

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย

ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2



สน.
NHESO

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
NATIONAL HEALTH EXAMINATION SURVEY OFFICE





สสท.
NHESO

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย

ครั้งที่ 4
พ.ศ. 2551-2



การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2

บรรณาธิการ

นายแพทย์วิชัย เอกพลาการ

ผู้เขียน

นายแพทย์วิชัย เอกพลาการ
แพทย์หญิงเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม
นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล
คุณหทัยชนก พรรคเจริญ
ดร.วราภรณ์ เสถียรนพเก้า
คุณกนิษฐา ไทยกล้า

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวรุ่งกานต์ อินทวงศ์
นางสาวจิราลักษณ์ นนทาร์ักษ์

ผู้ประสานงาน

นายสุพรศักดิ์ ทิพย์สุขุม
นางสีรีธร ภูมิรัตน์
นางสาวปิยะฉัตร สมทรง

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ISBN 978-974-299-147-0

พิมพ์ที่ :

บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด

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

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

เครือข่ายการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552

1. ภาคเหนือ

รศ.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อาจารย์กนิษฐา ไทยกล้า	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.วงศา เล่าศิริวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์วัลลภ ใจดี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คุณสุทธินันท์ สระทองหน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ.รัตนา พันธุ์พานิช	
รศ.จิราพร สุวรรณธีราราม	
ผศ.นพ.เกรียงไกร ศรีธนะวิบูลย์	

2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผศ.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.นพ.สมเดช พิณอสุนทร	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ปิยธิดา คูศิริบุญรัตน์	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พญ.เสาวนีย์ บำเรอราช	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.อมรรัตน์ รัตน์ศิริ	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.สุชาดา ภัยหลีกส์	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คุณนภาพร ครุสันธิ์	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คุณบังอรศรี อินดาวงศ์	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คุณวีระพงษ์ สีอุปลัด	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3. ภาคใต้

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

4. ภาคกลาง

ศ.นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์วิไล ชินเวชกิจวานิชย์	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คุณอรอุมา ซอรัมย์	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คุณนุชนาฏ ทวนนากลาง	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คุณศุภรินทร์ วิมุขตายน	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. กรุงเทพมหานคร

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



กิตติกรรมประกาศ

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 นี้ สามารถสำเร็จลุล่วง เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนและความร่วมมือจากบุคคลและหน่วยงานต่างๆ คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณบุคคลที่เป็นตัวอย่างของการสำรวจภาวะสุขภาพครั้งนี้ที่ได้สละเวลาให้ข้อมูลในการสำรวจครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้ที่ได้ให้ความสนับสนุนและช่วยเหลือ ทำให้การดำเนินงานสำรวจครั้งนี้สำเร็จลุล่วง ได้แก่ นพ.มงคล ณ สงขลา นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล นพ.ไพจิตร วราชาติ นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ นพ.พงษ์พิสุทธิ องอุดมสุข นพ.สุภกร บัวสาย นพ.วินัย สวัสดิวร นพ.พินิจ ฟ้าอำนาจผล ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิ น.ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย รศ.พญ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม รศ.พญ.พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์ คุณเบญจมาภรณ์ อันทรพัฒน์ และคุณกุลธิดา จันทร์เจริญ ขอขอบพระคุณ เครือข่ายภาคสนาม ได้แก่ ศ.นพ.สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล ศ.นพ.วีระศักดิ์ องสูวิวัฒน์วงศ์ รศ.นพ.สุวัฒน์ อริยาเลิศศักดิ์ ผศ.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ รศ.ดร.พรรณวดี พุฒินนะ นอกจากนี้ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการ คณาจารย์และผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ดังรายชื่อที่แนบมาทำรายชื่อนาน และขออภัยผู้มีพระคุณ ผู้ประสานงาน นักวิชาการและผู้สนับสนุนอีกหลายท่านที่อาจไม่ระบุชื่อในที่นี้

