

สำรวจ รอยโรค



บุกเบิกฐานข้อมูลความป่วยไข้ที่ไม่เคยปรากฏใน “โรงหมอ”

สำรวจรอยโรค

บุกเบิกฐานข้อมูลความป่วยไข้
ที่ไม่เคยปรากฏใน "โรงหมอ"

เลขมาตรฐานสากล 978-616-11-0462-7

พิมพ์ครั้งที่ 1
ที่ปรึกษา

กันยายน 2553
นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล
คุณพรธนาภา ผึ้งผดุง
นพ.วิจักษ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา

บรรณาธิการ
ผู้เขียน
ประสานงานวิชาการ
กองบรรณาธิการ

อภิญา ดันทวิวงศ์
ปรารณา จันทรุพันธุ์
ศิริพร เค้าภูไทย
ภคมาศ วิเชียรศรี
ปิยวรรณ กิจเจริญ

การ์ดตูนประกอบ
ออกแบบรูปเล่ม
ผลิตโดย

ธงชัย ชันติวรธรรม
วัฒน์สินธุ์ สุวรรตนานนท์
สำนักพิมพ์ "ต้นคิด"
ห้อง 3D ถกสุขเพลส 115 ถนนเทอดดำริ
เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300

ผู้จัดพิมพ์

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
(Health Information System Organization)
70/7 ห้อง 408 ชั้น 4 อาคารเอไอเอนท์
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย

สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
บริษัท ที คิว พี จำกัด

พิมพ์ที่



คำนำ

การพัฒนานโยบายและแผนงานสร้างเสริมสุขภาพ และ
บริการสาธารณสุขให้สัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการของ
ประชาชน และนำไปสู่การใช้ทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรและ
งบประมาณที่มีอยู่จำกัดให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุดนั้นไม่อาจเป็น
ไปได้เลย หากไม่รู้ว่าสถานการณ์เกี่ยวกับ "ปัญหา" และ
"โอกาส" ที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละช่วงเวลาคืออะไร

ในช่วงร้อยปีที่ผ่านมามีประเทศไทยมีการพัฒนาระบบ
ฐานข้อมูลด้านสุขภาพมาเป็นลำดับ ทั้งข้อมูลการเกิด ภาวะ
สุขภาพ การเจ็บป่วย และการตาย แต่จนถึงวันนี้ผู้เกี่ยวข้องใน
แวดวงการพัฒนาด้านสุขภาพต่างตระหนักดีว่าระบบข้อมูลข่าว
สารด้านสุขภาพของประเทศของเรายังมี "ช่องว่าง" ที่จำเป็น
ต้องเร่งเติมเต็มในอีกหลายด้าน

เป้าหมายสำคัญก็คือ ทำอย่างไร สถานการณ์ความ
เคลื่อนไหวว่าด้วยการเกิด การเจ็บป่วย การตาย ร่องรอย
ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บที่ป้องกันได้ ของคนไทยทั้ง
ประเทศจะแสดงตัวให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายสามารถติดตาม
ศึกษา วิเคราะห์ และนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงป้องกันได้อย่าง
สะดวกและรวดเร็ว จนถึงขั้นที่ว่า "เกิดเหตุเมื่อไร รายงานเมื่อ
นั้น"

สารบัญ

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ ผ่านระบบการสื่อสารด้วยเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และโปรแกรมรวบรวมบันทึก และประมวลข้อมูลอันมหาศาลได้ภายในเวลาอันรวดเร็ว เป็นปัจจัยท้าทายให้การปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของประเทศไทยขยับใกล้เป้าหมายดังกล่าวยิ่งขึ้น

หนังสือ “ต้นคิด” ชุดแรกนี้ นำเสนอความเคลื่อนไหวของปฏิบัติการปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ได้มีส่วนร่วมผลักดัน ผ่านพ็อกเก็ตบุ๊กขนาดกะทัดรัด เพื่อบอกเล่าถึงความก้าวหน้าสำคัญๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมของเรา ด้วยความตั้งใจและทุ่มเทอย่างยิ่งของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

ปฏิบัติการเหล่านี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของความเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้น เมื่ออ่านแล้วเชื่อว่าทุกท่านจะเห็นตรงกันกับเราว่าเรื่องราวที่ดูเหมือนเต็มไปด้วยเทคนิควิชาการอันซับซ้อน แท้ที่จริงแล้วมีที่มาและที่ไปอันเรียบง่าย และไม่อาจแยกออกจากชีวิตของเราแต่ละคนได้

เพราะหัวใจของการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพก็คือกระจกสะท้อนความเป็นไปในชีวิตของคนไทยให้ปรากฏแจ่มชัด เพื่อนำไปกำหนดแผนงานในการปกป้องคุ้มครองคุณภาพชีวิตให้แก่เราทุกคนนั่นเอง

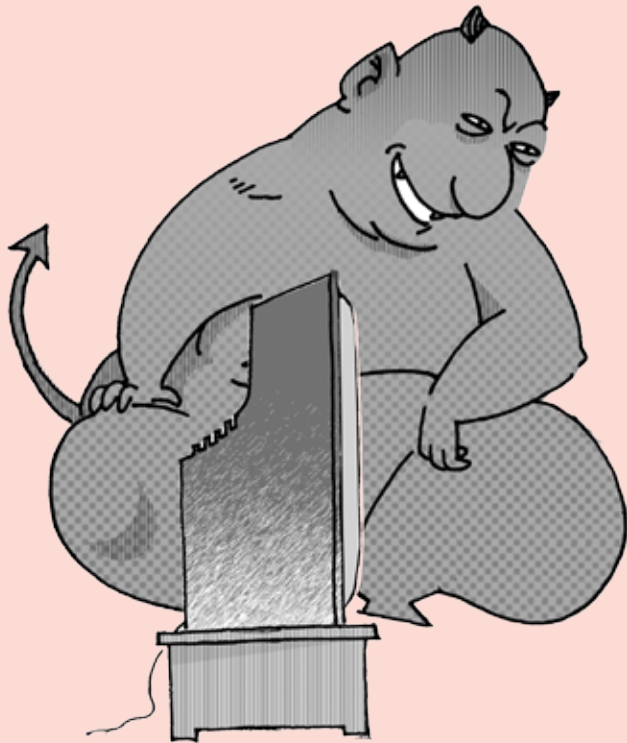
นพ.พินิจ พ้าอำนวยการผล

ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

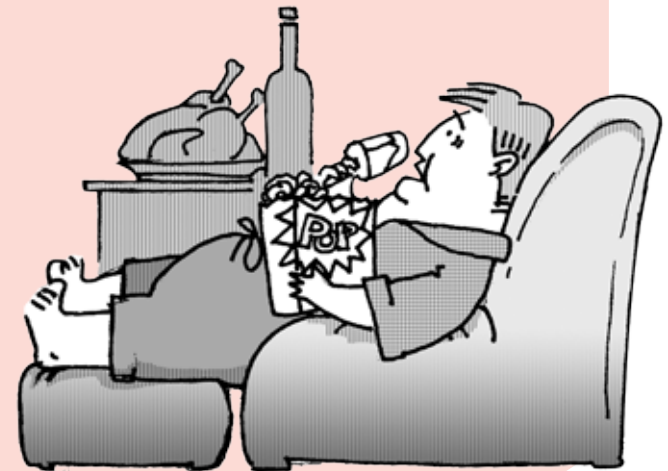
1. อ่านปรอทวัดไข้ “สุขภาพคนไทย” วันนี้	6
2. แกะรอยถึงบ้านคืองานของเรา	20
3. สำรวจ ใคร ที่ไหน เรื่องอะไร รู้ไปทำไม ???	38
4. รู้ก่อนไข้ สุขภาพคนไทยห่างไกลโรค	62
5. ทิ้งท้าย	76

1

อ่านโปรดักไว้ "สุขภาพคนไทย" วันนี้



ข้อมูลใหม่เอี่ยม
ซึ่งเคยตกหล่นไปจากภาพ
“สถานการณ์สุขภาพของคนไทย”
ทำให้เรามีโอกาสปลดเชนวนความเสี่ยงจากการ
“ป่วยหลบใน” ออกไป
ก่อนจะลุกลามกลายเป็นโรคร้าย
หรือความเจ็บป่วยเรื้อรังมากยิ่งขึ้น



“การไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ”

ใครๆ ก็รู้ แต่สิ่งที่เราทุกคนไม่รู้ก็คือ
เราอาจจะมี “โรค” อยู่ในร่างกายโดยไม่รู้ตัว
ปัจจุบันแม้วิทยาการ ความรู้ หรือแม้แต่เทคโนโลยี
ในด้านการรักษาพยาบาลพัฒนาไปมาก
อีกทั้งสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน
ที่กระจายอยู่ทั่วประเทศมีมากมายแค่ไหน
ก็ยังไม่เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วยที่มาหาหมอ
เพราะมีอาการ “ป่วย”
ยิ่งไปกว่านั้น ประเทศไทยยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่ง
ที่อยู่นอกรั้วโรงพยาบาล
แต่ไม่ได้มาหาหมอเพราะไม่รู้ของตัวเองกำลัง “ป่วย”
นี่คือข้อเท็จจริงที่เพิ่งถูกค้นพบหลังเกิด
**โครงการสำรวจสภาวะอนามัยของประชาชน
ไทยโดยการตรวจร่างกาย**

ข้อมูลใหม่เอี่ยมซึ่งเคยตกหล่นไปจากภาพ
“สถานการณ์สุขภาพของคนไทย” ในเรื่องนี้ทำให้เรามีโอกาส
วางแผนในการกอบกู้คุณภาพชีวิตคนไทยที่ตกอยู่ในสภาพ
“ป่วยหลบใน” ด้วยการลดขบวนการความเสี่ยงออกไปก่อนจะ
ลุกลามกลายเป็นโรคร้าย หรือความเจ็บป่วยเรื้อรังมากยิ่งขึ้น
ลองคิดดูสิว่า ถ้าหากข้อมูลการค้นพบสถานการณ์
ผู้ “ป่วยหลบใน” ดังกล่าวได้ถูกแปรไปสู่ปฏิบัติการในรูปแบบ
ต่างๆ เพื่อค้นหากลุ่มผู้ที่ถูกรุกเร้าด้วยปัจจัยเสี่ยงโรคร้าย
หรือผู้ที่เริ่มมีอาการป่วยแต่ยังไม่รู้ตัว และมีการกระตุ้นเตือน
หรือกำกับดูแลให้ “กลุ่มผู้ป่วยหลบใน” มีการป้องกันความ
เสี่ยง บำรุงร่างกาย เพื่อหยุดยั้งสภาพความเสี่ยงก่อนที่จะ
พัฒนาไปสู่โรคร้าย แทนที่จะปล่อยให้ผู้ที่ปัจจัยแห่งโรคกำลัง
ก่อตัวใช้ชีวิตท่ามกลางปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อไปอย่างไม่รู้ตัว
แล้ว สภาพความแออัดในสถานพยาบาล และภาระในการ
ดูแลสุขภาพของสมาชิกแต่ละครอบครัวจะลดลงได้เพียงไร



ข้อมูลในบทนี้จะสะท้อนให้เห็นว่า การดำเนินชีวิตตามวิถีปกติธรรมดาแบบ “ไทยๆ” นั้น ถูกรุกรานด้วยเงื้อมเงาแห่งความเสี่ยงต่อการตกเป็นเหยื่อของการ “ป่วยหลบใน” มากน้อยเพียงไร

คนไทยเสี่ยงภัย “ป่วยหลบใน” ขนาดไหน

โรคภัยต่างๆ มีความซับซ้อน และพัฒนาตัวเองไป เช่นเดียวกับความรู้ของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ขณะเดียวกันพฤติกรรม การบริโภคและรูปแบบการใช้ชีวิตของคนเราก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ “โรค” ก่อตัวขึ้นในร่างกายจนถึงขั้นเสียชีวิตได้

หลายคนอาจคิดว่า **โรคติดเชื้อ** หรือโรคที่เกิดจากเชื้อโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง**โรคเอดส์** เป็นสาเหตุให้คนไทยเสียชีวิตมากที่สุด แต่ความเป็นจริงแล้ว การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในประเทศเรามีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน

อีกโรคหนึ่งที่หวาดกลัวกันไปทั่วสังคมไทยคือ **โรคมะเร็ง** กลับมีแนวโน้มคงเส้นคงวา ไม่แสดงแนวโน้มเปลี่ยนแปลงเท่าไรนัก เช่นเดียวกับการเสียชีวิตจากสาเหตุภายนอก เช่น การเกิดอุบัติเหตุในลักษณะต่างๆ ก็มีแนวโน้มคงที่เช่นกัน แล้วโรคอะไรล่ะที่เป็นสาเหตุให้คนไทยส่วนใหญ่เสียชีวิต?

ข้อมูลจาก **โครงการทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาวะโรคคา หรือสไปซ์ (SPICE)** ซึ่งทำการศึกษาทบทวนข้อมูลการตายของคนไทยในแต่ละปีย้อนหลังระบุว่า โรคร้ายที่เป็น



“รอบเอว” เครื่องมือชีวิตความอ้วน

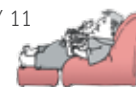
สาเหตุจบชีวิตของคนไทย 5 อันดับแรก ได้แก่ **โรคเรื้อรัง** ต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต ฯลฯ ซึ่งมิใช่โรคติดเชื้อ แต่มีที่มาหลักจากการดำเนินชีวิต ทั้งยังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ อย่างน่าจับตา

และที่ตามมาติดๆ เป็นโรคในกลุ่มเดียวกัน นั่นคือ **โรคหัวใจ และหลอดเลือด**

นอกจากโรคเรื้อรังอย่างเบาหวาน ความดันฯ หลอดเลือด ฯลฯ อันเป็นโรคใกล้ตัวที่ไม่ได้แสดงอาการทันทีแล้ว พฤติกรรมอีกอย่างหนึ่งที่น่าพาไปสู่การป่วยได้โดยง่าย ก็คือ “โรคอ้วน” แล้วแบบไหนกันที่เรียกว่า “อ้วน”???

ความอ้วนดูได้จาก 2 สิ่ง คือ

หนึ่ง “ดัชนีมวลกาย” ซึ่งสำหรับคนปกติอยู่ที่ 18.5



ไปจนถึงไม่เกิน 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เกินกว่านี้จัดว่า “อ้วน”

สอง เราจะรู้ได้ที่เราอ้วน โดยดูจากเส้นรอบเอว ผู้ชาย ที่มีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตรขึ้นไป และผู้หญิงที่มี ขนาดรอบเอว 80 เซนติเมตรขึ้นไป จัดว่าเป็นผู้ที่เข้าข่าย “อ้วนลงพุง”

แล้วทุกวันนี้คนไทยอ้วนมากน้อยแค่ไหน?

