสาคร พบกลุ่มตัวอย่างเดิมน้อย มีผู้สูงอายุในสัดส่วนร้อยละ 14 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ตารางที่ 2.2 โครงสร้างอายุของกลุ่มตัวอย่างที่พบทั้งการสำรวจรอบแรกปี2544 และการสำรวจรอบสอง ปี 2546

อายุ	ภูเก็ต		สมุทรสาคร		สุโขทัย		อุบลราชธานี		รวม	
	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2
0-14	21.5%	18.7%	20.3%	18.5%	20.8%	18.8%	26.8%	24.6%	22.5%	20.4%
15-29	22.9%	22.7%	22.8%	23.1%	15.6%	15.1%	18.4%	18.2%	19.4%	19.2%
30-44	25.6%	24.9%	25.5%	23.9%	23.5%	22.7%	22.5%	22.6%	24.0%	23.4%
45-59	17.5%	19.9%	18.1%	20.1%	21.6%	23.2%	18.4%	18.6%	19.1%	20.5%
60+	12.6%	13.8%	13.4%	14.4%	18.5%	20.2%	13.9%	16.1%	14.9%	16.5%
รวม	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
เฉลี่ย ปี	33.7±20.2	35.2±19.9	34.4±20.7	35.7±20.3	37.5±21.9	39.0±21.6	33.4±21.8	34.9±21.7	34.9±21.3	36.4±21.1
จำนวน	1,701	1,701	2,448	2,448	2,935	2,935	2,874	2,871	9,966	9,966

กลุ่มตัวอย่างทดแทนมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มเดิมเพียงใด

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่พบในการสำรวจรอบแรกหรือรอบสองเพียงครั้งเดียว โดยเฉลี่ยมีอายุน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่พบทั้งสองรอบ (อายุ 30 ปี ตารางที่ 3 เทียบกับ 36 ปี ตารางที่ 2.3) จังหวัดสุโขทัย ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมในรอบที่สองอายุเฉลี่ยสูงกว่าจังหวัดอื่น จังหวัดสมุทรสาคร ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมในรอบที่สองอายุน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างในรอบแรก

ตารางที่ 2.3 โครงสร้างอายุของกลุ่มตัวอย่างที่พบเฉพาะการสำรวจรอบแรกปี2544 หรือการสำรวจรอบสอง ปี 2546

อายุ	ภูเก็ต		สมุทรสาคร		สุโขทัย		อุบลราชธานี		รวม	
	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2
0-14	20.0%	22.9%	25.0%	23.4%	22.4%	25.6%	26.7%	26.1%	23.4%	24.2%
15-29	28.2%	26.8%	30.9%	30.3%	29.5%	21.4%	27.8%	28.2%	29.1%	27.5%
30-44	29.0%	26.6%	24.6%	27.2%	24.7%	24.5%	22.6%	21.4%	25.4%	25.3%
45-59	14.4%	14.7%	11.9%	13.0%	14.0%	15.7%	13.6%	15.0%	13.4%	14.4%
60+	8.5%	9.1%	7.6%	6.2%	9.4%	12.7%	9.3%	9.3%	8.6%	8.7%
รวม	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
เฉลี่ย ปี	31.6±19.0	31.2±19.9	29.1±19.2	29.0±18.0	30.8±20.0	32.6±21.3	29.8±20.2	29.8±20.2	30.3±19.6	30.3±19.6
จำนวน	1,964	2,072	1,950	2,089	1,188	929	1,525	1,562	6,627	6,652

เฉลี่ย ปี 33.7±20.2 35.2±19.9 34.4±20.7 35.7±20.3 37.5±21.9 39.0±21.6 33.4±21.8 34.9±21.7 34.9±21.3 36.4±21.1

2.2 ความมั่งคั่งของครัวเรือนทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน

รายได้ครัวเรือน

เมื่อเทียบรายได้ครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างเดิมและกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มในรอบที่สอง มีรายได้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่ารายได้ของกลุ่มที่พบเพียงรอบแรก ประมาณ 500 บาทต่อคนต่อเดือน โดยเพิ่มมากที่สุดที่จังหวัดสมุทรสาคร ส่วนที่เพิ่มน้อยที่สุดคือจังหวัดสุโขทัย ค่าเฉลี่ยเพิ่มเพียง 48 บาทต่อคนต่อเดือนเท่านั้น ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่พบในการสำรวจทั้งสองรอบ มีรายได้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นในการสำรวจรอบสองประมาณ 240 บาทต่อคนต่อเดือน โดยเพิ่มมากที่สุดที่จังหวัดสมุทรสาคร และอุบลราชธานี กลุ่มที่รายได้เพิ่มน้อยที่สุดคือกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสุโขทัย (ดูตารางที่ 2.4)

ตารางที่ 2.4 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างที่พบเฉพาะการสำรวจรอบเดียวและที่พบในการสำรวจทั้งสองรอบ

	รอบที่	สำรวจพบเพียงรอบเดียว			สำรวจพบ 2 รอบ		
		N	บาท/คน/ด.	SD	N	บาท/คน/ด.	SD
ภูเก็ต	1	1,964	3,482	2,964	1,701	3,108	2,714
	2	2,072	3,703	3,203	1,701	3,201	2,599
สมุทรสาคร	1	1,950	3,009	2,291	2,448	2,820	2,273
	2	2,089	3,584	2,525	2,448	3,201	2,297
สุโขทัย	1	1,188	2,100	2,490	2,943	2,281	2,906
	2	929	2,148	2,574	2,943	2,350	2,600
อุบลฯ	1	1,525	2,589	3,013	2,874	1,895	2,304
	2	1,562	3,020	3,435	2,871	2,263	2,878
รวม	1	6,627	2,890	2,754	9,966	2,443	2,599
	2	6,652	3,288	3,028	9,963	2,679	2,651

ลักษณะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน

เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมของประชากรในการสำรวจครัวเรือนรอบที่ 1 และรอบที่ 2 เปรียบเทียบกัน พบว่า สัดส่วนประชากรเพศหญิงที่พบทั้งสองรอบเท่ากันคือ ร้อยละ 53 ของประชากรทั้งหมด อายุเฉลี่ยของรอบสองสูงกว่ารอบแรก สัดส่วนประชากรครอบคลุมด้วยสวัสดิการข้าราชการเพิ่มไม่มากนัก ที่ครอบคลุมด้วยประกันสังคมเพิ่มจากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 10.6 ประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มจาก

ร้อยละ 72.7 เป็น 74.3 ประกันสุขภาพเอกชนลดจาก 8.6 เหลือ 7.7 โดยรวมแล้วผู้ไม่มีสิทธิใดๆ ลดจากร้อยละ 8.8 เหลือ 4.3 สถานภาพโสดเพิ่มขึ้นเล็กน้อย กลุ่มประชากรที่ไม่ได้ทำงานเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยกลุ่มที่ทำงานเกี่ยวกับราชการเพิ่มขึ้นมาก กลุ่มผู้ทำงานใช้แรงงานเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ส่วนกลุ่มทำงานด้านธุรกิจลดลง (ดูตารางที่ 2.5)

ตารางที่ 2.5 ลักษณะประชากรเปรียบเทียบระหว่างรอบแรกและรอบที่สอง

	รอบแรก	รอบสอง	P value
สัดส่วน เพศหญิง	53.0	53.0	0.892
อายุเฉลี่ย	33.1	33.9	0.007
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	11.4	11.6	0.035
ประกันสังคม	8.9	10.6	0.000
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	72.7	74.3	0.001
ประกันสุขภาพเอกชน	8.6	7.7	0.002
ไม่มีบัตร	8.8	4.3	0.000
สถานภาพสมรส โสด	42.2	43.1	0.004
คู่	50.8	50.1	
หม้าย หย่า แยก	7.0	6.9	
อาชีพ ไม่ได้ทำงาน	42.7	43.1	0.000
ธุรกิจ	33.9	27.6	
งานเกี่ยวกับราชการ	11.8	16.3	
กรรมกร	11.6	12.1	

สินทรัพย์อื่นๆ

ลักษณะของครัวเรือนและการครอบครองสินทรัพย์เปรียบเทียบระหว่างการสำรวจ 2 รอบพบว่ารอบสองเป็นครัวเรือนตั้งในเขตเมืองเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ลักษณะบ้านโดยลดเล็กน้อย โดยเป็นห้องแถวเพิ่มขึ้น โครงสร้างของบ้านบรรยายว่า ใช้วัสดุถาวรเป็นส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นมาก โดยเป็นตึกลดลง ผู้อยู่อาศัยเป็นเจ้าของตัวบ้านและเป็นเจ้าของที่ดินที่สร้างบ้านเพิ่มขึ้นเล็กน้อย น้ำดื่มใช้น้ำบรรจุขวดเพิ่มขึ้น และใช้น้ำฝนลดลง ในครัวเรือนมีโทรทัศน์เพิ่มขึ้นจนเกือบมีครบทุกครัวเรือน (รอบสองมีถึงร้อยละ 97.7) วิทยุ/วิทยุเทป ตู้เย็น เครื่องซักผ้า มีเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โทรศัพท์มีเพิ่มขึ้นมาก จากร้อยละ 50.3 เป็นร้อยละ 62.7 เครื่องปรับอากาศ พัดลม เตาหุงต้มไฟฟ้ามีลดลงเล็กน้อย หรือไม่แตกต่างจากเดิมนัก

รถยนต์ รถจักรยานยนต์ รถอีแต๋นมีเพิ่มเล็กน้อย ส่วนจักรยานสองล้อ เครื่องจักรใช้ในการเกษตร ลดลงเล็กน้อย รวมทั้งมีเรือลดลง (ดูตารางที่ 2.6)

ตารางที่ 2.6 ร้อยละของครัวเรือนในการสำรวจรอบแรกปี 2544 และการสำรวจรอบสอง ปี 2546

	รอบแรก	รอบสอง
จำนวนครัวเรือน	4,144	4,158
ตั้งอยู่ในเขตเมือง	50.0%	51.2%
เป็นบ้านโคด	72.5%	71.8%
เป็นห้องแถว เรือนแถว	17.0%	19.7%
ตัวบ้านเป็นเจ้าของ	79.3%	81.6%
เช่า	16.2%	15.3%
ที่ดินเป็นเจ้าของ	72.8%	75.1%
ที่ดินเช่า	16.8%	18.1%
น้ำดื่ม น้ำประปาภายในบ้าน	17.9%	16.3%
น้ำฝน	25.8%	17.8%
น้ำดื่มบรรจุขวด	36.2%	41.8%
โทรทัศน์	96.9%	97.7%
วิทยุ/วิทยุเทป	79.2%	81.6%
ตู้เย็น ตู้แช่	88.3%	90.4%
เครื่องซักผ้า	43.2%	46.5%
โทรศัพท์	50.3%	62.7%
เครื่องปรับอากาศ	10.7%	10.5%
พัดลม	97.9%	97.1%
เตารีดไฟฟ้า	86.6%	86.2%
รถยนต์	31.4%	32.7%
รถจักรยานยนต์	75.0%	77.6%
รถจักรยานสองล้อ	46.7%	44.8%
เครื่องจักร (ใช้ในการเกษตร)	9.7%	9.2%
รถอีแต๋น รถไถ่ต๋อย	6.3%	7.0%
เรือ	3.0%	1.8%

การถือครองทรัพย์สินของครัวเรือนในสองช่วงเวลาที่แตกต่างกันมากคือ การมีโทรศัพท์ จึงเสนอผลวิเคราะห์ละเอียดขึ้นใน ตารางที่ 2.7 จังหวัดภูเก็ต มีครัวเรือนที่มีโทรศัพท์ มากกว่าจังหวัดอื่นในรอบแรก และสมุทรสาคร มีโทรศัพท์มากที่สุดในรอบที่สอง จังหวัดที่มีโทรศัพท์น้อยในการสำรวจรอบแรก ได้แก่ สุโขทัย และอุบลราชธานี ต่อมาในการสำรวจครัวเรือนครั้งที่สอง มีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะที่จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่พบในการสำรวจทั้ง 2 ครั้ง มีอัตราการเพิ่มโทรศัพท์จำนวนเล็กน้อยเมื่อเทียบกับการสำรวจเมื่อรอบที่หนึ่ง

ตารางที่ 2.7 ร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรศัพท์ในการสำรวจรอบแรกปี 2544 และการสำรวจรอบสอง ปี 2546

	พบรอบเดียว		พบทั้งสองรอบ		รวม	
	รอบแรก	รอบสอง	รอบแรก	รอบสอง	รอบแรก	รอบสอง
ภูเก็ต	541	524	459	491	1,000	1,015
	63.8%	67.4%	71.9%	70.5%	67.5%	68.9%
สมุทรสาคร	382	369	617	631	999	1,000
	55.5%	73.7%	67.9%	78.6%	63.2%	76.8%
สุโขทัย	220	183	898	934	1,118	1,117
	27.3%	47.5%	35.9%	47.3%	34.2%	47.4%
อุบลฯ	328	292	699	734	1,027	1,026
	46.0%	70.5%	35.1%	55.3%	38.6%	59.6%

สิทธิหลักประกันสุขภาพ

เนื่องจากการวิจัยนี้ให้ความสนใจกับการเจ็บป่วยและพฤติกรรมการใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพ จึงเสนอการมีหลักประกันสุขภาพอย่างละเอียด จำนวนตัวอย่างรอบสองทั้งหมด 16,618 คน แยกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ 3 หลักประกันใหญ่ดังตารางที่ 2.8 คือ 30 บาทรักษาทุกโรค (ยังแยกย่อยเป็นชนิดไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท และจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท) ประกันสังคม และข้าราชการ พบว่า ในภาพรวม มีสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค ร้อยละ 74 (เป็นชนิดจ่ายค่าธรรมเนียม สูงกว่าไม่จ่ายค่าธรรมเนียม ยกเว้นสุโขทัยที่สิทธิ 30 บาทไม่จ่ายค่าธรรมเนียม มีมากกว่า) ประกันสังคมครอบคลุมประชากร ร้อยละ 11 (จังหวัดสุโขทัยกับอุบลราชธานีมีความครอบคลุมต่ำมาก ส่วนสมุทรสาครมีการครอบคลุมมากถึง ร้อยละ 20 ของประชากรจังหวัด) สวัสดิการข้าราชการครอบคลุมร้อยละ 12 (จังหวัดภูเก็ตและสมุทรสาคร มีความครอบคลุมค่อนข้างต่ำ ส่วนอุบลราชธานีมีความครอบคลุมสูงถึงร้อยละ 18) และยังมีผู้ไม่มีบัตรใดๆ ร้อยละ 4.3 (จังหวัดที่ผู้ไม่

มีบัตรน้อยลงเหลือที่สุดคือสุโขทัยประมาณร้อยละ 1.5 ของประชากรจังหวัด ส่วนจังหวัดที่ไม่มีบัตร
เหลือมากที่สุด คือสมุทรสาคร ร้อยละ 7.5)

ตารางที่ 2.8 การครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพชนิดต่างๆ ในจังหวัดตัวอย่าง

	ไม่จ่าย 30	จ่าย 30	ประกันสังคม	ข้าราชการ	ประกันเอกชน	ไม่มีบัตร	รวม*
ภูเก็ต	25.5%	49.1%	14.9%	6.8%	10.8%	5.0%	112.0%
สมุทรสาคร	19.3%	51.2%	20.0%	7.0%	6.9%	7.5%	111.9%
สุโขทัย	41.9%	40.0%	2.9%	14.3%	9.8%	1.5%	110.4%
อุบลราชธานี	29.7%	41.2%	3.9%	18.1%	4.1%	3.0%	100.1%
รวม	28.7%	45.5%	10.6%	11.6%	7.7%	4.3%	108.4%
จำนวน	4,776	7,554	1,755	1,927	1,280	717	16,618

หมายเหตุ รวมเกิน 100 หมายถึงมีสิทธิซ้ำซ้อน

2.3 สถานะสุขภาพ

การสำรวจครัวเรือน พนักงานสัมภาษณ์ ให้ผู้ตอบแบบสำรวจ ประเมินสถานะสุขภาพของสมาชิกครัวเรือนอายุมากกว่า 14 ปีทุกคน โดยคะแนน 5 หมายถึงสุขภาพดีที่สุด และ 1 คือสุขภาพแย่มากที่สุด ผู้ตอบต้องประเมินสถานะสุขภาพทั้งปีที่แล้วและปีนี้ ถือเป็นคะแนนสุขภาพรวมที่ประเมินด้วยตนเอง (self assessed health status)

พบว่า คะแนนสถานะสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15-98 ปี) มีคะแนนสถานะสุขภาพปีนี้ลดลงกว่าปีที่แล้วสำหรับการสำรวจทั้ง 2 รอบ แต่การสำรวจรอบ 2 คะแนนสถานะสุขภาพที่ลดลงน้อยกว่าการสำรวจรอบแรก (จากที่ต่างกันเฉลี่ย 0.04 ลดเหลือ 0.02 คะแนน) แต่เมื่อวิเคราะห์เฉพาะผู้สูงอายุ พบว่าการสำรวจทั้งสองรอบ คะแนนสถานะสุขภาพของปีนี้ต่ำกว่าปีที่แล้วในขนาดที่เท่ากัน (คะแนนลด 0.06 ดูตารางที่ 2.9)

น่าสังเกตว่า คะแนนเฉลี่ยเริ่มต้น (คือคะแนนสถานะสุขภาพปีที่แล้ว) ของการสำรวจรอบสองสูงกว่าคะแนนสุดท้าย (สถานะสุขภาพของปีนี้) ของการสำรวจรอบแรก โดยช่วงเวลาประเมินห่างกันเหลือประมาณ 6 เดือน คะแนนที่เพิ่มขึ้นเป็นจากการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่ให้คะแนนสถานะสุขภาพ และการที่ประชาชนให้คะแนนตั้งต้นสูงขึ้นในรอบใหม่ที่สำรวจ

ตารางที่ 2.9 คะแนนสถานะสุขภาพของประชากรอายุ 15-98 และ 60-98 ปี จากการสำรวจ 2 รอบ

สถานะสุขภาพ	อายุ	รอบ 1			รอบ 2		
		N	Mean	SD	N	Mean	SD
ปีก่อน	15-98	6,672	3.67	0.85	7,869	3.87	0.86
ปีนี้	15-98	6,663	3.63	0.87	7,870	3.85	0.88
ปีก่อน	60-98	1,277	3.29	0.94	1,626	3.41	0.92
ปีนี้	60-98	1,274	3.23	0.97	1,626	3.35	0.95

ตารางที่ 2.10 คะแนนสถานะสุขภาพของประชากรอายุ 60-98 ปี จากการสำรวจ 2 รอบตามหลักประกันสุขภาพ

หลักประกัน	รอบ	N	คะแนนสุขภาพปีก่อน		คะแนนสุขภาพปีนี้		Paired t-test
			Mean	SD	Mean	SD	
30 บาท	1	975	3.25	0.93	3.16	0.96	p<0.01
30 บาท	2	1,184	3.40	0.92	3.32	0.95	p<0.01
ข้าราชการ	1	300	3.40	0.93	3.37	0.98	p>0.05
ข้าราชการ	2	377	3.46	0.89	3.42	0.90	p>0.05
ประกันสังคม	1	14	3.21	0.97	3.36	0.84	p>0.05
ประกันสังคม	2	15	3.60	0.99	3.73	0.88	p>0.05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนสถานะสุขภาพปีก่อนและปีปัจจุบันเฉพาะผู้สูงอายุ แยกเป็นผู้สูงอายุในหลักประกันต่างๆ และรอบของการสำรวจ จะพบว่า ผู้สูงอายุสิทธิ 30 บาทรักษาทุกคน มีคะแนนสถานะสุขภาพลดลงมากกว่ากลุ่มหลักประกันสุขภาพอื่นๆ คะแนนที่ลดลงของแต่ละบุคคลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (paired t-test $p<0.01$) ผู้สูงอายุสิทธิสวัสดิการข้าราชการ มีคะแนนสถานะสุขภาพลดลงเช่นกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ น่าสังเกตคือ คะแนนสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุประกันสังคม กลับเพิ่มขึ้น (แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างน้อย หรือผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีอคติของผู้มีงานทำสุขภาพดี ดูตารางที่ 2.10)

สถานะสุขภาพและปัจจัยทำนาย

เมื่อวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่พบในการสำรวจทั้ง 2 รอบ หาสมการที่ทำนายสถานะสุขภาพในปีปัจจุบัน ตัวแปรอิสระได้แก่ จังหวัด เขตเมือง/ชนบท การครอบครองเครื่องจักรเพื่อการเกษตร รถอีแต่น ลักษณะบ้านพักอาศัย อาชีพหลัก และลักษณะงานอาชีพ

สมการที่วิเคราะห์สถานะสุขภาพ เทียบรายบุคคลระหว่าง 2 รอบ มีอำนาจอธิบายสูงถึงร้อยละ 74 ปัจจัยที่อธิบายสถานะสุขภาพปัจจุบันมากที่สุดคือคะแนนสุขภาพของปีก่อน การเจ็บป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (สัมพัทธ์เชิงลบ คือ เมื่อมีการเจ็บป่วย สถานะสุขภาพปีนี้จะลดลง) การเป็นโรคเรื้อรัง (สัมพัทธ์เชิงลบ คือเมื่อมีโรคเรื้อรัง ทำให้สถานะสุขภาพปีนี้จะลดลง) อายุของประชากร (ความสัมพันธ์เชิงลบเช่นกัน คือเมื่ออายุมากขึ้น สถานะสุขภาพลดลง) สถานะสุขภาพประชากรในจังหวัดต่างๆ เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรในจังหวัดภูเก็ต พบว่าประชากรจังหวัดสุโขทัย มีสุขภาพด้อยกว่าภูเก็ต ตามด้วยประชากรที่อุบลราชธานี และประชากรที่สมุทรสงครามตามลำดับ การต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมาเป็นปัจจัยด้านลบที่ทำนายสถานะสุขภาพ ปัจจัยด้านบวกที่มีผลเล็กน้อยได้แก่ รายได้ครัวเรือนที่จัดในกลุ่ม quintile 3-5 ลักษณะงานที่ใช้แรงงาน ตามด้วยการทำงานในสำนักงาน และเพศชายรายงานสุขภาพดีกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ดูตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ตัวแปรทำนายสถานะสุขภาพในปีนี้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธี multiple regression เทียบประชากรคนเดิมรายคน

hstatus1	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
hstatus0	.8153537	.0042586	191.46	0.000	.8070071	.8237003
quin3_5	.0424126	.0071967	5.89	0.000	.0283074	.0565179
SK	-.0696973	.0103616	-6.73	0.000	-.0900057	-.0493888
ST	-.064071	.0107119	-5.98	0.000	-.085066	-.043076
UB	-.0697518	.0104516	-6.67	0.000	-.0902365	-.0492671
officew	.0438582	.0131223	3.34	0.001	.018139	.0695775
labor	.0274543	.0073617	3.73	0.000	.0130257	.0418829
male	.0113838	.0066255	1.72	0.086	-.0016019	.0243695
age	-.0023239	.0001803	-12.89	0.000	-.0026773	-.0019704
ill2wk	-.1893865	.0096178	-19.69	0.000	-.2082371	-.1705359
admit	-.0474782	.0123878	-3.83	0.000	-.0717578	-.0231986
outarea	-.0097183	.00675	-1.44	0.150	-.022948	.0035114
chronic	-.1295106	.0100092	-12.94	0.000	-.1491283	-.109893
_cons	.8413271	.0216439	38.87	0.000	.7989059	.8837483
sigma_u	.06848773					
sigma_e	.42722817					
rho	.02505452	(fraction of variance due to u_i)				

. xtreg hstatus1 hstatus0 quin3_5 SK ST UB officew labor male age ill2wk admit outarea chronic, Random-effects GLS regression, Number of obs = 17979, Number of groups = 9922
R-sq: within = 0.6727, between = 0.7816, overall = 0.7430

สมการอธิบายคะแนนสถานะสุขภาพโดย ordered logit พบว่า ความสามารถในการทำนายร้อยละ 55 ตัวแปรอิสระที่ทำนายคะแนนสถานะสุขภาพในปีปัจจุบันคล้ายคลึงกัน ได้แก่ คะแนนสถานะสุขภาพปีก่อน การเจ็บป่วยที่พบในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ความสัมพันธ์เชิงลบ) อายุ การมีโรคเรื้อรัง (ความสัมพันธ์เชิงลบ) ตามด้วยการต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา (ความสัมพันธ์เชิงลบ) ส่วนสถานะสุขภาพประชาชนในเขตจังหวัดต่างๆ เทียบกับประชาชนในภูเก็ต

พบว่าชาวสุโขทัยสุขภาพด้อยกว่า ตามด้วย สมุทรสาคร และอุบลราชธานี ปัจจัยอธิบายเชิงบวก ได้แก่ การที่ครัวเรือนมีรายได้มากขึ้นทำให้มีสถานะสุขภาพดีขึ้น การทำงานที่ใช้แรงงาน และการทำงานในสำนักงาน (ดูตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ตัวแปรทำนายสถานะสุขภาพในปีนี้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธี ordered logit เทียบประชากรคนเดิม

hstatus1	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
hstatus0	4.038897	.0374962	107.71	0.000	3.965406	4.112388
quin3_5	.2218033	.0429914	5.16	0.000	.1375417	.3060649
SK	-.4031013	.0619952	-6.50	0.000	-.5246096	-.2815929
ST	-.3907802	.0641571	-6.09	0.000	-.5165258	-.2650346
UB	-.4684716	.0626794	-7.47	0.000	-.591321	-.3456223
officew	.211073	.0788314	2.68	0.007	.0565662	.3655797
labor	.1226614	.043567	2.82	0.005	.0372717	.2080512
male	.0743645	.0393287	1.89	0.059	-.0027183	.1514473
age	-.0111452	.0010598	-10.52	0.000	-.0132223	-.0090681
ill12wk	-.9398753	.0567796	-16.55	0.000	-1.051161	-.8285894
admit	-.2179023	.0747754	-2.91	0.004	-.3644595	-.0713452
outarea	-.0448334	.0399825	-1.12	0.262	-.1231976	.0335309
chronic	-.5703976	.058803	-9.70	0.000	-.6856493	-.4551459

. ologit hstatus1 hstatus0 quin3_5 SK ST UB officew labor male age ill12wk admit outarea chronic, Ordered logit estimates, Number of obs = 17979, Pseudo R2 = 0.5477

3. การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ

ในบทนี้นำเสนออัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคลใน 4 จังหวัด เริ่มจากการนำเสนอผลการสำรวจรอบที่สอง และเปรียบเทียบผลกับการสำรวจรอบแรกในครัวเรือนเดิม บริการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นข้อถามให้ครัวเรือนตอบสอดคล้องกับข้อเสนอแนะกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคลของแพทยสภา ประกอบด้วย บริการรับวัคซีนเน้นกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตรวจวัดความดันเลือด ตรวจสุขภาพกับแพทย์ ตรวจปัสสาวะ/เลือดเบาหวาน และ ตรวจไขมันในเลือดในกลุ่มผู้ใหญ่ ตรวจมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มสตรี และการตรวจครรภ์/หลังคลอด

ความครอบคลุมของบริการส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคล

อัตราการรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนบุคคล ตามหลักประกันสุขภาพแสดงในตารางที่ 3.1 อัตราการรับวัคซีนของเด็กอยู่ในระดับสูงคือร้อยละ 89-96 กลุ่มที่ได้รับวัคซีนมากที่สุดคือ เด็กที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการของพ่อแม่ กลุ่มที่มีอัตราการรับวัคซีนต่ำที่สุดคือ บัตรทองที่จ่าย 30 บาท มีอัตราครอบคลุมเพียงร้อยละ 66 แต่เด็กในกลุ่มนี้มีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มเด็กที่ไม่ต้องจ่ายเงิน 30 บาท

การรับบริการตรวจสุขภาพกับแพทย์ (เฉพาะผู้ที่ไม่เป็นโรคเรื้อรัง) พบว่า กลุ่มสวัสดิการข้าราชการได้รับบริการบริการมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น เช่นเดียวกับการวัดความดันเลือด การตรวจเบาหวานและการตรวจไขมันในเลือด กลุ่มที่ได้รับบริการน้อยที่สุด คือประชาชนผู้ไม่มีบัตรและประกันสังคม ตามลำดับ (ประชากรกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี บางส่วนอาจมีสิทธิประกันสังคมได้ แต่ประชากรกลุ่มนี้มีจำนวนน้อย ได้รับบริการบางอย่างสูงมาก เช่น การตรวจไขมันในเลือด อาจเป็นเพราะการคัดเลือกตนเองของกลุ่มประชากรนี้ที่ต้องการได้สิทธิประกันสังคมโดยจ่ายเบี้ยผู้ประกันตนอัตราไม่สูง)

ตารางที่ 3.1 อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามหลักประกันสุขภาพ

บริการ	กลุ่มอายุ	ไม่จ่าย 30	จ่าย 30	บัตรทอง	ข้าราชการ	ประกันสังคม	ไม่มีบัตร
วัคซีน	0-4 ปี	91.88	66.04	88.68	96.30	-	89.66
ตรวจสุขภาพ	40-49 ปี	54.29	35.48	38.47	89.20	33.68	19.78
กับแพทย์	60+ ปี	37.66	35.44	37.33	53.71	51.85	27.12
วัดความดันเลือด	40-49 ปี	67.14	32.50	38.02	42.66	8.25	8.79

บริการ	กลุ่มอายุ	ไม่จ่าย 30	จ่าย 30	บัตรทอง	ข้าราชการ	ประกันสังคม	ไม่มีบัตร
	60+ ปี	44.33	27.85	41.87	52.91	37.04	6.78
ตรวจมะเร็ง	15-39 ปี	3.09	1.87	2.03	1.52	1.14	0.00
ปากมดลูก	40-59 ปี	8.92	4.50	5.28	7.08	1.10	2.67
	60+ ปี	2.31	0.00	2.01	3.79	0.00	5.41
ตรวจปัสสาวะ/	40-59 ปี	49.29	19.63	24.36	30.47	6.19	2.20
เลือด เบาหวาน	60+ ปี	21.05	17.72	20.55	32.87	22.22	3.39
ตรวจไขมัน	40-59 ปี	5.00	4.06	4.21	9.97	2.75	0.00
ในเลือด	60+ ปี	4.74	4.22	4.67	12.83	51.85	6.78
ตรวจครรภ์/หลัง	15-39 ปี	2.47	4.03	3.82	3.04	4.26	2.26
คลอด							

หมายเหตุ แบบสอบถามย้อนถามประสบการณ์การรับบริการในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา อัตราที่แสดงในตารางปรับค่าเป็นปี

น่าสนใจที่ อัตราความครอบคลุมของการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีวัย 40-59 ปี สูงที่สุดคือกลุ่มบัตรทองไม่จ่ายเงิน 30 บาท แต่อัตราสูงกว่าข้าราชการไม่มากนัก (ร้อยละ 8.9 เทียบกับ 7.1) สิทธิประกันสังคม ยังรับบริการนี้ต่ำอยู่

ตารางที่ 3.2 แสดงอัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคส่วนบุคคล แยกรายจังหวัด พบว่า เด็กอายุ 0-4 ปี ได้รับวัคซีนในอัตราสูงร้อยละ 88-97 ยกเว้นจังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 78 (ส่วนจังหวัดภูเก็ต อัตราสูงกว่าร้อยละ 100 อาจเป็นเพราะการถามคำถามประสบการณ์ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

การตรวจสุขภาพกับแพทย์(เฉพาะกลุ่มผู้ไม่เป็นโรคเรื้อรัง) พบว่าจังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราการตรวจในกลุ่มอายุ 40-46 ปีมากที่สุด ตามด้วยจังหวัดสุโขทัย ส่วนจังหวัดภูเก็ตได้รับการตรวจร่างกายน้อยที่สุด ตามด้วยสมุทรสาคร แบบแผนอัตราการใช้บริการนี้ พบในอัตราการวัดความดันเลือด การตรวจเบาหวาน และตรวจไขมันในเลือด และการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีวัย 40-59 ปี ซึ่งพบสูงที่สุดที่อุบลราชธานีและสุโขทัย และน้อยที่สุดที่ภูเก็ตและสมุทรสาคร

ตารางที่ 3.2 อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพจำแนกรายจังหวัด

บริการ	กลุ่มอายุ	สุโขทัย	สมุทรสาคร	อุบลราชธานี	ภูเก็ต	รวม
วัคซีน	0-4 ปี	87.70	97.22	78.18	122.89*	95.93
ตรวจสุขภาพ	40-49 ปี	31.06	24.35	37.04	12.63	26.72

บริการ	กลุ่มอายุ	สุขทัย	สมุทรสาคร	อุบลราชธานี	ภูเก็ต	รวม
กับแพทย์	60+ ปี	36.16	54.98	49.57	26.11	41.68
วัดความดันเลือด	40-49 ปี	33.90	10.78	25.81	10.92	21.13
	60+ ปี	61.86	30.81	50.60	23.65	45.26
ตรวจมะเร็ง	15-39 ปี	2.72	0.48	3.79	1.13	1.95
ปากมดลูก	40-59 ปี	8.32	1.56	10.95	1.15	5.71
	60+ ปี	4.34	0.85	1.22	1.99	2.37
ตรวจปัสสาวะ/	40-59 ปี	21.12	8.19	19.31	4.28	13.74
เลือด เบาหวาน	60+ ปี	31.07	18.96	27.35	10.34	23.67
ตรวจไขมัน	40-59 ปี	2.84	3.66	4.14	0.21	2.75
ในเลือด	60+ ปี	5.08	12.32	4.79	6.40	6.69
ตรวจครรภ์/หลัง	15-39 ปี	4.54	5.26	4.05	2.70	4.09
คลอด						

