

วารสาร ประชากร Thai Population JOURNAL

ปีที่ 2 / ฉบับที่ 3 กันยายน 2553 | Vol.2 / No.3 September 2010

วารสารทางวิชาการของสมาคมนักประชากรไทย
A Journal of Thai Population Association

ISSN 1906-8670

วารสาร ประชากร

Thai Population JOURNAL

เจ้าของ : สมาคมนักประชากรไทย

อาคารสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170

โทรศัพท์ : 0-2441-0201 ต่อ 115

โทรสาร : 0-2441-9333

E-mail : thaipopulationasst@gmail.com

คณะที่ปรึกษา

รศ.ดร.กุศล สุนทรธาดา

ศ.ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน

รศ.ดร.ชาย โพธิ์สิตา

รศ.ดร.เนาวรัตน์ พลายน้อย

รศ.ดร.เบญจา ยอดคำเนิน - แอ็ดติติก์

นางปรียา มิตรานนท์

ศ.ดร.พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ

ศ.ดร.ภััสสร ลิมานนท์

รศ.ดร.โยธิน แสงวดี

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ

ศ.ดร.สันทัต เสริมศรี

รศ.ดร.สุรีย์พร พันพื้ง

ศ.ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์

น.ส.อุษณีย์ พึ่งปาน

บรรณาธิการ

ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.วรชัย ทองไทย

จันทน์ ปณิตจิตต์

ปัทมา แยมเพกา

อภิญญพัทธ์ ฤทธิรงค์สิทธ์

ออกแบบ

อัจฉาริณี เกษรสุข

พิมพ์ที่

บริษัทแปลน พรินท์ติ้ง จำกัด

130 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงดินแดง กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ : 0-2277-2222

OWNER : THAI POPULATION ASSOCIATION

Institute For Population And Social Research,
Mahidol University

Telephone : 0-2441-0201 attention 115

Fax : 0-2441-9333

Website : www.thaipopulation.org

EDITORIAL CONSULTANT

Assoc. Prof. Dr.Kusol Soonthornhdaha

Prof. Dr. Kua Wongboonsin

Assoc. Prof. Dr.Chai Podhisita

Assoc. Prof. Dr.Naowarat Plainoi

Assoc. Prof. Dr.Benchu Yoddmern-Attig

Ms. Preeya Mithranon

Prof. Dr. Pichit Pitaktepsombati

Prof. Dr. Bhassorn Limanonda

Assoc. Prof. Dr.Yothin Sawangdee

Assoc. Prof. Dr.Vipan Prachuabmoh

Prof. Dr. Santhat Sermsri

Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Punpuing

Prof. Dr. Aphichat Chamrathirong

Ms. Usaney Perngarn

EDITORIAL-IN - CHIEF

Prof. Dr. Pramote Prasartkul

EDITORIAL STAFF

Assoc. Prof. Dr. Varachai Thongthai

Ms. Juntanee Paneetjit

Ms. Patama Yampeka

Ms. Apinyapat Kusiyarungsit

DESIGN

Atchalinee Kesornsook

PRINTED BY

Plan Printing Co., Ltd.

Telephone : 0-2277-2222

“วารสารประชากร” เน้นคุณภาพของบทความวิจัยที่เกี่ยวกับเรื่องประชากรมนุษย์ บทความวิจัยที่จะได้รับการตีพิมพ์จะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องช่วยอ่าน และพิจารณาว่ามีคุณภาพเพียงพอหรือไม่ หรือควรมีการปรับปรุงแก้ไขประการใด

นอกเหนือจากการที่ปรึกษาของกองบรรณาธิการจะทำหน้าที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ด้วยแล้ว ผู้ทรงคุณวุฒิท่านอื่นที่รับเป็นผู้พิจารณาบทความวิจัยให้วารสารประชากรแล้ว มีรายชื่อดังนี้

- รองศาสตราจารย์ ดร. อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี จำปากลาย
- อาจารย์ ดร. สวรัย บุญยमानนท์
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา ทวีสิทธิ์
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รศรินทร์ เกรย์
- รองศาสตราจารย์ พญ. เขาวรัตน์ ประภักษ์ขาม
- รองศาสตราจารย์ สุธรรม นันทมงคลชัย
- อาจารย์ ดร.โสฬส ศิริไสย์
- รองศาสตราจารย์ ดร.นภาพร ขโยวรรณ

ยังมีผู้ทรงคุณวุฒิอีกจำนวนหนึ่ง ที่ไม่ประสงค์จะเปิดเผยชื่อของตน

นอกจากนั้น หากมีบทความวิจัยที่อยู่ในสาขาวิชา หรือเรื่องที่น่าสนใจไปจาก ความเชี่ยวชาญของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีรายชื่ออยู่แล้ว วารสารประชากรจะได้ติดต่อผู้ทรง คุณวุฒิในสาขาวิชาหรือเรื่องที่เกี่ยวข้อง ช่วยอ่านและพิจารณาบทความวิจัยเหล่านั้นให้ เป็นกรณีๆ ไป

สารบัญ

	บทความวิจัย	
การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น		5
สวรรรยา สิริภคมงคล, สำราญ สิริภคมงคล, เกรียงกมล เหมือนกรุด, มนูญญา นิโครธ, อัษฎาลี ดงคาน้อย, สุนทร แสงแก้ว, มรรคมณฑิ์ สมองคุณ และ อุษณี สร้อยเพชร		
ความแตกต่างของภาวะการตายในเขตเมืองและชนบทของ		25
ประเทศไทย: กรณีศึกษาอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา		
นันทวัน อินทชาติ		
พฤติกรรมกรรมการท่าพิทที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดของ		43
เยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน		
อุษณีษั์ พึ่งปาน และ จิตรลดา อาริย์สันติชัย		
อัตราดอกเบี้ยทบต้นกับอัตราเพิ่มของประชากรไทย		57
วัฒนา สุนทรธัษั์		
	บทความวิชาการ	
“ระบบบริการสาธารณสุขประเทศไทย : อดีต ปัจจุบัน และอนาคต”		69
สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ		
“รายงานการเปิดการสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติ		105
เรื่อง ประชากรของประเทศไทย (ครั้งที่ 3)”		
พลเอก เนตร เขมะโยธิน		

การป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น

สวรรยา สิริภคมงคล, สำราญ สิริภคมงคล, เกรียงกมล เหมือนกรุด, มนูญญา นิโครธ,
อัญชลี คงคาน้อย, สุนทร แสงแก้ว, มรรคมณฑท์ สนองคุณ และ อุษณี สร้อยเพชร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวัดผลของรูปแบบการป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ที่สร้างขึ้นแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 เป็นการสร้างหลักสูตรการป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์โดยครูและผู้ปกครอง ระยะที่ 2 เป็นการทดลองและประเมินรูปแบบการป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ที่สร้างขึ้น เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 สุ่มอย่างง่ายโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากำแพงเพชรเขต 1 แบ่งตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 51 คนรวมทั้งสิ้น 102 คน แบบสอบถามประกอบด้วยความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ จากนั้นทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามทั้งสองกลุ่มอีกครั้งด้วยข้อคำถามเดิมทันทีหลังทดลองใช้รูปแบบ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และนำเสนอเป็นจำนวนและค่าร้อยละ สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มได้ใช้ paired t-test และ independent t-test ผลการศึกษาพบว่า หลังดำเนินการกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 มีทัศนคติทางบวกต่อการป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ระดับสูงเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 50 มีพฤติกรรมป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์เพิ่มประมาณ 9 ใน 10 คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ หลังดำเนินตามรูปแบบที่สร้างขึ้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อให้รูปแบบการป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นเกิดประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ควรพัฒนาหลักสูตรให้เหมาะสมกับ วัฒนธรรม ความเชื่อ และ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครองและชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ที่ยั่งยืน

PREVENTION CONSUMPTION ALCOHOL OF TEENAGERS

Sawanya Siriphakhamongkhon, Samran Siriphakhamongkhon, Kriangkamol Muankrud,
Mananya Nikroth, Aunchalee Kongkanoi, Sunthorn Saengkheew, Makkamon Sanongkun
and Usanee Soipetch

ABSTRACT

The object of this research is to measure model development on alcohol consumption prevention in teenagers. It was divided into 2 phases; phase 1 was to create a program to prevent drinking alcohol by teachers and parents; and phase 2 was to evaluate this preventive model. The 102 students in junior high school grade 1 at Kamphaengphet Educational Service Area Office 1 were divided in the experimental group and the comparison group by simple random sampling technique. The questionnaires were consisted of knowledge, positive attitude and prevention behavior of drinking alcohol. Then, the experimental group received the program on alcohol consumption prevention in teenagers. Frequency and percentage were used to present the results of analysis. The comparison of knowledge, positive attitude and prevention behavior of drinking alcohol between both groups were analyzed by using the paired t-test and independent t-test with 95% confidence interval. The results show that the model on alcohol consumption prevention in teenagers can increase > 20 % of knowledge, nearly 50 % in positive attitude, and about 9/10 in prevention of drinking alcohol behavior. In the experimental group, the mean scores of knowledge, attitude and prevention of drinking alcohol behavior significantly increased after the program and were different from the comparison group (p -value < 0.001). The study suggests that the model on alcohol consumption prevention in teenagers should be adapted for use accordingly. The program should be participated and supported by parents, teachers and the community.

การป้องกันการตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น

สวรรยา สิริภคมงคล¹, สำราญ สิริภคมงคล¹, เกรียงกมล เหมือนกรุด¹, มนูญญา นิโครธ¹,
อัญชลี คงคาน้อย¹, สุนทร แสงแก้ว², มรรคมณฑิ์ สนองคุณ³ และ อุษณี สร้อยเพชร⁴

บทนำ

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ทุกปีการตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ส่งผลทำให้ทั่วโลกมีอัตราการตายสูงถึงปีละ 1.8 ล้านคนและผู้ได้รับปัญหาจากแอลกอฮอล์สูงถึง 76.4 ล้านคน จำแนกเป็นเพศชาย 63.7 ล้านคน และเพศหญิง 12.7 ล้านคน นอกจากนี้พบว่า แนวโน้มของผู้ตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ประเทศกำลังพัฒนาเพิ่มสูงขึ้น (WHO 2004; และยงยุทธ 2547) คนไทยตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ระหว่าง พ.ศ.2534 ถึง 2539 เฉลี่ยปีละ 260,000 คน โดยในปี พ.ศ.2547 คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปตีมือสุราเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 32.7 เมื่อจำแนกกลุ่มอายุผู้ตีมืออายุระหว่าง 15 ถึง 24 ปี พบว่า ตีมือสุราสูงถึงร้อยละ 23.5 ส่วนหนึ่งกำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษา (สสช. 2548) สำหรับอายุที่เริ่มตีมือแอลกอฮอล์ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ.2539 ถึง 2546 พบว่าวัยรุ่นชายอายุระหว่าง 11 ถึง 19 ปี ตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ประมาณ 1.06 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.23 ของประชากรกลุ่มนี้และวัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 15 ถึง 19 ปี ตีมือแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นถึง 6 เท่า (บัณฑิต และคณะ 2549) จากการสุ่มประเมินการตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 5 จำนวน 400 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2549 ในเขตสาธารณสุขที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.5 เคยตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ (สายรุ้ง 2550)

¹ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์

² สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากำแพงเพชรเขต 1

³ โรงเรียนโพธิ์พัฒนา

⁴ โรงเรียนบ้านหนองใหญ่

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อผู้ดื่มครอบครัวและชุมชน ผลกระทบทางตรงต่อผู้ดื่มทำประการ ได้แก่ ประการแรกเกิดผลต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกายคือ ตับ ประการที่สองมีผลโดยตรงต่อหลอดเลือดและกระเพาะอาหารทำให้เกิดการอักเสบ เป็นแผล คลื่นไส้ อาเจียน อาเจียนเป็นเลือดได้ ประการที่สามมีผลต่อการทำงานของเม็ดเลือดขาว ทำให้ระบบการกำจัดเชื้อโรคของร่างกายเสื่อมลงส่งผลทำให้ร่างกายอ่อนแอติดเชื้อได้ง่ายและรุนแรง ประการที่สี่แอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อระบบหลอดเลือดในสมอง และหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ประการสุดท้าย มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งของหลอดเลือดอาหาร กระเพาะอาหาร ตับ ลำไส้ใหญ่และปอด (ส.คอง. 2548)

สำหรับผลกระทบทางอ้อมต่อผู้ดื่มสำคัญสามประการ ได้แก่ ประการแรกประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต หรือ พิการ หากมีอาการเมินเมาขณะขับรถ สอดคล้องกับภาระโรคของคนไทยจำแนกตามกลุ่มเยาวชนและกลุ่มวัยทำงาน พบว่าปัญหาสุขภาพสำคัญลำดับที่ 2 คืออุบัติเหตุจากรถที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลำดับที่ 3 พิษสุราเรื้อรังและมะเร็งตับ โดยเฉพาะชายมีภาระโรคจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นลำดับที่ 1 และเพศหญิงเป็นลำดับที่ 9 (สนย. 2549) ข้อมูลในปีพ.ศ.2547 พบว่า คนไทยประมาณ 7 แสนคน หรือร้อยละ 52.3 เคยเกิดอุบัติเหตุจากผู้ขับขีรถที่ดื่มสุรา (สสข. 2548) กลุ่มอายุ 15 ถึง 29 ปี มีสัดส่วนของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 48.2 ของผู้บาดเจ็บทั้งหมดอายุต่ำกว่า 15 ปี บาดเจ็บร้อยละ 12.4 และ เสียชีวิตร้อยละ 6 ของทั้งหมด (ส.ระบาศ. 2547) ผลกระทบทางอ้อมประการที่สอง คือ หากดื่มเป็นเวลานานๆ ความจำเสื่อม ทำให้ผลการเรียน หรือ การทำงานบกพร่อง ประการสุดท้ายคือ หากดื่มจนเมินเมาขาดสติไม่สามารถควบคุมตนเองได้ทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท สูญเสียบุคลิกภาพ (ส.คอง. 2548) และมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การก่ออาชญากรรม รวมทั้งปัญหาสังคมต่างๆ (Beman 1995; Hughes 1997)

ผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มสำคัญสามประการ ได้แก่ ประการแรกปัญหาความรุนแรงในครอบครัว พ่อแม่เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง ทำให้ครอบครัวแตกแยก เกิดปัญหาการหย่าร้างตามมา ประการที่สองคือ ปัญหาครอบครัวขาดความอบอุ่น เด็กขาดที่พึ่ง เด็กหนีออกจากบ้าน เกิดปัญหาเด็กเร่ร่อน จรจัด ไร้ที่อยู่ และ ประการสุดท้ายคือปัญหาหนี้สิน การสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน ตงงานและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับผลกระทบต่อชุมชน สังคมและประเทศชาติที่สำคัญสองประการ ได้แก่

ประการแรกปัญหาอาชญากรรม เช่น การลักขโมย การข่มขืนกระทำชำเรา รวมทั้ง การทะเลาะวิวาท ประการที่สองคือ รัฐต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ และทะเลาะวิวาทเพิ่มขึ้น (ส.คอง. 2548)

จากข้อมูลข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า วัยรุ่นจำนวนไม่น้อยที่อยู่ในระบบการศึกษา กำลังเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่างๆ จากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ดังนั้นปี 2550 คณะวิจัยจึงสร้างหลักสูตรการป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นขึ้น โดยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการกับไตรภาคี คือ ครู ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกันจัดทำแผนการเรียนรู้จำนวน 5 แผนประกอบด้วย แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 1 ความหมาย คุณสมบัติ ประเภท และลักษณะเครื่องตีแอลกอฮอล์ แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจเมื่อตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 3 สาเหตุของการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 4 โทษของการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ และแผนการจัดการเรียนรู้ที่ 5 การป้องกันและหลีกเลี่ยงการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ จากนั้นนำหลักสูตรที่ได้เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรให้มีความถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น ต่อมาปี 2551 คณะวิจัยนำหลักสูตรที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง โดยผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าร่วมประชุมติดตามประเมินผล ร่วมมือกับครู พร้อมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบใช้หัวข้อการเรียนการสอนเช่นเดียวกับแผนการจัดการเรียนรู้ของกลุ่มทดลอง และระยะเวลาในการเรียนการสอนเท่ากัน อย่างไรก็ตามครูผู้สอนสามารถกำหนดเนื้อหาสาระ และ สื่อการเรียนการสอนได้โดยอิสระ

การสร้างและพัฒนารูปแบบที่สร้างขึ้น เกิดจากการระดมความคิด ความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้รูปแบบที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด คาดว่า อาจจะเป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นได้ แต่ยังไม่มีความชัดเจน จึงได้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดผลของรูปแบบการป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ประชากรในการศึกษาเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทั้งเพศชายและเพศหญิง สาเหตุที่เลือกนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก ทั้งเพศชายและหญิงอายุประมาณ 11-19 ปี (บันทิต และคณะ 2549) โดยอายุนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อยู่ระหว่างประมาณ 11-12 ปี และเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และ สังคม ดังนั้น หากมีการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นตั้งแต่ระยะนี้คาดว่า การป้องกันน่าจะเกิดประโยชน์สูงสุด

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากำแพงเพชรเขต 1 จำนวน 4 แห่ง และคำนวณกลุ่มตัวอย่างทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการประเมินหลักที่การเปรียบเทียบร้อยละของนักเรียนที่มีความรู้และทัศนคติทางบวกในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง (Fleiss 1981) เมื่อ n คือจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

$$n = n' / 4 * (1 + \sqrt{1 + 2(c+1) / (n'c |p_2 - p_1|)})^2$$

$$\text{โดยที่ } n' = \frac{(z_{(1-\alpha/2)} \sqrt{1+2(c+1)p(1-p)} + z_{(1-\beta)} \sqrt{c * p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)})^2}{c * (p_2 - p_1)}$$

ทั้งนี้ n = จำนวนอาสาสมัครในแต่ละกลุ่ม

ค่าที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($\alpha = 0.05$),

C คือ อัตราส่วนจำนวนตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ=1:1 (แทนค่าด้วย 1) คาดประมาณผลสัดส่วนของผู้มีทัศนคติในทางบวก ต่อการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 40 ($p_1 = 0.4$) กลุ่มทดลองร้อยละ 80 ($p_2 = 0.8$)

$$p = (p_1 + cp_2) / (1+c)$$

เมื่อแทนค่าในสูตรและคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 27 คน และในกลุ่มเปรียบเทียบ 27 คน เพื่อป้องกันจำนวนตัวอย่างบางส่วนที่อาจขาดหายจากการติดตาม ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี

การศึกษา 2551 ทุกคนกลุ่มละ 51 คน ผลจากการติดตามเก็บรวบรวมข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างก่อน และ หลังดำเนินการ เก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 51 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 102 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามและ แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อความเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ บุตรลำดับที่ ค่าอาหารที่ได้รับต่อวัน อายุของบิดามารดา ระดับการศึกษาบิดามารดา อาชีพของบิดามารดา สถานภาพสมรสของบิดามารดา

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 24 ข้อ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ด้านความหมาย ชนิด ประเภท และ คุณสมบัติ จำนวน 4 ข้อ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จำนวน 2 ข้อ สาเหตุ จำนวน 6 ข้อ โทษ จำนวน 5 ข้อ และ การป้องกัน จำนวน 7 ข้อ สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนข้อความเกี่ยวกับความรู้ ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดไม่ได้คะแนน รวมคะแนนความรู้ทั้งหมด ถ้ามีความรู้ทั้งหมดไม่น้อยกว่า 50 ของข้อความทั้งหมด ถือว่ามีความรู้ การแบ่งช่วงคะแนนความรู้ตามเกณฑ์ตามระดับความสามารถของกลุ่ม

ส่วนที่ 3 ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ทัศนคติต่อโทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 3 ข้อ สังคม จำนวน 2 ข้อ เศรษฐกิจ จำนวน 2 ข้อ ความรุนแรง จำนวน 2 ข้อ การสนับสนุนของสิ่งแวดล้อมจำนวน 2 ข้อ ความต้องการ การแก้ปัญหา จำนวน 3 ข้อ การป้องกัน จำนวน 2 ข้อ สื่อจำนวน 2 ข้อ และ ทัศนคติต่อด้านอื่นๆ จำนวน 2 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนข้อความด้านบวก ดังนี้คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน และ ทางตรงกันข้ามการให้คะแนนข้อความด้านลบ ดังนี้คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 3 คะแนน เห็นด้วยให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน คะแนนทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง แสดงว่ามีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถ้ามีคะแนนทัศนคติมากกว่า 70 คะแนน แสดงว่ามีทัศนคติในทางบวกต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง ถ้ามีคะแนนทัศนคติ ระหว่าง 40 - 70 คะแนน แสดง

ว่า มีทัศนคติในทางบวกต่อการป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง และถ้ามีคะแนนทัศนคติ น้อยกว่า 40 คะแนน แสดงว่า มีทัศนคติในทางบวกต่อการป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ จำนวน 3 ข้อ และคำถามประกอบ จำนวน 11 ข้อ สำหรับเกณฑ์การให้คะแนน มีพฤติกรรมเสี่ยงให้ 1 คะแนน ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 5 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ ครอบครัว เพื่อน ชุมชน และการโฆษณา จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การสนับสนุน และการควบคุมจากครอบครัว จำนวน 3 ข้อ การสนับสนุนและการควบคุมจากเพื่อนจำนวน 2 ข้อ และการสนับสนุนและการควบคุมจากสื่อโฆษณา จำนวน 5 ข้อ

แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม แนวคำถามสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย แนวคำถามหลัก 4 ประเด็น เกี่ยวกับเหตุผลที่ไม่ตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ ปฏิกริยาของบุคคลในครอบครัวต่อการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ ความรู้สึกต่อการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ของเพื่อน เพศชายและเพศหญิง และความรู้สึกต่อคนใกล้ชิดที่ตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ ความคิดเห็นต่อเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ในประเด็นเกี่ยวกับรูปแบบลักษณะการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ในอนาคต ความคิดเห็นต่อนโยบายควบคุมเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ และความคิดเห็นต่อกฎระเบียบของโรงเรียนต่อการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์

การสร้างรูปแบบการป้องกันการตีมีแอลกอฮอล์ และ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการสร้างรูปแบบการป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ ดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม 2550 ถึง พฤษภาคม 2551 รวม 1 ปี 1 เดือน มีขั้นตอน 6 ขั้นตอนดังนี้คือ ขั้นตอนที่ 1 ประชุมเตรียมทีมวิจัย และ อบรมทีมวิจัย เกี่ยวกับรูปแบบการวิจัยทดลอง ระเบียบวิธีวิจัย การใช้สถิติ ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแนวคิด ทฤษฎี และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 3 ทีมวิจัยสร้างรูปแบบการป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น โดยสร้างพลังอำนาจไตรภาคีประกอบด้วย ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ ผู้ปกครอง ขั้นตอนที่ 4 ประชุมเชิงปฏิบัติการครูในเขตการศึกษาที่ 1 จังหวัดกำแพงเพชร และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ร่วมพิจารณาให้ข้อเสนอแนะ รูปแบบการป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ และ พัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ ขั้นตอนที่ 5 ประชุมเชิงปฏิบัติการ ตัวแทน ผู้ปกครองในเขตการศึกษาที่ 1 จังหวัดกำแพงเพชร ยกเว้นผู้ปกครองของนักเรียนกลุ่มทดลอง และ กลุ่ม

เปรียบเทียบ ร่วมพิจารณาให้ข้อเสนอแนะ และ พัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ และ ขั้นตอนสุดท้าย นำเสนอรูปแบบที่พัฒนาปรับปรุงเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาจัดทำรูปแบบการป้องกันการตีบเครื่องมือแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น เป็นแผนการเรียนรู้ พร้อมสื่อประกอบ เพื่อนำไปทดลองใช้ในการศึกษาระยะที่ 2 ต่อไป

ขั้นตอนการนำรูปแบบไปใช้ ขั้นตอนนี้กลุ่มทดลองจะได้รับหลักสูตรการป้องกันการตีบเครื่องมือแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ตามที่คณะวิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 1 ความหมาย คุณสมบัติ ประเภท และลักษณะเครื่องมือแอลกอฮอล์

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และ จิตใจเมื่อตีบเครื่องมือแอลกอฮอล์

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 3 สาเหตุของการตีบเครื่องมือแอลกอฮอล์

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 4 โทษของการตีบเครื่องมือแอลกอฮอล์

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 5 การป้องกันและหลีกเลี่ยงการตีบเครื่องมือแอลกอฮอล์

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ คณะวิจัยจะกำหนดหัวข้อตามแผนการจัดการเรียนรู้ทั้ง 5 แผน ให้ครูผู้สอนสามารถกำหนดสาระการเรียนรู้ และ สื่อประกอบการเรียนรู้ได้โดยอิสระ ซึ่งใช้ระยะเวลาการเรียนเท่ากันทั้งสองกลุ่มคือ กลุ่มละ 5 ชั่วโมง โดยหลักสูตรการป้องกันการตีบเครื่องมือแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ได้รับการตรวจความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถาม และ แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ตามลำดับดังนี้ คณะวิจัยศึกษาแนวคิดเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำไปปรับปรุงแก้ไข และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแต่เป็นคนละกลุ่ม โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นความรู้โดยใช้สูตรคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน ได้เท่ากับ 0.803 ค่าความยากรายละเอียด ได้ค่าความยากระหว่าง 0.20 ถึง 0.75 (เกณฑ์ควรมีความยากตั้งแต่ 0.20 ถึง 0.80) และ ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ได้ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.20 ถึง 0.83 (เกณฑ์ควรมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป) คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นทัศนคติ โดยสูตร สัมประสิทธิ์อัลฟา ของ ครอนบาค ได้เท่ากับ 0.5085 คณะวิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาอีกครั้ง เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Intervention study) ชนิด Quasi-Experimental Study ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ระหว่างเดือน มิถุนายน 2551 ถึง มีนาคม 2552 รวม 10 เดือน โดยมีขั้นตอน ดังนี้ คือ