นพ. วิชัย เอกพลากร

บรรณาธิการ



การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย เป็นการสำรวจที่ใช้มากกว่าแค่การสอบถามกลุ่มตัวอย่าง แต่ครอบคลุมถึงการตรวจร่างกายและการตรวจสารตัวอย่างด้วย ทำให้การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ได้ข้อมูลที่มีจุดแข็งคือ เป็นข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนที่มีความน่าเชื่อถือ (เพราะมีการยืนยันด้วยการตรวจร่างกายและสารตัวอย่าง) และเป็นข้อมูลจากการสำรวจในชุมชนที่สามารถเป็นตัวแทน ประชากรได้ นอกจากนี้การสำรวจอย่างต่อเนื่อง ยังสามารถใช้ศึกษาแนวโน้มสถานะสุขภาพของ ประชาชนได้อย่างต่อเนื่องด้วย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งนี้เป็นครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) ซึ่งบริหารจัดการและดำเนินการโดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข และได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ และกรมอนามัย การเตรียมการสำรวจด้านวิชาการได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญ สาขาต่างๆ จากมหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสำรวจภาคสนามได้รับความร่วมมือ จากเครือข่ายนักวิชาการของมหาวิทยาลัยในภูมิภาคต่างๆ

รายงานผลการสำรวจฉบับสมบูรณ์นี้ เป็นผลของความพยายามและความร่วมมือของหน่วยงาน ต่างๆ ที่ทำงานนี้มานานกว่า 2 ปี เนื้อหาจะครอบคลุมการนำเสนอปัจจัยเสี่ยงสุขภาพสำคัญได้แก่ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหาร กิจกรรม ทางกาย และสถานะทางสุขภาพต่างๆ โดยชี้ให้เห็นแนวโน้มเมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจครั้งที่ ผ่านมา (พ.ศ. 2546-2547) ข้อมูลทั้งหมดจึงเป็นประโยชน์อย่างมากต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชนทั่วไป

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยนี้ เป็นงานใหญ่ที่มีความสำคัญยิ่งต่อระบบสุขภาพของ ประเทศ และงานนี้คงประสบความสำเร็จไม่ได้ หากขาดความร่วมมือและการสนับสนุนอย่างจริงจัง ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขอขอบคุณทุกหน่วยงานและทุกท่านที่มีส่วน เกี่ยวข้องมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นพ. พงษ์พิสุทธิ์ องอุดมสุข

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร	1
บทที่ 1 บทนำ	11
บทที่ 2 ระเบียบวิธีการสำรวจ	19
2.1 ประชากรเป้าหมาย	19
2.2 การสุ่มตัวอย่าง	19
2.3 ขนาดตัวอย่าง	25
2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	25
2.5 เครื่องมือการสำรวจ	27
2.6 การตรวจร่างกาย	29
บทที่ 3 ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ	31
3.1 โครงสร้างอายุ เพศ ที่อยู่ตามเขตปกครองและภาคของตัวอย่างที่สำรวจ	31
3.2 การศึกษา	32
3.3 สถานภาพสมรส	36
3.4 สถานภาพทางเศรษฐกิจ รายได้	37
3.5 การนับถือศาสนา	45
บทที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ	47
4.1 การสูบบุหรี่	47
4.2 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	57
4.3 กิจกรรมทางกาย	80
4.4 พฤติกรรมการกินอาหาร	92
4.5 การกินผักผลไม้	103
4.6 การใช้ยาและอาหารเสริม	114
บทที่ 5 สถานะสุขภาพ	127
5.1 ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน	127
5.2 โรคเบาหวาน	135
5.3 โรคความดันโลหิตสูง	142
5.4 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	149
5.5.1 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลายปัจจัย (Multiple risk factors)	164
5.5.2 ภาวะเมแทบอลิกซินโดรม	166
5.6 โรคหลอดเลือดหัวใจ จากประวัติการวินิจฉัยโดยแพทย์ และโรคหลอดเลือดสมองจากประวัติอาการ	168
5.7 ประวัติโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต จากโรคหลอดเลือดสมอง	171
5.8 ภาวะโลหิตจาง	175
5.9 ภาวะซีมเศร้า	181

สารบัญ (ต่อ)

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

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552

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

พฤติกรรมสุขภาพ

การสูบบุหรี่

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

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

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

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

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

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

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

กิจกรรมทางกาย

7. ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีร้อยละ 18.5 (ชายร้อยละ 16.8 และหญิงร้อยละ 20.2)

8. เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 3 เมื่อปี 2546-7 พบว่า สัดส่วนของคนที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอครั้งที่ 3 ชายร้อยละ 20.7 และหญิงร้อยละ 24.2 ซึ่งสูงกว่าครั้งที่ 4 นี้ เล็กน้อย แม้การสำรวจนี้ได้ใช้แบบสอบถามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก แต่มีข้อสังเกตว่าการให้ข้อมูลการออกกำลังกายของผู้ตอบอาจประเมินตนเองว่ามีกิจกรรมทางกายสูงกว่าความเป็นจริง จึงอาจทำให้มีสัดส่วนของคนที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอมากกว่าความเป็นจริง อย่างไรก็ตามการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 และ 4 ใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน จึงน่าจะเปรียบเทียบกันได้

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

10. กลุ่มอาชีพที่มีลักษณะการทำงานไม่ต้องใช้แรงกายมาก เช่น งานเสมียน นักวิชาการ ผู้บริหารและไม่มีอาชีพซึ่งรวมแม่บ้านมีความชุกของการมีกิจกรรมยามว่างระดับปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 25-36

พฤติกรรมการกินอาหาร

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

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

การกินผักผลไม้

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

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

การใช้ยาและอาหารเสริม

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

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

17. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ประชากรไทยร้อยละ 2.1 กินยาลูกกลอนเป็นประจำ และความชุกไม่มีความแตกต่างระหว่างชายและหญิง

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

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

ภาวะอ้วน

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

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

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

โรคเบาหวาน

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

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

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

โรคความดันโลหิตสูง

25. ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 21.4 ผู้ชายและผู้หญิงมีความชุกใกล้เคียงกัน ความชุกของโรคต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี (ร้อยละ 4.6 ในชาย และ 0.9 ในหญิง) จากนั้นเพิ่มขึ้นตามอายุและสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 26.8 และ 19.0) ประชากรในกรุงเทพฯ มีความชุกสูงที่สุด ทั้งในผู้ชาย (32.7) และผู้หญิง (26.9) การกระจายตามภาคต่างๆ พบว่าผู้ชายภาคกลาง (ร้อยละ 25.0) และภาคเหนือ (25.1) มีความชุกใกล้เคียงกัน รองลงมาคือ

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

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

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

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

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

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

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

ประวัติโรคเรื้อรัง

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

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

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

การมีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยร่วมกัน

32. ความชุกของการมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหลายปัจจัยร่วมกัน 5 ปัจจัย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันคอเลสเตอรอลรวม ≥ 240 มก/ดล. สูบบุหรี่เป็นประจำ และอ้วน ($BMI \geq 25$ กก/ม²) พบว่า ร้อยละ 37.7 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมี 1 ปัจจัยเสี่ยง, ร้อยละ 18.8 มี 2 ปัจจัยเสี่ยง, ร้อยละ 7.2 มี 3 ปัจจัยเสี่ยง และร้อยละ 1.2 มีตั้งแต่ 4 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไป.

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

ภาวะซีมเศร้า

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

ภาวะโลหิตจาง

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

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

การบาดเจ็บ

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

อนามัยเจริญพันธุ์

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

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

40. การตั้งครภ์ในวัยรุ่น พบร้อยละ 10.5 ของสตรีวัย 15-19 ปีเคยตั้งครภ์และในจำนวนนี้ร้อยละ 84.8 เคยคลอดบุตร

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

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

43. ในเรื่องของการมีบุตรยาก พบร้อยละ 11 ในจำนวนนี้ ร้อยละ 32.9 เท่านั้น ที่เคยได้รับการรักษา

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

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

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

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

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

สุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อม

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

การหกล้ม

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

ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน

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

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

การเสื่อมของอวัยวะ

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

โดยสรุป เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 นี้ กับการสำรวจครั้ง 3 ในปี 2547 พบว่าความชุกของบางปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นภาวะอ้วน และภาวะไขมันในเลือดสูง การกินผักผลไม้ไม่เพียงพอ และภาวะโลหิตจาง บางปัจจัยอยู่ในสถานการณ์คงเดิม ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และบางปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มที่ดีขึ้นในบางกลุ่มเช่น การสูบบุหรี่ลดลงในกลุ่มผู้ชายแต่ในผู้หญิงยังไม่ลดลง การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็นต้น ดังนั้นจึงยังมีความจำเป็นที่ทุกภาคส่วนยังต้องร่วมกันกำหนดมาตรการ ดำเนินการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยง และสร้างเสริมสุขภาพประชาชนให้มีประสิทธิผลมากขึ้น และต้องมีการสำรวจติดตามสถานะสุขภาพของประชาชนต่อเนื่องเป็นระยะๆต่อไป