Original Article *นิพนธ์ต้นฉบับ*

รายงานสถานะสุขภาพคนไทย : การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*
จุฬาภรณ์ ลิมวัฒนานนท์†
สงวน ลือเกียรติบัณฑิต‡
อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา†
จิตปราณี วาศวิท*
จีราวรรณ บุญเพิ่ม§

**สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ*
†คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
‡คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
§สำนักงานสถิติแห่งชาติ

บทคัดย่อ ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ สำนักงานสถิติแห่งชาติและสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศได้สร้างคำถามที่ใช้ประเมินสถานะสุขภาพ ๙ ข้อ เป็นคำถามที่ประเมินสุขภาพกาย ๔ มิติ (การเคลื่อนไหว, การดูแลตนเอง, การทำกิจกรรมปรกติ, การเจ็บป่วย ไม่สบาย), สุขภาพใจ ๓ มิติ (ความวิตกกังวล, การมีสมาธิจดจำ, การเข้าสังคม) และภาพรวมของสุขภาพ ๒ คำถาม (เปรียบเทียบกับปีที่แล้ว, กับคนอื่นที่คล้ายคลึงกัน) ให้ชื่อว่า 9-THAI (9-item Thai Health status Assessment Instrument) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานสถานะสุขภาพของคนไทย และการประเมินความตรงโดยใช้กลุ่มที่ทราบค่าอยู่ก่อนแล้วของ 9-THAI

การประเมินสถานะสุขภาพของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๓๗,๒๐๒ คน จากข้อมูลในปี ๒๕๔๖ ซึ่งสุ่มจากทุกจังหวัด ทั้งในและนอกเขตเทศบาล โดยสุ่มตัวอย่างแบบเชิงชั้นสองขั้นตอน (stratified two stage sampling) พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ, นอกเขตเทศบาล, มีรายได้อยู่ในกลุ่มยากจนที่สุด หรือมีบัตรทอง ๓๐ บาท เป็นผู้ที่มีปัญหาสถานะสุขภาพ โดยมีร้อยละของปัญหาในด้านกายและใจ ๗ มิติ สูงกว่า และมีคะแนนสุขภาพกายและใจ ต่ำกว่าผู้ที่อยู่ในภาคอื่น, ในเขตเทศบาล, มีรายได้ในกลุ่มที่รวยกว่าหรือมีสวัสดิการรักษาพยาบาลแบบอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบโดยสถิติ chi-square, t-test ANOVA ตามความเหมาะสม ดังนั้น การกำหนดนโยบายทางสาธารณสุขควรให้ความสนใจกับกลุ่มดังกล่าวมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ในผู้ที่มีภาวะสุขภาพทรุดลง ได้แก่ ผู้ที่ป่วย, เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือมีโรคเรื้อรัง มีร้อยละของปัญหาในด้านกายและใจ ๗ มิติ สูงกว่า และมีคะแนนสุขภาพกายและใจ ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็นไปตามที่ตั้งสมมติฐานไว้ จึงสนับสนุนความตรงของ 9-THAI ในการนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

คำสำคัญ: **สถานะสุขภาพ, การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ๒๕๔๖, คะแนนสุขภาพกาย, คะแนนสุขภาพใจ, ความตรงตามโครงสร้าง**

บทนำ

สำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอส.) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านการเจ็บป่วย การใช้บริการด้านสุขภาพของคนไทย การสำรวจในปี ๒๕๔๖ สำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้พัฒนาแบบวัดเพื่อใช้ในการประเมินสถานะสุขภาพของคนไทยขึ้นเป็นครั้งแรก ซึ่งเพิ่มเติมจากเดิมที่ประเมินภาพรวมของสุขภาพตนเอง เป็นการวัดที่มีหลายมิติ ทั้งในแง่ของสุขภาพกาย ใจ และสังคม

การนำแบบสอบถามที่สร้างในต่างประเทศมาใช้มีขั้นตอนในการแปล และที่สำคัญคือการประยุกต์ให้เข้ากับวัฒนธรรม เพื่อให้สื่อความหมายตรงกับเจตนาของผู้สร้างแบบสอบถาม[๑] การสร้างแบบประเมินสถานะสุขภาพขึ้นใหม่เพื่อใช้ในคนไทยนั้น จะลดปัญหาที่อาจเกิดจากความเข้าใจที่แตกต่างกัน ที่มีต่อคำถามและคำตอบของแบบวัดที่แปลจากต่างประเทศ การสร้างแบบวัดเพื่อใช้ใน สอส. มุ่งเน้นให้เป็นแบบสอบถามที่สั้น กะทัดรัด มีข้อถามจำนวนน้อย และสามารถเข้าใจได้ง่าย โดยมีการวัดใน ๗ มิติของสุขภาพทางกาย ใจ และสังคม ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย, การดูแลตนเอง, การทำกิจกรรมปรกติ, การเจ็บป่วย, ความวิตกกังวล ซึมเศร้า, การจดจำ สมาธิ และการเข้าร่วมสังคม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานสถานะสุขภาพในคนไทย ที่ได้จากข้อมูลของ สอส. พ.ศ. ๒๕๔๖ และนำเสนอผลจำแนกเป็นรายกลุ่มตามตัวแปรสำคัญด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนความตรงตามโครงสร้างโดยใช้กลุ่มที่ทราบค่าอยู่ก่อนแล้ว (known-group validity)[๒] ของแบบสอบถามด้วย

วิธีการศึกษา

การวัดสถานะสุขภาพคนไทยใน สอส. ๒๕๔๖

สำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ทบทวนวรรณกรรมและแบบสอบถามทั้งในและต่างประเทศ และนำมาประยุกต์ โดยให้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมีความสั้น กะทัดรัด และเข้าใจง่าย เพื่อมิให้เป็นปัญหาในกรณีที่ผู้ตอบมีระดับการศึกษาไม่สูง ที่สำคัญคือ ต้องสะท้อนภาวะสุขภาพได้ทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดสอบในจังหวัดตราด โดยเจ้าหน้าที่สถิติจังหวัดเป็นผู้สัมภาษณ์ครัวเรือน และได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข จนได้แบบสอบถามฉบับที่จะนำไปสำรวจ สอส. ๒๕๔๖ ซึ่งประกอบด้วยคำถามประเมินสุขภาพ ๗ มิติดังกล่าวข้างต้น และคำถามที่ใช้ประเมินภาพรวมของสุขภาพอีก ๒ ข้อ คือเปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับปีที่แล้ว และเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่คล้ายคลึงกัน โดยให้ตัวเลือกคำตอบของแต่ละคำถามเป็น ๕ ระดับคือ ๑ (มีปัญหารุนแรงมาก) ถึง ๕ (ไม่มีปัญหาเลย) เพื่อให้คะแนนที่มีค่ามากสะท้อนถึงภาวะสุขภาพที่ดี ผู้วิจัยได้ให้ชื่อแบบประเมินสถานะสุขภาพนี้ว่า 9-THAI (9-item Thai Health status Assessment Instrument) รายละเอียดของข้อคำถามทั้ง ๙ แสดงในตารางที่ ๑

การสำรวจสอส. ๒๕๔๖ ใช้การสุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรทั่วประเทศ โดยใช้แผนการสุ่มตัวอย่าง แบบ stratified two stage sampling ให้แต่ละจังหวัดเป็นสตราตัม (stratum) และได้แบ่งแต่ละสตราตัมออกเป็นสตราตัมย่อย (substrata) ตามเขตการปกครองคือในและนอกเขตเทศบาล ซึ่งในขั้นนี้ถือเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง และให้ครัวเรือนเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง[๓] ในการประเมินสถานะสุขภาพที่เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการนั้น พนักงานสัมภาษณ์ของสำนักงานสถิติในแต่ละจังหวัด สัมภาษณ์สถานะสุขภาพของสมาชิก ซึ่งที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปของครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่าง โดยการสำรวจดำเนินการในเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๔๖ ข้อมูลสถานะสุขภาพนี้ ได้จากตัวอย่างทั้งสิ้น ๓๗,๒๐๒ คนจาก ๗๖ จังหวัด ทั้งในและนอกเขตเทศบาล สำนักงานสถิติแห่งชาติ ทำการบันทึกข้อมูลและตรวจสอบความแนบนัยทางเครื่องจักรของข้อมูลดังกล่าว