1. ประสานผู้บริหารโรงเรียนกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบ ชี้แจงความเป็นมาของโครงการ เหตุผลความจำเป็นที่ต้องดำเนินการศึกษา ขออนุญาตดำเนินการศึกษาวิจัย
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติข้างต้น
3. ทำหนังสือชี้แจงความเป็นมาของโครงการ เหตุผลความจำเป็นที่ต้องดำเนินการศึกษา ให้ผู้ปกครองได้รับทราบ และขออนุญาตดำเนินการศึกษาวิจัย หากสนใจเข้าร่วมโครงการให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งผู้ปกครอง และนักเรียน

4. คณะวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอนนี้คือ ลำดับที่หนึ่ง เก็บข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ของนักเรียนกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยแบบสอบถามและเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเฉพาะกลุ่มทดลอง โรงเรียนละ 7 - 10 คน เป็นตัวแทนจัดทำสนทนากลุ่มเดือนกรกฎาคม 2551 ลำดับที่สอง ดำเนินการทดลองใช้หลักสูตรป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์กลุ่มทดลองสัปดาห์ละครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง รวม 5 ชั่วโมงระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน 2551 โดยกลุ่มเปรียบเทียบ จะมีหัวข้อการเรียนการสอน การป้องกันตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ และระยะเวลาการเรียน เท่ากับกลุ่มทดลอง โดยคุณครูผู้สอนจะเป็นผู้กำหนดเนื้อหา วิธีการสอน และ อุปกรณ์ ขึ้นเองโดยอิสระ ลำดับที่สาม เชิญผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ปกครอง เข้าร่วมประชุมติดตามปัญหา อุปสรรค และ แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลอง ภาคการศึกษาละครั้ง เป็นระยะเวลา 2 ครั้ง ครั้งแรกเดือนกรกฎาคม 2551 ลำดับที่สี่ หลังสอนหลักสูตรการป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ครบ 5 ครั้ง ดำเนินการเก็บข้อมูลความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ ของนักเรียนกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบ อีกครั้งทันทีเดือนกันยายน 2551 ลำดับที่ห้า ดำเนินการเก็บข้อมูล ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ของนักเรียนกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบ และเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเฉพาะกลุ่มทดลอง โรงเรียนละ 7 - 10 คน เป็นตัวแทนจัดทำสนทนากลุ่มอีกครั้ง หลังสอนหลักสูตรการป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์

ครบ 3 เดือน ระหว่างเดือนธันวาคม 2551 และ ลำดับสุดท้าย เจริญผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ปกครอง เข้าร่วมประชุมติดตามปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันการตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลอง ครั้งที่สองเดือนพฤศจิกายน 2551 และสรุปผลที่ได้จากการดำเนินงานทั้งหมดจัดทำ รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม 2552

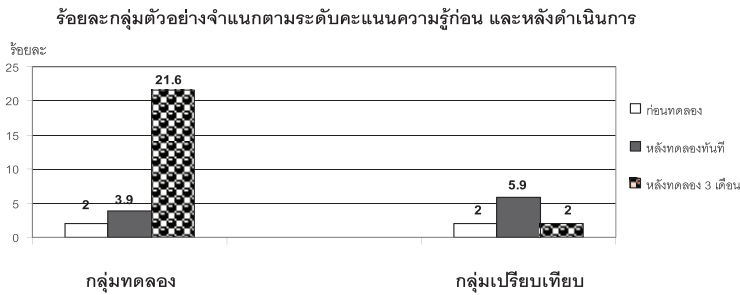
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ในการศึกษา คือ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการตีมือแอลกอฮอล์ของนักเรียนกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อน และหลังดำเนินการ โดยการทดสอบ กลุ่มเดียวกันก่อน และหลัง ด้วย *paired simples t - test* และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ด้วย *independent simples t - test* กำหนดระดับความเชื่อมั่น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วยข้อมูลก่อน และหลังนำหลักสูตร การป้องกันการตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์มาสอนจนจบหลักสูตรทันที และ 3 เดือนต่อมา

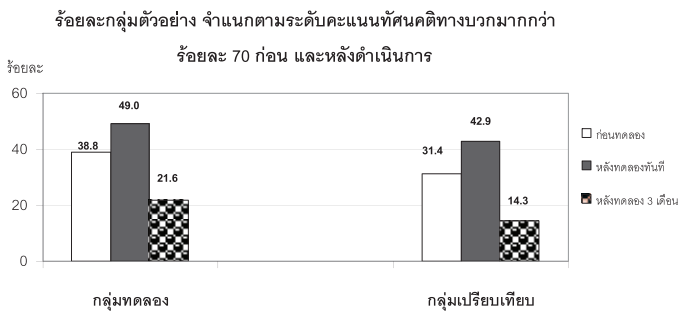
1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีลักษณะทั่วไป ใกล้เคียงกัน กล่าวคือ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย อายุเฉลี่ย 13 ปี เป็นบุตร ลำดับที่ 1 ค่าอาหารกลางวัน เฉลี่ย 20 บาท บิดามารดาอายุเฉลี่ยระหว่าง 38 และ 43 ปี ตามลำดับ การศึกษาระดับมัธยมศึกษา และอยู่ด้วยกัน

2. ความรู้เกี่ยวกับเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ จำแนกเป็น 5 ด้าน ด้านความหมาย ชนิด ประเภท และ คุณสมบัติ ด้านการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ด้านสาเหตุ ด้านโทษ และด้านการป้องกัน คะแนนความรู้ทั้งหมด ถ้ามีคะแนนความรู้ทั้งหมดร้อยละ 50 ขึ้นไป จากข้อคำถามทั้งหมดถือว่ามีความรู้ หลังทดลองใช้หลักสูตรการป้องกันการตีมือเครื่องตีมือ แอลกอฮอล์ที่สร้างขึ้น เก็บข้อมูลรอบแรกทันที และรอบสองหลังดำเนินการ 3 เดือน ผล ปรากฏว่า กลุ่มทดลองก่อนดำเนินการมีความรู้ ร้อยละ 2 หลังดำเนินการกลุ่มทดลอง มีความรู้ ร้อยละ 3.9 และ 21.6 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังดำเนินการ มีความรู้ร้อยละ 2, 5.9 และ 2 ตามลำดับ (ดังรูป 1)



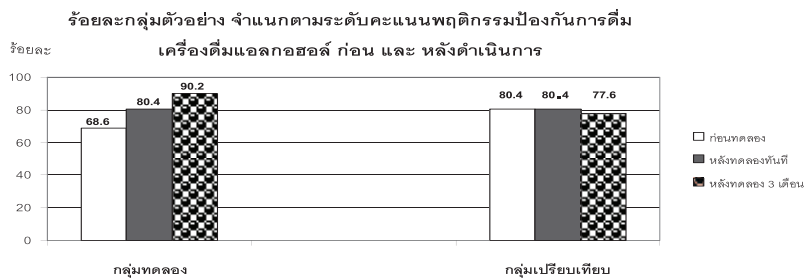
รูป 1 ระดับคะแนนความรู้เรื่องดีมีแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการ

3. ทักษะต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกเป็น 9 ด้านได้แก่ ทักษะคติต่อโทษ สังคม เศรษฐกิจ ความรุนแรง สิ่งแวดล้อมสนับสนุน ความต้องการแก้ปัญหา การป้องกันสื่อ และทัศนคติต่ออื่นๆ ถ้ามีคะแนนทัศนคติทางบวกร้อยละ 70 ขึ้นไปจากข้อคำถามทั้งหมด ถือว่า มีทัศนคติทางบวกต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังทดลองใช้หลักสูตรการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เก็บข้อมูลทันที และหลังดำเนินการ 3 เดือนผลปรากฏว่า กลุ่มทดลองมีทัศนคติทางบวกระดับสูงต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนดำเนินการร้อยละ 38.8 และหลังดำเนินการมากกว่าร้อยละ 40 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีทัศนคติทางบวกระดับสูงต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังดำเนินการมีทัศนคติทางบวกร้อยละ 31.4 หลังดำเนินการลดลงเหลือร้อยละ 21.6 และ ร้อยละ 14.3 (ดังรูป 2)



รูป 2 ระดับทัศนคติต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังดำเนินการ

4. พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนออกเป็น มีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ 1 คะแนน ไม่มีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้คะแนน พฤติกรรมป้องกันการดื่มพิจารณาจากคำตอบสามประเด็นคือ วิธีการแก้ปัญหาเมื่อไม่สบายใจ การปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ ถ้ามีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2 คะแนนขึ้นไปถือว่า มีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังทดลองใช้หลักสูตรการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เก็บข้อมูลทันที และหลังดำเนินการ 3 เดือนผลปรากฏว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนดำเนินการเก็บร้อยละ 70 หลังดำเนินการเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.4 และร้อยละ 90.2 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนดำเนินการร้อยละ 80.4 และหลังดำเนินการลดลงเหลือร้อยละ 77.6 แตกต่างกันอย่างเล็กน้อย (ดังรูป 3)



รูป 3 ระดับคะแนนพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังดำเนินการ

5. ผลจากการสนทนากลุ่มกลุ่มทดลองเกี่ยวกับเหตุผลที่ดื่มเนื่องจากเพื่อนชวนงานเลี้ยง เสียใจหรือผิดหวัง และไม่ดื่ม เพราะว่าเกิดผลเสียต่อสุขภาพ การเรียน การคบเพื่อน ครอบครัว ค่าใช้จ่าย อันตรายต่อชีวิต และศีลธรรม ปฏิบัติงานบุคคลในครอบครัว ต่อการดื่มจะแสดงออกทางลบทั้งวาจา สีหน้า และอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อการดื่มของคนใกล้ชิดจะมีตั้งแต่ไม่นับถือ รังเกียจ จนถึงถูกทำร้าย ความรู้สึกต่อเพื่อนทั้งชายและหญิงแสดงออกทางลบตั้งแต่สงสาร เสียอนาคต จนถึงไม่คบ รังเกียจ และความคิดเห็นตอนโยบาย กฎระเบียบของโรงเรียนแสดงความคิดเห็นทางบวกตั้งแต่ เห็นด้วย จนถึงควรเพิ่มมาตรการให้เข้มงวดมากยิ่งขึ้น

6. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างกลุ่มทดลอง กับ กลุ่มเปรียบเทียบแสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังดำเนินการ

ช่วงเวลา	จำนวน	\bar{X}	S.D..	df	t
ก่อนดำเนินการ					
กลุ่มทดลอง	51	6.275	2.050	100	1.519
กลุ่มเปรียบเทียบ	51	7.039	2.953		
หลังดำเนินการทันที					
กลุ่มทดลอง	51	8.294	1.677	100	2.477**
กลุ่มเปรียบเทียบ	51	7.078	3.078		
หลังดำเนินการ 3 เดือน					
กลุ่มทดลอง	51	10.490	1.826	100	7.510***
กลุ่มเปรียบเทียบ	51	7.000	2.771		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังดำเนินการ

ช่วงเวลา	จำนวน	\bar{X}	S.D..	df	t
ก่อนดำเนินการ					
กลุ่มทดลอง	47	44.893	4.555	96	0.776
กลุ่มเปรียบเทียบ	51	44.137	5.052		
หลังดำเนินการทันที					
กลุ่มทดลอง	51	46.608	4.118	100	4.482***
กลุ่มเปรียบเทียบ	51	43.000	4.009		
หลังดำเนินการ 3 เดือน					
กลุ่มทดลอง	49	46.591	4.569	95	6.056***
กลุ่มเปรียบเทียบ	48	41.125	4.315		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตีบเครื่องมือแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังดำเนินการ

ช่วงเวลา	จำนวน	\bar{X}	S.D..	df	t
ก่อนดำเนินการ					
กลุ่มทดลอง	51	2.215	0.945	100	0.555
กลุ่มเปรียบเทียบ	51	2.314	0.836		
หลังดำเนินการทันที					
กลุ่มทดลอง	51	2.392	0.802	100	0.239
กลุ่มเปรียบเทียบ	51	2.431	0.854		
หลังดำเนินการ 3 เดือน					
กลุ่มทดลอง	49	2.693	0.652	96	3.531***
กลุ่มเปรียบเทียบ	49	2.163	0.825		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ก่อนดำเนินการ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือแอลกอฮอล์ เท่ากับ 6.28 คะแนน 44.89 คะแนน 2.22 คะแนน ตามลำดับ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.05, 4.56, 0.95 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมป้องกันการตีบเครื่องมือแอลกอฮอล์เท่ากับ 7.04 คะแนน 44.14 คะแนน 2.31 คะแนน ตามลำดับ และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.95, 5.05, 0.84 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมป้องกันการตีบเครื่องมือแอลกอฮอล์ ทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกัน

หลังดำเนินการทันที กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมป้องกันการตีบเครื่องมือแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น เท่ากับ 8.29 คะแนน 46.61 คะแนน 2.39 คะแนน ตามลำดับ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.68, 4.12, 0.80 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมป้องกันการตีบเครื่องมือแอลกอฮอล์ เท่ากับ 7.08 คะแนน 43.00 คะแนน 2.43 คะแนน ตามลำดับ และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.08, 4.01, 0.85 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะคิดทั้งสองกลุ่ม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.001 อย่างไรก็ตามพฤติกรรมป้องกันการตีบเครื่องมือแอลกอฮอล์ ทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน

หลังดำเนินการ 3 เดือน กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น เท่ากับ 10.49 คะแนน 46.59 คะแนน

2.69 คะแนน ตามลำดับ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.83, 4.57, 0.65 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากับ 7.0 คะแนน 41.13 คะแนน 2.16 คะแนน ตามลำดับ และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.78, 4.32, 0.83 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งสองกลุ่ม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ดังแสดงตาราง 1-3)

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังดำเนินการ

ช่วงเวลา	จำนวน	\bar{x}	S.D..	df	t
กลุ่มทดลอง (ก่อน-หลังดำเนินการทันที)					
ก่อนทดลอง	51	6.275	2.050	50	10.050 ***
หลังทดลองทันที	51	8.294	1.676		
กลุ่มทดลอง (ก่อน-หลังดำเนินการ 3 เดือน)					
ก่อนทดลอง	51	6.275	2.050	50	14.141***
หลังทดลอง 3 เดือน	51	10.490	1.826		
กลุ่มเปรียบเทียบ (ก่อน-หลังดำเนินการทันที)					
ก่อนทดลอง	51	7.039	2.952	50	0.077
หลังทดลองทันที	51	7.078	3.077		
กลุ่มเปรียบเทียบ (ก่อน-หลังดำเนินการ 3 เดือน)					
ก่อนทดลอง	51	7.039	2.952	50	0.061
หลังทดลอง 3 เดือน	51	7.000	2.771		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะคิดเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังดำเนินการ

ช่วงเวลา	จำนวน	\bar{x}	S.D..	df	t
กลุ่มทดลอง (ก่อน-หลังดำเนินการทันที)					
ก่อนทดลอง	47	44.893	4.555	46	2.594*
หลังทดลองทันที	47	46.702	4.026		
กลุ่มทดลอง (ก่อน-หลังดำเนินการ 3 เดือน)					
ก่อนทดลอง	45	44.711	4.444	44	2.176*
หลังทดลอง 3 เดือน	45	46.488	4.698		

ช่วงเวลา	จำนวน	\bar{x}	S.D..	df	t
กลุ่มเปรียบเทียบ (ก่อน-หลังดำเนินการทันที)					
ก่อนทดลอง	51	44.137	5.051	50	1.693
หลังทดลองทันที	51	43.000	4.009		
กลุ่มเปรียบเทียบ (ก่อน-หลังดำเนินการ 3 เดือน)					
ก่อนทดลอง	48	44.291	5.132	47	3.330***
หลังทดลอง 3 เดือน	48	41.125	4.315		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตาราง 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังดำเนินการ

ช่วงเวลา	จำนวน	\bar{x}	S.D..	df	t
กลุ่มทดลอง (ก่อน-หลังดำเนินการทันที)					
ก่อนทดลอง	51	2.216	0.945	50	1.768 *
หลังทดลองทันที	51	2.392	0.802		
กลุ่มทดลอง (ก่อน-หลังดำเนินการ 3 เดือน)					
ก่อนทดลอง	49	2.184	0.950	48	3.491***
หลังทดลอง 3 เดือน	49	2.694	0.652		
กลุ่มเปรียบเทียบ (ก่อน-หลังดำเนินการทันที)					
ก่อนทดลอง	51	2.314	0.836	50	1.137
หลังทดลองทันที	51	2.431	0.855		
กลุ่มเปรียบเทียบ (ก่อน-หลังดำเนินการ 3 เดือน)					
ก่อนทดลอง	49	2.347	0.779	48	1.197
หลังทดลอง 3 เดือน	49	2.163	0.825		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มทดลอง ก่อนดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และ พฤติกรรมเกี่ยวกับ เครื่องตีแอลกอฮอล์ เท่ากับ 6.28 คะแนน 44.89 คะแนน 2.22 คะแนน ตามลำดับ และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.05,4.56,0.95 ตามลำดับ หลังดำเนินการทันที มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และ พฤติกรรมป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น เท่ากับ 8.29 คะแนน 46.70 คะแนน 2.39 คะแนน ตามลำดับ และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.68,4.02, 0.80 ตามลำดับ หลังดำเนินการ 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และ พฤติกรรมป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น เท่ากับ 10.49 คะแนน

46.49 คะแนน 2.69 คะแนน ตามลำดับ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.83, 4.57, 0.65 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมเกี่ยวกับ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มทดลอง หลังดำเนินการ คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และ พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.001

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม ป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากับ 7.04 คะแนน 44.14 คะแนน 2.31 คะแนน ตามลำดับ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.95, 5.05, 0.84 ตามลำดับ หลังดำเนินการ ทันที มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากับ 7.08 คะแนน 43.00 คะแนน 2.43 คะแนน ตามลำดับ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.08, 4.01, 0.85 ตามลำดับ หลังดำเนินการ 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากับ 7.0 คะแนน 41.13 คะแนน 2.16 คะแนน ตามลำดับ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.78, 4.32, 0.83 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม ป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังดำเนินการ พบว่า ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยทักษะคิด หลังดำเนินการ 3 เดือน คะแนนเฉลี่ยลดลง กว่าก่อนทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.001 (ดังแสดงตาราง 4-6)

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารุ่นนี้ กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อายุเฉลี่ย 13 ปี สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่า วัยรุ่นชายอายุระหว่าง 11 ถึง 19 ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 21.23 และ วัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 15 ถึง 19 ปี ดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นถึง 6 เท่า (บัณฑิต และคณะ 2549) ก่อนทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความรู้ มีทักษะคิดทางบวกเพียง 1 ใน 3 และมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประมาณ 2 ใน 3 กลุ่มตัวอย่างจึงมี แนวโน้มที่อาจจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากไม่มีการดำเนินการใดๆ หลังจากทดลอง ใช้รูปแบบการป้องกันพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทางตรงกันข้าม กลุ่มเปรียบเทียบกลับมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม ลดลง โดยเฉพาะทัศนคติทางบวกต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ฉะนั้นอาจได้ว่า หลักสูตรการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สร้างขึ้นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้ในระบบการเรียนการสอนในโรงเรียน โดยมีผู้ปกครองให้การติดตาม ดูแลอย่างใกล้ชิด สามารถป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การให้ความรู้ และการปลูกฝังทัศนคติจากบุคคลใกล้ชิดจะสามารถป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ (ประนอม 2548 ,จินตนา 2548 ; รัชดาภรณ์ 2548) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานศึกษาลักษณะเช่นนี้ อาจพบข้อจำกัดบางประการเกี่ยวกับการติดตามกลุ่มเป้าหมาย หรือการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

ควรนำหลักสูตรดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในระบบการเรียนการสอนภาคบังคับเพื่อให้เกิดความยั่งยืน รวมทั้งจะเป็นการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ปัจจุบัน การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป อาจทำให้เด็กและเยาวชน ห่างเหินจากบุคคลใกล้ชิด ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะหาทางออกไปในทางที่ไม่เหมาะสม ด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้อาจประยุกต์ใช้กับการป้องกันโรคติดต่อหรือโรคไม่ติดต่ออื่นๆ ที่วัยรุ่นเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ เป็นต้น ที่อาจเกิดขึ้นกับวัยรุ่นได้ อย่างไรก็ตามอาจมีข้อจำกัดในการสร้างหลักสูตรอยู่บ้าง การจะขยายผลไปสู่ชุมชนอื่นๆ ซึ่งมีพื้นฐานชีวิตความเป็นอยู่ การมีส่วนร่วม ความเข้มแข็งของชุมชน ที่แตกต่างกัน ผลที่ได้ อาจจะมีข้อจำกัดไม่สามารถดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ รองศาสตราจารย์ วรณิ โสมประยูร ศาสตราจารย์ ดร. สุชาติ โสมประยูร และรองศาสตราจารย์ สุพัฒน์ ธีระเวชเจริญชัย ที่กรุณาให้ความรู้และแนวคิดในการสร้างรูปแบบการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รศ. ดร.บุปผา ศิริวิศรี รศ. ดร.อรพินท์ พิทักษ์มหาเกตุ รศ.ดร.เอมอัชมา วัฒนบูรานนท์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาการแก้ไขหลักสูตร ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ นพ.ศุภชัย อุภษังาม ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมควบคุมโรค

นพ.เสวตสรร นามวาท และ นพ.วิทยา สวัสดิวิฑูฒิพงศ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ คณะครู ผู้ปกครอง และนักเรียน ทุกท่าน ที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- จินตนา วงศ์วาน. 2548. "ความชุก และ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น". ปรินญาณิพนธ์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. 2549. "บทบาทของปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยป้องกันด้านบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นไทยในสถานศึกษาระดับมัธยม". ปรินญาณิพนธ์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ. 2549. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ.2549. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. ประพนอม กาญจนวนิชย์. 2548. "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิวิทยาเขตสุพรรณบุรี". ปรินญาณิพนธ์. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ยงยุทธ ขจรธรรม. 2547. การโฆษณาบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความสูญเสีย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- รัชดาภรณ์ กาวิวงศ์. 2548. "ความชุกในการเสพยาของวัยรุ่นและพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาในเขตกิ่งอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่". รายงานวิจัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายรุ้ง จันทพรปราสาท. 2550. เอกสารประกอบการประชุมประเมินผลโครงการวิจัยใส่ใจสุขภาพเขตตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขที่ 3 ในวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2550 ณ โรงแรมพิมาน จังหวัดนครสวรรค์. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์.
- สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า(ส.ค.อ.). 2548 . เลิกดื่มเหล้ากันเถอะนะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี จำกัด.
- _____. (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สชช.). 2548. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2547. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุข. 2549. โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ _____ 2549. DALYs ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย พ.ศ.2547. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค . 2547. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 35 (43): 29 ตุลาคม 2547.
- Beman, D.S. 1995. Risk factors leading to substance abuse . Adolescence . 30 (117): 200-06.
- Fleiss. 1981. Statistical methods for rates and proportions . 2 nd Ed. , Wiley .
- Hughes, K.M., et al. 1997. "Young people, alcohol and designer drinks : quantitative qualitative. British" Medical Journal , 314 : 414 -18.
- World Health Organization (WHO). 2004. Global Status Report on Alcohol 2004. Retrieved in October, 2006 from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_\(425KB\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_(425KB).pdf).

ความแตกต่างของภาวะการตายในเขตเมืองและชนบทของประเทศไทย : กรณีศึกษาอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

นันทวัน อินทชาติ

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง “ความแตกต่างของภาวะการตายในเขตเมืองและชนบทของประเทศไทย: กรณีศึกษาอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยกำหนดของความแตกต่างของการตายของประชากรในเขตเมืองและเขตชนบท กำหนดกรอบตัวอย่างการศึกษา จากรายงานการตายของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2545 - 2549 สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลจากสมาชิกในครัวเรือนทุกคน และสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เสียชีวิต เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในวิเคราะห์ปัจจัยที่กำหนดความแตกต่างของการตาย คือ Cox proportional hazard model และ survival analysis ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตายในเขตชนบทแต่ไม่มีผลต่อเขตเมือง คือ เพศ และการกินหมาก ส่วนปัจจัยที่มีผลเหมือนกันแต่มีขนาดของผลต่างกัน คือ อายุ การออกกำลังกาย และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยอายุและการออกกำลังกายมีผลต่อโอกาสความน่าจะเป็นของการตายของเขตเมืองมากกว่าชนบท ในขณะที่การเคี้ยวหมากมีผลต่อโอกาสความน่าจะเป็นของการตายในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง

THE MORTALITY DIFFERENTIALS IN THE URBAN AND RURAL OF THAILAND: A CASE STUDY OF WANG NAMKHEO DISTRICT, NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

Nantawan Intachat

Abstract

The purpose of this study on “The Mortality Differentials in the Urban and Rural of Thailand: A Case Study of Wang Namkheo District, Nakhon Ratchasima Province” was to investigate the mortality differences among the urban and rural people and the determinant factors influence to that differences. The area of study was Wang Namkheo District, Nakhon Ratchasima Province, using the framework from the death report of the Ministry of Public Health during 2002 - 2006. A Multi-stage stratified random sampling was using at sub-district, village and household levels. The analysis was made using cox’s proportional hazard model and survival analysis. The determinant factors which had effects on the rural’s mortality were gender and areca nut chewing. The factor which effect on both area, but difference in magnitude were age, exercise and alcoholic drinking. Age and exercise of the urban were more hazardous to death than the rural. Areca nut chewing of the rural was more hazardous to death than the urban.

