



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ทุนชุดโครงการวิจัย
กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช

รายงานวิจัย

การแสวงหาแนวทางในการลดปัญหาด้านสุขภาพ
เพื่อเพิ่มการรับบริการปันผลทางประชากรที่เกิดจาก
การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

โดย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกื้อ วงศ์บุญสิน
นวพรรณ จารุรักษ์
สุวาณี สุรเสียงสังข์
วิราภรณ์ โพธิศิริ

มิถุนายน 2549

**การแสวงหาแนวทางในการลดปัญหาด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มการรับผลประโยชน์
ทางประชากรที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร
(Searching for procedures to minimizing demographic health problems
in order to maximize demographic dividend)**

ศาสตราจารย์ ดร. เกื้อ วงศ์บุญสิน และคณะ

มิถุนายน 2549

**วิทยาลัยประชากรศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

**โดยการสนับสนุนจาก
กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

ผู้สนับสนุนการวิจัย

กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้วิจัย

ศาสตราจารย์ ดร. เกื้อ วงศ์บุญสิน

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศาสตราจารย์ พญ. นวพรรณ จารุรักษ์

ภาควิชาเวชศาสตร์ชั้นสูง คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวณี สุรเสียงสังข์

ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์วิราภรณ์ โพธิศิริ

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงของโอกาสการรับการปันผลทางประชากร รวมทั้งจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในด้านสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าตัวในช่วงระยะเวลา 25 ปี นโยบายที่น่าจะเตรียมการเพื่อรองรับช่วงเวลาระหว่างและช่วงหลังการปันผลทางประชากร คือ การมีตลาดแรงงานที่ยืดหยุ่น มีแรงจูงใจในการลงทุนและการออม มีการจัดเตรียมด้านสุขภาพอนามัย และการศึกษาที่มีคุณภาพสูง ฉะนั้นการเตรียมประชากรให้เป็นผู้มีสุขภาพดีจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้เมื่อประชากรมีวัยสูงอายุขึ้นจะเป็นประชากรวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ซึ่งส่งผลให้ประชากรวัยสูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีปัญหาด้านสาธารณสุขส่น้อย อีกทั้งยังเป็นประชากรวัยสูงอายุที่ยังอาจเพิ่มผลผลิตให้แก่ประเทศต่อไปอีกหรือให้ผลผลิตแก่ประเทศได้ยาวนานขึ้น อย่างไรก็ตามการเตรียมประชากรเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการตั้งแต่แรก ทั้งนี้หากประชากรเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีแล้วการที่จะแก้ไขปรับปรุงให้ฟื้นคืนเป็นเรื่องยาก และจะทำให้มีการใช้จ่ายด้านงบประมาณสูง ฉะนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของประเทศในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างดูแลและป้องกันรักษาสุขภาพให้แข็งแรง มากกว่าการปล่อยให้เจ็บป่วยแล้วทำการรักษา งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาแนวทางในการลดปัญหาด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มการรับการปันผลทางประชากรที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

งานวิจัยนี้แบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินสถานะสุขภาพประชากร และการประเมินแนวโน้มการดูแลกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามประเมินสถานะสุขภาพตนเองที่พัฒนาจากแบบประเมินสถานะสุขภาพ SF 36 การตรวจของแพทย์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในประชากรตัวอย่างและผู้ป่วยเบาหวาน (DM type II) ในการได้มาซึ่งระดับสถานะสุขภาพของคนไทยในกลุ่มวัยหนุ่มสาว วัยกลางคนและวัยก่อนสูงอายุ และรูปแบบการดูแลสุขภาพโดยใช้ self monitoring blood glucose ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยหรือประชากรที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการดูแลเพื่อให้ได้รับผลดีที่สุดหรือไม่ รวมทั้งแนวทางในการเตรียมการเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

ศาสตราจารย์ ดร. เกื้อ วงศ์บุญสิน

ศาสตราจารย์ พญ. นวพรรณ จารุรักษ์

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวณี สุรเสียงสังข์

อาจารย์วิราภรณ์ โพธิศิริ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ไม่สามารถสำเร็จลงได้ หากไม่ได้รับความร่วมมือและความกรุณาจากหน่วยงานหลายฝ่าย และผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับมาโดยตลอดตั้งแต่การเริ่มงานวิจัยจนกระทั่งงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณท่านผู้เกี่ยวข้องทั้งหลายที่ได้สนับสนุนจนโครงการวิจัยนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี ดังต่อไปนี้

1. ศ.นพ.ภิรมย์ กมลรัตนกุล คณบดีคณะแพทยศาสตร์ และ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่อนุเคราะห์ส่วนลดในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. รศ.นพ.โสภณ นภาธร รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฝ่ายบริการ ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. รศ.นพ.สมพงษ์ สุวรรณวลัยกร หัวหน้าหน่วยโรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อนุเคราะห์ร่วมมือในการทำวิจัยการใช้เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพาในผู้ป่วยเบาหวาน
4. Prof Gerald J Kost สำหรับคำแนะนำที่มีประโยชน์
5. พญ.โณมศรี อริยะบุญศิริ แพทย์ใช้ทุน ภาควิชาเวชศาสตร์ชั้นสูง คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยเก็บตัวอย่างข้อมูลอย่างอดทน
6. คุณอัจฉรา วงศ์ทองเหลือ และทีมงานฝ่ายเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม และ คุณสาคร ปิงสุทธีวงศ์ และทีมงาน ห้องปฏิบัติการกลาง ฝ่ายเวชศาสตร์ชั้นสูง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่อนุเคราะห์ร่วมมือในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
7. คุณจริยา ผดุงพัฒน์โนดม และทีมงาน ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่อนุเคราะห์ร่วมมือในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
8. คุณ นริศรา พึ่งโพธิ์สภ และคุณ จรรยา ฉินศิริเศรษฐ์
9. บริษัทโรช ไคแอคโนสติกส์ (ประเทศไทย) จำกัด ที่อนุเคราะห์เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา

ท้ายสุดนี้คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นอย่างสูง ที่เล็งเห็นถึงประโยชน์ของงานวิจัย และให้การสนับสนุนเงินทุนการวิจัยครั้งนี้

การแสวงหาแนวทางในการลดปัญหาด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มการรับบริการปันผล
ทางประชากรที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร
บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาระดับสถานะสุขภาพของคนไทยช่วงอายุ 20-59 ปี และเพื่อหา
รูปแบบการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานให้ได้รับการดูแลที่มีผลดีที่สุด รวมทั้งเพื่อหาแนวทาง
ในการเตรียมการเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพที่เหมาะสม

งานวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ทำการประเมินสถานะสุขภาพประชากร โดยใช้
แบบสอบถามประเมินสถานะสุขภาพตนเองที่พัฒนาจากแบบประเมินสถานะสุขภาพ SF 36 รวมทั้ง
การตรวจของแพทย์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระยะที่ 2 ทำการประเมินแนวโน้มการดูแลกลุ่ม
ประชากรที่มีปัญหาสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากผู้ป่วย
เบาหวาน (DM type II) ที่ได้ทดลองใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบพกพา เป็นระยะเวลา
3 เดือน และจากกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ทดลองใช้เครื่องมือดังกล่าว

ผลการวิจัยพบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองว่าอยู่ในระดับดี แต่เมื่อ
แบ่งระดับขั้นของสุขภาพกลับพบว่าสุขภาพคนไทยอายุ 20-59 ปีกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในกลุ่มที่เริ่มมีปัญหา
สุขภาพ จึงควรจัดให้มีองค์กรหรือหน่วยงานที่จะให้คำแนะนำหรือความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
อย่างถูกต้อง จริงจัง เข้าถึงอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยเบาหวานที่ทดลองใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพาส่วนใหญ่เห็นว่าอุปกรณ์
นั้นมีประโยชน์คุ้มค่างบราคาที่จะต้องจ่ายและพึงพอใจกับอุปกรณ์ดังกล่าว ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์นี้มี
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่
กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้อุปกรณ์นี้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลมีค่าต่ำ
กว่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาเบาหวานโดยไม่ใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาล จึงสรุป
ได้ว่าการนำเครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพามาใช้ในการรักษาเบาหวานมีประสิทธิภาพมากกว่า
วิธีการรักษาแบบเดิมเพียงอย่างเดียว สำหรับแนวทางในการวางระบบการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยที่มี
ประสิทธิภาพนั้น จะต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม โดยเร็วที่สุดในการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ใกล้กับ
ระดับ ปกติ

Searching for procedures to minimizing demographic health problems
in order to maximize demographic dividend

Abstract

The objectives of this research aim to search for the level of health status of the Thais aged 20-59 years and to find the best pattern of health care for the diabetes patients; including to provide the appropriate way of the measurements for the disability problems.

The research is divided into 2 phases: the first is to evaluate the health status of the population by using health status questionnaire provided for self-evaluation which developed from SF 36 health status evaluated questionnaire, including the medical diagnosis and laboratory tests. The second phase focuses on the evaluation of the trends in taking care of the population where the disability problems are concerned by using the questionnaire and the results of laboratory tests of diabetes patients (DM type II) which are tested by using self-monitoring of blood glucose meter for 3 months continuously and those from the patients who do not use the self-monitoring of blood glucose meter.

The findings of the research reveal that most of the samples evaluate that their health are in the good level. When considering by dividing their level of health status, it is found that the health status of more than half of the Thais aged 20-59 years is classified to be in the group where the health problems are occurring. Therefore, the government should provide any organizations and agencies for consulting and giving accurate health knowledge which must be serious, appropriate access and efficient for the people.

Most of the diabetes patients who practiced and tested by self-monitoring of blood glucose meter indicate that this equipment is very useful and cost effectiveness; and they are contented with the equipment. The results of laboratory tested of these patients using the equipment are diverse in the better way statistically significant. While the result of the research is shown that there is not any significantly laboratory test changes in the group of patients who do not use this equipment. Besides, the results indicate that the value of cost effectiveness ratio of using self-monitoring of blood glucose meter is lower than those who do not use glucose meter. In concluding, the using of self-monitoring of blood glucose meter in diabetes patients curing is more efficient than using the previous curing method only. For searching the trend in taking care of the diabetes patients and followed-up system efficiently, the patients must participate in controlling their glucose level to close to the normal level as soon as possible.

สารบัญ

บทที่	หน้าที่
คำนำ.....	ก
กิตติกรรมประกาศ.....	ข
บทคัดย่อ.....	ค
Abstract.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญรูป.....	ช
สารบัญตาราง.....	ด
สารบัญภาพ.....	ต
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการศึกษา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย.....	2
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	2
บทที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	4
2.1 โครงสร้างประชากรไทย.....	4
2.2 การปันผลทางประชากร.....	7
2.3 การปันผลทางประชากรอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทย.....	12
2.4 การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากรไทย.....	14
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	16
3.1 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	16
3.2 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล.....	19
3.3 ขอบเขตของการวิจัย.....	25
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง.....	26
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินสุขภาพด้วยตนเองจากตัวอย่างที่เก็บที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า.....	26
4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินสุขภาพด้วยตนเองจากตัวอย่างที่ เก็บที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	57
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินสุขภาพด้วยตนเองจากตัวอย่างที่ เก็บที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า.....	86
4.4 ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนน SF 36 จากแบบสอบถาม.....	114

บทที่	หน้าที่
บทที่ 5 การแบ่งระดับสุขภาพโดยใช้ผลจากการตอบแบบสอบถาม และการตรวจสุขภาพประจำปี	129
5.1 ผลการแบ่งระดับสุขภาพโดยการแบ่งตามชั้นความทุพพลภาพของประชากร	129
5.2 คะแนน SF36 กับการแบ่งชั้นของความทุพพลภาพ	143
5.3 วิจารณ์	144
5.4 ข้อเสนอแนะ	147
บทที่ 6 ผลการศึกษาการดูแลสุขภาพของประชากรที่มีปัญหาทุพพลภาพ ด้วยเครื่องมือแพทย์แบบพกพา (POCT)	149
6.1 คำนำ	149
6.2 ผลการศึกษา	150
6.3 การวิเคราะห์ด้วยวิธีเสนอคุณค่าและแนวทางการวางระบบการตรวจวินิจฉัย และการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	165
6.4 แนวทางในการวางระบบการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีประสิทธิภาพ	170
บทที่ 7 สรุปและข้อเสนอแนะ	173
7.1 สรุป	173
7.2 ข้อเสนอแนะ	189
บรรณานุกรม	192
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก	196
แบบสอบถามสุขภาพ งานวิจัยระยะที่ 1	197
Form Physical	204
Form Lab	205
คำยินยอม	206
ภาคผนวก ข	207
แบบสอบถามสำหรับผู้ทดลองใช้ POCT (รอบก่อนใช้)	208
แบบสอบถามสำหรับผู้ไม่ได้ใช้ POCT (รอบก่อน)	213
แบบสอบถามสำหรับผู้ทดลองใช้ POCT (รอบหลังใช้)	218
แบบสอบถามสำหรับผู้ไม่ได้ใช้ POCT (รอบหลัง)	222
ใบยินยอม	224

บทที่

หน้าที่

ภาคผนวก ค	225
การคิดคะแนน SF 36.....	226
ภาคผนวก ง	235
รายละเอียดของคะแนนค่าเฉลี่ย SF 36.....	236
ภาคผนวก จ	248
ภาคผนวก ของ บทที่ 5.....	249
ภาคผนวก ฉ	255
ภาคผนวก ของบทที่ 6.....	256



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

ตารางที่		หน้าที่
2.1	ความคาดหมายการคงชีพเมื่อแรกเกิด (e_0) และความคาดหมายการคงชีพของประชากรอายุ 60 ปี (e_{60})	7
3.1	จำนวนตัวอย่างจำแนกตามเพศ ช่วงอายุและสถานที่เก็บข้อมูล	16
3.2	รายการการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ควบคุมและตรวจติดตามผู้ป่วย	18
3.3	การแบ่งระดับสุขภาพของคนไทยออกเป็นระดับตามความสามารถในการทำหรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ที่เรียกว่า “Disability Class (DC)”	19
3.4	เกณฑ์สุขภาพตาม Disability Class	20
3.4	เกณฑ์สุขภาพตาม Disability Class (ต่อ)	21
4.1	คะแนนเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันจำแนกตามช่วงอายุ	41
4.2	ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ	43
4.2	ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานฯ (ต่อ)	44
4.3	ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือ กิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ	48
4.4	ค่าเฉลี่ยของการประเมินความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ	52
4.4	ค่าเฉลี่ยของการประเมินความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือน ฯ(ต่อ)	53
4.5	ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามช่วงอายุ	56
4.6	คะแนนเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันจำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	72
4.7	ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	75

4.8	ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือ กิจกรรมประจำวันในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	78
4.9	ค่าเฉลี่ยของการประเมินความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ : โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	82
4.10	ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	85
4.11	คะแนนเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรม ประจำวันจำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า.....	100
4.12	ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า.....	103
4.13	ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจเช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือ กิจกรรมประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า.....	106
4.14	ค่าเฉลี่ยของการประเมินความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า.....	110
4.15	ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า.....	113
5.1	ร้อยละของ Disability Class จำแนกตามเพศ.....	130
5.2	ร้อยละของ Disability Class จำแนกตามอายุของกลุ่มประชากรทั้งหมด (1,600 คน)	133
5.3	ร้อยละของ Disability Class จำแนกตามอายุของกลุ่มประชากร ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (1,064 คน).....	134
5.4	ร้อยละของ Disability Class จำแนกตามอายุของกลุ่มประชากร ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (536 คน).....	135
5.5	จำนวนในแต่ละ Disability Class ของทั้งหมดจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ.....	138
5.6	จำนวนในแต่ละ Disability Class ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ.....	138

5.7	จำนวนในแต่ละ Disability Class ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ	139
5.8	สถานะสุขภาพจากการคัดสรรส่วนของค่าDC1/DC3ในกลุ่มประชากรทั้งหมด กลุ่มประชากรของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ	142
6.1	คุณสมบัติของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่สมัครใจใช้เครื่องตรวจ วิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพา ส่วนกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่สมัครใจมาติดตามการ รักษาตามวิธีมาตรฐานปกติที่แพทย์ให้บริการอยู่ โดยไม่ใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์ น้ำตาลชนิดพกพา	153
6.2	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แสดงโดยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วย กลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2	154
6.3	ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน	156
6.4	เครื่องตรวจระดับน้ำตาลยี่ห้อ รุ่น และราคา	159
6.5	ความถี่และค่าใช้จ่ายการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในปีแรก	160
6.6	เป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน	161
6.7	ต้นทุน ประสิทธิภาพ และอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิภาพของการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาล ในผู้ป่วยเบาหวาน	163
6.8	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลของกลุ่มผู้ทดลองใช้ เครื่องตรวจระดับน้ำตาล	164
6.9	อัตราร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มผู้ทดลองใช้ POCT ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้	166
6.9	อัตราร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มผู้ทดลองใช้ POCT ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้ (ต่อ)	167
6.9	อัตราร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มผู้ทดลองใช้ POCT ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้ (ต่อ)	168
6.9	อัตราร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มผู้ทดลองใช้ POCT ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้ (ต่อ)	169

สารบัญ

รูปที่		หน้าที่
2.1	สัดส่วนของประชากร จำแนกตามอายุ 0-14 ปี 15-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรรวม (Medium Fertility Assumption)	6
2.2	อัตราส่วนพึ่งพิงระหว่างปี พ.ศ. 2543-2568 จำแนกตามข้อสมมติ ภาวะเจริญพันธุ์ ระดับสูง กลาง และต่ำ	6
4.1	ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามเพศ	30
4.2	ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามสถานภาพสมรส	30
4.3	ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ	31
4.4	ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามระดับรายได้	32
4.5	ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามแบบการดำรงชีวิต	32
4.6	ร้อยละของผู้ที่ใช้อุปกรณ์/ เครื่องมือพกพา จำแนกตามกลุ่มอายุ	34
4.7	ร้อยละของผู้ที่ใช้อุปกรณ์/ เครื่องมือพกพา จำแนกตามระดับรายได้	34
4.8	ร้อยละของผู้ที่ใช้อุปกรณ์/ เครื่องมือพกพา จำแนกตามแบบการดำรงชีวิต	35
4.9	ร้อยละของการประเมินสุขภาพด้วยตนเองจำแนกตามเพศ	36
4.10	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง จำแนกตามช่วงอายุ (ดี = 3 พอใช้ = 2 ไม่ดี = 1)	37
4.11	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพด้วยตนเองจำแนกตามสถานภาพสมรส (ดี = 3 พอใช้ = 2 ไม่ดี = 1)	37
4.12	ร้อยละของการประเมินสุขภาพตนเองเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมาจำแนกตามเพศ	38
4.13	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ (ดีกว่าปีก่อนมาก = 5 ดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย = 4 เหมือนเดิม = 3 แย่กว่าปีก่อนเล็กน้อย = 2 แย่กว่าปีก่อนมาก = 1)	38
4.14	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมาจำแนกตาม สถานภาพสมรส (ดีกว่าปีก่อนมาก = 5 ดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย = 4 เหมือนเดิม = 3 แย่กว่าปีก่อนเล็กน้อย = 2 แย่กว่าปีก่อนมาก = 1)	39

4.15	ร้อยละของการประเมินสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมา จำแนกตามระดับรายได้	39
4.16	คะแนนเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน จำแนกตามเพศ (ไม่มีปัญหา = 1 , มีเล็กน้อย = 2 ลำบาก = 3)	40
4.17	ร้อยละของผู้ที่ประเมินตนเองว่ามีปัญหาลำบากมากในการทำกิจกรรมประจำวัน จำแนกตามรายได้	42
4.18	ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ	43
4.19	ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส	45
4.20	ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือ กิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ	46
4.21	ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตาม สถานภาพสมรส	47
4.22	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพกับปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรม ทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวด ทางกายบ้าง หรือ ไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่อ งานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ (ไม่มีเลย = 1 มีเล็กน้อย = 2 มีพอสมควร = 3)	49
4.23	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพกับปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรม ทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวดทาง กายบ้างหรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่อ งานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส (ไม่มีเลย = 1 มีเล็กน้อย = 2 มีพอสมควร = 3)	50
4.24	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกละแวกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ (ตลอดเวลา = 5 ส่วนใหญ่ของเวลา = 4 พอสมควร = 3 มีบ้างเล็กน้อย = 2 ไม่มีเลย = 1) ...	51

- 4.25 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส (ตลอดเวลา = 5 ส่วนใหญ่ของเวลา = 4 พอสมควร = 3 มีบ้างเล็กน้อย = 2 ไม่เลย = 1) 52
- 4.26 ร้อยละของการประเมินสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ 53
- 4.27 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามเพศ (ถูกต้องอย่างยิ่ง = 5 ส่วนใหญ่ถูกต้อง = 4 ไม่แน่ใจ = 3 ส่วนใหญ่ผิด = 2 ผิด = 1) 54
- 4.28 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามสถานภาพสมรส (ถูกต้องอย่างยิ่ง = 5 ส่วนใหญ่ถูกต้อง = 4 ไม่แน่ใจ = 3 ส่วนใหญ่ผิด = 2 ผิด = 1) 55
- 4.29 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1) 61
- 4.30 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1) 62
- 4.31 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1) 62
- 4.32 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามรายได้: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1) 63
- 4.33 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามจิตศาสตร์: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1) 64
- 4.34 ร้อยละของการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพา จำแนกตามช่วงอายุ : โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 65
- 4.35 ร้อยละของการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพา จำแนกตามรายได้: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 66
- 4.36 ร้อยละของการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพา จำแนกตามจิตศาสตร์: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 66

รูปที่	หน้าที่
4.37	ร้อยละของการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลจุฬาฯ 67
4.38	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง จำแนกตามช่วงอายุ : โรงพยาบาลจุฬาฯ (ดี = 3 พอใช้ = 2 ไม่ดี = 1) 68
4.39	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพด้วยตนเองจำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลจุฬาฯ (ดี = 3 พอใช้ = 2 ไม่ดี = 1) 68
4.40	ร้อยละของการประเมินสุขภาพตนเองเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลจุฬาฯ 69
4.41	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ : โรงพยาบาลจุฬาฯ (ดีกว่าปีก่อนมาก = 5 ดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย = 4 เหมือนเดิม = 3 แย่กว่าปีก่อนเล็กน้อย = 2 แย่กว่าปีก่อนมาก = 1) 70
4.42	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมาจำแนกตาม สถานภาพสมรส: โรงพยาบาลจุฬาฯ (ดีกว่าปีก่อนมาก = 5 ดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย = 4 เหมือนเดิม = 3 แย่กว่าปีก่อนเล็กน้อย = 2 แย่กว่าปีก่อนมาก = 1) 70
4.43	ร้อยละของการประเมินสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมา จำแนกตามระดับ รายได้ : โรงพยาบาลจุฬาฯ 71
4.44	คะแนนเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน จำแนกตามเพศ : โรงพยาบาลจุฬาฯ (ไม่มีปัญหา = 1 , มีเล็กน้อย = 2 ลำบาก = 3) 71
4.45	ร้อยละของผู้ที่ประเมินตนเองว่ามีปัญหาลำบากมากในการทำกิจกรรมประจำวัน จำแนกตามรายได้ : โรงพยาบาลจุฬาฯ 73
4.46	ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลจุฬาฯ 74
4.47	ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลจุฬาฯ 76
4.48	ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลจุฬาฯ 77
4.49	ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพ สมรสโรงพยาบาลจุฬาฯ 77

- 4.50 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพกับปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้าง หรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลจุฬาฯ (ไม่มีเลย = 1 มีเล็กน้อย = 2 มีพอสมควร = 3) 79
- 4.51 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพกับปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลจุฬาฯ (ไม่มีเลย = 1 มีเล็กน้อย = 2 มีพอสมควร = 3) 80
- 4.52 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลจุฬาฯ (ตลอดเวลา = 5 ส่วนใหญ่ของเวลา = 4 พอสมควร = 3 มีบ้างเล็กน้อย = 2 ไม่มีเลย = 1) 81
- 4.53 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส : โรงพยาบาลจุฬาฯ (ตลอดเวลา = 5 ส่วนใหญ่ของเวลา = 4 พอสมควร = 3 มีบ้างเล็กน้อย = 2 ไม่มีเลย = 1) 81
- 4.54 ร้อยละของการประเมินสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ : โรงพยาบาลจุฬาฯ 83
- 4.55 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลจุฬาฯ (ถูกต้องอย่างยิ่ง = 5 ส่วนใหญ่ถูกต้อง = 4 ไม่แน่ใจ = 3 ส่วนใหญ่ผิด = 2 ผิด = 1) 84
- 4.56 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลจุฬาฯ (ถูกต้องอย่างยิ่ง = 5 ส่วนใหญ่ถูกต้อง = 4 ไม่แน่ใจ = 3 ส่วนใหญ่ผิด = 2 ผิด = 1) 84
- 4.57 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1) 90

4.58	ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1)	91
4.59	ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1)	91
4.60	ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามรายได้ : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1)	92
4.61	ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามจิตศาสตร์ : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1)	92
4.62	ร้อยละของการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพา จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาล พระนั่งเกล้า	93
4.63	ร้อยละของการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพา จำแนกตามรายได้ : โรงพยาบาล พระนั่งเกล้า	94
4.64	ร้อยละของการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพา จำแนกตามจิตศาสตร์ : โรงพยาบาล พระนั่งเกล้า	94
4.65	ร้อยละของการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	95
4.66	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง จำแนกตามช่วงอายุ : โรงพยาบาล พระนั่งเกล้า (ดี = 3 พอใช้ = 2 ไม่ดี = 1)	95
4.67	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ดี = 3 พอใช้ = 2 ไม่ดี = 1)	96
4.68	ร้อยละของการประเมินสุขภาพตนเองเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	97
4.69	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมาจำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ดีกว่าปีก่อนมาก = 5 ดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย = 4 เหมือนเดิม = 3 แย่กว่าปีก่อน เล็กน้อย = 2 แย่กว่าปีก่อนมาก = 1)	97

- 4.70 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพเปรียบเทียบสุขภาพปีที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ดีกว่าปีก่อนมาก = 5 ดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย = 4 เหมือนเดิม = 3 แย่กว่าปีก่อนเล็กน้อย = 2 แย่กว่าปีก่อนมาก = 1) 98
- 4.71 ร้อยละของการประเมินสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมา จำแนกตามระดับรายได้: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 98
- 4.72 คะแนนเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ไม่มีปัญหา = 1 มีเล็กน้อย = 2 ลำบาก = 3) 99
- 4.73 ร้อยละของผู้ที่ประเมินตนเองว่ามีปัญหาลำบากมากในการทำกิจกรรมประจำวัน จำแนกตามรายได้: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 101
- 4.74 ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 102
- 4.75 ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 104
- 4.76 ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือ กิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 104
- 4.77 ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือ กิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 105
- 4.78 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพกับปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนก ตามเพศ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ไม่มีเลย = 1 มีเล็กน้อย = 2 มีพอสมควร = 3) 107

4.79	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพกับปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรม ทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวดทางกาย บ้างหรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ไม่มีเลย = 1 มีเล็กน้อย = 2 มีพอสมควร = 3)	108
4.80	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ตลอดเวลา = 5 ส่วนใหญ่ของเวลา = 4 พอสมควร = 3 มีบ้างเล็กน้อย = 2 ไม่มีเลย = 1)	108
4.81	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ตลอดเวลา = 5 ส่วนใหญ่ของเวลา = 4 พอสมควร = 3 มีบ้างเล็กน้อย = 2 ไม่มีเลย = 1)	109
4.82	ร้อยละของการประเมินสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือด้านจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	111
4.83	ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามเพศ : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ถูกต้องอย่างยิ่ง = 5 ส่วนใหญ่ถูกต้อง = 4 ไม่แน่ใจ = 3 ส่วนใหญ่ผิด = 2 ผิด = 1)	112
4.84	ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามสถานภาพสมรส : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ถูกต้องอย่างยิ่ง = 5 ส่วนใหญ่ถูกต้อง = 4 ไม่แน่ใจ = 3 ส่วนใหญ่ผิด = 2 ผิด = 1)	112
4.85	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ PF	116
4.86	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ RP	116
4.87	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ BP	116
4.88	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ GH	117
4.89	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ VT	117
4.90	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ SF	117
4.91	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ RE	118
4.92	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ MH	118

4.93	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ PF: โรงพยาบาลจุฬา	121
4.94	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ RP: โรงพยาบาลจุฬา	121
4.95	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ BP: โรงพยาบาลจุฬา	121
4.96	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ GH: โรงพยาบาลจุฬา	122
4.97	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ VT: โรงพยาบาลจุฬา	122
4.98	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ SF: โรงพยาบาลจุฬา	122
4.99	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ RE: โรงพยาบาลจุฬา	123
4.100	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ MH: โรงพยาบาลจุฬา	123
4.101	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ PF: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	126
4.102	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ RP: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	126
4.103	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ BP: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	126
4.104	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ GH: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	127
4.105	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ VT: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	127
4.106	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ SF: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	127
4.107	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ RE: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	128
4.108	ค่าเฉลี่ยคะแนนของ MH: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	128
5.1	จำนวนของ Disability Class จำแนกตามเพศ ก.) ของประชากรทั้งหมด ข.) ของ รพ.จุฬาลงกรณ์ และ ค.) ของ รพ. พระนั่งเกล้า	131
5.1	(ต่อ) จำนวนของ Disability Class จำแนกตามเพศ ก.) ของประชากรทั้งหมด ข.) ของ รพ. จุฬาลงกรณ์ และ ค.) ของ รพ. พระนั่งเกล้า	132
5.2	ลักษณะการกระจายของ Disability Class จำแนกตามอายุ ก.) ของประชากรทั้งหมด ข.) ของ รพ.จุฬาลงกรณ์ และ ค.) ของ รพ. พระนั่งเกล้า	136
5.3	จำนวนของ Disability Class ของกลุ่มประชากรทั้งหมด จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ก.) กลุ่มอายุ 20-39 ปี ข.) กลุ่มอายุ 40-59 ปี	140
5.4	ค่าเฉลี่ยของ SF 36 Score จำแนกตามระดับของการทพพลาภาพ: เพศชาย	145
5.5	ค่าเฉลี่ยของ SF 36 Score จำแนกตามระดับของการทพพลาภาพ: เพศหญิง	146

สารบัญ

รูปภาพที่

หน้าที่

- 6.1 แผนภูมิการศึกษาผู้ป่วย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ 1
ซึ่งเป็นกลุ่มที่สมัครใจใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพา และกลุ่มที่ 2
เป็นกลุ่มที่สมัครใจมาติดตามการรักษาตามวิธีมาตรฐานปกติที่แพทย์ให้บริการอยู่
โดยไม่ใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพา..... 152
- 6.2 แสดงตัวอย่างการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพาใน
ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1..... 155
- 6.3 Accu-Check Advantage หรือ Accu-Check Sensor System 159
- 6.4 ผังระบบการตรวจวินิจฉัยและการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ..... 172



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงของโอกาสการรับการปันผลทางประชากร อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยโอกาสดังกล่าวจะมีเพียงครั้งเดียว และเป็นช่วงเวลาที่ไม่ นานนัก โอกาสการรับการปันผลทางประชากรดังกล่าวพิจารณาจากสัดส่วนของประชากรวัยแรงงานที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.64 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 61.68 และร้อยละ 65.92 ในปี พ.ศ. 2533 และปี พ.ศ.2543 ตามลำดับ โดยสัดส่วนของประชากรวัยแรงงานดังกล่าวจะเพิ่มเป็นร้อยละ 67.08 ในปี พ.ศ. 2552 หลังจากนั้นลดลงเรื่อยๆ และจะเหลือร้อยละ 62.05 ในปี พ.ศ. 2568

การที่สัดส่วนของประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มเพิ่มเป็นร้อยละ 67.08 ในปี พ.ศ. 2552 แล้วลดลงเหลือร้อยละ 62.05 ในปี พ.ศ. 2568 ดังกล่าวข้างต้นนั้น น่าจะหมายความว่า การปันผลทางประชากรอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจะมีต่อไปอีก 6 ปี (หากพิจารณาเฉพาะสัดส่วนประชากรวัยแรงงานโดยมิได้พิจารณาผลิตภาพ (Productivity) ของแรงงาน ในกรณีที่แรงงานมีการศึกษาสูงขึ้นหรือมีคุณภาพดีขึ้น)

นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านสัดส่วนประชากรวัยแรงงาน ซึ่งจะลดหลังจากที่เพิ่มขึ้น ช่วงเวลาหนึ่งแล้ว ประเทศไทยยังจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในด้านสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.43 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 19.99 ในปี พ.ศ. 2568 การเปลี่ยนแปลงทางประชากรดังกล่าว เป็นเครื่องหมายของการปรับตัวทางสังคมและเศรษฐกิจที่สำคัญ คือ ประชากรในวัยแรงงานจะต้องดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น

นโยบายที่น่าจะเตรียมการ เพื่อรองรับช่วงเวลาระหว่างและช่วงหลังการปันผลทางประชากร คือ การมีตลาดแรงงานที่ยืดหยุ่น มีแรงจูงใจในการลงทุนและการออม มีการจัดเตรียมด้านสุขภาพอนามัย และการศึกษาที่มีคุณภาพสูง ทั้งนี้เพราะช่วงการปันผลทางประชากรที่กล่าวถึงนี้จะเกิดเพียงครั้งเดียวเท่านั้น หากประเทศนั้นๆ ไม่ได้ใช้ช่วงเวลากการปันผลทางประชากรให้ได้ประโยชน์มากที่สุด โอกาสดังกล่าวจะเปลี่ยนเป็นภาวะคุกคามหากสัดส่วนประชากรสูงอายุเริ่มเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่สัดส่วนประชากรวัยแรงงานเริ่มลดลง จากสภาวะการณดังกล่าว หากประชากรวัยแรงงานที่เริ่มลดลงโดยผลิตภาพต่อประชากรไม่ได้เพิ่มขึ้น ก็น่าที่จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวม เนื่องจากงบประมาณที่จะดูแลประชากรสูงอายุจะสูงมาก ตัวอย่างปัญหาที่พบในประเทศญี่ปุ่น และประเทศในทวีปยุโรปหลายประเทศน่าจะเป็นอุทาหรณ์ที่ดี หากประเทศญี่ปุ่นและประเทศในทวีปยุโรป มีผลิตภาพของแรงงานเหมือนประเทศกำลังพัฒนาในปัจจุบัน ปัญหาด้านงบประมาณที่จะดูแลประชากรสูงอายุ ที่โดยทั่วไปมีแนวโน้มไม่ค่อยจะเพียงพออยู่แล้ว จะเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ ฉะนั้นการเตรียมประชากรให้เป็นผู้มีสุขภาพดีจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้เมื่อประชากรมีวัยสูงอายุขึ้นจะเป็นประชากรวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ซึ่งส่งผลให้ประชากรวัยสูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีปัญหาด้านสาธารณสุขน้อย อีกทั้งยังเป็น

ประชากรวัยสูงอายุที่ยังอาจเพิ่มผลผลิตให้แก่ประเทศต่อไปอีกหรือให้ผลผลิตแก่ประเทศได้ยาวนานขึ้น อย่างไรก็ตามการเตรียมประชากรเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการตั้งแต่แรก ทั้งนี้หากประชากรเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีแล้วการที่จะแก้ไขปรับปรุงให้ฟื้นคืนเป็นเรื่องยาก และจะทำให้มีการใช้จ่ายด้านงบประมาณสูง ฉะนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของประเทศในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างดูแลและป้องกันรักษาสุขภาพให้แข็งแรง มากกว่าการปล่อยให้เจ็บป่วยแล้วทำการรักษา คณะผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม เพื่อนำมาใช้ในการตรวจประเมินสถานะสุขภาพของคนไทยในปัจจุบัน และนำมาหาค่าอายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ (Disability Free Life Expectancy, DFLE) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพคนไทย และขยายโอกาสการปันผลทางประชากรให้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. หาวิธีการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม เพื่อนำมาใช้ในการตรวจสุขภาพของประชากร
2. ทหาระดับสถานะสุขภาพของคนไทยในกลุ่มวัยหนุ่มสาว วัยกลางคนและวัยก่อนสูงอายุ
3. ศึกษาเปรียบเทียบสถานะสุขภาพของคนไทย (จากข้อ 2 จำแนกตามปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมประชากรที่แตกต่างกัน (จำแนกตามอายุ เพศ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา เป็นต้น)
4. วิเคราะห์โดย วิธีพิจารณาคุณค่าในเรื่องของการดูแลบำบัดและรักษาคนไข้ (Value Proposition Analysis: VPA) เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยหรือประชากรที่มีปัญหาทุพพลภาพได้รับการดูแลเพื่อให้ได้รับผลดีที่สุด (Optimizing health care: OHR) ตามที่ได้ตั้งเป้าไว้แล้วหรือยัง โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยดังนี้

4.1 เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพ POCT ที่ใช้ในปัจจุบัน คือ การใช้ self monitoring blood glucose ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยหรือประชากรที่มีปัญหาทุพพลภาพได้รับการดูแลเพื่อให้ได้รับผลดีที่สุดหรือไม่ และประเมินความพึงพอใจการใช้เครื่องมือตรวจ

4.2 เพื่อหาแนวทางในการเตรียมการเพื่อรองรับปัญหาทุพพลภาพที่กล่าวถึงแล้วข้างต้นให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ก. มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานะสุขภาพประชากรไทย
- ข. มีข้อมูลที่สามารถนำมาใช้วางแผนในการดูแลสุขภาพของคนไทย ให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบันและการเตรียมนโยบายของรัฐบาล เพื่อรองรับช่วงระหว่างและช่วงหลังของโอกาสการรับปันผลทางประชากรอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร
- ค. มีข้อมูลที่สามารถนำมาใช้สร้างวิธีการที่เหมาะสมสำหรับใช้ดูแลสุขภาพคนไทย

- ง. มีข้อมูลที่สามารถนำมาใช้สร้างวิธีการเพื่อวิเคราะห์คุณค่าในเรื่องของการดูแลบำบัดและรักษาคนไข้ (Value Proposition Analysis: VPA) ว่าได้รับการดูแลรักษาที่ก่อให้เกิดผลดีที่สุด (Optimizing health care: OHR) หรือไม่อย่างไร
- จ. เพื่อนำมาใช้ในการหาค่าอายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ (Disability Free Life Expectancy: DFLE) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพคนไทย และขยายโอกาสการปันผลทางประชากรให้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โครงสร้างประชากรไทย

นับจากปี พ.ศ.2513 ซึ่งประเทศไทยประกาศนโยบายประชากรอย่างเป็นทางการ และบรรจุแผนประชากรไว้ในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สาม (พ.ศ.2515-2519) เป็นครั้งแรกนั้น ได้มีการดำเนินงานด้านการวางแผนครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตราจนถึงปัจจุบัน เป็นผลให้ประเทศไทยสามารถลดอัตราเจริญพันธุ์รวมยอดจาก 6.3 คน ในช่วงปี พ.ศ.2507-2508 เป็นประมาณ 1.82 คน¹ ในช่วงปี พ.ศ. 2543-2548 การลดอัตราการเกิดลงได้อย่างมากและรวดเร็วเช่นนี้ แม้จะมีผลโดยตรงต่อการแก้ปัญหาด้านขนาดของประชากรโดยรวมของประเทศลงได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังเป็นผลให้ประเทศไทยในปัจจุบัน และในอนาคตต้องเผชิญกับปัญหาประชากรอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน นั่นคือปัญหาด้านขนาด สัดส่วนของประชากรในวัยแรงงาน อัตราส่วนพึ่งพิง และปัญหาคุณภาพของแรงงานไทย ซึ่งเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ

เป็นที่น่าสังเกตว่า ก่อนที่รัฐจะประกาศนโยบายประชากรอย่างเป็นทางการใน ปี พ.ศ. 2513 นั้น ประเทศไทยมีประชากรประมาณ 34.40 ล้านคน ต่อมาเพิ่มเป็นประมาณ 62.24 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 และเป็น 72.29 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568² โดยพบผลการคาดประมาณประชากรที่เน้นเฉพาะผลจากข้อสมมติด้านภาวะเจริญพันธุ์ระดับกลางดังนี้³

1) ประชากรทั่วราชอาณาจักรมีสัดส่วนของประชากรวัยเด็กลดลงจากร้อยละ 24.65 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 17.95 ในปี พ.ศ. 2568 ส่วนสัดส่วนของประชากรวัยแรงงานลดลงจากร้อยละ 65.92 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 62.05 ในปี พ.ศ. 2568 สำหรับสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุนั้นพบว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.43 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 19.99 ในปี พ.ศ. 2568 (รูปที่ 2.1)

¹ ภาวะเจริญพันธุ์ระดับทดแทน พิจารณาจากอัตราเจริญพันธุ์รวม ที่มีค่าอยู่ที่ประมาณ 2.05 ถึง ประมาณ 2.1 ภาวะเจริญพันธุ์ระดับทดแทนหมายถึง ภาวะเจริญพันธุ์ระดับที่สตรีตลอดวัยเจริญพันธุ์คนหนึ่งจะให้กำเนิดบุตรเพียงพอที่จะทดแทนตนเองและคู่สมรส ทั้งนี้เหตุที่มีค่าเกิน 2 เล็กน้อย เพื่อสำรองเผื่อไว้สำหรับการตายที่อาจจะเกิดขึ้นก่อนที่บุตรจะเป็นบิดามารดาในอนาคต โดยที่อัตราเจริญพันธุ์รวมได้มาจากข้อมูลช่วงเวลา (Period) โดยคำนวณจากผลรวมของอัตราการเกิดในแต่ละกลุ่มอายุของสตรี (ทุกคน) ดังนั้น ในกรณีที่สตรีโสดหรือสตรีที่สมรสแต่ไม่มีบุตรหรือมีน้อยกว่า 2 คนในแต่ละกลุ่มมีเพิ่มขึ้น หากจะให้อัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ที่ระดับทดแทน สตรีที่สมรสและไม่มีปัญหาการมีบุตรยากคงต้องมีบุตรมากกว่า 2 คนเพื่อทดแทนสตรีที่ไม่ได้สมรส หรือสมรสแล้วแต่มีบุตรไม่ถึง 2 คนดังกล่าวแล้ว

² สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2547. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2568. กรุงเทพฯ.

³ เกื้อ วงศ์บุญสิน, สุวณี สุรเสียงสังข์, จินตนา เพชรานนท์, ปรีชา มิตรานนท์ และ กิตติ ลิ้มสกุล. 2546. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย (พ.ศ. 2543-2546): ผลต่อการกำหนดทิศทางนโยบายประชากรในอนาคต. เอกสารวิทยาลัยประชากรหมายเลข 293/46.กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2) เมื่อพิจารณาอัตราส่วนการพึ่งพิง⁴ (รูปที่ 2.2) พบว่าอัตราส่วนดังกล่าวลดลงจากร้อยละ 51.70 ในปี พ.ศ. 2543 เหลือร้อยละ 49.07 ในปี พ.ศ. 2552 หลังจากนั้นจึงเพิ่มขึ้นโดยลำดับ โดยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 61.15 ในปี พ.ศ. 2568 กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ประชากรวัยแรงงานที่เคยมีประมาณ 1.93 คนต่อประชากรวัยพึ่งพิง 1 คนในปี พ.ศ. 2543 จะลดลงเหลือประมาณ 1.64 คนต่อประชากรวัยพึ่งพิง 1 คนในปี พ.ศ. 2568

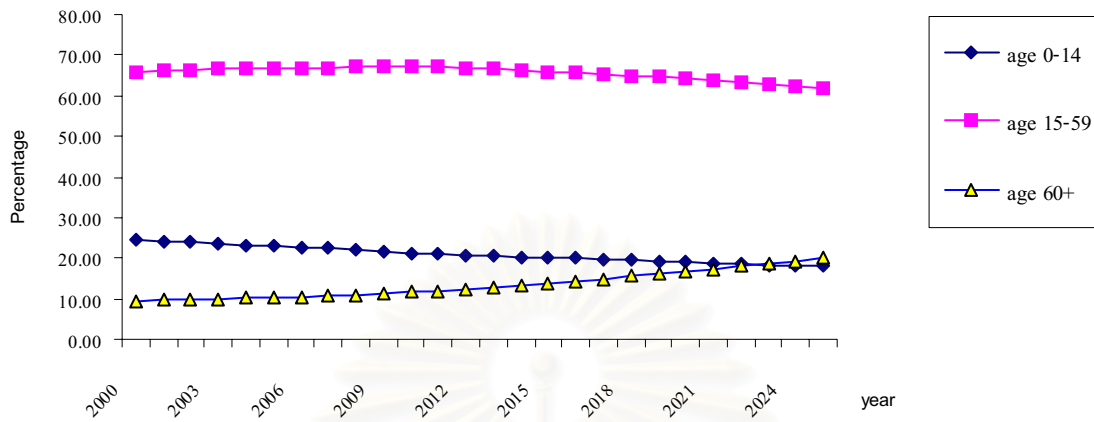
3) เมื่อพิจารณาอัตราส่วนเพศสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีและมากกว่า พบว่าอัตราส่วนเพศลดลงจาก 82.73⁵ ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 76.71 ในปี พ.ศ. 2568 ในขณะที่กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งในวงวิชาการจัดอยู่ในกลุ่มประชากรสูงอายุที่สุด (oldest old) พบว่าอัตราส่วนเพศลดลงจาก 63.61 ในปี พ.ศ. 2543 เหลือ 54.94 ในปี พ.ศ. 2568 ประเด็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติมน่าจะอยู่ที่ว่า หากประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้นตามที่ได้กล่าวไว้ก่อนหน้านี้แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรเพศหญิงซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุยืนยาวกว่าประชากรเพศชายอยู่แล้วนั้น มีอายุยืนยาวขึ้นสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับภาวะทุพพลภาพหรือไม่ และควรมีการเตรียมแผนอย่างไรเพื่อรองรับประเด็นดังกล่าว

4) สำหรับอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด หรือความคาดหมายการคงชีพเมื่อแรกเกิด (e_0) นั้น เมื่อพิจารณาผลกระทบของการระบาดของโรคเอดส์ (ตารางที่ 2.1) พบว่าประชากรเพศหญิงทั่วราชอาณาจักรมีอายุคาดหมายเฉลี่ยสูงขึ้นจาก 74.80 ปีในปี พ.ศ. 2543-2548 เป็น 80.25 ปีในปี พ.ศ. 2563-2568 และอายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรเพศหญิงอายุ 60 ปี เพิ่มขึ้นจาก 19.41 ปีในปี พ.ศ. 2543-2548 เป็น 21.94 ปีในปี พ.ศ. 2563-2568 ในขณะที่ประชากรเพศชายมีอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงขึ้นจาก 67.14 ปีในปี พ.ศ. 2543-2548 เป็น 74.72 ปีในปี พ.ศ. 2563-2568 และมีอายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรเพศชายอายุ 60 ปีสูงขึ้นจาก 16.33 ปี ในปี พ.ศ. 2543-2548 เป็น 18.62 ปีในปี พ.ศ. 2563-2568

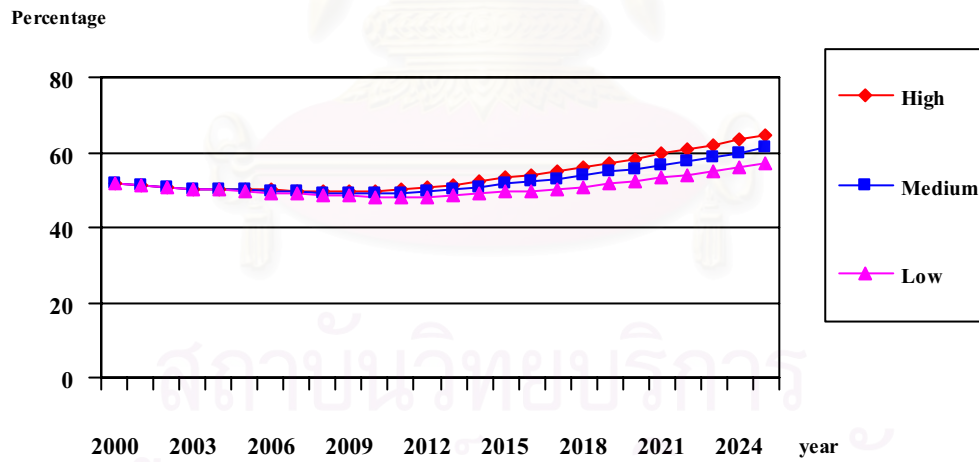
การที่สัดส่วนของประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มเพิ่มเป็นร้อยละ 67.08 ในปี พ.ศ. 2552 แล้วลดลงเหลือร้อยละ 62.05 ในปี พ.ศ. 2568 ดังกล่าวข้างต้นนั้น น่าจะหมายความว่า การป็นผลทางประชากรอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจะมีต่อไปอีก 6 ปี (หากพิจารณาเฉพาะสัดส่วนประชากรวัยแรงงานโดยมิได้พิจารณาผลิตภาพ (Productivity) ของแรงงาน ในกรณีที่แรงงานมีการศึกษาสูงขึ้นหรือมีคุณภาพดีขึ้น)

⁴ หมายถึงจำนวนประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปีบวกด้วยจำนวนประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่า หาดด้วยประชากรอายุ 15-59 ปี และคูณด้วย 100 (ในกรณีที่ต้องการเทียบต่อร้อยคน) หากอัตราส่วนดังกล่าวยิ่งต่ำก็หมายความว่าประชากรวัยแรงงานมากกว่า ประชากรวัยพึ่งพิง

⁵ หมายถึงประชากรเพศชาย 82.73 ต่อประชากรเพศหญิง 100 คน หรือประชากรวัยสูงอายุ 60 ปีและมากกว่า ทุกๆ 100 คน จะเป็นประชากรวัยสูงอายุเพศชาย 45.27 คน และเป็นประชากรวัยสูงอายุเพศหญิง 54.73 คน



รูปที่ 2.1 ส่วนของประชากร จำแนกตามอายุ 0-14 ปี 15-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรรวม (Medium Fertility Assumption)



รูปที่ 2.2 อัตราส่วนพึ่งพิงระหว่างปี พ.ศ. 2543-2568 จำแนกตามข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ระดับสูง กลาง และต่ำ

ตารางที่ 2.1 ความคาดหมายการคงชีพเมื่อแรกเกิด (e_0) และความคาดหมายการคงชีพของประชากรอายุ 60 ปี (e_{60})

จำแนกตามเพศ (เมื่อพิจารณาผลกระทบของการระบาดของโรคเอดส์)

ปี พ.ศ.	หญิง		ชาย	
	(e_0)	(e_{60})	(e_0)	(e_{60})
2543-2548	74.80	19.41	67.14	16.33
2548-2553	76.20	19.97	69.35	16.86
2553-2558	77.56	20.65	71.20	17.36
2558-2563	78.90	21.23	72.98	17.96
2563-2568	80.25	21.94	74.72	18.62

2.2 การปันผลทางประชากร⁶

ในระยะเวลาอีกหนึ่งทศวรรษข้างหน้า การลดลงทั้งภาวะเจริญพันธุ์ และภาวะการตาย จะมีผลให้ประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ มีโอกาสในการยกระดับมาตรฐานการครองชีพขึ้นอย่างน่าสนใจ นักเศรษฐศาสตร์เรียกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเช่นนี้ว่า “การปันผลทางประชากร” (Demographic dividend)⁷

การที่มีแรงงาน⁸ในตลาดจำนวนมากทำให้เกิดการเพิ่มผลิตภาพต่อหัว ซึ่งทำให้การปันผลเพิ่มขึ้น และส่งผลให้มีการออมและการลงทุนมากขึ้น บิดามารดาที่มีบุตรจำนวนน้อยสามารถดูแลบุตรอย่างดีในด้านสุขภาพ และการศึกษา ซึ่งนับเป็นการลงทุนที่สำคัญต่อการมีกำลังแรงงานที่มีผลิตภาพ (Productive workforce)

สถาบันวิทยบริการ

⁶ เกื้อ วงศ์บุญสิน “การปันผลทางประชากรอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทย” เอกสารประกอบการประชุมเพื่อเตรียมการจัดประชุมเสวนอบทความทางวิชาการที่อาศรัยฐานแนวคิดเรื่อง การใช้ประโยชน์จากโอกาสด้านการปันผลทางประชากร และเพื่อป้องกันมิให้โอกาสนั้นกลายเป็นภัยคุกคามบั่นทอนความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของไทย จัดโดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), วันที่ 27 พฤษภาคม 2546 ณ ห้องประชุมวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.

⁷ Pete Engardio, 2002 “The Chance of a Lifetime: Poor Nations Get a ‘Demographic Dividend’ ” Business Week online INTERNATIONAL—ASIAN COVER STORY, March 25, New York.

⁸ ในการเปรียบเทียบระหว่างประเทศ ไม่จำเป็นการเปรียบเทียบระหว่างประเทศ หรือระหว่างภูมิภาคนั้น การเปรียบเทียบประชากรวัยแรงงานจะใช้ช่วงอายุ 15-64 ปี และประชากรสูงอายุจะเป็นประชากรอายุ 65 ปีและมากกว่า อย่างไรก็ตามหากศึกษาเฉพาะประเทศไทย เช่นการศึกษาครั้งนี้ ประชากรวัยแรงงานจะหมายถึงประชากรช่วงอายุ 15-59 และประชากรสูงอายุหมายถึงประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่า

โดยทั่วไปการป็นผลทางประชากรมักจะเกิดในช่วงกลางๆ (ของขั้นตอนที่สอง) ของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร หรือ การเปลี่ยนสภาพทางประชากร (Demographic transition)⁹ ทั้งนี้เพราะช่วงแรกของขั้นตอนที่สองของการเปลี่ยนสภาพทางประชากรจะมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรวัยเด็ก ซึ่งจะทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กมีสูงมาก ในขณะที่ช่วงปลายของการเปลี่ยนสภาพทางประชากรมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรวัยสูงอายุ ซึ่งทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุมีสูงมากเช่นกัน ในระยะที่ช่วงกลางๆ ของการเปลี่ยนสภาพทางประชากรจะเป็นช่วงที่ สัดส่วนของประชากรโดยส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยแรงงาน ทำให้เป็นช่วงที่อัตราพึ่งพิงมีแนวโน้มค่อนข้างต่ำโดยเปรียบเทียบกับอีกสองช่วงดังกล่าว ช่วงนี้จึงเป็นช่วงสำคัญที่เรียกว่าช่วงการป็นผลทางประชากร¹⁰ ทั้งนี้ หากตลาดแรงงานมีศักยภาพพอที่จะรองรับกำลังแรงงานที่เพิ่มขึ้นดังกล่าว ผลภาพต่อหัวของประชากรจะเพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์ข้างต้นจะส่งผลต่อการเพิ่มการป็นผลทางประชากร รวมทั้งมีผลต่อการเพิ่มการออมและการลงทุนในทุนมนุษย์ให้มากยิ่งขึ้น

ประเทศต่างๆ ในเอเชียใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ยังตามหลังเอเชียตะวันออกอยู่ในด้านการเปลี่ยนสภาพทางประชากร เอเชียตะวันออกเฉียงใต้เริ่มได้รับประโยชน์จากการป็นผลทางประชากรในขณะที่เอเชียใต้ตอนกลางกำลังจะได้รับประโยชน์เช่นกัน¹¹ ทั้งนี้ ในช่วงเวลา 70 ปีจนถึงปี พ.ศ. 2493 นั้น อัตราเพิ่มประชากรในเอเชียทั้งหมดค่อนข้างคงที่ที่ประมาณร้อยละ 1 ต่อปี อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2493 ถึง พ.ศ. 2533 อัตราเพิ่มประชากรในเอเชียใต้ตอนกลางและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะเป็นในทิศทางที่เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 2 ต่อปี การเพิ่มขึ้นดังกล่าวเกิดจากการลดลงของอัตราการตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวกับการตายของทารก เมื่อพิจารณาภาวะเจริญพันธุ์ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงหลังจากที่ภาวะการตายลดลง เนื่องจากการปรับปรุงด้านสาธารณสุข รวมทั้งด้านโภชนาการซึ่งส่งผลให้อัตราการตายลดลง ภาวะสาธารณสุขที่ดีขึ้นทำให้ครอบครัวปรารถนาที่จะมีบุตรน้อยลง เนื่องจากไม่มีความจำเป็นต้องมีบุตรมากกว่าที่ได้ตั้งใจจะมี เหมือนในอดีตที่คู่สมรสหลายคู่มิ

⁹ เมื่อก้าวถึงทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางประชากร หรือ การเปลี่ยนสภาพทางประชากร ลักษณะที่พบโดยทั่วไป (Todaro, 1985) คือ การพยายามอธิบายว่าทำไมประเทศที่พัฒนาแล้วในปัจจุบันจึงมีลักษณะในทำนองเดียวกัน คือ การผ่านขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงทางประชากร 3 ขั้นตอนเหมือนกัน โดยในช่วงแรกพบว่าการเพิ่มทางประชากรมีลักษณะคงที่หรือเพิ่มช้ามากเนื่องจากดุลยภาพระหว่างอัตราการเกิดในระดับสูงและอัตราการตาย โดยทั้งสองอัตราอยู่ในระดับสูง สำหรับขั้นที่สองนั้น ดุลยภาพของอัตราการเกิดและอัตราการตายเริ่มเปลี่ยนแปลง และส่งผลให้การเพิ่มทางประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ความทันสมัยซึ่งควบคู่ไปกับการสาธารณสุข การโภชนาการดีขึ้น ส่งผลให้อัตราการตายลดลง อย่างไรก็ตามอัตราการตายที่ลดลงนี้ไม่ได้เกิดควบคู่ไปในทันทีกับการลดอัตราการเกิด (ซึ่งยังสูงอยู่) ทำให้ประชากรขยายตัวอย่างรวดเร็วมากเมื่อเปรียบเทียบกับขั้นที่หนึ่ง ขั้นที่ 2 นี้จึงถือเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงประชากร (จากที่มีอัตราการเพิ่มค่อนข้างคงที่สู่การมีอัตราเพิ่มที่เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ และไปสู่การเพิ่มอย่างรวดเร็ว) สำหรับขั้นที่ 3 นั้น อัตราการเพิ่มประชากรเริ่มต่ำลงหรือไม่เพิ่มเลย เนื่องจากอัตราการเกิดลดลงเข้าสู่ดุลยภาพกับอัตราการตายที่อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน

¹⁰ "Economics Focus Does Population Matter?" *The Economist* December 5, 2002.

¹¹ Asian Development Bank, 1997. *Emerging Asia*, Manila อ้างใน Bloom, David E., David Canning and Jaypee Sevilla, 2003. หน้า 51. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequence of Population Change*, Santa Monica: Rand.

บุตรมากกว่าที่ปรารถนาไว้ เพื่อสำรองเผื่อไว้หรือเป็นหลักประกันหากบุตรต้องเสียชีวิตลง การลดลงของระดับภาวะเจริญพันธุ์ของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เริ่มใกล้เคียงกับที่พบในเอเชียตะวันออก ส่วนเอเชียใต้นั้นคาดว่า ภาวะเจริญพันธุ์จะอยู่ในระดับเดียวกับที่พบในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ราวปี พ.ศ. 2563 โดยการลดดังกล่าวทำให้คาดได้ว่าอัตราเพิ่มประชากรของเอเชียใต้จะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 1 ต่อปีในราวปี พ.ศ. 2563

ประชากรในวัยแรงงานของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพิ่มขึ้นอย่างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรที่พึ่งพิงในระหว่างปี พ.ศ. 2508 ถึง พ.ศ. 2533 แต่ทว่าความแตกต่างของการเพิ่มดังกล่าวมีน้อยกว่าโดยเปรียบเทียบกับที่เพิ่มขึ้นในเอเชียตะวันออก จึงส่งผลทำให้การปันผลทางประชากรของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เกิดขึ้นน้อยกว่าเอเชียตะวันออก นอกจากนี้อัตราส่วนพึ่งพิงที่พบในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก็ค่อยๆลดลง กล่าวคือระหว่างปี พ.ศ. 2518 และ 2533 อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กลดลงจาก 0.77 เป็น 0.62 ในขณะที่ในเอเชียตะวันออกลดลงเร็วกว่า คือลดจาก 0.66 เป็น 0.44 ในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้การปันผลทางประชากรของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีมากกว่าเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้รับผลดีทางเศรษฐกิจอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงประชากร และผลดีนี้จะลดลงในอีก 25 ปีข้างหน้า การปันผลทางประชากรซึ่งในปัจจุบันอยู่ที่ประมาณร้อยละ 0.7 ของการเพิ่มรายได้ต่อหัวต่อปีของประชากร (Per capita annual income growth) โดยการปันผลทางประชากรดังกล่าว จะเพิ่มถึงจุดสูงสุดที่ประมาณสองเท่าของอัตราปัจจุบันหลังจากนั้นจะเริ่มลดลง¹²

สำหรับประเทศไทย เม็กซิโก และอิหร่าน ยังจะคงมีประชากรในวัยแรงงานที่มีอายุน้อยอยู่ในกำลังแรงงานต่อไปอีกหนึ่งหรือสองทศวรรษหน้า ส่วนประเทศอินเดีย อียิปต์ และบังกลาเทศเป็นประเทศที่เพิ่งเริ่มเข้าสู่ปีแห่งการปันผลทางประชากร และหากแอฟริกาสามารถยุติการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ ก็มีแนวโน้มว่าแอฟริกาจะได้รับการปันผลทางประชากรในไม่ช้าเช่นกัน อย่างไรก็ตาม การปันผลทางประชากรที่กล่าวถึงนี้จะเกิดเพียงครั้งเดียวเท่านั้นและช่วงเวลาการปันผลก็ไม่ยาวนานมากเช่นกัน¹³

การมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำจะนำไปสู่ สัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและอัตราส่วนพึ่งพิงที่จะลดลงในช่วงแรก(ช่วงที่สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลง)หลังจากนั้นจะเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากประชากรในวัยแรงงานจะต้องดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น แทนการดูแลเด็ก(ในช่วงที่สัดส่วนประชากรวัยเด็กยังสูงกว่าสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุ) ดังนั้น นโยบายที่น่าจะเตรียมการเพื่อรองรับช่วงเวลาระหว่างและช่วงหลังการปันผลทางประชากร คือ การมีตลาดแรงงานที่ยืดหยุ่น มีแรงจูงใจในการลงทุนและการออม มีการจัดเตรียมด้านสุขภาพอนามัย และการศึกษาที่มีคุณภาพสูง¹⁴ ทั้งนี้เพราะช่วงการปันผลทางประชากรที่

¹² ADB, 1997, p. 158-159 อ้างใน Bloom, David E., David Canning and Jaypee Sevilla, 2003 หน้า 53

¹³ Ibid.

¹⁴ Economics Focus Does Population Matter? *Loc.cit.*

กล่าวถึงนี้จะเกิดเพียงครั้งเดียวเท่านั้น หากประเทศนั้นๆ ไม่ได้ใช้ช่วงเวลาการปันผลทางประชากรให้ได้ประโยชน์มากที่สุด โอกาสดังกล่าวจะเปลี่ยนเป็นภาวะคุกคามหากสัดส่วนประชากรสูงอายุเริ่มเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่สัดส่วนประชากรวัยแรงงานเริ่มลดลง ดังนั้นหากประชากรวัยแรงงานที่เริ่มลดลงโดยผลิตภาพต่อประชากรไม่ได้เพิ่มขึ้น ก็น่าที่จะส่งผลต่อเศรษฐกิจโดยรวม เนื่องจากงบประมาณที่จะดูแลประชากรสูงอายุจะสูงมาก ตัวอย่างปัญหาที่พบในประเทศญี่ปุ่น และประเทศในทวีปยุโรปหลายประเทศ น่าจะเป็นอุทาหรณ์ที่ดี ทั้งนี้หากประเทศญี่ปุ่นและประเทศในทวีปยุโรป มีผลิตภาพของแรงงานเหมือนประเทศกำลังพัฒนาในปัจจุบัน ปัญหางบประมาณที่จะดูแลประชากรสูงอายุ ที่โดยทั่วไปมีแนวโน้มไม่ค่อยจะเพียงพออยู่แล้ว จะเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ

ประเทศกำลังพัฒนาส่วนมาก ยังมีเวลาในการใช้ประโยชน์จากการปันผลทางประชากร เนื่องจากอายุมัธยฐานของประเทศเหล่านี้อยู่ที่ประมาณอายุ 24 ปี และอายุมัธยฐานดังกล่าวจะยังไม่ถึง 35 ปี ในอีก 5 ทศวรรษ ทั้งนี้ Bloom¹⁵ คาดว่าประเทศอินโดนีเซีย ไทย ฟิลิปปินส์ และมาเลเซีย จะถึงจุดที่ได้รับผลดีที่สุดในปี พ.ศ. 2558 โดยที่ประชากรในวัยแรงงานในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คือเร็วกว่าการเพิ่มของ “ผู้ที่เป็นภาระพึ่งพิง” (คือผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 15 และผู้สูงอายุๆ 65 และมากกว่า) ถึง 5 เท่า ในการที่จะเก็บเกี่ยวผลประโยชน์นี้จำเป็นต้องมีตลาดเปิด และนโยบายแรงงานที่ยืดหยุ่น เพื่อให้เกิดการสร้างงานเพิ่มขึ้น โดยจะต้องมีนโยบายเศรษฐกิจที่ดี ควบคู่กับระบบการเงินที่เอื้อต่อการลงทุนและการออม ทั้งนี้จะต้องมีการลงทุนในด้านการศึกษาเพื่อให้เกิดทักษะ ตลอดจนมีระบบบำนาญ และระบบสุขภาพ สำหรับผู้ที่เกษียณอายุ สิ่งสำคัญ คือประเทศกำลังพัฒนาจะต้องใช้ประชากรในวัยแรงงานให้เกิดประโยชน์เพียงพอ เพื่อเตรียมทรัพยากรให้พอสำหรับอนาคตที่สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้น โดยการเตรียมการดังกล่าวคงต้องรีบดำเนินการก่อนที่โอกาสจะหลุดลอยไป¹⁶

สำหรับการศึกษาและการฝึกอบรมนั้น แม้ว่าระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในเอเชียจะมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมากในทศวรรษที่ผ่านมา แต่ทว่าความต้องการในด้านคุณภาพของการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น (ทั้งที่เป็นความต้องการของผู้จ้างงาน และผู้ปกครองของบุคคลเหล่านี้) ก็ยังมีได้สมตามความปรารถนา นอกจากนี้ระบบเศรษฐกิจที่ได้เติบโตขึ้นในระดับโลกในเวลานี้และในอนาคตอันใกล้ มีแนวโน้มต้องการทรัพยากรมนุษย์ที่มีการศึกษาในระดับสูง ซึ่งหลายประเทศในภูมิภาคนี้ ก็ไม่สามารถรับประโยชน์จากการปันผลทางประชากรได้เต็มเม็ดเต็มหน่วย เนื่องจากทรัพยากรมนุษย์ที่มีอยู่ยังขาดทักษะที่เพียงพอในการแข่งขันในตลาดโลกขณะนี้ การเตรียมทรัพยากรมนุษย์เพื่อให้สามารถแข่งขันกับโลกยุคใหม่ที่มีแนวโน้มเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ เป็นสังคมที่เน้นด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพิ่มมากขึ้น จำเป็นที่ต้องวางแนวทางต่างจากที่เคยดำเนินการมา หากประเทศต้องการที่จะ

¹⁵ Pete Engardio, 2002, *Loc.cit.*

¹⁶ Pete Engardio, 2002, *Loc.cit.*

ตามหรือแข่งขันกับประเทศพัฒนา หรือประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ที่เริ่มเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อรองรับอุตสาหกรรมที่เน้นให้ได้มูลค่าต่อหน่วยผลิตในระดับสูง หลายประเทศก็เริ่มดำเนินการในแนวดังกล่าวโดยมุ่งไปที่การผลิตและบริการที่เพิ่มมูลค่ามากขึ้นเช่น ประเทศอินเดียที่เน้นทรัพยากรมนุษย์ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศด้านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แนวทางที่ประเทศอินเดียดำเนินการก่อให้เกิดการสร้างงาน รวมทั้งเกิดการลงทุนจากต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น ซึ่ง Bloom และ Rosovsky¹⁷ วิเคราะห์ว่า ผลดังกล่าวเป็นผลจากการลงทุนด้านทุนมนุษย์ (โดยเฉพาะด้านการศึกษา) ที่เน้นให้สอดคล้องกับอุตสาหกรรมหลักแนวใหม่ที่กำลังอยู่ในความต้องการของโลก กล่าวคือ เป็นอุตสาหกรรมที่เชื่อมโยงกับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

นอกจากนี้เศรษฐกิจยุคใหม่ยังต้องการแรงงานที่มีการอบรมเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากตลาดแรงงานที่ผลิตสินค้าและบริการเป็นตลาดที่จะเปลี่ยนแปลงเร็ว เป็นตลาดที่เน้นการผลิตและบริการที่ได้มูลค่าต่อหน่วยการผลิตสูง จึงเป็นตลาดที่มีแนวโน้มเน้นการผลิตที่มีความคล่องตัวสูง ดังนั้นแรงงานที่มีคงต้องเป็นแรงงานที่มีทักษะฝีมือ เป็นแรงงานที่อบรมเพิ่มเติมตลอดเวลาเพื่อสามารถปรับให้ทันกับเทคโนโลยีใหม่ๆ รวมทั้งการแข่งขันที่ต้องการความรวดเร็ว เห็นได้ชัดว่าแม่หลายประเทศเริ่มได้ประโยชน์จากการปันผลทางประชากร อย่างไรก็ตาม หากไม่ได้มีการเตรียมตัวที่ดีพอ สัดส่วนประชากรวัยแรงงานที่มีเพิ่มขึ้นอาจเป็นปัจจัยคุกคาม หากแรงงานดังกล่าวเป็นแรงงานไร้ฝีมือ ไร้ทักษะ เพราะแรงงานที่เพิ่มขึ้นมากดังกล่าวจะมีอัตราการว่างงาน และอัตราการทำงานต่ำระดับเพิ่มมากขึ้นก็เป็นได้

ความสำเร็จของนโยบายการปันผลทางประชากรจะเห็นได้จาก ความสำเร็จที่เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออก แต่สำหรับเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงประชากรในทิศทางที่ค่อนข้างดี และเอเชียใต้ตอนกลางที่กำลังจะได้รับผลดีจากการปันผลทางประชากรนั้น การพิจารณาด้านประชากรเพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถสรุปได้ว่า จะช่วยนำพาให้ไปสู่ความสำเร็จทางด้านเศรษฐกิจได้ เนื่องจากแรงงานที่จบในระดับการศึกษาระดับสูงในหลายประเทศยังมีไม่พอ หรือมีพอแล้วแต่คุณภาพยังเป็นปัญหาอยู่ ความสำเร็จในการที่จะแก้ปัญหาที่กล่าวถึงข้างต้นขึ้นอยู่กับบริหารนโยบายของประเทศเหล่านั้น โดยนโยบายที่ดีคงต้องพิจารณาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และสัดส่วนประชากรที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและจะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต และพิจารณาเตรียมการด้านทรัพยากรมนุษย์ ทั้งด้านการศึกษา การอบรมเพิ่มเติม และด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากการเตรียมการด้านเหล่านี้สำคัญทั้งต่อประชากรวัยแรงงานรุ่นปัจจุบัน และประชากรรุ่นอนาคตที่กำลังจะตามมา โดยประชากรวัยแรงงานรุ่นที่จะตามมาจะเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนเล็กลงโดยเปรียบเทียบกับประชากร

¹⁷ Bloom, D.E. and R. Rosovsky, 2001. "Higher Education and International Development," *Current Science*, Vol.81, No.3, August 10, 2001, pp. 252-256. อ้างใน Bloom, David E., David Canning and Jaypee Sevilla, 2003 หน้า 56.

แรงงานในปัจจุบัน เนื่องจากแนวโน้มขนาดครอบครัวที่มีแนวโน้มเล็กลงเรื่อยๆ โดยเปรียบเทียบกับขนาดครอบครัวในปัจจุบัน และในอดีตที่ผ่านมา

2.3 การปันผลทางประชากรอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทย

แนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย ที่ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนดังกล่าวข้างต้น มีแนวโน้มสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรสของประชากรไทย เมื่อพิจารณาสถานภาพสมรสของประชากร โดยพิจารณาจากข้อมูลสำมะโนประชากรปี พ.ศ. 2513 พ.ศ. 2523 และ พ.ศ.2533 พบว่าสัดส่วนการเป็นโสดของประชากรของไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยแนวโน้มดังกล่าวในกลุ่มประชากรหญิงมีความชัดเจนมากกว่าในกลุ่มประชากรชาย มีการพิจารณาว่า¹⁸ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรสที่มีสัดส่วนการเป็นโสดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มประชากรหญิงนั้น เป็นเพราะสตรีไทยมีระดับการศึกษาสูงขึ้น รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะทำงานนอกภาคเกษตรเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เมื่อนำข้อมูลจากสำมะโนประชากรปี พ.ศ. 2543 มาพิจารณา พบเพิ่มเติมว่าสัดส่วนการเป็นโสดของประชากรของไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งประชากรหญิงและประชากรชายโดยความชัดเจนด้านความแตกต่างมีระดับลดลงระหว่างกลุ่มประชากรหญิงกับกลุ่มประชากรชาย ดังเห็นได้จากแนวโน้มที่ประชากรชายเริ่มเป็นโสดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรชายที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า¹⁹ นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มของการหย่าร้างเพิ่มมากขึ้น และแนวโน้มที่คู่สมรสอายุแรกสมรสเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อพิจารณาอายุการมีบุตรคนแรก พบว่าคู่สมรสมีแนวโน้มที่จะมีบุตรเมื่ออายุสูงขึ้นด้วยเช่นกัน

จากแนวโน้มดังกล่าวข้างต้นมีผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ดังนี้

1. หากภาวะเจริญพันธุ์ยังลดลงต่อไปอีก จะส่งผลให้สัดส่วนผู้สูงอายุ และอัตราส่วนพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายความว่าประชากรวัยแรงงานคงต้องมีผลิตภาพ (Productivity) เพิ่มสูงขึ้นเพื่อให้รัฐมีงบประมาณเพิ่มขึ้น เพื่อดูแลประชากรวัยพึ่งพิงที่เพิ่มสูงขึ้นดังกล่าว นอกจากนี้หากแรงงานไทยซึ่งในปัจจุบันกว่าร้อยละ 65 จบชั้นประถมและต่ำกว่า ไม่ได้รับการพัฒนาทักษะเพิ่มขึ้นนอกจากไม่ช่วยให้ผลิตภาพของประเทศเพิ่มขึ้น ยังมีผลต่อตัวแรงงานเองอีกด้วย กล่าวคือ มีผลต่อการว่างงานและ/หรือมีการ

¹⁸ Guest, P. and J. Tan. 1994. **Transformation of Marriage Patterns in Thailand.** IPSR Publication No.176. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

¹⁹ อุทัยทิพย์ รักจรยาบรรณ และ ปราโมทย์ ประสาทกุล. 2545. “การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการอยู่อาศัยในครัวเรือนของประเทศไทย พ.ศ.2513-2543.” ในเอกสารการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2545. วันที่ 21-22 พฤศจิกายน 2545 ณ ห้องประชุมชั้น 2 อาคารสถาบัน 3 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

ทำงานต่ำระดับเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งส่งผลกระทบต่อการทำงานและการประกันสังคม และการประกันสุขภาพยามเมื่อแรงงานดังกล่าวเกษียณอายุจากวัยทำงาน

2. อาจมีการนำเข้าแรงงานไร้ฝีมือเพิ่มมากขึ้น เพื่อทดแทนแรงงานที่ขาดแคลนเนื่องจากภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลง และส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการขยายการศึกษาภาคบังคับและขยายโอกาสการศึกษาเป็น 12 ปี ทำให้แรงงานไทยมีการศึกษาสูงขึ้นและหลีกเลี่ยงการทำงานในโรงงานประเภทที่ใช้แรงงานเข้มข้น ดังนั้น หากอุตสาหกรรมของไทย ไม่ปรับปรุงจากที่เน้นอุตสาหกรรมที่ใช้แรงงานเข้มข้นไปเป็นอุตสาหกรรมที่ใช้แรงงานที่มีทักษะฝีมือเพิ่มมากขึ้น ก็น่าที่จะส่งผลให้ปัญหาที่กล่าวมารุนแรงยิ่งขึ้น

3. ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงของโอกาส การรับการปันผลทางประชากรอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร (Demographic Dividend) ดังกล่าวซึ่งเป็นช่วงโอกาสที่จะมีเพียงครั้งเดียว²⁰ และเป็นช่วงเวลาที่ไม่ยาวนานด้วย ทั้งนี้หากพิจารณาจากสัดส่วนของประชากรวัยแรงงานที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.64 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 61.68 และร้อยละ 65.92 ในปี พ.ศ. 2533 และปี พ.ศ.2543 ตามลำดับ โดยสัดส่วนของประชากรวัยแรงงานดังกล่าวจะเพิ่มไปเป็นร้อยละ 67.08 ในปี พ.ศ. 2552 หลังจากนั้นลดลงเรื่อยๆ และจะเหลือร้อยละ 62.05 ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งส่อนัยสำคัญต่อการที่ประเทศไทยจำเป็นต้องเร่งให้แรงงานของไทยมีการศึกษาให้สูงขึ้น รวมทั้งเน้นคุณภาพการศึกษาเพื่อผลิตแรงงานที่มีคุณภาพ เป็นแรงงานที่มีความคล่องตัว เรียนรู้ตลอดเวลา ทั้งนี้เพราะการปันผลทางประชากรอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร จะมีไม่ยาวนานหากมองแค่ปัจจัยสัดส่วนประชากรวัยแรงงาน โดยไม่ได้พิจารณาผลิตภาพของแรงงานที่มีแนวโน้มจะมีเพิ่มขึ้น เนื่องจากแรงงานมีการศึกษาสูงขึ้น และจะมีผลิตภาพเพิ่มมากขึ้น ไปอีกถ้าการศึกษาที่สูงขึ้นนั้นเป็นการศึกษาที่มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นด้วย

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรทำให้อัตราการออมเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีการลงทุนเพิ่มสูงขึ้น การออมที่สูงขึ้นส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ที่มีอายุระหว่าง 40-65 ปีมีแนวโน้มที่จะออมมากขึ้น โดยเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอายุอื่น เพราะเป็นวัยที่ไม่ต้องใช้จ่ายเงินในการดูแลบุตร (มากเท่าช่วงที่บุตรยังเล็กอยู่) และมีความต้องการเตรียมตัวสำหรับการเกษียณอายุ ดังนั้นเมื่อประชากรส่วนใหญ่มีอายุ 40 ปี จะเห็นได้ว่า การออมของประเทศจะสูงขึ้น สิ่งที่เป็นแรงจูงใจให้บุคคลเหล่านี้มีทางเลือกที่ชัดเจนแน่นอน เช่น การส่งเสริมด้านสุขภาพ และการมีอายุยืนยาวขึ้น จะทำให้การออมที่ง่ายและน่าสนใจมาก

²⁰ ดู Business Week online (March 25, 2002). **The Chance of a Lifetime: Poor Nations Get a “Demographic Dividend”**. และ The Economist (December 5, 2002). “Countries at the Right Stage of Development Can Reap a Demographic Dividend.”

ยิ่งขึ้น²¹ ประชากรในกลุ่มที่มีสุขภาพดีในหลายประเทศมีความ จำเป็นต้องมีการวางแผนในอนาคตเพื่อตัวเอง หากมีความปรารถนาที่จะมีมาตรฐานการครองชีพ และคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงอายุเกษียณซึ่งยาวนานนับสิบปี²² สถานะสุขภาพที่ดี หมายรวมถึงการมีสุขภาพทางกาย (good physical health) ทางสมอง (good cognitive status) และทางจิตใจที่ดี (good mental status) ผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพที่ดี (healthy aging) นั้นจะต้องมีสุขภาพทางกาย ทางสมอง และทางจิตใจที่ดี จึงจะจัดว่าเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful aging) และปราศจากภาวะทุพพลภาพ อย่างไรก็ตามการเตรียมการเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพที่ดี (healthy aging) นั้น คงต้องเตรียมการตั้งแต่วัยสูงอายุ การเตรียมการดังกล่าวนอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อประชากรแต่ละบุคคลยังเป็นการช่วยเหลือภาครัฐ ซึ่งจะต้องมีมาตรการที่ดีเพื่อรองรับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนประชากร ที่มีแนวโน้มจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้ด้วย ทั้งนี้เพราะประชากรวัยพึ่งพิง(วัยสูงอายุ) จะใช้งบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและการฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วยค่อนข้างสูงโดยเปรียบเทียบกับประชากรวัยอื่น เนื่องจากเป็นวัยที่มีอัตราการเจ็บป่วยและมีภาวะทุพพลภาพสูงกว่าประชากรวัยอื่น การศึกษาของสุทธิชัย²³ พบว่า เมื่อพิจารณาสถานะทางสุขภาพหรือในเรื่องภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุทุกๆ 1 ใน 4 คนมีภาวะทุพพลภาพโดย 1 ในทุกๆ 5 คนจะมีภาวะทุพพลภาพระยะยาว

2.4 การสำรวจสถานะสุขภาพของประชากรไทย

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในเรื่องการประเมินสถานะสุขภาพจำแนกตามกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำงานนอกบ้านและงานบ้าน การเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย ความรู้สึกหดหู่ เศร้า และเสียใจ การตั้งสมาธิและการจดจำสิ่งต่างๆ และการร่วมกิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาการเจ็บป่วยและรู้สึกไม่สบายสูงสุด (ร้อยละ 25.86) รองลงมาคือ ปัญหาการตั้งสมาธิหรือจำจำสิ่งต่างๆ (ร้อยละ 24.88) ความรู้สึกหดหู่ เศร้าเสียใจและวิตกกังวล (ร้อยละ 24.80) ปัญหาการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 23.87) ปัญหาการทำงานนอกบ้านและงานบ้าน (ร้อยละ 16.51) ปัญหาการร่วมกิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่น (ร้อยละ 10.87) และปัญหาการดูแลตนเอง (ร้อยละ 10.73) ตามลำดับ

²¹ Meltzer, D. 1992. *Mortality Decline, the Demographic Transition, and Economic Growth*, Ph.D. dissertation, University of Chicago, Department of Economics อ้างใน Bloom, David E., David Canning and Jaypee Sevilla, 2003. หน้า 51. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequence of Population Change*, Santa Monica: Rand.

²² Lee, R., A. Mason, and T. Miller, 2000. "Life Cycle Saving and Demographic Transition: The Case of Taiwan," *Population and Development Review*, Vol.26, (Suppl.), pp. 194-222. อ้างใน Bloom, David E., David Canning and Jaypee Sevilla, 2003. *Ibid*.

²³ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2543. *สถานะของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศ*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เมื่อพิจารณาการประเมินสถานะสุขภาพจำแนกตามกิจกรรมต่างๆ และจำแนกตามเพศ พบว่าเพศหญิงมีปัญหาในการทำกิจกรรมต่างๆ สูงกว่าเพศชาย ดังนี้ ปัญหาการเจ็บป่วยและรู้สึกไม่สบาย (ร้อยละ 28.95 เปรียบเทียบกับร้อยละ 22.12) ปัญหาการตั้งสมาธิหรือจำสิ่งต่างๆ (ร้อยละ 27.19 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 21.80) ความรู้สึกหดหู่ เศร้าเสียใจและวิตกกังวล (ร้อยละ 27.16 เปรียบเทียบกับร้อยละ 20.75) ปัญหาการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 25.78 เปรียบเทียบกับร้อยละ 20.45) ปัญหาการทำงานนอกบ้านและงานบ้าน (ร้อยละ 18.41 เปรียบเทียบกับร้อยละ 14.20) ปัญหาการร่วมกิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่น (ร้อยละ 11.93 เปรียบเทียบกับร้อยละ 9.93) และปัญหาดูแลตนเอง (ร้อยละ 11.64 เปรียบเทียบกับร้อยละ 9.27) และเมื่อพิจารณาการประเมินสถานะสุขภาพจำแนกตามกิจกรรมต่างๆ และจำแนกตามอายุ พบว่าระดับความรุนแรงของความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ มีสัดส่วนสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

ในเรื่องการประเมินสถานะสุขภาพของตนเองในปัจจุบันเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าสถานะสุขภาพของตนเองในปัจจุบันไม่แตกต่างกับปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 65.11) รองลงมาคือ แย่กว่าเล็กน้อย (ร้อยละ 17.13) ดีกว่าเล็กน้อย (ร้อยละ 8.55) ดีกว่ามาก (ร้อยละ 6.44) และแย่กว่ามาก (ร้อยละ 2.77) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการประเมินสถานะสุขภาพของตนเองจำแนกตามเพศ พบว่าเพศหญิงประเมินสถานะสุขภาพตนเองในปัจจุบันดีกว่ามากเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 6.53 เปรียบเทียบกับร้อยละ 6.34) ในขณะที่เพศชายประเมินสถานะสุขภาพตนเองในปัจจุบันแย่กว่ามากและแย่กว่าเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาสูงกว่าเพศหญิง และเมื่อพิจารณาการประเมินสถานะสุขภาพของตนเองในปัจจุบันเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา จำแนกตามอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่ามีสัดส่วนของผู้ที่ประเมินว่าสถานะสุขภาพของตนเองในปัจจุบันแย่กว่ามากและแย่กว่าเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ทำการประเมินสถานะสุขภาพของประชากร โดยการใช้แบบสอบถาม และผลการตรวจสุขภาพทั้งผลจากการตรวจของแพทย์ และผลจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายการตรวจสุขภาพใช้ตามรายการและค่าบริการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ก. กลุ่มประชากรเป้าหมาย

คัดเลือกประชากรเป้าหมายโดยการสุ่มตัวอย่างจากประชากรทั่วไป ทั้งที่อยู่ในชุมชนเมืองและปริมณฑลจำนวน 1,600 คน และแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 20-39 ปี และกลุ่มอายุ 40-59 ปี โดยพยายามให้มีขนาดตัวอย่างใกล้เคียงกับประชากรในแต่ละท้องที่ (เหตุผลในการแบ่งประชากรกลุ่มที่อยู่ในวัยทำงานเป็นกลุ่มอายุ 20-39 ปี และกลุ่มอายุ 40-59 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับระบบการตรวจสุขภาพที่ดำเนินการอยู่แล้วในปัจจุบัน รวมทั้งการศึกษากลุ่มประชากรอายุ 40-59 ปีเป็นการพิจารณาเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่จะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นดังกล่าวแล้ว)

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปีที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 1,064 รายในระหว่างวันที่ 14 มิถุนายน 2547 - วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2548 และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 536 ราย ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2547 - 31 มีนาคม 2548 โดยจำนวนผู้ได้รับการตรวจร่างกายที่ตกเป็นตัวอย่างจำแนกตามเพศและอายุแสดงในตารางที่ 3.1 ดังนี้

ตารางที่ 3.1. จำนวนตัวอย่างจำแนกตามเพศ ช่วงอายุและสถานที่เก็บข้อมูล

ช่วงอายุ (ปี)	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์			โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
20-24	41	69	110	15	23	38
25-29	53	100	153	19	52	71
30-34	90	101	191	25	59	84
35-39	71	92	163	28	65	93
40-44	66	81	147	21	63	84
45-49	61	70	131	20	58	78
50-54	45	55	100	19	44	63
55-59	29	40	69	8	17	25
รวม	456	608	1,064	155	381	536

ข. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้เข้ารับการรักษาที่ตกเป็นตัวอย่างนั้นได้ใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้

- แบบสอบถามประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเองที่พัฒนาจากแบบประเมินสถานะสุขภาพ SF 36 (คูรายละเอียดของแบบสอบถามในภาคผนวก ก.) โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วนคือ 1. ข้อมูลทั่วไป 2. ข้อมูลสถานะและการดูแลสุขภาพทั่วไป 3. ข้อมูลสถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเอง และ 4. ข้อมูลด้านจิตศาสตร์
- ผลการตรวจสุขภาพของแพทย์ ตามรายการที่แสดงในภาคผนวก ก.
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการที่แสดงในภาคผนวก ก.

ระยะที่ 2. ทำการประเมินแนวโน้มการดูแลกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพ โดยกลุ่มประชากรกลุ่มนี้น่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหากประชากรมีแนวโน้มที่มีอายุยืนยาวขึ้น โดยจะวิเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อดูว่าผู้ป่วยหรือประชากรที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการดูแลเพื่อให้ได้รับผลดีที่สุด (Optimizing health care: OHR) แล้วหรือยัง ทั้งนี้การวิเคราะห์เพื่อให้สามารถทราบว่าการดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรดังกล่าวข้างต้นว่าก่อให้เกิดผลดีที่สุด (Optimizing health care: OHR) สมตามที่ได้ตั้งเป้าไว้แล้วหรือยัง จะวิเคราะห์โดยวิธี Value Proposition Analysis (VPA)

ก. กลุ่มประชากรเป้าหมายและวิธีการเก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ป่วยเบาหวาน (DM type II) ที่ไม่มีปัญหา stroke, heart disease, renal disease, liver disease ร่วมอยู่ด้วย และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษากับฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีการฉีดอินซูลินเท่านั้น จำนวนรวมทั้งสิ้น 80 คนซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดมาก่อน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน¹ โดยการสุ่ม กลุ่มแรกให้มีการทดลองใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นระยะเวลา 3 เดือน และ กลุ่มหลัง เป็นผู้ที่ไม่มีการทดลองใช้เครื่องดังกล่าว ระยะเวลาที่เก็บข้อมูลคือ ระหว่าง วันที่ 15 กุมภาพันธ์ – 30 มิถุนายน 2548

ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม จะต้องทำการบันทึกค่าน้ำตาลที่ตรวจวัดได้ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง (ในเวลาก่อนมื้ออาหารเช้า และ เย็น) ในช่วงเริ่มต้นหรือตลอดระยะเวลา 1 เดือนแรกของการเข้าร่วม

¹ สาเหตุที่ต้องกำหนดให้แต่ละกลุ่มมีจำนวนเพียง 40 คนเพราะข้อจำกัดของจำนวนเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับความร่วมมือมาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

โครงการวิจัย และปรับลดการตรวจวัดลงตามความเหมาะสมโดยแพทย์ผู้ทำการรักษา รวมทั้งต้องบันทึกจำนวนอินซูลินที่ใช้ทุกวันตลอดระยะเวลา 3 เดือน

ผู้ป่วยกลุ่มแรกที่ใช้ทดลองใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด จะต้องมาติดตามการรักษา และมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจประเมิน และตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน สำหรับผู้ป่วยกลุ่มหลังจะต้องมาติดตามการรักษา และมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจประเมิน และตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เฉพาะในครั้งแรกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และอีกครั้ง ใน 3 เดือนต่อมา ก่อนสิ้นสุดการเก็บข้อมูลในการวิจัย ทั้งนี้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม จะต้องตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจในการรับการรักษาทั้งก่อนและหลังการทดลอง ส่วนกลุ่มที่ใช้ทดลองใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดนั้นจะต้องตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเช่นกัน ในการมาตรวจติดตามการรักษาในแต่ละครั้งนั้น ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนอาหารและการออกกำลังกาย จากทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นอาสาสมัครที่ได้รับการอบรมแล้ว

ตารางที่ 3.2. รายการการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ควบคุมและตรวจติดตามผู้ป่วย

ช่วงเวลา	รายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
เดือนที่ 0: เริ่มต้น	FBG, HbA1c, Cr, AST, ALT, Chol, Tg, HDLc
เดือนที่ 1: ครบ 1 เดือน	FBG
เดือนที่ 2: ครบ 2 เดือน	FBG
เดือนที่ 3: สิ้นสุด	FBG, HbA1c, Cr, AST, ALT, Chol, Tg, HDLc

ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ทดลองใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่เข้าร่วมโครงการ จะได้รับเครื่องตรวจน้ำตาลและปากกาเจาะเลือด รวมทั้งแผ่นทดสอบและเข็มเพื่อทำการเจาะเลือดด้วยตนเอง

ข. อุปกรณ์การวิจัย / เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ปากกาเจาะเลือด ซึ่งได้รับการสนับสนุนโดยภาคเอกชน (บริษัทโรชไดเอกโนสติกส์ ประเทศไทย จำกัด) รวมทั้งแผ่นทดสอบและเข็มเพื่อทำการเจาะเลือดด้วยตนเองโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด
2. แบบสอบถามเพื่อหาค่าใช้จ่ายและประสิทธิภาพของเครื่องมือ รวมทั้งความพึงพอใจ โดยเป็นแบบสอบถามก่อนและหลังการใช้ โดยจำแนกเป็นแบบสอบถาม 4 ชุดคือ
 - ก. แบบสอบถามสำหรับกลุ่มทดลองก่อนการใช้เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด

- ข. แบบสอบถามสำหรับกลุ่มทดลองหลังการใช้เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด
 - ค. แบบสอบถามสำหรับกลุ่มควบคุมก่อนการใช้เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด
 - ง. แบบสอบถามสำหรับกลุ่มควบคุมหลังการใช้เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด
- (รายละเอียดแบบสอบถามอยู่ในภาคผนวก ข)

3.2 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

3.2.1 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1.

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1 ได้ดำเนินการดังนี้

1. หาค่าความถี่ และร้อยละของข้อมูลเชิงคุณภาพ หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลเชิงปริมาณ
2. แบ่งระดับสุขภาพของคนไทยออกเป็น 5 ระดับ (โดยสร้างดัชนีจากข้อมูลทางการแพทย์ และจากแบบสอบถาม) ตามความสามารถในการทำหรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ที่เรียกว่า “Disability Classes (DC)” โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3.3 และตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.3. การแบ่งระดับสุขภาพของคนไทยออกเป็น 5 ระดับ ตามความสามารถในการทำหรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ที่เรียกว่า “Disability Class (DC)”

DFLE Classes	Activity capability	Description
DC1	ไม่พบว่ามีความผิดปกติ	Normal for physical examination (PE) and laboratory investigation (LI).
DC2	มีความผิดปกติเล็กน้อย ไม่กระทบการทำงาน	Minor abnormal findings from physical examination or laboratory investigation which no effect for doing job or daily life activities, such as hyperglycemia, dyslipidemia, hyperuricemia etc.
DC3	มีความผิดปกติปานกลาง และช่วยเหลือตนเองได้	Abnormality/abnormalities that cause little effect for doing job or daily life activities, such as Diabetes Mellitus (DM), hypertension, gout etc.
DC4	มีความผิดปกติมาก แต่ช่วยตนเองได้	Abnormality-related disability that cause impairment of doing general job or daily life activities, such as DM, hypertension, gout etc., with complications, but still can complete daily life activities.
DC5	มีความผิดปกติมาก และ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	Abnormality-related disability that cause impairment of doing any activity, such as DM, hypertension, gout etc., with severe complications. Depend to the others for daily life activities.