คำตอบก็คือ ไม่ว่าจะวัดจากดัชนีมวลกาย หรือการ วัดรอบเอว พบว่า ผู้หญิงอ้วนมากกว่าผู้ชาย และมักเริ่มอ้วน ตั้งแต่วัย 30-59 ปี โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ เป็นพื้นที่ที่มีคน อ้วนมากกว่าภาคอื่นๆ

น่าตกใจอยู่ไม่น้อย ทั้งๆ ที่กรุงเทพฯ อันเป็นนครหลวง ของประเทศน่าจะเป็นจังหวัดที่มีคุณภาพด้านการให้บริการ สาธารณสุขมากที่สุด มีหมอเก่งๆ มากมาย มีกิจกรรมรณรงค์ เพื่อสุขภาพไม่ขาดสาย แต่เหตุใดถึงยังเป็นพื้นที่ที่คนส่วนใหญ่ มีปัญหาเรื่อง “ความอ้วน” หรือแท้จริงแล้ว คนกรุงเทพฯ ยังไม่ ตระหนักถึงความเสี่ยงอันเกิดจากความอ้วน? หรือเพราะ กรุงเทพฯ คือ จังหวัดที่มีร้านอาหารให้เลือกกินหลากหลาย แต่ส่วนใหญ่เป็นอาหารที่ไม่มีคุณภาพ หรือเป็นเพราะสาเหตุ อื่น?

ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม สิ่งที่เราต้องตระหนักก็คือ ทั้งโรคเรื้อรังต่างๆ อย่างเบาหวาน ความดันฯ หรือการปล่อย ตัวให้อ้วนนั้น เป็นสิ่งที่เราจัดการต่อร่างกายของเราเอง ผ่าน การเลือกกิน และการใช้ชีวิตที่ไม่มีคุณภาพทั้งสิ้น



อาหารปิ้งย่าง ความเสี่ยงของโรคมะเร็ง และโรคอ้วน

ตัวเรานี่เองคือ บุคคลสำคัญที่สุดในการขีดชะตาชีวิต ของตนเองว่าจะกินอย่างไร อยู่อย่างไร ดูแลตัวเองอย่างไร

วิถีการใช้ชีวิตที่ผ่านไปทีละวันโดยยึดเอาความสุขและ ความสะดวกสบายกายเป็นสาระสำคัญ ค่อยๆ สะสมสาเหตุ แห่งความป่วยไข้ไว้ทีละเล็กละน้อย ส่งผลต่อความเป็น ความตายได้อย่างไม่น่าเชื่อ

ซ้ำร้ายกว่านั้น ยังมีผู้คนอีกมากมายที่ไม่รู้ว่า การกิน และการใช้ชีวิตที่ปล่อยปละละเลยนั้น นำไปสู่การ “ป่วยหลบ ใน” ที่ส่งผลร้ายต่อชีวิตในเวลาต่อมา



นอกจากโรคทางกาย ที่หลายคนไม่ได้สนใจจะส่ง ผลเสียต่อสุขภาพอย่างไม่รู้ตัวแล้ว โรคทางจิต ก็เป็นเหมือน “ระเบิดเวลา” อีกลูกหนึ่งที่ยั้บั่นทอนสุขภาพคนไทย โดยโรค ที่มาแรงที่สุดและมีผลต่อสุขภาพคนไทยนับล้านต่อปี คือ **โรคซึมเศร้า**

ปี 2546 มีการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชระดับ ชาติ โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-59 ปี พบว่า คนไทย 1 ใน 5 กำลัง เผชิญหน้ากับโรคทางจิตเวชหลักๆ อันได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคจิต และโรคความผิดปกติทางอารมณ์

ผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการในสถานบริการสังกัดกรม สุขภาพจิตในปี 2544 จำนวน 804,906 ราย เพิ่มเป็น 1,030,506 ราย ในปี 2551

เกือบครึ่งของผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตทั้งหมด มีอาการ โรคจิต รองลงมาคือ โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า ตาม ลำดับ และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่น่าเป็นห่วงมากที่สุดคือ กลุ่ม ที่มีแนวโน้มใช้ความรุนแรงต่อผู้อื่น โดยกระทำการฆ่าผู้อื่น ก่อน แล้วค่อยฆ่าตัวเองตายตาม

สถิติการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ชี้ให้เห็นว่า คนที่ กระทำอัตวินิบาตกรรมถึง ร้อยละ 60-90 มีอาการป่วยเป็น โรคซึมเศร้ามาก่อน สอดรับกับผลการศึกษาวิจัยผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้ม คิดฆ่าตัวตายมีจำนวนมากถึง ร้อยละ 75 และพยายามลงมือ ฆ่าตัวตายอีก ร้อยละ 15

ภูมิภาคที่พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุด ได้แก่ ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ และผลสำรวจจากทุกภาค ชี้ว่าโรคนี้ เกิดกับผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

โรคนี้นับเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการ “ป่วยหลบ ใน” เพราะขณะนี้สังคมไทยมีผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากถึง 3 ล้านคน แต่ผู้ป่วยที่ไปพบจิตแพทย์เพื่อทำการรักษามีไม่ถึง หนึ่งในแสนคน!

ป่วยหลบในเพราะใช้ฤทธิ์ “ยา”

เมื่อความเสีงงคุณคามาจนร่างกายเริ่มส่งสัญญาณลั่น ระฆังเตือนด้วยอาการผิดปกติระดับพื้นฐาน เช่น ปวดท้อง ปวดหัว เวียนหัว ขับถ่ายผิดปกติ ฯลฯ คนไทยจำนวนมาก ตอบสนองต่อสัญญาณดังกล่าวอย่างผิดๆ โดยใช้ยากดทับ อาการผิดปกติเหล่านั้นไว้

ขณะที่จีดีพีของประเทศไทยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 5.7 ต่อปี แต่รายจ่ายด้านสุขภาพมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยถึง ร้อยละ 7.7 ต่อปี และเมื่อสืบสาวไปถึงที่มาของเงินจำนวนหลายแสน ล้านที่หมดเปลืองไปกับรายจ่ายเพื่อสุขภาพในแต่ละปี พบว่า ผู้ควักกระเป๋ารายใหญ่ที่สุดก็คือ ประชาชนทั่วไป ที่ใช้เงิน จำนวนมหาศาลดังกล่าวไปกับการจ่ายค่าบริการรักษา พยาบาล และการซื้อยามินเอง

จากการสำรวจโดยโครงการสำรวจสภาวะอนามัยของ ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พบว่า คนไทย วัย 15 ปีขึ้นไป ประมาณ 8-9 ล้านคน ใช้ยาอย่างใดอย่าง



หนึ่ง “เป็นประจำ” นั่นคือ ใช้จ่ายติดต่อกันทุกวันนานกว่า 1 เดือน และอายุยิ่งเพิ่มขึ้น การ “**ใช้จ่ายเป็นประจำ**” ก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้น

“**ขยายอดนิยาม**” ที่พบว่าคนทุกเพศทุกวัยนิยมใช้มากที่สุด ก็คือ ยาแก้ปวด รองลงมาคือ ยานำรูง และยิ่งอายุมากขึ้นการใช้ยาทั้ง 2 ชนิดนี้ก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ

คนเหนือ ใช้จ่ายแก้ปวดเป็นประจำมากที่สุด

คนกรุง ใช้จ่ายนำรูงมากที่สุด

คนนอกเขตเทศบาล ใช้จ่ายแก้ปวดมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล

ส่วน **คนในเขตเทศบาล** ใช้จ่ายนำรูงมากกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล

และคนอีสานที่ใช้จ่ายเป็นประจำมีจำนวนน้อยที่สุด

เราใช้จ่ายมากมายขนาดนี้เพราะเหตุใด??

เพราะเราป่วย

ซีเกียจไปหาหมอ

เพราะคิดว่าเป็นโรคไม่ร้ายแรง รักษาเองได้

เพราะไม่มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ

...

หรือ เพียงเพราะคนไทยไม่ใส่ใจกับเรื่องการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงก่อนที่จะป่วย



“ยา” ผู้สมรู้ร่วมคิดปกปิดอาการป่วยหลบใน

...และเมื่อป่วย ก็เลือกที่จะรักษาตัวเองด้วยการ “คาดเดา” เพราะเห็นว่าเป็นเรื่องไม่ร้ายแรง จนนำไปสู่ความรุนแรงของความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพ

ความไม่เข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพ และความเข้าใจผิดเรื่องการรักษาสุขภาพ เป็นสิ่งที่ช่วยตอกย้ำและผลักดันให้ระบบสุขภาพของคนไทยโดยภาพรวมเกิดปัญหา

ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทำให้เราเห็นภาพของระบบสุขภาพเฉพาะในกรณีของ “จำนวน” และ “ประเภท” ของผู้ป่วย

แต่จากที่กล่าวมา เรื่องที่ร้ายแรง และเร่งด่วนกว่า คือ การตระหนัก “รู้”



ทั้ง “รู้ตัว” ว่าเราอาจจะกำลังเป็นผู้ป่วยแบบหลบใน ที่พกเอาโรคเรื้อรังอย่างเบาหวาน ความดันฯ หลอดเลือด ไชมัน ฯลฯ อยู่ในร่างกายโดยไม่รู้ตัว

หรือ “รู้ตัว” ว่าเป็นคนอ้วนลงพุงจากรอบเอวที่เพิ่มขึ้นทุกวัน และ “รู้วิธี” ที่จะกินอย่างมีประโยชน์ และในปริมาณที่เหมาะสม

รวมถึง “รู้วิธี” ที่จะรักษาสุขภาพก่อนที่จะป่วย

“รู้วิธี” ที่จะจัดการกับอารมณ์ ไม่ให้เกิดปัญหาโรคซึมเศร้า หรือวิตกกังวลเกินกว่าเหตุ

แม้เมื่อมีความวิตกกังวลหรือมีปัญหาทางอารมณ์เกิดขึ้นแล้ว ก็ต้อง “รู้” ว่าอะไรเป็นสาเหตุ ที่มา เพื่อหาทางแก้ไขที่ถูกต้อง โดยไม่เลือกพึ่งพาการซื้อยามากินเอง

แล้วทำอย่างไรเราจึงจะ “รู้” ในสิ่งที่พูดมานี้??

“โครงการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย” คือคำตอบ หรือกล่าวได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนชาวไทย เพื่อให้ทราบภาพรวมของระบบสุขภาพว่า คนไทยมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคอะไร และมีลักษณะวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงในเรื่องสุขภาพอย่างไรบ้าง เพื่อให้เราได้ “รู้ทัน” สถานการณ์สุขภาพ

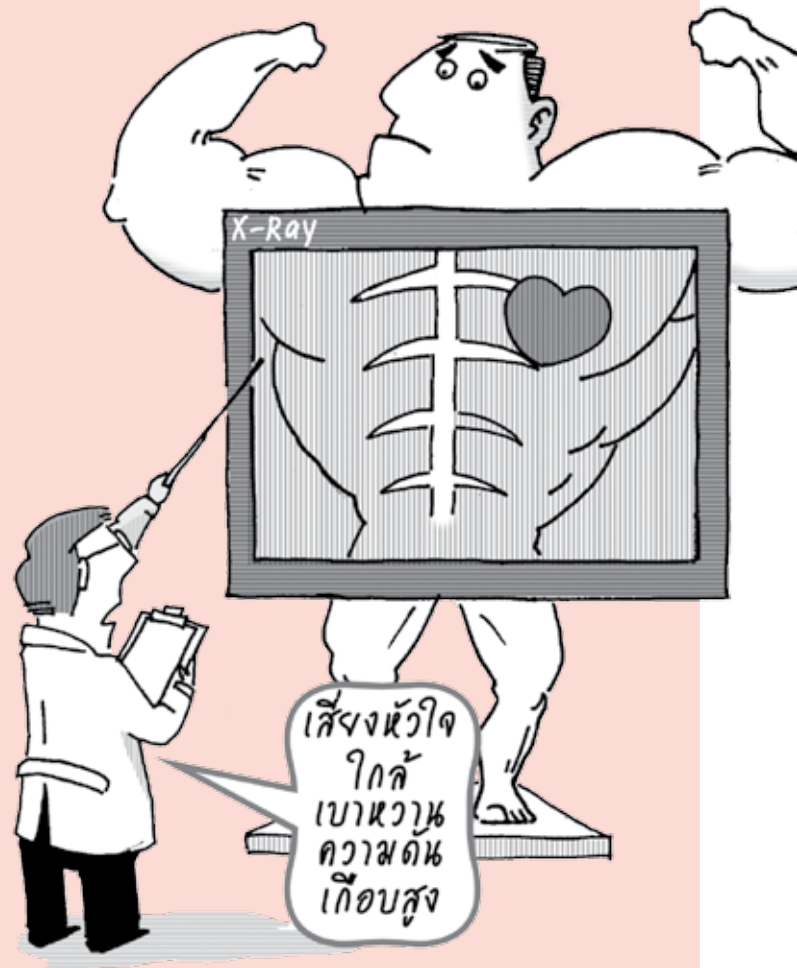
และ “รู้ตัว” ว่า สังคมเรากำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพในมิติใดบ้าง ในคนกลุ่มใดบ้าง ในพื้นที่ใดบ้าง และในช่วงอายุใดบ้าง



2

แกะรอยถึงบ้าน คือ งานของเรา

เราจะรู้ได้อย่างไรว่าโรคอะไรกำลังมาแรง?
เราจะรู้ได้อย่างไรว่า ต่อไปในอนาคต
คนไทยจะเจ็บไข้ได้ป่วย
หรือเสียเงินไปกับการรักษาสุขภาพ
ด้วยอาการใดมากที่สุด?
คำตอบคือ เราต้อง “รุก”
เข้าไปหาจุดที่โรคกำลังก่อตัว



สถิติผู้ป่วยที่เก็บรวบรวมจากโรงพยาบาลนั้น
อาจชี้บอกถึงสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้
ระดับหนึ่ง แต่นั่นไม่ใช่ทั้งหมดของผู้ที่
“กำลังป่วย” ได้จริง
เพราะนอกจากมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่มารักษา
ตัวในโรงพยาบาลแล้ว
ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ป่วย
แต่ไม่รู้ว่าตัวเองป่วย
คนกลุ่มนี้คือผู้ป่วยที่ถูกมองข้ามมาตลอด
บางคนเรียกพวกเขาว่า “ผู้ป่วยแอบแฝง”
จนกระทั่งอาการเจ็บป่วย
ปะทุถึงขั้นวิกฤตินั่นละ
พวกเขาจึงykkย้ายสารบบเข้าสู่ฐานข้อมูล
ของการเจ็บป่วยอย่างเป็นทางการ

ทำอย่างไรเราจึงจะรู้ว่า ขณะนี้ประเทศไทยเรามี

ผู้ป่วยในสัดส่วนเท่าไรต่อผู้ที่ไม่ป่วย?

เราจะรู้ได้อย่างไรว่าโรคอะไรกำลังมาแรง?

เราจะรู้ได้อย่างไรว่า ต่อไปในอนาคต คนไทยจะเจ็บไข้
ได้ป่วย หรือเสียเงินไปกับการรักษาสุขภาพด้วยอาการใดมาก
ที่สุด?