ความแตกต่างของภาวะการตายในเขตเมืองและชนบทของประเทศไทย : กรณีศึกษาอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

นันทวัน อินทชาติ¹

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในอดีตของมนุษยชาตินั้น ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ต้องประสบทั้งภัยพิบัติ ภัยธรรมชาติ โรคภัยไข้เจ็บ และการอาศัยอยู่ในพื้นที่ทุรกันดารที่ไม่เหมาะกับการดำรงชีวิต เป็นผลให้มนุษย์ในยุคนั้นมีระดับการตายที่สูง และอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสั้นมาก ต่อมาเมื่อมีวิวัฒนาการทางด้านทางการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้าส่งผลให้ระดับการตายลดลงเรื่อย ๆ จนอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มสูงขึ้น ถึงแม้ว่าข้อมูลสถิติชีพในอดีตของประเทศไทย ทั้งการเกิดและการตายจะไม่สมบูรณ์ แต่ก็สะท้อนให้เห็นได้ว่าภาวะการตายของประเทศไทยอยู่ในระดับที่สูงมาก (ปราโมทย์ 2543) จนในเวลาต่อมาระหว่างปี พ.ศ. 2493 - 2523 เป็นช่วงเวลาที่อัตราการตายอย่างหยาบของประเทศไทยลดลงอย่างรวดเร็ว จนระดับ (level) เกือบจะเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้ว (developed country) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าระดับของการตายอยู่ในระดับต่ำ พบว่าความแตกต่างของภาวะการตาย (mortality differences) ก็ยังคงปรากฏอยู่ (สธ. 2550)

ความแตกต่างของการตายเป็นประสบการณ์ (experience) ชีวิตของแต่ละบุคคล แต่ในทางประชากรศาสตร์ จะสนใจศึกษากลุ่มประชากร โดยมีแนวคิดที่ว่าประชากรที่อาศัยในพื้นที่เดียวกันย่อมมีประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกัน แต่ประสบการณ์บางอย่างอาจจะไม่สามารถสังเกตได้ ตัวอย่างเช่น องค์ประกอบทางด้านพันธุกรรม ภาวะของจิตใจ เป็นต้น ดังนั้นส่วนใหญ่จึงศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล อาทิ เพศ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ อาชีพ หรือปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจ เช่น รายได้ สถานะทางสังคม เป็นต้น ซึ่งในแต่ละปัจจัย ประชากรจะเผชิญกับเหตุการณ์หรือความเสี่ยงที่แตกต่างกัน ความแตกต่างของการตายระหว่างกลุ่มประชากรนั้นแสดงให้เห็นทั้งระดับ (level) แบบแผน (pattern) ของการตาย อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth) รวมทั้งสาเหตุการตาย (causes of death) เมื่อพิจารณาตามเพศ กลุ่มอายุ พื้นที่เขตเมืองและชนบท ก็จะมีพบความแตกต่างของประชากรกลุ่มย่อย (subpopulation) (Nantawan 2004)

¹ วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา

นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงประชากร (population change) ก็ยังคงเป็นตัวกำหนดการตายที่สำคัญ ดังที่องค์การสหประชาชาติเตือนให้ทั่วโลกเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่สำคัญ (World Health Organization 2005) ที่ว่าในอนาคตประชากรโลกครึ่งหนึ่งจะอาศัยในเขตเมือง ขณะเดียวกันนั้นประชากรสูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนา และประเทศยากจนจะมีสัดส่วนของผู้ที่อาศัยในเขตเมืองและเขตชนบทเท่าๆ กัน และในปี พ.ศ. 2560 จะมีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรทั่วโลก ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและการตาย ตัวอย่างเช่น จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จะมีผลต่อระดับและแบบแผนของการตาย การที่ประชากรอาศัยในเขตเมืองมากขึ้น จะทำให้แบบแผน และสาเหตุการตายเปลี่ยนไปด้วย เช่น การตายด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมไม่เหมาะสมจะเพิ่มมากขึ้น ความเครียด การขับขี่ยานพาหนะ อุบัติเหตุจากการทำงานและความประมาทต่างๆ ทำให้ภาพของภาวะการตายเปลี่ยนไป และอาจจะแตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้ได้เลือกพื้นที่ อ.วังน้ำเขียว จ.นครราชสีมา เนื่องจากจากการศึกษาลักษณะพื้นที่ของประเทศไทยที่มีลักษณะชนบท ในขณะที่เคยมีความเป็นเมืองด้วย จากประวัติความเป็นมาเป็นพื้นที่ใหม่เพิ่งเปิดให้มีผู้คนย้ายเข้าไป ในปี พ.ศ. 2508 และมีคนย้ายถิ่นเข้าไปมากในปี พ.ศ. 2521 ดังนั้นคนที่อยู่ในอำเภอมีทั้งที่มาจากพื้นที่ใกล้เคียงและพื้นที่ห่างไกล มีความผสมผสานของเชื้อชาติ ลักษณะการอยู่อาศัยก่อนปี พ.ศ. 2535 นั้นมีความหนาแน่นน้อยเพราะเป็นพื้นที่กึ่งปิดสามารถเข้าถึงได้ยาก คนที่อาศัยอยู่มากกว่า 20 ปีจึงเป็นคนที่ได้รับอิทธิพลจากความเป็นชนบทสูง (นลินี 2547) นอกจากนั้นเหตุการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่สำคัญหลายอย่าง โดยเฉพาะการย้ายถิ่นเข้าและออก การเปลี่ยนกลุ่มประชากร ซึ่งเดิมเป็นผู้ย้ายถิ่นจากพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อเข้ามาจับจองที่ทำกิน ต่อมามีการย้ายเข้าของกลุ่มนายทุน เพื่อทำธุรกิจการท่องเที่ยวหลากหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นรีสอร์ท ร้านอาหาร ตลอดจนเป็นเจ้าของพื้นที่ทำไร่ สวนขนาดใหญ่ เช่น การทำไร่องุ่น การปลูกพืชเมืองหนาวเพื่อการส่งออก เป็นต้น พื้นที่ อ.วังน้ำเขียว มีแรงดึงดูดนายทุน อาจจะเนื่องมาจากลักษณะภูมิศาสตร์ที่มีจุดเด่นหลายประการ ความแตกต่างของภาวะการณตายอันเกิดจากพื้นที่ภูมิศาสตร์ดังกล่าว จำเป็นที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในผลที่จะตามมา รวมทั้งเตรียมวางแผนที่จะรับมือกับสถานการณ์เหล่านั้น ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจประเด็นความแตกต่างของการตายในเขตเมืองและเขตชนบท โดยมีคำถามการวิจัยว่า มีความแตกต่างของการตายระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทหรือไม่ และในลักษณะใด และปัจจัยกำหนด (determinants) ใดที่มีผลต่อความแตกต่าง โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัย

กำหนดความแตกต่างของการตายของประชากรที่อาศัยในเขตเมืองและเขตชนบท เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ในสภาพความเป็นอยู่ ภาวะสุขภาพอนามัย การเจ็บป่วย และภาวะการตาย ของประชากรที่อาศัยในพื้นที่ภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน ที่จะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล หรือที่ต้องการความช่วยเหลือได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับคำศัพท์ในการวิจัย จึงกำหนดนิยามศัพท์เฉพาะดังนี้

1. ตัวกำหนดทางพฤติกรรมมนุษย์ที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย หมายถึง พฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย การใช้สารเคมี ที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพเฉพาะในด้านลบที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย การได้รับอุบัติเหตุ ความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน และความพิการ

2. พฤติกรรมการเสพสารเสพติด หมายถึง พฤติกรรมการเสพยาหรือ/ยาเส้น เหล้า/ยาตอง เบียร์ เครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟกระป๋อง ยาแก้ปวด มาก โดยผู้ตอบจะต้องเสพเป็นประจำและไม่สามารถหยุดเสพได้

3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย แบ่งออกเป็น ไม่ออกกำลังกายเลย ออกกำลังกายบ้างเป็นบางครั้ง และออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นการให้ผู้ตอบประเมินตนเอง

4. พฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ใช้เป็นประจำและต่อเนื่อง ได้แก่ ปุ๋ยเคมี ดีดีที ยาฆ่าหญ้าหรือวัชพืช ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าอมดม และอื่นๆ เช่น สารเคมีสำหรับย้อมผ้าไหม เป็นต้น

5. ความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร เข้านอน ลุกจากเตียง อาบน้ำ แต่งตัว เข้าห้องน้ำ โดยที่ไม่ต้องการความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง หรือใช้อุปกรณ์พิเศษใดๆ (Special Equipment) ในการทำกิจวัตรประจำวันดังกล่าว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี (retrospective study) โดยกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำมากำหนดตัวแปรที่ศึกษาดังนี้ ตัวแปรอิสระ ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดการตาย โดยแบ่งเป็น 1) ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factors) ได้แก่ อายุ

เพศ ความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (socio-economic factor) ได้แก่ สถานภาพสมรส การศึกษา และฐานะเศรษฐกิจ 3) ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ (geographic factor) ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย (เมือง/ชนบท) และ 4) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavior factor) ได้แก่ การใช้สารเคมี การเสพสารเสพติด ตัวแปรตาม ได้แก่ โอกาสของการตาย (probability of dying) แบ่งออกเป็น ตาย/ไม่ตาย (รอดชีพ)

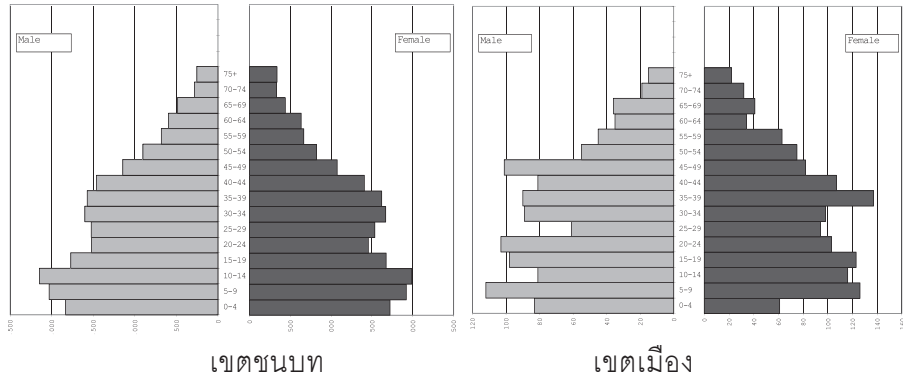
ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือในการศึกษา

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi - stage random sampling) โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้ 1. สุ่มตำบลโดยแบ่งเป็นเขตเมือง และเขตชนบท สำหรับเขตชนบท กำหนดขนาดร้อยละ 50 ของสัดส่วนของตำบลชนบท 2. สุ่มหมู่บ้านจากตำบลร้อยละ 30 3. ศึกษาครัวเรือนทั้งหมดที่มีรายชื่อผู้เสียชีวิตระหว่างปี พ.ศ. 2545 - 2549 จากรายงานการตาย 4. เก็บข้อมูลจากสมาชิกในครัวเรือนที่มีชีวิตทุกคน และสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เสียชีวิต โดยพนักงานสัมภาษณ์จะถามข้อมูลย้อนหลัง 10 ปีจากญาติ ผู้ดูแล หรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ตาย

ลักษณะข้อมูลที่เก็บจะเป็นข้อมูลพฤติกรรม การใช้สารเสพติด การใช้สารเคมี การออกกำลังกาย โดยสอบถามถึงพฤติกรรมย้อนหลังไป 10 ปี ด้วยการวิเคราะห์การรอดชีพ (survival analysis) ผู้วิจัยจึงกำหนดระยะเวลาที่ศึกษาจุดเริ่มต้น คือ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2544 และสิ้นสุดการศึกษาในธันวาคม ปี พ.ศ. 2549 กรณีมีการตายเกิดขึ้นในเดือน มกราคม พ.ศ. 2544 จำนวน 3 คน การวิเคราะห์จะนำเอาคนตาย 3 คนออกจากกลุ่มคนทั้งหมด (censor) เป็นเช่นนี้เรื่อย ๆ จนถึงคนตายคนสุดท้ายของเดือนธันวาคม พ.ศ. 2549 รวมคนตายทั้งหมด 219 คน คนรอดชีพ 674 คน จนถึงวันที่ทำการศึกษา ตลอดระยะเวลาที่มีการตายเกิดขึ้น โอกาสรอดชีพ (survival probability) ของกลุ่มคนจะลดลง ในขณะที่โอกาสในการตาย (probability of dying) จะเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยได้กำหนดช่วงเวลาการศึกษา 60 เดือน ตัวอย่างเช่น กรณีคนที่ตายในเดือนมีนาคมปี 2545 ตัวแปรเวลา เท่ากับ 15 เดือน ในขณะที่คนที่รอดชีพทั้งหมดจะมีตัวแปรเวลาเท่ากับ 60 เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และพัฒนาเครื่องมือภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการตาย (mortality expert) 5 คน โดยทำการจัดอบรมพนักงานสัมภาษณ์ ทดลองเครื่องมือ และเก็บข้อมูล ตามลำดับ สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่กำหนดการตายของข้อมูลระยะยาว คือ Cox proportional hazard model และ survival analysis

ข้อมูลพื้นที่ที่ศึกษา



รูปที่ 1 โครงสร้างประชากรในเขตชนบทและเขตเมืองจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พ.ศ. 2543
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2544. (สร้างจากข้อมูลสำมะโนประชากรและการเคหะ 2543)

สำหรับลักษณะทางประชากร จากข้อมูลสำมะโนประชากรและการเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นถาวรนับจำนวนประชากรที่อาศัยอยู่จริง (de facto) พบว่า พีรามิดประชากรของเขตชนบทจากการสำมะโนประชากรจะมีกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี, 20 - 24 ปี และ 25 - 29 ปี ที่เว้าเข้าไปมาก ซึ่งสาเหตุมาจากการย้ายถิ่นของวัยแรงงาน เนื่องจากไม่พบว่ามีข้อมูลการตายที่ผิดปกติในประชากรกลุ่มอายุดังกล่าวในช่วงเวลาที่ศึกษา ในขณะที่พีรามิดประชากรของเขตเมืองมีความไม่ราบเรียบมากกว่าในหลายๆ กลุ่มอายุ

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ คร่าวเรือนที่สำรวจได้ 200 หลังคาเรือน ส่วนใหญ่ ตั้งอยู่ใน ต. อุดมทรัพย์ (ร้อยละ 54) รองลงมาคือ ต.วังน้ำเขียว (ร้อยละ 31.00) และ ต.ไทยสามัคคี (ร้อยละ 15) ตามลำดับ ได้กลุ่มตัวอย่าง 817 คน อาศัยในเขตชนบท (ร้อยละ 83.97) มากกว่าเขตเทศบาล (ร้อยละ 16.03) มีจำนวนผู้อาศัยระหว่าง 1 - 13 คน เฉลี่ย 5.37 คน

ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกผู้ที่มีชีวิตอยู่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.12) มากกว่า เพศชาย (ร้อยละ 47.98) เล็กน้อย โดยเพศชาย มีอายุ 25 - 29 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 11.22) และ 35 - 39 ปี (ร้อยละ 10.20) เพศหญิงส่วนใหญ่มีอายุ 25 - 29 ปี (ร้อยละ 9.88) 10 - 14 ปี (ร้อยละ 8.71) และ 35 - 39 ปี (ร้อยละ 8.47) มีสถานภาพโสดมากที่สุด (ร้อยละ 37.70) รองลงมา คือ สถานภาพคู่ (ร้อยละ 33.54) และสถานภาพหย่า

(ร้อยละ 10.04) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่อาศัยใน จ.นครราชสีมา เฉลี่ย 23.18 ปี มีหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 97.93) มากกว่าไม่มีหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 2.08) ส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 31.82) รองลงมา คือ ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 21.18) และอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 12.24) ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมการเสพสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่หรือยาเส้นมากที่สุด (ร้อยละ 16.65) รองลงมาคือ ดื่มเบียร์ (ร้อยละ 10.77) กินหมาก (ร้อยละ 5.39) ดื่มน้ำกาแฟ (ร้อยละ 5.26) ดื่มน้ำสุรา (ร้อยละ 3.92) ดื่มน้ำเครื่องดื่มชูกำลัง (ร้อยละ 2.57) และกินยาแก้ปวด (ร้อยละ 1.47) ตามลำดับ ส่วนใหญ่จะเสพนานานกว่า 10 ปี สำหรับการใช้สารเคมี พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้ปุ๋ยเคมีมากที่สุด (ร้อยละ 11.75) รองลงมาคือ ยาฆ่าหญ้า (ร้อยละ 6.00) ยาฆ่าแมลง (ร้อยละ 3.06) ยาฆ่าแมลง (ร้อยละ 1.71) และใช้ดีดีที (ร้อยละ 1.10) ตามลำดับ และส่วนใหญ่ใช้มานานกว่า 10 ปี

ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกที่เสียชีวิต พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่เสียชีวิต โดยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้เสียชีวิต (ร้อยละ 85.39) เป็นผู้ที่ไม่ได้อาศัยกับผู้เสียชีวิต แต่เป็นผู้ที่ดูแลก่อนเสียชีวิต (ร้อยละ 13.24) ส่วนใหญ่ อาศัยกับผู้เสียชีวิตมานานกว่า 10 ปี (ร้อยละ 70) โดยมีความสัมพันธ์ เป็นลูก (ร้อยละ 38.81) เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 20.55) เป็นแม่ (ร้อยละ 15.53) เป็นพี่หรือน้อง (ร้อยละ 6.38) ตามลำดับ

ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกที่เสียชีวิต จากครัวเรือนที่ศึกษา 200 หลังคาเรือน มีผู้เสียชีวิต ระหว่างปี พ.ศ.2545-2549 จำนวน 219 คน อาศัยในตำบลอุดมทรัพย์ (ร้อยละ 52.97) มากที่สุด รองลงมา คือตำบลวังน้ำเขียว (ร้อยละ 32.87) และ ตำบลไทยสามัคคี (ร้อยละ 14.16) ตามลำดับ ผู้ที่เสียชีวิตอาศัยในเขตชนบท (ร้อยละ 84.02) มากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 15.98) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.73) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 39.27) ส่วนใหญ่เสียชีวิตในวัยชรา โดยพบว่าเพศชายส่วนใหญ่ มีอายุมากกว่า 80 ปี (ร้อยละ 16.54) รองลงมาคือ อายุ 65 - 69 ปี (ร้อยละ 12.03) ในขณะที่เพศหญิง ส่วนใหญ่ มีอายุมากกว่า 80 ปี (ร้อยละ 26.74) รองลงมาคือ อายุ 75 - 79 ปี (ร้อยละ 11.63) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 63.01) รองลงมาคือ หย่า (ร้อยละ 21.92) และ โสด (ร้อยละ 10.96) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 32.88) ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 27.85) และ เกษตรกรรม (ร้อยละ 23.29) ตามลำดับ

พฤติกรรมการเสพสารเสพติดและการใช้สารเคมี ผู้ที่เสียชีวิตสูบบุหรี่ ยาเส้น มากที่สุด (ร้อยละ 30.59) รองลงมาคือ ดื่มเบียร์ (ร้อยละ 25.57) กินหมาก (ร้อยละ 17.81) กาแฟ (ร้อยละ 5.02) สุรา (ร้อยละ 3.65) เครื่องดื่มชูกำลัง (ร้อยละ 3.20) และยาแก้ปวด (ร้อยละ 2.74) ตามลำดับ และส่วนใหญ่เสพนานกว่า 10 ปี กลุ่มตัวอย่างใช้ปุ๋ยเคมี

มากที่สุด (ร้อยละ 18.72) รองลงมา คือ ยาฆ่าหญ้า (ร้อยละ 7.31) ยาฆ่าแมลง (ร้อยละ 2.28) และดีดีทีน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.46) ตามลำดับ และส่วนใหญ่ใช้มานานกว่า 10 ปี สาเหตุการตายที่สำคัญ 3 อันดับแรกคือ โรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรัง (ยกเว้นมะเร็ง) (ร้อยละ 38.81) รองลงมาคือ ขราภาพ (ร้อยละ 18.26) และมะเร็ง (ร้อยละ 13.70) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเฉพาะสาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็ง พบว่าส่วนใหญ่ เป็นมะเร็งของระบบย่อยอาหาร (ร้อยละ 27.27) รองลงมาคือ มะเร็งตับ (ร้อยละ 12.12) และ มะเร็งของระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 9.09) ตามลำดับ

ปัจจัยที่กำหนด หรือปัจจัยที่มีผลต่อการตาย จากการสัมภาษณ์ข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี ประชากรกลุ่มเดียว (retrospective study) เกี่ยวกับลักษณะด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประวัติความเจ็บป่วย ความพิการ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การใช้สารเสพติดและสารเคมี การได้รับอุบัติเหตุ การออกกำลังกาย ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตายของประชากร อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าว ยังมีระยะเวลา (time) เข้ามาเกี่ยวข้อง วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสความน่าจะเป็นของการตายด้วย Cox proportional hazard model เพื่อควบคุมปัจจัยอายุที่มีผลต่อประสบการณ์ชีวิต เช่น การใช้สารเคมี การเสพยาเสพติดฯ ที่ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการตายของประชากร เนื่องจากมีระยะเวลาเข้ามาเกี่ยวข้อง อิทธิพลจะแตกต่างกันไปอันเนื่องมาจากประสบการณ์ชีวิต จึงศึกษาเฉพาะคนที่มีอายุมากกว่า 15 ปี

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของประชากร อ.วังน้ำเขียว จ.นครราชสีมา จำแนกตามปัจจัยทางชีววิทยา เศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรม ของกลุ่มตัวอย่างที่ตาย (death) และรอดชีวิต (survive)

ตัวแปร	ตาย (Death)		รอดชีวิต (Survive)	
	จำนวน (Number) (n = 207)	ร้อยละ (percent)	จำนวน (Number) (n = 674)	ร้อยละ (percent)
ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factor)				
1) กลุ่มอายุ (age group)				
15 - 19 ปี	3	4.20	69	95.80
20 - 24 ปี	7	10.60	59	89.40
25 - 29 ปี	6	6.50	86	93.50
30 - 34 ปี	16	19.80	65	80.20
35 - 39 ปี	12	13.60	76	86.40
40 - 44 ปี	12	15.60	65	84.40
45 - 49 ปี	14	19.40	58	80.60
50 - 54 ปี	13	25.00	39	75.00
55 - 59 ปี	16	31.40	35	68.60
60 - 64 ปี	9	27.30	24	72.70
65 - 69 ปี	19	37.30	32	62.70
70 - 74 ปี	17	40.50	25	59.50
75 - 79 ปี	19	54.30	16	45.70
>80 ปี	44	63.80	25	36.20
2) เพศ (Gender)				
หญิง	83	19.50	343	80.50
ชาย	124	27.50	327	72.50
3) สถานภาพสมรส				
โสด	15	8.40	163	91.60
สมรส	135	32.50	281	67.50
หย่า/แยก หม้าย	54	38.30	87	61.70
ไม่ตอบ/ ไม่ทราบ	3	2.10	143	97.90
4) ความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน				
ทำไม่ได้	22	66.70	11	33.30
ทำได้	185	21.80	663	78.20

ตัวแปร	ตาย (Death)		รอดชีวิต (Survive)	
	จำนวน (Number) (n = 207)	ร้อยละ (percent)	จำนวน (Number) (n = 674)	ร้อยละ (percent)
ปัจจัยด้านสังคม (sociological factor)				
5) การศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	2.00	48	98.00
เรียน	206	24.80	626	75.20
6) ถิ่นที่อยู่อาศัย				
เขตเมือง	42	24.30	131	75.70
เขตชนบท	165	23.30	543	76.70
ปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavior factors)				
7) การออกกำลังกาย				
ไม่ออกกำลังกาย	133	38.60	212	61.40
ออกกำลังกาย	71	13.70	289	80.30
ไม่ทราบ/ไม่ตอบ	3	1.70	173	98.30
8) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	151	20.50	586	79.50
ดื่ม	56	38.90	88	61.10
9) เคี้ยวหมากประจำ				
ไม่เคี้ยว	168	21.10	630	78.90
เคี้ยว	39	47.00	44	53.00
10) สูบบุหรี่ประจำ				
ไม่สูบ	141	20.80	538	79.20
สูบ	66	32.70	136	67.30
11) การใช้สารเคมี				
ไม่ใช้	157	27.20	420	72.80
ใช้	49	28.50	123	71.50

ตารางที่ 1 เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปคนที่ยังมีชีวิตและเสียชีวิตแล้ว พบว่า คนที่ตายเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมีสัดส่วนของผู้ที่มีสถานภาพหย่า/แยก/หม้ายมากที่สุด สำหรับความสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง พบว่า มีสัดส่วนคนที่ทำไม่ได้มากกว่าประมาณ 2 เท่า เมื่อพิจารณาการศึกษา คนที่ตายมีสัดส่วนของผู้ที่เรียนหนังสือน้อยกว่า พฤติกรรมสุขภาพบ่งบอกว่า คนที่ตายไม่ออกกำลังกายมากกว่าเกือบ 2 เท่า ในขณะที่

ที่การใช้สารเสพติด พบว่า คนที่ตายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มากกว่าเกือบ 2 เท่าเช่นกัน ยกเว้นการกินหมากที่มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) ไม่พบว่า มีความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระ สำหรับปัจจัยกำหนดความแตกต่างของการตายของประชากรที่อาศัยในเขตเมืองและเขตชนบท ภายหลังจากตรวจสอบคุณสมบัติของตัวแปรตามเกณฑ์การวิเคราะห์สถิติ Cox regression โดยกำหนดแบบเต็มรูป (Full model) 2 แบบ คือ ศึกษาปัจจัยทางชีววิทยาและพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบที่ 1 ประชากรที่อาศัยในเขตเมือง รูปแบบที่ 2 ประชากรที่อาศัยในเขตชนบท ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 relative risk estimates ของประชากรอายุมากกว่า 15 ปี: อ.วังน้ำเขียว จ.นครราชสีมา

ปัจจัย	แบบ (model) 1 เขตเมือง		แบบ (model) 2 เขตชนบท	
	Exp	(SE.)	Exp	(SE.)
ปัจจัยทางชีววิทยา				
อายุ	1.055***	.012	1.034***	.005
เพศ				
- ชาย (ก)	1.447	.415	1.689**	.215
สถานภาพสมรส				
- สมรส (ข)	5.752*	1.033	1.415	.307
- หย่า/หม้าย	3.392	1.122	.917	.371
การทำกิจวัตรประจำวัน (ค)	1.082	1.177	.766	.269
ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ				
การออกกำลังกาย (ง)	.456**	.356	.618**	.178
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (จ)	1.950*	.430	2.045***	.220
การสูบบุหรี่ (ฉ)	.680	.403	.925	.221
การกินหมาก (ช)	1.186	.701	1.695**	.248
การใช้สารเคมี (ซ)	.779	.898	.922	.196
	model chi-square = 44.462 P = .00 -2 log likelihood = 318.977		model chi-square = 129.570 P = .00 -2 log likelihood = 1741.351	

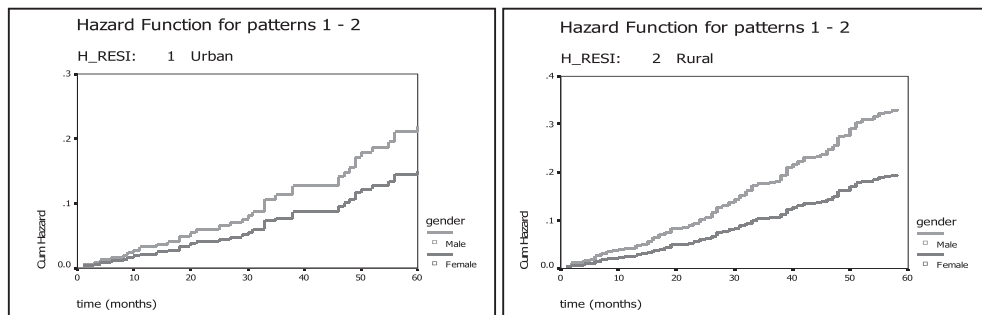
* p < 0.10, ** p < 0.05, *** p < 0.01

Reference: (ก) หญิง, (ข) โสด, (ค) ทำได้, (ง) ไม่ออกกำลังกาย, (จ) ไม่ดื่ม, (ฉ) ไม่สูบ, (ช) ไม่กินหมาก, (ซ) ไม่ใช้สารเคมี

จากตารางที่ 2 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสความน่าจะเป็นของการตาย ของประชาชนที่อาศัยในเขตเมือง เมื่อพิจารณาจากระยะเวลา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .10 คือ อายุ สถานภาพสมรส การออกกำลังกาย และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยอายุ มีผลเชิงบวกกับโอกาสความน่าจะเป็นของการตาย นั่นคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นโอกาสความน่าจะเป็นของการตายจะเพิ่มขึ้นด้วย คนที่มีสถานภาพสมรสมีโอกาสความน่าจะเป็นของการตายมากกว่าคนโสด 6 เท่า คนที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสความน่าจะเป็นของการตายมากกว่าคนที่ออกกำลังกาย 2.2 เท่า และคนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสความน่าจะเป็นของการตายมากกว่าคนที่ไม่ดื่ม 2 เท่า ตามลำดับ สำหรับตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญแต่สามารถนำมาอธิบายโมเดล คือ เพศชายมีโอกาสความน่าจะเป็นของการตายมากกว่าเพศหญิง 1.4 เท่า คนที่มีสถานภาพหย่า/หม้ายมีโอกาสความน่าจะเป็นของการตายมากกว่าโสด 3.4 เท่า และคนที่กินหมากมีโอกาสความน่าจะเป็นของการตายมากกว่าคนไม่กินหมาก 1.2 เท่า

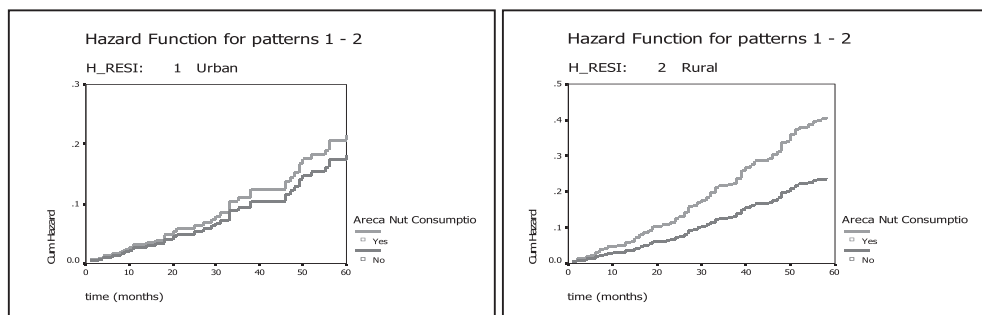
เมื่อพิจารณาประชาชนที่อาศัยในเขตชนบทพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสความน่าจะเป็นของการตาย คือ อายุ เพศ การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการกินหมาก โดยอายุมีผลเชิงบวกกับโอกาสความน่าจะเป็นของการตาย เพศชายมีโอกาสความน่าจะเป็นของการตายมากกว่าเพศหญิง 1.7 เท่า คนที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสความน่าจะเป็นของการตายมากกว่าคนที่ออกกำลังกาย 1.6 เท่า และคนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสความน่าจะเป็นของการตายมากกว่าคนที่ไม่ดื่ม 2 เท่า และคนที่กินหมากมีโอกาสความน่าจะเป็นของการตายมากกว่าคนไม่กินหมาก 1.7 เท่า

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยกำหนดโอกาสความน่าจะเป็นของการตายระหว่างเขตเมืองและชนบทที่แตกต่างกัน พบว่าตัวแปรที่มีผลต่อการตายของคนที่อาศัยในเขตชนบท แต่ไม่มีผลต่อคนที่อาศัยในเขตเมือง คือ เพศ และการกินหมาก ส่วนตัวแปรที่มีผลต่อการตายในเขตเมืองแต่ไม่มีผลต่อการตายในเขตชนบท คือ สถานภาพสมรส ส่วนปัจจัยกำหนดที่มีผลต่อโอกาสความน่าจะเป็นของการตาย ที่มีผลเหมือนกันต่างกันในขนาด (Magnitude) นั้น พบว่าอายุและการออกกำลังกาย มีผลต่อประชากรเขตเมืองมากกว่าชนบท ส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อคนในเขตชนบทมากกว่าเขตเมืองเล็กน้อย



รูปที่ 2 โอกาสความน่าจะเป็นของการตาย (hazard function) ของคนในเขตเมืองและชนบทจำแนกตามเพศ

จากรูปที่ 2 ความชันของเส้นโอกาสความน่าจะเป็นของการตายของคนในเขตชนบทมีความชันมากกว่าเขตเมือง และความแตกต่างของเส้นกราฟของคนที่ย้ายในเขตชนบทจะกว้างกว่าเขตเมืองด้วยเช่นกัน



รูปที่ 3 โอกาสความน่าจะเป็นของการตาย (hazard function) ของคนในเขตเมืองและชนบทจำแนกตามการกินหมาก

จากรูปที่ 3 พบว่า ความชันของเส้นโอกาสความน่าจะเป็นของการตายของคนในเขตชนบทมีความชันมากกว่าเขตเมือง และความแตกต่างของเส้นกราฟโอกาสความน่าจะเป็นของการตายของคนที่ยากินหมากและไม่กินในเขตชนบทกว้างกว่าเขตเมืองหลายเท่าด้วยเช่นกัน

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ตัวแปรที่มีผลต่อการตายของคนในเขตชนบทแต่ไม่มีผลต่อคนในเขตเมือง คือเพศ และการเคี้ยวหมาก และเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยกำหนดความแตกต่างของการตายระหว่างเขตเมืองและชนบท จากปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหมือนกันในทั้ง 2 พื้นที่ แต่ต่างกันที่ขนาด พบว่า อายุและการออกกำลังกายมีผลต่อโอกาสความน่าจะเป็นของการตายของคนในเขตเมืองมากกว่าชนบท ในขณะที่การกินหมากมีผลต่อโอกาสความน่าจะเป็นของการตายในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง นอกจากนี้ความแตกต่างระหว่างโอกาสความน่าจะเป็นของการตายของเพศชายและหญิง คนที่กินหมากและไม่กินหมากของคนที่อาศัยในเขตชนบทจะแตกต่างกันมากกว่าคนในเขตเมือง ความชันที่มากกว่านั้นแสดงว่ามีการเพิ่มขึ้นของโอกาสความน่าจะเป็นของการตายมากกว่าหรือเร็วกว่าเมื่อเวลาเพิ่มขึ้น

ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสความน่าจะเป็นของการตาย เป็นที่ทราบกันดีว่า แอลกอฮอล์ บุหรี่นั้นเป็นสารเสพติดที่เป็นปัญหาสำหรับประชากรโลกมานาน พิษของมันนั้นได้รับความสนใจ และมีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง และมีข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งอัตราการป่วยและอัตราการตายที่เป็นแบบแผนเดียวกันทั่วโลก (สธ. 2550) แต่การกินหมากที่ถือว่าเป็นวัฒนธรรมของประชากรที่อาศัยในทวีปเอเชียยังพบเห็นค่อนข้างมาก ในสังคมที่ยังไม่พัฒนา อาจเกิดจากคนเหล่านั้นยังไม่รับรู้ถึงอันตรายเช่นเดียวกับการดื่มสุรา ที่พบมากในสังคมชนบท ตัวอย่างเช่นเกษตรกรไทยชอบดื่มสุราในช่วงที่ไม่ได้ทำงาน หรือช่วงหลังเลิกทำงาน หากพิจารณาพิษของ Ethanol ที่เป็นส่วนประกอบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การทำงานของอวัยวะที่มีหน้าที่ในการเคลื่อนไหวลดลงและทำให้สูญเสียความรู้สึกตัว เมื่อดื่มมากอาจทำให้หมดความรู้สึก และทำให้สูญเสียหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic dysfunction) เช่น ความดันโลหิตต่ำ อุณหภูมิของร่างกายต่ำ เป็นต้น บางครั้งอาจถึงขั้นโคม่า และตายจากระบบการหายใจถูกกด และเส้นเลือดของหัวใจตีบ สาร Ethanol สามารถดูดซึมได้ง่ายในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก และหากดื่มในขณะที่กระเพาะว่าง การดูดซึมใช้ระยะเวลาเพียง 30 - 90 นาที แต่ถ้ามีอาหารในกระเพาะ การดูดซึมจะช้าลง และแอลกอฮอล์จะอยู่ในร่างกายนาน 6 ชั่วโมง ก่อนจะถูกขับออกจากร่างกาย โดยตับมีเอนไซม์หลายตัว (metabolism of ethanol) ที่ใช้ในการย่อยสลาย นอกจากนี้ผลของมันยังทำให้เกิดปัญหาต่อจิตประสาท การบาดเจ็บที่ศีรษะ การขาดออกซิเจน การติดเชื้อ และภาวะความผิดปกติของสมองเนื่องจากการสูญเสียหน้าที่ของตับ (Hepatic encephalopathy) หากดื่มต่อเนื่องกันนานๆ จะมีผลต่อการเต้นของหัวใจ ที่ผิดปกติหลอดอาหารอักเสบ

และมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ตับอักเสบ ตับแข็ง สมองเสื่อม โลหิตจางจากความบกพร่องของการทำงานของตับ เป็นต้น (Egland 2007)

ในขณะที่หมากมีสาร Arecoline และ Arecaidine ที่จะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสาร Catecholamines และผู้ที่เคี้ยวหมาก จะมีระดับฮอร์โมน Norepinephrine และ Epinephrine ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท (sympathetic activation) (Angeles 2006) ทำให้เกิดความรู้สึกตื่นตัว สดชื่น นอกจากนั้นยังมีการศึกษาที่พบว่า การกินหมากทำให้มีโอกาสมะเร็งในช่องปาก ถ้ากินมาก ๆ ทำให้เกิดอาการเสพติด (abuse) เนื้อเยื่อในช่องปากหนาตัว (oral submucosa fibrosis) และกล้ามเนื้อแก้มแข็ง (cheek muscle become hard) ทำให้อ้าปากเต็มที่ไม่ได้ มีผลต่อสุขอนามัยของช่องปาก ทั้งหมดนี้จึงเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง นอกจากนั้นการเสพร่วมกับยาสูบและปุนได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นเหตุของการเกิดมะเร็ง (Nair, Bartsch and Nair 2004; Supaporn 2006) โดยยาสูบจะเป็นตัวเร่งความเสี่ยง นอกจากนั้นพบว่าคนที่กินหมากมักจะชอบสูบบุหรี่ร่วมด้วย แต่ยังไม่มียผลการศึกษาที่ยืนยันแน่ชัดว่า จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้นหรือไม่ การสำรวจในครั้งนี้นี้ยังพบว่าคนที่อาศัยในชนบทจะกินหมากมากกว่าคนในเขตเมือง ซึ่งเขต อ.วังน้ำเขียวส่วนใหญ่เป็นพื้นที่สูง สอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง ปี พ.ศ. 2540 พบว่าประชาชนไทยพื้นที่สูงจะมีการติดบุหรี่และดื่มสุรามากกว่าคนที่อาศัยในพื้นที่ราบ โดยการติดสูราอยู่ในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง นอกจากนั้นความเชื่อในด้านสุขภาพแบบดั้งเดิมทำให้ยังคงนิยมรักษาด้วยวิธีแผนโบราณ การเชื่อผี การกินหมาก สูบบุหรี่และดื่มสุรา พฤติกรรมเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพและความยืนยาวของชีวิตดังกล่าวข้างต้น (สธ. 2550)

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้ นโยบายในระดับประเทศ ควรจะให้ความสำคัญกับความหลากหลายของปัจจัยหรือตัวกำหนดภาวะสุขภาพในแต่ละพื้นที่ โดยการทำความเข้าใจความแตกต่าง เพื่อสามารถกำหนดนโยบายที่สามารถเอื้อต่อทุกพื้นที่ สำหรับระดับท้องถิ่นควรมีนโยบายเฉพาะตามสภาพของพื้นที่ขนาดเล็ก ความเข้าใจภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ จะเป็นผลดีสำหรับการกำหนดนโยบายท้องถิ่นที่สามารถพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ดีกว่าและตรงจุดมากกว่านโยบายในระดับมหภาค และควรได้รับจัดสรรงบประมาณที่จะทำให้การกระจายบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึง พร้อมกับวิเคราะห์ศักยภาพของการให้บริการด้านสุขภาพของพื้นที่ขนาดเล็กที่มีอยู่ และขยายไปสู่พื้นที่ห่างไกล จากข้อมูลพบว่าสังคมชนบทยังมีความเชื่อและการดำเนิน

ชีวิตแบบดั้งเดิม แสดงให้เห็นถึงการที่ประชากรยังขาดความรู้จากระบบการศึกษา รวมทั้งบุคคล และสื่อต่างๆ ดังนั้นจึงควรหาวิธีการที่จะเข้าถึงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเหมาะสมโดยคำนึงถึงความแตกต่างของกลุ่มประชากรดังกล่าว ให้ความสำคัญกับสื่อบุคคล ผู้นำชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีศักยภาพในการเข้าถึงแต่ละครัวเรือน ให้คำแนะนำ บริการเยี่ยมบ้านและตรวจสุขภาพเบื้องต้น ซึ่งการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน (Primary health care) นับว่าเป็นปัจจัยหลักต่อการพัฒนาสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยควรเพิ่มศักยภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และร่วมเป็นผู้ดูแล ให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ห่างไกล การศึกษาวิจัยครั้งนี้เลือกพื้นที่ขนาดเล็ก เพื่อให้เหมาะสมกับระยะเวลาและงบประมาณ สำหรับการวิจัยอื่นๆ ควรเพิ่มพื้นที่ในการศึกษาจนถึงระดับประเทศ โดยศึกษาพฤติกรรมสำคัญบางอย่างที่น่าสนใจ เช่น การกินหมาก ซึ่งพบว่ามีส่วนต่อการเจ็บป่วยและการตาย ที่ยังไม่มีข้อมูลในระดับประเทศ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยระยะยาวมากขึ้น และในบางประเด็นต้องทำการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน หรือ การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเข้าใจพฤติกรรมของประชากรมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2548. การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- กระทรวงสาธารณสุข (สธ.). 2550. สถานการณ์การตายของประชาชนไทยปี 2548. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- นลินี กังศิริกุล. 2547. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเรียนและรู้จากวงน้ำเขียว. กรุงเทพฯ : พิมพ์ลักษณ์.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. 2543. ประชากรศาสตร์: สาระตักศึกษาเรื่องประชากรมนุษย์. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- Angeles, M.L., et al. 2006. Areca-nut abuse and neonatal withdrawal syndrom. Pediatrics. (117): 129-131.
- Egland A.G. 2007. Toxicity, alcohols. Department of Operational and Emergency Medicine, Walter: Reed Army Medicine Center.
- Nantawan Intachat. 2004. Cause of Death in Thailand: Patterns and Differences. (PhD. Dissertation). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Nair, U., Bartsch, H. and Nair. J. Mutagenesis. July 1, 2004. 19(4): 251 - 262.
- Supaporn Chatrchaiwiwatana. 2006. Dental caries and periodontitis associated with betel quid chewing: Analysis of two data sets. Journal of the Medical Association of Thailand. 89(7): 1004-1011.
- World Health Organization. 2005. Global forum for health research 2005. New York: Pro-Book.

พฤติกรรมกรรมการกำกับที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของเยาวชน ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

อุษณีย์ พึ่งปาน และ จิตรลดา อารีย์สันติชัย

บทคัดย่อ

เมื่อเดือนเมษายน 2551 วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ด้วยการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ได้ศึกษาเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลางเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงลักษณะการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจเด็กและเยาวชนกลาง และเปรียบเทียบการใช้สารเสพติดของเยาวชนที่ถูกจับด้วยคดีที่ต่างกัน

ผลการศึกษาเยาวชนจำนวน 1,002 คน (ชาย 888 คน และหญิง 114 คนตามลำดับ) คิดเป็นร้อยละ 63.3 ของเยาวชนที่อยู่ในสถานพินิจฯ ทั้งหมดในขณะนั้น ได้ข้อค้นพบ 2-3 ประการ ซึ่งมีทั้งที่เหมือนและแตกต่างไปจากการวิจัยอื่น ในส่วนที่เหมือนกันคือ เยาวชนที่กระทำผิดเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนแล้ว จบแค่ระดับประถมศึกษาเท่านั้น บางส่วนก็ไม่ได้เรียน นอกจากนี้เยาวชนที่ต้องโทษด้วยคดีจำหน่าย และคดีอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดก็เสพยาด้วย แต่ส่วนที่ไม่เหมือนก็คือ สัดส่วนของการใช้และไม่ใช้ยาเสพติดของคดีอื่นที่มิใช่คดีเสฟสูงกว่าการศึกษาในอดีต และที่สำคัญคือการค้นพบว่า เยาวชนกลุ่มนี้เริ่มมีความสัมพันธ์กับการใช้ไอซ์ หรือสารเสพติดตัวหนึ่งในกลุ่มที่เรียกว่า club drugs นิยมเสฟเพื่อความบันเทิง และผู้ใช้มิใช่กลุ่มที่ถูกจับด้วยคดีเสฟด้วย ซึ่งน่าจะมีความหมายว่า การใช้ไอซ์อาจจะมิใช่การใช้เพื่อการเสฟติด ข้อค้นพบที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ประมาณร้อยละ 3-5 เสพยาเสฟติดด้วยวิธีการฉีด โดยเฉพาะการฉีดยาบ้า ซึ่งแตกต่างไปจากการศึกษาในอดีต

สิ่งที่ฝ่ายนโยบายน่าจะเร่งแก้ไข คงมิใช่ยับยั้งการใช้สารเสฟติด แต่การป้องกันการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสฟติดในกลุ่มเยาวชนทั้งในและนอกสถานศึกษา อาทิ ให้ความรู้ หมายมาตรการช่วยเหลือ และต้องเป็นการแก้ปัญหาในระยะยาวอย่างครบวงจร ร่วมกันหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ดำเนินการพร้อมกันให้ไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่เยาวชนของชาติต่อไป

BEHAVIOR OF BREACHING THE LAW RELATED TO ADDICTIVE SUBSTANCE USE IN THE CENTRAL JUVENILE OBSERVATION AND PROTECTION CENTERS

Usaneya Perngparn and Chitlada Areesantichai

ABSTRACT

During April 2008, the College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University supported by the Office of Narcotics Control Board has organized a study on addictive substance use among young population in the Central Juvenile Observation and Protection Centers. This study is aimed at monitoring types of addictive substance use among juvenile delinquents in the Juvenile Observation and Protection Centers in Bangkok and central regions, and comparing types of substance use among different cases.

The results from 1,002 juvenile cases (888 male and 114 female respectively) or 63.3% of all young people in the Centers reported a few evidences either similar or different from other studies. This study has also shown the majority of the delinquents already completed the primary schools. Moreover, some have never attended school. The similar evidence is young people with non-drug use cases (drug retailing case or other cases) still use addictive substances. However, the different evidence is that the ratio of use and non-use substance among non-drug use cases is higher than the previous studies. Noticeably, these youngsters have experienced using Ice, an addictive substance in club drugs which is popular among nightlife people. In addition, about 3-5% reported intravenous drug use, especially yaba (methamphetamine).

Therefore, the emergency revision of the policy should not deal only with substance use but also look into other preventive program both in schools and in the communities for substantial solution.

พฤติกกรรมการกระทำผิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดของเยาวชน ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

อุษณีย์ ฝั่งปาน¹ และ จิตรลดา อารีย์สันติชัย¹

บทนำ

ในปีพ.ศ. 2494 กระทรวงยุติธรรม ได้จัดตั้งศาลคดีเด็กและเยาวชนกลาง พร้อมกับสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลางขึ้นเป็นครั้งแรก เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2495 นับเป็นการเริ่มต้นแห่งระบบการแก้ไขเด็กและเยาวชนที่ถูกต้องเหมาะสม โดยแยกปฏิบัติต่อเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดออกจากกระบวนการยุติธรรมสำหรับผู้ใหญ่ ทั้งกฎหมายได้บัญญัติให้มีการสืบเสาะ และพินิจข้อเท็จจริงเกี่ยวกับบุคลิกภาพ ภาวะแห่งจิต และสิ่งแวดล้อม ต่อมาเมื่อมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ซึ่งตามมาตรา 275 บัญญัติให้ศาลยุติธรรมมีหน่วยธุรการของศาลยุติธรรมที่เป็นอิสระ จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการศาลยุติธรรม พ.ศ. 2543 ขึ้นซึ่งมีผลให้สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนซึ่งเดิมอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของศาลเยาวชนและครอบครัวมาอยู่ภายใต้สังกัดของกระทรวงยุติธรรม ตามมาตรา 36 ภายหลังจากสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนมาสังกัดอยู่ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม ในช่วงปี พ.ศ. 2545 รัฐบาลได้มีการปฏิรูประบบราชการใหม่ โดยได้มีการตราพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ขึ้นมีผลทำให้สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ได้รับการยกฐานะเป็นกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ปัจจุบันมีสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนอยู่เกือบทุกจังหวัดทั่วประเทศ จากข้อมูลสถิติของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน นับต่อเนืองมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 จนปัจจุบัน แสดงให้เห็นว่าเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 30 จะกระทำความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน อากิ ลักทรัพย์ และคดีอันดับรองประมาณร้อยละ 16-20 จะเป็นคดีเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ

¹ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การใช้สารเสพติดทุกชนิด มีจำนวนลดลงประมาณ 2 ใน 3 ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นปีที่รัฐบาลเริ่มใช้ พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 (คือ เยาวชนที่ถูกจับจะถูกส่งเข้าระบบบังคับบำบัดทั้งหมด) คือ จากจำนวน 16,723 คน ในปี พ.ศ. 2545 ลดลงเหลือ 5,897 คน ในปีถัดมา แต่การลดลงของจำนวนเยาวชนคดียาเสพติด เมื่อจำแนกชนิดของสารเสพติดจะเห็นว่า มีเพียงจำนวนเยาวชนที่ทำผิดคดียาบ้าเท่านั้นที่ลดลง แต่จำนวนเยาวชนที่ทำผิดคดียาเสพติดชนิดอื่นๆ โดยเฉพาะสารระเหย กลับมีสถิติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาอย่างต่อเนื่องของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546, 2548, 2549 และ 2550 ยังพบว่า เด็กและเยาวชนที่ต้องคดีไม่ว่าจะเป็นคดีใดๆ ยังมีอัตราการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ อยู่ด้วย นอกจากนี้ยังค้นพบว่า สภาพแวดล้อมก็มีส่วนที่สนับสนุนให้เด็กและเยาวชนเหล่านี้ใช้สารเสพติด ซึ่งปัญหาต่างๆ จะเชื่อมโยงกันทั้งครอบครัว ชุมชน สารเสพติด ที่สำคัญคือ ปัญหาสุขภาพที่ซ่อนเร้นอยู่ การศึกษาเด็กและเยาวชนกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องจึงจำเป็นที่จะต้องทำ เพื่อติดตามสภาพปัญหา และหาแนวทางแก้ไขต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อดูลักษณะการใช้สารเสพติดของเยาวชนในสถานพินิจเด็กและเยาวชนกลาง
- 2) เปรียบเทียบการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชนที่ถูกจับด้วยคดีที่แตกต่างกัน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำผิดคดีต่างๆ กับคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด อาจจะนำไปใช้ในการป้องกันเยาวชนในเรื่องการกระทำผิดต่างๆ

วิธีการศึกษา

ในรายงานนี้เป็นการนำเสนอข้อมูลศึกษาเชิงปริมาณ โดยการวิธีสำรวจข้อมูลเยาวชนในสถานพินิจฯ รายใหม่ที่กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและหรือมีประสบการณ์ในการเสพยาเสพติด ด้วยแบบสัมภาษณ์ซึ่งเป็นคำถามปรนัยปลายเปิดและปลายปิดผสมกัน โดยจะเก็บข้อมูลในหัวข้อต่อไปนี้

- ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม
- พฤติกรรมการใช้สารเสพติดทุกชนิด
- พฤติกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด เช่น การจำหน่ายยาเสพติด การบำบัดรักษา
- การต้องโทษ

ระยะเวลาที่ใช้ศึกษา การเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ในครั้งนี้ดำเนินการเมื่อ มีนาคม - เมษายน 2551

สถานที่เก็บข้อมูลและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรกลุ่มเป้าหมายคือ เยาวชนทุกคนที่อยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ได้แก่ บ้านกรูณา บ้านปราณี บ้านเมตตา บ้านอุเบกขา บ้านมุทิตา และสถานพินิจแรกรับสมุทรปราการ

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละแห่งประมาณ 1 สัปดาห์ หรือ ถ้าเป็นบ้านที่มีจำนวนไม่มากก็จะเก็บเด็กและเยาวชนทั้งหมดที่อยู่ในบ้าน ณ วันสัมภาษณ์ (ตารางที่ 1) ได้จำนวนเยาวชน 1,002 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 ของเด็กและเยาวชนทั้งหมดที่อยู่ในบ้านในขณะที่ไปสัมภาษณ์ จำแนกเป็นผู้ที่อยู่ในบ้านแรกรับสมุทรปราการ จำนวน 65 คน เป็นชาย 49 คน หญิง 16 คน บ้านมูทิตา กรุณา อุเบกขา หรือ เยาวชนชายที่ตัดสินใจดีแล้ว จำนวน 93, 420 และ 141 คนตามลำดับ เยาวชนชายที่ยังไม่ได้ตัดสินใจที่บ้านเมตตา จำนวน 185 คน และเยาวชนหญิงบ้านปราณีที่ตัดสินใจ และยังไม่ตัดสินใจ จำนวน 98 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเยาวชนที่สัมภาษณ์ได้ จำแนกตามเพศ อายุและสถานที่อยู่ที่ตัดสินและยังไม่ตัดสินคดี

สถานที่	ยังไม่ได้ตัดสินคดี				ตัดสินคดีแล้ว (ชาย)						ตัดสินและ ไม่ตัดสินคดี		รวมทั้งหมด	
	บ้านแรกรับ สมุทรปราการ		กรุงเทพฯ (บ้านเมตตา)		บ้านมุกิตา		บ้านกรุณา		บ้านอุเบกขา		บ้านปราณี (หญิง)			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
เพศ														
ชาย	49	75.4	185	100	93	100	420	100	141	100	-	-	888	88.6
หญิง	16	24.6	-	-	-	-	-	-	-	-	98	100	114	11.4
รวม	65	100	185	100	93	100	420	100	141	100	98	100	1002	100
อายุ														
11	-	-	-	-	3	3.2	-	-	-	-	-	-	4	0.4
12	-	-	-	-	1	1.1	-	-	-	-	-	-	1	0.1
13	1	1.5	5	2.7	1	1.1	-	-	-	-	1	1.0	8	0.8
14	5	7.7	5	2.7	8	8.6	-	-	-	-	-	-	18	1.8
15	5	7.7	18	9.7	18	19.4	17	4.0	-	-	7	7.1	64	6.4
16	16	24.6	38	20.5	22	23.7	40	9.5	8	5.7	12	12.2	136	13.6
17	28	43.1	101	54.6	15	16.1	131	31.2	19	13.5	29	29.6	323	32.2
18	7	10.8	12	6.5	17	18.3	127	30.2	48	34.0	25	25.5	236	23.6
19	1	1.5	3	1.6	6	6.5	60	14.3	29	20.6	14	14.3	113	11.3
20	2	3.1	1	0.5	-	-	24	5.7	14	9.9	7	7.1	48	4.8
>20	0	0.0	2	1.1	2	2.2	21	5.0	23	16.3	3	3.1	51	5.1
รวม	65	100	185	100	93	100	420	100	141	100	98	100	1002	100
Median (ปี)	17		17		16		18		18		17		17	
Mean ± SD.	16.5+1.3		16.6+1.2		16.2+2.0		17.8+1.5		18.7+1.6		17.6+1.8		17.4+1.7	

จากตารางที่ 1 พบว่าเยาวชนกลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ยประมาณ 16-18 ปี (17.4+1.7 ปี) จำแนกตามบ้านได้ดังนี้ คือ บ้านแรกรับสมุทรปราการ 16.5+1.3 ปี (มัธยฐาน 17 ปี) บ้านมุกิตา 16.2+2.0 ปี (มัธยฐาน 16 ปี) บ้านเมตตา 16.6+1.2 ปี (มัธยฐาน 17 ปี) บ้านกรุณา 17.8+1.5 ปี (มัธยฐาน 18 ปี) บ้านอุเบกขา 18.7+1.6 ปี (มัธยฐาน 18 ปี) โดยผู้ที่อยู่ในบ้านมุกิตาจะมีอายุน้อยกว่าเพื่อน สังเกตว่าเป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่าและเท่ากับ 15 ปีถึง 1 ใน 3 และเยาวชนหญิงบ้านปราณีมีอายุเฉลี่ย 17.6+1.8 ปี (มัธยฐาน 17 ปี) ประมาณร้อยละ 8 เท่านั้น ที่มีอายุน้อยกว่าและเท่ากับ 15 ปี

การนำเสนอต่อไปนี้เป็นกรจำแนกเยาวชนตามลักษณะคดีที่ถูกจับออกเป็น 3 กลุ่ม กล่าวคือ คดีเสพและครอบครอง คดีจำหน่าย และคดีอื่นๆ ซึ่งหมายรวมถึงคดีลักทรัพย์ และคดีที่ถูกกล่าวหาโดยมิได้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดเลย การจำแนกเช่นนี้ เพื่อที่จะเปรียบเทียบการใช้สารเสพติดของเยาวชนที่ถูกจับด้วยคดีที่แตกต่างกัน พร้อมกันนี้เพื่อความชัดเจนได้แยกเพศของเยาวชนด้วย

ลักษณะทางประชากรและสังคม ในการศึกษาที่สัมภาษณ์เด็กและเยาวชน ชาย 888 คน หญิง 114 คน ได้จำนวนชายที่ถูกจับคดีเสพและครอบครอง 223 คน จำหน่าย 172 คน และคดีอื่นๆ 493 คน จำนวนหญิงที่ถูกจับคดีเสพและครอบครองจำนวน 25 คน จำหน่าย 55 คน และคดีอื่นๆ 34 คน ตามลำดับ

ผลการศึกษา พบว่าเยาวชนชายมีอายุเฉลี่ยประมาณ 17 ปี (17.5+1.7 ปี) จำแนกตามคดี คดีเสพฯ 16.6+1.2 ปี (มัธยฐาน 17 ปี) คดีจำหน่าย 17.6+1.4 ปี (มัธยฐาน 18 ปี) คดีอื่นๆ 17.8+1.9 ปี (มัธยฐาน 18 ปี) ตามลำดับ ในขณะที่หญิงมีอายุเฉลี่ยประมาณ 17 ปีเท่ากันทุกคดี แตกต่างกันที่อายุเฉลี่ย กล่าวคือ อายุเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 17.4+1.8 ปี จำแนกตามคดีได้ดังนี้ คือ คดีเสพฯ 17.4+2.7 ปี คดีจำหน่าย 17.6+1.3 ปี และคดีอื่นๆ 17.2+1.8 ปี ตามลำดับ

เยาวชนชายส่วนใหญ่เป็นโสด (ร้อยละ 62-66) ในขณะที่หญิงร้อยละ 24-47 เท่านั้นที่เป็นโสด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงที่ถูกจับคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ไม่ว่าจะเป็นคดีเสพ ครอบครอง หรือจำหน่าย ส่วนใหญ่เป็นคนไทย มีต่างชาติ (ลาว พม่า และชาวเขาอยู่ 11 คน เป็นชาย 6 คน หญิง 5 คน) เยาวชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ เยาวชนชาย 48 คน ที่นับถือศาสนาอื่น (ศาสนาอิสลาม 42 คน คริสต์ 6 คน) สังเกตว่าผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามส่วนใหญ่ถูกจับคดีอื่นๆ และคดีจำหน่ายยาเสพติด

เยาวชนในกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 67-79 ที่ก่อนถูกจับเรียนหนังสือจบแล้ว เยาวชนชายประมาณร้อยละ 16 โดยเฉพาะผู้ที่ถูกจับคดีเสพฯ รายงานว่าไม่เคยเรียนหนังสือในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 26 ส่วนเยาวชนหญิงเพียงไม่กี่คนเท่านั้นที่ไม่ได้เรียนหนังสือ เยาวชนชายที่เรียนจบแล้ว ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 35.5) เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ตามข้อกำหนดของกระทรวงศึกษา ในขณะที่ผู้หญิงเรียนสูงถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 35.6)

เยาวชนชายประมาณเกือบครึ่ง รายงานว่าก่อนถูกจับไม่มีงานทำ โดยเฉพาะผู้ที่ถูกจับคดีจำหน่าย ชายและหญิงร้อยละ 65.7 และ 67.3 ตามลำดับ ไม่มีงานทำ คดีเสพฯ ชายและหญิงร้อยละ 49.8 และ 60.0 ตามลำดับ ไม่มีงานทำ ส่วนผู้ชายที่มีงานประจำทำส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 30 จะทำงานรับจ้าง รองลงมาเป็นลูกจ้างบริษัทหรือโรงงาน และงานชั่วคราวก็เป็นงานรับจ้างเช่นเดียวกัน ส่วนเยาวชนหญิงรายงานการทำงานไม่ชัดเจน เมื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับรายได้ พบว่ามากกว่าครึ่งเป็นผู้ไม่มีรายได้ และส่วนใหญ่ก็มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน น่าสนใจว่าเมื่อสอบถามถึงรายได้พิเศษที่นอกเหนือไปจากงานอาชีพแล้ว ชายประมาณร้อยละ 40 และหญิงประมาณร้อยละ 68 รายงานว่ามีรายได้พิเศษ และในจำนวนนี้มากกว่าร้อยละ 95 ชายยาเสพติด โดยเฉพาะผู้ที่ถูกจับคดีจำหน่ายทั้งชายและหญิง ร้อยละ 98-99 มีรายได้จากการจำหน่ายสารเสพติด

การใช้สารเสพติด เมื่อสอบถามถึงการใช้สารเสพติด พบว่า เยาวชนเกือบทุกคนเคยใช้สารเสพติดแทบทั้งสิ้น เยาวชนชาย-หญิง ประมาณร้อยละ 30 ไม่เคยใช้สารเสพติดที่น่าสงสัยก็คือ ผู้ที่ต้องคดีจำหน่าย และคดีอื่นๆ รายงานว่าเคยเสพยาเสพติด โดยเฉพาะเยาวชนชายคดีจำหน่ายและคดีอื่นๆ เคยใช้สารเสพติดร้อยละ 92.4 และ 71.0 ตามลำดับ ส่วนเยาวชนหญิงคดีจำหน่ายและคดีอื่นๆ เคยใช้สารเสพติดร้อยละ 67.3 และ 76.4 ตามลำดับ และการใช้สารเสพติดจำแนกแต่ละชนิดได้ดังนี้

กัญชา เยาวชนชายทุกคน ร้อยละ 43-57 เคยมีประสบการณ์ใช้กัญชา ในขณะที่ผู้หญิงร้อยละ 32-36 เท่านั้นที่รายงานว่าจะเคยสูบกัญชา อายุที่เริ่มใช้ส่วนใหญ่ประมาณ 13-16 ปี ทั้งนี้อายุน้อยที่สุดคือ 8 ปีอยู่ในกลุ่มเยาวชนชายที่ถูกจับคดีลักทรัพย์

กระท่อม เยาวชนเป็นส่วนน้อยที่รายงานว่ามีประสบการณ์เคยใช้พืชกระท่อม มีเยาวชนชายเพียงร้อยละ 10 และหญิงเพียง 3 รายเท่านั้นที่รายงานว่าจะเคยใช้กระท่อม ส่วนใหญ่เริ่มใช้เมื่ออายุ 14-16 ปี

ยาบ้า เยาวชนทั้งชาย-หญิงมากกว่า 2 ใน 3 มีประสบการณ์เสพยาบ้า โดยเฉพาะ เยาวชนชายคดีเสพฯ (ร้อยละ 93.7) คดีจำหน่าย (ร้อยละ 87.8) และคดีอื่นๆ (ร้อยละ 58.4) เคยใช้ยาบ้า อายุที่เริ่มใช้ยาบ้าส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่าง 13-17 ปี สังเกตว่าผู้หญิง ที่ถูกจับคดีจำหน่าย และคดีอื่นๆ เคยเสพยาบ้ามากกว่าคดีเสพฯ เสียอีก

ฝิ่น เยาวชนชาย จำนวน 13 คนเท่านั้นที่เคยมีประสบการณ์สูบฝิ่น ส่วนหญิง ไม่มีเลย *เฮโรอีน* ทำนองเดียวกันกับฝิ่น เยาวชนชาย จำนวน 19 คนและหญิง 2 คนเท่านั้น ที่เคยมีประสบการณ์ใช้เฮโรอีน อย่างไรก็ตามสังเกตว่าอายุที่เริ่มเสพยาเฮโรอีนจะประมาณ 16-17 ปี

สารระเหย เยาวชนชาย ร้อยละ 12.2 และหญิง ร้อยละ 13.2 มีประสบการณ์ดมสารระเหย อายุน้อยที่สุดที่เริ่มดมสารระเหย คือ 7 ปี อย่างไรก็ตามอายุเฉลี่ยการดมสารระเหยประมาณ 15 ปี

ยาอี/ยาเลิฟ หรือ Ecstasy เป็นยาในกลุ่ม club drugs ซึ่งปัจจุบันนี้นิยมเอามาใช้กันอย่างกว้างขวาง การศึกษานี้ พบว่าเยาวชนชายประมาณร้อยละ 3 เท่านั้นที่เคยใช้ยาอี/ยาเลิฟ ในขณะที่หญิงร้อยละ 8.8 เคยใช้ และถ้าดูคดีจำหน่ายแล้ว จะพบว่าร้อยละ 18.2 เคยใช้ยาอี/ยาเลิฟ อายุที่เริ่มใช้ของผู้ชายประมาณ 15 ปี หญิงประมาณ 16-17 ปี

ยาเคตามีน (คีตามีน) หรือที่เรียกกันว่า ยาเค เป็นยาในกลุ่ม club drugs ซึ่งนิยมเอามาใช้กันอย่างแพร่หลายเช่นเดียวกัน การศึกษานี้ พบว่า เยาวชนชายเพียง 11 คน และหญิง 7 คนเท่านั้นที่เคยใช้ยาเค

โคเคน ในประเทศไทยจัดโคเคนเป็นสารเสพติดในกลุ่ม club drugs การใช้ไม่แพร่หลาย ดังนั้นเยาวชนชายเพียง 9 คนเท่านั้นที่รายงานว่าเคยใช้โคเคน ส่วนผู้หญิง ไม่มีเลย

โดมิคุม เป็นยานอนหลับที่นิยมกันในหมู่ผู้ใช้สารเสพติดหนัก ประเภทเฮโรอีน เพื่อลดอาการอยากยา และใช้ทดแทน ในการศึกษาพบผู้เคยใช้เพียง 6 คน เป็นชาย 4 คน หญิง 2 คน เท่านั้น

ไอซ์ สารเสพติดในกลุ่ม club drugs อีกชนิดหนึ่ง คือ ไอซ์ นำสังเกตว่าสารชนิดนี้ กลับเป็นที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่นมากกว่า club drugs ตัวอื่น ในการศึกษาพบผู้ที่เคยใช้ไอซ์ มาก โดยเฉพาะกลุ่มคดีจำหน่าย ทั้งชายและหญิง ร้อยละ 32.6 และ 30.9 ตามลำดับที่ รายงานว่าเคยใช้ไอซ์ ส่วนคดี เสพฯ และคดีอื่นๆ มีประมาณร้อยละ 11-18 เท่านั้น อายุที่เริ่มใช้ไอซ์ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15-17 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับอายุปัจจุบันของเยาวชนกลุ่มนี้แล้ว แสดงว่า เริ่มใช้ไอซ์ได้ประมาณ 2-3 ปี ก่อนถูกจับแล้ว

พฤติกรรมกรรมการใช้สารเสพติดก่อนถูกจับ เมื่อสอบถามถึงสารเสพติดที่ใช้ชนิดสุดท้ายก่อนถูกจับ เยาวชนที่เคยใช้สารเสพติดมากกว่าร้อยละ 70 รายงานว่าใช้ยาบ้า ซึ่งวิธีที่ใช้เป็นการสูบ (มากกว่าร้อยละ 89) ราคายาบ้าที่ซื้อมา ส่วนใหญ่จะจ่ายเงินมากกว่า 150 ถึง 200 บาทต่อยาบ้า 1 เม็ด ทั้งนี้เหมือนกันทั้งชาย-หญิง นอกจากนี้ประมาณ ร้อยละ 8-13 รายงานว่าได้มาฟรี

พฤติกรรมกรรมการฉีดยา/สารเสพติด ประมาณร้อยละ 3-5 ที่เคยฉีดยาเสพติด เยาวชนชาย รายงานว่าเคยฉีดยาเสพติดมากกว่าหญิงอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม พบว่า เยาวชนชายที่ถูกจับคดีอื่นๆ ยาบ้าเป็นสารเสพติดที่นิยมเอามาฉีดเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 43.3 ของผู้ที่รายงานว่ายานี้) รองลงมาเป็นเฮโรอีน (ร้อยละ 36.7 ของผู้ที่เคยฉีด) ตามลำดับ เมื่อสอบถามถึงพฤติกรรมกรรมการจำหน่ายยาเสพติด พบว่า เยาวชนชายคดีเสพฯ และคดีอื่น ประมาณร้อยละ 40 เคยจำหน่ายยาเสพติด แต่คดีอื่นๆ ระบุว่าเคยขายแต่เลิกไปแล้ว ผู้หญิงคดีเสพฯ จะจำหน่ายยาเสพติดน้อยกว่าคดีอื่นๆ

การบำบัดรักษาเพื่อหยุดใช้สารเสพติด เยาวชนชายและหญิง ประมาณร้อยละ 20 เคยไปรักษาเพื่อหยุดยาเสพติด ร้อยละ 75 รักษาเพียงครั้งเดียว เยาวชนชายคดีจำหน่ายเท่านั้นที่รักษามากกว่า 1 ครั้งในอัตราที่สูงกว่ากลุ่มอื่น (ร้อยละ 28.2)

การดื่มสุรา ดังได้กล่าวมาแล้วว่าเยาวชนกลุ่มนี้ร้อยละ 80 เคยดื่มสุรา นำสังเกตว่าผู้ที่ถูกจับคดีเสพฯ ทั้งชายและหญิง ดื่มสุราในอัตราที่ต่ำกว่าผู้ถูกจับคดีอื่นๆ อายุที่เริ่มดื่มสุราจะอยู่ระหว่าง 12-15 ปี ซึ่งต่ำกว่าอายุที่เริ่มใช้สารเสพติดบางตัว อายุที่น้อยที่สุดที่รายงานว่ายานี้คือ 5 ปี เป็นเยาวชนชายคดีจำหน่ายยาเสพติด นอกจากนี้ก็มีเยาวชนชายคดีอื่นๆ ที่ดื่มสุราครั้งแรกตั้งแต่อายุ 6, 7, 8 และ 9 ปี ตามลำดับ

การต้องโทษในอดีต เยาวชนชาย-หญิง ร้อยละ 42.6 และ 26.3 เคยถูกจับมาก่อนครั้งนี้ และในบรรดาผู้ที่เคยถูกจับ สังเกตว่าเยาวชนชายที่ปัจจุบันถูกจับคดีเสพ/ครอบครอง ร้อยละ 28.2 ถูกจับครั้งแรกด้วยคดีที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ในขณะที่ผู้ที่ปัจจุบันถูกจับด้วยคดีอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ร้อยละ 27 ถูกจับครั้งแรกด้วยคดีที่เกี่ยวกับยาเสพติด (ร้อยละ 21.5 เป็นคดีเสพและครอบครอง ส่วนอีกร้อยละ 5.5 จำหน่าย) ส่วนกลุ่มผู้หญิงมากกว่าครึ่งของคดีจำหน่ายและร้อยละ 27.3 ของคดีอื่นๆ ที่ต้องโทษครั้งแรกด้วยคดีเสพยาเสพติด

การวิเคราะห์ผลการศึกษา สรุปและเสนอแนะ

เยาวชนชายและหญิงที่ถูกจับเข้ามาสู่สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เป็นกลุ่มประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่น่าสนใจศึกษาในพฤติกรรมกรรมการใช้สารเสพติด ทั้งนี้เพราะการที่เยาวชนจะเข้ามาสู่สถานพินิจฯ ต้องมีพฤติกรรมกรรมการกระทำผิดกฎหมาย ซึ่งรวมถึงการใช้สารเสพติดด้วย ในแต่ละปีเด็กและเยาวชนที่เข้าสู่สถานพินิจฯ ด้วยฐานความผิดเกี่ยวกับสารเสพติด (คดียาเสพติด, ครอบครอง, จำหน่าย) เป็นอันดับแรกๆ นอกจากนี้จากสถิติย้อนหลังสิบปี (2543-2552) พบว่าเยาวชนในสถานพินิจฯ ประมาณร้อยละ 11.8-18.6 กระทำผิดซ้ำจนต้องกลับเข้ามาใหม่

การศึกษาครั้งนี้สัมภาษณ์เยาวชนที่ต้องคดีต่างๆ โดยมีได้เลือกเฉพาะผู้ต้องคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด และเก็บข้อมูลได้มากถึงร้อยละ 63 ของเยาวชนทั้งหมดที่อยู่ในบ้านนั้น สอบถามทั้งเยาวชนทั้งหญิงและชาย โดยที่เยาวชนชายมากกว่าครึ่ง และหญิงประมาณร้อยละ 30 ถูกจับด้วยคดีอื่นๆ กล่าวคือคดีที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เช่น วิวาททรัพย์ ลักทรัพย์ ปล้น เป็นต้น ผลปรากฏว่าถึงแม้ว่าเยาวชนเหล่านี้จะถูกจับด้วยคดีที่ไม่เกี่ยวกับการเสพยาหรือครอบครองสารเสพติด แต่ก็มีประสบการณ์การใช้สารเสพติดประมาณร้อยละ 30 เท่านั้นที่ไม่ได้ใช้สารเสพติด นอกจากนี้ผู้หญิงมากกว่า 1 ใน 4 และชายประมาณเกือบครึ่งหนึ่งเคยกระทำผิดจนถูกจับมาก่อนครั้งนี้ ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่สูงกว่าสถิติของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนอย่างชัดเจน

การใช้สารเสพติดของเยาวชนกลุ่มนี้เป็นเหมือนตัวชี้วัดการระบาดของสารเสพติดได้เป็นอย่างดี ซึ่งในครั้งนี้ได้ขอค้นพบ 2-3 ประการ มีทั้งที่เหมือนกับการวิจัยอื่นและที่แตกต่างไป ขอกล่าวในส่วนที่เหมือนกันก่อน กล่าวคือ เยาวชนที่ต้องโทษด้วยคดีจำหน่ายและคดีอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดก็เสพยาด้วย ซึ่งข้อค้นพบนี้เหมือนกับการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา แต่ส่วนที่ไม่เหมือนก็คือ สัดส่วนของการใช้และไม่ใช้ยาเสพติดของคดีอื่นที่มีใช้คดีสูงกว่าการศึกษาในอดีต และที่สำคัญคือการค้นพบว่า เยาวชนกลุ่มนี้เริ่มมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดตัวใหม่หรือที่รู้จักกันในวงการว่า “club drugs” ยาที่เสพยาเพื่อความบันเทิง โดยเฉพาะสารเสพติดที่นิยมใช้ เรียกว่า “ไอซ์” ซึ่งเป็นสารประเภทเดียวกับยาบ้า กล่าวคือมีส่วนผสมของ “เมทแอมเฟตามีน” เช่นเดียวกัน และในไอซ์จะมีสารเมทแอมเฟตามีนผสมอยู่ถึงร้อยละ 98 ซึ่งทราบกันดีว่าการเสพยาชนิดนี้เข้าไปในปริมาณมาก หรือต่อเนื่องจนเสพยาจะเกิดโรคจิตเรียกว่า Methamphetamine psychosis, เยาวชนกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาดังกล่าว

