

ISBN : 974-8133-52-4

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของ

ประชาชนไทย

โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3

พ.ศ.2546-2547



ดำเนินการโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข

สนับสนุนการจัดพิมพ์รายงานโดย สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

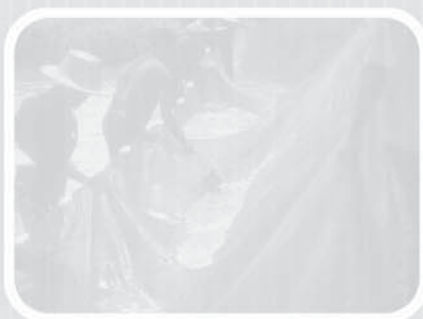


การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของ

ประชาชนไทย

โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3

พ.ศ.2546-2547



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

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุวัช	เชยศิริวัฒนา	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
นายแพทย์ณรงค์	กษิติประดิษฐ์	รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
นางสมศรี	วานิศวณะทอง	หัวหน้างานพัฒนาข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงเยาวรัตน์	ปรปักษ์ขาม
แพทย์หญิงพรพันธุ์	บุญรัตน์พันธุ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาววิภาดา	ลอยฟ้า
นางอำนวยการ	แสงฉายเพียงเพ็ญ
นางศิริพร	เสนพงษ์
นางบังอร	อาสาไทย

ISBN : 974-8133-52-4

<http://203.157.19.191> (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

แพทย์หญิงเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม แพทย์หญิงพรพันธุ์ บุญรัตน์พันธุ์ บรรณาธิการ,
การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547
กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ , 2549.
จัดพิมพ์เมื่อ ตุลาคม 2549 จำนวน 1500 เล่ม

ดำเนินการโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

สนับสนุนการพิมพ์โดย

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ



การตรวจร่างกายครั้งที่ 1

การตรวจร่างกายครั้งที่ 3

การตรวจร่างกายครั้งที่ 3

การตรวจร่างกายครั้งที่ 3

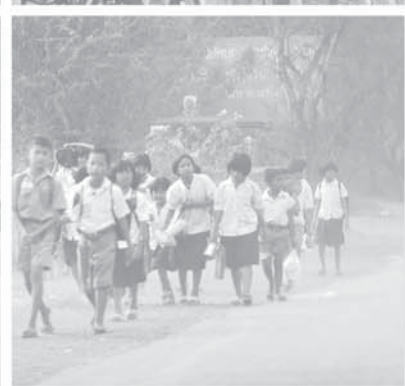
การตรวจร่างกายครั้งที่ 3

การตรวจร่างกายครั้งที่ 2

MP
B5-E
18

M
B5
26

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย
ของประชาชนไทย
โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3
พ.ศ. 254-2547



กิตติกรรมประกาศ

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 สามารถสำเร็จลงได้ด้วย ความช่วยเหลือของบุคคลและองค์การหลายฝ่ายให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยมีรายชื่อดังต่อไปนี้

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ คุณสี้อ ล้ออุทัย พญ.มยุรา กุสุมภ์ พญ.ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ ศ.ดร.ประชุม สุวดีดี ศ.นพ.ภิรมย์ กมลรัตนกุล ศ.ดร.ภัสสร ลิมานนท์ ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวินวัฒน์ ศ.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒนวงศ์ รศ.นพ.ปรีดา ทัศนประดิษฐ์ ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ศ.นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รศ.ธนาธิกร สุวรรณประพิศ นพ.วิพุธ พูลเจริญ นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ดร.ยงยุทธ ไชยพงศ์ รศ.พญ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม รศ.พญ.พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ นพ.คำนวม อึ้งชูศักดิ์ นพ.พินิจ ฟ้าอำนาจผล

เจ้าหน้าที่สถาบันการศึกษาที่เป็นหน่วยประสานงานในการสำรวจ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสำรวจทุกแห่ง และต้องขอภัยเป็นอย่างสูงหากไม่ได้ระบุชื่อผู้เกี่ยวข้องอื่น

ซึ่งคณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2549

คำนำ

ข้อมูลข่าวสารเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างยิ่งของการกำหนดนโยบาย แผนงานและการประเมินผลของงานทุกระบบ โดยเฉพาะระบบสุขภาพที่ต้องใช้ข้อมูลที่มีความแม่นยำถูกต้องครบถ้วน และทันเวลา ระบบข้อมูลตามรายงานจากสถานบริการทุกระดับที่รวบรวมเป็นรายเดือนและรายปี นั้น เป็นข้อมูลจากผู้ป่วยเพียงส่วนเดียวซึ่งไม่เพียงพอต่อการกำหนดนโยบายและแผนงานระยะยาวของประเทศ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษาทั้งในกรุงเทพฯและภูมิภาค ได้ร่วมกันสร้างฐานข้อมูลสถานะสุขภาพของคนไทยอย่างต่อเนื่อง โดยมีการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยคนไทยมาแล้ว 2 ครั้ง และครั้งที่ 3 ได้ดำเนินการในปี 2547 โดยการตรวจร่างกาย เจาะเลือด สัมภาษณ์ กลุ่มประชากรตัวอย่างเกือบ 40,000 ราย ครอบคลุมทุกภาคทั้งในเขตเมืองและชนบท ข้อมูลทั้งหมดได้รับการวิเคราะห์ และรายงานผลเบื้องต้นตามที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ และจะมีการวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอื่นๆ เพื่อตีพิมพ์เป็นบทความทางวิชาการเผยแพร่ในโอกาสต่อไป สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขอขอบคุณ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะกรรมการกำกับวิชาการ และคณะกรรมการชุดนี้ทุกท่าน รวมทั้งผู้ประสานงานและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน และขอขอบคุณเป็นพิเศษสำหรับ รศ.พญ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม รศ.พญ.พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ และคณะที่ได้สละเวลา แรงกาย แรงใจ วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขคาดหวังว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานระดับกระทรวง จังหวัด และพื้นที่ที่ใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางต่อไป