คำตอบคือ เราต้อง “รุก” เข้าไปหาจุดที่โรคกำลังก่อตัว

นั่นคือต้อง “รุก” เข้าไปถึงชุมชน เข้าไปถึงหมู่บ้าน
เข้าไปถึงครัวเรือนที่ใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่ประเทศไทย ไม่ว่าจะ
เป็นชนบทหรือเขตเมือง

ไม่ว่าจะเป็นคนเฒ่าคนแก่ วัยทำงาน วัยหนุ่มสาว หรือ
เด็กเยาวชน

ไม่ว่าผู้ชาย หรือผู้หญิง

และไม่ว่าจะเป็นคนกรุงเทพฯ หรือคนต่างจังหวัด

เพราะทุกคนต่างเป็นตัวแทนที่บอกถึง “สุขภาพ” ของ
คนไทย



การทำงานแบบ “รุก” ที่ว่านี้จะทำให้เราเห็นภาพ ลักษณะนิสัย การบริโภค ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ และผู้ป่วยแฝงที่มีโรคเรื้อรังอยู่ในร่างกายโดยไม่รู้ตัว ไปพร้อมๆ กับคนที่มีความสุขพอดีอย่างแท้จริง การรุกเข้าไปสำรวจสุขภาพประชาชนที่อยู่ที่บ้าน และไม่ได้มาโรงพยาบาล จะทำให้เห็นภาพของระบบสุขภาพโดยรวมของคนไทยทั้งที่ป่วย และไม่ป่วย ในสัดส่วนที่เปรียบเทียบกัน

นี่คือที่มาและ “โจทย์หลัก” ในการดำเนิน “โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย”

กว่า 10 ปีที่ปูรากฐาน

โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ได้เริ่มดำเนินการครั้งแรก มาตั้งแต่ปี 2534 โดย **มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ** และ **สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย** โดยมี **พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ** เป็นแกนนำในการบุกเบิกงานสำรวจข้อมูลสุขภาพของคนไทย ด้วยการตรวจร่างกาย แบบไม่ต้องรอให้ประชาชนมาที่โรงพยาบาล

การสำรวจครั้งที่ 2 ดำเนินการในปี 2539 ทิ้งระยะห่างประมาณ 5 ปี เพื่อให้เห็นแนวโน้มของโรคว่ามีทิศทางไปในทางใด

การสำรวจใน 2 ครั้งแรก สำรวจตั้งแต่เด็กแรกเกิด จนถึงกลุ่มผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 3 ดำเนินการในปี 2546 โดย **สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย (สทสอ.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข** ทอดเวลาห่างจาก ครั้งที่ 2 เป็นเวลา 7 ปี โดยสำรวจในวัย 15 ปีขึ้นไป

และครั้งที่ 4 ดำเนินการในปี 2551 ที่ผ่านมานี้ ที่สำรวจตั้งแต่วัยเด็กถึงผู้สูงอายุ

การสำรวจแต่ละครั้งมุ่งสะท้อนสถานการณ์สุขภาพของคนไทยอย่างเป็นระบบ เหมือนการ “ย่อส่วน” ประชากรไทยลงเหลือเป็นกลุ่มเล็กๆ แต่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศไทย และเมื่อนำมาเทียบกับการสำรวจครั้งต่อมาก็จะให้เห็นแนวโน้ม และพัฒนาการของโรค หรืออาการป่วยต่างๆ ได้

ตัวอย่างเช่น การสำรวจครั้งที่ 1 และ 2 พบว่าประชาชนมีความเจ็บป่วยในเรื่องของโรคติดเชื้อมาก เช่น ไข้หวัด ปอดบวม ท้องเสีย ฯลฯ การสำรวจในช่วงนั้นจึงมุ่งไปที่การสำรวจภาวะของโรคติดเชื้อเป็นหลัก เพราะโรคเรื้อรังยังไม่ค่อยปรากฏ

แต่เมื่อถึงการสำรวจครั้งที่ 3 ผลจากการสำรวจชี้บอกทิศทางใหม่ว่า โรคติดเชื้อไม่มีความรุนแรง และประชาชนไม่ค่อยป่วยด้วยอาการของโรคติดเชื้อกันแล้ว แต่อัตราของโรคเรื้อรังกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าตกใจ เช่น โรคเบาหวานที่มีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นเป็นขั้นบันได โดยในการสำรวจครั้งแรก



มีเพียง ร้อยละ 2 แล้วเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 4 ในครั้งที่ 2 และ ร้อยละ 7 ในครั้งที่ 3 เป็นต้น

ที่ร้ายไปกว่านั้นก็คือ กลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการสำรวจ จำนวนมากที่ไม่รู้ตัวว่าตัวเองกำลังอยู่ในภาวะของความ “เสี่ยง” ที่จะกลายเป็น “ผู้ป่วย” ในอนาคต

นอกจากตัวโรคที่อยู่ในแบบสำรวจแล้ว ตัวพฤติกรรม หรือการใช้ชีวิตก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่จะบอกถึงความเสี่ยงในระบบสุขภาพได้อีกด้วย

กรณีของเด็ก ในการสำรวจครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 พบเด็ก กินอาหารไม่ครบหมู่ หรือขาดอาหาร เด็กผอมกว่าเกณฑ์ แต่พอมาถึงครั้งที่ 3 กลับกลายเป็นว่าเด็กส่วนใหญ่ก็ยังมีกินอาหารไม่ครบหมู่ โดยเฉพาะผักผลไม้ ที่กินต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานกันแทบทุกภาค

และในขณะที่เด็กอ้วนขึ้น แต่ไม่ได้หมายความว่า สุขภาพดีขึ้น เพราะเป็นการอ้วนเนื่องจากกินอาหารไขมันสูง ขนมหบเคี้ยว และน้ำอัดลม ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคอ้วนในอนาคต

ไม่เพียงแต่เด็กเท่านั้นที่มีระบบสุขภาพต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

ผู้ใหญ่เองก็เช่นกัน เช่นเรื่องการกินผักผลไม้ ไม่ว่า ผู้หญิงหรือผู้ชาย ต่างก็กินผักผลไม้ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำด้วยกันทั้งสิ้น

และข้อมูลที่สอดคล้องกันก็คือ ปัจจุบันอัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่สำคัญ เช่น โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ กำลังเพิ่ม

ขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย แขนงอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งอื่น เช่น มะเร็งตับ มะเร็งปอดไปแล้ว

และมะเร็งลำไส้ใหญ่ก็คือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะการบริโภคอาหารที่มีเส้นใยน้อยนั่นเอง

สุขลักษณะ การบริโภค และการใช้ชีวิต จึงส่งผลกระทบต่อกันเป็นทอดๆ ทั้งเรื่องสุขภาพร่างกาย จิตใจ คุณภาพชีวิต ไปจนถึงอาการป่วยต่างๆ โดยที่เราอาจจะไม่รู้

โครงการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย นับเป็นโครงการเชิงรุกที่เข้าไปหาประชาชนถึงบ้าน เพื่อตรวจสุขภาพร่างกายของคนไทยอย่างเป็นระบบ ทั้งสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป ลักษณะการบริโภค การใช้ชีวิต ความเสี่ยงต่างๆ เช่น บุหรี่ สุรา การจัดสภาพแวดล้อม และที่สำคัญคือตรวจเลือดเพื่อดูการปรากฏตัวของโรค ที่อาจจะยังไม่ได้แสดงออกมา แต่มีความผิดปกติขึ้นแล้วในร่างกาย และจะรู้ได้โดยการตรวจเลือดเท่านั้น เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือด เป็นต้น รวมถึงการวัดความดันที่จะบอกอาการความดันสูงซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

เนื่องจากโรคเรื้อรังนั้นใช้เวลานานกว่าจะปรากฏผล ต้องเป็นหลายปีกกว่าจะเสียชีวิต หรือไม่ก็มีโรคอื่นที่คอยแทรกซ้อนทำให้เสียชีวิตได้อีก การรู้ตัวล่วงหน้าย่อมเป็นผลดีในแง่ที่จะสามารถเตรียมการรักษาได้ทันเวลา และป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ก่อนที่จะเกิดขึ้นจริง



สำหรับคนที่มีความรู้ หรือผู้ที่ห่วงใยสุขภาพ การตรวจร่างกายประจำปีอาจถือเป็นกิจวัตรปกติที่กระทำสม่ำเสมอแม้ยังไม่ปรากฏอาการเจ็บป่วย แต่ในภาพรวมของคนไทยทั่วประเทศ คนที่ยึดคิดว่า ไปหาหมอเมื่อป่วยเท่านั้น ย่อมมีมากกว่า

รศ.นพ.วิชัย เอกพลากร ผู้อำนวยการสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.) ผู้ซึ่งเป็นผู้วิจัยหลักของโครงการนี้มาตั้งแต่ยุคแรกเริ่มแล้วว่า การมาทำงานนี้เกิดขึ้นเพราะความสนใจส่วนตัว และต้องการให้ประเทศไทยมีฐานข้อมูลเรื่องสุขภาพ เช่นเดียวกับหลายๆ ประเทศที่มีการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งแต่ละที่อาจจะมีความต่างกัน

“ผมเรียนมาทางระบาดวิทยา เป็นเรื่องเกี่ยวกับการศึกษาปัญหาสุขภาพในประชากร หรือปัจจัยเสี่ยงในด้านสุขภาพของประชากรอยู่แล้ว เมื่อถูกชักชวนมาทำงานนี้ก็สนใจ

“ในการสำรวจครั้งที่ 3 ผมเป็นที่ปรึกษาโครงการ พอมาครั้งที่ 4 คุณหมอเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม ผู้บริหารโครงการทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาวะโรคฯ หรือสไปซ์ (SPICE) ไม่ทำต่อ ผมเลยรับทำ เพราะต้องการให้ประเทศมีระบบข้อมูลจากหลายๆ แหล่งเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องชีวิตสถิติ ข้อมูลจากโรงพยาบาล การเกิด การตาย หรือสัดส่วนการป่วย แต่คนที่มาโรงพยาบาลเพราะป่วย มันไม่ได้



รศ.นพ.วิชัย เอกพลากร
ผู้อำนวยการสำนักงานสำรวจ
สุขภาพประชาชนไทย

บอกสถานะสุขภาพ การทำโครงการสำรวจสุขภาพจะเป็นระยะมันจะบอกสถานการณ์สุขภาพในแต่ละช่วงได้ ซึ่งบางโรคถ้าไม่สำรวจจะไม่รู้ว่าเป็น และหลายๆ ประเทศก็ทำกัน”

รศ.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แคนนำสำคัญอีกคนหนึ่งกล่าวว่า ที่สนใจเข้าร่วมกับโครงการนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะเห็นความสำคัญของข้อมูลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นตัวสะท้อนปัญหาหรือสภาวะสุขภาพคนไทยทั้งด้านบวกและด้านลบ

“ผมมาร่วมงานกับโครงการสำรวจฯ ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 ครั้งแรกที่เข้าร่วมเป็นการสำรวจครั้งที่ 2 เมื่อปี 2539 ชื่อเต็มๆ ของโครงการนี้ที่ว่า การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย สะท้อนจุดมุ่งหมายหลัก





รศ.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย
วิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่ไม่ได้เป็นการสัมภาษณ์ธรรมดา แต่มีการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย ทั้งการเจาะเลือด เก็บตัวอย่างปัสสาวะ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจความดันเลือด ทดสอบสมรรถภาพ ความแข็งแรงของร่างกายโดยใช้เครื่องมือง่ายๆ เป็นการสำรวจสุขภาพที่ต้องเข้าไปในพื้นที่ ไม่ใช่ตรวจที่โรงพยาบาล ผู้ที่เราสำรวจไม่ใช่คนที่มีอาการป่วยแล้ว แต่เราสุ่มจากระบบทะเบียนราษฎร์ ตั้งแต่อายุ 1 ปี ไปจนถึงอายุมากที่สุดเท่าที่ ยังมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย ฉะนั้นเราจึงได้คนที่คละกันมา ทุกคนสบายดี สุขภาพแข็งแรง คนพิการ คนที่เจ็บป่วย มีโรคเรื้อรัง และที่สำคัญคือ คนที่กำลังป่วยด้วยโรคเรื้อรังแต่ไม่รู้ตัว บางคนเกิดมาไม่เคยถูกวัดความดัน หรือเคยวัดเมื่อนานมาแล้วจนจำไม่ได้ บางทีวัดมาแล้ว หมอบอกผล ยังจำไม่ได้ว่าปกติหรือผิดปกติ

“ด้วยวิธีการสำรวจเช่นนี้ทำให้เราได้ภาพที่ชัดเจนขึ้นว่าสุขภาพคนไทยเป็นอย่างไร อะไรที่เป็นแนวโน้มคุกคามภาวะสุขภาพคนไทยในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า เพื่อที่จะวางแผนป้องกันเสียก่อน”

ผลจากการทำโครงการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชน ไม่เพียงแต่จะบอกอัตราผู้ป่วย แนวโน้มของโรค และแนวทางป้องกัน ด้วยการตรวจสุขภาพร่างกายประชาชน ที่อยู่นอกสารบบ “คนป่วย” สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาสุขภาพของคนไทยได้อย่างตรงจุด

กินผิดวิธีก็แก่ที่การกิน

สภาพแวดล้อมไม่ดี ก็ปรับปรุงที่อยู่อาศัย ดูแลความสะอาด และสิ่งแวดล้อม

อยู่ในกลุ่มเสี่ยงก็ลดปัจจัยเสี่ยง

ฯลฯ

หรือหากแข็งแรงดี ก็ยังรู้ตัวและรักษาความแข็งแรงให้อยู่กับร่างกายไปนานๆ

นอกจากนี้ หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ยังสามารถใช้ข้อมูลไปรณรงค์ หรือวางแผนกิจกรรมต่างๆ ที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชนโดยรวม ทั้งในแง่การแก้ปัญหาและการสร้างเสริมสุขภาพได้อีกด้วย

ในบทต่อไป เราจะลงไปเกาะติดแนวทางการ “สำรวจรอยโรค” กัน

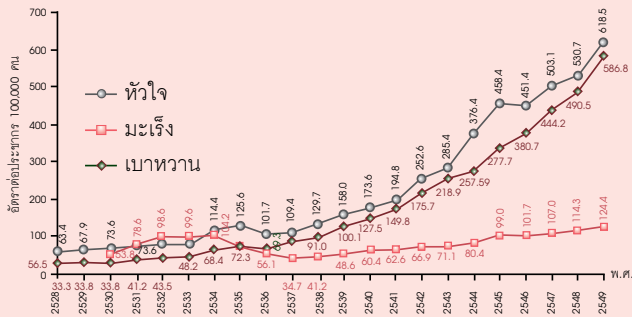


ส่องสถานการณ์ “ป่วยหลบใน” ที่คนไทยไม่เคยรู้!

