



การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย
โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2546 - 2547 ฉบับย่อ

บรรณาธิการฉบับสมบูรณ์
พญ.เยาวรัตน์ ปริกเขษาม
พญ.พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์

บรรณาธิการฉบับย่อ
รศ.นพ.วิชัย เอกพลากร

“สำรวจรอยโรค”

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทย ฉบับกระบี่

บรรณาธิการ : นพ.วิชัย เอกพลากร

ผู้ช่วยบรรณาธิการ : กุลธิดา จันทร์เจริญ

: อภิญา ตันทวีวงศ์

ผู้ประสานงาน : ฉัตรทิพย์ พันธกิจ

จัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2951-1286-93 โทรสาร 0-2951-1295

พิมพ์ครั้งแรก : มกราคม 2550

สงวนสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ราคา บาท

ออกแบบปกและภาพประกอบ : บริษัท ลายเส้น กราฟฟิค จำกัด

โทรศัพท์ 0-2729-3951 e-mail: laizengraphic@yahoo.co.th

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

นพ.วิชัย เอกพลากร บรรณาธิการ

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทย. --

กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550

..... หน้า

1. รวมเรื่อง 1. ชื่อเรื่อง

ISBN 978-974-299-102-9

ดำเนินการโดย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

รายงานฉบับนี้เป็นผลงานของเครือข่ายนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนครั้งที่ 3 ในปี 2546-47 ประกอบด้วยนักวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัย ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ในการจัดเตรียม สํารวจเก็บข้อมูล การตรวจร่างกาย ตรวจเลือด ใช้แบบเก็บข้อมูลที่ละเอียดจำนวนกว่า 300 ข้อ จากกลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มตามหลักวิชาการ จำนวนกว่า 40,000 คนทั่วประเทศ แต่ละคนใช้เวลาในการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลไม่ต่ำกว่า 2 ชั่วโมง จากนั้นมีการประมวล วิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลตามหลักวิชาการ

ท่านจะได้ทราบผลการสำรวจ ภาวะสุขภาพที่สรุปกระชับ แต่แน่นด้วยเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพและประชาชนที่สนใจได้ทราบสถานการณ์ปัญหาทางสุขภาพ ในภาพรวมและจำแนกตามภาค ได้ครอบคลุมทุกประเด็นทางสุขภาพที่มีการสำรวจฯ ตามต้นฉบับเดิม ได้แก่ พฤติกรรมการกินอาหาร ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง ภาวะอ้วน พฤติกรรมทางเพศ และสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนการตรวจร่างกาย การตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลและระดับคอเลสเตอรอล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

รายงานฉบับนี้จึงเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ส่วนหนึ่งสำหรับผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ในการกำหนดเป้าหมาย การจัดการ และการดำเนินงานทางสุขภาพสำหรับประชาชน

ทางผู้จัดทำขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนในการเริ่มต้นวางแผน
การจัดการ การดำเนินการสำรวจและเก็บข้อมูล การทำฐานข้อมูล
การวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์

หวังว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงาน
สุขภาพสำหรับประชาชนต่อไป

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มกราคม 2550

บทนำ

"ผลการสำรวจที่ได้แสดงให้เห็นถึงความถึงสถานะสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประชากรเป้าหมาย สามารถนำไปใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศ ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลในการติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลโครงการสุขภาพต่างๆ"

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย เป็นหนึ่งในโครงการสำรวจระดับประเทศ ซึ่งได้เริ่มดำเนินการเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2534 และถัดมาเป็นครั้งที่สองในปี พ.ศ. 2539 สำหรับการสำรวจครั้งที่สามในปี พ.ศ. 2547 นี้ สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย (สกสอ.) ซึ่งจัดตั้งโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นองค์กรที่ดำเนินการ ร่วมกับเครือข่ายนักวิจัยในพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการสำรวจครั้งนี้คือ เพื่อแสดงสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยในระดับประเทศ ภาคและเขตสาธารณสุข เป็นรายหมวดอายุ และเขตการปกครอง และเพื่อแสดงความชุกของโรคที่สำคัญ ภาวะความเจ็บป่วย ภาวะพิการ ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนไทย เพื่อจัดทำระบบข้อมูลสำหรับใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค

ประชากรกลุ่มเป้าหมายในการสำรวจครั้งนี้มี 4 กลุ่มย่อย คือ วัยแรงงานชาย หญิง อายุ 15-59 ปี และวัยสูงอายุ ชาย หญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป การสำรวจได้ใช้แผนการสุ่มตัวอย่างเชิงความน่าจะเป็นแบบสามขั้นอย่างมีชั้นภูมิ (Three-stage Stratified probability Sampling) หน่วยประชากรขั้นแรกคือจังหวัด หน่วย

ประชากรชั้นสองคือหน่วยเลือกตั้งสำหรับพื้นที่ในเขตเทศบาล และหมู่บ้าน สำหรับพื้นที่นอกเขตเทศบาลและหน่วยประชากรชั้นสุดท้ายคือบุคคลตามนิยามประชากรเป้าหมายของการสำรวจ จำนวนบุคคลตัวอย่างที่ประมาณค่าไว้ในการสำรวจ คือ 42,120 คน และจำนวนตัวอย่างที่ได้จากการสำรวจคือ 39,290 คน

การดำเนินการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงเวลาดังแต่ 15 มกราคม -15 เมษายน พ.ศ. 2547 โดยมีเครือข่ายดำเนินงานประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รับผิดชอบเก็บข้อมูล ในภาคกลาง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เก็บข้อมูล ในกรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เก็บข้อมูล ในภาคเหนือ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นรับผิดชอบ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในภาคใต้ พร้อมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลประจำจังหวัด ห้องปฏิบัติการในพื้นที่เพื่อการตรวจ ผลเลือด และจัดส่งซีรุ่มไปเก็บไว้ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อการศึกษาในระยะต่อไป

ข้อมูลสำคัญในการสำรวจครั้งนี้ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปโดยเฉพาะด้านสังคม เศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมเสี่ยง เช่น อาหาร กิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคที่สำคัญโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุการบาดเจ็บ และการใช้ยา พฤติกรรมทางเพศ อนาามัย เจริญพันธ์ และผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะมีคำถามเกี่ยวกับสถานะสุขภาพทางกาย จิต และสังคมที่แสดงถึงความเป็นอยู่ดีของผู้สูง

อายุ ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการบดเคี้ยว สภาพสมองปกติ มีหลักประกันของความมั่นคงในที่อยู่อาศัย รายได้ บริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมพื้นฐาน มีการดัดแปลงบ้านเพื่อให้เหมาะสมและป้องกันอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากอายุ เช่น การหกล้ม สภาพการดำรงชีวิตอย่างอบอุ่น ไม่เป็นภาระในครัวเรือน และที่สำคัญคือข้อมูลการตรวจร่างกายคือ น้ำหนักและส่วนสูง เส้นรอบเอว (เป็นเซนติเมตร) ความดันโลหิต ชีพจร นอกจากการตรวจเลือดจะมีผลของ Hemoglobin และ Hematocrit, น้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) โคเลสเตอรอล (Total cholesterol) และ CBC

ผลการสำรวจประชากรตัวอย่างที่ได้จากการสำรวจ ภายหลังจากการตรวจสอบคุณภาพความถูกต้องตัวแปรต่างๆ โดยใช้โปรแกรม Stata 9.0 (Stata Corporation Texas) ได้ตัวอย่างจำนวนสุดท้ายคือ 39,290 คน โดยประกอบด้วยชายอายุ 15-59 ปี จำนวน 9,515 คน หญิงอายุ 15-59 ปี 10,403 คน ชายอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 9,419 คน และประชากรตัวอย่างหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 9,953 คน

ทั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ได้มีการถ่วงน้ำหนัก และใช้ตัวคาดประมาณที่สอดคล้องกับแผนสุ่มตัวอย่าง ค่าที่ได้จะทำให้ทราบถึงลักษณะพื้นฐานของตัวอย่าง ขั้นตอนแรกเป็นการตรวจสอบว่าโครงสร้างของอายุและเพศของประชากรตัวอย่าง สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรของประเทศหรือไม่อย่างไร เพื่อประเมินความเชื่อถือได้ของค่าประมาณลักษณะทางสังคม และเศรษฐกิจของตัวอย่างต่อไป

ในส่วนของคุณลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างได้นำเสนอด้วยตัวแปรหลัก คือ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส สถานภาพการทำงานเชิงเศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้ของบุคคลที่เป็นตัวอย่าง การนำเสนอค่าคาดประมาณของตัวแปรหลักเหล่านี้เป็นค่าที่ปรับด้วยการถ่วงน้ำหนักตามโครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรไทย จากระบบทะเบียนราษฎร ปี พ.ศ. 2547 ผลการสำรวจได้นำเสนอในระดับประเทศและภาค เนื่องจากสภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของประชากรไทย มีความแตกต่างกันไปตามสภาพพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ สภาวะสิ่งแวดล้อม ตลอดจนวัฒนธรรมประเพณีและแนวทางในการดำรงชีวิต นอกจากนี้ การนำเสนอผลสำรวจในลักษณะดังกล่าวยังเป็นประโยชน์ในการวางนโยบาย กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานด้านสาธารณสุข และการประเมินผลการดำเนินการที่ผ่านมา

เนื้อหาในรายงานฉบับเผยแพร่สาธารณะนี้ มุ่งที่การนำผลสำรวจไปใช้ประโยชน์ในการทำงานของผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องเป็นสำคัญ ดังนั้น จึงคัดมาเฉพาะในส่วนของผลการสำรวจสถานะสุขภาพของประชากรครั้งล่าสุดนี้ โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

บทที่ 1 ผลการสำรวจในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยง ปัญหาสุขภาพ และระดับการได้รับบริการ เริ่มด้วยสภาวะสุขภาพที่ได้จากแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย และการได้รับอาหารผักและผลไม้

นอกจากนี้ยังได้เสนอผลสำรวจความชุกของโรคหรือปัญหาที่พบบ่อยกับระดับบริการที่ได้รับ ซึ่งเป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งได้แก่ ความดันเลือดสูง ระดับคลอเลสเทอรอลในเลือด ภาวะอ้วน เบาหวาน ภาวะชืดและโลหิตจาง และอื่นๆ ตามด้วยความชุกของการใช้ยา และชนิดของยาที่ใช้เป็นประจำ หัวข้อสุดท้ายเป็นเรื่องการบาดเจ็บ

บทที่ 2 นำเสนอผลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ของตัวอย่าง อายุ 15-59 ปี โดยรายงานถึงประวัติการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว พฤติกรรมทางเพศ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมในตัวอย่างหญิง

บทที่ 3 เป็นผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้นำเสนอเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ลักษณะทางสังคมและประชากร หลักประเด็นด้านที่อยู่อาศัย ความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเน้นที่การทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน โดยอิสระ ความชุกของโรคประจำตัวที่มีหลายโรคพร้อมกันที่เป็นเหตุ นำของการใช้ยาประจำตัวหลายขนาน พันและการบาดเจ็บ การหกล้มตั้งแต่อายุ 60 ปี สาเหตุและผลตามมา ประเด็นสุดท้ายคือผลการตรวจคัดกรองสภาพสมองของคนไทยที่ความบกพร่องส่วนใหญ่ ได้แก่ สมองเสื่อม หรือเป็นผลตามมาของภาวะเส้นเลือดในสมองแตก เป็นต้น

ทั้งนี้ รายงานฉบับเผยแพร่สาธารณะได้คัดทอนรายละเอียดของระเบียบวิธีการสำรวจ ลักษณะกลุ่มประชากรที่สำรวจ และผลสำรวจในบางส่วนออกไปเพื่อให้มีรูปเล่มที่กระชับ และสามารถเผยแพร่ได้ในวงกว้าง สำหรับผู้ที่ต้องการศึกษาข้อมูลที่สมบูรณ์

สามารถสืบค้นได้จากรายงานฉบับวิชาการ โดยสามารถขอรับ
เอกสารรายงาน หรือดาวน์โหลดได้โดยสะดวกจากเว็บไซต์ของสถาบัน
วิจัยระบบสาธารณสุข www.hsri.or.th

ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ของตัวอย่าง
อายุ 15 ปีขึ้นไป มีดังนี้

โครงสร้างทางอายุและเพศ พบว่า พิระมิดประชากรใน
ตัวอย่าง มีความสอดคล้องกับพิระมิดประชากรทั้งประเทศ ปี
พ.ศ. 2543

การได้รับการศึกษา เมื่อใช้จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่ได้รับ
การศึกษาเป็นตัวชี้วัด พบว่าตัวอย่างของชายและหญิงอายุ
15-29 ปีได้เรียน ประมาณ 9 ปี โดยเท่าเทียมกัน ข้อมูลนี้สะท้อน
ถึงความก้าวหน้าในความครอบคลุมบริการการศึกษาภาคบังคับ
และการเรียนต่อในระดับสูงขึ้นของกลุ่มนี้ สำหรับระดับการได้รับ
การศึกษานั้นน้อยลงในกลุ่มที่มีอายุมากขึ้น จนถึงระดับต่ำสุด
ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่เรียนไม่ถึง 4 ปี ผู้ที่อยู่ในกรุงเทพฯ
และเขตเมืองมีโอกาสได้รับการศึกษาสูงกว่าในเขตชนบท และ
ภาคใต้ประชากรได้รับการศึกษาสูงกว่าภาคอื่นๆ

สถานภาพสมรส มีแบบแผนเช่นเดียวกับการสำรวจที่
ผ่านมา คือ ผู้ครองโสดลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่าร้อยละ
ของผู้ครองโสดในวัยแรงงานเท่ากับ 19 และ ร้อยละ 3 ในวัยสูงอายุ
สัดส่วนของผู้สมรสที่อยู่ด้วยกันจะเพิ่มเป็นร้อยละ 73 และ 64
ในวัยแรงงานและวัยสูงอายุตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนของผู้

เป็นหม้าย หย่า แยก มีร้อยละ 8 และร้อยละ 33 ในกลุ่มวัย
แรงงานและของผู้สูงอายุ โดยผู้หญิงที่เป็นหม้ายต้องอยู่คนเดียว
สูงกว่าผู้ชายอายุเดียวกันเกือบเท่าตัว โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 80
ปีขึ้นไป นอกจากนี้พบว่า แนวโน้มว่าผู้ครองโสดกำลังเพิ่มขึ้น

สภาพการทำงานในวัยแรงงานชายประมาณร้อยละ 71
และหญิงประมาณร้อยละ 53 กำลังทำงานอยู่ ผู้สูงอายุชายและ
หญิง ยังทำงานอยู่ร้อยละ 46 และ 8 ตามลำดับ สัดส่วนของวัย
แรงงาน ว่างานมีประมาณร้อยละ 6-8 ในตัวอย่างชายและหญิง
เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุ (70-80 ปี) ยังมีเกือบครึ่งหนึ่งที่ยัง
ทำงานอยู่ ส่วนใหญ่ของการทำงานคือธุรกิจส่วนตัว และงานที่ไม่
เกษียณอายุ เมื่อจำแนกตามภาค สัดส่วนของผู้ชายที่ทำงานสูงสุด
จากภาคใต้ ร้อยละ 81 รองลงมาตามลำดับคือ ภาคกลาง กทม.
ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 56) ผู้หญิง
ต่ำกว่าผู้ชายประมาณร้อยละ 15-20

รายได้ต่อคนต่อเดือน รายได้มัธยฐานโดยรวม อยู่ใน
ระดับ 5,000 บาท ต่อเดือน ผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง คือ 5,800 บาท
และ 4,000 บาทตามลำดับ ผู้ที่อยู่ในระดับต่ำกว่าเส้นยากจน
(1,230 บาทต่อคนต่อเดือน) มีประมาณร้อยละ 10 ในผู้ชายอายุ
15-59 ปี และร้อยละ 20 ในผู้หญิงอายุเดียวกัน สัดส่วนนี้เพิ่ม
มากขึ้นตามอายุ ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าคนยากจนมี
ร้อยละ 30, 50 และ 60 ในผู้ชายอายุ 60-69, 70-79 และ
80 ปี ขึ้นไป และสูงกว่าในหญิงสูงอายุในกลุ่มอายุเดียวกันเป็น
ร้อยละ 47, 64 และ 82 ตามลำดับ การวิเคราะห์ตามรายภาค
พบว่า ผู้ที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือตอนบนมี

สัดส่วนคนยากจนมากกว่าภาคอื่นๆ โดยประมาณ ประชากรชาย และหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป 2.9 ล้านคนและ 5 ล้านคน มีรายได้ ต่ำกว่าเส้นยากจนต่อเดือน ประชากรจากเขต 5, 6, 7 และ 10 มีสัดส่วนยากจนกว่าเขตอื่นๆ

สารบัญ

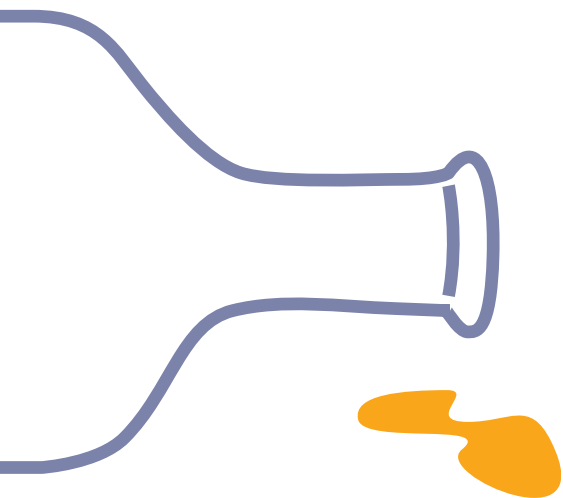
บทที่ 1 ปัญหาสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยง	15
1.1 พฤติกรรมเสี่ยง	18
1.1.1 การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	18
1.1.2 การสูบบุหรี่	21
1.1.3 กิจกรรมทางกาย	31
1.1.4 การบริโภคผักและผลไม้	36
1.2 ความชุกของโรค ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และระดับบริการที่ได้รับ	40
1.2.1 ความดันเลือดสูง	49
1.2.2 ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง	44
1.2.3 ภาวะน้ำหนักตัวน้อย น้ำหนักตัวเกิน และภาวะอ้วน (weight, overweight and obesity)	47
1.2.4 เบาหวาน	54
1.2.5 ภาวะโลหิตจาง	60
1.2.6 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจหลอดเลือด หลายปัจจัย (Multiple CVD risk factors)	65
1.2.7 ความชุกของโรคเรื้อรังตามคำบอก ของบุคลากรสาธารณสุข	68
1.3 ความชุก และชนิดของยาที่ใช้เป็นประจำ	68
1.4 การบาดเจ็บ	72
บทที่ 2 อนามัย เจริญพันธุ์	75
2.1 อนามัยเจริญพันธุ์ในประชากรหญิงอายุ 15-59 ปี	77

2.2 การให้บริการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเบื้องต้น	
ในสตรีอายุ 15-59 ปี	79
2.2.1 มะเร็งปากมดลูก	79
2.2.2 มะเร็งเต้านม	81
2.3 การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์	84
 บทที่ 3 สภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุ	89
3.1 ลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุไทย	91
3.2 ความสามารถในการทำหน้าที่	92
3.2.1 การวัดภาวะพึงพาในกิจวัตรประจำวัน	
การทำหน้าที่ และกิจกรรมทางสังคม	92
3.2.2 สภาวะการมีโรคประจำตัวหลายโรค	97
3.2.3 อุบัติเหตุจากการหกล้ม	98
3.3 โครงสร้างบ้านและการดัดแปลงบ้านเพื่อป้องกัน	
อุบัติเหตุ	103
3.3.1 ลักษณะโครงสร้างของบ้าน	103
3.3.2 การใช้บันไดเป็นประจำทุกวันและการป้องกัน	105
3.3.3 การดัดแปลงบ้าน	106
3.4 พ้นและการบาดเจ็บ	108
3.5 การตรวจคัดกรองสภาพสมอง	110
3.6 หลักประกันในที่อยู่อาศัย	112
3.6.1 ความเป็นเจ้าของบ้านของผู้สูงอายุ	112
3.6.2 ลักษณะของการอยู่อาศัย	114
3.6.3 ผู้ดูแลเมื่อจำเป็น	116
3.7 หลักประกันทางเศรษฐกิจ	118
3.7.1 ภาวะการทำงานเชิงเศรษฐกิจ	118

3.7.2 ลักษณะของงานหนัก	120
3.7.3 สาเหตุที่ต้องทำงาน	120
3.7.4 การมีรายได้ของตนเอง	120
3.7.5 แหล่งที่มาของรายได้	123
3.7.6 ถ้าไม่มีรายได้ ได้รับความช่วยเหลือ จากแหล่งใด	124
3.7.7 ความขัดสนทางการเงิน และการดำรงชีวิต	125
3.7.8 ความขัดสนในความจำเป็นพื้นฐาน	130
เอกสารอ้างอิง	131

1.

ปัญหาสุขภาพ
และปัจจัยเสี่ยง



ก การสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 นี้ ศึกษาความชุก (prevalence) ของปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ตลอดจนความครอบคลุมของการได้รับการรักษาพยาบาลและตรวจคัดกรอง (screening test) โรคเรื้อรังต่างๆ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขอนามัยการเจริญพันธุ์ การใช้ยาและสภาวะการบาดเจ็บต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในรอบหนึ่งปีก่อนการสำรวจ

ประเด็นการนำเสนอข้อมูลในทบทวนประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่

- 1.1 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 1.2 การสูบบุหรี่
- 1.3 การบริโภคผักและผลไม้
- 1.4 การมีกิจกรรมทางกาย

2. สภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่

- 2.1 ความดันเลือดสูง
- 2.2 คอเลสเตอรอลในเลือดสูง
- 2.3 เบาหวาน
- 2.4 ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน
- 2.5 ภาวะซีด เลือดจาง

3. การใช้ยา

4. การบาดเจ็บ

1.1 พฤติกรรมเสี่ยง

1.1.1 การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

4 ระดับของการ “ดื่ม”

ในการสำรวจครั้งนี้ได้แบ่งกลุ่มผู้บริโภคแอลกอฮอล์ตามระดับความเสี่ยงเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มผู้บริโภคแอลกอฮอล์	แอลกอฮอล์ (Ethanol) บริโภคต่อวัน (กรัม)	
	ชาย	หญิง
กลุ่ม 1 - ไม่ดื่ม	0	0
กลุ่ม 2 - ดื่มอย่างมีสติ (responsible)	> 0 และ < 40	> 0 และ < 20
กลุ่ม 3 - ดื่มอย่างอันตราย (harmful)	≥ 40 และ < 60	≥ 20 และ < 40
กลุ่ม 4 - ดื่มอย่างอันตรายมาก	≥ 60	≥ 40

ในภาพรวมประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 70 ในชายและ ร้อยละ 35 ในหญิง ดื่มสุรา โดยชายอายุ 15-29 ปี เป็นกลุ่มที่มีการดื่มอย่างอันตรายสูงกว่าชายกลุ่มอายุอื่นๆ คือ ร้อยละ 21.7 ในเพศหญิงทุกกลุ่มอายุมีการดื่มอย่างอันตรายสูงเพียงร้อยละ 0.3-2.7 สำหรับการดื่มอย่างหนักพบว่าลดลงตามอายุในทั้งชายและหญิง (ตารางที่ 1)



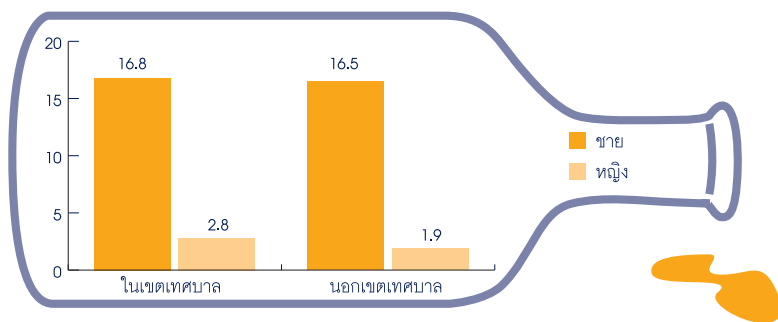
ตารางที่ 1.1 ร้อยละของประชากรที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับต่างๆ แยกตามอายุและเพศ

ระดับของการดื่ม ²	อายุ (ปี)						ทุกอายุ
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	
เพศชาย (N = 18,897)							
- ไม่ดื่ม (Abstainer)	21.7	20.4	29.5	49.2	63.7	78.0	27.4
- ดื่มอย่างมีสติ (Responsible)	54.3	57.9	55.5	43.0	31.2	18.4	53.4
- ดื่มอย่างอันตราย (Harmful)	6.1	6.9	4.3	2.0	1.0	0.9	5.4
- ดื่มอย่างอันตรายมาก (Hazardous)	15.4	12.2	8.3	3.2	1.4	0.1	11.2
- ดื่มแต่ไม่ทราบปริมาณ	2.5	2.7	2.4	2.6	2.8	2.6	2.6
เพศหญิง (N = 20,313)							
- ไม่ดื่ม (Abstainer)	64.2	56.7	65.3	81.1	87.4	90.0	64.9
- ดื่มอย่างมีสติ (Responsible)	30.6	37.8	29.4	16.0	10.5	8.8	30.2
- ดื่มอย่างอันตราย (Harmful)	0.7	1.0	1.2	0.5	0.4	0.3	0.9
- ดื่มอย่างอันตรายมาก (Hazardous)	1.9	1.2	1.0	0.4	0.3	0.3	1.2
- ดื่มแต่ไม่ทราบปริมาณ	2.7	3.3	3.0	1.9	1.4	0.6	2.8

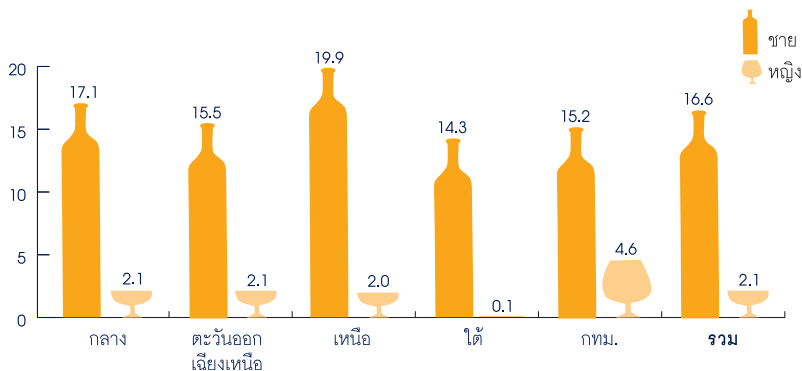
ประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.6 และหญิงอายุเท่ากัน ร้อยละ 2.1 เป็นกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่อันตรายถึงอันตรายมาก ทั้งชายและหญิงในเขตเมืองหรือในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของการดื่มอย่างอันตรายใกล้เคียงกับนอกเขตเทศบาล (รูปที่ 1.1)

ด้าน ความชุกของการดื่มอย่างอันตรายในภาคต่างๆ พบว่าผู้ชายในภาคเหนือ มีความชุกสูงกว่าภาคอื่นๆ รวมทั้งกรุงเทพฯ รองลงมาคือผู้ชายในภาคกลาง และภาคใต้ สำหรับในเพศหญิงพบว่าหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปในกรุงเทพฯ มีความชุกของการดื่มอย่างอันตรายสูงสุดกว่าภาคอื่นๆ คือ มากกว่าภาคอื่นๆ เกือบ 2 เท่า (รูปที่ 1.2)

รูปที่ 1.1 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายจำแนกตามเพศและตามเขตการปกครอง



รูปที่ 1.2 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายจำแนกตามเพศและภาค



การวิเคราะห์ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม พบว่า ผู้ชายอายุ 15-29 ปี เป็นกลุ่มที่ บริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณสูงกว่ากลุ่มอื่น คือ มากกว่า 15 กรัมขึ้นไปต่อวัน แต่ในเพศหญิง กลุ่มที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกกลุ่มอายุใกล้เคียงกัน คือ เฉลี่ย 0.3-0.5 กรัมต่อวัน