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	9
บทที่ 1 บทนำ	17
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย	20
2.1 ประชากรเป้าหมาย การกำหนดตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่าง	20
2.2 แบบสอบถาม	32
2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	40
2.4 การควบคุมคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล	41
2.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	42
2.6 การสร้างฐานข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล	45
2.7 การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และประมวลผล	46
2.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	50
บทที่ 3 ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ	51
3.1 โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรตัวอย่าง	51
3.2 การได้รับการศึกษา	55
3.3 สถานภาพสมรส	61
3.4 สถานภาพเชิงเศรษฐกิจ	63
3.5 รายได้	69
3.6 ขนาดครอบครัวและการรับภาระสมาชิกในบ้าน	72
บทที่ 4 ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง	77
4.1 พฤติกรรมเสี่ยง	77
4.2 ความชุกของโรค ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและระดับบริการที่ได้รับ	111
4.3 ความชุก และชนิดของยาที่ใช้เป็นประจำ	152
4.4 การบาดเจ็บ	156

	หน้า
บทที่ 5 อนามัยเจริญพันธุ์	159
5.1 สถานภาพและปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์	161
5.2 การได้รับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งในสตรีวัย 15-59 ปี	162
5.3 การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์	171
บทที่ 6 สภาวะสุขภาพของประชากรสูงอายุไทย	174
6.1 ลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุไทยที่เป็นตัวอย่าง	177
6.2 ความสามารถในการทำหน้าที่	177
6.2.1 อัตราการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน	178
6.2.2 สภาวะการมีโรคประจำตัวหลายโรค	182
6.2.3 อุบัติเหตุจากการทกล้ม	183
6.3 โครงสร้างบ้านและการดัดแปลงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ	187
6.4 ฟันและการบดเคี้ยว	191
6.5 การตรวจคัดกรองสภาพสมอง	193
6.6 หลักประกันในที่อยู่อาศัย	196
6.7 หลักประกันทางเศรษฐกิจ	201
บทที่ 7 สรุปและอภิปรายผลการสำรวจ	213
7.1 สรุปและอภิปรายผลการสำรวจ	214
7.2 บทเรียนที่ได้รับจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3	222
7.3 ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชากร โดยการตรวจร่างกายในอนาคต	224
ภาคผนวก ข้อมูลสถิติรายเขตสาธารณสุข	
• ภาคผนวก บทที่ 3	227
• ภาคผนวก บทที่ 4	237
• ภาคผนวก บทที่ 5	243
• ภาคผนวก บทที่ 6	245

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3



การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547 ได้ดำเนินการโดยสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย (สกสอ.) ซึ่งจัดตั้งโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสนับสนุนด้านงบประมาณการสำรวจจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการสำรวจครั้งนี้คือ เพื่อแสดงสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยในระดับประเทศ ภาคและเขตสาธารณสุข เป็นรายหมวดอายุ และเขตการปกครอง และเพื่อแสดงความชุกของโรคที่สำคัญ ภาวะความเจ็บป่วย ภาวะพิการ ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนไทย เพื่อจัดทำระบบข้อมูลสำหรับใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค

ประชากรกลุ่มเป้าหมายในการสำรวจครั้งนี้คือประชากรวัยแรงงานและวัยสูงอายุโดยแบ่งประชากรเป้าหมายออกเป็น 4 กลุ่มย่อย คือ วัยแรงงานชาย หญิง อายุ 15 - 59 ปี และวัยสูงอายุ ชาย หญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป การสำรวจได้ใช้แผนการสุ่มตัวอย่างเชิงความน่าจะเป็นแบบสามขั้นอย่างมีชั้นภูมิ (Three - stage Stratified probability Sampling) หน่วยประชากรขั้นแรกคือจังหวัด หน่วยประชากรขั้นสองคือหน่วยเลือกตั้งสำหรับพื้นที่ในเขตเทศบาล และหมู่บ้าน สำหรับพื้นที่นอกเขตเทศบาลและหน่วยประชากรขั้นสุดท้ายคือบุคคลตามนิยามประชากรเป้าหมายของการสำรวจ จำนวนบุคคลตัวอย่างที่ประมาณค่าไว้ในการสำรวจ คือ 42,120 คน และจำนวนตัวอย่างที่ได้จากการสำรวจคือ 39,290 คน

การดำเนินการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงเวลาตั้งแต่ 15 มกราคม - 15 เมษายน พ.ศ. 2547 โดยมีเครือข่ายดำเนินงานประกอบด้วยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยรับผิดชอบเก็บข้อมูลในภาคกลาง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เก็บข้อมูลในกรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เก็บข้อมูลในภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นรับผิดชอบภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในภาคใต้ พร้อมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลประจำจังหวัด ท้องปฏิบัติการในพื้นที่ เพื่อการตรวจผลเลือดและจัดส่งซีรัมไปเก็บไว้ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อการศึกษาในระยะต่อไป