ข้อค้นพบสำคัญประเด็นหนึ่ง จาก รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 ที่ดำเนินการระหว่าง พ.ศ. 2546-2547 ก็คือ ตามชุมชนทั่วประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง ไขมันในเลือดสูง ฯลฯ อยู่มากมาย

คนเหล่านี้มักไม่รู้ตัวว่ากำลังตกอยู่ในสภาพเสมือนพหกพา “ระเบิดเวลา” ที่จะก่อวิกฤติให้แก่ชีวิตในวันข้างหน้า

แผนภาพแสดงอัตราผู้ป่วยโรคหัวใจ มะเร็ง และเบาหวานที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ระหว่าง พ.ศ. 2528-2549



ตารางแสดงความชุกของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยยังไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษา

อัตรา (ร้อยละ)	ความดันโลหิตสูง		ไขมันในเลือดสูง		เบาหวาน	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ความชุกของการเจ็บป่วย (ร้อยละ ของผู้ที่ไปสำรวจทั้งหมด)	23.3	20.9	13.7	17.1	6.4	7.3
- ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย	78.6	63.8	87.6	86.8	65.5	49.2
- ได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่รักษา	4.5	5.4	3.1	4.1	1.9	1.7
- รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	11.2	19.0	2.7	3.3	24.1	33.9
- รักษาแต่ควบคุมได้	5.7	11.7	6.7	5.9	8.5	15.2

ที่มา รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3



ส่องสถานการณ์ “ป่วยหลบใน” ที่คนไทยไม่เคยรู้!

ความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดในสมองแตก

ปัญหาความดันโลหิตสูงนั้นมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ โดยมากกว่าครึ่งของคนที่มีอายุเกิน 60 ปี พบว่ามีความดันโลหิตสูง และยิ่งพบว่าคนไทยมีแนวโน้มเป็นโรคนี้มากขึ้นด้วย ดังเห็นได้จากแผนภาพที่นำมาประกอบ ที่ชี้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 5.4 ในปี 2534 เป็น ร้อยละ 22 หรือประมาณ 10.1 ล้านคน ในปี 2547

ที่น่าตกใจคือ ตัวเลขข้างต้นยังเป็นแค่ “ส่วนหนึ่ง” ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเท่านั้น เพราะผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยฯ ครั้งล่าสุด ชี้ให้เห็นว่ามี “ผู้ป่วยแฝง” ที่มีผลการตรวจร่างกายพบว่าเข้าข่ายความดันโลหิตสูง แต่ไม่เคยไปหาหมอเพื่อรับการตรวจและรักษามากถึง ร้อยละ 78.6 ของผู้ที่ถูกตรวจพบว่าเป็นความดันโลหิตสูง ขณะที่ผู้ที่ได้รับการรักษาแค่ไม่ถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่พบทั้งหมด

ระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองตีบ และหากได้รับการวินิจฉัยทันเวลาและได้รับการรักษาจนลดลงสู่ระดับที่แพทย์กำหนดได้ ก็จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้งสองลงได้

“คอเลสเตอรอล” เป็นไขมันชนิดหนึ่งที่พบในเลือด และเป็นตัวบ่งบอกภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังอันร้ายแรงทั้งสองได้

คนวัยกลางคนจนถึงผู้สูงอายุเป็นกลุ่มคนที่พบว่า มีภาวะไขมันในเลือดสูงกว่าคนอายุน้อย และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยพบในคนกรุงเทพฯ มากที่สุด แต่ปัญหาสำคัญที่วงการสาธารณสุขกำลังเผชิญหน้าคือ มีประชากรที่อยู่ในภาวะไขมันในเลือดสูงแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยาลดไขมัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง

การรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยฯ ในครั้งล่าสุดนี้พบว่า ภาวะคอเลสเตอรอลสูงเป็นภัยชุมชนเงียบที่พบมากที่สุดทั้งในผู้ชายและผู้หญิง โดยผู้ที่มีภาวะคอเลสเตอรอลสูงในเลือดเพียง ร้อยละ 9 เท่านั้น ได้รับการวินิจฉัยและรักษา



ส่องสถานการณ์ “ป่วยหลบใน” ที่คนไทยไม่เคยรู้!

เบาหวาน

นี่คือต้นทางแห่งความเสื่อมของระบบร่างกายอันน่าสะพรึงกลัว อีกทั้งเป็นภัยที่ก่อทุกข์ซ้ำเติมให้กับผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงต่างๆ ให้มีอาการย่ำแย่และรักษายากยิ่งเป็นทวีคูณ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาก่อนมีอาการและอาการแสดงของการเป็นเบาหวานค่อนข้างยาวนาน โดยที่ระดับน้ำตาลในเลือดของบุคคลนั้นจะสูงกว่าปกติแต่ยังไม่ถึงระดับของโรคเบาหวาน บุคคลกลุ่มนี้จัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานต่อไป รวมทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย

อย่างไรก็ตาม ถ้ามีการแทรกแซงความเสี่ยงนี้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และที่สำคัญคือการลดน้ำหนักให้ดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI) จนอยู่ในระดับปกติ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายนี้จะสามารถลดลงได้

ด้วยเหตุนี้ การได้รับการวินิจฉัยล่วงหน้าจากแพทย์เมื่อร่างกายปรากฏสัญญาณเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานจึงเป็นเรื่องสำคัญต่อชีวิตทั้งชีวิตที่เหลืออยู่

ข้อมูลจากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนฯ ครั้งล่าสุด ชี้ให้เห็นว่า ในกลุ่มคนไทยวัย 15 ปีขึ้นไป ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเข้าข่ายผิดปกติ แต่ยังไม่ถึงกับเป็นเบาหวานมีอยู่ ร้อยละ 15.4 ในผู้ชาย และร้อยละ 10.6 ในผู้หญิง ที่อยู่ในกลุ่มสำรวจทั้งหมด แต่ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยยังมีไม่ถึงครึ่งหนึ่งของผู้ที่พบความผิดปกติ

จึงนับว่านี่คือหนึ่งในภัยซ่อนเร้นของคนไทยเช่นกัน



3

สำรวจ ใคร ที่ไหน
เรื่องอะไร
รู้ไปทำไม ???



เช่นเดียวกับทุกครั้งที่ผ่านมา
ที่ทีมงานต้องเผชิญหน้ากับปัญหาใหม่ๆ
ซึ่งพวกเขาถือเป็นประสบการณ์อันมีค่า
สำหรับการเรียนรู้และคิดค้น
วิธีที่จะพัฒนาการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น
ในครั้งต่อไป



โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย
ของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4
ซึ่งเป็นครั้งล่าสุด เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2551
ในการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากร
เพื่อเป็นตัวแทนประเทศไทย
ก็มีความจำเป็นต้องหาตัวแทนจากทุกภาค
ดังนั้นในการทำโครงการสำรวจครั้งที่ 4 นี้
จึงได้รับความร่วมมือ
จากมหาวิทยาลัยหลายแห่งทั่วประเทศไทย
ตัวแทนแต่ละภาคทำอะไรกันบ้าง?

งานหลักๆ คือการลงภาคสนาม เพื่อสำรวจ
สภาวะคนไทย มีทั้งการใช้แบบสอบถาม การตรวจสุขภาพ
ทางกาย การตรวจสมรรถภาพทางกาย กล้ามเนื้อ ตลอดจน
วิถีชีวิต การบริโภค และสภาวะเสี่ยงต่างๆ ตามลักษณะ
เฉพาะของแต่ละวัย รวมถึงการตรวจเลือด เพื่อให้เห็น
สภาวะสุขภาพโดยรวม โดยแบบสอบถามต่างๆ

ภาคเหนือ มีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เป็นที่มสนาม

ภาคอีสาน มีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น เป็นผู้รับผิดชอบ

ภาคกลาง มีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นที่หลัก
ส่วนภาคใต้ ได้แก่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ในส่วนของกรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้เก็บ
ข้อมูล

รศ.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย
วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กล่าวถึง



โครงการสำรวจสุขภาพฯ และมูลเหตุจูงใจที่ทำให้ร่วมงานกับโครงการฯ นี้ว่า

“จริงๆ แล้วงานวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของภาระการทำงานประจำอยู่แล้ว และงานนี้ก็มีความสำคัญกับประเทศชาติ ซึ่งคนที่จะนำไปใช้ประโยชน์ได้มีหลายกลุ่มมาก ส่วนสถาบันวิจัยของเราเองก็มีความถนัดในงานภาคสนาม และคุ้นเคยกับพื้นที่ มีฐานความสัมพันธ์ที่เชื่อมกับชุมชนได้เพราะทำงานภาคสนามมาก่อนแล้ว และก็เป็มหาวิทยาลัยใหญ่ น่าจะมีบทบาทในการทำประโยชน์ตรงนี้ ก็เลยตัดสินใจทำ โดยมื่อน้องๆ ในสถาบันฯ ช่วยกันทำงาน”

ดังนั้นรูปแบบการทำงานจึงมีลักษณะของการกระจายสำรวจทั่วทุกภาค โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และในส่วนของกรุงเทพฯ แยกออกจากภาคต่างๆ

การกระจายภูมิภาค นอกจากทำให้เห็นรายละเอียดของแต่ละภาค ที่ประชาชนมีวิถีชีวิตและความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันแล้ว ยังช่วยให้เห็นภาพรวมของสุขภาพคนไทยทั้งประเทศอีกด้วย

ภาพรวมของการสำรวจนี้จะช่วยในการประเมินสภาวะสุขภาพและการดำรงชีวิตของคนไทยได้ และเป็นฐานข้อมูลสำหรับการติดตามความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของประชาชน ในโรคต่างๆ ที่กำลังเป็นอยู่และแนวโน้มในอนาคต

ในระยะยาว ฐานข้อมูลนี้ยังช่วยในการวางแผน รณรงค์ด้านการส่งเสริม ติดตาม ป้องกัน และควบคุมโรคของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

“ชุดสำรวจชุมชน” เป็นชื่อเรียกแบบสอบถามที่ใช้สำหรับการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากร เพื่อให้ได้ภาพของสถานการณ์ระบบสุขภาพ

แบบสอบถามดังกล่าวได้ถูกกระจายไปสู่ทุกภูมิภาค เพื่อเจาะลึกไปถึงข้อมูลสุขภาพจากตัวแทนทุกส่วนของสังคมรวมทั้งสังคมกรุงเทพฯ ด้วย เนื่องจากคนกรุงเทพฯ ก็มีวิถีการบริโภคและการใช้ชีวิตที่มีลักษณะเฉพาะ แตกต่างจากภูมิภาคอื่นๆ

ทั้งนี้ในการสำรวจแต่ละรอบ ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายและจำนวนกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอยู่บ้าง โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์และความคุ้มค่าเป็นสำคัญ เช่น ครั้งที่ 3 เน้นการสำรวจคนอายุ 15 ปีขึ้นไป เนื่องจากในช่วงปีนั้นมีการสำรวจสุขภาพเด็กและเยาวชนในระดับชาติ จากหน่วยงานอื่นอยู่แล้ว โครงการนี้จึงตัดการสำรวจสุขภาพเด็กออกไปเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในเรื่องของข้อมูล เป็นต้น

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างตัวแทนแต่ละจังหวัด

สำหรับการทำงานของ โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ในรอบที่ 4 นี้ก็มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากครั้งอื่นๆ ด้วยเช่นกัน



สำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในรอบที่ 4 นี้ แบ่งประชากรเป็นช่วงอายุ 3 ช่วง ได้แก่ แรกเกิด-14 ปี, 15-60 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ทุกช่วงจะแบ่งเป็นชายและหญิงอย่างละเท่าๆ กัน เพื่อให้ได้เป็นตัวแทนทุกวัย และทุกเพศ

พื้นที่การสำรวจ แบ่งเป็น 5 พื้นที่ 4 ภาค แต่ละภาคมีกลุ่มตัวอย่างประมาณ 7,040 คน ในแต่ละภาคมีการสุ่มตัวแทนจังหวัด 5 จังหวัด รวม 20 จังหวัด ได้แก่ ภาคเหนือ (เชียงใหม่ น่าน สุโขทัย อุทัยธานี และเพชรบูรณ์) ภาคกลาง (นครปฐม ลพบุรี ปราชินบุรี จันทบุรี และเพชรบุรี) ภาคใต้ (ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พัทลุง และสตูล) ภาคอีสาน (ขอนแก่น เลย มุกดาหาร บุรีรัมย์ และอุบลราชธานี) และกรุงเทพมหานครอีก 1 พื้นที่ กลุ่มตัวอย่างประมาณ 3,500 คน

หลังจากนั้นก็สุ่มระดับอำเภอ ระดับหมู่บ้าน ระดับครัวเรือน และระดับประชากรตามลำดับ โดยแบ่งเป็นเขตในเมือง (เทศบาล) และเขตชนบท (นอกเขตเทศบาล) ตามหน่วยเลือกตั้ง

การสุ่มตัวอย่างประชากร จะสุ่มจากทะเบียนราษฎร์เป็นการทำงานร่วมกับกรมการปกครอง โดยจะมีการขึ้นทะเบียนกลุ่มตัวอย่างไว้ 3 ชุด

การสำรวจประชากรจะทำจากข้อมูลชุดแรกก่อน หากประชากรกลุ่มตัวอย่างในชุดแรก ไม่อยู่ในพื้นที่ ก็จะไม่เลือกประชากรจากกลุ่มตัวอย่างที่ 2 และหากไม่อยู่อีกจึงจะใช้กลุ่มตัวอย่างที่ 3



วัดสายตากุ่มตัวอย่าง (พระสงฆ์ก็มีสิทธิเป็นตัวแทนสุขภาพของประเทศได้)

โดยภาพรวมในปี 2551 จึงมีกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ถูกสำรวจ และเป็นตัวแทนในการบ่งบอกสภาวะสุขภาพของคนไทยราว 32,000 คน

การตรวจแต่ละครั้งแต่ละคนใช้เวลา 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย

ดูอะไรในกลุ่มตัวอย่าง

เนื้อหาของชุดสำรวจที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างประชากรจะมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะเฉพาะของวิถีชีวิตแต่ละกลุ่ม เช่น คนแก่จะดูเรื่องของสุขภาพจิต โรคเรื้อรัง สภาพแวดล้อม มีแบบประเมินทางกายและจิต ส่วนเด็กจะไม่มีตรวจเลือด เน้นตรวจร่างกาย วัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก และภาวะโภชนาการ รวมทั้งแบบประเมินพัฒนาการทางสมอง



คนทำงานสนใจภาวะโภชนาการ กินอะไร พฤติกรรมการบริโภคเป็นอย่างไร นอกจากนี้ยังดูเรื่องภาวะการดื่มสุรา ความเสี่ยงที่ร่างกายได้รับจากการดื่มแอลกอฮอล์ เท่าไร ต่อวัน เกินมาตรฐานแค่ไหน ระดับแอลกอฮอล์ 1 ปี เสี่ยงในระดับไหน และดูภาวะติดเหล้า

โดยภาพรวมของการสำรวจมักเป็นสิ่งที่ตรวจได้ไม่ยากในการทำงานภาคสนาม (ยกเว้นการเจาะเลือด) หลักๆ จะแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่หนึ่ง **เป็นแบบสอบถาม** เรื่องต่างๆ ไป เช่น ที่อยู่อาศัย อนามัยเจริญพันธุ์ รายได้ การบริโภค ภาวะเสี่ยง บุหรี่ สุรา ปัญหาสุขภาพและการใช้ยา รวมทั้งภาวะในครัวเรือน เป็นต้น

ส่วนที่สอง **เป็นการตรวจร่างกาย** เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ชีพจร ความดัน ฯลฯ