ตารางที่ 1.2 ปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคต่อวันโดยเฉลี่ย (มาตรฐาน)
และกรัมของแอลกอฮอล์ในกลุ่มที่ดื่มสุร่าจำแนกตาม
อายุและเพศ

อายุ (ปี)	ชาย			หญิง		
	ปริมาณ แอลกอฮอล์ /วัน (กรัม)	ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด (กรัม)	ประชากร ตัวอย่าง	ปริมาณ แอลกอฮอล์ /วัน (กรัม)	ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด (กรัม)	ประชากร ตัวอย่าง
15-29	15.7	0.01-1674.6	1,581	0.3	0.01-382.6	595
30-44	13.2	0.01-2704.1	2,792	0.4	0.01-954.1	1,623
45-59	8.3	0.01-1075.9	2,383	0.4	0.01-373.3	1,295
60-69	4.3	0.01-1016.3	2,475	0.3	0.01-367.7	909
70-79	3.3	0.01-1446.1	1,078	0.3	0.01-179.3	394
80+	2.3	0.01-79.3	132	0.5	0.01-68.1	59
ทุกอายุ	11.8	0.01-2704.1	10,441	0.4	0.01-954.1	4,875

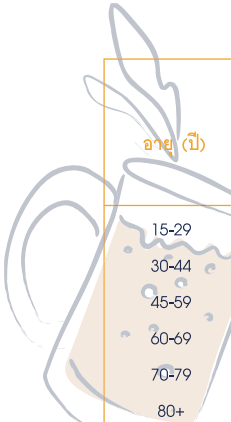
การดื่มอย่างหนัก (binge drinking)

หมายถึงการดื่มในลักษณะใดลักษณะหนึ่งดังต่อไปนี้ คือ การดื่มเหล้าผสมโซดา ตั้งแต่ 8 แก้ว หรือ 8 เบ็กขึ้นไป, ดื่มเหล้าขาว 40 ดีกรี ตั้งแต่ ครึ่งขวดขึ้นไป, เหล้าโรง 28 ดีกรีดั้งแต่ครึ่ง ขวดขึ้นไป, เบียร์ตั้งแต่ 4 กระป๋อง หรือ ขวดใหญ่ 2 ขวดครึ่งขึ้นไป, ไวน์หรือ แชมเปญตั้งแต่ 8 แก้วขึ้นไป, น้ำตาลเมา สาโท กระแช่ขนาดเท่าขวดเบียร์ ขนาดใหญ่ (630 CC.) ตั้งแต่ขวดครึ่งขึ้นไป, ไวน์คูลเลอร์หรือเหล้า ผสมรส ผลไม้ตั้งแต่ 5 ขวดขึ้นไป

ในตารางที่ 1.3 ประชากรชายอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระบุว่าเคยมีการดื่มอย่างหนักในครั้งเดียว (binge drinking) ประมาณ 12 ครั้ง ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา หรือประมาณเดือนละ 1 ครั้ง ในเพศหญิง

ที่เคยดื่มมีความถี่ของการดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวที่น้อยกว่ามาก คือประมาณ 3 ครั้งต่อปี ในภาพรวมพบว่าเมื่ออายุสูงขึ้น ทั้งหญิง และชายก็จะมีความถี่ของการดื่มอย่างหนักลดลงเรื่อยๆ ยกเว้นใน หญิงวัย 80 ปีขึ้นไป ซึ่งมีจำนวน 3 คนมีการดื่มอย่างหนักถึง 92 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมา ในกลุ่มนักดื่มอายุ 15-29 ปี ทั้งเพศชาย และหญิง มีความถี่ของการดื่มหนักค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในชาย อยู่ที่ประมาณ 13 ครั้งต่อปี

ตารางที่ 1.3 จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยของการดื่มอย่างหนักในระยะ เวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ในกลุ่มผู้ดื่มสุราอายุ 15 ปี ขึ้นไปที่เคยดื่มอย่างหนัก (มัยฐาน)

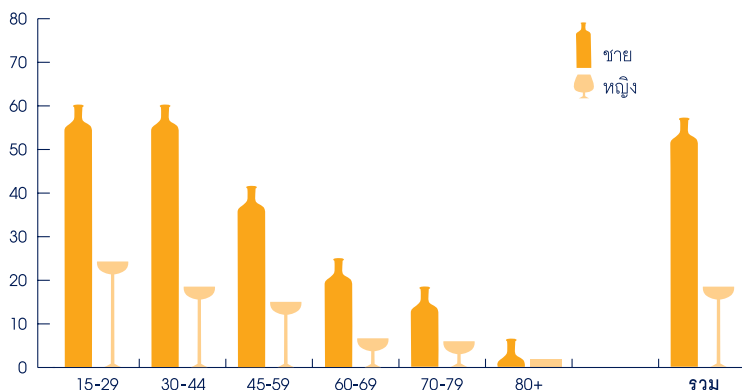


อายุ (ปี)	ชาย			หญิง		
	เฉลี่ยจำนวน ครั้งที่ดื่ม อย่างหนัก	ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด (ครั้ง)	ประชากร ตัวอย่าง	เฉลี่ยจำนวน ครั้งที่ดื่ม อย่างหนัก	ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด (ครั้ง)	ประชากร ตัวอย่าง
15-29	13.0	1-365	1,124	4.0	1-365	164
30-44	11.0	1-365	1,758	3.0	1-365	356
45-59	10.0	1-365	1,021	3.0	1-365	217
60-69	5.0	1-365	651	2.0	1-365	78
70-79	3.0	1-365	200	4.0	1-365	26
80+	4.0	1-36	9	92.0	2-95	3
ทุกอายุ	12.0	1-365	4,763	3.0	1-365	844

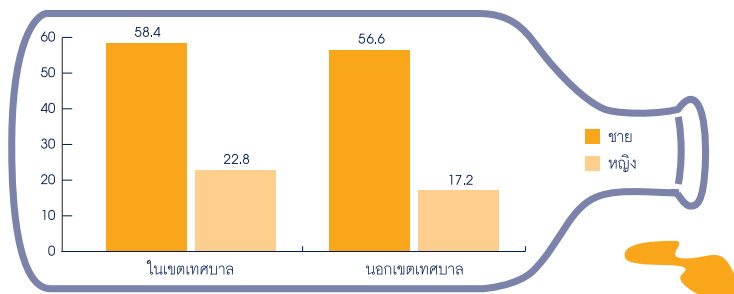
ความชุกของการดื่มอย่างหนักตามกลุ่มอายุและตามเพศ พบว่า กลุ่มอายุน้อย ทั้งชายและหญิงมีความชุกของการดื่มอย่างหนัก สูงสุด คือ ร้อยละ 70 ในชายอายุ 15-29 ปีและร้อยละ 24 ในหญิง อายุเดียวกัน รองลงมาคือกลุ่มอายุ 30-44 ปี ร้อยละ 60 ในชายและ ร้อยละ 18 ในหญิง กลุ่มที่มีความชุกน้อยที่สุดคือ กลุ่มสูงอายุ 80 ปีขึ้นไป (รูปที่ 1.3)

ชายและหญิงในเขตเทศบาลมีความชุกของการดื่มอย่างหนักสูงกว่าคนที่อยู่นอกเขตเทศบาลเล็กน้อย ผู้ชายในภาคกลางมีความชุกของการดื่มอย่างหนักสูงกว่าภาคอื่นๆ รองลงมาคือกรุงเทพฯ และผู้หญิงในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนของผู้ที่ดื่มอย่างหนักสูงกว่าภาคอื่นๆ (ร้อยละ 29) รองลงมาคือหญิงในภาคเหนือ (ร้อยละ 23.8) ต่ำสุดคือหญิง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 15.2)

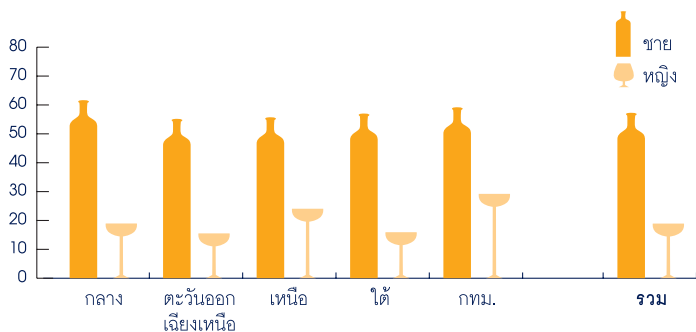
รูปที่ 1.3 ร้อยละของผู้ที่ดื่มอย่างหนักในรอบปีที่ผ่านมา ในกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามเพศและอายุ



รูปที่ 1.4 ร้อยละของผู้ที่ดื่มอย่างหนักในรอบปีที่ผ่านมา ในกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามเพศและเขตการปกครอง



รูปที่ 1.5 ร้อยละของผู้ที่ดื่มอย่างหนักในรอบปีที่ผ่านมา ในกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามเพศและภาค



เครื่องดื่มที่นิยมมากที่สุด คือ เบียร์ ซึ่งนักดื่มที่เป็นชาย และหญิงนิยมดื่ม นอกจากเบียร์แล้ว รองลงไป คือ วิสกี้ (ร้อยละ 64.5) และ เหล้าโรง 40 ดีกรี (ร้อยละ 52.0) ในนักดื่มชาย และ วิสกี้ ไวน์คูลเลอร์ หรือเหล้าผลไม้ในนักดื่มหญิง

ตารางที่ 1.4 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แยกตามประเภทเครื่องดื่มที่นิยมดื่ม

ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ชาย		หญิง	
	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง
วิสกี้	64.5	10,944	36.9	5,291
สุราพื้นบ้าน	31.2	10,897	16.8	5,316
เบียร์	86.7	11,025	78.7	5,406
ไวน์หรือแชมเปญ	21.2	10,979	20.2	5,358
ไวน์คูลเลอร์หรือเหล้าผลไม้	8.1	10,981	23.2	5,379
เหล้าโรง 40 ดีกรี	52.0	10,984	22.3	5,413
บรันดีหรือคอนยัค	7.2	10,981	2.9	5,390

สรุป

- ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ชาย ร้อยละ 16.6 และหญิง ร้อยละ 2.1 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย คือปริมาณแอลกอฮอล์มากกว่า 20 กรัมต่อวันในเพศหญิง และมากกว่า 40 กรัมต่อวันในเพศชาย
- ชายและหญิงในและนอกเขตเทศบาลมีการดื่มในระดับอันตรายใกล้เคียงกัน
- หญิงในกรุงเทพฯ มีความชุกของการดื่มในระดับอันตรายมากกว่าภาคอื่นๆ ขณะที่ชายในภาคเหนือมีความชุกของการดื่มในระดับอันตรายมากกว่าในภาคอื่นๆ
- ชายอายุ 15 ปีขึ้นไป บริโภคแอลกอฮอล์ต่อวันโดยเฉลี่ยประมาณ 3.2 หน่วยมาตรฐานหรือ 39.7 กรัม/วัน แต่ในหญิงประมาณ 6.3 กรัม/วัน โดยที่กลุ่มอายุ 15-29 ทั้งชายและหญิงบริโภคแอลกอฮอล์เป็นกรัมต่อวันสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ คือ ในชาย 51.8 กรัม/วัน และหญิง 7.9 กรัม/วัน
- สำหรับการดื่มอย่างหนักในครั้งเดียว (binge drinking) ในกลุ่มผู้เคยดื่มสุราพบมากที่สุดชายอายุ 15-29 ปี ประมาณ 40 ครั้งในรอบ 12 เดือน หรือ มากกว่า 3 ครั้งในหนึ่งเดือน ค่าเฉลี่ยการดื่มอย่างหนักในประชากรชายที่เคยดื่มสุราทุกอายุ คือ 29 ครั้งต่อปีและประชากรหญิง 4 ครั้งต่อปี
- ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของกลุ่มที่ดื่มอย่างหนักสูงกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย
- ชายในภาคกลางที่ดื่มสุรามีสัดส่วนของผู้ที่ดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวมากกว่าประชากรภาคอื่นๆ ทั้งหมด แต่ในประชากรหญิงคือกลุ่มที่อยู่ในกรุงเทพฯ
- ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุด ในทั้ง 2 เพศ คือ เบียร์ รองลงมา คือวิสกี้

1.1.2 การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่

หมายรวมถึงการใช้น้ำยาสูบ (tobacco) ในหลายวิธีด้วยกัน โดยการมวนใบยาสูบด้วย กระดาษหิ้งที่ทำในโรงงานหรือมวนเองที่บ้าน การสูบบุหรี่ยาน้ำยาสูบบรรจุในกล่องแล้วจุดสูบ คือไปป์ (pipe) หรือเคียวใบยาสูบโดยตรง ทั้งนี้ สถานภาพการสูบบุหรี่แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

- ผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน (current smoker) คือผู้ที่ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเคยสูบบุหรี่มากกว่า 100 มวน และในขณะนี้ยังสูบบุหรี่อยู่แต่ไม่ได้สูบทุกวัน
- ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ (regular smoker) คือผู้ที่ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเคยสูบบุหรี่มากกว่า 100 มวน และขณะนี้ยังสูบเป็นประจำทุกวัน อาจมีเว้นบ้างในบางวัน ที่ไม่สูบแล้วก็กลับมาสูบทุกวันอีก
- ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ (former or ex-smoker) คือผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่ขณะนี้เลิกแล้ว

จากตารางที่ 1.5 แสดงความชุกของการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ชาย ร้อยละ 49.1 และหญิง ร้อยละ 2.7 ซึ่งเป็นผู้ที่สูบเป็นประจำ ประมาณ ร้อยละ 90 ทั้งสองเพศ ในกลุ่มที่ สูบเป็นประจำ (ร้อยละ 45.9 ในชาย และร้อยละ 2.3 ในหญิง) มีความชุกของการสูบบุหรี่มากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-59 ปี จากนั้นก็ค่อยๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในหญิงที่สูบบุหรี่ เป็นประจำกลับมากขึ้นเมื่อสูงวัยขึ้น จากข้อมูลการสำรวจครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าหญิงในวัย 60-79 ปี มีสัดส่วนของการสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าหญิงในกลุ่มอื่นๆ

ตารางที่ 1.5 สถานภาพการสูบบุหรี่ของตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไป
จำแนกตามอายุและเพศ



อายุ (ปี)	ชาย (%)				หญิง (%)			
	สูบ ในปัจจุบัน	สูบ เป็นประจำ	เคยสูบ	ประชากร ตัวอย่าง	สูบ ในปัจจุบัน	สูบ เป็นประจำ	เคยสูบ	ประชากร ตัวอย่าง
15-29	45.1	41.7	6.3	2,151	1.1	0.9	0.7	1,831
30-44	55.1	51.5	13.8	3,708	2.1	1.8	0.5	4,216
45-59	50.2	47.2	21.6	3,647	4.0	3.5	1.8	4,350
60-69	44.8	42.7	28.6	5,327	5.5	5.0	3.9	5,642
70-79	40.8	38.2	33.9	3,377	5.8	5.4	5.3	3,579
80+	32.5	29.5	37.0	690	3.4	2.6	6.6	710
ทุกอายุ	49.1	45.9	15.2	18,900	2.7	2.3	1.5	20,328

เมื่อศึกษา ปริมาณบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน ในกลุ่มที่สูบบุหรี่เป็นประจำทั้งชายหญิง ซึ่งรวมบุหรี่ที่มวนเอง (hand-rolled cigarette) และบุหรี่ผลิตจากโรงงาน พบว่า โดยเฉลี่ยประมาณ 12 มวนในเพศชาย และ 8 มวนในเพศหญิงต่อวัน เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า ในเพศชายกลุ่มที่สูบบุหรี่ในจำนวนเฉลี่ยมากที่สุดต่อวัน (เฉลี่ย 14 มวน/วัน) คือ กลุ่มอายุ 30-59 ปี แต่ในเพศหญิงกลุ่มที่สูบบุหรี่จำนวนมากต่อวัน คือกลุ่มอายุ 15-44 ปี อย่างไรก็ตามถึงแม้ปริมาณการสูบจะลดลงตามอายุ แต่จำนวนที่สูบต่อวันก็ไม่ต่ำกว่า 5 มวน ทั้งชายและหญิง ถึงแม้จะอยู่ในวัยสูงอายุแล้วก็ตาม (ตารางที่ 1.6)

ตารางที่ 1.6 ปริมาณบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน โดยผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันจำแนกตามเพศและอายุ

อายุ (ปี)	ชาย			หญิง		
	ค่าเฉลี่ย	(S.D) ^a	ประชากรตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	(S.D)	ประชากรตัวอย่าง
15-29	11.1	(7.8)	781	9.0	(6.7)	20
30-44	13.6	(8.7)	1,737	9.4	(8.9)	93
45-59	13.6	(9.4)	1,501	7.3	(5.7)	165
60-69	10.4	(8.0)	1,959	6.6	(7.6)	282
70-79	9.1	(8.3)	1,077	5.5	(6.4)	183
80+	8.9	(8.6)	171	5.1	(6.8)	17
ทุกอายุ	18.1	(4.6)	7,362	7.7	(7.3)	754

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บ () คือส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สำหรับ อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำในภาพรวมทุกกลุ่มอายุ คือ ประมาณ 18 ปี ในเพศชาย และ 23 ปี ในเพศหญิง กลุ่มอายุ 15-29 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่เกิดประมาณปี พ.ศ. 2498-2532 นั้นเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ

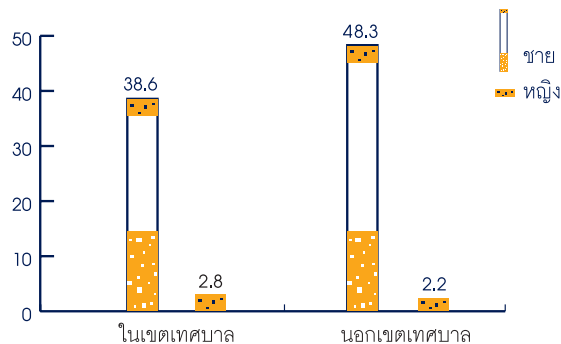
ตารางที่ 1.7 อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ในตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ

อายุ (ปี)	ชาย			หญิง		
	ค่าเฉลี่ย	(S.D) ^a	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	(S.D) ^a	จำนวนตัวอย่าง
15-29	16.7	(2.6)	808	16.3	(2.7)	20
30-44	18.2	(3.8)	1,785	22.2	(6.5)	93
45-59	19.4	(5.8)	1,527	24.8	(9.5)	165
60-69	19.6	(7.1)	1,988	25.9	(13.2)	282
70-79	19.3	(7.2)	1,084	23.9	(12.0)	183
80+	19.9	(8.9)	170	22.4	(11.7)	17
ทุกอายุ	18.1	(4.6)	7,362	23.1	(7.3)	760

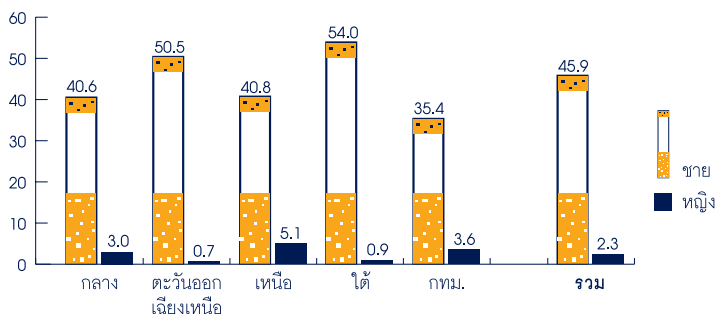
หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บ () คือส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การ สูบบุหรี่ที่จำแนกตามภาค และเขตการปกครองต่างๆ ของประเทศ พบว่า เพศชายนอกเขตเทศบาลมีการสูบบุหรี่มากกว่า ในเขตเทศบาล แต่ในเพศหญิงพบในทางตรงกันข้าม คือหญิงที่อยู่ในเขตเทศบาลสูบบุหรี่มากกว่านอกเขต ชายในภาคใต้มีความชุกของการสูบบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 54.0) รองลงมาคือชายในภาคตะวันออก เฉียงเหนือ (ร้อยละ 50.5) สำหรับในเพศหญิงพบว่าภาคเหนือสูบบุหรี่ เป็นสัดส่วนสูงสุดกว่าภาคอื่นๆ (ร้อยละ 5.1) รองลงมาคือหญิงใน กรุงเทพฯ (ร้อยละ 3.6) (รูปที่ 1.7)

รูปที่ 1.6 ความชุกของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำในเพศชายและหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตการปกครอง



รูปที่ 1.7 ความถี่ของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำในชายและหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค



สรุป

- ในปัจจุบัน ประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 49 และหญิงร้อยละ 2.7 สูบบุหรี่ โดยสูบเป็นประจำหรือสูบทุกวัน ชายมีร้อยละ 46 และหญิงร้อยละ 2.3 กลุ่มอายุที่มีอัตราการสูบสูงสุดคือ 30-59 ปี
- จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในผู้ที่สูบเป็นประจำคือ 12 มวน ในชาย และ 8 มวน ในหญิง
- กลุ่มอายุน้อยในปัจจุบันทั้งชายและหญิงเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุมากในขณะนี้ กล่าวคือในหญิงที่อายุ 15-29 ปี จะมีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ 16 ปี
- ผู้ชายที่อยู่นอกเขตเทศบาลสูบบุหรี่มากกว่าในเขตเทศบาล แต่ผู้หญิงในเขตเทศบาลสูบบุหรี่มากกว่าหญิงที่อยู่นอกเขตเทศบาล ชายในกรุงเทพฯ สูบบุหรี่เป็นประจำน้อยกว่าทุกภาคของประเทศ หญิงในภาคเหนือและชายในภาคใต้สูบบุหรี่มากกว่าภาคอื่นๆ แต่หญิงในกรุงเทพฯ สูบบุหรี่มากเป็นที่สองรองจากหญิงในภาคเหนือ

1.1.3 กิจกรรมทางกาย (Physical activities)

กิจกรรมทางกาย

หมายถึงการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายที่เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อลาย ทำให้มีการใช้พลังงานเพิ่มจากภาวะพัก

กิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายนี้ไม่จำกัดเฉพาะการออกกำลังกายเท่านั้น แต่รวมถึงการเคลื่อนไหวในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยการสำรวจ ครั้งนี้แบ่งกิจกรรมทางกายเป็น 3 ลักษณะ คือ

- กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับการทำงาน โดยประเมินจากอิริยาบถส่วนใหญ่ที่ใช้ในการทำงาน เช่น ยืน นั่ง หรือ เดิน และประเภทของงานที่ทำเป็นงานที่ต้องออกแรงมากน้อยเพียงใด
- กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับการเดินทางในชีวิตประจำวัน เช่น เดินทางไปทำงาน ไปซื้อของ ไปจ่ายตลาด ไปทำธุระต่างๆ โดยการเดินหรือการขี่รถจักรยานเป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ส่วนการเดินทางโดยวิธีอื่นๆ เช่น การขับรถยนต์ไปโดยสารยานพาหนะอื่นๆ ไปไม่รวมอยู่ในกิจกรรมทางกายด้านนี้
- กิจกรรมทางกายในเวลาว่างจากการทำงาน กิจกรรมเหล่านี้เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายในเวลาที้นอกเหนือเวลาทำงานและการเดินทาง เช่น กิจกรรมสันทนาการ การออกกำลังกายอย่างหนัก เช่น เต้นแอโรบิก การวิ่ง เล่นเทนนิส และออกกำลังกายปานกลาง เช่น เดินเร็วๆ ว่ายน้ำ ฯลฯ

ทั้งนี้ระดับของกิจกรรมทางกายอาจแบ่งได้ตามระดับความเพียงพอ ดังนี้

ระดับที่ 1 เคลื่อนไหวน้อย (*inactive*) มีกิจกรรมทางกายน้อยมาก หรือไม่มีเลย ไม่ว่าจะเป็นเวลาทำงาน เดินทาง หรือว่างจากการทำงาน

- ระดับที่ 2 มีการเคลื่อนไหวที่ไม่เพียงพอ (*insufficiently active*) คือ กิจกรรมทางกายที่เนื่องมาจากการทำงาน การเดินทาง หรือกิจกรรมนอกเวลาทำงานที่เป็นการใช้กำลังกาย ระดับปานกลาง (*Moderate physical activity*) น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือการใช้กำลังกายอย่างหนัก (*Vigorous physical activity*) น้อยกว่า 60 นาทีต่อสัปดาห์
- ระดับที่ 3 เป็นกลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือกิจกรรมทางกาย อย่างเพียงพอ (*sufficiently active*) คือ 3.1 ระดับปานกลาง คือ มีการใช้กำลังกายในระดับปานกลางเป็นเวลาอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ 3.2 ระดับสูง คือ การใช้กำลังกายอย่างหนักเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 60 นาทีต่อสัปดาห์ ซึ่งการใช้กำลังกายนี้รวมจากการทำงาน การเดินทาง และ การใช้กำลังกายในเวลาพักผ่อนเข้าด้วยกัน

ตารางที่ 1.8 ร้อยละของตัวอย่างที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย (physical activity) ในระดับต่างๆ จำแนกตามอายุและเพศ

ระดับกิจกรรมทางกาย หรือ การเคลื่อนไหวร่างกาย ^a	อายุ (ปี)						
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	ทุกอายุ
เพศชาย (N = 18,883)							
ไม่เพียงพอ							
- เคลื่อนไหวน้อย	5.0	5.6	7.4	8.5	15.1	33.0	6.8
- เคลื่อนไหวน้อยระดับต่ำ	17.3	12.7	11.0	11.2	15.0	18.3	14.0
เพียงพอ							
- ระดับปานกลาง	14.2	10.7	11.5	18.5	24.7	20.8	13.2
- ระดับสูง	62.8	70.4	69.5	61.5	44.8	27.9	65.5
- เพียงพอ (แต่ไม่ทราบ ความมากน้อย)	0.7	0.6	0.5	0.2	0.4	0.0	0.6
เพศหญิง (N = 20,299)							
ไม่เพียงพอ							
- เคลื่อนไหวน้อย	11.5	8.4	9.1	14.5	28.6	51.7	11.8
- เคลื่อนไหวน้อยระดับต่ำ	15.8	10.0	9.3	14.5	17.4	15.3	12.4
เพียงพอ							
- ระดับปานกลาง	19.6	15.1	16.1	23.6	24.9	16.4	17.8
- ระดับสูง	52.5	65.6	64.9	47.1	28.7	16.6	57.4
- เพียงพอ (แต่ไม่ทราบ ความมากน้อย)	0.6	0.8	0.6	0.4	0.4	0.0	0.6

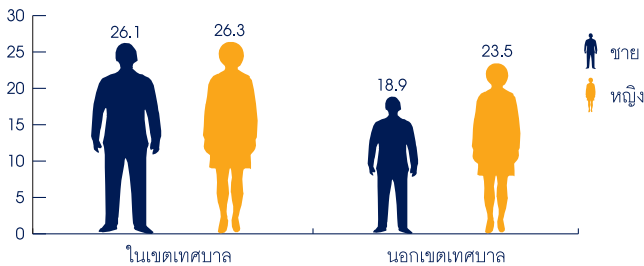
หมายเหตุ : N = จำนวนตัวอย่าง a ระดับของกิจกรรมทางกายจัดตามเกณฑ์

ในภาพรวมทุกกลุ่มอายุมีกิจกรรมทางกายที่อยู่ในระดับน่าพอใจ คือมากกว่า ร้อยละ 70 มีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง และระดับสูงทั้งชายและหญิง และสัดส่วนของผู้ที่มีกิจกรรมทางกายน้อยและไม่เพียงพอ (inactive และ insufficiency) ร้อยละ 20-24 ในชายและหญิง เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ ผู้ที่อายุน้อยเป็นกลุ่มที่ส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกาย ที่เพียงพออยู่ในระดับสูงและปานกลาง และผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปจะมีกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