ข้อมูลสำคัญในการสำรวจครั้งนี้ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปโดยเฉพาะด้านสังคม เศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมเสี่ยง เช่น อาหาร กิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุการบาดเจ็บ และการใช้ยา พฤติกรรมทางเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ และผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะมีคำถามเกี่ยวกับ สถานะสุขภาพทางกาย จิต และสังคมที่แสดงถึงความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการบดเคี้ยว สภาพสมองปกติ มีหลักประกันของความเป็นอยู่อาศัย รายได้ บริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมพื้นฐาน มีการดัดแปลงบ้านเพื่อให้เหมาะสม และป้องกันอุบัติเหตุ อันเนื่องมาจากความสูงอายุเช่นการหกล้ม สภาพการดำรงชีวิตอย่างอบอุ่น ไม่เป็นภาระในครัวเรือน และที่สำคัญคือข้อมูลการตรวจร่างกายคือน้ำหนักและส่วนสูง เส้นรอบเอว (เป็นเซนติเมตร) ความดันโลหิต และชีพจร นอกจากนี้การตรวจเลือดจะมีผลของ Hemoglobin และ Hematocrit, น้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) โคลเลสเตอรอล (Total cholesterol) และ CBC

ผลการสำรวจ ประชากรตัวอย่างที่ได้จากการสำรวจ ภายหลังจากการตรวจสอบคุณภาพความถูกต้องตัวแปรต่างๆโดยใช้โปรแกรม Stata 9.0 (Stata Corporation Texas) ได้ตัวอย่างจำนวนสุดท้ายคือ 39,290 ซึ่งในจำนวนนี้ประกอบด้วยชายอายุ 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 โดยมีผลสรุปดังนี้

1. ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ของตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไป

โครงสร้างทางอายุและเพศ

พบว่าพีระมิดประชากรในตัวอย่างมีความสอดคล้องกับพีระมิดประชากรทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2543 แต่มีสัดส่วนวัยแรงงานมากกว่า เมื่อเทียบสัดส่วนของภาคจากมากไปหาน้อย ที่เข้าใกล้พีระมิดปี พ.ศ. 2563 คือ ภาคใต้ ภาคกลาง ภาคเหนือ กรุงเทพฯ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้ผู้วิจัยมีความมั่นใจในความเป็นตัวแทนของตัวอย่าง ในการสำรวจนี้ที่จะนำค่าคาดประมาณตัวแปรต่างๆ มาใช้ได้ในระดับประเทศ ภาค และเขตสาธารณสุข

การได้รับการศึกษา

เมื่อใช้จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่ได้รับการศึกษาเป็นตัวชี้วัด พบว่าตัวอย่างของชายและหญิง อายุ 15 - 29 ปีได้เรียนประมาณ 9 ปี โดยเท่าเทียมกัน ข้อมูลนี้สะท้อนถึงความก้าวหน้าในความครอบคลุมบริการการศึกษาภาคบังคับ และการเรียนต่อในระดับสูงขึ้นของกลุ่มนี้ สำหรับการได้รับการศึกษาของกลุ่มอายุมากขึ้นจะน้อยลงตามอายุจนถึงระดับต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่เรียนไม่ถึง 4 ปี อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ที่อยู่ในกรุงเทพฯ และเขตเมืองมีโอกาสได้รับการศึกษาสูงกว่าในเขตชนบท และภาคใต้ ประชากรได้รับการศึกษาสูงกว่าภาคอื่นๆ

สถานภาพสมรส

มีแบบแผนเช่นเดียวกับการสำรวจที่ผ่านมา คือ ผู้ครองโสดลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่าร้อยละของผู้ครองโสดในวัยแรงงานเท่ากับ 19 และ ร้อยละ 3 ในวัยสูงอายุ สัดส่วนของผู้สมรสที่กำลังอยู่ด้วยกันจะเพิ่มเป็นร้อยละ 73 และ 64 ในวัยแรงงานและวัยสูงอายุ ตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนของผู้เป็นหม้าย หย่า แยก มีร้อยละ 8 และร้อยละ 33 ในกลุ่มวัยแรงงานและของผู้สูงอายุ โดยผู้หญิงที่เป็นหม้ายต้องอยู่คนเดียวสูงกว่าผู้ชายอายุเดียวกัน เกือบเท่าตัว โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้พบว่า แนวโน้มว่าผู้ครองโสดกำลังเพิ่มขึ้น

สภาพการทำงาน

ในวัยแรงงานชายประมาณร้อยละ 71 และหญิงประมาณร้อยละ 53 กำลังทำงานอยู่ ผู้สูงอายุชายและหญิงยังทำงานอยู่ร้อยละ 46 และ 8 ตามลำดับ สัดส่วนของวัยแรงงานว่างงานมีประมาณร้อยละ 6 - 8 ในตัวอย่างชายและหญิง เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุ (70 - 80 ปี) ยังมีเกือบครึ่งหนึ่งที่ยังทำงานอยู่ ส่วนใหญ่ ของการทำงานคือธุรกิจส่วนตัว และงานที่ไม่เกษียณอายุ เมื่อจำแนกตามภาค สัดส่วนของผู้ชายที่ทำงานสูงสุดจากภาคใต้ ร้อยละ 81 รองลงมาตามลำดับคือ ภาคกลาง กทม. ภาคเหนือ และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 56) ผู้หญิงต่ำกว่าผู้ชายประมาณร้อยละ 15-20

