

ISBN 974-294-402-4

ผลการสำรวจ

สภาวะสุขภาพของประชาชน โดยการตรวจร่างกาย

ครั้งที่ **2**
พ.ศ.2539-2540



คำนำ

สุขภาพของประชาชนในชาติ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนา และความมั่นคง ของประเทศ การสภาวะสุขภาพประชาชนไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2539-2540 นี้ เป็นการสำรวจครั้งที่สอง ต่อเนื่องจากครั้งแรก ที่ได้ดำเนินการมาแล้วในปี พ.ศ. 2534 ที่ต้องการทราบสภาวะสุขภาพของประชาชน ในอันที่จะนำความรู้ นั้น มาวางแผน และจัดการระบบการแพทย์ การสาธารณสุข ให้กับประชาชน ให้มีประสิทธิภาพที่สุด อย่างไรก็ตาม ด้วยสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งเศรษฐกิจ สังคม กลวิธีการสำรวจ และการจัดองค์กร ทำให้ รูปแบบการสำรวจจำต้องเปลี่ยนแปลงไป ผลที่ได้ในครั้งนี้ จึงไม่อาจจะนำไปเปรียบเทียบกับผลการสำรวจที่ผ่านมาแล้วได้โดยตรง

การสำรวจทั้งสองครั้ง ใช้ข้อมูลจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ ตลอดจน มองปัญหาในกลุ่มอายุต่าง ๆ ของประชากร เช่นเดียวกัน แต่ก็มี ความแตกต่างตรงที่ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชาชนไทย โดยในการสำรวจครั้งนี้ ใช้รายชื่อบุคคลตัวอย่าง ที่สุ่มมาจากการสำรวจการย้ายถิ่นประชากร และกำหนดขนาดตัวอย่าง ให้สามารถตอบคำถามในระดับภาค และกรุงเทพมหานครได้ ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การมองสภาวะสุขภาพ ทั้งด้านบวก และด้านลบ โดยเน้น เรื่องพัฒนาการ สำหรับเด็กปฐมวัย เรื่องเชาวน์ปัญญา ในเด็กวัยเรียน เรื่องสุขภาพ และโรคที่ตรวจพบได้ง่าย สำหรับผู้ใหญ่วัยทำงาน และเรื่องภาวะพึ่งพิง สำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ดูเหมือนว่า เป็นการสำรวจ 4 โครงการ พร้อม ๆ กันไป ใน 5 ท้องถิ่น (4 ภาค และ กรุงเทพมหานคร)

ผลการสำรวจ แสดงให้เห็นชัดว่า พัฒนาการทางสังคมเศรษฐกิจที่ผ่านมาอย่างมากมาย ไม่ได้เอื้อประโยชน์ด้านสุขภาพ ให้กับประชาชนในสัดส่วนเดียวกันเลย ตรงกันข้าม ประชากร ในเขตเมือง ดูเหมือนจะมีสภาวะสุขภาพโดยรวม ดีกว่า ประชากรชนบท และที่น่าเป็นห่วงยิ่งก็คือ ค่าเชาวน์ปัญญาของเด็กวัยเรียน ต่ำกว่าที่ควรเป็น นอกจากนี้ ความตระหนักของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ก็มีบางส่วน ไม่สอดคล้องกับสภาพที่แท้จริงของเด็ก สำหรับผู้สูงอายุนั้น ก็ได้ข้อมูลชัดเจนว่า ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น แต่ก็มีภาวะพึ่งพิง สูงขึ้นตามไปด้วย

การสำรวจระดับประเทศ ที่ต้องการข้อมูลระดับภาคเช่นนี้ ได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งในระบบราชการ และองค์กรเอกชน ตลอดจน องค์กรชุมชน ต่าง ๆ ในระหว่างการสำรวจประเทศไทย ก็ประสบภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ แต่ก็ด้วยความร่วมมือ เอาใจใส่ ของผู้เกี่ยวข้อง การสำรวจนี้ จึงสำเร็จลงไปด้วยดี คณะผู้สำรวจ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ข้อมูลที่ได้ จะนำไปสู่พัฒนาการด้านการแพทย์สาธารณสุข อันมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การสำรวจสภาพสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 ที่สำเร็จลงได้ด้วยดีนี้ได้รับ การสนับสนุน จากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ในฐานองค์กรต้นสังกัด ของหน่วยงาน ที่ร่วมมือกันทำการสำรวจ ตลอดจน นอกจากนั้น ยังได้รับการเกื้อหนุน จาก ผู้เชี่ยวชาญ และผู้สนับสนุน ทั้งในรูปกรรมการอำนวยการ กรรมการวิชาการ โดยเฉพาะ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา) ซึ่งให้แนวคิด เทคนิค การดำเนินงาน ตั้งแต่ ท่านยังดำรงตำแหน่งผู้ทรงคุณวุฒิฯ และ พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ ผู้ดำเนินการสำรวจคราวที่แล้ว ใน ปี พ.ศ. 2534 ที่ได้ให้ข้อคิด และคำแนะนำในการดำเนินโครงการ ตั้งแต่เริ่มต้น เช่นกัน คณะทำงานฯ ขอกราบแสดงความขอบคุณ ต่อท่านทั้งสอง ณ ที่นี้

นอกจากนั้น ในขั้นตอนการเตรียมงาน ยังได้รับความกรุณาจาก เลขาธิการสถิติแห่งชาติ (นางสาวเลียมจันทร์ เปรมโยธิน) สนับสนุนทั้ง แนวคิด เทคนิค และ วิธีการกำหนดกรอบ และ เลือกตัวอย่าง ตั้งแต่ท่านดำรงตำแหน่ง รองเลขาธิการสถิติแห่งชาติ และที่สำคัญอย่างยิ่งคือ ได้อนุญาตให้ ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ มาช่วยงานตลอด ตั้งแต่ต้น จนโครงการเสร็จสิ้นลง อันนับเป็นปัจจัยสำคัญ ที่คณะทำงาน ชาบซึ่งใจยิ่ง และ ขอกราบขอบพระคุณท่าน ณ ที่นี้

ตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการ มีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้นมากมาย บุคคลสำคัญ ที่ดำรงตำแหน่งประธานกรรมการวิชาการ คือ นพ.วิพุธ พูลเจริญ ได้ให้ความกรุณา ต่อโครงการ ทั้งในด้านเนื้อหาวิชาการ และยิ่งกว่านั้น ท่านยังได้ลงมือ สะสางปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยตัวท่านเอง จนอาจกล่าวได้ว่า หากไม่มีท่านในช่วงที่ผ่านมา โครงการนี้ คงยังไม่สำเร็จลงได้เลย คณะทำงานขอกราบขอบพระคุณท่าน เป็นพิเศษ ในที่นี้ อีกครั้งหนึ่ง

กลุ่มบุคคล ที่สำคัญ ซึ่งสนับสนุนให้การสำรวจ ดำเนินการไปด้วยดี แม้ว่าท่านเหล่านั้นจะต้องประสบกับความยากลำบาก แต่ทุกท่านก็ไม่ย่อท้อ ซึ่งคณะทำงาน ขอแสดงความขอบพระคุณอย่างสูง ได้แก่ ผู้ประสานงาน ทีมภาค และทีมจังหวัด ซึ่งปรากฏนามในท้ายรายงานนี้ นอกจากนั้น คณะทำงาน ยังขอขอบคุณ คณะทำงานเตรียมพื้นที่ คณะทำงานเก็บข้อมูล ผู้อำนวยความสะดวก ทุกท่าน ที่ไม่อาจกล่าวนามได้ทั้งหมด แต่ได้ร่วมแรง ร่วมใจ กัน สานต่อผลงานแต่ละชิ้นเข้าด้วยกัน จนสำเร็จเสร็จสิ้นลง ดังที่ปรากฏอยู่

และในท้ายที่สุด ที่คณะทำงาน ขอแสดงความขอบคุณ คือ ครอบครัว และบุคคลตัวอย่าง ที่ร่วมมือในการสำรวจครั้งนี้ ความเสียสละที่ทุกท่านมอบให้แก่โครงการ ได้ถูกจารึกไว้ และจะได้นำไปใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ ต่อประเทศชาติ และประชาชนไทย ต่อไป

บทคัดย่อ

การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 เป็นกิจกรรมต่อเนื่องจากการสำรวจครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2534 แต่ มีรูปแบบการดำเนินการที่ต่างออกไป โดยเฉพาะ การเลือกหน่วยตัวอย่าง ซึ่ง ครั้งนี้ ใช้บุคคล เป็นหน่วยตัวอย่าง แทนครัวเรือน เช่นคราวที่แล้ว นอกจากนั้น การสำรวจครั้งนี้ ยังขยายขอบเขตออกไป จาก การศึกษาขนาดปัญหาเชิงลบ เป็น การศึกษาสภาวะสุขภาพ ทั้งทางบวกและลบ ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การสำรวจนี้ ครอบคลุมเป้าหมาย เด็กปฐมวัย (อายุ ไม่เกิน 6 ปี) จำนวน 3,306 คน (เป็น 66% จากเป้าหมาย) เด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) จำนวน 4,238 คน (เป็น 85% จากเป้าหมาย) ประชากรวัยแรงงาน ทั้งชายและหญิง (อายุ 13-59 ปี) จำนวน 4,230 คน (เป็น 84% จากเป้าหมาย) และ ประชากรสูงอายุ (ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 4,408 คน (เป็น 88% จากเป้าหมาย)

หัวข้อสำคัญในการสำรวจเด็กปฐมวัย คือ พัฒนาการ พบว่า โดยรวม เมื่อใช้เกณฑ์ตามสมุดสุขภาพ มีเด็กพัฒนาการช้ากว่าวัย ร้อยละ 16.7 แต่เมื่อใช้เกณฑ์ที่ละเอียดขึ้น โดยพิจารณาทั้งทางด้านสังคม ภาษา การใช้มือและตาแก้ปัญหา และการเคลื่อนไหวแล้ว พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย หรือเร็วกว่า ทุกด้าน เพียง ร้อยละ 67.6 เท่านั้น ที่สำคัญคือ ความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 13.7 ไม่ตระหนักว่าเด็กมีปัญหาพัฒนาการช้า

ภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียน พบได้ ทั้งน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งมากที่สุดในภาคอีสาน คือ พบ ร้อยละ 25.5 ในขณะที่ เด็กในเขตเมือง มีน้ำหนักสูงเกินควร ถึง ร้อยละ 10 สำหรับหัวข้อสำคัญ คือ เาวณปัญหา พบค่าเฉลี่ย ของทั้งประเทศ เป็น 91.96 ± 14.87 โดยภาคเหนือ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 87.88 ± 15.98