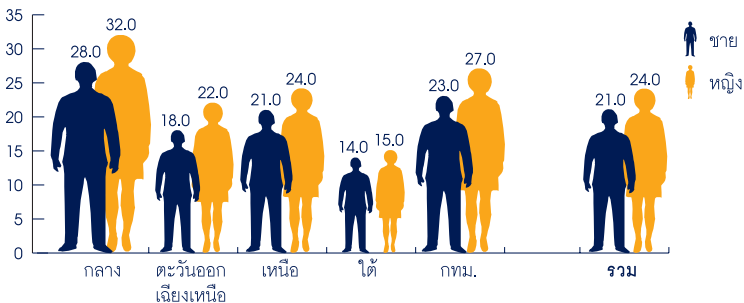
เพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะเพศหญิง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ถึงแม้ว่า จะอายุเข้า 70 ปีแต่ทั้งชายและหญิงก็ยังมีมากกว่า ร้อยละ 50 ที่มีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง และระดับสูง (ตารางที่ 1.8)

ในเขตเทศบาลทั้งเพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนของการ ใช้กำลังกายไม่เพียงพอมากกว่านอกเขตเทศบาล ประชากรในภาค กลางทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายที่ไม่ เพียงพอสูงกว่าภาคอื่นๆ ในภาคใต้มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมาก กว่าทุกภาคทั้งชายและหญิงเช่นกัน

รูปที่ 1.8 ร้อยละของผู้ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอจำแนกแยก ตามเขตการปกครอง



รูปที่ 1.9 ร้อยละของผู้ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (Physical inactivity) จำแนกตามภาค



สรุป

- ชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอหรืออยู่ในระดับต่ำมีร้อยละ 21 และในหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป มี ร้อยละ 24 และเพิ่มขึ้นตามอายุ
- ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลทั้งชายและหญิงมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย ในระดับภาคพบว่า ในภาคกลาง กรุงเทพมหานคร และภาคเหนือ มีสัดส่วนผู้มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอมากกว่าภาคอื่นๆ
- ในภาพรวมประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับเพียงพอ (ทั้งนี้อาจเนื่องจากเกณฑ์การวัดที่รวมกิจกรรมทางกายทั้งงานที่ทำประจำวัน, การเดินทางและการใช้เวลาว่างเข้าด้วยกันและในประชากรส่วนใหญ่ซึ่งอยู่ในภาคเกษตรกรรม กิจกรรมทางกายจากการทำงานก็จะอยู่ในระดับที่เพียงพออยู่แล้ว)

1.1.4 การบริโภคผักและผลไม้

การบริโภคผักผลไม้ในระดับเหมาะสม

จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคผักและผลไม้ต่อวันกับการเกิดโรคต่างๆ พบว่า ปริมาณการรับประทานผักและผลไม้ที่เหมาะสมสำหรับ 1 วัน คือ ระหว่าง 400-600 กรัม ทั้งนี้ไม่รวมพืชผักที่มีแป้งมาก เช่น มันเทศ มันฝรั่ง หรือถ้าคิดเป็นถ้วยมาตรฐาน (ขนาด 150 cc.) 1 ถ้วยมาตรฐาน ประกอบด้วยผักและผลไม้ 80 กรัม เท่ากับวันละ 5-7.5 ถ้วยมาตรฐาน ทั้งนี้ ในการ บริโภคผักผลไม้ให้มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคถือว่าหากบริโภคน้อยกว่า 5 ถ้วยมาตรฐานหรือ 400 กรัมต่อวัน จัดว่าเป็นความเสี่ยง

การวิเคราะห์ปริมาณการบริโภคผักและผลไม้ในประเทศไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ประชากรทุกกลุ่มอายุทั้งชายและหญิงยังบริโภคผักและผลไม้ไม่ถึงเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดไว้ คือ 400-600 กรัมต่อวัน หรืออย่างน้อย 5 ถ้วยมาตรฐานต่อคนต่อวัน ปริมาณที่บริโภคไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศ กล่าวคือ เพศชาย บริโภคผักและผลไม้ เฉลี่ย 268 กรัม/คน/วัน เพศหญิง บริโภคเฉลี่ย 283 กรัม/คน/วัน และลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยในกลุ่ม อายุ 80 ขึ้นไปบริโภคน้อยที่สุด คือ ประมาณ 200 กรัม/คน/วัน

ในตารางที่ 1.9 แสดงความชุกของประชากรที่บริโภคผักและผลไม้ในปริมาณต่างๆ ต่อวันต่อคน โดยพบว่า ร้อยละ 80 ของ ประชากรชาย และ ร้อยละ 76.4 ของประชากร หญิงอายุเท่ากัน บริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน กลุ่มที่บริโภคผักและผลไม้ได้ตามเกณฑ์พบมากกว่า ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และเมื่ออายุมากขึ้น ความชุกของการบริโภคที่ไม่ได้มาตรฐานก็เพิ่มขึ้นด้วย

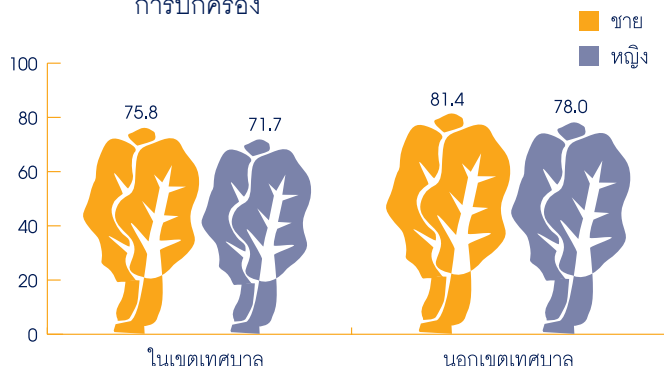
ตารางที่ 1.9 ร้อยละของตัวอย่างที่บริโภคผักและผลไม้ ในปริมาณต่างๆ ต่อคนต่อวัน จำแนกตามอายุและเพศ

ปริมาณบริโภค/วัน/คน	อายุ (ปี)						ทุกอายุ
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	
ชาย (N = 18,174)							
- น้อยกว่า 5 ถ้วย	77.4	80.0	81.3	84.1	87.6	89.1	80.3
- 5 - 7.5 ถ้วย	15.5	14.6	13.6	11.4	9.4	7.6	14.2
- 7.5 ถ้วยขึ้นไป	7.0	5.4	5.1	4.6	2.8	3.4	5.7
หญิง (N = 19,529)							
- น้อยกว่า 5 ถ้วย	74.5	75.1	76.8	82.8	87.6	89.7	76.8
- 5 ถ้วย - 7.5 ถ้วย	17.8	17.8	16.3	12.8	9.2	8.2	16.5
- 7.5 ถ้วยขึ้นไป	7.7	7.2	6.9	4.7	3.2	2.1	6.7

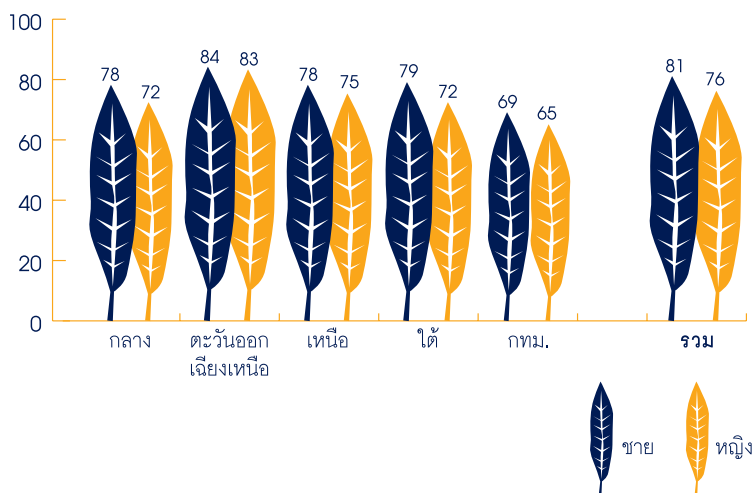
หมายเหตุ a หน่วยเป็นถ้วยมาตรฐาน, ผักและผลไม้ 1 ถ้วยมาตรฐาน = 80 กรัม

เมื่อพิจารณาตามพื้นที่ พบว่า ประชากรทั้งชายและหญิง ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีการรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณไม่เพียงพอ (น้อยกว่ามาตรฐาน) ในสัดส่วนที่สูงกว่าในเขตเทศบาล เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาค ชายและหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ (น้อยกว่ามาตรฐาน) สูงกว่าทุกภาค ชายและหญิงในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนของการบริโภคที่น้อยกว่ามาตรฐานต่ำกว่าประชากรในภาคอื่นๆ ทั้งหมด (รูปที่ 1.11)

รูปที่ 1.10 ร้อยละของตัวอย่างประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่บริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จำแนกตามเขตการปกครอง



รูปที่ 1.11 ร้อยละของตัวอย่างประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่บริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จำแนกตามเพศและภาค



สรุป

- ประชากรชายและหญิง 15 ปีขึ้นไป ยังบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณต่อวันไม่ถึงมาตรฐานที่กำหนดไว้ สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ร้อยละ 80 ในชาย และร้อยละ 76 ในประชากรหญิง)
- ในภาพรวมหญิงจะบริโภคผักและผลไม้มากกว่าชาย และในทั้งสองเพศ ปริมาณการบริโภคจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น
- ชายจะบริโภคผักและผลไม้เฉลี่ยประมาณ 268 กรัม/คน/วัน และหญิงบริโภค 283 กรัม/คน/วัน ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานที่ 400 กรัม/คน/วัน
- ชายและหญิงนอกเขตเทศบาลบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณต่อวันต่ำกว่ามาตรฐานมากกว่าในเขตเทศบาล และในกรุงเทพฯ มีความชุกของการบริโภคที่ไม่ได้มาตรฐานนี้ต่ำกว่าในภาคอื่นๆ

1.2 ความชุกของโรค ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและระดับบริการที่ได้รับ

1.2.1 ความดันเลือดสูง

ความดันเลือดสูง

หมายถึง ผู้ที่มี

- ความดันซิสโตลิกเฉลี่ยตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือ
- ความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ยตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือ
- กำลังได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันเลือด

ความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น กลุ่มผู้มีอายุน้อยพบความชุกของความดันเลือดสูงในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงเล็กน้อย แต่เมื่ออายุมากขึ้นกลับพบว่าผู้หญิงและผู้ชายมีความชุกของความดันเลือดสูงใกล้เคียงกัน และมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปพบว่าเป็นความดันเลือดสูง ดังแสดงในตารางที่ 1.10

ตารางที่ 1.10 ความชุกของความดันเลือดสูงในคนไทย จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ปี 2547

กลุ่มอายุ	ชาย		หญิง	
	ความชุก (%)	จำนวนตัวอย่าง	ความชุก (%)	จำนวนตัวอย่าง
15-29	9.8	2,142	4.1	1,828
30-44	18.6	3,704	13.9	4,211
45-59	35.7	3,641	34.3	4,345
60-69	47.3	5,323	48.1	5,639
70-79	53.2	3,372	54.2	3,569
80+	59.4	696	61.8	711
รวม	23.3	18,878	20.9	20,303

พบความชุกของความดันเลือดสูงในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง ด้านความชุกตามรายภาคพบว่าภาคเหนือมีความชุกของโรคความดันเลือดสูงมากที่สุด ภาคกลางและกรุงเทพฯ เป็นลำดับถัดมา ดังแสดงในตารางที่ 1.11 อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ไม่ได้ปรับตามอายุของโครงสร้างประชากรในแต่ละพื้นที่ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างของความชุกของโรคในแต่ละพื้นที่ได้

ตารางที่ 1.11 ความชุกของความดันเลือดสูงในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามเขตการปกครองปี 2543

พื้นที่	ชาย		หญิง	
	ความชุก (%)	จำนวนตัวอย่าง	ความชุก (%)	จำนวนตัวอย่าง
เขตการปกครอง				
- ในเขตเทศบาล	27.1	9,698	22.4	10,844
- นอกเขตเทศบาล	22.1	9,155	20.4	9,451
ภาค				
- กลาง	25.9	6,382	23.6	6,451
- ตะวันออกเฉียงเหนือ	20.3	4,589	18.7	4,766
- เหนือ	28.4	4,328	24.0	4,598
- ใต้	19.2	2,662	17.6	3,037
- กรุงเทพฯ	22.9	892	19.1	1,443
ทั่วประเทศ	23.3	18,853	20.9	20,295

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยความดันเลือดสูงตามการได้รับการวินิจฉัย และการรักษาด้วยยาลดความดันเลือด โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยความดันเลือดสูงจากแพทย์ (ไม่นับรวมบุคลากรสาธารณสุขด้านอื่นๆ)

2. กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยความดันเลือดสูงจากแพทย์ แต่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันเลือด
3. กลุ่มที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันเลือด แต่จากการตรวจวัดความดัน ยังพบความดันซิสโตลิก ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันไดแอสโตลิก ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท
4. กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันเลือด และตรวจวัดความดันเลือดพบว่า ความดันซิสโตลิก < 140 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันไดแอสโตลิก < 90 มิลลิเมตรปรอท

ตารางที่ 1.12 ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงแบ่งตามการวินิจฉัยและการรักษาจำแนก ตามเพศและกลุ่มอายุ ปี 2547

	อายุ (ปี)						รวม
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	
ชาย (N=7544)							
ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย	94.4	91.4	74.2	62.2	63.1	65.8	78.6
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา	4.1	2.0	6.2	5.8	5.6	2.3	4.5
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	1.1	3.2	13.5	21.9	20.4	23.4	11.2
รักษาและควบคุมได้	0.4	3.4	6.1	10.1	11.0	8.5	5.7
หญิง (N=7580)							
ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย	86.7	80.5	58.9	53.8	51.1	62.3	63.8
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา	3.2	4.7	6.2	5.0	5.7	6.3	5.4
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	2.6	8.3	21.8	25.9	28.1	20.3	19.0
รักษาและควบคุมได้	7.5	6.5	13.0	15.3	15.1	11.1	11.7

ในส่วนภูมิภาคพบสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยสูงกว่าในกรุงเทพฯ รวมถึงการรักษาด้วยยาที่ต่ำกว่าในกรุงเทพฯ เช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 1.13

ตารางที่ 1.13 ร้อยละการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยความดันเลือดสูง จำแนกตามภาค ปี 2547

	ภาค					
	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	เหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	ทั่วประเทศ
ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย	68.8	79.7	70.1	63.4	56.5	71.4
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา	5.2	5.1	3.4	6.5	6.4	4.9
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	17.9	8.9	18.2	16.7	19.0	15.0
รักษาและควบคุมได้	8.2	6.3	8.3	13.4	18.1	8.6

สรุป

ปัญหาความดันเลือดสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปพบมีความดันเลือดสูง พบผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในสัดส่วนที่สูง ผู้ชายมีสัดส่วนของการได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ต่ำกว่าหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน ขณะที่ผู้ป่วยในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย และการรักษาที่สูงกว่าส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งน่าจะสะท้อนถึงปัญหาการเข้าถึงสถานพยาบาลและคุณภาพบริการที่แตกต่างกัน

1.2.2 ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

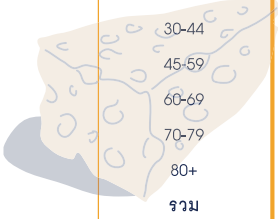
ค่าเฉลี่ยของ Total cholesterol มีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ ที่มากขึ้นโดยสูงสุดที่กลุ่มวัยกลางคนและกลุ่มผู้สูงอายุ

ระดับคอเลสเตอรอลปกติ

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าระดับ total cholesterol ที่สูงขึ้น มีความเสี่ยงในลักษณะที่ต่อเนื่อง (continuous association) กับโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองตีบ ซึ่งทำให้การใช้จุดตัด เช่น ที่ 240 mg/dl เป็นจุดแบ่ง อาจไม่ใช่เครื่องมือที่ดีในการวัด ความเสี่ยงในระดับประชากรของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองตีบจากภาวะไขมันในเลือดสูง แต่การแบ่งลักษณะนี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจได้ง่าย ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้กำหนดนิยามของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงว่า เป็นผู้ที่มีระดับ total cholesterol ตั้งแต่ 240 mg/dl (5.7 mmol/l) ขึ้นไป หรือ เป็นผู้ที่กำลังรับประทานยาลดไขมันในเลือด โดยไม่นับรวมผู้ที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข (ทั้งแพทย์และไม่ใช่แพทย์) ว่ามีระดับไขมันในเลือดสูงหรือได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิต อันเนื่องมาจากมีระดับไขมันในเลือดสูง เช่น การออกกำลังกาย หรือการบริโภคอาหารไขมันต่ำ

ความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยกลางคนและกลุ่มวัยสูงอายุ ความชุกสูงสุดในผู้หญิงวัย 60 ถึง 69 ปี ในผู้ชายกลุ่มอายุ 45 ถึง 69 (ตารางที่ 1.14)

ตารางที่ 1.14 ความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูงของคนไทย
จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ปี 2547



กลุ่มอายุ	ชาย		หญิง	
	ความชุก (%)	จำนวนตัวอย่าง	ความชุก (%)	จำนวนตัวอย่าง
15-29	6.7	2,139	7.6	1,818
30-44	14.7	3,689	12.8	4,202
45-59	20.5	3,637	27.9	4,333
60-69	20.2	5,309	32.8	5,638
70-79	16.1	3,368	30.3	3,570
80+	15.8	693	27.4	707
รวม	13.7	18,835	17.1	20,268

ภาวะไขมันในเลือดสูงหมายถึง ระดับ total cholesterol ≥ 240 mg/dl

ความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูงจะพบในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท กรุงเทพฯ มีความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูงที่สุด ซึ่งสูงกว่าส่วนภูมิภาคอย่างมากโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังแสดงในตารางที่ 1.15 (ผลการวิเคราะห์ความชุกของโรคไขมันในเลือดสูงแยกตามรายพื้นที่นี้ยังไม่ได้ทำการปรับค่ามาตรฐานตามโครงสร้างประชากรของแต่ละพื้นที่ซึ่งเป็นปัจจัยต่อความชุกของโรคไขมันในเลือดสูง)

ตารางที่ 1.15 ความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูงของคนไทย
จำแนกตามเพศและเขต การปกครองปี 2547

พื้นที่	ชาย		หญิง	
	ความชุก (%)	จำนวนตัวอย่าง	ความชุก (%)	จำนวนตัวอย่าง
เขตการปกครอง				
ในเขตเทศบาล	19.7	9,654	22.3	10,821
นอกเขตเทศบาล	11.8	9,128	15.2	9,418
ภาค				
กลาง	18.7	6,363	20.3	6,436
ตะวันออกเฉียงเหนือ	8.5	4,575	11.3	4,753
เหนือ	12.6	4,298	16.1	4,576
ใต้	16.0	2,662	22.8	3,036
กรุงเทพฯ	27.6	884	31.8	1,438
ทั่วประเทศ	13.7	18,782	17.1	20,239

สรุป

ความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูงในประเทศไทยพบมาก ตั้งแต่วัยกลางคนจนกระทั่งถึงวัยสูงอายุ และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายกรุงเทพฯ มีความชุกสูงที่สุด ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกต่ำที่สุดและยังมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาต่ำที่สุดซึ่งอาจสะท้อนถึงปัญหาการเข้าถึงสถานพยาบาลหรือยาได้ลำบากกว่าภาคอื่นๆ

1.2.3 ภาวะน้ำหนักตัวน้อย น้ำหนักตัวเกินและภาวะอ้วน (Underweight, overweight and obesity)

ลักษณะการจำแนก	ดัชนีที่ใช้
ภาวะน้ำหนัก • น้ำหนักน้อย (ผอม) • น้ำหนักปกติ • น้ำหนักเกิน • ภาวะอ้วน	ดัชนีมวลกาย (BMI kg/m²) < 18.5 kg/m² ≥ 18.5 - < 25 kg/m² > 25 - ≥ 30 kg/m² > 30 kg/m²
ภาวะอ้วนลงพุง (abdominal obesity)	เส้นรอบเอว (เซนติเมตร) - ชาย เส้นรอบเอว ≥ 90 เซนติเมตร - หญิง เส้นรอบเอว ≥ 80 เซนติเมตร

ในตารางที่ 1.16 แสดงค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ในภาพรวมค่าเฉลี่ยของทั้ง BMI ในชายเฉลี่ยทุกอายุเท่ากับ 22.6 kg/m² และหญิงเท่ากับ 23.8 kg/m² และเส้นรอบเอวของประชากรตัวอย่าง ในชายเฉลี่ยคือ 78.6 เซนติเมตร และหญิง 76.6 เซนติเมตร ในประชากรชายทุกกลุ่มอายุมีค่าเฉลี่ยของ BMI และเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ในเพศหญิงอายุ 45-59 ปี ซึ่งล่วงเข้าวัยหมดประจำเดือนจะเริ่มมีน้ำหนักเกินปกติคือ BMI เฉลี่ยเท่ากับ 25.1 kg/m² และเส้นรอบเอวเฉลี่ยประมาณ 80.4 เซนติเมตร นอกจากกลุ่มอายุนี้นี้แล้ว เป็นที่น่าสังเกตว่า เมื่อประชากรมีอายุสูงขึ้นจะมีดัชนีมวลกายลดลง

ตารางที่ 1.16 ค่าเฉลี่ยมวลกาย (BMI kg/m²) และเส้นรอบเอว (waist circumference) (เซนติเมตร) ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุและเพศ

อายุ	ชาย			หญิง		
	ดัชนีมวลกาย (kg/m ²) ค่าเฉลี่ย (SD)	เส้นรอบเอว (cm) ค่าเฉลี่ย (SD)	จำนวนตัวอย่าง	ดัชนีมวลกาย (kg/m ²) ค่าเฉลี่ย (SD)	เส้นรอบเอว (cm) ค่าเฉลี่ย (SD)	จำนวนตัวอย่าง
15-29	21.7 (4.0)	74.8 (10.6)	2,135	22.3 (4.6)	72.4 (10.9)	1,818
30-44	23.2 (3.8)	79.7 (10.2)	3,697	24.7 (4.5)	77.7 (10.4)	4,205
45-59	23.5 (3.8)	82.3 (10.5)	3,631	25.1 (4.3)	80.4 (10.6)	4,331
60-69	22.4 (3.7)	80.5 (11.0)	5,300	23.7 (4.5)	79.1 (11.4)	5,609
70-79	21.4 (3.6)	78.2 (10.7)	3,352	22.4 (4.4)	76.8 (11.5)	3,546
80+	20.4 (3.6)	76.0 (10.2)	686	20.8 (4.3)	73.2 (11.6)	674
ทุกอายุ	22.6 (3.9)	78.6 (10.9)	8,836	23.8 (4.6)	76.6 (4.6)	20,218

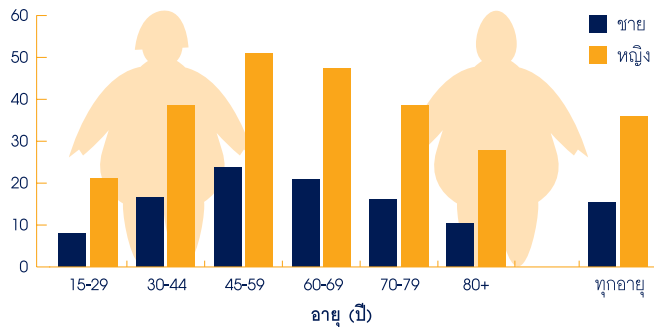
การวิเคราะห์ความชุกของประชากรที่อ้วนลงพุง พบว่าเพศชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 15 ที่มีสภาวะอ้วนลงพุง ในเพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชาย 2 เท่า คือ ร้อยละ 36 ที่มีสภาวะอ้วนลงพุง ถ้าศึกษาในแต่ละกลุ่มอายุพบว่าหญิงอายุ 45 ปีขึ้นไปถึง 69 ปีประมาณครึ่งหนึ่งที่มีสภาวะอ้วนลงพุงและสภาวะอ้วนลงพุงนี้ค่อยๆ ลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้นในทั้ง 2 เพศ อย่างไรก็ตามในทุกกลุ่มอายุความชุกของสภาวะอ้วนลงพุงในเพศหญิงจะมากกว่าชายประมาณ 2 เท่า

ตารางที่ 1.17 ความชุกของประชากรที่มีเส้นรอบเอวเกินกว่ามาตรฐาน^a จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

อายุ (ปี)	ชาย (%)	จำนวนตัวอย่าง	หญิง (%)	จำนวนตัวอย่าง
15-29	8.0	2,139	21.0	1,810
30-44	16.5	3,696	38.5	4,202
45-59	23.9	3,635	50.4	4,333
60-69	21.1	5,308	47.1	5,622
70-79	16.0	3,366	38.2	3,559
80+	10.6	692	27.8	692
ทุกอายุ	15.4	18,836	36.1	20,218

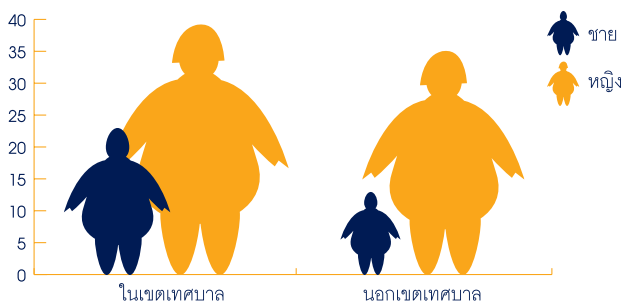
หมายเหตุ: เส้นรอบเอวเกินกว่ามาตรฐาน คือ ในชาย ≥ 90 เซนติเมตร
ในหญิง ≥ 80 เซนติเมตร

รูปที่ 1.12 แสดงร้อยละของตัวอย่างประชากร ชาย หญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีเส้นรอบเอวมมากกว่ามาตรฐาน

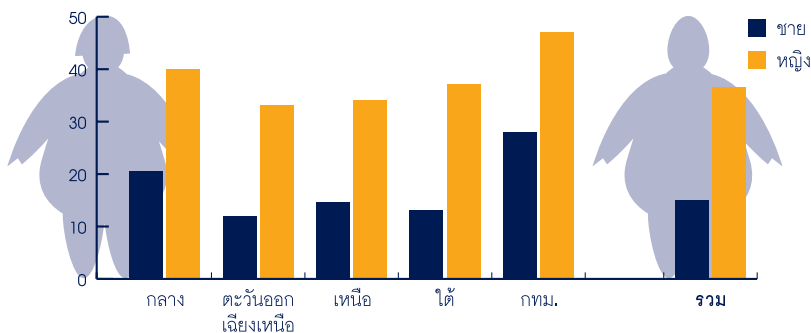


ประชากรในเขตเมืองมีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าประชากรในเขตชนบทหรือนอกเขตเทศบาล ชายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีภาวะอ้วนลงพุงน้อยกว่าภาคอื่นๆ แต่หญิงในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนืออ้วนลงพุงน้อยกว่าภาคอื่นๆ ทั้งชายและหญิงในกรุงเทพฯ มีภาวะอ้วนลงพุงเป็นสัดส่วนที่มากกว่าภาคอื่นๆ ทั้งหมด

รูปที่ 1.13 ร้อยละของตัวอย่างประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีเส้นรอบเอวเกินกว่ามาตรฐานจำแนกตามเพศและเขตการปกครอง



รูปที่ 1.14 ร้อยละของตัวอย่างประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีเส้นรอบเอวเกินกว่ามาตรฐาน จำแนกตามเพศและภาค



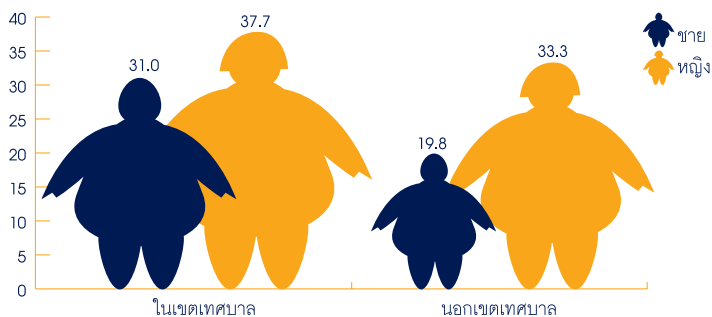
เมื่อใช้ดัชนีมวลกายจำแนกประชากรออกเป็นกลุ่มตามน้ำหนัก พบว่าทั้งเพศชายและหญิงมีกลุ่มที่จัดว่าน้ำหนักน้อยหรือผอมในกลุ่มอายุน้อย (15-29 ปี) และกลุ่มสูงอายุ 70 ปีขึ้นไป กลุ่มที่มีน้ำหนักเกินกว่าปกติจนถึงอ้วนเมื่อรวมกันแล้วจะมีมากในกลุ่มวัยทำงาน และค่อยๆ ลดลงเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะในเพศหญิงตั้งแต่อายุ 30 ปี จนถึง 59 ปี จะมีกลุ่มที่น้ำหนักเกินประมาณ