รายได้ต่อคนต่อเดือน

รายได้มีฐานโดยรวม อยู่ในระดับ 5,000 บาท ต่อเดือน ผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง คือ 5,800 บาทและ 4,000 บาท ตามลำดับ ผู้ที่อยู่ในระดับต่ำกว่าเส้นยากจน (1,230 บาทต่อคนต่อเดือน) มีประมาณร้อยละ 10 ในผู้ชายอายุ 15 - 59 ปี

และร้อยละ 20 ในผู้หญิงอายุเดียวกัน สัดส่วนนี้เพิ่มมากขึ้นตามอายุ ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าคนยากจนมีร้อยละ 30, 50 และ 60 ในผู้ชายอายุ 60 - 69, 70 - 79 และ 80 ปี ขึ้นไป และสูงกว่าในหญิงสูงอายุในกลุ่มอายุเดียวกันเป็นร้อยละ 47, 64 และ 82 ตามลำดับ การวิเคราะห์ตามรายภาค พบว่า ผู้ที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือตอนบนมี สัดส่วนคนยากจนมากกว่าภาคอื่นๆ

โดยประมาณ ประชากรชายและหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป 2.9 ล้านคนและ 5 ล้านคน มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน ต่อเดือน ประชากรจากเขต 5,6,7 และ 10 มีสัดส่วนยากจนกว่าเขตอื่นๆ

2. พฤติกรรมเสี่ยง

ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อประมวลข้อมูลทั้งหมด ด้วยกันและใช้เกณฑ์ตามระดับต่างๆ ของพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยง เช่น ระดับการบริโภคผักและผลไม้ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับความดันโลหิต หรือระดับไขมันรวม ซึ่งระดับต่างๆ เหล่านี้ได้กำหนดจากผลการวิจัยในหลายประเทศ รวมทั้งเกณฑ์ขององค์การด้านสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับ เช่น องค์การอนามัยโลกว่า ถ้าสูงหรือต่ำจากเกณฑ์จะมีผลต่อสุขภาพ จากเกณฑ์เหล่านี้ได้วิเคราะห์ผลและแสดงสถานะสุขภาพหรือความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่มไว้ดังต่อไปนี้ คือ

การดื่มสุรา

ประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 17 และประชากรหญิงอายุในกลุ่มเดียวกันร้อยละ 2 มีการดื่มสุราอยู่ในระดับที่เรียกว่าอันตรายต่อสุขภาพ (คือดื่มมากกว่า 20 กรัมของ ethanol ในหญิงและมากกว่า 40 กรัมต่อวันในชาย) โดยเฉลี่ยประชากรทั้งชายและหญิงทั่วประเทศยังดื่มสุราอยู่ในระดับที่ปลอดภัยคือประมาณ 11.8 กรัมต่อวัน ในชายและ 0.4 กรัมต่อวันในหญิง อย่างไรก็ตามมีชายและหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27 และ 65 ตามลำดับที่ไม่ดื่มสุราเลย ในกลุ่มที่ดื่มสุรามีร้อยละ 57 ในชายและร้อยละ 19 ในหญิงที่เคยดื่มอย่างหนักมากในครั้งเดียวมาแล้ว ซึ่งแสดงถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยเฉพาะอุบัติเหตุจราจร การดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวนี้มีขึ้นประมาณ 12 ครั้งต่อปี ในชายและ 3 ครั้งต่อปีในหญิงชายอายุ 15 - 29 ปีเป็นกลุ่มที่ดื่มหนักมากที่สุด แต่หญิงสูงอายุเป็นกลุ่มที่ดื่มหนัก เช่นเดียวกับประชากรในเขตเทศบาลในภาคกลางและกรุงเทพฯ ทั้งความชุกและปริมาณการดื่ม

การสูบบุหรี่

ประชากรชายสูบบุหรี่มากกว่าประชากรหญิงหลายเท่า ในปัจจุบันมีประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 46 ขณะที่ประชากรหญิงมีเพียงร้อยละ 2 จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในกลุ่มที่สูบเป็นประจำคือ 13 มวนในชาย และ 8 มวนในหญิง อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่คือประมาณ 18 ปีในชาย และ 23 ปีในหญิง ชายในกรุงเทพฯ เป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่เป็นประจำน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับภาคต่างๆ และเขตสาธารณสุข แต่หญิงในกรุงเทพฯและภาคเหนือมีความชุกของการสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าภาคอื่นๆ

กิจกรรมทางกาย (physical activity)

กิจกรรมทางกาย รวมระยะเวลาที่ใช้ในการเคลื่อนไหวของร่างกายจากการทำงาน การเดินทางและการพักผ่อนนอกเวลาทำงานเข้าด้วยกันในแต่ละสัปดาห์ ถ่วงน้ำหนักด้วยความหนักเบาของการเคลื่อนไหวเหล่านั้น คำนวณออกมาเป็น MET minute (Metabolic Equivalent Time) จำแนกประเภทประชากรออกมาเป็นกลุ่มที่มีระดับกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (inactive) ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง พบว่าประชากรในทุกกลุ่มอายุรวมทั้งชายและ

หญิงมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงมากกว่าร้อยละ 70 แต่ในกลุ่มที่อายุมากขึ้นระดับนี้จะลดลงเหลือประมาณร้อยละ 50 ในภาพรวมทั้งประเทศมีผู้ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพออยู่ร้อยละ 20.7 ในชายและร้อยละ 24.2 ในหญิง และมีมากในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล

การบริโภคผักและผลไม้

ประชากรชายและหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคผักและผลไม้โดยเฉลี่ย 268 (± 188) กรัมต่อวันในชายและ 283 (± 195) กรัมต่อวันในหญิง ยิ่งอายุมากขึ้นการบริโภคผักและผลไม้ต่อวันจะลดลง ถ้าใช้เกณฑ์มาตรฐานของการบริโภคผักและผลไม้ที่เพียงพอคือไม่ต่ำกว่า 400 กรัมหรือ 5 ถ้วยมาตรฐานต่อวัน จากการสำรวจครั้งนี้พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 80 ในชายและร้อยละ 76 ในหญิง บริโภคต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

3. ความชุกของโรค ปัญหาสาธารณสุข ที่พบบ่อยและระดับการได้รับการบริการ

ความดันโลหิตสูง

ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 23 ในชายและร้อยละ 21 ในหญิงมีสภาวะความดันโลหิตสูง (คือมี SBP ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือ DBP ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท หรือได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิต) ความชุกมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ความชุกในชายสูงกว่าหญิง แต่ในการรักษาพบว่าความครอบคลุมของการได้รับการรักษามีในเพศหญิงมากกว่าชาย กรุงเทพฯมีความครอบคลุมของการรักษาสูงกว่าที่อื่นๆ อย่างไรก็ตามในกลุ่มที่ตรวจพบว่ามีความดันโลหิตสูงนี้มีร้อยละ 71 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนเลย

ไขมันในเลือดสูง

พบในหญิงมากกว่าชาย คือร้อยละ 17 และร้อยละ 14 ตามลำดับ ความชุกมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ ในหญิงพบความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 60 ถึง 69 ปี ในชายความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 45 - 59 ปี และ 60 ถึง 69 ปี ในเขตกรุงเทพฯ พบความชุกสูงที่สุดทั้งเพศชายและหญิง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกต่ำสุด ในกลุ่มผู้มีไขมันในเลือดสูงมีร้อยละ 87 ที่ไม่เคยรู้ตัวมาก่อนเลย และในกลุ่มนี้เช่นกันที่ความครอบคลุมการรักษาด้วยยามีเพียงร้อยละ 9 ทั่วประเทศ

โรคเบาหวาน

จากการสำรวจครั้งนี้ พบว่ามีความชุกร้อยละ 7 ในเพศหญิงและร้อยละ 6 ในเพศชาย มีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ พบความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี ในชายร้อยละ 14 และหญิงร้อยละ 19 พบความชุกมากที่สุด ในเขตกรุงเทพฯ ในกลุ่มที่เป็นเบาหวานร้อยละ 66 ในชายและร้อยละ 49 ในหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนเลย สำหรับความครอบคลุมของการได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลหรือฉีด Insulin ทั้งประเทศมีร้อยละ 41 หญิงได้รับการรักษา มากกว่าชายในทุกกลุ่มอายุ ในกรุงเทพฯซึ่งมีความชุกมากที่สุด แต่มีความครอบคลุมของการรักษาต่ำเพียงร้อยละ 41 เท่านั้น สำหรับในสภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน (คือ น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติแต่ยังไม่ถึงระดับโรคเบาหวาน) มีร้อยละ 15.4 ในประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไปและร้อยละ 10.6 ในประชากรหญิงอายุเดียวกัน

ภาวะโลหิตจาง (Hb < 13 gm%, Hct < 39 %)

พบในหญิงมากกว่าชายประมาณ 2 เท่า ร้อยละ 22 ในหญิง และร้อยละ 11 ในชาย ความชุกของโลหิตจางเพิ่มขึ้นตามอายุ สูงสุดคือในกลุ่มอายุ 80 ปี มากกว่าร้อยละ 50 ทั้งชายและหญิง ในกรุงเทพฯพบปัญหาโลหิตจาง

มากที่สุด ความครอบคลุมของการรักษาโลหิตจางด้วยยาทั่วประเทศมีเพียงร้อยละ 5

ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)

ในชายไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปคือ 22.6 (± 3.9) และหญิงคือ 23.8 (± 4.6) ซึ่งค่านี้ต่ำกว่าในกลุ่มอายุน้อย (15 - 29 ปี) มากที่สุดในวัยกลางคน (30 - 59 ปี) และค่อยลดลงเมื่ออายุสูงขึ้น จนต่ำสุดในวัย 80 ปี เป็นเช่นนี้ ทั้งชายและหญิง สำหรับเส้นรอบเอวโดยเฉลี่ยคือ 78.6 (± 10.9) เซนติเมตร ในชาย และ 76.6 (± 4.6) เซนติเมตร ในหญิง ค่านี้จะสูงขึ้นตามอายุจนถึงวัยเกิน 70 ปีจะค่อยๆลดต่ำลง ถ้าใช้ค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่า 24.9 kg/m² ตัดสินว่าเป็นผู้มีน้ำหนักเกินและอ้วน จะพบว่าในประชากรชายมีความชุกของความอ้วนร้อยละ 22.5 และในหญิงร้อยละ 34.4 ถ้าใช้เส้นรอบเอวเป็นเครื่องชี้วัด (ชาย ≥ 90 ซม. หญิง ≥ 80 ซม.) พบว่าชายไทยร้อยละ 15 และหญิงร้อยละ 36 อยู่ในกลุ่มอ้วนลงพุง (abdominal obesity) ประชากรในเขตกรุงเทพและในเขตเทศบาลมีความชุก ของความอ้วนหรือน้ำหนักเกินมากกว่าในเขตอื่นๆ

ภาวะปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย

มีตัวอย่างชายอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 44 และตัวอย่างหญิงร้อยละ 32 ทั้งประเทศที่มีปัจจัยเสี่ยง 1 อย่างอยู่ในขณะนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่นำมาศึกษาคือ ความดันโลหิตสูง โคลเลสเตอรอลในเลือดสูง เบาหวาน สูบบุหรี่เป็นประจำ และน้ำหนักเกิน มีตัวอย่างชายร้อยละ 20 และตัวอย่างหญิงร้อยละ 15 ที่มี 2 ปัจจัยเสี่ยง และมีประชากรชายร้อยละ 9 และประชากรหญิงร้อยละ 8 ที่มีปัจจัยเสี่ยงในตัว 3 ปัจจัยและมากกว่าขึ้นไป

การใช้ยา

ประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 15 และประชากรหญิงในอายุเดียวกันร้อยละ 25 ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นประจำ คือใช้ทุกวันติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ประชากรในเขตเทศบาลใช้ยาเป็นประจำมากกว่านอกเขตเทศบาล ประชากรในกรุงเทพฯ ใช้ยาเป็นประจำมากกว่าประชากรในภาคอื่นๆทั้งหมด ยาที่ใช้เป็นประจำมากที่สุดทั้งสองเพศคือยาแก้ปวด

ความชุกของโรคเรื้อรัง

ข้อมูลด้านนี้ได้จากการสัมภาษณ์เท่านั้น โดยถามว่าเคยได้รับการบอกกล่าวจากบุคลากรสาธารณสุขว่าเป็นโรคต่างๆ หรือไม่ และในการวิเคราะห์ที่ข้อมูลความชุกของโรคจะจำกัดเฉพาะจำนวนที่ได้รับคำบอกกล่าวจากแพทย์เท่านั้น ซึ่งผลที่ได้ระบุว่าในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 3 โรคกระเพาะระบบต่างๆ ร้อยละ 0.4 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 0.4 (ในชายร้อยละ 0.6 หญิงร้อยละ 0.3) อัมพฤกษ์อัมพาตร้อยละ 0.5 วัณโรคร้อยละ 0.8 (ชาย ร้อยละ 1.0 หญิงร้อยละ 0.6) ไตวายร้อยละ 0.2

การบาดเจ็บ

ในตัวอย่างวัยแรงงาน (อายุ 15 - 59 ปี) พบว่าในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ก่อนการสำรวจ มีวัยแรงงานชายมีการบาดเจ็บต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกร้อยละ 15.7 ในจำนวนนี้ต้องอยู่ในโรงพยาบาลร้อยละ 9.8 ตัวอย่างหญิงมีการบาดเจ็บต้องไปรักษาที่คลินิกร้อยละ 8.2 และต้องอยู่ในโรงพยาบาลร้อยละ 5.5 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น พบว่าร้อยละ 53 ของการบาดเจ็บในชายและร้อยละ 44 ของการบาดเจ็บในหญิง เกิดจากอุบัติเหตุการจราจรทางบก สาเหตุที่สำคัญรองลงมาคือ การพลัดตกหกล้ม และการถูกของมีคมบาดหรือตีแทง (ร้อยละ 13.2 และร้อยละ 10.6 ของการบาดเจ็บทั้งหมด)

4. อนามัยเจริญพันธุ์

ในตัวอย่างหญิงอายุ 15 - 59 ปี ผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่าอายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรกของหญิงไทยจะลดลงตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รวมทุกกลุ่มอายุ คือ 14 ปี แต่ในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี ในปัจจุบันมีอายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก 13 ปี ในขณะที่หญิงอายุ 45 - 59 ปี มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยคือ 2 คน (S.D. 1.8) เคยแท้งร้อยละ 19.8 ในจำนวนนี้เป็นการทำแท้งร้อยละ 5.4 และแท้งโดยธรรมชาติร้อยละ 14.4

บริการการตรวจคัดกรองโรค (Screening program)

ที่สำคัญคือ การตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap. Smear และการตรวจมะเร็งเต้านม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงความครอบคลุมของการได้รับบริการ Pap.smear ภายใน 2 ปีที่ผ่านมาของหญิงวัย 15 - 59 ปี ทั่วประเทศอยู่ที่ร้อยละ 32.4 และมีอีกร้อยละ 16.1 ได้รับบริการนี้ในระยะเวลามากกว่า 2 ปี กรุงเทพฯและภาคเหนือมีความครอบคลุมของบริการมากกว่าภาคอื่นๆ

สำหรับการตรวจมะเร็งเต้านม พบว่าร้อยละ 49 ของหญิงอายุ 15 - 59 ปี เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง และอีกร้อยละ 22.7 เคยตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำหรับการตรวจโดย Mammogram พบว่าในหญิงอายุ 40 - 59 ปี เคยได้รับการตรวจทั้งหมดประมาณร้อยละ 4 เป็นหญิงที่อยู่ในกรุงเทพฯมากที่สุด