ตารางที่ ๑ รายละเอียดของคำถาม ๙ ข้อที่ใช้ประเมินสถานะสุขภาพ (9-THAI) ของคนไทยที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖

รายละเอียดของคำถาม	ตัวเลือก	ค่าคะแนนที่ให้	ชื่อตัวแปร
คำถามประเมินภาวะสุขภาพ ๗ มิติ			
ระหว่าง ๑ เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ .. (ชื่อ) ..			
๑. มีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวมือ แขนขา ลำตัว หรือทั้งร่างกาย หรือไม่? ถ้ามี อยู่ในระดับใด?	รุนแรงมาก รุนแรง ปานกลาง เล็กน้อย ไม่มีเลย	๑ ๒ ๓ ๔ ๕	การเคลื่อนไหว (mobility)
๒. มีความยากลำบากในการดูแลตัวเอง หรือไม่? ถ้ามี อยู่ในระดับใด? (การดูแลตัวเอง เช่น การแต่งตัว การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย)			การดูแลตนเอง (self care)
๓. มีความยากลำบากในการทำงานนอกบ้านหรือการทำงานบ้าน หรือไม่? ถ้ามี อยู่ในระดับใด?			การทำกิจกรรมปรกติ (usual actvities)
๔. เจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย หรือไม่? ถ้ามี อยู่ในระดับใด?			การเจ็บป่วย (illness/discomfort)
๕. มีความรู้สึกหดหู่ เศร้า เสียใจ หรือวิตกกังวล หรือไม่? ถ้ามี อยู่ในระดับใด?			ความวิตกกังวล (anxiety/depressed)
๖. มีความยากลำบากในการตั้งสมาธิหรือจดจำสิ่งต่าง ๆ หรือไม่? ถ้ามี อยู่ในระดับใด?			สมาธิ/และความจำ (cognition)
๗. มีความยากลำบากในการร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่นหรือการเข้าร่วมในสังคม/ชุมชน หรือไม่? ถ้ามี อยู่ในระดับใด?			การเข้าสังคม (social function)
คำถามประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม			
๘. เมื่อเปรียบเทียบสุขภาพ..(ชื่อ)..ในวันนี้กับสุขภาพเมื่อปีที่แล้วเป็นอย่างไร?	ทรุดลงกว่ามาก ทรุดลงกว่าเล็กน้อย	๑ ๒	เปรียบเทียบกับปีก่อน (compare with last year)
๙. เมื่อเปรียบเทียบสุขภาพของ..(ชื่อ)..กับผู้อื่นที่มีอายุ เพศ ฐานะหน้าที่การงาน และความเป็นอยู่ที่คล้ายคลึงกับท่าน ท่านเห็นว่าเป็นอย่างไร?	เหมือน ๆ กัน ดีกว่าเล็กน้อย ดีกว่ามาก	๓ ๔ ๕	เปรียบเทียบกับผู้อื่น (compare with others)

การคำนวณคะแนนสุขภาพกายและสุขภาพใจ

เพื่อให้การนำเสนอข้อมูลเข้าใจได้ง่าย โดยสามารถสรุปผลเป็นประเด็นใหญ่ ๆ ผู้วิจัยจึงศึกษานำร่องโดยใช้วิธีการทางสถิติที่เรียกว่า confirmatory factor analysis มาประเมินความตรงตามโครงสร้างของแบบวัด[๔,๕] ผลการศึกษาพบว่าสามารถสรุปการประเมิน ๗ มิติของ 9-THAI ให้เป็นคะแนนสุขภาพกายและใจ โดยคำถามประเมินการเคลื่อนไหว, การดูแลตนเอง, การทำกิจกรรมปรกติ, และการเจ็บป่วย สรุปเป็นตัวแปรแฝงสุขภาพกาย (physical health) คำถามประเมินความวิตกกังวล, การจดจำ สมาธิ และการเข้าสังคม สรุปเป็นตัวแปรแฝงสุขภาพใจ (mental health)[๖] และเพื่อให้การนำเสนอค่าคะแนนสุขภาพกายและใจ ง่ายต่อความเข้าใจ จึงให้ใช้คะแนนมาตรฐาน (standardized

T score)[๒] โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่รายงานตนเองว่าไม่มีการเจ็บป่วยในเดือนที่ผ่านมา, ไม่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา และไม่มีโรคเรื้อรังใด ๆ[#] จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ (เนื่องจากปัญหาสุขภาพทั้ง ๗ มิติเพิ่มขึ้นตามอายุ) มาใช้ในการคำนวณคะแนนสุขภาพกาย (physical score) และใจ (mental score) ดังนั้น ค่าคะแนนดังกล่าวจะแปลผลเปรียบเทียบกับผู้ที่มีสุขภาพดีจากการสำรวจ สอส. ๒๕๔๖ เช่น คะแนนเท่ากับ ๕๐ หมายถึงมีสถานะสุขภาพเท่ากับผู้ที่มีสุขภาพดี, ต่ำกว่า ๕๐ หมายถึงมีสถานะสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่มีสุขภาพดี ตัวอย่างการแปลงค่าคะแนนตามสูตรดังนี้ (ติดต่อขอรายละเอียดสูตรที่ใช้ในการคำนวณได้จากผู้นิพนธ์)

ตัวอย่าง

ผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง ๑๕-๑๙ ปี มีคะแนนสุขภาพกาย เท่ากับ

$$๕๐ + \left[๑๐ \times \frac{(\text{การเคลื่อนไหว} + \text{การดูแลตนเอง} + \text{การทำกิจกรรมปรกติ} + \text{การเจ็บป่วย} - ๑๙.๘๗๓๓๐)}{๐.๗๑๗๔๕๘๘}\right]$$

ผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง ๑๕-๑๙ ปี มีคะแนนสุขภาพใจ เท่ากับ

$$๕๐ + \left[๑๐ \times \frac{(\text{ความวิตกกังวล} + \text{การจดจำ/สมาธิ} + \text{การเข้าสังคม} - ๑๔.๗๔๑๑๙)}{๐.๗๓๓๓๑๐๐}\right]$$

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษานี้ ได้นำเสนอคะแนนสุขภาพกายและคะแนนสุขภาพใจควบคู่กับร้อยละของผู้ที่ประเมินตนเองว่ามีปัญหาในระดับปานกลางถึงรุนแรงมากในแต่ละมิติ โดยใช้ตัวแปรที่ได้จากการสัมภาษณ์ในส่วนอื่น ๆ ของ สอส. ๒๕๔๖ มาจำแนกกลุ่มตามลักษณะทั่วไป ได้แก่ กลุ่มอายุ, ภูมิภาคที่อาศัยอยู่, การอาศัยอยู่ในและนอกเขตเทศบาล, สิทธิการรักษาพยาบาล และฐานะทางเศรษฐกิจ และจำแนกตามตัวแปรที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยในเดือนที่ผ่านมา, การเคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา และการมีโรคเรื้อรังประจำตัว ซึ่งมีสมมติฐานว่า การประเมินสถานะสุขภาพควรให้ผลสอดคล้องกับตัวแปรด้านสุขภาพเช่น ผู้ที่รายงานว่ามีโรคเรื้อรัง ควรมีร้อยละของผู้ที่มีปัญหาในมิติต่าง ๆ สูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรค ผลดังกล่าวจะสนับสนุนความตรงแบบ known-group validity ของ 9-THAI ด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบในรายกลุ่มด้วยสถิติพรรณนาและการทดสอบสมมติฐานของสัดส่วนการประเมินปัญหาในระดับต่าง ๆ ในแต่ละมิติโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และคะแนนสุขภาพกาย สุขภาพใจใช้ ANOVA โดยนำน้ำหนักถ่วงของการสุ่มตัวอย่าง (sampling weights) จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ มาคำนวณ เพื่อให้ได้ค่าที่เป็นตัวแทนที่แท้จริงของประชากร ใช้โปรแกรม Stata version ๘[๗]