ตารางที่ 3.4 เกณฑ์สุขภาพตาม Disability Class

DFLE Classes	Disability	Description	
DC1	ไม่พบว่ามีภาวะผิดปกติ	PE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Temp no fever, or $\leq 37.5^{\circ}\text{C}$ 2. HR no tachycardia or $< 100/\text{min}$, no arrhythmia 3. BP normal (Systolic < 140 mmHg และ Diastolic < 90 mmHg) 4. EKG normal 5. CXR normal
		LI	All laboratory results are in normal limit.
		Interview	ส่วนที่ 2, ข้อที่ 13, คำตอบ ไม่มี (1) ข้อที่ 20, คำตอบ ไม่ใช่ (2) ส่วนที่ 3, ข้อที่ 21, คำตอบ ยกเว้นไม่ดี (5) ข้อที่ 22, คำตอบ ยกเว้นแยกว่าปีก่อนมาก (5) ข้อที่ 23, คำตอบทุกข้อ ไม่มีปัญหา (1) ข้อที่ 24, คำตอบทุกข้อ ไม่มี (1) ข้อที่ 27, คำตอบ ยกเว้นรู้ดีมาก (4) และรู้ดีรุนแรง (5) ข้อที่ 28, คำตอบ ยกเว้นมีมาก (4) และมีรุนแรง (5)
DC2	มีความผิดปกติเล็กน้อย ไม่กระทบการทำงาน (ความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างก็ได้)	PE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Temp has fever, or $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 2. HR has tachycardia or $\text{HR} \geq 100/\text{min}$ or has arrhythmia 3. BP mild hypertension (Systolic ≥ 140 แต่ < 160 mmHg และ Diastolic ≥ 90 แต่ < 100 mmHg) 4. EKG nonspecific abnormal 5. CXR nonspecific abnormal
		LI	Any or all laboratory results are not in normal limit. (มากกว่าปกติเล็กน้อย ไม่สามารถสรุปผลเป็นโรคได้) <ol style="list-style-type: none"> 1. FBG > 100 mg/dL แต่ < 126 mg/dL แพทย์แนะนำปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารใหม่ 2. Uric acid > 7 mg/dL แต่ไม่มีอาการปวดข้อเลยแพทย์แนะนำปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารใหม่ 3. BUN/Cr สูงกว่าปกติเล็กน้อย ไม่มีอาการ 4. ไขมันสูงกว่าปกติเล็กน้อยไม่มีอาการ 5. Liver enzymes สูงกว่าปกติเล็กน้อยไม่มีอาการ
		Interview	ส่วนที่ 2, ข้อที่ 13, คำตอบ มี (2) ข้อที่ 20, คำตอบ ไม่ใช่ (2) ส่วนที่ 3, ข้อที่ 21, คำตอบ พอใช้ (4) หรือไม่ดี (5) ข้อที่ 23, คำตอบทุกข้อ ไม่มีปัญหา (1) มีเล็กน้อย (2) ข้อที่ 24, คำตอบทุกข้อ ไม่มี (1) ข้อที่ 27, คำตอบยกเว้นรู้ดีมาก (4) และรู้ดีรุนแรง (5) ข้อที่ 28, คำตอบ ยกเว้นมีมาก (4) และมีรุนแรง (5)
DC3	มีความผิดปกติปานกลาง และช่วยเหลือตนเองได้ (ความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างก็ได้)	PE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Temp has fever, or $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 2. HR has tachycardia or $\text{HR} \geq 100/\text{min}$ or has arrhythmia 3. BP moderate hypertension (Systolic ≥ 160 แต่ < 180 mmHg และ Diastolic ≥ 100 แต่ < 110 mmHg) 4. EKG abnormal ชัดเจนสรุปได้ 5. CXR abnormal ชัดเจนสรุปได้

ตารางที่ 3.4 (ต่อ) เกณฑ์สุขภาพตาม Disability Class

DFLE Classes	Disability	Description	DFLE Classes
DC3	มีความผิดปกติปานกลาง และช่วยเหลือตนเองได้ (ความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างก็ได้)	LI	Any or all laboratory results are not in normal limit. (มากกว่าปกติ และสามารถสรุปผลเป็นโรคได้) ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์นัดติดตามเป็นประจำ จำเป็นต้องได้รับการรักษาไม่เช่นนั้นจะมีปัญหาเป็นครั้งคราวได้ 1. FBG ≥ 126 mg/dL และแพทย์สรุปว่าเป็นเบาหวาน ให้การรักษา 2. Uric acid >7 mg/dL และมีอาการปวดข้อ แพทย์ให้การรักษา 3. BUN/Cr สูงกว่าปกติ มีอาการ แพทย์ให้การรักษา 4. ไขมันสูงหรือต่ำกว่าปกติ ต้องรับประทานยาควบคุม 5. Liver enzymes สูงกว่าปกติ มีอาการเหนื่อยง่าย แพทย์สรุปว่ามี การอักเสบของตับและแนะนำให้พักผ่อน
		Interview	ส่วนที่ 2, ข้อที่ 13, คำตอบ มี (2) ส่วนที่ 3, ข้อที่ 21, คำตอบ พอใช้ (4) หรือไม่ดี (5) ข้อที่ 27, คำตอบ ยกเว้นรู้สึกรุนแรง (5) ข้อที่ 28, คำตอบ ยกเว้นมีรุนแรง (5)
DC4	มีความผิดปกติมาก แต่ช่วยเหลือตนเองได้ (ความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างก็ได้)	PE	1. Temp has fever, or $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 2. HR has tachycardia or HR $\geq 100/\text{min}$ or has arrhythmia 3. BP severe hypertension (Systolic ≥ 180 แต่ < 210 mmHg และ Diastolic ≥ 110 แต่ < 120 mmHg) 4. EKG abnormal ชัดเจนสรุปได้ 5. CXR abnormal ชัดเจนสรุปได้
		LI	Any or all laboratory results are not in normal limit. (มากกว่าปกติ และสามารถสรุปผลเป็นโรคได้) มีภาวะแทรกซ้อนและต้องการการพบแพทย์เป็นประจำ 1. FBG ≥ 126 mg/dL เป็นเบาหวานได้รับการรักษาแต่ผลการรักษาไม่บรรลุความต้องการของแพทย์ เริ่มมีภาวะแทรกซ้อน หรือได้รับการรักษามานาน และมีภาวะแทรกซ้อน 2. Uric acid >7 mg/dL และมีอาการปวดข้อ แพทย์ให้การรักษา แต่ผลการรักษาไม่บรรลุความต้องการของแพทย์ เริ่มมีภาวะแทรกซ้อน หรือได้รับการรักษามานาน และมีภาวะแทรกซ้อน 3. BUN/Cr สูงกว่าปกติ มีอาการ แพทย์ให้การรักษา มีความเรื้อรัง 4. ไขมันสูงกว่าปกติ มีอาการ แพทย์ให้การรักษา มีความเรื้อรัง มีปัญหาโรคหัวใจต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง และมีอาการหัวใจล้มเหลวที่จำกัดกิจกรรมบางประการ 5. Liver enzymes สูงกว่าปกติ มีอาการ แพทย์ให้การรักษา มีความเรื้อรัง แพทย์จำกัดกิจกรรมบางอย่าง
		Interview	ส่วนที่ 2, ข้อที่ 13, คำตอบ มี (2) ส่วนที่ 3, ข้อที่ 21, คำตอบ พอใช้ (4) หรือไม่ดี (5) ข้อที่ 23, คำตอบ ข้อใดข้อหนึ่งหรือทุกข้อ มีเล็กน้อย (2) หรือลำบาก (3)

จำแนกระดับสุขภาพ 5 ระดับดังกล่าวว่าแตกต่างกันอย่างไรในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน 4 กลุ่ม คือ Promotion, Prevention, Illness, และ Sick-role Behavior นอกจากนี้ในการวิเคราะห์ยังวิเคราะห์แยกกลุ่มประชากรดังกล่าวตามปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ประชากรที่แตกต่างกัน (จำแนกตามอายุ เพศ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา เป็นต้น) ด้วย ผลที่ได้จากการแยกพิจารณาตามปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมประชากรข้างต้น จะเป็นแนวทางกำหนดนโยบาย ตลอดจนแนวทางการวางแผนเพื่อหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ ประชากรที่ยังเป็นปัญหาอยู่ ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. คำนวณหาคะแนน SF 36 ของตัวอย่างแต่ละราย พร้อมหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และระดับสุขภาพ โดยคะแนน SF36 นั้นจำแนกเป็นกลุ่มสุขภาพ 8 ด้าน ได้แก่ ด้านหน้าที่ทางกายภาพ (Physical Functional: PF) ด้านความจำกัดในบทบาทเนื่องจากปัญหาทางกายภาพ (Role-Physical: RP) ด้านความปวดเจ็บทางร่างกาย (Bodily Pain: BP) ด้านสุขภาพทั่วไป (General Health: GH) ด้านกำลังกาย (Vitality: VT) ด้านหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning: SF) ด้านความจำกัดในบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ (Role-Emotional: RE) และ ด้านสุขภาพจิต (Mental Health: MH) โดยที่คะแนนที่สูงหมายถึงการมีสุขภาพที่ดี สำหรับ รายละเอียดของการคำนวณหาคะแนน SF 36 ดูในภาคผนวก ก

3.2.2 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 2

เพื่อให้ทราบว่าอุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์แบบพกพา ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้เครื่องมือดังกล่าวในการดูแลสุขภาพว่าก่อให้เกิดผลดีที่สุดตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ใช้เวลาในช่วงสั้น จึงไม่สามารถศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้ การพิจารณาผลที่เกิดขึ้นในระยะสั้นทำได้ โดยพิจารณาจาก

- ก. ผลการควบคุมเบาหวาน โดยประเมินจาก ค่า HbA1c ที่ทำการตรวจวัดเมื่อเริ่มการวิจัย และเมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 3 เดือน ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร นอกจากนี้ยังมีการตรวจติดตามเพื่อควบคุมปัญหาอื่นๆ ที่เป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วย เช่น การตรวจการทำงานของตับ ไต และการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันด้วย
- ข. ปริมาณการใช้อินซูลิน ผู้ป่วยที่มีการควบคุมที่ดีย่อมสามารถปรับใช้ปริมาณอินซูลินได้ดี ซึ่งการควบคุมที่ดีควรช่วยให้มีการใช้ปริมาณอินซูลินลดลง น้อยกว่ากลุ่มที่มีการควบคุมที่ไม่ดี
- ค. การยอมรับและความพึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์และความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นอย่างไร

เพื่อให้ทราบว่าอุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์แบบพกพา ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้เครื่องมือดังกล่าวในการดูแลสุขภาพว่าก่อให้เกิดผลดีที่สุดตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ จะวิเคราะห์โดย

วิธี Value Proposition Analysis (VPA) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ที่ศึกษาคุณค่าในเรื่องของการดูแลบำบัดรักษาคนไข้ เป็นการจัดลำดับเชิงปริมาณเกี่ยวกับขั้นตอนทางการแพทย์ในการดูแลรักษาคนไข้ ว่าได้มีการพิจารณาแนวทางการปรับกระบวนการดูแลบำบัดรักษาคนไข้ เช่น การปรับลดปริมาณอินซูลินรวมที่มีการประเมินผลเพื่อปรับปรุงกระบวนการดังกล่าวเป็นระยะๆ เพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องหรือไม่ ทั้งนี้การวิเคราะห์ว่าด้วยเรื่องคุณค่าดังกล่าว ต้องคำนึงถึงผลลัพธ์เชิงเศรษฐกิจสังคมที่เกิดขึ้นกับคนไข้และสถานพยาบาล โดยพิจารณาค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปเพื่อการรักษาพยาบาล โดยการวิเคราะห์เชิงเศรษฐกิจและสังคมดังกล่าว ต้องพิจารณาทั้งผลลัพธ์ที่เป็นตัวเงิน (in cash) และที่ไม่ใช่ตัวเงิน (in kind) ด้วย กล่าวคือเน้นวิเคราะห์ในรูปประสิทธิภาพต่อค่าใช้จ่าย (cost effectiveness) จากการดำเนินกิจกรรมดูแลคนไข้เพื่อให้ทั้ง 2 ฝ่าย คนและสถานพยาบาลได้รับประโยชน์ มากกว่าที่จะพิจารณาโดยเน้นผลที่ได้รับจากการบริการต่อค่าใช้จ่ายที่ลงไป (cost-benefit) ในรูปกำไรที่สถานพยาบาลได้รับ

สำหรับกลุ่มที่มีปัญหาทุพพลภาพ (ในกลุ่ม DC4 และ DC5 เป็นต้น) ในที่นี้คือกลุ่มคนไข้เบาหวานที่เลือกเป็นตัวอย่างในการศึกษา การศึกษานี้จะศึกษา แนวทางการปฏิบัติ (Practical guideline) ว่าจะดูแลกลุ่มประชากรที่มีปัญหาทุพพลภาพกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ได้อย่างไร โดยทั่วไปแล้วกลุ่มประชากรกลุ่มนี้น่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหากประชากรมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น ดังนั้นการเตรียมการเพื่อรองรับแนวโน้มดังกล่าวแต่เนิ่นๆน่าจะเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มประชากรกลุ่มดังกล่าว การวิเคราะห์เพื่อพิจารณาว่าระบบสาธารณสุขที่เป็นอยู่มีการเตรียมการเพื่อรองรับปัญหาทุพพลภาพที่กล่าวถึงข้างต้นได้ดีพอแล้วหรือไม่ สามารถวิเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพที่เป็นอยู่เพื่อดูว่าผู้ป่วยหรือประชากรที่มีปัญหาทุพพลภาพได้รับการดูแลเพื่อให้ได้รับผลดีที่สุด (Optimizing health care: OHR) หรือไม่ ทั้งนี้การพิจารณาว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพก่อให้เกิดผลดีต่อการดูแลสุขภาพของประชากรในระดับดีแล้วหรือยัง (Optimizing health care: OHR) จะพิจารณาโดยวิเคราะห์เพื่อดูว่าระบบสุขภาพได้มีการสร้างระบบในการดูแลสุขภาพของประชากรในเรื่องที่เรากำลังพูดถึงนี้ในระดับใด^{2 3 4 5}

1. การสร้างยุทธศาสตร์เชิงบูรณาการ (Integrative strategies) โดยรวม POCT (Point-of-care testing) กับกระบวนการทางคลินิกด้านอื่นๆเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (combine POCT with other clinical processes to economize resources)

² Kost GJ. *Principles and Practice of Point-of-Care Testing*. Philadelphia: Lippincott, Williams, and Wilkins; 2002, 654 pages.

³ Kost GJ. Goals, guidelines, and principles for point-of-care testing. In: Kost GJ, Ed. *Principles and Practice of Point-of-Care Testing*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002, Chapter 1, p. 3-12.

⁴ Kost GJ. The hybrid laboratory, therapeutic turnaround time, critical limits, performance maps, and knowledge optimization. In: Kost GJ, Ed. *Principles and Practice of Point-of-Care Testing*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002, Chapter 2, p. 13-25.

⁵ Kost GJ. Controlling economics, preventing errors, and optimizing outcomes in point-of-care testing. In: Kost GJ, Ed. *Principles and Practice of Point-of-Care Testing*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002, Chapter 40, p. 577-600.

2. การวางขั้นตอนในการรักษาโรค (Treatment algorithms) โดยใช้ข้อมูล POCT เป็นข้อมูลนำทางเพื่อวางขั้นตอนการบำบัดดูแลรักษาคนไข้ (use POCT data to gateway logic flow leading to therapeutic endpoints)

3. การวางแผนผังแผนที่การดำเนินงานที่มีสมรรถภาพ (Performance maps) เป็นการวาง POCT ให้มีระบบตอบสนอง เพื่อรองรับกรณีที่มีความต้องการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเร่งด่วน เช่น กรณีคนไข้อุบัติเหตุหรือคนไข้ชั้นวิกฤตที่ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วน (place POCT within feedback systems for immediate decision making in critical care)

4. การวางช่องทางการดูแลผู้ป่วย (Care paths) หมายถึงการวางต้นร่างเกี่ยวกับการรักษาคนไข้ที่ต้องการข้อมูล POCT ซึ่งเป็นระบบข้อมูลที่มีขั้นตอนการดูแลคนไข้ตั้งแต่ช่วงรับเข้าจนกระทั่งหายป่วยและแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ (represent clinical protocols that typically require POCT for sequential milestones from patient admission to discharge)

ทั้งนี้การวิเคราะห์เพื่อให้สามารถทราบว่า การดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์แบบพกพาในการดูแลสุขภาพ (POCT) ว่าก่อให้เกิดผลดีที่สุด (Optimizing health care: OHR) สมตามที่ได้ตั้งเป้าไว้แล้วหรือยัง จะวิเคราะห์โดยวิธี Value Proposition Analysis (VPA)

การวิเคราะห์ว่าด้วยคุณค่าในเรื่องของการดูแลบำบัดและรักษาคนไข้ (VPA) เป็นการจัดลำดับเชิงปริมาณเกี่ยวกับขั้นตอนทางการแพทย์ในการดูแลรักษาคนไข้ ว่าได้มีการพิจารณาแนวทางการปรับกระบวนการดูแลบำบัดรักษาคนไข้ รวมทั้งมีการประเมินผลเพื่อปรับปรุงกระบวนการดังกล่าวเป็นระยะๆ เพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องหรือไม่ ทั้งนี้การวิเคราะห์ว่าด้วยคุณค่าในเรื่องของการดูแลบำบัดและรักษาคนไข้ (VPA) ดังกล่าวคำนึงถึงผลลัพธ์เชิงเศรษฐกิจสังคมที่คนไข้ และสถานพยาบาลจะได้รับ โดยพิจารณาค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปเพื่อการดูแลรักษาพยาบาล โดยการวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงเศรษฐกิจและสังคมดังกล่าว ต้องพิจารณาทั้งผลลัพธ์ที่เป็นตัวเงิน (in cash) และที่ไม่ใช่ตัวเงิน (in kind) ด้วย กล่าวคือเน้นวิเคราะห์ในรูปแบบประสิทธิภาพต่อค่าใช้จ่าย (cost-effectiveness) จากการดำเนินกิจกรรมดูแลคนไข้เพื่อให้ทั้งสองฝ่าย (คนไข้และสถานพยาบาล) ได้รับประโยชน์มากกว่าที่จะพิจารณาโดยเน้น ผลที่จะได้รับจากการบริการต่อค่าใช้จ่ายที่ลงไป (cost-benefit) ในรูปกำไรที่สถานพยาบาลจะได้รับ

อย่างไรก็ตามเนื่องจากการวิเคราะห์โดยวิธี VPA ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อวิเคราะห์คุณค่าในเรื่องของการดูแลบำบัดและรักษาคนไข้ (VPA) สำหรับคนไข้ที่อยู่ระหว่างการได้รับการดูแลสุขภาพโดยใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์แบบพกพาในการดูแลสุขภาพ (POCT) ว่าได้รับการดูแลรักษาที่ก่อให้เกิดผลดีที่สุด (Optimizing health care: OHR) หรือไม่อย่างไร สำหรับการดูแลสุขภาพอนามัยของประชากรโดยทั่วไป (public health) ยังไม่ได้มีการพัฒนาการวิเคราะห์ VPA เพื่อวิเคราะห์ว่าการดูแลสุขภาพอนามัยของประชากรโดยทั่วไป (public health) ที่ดำเนินการอยู่นั้นประชาชนที่กำลังรับบริการอยู่ได้รับการดูแลรักษาที่ก่อให้เกิดผลดีที่สุด (Optimizing health care: OHR) หรือไม่อย่างไร

การศึกษาครั้งนี้จะเป็นโครงการนำร่องที่จะทดลองใช้วิธีการดังกล่าว โดยวิเคราะห์คุณค่าในเรื่องของการดูแลบำบัดและรักษาคอนไซ้ (VPA) เปรียบเทียบ Disability classes (DC) ที่ต่างกัน จำแนกตามระบบการเข้าถึงการบริการสุขภาพ อนามัย (assess health delivery systems) การได้รับการดูแลสุขภาพโดยใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์แบบพกพาในการดูแลสุขภาพสำหรับคนไซ้ที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ดังกล่าว (การวิเคราะห์ดังกล่าวจะวิเคราะห์จากการถามทัศนคติความพึงพอใจกับบริการสุขภาพอนามัยที่คนไซ้ได้รับ) นอกจากนี้ยังวิเคราะห์จำแนกตามค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่ม (out of pocket) นอกเหนือจากที่ประกันสังคม ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน หรือที่ราชการวิสาหกิจ และวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมอื่นๆ

การศึกษาดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการวางระบบการตรวจสอบระดับของโรคที่มีประสิทธิภาพ (effective diagnostic testing) สำหรับคนไซ้ที่อยู่ในขั้นทุพพลภาพ (เช่นคนไซ้ที่มีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัว) รวมทั้งได้ระบบการดูแลติดตามความคืบหน้าการดูแลรักษาคอนไซ้ทุพพลภาพดังกล่าว

3.3 ขอบเขตของการวิจัย

1. การตรวจประเมินหาสถานะสุขภาพในคนไทยทำเฉพาะคนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มาตรวจสุขภาพและอาสาสมัครร่วมโครงการโดยตรวจทางการแพทย์และการสอบถามโดยใช้แบบสอบถามที่เตรียมไว้
2. การตรวจประเมินหาสถานะสุขภาพ การยอมรับและความพึงพอใจของผู้ป่วยทำเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน (DM type II) ที่ไม่มีปัญหา stroke, heart disease, renal disease, liver disease ร่วมอยู่ด้วย และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษากับฝ่ายอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีการฉีดอินซูลินเท่านั้น และเป็นคนไทยที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินสุขภาพด้วยตนเองจากตัวอย่างที่เก็บที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ และ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

4.1.1 ข้อมูลทั่วไป

จำนวนประชากรตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 1,600 คน เป็นเพศชาย 611 คน (ร้อยละ 38.19) และเป็นเพศหญิง 989 คน (ร้อยละ 61.81) มีอายุเฉลี่ย 38.15 ปี โดยที่เพศชายมีอายุเฉลี่ย 38.33 ปี เพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 38.04 ปี ประชากรตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30-34 ปี มากสุด (ร้อยละ 17.19) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 35-39 ปี และ กลุ่มอายุ 40-44 ปี (ร้อยละ 16 และ ร้อยละ 14.44 ตามลำดับ) โดยตัวอย่างส่วนมากมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 55.27) รองลงมาคือเป็นโสดและหย่าร้าง (ร้อยละ 39.61 และร้อยละ 2.65 ตามลำดับ) และอาศัยอยู่ในที่อยู่ปัจจุบันโดยเฉลี่ย 22.3 ปี

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา (ร้อยละ 62.34) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาและ ระดับประถมศึกษาหรือน้อยกว่า (ร้อยละ 16.6 และ ร้อยละ 11.58 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างรัฐบาล (ร้อยละ 57.26) รองลงมาคือ อาชีพลูกจ้างเอกชน (ร้อยละ 21.31) อาชีพอื่น ๆ และอาชีพทำงานบ้าน (ร้อยละ 7.73 และร้อยละ 3.90 ตามลำดับ) และมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 18,744.82 บาท ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.21 คน โดยประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 – 5 คน มีสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 43.66) รองลงมาคือมีจำนวนสมาชิก 2 – 3 คน (ร้อยละ 31.69) และจำนวนสมาชิก > 5 คน และ 1 คน (ร้อยละ 19.26 และ ร้อยละ 5.39 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่มีการแต่งงาน (ร้อยละ 24.94) รองลงมาคือ มารดา (ร้อยละ 21.09) คู่สมรส/ คู่รักและบิดา (ร้อยละ 18.63 และ ร้อยละ 13.70 ตามลำดับ) โดยเฉลี่ยต้องดูแลสมาชิก 2.16 คน

4.1.2 ข้อมูลสถานสุขภาพและการดูแลสุขภาพทั่วไป

4.1.2.1 การมีโรคประจำตัว

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.48) และส่วนใหญ่ทราบจากการสังเกตตัวเอง (ร้อยละ 39.35) รองลงมา คือ ทราบจากการพบแพทย์และผลการตรวจทางห้องแล็บตามลำดับ (ร้อยละ 38.24 และ ร้อยละ 14.76 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายทราบว่าไม่มีโรคประจำตัวจากการสังเกตตนเองมีสัดส่วนใกล้เคียงกันกับเพศหญิง (ร้อยละ 39 เปรียบเทียบกับร้อยละ 39.55) นอกจากนี้เพศชายทราบว่าไม่มีโรคประจำตัว จากแพทย์มีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 39.74 และ ร้อยละ 37.32 ตามลำดับ) ในขณะที่เพศหญิงทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวโดยทราบจากผลการตรวจทางห้องแล็บมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 15.63 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 13.34)

เมื่อพิจารณาการประเมินสุขภาพของการมีโรคประจำตัวจำแนกตามช่วงของอายุ พบว่า ประชากรตัวอย่างที่มีอายุ 20-24 ปี ไม่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 80.41) ส่วนช่วงอายุ

25-29 ปี และ ช่วงอายุ 30-34 ปี นั้นประเมินว่าไม่มีโรคประจำตัวมีส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 76.34 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 76.36) และ ช่วงอายุ 35-39 ปีและช่วงอายุ 40-44 ปี ไม่มีโรคประจำตัวมีส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 71.48 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 71.43)

ประชากรตัวอย่างที่ประเมินตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัวนั้น เมื่อจำแนกตามช่วงของรายได้ พบว่า ผู้รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ไม่มีโรคประจำตัวมีส่วนสูงสุด (ร้อยละ 72.62) รองลงมาคือ ช่วงรายได้ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท และ รายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท ตามลำดับ (ร้อยละ 70.43 และ ร้อยละ 67.66 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างที่ประเมินตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัวนั้นเมื่อจำแนกตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่า ผู้ที่มีจำนวนสมาชิก 1 คน และ มากกว่า 5 คน มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 71.76 เปรียบเทียบกับร้อยละ 71.38) รองลงมา จำนวนสมาชิก 4-5 คน และ 2-3 คน ตามลำดับ (ร้อยละ 73 และ ร้อยละ 67.13 ตามลำดับ)

ในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ประเมินตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัวนั้นเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่มีความคล่องแคล่วตลอดเวลาที่มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 73.67) รองมาคือกลุ่มที่ถือความสนุกสนานและกลุ่มหัวโบราณ (ร้อยละ 71.37 และร้อยละ 63.33 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรตัวอย่างที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิของรัฐวิสาหกิจเป็นผู้ที่ ไม่มีโรคประจำตัวในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 81.82) รองมาคือกลุ่มผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยระบบประกันสังคม (ร้อยละ 78.70) ตามลำดับ

4.1.2.2 การรับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม เป็นประจำ

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม (ร้อยละ 71.98) เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า เพศชายมากกว่า 3 ใน 4 ไม่ได้รับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม เป็นประจำ (ร้อยละ 77.6) และเพศหญิงไม่ได้รับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม เป็นประจำ (ร้อยละ 68.48)

ผู้ที่ตอบว่ารับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำ ส่วนใหญ่ระบุว่าใช้เพื่อบำรุงร่างกาย (ร้อยละ 53.43) รองลงมา คือ ใช้เพื่อรักษาโรคและชดเชยสารอาหาร ตามลำดับ (ร้อยละ 32.43 ร้อยละ 11.43 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำเพื่อบำรุงร่างกายมีส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 57.49 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 44.22) รองลงมาคือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำเพื่อชดเชยสารอาหาร (ร้อยละ 12.28 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 9.52) ในขณะที่เพศชายใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำเพื่อรักษาโรคมมีส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 44.90 เปรียบเทียบกับร้อยละ 26.95)

เมื่อพิจารณาคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำ พบว่า ผู้ที่ใช้เป็นประจำนั้นส่วนใหญ่เลือกดูแลตนเอง (ร้อยละ 45.25) รองลงมา คือ ปริญญาแพทย์และปริญญาตรีหรือผู้คนรอบข้าง (ร้อยละ 37.33 และ ร้อยละ 7.01 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงที่ใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำนั้นเลือกดูแลเองมีส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ

45.6 เปรียบเทียบกับร้อยละ 44.44) รองลงมา คือการปรึกษาญาติหรือผู้คนรอบข้าง (ร้อยละ 8.14 เปรียบเทียบกับร้อยละ 4.44) ในขณะที่เพศชายที่ใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำนั้นจะปรึกษาแพทย์ในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 45.19 เปรียบเทียบกับร้อยละ 33.88)

ประชากรตัวอย่างที่มีอายุ 55-59 ปี เป็นผู้ที่ใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำสูงสุด (ร้อยละ 47.31) รองมาคือผู้ที่มีอายุ 50-54 ปี และ ช่วงอายุ 45-49 ปี ตามลำดับ (ร้อยละ 44.44 และ ร้อยละ 30.92 ตามลำดับ)

ในบรรดาผู้ที่รับประทานหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม/เป็นประจำ นั้นเมื่อจำแนกตามช่วงของรายได้ พบว่า ผู้ที่มีรายได้ในช่วง 20,001 – 30,000บาท เป็นกลุ่มที่ใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม/เป็นประจำในสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 37.93) รองมาคือผู้ที่มีรายได้มากกว่า30,000 บาท และกลุ่มผู้มีรายได้ 10,001-20,000 บาท ตามลำดับ (ร้อยละ 35.71 และร้อยละ 29.53 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างที่ถือว่าตนเองอยู่ในกลุ่มหัวโบราณเป็นกลุ่มที่ได้รับประทานหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำสูงสุด (ร้อยละ 35.96) รองมาคือกลุ่มที่มองประโยชน์ที่ได้รับเป็นสำคัญ และกลุ่มที่มีความคล่องแคล่วตลอดเวลา ตามลำดับ (ร้อยละ 29.73 และ ร้อยละ 26.90 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยระบบการประกันสุขภาพด้วยตนเองนั้นได้รับประทานหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำสูงสุด (ร้อยละ 85.71) รองมาคือกลุ่มผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง จ่ายโดยลูกหลานหรือคนในครอบครัว และจ่ายโดยสิทธิของรัฐบาล (ร้อยละ 32.28 ร้อยละ 30.00 และร้อยละ 29.35)

4.1.2.3 การเคยพบแพทย์และความถี่ในการพบแพทย์

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เคยพบแพทย์ (ร้อยละ 86.25) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงเคยพบแพทย์มีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 87.77 และ ร้อยละ 83.80 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์นาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 36.60) รองลงมา คือ เฉพาะเวลาไม่สบาย 2 - 3 เดือนครั้ง และ เคยแต่นานมาแล้ว ตามลำดับ (ร้อยละ 24.10 และ ร้อยละ 18.26 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายจะพบแพทย์นาน ๆ ครั้งมีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 38.63 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 35.40 ตามลำดับ) รองลงมาเคยแต่นานมาแล้ว (ร้อยละ 23.34 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 15.26) ส่วนเพศหญิงพบแพทย์เฉพาะเวลาไม่สบาย 2 – 3 เดือนครั้งมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 28.25 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 17.10) รองลงมาเป็นประจำตามแต่แพทย์นัด (ร้อยละ 14.66 เปรียบเทียบกับร้อยละ 12.47)

ประชากรตัวอย่างที่มีอายุช่วง 55-59 ปี เคยพบแพทย์มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 93.55) รองมาคือกลุ่มผู้มีอายุช่วง 50-54 ปี และกลุ่มอายุช่วง 35-39 ปี ตามลำดับ (ร้อยละ 90.06 และ ร้อยละ 89.76 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท เคยพบแพทย์ในสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 93.38) รองมาคือ กลุ่มผู้มีรายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท และ รายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ตามลำดับ (ร้อยละ 91.58 และ ร้อยละ 87.36 ตามลำดับ) นอกจากนี้ผู้ที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า 5 คน เป็นกลุ่มที่เคยพบแพทย์สูงสุด (ร้อยละ 90.03) รองมาคือกลุ่มผู้ที่มีจำนวนสมาชิก 2-3 คน และ 1 คน ตามลำดับ (ร้อยละ 86.90 และ ร้อยละ 85.71 ตามลำดับ)

กลุ่มที่ระบุว่ามีความคล่องแคล่วตลอดเวลาเป็นกลุ่มที่เคยพบแพทย์มากที่สุด (ร้อยละ 88.82) รองมาคือกลุ่มที่ถือความสนุกสนานและกลุ่มที่มองประโยชน์ที่ได้รับเป็นสำคัญตามลำดับ (ร้อยละ 85.60 และ ร้อยละ 85.11 ตามลำดับ) เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยระบบประกันสุขภาพของตนเอง เป็นกลุ่มที่เคยพบแพทย์มากที่สุด (ร้อยละ 100) ส่วนผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิของรัฐบาลและรัฐวิสาหกิจร้อยละ 89.49 และ ร้อยละ 90.91 ตามลำดับเท่านั้นที่เคยเข้าพบแพทย์

4.1.2.4 ค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพ

ตัวอย่างส่วนใหญ่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิของรัฐบาล (ร้อยละ 38.72) รองลงมา คือ จ่ายเอง และจ่ายโดยประกันสังคม (ร้อยละ 28.12 และ ร้อยละ 14.13 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า เพศชายค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพโดยใช้สิทธิของรัฐบาลมีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 42.17 เปรียบเทียบกับร้อยละ 36.60) ส่วนเพศหญิงจ่ายเองมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย(ร้อยละ 28.80 เปรียบเทียบกับร้อยละ 27.02) รองลงมา จ่ายโดยระบบประกันสังคม (ร้อยละ 14.45 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 13.60) และจ่ายโดยระบบประกันสังคมของหน่วยงานที่ทำ (ร้อยละ 14.45 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 11.53)

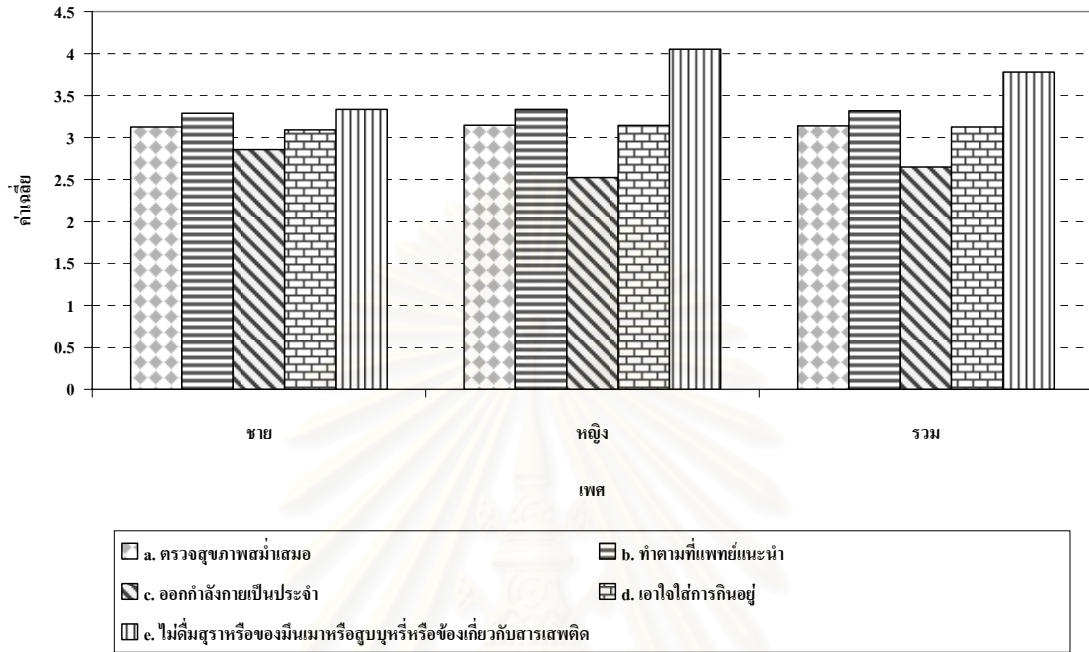
4.1.2.5 การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ

ในเรื่องการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยเรื่องการตรวจสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การออกกำลังกาย การไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติด พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติด รองมาคือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ และเอาใจใส่การกินอยู่ในระดับดี ตามลำดับ ส่วนการออกกำลังกายนั้นให้ความสำคัญในอันดับท้ายสุด (รูปที่ 4.1)

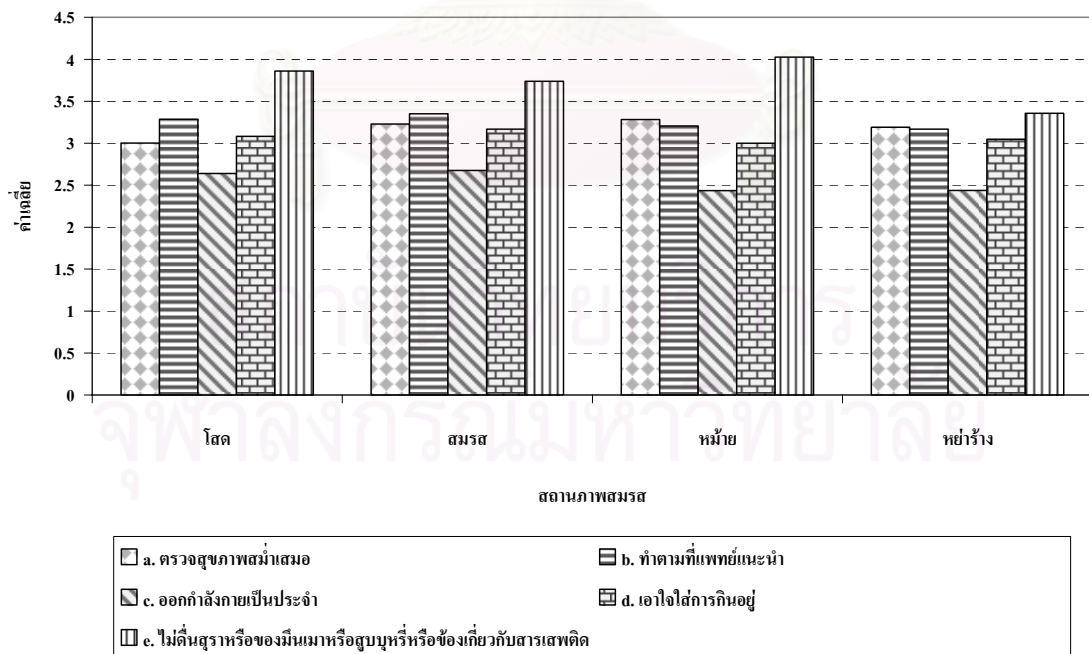
จากรูปที่ 4.1 จะเห็นว่าเพศหญิงให้ความสำคัญในเรื่องการไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติดสูงกว่าเพศชายอย่างเห็นได้ชัดเจน ส่วนเรื่องการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ การทำตามคำแนะนำของแพทย์ และการเอาใจใส่การกินอยู่ นั้นทั้งสองเพศให้ความสำคัญไม่แตกต่างกัน เป็นที่น่าสังเกตว่าเพศชายให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกาย มากกว่าเพศหญิงอย่างเห็นได้ชัดเจน

เมื่อพิจารณาการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่าผู้ที่เป็นหม้ายให้ความสำคัญกับการไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติดสูงกว่า

กลุ่มอื่น ส่วนการตรวจสอบสภาพสมร่าเสมอ การทำตามคำแนะนำของแพทย์ และการเอาใจใส่การกินอยู่ นั้นไม่ว่าจะเป็นผู้มีสถานภาพสมรสเช่นไรก็ให้ความสำคัญไม่แตกต่างกัน ส่วนเรื่องการออกกำลังกาย นั้นกลุ่มผู้เป็นหม้ายและหย่าร้างให้ความสำคัญน้อยสุด (รูปที่ 4.2)



รูปที่ 4.1 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามเพศ

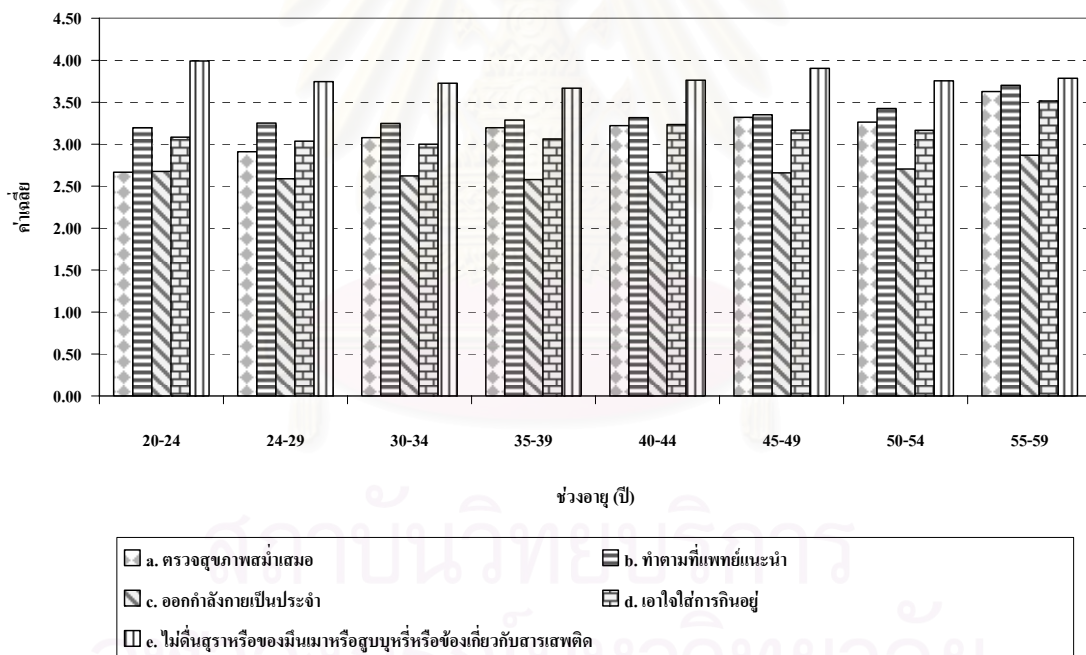


รูปที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามสถานภาพสมรส

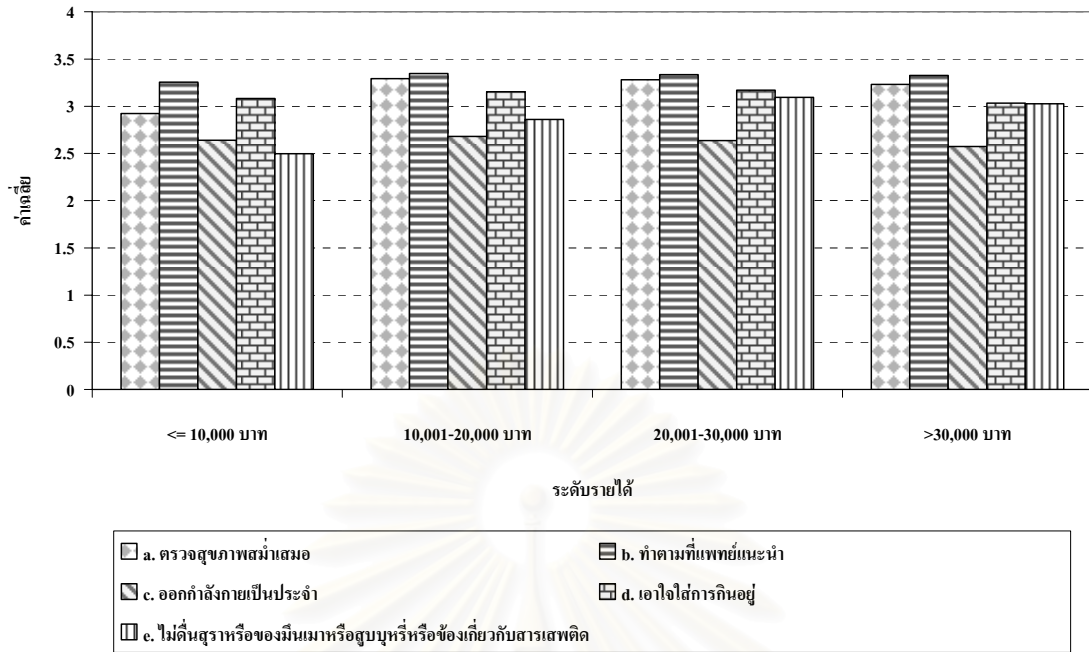
กลุ่มคนที่มียาอายุมากขึ้นให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพ การเอาใจใส่การกินอยู่ และการออกกำลังกายมากขึ้น ส่วนการทำตามแพทย์แนะนำนั้นไม่ว่าเป็นกลุ่มอายุใดได้ให้ความสำคัญในระดับที่ดีไม่ต่างกันมาก ยกเว้นกลุ่มอายุ 55-59 ปี ที่ให้ความสำคัญในเรื่องนี้มากที่สุด (รูปที่ 4.3)

เมื่อพิจารณาการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามระดับรายได้ พบว่าผู้ที่มีรายได้น้อยให้ความสำคัญต่อการไม่ดื่มสุราหรือของมีนเมาหรือสูบบุหรี่หรือข้องเกี่ยวกับสารเสพติดน้อยสุด เช่นเดียวกับการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ ส่วนการออกกำลังกาย การเอาใจใส่การกินอยู่ และการทำตามแพทย์แนะนำ ไม่ว่าเป็นกลุ่มคนที่มีรายได้ระดับใดก็ให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าวไม่แตกต่างกัน (รูปที่ 4.4)

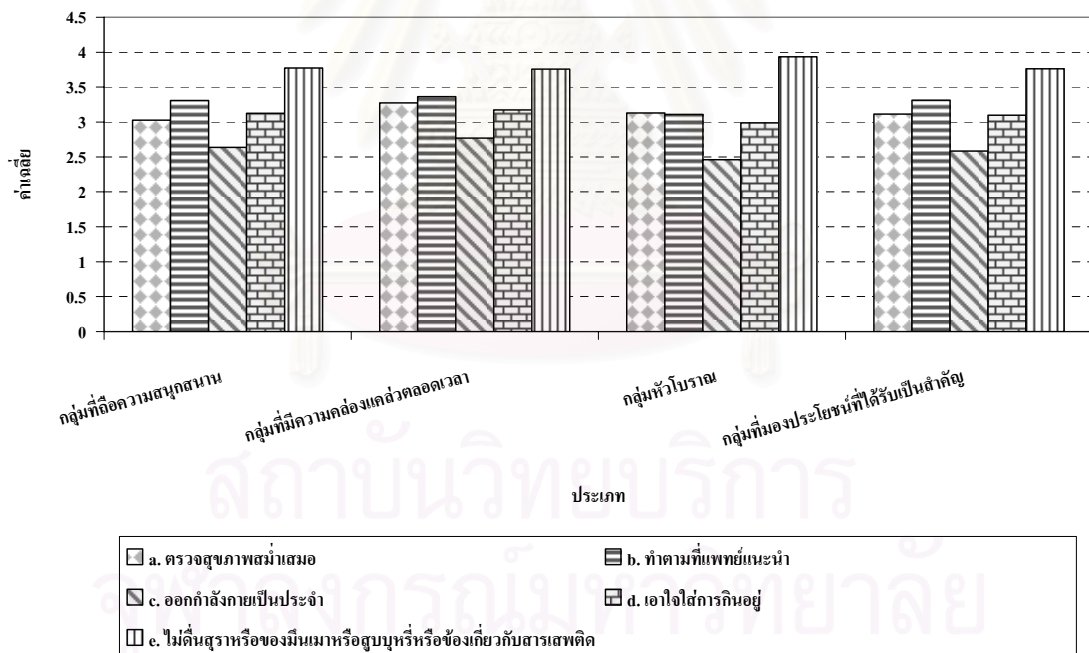
ในเรื่องการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพนั้นพบว่า ประชากรตัวอย่างกลุ่มหัวโบราณให้ความสำคัญกับการไม่ดื่มสุราหรือของมีนเมาหรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติดสูงสุด ในขณะที่ให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายต่ำสุด กลุ่มที่ให้ความสำคัญต่อการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ การทำตามแพทย์แนะนำ และการออกกำลังกายมากที่สุดคือกลุ่มที่มีความคล่องแคล่วตลอดเวลา ส่วนเรื่องการเอาใจใส่การกินอยู่นั้นไม่ว่าเป็นคนกลุ่มใดให้ความสำคัญต่อเรื่องนี้ไม่แตกต่างกัน (รูปที่ 4.5)



รูปที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ



รูปที่ 4.4 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามระดับรายได้



รูปที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามแบบการดำรงชีวิต

4.1.2.6 สถานที่ที่ใช้บริการดูแลสุขภาพ

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้บริการที่สถานีนอนมัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / โรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 69.42) รองลงมา คือ ที่โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน ตามลำดับ (ร้อยละ 18.64 และ ร้อยละ 6.75 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายใช้บริการที่ สถานีนอนมัย /

ศูนย์บริการสาธารณสุข / โรงพยาบาลของรัฐสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 70.05 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 69.03) รองลงมาร้านขายยา (ร้อยละ 5.56 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 3.74) ส่วนเพศหญิงใช้ บริการที่คลินิกเอกชนสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 7.69 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 5.24) และเพศหญิง ใช้บริการดูแลสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนใกล้เคียงกับกับเพศชาย (ร้อยละ 18.33 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 18.83)

4.1.2.7 การใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพาในปัจจุบัน

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพา (ร้อยละ 97.29) เมื่อจำแนกตาม เพศ พบว่า เพศชายและ เพศหญิงไม่ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพามีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 97.53 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 97.15)

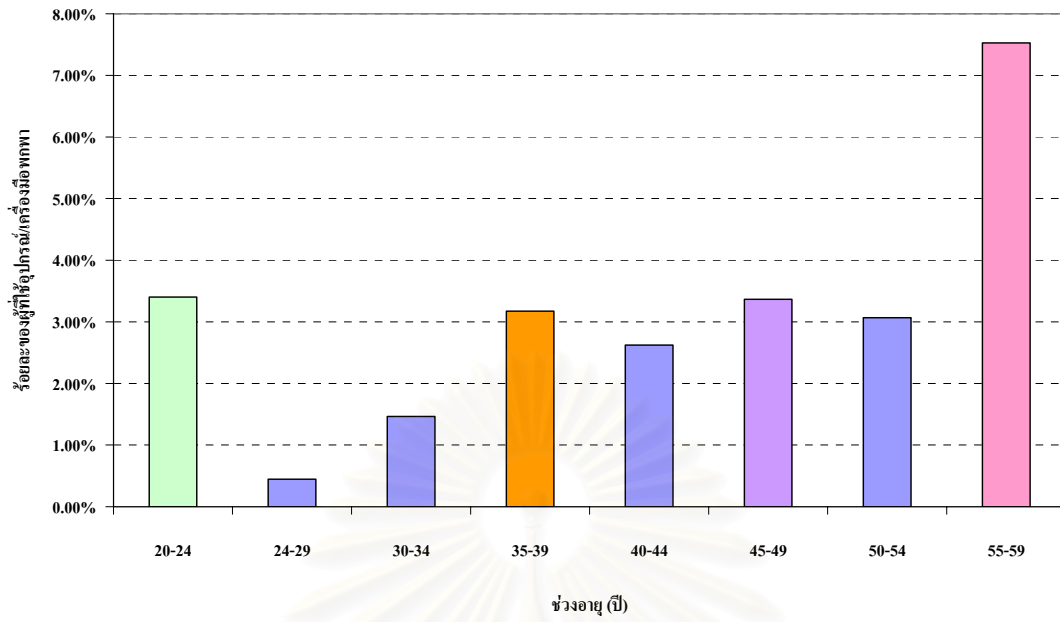
สำหรับสาเหตุที่ไม่ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพา เพราะ ไปตรวจที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 57.59) รองลงมาใช้ชีวิตสังเกตตัวเองและไม่สนใจ ตามลำดับ (ร้อยละ 24.77 และ ร้อยละ 6.76 ตามลำดับ) เมื่อ จำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงที่ไม่ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพานั้นเป็นเพราะไปตรวจที่โรงพยาบาลมี สัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 59.23 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 54.96) ส่วนเพศชายใช้ชีวิตสังเกต ตัวเองมีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 26.55 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 23.67) และไม่สนใจ เพศชาย และเพศหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 6.72 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 6.78)

ประชากรตัวอย่างกลุ่มอายุ 55-59 ปี เป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพามากที่สุด (ร้อยละ 7.53) รองมาคือกลุ่มผู้มีอายุ 20-24 ปี กลุ่มอายุ 45-49 ปี และ กลุ่มอายุ 35-39 ปี (ร้อยละ 3.40 ร้อยละ 3.37 และร้อยละ 3.17 ตามลำดับ) (รูปที่ 4.6)

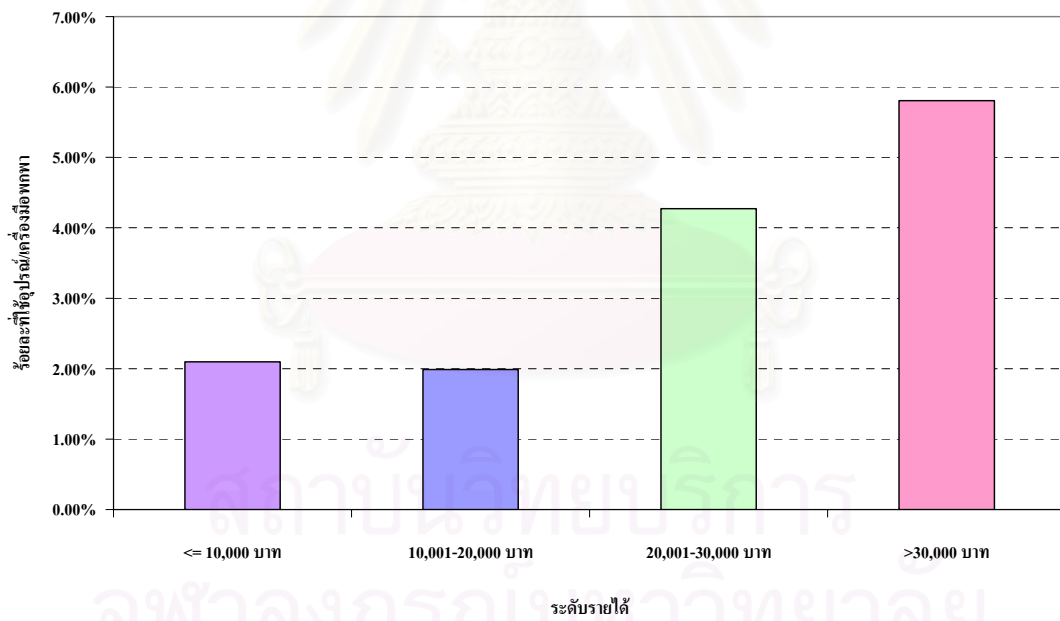
ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท เป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพามากที่สุด (ร้อยละ 5.81) รองมาคือกลุ่มผู้มีรายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท และกลุ่มผู้มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ตามลำดับ (รูปที่ 4.7)

กลุ่มที่มีความคล่องแคล่วตลอดเวลาเป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพามากที่สุด (ร้อยละ 3.62) รองมาคือกลุ่มหัวโบราณ และกลุ่มที่มองประโยชน์ที่ได้รับเป็นสำคัญ (ร้อยละ 3.37 และ ร้อย ละ 2.83 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มที่มีความสนุกสนานนั้นเป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพาน้อย สุด (รูปที่ 4.8)

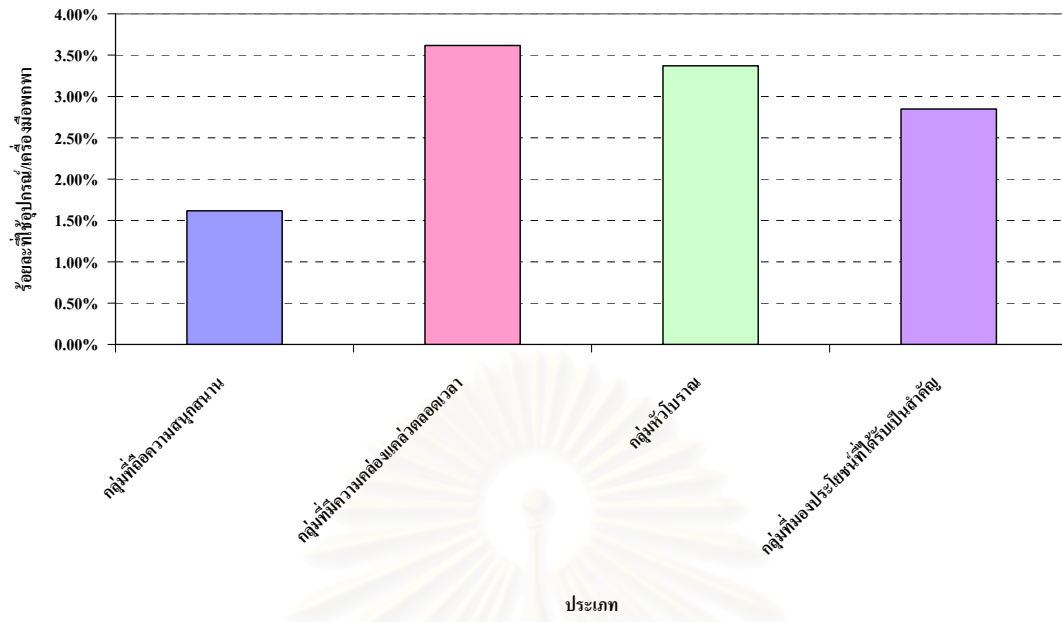
ผู้ที่ใช้สิทธิ์ของรัฐบาลเป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพามากที่สุด (ร้อยละ 3.55) รอง มาคือกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยลูกหลานหรือคนในครอบครัว และกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล เองตามลำดับ (ร้อยละ 2.44 และ 2.36 ตามลำดับ)



รูปที่ 4.6 ร้อยละของผู้ที่ใช้โปรแกรม/ เครื่องมือพกพา จำแนกตามกลุ่มอายุ



รูปที่ 4.7 ร้อยละของผู้ที่ใช้โปรแกรม/ เครื่องมือพกพา จำแนกตามระดับรายได้

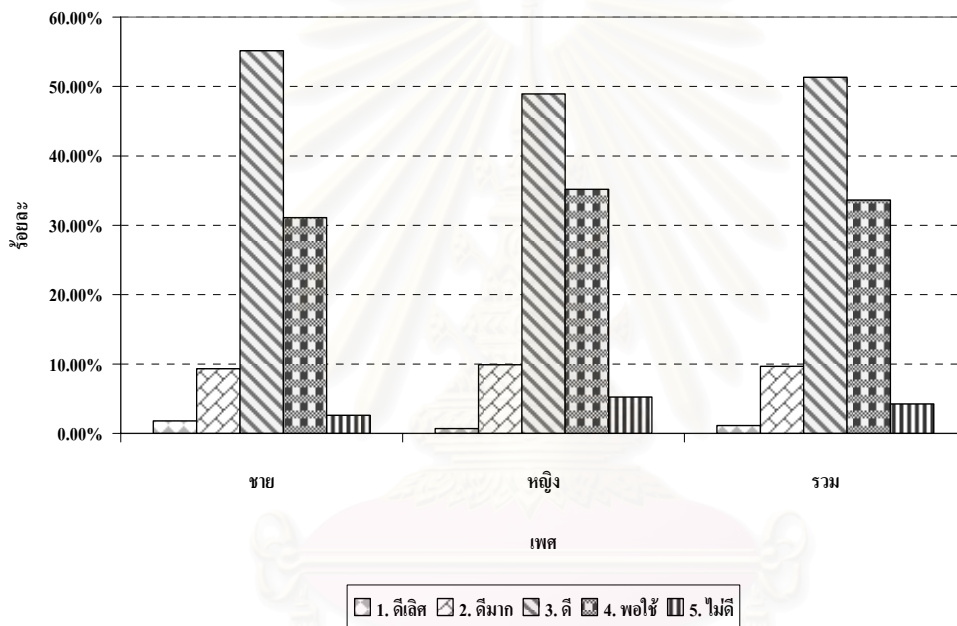


รูปที่ 4.8 ร้อยละของผู้ที่ใช้อุปกรณ์/ เครื่องมือพกพา จำแนกตามแบบการดำรงชีวิต

4.1.3 สถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตัวเอง

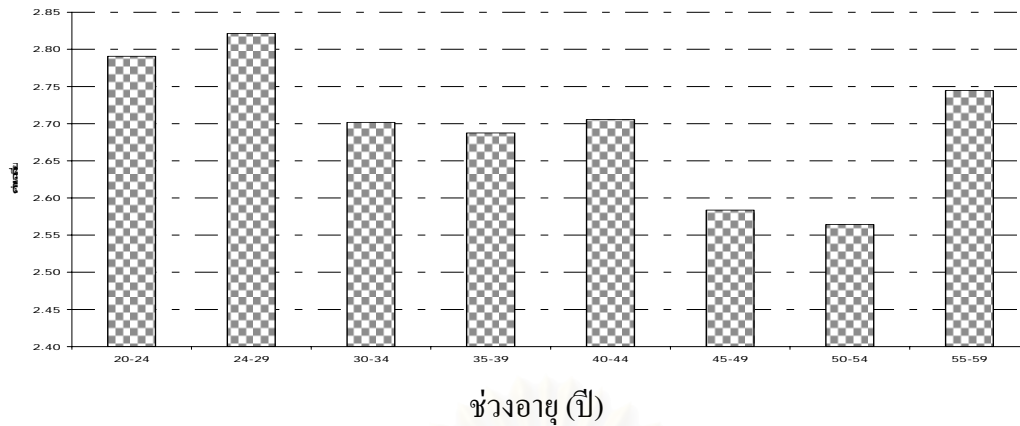
4.1.3.1 คิดว่าสุขภาพตนเองเป็นเช่นไร

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 51.31) รองลงมาคือระดับพอใช้ (ร้อยละ 33.63) และระดับดีมาก (ร้อยละ 9.69) เมื่อจำแนกตามเพศ เพศชายประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดีมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 55.16 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 48.94) ส่วนเพศหญิงประเมินว่าสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้มีสัดส่วนมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 35.19 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 31.10) และการประเมินสุขภาพระดับดีมาก เพศชายมีสัดส่วนน้อยกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 9.33 และ 9.91 ตามลำดับ) รูปที่ 4.9



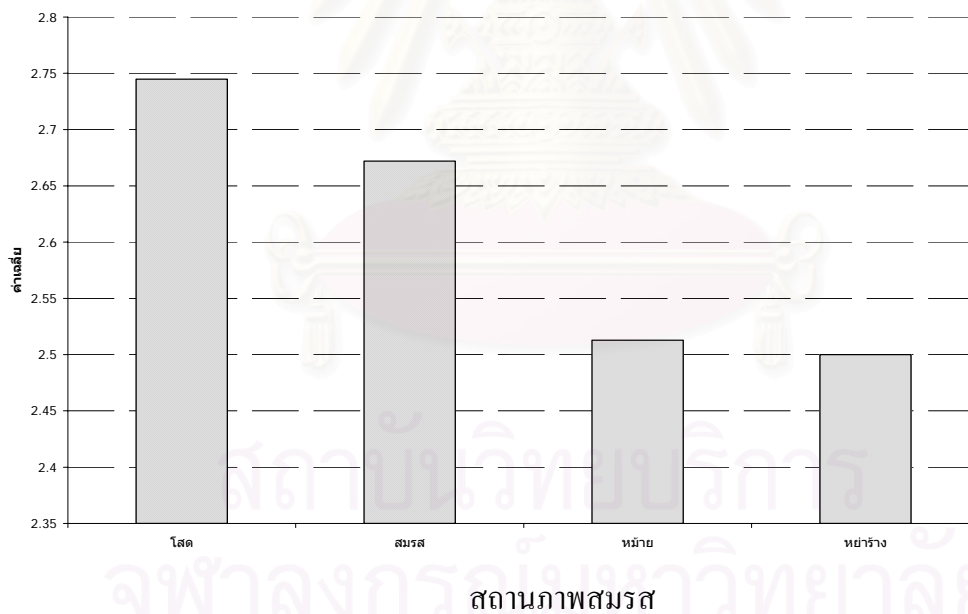
รูปที่ 4.9 ร้อยละของการประเมินสุขภาพด้วยตนเองจำแนกตามเพศ

ประชากรตัวอย่างช่วงอายุ 25-29 ปี ประเมินว่าสุขภาพตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ส่วนช่วงอายุ 20-24 ปี ช่วงอายุ 40-44 ปี และช่วงอายุ 55-59 ปี ประเมินว่าสุขภาพตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ รูปที่ 4.10



รูปที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง จำแนกตามช่วงอายุ (ดี = 3 พอใช้ = 2 ไม่ดี = 1)

เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ประชากรตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับพอใช้ มีอัตราส่วนสูงที่สุด ขณะที่ผู้ตอบที่มีสถานภาพเป็นหม้ายและหย่าร้าง ประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับพอใช้มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน รูปที่ 4.11

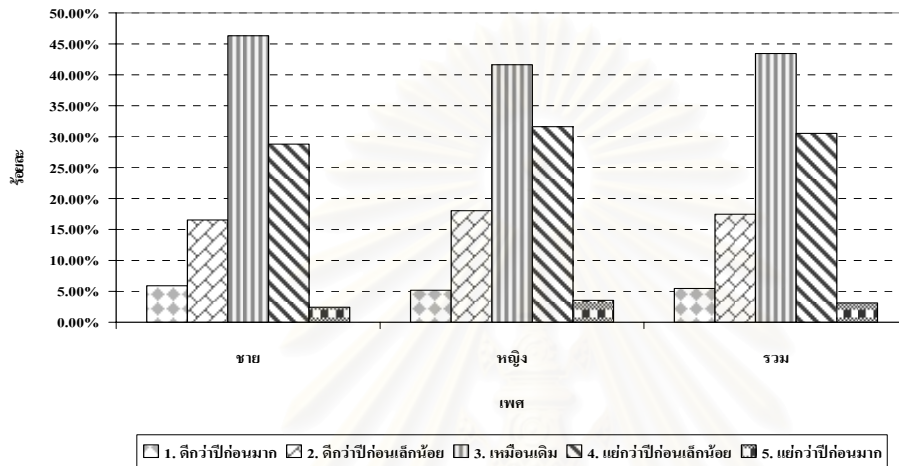


รูปที่ 4.11 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพด้วยตนเองจำแนกตามสถานภาพสมรส (ดี = 3 พอใช้ = 2 ไม่ดี = 1)

4.1.3.2 การเปรียบเทียบสุขภาพปีที่ผ่านมา

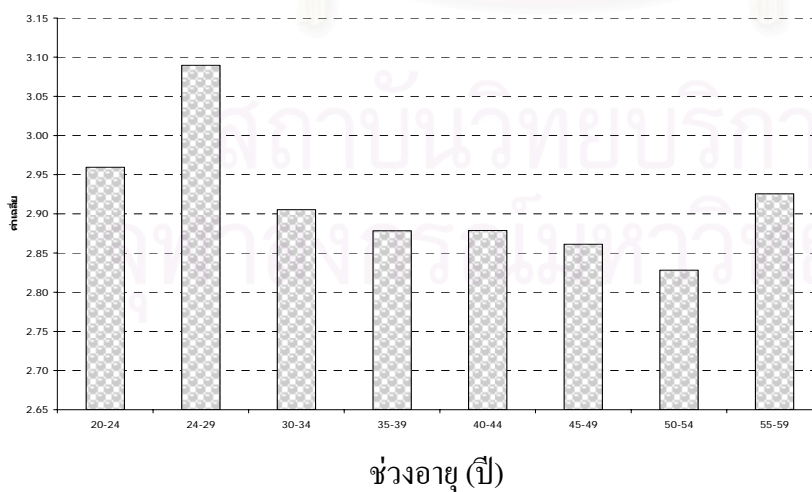
ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ประมาณว่าสุขภาพตนเองเหมือนเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ร้อยละ 43.43 รองลงมาคือแย่กว่าปีก่อนเล็กน้อย และดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย (ร้อยละ 30.54 และร้อยละ

17.46 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าเพศชายประเมินว่าสุขภาพตนเองเหมือนเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 46.32 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 41.64 ตามลำดับ) ขณะที่เพศหญิงประเมินว่าสุขภาพตนเองแย่กว่าปีที่แล้วเล็กน้อยมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 31.61 และร้อยละ 28.81ตามลำดับ) และประเมินว่าสุขภาพตนเองดีกว่าปีที่แล้วเล็กน้อยสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 18.03 และร้อยละ 16.53 ตามลำดับ) รูปที่ 4.12



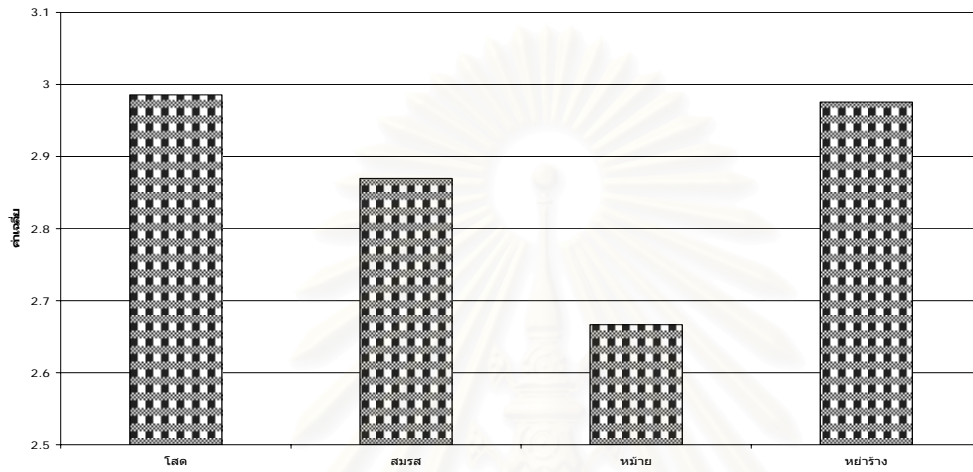
รูปที่ 4.12 ร้อยละของการประเมินสุขภาพตนเองเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ

เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วงอายุ 25-29 ปี ประเมินว่าสุขภาพตนเองเหมือนเดิมเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา รองลงมาคือช่วงอายุ 20-24 ปี และช่วงอายุ 55-59 ปี ขณะที่ประชากรช่วงอายุ 50-54 ปี ประเมินว่าสุขภาพของตนเองดีกว่าปีก่อนเล็กน้อยมีอัตราส่วนน้อยกว่าช่วงอายุอื่นๆ รูปที่4.13



รูปที่ 4.13 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพเปรียบเทียบสุขภาพปีที่ผ่านมาจำแนกตามช่วงอายุ (ดีกว่าปีก่อนมาก = 5 ดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย = 4 เหมือนเดิม = 3 แย่กว่าปีก่อนเล็กน้อย = 2 แย่กว่าปีก่อนมาก = 1)

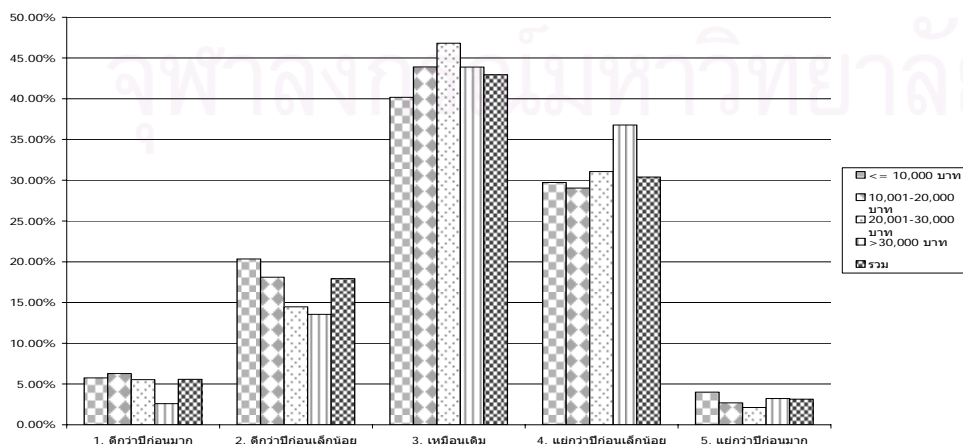
ประชากรตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรส ผู้ที่เป็น โสดและหย่าร้าง พบว่าจะประเมินว่าสุขภาพตนเองดีกว่าปีก่อนเล็กน้อยในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนผู้ที่เป็นหม้ายประเมินว่าสุขภาพตนเองดีกว่าปีก่อนเล็กน้อยมีสัดส่วนที่ต่ำ รูปที่ 4.14



สถานภาพสมรส

รูปที่ 4.14 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพเปรียบเทียบสุขภาพปีที่ผ่านมาจำแนกตามสถานภาพสมรส (ดีกว่าปีก่อนมาก = 5 ดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย = 4 เหมือนเดิม = 3 แย่กว่าปีก่อนเล็กน้อย = 2 แย่กว่าปีก่อนมาก = 1)

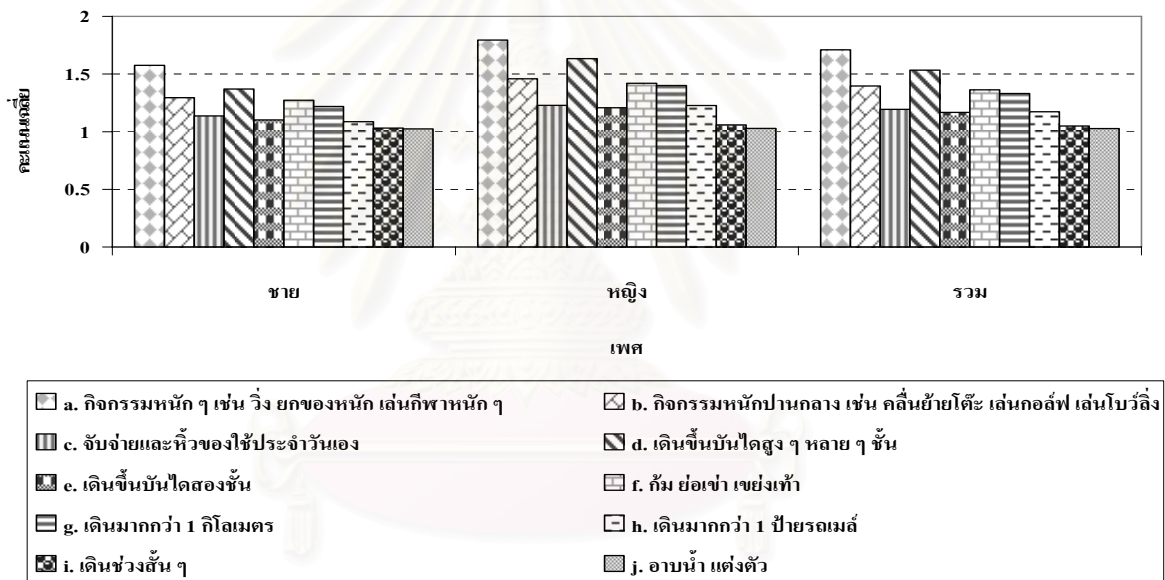
เมื่อจำแนกตามรายได้พบว่า ประชากรตัวอย่างที่มีรายได้ระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพเหมือนเดิม เป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 46.81) ส่วนประชากรที่มีรายได้ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท และมีรายได้มากกว่า 30,000 บาท ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพในระดับเหมือนเดิม ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 43.91 และร้อยละ 43.87 ตามลำดับ) รูปที่ 4.15



รูปที่ 4.15 ร้อยละของการประเมินสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมา จำแนกตามระดับรายได้

4.1.3.3 การประเมินตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

ประชากรตัวอย่างประเมินสุขภาพจากความสามารถในการทำกิจกรรมหนักๆเช่นยกของหนัก เล่นกีฬาหนักๆ พบว่ามีปัญหาเล็กน้อย รองลงมาคือไม่มีปัญหา ส่วนการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหนักปานกลาง เช่น เคลื่อนย้ายโต๊ะ เล่นกอล์ฟ เล่นโบว์ลิ่ง จับจ่ายและหิ้วของใช้ประจำวันเอง เดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น เดินขึ้นบันไดสองชั้น ก้ม ย่อเข้า เขย่งเท้า เดินมากกว่า 1 กิโลเมตร เดินมากกว่า 1 ป้ายรถเมล์ เดินช่วงสั้นๆ และอาบน้ำ แต่งตัว พบว่าประชากรตัวอย่างประเมินว่าไม่มีปัญหา และรองลงมาคือมีปัญหาเล็กน้อย รูปที่ 4.16



รูปที่ 4.16 คะแนนเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน จำแนกตามเพศ (ไม่มีปัญหา = 1 , มีเล็กน้อย = 2 ลำบาก = 3)

จากรูปที่ 4.16 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าประชากรเพศชายส่วนใหญ่ประเมินว่าไม่มีปัญหา จากการทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนใหญ่มีสัดส่วนสูงกว่าประชากรเพศหญิง โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับการทำกิจกรรมหนักๆ กิจกรรมปานกลาง หรือการเดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น

หากจำแนกตามช่วงอายุ พบว่าช่วงอายุ 55-59 ปี ประเมินว่าเกือบจะมีปัญหาเล็กน้อยในการทำกิจกรรมหนักๆ เช่น วิ่ง ยกของหนัก รองลงมาคือเรื่องเดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น และการก้ม ย่อเข้า เขย่งเท้า และมีปัญหาน้อยมากในเรื่องของการเดินในช่วงสั้นๆ และการอาบน้ำ แต่งตัว ตามลำดับ

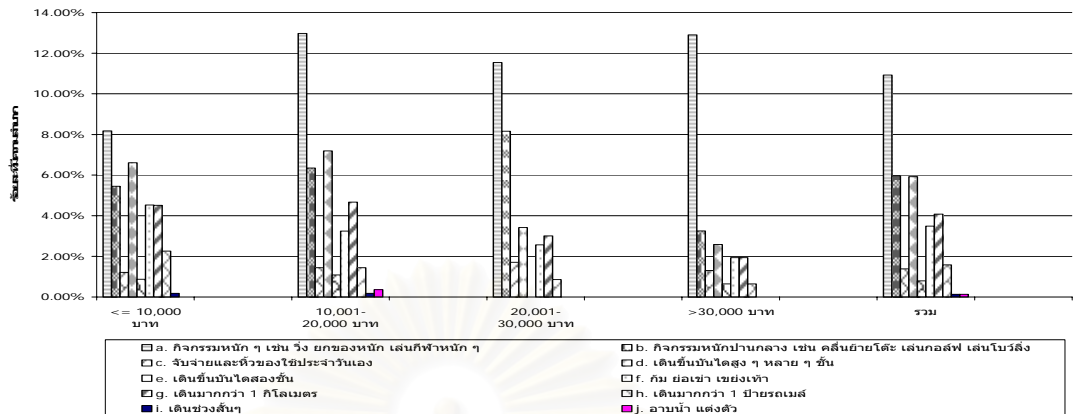
ส่วนช่วงอายุ 30-34 ปี ประเมินว่าเกือบจะมีปัญหาเล็กน้อยในการทำกิจกรรมหนักๆ เช่น วิ่ง ยกของหนัก รองลงมาคือเรื่องเดินขึ้นบันไดสูงๆ หลากๆ ชั้น และมีปัญหาน้อยมาในเรื่องการเดินช่วงสั้น และการอาบน้ำแต่งตัว ตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 คะแนนเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันจำแนกตามช่วงอายุ

กิจกรรมประจำวันต่อไปนี้ สามารถทำได้อย่างเป็นปกติ หรือมีข้อจำกัดเกิดขึ้นในระดับ ใด	อายุ (ปี)							
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
a. กิจกรรมหนัก ๆ เช่น วิ่ง ยกของหนัก เล่นกีฬาหนัก ๆ	1.50	1.54	1.73	1.65	1.74	1.83	1.87	1.96
b. กิจกรรมหนักปานกลาง เช่น คลื่นย้ายโต๊ะ เล่นกอล์ฟ เล่นโบว์ลิ่ง	1.20	1.32	1.37	1.31	1.47	1.51	1.49	1.59
c. จับจ่ายและหิ้วของใช้ประจำวันเอง	1.07	1.16	1.13	1.16	1.15	1.31	1.35	1.30
d. เดินขึ้นบันไดสูง ๆ หลาก ๆ ชั้น	1.33	1.42	1.49	1.47	1.59	1.65	1.68	1.77
e. เดินขึ้นบันไดสองชั้น	1.07	1.15	1.10	1.13	1.19	1.21	1.27	1.28
f. ก้ม ย่อเข้า เขย่งเท้า	1.19	1.29	1.28	1.29	1.43	1.44	1.54	1.61
g. เดินมากกว่า 1 กิโลเมตร	1.26	1.30	1.32	1.24	1.40	1.34	1.39	1.52
h. เดินมากกว่า 1 ป้ายรถเมล์	1.12	1.15	1.15	1.14	1.18	1.20	1.23	1.28
i. เดินช่วงสั้น ๆ	1.02	1.05	1.03	1.05	1.06	1.04	1.07	1.10
j. อาบน้ำ แต่งตัว	1.01	1.03	1.01	1.02	1.03	1.02	1.07	1.06

หมายเหตุ: การให้คะแนน ไม่มีปัญหา = 1 มีเล็กน้อย = 2 และลำบาก = 3

ขณะที่ประชากรส่วนใหญ่ที่มีรายได้ช่วง 10,001 -20,000 บาท และ >30,000 บาท ประเมินว่าตนเองมีความลำบากในการทำกิจกรรมหนักๆ เป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 12.97 เปรียบเทียบกับร้อยละ 12.90 ตามลำดับ) นอกจากนี้ประชากรส่วนใหญ่ที่มีรายได้ช่วง 20,001 -30,000 บาท พบว่าตนเองมีความลำบากในปัญหาด้านการทำกิจกรรมหนักปานกลาง ร้อยละ 8.15 รูปที่ 4.17

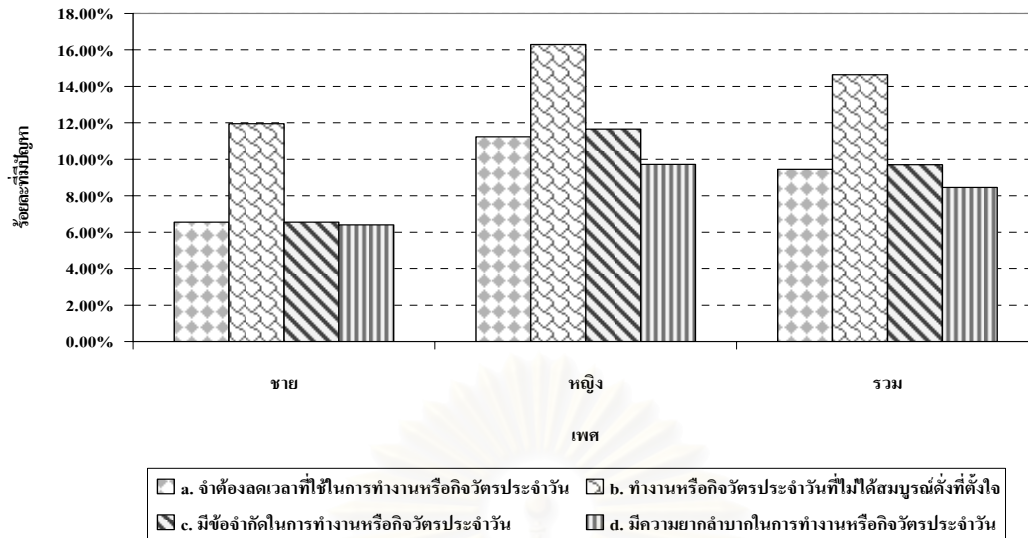


รูปที่ 4.17 ร้อยละของผู้ที่ประเมินตนเองว่ามีปัญหาลำบากมากในการทำกิจกรรมประจำวัน จำแนกตามรายได้

4.1.3.4 การประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

เมื่อพิจารณาการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวัน ในช่วงเวลาที่ผ่านมา พบว่าประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่า ไม่มีปัญหาในเรื่องจำต้องลดเวลาที่ใช้การทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน (ร้อยละ 90.55) หรือไม่มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน (ร้อยละ 91.54) แต่ประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพในเรื่องการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน ไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ (ร้อยละ 14.63)

เมื่อจำแนกตามเพศ เพศหญิงประเมินปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวัน พบว่ามีปัญหาในเรื่องการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน ไม่ได้สมบูรณ์ดังใจ และมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน ร้อยละ 16.30 และร้อยละ 11.65 ตามลำดับ ส่วนเพศชายประเมินว่ามีปัญหาเรื่องการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน ไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ ร้อยละ 11.95 และมีปัญหาเรื่องจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน และมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 6.56 และร้อยละ 6.55 ตามลำดับ รูปที่ 4.18



รูปที่ 4.18 ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ

เมื่อให้ประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวัน จำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ประชากรตัวอย่างประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวันเรื่อง ทำงานหรือกิจกรรมประจำวันไม่ได้สมรรถนะที่ตั้งใจ อยู่ในช่วงอายุ 20-24 ปี และ 55-59 ปี ร้อยละ 17.20 และร้อยละ 21.62 ตามลำดับ รองลงมาคือช่วงอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 16.07) นอกจากนี้พบว่าช่วงอายุ 55-59 ปี มีปัญหาสุขภาพเรื่องจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน และมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน อยู่ในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 15.05) ตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ

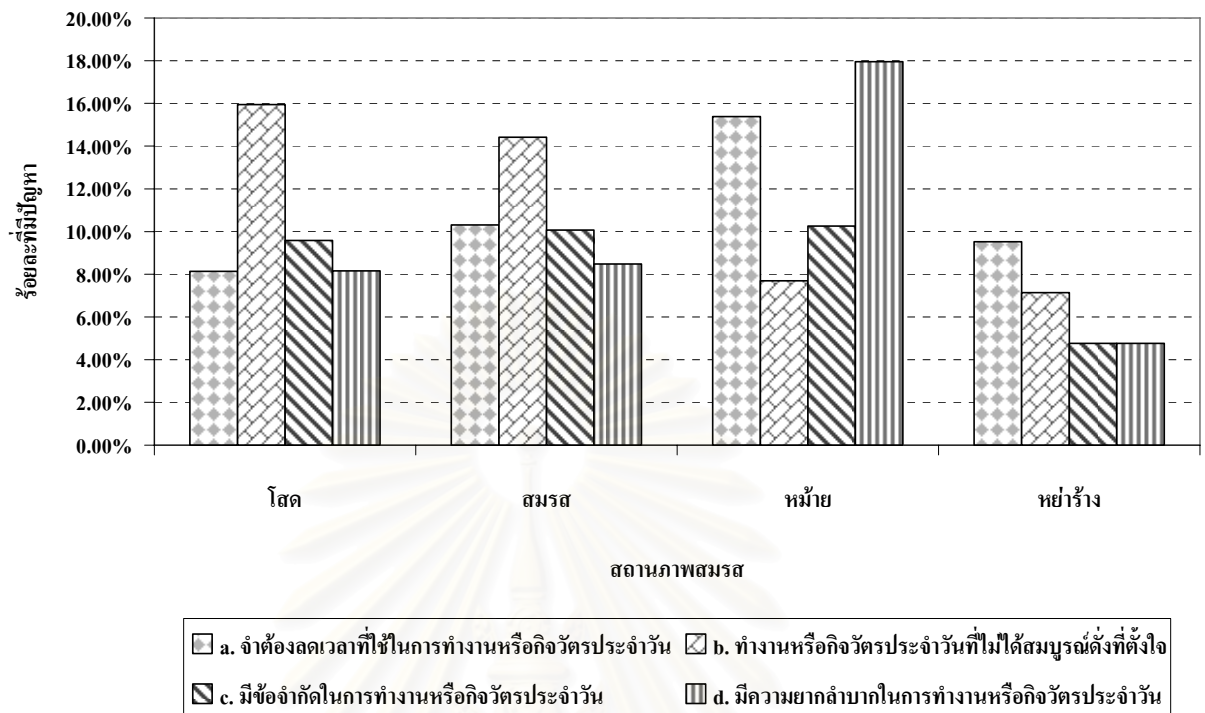
สภาพปัญหา	อายุ (ปี)							
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
a. จำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน	10.14%	7.59%	9.45%	6.64%	8.70%	9.09%	14.11%	15.05%

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่อ งานหรือกิจกรรมประจำวัน เหล่านี้หรือไม่	อายุ (ปี)							
	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
b. ทำงานหรือกิจกรรมประจำ วันที่ไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ	21.62%	16.07%	12.00%	11.33%	13.85%	14.35%	15.95%	17.20%
c. มีข้อจำกัดในการทำงาน หรือกิจกรรมประจำวัน	11.49%	8.48%	9.09%	7.06%	9.09%	8.61%	14.11%	15.05%
d. มีความยากลำบากในการ ทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน	7.43%	8.93%	5.45%	6.27%	8.73%	9.57%	12.27%	13.98%

เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส ประชากรตัวอย่างประเมินถึงการมีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวัน ส่วนใหญ่จะเป็นในเรื่องงานหรือกิจกรรมประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ (ร้อยละ 14.66) รองลงมาคือปัญหาข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน (ร้อยละ 9.74) จำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน (ร้อยละ 9.55)

ประชากรตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย ประเมินปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวัน พบว่า มีปัญหาเรื่องมีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน ร้อยละ 17.95 มีปัญหาจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน ร้อยละ 15.38 คนที่เป็นโสดหรือสมรส มักจะพบว่ามีปัญหาทำงานหรือกิจกรรมประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ ร้อยละ 15.95 และ ร้อยละ 14.42 ตามลำดับ รูปที่ 4.19

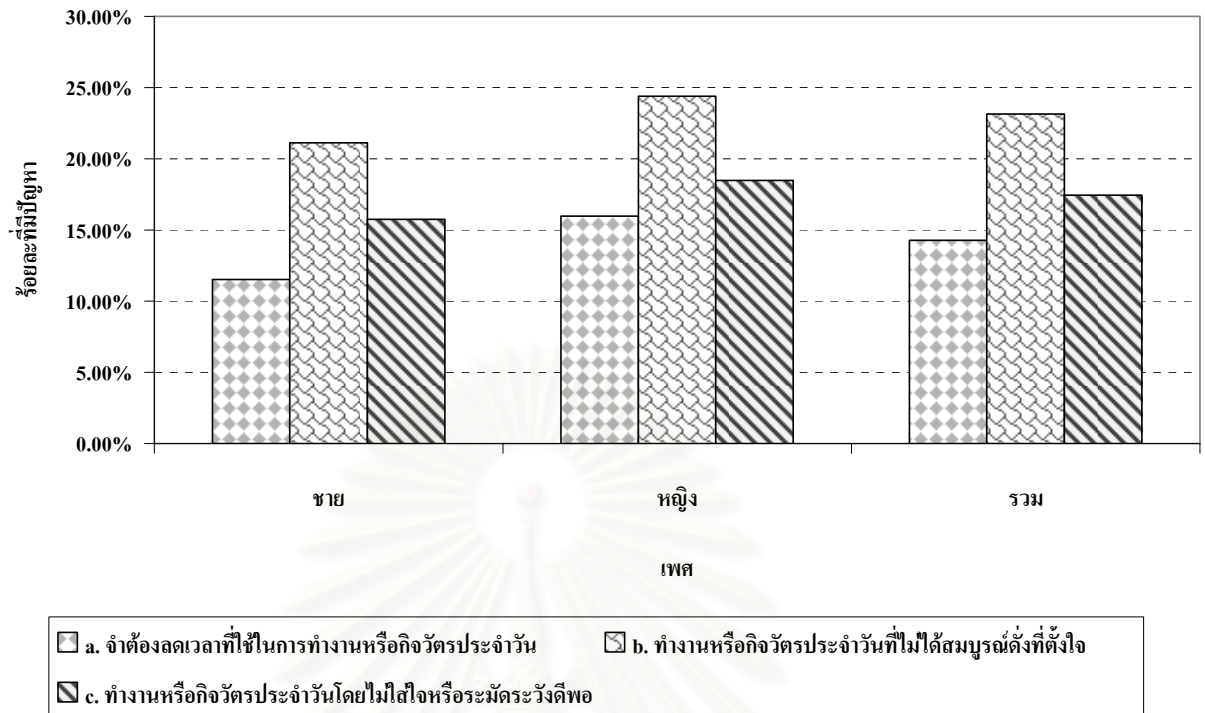


รูปที่ 4.19 ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส

4.1.3.5 การประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

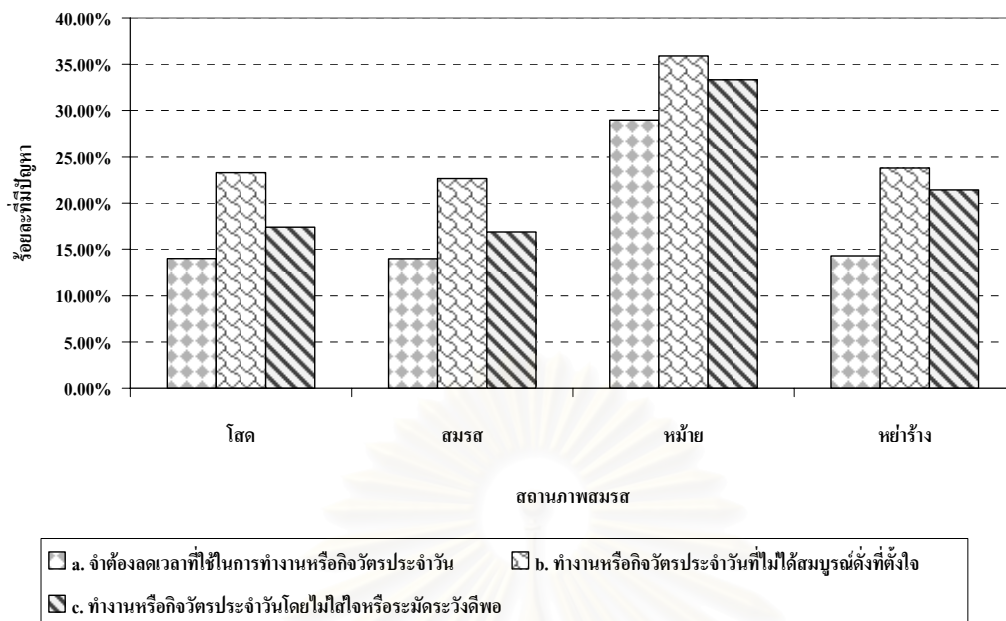
การประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ ที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ มีปัญหาทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ ร้อยละ 23.14 ทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ได้ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ ร้อยละ 17.43 และ จำต้องลดเวลาที่ใช้การทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 14.27

เมื่อจำแนกออกตามเพศ พบว่า เพศหญิงมีปัญหาด้านจิตใจที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน สูงกว่าเพศชาย ในทุกเรื่อง อันดับแรกคือ ปัญหาทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ (ร้อยละ 24.39 เปรียบเทียบกับร้อยละ 21.11) รองมาคือ ทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ได้ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ (ร้อยละ 18.48 เปรียบเทียบกับร้อยละ 15.74) และจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 15.97 เปรียบเทียบกับร้อยละ 11.51) รูปที่ 4.20



รูปที่ 4.20 ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่นเครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือ กิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ

หากจำแนกออกตามสถานภาพสมรส พบว่าประชากรตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสหม้าย มีปัญหาทางด้านจิตใจ ที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังนี้ ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ (ร้อยละ 35.90) ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ (ร้อยละ 33.33) และจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 28.95) ขณะที่ประชากรที่มีสถานภาพโสดและสมรส มีปัญหาจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 13.99 และร้อยละ 13.97 ตามลำดับ) รูปที่ 4.21



รูปที่ 4.21 ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่นเครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตาม สถานภาพสมรส

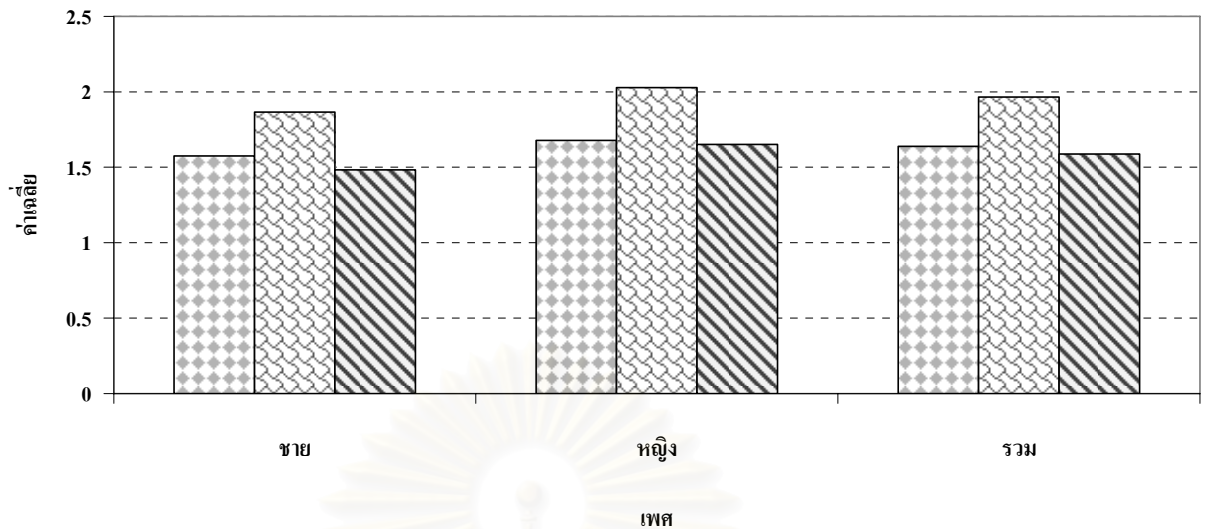
เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่าประชากรตัวอย่างช่วงอายุ 20-24 มีปัญหาด้านจิตใจ ที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน สูงกว่าประชากรตัวอย่างช่วงอายุ 55-59 ปี ปัญหาที่มีคือปัญหาทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ไม่ได้สมบรูณ์ดังที่ตั้งใจ (ร้อยละ 31.76 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 19.35) รองมาคือทำงานหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่ใช่ใจหรือระมัดระวังดีพอ (ร้อยละ 21.62 เปรียบเทียบกับร้อยละ 18.48) ตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือ กิจกรรมประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ

ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีปัญหาด้านจิตใจ	อายุ (ปี)							
	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
a. จำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน	10.81%	14.80%	15.38%	11.37%	14.72%	13.53%	17.79%	17.58%
b. ทำงานหรือกิจกรรมประจำวันที่ไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ	31.76%	20.54%	21.82%	22.66%	24.68%	22.01%	23.31%	19.35%
c. ทำงานหรือกิจกรรมประจำวันโดยไม่ได้ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ	21.62%	17.49%	14.55%	18.04%	17.75%	15.87%	18.40%	18.48%

4.1.3.6 การประเมินสุขภาพถึงปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ประชากรตัวอย่างประเมินว่า ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา รู้สึกเจ็บปวดทางกายมีสัดส่วนสูงสุด ขณะที่เรื่องมีปัญหาด้านสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม และ ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้น กระทบต่องานประจำหรืองานบ้าน มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน รูปที่ 4.22

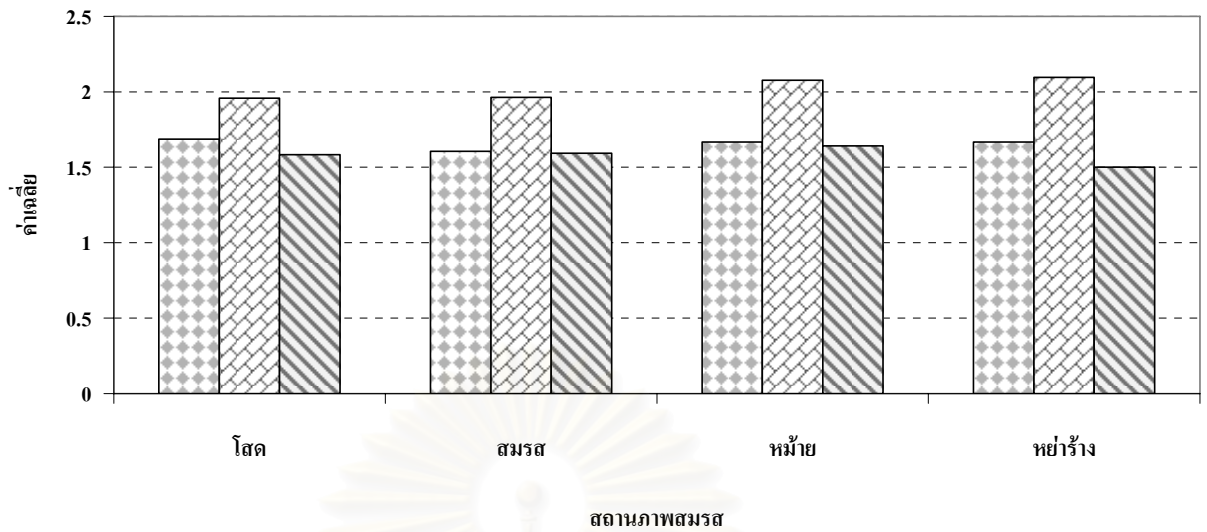


ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีปัญหาทางสุขภาพหรือด้านจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางด้านสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่มหรือไม่
 ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา รู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่
 ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้น กระทบต่องานประจำหรืองานบ้านเพียงใด

รูปที่ 4.22 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพกับปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้าง หรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ (ไม่มีเลข = 1 มีเล็กน้อย = 2 มีพอสมควร = 3)