* แบบสอบถามย้อนถามประสบการณ์การรับบริการในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา อัตราที่แสดงในตารางปรับค่าเป็นปี

เมื่อวิเคราะห์การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (โดยไม่ต้องปรับเป็นปี) เปรียบเทียบในภาพรวม 2 รอบพบว่า อัตราการรับบริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 16.0 ของประชากรรอบแรกเป็นร้อยละ 20.1 ของประชากรรอบสอง เมื่อเปรียบเทียบชนิดของบริการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับ พบว่า ที่มีการรับบริการมากขึ้น คือ การได้รับวัคซีนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาของเด็กต่ำกว่า 5 ปี เพิ่มจากร้อยละ 42.4 เป็นร้อยละ 44.4 การตรวจร่างกายกับแพทย์ เพิ่มจากร้อยละ 9.1 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป(และไม่เป็นโรคเรื้อรัง) เป็นร้อยละ 11.5 การวัดความดันเลือดเพิ่มจากร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 8.5 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มเล็กน้อยจากร้อยละ 1.2 เป็นร้อยละ 2.0 การตรวจไขมันในเลือด และคัดกรองเบาหวาน กลับลดลง (ดูตารางที่ 3.3)

ตารางที่ 3.3 อัตรา (ร้อยละ) การได้รับการส่งเสริมสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างสำรวจรอบแรก และรอบสอง

บริการส่งเสริมสุขภาพ*	สำรวจรอบแรก	สำรวจรอบสอง	P-Value
การได้รับภูมิคุ้มกัน	42.4	44.4	0.131
การตรวจสุขภาพประจำปีกับแพทย์	9.1	11.5	0.000
การวัดความดันเลือด	4.7	8.5	0.000
การตรวจมะเร็งปากมดลูก	1.2	2.0	0.003
การตรวจคัดกรองเบาหวาน	1.8	4.1	0.000
การตรวจไขมันในเลือด	1.0	0.7	0.123
การตรวจครรภ์และหลังคลอด	2.6	1.5	0.001

หมายเหตุ * การรับภูมิคุ้มกัน ตัวหารคือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การตรวจสุขภาพกับแพทย์ วัดความดันเลือด คัดกรองเบาหวาน ตรวจไขมันในเลือด ตัวหารคือ ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ไม่เป็นโรคเรื้อรัง การตรวจมะเร็งปากมดลูก ตัวหารคือ สตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป การตรวจครรภ์และหลังคลอด ตัวหารคือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ เนื่องจากไม่มีจำนวนผู้ตั้งครรภ์

การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพกับหลักประกันสุขภาพ

กฎเกณฑ์การครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพของแต่ละหลักประกันแตกต่างกัน ผู้ใช้บริการส่งเสริมสุขภาพในรอบแรก ไม่ได้ใช้สิทธิหลักประกันใดๆ ร้อยละ 86 สำหรับรอบสองลดลงเหลือร้อยละ 81 ที่ไม่ได้ใช้หลักประกันใดๆ สัดส่วนของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพสำหรับการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มขึ้นได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มจากร้อยละ 9 เป็นร้อยละ 12 ของผู้ใช้บริการส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด สิทธิข้าราชการเพิ่มเล็กน้อยจากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 3 สิทธิประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มเล็กน้อย ส่วนประกันสังคมไม่เพิ่มขึ้น (ดูตารางที่ 3.4)

ตารางที่ 3.4 การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพ จากการสำรวจรอบแรก และรอบสอง

หลักประกันสุขภาพ	สำรวจรอบแรก	สำรวจรอบสอง
ไม่ใช้สิทธิใดๆ	85.8	81.4
ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	9.2	12.1
ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	2.4	3.1
ใช้สิทธิประกันสังคม	0.9	0.9
ใช้สิทธิประกันสุขภาพเอกชน	1.5	2.3
ใช้สิทธิอื่นๆ	1.5	2.3

ถ้าเทียบตามสัดส่วนของประชากรตามสิทธิประกันสุขภาพ พบว่า ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีต่ำมาก เมื่อถามเหตุผลสำหรับกลุ่มมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่ใช้สิทธิของตน ได้คำอธิบายว่า ไม่สะดวกในการใช้สิทธิ ต้องคอยนาน และบริการคุณภาพต่ำ

ตารางที่ 3.5 ตัวแปรอิสระที่ใช้ทำนายโอกาสการได้รับการส่งเสริมสุขภาพ โดยวิธี multiple logistic regression

ตัวแปร	Odds Ratio	P-value	95% CI
ภูมิภาค			
- เขตชนบท	1	-	-
- เขตเมือง	1.14	0.000	1.08-1.22
กลุ่มอายุ			
- น้อยกว่า 40 ปีขึ้นไป	1	-	-
- ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	1.005	0.000	1.004-1.008
เพศ			
- ชาย	1	-	-
- หญิง	1.45	0.000	1.37-1.54
สถานะสุขภาพปีที่แล้ว			
- ปานกลาง/แย่	1	-	-
- ดีและดีมาก	0.47	0.000	0.33-0.66
การศึกษา			
- ชั้นประถมและต่ำกว่า	1.13	0.56	0.99-1.29
- มัธยมศึกษาและสูงกว่า	1.03	0.03	1.00-1.00
รายได้			
- น้อยกว่า/เท่ากับ 4000 บาท	1	-	-
- มากกว่า 4000 บาท/เดือน	1.00	0.001	1.00-1.00
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ			
- ไม่ใช่	1	-	-
-	1.62	0.000	1.49-1.77
รอบการสำรวจ			
- รอบแรก	1	-	-
- รอบสอง	1.4	0.000	1.37-1.55

การวิเคราะห์หาปัจจัยในการรับบริการสุขภาพโดยวิเคราะห์หลายตัวแปรพร้อมกัน (multivariate analysis) และสร้างสมการทำนายค่า (logistic regression analysis) ใช้ตัวแปรอิสระ 8 ตัวแปร เพื่ออธิบายโอกาสการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ภูมิภาค เมือง/ชนบท กลุ่มอายุ เพศ สถานะสุขภาพของปีก่อน ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และรอบของการสำรวจ พบว่า ประชาชนในเขตเมืองใช้บริการสูงกว่าประชากรในชนบท ผู้อายุมากขึ้นจะใช้บริการมากขึ้น เพศหญิงใช้บริการมากกว่าเพศชาย ประชากรในสิทธิสวัสดิการข้าราชการจะใช้บริการส่งเสริมสุขภาพมากกว่า และการ

สำรวจรอบสองจะมีการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่า นอกจากนี้ ผู้ที่มีสถานะสุขภาพปีที่แล้วดีและดีมาก มีโอกาสรับบริการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่า ทั้งหมดนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดูตารางที่ 3.5)

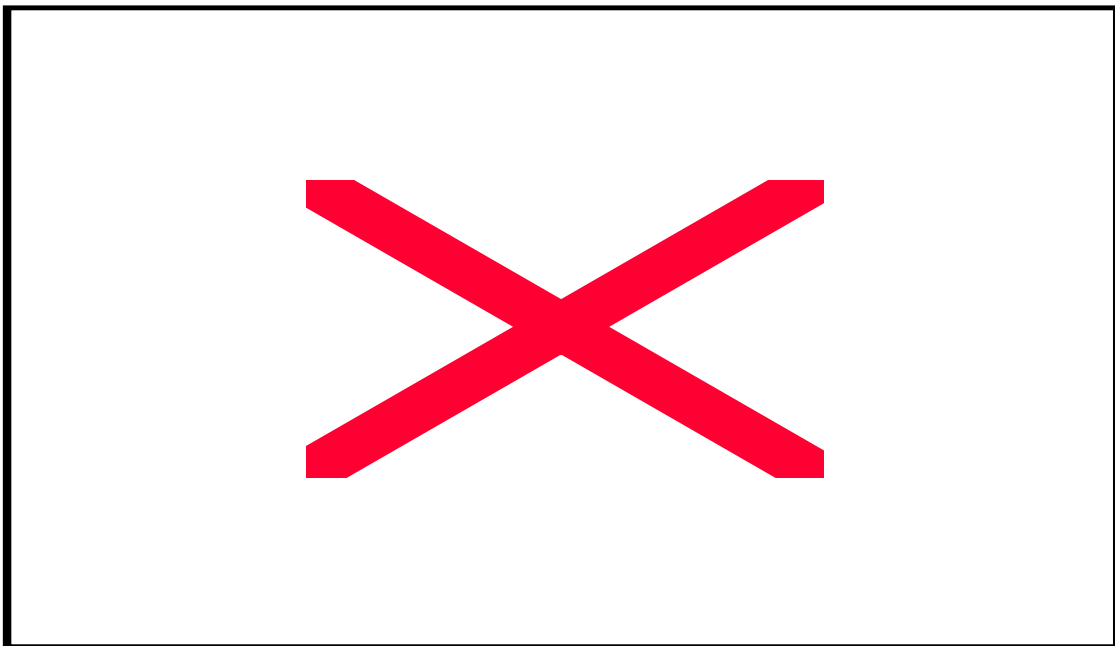
4. การเจ็บป่วยและใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก

บทนี้รายงานการเจ็บป่วยของประชาชนและการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกช่วง 2 สัปดาห์ก่อนวันสัมภาษณ์ แบ่งการนำเสนอเริ่มแรก เป็นแผนภาพแสดงโอกาสการเลือกใช้บริการสุขภาพแต่ละประเภทเมื่อเจ็บป่วย แยกเป็นประชาชนตามกลุ่มหลักประกันสุขภาพต่างๆ จากนั้นจึงนำเสนอตารางเปรียบเทียบการเจ็บป่วย ปัจจัยการทำนายการเจ็บป่วย ตารางเปรียบเทียบอัตราการใช้บริการ และการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ตามชั้นของรายได้

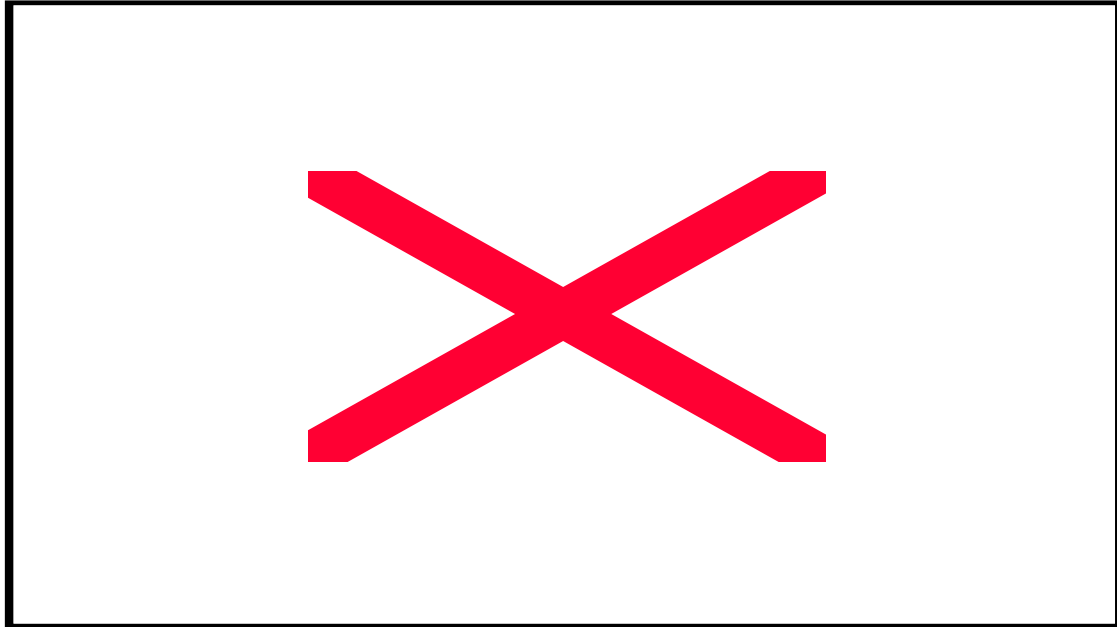
โอกาสการเลือกใช้บริการสุขภาพ

ภาพที่ 4.1-4.10 แสดงโอกาสการเลือกใช้บริการสุขภาพประเภทต่างๆ เมื่อรายงานว่าเจ็บป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แสดงการตัดสินใจเลือกใช้บริการในวันแรกสุดและในวันสุดท้ายของการเจ็บป่วยเพื่อดูว่าใช้บริการแตกต่างกันหรือไม่ แยกเป็นกลุ่มผู้ป่วยทุกสิทธิ และแยกสิทธิประเภทต่างๆ

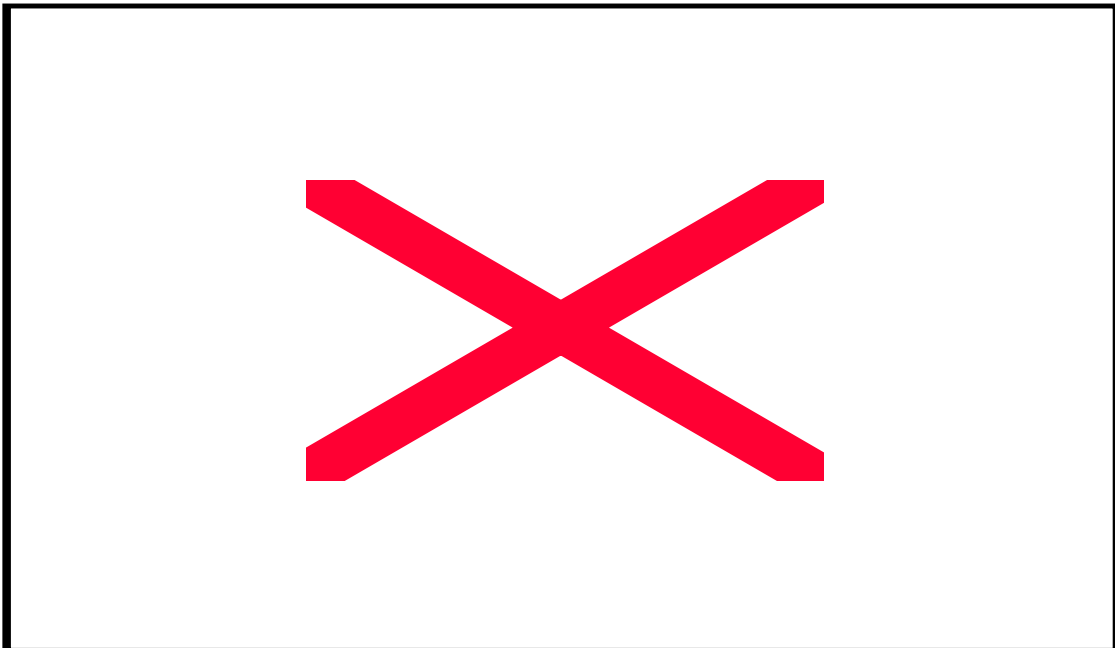
ภาพที่ 4.1 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยนอก(N=1,669)



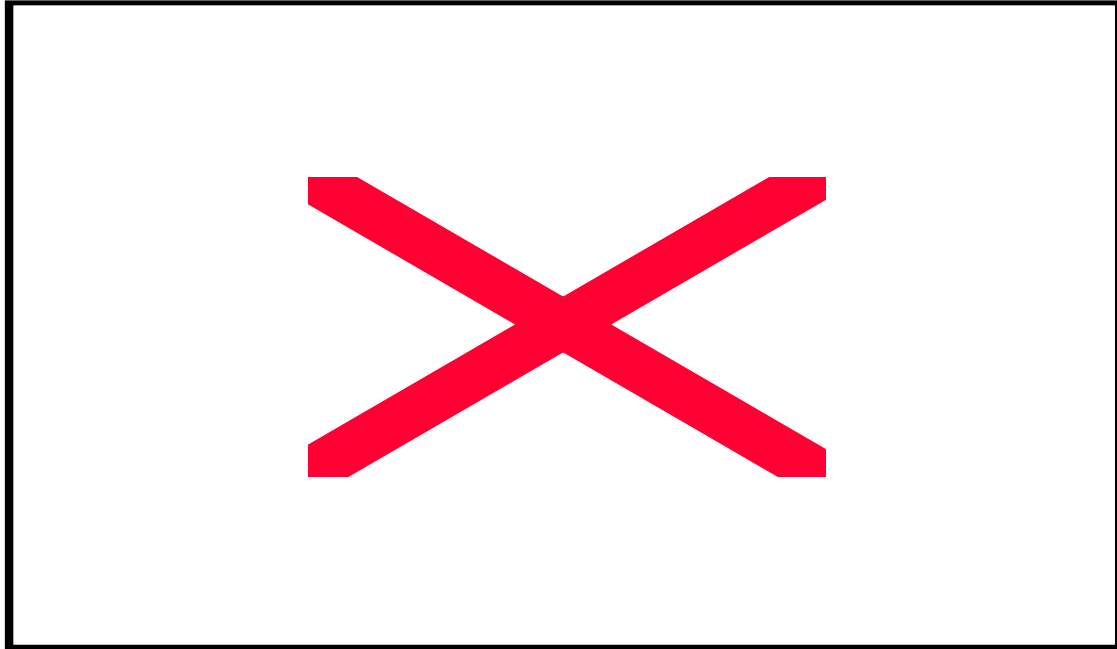
ภาพที่ 4.2 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการท้ายสุดในผู้ป่วยนอก(N=1,335)



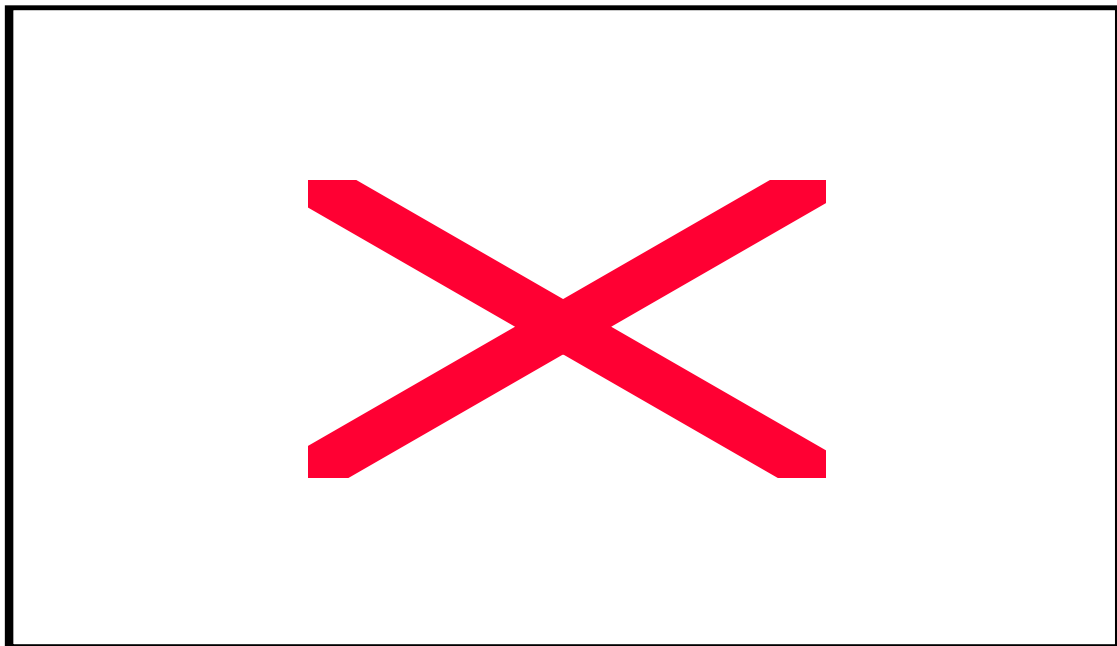
ภาพที่ 4.3 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยนอกสิทธิบัตรทอง(N=1,328)



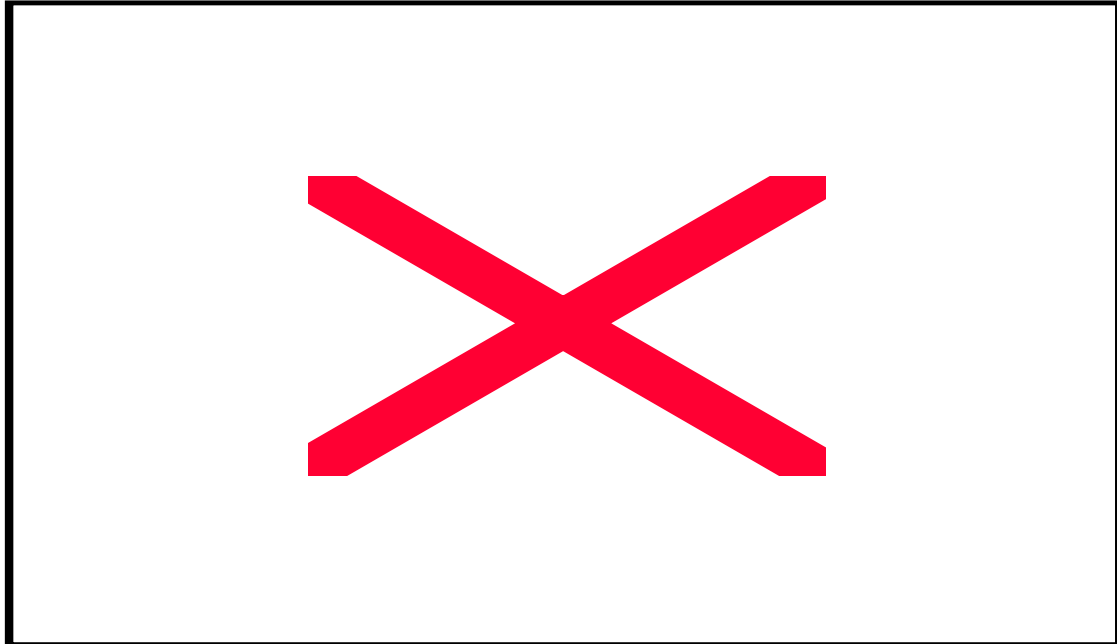
ภาพที่ 4.4 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการท้ายสุดในผู้ป่วยนอกสิทธิบัตรทอง(N=1,050)



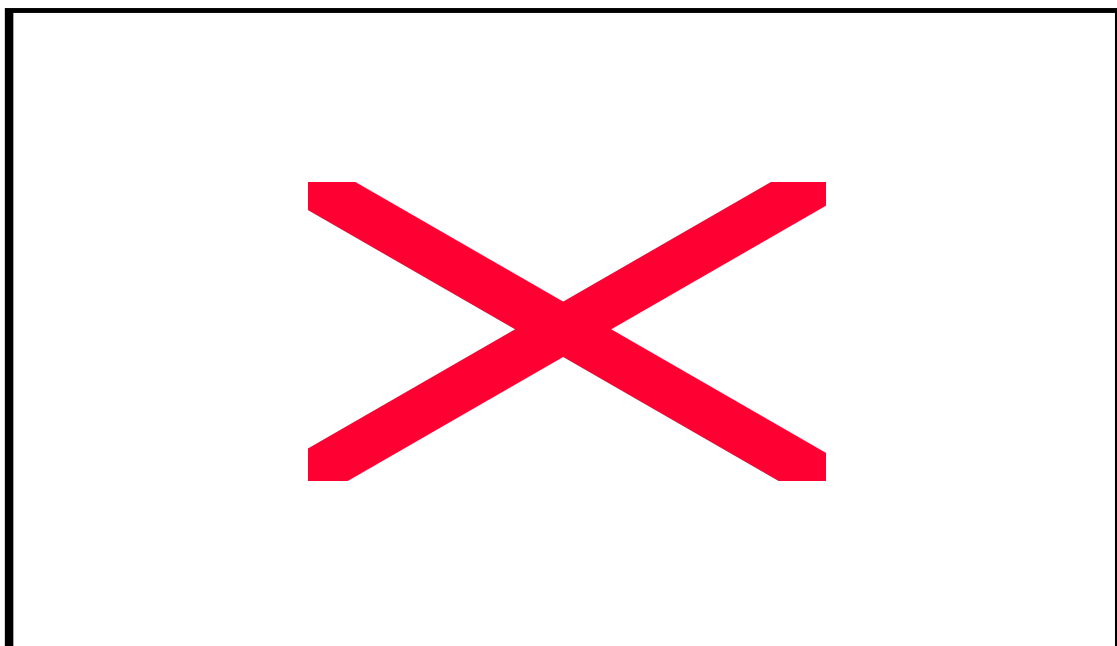
ภาพที่ 4.5 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยนอกสิทธิข้าราชการ(N=161)



ภาพที่ 4.6 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการท้ายสุดในผู้ป่วยนอกสิทธิข้าราชการ(N=124)



ภาพที่ 4.7 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคม(N=124)



ภาพที่ 4.8 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการท้ายสุดในผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคม(N=105)

	No treatment					0.162	Rank3
	0.162						
Health Seeking Behaviour		Self prescribed				0.133	
		0.159					
	treatment						
	0.838		traditional			0.019	
			0.027				
		non self prescribed			public	0.362	Rank1
		0.841		hospital	0.704		
				0.750	private	0.152	Rank2
			modern		0.296		
			0.973		public	0.029	
				non hospital	0.167		
				0.250	private	0.143	
					0.833		

ภาพที่ 4.9 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยนอกไม่มีบัตรประกันสุขภาพใดๆ (N=51)

	No treatment					0.039	
	0.039						
Health Seeking Behaviour		Self prescribed				0.333	Rank1
		0.347					
	treatment						
	0.961		traditional			0.000	
			0.000				
		non self prescribed			public	0.157	Rank3
		0.653		hospital	0.667		
				0.375	private	0.078	
			modern		0.333		
			1.000		public	0.059	
				non hospital	0.150		
				0.625	private	0.333	Rank1
					0.850		

ภาพที่ 4.10 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการท้ายสุดในผู้ป่วยนอกไม่มีบัตรประกันสุขภาพใดๆ (N=49)

	No treatment					0.122	Rank3
	0.122						
Health Seeking Behaviour		Self prescribed				0.245	Rank2
		0.279					
	treatment						
	0.878		traditional			0.020	
			0.032				
		non self prescribed			public	0.122	Rank3
		0.721		hospital	0.600		
				0.333	private	0.082	
			modern		0.400		
			0.968		public	0.082	
				non hospital	0.200		
				0.667	private	0.327	Rank1
					0.800		

โดยรวมแล้ว เมื่อประชาชนเจ็บป่วยแรกเริ่มใช้บริการโรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรก ใช้ร้านขายยาเป็นอันดับสองและคลินิกเอกชนเป็นอันดับสาม ส่วนวันท้ายสุดใช้โรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรก คลินิกเอกชนเป็นอันดับสองและร้านขายยาเป็นอันดับสาม

ผู้มีสิทธิบัตรทอง เมื่อเจ็บป่วยวันแรกใช้บริการโรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรก ใช้คลินิกเอกชนเป็นอันดับสองและสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นอันดับสาม ส่วนวันท้ายสุดใช้โรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรก ร้านขายยาเป็นอันดับสองและสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นอันดับสาม

ผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ เมื่อเจ็บป่วยวันแรกสุดใช้บริการคลินิกเอกชนเป็นอันดับแรก ใช้โรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับสองและร้านขายยาเป็นอันดับสาม ส่วนวันท้ายสุดใช้โรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรก คลินิกเอกชนเป็นอันดับสองและไม่ทำอะไรเป็นอันดับสาม

ผู้มีสิทธิประกันสังคม เมื่อเจ็บป่วยใช้บริการโรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรก ใช้ร้านขายยาเป็นอันดับสองและคลินิกเอกชนเป็นอันดับสาม ส่วนวันท้ายสุดใช้โรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรก โรงพยาบาลเอกชนเป็นอันดับสองและไม่ทำอะไรเป็นอันดับสาม

ผู้ไม่มีสิทธิใดๆ ใช้บริการคลินิกเป็นอันดับหนึ่ง ใช้ร้านขายยาเป็นอันดับสองและใช้บริการโรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับสาม ทั้งการเจ็บป่วยวันแรกและวันท้ายสุด

อัตราการเจ็บป่วยและการใช้บริการ

การรายงานว่าเป็นผู้ป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำนวณเป็นการรายงานว่าเป็นผู้ป่วย (จำนวนครั้งต่อคนต่อปี โดยคุณ 26) เฉลี่ยผู้ที่มีสิทธิ 30 บาท ที่ไม่จ่ายค่าธรรมเนียม มีอัตราสูงที่สุดคือ 3.85 ครั้งต่อคนต่อปี และใช้บริการ (ที่สถานีนามัย คลินิกเอกชน โรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน) 3.00 ครั้งต่อคนต่อปี (ดูตารางที่ 4.1) กลุ่มที่รายงานว่าเป็นผู้ป่วยต่ำที่สุดคือผู้มีสิทธิประกันสังคม รายงานว่าเป็นผู้ป่วย 1.9 ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนกลุ่มที่รายงานว่าใช้บริการจากการเจ็บป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาต่ำสุดคือ ข้าราชการ 1.41 ครั้งต่อคนต่อปี

ตารางที่ 4.1 การเจ็บป่วยและใช้บริการในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนสำรวจ (ค่าต่ำและค่าสูงคือ 95% confidence interval)

	ภูเก็ต	สมุทรสาคร	สุโขทัย	อุบลฯ	รวม
ไม่จ่าย 30	963	875	1,620	1,301	4,759
รายงานป่วย	100	84	332	188	704
รายงานป่วย ครั้ง/คน/ปี	2.70	2.50	5.33	3.76	3.85
ค่าต่ำ – ค่าสูง	2.20-3.20	1.99-3.00	4.82-5.84	3.26-4.25	3.58-4.11
ใช้บริการ ครั้ง/คน/ปี	2.56	1.93	3.98	2.82	3.00
ค่าต่ำ – ค่าสูง	2.08-3.05	1.48-2.38	3.52-4.44	2.38-3.26	2.76-3.24
จ่าย 30 บาท	1,851	2,321	1,551	1,819	7,542
รายงานป่วย	95	117	248	149	609
รายงานป่วย ครั้ง/คน/ปี	1.33	1.31	4.16	2.13	2.10
ค่าต่ำ – ค่าสูง	1.07-1.60	1.08-1.54	3.68-4.63	1.80-2.46	1.94-2.26
ใช้บริการ ครั้ง/คน/ปี	1.28	0.96	2.30	1.34	1.41
ค่าต่ำ – ค่าสูง	1.02-1.53	0.78-1.16	1.93-2.66	1.08-1.61	1.27-1.54
ประกันสังคม	560	917	116	176	1,769
รายงานป่วย	41	48	27	13	129
รายงานป่วย ครั้ง/คน/ปี	1.90	1.36	6.05	1.92	1.90
ค่าต่ำ – ค่าสูง	1.34-2.46	0.99-1.74	4.05-8.05	0.92-2.93	1.58-2.21
ใช้บริการ ครั้ง/คน/ปี	1.81	1.05	3.59	1.03	1.46
ค่าต่ำ – ค่าสูง	1.26-2.36	0.72-1.38	1.95-5.22	0.28-1.78	1.18-1.73
ข้าราชการ	255	312	554	800	1,921
รายงานป่วย	12	19	74	61	166

	ภูเก็ต	สมุทรสาคร	สุโขทัย	อุบลฯ	รวม
รายงานป่วย ครั้ง/คนปี	1.22	1.58	3.47	1.98	2.25
ค่าต่ำ – ค่าสูง	0.55-1.90	0.89-2.27	2.74-4.21	1.50-2.46	1.92-2.57
ใช้บริการ ครั้ง/คนปี	0.92	1.08	2.25	1.11	1.41
ค่าต่ำ – ค่าสูง	0.33-1.51	0.51-1.66	1.64-2.86	0.74-1.47	1.14-1.67

การใช้บริการ คือ ใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานีนอนมาย คลินิก โรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน

ตัวแปรอิสระที่ทำนายโอกาสการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอก โดยวิเคราะห์เทียบประชากรคนเดิม (ใช้รหัสบุคคล iid เป็นตัวชี้) ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากและมีความสำคัญได้แก่ อาชีพผู้ปฏิบัติงานบริหาร (lmainocc_2) ผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพ (lmainocc_1) และช่าง/กรรมกร (lmainocc_7) มีโอกาสป่วยน้อยกว่าผู้ไม่มีงานทำ เพศหญิง รายงานว่าเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย ผู้อยู่เขตชนบทรายงานว่าป่วยมากกว่าคนในเขตเมือง ผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการรายงานว่าป่วยน้อยกว่าผู้มีสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 ตัวแปรทำนายการเจ็บป่วยช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา วิเคราะห์เทียบรายคนที่พบทั้ง 2 รอบ

ill2wk	Coef.	Std. Err.	Z	P>z	95% Conf. Interval
Age	0.056	0.009	6.36	0.00	0.039 0.074
Age2	0.000	0.000	-3.96	0.00	-0.001 0.000
Hincome	0.000	0.000	0.75	0.46	0.000 0.000
Female	0.328	0.056	5.83	0.00	0.218 0.438
Rural	0.135	0.056	2.41	0.02	0.025 0.245
_lmainocc_1	-0.336	0.139	-2.42	0.02	-0.607 -0.064
_lmainocc_2	-0.394	0.188	-2.10	0.04	-0.763 -0.026
_lmainocc_3	-0.370	0.351	-1.05	0.29	-1.057 0.318
_lmainocc_4	-0.004	0.084	-0.05	0.96	-0.168 0.161
_lmainocc_5	0.187	0.079	2.36	0.02	0.032 0.343
_lmainocc_6	-0.445	0.233	-1.91	0.06	-0.902 0.013
_lmainocc_7	-0.313	0.102	-3.05	0.00	-0.514 -0.112
_lmainocc_8	-0.213	0.160	-1.33	0.18	-0.527 0.101
_lmainocc_9	0.243	0.153	1.59	0.11	-0.056 0.542
Csmbs	-0.249	0.087	-2.86	0.00	-0.420 -0.079
Sss	0.126	0.107	1.17	0.24	-0.084 0.336
_cons	-3.987	0.202	-19.74	0.00	-4.383 -3.591