และส่วนที่สาม **เป็นการตรวจเพื่อวิเคราะห์ผลในห้องปฏิบัติการ**ก็คือ การเจาะเลือดเพื่อดูน้ำตาลในเลือด ไชมันในเลือดเพื่อเช็คว่ามีโรคเรื้อรังจำพวกเบาหวาน หรือคอเลสเตอรอลต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการเอกซเรย์ปอดอีกด้วย

การมีรายละเอียดด้านต่างๆ เหล่านี้ เพื่อให้ทราบปัญหาของแต่ละกลุ่ม แต่ละวัย แต่ละเพศ รู้ว่าอะไรเป็นปัญหาใหญ่ เรื่องสุขภาพ อีกทั้งเห็นความแตกต่างว่าพื้นที่ไหนมีปัญหาเรื่องไหน วัยไหน กลุ่มไหน รู้ว่าพฤติกรรม การกินของแต่ละพื้นที่ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเป็นอย่างไร



คุณกนิษฐา ไทยกล้า
หัวหน้างานภาคสนาม
ของพื้นที่ภาคเหนือ

คุณกนิษฐา ไทยกล้า หรือ “พี่จุ่ม” หัวหน้างานภาคสนามของพื้นที่ภาคเหนือ เล่าถึงกระบวนการทำงานของทีมภาคสนามให้ฟังว่า

“การทำงานจะเริ่มต้นจากทีมกลาง หรือทางสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยทีมคุณหมอวิชัย จะเตรียมแบบสำรวจให้ และมีทีมงานที่อบรมให้กับหมอที่รับผิดชอบในแต่ละภาค จากนั้นทีมของหมอจะอบรมให้กับเจ้าหน้าที่สนาม พวกพี่ก็จะต้องหาห้องๆ ที่ช่วยเก็บข้อมูลภาคสนาม เพื่อมาช่วยเก็บข้อมูล โดยทุกคนจะต้องได้รับการอบรมก่อนที่จะไปเก็บแบบสอบถาม เพราะเป็นข้อมูลที่เป็นตัวแทนประเทศ และแบบสอบถามก็มีความซับซ้อนและมีลักษณะเฉพาะพอสมควร จึงต้องมีการอบรม เพราะเมื่อกรอกเสร็จแล้วจะต้องส่งไปให้ส่วนกลางตรวจสอบข้อมูลด้วย ส่วนการเจาะเลือดของเราจะให้พยาบาลเป็นทีมช่วยเจาะ แยกเป็น



อีกส่วนหนึ่งต่างหาก เพราะเจาะเลือดต้องนัดและทำตอนเช้า ถ้าเขากินอาหารมากก็จะเจาะไม่ได้ การทำงานของทีมสนาม จึงแบ่งหน้าที่เป็นส่วนๆ เพื่อความสะดวกในการทำงาน”

การทำงานของโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชากร จึงเป็นการประสานงานระหว่างทีมงานที่เป็นส่วนกลาง และทีมงานส่วนภูมิภาค ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาจารย์หมอบจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ และเจ้าหน้าที่สนามของแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีความคุ้นเคยกับชาวบ้านในพื้นที่ของตัวเอง

ไม่ใช่การเอานักศึกษาจากส่วนกลางหรือกรุงเทพฯ เข้าไปเก็บข้อมูลในภาคต่างๆ

ข้อมูลจากแบบสอบถามที่เป็นเรื่องพฤติกรรมและเรื่องโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ที่ได้มา ทีมงานของแต่ละภาคจะต้องสรุปส่งส่วนกลาง และมีการตรวจสอบอีกครั้งหนึ่งที่ส่วนกลาง ขณะที่ผลเลือดจะต้องส่งไปที่ส่วนกลางเท่านั้น เพื่อให้การวิเคราะห์มีมาตรฐาน

รศ.นพ.สุวัฒน์ เล่าถึงเรื่องของการวิเคราะห์ผลเลือดในครั้งที่ผ่านๆ มาว่า

“ผมมาร่วมงานกับโครงการสำรวจฯ ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 ครั้งแรกที่เข้าร่วมเป็นการสำรวจครั้งที่ 2 เมื่อปี 2539 เนื้อหาในการสำรวจแต่ละครั้งมีความต่างกันไปตามสถานการณ์สุขภาพของประชากรแต่ละช่วง แต่ละปี ส่วนเรื่องการวิเคราะห์ผลเลือดก็มีการพัฒนาแนวทางมาเรื่อยๆ จากเดิมเราวิเคราะห์



รศ.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ แนะนำโครงการกับกลุ่มเป้าหมายภาคเหนือ

เอง แล้วพบว่า ค่ามันแกว่ง เพราะแต่ละภาคก็อาจจะมีมาตรฐานที่ต่างกัน ครั้งที่ 4 นี้เลยส่งไปที่โรงพยาบาลรามธิบดี ซึ่งเป็นส่วนกลางในการทำงาน และเป็นจุดเดียวในการวิเคราะห์เพื่อให้ได้มาตรฐานเดียวกัน แต่ก็แน่นอน กว่าจะได้ผลเลือดก็อาจจะช้าหน่อย เพราะต้องรอส่วนกลางส่งผลมา”

เรื่องของการส่งผลเลือด ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่มีการปรับแนวทางการทำงานมาเป็นระยะ ในตอนแรกมีการแจ้งผลมาที่มหาวิทยาลัยแต่ละภาคก่อน แล้วค่อยจัดส่งไปที่อนามัย เพื่อส่งต่อไปยังประชากรเจ้าของเลือด แต่ก็ถูกติดตามทวงถามจากเจ้าตัวเพราะอยากรู้ผลเลือดเร็วๆ อีกทั้งเรื่องของผลเลือดก็ควรจะเป็นความลับของคนไข้ ต่อมาจึงส่ง



ผลเลือดไปที่เจ้าตัวโดยตรง ก็เกิดปัญหาสูญหายอีก ในครั้ง
สุดท้ายจึงเป็นการถ่ายสำเนาผลเลือดและส่งให้เจ้าตัว เพื่อ
กันข้อมูลสูญหาย ซึ่งคุณหมอสู้วัฒน์เห็นว่า ต่อไปอาจจะใช้
ระบบส่ง SMS ไปทางโทรศัพท์มือถือ เพื่อความรวดเร็วก็น่า
จะทำได้

รศ.นพ.วิชัย หัวหน้าโครงการ กล่าวเสริมในประเด็นนี้
ว่า

“การวิเคราะห์ผลโดยภาพรวมอาจทำได้ไม่ไวนัก เพราะ
ทีมส่วนกลางต้องเช็คข้อมูลของทุกภาค ทั้งจากแบบสอบถาม
และต้องวิเคราะห์ผลเลือดด้วย แต่ก็น่าจะเป็นประโยชน์ในแง่
ของการมีมาตรฐานเดียวกัน หลักการของเราคือ ทีมสนาม
เก็บข้อมูล ทีมวิชาการวิเคราะห์ข้อมูล”

พัฒนาเครื่องมือ เพื่อก้าวสู่ความเที่ยงตรงของข้อมูล

แม้ได้ทำงานมา 3 ครั้งแล้ว แต่การทำงานของ
โครงการสำรวจฯ ยังคงมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาเครื่องมือ
ในการเก็บข้อมูลด้วย เช่น การเลือกเครื่องมือ (แบบสอบถาม)
ที่สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพของคนในสังคมปัจจุบัน
คุณกนิษฐา ยกตัวอย่างถึงแบบสอบถามที่ใช้ถามเด็กอายุ
ต่ำกว่า 15 ปี

“อย่างกรณีเด็ก แต่ก่อนแบบสอบถามจะถามเรื่องกิน
อาหารพอไหม ครบหมู่ไหม เพราะแต่ก่อนประเทศเรามี
ปัญหาเด็กผอม ขาดสารอาหาร แต่ปัจจุบันถามเรื่องกินอะไร
บ้างเพราะดูปัจจัยเสี่ยงเรื่องอ้วน เนื่องจากเด็กไทยเดี๋ยวนี้มี
ปัญหาเรื่องอ้วน กินอาหารไม่มีประโยชน์ หรือเรื่องการถูก
ทำร้ายร่างกาย ผลกระทบจากครอบครัว รวมทั้งเรื่องเกม
ที่เป็นปัญหามาแรง ก็เป็นสิ่งที่เพิ่มเข้ามา เพื่อให้ทันสมัยเข้า
กับวิถีชีวิตปัจจุบันของคนสมัยนี้มากขึ้น โดยทางส่วนกลาง
จะพัฒนาเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ แล้วมาอบรมการใช้
เครื่องมือให้เรา เราก็อบรมให้น้องทีมงานอีกทอดหนึ่ง”

เรื่องของโภชนาการเด็กเป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งของ
ความพยายามในการพัฒนาเครื่องมือ ให้ใช้งานได้อย่าง
สอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันมากที่สุด เพื่อให้
ได้ข้อมูลที่เป็นจริงตามสภาพสังคม นอกจากเรื่องอาหารแล้ว
ยังมีแบบสอบถามเรื่องอารมณ์ จริยธรรม อุบัติเหตุ การใช้
เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การดูโทรทัศน์ เป็นต้น

ในส่วนของวัยทำงาน มีแบบสอบถามเรื่องของบุหรี่ยุ
สุรา ซึ่งมีสัดส่วนแตกต่างกันในเพศหญิงและเพศชาย ก็จะมี
แนวคำถามเพื่อดูความเสี่ยงของแต่ละกลุ่มด้วย

ขณะที่ผู้สูงอายุ เครื่องมือได้รับการออกแบบให้สะท้อน
ข้อมูลที่สำคัญในช่วงวัยนี้หลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพจิต
ภาวะการพึ่งพิง การช่วยตัวเอง การเดิน การไปตลาด ความจำ
รวมไปถึงการเข้าถึงบริการในการรักษาโรค เป็นต้น





วัดรอบเอวทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ดังนั้นในแต่ละกลุ่มเป้าหมายก็จะมีเครื่องมือที่จะใช้แตกต่างกัน บางส่วนก็เป็นเรื่องเดียวกัน บางส่วนก็ต่างออกไปเป็นลักษณะเฉพาะ

นอกจากการปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของประชาชนแล้ว ยังมีการตั้งคำถามกับเครื่องมือบางตัวที่ให้ผลการสำรวจไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากทีมงานหลายฝ่ายยังเห็นว่า เครื่องมือบางอย่างยังไม่สมบูรณ์ คุณหมอวิชัย ยกตัวอย่างในส่วนของเครื่องมือการเก็บเรื่องกิจกรรมทางกายให้ฟังว่า

“อย่างเครื่องมือบางตัวเราก็ยังไม่ค่อยพอใจ เช่น เรื่องกิจกรรมทางกาย ซึ่งมันไม่ใช่การออกกำลังกายอย่างเดียว กิจกรรมที่ใช้แรง จากการทำงาน หรือชีวิตประจำวันอย่าง

ขี่จักรยาน เราก็นับเป็นส่วนหนึ่งเหมือนกัน อันนี้ที่พบก็คือกลุ่มเป้าหมายบอกว่าทำกิจกรรมทางกายประมาณ ร้อยละ 70 แต่ที่พบก็คือยังมีภาวะอ้วนอยู่ แม้เครื่องมือจะเป็นขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นแบบสากลที่ทุกที่ก็ใช้ แต่ผลมันออกมาไม่สอดคล้องกัน คือที่อื่นที่สำรวจก็ใช้เครื่องมือนี้ ผลที่ออกมาก็สอดคล้องกัน เช่น กองที่ดูแลด้านการออกกำลังกายเขาสำรวจ ก็ได้ผลเหมือนของเรา

“สิ่งเหล่านี้ทำให้เราคิดว่าอาจจะต้องมาพัฒนาเรื่องแบบสอบถาม การวัดกิจกรรมทางกายให้มันใช้งานได้ หรือได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น”

กลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ความแตกต่างที่ท้าทาย

ในการลงสำรวจพบว่า ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การทำงานราบรื่น หรือเป็นไปด้วยความสะดวกรวดเร็วก็คือความร่วมมือจาก **อาสาสมัครสาธารณสุข** หรือ **อสม.** ในพื้นที่ เนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่จะต้องไปติดต่อ ติดตาม ประสานงานให้ประชากรตัวอย่างมารับการตรวจร่างกายหรือสำรวจตามเวลานัด

กิจกรรมในพื้นที่จึงเริ่มต้นด้วยการตรวจสอบว่าประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่สุ่มตัวอย่างได้นั้น ยังอยู่ที่บ้านหรืออยู่ตรงตามที่อยู่ที่ให้ไว้หรือไม่

ถ้ามีบ้านตามที่อยู่ แต่คนไม่อยู่ก็ต้องเปลี่ยน หรือถ้ามีคนที่อยู่ตรงตามที่อยู่ และพร้อมจะเป็นส่วนหนึ่ง



ของตัวแทนประชากรในการสำรวจ แต่ไม่อยู่ในรายชื่อที่สุ่มไว้ ก็ไม่สามารถใช้เป็นตัวอย่างได้

แล้วก็มีอีกเหมือนกันที่โดนสุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง แต่ปฏิเสธการตรวจ โดยให้เหตุผลว่าตรวจสุขภาพเองเป็นประจำทุกปีอยู่แล้ว ต้องการเสียสละให้คนที่มีความยากจนได้ตรวจแทน

ทีมสนามก็ต้องอธิบายกันให้เข้าใจว่า การสุ่มตัวอย่างนั้นไม่เลือกกว่ารวยหรือจน ไม่เลือกกว่าเคยตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่ ป่วยหรือไม่ป่วย แต่เป็นการสุ่มอย่างมีระบบเพื่อเป็นตัวแทนคนไทยในการให้ภาพสภาวะสุขภาพโดยรวมของประเทศ

กระบวนการทำงานจึงเริ่มจากเช็คว่า คนที่ถูกเลือกอยู่บ้านจริงหรือไม่ และคนที่จะช่วยตรวจสอบได้ก็คือเหล่า อสม. หรืออาสาสมัครในพื้นที่นั่นเอง

โครงการฯ จึงต้องมีการประสานงานว่า จะจัดกิจกรรมสำรวจสภาวะสุขภาพกับพื้นที่ก่อน ตั้งแต่ระดับสาธารณสุขจังหวัด อำเภอ เจ้าหน้าที่อนามัย หรือ อสม. ในชุมชน โดยเชิญมาร่วมประชุมและรับทราบการจัดกิจกรรม

เมื่อถึงเวลาจัด ทีม อสม. อีกนั่นเองที่เป็นผู้ช่วยนัดหมายคนในชุมชนไว้ให้เพื่อให้เจ้าหน้าที่ลงไปสัมภาษณ์ โดยมากมักจะนัดมาที่จุดศูนย์กลาง ที่เป็นที่สาธารณะ และชาวบ้านเข้าถึงได้ เช่น วัด หรือโรงเรียน ที่มีพื้นที่พอให้ตั้งจุดให้บริการตรวจสุขภาพ

