

บทที่

7

สรุป และอภิปรายผล

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ดำเนินการ โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพอนามัย (สกสอ.) เป็นเครือข่ายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ดำเนินการในระหว่าง พ.ศ. 2546-2547 เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนมกราคมถึงสิงหาคม ปี พ.ศ. 2547 มีจำนวนตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ได้ 39,290 ราย ตารางข้างล่างนี้คือการกระจายของตัวอย่างตามกลุ่มอายุและเพศ

เพศ	วัยแรงงาน (15-59 ปี)	วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	รวมสองกลุ่มอายุ
ชาย	9,515	9,419	18,934
หญิง	10,403	9,953	20,356
รวม	19,918	19,372	39,290

มีผลการสำรวจแบ่งเป็น 5 ประเด็นหลัก คือ (1) ลักษณะทางประชากรสังคมและเศรษฐกิจ (2) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ การบริโภคผักผลไม้ และกิจกรรมทางกาย (3) ความชุกของโรคหรือปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อย กับระดับของการบริการที่ได้รับ (4) อนามัยเจริญพันธุ์ และ (5) สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในส่วนแรกจะได้นำเสนอผลการสำรวจดังกล่าวโดยสรุป แล้วนำไปสู่การอภิปรายประเด็นปัญหาเกี่ยวกับระเบียบวิธีสำรวจ การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และการหาค่าคาดประมาณลักษณะทางประชากร และสุดท้ายข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชากรโดยการตรวจร่างกายในอนาคต

7.1 สรุปผลการสำรวจ

1. ลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ

โครงสร้างทางอายุและเพศ พบว่า พีระมิดประชากรตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับพีระมิดประชากรของทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2543 แต่มีสัดส่วนของวัยแรงงานมากกว่า ที่ชัดเจนคือ ความสอดคล้องที่มีสัดส่วนของผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย สำหรับเขตการปกครอง พีระมิดของวัยแรงงานนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนสูงกว่าในเขตเทศบาล วัยสูงอายุไม่แตกต่างกันในระดับภาคและเขตสาธารณสุข พบความแตกต่างระหว่างภาค ถ้าเทียบสัดส่วนที่เข้าใกล้พีระมิดปี พ.ศ. 2563 จากมากไปหาน้อย คือภาคใต้ ภาคกลางและภาคเหนือ กรุงเทพมหานคร และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โครงสร้างทางอายุและเพศของเขตสาธารณสุข ที่อยู่ใ้ภาคเดียวกันจะมีความสอดคล้องกับภาค และน่าจะเป็นตัวแทนของแต่ละภาคได้ ความแตกต่างของค่าคาดประมาณของสภาวะสุขภาพในระดับต่างๆที่เนื่องมาจาก โครงสร้างทางอายุและเพศ ถ้าไม่สอดคล้องกับโครงสร้างทางอายุและเพศ ก็จะมาจกปัจจัยกำหนดอื่นๆ เช่น การให้บริการ สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งควรจะได้วิเคราะห์ในเวลาต่อไป

การได้รับการศึกษา ผลการวิจัยที่ผ่านมาในเรื่องผลกระทบของวิกฤติเศรษฐกิจ ของประเทศที่อาจมีผลต่อการหยุดเรียนของเด็กนักเรียนในภาคบังคับ (2541) ที่พบว่า เด็กหญิงเข้าเรียนเกือบร้อยละ 100 โดยที่เด็กผู้ชายเข้าเรียนในสัดส่วนที่ต่ำกว่าร้อยละและเลิกเรียนมากกว่า ดังกล่าวนี้น่าจะเหตุเป็นผลกับข้อมูลจากการสำรวจครั้งนี้ ที่ตัวอย่างผู้หญิงอายุ 15 - 29 ปี อยู่ในชั้นเรียนนานกว่าผู้ชายในกลุ่มอายุเดียวกัน จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในระบบเฉลี่ยมากกว่า 6 ปีขึ้นไป ในทุกอายุรวมกันแสดงถึงความก้าวหน้าในการครอบคลุมของบริการการศึกษา อย่างไรก็ตามผู้ที่อยู่ใน กทม.และ เขตเมือง มีโอกาสได้รับการศึกษาสูงกว่าในเขตชนบท และภาคใต้ มีประชากรที่ได้รับการศึกษาสูงกว่าภาคอื่นๆโดยเฉลี่ย

สถานภาพสมรส พบว่าเปลี่ยนแปลงตามอายุทั้งชายและหญิง โดยร้อยละของผู้สมรสจะสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เช่นเดียวกับสัดส่วนของผู้ที่เป็นหม้าย หย่า แยก จะมากขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะจำนวนเพศหญิงอายุมากจะต้องอยู่คนเดียวมากกว่าเพศชายอายุเท่ากันถึงเกือบเท่าตัว

สภาพการทำงาน หญิงประมาณร้อยละ 53 และชายประมาณร้อยละ 71 กำลังทำงานอยู่ สัดส่วนของการว่างงานมีประมาณร้อยละ 6 - 8 ในประชากรชายและหญิง และส่วนใหญ่ของการว่างงานคือธุรกิจส่วนตัว และน่าสังเกตว่าแม้ผู้สูงอายุ (70 - 80 ปี) ก็ยังมีเกือบครึ่งหนึ่งที่ยังทำงานอยู่

รายได้ต่อคนต่อเดือน พบว่า โดยเฉลี่ยรายได้ต่อคนต่อเดือน อยู่ในระดับประมาณ 5,000 บาทต่อเดือน ชายมากกว่าหญิง คือ เท่ากับ 5,800 บาทต่อเดือน เมื่อเทียบกับ 4,000 บาทในกลุ่มผู้หญิง ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ประมาณ 3 ล้านคน และหญิงประมาณ 6 ล้านคน มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน คือ 1,230 บาท ต่อเดือน ซึ่งจัดว่าอยู่ในกลุ่มยากจน และอยู่ในเขตสาธารณสุข 5,6,7 (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) และเขต 10 (ภาคเหนือตอนบน) มีสัดส่วนยากจนมากกว่าเขตอื่นๆ

การรับภาระในครอบครัว ในประเด็นของการรับภาระด้านการเงินและการดูแลสมาชิกในบ้าน วิเคราะห์จากขนาดครอบครัวเปรียบเทียบกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ประชากรตัวอย่าง ต้องรับเป็นภาระในกลุ่มแรงงานวัยต้น (15 - 29 ปี) ต่ำกว่า 2 คน และเพิ่มมากกว่า 2 คนในกลุ่มอายุต่อไป ผู้สูงอายุต้องรับภาระ ต่ำกว่าประชากรใน

วัยแรงงานประมาณเท่าตัว ผู้หญิงรับภาระน้อยกว่าผู้ชาย

ในเขตการปกครอง ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล ต้องรับภาระมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตแต่ไม่มากนัก พบว่ามีความแตกต่างในรายภาค เมื่อใช้สัดส่วนของสมาชิกที่ต้องรับภาระต่อขนาดครอบครัว ภาคใต้รับภาระมากที่สุด (0.5) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (0.4) ภาคเหนือ (0.4) ภาคกลาง (0.4) และต่ำสุดในกรุงเทพมหานคร (0.38)

2. พฤติกรรมเสี่ยง

2.1 การสูบบุหรี่ ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไป คือร้อยละ 49 และที่สูบเป็นประจำหรือสูบบุหรี่ทุกวันมีร้อยละ 46 หรือกล่าวได้ว่าประมาณร้อยละ 90 ของประชากรชายที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน คือผู้ที่สูบเป็นประจำ ผู้ที่สูบบุหรี่มากที่สุดคือกลุ่มอายุ 30 - 59 ปี ในชาย และอายุ 60 - 79 ปีในหญิง

ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวันในผู้ที่สูบเป็นประจำคือ 12 มวนในชายและ 8 มวนในหญิงในหญิงอายุน้อยจะสูบในปริมาณต่อวันมากกว่าอายุสูงกว่า

ประชากรกลุ่มอายุน้อยในปัจจุบันทั้งชายและหญิงจะเริ่มสูบบุหรี่ เมื่ออายุน้อยกว่ากลุ่มประชากรที่อายุมากในขณะนี้ กล่าวคือในหญิงที่อายุ 15 - 29 ปี จะมีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ 16 ปี แต่ในกลุ่มหญิงอายุ 30 - 44 ปี ในขณะนี้จะเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 22 ปีโดยเฉลี่ย

ประชากรชายที่อยู่นอกเขตเทศบาลสูบบุหรี่มากกว่าประชากรในเขตเทศบาล แต่ประชากรหญิงในเขตเทศบาลสูบบุหรี่มากกว่าหญิงที่อยู่นอกเขตเทศบาล หญิงในภาคเหนือสูบบุหรี่และชายในภาคใต้สูบบุหรี่มากกว่าภาคอื่นๆ ชายในกรุงเทพฯสูบบุหรี่เป็นประจำน้อยกว่าทุกภาคของประเทศ แต่หญิงในกรุงเทพฯสูบบุหรี่มากเป็นที่สองรองจากหญิงในภาคเหนือ

เขตสาธารณสุขที่มีประชากรชายอายุ 15 ปี ขึ้นไปสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าร้อยละ 50 คือ เขตสาธารณสุขที่ 5, 6, 11 และ 12 หญิงในเขตสาธารณสุขที่ 8 สูบบุหรี่มากที่สุดกว่าเขตอื่นๆ คือร้อยละ 8 รองลงมาคือหญิงในเขตสาธารณสุขที่ 10 และในกรุงเทพฯ

2.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลยในรอบปีที่ผ่านมาเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเกือบ 3 เท่า คือร้อยละ 65 ในหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปและร้อยละ 27 ในชายวัยเดียวกัน ประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.6 และประชากรหญิงร้อยละ 2.1 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย คือปริมาณแอลกอฮอล์มากกว่า 20 กรัม ต่อวันในเพศหญิง และมากกว่า 40 กรัมต่อวันในเพศชาย

ประชากรทั้งชายและหญิงในเขตเทศบาลดื่มในระดับอันตรายมากกว่าประชากรนอกเขตเทศบาล ประชากรหญิงในกรุงเทพฯ มีความชุกของการดื่มในระดับอันตรายมากกว่าภาคอื่นๆ ประชากรชายในภาคเหนือมีความชุกของการดื่มในระดับอันตรายมากกว่าประชากรในภาคอื่นๆ

ถ้าพิจารณาตามเขตสาธารณสุขพบว่าความชุกของการดื่มในระดับอันตรายมีในประชากรชายของเขตสาธารณสุขที่ 9 สูงสุดคือร้อยละ 24.5 และประชากรหญิงในกรุงเทพมหานคร ก็ยังมีสัดส่วนของการดื่มที่เป็นอันตรายมากกว่าในเขตสาธารณสุขทั้ง 12 เขต

ประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคแอลกอฮอล์ต่อวันโดยเฉลี่ยประมาณ 11.8 กรัม / คน / วัน แต่ในประชากรหญิงประมาณ 0.4 กรัม/คน/วัน โดยที่กลุ่มอายุ 15 - 29 ทั้งชายและหญิงบริโภคแอลกอฮอล์เป็นกรัมต่อวันค่อนข้างสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ คือ ในชาย 15.7 กรัม/คน/วัน และหญิง 0.3 กรัม/คน/วัน แต่ในหญิงกลุ่มที่ดื่มมากที่สุดคือหญิงสูงอายุ 0.5 กรัม/คน/วัน

สำหรับการดื่มอย่างหนักในครั้งเดียว (Binge drinking) ในกลุ่มผู้ดื่มสุราพบว่ามีมากที่สุดในการชายอายุ 15 - 29 ปีที่เคยดื่มในรอบปีที่ผ่านมา ประมาณ 13 ครั้งในรอบ 12 เดือน หรือเดือนละครั้ง ค่าเฉลี่ยการดื่มอย่างหนักในการชายทุกอายุที่ดื่มอย่างหนัก คือ 12 ครั้งต่อปีและประชากรหญิง 3 ครั้งต่อปี

ในกลุ่มประชากรชายและหญิงที่เคยดื่มสุราในเขตเทศบาลมีสัดส่วนผู้ดื่มสุราที่ดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวมากกว่านอกเขตเทศบาล นักดื่มชายในภาคกลางที่ดื่มอย่างหนักในครั้งเดียว มีมากกว่าภาคอื่นๆ ทั้งหมด แต่ในนักดื่มหญิงผู้ที่ดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวคือกลุ่มที่อยู่ในกรุงเทพฯ และในทุกเขตสาธารณสุขจะมีความชุก (Prevalence) ของผู้ดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวมากกว่าร้อยละ 50 ในเพศชายและร้อยละ 19 ในเพศหญิง

ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุด ในทั้ง 2 เพศ คือ เบียร์ รองลงมาคือวิสกี้

2.3 การบริโภคผักและผลไม้ ประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไป และประชากรหญิงอายุเท่ากันส่วนใหญ่ ยังบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณต่อวันไม่ถึงมาตรฐานที่กำหนดไว้ สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ร้อยละ 80 ในประชากรชาย และร้อยละ 76 ในประชากรหญิง)

ในภาพรวมหญิงจะบริโภคผักและผลไม้มากกว่าชาย และในทั้งสองเพศปริมาณการบริโภคจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นประชากรชายจะบริโภคผักและผลไม้โดยเฉลี่ยประมาณ 268 กรัมต่อวัน และประชากรหญิงบริโภค 283 กรัมต่อวัน ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานที่ตั้งไว้ 400 หรือ 600 กรัมต่อวัน

ประชากรชายหญิงนอกเขตเทศบาลบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณต่อวันที่น้อยกว่ามาตรฐานมากกว่าประชากรในเขตเทศบาล ประชากรในกรุงเทพฯ มีความชุกของการบริโภคที่ไม่ได้มาตรฐานต่ำกว่าประชากรในภาคอื่นๆ

ประชากรชายหญิงในเขตสาธารณสุขที่ 5 (จังหวัด มหาสารคาม สุรินทร์ นครราชสีมา) บริโภคผักและผลไม้ต่อวันต่อคนน้อยกว่ามาตรฐาน มากที่สุดกว่าเขตสาธารณสุขอื่นๆ คือ ร้อยละ 90 ในชาย และร้อยละ 87 ในหญิง

2.4 กิจกรรมทางกาย ประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 9.5 ที่มีกิจกรรมทางกายที่จัดว่าไม่เพียงพอหรืออยู่ในระดับต่ำ (Inactive and low physical activities) และในประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 12.5 และสัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น

ประชากรในเขตเทศบาลมีกิจกรรมทางกายในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานประชากรนอกเขตเทศบาลเล็กน้อยทั้งชายและหญิง เช่นเดียวกับประชากรในภาคกลาง ประชากรชายในภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ น้อยกว่าประชากรภาคอื่นๆ

การกระจายของความชุกของประชากรที่มีกิจกรรมทางกายไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐาน พบมากในเขตสาธารณสุขที่ 1,2,3,4 มากกว่าเขตสาธารณสุขอื่นๆ

โดยสรุปสำหรับพฤติกรรมเสี่ยง แสดงว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยเฉพาะในวัยแรงงาน เฉพาะในเพศชายส่วนใหญ่ยังมีความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่เป็นประจำ การดื่มสุราทั้งที่ดื่มในระดับอันตราย และการดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและความรุนแรงในสังคมอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้กระจายไปทั่วทุกภูมิภาคของประเทศและในทุกเขตสาธารณสุข นอกจากนี้ในด้านพฤติกรรมคุ้มครองเช่นการรับประทานผักและผลไม้พบว่าในทั้ง 2 เพศมีเพียงจำนวนน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 30) ที่บริโภคอยู่ในปริมาณที่เพียงพอในแต่ละวัน

3. ความชุกของโรค ปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อย และระดับของบริการที่ได้รับ

3.1 ความดันโลหิตสูง ปัญหาความดันโลหิตสูงในภาพรวมประเทศพบในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงเล็กน้อย คือร้อยละ 23 ในผู้ชาย และร้อยละ 21 ในผู้หญิงตามลำดับ ความชุกมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นโดยความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี พบร้อยละ 60 ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง เมื่อพิจารณาตามรายภาคพบความชุกของความดันโลหิตสูงสุดในภาคเหนือ ภาคกลาง กรุงเทพฯ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ โดยทุกภาคยังคงพบผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง

ปัญหาความครอบคลุมของการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยยา กลับพบในสิ่งที่ตรงข้าม กล่าวคือ ถึงแม้จะพบความชุกสูงในกว่าเพศชาย แต่เพศหญิงกลับมีความครอบคลุมของการรักษาดีกว่าคือ ร้อยละ 31 ในเพศหญิง และร้อยละ 17 ในเพศชายตามลำดับ ปัญหาความครอบคลุมของการรักษาจะพบสูงในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยและความครอบคลุมจะดีขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ในกรุงเทพฯพบความครอบคลุมของการรักษาสูงสุดที่ร้อยละ 31 ซึ่งสูงกว่าในส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีความครอบคลุมของการรักษาเพียงร้อยละ 15 เท่านั้น

ขณะที่ปัญหาประสิทธิผลของการรักษาพบสูงสุดประมาณร้อยละ 50 ที่เขตสาธารณสุขที่ 5 และกรุงเทพฯ และต่ำสุดที่ประมาณร้อยละ 25 ในเขตสาธารณสุขที่ 1 และ 10

3.2 ไขมันในเลือดสูง ปัญหาไขมันในเลือดสูงในประเทศไทยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายคือ ร้อยละ 17 และร้อยละ 14 ตามลำดับ ความชุกมีแนวโน้มสูงตามขึ้นอายุที่มากขึ้นโดยในผู้หญิงพบความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 60 ถึง 69 ปี พบความชุกร้อยละ 33 ในผู้ชายพบความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 45 ถึง 59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ถึง 69 ปี พบเท่ากันที่ร้อยละ 20

ในเขตกรุงเทพฯ พบความชุกไขมันในเลือดสูงที่สุดในผู้หญิงและผู้ชาย โดยพบร้อยละ 32 ในผู้หญิง และร้อยละ 28 ในผู้ชาย ซึ่งสูงเป็น 3 เท่าเมื่อเทียบกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีความชุกเพียงร้อยละ 11 ในผู้หญิง และร้อยละ 9 ในผู้ชาย

ปัญหาสำคัญในผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงคือ ความครอบคลุมของการรักษาด้วยยาดำซึ่งพบเพียงร้อยละ 9 ของผู้ป่วยทั้งประเทศเท่านั้นที่ได้รับการรักษาด้วยยา แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าถึงแม้ผู้หญิงซึ่งพบความชุกของไขมันในเลือดสูงมากกว่าผู้ชาย แต่กลับมีความครอบคลุมของการรักษาด้วยยาที่ต่ำกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุ และในส่วนภูมิภาคพบปัญหาความครอบคลุมของการรักษาต่ำมากแตกต่างกับกรุงเทพฯ กล่าวคือความครอบคลุมในกรุงเทพฯ สูงเป็น 2 ถึง 4 เท่าเมื่อเทียบกับส่วนภูมิภาค

นอกจากนั้นยังพบว่าปัญหาความครอบคลุมของการรักษาต่ำในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย และความครอบคลุมจะดีขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น ขณะที่ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาเป็นปัญหาน้อยกว่าคือในภาพรวมประเทศผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 มีประสิทธิผลในการรักษา โดยพบประสิทธิผลสูงถึงร้อยละ 80 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่ในภาคใต้และกรุงเทพฯ กลับมีประสิทธิผลต่ำสุดเพียงประมาณร้อยละ 60 เท่านั้น

3.3 ภาวะอ้วนและภาวะพอม ในการศึกษาภาวะน้ำหนักตัวของประชาชนไทย เพื่อจำแนกผู้ที่มีน้ำหนักตัวผิดปกติ อันจะนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงต่อโรค โดยใช้เครื่องมือ 2 อย่าง คือ ดัชนีมวลกาย (BMI) และเส้นรอบเอว พบว่า

ดัชนีมวลกาย (BMI) ซึ่งเป็นการวัดสัดส่วนของน้ำหนักของร่างกายทั้งหมดเปรียบเทียบกับความสูง สามารถจำแนกว่ามีประชากรที่จัดว่าน้ำหนักเกินปกติและอ้วนได้ร้อยละ 23 ในชาย และร้อยละ 34 ในหญิง ซึ่งถ้าใช้เส้นรอบเอวเป็นเกณฑ์จะได้ประชากรที่อ้วนลงพุง (Central obesity) ร้อยละ 15 ในชาย และร้อยละ 36 ในหญิง

ความแตกต่างนี้เกิดจากดัชนีมวลกาย (BMI) ซึ่งเป็นผลรวมของน้ำหนักของร่างกายทั้งหมด ซึ่งรวมกล้ามเนื้อและไขมันเข้าด้วยกัน ดังนั้นในบางกรณี BMI เกินกว่ามาตรฐาน อาจจะเป็นน้ำหนักของกล้ามเนื้อก็ได้ แต่เส้นรอบเอวจะเป็นการวัดโดยตรงถึงขนาดของไขมันที่ซ่อนท้องซึ่งมากน้อยตามขนาดของเส้นรอบเอว และถ้าไขมันยังมากเท่าใดก็จะมีโอกาสแทรกซึมไปในกระแสโลหิต กระตุ้นให้เกิดพยาธิสภาพต่างๆตามมา เช่น การดื้อของอินซูลิน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ฯลฯ ได้โดยตรง

อาจกล่าวได้ว่าความแตกต่างของความชุกของสภาวะอ้วนในประชากรชายจากการวัดด้วย BMI และเส้นรอบเอวอาจเนื่องมาจาก BMI ที่สูงในเพศชายมาจากน้ำหนักของกล้ามเนื้อมากกว่าไขมันสะสม และค่าที่ใกล้เคียงกับในเพศหญิงก็แปลได้ว่าภาวะน้ำหนักเกินในหญิงไทยนั้นมาจากไขมันสะสมมากกว่า หญิงไทยมีความชุกของภาวะอ้วนมากกว่าชายไทย โดยเฉพาะวัยตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปจนถึง 59 ปี ผู้สูงอายุทั้ง 2 เพศมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักน้อยลงเรื่อยๆ

ภาวะน้ำหนักน้อย (Underweight) ในประชากรไทยมีประมาณร้อยละ 10-12 แต่จะมีมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ คือประมาณร้อยละ 32-33 ทั้งสองเพศ ซึ่งภาวะน้ำหนักน้อยจะเป็นปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ เช่น โรคกระดูกพรุน โรคขาดสารอาหาร และการไวต่อการติดเชื้อต่างๆ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันจะอ่อนประสิทธิภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายและการสำรวจใน 2 ครั้งที่ผ่านมา คือ (พ.ศ. 2534-35 และ พ.ศ. 2535-40) รวมทั้งการศึกษา Inter Asia พบว่าค่าเฉลี่ยของ BMI ในประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงในการสำรวจ ทั้ง 2 ครั้ง รวมทั้งความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและความอ้วนด้วย

3.4 เบาหวาน (DM) เบาหวานเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย คือร้อยละ 7 และร้อยละ 6 ตามลำดับ ความชุกของเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นพบความชุกสูงสุดที่กลุ่มอายุ 60 ถึง 69 ปี โดยพบในเพศหญิงร้อยละ 19 และในเพศชายร้อยละ 14 ในเขตกรุงเทพฯ พบว่ามีความชุกสูงกว่าในเขตภูมิภาคคือ ในกรุงเทพฯ พบร้อยละ 11 ส่วนในภูมิภาคพบเพียงร้อยละ 5 ถึง 7 เท่านั้น

ปัญหาสำคัญของโรคเบาหวานในประเทศไทยคือความครอบคลุมของการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดหรือฉีด insulin ต่ำเพียงร้อยละ 41 เท่านั้น โดยพบต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพียงร้อยละ 37 กรุงเทพฯ ร้อยละ 41 ส่วนภาคกลาง ภาคเหนือและภาคใต้ใกล้เคียงกันที่ร้อยละ 43 ถึงร้อยละ 47

เมื่อพิจารณาตามเพศและกลุ่มอายุพบว่า เพศหญิงมีความครอบคลุมของการรักษาที่สูงกว่าเพศชายในทุกกลุ่มอายุ นอกจากนั้นแล้วปัญหาประสิทธิผลของการรักษาก็เป็นปัญหาสำคัญคือทั้งประเทศพบว่ามีประสิทธิผลในการรักษาไม่ถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาทั้งหมด โดยในกรุงเทพฯพบต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 17 เท่านั้น เป็นที่น่าสังเกตว่าจากการสำรวจในพื้นที่กรุงเทพฯ ซึ่งมีสภาพสังคมเมืองและสภาพเศรษฐกิจที่ดี โดยพบว่ามี ความชุกของผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุดถึงร้อยละ 11 แต่กลับมี ปัญหาเรื่องความครอบคลุมของการรักษาคือต่ำเพียงร้อยละ 41 เท่านั้น นอกจากนั้นแล้วในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาก็มีประสิทธิผลของการรักษาต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับส่วนภูมิภาคเพียงร้อยละ 17 เท่านั้น

นอกจากกลุ่มที่มีอาการเบาหวานแล้วยังมีกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานคือกลุ่มที่มีน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่สูงกว่าปกติ (100 mg/dl) แต่ยังคงต่ำกว่าระดับของการเกิดโรค (126mg/dl) ในกลุ่มนี้มีความชุกในประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 15.4 และในประชากรหญิงร้อยละ 10.6 และเมื่อรวมความชุกของโรคเบาหวานเข้าไปด้วยจะเห็นว่า มีปัญหานี้ขนาดใหญ่พอๆกับความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง และน้ำหนักเกิน ซึ่งโดยรวมแล้วคือโรคของกลุ่ม Metabolic Syndrome นั่นเอง

3.5 โลหิตจาง ปัญหาโลหิตจางในประเทศไทยพบในหญิงสูงกว่าชายประมาณ 2 เท่า คือร้อยละ 22 และร้อยละ 11 ในหญิงและชายตามลำดับ ความชุกของโลหิตจางมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยความชุกสูงสุดที่กลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี คือมากกว่าร้อยละ 50 ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง

เมื่อพิจารณาตามรายภาคพบว่าผู้ชายมีความชุกใกล้เคียงกันในทุกภาคที่ประมาณร้อยละ 11 ขณะที่ผู้หญิงพบมีความชุกกระจายตั้งแต่ร้อยละ 20 ถึง 30 โดยในกรุงเทพฯ พบปัญหาโรคโลหิตจางมากที่สุด

ส่วนความครอบคลุมของการรักษาโลหิตจางด้วยยาทั่วประเทศพบเพียงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา โดยผู้ป่วยหญิงมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาด้วยยามากกว่าผู้ป่วยชายในกลุ่มอายุเดียวกัน และผู้ป่วยอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาด้วยยามากกว่าผู้สูงอายุกว่า ในขณะที่เรื่องประสิทธิผลของการรักษาโรคโลหิตจางด้วยยาในภาพรวมประเทศพบมีประสิทธิผลร้อยละ 40 แต่พบมีการกระจายของข้อมูลค่อนข้างมากตั้งแต่ร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 75

3.6 สภาวะของประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดหลายปัจจัย ในภาพรวมของการกระจายความชุกของประชากรตามจำนวนปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ในบุคคลนั้น พบว่าชายมีความชุกของกลุ่มปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหญิง ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหนึ่งปัจจัยมีร้อยละ 29 ในชาย และร้อยละ 22 ในหญิง จำนวนปัจจัยเสี่ยงมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ ในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนของผู้มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 ปัจจัยสูงกว่าภาคอื่นๆ

ดังนั้นจึงส่งผลต่อการได้รับยาหลายอย่างพร้อมกันเพื่อควบคุมระดับของปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น ที่สำคัญคือ ยาลดความดันโลหิตสูง และลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง แต่พบว่าการได้รับยาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือได้รับทั้งสองอย่างอยู่ในระดับไม่เกินร้อยละ 10

3.7 ความชุกของโรคเรื้อรังอื่นๆ

ความชุกของโรคเรื้อรังเหล่านี้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และได้วิเคราะห์ความชุกเฉพาะที่ได้รับคำบอกกล่าวว่าแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยเท่านั้น

ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งมีประมาณ 45 ล้านคน พบว่าเป็นโรคหอบหืดร้อยละ 3 หรือประมาณ 1.4 ล้านคน โรคเบาหวานร้อยละ 0.4 (1.8 ล้านคน) ปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 0.4 โรคไตวายร้อยละ 0.2 (9 หมื่นคน) อัมพฤกษ์อัมพาตร้อยละ 0.5 หรือสองแสนสองหมื่นคน และวัณโรคร้อยละ 0.8 (3.6 แสนคน)

4. ความชุก และชนิดของยาที่ใช้เป็นประจำ

ยาที่ใช้เป็นประจำ หมายถึง ยาที่ใช้ทุกวันติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ประเภทของยา ได้แก่ ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยาแก้ลมประสาท ยาบำรุง เป็นต้น พบว่า การใช้ยาเป็นประจำในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายตลอดช่วงอายุ (ร้อยละ 25 เทียบกับร้อยละ 15) ความชุกของการใช้ยาต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ทั้งชายและหญิง แล้วเพิ่มขึ้นตามอายุ และสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่พบความชุกร้อยละ 43 ในผู้ชาย และ ร้อยละ 45 ในผู้หญิงตามลำดับ

ประเภทของยาประจำที่ใช้มากที่สุด คือ ยาแก้ปวด รองลงมาคือยาบำรุง ที่เพิ่มความชุกตามอายุ

5. อนามัยเจริญพันธุ์

อายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรกลดลงในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่อายุน้อย เฉลี่ยประมาณ 13 ปี จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของหญิงอายุ 15-59 ปี คือ 2 คน จำนวนบุตรเพิ่มตามอายุ ในกลุ่มอายุ 45-59 ปีมีบุตรโดยเฉลี่ย 3 คน

การแท้งที่เกิดขึ้นในหญิงอายุ 15-59 ปีมีประมาณร้อยละ 19 และเป็นการแท้งโดยธรรมชาติร้อยละ 14 เป็นการแท้งร้อยละ 5 อัตราการทำแท้งจะใกล้เคียงกันในทุกภาคของประเทศ โดยที่สูงสุดในภาคเหนือ ภาคใต้ และ กรุงเทพมหานคร

ความครอบคลุมของการได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกด้วย Pap. Smear ในหญิงอายุ 15-59 ปีมีร้อยละ 38 กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีความครอบคลุมของบริการ Pap. Smear สูงกว่าภาคอื่นๆ แต่ถ้าพิจารณาความครอบคลุมของบริการในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา ภาคเหนือจะสามารถให้บริการได้ครอบคลุมมากที่สุดกว่าภาคอื่นๆรวม กรุงเทพฯ คือร้อยละ 43 เขตสาธารณสุขที่มีความครอบคลุมของบริการต่ำสุดคือ เขต 9 สูงสุดคือเขต 10 จากข้อมูลจะเห็นว่าในแทบทุกเขตสาธารณสุขได้พยายามปรับปรุงบริการนี้ให้ครอบคลุมประชากรหญิงเป้าหมายทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

การตรวจมะเร็งเต้านม หญิงอายุ 15-59 ปี ร้อยละ 49 เคยตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 23 ตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ได้รับการตรวจด้วย Mammogram โดยเฉลี่ยทั่วประเทศมีเพียงร้อยละ 4 และที่เคยรับบริการนี้ภายใน 1 ปีที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 2 ความครอบคลุมของบริการนี้สูงสุดในกรุงเทพฯคือร้อยละ 11

การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ในประชากรอายุน้อย คือ 15-29 ปีมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มอายุที่สูงกว่า โดยเฉพาะกับคู่หนุ่มที่เป็นครั้งแรก และเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุจะมีการใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศเพียงไม่เกินร้อยละ 4 และใช้กับคู่หนุ่มเป็นครั้งแรกมากกว่าคู่หนุ่มประจำ ประชากรชายอายุ 15-59 ปี ในภาคเหนือมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ต่ำกว่าภาคอื่นๆ ทั้งกับคู่หนุ่มประจำและคู่หนุ่มชั่วคราว

6. สภาวะสุขภาพของประชากรสูงอายุไทย

อัตราการเกิดโรคและความชุกในผู้สูงวัยล้วนมาจากการสะสมมาตั้งแต่วัยกลางคน นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยหลายโรคพร้อมกันที่พบได้บ่อย ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวนโรคในผู้สูงอายุคนเดียวมีถึง 7 โรค ผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย การใช้อัตราการเจ็บป่วยทุพพลภาพอย่างเดียวน่าจะไม่เพียงพอในการประเมินการทำหน้าที่ ในการดำเนินชีวิตที่เป็นอิสระพึ่งพาตนเองได้ จึงนำสู่วัดอีกชุดหนึ่งที่ใช้ประเมิน ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน การตรวจคัดกรองสภาพสมอง ระบบการบดเคี้ยว และปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุด้านสังคม เศรษฐกิจ และภาวะแวดล้อม ที่จะนำไปสู่เป้าหมายหลักในระดับนโยบาย คือ “ให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนและประเทศ เป็นที่ต้องการของครอบครัวและสังคม และมีความเข้าใจดีระหว่างคนต่างรุ่นในครอบครัว”

ในบทนี้จึงได้นำเสนอใน 3 ประเด็นหลัก คือ (1) ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน (2) หลักประกันด้านที่อยู่อาศัย (3) ความมั่นคงในรายได้ และ (4) หลักประกันการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นในเรื่องการรักษาพยาบาล และสวัสดิการพื้นฐาน

6.1 ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน

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

อัตราพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันคือสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นหรือครอบครัวในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ซึ่งเป็นข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการประมาณค่าผู้เป็นภาระ พบว่า อัตราภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันไม่เกินร้อยละ 10 ในทุกกลุ่มอายุ ยกเว้นกลุ่มผู้ชายและผู้หญิงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีระดับใกล้เคียงกัน ร้อยละ 12-13 ผู้หญิงที่อยู่นอกเขตเทศบาลอัตราพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันสูงกว่าในเขต คือร้อยละ 14 และ ร้อยละ 9 ผู้ชายนอกเขตเทศบาลอยู่ในภาวะพึ่งพาส่งกว่าชายอายุเดียวกันในเขตเทศบาล โดยเฉพาะกิจวัตรในการทำงานบ้าน(ร้อยละ27กับร้อยละ40) และผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายในทุกกลุ่ม นอกจากนี้พบว่าความแตกต่างระหว่างภาค ดูเหมือนว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีผู้สูงอายุอยู่ในระดับพึ่งพามากกว่าภาคอื่นๆ ที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือสวัสดิการของรัฐ

6.2 ระบบการบดเคี้ยว ฟันเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำอาหารเข้าสู่ร่างกายที่ทำให้คนเราอยู่ได้นาน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุควรมีฟันสำหรับการบดเคี้ยวได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการรักษาฟันให้อยู่ในสภาพดีตั้งแต่เริ่มต้น และหากมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ ควรได้รับการฟันปลอมเพื่อคงสภาพการทำหน้าที่ได้ จากการสำรวจโดยรวมพบว่ามีสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่มีร้อยละ 45 เท่ากันทั้งชายและหญิง กลุ่มนี้มีผู้ใส่ฟันปลอมประมาณร้อยละ 28 คิดเป็นอัตราส่วน 0.6 ของผู้ที่มีฟันไม่ครบเท่านั้น

6.3 อุบัติเหตุจากการหกล้ม ที่จะนำไปสู่การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป สาเหตุมักเกิดจากการเวียนศีรษะ และการทรงตัวไม่สมดุล ซึ่งพบร้อยละ 38 และร้อยละ 41 ในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ การหกล้มที่บ้านและในห้องน้ำมีร้อยละ 20 ในผู้ชาย และร้อยละ 35 ในผู้หญิง นอกจากการเวียนศีรษะหรืออ่อนแรงที่ทำให้ล้มง่ายแล้ว โครงสร้างของบ้าน การต้องใช้บันไดขึ้นลงเป็นประจำ หรืออยู่ในบ้านเล่นระดับ เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่เพิ่มสัดส่วนการหกล้มในผู้สูงอายุได้ ในการสำรวจนี้ พบว่าผู้สูงอายุอยู่ในบ้านที่ต้องใช้บันไดขึ้นลงประจำวันร้อยละ 60 ในกลุ่มนี้มีการปรับปรุงราวจับบันไดประมาณร้อยละ 30 เท่านั้น สัดส่วนนี้มีความแตกต่างตามอายุและภาค

6.4 การตรวจคัดกรองสภาพสมอง กลุ่มโรคสมองเสื่อมหรือความจำผิดปกติ พบได้บ่อยในผู้สูงอายุตามที่ได้ทราบกันอยู่แล้ว ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจคัดกรองเป็นระยะๆ สำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้การป้องกันรักษาแต่เนิ่นๆ การสำรวจนี้ได้ใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทยแบบย่อ (TMSE) คัดกรองผู้สูงอายุในตัวอย่าง พบผู้ที่มีภาวะผิดปกติประมาณร้อยละ 20 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุจนถึงร้อยละ 60 ในเพศชาย และร้อยละ 77 ในเพศหญิง ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป สัดส่วนนี้ยังไม่สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมได้ ต้องมีการตรวจทางคลินิกอีกขั้นตอนหนึ่ง แต่ก็พบออกได้ว่าน่าจะมีการมีความผิดปกติของสภาพสมอง

6.5 หลักประกันในที่อยู่อาศัย

ใช้การวัดทางอ้อม ได้แก่ ความเป็นเจ้าของบ้าน ได้อยู่กับครอบครัวโดยเฉพาะครอบครัว 3 รุ่นที่มีลูกหลานอยู่ด้วยกัน และมีผู้ดูแลเมื่อจำเป็น ตัวอย่างผู้สูงอายุในการสำรวจนี้มีถึงร้อยละ 80 ที่มีกรรมสิทธิ์ในบ้าน ผู้ที่บอกว่าไม่มีบ้านและต้องอาศัยสวัสดิการมีไม่ถึงร้อยละ 3

สำหรับลักษณะการอยู่อาศัย ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในครอบครัว 3 รุ่นมีถึงร้อยละ 40 เมื่อรวมกับกลุ่มที่อยู่กับบุตรอีกร้อยละ 20 คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งนับว่ามีสัดส่วนค่อนข้างสูง แม้ว่าการมีครอบครัวเดี่ยวจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประเทศไทยก็ตาม ข้อมูลนี้สะท้อนถึงการมีผู้ดูแลเมื่อต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งดูเหมือนจะยังไม่วิกฤตในประเทศไทย โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลและมีผู้ดูแลนั้นมีร้อยละ 30 , 40 และ 50 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี , 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปตาม

ลำดับ ใกล้เคียงกันทั้งชายและหญิง สำหรับผู้ที่ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มี พบประมาณร้อยละ 5-6 เท่านั้น อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและอยู่กับคู่สมรสเท่านั้นมีส่วนเพิ่มขึ้นตามลำดับ

6.6 หลักประกันทางเศรษฐกิจ

วัดด้วยการทำงาน การมีรายได้เป็นของตนเองอย่างเพียงพอ และการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น หากมีความขัดสนทางการเงินในการดำเนินชีวิต

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

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

สำหรับความขัดสนทางการเงิน เกือบครึ่งของผู้สูงอายุตอบว่ามีรายได้เพียงพอและไม่ลำบาก กลุ่มที่ไม่มีรายได้แต่ไม่ลำบากมีร้อยละ 13 ในผู้ชาย และร้อยละ 20 ในผู้หญิง กลุ่มสุดท้ายคือไม่มีรายได้และลำบากมีประมาณร้อยละ 15 การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวและระบบเครือญาติของไทย ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่ลำบากมากนัก มีข้อสังเกตว่าหญิงสูงอายุมีสัดส่วนที่บอกว่าลำบากเรื่องการเงินมากกว่าชาย

หัวข้อสุดท้ายเป็นคำถามเกี่ยวกับความขัดสนในความจำเป็นพื้นฐาน ซึ่งได้แก่ ความขัดสนเรื่องอาหาร เครื่องนุ่งห่มที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค พบว่าขัดสนเรื่องอาหารมีร้อยละ 50 หรือมากกว่า ขัดสนเรื่องเครื่องนุ่งห่มอยู่ในระดับร้อยละ 20-28 ขัดสนที่อยู่อาศัยมีปัญหาค่อนข้างน้อยเพราะส่วนใหญ่เป็นเจ้าของบ้าน แต่ในประเด็นของบริการเมื่อเจ็บป่วยยังมีปัญหาประมาณร้อยละ 30 และมากกว่า และมีความแตกต่างกันตามรายเขตสาธารณสุข

7.2 บทเรียนที่ได้รับจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3

ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นซึ่งส่งผลกระทบต่อขบวนการวิเคราะห์ข้อมูลอาจสรุปได้ดังต่อไปนี้ คือ

1. การสุ่มตัวอย่างในการสำรวจครั้งนี้ได้กำหนดกรอบตัวอย่างและจำนวนตัวอย่างในพื้นที่ของทั้ง 4 ภาค รวมกรุงเทพมหานคร เขตสาธารณสุขทั้ง 12 เขต และเขตการปกครองซึ่งแบ่งเป็นในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ประชากรประกอบด้วยชายและหญิงในวัยแรงงาน(15-59 ปี) และวัยสูงอายุ(60 ปีขึ้นไป) เมื่อลงมือสำรวจจริงมีประชากรตัวอย่างในหลายพื้นที่ที่ไม่สามารถสัมภาษณ์ได้ตามที่กำหนดไว้ด้วยปัญหาอุปสรรคหลายอย่าง ทำให้ต้องเลือกกลุ่มทดแทน แต่ไม่ได้มีข้อมูลที่ระบุไว้ชัดเจนในแต่ละพื้นที่ถึงประชากรที่เลือกมาทดแทนในด้านอายุ เพศ สถานที่อยู่ และทดแทนในประชากรกลุ่มใดบ้าง ข้อมูลที่มีอยู่คือกรอบที่กำหนดประชากรที่เลือกได้ ซึ่งทำให้การถ่วงน้ำหนัก(weighting)ประชากรตัวอย่างเพื่อนำไปสู่การประมาณค่าของตัวแปรต่างๆในการวิจัย เช่น ความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทำได้ในระดับหนึ่งแต่ไม่ละเอียดเพียงพอถึงระดับปัจเจกบุคคล (individual weighting) การสำรวจครั้งต่อไปจึงควรระวังในเรื่องนี้ โดยแต่ละพื้นที่ที่รับผิดชอบการสำรวจควรมีการบันทึกข้อมูลของตัวอย่างในกรอบและตัวอย่างที่ทดแทนถึงอายุ เพศ และที่อยู่ที่เหมาะสมเป็นรูปแบบเดียวกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบสอบถาม :

สำหรับแบบสอบถามที่ออกแบบเพื่อการทำ data entry โดยวิธี electronic เช่นในการสำรวจครั้งนี้ ควรมีช่องว่างด้านซ้ายมือให้บันทึกค่าของการวัดต่างๆเป็นตัวเลข เช่น ความดันโลหิต ส่วนสูง เพื่อตรวจสอบกับช่องด้านขวาที่เป็นการระบายลงในวงกลมตามหลักหน่วย สิบ หรือร้อยเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม เพื่อควบคุมคุณภาพของข้อมูลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรพิจารณาการใช้ notebook หรือ PDA สำหรับการสำรวจในครั้งต่อไป พร้อมกับ computer software ที่ออกแบบสำหรับการควบคุมความถูกต้องของการลงข้อมูล เช่น การกำหนด range check ที่เป็นไปได้สำหรับลักษณะทางชีวภาพ เช่น ความสูง อายุ น้ำหนัก ความดันโลหิต ฯลฯ

คำถามบางประเภท เช่น ด้านพฤติกรรมทางเพศที่ต้องการความชำนาญเฉพาะทาง อาจต้องการการสำรวจเฉพาะเรื่องนี้มากกว่าบรรจุอยู่ในข้อมูลของการสำรวจโดยทั่วไป เพื่อจะได้ข้อมูลที่ถูกต้อง มีคุณภาพ

คำถามเพื่อวัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรจะต้องมีการทบทวนใหม่ในการสำรวจครั้งต่อไป เพราะต้องใช้ข้อมูลที่เป็นปริมาณและต้องมีการทบทวนความจำเกี่ยวกับชนิดของเครื่องดื่ม ปริมาณที่ดื่มแต่ละครั้ง และระยะเวลาที่ย้อนไปจนถึง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งทำให้เหลือข้อมูลที่มีคุณภาพใช้คำนวณได้ค่อนข้างน้อย ดังนั้นจึงควรพิจารณาว่าข้อมูลในเรื่องนี้อะไรที่จำเป็นมากน้อยสำหรับการวัดผลกระทบต่อสุขภาพและคัดกรองมาใช้เฉพาะที่จำเป็นจริงๆ และสามารถทบทวนความจำ ได้อย่างแม่นยำ

2.2 การสำรวจความชุกของปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพต่างๆ

ควรใช้ผลจากเลือด ปัสสาวะ หรือการตรวจร่างกายให้มากกว่าการสอบถาม เพราะจะได้ความถูกต้องมากกว่า มีข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจหลอดเลือดของประเทศไทยว่า ควรบรรจุการตรวจ High Density Lipoprotein Cholesterol (HDL) ในการสำรวจด้วยแทนที่จะใช้ Total Cholesterol อย่างเดียว เพราะจะเป็นตัวที่จะทำนายการเสี่ยงต่อโรคได้ดีกว่า รวมทั้งเสนอแนะการใช้ Hba1C รวมอยู่ในการตรวจคัดกรองผู้เป็นโรคเบาหวานด้วยออกไปจาก Fasting Blood Sugar

3. การนำผลของการสำรวจไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยอื่นๆ

ควรมีคณะกรรมการหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันวางแผนการนำไปใช้ และควรจะต้องพิจารณาถึงคำขอใน consent form ที่ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ลงนามยินยอมก่อนการตรวจร่างกายด้วยว่า เขาอนุญาตให้ตรวจอะไรบ้าง และถ้าจะวิเคราะห์ผลเลือดนอกเหนือไปจากที่ขออนุญาตไว้จะเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดทั้งด้านกฎหมายและจริยธรรม

4. การใช้ประโยชน์จากผลการสำรวจ

นอกจากสถานการณ์ในช่วงเวลาหนึ่งแล้ว ควรจะวางแผนไว้เป็นรูปธรรมถึงการนำผลในระยะเวลาที่จะประเมินสถานะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนอันเนื่องมาจากโครงการการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งความมุ่งหวังเช่นนี้ต้องการคณะทำงานด้านการสำรวจที่ทำงานอย่างต่อเนื่อง มีผู้เชี่ยวชาญหลายด้าน เช่น ระบาดวิทยา สถิติ ประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ มาทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องเพื่อวางแผนการสำรวจที่จะได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ เป็นตัวแทนของประชากรในระดับชาติ และมีคุณภาพที่เชื่อถือได้

7.3 ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการสำรวจสุขภาพของประชากรโดยการตรวจร่างกายในอนาคต

1. ภูมิหลัง

ในประเทศไทยการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชากรโดยการตรวจร่างกาย ได้ดำเนินการมาแล้ว 2 ครั้ง ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2534-2535 และครั้งที่ 2 ในปีพ.ศ. 2539-2540 การตรวจร่างกายทั้งสองครั้งใช้ระเบียบวิธีวิจัยแตกต่างกัน ในประเด็นของวิธีสุ่มตัวอย่าง การกำหนดอายุของประชากรเป้าหมาย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และการประมาณค่าลักษณะทางประชากร ทั้งนี้เนื่องมาจากความไม่ต่อเนื่องของนักวิจัยและองค์กรผู้รับผิดชอบ ซึ่งแต่ละชุดที่มีความชำนาญและความสนใจแตกต่างกัน ถึงแม้จะมีความไม่แน่ใจในคุณภาพของข้อมูลจากกลุ่มนักวิชาการผู้ใช้ผลการสำรวจในระดับต่างๆ อาทิเช่น การที่ไม่สามารถเปรียบเทียบค่าตัวแปรบางตัวที่มีความสำคัญในการวัดการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของประชากร หรือวิเคราะห์แนวโน้มตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ เนื่องจากความแตกต่างของระเบียบวิธีดังกล่าวแล้ว อย่างไรก็ตามผลสำรวจจากการสำรวจทั้งสองครั้งได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการในแวดวงสุขภาพของประเทศ

ความเห็นที่สอดคล้องกันจากกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจทั้งสองครั้ง คือ ควรจัดทำข้อเสนอต่อรัฐบาลผ่านกระทรวงสาธารณสุข ให้มีนโยบายระยะยาวสำหรับการสำรวจสถานะสุขภาพของประชากรในระยะ 10-15 ปีต่อไป ที่รวมถึงการจัดสรรงบประมาณและสนับสนุนให้เกิดองค์กรรับผิดชอบในระดับประเทศในการผลิตข้อมูลที่มีคุณภาพ และเป็นตัวแทนของประชากรอย่างแท้จริงที่สามารถนำเสนอสถิติข้อมูลสถานะสุขภาพของประชากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อประกอบการตัดสินใจในระดับนโยบายและการวางแผนพัฒนาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอดังกล่าวจะมีความเป็นไปได้จากการยอมรับร่วมกันในเชิงปฏิบัติอย่างมีรูปธรรมถึงแผนงาน กิจกรรม ผลลัพธ์ และงบประมาณที่ชัดเจนในระดับนโยบาย รวมถึงการพัฒนาเชิงสถาบันของเจ้าภาพในการดำเนินการเพื่อนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุด

2. การสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3

ในปี พ.ศ. 2544-2545 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับงบประมาณสำหรับการตรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชากรโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ได้มีความเห็นพ้องต้องกันระหว่างสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในการที่ควรมีองค์กรที่รับหน้าที่สำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยในระดับประเทศ ให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ และสามารถเป็นตัวแทนที่แท้จริงของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆได้ การเก็บข้อมูลซ้ำเป็นระยะๆ จะทำให้ได้องค์ความรู้ที่บ่งชี้ถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพ รวมถึงปัจจัยกำหนดที่มีผลต่อสุขภาพในมิติต่างๆ เกิดประโยชน์ในการพัฒนาระบบข้อมูลสถิติสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จึงได้มอบงบประมาณให้ สวรส. เพื่อจัดตั้งสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนขึ้นเป็นเครือข่ายของสวรส. โดย สวรส. จ่ายงบลงทุนอีกส่วนหนึ่งสำหรับพัฒนาความเป็นสถาบันขององค์กรนี้

งานหลักขององค์กรดังกล่าวหรือสำนักงานสำรวจสุขภาพอนามัย (สกสอ.) ได้ดำเนินการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 โดยเริ่มงานตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ในขั้นเตรียมการสำรวจซึ่งได้แก่ การสุ่มตัวอย่าง พัฒนาเครื่องมือการสำรวจ อันได้แก่ แบบสอบถามการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการพร้อมคู่มือการสำรวจโดยกลุ่มนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยและกระทรวงสาธารณสุข และในขั้นดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามโดยมหาวิทยาลัยเครือข่ายใน 4 ภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร คือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และมหาวิทยาลัยมหิดล โดยเริ่มเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนมกราคม 2545 ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2547 รวมเวลาประมาณ 2 ปีครึ่ง

3. ข้อเสนอ

บทเรียนจากการดำเนินงานของ “สกอ. ภายใต้กำกับของ สวรส.” ซึ่งเปรียบเสมือนโครงการนำร่องเพื่อ พัฒนาระบบสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากรไทยในอนาคต กล่าวคือ สามารถปรับรูปแบบและบุคลากรที่จะทำหน้าที่ในองค์ระระดับประเทศดังกล่าวได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น ขอเสนอรูปแบบเพื่อพัฒนาระบบในประเด็นของผลลัพธ์ที่เป็นเป้าหมายหลัก รูปแบบโครงสร้างและบุคลากร การสร้างเครือข่ายองค์กรวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ การพัฒนาเชิงสถาบัน การพัฒนาบุคลากร การรักษาความปลอดภัยของข้อมูล และด้านจริยธรรมและการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล

- **ผลลัพธ์** คือ การวางแผนระยะยาวเพื่อผลิตข้อมูลสภาวะสุขภาพของประชากรเป้าหมายในทุกกลุ่มอายุ โดยการตรวจร่างกายเป็นระยะๆตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันขนาดและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยกำหนดที่มีผลต่อสุขภาพในมิติต่างๆ

ด้วยเป้าหมายเน้นที่การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรโดยการตรวจร่างกายซึ่งมีความละเอียดอ่อน และต้องการงบประมาณค่อนข้างสูง จึงควรจำกัดในส่วนของ การสำรวจโดยการสัมภาษณ์ให้เหลือน้อยที่สุด เฉพาะคำถามที่ต้องการเพื่ออธิบายผลการตรวจร่างกายและการตรวจตัวอย่างเลือดในห้องปฏิบัติการเท่านั้น

สำหรับความครอบคลุมทุกอายุนั้น อาจเป็นภาระมากถ้าดำเนินการในคราวเดียวกัน จึงอาจกระจายการสำรวจแต่ละกลุ่มอายุในเวลาที่แตกต่างกัน หมุนเวียนไปจนครบ ก็อาจกระทำโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า ถ้าสามารถใช้การสำรวจตัวอย่างแบบ panel study ได้จะเป็นทางออกที่จะให้ผลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการที่ต้องสุ่มตัวอย่างใหม่ในทุกครั้งที่ทำการสำรวจ

ผลที่ได้จากการสำรวจดังกล่าวนี้จะเป็นทางหนึ่งในการพัฒนาระบบข้อมูลสถิติสาธารณสุขของประเทศ และระดับที่ต่ำกว่าได้อย่างต่อเนื่อง

- **รูปแบบการบริหารโครงการและบุคลากร**

อาจมีได้หลายรูปแบบแล้วแต่สถานการณ์ สำหรับเวลาปัจจุบันขอเสนอรูปแบบที่เป็นโครงการหนึ่งของ สวรส. โดยไม่ต้องตั้งเป็นสำนักงานเอกเทศ ให้มีผู้รับผิดชอบหรือผู้อำนวยการโครงการที่ควรมีคุณสมบัติและความรู้หลากหลายที่สำคัญต่อการสำรวจด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะความรู้เนื้อหาด้านสุขภาพ ระบาดวิทยาที่ควรมีควบคู่ไป กับความรู้ ด้านการวิจัยและสถิติ จึงน่าจะเป็นแพทย์ที่มีความรู้ด้านระบาดวิทยา และรู้งานวิจัยภาคสนามพอสมควร มีความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับเครือข่ายนักวิชาการด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจสภาวะสุขภาพ รวมถึงสถาบันวิชาการเครือข่ายในภูมิภาคที่เป็นหน่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

- **การสร้างเครือข่ายวิชาการ**

ผู้อำนวยการโครงการจะทำงานร่วมกับกลุ่มนักวิชาการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข หรืออาจมีเครือข่ายกับสถาบันวิชาการในต่างประเทศในด้านต่างๆ ที่จำเป็น ในฐานะ expert task forces ภายใต้การกำกับดูแลของ Board ที่รับผิดชอบการดำเนินงานวิชาการ และการพัฒนาเชิงสถาบัน ขณะเดียวกันให้ สวรส. สนับสนุนเครือข่ายวิชาการในพื้นที่ เช่น มหาวิทยาลัยต่างๆ ให้มีการพัฒนาศักยภาพของการวิจัยสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย รวมถึงพัฒนาเทคนิคต่างๆ ในการเข้าถึงประชากรเป้าหมายที่มีสถานะทางสังคมเศรษฐกิจต่างๆกัน และทำงานอย่างต่อเนื่องระยะยาวขนานกันกับโครงการในส่วนกลาง

- **การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร**

ดูเหมือนว่าผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะทำหน้าที่ผู้อำนวยการนั้นจะค่อนข้างหายากถ้าจะให้ทำงานในระยะยาว 10-15 ปี จึงควรคัดเลือกนักวิจัยรุ่นเยาว์กว่าที่น่าจะให้การศึกษอบรมเฉพาะจนทำหน้าที่นี้ได้ในอนาคตอันใกล้ ตัวอย่าง

เช่น นักวิจัยที่กำลังทำงานและศึกษาในด้านระบาดวิทยา สถิติ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการศึกษาความคุ้มค่าของแผนงานสุขภาพ ในโครงการศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาวะโรค (SPICE) ซึ่งจะเป็นข้อได้เปรียบในการร่วมมือกับสถาบันวิชาการต่างประเทศ ที่มีศักยภาพสูงในงานสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากรโดยการตรวจร่างกาย และการวิเคราะห์สถานะสุขภาพในรูปแบบของการติดตามระยะยาว หรือ cohort study

- **ระบบการรักษาความคงอยู่และความปลอดภัยของข้อมูล**

ทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์การตรวจร่างกาย และซีรึม (specimenอื่น) ที่ควรเก็บไว้ในภาวะที่เหมาะสม ป้องกันความเสียหายและเสียคุณภาพก่อนเวลาอันควร

- **ด้านจริยธรรม และการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล**

ควรมีกรรมการที่ประกอบด้วยหลายกลุ่มที่เกี่ยวข้อง เช่น นักวิจัย ผู้บริหารด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้มีประสบการณ์ในฐานะผู้พิจารณาด้านจริยธรรมงานวิจัย รวมทั้งตัวแทนประชาชน เพื่อร่วมกันพิจารณาร่างระเบียบที่จะให้การนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อวงการแพทย์และสาธารณสุข และในเวลาเดียวกันสามารถพิทักษ์ความลับความเป็นส่วนตัว และสิทธิมนุษยชนของประชากรผู้ยินยอมเข้าร่วมในการสำรวจนี้ด้วย

- **การหาทุน**

เป็นหน้าที่ของ สวรส. เนื่องจากเป็นหน่วยงานแกนกลางที่จะได้ผลโดยตรงจากผลลัพธ์ของการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากร สำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบายและการวางแผนพัฒนาสุขภาพของประเทศ และควรเป็นงบประมาณที่มีความแน่นอนว่าจะต้องได้รับอย่างต่อเนื่อง เพราะการเตรียมการสำรวจเป็นสิ่งที่ต้องกระทำล่วงหน้าเป็นเวลานานพอสมควร ดังนั้นงบประมาณอาจจะคิดเป็นสัดส่วนของงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดก็ได้ โดยพิจารณาว่าถ้าข้อมูลจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนนโยบายสุขภาพของชาติ งบประมาณเกี่ยวกับการวิจัยและสำรวจควรเป็นร้อยละเท่าใดของงบประมาณทั้งหมด