Logit, random effect, iid, number of obs 15,606, number of groups 7,965, rho = 0.42

การใช้สิทธิการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก

การใช้สิทธิในหลักประกันสุขภาพของตนเมื่อเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอก (ตารางที่ 4.3) พบว่า การใช้สิทธิเมื่อรับบริการผู้ป่วยนอกของกลุ่ม 30 บาทไม่จ่ายค่าธรรมเนียม สูงที่สุด ร้อยละ 69.2 (95%CI 65.4-73.1%) กลุ่มที่ใช้สิทธิต่ำสุดคือ สวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 49.0 (95%CI 39.4-58.6%) เช่นเดียวกับการสำรวจรอบแรก

ตารางที่ 4.3 การใช้สิทธิเมื่อรับบริการแบบผู้ป่วยนอก

	ภูเก็ต	สมุทรสาคร	สุโขทัย	อุบลฯ	รวม
ไม่จ่าย 30	44.2%	75.4%	72.6%	77.3%	69.2%
ค่าต่ำ – ค่าสูง	34.2-54.2%	64-9-85.9%	67.0-78.1%	70.4-84.2%	65.4-73.1%
จ่าย 30 บาท	36.3%	59.3%	61.3%	74.5%	58.3%
ค่าต่ำ – ค่าสูง	26.4-46.1%	48.9-69.7%	53.2-69.5%	65.7-83.3%	53.5-63.1%
ประกันสังคม	59.0%	83.8%	37.5%	57.1%	64.6%
ค่าต่ำ – ค่าสูง	43.5-74.4%	71.9-95.7%	13.8-61.2%	20.5-93.8%	55.2-74.1%
ข้าราชการ	33.3%	61.5%	41.7%	58.8%	49.0%
ค่าต่ำ – ค่าสูง	2.5-64.1%	35.1-88.0%	27.7-55.6%	42.3-75.4%	39.4-58.6%

การใช้สิทธิผู้ป่วยนอกตามกลุ่มรายได้

ตารางที่ 4.4 แสดงว่าชั้นรายได้มีอิทธิพลต่ออัตราการใช้สิทธิของผู้มีสิทธิชนิดต่างๆ โดยผู้ที่มีชั้นรายได้น้อยที่สุดมีโอกาสใช้สิทธิมากที่สุด ยกเว้นสิทธิข้าราชการ เช่นเดียวกับการสำรวจรอบแรก ส่วนประกันสังคม ต่างจากการสำรวจครั้งก่อน (อาจเป็นเพราะตัวอย่างในกลุ่มรายได้ต่ำมีน้อย)

ตารางที่ 4.4 อัตราการใช้สิทธิแบบผู้ป่วยนอกตามชั้นรายได้

ชั้นรายได้	บาทต่อคนต่อเดือน	ไม่จ่าย 30 บาท		จ่าย 30 บาท	
		ใช้บริการ	อัตราใช้สิทธิ	ใช้บริการ	อัตราใช้สิทธิ
1	1-1,100	192	83.3%	87	80.5%
2	1,101-1,833	96	77.1%	67	70.1%
3	1,834-3,000	72	68.1%	63	65.1%
4	3,001-4,750	42	54.8%	47	53.2%
5	4,751-30,000	22	68.2%	32	65.6%

ชั้นรายได้	บาทต่อคนต่อเดือน	ใช้บริการ	อัตราใช้สิทธิ	ใช้บริการ	อัตราใช้สิทธิ
	ไม่จ่าย 30	424	75.7%	296	68.9%
		ประกันสังคม		ข้าราชการ	
1	1-1,100	2	50.0%	7	57.1%
2	1,101-1,833	9	44.4%	9	55.6%
3	1,834-3,000	16	87.5%	20	85.0%
4	3,001-4,750	12	83.3%	22	63.6%
5	4,751-30,000	8	100.0%	32	34.4%
	รวม	47	78.7%	90	56.7%

5. การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

บทนี้นำเสนอการเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลซึ่งถือว่าการเจ็บป่วยหนัก จึงตั้งคำถามย้อนหลังนาน 1 ปี นำเสนออัตราการเจ็บป่วย ปัจจัยทำนายการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การใช้สิทธิประกันสุขภาพเมื่อต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล และการใช้สิทธิตามชั้นของรายได้

อัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ มีอัตราการนอนโรงพยาบาลสูงที่สุด ร้อยละ 9.9 (95%CI 8.6-11.3%) กลุ่มที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยที่สุดคือ สิทธิ 30 บาท ที่จ่ายค่าธรรมเนียม อัตราการนอนโรงพยาบาลร้อยละ 6.1 (95%CI 5.5-6.6%) ดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 อัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (95% confidence interval)

	ภูเก็ต	สมุทรสาคร	สุโขทัย	อุบลฯ	รวม
ไม่จ่าย 30	962	874	1,620	1,306	4,762
นอนร.พ.	78	94	139	99	410
อัตรานอน	8.1%	10.8%	8.6%	7.6%	8.6%
ค่าต่ำ – ค่าสูง	6.4-9.8%	8.7-12.8%	7.2-9.9%	6.1-9.0%	1.8-9.4%
จ่าย 30 บาท	1,849	2,324	1,551	1,817	7,541
นอนร.พ.	93	147	96	123	459
อัตรานอน	5.0%	6.3%	6.2%	6.8%	6.1%
ค่าต่ำ – ค่าสูง	4.0-6.0%	5.3-7.3%	5.0-7.4%	5.6-7.9%	6.1-6.6%
ประกันสังคม	560	916	116	175	1,767
นอนร.พ.	26	69	8	19	122
อัตรานอน	4.6%	7.5%	6.9%	10.9%	6.9%
ค่าต่ำ – ค่าสูง	2.9-6.4%	5.8-9.2%	2.3-11.5%	6.2-15.5%	5.7-8.1%
ข้าราชการ	255	318	554	799	1,926
นอนร.พ.	18	38	67	68	191
อัตรานอน	7.1%	11.9%	12.1%	8.5%	9.9%
ค่าต่ำ – ค่าสูง	3.9-10.2%	8.4-15.5%	9.4-14.8%	6.6-10.4%	8.6-11.3%

ตัวแปรอธิบายการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล วิเคราะห์เปรียบเทียบรายบุคคลที่พบทั้ง 2 รอบการสำรวจ (ใช้รหัสบุคคล iid เป็นตัวชี้) ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ กลุ่มอาชีพชนส่ง ผู้ปฏิบัติงานบริหาร ผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพ ผู้มีอาชีพเกษตร การค้า มีโอกาสนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ไม่มีงานทำ ผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม มีโอกาสนอนโรงพยาบาลมากกว่า 30 บาท รักษาทุกโรค คนชนบทมีโอกาสนอนโรงพยาบาลมากกว่าคนในเขตเมือง และเพศหญิงมีโอกาสนอนโรงพยาบาลมากกว่าเพศชาย (ตารางที่ 5.2)

ตารางที่ 5.2 ตัวแปรอธิบายการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เทียบประชากรคนเดิมที่สำรวจพบ 2 รอบ

Admit	Coef.	Std. Err.	Z	P>z	[95%Conf. Interval]	
Age	0.006	0.012	0.47	0.64	-0.018	0.029
Age2	0.000	0.000	1.58	0.11	0.000	0.000
Hincome	0.000	0.000	-1.36	0.17	0.000	0.000
Female	0.200	0.081	2.47	0.01	0.041	0.358
Rural	0.289	0.081	3.58	0.00	0.131	0.447
_lmainocc_1	-0.669	0.188	-3.57	0.00	-1.037	-0.301
_lmainocc_2	-0.850	0.268	-3.17	0.00	-1.375	-0.324
_lmainocc_3	-0.984	0.532	-1.85	0.06	-2.027	0.058
_lmainocc_4	-0.381	0.119	-3.19	0.00	-0.615	-0.147
_lmainocc_5	-0.438	0.114	-3.83	0.00	-0.662	-0.214
_lmainocc_6	-0.973	0.356	-2.73	0.01	-1.671	-0.276
_lmainocc_7	-0.479	0.139	-3.44	0.00	-0.753	-0.206
_lmainocc_8	-0.502	0.225	-2.23	0.03	-0.943	-0.060
_lmainocc_9	-0.345	0.228	-1.51	0.13	-0.792	0.103
Csmbs	0.450	0.113	3.97	0.00	0.228	0.671
Sss	0.320	0.151	2.12	0.03	0.025	0.616
_cons	-3.929	0.269	-14.63	0.00	-4.455	-3.402

Logit, random effect, iid, number of obs 15,606, number of groups 7,965, rho = 0.70

0=ไม่ทำงาน 1= ผู้ปฏิบัติงานที่ใช้วิชาชีพ 2= ผู้ปฏิบัติงานบริหาร รุการและจัดดำเนินการ 3= ผู้ปฏิบัติงานอาชีพเสมียน

4= ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการค้า 5= เกษตรกร ชาวประมง 6= ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการขนส่งและคมนาคม

7= ช่าง ผู้ปฏิบัติงานการผลิต กรรมกร 8= ผู้ปฏิบัติงานบริการ การกีฬา การละเล่น 9= คนงานที่ไม่ได้จัดในหมวดอื่น

การใช้สิทธิการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

การใช้สิทธิในหลักประกันสุขภาพของตนเมื่อป่วยแบบผู้ป่วยในแสดงในตารางที่ 5.3 ผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการใช้สิทธิของตนสูงสุด ร้อยละ 91.6 (95%CI 87.7-95.6%) เช่นเดียวกับการสำรวจรอบแรก กลุ่ม 30 บาทรักษาทุกโรคที่จ่ายค่าธรรมเนียม ใช้สิทธิของตนต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 68.8 (95%CI 64.6-73.1%)

ตารางที่ 5.3 การใช้สิทธิเมื่อรับบริการแบบผู้ป่วยใน

	ภูเก็ต	สมุทรสาคร	สุโขทัย	อุบลฯ	รวม
ไม่จ่าย 30	63.2%	80.9%	80.6%	88.9%	79.4%
ค่าสูง	52.3-74.0%	72.9-88.8%	74.0-87.2%	82.7-95.1%	75.5-83.3%
จ่าย 30 บาท	65.6%	51.7%	80.2%	82.9%	68.8%
ค่าต่ำ – ค่าสูง	55.9-75.2%	43.6-59.8%	72.2-88.2%	76.3-89.6%	64.6-73.1%
ประกันสังคม	80.8%	73.9%	87.5%	84.2%	77.9%
ค่าต่ำ – ค่าสูง	65.6-95.9%	63.6-84.3%	64.6-110.4%	67.8-100.6%	70.5-85.2%
ข้าราชการ	88.9%	89.5%	94.0%	91.2%	91.6%
ค่าต่ำ – ค่าสูง	74.4-103.4%	79.7-99.2%	88.4-99.7%	84.4-97.9%	87.7-95.6%

การใช้สิทธิผู้ป่วยในตามกลุ่มรายได้

ตารางที่ 5.4 แสดงว่าชั้นรายได้มีอิทธิพลต่ออัตราการใช้สิทธิของผู้มีสิทธิชนิดต่างๆ โดยผู้ที่มีชั้นรายได้น้อยที่สุดมีโอกาสใช้สิทธิมากที่สุด ยกเว้นสิทธิข้าราชการ เช่นเดียวกับการสำรวจรอบแรก

ตารางที่ 5.4 อัตราการใช้สิทธิแบบผู้ป่วยในตามชั้นรายได้

ชั้นรายได้	บาทต่อคนต่อเดือน	ให้บริการ	อัตราใช้สิทธิ	ให้บริการ	อัตราใช้สิทธิ
		ไม่จ่าย 30 บาท		จ่าย 30 บาท	
1	1-1,100	129	88.4%	105	83.8%
2	1,101-1,833	94	85.1%	90	82.2%
3	1,834-3,000	83	75.9%	112	79.5%
4	3,001-4,750	53	71.7%	77	66.2%
5	4,751-30,000	22	63.6%	66	60.6%
รวม		381	81.1%	450	76.0%
		ประกันสังคม		สวัสดิการข้าราชการ	
1	1-1,100	5	100.0%	16	87.5%
2	1,101-1,833	17	88.2%	19	100.0%
3	1,834-3,000	39	89.7%	32	96.9%
4	3,001-4,750	36	91.7%	65	95.4%
5	4,751-30,000	24	75.0%	53	94.3%
รวม		121	87.6%	185	95.1%

6. การเจ็บป่วยเรื้อรังและการใช้บริการ

บทนี้นำเสนอการรายงานการเจ็บป่วย การใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง การสำรวจสภาวะสุขภาพโดยสำรวจซ้ำครัวเรือนเดิมครั้งนี้ ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของกลุ่มประชากรที่รายงานว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งครั้งที่สองและครั้งแรก โดยนำเสนอโอกาสการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพประเภทต่างๆ ตามสิทธิ ปัจจัยอธิบายการให้บริการ การใช้สิทธิ ความเป็นธรรมชาติของการคลังที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การเลือกใช้สถานพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ภาพที่ 6.1-6.5 แสดงโอกาสตัดสินใจเข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาลประเภทต่างๆ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาพรวม และแยกตามสิทธิประกันสุขภาพ

ภาพที่ 6.1 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (N=2,221)

	No treatment					0.059	
	0.059						
Health Seeking Behaviour		Self prescribed				0.055	
		0.058					
	treatment						
	0.941		traditional			0.014	
			0.016				
		non self prescribed			public	0.544	Rank1
		0.942		hospital	0.910		
				0.685	private	0.054	
			modern		0.090		
			0.984		public	0.118	Rank3
				non hospital	0.428		
				0.315	private	0.157	Rank2
					0.572		

ภาพที่ 6.2 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสิทธิบัตรทอง (N=1,680)

	No treatment					0.054	
	0.054						
Health Seeking Behaviour		Self prescribed				0.061	
		0.065					
	treatment						
	0.946		traditional			0.016	
			0.018				
		non self prescribed			public	0.536	Rank1
		0.935		hospital		0.922	
				0.669	private	0.045	
			modern			0.078	
			0.982		public	0.139	Rank3
				non hospital		0.482	
				0.331	private	0.149	Rank2
						0.518	

ภาพที่ 6.3 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสิทธิข้าราชการ (N=389)

	No treatment					0.036	
	0.036						
Health Seeking Behaviour		Self prescribed				0.031	
		0.032					
	treatment						
	0.964		traditional			0.008	
			0.008				
		non self prescribed			public	0.663	Rank1
		0.968		hospital		0.925	
				0.775	private	0.054	Rank3
			modern			0.075	
			0.992		public	0.041	
				non hospital		0.198	
				0.225	private	0.167	Rank2
						0.802	

ภาพที่ 6.4 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสิทธิประกันสังคม (N=104)

	No treatment					0.048	
	0.048						
Health Seeking Behaviour		Self prescribed				0.077	
		0.081					
	treatment						
	0.952		traditional			0.010	
			0.011				
		non self prescribed			public	0.452	Rank1
		0.919		hospital	0.644		
				0.811	private	0.250	Rank2
			modern		0.356		
			0.989		public	0.019	
				non hospital	0.118		
				0.189	private	0.144	Rank3
					0.882		

ภาพที่ 6.5 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีสิทธิ (N=62)

	No treatment					0.177	Rank3
	0.177						
Health Seeking Behaviour		Self prescribed				0.048	
		0.059					
	treatment						
	0.823		traditional			0.032	
			0.042				
		non self prescribed			public	0.258	Rank2
		0.941		hospital	0.727		
				0.478	private	0.097	
			modern		0.273		
			0.958		public	0.032	
				non hospital	0.083		
				0.522	private	0.355	Rank1
					0.917		

ผู้ที่รายงานว่าเป็นโรคเรื้อรัง ในภาพรวมใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรก ที่คลินิกเอกชนเป็นอันดับสอง และที่สถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นอันดับสาม การที่ภาพรวมเป็นเช่นนี้ เพราะลักษณะการให้บริการของผู้ป่วยเรื้อรังสิทธิบัตรทอง คือใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรก ที่คลินิกเอกชนเป็นอันดับสอง และที่สถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นอันดับสาม

ผู้ป่วยเรื้อรังสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรก ที่คลินิกเอกชนเป็นอันดับสอง และที่โรงพยาบาลเอกชน เป็นอันดับสาม

ผู้ป่วยเรื้อรังสิทธิประกันสังคมใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรก ที่โรงพยาบาลเอกชน เป็นอันดับสอง และคลินิกเอกชน เป็นอันดับสาม

ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สิทธิประกันสุขภาพใช้บริการที่คลินิกเอกชนเป็นอันดับแรก ที่โรงพยาบาลรัฐ เป็นอันดับสอง และไม่รักษา เป็นอันดับสาม

การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความถี่ของการใช้บริการและการใช้สิทธิ

การรายงานผู้ป่วยเรื้อรังของการสำรวจรอบสองลดน้อยลงกว่ารอบแรกเล็กน้อยสำหรับทุกกลุ่มอายุ ดังตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1 อัตราการรายงานผู้ป่วยเรื้อรังตามกลุ่มอายุและรอบการสำรวจ

กลุ่มอายุ	รอบที่หนึ่ง		รอบที่สอง	
	คน	% เรื้อรัง	คน	% เรื้อรัง
0-14 ปี	3,799	4.6%	3,640	3.7%
15-39 ปี	6,641	7.8%	6,467	5.3%
40-59 ปี	4,100	22.0%	4,285	18.2%
60 ปีขึ้นไป	2,053	38.5%	2,218	38.1%
รวม	16,593	14.4%	16,610	12.7%

ตารางที่ 6.2 แสดงอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยเรื้อรังในการสำรวจรอบที่สอง ในสถานพยาบาลที่จัดให้ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน สถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนและคลินิกเอกชน) ความถี่ของการใช้บริการ และการใช้สิทธิ พบว่าอัตราการใช้บริการสูงถึงร้อยละ 85-89 ความถี่ของการใช้บริการประมาณ 5-6 ครั้งต่อระยะเวลา 6 เดือน และอัตราการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของตนร้อยละ 73-77

ตารางที่ 6.2 เจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและการไปใช้บริการรักษาในสถานพยาบาลรัฐและ

เอกชน

	N	ใช้บริการ (USE)	ความถี่ครั้ง ต่อ 6 เดือน	ใช้สิทธิ (Comply)	% USE	ความถี่ครั้ง ต่อ 6 เดือน	%Comply
ทั้งหมด							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)	1,583	1,338	6,862	973	84.52	5.13	73
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS)	366	327	1,951	253	89.34	5.97	77
ประกันสังคม(SSS)	102	87	440	66	85.29	5.06	76
สุโขทัย							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)	619	515	2,655	402	83.20	5.16	78
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS)	143	128	708	95	89.51	5.53	74
ประกันสังคม(SSS)	14	10	51	2	71.43	5.10	20
สมุทรสาคร							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)	351	311	2,147	185	88.60	6.90	59
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS)	53	50	340	45	94.34	6.81	90
ประกันสังคม(SSS)	49	44	378	36	89.80	8.59	82
อุบลราชธานี							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)	358	289	1,430	238	80.73	4.95	82
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS)	131	112	561	86	85.50	5.01	77
ประกันสังคม(SSS)	9	8	44	6	88.89	5.50	75
ภูเก็ต							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)	255	223	423	148	87.45	1.90	66
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS)	39	37	73	27	94.87	1.97	73
ประกันสังคม(SSS)	30	25	49	25	83.33	1.96	100

ตัวแปรอธิบายโอกาสการเป็นโรคเรื้อรัง วิเคราะห์เปรียบเทียบรายบุคคล (ใช้รหัสบุคคล iid เป็นตัวชี้) เฉพาะผู้ที่พบในการสำรวจ 2 รอบ ได้ตัวแปรอธิบายที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ กลุ่มผู้มีอาชีพ มีโอกาสเป็นโรคเรื้อรังน้อยกว่าผู้ไม่มีอาชีพ เพศหญิงเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าเพศชาย สวัสดิการข้าราชการเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าผู้มีสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค ดูตารางที่ 6.3

ตารางที่ 6.3 ตัวแปรอธิบายโรคเรื้อรัง เทียบประชากรคนเดิมที่สำรวจพบ 2 รอบ

Chronic	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95%Conf. Interval]
Age	0.155	0.014	11.08	0.00	0.127 0.182
Age2	-0.001	0.000	-5.68	0.00	-0.001 -0.001
Hincome	0.000	0.000	-1.06	0.29	0.000 0.000
Female	0.683	0.087	7.83	0.00	0.512 0.854
Rural	0.098	0.084	1.16	0.24	-0.067 0.262
_lmainocc_1	-0.690	0.178	-3.87	0.00	-1.040 -0.340
_lmainocc_2	-0.856	0.250	-3.42	0.00	-1.347 -0.365
_lmainocc_3	-0.851	0.559	-1.52	0.13	-1.946 0.245
_lmainocc_4	-0.243	0.115	-2.12	0.03	-0.469 -0.018
_lmainocc_5	-0.162	0.109	-1.48	0.14	-0.376 0.053
_lmainocc_6	-0.894	0.330	-2.71	0.01	-1.541 -0.246
_lmainocc_7	-0.675	0.140	-4.83	0.00	-0.948 -0.401
_lmainocc_8	-0.801	0.238	-3.36	0.00	-1.268 -0.334
_lmainocc_9	-0.288	0.208	-1.39	0.17	-0.695 0.119
Csmbs	0.303	0.116	2.60	0.01	0.075 0.531
Sss	-0.143	0.168	-0.85	0.39	-0.471 0.186
_cons	-7.990	0.356	-22.43	0.00	-8.688 -7.292

Logit, random effect, iid, number of obs 15,606, number of groups 7,965, rho = 0.83

สำหรับอายุ เมื่ออายุมากขึ้นจะเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น (coefficient ของ age เป็น +) แต่เมื่อถึงจุดหนึ่งจะพบความชุกลดลง (coefficient ของ age-square เป็น -) คำนวณได้ว่าจุดที่เริ่มลดลงคืออายุ 80 ปี

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างการสำรวจ 2 ครั้ง ว่ามีโอกาสใช้บริการแต่ละประเภทมากขึ้นเพราะปัจจัยอะไรอธิบายบ้าง ตารางที่ 6.4 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงโอกาสในการไม่รักษา (no treatment) การดูแลตนเอง (self care) การใช้บริการสถานพยาบาลรัฐ และการใช้บริการสถานพยาบาลเอกชน ได้ผลดังนี้

สมการที่อธิบายพฤติกรรมทางเลือกวิธีไม่รักษามากขึ้นของผู้ป่วยเรื้อรัง มีประชากร 1,856 คน สมการอธิบายได้ร้อยละ 90 ตัวแปรอธิบายสำคัญคือ กลุ่มอายุ วัยกลางคนและสูงอายุจะเลือกไม่

รักษามากขึ้น กลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์พึงพอใจสถานพยาบาลระดับมาก จะเลือกวิธีไม่รักษาเพิ่มขึ้น การศึกษา เมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้นจะเลือกการไม่รักษาลดลง กลุ่มใช้สิทธิบัตรทองจะเลือกวิธีไม่รักษาเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มไม่ใช้สิทธิ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจใช้วิธีไม่รักษาเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเลือกวิธีไม่รักษาลดลง

สมการอธิบายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีประชากร 1,890 คน สมการอธิบายได้ร้อยละ 72 ตัวแปรสำคัญที่อธิบายได้แก่ กลุ่มอายุ เมื่ออายุมากขึ้น (เทียบกับกลุ่มเด็ก) จะเลือกใช้วิธีดูแลตนเองมากขึ้น รายได้ครัวเรือนเมื่อเทียบกับกลุ่มไม่แจ้งรายได้พบว่า เลือกวิธีการดูแลตนเองลดลง โดยกลุ่มครัวเรือนที่จนที่สุด ลดการดูแลตนเองลงมากที่สุด ผู้มีการศึกษามากขึ้น จะเลือกการดูแลตนเองมากขึ้น กลุ่มผู้ใช้สิทธิบัตรทองและประกันสังคม เลือกวิธีดูแลรักษาตนเองมากขึ้น โดยผู้ใช้สิทธิบัตรทองเพิ่มมากกว่าประกันสังคม ผู้ป่วยเบาหวานเลือกการดูแลตนเองลดลง สถานะสุขภาพปีก่อน ถ้ามีสถานะสุขภาพดี-ดีมาก จะเลือกการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ส่วนผู้มีสถานะสุขภาพปานกลาง จะเลือกการดูแลตนเองลดลง เมื่อเทียบกับผู้มีสถานะสุขภาพแย่

สมการอธิบายพฤติกรรมการใช้บริการสถานพยาบาลภาครัฐของผู้ป่วยเรื้อรัง มีกลุ่มประชากร 2,196 คน สมการอธิบายได้ร้อยละ 56 ตัวแปรสำคัญที่อธิบายได้แก่ กลุ่มอายุวัยกลางคนและผู้ใหญ่ ใช้บริการภาครัฐลดลง ส่วนผู้สูงอายุใช้ภาครัฐมากขึ้น ผู้มีรายได้เมื่อเทียบกับผู้ไม่แจ้งรายได้ เพิ่มการใช้ภาครัฐมากขึ้นในทุกกลุ่มรายได้ ผู้มีสถานะสุขภาพปานกลาง ดี-ดีมาก จะใช้บริการภาครัฐมากขึ้น ผู้ใช้สิทธิข้าราชการและประกันสังคม ใช้บริการภาครัฐลดลง ผู้เป็นโรคหัวใจใช้บริการภาครัฐลดลงเมื่อเทียบกับผู้เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ และผู้มีประสบการณ์พึงพอใจมาก ใช้บริการภาครัฐลดลง

สมการอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้บริการเอกชนของผู้ป่วยเรื้อรัง มีประชากร 2,196 คน อธิบายได้ร้อยละ 25 ตัวแปรสำคัญที่อธิบายได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุใช้ภาคเอกชนลดลง ครัวเรือนที่มีรายได้เทียบกับผู้ไม่รายงานรายได้ จะใช้ภาคเอกชนลดลง ผู้มีสถานะสุขภาพปานกลาง ดีและดีมากจะใช้ภาคเอกชนลดลง ผู้มีสิทธิราชการและผู้มีสิทธิบัตรทองจะใช้ภาคเอกชนมากขึ้น และผู้ใช้สิทธิประกันสังคม ใช้เอกชนลดลง ผู้เคยพึงพอใจสถานพยาบาลระดับปานกลางจะใช้เอกชนลดลง

ตารางที่ 6.4 สมการอธิบายการเปลี่ยนแปลงของของการใช้บริการกรณีโรคเรื้อรัง โดยเทียบบุคคลเดิม

ตัวแปร	ความหมาย	ไม่รักษา	ดูแลเอง	รัฐ	เอกชน
_Inagegrp_2	กลุ่มอายุ 15-44 ปี เทียบกลุ่มเด็ก	90.0	9.7*	-1.3*	-0.9*
_Inagegrp_3	กลุ่มอายุ 45-59 ปี	97.3*	10.3*	-5.2*	-0.1
_Inagegrp_4	กลุ่มอายุ 60 ขึ้นไป	76.8*	10.3*	2.3*	-1.9*

ตัวแปร	ความหมาย	ไม่รักษา	ดูแลเอง	รัฐ	เอกชน
_lquin_1	รายได้ครัวเรือน กลุ่มจนที่สุด	-78.8	-6.9*	5.0*	-1.1*
_lquin_2	รายได้ครัวเรือน กลุ่มจนรอง	-66.4	-4.1*	2.5*	-0.9*
_lquin_3	รายได้ครัวเรือนกลุ่มกลาง	-74.6	-6.3*	5.3*	-1.5*
_lquin_4	รายได้ครัวเรือนกลุ่มรวยรอง	-78.6	-4.8*	6.5*	-1.6*
_lquin_5	รายได้ครัวเรือนกลุ่มรวยที่สุด	-80.3	-3.3*	4.8*	-1.2*
_lsex_2	เพศหญิง เทียบกับเพศชาย	0.1	-0.2	-0.1	-0.01
_lnnhstatu~2	สถานะสุขภาพปานกลาง	58.0	-0.7*	2.0*	-0.5*
_lnnhstatu~3	สถานะสุขภาพดีและดีมาก	57.2	0.8*	3.7*	-0.9*
_lnliterac~1	การศึกษาประถม	-10.9*	1.2*	0.7*	-0.1
_lnliterac~2	การศึกษามัธยม	-7.8*	3.1*	-2.5*	0.6*
_lnliterac~3	การศึกษาอาชีวศึกษา	-19.5*	2.5*	1.5*	-0.3
_lnliterac~4	การศึกษานุปริญญา	-	-2.5*	2.3*	0.8*
_lnliterac~5	การศึกษาระดับปริญญาขึ้นไป	-12.9*	-0.2	2.2*	0.1
_lnrbf1_2	สิทธิบัตรทองเทียบไม่ใช้สิทธิ	2.6*	8.1*	-0.1	1.3*
_lnrbf1_3	สิทธิข้าราชการ	-	-	-2.0*	2.5*
_lnrbf1_4	สิทธิประกันสังคม	-36.3	1.1*	-1.0*	-1.3*
_Indschron~2	กลุ่มโรคหัวใจเทียบระบบหายใจ	12.5*	0.1	-2.0*	0.7*
_Indschron~3	กลุ่มโรคเบาหวาน	-3.5*	-0.7*	0.3	0.2
_ln2prefbf~2	ความพึงพอใจปานกลาง	73.5	5.9*	0.3	-1.3*
_ln2prefbf~3	ความพึงพอใจมาก	70.3*	3.7*	-2.2*	0.3
_cons	ค่าคงที่	-137.8*	-12.8*	-6.7*	1.6*
N	จำนวนตัวอย่าง	1,856	1,890	2,196	2,196
Pseudo R sq.	อำนาจการทำนาย	0.90	0.72	0.56	0.25

สรุปว่า กลุ่มอายุของประชากรมีอิทธิพลต่อการใช้บริการทั้ง 4 สมการ ประสพการณ์ที่มากับอายุมากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มเด็ก ทำให้มีโอกาสเลือกวิธีไม่รักษา ดูแลตนเอง และ ใช้บริการภาครัฐมากขึ้น และใช้บริการภาคเอกชนลดลง รายได้ครัวเรือน เมื่อเทียบกับผู้ไม่รายงานรายได้ ใช้บริการภาครัฐมากขึ้น ลดการดูแลตนเอง และลดการใช้ภาคเอกชนลง สถานะสุขภาพปีก่อนที่อยู่ในระดับปานกลาง ดีและดีมาก ทำให้ใช้บริการภาครัฐมากขึ้น ลดการใช้บริการเอกชนและ ลดการดูแลตนเองในกลุ่มสถานะสุขภาพปานกลาง แต่เพิ่มการดูแลตนเองมากขึ้นในกลุ่มสถานะสุขภาพปีก่อนดีมาก ระดับ

การศึกษาประถมศึกษาเลือกดูแลตนเอง และใช้ภาครัฐเพิ่มขึ้น ส่วนการไม่รักษาและใช้เอกชนลดลง ระดับการศึกษามัธยมกลับกันเล็กน้อย คือเลือกดูแลตนเองและใช้ภาคเอกชนเพิ่มขึ้น ส่วนไม่รักษาและใช้ภาครัฐลดลง การใช้สิทธิบัตรทอง ใช้บริการรัฐลดลง เลือกไม่รักษา ดูแลตนเอง และเอกชนเพิ่มขึ้น ข้าราชการใช้เอกชนเพิ่มขึ้น ส่วนประกันสังคม ใช้การดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้เป็นโรคหัวใจเลือกไม่รักษา ดูแลตนเอง และใช้ภาคเอกชนเพิ่มขึ้น แต่เบาหวานเลือกวิธีรักษากับรัฐและเอกชนมากขึ้น

ความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพโรคเรื้อรัง

เปรียบเทียบ ภาระการจ่ายเงินจากกระเป๋า (out-of-pocket) กรณีโรคเรื้อรัง ระหว่างครัวเรือนชั้นรายได้ต่างๆ กัน พบว่า การจ่ายเงินจากกระเป๋ากรณีรักษาโรคเรื้อรังของรอบที่สอง มีความก้าวหน้าต่อรายได้มากกว่า การจ่ายในการสำรวจรอบแรก อัตราความก้าวหน้าของการจ่ายสุทธิ (เมื่อหักลบการเบิกคืนได้) มีมากกว่าการจ่ายก่อนสุทธิ อย่างไรก็ดีเมื่อเปรียบเทียบกับภาระกระจายรายได้ โดยคำนวณดัชนีความก้าวหน้าของการคลัง (การจ่ายจากกระเป๋า) พบว่า ความถดถอยต่อรายได้ของการรักษาโรคเรื้อรังในการสำรวจรอบที่สองลดลงกว่ารอบแรก (ตารางที่ 6.5)