วัยแรงงาน ซึ่งสภาวะสุขภาพ ขึ้นกับพฤติกรรมด้านต่าง ๆ พบว่า มีผู้ออกกำลังกาย มากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ เพียง ร้อยละ 10 เท่านั้น ในทางกลับกัน พบอัตราการสูบบุหรี่ สูงถึง ร้อยละ 19.86 และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 33.67 และยังพบว่า อัตราการแท้งบุตร ในสตรีไทย กลุ่มอายุนี สูงถึง ร้อยละ 19.3 โดยมีค่าประมาณ อุบัติการณ์ การแท้ง ในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 8.36 สำหรับการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ปัญหาความดันโลหิตสูง มีประมาณร้อยละ 10 ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีประมาณร้อยละ 5 ในขณะที่โคเลสเตอรอลสูง พบประมาณร้อยละ 2 ที่น่าสนใจคือ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ในเมือง มีสภาวะสุขภาพ ดีกว่า กลุ่มตัวอย่าง นอกเมือง อย่างชัดเจน

ผู้สูงอายุ มีปัญหา ทุพพลภาพรุนแรง และ รุนแรงมาก ร้อยละ 3.8 และ 4.9 ตามลำดับ และมีความชุก เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งทำให้ ผู้สูงอายุ ต้องมีผู้ดูแล คือ ตกอยู่ในภาวะพึ่งพา อย่างใกล้ชิด สูงถึง ร้อยละ 2.1 และต้องการการดูแลสุขภาพลักษณะ สม่่าเสมอ ร้อยละ 6.9 ส่วนกลุ่มอาการสมองเสื่อม พบได้ ร้อยละ 3.3 และยัง มีข้อมูล บ่งชี้ อย่างน่าสนใจว่า ต้นตอของปัญหาทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพา น่าจะมาจากความดันโลหิตสูง

ข้อมูลจากการสำรวจครั้งนี้ ยังสามารถ นำไป วิเคราะห์เชิงลึกได้อีกมากมาย เพราะขนาดตัวอย่าง มีมากพอ ที่จะนำเสนอผล ในระดับภาคได้ และนอกจากนั้น ลักษณะข้อมูล ยังอ่อนตัว พอที่จะให้ติดตามผลระยะยาวต่อไปในอนาคตได้อีกด้วย หากมีการวางระบบติดตามให้ดี

ในเชิงนโยบาย ควรเริ่มต้นด้วยการยืนยันผลที่ได้การสำรวจครั้งนี้ โดยใช้กลวิธีอื่น กำหนดมาตรการแก้ไขปัญา พร้อมกับส่งเสริมสุขภาพ หากเห็นว่าเหมาะสม ก็ควรมีการพัฒนากระบวนการจัดเก็บข้อมูล ให้สามารถติดตามผลการดำเนินงานได้ นอกจากนั้น ควรมีการวิเคราะห์สาเหตุ สถานการณ์ และกำหนดรายการ

ข้อมูลที่ต้องการสำรวจ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ความจำเป็น ตลอดจนให้มีการเร่งรัด กระบวนการเตรียมเครื่องมือสำรวจ และเตรียมระบบการจัดการแต่เนิ่น ๆ เพื่อให้ได้ผลการสำรวจครั้งต่อไป ดีกว่าครั้งนี้

Abstract

This second National health examination survey was conducted in 1996-1997 consecutively to the first one in 1991. However, there were substantial difference in design especially on sampling units. This survey used individuals while the previous one used households. Besides, study frame of this survey has been expanded from only negative health problems towards both negative and positive health status and determinants for solutions or health promotion. The survey covered 3,306 young children (age 0-5 years, 66% of study goal), 4,238 school age children (6-12 years, 85% of study goal), 4,230 labor force (age 13-59 years, 84% of study goal), and 4,408 senior subjects (age 60 years or more, 88% of study goal).

According to the development scale in the Health Book, approximately 16.7% of young children did not have proper development. When using more sophisticated measurement which took into account 4 major domains of socialization, language, eye hand coordination, and movement, there were only 67.6% of subjects categorized into proper development scheme. More interestingly, 13.7% of care takers were un-aware of under development status of their children.

Among school age children, malnutrition appeared highest 25.5% in the northeastern region when using weight by age standard. Obesity appeared 10% among urbanized children. The national average of Intelligence Quotient (IQ) score measured indirectly using the test of non verbal (TONI-2) was 91.96 ± 14.87 with the lowest average of 87.88 ± 15.98 in the northern region.

Labor forces' health status was influenced majorly by health behaviors. There were only 10% of the sample reported 4 times a week or more of regular exercise. On the other hand, smoking rate was as high as 19.86% and drinking was reported among 33.67% of sample. An emerging fact was discovered that 19.3% of women in this age group had experienced at least one abortion in their life. For the incidence of abortion in a year before the survey, it was indirectly estimated to be 8.36% among female subjects. High blood pressure existed about 10% while high fasting blood sugar appeared about 5% and high serum cholesterol was demonstrated among 2% of subjects. According to these laboratory testings, subjects in rural areas appeared to be healthier than those in urban areas.

Moderate and severe disability was demonstrated to be 3.8% and 4.9% among elderly subjects respectively. These led to dependency rates of 2.1% (total), and 6.9% (regular, partial). Dementia appeared 3.3%. There were evidences that hypertension underlied these problems.

Data from this survey are ready for further, indepth, analyses. Data structure and the fact that data collection sheets are compiled and organized should facilitate further activities, if infrastructure for long term follow up is constructed properly.

Findings from this snap shot survey should be confirmed by the Ministry of Public Health with data from other channels. Implementation should include both decreasing health problems and increasing healthy behaviors. If applicable, data collection system should be developed to monitor these activities. Further survey should be considered for emerging questions which are not answered by routine data collection systems.

สรุปสาระสำคัญ

ภาวะสุขภาพที่ดีวันหน้าเป็นเป้าหมายสำคัญที่สุดของการพัฒนาการสาธารณสุขทั้งของประเทศไทยและของโลก การที่จะพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชนได้ดีนั้น จำเป็นต้องทราบถึงภาวะ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของประชาชนอย่างแม่นยำ ทางหนึ่งที่ทำได้คือ การสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนในแนวกว้าง เช่นสำรวจระดับภาค หรือ ระดับประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ร่วมกับ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ โดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย จึงดำเนินการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2539-2540 ขึ้น เพื่อเก็บข้อมูลจากประชาชนที่ได้รับการคัดเลือก 33 จังหวัด ทั่วประเทศไทย ได้แก่ กรุงเทพมหานคร, กาญจนบุรี, ประจวบคีรีขันธ์, สระบุรี, พระนครศรีอยุธยา, ชลบุรี, ฉะเชิงเทรา, สมุทรปราการ, สมุทรสาคร, เชียงใหม่, เชียงราย, ลำพูน, ตาก, อุตรดิตถ์, พิจิตร, นครสวรรค์, เพชรบูรณ์, อุตรธานี, หนองคาย, นครพนม, ร้อยเอ็ด, ขอนแก่น, นครราชสีมา, สุรินทร์, อุบลราชธานี, ชุมพร, สุราษฎร์ธานี, ภูเก็ต, กระบี่, นครศรีธรรมราช, สงขลา, สตูล, และ ยะลา ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการบริหารทรัพยากรด้านการสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์กับประชาชนทั่วไป

เนื้อหา เครื่องมือ และกระบวนการของการสำรวจ เตรียม ในปี พ.ศ. 2539 โดยคณะผู้เชี่ยวชาญ ทั้งจากทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐ และกระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการในปี พ.ศ. 2540 การวิเคราะห์ และสรุปผล ดำเนินการเสร็จสิ้น ในครึ่งปีแรก ของ พ.ศ.2541 เพื่อให้สามารถใช้เป็นปัจจัยนำเข้า สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9

การคัดเลือกบุคคลเป้าหมาย ได้รับความอนุเคราะห์จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ คัดเลือกรายชื่อบุคคลจากการสำรวจการเคลื่อนย้ายประชากร พ.ศ. 2538 นับเป็นการสำรวจโดยมุ่งเป้าหมายที่บุคคล ไม่ใช่ครัวเรือน อันน่าจะลดความเบี่ยงเบน จากลักษณะประชากร ที่อยู่บ้านในเวลาสำรวจ เนื่องจาก ในการสำรวจ พนักงาน จะติดต่อบุคคล ที่ได้รับการคัดเลือก ขอนัดเวลา ที่เหมาะสมซึ่งจะทำการสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย สุขภาพ และการบำรุงรักษาร่างกาย ด้วย การสัมภาษณ์ ทำที่บ้านพัก หรือในชุมชน ใกล้บ้านของผู้ถูกสัมภาษณ์ ทีมสัมภาษณ์ ตรวจร่างกายประกอบด้วย พยาบาล พนักงานเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข และผู้อำนวยความสะดวก เช่น พนักงานปกครอง ผู้นำชุมชน หรือ อาสาสมัครในท้องถิ่น บางทีมมีแพทย์เป็นผู้ตรวจร่างกาย บางทีม มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ตรวจร่างกาย ทั้งนี้ผลการตรวจจะเก็บเป็นความลับเฉพาะบุคคล และจะนำไปประมวลผลรวมกับผลการตรวจของผู้อื่นโดยไม่มีการเปิดเผยว่าผลของผู้ใดเป็นอย่างไร ขบวนการสัมภาษณ์ตรวจร่างกายทั้งหมดใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

ลักษณะสำคัญของการสำรวจครั้งนี้ มีสี่ประการ คือ (1) ความพยายามที่จะรวบรวมข้อมูลสุขภาพที่เป็นอาการแสดงหรือการตรวจ (Objective data) ร่วมกับข้อมูลความรู้สึก (Subjective data) (2) การมองประชากรเป้าหมายที่จะสำรวจเป็นกลุ่มเฉพาะ อันได้แก่ เด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียน ประชากรวัยแรงงาน (รวมประชากรสตรี) และประชากรสูงอายุ (3) การใช้หน่วยตัวอย่าง เป็นบุคคล แทนที่จะใช้หน่วยครัวเรือนและ (4) ความพยายามที่จะขยายขอบเขตการศึกษาออกไปจาก เพียงขนาดปัญหา แต่ให้สามารถไปถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ นั้น ด้วย

การสำรวจนี้ ครอบคลุมเป้าหมาย เด็กปฐมวัย (อายุ ไม่เกิน 6 ปี) จำนวน 3,306 คน (เป็น 66% จากเป้าหมาย) เด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) จำนวน 4,238 คน (เป็น 85% จากเป้าหมาย) ประชากรวัยแรงงาน ทั้งชายและหญิง (อายุ 13-59 ปี) จำนวน 4,230 คน (เป็น 84% จากเป้าหมาย) และประชากรสูงอายุ (ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 4,408 คน (เป็น 88% จากเป้าหมาย) ในภาพรวม ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ สอดคล้องกับ ลักษณะของประชากรไทย แต่สัดส่วนตัวอย่าง ตามเขตการปกครอง (ในเขต นอกเขตเทศบาล) ไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ทั้งนี้ เพราะการกำหนดตัวอย่าง ต้องการให้สามารถนำเสนอผล ในเขตเทศบาลได้อย่างมั่นใจ การสรุปผล ค่าต่าง ๆ ระดับภาค และระดับประเทศ เพื่อไปใช้ ต้องถ่วงน้ำหนัก ก่อน โดยในการสำรวจนี้ ใช้ฐานประชากร 2540 ประมาณการณ จากฐานประชากร ปีก่อน ๆ โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เด็กปฐมวัย