ในบางพื้นที่อาจจะหาพื้นที่อื่น เช่น ภาคใต้ การตรวจประชาชนที่เป็นชาวมุสลิม ก็ไม่สามารถทำที่วัดได้ อาจจะไปทำที่สนามโรงเรียน หรือสถานที่อื่น ๆ ที่ประชาชนมีความสะดวก อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่สนามต้องไม่ลืมย้ำเรื่องงดอาหารเพื่อมาเจาะเลือดด้วย มีบางกรณีที่ลืม ก็ต้องรอไปเจาะเลือดวันรุ่งขึ้น

“สถานที่นัดพบของเรายึดหลักการว่า ต้องสะดวกที่สุด อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ชุมชน” คุณหมอสุวัฒน์ กล่าวถึงหลักในการเลือกพื้นที่

หลังจากเจาะเลือดตอนเช้า เจ้าหน้าที่สนามสัมภาษณ์ตอนบ่ายเสร็จ นักวิชาการที่เป็นผู้ควบคุมดูแลทีมสนาม ก็คือคนสุดท้ายที่จะต้องตรวจสอบข้อมูลที่ได้ว่ามีการกรอกข้อมูลตามที่ได้อบรมมาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน แล้วจึงแจ้งมายังส่วนกลาง จากนั้นสำนักสำรวจฯ ก็จะส่งเจ้าหน้าที่มารับแบบสอบถามเองเพื่อป้องกันการสูญหาย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผลต่อไป

จากการสำรวจในครั้งที่ผ่านมามีพบว่า คนในเขตชนบท มีความสนใจ และกระตือรือร้นที่จะเข้ารับการตรวจร่างกายมากกว่าคนในเมือง ส่วนหนึ่งก็เป็นเพราะเป็นโอกาสสำคัญที่จะได้ตรวจร่างกายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

อีกส่วนหนึ่งก็เห็นความสำคัญของโครงการ ว่าจะเป็นตัวชี้วัดสภาวะสุขภาพของคนทั้งประเทศ จึงมีความภาคภูมิใจที่จะเป็นส่วนหนึ่งของตัวแทน





เจาะเลือดเพื่อดูภาวะโรคเรื้อรัง

ในขณะที่คนในสังคมเมือง มีแนวโน้มจะปฏิเสธการตรวจมากกว่า จำนวนหนึ่งเห็นว่าตนเองได้รับการตรวจอยู่แล้วจากระบบสวัสดิการ แต่อีกส่วนหนึ่งก็เป็นเพราะไม่เห็นความสำคัญ

อีกบางส่วนก็เป็นคนที่ไม่อยู่ในบ้านที่เป็นตัวอย่างคือ มีชื่ออยู่ แต่เจ้าตัวไปทำงานที่อื่นเสียแล้ว

นอกจากนี้ทีมสนามยังระบุด้วยว่า ในเขตเมืองที่เป็นบ้านจัดสรร เป็นพื้นที่ที่เก็บข้อมูลได้ยากที่สุด เพราะไม่มีใครรู้จักใคร ไม่มี อสม. ที่จะช่วยติดตามถามหาว่าใครเป็นลูกใครหลานใคร บ้านอยู่ตรงไหน

ดังนั้นการสำรวจในเขตเมือง โดยเฉพาะชุมชนบ้านจัดสรรจึงเป็นเรื่องที่ต่างคนต่างก็ระวังตัว

ทางฝ่ายเจ้าหน้าที่ก็ต้องไปเป็นเพื่อนกัน เพราะไม่รู้ว่าจะไปเจอใคร บางทีเจอคนเมาก็สัมภาษณ์ไม่ได้ ก็ต้องกลับหรือหนักข้ออาจจะต้องเปลี่ยนกลุ่มตัวอย่างไปเลย

ส่วนทางฝ่ายประชาชน ก็มีจำพวกที่กลัว และรำคาญการมาเคาะประตูเรียก คิดว่าเจ้าหน้าที่สัมภาษณ์จะมาขายของก็มี

คนแก่เป็นกลุ่มที่ปฏิเสธน้อยที่สุด โดยมากมักยินดีที่จะตรวจ และภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของตัวอย่าง ในเขตชนบทบางแห่ง คนแก่ที่บังเอิญมีชื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถออกมาใช้บริการตรวจสุขภาพได้ เพราะเดินไม่ไหว หากเต็มใจให้ตรวจ เจ้าหน้าที่ก็จะบุกไปหาถึงบ้าน ไปตรวจไปเจาะเลือด และเก็บข้อมูลกันที่บ้านเลย เพราะมาที่วัดหรือมาที่โรงเรียนลำบาก

แต่ก็มีบ้างเหมือนกันที่ลูกหลาน ช่วยอุ้มขึ้นรถพากันมาตรวจ เพราะเห็นความสำคัญ

ส่วนเด็ก ๆ ก็จะมีตัวที่จะมาตรวจมากกว่า อาจจะเพราะไม่มีการเจาะเลือด ก็เลยไม่ค่อยมีความกังวล เพราะบางพื้นที่ที่เคยเจาะเลือดด้วย แต่ว่าเด็กกลัวเข็ม ร้องไห้กระจองอแง เลยไม่เป็นอันได้เจาะกัน จึงมีแค่เพียงการเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจไอโอดีนในปีสภาวะว่าเพียงพอหรือไม่

การตรวจร่างกายเด็กในครั้งหลัง จึงเป็นเรื่องของสมรรถภาพร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย การกินผักผลไม้ และสภาพครอบครัว มากกว่า โดยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปีผู้ปกครองจะเป็นผู้ตอบข้อมูล



ส่วนที่เลย 6 ปีขึ้นไปบางส่วนจะตอบเอง และบางส่วนผู้ปกครองช่วยตอบ

ในการทำงานครั้งที่ 4 นี้ทีมผู้จัดได้จัดทำประเด็น-บัตรให้กับประชากรกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้ารับการตรวจร่างกายด้วย ทำให้เด็ก ๆ มีความกระตือรือร้นที่จะเข้าร่วมมากขึ้นกว่าทุกปี

“การสำรวจรอบนี้เราใช้เวลาโดยเฉลี่ยรายละเอียด 1 ชั่วโมง สิ่งที่เราได้จากการที่ผู้ที่มีส่วนร่วมโครงการเขายอมเสียสละเวลาให้ก็คือ ข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับประเทศไทยเพื่อใช้ในการวางแผนเพื่อสร้างภาวะสุขภาพที่ดีสำหรับคนไทย”

คุณหมอสุวัฒน์ กล่าว

ข้อเรียนรู้ที่นำไปสู่การแก้ปัญหา

เช่นเดียวกับทุกครั้งที่ผ่านมา ที่ทีมงานต้องเผชิญหน้ากับปัญหาใหม่ๆ ซึ่งพวกเขาถือเป็นประสบการณ์อันมีค่าสำหรับการเรียนรู้และคิดค้นวิธีที่จะพัฒนาการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้นในครั้งต่อไป ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของคนที่ไม่ได้อาศัยอยู่ที่บ้านตามที่ระบุไว้ในทะเบียนบ้าน หรือเด็ก ๆ ที่ย้ายจากบ้านเพื่อไปเรียนต่อต่างจังหวัด รวมทั้งการที่ประชากรในเขตเมืองมีกิจวัตรประจำวันที่รัดตัวจนไม่ค่อยมีเวลาเข้าร่วมโครงการ

ด้วยเหตุนี้จึงต้องเตรียมทางหนีทีไล่ไว้ล่วงหน้าเท่าที่สามารถทำได้

“ถ้าตัวอย่างที่เราไม่ได้ไปมาจะทำอย่างไร เราก็ต้องทำบัญชีรายชื่อเตรียมไว้ 3 บัญชี บัญชีที่ 1 คือตัวจริง บัญชีที่ 2 คือสำรอง บัญชีที่ 3 คือสำรองชั้นที่ 2” คุณหมอสุวัฒน์เผยด้วยใบหน้ายิ้ม ๆ

ปัญหาอีกส่วนหนึ่งคือ เรื่องของแบบสำรวจ ซึ่งมีประเด็นที่ต้องบันทึกลงไปจำนวนมาก จึงต้องใช้เวลาไปกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายค่อนข้างนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มที่โครงการให้ความสนใจมากเป็นพิเศษ คือกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการใช้ชีวิต คำถามจะกำหนดให้มีรายละเอียดจำนวนมาก บ่อยครั้งที่ถามไปแล้วเกิดความเหนื่อยล้าทั้งฝ่ายชาวบ้าน และฝ่ายเจ้าหน้าที่

อย่างกรณีของความเสี่ยงเรื่องการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งรวมเอาสุราขาว สุราสี เบียร์ เรียกว่าเหล้าขาว เหล้าแดง เหล้าโรง หรือเบียร์ ก็ถือว่าเป็นแอลกอฮอล์ทั้งสิ้น

ถ้ากลุ่มเป้าหมายไม่เต็ม คำตอบข้อนี้ก็ง่ายสำหรับการเก็บข้อมูล และข้ามไปสู่คำถามอื่นได้ไว

แต่หากเกิดตอบว่า “เต็ม” ขึ้นมา คำถามจะเพิ่มตามมาอีกหลายข้อ

ทั้งดื่มตอนไหน ดื่มกับใคร ดื่มปริมาณวันละเท่าไร ฯลฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดที่สุด

หรือในกรณีของการบริโภคผัก ผลไม้ แม้ว่าเราจะพอเข้าใจสถานการณ์ว่าปัจจุบันคนไทยทั้งชายและหญิง ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ กินผักผลไม้ไม่น้อย แต่ก็ไม่รู้ตัวเลข ไม่สามารถ



ประเมินได้ว่า ที่ว่าน้อยนั้น น้อยขนาดไหน น้อยไปมาก จนควรจะต้องจัดเข้าเป็นปัญหาเร่งด่วน หรือน้อยนิดแบบไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม

การทำงานสำรวจสภาวะสุขภาพได้ทำให้เห็นถึงปริมาณและสัดส่วนเปรียบเทียบว่า ชายกับหญิงนั้นกินผักมากน้อยต่างกันเท่าไร เด็กและผู้ใหญ่กลุ่มไหนเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านการบริโภคมากกว่ากัน เป็นต้น หรือคนในเมืองกับคนชนบทมีการกินผักต่างกันอย่างไร

คำตอบบางอันก็อาจจะสวนทางกับสิ่งที่เราคิด เช่น การกินผักซึ่งเราเชื่อว่าคนชนบทซึ่งมีผักพื้นบ้านมากมายให้เลือกกิน กลับกินผักน้อยกว่าคนในเมืองซึ่งต้องซื้อผักกิน เพราะไม่มีที่ดินที่จะปลูกผัก เช่นนี้เป็นต้น

หรือกรณีของบุหรี่ ซึ่งมีการรณรงค์อย่างหนักในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การสำรวจทำให้ทราบข้อมูลว่า แม้จะมีอัตราการสูบบุหรี่ที่ลดน้อยลง แต่เป็นการลดในปริมาณที่น้อยกว่าที่คาดการณ์และคาดหวังไว้มาก ซึ่งผลที่ออกมาเช่นนี้ก็จะนำไปสู่การวางแผนในการปรับกลยุทธ์เรื่องการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ต่อไปในอนาคตได้ด้วย ไม่ใช่เพียงแต่ทราบว่าประชากรสูบบุหรี่ในปริมาณเท่าใด

การทำงานของทีมงานภาคสนาม จึงต้องมีการเตรียมตัวทั้งในแง่ทักษะการทำงาน การสร้างแรงจูงใจ ทำให้กลุ่มเป้าหมายรู้สึกถึงประโยชน์ของงาน และอธิบายให้เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องทำงานนี้ รวมทั้งให้กำลังใจ และสร้างความ

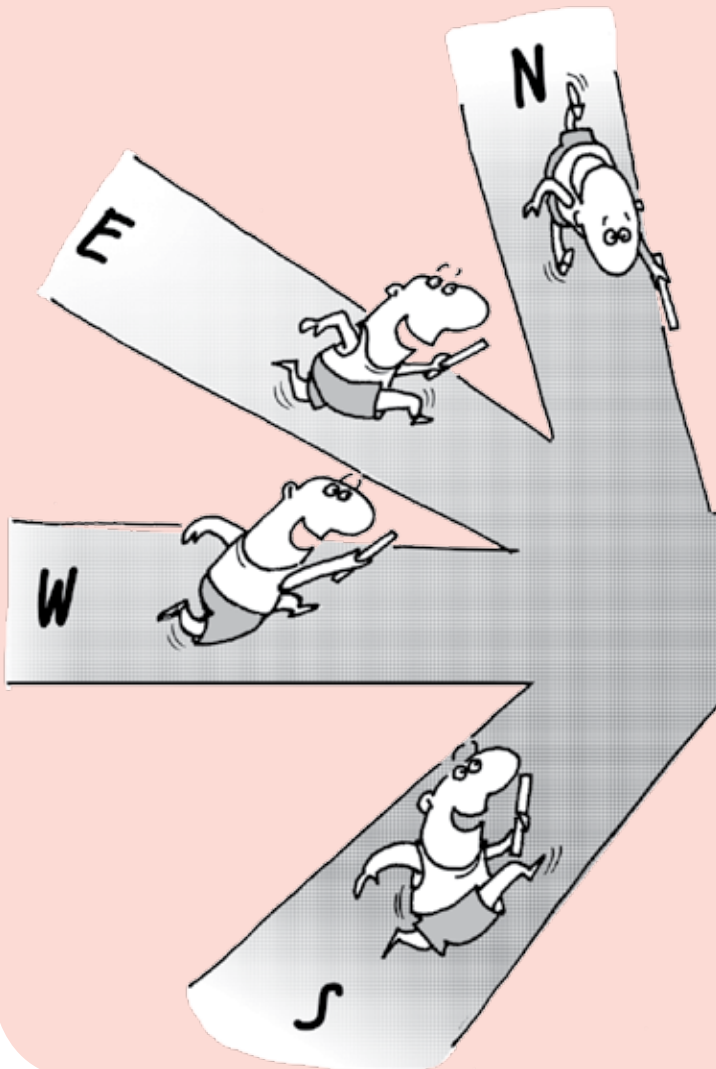
ภูมิใจให้กลุ่มเป้าหมายด้วยว่า โครงการสำรวจฯ มีความชื่นชมและขอบคุณในการเสียสละเวลาของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

ขณะเดียวกันก็ต้องหาทางแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ในกรณีที่การทำงานไม่เป็นไปตามที่คิดด้วย



4

รู้ก่อนใช้ สุขภาพคนไทยห่างไกลโรค



การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน
น่าจะเป็นหนทางหนึ่งที่ทำให้เรามีโอกาสเรียนรู้
สถานการณ์ และสามารถนำเอาความรู้ที่มีอยู่
ไปวางแผนป้องกัน และลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

จากแนวทางการทำงานดังที่ได้กล่าวมา
ข้อมูลที่ได้จากแบบสำรวจสุขภาพ
จึงเป็นข้อมูลที่มีหลากหลายมิติ
ทั้งด้านวิถีชีวิต พฤติกรรมเสี่ยง คุณภาพชีวิต
รวมทั้งความแข็งแรงของร่างกายและโรคภัยไข้เจ็บ
ความหลากหลายที่ว่านี้
จึงสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายอย่างต่างกัน
โดยหลักใหญ่ๆ
เน้นไปที่การมีข้อมูลสุขภาพคนไทย
เพื่อดูแนวโน้มของสุขภาพ
และนำไปใช้วางแผนรณรงค์ป้องกันโรคต่างๆ