ตารางที่ 6.10 การจ่ายเงินจากกระเป๋า (บาทต่อคน) เพื่อการรักษาโรคเรื้อรังตามชั้นรายได้ สำหรับทั้ง 2 รอบ

ชั้นรายได้	รอบแรก		รอบสอง	
	จ่าย	จ่ายสุทธิ	จ่าย	จ่ายสุทธิ
จนที่สุด	22	18	33	12
2	70	52	29	17
3	121	76	36	20
4	72	49	51	29
รวยที่สุด	107	37	96	68
รวม	82	49	48	29
CI		0.099		0.327
Gini coefficient		0.464		0.401
Kakwani index		-0.365		-0.074

7. ผู้พิการและการใช้บริการ

บทนี้เสนอข้อมูลของผู้พิการ และการใช้บริการสุขภาพของผู้พิการ โดยเริ่มจากโอกาสการใช้บริการของผู้พิการที่สถานพยาบาลประเภทต่างๆ ตามด้วยอัตราการพบผู้พิการ และการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ

โอกาสการเลือกใช้สถานพยาบาลของผู้พิการ

ตารางที่ 7.1-7.4 เสนอโอกาสการเลือกใช้สถานพยาบาลของผู้พิการเมื่อเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง (ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากความพิการ) โดยเสนอในภาพรวม และแยกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ

ในภาพรวมผู้พิการที่รายงานว่าเจ็บป่วยเรื้อรัง 140 คน ใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรก ไม่ได้รับการรักษา เป็นอันดับสอง และ ที่โรงพยาบาลเอกชนเป็นอันดับสาม

ภาพที่ 7.1 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดของผู้พิการเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง (N=140)

	No treatment					0.371	Rank2
	0.371						
Health Seeking Behaviour		Self prescribed				0.021	
		0.034					
	treatment						
	0.629		traditional			0.050	
			0.082				
		non self prescribed			public	0.407	Rank1
		0.966		hospital	0.814		
				0.897	private	0.093	Rank3
			modern		0.186		
			0.918		public	0.014	
				non hospital	0.250		
				0.103	private	0.043	
					0.750		

ภาพที่ 7.2 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดของผู้พิการเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังสิทธิบัตรทอง (N=119)

	No treatment					0.403	Rank1
	0.403						
Health Seeking Behaviour		Self prescribed				0.025	
		0.042					
	treatment						
	0.597		traditional			0.059	
			0.103				
		non self prescribed			public	0.387	Rank2
		0.958		hospital	0.852		
				0.885	private	0.067	Rank3
			modern		0.148		
			0.897		public	0.017	
				non hospital	0.286		
				0.115	private	0.042	
					0.714		

ภาพที่ 7.3 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดของผู้พิการเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังสิทธิข้าราชการ (N=16)

	No treatment					0.250	Rank2
	0.250						
Health Seeking Behaviour		Self prescribed				0.000	
		0.000					
	treatment						
	0.750		traditional			0.000	
			0.000				
		non self prescribed			public	0.500	Rank1
		1.000		hospital	0.727		
				0.917	private	0.188	Rank3
			modern		0.273		
			1.000		public	0.000	
				non hospital	0.000		
				0.083	private	0.063	
					1.000		

ภาพที่ 7.4 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแรกสุดของผู้พิการเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังสิทธิประกันสังคม (N=16)

	No treatment				0.000	
	0.000					
Health Seeking Behaviour		Self prescribed			0.000	
		0.000				
	treatment					
	1.000		traditional		0.000	
			0.000			
		non self prescribed			public	0.500
		1.000		hospital	0.667	Rank1
				0.750	private	0.250
			modern		0.333	Rank2
			1.000		public	0.000
				non hospital	0.000	
				0.250	private	0.250
					1.000	Rank2

ผู้พิการที่มีสิทธิบัตรทองและรายงานว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง 119 คน ใช้วิธีดูแลตนเองหรือไม่รับบริการเป็นอันดับแรก ใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐ เป็นอันดับสอง และ ที่โรงพยาบาลเอกชนเป็นอันดับสาม

ผู้พิการที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและรายงานว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง 16 คน ใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรก ที่โรงพยาบาลเอกชน เป็นอันดับสอง และ ดูแลตนเองหรือไม่รับการรักษาเป็นอันดับสาม

ผู้พิการที่มีสิทธิประกันสังคมและรายงานว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง 16 คน ใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรก ที่โรงพยาบาลเอกชน และที่คลินิกเอกชน เท่ากัน เป็นอันดับสอง

อัตราความพิการ การใช้บริการและการใช้สิทธิ

การรายงานว่าเป็นผู้พิการของการสำรวจรอบสองลดน้อยลงกว่ารอบแรกเล็กน้อยสำหรับทุกกลุ่มอายุ ดังตารางที่ 7.1

ตารางที่ 7.1 อัตราการรายงานว่าเป็นผู้พิการจริงตามกลุ่มอายุและรอบการสำรวจ

กลุ่มอายุ	รอบที่หนึ่ง		รอบที่สอง	
	คน	% พิการ	คน	% พิการ
0-14 ปี	3,799	0.5%	3,640	0.4%
15-39 ปี	6,641	0.9%	6,467	0.7%
40-59 ปี	4,100	1.6%	4,285	1.2%
60 ปีขึ้นไป	2,053	3.6%	2,218	3.0%
รวม	16,593	1.3%	16,610	1.1%

ตารางที่ 7.2 แสดงจำนวนผู้พิการในการสำรวจรอบสอง จำนวนผู้ใช้บริการในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (เฉพาะการให้บริการที่สถานเอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิกเอกชน โรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน) จำนวนครั้งที่ใช้บริการในรอบ 6 เดือน และการใช้สิทธิ พบว่าอัตราการให้บริการไม่สูงนักสำหรับผู้พิการสิทธิบัตรทอง (ใช้บริการร้อยละ 42) และใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพของตน ร้อยละ 74

ตารางที่ 7.2 ผู้พิการและการไปใช้บริการรักษาในสถานพยาบาลรัฐและเอกชน

	N	ใช้บริการ (USE)	ครั้งต่อ 6 เดือน	ใช้สิทธิ (Comply)	% USE	ความถี่ครั้ง ต่อ 6 เดือน	%Comply
ทั้งหมด							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)	147	61	100	45	41.50	1.63	74
สวัสดิการข้าราชการ(CSMBS)	23	12	28	9	52.17	2.35	75
ประกันสังคม(SSS)	5	4	10	4	80.00	2.60	100
สุโขทัย							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)	57	24	54	17	42.11	2.26	71
สวัสดิการข้าราชการ(CSMBS)	12	5	5	4	41.67	1.00	80
ประกันสังคม(SSS)	0	30	0	0			

	N	ใช้บริการ (USE)	ครั้งต่อ 6 เดือน	ใช้สิทธิ (Comply)	% USE	ความถี่ครั้ง ต่อ 6 เดือน	%Comply
สมุทรสาคร							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)	26	11	16	9	42.31	1.46	82
สวัสดิการข้าราชการ(CSMBS)	2	2	5	1	100.00	2.50	50
ประกันสังคม(SSS)	3	2	5	2	66.67	2.67	100
อุบลราชธานี							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)	35	12	14	10	34.29	1.17	83
สวัสดิการข้าราชการ(CSMBS)	8	4	18	3	50.00	4.50	75
ประกันสังคม(SSS)	0	0		0			
ภูเก็ต							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)	29	14	15	9	48.28	1.10	64
สวัสดิการข้าราชการ(CSMBS)	1	0	-	0	0.00		
ประกันสังคม(SSS)	2	2	5	2	100.00	2.50	100

8. ความพึงพอใจและแนวคิดต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในบทนี้เสนอระดับความพึงพอใจเมื่อประชาชนในครัวเรือนใช้บริการสุขภาพที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ตามหลักประกันสุขภาพของตน และเสนอแนวคิดของประชาชนในครัวเรือนต่อการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดต่างๆ เริ่มจากการนำเสนอภาพรวมของสิทธิบัตรทองเทียบกับบัตรอื่นๆ จากนั้นเสนอในภาพย่อยระดับความพึงพอใจของสถานพยาบาลแต่ละระดับ และเสนอความคิดเห็นของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามมุมมองของผู้มีหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

ในบทนี้วิเคราะห์ข้อมูลทั้งลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะครัวเรือน การวิเคราะห์ความพึงพอใจใช้ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยและการใช้บริการที่สถานพยาบาลนั้นๆ ส่วนการวิเคราะห์แนวคิดต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิเคราะห์เป็นรายครัวเรือน โดยสมาชิกหนึ่งคนในครัวเรือนที่เป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์หลัก ให้ข้อคิดเห็นต่อคำถาม 9 ข้อ

ภาพรวมความพึงพอใจของผู้มีสิทธิบัตรทอง

ตารางที่ 8.1 แสดงคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยบัตรทองเมื่อใช้บริการตามประเภทของการเจ็บป่วย เปรียบเทียบกับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพชนิดอื่นๆ คะแนนความพึงพอใจแบ่งเป็น 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 (ไม่พอใจอย่างยิ่ง ถึง พอใจมากที่สุด) พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้เจ็บป่วยจากความพิการมีคะแนนเฉลี่ยเมื่อใช้บริการต่ำสุด ส่วนความพึงพอใจเมื่อรับบริการโดยการนอนเป็นผู้ป่วยใน มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบระหว่างความพึงพอใจของผู้ถือสิทธิบัตรทองแตกต่างจากความพึงพอใจของผู้ป่วยสิทธิอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรังบัตรทอง มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ป่วยเรื้อรังสิทธิอื่น ($p=0.008$) และผู้ที่ต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล สิทธิบัตรทอง มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยน้อยกว่าผู้มีสิทธิอื่นๆ ($p=0.002$)

ตารางที่ 8.1 คะแนนความพึงพอใจเมื่อใช้บริการแยกตามสิทธิบัตรทองและสิทธิอื่นๆ กับการเจ็บป่วย

	จำนวน (N)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ค่าทางสถิติ (t-value)	ค่าความ อิสระ(df)	ระดับความเชื่อมั่น (p-value)
1. เจ็บป่วย 2 สัปดาห์						
บัตรทอง	1,256	3.55	.844	-.271	1,576	.967
สิทธิอื่น	322	3.57	.841	-.271	499	
2. ผู้ป่วยเรื้อรัง						
บัตรทอง	1,427	3.71	.791	-3.017	1,889	.008

	จำนวน (N)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D).	ค่าทางสถิติ (t-value)	ค่าความ อิสระ(df)	ระดับความเชื่อมั่น (p-value)
สิทธิอื่น	464	3.83	.739	-3.123	834	
3. ผู้พิการ						
บัตรทอง	76	3.37	.921	-1.718	94	.125
สิทธิอื่น	20	3.75	.716	-1.988	37.355	
4. ผู้ป่วยนอนในรพ.						
บัตรทอง	857	3.80	.848	-2.651	1,181	.002
สิทธิอื่น	326	3.94	.779	-2.755	636	

ความพึงพอใจของบริการประเภทต่างๆ

ตารางที่ 8.2 ถึง 8.5 แสดงรายละเอียดของคะแนนความพึงพอใจของการรับบริการ ณ สถานพยาบาลระดับต่างๆ แยกตามประเภทของการเจ็บป่วย ประเภทของหลักประกันและแยกราย จังหวัด ผู้มีบัตรทองจะรับบริการที่สถานื่อนามัยเป็นส่วนใหญ่และประเมินคะแนนความพึงพอใจต่อสถานื่อนามัยสูงกว่าสิทธิอื่นๆ แต่เมื่อไปใช้บริการที่สถานพยาบาลอื่นๆ ผู้มีบัตรทองมักประเมินความพึงพอใจในสถานพยาบาลนั้นต่ำกว่าผู้มีสิทธิอื่นๆ

ตารางที่ 8.2 ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการของผู้ป่วยเจ็บป่วย 2 สัปดาห์ จำแนกรายจังหวัดและประเภทสถานบริการ

	บัตรทอง			ข้าราชการ	ประกันสังคม	ไม่มีหลักประกัน	รวม
	ไม่ต้องจ่าย	จ่าย 30 บาท	รวม				
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการในสถานบริการทั้งรัฐและเอกชนในภาพรวม							
สุโขทัย	3.59	3.42	3.51	3.59	3.54	3.67	3.52
สมุทรสาคร	3.59	3.75	3.68	3.61	3.66	3.33	3.65
อุบลราชธานี	3.50	3.50	3.50	3.35	3.92	3.27	3.51
ภูเก็ต	3.77	3.45	3.62	3.90	3.33	3.55	3.60
รวม	3.59	3.51	3.55	3.53	3.56	3.40	3.55
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการสถานีนอนมัย							
สุโขทัย	3.73	3.49	3.66	3.50	3.00	4.00	3.65
สมุทรสาคร	3.43	4.00	3.64	3.00	4.00	3.00	3.60
อุบลราชธานี	3.77	3.65	3.73	3.50	4.00	3.00	3.73

	บัตรทอง			ข้าราชการ	ประกันสังคม	ไม่มีหลักประกัน	รวม
	ไม่ต้องจ่าย	จ่าย 30 บาท	รวม				
ภูเก็ต	3.56	3.75	3.62	Na	Na	na	3.62
รวม	3.71	3.59	3.67	3.44	3.67	3.33	3.67
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการรพ.ชุมชน							
สุโขทัย	3.69	3.24	3.53	3.75	3.75	na	3.58
สมุทรสาคร	3.71	3.74	3.73	3.00	3.71	4.00	3.73
อุบลราชธานี	3.59	3.33	3.46	3.44	5.00	na	3.53
ภูเก็ต	3.33	3.75	3.54	Na	3.50	2.00	3.43
รวม	3.62	3.49	3.55	3.53	3.75	2.67	3.58
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลอื่นๆของรัฐ							
สุโขทัย	3.78	3.93	3.83	3.86	3.00	5.00	3.76
สมุทรสาคร	3.65	3.42	3.53	4.00	3.33	na	3.55
อุบลราชธานี	3.83	4.07	3.91	3.63	3.00	3.33	3.88
ภูเก็ต	3.68	3.67	3.67	4.00	3.57	2.00	3.59
รวม	3.75	3.74	3.75	3.83	3.41	3.40	3.71
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการที่คลินิก							
สุโขทัย	3.49	3.49	3.49	3.89	3.80	3.50	3.59
สมุทรสาคร	3.80	3.89	3.86	3.75	3.57	3.80	3.81
อุบลราชธานี	3.50	3.63	3.55	3.25	3.50	4.00	3.47
ภูเก็ต	4.03	4.07	4.04	4.50	3.83	4.50	4.09
รวม	3.65	3.68	3.67	3.74	3.70	3.94	3.69
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน							
สุโขทัย	3.00	3.75	3.60	2.00	4.50		3.33
สมุทรสาคร	4.00	4.56	4.45		4.13	3.00	4.10
อุบลราชธานี	3.50	4.17	4.00	3.00	4.50		4.10
ภูเก็ต	4.40	2.50	3.56	4.50	2.67		3.67
รวม	4.00	3.96	3.97	3.50	3.72	3.00	3.88

ตารางที่ 8.3 ความพึงพอใจเจ็บป่วยต้องนอนในโรงพยาบาล จำแนกรายจังหวัดและประเภทสถานบริการ

	บัตรทอง			ข้าราชการ	ประกันสังคม	ไม่มีหลักประกัน	รวม
	ไม่ต้องจ่าย	จ่าย 30 บาท	รวม				
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการนอนโรงพยาบาลทุกประเภท							
สุโขทัย	3.79	3.65	3.74	3.73	4.13	4.00	3.74
สมุทรสาคร	3.88	3.88	3.88	3.95	3.88	3.82	3.89
อุบลราชธานี	3.81	3.84	3.82	3.94	3.89	3.33	3.87
ภูเก็ต	3.87	3.64	3.75	4.24	3.92	4.5	3.86
รวม	3.83	3.78	3.8	3.89	3.91	3.92	3.84
ความพึงพอใจต่อการนอนโรงพยาบาลชุมชน							
สุโขทัย	3.87	3.56	3.75	3.67	4.00		3.73
สมุทรสาคร	3.68	3.85	3.76	3.67	3.90	3.00	3.77
อุบลราชธานี	3.87	3.93	3.90	3.83	4.33	4.00	3.90
ภูเก็ต	3.60	3.50	3.56		3.80	4.00	3.61
รวม	3.78	3.78	3.78	3.73	3.95	3.33	3.79
ความพึงพอใจต่อการนอน รพ.ทั่วไปในจังหวัด							
สุโขทัย	3.78	3.66	3.73	3.79	4.00		3.74
สมุทรสาคร	4.11	3.74	3.89	3.89	3.96	4.00	3.87
อุบลราชธานี	3.70	3.85	3.78	4.00	3.83	3.20	3.86
ภูเก็ต	3.69	3.50	3.57	4.11	3.85	4.75	3.69
รวม	3.81	3.69	3.74	3.93	3.91	3.91	3.80
ความพึงพอใจต่อการนอน รพ.ทั่วไปนอกจังหวัด							
สุโขทัย	4.00	4.00	4.00	4.14	4.00		4.05
สมุทรสาคร	3.57	3.93	3.81	4.29	4.00	4.00	3.91
อุบลราชธานี	4.33	3.43	3.85	3.67			4.00
ภูเก็ต		4.00	4.00	4.00	4.00		4.00
รวม	3.95	3.82	3.88	4.11	4.00	4.00	3.97
ความพึงพอใจต่อการนอนรพ.เอกชนในจังหวัด							
สุโขทัย	3.78	3.88	3.82	3.83	5.00	4.00	3.92
สมุทรสาคร	4.20	4.00	4.04	4.50	3.75	4.25	4.02
อุบลราชธานี	3.67	3.57	3.60	4.00	4.00	4.00	3.76

	บัตรทอง			ข้าราชการ	ประกันสังคม	ไม่มีหลักประกัน	รวม
	ไม่ต้องจ่าย	จ่าย 30 บาท	รวม				
ภูเก็ต	4.40	4.27	4.34	4.43	4.14	4.50	4.38
รวม	4.16	4.00	4.07	4.18	3.93	4.31	4.11
ความพึงพอใจต่อการนอนรพ.เอกชนนอกจังหวัด							
สุโขทัย	3.00	2.00	2.67	2.33			2.57
สมุทรสาคร	4.00	4.29	4.24	4.00	3.60	3.50	4.14
อุบลราชธานี					3.00	3.00	3.00
ภูเก็ต	5.00	5.00	5.00			4.00	4.67
รวม	3.83	4.19	4.09	2.75	3.50	3.40	3.76

ตารางที่ 8.4 ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกรายจังหวัดและประเภทสถานบริการ

	บัตรทอง			ข้าราชการ	ประกันสังคม	ไม่มีหลักประกัน	รวม
	ไม่ต้องจ่าย	จ่าย 30 บาท	รวม				
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการในสถานบริการทั้งรัฐและเอกชนในภาพรวม							
สุโขทัย	3.69	3.46	3.59	3.78	3.58	3.50	3.63
สมุทรสาคร	3.89	3.86	3.87	4.04	3.81	3.90	3.88
อุบลราชธานี	3.89	3.67	3.78	3.84	3.75	3.67	3.81
ภูเก็ต	3.71	3.58	3.65	3.76	3.96	3.63	3.68
รวม	3.77	3.63	3.71	3.84	3.82	3.76	3.74
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการสถานีนานามัย							
สุโขทัย	3.67	3.51	3.62	3.00		4.00	3.61
สมุทรสาคร	3.81	3.82	3.81	4.20	4.00	5.00	3.91
อุบลราชธานี	3.82	3.64	3.74	3.67			3.74
ภูเก็ต	3.75	3.75	3.75	3.00			3.64
รวม	3.71	3.60	3.67	3.53	4.00	4.50	3.68
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการรพ.ชุมชน							
สุโขทัย	3.65	3.26	3.51	4.00			3.61
สมุทรสาคร	3.67	4.15	3.83	4.17	3.86	3.60	3.83
อุบลราชธานี	3.90	3.68	3.80	3.77	3.00		3.79
ภูเก็ต	3.65	3.92	3.74	3.50	4.00		3.74

	บัตรทอง			ข้าราชการ	ประกันสังคม	ไม่มีหลักประกัน	รวม
	ไม่ต้องจ่าย	จ่าย 30 บาท	รวม				
รวม	3.73	3.66	3.70	3.91	3.81	3.60	3.73
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลอื่นๆของรัฐ							
สุโขทัย	3.83	3.48	3.66	3.89	3.75	3.00	3.73
สมุทรสาคร	3.91	3.83	3.86	4.03	3.80	4.40	3.89
อุบลราชธานี	3.95	3.73	3.83	3.98	3.50	3.67	3.90
ภูเก็ต	3.59	3.42	3.50	3.70	3.71	3.00	3.53
รวม	3.81	3.62	3.71	3.93	3.73	3.82	3.77
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการที่คลินิก							
สุโขทัย	3.73	3.61	3.67	3.62	3.25	3.67	3.65
สมุทรสาคร	4.23	3.78	3.91		4.33	4.00	3.95
อุบลราชธานี	3.93	3.48	3.67	3.67	3.00	4.00	3.67
ภูเก็ต	3.86	3.65	3.76	4.13	4.40	3.67	3.83
รวม	3.85	3.64	3.74	3.71	3.92	3.90	3.75
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน							
สุโขทัย	4.00	3.80	3.86	4.00	4.00		3.90
สมุทรสาคร	4.19	3.95	4.05	4.50	3.60	4.00	3.98
อุบลราชธานี	3.50	3.83	3.75	3.50	5.00		3.93
ภูเก็ต	4.50	3.75	4.20	3.80	3.90	4.00	4.00
รวม	4.19	3.89	4.02	3.93	3.88	4.00	3.97

ตารางที่ 8.5 ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการของผู้พิการกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกรายจังหวัดและประเภทสถานบริการ

	บัตรทอง			ข้าราชการ	ประกันสังคม	ไม่มีหลักประกัน	รวม
	ไม่ต้องจ่าย	จ่าย 30 บาท	รวม				
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการในสถานบริการทั้งรัฐและเอกชนในภาพรวม							
สุโขทัย	3.22	2.87	3.08	3.57		5.00	3.20
สมุทรสาคร	3.33	4.17	3.75	4.00	3.50	3.00	3.69
อุบลราชธานี	3.44	3.67	3.50	3.80		4.00	3.65
ภูเก็ต	3.75	3.50	3.71	3.00	4.00	4.00	3.71
รวม	3.40	3.31	3.37	3.67	3.75	4.00	3.45

	บัตรทอง			ข้าราชการ	ประกันสังคม	ไม่มีหลักประกัน	รวม
	ไม่ต้องจ่าย	จ่าย 30 บาท	รวม				
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการสถานีนามัย							
สุโขทัย	4.00	4.00	4.00				4.00
สมุทรสาคร	3.00	3.00	3.00				3.00
อุบลราชธานี							
ภูเก็ต							
รวม	3.50	3.50	3.50				3.50
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการรพ.ชุมชน							
สุโขทัย	3.71	3.50	3.64	3.67			3.64
สมุทรสาคร	3.50	5.00	4.00		4.00		4.00
อุบลราชธานี	3.50	4.00	3.60			4.00	3.75
ภูเก็ต	3.00		3.00		4.00		3.50
รวม	3.57	3.83	3.65	3.67	4.00	4.00	3.72
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลอื่นๆของรัฐ							
สุโขทัย	3.25	3.50	3.33	4.00		5	3.70
สมุทรสาคร	3.33	4.00	3.60				3.67
อุบลราชธานี	3.50	3.50	3.50	4.00			3.57
ภูเก็ต	3.33	3.00	3.29	4.00			3.29
รวม	3.35	3.57	3.42	4.00			3.57
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการที่คลินิก							
สุโขทัย	4.00		4.00	4.00			4.00
สมุทรสาคร							
อุบลราชธานี							
ภูเก็ต	5.00	4.00	4.50		4.00		4.50
รวม	4.25	4.00	4.20	4.00	4.00		4.17
ความพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน							
สุโขทัย		3.50	3.50	4.00			3.67
สมุทรสาคร		4.00	4.00	4.00	3.00	3.00	3.50
อุบลราชธานี	3.00		3.00	4.00			3.50
ภูเก็ต	5.00		5.00			4.00	4.75
รวม	4.50	3.75	4.13	4.00	3.00	3.50	3.92

แนวคิดต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสำรวจครัวเรือนรอบสองตั้งคำถามแนวคิดต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างจากการสำรวจรอบแรก เพราะประชาชนได้พบเหตุการณ์เชิงประจักษ์ของการดำเนินนโยบายแล้ว 2 ปีจึงน่าจะให้ข้อคิดเห็นในภาพรวมต่อไปได้อย่างไม่ต้องใช้เพียงความนึกคิดเท่านั้น ตารางที่ 8.6 แสดงความคิดเห็นของประชาชนทุกหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีผลต่อประชาชนดีกว่าสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (เห็นด้วยมากและมากที่สุดรวมกันร้อยละ 36) แต่ไม่เห็นด้วยว่าดีกว่าประกันสังคม (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 35)

สำหรับแหล่งที่มาของเงิน ประชาชนไม่เห็นด้วยกับการเพิ่มภาษีรายได้ (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 45) แต่เห็นด้วยกับการนำเงินประกันสังคมบางส่วนมาบริหารร่วมกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เห็นด้วยมากและมากที่สุดรวมกันร้อยละ 42) ไม่เห็นด้วยกับการเพิ่มค่าบริการ 30 บาท (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 57) และไม่เห็นด้วยกับการเก็บค่าบริการแพงขึ้นกรณีข้ามเขตและไม่ใช้สิทธิของตน (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 59)

ตารางที่ 8.6 แนวคิดประชาชนโดยรวมต่อหลักประกันสุขภาพ

ข้อถาม 9 ข้อ	N	น้อยที่สุด	น้อย	พอควร	มาก	มากที่สุด
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีผลต่อประชาชนดีกว่าสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ	3,931	11%	18%	36%	26%	10%
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีผลต่อประชาชนดีกว่าประกันสังคมต่อผู้ประกันตนในประกันสังคม	3,827	11%	24%	36%	22%	7%
ควรเพิ่มการจัดเก็บค่าบริการของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	4,064	29%	28%	28%	11%	3%
เมื่อมารับบริการ						
ท่านยินดีเพิ่มการจ่ายภาษีรายได้ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3,963	20%	25%	31%	18%	5%
รัฐบาลควรนำเงินประกันสังคมบางส่วนมาบริหารร่วมกันกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3,888	8%	14%	35%	30%	12%
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรเจาะกลุ่มเป้าหมายเฉพาะคนจนหรือคนที่สังคมควรเอื้อกูลเท่านั้น	4,115	16%	14%	20%	28%	22%
สถานพยาบาลของรัฐควรเก็บค่าบริการแพงขึ้น โดยเฉพาะกรณีที่ไม่	4,070	31%	28%	25%	12%	4%

ข้อถาม 9 ข้อ	N	น้อย ที่สุด	น้อย	พอควร	มาก	มาก ที่สุด
ผู้ป่วยข้ามเขตซึ่ง ไม่ใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพของตน						
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรรักษาเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่าย แพง เท่านั้น เช่น ล้างไต ผ่าสมอง มะเร็ง	4,104	30%	21%	17%	20%	12%
การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรรักษาเฉพาะโรคที่มี ค่าใช้จ่ายที่ ไม่แพงเท่านั้น เช่น ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ หวัด	4,098	42%	29%	16%	9%	4%

ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการเจาะกลุ่มเป้าหมายผู้ควรได้รับสิทธิบัตรทอง (เห็นด้วยมาก และมากที่สุดรวมกันร้อยละ 50) ส่วนสิทธิประโยชน์ไม่เห็นด้วยที่จะครอบคลุมเฉพาะโรคราคาแพง (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 51) และไม่เห็นด้วยกับการ กำหนดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมเพียงโรคราคาไม่แพง (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและ น้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 71) นั่นคือควรครอบคลุมทั้งโรคราคาแพงและราคาไม่แพง

ตารางที่ 8.7 แสดงความคิดเห็นของผู้มีบัตรทอง ส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการ 30 บาทรักษา ทุกโรคมีผลต่อประชาชนดีกว่าสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ (เห็นด้วยมากและมากที่สุด รวมกันร้อยละ 38) แต่ไม่เห็นว่าเป็นดีกว่าประกันสังคม (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อย ที่สุดรวมกันร้อยละ 33) สำหรับแหล่งที่มาของเงิน ผู้มีบัตรทองไม่เห็นด้วยกับการเพิ่มภาษีรายได้ (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 45) แต่เห็นด้วยกับการนำเงิน ประกันสังคมบางส่วนมาบริหารร่วมกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เห็นด้วยมากและมากที่สุด รวมกันร้อยละ 44) ไม่เห็นด้วยกับการเพิ่มค่าบริการ 30 บาท (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อย และน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 59) และไม่เห็นด้วยกับการเก็บค่าบริการแพงขึ้นกรณีข้ามเขตและไม่ใช้ สิทธิของตน (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 59)

ตารางที่ 8.7 แนวคิดของผู้มีบัตรทองต่อหลักประกันสุขภาพ

ข้อถาม 9 ข้อ	N	น้อย ที่สุด	น้อย	พอควร	มาก	มาก ที่สุด
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีผลต่อประชาชน ดีกว่า สวัสดิการ รักษายาของข้าราชการ	2,812	10%	16%	36%	27%	11%
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีผลต่อประชาชน ดีกว่า ประกันสังคมต่อผู้ประกันตนในประกันสังคม	2,737	10%	23%	35%	24%	8%
ควรเพิ่มการจัดเก็บค่าบริการของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	2,951	30%	29%	27%	11%	3%

ข้อถาม 9 ข้อ	N	น้อย ที่สุด	น้อย	พอควร	มาก	มาก ที่สุด
เมื่อมารับบริการ						
ท่านยินดี เพิ่มการจ่ายภาษีรายได้ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	2,840	20%	25%	31%	18%	6%
รัฐบาลควร นำเงินประกันสังคมบางส่วน มาบริหารร่วมกันกับการ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2,786	7%	13%	36%	31%	13%
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควร เจาะกลุ่มเป้าหมายเฉพาะคน จนหรือคนที่สังคมควรเกื้อกูลเท่านั้น	2,981	16%	15%	20%	28%	21%
สถานพยาบาลของรัฐควรเก็บค่าบริการแพงขึ้น โดยเฉพาะกรณี ผู้ป่วยข้ามเขตซึ่ง ไม่ใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพของตน	2,944	30%	29%	24%	13%	4%
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควร รักษาเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายแพง เท่านั้น เช่น ล้างไต ผ่าสมอง มะเร็ง	2,970	30%	21%	17%	20%	12%
การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควร รักษาเฉพาะโรคที่มี ค่าใช้จ่ายที่ไม่แพงเท่านั้น เช่น ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ หวัด	2,965	43%	28%	15%	9%	4%

ผู้มีบัตรทองส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการเจาะกลุ่มเป้าหมายผู้ควรได้รับสิทธิบัตรทอง (เห็นด้วยมากและมากที่สุดรวมกันร้อยละ 49) ส่วนสิทธิประโยชน์ไม่เห็นด้วยที่จะครอบคลุมเฉพาะโรคราคาแพง (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 51) และไม่เห็นด้วยกับการกำหนดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมเพียงโรคราคาไม่แพง (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 71) นั่นคือควรครอบคลุมทั้งโรคราคาแพงและราคาไม่แพง

ตารางที่ 8.8 แสดงความคิดเห็นของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการต่อหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่เห็นว่าการ 30 บาทรักษาทุกโรคมีผลต่อประชาชนดีกว่าสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 41) และไม่เห็นว่าดีกว่าประกันสังคม (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 39) สำหรับแหล่งที่มาของเงิน ผู้มีสิทธิข้าราชการไม่เห็นด้วยกับการเพิ่มภาษีรายได้ (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 44) แต่เห็นด้วยกับการนำเงินประกันสังคมบางส่วนมาบริหารร่วมกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เห็นด้วยมากและมากที่สุดรวมกันร้อยละ 41) ไม่เห็นด้วยกับการเพิ่มค่าบริการ 30 บาท (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 53) และไม่เห็นด้วยกับการเก็บค่าบริการแพงขึ้นกรณีข้ามเขตและไม่ใช้สิทธิของตน (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 59)

ตารางที่ 8.8 แนวคิดของผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการต่อหลักประกันสุขภาพ