สาระสำคัญจากการสำรวจ กลุ่มเด็กปฐมวัย 3,306 ราย โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กเหล่านี้ มีผู้ตอบว่าได้เคยใช้สมุดบันทึกสุขภาพช่วยในการติดตามและเฝ้าระวังพัฒนาการของเด็กร้อยละ 49.1 สามารถประเมินพัฒนาการด้วยแบบคัดกรอง ตามเกณฑ์ในสมุดสุขภาพเด็ก และความเห็นของผู้เลี้ยงดู จำนวน 2,837 ราย พบว่ามี 479 ราย (ร้อยละ 16.7) ที่สงสัยว่าจะมีพัฒนาการล่าช้า เมื่อสำรวจความคิดเห็นด้านระดับพัฒนาการของผู้เลี้ยงดูว่า เด็กมีความสามารถด้านต่าง ๆ สมกับวัย ช้ากว่า หรือเร็วกว่าวัย แล้วนำมาเปรียบเทียบ กับการคัดกรองพัฒนาการของเด็กตามเกณฑ์ในสมุดบันทึกสุขภาพ ผลปรากฏว่ามี 1,214 ราย (ร้อยละ 42.2) ที่ให้ผลตรงกัน ได้แก่ เด็กมีพัฒนาการสมวัย 813 ราย ช้ากว่าวัย 85 ราย เร็วกว่าวัย 316 ราย แต่มีอยู่ 394 ราย (ร้อยละ 13.7) ที่เข้าใจผิดว่าเด็กปกติหรือเร็วทั้งๆ ที่เด็กมีพัฒนาการค่อนข้างช้ากว่าวัย

เมื่อวิเคราะห์ตามกลุ่มอายุ และเพศ พบว่า มีภาวะที่น่าสงสัยว่าจะมีพัฒนาการช้ากว่าวัยในเพศชายมีพัฒนาการช้าร้อยละ 18.4 เพศหญิงร้อยละ 15.6 โดยกลุ่มอายุ $\geq 3-5$ ปี มีเด็กที่สงสัยพัฒนาการช้าเป็นอัตราส่วนมากกว่ากลุ่มอายุ 0-3 ปี ทั้งสองเพศ

เมื่อพิจารณากระจายตามภาค และเขตการปกครองพบว่า เด็กนอกเขตเทศบาลร้อยละ 22 สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า ในภาคเหนือมีถึงร้อยละ 46.2 ภาคอีสานร้อยละ 18.4 ภาคใต้ร้อยละ 17.5 และภาคกลางร้อยละ 11.6 ในขณะที่เด็กในเขตเทศบาล มีเพียงร้อยละ 11.1 และของกรุงเทพฯ มีร้อยละ 3.5 เท่านั้น

เมื่อใช้เกณฑ์การประเมินของโครงการฯ ที่ละเอียดขึ้น ตามพัฒนาการ 4 ด้านได้แก่ ด้านสังคม ภาษา การใช้มือและตาแก้ปัญหา และการเคลื่อนไหวแล้ว พบว่ามีตัวอย่าง ร้อยละ 6.7, 5.1, 18.8 และ 12.5 ที่มีพัฒนาการช้ากว่าวัยตามลำดับ และมีกลุ่มที่สงสัยว่าจะช้าอีกจำนวนหนึ่งทำให้เห็นได้ชัดว่ามีความจำเป็นต้องหาสาเหตุที่ทำให้เด็กเหล่านี้ไม่สามารถมีพัฒนาการตามปกติ และหาแนวทางส่งเสริมพัฒนาการ โดยเฉพาะด้านการใช้ตาและมือแก้ปัญหา ซึ่งมีปัญหามากที่สุดคือ ร้อยละ 36.9 อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่สมวัยและอาจนำไปสู่ปัญหาการเรียนรู้ได้ ทั้งนี้เมื่อรวมพัฒนาการ 4 ด้าน ในประชากรเด็กอายุ 0-5 ปี พบว่ามีจำนวน 2,235 รายหรือ ร้อยละ 67.6 เท่านั้น ที่มีพัฒนาการสมวัยทุกด้าน

เด็กวัยเรียน

สำหรับเด็กวัยเรียน คือ อายุ ตั้งแต่ 6 ปี ถึง ไม่เกิน 13 ปี นั้น ได้ทำการสำรวจ 4,238 คน พบว่า เมื่อใช้ modified Gomez classification แยกระดับโภชนาการ (น้ำหนัก ต่ออายุ) กลุ่มตัวอย่าง ภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือมี อัตราพหุโภชนาการสูงสุด คือ มีทั้งหมดร้อยละ 25.5 และต่ำสุดในกรุงเทพฯ คือมีเพียงร้อยละ 8.4 เมื่อแยกวิเคราะห์ตามเขตการปกครองพบว่าเด็กนอกเขตเทศบาลมีภาวะพหุโภชนาการสูงกว่าเด็กในเขตเทศบาลเกือบสองเท่า กล่าวคือเด็กนอกเขต มีภาวะพหุโภชนาการร้อยละ 25 ขณะที่ในเขตมีเพียงร้อยละ 14.3 เช่นเดียวกับน้ำหนักต่ออายุ เมื่อใช้เกณฑ์ส่วนสูงต่ออายุภาวะพหุโภชนาการพบมากที่สุด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือร้อยละ 14.6

ปัญหาโรคอ้วน(น้ำหนักต่อส่วนสูงมากกว่าเปอร์เซนไทล์ที่ 97) ซึ่งพบโดยรวมร้อยละ 8.8 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มในเขตเทศบาล จะพบประมาณร้อยละ 10 หรือมากกว่า และ สูงสุดในภาคเหนือ ซึ่งแสดงให้เห็นแนวโน้มของปัญหาโภชนาการของเด็กไทยในปัจจุบันว่ามีทั้งปัญหาขาดอาหารและโรคอ้วน

ในการสำรวจทั้งหมด พบเด็กพิการซึ่งเห็นเป็นความผิดปกติของร่างกายภายนอก 45 คน คิดเป็นร้อยละ 1.06 โดยพบสูงสุดในกรุงเทพมหานคร เมื่อนำผลการตรวจการมองเห็นโดยใช้ Snellen chart ซึ่งพบว่า ผิดปกติร้อยละ 4.7 และการได้ยินซึ่งผิดปกติร้อยละ 2.6 จะพบว่าความผิดปกติด้านการมองเห็นและการได้ยินเป็นปัญหาที่พบได้น้อยกว่าความพิการของร่างกายอื่นๆ มาก

ส่วนสำคัญที่สุดในการสำรวจ เด็กวัยเรียน คือ เชาวน์ปัญญา ในการสำรวจนี้ใช้เครื่องมือประเมินเชาวน์ปัญญา ที่ไม่ต้องใช้คำพูด (Test of Nonverbal Intelligence, version 2) พบว่า ใน จำนวนเด็กทั้งหมดที่ให้ข้อมูลครบถ้วน 3,846 คน ค่าเฉลี่ย $\pm$ s.d. ของระดับ เชาว์ปัญญา ทั้งประเทศเท่ากับ 91.96 ± 14.87 ภาคที่มีระดับเชาว์ปัญญาสูงสุดคือ กรุงเทพมหานคร 96.54 ± 13.74 รองลงมาคือภาคใต้ 94.73 ± 14.46 ภาคกลาง 92.27 ± 13.25 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 87.69 ± 14.59 และภาคเหนือต่ำสุด 87.88 ± 15.98

ผลการตรวจร่างกายอื่นๆ ได้แก่ ภาวะซีด พบมีเด็กซีดประมาณร้อยละ 3.4 สูงสุดในภาคใต้คือร้อยละ 1.2 จากรายงานสถานการณ์ปัจจุบันและกลวิธีในการป้องกันและควบคุมโรคเลือดในประเทศไทย 1989-1990 (บุญเถียร ปานเสถียรกุล, บรรณานิการ 2533) คนไทยมีปัญหาซีดจากการขาดธาตุเหล็กประมาณร้อยละ 23-35 และผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งแรก ซึ่งในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีความชุกของภาวะโลหิตจาง จากการวัดระดับ hematocrit ประมาณร้อยละ 21.7 ดังนั้นผลการสำรวจในครั้งนี้ซึ่งได้จากการตรวจร่างกายอาจไม่มีความไวพอ และคงวินิจฉัยได้เฉพาะรายที่ซีดมาก อย่างไรก็ตามมีความสอดคล้องของผลที่พบในการสำรวจครั้งนี้กับเมื่อปี 2534 คือพบความชุกสูงสุดในภาคใต้

ผลการตรวจคัดกรองการได้ยินพบความผิดปกติร้อยละ 2.6 ขณะที่ความชุกในประเทศทางตะวันตกใช้เครื่องมือที่มาตรฐานพบการได้ยินปกติเพียง 0.8-2/1,000 เป็นไปได้ว่าปัญหาการติดเชื้อของหูชั้นกลางในเด็กไทยซึ่งมีมากกว่าเด็กในประเทศเหล่านั้นอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความชุกของการสำรวจในครั้งนี้ค่อนข้างสูง นอกเหนือไปจากสาเหตุของการใช้เครื่องมือซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงน้อยกว่า อย่างไรก็ตามไม่มีผลยืนยันสมมติฐานดังกล่าวจากการตรวจหูในการสำรวจครั้งนี้ แต่มีรายงานในอ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ศึกษาโดย สาทิต ฉายาพันธ์ ในปี 2539 พบการติดเชื้อของหูชั้นกลางในเด็กวัยเรียนร้อยละ 3.25

ผลการสำรวจฟันโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่สาขาทันตอนามัย พบว่าเด็กทั่วประเทศมีฟันผุร้อยละ 56 โดยพบสูงสุดในภาคใต้และภาคเหนือ จากการตรวจหัวใจโดยใช้ stethoscope พบเสียงหัวใจผิดปกติร้อยละ 0.38 ซึ่งความผิดปกติ ของหัวใจในเด็กวัยนี้อาจเป็นทั้งความผิดปกติแต่กำเนิดหรือที่เกิดขึ้นภายหลังที่พบบ่อยในประเทศไทย คือโรคหัวใจรูห์มาติก อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ของโรคหัวใจแต่กำเนิดที่เคยมีรายงานพบได้ประมาณ 2-3/1,000 แต่ไม่มีรายงานอุบัติการณ์หรือความชุกของโรคหัวใจรูห์มาติก ผลการตรวจปอดพบ