ร้อยละ 40-48 เมื่อรวมทุกกลุ่มอายุจะพบว่า ถ้าใช้ดัชนีมวลกายตัดสินจะมีผู้ชายที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนรวมกัน ($BMI \geq 25$ กก/ม²) ได้ประมาณ ร้อยละ 23 ขณะที่ผู้หญิงมีอัตราสูงกว่า คือ ประมาณ ร้อยละ 34 (ตารางที่ 1.18)

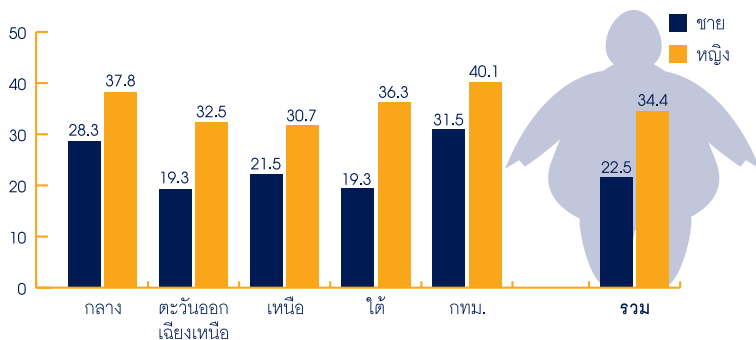
ตารางที่ 1.18 ร้อยละของตัวอย่างประชากรแยกตามระดับของดัชนีมวลกาย จำแนกตามอายุและเพศ

	อายุ (ปี)						ทุกอายุ
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	
ชาย (N=18801)							
ผอม	16.5	6.8	7.3	14.0	22.5	31.9	11.6
ปกติ	68.9	66.8	61.6	63.0	61.8	58.1	65.8
น้ำหนักเกิน	9.8	21.2	25.4	20.0	13.9	9.0	17.8
อ้วน	4.8	5.1	5.8	2.9	1.7	1.0	4.8
หญิง (N=20183)							
ผอม	15.4	4.1	4.2	12.0	19.0	33.4	9.6
ปกติ	63.9	55.2	47.9	51.8	55.3	52.6	56.0
น้ำหนักเกิน	14.4	30.0	35.8	27.6	20.3	11.5	25.4
อ้วน	6.3	10.7	12.0	8.6	5.4	2.5	9.0

รูปที่ 1.15 ร้อยละของผู้มีน้ำหนักเกิน (BMI ≥ 25 kg/m²) จำแนกตามเพศและเขตการปกครอง



รูปที่ 1.16 ร้อยละของผู้มีน้ำหนักเกิน (BMI ≥ 25 kg/m²) จำแนกตามเพศและภาค



ประชาชนในเขตเทศบาลหรือในเขตเมืองทั้งชายและหญิงมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าในชนบทหรือนอกเขตเทศบาล ชายและหญิงในกรุงเทพฯ มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าภาคอื่นๆ ชายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีความชุกของความอ้วนต่ำกว่าภาคอื่นๆ

สรุป

- ประชากรที่จัดว่าน้ำหนักเกินปกติและอ้วนโดยการวัดจากดัชนีมวลกาย (BMI) มีร้อยละ 23 ในชาย และร้อยละ 34 ในหญิง ประชากรที่อ้วนลงพุง (Central obesity) ร้อยละ 15 ในชาย และร้อยละ 36 ในหญิง
- หญิงไทยมีความชุกของภาวะอ้วนมากกว่าชายไทย โดยเฉพาะวัยตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป จนถึง 59 ปี
- ผู้สูงอายุทั้ง 2 เพศเมื่ออายุมากขึ้นน้ำหนักมีแนวโน้มลดลง
- ปัญหาภาวะน้ำหนักน้อยในประชากรไทยมีประมาณร้อยละ 10-12 แต่มีมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ คือประมาณร้อยละ 32-33

1.2.4 เบาหวาน

เบาหวาน

หมายถึง ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด ตั้งแต่ 126 mg/dl ขึ้นไป (Fasting Plasma Glucose) หรือ เป็นผู้ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดหรือฉีดอินซูลิน

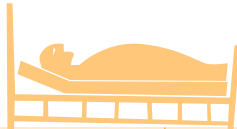
การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แบ่งผู้ป่วยเบาหวานตามการวินิจฉัยและการรักษา โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย หมายถึงผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้เคยรับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ไม่นับรวมบุคลากรสาธารณสุขด้านอื่นๆ)
2. กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แต่ไม่ได้รับการรักษา หมายถึง ผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ไม่นับรวมบุคลากรสาธารณสุขด้านอื่นๆ) แต่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาลดน้ำตาลในเลือดหรือฉีด insulin
3. กลุ่มที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ หมายถึงกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันในเลือดหรือฉีด insulin แต่จากการตรวจเลือดยังพบ $FBS \geq 126 \text{ mg/dl}$
4. กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ หมายถึงกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดน้ำตาลในเลือดหรือฉีด insulin และตรวจพบ $FBS < 126 \text{ mg/dl}$

ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ความชุกของเบาหวานในชายและหญิงเท่ากับ ร้อยละ 6.4 และ 7.3 ตามลำดับ

ในผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าผู้ชายเล็กน้อย ผู้ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ทั้งผู้หญิง และผู้ชายมีความชุกที่ใกล้เคียง ความชุกมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และพบความชุกสูงสุดที่กลุ่มอายุ 60 ถึง 69 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1.19

ตารางที่ 1.19 ความชุกผู้ป่วยเบาหวานในตัวอย่างประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



กลุ่มอายุ	ชาย		หญิง	
	ความชุก (%)	จำนวนตัวอย่าง	ความชุก (%)	จำนวนตัวอย่าง
15-29	2.0	2,140	1.6	1,822
30-44	5.2	3,689	5.1	4,199
45-59	11.4	3,634	12.6	4,339
60-69	13.8	5,313	18.9	5,636
70-79	12.3	3,364	15.7	3,573
80+	10.1	694	9.2	708
รวม	6.4	18,834	7.3	20,277

พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยอยู่ในสัดส่วนที่สูง และสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยานั้นต่ำเช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 1.20 ปัญหาการไม่เคยได้รับการวินิจฉัยนี้พบสูงมากในผู้ป่วยที่อายุน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยชาย แต่ถึงแม้ในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุมากขึ้น ซึ่งพบความชุกของโรคได้มากขึ้นก็ยังคงพบสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย รวมถึงการรักษาอยู่ในสัดส่วนที่สูง

ตารางที่ 1.20 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในตัวอย่างประชากรไทย
จำแนกตามการวินิจฉัยและการรักษา จำแนกตาม
เพศ และกลุ่มอายุ ปี 2547



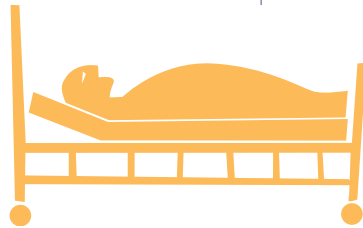
	อายุ (ปี)						รวม
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	
ชาย (N=2045)							
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	100.0	73.0	60.2	48.0	51.1	64.1	65.5
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา	0.0	1.7	2.7	2.0	1.7	1.1	1.9
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	0.0	21.5	27.9	34.8	30.1	16.1	24.1
รักษาและควบคุมได้	0.0	3.8	9.2	15.2	17.1	18.7	8.5
หญิง (N=2601)							
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	85.7	62.9	42.4	37.0	39.2	60.4	49.2
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา	0.0	2.2	1.1	2.6	1.5	3.5	1.7
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	13.7	30.6	37.5	38.2	36.2	22.1	33.9
รักษาและควบคุมได้*	0.6	4.2	19.0	22.2	23.2	14.0	15.2

* หมายถึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ <126 mg/dl

ผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมีสัดส่วนของการไม่ได้รับการวินิจฉัย และการรักษาสูงที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1.21 เป็นที่น่าสังเกตว่ากรุงเทพฯ มีสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาใกล้เคียงกับภูมิภาคอื่นๆ

ตารางที่ 1.21 ผู้ป่วยเบาหวานในตัวอย่างประชากรไทยจำแนกตามการวินิจฉัยและการรักษา จำแนกตามเพศและภาค ปี 2547

	ภาค					ทั่วประเทศ
	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	เหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	
N=4646						
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	54.7	62.5	51.3	50.7	53.1	56.6
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	1.4	0.6	2.8	2.4	5.8	1.8
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	29.5	26.6	29.8	35.9	34.1	29.4
รักษาและควบคุมได้	14.4	10.3	16.1	10.9	7.0	12.2



สภาวะก่อนอาการโรคเบาหวาน (pre-diabetes, impaired fasting glucose, IFG)

ความชุกของสภาวะก่อนเป็นเบาหวานในประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไปมีอยู่ ร้อยละ 15.4 และในประชากรหญิงอายุเดียวกันมีอยู่ร้อยละ 10.6 ความชุกของ IFG นี้ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งชายและหญิง จนมีความชุกสูงสุด ในอายุ 80 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 1.22 ร้อยละของความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด*
(Impaired Fasting Glucose : IFG) จำแนกตาม
อายุและเพศ

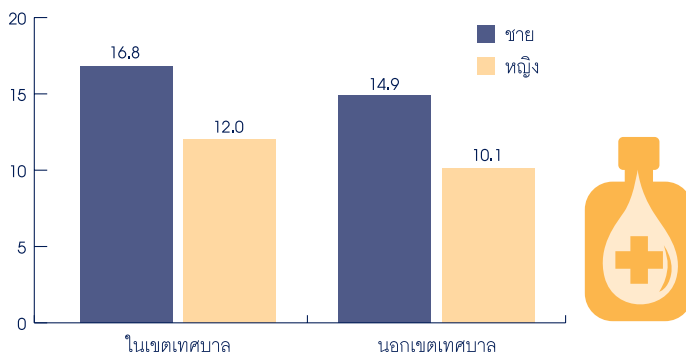


อายุ (ปี)	ชาย	จำนวนตัวอย่าง	หญิง	จำนวนตัวอย่าง
15 - 29	9.2	2,136	4.3	1,821
30 - 44	15.4	3,686	8.4	4,199
45 - 59	21.4	3,632	17.2	4,339
60 - 69	21.5	5,300	17.9	5,626
70 - 79	21.4	3,355	20.4	3,561
80+	21.8	684	21.6	706
รวม	15.4	18,793	10.6	20,252

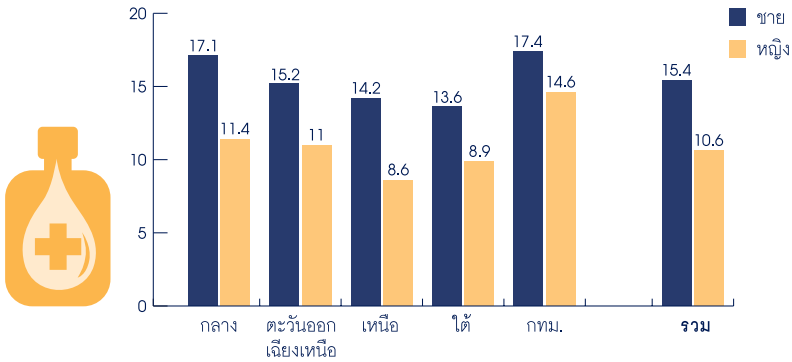
* Fasting Plasma Glucose 100 - 125 mg / dl

ประชากรทั้งชายและหญิงที่อยู่ในเขตเทศบาลมีความชุกของ IFG สูงกว่านอกเขตเทศบาล และประชากรชายหญิง ในภาคกลางและกรุงเทพฯ มีความชุกของ IFG มากกว่าภาคอื่นๆ

รูปที่ 1.17 ความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดจำแนกตาม
พื้นที่การปกครอง



รูปที่ 1.18 ความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดจำแนกตามภาค



สรุป

ความชุกของเบาหวานในประชากรชายเท่ากับร้อยละ 6.4 ในหญิงเท่ากับ ร้อยละ 7.3

ความชุกของเบาหวานสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยพบสูงสุดที่กลุ่มอายุ 60 ถึง 69 ปีในกรุงเทพฯ ว่างมีความชุกสูงกว่าในเขตภูมิภาคมากกว่าครึ่งของผู้เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็น และพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานในกรุงเทพฯ ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและคนที่มีอายุน้อยที่ไม่พบว่าตนเองเป็นเบาหวานมีสูงมากที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี ด้านการรักษามีความใกล้เคียงกับส่วนภูมิภาคอื่นๆ

สำหรับกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน หรือสภาวะก่อนอาการเบาหวาน (pre-diabetes) ในการสำรวจครั้งนี้มีความชุกในประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.4 และประชากรหญิงร้อยละ 10.6 ความชุกนี้เพิ่มมากตามอายุ พบในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขต และในกรุงเทพฯ มากที่สุดกว่าภาคอื่นๆ ของประเทศ

1.2.5 ภาวะโลหิตจาง

โลหิตจาง

ผู้ป่วยโลหิตจางในเพศชาย หมายถึงผู้ป่วยเพศชายที่มีค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่า ร้อยละ 39 ลงมา หรือฮีโมโกลบินต่ำกว่า ร้อยละ 13 ลงมา ($Hct < 39\%$ or $Hb < 13\%$) หรือเป็นผู้ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา ส่วนผู้ป่วยเพศหญิง หมายถึงผู้ป่วยเพศหญิงที่มีค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่า ร้อยละ 36 ลงมา หรือฮีโมโกลบินต่ำกว่า ร้อยละ 12 ลงมา ($Hct < 36\%$ or $Hb < 12\%$) หรือเป็นผู้ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา

ในการศึกษานี้แบ่งผู้ป่วยโลหิตจางออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- กลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรับวินิจฉัยโรคโลหิตจางจากแพทย์
- กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคโลหิตจางจากแพทย์ แต่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา
- กลุ่มที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา แต่ยังตรวจพบภาวะโลหิตจางอยู่
- กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา และตรวจไม่พบภาวะโลหิตจาง

ค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตและฮีโมโกลบินในผู้ชายมีค่าสูงกว่าผู้หญิงกลุ่มอายุเดียวกัน และมีแนวโน้มลดลงในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ดังแสดงในตารางที่ 1.23

ตารางที่ 1.23 ค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตและฮีโมโกลบินของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ปี 2547



อายุ	ชาย					หญิง				
	Hb (g/dl) ค่าเฉลี่ย (SD)		Hct (%) ค่าเฉลี่ย (SD)		จำนวน ตัวอย่าง	Hb (g/dl) ค่าเฉลี่ย (SD)		Hct (%) ค่าเฉลี่ย (SD)		จำนวน ตัวอย่าง
15-29	21.7	(4.0)	74.8	(10.6)	2,135	22.3	(4.6)	72.4	(10.9)	1,818
15-29	14.7	(1.5)	44.6	(4.3)	2,093	12.8	(1.3)	39.0	(3.5)	1,800
30-44	14.7	(1.4)	44.3	(4.1)	3,638	12.8	(1.3)	38.9	(3.5)	4,157
45-59	14.4	(1.6)	43.2	(4.4)	3,592	12.6	(1.5)	38.2	(3.8)	4,297
60-69	13.7	(1.7)	41.6	(4.6)	5,253	12.2	(1.5)	37.3	(4)	5,539
70-79	13.2	(1.7)	40.2	(4.9)	3,329	12.0	(1.6)	36.5	(4.2)	3,497
80+	12.7	(1.9)	38.5	(5.2)	684	11.6	(1.5)	35.3	(4.4)	698
รวม	14.5	(1.6)	43.7	(4.5)	18,690	12.6	(1.4)	38.4	(1.4)	19,993

ผลสำรวจพบว่า ความชุกของภาวะโลหิตจางในผู้หญิง (ร้อยละ 22.2) สูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 11.4) ประมาณ 2 เท่า ความชุกมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีอายุสูงกว่า 80 ปี พบว่ามีภาวะโลหิตจาง ดังแสดงในตารางที่ 1.24



ตารางที่ 1.24 ความชุกของภาวะโลหิตจางในตัวอย่างประชากร
ไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ
ปี 2547

กลุ่มอายุ	ชาย		หญิง	
	ความชุก (%)	จำนวนตัวอย่าง	ความชุก (%)	จำนวนตัวอย่าง
15-29	7.0	2,093	18.1	1,800
30-44	7.4	3,638	17.5	4,157
45-59	12.4	3,592	23.0	4,297
60-69	24.6	5,253	33.6	5,539
70-79	36.1	3,329	42.3	3,497
80+	51.8	684	56.1	698
รวม	11.4	18,690	22.2	19,993

ความชุกของภาวะเลือดจางในและนอกเขตเทศบาลพบว่ามีความใกล้เคียงกัน โดยผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าผู้ชายประมาณ 2 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 1.25 เมื่อพิจารณาตามรายภาคพบว่าผู้ชายพบความชุกใกล้เคียงกันในทุกภาค ในขณะที่ผู้หญิงที่อยู่ในกรุงเทพฯ กลับมีความชุกของภาวะเลือดจางสูงกว่าผู้หญิงในส่วนภูมิภาคเป็นอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ความชุกของภาวะเลือดจางตามรายภาคนี้นี้ยังไม่ได้ทำการปรับค่ามาตรฐานตามโครงสร้างประชากรมาตรฐาน

ตารางที่ 1.25 ความชุกของภาวะโลหิตจางในตัวอย่างประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ เขต การปกครอง และภาค ปี 2547



พื้นที่	ชาย		หญิง	
	ความชุก (%)	จำนวนตัวอย่าง	ความชุก (%)	จำนวนตัวอย่าง
เขตการปกครอง				
- ในเขตเทศบาล	10.6	9,506	24.0	10,618
- นอกเขตเทศบาล	11.7	8,992	21.5	9,241
ภาค				
- กลาง	10.1	6,192	20.5	6,292
- ตะวันออกเฉียงเหนือ	11.7	4,534	22.0	4,680
- เหนือ	12.7	4,240	21.4	4,487
- ใต้	11.3	2,649	24.2	2,969
- กทม.	11.6	883	30.6	1,431
ทั้งประเทศ	11.4	18,498	22.2	19,859

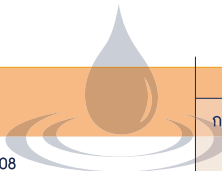
ตารางที่ 1.26 การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยโลหิตจางในตัวอย่างประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ ปี 2547



	อายุ (ปี)						รวม
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	
ชาย (N=3471)							
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	92.0	94.5	94.1	95.8	98.0	97.5	94.8
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา	2.9	1.2	2.8	1.0	0.9	0.7	1.8
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	4.4	2.4	1.5	1.4	0.3	1.1	2.1
รักษาและควบคุมได้	0.7	1.9	1.6	1.8	0.8	0.7	1.3
หญิง (N=5537)							
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	87.7	91.0	93.3	93.2	94.7	97.8	91.7
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา	2.8	3.2	1.7	0.9	1.1	0.4	2.1
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	5.4	3.1	2.2	3.8	2.6	0.6	3.4
รักษาและควบคุมได้	4.2	2.7	2.8	2.1	1.5	1.2	2.8

ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคไตจางมากกว่า ร้อยละ 90 ไม่ได้รับการวินิจฉัย โดยพบในทุกภาครวมทั้งกรุงเทพฯ

ตารางที่ 1.27 การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยโรคไตจางในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามรายภาค ปี 2547



	ภาค					
	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	เหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	ทั่วประเทศ
N=9008						
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	92.6	91.1	93.3	95.7	93.2	92.7
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่รักษา	2.3	2.2	1.6	1.5	2.4	2.0
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	2.3	3.5	3.4	2.1	2.5	2.9
รักษาและควบคุมได้	2.8	3.2	1.7	0.7	1.9	2.3

สรุป

ปัญหาโรคไตจางในประเทศไทยพบในหญิงสูงกว่าชายประมาณ 2 เท่า ความชุกของโรคไตจางมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่อายุมากกว่า 80 ปี พบว่ามีภาวะโรคไตจาง ผู้หญิงในกรุงเทพฯ พบมีความชุกของภาวะโรคไตจางสูงกว่าภูมิภาค ในขณะที่ผู้ชายกลับพบความชุกที่ใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่กว่า ร้อยละ 90 ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคไตจาง โดยในภาคใต้มีสัดส่วนที่สูงกว่าภาคอื่นๆ เล็กน้อย

1.2.6 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจหลอดเลือดหลายปัจจัย (Multiple CVD risk factors)

ปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น คือ ความดันเลือดสูง (SBP ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท, DBP ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท) คอเลสเตอรอลในเลือดสูง (> 240 mg% หรือขณะนี้กำลังกินยาลดไขมันในเลือดอยู่) เป็นเบาหวาน (น้ำตาลในเลือด ≥ 126 mg%) สูบบุหรี่เป็นประจำ และน้ำหนักเกิน (overweight/obese) (BMI ≥ 25 kg/m²)

ในภาพรวมทุกอายุ ชายจะมีความชุกของกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหญิง กล่าวคือมีปัจจัยเสี่ยงเพียง 1 ปัจจัย มีร้อยละ 44 ในชาย และร้อยละ 32 ในหญิง แต่ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 ปัจจัยขึ้นไป มีร้อยละ 29 ในชาย และร้อยละ 22 ในหญิง เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุจะพบว่ายี่สิบสองถึงยี่สิบสี่ส่วนของประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยก็เพิ่มขึ้นด้วยทั้งชายและหญิง



ตารางที่ 1.28 ร้อยละของตัวอย่างประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยง^๑ หลาย
ปัจจัย จำแนกตามอายุ เพศ และจำนวนของปัจจัยเสี่ยง

จำนวนปัจจัยเสี่ยง	อายุ (ปี)						
	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	ทุกอายุ
ชาย (N=18934)							
1 ปัจจัยเสี่ยง	42.8	48.0	39.2	40.6	41.6	46.1	43.7
2 ปัจจัยเสี่ยง	10.8	20.7	28.4	28.2	29.9	26.7	20.0
3 ปัจจัยเสี่ยง	3.1	6.7	11.9	12.0	9.1	7.2	7.1
4 ปัจจัยเสี่ยงและมากกว่า	0.3	1.8	3.4	3.4	1.6	0.9	1.7
หญิง (N=20356)							
1 ปัจจัยเสี่ยง	21.4	37.2	36.6	32.4	35.2	44.4	32.0
2 ปัจจัยเสี่ยง	5.4	12.4	24	25.5	27.3	22.6	14.7
3 ปัจจัยเสี่ยง	0.6	3.7	11.2	14.7	10.7	0.7	5.6
4 ปัจจัยเสี่ยงและมากกว่า	0.1	0.3	2.1	3.3	2.2	1.4	1.0

หมายเหตุ : ๑. ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ คือ ความดันเลือดสูง, คอเลสเตอรอลในเลือดสูง, เบาหวาน, สูบบุหรี่เป็นประจำ และน้ำหนักเกิน (overweight/obese)

3 ใน 5 คน ของประชากรในภาคต่างๆ มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป โดยชายมีสัดส่วนที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงกว่าในหญิงในทุกภาคของประเทศ ประชากรในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนของกลุ่มที่มีปัจจัยมากกว่า 1 อย่าง สูงกว่าประชากรในภาคอื่นๆ และประชากรที่มีปัจจัยมากกว่า 4 ปัจจัยก็พบได้มากในกรุงเทพฯ เช่นกัน คือร้อยละ 3 ของประชากร ตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด

ตารางที่ 1.29 ร้อยละของตัวอย่างประชากรจำแนกตามจำนวน
ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจหลอดเลือด จำแนกตาม
เพศ และภาค



จำนวนปัจจัยเสี่ยง	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	เหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	ทั่วประเทศ
ชาย และ หญิง (N=39290)						
1 ปัจจัยเสี่ยง	35.2	39.3	37.5	39.7	33.8	37.7
2 ปัจจัยเสี่ยง	18.9	15.5	17.7	17.3	20.1	17.3
3 ปัจจัยเสี่ยง	7.9	5.0	6.1	6.0	9.9	6.3
4 ปัจจัยเสี่ยงและมากกว่า	2.1	0.8	1.1	1.5	3.0	1.4

ตารางที่ 1.29 แสดงให้เห็นถึงการกระจายของประชากรที่มีความเสี่ยงระดับต่างๆ ในพื้นที่ภาคต่างๆ ของประเทศและกรุงเทพฯ ได้มีการวิเคราะห์ต่อไปถึงบริการการรักษา ที่มีให้แก่ประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงโดยเฉพาะพวกความดันเลือดและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ตารางที่ 1.30 แสดงถึงร้อยละของประชากรที่ได้รับยาทั้ง 2 ชนิดใน 4 ภาค ของประเทศและกรุงเทพฯ พบว่าทั้งประเทศมีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับยาอย่างใดอย่างหนึ่งใน 2 ชนิดนี้ประมาณร้อยละ 5 และได้รับทั้งสองอย่างประมาณร้อยละ 1 (ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป) และประชากรในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนที่ได้รับยามากกว่าในภาคอื่นๆ

ตารางที่ 1.30 ร้อยละของตัวอย่างประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป
ที่ได้รับยาลดคอเลสเตอรอล หรือยาลดความดัน
เลือด จำแนกตามภาค

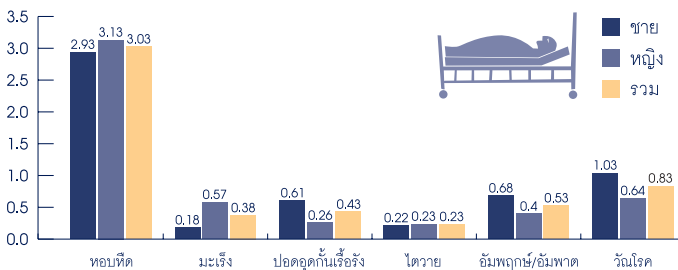


การได้รับยา	ภาคของประเทศ					
	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	เหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	ทั่วประเทศ
ชาย และ หญิง (N=39290)						
ได้รับยาอย่างใดอย่างหนึ่ง	6.7	3.1	7	5.8	9.3	5.5
ได้รับทั้งสองอย่าง	0.9	0.2	0.6	0.5	2.1	0.6

1.2.7 ความชุกของโรคเรื้อรังตามคำบอกของบุคลากรสาธารณสุข

ในรูปที่ 1.19 แสดงความชุกของโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ซึ่งมีประมาณ 45 ล้านคน พบว่า เป็นโรคหอบหืดร้อยละ 3 หรือประมาณ 1,350,000 คน โรคมะเร็งร้อยละ 0.4 (ประมาณ 180,000 คน) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 0.4 โรคไตวายร้อยละ 0.2 หรือประมาณ 90,000 คน อัมพฤกษ์อัมพาตร้อยละ 0.5 (225,000 คน) และวันโรคร้อยละ 0.8 หรือ ประมาณ 360,000 คน

รูปที่ 1.19 ความชุกของโรคเรื้อรังต่างๆ ในตัวอย่างประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ



1.3 ความชุก และชนิดของยาที่ใช้เป็นประจำ

การสำรวจครั้งนี้ได้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการใช้ยาโดยเฉพาะยาที่ใช้เป็นประจำ เพื่อจะทราบความถี่ของการใช้ยา และประเภทของยาต่างๆ ที่ใช้เป็นประจำในประชากรวัยแรงงานและวัยสูงอายุ

ยาที่ใช้เป็นประจำ

หมายถึง ยาที่ต้องใช้ทุกวันติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน

ในประชากรชายอายุ 15-59 ปี ซึ่งใช้ยาเป็นประจำร้อยละ 15.2 น้อยกว่าความชุกในประชากร หญิงอายุเท่ากันซึ่งใช้ยาเป็นประจำร้อยละ 25 ถ้ารวมทั้งสองเพศจะมี ประชากรประมาณ 8-9 ล้านคนที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีการใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ติดต่อกันเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน ประชากรที่อายุมากขึ้น มีสัดส่วนของการใช้ยาเป็นประจำเพิ่มมากขึ้นตามอายุทั้งสองเพศ และเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ตารางที่ 1.31 ร้อยละของตัวอย่างประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ใช้ยาเป็นประจำ และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ จำแนกตามอายุและเพศ



อายุ (ปี)	ร้อยละการใช้ยา			
	ใช้เป็นประจำ	ใช้ประจำ 1 อย่าง	2 อย่างร่วมกัน	3 อย่างและมากกว่า
ชาย				
15-29	6.0	5.0	0.5	0.4
30-44	12.0	10.3	1.3	0.4
45-59	21.4	19.4	1.5	0.5
60-69	35.7	30.5	4.0	1.1
70-79	38.8	31.8	5.4	1.6
80+	42.2	34.3	5.9	2.0
รวมทุกอายุ	15.1	13.1	1.5	0.5
หญิง				
15-29	14.0	13.0	0.8	0.2
30-44	19.8	17.7	1.7	0.5
45-59	33.8	29.0	4.1	0.8
60-69	43.7	34.6	6.8	2.3
70-79	48.1	36.8	8.7	2.6
80+	44.2	34.9	8.0	1.4
รวมทุกอายุ	24.7	21.2	2.8	0.7

การวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาประจำแยกตามประเภทของยา ในตัวอย่างประชากรกลุ่มอายุต่างๆ พบว่ายาที่ใช้ประจำมากที่สุดในการรักษาทุกกลุ่มอายุทั้งเพศชายและหญิง คือ ยาแก้ปวด และยังอายุมากขึ้นการใช้ยาแก้ปวดก็เพิ่มมากขึ้นด้วย รองลงมาคือยารักษาโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุของประชากรเช่นกัน (ตารางที่ 1.32)

ตารางที่ 1.32 ร้อยละของตัวอย่างประชากรชาย-หญิงที่ใช้ยาเป็นประจำ จำแนกตามอายุ เพศและประเภทยา

อายุ (ปี)	ร้อยละการใช้ยาประเภทต่างๆ					
	แก้ปวด	กลุ่มประสาท	นอนหลับ	ลดความอ้วน	ยารักษาโรค	ยาอื่นๆ
ชาย						
15-29	1.4	0.4	0.4	0.2	1.5	3.3
30-44	3.6	0.4	0.8	0.1	0.8	7.8
45-59	5.2	0.5	0.7	0.2	1.5	15.8
60-69	7.9	0.5	1.3	0.0	4.0	27.6
70-79	8.0	0.6	1.8	0.1	6.2	29.8
80+	8.4	0.3	2.7	0.2	6.6	34.4
รวมทุกอายุ	3.8	0.4	0.7	0.1	1.7	10.6
หญิง						
15-29	2.2	0.1	0.1	0.3	2.6	8.9
30-44	3.8	0.4	0.5	0.1	2.1	14.4
45-59	6.5	0.8	2.1	0.1	3.3	26.1
60-69	10.0	1.5	2.9	0.2	6.7	33.3
70-79	12.7	1.1	2.7	0.1	8.4	36.7
80+	10.6	0.5	2.2	0.0	10.6	30.2
รวมทุกอายุ	4.9	0.5	1.0	0.2	3.4	18.1



เมื่อศึกษาความชุกของการใช้ยาเป็นประจำแยกตามพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ ประชากรในเขตเทศบาลมีการใช้ยาเป็นประจำมากกว่าประชากรที่อยู่นอกเขตเทศบาลเล็กน้อย แต่ประชากรนอกเขตเทศบาลใช้ยาแก้ปวดมากกว่าผู้อยู่ในเขตเทศบาล ยาบารุงใช้มากในประชากรที่อยู่ในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขต เมื่อศึกษาการกระจายของการใช้ยาตามภาคต่างๆ ของประเทศ พบว่า ประชากรในกรุงเทพฯ ใช้ยาประจำมากที่สุด ที่ใช้ต่ำสุดคือ ประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับยาแก้ปวดมีการใช้มากที่สุดภาคเหนือ ในขณะที่ยาบารุงใช้มากในประชากรกรุงเทพฯ รองลงมา คือประชากรภาคใต้ (ตารางที่ 1.33)

ตารางที่ 1.33 ร้อยละของการใช้ยาเป็นประจำในตัวอย่างประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตการปกครองและภาค



พื้นที่	ร้อยละของการใช้ยาเป็นประจำ		
	รวมทุกชนิด	ยาแก้ปวด	ยาบารุง
เขตการปกครอง			
- ในเขตเทศบาล	22.8	3.9	3.0
- นอกเขตเทศบาล	19.6	4.5	2.4
ภาค			
- กลาง	21.1	5.5	2.5
- ตะวันออกเฉียงเหนือ	16.0	3.0	2.3
- เหนือ	23.1	6.5	2.1
- ใต้	25.1	3.0	3.2
กทม.	26.3	4.2	4.3

1.4 การบาดเจ็บ

ประชากรชายหญิงอายุ 15-59 ปี ประสบกับการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุต้องไปรับการรักษาที่คลินิก หรือโรงพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา โดยรวมทุกกลุ่มอายุร้อยละ 15.7 ในชาย และร้อยละ 8.2 ในหญิง ถ้าพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าที่เกิดมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 15-29 ปี ทั้งชายและหญิง คือร้อยละ 22 ในชาย และร้อยละ 10 ในหญิง (ตารางที่ 1.34)

ตารางที่ 1.34 ร้อยละของตัวอย่างประชากรอายุ 15-59 ปี ที่ประสบการบาดเจ็บหรือ อุบัติเหตุที่ต้องไปรักษาที่คลินิก หรือ โรงพยาบาล ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามอายุและเพศ

อายุ (ปี)	ความชุกของการบาดเจ็บ หรืออุบัติเหตุ (%)			
	ชาย	จำนวนตัวอย่าง	หญิง	จำนวนตัวอย่าง
15-29	21.8	2,152	9.8	1,826
30-44	12.8	3,705	7.1	4,212
45-59	10.7	3,637	7.	4,342
รวม	15.7	9,494	8.28	10,380

เมื่อวิเคราะห์การบาดเจ็บที่รุนแรง คือ ต้องรักษาเป็นผู้ป่วยใน อยู่ในโรงพยาบาล พบว่า การบาดเจ็บเช่นนี้มี ร้อยละ 9.8 ในชายอายุ 15-59 ปี และร้อยละ 5.5 ในหญิง ในกลุ่มอายุเดียวกันในกลุ่มอายุ 15-29 ปี มีการบาดเจ็บจนต้องเข้าโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ทั้งชายและหญิง โดยการบาดเจ็บในชายอายุ 15-29 ปี มากกว่าในกลุ่มอายุ 30-44 ปี และอายุ 45-59 ปี ประมาณ 3 ถึง 5 เท่า

ตารางที่ 1.35 ร้อยละของการบาดเจ็บของตัวอย่างประชากรอายุ 15-59 ปี ที่ต้องอยู่โรงพยาบาล ในรอบ 12 เดือน จำแนกตามอายุและเพศ

อายุ (ปี)	การบาดเจ็บที่ต้องอยู่โรงพยาบาล (%)			
	ชาย	จำนวนตัวอย่าง	หญิง	จำนวนตัวอย่าง
15-29	13.7	2,152	6.7	1,826
30-44	7.9	3,705	4.7	4,212
45-59	4.0	3,637	2.8	4,342
รวม	9.8	9,494	5.5	10,380

ประชากรนอกเขตเทศบาล มีการบาดเจ็บที่ต้องอยู่โรงพยาบาลมากกว่าประชากรในเขตเทศบาลประมาณ 3 เท่า

ตารางที่ 1.36 ร้อยละของตัวอย่างประชากรอายุ 15-59 ปี ที่บาดเจ็บรุนแรงต้องอยู่โรงพยาบาล จำแนกตามเขตการปกครองและภาค

พื้นที่	การบาดเจ็บที่ต้องอยู่โรงพยาบาล (%)			
	ชาย	จำนวนตัวอย่าง	หญิง	จำนวนตัวอย่าง
เขตการปกครอง				
• ในเขตเทศบาล	5.2	4,853	2.9	5,623
• นอกเขตเทศบาล	14.5	4,641	8.5	4,757
ภาค				
• กลาง	8.1	3,224	4.9	3,232
• ตะวันออกเฉียงเหนือ	11.7	2,323	7.9	2,416
• เหนือ	9.2	2,114	4.7	2,280
• ใต้	10.2	1,319	4.8	1,548
• กทม.	12.5	514	3.9	904
รวมทั้งประเทศ	9.8	9,494	5.5	10,380

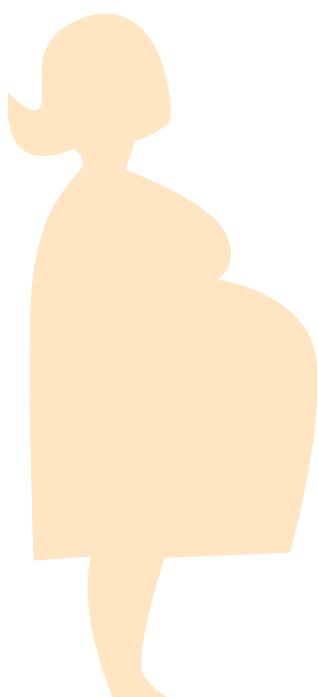
สำหรับสาเหตุของการบาดเจ็บจำเป็นต้องไปรับการรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาล พบว่า ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) เป็นการบาดเจ็บจากการจราจรทางบก ร้อยละ 13 เป็นการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม ถูกทำร้ายร่างกายมีร้อยละ 3 เมื่อวิเคราะห์แยกตามเพศ พบว่า อุบัติเหตุจราจรทางบก ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของทั้งสองเพศ แต่เพศชายมีอุบัติเหตุนี้ (ร้อยละ 53.4) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 44.1)

ตารางที่ 1.37 ร้อยละของการบาดเจ็บที่ต้องไปรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาล ที่เกิดขึ้นในตัวอย่างประชากรอายุ 15-59 ปี ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศและประเภทของการบาดเจ็บ

ประเภทของการบาดเจ็บ	ชาย (%) จำนวนบาดเจ็บ 841 ครั้ง	หญิง (%) จำนวนบาดเจ็บ 474 ครั้ง	รวม บาดเจ็บ 1,315 ครั้ง
• พลัดตกหกล้ม	9.5	19.8	13.2
• ของมีคมบาดหรือทิ่มแทง	11.7	8.6	10.6
• ไฟหรือน้ำร้อนลวก	0.6	2.3	0.2
• ไฟฟ้าช็อต	0.8	1.1	0.9
• สัตว์มีพิษกัดต่อย	2.4	4.0	3.0
• ถูกพิษหรือสารเคมี	0.2	0.8	0.5
• อุบัติเหตุจราจรทางบก	53.4	44.1	50.0
• อุบัติเหตุจราจรทางน้ำหรือทางอากาศ	0.0	0.2	0.1
• ตกจากที่สูง	4.0	3.2	3.7
• การถูกชนหรือกระแทกโดยวัสดุ ทั้งแนวราบและแนวตั้ง	8.0	7.0	7.6
• ถูกทำร้ายร่างกาย	4.0	1.1	3.0
• อื่นๆ	5.4	7.8	6.2

2.

อนามัย
เจริญพันธุ์



2.1 อนามัยเจริญพันธุ์ในประชากรหญิงอายุ 15-59 ปี

หญิงที่มีอายุ 15-29 ปี ในปัจจุบันมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่อ 13.6 ปี แต่ในกลุ่มหญิงที่อายุต่ำกว่าคือ 30-44 ปี และ 45-59 ปี มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 14 ปี และ 15 ปี ตามลำดับ (ตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 อายุเมื่อเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกในประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ



อายุ (ปี)	อายุเมื่อเริ่มมีประจำเดือน (ปี)		จำนวนตัวอย่าง
	ค่าเฉลี่ย	SD	
15-29	13.6	1.5	1,782
30-44	14.6	1.7	4,109
45-59	15.2	1.8	4,116
รวมทุกอายุ	14.4	1.8	10,007

สำหรับจำนวนบุตรที่มีชีวิต หญิงที่อายุ 15-29 ปีในปัจจุบันมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ย น้อยกว่าหญิงที่อายุมากกว่า คือประมาณ 1 คนเมื่อเทียบกับหญิงอายุ 45-59 ปีในขณะที่สัมภพณซึ่งมีบุตรโดยเฉลี่ย 3 คน ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะยังไม่หมดภาวะเจริญพันธุ์ตามธรรมชาติ หรือค่านิยมของจำนวนบุตรที่ต้องการมีเพียง 1-2 คนเท่านั้น (ตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2 จำนวนบุตรที่มีชีวิตของสตรีที่สมรสแล้วจำแนกตาม
กลุ่มอายุ



อายุ (ปี)	จำนวนบุตรที่มีชีวิต		จำนวนตัวอย่าง
	ค่าเฉลี่ย	SD	
15-29	1.5	1.0	1,782
30-44	2.1	0.9	4,109
45-59	3.0	1.5	4,116
รวมทุกอายุ	2.2	1.8	8,166

ข้อมูลเกี่ยวกับการแท้ง พบว่าความชุก (prevalence) ของการแท้งที่เกิดขึ้นใน หญิงอายุ 15-59 ปี คือร้อยละ 19.8 ในจำนวนนี้ประมาณเกือบ 1 ใน 4 ของการแท้ง หรือความชุก ร้อยละ 5.4 เป็นการแท้ง และร้อยละ 14.4 เป็นการแท้งโดยธรรมชาติ และมีประมาณร้อยละ 0.7 ที่มีประสบการณ์ทั้งทำแท้งและแท้งโดยธรรมชาติ

ตารางที่ 2.3 ร้อยละของประชากรหญิงอายุ 15-59 ปี ที่เคยแท้ง
โดยสาเหตุต่างๆ จำแนกตามอายุ



การแท้ง	ความชุกของการแท้ง (%)			
	15 - 29 ปี	30 - 44 ปี	45 - 59 ปี	รวมทุกอายุ
เคยแท้ง	9.8	22.9	29.2	19.8
สาเหตุการแท้ง	3.4	6.2	7.1	5.4
- ทำแท้ง	6.4	16.6	21.9	14.4
- แท้งโดยธรรมชาติ	0.2	0.6	1.4	0.7
- ทำแท้งและแท้งโดยธรรมชาติ				
- สาเหตุอื่น	0.6	1.4	1.9	1.3
จำนวนตัวอย่าง	1,754	4,138	4,272	10,164

ด้านการแท้งโดยธรรมชาติและการทำแท้งตามภาคต่างๆ ของประเทศ พบว่าในภาคเหนือ ภาคใต้และกรุงเทพฯ มีอัตราการ ทำแท้งมากกว่าในภาคอื่นๆ โดยเฉพาะภาคใต้มีความชุกของการ ทำแท้ง และแท้งโดยธรรมชาติที่สูงกว่าภาคอื่นๆ รวมทั้งกรุงเทพฯ

ตารางที่ 2.4 ความชุกของการแท้งประเภทต่างๆ ในหญิงอายุ 15-59 ปี จำแนกตามภาคของประเทศ

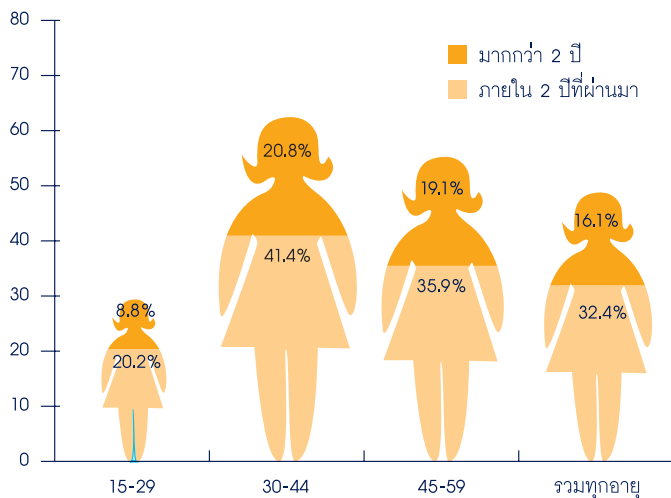
ประเภทการแท้ง	ภาคกลาง	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้	กรุงเทพฯ	ทั้งประเทศ
ทำแท้ง (%)	2.4	6.0	6.7	7.3	7.0	5.4
แท้งโดยธรรมชาติ (%)	12.7	15.3	13.9	15.5	15.0	14.4
จำนวนตัวอย่าง	3,238	2,419	2,286	1,556	904	10,403

2.2 การได้รับบริการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเบื้องต้นในสตรีอายุ 15-59 ปี

2.2.1 มะเร็งปากมดลูก

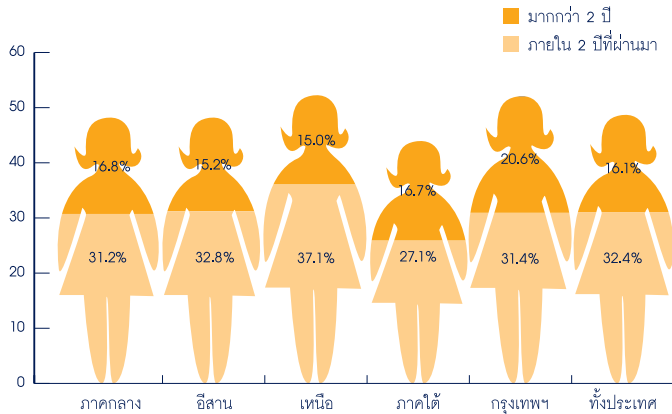
ผลสำรวจพบว่าประชากรหญิงอายุ 15-59 ปี ทั่วประเทศ เคยได้รับบริการตรวจคัดหามะเร็งปากมดลูกตั้งแต่เริ่มแรกประมาณ ร้อยละ 48 ในจำนวนนี้หญิงในวัย 30-44 ปี จะมีความชุกของการ ได้รับบริการมากที่สุดว่ากลุ่มอื่นคือร้อยละ 62 และโดยร้อยละ 41 ได้รับบริการในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมาในกลุ่มอายุ 15-29 ปี เป็นกลุ่มที่ได้ทำ Pap smear น้อยที่สุด ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นวัย 35 ปีขึ้นไป

รูปที่ 2.1 ร้อยละของความครอบคลุม (Coverage) การให้บริการตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ในหญิงอายุ 15-59 ปี



เมื่อเปรียบเทียบความครอบคลุมของบริการตามภาคต่างๆ ของประเทศ พบว่ากรุงเทพฯ และภาคเหนือมีความครอบคลุมของบริการสูงกว่าภาคอื่นๆ คือร้อยละ 52 แต่ถ้าพิจารณาความครอบคลุมของบริการล่าสุด คือภายใน 2 ปีที่ผ่านมานี้ ภาคเหนือให้บริการได้ครอบคลุมมากกว่าภาคอื่นๆ คือร้อยละ 37

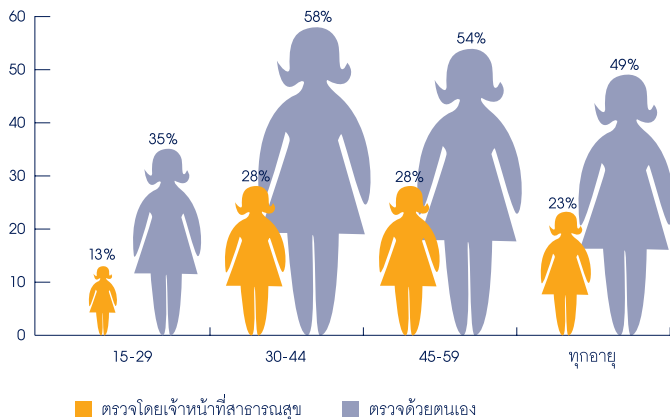
รูปที่ 2.2 ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ในหญิงอายุ 15-59 ปี จำแนกตามภาค



2.2.2 มะเร็งเต้านม

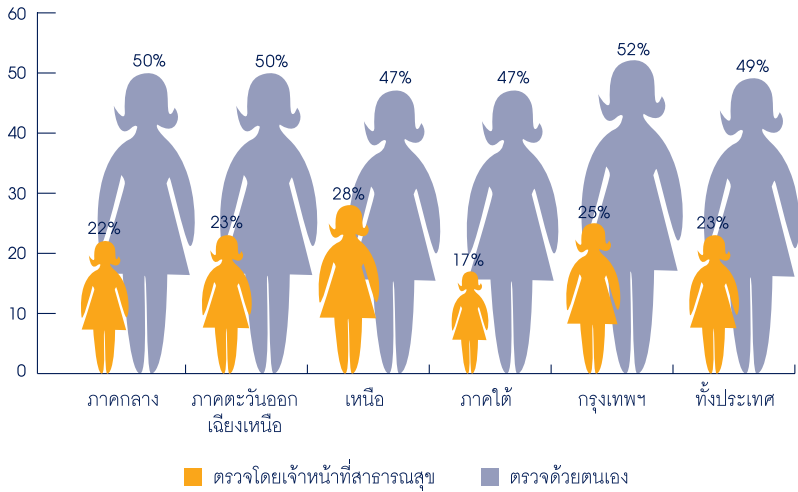
กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีโครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเต้านมโดยรณรงค์ให้สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ซึ่งอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมยังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตรงข้ามกับมะเร็งปากมดลูกที่มีแนวโน้มลดลง การสำรวจครั้งนี้ พบว่าหญิงไทยอายุ 15-59 ปี ประมาณร้อยละ 50 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง อีกประมาณร้อยละ 23 ได้รับการตรวจเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มอายุที่ได้รับการตรวจมากที่สุด คือ กลุ่มที่มีอายุ 30-44 ปี

รูปที่ 2.3 การตรวจเต้านมในประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป
จำแนกอายุ



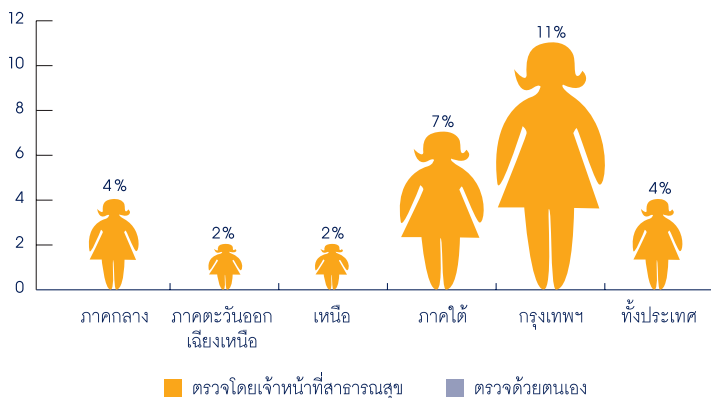
การตรวจคลำด้วยตนเองตามภาคต่างๆ พบว่ามีสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยหญิงในกรุงเทพฯ ตรวจเต้านมด้วยตนเองในสัดส่วนที่สูงกว่าภาคอื่นเล็กน้อย สำหรับการตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น ในภาพรวมทั้งประเทศมีหญิงอายุ 15-59 ปีที่เคยได้รับการตรวจเต้านมจากเจ้าหน้าที่ฯ ประมาณร้อยละ 23 โดยภาคเหนือมีการตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าภาคอื่นๆ

รูปที่ 2.4 การตรวจเต้านมในประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป
จำแนกตามภาค



สำหรับการตรวจเต้านมด้วย Mammogram ซึ่งในกรณีทั่วไปแพทย์แนะนำให้ตรวจเช็คเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป ในการสำรวจครั้งนี้ได้มีคำถามเกี่ยวกับการเคยได้รับการตรวจเต้านมโดย Mammogram ซึ่งในรูปที่ 2.5 แสดงร้อยละของการเคยได้รับการตรวจเช็คด้วย Mammogram ในหญิงอายุ 40-59 ปี

รูปที่ 2.5 ร้อยละของการได้รับบริการตรวจเต้านมโดยใช้ Mam-mogram ในประชากรหญิงอายุ 40-59 ปี จำแนกตามภาค



2.3 การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

การสำรวจครั้งนี้มีคำถามเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ของทั้งสองเพศ โดยแยกผู้ร่วมเพศด้วยเป็น 2 ประเภท คือ คู่นอนที่อยู่ด้วยกันเป็นประจำ เช่นสามี/ภรรยา (regular-partners) และกับคู่นอนชั่วคราว (non-regular partners)

ผลการสำรวจพบว่า เพศชายอายุ 15-59 ปี ในภาพรวมทุกอายุมีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราวร้อยละ 36 และกับคู่นอนประจำร้อยละ 8 และใช้กับคู่นอนชั่วคราวมากกว่าประจำในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุน้อย (15-29) ประมาณร้อยละ 50 ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราว ในขณะที่ใช้กับคู่นอนประจำเพียงร้อยละ 17 อย่างไรก็ตามการใช้ถุงยางอนามัยก็ยังอยู่ในระดับต่ำ

แม้กับผู้ที่คิดว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่นคู่นอนชั่วคราวในเพศหญิง มีการขอให้คู่นอนทั้งประจำและชั่วคราวใช้ถุงยางอนามัย ในอัตราที่ต่ำมาก คือ ไม่ถึงร้อยละ 10

ตารางที่ 2.5 ร้อยละของประชากรที่ระบุว่ามีการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ จำแนกตามอายุและประเภทของผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย

การใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์	อายุ (ปี)			
	15 - 29	30 - 44	45 - 59	ทุกอายุ
เพศชาย (N=7134)				
กับคู่นอนประจำ	17.2	5.7	3.5	7.8
กับคู่นอนเป็นครั้งคราว	49.6	31.4	20.9	36.1
เพศหญิง (N=6780)				
กับคู่นอนประจำ	3.6	4.0	2.0	3.4
กับคู่นอนเป็นครั้งคราว	9.5	4.7	2.1	5.5

ชายและหญิงในกรุงเทพฯ และภาคใต้ มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทั้งกับคู่นอนประจำและคู่นอนชั่วคราวมากกว่าประชากรวัยเดียวกันในทุกภาค และเป็นที่น่าสังเกตว่าในภาคเหนือ มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าภาคอื่นๆ ทั้งชายและหญิง (ตารางที่ 2.6)

ตารางที่ 2.6 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์
ในประชากรชายและหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนก
ตามภาค

การใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์	ภาคของประเทศ					
	ภาคกลาง	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้	กรุงเทพฯ	ทั่วประเทศ
เพศชาย (N=7,134)						
กับคู่นอนประจำ	9.5	6.8	5.4	8.0	18.3	7.8
กับคู่นอนเป็นครั้งคราว	37.3	37.0	25.9	46.5	51	36.1
เพศหญิง (N=6,780)						
กับคู่นอนประจำ	4.4	2.9	2.5	3.2	8.9	3.4
กับคู่นอนเป็นครั้งคราว	6.1	4.7	2.0	30.1	11.7	5.5

สรุป

อายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรกในหญิงอายุ 15-59 ปี คือเฉลี่ย 14.4 ปี และลดลงในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่อายุน้อย กลุ่มอายุน้อยที่สุด คือ 15-24 ปี มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 13 ปี จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของหญิงอายุ 15-59 ปี คือ 2 คน จำนวนบุตรเพิ่มตามอายุ ในกลุ่มอายุ 45-59 ปีมีบุตรโดยเฉลี่ย 3 คน

การแท้งที่เกิดขึ้นในหญิงอายุ 15-59 ปี มีประมาณร้อยละ 19 และเป็นการแท้งโดยธรรมชาติร้อยละ 14 เป็นการทำแท้ง ร้อยละ 5 อัตราการทำแท้งใกล้เคียงกันในทุกภาค โดยมีอัตราสูงสุดในภาคเหนือ, ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร

ความครอบคลุมของการได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกด้วย Pap. Smear ในหญิงอายุ 15-59 ปี มีร้อยละ 38 กรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่ที่มีความครอบคลุมของบริการ Pap. Smear สูงกว่าภาคอื่นๆ

ถ้าพิจารณาเฉพาะความครอบคลุมของบริการในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา โดยภาคใต้ มีการตรวจน้อยกว่าภาคอื่นเล็กน้อย

การตรวจมะเร็งเต้านมหญิงอายุ 15-59 ปี ร้อยละ 49 เคยตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 23 ตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำหรับการตรวจโดย Mammogram ในหญิงอายุ 40-59 ปีโดยเฉลี่ยทั่วประเทศ มีร้อยละ 4 โดยสูงสุดในกรุงเทพฯ คือร้อยละ 11

การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพศชายใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราวร้อยละ 36.1 ส่วนเพศหญิงขอให้คู่นอนชั่วคราวใช้เพียงร้อยละ 5.5

3.