ข้อถาม 9 ข้อ	N	น้อยที่สุด	น้อย	พอควร	มาก	มากที่สุด
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีผลต่อประชาชนดีกว่าสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ	619	17%	24%	33%	20%	5%
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีผลต่อประชาชนดีกว่าประกันสังคมต่อผู้ประกันตนในประกันสังคม	592	11%	28%	38%	19%	4%
ควรเพิ่มการจัดเก็บค่าบริการของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	610	24%	29%	30%	13%	4%
เมื่อมารับบริการ						
ทำนยินดีเพิ่มการจ่ายภาษีรายได้ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	623	21%	23%	32%	19%	5%
รัฐบาลควรนำเงินประกันสังคมบางส่วนมาบริหารร่วมกันกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	605	9%	16%	34%	30%	11%
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรเจาะกลุ่มเป้าหมายเฉพาะคนจนหรือคนที่สังคมควรเกื้อกูลเท่านั้น	633	13%	13%	19%	29%	25%
สถานพยาบาลของรัฐควรเก็บค่าบริการแพงขึ้น โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยข้ามเขตซึ่ง ไม่ใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพของตน	623	31%	28%	26%	13%	3%
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรรักษาเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายแพงเท่านั้น เช่น ล้างไต ผ่าสมอง มะเร็ง	631	27%	21%	19%	21%	12%
การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรรักษาเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายที่ไม่แพงเท่านั้น เช่น ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ หวัด	630	39%	28%	18%	10%	5%

ผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการเจาะกลุ่มเป้าหมายผู้ควรได้รับสิทธิบัตรทอง (เห็นด้วยมากและมากที่สุดรวมกันร้อยละ 54) ส่วนสิทธิประโยชน์ไม่เห็นด้วยที่จะครอบคลุมเฉพาะโรคราคาแพง (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 48) และไม่เห็นด้วยกับการกำหนดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมเพียงโรคราคาไม่แพง (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 67) นั่นคือควรครอบคลุมทั้งโรคราคาแพงและราคาไม่แพง

ตารางที่ 8.9 แสดงความคิดเห็นของผู้มีสิทธิประกันสังคมต่อหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่เห็นว่าการ 30 บาทรักษาทุกโรคมีผลต่อประชาชนดีกว่าสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 38) และยังไม่เห็นว่าดีกว่าประกันสังคม (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 50) สำหรับแหล่งที่มาของเงิน ผู้มีสิทธิประกันสังคมไม่เห็นด้วยกับการเพิ่มภาษีรายได้ (เพราะเห็นด้วยกับข้อความ

เชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 48) แต่ยังเห็นด้วยกับการนำเงินประกันสังคมบางส่วนมาบริหารร่วมกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เห็นด้วยมากและมากที่สุดรวมกันร้อยละ 35) ไม่เห็นด้วยกับการเพิ่มค่าบริการ 30 บาท (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 54) และไม่เห็นด้วยกับการเก็บค่าบริการแพ่งขึ้นกรณีข้ามเขตและไม่ใช้สิทธิของตน (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 59)

ตารางที่ 8.9 แนวคิดของผู้มีสิทธิประกันสังคมต่อหลักประกันสุขภาพ

ข้อถาม 9 ข้อ	N	น้อยที่สุด	น้อย	พอควร	มาก	มากที่สุด
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีผลต่อประชาชนดีกว่าสวัสดิการ รักษาพยาบาลของข้าราชการ	384	14%	24%	38%	18%	6%
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีผลต่อประชาชนดีกว่า ประกันสังคมต่อผู้ประกันตนในประกันสังคม	383	16%	34%	36%	11%	3%
ควรเพิ่มการเก็บค่าบริการของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เมื่อมารับบริการ	384	25%	29%	30%	13%	3%
ท่านยินดีเพิ่มการจ่ายภาษีรายได้ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	382	23%	25%	34%	13%	5%
รัฐบาลควรนำเงินประกันสังคมบางส่วนมาบริหารร่วมกันกับการ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	381	11%	18%	36%	22%	13%
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรเจาะกลุ่มเป้าหมายเฉพาะคน จนหรือคนที่สังคมควรเกื้อกูลเท่านั้น	384	16%	15%	24%	25%	21%
สถานพยาบาลของรัฐควรเก็บค่าบริการแพ่งขึ้น โดยเฉพาะกรณี ผู้ป่วยข้ามเขตซึ่ง ไม่ใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพของตน	384	29%	30%	28%	9%	5%
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรรักษาเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่าย แพงเท่านั้น เช่น ล้างไต ผ่าสมอง มะเร็ง	384	30%	23%	17%	18%	10%
การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรรักษาเฉพาะโรคที่มี ค่าใช้จ่ายที่ไม่แพงเท่านั้น เช่น ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ หวัด	384	36%	36%	16%	8%	3%

ผู้มีสิทธิประกันสังคมส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการเจาะกลุ่มเป้าหมายผู้ควรได้รับสิทธิบัตรทอง (เห็นด้วยมากและมากที่สุดรวมกันร้อยละ 46) ส่วนสิทธิประโยชน์ไม่เห็นด้วยที่จะครอบคลุมเฉพาะโรคราคาแพง (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 53) และไม่เห็นด้วย

กับการกำหนดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมเพียงโรคราคาไม่แพง (เพราะเห็นด้วยกับข้อความเชิงบวก
น้อยและน้อยที่สุดรวมกันร้อยละ 72) นั่นคือควรครอบคลุมทั้งโรคราคาแพงและราคาไม่แพง

ตารางที่ 8.10 แสดงแนวคิดของประชาชนแยกรายจังหวัดต่อหลักประกันสุขภาพ พบว่าความ
คิดเห็นของประชาชนจังหวัดภูเก็ตและสมุทรสงครามค่อนข้างใกล้เคียงกัน ซึ่งจะแตกต่างจากจังหวัด
สุโขทัยและอุบลราชธานี เช่น ประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีและสุโขทัย เห็นว่าโครงการ 30 บาท
รักษาทุกโรคมีผลต่อประชาชนดีกว่าสวัสดิการข้าราชการ และดีกว่าประกันสังคม ความเห็นที่ค่อนข้าง
แตกต่างระหว่างจังหวัด คือ ความเห็นต่อการให้เพิ่มภาษีรายได้ ประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีและ
สุโขทัย เห็นด้วยกับการเพิ่มภาษีรายได้มากกว่าประชาชนในจังหวัดภูเก็ตและสมุทรสงคราม แต่
โดยรวมแล้วกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยยังมากกว่ากลุ่มที่เห็นด้วยทั้ง 4 จังหวัด

ตารางที่ 8.10 แนวคิดประชาชนโดยรวมต่อหลักประกันสุขภาพแยกตามจังหวัด

ข้อถาม 9 ข้อ	จังหวัด	N	น้อยที่สุด	น้อย	พอควร	มาก	มากที่สุด
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	ภูเก็ต	1,001	20%	16%	29%	24%	12%
มีผลต่อประชาชนดีกว่า	สมุทรสาคร	1,000	10%	22%	48%	18%	3%
สวัสดิการรักษายาบาลของ	สุโขทัย	905	9%	22%	31%	29%	9%
ข้าราชการ	อุบลราชธานี	1,025	6%	13%	34%	32%	15%
	รวม	3,931	11%	18%	36%	26%	10%
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	ภูเก็ต	1,000	19%	28%	30%	17%	8%
มีผลต่อประชาชนดีกว่า	สมุทรสาคร	1,000	10%	30%	42%	14%	4%
ประกันสังคมต่อผู้ประกันตน	สุโขทัย	802	8%	24%	35%	28%	5%
ในประกันสังคม	อุบลราชธานี	1,025	5%	16%	37%	32%	10%
	รวม	3,827	11%	24%	36%	22%	7%
ควรเพิ่มการจัดเก็บค่าบริการ	ภูเก็ต	1,000	30%	25%	24%	17%	5%
ของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	สมุทรสาคร	1,000	17%	28%	40%	12%	3%
เมื่อมารับบริการ	สุโขทัย	1,039	29%	35%	24%	8%	3%
	อุบลราชธานี	1,025	41%	25%	23%	9%	3%
	รวม	4,064	29%	28%	28%	11%	3%
ท่านยินดีเพิ่มการจ่ายภาษีรายได้	ภูเก็ต	999	26%	27%	28%	15%	3%
เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพ	สมุทรสาคร	1,000	20%	29%	38%	11%	3%
ถ้วนหน้า	สุโขทัย	939	16%	26%	28%	24%	6%

ข้อถาม 9 ข้อ	จังหวัด	N	น้อยที่สุด	น้อย	พอควร	มาก	มากที่สุด
	อุบลราชธานี	1,025	19%	19%	31%	22%	10%
	รวม	3,963	20%	25%	31%	18%	5%
รัฐบาลควรนำเงินประกันสังคม	ภูเก็ต	1,001	9%	15%	26%	30%	19%
บางส่วนมาบริหารร่วมกันกับการ	สมุทรสาคร	1,000	11%	16%	43%	22%	8%
สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สุโขทัย	862	5%	13%	38%	35%	8%
	อุบลราชธานี	1,025	6%	11%	34%	35%	14%
	รวม	3,888	8%	14%	35%	30%	12%
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ภูเก็ต	1,000	16%	17%	24%	20%	24%
ควรเจาะกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ	สมุทรสาคร	1,000	16%	14%	22%	30%	18%
คนจนหรือคนที่สังคมควรเกื้อกูล	สุโขทัย	1,090	14%	15%	19%	35%	17%
เท่านั้น	อุบลราชธานี	1,025	17%	11%	18%	27%	28%
	รวม	4,115	16%	14%	20%	28%	22%
สถานพยาบาลของรัฐควรเก็บ	ภูเก็ต	999	27%	29%	24%	12%	8%
ค่าบริการแพงขึ้น โดยเฉพาะกรณี	สมุทรสาคร	1,000	26%	29%	35%	8%	3%
ที่ผู้ป่วยข้ามเขตซึ่ง ไม่ใช้สิทธิ	สุโขทัย	1,046	25%	34%	22%	17%	3%
ตามหลักประกันสุขภาพของตน	อุบลราชธานี	1,025	45%	22%	18%	12%	3%
	รวม	4,070	31%	28%	25%	12%	4%
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ภูเก็ต	1,001	35%	19%	19%	17%	10%
ควรรักษาเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่าย	สมุทรสาคร	1,000	26%	27%	21%	18%	8%
แพงเท่านั้น เช่น ล้างไต ผ่าสมอง	สุโขทัย	1,078	22%	23%	15%	28%	11%
มะเร็ง	อุบลราชธานี	1,025	36%	13%	13%	18%	20%
	รวม	4,104	30%	21%	17%	20%	12%
การสร้างหลักประกันสุขภาพ	ภูเก็ต	999	39%	23%	17%	14%	7%
ถ้วนหน้า ควรรักษาเฉพาะโรค	สมุทรสาคร	1,000	32%	38%	21%	7%	2%
ที่มีค่าใช้จ่ายที่ไม่แพงเท่านั้น	สุโขทัย	1,075	36%	33%	14%	12%	6%
เช่นผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ หวัด	อุบลราชธานี	1,024	62%	20%	11%	4%	3%
	รวม	4,098	42%	29%	16%	9%	4%

9. การตรวจร่างกายครั้งที่ 1 และคะแนนสถานะสุขภาพ

การสำรวจสุขภาพประชาชนด้วยการสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกทุกคนที่อยู่ในครัวเรือนที่สุ่มตัวอย่างเป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เพราะสิ้นเปลืองน้อยกว่าการสำรวจสภาวะสุขภาพด้วยการตรวจร่างกาย ในบทนี้แสดงผลการสำรวจสภาวะสุขภาพด้วยการตรวจร่างกายประชาชนใน 2 อำเภอของจังหวัดสุโขทัย (ทุ่งเสลี่ยมและศรีสัชนาลัย) ภายหลังการสัมภาษณ์ครัวเรือนประมาณ 4-6 สัปดาห์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างผลที่ได้จากการสัมภาษณ์และผลที่ได้จากการตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายประชาชนบริหารจัดการโดยศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ เมื่อประชาชนมาตามนัดหมาย จะชี้แจงวัตถุประสงค์ รับคำยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างการศึกษา ชักประวัติ เจาะเลือด และตรวจร่างกายกับแพทย์ (5 คนจากหน่วยเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพุทธชินราช 2 คนจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และ 2 คนจากโรงพยาบาลในพื้นที่) หมุนเวียนตรวจร่างกายประชาชนตามจุดนัดที่โรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนมัยที่ใกล้กับหมู่บ้าน ประชาชนทุกคนในครัวเรือนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์จะได้รับจดหมายเชิญให้การตรวจตามนัด ผู้ที่มีอายุมากกว่า 15 ปี จะได้รับคำแนะนำให้งดกินอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันตรวจ เพื่อเจาะเลือดตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count) ตรวจคัดกรองโรคเลือดธาลัสซีเมีย ตรวจระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด และตรวจผิวหนังหากลุ่มภูมิแพ้ ผู้ที่อายุน้อยกว่า 15 ปี จะได้รับการตรวจร่างกายอื่นๆ ทั้งหมด ยกเว้นการเจาะเลือดตรวจ เมื่อเจาะเลือดในภาคสนามนำส่งห้องปฏิบัติการตรวจเลือด ณ สถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวรทุกวัน เพื่อให้ได้ผลที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจร่างกายกับแพทย์ และสถานะสุขภาพที่ประชาชนรายงานด้วยตนเอง ทั้งคะแนนสถานะสุขภาพและการรายงานว่าเป็นผู้ป่วย
2. เพื่อสร้างสมการอธิบายสถานะสุขภาพ โดยใช้ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การกินอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ข้อมูลประชากร ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ สถานะภาพสมรส
3. เพื่อค้นหาประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง จากประชากรทั่วไป โดยใช้เครื่องมือในการคัดกรองต่างๆ เช่น ความดันเลือดสูง เบาหวาน อ้วน โรคหัวใจ มะเร็งปากมดลูก การตรวจเลือด
4. เพื่อทำนายความเสี่ยงของโรคหัวใจในอนาคต 10 ปีข้างหน้า ของประชากรด้วยคะแนน Framingham

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะประชากรที่มารับการตรวจร่างกาย

ประชากรจังหวัดสุโขทัย 2 อำเภอที่สุ่มตัวอย่าง มารับการตรวจร่างกาย 554 คน คิดเป็นร้อยละ 51 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ควรรับการตรวจร่างกาย ผู้หญิงมารับการตรวจร้อยละ 59 อายุที่มารับการตรวจมากที่สุดคือผู้หญิงอายุ 40-59 ปี รับการตรวจร่างกายร้อยละ 67 (ดูตารางที่ 9.1)

ตารางที่ 9.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างประชากรทุ่งเสถียรและศรีสขนาลัยที่มารับการตรวจร่างกาย

กลุ่มอายุ	ประชากรที่สัมภาษณ์			ประชากรตรวจร่างกาย			ร้อยละที่มาตรวจร่างกาย		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
15-39 ปี	187	226	413	43	106	149	23.0%	46.9%	36.1%
40-59 ปี	185	215	400	86	145	231	46.5%	67.4%	57.8%
60 ปีขึ้นไป	114	153	267	73	101	174	64.0%	66.0%	65.2%
รวม	486	594	1,080	202	352	554	41.6%	59.3%	51.3%

ผู้มารับการตรวจร่างกายมีสถานะสุขภาพด้วยการซักประวัติค่อนข้างต่ำกว่าประชากรโดยเฉลี่ยของทั้ง 2 อำเภอ นั่นคือ การรายงานว่ามีป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้มารับการตรวจร้อยละ 18.2 มีการเจ็บป่วย เทียบกับประชากรทั้งหมด ร้อยละ 15.6 ประวัติการเจ็บป่วยถึงขั้นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน แต่การมีประวัติป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างกัน คือผู้รับการตรวจร่างกายเกือบ 1 ใน 3 มีประวัติเป็นโรคเรื้อรัง แต่ประชาชนทั้งหมดมีอัตราป่วยเรื้อรังประมาณร้อยละ 26.2 แต่การเจ็บป่วยถึงขั้นพิการ ผู้มารับการตรวจร่างกายมีอัตราน้อยกว่า คือเพียงร้อยละ 1.1 (6 คน) เทียบกับประชากรทั้งหมด พิกการร้อยละ 2.3 (25 คน) ดูตารางที่ 9.2

ตารางที่ 9.2 ประวัติการเจ็บป่วยของประชากรที่มารับการตรวจร่างกายเทียบกับประชากรที่ควรมา

	ทั้งหมด (n = 1,080)		มาตรวจ (n = 554)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ป่วยภายใน 2 สัปดาห์	169	15.6%	101	18.2%
นอนในร.พ. รอบ 1 ปี	108	10.0%	57	10.3%
เป็นโรคเรื้อรัง	283	26.2%	182	32.9%

พิการ	25	2.3%	6	1.1%
-------	----	------	---	------

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพที่ประชาชนประเมินตนเอง ระหว่างประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สำรวจครัวเรือนใน 2 อำเภอ กับประชากรเฉพาะที่ได้รับการตรวจร่างกาย(อนุญาตให้บุคคลอื่นในครอบครัวที่รู้ข้อมูลดีที่สุดให้คำตอบแทนได้) พบว่า ประชากรที่ได้รับการตรวจร่างกายมีคะแนนสุขภาพประเมินด้วยตนเอง น้อยกว่าประชากรทั้งหมด ทั้งวันที่ทำการสัมภาษณ์ครัวเรือน (คะแนนเฉลี่ย 3.52 เทียบกับ 3.69 แต่น่าสังเกตว่าผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าประชากรกลุ่มอายุนี้ทั้งหมดเล็กน้อย ดูตารางที่ 9.3)

น่าสังเกตอีกว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉพาะผู้ที่ได้รับการตรวจร่างกาย ระหว่างคะแนนที่ประเมินในวันสัมภาษณ์ กับคะแนนที่ประเมินในวันตรวจร่างกาย (ห่างกันประมาณ 4-6 สัปดาห์) มีความแตกต่างกันมาก โดยเฉพาะประชากรกลุ่มอายุ 40-59 ปี คะแนนเฉลี่ยในวันตรวจร่างกายลดลงมาก

ตารางที่ 9.3 คะแนนสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองของประชากรทั้งหมดและที่ได้รับการตรวจร่างกาย

กลุ่มอายุ	คะแนนสุขภาพปีนี้ของทุกคน			คะแนนปีนี้ในวันสัมภาษณ์ของผู้ ที่ได้รับการตรวจร่างกาย			คะแนนสุขภาพที่ประเมินด้วย ตนเองในวันตรวจร่างกาย		
	คน	ค่าเฉลี่ย	SD	คน	ค่าเฉลี่ย	SD	คน	ค่าเฉลี่ย	SD
15-39 ปี	401	3.89	0.78	145	3.68	0.84	147	3.52	0.77
40-59 ปี	388	3.65	0.89	224	3.63	0.88	227	3.25	0.78
60 ปีขึ้นไป	262	3.20	0.97	172	3.25	0.98	171	3.19	0.89
รวม	1,314	3.69	0.89	541	3.52	0.92	545	3.30	0.82

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนสถานะสุขภาพของตนเองที่ประเมินในวันตรวจร่างกายกับคะแนนที่ประเมินในวันสัมภาษณ์ครัวเรือนเป็นรายบุคคล พบว่า มีความตรงกันของคะแนนต่ำ ($Kappa=0.04$, $p=0.10$) โดยผู้เคยให้คะแนนสุขภาพดีในวันสัมภาษณ์ครัวเรือน (คะแนน 4 ซึ่งมีกลุ่มคนมากที่สุดที่ประเมินระดับนี้) เปลี่ยนระดับคะแนนสถานะสุขภาพเป็นปานกลาง (คะแนน 3) ถึง 108 คน ทำให้คะแนนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มปานกลาง อย่างไรก็ตาม ถ้าให้คะแนนสถานะสุขภาพเป็นค่าลำดับชั้น (ordinal scale) ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนประเมินวันสัมภาษณ์ครัวเรือนกับคะแนนประเมินวันตรวจร่างกาย มีความสัมพันธ์ดีขึ้น จากค่า Spearman correlation 0.137 ($p=0.00$)

ตารางที่ 9.4 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสถานะสุขภาพที่ประเมินวันตรวจร่างกายกับคะแนนวันสัมภาษณ์ครัวเรือน

คะแนนสถานะสุขภาพวันตรวจร่างกาย							
		1	2	3	4	5	รวม
คะแนน							
	1	0	2	3	2	0	7
สถานะ	2	1	14	36	12	4	67
สุขภาพ	3	2	25	81	50	12	170
สัมภาษณ์	4	1	22	108	71	16	218
ครัวเรือน	5	1	5	35	19	11	71
	รวม	5	68	263	154	43	533

Kappa = 0.042 (p=0.10), Spearman Correlation = 0.137(p=0.00)

หมายเหตุ: จำนวนรวมแตกต่างจากตารางที่ 9.3 เพราะคัดเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าประเมินทั้ง 2 ครั้ง

เมื่อพบว่า ผู้มารับการตรวจร่างกายมักประเมินคะแนนสถานะสุขภาพลดลงเมื่อเทียบกับวันสัมภาษณ์ครัวเรือน จึงวิเคราะห์ต่อไปว่า คะแนนที่ลดลงนี้ แตกต่างกันหรือไม่ระหว่างผู้ที่ระบุว่ามิโรคเรื้อรังกับผู้ที่ไม่มิโรคเรื้อรัง (การสัมภาษณ์ครัวเรือน มีผู้รายงานว่าเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 33 เป็นโรคความดันเลือดสูงมากที่สุด ร้อยละ 7.0 รองลงมาคือเบาหวานและโรคข้อ อย่างละร้อยละ 3.4) ตารางที่ 9.5 แสดงว่า คะแนนที่ลดลงนี้ มีความสม่ำเสมอทั้ง 2 กลุ่มและเป็นไปทุกกลุ่มอายุ

ตารางที่ 9.5 คะแนนสถานะสุขภาพวันสำรวจครัวเรือนและวันตรวจร่างกาย แยกตามประวัติโรคเรื้อรังและกลุ่มอายุ

	ไม่มีโรคเรื้อรัง					ให้สัมภาษณ์ว่ามีโรคเรื้อรัง				
	คะแนนวันตรวจ		คะแนนวันสัมภาษณ์		N	คะแนนวันตรวจ		คะแนนวันสัมภาษณ์		N
	เฉลี่ย	SD	เฉลี่ย	SD		เฉลี่ย	SD	เฉลี่ย	SD	
15-29	43	3.72	0.73	3.84	0.65	8	3.13	0.64	3.38	1.19
30-44	107	3.50	0.78	3.78	0.82	35	3.03	0.86	3.43	0.92
45-59	112	3.35	0.74	3.78	0.85	59	3.08	0.77	3.20	0.87
60+	94	3.39	0.89	3.55	0.97	75	2.92	0.82	2.88	0.88
รวม	356	3.45	0.80	3.72	0.85	177	3.01	0.80	3.12	0.92

ผลการตรวจร่างกาย

ผู้มารับการตรวจร่างกายกลุ่มวัยผู้ใหญ่ กลางคนและสูงอายุ จำนวน 554 คน ค่าเฉลี่ยอายุ 50.7 ปี ค่ามัธยฐาน 51 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชาย ค่าเฉลี่ยเพศชายร้อยละ 36 รายได้ครัวเรือนต่อคนต่อเดือนเฉลี่ย 1,375 บาท การวัดความดันเลือด ค่าความดัน systolic เฉลี่ย 126 มม.ปรอท ค่าความดัน diastolic เฉลี่ย 78 มม.ปรอท (ดูตารางที่ 9.6)

ตารางที่ 9.6 ลักษณะประชากรและผลการตรวจร่างกาย

ตัวแปร	N=554
Age, mean(SD)	50.68(15.74)
Median	51
Male, percent	36.46
Income, median	1375
SBP, mean(SD)	126.08(19.55)
Median	120
DBP, mean(SD)	78.03(16.85)
Median	80
Cholesterol, mean(SD)	204.81(44.19)
Median	200
HDL, mean(SD)	52.18(13.43)
Median	51
LDL, mean(SD)	120.12(38.32)
Median	117.9
FBS, mean(SD)	90.18(23.34)
Median	85
BMI, mean(SD)	23.38(14.41)
Median	23.31
Waist circumference, mean(SD)	80.57(14.52)
Median	81

risk_dm, 0=FBS<110mg%; 1=FBS>=110&FBS<126; 2=FBS>=126

abn_pap, 0=normal;1=candidiasis;2=inflame

hi_chol, 0=cholesterol<160; 1= cholesterol>=160

dm, 0=FBS<126, 1=FBS>=126

ht, 0=SBP<135, 1=SBP>=135

hi_ldl, 0=ldl<160;1=ldl>=160

ค่าระดับไขมันในเลือด เฉลี่ย 205 ไขมัน HDL เฉลี่ย 52 ไขมัน LDL เฉลี่ย 120
 ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร เฉลี่ย 90 mg%
 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 23.4 โดยผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มอ้วน (BMI ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป) เป็นร้อยละ 6.6 ของประชากรทั้งหมด
 ค่าเส้นรอบเอว เฉลี่ย 80.6 ซม.

สถานะสุขภาพกับลักษณะของเม็ดเลือดแดง

ลักษณะเม็ดเลือดแดงมีความสำคัญต่อสุขภาพ โดยเฉพาะภาวะเลือดจางซึ่งมีหลายสาเหตุ ในการสำรวจครั้งนี้ใช้การตรวจลักษณะของเม็ดเลือดแดง ดูความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (Hb) ฮีมาโตคริต (Hct หรือร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงต่อน้ำเลือดทั้งหมด) และการตรวจความยืดหยุ่นของเม็ดเลือดแดง (osmolar fragility หรือ OF test) เพื่อคัดกรองโรคเลือดธาลัสซีเมีย ที่พบบ่อยในประเทศไทย ผลการตรวจ OF test (เป็นการตรวจเบื้องต้น ต้องพึงการตรวจยืนยันอย่างอื่นว่าเป็นธาลัสซีเมีย) พบผลบวกเฉลี่ยร้อยละ 17.7 (อายุ 15-29 ปี ผลบวกเพียงร้อยละ 6.5 อายุ 30-44 ปีผลบวกร้อยละ 13.2 อายุ 45-59 ปีผลบวกร้อยละ 20.7 และอายุ 60 ปีขึ้นไปผลบวกร้อยละ 21.9) เมื่อวิเคราะห์ลักษณะเม็ดเลือดด้วยฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตแยกเป็นกลุ่มสงสัยกับไม่สงสัยว่าเป็นธาลัสซีเมีย กลุ่มสงสัยธาลัสซีเมียมีระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงหรือฮีโมโกลบินต่ำกว่า และมีปริมาตรของเม็ดเลือดแดงต่อน้ำเลือดหรือระดับฮีมาโตคริตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่สงสัยว่าเป็นธาลัสซีเมียอย่างมีนัยสำคัญ (ดูตารางที่ 9.7)

ตารางที่ 9.7 ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงระหว่างผู้สงสัยและไม่สงสัยว่าเป็นธาลัสซีเมีย

กลุ่มอายุ	ค่าฮีโมโกลบิน (mg%)						ค่าฮีมาโตคริต (%)					
	OF test บวก			OF test ลบ			OF test บวก			OF test ลบ		
	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD
15-29	3	12.70	2.30	43	13.92	1.14	3	39.63	6.95	43	42.76	3.47
30-44	18	12.26	1.30	118	13.79	1.32	18	38.53	3.60	118	42.18	5.26
45-59	34	12.50	1.63	130	13.67	1.44	34	39.13	4.96	130	42.06	4.35
60+	33	11.85	1.67	118	13.07	1.41	33	37.31	4.86	118	40.34	4.08
รวม	88	12.21	1.60	409	13.56	1.40	88	38.34	4.73	409	41.67	4.55

F-test, p<0.05

F-test, p<0.05

เมื่อเทียบคะแนนสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเอง ในวันมาตรวจร่างกาย ระหว่างผู้สงสัยกับไม่สงสัยว่าเป็นธาลัสซีเมีย (OF test ให้ผลบวกและลบตามลำดับ) ผู้ที่สงสัยว่าเป็นธาลัสซีเมีย หรือเม็ดเลือดแดงคุณภาพด้อย/มีน้อย จะมีคะแนนสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่เม็ดเลือดแดงปกติ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดูตารางที่ 9.8)

ตารางที่ 9.8 คะแนนสุขภาพประเมินด้วยตนเองในวันตรวจร่างกายระหว่างผู้สงสัยและไม่สงสัยว่าเป็นธาลัสซีเมีย

กลุ่มอายุ	คะแนนของผู้มีผล OF test บวก			คะแนนของผู้มีผล OF test ลบ		
	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD
15-29	3	3.00	-	42	3.62	0.73
30-44	18	3.39	0.78	116	3.39	0.83
45-59	34	3.32	0.84	127	3.21	0.73
60+	32	3.09	0.93	117	3.26	0.87
รวม	87	3.24	0.85	402	3.32	0.81

F-test, $p < 0.05$

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะเม็ดเลือดแดง (ฮีโมโกลบิน และ ฮีมาโตคริต) กับรายได้ครัวเรือนต่อคนต่อเดือน ด้วย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างฮีโมโกลบินกับฮีมาโตคริตสูงสุด ($r=0.91$, $p < 0.00$) ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ กับฮีโมโกลบิน รองลงมา ($r=0.13$, $p < 0.01$) และความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับฮีมาโตคริตต่ำที่สุด ($r=0.09$, $p=0.04$) เมื่อเปรียบเทียบรายได้ต่อคนต่อครัวเรือนระหว่างผู้ที่สงสัยกับไม่สงสัยว่าเป็นธาลัสซีเมีย พบว่า รายได้ต่อคนต่อเดือนของผู้สงสัยว่าเป็นธาลัสซีเมีย ต่ำกว่า ผู้ที่ไม่สงสัยว่าเป็นธาลัสซีเมีย ($p=0.09$ เมื่อเปรียบเทียบด้วย parametric statistics T-test และ $p=0.08$ เมื่อเปรียบเทียบด้วย non-parametric statistics, Mann Whitney U test)

ตารางที่ 9.9 รายได้ครัวเรือน(บาท)ต่อคนต่อเดือน ระหว่างผู้ที่สงสัยและไม่สงสัยว่าเป็นธาลัสซีเมีย

สงสัยธาลัสซีเมีย	N	เฉลี่ย	SD	มัธยฐาน
OF test บวก	85	1,696	1,548	1,167
OF test ผลลบ	401	2,240	2,876	1,500
รวม	486	2,145	2,698	1,419

t-test, $p=0.09$; Mann-Whitney U test $p=0.08$

ตารางที่ 9.10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีววิทยา (อายุ เม็ดเลือด ดัชนีมวลกาย) สังคม (รายได้) และคะแนนสถานะสุขภาพ พบว่า ปัจจัยทางชีววิทยามีความสัมพันธ์กันและสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพมากกว่าปัจจัยรายได้ เมื่ออายุมากขึ้น เม็ดเลือดแดงจะมีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินลดลง ดัชนีมวลกายลดลง รายได้ครัวเรือนลดลง (ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) และคะแนนสุขภาพลดลง น่าสังเกตว่า เมื่อรายได้เพิ่มขึ้น เม็ดเลือดแดงจะมีความเข้มข้นมากขึ้น (ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) ดัชนีมวลกายมากขึ้น และคะแนนสถานะสุขภาพดีขึ้น (ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

ตารางที่ 9.10 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เม็ดเลือด ดัชนีมวลกาย รายได้และสุขภาพ

	AGE	HG	BMI	HINCOME	HSTATUS
AGE	1	-0.122*	-0.107*	-0.041	-0.166*
HG		1	-0.030	0.080	0.022
BMI			1	0.124*	-0.004
HINCOME				1	0.064
HSTATUS					1

* p < 0.05

ปัจจัยอธิบายสถานะสุขภาพ

นำข้อมูลการตรวจร่างกาย ทั้งปัจจัยประชากร พฤติกรรมสุขภาพและการตรวจพบโรค สร้างสมการเพื่อทำนายคะแนนสถานะสุขภาพ ได้สมการ 2 วิธีดังนี้

วิธีสมการถดถอยเชิงเส้น (regression) ดังตารางที่ 9.11 พบว่า ตัวแปรอธิบายคะแนนสถานะสุขภาพที่สำคัญ คือ การมีโรคเรื้อรัง (ถ้ามีโรค คะแนนสถานะสุขภาพลดลง) การกินผลไม้ (สัมพันธ์เชิงลบ กินผลไม้มาก สถานะสุขภาพลด) การกินผัก (สัมพันธ์เชิงบวก กินผักมาก สถานะสุขภาพดีขึ้น) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.05)

สมการอธิบายสถานะสุขภาพโดยวิธี ordered logit (ถ้าคิดว่า คะแนนสถานะสุขภาพเป็นเลขชนิดเรียงลำดับ ไม่ใช่ค่าต่อเนื่อง ดูตารางที่ 9.12) ได้ตัวแปรอธิบายที่เหมือนกันกับการวิเคราะห์ด้วยวิธี regression คือ การมีโรคเรื้อรัง ทำให้สถานะสุขภาพลดลง การกินผักสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพดีขึ้น แต่การกินผลไม้มากขึ้น กลับทำให้สถานะสุขภาพลดลง ปัจจัยอื่นๆ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

น่าสังเกตว่า คะแนนสถานะสุขภาพปีที่ผ่านมา ไม่ได้ช่วยอธิบายสถานะสุขภาพของวันที่มารับการตรวจร่างกาย จากการวิเคราะห์ทั้ง 2 วิธี