เมื่อ จำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงประเมินว่า ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีปัญหาทางสุขภาพหรือด้านจิตใจมีส่วนสูงกว่าเพศชายทุกเรื่อง อันดับแรกคือปัญหา รู้สึกเจ็บปวดทางกาย รองลงมาคือมีปัญหาทางสุขภาพหรือด้านจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางด้านสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม และ ปัญหาความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้น กระทบต่องานหรืองานบ้าน

ประชากรตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ผู้ตอบที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย และหย่าร้าง มีปัญหา รู้สึกเจ็บปวดทางกายในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาในสัดส่วนที่เท่ากัน เช่นเดียวกับผู้ตอบที่มีสถานภาพ โสดและสมรสแต่สัดส่วนน้อยกว่าเล็กน้อย นอกจากนี้ผู้ตอบที่มีสถานภาพเป็นหม้าย ประเมินว่าปัญหาความเจ็บปวดทางการที่เกิดขึ้น กระทบต่องานหรืองานบ้าน มีสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ตอบที่มีสถานภาพสมรส โสด สมรส และหย่าร้าง รูปที่ 4.23

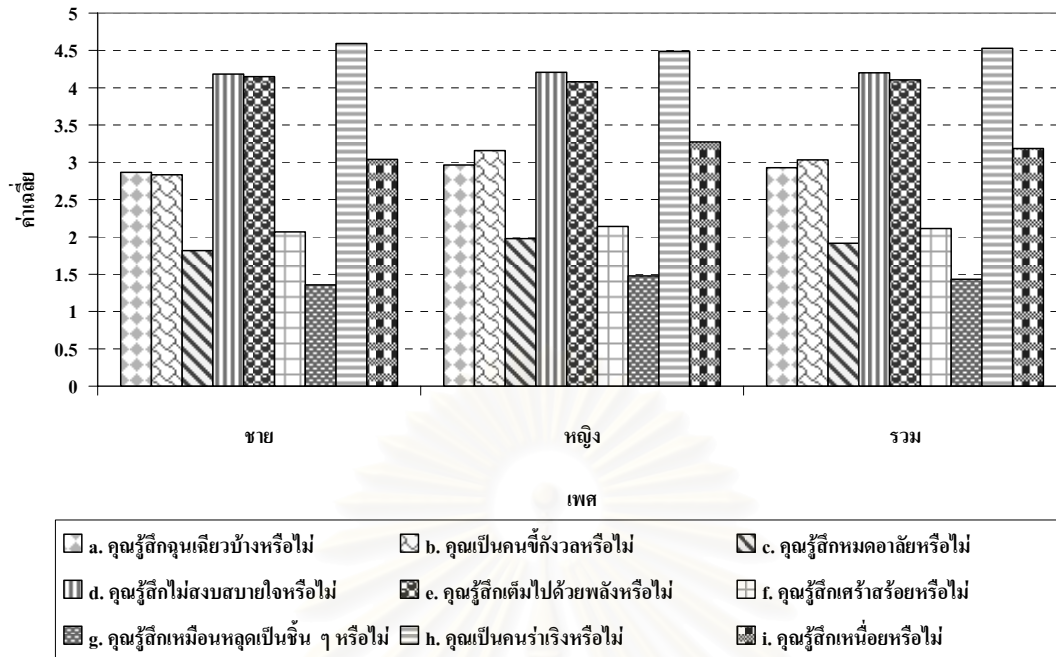


- ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีปัญหาทางสุขภาพหรือด้านจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางด้านสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่มหรือไม่
- ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา รู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่
- ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้น กระทบต่องานประจำหรืองานบ้านเพียงใด

รูปที่ 4.23 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพกับปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส (ไม่มีเลย = 1 มีเล็กน้อย = 2 มีพอสมควร = 3)

4.1.3.7 ความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

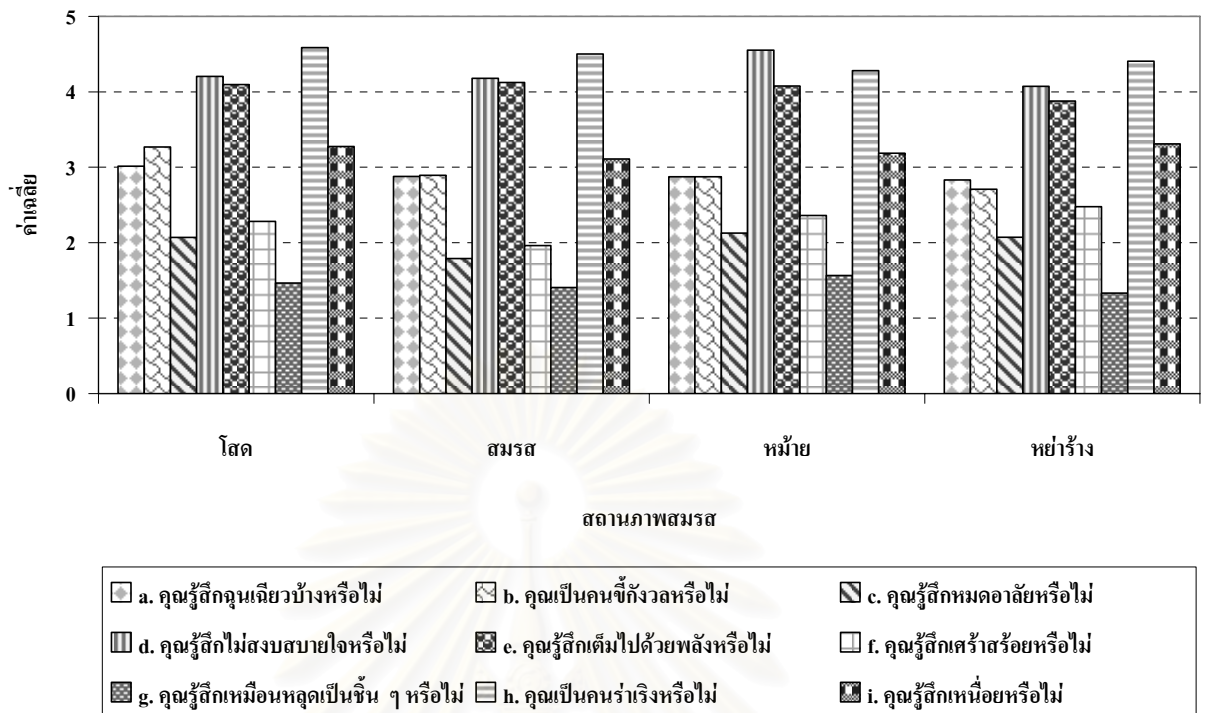
การประเมินสุขภาพด้านความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประชากรตัวอย่างประเมินว่า เป็นคนร่าเริงมีสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมาคือรู้สึกสงบสบายใจ และรู้สึกเต็มไปด้วยพลัง ส่วนความรู้สึกเหมือนหลุดเป็นชิ้นมีสัดส่วนน้อยที่สุด รูปที่ 4.24



รูปที่ 4.24 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ (ตลอดเวลา = 5 ส่วนใหญ่ของเวลา = 4 พอสมควร = 3 มีบ้างเล็กน้อย = 2 ไม่เลย = 1)

การประเมินสุขภาพด้านความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิง ประเมินว่ารู้สึกเป็นคนรำรังมีส่วนสูงใกล้เคียงกัน นอกจากนี้เพศหญิงมีความรู้สึกหมดอาลัยมากกว่าเพศชาย

เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า คนโสดประเมินว่ารู้สึกเป็นคนรำรังมีส่วนมากกว่า คนที่มีสถานภาพสมรสเล็กน้อย ส่วนผู้ตอบที่มีสถานภาพเป็นหม้ายประเมินว่ามีความรู้สึกสงบสบายใจสูงสุด ขณะที่ผู้ตอบที่มีสถานภาพหย่าร้างประเมินว่ารู้สึกเหมือนหลุดเป็นชิ้นๆ ในสัดส่วนน้อยกว่าผู้ตอบที่มีสถานภาพอื่นๆ รูปที่ 4.25



รูปที่ 4.25 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส (ตลอดเวลา = 5 ส่วนใหญ่ของเวลา = 4 พอสมควร = 3 มีบ้างเล็กน้อย = 2 ไม่เลย = 1)

เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ประชากรตัวอย่างช่วงอายุ 20- 24 ปี ประเมินว่าในรอบ 1 เดือน มีความรู้สึกและมีความคิดว่าเป็นคนขี้กังวลอย่างพอควรมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆอย่างเห็นได้ชัดเจน นอกจากนี้ ประชากรตัวอย่างทุกช่วงอายุประเมินว่าส่วนใหญ่เป็นคนร่าเริงมีสัดส่วนที่สูงมาก ถัดมาคือ รู้สึกสงบสบายใจ และรู้สึกเต็มไปด้วยพลัง ส่วนความรู้สึกหรือความคิดรู้สึกเหมือนหลุดเป็นชั้นๆ พบว่า ประชากรตัวอย่างทุกช่วงอายุ ประเมินว่ามีความคิดหรือรู้สึกแบบนี้้น้อยมาก ตารางที่ 4.4 ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ยของการประเมินความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ

ความรู้สึกและความคิด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	อายุ (ปี)							
	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
a. คุณรู้สึกคนเดียวบ้างหรือไม่	3.20	3.06	3.00	2.93	2.89	2.78	2.74	2.67
b. คุณเป็นคนขี้กังวลหรือไม่	3.56	3.33	3.15	2.97	2.87	2.86	2.75	2.58
c. คุณรู้สึกหมดอาลัยหรือไม่	2.07	2.12	1.98	1.91	1.75	1.87	1.87	1.62
d. คุณรู้สึกไม่สงบสบายใจหรือไม่	4.09	4.21	4.12	4.07	4.28	4.31	4.14	4.56
e. คุณรู้สึกเต็มไปด้วยพลังหรือไม่	4.01	4.14	4.05	4.07	4.14	4.16	4.00	4.41

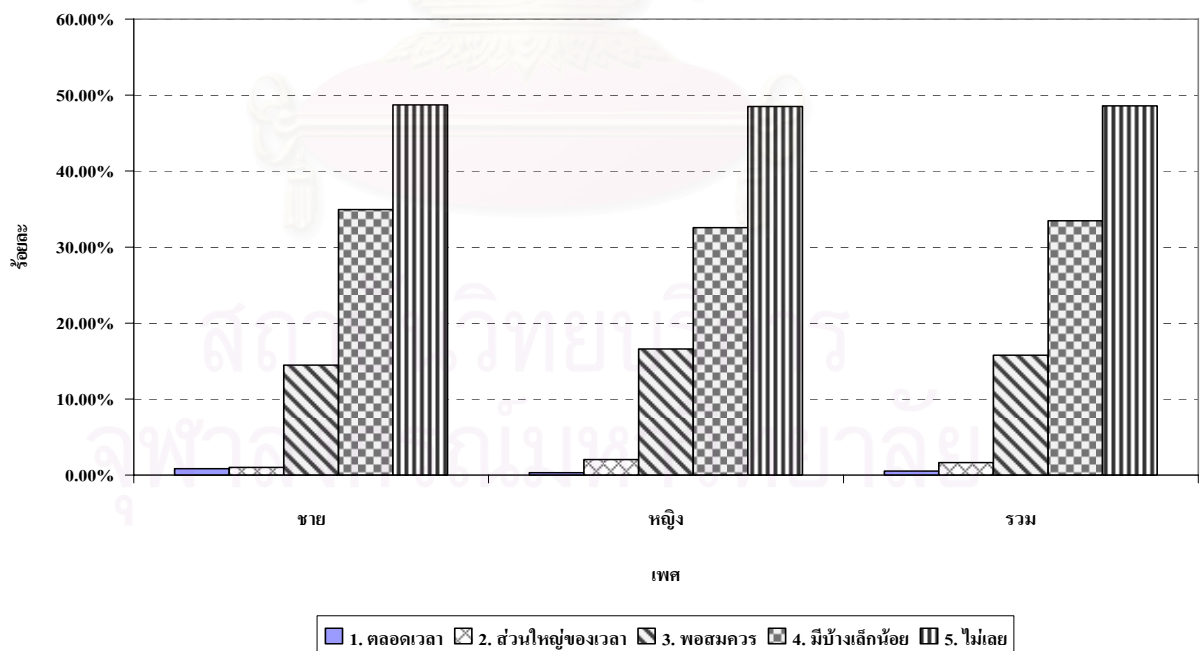
ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	อายุ (ปี)							
	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
f. คุณรู้สึกเศร้าสorrowหรือไม่	2.44	2.37	2.14	2.09	1.94	1.98	1.94	1.97
g. คุณรู้สึกเหมือนหลุดเป็นชิ้น ๆ หรือไม่	1.48	1.55	1.50	1.42	1.34	1.38	1.37	1.36
h. คุณเป็นคนรำเริงหรือไม่	4.66	4.72	4.55	4.44	4.49	4.45	4.41	4.49
i. คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่	3.36	3.34	3.30	3.28	3.13	3.04	2.95	2.80

หมายเหตุ: การให้คะแนน ไม่เลย = 1 น้อยมาก = 2 บางครั้ง = 3 พอดจร = 4 ส่วนใหญ่ = 5 ตลอดเวลา = 6

4.1.3.8 การประเมินสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

การประเมินสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ประชากรส่วนใหญ่ ประเมินว่า ไม่มีปัญหา (ร้อยละ 48.58) รองลงมาคือ มีบ้างเล็กน้อย และพอดจร (ร้อยละ 33.47 และร้อยละ 15.78 ตามลำดับ) รูปที่ 4.26



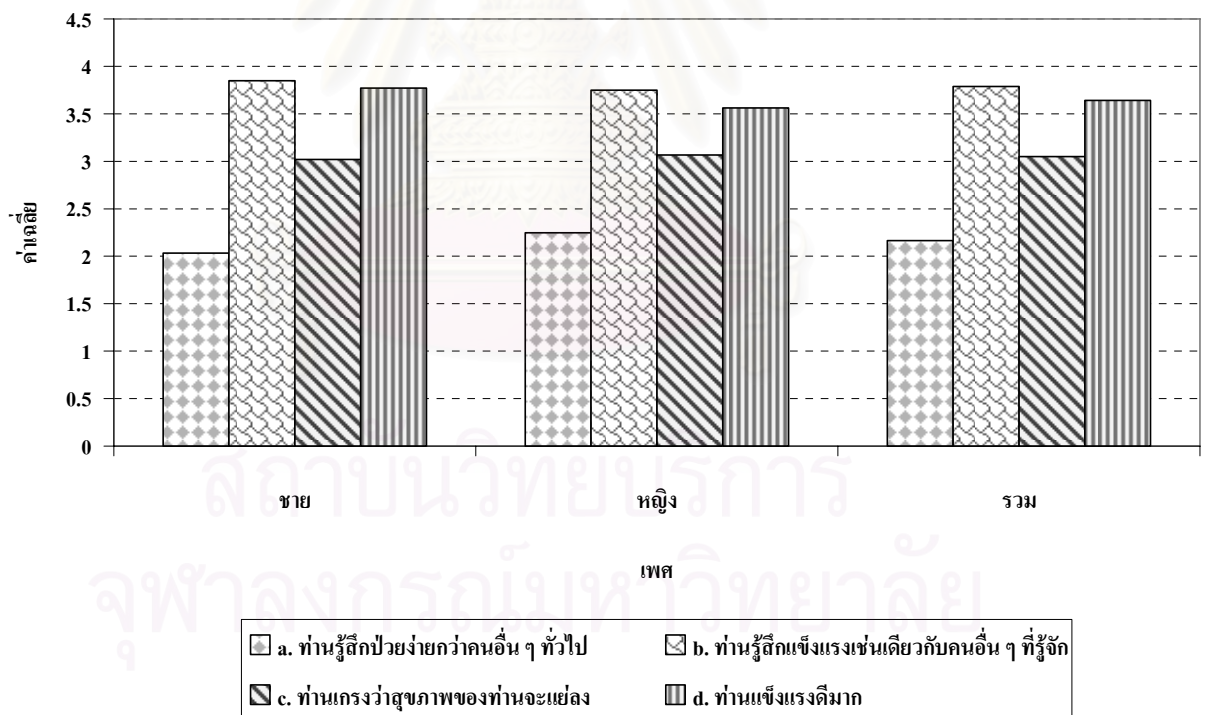
รูปที่ 4.26 ร้อยละของการประเมินสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ประชากรตัวอย่างเพศชายและหญิงประเมินว่าไม่มีปัญหาสุขภาพหรือจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคมในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 48.71 เปรียบเทียบกับร้อยละ 48.50) ประชากรตัวอย่างเพศชาย ประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพบ้างเล็กน้อยมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 34.94 และร้อยละ 32.55) ขณะที่เพศหญิงประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพพอสมควรที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคมในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 16.60 เปรียบเทียบกับร้อยละ 14.46)

4.1.3.9 การประเมินสุขภาพตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ประเมินว่ามีสุขภาพแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่นๆ ที่รู้จักมีอัตราส่วนที่สูงอย่างเห็นได้ชัดเจน รองลงมาคือรู้สึกแข็งแรงดีมาก และเกรงว่าสุขภาพจะแย่ลง การประเมินว่ารู้สึกป่วยง่ายกว่าคนอื่นๆ ทั่วไป มีสัดส่วนน้อย

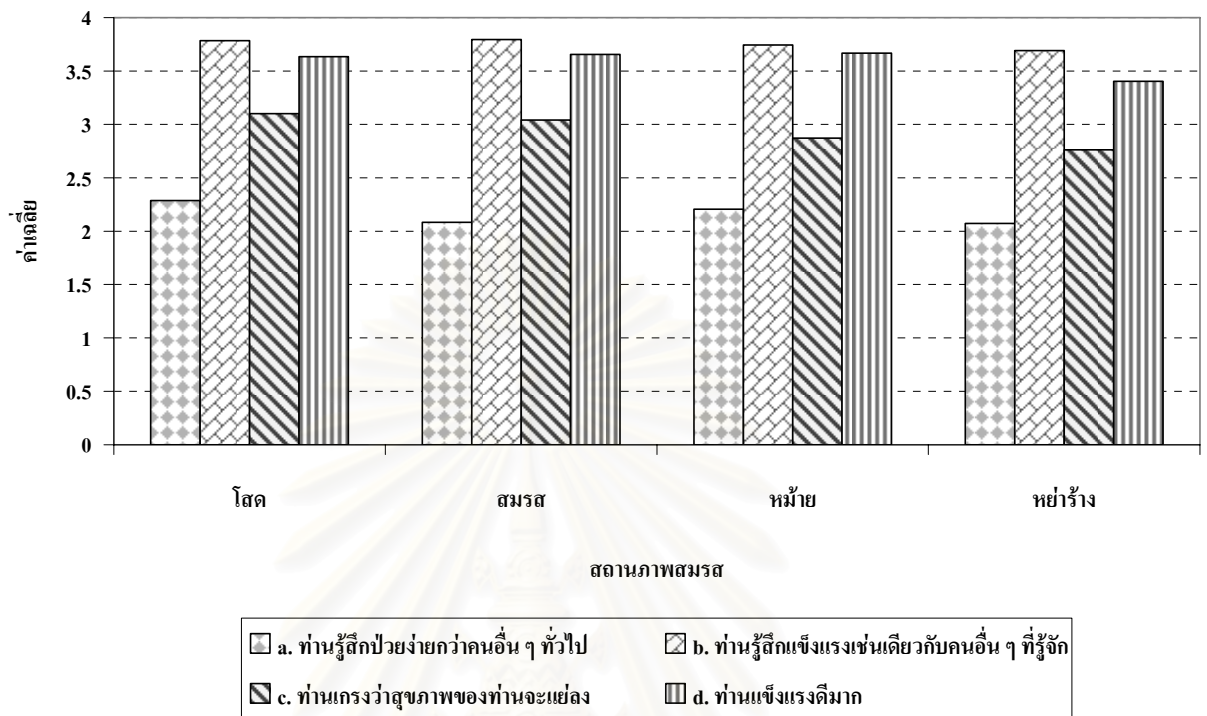
เมื่อจำแนกตามเพศ เพศชายประเมินว่ารู้สึกแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่นๆ ที่รู้จักมีสัดส่วนใกล้เคียงกันกับเพศหญิง ขณะที่เพศหญิงประเมินว่าตนเองรู้สึกป่วยง่ายกว่าคนอื่นๆ ทั่วไปสูงกว่าเพศชาย รูปที่ 4.27



รูปที่ 4.27 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามเพศ (ถูกต้องอย่างยิ่ง = 5 ส่วนใหญ่ถูกต้อง = 4 ไม่แน่ใจ = 3 ส่วนใหญ่ผิด = 2 ผิด = 1)

การประเมินสุขภาพตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ประชากรตัวอย่างทุกกลุ่มสถานภาพสมรส ประเมินว่าตนเองรู้สึกแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่นๆ ที่รู้จักมี

รองลงมาคือรู้สึกแข็งแรงดีมาก คนโสดมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าตนเองป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ ทั่วไป มีอัตราสูงกว่าสถานภาพสมรสอื่นๆ รูปที่ 4.28



รูปที่ 4.28 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามสถานภาพสมรส (ถูกต้องอย่างยิ่ง = 5 ส่วนใหญ่ถูกต้อง = 4 ไม่แน่ใจ = 3 ส่วนใหญ่ผิด = 2 ผิด = 1)

ประชากรส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามช่วงอายุพบว่า ผู้ตอบช่วงอายุ 55-59 ปี ประเมินว่ารู้สึกแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ที่รู้จักมีสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 22-29 ปี และ 35-39 ปี นอกจากนี้กลุ่มอายุ 55-59 ปี ยังประเมินว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงดีเป็นอัตราส่วนที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ ตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามช่วงอายุ

ระดับความถูกต้องหรือผิดใน คำถามต่อไปนี้	อายุ (ปี)							
	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
a. ท่านรู้สึกป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ ทั่วไป	2.41	2.37	2.27	2.08	2.11	2.04	2.00	1.89
b. ท่านรู้สึกแข็งแรง เช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ที่รู้จัก	3.69	3.84	3.75	3.82	3.80	3.78	3.74	3.94
c. ท่านเกรงว่าสุขภาพของท่าน จะแย่ลง	3.03	2.99	3.10	3.00	3.07	3.05	3.10	3.10
d. ท่านแข็งแรงดีมาก	3.60	3.67	3.59	3.70	3.66	3.57	3.57	3.86

หมายเหตุ: การให้คะแนน ผิด = 1 ส่วนใหญ่ผิด = 2 ไม่แน่ใจ = 3 ส่วนใหญ่ถูกต้อง = 4 ถูกต้อง
อย่างยิ่ง = 5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินสุขภาพด้วยตนเองจากตัวอย่างที่เก็บที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

4.2.1 ข้อมูลทั่วไป

จำนวนประชากรตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 1,064 คน เป็นเพศชาย 456 คน (ร้อยละ 42.86) และเป็นเพศหญิง 608 คน (ร้อยละ 57.14) มีอายุเฉลี่ย 37.75 ปี โดยที่เพศชายมีอายุเฉลี่ย 38.26 ปี เพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 37.36 ปี ประชากรตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30-34 ปี มากสุด (ร้อยละ 17.95) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 35-39 ปี และ กลุ่มอายุ 40-44 ปี (ร้อยละ 15.32 และ ร้อยละ 14.38 ตามลำดับ) โดยตัวอย่างส่วนมากมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 52.70) รองลงมาคือเป็นโสดและหม้าย (ร้อยละ 43.80 และร้อยละ 2.00 ตามลำดับ) และอาศัยอยู่ในที่อยู่ปัจจุบันโดยเฉลี่ย 14.99 ปี

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา (ร้อยละ 64.90) รองลงมาคือระดับประถมศึกษาหรือน้อยกว่า และระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 13.80 และ ร้อยละ 12.80 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างรัฐบาล (ร้อยละ 39.30) รองลงมาคือ อาชีพลูกจ้างเอกชน (ร้อยละ 31.10) อาชีพอื่น ๆ และอาชีพทำงานบ้าน (ร้อยละ 9.70 และร้อยละ 5.70 ตามลำดับ) และมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 20,468.13 บาท ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.26 คน โดยประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 – 5 คน มีสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 44) รองลงมาคือมีจำนวนสมาชิก 2 – 3 คน (ร้อยละ 31.60) และจำนวนสมาชิก > 5 คน และ 1 คน (ร้อยละ 19.30 และ ร้อยละ 5.10 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่มีภาระต้องดูแลบุตร (ร้อยละ 24.21) รองลงมาคือ มารดา (ร้อยละ 20.75) คู่สมรส/ คู่รักและบิดา (ร้อยละ 17.69 และ ร้อยละ 13.21 ตามลำดับ) โดยเฉลี่ยต้องดูแลสมาชิก 1.77 คน

4.2.2 ข้อมูลสถานสุขภาพและการดูแลสุขภาพทั่วไป

4.2.2.1 การมีโรคประจำตัว

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 69.50) และส่วนใหญ่ทราบจากการสังเกตตัวเอง (ร้อยละ 44.71) รองลงมา คือ ทราบจากการพบแพทย์และผลการตรวจทางห้องแล็บตามลำดับ (ร้อยละ 40.12 และ ร้อยละ 8.47 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงทราบว่าไม่มีโรคประจำตัวจากการสังเกตตนเองมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 46.35 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 42.41) นอกจากนี้เพศชายทราบว่ามิโรคประจำตัว จากแพทย์มีสัดส่วนน้อยกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 38.46 และ ร้อยละ 41.27 ตามลำดับ) ในขณะที่เพศชายทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวโดยทราบจากผลการตรวจทางห้องแล็บมีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 10.85 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 6.51)

เมื่อพิจารณาการประเมินสุขภาพของการมีโรคประจำตัวจำแนกตามช่วงของอายุ พบว่าประชากรตัวอย่างที่มีอายุ 20-24 ปี ไม่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 78.18) ส่วนช่วงอายุ 25-29 ปี และ ช่วงอายุ 30-34 ปี นั้นประเมินว่าไม่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนแตกต่างกันเล็กน้อย (ร้อย

ละ 74.51 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 72.77) และ ช่วงอายุ 35-39 ปีและช่วงอายุ 40-44 ปี ไม่มีโรคประจำตัวมีส่วนคล้ายกัน (ร้อยละ 69.33 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 68.71)

ประชากรตัวอย่างที่ประเมินตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัวนั้น เมื่อจำแนกตามช่วงของรายได้ พบว่า ผู้รายได้ 20,001 – 30,000 บาท ไม่มีโรคประจำตัวมีส่วนคล้ายกันสูงสุด (ร้อยละ 73.61) รองลงมา คือช่วงรายได้ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท และ รายได้ระหว่าง > 30,000 บาท ตามลำดับ (ร้อยละ 70.73 และ ร้อยละ 68.42 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างที่ประเมินตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัวนั้นเมื่อจำแนกตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่า ผู้ที่มีจำนวนสมาชิก 1 คน ไม่มีโรคประจำตัวเป็นส่วนคล้ายกันสูงสุด (ร้อยละ 72.22) รองลงมา จำนวนสมาชิก 4-5 คน และ 2-3 คน ตามลำดับ (ร้อยละ 71.86 และ ร้อยละ 67.98 ตามลำดับ)

ในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ประเมินตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัวนั้นเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่มีความคล่องแคล่วตลอดเวลาที่มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 74.34) รองมาคือกลุ่มที่มองประโยชน์ที่ได้รับเป็นสำคัญและกลุ่มที่ถือความสนุกสนาน (ร้อยละ 68.66 และร้อยละ 68.09 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรตัวอย่างที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิของรัฐวิสาหกิจเป็นผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 81.82) รองมาคือกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยระบบประกันสังคม (ร้อยละ 73.26) ตามลำดับ

4.2.2.2 การรับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม เป็นประจำ

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม (ร้อยละ 70.60) เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า เพศชายมากกว่า 3 ใน 4 ไม่ได้รับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม เป็นประจำ (ร้อยละ 77.70) และเพศหญิงไม่ได้รับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม เป็นประจำ (ร้อยละ 65.30)

ผู้ที่ตอบว่ารับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำ ส่วนใหญ่ระบุว่าใช้เพื่อบำรุงร่างกาย (ร้อยละ 55.62) รองลงมา คือ ใช้เพื่อรักษาโรคและชดเชยสารอาหาร ตามลำดับ (ร้อยละ 28.99 ร้อยละ 13.31 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำเพื่อบำรุงร่างกายมีส่วนคล้ายกันสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 60.35 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 45.95) รองลงมาคือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำเพื่อชดเชยสารอาหาร (ร้อยละ 14.98 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 9.91) ในขณะที่เพศชายใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำเพื่อรักษาโรคมีส่วนคล้ายกันสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 42.34 เปรียบเทียบกับร้อยละ 22.47)

เมื่อพิจารณาคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำ พบว่า ผู้ที่ใช้เป็นประจำนั้นส่วนใหญ่เลือกดูแลตนเอง (ร้อยละ 46.33) รองลงมา คือ ปรึกษาแพทย์และปรึกษานักโภชนาการหรือผู้รอบข้าง (ร้อยละ 32.59 และ ร้อยละ 8.63 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายที่ใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำนั้นเลือกดูแลตนเองมีส่วนคล้ายกันสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ

47.62 เปรียบเทียบกับร้อยละ 45.67) รองลงมา คือการปรึกษาแพทย์ (ร้อยละ 40.00 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 28.85) ในขณะที่เพศหญิงที่ใส่ใจ/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำนั้นจะปรึกษาร้านขายยาใน สัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 11.06 เปรียบเทียบกับร้อยละ 2.86)

ประชากรตัวอย่างที่มีอายุ 55-59 ปี เป็นผู้ที่ใส่ใจ/วิตามิน/อาหารเสริม/เป็นประจำสูงสุด (ร้อย ละ 44.59) รองมาคือผู้ที่มีอายุ 50-54 ปี และ ช่วงอายุ 45-49 ปี ตามลำดับ (ร้อยละ 34.00 และ ร้อยละ 32.82 ตามลำดับ)

ในบรรดาผู้ที่รับประทานหรือใส่ใจ/วิตามิน/อาหารเสริม/เป็นประจำ นั้นเมื่อจำแนกตามช่วง ของรายได้ พบว่า ผู้ที่มีรายได้ในช่วง 20,001 – 30,000บาท เป็นกลุ่มที่ใส่ใจ/วิตามิน/อาหารเสริม/ เป็นประจำในสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 34.39) รองมาคือผู้ที่มีรายได้มากกว่า30,000 บาท และกลุ่มผู้มี รายได้ 10,001-20,000 บาท ตามลำดับ (ร้อยละ 31.43 และร้อยละ 27.23 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างที่ถือว่าตนเองอยู่ในกลุ่มหัวโบราณเป็นกลุ่มที่ได้รับประทานหรือใส่ใจ/ วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำสูงสุด (ร้อยละ 30.12) รองมาคือกลุ่มที่มองประโยชน์ที่ได้รับเป็น สำคัญ และกลุ่มที่ถือความสนุกสนาน ตามลำดับ (ร้อยละ 25.72 และ ร้อยละ 25.56 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยระบบการประกันสุขภาพด้วยตนเองนั้นได้ รับประทานหรือใส่ใจ/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำสูงสุด (ร้อยละ 85.71) รองมาคือกลุ่มผู้ที่จ่ายค่า รักษาพยาบาลด้วยตนเอง จ่ายโดยลูกหลานหรือคนในครอบครัว และจ่ายโดยสิทธิของรัฐบาล (ร้อย ละ 28.04 ร้อยละ 26.19 และร้อยละ 24.65)

4.2.2.3 การเคยพบแพทย์และความถี่ในการพบแพทย์

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เคยพบแพทย์ (ร้อยละ 85.40) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิง เคยพบแพทย์มีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 86.20 และ ร้อยละ 82.90 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์นาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 32.90) รองลงมา คือ เฉพาะ เวลาไม่สบาย 2 - 3 เดือนครั้ง และ เคยแต่นานมาแล้ว ตามลำดับ (ร้อยละ 24.90 และ ร้อยละ 19.00 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายจะพบแพทย์นาน ๆ ครั้งมีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อย ละ 35.50 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 31.00 ตามลำดับ) รองลงมาเคยแต่นานมาแล้ว (ร้อยละ 22.90 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 16.30) ส่วนเพศหญิงพบแพทย์เฉพาะเวลาไม่สบาย 2 – 3 เดือนครั้งมีสัดส่วน สูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 29.20 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 18.70) รองลงมาเป็นประจำตามแต่แพทย์นัด (ร้อยละ 16.30 เปรียบเทียบกับร้อยละ 12.90)

ประชากรตัวอย่างที่มีอายุช่วง 55-59 ปี เคยพบแพทย์มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 91.18) รองมา คือกลุ่มผู้มีอายุช่วง 35-39 ปี และกลุ่มอายุช่วง 50-54 ปี ตามลำดับ (ร้อยละ 90.06 และ ร้อยละ 88.78 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท เคยพบแพทย์ในสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 93.80) รองมาคือ กลุ่มผู้มีรายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท และ รายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท

ตามลำดับ (ร้อยละ 90.91 และ ร้อยละ 86.34 ตามลำดับ) นอกจากนี้ผู้ที่มิมีจำนวนสมาชิกมากกว่า 5 คน เป็นกลุ่มมีเคหะพบแพทย์สูงสุด (ร้อยละ 89.00) รองมาคือกลุ่มผู้ที่มีจำนวนสมาชิก 2-3 คน และ จำนวนสมาชิก 4-5 คน ตามลำดับ (ร้อยละ 85.67 และ ร้อยละ 83.84 ตามลำดับ)

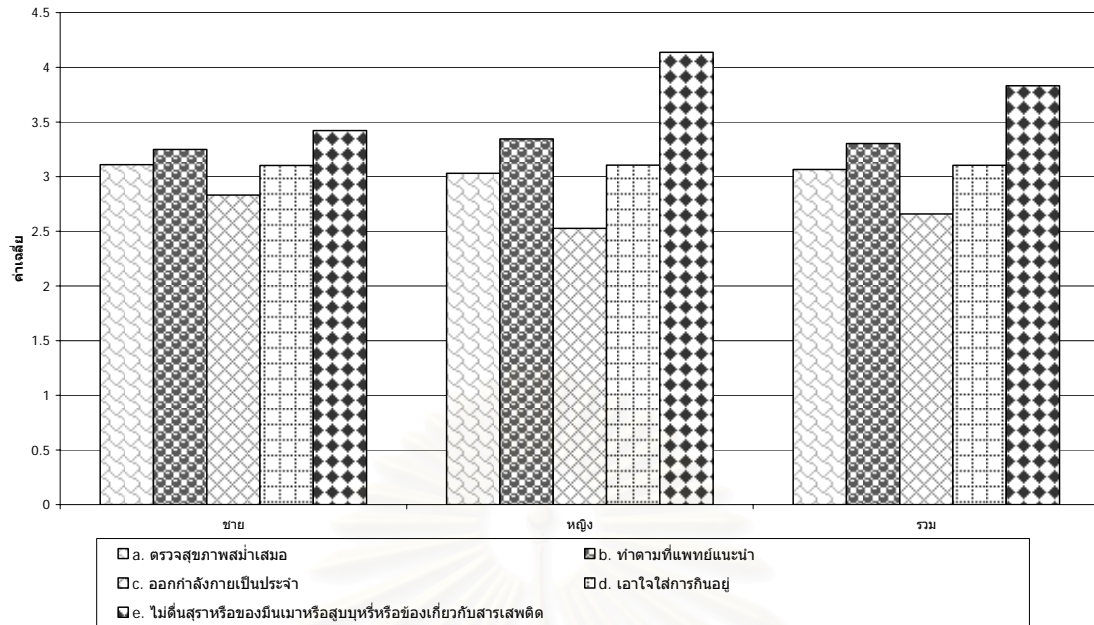
กลุ่มที่ระบุว่ามีความคล่องแคล่วตลอดเวลาเป็นกลุ่มที่เคหะพบแพทย์มากที่สุด (ร้อยละ 86.91) รองมาคือกลุ่มที่ถือความสนุกสนานและกลุ่มที่มองประโยชน์ที่ได้รับเป็นสำคัญตามลำดับ (ร้อยละ 85.34 และ ร้อยละ 85.03 ตามลำดับ) เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยระบบประกันสุขภาพของตนเอง เป็นกลุ่มที่เคหะพบแพทย์มากที่สุด (ร้อยละ 100) ส่วนผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิของรัฐบาลและรัฐวิสาหกิจร้อยละ 88.19 และ ร้อยละ 90.91 ตามลำดับเท่านั้นที่เคยเข้าพบแพทย์

4.2.2.4 ค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพ

ตัวอย่างส่วนใหญ่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยจ่ายเอง (ร้อยละ 40.60) รองลงมา คือ จ่ายโดยใช้สิทธิของรัฐบาล และจ่ายโดยประกันสังคม (ร้อยละ 25.70 และ ร้อยละ 8.70 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายมีค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพโดยใช้สิทธิของรัฐบาลในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 35.90 เปรียบเทียบกับร้อยละ 18.00) ส่วนเพศหญิงจ่ายเองมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย(ร้อยละ 45.10 เปรียบเทียบกับร้อยละ 34.50) รองลงมา จ่ายโดยระบบประกันสุขภาพของหน่วยงานที่ทำงาน (ร้อยละ 20.60 เปรียบเทียบกับร้อยละ 14.10) และจ่ายโดยลูกหลานหรือคนในครอบครัว (ร้อยละ 5.60 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 1.40)

4.2.2.5 การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ

ในเรื่องการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยเรื่องการตรวจสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การออกกำลังกาย การไม่ดื่มสุราหรือของมีนเมาหรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติด พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการไม่ดื่มสุราหรือของมีนเมาหรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติด รองมาคือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ และเอาใจใส่การกินอยู่ในระดับดี ตามลำดับ ส่วนการออกกำลังกายนั้นให้ความสำคัญในอันดับท้ายสุด รูปที่ 4.29

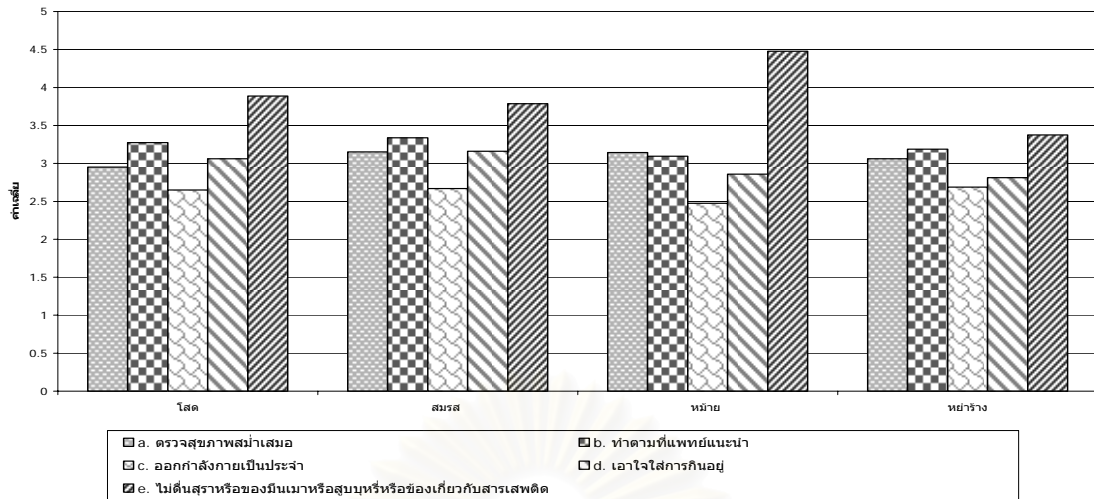


รูปที่ 4.29 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลจุฬา

(ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1)

จากรูปที่ 4.29 จะเห็นว่าเพศหญิงให้ความสำคัญในเรื่องการไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติดสูงกว่าเพศชายอย่างเห็นได้ชัดเจน ส่วนเรื่องการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ การทำตามคำแนะนำของแพทย์ และการเอาใจใส่การกินอยู่ นั้นทั้งสองเพศให้ความสำคัญไม่แตกต่างกัน เป็นที่น่าสังเกตว่าเพศชายให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกาย มากกว่าเพศหญิงอย่างเห็นได้ชัดเจน

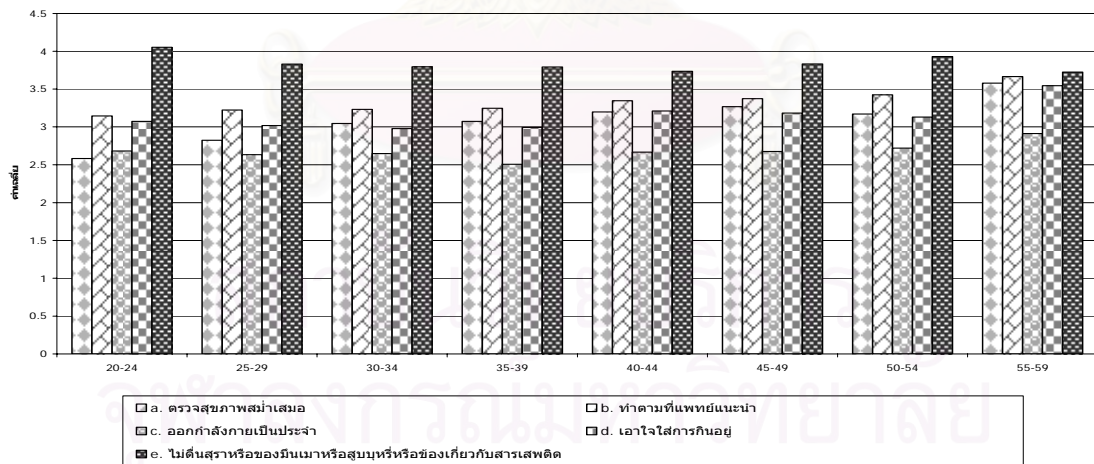
เมื่อพิจารณาการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่าผู้ที่ เป็นหม้ายให้ความสำคัญกับการไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติดสูงกว่ากลุ่มอื่น ส่วนการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ การทำตามคำแนะนำของแพทย์ และการเอาใจใส่การกินอยู่ นั้นไม่ว่าจะเป็นผู้มีสถานภาพสมรสเช่นไรก็ให้ความสำคัญไม่แตกต่างกัน ส่วนเรื่องการออกกำลังกาย นั้นกลุ่มผู้เป็น โสดและหม้ายให้ความสำคัญน้อยสุด (รูปที่ 4.30)



รูปที่ 4.30 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามสถานภาพสมรส:

โรงพยาบาลจุฬา (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1)

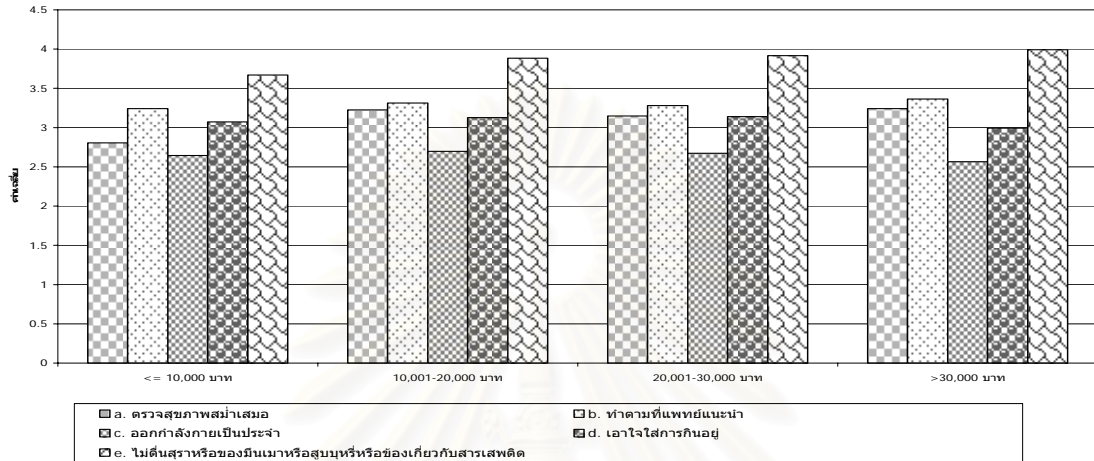
กลุ่มคนที่มีอายุมากขึ้นให้ความสำคัญกับการไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติด การเอาใจใส่การกินอยู่ และการออกกำลังกายมากขึ้น ส่วนการทำตามแพทย์แนะนำนั้น ไม่ว่าเป็นกลุ่มอายุใดได้ให้ความสำคัญในระดับที่ดีไม่ต่างกันมาก ยกเว้นกลุ่มอายุ 55-59 ปี ที่ให้ความสำคัญในเรื่องนี้มากที่สุด (รูปที่ 4.31)



รูปที่ 4.31 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลจุฬา

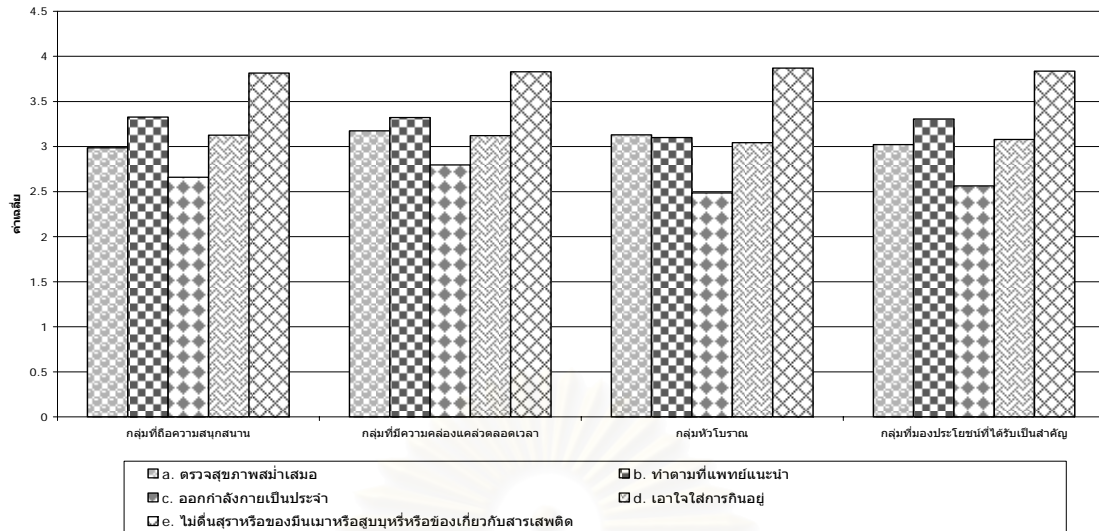
(ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1)

เมื่อพิจารณาการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามรายได้ พบว่าผู้ที่มีรายได้น้อยให้ความสำคัญต่อการไม่ดื่มสุราหรือของมีนเมาหรือสูบบุหรี่หรือข้องเกี่ยวกับสารเสพติดน้อยสุด เช่นเดียวกับการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ ส่วนการออกกำลังกาย การเอาใจใส่การกินอยู่ และการทำตามแพทย์แนะนำนั้น ไม่ว่าจะในกลุ่มคนที่มีรายได้ระดับใดก็ให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าวไม่แตกต่างกัน (รูปที่ 4.32)



รูปที่ 4.32 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามรายได้: โรงพยาบาลจุฬา (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1)

ในเรื่องการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพนั้นพบว่า ประชากรตัวอย่างกลุ่มหัวโบราณให้ความสำคัญกับการไม่ดื่มสุราหรือของมีนเมาหรือสูบบุหรี่หรือข้องเกี่ยวกับสารเสพติดสูงสุด ในขณะที่ให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายต่ำสุด กลุ่มที่ให้ความสำคัญต่อการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ การทำตามแพทย์แนะนำ และการออกกำลังกายมากที่สุดคือกลุ่มที่มีความคล่องแคล่วตลอดเวลา ส่วนเรื่องการเอาใจใส่การกินอยู่นั้นไม่ว่าเป็นคนกลุ่มใดให้ความสำคัญต่อเรื่องนี้ไม่แตกต่างกัน (รูปที่ 4.33)



รูปที่ 4.33 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามจิตศาสตร์: โรงพยาบาลจุฬา (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1)

4.2.2.6 สถานที่ที่ใช้บริการดูแลสุขภาพ

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้บริการที่สถานีนอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / โรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 56.30) รองลงมา คือ ที่โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน ตามลำดับ (ร้อยละ 27.00 และ ร้อยละ 9.40 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายใช้บริการที่ สถานีนอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / โรงพยาบาลของรัฐสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 62.10 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 52.) รองลงมาร้านขายยา (ร้อยละ 6.60 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 5.80) ส่วนเพศหญิงใช้บริการที่คลินิกเอกชนสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 11.70 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 6.40) และเพศหญิงใช้บริการดูแลสุขภาพที่อื่น ๆ มีสัดส่วนใกล้เคียงกับกับเพศชาย (ร้อยละ 1.20 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 1.10)

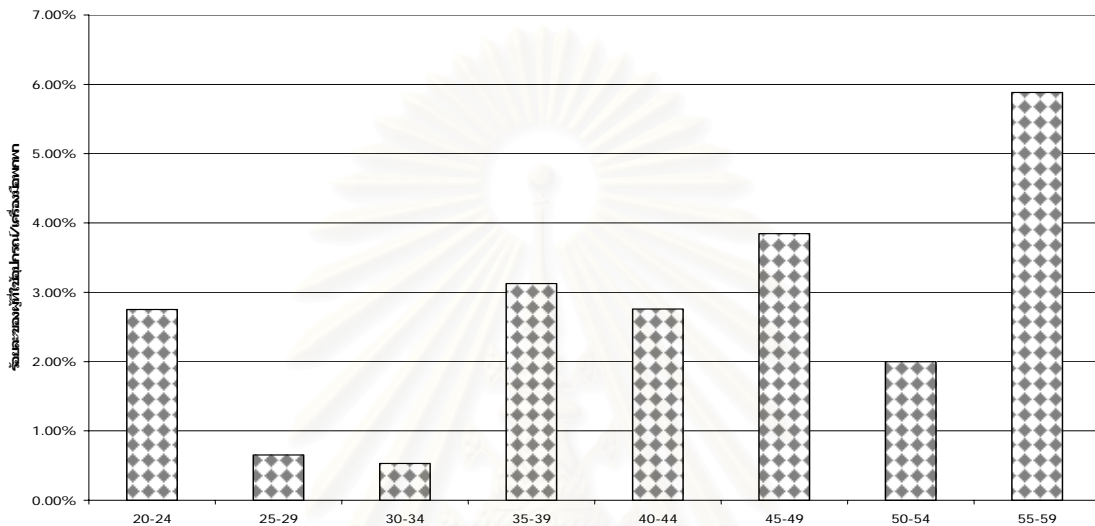
4.2.2.7 การใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพาในปัจจุบัน

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพา (ร้อยละ 97.6) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงไม่ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพามีสัดส่วนสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 98.00 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 97.10)

สำหรับสาเหตุที่ไม่ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพา เพราะ ไปตรวจที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 53.00) รองลงมาใช้วิธีสังเกตตัวเองและไม่สนใจ ตามลำดับ (ร้อยละ 26.00 และ ร้อยละ 8.90 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงที่ไม่ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพานั้นเป็นเพราะไปตรวจที่โรงพยาบาลมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 54.50 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 51.00) ส่วนเพศชายใช้

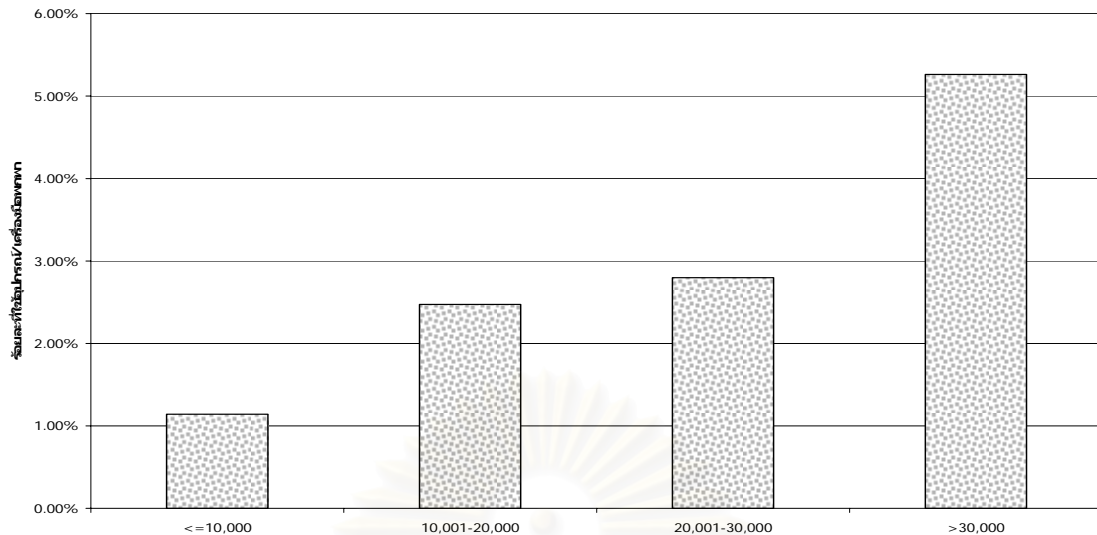
วิธีสังเกตตัวเองมีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 27.30 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 25.10) และไม่สนใจเพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 9.40 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 8.10)

ประชากรตัวอย่างกลุ่มอายุ 55-59 ปี เป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพาสูงสุด (ร้อยละ 5.88) รองมาคือกลุ่มผู้มีอายุ 45-49 ปี กลุ่มอายุ 35-39 ปี และ กลุ่มอายุ 40-44 ปี (ร้อยละ 3.85 ร้อยละ 3.13 และร้อยละ 2.76 ตามลำดับ) (รูปที่ 4.34)



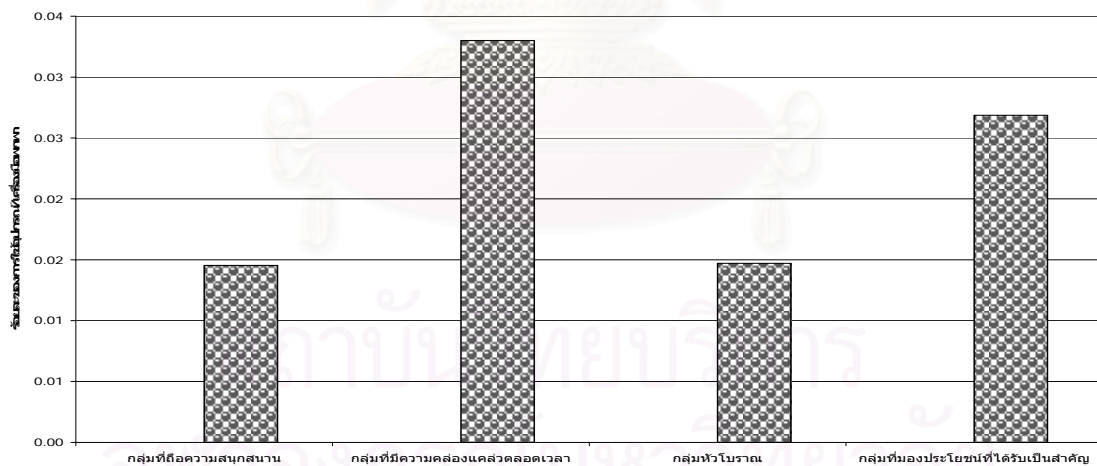
รูปที่ 4.34 ร้อยละของการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพา จำแนกตามช่วงอายุ : โรงพยาบาลจุฬา

ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท เป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพาสูงสุด (ร้อยละ 5.26) รองมาคือกลุ่มผู้มีรายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 2.80 และกลุ่มผู้มีรายได้น้อยกว่า 10,001- 20,000 บาท ร้อยละ 2.47 ตามลำดับ (รูปที่ 4.35)



รูปที่ 4.35 ร้อยละของการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพา จำแนกตามรายได้: โรงพยาบาลจุฬา

กลุ่มที่มีความคล่องแคล่วตลอดเวลาเป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพามากสุด (ร้อยละ 3.30) รองมาคือกลุ่มที่มองประโยชน์ที่ได้รับเป็นสำคัญ และกลุ่มหัวโบราณ (ร้อยละ 2.69 และ ร้อยละ 1.47 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มที่มีความสนุกสนานนั้นเป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพาน้อยสุด (รูปที่ 4.36)



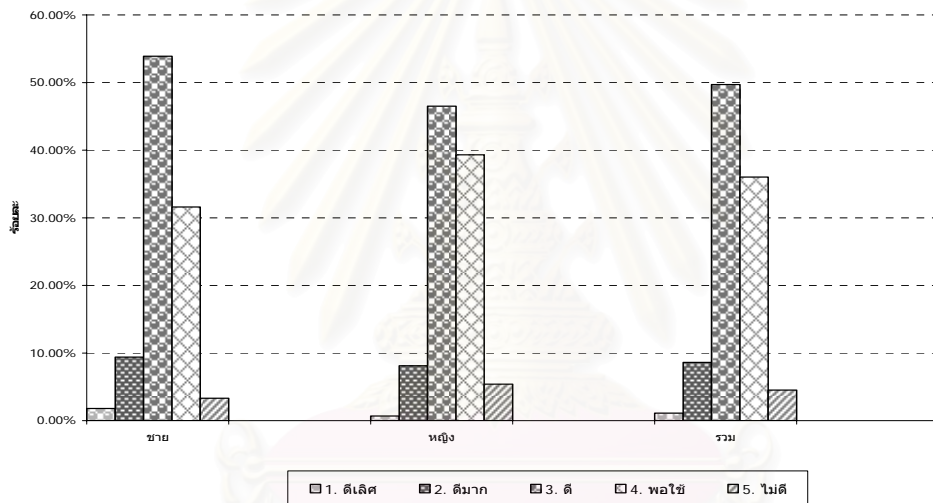
รูปที่ 4.36 ร้อยละของการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพา จำแนกตามจิตศาสตร์: โรงพยาบาลจุฬา

ผู้ที่ใช้สิทธิของรัฐบาลเป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพามากสุด (ร้อยละ 3.94) รองมาคือกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยลูกหลานหรือคนในครอบครัว และกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองตามลำดับ (ร้อยละ 2.63 และ 1.77 ตามลำดับ)

4.2.3 สถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตัวเองของประชากรตัวอย่างที่ตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

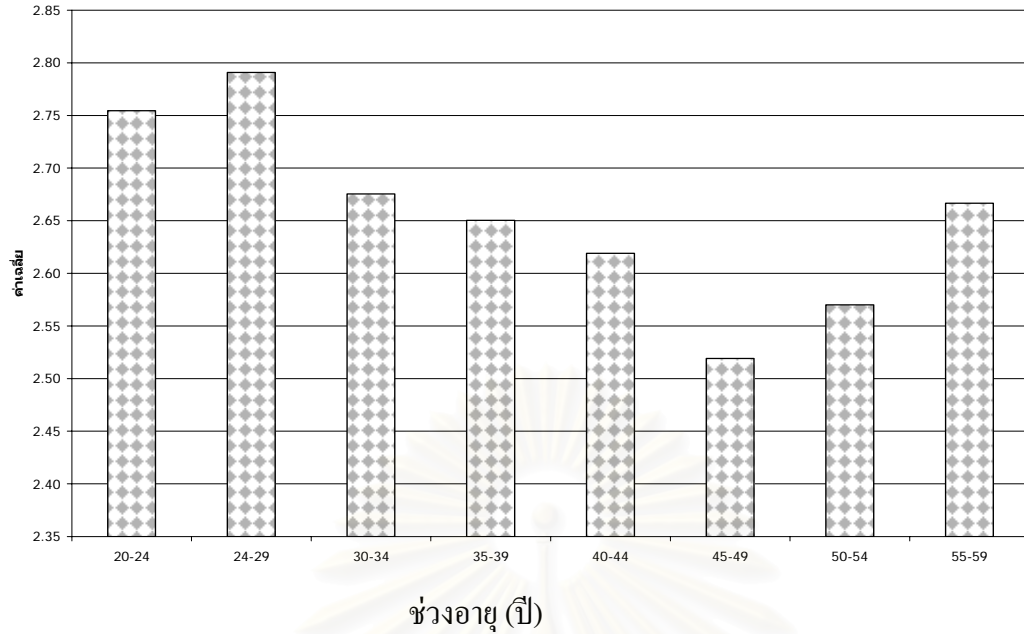
4.2.3.1 คิดว่าสุขภาพตนเองเป็นเช่นไร

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 49.70) รองลงมาคือระดับพอใช้ (ร้อยละ 36) และระดับดีมาก (ร้อยละ 8.60) เมื่อจำแนกตามเพศ เพศชายประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดีมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 53.90 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 46.50) ส่วนเพศหญิงประเมินว่าสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้มีสัดส่วนมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 39.30 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 31.60) และการประเมินสุขภาพระดับดีมาก เพศชายมีสัดส่วนมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 9.40 และ 8.10 ตามลำดับ) รูปที่ 4.37



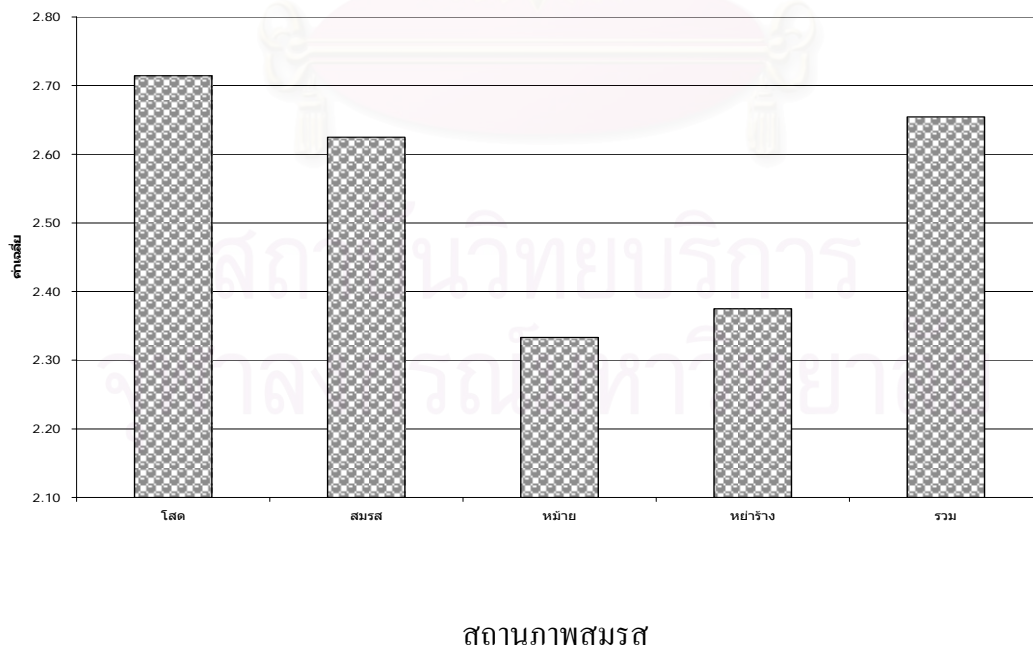
รูปที่ 4.37 ร้อยละของการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรตัวอย่างช่วงอายุ 24-29 ปี ประเมินว่าสุขภาพตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ส่วนช่วงอายุ 20-24 ปี รองลงมาคือช่วงอายุ 40-44 ปี ส่วนช่วงอายุ 30-34 ปี และช่วงอายุ 55-59 ปี ประเมินว่าสุขภาพตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน รูปที่ 4.38



รูปที่ 4.38 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง จำแนกตามช่วงอายุ : โรงพยาบาลจุฬาฯ
(ดี = 3 พอใช้ = 2 ไม่ดี = 1)

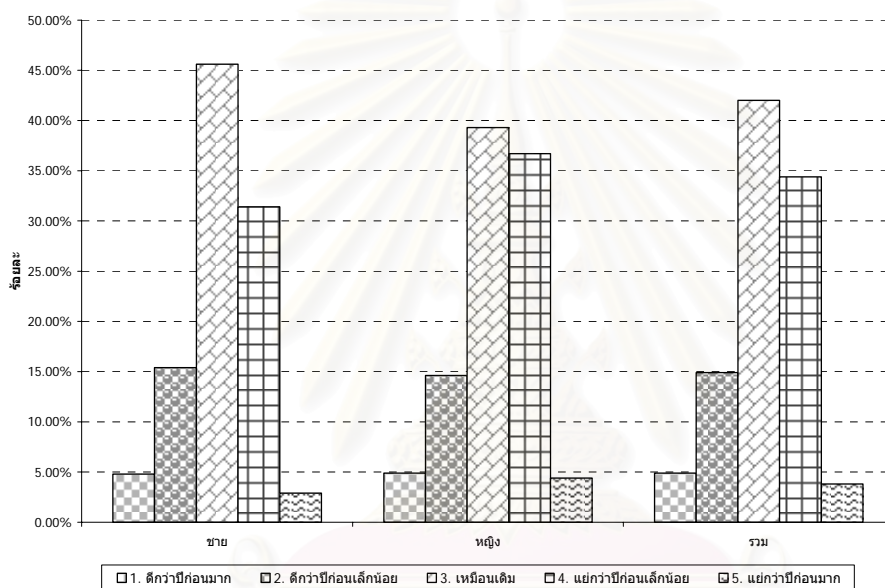
เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ประชากรตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเป็น โสด ประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับพอใช้ มีอัตราส่วนสูงที่สุด รองลงมาคือผู้ตอบที่มีสถานภาพสมรสสมรส ถัดมาคือสถานภาพหย่าร้าง และเป็นหม้าย รูปที่ 4.39



รูปที่ 4.39 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพด้วยตนเองจำแนกตามสถานภาพสมรส:
โรงพยาบาลจุฬาฯ (ดี = 3 พอใช้ = 2 ไม่ดี = 1)

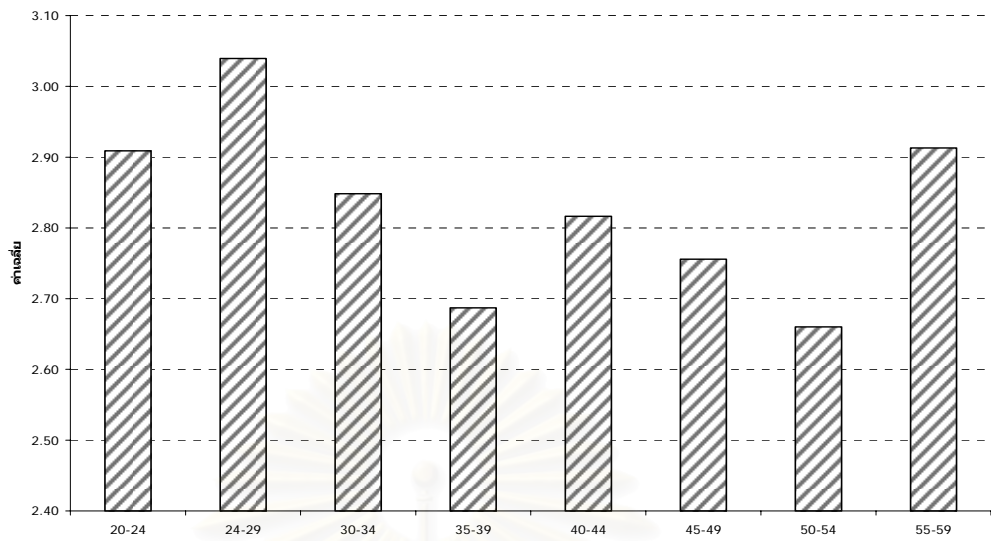
4.2.3.2 การเปรียบเทียบสุขภาพปีที่ผ่านมา

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าสุขภาพตนเองเหมือนเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ร้อยละ 42.00 ลงมาคือต่ำกว่าปีก่อนเล็กน้อย และดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย (ร้อยละ 34.40 ร้อยละ 14.90 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าเพศชายประเมินว่าสุขภาพตนเองเหมือนเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 45.60 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 39.30 ตามลำดับ) ขณะที่เพศหญิงประเมินว่าสุขภาพตนเองต่ำกว่าปีที่แล้วเล็กน้อยมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 36.70 และร้อยละ 31.40 ตามลำดับ) และประเมินว่าสุขภาพตนเองดีกว่าปีที่แล้วเล็กน้อยมีสัดส่วนน้อยกว่าเพศชาย (ร้อยละ 14.60 และร้อยละ 15.40 ตามลำดับ) รูปที่ 4.40



รูปที่ 4.40 ร้อยละของการประเมินสุขภาพตนเองเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลจุฬาฯ

เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วงอายุ 24-29 ปี ประเมินว่าสุขภาพตนเองเหมือนเดิมเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา รองลงมาคือช่วงอายุ 20-24 ปี และช่วงอายุ 55-59 ปี ขณะที่ประชากรช่วงอายุ 30 – 34 ปี และช่วงอายุ 50-54 ปี ประเมินว่าสุขภาพของตนเองดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย มีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน รูปที่ 4.41

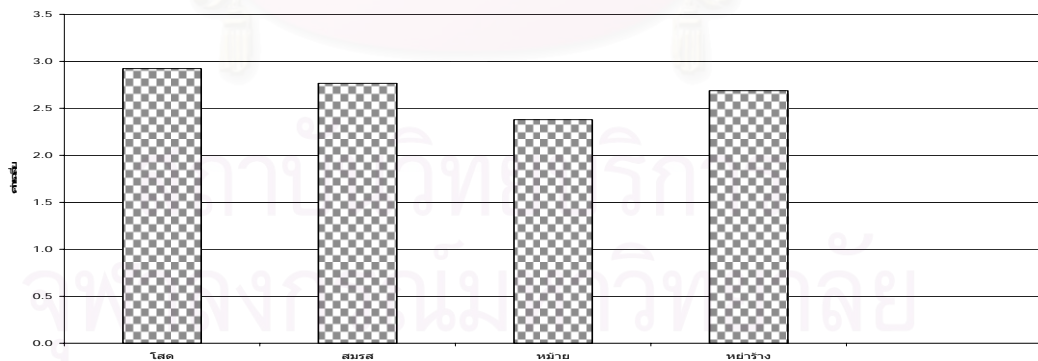


ช่วงอายุ (ปี)

รูปที่ 4.41 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพเปรียบเทียบสุขภาพปีที่ผ่านมา

จำแนกตามช่วงอายุ : โรงพยาบาลจุฬาฯ (ดีกว่าปีก่อนมาก = 5 ดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย = 4 เหมือนเดิม = 3 แย่กว่าปีก่อนเล็กน้อย = 2 แย่กว่าปีก่อนมาก = 1)

ประชากรตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรส ผู้ที่เป็น โสด พบว่า จะประเมินว่าสุขภาพตนเองดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย ถัดมาคือผู้ที่มีสถานภาพสมรสสมรส ส่วนผู้ที่เป็นหม้ายประเมินว่าสุขภาพตนเองดีกว่าปีก่อนเล็กน้อยมีสัดส่วนที่ต่ำ รูปที่ 4.42

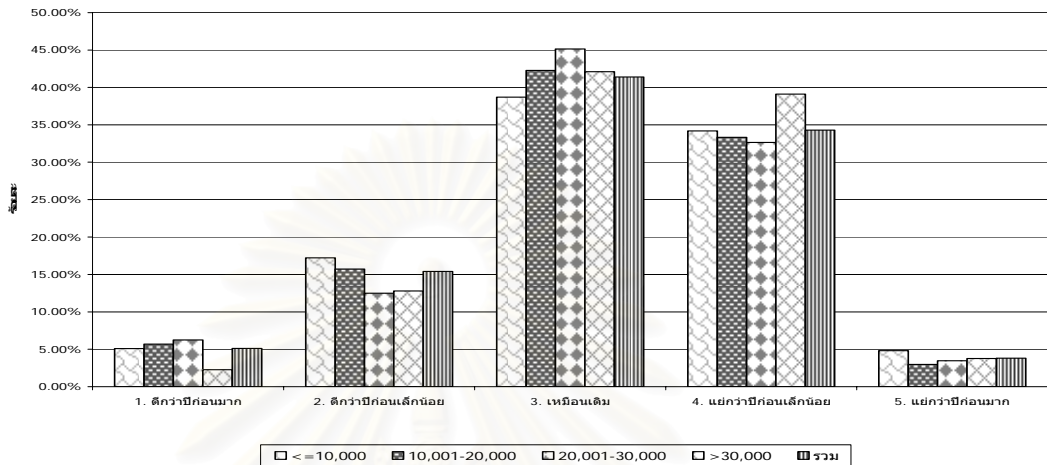


สถานภาพสมรส

รูปที่ 4.42 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพเปรียบเทียบสุขภาพปีที่ผ่านมาจำแนกตาม

สถานภาพสมรส: โรงพยาบาลจุฬาฯ (ดีกว่าปีก่อนมาก = 5 ดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย = 4 เหมือนเดิม = 3 แย่กว่าปีก่อนเล็กน้อย = 2 แย่กว่าปีก่อนมาก = 1)

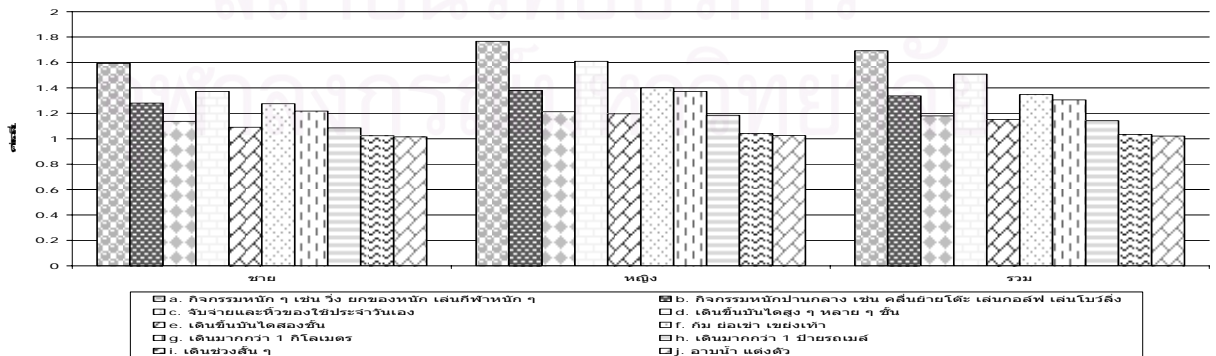
เมื่อจำแนกตามรายได้พบว่า ประชากรตัวอย่างที่มีรายได้ระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพเหมือนเดิม เป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 45.14) ถัดมาประชากรที่มีรายได้ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท ร้อยละ 42.28 และประชากรที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพแย่กว่าปีก่อนเล็กน้อย ร้อยละ 39.10 รูปที่ 4.43



รูปที่ 4.43 ร้อยละของการประเมินสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านม จำแนกตามระดับรายได้ : โรงพยาบาลจุฬาฯ

4.2.3.3 การประเมินตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

ประชากรตัวอย่างประเมินสุขภาพจากความสามารถในการทำกิจกรรมหนักๆ เช่น ยกของหนัก เล่นกีฬาหนักๆ พบว่ามีปัญหาเล็กน้อย ถัดมาคือมีปัญหาเล็กน้อยเกี่ยวกับปัญหาเดินขึ้นบันไดสูงๆ หลากๆ ชั้น ส่วนการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหนักปานกลาง เช่น เคลื่อนย้ายโต๊ะ เล่นกอล์ฟ เล่นโบว์ลิ่ง จับจ่ายและหิ้วของใช้ประจำวันเอง เดินขึ้นบันตสองชั้น ก้ม ย่อเข้า เข่งเท้า เดินมากกว่า 1 กิโลเมตร เดินมากกว่า 1 ป้ายรถเมล์ เดินช่วงสั้นๆ และอาบน้ำแต่งตัว พบว่าประชากรตัวอย่างประเมินว่าไม่มีปัญหา รูปที่ 4.44



รูปที่ 4.44 คะแนนเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน จำแนกตามเพศ : โรงพยาบาลจุฬาฯ (ไม่มีปัญหา = 1 , มีเล็กน้อย = 2 ลำบาก = 3)

จากรูปที่ 4.44 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าประชากรเพศหญิงส่วนใหญ่ประเมินว่าไม่มีปัญหาจากการทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนใหญ่มีสัดส่วนสูงกว่าประชากรเพศชาย โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับการทำกิจกรรมหนักๆ กิจกรรมปานกลาง หรือการเดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น

หากจำแนกตามช่วงอายุ พบว่าช่วงอายุ 55-59 ปี ประเมินว่าเกือบจะมีปัญหาเล็กน้อยในการทำกิจกรรมหนักๆ เช่น วิ่ง ยกของหนัก รองลงมาคือเรื่องเดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น และการก้มย่อเข้า เขย่งเท้า และมีปัญหาน้อยมากในเรื่องของการเดินในช่วงสั้นๆ และการอาบน้ำ แต่งตัวตามลำดับ ส่วนช่วงอายุ 30-34 ปี ประเมินว่าเกือบจะมีปัญหาเล็กน้อยในการทำกิจกรรมหนักๆ เช่น วิ่ง ยกของหนัก รองลงมาคือเรื่องเดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น และมีปัญหาน้อยมาในเรื่องการเดินช่วงสั้นๆ และการอาบน้ำ แต่งตัว ตารางที่ 4.6

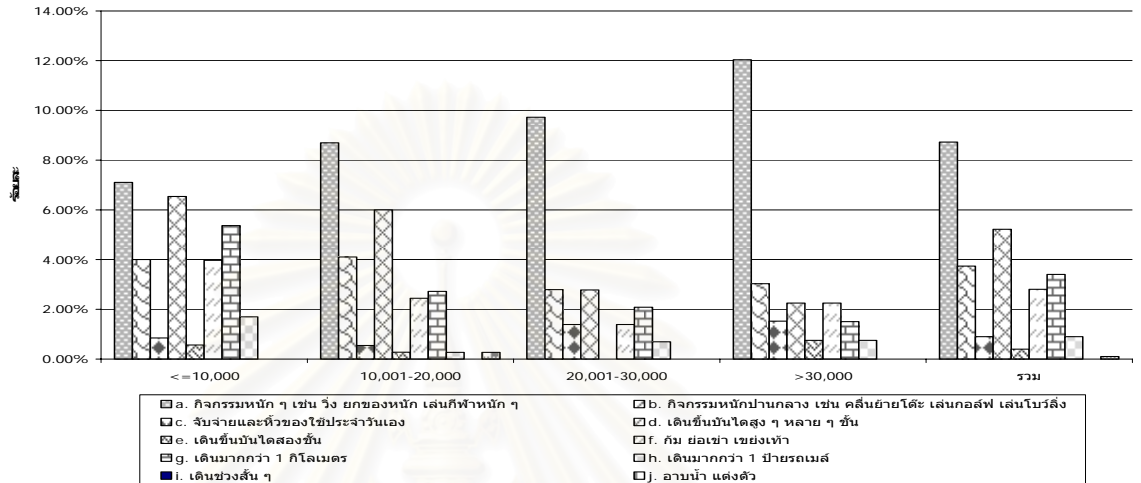
ตารางที่ 4.6 คะแนนเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรม

ประจำวันจำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลจุฬาฯ

กิจกรรมประจำวันต่อไปนี้ สามารถทำได้เป็นอย่างดี หรือมีข้อจำกัดเกิดขึ้นใน ระดับใด	อายุ (ปี)							
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
a. กิจกรรมหนัก ๆ เช่น วิ่ง ยก ของหนัก เล่นกีฬาหนัก ๆ	1.50	1.52	1.74	1.67	1.72	1.79	1.84	1.85
b. กิจกรรมหนักปานกลาง เช่น คลื่นย้ายโต๊ะ เล่นกอล์ฟ เล่นโบว์ลิ่ง	1.19	1.28	1.33	1.30	1.40	1.44	1.33	1.48
c. จับจ่ายและหิ้วของใช้ ประจำวันเอง	1.08	1.14	1.14	1.15	1.14	1.29	1.30	1.32
d. เดินขึ้นบันไดสูง ๆ หลาย ๆ ชั้น	1.33	1.38	1.47	1.49	1.56	1.61	1.67	1.70
e. เดินขึ้นบันไดสองชั้น	1.07	1.13	1.08	1.17	1.17	1.18	1.25	1.25
f. ก้ม ย่อเข้า เขย่งเท้า	1.22	1.27	1.28	1.30	1.41	1.37	1.53	1.55
g. เดินมากกว่า 1 กิโลเมตร	1.25	1.29	1.31	1.23	1.35	1.25	1.40	1.46
h. เดินมากกว่า 1 ป้ายรถเมล์	1.12	1.12	1.14	1.13	1.12	1.13	1.22	1.24
i. เดินช่วงสั้น ๆ	1.02	1.04	1.03	1.03	1.05	1.01	1.04	1.09
j. อาบน้ำ แต่งตัว	1.01	1.03	1.02	1.01	1.02	1.00	1.04	1.06

หมายเหตุ: การให้คะแนน ไม่มีปัญหา = 1 มีเล็กน้อย = 2 และลำบาก = 3

ขณะที่ประชากรส่วนใหญ่ที่มีรายได้ช่วง >30,000 บาท ประเมินว่าตนเองมีความลำบากในการทำกิจกรรมหนักๆ ร้อยละ 12.03 นอกจากนี้ประชากรส่วนใหญ่ที่มีรายได้ช่วง 20,001 -30,000 บาท พบว่าตนเองมีความลำบากในปัญหาด้านการทำกิจกรรมหนักปานกลาง และปัญหาเดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 2.80 เปรียบเทียบกับร้อยละ 2.78) รูปที่ 4.45

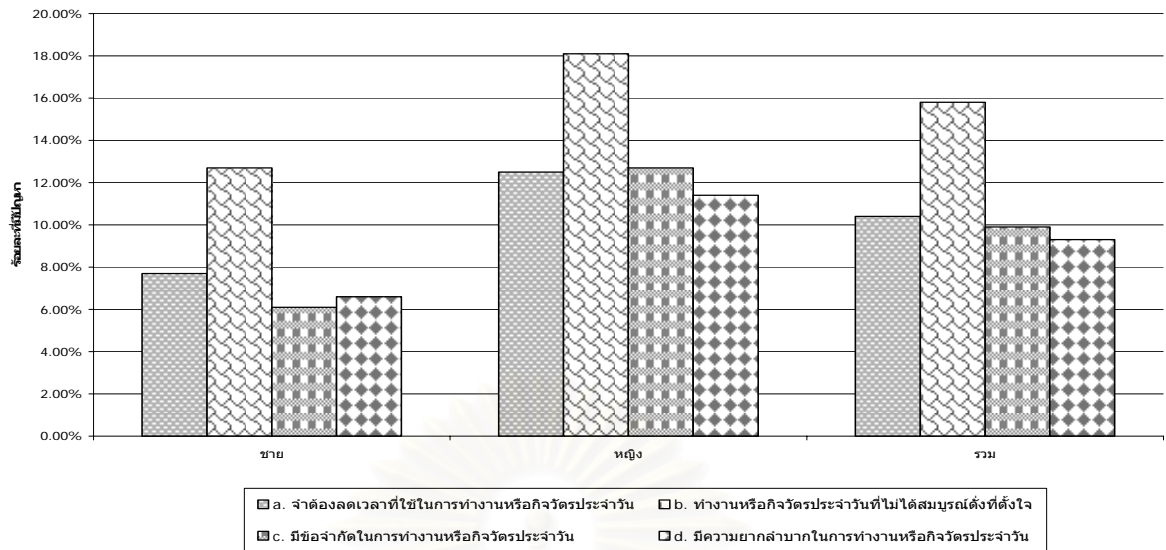


รูปที่ 4.45 ร้อยละของผู้ที่ประเมินตนเองว่ามีปัญหาลำบากมากในการทำกิจกรรมประจำวัน
จำแนกตามรายได้ : โรงพยาบาลจุฬาฯ

4.2.3.4 การประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

เมื่อพิจารณาการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลาที่ผ่านมา พบว่าประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่า ไม่มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 90.70 รองลงมาคือ มีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 90.10 และ จำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 89.60

เมื่อจำแนกตามเพศ เพศหญิงประเมินปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน พบว่ามีปัญหาในเรื่องการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังใจ และมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 18.10 และร้อยละ 12.70 ตามลำดับ ส่วนเพศชายประเมินว่ามีปัญหาเรื่องการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ ร้อยละ 12.70 ถัดมาคือปัญหาเรื่องจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 7.70 และมีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 6.60 รูปที่ 4.46



รูปที่ 4.46 ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลจุฬาฯ

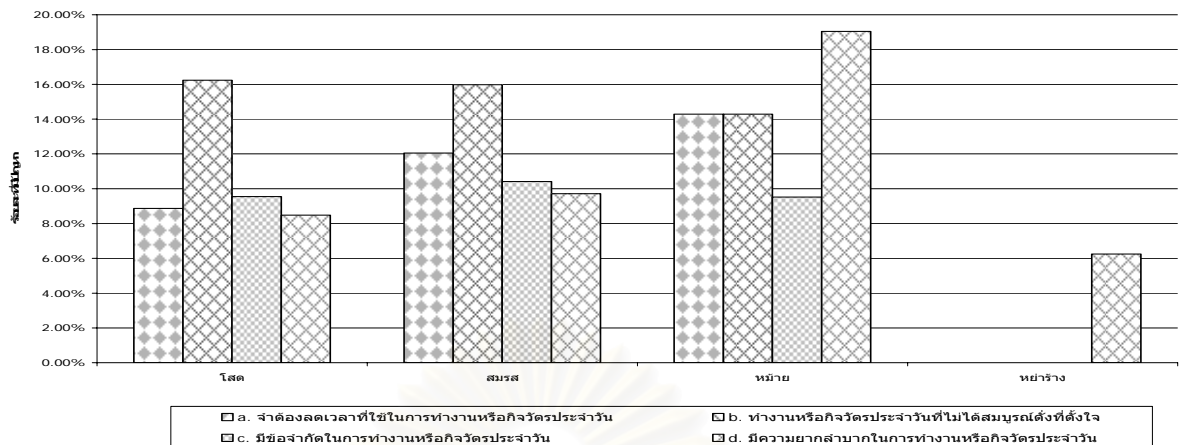
เมื่อให้ประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวัน จำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ประชากรตัวอย่างประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวันเรื่อง ทำงานหรือกิจกรรมประจำวันไม่ได้สมบรูณ์ดังที่ตั้งใจ อยู่ในช่วงอายุ 20-24 ปี และ 55-59 ปีมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 20.00 และร้อยละ 20.29 ตามลำดับ รองลงมาคือช่วงอายุ 45-49 ปี (ร้อยละ 16.79) นอกจากนี้พบว่าช่วงอายุ 55-59 ปี ยังมีปัญหาสุขภาพเรื่องด้านมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน ร้อยละ 18.84 และ จำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน ร้อยละ 17.39 ตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลจุฬาฯ

ในช่วงเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา มีปัญหา สุขภาพ	อายุ (ปี)							
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
a. จำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน	(10.91%)	(7.84%)	(10.99%)	(6.75%)	(9.59%)	(10.69%)	(15.00%)	(17.39%)
b. ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันที่ไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ	(20.00%)	(15.03%)	(13.09%)	(14.11%)	(16.33%)	(16.79%)	(15.00%)	(20.29%)
c. มีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน	(7.27%)	(7.19%)	(10.47%)	(6.79%)	(11.56%)	(9.16%)	(13.00%)	(18.84%)
d. มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน	(7.27%)	(7.84%)	(6.81%)	(6.17%)	(11.72%)	(11.45%)	(12.00%)	(17.39%)

เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส ประชากรตัวอย่างประเมินถึงการมีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่จะเป็นในเรื่องการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ ร้อยละ 15.81 รองลงมาคือปัญหาจำต้องลดเวลาในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 10.52 และมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 9.86

ประชากรตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย ประเมินปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน พบว่า มีปัญหาเรื่องมีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 19.05 มีปัญหาจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน และการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันที่ไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ มีสัดส่วนเท่าเทียมกัน ร้อยละ 14.29 คนที่เป็น โสด และคนสมรส มักจะพบว่ามีปัญหาทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ ร้อยละ 16.23 และ ร้อยละ 15.98 ตามลำดับ รูปที่ 4.47

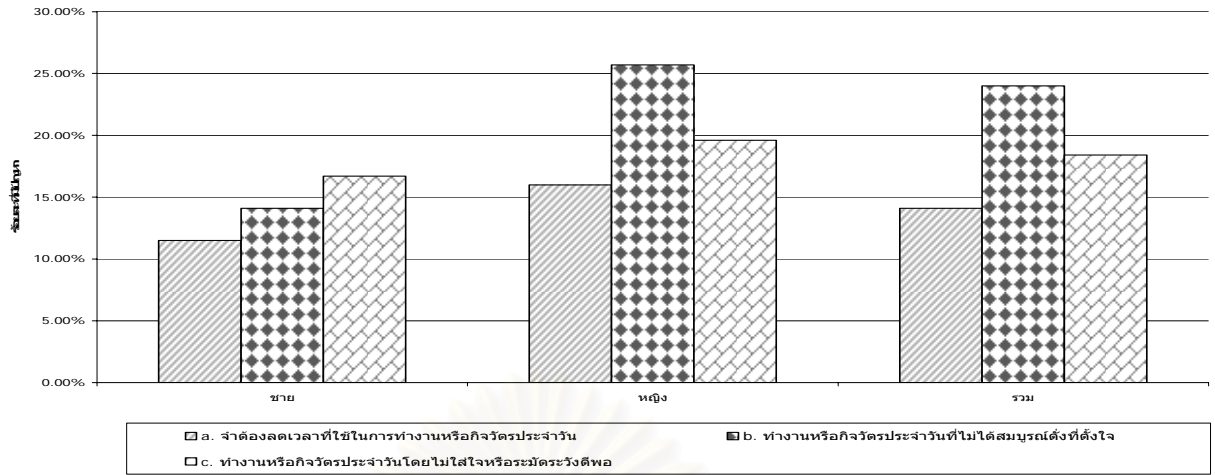


รูปที่ 4.47 ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลจุฬาฯ

4.2.3.5 การประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

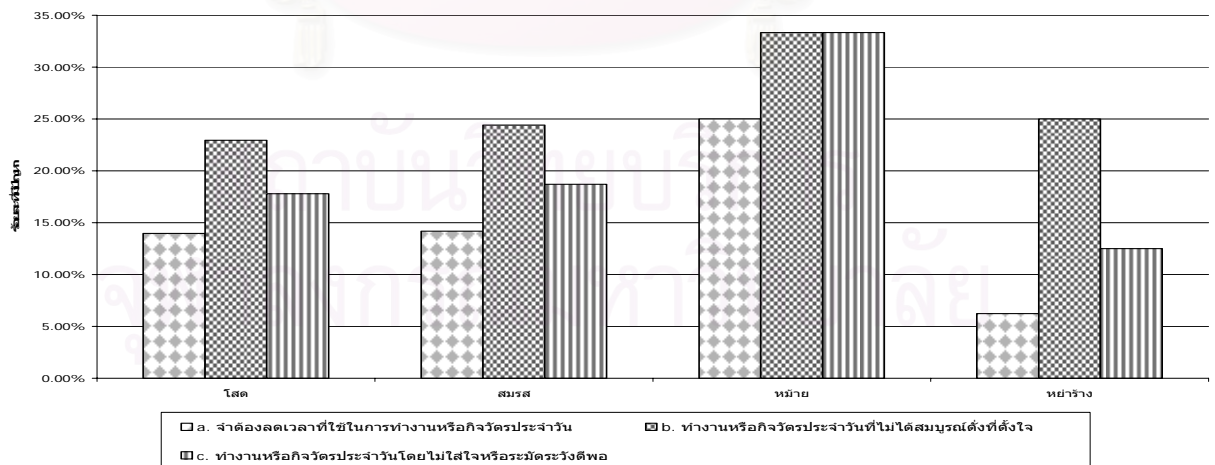
การประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ ที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ มีปัญหาทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ ร้อยละ 24.00 ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่ได้ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ ร้อยละ 18.40 และ จำต้องลดเวลาที่ใช้การทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 14.10

เมื่อจำแนกออกตามเพศ พบว่า เพศหญิงมีปัญหาด้านจิตใจที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน สูงกว่าเพศชาย ในทุกเรื่อง อันดับแรกคือ ปัญหาทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ (ร้อยละ 25.70 เปรียบเทียบกับร้อยละ 14.10) รองมาคือ ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่ได้ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ (ร้อยละ 19.60 เปรียบเทียบกับร้อยละ 16.70) และจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 16.00 เปรียบเทียบกับร้อยละ 11.50) รูปที่ 4.48



รูปที่ 4.48 ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่นเครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลจุฬาฯ

หากจำแนกออกตามสถานภาพสมรส พบว่าประชากรตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสหม้าย มีปัญหาทางด้านจิตใจ ที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวันในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังนี้ ปัญหา ด้านทำงานหรือกิจกรรมประจำวันไม่ได้สมบูณ์ดังที่ตั้งใจ และทำงานหรือกิจกรรมประจำวันไม่ใส่ใจ หรือระมัดระวังดีพอ มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 33.33 และจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือ กิจกรรมประจำวัน ร้อยละ 25.00 ขณะที่ประชากรที่มีสถานภาพสมรสสมรส มีปัญหาเรื่องทำงานหรือ กิจกรรมประจำวันที่ไม่ได้สมบูณ์ดังที่ตั้งใจ ร้อยละ 24.42 รองลงมาคือคนโสด ร้อยละ 22.94 รูปที่ 4.49



รูปที่ 4.49 ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่นเครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส โรงพยาบาลจุฬาฯ

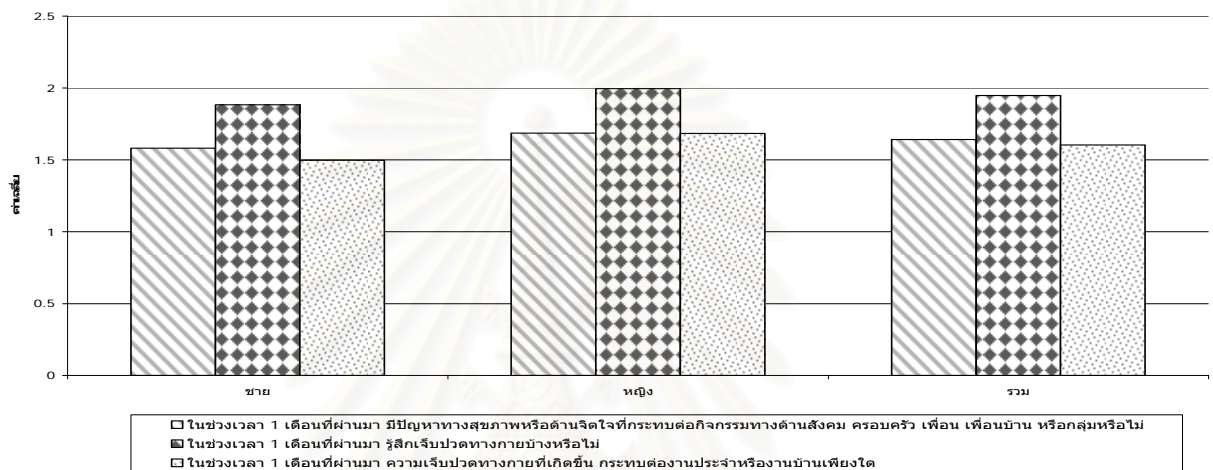
เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่าประชากรตัวอย่างช่วงอายุ 55-59 ปี มีปัญหาด้านจิตใจ ที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน สูงกว่าประชากรตัวอย่างช่วงอายุอื่นๆ ปัญหอันดับแรกที่มีคือ ปัญหาทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ ร้อยละ 20.29 รองลงมาคือมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 18.48 และปัญหาจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน และปัญหาที่มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน มีสัดส่วนเท่าเทียมกัน ร้อยละ 17.39 ตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่นเครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือ กิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาล จุฬาฯ

สภาพปัญหา	อายุ (ปี)							
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
a. จำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน	(10.91%)	(7.84%)	(10.99%)	(6.75%)	(9.59%)	(10.69%)	(15.00%)	(17.39%)
b. ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันที่ไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ	(20.00%)	(15.03%)	(13.09%)	(14.11%)	(16.33%)	(16.79%)	(15.00%)	(20.29%)
c. มีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน	(7.27%)	(7.19%)	(10.47%)	(6.79%)	(11.56%)	(9.16%)	(13.00%)	(18.84%)
d. มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน	(7.27%)	(7.84%)	(6.81%)	(6.17%)	(11.72%)	(11.45%)	(12.00%)	(17.39%)

4.2.3.6 การประเมินสุขภาพกึ่งปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

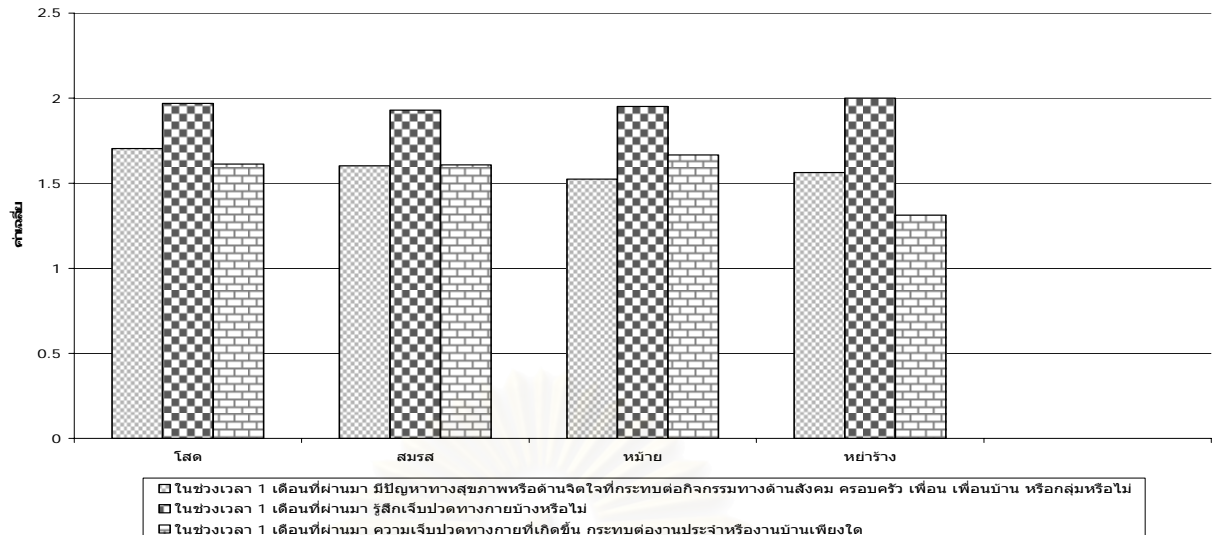
ประชากรตัวอย่างประเมินว่า ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา รู้สึกเจ็บปวดทางกายมีสัดส่วนสูงสุด ขณะที่เรื่องมีปัญหาทางสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม และ ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้น กระทบต่องานประจำหรืองานบ้าน มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน รูปที่ 4.50