สภาวะสุขภาพ
ของ ผู้สูงอายุ



สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นผลสะสมจากการใช้ชีวิตที่ผ่านมายาวนาน เครื่องชี้วัดของสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุต้องสอดคล้องกับสภาพธรรมชาติแห่งวัย ทั้งนี้ องค์การสหประชาชาติเสนอเครื่องชี้วัดในการประเมินผู้สูงอายุสุขภาพดีมี 5 องค์ประกอบคือ

- (1.) ความสามารถในการทำหน้าที่
- (2.) การดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
- (3.) ความอยู่ดีมีสุขด้านจิตใจและสังคม
- (4.) หลักประกันทางเศรษฐกิจ
- (5.) ความพึงพอใจในชีวิต

3.1 ลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุไทย

สภาพร่างกาย วิธีการสำรวจใช้การสังเกตจากความสามารถของกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถเดินเองได้ หรือเดินได้แต่ต้องใช้ไม้เท้า ต้องนั่งรถเข็น และอยู่ในสภาพนอนติดเตียง

ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 60-69 ปี หรือผู้สูงวัยต้น พบว่าร้อยละ 98 เดินได้เอง ที่เหลือต้องใช้ไม้เท้า หรือนั่งรถเข็น กลุ่มที่นอนติดเตียงมีเพียงร้อยละ 0.1 โดยเมื่ออายุ มากขึ้นพบว่ามีความสามารถทางร่างกายลดหลั่นลงมาตามลำดับ

ตารางที่ 3.1 ลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างจำแนกตามอายุและเพศ



สภาพกายภาพในวันที่สัมภาษณ์

อายุ (ปี)	เดินได้(%)	ต้องใช้ไม้เท้า(%)	ใช้รถเข็น(%)	นอนติดเตียง(%)	จำนวนตัวอย่าง
60-69	97.9	1.8	0.2	0.1	10,922
70-79	92.3	7.0	0.6	0.1	6,919
80+	77.6	18.3	3.5	0.6	1,392
รวมผู้สูงอายุ	93.1	5.9	0.8	0.2	19,233

3.2 ความสามารถในการทำหน้าที่

การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) การวัดภาวะพึ่งพาในชีวิตประจำวัน ที่เป็นพื้นฐานและกิจกรรมทางสังคม (2) สภาวะการมีโรคประจำตัว (3) อุบัติเหตุจากการหกล้ม

3.2.1 การวัดภาวะพึ่งพาในชีวิตประจำวัน การทำหน้าที่ และกิจกรรมทางสังคม เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นระดับความสามารถของคนเราจะค่อยๆ ลดลง โดยลดจากกิจกรรมทางสังคมก่อนต่อมาเป็นกิจกรรมงานบ้าน และสุดท้ายคือการดูแลตนเอง ถ้าเป็นระดับที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เลยก็อยู่ในฐานะที่ต้องพึ่งพาคนอื่นทุกอย่างสถานการณ์เหล่านี้ จะเชื่อมโยงไปสู่การจัดบริการ เพื่อตอบสนองความสามารถของผู้สูงอายุว่าต้องการการพึ่งพาในระดับใด

ตารางที่ 3.2 การวัดภาวะพึ่งพาในชีวิตประจำวัน การทำหน้าที่ และกิจกรรมทางสังคม



ก. ชีวิตประจำวัน	ข. การทำหน้าที่งานบ้าน	ค. การทำหน้าที่นอกบ้าน	ง. การติดต่อสื่อสาร
1) อาบน้ำ 2) แต่งตัว 3) กินอาหาร 4) ลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียง 5) การใช้ส้วม 6) เคลื่อนที่ภายในห้องในบ้าน 7) กลืนบัสสวาระและกลืนอุจจาระได้	1) เตรียมอาหาร 2) ไปซื้อของ 3) ใช้เงิน นับเงิน ทอนเงิน 4) ใช้โทรศัพท์ 5) งานบ้านอย่างหนัก (ดูบ้าน ซักรีด) 6) งานบ้านอย่างเบา	1) ยกของหนักประมาณ 5 กก. 2) เดินขึ้นบันไดประมาณ 10 ขั้นโดยไม่พัก 3) เดินประมาณครึ่งกิโลเมตร 4) ก้มลงเก็บของที่พื้น 5) ยกมือเหนือศีรษะหรือยื่นแขนไปข้างหน้า 6) หยิบสิ่งของ 7) จับปากกาหรือดินสอ	1) การมองเห็น 2) การได้ยิน 3) การสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว 4) การติดต่อสื่อสารกับคนอื่นๆ นอกบ้าน

แหล่งข้อมูล : Williams, 1986. First Symposium on Gerontology 1996.

(1) ภาพรวมในระดับประเทศ พบว่า ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of Daily Living, ADLs) การกลืนอาหารและปัสสาวะ และการทำงานในบ้านนั้น ผู้สูงอายุ 60-79 ทำได้อยู่ในเกณฑ์ปกติเกิน ร้อยละ 90 แต่ในกลุ่มอายุมากขึ้นพบว่าทำเองได้น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มอายุ มากกว่า 80 ปี

ตารางที่ 3.3 ร้อยละ ของประชากรสูงอายุ ตามภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน จำแนก ตามเพศและอายุ

เพศ	อายุ	สภาพกายภาพในวันที่ยี่สิบสาม			จำนวนตัวอย่าง
		กิจวัตรพื้นฐาน(%)	การขับถ่าย(%)	การทำงานบ้าน(%)	
ชาย	60-69	1.8	3.7	1.8	5,325
	70-79	3.8	5.8	3.8	3,377
	80+	11.7	8.2	11.7	6,93
	รวมชาย	3.8	4.9	3.8	9,395
หญิง	60-69	2.2	5.6	7.0	5,638
	70-79	5.1	7.3	19.9	3,575
	80+	13.2	11.6	46.4	708
	รวมหญิง	4.9	7.1	17.5	9,921

(2) เขตการปกครอง การทำกิจวัตรพื้นฐานสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ได้ตามเกณฑ์ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล ไม่แตกต่างกันมากนักทั้งชายและหญิง ยกเว้นผู้สูงอายุหญิง 80 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตเทศบาล ที่ปฏิบัติได้ตามเกณฑ์มีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มอายุ เดียวกันนอกเขต เทศบาลถึง ร้อยละ 10

การกลืนปัสสาวะและอุจจาระ ในเขตเทศบาลด้วยกันกลุ่มหญิงสูงอายุจะมีสัดส่วน ของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพาสูงกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย ส่วนนอกเขตเทศบาล มีภาวะพึ่งพา มากทั้งชายและ

หญิง โดยเฉพาะหญิงอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในชนบท (นอกเขตเทศบาล) มีสัดส่วนภาวะพึ่งพิงถึง ร้อยละ 13

การทำงานบ้าน มีการพึ่งพาสูงในทุกกลุ่มอายุ และเพศ เมื่อ เทียบกับตัวชี้วัด 2 ตัวแรก โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป โดยผู้หญิงอยู่ในเขตและนอกเขตฯ มีสัดส่วน ของภาวะพึ่งพาไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ชายกลุ่มอายุนี้นี้ ในชนบทอยู่ในภาวะพึ่งพาส่งกว่า ผู้ชายอายุเดียวกันในเขตเทศบาล

ตารางที่ 3.4 ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตการปกครอง



เขตการปกครอง	อายุ	ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน			จำนวนตัวอย่าง
		กิจวัตรพื้นฐาน(%)	การขับถ่าย(%)	การทำงานบ้าน(%)	
ในเขตเทศบาล	60-69	1.8	4.4	4.6	5,750
	70-79	4.4	6.6	12.9	3,623
	80+	11.7	7.1	36.1	721
	รวมทุกกลุ่มอายุ	4.1	5.5	11.8	10,094
นอกเขตเทศบาล	60-69	2.1	4.8	6.6	5,213
	70-79	4.6	6.7	17.9	3,329
	80+	12.9	11.3	44.2	680
	รวมทุกกลุ่มอายุ	4.5	6.4	16	9,222

(3) ภาค ผู้สูงอายุชายที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน พบมากที่สุดใภาคภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงไปคือ ภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคกลาง และ กทม. สำหรับผู้หญิงมีสัดส่วนสูงสุด ในภาคใต้ รองลงไปคือ ภาคเหนือ ภาคกลาง และ กทม.

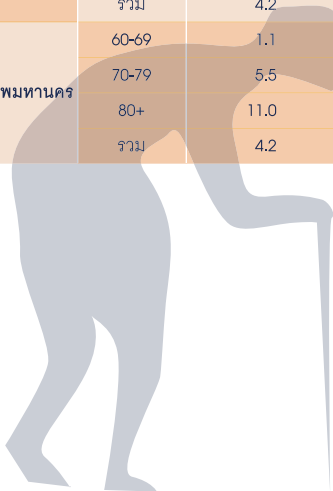
ในด้านการพึ่งพาผู้อื่นในการขับถ่าย ผู้สูงอายุหญิงภาคใต้ มีอัตราสูงสุด คือ ร้อยละ 12 รองลงมาคือผู้สูงอายุใน กทม. ร้อยละ 8 ในภาคอื่นๆ ไม่แตกต่างกันนัก ระหว่างชายและหญิง โดยอยู่ในอัตรา ร้อยละ 4-5

ส่วนความสามารถในการทำงานในบ้าน พบว่า ภาวะพึ่งพา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบ ร้อยละ 15 และ 20 ในกลุ่มชาย และหญิงตามลำดับต่ำสุดในกทม. โดยผู้หญิงมีภาวะพึ่งพาส่งกว่า ชายในทุกภาค

เมื่อรวมทุกตัวชี้วัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มี ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพามากกว่าภาคอื่นๆ

ตารางที่ 3.5 ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาค

ภาค	อายุ	ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน			จำนวนตัวอย่าง
		กิจวัตรพื้นฐาน(%)	การขับถ่าย(%)	การทำงานบ้าน(%)	
ภาคกลาง	60-69	2.0	3.3	4.8	3,732
	70-79	4.6	4.2	13.2	2,198
	80+	11.6	6.1	34.7	441
	รวม	4.5	4.1	12.7	6,371
ภาคเหนือ	60-69	1.8	2.3	5.7	2,469
	70-79	2.6	3.7	14.2	1,727
	80+	10.7	6.8	41.6	338
	รวม	3.3	3.4	13.7	4,534
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	60-69	2.5	3.5	8.0	2,662
	70-79	5.5	5.7	23.2	1,592
	80+	15.9	9.5	55.5	370
	รวม	5.2	4.9	18.8	4,624
ภาคใต้	60-69	1.1	13.0	4.5	1,552
	70-79	5.5	15.6	14.7	1,122
	80+	11.0	23.6	39.9	194
	รวม	4.2	15.7	14.0	2,867
กรุงเทพมหานคร	60-69	1.1	13.0	4.5	549
	70-79	5.5	15.6	14.7	314
	80+	11.0	23.6	39.9	58
	รวม	4.2	15.7	14.0	921



สรุป

ในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย อายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี ที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมเหล่านี้อยู่ในระดับปกติมีร้อยละ 90 ขึ้นไป ยกเว้นกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่ต่ำกว่า โดยมีร้อยละ 80

ผู้หญิงที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีอัตราพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าในเขตเทศบาล คือ ร้อยละ 14 และ ร้อยละ 9

ผู้ชายนอกเขตเทศบาลอยู่ในภาวะพึ่งพาสูงกว่าชายอายุเดียวกันในเขตเทศบาล โดยเฉพาะกิจวัตรในการทำงานบ้าน (ร้อยละ 27 กับ ร้อยละ 40) ทั้งนี้ ผู้หญิงมีอัตราพึ่งพาสูงกว่าผู้ชายในกลุ่มอายุเดียวกันทุกกลุ่ม

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีผู้สูงอายุอยู่ในระดับพึ่งพามากกว่าภาคอื่นๆ

3.2.2 สภาวะการมีโรคประจำตัวหลายโรค พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่เป็นโรคต่างๆ มีสูงกว่าชายทุกกลุ่มอายุประมาณร้อยละ 5 และพบว่า จำนวนโรคที่เป็นในคนเดียวกันถึง 7 โรค ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยครั้งที่ 2 สภาพดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุต้องกินยาหลายขนานพร้อมกัน จนอาจเกิดปัญหาคือ ยาแต่ละขนานส่งผลด้านฤทธิ์กัน 3

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนโรคที่เป็น พบว่า ระหว่างช่วงอายุ 60-79 ปี ผู้สูงอายุหญิงมีจำนวนโรคมากกว่าชาย แต่เมื่ออายุสูงขึ้นพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในค่าเฉลี่ยของจำนวนโรค

ตารางที่ 3.6 ร้อยละที่ป่วยและค่าเฉลี่ยจำนวนโรคในผู้สูงอายุ



เพศ	อายุ	ร้อยละที่ป่วย	จำนวนโรคที่เป็น (Mean + SD)	Min,Max	จำนวนตัวอย่าง
ชาย	60-69	81.4	2.01+1.07	1,7	4,473
	70-79	86.4	2.10+1.09	1,7	2,973
	80 +	91.5	2.24+1.11	1,6	632
หญิง	60-69	88.2	2.25+1.11	1,7	5,064
	70-79	91.1	2.36+1.12	1,6	3,304
	80 +	94.1	2.35+1.03	1,6	665

3.2.3 **อุบัติเหตุจากการหกล้ม** การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นเรื่องใหญ่ ที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุสูง 80 ปีขึ้นไป

(1) **ระดับประเทศ** ผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 30 เคยหกล้ม แต่ที่น่าวัดก็คือ ผู้หญิงสูงอายุ 80 ปีขึ้นไป พบว่ามีถึงร้อยละ 50 ที่เคยหกล้ม จำนวนครั้งที่หกล้ม เฉลี่ย 3 ครั้งในเกือบทุกอายุและเพศ กลุ่มที่มีอาการรุนแรงจนต้องนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 0.2 ครั้ง และที่ไปโรงพยาบาลแต่ไม่ต้องนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.8 ครั้ง รวมแล้วต้องไปโรงพยาบาล ประมาณ 2 ครั้ง เหมือนกันทุกกลุ่ม

- **สถานที่ที่เคยหกล้ม** พบว่าการหกล้มนอกบ้านมากที่สุด กลุ่มหญิงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนการล้มนอกบ้านน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่น อาจเป็นเพราะไม่ค่อยได้ออกนอกบ้าน ในส่วนการหกล้มในบ้านและในห้องน้ำ ในกลุ่มผู้สูงอายุชายพบ ร้อยละ 15-17 โดยในผู้หญิงกลุ่มอายุเดียวกันมีสัดส่วนสูงเป็น 2 หรือ 3 เท่า สำหรับการหกล้มที่ลานกีฬา มีสัดส่วนไม่ถึง ร้อยละ 1

สำหรับการหกล้มในที่อื่นๆ เกิดขึ้นกับผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (ตารางที่ 3.7)

- สาเหตุหลักที่ทำให้หกล้ม คือ การเวียนศีรษะ และการทรงตัวที่ไม่สมดุล โดยพบ ร้อยละ 38 ในชาย และ 41 ในหญิง

- ผลของการหกล้ม ได้แก่ เคล็ดขัดยอก กระดูกร้าว อัมพาต/อัมพฤกษ์ และ อื่นๆ (ตาราง 3.9)

ตารางที่ 3.7 อุบัติเหตุจากการหกล้มในผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ และเพศ

ระดับประเทศ	ชาย			หญิง		
	60-69	70-79	80+	60-69	70-79	80+
จำนวนตัวอย่าง	5,319	3,370	688	5,624	3,564	708
เคยมีการหกล้มหลังอายุ 60 ปี (%)	28.0	33.7	35.5	38.8	46.3	49.1
จำนวนตัวอย่างที่เคยหกล้ม	1,488	1,136	244	2,180	1,649	348
สถานที่หกล้ม						
• หกล้มนอกบ้าน (%)	54.1	47.9	49.3	50.9	46.8	35.4
• หกล้มที่บ้าน (%)	17.6	14.7	15.8	26.8	30.4	36.9
• หกล้มที่ลานกีฬา (%)	0.7	0.7	0.0	0.5	0.7	0.0
• หกล้มที่อื่นๆ (%)	33.8	33.5	28.1	25.7	21.2	28.0

หมายเหตุ : ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ



ตารางที่ 3.8 ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่หกล้มในผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ และเพศ



การหกล้ม	ชาย			หญิง		
	60-69	70-79	80+	60-69	70-79	80+
จำนวนตัวอย่างที่เคยหกล้ม	1,488	1,136	244	2,180	1,649	348
ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่หกล้ม	2.93	3.03	3.95	2.75	3.24	3.12
ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่ต้องนอน รพ. เนื่องจากหกล้ม	0.2	0.24	0.21	0.18	0.23	0.27

ตารางที่ 3.9 ผลที่ตามมาจากการหกล้มจำแนกตามอายุและเพศ



ผลของการหกล้ม	ชาย				หญิง			
	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+	รวม
จำนวนตัวอย่างที่เคยหกล้ม	1,488	1,136	244	2,868	2,180	1,649	348	4,176
เคล็ดขัดยอก (%)	73.3	73.0	76.5	73.7	77.3	75.2	72.4	75.7
กระดูกหัก (%)	5.5	7.0	4.7	5.9	7.3	11.9	12.6	9.8
อัมพฤกษ์ (%)	1.3	2.2	1.5	1.6	0.5	1.1	3.1	1.2
อื่นๆ (%)	9.0	9.4	8.3	9.0	7.5	7.6	5.7	7.2

(2) เขตการปกครอง สำหรับผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม
 หลังอายุ 60 ปี พบว่าผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนเคยหกล้ม
 ในบ้านสูงกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล ความชุกของการหกล้ม
 นอกบ้านนอกเขตเทศบาลค่อนข้างสูงกว่าในเขตเทศบาล ส่วนหกล้ม
 ในบ้าน พบว่า ในเขตเทศบาลมีสูงกว่านอกเขตเทศบาล

จำนวนครั้งที่เฉลี่ยที่ต้องไปโรงพยาบาล และมีความรุนแรง
 จนต้องพักนอนในโรงพยาบาลนอกเขตเทศบาล น้อยกว่าในเขต
 เทศบาลเล็กน้อย

ตารางที่ 3.10 อุบัติเหตุจากการหกล้มในผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตการปกครอง



ระดับภาค	ในเขตเทศบาล			นอกเขตเทศบาล		
	60-69	70-79	80+	60-69	70-79	80+
จำนวนตัวอย่าง	5,736	3,609	719	5,207	3,325	677
เคยมีการหกล้มหลังอายุ 60 ปี (%)	32.2	41.8	44.1	34.3	40.4	43.4
จำนวนตัวอย่างที่เคยหกล้ม	1,848	1,508	317	1,784	1,343	293
สถานที่หกล้ม						
• หกล้มนอกบ้าน (%)	42.5	43.8	37.4	55.6	48.5	41.1
• หกล้มที่บ้าน (%)	31.9	33.6	36.1	20.3	21.4	27.5
• หกล้มที่ลานกีฬา (%)	1.2	1.2	0.0	0.3	0.5	0.0
• หกล้มที่อื่นๆ (%)	25.5	22.3	22.0	29.9	27.1	30.3

ตารางที่ 3.11 ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่หกล้มในผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ และเขตการปกครอง



การหกล้ม	ชาย			หญิง		
	60-69	70-79	80+	60-69	70-79	80+
จำนวนตัวอย่างที่เคยหกล้ม	1,848	1,508	317	1,784	1,343	293
ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่หกล้ม	2.6	3.2	3.4	3.0	3.2	3.4
ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่ต้องนอนรพ. เนื่องจากหกล้ม	0.2	0.3	0.4	0.2	0.2	0.2

(3) ภาค ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการหกล้ม พบว่ามีสัดส่วนสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตารางที่ 3.13)

ตารางที่ 3.12 อุบัติเหตุจากการหกล้มในผู้สูงอายุ จำแนกตามภาค

ระดับเขตการปกครอง	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม.
จำนวนตัวอย่าง	6,364	4,526	4,614	2,849	920
เคยมีการหกล้มหลังอายุ 60 ปี (%)	38.2	31.5	41.9	34.2	39.6
จำนวนตัวอย่างที่เคยหกล้ม	2,430	1,425	1,931	974	364
สถานที่ที่หกล้ม					
• หกล้มนอกบ้าน (%)	44.9	45.8	53.6	47.5	41.2
• หกล้มที่บ้าน (%)	26.1	33.4	18.9	21.1	41.6
• หกล้มที่ลานกีฬา (%)	0.2	0.5	0.5	0.2	2.8
• หกล้มที่อื่นๆ (%)	25.9	28.1	32.4	22.4	22.7

ตารางที่ 3.13 ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่หกล้มในผู้สูงอายุ จำแนกตามภาค

การหกล้ม	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม.
จำนวนตัวอย่างที่เคยหกล้ม	2,430	1,425	1,931	974	364
ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่หกล้ม	3.6	2.9	2.8	3.0	2.4
ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่ต้องนอนรพ. เนื่องจากหกล้ม	0.2	0.2	0.2	0.3	0.4

สถานที่ที่หกล้ม พบว่า การหกล้มนอกบ้านมีสัดส่วนสูงสุด ถึง ร้อยละ 54 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพฯ (ตารางที่ 3.14)

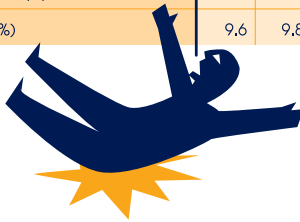
ผลจากการหกล้มมีแบบแผนเช่นเดียวกับข้อมูลโดยรวม คือ ส่วนใหญ่มีอาการเคล็ดขัดยอกแต่อาการกระดูกหักโดยรวมใน เขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล

กลุ่มที่เป็นอัมพาตมีสัดส่วนต่ำ อยู่ที่ร้อยละ 1-2 คล้ายกัน ทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาล โดยที่มีสัดส่วนสูงสุด คือ ตัวอย่าง ผู้สูงอายุในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป ที่อยู่นอกเขตเทศบาล (ตารางที่ 3.12)

ตารางที่ 3.14 ผลที่ตามมาจากการหกล้ม จำแนกตามอายุ และ
เขตการปกครอง



ผลของการหกล้ม	ในเขตเทศบาล				นอกเขตเทศบาล			
	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+	รวม
จำนวนคนที่เคยหกล้ม	1,848	1,508	317	3,673	1,784	1,343	293	3,421
เคล็ดขัดยอก (%)	75.9	72.5	77.5	75.0	75.7	75.1	72.5	74.9
กระดูกหัก (%)	8.8	12.7	11.9	10.7	5.8	9.2	9.3	7.6
อัมพฤกษ์ (%)	0.7	1.5	1.3	1.1	0.8	1.5	2.9	1.4
อื่นๆ (%)	9.6	9.8	8.0	9.4	7.6	7.6	6.1	7.3



นอกจากสาเหตุของการหกล้มที่เกิดจากการวิ่งเวียนศีรษะ และการทรงตัวแล้ว สาเหตุอีกอย่างหนึ่งก็คือ บ้านที่อยู่อาศัยที่ผู้สูงอายุต้องขึ้นลงบันไดทุกวัน หรือลักษณะบ้านเล่นระดับ โดยพบในกรุงเทพฯ และในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาลของภาคต่างๆ ซึ่งจะได้กล่าวถึงในตอนต่อไปเกี่ยวกับมาตรการป้องกันโดยการดัดแปลงที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้ม

3.3 โครงสร้างบ้านและการดัดแปลงบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3.3.1 ลักษณะโครงสร้างของบ้าน

ผู้สูงอายุไทยอาศัยอยู่ในบ้านชั้นเดียว ร้อยละ 50 อยู่บ้านสองชั้น ร้อยละ 40-43 และอยู่บ้านเล่นระดับ ร้อยละ 3

ตารางที่ 3.15 ลักษณะบ้านที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัย จำแนกตามอายุ และเพศ



ลักษณะบ้าน	ชาย				หญิง			
	60-69	70-79	80+	จำนวนตัวอย่างชาย	60-69	70-79	80+	จำนวนตัวอย่างหญิง
จำนวนตัวอย่าง	1,848	1,508	317	3,673	1,784	1,343	293	3,421
บ้านชั้นเดียว (%)	75.9	72.5	77.5	75.0	75.7	75.1	72.5	74.9
บ้านเล่นระดับ (%)	8.8	12.7	11.9	10.7	5.8	9.2	9.3	7.6
บ้านสองชั้นขึ้นไป (%)	0.7	1.5	1.3	1.1	0.8	1.5	2.9	1.4
อื่นๆ (%)	9.6	9.8	8.0	9.4	7.6	7.6	6.1	7.3

ตารางที่ 3.16 ลักษณะบ้านที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัย จำแนกตามเขตการปกครอง



ลักษณะบ้าน	ในเขตเทศบาล				นอกเขตเทศบาล			
	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+	รวม
จำนวนตัวอย่าง	5,748	3,624	719	10,091	5,213	3,333	681	9,227
บ้านชั้นเดียว (%)	40.0	43.7	43.8	41.7	52.3	53.7	60.1	53.9
บ้านเล่นระดับ (%)	2.4	2.3	2.8	2.4	3.0	3.3	3.1	3.1
บ้านสองชั้นขึ้นไป (%)	54.7	51.6	50.7	53.2	41.7	39.9	34.1	40.0
อื่นๆ (%)	2.9	2.5	2.7	2.7	3.0	3.1	2.7	3.0

ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลอาศัยในบ้าน 2 ชั้นขึ้นไปในสัดส่วนที่สูงกว่า (ร้อยละ 53.2) ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 40.0) ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านชั้นเดียวในภาคเหนือ และภาคใต้มี ร้อยละ 65 ส่วนในกทม. มีร้อยละ 26



ตารางที่ 3.17 ลักษณะบ้านที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัย จำแนกตามภาค

ลักษณะบ้าน	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม.
จำนวนตัวอย่าง	6,376	4,531	4,624	2,866	921
บ้านชั้นเดียว (%)	54.5	65.7	34.3	65.0	26.1
บ้านเล่นระดับ (%)	2.0	2.8	1.3	9.1	1.7
บ้านสองชั้นขึ้นไป (%)	39.8	28.7	61.6	24.4	67.6
อื่นๆ (%)	3.7	2.8	2.7	1.5	4.7

3.3.2 การใช้บันไดเป็นประจำทุกวันและการป้องกัน ภาคที่ต้องใช้บันไดขึ้นลงมีสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 72 คือภาคเหนือ รองลงมาคือกรุงเทพมหานครไล่เลี่ยกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง ภาคใต้มีสัดส่วนที่ผู้สูงอายุใช้บันไดต่ำสุด สอดคล้องกับลักษณะบ้านที่เป็นชั้นเดียวที่มีอยู่ถึง ร้อยละ 65 จึงอาจไม่ต้องปรับปรุงบ้านเหมือนภาคอื่นๆ

สำหรับการดัดแปลงให้บันไดมีราวเกาะ โดยรวมมีสัดส่วนร้อยละ 30 ซึ่งนับเป็นสัดส่วนของผู้สูงอายุโดยรวมที่ได้รับการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านที่เป็นพื้นฐานสำคัญ

ตารางที่ 3.18 ร้อยละของบ้านที่ต้องใช้บันไดที่มีการปรับปรุง มีราวเกาะ จำแนกตามภาค



การปรับปรุงราวบันได	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม.	รวมทั้งประเทศ
จำนวนตัวอย่าง	6,366	4,527	4,620	2,867	919	11,113
บ้านมีการใช้บันได (%)	53.6	71.5	59.3	38.9	62.1	57.7
มีการปรับปรุงราวจับบันได (%)	24.2	32.5	34.7	18.1	40.4	29.2