ตารางที่ 9.11 สมการอธิบายสถานะสุขภาพปัจจุบันด้วยตัวแปรการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ
วิธี regression

hstatus	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
age	.0039496	.0043132	0.92	0.361	-.0045516	.0124507
male	-.1407741	.1204299	-1.17	0.244	-.3781361	.0965879
n_income	.0272695	.016462	1.66	0.099	-.0051763	.0597153
ill2wk	-.2012548	.1296578	-1.55	0.122	-.4568046	.0542951
admit	.2365089	.1736689	1.36	0.175	-.1057848	.5788027
chronic	-.4153939	.1184408	-3.51	0.001	-.6488354	-.1819523
hstatus0	.0585635	.0608316	0.96	0.337	-.0613328	.1784599
ht	-.0404324	.1252155	-0.32	0.747	-.2872267	.2063618
dm	.0535696	.3102241	0.17	0.863	-.5578686	.6650077
tobacco	.2226956	.1377912	1.62	0.108	-.0488848	.494276
v_veget	.0163816	.0077761	2.11	0.036	.0010554	.0317079
v_fruit	-.0099512	.0040681	-2.45	0.015	-.0179691	-.0019332
bmi	.0099923	.014535	0.69	0.493	-.0186556	.0386402
_cons	2.666355	.4869878	5.48	0.000	1.706523	3.626187

. reg hstatus age male n_income ill2wk admit chronic hstatus0 ht dm tobacco v_veget v_fruit bmi, Number of obs = 231, R-squared = 0.1446

ตารางที่ 9.12 สมการอธิบายคะแนนสถานะสุขภาพผู้มาตรวจร่างกายด้วยวิธี ordered logit

hstatus	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
age	.0092703	.0106228	0.87	0.383	-.01155	.0300906
male	-.3345481	.3044949	-1.10	0.272	-.9313471	.262251
n_income	.0791961	.04203	1.88	0.060	-.0031812	.1615734
ill2wk	-.5647332	.3417321	-1.65	0.098	-1.234516	.1050495
admit	.4923647	.4849047	1.02	0.310	-.458031	1.44276
chronic	-1.033864	.3113666	-3.32	0.001	-1.644131	-.4235966
hstatus0	.1591632	.1547145	1.03	0.304	-.1440717	.4623981
ht	-.1164965	.3162733	-0.37	0.713	-.7363807	.5033877
dm	.1755117	.7303196	0.24	0.810	-1.255888	1.606912
tobacco	.4705241	.34259	1.37	0.170	-.20094	1.141988
v_veget	.0422019	.019479	2.17	0.030	.0040239	.08038
v_fruit	-.0258	.0100447	-2.57	0.010	-.0454873	-.0061127
bmi	.0316039	.0363746	0.87	0.385	-.0396889	.1028967
(Ancillary parameters)						
_cut1	-2.937115	1.322609				
_cut2	-.4721567	1.206919				
_cut3	2.540895	1.217019				
_cut4	4.294735	1.24543				

. ologit hstatus age male n_income ill2wk admit chronic hstatus0 ht dm tobacco v_veget v_fruit bmi
Ordered logit estimates

Number of obs	=	231
LR chi2(13)	=	35.51
Prob > chi2	=	0.0007
Pseudo R2	=	0.0651

Log likelihood = -255.05639

10. ผลการตรวจร่างกายผู้เป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

การวิเคราะห์ส่วนนี้เพื่อตอบคำถามวิจัยว่า ผลการตรวจร่างกายด้วยแพทย์และการตรวจเลือด มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพที่ประชาชนเป็นผู้ให้ประวัติมากน้อยเพียงใด โดยยกกรณีความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากเป็นอันดับ 1 และอันดับ 2

การรายงานสถานะสุขภาพของประชาชน มี 2 ครั้ง ในระยะห่างกันประมาณ 1 เดือน ครั้งแรกได้ประวัติจากการสัมภาษณ์ครัวเรือน โดยมีสมาชิกครัวเรือนคนใดคนหนึ่งตอบแทน (proxy respondent) และได้จากการสัมภาษณ์ผู้มารับการตรวจร่างกายในวันที่ตรวจกับแพทย์และตรวจเลือด

สถานะสุขภาพผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง

ความตรงกันของประวัติความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 10.1 แสดงความตรงกันของการให้ประวัติว่าเป็นความดันโลหิตสูง ระหว่างประวัติที่ได้จากการสัมภาษณ์ครัวเรือน กับการสัมภาษณ์ในวันตรวจร่างกาย พบว่า วันตรวจร่างกายได้ประวัติความดันโลหิตสูงมากกว่า คือร้อยละ 15.7 ของประชากรที่มาตรวจร่างกาย (87 จาก 554 คน) ส่วนการสัมภาษณ์ครัวเรือน พบประวัติความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.0 (39 จาก 554 คน) ค่า Kappa ที่แสดงความตรงกันอยู่ในเกณฑ์พอใช้ (Kappa 0.40, $p=0.00$)

ตารางที่ 10.1 ความตรงกันของประวัติความดันโลหิตสูงจากการสำรวจครัวเรือนและวันตรวจร่างกาย

	สำรวจครัวเรือน		
วันตรวจร่างกาย	ไม่เป็น	บอกว่าเป็น	รวม
บอกว่าไม่เป็น	457	10	467
บอกว่าเป็น	58	29	87
รวม	515	39	554

Kappa=0.40 ($p=0.00$)

อัตราผู้เป็นความดันโลหิตสูง

ในวันตรวจร่างกายทำการวัดความดันเลือด 3 ครั้ง เพื่อให้ได้ค่าที่น่าเชื่อถือ ตารางที่ 10.2 แสดงผลการวัดความดันเลือดค่าต่ำ ค่ากลางและค่าสูงสุด เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ให้ประวัติว่าเป็นและไม่เป็นความดันโลหิตสูง (ประวัติจากการสำรวจครัวเรือน) พบค่าเฉลี่ยของความดันเลือดของผู้ที่มี

ประวัติความดันโลหิตสูง มากกว่าผู้ไม่มีประวัติอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งค่าความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก

ตารางที่ 10.2 ค่าเฉลี่ยความดันเลือดวัด 3 ครั้งของผู้ที่เป็นและไม่เป็นความดันโลหิตสูง ประวัติจากการสำรวจครัวเรือน

	ผู้ที่ไม่รายงานว่าเป็นความดันสูง					ผู้ที่รายงานว่าเป็นความดันสูง					P value
	N	Min	Max	Mean	SD	N	Min	Max	Mean	SD	
ค่าซิสโตลิก ต่ำสุด	510	80	190	120.1	18.3	39	100	170	133.8	17.7	0.00
ค่าไดแอสโตลิก ต่ำสุด	510	50	130	76.9	11.3	39	60	115	85.0	11.7	0.00
ค่าซิสโตลิก ค่ากลาง	503	80	210	125.0	19.2	38	100	170	139.9	18.7	0.00
ค่าไดแอสโตลิก ค่ากลาง	503	50	140	79.4	11.7	38	58	120	86.9	11.9	0.00
ค่าซิสโตลิก สูงสุด	497	90	220	130.1	19.9	38	110	190	145.7	19.7	0.00
ค่าไดแอสโตลิก สูงสุด	497	50	130	82.9	12.0	38	60	125	92.6	11.3	0.00

ตารางที่ 10.3 แสดงค่าเฉลี่ยความดันเลือด 3 ครั้ง เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ไม่เป็นและเป็นความดันโลหิตสูง และแยกระหว่างผู้ที่กินยารักษาอยู่ กับผู้ที่ไม่ได้กินยา จากการสัมภาษณ์ประวัติในวันตรวจร่างกาย พบว่า ความดันเลือดของผู้ที่เป็นและกินยารักษา มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และน่าสังเกตว่ากลุ่มที่ให้ประวัติว่าเป็นแต่ไม่กินยามีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่เป็นและกินยารักษา

ตารางที่ 10.3 ค่าเฉลี่ยความดันเลือดวัด 3 ครั้งของผู้ที่เป็นและไม่เป็นความดันโลหิตสูง ประวัติจากการตรวจร่างกาย

	ไม่เป็น					เป็น และกินยารักษา n=59				เป็น แต่ไม่กินยา n=39			
	N	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD
ค่าซิสโตลิก ต่ำสุด	451	80	190	117.5	16.0	90	190	142.1	20.0	100	180	130.7	19.6
ค่าไดแอสโตลิก ต่ำสุด	451	50	130	75.8	10.8	60	111	86.2	12.0	65	115	83.7	10.9
ค่าซิสโตลิก ค่ากลาง	445	80	190	122.3	16.8	100	210	148.2	21.0	100	180	136.3	21.4
ค่าไดแอสโตลิก ค่ากลาง	445	50	130	78.0	11.0	60	140	90.0	11.8	60	120	86.3	12.4
ค่าซิสโตลิก สูงสุด	439	90	210	127.6	18.0	110	220	153.7	19.6	100	190	139.3	22.4
ค่าไดแอสโตลิก สูงสุด	439	50	130	81.6	11.3	70	130	95.1	11.4	70	125	89.9	12.1

เมื่อแบ่งค่าความดันเลือด เพื่อแยกระหว่างเป็นโรคหรือไม่เป็นโรค หรือเป็นโรคแล้วควบคุมได้หรือไม่ โดยใช้ค่าความดันเลือดต่ำสุดจากการวัด 3 ครั้ง เพราะน่าจะเป็นความดันที่เป็นจริงที่สุด หลังจากนั่งพักระยะหนึ่งแล้ว กลุ่มความดันสูงตั้งแต่สูงเล็กน้อย หมายถึงความดันซิสโตลิกตั้งแต่ 140 มม.ปรอทขึ้นไป หรือความดันไดแอสโตลิกตั้งแต่ 90 มม.ปรอทขึ้นไป และกลุ่มความดันสูงปานกลาง หมายถึงความดันซิสโตลิกตั้งแต่ 160 มม.ปรอทขึ้นไป หรือความดันไดแอสโตลิกตั้งแต่ 100 มม.ปรอทขึ้นไป ขึ้นไป พบว่าจากประวัติที่ได้ในวันสำรวจครัวเรือน ผู้ที่ไม่เป็นความดันโลหิตสูง มีความดันซิสโตลิกสูงระดับปานกลางขึ้นไป ถึงร้อยละ 4.1 หรือความดันไดแอสโตลิกสูงปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 5.1 ส่วนผู้ที่บอกว่าเป็นความดันเลือดสูง ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ดีนัก คือ ยังมีความดันซิสโตลิกสูงปานกลางถึงร้อยละ 10.3 หรือความดันไดแอสโตลิกสูงปานกลางถึงร้อยละ 20.5 (ดูตารางที่ 10.4)

ตารางที่ 10.4 ความดันโลหิตสูงจากการวัด เทียบกับการให้ประวัติว่าเป็นความดันโลหิตสูงจากการสัมภาษณ์ครัวเรือน

	ความดันซิสโตลิก			ความดันไดแอสโตลิก		
	ไม่เป็น	บอกว่าเป็น	รวม	ไม่เป็น	บอกว่าเป็น	รวม
	n=510	n=39	N=549	n=510	n=39	N=549
ความดันสูงเล็กน้อย	18.0	53.8	20.6	20.8	43.6	22.4
ความดันสูงปานกลาง	4.1	10.3	4.6	5.1	20.5	6.2

หมายเหตุ จัดกลุ่มตามค่าความดันเลือดต่ำสุดจากการวัด 3 ครั้ง

ถ้าใช้ประวัติที่ได้ในวันตรวจร่างกายเป็นฐานเปรียบเทียบ พบว่า ผู้ที่ไม่เป็นความดันโลหิตสูง มีความดันซิสโตลิกสูงระดับปานกลางขึ้นไป อีกร้อยละ 1.9 หรือความดันไดแอสโตลิกสูงปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 3.0 ส่วนผู้ที่บอกว่าเป็นความดันเลือดสูง ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ดีนัก คือ ยังมีความดันซิสโตลิกสูงปานกลางถึงร้อยละ 18.4 หรือความดันไดแอสโตลิกสูงปานกลางถึงร้อยละ 23.0 (ดูตารางที่ 10.5)

ตารางที่ 10.5 ความดันโลหิตสูงจากการวัด เทียบกับการให้ประวัติว่าเป็นความดันโลหิตสูงในวัน
ตรวจร่างกาย

	ความดันซิสโตลิก			ความดันไดแอสโตลิก		
	ไม่เป็น	บอกว่าเป็น	รวม	ไม่เป็น	บอกว่าเป็น	รวม
	n=462	n=87	N=549	n=462	n=87	N=549
ความดันสูงเล็กน้อย	11.9	66.7	20.6	15.6	58.6	22.4
ความดันสูงปานกลาง	1.9	18.4	4.6	3.0	23.0	6.2

หมายเหตุ จัดกลุ่มตามค่าความดันเลือดต่ำสุดจากการวัด 3 ครั้ง

เมื่อแยกประวัติที่ได้ในวันตรวจร่างกายเป็นกลุ่มกินยารักษาและไม่กินยา พบว่า ผู้ที่ไม่เป็นความดันโลหิตสูง มีความดันซิสโตลิกสูงระดับปานกลางขึ้นไป อีกร้อยละ 2.2 หรือความดันไดแอสโตลิกสูงปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 3.8 ผู้ที่บอกว่าเป็นความดันเลือดสูงและกินยารักษา ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ดีนัก เพราะ ยังมีความดันซิสโตลิกสูงปานกลางถึงร้อยละ 20.3 หรือความดันไดแอสโตลิกสูงปานกลางถึงร้อยละ 23.0 แต่ผู้ที่เป็นความดันเลือดสูงแต่ไม่กินยารักษา ยังมีกลุ่มที่ควบคุมความดันเลือดสูงไม่ได้นักน้อยกว่า คือ ยังมีความดันซิสโตลิกสูงปานกลางร้อยละ 7.7 หรือความดันไดแอสโตลิกสูงปานกลางร้อยละ 12.8 (ดูตารางที่ 10.6)

ตารางที่ 10.6 ความดันโลหิตสูงจากการวัด เทียบกับการให้ประวัติว่าเป็นความดันโลหิตสูงในวัน
ตรวจร่างกาย

	ความดันซิสโตลิก			ความดันไดแอสโตลิก		
	ไม่เป็น	เป็น รักษา	เป็น ไม่รักษา	ไม่เป็น	เป็น รักษา	เป็น ไม่รักษา
	n=451	n=59	N=39	n=451	n=59	N=39
ความดันสูงเล็กน้อย	12.6	66.1	43.6	16.4	54.2	43.6
ความดันสูงปานกลาง	2.2	20.3	7.7	3.8	20.3	12.8

หมายเหตุ จัดกลุ่มตามค่าความดันเลือดต่ำสุดจากการวัด 3 ครั้ง

สรุปว่า อัตราความชุกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพิ่มจากร้อยละ 15.7 ของผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นประมาณร้อยละ 18.4 เพราะพบเพิ่มในกลุ่มไม่รู้ว่าเป็นหรือไม่ (ประเมินจากพบความ

ต้นสูงปานกลางจากความดันไดแอสโตลิกอีกร้อยละ 3 จาก 462 คน และผู้ให้ประวัติว่าเป็นความดันโลหิตสูงอีก 87 คน)

คะแนนสถานะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

สถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองเป็นคะแนน 5 ระดับ ทั้งการประเมินเมื่อสัมภาษณ์ ครึ่งเรือน และการประเมินเมื่อมารับการตรวจร่างกาย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่เป็นความดันโลหิตสูงกับกลุ่มที่เป็นและกำลังรักษาและกลุ่มที่เป็นแต่ไม่รักษา ตารางที่ 10.7 แสดงความแตกต่างของคะแนนสถานะสุขภาพที่ประเมินเมื่อสัมภาษณ์ครึ่งเรือน พบว่าผู้ไม่เป็นความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีคะแนนสถานะสุขภาพสูงกว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง และผู้เป็นความดันโลหิตสูงไม่รักษา มีคะแนนสถานะสุขภาพ สูงกว่า ผู้เป็นความดันโลหิตสูงและกินยารักษาและสูงกว่าคนไม่เป็นความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 10.7 คะแนนสถานะสุขภาพให้ในการสัมภาษณ์ครึ่งเรือนของผู้เป็นความดันโลหิตสูงและประวัติการรักษา

อายุ	ไม่เป็น			เป็นและรักษา			เป็น แต่ไม่รักษา		
	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD
15-29	50	3.78	0.76				1	3.00	.
30-44	133	3.68	0.83	3	2.67	1.15	6	4.33	0.82
45-59	133	3.61	0.90	19	3.26	0.93	19	3.68	0.75
60+	122	3.34	0.99	36	2.94	1.01	11	3.27	0.79
รวม	438	3.58	0.90	58	3.03	0.99	37	3.65	0.82

คะแนนสถานะสุขภาพที่ประเมินเมื่อวันตรวจร่างกาย มีลักษณะเช่นเดียวกับคะแนนที่ให้ในวันสำรวจครึ่งเรือน คือ ผู้ไม่เป็นความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีคะแนนสถานะสุขภาพสูงกว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง และผู้เป็นความดันโลหิตสูงไม่รักษา มีคะแนนสถานะสุขภาพ สูงกว่า ผู้เป็นความดันโลหิตสูงและกินยารักษา

ตารางที่ 10.8 คะแนนสถานะสุขภาพให้ในวันตรวจร่างกายของผู้เป็นความดันโลหิตสูงและประวัติการรักษา

อายุ	ไม่เป็น			เป็นและรักษา			เป็น แต่ไม่รักษา		
	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD
15-29	50	3.62	0.75				1	4.00	.
30-44	133	3.42	0.81	3	3.00	-	6	2.83	1.17
45-59	133	3.38	0.70	19	2.89	0.99	19	2.79	0.63

60+	122	3.38	0.87	36	2.67	0.79	11	2.73	0.65
รวม	438	3.42	0.79	58	2.76	0.84	37	2.81	0.74

ผู้เป็นความดันโลหิตสูงกับปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงจากการตรวจเลือดและซักประวัติที่พบในกลุ่มผู้เป็นและผู้ไม่เป็นความดันโลหิตสูง แสดงในตารางที่ 10.9 พบว่า ผู้เป็นความดันโลหิตสูงมีระดับไขมันในเลือด Cholesterol, triglyceride และ LDLC สูงระดับเสี่ยงมากกว่า กลุ่มไม่เป็นความดันโลหิตสูง ส่วน HDLC ต่ำในระดับเสี่ยง มากกว่ากลุ่มไม่เป็น มีดัชนีมวลกายสูงกว่า แต่มีประวัติสูบบุหรี่ต่ำกว่ากลุ่มอื่น

ตารางที่ 10.9 อัตราการพบปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มประชากรที่รายงานประวัติความดันโลหิตสูงในวันตรวจร่างกาย

ปัจจัยเสี่ยง	ไม่เป็น n=413	เป็น, รักษา n=52	เป็น, ไม่รักษา n=33	รวม n=498
ไขมัน cholesterol >250 mg/dl	12.3	19.2	21.2	13.7
ไขมัน triglyceride >400 mg/dl	4.4	7.7	-	4.4
ไขมัน HDLC <35 mg/dl	8.0	9.6	6.1	8.0
ไขมัน LDLC > 130 mg/dl	31.7	50.0	30.3	33.5
น้ำตาล glucose >125 mg/dl	4.1	9.6	3.0	4.6
BMI > 25 ชาย, BMI > 24 หญิง	36.7	48.3	44.7	38.5
ขณะนี้ยังสูบบุหรี่	20.0	10.2	35.9	20.0

อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก ใช้เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจได้อย่างหนึ่ง (เพศชายถ้าอัตราส่วนตั้งแต่ 0.95 ขึ้นไปถือว่าเสี่ยง และเพศหญิง ตั้งแต่ 0.85 ขึ้นไปถือว่าเสี่ยง) ตารางที่ 9.20 แสดงอัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพกของเพศชาย แยกตามประวัติความดันโลหิตสูง ในวันมาตรวจร่างกาย พบว่า ค่าเฉลี่ยของทุกกลุ่มไม่เกินจุดตัดที่เป็นค่าความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ผู้เป็นความดันโลหิตสูงเพศชายมีค่าเฉลี่ยมากกว่าผู้ไม่เป็นความดันโลหิตสูง แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างผู้กำลังรักษาและไม่ได้รักษา

ตารางที่ 10.10 อัตราส่วนเส้นรอบเวดต่อสะโพกของประชากรปกติและที่เป็นความดันโลหิตสูง เพศชาย

อายุ	ไม่เป็น			เป็นและรักษา			เป็น แต่ไม่รักษา		
	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD
15-29	16	0.84	0.06						
30-44	44	0.88	0.06	1	0.89	.	2	0.93	0.01
45-59	51	0.88	0.05	7	0.95	0.05	8	0.92	0.04
60+	57	0.88	0.06	13	0.90	0.07	3	0.87	0.03
รวม	168	0.88	0.06	21	0.92	0.07	13	0.91	0.04

P=0.00

สำหรับเพศหญิง อัตราส่วนเส้นรอบเวดต่อสะโพก น้อยกว่าเพศชายเล็กน้อยแต่ค่าเฉลี่ยทุกกลุ่มของเพศหญิง อยู่ในระดับเกินจุดตัดของความเสี่ยง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้เป็นความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นเล็กน้อย

ตารางที่ 10.11 อัตราส่วนเส้นรอบเวดต่อสะโพกของประชากรปกติและที่เป็นความดันโลหิตสูง เพศหญิง

อายุ	ไม่เป็น			เป็นและรักษา			เป็น แต่ไม่รักษา		
	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD
15-29	34	0.82	0.06	-	-	-	1	0.81	-.
30-44	96	0.84	0.09	2	0.85	0.07	4	0.91	0.06
45-59	82	0.85	0.05	13	0.85	0.04	12	0.87	0.05
60+	68	0.87	0.07	23	0.89	0.07	9	0.87	0.06
รวม	280	0.85	0.07	38	0.88	0.06	26	0.87	0.06

P=0.03

สถานะสุขภาพผู้ที่เป็นเบาหวาน

ความตรงกันของประวัติเบาหวาน

ตารางที่ 10.12 แสดงความตรงกันของการให้ประวัติว่าเป็นเบาหวาน ระหว่างประวัติที่ได้จากการสัมภาษณ์ครัวเรือน กับการสัมภาษณ์ในวันตรวจร่างกาย พบว่า วันตรวจร่างกายได้ประวัติเบาหวานมากกว่า คือร้อยละ 5.2 ของประชากรที่มาตรวจร่างกาย (29 จาก 554 คน) ส่วนการสัมภาษณ์ครัวเรือน พบประวัติเบาหวาน ร้อยละ 3.4 (19 จาก 554 คน) ค่า Kappa ที่แสดงความตรงกันอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (Kappa 0.78, $p=0.00$)

ตารางที่ 10.12 ความตรงกันของประวัติการเป็นเบาหวานจากการสำรวจครัวเรือนและวันตรวจร่างกาย

วันตรวจร่างกาย	สำรวจครัวเรือน		
	ไม่เป็น	บอกว่าเป็น	รวม
บอกว่าไม่เป็น	525	0	525
บอกว่าเป็น	10	19	29
รวม	535	19	554

Kappa=0.78 ($p=0.00$)

ผู้ที่รายงานว่าเป็นเบาหวานในวันตรวจร่างกาย ทั้งหมด 29 คน รายงานว่าเป็นความดันเลือดสูงร่วมด้วย 12 คน (ร้อยละ 41 ของผู้รายงานว่าเป็นเบาหวานทั้งหมด ดูตารางที่ 10.13) การวิเคราะห์ผู้ป่วยเบาหวานส่วนนี้จึงอาจมีส่วนที่ซ้ำกับผู้ป่วยความดันเลือดสูง ที่รายงานในส่วนที่แล้ว

ตารางที่ 10.13 ผู้ป่วยที่รายงานว่าเป็นเบาหวานและเป็นความดันเลือดสูงด้วย (ให้ประวัติในวันตรวจร่างกาย)

	ความดันสูง	ไม่เป็น	รวม
เบาหวาน	12	17	29

ไม่เป็น	75	450	525
รวม	87	467	554

อัตราผู้เป็นเบาหวาน

ในวันตรวจร่างกาย ผู้ต้องการตรวจเลือดจะงดกินอาหารเช้าเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อคัดกรองว่า เป็นเบาหวานหรือไม่ ผลการตรวจระดับน้ำตาลเลือดพบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของกลุ่มไม่เป็นเบาหวานไม่ว่าจะเป็นประวัติจากการสำรวจครัวเรือนหรือประวัติวันตรวจร่างกาย ค่าน้ำตาลต่ำที่สุด กลุ่มที่ให้ประวัติเป็นเบาหวาน จากการสำรวจครัวเรือน มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสูงที่สุด แม้จะกำลังกินยารักษาอยู่ก็ตาม ส่วนที่กลุ่มที่รายงานว่าเป็นแต่ไม่ได้กินยา มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า (ดูตารางที่ 19.14)

ตารางที่ 10.14 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด แยกตามกลุ่มประชากรเบาหวาน และแหล่งข้อมูล

วันที่ได้ประวัติ	กลุ่มประชากร	N	Min	Max	Mean	SD
สำรวจ	ไม่รายงานว่าเป็นเบาหวาน	479	36	312	88.5	20.9
ครัวเรือน	รายงานว่าเป็นเบาหวาน	18	89	224	135.6	36.9
วันตรวจ	ประวัติไม่เป็นเบาหวาน	466	36	312	87.9	20.2
ร่างกาย	เป็น และกินยารักษา	23	89	224	134.0	35.4
กับแพทย์	เป็น แต่ไม่กินยา	8	79	163	98.5	29.4

เมื่อแบ่งค่าระดับน้ำตาลในเลือดเป็น 2 กลุ่ม คือ ค่าต่ำกว่า 126 mg/dl ถือเป็นกลุ่มระดับน้ำตาลปกติ และค่าตั้งแต่ 126 mg/dl ขึ้นไป เป็นกลุ่มระดับน้ำตาลสูง พบว่า ร้อยละ 2.9 ของผู้ให้ประวัติไม่เป็นเบาจากการสำรวจครัวเรือน พบระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรืออีกนัยหนึ่ง ค้นพบผู้เป็นเบาหวานเพิ่มอีกร้อยละ 2.9 ในกลุ่มที่ไม่รู้ว่าเป็นเบาหวาน แต่ผู้ที่เป็นเบาหวานร้อยละ 50 ที่ระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมให้เป็นปกติได้

ตารางที่ 10.15 ระดับน้ำตาลในเลือด เทียบกับการให้ประวัติว่าเป็นเบาหวานจากการสัมภาษณ์ครัวเรือน

	ไม่เป็น n=479	บอกว่าเป็น n=18	รวม N=497
ระดับน้ำตาลปกติ	97.1	50.0	95.4

ระดับน้ำตาลสูง	2.9	50.0	4.6
----------------	-----	------	-----

ตารางที่ 10.16 ระดับน้ำตาลในเลือด เทียบกับการให้ประวัติว่าเป็นเบาหวานในวันตรวจร่างกาย

	ไม่เป็น n=470	บอกว่าเป็น n=27	รวม N=497
ระดับน้ำตาลปกติ	97.7	55.6	95.4
ระดับน้ำตาลสูง	2.3	44.4	4.6

ถ้าเทียบกับประชากรที่ให้ประวัติในวันตรวจร่างกาย เหลือผู้รายงานว่าไม่เป็นเบาหวาน 470 คน พบระดับน้ำตาลผิดปกติลดลงเหลือ ร้อยละ 2.3 ส่วนผู้ที่บอกว่าเป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติเพิ่มขึ้นเล็กน้อยคือ ร้อยละ 55.6

สรุปว่า อัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มจากร้อยละ 5.2 ของผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นประมาณร้อยละ 7.4 เพราะพบเพิ่มในกลุ่มไม่รู้ว่าเป็นหรือไม่

คะแนนสถานะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

สถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองเป็นคะแนน 5 ระดับ ทั้งการประเมินเมื่อสัมภาษณ์ ครึ่งเรือน และการประเมินเมื่อมารับการตรวจร่างกาย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวานกับกลุ่มที่เป็นและกำลังรักษาและกลุ่มที่เป็นแต่ไม่รักษา ตารางที่ 10.17 แสดงความแตกต่างของคะแนนสถานะสุขภาพที่ประเมินเมื่อสัมภาษณ์ครึ่งเรือน พบว่าผู้ไม่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่มีคะแนนสถานะสุขภาพสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ คะแนนสถานะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 10.17 คะแนนสถานะสุขภาพใช้ในการสัมภาษณ์ครึ่งเรือนของผู้เป็นเบาหวานและประวัติการรักษา

อายุ	ไม่เป็น			เป็นและรักษา			เป็น แต่ไม่รักษา		
	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD
15-29	50	3.76	0.77				1	4.00	.
30-44	137	3.69	0.85	3	3.00	1.00	2	4.50	0.71
45-59	159	3.62	0.87	7	2.86	0.69	5	3.40	1.52

60+	153	3.33*	0.97	14	2.64*	0.93	2	2.00*	-
รวม	499	3.56**	0.90	24	2.75**	0.85	10	3.40**	1.35

*p=0.017, ** p=0.023

ตารางที่ 10.18 แสดงความแตกต่างของคะแนนสถานะสุขภาพที่ประเมินในวันตรวจร่างกาย พบเช่นเดียวกันว่า ผู้ไม่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่มีคะแนนสถานะสุขภาพสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (p=0.02) แต่สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ คะแนนสถานะสุขภาพแตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นำสังเกตว่า คะแนนสถานะสุขภาพในวันมาตรวจต่ำกว่าคะแนนสถานะสุขภาพในวันสัมภาษณ์ครัวเรือน

ตารางที่ 10.18 คะแนนสถานะสุขภาพให้ในวันตรวจร่างกายของผู้เป็นเบาหวานและประวัติการรักษา

อายุ	ไม่เป็น			เป็นและรักษา			เป็น แต่ไม่รักษา		
	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD
15-29	50	3.60	0.73				1	5.00	.
30-44	137	3.40	0.83	3	3.33	0.58	2	2.50	0.71
45-59	159	3.28	0.75	7	3.14	1.07	5	2.60	0.55
60+	153	3.23	0.91	14	2.71	0.61	2	3.00	-
รวม	499	3.33*	0.82	24	2.92*	0.78	10	2.90*	0.88

*p=0.015

ผู้เป็นเบาหวานกับปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานจากการตรวจเลือดและซักประวัติที่พบในกลุ่มเบาหวานและผู้ไม่เป็นเบาหวาน แสดงในตารางที่ 10.19 พบว่า ผู้เป็นเบาหวานมีระดับไขมันในเลือด Cholesterol สูง เสี่ยงและ HDLC ต่ำระดับเสี่ยง มากกว่า กลุ่มไม่เป็นเบาหวาน มีดัชนีมวลกายสูงกว่า แต่มีประวัติสูบบุหรี่ต่ำกว่ากลุ่มอื่น

ตารางที่ 10.19 อัตราการพบปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มประชากรที่รายงานประวัติเบาหวานวันตรวจร่างกาย

ปัจจัยเสี่ยง	ไม่เป็น n=467	เป็น, รักษา n=23	เป็น, ไม่รักษา n=8	รวม n=498
ไขมัน cholesterol >250 mg/dl	13.1	26.1	12.5	13.7
ไขมัน triglyceride >400 mg/dl	4.3	4.3	12.5	4.4
ไขมัน HDLC <35 mg/dl	7.3	17.4	25.0	8.0

ไขมัน LDLC > 130 mg/dl	33.6	30.4	37.5	33.5
BMI > 25 ชาย, BMI > 24 หญิง	36.9	66.7	50.0	38.5
ขณะนี้ยังสูบบุหรี่	20.0	8.0	50.0	20.0

อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก ใช้เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจได้อย่างหนึ่ง (เพศชายถ้าอัตราส่วนตั้งแต่ 0.95 ขึ้นไปถือว่าเสี่ยง และเพศหญิง ตั้งแต่ 0.85 ขึ้นไปถือว่าเสี่ยง) ตารางที่ 9.30 แสดงอัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพกของเพศชาย แยกตามประวัติเบาหวานในวันมาตรวจร่างกาย พบว่า ค่าเฉลี่ยของทุกกลุ่มไม่เกินจุดตัดที่เป็นค่าความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ผู้เป็นเบาหวานเพศชายมีค่าเฉลี่ยมากกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวาน แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างผู้กำลังรักษาและไม่ได้รักษา

ตารางที่ 10.20 อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพกของประชากรปกติและที่เป็นเบาหวาน เพศชาย

อายุ	ไม่เป็น			เป็นและรักษา			เป็น แต่ไม่รักษา		
	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD
15-29	15	0.84	0.07				1	0.86	.
30-44	44	0.87	0.05	2	0.96	0.10	1	0.94	.
45-59	60	0.89	0.05	4	0.94	0.03	2	0.93	0.02
60+	68	0.88	0.06	4	0.89	0.03	1	0.98	.
รวม	187	0.88	0.06	10	0.93	0.05	5	0.93	0.04

P=0.01

สำหรับเพศหญิง อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพก น้อยกว่าเพศชายเล็กน้อยแต่ค่าเฉลี่ยทุกกลุ่มของเพศหญิง อยู่ในระดับเกินจุดตัดของความเสี่ยง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้เป็นเบาหวานมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน

ตารางที่ 10.21 อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพกของประชากรปกติและที่เป็นเบาหวาน เพศหญิง

อายุ	ไม่เป็น			เป็นและรักษา			เป็น แต่ไม่รักษา		
	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD	N	เฉลี่ย	SD
15-29	35	0.82	0.06						
30-44	100	0.85	0.09	1	0.87	.	1	0.95	.
45-59	100	0.85	0.05	4	0.87	0.06	3	0.88	0.09

60+	89	0.87	0.07	10	0.91	0.07	1	0.84	.
รวม	324	0.85	0.07	15	0.89	0.07	5	0.88	0.08

P=0.047

11. ปัจจัยทำนายสุขภาพในอนาคต

การตรวจร่างกายและการตรวจเลือด ทำให้ได้ข้อมูลสัดส่วนร่างกายที่สามารถใช้ทำนายความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังชนิดต่างๆ เช่น การวิจัยระยะยาวโรคหัวใจในชุมชนที่ Framingham สรุปว่าปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ระดับไขมัน (cholesterol, high density lipoprotein) ระดับความดันเลือด และประวัติการสูบบุหรี่ Lutchmaya et al (2004) วิเคราะห์ว่า ลักษณะมือของเพศชาย (นิ้วนยาวกว่านิ้วชี้ หรือ 2D:4D <1) จะช่วยปกป้องการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในเพศชาย ตั้งแต่อายุยังน้อย ในบทนี้จึงนำเสนอผลวิเคราะห์บางส่วนของการประมาณความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ ด้วยระบบคะแนน Framingham การทำนายโรคเมตาบอลิก โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง ด้วยสัดส่วนร่างกาย และผลเลือด

ประมาณค่าความเสี่ยงต่อโรคหัวใจด้วยระบบคะแนน Framingham

การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจด้วยระบบคะแนน Framingham มีความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง ในการวิเคราะห์บทนี้ใช้วิธีประเมินคะแนนอย่างไม่ซับซ้อน โดยใช้เพียงค่าระดับ cholesterol ในเลือด กลุ่มอายุ ระดับ high density lipoprotein ในเลือด ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความดันเลือด ดังตารางที่ 11.1 ผลลัพธ์ของคะแนนความเสี่ยงใน 10 ปีข้างหน้า แสดงในตารางที่ 11.2 และรูปที่ 11.1 สำหรับเพศชาย และในตารางที่ 11.3 และรูปที่ 11.2 สำหรับเพศหญิง การกระจายของคะแนนในเพศชายน้อยกว่า 11 (ความเสี่ยงโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าต่ำกว่าร้อยละ 10, Pasternak 2002) มีร้อยละ 43 และคะแนนมากกว่า 16 (ความเสี่ยงร้อยละ 30 ขึ้นไป) ร้อยละ 2.4 การกระจายคะแนนในเพศหญิงคะแนนน้อยกว่า 20 (ความเสี่ยงโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าต่ำกว่าร้อยละ 10) ร้อยละ 93 และคะแนนมากกว่า 24 (ความเสี่ยงร้อยละ 30 ขึ้น) ร้อยละ 0.4 ของเพศหญิง

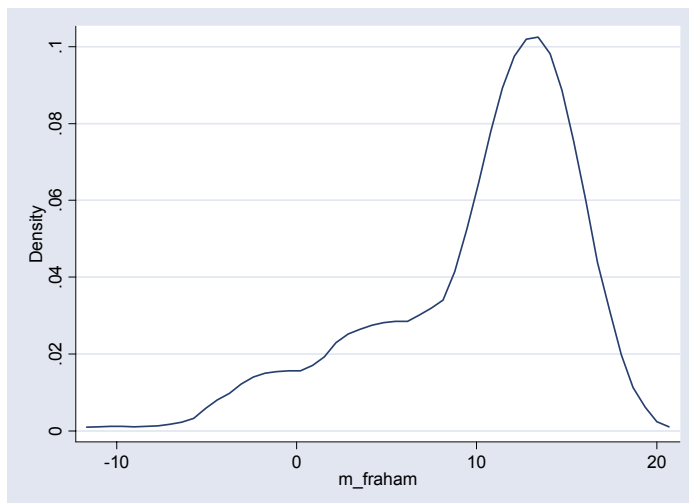
ตารางที่ 11.1 ตัวแปรที่ใช้คำนวณ Framingham score ในเพศชายและเพศหญิง

m_chol, point of framingham calculation of cholesterol level in men
m_agept, point of framingham calculation of age group in men
m_hdl, point of framingham calculation of hdl level in men
m_smpt, point of framingham calculation of smoking status in men
m_htpt, point of framingham calculation of blood pressure in men
m_fraham=sum of framingham point score in men

fm_agept, point of framingham calculation of age group in female
 fm_hdl, point of framingham calculation of hdl level in female
 fm_smpt, point of framingham calculation of smoking status in female
 fm_chol, point of framingham calculation of cholesterol level in female
 fm_fraham=sum of framingham point score in female

ตารางที่ 11.2 คะแนนความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าด้วยคะแนน Framingham score เพศชาย

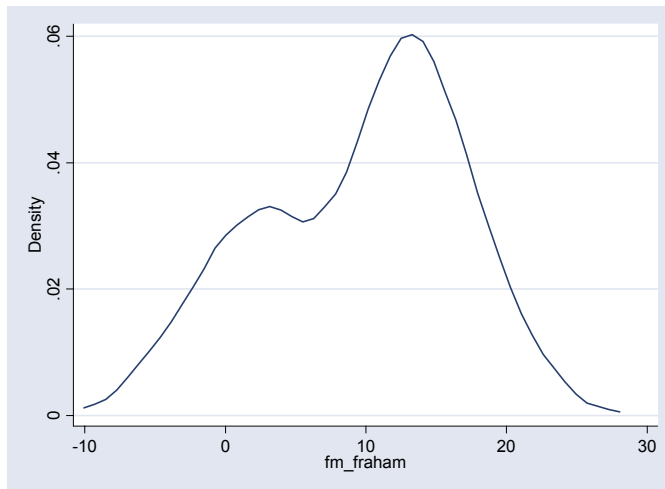
m_fraham	Freq.	Percent	Cum.
-10	1	0.60	0.60
-5	1	0.60	1.19
-4	1	0.60	1.79
-3	2	1.19	2.98
-2	5	2.98	5.95
-1	1	0.60	6.55
0	4	2.38	8.93
1	2	1.19	10.12
2	1	0.60	10.71
3	4	2.38	13.10
4	7	4.17	17.26
5	10	5.95	23.21
7	4	2.38	25.60
8	3	1.79	27.38
9	7	4.17	31.55
10	12	7.14	38.69
11	8	4.76	43.45
12	22	13.10	56.55
13	21	12.50	69.05
14	23	13.69	82.74
15	13	7.74	90.48
16	12	7.14	97.62
17	3	1.79	99.40
19	1	0.60	100.00
Total	168	100.00	



รูปที่ 11.1 การกระจายของความเสี่ยงด้วยคะแนน Framingham ในเพศชาย

ตารางที่ 11.3 คะแนนความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าด้วยคะแนน Framingham score เพศหญิง

fm_fraham	Freq.	Percent	Cum.
-8	1	0.35	0.35
-7	2	0.69	1.04
-6	1	0.35	1.38
-5	2	0.69	2.08
-4	6	2.08	4.15
-3	6	2.08	6.23
-2	5	1.73	7.96
-1	7	2.42	10.38
0	7	2.42	12.80
1	11	3.81	16.61
2	10	3.46	20.07
3	14	4.84	24.91
4	5	1.73	26.64
5	11	3.81	30.45
6	9	3.11	33.56
7	7	2.42	35.99
8	5	1.73	37.72
9	12	4.15	41.87
10	15	5.19	47.06
11	18	6.23	53.29
12	12	4.15	57.44
13	30	10.38	67.82
14	15	5.19	73.01
15	15	5.19	78.20
16	19	6.57	84.78
17	10	3.46	88.24
18	10	3.46	91.70
19	5	1.73	93.43
20	7	2.42	95.85
21	7	2.42	98.27
22	1	0.35	98.62
23	2	0.69	99.31
24	1	0.35	99.65
26	1	0.35	100.00
Total	289	100.00	



รูปที่ 11.2 การกระจายของความเสี่ยงด้วยคะแนน Framingham ในเพศหญิง

ความชุกของการเกิดกลุ่มอาการเมตาบอลิก

คะแนนความเสี่ยงของการพบโรคที่เกี่ยวข้องกับเมตาบอลิซึม มาจากการรวมคะแนนความเสี่ยงของดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัว ระดับไขมันในเลือดด้วย Triglyceride, high density lipoprotein ค่าความดันเลือด ความยาวเส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด การคำนวณคะแนนความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการเมตาบอลิก แสดงในตารางที่ 11.4

ตารางที่ 11.4 การคำนวณคะแนนกลุ่มอาการเมตาบอลิกจากตัวแปรต่างๆ ในเพศชายและเพศหญิง

```

bmi=weight/height^2
obese, 0=bmi<30; 1= bmi>=30
weightcat, 0=normal(bmi<25); 1=overweight (bmi>=25&bmi<30); 2=obese (bmi>=30)
met_trig, 0=triglyceride<150mg/dl; 1=triglyceride>=150mg/dl
met_hdl, 0=hdl>=40 in men or hdl>=50 in female; 1=hdl<40 in men or hdl<50 in female
met_bp, 0=BP<130/85; 1=BP>=130/85
hi_waist, 0=waist<=88 cm in female or waist<=102 in men; 1=waist>88 cm in female or waist>102 in men
met_glucos, 0=FBS<110, 1=FBS>=110
met_syn= score point of met_glucos+hi_waist+met_chol+met_hdl+met_bp

```

พบว่า กลุ่มประชากรที่เริ่มเสี่ยงต่อกลุ่มอาการเมตาบอลิซึม พบมากในผู้ที่มีเส้นรอบเอวเกินค่าที่กำหนด (ชายมากกว่า 102 ซม. หญิงมากกว่า 88 ซม.) ดังตารางที่ 11.5 เพศหญิง เสี่ยงต่อกลุ่มอาการทางเมตาบอลิซึมมากกว่าเพศชาย (พบอัตราร้อยละ 19.6 และ 8.8 ตามลำดับ $p=0.02$) ดังตารางที่ 11.6

ตารางที่ 11.5 การกระจายของคะแนนความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการเมตาบอลิก (คะแนนเสี่ยง 3-5) ของประชากร 497 คน ตามความยาวของเส้นรอบเอว (เพศชายมากกว่า 102 ซม. หญิงมากกว่า 88 ซม.)

		met_syn						
hi_waist		0	1	2	3*	4*	5*	Total
large	0	161	124	89	28	4	0	406
	1	0	18	27	30	14	2	91
Total		161	142	116	58	18	2	497

หมายเหตุ * = metabolic syndrome

ตารางที่ 11.6 การกระจายของคะแนนความเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก ในเพศชายและเพศหญิง

met_syn		male		Total
		Female 0	1	
0		90	71	161
		28.57	39.01	32.39
1		88	54	142
		27.94	29.67	28.57
2		75	41	116
		23.81	22.53	23.34
3		44	14	58
		13.97	7.69	11.67
4		16	2	18
		5.08	1.10	3.62
5		2	0	2
		0.63	0.00	0.40
Total		315	182	497
		100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(5) = 14.1785 Pr = 0.015

ความเสี่ยงด้านสุขภาพด้วยอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง (2nd to 4th digit ratio)

อัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ ต่อนิ้วนาง เป็นดัชนีใช้บอกระดับฮอร์โมนในร่างกายได้ และใช้เป็นตัวทำนายสถานะสุขภาพ หรือการเป็นโรค ในที่นี้ ทำการวิเคราะห์ การทำนายโรคความดันเลือดสูง และเบาหวาน ด้วยอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง โดยแยกวิเคราะห์ในประชากรเพศชายและเพศหญิง แยกต่างหากจากกัน เพราะดัชนีความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง เป็นตัวบ่งบอกลักษณะของมือผู้ชายหรือมือผู้หญิง

ตารางที่ 11.7 ค่าอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนางในเพศหญิง

I) Female results

Statistics	Number
Total observations	352
Valid observations	342
Missing	10
Mean of 2 nd to 4 th digit length $\pm$ S.D	0.9827 $\pm$ 0.15638
Median	0.9787
Min-max of ratio 2 nd to 4 th digit length	0.74-3.75

Digit ratio quartiles*	Normal (%)	Reported history of HBP (%)	Total
<0.95	74 (25.8)	14 (25.5)	88 (25.7)
0.95-0.98	75 (26.1)	14 (25.5)	89 (26.0)
0.99-1.00	79 (27.5)	16 (29.1)	95 (27.8)
>1.00	59 (20.6)	11 (20.0)	70 (20.5)
Total	287	55	342

ตารางที่ 11.7 แสดงผลการวิเคราะห์ อัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนางในเพศหญิง จากประชากรทั้งสิ้น 352 คน ไม่ได้บันทึกค่าความยาวนิ้วชี้ นิ้วนาง 10 คน ค่าอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง เท่ากับ 0.98 ใกล้เคียงกับ 1 คล้ายกับการศึกษาของ Manning (2002)

การทำนายโรคความดันเลือดสูงในเพศหญิง

ตารางที่ 11.8 แสดงการกระจายของประชากรเพศหญิงที่มีอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง แบ่งเป็น 4 กลุ่ม และแสดงประวัติการเป็นความดันเลือดสูงในกลุ่มต่างๆ

ตารางที่ 11.8 การกระจายของผู้เป็นความดันโลหิตสูงตามกลุ่มอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง ในเพศหญิง

*การแบ่งประชากรเป็น 4 กลุ่ม ใช้ค่าอัตราส่วนของหญิงที่ไม่มีประวัติความดันโลหิตสูง

เมื่อคำนวณค่าความเสี่ยงของการเป็นโรคความดันเลือดสูงโดยให้กลุ่มนิ้วชี้สั้นกว่านิ้วนางมาก ($2D:4D < 0.95$) เป็นฐาน ผู้ที่มีนิ้วชี้ยาวขึ้นเมื่อเทียบกับนิ้วนาง จะมีค่า odds ratio ของการเป็นโรคความดันเลือดสูง เพิ่มขึ้น และเพิ่มขึ้นเป็นขั้นบันได (ยิ่งนิ้วชี้ยาวขึ้น ยิ่งมีค่า odds ratio หรือความเสี่ยงเพิ่มขึ้น) แต่ค่าทั้งหมดไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 11.9 การเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันเลือดสูงของค่าอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง ในเพศหญิง

Digit ratio quartiles	OR*	95% C.I. lower-upper
Categorical #		
<0.95	1.00	
0.95-0.98	1.38	0.58-3.29
0.99-1.00	1.44	0.61-3.39
>1.00	1.64	0.64-4.17
As continuous	4.313	0.19-96.69

*Adjust for age

#P for trend 0.29

การทำนายโรคเบาหวานในเพศหญิง

ตารางที่ 11.10 แสดงการกระจายของโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรเพศหญิงที่มีอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนางแบ่งเป็น 4 กลุ่ม พบว่าผู้เป็นเบาหวานมีมากถึงร้อยละ 70 ในกลุ่มประชากร 2 กลุ่มแรก

ตารางที่ 11.10 การกระจายของเบาหวานตามกลุ่มอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง เพศหญิง

* แบ่งเป็น 4 กลุ่มตามดัชนีอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง ในกลุ่มที่ไม่มีประวัติเบาหวาน

เมื่อเทียบความเสี่ยงของการเป็นเบาหวานในเพศหญิง โดยให้กลุ่มนิ้วชี้สั้นกว่านิ้วนางที่สุดเป็นฐาน พบว่า ค่า odds ratio ของการเป็นเบาหวาน บางกลุ่มเพิ่มบางกลุ่มลด และไม่มีกลุ่มใดที่ค่า odds ratio มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 11.11 ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน โดยค่าอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง เพศหญิง

Digit ratio quartiles	OR*	95% C.I. lower-upper
As continuous	6.135	0.37-100.89
Categorical#		
<0.95	1.00	
0.95-0.98	1.36	0.40-4.61
0.99-1.00	0.40	0.07-2.08
>1.00	1.00	0.23-4.43

*Adjust for age

Quartile distribution is based on women with no history of self-reported DM.

Digit ratio quartiles*	Normal (%)	Reported history of DM (%)	Total
<0.95	82 (25.2)	6 (35.3)	88 (25.7)
0.95-0.98	83 (25.5)	6 (35.3)	89 (26.0)
0.99-1.00	93 (28.6)	2 (11.8)	65 (27.8)
>1.00	67 (20.6)	3 (17.6)	70 (20.5)
Total	287	55	342

P for trend 0.57

สรุป เพศหญิงที่มีลักษณะมือเป็นเพศหญิง (2D: 4D ~ 1) แสดงแนวโน้มว่าจะเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น แต่ไม่แสดงแนวโน้มว่าจะเป็นเบาหวานเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่ใหญ่พอ

การทำนายโรคความดันเลือดสูงในเพศชาย

เพศชายในการศึกษาครั้งนี้มีน้อยกว่าเพศหญิง จากทั้งหมด 202 คน ไม่มีค่าความยาวนิ้ว 1 คน ค่าเฉลี่ยอัตราส่วนความยาวของนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง น้อยกว่าในเพศหญิงเล็กน้อย คือ 0.97 ค่ามัธยฐาน 0.96 (ดูตารางที่ 11.12)

ตารางที่ 11.12 ค่าอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนางในเพศชาย

Statistics	Number
Total observations	202
Valid observations	201
Missing	1
Mean of 2 nd to 4 th digit length $\pm$ S.D	0.9680 $\pm$.04348
Median	0.96428
Min-max of ratio 2 nd to 4 th digit length	0.74-3.75

ตารางที่ 11.13 แสดงการกระจายของอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง ของประชากรชายที่ไม่มีและที่มีประวัติว่าเป็นโรคความดันเลือดสูง ผู้ที่เป็นความดันเลือดสูงร้อยละ 32 มีอัตราส่วนความยาวของนิ้วทั้ง 2 น้อยกว่า 0.94 ส่วนผู้ที่ไม่เป็นความดันเลือดสูงร้อยละ 26 มีอัตราส่วนความยาวของนิ้วทั้ง 2 น้อยกว่า 0.94

ตารางที่ 11.13 การกระจายของอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนางของเพศชายที่เป็นและไม่เป็น
ความดันเลือดสูง

*จัดเป็น 4 กลุ่มตามค่าอัตราส่วนของนิ้วชี้ต่อนิ้วนางไม่เป็นความดันเลือดสูง

ตารางที่ 11.14 แสดงความเสี่ยงของการเป็นความดันเลือดสูง โดยใช้ค่าอัตราส่วนความยาว
นิ้วชี้ต่อนิ้วนาง เป็นปัจจัยทำนาย โดยใช้กลุ่มอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนางน้อยกว่า 0.94 เป็น
ฐาน ค่า odds ratio ของผู้ที่มีดัชนีอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง 0.95-1.00 น้อยกว่า 1 แสดงว่า
เป็นโรคความดันเลือดสูงลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่มีค่าดัชนีมากกว่า 1.00 มีค่า
odds ratio เพิ่มมากกว่า 1 แสดงว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของความดันเลือดสูง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
เช่นกัน

ตารางที่ 11.14 ความเสี่ยงของการเป็นความดันเลือดสูงในเพศชายจากค่าอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้
ต่อนิ้วนาง

Digit ratio quartiles*	Normal (%)	Reported history of HBP (%)	Total
<0.94	44 (25.9)	10 (32.3)	54 (26.9)
0.95-0.96	41 (24.1)	5 (16.1)	46 (22.9)
0.97-1.00	46 (28.4)	7 (22.6)	57 (28.4)
>1.00	50 (29.4)	9 (29.0)	44 (21.9)
Total	170	31	201

Digit ratio quartiles	OR*	95% C.I. lower-upper
As continuous	0.047	0.00-332.55
Categorical #		
<0.94	1.00	

0.95-0.96	0.68	0.21-2.24
0.97-1.00	0.74	0.25-2.17
>1.00	1.18	0.42-3.31

Digit ratio quartiles*	Normal (%)	Reported history of DM (%)	Total
<0.94	52 (7.4)	2 (18.2)	54 (26.9)
0.95-0.96	45 (23.7)	1 (9.1)	46 (22.9)
0.97-1.00	51 (26.8)	6 (54.5)	57 (28.4)
>1.00	42 (22.1)	2 (18.2)	44 (21.9)
Total	190	11	201

*Adjust for age

Quartile was classified using values of males with no history of self-reported HBP

P for trend 0.80

การทํานายโรคเบาหวานในเพศชาย

ตารางที่ 11.15 แสดงการกระจายของอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง ของประชากรชายที่ไม่มีและที่มีประวัติว่าเป็นโรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสูงร้อยละ 18 มีอัตราส่วนความยาวของนิ้วทั้ง 2 น้อยกว่า 0.94 ส่วนผู้ไม่มีประวัติเบาหวานเพียงร้อยละ 7 มีอัตราส่วนความยาวของนิ้วทั้ง 2 น้อยกว่า 0.94

ตารางที่ 11.15 การกระจายของดัชนีอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนางของเพศชายที่มีประวัติและไม่มีประวัติว่าเป็นเบาหวาน

* แบ่งเป็น 4 กลุ่มตามค่าดัชนีของอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนางในกลุ่มที่ไม่มีประวัติเบาหวาน

ตารางที่ 11.16 ความเสี่ยงของการเป็นเบาหวานในเพศชาย ด้วยอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง

Digit ratio quartiles	OR*	95% C.I. lower-upper
As continuous	156.96	Too wide
As categorical #		
<0.94	1.00	
0.95-0.96	0.63	0.05-7.33
0.97-1.00	3.31	0.63-17.52
>1.00	1.25	0.17-9.28

*Adjust for age

Quartile distribution is based on males with no history of self-reported DM.

P for trend 0.39

ตารางที่ 11.16 แสดงความเสี่ยงของการเป็นเบาหวาน โดยใช้ค่าอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง เป็นปัจจัยทำนาย โดยใช้กลุ่มอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนางน้อยกว่า 0.94 เป็นฐาน ค่า odds ratio ของผู้ที่มีดัชนีอัตราส่วนความยาวนิ้วชี้ต่อนิ้วนาง 0.95-0.96 มีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าเป็นโรคเบาหวานลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่มีค่าดัชนีมากกว่า 0.97 มีค่า odds ratio มากกว่า 1 แสดงว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของเบาหวาน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

12. อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

การสำรวจครัวเรือนรอบที่ 2 ใน 4 จังหวัดนำร่องนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการตรวจร่างกายประชาชนรอบที่ 1 เฉพาะส่วนหนึ่งของจังหวัดสุโขทัย ปี 2546 พบข้อมูลที่น่าสนใจหลายประการ ในบทสรุปท้ายนี้ นำข้อค้นพบในการสำรวจนี้อภิปรายเปรียบเทียบกับการศึกษาวิจัยอื่นๆ เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

อัตราการพบครัวเรือนเดิม ดัชนีสำคัญของการสำรวจครัวเรือนเดิม

อัตราการพบครัวเรือนเดิมประมาณร้อยละ 77 และพบสมาชิกครัวเรือนคนเดิมร้อยละ 70 จังหวัดที่พบครัวเรือนเดิมและสมาชิกคนเดิมมากที่สุดคืออุบลราชธานี จังหวัดที่พบต่ำที่สุดคือภูเก็ต ประชาชนที่ได้รับเลือกทดแทนส่วนที่หาไม่พบ มีอายุน้อยกว่าเล็กน้อย แต่จังหวัดสุโขทัย ได้ประชากรทดแทนที่มีอายุมากกว่าประชากรที่สำรวจพบเฉพาะรอบแรก ครัวเรือนกลุ่มที่พบในการสำรวจทั้งสองรอบมีรายได้ต่ำกว่าครัวเรือนที่สำรวจพบเพียงรอบเดียว ครัวเรือนทดแทนรอบที่สองมีรายได้มากกว่าครัวเรือนที่สำรวจพบทั้ง 2 รอบ อาจเป็นเพราะใช้ครัวเรือนที่ผู้อยู่อาศัยเป็นเจ้าของบ้านมากขึ้น อาชีพของประชากรการสำรวจรอบสองเป็นข้าราชการมากขึ้น ประกอบธุรกิจลดลง การครอบครองทรัพย์สินที่เพิ่มมากขึ้นคือ โทรศัพท์ ประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีมีโทรศัพท์ใช้เพิ่มขึ้นมากกว่าจังหวัดอื่นๆ จากร้อยละ 39 เป็นร้อยละ 60 (มากกว่าจังหวัดสุโขทัย ซึ่งรอบสองมีโทรศัพท์ร้อยละ 47) ส่วนการไม่มีหลักประกันสุขภาพ ลดจากร้อยละ 8.8 เหลือ 4.3 ประชาชนในจังหวัดสมุทรสาครยังคงไม่มีหลักประกันสุขภาพสูงที่สุดคือประมาณร้อยละ 7.5

การสำรวจพบครัวเรือนเดิมเพียงร้อยละ 77 จากที่ตั้งเป้าหมายร้อยละ 80 เป็นเพราะจังหวัดภูเก็ตและสมุทรสาครมีการเคลื่อนย้ายของประชากรสูง การสำรวจโดยสัมภาษณ์ครัวเรือนเดิมซ้ำภายในเวลาประมาณ 1 เดือนโดยสำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ปี 2546 มีอัตราการพบครัวเรือนเดิมใกล้เคียงกัน (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ 2546) เมื่อการพบครัวเรือนเดิมมีอัตราต่ำ การดำเนินงานต่อไปในรอบที่ 3 อาจพบครัวเรือนเดิมเพียงร้อยละ 60 ของครัวเรือนตั้งต้น ประโยชน์ของข้อมูลที่ได้จากการสำรวจครัวเรือนเดิมซ้ำอาจมีไม่มากเท่าที่คาดหวัง

คะแนนสถานะสุขภาพระหว่างการสำรวจ 2 รอบ

คะแนนสถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเอง ใช้เป็นตัวชี้ติดตามสุขภาพของประชาชน พบว่าโดยส่วนใหญ่ เมื่ออายุมากขึ้น ประเมินคะแนนสุขภาพลดลง คะแนนที่ลดลงในการสำรวจรอบสองของ

ตัวลงในกลุ่มประชากรทั้งหมด แต่ยังคงเดิมในกลุ่มผู้สูงอายุ และน่าสังเกตว่า คะแนนที่ให้แตกต่างกันระหว่างปีก่อนกับปีนี้ในการสำรวจทั้งสองรอบของกลุ่มผู้สูงอายุมีลักษณะเหมือนกัน ความแตกต่างของคะแนนยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ คือลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผู้สูงอายุในสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค ส่วนผู้สูงอายุสวัสดิการข้าราชการ แม้คะแนนสถานะสุขภาพจะลดลง แต่ก็ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผู้สูงอายุที่มีสิทธิประกันสังคม (จำนวนประชากรกลุ่มนี้น้อยมาก) กลับให้คะแนนสุขภาพปีนี้มากกว่าปีก่อน และเป็นกลุ่มที่ให้คะแนนสุขภาพโดยเฉลี่ยสูงสุด ชื่อน่าสังเกตอีกประการหนึ่งคือ เมื่อตั้งต้นการประเมินใหม่ ผู้ตอบจะให้คะแนนสูงขึ้นกว่าปีก่อน อาจเป็นสาเหตุจาก cohort effect, survival bias, หรือ information bias ก็ได้ ปัจจัยทำนายคะแนนสถานะสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านบวก: คะแนนสถานะสุขภาพปีก่อน รายได้ที่สูงขึ้น การมีงานทำ เพศชาย ปัจจัยด้านลบ: การเจ็บป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ การเป็นโรคเรื้อรัง การต้องนอนโรงพยาบาล อายุ การอยู่จังหวัดอื่นๆ เมื่อเทียบกับภูเก็ต (หมายถึงประชาชนภูเก็ตมีคะแนนสุขภาพดีกว่าประชากรจังหวัดอื่นๆ)

บริการส่งเสริมสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” ยังไม่เป็นจริง

การรับบริการส่งเสริมสุขภาพนอกเหนือจากการได้รับวัคซีน ยังคงได้ในระดับต่ำมาก แม้บางรายการมีการใช้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับรอบแรก เช่น การตรวจร่างกายกับแพทย์ (เพิ่มจากร้อยละ 9 ต่อรอบ 6 เดือน เป็นร้อยละ 12 ต่อรอบ 6 เดือน) การวัดความดันเลือด (จากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 9) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี ตรวจเบาหวานและไขมันในเลือดยังอยู่ระดับต่ำมาก เพียงร้อยละ 1-4 ต่อรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ตัวแปรทำนายการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นได้แก่ การอยู่ในเขตเมือง (odds ratio 1.14, 95%CI 1.08-1.22) อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป เพศหญิง การศึกษาชั้นมัธยมขึ้นไป และสิทธิข้าราชการ การมีสถานะสุขภาพปีก่อนอยู่ในระดับดี-ดีมาก ทำให้การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพลดลง (odds ratio 0.47, 95%CI 0.33-0.66)

เมื่อเปรียบเทียบกับผลวิจัยของสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ และคณะ (2547) ที่ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่จังหวัดภูเก็ต 388 คน ช่วง 1 ธันวาคม 2545 – 31 มกราคม 2546 ก่อนการสำรวจนี้ 3-4 เดือน พบอัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคลค่อนข้างสูง นั่นคือ การตรวจวัดความดันเลือด ร้อยละ 76 ตรวจปัสสาวะร้อยละ 30 ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 21 แต่การตรวจมะเร็งปากมดลูกต่ำใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 9 อย่างไรก็ตามความแตกต่างเหล่านี้เป็นจากคำจำกัดความและการคำนวณได้

คำจำกัดความ บริการส่งเสริมสุขภาพในการวิจัยนี้แตกต่างจากสิ่งที่กำหนดในสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแตกต่างจากการประเมินในงานวิจัยอื่นๆ เช่น เกรียงศักดิ์ เอก

พงษ์และคณะ (2546) ศิริพร วัฒนพฤกษ์ และคณะ (2547) การประเมินการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีข้อสรุปที่คล้ายคลึงกันคืองานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ได้เพิ่มมากขึ้นยกเว้นกิจกรรมออกกำลังกาย พบว่า วิธีการจัดงบประมาณและระดับงบประมาณที่ได้รับมีผลกระทบมากต่อการดำเนินงาน ยกเว้น กิจกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีผลกระทบ เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์และคณะ (2546) การวิจัยงานสร้างเสริมสุขภาพที่จังหวัดสงขลาพบว่า งานสร้างเสริมสุขภาพให้ความสำคัญน้อยกับการประเมินผลกระทบ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน หรืออุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์และคณะ (2547) ประเมินพฤติกรรมและการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ในเขตก่อสร้าง จังหวัดสมุทรปราการ ให้ความสำคัญกับปัญหาสิ่งแวดล้อมในบริเวณงานที่มีผลกระทบ ต่อสุขภาพมากกว่าบริการสุขภาพที่เน้นในการวิจัยนี้

การเจ็บป่วยและการรับบริการในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

สมการทำนายการเจ็บป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มประชากรที่พบในการสำรวจทั้ง 2 ครั้ง พบปัจจัยที่มีโอกาสป่วยน้อยคือ การมีอาชีพ เมื่อเทียบกับผู้ไม่มีงานทำ การมีสิทธิสวัสดิการข้าราชการเมื่อเทียบกับผู้มีสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค ส่วนปัจจัยที่เจ็บป่วยมากขึ้น คือ เพศหญิงป่วยมากกว่าเพศชาย และการอยู่ในเขตชนบท ป่วยมากกว่าการอยู่ในเขตเมือง

ภาพรวมการเจ็บป่วยในการสำรวจรอบสอง มีการรายงานในกลุ่มบัตรทองจ่ายค่าธรรมเนียมน้อยกว่าการสำรวจรอบแรก พบการรายงานประมาณ 4.33 ครั้งต่อคนต่อปี การลดลงอาจเป็นจากการสำรวจคนละช่วงเวลาของปี (รอบแรกสำรวจประมาณเดือนตุลาคมถึงธันวาคม ปี 2544 และรอบสองสำรวจประมาณเดือน มีนาคมถึงพฤษภาคม 2546 ซึ่งอาจมีอัตราการเป็นโรคต่ำกว่า) แต่อีกสาเหตุหนึ่งคือ การพบอัตราที่ต่ำมากในจังหวัดสมุทรสาครและจังหวัดภูเก็ต (1.31 และ 1.33 ครั้งต่อคนต่อปีตามลำดับ) ซึ่งสงสัยจะเป็นจากคุณภาพของการเก็บข้อมูล การนิเทศและการบันทึกข้อมูลในพื้นที่ การพบอัตรารายงานต่ำเป็นไปในทุกหลักประกัน นั่นคือ สวัสดิการข้าราชการ 2.25 ครั้งต่อคนต่อปี (รอบแรก 3.90 ครั้งต่อคนต่อปี) ประกันสังคมรายงานผู้ป่วยเพียง 1.90 ครั้งต่อคนต่อปี (รอบแรก 3.93 ครั้งต่อคนต่อปี)