รูปที่ 4.50 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพกับปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลจุฬาฯ (ไม่มีเลย = 1 มีเล็กน้อย = 2 มีพอสมควร = 3)

เมื่อ จำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายประเมินว่า ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีปัญหาทางสุขภาพหรือด้านจิตใจมีสัดส่วนน้อยกว่าเพศชายทุกเรื่อง อันดับแรกคือปัญหา รู้สึกเจ็บปวดทางกาย รองลงมาคือมีปัญหาทางสุขภาพหรือด้านจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางด้านสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม และ ปัญหาความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้น กระทบต่องานหรืองานบ้าน

ประชากรตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ผู้ตอบที่มีสถานภาพสมรสสมรส และ หม้าย มีปัญหา รู้สึกเจ็บป่วยทางกายในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาในอัตราส่วนที่เท่าเทียมกัน ขณะที่ประชากรตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้ายมีปัญหาเรื่องนี้สูงกว่าสถานภาพสมรสอื่นๆเพียงเล็กน้อย รูปที่ 4.51

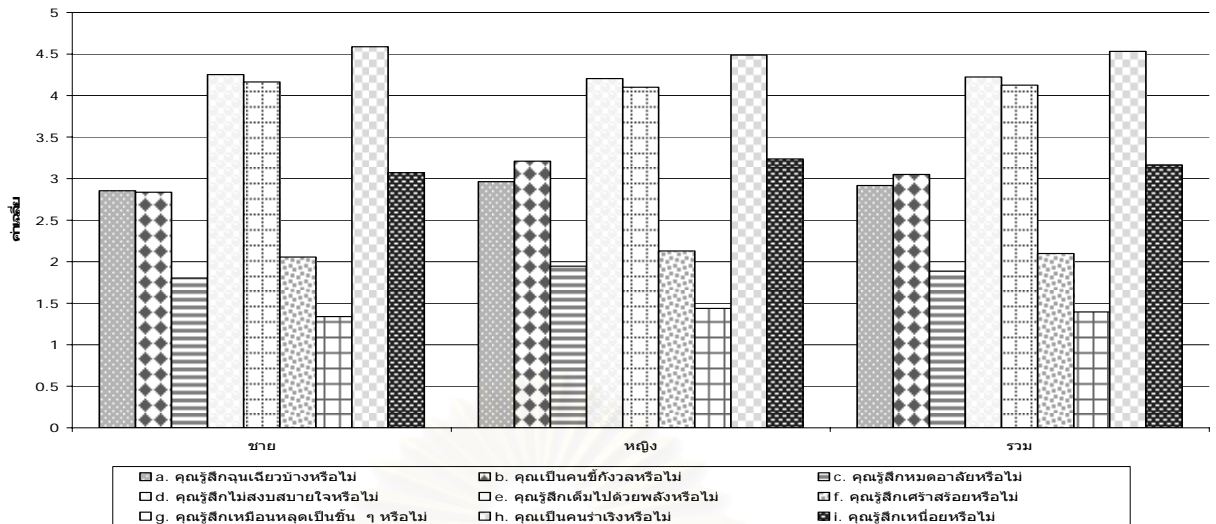


รูปที่ 4.51 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพกับปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลจุฬาฯ (ไม่มีเลย = 1 มีเล็กน้อย = 2 มีพอสมควร = 3)

4.2.3.7 ความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

การประเมินสุขภาพด้านความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประชากรตัวอย่างประเมินว่า เป็นคนร่าเริงมีสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมาคือรู้สึกสงบสบายใจ และรู้สึกเต็มไปด้วยพลัง ส่วนความรู้สึกเหมือนหลุดเป็นชิ้นมีสัดส่วนน้อยที่สุด รูปที่ 4.52

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



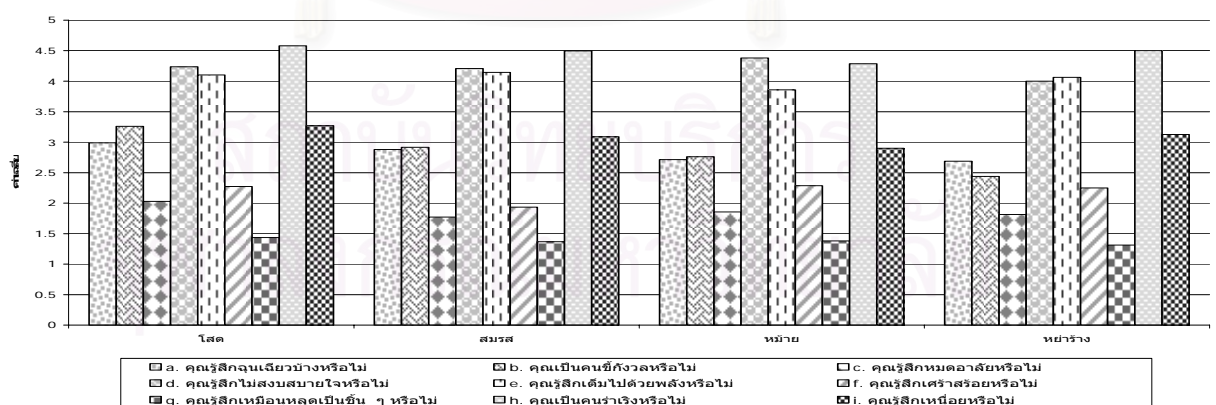
รูปที่ 4.52 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ:

โรงพยาบาลจุฬาฯ (ตลอดเวลา = 5 ส่วนใหญ่ของเวลา = 4 พอสมควร = 3 มีบ้างเล็กน้อย = 2

ไม่เลย = 1)

การประเมินสุขภาพด้านความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิง ประเมินว่ารู้สึกเป็นคนรำเริงมีสัดส่วนสูงใกล้เคียงกัน นอกจากนี้เพศหญิงมีความรู้สึกหมดกำลังใจมากกว่าเพศชาย

เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า คนโสดประเมินว่ารู้สึกเป็นคนรำเริงมีอัตราสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ผู้ตอบที่มีสถานภาพสมรส และหย่าร้าง ประเมินว่ามีความรู้สึกรำเริงในอัตราที่เท่าเทียมกัน ขณะที่ผู้ตอบที่มีสถานภาพหย่าร้างประเมินว่ารู้สึกเหมือนหลุดเป็นชิ้นๆ ในสัดส่วนน้อยกว่าผู้ตอบที่มีสถานภาพอื่นๆ รูปที่ 4.53



รูปที่ 4.53 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพ

สมรส : โรงพยาบาลจุฬาฯ (ตลอดเวลา = 5 ส่วนใหญ่ของเวลา = 4 พอสมควร = 3 มีบ้างเล็กน้อย = 2

ไม่เลย = 1)

เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ประชากรตัวอย่างช่วงอายุ 20- 24 ปี ประเมินว่าในรอบ 1 เดือน มีความรู้สึกและมีความคิดว่าเป็นคนใจกว้างพอควรมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆอย่างเห็นได้ชัดเจน นอกจากนี้ ประชากรตัวอย่างทุกช่วงอายุประเมินว่าส่วนใหญ่เป็นคนร่าเริงมีสัดส่วนที่สูงมาก ถัดมาคือ รู้สึกสงบสบายใจ และรู้สึกเต็มไปด้วยพลัง ส่วนความรู้สึกหรือความคิดรู้สึกเหมือนหลุดเป็นชิ้นๆ พบว่า ประชากรตัวอย่างทุกช่วงอายุ ประเมินว่ามีความคิดหรือรู้สึกแบบนี้ น้อยมาก ตารางที่ 4.9 ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ยของการประเมินความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ : โรงพยาบาลจุฬาฯ

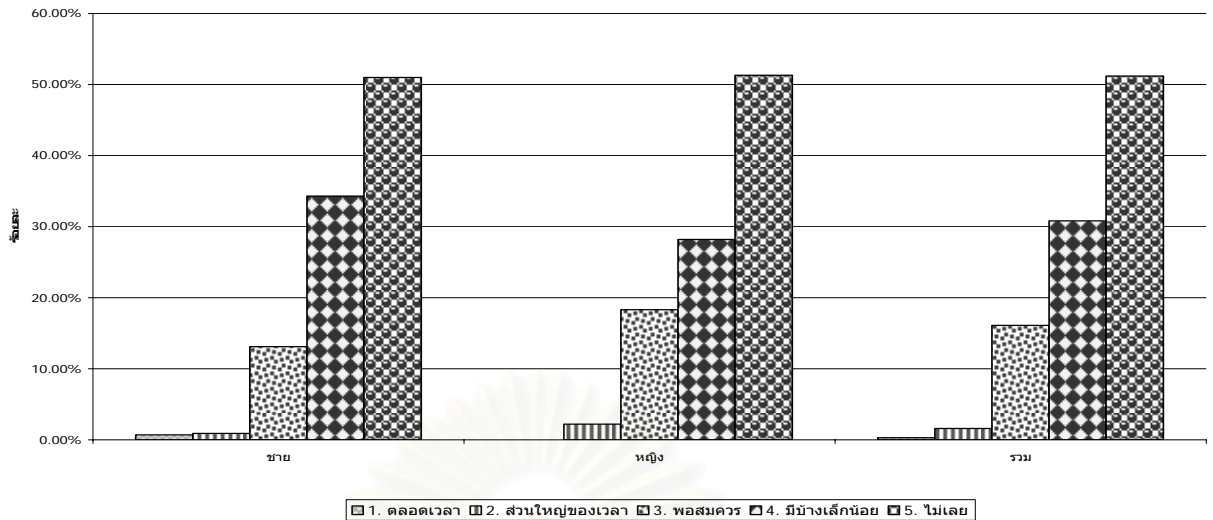
ความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	อายุ (ปี)							
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
a. คุณรู้สึกจนเจียวบ้าง หรือไม่	3.15	3.04	2.96	2.95	2.95	2.69	2.70	2.74
b. คุณเป็นคนใจกว้างหรือไม่	3.56	3.33	3.11	3.04	2.90	2.85	2.76	2.57
c. คุณรู้สึกหมดอาลัยหรือไม่	1.99	2.05	1.94	1.88	1.82	1.81	1.79	1.65
d. คุณรู้สึกสงบสบายใจ หรือไม่	4.17	4.25	4.18	4.10	4.21	4.34	4.18	4.55
e. คุณรู้สึกเต็มไปด้วยพลัง หรือไม่	4.07	4.17	4.05	4.07	4.13	4.28	3.95	4.40
f. คุณรู้สึกเศร้าสร้อยหรือไม่	2.44	2.33	2.14	2.09	1.97	1.91	1.86	1.91
g. คุณรู้สึกเหมือนหลุดเป็น ชิ้น ๆ หรือไม่	1.48	1.52	1.46	1.37	1.29	1.32	1.36	1.27
h. คุณเป็นคนร่าเริงหรือไม่	4.62	4.70	4.50	4.47	4.52	4.46	4.45	4.51
i. คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่	3.35	3.29	3.32	3.31	3.12	2.95	2.89	2.75

หมายเหตุ: การให้คะแนน ไม่เลย = 1 น้อยมาก = 2 บางครั้ง = 3 พอควร = 4 ส่วนใหญ่ = 5

ตลอดเวลา = 6

4.2.3.8 การประเมินสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

การประเมินสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ประชากรส่วนใหญ่ ประเมินว่า ไม่มีปัญหา (ร้อยละ 51.20) รองลงมาคือ มีบ้างเล็กน้อย และพอสมควร (ร้อยละ 30.80 และร้อยละ 16.10 ตามลำดับ) รูปที่ 4.54



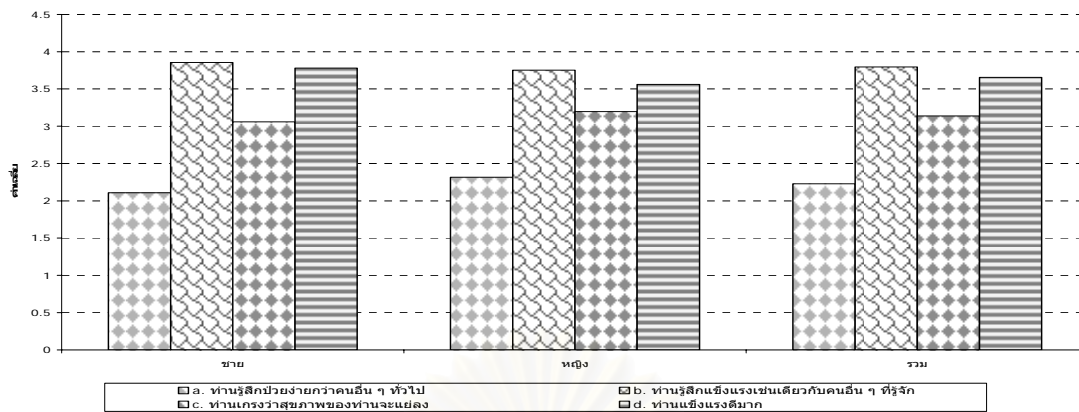
รูปที่ 4.54 ร้อยละของการประเมินสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ : โรงพยาบาลจุฬาฯ

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ประชากรตัวอย่างเพศชายและหญิงประเมินว่าไม่มีปัญหาสุขภาพหรือจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคมในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51.00 เปรียบเทียบกับร้อยละ 51.30) ประชากรตัวอย่างเพศชาย ประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพบ้างเล็กน้อยมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 34.30 และร้อยละ 28.20) ขณะที่เพศหญิงประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพพอสมควรที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคมในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 18.30 เปรียบเทียบกับร้อยละ 13.10)

4.2.3.9 การประเมินสุขภาพตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น

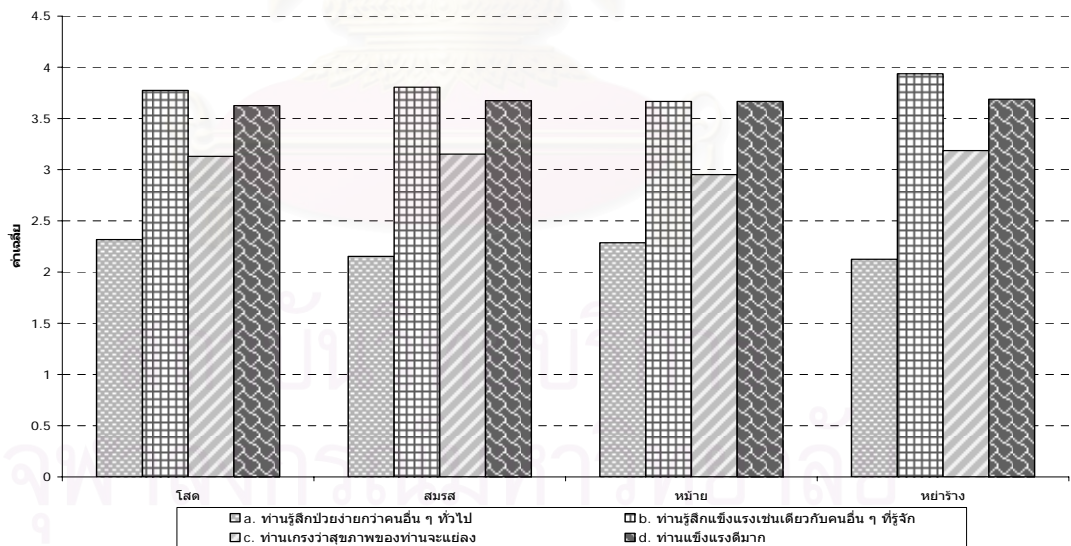
ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ประเมินว่ามีสุขภาพแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่นๆ ที่รู้จักมีอัตราส่วนที่สูงอย่างเห็นได้ชัดเจน รองลงมาคือรู้สึกแข็งแรงดีมาก และเกรงว่าสุขภาพจะแย่ลง การประเมินว่ารู้สึกป่วยง่ายกว่าคนอื่นๆ ทั่วไป มีสัดส่วนน้อย

เมื่อจำแนกตามเพศ เพศชายประเมินว่ารู้สึกแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่นๆ ที่รู้จักมีสัดส่วนใกล้เคียงกันกับเพศหญิง ขณะที่เพศหญิงประเมินว่าตนเองรู้สึกป่วยง่ายกว่าคนอื่นๆ ทั่วไปสูงกว่าเพศชาย รูปที่ 4.55



รูปที่ 4.55 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลจุฬาฯ (ถูกต้องอย่างยิ่ง = 5 ส่วนใหญ่ถูกต้อง = 4 ไม่แน่ใจ = 3 ส่วนใหญ่ผิด = 2 ผิด = 1)

การประเมินสุขภาพตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ประชากรตัวอย่างทุกกลุ่มสถานภาพสมรส ประเมินว่าตนเองรู้สึกแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ที่รู้จักมี รองลงมาคือรู้สึกแข็งแรงดีมาก คน โสดมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าตนเองป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ ทั่วไป มี อัตราสูงกว่าสถานภาพสมรสอื่นๆ รูปที่ 4.56



รูปที่ 4.56 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตาม สถานภาพสมรส: โรงพยาบาลจุฬาฯ (ถูกต้องอย่างยิ่ง = 5 ส่วนใหญ่ถูกต้อง = 4 ไม่แน่ใจ = 3 ส่วนใหญ่ผิด = 2 ผิด = 1)

ประชากรส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ผู้ตอบช่วงอายุ 55-59 ปี ประเมินว่ารู้สึกแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ที่รู้จักมีสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 22-29 ปี และ 35-39 ปี นอกจากนี้กลุ่มอายุ 55-59 ปี ยังประเมินว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงดีเป็นอัตราส่วนที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ ตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น
จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลจุฬาฯ

ระดับความถูก หรือผิดใน คำถามต่อไปนี้	อายุ (ปี)							
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
a. ท่านรู้สึกป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ ทั่วไป	2.50	2.35	2.35	2.13	2.25	2.08	2.05	1.93
b. ท่านรู้สึกแข็งแรง เช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ที่รู้จัก	3.66	3.88	3.71	3.85	3.73	3.82	3.86	3.96
c. ท่านเกรงว่าสุขภาพของ ท่านจะแย่ลง	3.01	3.02	3.20	3.10	3.31	3.15	3.13	3.13
d. ท่านแข็งแรงดีมาก	3.59	3.71	3.59	3.67	3.62	3.65	3.59	3.97

หมายเหตุ: การให้คะแนน ผิด = 1 ส่วนใหญ่ผิด = 2 ไม่น่าใจ = 3 ส่วนใหญ่ถูกต้อง = 4
ถูกต้องอย่างยิ่ง = 5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินสุขภาพด้วยตนเองจากตัวอย่างที่เก็บที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

4.3.1 ข้อมูลทั่วไป

จำนวนประชากรตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 536 คน เป็นเพศชาย 155 คน (ร้อยละ 28.90) และเป็นเพศหญิง 381 คน (ร้อยละ 71.10) มีอายุเฉลี่ย 38.83 ปี โดยที่เพศชายมีอายุเฉลี่ย 38.34 ปี เพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 39.03 ปี ประชากรตัวอย่างมีอายุระหว่าง 35-39 ปี มากสุด (ร้อยละ 17.35) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 30-34 ปี และ กลุ่มอายุ 40-44 ปี โดยมีอัตราส่วนเท่าเทียมกัน(ร้อยละ 15.67) โดยตัวอย่างส่วนมากมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 60.34) รองลงมาคือเป็นโสดและหย่าร้าง (ร้อยละ 31.31 และร้อยละ 4.93 ตามลำดับ) และอาศัยอยู่ในที่อยู่ปัจจุบันโดยเฉลี่ย 14.78 ปี

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา (ร้อยละ 57.33) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาและ ระดับประถมศึกษาหรือน้อยกว่า (ร้อยละ 24.38 และ ร้อยละ 7.05 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างรัฐบาล (ร้อยละ 93.03) รองลงมาคือ อาชีพลูกอื่นๆ (ร้อยละ 3.77) อาชีพลูกจ้างเอกชน และนิสิต นักศึกษา (ร้อยละ 1.69 และร้อยละ 0.56 ตามลำดับ) และมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 15,468.04 บาท ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.13 คน โดยประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 – 5 คน มีสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 43.07) รองลงมาคือมีจำนวนสมาชิก 2 – 3 คน (ร้อยละ 31.88) และจำนวนสมาชิก > 5 คน และ 1 คน (ร้อยละ 19.17 และ ร้อยละ 5.88 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่มีภาระต้องดูแลบุตร (ร้อยละ 26.12) รองลงมาคือ มารดา (ร้อยละ 21.63) คู่สมรส/ คู่รัก และบิดา (ร้อยละ 26.16 และ ร้อยละ 14.48 ตามลำดับ) โดยเฉลี่ยต้องดูแลสมาชิก 2.62 คน

4.3.2 ข้อมูลสถานสุขภาพและการดูแลสุขภาพทั่วไป

4.3.2.1 การมีโรคประจำตัว

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 72.39) และส่วนใหญ่ทราบจากแพทย์ (ร้อยละ 34.87) รองลงมา คือ ทราบจากการสังเกตตัวเองและผลการตรวจทางห้องแล็บตามลำดับ (ร้อยละ 30.10 และ ร้อยละ 25.34 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงทราบว่าไม่มีโรคประจำตัวจากการสังเกตตนเองมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 30.63 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 28.65) นอกจากนี้เพศชายทราบว่าไม่มีโรคประจำตัว จากแพทย์มีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 42.70 และ ร้อยละ 32.05 ตามลำดับ) ในขณะที่เพศหญิงทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวโดยทราบจากผลการตรวจทางห้องแล็บมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 27.18 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 20.22)

เมื่อพิจารณาการประเมินสุขภาพของการมีโรคประจำตัวจำแนกตามช่วงของอายุ พบว่า ประชากรตัวอย่างที่มีอายุ 20-24 ปี ไม่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 86.84) ช่วงอายุ 30-34 ปี นั้นประเมินว่าไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 84.52 และ ช่วงอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 75.27

ประชากรตัวอย่างที่ประเมินตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัวนั้น เมื่อจำแนกตามช่วงของรายได้ พบว่า ผู้รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ไม่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนสูงที่สุด ร้อยละ 81.61 รองลงมาคือ ช่วงรายได้ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท และ รายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท ตามลำดับ (ร้อยละ 69.84 และ ร้อยละ 58.24)

ประชากรตัวอย่างที่ประเมินตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัวนั้นเมื่อจำแนกตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่า ผู้ที่มีสมาชิกมากกว่า 5 คน มีสัดส่วนสูงที่สุด ร้อยละ 86.11 รองลงมา จำนวนสมาชิก 1 คน และ 4-5 คน ตามลำดับ (ร้อยละ 76.92 และ ร้อยละ 70.91 ตามลำดับ)

ในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ประเมินตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัวนั้นเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่ถือความสนุกสนานมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 78.95 รองมาคือกลุ่มที่มีความคล่องแคล่วและกลุ่มที่มองประโยชน์ที่ได้รับเป็นสำคัญ (ร้อยละ 72.46 และร้อยละ 67.71 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรตัวอย่างที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้ระบบประกันสุขภาพอื่นๆเป็นผู้ที่ ไม่มีโรคประจำตัวในสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 85.71 รองมาคือกลุ่มผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยระบบประกันสุขภาพของหน่วยงานที่ทำงาน ร้อยละ 85.19 ตามลำดับ

4.3.2.2 การรับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม เป็นประจำ

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม (ร้อยละ 74.76) เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า เพศชายมากกว่า 3 ใน 4 ไม่ได้รับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม เป็นประจำ (ร้อยละ 77.70) และเพศหญิงไม่ได้รับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำ(ร้อยละ 73.60)

ผู้ที่ตอบว่ารับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำ ส่วนใหญ่ระบุว่าใช้เพื่อบำรุงร่างกาย (ร้อยละ 48.25) รองลงมา คือ ใช้เพื่อรักษาโรคและชดเชยสารอาหาร ตามลำดับ (ร้อยละ 40.56 ร้อยละ 6.99 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำเพื่อบำรุงร่างกายมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 51.40 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 38.89) รองลงมาคือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำเพื่อชดเชยสารอาหาร (ร้อยละ 12.28 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 9.52) ในขณะที่เพศชายใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำเพื่อรักษาโรคมมีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 52.78 เปรียบเทียบกับร้อยละ 36.45)

เมื่อพิจารณาคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำ พบว่า ผู้ที่ใช้เป็นประจำนั้นส่วนใหญ่ปรึกษาแพทย์ ร้อยละ 48.84 รองลงมา คือ ดูแลเองและอื่นๆ (ร้อยละ 42.64 และ ร้อยละ 4.65 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าเพศหญิงที่ใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำนั้นเลือกดูแลเองมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 45.45 เปรียบเทียบกับร้อยละ 33.33) รองลงมา คือการปรึกษาญาติหรือผู้คนรอบข้าง (ร้อยละ 4.04 เปรียบเทียบกับร้อยละ 0.00) ในขณะที่เพศชายที่ใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำนั้นจะปรึกษาแพทย์ในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 63.33 เปรียบเทียบกับร้อยละ 44.44)

ประชากรตัวอย่างที่มีอายุ 50-54 ปี เป็นผู้ที่ใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม/เป็นประจำสูงสุด (ร้อยละ 50.00) รองมาคือผู้ที่มีอายุ 55-59 ปี และ ช่วงอายุ 45-49 ปี ตามลำดับ (ร้อยละ 44.00 และ ร้อยละ 23.68 ตามลำดับ)

ในบรรดาผู้ที่รับประทานหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม/เป็นประจำ นั้นเมื่อจำแนกตามช่วงของรายได้ พบว่า ผู้ที่มีรายได้อยู่ในช่วงมากกว่า 30,000บาท เป็นกลุ่มที่ใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม/เป็นประจำในสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 50.00) รองมาคือผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,001-30,000 บาท และกลุ่มผู้มีรายได้ 10,001-20,000 บาท ตามลำดับ (ร้อยละ 38.64 และร้อยละ 26.74 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างที่ถือว่าตนเองอยู่ในกลุ่มหัวโบราณเป็นกลุ่มที่ได้รับประทานหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำสูงสุด (ร้อยละ 35.00) รองมาคือกลุ่มที่มองประโยชน์ที่ได้รับเป็นสำคัญ และกลุ่มที่มีความคล่องแคล่วตลอดเวลา ตามลำดับ (ร้อยละ 29.95 และ ร้อยละ 26.54 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยจ่ายเองโดยลูกหลานหรือครอบครัวได้รับประทานหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำสูงสุด (ร้อยละ 33.33) รองมาคือกลุ่มผู้ที่จ่ายโดยสิทธิ์ของรัฐบาล จ่ายเอง และจ่ายโดยระบบประกันสุขภาพของหน่วยงานที่ทำงาน (ร้อยละ 30.72 ร้อยละ 28.00 และร้อยละ 19.23)

4.3.2.3 การเคยพบแพทย์และความถี่ในการพบแพทย์

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เคยพบแพทย์ ร้อยละ 88.01 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงเคยพบแพทย์มีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 88.65 และ ร้อยละ 86.45 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 43.63 รองลงมา คือ เฉพาะเวลาไม่สบาย 2 - 3 เดือนครั้ง และ เคยแต่นานมาแล้ว ตามลำดับ (ร้อยละ 22.68 และ ร้อยละ 16.85 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายจะพบแพทย์นาน ๆ ครั้งมีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 47.01 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 42.25 ตามลำดับ) รองลงมาเคยแต่นานมาแล้ว (ร้อยละ 24.63 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 13.68) ส่วนเพศหญิงพบแพทย์เฉพาะเวลาไม่สบาย 2 – 3 เดือนครั้งมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 26.75 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 12.69) รองลงมาเป็นประจำตามแต่แพทย์นัด (ร้อยละ 12.16 เปรียบเทียบกับร้อยละ 11.19)

ประชากรตัวอย่างที่มีอายุช่วง 55-59 ปี เคยพบแพทย์มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 100.00) รองมาคือกลุ่มผู้มีอายุช่วง 50-54 ปี และกลุ่มอายุช่วง 25-29 ปี ตามลำดับ (ร้อยละ 92.06 และ ร้อยละ 91.43 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 20,001-30,000 บาท เคยพบแพทย์ในสัดส่วนสูงที่สุด ร้อยละ 93.33 รองมาคือ กลุ่มผู้มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท และ รายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ตามลำดับ (ร้อยละ 90.91 และ ร้อยละ 89.36 ตามลำดับ) นอกจากนี้ผู้ที่มีจำนวนสมาชิก 1 คนเป็นกลุ่ม

มีเคสพบแพทย์สูงสุด (ร้อยละ 93.55) รองมาคือกลุ่มผู้ที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า 5 คน และ 2-3 คน ตามลำดับ (ร้อยละ 92.08 และ ร้อยละ 89.29 ตามลำดับ)

กลุ่มที่ระบุว่าหัวโบราณเป็นกลุ่มที่เคสพบแพทย์มากที่สุด (ร้อยละ 95.24) รองมาคือกลุ่มที่มีความคล่องแคล่ว และกลุ่มที่ถือความสนุกสนานตามลำดับ (ร้อยละ 92.22 และ ร้อยละ 86.18 ตามลำดับ) เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยระบบประกัน 30 บาท เป็นกลุ่มที่เคสพบแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 100 ส่วนผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิของรัฐบาลและอื่นๆ ร้อยละ 90.48 และ ร้อยละ 83.33 ตามลำดับเท่านั้นที่เคยเข้าพบแพทย์

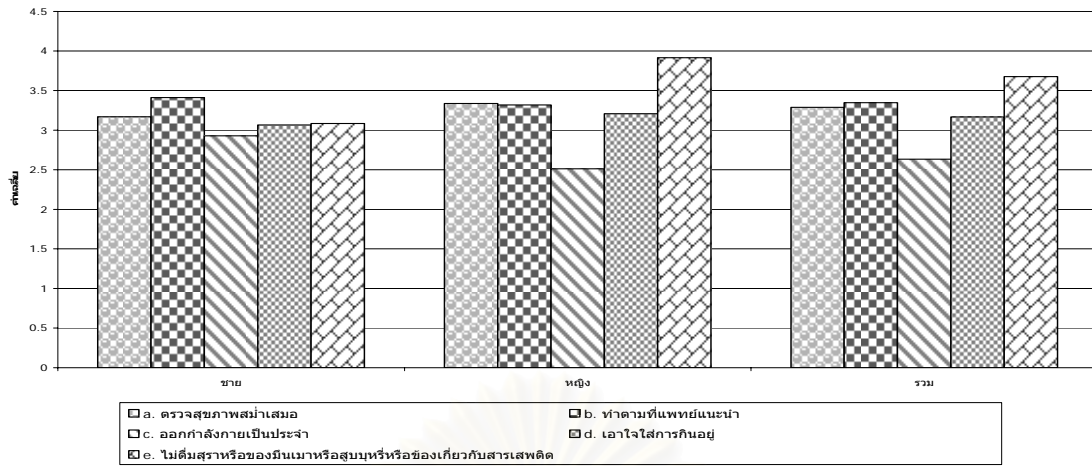
4.3.2.4 ค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพ

ตัวอย่างส่วนใหญ่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิของรัฐบาล ร้อยละ 62.87 รองลงมา คือ ประกันสังคม และจ่ายเอง กับจ่ายโดยระบบประกันสุขภาพของหน่วยงานที่ทำงานมีส่วนร่วมเท่าเทียมกัน (ร้อยละ 24.25 และ ร้อยละ 5.04 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายมีค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพโดยใช้สิทธิของรัฐบาลมีส่วนร่วมน้อยกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 59.35 เปรียบเทียบกับร้อยละ 64.30) ส่วนเพศชายจ่ายโดยระบบประกันสังคม มีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 25.81 เปรียบเทียบกับร้อยละ 23.62) รองลงมาคือจ่ายเอง (ร้อยละ 6.45 เปรียบเทียบกับร้อยละ 4.46) และจ่ายโดยหลักประกัน 30 บาท (ร้อยละ 1.94 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 0.52)

4.1.2.5 การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ

ในเรื่องการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยเรื่องการตรวจสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การออกกำลังกาย การไม่ดื่มสุราหรือของมีเมาหรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติด พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการไม่ดื่มสุราหรือของมีเมาหรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติด รองมาคือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ และเอาใจใส่การกินอยู่ในระดับดี ตามลำดับ ส่วนการออกกำลังกายนั้นให้ความสำคัญในอันดับท้ายสุด (รูปที่ 4.57)

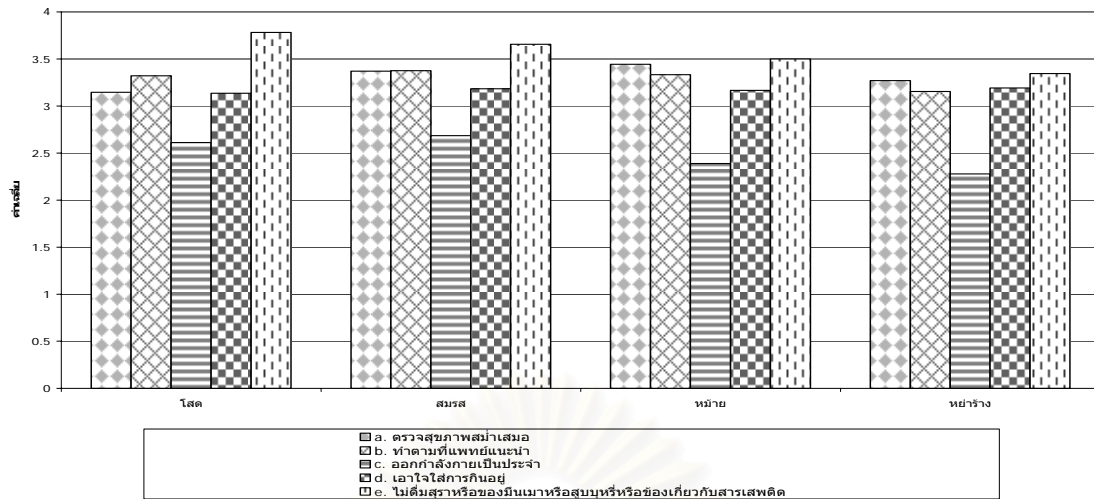
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



รูปที่ 4.57 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1)

จากรูปที่ 4.57 จะเห็นว่าเพศหญิงให้ความสำคัญในเรื่องการไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติดสูงกว่าเพศชายอย่างเห็นได้ชัดเจน ส่วนเรื่องการตรวจสอบสุขภาพสม่ำเสมอ การทำตามคำแนะนำของแพทย์ และการเอาใจใส่การกินอยู่ นั้นทั้งสองเพศให้ความสำคัญไม่แตกต่างกัน เป็นที่น่าสังเกตว่าเพศชายให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกาย มากกว่าเพศหญิงอย่างเห็นได้ชัดเจน

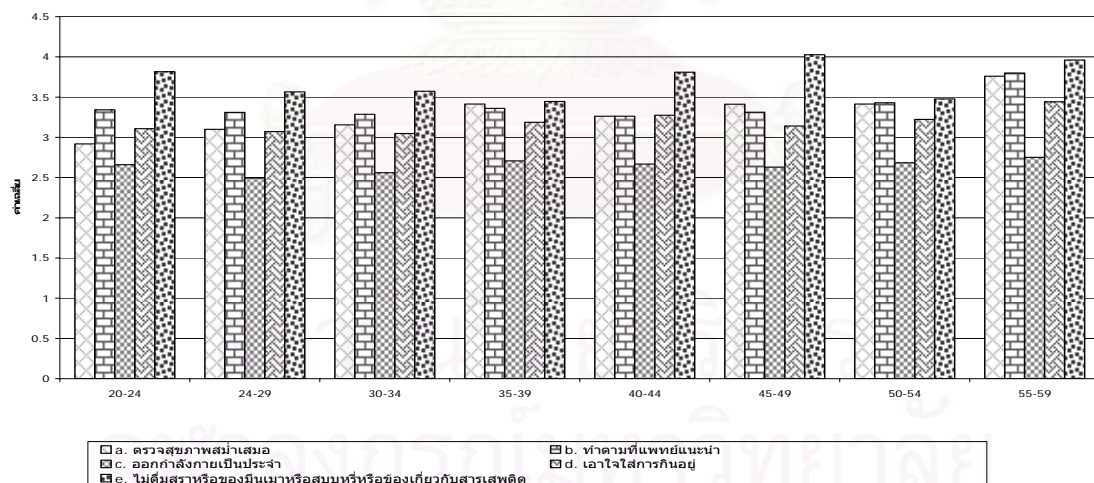
เมื่อพิจารณาการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่าผู้ที่โสดให้ความสำคัญกับการไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติดสูงกว่ากลุ่มอื่น ส่วนการตรวจสอบสุขภาพสม่ำเสมอ การทำตามคำแนะนำของแพทย์ และการเอาใจใส่การกินอยู่ นั้นไม่ว่าจะเป็นผู้มีสถานภาพสมรสเช่นไรก็ให้ความสำคัญไม่แตกต่างกัน ส่วนเรื่องการออกกำลังกาย นั้นกลุ่มผู้เป็นหม้ายและหย่าร้างให้ความสำคัญน้อยสุด (รูปที่ 4.58)



รูปที่ 4.58 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามสถานภาพสมรส:

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1)

กลุ่มคนที่มียุมากขึ้นให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ การเอาใจใส่การกินอยู่ และการออกกำลังกายมากขึ้น ส่วนการทำตามที่แพทย์แนะนำนั้นไม่ว่าเป็นกลุ่มอายุใดได้ให้ความสำคัญในระดับที่ดีไม่ต่างกันมาก ยกเว้นกลุ่มอายุ 55-59 ปี ที่ให้ความสำคัญในเรื่องนี้มากที่สุด (รูปที่ 4.59)

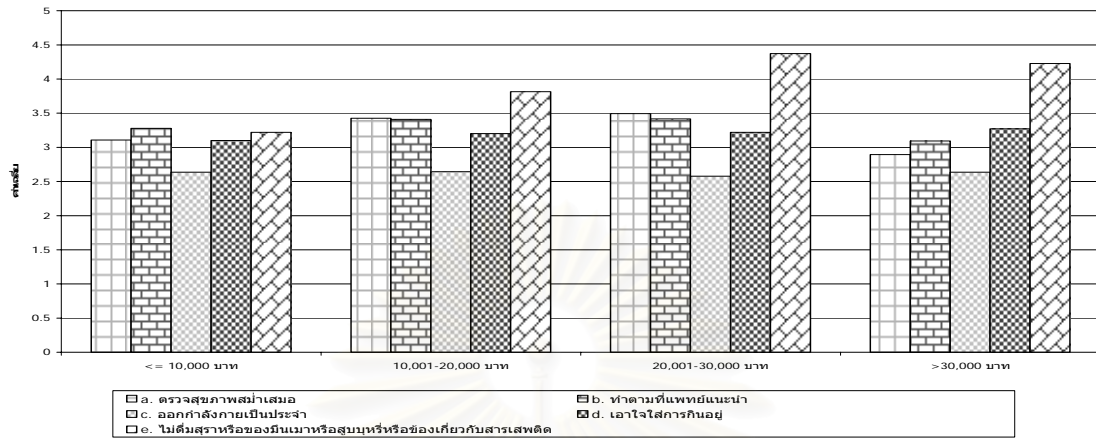


รูปที่ 4.59 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ :

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1)

เมื่อพิจารณาการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจำแนกตามระดับรายได้ พบว่าผู้ที่มีรายได้ น้อยให้ความสำคัญต่อการไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่หรือข้องเกี่ยวกับสารเสพติดน้อยสุด

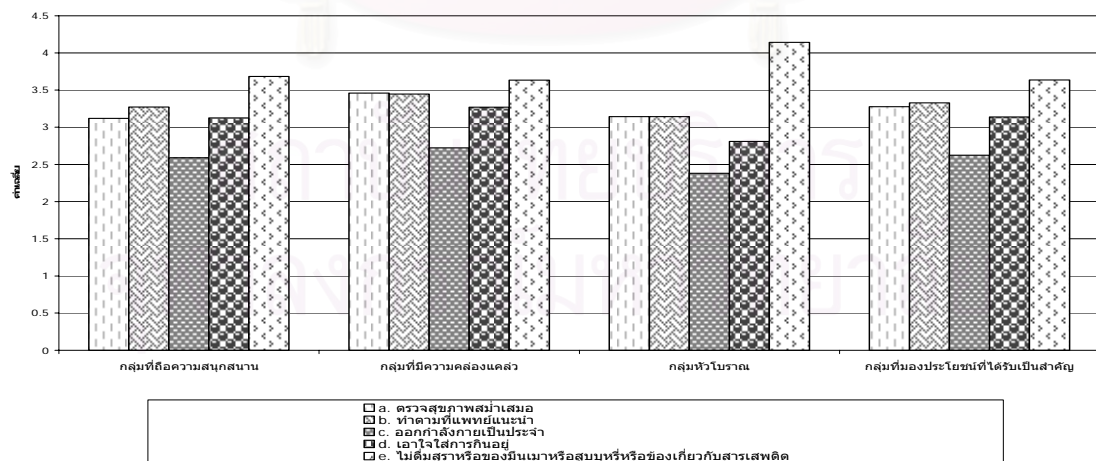
เช่นเดียวกับการตรวจสอบสุขภาพสม่ำเสมอ ส่วนการออกกำลังกาย การเอาใจใส่การกินอยู่ และการทำตามที่แพทย์แนะนำนั้น ไม่ว่าจะในกลุ่มคนที่มียาไ้ระดับใดก็ให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าวไม่แตกต่างกัน (รูปที่ 4.60)



รูปที่ 4.60 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามรายได้ :

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1)

ในเรื่องการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพนั้นพบว่า ประชากรตัวอย่างกลุ่มหัวโบราณให้ความสำคัญกับการไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติดสูงสุด ในขณะที่ให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายต่ำสุด กลุ่มที่ให้ความสำคัญต่อการตรวจสอบสุขภาพสม่ำเสมอ การทำตามที่แพทย์แนะนำ และการออกกำลังกายมากที่สุดคือกลุ่มที่มีความคล่องแคล่วตลอดเวลา ส่วนเรื่องการเอาใจใส่การกินอยู่นั้นไม่ว่าเป็นคนกลุ่มใดให้ความสำคัญต่อเรื่องนี้ไม่แตกต่างกัน (รูปที่ 4.61)



รูปที่ 4.61 ค่าเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ จำแนกตามจิตศาสตร์ :

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ให้ความสำคัญมากที่สุด = 5 ให้ความสำคัญมาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1)

4.3.2.6 สถานที่ที่ใช้บริการดูแลสุขภาพ

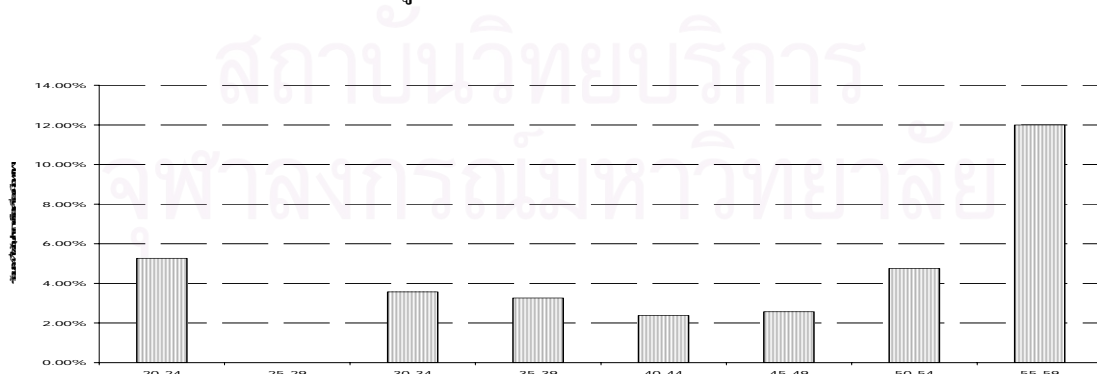
ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้บริการที่สถานีนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 95.34 รองลงมา คือ ที่โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน ตามลำดับ (ร้อยละ 2.05 และ ร้อยละ 1.49 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงใช้บริการที่ สถานีนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / โรงพยาบาลของรัฐสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 96.06 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 93.55) รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 2.10 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 1.94) ส่วนเพศชายใช้บริการที่คลินิกเอกชนสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 1.94 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 1.31) และ เพศหญิงใช้บริการดูแลสุขภาพที่ร้านขายยามีสัดส่วนน้อยกว่าเพศชาย (ร้อยละ 0.52 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 2.58)

4.3.2.7 การใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพาในปัจจุบัน

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพา (ร้อยละ 96.64) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าเพศชายไม่ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพามีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 98.70 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 95.80)

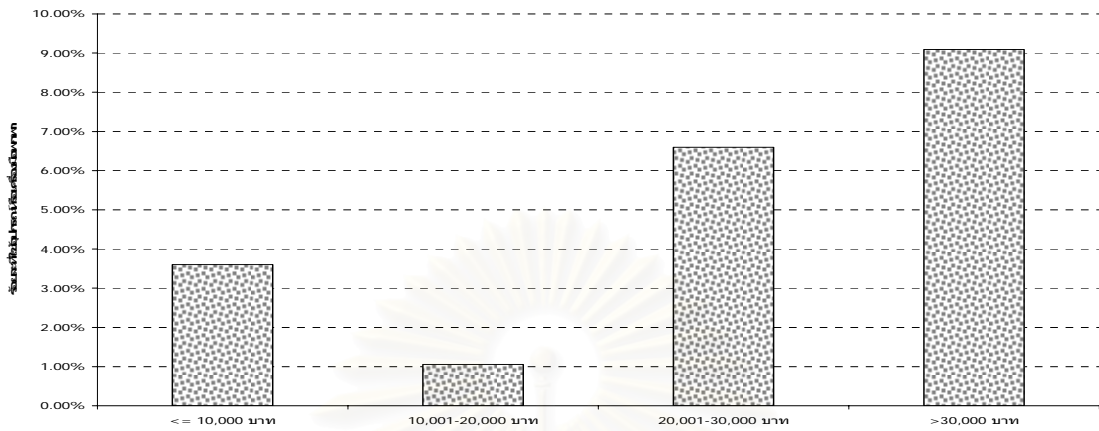
สำหรับสาเหตุที่ไม่ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพา เพราะ ไปตรวจที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 66.73) รองลงมาใช้วิธีสังเกตตัวเองและอื่นๆ ตามลำดับ (ร้อยละ 22.24 และ ร้อยละ 6.77 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงที่ไม่ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพานั้นเป็นเพราะไปตรวจที่โรงพยาบาลมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 66.85 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 66.45) ส่วนเพศชายใช้วิธีสังเกตตัวเองมีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 24.34 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 21.37) และไม่สนใจ เพศชาย และเพศหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 2.63 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 2.47)

ประชากรตัวอย่างกลุ่มอายุ 55-59 ปี เป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพาสูงสุด ร้อยละ 12 รองมาคือกลุ่มผู้มีอายุ 20-24 ปี กลุ่มอายุ 50-54 ปี และ กลุ่มอายุ 30-34 ปี (ร้อยละ 5.26 ร้อยละ 4.76 และร้อยละ 3.57 ตามลำดับ) (รูปที่ 4.62)



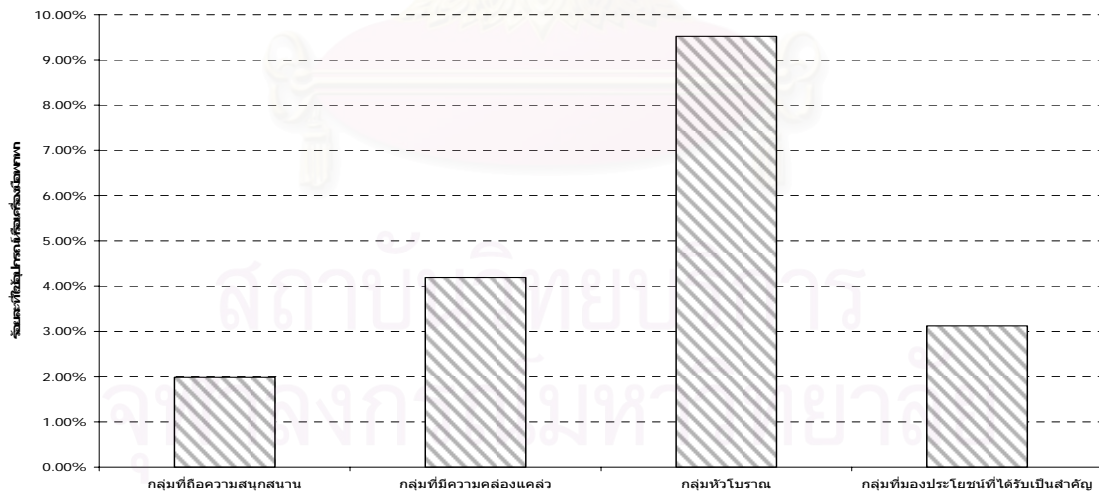
รูปที่ 4.62 ร้อยละของการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพา จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท เป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพาสูงสุด ร้อยละ 9.09 รองมาคือกลุ่มผู้มีรายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท และกลุ่มผู้มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ตามลำดับ (รูปที่ 4.63)



รูปที่ 4.63 ร้อยละของการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพา จำแนกตามรายได้ :โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

กลุ่มหัวโบราณเป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพามากสุด (ร้อยละ 9.52) รองมาคือกลุ่มที่มีความคล่องแคล่ว และกลุ่มที่มองประโยชน์ที่ได้รับเป็นสำคัญ (ร้อยละ 4.19 และ ร้อยละ 3.13 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มที่มีความสนุกสนานนั้นเป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพาน้อยสุด (รูปที่ 4.64)



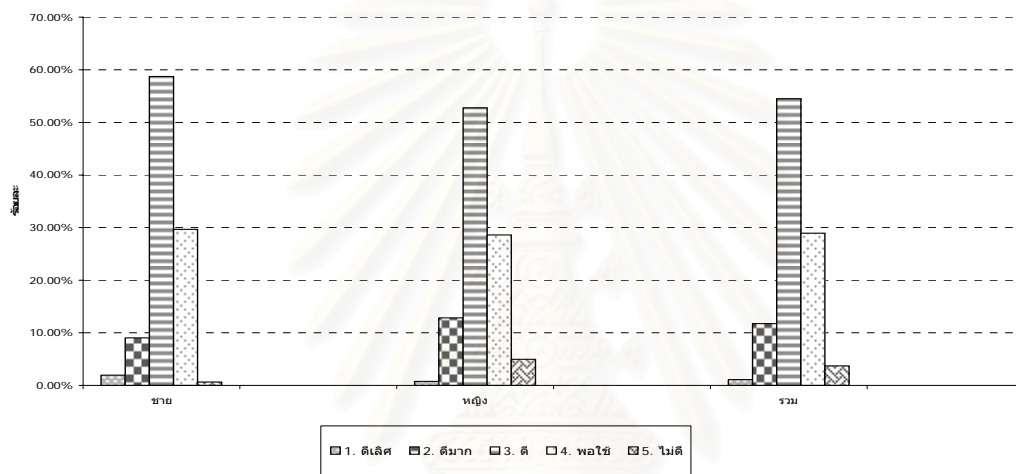
รูปที่ 4.64 ร้อยละของการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพา จำแนกตามจิตศาสตร์ :โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ผู้ที่จ่ายเองเป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพามากสุด ร้อยละ 11.11 รองมาคือกลุ่มที่จ่ายโดยใช้สิทธิของรัฐบาล และจ่ายโดยประกันสังคม (ร้อยละ 3.26 และ 3.10 ตามลำดับ)

4.3.3 สถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตัวเองของประชากรตัวอย่างที่ตรวจสุขภาพที่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

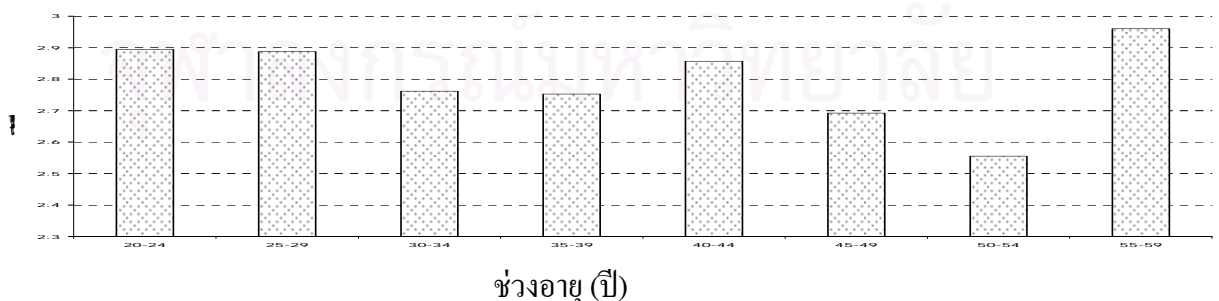
4.3.3.1 คิดว่าสุขภาพตนเองเป็นเช่นไร

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 54.48) รองลงมาคือระดับพอใช้ (ร้อยละ 28.92) และระดับดีมาก (ร้อยละ 11.75) เมื่อจำแนกตามเพศ เพศชายประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดีมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 58.71 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 52.76) ส่วนเพศหญิงประเมินว่าสุขภาพอยู่ในระดับดีมากมีสัดส่วนมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 12.86 เปรียบเทียบกับร้อยละ 9.03) และการประเมินสุขภาพระดับดีเลิศ เพศชายมีสัดส่วนมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 1.94 และ 9.91 ตามลำดับ) รูปที่ 4.65



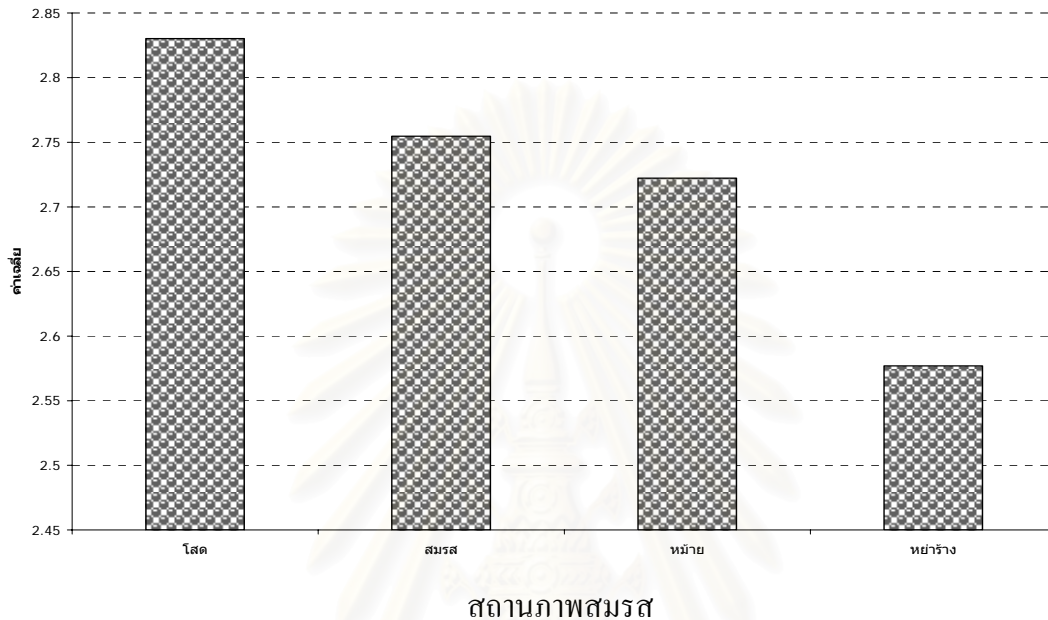
รูปที่ 4.65 ร้อยละของการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ประชากรตัวอย่างช่วงอายุ 20-24 ปี และ 25-29 ปี ประเมินว่าสุขภาพตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน ถัดมาคือช่วงอายุ 40-44 ปี และช่วงอายุ 55-59 ปี ประเมินว่าสุขภาพตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ รูปที่ 4.66



รูปที่ 4.66 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง จำแนกตามช่วงอายุ : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ดี = 3 พอใช้ = 2 ไม่ดี = 1)

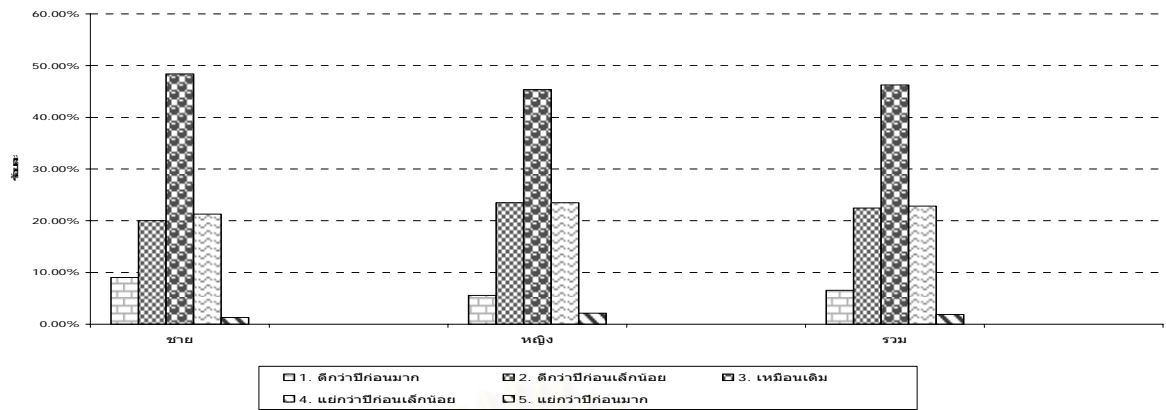
เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ประชากรตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเป็น โสด ประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับพอใช้ มีอัตราส่วนสูงที่สุด ขณะที่ผู้ตอบที่มีสถานภาพสมรส สมรสและหม้าย ประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับพอใช้มีสัดส่วนที่แตกต่างกันเล็กน้อย รูปที่ 4.67



รูปที่ 4.67 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ดี = 3 พอใช้ = 2 ไม่ดี = 1)

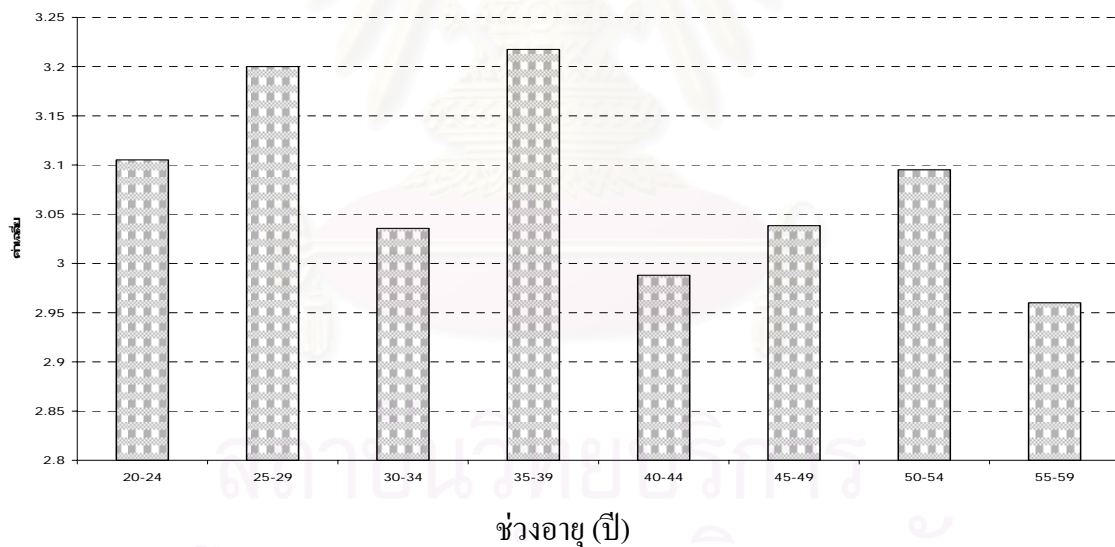
4.3.3.2 การเปรียบเทียบสุขภาพปีที่ผ่านมา

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าสุขภาพตนเองเหมือนเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ร้อยละ 46.25 รองลงมาคือต่ำกว่าปีก่อนเล็กน้อย และดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย (ร้อยละ 25.85 และร้อยละ 22.47 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าเพศชายประเมินว่าสุขภาพตนเองเหมือนเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 48.39 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 45.38 ตามลำดับ) ขณะที่เพศหญิงประเมินว่าสุขภาพตนเองต่ำกว่าปีที่แล้วเล็กน้อยมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 23.48 และร้อยละ 21.29 ตามลำดับ) และประเมินว่าสุขภาพตนเองดีกว่าปีที่แล้วเล็กน้อยสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 23.48 และร้อยละ 20.00 ตามลำดับ) รูปที่ 4.68



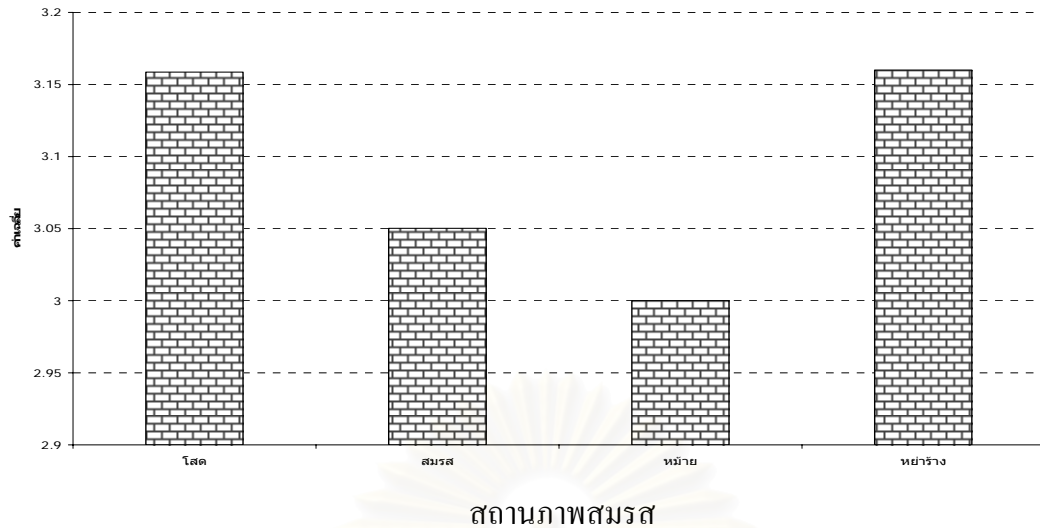
รูปที่ 4.68 ร้อยละของการประเมินสุขภาพตนเองเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ :
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วงอายุ 35-39 ปี ประเมินว่าสุขภาพตนเองเหมือนเดิมเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา รองลงมาคือช่วงอายุ 25-29 ปี และช่วงอายุ 20-24 ปี ขณะที่ประชากรช่วงอายุ 55-59 ปี ประเมินว่าสุขภาพของตนเองดีกว่าปีก่อนเล็กน้อยมีอัตราส่วนน้อยกว่าช่วงอายุอื่นๆ รูปที่ 4.69



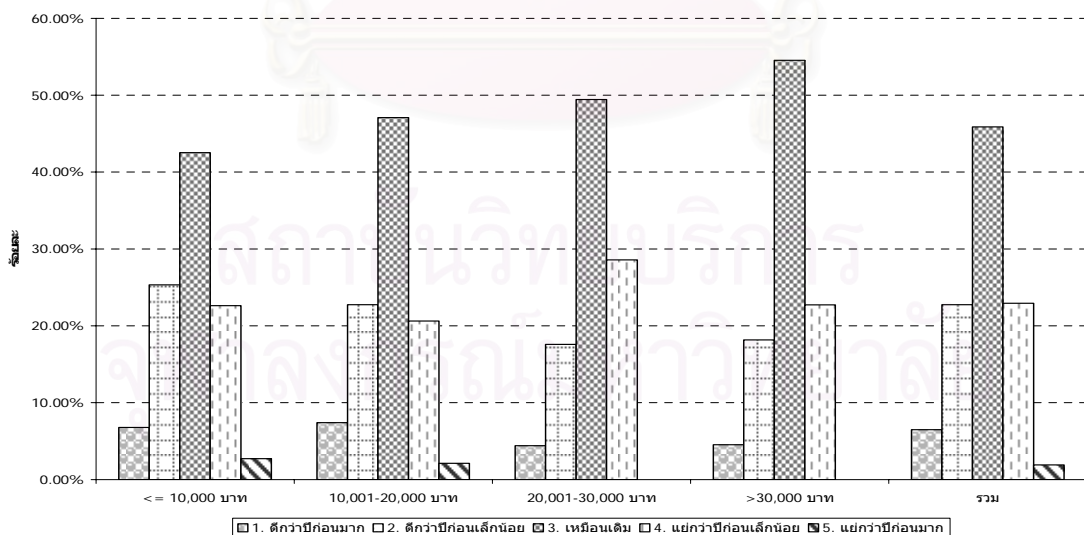
รูปที่ 4.69 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพเปรียบสุขภาพปีที่ผ่านมาจำแนกตามช่วงอายุ:
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ดีกว่าปีก่อนมาก = 5 ดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย = 4 เหมือนเดิม = 3
แย่กว่าปีก่อน เล็กน้อย = 2 แย่กว่าปีก่อนมาก = 1)

ประชากรตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรส ผู้ที่เป็นโสดและหย่าร้าง พบว่าจะประเมินว่าสุขภาพตนเองดีกว่าปีก่อนเล็กน้อยในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนผู้ที่เป็นหม้ายประเมินว่าสุขภาพตนเองดีกว่าปีก่อนเล็กน้อยมีสัดส่วนที่ต่ำ รูปที่ 4.70



รูปที่ 4.70 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพเปรียบเทียบสุขภาพปีที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ดีกว่าปีก่อนมาก = 5 ดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย = 4 เหมือนเดิม = 3 แย่กว่าปีก่อนเล็กน้อย = 2 แย่กว่าปีก่อนมาก = 1)

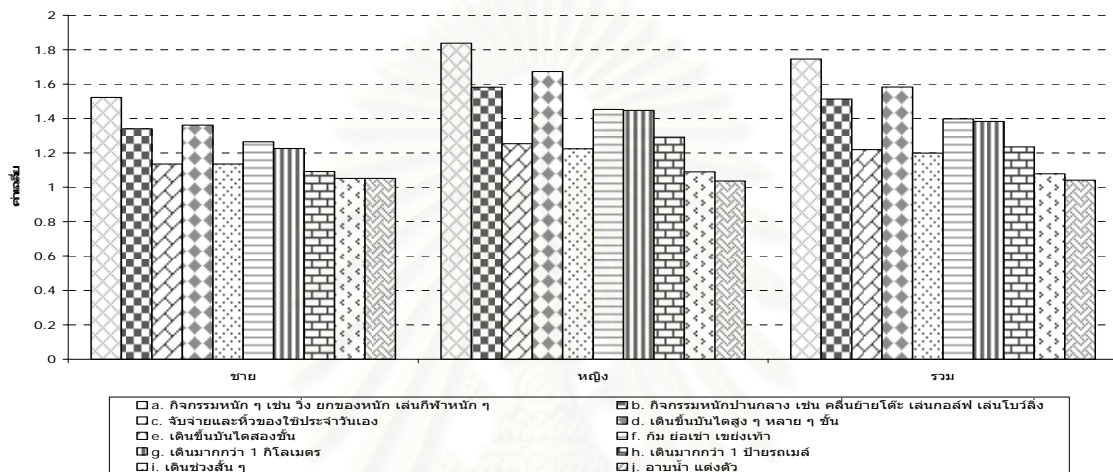
เมื่อจำแนกตามรายได้พบว่า ประชากรตัวอย่างที่มีรายได้ > 30,000 บาท ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพเหมือนเดิม เป็นสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 54.55 รองลงมาคือประชากรที่มีรายได้ระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท ร้อยละ 49.45 และ 10,000 – 20,000 บาท ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพในระดับเหมือนเดิม ร้อยละ 47.09 รูปที่ 4.71



รูปที่ 4.71 ร้อยละของการประเมินสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพปีที่ผ่านมา จำแนกตามระดับรายได้: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

4.3.3.3 การประเมินตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

ประชากรตัวอย่างประเมินสุขภาพจากความสามารถในการทำกิจกรรมหนักๆ เช่น ยกของหนัก เล่นกีฬาหนักๆ พบว่ามีปัญหาเล็กน้อย ส่วนการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหนักปานกลาง เช่น เคลื่อนย้ายโต๊ะ เล่นกอล์ฟ เล่น โบว์ลิ่ง จับจ่ายและหิ้วของใช้ประจำวันเอง เดินขึ้นบันได สูงๆ หลายๆ ชั้น เดินขึ้นบันไดสองชั้น ก้ม ย่อเข้า เขย่งเท้า เดินมากกว่า 1 กิโลเมตร เดินมากกว่า 1 ป้ายรถเมล์ เดินช่วงสั้นๆ และอาบน้ำแต่งตัว พบว่าประชากรตัวอย่างประเมินว่าไม่มีปัญหา และรองลงมาคือมีปัญหาเล็กน้อย รูปที่ 4.72



รูปที่ 4.72 คะแนนเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน
จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ไม่มีปัญหา = 1 มีเล็กน้อย = 2 ลำบาก = 3)

จากรูปที่ 4.89 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าประชากรเพศหญิงส่วนใหญ่ประเมินว่าไม่มีปัญหา จากการทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนใหญ่มีสัดส่วนสูงกว่าประชากรเพศหญิง โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับการทำกิจกรรมหนักๆ กิจกรรมปานกลาง หรือการเดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น

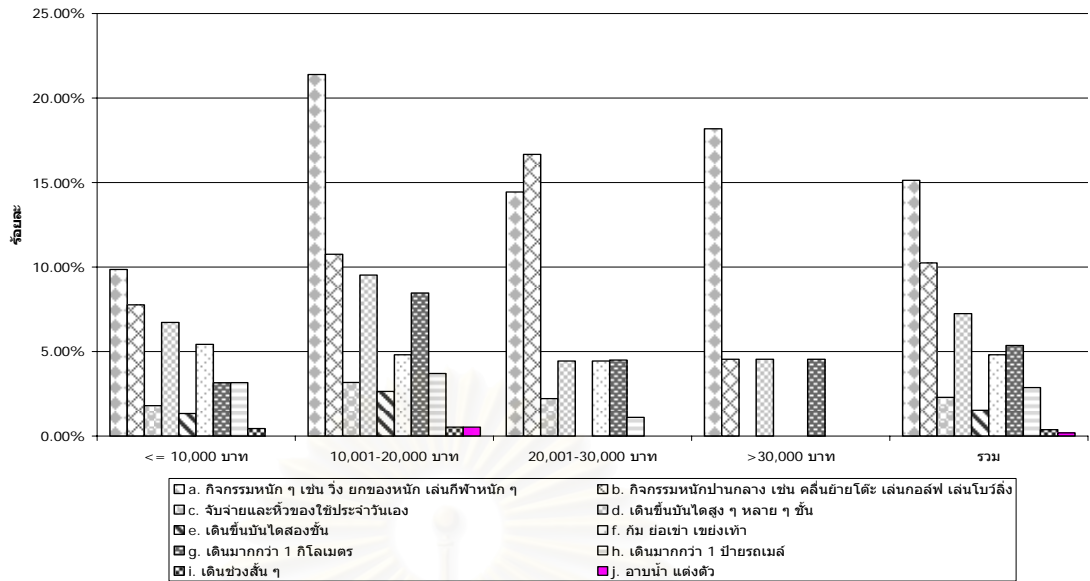
หากจำแนกตามช่วงอายุ พบว่าช่วงอายุ 55-59 ปี ประเมินว่าเกือบจะมีปัญหาเล็กน้อยในการทำกิจกรรมหนักๆ เช่น วิ่ง ยกของหนัก รองลงมาคือเรื่องเดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น และการก้ม ย่อเข้า เขย่งเท้า และมีปัญหาน้อยมากในเรื่องของการเดินในช่วงสั้นๆ และการอาบน้ำ แต่งตัว ตามลำดับ ส่วนช่วงอายุ 30-34 ปี ประเมินว่าเกือบจะมีปัญหาเล็กน้อยในการทำกิจกรรมหนักๆ เช่น วิ่ง ยกของหนัก รองลงมาคือเรื่องเดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น และมีปัญหาน้อยมาในเรื่องการเดินช่วงสั้นๆ และการอาบน้ำแต่งตัว ตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 คะแนนเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรม
ประจำวันจำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

กิจกรรมประจำวันต่อไปนี้ สามารถทำได้อย่างเป็นปกติ หรือมีข้อจำกัดเกิดขึ้นใน ระดับใด	อายุ (ปี)							
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
a. กิจกรรมหนัก ๆ เช่น วิ่ง ยก ของหนัก เล่นกีฬาหนัก ๆ	1.53	1.59	1.70	1.62	1.77	1.88	1.90	2.25
b. กิจกรรมหนักปานกลาง เช่น คลื่นย้ายโต๊ะ เล่นกอล์ฟ เล่นโบว์ลิ่ง	1.20	1.32	1.37	1.31	1.47	1.51	1.49	1.59
c. จับจ่ายและหิ้วของใช้ ประจำวันเอง	1.07	1.16	1.13	1.16	1.15	1.31	1.35	1.30
d. เดินขึ้นบันไดสูง ๆ หลาย ๆ ชั้น	1.33	1.42	1.49	1.47	1.59	1.65	1.68	1.77
e. เดินขึ้นบันไดสองชั้น	1.07	1.15	1.10	1.13	1.19	1.21	1.27	1.28
f. ก้ม ย่อเข้า เข่งเท้า	1.19	1.29	1.28	1.29	1.43	1.44	1.54	1.61
g. เดินมากกว่า 1 กิโลเมตร	1.26	1.30	1.32	1.24	1.40	1.34	1.39	1.52
h. เดินมากกว่า 1 ป้ายรถเมล์	1.12	1.15	1.15	1.14	1.18	1.20	1.23	1.28
i. เดินช่วงสั้น ๆ	1.02	1.05	1.03	1.05	1.06	1.04	1.07	1.10
j. อาบน้ำ แต่งตัว	1.01	1.03	1.01	1.02	1.03	1.02	1.07	1.06

หมายเหตุ: การให้คะแนน ไม่มีปัญหา = 1 มีเล็กน้อย = 2 และลำบาก = 3

ขณะที่ประชากรส่วนใหญ่ที่มีรายได้ช่วง 10,001 -20,000 บาท ประเมินว่าตนเองมีความ
ลำบากในการทำกิจกรรมหนักๆ ร้อยละ 21.39 ถัดมาคือประชากรที่มีรายได้ >30,000 บาท ร้อยละ
18.18 นอกจากนี้ประชากรส่วนใหญ่ที่มีรายได้ช่วง 20,001 -30,000 บาท พบว่าตนเองมีความลำบาก
ในปัญหาด้านการทำกิจกรรมหนักปานกลาง ร้อยละ 16.67 รุปที่ 4.73

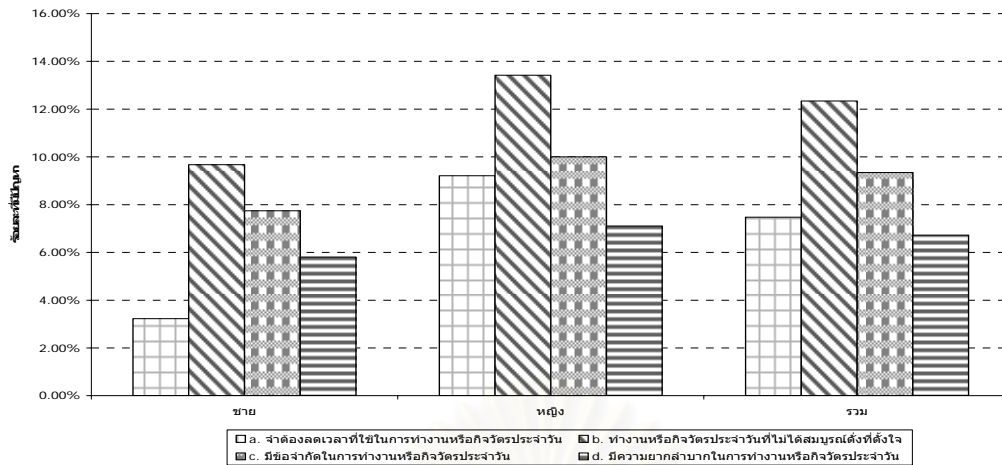


รูปที่ 4.73 ร้อยละของผู้ที่ประเมินตนเองว่ามีปัญหาลำบากมากในการทำกิจกรรมประจำวัน
จำแนกตามรายได้ : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

4.3.3.4 การประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

เมื่อพิจารณาการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลาที่ผ่านมา พบว่าประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่า ไม่มีปัญหาเรื่องมีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 93.27 รองมาคือเรื่องจำเป็นต้องลดเวลาที่ใช้การทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 92.52 หรือ และประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพในเรื่องทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ ร้อยละ 87.66

เมื่อจำแนกตามเพศ เพศหญิงประเมินปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน พบว่ามีปัญหาในเรื่องการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังตั้งใจ และมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 13.42 และร้อยละ 10.00 ตามลำดับ) ส่วนเพศชายประเมินว่ามีปัญหาเรื่องการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ ร้อยละ 9.68 ถัดมาคือมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 7.74 รูปที่ 4.74



รูปที่ 4.74 ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

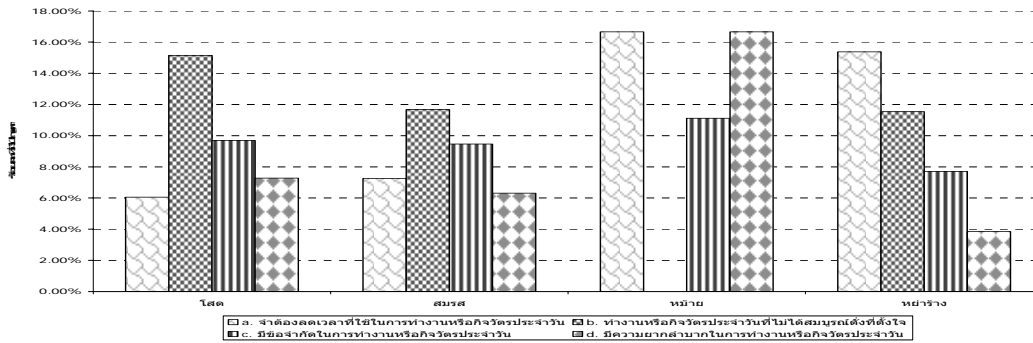
เมื่อให้ประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน จำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ประชากรตัวอย่างประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันเรื่อง ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมมุติสิ่งที่ตั้งใจ อยู่ในช่วงอายุ 20-24 ปี และ 25-29 ปี ร้อยละ 26.32 และร้อยละ 18.31 ตามลำดับ รองถัดมามากคือช่วงอายุ 50-54 ปี ร้อยละ 17.46 นอกจากนี้พบว่าช่วงอายุ 55-59 ปี มีปัญหาสุขภาพเรื่องจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน และทำงานหรือกิจวัตรประจำวันที่ไม่ได้สมมุติสิ่งที่ตั้งใจ อยู่ในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 8.33) ตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ ผ่านมา มีปัญหา สุขภาพ	อายุ (ปี)							
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
a. จำต้องลดเวลาที่ใช้ ในการทำงานหรือ กิจวัตรประจำวัน	7.89%	7.04%	5.95%	6.45%	7.14%	6.41%	12.70%	8.33%
b. ทำงานหรือกิจวัตร ประจำวันที่ไม่ได้ สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ	26.32%	18.31%	9.52%	6.45%	9.52%	10.26%	17.46%	8.33%
c. มีข้อจำกัดในการ ทำงานหรือกิจวัตร ประจำวัน	23.68%	11.27%	5.95%	7.53%	4.76%	7.69%	15.87%	4.17%
d. มีความยากลำบากใน การทำงานหรือกิจวัตร ประจำวัน	7.89%	11.27%	2.38%	6.45%	3.57%	6.41%	12.70%	4.17%

เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส ประชากรตัวอย่างประเมินถึงการมีปัญหาสุขภาพที่กระทบ
ต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่จะเป็นในเรื่องการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่
ตั้งใจ ร้อยละ 12.36 รองลงมาคือปัญหาที่มีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 9.51
จำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 7.60

ประชากรตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย ประเมินปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือ
กิจวัตรประจำวัน พบว่า มีปัญหาเรื่องมีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน และมี
ปัญหาจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันในสัดส่วนที่เท่าเทียมกัน ร้อยละ 16.67
คนที่เป็นโสด หรือสมรส มักจะพบว่า มีปัญหาทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ
ร้อยละ 15.91 และ ร้อยละ 11.67 ตามลำดับ รูปที่ 4.75

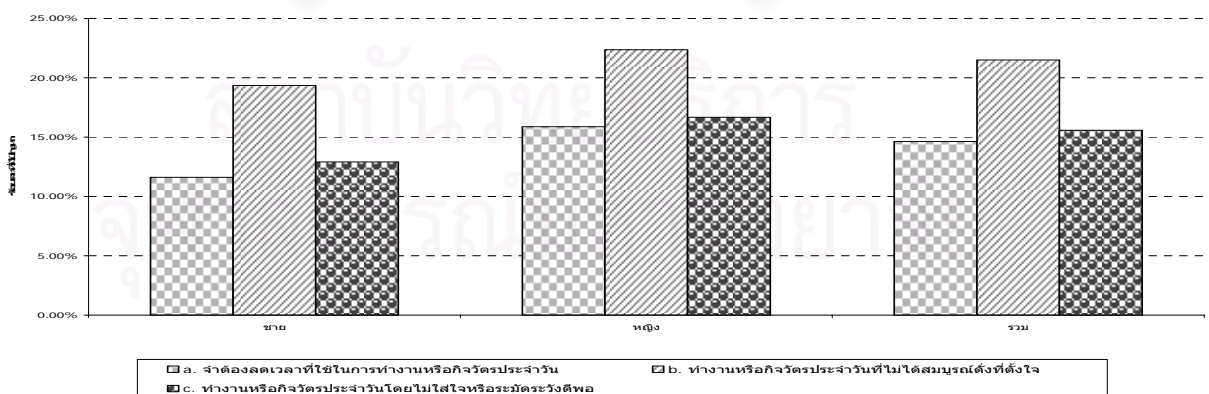


รูปที่ 4.75 ร้อยละที่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

4.3.3.5 การประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

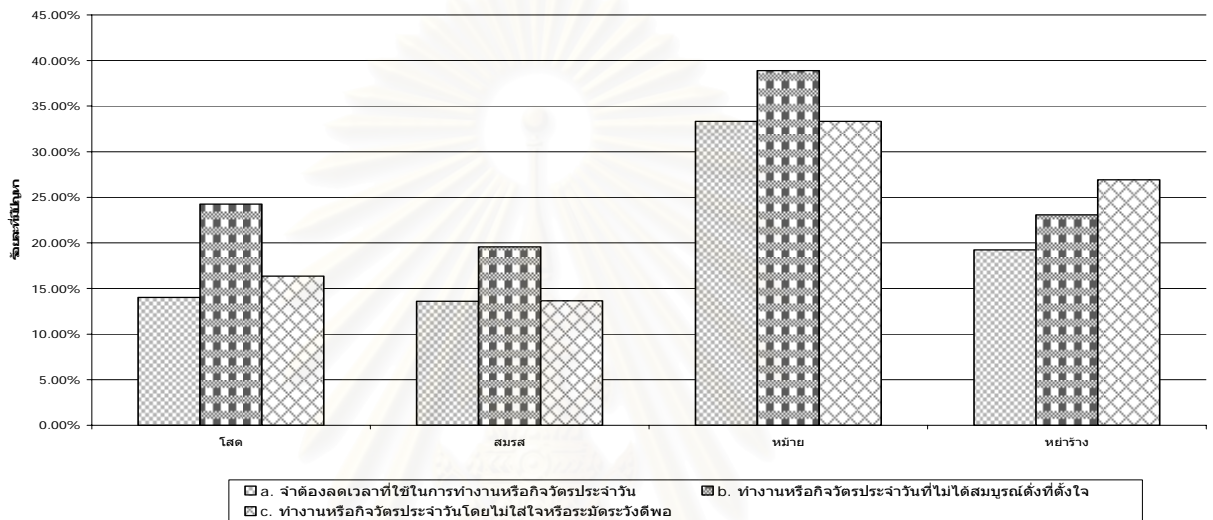
การประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ ที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ มีปัญหาทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ ร้อยละ 21.50 ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่ได้ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ ร้อยละ 15.57 และ จำต้องลดเวลาที่ใช้การทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 14.63

เมื่อจำแนกออกตามเพศ พบว่า เพศหญิงมีปัญหาด้านจิตใจที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน สูงกว่าเพศชาย ในทุกเรื่อง อันดับแรกคือ ปัญหาทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ (ร้อยละ 22.37 เปรียบเทียบกับร้อยละ 19.35) รองมาคือ ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่ได้ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ (ร้อยละ 16.67 เปรียบเทียบกับร้อยละ 12.90) และจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 15.77 เปรียบเทียบกับร้อยละ 11.61) รูปที่ 4.76



รูปที่ 4.76 ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือ กิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

หากจำแนกออกตามสถานภาพสมรส พบว่าประชากรตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสหม้าย มีปัญหาทางด้านจิตใจ ที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังนี้ ทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ ร้อยละ 38.89 ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ และจำเป็นต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันมีสัดส่วนที่เท่าเทียมกัน ร้อยละ 33.33 ขณะที่ประชากรที่มีสถานภาพโสดและสมรส มีปัญหาจำเป็นต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันในอัตราส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 14.02 และร้อยละ 13.31 ตามลำดับ) รูปที่ 4.77



รูปที่ 4.77 ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่นเครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือ กิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตาม สถานภาพสมรส : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

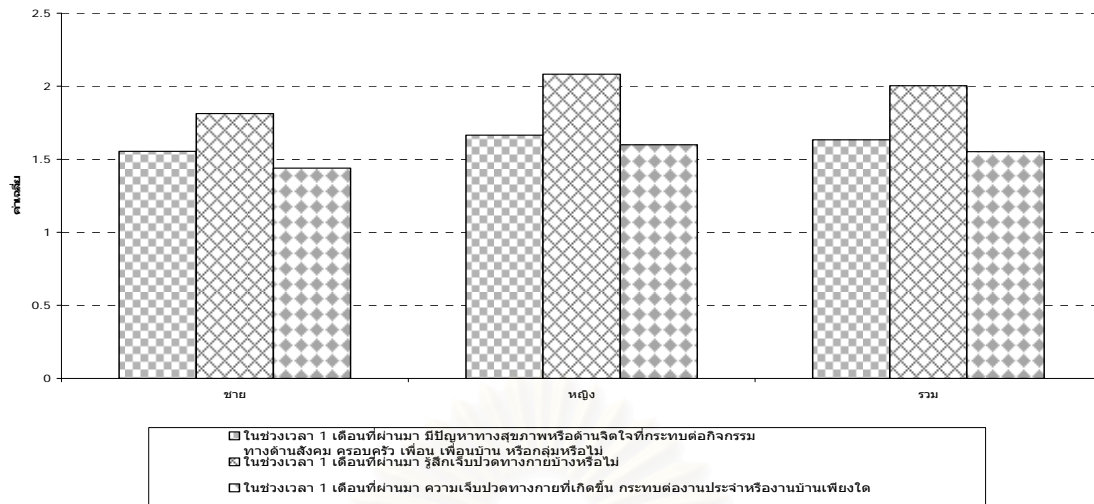
เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่าประชากรตัวอย่างช่วงอายุ 20-24 มีปัญหาด้านจิตใจ ที่กระทบ ต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน สูงกว่าประชากรตัวอย่างช่วงอายุ 55-59 ปี ปัญหาที่มีคือปัญหาทำงาน หรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ (ร้อยละ 34.21 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 16.67) รองมาคือ ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ (ร้อยละ 23.68 เปรียบเทียบกับร้อยละ 12.50) ตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ร้อยละที่มีปัญหาในการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือ กิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีปัญหาด้านจิตใจ	อายุ (ปี)							
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
a. จำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน	13.16%	16.90%	16.87%	11.83%	10.71%	8.97%	23.81%	21.74%
b. ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันที่ไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ	34.21%	21.13%	21.43%	18.28%	21.43%	19.23%	23.81%	16.67%
c. ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ	23.68%	18.57%	11.90%	17.20%	15.48%	9.09%	19.05%	12.50%

4.3.3.6 การประเมินสุขภาพกับปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

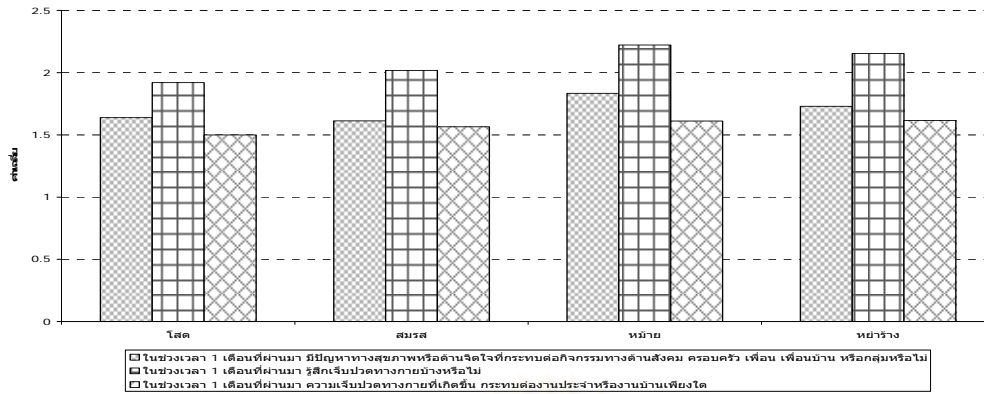
ประชากรตัวอย่างประเมินว่า ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา รู้สึกเจ็บปวดทางกายมีสัดส่วนสูงสุด ขณะที่เรื่องมีปัญหาด้านสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม และ ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้น กระทบต่องานประจำหรืองานบ้าน มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน รูปที่ 4.78



รูปที่ 4.78 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพกับปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ไม่มีเลย = 1 มีเล็กน้อย = 2 มีพอสมควร = 3)

เมื่อ จำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงประเมินว่า ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีปัญหาทางสุขภาพหรือด้านจิตใจมีส่วนสูงกว่าเพศชายทุกเรื่อง อันดับแรกคือปัญหา รู้สึกเจ็บปวดทางกาย รองลงมาคือมีปัญหาทางสุขภาพหรือด้านจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางด้านสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม และ ปัญหาความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้น กระทบต่องานหรืองานบ้าน

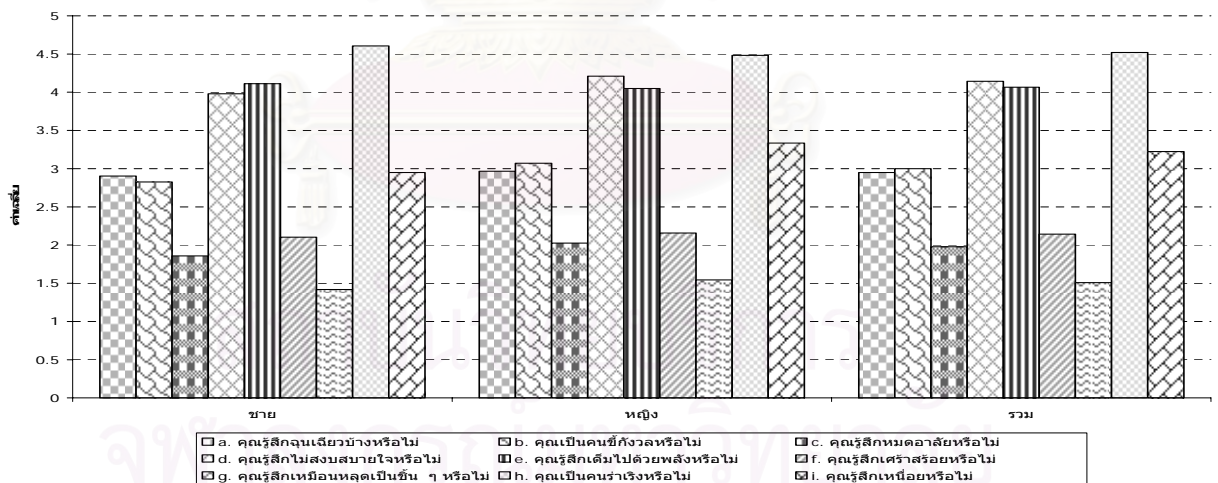
ประชากรตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ผู้ตอบที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย และหย่าร้าง มีปัญหา รู้สึกเจ็บป่วยทางกายในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ในสัดส่วนที่เท่ากัน เช่นเดียวกับผู้ตอบที่มีสถานภาพ โสดและสมรสแต่สัดส่วนน้อยกว่าเล็กน้อย นอกจากนี้ผู้ตอบที่มีสถานภาพเป็นหม้าย ประเมินว่าปัญหาความเจ็บป่วยทางการที่เกิดขึ้น กระทบต่องานหรืองานบ้าน มีสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ตอบที่มีสถานภาพสมรส โสด สมรส และหย่าร้าง รูปที่ 4.79



รูปที่ 4.79 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินสุขภาพกับปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ไม่มีเลย = 1 มีเล็กน้อย = 2 มีพอสมควร = 3)

4.3.3.7 ความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

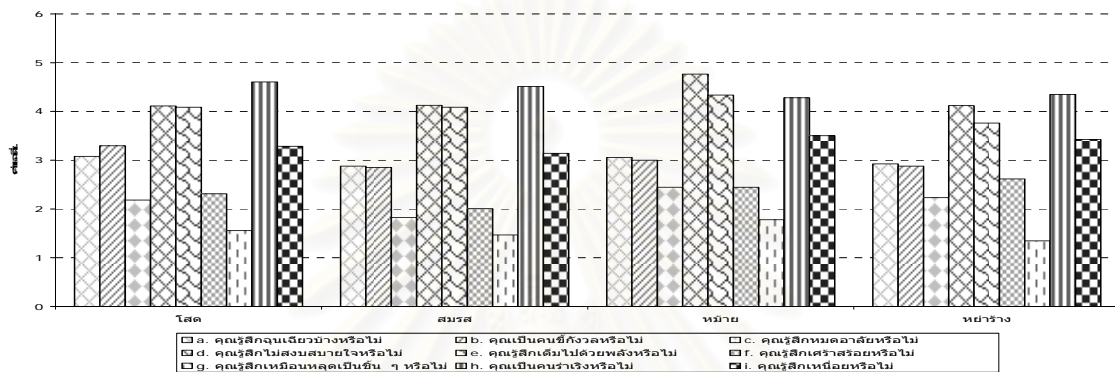
การประเมินสุขภาพด้านความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประชากรตัวอย่างประเมินว่า เป็นคนร่าเริงมีสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมาคือรู้สึกสงบสบายใจ และรู้สึกเต็มไปด้วยพลัง ส่วนความรู้สึกเหมือนหลุดเป็นชิ้นมีสัดส่วนน้อยที่สุด รูปที่ 4.80



รูปที่ 4.80 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ตลอดเวลา = 5 ส่วนใหญ่ของเวลา = 4 พอสมควร = 3 มีบ้างเล็กน้อย = 2 ไม่มีเลย = 1)

การประเมินสุขภาพด้านความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิง ประเมินว่ารู้สึกเป็นคนร่าเริงมีสัดส่วนสูงใกล้เคียงกัน นอกจากนี้เพศหญิงมีความรู้สึกหดรัดใจมากกว่าเพศชาย

เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า คนโสดประเมินว่ารู้สึกเป็นคนร่าเริงมีสัดส่วนมากกว่าคนที่มีสถานภาพสมรสเล็กน้อย ส่วนผู้ตอบที่มีสถานภาพเป็นหม้ายประเมินว่ามีความรู้สึกสงบสบายใจสูงสุด ขณะที่ผู้ตอบที่มีสถานภาพหย่าร้างประเมินว่ารู้สึกเหมือนหลุดเป็นชิ้นๆ ในสัดส่วนน้อยกว่าผู้ตอบที่มีสถานภาพอื่นๆ รูปที่ 4.81



รูปที่ 4.81 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ตลอดเวลา = 5 ส่วนใหญ่ของเวลา = 4 พอสมควร = 3 มีบ้างเล็กน้อย = 2 ไม่นเลย = 1)

เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ประชากรตัวอย่างช่วงอายุ 20- 24 ปี ประเมินว่าในรอบ 1 เดือนมีความรู้สึกและมีความคิดว่าเป็นคนขี้กังวลอย่างพอควรมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆอย่างเห็นได้ชัดเจน นอกจากนี้ ประชากรตัวอย่างทุกช่วงอายุประเมินว่าส่วนใหญ่รู้สึกร่าเริง มีอัตราส่วนที่สูงมาก รองลงมาคือร่าเริง ถัดมาคือ และรู้สึกสงบสบายใจ ส่วนความรู้สึกหรือความคิดรู้สึกเหมือนหลุดเป็นชิ้นๆ พบว่า ประชากรตัวอย่างทุกช่วงอายุ ประเมินว่ามีความคิดหรือรู้สึกแบบนี้้น้อยมาก ตารางที่ 4.14