ผลการศึกษา

ผู้ที่มีอายุ ๑๕ ขึ้นไป ในครัวเรือนที่เป็นตัวอย่าง ซึ่งตอบแบบสอบถามประเมินสถานะสุขภาพ มีทั้งสิ้น ๓๗,๒๐๒ คน อาศัยอยู่ในภาคกลางร้อยละ ๓๐.๗, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ ๒๕.๘, ภาคเหนือร้อยละ ๒๒.๓, ภาคใต้ร้อยละ ๑๕.๖ และกรุงเทพมหานครร้อยละ ๕.๖ เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ ๕๘.๙ เป็นหญิงร้อยละ ๕๗.๖ อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

[#]เนื่องจากการประเมินภาวะสุขภาพต้องตอบด้วยตนเอง ดังนั้น ผู้ที่ให้สัมภาษณ์ 9-THAI เป็นผู้ที่อยู่บ้านในขณะที่สำรวจ และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะสุขภาพทรุดโทรมกว่าตัวอย่างโดยทั่วไป การใช้ค่าเฉลี่ยของทั้งกลุ่ม จะเป็นค่าที่ต่ำกว่าความจริง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เฉพาะกลุ่มสุขภาพดีคำนวณ

ตารางที่ ๒ ผู้ที่ตอบว่ามีปัญหาปานกลาง, รุนแรงและรุนแรงมาก ในแต่ละคำถาม และสถานะสุขภาพกายและใจ จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาปานกลาง, รุนแรงและรุนแรงมาก							คะแนนสุขภาพกาย		คะแนนสุขภาพใจ	
		การเคลื่อนไหว	การดูแลตนเอง	กิจกรรมปรกติ	การเจ็บป่วย	ความวิตก/กังวล	สมาธิ/ความจำ	การเข้าสังคม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	๓๗,๒๐๒	๑๐.๔	๔.๔	๗.๓	๑๐.๓	๘.๖	๗.๖	๔.๖	๔๕.๖๑	๑๖.๒๗	๔๗.๖๒	๑๒.๘๒
อายุ (ปี)												
๑๕-๑๙	๒,๘๑๓	๑.๕	๑.๑	๒.๑	๓.๑	๒.๙	๑.๙	๑.๕	๔๖.๙๑	๑๙.๖๗	๔๘.๖๐	๑๒.๘๗
๒๐-๒๙	๕,๖๒๔	๓.๕	๑.๒	๒.๘	๔.๕	๔.๔	๒.๖	๑.๘	๔๗.๔๔	๑๕.๐๒	๔๘.๖๖	๑๒.๒๕
๓๐-๓๙	๘,๑๐๒	๔.๓	๑.๔	๒.๗	๖.๒	๖.๘	๓.๕	๑.๘	๔๖.๔๓	๑๕.๖๔	๔๘.๕๘	๑๑.๘๘
๔๐-๔๙	๘,๒๑๓	๘.๕	๒.๗	๕.๒	๘.๘	๙.๐	๕.๒	๒.๖	๔๔.๗๒	๑๗.๘๕	๔๗.๑๓	๑๓.๗๖
๕๐-๕๙	๕,๖๑๓	๑๕.๒	๕.๙	๙.๔	๑๕.๔	๑๒.๑	๑๑.๔	๕.๐	๔๔.๒๖	๑๕.๖๒	๔๖.๖๘	๑๓.๐๙
๖๐-๖๙	๓,๙๓๒	๒๘.๑	๑๑.๗	๑๗.๓	๒๓.๖	๑๕.๓	๑๘.๔	๑๐.๖	๔๓.๐๙	๑๔.๗๘	๔๕.๙๐	๑๓.๑๖
๗๐-๗๙	๒,๑๓๔	๔๑.๓	๒๐.๕	๓๑.๙	๓๑.๗	๒๐.๑	๓๑.๐	๒๒.๘	๔๒.๙๕	๑๓.๗๓	๔๔.๑๙	๑๓.๐๘
๘๐+	๗๕๓	๕๑.๕	๓๖.๗	๕๐.๗	๓๗.๒	๒๔.๒	๔๕.๑	๔๔.๒	๔๓.๗๓	๑๓.๓๘	๔๖.๒๑	๑๒.๕๐
ภูมิภาค												
กรุงเทพมหานคร	๒,๐๗๐	๖.๔	๓.๓*	๔.๗	๕.๖	๕.๕	๔.๒	๓.๑	๔๗.๗๖	๑๔.๑๒	๔๙.๑๘	๑๑.๙๐
กลาง	๑๑,๔๒๗	๑๐.๗	๔.๕*	๖.๖	๙.๑	๗.๐	๕.๘	๔.๔	๔๖.๒๑	๑๕.๙๖	๔๙.๒๘	๑๑.๔๐
เหนือ	๘,๓๐๘	๑๑.๘	๕.๔*	๘.๘	๑๔.๒	๑๐.๕	๑๑.๓	๖.๐	๔๓.๘๓	๑๗.๕๐	๔๕.๖๙	๑๓.๕๒
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๙,๕๙๕	๑๑.๖	๔.๔*	๘.๑	๑๐.๘	๑๐.๓	๘.๕	๔.๘	๔๕.๒๗	๑๖.๖๗	๔๖.๖๕	๑๓.๖๘
ใต้	๕,๘๐๒	๘.๘	๓.๙*	๖.๕	๙.๘	๗.๑	๖.๐	๔.๐	๔๕.๙๓	๑๕.๔๗	๔๘.๘๓	๑๑.๗๓
เขตเทศบาล												
ในเขต	๒๑,๙๐๒	๗.๘	๓.๘*	๕.๖	๘.๐	๗.๕	๕.๖	๓.๘	๔๗.๐๑	๑๕.๐๕	๔๘.๕๗	๑๒.๖๗
นอกเขต	๑๕,๓๐๐	๑๑.๗	๔.๗*	๘.๑	๑๑.๔	๙.๒	๘.๖	๕.๑	๔๔.๙๑	๑๖.๘๐	๔๗.๑๔	๑๒.๘๗
สิทธิการรักษาพยาบาล												
ไม่มีเลย	๑,๕๗๗	๖.๔	๒.๕	๓.๙	๕.๑	๕.๙	๔.๑	๒.๕	๔๗.๒๗	๑๓.๖๔	๔๘.๔๒	๑๑.๖๔
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๕,๙๒๒	๑๑.๗	๕.๔	๗.๗	๑๑.๑	๗.๘	๘.๒	๕.๒	๔๗.๒๒	๑๓.๕๓	๔๘.๗๐	๑๑.๔๖
ประกันสังคม	๓,๓๙๗	๓.๐	๑.๒	๒.๐	๕.๑	๔.๑	๒.๕	๑.๔	๔๘.๒๕	๑๔.๑๘	๔๙.๙๓	๑๐.๓๐
บัตรทอง ๓๐ บาท	๒๕,๕๔๒	๑๑.๘	๕.๐	๘.๔	๑๑.๔	๙.๗	๘.๖	๕.๓	๔๔.๘๐	๑๗.๐๗	๔๗.๐๐	๑๓.๓๙
เอกชน	๗๖๔	๑.๘	๐.๔	๑.๐	๓.๔	๓.๖	๒.๙	๒.๓	๔๙.๔๐	๙.๙๙	๕๐.๖๔	๑๐.๐๖
เศรษฐานะ (income quintile)												
ยากจนที่สุด	๗,๓๗๒	๑๓.๐	๕.๒	๘.๙	๑๒.๔	๑๐.๙	๙.๙	๕.๙	๔๓.๕๐	๑๗.๙๔	๔๖.๐๘	๑๓.๙๘
ยากจน	๗,๓๕๑	๑๐.๘	๔.๒	๗.๕	๑๑.๐	๘.๕	๖.๙	๔.๕	๔๕.๑๓	๑๖.๘๕	๔๗.๕๔	๑๒.๕๖
ปานกลาง	๗,๔๑๐	๙.๗	๓.๘	๖.๓	๙.๗	๗.๘	๖.๕	๓.๙	๔๕.๗๓	๑๕.๘๙	๔๗.๙๑	๑๒.๘๖
รวย	๖,๖๖๐	๗.๓	๓.๑	๕.๐	๗.๖	๖.๗	๕.๘	๒.๙	๔๖.๘๖	๑๕.๖๗	๔๘.๗๓	๑๑.๙๘
รวยที่สุด	๖,๑๙๘	๔.๗	๒.๔	๓.๒	๕.๗	๕.๑	๓.๓	๒.๐	๔๘.๔๕	๑๒.๓๗	๔๙.๘๒	๑๐.๔๖