อัตราการใช้บริการในสถานพยาบาลที่สมัครคุ้มครอง(สถานีนามัย คลินิกเอกชน โรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน) ของผู้มีบัตรทองจ่ายเงิน 30 บาท จึงลดเหลือเพียง 1.90 ครั้งต่อคนต่อปี (รอบแรก 2.44 ครั้งต่อคนต่อปี) สวัสดิการข้าราชการ 1.41 ครั้งต่อคนต่อปี (รอบแรก 2.31 ครั้งต่อคนต่อปี) ประกันสังคม 1.46 ครั้งต่อคนต่อปี (รอบแรก 2.41 ครั้งต่อคนต่อปี)

อัตราการใช้สิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลของตนเองน่าจะไม่ได้รับผลกระทบจากทั้งอัตรา
การเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงตามฤดูกาลและคุณภาพข้อมูลในพื้นที่ พบว่าในการสำรวจรอบสอง อัตรา
การใช้สิทธิของบัตรทองจ่ายเงิน 30 บาท ประมาณร้อยละ 58 (เพิ่มจากรอบแรก อัตราการใช้สิทธิร้อยละ
47) ผู้มีบัตรทองไม่จ่าย 30 บาท ใช้สิทธิร้อยละ 69 (เพิ่มจากรอบแรก อัตราการใช้สิทธิร้อยละ 64)
ข้าราชการ อัตราการใช้สิทธิ ร้อยละ 40 (ลดจากรอบแรก อัตราการใช้สิทธิร้อยละ 46) และประกันสังคมอัตรา
ใช้ร้อยละ 65 (ลดจากรอบแรก อัตราการใช้สิทธิร้อยละ 83)

เมื่อเทียบการสำรวจใน 4 จังหวัดนี้ กับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (จิตปราณี วาศ
วิท และคณะ 2547) ซึ่งครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ พบว่า อัตราการรายงานว่าป่วยในระยะ 2
สัปดาห์ของผู้ถือบัตรทอง ปี 2546 เพิ่มจากปี 2544 ถึงร้อยละ 20 คือเพิ่มเป็น 4.926 ครั้งต่อคนต่อปี
จาก 4.101 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2544 อย่างไรก็ตามอัตราเพิ่มของผู้มีบัตรทองยังไม่สูงเท่าสวัสดิการ
ข้าราชการคือเพิ่มร้อยละ 30 และประกันสังคม เพิ่มร้อยละ 22 สำหรับอัตราการใช้สิทธิมีเฉพาะการ
สำรวจปี 2546 ผู้มีสิทธิบัตรทองจ่าย 30 บาท ใช้สิทธิร้อยละ 49 (ต่ำสุดที่กรุงเทพมหานคร ใช้สิทธิร้อย
ละ 28 เท่านั้น) และผู้มีสิทธิบัตรทองไม่จ่าย 30 บาทใช้สิทธิร้อยละ 63 (กรุงเทพฯ ใช้สิทธิร้อยละ 34)
แสดงว่า การยอมรับในหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะ 30 บาทรักษาทุกโรคมียากขึ้น

การเจ็บป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล

สมการทำนายการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา โดยวิเคราะห์เฉพาะกลุ่ม
ประชากรที่พบในการสำรวจทั้ง 2 ครั้ง พบปัจจัยที่มีโอกาสป่วยต้องนอนโรงพยาบาลน้อยคือ การมี
อาชีพ เมื่อเทียบกับผู้ไม่มีงานทำ ส่วนปัจจัยที่ทำให้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลมากขึ้นคือ การมีสิทธิ
สวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมเมื่อเทียบกับผู้มีสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค การอยู่ในเขตชนบท
ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเมือง และเพศหญิงป่วยต้องนอนโรงพยาบาลมากกว่า
เพศชาย

ภาพรวมการเจ็บป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในการสำรวจรอบสอง มีการนอนใน
โรงพยาบาลของกลุ่มบัตรทองจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาทเท่ากับร้อยละ 6.1 ใกล้เคียงกับการสำรวจ
รอบแรกที่พบประมาณร้อยละ 6 (จะแตกต่างกับปัญหาที่อภิปรายในการสำรวจการเจ็บป่วยในช่วง 2
สัปดาห์ที่ผ่านมา เพราะอัตราที่ต่ำมากพบเฉพาะจังหวัดภูเก็ตร้อยละ 5.0) ผู้มีบัตรทองไม่จ่าย 30 บาท
ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลร้อยละ 8.6 (การสำรวจรอบแรกร้อยละ 9) สวัสดิการข้าราชการร้อยละ 9.9
(การสำรวจรอบแรกร้อยละ 10) และประกันสังคมรายงานร้อยละ 6.9 (รอบแรกร้อยละ 8)

อัตราการใช้สิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลของตนเอง พบว่าในการสำรวจรอบสอง อัตราการใช้สิทธิของบัตรทองจ่ายเงิน 30 บาท ประมาณร้อยละ 69 (เพิ่มจากรอบแรก อัตราการใช้สิทธิร้อยละ 52) ผู้มีบัตรทองไม่จ่าย 30 บาท ใช้สิทธิร้อยละ 79 (ใกล้เคียงกับรอบแรก อัตราการใช้สิทธิร้อยละ 79) ข้าราชการ อัตราการใช้สิทธิ ร้อยละ 92 (เพิ่มจากรอบแรก อัตราการใช้สิทธิร้อยละ 81) และประกันสังคมอัตราการใช้สิทธิร้อยละ 78 (เพิ่มจากรอบแรก อัตราการใช้สิทธิร้อยละ 74)

เมื่อเทียบการสำรวจนี้กับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (จิตปราณี วาควิธ และคณะ 2547) ซึ่งครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ พบว่า อัตราการป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ถือบัตรทอง ปี 2546 เพิ่มจากปี 2544 ถึงร้อยละ 8.8 คือเพิ่มเป็นร้อยละ 8.3 หรือ 0.083 ครั้งต่อคนต่อปี จาก 0.076 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2544 เมื่อเทียบกับสวัสดิการอื่นๆ พบว่า สวัสดิการอื่นมีอัตราลดลง สวัสดิการข้าราชการลดลงร้อยละ 2.3 (แต่ยังมีอัตรานอนโรงพยาบาลสูงร้อยละ 10.2) และประกันสังคม ลดลงเล็กน้อยร้อยละ 0.3 (น่าสังเกตว่าประกันสุขภาพเอกชนอัตรานอนโรงพยาบาลลดมากถึงร้อยละ 34.5) สำหรับอัตราการใช้สิทธิมี ผู้มีสิทธิบัตรทองจ่าย 30 บาท ใช้สิทธิร้อยละ 77 (ต่ำสุดที่กรุงเทพมหานคร ใช้สิทธิร้อยละ 35 เท่านั้น) และผู้มีสิทธิบัตรทองไม่จ่าย 30 บาทใช้สิทธิร้อยละ 85 (กรุงเทพฯ ใช้สิทธิร้อยละ 37) แสดงว่า ผู้มีสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค เริ่มมีการเข้าถึงบริการมากขึ้น และมีการยอมรับและใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของตนมากขึ้น

การเจ็บป่วยเรื้อรังและพฤติกรรมมารับบริการ

การรายงานว่าเจ็บป่วยเรื้อรัง วิเคราะห์ในกลุ่มประชากรที่พบในการสำรวจทั้ง 2 ครั้ง พบว่า ปัจจัยที่เป็นโรคเรื้อรังน้อยคือการมีอาชีพเมื่อเทียบกับกลุ่มไม่มีอาชีพ ปัจจัยที่พบเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น คือ เพศหญิงเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าเพศชาย การมีสิทธิสวัสดิการข้าราชการพบโรคเรื้อรังมากกว่าสิทธิบัตรทอง สำหรับปัจจัยอายุ เมื่ออายุมากขึ้นจะเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น จนถึงอายุ 80 ปี เริ่มลดลง

ปัจจัยอธิบายพฤติกรรมรับบริการของผู้มีโรคเรื้อรังเปรียบเทียบการสำรวจ 2 รอบ แยกเป็นพฤติกรรมหลักๆ 4 กลุ่ม ได้แก่ การไม่รักษา การดูแลตนเอง การรักษาสถานพยาบาลรัฐ และการรักษาที่สถานพยาบาลเอกชน พบว่า อายุเพิ่มขึ้นทำให้ประสบการณ์เลือกวิธีไม่รักษา ดูแลตนเอง และใช้ภาครัฐมากขึ้น ผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเลือกดูแลตนเองและใช้บริการภาครัฐมากขึ้น ระดับมัธยมศึกษาใช้เอกชนมากขึ้น น่าสังเกตว่าผู้มีสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค เลือกไม่รักษา ดูแลตนเอง และใช้เอกชนเพิ่มขึ้น แต่ใช้ภาครัฐลดลง ผู้มีสิทธิข้าราชการก็ใช้บริการเอกชนมากขึ้น ผู้เป็นโรคเบาหวานเลือกวิธีรักษาที่รัฐและเอกชนมากขึ้น

การวิเคราะห์ในภาพรวมจากประชากรทุกคนที่พบในแต่ละรอบ พบว่าอัตราการรายงานเป็นโรคเรื้อรังลดลงเล็กน้อย (โรคที่รายงานส่วนใหญ่มีอัตราเท่าเดิม เช่น ความดันเลือดสูง และเบาหวาน เป็นโรคที่พบบ่อย 2 โรคแรก โรคที่พบลดลงมากคือ โรคทางเดินอาหาร ฤดูกาลฝน) อัตราการใช้บริการของแต่ละสิทธิไม่แตกต่างกันนัก (บัตรทองร้อยละ 85 ของผู้รายงานว่าเป็นโรคเรื้อรัง สวัสดิการข้าราชการร้อยละ 89 และประกันสังคมร้อยละ 85) และลดน้อยกว่าการสำรวจรอบแรกเล็กน้อยในประชากรทุกสิทธิ (บัตรทองร้อยละ 87-89 ของผู้รายงานว่าเป็นโรคเรื้อรัง สวัสดิการข้าราชการร้อยละ 95 และประกันสังคมร้อยละ 88)

การใช้สิทธิเมื่อรับบริการ ของผู้มีสิทธิบัตรทองที่เป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 73 (เพิ่มขึ้นจากเดิมเมื่อเทียบกับรอบแรกใช้สิทธิ ร้อยละ 52 สำหรับบัตรทองจ่าย 30 บาท และร้อยละ 69 กลุ่มบัตรทองไม่จ่าย 30 บาท) ผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ใช้สิทธิร้อยละ 77 (รอบแรกใช้สิทธิร้อยละ 75) และประกันสังคมใช้สิทธิร้อยละ 76 (รอบแรกใช้สิทธิร้อยละ 68) แสดงว่าการเข้าถึงบริการของผู้มีบัตรทองและเป็นโรคเรื้อรังยังไม่เพิ่มขึ้นมากนัก แต่มีการใช้สิทธิเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะบัตรทองที่จ่ายเงิน 30 บาท

การคลังสุขภาพเป็นธรรมมากขึ้นหรือไม่

ในการวิจัยรอบสองนี้ให้ความสำคัญกับการประเมินความเป็นธรรมของการคลังสุขภาพในการจ่ายเงินเองเฉพาะผู้มีโรคเรื้อรัง การคำนวณดัชนีค้ำคานของการจ่ายเงินจากกระเป๋าของการสำรวจรอบสอง ลักษณะการถดถอยต่อรายได้ลดลงกว่ารอบแรกมาก คือ ลดจาก -0.365 เหลือ -0.074 การลดลงนี้ จะพบในทุกกลุ่มชั้นรายได้ยกเว้นกลุ่มที่รวยที่สุด

ภาระการจ่ายเงินเมื่อรับบริการที่มีความถดถอยต่อรายได้ลดลง ในกลุ่มประชากรทั้งหมด (รวมภาระการจ่ายเงินสำหรับเจ็บป่วยทุกประเภท) แสดงไว้อย่างชัดเจนในการศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2547) จากการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือนปี 2543 การจ่ายเงินเมื่อรับบริการสุขภาพของครัวเรือนที่ยากจนที่สุด (เดซิล์ที่ 1) ประมาณร้อยละ 4.58 ของรายได้ครัวเรือน ลดลงเป็นร้อยละ 2.77 ของรายได้ครัวเรือนในปี 2545 สำหรับครัวเรือนที่รวยที่สุด (เดซิล์ที่ 10) การจ่ายเงินเมื่อรับบริการสุขภาพประมาณร้อยละ 1.27 ของรายได้ครัวเรือน เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 1.71 ของรายได้ครัวเรือนในปี 2545 แสดงว่าภาระที่ต้องจ่ายเงินเมื่อเจ็บป่วยลดลงมาก

ความพึงพอใจของการรับบริการและแนวคิดต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความพึงพอใจในการรับบริการเป็นการวัดความคิดเห็นที่มีอิทธิพลแทรกซ้อนจากปัจจัยหลายอย่าง บริการที่เหมือนกันอาจเป็นที่พึงพอใจของคนหนึ่งแต่ไม่เป็นที่พึงพอใจของคนหนึ่งก็ได้ การ

วิจัยนี้พบว่า ผู้มีบัตรทองที่รับบริการที่สถานีนามัย มักมีความพึงพอใจกับบริการที่สถานีนามัยสูงกว่าผู้มีบัตรทองที่รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนเล็กน้อย ดังนั้นความพึงพอใจจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่นที่พบในการศึกษาของผู้สูงอายุที่จังหวัดภูเก็ต ความพึงพอใจต่อการให้บริการมีผลต่อการเข้าถึงบริการมากที่สุด ส่วนการรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพ กลับเป็นปัจจัยทำให้เข้าถึงบริการลดลง (สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ และคณะ 2547)

การสำรวจแนวคิดต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นความคิดเห็นที่มีอิทธิพลแทรกซ้อนจากหลายปัจจัยคล้ายคลึงกับความพึงพอใจ เช่น ผู้มีบัตรทองส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมีผลต่อประชาชนดีกว่าหลักประกันสุขภาพชนิดอื่น ขณะเดียวกัน ผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการหรือผู้มีสิทธิประกันสังคมเห็นว่าหลักประกันของตนดีกว่า 30 บาทรักษาทุกโรค เมื่อความคิดเห็นเป็นเช่นนี้แสดงว่าหลักประกันสุขภาพแต่ละชนิดให้ผลในระดับที่น่าพึงพอใจเพราะแต่ละฝ่ายคิดว่าหลักประกันของตนดีกว่าของคนอื่น

ข้อมูลการตรวจร่างกายกับสถานะสุขภาพที่ประเมินตนเอง

การตรวจร่างกายให้ข้อมูลตรงกันกับการประเมินสุขภาพตนเองหรือไม่ การวิจัยนี้พบว่าคะแนนประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างประเมิน 2 ครั้งต่างกันมาก ($Kappa = 0.042$) โดยคะแนนที่ให้ในวันตรวจร่างกายต่ำกว่าคะแนนที่ให้วันสัมภาษณ์ครัวเรือน แต่การให้ประวัติว่าเป็นโรคความดันเลือดสูงและเบาหวาน มีความตรงกันมากขึ้น ($Kappa = 0.40$ สำหรับความดันเลือดสูงและ 0.78 สำหรับเบาหวาน) อัตราการพบโรคในคนที่ไม่มีประวัติว่าเป็นความดันเลือดสูงประมาณร้อยละ 4-21 โดยเป็นความดันเลือดสูงชนิดปานกลางประมาณร้อยละ 4-5 และเป็นความดันเลือดสูงชนิดเล็กน้อยมากถึงร้อยละ 18-21 ส่วนอัตราการพบโรคผู้ไม่มีประวัติเบาหวาน พบเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 3 นั้นหมายถึงว่าถ้ามีความตรงกันสูง การพบโรคเพิ่มเติมจะลดลง

คะแนนสถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองค่อนข้างสอดคล้องกับสุขภาพจากการตรวจร่างกาย เช่น ผู้สงสัยเป็นโรคเลือดธาลัสซีเมียมีคะแนนแตกต่างจากผู้ไม่สงสัยธาลัสซีเมีย ผู้เป็นเบาหวานมีคะแนนสถานะสุขภาพสูงกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจากการตรวจร่างกาย

ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนสถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเอง สัดส่วนร่างกายเส้นรอบเอวและสะโพกเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่งของผู้ป่วยความดันเลือดสูงและเบาหวาน การตรวจเลือดพบปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจในผู้เป็นความดันเลือดสูงจะมากกว่าประชากรที่ไม่เป็นความ

ดันเลือดสูง เช่น ไขมันในเลือดและน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า แต่ที่น่าสังเกตคือประวัติว่าปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่น้อยกว่าในกลุ่มที่เป็นโรคความดันเลือดสูงและเป็นเบาหวานเมื่อเทียบกับประชากรที่ไม่เป็นโรคเรื้อรังเหล่านี้ แสดงถึงการได้รับคำแนะนำในการดูแลที่ดี เพราะเมื่อเทียบกับกลุ่มที่เป็นโรคแต่ไม่รักษา มีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่ามาก

การคำนวณคะแนนความเสี่ยงของโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าด้วยการตรวจร่างกาย และคะแนน Framingham พบว่า ประชากรเพศชายในอำเภอทุ่งเสลี่ยมและศรีสัชนาลัย มีความเสี่ยงใน 10 ปีข้างหน้าสูงกว่าเพศหญิง โดยเพศชายที่มีความเสี่ยงมากกว่าร้อยละ 10 (Pasternak 2002) มากถึงร้อยละ 57 ส่วนเพศหญิงมีเพียงร้อยละ 7 เท่านั้น อย่างไรก็ตาม การใช้คะแนน Framingham ทำนายโอกาสเสี่ยงจากการตายด้วยโรคหัวใจยังพบว่ามักประเมินสูงกว่าความเป็นจริงทั้งในประเทศไทย (Brindle et al 2003) และประเทศจีน (Lui et al 2004)

สรุป

ถ้าเป้าหมายนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมไม่เป็นอุปสรรคกีดขวาง การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2546 ว่าเกิดผลในทางปฏิบัติมากน้อยเพียงใด โดยการประเมินนี้ให้ความสำคัญกับผลกระทบที่เกิดกับครัวเรือน การประเมินใช้วิธีสำรวจซ้ำครัวเรือนเดิมที่ทำการสำรวจครั้งแรกในปี 2544 (panel household survey) ครอบคลุมครัวเรือนประมาณ 4,000 ครัวเรือนในจังหวัดสุโขทัย อุบลราชธานี สมุทรสาคร ภูเก็ต และยังมีวิธีวิจัยเพิ่มเติมคือ การตรวจร่างกายประชาชนเพื่อหาความตรงกันของข้อมูลสุขภาพจากการสัมภาษณ์กับข้อมูลสุขภาพจากการตรวจร่างกายในอำเภอทุ่งเสลี่ยมและศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

อัตราการพบครัวเรือนเดิมประมาณร้อยละ 77 และพบสมาชิกครัวเรือนคนเดิมร้อยละ 70 จังหวัดที่พบครัวเรือนเดิมและสมาชิกคนเดิมมากที่สุดคืออุบลราชธานี จังหวัดที่พบต่ำที่สุดคือภูเก็ต ความเป็นธรรมในการมีหลักประกันสุขภาพดีขึ้น คือผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ลดจากร้อยละ 8.8 ในปี 2544 เหลือร้อยละ 4.3 ในปี 2546 ประชาชนจังหวัดสมุทรสาครยังคงไม่มีหลักประกันสุขภาพสูงที่สุดคือประมาณร้อยละ 7.5 ความเป็นธรรมด้านสุขภาพวัดด้วยคะแนนสถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นคะแนนสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับผู้สูงอายุ สิทธิบัตรทอง ส่วนผู้สูงอายุสวัสดิการข้าราชการ แม้คะแนนสถานะสุขภาพจะลดลง แต่ก็ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผู้สูงอายุที่มีสิทธิประกันสังคมมีคะแนนสถานะสุขภาพสูงสุด และคะแนนสุขภาพกลับเพิ่มมากกว่าปีก่อน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยทำนายคะแนนสถานะสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้าน

บวก: คะแนนสถานะสุขภาพปีก่อน รายได้ที่สูงขึ้น การมีงานทำ เพศชาย ปัจจัยด้านลบ: การเจ็บป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ การเป็นโรคเรื้อรัง การต้องนอนโรงพยาบาล อายุ การอยู่จังหวัดอื่นๆ เมื่อเทียบกับญาติ ความเป็นธรรมทางสุขภาพของการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพยังแตกต่างกัน แม้การรับบริการโดยรวมจะต่ำมาก ตัวแปรทำนายการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นได้แก่ อยู่ในเขตเมือง อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป เพศหญิง การศึกษาชั้นมัธยมขึ้นไป และสิทธิข้าราชการ แต่การมีสถานะสุขภาพปีก่อนอยู่ในระดับดี-ดีมาก ทำให้การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพลดลง ความเป็นธรรมของการรับบริการของผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยอธิบายพฤติกรรมรับบริการของผู้มีโรคเรื้อรังเปรียบเทียบการสำรวจ 2 รอบ ได้แก่ อายุเพิ่มขึ้นทำให้ประสบการณ์เลือกวิธีไม่รักษา ดูแลตนเอง และใช้ภาครัฐมากขึ้น ผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเลือกดูแลตนเองและใช้บริการภาครัฐมากขึ้น ระดับมัธยมศึกษาใช้เอกชนมากขึ้น น่าสังเกตว่าผู้มีสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค เลือกไม่รักษา ดูแลตนเอง และใช้เอกชนเพิ่มขึ้น แต่ใช้ภาครัฐลดลง ผู้มีสิทธิข้าราชการก็ใช้บริการเอกชนมากขึ้น ผู้เป็นโรคเบาหวานเลือกวิธีรักษาที่รัฐและเอกชนมากขึ้น ส่วนการคลังสุขภาพ การจ่ายเงินเองเฉพาะผู้มีโรคเรื้อรัง การสำรวจรอบสองมีลักษณะถดถอยต่อรายได้ลดลงกว่ารอบแรก

การตรวจร่างกายผู้มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีผู้รับการตรวจร้อยละ 51 ของผู้ที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ครัวเรือนใน 2 อำเภอของจังหวัดสุโขทัย คะแนนสถานะสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับลักษณะเม็ดเลือดแดง ผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย มีคะแนนสถานะสุขภาพต่ำกว่า ความตรงกันของการให้ประวัติและการตรวจพบโรคความดันเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง (Kappa 0.40, $p=0.00$) และโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง (Kappa 0.78, $p=0.00$) คะแนนสถานะสุขภาพของผู้ไม่เป็นโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้เป็นโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ physical examination ร่วมกับการทำ health survey มีประโยชน์ดังนี้

1. ข้อมูล physical examination ถ้าการวิจัยใหญ่พอ จะทำให้ได้ prevalence ของโรค ซึ่งสามารถใช้เป็นตัวแทนข้อมูลของประชากรไทยได้ หากข้อมูลที่ทำใหญ่พอและเป็นตัวแทนประชากรได้ดี จะป้องกันการทำงานวิจัยขนาดเล็ก หลายๆการศึกษาซ้อนๆ กันได้
2. จากข้อมูล prevalence ที่ได้จาก pilot ในครั้งนี้ สามารถนำมาคำนวณ cost effective ของ health examination program ได้ ซึ่งยังไม่ได้วิเคราะห์ ข้อมูลนี้จะช่วยบอกได้ว่าควรลงทุนทำ health examination ในประชากรหรือไม่ ในโรคอะไร และในประชากรกลุ่มใด
3. การทำ health examination มีประโยชน์ในด้านการ identify กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งจากข้อมูล physical examination ในครั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการตรวจโรคที่สามารถ

รักษาโรค (DM, HT, obesity, hyperlipidemia, hematologic disorder, cervical cancer) หรือป้องกันโรคได้ (Thalassaemia) กลุ่มเสี่ยงของโรคที่พบจากการทำ health examination ควรมีการวิจัยต่อในเรื่องของ health prevention program ในประชากรกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค

4. การเก็บข้อมูลทั้ง health survey และ health examination จะทำให้สามารถหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลจาก health examination และ health status ได้ เก็บข้อมูลแบบ longitudinal หลายปี โดย monitor เรื่องการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำนาย health status จากข้อมูล health examination ซึ่งในการวิเคราะห์ครั้งนี้ยังไม่สามารถหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลจาก health examination และ health status ได้ เนื่องจากข้อมูลมีเพียงจุดเดียว และเป็น cross sectional
- การทำ physical examination ร่วมกับการทำ health survey จัดว่ามีความสมเหตุสมผล ควรทำและขยายเพิ่มขึ้น และควรทำต่อแบบ longitudinal เนื่องจากโรคส่วนใหญ่ที่ตรวจในการศึกษาเป็น chronic disease จึงน่าจะมีการ monitor

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การสำรวจครัวเรือนเดิมมีอัตราค้นพบครัวเรือนเดิมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง แต่อัตราการมาตรวจร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง การใช้วิธีวิจัยเช่นนี้ จึงต้องพิจารณาเป็นอย่างยิ่งถึงคุณค่าเพิ่มของวิธีวิจัยแต่ละชนิด

ประเด็นที่อาจปรับปรุง

แบบสอบถามในการทำ health survey น่าจะมีการลดจำนวนข้อคำถามลงได้ แต่คำถามมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่ต้องการจะวัดจริงๆ

เอกสารอ้างอิง

เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์ ปรีดา โนวฤทธิ์ วรางคณา อินทโลหิต พิทยา ศรีกุลวงศ์ วรณวดี ศิริจันทร์, วิไลวรรณ เทียมประชา (2546) การเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการกับการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาจังหวัดในเขต 6. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

จิตปราณี วาศวิท วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร กัญจนา ติชยาธิคม วลัยพร พัทธนฤมล นวรัตน์ โอปนพันธ์ (2547) อนามัยและสวัสดิการของคนไทยหลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่ 1 เรื่องการเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพและการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของคนไทย วารสารวิชาการสาธารณสุข 13(3): 428-439.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จิตปราณี วาศวิท กัญจนา ติชยาธิคม วลัยพร พัทธนฤมล ภูษิต ประคองสาย (2547) การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต. ในเอกสารทางวิชาการ เพื่อนำเสนอสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิริพร วัฒนพฤกษ์ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย วิวัฒน์ แซ่หลี สาวิตรี ลิ่มชัยอรุณเรือง (2547) การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยบริการปฐมภูมิ วารสารวิชาการสาธารณสุข, 13(3): 480-6.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, เพ็ญแข ลามยี่ง. การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อการประเมินผลการดำเนินงาน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร ภูเก็ต สุโขทัย และอุบลราชธานี, 2545. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2545.

สุรางค์ศรี ศิริมโนชญ์ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย สาวิตรี ลิ่มชัยอรุณเรือง (2547) ปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต วารสารวิชาการสาธารณสุข, 13(1): 82-92.

สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ รัตนา พันธุ์พานิช เพ็ญประภา ศิริโรจน์ เกริกศักดิ์ บุญญาพงศ์ ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ และคณะ (2547ก) รายงานการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ เพ็ญประภา ศิริโรจน์ เกริกศักดิ์ บุญญาพงศ์ วงศา เลหาศิริวงศ์ ภัทระ แสนไชย สุริยา สมพนธ์ ทศนิยม และคณะ (2547ข) โครงการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของ 5 จังหวัดนำ

รื่องที่กำหนดให้ผู้รับบริการเลือกสถานพยาบาลได้โดยสมัครใจ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์ และคณะ (2547) พฤติกรรมและการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ในเขตก่อสร้าง จ.สมุทรปราการภายใต้นโยบายการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ระยะที่ 1 นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Brindle P, Emberson J, Lampe F, Walker M, Whincup P, Fahey T, Ebrahim S (2003) Predictive accuracy of the Framingham coronary risk score in British men: prospective cohort study. *BMJ*, 327: 1-6.

Liu J, Hong Y, D'Agostino RB, Wu Z, Wang W, Sun J, Wilson PWF, Kannel WB, Zhao D (2004) Predictive Value for the Chinese Population of the Framingham CHD Risk Assessment Tool Compared With the Chinese Multi-provincial Cohort Study. *JAMA* 291(21): 2591-9.

Lutchmaya S, Baron-Cohen S, Raggatt P, Knickmeyer R, Manning JT (2004). 2nd to 4th digit ratios, fetal testosterone and estradiol. *Early Hum Dev*, **77**, 23-8.

Manning JT (2002). *Digit ratio: A pointer to fertility, behaviour and health*. NJ: Rutgers University press.

Pannarunothai S, Patmasirawat D, Kongsawat S, Srithamrongsawat S, Suttayakom W, Rodsawaeng P (2002). Sustainable Universal Health Coverage: Household Met Need. Research report to JICA and Health Systems Research Institute

Pasternak RC (2002) 2001 National Cholesterol Education Program (NCEP) Guidelines on the Detection, Evaluation and Treatment of Elevated Cholesterol in Adults: Adult Treatment Panel III (ATP III). *American College of Cardiology Current Journal Review*, July/August, 37-45.

ภาคผนวก

ตารางผนวกที่ 1 ความชุกของโรคเรื้อรัง จากการสำรวจ 2 รอบ

	รอบ 1	รอบ 2	% รอบ 1	% รอบ 2
โรคความดันโลหิตสูง	423	430	2.5%	2.6%
เบาหวาน	333	331	2.0%	2.0%
โรคภูมิแพ้	285	213	1.7%	1.3%
โรคหอบหืด/หลอดลมอักเสบ/ถุงลมโป่งพอง	172	168	1.0%	1.0%
โรคทางเดินอาหาร (แผลในกระเพาะอาหาร/ลำไส้)	244	158	1.5%	1.0%
โรคข้ออักเสบ/เก๊าท์	135	138	0.8%	0.8%
โรคหัวใจ	114	112	0.7%	0.7%
โรคไต	31	27	0.2%	0.2%
โรคจิต/ประสาท	36	20	0.2%	0.1%
โรคมะเร็ง/เนื้องอก	31	18	0.2%	0.1%
ลมชัก/ลมบ้าหมู	14	18	0.1%	0.1%
วัณโรค	9	13	0.1%	0.1%
โรคเรื้อน	3	10	0.0%	0.1%
โรคหลอดเลือดในสมอง	12	9	0.1%	0.1%
โรคตับอักเสบเรื้อรัง/ตับแข็ง	14	6	0.1%	0.0%
โรคพิษสุราเรื้อรัง	2	5	0.0%	0.0%
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS & HIV)	5	3	0.0%	0.0%
มีการระบุโรคมากกว่า 1 อย่างในช่องเดียว	30	187	0.2%	1.1%
อื่นๆ ระบุ.....	491	238	3.0%	1.4%
รวมโรคเรื้อรัง	2,384	2,104	14.4%	12.7%
ประชากรทั้งหมดที่สำรวจ	16,593	16,615		

ตารางผนวกที่ ความชุกของโรคเรื้อรัง ในกลุ่มผู้ที่มารับการตรวจร่างกาย

	จำนวน	%
โรคความดันโลหิตสูง	39	7.0%
โรคข้ออักเสบ/เก๊าท์	19	3.4%
เบาหวาน	19	3.4%
โรคภูมิแพ้	16	2.9%
โรคทางเดินอาหาร (แผลในกระเพาะอาหาร/ลำไส้)	15	2.7%
โรคหอบหืด/หลอดลมอักเสบ/ถุงลมโป่งพอง	12	2.2%
โรคหัวใจ	7	1.3%
วัณโรค	2	0.4%
โรคเรื้อน	2	0.4%
โรคไต	2	0.4%
โรคมะเร็ง/เนื้องอก	1	0.2%
โรคจิต/ประสาท	1	0.2%
โรคตับอักเสบเรื้อรัง/ตับแข็ง	1	0.2%
มีการระบุโรคมากกว่า 1 อย่างในช่องเดียว	9	1.6%
อื่นๆ ระบุ.....	37	6.7%
รวม	182	32.9%
จำนวนผู้ที่มาตรวจร่างกาย	554	

ตารางผนวกที่ 1 ลักษณะความพิการที่สำรวจทั้ง 2 รอบ

	รอบ 1	รอบ 2	% รอบ 1	% รอบ 2
หูหนวก (1 หรือ 2 ข้าง)	17	9	0.10%	0.05%
ตาบอด (1 หรือ 2 ข้าง)	18	23	0.11%	0.14%
ปากแหว่ง/เพดานโหว่	4	0	0.02%	0.00%
พูดไม่ชัด เป็นใบ้	6	5	0.04%	0.03%
แขน ขา ขาด	22	19	0.13%	0.11%
มือ เท้า ขาด	8	8	0.05%	0.05%
อัมพาตทุกชนิด และอัมพฤกษ์	47	62	0.28%	0.37%
สมองพิการ	22	22	0.13%	0.13%
อื่นๆ ระบุ.....	72	29	0.43%	0.17%
รวม	216	177	1.30%	1.07%
ประชากรที่สำรวจ	16,593	16,615		

ตารางผนวกที่ 2 ลักษณะความพิการของผู้ที่ได้รับการตรวจร่างกาย

	จำนวน
ตาบอด (1 หรือ 2 ข้าง)	2
แขน ขา ขาด	1
อัมพาตทุกชนิด และอัมพฤกษ์	2
อื่นๆ	1
รวม	6