เข้าใจสถานการณ์ ประสานประโยชน์หลายฝ่าย

หน่วยงานที่จะนำข้อมูลไปใช้นั้นมีหลายส่วน โดยหลักๆ แล้ว ข้อมูลที่เป็นสถานการณ์สุขภาพนั้น กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานด้านสาธารณสุข จะได้ใช้ประโยชน์โดยตรง ไม่ว่าจะเป็นการนำไปเผยแพร่ข้อมูลให้ประชาชนตระหนักถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพของประเทศ

การชักชวนสาธารณสุขให้มีความสนใจกับข้อมูลเป็นเรื่องสำคัญ เพราะบางประเด็นอาจเป็นเรื่องใกล้ตัวที่มองข้ามไป หรือบางกรณีที่อาจคาดไม่ถึง เช่น คนแก่ กับการจัดบ้านเรือนให้สะดวกต่อการใช้ชีวิต ไม่ทกั้ม การดูแลเรื่องการใช้เวลาของเด็ก เป็นต้น

หน่วยงานหลักของรัฐ ที่มีบทบาทรับผิดชอบการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนอย่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) รวมถึง โรงพยาบาลหรือสถานีนอนามัย ก็สามารถนำผลที่ได้จากการสำรวจไป



ประเมินสถานการณ์สุขภาพของประชาชนในระดับที่หน่วยงานมีความเกี่ยวข้องได้ โดยเฉพาะเพื่อการติดตามหรือขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องโรคที่ประชาชนกำลังเป็นหรือปัจจัยเสี่ยงที่เร่งด่วน เพราะข้อมูลจากการสำรวจเป็นข้อมูลที่ร่วมสมัย

กรณีของโรคเบาหวานและความดันฯ ซึ่งมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งทาง สปสข. ยังต้องการข้อมูลเพื่อนำงบประมาณมาใช้เรื่องการรณรงค์ให้ประชาชนตื่นตัวและระวังตัวไม่ให้ป่วย ซึ่งคุ้มค่ากว่างบประมาณไปทุ่มเทกับการรักษา เพราะการป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้นกินเวลานานกว่าจะเสียชีวิต และนำไปสู่โรคแทรกซ้อนอย่างอื่นอีกด้วย

ในระดับประเทศ กระทรวงต่างๆ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในระดับนโยบายและการวางแผนได้ เช่น กระทรวงสาธารณสุขนำไปกำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุข การรณรงค์เรื่องปัจจัยเสี่ยง บุหรี่ สุรา

กระทรวงศึกษาธิการ อาจนำไปใช้เรื่องการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ในโรงเรียน เพื่อให้มีผลเรื่องสุขภาพทางกายและจิตของเด็ก เช่น โครงการเด็กไทยไม่กินหวาน เด็กไทยไม่กินผัก ก็เป็นผลมาจากการเรียนรู้ข้อมูลเหล่านี้

นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้ยังบอกถึงอัตราการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมที่ดำเนินการไปเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพนั้นได้ผลมากน้อยเพียงใด

อย่างกรณีของเรื่องอ้วน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เช่นเดียวกับโรคเรื้อรัง ก็สะท้อนให้เห็นว่าการรณรงค์ยังไม่มากพอ หรือบางทีแม้การรณรงค์จะทำมาก แต่คนไม่ตระหนักคือไม่เปลี่ยนพฤติกรรมก็เป็นได้ ความรู้ตรงนี้จะไปช่วยแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุดมากขึ้น

ดังที่ คุณหมอวิชัย ผู้รับผิดชอบโครงการฯ กล่าวว่า

“กระทรวงสาธารณสุข สสส. สปสข. สามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ประโยชน์ได้อย่างดี ยกตัวอย่างเช่น สสส. สามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงไปใช้ทำงานต่อได้ เราทราบจากข้อมูลที่เคยมีการวิจัยว่า มีปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้างที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและเป็นภาระโรคหนักของประเทศไทย เราจะพบว่าพฤติกรรมต่างๆ นอกจากเรื่องการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย และปัญหาการไม่ใส่หมวกกันน็อค ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย การไม่ทานผักผลไม้ การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอพวกนี้เป็นสาเหตุสำคัญ จึงสามารถนำข้อมูลที่พบจากการสำรวจในเรื่องเหล่านี้ไปใช้ได้ นอกจากนี้ เรื่องของข้อมูลการป่วยที่เราพบบ่อย เช่น เบาหวาน ความดันฯ ฯลฯ ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุข และ สปสข. ได้นำไปขับเคลื่อนเกี่ยวกับการจัดระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานกับความดันฯ การสำรวจที่เราทำไปพบคนที่ไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคเหล่านี้จำนวนมาก อย่างเบาหวานก็มีผู้ที่เราพบอาการถึงครึ่งหนึ่งที่ไม่รู้ตัวว่าเป็น เพราะว่าเขาไม่มีอาการอะไร จนมาตรวจแล้วเจอในคราวนี้



เพราะฉะนั้น ข้อมูลนี้เราต้องนำไปให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อที่จะให้เขารู้ว่าคนไหนที่เสี่ยงบ้าง พอเรารู้แบบนี้แทนที่เราจะไปตรวจพบแล้วบอกว่ารักษาเบาหวานอย่างเดียว เราก็ไปรณรงค์เพื่อบอกให้ป้องกันปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เพื่อที่จะป้องกันเบาหวานย้อนมามากกว่า”

นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กล่าวว่า

“จากครั้งที่ผ่านมามีข้อมูลว่า ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย และรอบด้านอย่างน่าวิตก การสำรวจในโครงการนี้ทำให้มองเห็นภาพของความเสี่ยงที่กำลังคุกคามคนไทยชัดเจนขึ้นมาก

“มีข้อมูลที่น่าสนใจคือ ถ้าเราเปรียบเทียบภาวะโรคกับประเทศต่างๆ ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราการตายสูง จะมีภาวะโรคจากเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัยค่อนข้างมาก ในขณะที่กลุ่มที่ 2 (ประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราการตายไม่สูง ประเทศไทยอยู่ในกลุ่มนี้) เกิดจากแอลกอฮอล์ บุหรี่ ส่วนเรื่องความดันโลหิตสูงก็มีบ้างบางส่วน และกลุ่มที่ 3 ประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นเรื่องแอลกอฮอล์ บุหรี่เหมือนกัน และเพิ่มเรื่องความดันฯ ปัจจัยเสี่ยงเรื่องพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหารผักผลไม้ไม่พอ

“ประเทศไทยเป็นกลุ่มที่ 2 แต่เราประสบปัญหาเช่นเดียวกับกลุ่มแรกด้วย คือเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย และมีปัญหาเช่นเดียวกับกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วด้วย คือการ



นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล
ผู้อำนวยการสำนักงาน
พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
สุขภาพ

บริโภคผักผลไม้ไม่พอ ออกกำลังกายน้อย ภาวะไขมันในเลือดสูง และจะมีปัญหาอีกอย่างที่ประเทศอื่นเขาไม่เป็นกันคือ การไม่สวมหมวกนิรภัย ซึ่งทำให้เกิดอุบัติเหตุจากรถตามมา เรามีปัญหาครบทุกอย่าง เพราะฉะนั้นถ้าเรารู้ว่ามีสถานการณ์อย่างนี้เกิดขึ้นในปัจจุบัน เราน่าจะสามารถที่จะหาทางป้องกันปัจจัยเหล่านี้ทันในอนาคตได้ว่า ทำอย่างไรที่จะลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้ แล้วจะทำให้ภาวะโรคในอนาคตสามารถลดลงไปได้อย่างจริงจัง และไม่กลายเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีปัญหาสุขภาพมาก เราหวังว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีปัญหาสุขภาพน้อย”

นอกจากนี้ ในฐานะที่ทำหน้าที่บริหารการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพในประเทศไทย นพ.พินิจ ได้สะท้อนให้เห็นตำแหน่งแห่งที่ของโครงการนี้ในระบบข้อมูลข่าวสารยุคปฏิรูปของประเทศไทย ที่กำลังก้าวไปข้างหน้าอย่างน่าจับตา



“ถ้าจะสรุปว่าตอนนี้ระบบข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่ในประเทศไทยนั้นก็มีระบบ ผมคิดว่าน่าจะแยกเป็น 3 ระบบใหญ่ๆ ด้วยกัน

“หนึ่งคือ ระบบข้อมูลที่ว่าด้วยเรื่องการตาย ซึ่งเราได้มาจากข้อมูลมรณบัตรที่เก็บโดยกระทรวงมหาดไทย สองคือ ระบบข้อมูลที่ว่าด้วยเรื่องการเจ็บป่วยหรือว่าการให้บริการที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล ซึ่งรวบรวมมาจากสถานพยาบาลต่างๆ ส่วนที่สามก็คือ เรื่องข้อมูลของการสำรวจสุขภาพ

“ถ้าถามว่า ทำไมถึงต้องมีการสำรวจเช่นนี้ ผมคิดว่าตัวระบบข้อมูลที่มีอยู่สองตัวแรกนั้น เรื่องของข้อมูลการตายเป็นข้อจำกัดในแง่ที่ว่าถ้าเราขอให้สถิติของการตายนั้นเกิดขึ้นขณะที่โรคบางอย่างมันมีระยะเวลาในการดำเนินโรคค่อนข้างนาน เช่น โรคเบาหวานก็ใช้เวลาหลายสิบปีก่อนที่จะเสียชีวิต เป็นต้น ดังนั้นถ้าเราศึกษาจากสถานการณ์การตายอย่างเดียว การป้องกันโรคเบาหวานก็อาจจะช้าเกินไป เพราะว่าคนที่เริ่มป่วยด้วยเบาหวานเกิดขึ้นหลายสิบปีก่อนหน้านั้นไปแล้ว เพราะฉะนั้นจึงต้องมีข้อมูลการป่วยเข้ามาประกอบด้วย แต่ว่าข้อมูลการป่วยที่ได้จากสถานพยาบาลก็มีข้อจำกัดอย่างที่คุณหมอสุวัฒน์ได้กล่าวไปบ้างแล้ว ส่วนหนึ่งก็คือเรื่องของการเข้าถึงบริการของคนป่วยเองก็อาจมีข้อจำกัดตรงที่ว่าคนเจ็บป่วยทุกรายอาจจะไม่สามารถเข้าไปใช้บริการที่สถานพยาบาลได้ทั้งหมด บางคนอาจจะอยู่บ้าน หรือรักษาด้วยตัวเอง หรือว่าไปใช้สถานพยาบาลเอกชนที่เราไม่สามารถ

เก็บข้อมูลได้ อีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญคือ มีคนเจ็บป่วยจำนวนมากที่ไม่แสดงอาการ ถ้าเป็นโรคเรื้อรังหลายๆ โรค อย่างเช่น ความดันฯ หรือว่าโรคเบาหวาน เมื่อเริ่มป่วยในระยะเวลาที่เริ่มป่วยเรียกว่า Pre-chemical Stage คือ ยังไม่แสดงอาการ เขาจะไม่รู้ตัวเองว่าเขาเป็นโรคเกิดขึ้นแล้ว ดังนั้นก็จะไม่ไปใช้บริการที่สถานพยาบาล แต่ว่าอัตราป่วยนั้นควรจะถูกนับ เพราะโรคได้เกิดขึ้นแล้ว เขาจึงเป็นคนไข้แล้ว

“ด้วยเหตุนี้ การสำรวจจึงเข้าไปเติมเต็มข้อมูลในระบบสุขภาพ โดยแสดงให้เห็นให้เราได้ว่ามีคนอีกจำนวนมากแค่ไหนที่เริ่มมีอาการป่วยแล้ว แต่ยังไม่แสดงอาการ หรือยังไม่ไปใช้บริการที่สถานพยาบาล หรือไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค ซึ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นข้อมูลที่สำคัญมากในการที่จะประเมินสถานการณ์เรื่องการเจ็บป่วย

“อีกประเด็นหนึ่งที่มีการสำรวจนี้ช่วยได้คือ เรื่องของการประเมินปัจจัยเสี่ยง ถ้าเราไม่รู้ว่าจะอะไรคือปัจจัยเสี่ยงสุขภาพตัวหลักๆ เวลาเราป้องกันหรือว่าส่งเสริมสุขภาพไปจากการป่วยอย่างเดียวมันจะไม่ทันเวลา ต้องไปดูว่าอะไรที่เป็นปัจจัยนำไปสู่การป่วยเหล่านั้น แล้วข้อมูลที่ได้ในเรื่องของสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงจะนำไปสู่การเอาไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันโรคที่สำคัญหลายๆ อย่าง ซึ่งเป็นโรคที่เป็นภาระโรคในปัจจุบันนี้หลายๆ ตัว สิ่งสำคัญคือปัจจัยเสี่ยงที่ว่าด้วยเรื่องของการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เพราะฉะนั้นเรื่องของ การเก็บข้อมูลจากการสำรวจจะมีความสำคัญมาก และ



การสำรวจด้วยการตรวจร่างกายจะเป็นตัวช่วยยืนยันว่าเรื่องของอัตราป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของระดับประชากรนั้นเป็นอย่างไรบ้าง ที่นอกเหนือเพิ่มเติมไปจากข้อมูลที่เกิดจากสถานพยาบาล”

จากที่กล่าวมาทำให้เห็นว่า ประเทศไทยยังมีปัญหาสุขภาพหลายด้าน และมีความเสี่ยงอีกหลายอย่าง การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชากร น่าจะเป็นหนทางหนึ่งที่ทำให้เรามีโอกาสเรียนรู้สถานการณ์ และสามารถนำเอาความรู้ที่มีอยู่นี้ไปวางแผนป้องกัน และลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ดังที่กล่าวมา

II. บทนำ

จากการดำเนินงานด้านการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชน ที่ผ่านมา 4 ครั้งในรอบเกือบ 10 ปีนั้น เกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง แม้การทำงานแต่ละครั้งจะมีปัญหาติดขัดบางประการ แต่ก็มีความมั่นใจที่จะแก้ไขและผลักดันให้เกิดการทำงานที่ต่อเนื่องได้

รศ.นพ.สุวัฒน์ เสนอความเห็นในเรื่องของการทำงานที่ต่อเนื่องว่า

“ที่ผ่านมามีการสำรวจแต่ละครั้งจะมีการเปลี่ยนทีมงานไปตามวาระ แม้จะได้ข้อมูลสุขภาพที่สะท้อนสภาวะสุขภาพของประชาชน แต่การทำงานก็ขาดความต่อเนื่อง ดังนั้นในการสำรวจครั้งที่ 4 นี้ มีการตั้งสำนักงานสำรวจสุขภาพ

ประชาชนไทย (สสท.) อย่างเป็นทางการ โดยมี รศ.นพ.วิชัย เป็นผู้อำนวยการและทำงานตลอดอย่างต่อเนื่องก็จะเป็นประโยชน์ในการได้ข้อมูล และการประสานงานที่มีความต่อเนื่องยิ่งขึ้นมากขึ้น”