หมายเหตุ *ผลการทดสอบพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทั้งหมด (p-value < ๐.๐๕) ยกเว้น ตัวเลขที่กำกับด้วย*ที่แสดงถึงผลการทดสอบพบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ*

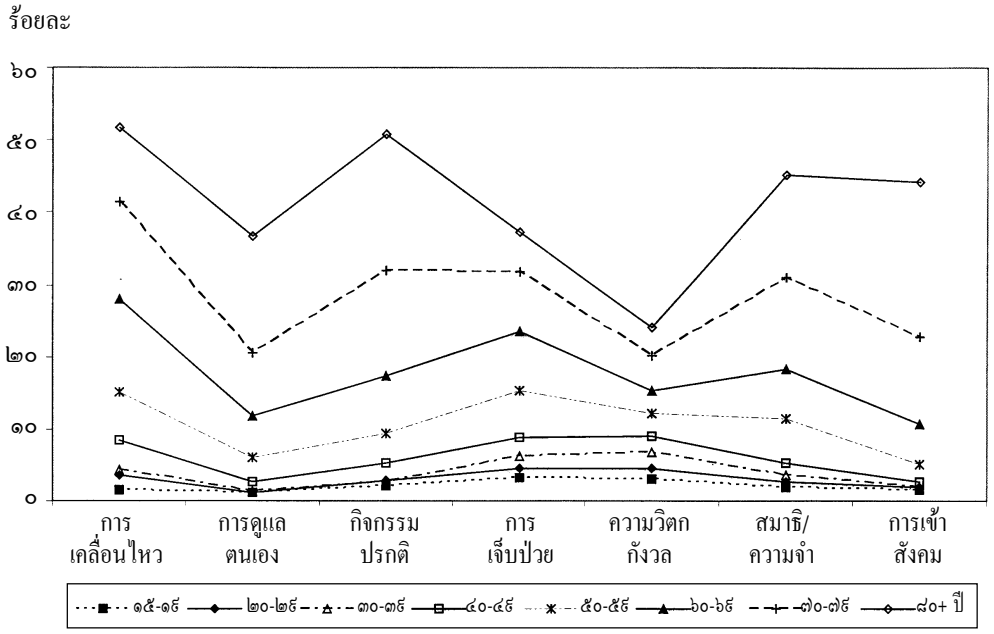
เท่ากับ ๔๓.๓ (๑๖.๗) ปี ส่วนใหญ่สมรส (๖๗.๔%) การศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (๔๒.๘%) มีสิทธิรักษาพยาบาลบัตรทอง ๓๐ บาท (๖๘.๗%)

ในด้านภาวะสุขภาพ พบว่าเกือบหนึ่งในสี่ของตัวอย่างรู้สึกป่วยหรือไม่สบายในเดือนที่ผ่านมา (๒๓.๘%) และมีผู้ที่เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมาร้อยละ ๘.๒ ประมาณหนึ่งในสี่ของตัวอย่างมีโรคเรื้อรังประจำตัว (๒๕.๗%) ในผู้ที่รายงานว่ามีโรคเรื้อรังเพียงโรคเดียว พบความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ ๑ (๑๘.๑%) รองลงมา ได้แก่ กระเพาะอาหาร/ แผลในกระเพาะอาหาร (๘.๗%), ภูมิแพ้ (๘.๒%), เบาหวาน (๗.๘%) และปวดตามข้อ/กระดูกเสื่อม (๗.๑%) จากคำถามประเมินสุขภาพโดยรวมของ 9-THAI พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพเหมือนกับปีที่แล้ว (๖๒.๗%) และเหมือนกับผู้อื่นที่คล้ายคลึงกัน (๖๘.๕%) โดยร้อยละ ๒๒.๑ มีสุขภาพทรุดโทรมกว่าปีที่แล้ว ส่วนร้อยละ ๑๗.๗ คิดว่าตนเองมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่คล้ายคลึงกัน

จากตัวอย่างทั้งหมด พบผู้ที่มีปัญหาในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก ประมาณร้อยละ ๑๐ ในด้านการเคลื่อนไหว และการเจ็บป่วยไม่สบาย ส่วนความวิตกกังวล สมาธิ/ความจำ และกิจกรรมปรกติ พบบ่อยรองลงมา ประมาณร้อยละ ๗-๘ และพบผู้ที่มีปัญหาในด้านการดูแลตนเอง และการเข้าสังคมน้อยที่สุด ประมาณร้อยละ ๔ คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของสุขภาพกาย และใจของตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ ๔๕.๖๑ (๑๖.๒๗) และ ๔๗.๖๒ (๑๒.๘๒) ตามลำดับ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพกายและใจต่ำกว่าผู้ที่มีสุขภาพดีเล็กน้อย โดยคะแนนสุขภาพกายต่ำกว่าสุขภาพใจ (ตารางที่ ๒)

สถานะสุขภาพของกลุ่มอายุต่าง ๆ

จากรูปที่ ๑ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ร้อยละของตัวอย่างที่รายงานปัญหาปานกลางถึงรุนแรงมาก เพิ่มสูงขึ้นในทุก ๆ ด้าน พบปัญหาในด้านการเคลื่อนไหวมากที่สุด โดยพบในกลุ่มอายุ ๘๐ ปีขึ้นไปมากที่สุด และความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุ ๑๕-๑๙ ปี กับ ๘๐ ปีขึ้นไปสูงที่สุด (๕๐%) รองลงมาคือความแตกต่างของปัญหาด้านกิจกรรมปรกติ (๔๘.๖%), สมาธิ/ความจำ (๔๓.๒%), การเข้าสังคม (๔๒.๗%) ปัญหาในด้านความวิตกกังวล



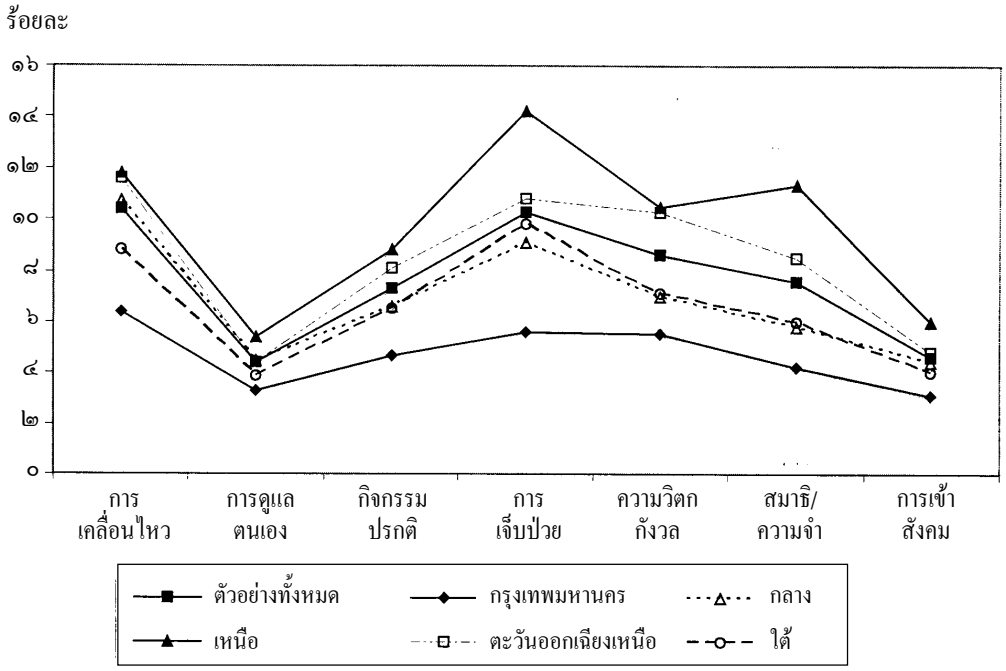
รูปที่ ๑ กลุ่มที่รายงานปัญหาสุขภาพระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก จำแนกตามกลุ่มอายุ