ความผิดปกติร้อยละ 0.4 และพบความผิดปกติในช่องท้องร้อยละ 0.59 โดยเป็นตับม้ามที่โตผิดปกติถึงร้อยละ 84 ของจำนวนที่ผิดปกติทั้งหมด คงจะไม่สามารถสรุปได้ว่าน่าจะมีสาเหตุจากอะไรเนื่องจากไม่มีความแตกต่างกันชัดเจนในแต่ละภาค และมีจำนวนน้อยมากคือเพียง 21 ราย

กลุ่มวัยแรงงาน

การสำรวจประชากรวัยแรงงาน ได้ ตัวอย่าง 4,230 คน เป็นชาย 1,649 คน คิดเป็น ร้อยละ 39.0 ของประชากรที่สำรวจ และหญิง 2,581 คน หรือ ร้อยละ 61.0 ประชากรที่เก็บข้อมูลได้ 1,010 คน หรือ ร้อยละ 23.9 มีอายุต่ำกว่า 20 ปี 1,199 คน หรือ ร้อยละ 28.3 มีอายุระหว่าง 20 - 34 ปี 975 คน หรือ ร้อยละ 23.0 มีอายุระหว่าง 35 - 44 ปี และอีก 1,046 คน หรือ ร้อยละ 24.7 มีอายุระหว่าง 45 - 59 ปี เหตุที่สัดส่วน ชาย ต่อหญิง ไม่เท่ากัน เป็นเพราะ ต้องทำการเลือกตัวอย่าง เพื่อให้เพียงพอ ต่อการนำเสนอผล สภาวะสุขภาพสตรี ไปพร้อมกันด้วย สัดส่วนตัวอย่าง ที่เป็นหญิง จึงสูงกว่าชาย

จากการสัมภาษณ์ ถึงสภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 64.97 รู้สึกว่าตนเองแข็งแรงดี อีกร้อยละ 30.29 ที่รู้สึกว่าตนเองไม่ค่อยแข็งแรง กลุ่มตัวอย่าง ในภาคเหนือ และ ภาคใต้มีความรู้สึกว่าตนเองแข็งแรง มากกว่าภาคอื่นๆ เมื่อทำการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้นโดยได้เจาะลึกไปถึงความรุนแรงของ ปัญหาสุขภาพใน 1 เดือนที่ผ่านมา ว่ามีมากน้อยเพียงไร พบว่ากลุ่มที่มีปัญหารุนแรงจำต้องนอนพักใน โรงพยาบาลมีเพียง ร้อยละ 1.38 และรุนแรงในระดับที่ไม่ได้นอนโรงพยาบาลแต่ส่งผลให้ไม่สามารถจะทำงาน ได้มี ร้อยละ 4.94 หรือรวมปัญหาสุขภาพที่ส่งผลให้ประชากร 6.32 ไม่สามารถทำงานได้ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาจำแนกตามพื้นที่ที่สุ่มสำรวจ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง จากภาคกลางยกเว้นกรุงเทพฯเป็นกลุ่ม ที่มีปัญหาสุขภาพจนต้องหยุดงานในอัตราส่วนที่สูงกว่าประชากรจากพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ

การสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรม รักษาสุขภาพ ได้แก่ ออกกำลังกาย ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา เพื่อให้ เข้าใจพฤติกรรมสุขภาพในเชิงสรีรศาสตร์ ของประชากรในกลุ่มสำรวจ ซึ่งจะเห็นจาก จำนวนตัวอย่างทั่วประเทศ ร้อยละ 53.14 มีการออกกำลังกาย โดยกลุ่มตัวอย่างชาย มีการออกกำลังกายสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างหญิง ในทุก พื้นที่ กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่กรุงเทพฯมีอัตราการออกกำลังกายสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ ทั้งชาย และหญิง อย่างไรก็ตาม เมื่อดูภาพรวมแล้ว จะเห็นว่า มีตัวอย่าง เพียงประมาณร้อยละ 10 เท่านั้นที่ออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งถือว่าเป็นปริมาณที่น้อยมาก และ เมื่อวิเคราะห์ต่อไปในเรื่องของความถี่ ในกลุ่มผู้ที่ให้ข้อมูลว่ามีการออกกำลังกาย ก็พบว่า ร้อยละ 17.87 ออกกำลังกายทุกวัน ในขณะที่ มีเพียงร้อยละ 11.61 ออกกำลังกายเป็นครั้งคราว และ ร้อยละ 6.81 ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สำหรับการรวบรวมข้อมูลการนอนหลับในแต่ละวันพบว่าเฉลี่ย แล้วนอนหลับวันละ 7.6 ชั่วโมง โดยมีค่ามัธยฐานที่ 8 ชั่วโมง ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรนอนหลับอยู่ ระหว่าง 7 - 8 ชั่วโมง

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการสำรวจครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 19.86 ของประชากรทั่วประเทศสูบบุหรี่โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างชายสูบบุหรี่ถึง ร้อยละ 42.54 และประชากรหญิง สูบบุหรี่เพียง ร้อยละ 4.37 โดย ตัวอย่าง ในกรุงเทพฯ และภาคกลางมีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำกว่า ตัวอย่าง ในพื้นที่อื่นๆ อย่างชัดเจน สำหรับกลุ่ม ตัวอย่างหญิง มีอัตราการสูบบุหรี่ สูงมากที่สุด ในภาคเหนือ สำหรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ การสำรวจนี้ แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 33.67 ของประชากรทั่วประเทศดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

เป็นในกลุ่มประชากรชาย สูงถึงร้อยละ 54.79 และในหญิง ร้อยละ 19.41 ที่ดื่ม เมื่อพิจารณาเป็นประชากรในแต่ละพื้นที่พบว่าประชากรจากพื้นที่ภาคเหนือมีอัตราส่วนการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงกว่าพื้นที่อื่นๆ ทั้งชายและหญิง จากการถามถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่บริโภค โดยผู้ตอบสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ พบว่าส่วนใหญ่บริโภคสุราถึง ร้อยละ 79.6 รองลงมาเป็นเบียร์ และเหล้าโรง แต่ที่น่าสนใจคือมีการบริโภคไวน์มากกว่าการบริโภคสุราดื่มกันเอง

ในการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ ในระยะเวลา 12 เดือน ที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา โดยมีผู้ตอบคำถามนี้ 1,057 ราย จากจำนวนนี้มีผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลเพียงคนเดียวถึง ร้อยละ 87 และมีเพศสัมพันธ์กับหลายคนเพียง ร้อยละ 13 ซึ่งในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยเพียงคนเดียวใน 12 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับภรรยา

ในการสำรวจครั้งนี้ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการแท้งในกลุ่มประชากรโดยการสัมภาษณ์ประสบการณ์การแท้งบุตรในอดีตที่ผ่านมาปรากฏผลให้เห็นว่าตัวอย่างสตรีไทย ในการสำรวจ นี้เคยแท้งมาแล้วถึง ร้อยละ 19.3 สำหรับจำนวนที่แท้งส่วนใหญ่เคยแท้ง 1 ครั้ง แต่มีผู้ที่เคยแท้งสูงสุดถึง 6 ครั้ง นอกจากนั้นในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์อัตราการแท้งในระยะ 1 ปี ที่ผ่านไป เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะใช้เป็นอัตราอุบัติการณ์ของการแท้งบุตร ปรากฏผล ว่า ใน 1 ปีที่ผ่านมา มีสตรีไทยแท้งบุตรถึง ร้อยละ 8.36 โดยส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ และภาคใต้ ซึ่งสูงถึงร้อยละ 10 และภาคเหนือมีอัตราการแท้งบุตรต่ำที่สุด ซึ่งก็ไม่ได้สอดคล้องหรือสามารถอธิบายได้จากอัตราการคุมกำเนิด ของการสำรวจครั้งนี้ และสำหรับการดูแลสุขภาพตนเองอีกประการหนึ่งซึ่งสามารถดำเนินการได้ง่ายๆ คือการตรวจคัดกรองหาความผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างสตรีตรวจหาความผิดปกติของเต้านมตนเองเพียง ร้อยละ 34.31 โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างจากพื้นที่กรุงเทพฯ และประชากรจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการตรวจคัดกรองน้อยกว่าพื้นที่อื่นๆ

ข้อมูลจากการสำรวจ บ่งชี้ว่า ปัญหาความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างนี้ มีประมาณ ร้อยละ 10 โดยยังไม่ได้จำแนกว่า บุคคลตัวอย่าง ได้รับการรักษาหรือไม่ ปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 12 ชั่วโมง สูงกว่า 126 mg% พบประมาณร้อยละ 5 ในขณะที่ปัญหาโคเลสเตอรอลในเลือด สูงกว่า 300 mg% พบประมาณร้อยละ 2 โดยมีความแตกต่างกันบ้าง ตามภาค และมีความชุกของปัญหา ในเขตเทศบาล สูงกว่านอกเขตเสมอ

ความผิดปกติ ที่ตรวจพบ และเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ที่ชัดเจน ได้แก่ การมองเห็น และตาบอดสี กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่าง ประมาณ หนึ่งในสาม (ร้อยละ 30.4 ในเขตเทศบาล และ ร้อยละ 23.8 นอกเขตเทศบาล) มีการมองเห็น ไม่ปกติ คือ วัดสายตา ได้ผิดไปจาก 20/20 โดยมีค่าความชุก ใกล้เคียงกัน ทุกภาค และมีลักษณะ สอดคล้องกันอีกประการหนึ่ง คือ พบในเขตเทศบาล สูงกว่า นอกเขตเทศบาล สำหรับ ความชุกของตาบอดสี พบร้อยละ 3.7 และ ร้อยละ 3.4 จากกลุ่มตัวอย่าง ในเขต และนอกเขตเทศบาลตามลำดับ

เป็นที่น่าสนใจว่า เมื่อ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ ฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar) และระดับซีรั่มโคเลสเตอรอล ระหว่างกลุ่มตัวอย่างในเขตเมือง กับนอกเขตเมือง พบลักษณะบ่งชี้ คล้ายกับว่า กลุ่มตัวอย่างนอกเขตเมือง มีสุขภาพดีกว่า ตัวอย่าง ในเขตเมือง ในทุกตัวแปร

การสำรวจนี้ได้ครอบคลุม ประชากรสูงอายุ 4,048 คน โดยมีอายุเฉลี่ย 69.7 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.3 ปี) สามารถจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพระยะยาวได้โดยอาศัยความสามารถในการเคลื่อนที่และกิจวัตรประจำวันในการจำแนก ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับรุนแรงปานกลาง (ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายนอกบ้านได้) มีสัดส่วนร้อยละ 16.4 ของประชากรที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวทั้งหมด สัดส่วนของผู้ที่มีความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพในระดับรุนแรงและรุนแรงมากคิดเป็นร้อยละ 3.8 และ 4.9 ตามลำดับ

ความชุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาวและระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นชัดเจน ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาหนักกว่าผู้สูงอายุชายและมีระดับความรุนแรงสูงกว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและภาคกลางมีภาวะทุพพลภาพมากกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่นชัดเจน นอกจากนั้นยังปรากฏความสัมพันธ์ชัดเจนระหว่างภาวะทุพพลภาพระยะยาวกับเขตการปกครองที่อยู่อาศัย (อาศัยในเขตเทศบาล) การอ่านออกเขียนได้ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) และสถานะเศรษฐกิจ (ขัดสน)

ภาวะทุพพลภาพเป็นปัญหาสำคัญในประชากรสูงอายุไทย จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนจะมีภาวะทุพพลภาพ (ทั้งหมด) โดยที่ร้อยละ 76 ของผู้มีภาวะทุพพลภาพเป็นภาวะทุพพลภาพระยะยาว ร้อยละ 1.8 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดหรือราว 100,000 คนในปัจจุบันจะอยู่ภาวะทุพพลภาพระดับรุนแรงหรือรุนแรงมากอันจำเป็นที่จะต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด ปัญหาทุพพลภาพของประชากรสูงอายุจะเป็นผลให้เกิดปัญหาของการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพและมีการใช้ทรัพยากรต่างๆ ในอัตราที่สูง สาเหตุของภาวะทุพพลภาพระยะยาวที่สำคัญเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ โรคเรื้อรัง (โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง) และภาวะบกพร่องทางกายภาพต่างๆ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่สำคัญของภาวะทุพพลภาพคือ อายุที่มาก การอ่านหนังสือไม่ได้ ความยากจน และพื้นที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครและภาคกลาง) ความสำคัญของระดับความดันโลหิตและลักษณะของความไม่เท่าเทียมกันได้แสดงให้เห็นจากการศึกษา

ราวร้อยละ 2.1 ของประชากรสูงอายุไทยมีภาวะพึ่งพาในระดับสูงที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด และร้อยละ 6.9 ของประชากรสูงอายุต้องการในการดูแลดูแลลักษณะส่วนตน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและเทศบาล (เขตเมือง) และผู้สูงอายุหญิงมีอัตราภาวะพึ่งพาสูงและเป็นกลุ่มประชากรที่จะได้รับประโยชน์จากการบริการแบบเบ็ดเสร็จโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการระดับปฐมภูมิ ในชุมชน การสาธารณสุขมูลฐานจะเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเหล่านี้ การศึกษาในเชิงคุณภาพ (qualitative study) จะช่วยให้มีความเข้าใจในภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุและภาวะของผู้ดูแลในสังคมไทยมากขึ้นอันจะทำให้การจัดตั้งบริการและการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ มีความเหมาะสม

จากการศึกษาเพื่อประมาณความชุก ของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุไทยพบว่า มีความชุกประมาณร้อยละ 3.3 โดยจะพบได้สูงถึง 1 ใน 6 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีหรือมากกว่า นอกจากอายุจะเป็นปัจจัยที่สำคัญของกลุ่มอาการสมองเสื่อมแล้วยังพบว่า การศึกษา และ สถานที่อยู่อาศัยยังเป็นปัจจัยอิสระของปัญหานี้ในประชากรสูงอายุไทย

อายุคาดหวังทั้งสามชนิด ได้แก่ อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ อายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ และอายุคาดหวังที่ปราศจากสมองเสื่อม สามารถใช้เป็นดัชนีเปรียบเทียบสถานะทางสุขภาพระหว่างกลุ่มประชากรต่างๆ ได้และยังสามารถใช้เปรียบเทียบสถานะทางสุขภาพหรือความสำเร็จของการบริการแก่ประชากรในช่วงเวลาต่างๆ กัน แต่ไม่สามารถใช้เปรียบเทียบผลกระทบ (burden) ระหว่างโรคหรือภาวะบกพร่องต่างๆ ได้ชัดเจน อย่างไรก็ตามในกลุ่มโรคหรือภาวะบกพร่องเรื้อรังการวิเคราะห์หาอายุคาดหวังที่ปราศจากความผิดปกติ

เหล่านี้นั้นจะช่วยแสดงถึงผลกระทบในเชิงของระยะเวลาที่มีความผิดปกติได้และอาจใช้เปรียบเทียบเพื่อจัดลำดับความสำคัญของความผิดปกติเหล่านี้นั้นได้ในระดับหนึ่ง ถึงแม้ Disability Adjusted Life Years (DALYs) จะให้ประโยชน์ในการเปรียบเทียบผลกระทบระหว่างโรคหรือภาวะบกพร่องได้ดีแต่ก็มีความซับซ้อนและยุ่งยากในการศึกษาและยังต้องใช้ข้อมูลปฏิบัติการซึ่งมีการศึกษาน้อยมากเพราะความจำกัดทางทรัพยากร ดังนั้นในสถานะอย่างประเทศไทย การศึกษาอายุคาดหวังทางสุขภาพน่าจะมีความเหมาะสมมากกว่า

โรคความดันโลหิตสูงมีความชุกสูงในประชากรสูงอายุไทย และมีลักษณะสัมพันธ์กับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมชัดเจนเนื่องจากมีความชุกสูงในผู้ที่อยู่ในเขตเมือง ในกรุงเทพมหานครและภาคกลาง และในผู้ที่มีเศรษฐกิจดี ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราความชุกกับอายุที่เพิ่มขึ้นจะหมดไปในราวอายุ 80 ปี ความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูงกับกลุ่มอาการสมองเสื่อม ภาวะทุพพลภาพระยะยาว และภาวะพึ่งพาอาศัยอย่างชัดเจน ประการสำคัญผลการศึกษานี้แสดงว่าผู้สูงอายุจำนวนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่โดยไม่ได้รับการวินิจฉัย จากการศึกษาในกลุ่มประชากรย่อยพบลักษณะที่อาจแสดงถึงความไม่เท่าเทียมกันในโอกาสของการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพของประเทศ ผลการศึกษานี้แสดงอย่างชัดเจนว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่ง การกำหนดนโยบายและแผนงานตลอดจนการสนับสนุนการศึกษาวิจัยเฉพาะที่มีความต่อเนื่องมีความจำเป็น

การสำรวจครั้งนี้ แสดงข้อมูลภาพนิ่ง (Snap shots) ซึ่งข้อมูลบางประการ บ่งชี้ปัญหาด้ายกับที่พบในการสำรวจคราวที่แล้ว แต่ก็มียหลายประการที่มีอาจที่จะนำไปเปรียบเทียบกับการสำรวจครั้งก่อนได้ในทันที จำเป็นต้องปรับ ถ่วงค่าต่าง ๆ ทั้งจากการสำรวจนี้ และครั้งที่แล้ว ให้เข้าสู่ค่ามาตรฐานก่อน อย่างน้อย ก็ด้วยการถ่วงน้ำหนัก โดยใช้ฐานประชากร ของปีสำรวจ เป็นเกณฑ์ อย่างไรก็ตาม ปัญหา สภาวะสุขภาพ ทั้งทางด้านบวกและลบ และปัจจัยต่างๆ ที่พิสูจน์แล้ว และ รอการพิสูจน์ ว่า เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ๆ ซึ่งได้จากการสำรวจ น่าจะเป็นประโยชน์บ้าง ในการนำไปใช้ พิจารณาจัดสรรทรัพยากร ทางสาธารณสุข ให้เหมาะกับการสร้างสรรค์ ส่งเสริม ประชาชนไทย ให้ไปสู่ภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ ในที่สุด

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อ

Abstract

สรุปสาระสำคัญ

สารบัญ

บทที่ 1	ความเป็นมา หลักการ เหตุผล และวัตถุประสงค์	1
	ผลการศึกษา ที่ผ่านมา	2
	กรอบแนวคิดของการสำรวจครั้งนี้	3
	วัตถุประสงค์ทั่วไป	3
	วัตถุประสงค์เฉพาะ	4
บทที่ 2	ระเบียบวิธีการวิจัย	5
	ภาพรวม	5
	วิธีดำเนินงาน	5
	การจัดองค์กร	6
	ข้อมูล ที่ศึกษา	6
	จำนวนตัวอย่างและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	7
	การเก็บข้อมูล ประมวลผล วิเคราะห์ และสรุปผล	8
	การเก็บรักษาข้อมูล การสังเคราะห์ความรู้ และนำไปใช้	9
บทที่ 3	ผลการดำเนินงาน	11
	เครื่องมือสำรวจ	11
	คณะสำรวจ	13
	ภาพรวม ผลที่ได้จากการสำรวจ	13
บทที่ 4	สภาวะสุขภาพ เด็กปฐมวัย	14
	ความนำ	14
	ส่วนที่ 4.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มประชากรอายุ 0-5 ปี	16
	4.1.1 อายุของกลุ่มประชากร	16
	4.1.2 การนับถือศาสนา	17
	4.1.3 บุคคลที่อุปการะเด็กและสถานภาพการสมรสของบิดาและมารดา	17
	4.1.4 ระดับการศึกษาของบิดา มารดา และผู้อุปการะที่ไม่ใช่บิดามารดา	18
	4.1.5 อาชีพของบิดามารดา	19
	4.1.6 รายได้ครอบครัว	20
	ส่วนที่ 4.2 การเลี้ยงดูเด็ก	22
	4.2.1 ผู้เลี้ยงดูเด็กในช่วงกลางวัน	22
	4.2.2 ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็ก	22
	4.2.3 กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ	24