รศ.นพ.สุวัฒน์ ยังเสนอถึงแนวทางอีกส่วนหนึ่งที่ยังเป็นเงื่อนไขสำคัญในการทำงานที่ต้องพัฒนาไปก็คือ การประชาสัมพันธ์โครงการ ซึ่งมีน้อยมาก การทำงานในพื้นที่ยิ่งน้อยลงไปกว่าส่วนกลาง อีกทั้งสื่อเองก็ยังไม่ให้ความสนใจ ดังนั้นอาจจะต้องเพิ่มเรื่องการประชาสัมพันธ์ให้เกิดความสนใจในระดับประเทศ โดยย้ำให้เห็นว่า โครงการตรวจร่างกายทุก 5 ปีมีความสำคัญ เพราะทำให้เห็นข้อมูลที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในระดับประเทศ ทราบสถานการณ์ของสุขภาพประชาชน และนำไปใช้กำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพประชาชนโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้

ขณะเดียวกันการให้ข้อมูลแก่ประชาชนเรื่องโครงการให้เข้าใจการตรวจสุขภาพอย่างถูกต้องก็เป็นเรื่องจำเป็น รศ.นพ.วิชัยให้ความเห็นว่า

“ต้องให้คนรู้ว่า ที่เราสำรวจกับที่โรงพยาบาลเขามองการตรวจสุขภาพเป็นชุดๆ มีความแตกต่างกัน เดี่ยวนี้จะมีแบบชุดโปรแกรมตรวจสุขภาพประจำปีของโรงพยาบาลเอกชน ที่อ้างอิงว่าเป็นการตรวจร่างกายประจำปี ซึ่งต่างจากที่เราสำรวจ เพราะกรณีของโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งมีการตรวจเกินความจำเป็น โรคบางอย่างที่ตรวจก็พบน้อย การ



ตรวจบางรายการก็แพง หรือบางรายการก็ตรวจแล้วไม่รู้ว่า เป็นจริงหรือไม่เป็นจริง เช่น โรคมะเร็ง อาจตรวจเจอหรือไม่ เจอก็ได้ โดยกลุ่มเสี่ยงที่ควรตรวจคือ กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป เพราะมีปัจจัยเสี่ยง

“หลักการก็คือ การตรวจร่างกายควรตรวจตามปัจจัยเสี่ยง แต่สิ่งที่ขาดไปโปรแกรมตรวจสุขภาพประจำปีของโรงพยาบาลเอกชนบางรายการ เขาตรวจหมด ซึ่งไม่จำเป็น ขณะที่การสำรวจของเราเป็นการตรวจสิ่งที่จำเป็นในทุกช่วงอายุ โดยจะอยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ก็ได้ แต่ถือว่าคุณเป็นหนึ่งในตัวแทนของคนไทย เป็นส่วนหนึ่งของดัชนีชี้วัดสุขภาพคนไทย ถ้าไม่มีคนไม่ป่วย ก็จะไม่รู้ว่าที่เปอร์เซ็นต์ที่ป่วย เพราะฉะนั้นในการสำรวจจึงพบทั้งคนที่ป่วย และไม่ป่วยเพื่อ ดูสัดส่วน ซึ่งเป็นคนละประเด็นกับการตรวจสุขภาพประจำปีตามโรงพยาบาลต่างๆ”

รศ.นพ.สุวัฒน์ ยังเสนอให้มองความสำคัญอีกด้านหนึ่งคือ ชาวบ้าน อสม. ในพื้นที่ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชน ก็มีความสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อต้องทำงานภาคสนาม คนกลุ่มนี้คือปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานเคลื่อนไปได้ อย่างรวดเร็ว การเห็นคุณค่าของ อสม. การต่อยอดประชาชน กลุ่มตัวอย่างว่าเป็นตัวแทนระดับประเทศ ซึ่งมีความสำคัญจะเป็นกระบวนการสร้างจิตสาธารณะที่จะช่วยให้การทำงานราบรื่น และส่งผลต่อความรู้ในสถานการณ์ระดับประเทศ

ในส่วนของทีมกลาง รศ.นพ.วิชัย เสนอถึงปัญหาเรื่องบุคลากรของหน่วยงาน ซึ่งยังมีน้อย ทีมวิเคราะห์มีเพียง 3 คน อาจจะทำให้การแปลผลข้อมูลมีความล่าช้า การมีทีมงานน้อยยังส่งผลต่อการจัดทำข้อมูลเพื่อให้เกิดการเผยแพร่ในวงกว้างตามมา

“การตีพิมพ์ข้อมูลเพื่อการเผยแพร่ จะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้ได้ในวงกว้างมากกว่า แต่การทำข้อมูลเพื่อตีพิมพ์ก็เป็นเรื่องของการงานเชิงวิชาการ ซึ่งต้องใช้เวลานานอกจากนี้หากทำเอกสารให้ตีพิมพ์และถูกนำไปใช้ในระดับนานาชาติก็จะมีการบินที่กั้น ซึ่งมีผลต่อการร่วมมือระหว่างประเทศในการทำเรื่องสุขภาพประชาชน เพราะประเทศอื่นเขาก็มีโครงการสำรวจเช่นเดียวกัน แต่อาจจะมีการละเว้นต่างแตกต่างจากเรา ของลาวก็ทำ ถ้ามีเอกสารที่เปรียบเทียบระหว่างประเทศจะเห็นข้อมูลมิติต่างๆ อีกมากคือในส่วนของคุณค่าคงต้องทำทั้งด้านของการขับเคลื่อนงานสาธารณสุข และด้านวิชาการ”

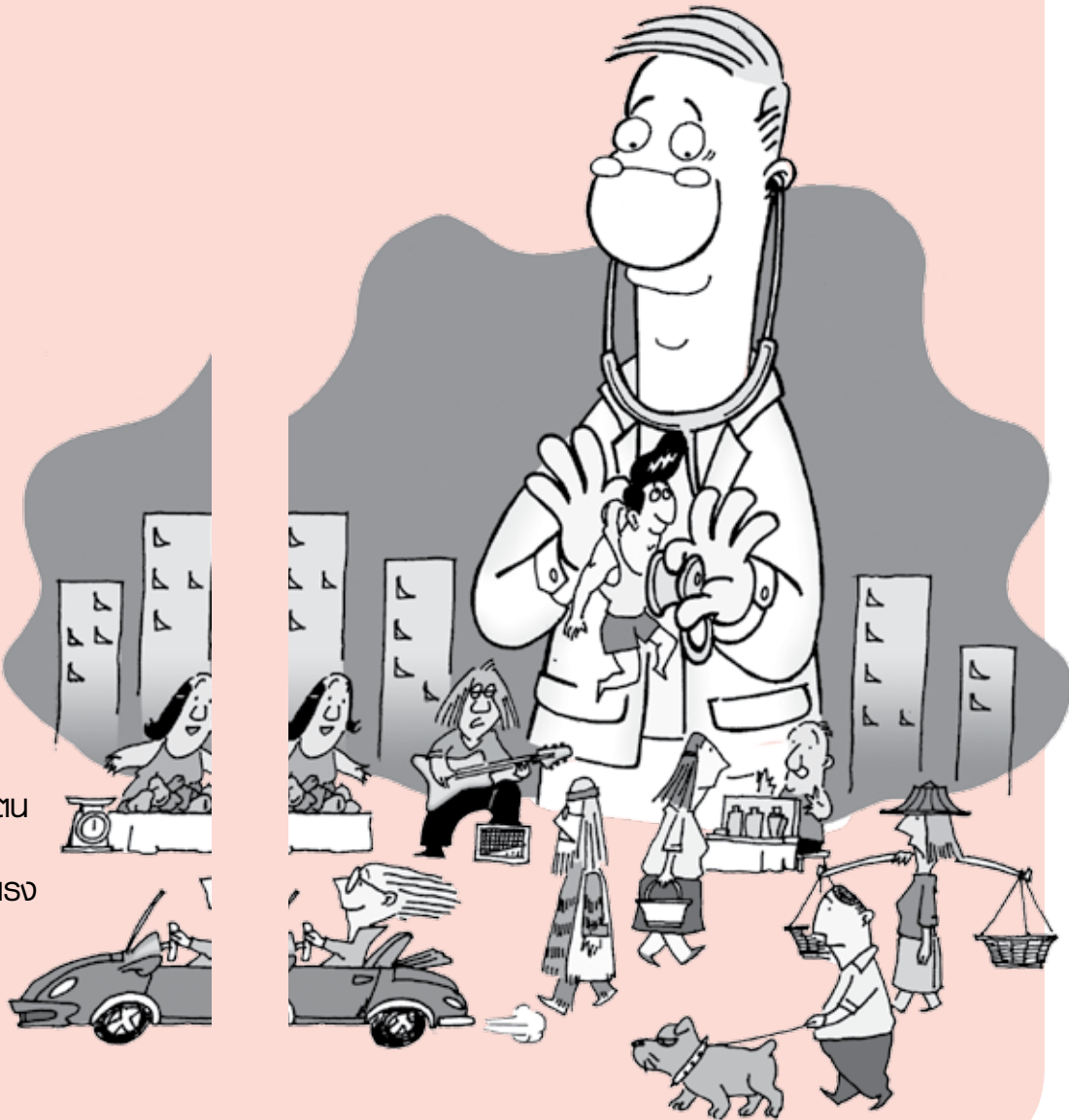
นอกจากนี้เรื่องของการสนับสนุนทุนดำเนินการ เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่องก็ยังเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่ง



5

ทิ้งท้าย

ข้อมูลที่หยิบยกถึงปัญหาว่า
สังคมของเรายังคลาคล่ำไปด้วย
ผู้คนที่ใช้ชีวิตในแต่ละวันไป
โดยไม่รู้เท่าทันต่อสภาวะสุขภาพของตน
ทำให้เรามองเห็นรอย “ข้อต่อ”
ระหว่างวันเวลาแห่งการมีสุขภาพแข็งแรง
กับวันที่ร่วงโรยด้วยความป่วยไข้



ผลการสำรวจสุขภาพ
ของประชาชนที่ผ่านมา
ทำให้คนไทยได้รู้จักตัวเอง
ในแง่มุมใหม่อย่างที่ไม่เคยมองเห็นมาก่อน
ทั้งในแง่ของปัญหา
และโอกาส

เราเคยคิดว่า โรงพยาบาลเท่านั้นคือสถานที่ที่จะ
สะท้อนสถานการณ์ความป่วยไข้ให้ปรากฏ แต่แท้ที่จริงเรามี
เพื่อนร่วมสังคมที่กำลังป่วยไข้อยู่ทั่วทุกชุมชน

เราเคยคิดว่า โรคหรืออาการเจ็บป่วยที่รักษาให้หาย
ได้ด้วยยา กิน ยาทา คือความเจ็บป่วยเล็กน้อย ที่ไม่เชื่อมโยง
กับโรคร้ายแรง เรื้อรัง หรือการเสียชีวิตอย่างฉับพลัน

เราเคยคิดว่าแนวทางกรกิน อยู่ หลับ นอน ในช่วง
ภาวะที่ร่างกายยังใช้ทำงานหาเลี้ยงชีพและแสวงหาความสุข
ได้ตามอัตภาพน่าจะเป็นสิ่งที่ไม่มีความเสี่ยง

แต่ข้อมูล ความรู้ใหม่ๆ ที่เราได้รับจาก “รุก” เข้าไป
ตรวจสุขภาพคนไทยทุกเพศ ทุกวัย ถึงในชุมชนภายใต้
โครงการนี้ ได้พลิกความคิดและมุมมองที่เคยมีต่อสุขภาพไป
สู่มิติที่ “หลบใน” เผยภัยที่กำลังแอบแฝงให้ปรากฏเป็นที่
ประจักษ์

ข้อมูลที่ขี้ออกถึงปัญหาว่าสังคมของเรายังคงคลาคล่ำไป
ด้วยผู้คนที่ใช้ชีวิตในแต่ละวันไปโดยไม่รู้เท่าทันต่อสภาวะ
สุขภาพของตน ทำให้เรามองเห็นรอย “ข้อต่อ” ระหว่างวัน



เวลาแห่งการมีสุขภาพแข็งแรง กับวันที่ร่วงโรยด้วยความป่วยไข้ ว่าหาได้เกิดขึ้นแบบชั่วข้ามคืนเหมือนพลิกฝ่ามือ และมีได้เกิดขึ้นด้วยโชคชะตาชักนำ

แต่เป็นเพราะเหตุการณ์จากใช้ชีวิตโดยมองไม่เห็นความเสี่ยง และโรคร้ายที่ก่อหวอดแอบแฝง และเมื่อไม่รู้ก็จึงยังคงใช้ชีวิตโดยไม่คิดหลบหลีกปัจจัยเสี่ยงทั้งหลาย

นี่อาจเป็นคำตอบส่วนหนึ่งว่า เหตุใดประเทศไทยของเราจึงไม่เคยมีอาคารผู้ป่วย หมอ พยาบาล และบุคลากรการแพทย์มากเพียงพอเสียที

เหตุใดคนที่เรารักจึงจากไปอย่างปุบปับโดยไม่มีเวลา มากพอที่จะกอบกู้สถานการณ์ให้ดีขึ้นได้ และต้องจากกัน โดยไม่มีเวลาพอได้หันเตรียมตัวเตรียมใจ

ข้อมูลจากการสำรวจครั้งที่ผ่านมานี้ ได้สะกิดเตือนเราว่า ในโลกยุคใหม่ที่แสดงแนวโน้มว่าคนไทยจำนวนมาก จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สั่งสมจากปัจจัยเสี่ยงในวิถีชีวิตประจำวัน หากเราลองหันมาตั้งสติ พิจารณาวินิที่เรากำลังใช้ชีวิต และเสียหุฟงดิงๆ ก็จะได้ยิน “เสียง” ที่ร่างกายของเราพยายาม เปล่งออกมาเพื่อขี้นอกส่งสัญญาณถึงระดับความสุขสมบูรณ์ ภายใน เพื่อให้เราปรับตัวปรับใจให้ทันก่อนเหตุบั้นทอนจะ ลุกลามเลยเกิด

เกือบหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ผู้ที่ได้ร่วมแรงร่วมใจใน “โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย” อาสาทุ่มเทความรู้ ความเชี่ยวชาญ และความตั้งใจ ด้วยหวังกระตุ้นเตือนสังคมให้มองเห็นความ

สำคัญของการดูแลรักษาสุขภาพร่างกายอย่างเป็นองค์รวม ทำหน้าที่เป็นเสมือนกระจกบานใหญ่ฉายส่องภาพ “สุขภาพ” จากพรมแดนนอกสายตาเข้ามาสู่ความสนใจของผู้กำหนดนโยบายและเกี่ยวข้องกับการพัฒนางานสาธารณสุข และขยาย “เสียงเงียบ” แห่งความป่วยไข้ที่หลบอยู่ใน ร้างให้ดังเข้าหูเราทุกคน

เพราะเห็นว่าเป็นคือ แหล่งข้อมูลที่จะเปิดประตูบานใหม่ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย



