

บทที่ 13

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพฯ

(1) ข้อเสนอแนะด้านการสาธารณสุข

สำหรับเด็กปฐมวัย

1. ด้านสุขภาพโดยทั่วไป

ในการสำรวจครั้งนี้ ข้อจำกัดที่สำคัญคือ ได้ตัวอย่างเด็กแรกเกิดถึง 12 เดือน เพียง 42 ราย ซึ่งเป็นเพราะข้อจำกัดจากการเลือกใช้ข้อมูลจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร การสรุปผล และข้อเสนอเชิงนโยบาย จึงจำต้องระลึกรั้งข้อจำกัดเรื่องนี้อยู่ตลอดเวลา อย่างไรก็ตามลักษณะครอบครัว ปัจจัยทางประชากร ไม่แตกต่างจากที่คาดว่าจะได้พบ เชื่อว่า ข้อมูลจากการสำรวจ แม้จะมีข้อจำกัดบ้างดังกล่าวแล้ว แต่ก็เชื่อถือได้

ที่น่าสนใจคือ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และต่ำกว่า ภาคอื่น ๆ มาก และเมื่อเทียบตามเปอร์เซ็นต์ ก็พบว่า ต่ำกว่ากรุงเทพมหานคร 3-4 เท่า บ่งชี้ถึงระดับเศรษฐกิจ และโอกาสพื้นฐาน ในครอบครัวของเด็กเหล่านี้ ว่าแตกต่างกันมาก ข้อเสนอทางนโยบาย ในเรื่องนี้ คงไม่ใช่เป็นทางสาธารณสุข แต่เป็นทางการพัฒนาสังคมเศรษฐกิจ คือน่าจะมีการพัฒนาระบบพื้นฐาน ด้านเศรษฐกิจ สังคม ให้กับประชากร ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้มากขึ้นกว่านี้ ทั้งนี้ จะได้มีผลต่อระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็กด้วย เพราะการศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็ก มีผลต่อพัฒนาการของเด็กอย่างมาก

ค่าเฉลี่ยน้ำหนักแรกเกิดที่ 3070 กรัม โดยมีความแตกต่างตามภาค เล็กน้อย แสดงให้เห็นถึงสัมฤทธิ์ผล ในการยกระดับสุขภาพมารดา ระหว่างตั้งครรภ์ เห็นได้ว่า เกือบทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเด็กแรกเกิดเกิน 3000 กรัม ยกเว้น กลุ่มตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกเขตเทศบาล บ่งชี้ให้เห็นอย่างเด่นชัดอีกครั้งหนึ่ง ว่า ต้องมีการแก้ไขปัญหสำหรับประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างเร่งด่วน

พบว่าผู้ให้สัมภาษณ์มีสมมุติสุขภาพ ในวันสำรวจ ประมาณ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง และให้ประวัติว่ามีแต่ไม่ได้นำมา ประมาณ หนึ่งในสาม บ่งชี้ถึงลักษณะความเคยชิน ของผู้เลี้ยงดูเด็ก ว่า คงจะใช้สมมุติสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพียงครั้งเดียว และไม่แตกต่างกันตามภาค ปัญหานี้ น่าจะได้รับการแก้ไขทั้งสองด้าน กล่าวคือ ควรมีการพัฒนาสมมุติสุขภาพ ให้มีประโยชน์มากขึ้น ไม่ใช่เพียงแต่เป็นสมมุติบันทึก ทั้งนี้เพื่อจูงใจให้ผู้เลี้ยงดูเด็กได้ใช้สมมุติสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ในขณะเดียวกัน ผู้ให้บริการ ดูแลสุขภาพเด็ก ก็จะต้อง เน้นความสำคัญ และสร้างสิ่งจูงใจ ให้กับการใช้สมมุติสุขภาพ ในการดูแลเด็กด้วยไปพร้อมกัน

ปัญหาเรื่องโภชนาการที่ตรวจพบนั้น มีทั้งขาดและเกิน สัดส่วนเด็กอ้วน เมื่อเทียบระหว่างในเขตเทศบาล กับนอกเขตเทศบาล เห็นความแตกต่างชัดเจน ในภาคเหนือ และภาคใต้ ซึ่งต่างกันประมาณ 2 เท่า ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่างกันถึง เกือบ 4 เท่า ยิ่งตอกย้ำให้เห็นได้ชัดว่า ปัญหาพื้นฐาน ทางสังคม และเศรษฐกิจ ที่เห็นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นั้น กระจุกรวมอยู่ในกลุ่มประชากร นอกเขตเทศบาลเป็นหลัก ในขณะที่สัดส่วนเด็กอ้วน ในเขตเทศบาล สูงกว่ากรุงเทพมหานคร และสูงกว่าค่าเฉลี่ยรวมของประเทศด้วย บ่งชี้ความแตกต่าง ของประชากร ในเขต กับนอกเขตเทศบาลของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การเร่งรัดนโยบาย ด้านโภชนาการ ในภาคนี้ จึงมีอาจดำเนินการในด้านเดียว คือ แก้ไขการขาดอาหาร เพราะจะยิ่งซ้ำเติมปัญหาเด็กน้ำหนักเกิน ในเขตเทศบาล ให้มากขึ้นไปอีก ควรดำเนินกิจกรรม ให้เหมาะกับสภาพปัญหา จะดีที่สุด

2. ด้านพัฒนาการเด็ก

การเปรียบเทียบ ความเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ กับผลการคัดกรองตามสมุดสุขภาพ ให้ผลสอดคล้องกัน ร้อยละ 42.2 ซึ่งดูแล้วไม่ตื้นัก ที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง คือ กลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการช้ากว่าวัย แต่ผู้ให้สัมภาษณ์ มองไม่เห็นปัญหานี้ ซึ่งมีจำนวนถึงร้อยละ 13.7 เด็กเหล่านี้ หากไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะมีพัฒนาการช้ากว่าวัยไปเรื่อย ๆ อันจะมีผลระยะยาว ต่อเด็กได้

การประเมินพัฒนาการของเด็กวัยนี้ ด้วยสมุดสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 80 ถึง 85 มีพัฒนาการสมวัย หรือ เร็วกว่าวัย อย่างไรก็ตาม การประเมินพัฒนาการด้วยสมุดสุขภาพนี้ ได้ข้อมูลเพียงส่วนเดียวเท่านั้น และเป็น การประเมินโดยคร่าว ๆ เมื่อ ใช้ชุดประเมินพัฒนาการที่ละเอียดมากขึ้น และแบ่งตามพัฒนาการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสังคม ด้านภาษา ด้านการใช้มือและตาแก้ปัญหา และด้านการเคลื่อนไหว พบว่า มีเด็กเพียง ร้อยละ 67.6 เท่านั้น ที่มีพัฒนาการสมวัย ทุกด้าน ความแตกต่างนี้ เกิดเนื่องจากการใช้เกณฑ์วัดที่ต่างกัน แต่ก็ทำให้มองเห็น ได้ชัดเจนว่า ปัญหาส่วนใหญ่ อยู่ที่ด้านการใช้ตาและมือแก้ปัญหา ซึ่งพบสูงถึง ร้อยละ 36.9 ทำให้เป็นกังวลว่า หากไม่ดำเนินการแก้ไข ให้ทันท่วงที เด็กเหล่านี้ อาจประสบความยากลำบากในการเรียนรู้ และพัฒนาตนเอง ในระยะต่อไปได้ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในเรื่องนี้ คือ จะต้องหาสาเหตุที่ทำให้เด็กเหล่านี้ ไม่สามารถพัฒนา ตามปกติ และหาแนวทางส่งเสริมพัฒนาการให้ได้โดยเร็ว

สำหรับเด็กวัยเรียน

1. ด้านสุขภาพกาย

1.1 การเจริญเติบโต

ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักและส่วนสูงในแต่ละช่วงอายุ (ซึ่งให้ค่าอายุเต็มเป็นค่ากึ่งกลาง เช่น น้ำหนักของเด็กอายุ 6 ปี หมายถึงน้ำหนักของเด็กตั้งแต่อายุ 5 ปี 7 เดือน ถึง 6 ปี 6 เดือน) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานน้ำหนักและส่วนสูงของกองโภชนาการ กรมอนามัย ซึ่งสำรวจใหม่เฉพาะกลุ่มที่มีศักยภาพสูง (สำรวจปี 2538) พบว่า อยู่ใกล้เคียงกับที่ระดับเปอร์เซ็นต์ที่ 50 ดังนั้น ค่าเฉลี่ยที่ได้จากการสำรวจในครั้งนี้ จึงมีความ น่าเชื่อถือพอสมควร ปัญหาการเจริญเติบโต ที่เกิดจากภาวะทุพโภชนาการ จึงมีแนวโน้มลดลงจริง แม้จะพบ ระดับ 1 อยู่ประมาณเกือบร้อยละ 20 แต่จำนวนหนึ่งอาจจะไม่ใช่เกิดจากการขาดอาหาร เพราะเมื่อใช้ส่วนสูงมา ประกอบการพิจารณา เด็กเหล่านี้อาจสมส่วน และยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นตัวกำหนดความสูง กล่าวโดยสรุป คือ ปัญหาการเจริญเติบโตผิดปกติ จากภาวะทุพโภชนาการ มีความรุนแรงน้อยลง แต่ยังคงมีความชุกสูงมากทาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 22.5) เมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ ของประเทศ (ร้อยละ 17.5)

สำหรับปัญหาโรคอ้วน กลับมีแนวโน้มสูงขึ้น และเห็นได้ ชัดเจนในทุกภาคของประเทศ โดยเฉพาะใน เขตเทศบาล การที่พบเด็กน้ำหนักสูง ประมาณร้อยละ 8.8 ของประเทศ และพบในเขตเมือง ร้อยละ 12.1 ในขณะที่นอกเขตเทศบาล พบเพียงร้อยละ 5.9 ซึ่งนำไปเร่งรัดการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ ทั้งสองด้าน กล่าวคือ ต้องแก้ไข ภาวะทุพโภชนาการ ขาดอาหาร นอกเขตเทศบาล และป้องกันภาวะทุพโภชนาการ อาหาร เกิน ในเขตเทศบาล ไปพร้อม ๆ กันด้วย

พฤติกรรมมารับประทานของเด็กในเขตเมือง น่าจะเป็นสาเหตุสำคัญ พอ ๆ กันกับพฤติกรรมการเล่น ออกกำลังกาย และการใช้เวลาว่าง ปัญหาการติดอยู่หน้าจอโทรทัศน์ แม้ในปัจจุบันจะไม่จำกัดเฉพาะเด็กในเขต เทศบาล แต่เชื่อได้ว่า เด็กนอกเขตเทศบาล น่าจะมีกิจกรรมกลางแจ้งอื่น ให้เลือกมากกว่า ทางออกสำหรับการ

แก้ไขปัญหา เพื่อยกระดับสภาวะสุขภาพกาย ของเด็กในวัยนี้ให้ดีขึ้น นอกจากจะเร่งรัด แก้ไขปัญหาเรื่อง พฤติกรรมการรับประทาน จึงควรเน้นการออกกำลังกาย โดยเฉพาะสำหรับเด็กในเขตเมือง ให้มากขึ้นด้วย

1.2 ด้านสุขภาพทั่วไป

ร้อยละ 87 ของเด็กวัยเรียน มีประวัติสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี และปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ยังคงเป็นโรคติดเชื้อที่อาจดูแลป้องกันได้บางส่วน เช่น หวัด อุจจาระร่วง เป็นต้น ดังนั้น การรณรงค์ด้านการป้องกันโรค จึงยังเป็นกิจกรรมที่สำคัญ ที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องไป อย่างไม่ขาดตอน

ปัญหาสุขภาพที่มีผลโดยตรงต่อการเรียนรู้ เช่น การมองเห็น การได้ยิน ภาวะซีด ก็จำเป็นต้องได้รับการ แก้ไข ผลการตรวจสายตาของเด็กโดยใช้ Snellen's chart พบว่า มีเด็กสายตาคิดปกติ อย่างน้อยหนึ่งตา ร้อย ละ 4.7 นอกจากนี้จะมีผลขัดขวางการมองเห็นแล้ว ยังมีผลทางอ้อมต่อการเกิดปัญหาปวดตา หรือ ปวดศีรษะ ที่จะตามมา ส่วนการได้ยินผิดปกติอย่างน้อยหนึ่งหู ที่พบสูงถึงร้อยละ 2.6 ทำให้เป็นกังวลว่า อาจจะเป็นผลจาก การติดเชื้อของหูชั้นกลาง แม้การได้ยินที่ผิดปกติเพียงข้างเดียว จะไม่มีผลต่อการเรียนรู้โดยตรง แต่จะหลักรู้น ทางอ้อมที่แสดงให้เห็นแนวโน้มความชุกการติดเชื้อของหูชั้นกลางมากขึ้น ก็ทำให้เชื่อว่า หากไม่ดำเนินการ ป้องกันให้ได้ผลแล้ว ปัญหาการได้ยินผิดปกติของทั้งสองหู จะตามมาในไม่ช้า

ควรมีการรณรงค์ ให้ความรู้ แก่ทั้งเด็ก บิดามารดา ผู้ปกครอง และครู ในเรื่อง ปัญหาการติดเชื้อของหู ชั้นกลาง ซึ่งสืบเนื่องมาจากอาการหวัดเรื้อรัง เพราะที่ผ่านมา ปัญหาที่มีบ่อยจนดูเหมือนเป็นธรรมชาติ จนเป็นที่ ยอมรับ กันว่า ไม่ต้องรักษาก็หายได้เอง ความเข้าใจเช่นนี้ ต้องได้รับการแก้ไข เพื่อเด็ก ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อของ หูชั้นกลาง จะได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

เนื่องจากทั้งการได้ยินและการมองเห็น เป็นความจำเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ ซึ่งสำคัญสำหรับเด็กวัย เรียน และการสำรวจครั้งนี้ ใช้เครื่องมือคัดกรองเท่านั้น จึงควรมีการสำรวจ ติดตามผล ด้วยเครื่องมือที่แม่นยำ มากขึ้น เพื่อทราบขนาดปัญหาที่แท้จริง อันจะนำไปสู่ การแก้ไขปัญหาให้ได้ผลอย่างเต็มที่