3.3.3 การดัดแปลงบ้าน ตัวชี้วัดการดัดแปลงบ้านคือ คือ ทางขึ้นลงบันไดมีราวเกาะ ห้องน้ำแห้งไม่ลื่นและมีราวเกาะ และ ทางเดินเข้าบ้านเป็นทางลาดมีราวเกาะ การจำแนก ตามอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอยู่ในบ้านที่มีการดัดแปลงสภาพภายในบ้าน มีสัดส่วน โดยรวม ร้อยละ 43 กลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 36 และเพิ่มเป็น ร้อยละ 43 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป มีราวเกาะ ที่บันได พบร้อยละ 36 โดยรวม และไม่แตกต่างกันใน 3 กลุ่มอายุ จุดที่สำคัญในการป้องกันอุบัติเหตุ คือ ห้องน้ำที่แห้ง ไม่ลื่น มีราว เกาะนั้น พบ ร้อยละ 32 โดยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 34 ในกลุ่มผู้สูง อายุ 80 ปีขึ้นไป ส่วนบ้านที่มีราว เกาะและพบทางลาดสำหรับ เดินเข้าบ้านมีเพียง ร้อยละ 21 และไล่เลี่ยกันในทุกสามกลุ่มอายุ

ตารางที่ 3.19 การดัดแปลงบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ จำแนก ตามอายุ

การดัดแปลงบ้าน	ชาย				หญิง			
	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+	รวม
จำนวนตัวอย่าง	5,321	3,378	692	9,391	5,642	3,578	709	9,929
มีการดัดแปลงบ้านสำหรับผู้สูงอายุ (%)	45.0	45.7	40.2	44.5	40.0	40.6	39.2	40.0
• มีราวเกาะทางขึ้นลง (%)	38.2	38.8	33.5	37.7	34.0	34.1	31.0	33.5
• ป้องกันการลื่นในห้องน้ำ (%)	32.7	33.3	30.5	32.6	29.4	28.8	30.9	29.5
• ทางเดินขึ้นบ้านมีการป้องกันการล้ม (%)	22.5	23.0	18.8	22.1	18.3	19.3	17.6	18.5



ตารางที่ 3.20 การดัดแปลงบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ จำแนกตามเขตการปกครอง



การดัดแปลงบ้าน	ในเขตเทศบาล				นอกเขตเทศบาล			
	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+	รวม
จำนวนตัวอย่าง	5,747	3,623	720	10,090	5,216	3,333	681	9,230
มีการดัดแปลงบ้านเพื่อผู้สูงอายุ (%)	46.5	45.3	40.4	45.2	40.8	41.9	39.4	40.9
• มีราวเกาะทางขึ้นลง (%)	40.8	39.0	33.7	39.2	34.2	35.1	31.4	34.1
• ป้องกันการลื่นในห้องน้ำ (%)	35.8	34.5	33.6	35.1	29.2	29.5	29.8	29.4
• ทางเดินขึ้นบ้านมีการป้องกันการล้ม (%)	22.9	23.7	21.0	22.9	19.3	20.0	17.1	19.2

ตารางที่ 3.21 การดัดแปลงบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ จำแนกตามภาค

การทกล้ม	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม.
จำนวนตัวอย่าง	6,371	4,534	4,624	2,870	921
มีการดัดแปลงบ้านเพื่อผู้สูงอายุ (%)	37.5	41.5	51.6	26.7	52.9
• มีราวเกาะทางขึ้นลง (%)	29.9	36.3	44.6	19.8	48.6
• ป้องกันการลื่นในห้องน้ำ (%)	27.8	28.5	37.8	21.3	42.2
• ทางเดินขึ้นบ้านมีการป้องกันการล้ม (%)	20.1	21.6	21.8	11.5	28.7



สรุป

อุบัติเหตุจากการทกล้ม นำไปสู่การบาดเจ็บแต่อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป สาเหตุมักเกิดจากการเวียนศีรษะ และการทรงตัวไม่สมดุล ซึ่งพบ ร้อยละ 38 และ ร้อยละ 41 ในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ การทกล้มที่บ้านและในห้องน้ำมี ร้อยละ 20 ในผู้ชาย และ ร้อยละ 35 ในผู้หญิง นอกจากการเวียนศีรษะหรืออ่อนแรงที่ทำให้ล้มง่ายแล้ว โครงสร้างของบ้าน การต้องใช้บันไดขึ้นลงเป็นประจำ หรืออยู่ในบ้านเล่นระดับ เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่เพิ่มสัดส่วนการทกล้มในผู้สูงอายุได้ ในการสำรวจนี้ พบว่า ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านที่ต้องใช้บันไดขึ้นลงประจำวัน ร้อยละ 60 ในกลุ่มนี้มีการปรับปรุงราวจับบันไดประมาณ ร้อยละ 30 เท่านั้น สัดส่วนนี้มีความแตกต่างตามอายุและภาค

3.4 พื้นและการบาดเจ็บ

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับผู้สูงอายุไว้ว่าผู้สูงอายุควรมีพื้นที่ปลอดภัยได้ไม่น้อยกว่า 20 ที่ จะทำให้อยู่ได้อย่างมีสุขภาพและได้ใช้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งสำหรับภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุไทย

ในภาพรวมพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 45 มีพื้นน้อยกว่า 20 ที่ พบเท่ากันทั้งชายและหญิง และได้ใช้พื้นปloomประมาณ ร้อยละ 28 คิดเป็นอัตราส่วน 0.6 ของผู้ที่มีพื้นน้อยกว่า 20 ที่ ซึ่งคล้ายกันทั้งชายและหญิง

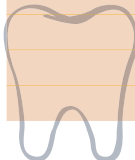
ตารางที่ 3.22 ปัญหาฟันและการบดเคี้ยวของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุและเพศ



ปัญหาฟันและการบดเคี้ยว	ชาย				หญิง			
	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+	รวม
จำนวนตัวอย่าง	5,336	3,384	699	9,419	5,652	3,589	712	9,953
มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ (%) ก.	36.8	49.2	61.8	44.0	34.0	50.7	65.3	44.4
ใช้ฟันปลอม (%) ข.	26.1	28.2	33.3	27.7	25.9	28.1	26.3	26.7
อัตราส่วนระหว่าง ข : ก	0.7	0.6	0.5	0.6	0.8	0.6	0.4	0.6

การจำแนกตามเขตการปกครอง อัตราส่วนการใช้ฟันปลอมของกลุ่มผู้สูงอายุใน เขตเทศบาล (ร้อยละ 0.7) มีมากกว่านอกเขต (ร้อยละ 0.6)

ตารางที่ 3.23 ปัญหาฟันและการบดเคี้ยวของผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตการปกครอง



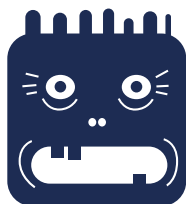
ปัญหาฟันและการบดเคี้ยว	ในเขตเทศบาล				นอกเขตเทศบาล			
	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+	รวม
จำนวนตัวอย่าง	5,761	3,632	723	10,116	5,227	3,341	688	9,256
มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ (%) ก.	34.7	49.9	57.3	42.7	35.5	50.1	66.0	44.8
ใช้ฟันปลอม (%) ข.	27.0	29.7	29.6	28.2	25.6	27.6	29.1	26.8
อัตราส่วนระหว่าง ข : ก	0.8	0.6	0.5	0.7	0.7	0.6	0.4	0.6

แต่ละภาคมีสัดส่วนของผู้ที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 40 ใกล้เคียงกัน ผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ มีอัตราส่วนการใช้ฟันปลอมถึง 0.8 ลำดับต่อมาคือภาคเหนือ (0.7) ภาคกลาง เท่ากับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (0.6) และภาคใต้ต่ำสุดเท่ากับ 0.5

ตารางที่ 3.24 ปัญหาฟันและการบดเคี้ยวของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาค



ปัญหาฟันและการบดเคี้ยว	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม.
จำนวนตัวอย่าง	6,384	4,537	4,627	2,902	922
มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ (%) ก.	47.2	40.4	44.8	43.3	44.1
ใส่ฟันปลอม(%) ข.	28.2	27.9	28.2	19.8	33.9
อัตราส่วนระหว่าง ข : ก	0.6	0.7	0.6	0.5	0.8



สรุป

ฟันเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำอาหารเข้าสู่ร่างกายที่ทำให้คนเราอยู่ได้นาน จากการสำรวจโดยรวมพบว่ามีสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ มีร้อยละ 45 เท่ากันทั้งชายและหญิง กลุ่มนี้มีผู้ใส่ฟันปลอมประมาณร้อยละ 28 คิดเป็นอัตราส่วน 0.6 ของผู้ที่มีฟันไม่ครบเท่านั้น ผลการสำรวจดังกล่าวนี้เป็นข้อมูลที่น่าจะนำไปใช้ในการวางแผนบริการใส่ฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนมีฟันพอที่จะทำหน้าที่ได้

3.5 การตรวจคัดกรองสภาพสมอง

ในการสำรวจครั้งนี้ ใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination, TMSE) 6 ซึ่งเป็นแบบทดสอบสภาพสมองคนไทยแบบย่อ ที่ใช้ทดสอบ สมรรถภาพสมองส่วนต่างๆ ที่ทำหน้าที่ควบคุมการรับรู้ ความคิด ความจำ ความใส่ใจ สติปัญญา เขาวิน การคำนวณ การพูด การเขียน และการอ่าน

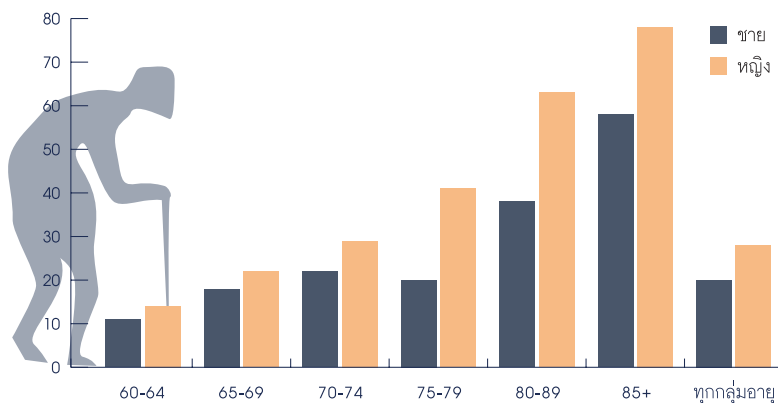
การวัดสภาพสมองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองของไทย

มีคำถาม 6 ส่วน ดังนี้ (1) การรับรู้ 6 คะแนน (2) การจดจำ 3 คะแนน (3) ความใส่ใจ 5 คะแนน (4) การคำนวณ 3 คะแนน (5) ด้านภาษา 10 คะแนน (6) การระลึกได้ 3 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 30 คะแนน

เกณฑ์ปกติ คะแนนรวมต้องได้มากกว่า 23 คะแนน ถ้าต่ำกว่านั้น ถือว่าสมองมีความบกพร่อง หรือ "สมองเสื่อม"

(1) ระดับประเทศ เมื่อจำแนกอายุของผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มละ 5 ปี ผู้มีภาวะความบกพร่องของสภาพสมองซึ่งอาจเป็นภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นตามอายุ โดยเพศหญิงจะมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย และสูงสุดทั้งสองเพศในกลุ่มอายุ 80-84 ปีและ 85 ปีขึ้นไป

รูปที่ 3.1 ร้อยละของภาวะสมองเสื่อมที่พบในผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุและเพศ



ตารางที่ 3.25 ผลการคัดกรองสมองของผู้สูงอายุ จำแนกตาม
เขตการปกครอง

เขตการปกครอง	สมองเสื่อม (%)	รวมจำนวนตัวอย่าง
ในเขตเทศบาล	21.4	10,0037
นอกเขตเทศบาล	33.1	9,165



ตารางที่ 3.26 ผลการคัดกรองสมองของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาค

ภาค	สมองเสื่อม (%)	รวมจำนวนตัวอย่าง
กลาง	26.0	6,356
เหนือ	26.0	4,503
ตะวันออกเฉียงเหนือ	31.3	4,591
ใต้	32.9	28.33
กรุงเทพมหานคร	17.7	919



สรุป

การตรวจคัดกรองสภาพสมอง กลุ่มโรคสมองเสื่อมหรือความจำผิดปกติ พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จากการที่ใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทยแบบย่อ (TMSE) คัดกรองผู้สูงอายุในตัวอย่าง พบผู้ที่มีภาวะผิดปกติประมาณร้อยละ 20 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุจนถึงร้อยละ 60 ในเพศชาย และร้อยละ 77 ในเพศหญิงในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป

3.6 หลักประกันในที่อยู่อาศัย

3.6.1 ความเป็นเจ้าของบ้าน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) ที่มีกรรมสิทธิ์เป็นเจ้าของบ้านที่ตนเองอยู่อาศัย สัดส่วนความเป็นเจ้าของบ้านลดลงตามอายุที่สูงขึ้น

ตารางที่ 3.27 ร้อยละของผู้ที่มีกรรมสิทธิ์ในบ้าน จำแนกตาม
กลุ่มอายุ

 กรรมสิทธิ์	ชาย				หญิง			
	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+	รวม
จำนวนตัวอย่าง	5,323	3,378	691	9,392	5,643	3,581	710	9,934
เป็นเจ้าของบ้าน (%)	90.3	86.3	78.3	87.4	82.4	75.5	68.0	77.9
บ้านเช่า (%)	2.0	1.3	1.5	1.7	2.2	1.5	1.0	1.8
บ้านของบุตร/ญาติ (%)	5.5	10.3	18.4	8.8	12.4	20.1	28.3	17.4
สวัสดิการ/ไม่มีบ้าน (%)	2.3	2.1	1.8	2.2	3.0	3.0	2.8	3.0

กรรมสิทธิ์ในบ้าน หมายถึง การมีกรรมสิทธิ์เป็นเจ้าของบ้าน

ตารางที่ 3.28 ร้อยละของผู้ที่มีกรรมสิทธิ์ในบ้าน จำแนกตาม
เขตการปกครอง

 กรรมสิทธิ์	ในเขตเทศบาล				นอกเขตเทศบาล			
	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+	รวม
จำนวนตัวอย่าง	5,749	3,626	721	10,096	5,217	3,333	680	9,230
เป็นเจ้าของบ้าน (%)	76.2	71.8	60.5	72.5	89.6	83.1	76.1	85.5
บ้านเช่า (%)	6.4	4.6	3.8	5.5	0.6	0.3	0.3	0.4
บ้านของบุตร/ญาติ (%)	12.6	18.3	30.9	17.1	8.0	14.9	22.0	12.3
สวัสดิการ/ไม่มีบ้าน (%)	4.8	5.3	4.7	4.9	1.9	1.7	1.6	1.8

ตารางที่ 3.29 ร้อยละของผู้ที่มีกรรมสิทธิ์ในบ้าน จำแนกตามภาค

 กรรมสิทธิ์	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม.
จำนวนตัวอย่าง	6,379	4,532	4,624	2,870	921
เป็นเจ้าของบ้าน (%)	78.9	84.6	85.1	85.6	56.2
บ้านเช่า (%)	2.2	0.6	0.6	1.6	13.6
บ้านของบุตร/ญาติ (%)	10.9	15.9	24.6	14.9	7.0
สวัสดิการ/ไม่มีบ้าน (%)	3.8	4.1	4.4	4.0	1.9

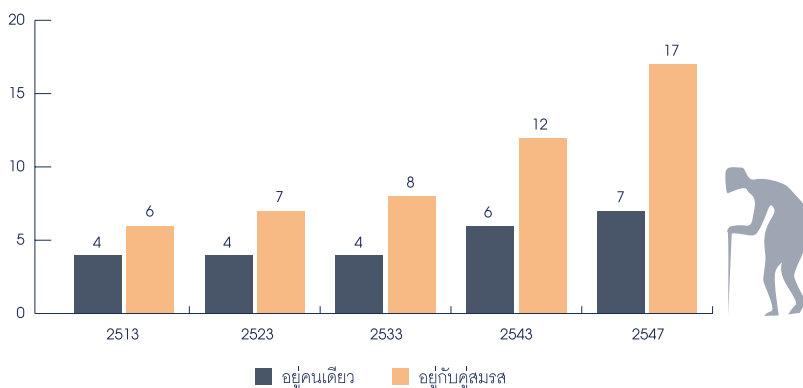
ไม่มีบ้าน หมายถึง ต้องอาศัยผู้อื่นอยู่ หรืออยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

3.6.2 ลักษณะการอยู่อาศัย

นโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทย เน้นที่การอยู่กับครอบครัว 3 รุ่นเป็นหลักประกัน ที่จะมีผู้ดูแลเมื่อจำเป็น ผู้สูงอายุสามารถรับภาระในครอบครัวตามอัตภาพ เช่น เลี้ยงดูอบรมลูกหลานโดยไม่ถือเป็นภาระ และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกของครอบครัว การสำรวจนี้แสดงว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยที่อยู่กับครอบครัว 3 รุ่น มีถึงร้อยละ 40 ถ้านับรวมที่อยู่กับบุตรอีกร้อยละ 21-29 สัดส่วนจะเป็นร้อยละ 60-70

กลุ่มที่อยู่คนเดียว และที่อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น มีแนวโน้มมากขึ้น ข้อมูลจากสำมะโนประชากรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 สองกลุ่มนี้มีร้อยละ 10 เพิ่มเป็นร้อยละ 11 และร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2523 และ 2533 เริ่มมีสัดส่วนผู้ที่อยู่กับคู่สมรสเท่านั้นเพิ่มเร็วกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว คือเป็นร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2543

รูปที่ 3.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและผู้ที่อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น พ.ศ. 2513 - 2547



ตารางที่ 3.30 ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและอายุ

 ลักษณะการอยู่อาศัย	ชาย				หญิง			
	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+	รวม
จำนวนตัวอย่าง	5,324	3,379	691	9,394	5,642	3,579	710	9,931
อยู่คนเดียว (%)	4.4	5.6	6.8	5.1	7.6	11.1	11.7	9.4
อยู่กับคู่สมรส (%)	22.1	22.4	16.9	21.4	14.8	9.8	3.9	11.5
อยู่กับบุตร (%)	15.7	18.7	28.6	18.4	19.8	25.5	28.8	23.0
อยู่กับครอบครัว 3 รุ่น (%)	44.4	42.8	37.1	42.9	41.7	39.7	42.1	41.2
อาศัยผู้อื่นอยู่ (%)	13.4	10.6	10.6	12.2	16.1	13.9	13.5	15.0

ตารางที่ 3.31 ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตการปกครอง

 ลักษณะการอยู่อาศัย	ในเขตเทศบาล				นอกเขตเทศบาล			
	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+	รวม
จำนวนตัวอย่าง	5,750	3,625	720	10,095	5,216	3,333	681	9,230
อยู่คนเดียว (%)	5.3	7.8	9.0	6.6	6.4	9.0	9.9	7.7
อยู่กับคู่สมรส (%)	15.4	13.5	7.4	13.6	19.2	16.0	9.9	16.7
อยู่กับบุตร (%)	22.1	24.0	33.0	24.3	16.3	22.0	27.3	19.8
อยู่กับครอบครัว 3 รุ่น (%)	40.5	40.4	35.8	39.8	43.9	41.3	41.4	42.7
อาศัยผู้อื่นอยู่ (%)	16.8	14.2	14.8	15.7	14.2	11.8	11.5	13.0

ตารางที่ 3.32 ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาค

 กรรณสิทธิ์	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม.
จำนวนตัวอย่าง	6,376	4,534	4,626	2,868	921
อยู่คนเดียว (%)	7.6	9.3	6.0	8.5	4.5
อยู่กับคู่สมรส (%)	13.7	19.7	14.7	19.0	9.8
อยู่กับบุตร (%)	23.8	23.9	18.4	13.1	33.6
อยู่กับครอบครัว 3 รุ่น (%)	41.9	33.4	47.9	42.3	40.3
อาศัยผู้อื่นอยู่ (%)	13.0	13.7	13.1	17.1	11.9

สรุป

ด้านหลักประกันในที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุร้อยละ 80 ที่มีกรรมสิทธิ์ในบ้าน ผู้ที่บอกว่าไม่มีบ้านและต้องอาศัยสวัสดิการมีไม่ถึงร้อยละ 3

ลักษณะการอยู่อาศัย ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในครอบครัว 3 รุ่น มีถึงร้อยละ 40 เมื่อรวมกับกลุ่มที่อยู่กับบุตรอีกร้อยละ 20 คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งนับว่ามีสัดส่วนค่อนข้างสูง

แม้ว่าการมีครอบครัวเดียวจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประเทศไทยก็ตาม การมีผู้ดูแลเมื่อต้องการของผู้สูงอายุดูเหมือนจะยังไม่วิกฤตในประเทศไทย โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลและมีผู้ดูแลนั้นมีร้อยละ 30, 40 และ 50 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ ใกล้เคียงกันทั้งชายและหญิง สำหรับผู้ที่ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มีนั้น พบประมาณร้อยละ 5-6 เท่านั้น อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นตามลำดับ

3.6.3 ผู้ดูแลเมื่อจำเป็น

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน พบมากขึ้นตามอายุ โดยในผู้สูงอายุหญิงวัย 80 ปีขึ้นไป พบสูงกว่าผู้ชายในวัยเดียวกัน

(1) ระดับประเทศ

“ภาวะต้องการผู้ดูแลและมีผู้ดูแล” โดยผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ในบ้านเดียวกันมีร้อยละ 30 ในผู้ชาย และร้อยละ 38 ในผู้หญิง

ตารางที่ 3.33 ความต้องการผู้ดูแลของผู้สูงอายุ จำแนกตาม
อายุและเพศ

 ผู้ดูแลเมื่อจำเป็น	ชาย				หญิง			
	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+	รวม
จำนวนตัวอย่าง	5,325	3,376	692	9,393	5,639	3,577	709	9,925
ต้องการและมีผู้ดูแล (%)	21.7	32.2	52.3	29.2	30.4	40.6	56.7	37.9
ต้องการแต่ไม่มีผู้ดูแล (%)	6.0	5.9	7.2	6.1	5.8	6.5	5.7	6.0

(2) เขตการปกครอง

ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลมีร้อยละของผู้ที่ต้องการ และมีผู้ดูแลมีสัดส่วนต่ำกว่าผู้ที่อยู่ในนอกเขตเทศบาล

กลุ่มที่ขาดผู้ดูแลทั้งที่ต้องการ ผู้สูงอายุนอกเขตมีมีสัดส่วนขาดผู้ดูแลมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเล็กน้อย

ตารางที่ 3.34 ความต้องการผู้ดูแลของผู้สูงอายุ จำแนกตาม
เขตการปกครอง

 ผู้ดูแลเมื่อจำเป็น	ในเขตเทศบาล				นอกเขตเทศบาล			
	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+	รวม
จำนวนตัวอย่าง	5,749	3,624	721	10,094	5,215	3,329	680	9,224
ต้องการและมีผู้ดูแล (%)	20.3	30.1	51.0	27.9	28.5	39.3	56.2	36.1
ต้องการแต่ไม่มีผู้ดูแล (%)	5.1	5.6	5.7	5.3	6.2	6.4	6.5	6.3

(3) ภาค

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล สูงสุดคือ ร้อยละ 42 ส่วนกลุ่มที่ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มี หรือขาดแคลนผู้ดูแล พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง

ตารางที่ 3.35 ความต้องการผู้ดูแลของผู้สูงอายุ จำแนกตาม
รายการ



ผู้ดูแลเมื่อจำเป็น	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม.
จำนวนตัวอย่าง	6,379	4,529	4,620	2,869	921
ต้องการและมีผู้ดูแล (%)	24.6	36.2	42.3	34.7	17.1
ต้องการแต่ไม่มีผู้ดูแล (%)	7.0	5.4	7.0	3.6	3.9

3.7 หลักประกันทางเศรษฐกิจ

3.7.1 ภาวะ การทำงานเชิงเศรษฐกิจ

(1) ระดับประเทศ ผู้สูงอายุที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจได้นอกจากการมีรายได้ยังสะท้อนถึงความเป็นผู้มีความสามารถ หรือมีความชำนาญงานที่เป็นที่ต้องการของสังคม นอกเหนือจากความเป็นเจ้าของกิจการ หรือต้องการทำงานเพื่อสังคม

จากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 19,336 คน มีผู้ที่ยังทำงานอยู่ โดยรวมร้อยละ 36 เมื่อจำแนกตามอายุและเพศ กลุ่มอายุ 60-69 ปี ผู้สูงอายุชายที่ยังทำงานอยู่เกินครึ่ง คือ ร้อยละ 60 ผู้หญิงต่ำกว่า คือร้อยละ 39 สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

(2) ภาค สัดส่วนการทำงานของผู้สูงอายุจำแนกตามอายุในแต่ละภาคโดยรวม ไม่แตกต่างกันมากนักคือประมาณร้อยละ 35-38 ยกเว้น กทม. อยู่ที่ร้อยละ 22 โดยภาคใต้มีสัดส่วนการทำงานมากที่สุดคือร้อยละ 37.6

ตารางที่ 3.36 การทำงานเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและอายุ



อายุ/เพศ	ชาย (%)	หญิง (%)	รวม (%)	รวมจำนวนตัวอย่าง
60-69	60.4	38.4	48.6	10,973
70-79	35.2	18.9	26.0	6,961
80 +	14.4	7.5	10.3	1,402
รวม	46.4	27.2	35.8	19,336

ตารางที่ 3.37 การทำงานเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตการปกครอง



อายุ/เขตการปกครอง	ในเขตเทศบาล (%)	นอกเขตเทศบาล (%)	รวมจำนวนตัวอย่าง
60-69	40.5	51.5	10,973
70-79	21.2	27.7	6,961
80 +	7.5	11.3	1,402
รวม	29.7	37.9	19,336

ตารางที่ 3.8 ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่หกล้มในผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุและเพศ



อายุ	กลาง (%)	เหนือ (%)	ตะวันออกเฉียงเหนือ (%)	ใต้ (%)	กทม. (%)
60-69	49.7	47.7	49.0	53.7	29.8
70-79	27.9	27.5	24.3	27.7	13.0
80+	12.6	7.7	11.6	8.4	2.6
รวม	36.5	35.2	36.7	37.6	21.7
จำนวนตัวอย่าง	6,383	4,534	4,623	2,875	921

3.7.2 ลักษณะของงานหลัก ลักษณะงานหลักของผู้สูงอายุไทย คือ การเป็นนายจ้าง ประกอบธุรกิจส่วนตัว ทำงานในภาคเอกชน และทำให้ครอบครัวที่เป็นลักษณะงานที่ไม่มีการเกษียณอายุ

3.7.3 สาเหตุที่ต้องทำงาน สำหรับผู้สูงอายุที่มีงานทำอาจเป็นเพราะต้องการรายได้ทำเพราะอยู่ว่างไม่ได้ทำเพื่อสังคม หรือต้องดูแลธุรกิจ ในส่วนที่น่าเสนอสาเหตุที่กำลังทำงานที่สะท้อนถึงฐานะเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ โดยในภาพรวมพบว่าเหตุผลหลักคือ ต้องการรายได้

ตารางที่ 3.39 สาเหตุที่ต้องทำงานในผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ และเพศ



สาเหตุที่ต้องทำงาน	ชาย			หญิง		
	60-69	70-79	80+	60-69	70-79	80+
จำนวนตัวอย่าง	2,990	1,094	87	2,110	715	50
ต้องการรายได้ (%)	95.5	94.7	89.4	93.9	92.7	92.7
อยากทำงาน (%)	76.5	74.4	73.8	72.7	68.2	71.1
ดูแลธุรกิจ (%)	32.2	28.9	27.1	29.1	23.7	21.6
ช่วยเหลือสังคม (%)	20.3	14.7	22.1	11.3	12.7	8.6
อื่นๆ (%)	4.7	3.6	10.5	4.3	4.1	3.6

3.7.4 การมีรายได้ของตนเอง

(1) ระดับประเทศ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เป็นของตนเอง พบว่ามีร้อยละ 58 ในชาย และร้อยละ 38 ในหญิง สำหรับในกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีรายได้เป็นของตนเองอยู่ถึงร้อยละ 70 และร้อยละ 48 ในชายและหญิงตามลำดับ ในกลุ่มอายุสูงขึ้น พบสัดส่วนผู้มีรายได้ของตนเองน้อยลงตามลำดับ กลุ่มที่ไม่มี

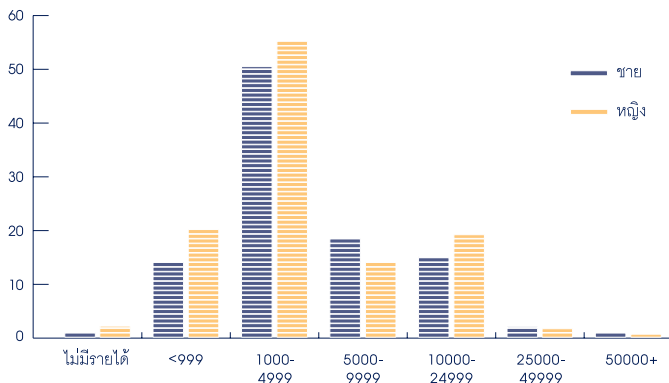
รายได้เฉลี่ยมีอยู่ประมาณร้อยละ 1 และมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุหญิงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีถึงร้อยละ 4

การกระจายรายได้ต่อเดือน พบว่า กลุ่มที่มีรายได้ 1,000 ถึง 4,999 บาท มีสัดส่วนสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 50 และ 60 ตามลำดับ และลดลงในกลุ่มที่มีรายได้น้อยและมากกว่านี้

ตารางที่ 3.40 การมีรายได้ของตนเอง จำแนกตามอายุและเพศ

การมีรายได้ของตนเอง		ชาย (%)	หญิง (%)
	60-69	70.3	48.2
	70-79	48.8	32.3
	80+	29.2	19.0
	รวม	58.1	38.4
จำนวนตัวอย่าง		9,390	9,937

รูปที่ 3.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำแนกตามเพศ



(2) เขตการปกครอง กลุ่มผู้มีรายได้เป็นของตนเอง ผู้สูงอายุชายอายุ 60-69 ปี นอกเขตเทศบาล มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ร้อยละ 71 มากกว่าผู้สูงอายุชายอายุเดียวกันที่อยู่ใน เขตเทศบาล แต่ไม่มากนัก (ร้อยละ 68)

กลุ่มผู้สูงอายุชายและหญิง ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล มีสัดส่วนผู้มีรายได้ของตนเองใกล้เคียงกัน โดยร้อยละของผู้สูงอายุชายที่มีรายได้ของตนเองมีมากกว่าหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน

ตารางที่ 3.41 การมีรายได้ของตนเอง จำแนกตามเขตการปกครอง



เพศ	อายุ	ในเขตเทศบาล (%)	จำนวนตัวอย่าง	นอกเขตเทศบาล (%)	จำนวนตัวอย่าง
ชาย	60-69	67.8	2,727	71.2	2,596
	70-79	47.8	1,770	49.1	1,605
	80+	32.0	361	28.3	331
	รวมทุกกลุ่มอายุชาย	56.9	4,858	58.5	4,532
หญิง	60-69	48.0	3,025	48.4	2,620
	70-79	35.8	1,854	31.0	1,728
	80+	20.8	360	18.3	350
	รวมทุกกลุ่มอายุหญิง	39.9	5,239	37.9	4,698

(3) ภาค ภาคกลางเป็นภาคที่ผู้สูงอายุมีรายได้ของตนเองมากที่สุด ส่วนภาคอื่นๆ มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน กลุ่มที่ระบุว่ามีรายได้ตนเองน้อยสุดคือผู้สูงอายุหญิงอายุ 80 ปีขึ้นไป ในภาคตะวันออก เชียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้



ตารางที่ 3.42 การมีรายได้ของตนเอง จำแนกตามภาค

เพศ	อายุ	กลาง (%)	เหนือ (%)	ตะวันออกเฉียงเหนือ (%)	ใต้ (%)	กทม. (%)
ชาย	60-69	76.8	68.5	69.3	73.9	63.5
	70-79	53.1	48.5	49.2	46.3	49.6
	80+	36.1	22.9	31.3	18.6	41.7
	รวมผู้สูงอายุชาย	62.9	56.0	58.9	56.7	57.3
	จำนวนตัวอย่าง	3,160	2,215	2,273	1,364	378
หญิง	60-69	59.2	48.4	43.3	48.7	42.0
	70-79	45.8	32.1	25.1	28.0	34.9
	80+	24.6	15.6	16.4	15.9	32.9
	รวมผู้สูงอายุหญิง	48.2	37.9	34.0	35.9	38.7
	จำนวนตัวอย่าง	3,218	2,318	2,352	1,507	542

3.7.5 แหล่งที่มาของรายได้ ในกลุ่มผู้ที่มีรายได้เป็นของตนเอง ได้ระบุแหล่งที่มาของรายได้ประเภทต่างๆ คือ จากการทำงาน เงินออม อสังหาริมทรัพย์ บำเหน็จบำนาญ เงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือเงินประกัน เงินสงเคราะห์หรือเบี้ยยังชีพ 14 บุตรญาติพี่น้อง และอื่นๆ

แบบแผนของแหล่งที่มาของรายได้ มีความคล้ายคลึงกันระหว่างชายกับหญิง โดยร้อยละ 90 มาจากบุตร และญาติจะดูแลผู้สูงอายุหญิงอายุ 80 ปีขึ้นไปในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 50 และผู้สูงอายุชายร้อยละ 40

รายได้จากการทำงานมีร้อยละ 20 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปีทั้งชายและหญิง ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีร้อยละต่ำที่สุดจนไม่มีเลยในหญิงสูงอายุ

รายได้จากเงินออม อสังหาริมทรัพย์ บำเหน็จบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 20 และ ต่ำกว่าสัดส่วนเกือบเท่ากับรายได้จากกองทุนเลี้ยงชีพ เงินประกัน และเงินสงเคราะห์

ตารางที่ 3.43 แหล่งที่มาของรายได้ ในผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ และเพศ



ผู้ดูแลเมื่อจำเป็น	ชาย			หญิง		
	60-69	70-79	80+	60-69	70-79	80+
จำนวนตัวอย่าง	3,698	1,673	214	2,776	1,239	146
เงินออม (%)	18.2	22.7	9.1	21.6	8.9	25.0
อสังหาริมทรัพย์ (%)	14.0	4.7	9.1	15.7	5.4	0
การทำงาน (%)	18.6	9.1	9.1	28.6	14.5	0
บำเหน็จบำนาญ (%)	7.5	7.1	27.3	19.2	3.6	0
เงินกองทุนเลี้ยงชีพ (%)	2.6	2.4	9.1	12.5	8.9	0
เบี้ยยังชีพ (%)	5.3	11.6	35.7	10.2	12.3	18.2
บุตร (%)	93.2	91.5	100.0	87.1	87.5	96.0
ญาติพี่น้อง (%)	18.4	11.4	33.3	22.4	20.7	56.3
อื่นๆ (%)	16.1	18.4	11.1	22.4	11.9	12.5

หมายเหตุ : ตอบได้หลายข้อ

3.7.6 ถ้าไม่มีรายได้ ได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งใด

ผู้สูงอายุชายและหญิงได้รับความช่วยเหลือในรูปแบบแผน
ที่คล้ายคลึงกัน แหล่งของความช่วยเหลือส่วนใหญ่มาจากบุตร มีถึง
ร้อยละ 90

ตารางที่ 3.44 การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ จำแนกตามเพศและอายุ



แหล่งความช่วยเหลือ	ชาย			หญิง		
	60-69	70-79	80+	60-69	70-79	80+
จำนวนตัวอย่าง	1,686	1,726	482	2,915	2,357	565
คู่สมรส (%)	23.3	15.1	11.0	21.0	8.6	2.1
บุตร (%)	88.5	92.8	92.6	87.7	89.1	88.1
ญาติพี่น้อง (%)	7.7	8.2	11.5	9.0	12.9	22.0
เบี้ยยังชีพ (%)	2.6	5.3	8.0	2.4	6.6	11.9
ภาคเอกชน (%)	0.4	0.1	0.2	0.3	0.2	0.2
เพื่อนบ้าน (%)	1.5	2.2	2.8	1.3	2.3	2.5
แหล่งอื่นๆ (%)	5.1	3.2	4.8	3.3	4.2	6.3
ไม่ได้รับความช่วยเหลือ (%)	1.6	1.2	0.7	1.0	1.2	1.4

หมายเหตุ : ตอบได้หลายข้อ

3.7.7 ความขัดสนทางการเงินและการดำรงชีวิต

(1) ระดับประเทศ พบว่า กลุ่มที่มีรายได้ไม่ขัดสน มีร้อยละ 43 ในผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 26 ในผู้สูงอายุหญิง กลุ่มต่อไปมีรายได้แต่ขัดสน มีสัดส่วนร้อยละ 15 และร้อยละ 13 ในผู้สูงอายุชายและหญิงตามลำดับ

ตารางที่ 3.45 ความขัดสนทางการเงินและการดำรงชีวิต จำแนก

ตามเพศ



เพศ	อายุ	ขนาด ตัวอย่าง	มีรายได้ ไม่ขัดสน (%)	มีรายได้ แต่ขัดสน (%)	ไม่มีรายได้ แต่ไม่ขัดสน (%)	ไม่มีรายได้ และขัดสน (%)
ชาย	60-69	5,274	51.1	19.4	20.9	8.6
	70-79	3,349	37.0	12.0	35.4	15.6
	80+	685	23.1	6.4	47.6	22.9
	รวมทุกกลุ่มอายุชาย	9,308	42.9	15.3	29.0	12.7
หญิง	60-69	5,568	32.6	15.7	34.6	17.1
	70-79	3,546	21.6	10.8	46.2	21.5
	80+	699	13.4	5.5	58.6	22.5
	รวมทุกกลุ่มอายุชายหญิง	9,813	26.0	12.5	42.1	19.4

หมายเหตุ : ตอบได้หลายข้อ

(2) เขตการปกครอง ในกลุ่มที่มีรายได้ไม่ขัดสน ในภาพรวมทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาลมีร้อยละของชายและหญิงใกล้เคียงกัน กลุ่มต่อไปมีรายได้แต่ขัดสน ในผู้สูงอายุชายที่อยู่นอกเขตเทศบาล มีร้อยละ 17 มากกว่าร้อยละ 11 ในเขตเทศบาล ส่วนผู้หญิงในเขตเทศบาล มีต่ำกว่านอกเขตเทศบาล แต่ไม่มากนัก กลุ่มที่ 3 ไม่มีรายได้ แต่ไม่ขัดสน สัดส่วนของผู้สูงอายุชายน้อยกว่าหญิงประมาณร้อยละ 10 นอกเขตเทศบาล มีร้อยละต่ำกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาล แสดงว่านอกเขตเทศบาล ความเป็นอยู่น่าจะเดือดร้อนการดำรงชีวิตมากกว่ากลุ่มที่อยู่ในเขต กลุ่มที่ไม่มีรายได้และขัดสน ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนต่ำกว่านอกเขตเทศบาลที่ลำบากที่สุด คือ หญิงนอกเขตเทศบาลที่มีถึงร้อยละ 21 เมื่อเทียบกับผู้ชายร้อยละ 14

ตารางที่ 3.46 ความขัดสนทางการเงินและการดำรงชีวิต ตามเขต
การปกครอง



เขตการปกครอง	เพศ	ขนาด ตัวอย่าง	มีรายได้ ไม่ขัดสน (%)	มีรายได้ แต่ขัดสน (%)	ไม่มีรายได้ แต่ไม่ขัดสน (%)	ไม่มีรายได้ และขัดสน (%)
ในเขตเทศบาล	ชาย	4,824	46.5	10.6	33.2	9.7
	หญิง	5,180	29.6	10.2	44.8	15.3
นอกเขตเทศบาล	ชาย	4,484	41.7	16.9	27.5	13.8
	หญิง	4,633	24.7	13.3	41.2	20.8

(3) รายภาค พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้และขัดสน
สูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 15.8 ในชาย และ
25.4 ในหญิง) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (ร้อยละ 14.9 และ 20.1)
กรุงเทพฯ (ร้อยละ 13.8 และ 18.8) ภาคกลาง (ร้อยละ 9.9 และ
16.6 และภาคใต้ (7.2 และ 10.0)

ตารางที่ 3.47 ความขัดสนในความจำเป็นพื้นฐาน จำแนกตาม
อายุและเพศ



อายุ	เพศ	จำนวน ตัวอย่าง	ขัดสนเรื่อง อาหาร (%)	ขัดสนเรื่อง เครื่องนุ่งห่ม (%)	ขัดสนเรื่อง ที่อยู่อาศัย (%)	มีปัญหาการได้รับ บริการเมื่อเจ็บป่วย (%)
60-69	ชาย	5,274	14.1	5.6	4.7	16.4
	หญิง	5,568	19.5	7.5	6	18.8
70-79	ชาย	3,349	14.7	5.3	4.4	15.5
	หญิง	3,546	19.9	7.5	5.7	17.5
80+	ชาย	685	18.5	7.7	5.7	14.9
	หญิง	699	17	7.4	4.6	14.5
รวม	ชาย	8,641	14.9	5.9	4.7	15.9
	หญิง	9,131	19.2	7.5	5.7	17.7

ตารางที่ 3.48 ความขัดสนในความจำเป็นพื้นฐาน จำแนกตาม
เขตการปกครอง



เขตการปกครอง		60-69	70-79	80+	รวม
ในเขตเทศบาล	ขนาดตัวอย่าง	5,692	3,595	717	10,004
	อาหาร (%)	11.3	13.5	12.1	12.1
	เครื่องนุ่งห่ม (%)	25.6	27.6	21.4	25.6
	ที่อยู่อาศัย (%)	6.1	6.5	3.8	5.9
	ยารักษาโรค (%)	14.0	15.1	11.2	13.9
นอกเขตเทศบาล	ขนาดตัวอย่าง	5,150	3,300	667	9,117
	อาหาร (%)	19.0	19.1	19.5	19.1
	เครื่องนุ่งห่ม (%)	35.3	35.0	35.4	35.3
	ที่อยู่อาศัย (%)	5.1	4.7	5.5	5.0
	ยารักษาโรค (%)	19.0	17.1	15.9	17.9

ตารางที่ 3.49 ความขัดสนในความจำเป็นพื้นฐาน จำแนกตามภาค

ภาค	ความขัดสน	60-69	70-79	80+	รวม
ภาคกลาง	จำนวนตัวอย่าง	3,693	2,175	433	6,301
	อาหาร (%)	15.4	15.7	15.9	15.66.5
	เครื่องนุ่งห่ม (%)	6.2	5.8	6.5	6.1
	ที่อยู่อาศัย (%)	6.1	5.5	6.7	6.0
	ยารักษาโรค (%)	17.4	16.2	12.7	16.2
ภาคเหนือ	จำนวนตัวอย่าง	2,418	1,708	330	4,456
	อาหาร (%)	19.9	21.1	22.5	20.7
	เครื่องนุ่งห่ม (%)	7.5	7.7	10.6	8.0
	ที่อยู่อาศัย (%)	4.9	5.3	5.3	5.1
	ยารักษาโรค (%)	16.0	15.8	14.0	15.6
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	จำนวนตัวอย่าง	2,643	1,581	370	4,594
	อาหาร (%)	20.8	21.6	22.6	21.3
	เครื่องนุ่งห่ม (%)	7.6	7.2	8.4	7.6
	ที่อยู่อาศัย (%)	5.1	4.8	4.7	5.0
	ยารักษาโรค (%)	21.8	19.5	21.0	21.0
ภาคใต้	จำนวนตัวอย่าง	1,544	1,121	193	2,858
	อาหาร (%)	6.8	8.1	9.2	7.7
	เครื่องนุ่งห่ม (%)	3.7	5.1	5.3	4.4
	ที่อยู่อาศัย (%)	3.9	3.6	2.5	3.5
	ยารักษาโรค (%)	10.2	11.0	9.8	10.4
กรุงเทพมหานคร	จำนวนตัวอย่าง	544	310	58	912
	อาหาร (%)	13.9	13.7	4.7	12.7
	เครื่องนุ่งห่ม (%)	6.0	5.5	2.4	5.5
	ที่อยู่อาศัย (%)	9.6	10.1	3.3	9.0
	ยารักษาโรค (%)	18.8	22.5	10.5	18.9



3.7.8 ความขัดสนในความจำเป็นพื้นฐาน

สรุป

ผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่ มีร้อยละ 36 สัดส่วนสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี แล้วลดลงตามอายุ ลักษณะของงาน ได้แก่ การประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 40 ทำให้ครอบครัวร้อยละ 20 และทำงานในภาคเอกชนร้อยละ 10 ในกลุ่มนี้ เป็นนายจ้างอยู่ประมาณร้อยละ 3 สาเหตุที่ทำงาน คำตอบเรียงกัน จากมากไปหาน้อย คือ ต้องการรายได้ อยากทำงานต่อไป ดูแลธุรกิจและช่วยเหลือสังคมสัดส่วนของผู้ชายจะสูงกว่าผู้หญิงในทุกกลุ่มอายุแต่ไม่มากนัก

ผู้ที่มีรายได้เป็นของตนเอง มีร้อยละ 60 ในผู้ชาย และร้อยละ 40 ในผู้หญิง กลุ่มที่ตอบว่ามีรายได้แต่ไม่เพียงพอ จะได้รับความช่วยเหลือจากบุตร เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 80-90 ของแหล่งเงินทั้งหมด

ความขัดสนทางการเงิน เกือบครึ่งของผู้สูงอายุตอบว่ามีรายได้เพียงพอ และไม่ลำบาก กลุ่มที่ไม่มีรายได้แต่ไม่ลำบากมีร้อยละ 13 ในผู้ชาย และร้อยละ 20 ในผู้หญิง กลุ่มสุดท้ายคือไม่มีรายได้และลำบาก มีประมาณร้อยละ 15 การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวและระบบเครือญาติของไทย ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่ลำบากมากนัก มีข้อสังเกตว่าหญิงสูงอายุมีสัดส่วนที่บอกลำบากเรื่องการเงินมากกว่าชาย

ความขัดสนในความจำเป็นพื้นฐาน พบว่าขัดสนเรื่องอาหารมีร้อยละ 50 หรือมากกว่านั้น ขัดสนเรื่องเครื่องนุ่งห่มอยู่ในระดับร้อยละ 20-28 ขัดสนที่อยู่อาศัยมีปัญหาค่อนข้างน้อยเพราะส่วนใหญ่เป็นเจ้าของบ้าน แต่ในประเด็นของบริการเมื่อเจ็บป่วยยังมีความขัดสนประมาณร้อยละ 30 และมากกว่า

เอกสารอ้างอิง

รายงานต้นฉบับ : แพทย์หญิง เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม,
แพทย์หญิง พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์
บรรณาธิการ การสำรวจสภาวะสุขภาพ
อนามัยของประชาชนไทย โดยการสำรวจ
ร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 กรุงเทพฯ

สำเนาฉบับ

คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ที่ 49/2547

เรื่อง

แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการกลางและคณะทำงานโครง
การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย ของประชาชนไทยโดยการ
ตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้จัดทำโครงการสำรวจสภาวะ
สุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ซึ่งเป็น
โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยในระดับประเทศและได้เริ่ม
ดำเนินการเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2534 และถัดมาอีก 3 ปี ในปี
พ.ศ. 2539 ข้อมูลจากการสำรวจทั้งสองครั้งถูกนำไปใช้ประโยชน์
ทั้งในการกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานสาธารณสุข
ของประเทศ การดำเนินการสำรวจทั้งสองครั้งที่ผ่านมายังไม่ได้มีการ
เตรียมการเพื่อตอบสนองความต้องการใช้ข้อมูลทั้งในส่วนของการ

ติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยอย่างต่อเนื่องในระยะยาว หรือการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

เพื่อได้มาซึ่งข้อมูลสถิติที่มีคุณภาพ และหลีกเลี่ยงการดำเนินการที่ซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ตลอดจนเพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณของประเทศในการศึกษาเรื่องเดียวกัน จึงจำเป็นต้องมีการจัดตั้งสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย เพื่อทำหน้าที่เป็นองค์กรกลางในการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยอย่างต่อเนื่องในระยะยาวและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการศึกษาวิจัยที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ในการนี้จึงต้องการผู้เชี่ยวชาญในหลากหลายสาขาวิชาความรู้เข้ามาร่วมดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานของโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถพัฒนาเครือข่ายการประสานความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ในอันที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานสาธารณสุข จึงให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการกลาง และคณะทำงานโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ดังต่อไปนี้

1. คณะกรรมการอำนวยการกลาง

1. นพ.เลิอา วรรัตน์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
2. ปลัดกรุงเทพมหานคร หรือผู้แทน	กรุงเทพมหานคร	กรรมการ
3. หัวหน้าสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข หรือผู้แทน	สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
4. อธิบดีกรมอนามัย หรือผู้แทน	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
5. อธิบดีกรมควบคุมโรค หรือผู้แทน	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
6. อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือผู้แทน	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
7. อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือผู้แทน	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
8. ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ หรือผู้แทน	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
9. หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
10. ผู้อำนวยการสำนักอนามัย หรือผู้แทน	สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	กรรมการ
11. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือผู้แทน	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
12. คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หรือผู้แทน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
13. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือผู้แทน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กรรมการ
14. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือผู้แทน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	กรรมการ
15. คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หรือผู้แทน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	กรรมการ
16. รศ.นพ.ปริศา ทัดประดิษฐ์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
17. ศ.นพ.สุรศักดิ์ ฐานิพนัยสกุล	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
18. รศ.ระวีวรรณ แสงฉาย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
19. ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนวิวัฒน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กรรมการ
20. รศ.นพ.วิระศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	กรรมการ
21. รศ.ธนาภรณ์ สุวรรณประพิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	กรรมการ

22. นพ. วิพุธ พูลเจริญ	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
23. พญ.มยุรา กุสุมภ์	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
24. พญ.ฉยศรี สุพรศิลป์ชัย	กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
25. นพ.กันต์ เชิญรุ่งโรจน์	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
26. รศ.พญ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
27. รศ.พญ.พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์	ที่ปรึกษาสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	กรรมการ
28. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์	ที่ปรึกษาสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	กรรมการ
29. น.ส.นิภาพร ศรีณรงค์สุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
30. ดร.ยงยุทธ ไชยพงศ์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
31. นางสมศรี วานิชณะทอง	สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	และเลขานุการ ผู้ช่วยเลขานุการ
	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	
	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
32. น.ส.ศิรินทร์ วารีเสวตสุวรรณ	กระทรวงสาธารณสุข	ผู้ช่วยเลขานุการ
33. น.ส.สมจิตต์ บัวบาน	สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	ผู้ช่วยเลขานุการ
34. น.ส.มาลัย แสงทรัพย์	สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	ผู้ช่วยเลขานุการ
	สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	

มีหน้าที่ ดังต่อไปนี้ คือ

1. ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานตามโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3
2. ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย และความต้องการใช้ข้อมูล
3. ให้ข้อเสนอแนะแก่คณะทำงานในด้านต่างๆ
4. แต่งตั้งคณะทำงานด้านต่างๆ ตามความเหมาะสม

2. คณะทำงานด้านวิชาการ

1. รศ.พญ.เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม	ที่ปรึกษาสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	ประธาน
2. รศ.พญ.พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์	ที่ปรึกษาสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	กรรมการ
3. รศ.พญ.กานดา วัฒนโกส	ที่ปรึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
4. นพ.นิทัศน์ รายนว	สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	
5. นพ.วิพุธ พูลเจริญ	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
6. ศ.ดร.ทวีป กิตยาภรณ์	หัวหน้าหน่วยบริหารฐานข้อมูล ศูนย์ทดสอบวัคซีน	กรรมการ
	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล	
7. พญ.มยุรา กุสมภ์	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
8. นางพิมพ์ใจ นัยโกวิท	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
9. พญ.ฉยศิริ สุพรรณศิลป์	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
10. นพ.กันต์ เชิญรุ่งโรจน์	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
11. นพ.สมาน พุดระกูล	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
12. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
13. ดร.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กรรมการ	
	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	
14. ดร.ยงยุทธ ไชยพงศ์	สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	กรรมการ
15. นางอานวย แสงฉายเพ็ญเพ็ญ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	ผู้ช่วยเลขานุการ
	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	
16. น.ส.วิรินทร์ วาริเสดสุวรรณ	สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	ผู้ช่วยเลขานุการ
17. น.ส.สมจิตต์ บัวบาน	สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	ผู้ช่วยเลขานุการ
18. น.ส.มาลัย แสงทรัพย์	สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	ผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ ดังต่อไปนี้ คือ

1. พัฒนาระบบ และจัดทำมาตรฐานในการดำเนินงานด้านวิชาการ เพื่อประกันคุณภาพและควบคุมคุณภาพการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน
2. พัฒนาระบบและสร้างกลไกการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในระยะยาว

3. ให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ แก่คณะทำงานด้านต่างๆ
4. นิเทศ ประเมินผล และตรวจสอบคุณภาพการดำเนินงานสำรวจ สภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน
5. ปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายและเสนอแนะจากคณะกรรมการอำนวยการกลาง

2. คณะทำงานภาคสนาม

1. นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
2. นพ.ลิอาช วรรัตน์	หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการ
3. ผู้แทนสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
4. ผู้แทนสำนักอนามัย	สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	กรรมการ
5. นพ.วิพุธ พูลเจริญ	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
6. รศ.นพ.บริตา ทักสินประดิษฐ์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
7. ศ.นพ.สุรศักดิ์ ฐานิพนิชสกุล	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
8. รศ.ดร.เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
9. ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวินันต์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กรรมการ
10. รศ.นพ.อมร เปรมกมล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กรรมการ
11. รศ.นพ.วิระศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	กรรมการ
12. รศ.ธนารักษ์ สุวรรณประทีป	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	กรรมการ
13. รศ.พญ.กานดา วัฒนโกส	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
14. รศ.ระวีวรรณ แสงฉาย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
15. นพ.กันต์ เชิญรุ่งโรจน์	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
16. รศ.พญ.เยาวรัตน์ ประักษ์ขาม	ที่ปรึกษาสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	กรรมการ
17. รศ.พญ.พรพันธุ์ บัณฑิตพันธุ์	ที่ปรึกษาสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	กรรมการ
18. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
19. น.ส.นิภาพร ศรีรงค์สุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
20. ดร.ยงยุทธ ไชยพงศ์	สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	กรรมการและเลขานุการ
21. น.ส.วศิรินทร์ วาริเศวตสุวรรณ	สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	ผู้ช่วยเลขานุการ
22. น.ส.สมจิตต์ บัวบาน	สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	ผู้ช่วยเลขานุการ
23. น.ส.มาลัย แสงทพย์	สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย	ผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ ดังต่อไปนี้ คือ

1. กำหนดกระบวนการทำงานและวางระบบบริหารจัดการงานภาคสนาม
2. จัดเตรียมคณะผู้ปฏิบัติงานภาคสนามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เสนอแนะแนวทางการปฏิบัติงานภาคสนามที่มีประสิทธิภาพ
4. นิเทศ ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน และตรวจสอบความถูกต้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ปฏิบัติงานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการอำนวยการกลาง

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2547

(นายอนันต์ อริยะชัยพาณิชย์)

รองปลัดกระทรวง รักษาราชการแทน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- การสำรวจภาวะสุขภาพด้วยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายระดับประเทศ
ครั้งล่าสุดปี 2546
- พฤติกรรมสุขภาพ : การดื่มสุรา, สูบบุหรี่ และกิจกรรมทางกาย
 - การกินอาหารและผักผลไม้
- โรคเรื้อรัง : ความชุกของโรคเบาหวาน, ความดันเลือดสูง,
ไขมันในเลือดสูง, อ้วน, ภาวะซีด
 - อนามัยเจริญพันธุ์
 - สุขภาพผู้สูงอายุ



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ISBN 974-299-102-2



9 789742 991029