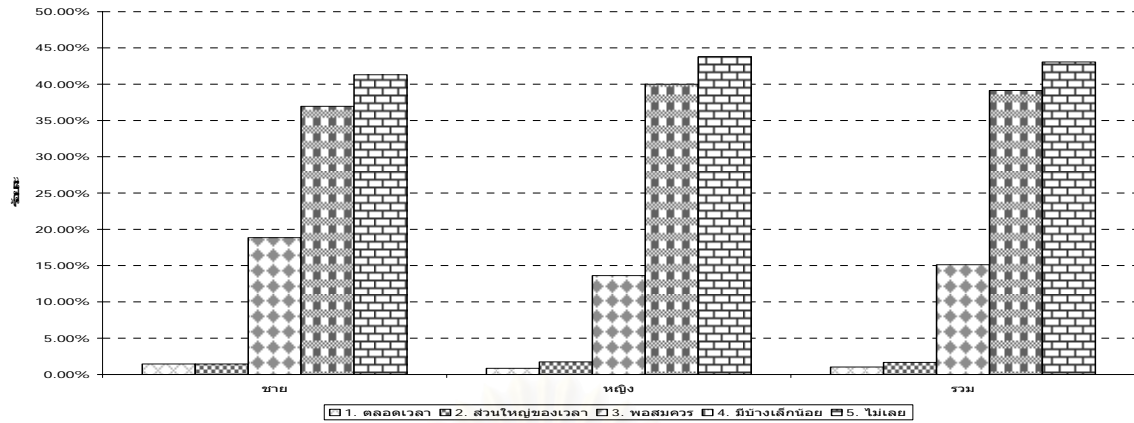
ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ยของการประเมินความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	อายุ (ปี)							
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
a. คุณรู้สึกจนเจิวบ้าง หรือไม่	3.34	3.11	3.10	2.90	2.80	2.94	2.79	2.46
b. คุณเป็นคนขี้กังวลหรือไม่	3.55	3.34	3.25	2.84	2.81	2.87	2.75	2.63
c. คุณรู้สึกหมดอาลัยหรือไม่	2.30	2.28	2.08	1.95	1.64	1.96	1.98	1.54
d. คุณรู้สึกสงบสบายใจ หรือไม่	3.87	4.11	3.99	4.03	4.40	4.24	4.08	4.58
e. คุณรู้สึกเต็มไปด้วยพลัง หรือไม่	3.84	4.07	4.06	4.05	4.15	3.96	4.08	4.46
f. คุณรู้สึกเศร้าสร้อยหรือไม่	2.46	2.47	2.14	2.09	1.88	2.10	2.08	2.13
g. คุณรู้สึกเหมือนหลุดเป็น ชิ้น ๆ หรือไม่	1.47	1.63	1.60	1.50	1.42	1.48	1.39	1.63
h. คุณเป็นคนร่าเริงหรือไม่	4.76	4.76	4.65	4.38	4.45	4.44	4.35	4.46
i. คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่	3.42	3.45	3.25	3.23	3.14	3.21	3.05	2.92

หมายเหตุ: การให้คะแนน ไม่เลย = 1 น้อยมาก = 2 บางครั้ง = 3 พอควร = 4 ส่วนใหญ่ = 5
ตลอดเวลา = 6

4.3.3.8 การประเมินสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

การประเมินสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ประชากรส่วนใหญ่ ประเมินว่า ไม่มีปัญหา (ร้อยละ 43.06) รองลงมาคือ มีบ้างเล็กน้อย และพอสมควร (ร้อยละ 39.13 และร้อยละ 15.11 ตามลำดับ) รูปที่ 4.82



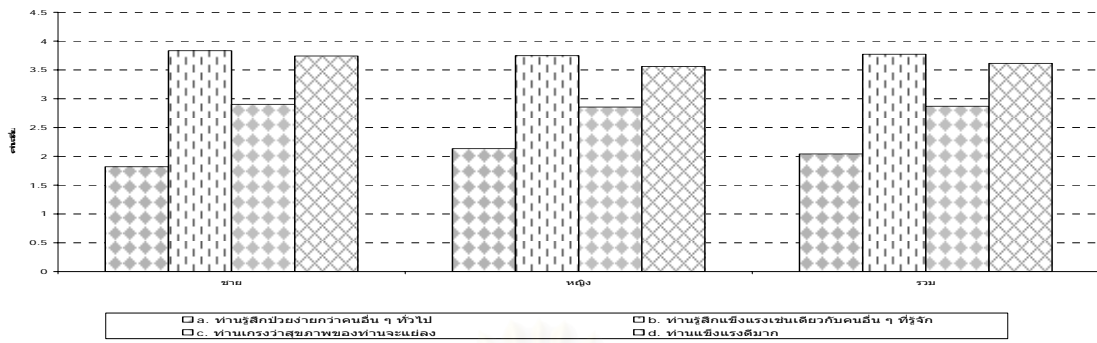
รูปที่ 4.82 ร้อยละของการประเมินสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ประชากรตัวอย่างเพศหญิงประเมินว่าไม่มีปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคมในสัดส่วนสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 43.77 เปรียบเทียบกับร้อยละ 41.30) ประชากรตัวอย่างเพศชาย ประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพบ้างเล็กน้อยน้อยกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 36.96 และร้อยละ 40.00) ขณะที่เพศหญิงประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพพอสมควรที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคมในสัดส่วนที่น้อยกว่าเพศชาย (ร้อยละ 13.62 เปรียบเทียบกับร้อยละ 18.84)

4.3.3.9 การประเมินสุขภาพตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น

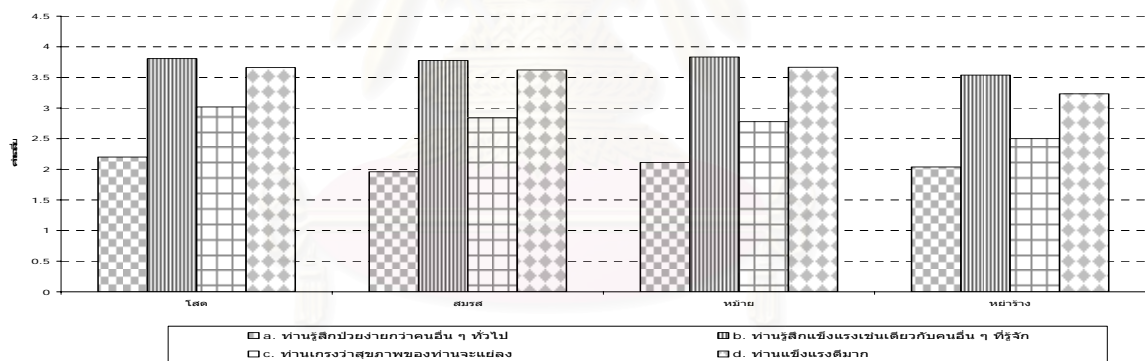
ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ประเมินว่ามีสุขภาพแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่นๆ ที่รู้จักมีอัตราส่วนที่สูงอย่างเห็นได้ชัดเจน รองลงมาคือรู้สึกแข็งแรงดีมาก และเกรงว่าสุขภาพจะแย่ลง การประเมินว่ารู้สึกป่วยง่ายกว่าคนอื่นๆ ทั่วไป มีสัดส่วนน้อย

เมื่อจำแนกตามเพศ เพศชายประเมินว่ารู้สึกแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่นๆ ที่รู้จักมีสัดส่วนใกล้เคียงกันกับเพศหญิง ขณะที่เพศหญิงประเมินว่าตนเองรู้สึกป่วยง่ายกว่าคนอื่นๆ ทั่วไปสูงกว่าเพศชาย รูปที่ 4.83



รูปที่ 4.83 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามเพศ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ถูกต้องอย่างยิ่ง = 5 ส่วนใหญ่ถูกต้อง = 4 ไม่แน่ใจ = 3 ส่วนใหญ่ผิด = 2 ผิด = 1)

การประเมินสุขภาพตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ประชากรตัวอย่างทุกกลุ่มสถานภาพสมรส ประเมินว่าตนเองรู้สึกแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ที่รู้จัก รองลงมาคือรู้สึกแข็งแรงดีมาก คนโสดมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าตนเองป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ ทั่วไป มีอัตราสูงกว่าสถานภาพสมรสอื่นๆ รูปที่ 4.84



รูปที่ 4.84 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามสถานภาพสมรส: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ถูกต้องอย่างยิ่ง = 5 ส่วนใหญ่ถูกต้อง = 4 ไม่แน่ใจ = 3 ส่วนใหญ่ผิด = 2 ผิด = 1)

ประชากรส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ผู้ตอบช่วงอายุ 55-59 ปี ประเมินว่ารู้สึกแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ที่รู้จักมีสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 30-34 ปี และถัดมาคือ 35-39 ปี นอกจากนี้กลุ่มอายุ 55-59 ปี ประเมินว่ารู้สึกป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ ทั่วไปน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ยของการประเมินสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น
จำแนกตามช่วงอายุ: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ระดับความถูก หรือผิดใน คำถามต่อไปนี้	อายุ (ปี)							
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
a. ท่านรู้สึกป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ ทั่วไป	2.16	2.41	2.11	2.00	1.87	1.99	1.92	1.79
b. ท่านรู้สึกแข็งแรง เช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ที่รู้จัก	3.76	3.76	3.85	3.77	3.90	3.71	3.56	3.88
c. ท่านเกรงว่าสุขภาพของ ท่านจะแย่ลง	3.08	2.92	2.86	2.80	2.64	2.87	3.05	3.00
d. ท่านแข็งแรงดีมาก	3.63	3.61	3.60	3.73	3.73	3.45	3.54	3.54

หมายเหตุ: การให้คะแนน ผิด = 1 ส่วนใหญ่ผิด = 2 ไม่แน่ใจ = 3 ส่วนใหญ่ถูกต้อง = 4
ถูกต้องอย่างยิ่ง = 5

4.4 ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนน SF 36 จากแบบสอบถาม

ค่าคะแนน SF 36 ที่ใช้ในการวิเคราะห์ในงานวิจัยนี้ แบ่งได้เป็น 8 หมวด ได้แก่

1. PF = Physical Functioning หน้าที่ทางกายภาพ
2. RP = Role –Physical ความจำกัดในบทบาทเนื่องจากปัญหาทางกายภาพ
3. BP = Bodily Pain ความบาดเจ็บทางร่างกาย
4. GH = General Health สุขภาพทั่วไป
5. VT = Vitality กำลังกาย
6. SF = Social Functioning หน้าที่ทางสังคม
7. RF =Role Emotion ความจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์
8. MH= Mental Health สุขภาพจิต

การวิเคราะห์นี้จะทำการหาค่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละหมวด โดยที่จะจำแนกตามเพศและช่วงอายุ โดยที่ค่าคะแนนสูงหมายถึงว่ามีสุขภาพดีกว่า

4.4.1 ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนน SF 36 ของทั้ง 2 โรงพยาบาล โดยจำแนกตามช่วงอายุ และเพศ

1. PF (Physical Functioning) หน้าที่ทางกายภาพ พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ในช่วงอายุ 20 – 24 ปี มีคะแนนด้านกายภาพ 91.10 รองมาคือช่วงอายุ 25 – 34 ปี และ 35 – 44 ปี (87.59 และ 86.33 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าประชากรเพศชายช่วงอายุ 20- 24 ปี มีคะแนนด้านกายภาพสูงกว่าเพศหญิง (92.59 เปรียบเทียบกับ 90.22) ขณะที่ผู้หญิงในช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนด้านนี้ต่ำที่สุดคือ 72.59 รูปที่ 4.85

2. RP (Role –Physical) ความจำกัดในบทบาทเนื่องจากปัญหาทางกายภาพ ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วงอายุ 35 – 44 ปี มีคะแนนในด้านนี้สูงสุดคือ 91.06 และน้อยที่สุดคือประชากรในช่วงอายุ 55 – 60 ปี 84.68 ซึ่งหมายความว่าประชากรช่วงอายุ 55 -60 ปี มีความจำกัดในบทบาททางกายภาพมากที่สุด

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชาย ช่วงอายุ 35-44 ปี มีคะแนนด้านนี้สูงสุด 94.29 ถัดมาคือ 55 – 60 ปี 93.92 และ ช่วงอายุ 45-54 ปี 92.59 ขณะที่ เพศหญิง 25 - 34 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 90.14 รองมาคือช่วงอายุ 35 – 44 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 89.08 และ ช่วงอายุ 20 – 24 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 87.77 รูปที่ 4.86

3. BP (Bodily Pain) ความบาดเจ็บทางร่างกาย ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ในช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนในด้านนี้สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ คือ 75.00 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชาย ช่วงอายุ 55 – 60 ปี

มีคะแนนความบาดเจ็บทางร่างกายสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ คือ 83.92 ขณะที่เพศหญิง ช่วงอายุ 25 – 34 ปี มีคะแนนสูงสุดคือ 73.59 รูปที่ 4.87

4. GH (General Health) สุขภาพทั่วไป ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านสุขภาพทั่วไป 63.99 ขณะที่ประชากรช่วงอายุ 25 – 34 ปี และ 45 – 54 ปี มีคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน (60.34 และ 60.13 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าเพศชายและเพศหญิงในช่วงอายุ 20 – 24 ปี มีคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน 59.54 และ 59.58 ตามลำดับ ขณะที่เพศชายช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูงสุด ร้อยละ 70.57 รูปที่ 4.88

5. VT (Vitality) กำลังกาย พบว่าประชากรส่วนใหญ่ ช่วงอายุ 45 -54 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านกำลังกายสูงสุดคือ 62.50 รองลงมาคือช่วงอายุ 35 -44 ปี คือ 62.20 และ ช่วงอายุ 20 -24 ปี คือ 61.86

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงด้านกำลังกายสูงสุดคือ 65.57 ถัดมาคือช่วงอายุ 45-54 ปี (64.03) และ 35 – 44 ปี (62.93) ในเพศหญิง ช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยคือ 64.00 ขณะที่ช่วงอายุอื่นมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันมากนัก รูปที่ 4.89

6. SF (Social Functioning) หน้าที่ทางสังคม พบว่าประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ในช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนด้านนี้สูงสุด คือร้อยละ 86.65 ถัดมาคือ 45- 54 ปี ร้อยละ 84.57 และ 35 – 44 ปี ร้อยละ 83.50

เมื่อจำแนกตามเพศ ประชากรเพศชาย ช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิง คือ 88.54 เปรียบเทียบกับ 85.34 ถัดมาคือช่วงอายุ 45 -54 ปี คือ 85.73 เปรียบเทียบกับ 83.84 และช่วงอายุ 35 – 44 ปี คือ 84.71 เปรียบเทียบกับ 82.75 รูปที่ 4.90

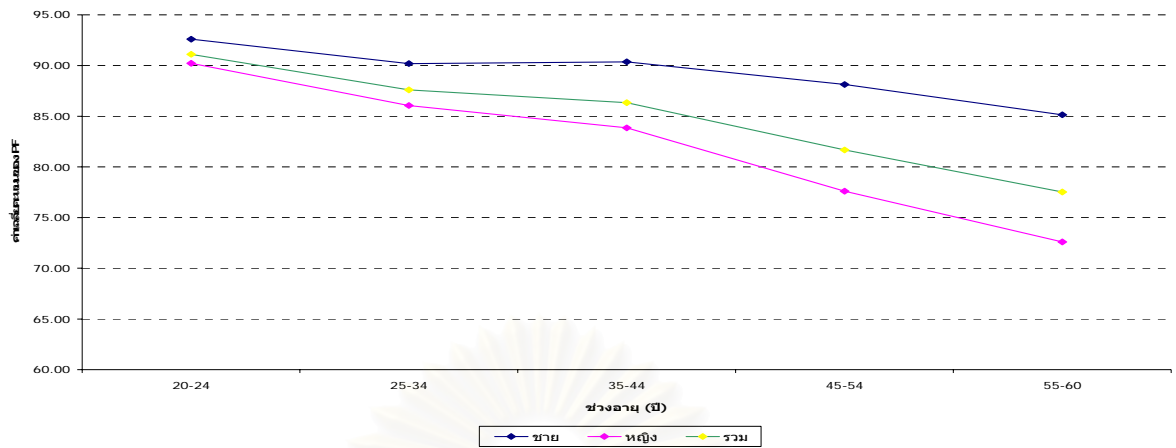
7. RF (Role Emotion) ความจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ช่วงอายุ 25 – 34 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูงกว่าช่วงอายุอื่น (82.56) ต่ำสุดคือช่วงอายุ 20 -24 ปี (78.60)

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชาย ช่วงอายุ 55 - 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิง (95.37 เปรียบเทียบกับ 71.60) ในทางกลับกันเพศหญิงช่วงอายุ 35 – 44 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูงกว่าเพศชาย (82.44 เปรียบเทียบกับ 80.82) รูปที่ 4.91

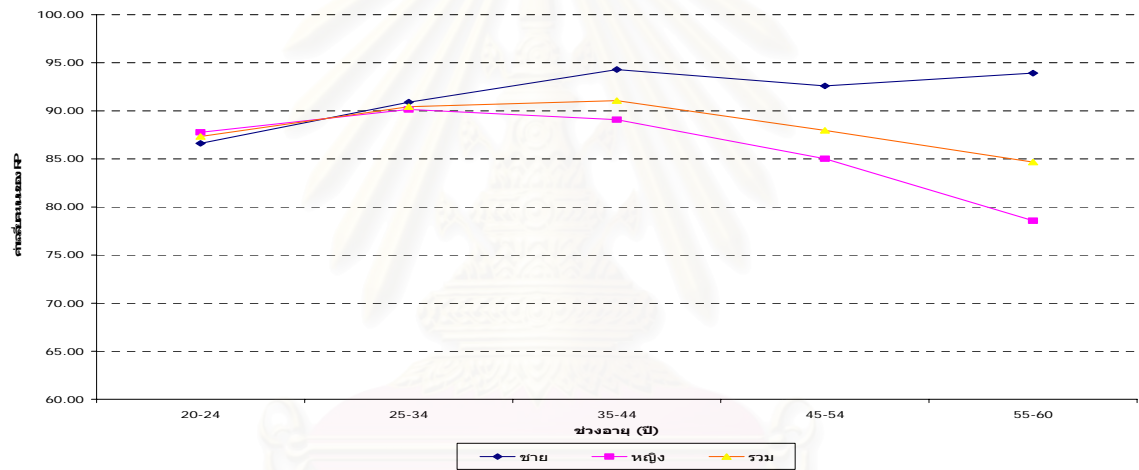
8. MH (Mental Health) สุขภาพจิต ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วงอายุ 20 – 24 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้ในอัตราที่ต่ำ คือ 66.69 ขณะที่ ช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 75.43 รองลงมาคือ 45-54 ปี (72.24) และ 35-44 ปี (71.37)

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูงสุด คือ 80 ถัดมาคือ 45 – 54 ปี (74.68) และ 35 – 44 ปี (72.15) ขณะที่เพศหญิง ช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในอัตราส่วนที่สูงคือ 72.57 และคะแนนต่ำสุดคือ 66.22 ในช่วงอายุ 20 -24 ปี รูปที่ 4.92

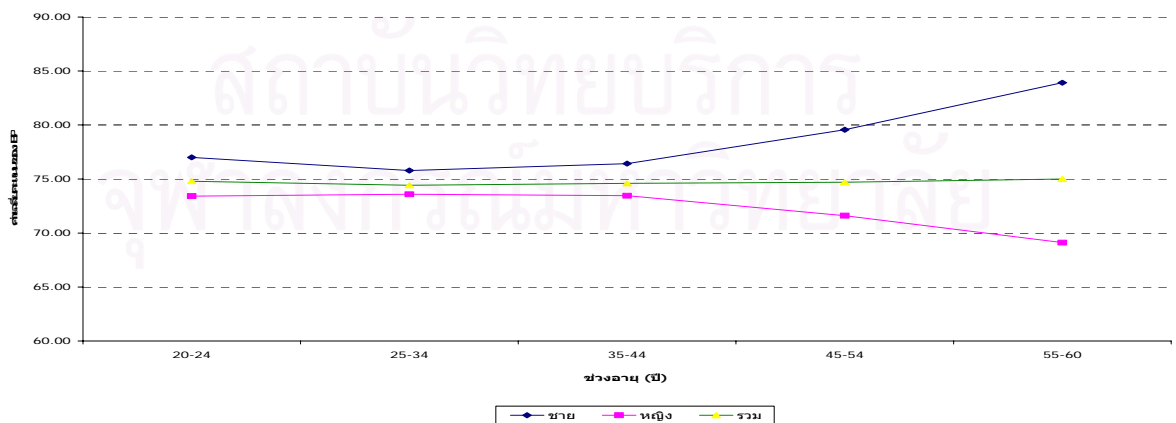
รายละเอียดของคะแนนเฉลี่ยค่าสูงสุดและต่ำสุด จำแนกตามเพศและอายุ ดูในภาคผนวก ง



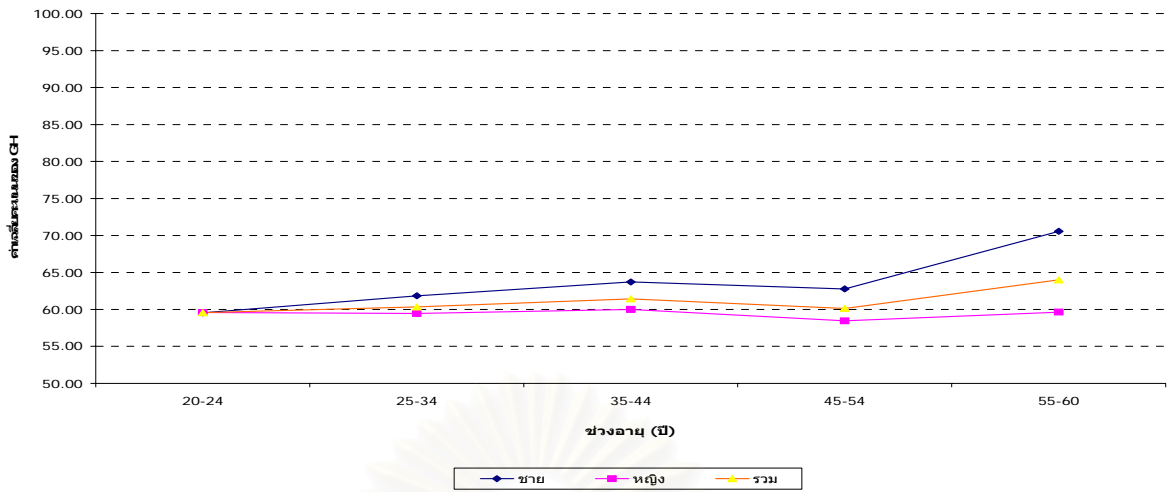
รูปที่ 4.85 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ PF



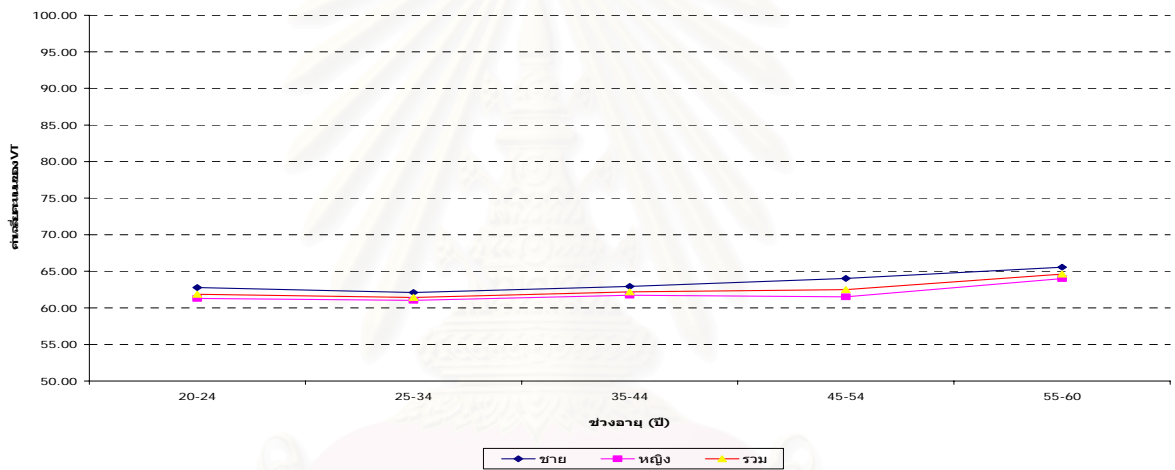
รูปที่ 4.86 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ RP



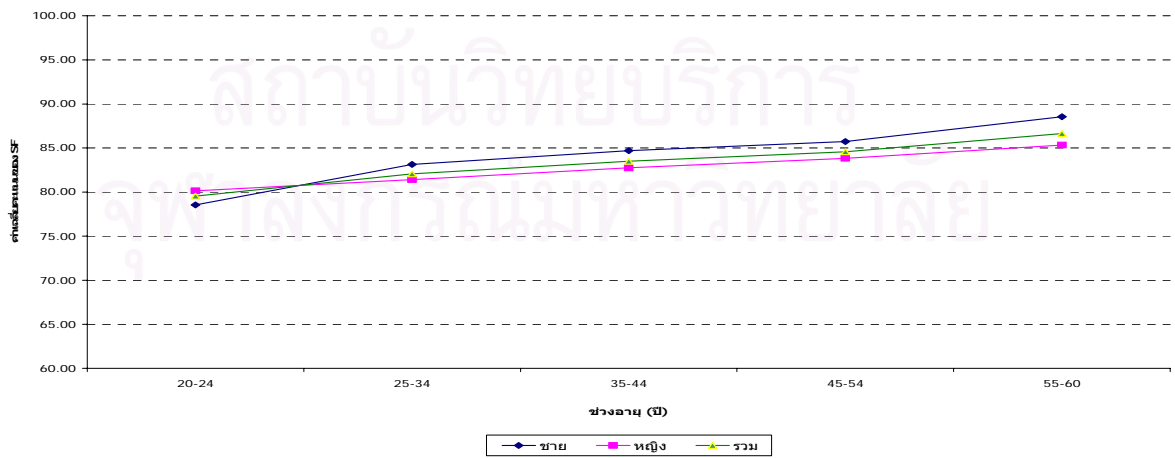
รูปที่ 4.87 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ BP



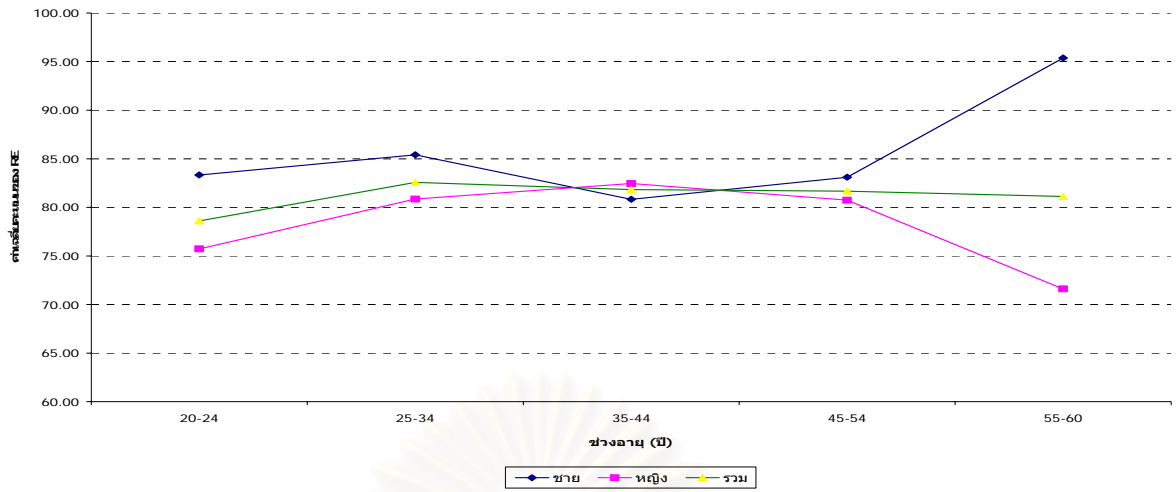
รูปที่ 4.88 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ GH



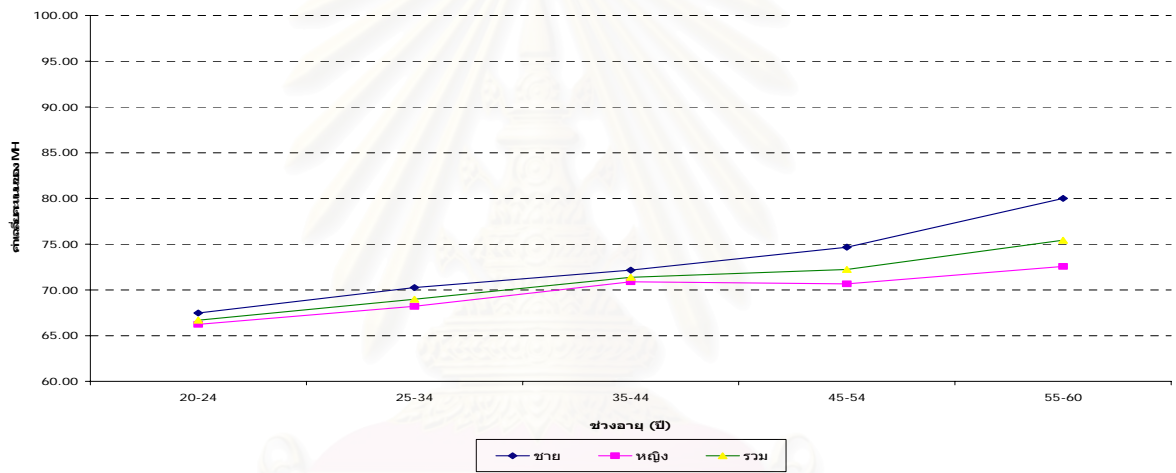
รูปที่ 4.89 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ VT



รูปที่ 4.90 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ SF



รูปที่ 4.91 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ RE



รูปที่ 4.92 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ MH

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.4.2 ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนน SF 36 ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยจำแนกตาม

ช่วงอายุและเพศ

1. PF (Physical Functioning) หน้าที่ทางกายภาพ พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ในช่วงอายุ 20 – 24 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านกายภาพ คือ 91.10 รองมาคือช่วงอายุ 25 – 34 ปี และ 35 – 44 ปี (87.59 และ 86.33 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าประชากรเพศชายช่วงอายุ 20- 24 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านกายภาพสูงกว่าเพศหญิง (92.59 เปรียบเทียบกับ90.22) ขณะที่ผู้หญิงในช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้ น้อยที่สุด คือ 72.59 รูปที่ 4.93

2. RP (Role –Physical) ความจำกัดในบทบาทเนื่องจากปัญหาทางกายภาพ ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วงอายุ 25-34 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูงสุดคือ 90.04 และน้อยที่สุดคือประชากรในช่วงอายุ 55 – 60 ปี คือ 81.52 ซึ่งหมายความว่าประชากรช่วงอายุ 25-34 ปี มีความจำกัดบทบาททางกายภาพสูงสุด

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชาย ช่วงอายุ 55-60 ปี มีคะแนนด้านนี้สูงสุด คือ 93.97 ถัดมาคือ 45-54 ปี (93.40) และ ช่วงอายุ 35-44 ปี (93.15) ขณะที่ เพศหญิง ช่วงอายุ 20-24 ปี มีคะแนนเฉลี่ยคือ 90.58 รองมาคือช่วงอายุ 25-34 ปี (89.80) และ ช่วงอายุ 35-44 ปี (86.92) รูปที่ 4.94

3. BP (Bodily Pain) ความบาดเจ็บทางร่างกาย ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ในช่วงอายุ 25-34 ปี มีคะแนนในด้านนี้สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ คือ 75.15 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชาย ช่วงอายุ 55 – 60 ปี มีคะแนนความบาดเจ็บทางร่างกายสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆคือ 81.81 ขณะที่เพศหญิง ช่วงอายุ 25 – 34 ปี มีคะแนนสูงสุดคือ 75.20 รูปที่ 4.95

4. GH (General Health) สุขภาพทั่วไป ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ช่วงอายุ 55-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านสุขภาพทั่วไป คือ 63.78 ขณะที่ประชากรช่วงอายุ 25-34 ปี และ 35 - 44 ปี มีคะแนนที่ใกล้เคียงกัน (59.70 และ 59.51 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าเพศชายและเพศหญิงในช่วงอายุ 25-34 ปี มีคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน คือ 60.64 และ 59.03 ตามลำดับ ขณะที่เพศชายช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูงสุด คือ 70.59 รูปที่ 4.96

5. VT (Vitality) กำลังกาย พบว่าประชากรส่วนใหญ่ ช่วงอายุ 55-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านกำลังกายสูงสุดคือ 65.61 รองลงมาคือช่วงอายุ 45-54 ปี (63.02) และ ช่วงอายุ 35-44 ปี (62.52)

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านกำลังกายสูงสุดคือ 66.67 ถัดมาคือช่วงอายุ 45-54 ปี (63.90) และ 35 – 44 ปี (63.20) ในเพศหญิง ช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนร้อยละ 64.87 ขณะที่ช่วงอายุอื่นมีคะแนนไม่แตกต่างกันมากนัก รูปที่ 4.97

6. SF (Social Functioning) หน้าที่ทางสังคม พบว่าประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ในช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูงสุด คือ 87.70 ถัดมาคือ 45- 54 ปี (85.29) และ 35 – 44 ปี (83.68)

เมื่อจำแนกตามเพศ ประชากรเพศชาย ช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิง คือ 88.39 เปรียบเทียบกับ 87.15 ถัดมาคือช่วงอายุ 45 -54 ปี (86.75 เปรียบเทียบกับ 84.09) และช่วงอายุ 35 – 44 ปี (85.07 เปรียบเทียบกับร้อยละ 82.57) รูปที่ 4.98

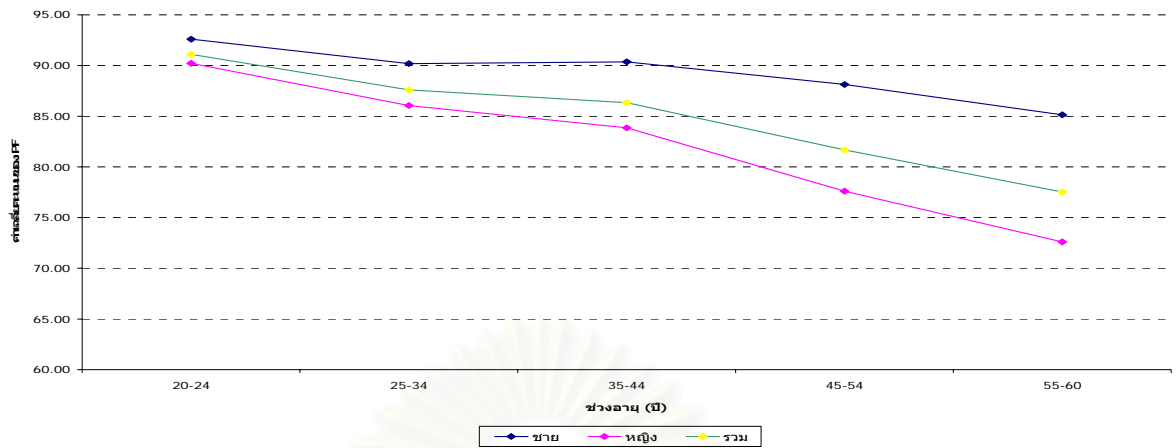
7. RF (Role Emotion) ความจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ช่วงอายุ 25 – 34 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูงกว่าช่วงอายุอื่น คือ 82.75 ต่ำสุดคือช่วงอายุ 20 -24 ปี (79.39)

เมื่อจำแนกตามเพศ เพศชาย ช่วงอายุ 55 - 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิง คือ 95.24 เปรียบเทียบกับ 70.09 ในทางกลับกันเพศหญิงช่วงอายุ 35 – 44 ปี มีคะแนนด้านนี้สูงกว่าเพศชาย คือ 81.20 เปรียบเทียบกับ 79.56 รูปที่ 4.99

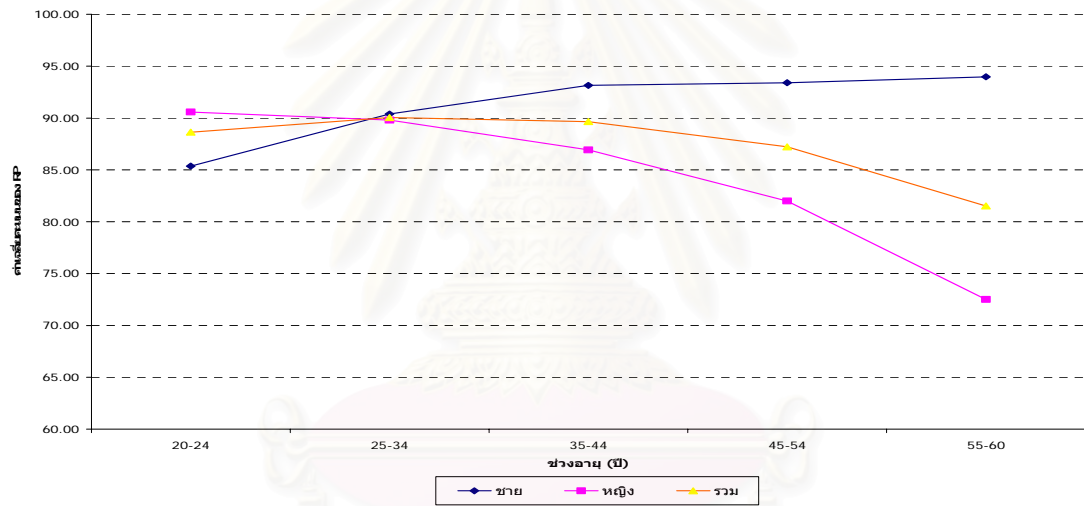
8. MH (Mental Health) สุขภาพจิต ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วงอายุ 20 – 24 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้ต่ำ คือ 67.07 ขณะที่ ช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนน (75.58) รองลงมาคือ 45-54 ปี (73.03) และ 35-44 ปี (71.07)

เมื่อจำแนกตามเพศ เพศชายช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูงสุด คือ 79.26 ถัดมาคือ 45 – 54 ปี (75.55) และ 35 – 44 ปี (72.29) ขณะที่เพศหญิง ช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยในอัตราส่วนที่สูงคือ 73.10 และคะแนนต่ำสุดอยู่ที่ (66.41) ในช่วงอายุ 20 -24 ปี รูปที่ 4.100

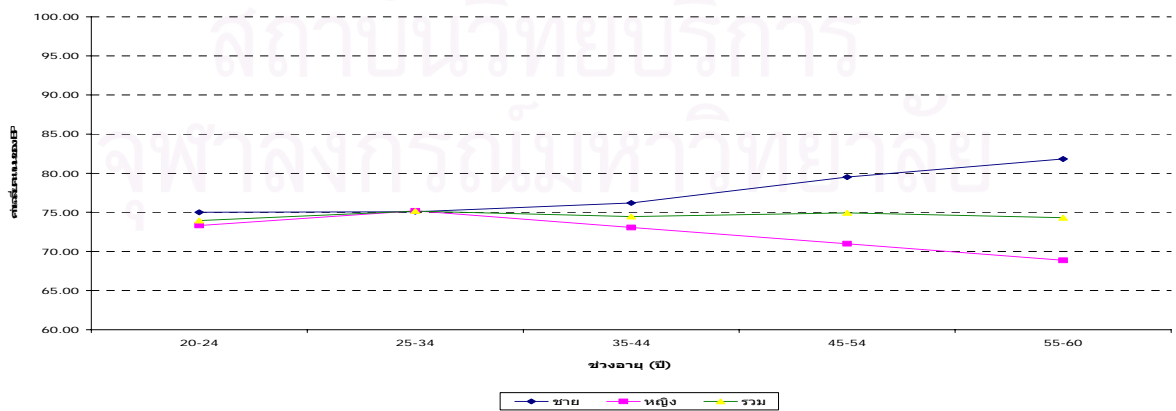
รายละเอียดของคะแนนเฉลี่ยค่าสูงสุดและต่ำสุด จำแนกตามเพศและอายุ อยู่ในภาคผนวก ง



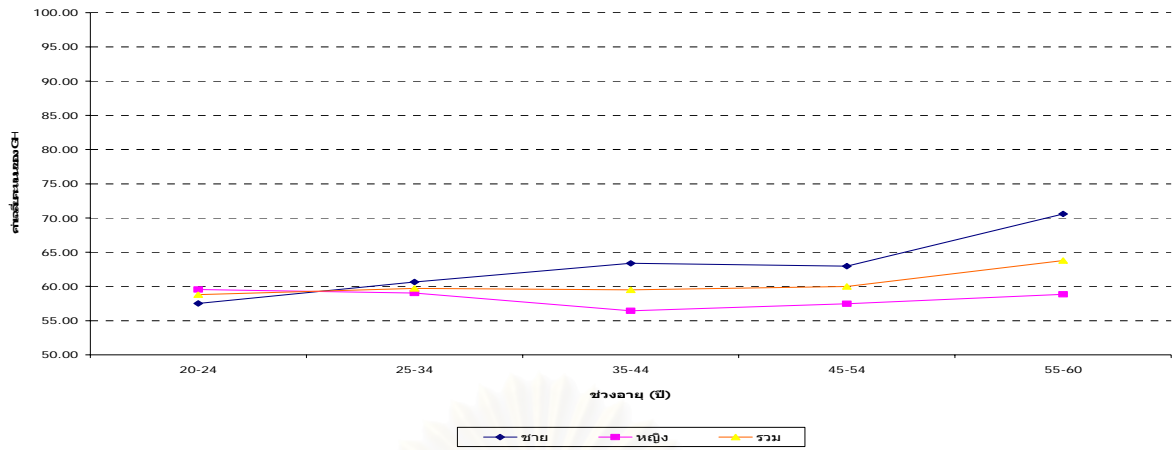
รูปที่ 4.93 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ PF: โรงพยาบาลจุฬา



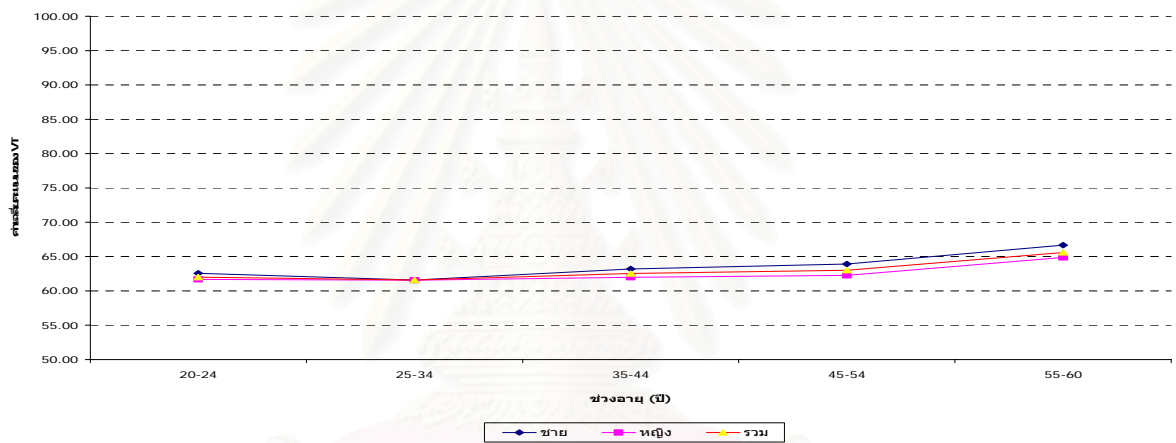
รูปที่ 4.94 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ RP: โรงพยาบาลจุฬา



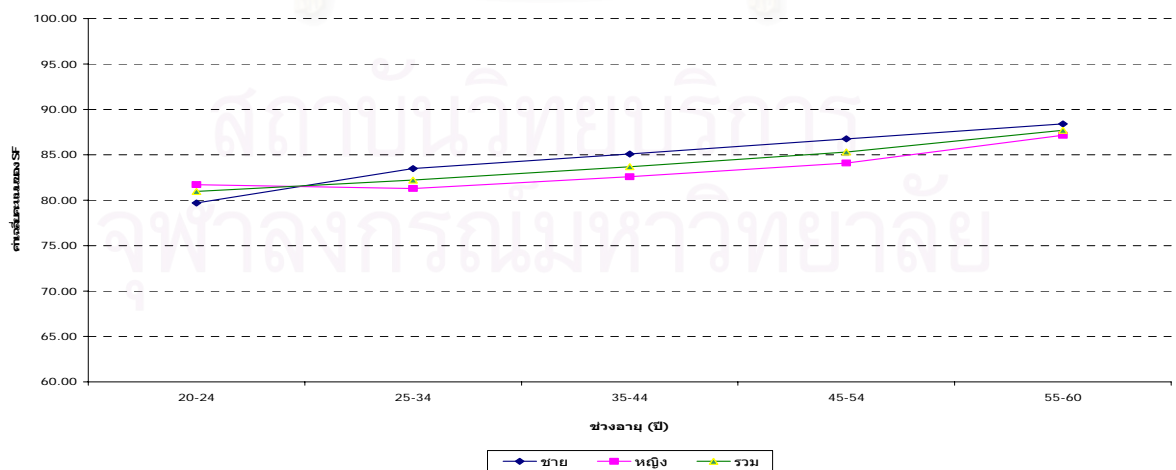
รูปที่ 4.95 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ BP: โรงพยาบาลจุฬา



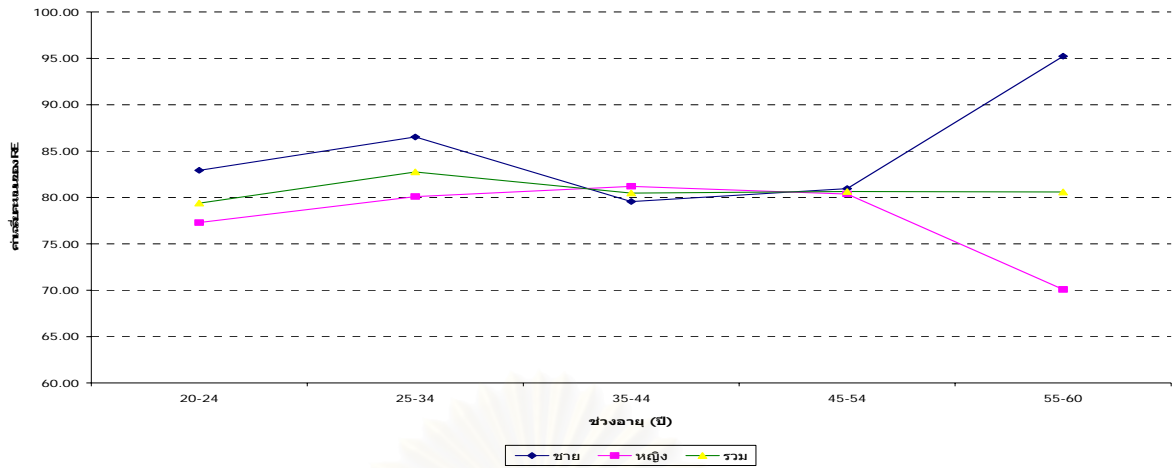
รูปที่ 4.96 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ GH: โรงพยาบาลจุฬา



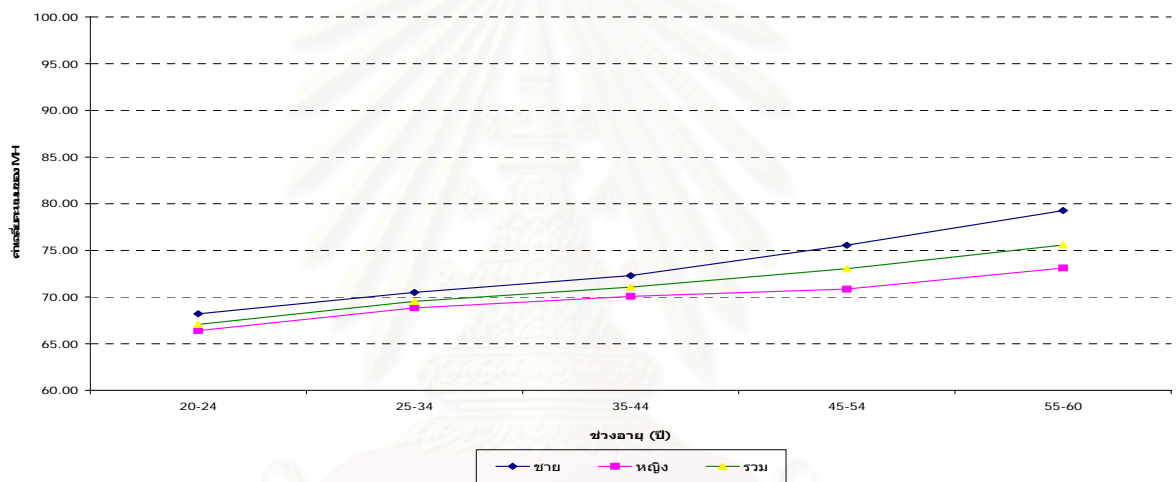
รูปที่ 4.97 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ VT: โรงพยาบาลจุฬา



รูปที่ 4.98 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ SF: โรงพยาบาลจุฬา



รูปที่ 4.99 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ RE: โรงพยาบาลจุฬา



รูปที่ 4.100 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ MH: โรงพยาบาลจุฬา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.4.3 ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนน SF 36 ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยจำแนกตามช่วงอายุและเพศ

1. PF (Physical Functioning) หน้าที่ทางกายภาพ พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ในช่วงอายุ 20 – 24 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านกายภาพ คือ 90.81 รองมาคือช่วงอายุ 25 – 34 ปี และ 35 – 44 ปี (85.97 และ 85.44 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าประชากรเพศชายช่วงอายุ 20- 24 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านกายภาพสูงกว่าเพศหญิง (96.07 เปรียบเทียบกับ 87.61) ขณะที่ผู้หญิงในช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้น้อยที่สุด คือ 66.33 รูปที่ 4.101

2. RP (Role –Physical) ความจำกัดในบทบาทเนื่องจากปัญหาทางกายภาพ ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วงอายุ 55-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยในด้านนี้สูงสุดคือ 93.75 และน้อยที่สุดคือประชากรในช่วงอายุ 20-24 ปี คือ 83.55 ซึ่งหมายความว่าประชากรช่วงอายุ 55 -60 ปี มีความจำกัดในบทบาททางกายภาพมากที่สุด

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชาย ช่วงอายุ 55-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูง คือ 93.75 ถัดมาคือ 35-44 ปี คือ 97.45 และ ช่วงอายุ 25-34 ปี คือ 92.61 ขณะที่ เพศหญิง 55-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยคือ 93.75 รองมาคือช่วงอายุ 35-44 ปี คือ 91.99 และ ช่วงอายุ 25-34 ปี คือ 90.77 รูปที่ 4.102

3. BP (Bodily Pain) ความบาดเจ็บทางร่างกาย ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ในช่วงอายุ 55-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยในด้านนี้สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ คือ 76.98 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชาย ช่วงอายุ 55 – 60 ปี มีคะแนนความบาดเจ็บทางร่างกายสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ คือ 91.56 ขณะที่เพศหญิง ช่วงอายุ 35-44 ปี มีคะแนนสูงสุดคือ 73.98 รูปที่ 4.103

4. GH (General Health) สุขภาพทั่วไป ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ช่วงอายุ 35-44 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านสุขภาพทั่วไป คือ 64.81 ซึ่งเป็นคะแนนสูงสุด ขณะที่ประชากรช่วงอายุ 20-24 ปี และ 25-34 ปี มีคะแนนที่ใกล้เคียงกัน (61.79 และ 61.76 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าเพศชายและเพศหญิงในช่วงอายุ 35-44 ปี มีคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน คือ 64.65 และ 64.87 ตามลำดับ ขณะที่เพศชายช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนด้านนี้สูงสุด คือ 70.50 รูปที่ 4.104

5. VT (Vitality) กำลังกาย พบว่าประชากรส่วนใหญ่ ช่วงอายุ 55-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านกำลังกายสูงสุดคือ 61.88 รองลงมาคือช่วงอายุ 45-54 ปี (61.65) และ ช่วงอายุ 35-44 ปี (61.64)

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายช่วงอายุ 45-54 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านกำลังกายสูงสุดคือ 64.36 ถัดมาคือช่วงอายุ 25-34 ปี (63.84) และ 20-24 ปี (63.33) ในเพศหญิง ช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนน (61.88) ขณะที่ช่วงอายุอื่นมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันมากนัก รูปที่ 4.105

6. SF (Social Functioning) หน้าที่ทางสังคม พบว่าประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ในช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนด้านนี้สูงสุด คือ 83.85 ถัดมาคือ 45- 54 ปี (83.30) และ 35 – 44 ปี (83.18)

เมื่อจำแนกตามเพศ ประชากรเพศชาย ช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิงคือ 89.06 เปรียบเทียบกับ 81.25 ถัดมาคือช่วงอายุ 35-44 ปี (83.61) เปรียบเทียบกับ 83.01) และช่วงอายุ 25-34 ปี (81.91 เปรียบเทียบกับ 81.69) รูปที่ 4.106

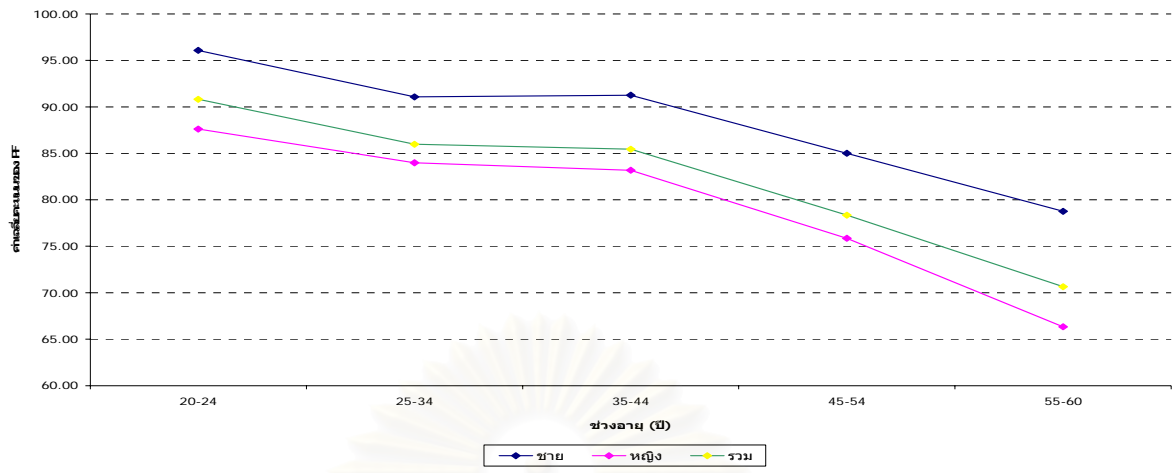
7. RE (Role Emotion) ความจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ช่วงอายุ 35-44 ปี มีคะแนนด้านนี้สูงกว่าช่วงอายุอื่นคือ 84.18 ต่ำสุดคือช่วงอายุ 20 -24 ปี (76.32)

เมื่อจำแนกตามเพศ เพศชาย ช่วงอายุ 55 - 60 ปี มีคะแนนสูงกว่าเพศหญิง (95.83 เปรียบเทียบกับ 75.56) ในทางกลับกันเพศหญิงช่วงอายุ 25-34 ปี มีคะแนนด้านนี้สูงกว่าเพศชาย (82.26 เปรียบเทียบกับ 81.82) รูปที่ 4 .107

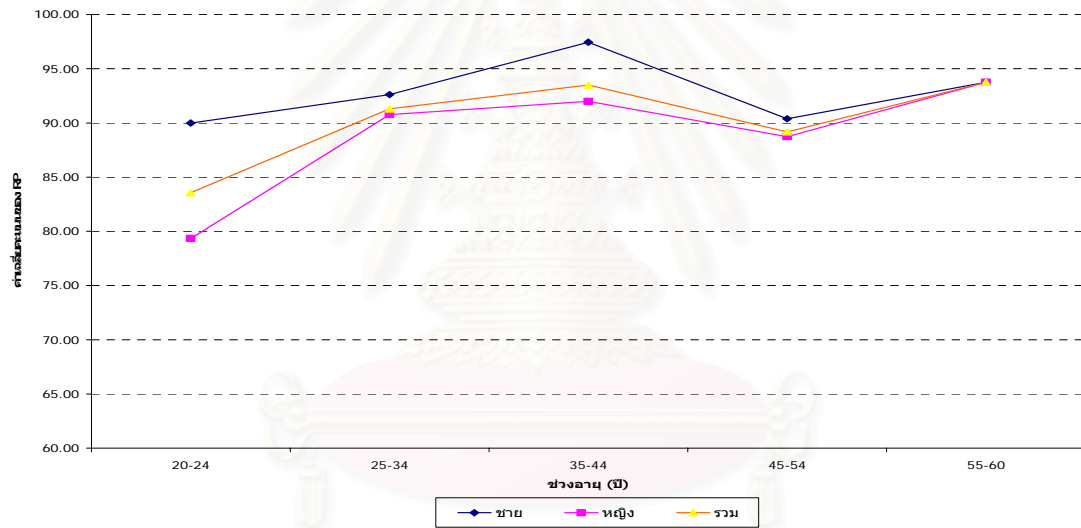
8. MH (Mental Health) สุขภาพจิต ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วงอายุ 20 – 24 ปี มีคะแนนเฉลี่ย ด้านนี้ต่ำ คือ 65.56 ขณะที่คะแนนสูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 55 -60 ปี คือ 75.00 รองลงมาคือ 35-44 ปี (71.91) และ 45-54 ปี (70.94)

เมื่อจำแนกตามเพศ เพศชายช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนด้านนี้สูงสุด คือ 82.50 ถัดมาคือ 45 – 54 ปี (72.31) และ 35 – 44 ปี (71.75) ขณะที่เพศหญิง ช่วงอายุ 35-44 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงคือ 71.97 และคะแนนต่ำสุด คือ 65.64 ในช่วงอายุ 20 -24 ปี รูปที่ 4.108

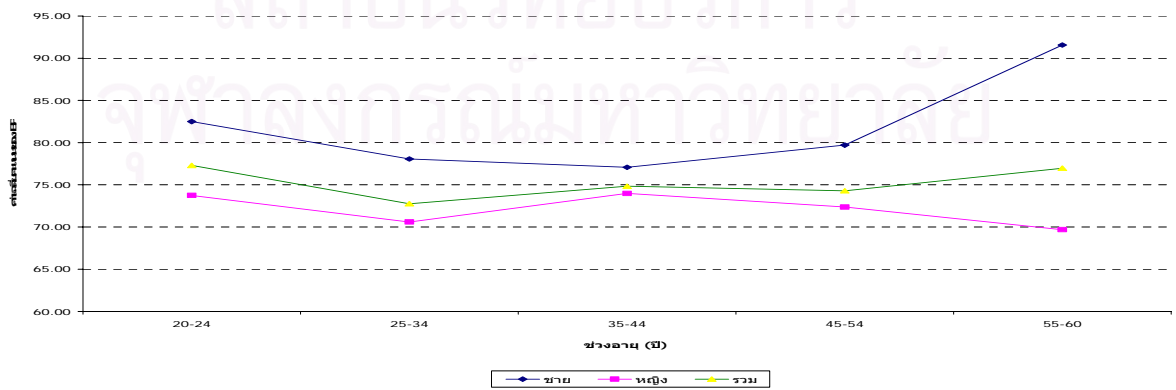
รายละเอียดของคะแนนเฉลี่ยค่าสูงสุดและต่ำสุด จำแนกตามเพศและอายุ อยู่ในภาคผนวก ง



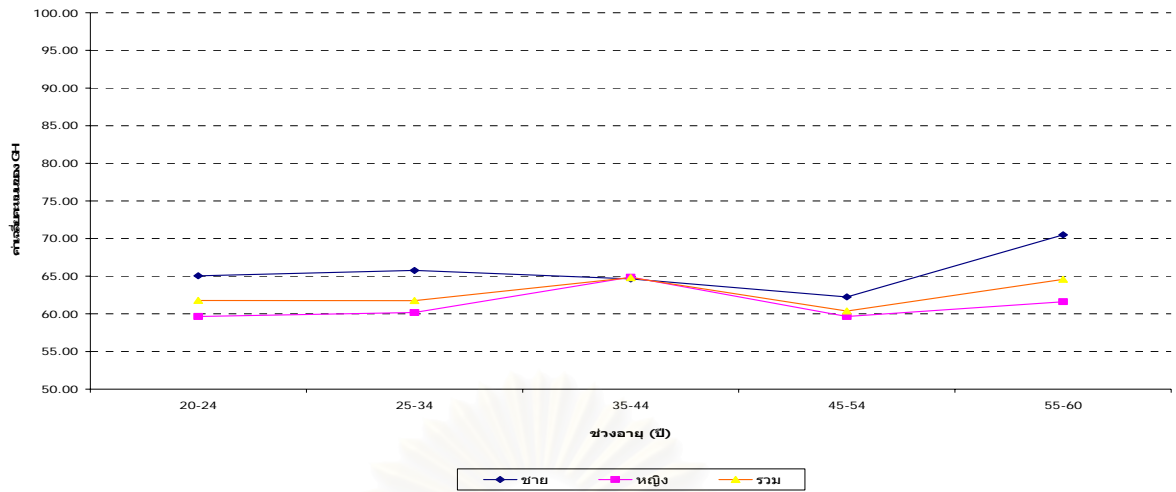
รูปที่ 4.101 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ PF: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



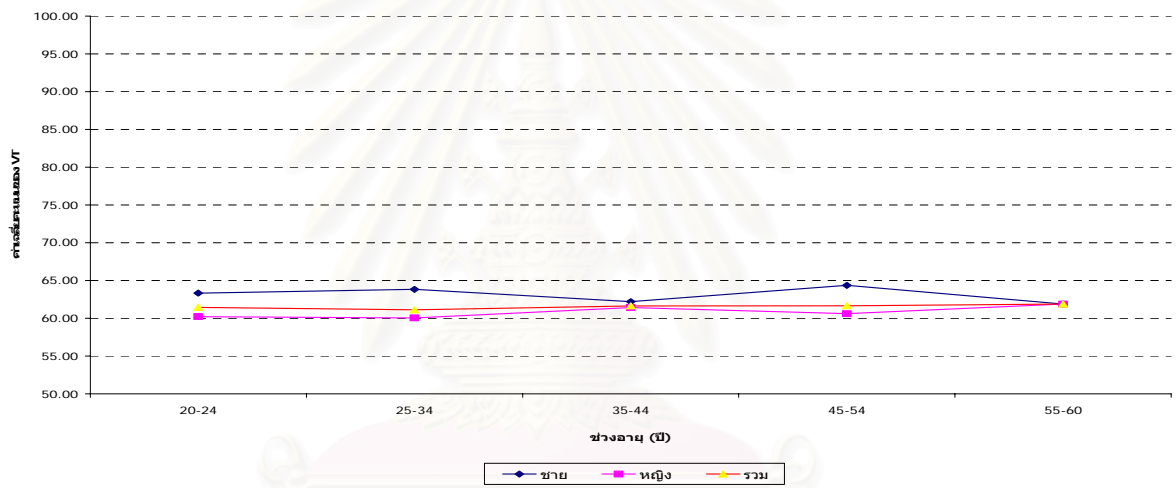
รูปที่ 4.102 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ RP: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



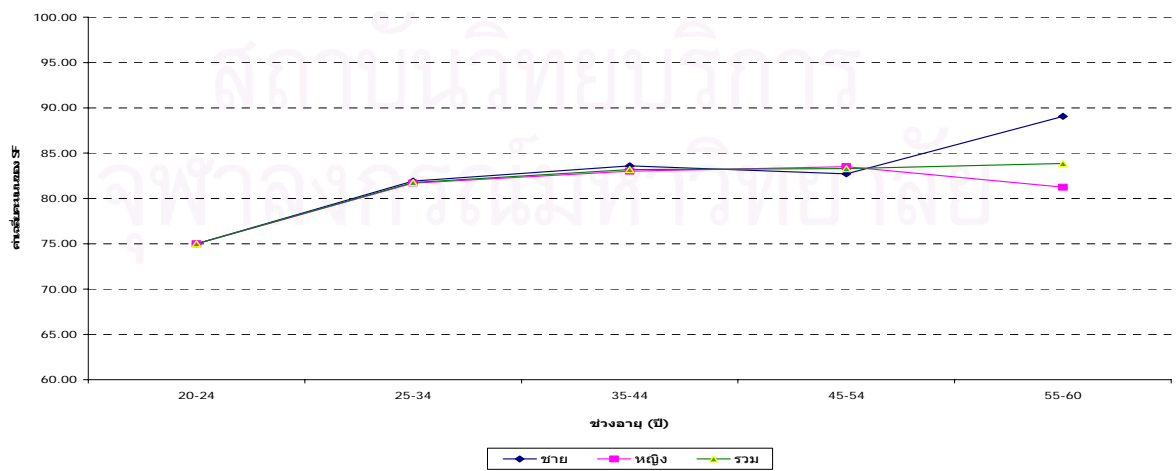
รูปที่ 4.103 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ BP: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



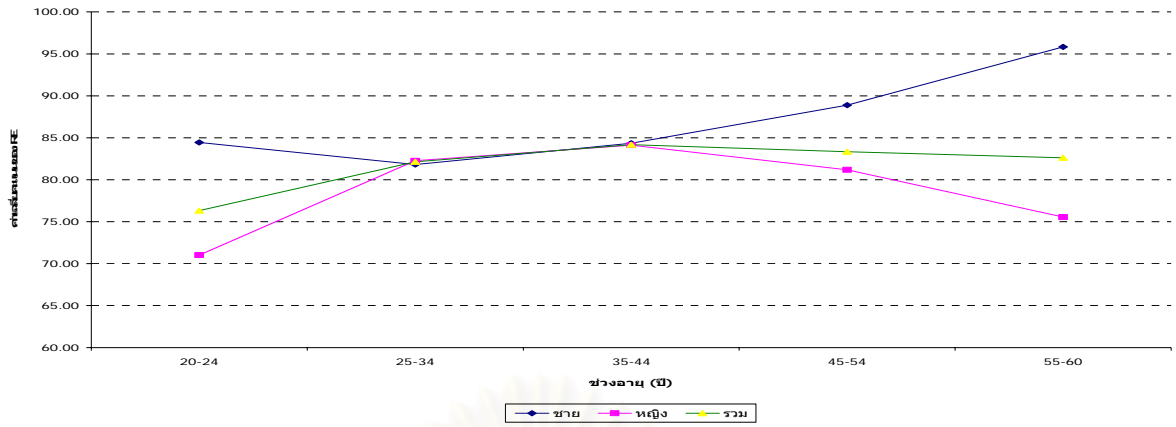
รูปที่ 4.104 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ GH: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



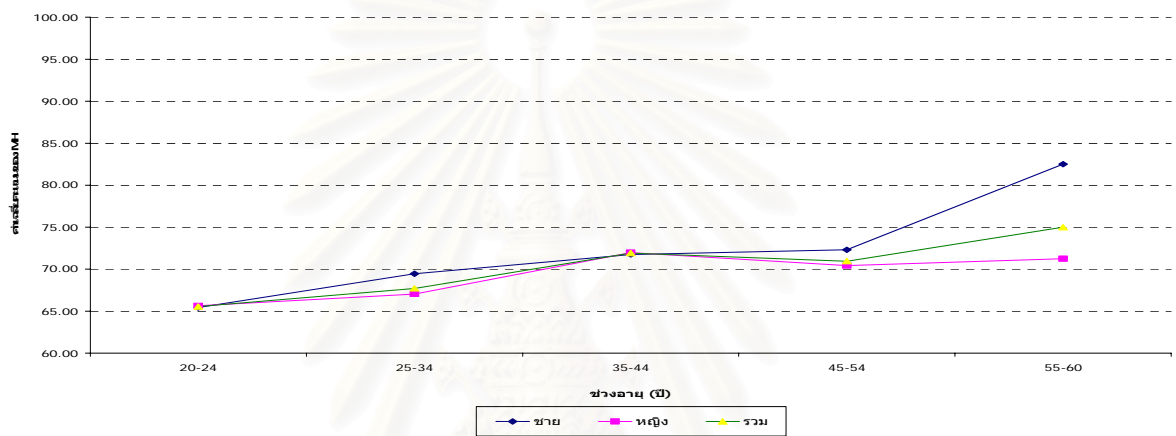
รูปที่ 4.105 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ VT: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



รูปที่ 4.106 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ SF: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



รูปที่ 4.107 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ RE: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



รูปที่ 4.108 ค่าเฉลี่ยคะแนนของ MH: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

การแบ่งระดับสุขภาพโดยใช้ผลจากการตอบแบบสอบถามและการตรวจสุขภาพประจำปี

ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาประชากรจำนวนทั้งสิ้น 1,600 คน แบ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ใช้บริการตรวจสุขภาพโดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 1,064 คน ซึ่งใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ใช้ชีวิตในเมืองใหญ่หรือชุมชนเมือง และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจำนวน 536 คน ซึ่งใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ใช้ชีวิตในแถบชานเมืองหรือปริมณฑล ประชากรทั้งหมดได้รับการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่จัดทำขึ้น (รายละเอียดดูในภาคผนวก ก) และได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีโดยแพทย์ (Physical Examination, PE) พร้อมทั้งได้รับการสืบสอบโรคโดยการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ทรวงอก (Chest X-Ray) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการประกอบไปด้วย การตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (complete blood count, CBC), การดำนเคมีคลินิก ได้แก่ glucose, BUN, creatinine, uric acid, cholesterol, triglycerides, high density lipoprotein cholesterol (HDLc), aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT), alkaline phosphatase (ALP), รวมทั้งการตรวจปัสสาวะ และอุจจาระ (แบบบันทึกดูในภาคผนวก ก) ผลสรุปทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละท่านจะได้รับการวิเคราะห์เพื่อแบ่งระดับสุขภาพโดยการแบ่งตามชั้นความทุพพลภาพของคนไทยออกเป็น 5 ระดับ ตามความสามารถในการทำหรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ที่เรียกว่า “Disability Class (DC)” ตามเกณฑ์สำหรับใช้ในการแบ่งชั้นของความทุพพลภาพ ดังแสดงได้กล่าวไว้แล้วในบทที่ 3 (ตารางที่ 3.3 และ ตารางที่ 3.4)

5.1 ผลการแบ่งระดับสุขภาพโดยการแบ่งตามชั้นความทุพพลภาพของประชากร

ผลการแบ่งระดับสุขภาพโดยการแบ่งตามชั้นความทุพพลภาพของประชากรที่ทำการศึกษา โดยใช้ผลจากการตอบแบบสอบถามการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แสดงเป็นจำนวนนับและร้อยละของ DC โดยจำแนกตามเพศ ตามอายุ ตามช่วงอายุและเพศ ส่วนลักษณะของประชากรตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้นั้น ได้กล่าวไว้ในบทที่ 4

5.1.1 ผลการแบ่งระดับสุขภาพโดยจำแนกตามเพศ

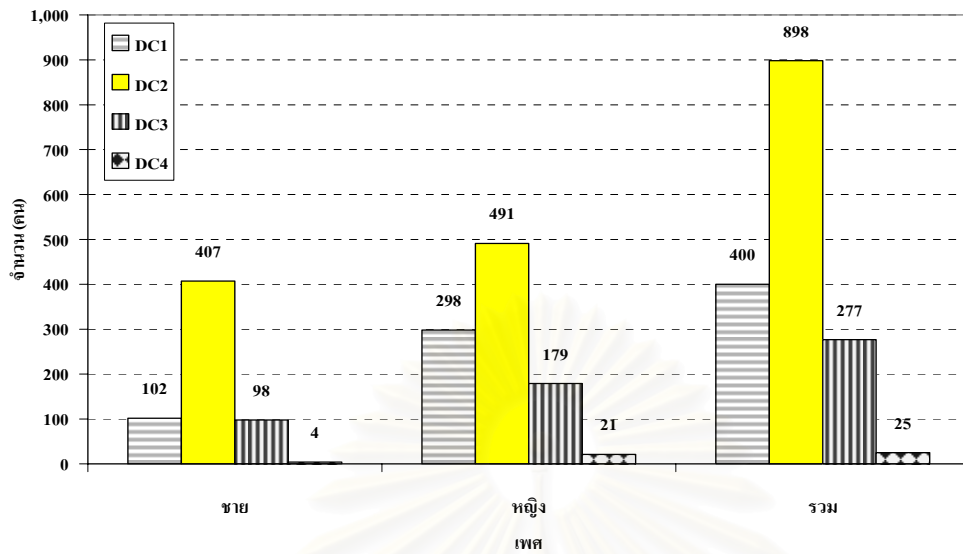
ผลการแบ่งระดับสุขภาพโดยจำแนกตามเพศ ได้แสดงในตารางที่ 5.1 และรูปภาพที่ 5.1 จากข้อมูลจะพบว่า DC2 เป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดในกลุ่มประชากรทั้งหมดและทั้งในเพศชายและหญิง ของทั้งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (รูปภาพที่ 5.1 ก.-ค.) ตามด้วย DC1, DC3 และ DC4 ตามลำดับ ยกเว้นในเพศชายของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่พบว่า DC3 สูงกว่า DC1 เล็กน้อย (ตารางที่ 5.1) ข้อสังเกตเพิ่มเติมพบว่าในเพศชายนั้น DC1 สูงกว่า DC3 ในจำนวนที่สูงกว่าไม่

มากนัก หรือมีจำนวนที่ใกล้เคียงกันเป็นส่วนมาก ส่วนในเพศหญิงของทั้งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (DC1 184 ต่อ DC3 114) และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (DC1 114 ต่อ DC3 65) ที่มี DC1 สูงกว่า DC3 ชัดเจนเกือบสองเท่า (ตารางที่ 5.1) ดังนั้นจึงควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เพศหญิงมีแนวโน้มสุขภาพดีกว่าเพศชายต่อไป

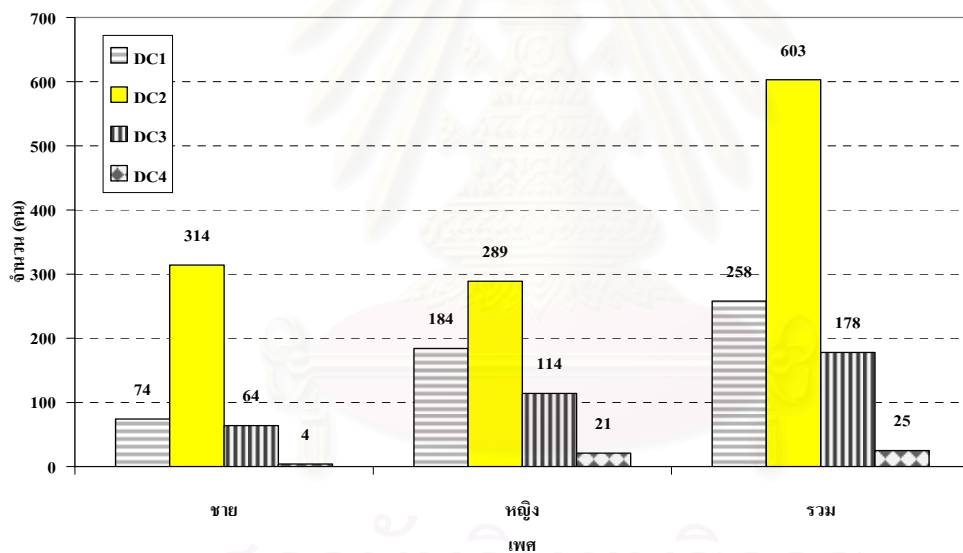
ตารางที่ 5.1. ร้อยละของ Disability Class จำแนกตามเพศ

เพศ	Disability Class				รวม
	DC1	DC2	DC3	DC4	
ทั้งหมด					
ชาย	16.69 (102)	66.61 (407)	16.04 (98)	0.65 (4)	100 (611)
หญิง	30.13 (298)	49.65 (491)	18.10 (179)	2.12 (21)	100 (989)
รวม	25.00 (400)	56.13 (898)	17.31 (277)	1.56 (25)	100 (1,600)
รพ.จุฬาฯ					
ชาย	16.23 (74)	68.86 (314)	14.04 (64)	0.88 (4)	100 (456)
หญิง	30.26 (184)	47.53 (289)	18.75 (114)	3.45 (21)	100 (608)
รวม	24.25 (258)	56.67 (603)	16.73 (178)	2.35 (25)	100 (1,064)
รพ.พระนั่งเกล้า					
ชาย	18.06 (28)	60.00 (93)	21.94 (34)	0.00 (0)	100 (155)
หญิง	29.92 (114)	53.02 (202)	17.06 (65)	0.00 (0)	100 (381)
รวม	26.49 (142)	55.04 (295)	18.47 (99)	0.00 (0)	100 (536)

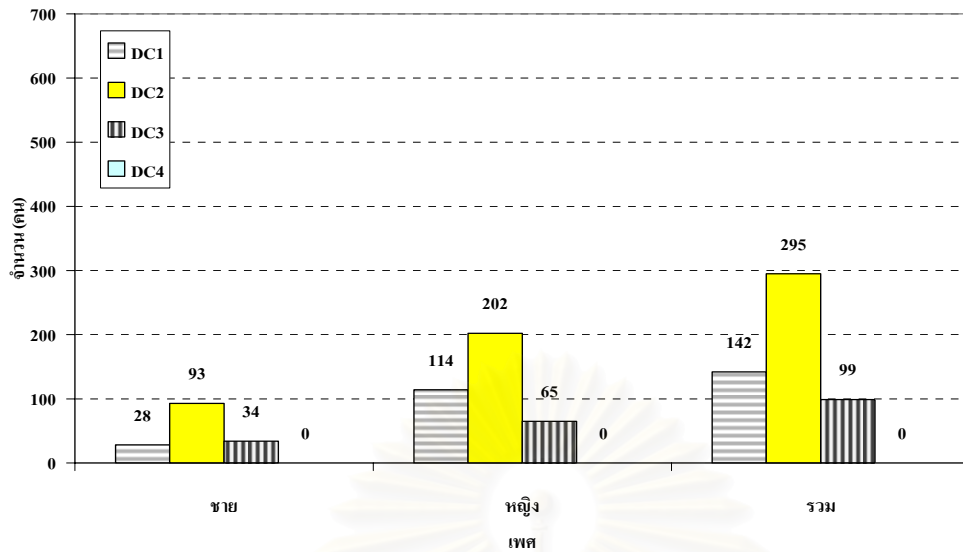
ก. จำนวนของ Disability Class จำแนกตามเพศของประชากรตัวอย่างทั้งหมด



ก. จำนวนของ Disability Class จำแนกตามเพศของประชากรตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



รูปที่ 5.1. จำนวนของ Disability Class จำแนกตามเพศ ก.) ของประชากรทั้งหมด ข.) ของ รพ. จุฬาลงกรณ์ และ ค.) ของ รพ. พระนั่งเกล้า



รูปที่ 5.1. (ต่อ) จำนวนของ Disability Class จำแนกตามเพศ ก.) ของประชากรทั้งหมด ข.) ของ รพ. จุฬาลงกรณ์ และ ค.) ของ รพ. พระนั่งเกล้า

5.1.2 ผลการแบ่งระดับสุขภาพหรือการแบ่งชั้นของความทุพพลภาพฯ โดยจำแนกตามอายุ

ผลการแบ่งชั้นของความทุพพลภาพฯ โดยจำแนกตามอายุ ได้แสดงเป็นร้อยละของ DC ของกลุ่มประชากรตัวอย่างทั้งหมด ประชากรตัวอย่างของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และประชากรตัวอย่างของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ดังแสดงในตารางที่ 5.2 ตารางที่ 5.3 และตารางที่ 5.4 ตามลำดับ ลักษณะการกระจายแสดงโดยรูปที่ 5.2 ซึ่งพบว่าในทุกกลุ่มประชากร DC 1 ลดลง ในขณะที่ DC3 เพิ่มขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น

ตารางที่ 5.2. ร้อยละของ Disability Class จำแนกตามอายุของกลุ่มประชากรทั้งหมด (1,600 คน)

อายุ	Disability Class				รวม
	DC1	DC2	DC3	DC4	
20	36.84 (7)	52.63 (10)	10.53 (2)	0.00 (0)	100.0 (19)
21	36.84 (7)	42.11 (8)	21.05 (4)	0.00 (0)	100.0 (19)
22	44.44 (12)	40.74 (11)	14.81 (4)	0.00 (0)	100.0 (27)
23	55.56 (20)	22.22 (8)	22.22 (8)	0.00 (0)	100.0 (36)
24	51.06 (24)	29.79 (14)	19.15 (9)	0.00 (0)	100.0 (47)
25	30.00 (12)	60.00 (24)	10.00 (4)	0.00 (0)	100.0 (40)
26	44.90 (22)	36.73 (18)	18.37 (9)	0.00 (0)	100.0 (49)
27	41.18 (21)	33.33 (17)	21.57 (11)	3.92 (2)	100.0 (51)
28	34.09 (15)	56.82 (25)	6.82 (3)	2.27 (1)	100.0 (44)
29	35.00 (14)	47.50 (19)	17.50 (7)	0.00 (0)	100.0 (40)
30	38.46 (20)	50.00 (26)	11.54 (6)	0.00 (0)	100.0 (52)
31	25.00 (13)	63.46 (33)	9.62 (5)	1.92 (1)	100.0 (52)
32	36.73 (18)	44.90 (22)	18.37 (9)	0.00 (0)	100.0 (49)
33	32.76 (19)	56.90 (33)	10.34 (6)	0.00 (0)	100.0 (58)
34	34.38 (22)	46.88 (30)	17.19 (11)	1.56 (1)	100.0 (64)
35	27.66 (13)	63.83 (30)	8.51 (4)	0.00 (0)	100.0 (47)
36	8.16 (4)	69.39 (34)	20.41 (10)	2.04 (1)	100.0 (49)
37	14.55 (8)	76.36 (42)	9.09 (5)	0.00 (0)	100.0 (55)
38	33.33 (16)	41.67 (20)	25.00 (12)	0.00 (0)	100.0 (48)
39	26.32 (15)	64.91 (37)	8.77 (5)	0.00 (0)	100.0 (57)
40	25.49 (13)	60.78 (31)	13.73 (7)	0.00 (0)	100.0 (51)
41	24.39 (10)	46.34 (19)	26.83 (11)	2.44 (1)	100.0 (41)
42	16.67 (8)	56.25 (27)	27.08 (13)	0.00 (0)	100.0 (48)
43	17.02 (8)	65.96 (31)	14.89 (7)	2.13 (1)	100.0 (47)
44	20.45 (9)	43.18 (19)	36.36 (16)	0.00 (0)	100.0 (44)
45	12.77 (6)	65.96 (31)	17.02 (8)	4.26 (2)	100.0 (47)
46	8.33 (3)	75.00 (27)	13.89 (5)	2.78 (1)	100.0 (36)
47	20.51 (8)	58.97 (23)	17.95 (7)	2.56 (1)	100.0 (39)
48	13.64 (6)	68.18 (30)	15.91 (7)	2.27 (1)	100.0 (44)
49	9.30 (4)	72.09 (31)	16.28 (7)	2.33 (1)	100.0 (43)
50	21.43 (6)	64.29 (18)	10.71 (3)	3.57 (1)	100.0 (28)
51	15.15 (5)	66.67 (22)	12.12 (4)	6.06 (2)	100.0 (33)
52	13.51 (5)	62.16 (23)	21.62 (8)	2.70 (1)	100.0 (37)
53	0.00 (0)	67.65 (23)	29.41 (10)	2.94 (1)	100.0 (34)
54	3.23 (1)	74.19 (23)	22.58 (7)	0.00 (0)	100.0 (31)
55	9.52 (2)	66.67 (14)	14.29 (3)	9.25 (2)	100.0 (21)
56	4.76 (1)	28.57 (6)	52.38 (11)	14.29 (3)	100.0 (21)
57	5.56 (1)	77.78 (14)	16.67 (3)	0.00 (0)	100.0 (18)
58	5.88 (1)	82.35 (14)	11.76 (2)	0.00 (0)	100.0 (17)
59	5.88 (1)	64.71 (11)	23.53 (4)	5.88 (1)	100.0 (17)
รวม	25.00 (400)	56.13 (898)	17.31 (277)	1.56 (25)	100.0 (1,600)

ตารางที่ 5.3. ร้อยละของ Disability Class จำแนกตามอายุของกลุ่มประชากรของโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ (1,064 คน)

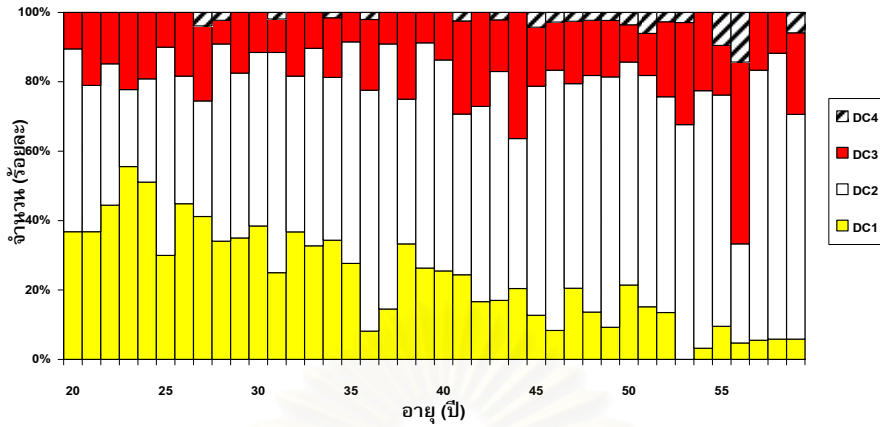
อายุ	Disability Class				รวม
	DC1	DC2	DC3	DC4	
20	37.50 (6)	50.00 (8)	12.50 (2)	0.00 (0)	100.0 (16)
21	30.77 (4)	46.15 (6)	23.08 (3)	0.00 (0)	100.0 (13)
22	41.67 (10)	41.67 (10)	16.67 (4)	0.00 (0)	100.0 (24)
23	54.17 (13)	16.67 (4)	29.17 (7)	0.00 (0)	100.0 (24)
24	48.48 (16)	36.36 (12)	15.15 (5)	0.00 (0)	100.0 (33)
25	34.38 (11)	56.25 (18)	9.38 (3)	0.00 (0)	100.0 (32)
26	42.31 (11)	34.62 (9)	23.08 (6)	0.00 (0)	100.0 (26)
27	38.71 (12)	38.71 (12)	16.13 (5)	6.45 (1)	100.0 (31)
28	36.36 (12)	57.58 (19)	3.03 (1)	3.03 (1)	100.0 (33)
29	38.71 (12)	45.16 (14)	16.13 (5)	3.03 (1)	100.0 (31)
30	38.46 (15)	51.28 (20)	10.26 (4)	0.00 (0)	100.0 (39)
31	28.95 (11)	60.53 (23)	7.89 (3)	2.63 (1)	100.0 (38)
32	36.11 (13)	47.22 (17)	16.67 (6)	0.00 (0)	100.0 (36)
33	31.58 (12)	60.53 (23)	7.89 (3)	0.00 (0)	100.0 (38)
34	35.00 (14)	47.50 (19)	15.00 (6)	2.50 (1)	100.0 (40)
35	32.26 (10)	61.29 (19)	6.45 (2)	0.00 (0)	100.0 (31)
36	9.38 (3)	75.00 (24)	12.50 (4)	3.13 (1)	100.0 (32)
37	8.82 (3)	82.35 (28)	8.82 (3)	0.00 (0)	100.0 (34)
38	29.03 (9)	38.71 (12)	32.26 (10)	0.00 (0)	100.0 (31)
39	22.86 (8)	71.43 (25)	5.71 (2)	0.00 (0)	100.0 (35)
40	23.33 (7)	63.33 (19)	13.33 (4)	0.00 (0)	100.0 (30)
41	16.67 (5)	50.00 (15)	30.00 (9)	3.33 (1)	100.0 (30)
42	13.79 (4)	62.07 (18)	24.14 (7)	0.00 (0)	100.0 (29)
43	13.79 (4)	65.52 (19)	17.24 (5)	3.45 (1)	100.0 (29)
44	20.69 (6)	48.28 (14)	31.03 (9)	0.00 (0)	100.0 (29)
45	11.54 (3)	61.54 (16)	19.23 (5)	7.69 (2)	100.0 (26)
46	4.17 (1)	75.00 (18)	16.67 (4)	4.17 (1)	100.0 (24)
47	19.23 (5)	50.00 (13)	26.92 (7)	3.85 (1)	100.0 (26)
48	10.71 (3)	71.43 (20)	14.29 (4)	3.57 (1)	100.0 (28)
49	7.41 (2)	70.37 (19)	18.52 (5)	3.70 (1)	100.0 (27)
50	21.05 (4)	63.16 (12)	10.53 (2)	5.26 (1)	100.0 (19)
51	20.00 (4)	55.00 (11)	15.00 (3)	10.00 (2)	100.0 (20)
52	10.00 (2)	65.00 (13)	20.00 (4)	5.00 (1)	100.0 (20)
53	0.00 (0)	70.00 (14)	25.00 (5)	5.00 (1)	100.0 (20)
54	0.00 (0)	80.95 (17)	19.05 (4)	0.00 (0)	100.0 (21)
55	0.00 (0)	66.67 (8)	16.67 (2)	16.67 (2)	100.0 (12)
56	7.14 (1)	21.43 (3)	50.00 (7)	21.43 (3)	100.0 (14)
57	6.67 (1)	73.33 (11)	20.00 (3)	0.00 (0)	100.0 (15)
58	7.14 (1)	78.57 (11)	14.29 (2)	0.00 (0)	100.0 (14)
59	0.00 (0)	71.43 (10)	21.43 (3)	7.14 (1)	100.0 (14)
รวม	24.25 (258)	56.67 (603)	16.73 (178)	2.35 (25)	100.0 (1,064)

ตารางที่ 5.4. ร้อยละของ Disability Class จำแนกตามอายุของกลุ่มประชากรของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (536 คน)

อายุ	Disability Class				รวม
	DC1	DC2	DC3	DC4	
20	33.33 (1)	66.67 (2)	0.00 (0)	0.00 (0)	100.0 (3)
21	50.00 (3)	50.00 (2)	0.00 (1)	0.00 (0)	100.0 (6)
22	66.67 (2)	33.33 (1)	0.00 (0)	0.00 (0)	100.0 (3)
23	58.34 (7)	33.33 (4)	8.33 (1)	0.00 (0)	100.0 (12)
24	57.14 (8)	14.29 (2)	28.57 (4)	0.00 (0)	100.0 (14)
25	12.50 (1)	75.00 (6)	12.50 (1)	0.00 (0)	100.0 (8)
26	47.83 (11)	39.13 (9)	13.04 (3)	0.00 (0)	100.0 (23)
27	45.00 (9)	25.00 (5)	30.00 (6)	0.00 (0)	100.0 (20)
28	27.27 (3)	54.55 (6)	18.18 (2)	0.00 (0)	100.0 (11)
29	22.22 (2)	55.56 (5)	22.22 (2)	0.00 (0)	100.0 (9)
30	38.46 (5)	46.15 (6)	15.39 (2)	0.00 (0)	100.0 (13)
31	14.29 (2)	71.42 (10)	14.29 (2)	0.00 (0)	100.0 (14)
32	38.46 (5)	38.46 (5)	23.08 (3)	0.00 (0)	100.0 (13)
33	35.00 (7)	50.00 (10)	15.00 (3)	0.00 (0)	100.0 (20)
34	33.33 (8)	45.84 (11)	20.83 (5)	0.00 (0)	100.0 (24)
35	18.75 (3)	68.75 (11)	12.50 (2)	0.00 (0)	100.0 (16)
36	5.88 (1)	58.82 (10)	35.29 (6)	0.00 (0)	100.0 (17)
37	23.81 (5)	66.67 (14)	9.52 (2)	0.00 (0)	100.0 (21)
38	41.18 (7)	47.06 (8)	11.76 (2)	0.00 (0)	100.0 (17)
39	31.82 (7)	54.55 (12)	13.64 (3)	0.00 (0)	100.0 (22)
40	28.57 (6)	57.14 (12)	14.29 (3)	0.00 (0)	100.0 (21)
41	45.45 (5)	36.36 (4)	18.18 (2)	0.00 (0)	100.0 (11)
42	21.05 (4)	47.37 (9)	31.58 (6)	0.00 (0)	100.0 (19)
43	22.22 (4)	66.67 (12)	11.11 (2)	0.00 (0)	100.0 (18)
44	20.00 (3)	33.33 (5)	46.67 (7)	0.00 (0)	100.0 (15)
45	14.29 (3)	71.43 (15)	14.29 (3)	0.00 (0)	100.0 (21)
46	16.67 (2)	75.00 (9)	8.33 (1)	0.00 (0)	100.0 (12)
47	23.08 (3)	76.92 (10)	0.00 (0)	0.00 (0)	100.0 (13)
48	18.75 (3)	62.50 (10)	18.75 (3)	0.00 (0)	100.0 (16)
49	12.50 (2)	75.00 (12)	12.50 (2)	0.00 (0)	100.0 (16)
50	22.22 (2)	66.67 (6)	11.11 (1)	0.00 (0)	100.0 (9)
51	7.69 (1)	84.62 (11)	7.69 (1)	0.00 (0)	100.0 (13)
52	17.65 (3)	58.82 (10)	23.53 (4)	0.00 (0)	100.0 (17)
53	0.00 (0)	64.29 (9)	35.71 (5)	0.00 (0)	100.0 (14)
54	10.00 (1)	60.00 (6)	30.00 (3)	0.00 (0)	100.0 (10)
55	22.22 (2)	66.67 (6)	11.11 (11)	0.00 (0)	100.0 (9)
56	0.00 (0)	42.86 (3)	57.14 (4)	0.00 (0)	100.0 (7)
57	0.00 (0)	100.00 (3)	0.00 (0)	0.00 (0)	100.0 (3)
58	0.00 (0)	100.00 (3)	0.00 (0)	0.00 (0)	100.0 (3)
59	33.33 (1)	33.33 (1)	33.33 (1)	0.00 (0)	100.0 (3)
รวม	26.49 (142)	55.04 (295)	18.47 (99)	0.00 (0)	100.0 (536)

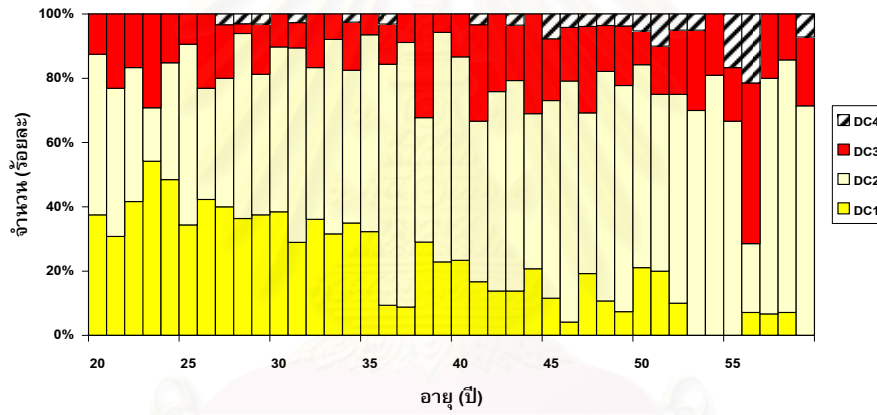
ก.

ลักษณะการกระจายของ DC ตามอายุ ของประชากรทั้งหมด (1,600 คน)



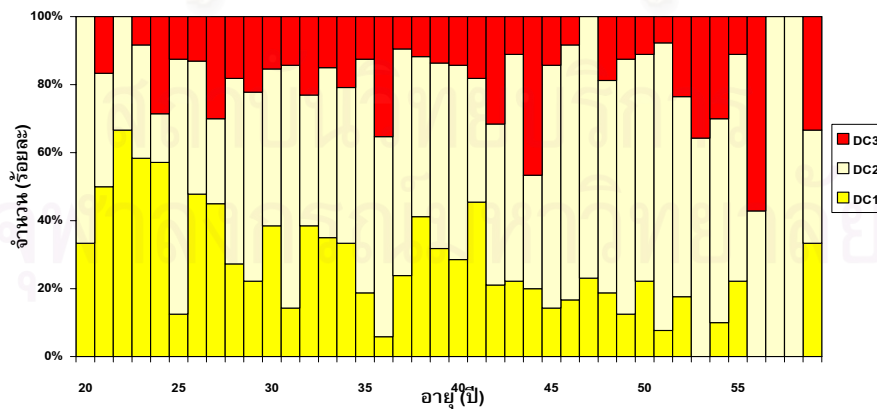
ข.

ลักษณะการกระจายของ DC ตามอายุของประชากรของ รพ.จุฬาลงกรณ์ (1,064 คน)



ค.