1.3 ภาวะซีด

สำหรับภาวะซีด แม้จะมีผลโดยตรงต่อสุขภาพการโดยรวม เช่น ทำให้เหนื่อยง่าย อ่อนเพลียเป็นประจำ แต่ภาวะซีดเล็กน้อย ที่ไม่แสดงความผิดปกติมากนัก มักไม่ได้รับการวินิจฉัย โดยเฉพาะในกรณีภาวะซีด ค่อย เป็นค่อยไป เด็กเหล่านี้ จะมีสมาธิการเรียนลดลง ดูเหมือนเกียจคร้าน ในการสำรวจครั้งนี้ ใช้การตรวจร่างกาย เท่านั้น ซึ่งพบเพียงร้อยละ 3.4 ในขณะที่การศึกษาอื่น ที่เคยทำมาก่อน ด้วยการวินิจฉัยค่าฮีมาโตคริต พบภาวะ ซีดถึง ร้อยละ 20 ทำให้ดูเหมือนว่า ภาวะซีดเล็กน้อย อาจมีสูงถึงร้อยละ 15 ของเด็กในวัยนี้ และจากการสำรวจ พบว่า ภาคใต้ มีภาวะซีดสูงที่สุด ในขณะที่ปัญหาทุโภชนาการมีน้อยที่สุด ปัญหาการขาดอาหาร จึงไม่น่าเป็น สาเหตุสำคัญของภาวะซีดในภาคใต้ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในเรื่องนี้ คือ จะต้องมีการสำรวจซ้ำ เพื่อทราบ ขนาดปัญหา และหาสาเหตุของปัญหา เพื่อดำเนินการแก้ไขต่อไป

1.4 ความพิการ

ปัญหาความพิการ ก็พบไม่น้อย แต่เนื่องจากการสำรวจนี้ ใช้เกณฑ์การวินิจฉัย การตรวจร่างกาย ภายนอกเท่านั้น ไม่ได้รวมความผิดปกติของการเคลื่อนไหว จึงทำให้ได้ความชุกในระดับที่น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง ที่สำคัญคือ ไม่สามารถระบุชนิดของความพิการได้ เป็นจำนวนเกือบครึ่งของการสำรวจ จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องสอบสวนปัญหาความพิการของเด็กในวัยนี้ อย่างเป็นระบบมากขึ้น

2. ด้านสุขภาพจิต และระดับเซาว์ปัญญา

จากการใช้แบบทดสอบคัดกรองด้านระดับเซาว์ปัญญา พบว่าเด็กวัยเรียนโดยรวม มีระดับเซาว์ปัญญา อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ระดับเซาว์ปัญญาเฉลี่ย ควรเป็น 100 แต่เด็กวัยนี้ มีระดับเซาว์ปัญญาที่สำรวจได้เพียง 91.96 ± 14.87 และมีความแตกต่างอย่างชัดเจน ในแต่ละภาค ตลอดจนมีความแตกต่างระหว่างในเขต และนอกเขตเทศบาล อาจกล่าวได้ว่า ผลจากการสำรวจ บ่งชี้ว่า เด็กนอกเขตเทศบาลส่วนใหญ่ มีภาวะเซาว์ปัญญาที่ต่ำ จึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วน ที่จะต้องมีการศึกษายืนยัน และยังคงศึกษาหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหานี้ ให้ทราบโดยถ่องแท้ด้วย โดยทฤษฎีแล้ว เชื่อว่า สาเหตุส่วนหนึ่งของภาวะเซาว์ปัญญาที่ต่ำ น่าจะป้องกันแก้ไข ด้วยกลวิธีทางสาธารณสุข อย่างได้ผลดี เช่น การขาดธาตุไอโอดีน การขาดสารอาหาร ซึ่งรวมภาวะการขาดธาตุเหล็ก อันก่อให้เกิดภาวะซีดส่วนหนึ่งด้วย

กล่าวโดยสรุป เห็นได้ว่า ปัญหาสุขภาพเด็กในวัยนี้ กำลังเคลื่อนจากกลุ่มปัญหาที่มีผลต่อกรรมวิธีชีวิต รอดปลอดภัย ไปสู่ปัญหาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต นโยบายการป้องกันแก้ไข จึงควรได้รับการพัฒนาตามไปด้วย

สำหรับวัยแรงงาน

1. สุขภาพโดยทั่วไป

ความเห็นของผู้ได้รับการสำรวจ เห็นว่าตนเองสุขภาพแข็งแรงดี ประมาณร้อยละ 65 เป็นที่น่าสนใจว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 35 มีความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง และพบว่า หญิง มีความตระหนักเรื่องนี้ มากกว่าชาย แต่เมื่อสัมภาษณ์ ลึกลงไปถึงความรุนแรงของปัญหา พบว่า มีเพียงร้อยละ 1.4 ที่มีปัญหาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มากจนต้องนอนโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ลักษณะปัญหาความเจ็บป่วย ที่กลุ่มตัวอย่างตระหนัก เป็นอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง เช่น ภาวะอาหาร เป็นส่วนใหญ่ สำหรับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองนั้น ประมาณ หนึ่งในสามซื้อยากินเอง ที่สูงกว่าภาคอื่น ๆ ก็คือ กรุงเทพมหานคร เป็น ร้อยละ 45.7 ทั้งนี้ น่าจะเป็น เพราะมีร้านขายยา จำนวนมาก และโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ก็แออัด กว่าในส่วนภูมิภาค ข้อมูลที่น่าจะ ประยุกต์สำหรับการเสนอแนะนโยบาย คือ แหล่งที่มาของค่าใช้จ่าย เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 48.6 จ่ายค่า รักษาพยาบาลเอง และใช้บัตรผู้มีรายได้น้อย เพียง ร้อยละ 7.1 เท่านั้น ซึ่งไม่ได้สอดคล้องกับโครงสร้างฐานะ ของประชาชนเลย สะท้อนให้เห็นว่า ยังมีประชาชนจำนวนหนึ่ง ที่มีรายได้ไม่สูงนัก ต้องแบกรับภาระค่า รักษาพยาบาลเอง หากเป็นเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ การรักษาโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ฯลฯ ที่ต้องรับ บริการในสถานพยาบาล และมีภาระค่ายาไม่น้อย ก็จะไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เพราะประชาชนที่ต้อง แบกรับภาระเหล่านี้ คงจะเลือกที่จะซื้อยาเอง และซื้อยาเมื่อมีอาการหนักแล้วเท่านั้น

2. พฤติกรรมสุขภาพ

ชาย มีพฤติกรรมการทำงานออกกำลังกาย มากกว่าหญิง ในทุกพื้นที่ และสูงมาก ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ อาจเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา และการแยกแยะ การออกกำลังกาย จาก การทำงานที่ใช้กำลัง เนื่องจาก ประชาชนในภูมิภาค อาจจะไม่ต้องการออกกำลังกาย เป็นรูปแบบ เพราะได้ทำงานใช้แรงงานอยู่บ้างแล้ว สำหรับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ยังคงมีสูงอยู่ โดยเฉพาะ กลุ่มตัวอย่างชาย ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ ภาคใต้ ซึ่งก็ดูยังเป็นปัญหาอยู่ เช่นเดียวกับพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ การสำรวจนี้ ทำให้เห็นขนาด ของปัญหา ซึ่งเชื่อได้ว่าใกล้เคียงความจริง แต่ก็มีจุดอ่อน คือ ไม่ทราบการเปลี่ยนแปลง ในช่วงที่ผ่านมา ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสาธารณสุข คือ การจัดวางระบบ ศึกษาขนาดปัญหา ให้ถ่องแท้ และสามารถตรวจวัดการ เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมทำลายสุขภาพ เหล่านี้ได้

3. พฤติกรรมทางเพศ ชายอายุ 13-59 ปี

กลุ่มตัวอย่างชาย ให้ประวัติว่า มีเพศสัมพันธ์ทางเพศครั้งแรก กับหญิงบริการ สูงถึง ร้อยละ 55.7 โดย ยังไม่ได้จำแนกตามกลุ่มอายุย่อย เชื่อว่า ชายไทยรุ่นหลัง น่าจะมีพฤติกรรมดังกล่าวนี้ลดลง สำหรับข้อมูลการใช้ ถุงยางอนามัย ที่พบว่า ใช้เสมอ ร้อยละ 13.3 ดูน่าตกใจ แต่จะต้องนำมาแยกแยะ ดูอัตราการใช้ เฉพาะในกลุ่มที่มี เพศสัมพันธ์ กับผู้ที่ไม่ใช่ภรรยา เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างชาย ให้ข้อมูลว่า มีเพศสัมพันธ์ กับภรรยา เพียงคนเดียว ร้อยละ 89.1

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ด้านพฤติกรรมทางเพศ จำต้องเน้นบุคคล และครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมไปพร้อมกัน ในการลดพฤติกรรมเสี่ยง การสนับสนุนถุงยางอนามัย ควรเป็นกิจกรรมดึงดูดความ สนใจ โดยมุ่งเน้นให้ประชากรในกลุ่มอายุนี้ มีศักยภาพ ในการป้องกันตนเอง และให้มีการวางขาย ถุงยางอนามัย ให้แพร่หลาย

4. สุขภาพสตรี

ผลจากการรณรงค์เรื่องการวางแผนครอบครัวมานานหลายสิบปี ทำให้กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยแรงงาน มี ศักยภาพในการคุมกำเนิดได้เป็นอย่างดี ส่วนใหญ่เป็นการทำหมันหญิง กับการรับประทานยาเม็ด แม้จะไม่มี ข้อมูลชัดเจน ถึงผลแทรกซ้อนระยะยาว ในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด สำหรับสตรีไทย แต่ก็เชื่อว่า อัตราการเป็น มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ ส่วนหนึ่ง อาจจะเป็นผลจากการใช้ยาดังกล่าว สำหรับการทำหมัน น่าจะมีผลลดแรงจูงใจ การใช้ถุงยางอนามัย ในคู่สามีภรรยา เป็นผลทางอ้อม ทำให้หญิงในวัยนี้ เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หากสามี ได้รับเชื้อมาจากนอกบ้าน และไม่ป้องกัน ในเรื่องนี้ สมควรที่จะมีการศึกษาเพิ่มเติม และชี้แจงให้ ประชาชน ได้ทราบถึง ผลดี ผลเสีย การใช้ฮอร์โมน คุมกำเนิด กับการใช้ถุงยางอนามัย คุมกำเนิด พร้อมกับ ป้องกันโรค และให้รู้สึกว่าการใช้ถุงยางอนามัย เป็นพฤติกรรมสุขภาพ แทนที่จะเห็นเป็นเรื่องการ ป้องกันความสกปรก ดังที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อาจจะรู้สึกอยู่

การสำรวจนี้ เป็นครั้งแรกที่แสดงให้เห็นว่า การแท้งบุตร ในสตรีไทย มีขนาดปัญหาสูงกว่าที่คาดคิดกัน ไว้ คือ พบโดยรวม ร้อยละ 19.3 โดยในกรุงเทพมหานคร พบสูงถึง ร้อยละ 22.4 และมีอัตราการแท้งบุตร ใน 1 ปีที่ผ่านมา โดยรวม สูงถึง ร้อยละ 8.4 ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 11.4 ทำให้ดูเหมือนว่า ครั้งหนึ่งของปัญหา การแท้งบุตร เกิดในช่วงที่ผ่านมาไม่นานนี้เอง เนื่องจากเรื่องนี้ มีปัจจัยเกี่ยวข้องมากมาย และเป็นเรื่องซับซ้อน การสำรวจนี้ พบแต่ขนาดปัญหา และบ่งชี้ว่า อาจจะเป็นปัญหาใหม่ จึงยังไม่เป็นที่สังเกตพบ ในเรื่องนี้ สมควรมี การติดตามดู ในระบบบริการทางการแพทย์ ทั้งโรงพยาบาลของรัฐ เอกชน คลินิก ร้านขายยา และองค์กรที่

ให้บริการด้านวางแผนครอบครัว ว่า ขนาดปัญหาที่สำรวจพบนี้ กำลังขยายตัวอยู่หรือไม่ และน่าจะเป็นจากสาเหตุใด เพื่อที่จะได้ระดมทรัพยากร มาป้องกัน แก้ไขปัญหาได้ทันที่

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.3 เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก และร้อยละ 34.3 เคยตรวจคัดความผิดปกติของเต้านม ด้วยตนเอง ข้อมูลเหล่านี้ ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ เพราะ ทั้งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดเต้านมด้วยตนเอง ยังมีความไม่แม่นยำสูง แม้จะเป็นที่น่ายินดีว่ามีสัดส่วนถึงเกือบครึ่ง แต่เป้าหมายที่สมควรไปให้ถึง คือ ให้ได้สูงกว่า ร้อยละ 95 การเร่งรัดนโยบายเรื่องนี้ ควรจะต้องดำเนินการทั้งด้านความรู้ ให้เกิดความตระหนัก พร้อมกันนั้น ก็จะต้องวางระบบ การให้บริการ ให้สะดวก มั่นใจ จึงจะมีผู้ใช้บริการได้อย่างที่คาดหวัง

5. การตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ

น้ำหนักโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวม อยู่ที่ 56.0 กิโลกรัม โดยมีความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มตัวอย่างในเขต กับนอกเขตเทศบาล กล่าวคือ ในเขตเทศบาล มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว สูงกว่า นอกเขตเทศบาล ค่าความแตกต่างนี้ เมื่อพิจารณาร่วมกับ ความสูง และ ดัชนีมวลร่างกาย (Body mass index) พบว่า ความสูงเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล สูงกว่า หรือพอ ๆ กัน ยกเว้น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนค่าดัชนีมวลร่างกายนั้น ไม่ต่างกันมากนัก บ่งชี้ว่า อาจจะเป็นรูปร่างโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล ที่โตกว่านอกเขต และไม่น่าจะเกิดจากภาวะอ้วนเกินเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ลักษณะที่ผิดแผกออกไป ของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ควรจะได้รับการตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง ว่า มีลักษณะแปลกไป เพราะเหตุใด

การวินิจฉัยความดันโลหิตสูง ไม่สามารถทำได้ จากการวัดครั้งสองครั้ง ในการสำรวจเช่นนี้ แต่ข้อมูลที่ได้ ก็บ่งชี้ว่า ปัญหาความดันโลหิตสูง ในกลุ่มประชากร วัยแรงงาน อายุ 13-59 ปี น่าจะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 10 ส่วนปัญหาระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร 12 ชั่วโมง (Fasting blood sugar) สูงกว่า 126 mg% พบประมาณ ร้อยละ 5 ในขณะที่ปัญหาระดับโคเลสเตอรอล สูงกว่า 300 mg% อยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 2 และเนื่องจาก ปัญหา เหล่านี้ แก้ไขได้ ด้วยพฤติกรรมกรบริโภคที่เหมาะสม ประกอบกับการรักษาด้วยยา จึงควรเร่งรัด ให้เกิดความตระหนัก ในประชาชนไทย พร้อมจะรับบริการตรวจคัดกรอง เพื่อแก้ไขปัญหเหล่านี้ ในอันที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ต่อไป

ภาพรวมสภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล ด้อยกว่านอกเขตเทศบาลอย่างชัดเจน บ่งชี้ถึงความผิดพลาดในการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ในช่วงที่ผ่านมา ว่า ได้พัฒนาแต่วัตถุ แต่สุขภาพของประชาชน ถูกละเลย ได้เคยมีการนำเสนอบทวิเคราะห์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในช่วงปลายแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 แล้ว ที่ว่า การพัฒนาที่ผ่านมา ได้ทำให้สภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมเสื่อมโทรมลง การสำรวจครั้งนี้ ได้แสดงให้เห็น ต่อจากบทวิเคราะห์ดังกล่าวว่า นอกจากสภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม แล้ว การพัฒนาที่ผ่านมา ยังอาจทำให้สุขภาพโดยรวมของประชาชน ในพื้นที่ซึ่งได้รับการพัฒนาทางวัตถุ เสื่อมโทรมลงไปด้วย นับว่าเป็นโชคดี ที่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ได้กำหนดแนวทางแก้ไข ไว้แล้ว

สำหรับผู้สูงอายุ

การศึกษาระดับชาติครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายที่จะให้ได้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนนโยบายและแผนงานทางสาธารณสุขของประเทศ เนื้อความในส่วนนี้จะเป็นการประมวลเฉพาะผลการศึกษาที่มี

ความหมายต่อการกำหนดนโยบายและแผนงานทางสาธารณสุขรวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายและแผนงานตลอดจนการวางแผนการวิจัยศึกษาที่จำเป็นต่อเนื่อง

ผลการศึกษานี้ชี้ชัดว่าภาวะทุพพลภาพเป็นปัญหาสำคัญในประชากรสูงอายุไทย โดยพบว่าผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนจะมีภาวะทุพพลภาพ (ไม่ว่าจะเป็นภาวะทุพพลภาพระยะยาวหรือระยะสั้น) ร้อยละ 76 ของผู้มีภาวะทุพพลภาพเป็นภาวะทุพพลภาพระยะยาว รวบรวมร้อยละ 2.1 ของประชากรสูงอายุไทยมีภาวะพึ่งพาในระดับสูงที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด และร้อยละ 6.7 ของประชากรสูงอายุต้องการในการดูแลดูแลลักษณะส่วนตัว จากการศึกษาเพื่อประมาณการความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุไทย พบว่ามีความชุกประมาณร้อยละ 3.4 โดยจะพบได้สูงถึง 1 ใน 6 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีหรือมากกว่า จากข้อมูลเหล่านี้ประมาณได้ว่าในปัจจุบันมีผู้สูงอายุในประเทศไทยจำนวน 380,000 คนต้องการการดูแลดูแลลักษณะส่วนตัว โดยที่ราว 100,000-120,000 คนต้องการผู้ดูแลใกล้ชิด และมีประชากรสูงอายุมารวม 180,000 คนที่มีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อม

สาเหตุของภาวะทุพพลภาพระยะยาวที่สำคัญ ได้แก่ อุบัติเหตุ โรคเรื้อรัง และภาวะบกพร่องทางกายภาพต่างๆ โดยมีความสำคัญทางสาธารณสุขเรียงตามลำดับต่อไปนี้ (10 ลำดับแรก)

1. โรคตาและตาบอด
2. อุบัติเหตุ
3. อัมพาตครึ่งซีก
4. ปวดเข่า-เข่าอักเสบ
5. โรคความดันโลหิตสูง
6. แขนขาอ่อนแรง
7. นูหนวก/หูตึง
8. โรคเบาหวาน
9. กลุ่มอาการสมองเสื่อม
10. กระดูกสันหลังคดงอ

ลำดับความสำคัญของโรคเหล่านี้ผู้บริหารจะต้องนำไปให้น้ำหนักเปรียบเทียบกับโรคหรือปัญหาทางสุขภาพที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตและที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่างๆเพื่อกำหนดลำดับความสำคัญโดยรวม อย่างไรก็ตามข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการจัดสรรทรัพยากรให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

การศึกษานี้แสดงชัดเจนถึงความสำคัญของระดับความดันโลหิตสูงและโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา และกลุ่มอาการสมองเสื่อม ทำให้เกิดความจำเป็นในการติดตามขนาดของปัญหานี้และการรณรงค์ในระดับมวลชนอย่างต่อเนื่อง ประการสำคัญผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่โดยไม่ได้รับการวินิจฉัย นอกจากนี้สัดส่วนการรับรู้ (awareness) และสัดส่วนความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตยังเป็นประโยชน์ในการเชิงการสะท้อนคุณภาพการบริการทั้งในด้านการเข้าถึง (accessibility) และประสิทธิผลของการรักษา ด้วยเหตุนี้การกำหนดนโยบายและแผนงานตลอดจนการสนับสนุนการศึกษาวิจัยเฉพาะที่มีความต่อเนื่องมีความจำเป็น

ลักษณะของความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพได้แสดงให้เห็นจากการศึกษานี้ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ยากจนและอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้จะมีสุขภาพที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นชัดเจน ในการศึกษาที่ยังแสดงให้เห็นว่าวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปเป็นแบบอุตสาหกรรมหรือวิถีชีวิตคนเมืองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ไม่ดีไม่ว่าจะเป็น

ภาวะทุพพลภาพหรือโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทเป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสในการเข้าถึงการบริการ

การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ผู้สูงอายุในเขตเมือง และ ผู้สูงอายุหญิงมีอัตราภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาสูงและเป็นกลุ่มประชากรที่จะได้รับประโยชน์สูงจากการบริการแบบเบ็ดเสร็จโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการระดับปฐมภูมิในชุมชน การสาธารณสุขมูลฐานจะเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเหล่านี้ การศึกษาในเชิงคุณภาพ (qualitative study) จะช่วยให้มีความเข้าใจในภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุและภาวะของผู้ดูแลในสังคมไทยมากขึ้นอันจะทำให้การจัดตั้งการบริการและการจัดสรรทรัพยากรต่างๆมีความเหมาะสม

ประการสุดท้าย- ดัชนีของภาวะสุขภาพของประชากรได้รับการเสนอแนะจากการศึกษานี้ อายุคาดหวังทางสุขภาพ (health expectancy) สามารถใช้บอกสถานะทางสุขภาพของประชากรสูงอายุได้ดี และสามารถใช้เป็นดัชนีเปรียบเทียบระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆหรือระหว่างเวลาต่างๆของแต่ละประชากร นอกจากนี้ยังอาจใช้ประโยชน์ในการจัดลำดับความสำคัญของโรคเรื้อรังได้ในระดับหนึ่ง (เช่น กลุ่มอาการสมองเสื่อม) และน่าจะเหมาะสมกับการนำมาใช้สำหรับประเทศไทย

(2) ข้อเสนอแนะด้านบริหารจัดการ

จุดแปลก ที่ทำให้การสำรวจนี้ ต่างออกไปจากการสำรวจสุขภาพ ระดับประเทศ/ระดับภาค ส่วนใหญ่ คือ การสำรวจครั้งนี้ ใช้หน่วยตัวอย่าง (Sampling unit) เป็นรายบุคคล (การสำรวจส่วนใหญ่ ใช้หน่วยตัวอย่าง เป็นครัวเรือน) ซึ่งมีข้อดี คือ จะได้ตัวแทน ซึ่งมีความเอนเอียง (Bias) น้อยกว่า เพราะบุคคลตัวอย่างที่จะได้รับการสำรวจ ได้กำหนดก่อนแล้ว หากไม่พบในการเข้าพื้นที่ครั้งแรก ก็จะต้องนัดพบ และพยายามรวบรวมข้อมูลให้ได้ จึงลดความเอนเอียง ในกรณีพบ หรือไม่พบ บุคคลส่วนหนึ่ง (Accidental sampling) ได้มาก นอกจากนี้ การกำหนดตัวอย่างเป็นรายชื่อบุคคล เช่นนี้ ก็ทำให้มั่นใจมากขึ้น ในด้านขนาดตัวอย่าง (Sample size) ว่าจะได้ขนาดตัวอย่าง เพียงพอ สำหรับแต่ละกลุ่มอายุ ในขณะที่เดียวกัน การใช้หน่วยตัวอย่างเช่นนี้ ก็เพิ่มงาน เพิ่มภาระให้กับทีมเก็บข้อมูล เพราะต้องตามหาบุคคลตัวอย่างให้ได้ มากที่สุด และมีความเสี่ยง ที่บุคคลตัวอย่าง จะไม่ให้ความร่วมมือ ไม่อยู่ หรือ อาจจะเสียชีวิตไปแล้ว อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจ ก็ชี้ให้เห็นแล้วว่า การใช้หน่วยตัวอย่างเป็นบุคคล เช่นนี้ มีความเป็นไปได้ และผลการวิเคราะห์ ก็ค่อนข้างบ่งชี้ว่า การสำรวจนี้ ให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้

จุดแตกต่างอีกประการหนึ่ง ของการสำรวจนี้ คือ การสำรวจ ที่มีทีมสำรวจ ทั้ง 3 ลักษณะ คือ ทีมระดับจังหวัด (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้) ทีมระดับภาค (กรุงเทพมหานคร และภาคกลาง) และแบบผสม ทีมภาค ทีมจังหวัด (ภาคเหนือ) อันเกิดขึ้น เนื่องจากภาวะการณืที่ยิบยั้งค้ำ ในช่วงการเตรียมการ โดยเฉพาะ ความจำกัดด้านงบประมาณ และความพร้อม ของผู้ร่วมสำรวจ วิกฤติการณ์ดังกล่าว ถูกผันแปรเป็นโอกาส ในการเปรียบเทียบผลการสำรวจ โดยใช้ทีมลักษณะต่าง ๆ ในคราวเดียวกัน เห็นได้ชัดว่า ทีมจังหวัดสามารถที่จะติดตามบุคคลตัวอย่าง ได้หลายครั้งกว่า ในขณะที่ ทีมภาค มีความแตกต่างระหว่างการเก็บข้อมูลแต่ละจังหวัด น้อยกว่า นอกจากนี้ การเก็บข้อมูล โดยทีมจังหวัด ก็สำเร็จลุล่วง อย่างรวดเร็ว เพราะดำเนินการพร้อมกัน ทุกจังหวัด ในขณะที่ ทีมภาค ต้องดำเนินการไป ทีละจังหวัด ข้อสรุป จากการสำรวจครั้งนี้ คือ ควรใช้ทีมระดับจังหวัด แต่ต้องปรับ การจัดองค์การการสำรวจ และเน้นการฝึกอบรมให้ดี เพื่อลดความแตกต่าง ระหว่างผู้เก็บข้อมูล ในจังหวัดที่ต่างกัน

ข้อสังเกตเรื่องเครื่องมือสำรวจ

ข้อสังเกต จากการสำรวจประการหนึ่ง คือ การใช้ เครื่องมือสำรวจ ที่ดำเนินการได้ ในสถาบัน หรือ คลินิก มาใช้ในการสำรวจชุมชน ว่าเป็นความเป็นไปได้ แต่ก็ เสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน อันเป็นผลเนื่องจากผู้เก็บ ข้อมูลต่างกัน (Inter-observer bias) ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน คือ การใช้ TONI-2 test และ การใช้ Chula mental test ในการสำรวจ ในระหว่างการเก็บข้อมูล มีข้อคำถามที่แสดงให้เห็นว่า เนื้อความบางส่วน คู่มือการเก็บข้อมูลไม่ชัดเจนเพียงพอแล้ว และบางทีก็ไม่ได้ศึกษาคู่มือเลย เป็นความโชคดี ที่ผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ เครื่องมือวัดทั้งสอง ตรวจพบความคลาดเคลื่อน และทำการแก้ไข ในขั้นตอนการประมวล วิเคราะห์ข้อมูลได้เป็น อย่างดี บทเรียนที่ได้รับนี้ ทำให้สรุปได้ว่า หากไม่สามารถใช้ผู้ชำนาญเฉพาะ ในการเก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือ เฉพาะนั้น ๆ ก็จำเป็นต้องดัดแปลงเครื่องมือ ให้ง่าย และดำเนินการได้ โดยผู้ทำงานในพื้นที่ ทัว ๆ ไป

วิธีการจัดสรรทรัพยากร

วิธีการจัดสรรทรัพยากร ในการสำรวจครั้งนี้ ก็เป็นบทเรียนที่สำคัญประการหนึ่ง ที่ต้องกล่าวไว้ เพราะ เวลา กำลังคน และงบประมาณเป็นเหตุหลัก ที่กำหนดขอบเขตของการสำรวจ ทำให้ต้องจำกัดปริมาณข้อมูลที่จะสำรวจ ในแต่ละกลุ่มอายุไว้ ไม่ให้มากเกินไปกว่าที่จะทำให้เสร็จสิ้นได้ ภายในเวลาที่กำหนด และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การที่เน้น หน่วยตัวอย่างเป็นบุคคลนั้น การติดตามเพื่อให้ได้มาซึ่งบุคคลตัวอย่าง บางครั้งต้องนัด และ ติดตาม 2-3 รอบ กว่าจะได้ข้อมูลครบถ้วน การรวบรวมข้อมูลด้วยทีมจังหวัด ได้เปรียบตรงที่สามารถกลับไป ติดตามได้เป็นอย่างดี ซึ่งจริง ๆ แล้ว นับว่าทีมจังหวัด ได้ซึ่มซบค่าใช้จ่ายเหล่านี้ไปอย่างมาก

ในการอบรมทีมเก็บข้อมูล ยังประสบปัญหา ความขาดแคลนบุคลากร และความจำกัดด้านเวลา และความจำเป็นที่จะต้องเตรียมบุคลากร และเครื่องมือสำรวจให้เพียงพอ เพราะทีมเก็บข้อมูลทุกคน มีงานประจำ อยู่แล้ว งบประมาณสำหรับเตรียมเครื่องมือ ก็จำกัด จำต้องหมุนเวียนเครื่องมือ จากทีมสำรวจ ที่ดำเนินการ เสร็จก่อน มาให้ทีมที่ยังสำรวจไม่เสร็จ ใช้ต่อไป เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับทีมส่วนกลาง ตลอดเวลาของการ รวบรวมข้อมูล และ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อคุณภาพเครื่องมือ บางชนิด ซึ่งอาจจะเสียหาย ระหว่างการขนส่งได้

การจัดสรรบุคลากร เป็นปัจจัยหลัก ที่จะกำหนด ความสำเร็จ หรือ ล้มเหลว ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น กระทรวงสาธารณสุข มีความขาดแคลนบุคลากร ที่เชี่ยวชาญด้านการสำรวจ จะมีมากก็ในสำนักงานนโยบายและ แผนสาธารณสุข ซึ่งก็ไม่สามารถจัดสรรมาช่วยได้เต็มที่ ในที่สุดแล้ว ภาวะการณ์นั้น เป็นปัจจัยเกื้อหนุน ให้ คณะทำงาน ขอความอนุเคราะห์จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ และได้รับความกรุณาอย่างสูงยิ่ง ทั้งทางเทคนิค และบุคลากร ทำให้ได้ดำเนินการสำรวจ อย่างที่ไม่เคยดำเนินการมาก่อน สำหรับการจัดสรรบุคลากร ในพื้นที่ เพื่อเตรียมชุมชน และเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น มีปัญหา ขัดข้อง ในเรื่องที่ต้องใช้บุคลากร ที่มีงานประจำอยู่ แม้ จะต้องเจียดเวลามาทำงานนี้ บางครั้ง ต้องเป็นช่วงนอกเวลาราชการ แต่ก็ เป็นภาวะการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะบุคลากรเหล่านี้ มีความเชี่ยวชาญ ชำนาญพื้นที่ และรู้จักผู้นำชุมชนอย่างดี ข้อเสนอสำหรับการ ดำเนินการครั้งต่อไป คือ บรรจุนงานสำรวจ ให้อยู่ในปฏิทินการทำงาน ของบุคลากรเหล่านี้ เพื่อให้สามารถช่วย ดำเนินการได้ อย่างเต็มที่ และไม่เป็นภาระมากเกินไปนัก

การใช้ผลการสำรวจ เพื่อปรับนโยบาย

ตั้งที่ได้ร่วมกันวางแผนกันไว้ ตั้งแต่ต้น ระหว่างสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กับ สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ที่มุ่ง หาข้อมูล จากตัวอย่าง ซึ่งน่าจะแสดงสภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มประชากรย่อย ตามอายุ เนื่องจาก ลักษณะปัญหา และแนวทางการแก้ไข เฉพาะกลุ่ม น่าจะมีประสิทธิภาพมากกว่า การดำเนินงานโดยรวม การสำรวจ ก็ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนแล้วว่า ปัญหา พัฒนาการ ในเด็กปฐมวัย ปัญหาเซาว์ปัญญา กับเรื่อง ทูพโภชนาการ (รวมภาวะอ้วน) ในเด็กวัยเรียน ปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ กับ สุขภาพโดยรวม ของวัยแรงงาน และปัญหา ทูพพลภาพ ภาวะพึ่งพา สมองเสื่อม ล้วนเป็นประเด็นชัดเจน ที่น่าจะดำเนินการแก้ไขได้ โดยเฉพาะ เมื่อได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาเหล่านี้แล้ว สิ่งที่ยังรอการเติมให้เต็มอยู่ คือ การดำเนินการ เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้

นอกจากผลที่ได้จากการวิเคราะห์ในรอบนี้แล้ว ข้อมูลที่มีอยู่ ในรูปสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (คอมพิวเตอร์ไฟล์) ประกอบกับ แบบ บันทึกข้อมูล ที่ถูกจัดเรียงลำดับไว้แล้ว และน้ำเหลือง ที่เก็บรักษาไว้ในธนาคารน้ำเหลือง น่าจะเป็นโอกาส ให้ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ นำเสนอ โครงร่าง เพื่อการวิเคราะห์เชิงลึกต่อไป ในเรื่องนี้ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ น่าจะแต่งตั้งคณะกรรมการ เพื่อพิจารณา ให้เป็นกิจลักษณะได้

(3) ข้อเสนอแนะสำหรับการสำรวจ ต่อไป

นอกจากข้อความรู้ จากการสำรวจโดยตรงแล้ว ประสบการณ์จากการสำรวจเอง ก็เป็นองค์ความรู้ที่สำคัญ โดยเฉพาะต่อคำถามที่ว่า ควรจะมีการสำรวจ ครั้งต่อไปหรือไม่ ถ้าควร จะ กำหนดขอบเขต วางระบบการทำงาน ตลอดจน ทำการเตรียมงานอย่างไรบ้าง ทั้งการจัดสรรทรัพยากร เตรียมโครงสร้าง และถ่ายทอดเทคโนโลยี ประสบการณ์ และการนำไปใช้

คำถามที่ว่า จำเป็นต้องมีการสำรวจอีกหรือไม่ นั้น ขึ้นกับปัจจัยหลักสองประการ คือ (ก) ความต้องการข้อมูล และ (ข) พัฒนาการ ของระบบข้อมูลสาธารณสุข ในระยะต่อไป ของประเทศไทย ว่า จะใช้ข้อมูลใดบ้าง ในการตัดสินใจทางสาธารณสุข และ จะมีพัฒนาการ เพื่อศึกษา ข้อมูล ในระดับประเทศ ระดับภาค ระดับเขต จนถึงระดับจังหวัดอย่างไร หากมีแนวโน้มที่จะสร้างระบบติดตาม ต่อเนื่อง ในระยะยาว แบบ Prospective study แล้ว การสำรวจในแบบ Cross sectional survey เช่นนี้ ก็ไม่น่าจะเป็นสิ่งจำเป็น

ความต้องการข้อมูลนั้น วิเคราะห์ได้จากการกำหนดประเด็นหลักในการศึกษา เช่นในการสำรวจนี้ กำหนดประเด็น การพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เซาว์ปัญญาในเด็กวัยเรียน สุขภาพ พฤติกรรม ตลอดจนสุขภาพสตรีของวัยแรงงาน และภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ เป็นความต้องการปัจจุบัน หากมีการติดตาม แก้ไขปัญหา ส่งเสริมสุขภาพและมีการวางระบบข้อมูลรองรับแล้ว ประเด็นเหล่านี้ ก็ไม่จำเป็นต้องบรรจุในการสำรวจครั้งต่อไป สำหรับในอนาคต อาจจะมีประเด็นหลักในการศึกษาอื่น ๆ ติดตามมาซึ่งยังไม่เป็นที่ตระหนักในปัจจุบันได้ ประเด็นหลักในการสำรวจครั้งต่อไปนั้น ควรจะเป็นประเด็นใหม่ ที่ไม่อาจหาข้อมูลได้จากระบบปกติ

พัฒนาการของระบบข้อมูล ควรต่อเนื่อง ข้อจำกัดที่ผ่านมานั้น เกิดจาก สภาพการยึดติดในกระบวนการคิด ที่มุ่งมองปัญหาเป็นหลัก (Problem oriented) และเน้นการรายงานสิ่งที่เกิดขึ้น (Activity reports, event reports) ขาดการเชื่อมโยง โดยเฉพาะสู่บทวิเคราะห์ ว่า จำเป็นต้องรู้อะไร และควรรวบรวมข้อมูลใดบ้าง เมื่อได้มาแล้ว จะวิเคราะห์แยกแยะอย่างไร หากข้อมูลที่ว่านั้นไม่มีทางรวบรวมได้ จะใช้ข้อมูลแทนอะไรได้บ้าง ปรับตัวอย่างไร หากมีทางได้มาซึ่งข้อมูล แต่ระบบไม่พร้อม ก็ต้องสร้างกระบวนการพัฒนาให้ได้ และไม่ยอมแพ้แก่แรงเสียดทานที่จะเกิดขึ้น เรื่องนี้ เป็นภาระกิจร่วมระหว่างกระทรวง

สาธารณสุข ในฐานะเจ้าของข้อมูล **Insitution based** และกระทรวงมหาดไทย ในฐานะเจ้าของข้อมูล **community based**

ดังที่กล่าวแล้วว่า หน่วยของการสุ่มตัวอย่างในการสำรวจครั้งนี้เป็นบุคคล ต่างจากการสำรวจหลายครั้งที่ผ่านมา ซึ่งสุ่มตัวอย่างคร่าวเหือน ผลสรุปจากการสำรวจนี้ ยืนยันว่า กรอบการสุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลเช่นนี้เป็นไปได้ นับเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่ง ที่เปิดโอกาส สำหรับการสำรวจอื่น ๆ ต่อไป ว่า ไม่จำเป็นต้องยึดติดกับหน่วยคร่าวเหือน อีกต่อไป ข้อได้เปรียบเสียเปรียบ ระหว่างสองวิธีนี้ กล่าวมาแล้ว แต่อาจสรุปได้สั้น ๆ คือ การสุ่มคร่าวเหือนนั้นง่ายกว่า แต่อาจประสพอคติการคัดเลือก (**Selection bias**) ซึ่งก็น่าจะแก้ไขได้โดยการเก็บข้อมูลซ้ำ ในกรณีไม่พบบุคคลเป้าหมายในการเก็บข้อมูลครั้งแรก อย่างไรก็ตาม ปัญหาการเคลื่อนย้ายประชากร ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ก็ยังจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการคัดเลือกดังกล่าว คงมีอยู่อย่างแก้ไขไม่ได้ เพราะองค์ประกอบสมาชิกคร่าวเหือน จะต่างออกไป อย่างไรก็ตาม หากประเด็นคำถามการสำรวจ ต้องการทราบข้อมูลคร่าวเหือน การสุ่มบุคคล ก็ไม่สามารถตอบคำถามเหล่านั้นได้ ข้อพิจารณาสำคัญสำหรับการเลือกวิธีการสุ่มตัวอย่าง ขึ้นกับความต้องการข้อมูลนั้น ๆ ว่าจริง ๆ แล้ว หน่วยการวิเคราะห์ เป็นคน หรือเป็นคร่าวเหือน จึงไม่อาจสรุปได้ว่าการสำรวจครั้งต่อไป ควรดำเนินการอย่างไร

สำหรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่จะให้เป็นตัวแทน ระดับประเทศ ระดับภาค ระดับเขต หรือ ระดับจังหวัด นั้น จำต้องมีการอธิบายให้ชัดเจน ต่อผู้ใช้ข้อมูล ให้ทราบข้อจำกัด และคำนึงถึงเสมอ ในการนำผลไปใช้ การถ่วงน้ำหนัก ปรับอัตราที่พบ ให้สอดคล้องกับประชากรทั้งหมดนั้น ก็เป็นเรื่องสำคัญ การสำรวจครั้งนี้ สามารถแสดงความแตกต่างของสภาวะสุขภาพประชาชน ระดับภาค และเปรียบเทียบระหว่างในเขต กับนอกเขตเทศบาล ได้ อย่างชัดเจน หากต้องการภาพระดับเขต หรือจังหวัด ก็จะต้องขยายจำนวนตัวอย่างออกไปอีก มิฉะนั้นก็ต้องทำการสำรวจใหม่ โดยให้ตัวอย่าง เป็นตัวแทนประชากร ในเขต หรือจังหวัดนั้น ๆ

เครื่องมือสำรวจในครั้งนี้ ที่ดูไม่สมบูรณ์ ก็เป็นเพราะข้อจำกัดทางทรัพยากร กำลังคน การจัดการ และงบประมาณ ในช่วงการเตรียมเครื่องมือนี้ คณะทำงานจำเป็นต้องตัดการวัดสมรรถภาพร่างกาย (**Physical fitness**) ออกจากการสำรวจ เพราะใช้เวลา แรงงาน และค่าใช้จ่ายสูง เกินกว่าจะบรรจุในการสำรวจครั้งนี้ได้ ส่วนที่เหลือ จึงไม่สามารถบอกสภาวะสมรรถภาพทางร่างกายของประชาชนไทยได้ สำหรับการสำรวจในกลุ่มเด็ก และผู้สูงอายุ ก็มีข้อจำกัดด้านเครื่องมือ ด้วยเหตุผลความจำเป็นเดียวกัน คือ ต้องพยายามให้การสำรวจเสร็จสิ้น ในเวลาที่กำหนด คณะทำงานจำเป็นต้องตัดทอน ตัดแปลง บางส่วนของเครื่องมือ อย่างไรก็ดี เนื่องจากจำนวนตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือมีมากพอ และเครื่องมือส่วนที่ใช้ในการสำรวจ มีคุณภาพดีพอ การสำรวจ จึงสามารถแสดงผลออกมาได้ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ข้อเสนอสำหรับการสำรวจครั้งต่อไป คือ ต้องเตรียมการแต่เนิ่น ๆ ให้สามารถพัฒนาเครื่องมือ และระบบได้ดีกว่านี้ การเตรียมการสำรวจครั้งนี้ ใช้เวลา 1 ปี ก็ยังไม่สามารถเตรียมได้ดีพอ

โดยสรุปแล้ว กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ควรวิเคราะห์ความจำเป็น ต้องใช้ข้อมูล แยกแยะแหล่งที่มา แล้วบ่งชี้ รายการข้อมูลที่จะควรจะได้จากการสำรวจ กำหนดล่วงหน้า ให้กับคณะที่จะทำการสำรวจครั้งต่อไป วางมาตรการ วิธีการสำรวจ เสนอกลับมาให้สำนักนโยบายและแผนฯ พิจารณา เลือกสรรวิธีการที่เหมาะสม ในการดำเนินการต่อไป