พฤติกรรมเพศ

ในการสำรวจครั้งนี้มุ่งศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย คือการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ โดยการสัมภาษณ์ทั้งชายและหญิงอายุ 15 - 59 ปี พบว่ากลุ่มอายุ 15 - 29 ปีมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ โดยเฉพาะในตัวอย่างชาย ซึ่งใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวร้อยละ 50 ใช้กับคู่นอนประจำร้อยละ 17 ตัวอย่างหญิงที่คู่นอนมีการใช้ถุงยางอนามัยน้อยกว่าชายมาก แต่ก็ยังใช้กับคู่นอนชั่วคราวมากกว่าคู่นอนประจำ ในกรุงเทพฯและภาคใต้มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวสูงกว่าภาคอื่นๆ แต่ตัวอย่างชายในภาคเหนือมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราวและคู่นอนประจำต่ำที่สุดกว่าภาคอื่นๆ

5. สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

อัตราการเกิดโรคและความชุกในผู้สูงวัยล้วนเป็นการสะสมมาตั้งแต่วัยกลางคน นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรคที่พบถึง 7 โรคในคนเดียวกัน การประเมินสภาวะสุขภาพโดยใช้อัตราการเจ็บป่วยทุพพลภาพอย่างเดียวจะไม่เพียงพอ การสำรวจจึงได้รวมถึง (1) การวัดความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่ว่าจะมีความพิการหรือไม่ก็ตาม (2) ปัญหาของระบบการบดเคี้ยว (3) อุบัติเหตุจากการหกล้มและมาตรการป้องกัน (4) การตรวจคัดกรองสภาพสมอง และ(5) ปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุด้านสังคม เศรษฐกิจและภาวะแวดล้อม

ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน

เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้วัดความสามารถของผู้สูงอายุ ใช้ Barthel ADL (Activities of Daily Living) ซึ่งวัดความสามารถในกิจวัตรพื้นฐาน การควบคุมการขับถ่าย และการทำงานในบ้าน ซึ่งโดยปกติจากการเสื่อมของร่างกายและการเคลื่อนไหว งานบ้านจะลดลงก่อนแล้วตามด้วยการควบคุมการขับถ่าย สุดท้ายคือกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ได้พบว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย อายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี จะมีความสามารถในกิจกรรมเหล่านี้ในระดับปกติอยู่ที่ร้อยละ 90 ขึ้นไป ยกเว้นกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่ต่ำกว่า อยู่ในระดับร้อยละ 80

อัตราพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันคือสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นหรือครอบครัวในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ซึ่งเป็นข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการประมาณค่าผู้เป็นภาระ พบว่า อัตราภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันไม่เกินร้อยละ 10 ในทุกกลุ่มอายุ ยกเว้นกลุ่มชายและหญิงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีระดับใกล้เคียงกัน ร้อยละ 12-13 ผู้หญิงที่อยู่นอกเขตเทศบาลอัตราพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันสูงกว่าในเขต คือร้อยละ 14 และ ร้อยละ 9 ผู้ชายนอกเขตเทศบาลอยู่ในภาวะพึ่งพาสูงกว่าชายอายุเดียวกันในเขตเทศบาลโดยเฉพาะกิจวัตรในการทำงานบ้าน(ร้อยละ27กับร้อยละ40) และผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายในทุกกลุ่ม นอกจากนี้พบความแตกต่างระหว่างภาค ดูเหมือนว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีผู้สูงอายุอยู่ในระดับพึ่งพามากกว่าภาคอื่นๆ ที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือสวัสดิการของรัฐ

ระบบการบดเคี้ยว

ฟันเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำอาหารเข้าสู่ร่างกายที่ทำให้คนเรายืนได้นาน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุควรมีฟันสำหรับการบดเคี้ยวได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการรักษาฟันให้อยู่ในสภาพดีตั้งแต่เริ่มต้น และหากมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ ควรได้รับการฟันปลอม เพื่อคงสภาพการทำหน้าที่ได้ จากการสำรวจโดยรวมพบว่ามีสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ มีร้อยละ 45 เท่ากันทั้งชายและหญิง กลุ่มนี้มีผู้ใส่ฟันปลอมประมาณร้อยละ 28 คิดเป็นอัตราส่วน 0.6 ของผู้ที่มีฟันไม่ครบเท่านั้น

อุบัติเหตุจากการหกล้ม

ที่จะนำไปสู่การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป สาเหตุมักเกิดจากการเวียนศีรษะ และการทรงตัวไม่สมดุล ซึ่งพบร้อยละ 38 และร้อยละ 41 ในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ การหกล้มที่บ้านและ ในห้องน้ำมีร้อยละ 20 ในผู้ชาย และร้อยละ 35 ในผู้หญิง นอกจากการเวียนศีรษะหรืออ่อนแรงที่ทำให้ล้มง่ายแล้ว โครงสร้างของบ้าน การต้องใช้บันไดขึ้นลงเป็นประจำ หรืออยู่ในบ้านเล่นระดับ เป็นอีกสาเหตุหนึ่ง que เพิ่มสัดส่วนการหกล้มในผู้สูงอายุได้ ในการสำรวจนี้ พบว่าผู้สูงอายุอยู่ในบ้านที่ต้องใช้บันไดขึ้นลงประจำวันร้อยละ 60 ในกลุ่มนี้มีการปรับปรุงราวจับบันไดประมาณร้อยละ 30 เท่านั้น สัดส่วนนี้มีความแตกต่างตามอายุและภาค