ลักษณะการกระจายของ DC ตามอายุของประชากรของ รพ.พระนั่งเกล้า (536 คน)



รูปที่ 5.2. ลักษณะการกระจายของ Disability Class จำแนกตามอายุ ก.) ของประชากรทั้งหมด ข.) ของ รพ.จุฬาลงกรณ์ และ ค.) ของ รพ. พระนั่งเกล้า

5.1.3 ผลการแบ่งระดับสุขภาพโดยจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

ผลการแบ่งระดับสุขภาพโดยจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ได้แสดงเป็นร้อยละของ DC ของกลุ่มประชากรทั้งหมด ประชากรของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และประชากรของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ดังแสดงในตารางที่ 5.5 ตารางที่ 5.6 และตารางที่ 5.7 และ รูปที่ 5.3 ก. และ ข. โดยจำแนกตามกลุ่มอายุ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 20-39 ปี ซึ่งใช้เป็นตัวแทนของประชากรในวัยหนุ่มสาวและวัยฉกรรจ์ และกลุ่มอายุ 40-59 ปี ซึ่งใช้เป็นตัวแทนของประชากรในวัยกลางคนและเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องและสะดวกต่อการพิจารณาเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่จะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลเป็นที่น่าสังเกตว่าในกลุ่มอายุ 20-39 ปี (903 คน จากกลุ่มประชากรทั้งหมด 1,600 คน, คิดเป็น 56.44%) เป็นกลุ่มที่คาดว่าจะมี DC1 เป็นจำนวนมากที่สุด ทั้งนี้เพราะเป็นกลุ่มที่มีอายุน้อยหรือยังอยู่ในวัยหนุ่มสาวจนถึงวัยฉกรรจ์ ดังนั้นจึงน่าจะยังไม่มีความเสื่อมของสุขภาพไม่มากนัก แต่จากการศึกษาพบว่า มี DC2 (503 คน จากกลุ่มอายุ 20-39 ปี 903 คน, คิดเป็น 55.70%) มากที่สุด และมากกว่า DC1 (239 คน จากกลุ่มอายุ 20-39 ปี 903 คน, คิดเป็น 26.47%) ตามมาด้วย DC3 (155 คน จากกลุ่มอายุ 20-39 ปี 903 คน, คิดเป็น 17.17%) และ DC4 (6 คน จากกลุ่มอายุ 20-39 ปี 903 คน, คิดเป็น 0.66%) ตามลำดับ (รูปที่ 5.3.ก., และ ตารางที่ 5.5)

ส่วนในกลุ่มอายุ 40-59 ปี (697 คน จากกลุ่มประชากรทั้งหมด 1,600 คน, คิดเป็น 43.56%) พบว่ามี DC2 (436 คน จากกลุ่มอายุ 40-59 ปี 697 คน, คิดเป็น 62.55%) มากที่สุด รองลงมาเป็น DC3 (126 คน, จากกลุ่มอายุ 40-59 ปี 697 คน คิดเป็น 18.08%) ตามด้วย DC1 (116 คน จากกลุ่มอายุ 40-59 ปี 697 คน คิดเป็น 16.64%) และ DC4 (19 คน จากกลุ่มอายุ 40-59 ปี 697 คน คิดเป็น 2.73%) ตามลำดับ (รูปที่ 5.3.ข ตารางที่ 5.5) ซึ่งเป็นไปตามความคาดหมาย เนื่องจากในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเข้าสู่วัยกลางคนและมีอายุสูงขึ้น ดังนั้นจึงคาดการณ์ได้ว่าจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าในกลุ่มอายุ 20-39 ปี

ตารางที่ 5.5. จำนวนในแต่ละ Disability Class ของทั้งหมดจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

เพศ/กลุ่มอายุ	Disability Class				รวม
	DC1	DC2	DC3	DC4	
ทั้งหมด					
20-39 ปี	33.44 (302)	51.05 (461)	14.84 (134)	0.66 (6)	903
40-59 ปี	14.06 (98)	62.70 (437)	20.52 (143)	2.73 (19)	697
รวม	25.00 (400)	56.13 (898)	17.31 (277)	1.56 (25)	100 (1,600)
ชาย					
20-39 ปี	20.79 (71)	65.19 (223)	13.45 (46)	0.57 (2)	342
40-59 ปี	11.52 (31)	68.40 (184)	19.33 (52)	0.75 (2)	269
รวม	23.12 (102)	56.94 (407)	18.64 (98)	1.30 (4)	100 (611)
หญิง					
20-39 ปี	41.18 (231)	42.42 (238)	15.69 (88)	0.71 (4)	561
40-59 ปี	15.65 (67)	59.11 (253)	21.26 (91)	3.97 (17)	428
รวม	30.13 (298)	49.65 (491)	18.10 (179)	2.12 (21)	100 (989)

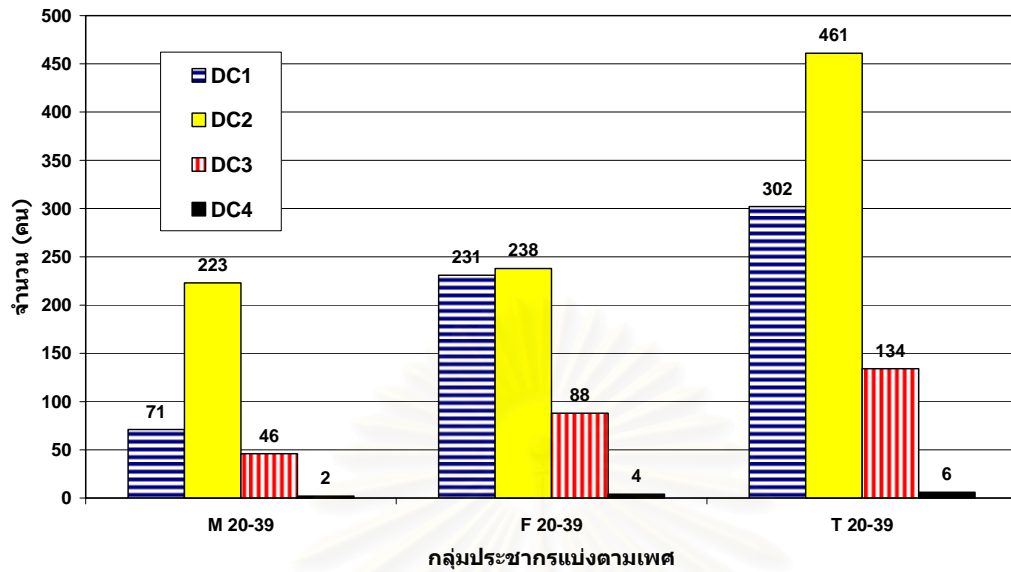
ตารางที่ 5.6. จำนวนในแต่ละ Disability Class ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

เพศ/กลุ่มอายุ	Disability Class				รวม
	DC1	DC2	DC3	DC4	
รพ.จุฬาฯ					
20-39 ปี	33.23 (205)	52.19 (322)	13.61 (84)	0.97 (6)	617
40-59 ปี	11.86 (53)	62.86 (281)	21.03 (94)	4.25 (19)	447
รวม	24.25 (258)	56.67 (603)	16.73 (178)	2.35 (25)	100 (1,064)
ชาย					
20-39 ปี	20.39 (52)	67.84 (173)	10.98 (28)	0.78 (2)	255
40-59 ปี	10.93 (22)	70.15 (141)	17.91 (36)	1.00 (2)	201
รวม	16.23 (74)	68.86 (314)	14.09 (64)	0.88 (4)	100 (456)
หญิง					
20-39 ปี	42.27 (153)	41.16 (149)	15.47 (56)	1.10 (4)	362
40-59 ปี	12.60 (31)	56.91 (140)	23.58 (58)	6.91 (17)	246
รวม	30.26 (184)	47.53 (289)	18.75 (114)	3.45 (21)	100 (608)

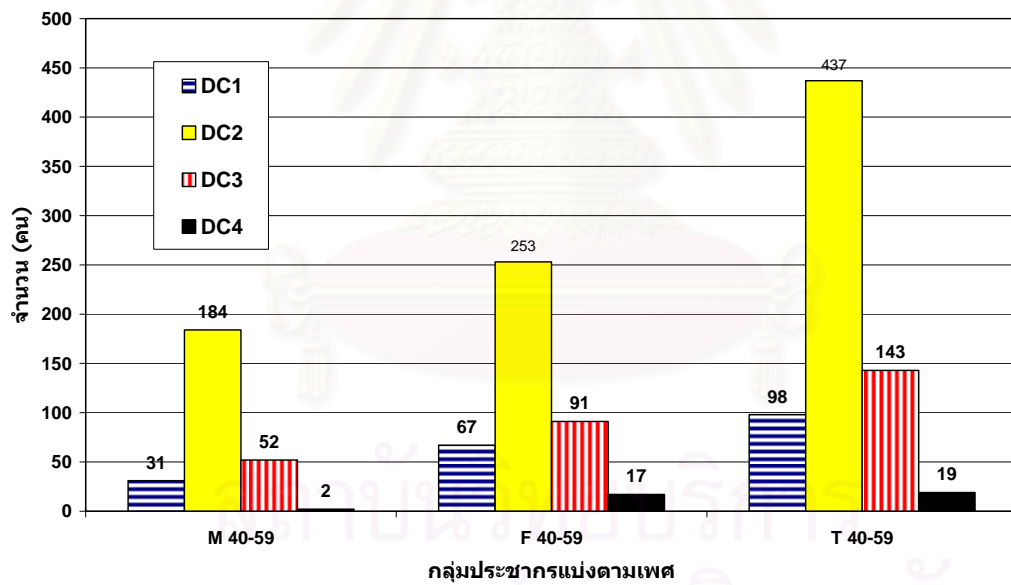
ตารางที่ 5.7. จำนวนในแต่ละ Disability Class ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

เพศ/กลุ่มอายุ	Disability Class				รวม
	DC1	DC2	DC3	DC4	
รพ.พระนั่งเกล้า					
20-39 ปี	33.92 (97)	48.60 (139)	17.48 (50)	0.00 (0)	286
40-59 ปี	18.00 (45)	62.40 (156)	19.60 (49)	0.00 (0)	250
รวม	26.49 (142)	59.04 (295)	18.47 (99)	0.00 (0)	100 (536)
ชาย					
20-39 ปี	21.84 (19)	57.47 (50)	20.69 (18)	0.00 (0)	87
40-59 ปี	13.24 (9)	63.24 (43)	23.53 (16)	0.00 (0)	68
รวม	18.06 (28)	60.00 (93)	21.94 (34)	0.00 (0)	100 (155)
หญิง					
20-39 ปี	39.20 (78)	60.00 (89)	16.08 (32)	0.00 (0)	199
40-59 ปี	19.78 (36)	62.09 (113)	18.13 (33)	0.00 (0)	182
รวม	29.92 (114)	53.02 (202)	17.06 (65)	0.00 (0)	100 (381)

ก. จำนวนในแต่ละ Disability Class ของทั้งหมด แบ่งตามกลุ่มอายุ (20-39 ปี)



ข. จำนวนในแต่ละ Disability Class ของทั้งหมด แบ่งตามกลุ่มอายุ (40-59 ปี)



รูปที่ 5.3. จำนวนของ Disability Class ของกลุ่มประชากรทั้งหมด จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ก.) กลุ่มอายุ 20-39 ปี ข.) กลุ่มอายุ 40-59 ปี

ข้อสังเกตที่สำคัญ คือ พบว่า DC2 เป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดดังได้กล่าวไว้แล้วเบื้องต้น และกลุ่มประชากรตัวอย่างของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าไม่พบ DC4 นอกจากนี้เพื่อให้สามารถเห็นภาพกว้างของสถานะสุขภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น จึงวิเคราะห์ด้วยค่าสัดส่วนระหว่าง DC1 และ DC3 และแสดงไว้

ในตารางที่ 5.8. โดยแสดงผลจากการคิดสัดส่วนของค่า DC1/DC3 ในกลุ่มประชากรตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มประชากรตัวอย่างของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ พบว่า

ก. กลุ่มประชากรตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 1,600 คน

1. สัดส่วนของ DC1/DC3 ของกลุ่มประชากรตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 1,600 คน เท่ากับ $400/277 = 1.44$
2. ในกลุ่มอายุ 20-39 ปี มีสัดส่วนของ DC1/DC3 ในเพศชายเท่ากับ 71/46 หรือ 1.54 ส่วน ในเพศหญิงเท่ากับ 231/88 หรือ 2.62 ซึ่งแสดงว่าในเพศหญิงกลุ่มอายุ 20-39 ปี มีลักษณะการกระจายของ DC ที่ดีกว่า ในเพศชายที่อยู่ในกลุ่มอายุเดียวกัน
3. ในกลุ่มอายุ 40-59 ปี มีสัดส่วนของ DC1/DC3 ในเพศชายเท่ากับ 31/52 หรือ 0.60 ส่วน ในเพศหญิงมีค่าดังกล่าวเท่ากับ 67/91 หรือ 0.74 ข้อมูลนี้สะท้อนถึงปัญหาสุขภาพในกลุ่มอายุ 40-59 ปีทั้งในเพศชายและเพศหญิง ซึ่งพบว่าสูงกว่าในกลุ่มอายุ 20-39 ปี

ข. กลุ่มประชากรตัวอย่างของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 1,064 คน

1. สัดส่วนของ DC1/DC3 ของกลุ่มประชากรของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 1,064 คน เท่ากับ $258/178 = 1.45$
2. ในกลุ่มอายุ 20-39 ปี มีสัดส่วนของ DC1/DC3 ในเพศชายเท่ากับ 52/28 หรือ 1.86 ส่วน ในเพศหญิงเท่ากับ 153/56 หรือ 2.73 ซึ่งแสดงว่าในเพศหญิงกลุ่มอายุ 20-39 ปี มีลักษณะการกระจายของ DC ที่ดีกว่า ในเพศชายที่อยู่ในกลุ่มอายุเดียวกัน
3. ในกลุ่มอายุ 40-59 ปี มีสัดส่วนของ DC1/DC3 ในเพศชายเท่ากับ 22/36 หรือ 0.61 ส่วน ในเพศหญิงมีค่าดังกล่าวเท่ากับ 31/58 หรือ 0.53 ข้อมูลนี้สะท้อนถึงปัญหาสุขภาพในกลุ่มอายุ 40-59 ปีทั้งในเพศชายและเพศหญิง ซึ่งพบว่าสูงกว่าในกลุ่มอายุ 20-39 ปี

ค. กลุ่มประชากรตัวอย่างของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 536 คน

1. สัดส่วนของ DC1/DC3 ของกลุ่มประชากรของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 536 คน เท่ากับ $142/99 = 1.43$
2. ในกลุ่มอายุ 20-39 ปี มีสัดส่วนของ DC1/DC3 ในเพศชายเท่ากับ 19/18 หรือ 1.06 ส่วน ในเพศหญิงเท่ากับ 78/32 หรือ 2.44 ซึ่งแสดงว่าในเพศหญิงกลุ่มอายุ 20-39 ปี มีลักษณะการกระจายของ DC ที่ดีกว่า ในเพศชายที่อยู่ในกลุ่มอายุเดียวกัน
3. ในกลุ่มอายุ 40-59 ปี มีสัดส่วนของ DC1/DC3 ในเพศชายเท่ากับ 9/16 หรือ 0.56 ส่วนในเพศหญิงมีค่าดังกล่าวเท่ากับ 36/33 หรือ 1.09 ข้อมูลนี้สะท้อนถึงปัญหาสุขภาพในกลุ่มอายุ 40-59 ปีทั้งในเพศชายและเพศหญิง ซึ่งพบว่าสูงกว่าในกลุ่มอายุ 20-39 ปี

ตารางที่ 5.8. สถานะสุขภาพจากการคิดสัดส่วนของค่า DC1/DC3 ในกลุ่มประชากรทั้งหมดกลุ่มประชากรของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มประชากร	ค่า DC1/DC3 *	Total	Male		Female	
			20-39	40-59	20-39	40-59
กลุ่มประชากรทั้งหมด (1,600 คน, ชาย 611 คน และหญิง 989 คน)	1.44 ^a	1.44 ^a	1.54 ^a	0.60 ^b	2.62 ^a	0.74 ^b
			Total = 1.04 ^a		Total = 1.66 ^a	
กลุ่มประชากร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (1,064 คน, ชาย 456 คน และหญิง 608 คน)	1.45 ^a	1.45 ^a	1.86 ^a	0.61 ^b	2.73 ^a	0.53 ^b
			Total = 1.16 ^a		Total = 1.61 ^a	
กลุ่มประชากร โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (536 คน, ชาย 155 คน และหญิง 381 คน)	1.43 ^a	1.43 ^a	1.06 ^a	0.56 ^b	2.44 ^a	1.09 ^a
			Total = 0.82 ^b		Total = 1.75 ^a	

* ค่าที่เท่ากับ 1 แสดงว่ากลุ่มประชากรมี DC1 จำนวนเท่ากับ DC3

^a ค่าที่มากกว่า 1 แสดงว่ากลุ่มประชากรมี DC1 มากกว่า DC3, ยิ่งสูงแสดงว่ากลุ่มประชากรมีแนวโน้มสุขภาพที่ดี

^b ค่าที่น้อยกว่า 1 แสดงว่ากลุ่มประชากรมี DC1 น้อยกว่า DC3, ยิ่งต่ำแสดงว่ากลุ่มประชากรมีแนวโน้มสุขภาพที่ไม่ดี

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดรวมกัน สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ระดับสุขภาพที่พบมากที่สุดในกลุ่มประชากร คือ DC2 (56.13%) แสดงว่าประชากรส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ยังไม่จัดว่าเป็นโรค ไม่พบระดับ DC5 ในกลุ่มประชากรทำงานที่มาตรวจสุขภาพประจำปี ระดับสุขภาพที่พบน้อยที่สุดในกลุ่มประชากร คือ DC4 (1.56%)
2. กลุ่มประชากรที่อยู่ในเมืองใหญ่และแถบปริมณฑล มีลักษณะการกระจายของสุขภาพใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตามประชากรที่อยู่ในเมืองใหญ่ ผู้ที่ทำงานมีปัญหาสุขภาพสูงสุดในระดับ DC4 ส่วนประชากรในแถบปริมณฑล ผู้ที่ทำงานมีปัญหาสุขภาพสูงสุดในระดับ DC3
3. ประชากรในกลุ่มอายุ 20-39 ปี มีปัญหาสุขภาพน้อยกว่าประชากรในกลุ่มอายุ 40-59 ปี
4. ประชากรเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพน้อยกว่าประชากรเพศชาย
5. ประชากรเพศหญิงในกลุ่มอายุ 20-39 ปี มีปัญหาสุขภาพน้อยกว่าทุกกลุ่มประชากร อย่างไรก็ตามสำหรับประชากรหญิงในกลุ่มอายุ 40-59 ปี มีลักษณะการกระจายของสุขภาพใกล้เคียงกับเพศชายในกลุ่มอายุเดียวกัน ยกเว้นประชากรหญิงในกลุ่มอายุ 40-59

ปี ที่อยู่ในแถบปริมาตรที่แม้ว่าจะมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นตามวัยเช่นเดียวกับกลุ่มอื่นๆ แต่น้อยกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ ที่มีอายุในกลุ่มเดียวกัน อย่างไรก็ตามสำหรับสำหรับประชากรหญิงในกลุ่มอายุ 40-59 ปี ในเขตเมืองใหญ่มีลักษณะการกระจายของสุขภาพที่พบว่า DC1/DC3 เท่ากับ 0.53 ซึ่งต่ำที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มที่มี DC4 สูงที่สุด

5.2 คะแนน SF36 กับการแบ่งชั้นของความทุกข์ทรมาน

ค่าคะแนน SF 36 นั้นหากมีค่าสูงมีความหมายถึงการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้น ค่าคะแนนของกลุ่ม DC 1 ควรจะมีค่าสูงกว่าค่าคะแนนในกลุ่ม DC2 DC2 ควรสูงกว่า DC3 และ DC3 ควรสูงกว่า DC 4 จึงได้ทำการวิเคราะห์หาค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนน SF36 จำแนกตามระดับชั้นของความทุกข์ทรมาน เพศและช่วงอายุ (รายละเอียดดูในภาคผนวก จ) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยในบางช่วงอายุไม่สอดคล้องกับที่ควรจะเป็น พิจารณาได้จากรูปที่ 5.4 และ 5.5 จะเห็นว่าในเพศชาย ค่าคะแนนเฉลี่ยที่สอดคล้องตามความหมายของ คะแนน SF36 คือ RP เฉพาะ กลุ่มอายุ 20-24 ปี 45-49 ปี และ 55-59 ปี BP เฉพาะกลุ่มอายุ 45-49 ปี GH เฉพาะกลุ่มอายุ 25-29 ปี VT เฉพาะกลุ่มอายุ 35-39 ปี SF เฉพาะ กลุ่มอายุ 30-34 ปี 45-49 ปี และ 55-59 ปี RE เฉพาะกลุ่มอายุ 30-34 ปี และ MH เฉพาะกลุ่มอายุ 35-39 ปี ส่วนในเพศหญิงนั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยที่สอดคล้องตามความหมายของ คะแนน SF36 คือ PF เฉพาะ กลุ่มอายุ 35-39 ปี RP เฉพาะกลุ่มอายุ 40-44 ปี และ 55-59 ปี GH เฉพาะกลุ่มอายุ 20-24 ปี 30-34 ปี และ 35-39 ปี และ RE เฉพาะกลุ่มอายุ 30-34 ปี

จากผลการวิเคราะห์ที่ได้นี้จะเห็นว่า การนำคะแนน SF 36 มาใช้ในการแบ่งแยกชั้นของความทุกข์ทรมานนั้นอาจไม่สามารถใช้ได้โดยตรง ทั้งนี้เพราะ ยังไม่สามารถหาช่วงคะแนนใน SF36 ที่เหมาะสมในการแบ่งแยกชั้นของความทุกข์ทรมานได้ ผลที่ได้ดังกล่าวนี้อาจเกิดเนื่องจากขนาดของตัวอย่างที่ทำการศึกษามีไม่เพียงพอในบางชั้นของความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะชั้นที่มีความทุกข์ทรมานที่สูง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่เข้ามาเกี่ยวข้องต่อคะแนน SF36 นอกเหนือจากอายุ และเพศ เช่น ระดับการศึกษา ระดับรายได้ หรืออาชีพ ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องดังกล่าว หากต้องการนำเอาค่าคะแนนมาใช้ในการแบ่งแยกชั้นของความทุกข์ทรมานของประชากร นอกจากนี้การใช้แบบสอบถามในการประเมินสุขภาพด้วยตนเองนั้น หากเป็นข้อถามที่สามารถรับรู้ชัดเจนแน่นอน ผู้ตอบสามารถตอบได้ตรงตามความเป็นจริง แต่หากเป็นข้อถามที่ถามในประเด็นของความคิดเห็น ความรู้สึกนั้น คำตอบที่ได้จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์การรับรู้ และ ความคาดหวังของผู้ตอบซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมาก ดังนั้นคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามที่พัฒนามาจากแบบประเมินสถานะสุขภาพ SF 36 นี้ก็จะมีความคลาดเคลื่อนสูง

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์อาจพอสรุปได้ว่าการใช้แบบสอบถามที่พัฒนามาจากแบบประเมินสถานะสุขภาพ SF 36 อาจไม่เพียงพอในการแบ่งแยกระดับชั้นของความทุกข์ทรมานได้ เครื่องมือดังกล่าวนี้ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอและเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการตรวจสุขภาพประชากรไทย การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ (Physical Examination, PE) การสืบสอบโรคโดยการถ่ายภาพเอ็กซเรย์

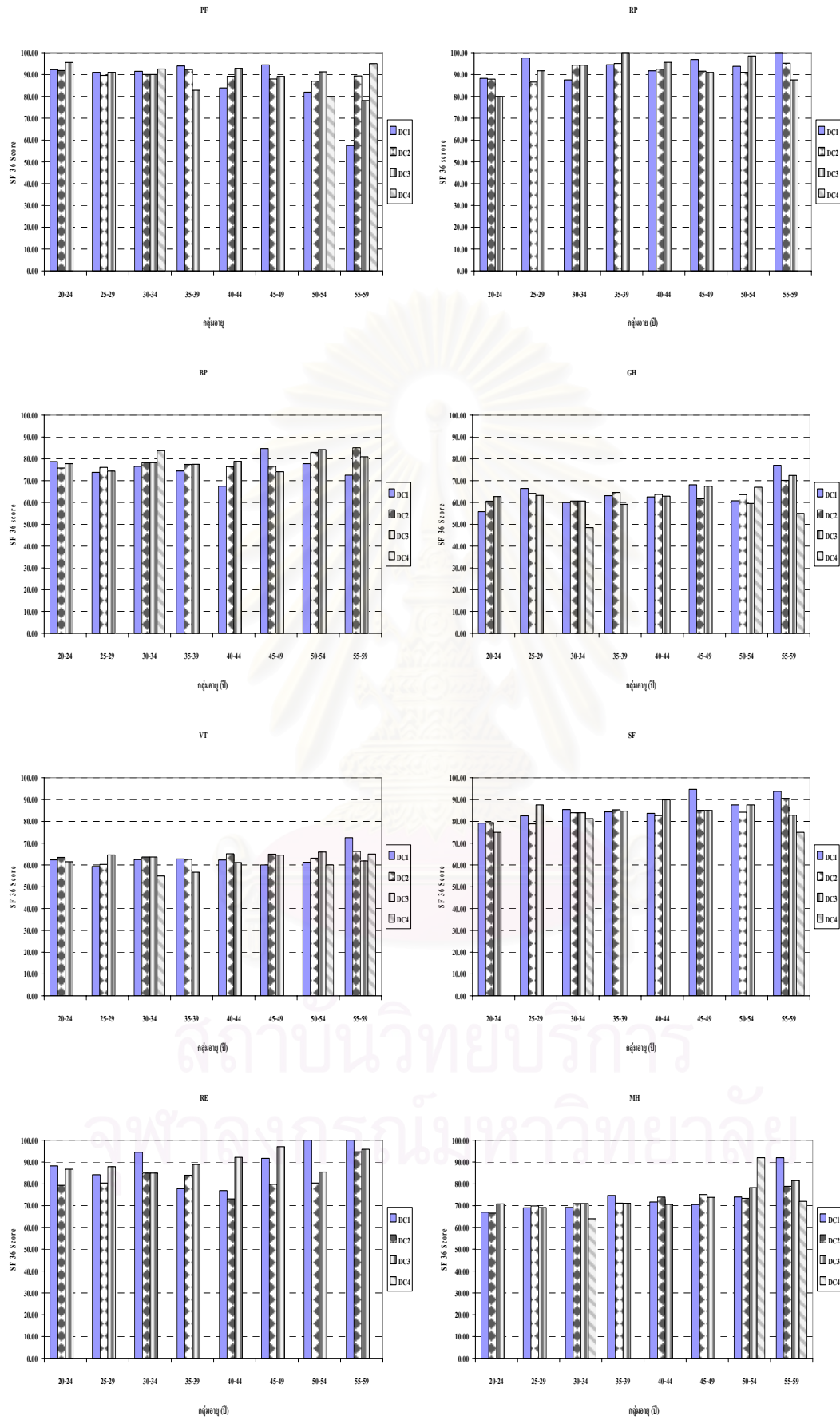
ทรวงอก (Chest X-Ray) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับข้อมูลจากสอบถามนั้นยังคงเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงมากกว่าในการตรวจสุขภาพ

5.3 วิจัย

จากการประเมินสุขภาพของประชากรตัวอย่างและแบ่งระดับสุขภาพออกเป็น 5 ระดับตั้งแต่ DC1 ถึง DC5 พบว่าประชากรส่วนใหญ่กว่าครึ่งหนึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม DC2 ตามด้วย DC1, DC3, และ DC4 ตามลำดับ ส่วน DC5 นั้นไม่มี เพราะกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษานี้เป็นกลุ่มที่สามารถทำงานหรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ และได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีจากโรงพยาบาล

ในอุดมคตินั้นย่อมคาดการณ์ว่าประชากรควรมีสุขภาพที่ดี และควรเป็นกลุ่มที่มีมากที่สุด หากแต่ผลการสำรวจพบว่าประชากรส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งอยู่ (DC2) อย่างไรก็ตามยังจัดอยู่ในระดับที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง (DC1 และ DC2) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพดีและกลุ่มที่มีสุขภาพที่เป็นปัญหาเพียงเล็กน้อยเป็นส่วนใหญ่ (มีจำนวนร้อยละ 81.13 หรือประมาณ 4 ใน 5) แม้จะไม่เป็นไปตามอุดมคติก็ตาม ประชากรในกลุ่ม DC2 ที่มีอยู่เป็นจำนวนมากที่สุดนั้น เป็นกลุ่มที่สามารถแก้ไขและปรับปรุงให้สุขภาพเป็นปกติได้ (reversible stage) ส่วนกลุ่มที่อยู่ในระดับ DC3 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง และความเจ็บป่วยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต มีจำนวนร้อยละ 17.31 หรือประมาณ 1 ใน 6 ในขณะที่ DC4 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง และความเจ็บป่วยนั้นมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต มีจำนวนร้อยละ 1.56 ซึ่งหากรวม DC3 และ DC4 เข้าด้วยกัน จะมีจำนวนร้อยละ 18.87 หรือประมาณเกือบ 1 ใน 5 สำหรับกลุ่ม DC3 ส่วนหนึ่งแม้ว่าจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งแล้วก็ตาม บางส่วนที่ไม่รุนแรงนักก็จะยังสามารถแก้ไขให้กลับสู่สถานะเดิมได้ อย่างไรก็ตามรายละเอียดนี้จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมเฉพาะกลุ่มอย่างละเอียด ดังนั้นเพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจและสะดวกต่อการสรุปผลในขั้นนี้ จึงขอจัดกลุ่มดังกล่าวให้อยู่ในกลุ่มยากต่อการแก้ไขและรวมเข้ากับกลุ่ม DC4 ดังนั้นขอสรุปในขั้นนี้ว่ากลุ่มทั้งสองนี้เป็นกลุ่มที่ยากหรือไม่สามารถแก้ไขให้กลับสู่สถานะเดิม (irreversible stage) และต้องการการติดตามดูแลรักษาสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้มีปัญหาเพิ่มขึ้นหรือชะลอปัญหาสุขภาพไม่ให้รุนแรงเพิ่มขึ้นออกไปให้นานที่สุด

ข้อที่น่าสังเกตคือ ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกันของกลุ่มประชากรทั้งชายและหญิง ของทั้งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าด้วย และเมื่อทำการเปรียบเทียบกลุ่มประชากรชายและหญิงของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่ากลุ่มประชากรทั้งชายและหญิงที่กลุ่มอายุ 20-39 ปี ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีลักษณะการกระจายของสุขภาพที่ดีกว่าของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า แต่ในเพศหญิงกลุ่มอายุ 40-59 ปี ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มีลักษณะการกระจายของสุขภาพที่ดีกว่าของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และดีกว่ากลุ่มอื่นๆ ในกลุ่มอายุเดียวกัน



รูปที่ 5.4 ค่าเฉลี่ยของ SF 36 Score จำแนกตามระดับของการทุพพลภาพ: เพศชาย



รูปที่ 5.5 ค่าเฉลี่ยของ SF 36 Score จำแนกตามระดับของการทุพพลภาพ: เพศหญิง

5.4 ข้อเสนอแนะ

ผลการสำรวจสถานสุขภาพคนไทยได้แสดงให้เห็นว่า สุขภาพคนไทยกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในกลุ่มที่เริ่มมีปัญหาสุขภาพ (ดูตารางที่ 5.1 กลุ่ม DC2 มี 56.13% หรือจำนวน 898 คน จาก 1,600 คน) ขณะที่ความคาดหวังในเรื่องสุขภาพนั้น ต้องการให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี (DC1, 25.00%) และควรมีสุขภาพที่ดีนี้สูงกว่าครึ่งหนึ่งด้วย จากพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศชาติ ซึ่งควรสามารถแสดงบทบาทหรือทุ่มเทการทำงานได้อย่างเต็มที่ โดยมีปัญหาด้านสุขภาพที่ได้รับการป้องกันควบคุมและดูแลที่ดี และเพื่อไม่ให้เป็นการชะงักงันในด้านงบประมาณในการดูแลรักษาสุขภาพในอนาคต ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้สรุปข้อเสนอแนะไว้ดังนี้

1. ควรจัดให้มีองค์กรหรือหน่วยงานที่จะให้คำแนะนำหรือความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประชากรที่อยู่ใน DC1 และ DC2 การมอบหมายให้ภาระการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นภาระของแพทย์และโรงพยาบาลโดยปราศจากหน่วยงานสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ ทำให้นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าซ่อมดำเนินการไปได้ยาก เนื่องจากกำลังแพทย์มีอยู่อย่างจำกัดในขณะที่ภาระงานบริการของโรงพยาบาลต่างๆ มีปริมาณสูง อีกทั้งยังมีงบประมาณที่จำกัด ทำให้โรงพยาบาลต่างๆ และแพทย์มุ่งให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาหนักหรือมากกว่า ดังนั้นผู้ที่มีปัญหาเพียงเล็กน้อยหรือไม่มากจึงง่ายต่อการถูกละเลย หรือมีโอกาสเข้าถึงบริการได้ยากกว่า
2. ควรมีการดำเนินการด้านการให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชน โดยให้เข้าถึงประชาชนอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และควรใช้สื่อต่างๆ ให้เหมาะสมต่อกลุ่มประชาชน และควรมีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ โดยภาครัฐควรเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการอย่างจริงจังและให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม
3. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน ในกลุ่มอายุและเพศต่างๆ ทั้งนี้เพราะผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มอายุที่สูงขึ้นหรืออายุ 40-59 ปี มีปัญหามากกว่า กลุ่มอายุที่น้อยกว่าหรืออายุ 20-39 ปี ดังนั้นจึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอย่างเหมาะสมตามกลุ่มอายุ ส่วนในเรื่องเพศนั้นพบว่าเพศชายมีปัญหาสุขภาพมากกว่าเพศหญิง การศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดลักษณะสุขภาพดังกล่าว จะสามารถนำมาใช้ปรับปรุงและป้องกันสุขภาพในเพศชายได้มีประสิทธิภาพขึ้น นอกจากนี้พบว่าเพศหญิงกลุ่มอายุ 40-59 ปี ที่ใช้ชีวิตในเมืองใหญ่มีปัญหาสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ในกลุ่มอายุเดียวกัน ขณะที่เพศหญิงในกลุ่มเดียวกันที่ใช้ชีวิตในแถบปริมณฑลกลับมีปัญหาสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ในกลุ่มอายุเดียวกัน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อช่วยลดปัญหาสุขภาพของเพศหญิงในเมืองใหญ่ และส่งเสริมสุขภาพของทุกกลุ่ม ที่อยู่ในอายุเดียวกันให้ดีขึ้น
4. ควรมีการติดตามสุขภาพของประชากรในกลุ่มต่างๆ ว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร เพื่อจะได้ทราบถึงพลวัตการเปลี่ยนแปลง เป็นการเฝ้าระวังและช่วยให้การส่งเสริมสุขภาพสามารถ

กำหนดทิศทางได้สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพของประชาชนที่มีการเปลี่ยนแปลงได้
และเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 6

ผลการศึกษาดูแลสุขภาพของประชากรที่มีปัญหาสุขภาพ ด้วยเครื่องมือแพทย์แบบพกพา (POCT)

6.1. คำนำ

ประชากรที่อยู่ในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพตั้งแต่ระดับ DC2 จนถึง DC5 (ตารางที่ 3.3) เป็นกลุ่มประชากรที่ควรได้รับการดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิด โดยในกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพน้อยหรือกลุ่ม DC2 การได้รับการดูแลรักษาที่ดีอาจช่วยให้สุขภาพของประชากรในกลุ่มนี้สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ เช่นเดียวกับกลุ่มประชากร DC1 ได้ สำหรับประชากรที่อยู่ในกลุ่ม DC3 และ DC4 การดูแลรักษาที่ดีอาจช่วยป้องกันและชะลอความรุนแรงของโรคและความผิดปกติ ตลอดจนสามารถช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ สำหรับประชากรในกลุ่ม DC5 การดูแลรักษาที่ดีอาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนี้ให้ดีขึ้นได้ ดังนั้นการศึกษาเพื่อหาแนวทางการปฏิบัติ (Practical guideline) ในการดูแลรักษากลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพเหล่านี้ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะประชากรกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นหากประชากรมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวมากขึ้น การเตรียมการเพื่อรองรับแนวโน้มดังกล่าวแต่เนิ่นๆ นำที่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อประชากรในกลุ่มดังกล่าว การวิเคราะห์ระบบสาธารณสุขที่มีอยู่ ว่าได้มีการเตรียมการเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพที่กล่าวถึงข้างต้นได้ดีพอหรือไม่นั้น สามารถพิจารณาได้จากรูปแบบการดูแลสุขภาพที่เป็นอยู่ เพื่อศึกษาว่าผู้ป่วยหรือประชากรที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการดูแลรักษาที่ได้รับผลดีที่สุด (Optimizing Health Care: OHR) หรือไม่ ทั้งนี้การพิจารณารูปแบบการดูแลสุขภาพว่าก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของประชากรในระดับดีแล้วหรือยังนั้น จะพิจารณาโดยวิเคราะห์ว่าได้มีการสร้างระบบในการดูแลสุขภาพของประชากรใน 4 ประเด็นดังได้กล่าวไว้ในบทที่ 3 ว่าอยู่ในระดับใด

การศึกษานี้ได้ทำการทำเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวาน (DM type II) ที่ไม่มีปัญหา stroke, heart disease, renal disease, liver disease ร่วมอยู่ด้วย และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษากับฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีการฉีดอินซูลินเท่านั้น ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดมาก่อน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้มีการทดลองใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นระยะเวลา 3 เดือน และกลุ่มหลัง เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีการทดลองใช้เครื่องดังกล่าว ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม จะต้องทำการบันทึกค่าน้ำตาลที่ตรวจวัดได้ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง (ในเวลาก่อนมื้ออาหารเช้า และ เย็น) ในช่วงเริ่มต้นหรือตลอดระยะเวลา 1 เดือนแรกของการเข้าร่วมโครงการวิจัย และปรับลดการตรวจวัดลงตามความเหมาะสมโดยแพทย์ผู้ทำการรักษา รวมทั้งต้องบันทึกจำนวนอินซูลินที่ใช้ทุกวันตลอดระยะเวลา 3 เดือน ผลการทดลองแสดงในตอนที่ 6.2 และในตอนที่ 6.3 ได้อธิบายถึงการวิเคราะห์ด้วยวิธีเสนอคุณค่าและแนวทางการวางระบบการตรวจวินิจฉัยและการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ใน

ตอนที่ 6.4 ได้อธิบายแนวทางในการวางระบบการตรวจวินิจฉัยและการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพไว้ด้วย

6.2 ผลการศึกษา

ผลการศึกษา Self monitoring blood glucose (SMBG) ของการดูแลบำบัดและรักษาค้นใช้เบาหวาน ด้วยวิธีเสนอคุณค่า (Value Proposition Analysis) จะถูกแบ่งออกเป็น 3 ส่วน โดยในส่วนที่ 1 จะเป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ผลที่ได้มาจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งใช้ควบคุมและติดตามผู้ป่วยตลอดระยะเวลา 3 เดือน (ดังแสดงในตารางที่ 2) และในส่วนที่ 2 จะเป็นผลการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล ความพึงพอใจที่ได้รับจากการใช้เครื่อง POCT และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ในทั้งสองส่วนจะถูกนำมาวิเคราะห์รวมในส่วนที่ 6.3 เพื่อเป็นแนวทางในการวางระบบการตรวจวินิจฉัยโรคที่มีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัว และเป็นแนวทางในการวางระบบการดูแลและติดตามความคืบหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นตามสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้น

การวิเคราะห์ด้วยวิธีเสนอคุณค่า (Value Proposition Analysis)

นิยาม

ในปัจจุบัน การเสนอคุณค่าได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางและหลากหลาย ตั้งแต่การหางานทำการแสวงหาลูกค้าใหม่ของบริษัท ไปจนถึงการประเมินกลยุทธ์และนโยบายต่างๆ ของบริษัท Perla (2003) ได้นิยามของการวิเคราะห์ด้วยวิธีเสนอคุณค่าไว้โดยการแยกวิเคราะห์คำว่า “Value หรือคุณค่า” และคำว่า “Proposition หรือการเสนอ” ออกทีละคำ และนำมารวมเพื่อสรุปนิยามของการวิเคราะห์ด้วยวิธีเสนอคุณค่า

“คุณค่า” ตามนิยามของ Perla นั้นหมายถึงคุณค่าที่เกิดจากการใช้ประโยชน์ หรือสามารถหมายถึงความสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ครอบครองหรือผู้ที่เป็นเจ้าของ อาจหมายถึงอรรถประโยชน์หรือความดี สำหรับ “การเสนอ” นั้น Perla ให้ความหมายว่าเป็นการกระทำในการเสนอให้ (A state of offering) Perla สรุปแก่นนิยามของ Value Proposition ไว้คือ การเสนอสิ่งที่มีอยู่ (Entity) หรือเป้าหมาย (Target) ซึ่งให้ผู้ครอบครองหรือเป็นเจ้าของจะได้อรรถประโยชน์หรือความดีมากกว่าที่จะสละสิ่งเหล่านั้นทิ้งไป อรรถประโยชน์หรือความดีเหล่านั้นจะต้องเป็นสิ่งที่ผู้ครอบครองหรือเจ้าของรับรู้ได้ด้วยตัวเอง และสามารถเปรียบเทียบกับทางเลือกอื่นๆ เช่น การไม่มีข้อเสนออะไรเลย เป็นต้น Perla กล่าวว่าในแง่ทางการตลาด การเสนอคุณค่านั้นอาจหมายถึงคำแถลงการณ์หรือคำประกาศสั้น 2-4 ประโยคที่ชัดเจนและกระชับ สรุปให้ลูกค้าในอนาคตหรือผู้ถือหุ้นของบริษัททราบถึงลักษณะต่างๆ ของคุณค่าที่ถูกสร้างขึ้นอย่างเป็นพิเศษ (Unique value-creating features)

การกำหนดคุณค่า (Value Identification)

คุณค่านั้นมีความหมายและมีวิธีการวัดที่แตกต่างกันออกไปตามมุมมอง บริบทและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Perla, 2003) ในประเด็นของมุมมอง ความแตกต่างระหว่างสถานะ และอาชีพมีส่วนทำให้การมองคุณค่าแตกต่างกันออกไป เช่น แพทย์อาจจะมองคุณค่าแตกต่างไปจากคนไข้ นอกจากนี้ แพทย์และคนไข้อาจจะมองคุณค่าแตกต่างไปจากผู้ผลิตยาหรือเครื่องมือแพทย์ ดังนั้น การกำหนดคุณค่าจึงเป็นปัจจัยแรกที่มีความสำคัญและนำไปสู่การวิเคราะห์ด้วยวิธีเสนอคุณค่า

คุณค่านั้นมีองค์ประกอบ 2 ส่วน ได้แก่ส่วนที่เป็นเชิงปริมาณ และส่วนที่เป็นเชิงคุณภาพ ในแง่ของบริษัท คุณค่านั้นอาจจะถูกวัดออกมาในรูปของผลตอบแทนจากการลงทุน (Return on Investment: ROI) หรืออาจจะเป็นในรูปของ Total Cost of Ownership (TCO) แต่ในทางตรงกันข้าม ผู้บริโภคหรือลูกค้าอาจจะวัดคุณค่าออกมาในรูปความสวยงาม ความคู่มือ หรือสถานภาพที่ดีขึ้น

คุณค่าหลายประเภทอาจไม่สามารถวัดออกมาเป็นเชิงปริมาณ แต่อย่างไรก็ตาม ได้มีนักเศรษฐศาสตร์หลายท่านพยายามวัดคุณค่าเหล่านี้ออกมาเป็นตัวเลข เช่น สถานภาพที่ดีขึ้นวัดแทนโดยใช้ความเต็มใจในการจ่าย (Willingness to Pay) เป็นดัชนีชี้วัด

การวิเคราะห์ด้วยวิธีเสนอคุณค่า (Value Proposition Analysis)

Perla (2003) กล่าวว่าในการวิเคราะห์นั้นจะต้องเลือกตัวแปรคุณค่า (ระยะเวลา ขนาด ความเสี่ยง ผลข้างเคียงฯ) และสิ่งที่คาดว่าจะจะเป็นสิ่งทำให้ออกมา การพิจารณาความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจะเป็นการช่วยป้องกันและลดความเสี่ยง และสุดท้ายจะนำไปสู่การพัฒนา Risk-adjusted Value Proposition

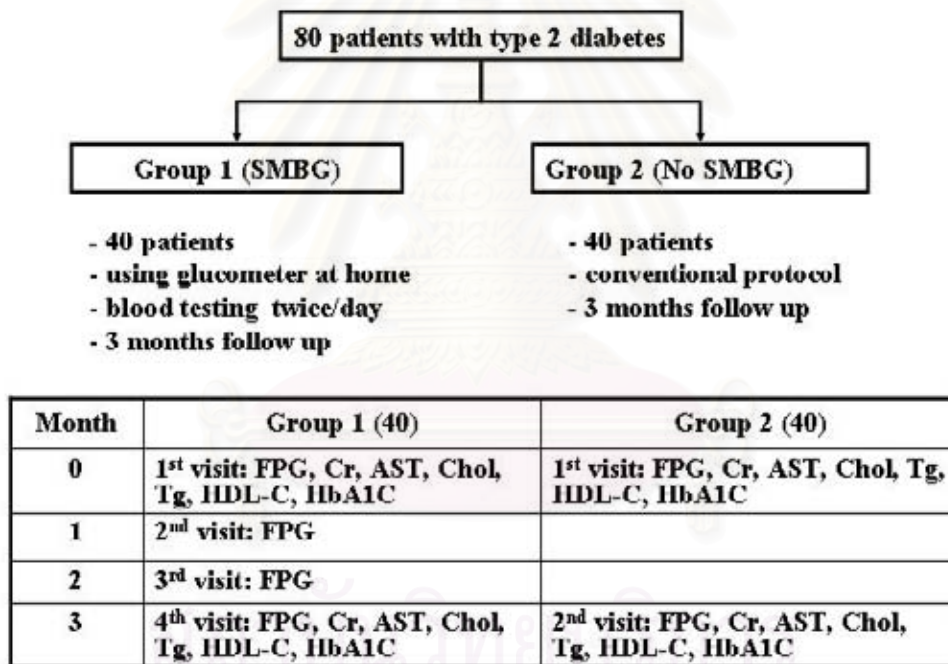
ดังที่กล่าวมาในข้างต้นว่า การวิเคราะห์ด้วยวิธีเสนอคุณค่าประกอบไปด้วยดัชนีตัวแปรคุณค่าหลายตัว ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทและมุมมอง ในปัจจุบันได้มีการนำการวิเคราะห์ด้วยวิธีเสนอคุณค่ามาใช้กับเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ที่บ้าน โดยคุณค่านั้นประกอบไปด้วยต้นทุนที่ไม่สูงมากนักและผลได้จากการใช้เครื่องมือแพทย์ดังกล่าวที่บ้าน Taylor (2003) กล่าวว่า ผู้ป่วยต้องการสิ่งที่สามารถวัดเป็นตัวเลขวออกมาได้ และการวัดออกมาได้นั้นต้องใช้วิธีการเสนอคุณค่าในการวัด ซึ่งวิธีการเสนอคุณค่านั้นประกอบไปด้วย 2 ส่วนใหญ่ ซึ่งมีความสำคัญเท่าๆกัน Taylor (2003) ให้ความเห็นว่าคุณค่านั้นส่วนหนึ่งจะมาจากต้นทุนของเครื่องมือแพทย์ที่จะต้องมียาไม่สูงนัก ในขณะที่อีกส่วนหนึ่งเป็นคุณค่าที่มาจากผลที่ได้รับจากการใช้เครื่องมือแพทย์ที่สามารถระบุชัดเจนได้จากผลการวิเคราะห์วิธีต้นทุน-ประสิทธิผล

จากงานศึกษาของ Taylor แสดงให้เห็นว่าวิธีเสนอคุณค่านั้นเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลโดยตรง ซึ่งในความเป็นจริง การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้และการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลนั้นเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์ด้วยวิธีเสนอคุณค่า การวิเคราะห์

ต้นทุน-ประสิทธิผลนั้นจะเป็นการบอกถึงความคุ้มค่าที่เกิดขึ้นกับสิ่งนั้นๆ แต่อย่างไรก็ตาม วิธีการวิเคราะห์เหล่านี้เป็นเพียงการประเมินคุณค่าโดยการเปรียบเทียบต้นทุนกับผลได้หรือผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นเท่านั้น¹ วิธีการวิเคราะห์เหล่านี้จะเป็นตัวช่วยให้ผู้ที่ต้องตัดสินใจทราบและรับรู้ถึงคุณค่าที่จะได้รับหากมีการลงทุนหรือจ่ายเงิน

6.2.1 Clinical findings

ทำการศึกษาวิจัยในผู้ป่วย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่สมัครใจใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพา และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่สมัครใจมาติดตามการรักษาตามวิธีมาตรฐานปกติที่แพทย์ให้บริการอยู่ โดยไม่ใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพา ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการดูแลและติดตามเป็นระยะเวลานาน 3 เดือน โดยมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ FPG, HbA1C, Creatinine, ALS, Cholesterol, HDL-C, และ Triglyceride เมื่อเริ่มการศึกษา และเมื่อติดตามผู้ป่วยไปจนครบ 3 เดือน และเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (รูปที่ 6.1)



รูปภาพที่ 6.1. แผนภูมิการศึกษาผู้ป่วย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่สมัครใจใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพา และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่สมัครใจมาติดตามการรักษาตามวิธีมาตรฐานปกติที่แพทย์ให้บริการอยู่ โดยไม่ใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพา

¹ Center for Technology in Government. "Making Smart IT Choices: Understanding Value and Risk in Government IT Investments".

ในการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พบว่ามีผู้ป่วยในกลุ่ม 1 เหลืออยู่ 35 จากจำนวนเริ่มต้น 40 ขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 2 เหลืออยู่ 32 จากจำนวนเริ่มต้น 40 โดยผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณสมบัติทั่วไปที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ว่าจะเป็นในด้านอายุ การศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตามพบว่าในกลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่สมัครใจใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพา มีองค์ประกอบชายและหญิงใกล้เคียงกัน คือ ชายต่อหญิงในสัดส่วน 17: 18 ส่วนกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่สมัครใจมาติดตามการรักษาตามวิธีมาตรฐานปกติที่แพทย์ให้บริการอยู่ โดยไม่ใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพา มีองค์ประกอบเป็นหญิงมากกว่าชายอย่างชัดเจน คือ ชายต่อหญิงในสัดส่วน 3: 28 (ตารางที่ 6.1)

ตารางที่ 6.1. คุณสมบัติของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่สมัครใจใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพา ส่วนกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่สมัครใจมาติดตามการรักษาตามวิธีมาตรฐานปกติที่แพทย์ให้บริการอยู่ โดยไม่ใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพา

Demographics	Group 1 (n = 34)	Group 2 (n = 32)	P value
Age (mean±SD)	56.76±11.38	59.43± 12.11	0.370
Sex, male: female	16:18	4:28	0.000*
Education			
≥bachelor degree	7 (20.59%)	5 (16.67%)	0.655
<bachelor degree	27 (79.41%)	25 (83.33%)	
Monthly income (mean±SD)	17,185.07±22,299.34	13,454.55± 9,399.73	0.466
Duration of illness in year	14.85±6.49	16.75±7.06	0.260

*p ≤0.05, statistically significance

เมื่อติดตามผู้ป่วยไปจนครบ 3 เดือน พบว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ FPG, HbA1C, Creatinine, ALS, Cholesterol, HDL-C, และ Triglyceride ซึ่งแสดงโดยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 นั้น มีผลการตรวจ FPG, HbA1C, และ HDL-C เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหลือไม่พบว่ามีเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มที่ 2 ไม่พบว่ามีเปลี่ยนแปลงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในรายการใดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6.2)

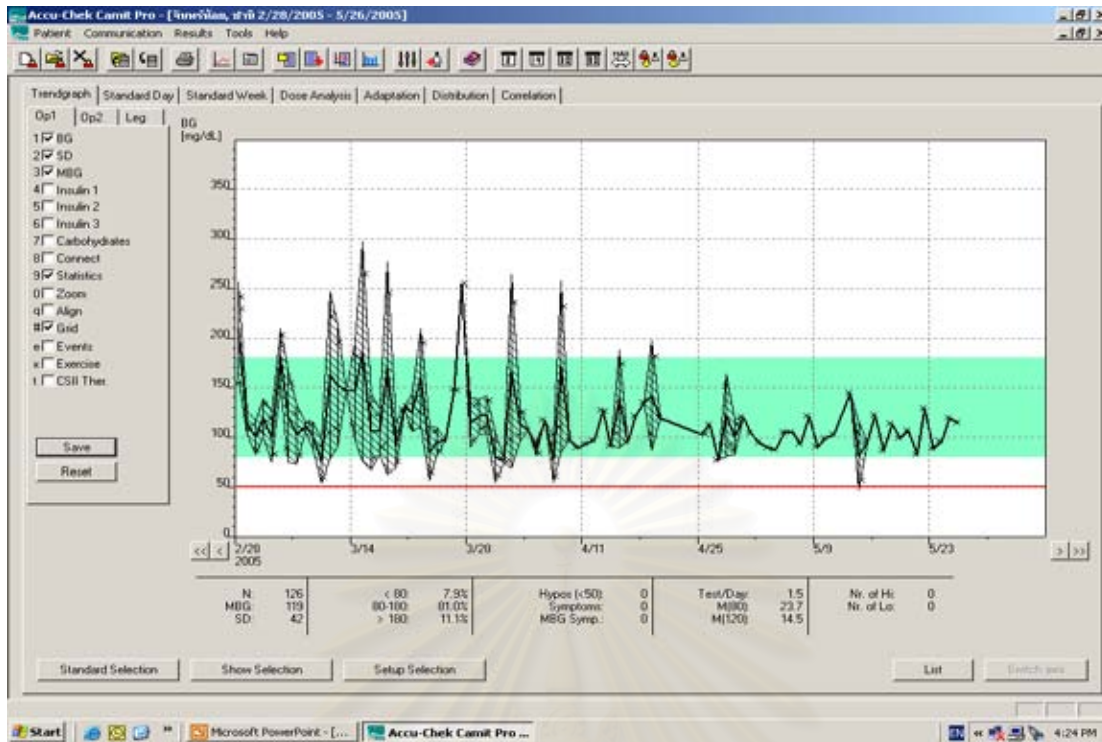
ตารางที่ 6.2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แสดงโดยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วย กลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2

	Group 1 (n = 34)			Group 2 (n = 32)		
	1 st visit	3 month later	P value	1 st visit	3 month later	P value
FPG (mg/dL)	160.2± 57.7	133.9± 50.2	0.017*	133.5± 40.9	145.9± 54.7	0.281
HbA1C (%)	9.4± 2.2	8.2± 1.2	0.003*	8.7± 1.8	8.6± 1.7	0.753
Creatinine (mg/dL)	0.9± 0.4	1.1± 1.0	0.295	0.8± .265	0.8± 0.3	0.505
ALS (U/L)	26.9± 15.5	25.6± 18.9	0.504	26.1± 15.3	29.2± 15.9	0.317
Cholesterol (mg/dL)	186.4± 43.3	171.8± 36.7	0.031*	171.1± 27.3	166.9± 35.4	0.423
HDL-C (mg/dL)	53.6± 21.6	55.8± 15.5	0.422	53.2± 14.1	54.7± 13.6	0.367
Triglyceride (mg/dL)	140.9± 96.1	130.1± 82.7	0.168	126.6± 46.6	132.7± 44.6	0.495

*p ≤0.05, statistically significance

ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 ซึ่ง มีซึ่งเป็นกลุ่มที่สมัครใจใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพา มีผลการตรวจ FPG, HbA1C, และ HDL-C เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งรายการตรวจทั้ง 3 รายการนี้ เป็นรายการตรวจที่แสดงให้เห็นถึงผลการควบคุมเบาหวานที่มีประสิทธิภาพที่ดี ในขณะที่ในกลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่สมัครใจมาติดตามการรักษาตามวิธีมาตรฐานปกติที่แพทย์ให้บริการอยู่ โดยไม่ใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพาไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่แสดงว่าผลการควบคุมเบาหวานที่มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น และเป็นที่น่าสังเกตอย่างยิ่งว่าการใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพาสามารถช่วยผู้ป่วยให้ปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรกินอยู่ได้ แม้ว่าจะใช้เวลาสั้นๆ เพียง 3 เดือน ก็ตาม (รูปที่ 6.2)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



รูปภาพที่ 6.2. แสดงตัวอย่างการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพาในผู้ป่วยกลุ่มที่ 1

จากรูปที่ 6.2 จะเห็นว่าในช่วงระยะแรกผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ดีนัก มีการแกว่งตัวสูง และหลังจากผู้ป่วยได้ใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพาไประยะหนึ่ง และพบว่าตนเองมีปัญหาอย่างไร ผู้ป่วยสามารถปรับตนเองและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรกินอยู่ได้ จึงมีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และพบว่าระดับน้ำตาลมีการแกว่งตัวแคบลงอย่างชัดเจน

จากการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ผู้ป่วยใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพา และทำการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเคร่งครัดตามคำแนะนำของแพทย์และทีมรักษาพยาบาล และแนะนำให้สถานพยาบาลจัดให้มีทีมรักษาพยาบาลทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเมื่อมีความจำเป็น

6.2.2 ต้นทุน-ประสิทธิผลจากการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในการรักษาโรคเบาหวาน

ต้นทุนในการรักษาโรคเบาหวาน (ด้านผู้ป่วย)

การศึกษาในส่วนนี้ จะเป็นการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานจากด้านผู้ป่วย (Patient's perspective) ต้นทุนในการรักษาโรคเบาหวานจะแบ่งออกเป็น 1) ต้นทุนทางตรง ซึ่งสามารถแบ่งย่อยออกเป็น 1.1) ต้นทุนการรักษาพยาบาลทางตรง (Direct medical cost) ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บโดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1.2) ต้นทุนการรักษาพยาบาลทางอ้อม (Non-direct medical cost) เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นต้น 2) ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) ได้แก่ ผลผลิตงานในการทำงานที่ลดลง (Loss of productivity) ผลกระทบทางการเงินและผลกระทบทางจิตใจ

ที่เกิดกับตัวผู้ป่วยเบาหวานเองและบุคคลรอบข้าง เช่น ญาติ เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น รายละเอียดต้นทุนในการรักษาพยาบาลดังแสดงในตารางที่ 6.3

ตารางที่ 6.3 ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน

การแจกแจงต้นทุน	วิธีการวัด	ที่มาของข้อมูล
1) ต้นทุนทางตรง		
1.1) ต้นทุนทางการแพทย์		
ค่ายาและอุปกรณ์แพทย์	ค่ารักษาที่เรียกเก็บ โดย โรงพยาบาล	ผู้ป่วย
ค่าตรวจเลือดและห้องปฏิบัติการ	ค่ารักษาที่เรียกเก็บ โดย โรงพยาบาล	
1.2) ต้นทุนที่มีใช้ทางการแพทย์	ค่าเดินทางยานพาหนะ	ผู้ป่วย/ญาติ
2) ต้นทุนทางอ้อม		
การสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน	ค่าจ้างขั้นต่ำ	กระทรวงแรงงาน
ผลกระทบด้านการเงิน (เงินออมลดลง/ ทำงานหนักขึ้น/หนี้สินเพิ่มขึ้น)	วิธีเชิงคุณภาพ	ผู้ป่วย
ผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง	วิธีเชิงคุณภาพ	ผู้ป่วย

1) ต้นทุนทางตรงในการรักษาโรคเบาหวาน DM Type II

1.1) ต้นทุนทางการแพทย์

1.1.1) ยาและอุปกรณ์แพทย์²

สมมติให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการได้รับอินซูลินประมาณ 60 IU/วัน (ผู้ป่วยจะฉีดอินซูลินทุกเช้าและเย็น) โดยอินซูลินที่ใช้คือ Mixtard 30HM (pen fill) จะมีราคา 0.48 บาท/unit (145 บาท/300 IU/ml) สำหรับอุปกรณ์ในการฉีดอินซูลินนั้นประกอบไปด้วยเข็ม ราคา 6 บาท/เล่ม ผู้ป่วยที่ฉีดอินซูลินวันละ 2 ครั้งจะใช้ประมาณ 4 ครั้งต่อ 1 เล่ม หรือ 2 วัน/เล่ม นอกจากนี้อุปกรณ์ในการฉีดยังประกอบไปด้วยปากกาซึ่งมีราคาตัวละ 880 บาท โดยทั่วไปปากกาฉีดอินซูลินมีอายุการใช้งานตลอดชีพ ดังนั้นหากคิดราคาค่าเสื่อมของปากกาฉีดด้วยอัตราค่าเสื่อม 15.5% ต่อปี จะพบว่าปากกาฉีดอินซูลินมีค่าใช้จ่ายจริงประมาณ 136.40 บาทต่อปี และสามารถตัดเป็นศูนย์ในปีที่ 8

สำหรับยาที่ผู้ป่วยได้รับจะประกอบไปด้วย Dipazide รับประทานวันละ 4 เม็ด ราคาเม็ดละ 1.10 บาท และ Glucophage รับประทานวันละ 2 เม็ด ราคาเม็ดละ 2.50 บาท

² ข้อมูลค่ายาและอุปกรณ์แพทย์ได้มาจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (กรกฎาคม 2548)

จากข้อมูลข้างต้น สามารถนำมาคำนวณต้นทุนค่ายาและอุปกรณ์แพทย์ในการรักษาโรคเบาหวานในหนึ่งปีได้เท่ากับ 15,174.40 บาท $\{[(4 \times 1.10 + 2 \times 2.50) + (60 \times 0.48 + 3)] \times 365\} + 136.40\}$ หรือประมาณ 1,264.53 บาทต่อเดือน

1.1.2) ค่าตรวจเลือดและห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จะได้รับการตรวจเลือดก่อนพบแพทย์ โดยรายการตรวจเลือดประกอบไปด้วย การตรวจระดับน้ำตาลกลูโคสหรือ FBG 40 บาท และการตรวจน้ำตาลสะสมหรือ HbA1c 200 บาท

จากข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากแบบสอบถาม พบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะมาพบแพทย์โดยเฉลี่ยปีละ 4 ครั้งหรือทุกๆ 3 เดือน ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนจะมีค่าใช้จ่ายในการตรวจเลือดและห้องปฏิบัติการต่อปีเท่ากับ 960 บาท $((200+40) \times 4)$

1.2) ต้นทุนที่มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์

1.2.1) ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

สมมติว่าผู้ป่วยเบาหวานเดินทางมาพบแพทย์โดยใช้รถประจำทางไม่ปรับอากาศ ค่าโดยสารเที่ยวละ 6 บาท ดังนั้น ผู้ป่วยจะมีค่าใช้จ่ายโดยสารไป-กลับจากโรงพยาบาลคิดเป็นเงิน 12 บาท (6×2)

ดังนั้น ในหนึ่งปีที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เฉลี่ยปีละ 4 ครั้ง จะมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 48 บาท (12×4)

2) ต้นทุนทางอ้อมในการรักษาโรคเบาหวาน DM Type II

2.1) การสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน

การมารับการรักษาโรคเบาหวานทำให้ผู้ที่ทำงานต้องสูญเสียผลิตภาพในการทำงานไป การคำนวณหาการสูญเสียผลิตภาพในการทำงานจะคำนวณมาจากค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำในจังหวัดกรุงเทพมหานครและนนทบุรี ซึ่งเท่ากับ 181 บาทต่อวัน³

ผู้ป่วยเบาหวานที่มาโรงพยาบาลและใช้เวลาในการตรวจเลือดและพบแพทย์โดยเฉลี่ย 4-5 ชั่วโมง ซึ่งเป็นเวลาชั่วโมงทำงานเกือบหนึ่งวัน จึงถือว่าเสียผลิตภาพในการทำงานในวันดังกล่าว ดังนั้น ในหนึ่งปี ผู้ป่วยเบาหวานจะมีต้นทุนทางอ้อมในการมาพบแพทย์ 724 บาท (181×4)

³ ข้อมูลจากกระทรวงแรงงาน http://www.mol.go.th/statistic_01.html

2.2) ผลกระทบด้านการเงิน และผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง

สำหรับผลกระทบทางการเงิน และผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้สอบถามผู้ป่วยถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการป่วยเป็นโรคเบาหวาน แต่ไม่ได้ทำการศึกษาออกมาเป็นตัวเลขเชิงปริมาณ

สำหรับผลกระทบทางการเงินจากการรักษาโรคเบาหวานนั้น ผู้ป่วยอาจจะได้รับผลกระทบได้ในหลายรูปแบบ เช่น มีเงินออมลดลง ทำงานหนักมากขึ้น หรือผู้ป่วยอาจจะหนี้สินเพิ่มขึ้นจากการกู้ยืมเงินมารักษาตัวเอง จากการสอบถาม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ระบุว่าการรักษาโรคเบาหวานไม่ส่งผลกระทบต่อผลกระทบทางการเงิน โดยทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับผลกระทบทางการเงินมากกว่าร้อยละ 50 จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิของรัฐบาล รัฐวิสาหกิจ หรือสิทธิจากคู่สมรสหรือบุตร สำหรับผู้ป่วยบางส่วนที่ระบุว่าได้รับผลกระทบทางการเงิน (ร้อยละ 23.1) ระบุว่าการรักษาเบาหวานนั้นทำให้เงินออมลดลง ประสบปัญหาภาระหนี้สินเพิ่มขึ้น หรือผู้ป่วยบางรายต้องทำงานหนักขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบทางการเงินนั้น พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประกันสุขภาพหรือสิทธิในการรักษาพยาบาล ทำให้ต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลด้วยตัวเอง

สำหรับผลกระทบต่อตัวเองและบุคคลรอบข้างพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 9.2 ระบุว่าได้รับผลกระทบจากการรักษาโรคเบาหวาน เช่น ใจสั่น มือสั่น จิตใจไม่อยู่กับเนื้อกับตัว โดยผู้ที่ได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาดังกล่าวจะมาพบแพทย์หรือหยุดยาที่คิดว่าทำให้เกิดผลข้างเคียงด้วยตัวเอง สำหรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยต่อสมาชิกในครอบครัวนั้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ระบุว่าครอบครัวของตนเองไม่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย

ดังนั้น เมื่อนำต้นทุนดังที่แจกแจงไว้ในตารางที่ 6.3 (ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน) ต้นทุนรวมของการรักษาเบาหวานของผู้ป่วยจะเท่ากับ 16,906.4 บาทต่อปี (15,174.40 + 960 + 48 + 724) หรือประมาณ 1,408.8 บาทต่อเดือน

3) ต้นทุนการนำเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลมาใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน

เครื่องตรวจระดับน้ำตาลที่จำหน่ายในประเทศไทย นำเข้าโดยบริษัทฯ และเวชภัณฑ์ต่างๆ มีหลากหลายรุ่นและยี่ห้อ ซึ่งสามารถรวบรวมได้จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ดังต่อไปนี้

ตาราง 6.4 เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด รุ่น และราคา

ยี่ห้อ/รุ่น	ราคา (บาท)		
	Blood glucose meter	Test strips	
		Per box (25 strips)	Per single test
1. Accucheck Advantage/Roche	2,900	400	16
2. MediSense Optium/Abbott	3,500	400	16
3. Glucometer Elite XL/Bayer	6,500	1,520*	30.4
4. SureStep (Penlet II)/Johnson & Johnson	5,885	420	16.8
5. One Touch™ Basic™/Lifescan	4,600	748	29.92
ราคาเฉลี่ย	4,677		21.82

Note: *สำหรับ 50 strips ที่มา: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (เมษายน 2548)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ได้นำเครื่องตรวจระดับน้ำตาลรุ่น Accu-Chek Advantage ซึ่งนำเข้าและจัดจำหน่ายโดยบริษัท Roche ประเทศไทย จำกัด มาให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการใช้ร่วมกับการรักษาเบาหวาน



รูปภาพที่ 6.3 Accu-Chek Advantage หรือ Accu-Chek Sensor System

ผู้ป่วยเบาหวานแต่ละรายจะมีความถนัดในการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลที่แตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรงของโรค ดังนั้นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล จะผันแปรไปตามจำนวนแถบที่ใช้หรือความถี่ของการใช้เครื่องนั่นเอง สำหรับการศึกษานี้ จะนำราคาเฉลี่ยของเครื่องตรวจระดับน้ำตาลมาใช้ในการคำนวณ ในปีแรก ผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์จะมีค่าใช้จ่ายสำหรับการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล เพิ่มขึ้นประมาณ 12,620-36,447 บาท ตามแต่ความถี่ในการใช้อุปกรณ์ ดังแสดงในตาราง 6.5

ตาราง 6.5 ความถี่และค่าใช้จ่ายการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในปีแรก

ความถี่ในการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล		ค่าใช้จ่าย (บาท)
วันละ 1 ครั้ง (7 แถบ/สัปดาห์)	$4,677 + (7 \times 21.82 \times 52)$	12,619.48
วันละ 2 ครั้ง (14 แถบ/สัปดาห์)	$4,677 + (14 \times 21.82 \times 52)$	20,561.96
วันละ 4 ครั้ง (28 แถบ/สัปดาห์)	$4,677 + (28 \times 21.82 \times 52)$	36,446.92

หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายที่คำนวณในที่นี้ไม่รวมอุปกรณ์ร่วมอื่นๆ เช่น สำลี แอลกอฮอล์

แต่สำหรับการคำนวณต้นทุนของการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในการศึกษารุ่นนี้ จะนำอัตราค่าเสื่อมราคามาคำนวณ เพื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง สำหรับค่าเสื่อมราคาของเครื่องตรวจระดับน้ำตาลนั้นอยู่ที่ 15.5% ต่อปี⁴ และด้วยวิธีการคำนวณค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรงด้วยอัตรานี้ เครื่องตรวจระดับน้ำตาลที่ระบุว่าสามารถอายุใช้งานตลอดชีพจะไม่มีค่าใช้จ่ายหลังจากปีที่ 7 นั่นคือหลังจากปีที่ 7 เป็นต้นไป ต้นทุนที่แท้จริงของเครื่องตรวจระดับน้ำตาลจะเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับแถบเท่านั้น

ประสิทธิผล

ประสิทธิผลของการรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญที่สุดคือการที่ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลได้ถูกคิดค้นขึ้นเพื่อช่วยผู้ป่วยในการควบคุมปริมาณน้ำตาล เครื่องมือดังกล่าวได้ถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อความสะดวก ใช้งานที่ง่าย และแม่นยำสำหรับการตรวจน้ำตาลในเลือด

การศึกษานี้ได้นำเครื่องตรวจเจาะระดับน้ำตาลเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา ควบคู่ไปกับการรักษาโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่แล้วจากโรงพยาบาล ประสิทธิภาพของการใช้เครื่องตรวจเจาะระดับน้ำตาลควบคู่ไปกับการรักษาที่มีอยู่ (E_{POCT}) จะถูกนำไปเปรียบเทียบกับประสิทธิผลของการรักษาโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่เพียงอย่างเดียว ($E_{NON-POCT}$) ประสิทธิภาพของการรักษาโรคเบาหวานทั้งสองวิธีจะถูกวัดจากจำนวนของผู้ป่วยที่แสดงแนวโน้มของการควบคุมการบริโภคอาหารที่น้ำตาลได้ดี นั่นคือมีการเปลี่ยนแปลงของค่า HbA1c ที่ได้ตรวจวัด ณ เวลา 0 และ ณ เวลา 3 เดือน มีค่าลดลงเมื่อเปรียบเทียบ นอกจากนี้ ค่า HbA1c ที่ได้ ณ เวลาที่ 3 นี้จะถูกนำไปพิจารณาต่อโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย HbA1c ที่กำหนดโดยสมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา หรือ American Diabetes Association (ADA) ซึ่งให้ค่าเป้าหมาย HbA1C ในการรักษาโรคเบาหวานว่าควรมีค่าน้อยกว่า 7 (ดังแสดงในตาราง 6.6)

⁴ อัตราค่าเสื่อมสำหรับ Patient monitoring equipment. ข้อมูลจาก the Inland Revenue, New Zealand Government.

ตารางที่ 6.6 เป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน*

	Preprandial Glucose (mg/dL)	Bedtime Glucose (mg/dL)	Hemoglobin A1c
ADA (1)	90–130	<180	<7
A.H. Aamir (2)	Good 70-126 Borderline 126-145 Poor >145	Good <145 Borderline <180 Poor 200	Good <7 Borderline 7-8 Poor 8
วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์ (3)	90–130	<180	<7

หมายเหตุ: * ผู้ป่วยเบาหวานในที่นี้ไม่รวมผู้ป่วยเด็ก

ที่มา: (1) ADA. "Checking Your Blood Glucose." <http://www.diabetes.org/type-2-diabetes/blood-glucose-checks.jsp>

(2) A.H. Aamir. "Targets for treating type 2 diabetes and preventing its complications: can we achieve it?". Pakistan J. Medical Res. Volume 43 No.2. 2004.

(3) วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในทั้งสองกลุ่มมีค่า HbA1c ณ เวลา 0 โดยเฉลี่ยแล้วมากกว่า 8.5 (ค่าเฉลี่ย HbA1c ของกลุ่มผู้ป่วยที่ทดลองใช้และไม่ทดลองใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลเท่ากับ 8.94 และ 8.66 ตามลำดับ) การที่ผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถลดค่า HbA1c ให้เหลือน้อยกว่า 7 ในระยะเวลา 3 เดือนนั้นอาจจะเป็นการยากสำหรับผู้ป่วย ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงจะรวมการพิจารณากรณีที่ค่า HbA1c ณ เวลา 3 นั้นมีค่าอยู่ระหว่าง 7-8 ด้วย จำนวนของผู้ป่วยที่เข้าข่ายดังกล่าวแสดงถึงประสิทธิผลของการรักษาโรคเบาหวานในแต่ละวิธี การที่ผู้ป่วยเบาหวานมีค่า HbA1c ที่ลดลงนั้นสามารถแสดงถึงความสามารถในการควบคุมน้ำตาล ซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภคน้ำตาล แต่อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลลดลงยังเป็นผลในระยะปานกลาง (Intermediate outcome) สุดท้ายแล้ว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้นเป็นเป้าหมายสุดท้ายที่ต้องการ

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยทำการเก็บข้อมูล ณ เวลาเริ่มต้น และ ณ เวลาสิ้นสุดของโครงการ แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลนั้นจำกัด คุณภาพชีวิตอาจไม่สามารถพิสูจน์ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นมากนัก แต่ในระยะยาว หากมีการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยในระยะยาว การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นตัววัดถึงผลได้ที่มีความชัดเจนมากที่สุด

การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล

การศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลในครั้งนี้ จะเป็นการวัดประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจริงจากการทดลองใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาล โดยดัชนีที่ใช้ในการวัดคือ จำนวนผู้ป่วยที่แสดงแนวโน้มว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี โดยทั้งนี้จะพิจารณาจากผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งจะต้องมีค่า HbA1C ที่ลดลง นั่นคือ ความแตกต่างระหว่างค่า HbA1C ณ เวลา 0 และเวลา 3 (สิ้นสุดโครงการ) เป็นบวก และค่า HbA1C ณ เวลา 3 จะถูกพิจารณาโดยแบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ HbA1C₃ มีค่าน้อยกว่า 7 และ HbA1C₃ มีค่าอยู่ระหว่าง 7-8 หากการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลเป็นส่วนประกอบในการรักษาที่มีประสิทธิผลจริง อัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของผู้ที่ใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาล จะต้องต่ำกว่าผู้ที่ไม่ใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในการรักษาเบาหวาน ดังสมการนี้

$$\frac{C_{\text{POCT}}}{E_{\text{POCT}}} < \frac{C_{\text{Non-POCT}}}{E_{\text{non-POCT}}}$$

การวัดต้นทุน-ประสิทธิผลในที่นี้จะพิจารณาจากต้นทุนค่าใช้จ่ายและผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่เกิดขึ้นจริงตลอดระยะเวลา 3 เดือนของการทดลอง ต้นทุน ประสิทธิภาพ และอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผล สามารถแสดงดังตารางที่ 6.7

จากตารางที่ 6.7 ในกรณีที่พิจารณาต้นทุน-ประสิทธิผลจากจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า HbA1C ลดลงน้อยกว่า 7 พบว่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาเบาหวานมีค่าเท่ากับ 44,759.8 บาทต่อหัว ต่ำกว่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาเบาหวานโดยไม่ใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลซึ่งมีค่าเท่ากับ 149,106.9 บาทต่อหัว และเมื่อพิจารณาต้นทุน-ประสิทธิผลจากจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า HbA1C ลดลงและอยู่ระหว่าง 7-8 พบว่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลมีค่าเท่ากับ 19,893.24 บาทต่อหัว ต่ำกว่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาเบาหวานโดยไม่ใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลซึ่งมีค่าเท่ากับ 21,301 บาทต่อหัว ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการนำเครื่องตรวจระดับน้ำตาลเข้ามาใช้ในการรักษาเบาหวานมีประสิทธิผลมากกว่าการรักษาเบาหวานโดยวิธีการรักษาแบบเดิมเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 6.7 ต้นทุน ประสิทธิภาพ และอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิภาพของการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

ต้นทุน-ประสิทธิภาพ	POCT (N = 24)	Non-POCT (N = 32)
<i>ต้นทุนทางตรง (ต่อผู้ป่วย 1 คน)</i>		
ค่ายาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ (3 เดือน)	3,793.59	3,793.59
ค่าตรวจเลือดและห้องปฏิบัติการ (2 ครั้ง)	480	480
ค่าเดินทางยานพาหนะ (2 ครั้ง)	24	24
<i>ต้นทุนทางอ้อม(ต่อผู้ป่วย 1 คน)</i>		
การสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน (2 วัน)	362	362
<i>ต้นทุน SMBG*(ต่อผู้ป่วย 1 คน)</i>		
ค่าเครื่อง SMBG (สำหรับ 3 เดือน)	112.38	
ค่าแถบตรวจ (สำหรับ 3 เดือน)	2,688	
รวมต้นทุนต่อผู้ป่วย 1 คนทั้งหมด	7,459.97	4,659.6
รวมต้นทุนทั้งหมด	179,093.2 (=7,459.97 x 24)	149,106.9 (= 4,659.59 x 32)
<i>ประสิทธิภาพ</i>		
จำนวนผู้ป่วยที่มี HbA1C ลดลงและ HbA1C ₃ < 7	4	1
จำนวนผู้ป่วยที่มี HbA1C ลดลงและ 7 < HbA1C ₃ < 8	9	7
<i>ต้นทุน/ประสิทธิภาพ (บาท/ผู้ป่วย)</i>		
C/E (HbA1C ₃ < 7)	44,759.8	149,106.9
C/E (7 < HbA1C ₃ < 8)	19,893.24	21,301.0

*หมายเหตุ: ต้นทุนของ SMBG คำนวณมาจากราคาเครื่องและราคาแถบของบริษัท Roche ที่ให้การสนับสนุนการทดลอง ราคาเครื่องจะถูกนำมาคิดค่าเสื่อมเพื่อหาค่าใช้จ่ายที่แท้จริงที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้ พบว่าผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลร่วมในการรักษา ร้อยละ 37.5 มีการควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น ในขณะที่ร้อยละ 62.5 การควบคุมระดับน้ำตาลยังไม่ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้นี้ไม่สอดคล้องกับผลที่ได้จากแบบสอบถามที่สัมภาษณ์กลุ่มผู้ใช้เครื่องถึงความเห็นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มี

น้ำตาล จากแบบสอบถามพบว่ากลุ่มผู้ทดลองใช้ประมาณร้อยละ 54 เห็นว่าภายหลังการใช้ POCT แล้วตนเองได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ในขณะที่มีผู้ทดลองใช้ประมาณร้อยละ 45 เห็นว่าตนเองไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภคแต่อย่างใด (ดังแสดงในตารางที่ 6.8)

ตารางที่ 6.8 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลของกลุ่มผู้ทดลองใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาล

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล หลังจากใช้เครื่องมือแล้ว	ผู้ทดลองใช้ POCT
ผลจากการประเมินตัวเองโดยผู้ป่วย	
เปลี่ยนแปลง	54.2
ไม่เปลี่ยนแปลง	45.8
ผลจากการจากทดสอบห้องปฏิบัติการ	
HbA1C ลดลง และมีค่าอยู่ระหว่าง 7-8	37.5
HbA1C ไม่ลดลง หรือมีค่ามากกว่า 8	62.5
รวม (จำนวน)	100.0 (24)

นอกจากนี้ มีเพียงร้อยละ 46.2 ของผู้ที่ตอบแบบสอบถามว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคเท่านั้น ที่มีผลของค่า HbA1C ลดลงจริง และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างผลที่ได้จากแบบสอบถามโดยให้ผู้ป่วยประเมินตัวเอง และผลการศึกษาจากห้องปฏิบัติการ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ในการศึกษาครั้งนี้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานนั้นพิจารณาจากองค์ประกอบต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ อุปสรรคในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อาการโรคเบาหวานในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ความถี่ของอาการและความรู้สึกรบกวนจิตใจ อาการขาดตามปลายเท้า ปัญหาในการทำงาน เช่นต้องหยุดงาน ความสามารถในการมาโรงพยาบาล ผลกระทบต่อเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลในครอบครัว และความพอใจในความเป็นอยู่ของตนเองในปัจจุบัน

จากผลการศึกษาพบว่า ณ เวลา 0 ก่อนการทดลองใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาล กลุ่มผู้ทดลองใช้ POCT มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต (37.59) สูงกว่ากลุ่มผู้ไม่ทดลองใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาล (36.89) เพียงเล็กน้อย และหลังจากสิ้นสุดโครงการ ณ เวลา 3 พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นกว่าเดิมเพียงเล็กน้อย โดยผู้ป่วยที่ทดลองและไม่ทดลองใช้เครื่องตรวจระดับ

น้ำตาลมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้นเป็น 38.51 และ 39.27 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องด้วยความแตกต่างระหว่างระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นนั้นไม่ชัดเจนเพียงพอที่นำไปสู่ข้อสรุปว่ากลุ่มผู้ทดลองใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ทดลองใช้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลา ระยะเวลาในการศึกษาที่สั้นในช่วงระยะเวลาเพียง 3 เดือน อาจจะไม่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมากนัก การวัดคุณภาพชีวิตอาจจะเป็นตัวชี้วัดได้ดีหากมีระยะเวลาของการทดลองมากกว่านี้

6.3 การวิเคราะห์ด้วยวิธีเสนอคุณค่าและแนวทางการวางระบบการตรวจวินิจฉัยและการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

การวิเคราะห์ด้วยวิธีเสนอคุณค่านั้นจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยที่ทดลองใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลซึ่งเป็นผู้ที่จะรับรู้ถึงอรรถประโยชน์ของเครื่องตรวจเป็นผู้ให้คุณค่าออกมา การศึกษาในครั้งนี้ได้สอบถามผู้ทดลองใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลถึงความพึงพอใจในประเด็นต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความคุ้มค่าหากต้องมีการใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจต่อตัวอุปกรณ์ ซึ่งแสดงออกมาในมุมมองต่างๆ เช่น ความมั่นใจต่อตัวเครื่องตรวจระดับน้ำตาล การตัดสินใจที่ซื้อเครื่องตรวจระดับน้ำตาล และการแนะนำต่อให้คนรอบข้าง เป็นต้น

ความพึงพอใจต่อเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล

กลุ่มผู้ทดลองใช้ส่วนใหญ่มีความพอใจโดยรวมมากต่อเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล ผู้ทดลองใช้ส่วนใหญ่แสดงความมั่นใจต่อผลการตรวจที่ได้จากเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในระดับปานกลางถึงมาก โดยส่วนใหญ่ไม่รู้สึกลำบากหรือหงุดหงิดต่อการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล นอกจากนี้กลุ่มผู้ทดลองใช้ส่วนใหญ่เห็นว่าการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลไม่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน

ในประเด็นความคิดเห็นที่มีต่อรูปร่างและบริการเสริมของอุปกรณ์ตรวจวัดระดับน้ำตาล กลุ่มผู้ทดลองใช้ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการ Call Center เพื่อขอคำแนะนำเกี่ยวกับอุปกรณ์ ทั้งนี้กลุ่มผู้ทดลองใช้ส่วนใหญ่เห็นว่าเจ้าหน้าที่/พยาบาลให้คำอธิบายถึงวิธีใช้ได้อย่างละเอียดครบถ้วนดีแล้วสำหรับรูปทรงของเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล ผู้ทดลองใช้เกือบทั้งหมดเห็นว่ารูปทรงนั้นใช้สะดวกและง่ายต่อการพกพา โดยส่วนใหญ่เห็นว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้อุปกรณ์มีความคุ้มค่ามากกับราคาที่จะต้องจ่าย

อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้ทดลองใช้มากกว่าร้อยละ 50 แสดงความเห็นว่าจะไม่ซื้อเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล เนื่องจากส่วนหนึ่งเห็นว่าอุปกรณ์ดังกล่าวไม่มีความจำเป็น และตนเองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ตัดสินใจจะซื้อเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลเป็นของตนเอง

เนื่องมาจากการรู้ผลทันที สามารถใช้งานได้ง่าย และเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา ทั้งนี้ผู้ทดลองใช้ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะแนะนำอุปกรณ์ดังกล่าวให้คนรอบข้างใช้

ตารางที่ 6.9 อัตราร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มผู้ทดลองใช้ POCT ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ศึกษา	กลุ่มผู้ใช้ POCT
1. ความพอใจโดยรวมต่อเครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้ว	
- ไม่พอใจมาก	2.9
- ไม่พอใจ	14.3
- พอใจบ้าง	0.0
- พอใจมาก	77.1
- พอใจมากที่สุด	5.7
รวม (จำนวน)	100.0 (35)
2. ความมั่นใจต่อผลที่ได้จากเครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้ว	
- ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง	0.0
- ไม่มั่นใจ	8.6
- มั่นใจบ้าง	42.9
- มั่นใจอย่างมาก	48.6
- มั่นใจอย่างมากที่สุด	0.0
รวม (จำนวน)	100.0 (35)
3. ความรู้สึกกลัวหรือหงุดหงิดกับเครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้ว	
- รู้สึกกลัวหรือหงุดหงิดอย่างยิ่ง	0.0
- รู้สึกกลัวหรือหงุดหงิด	8.6
- เฉยๆ	22.9
- ไม่รู้สึกกลัวหรือหงุดหงิด	57.1
- ไม่รู้สึกกลัวหรือหงุดหงิดอย่างยิ่ง	11.4
รวม (จำนวน)	100.0 (35)

ตารางที่ 6.9 (ต่อ)

ประเด็นที่ศึกษา	กลุ่มผู้ใช้ POCT
4. ความยากลำบากในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลังใช้ เครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้ว	
- มากอย่างยิ่ง	0.0
- มาก	8.6
- ปานกลาง	11.4
- เล็กน้อย	22.9
- ไม่มีปัญหา	57.1
รวม (จำนวน)	100.0 (35)
5. บริการ Call Center ให้ข้อมูลครบถ้วนอย่างที่ต้องการ	
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0.0
- ไม่เห็นด้วย	0.0
- เฉยๆ ไม่เปลี่ยนแปลง	5.7
- เห็นด้วย	2.9
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0.0
- ไม่เคยใช้บริการ	91.4
รวม (จำนวน)	100.0 (35)
6. เจ้าหน้าที่/พยาบาลอธิบายถึงวิธีการใช้เครื่องได้อย่างละเอียด	
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0.0
- ไม่เห็นด้วย	0.0
- เฉยๆ ไม่เปลี่ยนแปลง	2.9
- เห็นด้วย	91.4
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5.7
รวม (จำนวน)	100.0 (35)

ตารางที่ 6.9 (ต่อ)

ประเด็นที่ศึกษา	กลุ่มผู้ใช้ POCT
7. รูปทรงของอุปกรณ์ที่ใช้สะดวกและง่ายต่อการพกพา	
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0.0
- ไม่เห็นด้วย	2.9
- เฉยๆ ไม่เปลี่ยนแปลง	2.9
- เห็นด้วย	94.3
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0.0
รวม (จำนวน)	100.0 (35)
8. ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้อุปกรณ์คุ้มค่างับราคาที่จะจ่าย	
- ไม่คุ้มค่าง่ายยิ่ง	0.0
- ไม่คุ้มค่าเลย	11.4
- คุ้มค่าบ้าง	14.3
- คุ้มค่ามาก	74.3
- คุ้มค่าเป็นอย่างยิ่ง	0.0
รวม (จำนวน)	100.0 (35)
9. การซื้อเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในอนาคต	
- ซื้อ	48.6
- ไม่ซื้อ	51.4
รวม (จำนวน)	100.0 (35)
10. สาเหตุที่ตัดสินใจไม่ซื้อเครื่องตรวจระดับน้ำตาล*	
- แพงมาก	50.0
- ผลคลาดเคลื่อน	5.5
- ไม่จำเป็น	27.8
- มีเครื่องอยู่แล้ว	16.7
รวม (จำนวน)	100.0 (18)

ตารางที่ 6.9 (ต่อ)

ประเด็นที่ศึกษา	กลุ่มผู้ใช้ POCT
11. สาเหตุที่ตัดสินใจซื้อเครื่องตรวจระดับน้ำตาล*	
- รู้ผลทันที	62.5
- ใช้ง่าย	50.0
- แพทย์แนะนำ	0.0
- เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา	50.0
12. การแนะนำอุปกรณ์ให้คนรอบข้างใช้	
- ไม่แนะนำอย่างแน่นอน	0.0
- ไม่แนะนำ	0.0
- ไม่แน่ใจ	8.6
- อาจจะแนะนำ	65.7
- แนะนำอย่างแน่นอน	25.7
รวม (จำนวน)	100.0 (19)

หมายเหตุ: * อัตราร้อยละเฉพาะผู้ที่ตอบเท่านั้น

การวิเคราะห์เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลด้วยวิธีเสนอคุณค่า

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ การวิเคราะห์เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลด้วยวิธีเสนอคุณค่าจะเป็นไปตามแนวทางที่ Taylor (2003) ได้กล่าวไว้ดังต่อไปนี้ว่า คุณค่านั้นประกอบไปด้วย 2 ส่วน ส่วนหนึ่งจะมาจากต้นทุนของเครื่องมือแพทย์ที่จะต้องมียาที่ไม่สูงนัก และคุณค่าส่วนที่ 2 จะมาจากประสิทธิผลที่ได้รับจากการใช้เครื่องมือแพทย์ที่สามารถระบุออกมาชัดเจน โดยการวิเคราะห์วิธีต้นทุน-ประสิทธิผล⁵

ในส่วนที่ 1 ต้นทุนของเครื่องมือแพทย์จะต้องมีราคาไม่สูงนัก จากผลการศึกษา พบว่าประมาณร้อยละ 51 ของผู้ทดลองใช้ตัดสินใจที่จะไม่ซื้อเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล โดยประมาณครึ่งหนึ่งเห็นว่าเครื่องดังกล่าวมีราคาสูง แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อสอบถามผู้ทดลองใช้ถึงความคุ้มค่าของราคากับผลที่ได้รับจากการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล กลับพบว่าผู้ทดลองใช้ส่วนใหญ่เห็นว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้อุปกรณ์นั้น มีความคุ้มค่ากับราคาที่จะต้องจ่าย สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ทดลองใช้รับรู้ถึงคุณค่าของเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล แต่ด้วยเหตุผลบางประการ เช่น รายได้ต่ำ อาจทำให้ผู้ทดลองใช้ไม่สามารถซื้อเครื่องเป็นของตนเองได้

⁵ Taylor (2003) อ้างแล้วหน้า 151

สำหรับในส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพที่ได้รับจากการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลต้องสามารถวัดออกมาเป็นตัวเลขได้ จากการศึกษา พบว่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลมีค่าเท่ากับ 19,893.24 บาทต่อหัว ต่ำกว่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาเบาหวานโดยไม่ใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลซึ่งมีค่าเท่ากับ 21,301 บาทต่อหัว ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการนำเครื่องตรวจระดับน้ำตาลเข้ามาใช้ในการรักษาเบาหวานมีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาเบาหวานโดยวิธีการรักษาแบบเดิมเพียงอย่างเดียว

เพราะฉะนั้น จากผลการศึกษาจึงสามารถสรุปได้ว่าเครื่องตรวจระดับน้ำตาลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน และช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

6.4. แนวทางในการวางระบบการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ

ในการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานนั้น หัวใจสำคัญอยู่ที่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับปกติให้มากที่สุด ทั้งนี้เพราะการปล่อยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่นานๆ โดยไม่ควบคุม ในช่วงแรกนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกอะไรเลย แต่ภายในร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นทีละเล็กละน้อย รวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับของสารต่างๆ ในเลือดตามมา เช่น ไขมันในเลือด, HbA1c เป็นต้น การปล่อยปละละเลยเป็นเวลานานทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่ หลอดเลือดขนาดเล็กที่ไตทำให้ไตเสื่อม หลอดเลือดขนาดเล็กที่ตาทำให้จอรับภาพที่ตาและประสาทตาเสื่อม การที่จะป้องกันความเสี่ยงของหลอดเลือดขนาดเล็กนั้นจะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ต่ำกว่า 140 มก./ดล. หรือน้ำตาลที่เกาะอยู่ที่ฮีโมโกลบินให้ต่ำกว่าร้อยละ 7 และหากยังไม่ควบคุมระดับน้ำตาลให้ดี หลอดเลือดที่มีขนาดใหญ่ก็จะมีปัญหาตามมา เช่น ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดเป็น โรคหัวใจขาดเลือด หรือทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เกิดเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต หรือแม้กระทั่งอาจทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงแขนขา ทำให้เกิดอาการชาตลอลจนเกิดแผลและการติดเชื้อได้ง่าย อาการผิดปกติต่างๆ เหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นแล้ว ก็ไม่อาจแก้ไขให้กลับคืนสภาพปกติดังเดิม และอาจทำได้เพียงหยุดหรือชะลอไม่ให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้นหรือเลวร้ายลงไปอีกได้เท่านั้น

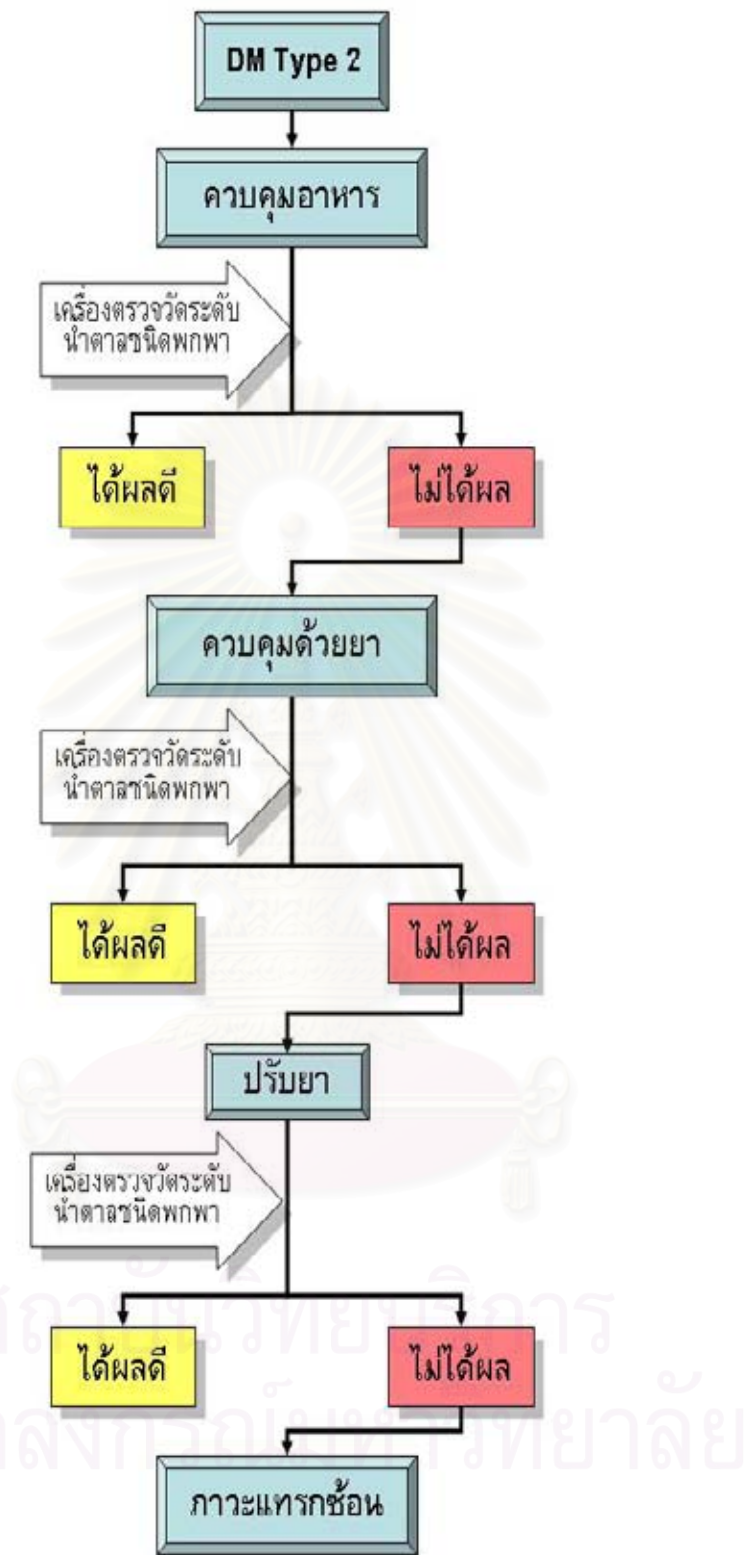
ผลจากการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของคณะผู้วิจัยพบว่า เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลมีส่วนช่วยผู้ป่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้ดีขึ้น รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น ทำให้เกิดความพยายามในการดูแลตนเองและให้ความร่วมมือกับแพทย์มากขึ้น ดังนั้นแนวทางในการวางระบบการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมโดยเร็วที่สุดด้วยซึ่งจะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ใกล้กับระดับปกติมากที่สุดได้โดยง่ายด้วย และได้เสนอแนวทางการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดไว้ตามผังที่แสดงโดยรูปที่ 6.4 โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับที่ 1 เป็นการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานในระยะเริ่มแรก ซึ่งหากพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติไม่มากนัก แพทย์จะเริ่มด้วยการให้ผู้ป่วยควบคุมอาหาร การใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดในระดับนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหารได้ดีขึ้น และเรียนรู้ที่จะระมัดระวังในการรับประทานได้ดี ซึ่งหากได้ผลดีผู้ป่วยก็สามารถที่จะอยู่ในสถานภาพเช่นนั้นไปได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยารับประทานหรือยาฉีด ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีพยากรณ์โรคดี และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำและหากจะเกิดก็เกิดขึ้นช้ากว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผู้ป่วยจึงสามารถดำรงชีวิตใกล้เคียงกับคนปกติ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างมีความมั่นใจ

ระดับที่ 2 เป็นการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อผู้ป่วยต้องควบคุมเบาหวานด้วยยา ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีโอกาสทั้งที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกว่าหรือต่ำกว่าปกติก็ได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทั้งสองนี้จัดเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากจะใช้เพื่อช่วยในการควบคุมติดตามการรักษาเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวแล้ว ยังใช้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้นได้และมีอันตรายมากกว่า การใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดในระดับนี้จะช่วยให้สามารถควบคุมปริมาณยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

ระดับที่ 3 เป็นการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ในกรณีที่มีแม้จะได้รับการรักษาแล้ว การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังมีการแกว่งหรือไม่อยู่ในระดับที่เหมาะสม ดังนั้นจึงต้องมีปรับปริมาณยา การใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นเพื่อให้ทราบถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อที่จะสามารถปรับปริมาณยาให้เหมาะสมและไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

สำหรับผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลในเลือดมีการแกว่งมากหรือไม่อยู่ในระดับที่เหมาะสม ทั้งที่ได้ทำการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มีพยากรณ์โรคไม่ดี มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวและระยะสั้นดังที่ได้กล่าวแล้ว สำหรับภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวนับเป็นปัญหาโครงสร้างประชากร เพราะจะมีกลุ่มประชากรที่มีความทุพพลภาพสูง ต้องการการดูแลและการใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้นในอนาคต ในขณะที่ไม่สามารถสร้างผลผลิตให้แก่ประเทศได้อย่างเต็มที่ สำหรับภาวะแทรกซ้อนในระยะสั้นนั้นมีผลต่อโครงสร้างประชากรเนื่องจากประชากรมีอายุสั้นลง ทำให้ประเทศสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่ได้สร้างขึ้น โดยประเทศไม่อาจได้รับประโยชน์จากทรัพยากรบุคคลที่ลงทุนไป



รูปภาพที่ 6.4 ผังระบบการตรวจวินิจฉัยและการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ

บทที่ 7

สรุปและข้อเสนอแนะ

7.1 สรุป

ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงของโอกาสการรับการปันผลทางประชากร โดยพิจารณาได้จากสัดส่วนของประชากรวัยแรงงานที่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2523 จนสูงสุดในปี พ.ศ. 2552 หลังจากนั้นลดลงเรื่อยๆ ในขณะที่ประเทศไทยยังจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในด้านสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าตัวในช่วงระยะเวลา 25 ปี การเปลี่ยนแปลงทางประชากรดังกล่าวนับเป็นเครื่องหมายของการปรับตัวทางสังคมและเศรษฐกิจที่สำคัญ คือ ประชากรในวัยแรงงานจะต้องดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น

นโยบายที่น่าจะเตรียมการเพื่อรองรับช่วงเวลาระหว่างและช่วงหลังการปันผลทางประชากร คือ การมีตลาดแรงงานที่ยืดหยุ่น มีแรงจูงใจในการลงทุนและการออม มีการจัดเตรียมด้านสุขภาพอนามัย และการศึกษาที่มีคุณภาพสูง ฉะนั้นการเตรียมประชากรให้เป็นผู้มีสุขภาพดีจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้เมื่อประชากรมีวัยสูงอายุขึ้นจะเป็นประชากรวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ซึ่งส่งผลให้ประชากรวัยสูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีปัญหาด้านสาธารณสุขน้อย อีกทั้งยังเป็นประชากรวัยสูงอายุที่ยังอาจเพิ่มผลผลิตให้แก่ประเทศต่อไปอีกหรือให้ผลผลิตแก่ประเทศได้ยาวนานขึ้น อย่างไรก็ตามการเตรียมประชากรเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการตั้งแต่แรก ทั้งนี้หากประชากรเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีแล้วการที่จะแก้ไขปรับปรุงให้ฟื้นคืนเป็นเรื่องยาก และจะทำให้มีการใช้จ่ายด้านงบประมาณสูง ฉะนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของประเทศในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างดูแลและป้องกันรักษาสุขภาพให้แข็งแรง มากกว่าการปล่อยให้เจ็บป่วยแล้วทำการรักษา งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 4 ประการดังนี้คือ

1. หาวิธีการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม เพื่อนำมาใช้ในการตรวจสุขภาพของประชากร
2. หาระดับสถานะสุขภาพของคนไทยในกลุ่มวัยหนุ่มสาว วัยกลางคนและวัยก่อนสูงอายุ
3. ศึกษาเปรียบเทียบสถานะสุขภาพของคนไทยจำแนกตามปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ประชากรที่แตกต่างกัน (จำแนกตามอายุ เพศ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา) รวมทั้งเปรียบเทียบสถานะสุขภาพในปัจจุบันและช่วงปีก่อนหน้า
4. วิเคราะห์โดย วิธีพิจารณาคูณค่าในเรื่องของการดูแลบำบัดและรักษาคนไข้ (Value Proposition Analysis: VPA) เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยหรือประชากรที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการดูแลเพื่อให้ได้รับผลดีที่สุด (Optimizing health care: OHR) ตามที่ได้ตั้งเป้าไว้แล้วหรือยัง โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยดังนี้

- 4.1 เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพ POCT ที่ใช้ในปัจจุบัน คือ การใช้ self monitoring blood glucose ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยหรือประชากรที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการดูแลเพื่อให้ได้รับผลดีที่สุดหรือไม่ และประเมินความพึงพอใจการใช้เครื่องมือตรวจ
- 4.2 เพื่อหาแนวทางในการเตรียมการเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพที่กล่าวถึงแล้วข้างต้นให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

งานวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ทำการประเมินสถานะสุขภาพของประชากร โดยการใช้แบบสอบถามประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเองที่พัฒนาจากแบบประเมินสถานะสุขภาพ SF 36 และผลการตรวจสุขภาพทั้งผลจากการตรวจของแพทย์ และผลจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายการการตรวจสุขภาพใช้ตามรายการและค่าบริการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยคัดเลือกประชากรเป้าหมายโดยการสุ่มตัวอย่างจากประชากรทั่วไป ทั้งที่อยู่ในชุมชนเมืองและปริมณฑลจำนวน 1,600 คน และแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 20-39 ปี และกลุ่มอายุ 40-59 ปี โดยพยายามให้มีขนาดตัวอย่างใกล้เคียงกับประชากรในแต่ละท้องที่ ในการศึกษารั้งนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปีที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 1,064 ราย และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 536 ราย

ระยะที่ 2 ทำการประเมินแนวโน้มการดูแลกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ป่วยเบาหวาน (DM type II) ที่ไม่มีปัญหา stroke, heart disease, renal disease, liver disease ร่วมอยู่ด้วย และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาด้วยยาอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีการฉีดอินซูลินเท่านั้น จำนวนรวมทั้งสิ้น 80 คนซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดมาก่อน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คนโดยการสุ่ม กลุ่มแรกให้มีการทดลองใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะเวลา 3 เดือน และกลุ่มหลัง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานปกติโดยไม่มี การทดลองใช้เครื่องดังกล่าว

ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม จะต้องทำการบันทึกค่าน้ำตาลที่ตรวจวัดได้ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง (ในเวลาก่อนมื้ออาหารเช้า และ เย็น) ในช่วงเริ่มต้นหรือตลอดระยะเวลา 1 เดือนแรกของการเข้าร่วมโครงการวิจัย และปรับลดการตรวจวัดลงตามความเหมาะสมโดยแพทย์ผู้ทำการรักษา รวมทั้งต้องบันทึกจำนวนอินซูลินที่ใช้ทุกวันตลอดระยะเวลา 3 เดือน

ผู้ป่วยกลุ่มแรกที่ให้ทดลองใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด จะต้องมาติดตามการรักษา และมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจประเมิน และตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน สำหรับผู้ป่วยกลุ่มหลังจะต้องมาติดตามการรักษา และมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจประเมิน และตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เฉพาะในครั้งแรกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และอีกครั้ง ใน 3 เดือนต่อมา ก่อนสิ้นสุดการเก็บข้อมูลในการวิจัย ทั้งนี้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม จะต้องตอบ

แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจในการรับการรักษาทั้งก่อนและหลังการทดลอง ส่วนกลุ่มที่ให้ทดลองใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดนั้นจะต้องตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเช่นกัน ในการมาตรวจติดตามการรักษาในแต่ละครั้งนั้น ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนอาหารและการออกกำลังกาย จากทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นอาสาสมัครที่ได้รับการอบรมแล้ว

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 1.