ส่วนที่ 4.3 ประวัติสุขภาพเด็ก	25
4.3.1 การเกิด และน้ำหนักแรกเกิด	25
4.3.2 ประวัติโภชนาการ	25
4.3.3 การเจ็บป่วย	26
4.3.4 การได้รับการตรวจสุขภาพ	29
ส่วนที่ 4.4 การตรวจร่างกาย	30
4.4.1 ภาวะโภชนาการ	30
4.4.2 การตรวจร่างกาย	32
ส่วนที่ 4.5 การประเมินพัฒนาการของเด็ก	33
บทที่ 5 สภาวะสุขภาพ เด็กวัยเรียน	38
ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มประชากรอายุ 6-12 ปี	38
การเจริญเติบโตและสุขภาพกาย	41
ผลการตรวจร่างกาย	53
ลักษณะการใช้ชีวิตและพฤติกรรม	54
ผลการทดสอบระดับสติปัญญา	54
ข้อสรุปและการวิเคราะห์	57
บทที่ 6 สภาวะสุขภาพ ประชากรวัยแรงงาน	62
ส่วนที่ 1 ลักษณะของประชากรที่สำรวจ	64
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป และการใช้บริการสุขภาพ	67
ส่วนที่ 3 การศึกษาพฤติกรรมทางเพศ ของชาย อายุ 13-59 ปี	75
ส่วนที่ 4 ข้อมูลกลุ่มสตรีวัยแรงงาน อายุ 13-59 ปี	79
ส่วนที่ 5 การตรวจ วัดร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	88
บทที่ 7 สภาวะสุขภาพ ประชากรสูงอายุไทย	97
วัตถุประสงค์	97
ประชากรศึกษา	97
นิยามและเครื่องมือที่ใช้	97
การวิเคราะห์	98
หัวข้อผลการวิจัย	98
ลักษณะประชากรสูงอายุจากการสำรวจ	99
บทที่ 8 ภาวะทุพพลภาพของประชากรสูงอายุไทย	102
ความชุกและความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพระยะยาว	102
ภาวะทุพพลภาพระยะยาวและความรุนแรงในประชากรกลุ่มต่างๆ	103
ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทุพพลภาพระยะยาวกับโรค และภาวะบกพร่องที่ปรากฏ	104
ภาวะทุพพลภาพระยะยาวกับอุบัติเหตุ	106
การพิจารณาลำดับความสำคัญของโรคและภาวะบกพร่องที่สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาว	107

ภาวะทุพพลภาพระยะยาวกับความดันโลหิต	109
ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจของภาวะทุพพลภาพระยะยาว	110
การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่	111
ภาวะทุพพลภาพระยะสั้นและภาวะทุพพลภาพทั้งหมด	113
สรุป	115
เอกสารอ้างอิง	115
บทที่ 9 ภาวะพึ่งพาในประชากรสูงอายุ	116
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	116
วิธีการใช้ เครื่องมือในการสำรวจภาวะพึ่งพา	117
ผลการศึกษาภาวะพึ่งพา	117
ระดับภาวะพึ่งพาต่อการดูแลสุขภาพลักษณะ	122
สรุป	122
เอกสารอ้างอิง	124
บทที่ 10 กลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุไทย	125
ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อม	126
ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุ ในช่วงอายุต่างๆ	128
ปัจจัยอิสระ ทางสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มอาการสมองเสื่อม	130
สรุป	131
เอกสารอ้างอิง	131
บทที่ 11 อายุคาดหวังทางสุขภาพ	133
อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ	134
อายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้	135
อายุคาดหวังที่ปราศจากสมองเสื่อม	135
อายุคาดหวังทางสุขภาพ และดัชนีสถานะสุขภาพของประชากร	136
สรุป	136
เอกสารอ้างอิง	137
บทที่ 12 โรคความดันโลหิตสูงในประชากรสูงอายุไทย และภาพสะท้อนคุณภาพการบริการ	138
โรคความดันโลหิตสูงกับกลุ่มอาการสมองเสื่อม ภาวะทุพพลภาพระยะยาว และภาวะพึ่งพา	141
ความชุกของโรค ความดันโลหิตสูงในประชากรสูงอายุ ในช่วงอายุต่างๆ	142
ความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูงกับภาวะทุพพลภาพระยะยาว	144
สรุป	144
เอกสารอ้างอิง	144
บทที่ 13 อภิปรายและข้อเสนอแนะ	146
ข้อเสนอแนะด้านการสาธารณสุข	146
สำหรับเด็กปฐมวัย	146
สำหรับเด็กวัยเรียน	147

สำหรับประชากรวัยแรงงาน	149
สำหรับผู้สูงอายุ	151
ข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการ	153
ข้อสังเกตเรื่องเครื่องมือสำรวจ	154
วิธีการจัดสรรทรัพยากร	154
การใช้ผลการสำรวจ เพื่อปรับนโยบาย	155
ข้อเสนอแนะสำหรับการสำรวจ ต่อไป	155
ภาคผนวก 1 แบบเก็บข้อมูล	
ภาคผนวก 2 รายชื่อผู้ประสานงาน และทีมเก็บข้อมูล	
ภาคผนวก 3 คู่มือการใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็กวัย 0-5 ปี	
ภาคผนวก 4 คู่มือการใช้ และแปลผล แบบทดสอบเขาวงกตปัญญาชนิดที่ไม่ใช้ภาษา	
ภาคผนวก 5 คณะกรรมการอำนวยการ	
ภาคผนวก 6 คณะกรรมการวิชาการ	

สารบัญรูป

รูปที่ 5.1	แสดงการกระจายของจำนวนร้อยละในแต่ละเพศและกลุ่มอายุ	38
รูปที่ 5.2	แสดงการกระจายน้ำหนักของเด็กในแต่ละช่วงอายุ	44
รูปที่ 5.3	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักของเด็กในแต่ละภาค	44
รูปที่ 5.4	ภาวะโภชนาการ (น้ำหนักต่ออายุ) แยกตามรายภาคและเขตการปกครอง	45
รูปที่ 5.5	แสดงการกระจายของส่วนสูงตามอายุ	46
รูปที่ 5.6	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสูงของเด็กในแต่ละภาค	47
รูปที่ 5.7	แสดงความแตกต่างของระดับเซาว์ปัญหาในแต่ละภาค (รวมค่าสูงสุดและต่ำสุดในแต่ละภาค)	56
รูปที่ 6.5.1	การกระจายค่า ฮีโมโกลบิน ของกลุ่มตัวอย่างรวม ทั้งประเทศ การสำรวจสภาวะสุขภาพฯ	91
รูปที่ 6.5.2	การกระจายค่า ฮีมาโตคริต ของกลุ่มตัวอย่างรวม ทั้งประเทศ	92
รูปที่ 6.5.3	การกระจายค่าน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหาร 12 ชั่วโมง (Fasting blood sugar) ของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งประเทศ	93
รูปที่ 6.5.4	การกระจายค่า ไชมันโคเลสเทอรอล ในเลือด ของกลุ่มตัวอย่างรวม ทั้งประเทศ	94
รูปที่ 8.1	จำนวนโรคและภาวะบกพร่องเรื้อรังในประชากรสูงอายุที่มีและไม่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว	104
รูปที่ 8.2	ชนิดและสัดส่วนของอุบัติเหตุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาว	107
รูปที่ 8.3	ความสัมพันธ์ระหว่างสถานะทางเศรษฐกิจและความสามารถในการอ่านหนังสือกับภาวะทุพพลภาพระยะยาว (ร้อยละของกลุ่มประชากร)	111
รูปที่ 8.4	ชนิดและสัดส่วนของอุบัติเหตุที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่ในระยะสองสัปดาห์	115

สารบัญตาราง

ตารางที่ 2.1	จำนวนชุมชนอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่าง จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง	7
ตารางที่ 2.2	จำนวนประชากรตัวอย่างทั้งสิ้น ในแต่ละหมวดอายุ จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง	8
ตารางที่ 3.1	ข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมได้ จำแนก ตามกลุ่มที่สำรวจ และจำแนกรายภาค	13
ตารางที่ 4.1.1	การกระจายของอายุเด็กในกลุ่มตัวอย่าง (0-5 ปี) ตามภาค จำนวน(ร้อยละ)	16
ตารางที่ 4.1.2	สถานภาพการสมรสของบิดา มารดา ตามภาคและเขตการปกครอง	17
ตารางที่ 4.1.3	แสดงลักษณะครอบครัว ตามภาคและเขตการปกครองจำนวน (ร้อยละ)	18
ตารางที่ 4.1.4	ระดับการศึกษาของบิดามารดา และผู้อุปการะเด็กที่ไม่ใช่บิดามารดา จำนวน (ร้อยละ)	18
ตารางที่ 4.1.5	แสดงการประกอบอาชีพของบิดาที่มากที่สุด 4 อันดับแรก ตามภาค	19
ตารางที่ 4.1.6	แสดงการประกอบอาชีพของมารดาที่มากที่สุด 4 อันดับแรก ตามรายภาค	19
ตารางที่ 4.1.7	แสดงสถานภาพการทำงานของบิดามารดา (ร้อยละ)	19
ตารางที่ 4.1.8	แสดงค่ามัธยัม P ₅₀ และ P ₂₅ P ₇₅ สำหรับรายได้ของครอบครัวในเวลา 1 เดือนตามเขตการปกครอง	20
ตารางที่ 4.1.9	แสดงค่ามัธยัม Quartile ที่ 1 P ₅₀ และ Quartile ที่ P ₇₅ ของรายได้ของครอบครัวในเวลา 1 เดือน ตามภาคต่างๆ	20
ตารางที่ 4.1.10	ช่วงรายได้ของครอบครัวต่อเดือน แบ่งตามภาคและเขตการปกครอง	21
ตารางที่ 4.2.1	แสดงผู้เลี้ยงดูเด็กในช่วงกลางวันตามภาคและเขตการปกครอง	22
ตารางที่ 4.2.2	แสดงการศึกษาของมารดาที่เลี้ยงดูลูกตอนกลางวันตามภาคและเขตการปกครอง	23
ตารางที่ 4.2.3	แสดงการศึกษาของญาติที่เลี้ยงดูลูกตอนกลางวันตามภาคและเขตการปกครอง	23
ตารางที่ 4.2.4	แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของเด็กที่ทำการกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ตามภาค	24
ตารางที่ 4.2.5	แสดงจำนวนชั่วโมงในการดูโทรทัศน์	24
ตารางที่ 4.3.1	แสดงน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย ของทารก ตามภาคและเขตการปกครอง	25
ตารางที่ 4.3.2	แสดงสถานที่ ที่เด็กเกิด ตามภาค	25
ตารางที่ 4.3.3	แสดงประวัติการกินนมแม่ในขวบปีแรกตามภาคและเขตการปกครอง	26
ตารางที่ 4.3.4	แสดงความคิดเห็นของผู้ตอบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสุขภาพของเด็กตามภาค	26
ตารางที่ 4.3.5	แสดงประวัติการป่วยของเด็กตามภาค	27
ตารางที่ 4.3.6	แสดงการได้รับอุบัติเหตุของเด็กชาย (0-5 ปี) ตามภาคและเขตการปกครอง	27
ตารางที่ 4.3.7	แสดงการได้รับอุบัติเหตุของเด็กหญิงตามภาคและเขตการปกครอง	28
ตารางที่ 4.3.8	แสดงการได้รับอุบัติเหตุแยกตามกลุ่มอายุ ตามภาคและเขตการปกครอง	28
ตารางที่ 4.3.9	แสดงการมีสมมุติสุขภาพตามภาค	29
ตารางที่ 4.4.1	ภาวะโภชนาการ Weight for age ตามภาคและเขตการปกครอง	30
ตารางที่ 4.4.2	ภาวะโภชนาการ Height for age ตามภาคและเขตการปกครอง	31
ตารางที่ 4.4.3	ภาวะโภชนาการ Weight for Hight ตามภาคและเขตการปกครอง	31
ตารางที่ 4.4.4	ขนาดความยาวเส้นรอบศีรษะเด็กเปรียบเทียบกับมาตรฐานของเด็กไทย	32