การตรวจคัดกรองสภาพสมอง

กลุ่มโรคสมองเสื่อมหรือความจำผิดปกติ พบได้บ่อยในผู้สูงอายุตามที่ได้ทราบกันอยู่แล้ว ผู้สูงอายุควรจะได้รับ การตรวจคัดกรองเป็นระยะๆ สำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้การป้องกันรักษาแต่เนิ่นๆ การสำรวจนี้ได้ใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทยแบบย่อ (TMSE) คัดกรองผู้สูงอายุในตัวอย่าง พบผู้ที่มีภาวะผิดปกติประมาณร้อยละ 20 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุจนถึงร้อยละ 60 ในเพศชาย และร้อยละ 77 ในเพศหญิงในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป สัดส่วนนี้ ยังไม่สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมได้ ต้องมีการตรวจทางคลินิกอีกขั้นตอนหนึ่ง แต่ก็พอบอกได้ว่าน่าจะมีการผิดปกติของสภาพสมอง

หลักประกันที่อยู่อาศัย

ใช้การวัดทางอ้อม ได้แก่ ความเป็นเจ้าของบ้าน ได้อยู่กับครอบครัวโดยเฉพาะครอบครัว 3 รุ่นที่มีลูกหลานอยู่ด้วยกัน และมีผู้ดูแลเมื่อจำเป็น ตัวอย่างผู้สูงอายุในการสำรวจนี้มีถึงร้อยละ 80 ที่มีกรรมสิทธิ์ในบ้าน ผู้ที่บอกว่าไม่มีบ้าน และต้องอาศัยสวัสดิการไม่ถึงร้อยละ 3

สำหรับลักษณะการอยู่อาศัย ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในครอบครัว 3 รุ่นมีถึงร้อยละ 40 เมื่อรวมกับกลุ่มที่อยู่กับบุตรอีกร้อยละ 20 คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งนับว่ามีสัดส่วนค่อนข้างสูง แม้ว่าการมีครอบครัวเดียวจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นใน

ประเทศไทยก็ตาม ข้อมูลนี้สะท้อนถึงการมีผู้ดูแลเมื่อต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งดูเหมือนจะยังไม่วิกฤตในประเทศไทย โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลและมีผู้ดูแลนั้นมีร้อยละ 30, 40 และ 50 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ โกล้เคียงกันทั้งชายและหญิง สำหรับผู้ที่ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มี พบประมาณร้อยละ 5-6 เท่านั้น อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและอยู่กับคู่สมรสเท่านั้นมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นตามลำดับ

หลักประกันทางเศรษฐกิจ

วัดด้วยการทำงาน การมีรายได้เป็นของตนเองอย่างเพียงพอ และการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นหากมีความขัดสนทางการเงินในการดำเนินชีวิต

จากตัวอย่าง 19,336 ราย มีผู้ที่กำลังทำงานอยู่โดยรวมร้อยละ 36 จำแนกตามเพศ ร้อยละของชายและหญิงคือ 47 และ 27 ตามลำดับ สัดส่วนสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี แล้วลดลงตามอายุ ลักษณะของงาน ได้แก่ การประกอบธุรกิจส่วนตัว(ร้อยละ 40) ทำให้ครอบครัว(ร้อยละ 20) และทำงานในภาคเอกชน(ร้อยละ 10) ในกลุ่มนี้เป็นนายจ้างอยู่ประมาณร้อยละ 3 กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปที่ยังทำงานอยู่เป็นงานธุรกิจส่วนตัว และทำให้ครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ เมื่อถามถึงสาเหตุที่ต้องทำงาน มีคำตอบเรียงกันจากมากไปหาน้อย คือ ต้องการรายได้ อยากรับงานต่อไป ดูแลธุรกิจ และช่วยเหลือสังคม สัดส่วนของผู้ชายจะสูงกว่าผู้หญิงในทุกกลุ่มอายุแต่ไม่มากนัก

ผู้ที่มีรายได้เป็นของตนเอง

มีร้อยละ 60 ในผู้ชาย และร้อยละ 40 ในผู้หญิง กลุ่มที่ตอบว่ามีรายได้แต่ไม่เพียงพอ จะได้รับความช่วยเหลือจากบุตรเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 80-90 ของแหล่งเงินทั้งหมด และไม่แตกต่างกันระหว่างหญิงกับชาย

สำหรับ**ความขัดสนทางการเงิน** เกือบครึ่งของผู้สูงอายุตอบว่ามีรายได้เพียงพอและไม่ลำบาก กลุ่มที่ไม่มีรายได้แต่ไม่ลำบากมีร้อยละ 13 ในผู้ชาย และร้อยละ 20 ในผู้หญิง กลุ่มสุดท้ายคือไม่มีรายได้และลำบากมีประมาณร้อยละ 15 การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวและระบบเครือญาติของไทย ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่ลำบากมากนัก มีข้อสังเกตว่าหญิงสูงอายุมีสัดส่วนที่บอกว่าลำบากเรื่องการเงินมากกว่าชาย

หัวข้อสุดท้ายเป็นคำถามเกี่ยวกับ**ความขัดสนในความเป็นพื้นฐาน** ซึ่งได้แก่ ความขัดสนเรื่องอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค พบว่าขัดสนเรื่องอาหารมีร้อยละ 50 หรือมากกว่า ขัดสนเรื่องเครื่องนุ่งห่มอยู่ในระดับร้อยละ 20-28 ขัดสนที่อยู่อาศัยมีปัญหาค่อนข้างน้อยเพราะส่วนใหญ่เป็นเจ้าของบ้าน แต่ในประเด็นของบริการเมื่อเจ็บป่วยยังมีปัญหาประมาณร้อยละ 30 และมากกว่า และมีความแตกต่างกันตามรายเขตสาธารณสุข