พบความแตกต่างน้อยที่สุด (๒๑.๓%) ซึ่งน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของความแตกต่างด้านการเคลื่อนไหว ดังนั้นการคำนวณค่าคะแนนสุขภาพกาย และสุขภาพใจ จึงจำเป็นต้องจำแนกตามกลุ่มอายุดังกล่าว ซึ่งคะแนนที่ได้เป็นการเปรียบเทียบโดยคำนึงถึงระดับของปัญหาในแต่ละมิติที่แตกต่างกันของแต่ละกลุ่มอายุ จากตารางที่ ๒ คะแนนสุขภาพกาย และสุขภาพใจ ในกลุ่มอายุน้อยมีแนวโน้มดีกว่ากลุ่มอายุมาก เนื่องจากการคำนวณคะแนนได้ใช้ค่าเฉลี่ยรายกลุ่มอายุและจำนวนตัวอย่างในกลุ่มอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป มีน้อย ทำให้ความแปรผันสูง คะแนนดังกล่าวจึงไม่แปรผันตรงกับอายุทั้งหมด ทั้งนี้การที่กลุ่มอายุน้อยมีแนวโน้มคะแนนสถานะสุขภาพดีกว่า เนื่องจากมีรายงานการป่วย การเคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการมีโรคเรื้อรังน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

สถานะสุขภาพของผู้ที่อยู่ในภูมิภาคและเขตที่อยู่อาศัยต่าง ๆ

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามภูมิภาค การอาศัยอยู่ในหรือนอกเขตเทศบาล พบว่า คนในกรุงเทพมหานครมีสถานะสุขภาพดีที่สุด ส่วนคนภาคเหนือมีสถานะสุขภาพต่ำที่สุด โดยผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลมีสถานะสุขภาพดีกว่านอกเขตเทศบาล โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในเกือบทุกมิติ ยกเว้นการดูแลตนเอง (ตารางที่ ๒)

จากรูปที่ ๒ แสดงให้เห็นว่า คนภาคใต้, ภาคกลางและภาคอีสาน มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอ ๆ กับตัวอย่างทั้งหมด โดยภาคใต้และกลาง ดีกว่าเล็กน้อย ในขณะที่คนกรุงเทพมหานคร สถานะสุขภาพดีกว่าโดยทั่วไปค่อนข้างมาก และคนภาคเหนือสถานะสุขภาพทรุดโทรมกว่าทั่วไปค่อนข้างมาก โดยพบความแตกต่างค่อนข้างมากระหว่างภาคเหนือกับกรุงเทพมหานคร ในด้านการเจ็บป่วย ซึ่งคนภาคเหนือรายงานปัญหาคิดเป็น ๒.๕ เท่าของคนกรุงเทพมหานคร และมีปัญหาแตกต่างกันถึงร้อยละ ๘.๖ รองลงมาเป็นด้านสมาธิ/ความจำต่างกันร้อยละ ๗.๑ แต่คิดเป็น ๒.๗ เท่า พิสัยของความแตกต่างในมิติต่าง ๆ อยู่ระหว่างร้อยละ ๒.๑ ถึง



รูปที่ ๒ กลุ่มที่รายงานปัญหาสุขภาพระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก จำแนกตามภูมิภาค

ร้อยละ ๘.๖ เมื่อคิดเป็นจำนวนเท่า อยู่ระหว่าง ๑.๖ ถึง ๒.๗

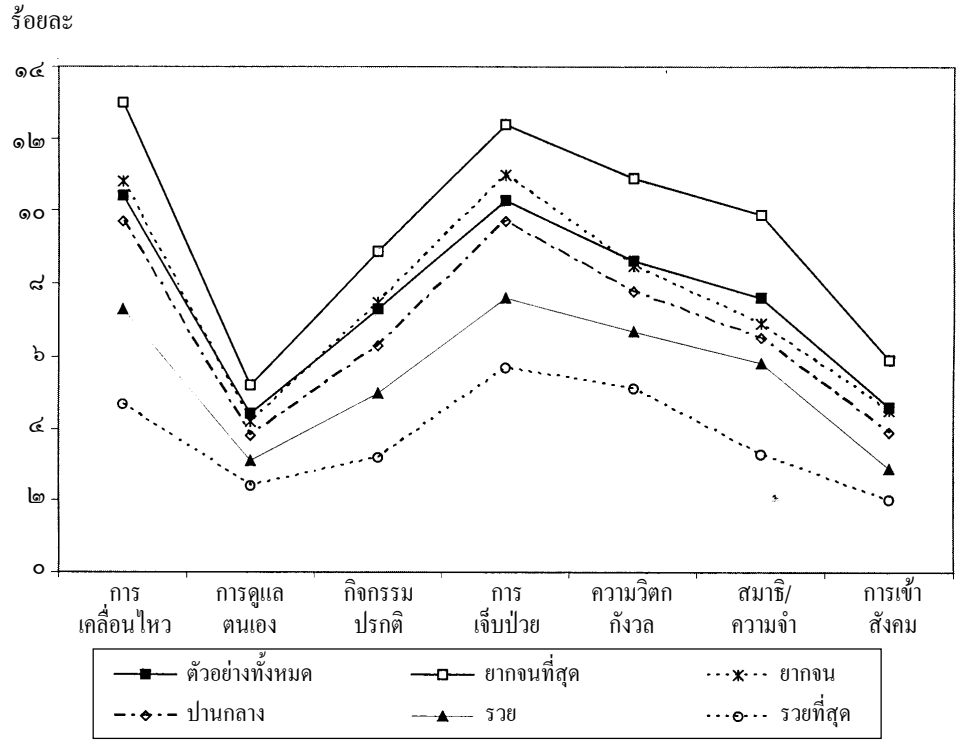
ความแตกต่างระหว่างคนในเมือง (ในเขตเทศบาล) กับคนชนบท (นอกเขตเทศบาล) พบปัญหาความแตกต่างในด้านการเคลื่อนไหวสูงที่สุด คือต่างกันร้อยละ ๓.๙ คิดเป็น ๑.๕ เท่า รองลงมาคือด้านการเจ็บป่วยไม่สบายต่างกันร้อยละ ๓.๔ คิดเป็น ๑.๕ เท่าเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบกับความแตกต่างในระหว่างภูมิภาค พบว่าในเมืองและชนบทมีช่องว่างน้อยกว่า ซึ่งพิสัยของความแตกต่างในมิติต่าง ๆ อยู่ระหว่างร้อยละ ๐.๙ ถึงร้อยละ ๓.๙ เมื่อคิดเป็นจำนวนเท่า อยู่ระหว่าง ๑.๒ ถึง ๑.๕