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1 ได้ดำเนินการดังนี้

1. หาค่าความถี่ และร้อยละของข้อมูลเชิงคุณภาพ หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลเชิงปริมาณ

2. แบ่งระดับสุขภาพของคนไทยออกเป็น 5 ระดับ (โดยสร้างดัชนีจากข้อมูลทางการแพทย์ และจากแบบสอบถาม) ตามความสามารถในการทำหรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ที่เรียกว่า “Disability Classes (DC)” โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับคือระดับ 1-5

3. คำนวณหาคะแนน SF 36 ของตัวอย่างแต่ละราย พร้อมหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และระดับสุขภาพ โดยคะแนน SF36 นั้นจำแนกเป็นกลุ่มสุขภาพ 8 ด้าน ได้แก่ ด้านหน้าที่ทางกายภาพ (Physical Functional: PF) ด้านความจำกัดในบทบาทเนื่องจากปัญหาทางกายภาพ (Role-Physical: RP) ด้านความปวดเจ็บทางร่างกาย (Bodily Pain: BP) ด้านสุขภาพทั่วไป (General Health: GH) ด้านกำลังกาย (Vitality: VT) ด้านหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning: SF) ด้านความจำกัดในบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ (Role-Emotional: RE) และด้านสุขภาพจิต (Mental Health: MH) โดยที่คะแนนที่สูงหมายถึงการมีสุขภาพที่ดี

การวิจัยระยะที่ 2

เพื่อให้ทราบว่าอุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์แบบพกพา ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้เครื่องมือดังกล่าวในการดูแลสุขภาพว่าก่อให้เกิดผลดีที่สุดตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ โดยใช้วิธี Value Proposition Analysis (VPA) ในการวิเคราะห์

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ใช้เวลาในช่วงสั้น จึงไม่สามารถศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้ การพิจารณาผลที่เกิดขึ้นในระยะสั้นทำได้ โดยพิจารณาจาก

- ก. ผลการควบคุมเบาหวาน โดยประเมินจาก ค่า HbA1c ที่ทำการตรวจวัดเมื่อเริ่มการวิจัย และเมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 3 เดือน ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
- ข. ปริมาณการใช้อินซูลิน ผู้ป่วยที่มีการควบคุมที่ดีย่อมสามารถปรับใช้ปริมาณอินซูลินได้ดี ซึ่งการควบคุมที่ดีควรช่วยให้มีการใช้ปริมาณอินซูลินลดลง น้อยกว่ากลุ่มที่มีการควบคุมที่ไม่ดี

ก. การยอมรับและความพึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์และความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นอย่างไร

นอกจากนี้ยังได้พยายามหาแนวทางการปฏิบัติ (Practical guideline) ที่จะดูแลกลุ่มประชากรที่มีปัญหาคุณภาพกลุ่ม DC4 และ DC5 ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ได้อย่างไร

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1

จำนวนประชากรตัวอย่างที่ศึกษามีทั้งสิ้น 1,600 คน เป็นเพศชาย 611 คน (ร้อยละ 38.19) และเป็นเพศหญิง 989 คน (ร้อยละ 61.81) มีอายุเฉลี่ย 38.15 ปี เพศชายมีอายุเฉลี่ย 38.33 ปี เพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 38.04 ปี ประชากรตัวอย่างส่วนมากมีสถานภาพสมรส รองลงมาคือเป็นโสดและหย่าร้าง และอาศัยอยู่ในที่อยู่ปัจจุบันโดยเฉลี่ย 22.3 ปี ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาและระดับประถมศึกษาหรือน้อยกว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างรัฐบาล รองลงมาคือ อาชีพลูกจ้างเอกชน อาชีพอื่น ๆ และอาชีพทำงานบ้าน และมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 18,744.82 บาท

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.48) และส่วนใหญ่ทราบจากการสังเกตตัวเอง รองลงมา คือ ทราบจากการพบแพทย์และผลการตรวจทางห้องแล็บ เมื่อพิจารณาการประเมินสุขภาพของการมีโรคประจำตัว พบว่า ประชากรตัวอย่างที่มีอายุน้อยจะประเมินว่าไม่มีโรคประจำตัวในสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรที่มีช่วงอายุมาก ในทำนองเดียวกันประชากรที่มีรายได้ น้อยจะประเมินตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัวในสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรที่มีช่วงรายได้มาก ในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ประเมินตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัวนั้นเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่มีความคล่องแคล่วตลอดเวลา มีสัดส่วนสูงสุด รองมาคือกลุ่มที่ถือความสนุกสนานและตามด้วยกลุ่มหัวโบราณ

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม เพศชายมากกว่า 3 ใน 4 ไม่ได้รับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม เป็นประจำ ขณะที่เพศหญิงร้อยละ 68.48 ไม่ได้รับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม เป็นประจำ ผู้ที่รับประทานอาหารหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำ ส่วนใหญ่ระบุว่าใช้เพื่อบำรุงร่างกาย เพศหญิงใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำเพื่อบำรุงร่างกายมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำเพื่อรักษาโรคมะเร็งมีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง ผู้ที่มีรายได้อยู่ในช่วง 20,001 – 30,000 บาท เป็นกลุ่มที่ใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริม/ เป็นประจำในสัดส่วนที่สูงที่สุด ประชากรตัวอย่างที่ถือว่าตนเองอยู่ในกลุ่มหัวโบราณเป็นกลุ่มที่ได้รับประทานหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำสูงสุด ประชากรตัวอย่างที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยระบบการประกันสุขภาพด้วยตนเองนั้นได้รับประทานหรือใช้ยา/วิตามิน/อาหารเสริมเป็นประจำสูงสุด

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เคยพบแพทย์ เพศหญิงเคยพบแพทย์มีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย ประชากรตัวอย่างที่มีอายุช่วง 55-59 ปี เคยพบแพทย์มีสัดส่วนสูงสุด ประชากรตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า

เคยพบแพทย์ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มผู้มีรายได้น้อย กลุ่มที่ระบุว่ามีความคล่องแคล่วตลอดเวลาเป็นกลุ่มที่เคยพบแพทย์มากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยระบบประกันสุขภาพของตนเอง เป็นกลุ่มที่เคยพบแพทย์มากที่สุดคือร้อยละ 100

ในเรื่องการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการไม่ดื่มสุราหรือของมีนเมาหรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติด ส่วนการออกกำลังกายนั้นให้ความสำคัญในอันดับท้ายสุด เพศหญิงให้ความสำคัญในเรื่องการไม่ดื่มสุราหรือของมีนเมาหรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติดสูงกว่าเพศชายอย่างเห็นได้ชัดเจน ส่วนเรื่องการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ การทำตามคำแนะนำของแพทย์ และการเอาใจใส่การกินอยู่ นั้นทั้งสองเพศให้ความสำคัญไม่แตกต่างกัน เพศชายให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกาย มากกว่าเพศหญิงอย่างเห็นได้ชัดเจน กลุ่มคนที่มีอายุมากขึ้นให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพ การเอาใจใส่การกินอยู่ และการออกกำลังกายมากขึ้น ผู้ที่มีรายได้น้อยให้ความสำคัญต่อการไม่ดื่มสุราหรือของมีนเมาหรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติดน้อยสุด เช่นเดียวกับการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ ประชากรตัวอย่างกลุ่มหัวโบราณให้ความสำคัญกับการไม่ดื่มสุราหรือของมีนเมาหรือสูบบุหรี่หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติดสูงสุด ในขณะที่ให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายต่ำสุด กลุ่มที่ให้ความสำคัญต่อการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ การทำตามคำแนะนำ และการออกกำลังกายมากที่สุดคือกลุ่มที่มีความคล่องแคล่วตลอดเวลา

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 95 ไม่ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพา เพศชายและเพศหญิงไม่ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพามีสัดส่วนใกล้เคียงกัน สาเหตุที่ไม่ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพกพา เพราะ ไปตรวจที่โรงพยาบาล ประชากรตัวอย่างกลุ่มอายุ 55-59 ปี เป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพาสูงสุด ผู้ที่มีรายได้น้อยมากเป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพามากกว่ากลุ่มผู้มีรายได้น้อย กลุ่มที่มีความคล่องแคล่วตลอดเวลาเป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพามากสุด ผู้ที่ใช้สิทธิของรัฐบาลเป็นกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพกพามากสุด

สถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตัวเอง

คิดว่าสุขภาพตนเองเป็นเช่นไร

ประชากรตัวอย่างมากกว่าครึ่งประเมินว่าตนเองมีสุขภาพอยู่ในระดับดี เพศชายประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดีมากกว่าเพศหญิง ประชากรตัวอย่างช่วงอายุ 24-29 ปี ประเมินว่าสุขภาพตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ส่วนช่วงอายุ 20-24 ปี ช่วงอายุ 40-44 ปี และช่วงอายุ 55-59 ปี ประเมินว่าสุขภาพตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ประชากรตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับที่ดีกว่าผู้ที่สถานภาพสมรส เป็นหม้ายและหย่าร้าง

การเปรียบเทียบสุขภาพปีที่ผ่านมา

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าสุขภาพตนเองเหมือนเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา เพศชายประเมินว่าสุขภาพตนเองเหมือนเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาสูงกว่าเพศหญิง ขณะที่เพศ

หญิงประเมินว่าสุขภาพตนเองแย่กว่าปีที่แล้วเล็กน้อยมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย ประชากรตัวอย่างที่มีอายุน้อยจะประเมินว่าสุขภาพตนเองเหมือนเดิมหรือแย่กว่าปีก่อนเล็กน้อยมีสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ที่มีอายุมาก ประชากรตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคและหย่าร้าง ประเมินว่าสุขภาพตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาว่าอยู่ในระดับที่คิดว่าผู้ที่เป็นโรค หรือเป็นหม้าย

การประเมินตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

ประชากรตัวอย่างประเมินสุขภาพจากความสามารถในการทำกิจกรรมหนักๆ เช่นยกของหนัก เล่นกีฬาหนักๆ พบว่ามีปัญหาเล็กน้อย ส่วนการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหนักปานกลาง เช่น เคลื่อนย้ายโต๊ะ เล่นกอล์ฟ เล่นโบว์ลิ่ง จับจ่ายและหิ้วของใช้ประจำวันเอง เดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น เดินขึ้นบันไดสองชั้น ก้ม ย่อเข้า เขย่งเท้า เดินมากกว่า 1 กิโลเมตร เดินมากกว่า 1 ป้ายรถเมล์ เดินช่วงสั้นๆ และอาบน้ำแต่งตัว พบว่าประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าไม่มีปัญหา

ประชากรเพศชายส่วนใหญ่ประเมินว่าไม่มีปัญหาจากการทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนใหญ่มีสัดส่วนสูงกว่าประชากรเพศหญิง โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับการทำกิจกรรมหนักๆ กิจกรรมปานกลาง หรือการเดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น

ประชากรช่วงอายุ 55-59 ปี ประเมินว่าเกือบจะมีปัญหาเล็กน้อยในการทำกิจกรรมหนักๆ เช่น วิ่ง ยกของหนัก รองลงมาคือเรื่องเดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น และการก้ม ย่อเข้า เขย่งเท้า และมีปัญหาน้อยมากในเรื่องของการเดินในช่วงสั้นๆ และการอาบน้ำ แต่งตัว ตามลำดับ ส่วนประชากรช่วงอายุ 30-34 ปี ประเมินว่าเกือบจะมีปัญหาเล็กน้อยในการทำกิจกรรมหนักๆ เช่น วิ่ง ยกของหนัก รองลงมาคือเรื่องเดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น และมีปัญหาน้อยมาในเรื่องการเดินช่วงสั้นๆ และการอาบน้ำแต่งตัว

ประชากรส่วนใหญ่ที่มีรายได้ช่วง 10,001 -20,000 บาท และ >30,000 บาท ประเมินว่าตนเองมีความลำบากในการทำกิจกรรมหนักๆ เป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ในขณะที่ประชากรที่มีรายได้ในช่วง < 10,000 บาทนั้นระบุว่ามีความลำบากในการทำกิจกรรมหนักๆ ในสัดส่วนต่ำสุด

การประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

เมื่อพิจารณาการประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่าประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่า ไม่มีปัญหาในเรื่องจำต้องลดเวลาที่ใช้การทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 90.55) หรือไม่มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 91.54) แต่ร้อยละ 14.63 ประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพในเรื่องการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ เพศหญิงประเมินว่ามีปัญหาในเรื่องการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ และมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันสูงกว่าเพศชาย

ประชากรตัวอย่างกลุ่มอายุ 55-59 ปี ประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันเรื่อง ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจมากที่สุด รองลงมาคือช่วงอายุ 20-24

ปี และ ช่วงอายุ 25-29 ปี นอกจากนี้พบว่าช่วงอายุ 55-59 ปี มีปัญหาสุขภาพเรื่องจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน และมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน อยู่ในสัดส่วนที่สูงเท่ากันคือ ร้อยละ 15.05

ประชากรตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย ประเมินว่า มีปัญหาเรื่องมีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันสูงสุด ในขณะที่คนที่ เป็นโสด หรือสมรส มักจะประเมินว่ามีปัญหาทำงานหรือกิจกรรมประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจมากที่สุด

การประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

การประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาด้านจิตใจ ที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวัน พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ มีปัญหาทำงานหรือกิจกรรมประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ ร้อยละ 23.14 ทำงานหรือกิจกรรมประจำวันโดยไม่ได้ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ (ร้อยละ 17.43) และ จำต้องลดเวลาที่ใช้การทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน (ร้อยละ 14.27)

เพศหญิงมีปัญหาด้านจิตใจที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวัน สูงกว่าเพศชาย ในทุกเรื่อง อันดับแรกคือ ปัญหาทำงานหรือกิจกรรมประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ รองมาคือ ทำงานหรือกิจกรรมประจำวันโดยไม่ได้ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ และจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันตามลำดับ ประชากรตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย มีปัญหาทางด้านจิตใจที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวันในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยทำงานหรือกิจกรรมประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจสูงสุด รองมาคือทำงานหรือกิจกรรมประจำวันไม่ได้ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ และจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน ขณะที่ประชากรที่มีสถานภาพโสดและสมรส มีปัญหาจำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันในสัดส่วนใกล้เคียงกัน

ประชากรตัวอย่างช่วงอายุ 20-24 มีปัญหาด้านจิตใจ ที่กระทบต่องานหรือกิจกรรมประจำวัน สูงกว่าประชากรตัวอย่างช่วงอายุ 55-59 ปี โดยปัญหาที่มีคือปัญหาทำงานหรือกิจกรรมประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ รองมาคือทำงานหรือกิจกรรมประจำวันโดยไม่ได้ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ

การประเมินสุขภาพถึงปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / รู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา / ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ประชากรตัวอย่างประเมินว่า ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา รู้สึกเจ็บปวดทางกายมีสัดส่วนสูงสุด ขณะที่เรื่องมีปัญหาทางสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม และ ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้น กระทบต่องานประจำหรืองานบ้าน มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

เพศหญิงประเมินว่า ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีปัญหาทางสุขภาพหรือด้านจิตใจมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชายทุกเรื่อง อันดับแรกคือปัญหา รู้สึกเจ็บปวดทางกาย รองลงมาคือมีปัญหาทาง

สุขภาพหรือด้านจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางด้านสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม และ ปัญหาความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้น กระทบต่องานหรืองานบ้าน

ประชากรตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย และหย่าร้าง มีปัญหาความรู้สึกเจ็บป่วยทางกายในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาในสัดส่วนที่เท่ากัน เช่นเดียวกับผู้ตอบที่มีสถานภาพ โสดและสมรสแต่สัดส่วนน้อยกว่าเล็กน้อย นอกจากนี้ผู้ตอบที่มีสถานภาพเป็นหม้ายประเมินว่ามีปัญหาความเจ็บป่วยทางการที่เกิดขึ้น กระทบต่องานหรืองานบ้าน มีสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ตอบที่มีสถานภาพสมรสเป็น โสด สมรส และหย่าร้าง

ความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

การประเมินสุขภาพด้านความรู้สึกและความคิดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประชากรตัวอย่างประเมินว่า เป็นคนร่าเริงมีสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมาคือรู้สึกสงบสบายใจ และรู้สึกเต็มไปด้วยพลัง ส่วนความรู้สึกเหมือนหลุดเป็นขึ้นมีสัดส่วนน้อยที่สุด ทั้งเพศชายและเพศหญิงประเมินว่ารู้สึกเป็น คนร่าเริงมีสัดส่วนสูงใกล้เคียงกัน นอกจากนี้เพศหญิงมีความรู้สึกหมดอาลัยมากกว่าเพศชาย คนโสดประเมินว่ารู้สึกเป็นคนร่าเริงมีสัดส่วนมากกว่าคนที่สถานภาพสมรสเล็กน้อย ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้ายประเมินว่ามีความรู้สึกสงบสบายใจสูงสุด ขณะที่ผู้ที่มีสถานภาพหย่าร้างประเมินว่ารู้สึกเหมือนหลุดเป็นขึ้นๆ ในสัดส่วนน้อยกว่าผู้ตอบที่มีสถานภาพอื่นๆ

เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ประชากรตัวอย่างช่วงอายุ 20- 24 ปี ประเมินว่าในรอบ 1 เดือน มีความรู้สึกและมีความคิดว่าเป็นคนใจกว้างพอควรมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆอย่างเห็นได้ชัดเจน นอกจากนี้ ประชากรตัวอย่างทุกช่วงอายุประเมินว่าส่วนใหญ่เป็นคนร่าเริงมีสัดส่วนที่สูงมาก ถัดมาคือ รู้สึกสงบสบายใจ และรู้สึกเต็มไปด้วยพลัง ส่วนความรู้สึกหรือความคิดรู้สึกเหมือนหลุดเป็นขึ้นๆ พบว่า ประชากรตัวอย่างทุกช่วงอายุ ประเมินว่ามีความคิดหรือรู้สึกแบบนี้้น้อยมาก

การประเมินสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

การประเมินสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ประชากรส่วนใหญ่ ประเมินว่า ไม่มีปัญหา รองลงมาคือ มีบ้างเล็กน้อย และพอสมควร ประชากรตัวอย่างเพศชายและหญิงประเมินว่าไม่มีปัญหาสุขภาพหรือจิตใจ ที่กระทบต่อ กิจกรรมทางสังคมในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

การประเมินสุขภาพตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ประเมินว่ามีสุขภาพแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่นๆ ที่รู้จักใน สัดส่วนที่สูงอย่างเห็นได้ชัดเจน เพศชายประเมินว่ารู้สึกแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่นๆ ที่รู้จักมีสัดส่วน ใกล้เคียงกันกับเพศหญิง ขณะที่เพศหญิงประเมินว่าตนเองรู้สึกป่วยง่ายกว่าคนอื่นๆ ทั่วไปสูงกว่าเพศ ชาย ประชากรตัวอย่างทุกกลุ่มสถานภาพสมรสประเมินว่าตนเองรู้สึกแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่นๆ ที่รู้จัก คนโสดมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าตนเองป่วยง่ายกว่าคนอื่นๆ ทั่วไป มีอัตราสูงกว่าสถานภาพ

สมรสอื่นๆ นอกจากนี้กลุ่มอายุ 55-59 ปี ยังประเมินว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงดีเป็นอัตราส่วนที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ

ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ของทั้ง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มักจะประเมินสุขภาพด้วยตนเองไม่แตกต่างกัน โดยประเมินว่าสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 49.70 และร้อยละ 54.48 ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบสุขภาพตนเองเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ประเมินว่าสุขภาพตนเองเหมือนเดิมเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 42 และร้อยละ 46.25)

ในขณะที่การประเมินตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน จะมีปัญหาในเรื่องความสามารถในการทำกิจกรรมหนักๆ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันทั้ง 2 โรงพยาบาล ขณะที่กิจกรรมเรื่องอาบน้ำ แต่งตัว มักจะไม่มีปัญหาอะไรเลย

การประเมินสุขภาพถึงการมีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ประชากรส่วนใหญ่ประเมินว่าไม่มีปัญหาความยากลำบากในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน เมื่อให้ประเมินถึงปัญหาทางด้านจิตใจที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวัน ประชากรส่วนใหญ่ประเมินว่ามีปัญหาทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ

ส่วนในเรื่องของการประเมินสุขภาพถึงปัญหาสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม / รู้สึกเจ็บปวดทางกาย/ ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้น กระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ตอบส่วนใหญ่ประเมินว่ามีความเจ็บปวดทางกายสูงสุด ขณะที่มีปัญหาทางสุขภาพหรือจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม และความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นต่องานประจำหรืองานบ้าน มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

เมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจประเด็นสุขภาพที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติกับงานวิจัยนี้ พบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกันในเรื่องการประเมินสถานะสุขภาพ และการประเมินสถานะสุขภาพจำแนกตามกิจกรรมต่างๆ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินสถานะสุขภาพของตนเองในปีนี้อยู่เหมือนกับปีที่ผ่านมา โดยเพศชายมีสัดส่วนของผู้ที่ประเมินว่าสุขภาพของตนเองดีสูงกว่าเพศหญิง ส่วนการประเมินสถานะสุขภาพจำแนกตามกิจกรรมต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหว ไม่มีปัญหาทางสุขภาพและจิตใจที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ไม่มีปัญหาทางสุขภาพกายที่กระทบต่องานประจำและงานบ้าน และไม่มีความรู้สึกลึบเศร้าสร้อย

คะแนน SF36 ในประชากรตัวอย่าง

ค่าคะแนน SF 36 ที่ใช้ในการวิเคราะห์ในงานวิจัยนี้ แบ่งได้เป็น 8 หมวด ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนน SF 36 พบว่า

1. คะแนนหมวด PF (Physical Functioning) หน้าที่ทางกายภาพ ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ในช่วงอายุ 20 – 24 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านกายภาพสูงสุด รองมาคือช่วงอายุ 25 – 34 ปี และ 35 –

44 ปี เพศชายช่วงอายุ 20- 24 ปี มีคะแนนด้านกายภาพสูงกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนด้านนี้น้อยที่สุด

2. คะแนนหมวด RP (Role –Physical) ความจำกัดในบทบาทเนื่องจากปัญหาทางกายภาพ ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วงอายุ 35 – 44 ปี มีคะแนนในด้านนี้สูงสุด และน้อยสุดในประชากรช่วงอายุ 55 – 60 ปี เพศชาย ช่วงอายุ 35-44 ปี มีคะแนนด้านนี้สูงสุด ขณะที่เพศหญิงช่วงอายุ 25 - 34 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด

3. คะแนนหมวด BP (Bodily Pain) ความบาดเจ็บทางร่างกาย ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนในด้านนี้สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ เพศชายช่วงอายุ 55 – 60 ปี มีคะแนนความบาดเจ็บทางร่างกายสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ ขณะที่เพศหญิง ช่วงอายุ 25 – 34 ปี มีคะแนนสูงสุด

4. คะแนนหมวด GH (General Health) สุขภาพทั่วไป ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านสุขภาพทั่วไปสูงสุด เพศชายช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูงสุดในขณะที่เพศหญิง ช่วงอายุ 35-44 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูงสุด

5. คะแนนหมวด VT (Vitality) กำลังกาย ประชากรส่วนใหญ่ช่วงอายุ 45 -54 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านกำลังกายสูงสุด เพศชายช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านกำลังกายสูงสุด ในขณะที่เพศหญิง ช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูงสุด

6. คะแนนหมวด SF (Social Functioning) หน้าที่ทางสังคม ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนด้านนี้สูงสุด เพศชายช่วงอายุ 55 -60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและสูงกว่าเพศหญิงในช่วงอายุเดียวกัน

7. คะแนนหมวด RF (Role Emotion) ความจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วงอายุ 25 – 34 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูงกว่าช่วงอายุอื่น เพศชายช่วงอายุ 55 - 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิง ในทางกลับกันเพศหญิงช่วงอายุ 35 – 44 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูงกว่าเพศชาย

8. คะแนนหมวด MH (Mental Health) สุขภาพจิต ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง ช่วงอายุ 20 – 24 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้ต่ำสุด ขณะที่ทั้งเพศชายและเพศหญิง ช่วงอายุ 55 - 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด

ผลการแบ่งระดับสุขภาพโดยการแบ่งตามชั้นความทุกข์ทรมานของประชากร

ผลการแบ่งระดับสุขภาพตามชั้นความทุกข์ทรมานของประชากรที่ศึกษาโดยใช้ผลจากการตอบแบบสอบถามการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า DC2 เป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด ในกลุ่มประชากรทั้งหมดและทั้งในเพศชายและหญิง ตามด้วย DC1, DC3 และ DC4 ตามลำดับ ยกเว้นในเพศชายของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่พบว่า DC3 สูงกว่า DC1 เล็กน้อย ข้อสังเกตเพิ่มเติมพบว่าในเพศชายนั้น DC1 สูงกว่า DC3 ในจำนวนที่สูงกว่าไม่มากนัก หรือมีจำนวนที่ใกล้เคียงกันเป็น

ส่วนมาก ส่วนในเพศหญิงของทั้งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (DC1 184 ต่อ DC3 114) และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (DC1 114 ต่อ DC3 65) ที่มี DC1 สูงกว่า DC3 ชัดเจนเกือบสองเท่า

เมื่อแบ่งกลุ่มอายุประชากรเป็น 2 กลุ่มอายุคือ กลุ่มอายุ 20-39 ปี (ซึ่งใช้เป็นตัวแทนของประชากรในวัยหนุ่มสาวและวัยฉกรรจ์) และกลุ่มอายุ 40-59 ปี (ซึ่งใช้เป็นตัวแทนของประชากรในวัยกลางคนและเข้าสู่วัยสูงอายุ) เพื่อให้สอดคล้องและสะดวกต่อการพิจารณาเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่จะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น

ผลการแบ่งระดับสุขภาพโดยจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 20-39 ปี มี DC2 มากที่สุดคือ ร้อยละ 55.70 รองมาคือกลุ่ม DC1 (ร้อยละ 26.47) ตามมาด้วย DC3 (ร้อยละ 17.17) และ DC4 (ร้อยละ 0.66%) ตามลำดับ ส่วนประชากรในกลุ่มอายุ 40-59 ปี พบว่ามี DC2 ร้อยละ 62.55% มากที่สุด รองลงมาเป็น DC3 (ร้อยละ 18.08) ตามด้วย DC1 (ร้อยละ 16.64) และ DC4 (ร้อยละ 2.73) ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามความคาดหมาย เนื่องจากในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเข้าสู่วัยกลางคนและมีอายุสูงขึ้น ดังนั้นจึงคาดการณ์ได้ว่าจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าในกลุ่มอายุ 20-39 ปี

ข้อสังเกตที่สำคัญ คือ พบว่า DC2 เป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด และกลุ่มประชากรตัวอย่างของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าไม่พบ DC4 เมื่อวิเคราะห์ด้วยค่าสัดส่วนระหว่าง DC1 และ DC3 พบว่าในกลุ่มอายุ 20-39 ปี มีสัดส่วนของ DC1/DC3 ในเพศชายเท่ากับ 1.54 ส่วนในเพศหญิงเท่ากับ 2.62 ซึ่งแสดงว่าในเพศหญิงกลุ่มอายุ 20-39 ปี มีลักษณะการกระจายของ DC ที่ดีกว่าในเพศชายที่อยู่ในกลุ่มอายุเดียวกัน ส่วนในกลุ่มอายุ 40-59 ปี มีสัดส่วนของ DC1/DC3 ในเพศชายเท่ากับ 0.60 ส่วนในเพศหญิงมีค่าดังกล่าวเท่ากับ 0.74 ข้อมูลนี้สะท้อนถึงปัญหาสุขภาพในกลุ่มอายุ 40-59 ปีทั้งในเพศชายและเพศหญิงซึ่งสูงกว่าในกลุ่มอายุ 20-39 ปี

ระดับสุขภาพที่พบมากที่สุดในกลุ่มประชากร คือ DC2 แสดงว่าประชากรส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ยังไม่จัดว่าเป็นโรค ไม่พบระดับ DC5 ในกลุ่มประชากรทำงานที่มาตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งนี้เพราะกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษานี้เป็นกลุ่มที่สามารถทำงานหรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ และได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีจากโรงพยาบาล

ระดับสุขภาพที่พบน้อยที่สุดในกลุ่มประชากร คือ DC4 กลุ่มประชากรที่อยู่ในเมืองใหญ่และแถบปริมณฑล มีลักษณะการกระจายของสุขภาพใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตามประชากรที่อยู่ในเมืองใหญ่ ผู้ที่ทำงานมีปัญหาสุขภาพสูงสุดในระดับ DC4 ส่วนประชากรในแถบปริมณฑล ผู้ที่ทำงานมีปัญหาสุขภาพสูงสุดในระดับ DC3 ประชากรในกลุ่มอายุ 20-39 ปี มีปัญหาสุขภาพน้อยกว่าประชากรในกลุ่มอายุ 40-59 ปี ประชากรเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพน้อยกว่าประชากรเพศชาย

ในอุดมคตินั้นย่อมคาดการณ์ว่าประชากรควรมีสุขภาพที่ดี และควรเป็นกลุ่มที่มีมากที่สุด แต่ผลการสำรวจพบว่าประชากรส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งอยู่ (DC2) อย่างไรก็ตามยังจัดอยู่ในระดับที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง แม้จะไม่เป็นไปตามอุดมคติก็ตาม

ประชากรในกลุ่ม DC2 ที่มีอยู่เป็นจำนวนมากที่สุดนั้น เป็นกลุ่มที่สามารถแก้ไขและปรับปรุงให้สุขภาพเป็นปกติได้ (reversible stage) ส่วนกลุ่มที่อยู่ในระดับ DC3 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง และความเจ็บป่วยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต มีจำนวนร้อยละ 17.31 หรือประมาณ 1 ใน 6 ในขณะที่ DC4 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง และความเจ็บป่วยนั้นมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต มีจำนวนร้อยละ 1.56 ซึ่งหากรวม DC3 และ DC4 เข้าด้วยกัน จะมีจำนวนร้อยละ 18.87 หรือประมาณเกือบ 1 ใน 5 ข้อที่น่าสังเกตคือ ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกันของกลุ่มประชากรทั้งชายและหญิง ของทั้งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ด้วย และเมื่อทำการเปรียบเทียบกลุ่มประชากรชายและหญิงของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่ากลุ่มประชากรทั้งชายและหญิงที่กลุ่มอายุ 20-39 ปี ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีลักษณะการกระจายของสุขภาพที่ดีกว่าของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า แต่ในเพศหญิง กลุ่มอายุ 40-59 ปี ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มีลักษณะการกระจายของสุขภาพที่ดีกว่าของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และดีกว่ากลุ่มอื่นๆ ในกลุ่มอายุเดียวกัน

คะแนน SF36 กับการแบ่งชั้นของความทุกข์ทรมาน

ค่าคะแนนของกลุ่ม DC 1 ควรมีค่าสูงกว่าค่าคะแนนในกลุ่ม DC2 DC2 ควรสูงกว่า DC3 และ DC3 ควรสูงกว่า DC 4 จากการวิเคราะห์ค่าคะแนน SF36 ในประชากรตัวอย่าง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยในบางช่วงอายุของแต่ละเพศไม่สอดคล้องกับที่ควรจะเป็น จึงยังไม่สามารถนำคะแนน SF 36 มาใช้ในการแบ่งแยกชั้นของความทุกข์ทรมานได้โดยตรง รวมทั้งยังไม่สามารถหาช่วงคะแนนใน SF36 ที่เหมาะสมในการแบ่งแยกชั้นของความทุกข์ทรมานได้ ผลที่ได้นี้อาจพอสรุปได้ว่าการใช้แบบสอบถามที่พัฒนามาจากแบบประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเอง SF 36 จากตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอในการแบ่งแยกระดับชั้นของความทุกข์ทรมานได้ ผลจากการศึกษาโดยวิธีการนี้มีแนวโน้มที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอและยังไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการตรวจสุขภาพประชากรไทย

ผลการวิจัยระยะที่ 2

จากการทำเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวาน (DM type II) ที่ไม่มีปัญหา stroke heart disease renal disease และ liver disease ร่วมอยู่ด้วย และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยวิธีการฉีดอินซูลินเท่านั้น ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดมาก่อน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้มีการทดลองใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นระยะเวลา 3 เดือน และ กลุ่มหลัง เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีการทดลองใช้เครื่องดังกล่าว ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้ทำการบันทึกค่าน้ำตาลที่ตรวจวัดได้ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ในช่วงเริ่มต้นหรือตลอดระยะเวลา 1 เดือนแรกของการเข้าร่วมโครงการวิจัย และปรับลดการตรวจวัดลงตามความเหมาะสมโดยแพทย์ผู้ทำการรักษา รวมทั้งต้องบันทึกจำนวนอินซูลินที่ใช้ทุกวันตลอดระยะเวลา 3 เดือน

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางการแพทย์

ในการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พบว่ามีผู้ป่วยในกลุ่ม 1 เหลืออยู่ 35 จากจำนวนเริ่มต้น 40 ขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 2 เหลืออยู่ 32 จากจำนวนเริ่มต้น 40 โดยผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณสมบัติทั่วไป (อายุ การศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน) ที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สัดส่วนเพศชายต่อหญิงในกลุ่มที่สมัครใจใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพาไม่แตกต่างกัน ในขณะที่กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่สมัครใจมาติดตามการรักษาตามวิธีมาตรฐานปกติที่แพทย์ให้บริการอยู่โดยไม่ใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพา มีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าชายอย่างชัดเจน

เมื่อติดตามผู้ป่วยไปจนครบ 3 เดือน พบว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ FPG, HbA1C, Creatinine, ALS, Cholesterol, HDL-C, และ Triglyceride ซึ่งแสดงโดยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 นั้น มีผลการตรวจ FPG, HbA1C, และ HDL-C เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหลือไม่พบว่ามีเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มที่ 2 ไม่พบว่ามีเปลี่ยนแปลงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในรายการใดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าการใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพาสามารถช่วยผู้ป่วยให้ปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารกินอยู่ได้ แม้ว่าจะใช้เวลาสั้นๆ เพียง 3 เดือน ก็ตาม

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลจากการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในการรักษาโรคเบาหวาน

ต้นทุนในการรักษาโรคเบาหวานจะแบ่งออกเป็น 1) ต้นทุนทางตรง 2) ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) เมื่อนำต้นทุนค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดมารวมกันได้เป็นต้นทุนรวมของการรักษาเบาหวานของผู้ป่วยจะเท่ากับ 16,906.4 บาทต่อปี หากผู้ป่วยใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลชนิดพกพาจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นประมาณ 12,620-36,447 บาทในปีแรกตามแต่ความถี่ในการใช้อุปกรณ์

การศึกษาในครั้งนี้ ได้นำเครื่องตรวจเจาะระดับน้ำตาลเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาควบคู่ไปกับการรักษาโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่แล้วจากโรงพยาบาล ประสิทธิภาพของการใช้เครื่องตรวจเจาะระดับน้ำตาลควบคู่ไปกับการรักษาที่มีอยู่จะถูกนำไปเปรียบเทียบกับประสิทธิภาพของการรักษาโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่เพียงอย่างเดียว ประสิทธิภาพของการรักษาโรคเบาหวานทั้งสองวิธีจะถูกวัดจากจำนวนของผู้ป่วยที่แสดงแนวโน้มของการควบคุมการบริโภคอาหารที่น้ำตาลได้ดี นั่นคือมีการเปลี่ยนแปลงของค่า HbA1c ที่ได้ตรวจวัด ณ เวลา 0 และ ณ เวลา 3 เดือน มีค่าลดลงเมื่อเปรียบเทียบ นอกจากนี้ ค่า HbA1c ที่ได้ ณ เวลาที่ 3 นี้จะถูกนำไปพิจารณาต่อโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย HbA1c ที่กำหนดควรมีค่าน้อยกว่า 7

การศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในทั้งสองกลุ่มมีค่า HbA1c ณ เวลา 0 โดยเฉลี่ยแล้วมากกว่า 8.5 (ค่าเฉลี่ย HbA1c ของกลุ่มผู้ป่วยที่ทดลองใช้และไม่ทดลองใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลเท่ากับ 8.94 และ 8.66 ตามลำดับ) การที่ผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถลดค่า HbA1c ให้เหลือน้อยกว่า 7 ในระยะเวลา 3 เดือนนั้นอาจจะเป็นการยากสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นการศึกษานี้จึงได้รวมการพิจารณากรณีที่ค่า HbA1c ณ เวลา 3 มีค่าอยู่ระหว่าง 7-8 เข้าด้วย จำนวนของผู้ป่วยที่เข้าข่ายดังกล่าวแสดงถึงประสิทธิผลของการรักษาโรคเบาหวานในแต่ละวิธี การที่ผู้ป่วยเบาหวานมีค่า HbA1c ที่ลดลงนั้นสามารถแสดงถึงความสามารถในการควบคุมน้ำตาล แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลลดลงยังเป็นผลในระยะปานกลาง สุดท้ายแล้วคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้นเป็นเป้าหมายสุดท้ายที่ต้องการ

การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล

ในกรณีที่พิจารณาต้นทุน-ประสิทธิผลจากจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า HbA1C ลดลงน้อยกว่า 7 พบว่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาเบาหวานมีค่าเท่ากับ 44,759.8 บาทต่อหัว ต่ำกว่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาเบาหวานโดยไม่ใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลซึ่งมีค่าเท่ากับ 149,106.9 บาทต่อหัว และเมื่อพิจารณาต้นทุน-ประสิทธิผลจากจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า HbA1C ลดลงและอยู่ระหว่าง 7-8 พบว่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลมีค่าเท่ากับ 19,893.24 บาทต่อหัว ต่ำกว่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาเบาหวานโดยไม่ใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลซึ่งมีค่าเท่ากับ 21,301 บาทต่อหัว ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการนำเครื่องตรวจระดับน้ำตาลเข้ามาใช้ในการรักษาเบาหวานมีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาเบาหวานโดยวิธีการรักษาแบบเดิมเพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลร่วมในการรักษา ร้อยละ 37.5 มีการควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น ในขณะที่ร้อยละ 62.5 การควบคุมระดับน้ำตาลยังไม่ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้นี้ไม่สอดคล้องกับผลที่ได้จากแบบสอบถามที่สัมภาษณ์กลุ่มผู้ใช้เครื่องถึงความเห็นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล จากแบบสอบถามพบว่ากลุ่มผู้ทดลองใช้ประมาณร้อยละ 54 เห็นว่าภายหลังการใช้ POCT แล้ว ตนเองได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ในขณะที่มีผู้ทดลองใช้ประมาณร้อยละ 45 เห็นว่าตนเองไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภคแต่อย่างใด

นอกจากนี้ มีเพียงร้อยละ 46.2 ของผู้ที่ตอบแบบสอบถามว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภคเท่านั้น ที่มีผลของค่า HbA1C ลดลงจริง และไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างผลที่ได้จากแบบสอบถามโดยให้ผู้ป่วยประเมินตัวเอง และผลการศึกษาจากห้องปฏิบัติการ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การศึกษานี้พิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานจากองค์ประกอบต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ อุปสรรคในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อาการ โรคเบาหวานในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ความถี่ของ

อาการและความรู้สึกทุกข์กังวลใจ อาการขาดตามปลายเท้า ปัญหาในการทำงาน เช่นต้องหยุดงาน ความสามารถในการมาโรงพยาบาล ผลกระทบต่อเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลในครอบครัว และความพอใจในความเป็นอยู่ของตนเองในปัจจุบัน

จากผลการศึกษาพบว่า ณ เวลา 0 ก่อนการทดลองใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาล กลุ่มผู้ทดลองใช้ POCT มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต สูงกว่ากลุ่มผู้ไม่ทดลองใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลเพียงเล็กน้อย และหลังจากสิ้นสุดโครงการ ณ เวลา 3 พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นกว่าเดิมเพียงเล็กน้อย เนื่องด้วยความแตกต่างระหว่างระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นนั้นไม่ชัดเจนเพียงพอที่นำไปสู่ข้อสรุปว่ากลุ่มผู้ทดลองใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ทดลองใช้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลา ระยะเวลาในการศึกษาที่สั้นในช่วงระยะเวลาเพียง 3 เดือน อาจจะไม่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมากนัก การวัดคุณภาพชีวิตอาจจะเป็นตัวชี้วัดได้ดีหากมีระยะเวลาของการทดลองมากกว่านี้

ความพึงพอใจที่ได้รับจากการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลชนิดพกพา

กลุ่มผู้ทดลองใช้ส่วนใหญ่มีความพอใจโดยรวมมากต่อเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล ผู้ทดลองใช้ส่วนใหญ่แสดงความมั่นใจต่อผลการตรวจที่ได้จากเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในระดับปานกลางถึงมาก โดยส่วนใหญ่ไม่รู้สึกลำบากหรือหงุดหงิดต่อการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล นอกจากนี้กลุ่มผู้ทดลองใช้ส่วนใหญ่เห็นว่าการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลไม่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน กลุ่มผู้ทดลองใช้ส่วนใหญ่เห็นว่าเจ้าหน้าที่/พยาบาลให้คำอธิบายถึงวิธีใช้ได้อย่างละเอียดครบถ้วนดีแล้ว สำหรับรูปทรงของเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล ผู้ทดลองใช้เกือบทั้งหมดเห็นว่ารูปทรงนั้นใช้สะดวกและง่ายต่อการพกพา โดยส่วนใหญ่เห็นว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้อุปกรณ์มีความคุ้มค่ามากกว่าราคาที่ควรจ่าย

การวิเคราะห์เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลด้วยวิธีเสนอคูณค่า

การศึกษานี้ได้ทำการวิเคราะห์เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลด้วยวิธีเสนอคูณค่า โดยคุณค่าประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนหนึ่งจะมาจากต้นทุนของเครื่องมือแพทย์ที่จะต้องมียาที่ไม่สูงนัก และคุณค่าส่วนที่ 2 จะมาจากประสิทธิภาพที่ได้รับจากการใช้เครื่องมือแพทย์ที่สามารถระบุออกมาชัดเจน โดยการวิเคราะห์วิธีต้นทุน-ประสิทธิภาพ

ในส่วนที่ 1 ต้นทุนของเครื่องมือแพทย์จะต้องมียาที่ไม่สูงนัก จากผลการศึกษา พบว่าประมาณร้อยละ 51 ของผู้ทดลองใช้ตัดสินใจที่จะไม่ซื้อเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล โดยประมาณครึ่งหนึ่งเห็นว่าเครื่องดังกล่าวมีราคาสูง แต่ผู้ทดลองใช้ส่วนใหญ่เห็นว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้อุปกรณ์นั้น มีความคุ้มค่ากับราคาที่ควรจ่าย สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ทดลองใช้รับรู้ถึงคุณค่าของเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล แต่ด้วยเหตุผลบางประการ จึงทำให้ผู้ทดลองใช้ไม่สามารถซื้อเครื่องเป็นของตนเอง

สำหรับในส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพที่ได้รับจากการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล จากการศึกษาพบว่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลมีค่าเท่ากับ 19,893.24 บาทต่อหัว ต่ำกว่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาเบาหวานโดยไม่ใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลซึ่งมีค่าเท่ากับ 21,301 บาทต่อหัว ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการนำเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลเข้ามาใช้ในการรักษาเบาหวานมีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาเบาหวานโดยวิธีการรักษาแบบเดิมเพียงอย่างเดียว เพราะฉะนั้น จากผลการศึกษาจึงสามารถสรุปได้ว่าเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน และช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

ส่วนที่ 3 แนวทางการวางระบบการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ

ในการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานนั้น หัวใจสำคัญอยู่ที่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับปกติให้มากที่สุด ทั้งนี้เพราะการปล่อยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่นานโดยไม่ควบคุม ในช่วงแรกนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกอะไรเลย แต่ภายในร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นทีละเล็กละน้อย รวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับของสารต่างๆ ในเลือดตามมา การปล่อยปละละเลยเป็นเวลานานทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดขนาดเล็ก การที่จะป้องกันความเสื่อมของหลอดเลือดขนาดเล็กนั้น จะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ต่ำกว่า 140 มก./ดล. หรือน้ำตาลที่เกาะอยู่ที่ฮีโมโกลบินให้ต่ำกว่าร้อยละ 7 และหากยังไม่ควบคุมระดับน้ำตาลให้ดี หลอดเลือดที่มีขนาดใหญ่ก็จะมีปัญหาอาการผิดปกติต่างๆ ตามมา อาการเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วก็ไม่อาจแก้ไขให้กลับคืนสภาพปกติดังเดิม และอาจทำได้เพียงหยุดหรือชะลอไม่ให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้นหรือเลวร้ายลงไปอีกได้เท่านั้น

จากการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลมีส่วนช่วยผู้ป่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้ดีขึ้น รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกร่วมมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น ทำให้เกิดความพยายามในการดูแลตนเองและให้ความร่วมมือกับแพทย์มากขึ้น ดังนั้นแนวทางในการวางระบบการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมโดยเร็วที่สุดด้วยซึ่งจะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ใกล้กับระดับปกติมากที่สุดได้โดยง่ายด้วย และได้เสนอแนวทางการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับที่ 1 เป็นการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานในระยะเริ่มแรก ซึ่งหากพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติไม่มากนัก แพทย์จะเริ่มด้วยการให้ผู้ป่วยควบคุมอาหาร การใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดในระดับนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหารได้ดีขึ้น และเรียนรู้ที่จะระมัดระวังในการรับประทานอาหารได้ดี ซึ่งหากได้ผลดีผู้ป่วยก็สามารถที่จะอยู่ในสถานภาพเช่นนั้นไปได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยารับประทานหรือยาฉีด ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีพยากรณ์โรคดี และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำและหากจะเกิดก็เกิดขึ้นช้ากว่ากลุ่มที่ควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผู้ป่วยจึงสามารถดำรงชีวิตใกล้เคียงกับคนปกติ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างมีความมั่นใจ

ระดับที่ 2 เป็นการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อผู้ป่วยต้องควบคุมเบาหวานด้วยยา ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีโอกาสทั้งที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกว่าหรือต่ำกว่าปกติก็ได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทั้งสองนี้จัดเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากจะใช้เพื่อช่วยในการควบคุมติดตามการรักษาเพื่อป้องกัน โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวแล้ว ยังใช้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้นได้และมีอันตรายมากกว่า การใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดในระดับนี้จะช่วยให้สามารถควบคุมปริมาณยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

ระดับที่ 3 เป็นการใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ในกรณีที่มีแม้จะได้รับการรักษาแล้ว การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังมีการแกว่งหรือไม่อยู่ในระดับที่เหมาะสม ดังนั้นจึงต้องมีปรับปริมาณยา การใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นเพื่อให้ทราบถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อที่จะสามารถปรับปริมาณยาให้เหมาะสมและไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

สำหรับผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลในเลือดมีการแกว่งมากหรือไม่อยู่ในระดับที่เหมาะสม ทั้งที่ได้ทำการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มีพยากรณ์โรคไม่ดี มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้ทั้งภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวและระยะสั้นดังที่ได้กล่าวแล้ว สำหรับภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวนับเป็นปัญหาโครงสร้างประชากร เพราะจะมีกลุ่มประชากรที่มีความทุพพลภาพสูง ต้องการการดูแลและการใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้นในอนาคต ในขณะที่ไม่สามารถสร้างผลผลิตให้แก่ประเทศได้อย่างเต็มที่ สำหรับภาวะแทรกซ้อนในระยะสั้นนั้นมีผลต่อโครงสร้างประชากรเนื่องจากประชากรมีอายุสั้นลง ทำให้ประเทศสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่ได้สร้างขึ้น โดยประเทศไม่อาจได้รับประโยชน์จากทรัพยากรบุคคลที่ลงทุนไป

7.2 ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้พบว่าสุขภาพสุขภาพคนไทยอายุ 20-59 ปี กว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในกลุ่มที่เริ่มมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 ที่พบว่า เพศชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73 และเพศหญิงร้อยละ 55 มีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอย่างน้อย 1 ปัจจัยโดยปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษาคือ ความดันโลหิตสูง โคเลสเตอรอลในเลือดสูง เบาหวาน สูบบุหรี่เป็นประจำ และน้ำหนักเกิน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549) ขณะที่ความคาดหวังในเรื่องสุขภาพนั้น ต้องการให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี และควรมีสถานะสุขภาพที่ดีนี้สูงกว่าครึ่งหนึ่งด้วย จากพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศชาติ ซึ่งควรสามารถแสดงบทบาทหรือทุ่มเทการทำงานได้อย่างเต็มที่ โดยมีปัญหาด้านสุขภาพที่ได้รับการป้องกัน

ควบคุมและดูแลที่ดี และเพื่อไม่ให้เป็นการละเมิดของชาติในด้านงบประมาณในการดูแลรักษาสุขภาพในอนาคต ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้สรุปข้อเสนอแนะไว้ดังนี้

1. ควรจัดให้มีองค์กรหรือหน่วยงานที่จะให้คำแนะนำหรือความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประชากรที่อยู่ใน DC1 และ DC2 การมอบหมายให้ภาระการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นภาระของแพทย์และโรงพยาบาลโดยปราศจากหน่วยงานสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ ทำให้นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าซ่อมดำเนินการไปได้ยาก เนื่องจากกำลังแพทย์มีอยู่อย่างจำกัดในขณะที่ภาระงานบริการของโรงพยาบาลต่างๆ มีปริมาณสูง อีกทั้งยังมีงบประมาณที่จำกัด ทำให้โรงพยาบาลต่างๆ และแพทย์มุ่งให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาหนักหรือมากกว่า ดังนั้นผู้ที่มีปัญหาเพียงเล็กน้อยหรือไม่มากจึงง่ายต่อการถูกละเลย หรือมีโอกาสเข้าถึงบริการได้ยากกว่า
2. ควรมีการดำเนินการด้านการให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชน โดยให้เข้าถึงประชาชนอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และควรใช้สื่อต่างๆ ให้เหมาะสมต่อกลุ่มประชาชน และควรมีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ โดยภาครัฐควรเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการอย่างจริงจังและให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม
3. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน ในกลุ่มอายุและเพศต่างๆ ทั้งนี้เพราะผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มอายุที่สูงขึ้นหรืออายุ 40-59 ปี มีปัญหามากกว่า กลุ่มอายุที่น้อยกว่าหรืออายุ 20-39 ปี ดังนั้นจึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอย่างเหมาะสมตามกลุ่มอายุ ส่วนในเรื่องเพศนั้นพบว่าเพศชายมีปัญหามากกว่าเพศหญิง การศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดลักษณะสุขภาพดังกล่าว จะสามารถนำมาใช้ปรับปรุงและป้องกันสุขภาพในเพศชายได้มีประสิทธิภาพขึ้น นอกจากนี้พบว่าเพศหญิงกลุ่มอายุ 40-59 ปี ที่ใช้ชีวิตในเมืองใหญ่มีปัญหาสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ในกลุ่มอายุเดียวกัน ขณะที่เพศหญิงในกลุ่มเดียวกันที่ใช้ชีวิตในแถบปริมณฑลกลับมีปัญหาสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ในกลุ่มอายุเดียวกัน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อช่วยลดปัญหาสุขภาพของเพศหญิงในเมืองใหญ่ และส่งเสริมสุขภาพของทุกกลุ่ม ที่อยู่ในอายุเดียวกันให้ดีขึ้น
4. ควรมีการติดตามสุขภาพของประชากรในกลุ่มต่างๆ ว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร เพื่อจะได้ทราบถึงพลวัตการเปลี่ยนแปลง เป็นการเฝ้าระวังและช่วยให้การส่งเสริมสุขภาพสามารถกำหนดทิศทางได้สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพของประชาชนที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง
5. ภาครัฐควรส่งเสริมให้ประชาชนสนใจและให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายเป็นประจำ โดยจัดให้มีสถานที่การออกกำลังกายให้เพียงพอ พร้อมทั้งจัดหาผู้ให้คำแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เพศ และอายุ แก่ประชาชน
6. ภาครัฐควรส่งเสริมและรณรงค์การงดดื่มสุราและสูบบุหรี่อย่างจริงจัง

จากผลการวิจัยในระยะที่ 2 พบว่า การใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพาสามารถช่วยผู้ป่วยให้ปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินอยู่ได้ แม้ว่าจะใช้เวลาสั้นๆ เพียง 3 เดือน ก็ตาม จากการศึกษานี้ได้ให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยในการใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์น้ำตาลชนิดพกพา และทำการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเคร่งครัดตามคำแนะนำของแพทย์และทีมรักษาพยาบาล และแนะนำให้สถานพยาบาลจัดให้มีทีมรักษาพยาบาลทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเมื่อมีความจำเป็น นอกจากนี้ควรใช้แนวทางในการวางระบบการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพตามที่เสนอ

การศึกษานี้ได้พยายามหาช่วงคะแนน SF36 จากการแบบประเมินสถานะสุขภาพ SF 36 ในการจัดชั้นระดับของความทุกข์ทรมาน แต่พบว่าการนำคะแนน SF 36 มาใช้ในการแบ่งแยกชั้นของความทุกข์ทรมานนั้นไม่สามารถทำได้โดยตรง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว เพื่อหาเครื่องมือและวิธีการที่เหมาะสมในการตรวจสอบสุขภาพของประชากร ได้ดีกว่าหรือเทียบเคียงกับเครื่องมือและวิธีการที่ใช้ในปัจจุบัน

แม้ว่าประชากรตัวอย่างในงานวิจัยนี้จะเป็นเฉพาะผู้ที่เข้ารับการตรวจร่างกายประจำปีที่โรงพยาบาลของรัฐบาลเพียงสองแห่งคือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งประชากรตัวอย่างนั้นไม่ได้ถูกคัดเลือกมาโดยใช้หลักเกณฑ์การสุ่มตัวอย่างแบบที่ใช้ความน่าจะเป็น ดังนั้นการนำผลของการวิจัยในส่วนแรกไปใช้อ้างอิงจึงควรต้องใช้ความระมัดระวัง แต่อย่างไรก็ตาม ผลของการวิจัยนี้ก็สะท้อนให้เห็นถึงภาพของปัญหาสุขภาพของประชากรในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลได้ในระดับหนึ่ง การขยายขอบเขตการวิจัยให้ครอบคลุมประชากรทุกภาค และการทำการวิจัยต่อเนื่องเป็นระยะ เช่น 5 ปี หรือ 10 ปี จะทำให้เห็นภาพของสุขภาพประชาชนและทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่ลงทุนไปว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพียงใด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

เกื้อ วงศ์บุญสิน. 2546. การปั่นผลทางประชากรอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทย.

ใน เอกสารประกอบการประชุมเพื่อเตรียมการจัดประชุมเสนอบทความทางวิชาการที่อาศัยฐานแนวคิดเรื่อง การใช้ประโยชน์จากโอกาสด้านการปั่นผลทางประชากร และเพื่อป้องกันมิให้โอกาสนั้นกลายเป็นภัยคุกคามบั่นทอนความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของไทยสนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.). 27 พฤษภาคม 2546 ณ ห้องประชุมวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.

เกื้อ วงศ์บุญสิน, สุวามี สุรเสียงสังข์, จินตนา เพชรานนท์, ปรียา มิตรานนท์ และ กิตติ ลิ้มสกุล. 2546. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย (พ.ศ. 2543-2546): ผลต่อการกำหนดทิศทางการนโยบายประชากรในอนาคต. เอกสารวิทยาลัยประชากรศาสตร์หมายเลข 293/46. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์. 2548. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. ใน วิทยา ศรีดามา, บรรณาธิการ.

Evidence-based clinical practice guideline ทางอายุรกรรม 2548. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2549. การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. นนทบุรี.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2543. สถานะของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆ ของประเทศ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2547. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2568. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร.

อุทัยทิพย์ รักรรยาบรรณ และ ปราโมทย์ ประสาทกุล. 2545. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการอยู่อาศัยในครัวเรือนของประเทศไทย พ.ศ.2513-2543. ใน เอกสารการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2545. วันที่ 21-22 พฤศจิกายน 2545 ณ ห้องประชุมชั้น 2 อาคารสถาบัน 3 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.

ภาษาอังกฤษ

ADA. Checking Your Blood Glucose. <http://www.diabetes.org/type-2-diabetes/blood-glucose-checks.jsp>

A.H. Aamir. 2004. Targets for treating type 2 diabetes and preventing its complications: Can we achieve it ?. **Pakistan J. Medical Res.** 43, 2.

Asian Development Bank, 1997. **Emerging Asia**, Manila. Quoted in Bloom, David E., David Canning and Jaypee Sevilla, 2003. **The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequence of Population Change**, 51. Santa Monica: Rand.

Bloom, D.E. and R. Rosovsky. 2001. Higher Education and International Development. **Current Science**, (81) 3, August 10. 252-256. Quoted in Bloom, David E., David Canning and Jaypee Sevilla. 2003. **The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequence of Population Change**, 56. Santa Monica: Rand.

Countries at the Right Stage of Development Can Reap a Demographic Dividend. 2002. **The Economist** December 5.

Making Smart IT Choices: Understanding Value and Risk in Government IT Investments. Center for Technology in Government. <http://www.ctg.albany.edu/publications/guides/smartit2?chapter=13&ion=4>

Economics Focus Does Population Matter?. 2002. **The Economist** December 5.

Guest, P. and J. Tan. 1994. **Transformation of Marriage Patterns in Thailand**. IPSR Publication 176. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Kost GJ. 2002. Controlling economics, preventing errors, and optimizing outcomes in point-of-care testing. In: Kost GJ, Ed. **Principles and Practice of Point-of-Care Testing**, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kost GJ. 2002. Goals, guidelines, and principles for point-of-care testing. In: Kost GJ, Ed. **Principles and Practice of Point-of-Care Testing**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kost GJ. 2002. **Principles and Practice of Point-of-Care Testing**. Philadelphia: Lippincott, Williams, and Wilkins.

Kost GJ. 2002. The Hybrid Laboratory, Therapeutic Turnaround time, Critical limits, Performance maps, and Knowledge optimization. In: Kost GJ, Eds. **Principles and Practice of Point-of-Care Testing**, 13-25. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Lee, R., A. Mason, and T. Miller. 2000. "Life Cycle Saving and Demographic Transition: The Case of Taiwan, **Population and Development Review**, Vol.26, (Suppl.), pp. 194-222. Quoted in Bloom, David E., David Canning and Jaypee Sevilla. 2003. **Ibid**.

Meltzer, D. Ph.D. 1992. Mortality Decline, the Demographic Transition, and Economic Growth, dissertation, University of Chicago, Department of Economics . Quoted in Bloom, David E., David Canning and Jaypee Sevilla, 2003. **The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequence of Population Change**, 51. Santa Monica: Rand.

Perla, Michael L. 2003. What's Your Value Proposition?. <http://www.marketingprofs.com/3/perla8.asp>

Pete Engardio. 2002 . The Chance of a Lifetime: Poor Nations Get a ‘Demographic Dividend. **Business Week online International-Asian Cover Story**. March 25.

Taylor C. Home. 2003. Health – Telemedicine’s Kept Promise. **World Market Series Business Briefing (Global Healthcare 2003)**.

The Chance of a Lifetime: Poor Nations Get a “Demographic Dividend”. 2002. **Business Week Online** March 25.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

โครงการแสวงหาแนวทางในการลดปัญหาด้านสุขภาพของประชากรเพื่อเพิ่มการบริการปันผล
ทางประชากรที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

เลขที่ผู้ตอบแบบสอบถาม		□□□□
ชื่อ-สกุลผู้ตอบแบบสอบถาม		
ที่อยู่		
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (ถ้ามี)		□-□□□□-□□□□
โรงพยาบาลที่ตรวจร่างกาย	① โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ② โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ③ อื่น ๆ (ระบุ).....	□
เวลาที่เริ่มทำการสัมภาษณ์	--:--	□□:□□
เวลาที่สิ้นสุดการสัมภาษณ์	--:--	□□:□□
วันที่การสัมภาษณ์เสร็จสิ้น	วัน/ เดือน/ ปี พ.ศ. -- / -- / ----	□□ / □□ / □□□□
ชื่อ-สกุลผู้สัมภาษณ์		□□□

อัตราการเต้นของหัวใจครั้ง / นาที

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

- เพศ ① ชาย ② หญิง
- วันเดือนปีเกิด.....
- อายุ (อายุเต็มปี)..... ปี
- ที่อยู่ปัจจุบัน ① กรุงเทพฯ ② นนทบุรี ③ อื่น ๆ (ระบุ).....
- สภาพสังคมที่อยู่ปัจจุบัน ① ในเขตเทศบาล ② นอกเขตเทศบาล
- อาศัยในจังหวัดที่อยู่ปัจจุบันเป็นระยะเวลานานเท่าใดปีเดือน
- สถานภาพทางการสมรส ① โสด ② สมรส ③ หม้าย ④ หย่าร้าง
- ระดับการศึกษาสูงสุด ① ไม่ได้รับการศึกษาในโรงเรียน ② ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า
③ มัธยมศึกษา ④ อาชีวศึกษา
⑤ อุดมศึกษา ปริญญาตรี โท เอก ⑥ อื่น ๆ (ระบุ)
- อาชีพ ① ลูกจ้างรัฐบาล ② ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ③ ลูกจ้างเอกชน ④ นายจ้าง
⑤ ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง ⑥ ผู้ทำงานในครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง
⑦ นิสิต นักศึกษา ⑧ นักบวช ⑨ ทำงานบ้าน ⑩ เกษตรกร
○ ประมง ○ อื่นๆ (ระบุ)
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท
- จำนวนสมาชิกในครัวเรือนคน
- ท่านต้องดูแลใครบ้างในครัวเรือน ① ไม่มี ② บิดา ③ มารดา
④ คู่สมรส/คนรัก ⑤ บุตร ⑥ ญาติ ⑦ อื่น ๆ (ระบุ).....
รวมจำนวน.....คน

□□

□

□□□□

□□□□

□□

□

□

□□ □□

□

□

□

□

□

□□

□

□

□

□□□□□□

□□

□□□

□□□□

□□

18. โดยส่วนใหญ่คุณใช้บริการดูแลสุขภาพที่ใด

- ① สถานีอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / โรงพยาบาลของรัฐ ② โรงพยาบาลเอกชน
③ คลินิกเอกชน ④ ร้านขายยา ⑤ อื่น ๆ (ระบุ).....

19. ความพอใจต่อการบริการดูแลสุขภาพที่ได้รับตามที่ระบุในข้อ 18 ในระดับใด

- ① พอใจมาก. ② พอใจ ③ ปานกลาง. ④ ไม่พอใจ ⑤ ไม่พอใจมาก

20. ปัจจุบันคุณได้ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์แบบพกพาในการดูแลสุขภาพหรือไม่

- ① ใช่ ② ไม่ใช่

เฉพาะผู้ที่ตอบว่าใช่ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

เครื่องมือลำดับที่ 1.

a. ชื่ออุปกรณ์ที่ใช้ ใช้สำหรับ

b. ความถี่ของการใช้ จำนวนครั้งต่อ ① วัน ② สัปดาห์ ③ เดือน

c. ค่าใช้จ่าย ① สูง ② เหมาะสม ③ ถูก

d. ความพอใจ ① มาก ② พอใจ ③ เฉยๆ ④ ไม่พอใจ ⑤ ไม่พอใจมาก

เครื่องมือลำดับที่ 2.

a. ชื่ออุปกรณ์ที่ใช้ ใช้สำหรับ

b. ความถี่ของการใช้ จำนวนครั้งต่อ ① ใน ② สัปดาห์ ③ เดือน

c. ค่าใช้จ่าย ① สูง ② เหมาะสม ③ ถูก

d. ความพอใจ ① มาก ② พอใจ ③ เฉยๆ ④ ไม่พอใจ ⑤ ไม่พอใจมาก

เครื่องมือลำดับที่ 3.

a. ชื่ออุปกรณ์ที่ใช้ ใช้สำหรับ

b. ความถี่ของการใช้ จำนวนครั้งต่อ ① ใน ② สัปดาห์ ③ เดือน

c. ค่าใช้จ่าย ① สูง ② เหมาะสม ③ ถูก

d. ความพอใจ ① มาก ② พอใจ ③ เฉยๆ ④ ไม่พอใจ ⑤ ไม่พอใจมาก

เฉพาะผู้ที่ตอบว่าไม่ใช่ เหตุผลที่ไม่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์แบบพกพาในการดูแลสุขภาพ

- ① ไม่สนใจตรวจ ② ใช้วิธีสังเกตตนเองแทน ③ ไปตรวจที่โรงพยาบาล
④ ไปตรวจที่คลินิก หรืออนามัยใกล้บ้าน ⑤ อื่นๆ ระบุ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3. ข้อมูลสถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเอง

21. คุณคิดว่าสุขภาพของคุณเป็นเช่นไร กรุณาเลือก

- ① ดีเลิศ ② ดีมาก ③ ดี ④ พอใช้ ⑤ ไม่ดี

22. กรุณาเปรียบเทียบสุขภาพของคุณในปีนี้กับปีที่ผ่านมา

- ① ดีกว่าปีก่อนมาก ② ดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย ③ เหมือนเดิม
④ แยกว่าปีก่อนเล็กน้อย ⑤ แยกว่าปีก่อนมาก

23. กิจกรรมประจำวันต่อไปนี้ คุณสามารถทำได้อย่างเป็นปกติหรือมีข้อจำกัดเกิดขึ้นในระดับใด

กิจกรรม	ไม่มีปัญหา (1)	มีเล็กน้อย (2)	ลำบาก (3)
a. กิจกรรมหนักๆ เช่น วิ่ง ยกของหนัก เล่นกีฬาหนักๆ			
b. กิจกรรมหนักปานกลาง เช่น คลีนย้ายโต๊ะ เล่นกอล์ฟ เล่นโบว์ลิ่ง			
c. จับจ่ายและหิ้วของใช้ประจำวันเอง			
d. เดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น			
e. เดินขึ้นบันไดชั้นสองชั้น			
f. ก้ม ย่อเข้า เขย่งเท้า			
g. เดินมากกว่า 1 กิโลเมตร			
h. เดินมากกว่า 1 ป้ายรถเมล์			
i. เดินช่วงสั้นๆ			
j. อาบน้ำ แต่งตัว			

24. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันเหล่านี้หรือไม่

	ไม่มี (1)	มี (2)
a. จำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน		
b. ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ		
c. มีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน		
d. มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน		

25. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด กังวล ที่กระทบต่องานหรือกิจวัตรประจำวันเหล่านี้หรือไม่

	ไม่มี (1)	มี (2)
a. จำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน		
b. ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ		
c. ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ		

26. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีปัญหาทางสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม หรือไม่

- ① ไม่มีเลย ② มีเล็กน้อย ③ มีพอสมควร ④ มีมาก ⑤ รุนแรง

27. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่

- ① ไม่รู้สึกเลย ② รู้สึกเล็กน้อย ③ รู้สึกพอสมควร ④ รู้สึกมาก ⑤ รู้สึกรุนแรง

28. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้น กระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด

- ① ไม่มีเลย ② มีเล็กน้อย ③ มีพอสมควร ④ มีมาก ⑤ มีรุนแรง

29. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดของคุณ ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาตอบคำถามเหล่านี้แต่ละข้อให้ใกล้เคียงกับความรู้สึกและความคิดของคุณจริงๆ

	ตลอดเวลา (6)	ส่วนใหญ่ (5)	พอสมควร (4)	บางครั้ง (3)	น้อยมาก (2)	ไม่เลย (1)
a. คุณรู้สึกเหนื่อยบ้างหรือไม่						
b. คุณเป็นคนขี้กังวลหรือไม่						
c. คุณรู้สึกหมดอาลัยหรือไม่						
d. คุณรู้สึกสงบสบายใจหรือไม่						
e. คุณรู้สึกเต็มไปด้วยพลังหรือไม่						
f. คุณรู้สึกเศร้าสร้อยหรือไม่						
g. คุณรู้สึกเหมือนหลุดเป็นชิ้นๆหรือไม่						
h. คุณเป็นคนร่าเริงหรือไม่						
i. คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่						

30. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีปัญหาทางสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติ หรือเพื่อนฝูงเป็นระยะเวลาบ่อยครั้งเพียงใด

- ① ตลอดเวลา ② ส่วนใหญ่ของเวลา ③ พอสมควร ④ มีบ้างเล็กน้อย ⑤ ไม่เลย

31. กรุณาตอบว่า ถูก หรือ ผิด ในระดับใดต่อคำถามต่อไปนี้

	ถูกต้อง อย่างยิ่ง (5)	ส่วนใหญ่ ถูกต้อง (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ส่วนใหญ่ ผิด (2)	ผิด (1)
a. ท่านรู้สึกปวยง่ายกว่าคนอื่น ๆ ทั่วไป					
b. ท่านรู้สึกแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ที่รู้จัก					
c. ท่านเกรงว่าสุขภาพของท่านจะแย่ลง					
d. ท่านแข็งแรงดีมาก					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4. ข้อมูลด้านจิตศาสตร์

32. หากศูนย์ออกกำลังกายต่างๆ ชักชวนให้ท่านเข้ารับบริการ ท่านพิจารณาที่จะเข้ารับบริการของศูนย์ฯ ดังกล่าวจากปัจจัยใดเป็นสำคัญ

- ① ตารางเวลา แนวทางและวิธีการ(Package) การออกกำลังกายที่ศูนย์ออกกำลังกายจัดไว้
- ② ราคาการใช้บริการ
- ③ การรับบริการดังกล่าวจะส่งผลให้ร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคภัย
- ④ การรับบริการดังกล่าวจะส่งผลให้ร่างกายสมส่วนบึกบึน

33. ศูนย์ออกกำลังกายที่ดีน่าจะเป็นศูนย์ออกกำลังกายที่เน้นเฉพาะ

- ① ผู้สูงอายุ
- ② วัยรุ่น
- ③ ทั้งครอบครัว
- ④ ผู้หญิงหรือผู้ชายโดยเฉพาะ

34. ในความคิดของท่านศูนย์ออกกำลังกาย น่าจะมีลักษณะเด่นดังนี้

- ① มีสมาชิกที่มีฐานะใกล้เคียงกัน
- ② เน้นลดความอ้วนเป็นสำคัญ
- ③ เน้นการลด Cholesterol
- ④ ให้บริการตลอด 24 ชม

35. โดยทั่วไปท่านพอใจที่จะใช้บริการของศูนย์ออกกำลังกายแห่งหนึ่งแห่งใดด้วยสาเหตุที่สำคัญที่สุดคือ

- ① ใช้ตามที่ได้รับรู้จากการโฆษณาจากสื่อประเภทต่างๆ
- ② ใช้ตามที่เป็นเพื่อนแนะนำ
- ③ ใช้ตามที่เหมาะหรือนักวิทยาศาสตร์การกีฬาแนะนำ
- ④ ใช้ศูนย์ที่อยู่ระหว่างการลดราคา หรือศูนย์ของหน่วยงานที่ไม่ต้องเสียเงิน

36. หากให้ท่านพิจารณาแบบการดำรงชีวิตของท่าน ท่านคิดว่าท่านน่าจะอยู่ในกลุ่มประเภทใด

- ① กลุ่มถือความสนุกล้วน
- ② กลุ่มที่มีความคล่องแคล่วตลอดเวลา
- ③ กลุ่มหัวโบราณ
- ④ กลุ่มที่มองประโยชน์ที่ได้รับเป็นสำคัญ

37. ท่านเคยตอบแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะดังกล่าวมานี้หรือไม่

- ① เคย
- ② ไม่เคย
- ③ จำไม่ได้

ขอบคุณค่ะ

โครงการตรวจสุขภาพ

Seq. No..... Date HN

ชื่อ/นามสกุล อายุ ปี เพศ M F

General appearance		<input type="checkbox"/> Average	<input type="checkbox"/> Asthenic (Thin)	<input type="checkbox"/> Obese (Fat)
Heightcm	สายตา	<input type="checkbox"/> สวมแว่น	Right	20 /
Weightkg		<input type="checkbox"/> ไม่สวมแว่น	Left	20 /
Temp °C	Pulse / min	Color blindness <input type="checkbox"/> normal		
Blood pressuremm.Hg		<input type="checkbox"/> abnormal		

Physical Examination	normal	abnormal	Remark (หมายเหตุ)
Eye			
Ear, Throat, Nose			
Thyroid gland			
Lung, Chest			
Heart			
Abdomen			
Lymph node			
Urinary tract			
Extremities			
Musculoskeleton			
Skin			

Summary and recommendation

.....

.....

.....

.....

.....

Physician.....

(งานวิจัย: การแสวงหาแนวทางในการลดปัญหาด้านสุขภาพของประชากร เพื่อเพิ่มการรับบริการบัณฑิตทางประชากรที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร)

เฉพาะเจ้าหน้าที่

Seq. No Date HN

ชื่อ-นามสกุล อายุ ปี เพศ M F

ข้อมูลการตรวจสุขภาพ (ข้อใดไม่มีข้อมูลไม่ต้องกรอก)

BP.....mm/Hg Temp.....⁰C

EKG normal
 abnormal

X-Ray normal
 abnormal

Lab data

CBC Hct.....% RBC.....x10⁶/μL MCV.....fL RDW.....
WBC.....x10³/μL Neu.....% Lym.....% Mono.....%
Eos.....% Baso.....%
WBC ค่านับสัมบูรณ์ Neu.....x10³/μL Lym.....x10³/μL Mono.....x10³/μL
Eos.....x10³/μL Baso.....x10³/μL
PLT.....x10³/μL หรือ adequate inadequate

Clin Chem Glucose mg/dL ALT U/L
BUN mg/dL ALP U/L
Creatinine mg/dL Cholesterol mg/dL
Uric acid mg/dL Tg mg/dL
AST U/L HDL mg/dL

Urinalysis Sp. gr. pH Color
Appearance WBC/hpf RBC/hpf
Epi/hpf Bact
Glu neg pos Ubg neg pos
Pro neg pos Bili neg pos
Leu neg pos Nitro neg pos
Ery neg pos Ket neg pos

Stool Exam

อื่นๆ (ถ้ามี)

.....
.....
.....
.....
.....

ชื่อผู้กรอกข้อมูล.....

คำอธิบายโครงการวิจัย

เรื่อง “การแสวงหาแนวทางในการลดปัญหาด้านสุขภาพของประชากร เพื่อเพิ่มการรับบริการปันผลทางประชากรที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร”

การวิจัยดังกล่าวเป็นการหาวิธีที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม เพื่อนำมาใช้ในการตรวจ หาระดับสถานะ และเปรียบเทียบ สุขภาพของคนไทยกลุ่มอายุต่างๆ ในปัจจุบัน เพื่อลดปัญหาด้านสุขภาพของประชากร โดยหวังว่าจะช่วยเพิ่มการรับบริการปันผลทางประชากรที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในด้านการแพทย์ และด้านการพัฒนาประเทศ

วิธีการวิจัย

คณะผู้ทำการวิจัยจะทำการวิจัยโดยการสัมภาษณ์ ตรวจสุขภาพ ตรวจเลือด และตรวจอื่นๆ ตามความเหมาะสมของช่วงอายุ และปัญหา โดยจะทำการศึกษาในกลุ่มผู้สมัครใจหรืออาสาสมัคร ทั้งที่อยู่ในเมือง และปริมณฑล

ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยนี้

1. ทราบข้อมูลด้านสุขภาพของประชากรไทยกลุ่มอายุต่างๆ ทั้งที่อยู่ในเมืองและปริมณฑล
2. เป็นข้อมูลสำหรับใช้เพื่อหาวิธีเพิ่มการรับบริการปันผลทางประชากรที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

ส่วนตัวท่านเองนั้นคณะผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบผลการวิเคราะห์ของท่าน เพื่อประโยชน์สำหรับตัวท่านเอง หากท่านต้องการ โดยการยินยอมให้ชื่อนามสกุล และที่อยู่ไว้เพื่อการติดต่อ

ผลเสียหรืออันตรายที่ท่านอาจจะได้รับ

เนื่องจากงานวิจัยนี้ไม่ได้ให้ยาหรือสารใดๆ แก่ท่าน ท่านจึงไม่ได้รับผลข้างเคียงจากยาหรือสารใดๆ งานวิจัยนี้มีการเจาะเลือดเพื่อนำมาตรวจ ซึ่งท่านจะต้องถูกเจาะเลือดจำนวนประมาณเท่าๆ ที่การตรวจสุขภาพทั่วไปพึงกระทำ และอาจมีผลข้างเคียงจากการเจาะเลือด ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในการเจาะเลือดโดยปกติทุกๆ ไป

คำยินยอมให้นำข้อมูล ผลการตรวจสุขภาพและเลือดไปใช้เพื่อการวิจัย

ข้าพเจ้า.....ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยนี้แล้ว และยินดีที่จะให้นำผลการสัมภาษณ์ การตรวจสุขภาพ การนำเลือดไปตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อันเนื่องมาจากงานวิจัยนี้ และอื่นๆ ตามจำเป็น เพื่อใช้ใน โครงการวิจัยดังกล่าวเพื่อประโยชน์แก่ส่วนรวม

วันที่..... ลงชื่อ.....

ผู้ยินยอมหรืออาสาสมัคร

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

ผู้วิจัย

พยาน

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ศ.ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02-2187358
ศ.พญ.นพวรรณ จารุกัญ ภาควิชาเวชศาสตร์ชั้นสูติร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02-2527788
รศ.ดร.สุวณี สุรเสียงสังข์ ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02-2185880



ภาคผนวก ข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

9.1 ลักษณะผลข้างเคียง (ระบุ)

ระดับความรุนแรง ① มีเล็กน้อย ② มีพอสมควร ③ มีมาก ④ มีรุนแรง

คุณรักษาอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงนี้ได้อย่างไร

- ① หยุดยาที่ได้รับทุกตัว ② หยุดยาที่ได้รับที่คิดว่าทำให้เกิดผลข้างเคียง
 ③ มาพบแพทย์ที่ทำการรักษา ④ ไปพบแพทย์ที่ใกล้บ้านที่สุด
 ⑤ อื่น ๆ (ระบุ)

9.2 ลักษณะผลข้างเคียง (ระบุ)

ระดับความรุนแรง ① มีเล็กน้อย ② มีพอสมควร ③ มีมาก ④ มีรุนแรง

คุณรักษาอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงนี้ได้อย่างไร

- ① หยุดยาที่ได้รับทุกตัว ② หยุดยาที่ได้รับที่คิดว่าทำให้เกิดผลข้างเคียง
 ③ มาพบแพทย์ที่ทำการรักษา ④ ไปพบแพทย์ที่ใกล้บ้านที่สุด
 ⑤ อื่น ๆ (ระบุ)

9.3 ลักษณะผลข้างเคียง (ระบุ)

ระดับความรุนแรง ① มีเล็กน้อย ② มีพอสมควร ③ มีมาก ④ มีรุนแรง

คุณรักษาอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงนี้ได้อย่างไร

- ① หยุดยาที่ได้รับทุกตัว ② หยุดยาที่ได้รับที่คิดว่าทำให้เกิดผลข้างเคียง
 ③ มาพบแพทย์ที่ทำการรักษา ④ ไปพบแพทย์ที่ใกล้บ้านที่สุด
 ⑤ อื่น ๆ (ระบุ)

ส่วนที่ 2. ความพึงพอใจต่อการรักษาโรคเบาหวาน

10. คุณเริ่มรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลนี้เป็นแห่งแรกหรือไม่

- ① ใช่ - เข้าไปทำข้อ 12 ② ไม่ใช่

11. คุณเปลี่ยนโรงพยาบาลหรือแพทย์ที่รักษามาแล้วกี่ครั้ง

- ① เคยเปลี่ยนมาหนึ่งครั้ง ② เคยเปลี่ยนมา 2 ครั้ง
 ③ เคยเปลี่ยนมามากกว่า 2 ครั้ง

12. ทุกครั้งที่คุณมารับการรักษาที่โรงพยาบาล คุณได้พบ

- ① แพทย์คนเดิมทุกครั้งที่มาตรวจ

ระดับความพึงพอใจต่อการตรวจรักษา

- ① ไม่พอใจอย่างมาก ② ไม่พอใจ ③ พอใจบ้าง ④ พอใจมาก ⑤ พอใจมากที่สุด

สาเหตุหลักที่ทำให้คุณไม่พอใจกับการตรวจรักษาด้วยแพทย์คนเดิม คือ

- ① แพทย์ไม่เชี่ยวชาญพอ ② รู้สึกไม่สนิทกับแพทย์
 ③ ขาดความคิดเห็นจากแพทย์คนอื่น ④ อื่น ๆ (ระบุ)

- ② แพทย์หมุนเวียนเปลี่ยนกันไป

ระดับความพึงพอใจต่อการตรวจรักษา

- ① ไม่พอใจอย่างมาก ② ไม่พอใจ ③ พอใจบ้าง ④ พอใจมาก ⑤ พอใจมากที่สุด

สาเหตุหลักที่ทำให้คุณไม่พอใจกับการตรวจรักษาด้วยแพทย์ที่หมุนเวียนเปลี่ยนไปหลาย ๆ คน

- ① ขาดความสนิทสนม ② ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง
 ③ อื่น ๆ (ระบุ)

13. ปัจจัยหลักที่ทำให้คุณเลือกโรงพยาบาลหรือแพทย์ที่รักษา

- ① ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของแพทย์ ② บริการรักษาพยาบาล เช่น พยาบาลใจดี รอคิวไม่นาน
 ③ ค่าใช้จ่ายพอสมควร ④ การเดินทางสะดวก
 ⑤ บริษัทประกันภัยหรือประกันสังคมครอบคลุม ⑥ ชื่อเสียงโรงพยาบาล

- ⑦ มีผลข้างเคียงจากการรักษา/น้อย/ไม่มีเลย ⑧ อื่นๆ (ระบุ)
14. คุณรู้สึกว่ามีความสะดวกในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลนี้หรือไม่
 ① ไม่มี ② มี
15. หลังจากการรักษาตามระยะหนึ่ง คุณคิดว่าสุขภาพร่างกายคุณดีขึ้น หรือไม่
 ① ไม่ดีขึ้นเลย ② ดีขึ้นเล็กน้อย ③ ดีขึ้นพอสมควร ④ ดีขึ้นมาก ⑤ ดีขึ้นมากที่สุด
16. คุณคิดว่าค่าใช้จ่ายที่จ่ายไปนั้นคุ้มค่าหรือสมเหตุสมผลเมื่อเทียบกับสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้หรือไม่

	ไม่คุ้มค่า อย่างยิ่ง (5)	ไม่คุ้มค่า เลย (4)	ปาน กลาง (3)	คุ้มค่า มาก (2)	คุ้มค่าอย่าง ยิ่ง (1)
a) หมอ					
b) พยาบาล					
c) ระบบการให้บริการ ของโรงพยาบาล					
d) เครื่องมือทางการแพทย์ และเทคโนโลยีการรักษา					
e) ยาที่ได้รับการจัดให้					

17. ความพอใจต่อบริการดูแลสุขภาพที่ได้รับจากแผนกอายุรกรรม ระบบต่อมไร้ท่อของโรงพยาบาลนี้
 ① ไม่พอใจรุนแรง ② ไม่พอใจมาก ③ พอใจปานกลาง ④ พอใจมาก ⑤ พอใจที่สุด
18. คุณปรารถนาอยากให้แผนกอายุรกรรม ระบบต่อมไร้ท่อ ปรับปรุงในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ① ระบบการให้บริการ เช่น ระบบการจัดคิว ② มีการประสานงานที่ดีขึ้นระหว่างบุคลากรของ
โรงพยาบาล
 ③ ปรับปรุงในเรื่องสถานที่ เช่น ความสะดวก ④ ปรับปรุงในเรื่องเครื่องมือและเทคโนโลยีการ
รักษา
 ⑤ จัดการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมให้คนไข้ ⑥ อื่นๆ (ระบุ)
19. คุณปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการรักษาโรคเบาหวานหรือไม่
 ① ไม่เลย ② ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง/บางอย่าง ③ ปฏิบัติตามเป็นส่วนใหญ่ ④ ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

20. สุขภาพของคุณในขณะนี้ เป็นอุปสรรคในการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือไม่

กิจวัตรประจำวัน	ไม่เป็นอุปสรรค	เป็นอุปสรรค เล็กน้อย	เป็นอุปสรรค มาก
ก) การยกของหนัก เช่น หิ้วตระกร้าจ่ายตลาด			
ข) การก้มเงย หยิบของที่พื้น			
ค) การนั่งคุกเข่า นั่งพับเพียบ			
ง) การเดินขึ้นหรือลงบันได			
จ) การเดินไปเดินมาภายในบ้าน			
ฉ) การเดินออกกำลังนอกบ้าน			
ช) การมองการอ่านหนังสือด้วยตาเปล่าหรือใช้แว่นตา			

21. อาการของโรคเบาหวานของคุณในระยะเดือน 1 เดือนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| ① อ่อนเพลีย | ② บัสสาวะบ่อย |
| ③ ปวดเมื่อยตามตัว | ④ มือสั่น ใจสั่น |
| ⑤ กระหายน้ำมาก | ⑥ หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม |
| ⑦ เหงื่อแตกมือเท้าเย็น | ⑧ มึนงง สับสน |
| ⑨ ไม่มีอาการดังกล่าวข้างต้น | |

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. คุณมีอาการดังกล่าวในข้อ 20 บ่อยมากแค่ไหน

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| ① เป็นเกือบทุกวัน | ② 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| ③ 1-2 ครั้งต่อเดือน | |

<input type="checkbox"/>

23. อาการดังกล่าวในข้อ 20 ทำให้คุณไม่มีความสุข เป็นทุกข์ หรือกังวลหรือไม่

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| ① เป็นทุกข์ กังวลมาก | ② เป็นทุกข์ แต่ไม่มาก |
| ③ ไม่เป็นปัญหาแต่อย่างไร | |

<input type="checkbox"/>

24. ขณะนี้คุณมีอาการชา ไม้รู้สึก บริเวณปลายเท้าหรือไม่

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| ① ไม่มีอาการ | ② มีอาการ แต่เป็นๆ หายๆ |
| ③ มีอาการ เป็นอยู่ตลอดเวลา | |

<input type="checkbox"/>

25. คุณมีปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศหรือไม่ (เช่น อวัยวะเพศไม่แข็งตัวในผู้ชาย เป็นต้น)

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| ① ไม่มีอาการ | ② มีอาการ แต่เป็นๆ หายๆ |
| ③ มีอาการ เป็นอยู่ตลอดเวลา | ④ ไม่มีความสัมพันธ์ทางเพศ |

<input type="checkbox"/>

26. ในระยะ 1-2 เดือนที่ผ่านมาคุณมีปัญหาในการทำงานหรือไม่

- | | | | | | |
|----------------------------------|---|----------------------------|----------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| ① ไม่เคยหยุดงานเลย | | | | | |
| ② หยุดงาน | <table border="0"> <tr> <td>→ ① บ่อยครั้งเนื่องจากป่วย</td> </tr> <tr> <td>② บ่อยครั้งเนื่องจากธุรกิจจำเป็น</td> </tr> <tr> <td>③ บางครั้งเนื่องจากป่วย</td> </tr> <tr> <td>④ บางครั้งเนื่องจากธุรกิจจำเป็น</td> </tr> </table> | → ① บ่อยครั้งเนื่องจากป่วย | ② บ่อยครั้งเนื่องจากธุรกิจจำเป็น | ③ บางครั้งเนื่องจากป่วย | ④ บางครั้งเนื่องจากธุรกิจจำเป็น |
| → ① บ่อยครั้งเนื่องจากป่วย | | | | | |
| ② บ่อยครั้งเนื่องจากธุรกิจจำเป็น | | | | | |
| ③ บางครั้งเนื่องจากป่วย | | | | | |
| ④ บางครั้งเนื่องจากธุรกิจจำเป็น | | | | | |

<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>

27. ส่วนใหญ่การมาโรงพยาบาลของคุณแต่ละครั้ง

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| ① คุณสามารถมาเองคนเดียวได้ | ② มีญาติหรือผู้ติดตามมาด้วย | ③ มาเองไม่ได้ต้องมีคนพามา |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|

<input type="checkbox"/>

28. ปัญหาสุขภาพของคุณมีผลกระทบต่อเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลในครอบครัวหรือไม่

- | | | |
|---------------------|--------------------|----------------|
| ① ไม่มีผลแต่อย่างไร | ② มีผลบ้างเล็กน้อย | ③ มีผลกระทบมาก |
|---------------------|--------------------|----------------|

<input type="checkbox"/>

29. คุณพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ของตัวเองในขณะนี้หรือไม่

- | | | |
|-----------------------|--------------------|---------|
| ① ไม่พอใจเป็นอย่างมาก | ② ไม่พอใจมาก | ③ เฉย ๆ |
| ④ พอใจมาก | ⑤ พอใจเป็นอย่างมาก | |

<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 4. การใช้และความคาดหวังต่อเครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้ว

30. คุณรู้จักเครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้วมาก่อนหรือไม่

- | | |
|----------|-------------------------------|
| ① รู้จัก | ② ไม่รู้จัก -----ข้ามไปข้อ 32 |
|----------|-------------------------------|

<input type="checkbox"/>

31. คุณรู้จักเครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้วได้อย่างไร

- | | | | |
|------------|-------------|---------------------|----------------------|
| ① จากโฆษณา | ② เพื่อนฝูง | ③ แพทย์/พยาบาลแนะนำ | ④ อื่น ๆ (ระบุ)..... |
|------------|-------------|---------------------|----------------------|

<input type="checkbox"/>

9. โปรดระบุลักษณะอาการข้างเคียงระดับของความรุนแรงที่เกิดขึ้นรวมทั้งการรักษาอาการผลข้างเคียง

9.1 ลักษณะผลข้างเคียง (ระบุ)

ระดับความรุนแรง ① มีเล็กน้อย ② มีพอสมควร ③ มีมาก ④ มีรุนแรง

คุณรักษาอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงนี้ได้อย่างไร

- ① หยุดยาที่ได้รับทุกตัว ② หยุดยาที่ได้รับที่คาดว่าจะทำให้เกิดผลข้างเคียง
 ③ มาพบแพทย์ที่ทำการรักษา ④ ไปพบแพทย์ที่ใกล้บ้านที่สุด
 ⑤ อื่น ๆ (ระบุ)

9.2 ลักษณะผลข้างเคียง (ระบุ)

ระดับความรุนแรง ① มีเล็กน้อย ② มีพอสมควร ③ มีมาก ④ มีรุนแรง

คุณรักษาอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงนี้ได้อย่างไร

- ① หยุดยาที่ได้รับทุกตัว ② หยุดยาที่ได้รับที่คาดว่าจะทำให้เกิดผลข้างเคียง
 ③ มาพบแพทย์ที่ทำการรักษา ④ ไปพบแพทย์ที่ใกล้บ้านที่สุด
 ⑤ อื่น ๆ (ระบุ)

9.3 ลักษณะผลข้างเคียง (ระบุ)

ระดับความรุนแรง ① มีเล็กน้อย ② มีพอสมควร ③ มีมาก ④ มีรุนแรง

คุณรักษาอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงนี้ได้อย่างไร

- ① หยุดยาที่ได้รับทุกตัว ② หยุดยาที่ได้รับที่คาดว่าจะทำให้เกิดผลข้างเคียง
 ③ มาพบแพทย์ที่ทำการรักษา ④ ไปพบแพทย์ที่ใกล้บ้านที่สุด
 ⑤ อื่น ๆ (ระบุ)

ส่วนที่ 2. ความพึงพอใจต่อการรักษาโรคเบาหวาน

10. คุณเริ่มรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลนี้เป็นแห่งแรกหรือไม่

- ① ใช่ - เข้ามาไปทำข้อ 12 ② ไม่ใช่

11. คุณเปลี่ยนโรงพยาบาลหรือแพทย์ที่รักษามาแล้วกี่ครั้ง

- ① เคยเปลี่ยนมาหนึ่งครั้ง ② เคยเปลี่ยนมา 2 ครั้ง
 ③ เคยเปลี่ยนมามากกว่า 2 ครั้ง

12. ทุกครั้งที่คุณมารับการรักษาที่โรงพยาบาล คุณได้พบ

- ① แพทย์คนเดิมทุกครั้งที่มาตรวจ

ระดับความพึงพอใจต่อการตรวจรักษา

- ① ไม่พอใจอย่างมาก ② ไม่พอใจ ③ พอใจบ้าง ④ พอใจมาก ⑤ พอใจมากที่สุด

สาเหตุหลักที่ทำให้คุณไม่พอใจกับการตรวจรักษาด้วยแพทย์คนเดิม คือ

- ① แพทย์ไม่เชี่ยวชาญพอ ② รู้สึกไม่สนิทกับแพทย์
 ③ ขาดความคิดเห็นจากแพทย์คนอื่น ④ อื่น ๆ (ระบุ)

- ② แพทย์หมุนเวียนเปลี่ยนกันไป

ระดับความพึงพอใจต่อการตรวจรักษา

- ① ไม่พอใจอย่างมาก ② ไม่พอใจ ③ พอใจบ้าง ④ พอใจมาก ⑤ พอใจมากที่สุด

สาเหตุหลักที่ทำให้คุณไม่พอใจกับการตรวจรักษาด้วยแพทย์ที่หมุนเวียนเปลี่ยนไปหลาย ๆ คน

- ① ขาดความสนิทสนม ② ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง
 ③ อื่น ๆ (ระบุ)

13. ปัจจัยหลักที่ทำให้คุณเลือกโรงพยาบาลหรือแพทย์ที่รักษา

- ① ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของแพทย์ ② บริการรักษาพยาบาล เช่น พยาบาลใจดี รอคิวไม่นาน
 ③ ค่าใช้จ่ายพอสมควร ④ การเดินทางสะดวก

- ⑤ บริษัทประกันภัยหรือประกันสังคมครอบคลุม ⑥ ชื่อเสียงโรงพยาบาล
 ⑦ มีผลข้างเคียงจากการรักษาน้อย/ไม่มีเลย ⑧ อื่นๆ (ระบุ)

14. คุณรู้สึกว่ามีความสะดวกในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลนี้หรือไม่

- ① ไม่มี ② มี

15. หลังจากการรักษาamarะยะหนึ่ง คุณคิดว่าสุขภาพร่างกายคุณดีขึ้น หรือไม่

- ① ไม่ดีขึ้นเลย ② ดีขึ้นนิดหน่อย ③ ดีขึ้นพอสมควร ④ ดีขึ้นมาก ⑤ ดีขึ้นมากที่สุด

16. คุณคิดว่าค่าใช้จ่ายที่จ่ายไปนั้นคุ้มค่าหรือสมเหตุผลเมื่อเทียบกับสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้หรือไม่

	ไม่คุ้มค่า อย่างยิ่ง (5)	ไม่คุ้มค่า เลย (4)	ปาน กลาง (3)	คุ้มค่า มาก (2)	คุ้มค่าอย่าง ยิ่ง (1)
a) หมอ					
b) พยาบาล					
c) ระบบการให้บริการ ของโรงพยาบาล					
d) เครื่องมือทางการแพทย์ และเทคโนโลยีการรักษา					
e) ยาที่ได้รับการจัดให้					

17. ความพอใจต่อบริการดูแลสุขภาพที่ได้รับจากแผนกอายุรกรรม ระบบต่อมไร้ท่อของโรงพยาบาลนี้

- ① ไม่พอใจรุนแรง ② ไม่พอใจมาก ③ พอใจปานกลาง ④ พอใจมาก ⑤ พอใจที่สุด

18. คุณปรารถนาอยากให้แผนกอายุรกรรม ระบบต่อมไร้ท่อ ปรับปรุงในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ① ระบบการให้บริการ เช่นระบบการจัดคิว ② มีการประสานงานที่ดีขึ้นระหว่างบุคลากรของ
โรงพยาบาล
③ ปรับปรุงในเรื่องสถานที่ เช่น ความสะดวก ④ ปรับปรุงในเรื่องเครื่องมือและเทคโนโลยีการ
รักษา
⑤ จัดการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมให้คนไข้ ⑥ อื่นๆ (ระบุ)

19. คุณปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการรักษาโรคเบาหวานหรือไม่

- ① ไม่เลย ② ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง / บางอย่าง ③ ปฏิบัติตามเป็นส่วนใหญ่ ④ ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

20. สุขภาพของคุณในขณะนี้ เป็นอุปสรรคในการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือไม่

กิจวัตรประจำวัน	ไม่เป็นอุปสรรค	เป็นอุปสรรค เล็กน้อย	เป็นอุปสรรค มาก
ก) การยกของหนัก เช่น หัวตระกร้าจ่ายตลาด			
ข) การก้มเงย หยิบของที่พื้น			
ค) การนั่งคุกเข่า นั่งพับเพียบ			
ง) การเดินขึ้นหรือลงบันได			

จ) การเดินทางไปเดินมาภายในบ้าน				<input type="checkbox"/>
ข) การเดินออกกำลังนอกบ้าน				<input type="checkbox"/>
ช) การมองการอ่านหนังสือด้วยตาเปล่าหรือใช้แว่นตา				<input type="checkbox"/>

21. อาการของโรคเบาหวานของคุณในระยะเดือน 1 เดือนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | |
|-----------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ① อ่อนเพลีย | ② บัสสาวะบ่อย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ ปวดเมื่อยตามตัว | ④ มือสั่น ใจสั่น | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ กระหายน้ำมาก | ⑥ หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑦ เหงื่อแตกมือเท้าเย็น | ⑧ มึนงง สับสน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑨ ไม่มีอาการดังกล่าวข้างต้น | | <input type="checkbox"/> | |

22. คุณมีอาการดังกล่าวในข้อ 21 บ่อยมากแค่ไหน

- | | | |
|---------------------|-----------------------|--------------------------|
| ① เป็นเกือบทุกวัน | ② 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ | <input type="checkbox"/> |
| ③ 1-2 ครั้งต่อเดือน | | |

23. อาการดังกล่าวในข้อ 21 ทำให้คุณไม่มีความสุข เป็นทุกข์ หรือกังวลหรือไม่

- | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| ① เป็นทุกข์ กังวลมาก | ② เป็นทุกข์ แต่ไม่มาก | <input type="checkbox"/> |
| ③ ไม่เป็นปัญหาแต่อย่างใด | | |

24. ขณะนี้คุณมีอาการขา "ไม่รู้สึกริบบริเวณปลายเท้าหรือไม่

- | | | |
|----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| ① ไม่มีอาการ | ② มีอาการ แต่เป็นๆ หายๆ | <input type="checkbox"/> |
| ③ มีอาการ เป็นอยู่ตลอดเวลา | | |

25. คุณมีปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศหรือไม่ (เช่น อวัยวะเพศไม่แข็งตัวในผู้ชาย เป็นต้น)

- | | | |
|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| ① ไม่มีอาการ | ② มีอาการ แต่เป็นๆ หายๆ | <input type="checkbox"/> |
| ③ มีอาการ เป็นอยู่ตลอดเวลา | ④ ไม่มีความสัมพันธ์ทางเพศ | |

26. ในระยะ 1- 2 เดือนที่ผ่านมาคุณมีปัญหาในการทำงานหรือไม่

- | | | |
|--------------------|----------------------------------|--------------------------|
| ① ไม่เคยหยุดงานเลย | | <input type="checkbox"/> |
| ② หยุดงาน | → ① บ่อยครั้งเนื่องจากป่วย | <input type="checkbox"/> |
| | ② บ่อยครั้งเนื่องจากธุรกิจจำเป็น | <input type="checkbox"/> |
| | ③ บางครั้งเนื่องจากป่วย | <input type="checkbox"/> |
| | ④ บางครั้งเนื่องจากธุรกิจจำเป็น | <input type="checkbox"/> |

27. ส่วนใหญ่การมาโรงพยาบาลของคุณแต่ละครั้ง

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| ① คุณสามารถมาเองคนเดียวได้ | ② มีญาติหรือผู้ติดตามมาด้วย | ③ มาเองไม่ได้ต้องมีคนพามา | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|

28. ปัญหาสุขภาพของคุณมีผลกระทบต่อเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลในครอบครัวหรือไม่

- | | | | |
|---------------------|--------------------|----------------|--------------------------|
| ① ไม่มีผลแต่อย่างใด | ② มีผลบ้างเล็กน้อย | ③ มีผลกระทบมาก | <input type="checkbox"/> |
|---------------------|--------------------|----------------|--------------------------|

29. คุณพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ของตัวเองในขณะนี้หรือไม่

- | | | | |
|-----------------------|--------------------|---------|--------------------------|
| ① ไม่พอใจเป็นอย่างมาก | ② ไม่พอใจมาก | ③ เฉย ๆ | <input type="checkbox"/> |
| ④ พอใจมาก | ⑤ พอใจเป็นอย่างมาก | | |

ส่วนที่ 4. การใช้และความคาดหวังต่อเครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้ว

30. คุณรู้จักเครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้วมาก่อนหรือไม่

- | | | |
|----------|-------------------------------|--------------------------|
| ① รู้จัก | ② ไม่รู้จัก -----ข้ามไปข้อ 32 | <input type="checkbox"/> |
|----------|-------------------------------|--------------------------|

31. คุณรู้จักเครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้วได้อย่างไร

6. กรุณาระบุความรู้สึกของคุณตามหัวข้อต่อไปนี้.