ตารางที่ 4.4.5	ภาวะความผิดปกติจากการตรวจร่างกาย	32
ตารางที่ 4.5.1	เปรียบเทียบผลการประเมินพัฒนาการแบบคัดกรองกับความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์	33
ตารางที่ 4.5.2	แสดงผลการประเมินพัฒนาการเพศชายตามสมุดสุขภาพ (ร้อยละ)	34
ตารางที่ 4.5.3	แสดงผลการประเมินพัฒนาการเพศหญิงตามสมุดสุขภาพ (ร้อยละ)	34
ตารางที่ 4.5.4	การประเมินพัฒนาการเด็ก ตามสมุดบันทึกสุขภาพ ตามภาคและเขตการปกครอง (ร้อยละ)	35
ตารางที่ 4.5.5	พัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองตามคู่มือการประเมิน NHES39 (ร้อยละ)	35
ตารางที่ 4.5.6	แสดงพัฒนาการด้านภาษาตามคู่มือการประเมิน NHES39 (ร้อยละ)	36
ตารางที่ 4.5.7	พัฒนาการด้านการใช้มือและตาทำงานประสานกันในการแก้ปัญหา ตามคู่มือการประเมิน NHES39 (ร้อยละ)	36
ตารางที่ 4.5.8	พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ตามคู่มือการประเมิน NHES39 (ร้อยละ)	37
ตารางที่ 5.1	แสดงระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็กแยกตามรายภาคและเขตการปกครอง	39
ตารางที่ 5.2	แสดงระดับการศึกษาของบิดา มารดา และผู้อุปการะเด็ก	40
ตารางที่ 5.3	แสดงร้อยละของอาชีพหลักของบิดา มารดา และผู้อุปการะอื่นนอกจากพ่อแม่	40
ตารางที่ 5.4	แสดงร้อยละของการกระจายรายได้ของครอบครัว ในแต่ละภาคและเขตการปกครอง	41
ตารางที่ 5.5	แสดงการกระจายน้ำหนักเฉลี่ยในแต่ละช่วงอายุ ($\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) แยกตามรายภาคและเพศ	43
ตารางที่ 5.6	แสดงภาวะโภชนาการ (น้ำหนักต่ออายุ) เป็นร้อยละแยกตามรายภาค	45
ตารางที่ 5.7	แสดงภาวะโภชนาการของเด็ก (น้ำหนักต่ออายุ) เป็นร้อยละแยกตามเขตการปกครอง	46
ตารางที่ 5.8	แสดงภาวะโภชนาการ (น้ำหนักต่ออายุ) เป็นร้อยละแยกตามรายภาคและเขตการปกครอง	46
ตารางที่ 5.9	แสดงการกระจายความสูงเฉลี่ย ในแต่ละช่วงอายุ ($\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) แยกตามรายภาคและเพศ	48
ตารางที่ 5.10	แสดงภาวะโภชนาการ (ส่วนสูงต่ออายุ) เป็นร้อยละแยกตามรายภาค	49
ตารางที่ 5.11	แสดงภาวะโภชนาการ (ส่วนสูงต่ออายุ) เป็นร้อยละแยกตามเขตการปกครอง	49
ตารางที่ 5.12	แสดงภาวะโภชนาการ (ส่วนสูงต่ออายุ) เป็นร้อยละ แยกตามรายภาคและเขตการปกครอง	49
ตารางที่ 5.13	แสดงภาวะโภชนาการ (ส่วนสูงต่ออายุ) เป็นร้อยละโดยใช้เกณฑ์เปอร์เซนไทล์ที่ 10 แยกตามภาค และเขตการปกครอง	51
ตารางที่ 5.14	แสดงภาวะโภชนาการ (น้ำหนักต่อส่วนสูง) เป็นร้อยละแยกตามภาคและเขตการปกครอง	52
ตารางที่ 5.15	แสดงจำนวนเด็กที่มีความดันโลหิตสูงและสูงมาก	53
ตารางที่ 5.16	แสดงระดับเซาว์ปัญญาเฉลี่ยของเด็กในแต่ละภาคแยกตามเขตการปกครอง	55
ตารางที่ 5.17	แสดงระดับเซาว์ปัญญาเฉลี่ยของเด็กในแต่ละภาคแยกตามเพศ	56
ตารางที่ 5.18	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับเซาว์ปัญญาและภาวะโภชนาการ (ส่วนสูงต่ออายุ) เป็นร้อยละของจำนวนเด็ก	60
ตารางที่ 5.19	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับเซาว์ปัญญาและระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู เป็นร้อยละของจำนวนเด็ก	61
ตารางที่ 5.20	ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับเซาว์ปัญญาและรายได้ของครอบครัวเป็นจำนวนร้อยละ	61
ตารางที่ 6.1	จำนวนประชากรที่สูมตัวอย่างในการศึกษาสำรวจตั้งแต่เดือน มิถุนายน - ตุลาคม พ.ศ.2539	62

ตารางที่ 6.2 จำนวนประชากร จำแนกตามเขตเทศบาล และภาค (สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2539)	63
ตารางที่ 6.3 ข้อมูลลักษณะของประชากรวัยแรงงาน	64
ตารางที่ 6.4 การกระจายรายได้ของประชากรกลุ่มสำรวจ (2,722 คน)	66
ตารางที่ 6.2.1 ประชากรมีความรู้สึกว่าสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร ปรับน้ำหนักของประชากรในเขตเทศบาล กับนอกเขตเทศบาล เป็นอัตราส่วนของภาค และประเทศ	67
ตารางที่ 6.2.2 ประชากรมีความรู้สึกว่าสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ปรับน้ำหนักของประชากรในเขตเทศบาล กับนอกเขตเทศบาล เป็นอัตราส่วนของภาค และประเทศ	68
ตารางที่ 6.2.3 ประชากรมีปัญหาสุขภาพใน 1 เดือนที่ผ่านมา ปรับน้ำหนักของประชากร ในเขตเทศบาล กับนอกเขตเทศบาล ตามเพศให้เป็นอัตราส่วนของภาค และประเทศ	68
ตารางที่ 6.2.4 ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ปรับน้ำหนักประชากรตามพื้นที่ที่สัมผัสตัวอย่าง และเขตเทศบาล	69
ตารางที่ 6.2.5 แสดงความชุกของบุคคลที่รู้ว่าตนป่วยด้วยโรคต่างๆ ปรับน้ำหนักประชากรตามพื้นที่ที่สัมผัสตัวอย่าง และเขตเทศบาล	69
ตารางที่ 6.2.6 การดูแลตนเอง ของประชากรที่สำรวจ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปรับน้ำหนักประชากรตามพื้นที่ที่สัมผัสตัวอย่าง และเขตเทศบาล	70
ตารางที่ 6.2.7 การรับบริการสุขภาพของประชากรที่สำรวจเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปรับน้ำหนักประชากรตามพื้นที่ที่สัมผัสตัวอย่าง และเขตเทศบาล	70
ตารางที่ 6.2.8 แสดงแหล่งที่มาของค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาล โดยปรับน้ำหนักประชากรตามพื้นที่ที่สัมผัสตัวอย่าง และเขตเทศบาล	71
ตารางที่ 6.2.9 ประชากรที่สำรวจมีกิจกรรมออกกำลังกายในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาปรับน้ำหนักของประชากรในเขตเทศบาล กับนอกเขตเทศบาล ตามเพศให้เป็นอัตราส่วนของภาค และประเทศ	72
ตารางที่ 6.2.10 แสดงความถี่ของผู้ที่มีกิจกรรมออกกำลังกาย ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ปรับน้ำหนักของประชากรในเขตเทศบาล กับนอกเขตเทศบาล ตามเพศให้เป็นอัตราส่วนของภาค และประเทศ	72
ตารางที่ 6.2.11 การสูบบุหรี่จำแนกตามพื้นที่ที่สัมผัสตัวอย่างปรับน้ำหนักของประชากรในเขตเทศบาล กับนอกเขตเทศบาล ตามเพศให้เป็นอัตราส่วนของภาค และประเทศ	73
ตารางที่ 6.2.12 การ บริโภคเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์จำแนกตามพื้นที่ที่สัมผัสตัวอย่างปรับน้ำหนักของประชากรในเขตเทศบาล กับนอกเขตเทศบาล ตามเพศให้เป็นอัตราส่วนของภาค และประเทศ	73
ตารางที่ 6.2.13 ประเภทของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีการบริโภค	74
ตารางที่ 6.2.14 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง	74
ตารางที่ 6.3.1 ชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์ปรับน้ำหนักของประชากรตามพื้นที่ที่สัมผัสตัวอย่าง และเขตเทศบาล	75
ตารางที่ 6.3.2 ในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยในครั้งแรก	75
ตารางที่ 6.3.3 จำแนกบุคคลที่ ประชากรชายในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว มีเพศสัมพันธ์ด้วยเป็นครั้งแรก	76
ตารางที่ 6.3.4 ในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลเพียงคนเดียว ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยคือ	76
ตารางที่ 6.3.5 กลุ่มตัวอย่างประชากรชายซึ่ง ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลหลายคน	77