สถานะสุขภาพของคนรวยและคนจน

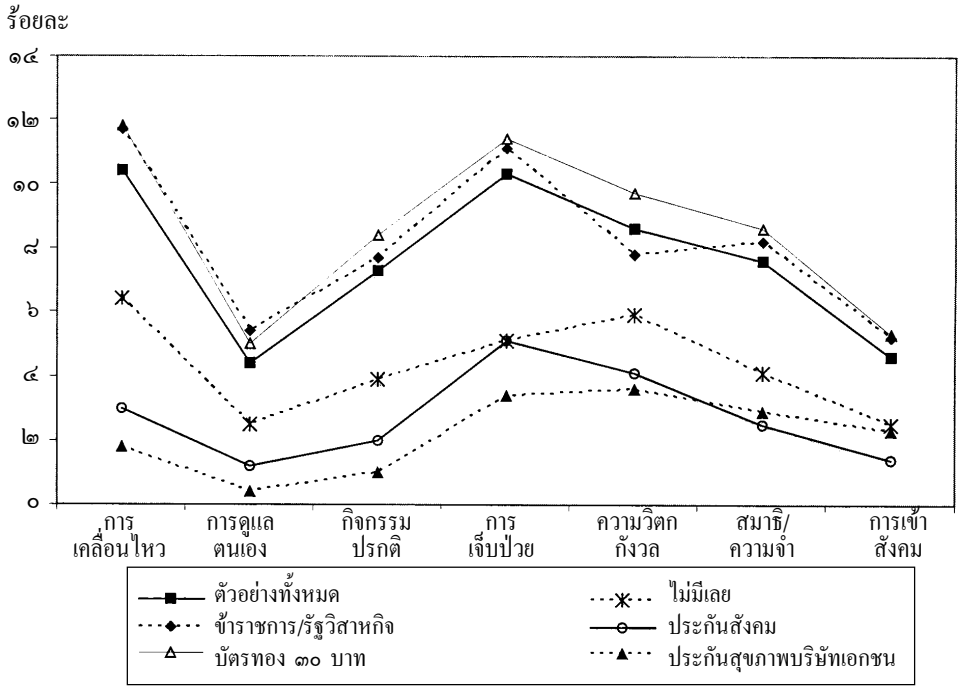
เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งออกเป็น ๕ กลุ่มตามเศรษฐานะ ที่วัดจากรายได้พบว่า กลุ่มคนจนที่สุดรายงานปัญหาสุขภาพมากกว่าคนรวยที่สุดในทุก ๆ ด้าน ซึ่งเป็นความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งใน ๗ มิติ และคะแนนสุขภาพกาย และสุขภาพใจ (ตารางที่ ๒) จากรูปที่ ๓ คนที่อยู่ในกลุ่มปานกลางและยากจนมีสถานะสุขภาพพอ ๆ กับตัวอย่างทั้งหมด ในขณะที่คนรวยที่สุด มีสถานะสุขภาพดีกว่าทั่วไปมาก และคนที่จนที่สุดมีสถานะสุขภาพแย่ที่สุด ความแตกต่างของปัญหาในมิติต่าง ๆ ระหว่างคนรวยที่สุดกับคนจนที่สุดอยู่ระหว่างร้อยละ ๒.๘ ถึงร้อยละ ๘.๓ คิดเป็น ๒.๑ ถึง ๓.๐ เท่า

สถานะสุขภาพของกลุ่มที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลต่าง ๆ

กลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลต่างกันมีสถานะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งใน ๗ มิติและคะแนนสุขภาพกาย และสุขภาพใจ (ตารางที่ ๒) จากรูปที่ ๔ ผู้ที่มีสิทธิรักษาพยาบาลประกันสังคม, ผู้ที่มีประกันสุขภาพเอกชน และผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพใด ๆ มีสถานะสุขภาพดีกว่าผู้มีสิทธิบัตรทอง ๓๐ บาท หรือสวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่ประกันสุขภาพกับ



รูปที่ ๓ กลุ่มที่รายงานปัญหาสุขภาพระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก จำแนกตามควินไทล์ของรายได้



รูปที่ ๔ กลุ่มที่รายงานปัญหาสุขภาพระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

เอกชนมีสถานะสุขภาพดีที่สุด โดยมีคะแนนสุขภาพกายและสุขภาพใจสูงที่สุด และรายงานปัญหาต่ำที่สุดใน ๕ มิติ ส่วนอีก ๒ มิติหลัง ผู้มิสิทธิประกันสังคม รายงานปัญหาน้อยกว่าประกันสุขภาพเอกชนเล็กน้อย ผู้ที่มีสิทธิบัตรทอง ๓๐ บาท รายงานปัญหาสุขภาพสูงสุด ในเกือบทุกมิติ ยกเว้นการดูแลตนเอง ซึ่งผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ รายงานปัญหามากกว่าเพียงเล็กน้อย ความแตกต่างของปัญหาในมิติต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มต่ำสุดและสูงสุดอยู่ระหว่างร้อยละ ๓.๙ (การเข้าสังคม) ถึงร้อยละ ๑๐.๐ (การเคลื่อนไหว) เมื่อคิดเป็นจำนวนเท่า อยู่ระหว่าง ๒.๗ (ความวิตกกังวล) ถึง ๑๓.๕ (การดูแลสุขภาพตนเอง)

สถานะสุขภาพกับตัวแปรด้านสุขภาพ (known-group validity)

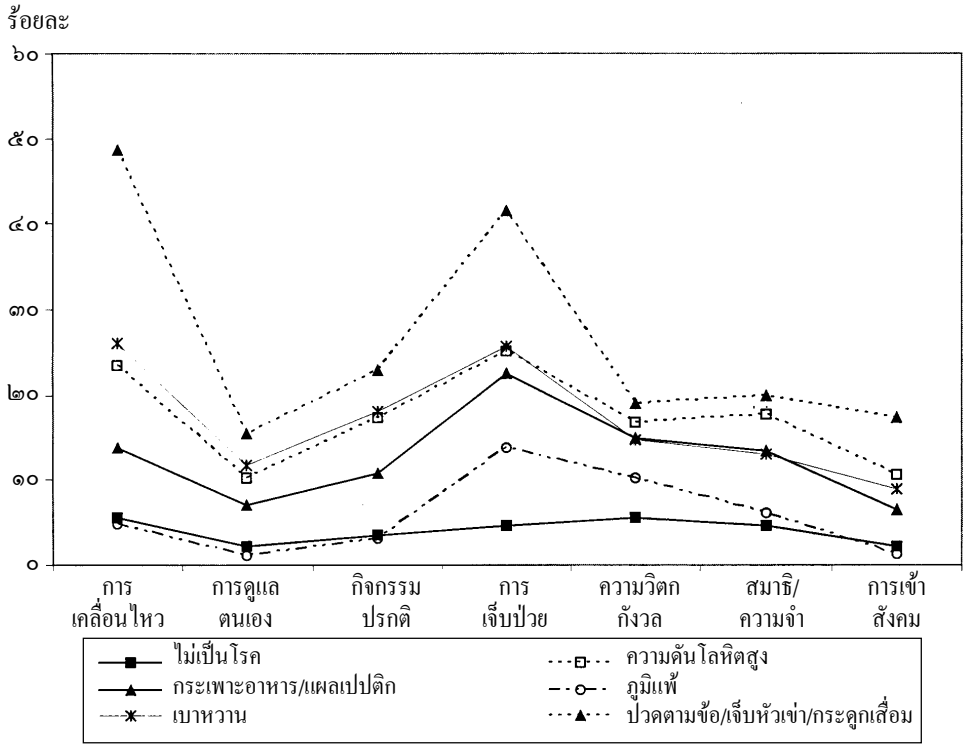
ผลในตารางที่ ๓ สนับสนุนความตรงตามโครงสร้างแบบ known-group validity ของ 9-THAI ซึ่งพบว่าการประเมินปัญหาใน ๗ มิติและคะแนนสุขภาพกาย และสุขภาพใจสอดคล้องกับตัวแปรที่บ่งชี้ถึงสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มที่มีประวัติการเจ็บป่วยในเดือนที่ผ่านมา, ความถี่ในการป่วยมากกว่า, การเคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล, การมีโรคเรื้อรัง และมีมากกว่า ๑ โรค รายงานปัญหาใน ๗ มิติ มากกว่า และมีคะแนนสุขภาพกายและสุขภาพใจน้อยกว่ากลุ่มที่มีสุขภาพดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผู้ที่ป่วยในเดือนที่ผ่านมา, เคยพักรักษาในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา หรือมีโรคเรื้อรังประจำตัว รายงานปัญหาในทุกมิติ สูงกว่าร้อยละ ๑๐ โดยผู้ที่ป่วยตั้งแต่ ๔ ครั้งขึ้นไป หรือมีโรคเรื้อรังมากกว่า ๑ โรค รายงานปัญหาตั้งแต่ร้อยละ ๒๐ ขึ้นไปในทุกมิติ คะแนนสุขภาพกายเฉลี่ย ของกลุ่มที่มีสุขภาพไม่ดี ต่ำกว่า ๔๐ ทุกกลุ่ม (แสดงว่าต่ำกว่า ๑ เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจาก standardized T scores มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑๐) และลดต่ำที่สุด ในกลุ่มที่ป่วย ๔ ครั้งขึ้นไป (๒๘.๓๘) คะแนนสุขภาพใจเฉลี่ยลดลงเช่นกัน

ตารางที่ ๓ ผู้ที่ตอบว่ามีปัญหาปานกลาง, รุนแรงและรุนแรงมาก ในแต่ละคำถามคะแนนสถานะสุขภาพกายและใจ จำแนกตามลักษณะของภาวะสุขภาพ

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาปานกลาง, รุนแรงและรุนแรงมาก							คะแนนสุขภาพกาย		คะแนนสุขภาพใจ	
		การเคลื่อนไหว	การดูแลตนเอง	กิจกรรมปรกติ	การเจ็บป่วย	ความวิตก/กังวล	สมาธิ/ความจำ	การเข้าสังคม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.
การเจ็บป่วย (ในเดือนที่แล้ว)												
ป่วย	๘,๘๕๕	๒๔.๗	๑๑.๔	๑๘.๓	๓๔.๗	๒๐.๑	๑๗.๒	๑๑.๔	๓๔.๑๑	๒๒.๒๕	๔๑.๗๒	๑๖.๔๔
ไม่ป่วย	๒๘,๓๔๓	๖.๓	๒.๔	๔.๑	๓.๒	๕.๓	๔.๘	๒.๗	๔๘.๕๔	๑๒.๒๐	๔๕.๓๒	๑๐.๕๕
ความถี่ของการเจ็บป่วย												
๑ ครั้ง	๕,๐๔๖	๑๕.๓	๘.๘	๑๔.๓	๒๘.๕	๑๕.๕	๑๓.๐	๘.๑	๓๖.๐๗	๒๑.๕๕	๔๓.๖๗	๑๕.๖๖
๒-๓ ครั้ง	๒,๓๗๗	๒๕.๒	๑๑.๕	๑๕.๕	๓๘.๒	๒๒.๗	๑๕.๕	๑๓.๓	๓๓.๒๕	๒๑.๖๐	๔๐.๒๔	๑๖.๖๔
๔ ครั้งขึ้นไป	๑,๔๑๕	๔๓.๐	๒๐.๐	๓๐.๕	๕๑.๒	๓๑.๒	๒๘.๓	๒๐.๑	๒๘.๓๘	๒๓.๔๐	๓๗.๐๕	๑๗.๔๕
การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ในปีที่แล้ว)												
เคย	๓,๐๖๘	๒๓.๓	๑๓.๒	๑๘.๕	๒๕.๘	๑๘.๔	๑๔.๓	๑๒.๗	๓๕.๕๐	๒๖.๓๕	๔๑.๕๕	๑๗.๕๓
ไม่เคย	๓๔,๑๓๒	๕.๓	๓.๗	๖.๓	๕.๐	๗.๘	๗.๐	๔.๐	๔๖.๔๓	๑๔.๘๒	๔๘.๐๕	๑๒.๒๒
การเป็นโรคเรื้อรัง												
เป็นโรค	๕,๕๔๔	๒๗.๑	๑๑.๕	๑๕.๘	๒๕.๘	๑๕.๑	๑๘.๐	๑๒.๘	๓๖.๕๖	๒๒.๓๒	๔๒.๑๐	๑๖.๘๗
ไม่เป็นโรค	๒๗,๖๕๗	๕.๕	๒.๒	๓.๖	๔.๖	๕.๖	๔.๖	๒.๓	๔๘.๒๔	๑๒.๘๘	๔๕.๒๒	๑๐.๘๖
จำนวนโรคเรื้อรังที่เป็น												
เป็นโรคเดียว	๗,๗๗๐	๒๓.๕	๑๐.๓	๑๗.๓	๒๖.๕	๑๗.๘	๑๖.๑	๑๐.๕	๓๗.๕๔	๒๒.๒๕	๔๒.๗๕	๑๖.๘๗
เป็นมากกว่า ๑ โรค	๑,๗๗๔	๔๓.๑	๑๕.๕	๓๒.๑	๔๓.๘	๒๕.๓	๒๗.๕	๒๑.๕	๓๑.๗๕	๒๒.๐๕	๓๘.๖๕	๑๖.๔๒
โรคเรื้อรังที่เป็น (เป็นโรคเดียว)*												
ความดันโลหิตสูง	๑,๔๐๕	๒๓.๔	๑๐.๒	๑๗.๓	๒๕.๒	๑๖.๗	๑๗.๗	๑๐.๗	๔๑.๖๒	๑๖.๔๔	๔๕.๑๗	๑๓.๔๓
กระเพาะ กระเพาะอาหาร เป็นแผล แผลกระเพาะ ผ่าตัดกระเพาะ	๖๗๘	๑๓.๘	๗.๑	๑๐.๘	๒๒.๕	๑๕.๐	๑๓.๕	๖.๕	๓๕.๑๓	๒๓.๒๓	๔๓.๔๘	๑๕.๖๗
แพ้อากาศ แพ้ฝุ่น ภูมิแพ้	๖๓๔	๔.๘*	๑.๑	๓.๒	๑๓.๗	๑๐.๓	๖.๑*	๑.๓	๔๔.๒๐	๑๒.๕๕	๔๖.๘๒	๑๓.๔๕
เบาหวาน	๖๐๗	๒๖.๐	๑๑.๗	๑๘.๑	๒๕.๗	๑๔.๗	๑๓.๑	๕.๐	๓๕.๘๔	๑๗.๘๓	๔๔.๖๗	๑๓.๔๘
ปวดตามข้อ ไขข้อ ปวดตาตุ่ม เจ็บหัวเข่า ข้อเท้า กระดูกเสื่อม	๕๕๔	๔๘.๖	๑๕.๕	๒๓.๐	๔๑.๖	๑๕.๐	๑๕.๕	๑๗.๔	๓๔.๓๒	๑๘.๘๑	๔๒.๕๕	๑๔.๓๒

หมายเหตุ *ผลการทดสอบพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทั้งหมด (p-value < ๐.๐๕) ยกเว้น ตัวเลขที่กำกับด้วย* ที่แสดงถึงผลการทดสอบพบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ*
**ทดสอบสมมติฐานเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเรื้อรัง*



รูปที่ ๕ กลุ่มที่รายงานปัญหาสุขภาพระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก จำแนกตามโรคเรื้อรังที่เป็น (เป็นโรคเดียว)

แต่น้อยกว่าคะแนนสุขภาพกาย โดยค่าเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในกลุ่มที่ป่วย ๔ ครั้งขึ้นไป (๓๗.๐๙) เช่นกัน

เมื่อจำแนกกลุ่มย่อยตามโรคเรื้อรังที่เป็น โดยเลือกเฉพาะโรคที่มีจำนวนตัวอย่างสูงสุด ๕ อันดับแรกในกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังเพียงโรคเดียว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง, กระเพาะอาหาร, ภูมิแพ้, เบาหวาน และปวดข้อ พบว่า ผู้ป่วยรายงานปัญหาในทุกมิติมากกว่าและมีคะแนนสุขภาพกาย และสุขภาพใจน้อยกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นผู้ป่วยภูมิแพ้ ซึ่งรายงานปัญหามากกว่าผู้ไม่เป็นโรค เพียง ๓ มิติคือ การเจ็บป่วย, ความวิตกกังวล และสมาธิ/ความจำ แต่ปัญหาสมาธิ/ความจำของผู้ป่วยภูมิแพ้ สูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = ๐.๔๙๒$) จากรูปที่ ๕ ผู้ป่วยปวดข้อเป็นผู้ที่มีสุขภาพแย่ที่สุดใน ๕ โรค โดยมีปัญหามากในด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งสนับสนุนความตรงของ 9-THAI ในการนำมาใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบ ด้านกายจากโรคที่เป็น ในมิติการดูแลตนเอง, ความวิตกกังวล, การเข้าสังคม และสมาธิ/ความจำ พบว่าโรคทั้ง ๕ กระทบต่อปัญหาดังกล่าวไม่มากนัก โดยรายงานปัญหาแตกต่างจากผู้ไม่เป็นโรคอยู่ในช่วงร้อยละ ๑๓.๓ - ๑๕.๓

วิจารณ์

รายงานสถานะสุขภาพโดยใช้ 9-THAI นี้ แสดงให้เห็นปัญหาสถานะสุขภาพของผู้ที่ด้อยกว่าในทางเศรษฐกิจสังคม และแสดงความแตกต่างของสถานะสุขภาพตามภูมิภาคที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ พบว่า 9-THAI มีความตรงแบบ known-group validity โดยพบร้อยละของผู้ที่มีปัญหาใน ๗ มิติ และคะแนนสุขภาพกาย และสุขภาพใจของกลุ่มที่มีสุขภาพไม่ดี เป็นไปตามสมมติฐาน

ในการจำแนกกลุ่มตามลักษณะทั่วไปได้แก่ ภูมิภาค, เขตเมืองกับชนบท, รวยหรือจน และสิทธิการรักษา พบปัญหาใน ๗ มิติสูงกว่า ในกลุ่มที่อยู่ในภาคเหนือ, อยู่ในชนบท, กลุ่มที่จนที่สุด และกลุ่มที่มีบัตรทอง ๓๐ บาท

และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดพบว่า กลุ่มดังกล่าวมีสัดส่วนของการเจ็บป่วยสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะคนภาคเหนือ หรืออยู่นอกเขตเทศบาล มีร้อยละของผู้ที่ป่วยตั้งแต่ ๔ ครั้งขึ้นไป, ผู้ที่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล, ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ไม่ได้แสดงผลในรายละเอียด) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นความสอดคล้องของตัวแปรด้านสุขภาพกับการประเมินโดยใช้ 9-THAI ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาต่อไปคือ ในกรณีที่สถิติสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในด้านอื่น ๆ พบความชุกของปัญหาในภาคเหนือมากกว่าภาคอื่น การกำหนดนโยบายและแผนงานสุขภาพในอนาคต ควรให้ความสำคัญต่อภาคเหนือเป็นกรณีพิเศษ (regional specific health policy) และควรเพ่งเล็งถึงความแตกต่างของปัญหาด้านสุขภาพของผู้ที่อาศัยในเขตเมืองและชนบทตลอดจนให้ความสำคัญกับกลุ่มจนที่สุด ซึ่งพบปัญหาของสุขภาพมาก ในด้านสิทธิการรักษานั้น ก็พบผลที่คล้ายคลึงกัน โดยกลุ่มที่มีบัตรทอง ๓๐ บาท มีรายงานการป่วยมากกว่า และกลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีโรคเรื้อรังมากกว่า ทั้งนี้ ผลการประเมินสถานะสุขภาพ 9-THAI ได้ให้ข้อมูลในรายละเอียดและเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุขในการวางแผนเฉพาะกลุ่มอย่างเหมาะสมต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ ที่สุ่มตัวอย่างอย่างมีระเบียบแบบแผน ได้ตัวอย่างขนาดใหญ่ จากทุก ๆ จังหวัด และเป็นตัวแทนครัวเรือนของประเทศ (national representative households) พบว่า 9-THAI เป็นแบบประเมินที่มีความตรงตามโครงสร้างแบบ known-group validity ประกอบกับมีระบบการคิดค่าคะแนนสุขภาพกาย และสุขภาพใจแบบ standardized T score ซึ่งคำนวณโดยจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ เฉพาะในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี (ไม่ป่วย, ไม่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และไม่มีโรคเรื้อรัง) จึงทำให้การแปลผลเปรียบเทียบกับค่าปรกติของประชากรสุขภาพดี ทำได้ง่าย คือเปรียบเทียบกับ ๕๐ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑๐) และเป็นค่าคะแนนที่ได้คำนึงถึงระดับปัญหาที่ต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุแล้วด้วย นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้ในกลุ่มโรคที่กระทบกับสุขภาพกาย ก็ได้รับการสนับสนุนจากผลในผู้ป่วยปวดข้อ ทำให้ 9-THAI เป็นแบบประเมินสถานะสุขภาพที่มีแนวโน้มจะนำมาประยุกต์ใช้ในทางการศึกษาวิจัย การประเมินผลโครงการทางการแพทย์ โดยจำเป็นต้องมีการศึกษา 9-THAI ในโรคต่าง ๆ เพื่อยืนยันคุณสมบัติด้านความตรง ความเที่ยง ตลอดจนการตอบสนอง (responsiveness) ของแบบวัดในโรคที่จะนำไปใช้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

๑. Fayers PM, Machin D. Quality of life: assessment, analysis and interpretation. NY: John Wiley & Sons; 2000.

๒. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales a practical guide to their development and use. 3rd ed. NY: Oxford; 2003.

๓. วีระศักดิ์ พุทธาศรี, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปราณี วาศวิท, กัญจนา ดิษยาธิคม, นงลักษณ์ โงวิวัฒน์ชัย. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๔๖ กรณีการรับบริการทันตกรรม. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๗; ๑๓: ๔๔๕-๕๕.

๔. Bryne BM. Structural equation modeling with AMOS basic concepts, applications, and programming. NJ: Lawrence Erlbuam Associates; 2001.

๕. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. NY: Guilford Press; 1998.

๖. Cheawchanwattana A, Limwattananon C, Limwattananon S, Lerkiatbundit S, Tangcharoensathien V. A confirmatory factor analysis of a new health status measure of Thai general population. Abstracts of the 12th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research; October 19-22, 2005; San Francisco, California, USA. Qual Life Res 2005; 14:2129.

๗. Sribney W, Stata Corp. Probability weights, analytic weights, and summary statistics. [Online]. [March 1997; updated April 2005] [cited 2006 March 31]. Available from: URL:http://www.stata.com/support/faqs/stat/supweight.html

Abstract **Health Status Report among Thai Population: The Analysis of the Health and Welfare Survey 2003**

Viroj Tangcharoensathien*, Areewan Cheawchanwattana†, Chulaporn Limwattananon†, Chitpranee Vasavid*, Sanguan Lerkiatbundit‡, Jirawan Boonperm§

*International Health Policy Program, †Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, ‡Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla University, §National Statistical Office

Journal of Health Science **2006; 15:515-27.**

In 2003, National Statistical Office and International Health Policy Program developed the 9 items for assessing health status. The 9 items consist of 4 items assessing physical health (mobility, self care, usual activities, illness/ discomfort), 3 items assessing mental health (anxiety/ depressed, cognition, social function) and 2 items assessing overall health (when compared with last year, and others). The measure was named the 9-THAI (9-item Thai Health status Assessment Instrument). The objectives of this study were to report health status of Thai general population from the survey and examine known-group validity of the 9-THAI.

In all, 37,202 Thais aged 15 years or over were sampled from in- and out- municipality in every province by using stratified two stage sampling method. Health status among subjects who lived in northern region, out-municipality, had income in poorest quintile, or were in Universal Coverage (30 baht) scheme were lowest. They reported significantly higher percentage of problems in 7 health domains, lower physical and mental scores than those living in other regions, in-municipality, having higher income, or being eligible to other insurance schemes, when statistically tested by Chi-square, t-test, ANOVA methods as appropriate. Health policy makers should be concerned with these specific groups. Higher percentage of problem in 7 domains and lower scores of physical and mental scores were also found in poor health groups including those who reported having sickness, being hospitalized or having chronic diseases. The results supported validity of the 9-THAI for future applications.

Key words: **health status, Health and Welfare Survey 2003, physical health score, mental health score, construct validity**