	ไม่เลย (5)	เล็กน้อย (4)	ปานกลาง (3)	มาก (2)	มาก อย่างยิ่ง (1)
a. คุณประสบความยากลำบากในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน อันเนื่องมาจากการใช้ เครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้ว					
b. คุณรู้สึกอายเมื่อถูกถามว่าใช้เครื่องตรวจน้ำตาล แบบเจาะปลายนิ้วโดยคนรอบข้าง					
c. คุณรู้สึกว่าหลังจากที่คุณใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือ ตรวจระดับน้ำตาลแบบพกพา สุขภาพโดยรวมของคุณดีขึ้น					

7. คุณรู้สึกว่หลังจากใช้เครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้วแล้ว คุณปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล
ลดลง

① ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ② ไม่เห็นด้วย ③ เฉยๆ ไม่เปลี่ยนแปลง ④ เห็นด้วย ⑤ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

8. สุขภาพของคุณในขณะนี้เป็นอุปสรรคในการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือไม่

กิจวัตรประจำวัน	ไม่เป็นอุปสรรค	เป็นอุปสรรค เล็กน้อย	เป็นอุปสรรคมาก
ก) การยกของหนัก เช่นหิ้วตะกร้าจ่ายตลาด			
ข) การก้มเงย หยิบของที่พื้น			
ค) การนั่งคุกเข่า นั่งพับเพียบ			
ง) การเดินขึ้นหรือลงบันได			
จ) การเดินไปเดินมาภายในบ้าน			
ฉ) การเดินออกกำลังนอกบ้าน			
ช) การมองการอ่านหนังสือด้วยตาเปล่าหรือใช้แว่นตา			

9. อาการของโรคเบาหวานของคุณในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ① อ่อนเพลีย ② ปัสสาวะบ่อย
③ ปวดเมื่อยตามตัว ④ มือสั่น ใจสั่น
⑤ กระหายน้ำมาก ⑥ หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม
⑦ เหงื่อแตกมือเท้าเย็น ⑧ มึนงง สับสน
⑨ ไม่มีอาการดังกล่าวข้างต้น

10. คุณมีอาการดังกล่าวในข้อ 9 บ่อยมากแค่ไหน

- ① เป็นเกือบทุกวัน ② 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
③ 1-2 ครั้งต่อเดือน

11. อาการดังกล่าวในข้อ 9 ทำให้คุณไม่มีความสุข เป็นทุกข์ หรือกังวลหรือไม่
- ① เป็นทุกข์ กังวลมาก ② เป็นทุกข์ แต่ไม่มาก
③ ไม่เป็นปัญหาแต่อย่างไร
12. ขณะนี้คุณมีอาการขา ไม้รู้สึก บริเวณปลายเท้าหรือไม่
- ① ไม่มีอาการ ② มีอาการ แต่เป็นๆ หายๆ
③ มีอาการ เป็นอยู่ตลอดเวลา
13. คุณมีปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศหรือไม่ (เช่นอวัยวะเพศไม่แข็งตัวในผู้ชาย เป็นต้น)
- ① ไม่มีอาการ ② มีอาการ แต่เป็นๆ หายๆ
③ มีอาการ เป็นอยู่ตลอดเวลา ④ ไม่มีความสัมพันธ์ทางเพศ
14. ในระยะ 1-2 เดือนที่ผ่านมาคุณมีปัญหาในการทำงานหรือไม่
- ① ไม่เคยหยุดงานเลย
② หยุดงาน → ① บ่อยครั้งเนื่องจากป่วย
② บ่อยครั้งเนื่องจากธุรกิจจำเป็น
③ บางครั้งเนื่องจากป่วย
④ บางครั้งเนื่องจากธุรกิจจำเป็น
15. การมาโรงพยาบาลของคุณแต่ละครั้ง
- ① คุณสามารถมาเองคนเดียวได้ ② มีญาติหรือผู้ติดตามมาด้วย
③ มาเองไม่ได้ต้องมีคนพามา
16. ปัญหาสุขภาพของคุณมีผลกระทบต่อเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลในครอบครัวหรือไม่
- ① ไม่มีผลแต่อย่างไร ② มีผลบ้างเล็กน้อย ③ มีผลกระทบมาก
17. คุณพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ของตัวเองในขณะนี้หรือไม่
- ① ไม่พอใจเป็นอย่างมาก ② ไม่พอใจมาก ③ เฉย ๆ
④ พอใจมาก ⑤ พอใจเป็นอย่างมาก
18. บริการคอลเซ็นเตอร์ (call center : โทร. 0-2751-2222) ของเครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้วให้ข้อมูลข่าวสารครบถ้วนอย่างที่คุณต้องการ
- ① ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ② ไม่เห็นด้วย ③ เฉยๆ ④ เห็นด้วย ⑤ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
19. เจ้าหน้าที่พยาบาลให้คำอธิบายถึงวิธีการใช้เครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้วได้อย่างละเอียด
- ① ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ② ไม่เห็นด้วย ③ เฉยๆ ④ เห็นด้วย ⑤ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
20. รูปทรงของอุปกรณ์หรือเครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้ว นั้นใช้สะดวกและง่ายต่อการพกพา
- ① ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ② ไม่เห็นด้วย ③ เฉยๆ ④ เห็นด้วย ⑤ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
21. เครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้วให้ผลอย่างที่คุณคาดหวังไว้ในตอนแรก
- ① ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ② ไม่เห็นด้วย ③ เฉยๆ ④ เห็นด้วย ⑤ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
22. คุณคิดว่าประโยชน์ที่ได้รับจากเครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้วคุ้มค่างับราคาที่จ่ายหรือไม่ (ราคาเครื่อง 3,000 บาท)
(ราคาแถบตรวจ 22 บาท ต่อ 1 แถบ กล่องละ 560 บาท)
- ① ไม่คุ้มค่าง่ายยิ่ง ② ไม่คุ้มค่าเลย ③ คุ้มค่าบ้าง ④ คุ้มค่ามาก ⑤ คุ้มค่าเป็นอย่างมาก

23. คุณจะซื้อเครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้วที่ให้ยืมนี้เป็นของตัวเองหรือไม่

① ไม่ซื้อ

เพราะ ① ไม่มีความน่าเชื่อถือ ② แพงมาก ③ ไม่สะดวกในการใช้งาน

④ อายและไม่อยากให้ใครรู้ ⑤ อื่นๆ โปรดระบุ.....

② ซื้อ

เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

① ทนใจเพราะรู้ผลเลย

② ใช้ง่าย

③ หอมหรือพยาบาลแนะนำ

④ ประหยัดกว่ามาพบแพทย์

⑤ รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา

⑥ เชื่อตามคำโฆษณา

⑦ อื่นๆ โปรดระบุ.....

24. คุณจะแนะนำเครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้วที่ให้ยืมนี้แก่คนรอบข้างคุณหรือไม่

① ไม่แนะนำอย่างแน่นอน

② ไม่แนะนำ

③ ไม่แน่ใจ

④ อาจจะแนะนำ

⑤ แนะนำอย่างแน่นอน

ขอบคุณค่ะ / ครับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามสำหรับผู้ที่ไม่ได้ใช้ POCT (รอบหลัง)
โครงการเรื่อง การดูแลสุขภาพของประชากรที่มีปัญหาสุขภาพด้วยเครื่องมือแพทย์
แบบพกพาเพื่อการดูแลสุขภาพ (POCT)

เลขที่ผู้ตอบแบบสอบถาม	□□□
เลขที่ผู้ป่วย	□□□□□/□□
วันที่สัมภาษณ์	วัน / เดือน / ปี พ.ศ. __ / __ / ____ □□ / □□ / □□□□
ชื่อ-สกุลผู้สัมภาษณ์	

น้ำหนัก.....กิโลกรัม

ความดัน...../.....mm.Hg

คุณภาพชีวิต

1. สุขภาพของคุณในขณะนี้ เป็นอุปสรรคในการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือไม่

กิจวัตรประจำวัน	ไม่เป็นอุปสรรค	เป็นอุปสรรคเล็กน้อย	เป็นอุปสรรคมาก
ก) การยกของหนัก เช่นหิ้วตระกร้าจ่ายตลาด			
ข) การก้มเงย หยิบของที่พื้น			
ค) การนั่งคุกเข่า นั่งพับเพียบ			
ง) การเดินขึ้นหรือลงบันได			
จ) การเดินไปเดินมาภายในบ้าน			
ฉ) การเดินออกกำลังนอกบ้าน			
ช) การมองการอ่านหนังสือด้วยตาเปล่าหรือใช้แว่นตา			

2. อาการของโรคเบาหวานของคุณในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| ① อ่อนเพลีย | ② ปัสสาวะบ่อย |
| ③ ปวดเมื่อยตามตัว | ④ มือสั่น ใจสั่น |
| ⑤ กระหายน้ำมาก | ⑥ หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม |
| ⑦ เหงื่อแตกมือเท้าเย็น | ⑧ มึนงง สับสน |
| ⑨ ไม่มีอาการดังกล่าวข้างต้น | |

3. คุณมีอาการดังกล่าวในข้อ 2 บ่อยมากแค่ไหน

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| ① เป็นเกือบทุกวัน | ② 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| ③ 1-2 ครั้งต่อเดือน | |

4. อาการดังกล่าวในข้อ 2 ทำให้คุณไม่มีความสุข เป็นทุกข์ หรือกังวลหรือไม่

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| ① เป็นทุกข์ กังวลมาก | ② เป็นทุกข์ แต่ไม่มาก |
| ③ ไม่เป็นปัญหาแต่อย่างไร | |

5. ขณะนี้คุณมีอาการชา ไม้รู้สึก บริเวณปลายเท้าหรือไม่

- | | |
|--------------|-------------------------|
| ① ไม่มีอาการ | ② มีอาการ แต่เป็นๆ หายๆ |
|--------------|-------------------------|



ภาคผนวก ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การหาคะแนน SF36 จากแบบสอบถาม

คะแนน SF36 แบ่งเป็น 8 ด้านของสุขภาพ และการรายงานการเปรียบเทียบสุขภาพ ดังแสดงใน ตารางที่ ค1 .จากตารางแสดงข้อที่ตามแบบสอบถามในแต่ละกลุ่มของการประเมินสุขภาพ การกำหนดคะแนนให้กับข้อถามในแต่ละข้อนั้นแสดงดังตารางที่ ค1 ถึงตารางที่ ค10 เมื่อรวมคะแนนที่กำหนดในแต่ละกลุ่มของการประเมินสุขภาพได้แล้ว จะเรียกว่าค่าคะแนนดิบ จากนั้นทำการปรับคะแนนดิบให้เป็นคะแนนในช่วง 1-100 ซึ่งเรียกว่า คะแนน SF36 สูตรที่ใช้ในการปรับคะแนนแสดงดังสมการข้างล่างนี้

$$\text{คะแนน SF36} = \frac{\text{คะแนนดิบ} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้}} \times 100$$

โดยคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้และช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ในแต่ละด้านของสุขภาพนั้นแสดงในตารางที่ ค11 ดังนั้นขั้นตอนในการคำนวณหาค่าคะแนน SF36 แสดงดังรูปที่ ค1

หากคะแนน SF36 มีค่าสูงหมายถึงมีสุขภาพดี เช่น ค่าคะแนนของหน้าที่ทางกายภาพสูงหมายความว่า มีหน้าที่ทางกายภาพดี หรือ ค่าคะแนนด้านความบาดเจ็บด้านร่างกายสูง หมายความว่า ไม่มีความบาดเจ็บด้านร่างกายเกิดขึ้น

การใส่ข้อมูล

ในบางครั้งอาจจะมีปัญหาในการหาคะแนนของ SF- 36 เช่น

- ถ้าผู้ตอบตอบ 2 คำตอบในข้อเดียวกัน และคำตอบนั้นใกล้เคียงกัน ให้เลือกคำตอบแบบสุ่มมา 1 คำตอบ และป้อนข้อมูลนั้น
- ถ้าผู้ตอบตอบ 2 คำตอบในข้อเดียวกัน และคำตอบนั้นแตกต่างกันมากให้ถือว่าเป็น missing
- ถ้าผู้ตอบตอบมากกว่า 2 คำตอบในข้อเดียวกัน ให้ถือว่าเป็น missing

หลังจากที่ลงรหัสตามที่ระบุในตารางที่ ค2-ค10 สิ่งที่ต้องดูแลต่อไปคือ 1) การเปลี่ยนคะแนนนอกช่วงให้เป็น missing 2) การเปลี่ยนรหัสให้เป็นคะแนน

คะแนนที่เกิดจากการบันทึกคะแนนผิดพลาดให้ได้คะแนนสูงกว่าคะแนนที่คำนวณได้ทั้งหมด หรืออาจจะต่ำกว่าคะแนนที่ต่ำที่สุดที่ได้จากการคำนวณคะแนนรวม ซึ่งถือว่าเป็นค่า missing

ตาราง ก1. การจัดกลุ่มสุขภาพตามข้อถาม

สเกล	ข้อที่	เนื้อหา
หน้าที่ทางกายภาพ Physical Functioning (PF)	23a 23b 23c 23d 23e 23f 23g 23h 23i 23j	กิจกรรมหนักๆ เช่น วิ่ง ขกของหนัก เล่นกีฬาหนักๆ กิจกรรมหนักปานกลาง เช่น คลื่นซ้าย โต้ะ เล่นกอล์ฟ เล่นโบว์ลิ่ง จับจ่ายและหิ้วของใช้ประจำวันเอง เดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น เดินขึ้นบันไดชั้นสองชั้น ก้ม ย่อเข้า เข่งเท้า เดินมากกว่า 1 กิโลเมตร เดินมากกว่า 1 ป้ายรถเมล์ เดินช่วงสั้นๆ อาบน้ำ แต่งตัว
ความจำกัดในบทบาทเนื่องจาก ปัญหาทางกายภาพ Role-Physical (RP)	24a 24b 24c 24d	จำเป็นต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ มีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน
ความบาดเจ็บด้านร่างกาย Bodily Pain (BP)	27 28	ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่ ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้น กระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด
สุขภาพทั่วไป General Health (GH)	21 31a 31b 31c 31d	คุณคิดว่าสุขภาพของคุณเป็นเช่นไร ท่านรู้สึกป่วยง่ายกว่าคนอื่นๆ ทั่วไป ท่านรู้สึกแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่นๆ ที่รู้จัก ท่านเกรงว่าสุขภาพของท่านจะแย่ลง ท่านแข็งแรงดีมาก
กำลังกาย Vitality (VT)	29a 29e 29g 29i	คุณรู้สึกเหนื่อยบ้างหรือไม่ คุณรู้สึกเต็มไปด้วยพลังหรือไม่ คุณรู้สึกเหมือนหลุดเป็นชิ้นๆ หรือไม่ คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่
หน้าที่ทางสังคม Social Functioning (SF)	26 30	ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีปัญหาทางสุขภาพหรือด้าน จิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม หรือไม่ ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีปัญหาทางสุขภาพหรือด้าน จิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติ หรือเพื่อนฝูงเป็นระยะเวลาบ่อยครั้งเพียงใด

ตาราง ก1. การจัดกลุ่มสุขภาพตามข้อถาม (ต่อ)

สเกล	ข้อที่	เนื้อหา
ความจำกัดในบทบาทเนื่องจาก ปัญหาทางอารมณ์ Role – Emotion (RE)	25a	จำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน
	25b	ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ
	25c	ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ
สุขภาพจิต Mental health (MH)	29b	คุณเป็นคนขี้กังวลหรือไม่
	29c	คุณรู้สึกหมกมัวหรือไม่
	29d	คุณรู้สึกสงบสบายใจหรือไม่
	29f	คุณรู้สึกเศร้าสร้อยหรือไม่
	29h	คุณเป็นคนร่าเริงหรือไม่
รายงานการเปลี่ยนแปลงของ สุขภาพ	22	กรุณาเปรียบเทียบสุขภาพของคุณในปีนี้กับปีที่ผ่านมา

ตาราง ก2 การกำหนดคะแนนในข้อถามที่ 23a -23j

ข้อที่ เนื้อหา

- 23a กิจกรรมหนักๆ เช่น วิ่ง ขกของหนัก เล่นกีฬาหนักๆ
- 23b กิจกรรมหนักปานกลาง เช่น คลื่นย้ายโต๊ะ เล่นกอล์ฟ เล่น โบว์ลิ่ง
- 23c จับจ่ายและหิ้วของใช้ประจำวันเอง
- 23d เดินขึ้นบันไดสูงๆ หลายๆ ชั้น
- 23e เดินขึ้นบันไดชั้นสองชั้น
- 23f ก้ม ย่อเข้า เขย่งเท้า
- 23g เดินมากกว่า 1 กิโลเมตร
- 23h เดินมากกว่า 1 ป้ายรถเมล์
- 23i เดินช่วงสั้นๆ
- 23j อาบน้ำ แต่งตัว

คำตอบ	การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดคะแนน
ลำบาก	3	1
มีเล็กน้อย	2	2
ไม่มีปัญหา	1	3

ตาราง ก3 การกำหนดคะแนนในข้อถามที่ 24a-24d

ข้อที่ **เนื้อหา**

- 24a จำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน
- 24b ทำงานหรือกิจกรรมประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ
- 24c มีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน
- 24d มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน

คำตอบ	การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดคะแนน
ใช่	1	1
ไม่ใช่	2	2

ตาราง ก4 การกำหนดคะแนนในข้อถามที่ 27-28

ข้อที่ **เนื้อหา**

- 27 ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกเจ็บปวดทางกายบ้างหรือไม่
- 28 ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ความเจ็บปวดทางกายที่เกิดขึ้นกระทบต่องานประจำหรืองานบ้านของคุณเพียงใด

การกำหนดค่ารหัสและค่าคะแนนสำหรับข้อ 27

คำตอบ	การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดคะแนน
ไม่รู้สึกเลย	1	6.0
รู้สึกเล็กน้อย	2	4.75
รู้สึกพอสมควร	3	3.5
รู้สึกมาก	4	2.25
รู้สึกรุนแรง	5	1.0

คะแนนของข้อ 28 – ถ้าตอบทั้งข้อ 27 และข้อ 28

คำตอบ	ถ้าตอบข้อ 28 การกำหนดค่ารหัส	ข้อ 27 การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดคะแนนข้อ 28
ไม่รู้สึกเลย	1	1	6
ไม่รู้สึกเลย	1	2 ถึง 6	5
รู้สึกเล็กน้อย	2	1 ถึง 6	4
รู้สึกพอสมควร	3	1 ถึง 6	3
รู้สึกมาก	4	1 ถึง 6	2
รู้สึกรุนแรง	5	1 ถึง 6	1

คะแนนของข้อ 28 – ถ้าข้อ 27 ไม่ตอบ

คำตอบ	การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดคะแนนข้อ 28
ไม่รู้สักเลย	1	6
รู้สักเล็กน้อย	2	4.75
รู้สักพอสมควร	3	3.5
รู้สักมาก	4	2.25
รู้สักรุนแรง	5	1.0

ตารางที่ ๑๕ การกำหนดคะแนนในข้อถามที่ 21 31a-31d

ข้อ เนื้อหา

- 21 คุณคิดว่าสุขภาพของคุณเป็นเช่นไร
 31a ท่านรู้สึกปวกว่ายกว่าคนอื่นๆ ทั่วไป
 31b ท่านรู้สึกแข็งแรงเช่นเดียวกับคนอื่นๆ ที่รู้จัก
 31c ท่านเกรงว่าสุขภาพของท่านจะแย่ลง
 31d ท่านแข็งแรงดีมาก

ข้อ 21

คำตอบ	การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดคะแนน
ดีเลิศ	1	5.0
ดีมาก	2	4.4
ดี	3	3.4
พอใช้	4	2.0
ไม่ดี	5	1.0

ข้อ 31a และ 31 c

คำตอบ	การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดคะแนน
ถูกต้องอย่างยิ่ง	1	1
ส่วนใหญ่ถูกต้อง	2	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ส่วนใหญ่ผิด	4	4
ผิด	5	5

ข้อ 31b และ 31d

คำตอบ	การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดคะแนน
ดีเลิศ	1	5
ดีมาก	2	4
ดี	3	3
พอใช้	4	2
ไม่ดี	5	1

ตารางที่ ๑๖ การกำหนดคะแนนในข้อถามที่ 29a, 29e, 29g และ 29i

ข้อ เนื้อหา

- 29a คุณรู้สึกฉุนเฉียวบ้างหรือไม่
 29e คุณรู้สึกเต็มไปด้วยพลังหรือไม่
 29g คุณรู้สึกเหมือนหลุดเป็นชั้นๆ หรือไม่
 29i คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่

ข้อ 29a และ 29e

คำตอบ	การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดคะแนน
ตลอดเวลา	1	6
ส่วนใหญ่	2	5
พอควร	3	4
บางครั้ง	4	3
น้อยมาก	5	2
ไม่เลย	6	1

ข้อ 29g และ 29i

คำตอบ	การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดคะแนน
ตลอดเวลา	1	1
ส่วนใหญ่	2	2
พอควร	3	3
บางครั้ง	4	4
น้อยมาก	5	5
ไม่เลย	6	6

ตารางที่ ๑๗ การกำหนดคะแนนในข้อถามที่ 26, 30

ข้อ เนื้อหา

- 26 ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีปัญหาทางสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม หรือไม่
 30 ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีปัญหาทางสุขภาพหรือด้านจิตใจ ที่กระทบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติ หรือเพื่อนฝูงเป็นระยะเวลาบ่อยครั้งเพียงใด

ข้อ 26

คำตอบ	การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดคะแนน
ไม่มีเลย	1	5
มีเล็กน้อย	2	4
มีพอสมควร	3	3
มีมาก	4	2
รุนแรง	5	1

ข้อ 30

คำตอบ	การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดค่าสุดท้าย
ตลอดเวลา	1	1
ส่วนใหญ่ของเวลา	2	2
พอสมควร	3	3
มีบ้างเล็กน้อย	4	4
ไม่เลย	5	5

ตารางที่ ๑๘ การกำหนดคะแนนในข้อถามที่ 25a-25c

ข้อ เนื้อหา

- 25a จำต้องลดเวลาที่ใช้ในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน
25b ทำงานหรือกิจกรรมประจำวันไม่ได้สมบูรณ์ดังที่ตั้งใจ
25c ทำงานหรือกิจกรรมประจำวันโดยไม่ใส่ใจหรือระมัดระวังดีพอ

การกำหนดค่ารหัสและค่าสุดท้ายสำหรับข้อ 25a ถึง 25c

คำตอบ	การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดคะแนน
ใช่	1	1
ไม่ใช่	2	2

ตารางที่ ๑๙ การกำหนดคะแนนในข้อถามที่ 29b-29f

ข้อที่ เนื้อหา

- 29b คุณเป็นคนขี้กังวลหรือไม่
29c คุณรู้สึกหมกมุ่นหรือไม่
29d คุณรู้สึกสงบสบายใจหรือไม่
29f คุณรู้สึกเศร้าสร้อยหรือไม่
29h คุณเป็นคนร่าเริงหรือไม่

สำหรับข้อ 29b , 29c และ 29f

คำตอบ	การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดคะแนน
ตลอดเวลา	1	1
ส่วนใหญ่	2	2
พอควร	3	3
บางครั้ง	4	4
น้อยมาก	5	5
ไม่เลย	6	6

สำหรับข้อ 29d และ 29h

คำตอบ	การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดคะแนน
ตลอดเวลา	1	6
ส่วนใหญ่	2	5
พอควร	3	4
บางครั้ง	4	3
น้อยมาก	5	2
ไม่เลย	6	1

ตารางที่ 10 การกำหนดคะแนนในข้อถามที่ 22

ข้อ 22

กรุณาเปรียบเทียบสุขภาพของคุณในปีนี้กับปีที่ผ่านมา

คำตอบ	การกำหนดค่ารหัส	การกำหนดคะแนน
ดีกว่าปีก่อนมาก	1	5
ดีกว่าปีก่อนเล็กน้อย	2	4
เหมือนเดิม	3	3
แย่กว่าปีก่อนเล็กน้อย	4	2
แย่กว่าปีก่อนมาก	5	1

ตารางที่ 11. ช่วงคะแนน และคะแนนสูงสุด ต่ำสุดที่เป็นไปได้ในแต่ละด้าน

กลุ่มสุขภาพ	ข้อที่	คะแนนสูงสุด ต่ำสุดที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้
PF (Physical Functioning)	23a+...+23j	10,30	20
RP (Role Physical)	24a+...+24d	4,8	4
BP (Body Plain)	27+28	2,10	10
GH (General Health)	21+31a+...+31d	5,25	20
VT (Vitality)	29a+29e+29g +29i	4,24	20
SF (Social Functioning)	26+30	2,10	8
RE (Role-Emotion)	25a+25b+25c	3,6	3
MH (Mental Health)	29b+29c+29d+29f+29h	5,30	25



รูปที่ ๑. ขั้นตอนการหาคะแนน SF36



ภาคผนวก ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ ๓1. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน SF36: เพศชาย

Male Total		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=611	Mean	89.68	92.12	77.48	62.95	63.07	84.14	83.86	72.23
	25th Percentile	85.00	100.00	67.50	52.00	60.00	75.00	66.67	64.00
	50th Percentile (Median)	95.00	100.00	77.50	62.00	65.00	87.50	100.00	72.00
	75th Percentile	100.00	100.00	100.00	75.00	70.00	100.00	100.00	84.00
	Standard Deviation	12.88	21.35	17.93	16.12	9.06	14.97	30.14	13.58
	Range	25-100	0-100	0-100	10-100	30-85	25-100	0-100	28-100
	% Ceiling	35.10	84.10	30.20	1.00	0.00	35.20	74.00	2.20
	% Floor	0.00	3.00	0.20	0.00	0.00	0.00	5.90	0.00

Male 20-24		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=56	Mean	92.59	86.61	77.01	59.54	62.77	78.54	83.33	67.48
	25th Percentile	90.00	75.00	67.50	45.00	60.00	75.00	66.67	56.00
	50th Percentile (Median)	95.00	100.00	77.50	57.00	62.50	75.00	100.00	70.00
	75th Percentile	100.00	100.00	80.00	72.00	70.00	93.75	100.00	80.00
	Standard Deviation	10.93	23.82	15.86	16.89	9.48	16.69	28.43	12.58
	Range	55-100	0-100	45-100	27-100	30-85	25-100	0-100	36-88
	% Ceiling	44.40	69.60	23.20	1.80	0.00	24.50	71.40	0.00
	% Floor	0.00	1.80	0.00	0.00	0.00	0.00	1.80	0.00

Male 25-34		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=187	Mean	90.19	90.91	75.78	61.85	62.10	83.15	85.41	70.26
	25th Percentile	85.00	100.00	67.50	50.00	55.00	75.00	100.00	60.00
	50th Percentile (Median)	95.00	100.00	77.50	62.00	60.00	87.50	100.00	72.00
	75th Percentile	100.00	100.00	100.00	72.00	70.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	12.99	23.71	18.43	16.10	8.55	14.87	29.65	12.69
	Range	25-100	0-100	20-100	10-100	35-85	25-100	0-100	32-100
	% Ceiling	37.00	82.90	26.50	1.10	0.00	29.80	77.80	1.10
	% Floor	0.00	4.30	0.00	0.00	0.00	0.00	5.40	0.00

ตารางที่ ง1. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน SF36: เพศชาย (ต่อ)

Male 35-44		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=186	Mean	90.36	94.29	76.43	63.71	62.93	84.71	80.82	72.15
	25th Percentile	85.00	100.00	67.50	52.00	60.00	75.00	66.67	64.00
	50th Percentile (Median)	95.00	100.00	77.50	62.00	65.00	87.50	100.00	72.00
	75th Percentile	100.00	100.00	100.00	72.75	70.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	11.37	16.57	17.09	14.97	8.27	14.12	31.52	13.07
	Range	25-100	0-100	32.5-100	35-100	40-80	37.5-100	0-100	32-100
	% Ceiling	32.80	86.40	26.60	0.50	0.00	35.20	67.70	1.60
	% Floor	0.00	1.10	0.00	0.00	0.00	0.00	7.00	0.00
<hr/>									
Male 45-54		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=145	Mean	88.13	92.59	79.56	62.77	64.03	85.73	83.10	74.68
	25th Percentile	80.00	100.00	67.50	50.00	56.25	75.00	66.67	64.00
	50th Percentile (Median)	95.00	100.00	77.50	62.00	65.00	87.50	100.00	76.00
	75th Percentile	100.00	100.00	100.00	76.00	70.00	100.00	100.00	88.00
	Standard Deviation	14.21	22.27	19.35	16.70	10.25	15.42	31.54	14.72
	Range	40-100	0-100	0-100	20-100	40-85	37.5-100	0-100	28-100
	% Ceiling	33.80	86.20	39.00	0.70	0.00	43.30	73.60	2.80
	% Floor	0.00	4.10	0.70	0.00	0.00	0.00	7.60	0.00
<hr/>									
Male 55-60		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=37	Mean	85.14	93.92	83.92	70.57	65.57	88.54	95.37	80.00
	25th Percentile	80.00	100.00	67.50	57.00	60.00	75.00	100.00	72.00
	50th Percentile (Median)	90.00	100.00	77.50	70.00	65.00	87.50	100.00	80.00
	75th Percentile	100.00	100.00	100.00	84.50	75.00	100.00	100.00	92.00
	Standard Deviation	15.55	21.57	15.39	16.47	9.53	13.15	18.09	12.76
	Range	35-100	0-100	45-100	35-100	45-85	50-100	0-100	52-100
	% Ceiling	28.60	91.90	43.20	2.70	0.00	47.20	91.70	11.40
	% Floor	0.00	2.70	0.00	0.00	0.00	0.00	2.80	0.00

ตารางที่ ๖2. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน SF36: เพศหญิง

Female		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=989	Mean	83.09	87.77	72.82	59.40	61.54	82.48	80.33	69.65
	25th Percentile	75.00	100.00	67.50	47.00	55.00	75.00	66.67	60.00
	50th Percentile (Median)	90.00	100.00	77.50	60.00	65.00	87.50	100.00	72.00
	75th Percentile	95.00	100.00	77.50	72.00	70.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	16.54	27.10	19.06	17.17	9.46	16.50	33.59	14.17
	Range	0-100	0-100	0-100	0-100	25-85	12.5-100	0-100	24-100
	% Ceiling	21.30	78.80	22.10	0.10	0.00	32.20	69.30	0.60
	% Floor	0.10	5.00	0.10	0.10	0.00	0.00	10.30	0.00

Female		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=92	Mean	90.22	87.77	73.42	59.58	61.30	80.14	75.72	66.22
	25th Percentile	85.00	100.00	67.50	47.00	56.25	75.00	66.67	56.00
	50th Percentile (Median)	95.00	100.00	72.50	60.00	60.00	87.50	100.00	68.00
	75th Percentile	100.00	100.00	77.50	72.00	65.00	100.00	100.00	76.00
	Standard Deviation	11.35	25.81	17.04	16.53	8.54	17.67	33.92	14.57
	Range	50-	0-100	32.5-	20-97	25-80	25-100	0-100	32-96
	% Ceiling	28.60	77.20	20.00	0.00	0.00	25.60	57.60	0.00
	% Floor	0.00	4.30	0.00	0.00	0.00	0.00	10.90	0.00

Female		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=312	Mean	86.06	90.14	73.59	59.44	61.03	81.42	80.86	68.21
	25th Percentile	80.00	100.00	67.50	47.00	55.00	75.00	66.67	56.00
	50th Percentile (Median)	90.00	100.00	77.50	60.00	60.00	87.50	100.00	68.00
	75th Percentile	100.00	100.00	80.00	72.00	65.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	14.71	23.91	18.54	16.55	9.48	16.33	33.27	13.62
	Range	25-100	0-100	10-100	5-100	30-85	12.5-100	0-100	28-100
	% Ceiling	26.70	81.70	22.40	0.30	0.00	28.40	70.00	0.30
	% Floor	0.00	3.20	0.00	0.00	0.00	0.00	10.00	0.00

ตารางที่ ๖2. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน SF36: เพศหญิง (ต่อ)

Female 35-44		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=301	Mean	83.85	89.08	73.45	60.00	61.74	82.75	82.44	70.89
	25th Percentile	75.00	100.00	67.50	47.00	55.00	75.00	66.67	60.00
	50th Percentile (Median)	90.00	100.00	77.50	62.00	65.00	87.50	100.00	72.00
	75th Percentile	95.00	100.00	77.50	72.00	70.00	100.00	100.00	84.00
	Standard Deviation	15.82	25.03	18.22	18.37	9.56	16.39	30.65	14.19
	Range	30-100	0-100	10-100	0-97	30-85	25-100	0-100	32-100
	% Ceiling	21.90	79.70	22.00	0.00	0.00	32.80	70.00	0.30
	% Floor	0.00	3.70	0.00	0.30	0.00	0.00	7.00	0.00

Female 45-54		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=227	Mean	77.60	85.02	71.61	58.44	61.51	83.84	80.74	70.66
	25th Percentile	65.00	100.00	56.88	45.00	55.00	75.00	66.67	60.00
	50th Percentile (Median)	80.00	100.00	67.50	60.00	65.00	87.50	100.00	72.00
	75th Percentile	90.00	100.00	80.00	70.00	70.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	17.45	30.87	20.90	16.61	9.64	16.64	35.42	14.31
	Range	0-100	0-100	0-100	20-97	35-85	37.5-100	0-100	28-100
	% Ceiling	11.30	76.70	23.40	0.00	0.00	37.30	73.80	0.90
	% Floor	0.50	7.50	0.50	0.00	0.00	0.00	12.40	0.00

Female 55-60		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=57	Mean	72.59	78.57	69.11	59.64	64.00	85.34	71.60	72.57
	25th Percentile	55.00	75.00	55.63	45.50	60.00	75.00	33.33	60.00
	50th Percentile (Median)	75.00	100.00	67.50	58.50	65.00	87.50	100.00	74.00
	75th Percentile	90.00	100.00	77.50	72.00	70.00	100.00	100.00	84.00
	Standard Deviation	22.12	36.75	21.45	17.58	9.55	15.00	41.16	14.54
	Range	10-100	0-100	22.5-100	25-97	35-85	50-100	0-100	24-100
	% Ceiling	16.70	69.60	3.60	0.00	0.00	40.40	63.00	3.60
	% Floor	0.00	12.50	0.00	0.00	0.00	0.00	20.40	0.00

ตารางที่ 3. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน SF36: เพศชาย
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

Male Total		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=456	Mean	89.76	91.69	76.87	62.35	63.00	84.67	83.33	72.55
	25th Percentile	85.00	100.00	67.50	50.00	60.00	75.00	66.67	64.00
	50th Percentile (Median)	95.00	100.00	77.50	62.00	65.00	87.50	100.00	72.00
	75th Percentile	100.00	100.00	100.00	72.00	70.00	100.00	100.00	84.00
	Standard Deviation	12.56	21.81	17.87	16.63	9.10	15.10	30.48	13.87
	Range	25-100	0-100	0-100	10-100	30-85	25-100	0-100	28-100
	% Ceiling	83.00	28.50	28.50	1.10	0.00	36.70	73.20	2.40
	% Floor	3.10	0.20	0.20	0.00	0.00	0.00	6.00	0.00
<hr/>									
Male 20-24		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=41	Mean	91.38	85.37	75.00	57.51	62.56	79.69	82.93	68.20
	25th Percentile	90.00	75.00	67.50	43.50	60.00	75.00	66.67	60.00
	50th Percentile (Median)	95.00	100.00	77.50	55.00	65.00	75.00	100.00	72.00
	75th Percentile	100.00	100.00	77.50	67.00	70.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	12.04	25.60	15.36	17.13	9.49	17.38	28.98	12.81
	Range	55-100	0-100	45-100	27-100	30-80	25-100	0-100	36-84
	% Ceiling	40.00	68.30	17.10	2.40	0.00	27.50	70.70	0.00
	% Floor	0.00	2.40	0.00	0.00	0.00	0.00	2.40	0.00
<hr/>									
Male 25-34		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=143	Mean	89.93	90.38	75.07	60.64	61.57	83.48	86.52	70.50
	25th Percentile	85.00	100.00	67.50	50.00	55.00	75.00	100.00	60.00
	50th Percentile (Median)	95.00	100.00	77.50	62.00	60.00	87.50	100.00	72.00
	75th Percentile	100.00	100.00	90.00	72.00	70.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	12.85	24.45	18.27	16.22	8.40	14.79	28.17	12.33
	Range	25-100	0-100	20-100	10-100	35-80	25-100	0-100	40-100
	% Ceiling	33.80	81.80	24.80	0.70	0.00	30.00	78.70	1.40
	% Floor	0.00	4.90	0.00	0.00	0.00	0.00	4.30	0.00

ตารางที่ 3. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน SF36: เพศชาย

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

Male 35-44		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=137	Mean	90.04	93.15	76.19	63.37	63.20	85.07	79.56	72.29
	25th Percentile	85.00	100.00	67.50	50.00	60.00	75.00	66.67	64.00
	50th Percentile (Median)	90.00	100.00	77.50	65.00	65.00	87.50	100.00	72.00
	75th Percentile	100.00	100.00	100.00	75.00	70.00	100.00	100.00	84.00
	Standard Deviation	11.48	18.43	17.75	16.00	8.34	14.58	32.15	13.79
	Range	25-100	0-100	32.5-100	35-100	40-80	37.5-100	0-100	32-100
	% Ceiling	31.80	84.40	27.20	0.70	0.00	36.60	65.70	1.50
	% Floor	0.00	1.50	0.00	0.00	0.00	0.00	7.30	0.00
<hr/>									
Male 45-54		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=106	Mean	89.26	93.40	79.50	62.96	63.90	86.75	80.95	75.55
	25th Percentile	83.75	100.00	67.50	51.50	57.50	75.00	66.67	64.00
	50th Percentile (Median)	95.00	100.00	77.50	62.00	65.00	87.50	100.00	76.00
	75th Percentile	100.00	100.00	100.00	72.00	70.00	100.00	100.00	88.00
	Standard Deviation	13.04	19.91	18.64	16.87	10.31	15.16	33.29	15.40
	Range	40-100	0-100	0-100	20-100	40-85	37.5-100	0-100	28-100
	% Ceiling	33.30	85.80	36.80	0.90	0.00	46.00	71.40	3.80
	% Floor	0.00	2.80	0.90	0.00	0.00	0.00	8.60	0.00
<hr/>									
Male 55-60		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=29	Mean	87.04	93.97	81.81	70.59	66.67	88.39	95.24	79.26
	25th Percentile	80.00	100.00	67.50	57.00	65.00	75.00	100.00	72.00
	50th Percentile (Median)	90.00	100.00	77.50	70.00	65.00	93.75	100.00	80.00
	75th Percentile	100.00	100.00	100.00	87.00	75.00	100.00	100.00	92.00
	Standard Deviation	15.14	22.81	15.80	17.39	9.81	14.00	19.70	13.31
	Range	35-100	0-100	45-100	35-100	45-85	50-100	0-100	52-100
	% Ceiling	37.00	93.10	37.90	3.40	0.00	50.00	92.90	11.10
	% Floor	0.00	3.40	0.00	0.00	0.00	0.00	3.60	0.00

ตารางที่ ๓4. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน SF36: เพศหญิง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

Female		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=608	Mean	84.36	86.33	73.10	58.02	62.05	82.64	79.50	69.61
	25th Percentile	75.00	100.00	65.00	45.00	55.00	75.00	66.67	60.00
	50th Percentile (Median)	90.00	100.00	70.00	57.00	65.00	87.50	100.00	72.00
	75th Percentile	95.00	100.00	80.00	70.00	70.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	15.31	29.02	19.56	16.65	9.58	17.17	33.86	13.98
	Range	10-100	0-100	10-100	5-97	25-85	12.5-100	0-100	24-100
	% Ceiling	21.30	77.40	24.00	0.00	0.00	35.30	67.80	0.70
	% Floor	0.00	6.40	0.00	0.00	0.00	0.00	10.40	0.00
<hr/>									
Female 20-		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=69	Mean	91.10	90.58	73.31	59.55	61.67	81.70	77.29	66.41
	25th Percentile	90.00	100.00	67.50	47.50	60.00	75.00	66.67	56.00
	50th Percentile (Median)	95.00	100.00	67.50	60.00	60.00	87.50	100.00	68.00
	75th Percentile	100.00	100.00	79.38	72.00	65.00	100.00	100.00	76.00
	Standard Deviation	10.92	22.73	17.85	17.53	8.94	17.36	33.57	14.61
	Range	50-100	0-100	32.5-100	20-97	25-80	25-100	0-100	32-96
	% Ceiling	30.90	81.20	22.10	0.00	0.00	30.40	60.90	0.00
	% Floor	0.00	2.90	0.00	0.00	0.00	0.00	10.10	0.00
<hr/>									
Female 25-		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=201	Mean	87.19	89.80	75.20	59.03	61.57	81.28	80.10	68.84
	25th Percentile	80.00	100.00	67.50	45.00	55.00	75.00	66.67	60.00
	50th Percentile (Median)	90.00	100.00	77.50	62.00	60.00	87.50	100.00	70.00
	75th Percentile	100.00	100.00	80.00	72.00	65.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	13.12	24.66	17.52	16.03	8.87	17.41	33.36	13.18
	Range	35-100	0-100	10-100	20-92	35-85	12.5-100	0-100	28-96
	% Ceiling	26.60	82.10	24.00	0.00	0.00	31.60	68.20	0.00
	% Floor	0.00	3.50	0.00	0.00	0.00	0.00	10.00	0.00

ตารางที่ ๓4. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน SF36: เพศหญิง

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

Female 35-44		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=173	Mean	84.35	86.92	73.06	56.44	61.97	82.57	81.20	70.07
	25th Percentile	75.00	100.00	65.00	45.00	55.00	75.00	66.67	60.00
	50th Percentile (Median)	90.00	100.00	73.75	57.00	65.00	87.50	100.00	72.00
	75th Percentile	95.00	100.00	78.13	67.00	70.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	14.88	27.63	19.35	17.25	10.31	16.67	30.41	14.06
	Range	35-100	0-100	10-100	5-97	30-85	37.5-100	0-100	32-100
	% Ceiling	20.70	76.70	23.50	0.00	0.00	33.50	66.90	0.60
	% Floor	0.00	5.20	0.00	0.00	0.00	0.00	5.80	0.00
Female 45-54		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=125	Mean	79.02	82.00	71.00	57.46	62.25	84.09	80.38	70.86
	25th Percentile	68.75	75.00	55.00	45.00	55.00	75.00	66.67	60.00
	50th Percentile (Median)	80.00	100.00	67.50	57.00	65.00	87.50	100.00	72.00
	75th Percentile	90.00	100.00	100.00	67.00	70.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	15.17	34.28	21.98	15.73	9.84	17.82	36.32	13.95
	Range	30-100	0-100	12.5-100	20-97	35-85	37.5-100	0-100	36-100
	% Ceiling	8.20	73.60	25.20	0.00	0.00	43.00	74.20	0.80
	% Floor	0.00	11.20	0.00	0.00	0.00	0.00	13.70	0.00
Female 55-60		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=40	Mean	75.00	72.50	68.88	58.85	64.87	87.15	70.09	73.10
	25th Percentile	55.00	31.25	47.50	45.00	60.00	75.00	33.33	60.00
	50th Percentile (Median)	80.00	100.00	67.50	60.00	65.00	87.50	100.00	74.00
	75th Percentile	95.00	100.00	95.00	72.00	70.00	100.00	100.00	84.00
	Standard Deviation	23.48	40.35	24.11	18.47	10.23	15.38	42.44	15.77
	Range	10-100	0-100	22.5-100	25-97	35-85	50-100	0-100	24-100
	% Ceiling	20.50	62.50	25.00	0.00	0.00	47.20	61.50	5.00
	% Floor	0.00	17.50	0.00	0.00	0.00	0.00	23.10	0.00

ตารางที่ ๖5. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน SF36: เพศชาย

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Male Total		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=155	Mean	89.43	93.39	79.30	64.71	63.30	82.43	85.38	71.25
	25th Percentile	85.00	100.00	67.50	55.00	60.00	75.00	100.00	64.00
	50th Percentile (Median)	95.00	100.00	77.50	62.00	65.00	75.00	100.00	72.00
	75th Percentile	100.00	100.00	100.00	77.00	70.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	13.85	19.96	18.08	14.42	9.00	14.46	29.20	12.65
	Range	40-100	0-100	20-100	25-100	40-85	50-100	0-100	32-100
	% Ceiling	38.90	87.10	35.30	0.60	0.00	30.40	76.10	1.30
	% Floor	0.00	2.60	0.00	0.00	0.00	0.00	5.80	0.00
<hr/>									
Male 20-24		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=15	Mean	96.07	90.00	82.50	65.07	63.33	75.00	84.44	65.43
	25th Percentile	93.75	75.00	67.50	52.00	60.00	62.50	66.67	55.00
	50th Percentile (Median)	100.00	100.00	77.50	60.00	60.00	75.00	100.00	68.00
	75th Percentile	100.00	100.00	100.00	82.00	70.00	81.25	100.00	73.00
	Standard Deviation	5.94	18.42	16.42	15.42	9.76	14.43	27.79	12.11
	Range	80-100	50-100	55-100	42-87	50-85	50-100	33.33-100	48-88
	% Ceiling	57.10	73.30	40.00	0.00	0.00	15.40	73.30	0.00
	% Floor	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<hr/>									
Male 25-34		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=44	Mean	91.07	92.61	78.07	65.77	63.84	81.91	81.82	69.46
	25th Percentile	90.00	100.00	67.50	55.50	60.00	75.00	75.00	62.00
	50th Percentile (Median)	95.00	100.00	77.50	63.50	65.00	81.25	100.00	72.00
	75th Percentile	100.00	100.00	100.00	77.00	70.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	13.55	21.28	18.98	15.24	8.92	15.29	34.07	13.99
	Range	50-100	0-100	22.5-100	30-100	40-85	50-100	0-100	32-92
	% Ceiling	47.60	86.40	31.80	2.30	0.00	28.90	75.00	0.00
	% Floor	0.00	2.30	0.00	0.00	0.00	0.00	9.10	0.00

ตารางที่ ๖5. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน SF36: เพศชาย

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ต่อ)

Male 35-44		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=49	Mean	91.25	97.45	77.08	64.65	62.19	83.61	84.35	71.75
	25th Percentile	85.00	100.00	67.50	57.00	60.00	75.00	66.67	61.00
	50th Percentile (Median)	95.00	100.00	77.50	62.00	65.00	75.00	100.00	72.00
	75th Percentile	100.00	100.00	95.00	72.00	65.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	11.13	9.19	15.21	11.73	8.12	12.73	29.74	10.90
	Range	50-100	50-100	45-100	40-97	40-80	62.5-100	0-100	52-100
	% Ceiling	35.40	91.80	25.00	0.00	0.00	31.10	73.50	2.10
	% Floor	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6.10	0.00
Male 45-54		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=39	Mean	85.00	90.38	79.71	62.26	64.36	82.72	88.89	72.31
	25th Percentile	75.00	100.00	67.50	50.00	55.00	75.00	100.00	64.00
	50th Percentile (Median)	90.00	100.00	77.50	60.00	65.00	87.50	100.00	72.00
	75th Percentile	100.00	100.00	100.00	77.00	75.00	100.00	100.00	84.00
	Standard Deviation	16.83	27.87	21.66	16.44	10.21	15.99	25.74	12.56
	Range	40-100	0-100	20-100	25-87	45-85	50-100	0-100	48-96
	% Ceiling	35.10	87.20	45.70	0.00	0.00	35.30	79.50	0.00
	% Floor	0.00	7.70	0.00	0.00	0.00	0.00	5.10	0.00
Male 55-60		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=8	Mean	78.75	93.75	91.56	70.50	61.88	89.06	95.83	82.50
	25th Percentile	63.75	100.00	77.50	58.25	52.50	78.13	100.00	72.00
	50th Percentile (Median)	85.00	100.00	100.00	69.50	65.00	87.50	100.00	84.00
	75th Percentile	90.00	100.00	100.00	77.00	68.75	100.00	100.00	91.00
	Standard Deviation	16.20	17.68	11.64	13.61	7.99	10.43	11.79	11.10
	Range	50-95	50-100	77.5-100	55-97	50-70	75-100	66.67-100	68-100
	% Ceiling	0.00	87.50	62.50	0.00	0.00	37.50	87.50	12.50
	% Floor	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

ตารางที่ ๖6. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน SF36: เพศหญิง
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Female		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=381	Mean	81.03	90.07	72.36	61.63	60.75	82.19	81.65	69.72
	25th Percentile	70.00	100.00	67.50	50.00	55.00	75.00	66.67	60.00
	50th Percentile (Median)	85.00	100.00	77.50	62.00	60.00	87.50	100.00	72.00
	75th Percentile	95.00	100.00	77.50	72.00	65.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	18.20	23.57	18.23	17.76	9.23	15.30	33.16	14.50
	Range	0-100	0-100	0-100	0-100	30-85	25-100	0-100	28-100
	% Ceiling	21.50	81.10	19.20	0.30	0.00	26.70	71.80	0.50
	% Floor	0.30	2.60	0.30	0.30	0.00	0.00	10.10	0.00
<hr/>									
Female 20-		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=23	Mean	87.61	79.35	73.75	59.65	60.22	75.00	71.01	65.64
	25th Percentile	85.00	50.00	65.00	47.00	55.00	68.75	66.67	56.00
	50th Percentile (Median)	90.00	100.00	77.50	60.00	60.00	75.00	66.67	64.00
	75th Percentile	95.00	100.00	77.50	72.00	65.00	87.50	100.00	74.00
	Standard Deviation	12.42	32.55	14.61	13.42	7.30	18.11	35.25	14.74
	Range	50-100	0-100	45-100	35-87	45-75	25-100	0-100	32-96
	% Ceiling	21.70	65.20	13.60	0.00	0.00	9.50	47.80	0.00
	% Floor	0.00	8.70	0.00	0.00	0.00	0.00	13.00	0.00
<hr/>									
Female 25-		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=111	Mean	83.98	90.77	70.60	60.17	60.05	81.69	82.26	67.05
	25th Percentile	80.00	100.00	57.50	50.00	55.00	75.00	66.67	56.00
	50th Percentile (Median)	90.00	100.00	67.50	57.00	60.00	87.50	100.00	68.00
	75th Percentile	100.00	100.00	77.50	72.00	65.00	87.50	100.00	76.00
	Standard Deviation	17.13	22.60	20.04	17.51	10.48	14.10	33.20	14.39
	Range	25-100	0-100	20-100	5-100	30-85	50-100	0-100	28-100
	% Ceiling	26.90	81.10	19.40	0.90	0.00	22.20	73.40	0.90
	% Floor	0.00	2.70	0.00	0.00	0.00	0.00	10.10	0.00

ตารางที่ ๖. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน SF36: เพศหญิง
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ต่อ)

Female 35-44		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=128	Mean	83.17	91.99	73.98	64.87	61.43	83.01	84.11	71.97
	25th Percentile	75.00	100.00	67.50	52.00	55.00	75.00	66.67	64.00
	50th Percentile (Median)	90.00	100.00	77.50	67.00	65.00	87.50	100.00	76.00
	75th Percentile	95.00	100.00	77.50	82.00	65.00	100.00	100.00	84.00
	Standard Deviation	17.07	20.79	16.62	18.80	8.51	16.04	31.01	14.36
	Range	30-100	0-100	32.5-100	0-97	35-80	25-100	0-100	32-96
	% Ceiling	23.60	83.60	20.00	0.00	0.00	31.60	74.20	0.00
	% Floor	0.00	1.60	0.00	0.80	0.00	0.00	8.60	0.00
Female 45-54		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=102	Mean	75.86	88.73	72.37	59.66	60.60	83.52	81.19	70.42
	25th Percentile	65.00	100.00	65.00	45.00	55.00	75.00	66.67	60.00
	50th Percentile (Median)	80.00	100.00	77.50	62.00	60.00	87.50	100.00	72.00
	75th Percentile	90.00	100.00	77.50	72.00	65.00	100.00	100.00	80.00
	Standard Deviation	19.85	25.76	19.57	17.63	9.35	15.01	34.45	14.81
	Range	0-100	0-100	0-100	20-92	40-80	37.5-100	0-100	28-100
	% Ceiling	15.20	80.40	21.20	0.00	0.00	29.70	73.30	1.00
	% Floor	1.00	2.90	1.00	0.00	0.00	0.00	10.90	0.00
Female 55-60		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N=17	Mean	66.33	93.75	69.69	61.63	61.88	81.25	75.56	71.25
	25th Percentile	55.00	100.00	60.00	48.25	55.00	75.00	33.33	61.00
	50th Percentile (Median)	70.00	100.00	67.50	57.00	60.00	75.00	100.00	74.00
	75th Percentile	75.00	100.00	77.50	71.50	70.00	96.88	100.00	79.00
	Standard Deviation	17.27	19.36	13.22	15.49	7.50	13.69	38.76	11.24
	Range	30-100	25-100	45-100	42-97	50-70	50-100	0-100	52-92
	% Ceiling	6.70	87.50	6.30	0.00	0.00	25.00	66.70	0.00
	% Floor	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	13.30	0.00



ภาคผนวก จ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ จ1. จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่ม

	DC1	DC2	DC3	DC4	Total		DC1	DC2	DC3	DC4	Total
Total (1,600 คน)						M (611 คน)					
M	102	407	98	4	611	20-39yr	71	223	46	2	342
F	298	491	179	21	989	40-59yr	31	184	52	2	269
Total	400	898	277	25	1,600	Total	102	407	98	4	611
Total (1,600 คน)						F (989 คน)					
20-39yr	302	461	134	6	903	20-39yr	231	238	88	4	561
40-59yr	98	437	143	19	697	40-59yr	67	253	91	17	428
Total	400	898	277	25	1,600	Total	298	491	179	21	989
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (1,064 คน)						M (456 คน)					
M	74	314	64	4	456	20-39yr	52	173	28	2	255
F	184	289	114	21	608	40-59yr	22	141	36	2	201
Total	258	603	178	25	1,064	Total	74	314	64	4	456
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (1,064 คน)						F (608 คน)					
20-39yr	205	322	84	6	617	20-39yr	153	149	56	4	362
40-59yr	53	281	94	19	447	40-59yr	31	140	58	17	246
Total	258	603	178	25	1,064	Total	184	289	114	21	608
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (536 คน)						M (155 คน)					
M	28	93	34	0	155	20-39yr	19	50	18	0	87
F	114	202	65	0	381	40-59yr	9	43	16	0	68
Total	142	295	99	0	536	Total	28	93	34	0	155
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (536 คน)						F (381 คน)					
20-39yr	97	139	50	0	286	20-39yr	78	89	32	0	199
40-59yr	45	156	49	0	250	40-59yr	36	113	33	0	182
Total	142	295	99	0	536	Total	114	202	65	0	381

ตารางที่ จ2. จำนวนร้อยละของประชากรในแต่ละกลุ่ม

	DC1	DC2	DC3	DC4	Total		DC1	DC2	DC3	DC4	Tot
Total (1,600 คน)						M (611 คน)					
M	16.69	66.61	16.04	0.65	100	20-39yr	20.76	65.20	13.45	0.58	100
F	30.13	49.65	18.10	2.12	100	40-59yr	11.52	68.40	19.33	0.74	100
Total	25.00	56.13	17.31	1.56	100	Total	16.69	66.61	16.04	0.65	100
Total (1,600 คน)						F (989 คน)					
20-39yr	33.44	51.06	14.84	0.66	100	20-39yr	41.18	42.42	15.69	0.71	100
40-59yr	14.06	62.70	20.52	2.73	100	40-59yr	15.65	58.11	21.26	3.97	100
Total	25.00	58.13	17.31	1.56	100	Total	30.13	49.65	18.10	2.12	100
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (1,064 คน)						M (456 คน)					
M	16.23	68.86	14.04	0.88	100	20-39yr	20.39	67.84	10.98	0.78	100
F	30.26	47.53	18.75	3.45	100	40-59yr	10.95	70.15	17.91	1.00	100
Total	24.25	56.67	16.73	2.35	100	Total	16.23	68.86	14.04	0.88	100
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (1,064 คน)						F (608 คน)					
20-39yr	33.23	52.19	13.61	0.97	100	20-39yr	42.27	41.18	15.47	1.10	100
40-59yr	11.86	62.86	21.03	4.25	100	40-59yr	12.60	56.91	16.67	6.91	100
Total	24.25	56.67	16.73	2.35	100	Total	22.86	47.53	18.75	3.45	100
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (536 คน)						M (155 คน)					
M	18.06	60.00	21.94	0.00	100	20-39yr	21.84	57.47	20.69	0.00	100
F	29.92	53.02	17.06	0.00	100	40-59yr	13.24	63.24	23.53	0.00	100
Total	26.49	55.04	18.47	0.00	100	Total	18.06	60.00	21.94	0.00	100
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (536 คน)						F (381 คน)					
20-39yr	39.20	44.72	16.08	0.00	100	20-39yr	39.20	44.72	16.08	0.00	100
40-59yr	19.78	62.02	18.13	0.00	100	40-59yr	19.78	62.09	18.13	0.00	100
Total	26.49	55.04	18.47	0.00	100	Total	29.92	53.02	17.06	0.00	100

ตารางที่ ๖3. ค่าเฉลี่ยคะแนน SF36 จำแนกตามกลุ่มอายุ: เพศชาย

DC1

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	92.19	88.24	78.68	55.82	62.35	79.17	88.24	67.00
25-29	90.95	97.62	73.81	66.43	59.29	82.50	84.13	69.00
30-34	91.46	87.50	76.56	59.96	62.50	85.42	94.44	69.17
35-39	93.89	94.44	74.44	63.11	62.78	84.38	77.78	74.67
40-44	83.85	91.67	67.50	62.54	62.31	83.65	76.92	71.69
45-49	94.38	96.88	84.69	68.13	60.00	94.64	91.67	70.50
50-54	81.88	93.75	77.81	60.75	61.25	87.50	100.00	74.00
55-59	57.50	100.00	72.50	77.00	72.50	93.75	100.00	92.00

DC2

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	91.79	87.93	75.78	60.62	63.45	79.46	79.31	66.57
25-29	89.61	86.54	76.08	64.23	60.26	78.82	80.34	69.89
30-34	90.00	94.26	78.24	60.69	63.63	83.98	84.93	71.00
35-39	92.24	95.06	77.47	64.63	62.59	85.28	83.95	71.15
40-44	89.18	92.41	76.45	63.74	65.09	82.64	73.10	73.93
45-49	87.97	91.53	76.60	61.76	64.92	85.09	79.78	75.10
50-54	86.94	91.03	82.95	63.59	63.16	84.21	80.34	73.33
55-59	89.38	95.19	85.10	70.12	66.25	90.50	94.67	78.83

DC3

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	95.50	80.00	77.75	62.70	61.50	75.00	86.67	70.80
25-29	91.00	91.67	74.38	63.25	64.58	87.50	87.88	69.09
30-34	90.00	94.26	78.24	60.69	63.63	83.98	84.93	71.00
35-39	82.78	100.00	77.50	59.11	56.67	84.72	88.89	71.11
40-44	92.81	95.59	78.82	62.88	61.18	89.84	92.16	70.59
45-49	89.09	90.91	74.09	67.45	64.55	85.00	96.97	73.82
50-54	91.25	98.44	84.23	59.56	65.94	87.50	85.42	78.25
55-59	78.13	87.50	80.94	72.38	61.88	82.81	95.83	81.50

DC4

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
25-29	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
30-34	92.50	NA	83.75	48.50	55.00	81.25	NA	64.00
35-39	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
40-44	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
45-49	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
50-54	80.00	NA	NA	67.00	60.00	NA	NA	92.00
55-59	95.00	NA	NA	55.00	65.00	75.00	NA	72.00

ตารางที่ ๑๔. ค่าเฉลี่ยคะแนน SF36 จำแนกตามกลุ่มอายุ: เพศหญิง

DC1

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	93.37	83.49	74.25	62.21	62.36	80.29	75.47	67.32
25-29	87.54	89.68	77.99	60.25	61.19	83.13	82.01	67.30
30-34	83.73	91.18	71.73	60.66	59.26	80.77	81.37	66.82
35-39	89.67	89.36	73.97	61.22	59.44	83.72	78.01	68.51
40-44	81.76	90.71	66.57	59.29	62.50	81.64	80.95	73.65
45-49	80.00	90.79	74.03	64.58	59.72	82.81	77.19	72.63
50-54	81.67	75.00	71.94	65.56	63.89	80.56	85.19	72.89
55-59	67.50	100.00	74.17	59.75	58.75	81.25	66.67	68.00

DC2

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	84.32	92.05	71.55	56.73	58.18	76.19	66.67	60.19
25-29	85.24	87.50	69.56	58.86	62.46	79.31	79.37	67.63
30-34	87.03	92.86	73.39	59.83	61.43	81.54	78.74	70.51
35-39	85.64	91.77	74.22	60.94	62.34	83.93	85.19	69.77
40-44	81.45	89.29	76.49	58.97	62.90	83.93	88.10	72.87
45-49	77.09	88.13	71.36	57.01	60.94	82.50	80.77	69.64
50-54	74.55	80.71	68.75	55.51	60.61	83.27	75.71	68.51
55-59	79.38	83.33	74.62	64.64	67.42	88.75	79.57	77.45

DC3

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	88.24	95.59	73.13	55.06	62.06	84.56	88.24	70.50
25-29	91.75	92.05	82.39	62.09	63.18	84.66	87.88	70.86
30-34	81.59	84.09	70.68	53.27	58.64	79.61	77.27	67.20
35-39	84.42	89.42	70.19	57.52	62.04	78.85	81.48	69.48
40-44	79.86	84.46	75.20	60.73	60.14	80.90	74.77	70.89
45-49	80.65	90.22	72.16	55.70	64.35	88.07	95.65	72.87
50-54	85.36	87.50	78.75	66.69	64.69	86.67	81.25	73.50
55-59	58.85	71.43	60.50	49.93	58.08	77.88	59.52	63.14

DC4

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
25-29	96.67	100.00	70.83	43.33	60.00	87.50	100.00	65.33
30-34	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
35-39	50.00	NA	67.50	45.00	45.00	50.00	NA	52.00
40-44	85.00	62.50	45.00	70.00	70.00	93.75	100.00	84.00
45-49	78.33	70.83	76.25	69.00	63.33	89.58	72.22	81.60
50-54	72.50	75.00	76.25	60.25	58.75	87.50	100.00	76.00
55-59	69.00	50.00	55.50	53.80	61.00	87.50	60.00	70.40

ตารางที่ ๖5. ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนน SF36 จำแนกตามกลุ่มอายุ: เพศชาย

DC1

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	11.54	23.58	15.64	17.00	6.87	11.25	26.20	11.55
25-29	14.88	10.91	18.70	17.20	6.94	18.76	30.95	15.35
30-34	8.40	29.49	17.83	16.14	8.85	13.12	16.05	13.42
35-39	5.46	16.67	17.97	10.36	9.05	16.02	37.27	15.49
40-44	12.27	19.46	16.07	16.60	6.65	12.89	28.50	12.70
45-49	8.21	8.84	19.52	16.85	13.63	6.68	15.43	12.99
50-54	11.93	11.57	14.48	17.35	7.44	14.43	0.00	12.65
55-59	31.82	0.00	7.07	28.28	17.68	8.84	0.00	11.31

DC2

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	12.11	19.62	16.53	16.75	10.86	19.01	28.75	13.91
25-29	14.58	24.90	16.44	17.95	7.69	12.61	35.64	12.50
30-34	13.68	21.32	19.35	14.78	9.51	15.70	28.89	12.19
35-39	9.39	16.96	18.14	14.82	8.95	13.69	32.11	13.19
40-44	11.17	17.79	15.74	16.12	7.29	15.44	33.59	12.65
45-49	12.53	24.77	20.54	15.67	9.86	17.11	35.11	14.64
50-54	16.05	23.98	18.41	16.72	10.68	14.73	32.19	15.31
55-59	13.21	17.35	13.52	16.73	9.35	13.15	20.82	12.62

DC3

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	5.50	34.96	15.52	17.75	9.73	17.68	32.20	10.67
25-29	14.30	28.87	17.42	21.08	7.82	11.18	30.81	10.75
30-34	13.68	21.32	19.35	14.78	9.51	15.70	28.89	12.19
35-39	24.25	0.00	18.67	14.35	6.61	15.02	23.57	10.91
40-44	9.12	13.21	16.16	14.23	8.20	11.38	18.74	14.90
45-49	22.12	30.15	23.62	23.05	11.28	15.37	10.05	19.63
50-54	12.85	6.25	13.71	17.10	10.20	14.17	29.74	12.48
55-59	10.33	35.36	21.67	15.16	8.84	13.26	11.79	13.85

DC4

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
25-29	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
30-34	10.61	NA	22.98	4.95	7.07	8.84	0.00	11.31
35-39	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
40-44	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
45-49	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
50-54	0.00	NA	NA	0.00	0.00	NA	NA	0.00
55-59	0.00	NA	NA	0.00	0.00	0.00	NA	0.00

ตารางที่ ๖. ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนน SF36 จำแนกตามกลุ่มอายุ: เพศหญิง

DC1

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	8.79	28.98	17.12	16.66	8.69	16.85	33.43	15.31
25-29	14.75	26.04	18.83	17.87	8.97	14.52	33.24	12.12
30-34	14.75	21.49	20.28	16.26	8.39	16.55	34.74	12.67
35-39	11.65	24.86	14.23	17.13	9.72	14.82	34.25	14.39
40-44	16.96	25.06	19.14	20.87	7.61	16.18	33.61	12.88
45-49	12.80	20.77	17.80	16.23	6.06	16.38	35.23	13.48
50-54	15.00	43.30	27.24	17.72	8.94	15.45	29.40	17.41
55-59	31.22	0.00	5.77	11.30	8.54	12.50	38.49	12.65

DC2

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	13.57	23.64	17.37	18.52	8.53	20.88	39.84	11.49
25-29	17.19	26.35	13.68	16.42	8.75	16.48	33.02	14.46
30-34	12.52	22.17	18.54	16.25	10.47	16.70	33.32	13.57
35-39	15.15	20.43	19.25	19.29	9.16	15.95	28.38	13.28
40-44	15.84	25.39	18.31	17.03	9.17	15.66	22.73	15.07
45-49	17.72	27.26	21.93	17.82	10.35	16.82	37.03	14.92
50-54	19.61	34.88	20.08	15.60	10.40	16.58	37.61	14.57
55-59	17.54	31.66	19.18	16.15	7.19	13.27	35.15	12.48

DC3

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	12.37	13.21	17.21	12.09	7.51	15.64	23.40	14.00
25-29	11.27	23.64	16.89	19.45	11.91	14.40	26.32	15.13
30-34	15.23	25.05	21.78	11.14	10.37	22.13	39.02	17.00
35-39	16.08	23.64	13.96	18.09	10.85	16.11	33.76	13.32
40-44	18.01	29.67	20.73	18.95	11.18	20.37	35.49	15.55
45-49	16.67	23.52	19.43	14.48	7.28	14.68	15.26	10.02
50-54	11.51	30.28	23.17	16.86	9.39	21.37	40.31	15.65
55-59	23.38	43.70	20.96	18.78	11.28	17.04	49.23	15.70

DC4

Age group	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
20-24	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
25-29	2.89	0.00	25.29	2.89	5.00	12.50	0.00	16.65
30-34	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
35-39	0.00	NA	0.00	0.00	0.00	0.00	NA	0.00
40-44	21.21	53.03	0.00	21.21	0.00	8.84	0.00	16.97
45-49	15.71	45.87	21.26	8.85	8.16	16.61	44.31	12.20
50-54	20.21	50.00	17.38	5.38	11.09	14.43	0.00	8.64
55-59	26.55	50.00	32.37	18.51	11.40	17.68	54.77	14.31



ภาคผนวก ฉ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลักษณะกลุ่มผู้ทดลองใช้ POCT และกลุ่มที่ไม่ใช้ POCT

จากกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในกลุ่มผู้ใช้ POCT เป็นเพศชาย 48.6% เพศหญิง 51.4 % ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช้เครื่อง ฯ เป็นเพศชาย 9.4 % และเพศหญิง 90.6 % สำหรับอายุ พบว่ากลุ่มผู้ใช้ POCT ฯ เกือบครึ่งหนึ่ง มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุในอยู่ระหว่าง 50 – 59 ปี มีสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 28.5) สำหรับกลุ่มที่ไม่ใช้ POCT กลุ่มตัวอย่างมีอยู่ในช่วงอายุ 50 – 59 ปี มากที่สุด สำหรับสถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มผู้ใช้ POCT ส่วนใหญ่สมรสและเคยผ่านการสมรสมาแล้ว ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ใช้ POCT เป็นผู้ที่สมรสแล้วประมาณร้อยละ 75% สำหรับภูมิลำเนาที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ พบว่า ทั้งกลุ่มผู้ใช้ POCT และที่ไม่ใช้ POCT โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ในด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มผู้ใช้ POCT ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มได้รับการศึกษาในระดับมัธยมหรือต่ำกว่า และมีประมาณร้อยละ 11 ที่ไม่ได้รับการศึกษา ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช้ POCT พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมหรือต่ำกว่า

สำหรับอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทั้งกลุ่มผู้ใช้และไม่ได้ใช้ POCT ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน กลุ่มผู้ใช้ POCT ประมาณครึ่งหนึ่ง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 10,000 และอีกประมาณร้อยละ 23 เป็นผู้มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ส่วนที่ไม่ใช้ POCT พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท

สำหรับภาระในการดูแลคนในครัวเรือน ทั้งกลุ่มผู้ใช้และไม่ใช้ POCT ส่วนใหญ่ไม่มีภาระที่ต้องดูแล บิดา มารดา บุตร หรือญาติ

ตาราง ฉ1. อายุ เพศ อาชีพ และรายได้ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผู้ทดลองใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลและผู้ที่ไม่ทดลองใช้

ลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ	กลุ่มผู้ใช้ POCT	กลุ่มผู้ที่ไม่ได้ใช้ POCT
1. เพศ		
ชาย	48.6	9.4
หญิง	51.4	90.6
รวม (จำนวน)	100.0 (35)	100.0 (33)
2. อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	0.0	0.0
20-29	2.9	0.0
30-39	2.9	6.3
40-49	20.0	9.4
50-59	28.5	34.4
60-69	25.7	25.0
อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป	20.0	24.9
รวม (จำนวน)	100.0 (35)	100.0 (33)
3. ที่อยู่ปัจจุบัน		
กรุงเทพมหานคร	80.0	84.5
นอกกรุงเทพมหานคร	20.0	15.8
รวม (จำนวน)	100.0 (35)	100.0 (33)
4. สถานภาพสมรส		
โสด	31.4	15.6
สมรส	54.3	75.0
หม้าย	11.4	6.3
หย่าร้าง	2.9	3.1
รวม (จำนวน)	100.0 (35)	100.0 (33)

ตารางที่ ๑1 (ต่อ)

ลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ	กลุ่มผู้ใช้ POCT	กลุ่มที่ไม่ได้ใช้ POCT
5. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	11.4	6.3
ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า	37.1	4.9
มัธยมศึกษา	28.6	12.5
อาชีวศึกษา	2.9	12.5
อุดมศึกษา	20.0	15.6
อื่นๆ	0.0	0.0
ไม่ตอบ	0.0	6.3
รวม (จำนวน)	100.0 (35)	100.0 (33)
6. อาชีพ		
ลูกจ้างรัฐบาล	11.4	6.3
ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	5.7	3.1
ลูกจ้างเอกชน	11.4	3.2
นายจ้าง	2.9	9.4
ผู้ประกอบการส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง	17.1	15.6
ผู้ทำงานในครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง	0.0	0.0
นิสิต นักศึกษา	0.0	0.0
นักบวช	5.7	0.0
ทำงานบ้าน	0.0	9.4
เกษตรกร	0.0	0.0
ประมง	0.0	0.0
ไม่ได้ทำงาน	42.9	50.0
รวม (จำนวน)	100.0 (35)	100.0 (33)
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	17.1	18.8
5,001-10,000 บาท	40.0	18.8
10,001-15,000 บาท	5.7	12.5
15,001-20,000 บาท	14.3	3.1
มากกว่า 20,000 บาท	22.9	46.8
รวม (จำนวน)	100.0 (35)	100.0 (33)

ตารางที่ ๑1 (ต่อ)

ลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ	กลุ่มผู้ใช้ POCT	กลุ่มที่ไม่ได้ใช้ POCT
7. คุณต้องดูแลใครบ้างในครัวเรือน		
ไม่มี	45.7	43.8
บิดา	2.0	0.0
มารดา	8.0	0.0
คู่สมรส/คู่รัก	6.0	9.4
บุตร	12.0	31.3
ญาติ	3.0	21.9
อื่นๆ	3.0	9.4
รวม (จำนวน)	100.0 (35)	100.0 (33)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความพึงพอใจต่อการรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้เริ่มรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นแห่งแรก ในกลุ่มผู้ใช้ POCT ผลของประเด็นที่ศึกษา พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วเป็นผู้ที่เริ่มรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งแรก และผู้ที่เริ่มรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลอื่นเป็นครั้งแรกได้เคยเปลี่ยนโรงพยาบาลหรือแพทย์มาแล้ว 1 ครั้ง ซึ่งแพทย์ที่ตรวจรักษาส่วนใหญ่เป็นแพทย์หมุนเวียน ส่วนผู้ที่ได้รับการรักษาจากแพทย์คนเดิมทุกครั้งนั้น จะมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพอใจมาก โดยไม่มีผู้ใดตอบถึงสาเหตุที่ไม่พอใจต่อการตรวจรักษาของแพทย์คนเดิม สำหรับผู้ที่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์หมุนเวียนนั้น จะมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพอใจมาก และส่วนใหญ่ไม่มีผู้ใดตอบถึงสาเหตุที่ไม่พอใจต่อการตรวจรักษาของแพทย์คนเดิม แต่ยังมีผู้ที่ให้สาเหตุที่ไม่พอใจต่อแพทย์หมุนเวียนนั้นคือ ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของแพทย์จะเป็นปัจจัยหลัก โดยส่วนใหญ่ที่เลือกโรงพยาบาลหรือแพทย์ที่รักษา และมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ส่วนสุขภาพร่างกายหลังการรักษามาระยะหนึ่งจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่จะมีสุขภาพดีขึ้นมาก ทั้งนี้สำหรับความคุ้มค่าหรือสมเหตุสมผลของค่าใช้จ่ายต่อแพทย์ พยาบาล ระบบการให้บริการของโรงพยาบาล เครื่องมือทางการแพทย์และเทคโนโลยีการรักษา และยาที่ได้รับการจัดให้ส่วนใหญ่เห็นว่ามีค้ำค่ามาก ส่วนความพอใจต่อบริการดูแลสุขภาพของแผนกอายุรกรรมนั้นส่วนใหญ่เห็นว่ามี ความพอใจอยู่ระดับพอใจมาก ในส่วนของเรื่องที่ต้องการให้ปรับปรุงในแผนกอายุรกรรม จะเห็นได้ว่า เป็นการปรับปรุงอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าดีอยู่แล้วไม่ต้องปรับปรุงเป็นสัดส่วนสูงที่สุด รองลงไปคือ การปรับปรุงระบบการให้บริการ การปรับปรุงการประสานงาน การปรับปรุงสถานที่ การปรับปรุงเครื่องมือและเทคโนโลยีการรักษา และการปรับปรุงการจัดการรักษาพยาบาลตามลำดับ สำหรับในประเด็นของการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการรักษาโรคเบาหวานนั้น โดยส่วนใหญ่จะปฏิบัติตามบ้างเป็นบางครั้ง/บางอย่าง

สำหรับกลุ่มผู้ที่ไม่ได้ใช้ POCT พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วเป็นผู้ที่เริ่มรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งแรก และผู้ที่เริ่มรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลอื่นเป็นครั้งแรกได้เคยเปลี่ยนโรงพยาบาลหรือแพทย์มาแล้ว 2 ครั้ง ทั้งนี้แพทย์ที่ตรวจรักษาส่วนใหญ่เป็นแพทย์หมุนเวียน ส่วนผู้ที่ได้รับการรักษาจากแพทย์คนเดิมทุกครั้งนั้น จะมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพอใจมาก โดยไม่มีผู้ใดตอบถึงสาเหตุที่ไม่พอใจต่อการตรวจรักษาของแพทย์คนเดิม สำหรับผู้ที่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์หมุนเวียนนั้น จะมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพอใจมากเช่นกัน และส่วนใหญ่ไม่มีผู้ใดตอบถึงสาเหตุที่ไม่พอใจต่อการตรวจรักษาของแพทย์คนเดิม แต่ยังมีผู้ที่ให้สาเหตุที่ไม่พอใจต่อแพทย์หมุนเวียนนั้นคือ ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่องและขาดความสนิทสนม ในส่วนของปัจจัยหลักโดยส่วนใหญ่ที่เลือกโรงพยาบาลหรือแพทย์ที่รักษาเนื่องจากความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของแพทย์ และมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ส่วนสุขภาพร่างกายหลังการรักษามาระยะหนึ่งนั้น

ส่วนใหญ่จะมีสุขภาพดีขึ้นพอสมควร ทั้งนี้สำหรับความคุ้มค่าหรือสมเหตุสมผลของค่าใช้จ่ายต่อ แพทย์ พยาบาล ระบบการให้บริการของโรงพยาบาล เครื่องมือทางการแพทย์และเทคโนโลยีการรักษา และยาที่ได้รับการจัดให้ ส่วนใหญ่เห็นว่ามีค้ำค่ามาก และในส่วนของความพอใจต่อบริการดูแล สุขภาพของแผนกอายุรกรรมนั้นส่วนใหญ่เห็นว่ามี ความพอใจอยู่ระดับพอใจมาก ในส่วนของเรื่อง ที่ต้องการให้ปรับปรุงในแผนกอายุรกรรม ได้แก่ การปรับปรุงอื่นๆ สูงที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าดี อยู่แล้วไม่ต้องปรับปรุง รองลงไปคือ การปรับปรุงระบบการให้บริการ การปรับปรุงการประสานงาน และการปรับปรุงการจัดการรักษาพยาบาล ตามลำดับ ส่วนการปรับปรุงในเรื่องสถานที่ และการ ปรับปรุงเครื่องมือและเทคโนโลยีการรักษาไม่มีผู้ใดต้องการให้ปรับปรุง ในเรื่องของการปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์ในการรักษาโรคเบาหวานนั้น โดยส่วนใหญ่จะปฏิบัติตามบ้างเป็นบางครั้ง/ บางอย่าง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ ๑2 อัตราร้อยละของกลุ่มผู้ใช้ POCT และกลุ่มผู้ที่ไม่ได้ใช้ POCT จำแนกตามประเด็นที่ศึกษา

ประเด็นที่ศึกษา	รวม	กลุ่มผู้ใช้	กลุ่มผู้ที่ไม่ได้ใช้
1. การเริ่มรักษาโรคเบาหวาน			
- ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งแรก	66.2	57.1	75.8
- ที่โรงพยาบาลอื่นเป็นครั้งแรก	33.8	42.9	24.2
รวม (จำนวน)	100.0(68)	100.0 (35)	100.0 (33)
2. การเปลี่ยนโรงพยาบาลหรือแพทย์ที่รักษา			
- เคยเปลี่ยนมา 1 ครั้ง	43.47	60.0	12.5
- เคยเปลี่ยนมา 2 ครั้ง	34.78	33.3	37.5
- เคยเปลี่ยนมามากกว่า 2 ครั้ง	13.04	6.7	25.0
- ไม่ตอบ	8.7	0.0	25.0
รวม (จำนวน)	100.0(23)	100.0 (15)	100.0 (8)
3. แพทย์ที่ตรวจรักษา			
- แพทย์คนเดิมทุกครั้ง	33.8	42.9	24.2
- แพทย์หมุนเวียนเปลี่ยนกันไป	66.2	57.1	75.8
รวม (จำนวน)	100.0(68)	100.0 (35)	100.0 (33)
4. ระดับความพึงพอใจต่อการตรวจรักษา			
ต่อแพทย์คนเดิม			
- ไม่พอใจอย่างมาก	0.0	0.0	0.0
- ไม่พอใจ	0.0	0.0	0.0
- พอใจบ้าง	4.4	6.7	0.0
- พอใจมาก	73.9	73.3	75.0
- พอใจมากที่สุด	21.7	20.0	25.0
รวม (จำนวน)	100.0 (23)	100.0 (15)	100.0 (8)
ต่อแพทย์หมุนเวียน			
- ไม่พอใจอย่างมาก	0.0	0.0	0.0
- ไม่พอใจ	0.0	0.0	4.0
- พอใจบ้าง	24.4	25.0	24.0
- พอใจมาก	71.1	70.0	72.0
- พอใจมากที่สุด	2.2	5.0	0.0
รวม (จำนวน)	100.0 (45)	100.0 (20)	100.0 (25)

ตารางที่ ๑2 (ต่อ)

ประเด็นที่ศึกษา	รวม	กลุ่มผู้ใช้ POCT	กลุ่มผู้ที่ไม่ได้ใช้ POCT
5. สาเหตุที่ทำให้ไม่พอใจกับการตรวจรักษา			
ต่อแพทย์คนเดิม			
- แพทย์ไม่เชี่ยวชาญพอ	0.0	0.0	0.0
- รู้สึกไม่สนิทกับแพทย์	0.0	0.0	0.0
- ขาดความคิดเห็นจากแพทย์คนอื่น	0.0	0.0	0.0
- อื่นๆ	0.0	0.0	0.0
- ไม่ตอบ	100.0	100.0	100.0
รวม (จำนวน)	100.0 (23)	100.0 (15)	100.0 (8)
ต่อแพทย์หมุนเวียน			
- ขาดความสนิทสนม	2.2	0.0	4.0
- ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง	6.7	5.0	8.0
- อื่นๆ	0.0	0.0	0.0
- ไม่ตอบ	91.1	95.0	88.0
รวม (จำนวน)	100.0 (45)	100.0 (20)	100.0 (25)
6. ปัจจัยหลักที่เลือกโรงพยาบาล/แพทย์ที่รักษา			
- ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของแพทย์	39.7	45.7	33.3
- บริการรักษาพยาบาล	2.9	0.0	6.1
- ค่าใช้จ่ายพอสมควร	4.4	0.0	9.1
- การเดินทางสะดวก	22.1	25.7	18.2
- บริษัทประกันภัยหรือประกันสังคม	5.9	8.6	3.0
ครอบคลุม			
- ชื่อเสียงโรงพยาบาล	10.3	8.6	12.1
- ผลข้างเคียงจากการรักษาน้อย/ไม่มีเลย	0.0	0.0	0.0
- อื่นๆ	14.7	11.4	18.2
รวม (จำนวน)	100.0 (68)	100.0 (35)	100.0 (33)

ตารางที่ ๑๒ (ต่อ)

ประเด็นที่ศึกษา	รวม	กลุ่มผู้ใช้ POCT	กลุ่มผู้ที่ไม่ได้ใช้ POCT
7. ความสะดวกในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล			
- ไม่มี	2.9	5.7	0.0
- มี	97.1	94.3	100.0
รวม (จำนวน)	100.0 (68)	100.0 (35)	100.0 (33)
8. สุขภาพร่างกายหลังการรักษามาระยะหนึ่ง			
- ไม่ดีขึ้นเลย	4.4	8.6	0.0
- ดีขึ้นเล็กน้อย	25.0	28.6	21.2
- ดีขึ้นพอสมควร	36.8	28.6	45.5
- ดีขึ้นมาก	33.8	34.3	33.3
- ดีขึ้นมากที่สุด	0	0.0	0.0
รวม (จำนวน)	100.0 (68)	100.0 (35)	100.0 (33)
9. ความคุ้มค่าหรือสมเหตุผลของค่าใช้จ่าย			
<u>ต่อแพทย์</u>			
- ไม่คุ้มค่าอย่างยิ่ง	0.0	0.0	0.0
- ไม่คุ้มค่าเลย	0.0	0.0	0.0
- ปานกลาง	5.9	2.9	9.1
- คุ้มค่ามาก	85.3	88.6	81.8
- คุ้มค่าอย่างยิ่ง	8.8	8.6	9.1
รวม (จำนวน)	100 (68)	100.0 (35)	100.0 (33)
<u>ต่อพยาบาล</u>			
- ไม่คุ้มค่าอย่างยิ่ง	1.5	0.0	3.0
- ไม่คุ้มค่าเลย	1.5	2.9	0.0
- ปานกลาง	10.3	5.7	15.2
- คุ้มค่ามาก	80.9	88.6	72.7
- คุ้มค่าอย่างยิ่ง	5.9	2.9	9.1
รวม (จำนวน)	100.0 (68)	100.0 (35)	100.0 (33)

ตารางที่ ๑๒ (ต่อ)

ประเด็นที่ศึกษา	รวม	กลุ่มผู้ใช้	กลุ่มที่ไม่ได้ใช้
<u>ต่อระบบการให้บริการของโรงพยาบาล</u>			
- ไม่คุ้มค่าอย่างยิ่ง	0.0	0.0	0.0
- ไม่คุ้มค่าเลย	0.0	0.0	0.0
- ปานกลาง	28.0	28.6	27.3
- คุ้มค่ามาก	66.2	68.6	63.6
- คุ้มค่าอย่างยิ่ง	5.8	2.9	9.1
รวม (จำนวน)	100.0 (68)	100.0 (35)	100.0 (33)
<u>ต่อเครื่องมือแพทย์/เทคโนโลยีการรักษา</u>			
- ไม่คุ้มค่าอย่างยิ่ง	0.0	0.0	0.0
- ไม่คุ้มค่าเลย	0.0	0.0	0.0
- ปานกลาง	10.3	11.4	9.1
- คุ้มค่ามาก	82.3	82.9	81.8
- คุ้มค่าอย่างยิ่ง	7.4	5.7	9.1
รวม (จำนวน)	100.0 (68)	100.0 (35)	100.0 (33)
<u>ต่อยาที่ได้รับบริการจัดให้</u>			
- ไม่คุ้มค่าอย่างยิ่ง	0.0	0.0	0.0
- ไม่คุ้มค่าเลย	0.0	0.0	0.0
- ปานกลาง	8.8	8.6	9.1
- คุ้มค่ามาก	85.3	88.6	81.8
- คุ้มค่าอย่างยิ่ง	5.9	2.9	9.1
รวม (จำนวน)	100.0 (68)	100.0 (35)	100.0 (33)
10. ความพอใจต่อการบริการดูแลสุขภาพของแผนก			
- ไม่พอใจรุนแรง	0.0	0.0	0.0
- ไม่พอใจมาก	0.0	0.0	0.0
- พอใจปานกลาง	16.2	17.1	15.2
- พอใจมาก	76.5	80.0	72.7
- พอใจที่สุด	5.9	2.9	9.1
- ไม่ตอบ	1.5	0.0	3.0
รวม (จำนวน)	100.0 (68)	100.0 (35)	100.0 (33)

ตารางที่ ๑๒ (ต่อ)

ประเด็นที่ศึกษา	รวม	กลุ่มผู้ใช้ POCT	กลุ่มที่ไม่ได้ใช้ POCT
11. เรื่องที่ต้องการให้ปรับปรุงในแผนก อายุรกรรม*			
- ระบบการให้บริการ		40.0	24.2
- มีการประสานงานที่ดีขึ้นระหว่างบุคลากร ของโรงพยาบาล		14.3	3.0
- ปรับปรุงสถานที่		8.6	0.0
- ปรับปรุงเครื่องมือและเทคโนโลยีการ รักษา		2.9	0.0
- จัดการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมให้กับ คนไข้		2.9	12.1
- อื่นๆ**		14.3	21.2
12. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการ รักษาโรคเบาหวาน			
- ไม่เลย	1.5	0.0	3.0
- ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง/บางอย่าง	42.6	40.0	45.5
- ปฏิบัติตามเป็นส่วนใหญ่	38.2	37.1	39.4
- ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด	17.7	22.9	12.1
รวม (จำนวน)	100.0 (68)	100.0 (35)	100.0 (33)

หมายเหตุ: * อัตราร้อยละเฉพาะผู้ที่ตอบเท่านั้น

** อื่นๆ ได้แก่ ต้องการพบแพทย์คนเดิม ความล่าช้าในการออกตรวจของแพทย์ การ
ปรับปรุง มนุษยสัมพันธ์ของพยาบาล