จำแนกสัดส่วนร้อยละ ตามพื้นที่ที่สู่มั่วอย่าง และเขตเทศบาล	
ตารางที่ 6.3.6 จำนวนและสัดส่วนของประชากรกลุ่มตัวอย่างชายที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์	77
ตารางที่ 6.3.7 ผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ใช้เพื่อวัตถุประสงค์อะไร	78
ตารางที่ 6.3.8 นอกเหนือไปจากการคุมกำเนิด ยอมใช้ถุงยางอนามัยกับคนรัก หรือ ภรรยาหรือไม่	78
ตารางที่ 6.4.1 จำแนกกลุ่มประชากรสตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีประจำเดือนแล้ว โดยปรับน้ำหนักประชากรตามพื้นที่ที่สู่มั่วอย่าง	79
ตารางที่ 6.4.2 สัดส่วนของประชากรกลุ่มตัวอย่างหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วตามพื้นที่ที่สู่มั่วอย่าง	79
ตารางที่ 6.4.3 บุคคลที่ท่านมีเพศสัมพันธ์ด้วยเป็นครั้งแรก	80
ตารางที่ 6.4.4 การมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา กับบุคคลเพียงคนเดียว หรือ หลายคน	80
ตารางที่ 6.4.5 อัตราส่วนของสตรีในกลุ่มตัวอย่างที่มีบุตรแล้ว ปรับน้ำหนักตามพื้นที่ที่สู่มั่วอย่าง และเขตเทศบาล	81
ตารางที่ 6.4.6 กลุ่มตัวอย่างสตรีที่มีบุตรแล้วต้องการจะมีบุตรอีกจำแนกตามพื้นที่และเขตเทศบาล	81
ตารางที่ 6.4.7 อัตราส่วนการคุมกำเนิดของกลุ่มตัวอย่างสตรี เมื่อมีการปรับน้ำหนักตามประชากรที่สู่มั่วอย่างตามพื้นที่ที่สู่มั่วอย่างและเขตเทศบาล	82
ตารางที่ 6.4.8 อัตราส่วนการใช้วิธีคุมกำเนิดแบบต่างๆ ปรับน้ำหนักตามพื้นที่ที่สู่มั่วอย่าง	82
ตารางที่ 6.4.9 อัตราส่วนของสตรีในกลุ่มตัวอย่าง ที่รู้จักถุงยางอนามัย ปรับน้ำหนักตามพื้นที่ที่สู่มั่วอย่าง และเขตเทศบาล	83
ตารางที่ 6.4.10 อัตราส่วนของกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าใจวัตถุประสงค์ของการใช้ถุงยางอนามัย ปรับน้ำหนักตามพื้นที่ที่สู่มั่วอย่าง	83
ตารางที่ 6.4.11 นอกเหนือจากเหตุผลเพื่อการคุมกำเนิด ถ้าสามีจะใช้ถุงยางอนามัยจะยินยอมหรือไม่ จำแนกตามพื้นที่ที่สู่มั่วอย่าง	84
ตารางที่ 6.4.12 กลุ่มประชากรสตรีที่มีประวัติเคยแท้งบุตร ปรับน้ำหนักอัตราส่วนตามประชากรในพื้นที่การสู่มั่วอย่าง และเขตเทศบาล	84
ตารางที่ 6.4.13 กลุ่มประชากรสตรีที่มีประวัติเคยแท้งบุตร จำแนกตามสาเหตุการแท้ง และปรับน้ำหนักอัตราส่วนตามประชากรในพื้นที่การสู่มั่วอย่าง และเขตเทศบาล	85
ตารางที่ 6.4.14 อัตราอุบัติการณ์การแท้งบุตรของสตรีไทยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ปรับน้ำหนักอัตราส่วนตามประชากรในพื้นที่การสู่มั่วอย่าง และเขตเทศบาล	85
ตารางที่ 6.4.15 อัตราส่วนของผู้ที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ปรับน้ำหนักอัตราส่วนตามประชากรในพื้นที่การสู่มั่วอย่าง และเขตเทศบาล	86
ตารางที่ 6.4.16 ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามพื้นที่ที่สู่มั่วอย่าง	86
ตารางที่ 6.4.17 อัตราส่วนของประชากร ที่เคยตรวจคัดกรองหาความผิดปกติของเต้านมด้วยตนเองหรือไม่	87
ตารางที่ 6.4.18 จำแนกผลการตรวจคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง จำแนกตาม พื้นที่ที่สู่มั่วอย่างสำรวจ	87
ตารางที่ 6.5.1 ผลการตรวจ วัด ร่างกาย (sample mean + s.d.) จำแนกตามภาค และเขตการปกครอง	88
ตารางที่ 6.5.2 จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ) ที่มีความดันโลหิตสูง จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง	89
ตารางที่ 6.5.3 ร้อยละของตัวอย่าง (และค่าความเชื่อมั่น 95% ของร้อยละ) ที่ตรวจพบการมองเห็นไม่ปกติ และ พบว่ามีตาบอดสี จำแนกตามภาค และเขตการปกครอง	90

ตารางที่ 6.5.4 ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ (sample mean + s.d.) จำแนกตามภาค และเขตการปกครอง	90
ตารางที่ 6.5.5 ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบิน จำแนกตามภาค	91
ตารางที่ 6.5.6 ค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริต จำแนกตามภาค	92
ตารางที่ 6.5.7 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล Fasting blood sugar จำแนกตามภาค	93
ตารางที่ 6.5.8 ค่าเฉลี่ย ระดับโคเลสเตอรอล จำแนกตามภาค	94
ตารางที่ 6.5.9 จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ) ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting blood sugar)	95
ตารางที่ 6.5.10 จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ) ที่มีระดับโคเลสเตอรอล 200-299 mg% และตั้งแต่ 300 mg% จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง	95
ตารางที่ 6.5.11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต ระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหาร 12 ชั่วโมง (Fasting blood sugar) และระดับซีรั่มโคเลสเตอรอล ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างในเขตเมือง กับนอกเขตเมือง	95
ตารางที่ 6.5.12 ปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง	96
ตารางที่ 7.1 ลักษณะทั่วไปของประชากรสูงอายุ	99
ตารางที่ 7.2 ลักษณะทางการศึกษา	100
ตารางที่ 7.3 ลักษณะทางการทำงานและอาชีพ	100
ตารางที่ 7.4 ลักษณะทางเศรษฐกิจ	101
ตารางที่ 8.1 ความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพระยะยาวในประชากรสูงอายุ	102
ตารางที่ 8.2 จำนวนผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวและความรุนแรง (ร้อยละของประชากรแต่ละกลุ่ม) จำแนกตามปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ	103
ตารางที่ 8.3 โรคและภาวะบกพร่องเรื้อรัง ที่มีความสัมพันธ์ชนิด univariate กับภาวะทุพพลภาพระยะยาวในประชากรสูงอายุไทย	105
ตารางที่ 8.4 โรคและภาวะบกพร่องที่มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับภาวะทุพพลภาพระยะยาวของประชากรสูงอายุไทย	106
ตารางที่ 8.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทุพพลภาพระยะยาวกับอุบัติเหตุ	107
ตารางที่ 8.6 Attributable risks และ population attributable risks ของโรคและภาวะบกพร่องต่างๆที่มีความสัมพันธ์อิสระกับภาวะทุพพลภาพระยะยาว	108
ตารางที่ 8.7 ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในประชากรสูงอายุที่มีและ ไม่มี ภาวะทุพพลภาพระยะยาว	109
ตารางที่ 8.8 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ในประชากรสูงอายุที่มีและไม่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวเฉพาะกลุ่มที่ปราศจากประวัติโรคความดันโลหิตสูง	110
ตารางที่ 8.9 ปัจจัยอิสระทางสังคมและเศรษฐกิจของภาวะทุพพลภาพระยะยาว	110
ตารางที่ 8.10 โรคและภาวะบกพร่องที่เกิดขึ้นใหม่ในระยะสองสัปดาห์ที่ผ่านมาที่มีความชุกสูง	112
ตารางที่ 8.11 ระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพทั้งหมดของประชากรสูงอายุ	113
ตารางที่ 8.12 ภาวะทุพพลภาพทั้งหมดและระดับความรุนแรงในประชากรกลุ่มต่างๆ	114

ตารางที่ 8.13	ปัจจัยอิสระทางสังคมและเศรษฐกิจของภาวะทุพพลภาพทั้งหมด	115
ตารางที่ 9.1	อัตราความชุกของภาวะพึ่งพาในกิจกรรมต่างๆ	118
ตารางที่ 9.2	อัตราพึ่งพาในกิจกรรมประจำวันตามกลุ่มอายุ	119
ตารางที่ 9.3	อัตราพึ่งพาในกิจกรรมประจำวันตามพื้นที่อยู่อาศัย	119
ตารางที่ 9.4	อัตราพึ่งพาในกิจกรรมประจำวันตามพื้นที่การปกครอง	120
ตารางที่ 9.5	อัตราพึ่งพาในกิจกรรมประจำวันตามเพศ	120
ตารางที่ 9.6	ค่าเฉลี่ย (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของคะแนน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอลและดัชนีจุฟ่าเอดีแอลในกลุ่มประชากรต่างๆ	121
ตารางที่ 9.7	จำนวนและร้อยละของภาวะพึ่งพาต่อการดูแลสุขลักษณะตนเองในประชากรกลุ่มต่างๆ	123
ตารางที่ 9.8	ปัจจัยอิสระของภาวะพึ่งพาการดูแลสุขลักษณะส่วนตนในประชากรสูงอายุไทย	123
ตารางที่ 10.1	การศึกษาความชุก ของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุไทย	127
ตารางที่ 10.2	เปรียบเทียบความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมของการศึกษานี้กับการศึกษาในต่างประเทศ	128
ตารางที่ 10.3	ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์	128
ตารางที่ 10.4	ความชุกของความผิดปกติทางปัญญา จากการตรวจด้วยแบบทดสอบสภาพจิตจุฟ่าและความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมจากการประเมิน	129
ตารางที่ 10.5	ปัจจัยอิสระทางสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มอาการสมองเสื่อม	130
ตารางที่ 11.1	อายุคาดหวังทางสุขภาพและอัตราความชุกที่ใช้ในการคำนวณ	133
ตารางที่ 11.2	อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระยะยาว (longterm-disability free life expectancy; LDFLE)	134
ตารางที่ 11.3	อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพทั้งหมด (total disability free life expectancy; TDFLE)	135
ตารางที่ 11.4	อายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (active life expectancy; ALE)	135
ตารางที่ 11.5	อายุคาดหวังที่ปราศจากสมองเสื่อม (dementia free life expectancy; DemFLE)	136
ตารางที่ 12.1	ความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยด้วยประวัติและด้วยการวัดความดันโลหิตขณะทำการสำรวจ	138
ตารางที่ 12.2	เปรียบเทียบการศึกษาความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรสูงอายุไทย	139
ตารางที่ 12.3	ผลการศึกษาของ National Health examination Survey (NHES) และ National Health and Nutritional Examination Survey (NHANES) ของประเทศสหรัฐอเมริกาในปีพ.ศ. 2503-2505, 2514-2517, 2519-2523, และ 2531-2533 โดยคัดเฉพาะอัตราความชุก ของประชากรกลุ่มอายุ 60 - 74 ปี	140
ตารางที่ 12.4	เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ที่อยู่ในกลุ่ม detected but untreated + treated but uncontrolled และกลุ่ม undetected cases (unawareness) กับผลการศึกษาที่ผ่านมาของประเทศไทย และการศึกษาของสหรัฐอเมริกา	141
ตารางที่ 12.5	จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มอาการสมองเสื่อมและภาวะทุพพลภาพระยะยาวในประชากรสูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง (1,310 คน) และไม่มีโรคความดันโลหิตสูง (2,738 คน)	142
ตารางที่ 12.6	ค่าเฉลี่ยของคะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของดัชนีบาร์เรลเอดีแอลและจุฟ่าเอดีแอล ในประชากรสูงอายุที่มีและไม่มีโรคความดันโลหิตสูง	142

ตารางที่ 12.7 จำนวนและความชุก ของโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรกลุ่มต่างๆ และอัตราส่วนระหว่างผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่ทราบมาก่อนกับผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด	143
ตารางที่ 12.8 ความชุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาวและโรคความดันโลหิตสูงในประชากรสูงอายุในภาคต่างๆ	144