ข้อมูลที่น่าสนใจประการหนึ่ง คือ เยาวชนกลุ่มนี้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีการฉีดประมาณร้อยละ 3-5 โดยเฉพาะเยาวชนชายที่นิยมฉีดยาบ้าเป็นอันดับแรก รองลงมา เป็นเฮโรอีน เป็นที่ทราบกันดีว่าการฉีดสารเสพติดนี้สามารถนำไปสู่การติดเชื้อจากการใช้เข็มฉีดยาที่ไม่สะอาด ก่อให้เกิดการติดเชื้อที่ผิวหนัง เป็นฝีอักเสบ บางรายเกิดการกระจายของเชื้อในกระแสเลือด ทำให้เกิดการติดเชื้ออักเสบของอวัยวะภายในร่างกาย เช่น ข้ออักเสบติดเชื้อ ลิ้นหัวใจอักเสบติดเชื้อ เป็นฝีในสมอง ฯลฯ อย่างไรก็ตาม เชื้อโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่เกิดจากเหตุนี้ คือ ตับอักเสบบวมชนิด ซี (HCV) และ เชื้อเอชไอวี (HIV) จากรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดพบว่า ยังคงมีความชุกชุมของการติดเชื้อสูงกว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ มาก

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้คงเพียงพอที่จะบ่งบอกถึงสัญญาณอันตรายในกลุ่มเยาวชนของชาติ ทั้งหญิงและชายสิ่งที่ฝ่ายนโยบายน่าจะเร่งแก้ไข คงมิใช่เด็กและเยาวชนกลุ่มนี้แต่เพียงอย่างเดียว คงหมายรวมถึงการหาทางยับยั้งการใช้สารเสพติดในกลุ่มเยาวชน การป้องกันเยาวชนในสถานศึกษา อาทิ ให้ความรู้ สิ่งที่สำคัญ คือ หามาตรการช่วยเหลือเด็กนอกสถานศึกษาด้วย ทั้งนี้เพราะจากข้อมูลที่ศึกษานี้พบว่า เยาวชนที่กระทำผิดเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนแล้ว นอกจากนี้ส่วนใหญ่เรียนแค่ระดับประถมศึกษาเท่านั้น บางส่วนก็ไม่ได้เรียน ดังนั้น การแก้ไขปัญหาในระยะยาว อย่างครบวงจรและหลายหน่วยงานดำเนินการพร้อมกันให้ไปในทิศทางเดียวกัน จะเกิดประโยชน์สูงสุดแก่เยาวชนของชาติต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงยุติธรรม. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. จำนวนคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนทั่วประเทศ จำแนกตามฐานความผิด ในปีพ.ศ. 2543-2552 สืบค้นจาก http://www2.djop.moj.go.th/stat/upload/back52_offense.pdf วันที่ 12 สิงหาคม 2553.
- กระทรวงยุติธรรม. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. ข้อมูลสถิติกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. สืบค้นจาก http://www2.djop.moj.go.th/stat/main_user.php?mid=2&mon=24 วันที่ 11 มีนาคม 2553.
- กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มเสี่ยง. สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข 2548.
- คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. สถานภาพการใช้สารเสพติด 2550 จากการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์. ธันวาคม 2550.
- จิตรลดา อารีย์สันติชัย และอุษณีย์ พึ่งปาน. พฤติกรรมแวดล้อมกับการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดของเด็กวัยรุ่น: กรณีเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์. 21 (2). มิถุนายน 2550. หน้า 155-162.
- สำนักงานปปส. ภาค 1, สำนักงานปปส. กรุงเทพมหานคร, สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ และศูนย์วิจัยยาเสพติด วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สถานภาพการใช้สารเสพติดของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ. 2551.
- อภินันท์ อร่ามรัตน์, นียดา เกียรติยิ่งอังศุลี และอุษณีย์ พึ่งปาน. การทบทวนบทความเรื่อง "Drug dependence/harmful use" เอกสารไม่เผยแพร่. สิงหาคม 2549.
- อุษณีย์ พึ่งปาน. การทบทวนช่วงครึ่งแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 กลุ่มผู้เสพยาเสพติด. รายงานโครงการวิจัยของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2548.
- อุษณีย์ พึ่งปาน, สรिता อีระวัฒน์กุล, มานพ คณะโต และ สาวิตรี อัจฉนาคกรชัย. การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาสารเสพติด ศึกษากรณีเด็กและเยาวชนในสถานพินิจจะคุ้มครองเด็กและเยาวชน. รายงานโครงการวิจัยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานปป.ส. 2546.
- Dore G., Sweeting M. Drug-induced psychosis associated with crystalline methamphetamine. *Australas Psychiatry*. 2006 Mar; 14(1):86-89.
- Risdahl J.M., Khanna K.V., Peterson P.K., Molitor T.W. Opiates and infection. *J Neuroimmunol*. 1998 Mar 15; 83 (1-2): 4-18.
- Yui K., Ikemoto S., Ishiguro T., Goto K. Studies of amphetamine or methamphetamine psychosis in Japan: relation of methamphetamine psychosis to schizophrenia. *Ann N Y Acad Sci*. 2000 Sep; 914:1-12.

อัตราดอกเบี้ยทบต้นกับอัตราเพิ่มของประชากรไทย

วัฒนา สุทธิชัย

บทคัดย่อ

ในเรื่องของการเงิน เงินรวม คือ เงินต้นรวมกับดอกเบี้ยที่คำนวณตามอัตราดอกเบี้ยที่กำหนด ซึ่งอัตรานี้มี สองชนิด คือ อัตราดอกเบี้ยคงต้นและอัตราดอกเบี้ยทบต้น อัตราดอกเบี้ยทบต้นก็แบ่งออกเป็น สองชนิด คือ อัตราดอกเบี้ยทบต้นที่มีระยะเวลาแน่นอนกับอัตราดอกเบี้ยทบต้นอย่างต่อเนื่อง ชนิดหลังมีความคล้ายคลึงกับอัตราเพิ่มของประชากรมากกว่าชนิดแรก ความคล้ายคลึงกันระหว่างเงินกับ ประชากร คือ ปริมาณเงินต้นเปรียบเสมือนกับจำนวนประชากรในปีเริ่มต้น ปริมาณเงินรวมเปรียบเสมือนกับจำนวนประชากรในปีสุดท้าย อัตราดอกเบี้ยทบต้นอย่างต่อเนื่องเปรียบเสมือนกับอัตราเพิ่มของประชากร จากความคล้ายคลึงกันนี้ ถ้าทราบอัตราเพิ่มของประชากรก็สามารถคำนวณหาจำนวนประชากรในอนาคตได้ ในการพยากรณ์อัตราเพิ่มของประชากรไทยจากรูปแบบสมการ Quadratic, Cubic กับข้อมูลในปี พ.ศ. 2452 - 2543 และปี พ.ศ. 2503 - 2543 พบว่า อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2543 - 2553 คือ 0.542% เมื่อนำอัตรานี้ไปพยากรณ์ประชากรไทยโดยใช้สูตรดอกเบี้ยทบต้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า จำนวนประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2553 คือ 64 ล้านคน

COMPOUND INTEREST AND GROWTH RATES OF THAI POPULATION

Wattana Sunthornthai

Abstract

In financial study, total amount of money is principal plus interest calculated at a given interest rate. There are two types of interest rate, periodic compounding and continuous compounding. The continuous compounding rate is similar to population growth rate than is the periodic compounding rate. The similarity between population and money is that the principal is like the population in the beginning year and the total amount of money is like the population in the final year. From this similarity, if a population growth rate is known, then we can calculate the future population. According to the Thailand population forecasts, using Quadratic and Cubic equation models for the data during 1909 - 2000 period and 1960 - 2000 period, it showed that the average growth rate of Thai population was 0.542%. When Thai population was forecast at this rate, using continuously compounding formula, it was found that Thai population in the year 2010 was 64 millions.

อัตราดอกเบี้ยกับอัตราเพิ่มของประเทศไทย

วัฒนา สุนทรชัย¹

บทนำ

เรื่องของเงินเป็นเรื่องของวัตถุที่มนุษย์กำหนดขึ้น โดยมีสูตรการคำนวณที่แน่นอน หากทราบเงินต้น เราสามารถคำนวณหาเงินรวม ซึ่งหมายถึง เงินต้นบวกดอกเบี้ยได้อย่างถูกต้อง เพราะอัตราดอกเบี้ยมีอัตราตามที่มนุษย์กำหนด ส่วนเรื่องของประชากรเป็นเรื่องของมนุษย์ ซึ่งยากต่อการกำหนดให้มนุษย์มีพฤติกรรมที่แน่นอนได้ ทำให้อัตราเพิ่มของประชากรมีความไม่แน่นอนตามไปด้วย ดังนั้น แม้จะทราบจำนวนประชากรในปีเริ่มต้น แต่ถ้าไม่สามารถหาอัตราเพิ่มที่แน่นอนได้แล้ว ผลการคำนวณจำนวนประชากรในอนาคตก็ย่อมมีความผิดพลาดตามไปด้วย ในบทความนี้ได้แสดงให้เห็นว่า อัตราเพิ่มของประชากรมีความสัมพันธ์กับอัตราดอกเบี้ยทบต้นอย่างไร อัตราดอกเบี้ยทบต้นชนิดใดสอดคล้องกับอัตราเพิ่มของประชากรมากกว่ากัน ความแม่นยำในการพยากรณ์จำนวนประชากรไทยโดยใช้เส้นโค้งสองชนิด และอัตราเพิ่มของประชากรไทยที่คำนวณจากเส้นโค้งดังกล่าวในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน มีค่าแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด และในตอนท้าย ได้แสดงการคาดประมาณจำนวนประชากรไทยในปี 2553 โดยใช้สูตรดอกเบี้ยทบต้น

ดอกเบี้ย (Interest)

ดอกเบี้ย คือ เงินที่ลูกหนี้ต้องจ่ายตอบแทนให้แก่เจ้าหนี้เมื่อมีการยืมในระยะเวลาที่ตกลงกัน โดยคำนวณเป็นค่าร้อยละของจำนวนเงินที่กู้ยืม เรียกจำนวนเงินที่กู้ยืมว่าเงินต้น และเรียกค่าร้อยละดังกล่าวว่า อัตราดอกเบี้ย โดยปกติ อัตราดอกเบี้ยจะกำหนดเป็นอัตราดอกเบี้ยต่อปี และแบ่งวิธีคิดดอกเบี้ยออกเป็นสองชนิด คือ ดอกเบี้ยคงต้น (Simple) และดอกเบี้ยทบต้น (Compound)

ดอกเบี้ยคงต้น คือ การคิดดอกเบี้ยจากเงินต้นครั้งแรกเสมอ ไม่ว่าจะคิดดอกเบี้ยในปีใดก็ตาม

¹ สำนักประกันคุณภาพการศึกษา มหาวิทยาลัยกรุงเทพ วิทยาเขตรังสิต

ดอกเบี้ยทบต้น คือ การคิดดอกเบี้ยจากเงินต้นที่เพิ่มขึ้นทุกครั้งที่คิดดอกเบี้ย โดยนำเงินรวมในงวดปัจจุบันไปเป็นเงินต้นในการคิดดอกเบี้ยของงวดถัดไป ซึ่งการคำนวณดอกเบี้ยทบต้นในคราวหนึ่งๆ นั้น ปกติจะมีระยะเวลาที่เท่ากัน อาจเป็นรายปี รายครึ่งปี รายเดือน หรือรายอื่นๆ ตามที่ตกลงกัน แต่ถ้าไม่มีการกำหนดไว้ ให้ถือว่าเป็นรายปี ส่วนระยะเวลาของการคำนวณดอกเบี้ยทบต้นจะเป็นกี่งวดนั้น เป็นไปตามเวลาที่ตกลงกัน โดยอัตราที่ใช้ในการคำนวณดอกเบี้ยทบต้น เรียกว่า อัตราดอกเบี้ยทบต้น และอัตราดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับค่าอื่นๆ ดังสูตรต่อไปนี้

$$S = P \left(1 + \frac{r}{c}\right)^{ct} \dots\dots\dots (1)$$

เมื่อ S เป็นเงินรวม, P เป็นเงินต้น, r เป็นอัตราดอกเบี้ยต่อปี ซึ่งทบต้นปีละ c ครั้ง และ t เป็นระยะเวลา ซึ่งมีหน่วยเป็นปี จากสูตร (1) ถ้าจำนวนครั้งที่ทบต้นในเวลาหนึ่งปีมีค่ามาก หรือทบต้นอย่างต่อเนื่อง (c เข้าสู่อนันต์) จะได้ค่าของลิมิตดังนี้

$$\lim_{c \rightarrow \infty} = P \left(1 + \frac{r}{c}\right)^{ct} = e^{rt}$$

เมื่อ e คือ ตัวเลขของออยเลอร์ (Euler) ซึ่งมีค่าประมาณ 2.718281828 จึงสามารถเขียนสูตร (1) เป็นสูตรใหม่ได้ดังนี้

$$S = P e^{rt} \dots\dots\dots (2)$$

อัตราดอกเบี้ยทบต้นสองชนิด

ให้ r_1 เป็นอัตราดอกเบี้ยทบต้นชนิดที่มีระยะเวลาแน่นอน และ r_2 เป็นอัตราดอกเบี้ยทบต้นชนิดต่อเนื่อง โดยถ้ากำหนดให้ $c = 1$ ซึ่งหมายถึง ทบต้นปีละหนึ่งครั้งแล้ว เราสามารถแสดงได้ว่า

$$r_1 = \left(\frac{S}{P}\right)^{\frac{1}{t}} \text{ และ } r_2 = \frac{\text{Ln}(S/P)}{t} \dots\dots\dots (3)$$

เมื่อ คือ Natural logarithm

อัตราดอกเบี้ยชนิดใดน่าจะมีความเหมาะสมในการคำนวณอัตราเพิ่มของประชากรไทยมากกว่ากัน

ในการคำนวณเงินรวมชนิดดอกเบี้ยทบต้นที่มีระยะเวลาแน่นอนนั้น การคำนวณในแต่ละช่วงเวลาจะคำนวณจากอัตราดอกเบี้ยคงต้น เช่น กรณีอัตราดอกเบี้ย 12% ต่อปีชนิดทบต้นรายเดือน เงินรวมในเดือนแรก คำนวณจากเงินต้น รวมกับดอกเบี้ยคงต้น 1% ส่วนเงินรวมในเดือนที่สอง มาจากเงินรวมในเดือนแรก รวมกับดอกเบี้ยคงต้น 1% เช่นนี้เรื่อยไป การคำนวณดอกเบี้ยชนิดทบต้นรายเดือนนี้จึงไม่สามารถคำนวณก่อนเวลาหนึ่งเดือนหรือหลังเวลาหนึ่งเดือนได้ เพราะเป็นข้อกำหนดในการคำนวณ แต่การเพิ่มของประชากรซึ่งเป็นเรื่องของจำนวนคนที่เกิดใหม่ ประเทศไทยยังไม่เคยมีการกำหนดให้คนที่แต่งงานมีบุตรได้กี่คน และการคลอดบุตรของหญิงมีครรภ์สามารถเกิดขึ้นในวันและเวลาใดก็ได้

ดังนั้น ในทางปฏิบัติ เมื่อมองในภาพรวม ซึ่งประชากรมีจำนวนมาก การคลอดบุตรจึงสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา การเพิ่มของประชากรจึงเป็นลักษณะของการทบต้นอย่างต่อเนื่องโดยอัตโนมัติ โดยช่วงเวลาของการทบต้นมีค่าน้อยกว่าหนึ่งนาที่ด้วยซ้ำไป ผู้เขียนจึงเชื่อว่า อัตราเพิ่มของประชากรไทยน่าจะสอดคล้องกับอัตราดอกเบี้ยทบต้นชนิดต่อเนื่อง (r_2) มากกว่าชนิดที่มีระยะเวลาแน่นอน (r_1)

ประชากรและเงิน

ในเรื่องของประชากร จำนวนประชากรในปีที่พิจารณา เพิ่มจากจำนวนของประชากรในปีฐาน ตามอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรในช่วงเวลานั้น และในเรื่องของเงิน เงินรวมมีค่าเพิ่มขึ้นจากเงินต้น ตามอัตราดอกเบี้ยที่นำมาคำนวณ ดังนั้น ประชากรในปีฐาน จึงเปรียบเสมือนกับเงินต้น และประชากรในปีที่พิจารณา จึงเปรียบเสมือนกับเงินรวม

ถ้าให้ P แทน จำนวนประชากรในปีฐาน, S แทน จำนวนประชากรในปีที่พิจารณา แล้ว เราสามารถหาอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรจากสูตร (3) ตามช่วงเวลาที่นำมาคำนวณได้ เช่น อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยสิบปีของประชากรไทยจากปี 2452 ถึงปี 2462 คือ

$$r_1 = \left(\frac{9,207,355}{8,149,487} \right)^{\frac{1}{10}} - 1 = 0.01228 \text{ หรือ } 1.228\%$$

$$r_2 = \frac{\ln(9,207,355/8,149,487)}{10} = 0.01220 \text{ หรือ } 1.220\%$$

ในที่นี้ กำหนดให้ปี 2452 เป็นปีฐาน หรือเป็นปีเริ่มต้นของการคำนวณ ซึ่งมีจำนวน 8,149,487 คน (เทียบได้กับเงินต้น) และเรียกปี 2462 ว่าปีสุดท้ายของการคำนวณ ซึ่งมีจำนวน 9,207,355 คน (เทียบได้กับเงินรวม) ดังนั้น ค่า 1.228% หรือ 1.220% ข้างต้นจึงเป็นอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทยในช่วงกลางปีจากปี 2452 ถึง 2462 ได้แก่ วันที่ 1 กรกฎาคม 2457 อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทยในปีปลายอื่นๆ ปรากฏดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนประชากรไทยจากปี 2452 ถึงปี 2543 กับอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทย ในปีปลายชนิดที่มีระยะเวลาแน่นอน (r_1) และมีระยะเวลาต่อเนื่อง (r_2)

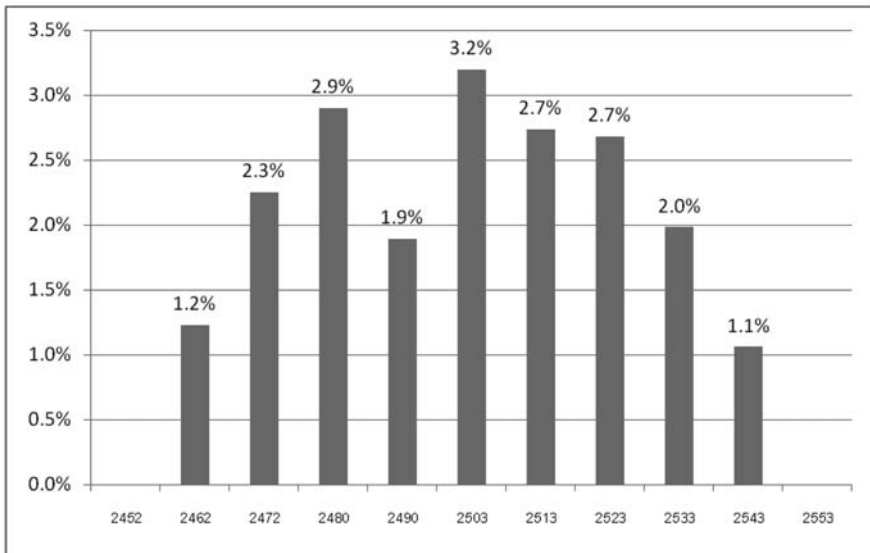
พ.ศ. ^๓	จำนวนประชากรไทย ^๓	r_1 ^๓	r_2 ^๓
2452	8,149,487	-	-
2462	9,207,355	1.228%	1.220%
2472	11,506,207	2.254%	2.229%
2480	14,464,105	2.901%	2.860%
2490	17,442,689	1.890%	1.873%
2503	26,257,916	3.197%	3.147%
2513	34,397,374	2.737%	2.700%
2523	44,824,540	2.683%	2.648%
2533	54,548,530	1.983%	1.963%
2543	60,606,947	1.059%	1.053%

หมายเหตุ:

ก มาจากการสำรวจสำมะโนครัว พ.ศ. 2452, 2462, 2472, 2480 และ 2490 ของกระทรวงมหาดไทย ส่วน พ.ศ. 2503 - 2543 มาจากการสำมะโนประชากรและเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี

ข มาจากการคำนวณตามสูตร (3)

จากตาราง 1 พบว่า อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทยที่คำนวณจากสูตร (3) ของช่วงปีต่างๆ มีค่าใกล้เคียงกันมาก ส่วนใหญ่แตกต่างกันตั้งแต่ทศนิยมตำแหน่งที่สอง เป็นต้นไป จึงนำอัตราดังกล่าวมาสร้างเป็นกราฟแท่ง เพื่อศึกษาแนวโน้มของอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทยในช่วงปีต่างๆ โดยใช้ทศนิยมหนึ่งตำแหน่ง จะได้แนวโน้มของอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ย ดังรูป 1



รูป 1 อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทยจากปี 2452 ถึงปี 2543 (อัตรานี้เป็นอัตราเฉลี่ย ซึ่งเป็นค่ากลาง ในช่วงเวลาที่นำมาคำนวณ เช่น ค่า 1.2% ของแท่ง 2462 หมายถึง อัตราเพิ่มของประชากรไทย ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2457 เป็นต้น)

จากกราฟในรูป 1 พบว่า อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทยจากปี 2452 ถึงปลายปี 2503 เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีเพียงปลายปี 2490 เท่านั้นที่ลดลงจากปลายปี 2480 โดยปลายปี 2503 มีอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยสูงที่สุด (3.2%) หลังจากนั้นก็ลดลงมาเรื่อยๆ

จากปี 2452 ถึงปี 2503 เป็นช่วงเวลาที่ยังไม่มี การคุมกำเนิดเกิดขึ้นในประเทศไทย ทำให้จำนวนประชากรไทยมีการเพิ่มขึ้นอย่างเสรี แต่หลังจากสมัยของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ คือตั้งแต่ปี 2503 เป็นต้นมา มีการรณรงค์เรื่องการคุมกำเนิด ทำให้อัตราเพิ่มเริ่มลดลงมาเรื่อยๆ เมื่อพิจารณาแนวโน้มการลดลงจากกราฟในรูป 1 ทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่า อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทยจากปี 2543 ถึงปี 2553 น่าจะมีค่าประมาณ 0.5%

มาตรวัดความแม่นยำในการพยากรณ์จากเส้นพยากรณ์

ในการพยากรณ์จำนวนใดๆ จากเส้นพยากรณ์ เกณฑ์ที่ใช้วัดความแม่นยำคือ R^2 เมื่อ R^2 คือ สัดส่วนของความแปรปรวนที่คำนวณจากเส้นถดถอย (SSreg) กับความแปรปรวนทั้งหมด (SStot) นั่นคือ $R^2 = SS_{reg}/SS_{tot}$ ถ้าสัดส่วนดังกล่าวมีค่าเป็น 1 แปลว่าการพยากรณ์มีความแม่นยำ 100% แต่หากสัดส่วนดังกล่าวมีค่าลดลง ความแม่นยำก็ลดลงตามไปด้วย

พิจารณาแนวโน้มจากกราฟในรูป 1 จะพบว่า หากไม่นับแท่งปี 2490 แล้ว กราฟจะมีจุดสูงสุดหนึ่งจุด ซึ่งรูปแบบของสมการที่มีจุดดังกล่าวคือ สมการกำลังสอง (Quadratic) และสมการกำลังสาม (Cubic) หากต้องการนำข้อมูลอนุกรมเวลามากระชับเส้นโค้ง เพื่อใช้ในการพยากรณ์อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทยจากปี 2543 ถึงปี 2553 อาจทำได้สองกรณีคือ กรณีแรก ใช้ข้อมูลทั้งหมดคือ จากปี 2452 ถึงปี 2543

กรณีที่สอง ใช้ข้อมูลจากปีที่เริ่มต้นการคุมกำเนิด คือ จากปี 2503 ถึงปี 2543 มากระชับเส้นโค้ง โดยใช้รูปแบบ Quadratic, Cubic คือ

$$\text{Quadratic: } Y = B_0 + B_1X + B_2X^2$$

$$\text{Cubic: } Y = B_0 + B_1X + B_2X^2 + B_3X^3$$

เมื่อ Y เป็นอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทย, B_0, B_1, B_2, B_3 เป็นค่าคงตัว (Constant) และ X เป็นเวลา (ปี)

ผลการกระชับเส้นพยากรณ์

จากการกระชับเส้นโค้งของรูปแบบสมการสองชนิดข้างต้นด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน คือ จากปี 2452 ($X = 0$) ถึงปี 2543 ($X = 91$) และจากปี 2503 ($X = 0$) ถึงปี 2543 ($X = 40$) พบว่า ปี 2452 ถึงปี 2543 มีความแม่นยำในการพยากรณ์น้อยกว่าปี 2503 ถึงปี 2543 ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแม่นยำ (R^2) ของการพยากรณ์ประชากรไทยจากการใช้รูปแบบสมการสองชนิดกับอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทยสองชนิด (r_1, r_2) ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

รูปแบบสมการ	จากปี 2452 ถึงปี 2543		จากปี 2503 ถึงปี 2543	
	r_1	r_2	r_1	r_2
Quadratic	72.38%	72.47%	97.45%	97.46%
Cubic	73.07%	73.16%	98.88%	98.90%

จากตาราง 2 พบว่า ความแม่นยำในการพยากรณ์ประชากรไทยจากปี 2452 ถึงปี 2543 โดยใช้สมการกำลังสอง และสมการกำลังสาม มีความแม่นยำเพียง 72% - 73% เท่านั้น ในขณะที่ปี 2503 ถึงปี 2543 มีความแม่นยำถึง 97% - 99% ทั้งนี้ เป็นเพราะในรูป 1 แท่งปี 2490 มีค่าค่อนข้างผิดปกติ กล่าวคือ มีค่าต่ำกว่าแท่งปี 2480 และปี 2503

ถึงประมาณ 1% จึงทำให้ความแม่นยำดังกล่าวมีค่าน้อย แต่แบ่งปี 2503 ถึงปี 2543 มีค่าไม่ผิดพลาดมากนัก จึงทำให้การพยากรณ์มีความแม่นยำมากกว่า

เมื่อเปรียบเทียบความแม่นยำของการพยากรณ์ระหว่างค่าที่คำนวณจาก r_1 และ r_2 พบว่า ความแม่นยำที่คำนวณจาก r_2 มีค่ามากกว่าความแม่นยำที่คำนวณจาก r_1 ทั้งสองช่วงเวลา แต่ไม่มากกว่ากันมากนัก ในที่นี้ จึงเลือกวิธีการคาดประมาณอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทยจาก r_2

การคาดประมาณอัตราเพิ่มของประชากรไทยในปี 2548

จากการใช้ข้อมูล พ.ศ. 2452 - 2543 และ พ.ศ. 2503 - 2543 มากระชับเส้นโค้งของรูปแบบสมการ Quadratic, Cubic โดยให้โปรแกรมคำนวณอัตราเพิ่มของประชากรไทย ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2548 พบว่า อัตราเพิ่มเฉลี่ยโดยรวมของประชากรไทยคือ 0.542% ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลการคาดประมาณอัตราเพิ่ม (ชนิดต่อเนื่อง) ของประชากรไทย ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2548 จากรูปแบบของสมการสองชนิดในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

ช่วงปี	Quadratic	Cubic	เฉลี่ย
พ.ศ. 2452 - 2543	0.754%	0.586%	0.670%
พ.ศ. 2503 - 2543	0.598%	0.230%	0.414%
เฉลี่ย	0.676%	0.408%	0.542%

จากตาราง 3 พบว่า อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทยตามรูปแบบ Cubic (0.408%) มีค่าน้อยกว่ารูปแบบ Quadratic (0.676%) และอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทยที่คำนวณจากข้อมูลปี พ.ศ. 2503 - 2543 (0.414%) มีค่าน้อยกว่าอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรที่คำนวณจากข้อมูลปี พ.ศ. 2452 - 2543 (0.670%) และค่าเฉลี่ยโดยรวมคือ 0.542% ซึ่งใกล้เคียงกับแนวโน้มของกราฟในภาพ 1

เมื่อพิจารณาค่าสูงสุด/ต่ำสุดแล้ว อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทยตามรูปแบบ Quadratic ในช่วงปี พ.ศ. 2452 - 2543 มีค่าสูงสุด (0.754%) และรูปแบบ Cubic ในช่วงปี พ.ศ. 2503 - 2543 มีค่าต่ำสุด (0.230%) ค่าที่ถูกต้องน่าจะอยู่ระหว่างสองค่านี้

ผู้เขียนจึงเลือกใช้ ค่าเฉลี่ยโดยรวม (0.542%) เป็นค่าที่ใช้ในการคาดประมาณประชากรไทยในปี 2553

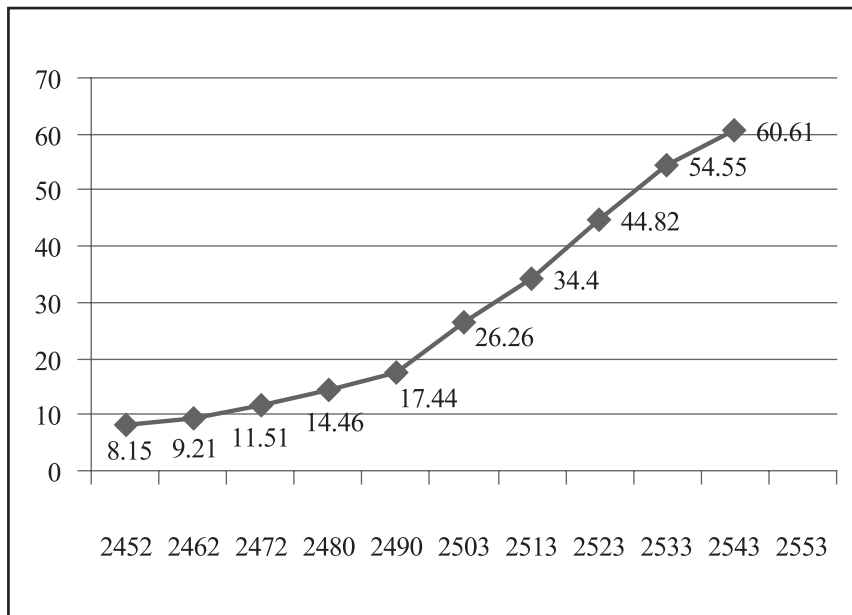
การคาดประมาณประชากรไทยในปี 2553

ถ้าทราบจำนวนประชากรปีฐาน และอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรแล้ว เราสามารถคำนวณจำนวนประชากรไทยในช่วงเวลาสิบปีได้โดยใช้สูตร (2) ในที่นี้ ถ้าให้จำนวนประชากรในปี 2543 เป็นปีฐาน (P) และอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ย (r) เท่ากับ 0.542% แล้ว เราสามารถคำนวณจำนวนประชากรไทยในปี 2553 ได้ดังนี้

$$\begin{aligned} S &= P e^{rt} \\ &= 60,606,947 e^{0.00542 (t)} \\ &= 63,982,495 \text{ เมื่อ } t = 10 \end{aligned}$$

ดังนั้น จำนวนประชากรไทย ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2553 มีค่าประมาณ 64 ล้านคน เมื่อพิจารณาค่าประมาณที่คำนวณได้นี้กับแนวโน้มของประชากรไทยในรูป 2 แล้วน่าจะมีค่าใกล้เคียงกับจำนวนประชากรจริง

อย่างไรก็ตาม อัตราเพิ่มของประชากรที่ใช้ในสูตร $S = 60,606,947 e^{0.00542 (t)}$ คือ อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ย ซึ่งเป็นค่ากลางช่วงของช่วง พ.ศ. 2543 - 2553 จึงสามารถคำนวณจำนวนประชากรไทยในปี 2553 ได้ หากจะคำนวณจำนวนประชากรไทยที่เลยปี พ.ศ. 2553 ไปแล้ว ควรจะต้องนำจำนวนประชากรไทยที่ได้จากการทำสำมะโนประชากรและเคหะครั้งที่ 11 (2553) มากระชับเส้นโค้งเพิ่มเติม เพื่อให้ทำให้อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรไทยที่เลยปี พ.ศ. 2553 ไปแล้วมีค่าใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น



รูป 2 แนวโน้มของประชากรไทย

(แกนนอนคือ พ.ศ. และแกนตั้งคือ จำนวนประชากรไทย มีหน่วยเป็น "ล้าน")

จากกราฟในรูป 2 พบว่า ประชากรไทยหลังปี 2452 เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างสม่ำเสมอ จนถึงปี 2490 และสิบปีหลังจากนั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเริ่มช้าลงหลังปี 2503 และหลังปี 2533 ไปแล้วประชากรไทยเริ่มลดลงอย่างเห็นได้ชัด ทำให้สามารถคาดประมาณประชากรไทยจากกราฟได้ว่า ประชากรไทยปี 2553 ไม่น่าจะเกิน 65 ล้านคน

ข้อจำกัดในการคาดประมาณประชากรไทยด้วยสูตรอัตราดอกเบี้ยทบต้น

ตัวแปรที่ใช้ในการคาดประมาณประชากรด้วยสูตรอัตราดอกเบี้ยทบต้นคือ ประชากรปีฐาน อัตราเพิ่ม และระยะเวลา ค่าที่ทราบโดยแน่นอนคือ ประชากรปีฐาน และระยะเวลา ส่วนอัตราเพิ่มมาจากการคาดประมาณ ดังนั้น ความแม่นยำในการคาดประมาณประชากรด้วยวิธีนี้จึงขึ้นอยู่กับอัตราเพิ่มที่ประมาณได้

ในด้านประชากรศาสตร์ การคาดประมาณประชากรจะคำนวณจากองค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงประชากร คือ การเกิด การตาย และการย้ายถิ่น บัทมาและปราโมทย์ (2549) ได้ทำการคาดประมาณประชากรด้วยวิธีนี้ พบว่า ประชากรไทยในปี 2553 คือ 63.7 ล้านคน ซึ่งใกล้เคียงกับการคำนวณด้วยสูตรอัตราดอกเบี้ยทบต้น

ข้อดีของการคำนวณจำนวนประชากรด้วยสูตรอัตราดอกเบี้ยทบต้น คือ มีความสะดวกในการใช้ เพราะใช้อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรเพียงตัวแปรเดียว แต่มีข้อเสียคือ ไม่สามารถคำนวณจำนวนประชากรตามช่วงอายุได้

สรุป

การเพิ่มของเงินชนิดอัตราดอกเบี้ยทบต้นที่มีระยะเวลาทบต้นอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะคล้ายคลึงกับการเพิ่มของจำนวนประชากร และอัตราดอกเบี้ยดังกล่าวมีความเหมาะสมที่จะนำไปคำนวณจำนวนประชากรมากกว่าอัตราดอกเบี้ยชนิดที่มีระยะเวลาแน่นอน จึงสามารถใช้สูตรดอกเบี้ยทบต้นอย่างต่อเนื่องมาคำนวณจำนวนประชากรได้ โดยใช้อัตราดอกเบี้ยทบต้นที่มีระยะเวลาต่อเนื่องเป็นอัตราเพิ่มของประชากร ความแม่นยำของการพยากรณ์ที่คำนวณมาจากข้อมูลปี 2503 - 2543 มีค่ามากกว่าความแม่นยำของการพยากรณ์ที่คำนวณมาจากข้อมูลปี 2452 - 2543 อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยรวมของประชากรที่คำนวณมาจากรูปแบบ Quadratic, Cubic ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2548 คือ 0.542% หากใช้อัตรานี้มาคำนวณจำนวนประชากรไทย ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2553 แล้วคาดว่าจะได้ประมาณ 64 ล้านคน

เอกสารอ้างอิง

- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และ ปราโมทย์ ประสาทกุล. 2549. ประชากรไทยในอนาคต. วันที่ค้นข้อมูล: 26 สิงหาคม 2553. <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/Conferencell/Article/Article02.htm>
- มหาวิทยาลัยกรุงเทพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ภาควิชาคณิตศาสตร์. 2552. คณิตศาสตร์พื้นฐาน (Fundamental Mathematics). พิมพ์ครั้งที่ 24. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- มหาวิทยาลัยกรุงเทพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ภาควิชาคณิตศาสตร์. 2551. คณิตศาสตร์ธุรกิจ (Business Mathematics). พิมพ์ครั้งที่ 2 (ปรับปรุงแก้ไข). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- วัฒนา สุนทรชัย. ม.ป.ป. สรุปสูตรดอกเบี้ย. การตรวจสอบชนิดของเครื่องคิดเลข. วันที่ค้นข้อมูล: 4 กรกฎาคม 2553. <http://tulip.bu.ac.th/~wathna.s/interest.htm>.
- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. 2553. สมการกำลังสอง สมการกำลังสาม. วันที่ค้นข้อมูล: 6 กรกฎาคม 2553. <http://th.wikipedia.org/wiki>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. ม.ป.ป. ในภาพรวมทั้งประเทศ. วันที่ค้นข้อมูล: 1 กรกฎาคม 2553 http://service.nso.go.th/nso/g_service/c_prelim.html.

ปาฐกถาศาสตราจารย์ ดร.วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ: ระบบบริการสาธารณสุขประเทศไทย: อดีต ปัจจุบัน และอนาคต

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ¹

แสดงในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ ประจำปี 2551

20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551

ท่านอาจารย์ปราโมทย์ อาจารย์อภิชาติ อาจารย์ชัชวาลย์ อาจารย์สุรียพร Dr.Giridhar และท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน สวัสดีครับ ผมเองยินดีมากที่มาวันนี้ และต้องขอบคุณอาจารย์สุรียพร ที่ทำให้ผมได้รู้ฟื้นความหลัง ชีวิตผมเปลี่ยนเพราะเรื่องประชากร หลายท่านอาจจะงงๆ ว่าเพราะอะไร ผมเข้าเรียนแพทย์เมื่อปี พ.ศ.2513 ท่านก็ทราบดีว่าปี พ.ศ.2513 เป็นปีแห่งประชากรศาสตร์ของประเทศไทยที่มีนโยบายประชากร

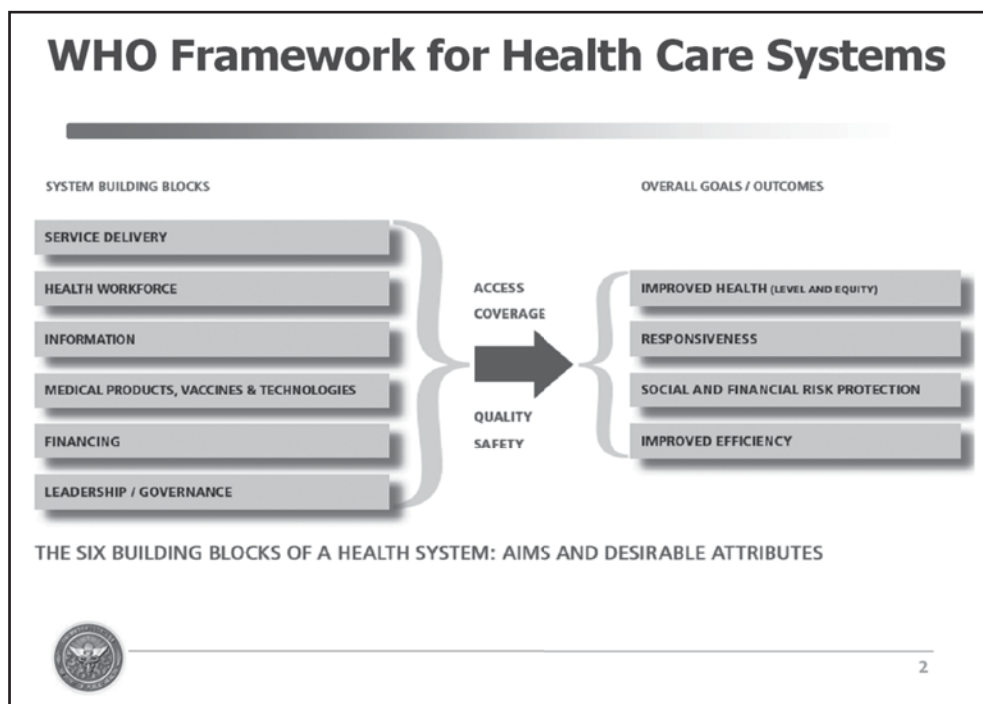
เข้ามาเรียนแพทย์ปีหนึ่งก็ไม่ว่าเรื่องอะไร พอสิ้นปีปิดเทอมไม่รู้จะทำอะไรดีก็เดินไปโต๊ะเต๋ออยู่อยู่ใต้ตึกฟิสิกส์ ที่คณะวิทยาศาสตร์ มหิดล เห็นป้ายโฆษณาเขียนไว้ว่า “ชวนนักศึกษาเที่ยวต่างจังหวัด” เราก็ตาโตเดินเข้าไปดูก็ปรากฏว่าชมรมนิเวศวิทยาชวนไปออกสำรวจ KAP survey ที่บ้านไผ่เรื่องวางแผนครอบครัว นั่นเป็นครั้งแรกที่ทำให้ผมออกไปต่างอยู่จังหวัด

แล้วที่ว่าเปลี่ยนชีวิตผมเพราะว่าเรื่องนี้ไปเรื่องประชากร ไปเรื่องวางแผนครอบครัว ผมได้พบกับหมอคนหนึ่ง คือ พี่หมอไพจิตร ปวะบุตร ผมเชื่อว่าหลายท่านในห้องนี้จะรู้จักท่านเป็นอดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือไปเห็นวิธีการทำงานของพี่หมอไพจิตรแล้วเปลี่ยนใจตัวเองทันทีเลยจากความตั้งใจที่จะเป็น Neuro surgeon เพราะตอนนั้นรู้สึกว่าการเป็น Neuro surgeon ใหญ่มากที่ผ่าสมองคนได้ ไม่ใช่เรื่องเล็กๆ ต้องเจ๋งจริงๆ

ในฐานะที่เป็นนักเรียนที่เรียนค่อนข้างเรียนดี ก็ต้องไปเป็นหมอมที่เจ๋งหน่อย พอไปบ้านไผ่กลับมาเปลี่ยนใจ ไม่เอาแล้วเลิก จบแล้วจะไปอยู่บ้านนอก ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาก็เลยเรียนหนังสืออย่างเดียวไม่ทำอะไร ทำกิจกรรมเหมือนกันแต่ไม่มาก เพราะคิดว่าจะทำอะไร ไม่กลับมาเรียนแล้ว ก็ตัดทวงชวนชวาวีวิชาความรู้ให้เต็มที่ เพราะฉะนั้นเรื่องประชากรศาสตร์เป็นเรื่องที่เปลี่ยนชีวิตของผม

¹ นายแพทย์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านควบคุมป้องกันโรค (นักวิชาการสาธารณสุข 11)

จากการที่จะไปเป็นหมอผ่าตัด ก็ไปเป็นหมอบ้านนอกอยู่ 11 ปี ตอนนี้อยู่กรุงเทพฯแล้ว ชีวิตผมอยู่กับระบบบริการสาธารณสุข เพราะนั่นผมก็เลยมาเล่าให้พวกเราฟัง แล้วอยากจะเรียนว่า การเล่านี้เล่าจากประสบการณ์ส่วนตัวจริงๆ อาจจะมีผิดบ้าง ถูกบ้าง แต่ขอให้คิดว่าเป็นมุมมองของคนที่มีวัยเลยถึงศตวรรษมาแล้ว และก็ได้เห็นวิวัฒนาการของระบบบริการสาธารณสุขมาตลอด ผมเตรียมมานี้โดยที่ไม่ได้เปิดตำราตรงไหนเลย เอาข้อมูลเท่าที่มี เพราะว่าผมทำงานตรงนี้มาตลอด แล้วก็มานำเสนอกับพวกเรา เพื่อให้พวกเราลองดูซิว่า มุมมองอันนี้มันจะเป็นประโยชน์กับการทำงานของพวกเราหรือไม่



เวลาเราจะวิเคราะห์เราคงต้องมี frame work ซึ่งก็มาจากองค์การอนามัยโลก โดย frame work หลักๆ ของเค้าในเรื่องระบบบริการ ด้านซ้ายคือ input ด้านขวาคือ output / outcome นั้นเอง ก็คงไม่มีอะไรมาก ก็คงเรื่องบริการ เรื่องทรัพยากรต่างๆ เรื่องระบบการเงิน เรื่องระบบการอภิปาล จนกระทั่งไปถึงว่าเมื่อให้บริการแล้วเป็น

อย่างไร สุขภาพดีขึ้นหรือไม่ ประชาชนพึงพอใจหรือไม่ สามารถปกป้องประชาชนจากการล้มละลายทางการเงินได้หรือไม่ บริการมีประสิทธิภาพหรือไม่ ทั้งหมดนี้คือ framework ของระบบบริการ

ผมจะไม่ไปทุกประเด็น เพราะว่าถ้าไปทุกประเด็นเรื่องเดียวผมว่าใช้เวลาได้เป็นชั่วโมง ผมพยายามแบ่งเป็นยุคๆ จากประสบการณ์จริงๆ ไม่ได้มีระบบคิดอย่างเป็นระบบที่ไหน พยายามแบ่งพัฒนาการของระบบบริการสาธารณสุขไทย ออกเป็น 4 ระยะด้วยกัน ในแต่ละระยะจะมีระยะย่อยอยู่ข้างใน แต่เพื่อความรวดเร็วและเห็นภาพใหญ่ก็แบ่งแค่ 4 ระยะ

First era (1888-1949): Start Modernization of Health Care Systems : *delivery capacity*

- Mainly infectious and MCH – Cholera, Yaws, Malaria, Smallpox, etc
- 1st medical schools established – later **RF supported**
- Provincial hospitals – 15/72 – *no user fees*
- Rural district health centers – 343/650
- **Established MoPH – 1942, small private sector**
- Mainly produce doctors, pharmacist and dentists
- Start non-registered nurses, practical nurses
- Start midwives, junior sanitarians trained under '*rural recruitment, local training and hometown placement*' concept, and work in rural health centers
- *Free hospital services and OOP for drugs*
- Mainly self treatment with high private payment



Dr. Suwit Wibulpolprasert, Ministry of Public Health, Thailand

3

ระยะแรก คือ ระยะที่เราเริ่มการแพทย์แผนปัจจุบัน ก่อนนั้นไปก็เป็นเรื่องการแพทย์แผนไทย หรือสมัยก่อนเราเรียกว่า แผนโบราณ ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันเริ่มขึ้นโดยการตั้งโรงเรียนแพทย์ ที่ศิริราชนั่นเอง ซึ่งต่อมาก็ได้รับการสนับสนุนจาก Rockefeller แล้วต่อมาก็ตั้งโรงเรียนแพทย์ใหม่ที่จุฬาฯ เชียงใหม่และรามธิบดี

ในยุคนี้โรคที่เป็นปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องของโรคติดเชื้อทั้งหลาย ปี ค.ศ.1942 ก็ตั้งกระทรวงสาธารณสุข ปี ค.ศ.1948 มีองค์การอนามัยโลก แล้วองค์การอนามัยโลกในระยะนั้นก็เล่นเรื่อง diseases ทั้งนั้นเป็น Vertical program เป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง คุดทะราด เรื่องมาลาเรีย เรื่องอหิวาต์ เรื่อง Smallpox

ในยุคหลังจากนี้เก่งถึงขนาดว่าคิดว่า จะ eradicate มาเลเรีย มีการประกาศ Eradication of Malaria แล้วทำที่สุดเมืองไทยก็ประสบความสำเร็จในการ eradicate แต่ว่าไม่ใช่มาเลเรีย แต่เป็นการ eradicate Malariologist คือ Malariologist หายไปเกือบหมด แต่ว่ามาเลเรียยังอยู่

ในยุคแรกนั้นเพื่อ แก้ปัญหาการระบาดของโรคและเรื่องความมั่นคงตามชายแดน มีการสร้างโรงพยาบาลระดับจังหวัดเกิดขึ้น ถึงสิ้นยุคยุคนั้นสร้างได้ 15 แห่ง ส่วนใหญ่จะอยู่จังหวัดแถบขอบๆ เช่น เชียงราย เพราะว่าเป็นที่เรื่องเกี่ยวกับความมั่นคง สมัยนั้นโรงพยาบาลจะไม่มีการเก็บสตางค์ ไปโรงพยาบาลรัฐรักษาฟรีหมด แต่ว่าไม่มียา ถ้าเราคนยุคก่อนๆ จำได้ว่าไปโรงพยาบาลศิริราช ไปโรงพยาบาลจุฬาฯ ต้องไปซื้อยาหน้าโรงพยาบาล แต่รักษาพยาบาลไม่ต้องเสียสตางค์

สมัยนั้นยังไม่มีโรงพยาบาลอำเภอ มีแค่เริ่มต้นสถานีอนามัยชั้นหนึ่งระดับอำเภอ มีหมอบ้าง ไม่มีหมอบ้าง กำลังคนก็มีแต่แพทย์ พยาบาล ซึ่งพยาบาลก็เป็นระดับต่ำกว่าปริญญา ก็เริ่มมีการผลิตเรียกว่า ผดุงครรภ์ พนักงานอนามัย พวกนี้เกิดขึ้น เพราะรู้ว่า อาศัยแพทย์ อาศัยพยาบาล ไม่สามารถกระจายการบริการไปถึงประชาชนได้

ความคิดที่จะผลิตบุคลากรสาธารณสุข แบบหลักการ rural recruitment, local training และ hometown placement ของกำลังพลระดับผู้ช่วย มีมาตั้งแต่ตอนนั้นแล้ว คนส่วนใหญ่ก็รักษาสุขภาพของตัวเอง ช่วยตัวเองไปตามมีตามเกิด แล้วก็จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองซึ่งก็จ่ายเท่าที่จะจ่ายได้ จ่ายไม่ได้หรือเดินทางเข้าเมืองใหญ่ไม่ไหว ก็ไม่ได้รับการรักษาเท่าที่ควร

2nd Era (1950 – 1974): Expansion of Provincial Hospitals : Start of Systematic Planning

- Main problems – Still infectious
- WB - 1st NESDP - **100% coverage** PH, FP, MCH, Sanitation
- Expand rural district HCs, sub-dist midwifery centers
- Private sector start to grow - <10%
- **Big reform of the MoPH** – integration of services with establishment of *Health Planning, Health Statistics, and Epidemiology division* – **Systematic Policy and Planning**
- Establishment of *user fees at the public hospitals* – Prof. Sem
- **Start school of PH – all MoPH mid level managers**
- Massive brain drain – 3 yrs public works for new MD with hardship allowance, begin specialty training for MD.
- No systematic safety net, high OOP and catastrophic illnesses



Dr. Suwit Wibulpolprasert, Ministry of Public Health, Thailand

4

พอมายุคที่สอง ยุคนี้ผมก็เริ่มเข้าเรียนแพทย์แล้ว ปี ค.ศ.1970 ตอนนั้นหลังจากปี ค.ศ.1950 ก็มีนโยบายที่จะสร้างโรงพยาบาลจังหวัดให้ครบทุกจังหวัด อาจารย์เสม (ศ. นพ. เสม พริ้งพวงแก้ว) ย้ายจากโรงพยาบาลเชียงใหม่เข้ามาอยู่โรงพยาบาลราชวิถี แล้วร่วมกับหลวงนิติรักษ์ กับจอมพล ป. ตอนนั้นทำเรื่องโรงพยาบาลจังหวัด 100% เราครอบคลุมโรงพยาบาลจังหวัดก่อน ตอนนั้นเรื่อง family planning เรื่องอนามัยแม่และเด็ก เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องหลัก

หมอสมัยนั้นที่ออกไปต้องทำเรื่องพวกนี้ถ้าไปอยู่ต่างจังหวัด ผมอยู่ที่ศูนย์การแพทย์อนามัยชนบท ตอนนั้นยังไม่มีโรงพยาบาลอำเภอออกไปใหม่ๆ ปี ค.ศ.1977 เรียกกันว่า “หมอสาม” เพราะทำงานหลักอันหนึ่งคือ ไปสร้างสาม ไปแนะนำประชาชนให้สร้างสาม ตอนนั้นก็เริ่มมีการขยายสถานีอนามัยขั้นหนึ่ง ขยายสำนักงานผดุงครรภ์ สถานบริการสุขภาพภาคเอกชนก็เริ่มโตขึ้นมา

ในยุคแรกมีแต่คลินิก ยุคที่สองคลินิกเริ่มขยายตัวขึ้น มีโรงพยาบาลเอกชนเล็กๆ น้อยๆ ส่วนใหญ่จะเป็นของมิชชันนารี โรงพยาบาลเอกชนมุ่งกำไรจริงๆ แทบจะไม่มีเลย ตอนนั้นภาคเอกชนมีทรัพยากรทั้งเตียงและบุคลากร น้อยกว่า 10% ประมาณ 7 - 8% ของทั้งประเทศ แต่ยุคนี้ที่มีความสำคัญมากอันหนึ่ง คือ การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข ครั้งใหญ่ ซึ่งเกิดช่วงปี พ.ศ.2515 - 2517

ช่วงนั้นสิ่งที่เกิดคือเป็น Structure จากโครงสร้างแนวตั้งแบบ Vertical disease กลายเป็น โครงสร้างแนวนอนแบบผสมผสาน (Integrate) อันนี้เรียกว่าเกิด “สงครามสองขั้ว” ขั้วหนึ่งคือพวกเฉพาะทาง โรคเฉพาะทาง พวกโรงพยาบาล อีกพวกหนึ่งคือพวกอนามัย พวกสาธารณสุข ต่อสู้กันอย่างยาวนานนัก เนื่องจากกระแสโลกเปลี่ยน องค์การอนามัยโลกก็เปลี่ยน Vertical disease program เข้ามาเป็น Integrate เป็นเรื่อง Health System มากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขก็เป็นกระทรวงที่มีเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ภายในกระทรวงสาธารณสุข

ผมเน้นกระทรวงสาธารณสุขตรงนี้ เพราะว่าเดี๋ยวต่อไปจะเปลี่ยนไป เพราะว่าในยุคนั้นองค์กรหลักทางด้านสุขภาพมีอันเดียวคือกระทรวงสาธารณสุข แม้แต่มหาวิทยาลัยก็ยังอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยทางแพทยศาสตร์ มหิดล แต่เดิมอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข เรียกว่า “กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์” อธิปไตยเรียกว่า “ผู้บัญชาการกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์” เมื่อปี พ.ศ.2502 โอนออกไปอยู่กับทบวงมหาวิทยาลัย

การปฏิรูปโครงสร้างครั้งนั้น ทำให้หน่วยงานในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมดกลายเป็น Single command มีเอกภาพในการบริหาร เมื่อก่อนนี้โรงพยาบาลจังหวัดขึ้นกับกรมการแพทย์ แล้วสาธารณสุขจังหวัด หรืออนามัยจังหวัด สถานอนามัยขึ้นอยู่กับกรมอนามัย ที่นี้จับรวมกันในแต่ละจังหวัด แล้วขึ้นอยู่กับนายแพทย์ใหญ่จังหวัด หรือว่าอนามัยจังหวัด ทั้งหมดนี้ขึ้นกับผู้ว่าฯ และ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แล้วสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขก็ใหญ่ขึ้น กรมการแพทย์ กรมอนามัย และกรมที่เหลื่อกลายเป็นกรมวิชาการ ไม่มีหน่วยปฏิบัติการในระดับพื้นที่ยกเว้น หน่วยวิชาการในระดับเขต

อันนี้เป็น big reform จนกระทั่งถึงปัจจุบันก็ยังเป็นโครงสร้างนี้อยู่ คือมีเอกภาพในต่างจังหวัด ถ้าท่านไปดูกระทรวงอื่น เช่น กระทรวงศึกษาก็ไม่รู้ว่าที่องค์ชาย แล้วสำนักงานประถมศึกษาจังหวัดก็ขึ้น คณะกรรมการการศึกษาพื้นฐาน มันต่างคนต่างขึ้น

มีทั้งศึกษาธิการจังหวัด มีอะไรต่างๆ ในระดับจังหวัด ไม่มีความเป็นเอกภาพ แต่ว่าของกระทรวงสาธารณสุขมีเอกภาพสูง

ในยุคที่สองนี้ก็เริ่มต้นมีการตั้งคณะสาธารณสุขศาสตร์ในมหาวิทยาลัยมหิดล ที่จริงแต่เดิมก็อยู่กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ สมัยก่อนอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ หรืออาจารย์ในคณะสาธารณสุข หรือในมหาวิทยาลัย ที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขก็คือ “ผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุข” นั่นเองไปสอนหนังสืออยู่ในคณะแพทย์ ไปสอนอยู่ในคณะสาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข แล้วผู้บริหารระดับบนมาลัยจังหวัดอะไรต่างๆ ต้องถูกจับมาเรียน Master in Public Health ที่คณะสาธารณสุข บังคับเลยว่าต้องมาเรียน

How Thailand tackle serious external brain drain of doctors

- 1965-1975: 25% of MD loss to US on chartered flights
- 1965: start three years compulsory public works
- 1968: start 'rural recruitment, local training and hometown placement' program
- 1972: start 'financial incentives for rural services'
- 1976: start '*rural doctor society*' civil servant based civil society to support rural health development
- 1978: Reorientation of Medical Education – *Clinician, teacher, manager and PHC supporter*
- Initial success due to VN war stop, less chance to migrate, establishment of residency training, increasing private sector, but new problem of internal brain drain n overspecialization



Dr. Suwit Wibulpolprasert, Ministry of Public Health, Thailand

5

ในขณะที่เดียวกันช่วงนั้นเป็นช่วงที่ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการก่อตั้ง Medicaid และ Medicare ปี ค.ศ.1965 เกิดขึ้น เหมือนบัตรทองของเรา แต่ว่าเค้าไม่ cover ทั้งหมด ของเค้า Medicaid ช่วยคนจน ส่วน Medicare ก็คือช่วยคนแก่ เกิด demand ทางด้าน Medical service ในสหรัฐอเมริกาอย่างมหาศาล ขณะเดียวกันก็มี demand

สำหรับทหารสหรัฐอเมริกาในสงครามเวียดนามอย่างมหาศาลเช่นกัน ซึ่ง demand ในสหรัฐอเมริกาอย่างมหาศาลนี้ ก็เที่ยวดูดหมอ ดูดบุคลากรจากประเทศต่างๆ เข้าไปประเทศไทยถูกดูไปเยอะมาก แพทย์เชียงใหม่รุ่นหนึ่งรุ่นสองเค้าเล่าให้ฟังกันเองว่า เค้าเหมาะล่ำเครื่องบินไปอเมริกาเลย ไม่ใช่นั่งเครื่องบินโดยสารพาณิชย์ธรรมดาไป

อันนั้นเป็นสถานการณ์สำคัญครั้งหนึ่งในระบบการบริการสาธารณสุขไทย รวมๆ กันแล้วหมอไทยในยุคนั้นไปอยู่อเมริกาถึง 25% ของหมอไทยทั้งหมด ในยุคนั้น 1 ใน 4 ประมาณ 1,500 คน จากประมาณ 6,000 คน ที่ไปอยู่อเมริกา มี big lost มากจนกระทั่งรัฐบาลต้องกฎออกมาบอกว่าแพทย์จบใหม่ทุกคนต้องปฏิบัติงานใช้ทุน 3 ปี

ผมเป็นรุ่นที่ 6 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่กัน 3 ปีแล้วก็กลับ มีหมออยู่กลุ่มหนึ่งที่ว่างลดน้อยหน้อยก็อยู่นานหน่อยเกิน 3 ปี หลายคนอยู่กัน 10 กว่าปี รุ่นผมบางคนขณะนี้ยังอยู่โรงพยาบาลอำเภอยังมีเลย พวกนั้นเรียกว่าฉลาดน้อยที่สุด แต่เป็นชีวิตที่มีความสุขที่สุด

สมัยนั้นยังไม่มี social safety-net หรือประกันสุขภาพอย่างจริงๆ จังๆ เจ็บไข้ได้ป่วยต้องจ่ายเองทั้งนั้น ยกเว้น ข้าราชการ เป็นมีสิ่งที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก เจ็บไข้ได้ป่วยทีหนึ่งก็เอาตินกายหน้าผาก ต้องขอภัยที่ใช้คำพูดนี้ ผมไปอยู่ที่ต่างจังหวัดคนที่เขานำบ้านเข้ามาไม่มีอะไรจริงๆ บางทีเราต้องให้เงินกลับบ้านด้วยซ้ำไป สมัยนั้นผมจะส่งผู้ป่วยโรงพยาบาลจังหวัด ชาวบ้านก้มลงกราบเท้าเลย แล้วบอกคุณหมอ ถ้าส่งไปอยู่โรงพยาบาลจังหวัดเค้าขอกลับบ้าน เค้าขอกลับไปตายที่บ้าน เหตุการณ์อย่างนี้เจอเป็นปกติที่โรงพยาบาลอำเภอ ปี พ.ศ.2519 จนถึงปี พ.ศ.2528 ก็ยังเจอ เพราะว่าทางที่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลจังหวัด ถือว่าเป็นทุกข์ใหญ่ของเค้าๆ ไปไม่ได้ เค้าไม่มีเงิน เศรษฐกิจตอนนั้น GDP per capita ประมาณ 400 - 500 เหรียญ/หัว/คน/ปี ก็มีแค่นั้น เพราะฉะนั้นหมอที่อยู่โรงพยาบาลอำเภอต้องทำทุกอย่าง ตอนที่ผมอยู่นั้น ผมเป็นทั้งหมอผ่าตัด หมอเด็ก หมอสูติ หมออดมยา พอดมยาสลบคนไข้เสร็จก็ออกมาล้างมือ ล้างมือเสร็จก็เข้าไปผ่า โดยให้พยาบาลจับชีพจร วัดความดัน ดูม่านตา แล้วก็รายงานเราทุก 5 นาที ก็ ผ่าไปๆ ก็โชคดีไม่มีใครตาย ถ้าได้มีคงได้ถูกฟ้องร้องกันรุ่นวายไปหมด แต่ว่าสมัยนั้นยังไม่มี และสมัยนั้นก็ไม่มีทางเลือกต้องทำ เพราะไม่มีคนอื่นทำแล้ว นอกจากเรา เช่น กระเพาะทะลุมาก็ต้องผ่า ฤๅน้ำดีอักเสบมาก็ต้องผ่า ผ่าตัดทำคลอด ก็ทำ

ต้องเป็นหมดเพราะว่ามีอยู่คนเดียว เป็นผู้อำนวยการด้วย ทำบัญชีด้วย ผมจำได้ว่าตกเย็นกลับไปบ้านกินข้าว สมัยนั้นเงินเดือน 2,200 - 2,300 บาท มีเบี้ยเลี้ยงอีกประมาณ 2,000 รวมประมาณสัก 4,000 บาท อยู่คนเดียวก็สั่งปิ่นโตกินให้มาส่งตอนเช้ากับตอนเย็น แต่ตอนเที่ยงไม่ต้องส่ง คนส่งเค้าก็ว่าตอนเที่ยงคุณหมอไม่กินข้าวเที่ยงหรือ

ก็ตอบว่ากินแต่ว่าตอนเช้ากินนิดเดียว แล้วก็เก็บไปไว้กินตอนเที่ยงประหยัด ตกเย็นพออาบน้ำเสร็จก็ทำบัญชี เพราะว่าไม่มีใครทำบัญชีเราต้องทำบัญชี แล้วก็มาตรวจสอบว่าเจ้าหน้าที่ขี้โกงหรือเปล่า เพราะว่าเวลาเราตรวจคนไข้ออกไปสั่งยา ก็เก็บสตางค์แล้วออกไปเสร็จ เอาเงินเข้าบัญชี ถ้าเค้าไม่ออกไปเสร็จก็ไม่มีเข้าเงินเข้าบัญชี เงินก็หายไปโรงพยาบาลก็แย่

ที่เล่าให้ฟังทั้งหมดเพื่อจะให้เห็นว่าที่นั่น “โรงพยาบาลอำเภอ” คือ “แหล่งสร้างผู้บริหารที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข” ในรุ่นผมและในรุ่นหลังๆ ก็คงเช่นเดียวกัน เพราะคุณเป็นผู้อำนวยการคุณต้องทำทุกอย่าง เพราะสมัยนั้นไม่มีฝ่ายบริหาร ไม่มีเจ้าหน้าที่บัญชี ไม่มีเจ้าหน้าที่อะไรช่วยคุณ อธิการก็ยังมี ต้องใช้พนักงานอนามัยทำ นั่นคือเหตุการณ์ในยุคนั้น

ที่นี่ มาตราบนี้ก็เล่าเปรียบนิตหนึ่งว่า แล้วเมื่อประเทศไทยเจอปัญหามากมายขนาดนั้น แล้วเราทำอย่างไร เราเริ่มบังคับใช้ทุน 3 ปี เมื่อปี ค.ศ.1965 แล้วพอปี ค.ศ. 1968 ศิริราชก็เริ่มขึ้น “ต้องช่วยเหลือกันแล้วละ” โรงเรียนแพทย์รัฐлікเดือดร้อนกับการขาดแคลนแพทย์ในประเทศ ก็เริ่มระบบ rural recruitment, local training และ home-town placement เกิดขึ้น จุฬาฯ ด้วย ที่ว่ามีโรงเรียนแพทย์เกิดขึ้นที่ชลบุรี ที่จันทบุรี แล้วเอาคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมาเรียน เป็นโควตา สอบคัดเลือกเสร็จก็เรียนที่นั่น ไม่ต้องไปสอบแข่งขันทั่วประเทศ เริ่มต้นตั้งแต่ตอนนั้น

แล้วก็เริ่มมีการจ่ายเงิน เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่างๆ เกิดขึ้นเพื่อที่จะให้หมอที่เค้าไปอยู่ในชนบทมีความสุขขึ้น แต่ว่ามันก็ช่วยได้ระดับหนึ่ง แล้วหมอมที่ไปอยู่ที่นั่นก็ทุกข์ เพราะว่าต้องเป็นผู้อำนวยการ โดยที่ไม่ได้รับการเรียนการสอนอะไรทั้งนั้นเลย ไม่ได้มีการสอนด้านการบริหารอะไรให้ พอบ่นๆ มากเข้ากระทรวงก็จับมาอบรมนักบริหาร 6 เดือน พวกที่มาอบรมรุ่นแรกออกไปอาทิตย์เดียวก็ปฏิวัติ ไม่มีใครเรียนเลย ก็จัดอบรมเรียนเองดีกว่า ก็ต่างคนต่างอบรม และความทุกข์เหล่านั้นก็ทำให้เกิดเป็นชมรมแพทย์ชนบทเกิดขึ้น

อันนี้เป็นกลไกสังคมที่สำคัญ ที่เกิดขึ้นในยุคนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นเพราะว่าจะต่อต้านรัฐบาล เกิดขึ้นเพราะว่าเดือดร้อน หมอผู้อำนวยการบางคนเซ็นเช็คเปล่าให้เจ้าหน้าที่ไปกรอกเอาเอง เพราะว่ารุ่นวยกับการผ่าตัด การดูแลคนป่วย เจ้าหน้าที่ก็เอาไปกรอกตัวเลขแล้วก็เบิกเอาเงินไปใช้ หลายคนก็เสียเงินเสียทองไปเยอะ นี่เป็นตัวอย่างเรื่องของความเดือดร้อน เราก็เลยตั้งชมรมแพทย์ชนบทขึ้นมา เพื่อช่วยเหลือกันเอง อบรมด้านบริหาร ทำแม้กระทั่งคู่มือการบริหารงานโรงพยาบาลอำเภอ ก็เขียนกันเอง

อันนี้คือกระบวนการเรียนรู้ใหญ่ของการสร้าง leadership สำหรับระบบบริการ สาธารณสุขในประเทศไทย เรียนจากของจริงเป็นมหาวิทยาลัยใหญ่ โรงเรียนแพทย์ในช่วงนั้นเองก็เห็นความสำคัญ จะเห็นว่ามีการพยายามที่จะช่วยเหลืออย่างมาก มีเรื่องของการทำ Re-orientation of Medical Education (ROME) ต้นปี ค.ศ.1980 กว่าๆ ผมเล่าเลยไปนิดในยุคนั้น

โรงเรียนในการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 4 ประกาศออกมาว่าต่อไปนี้คณะแพทย์ทุกแห่งจะผลิตแพทย์ที่จบออกมาแล้วมีลักษณะ 4 อย่าง คือ เป็นหมอที่ดี, เป็นครูดีเพราะว่าต้องไปสอนเจ้าหน้าที่ตำบล เป็นผู้บริหารที่ดี เพราะว่าต้องออกไปเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอ และต้องเป็นผู้สนับสนุนสาธารณสุขมูลฐาน อันนี้ออกมาจากหัวใจจิตหัวใจของคณะแพทย์เลย

แสดงว่าในยุคนั้นการขับเคี่ยวทางสังคม ทำให้คณะแพทย์หรือว่ามหาวิทยาลัยมีความรู้สึกที่ต้องรับผิดชอบต่อสังคม โดยเฉพาะในชนบทสูงมาก ทั้งหมดทั้ง rural recruitment, local training, hometown placement เกิดจากคณะแพทย์ และเรื่อง Re-orientation of Medical Education ก็เกิดจากคณะแพทย์ นี้จะแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างมหาวิทยาลัยกับการที่จะไปดูแลเอาใจหรือเอาใจใส่คนในชนบทมีสูงมากในยุคนั้น และความพยายามที่จะแก้ปัญหาทั้งใช้เงินใช้อะไรต่างๆ ในช่วงนั้นประสบความสำเร็จ แก้ปัญหาหมอมองโหล ผมมาวิเคราะห์ทีหลังและสรุปเอาเองว่าสำเร็จ ไม่ใช่เพราะเรื่องบังคับใช้ทุน ไม่ใช่เรื่องให้เงินนิดๆ หน่อยๆ เบี้ยเลี้ยงหมาจ่าย 2,000 คงไม่ช่วยเท่าไร

แต่สำเร็จคนไม่ไปอเมริกาเพราะ 2 - 3 อย่าง หนึ่ง สงครามเวียดนามยุติ ความต้องการในสหรัฐน้อยลง โอกาสที่จะไปก็ยาก ค่า stick มากขึ้น สบยากขึ้น รุ่นผมจบมา 70 กว่าคน ต้องสอบ ECFMG เพื่อจะไปสหรัฐฯ ต้องสอบ 2 part ซึ่ง part หนึ่งคือ medical part อีก part หนึ่งคือ part ภาษาอังกฤษ ใน part medical ผ่านเกือบทุกคน ส่วน part ภาษาอังกฤษผ่านอยู่ 8 คน ก็เลยได้ยุทธศาสตร์อันหนึ่งในการที่จะป้องกันสมองโหลออกนอกประเทศ คืออย่าสอนภาษาอังกฤษ อย่าให้หมอหรือว่าพยาบาลพูดภาษาอังกฤษเก่ง

แล้วก็ก็เป็นความจริง พยาบาลแบบบ้านใกล้เรือนเคียงเราที่มีภาษาอังกฤษดี หนีไปอยู่เมืองนอกเยอะ แต่ของเราไม่ค่อยไป สาเหตุคงจะมีหลายอย่าง แต่อันหนึ่งก็คือเราไม่สอนภาษาอังกฤษอย่างดี พยาบาลเราพูดภาษาอังกฤษไม่ค่อยเก่ง รุ่นผมเป็นรุ่น exception เพราะว่า Rockefeller มาช่วยที่รามมา ตั้งคณะแพทย์รามมา ขึ้นมา แล้วก็

ส่งอาจารย์จากอังกฤษ จากอเมริกามาสอน สมัยนั้นเคย lecture กันครึ่งชั่วโมง พวกฝรั่งเค้าไม่ lecture ยาว ประมาณครึ่งชั่วโมง หรือ 45 นาทีอย่างมาก แล้วก็ assign reading ที่เป็น text ภาษาอังกฤษเท่านั้น ไม่มีภาษาไทย assign reading 60 หน้า แล้ววันรุ่งขึ้นก็ต้องมาเข้า small group กับอาจารย์ ก็ให้ 60 หน้านี้แหละ ใหม่ ๆ 1 ชั่วโมงอ่านได้ 3 หน้าก็เก่งแล้ว ลองคิดดูว่า 60 หน้าจะใช้เวลาที่ชั่วโมง ใน 2 ปีเท่านั้นความพยายามที่จะต่อสู้เพื่อเอาตัวรอด ก็ต้องเร่งเรื่องภาษา รุ่นผมภาษาอังกฤษจะใช้ได้ทุกคน เพราะว่าถ้าใช้ไม่ได้เอาตัวไม่รอด 60 หน้าต้องอ่านให้เสร็จภายใน 3 - 4 ชั่วโมง นี่อาจารย์หนึ่งคนก็ยังมีอาจารย์คนอื่นมาอีก แทบตายตอนนั้น นี่เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือภาษาอังกฤษเราก็ไม่ค่อยดี จึงออกไปได้ยาก

อีกอันหนึ่งแพทย์สภาเมื่อปี พ.ศ.2514 เริ่มมีกระบวนการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเกิดขึ้น ก็ทำให้ไม่จำเป็นต้องออกไปต่างจังหวัด หรือออกไปต่างประเทศไปเรียน ซึ่งเรียนในเมืองไทยก็ได้ แล้ว private sector ก็เริ่มโต ก็สามารถรองรับแพทย์ได้มากขึ้น มีรายได้ต่าง ๆ มากขึ้น

แต่ในขณะเดียวกัน มาในยุคปัจจุบัน ปัญหาใหม่มันเกิด เนื่องจากเศรษฐกิจดีขึ้น คนมีกำลังซื้อมากขึ้นก็ไปหาหมอเอกชนมากขึ้น เดี่ยวจะเห็นยุคต่อไปภาคเอกชนจะโตพอภาคเอกชนโตขึ้นมาปุ๊บก็ดูเอาหมอเอาดูดูพยาบาลเข้ามา ไม่ใช่เป็น external brain drain แต่เป็น internal brain drain

มาจนถึงยุคปัจจุบัน internal brain drain จากความต้องการของคนในเมือง ผมใช้คำว่า virtual external brain drain เอาคนใช้ต่างชาติเข้ามา หมออยู่เมืองไทย แต่ว่ารักษาคนต่างชาติ ปัจจุบันประมาณ 2 ล้านคน ต่อปี เพิ่มขึ้นปีละเกิน 10% เป็นเงินมหาศาล เพราะนั้นก็เกิดการขาดแคลนแพทย์ในชนบทเหมือนเดิม แต่ว่าสถานการณ์บริบทเปลี่ยนแปลงไป

ต้องบอกว่าวิธีการในการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบท ประเทศไทยใช้ทุกวิธีที่ในโลกมี แต่ไม่สำเร็จ เดี่ยวนี้หมอที่ไปอยู่โรงพยาบาลอำเภอ อยู่สักประมาณ 10 ปีเศษๆ ได้ ซี.9 ระดับรองศาสตราจารย์ ถ้าเค้าประเมินผ่าน เท่ากับรองผู้ว่าฯ รองอธิบดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นนายตัวเอง ไปเล่าให้ใครฟังที่ไหนในโลกเค้าก็ไม่เชื่อ แต่ว่าประเทศไทยทำ

หมอบริบทใหม่ ไปอยู่โรงพยาบาลอำเภอที่กันดาร มีประมาณ 70 - 80 แห่ง ทั่วประเทศ รายได้เดือนหนึ่งเกินแสน มากกว่าเงินเดือนผมอีกซึ่งทำงานอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขมา 31 ปีแล้ว เงินเดือน basic จริงๆ 10,000 ค่าขึ้นเกียจอีก 10,000 คือไม่ไปทำร้าน ไม่ไป

practice ที่คลินิก ค่าเรียกว่าเบี่ยซี่เกียจ เบี่ยเลียงเหมาจ่าย 30,000 ที่กัณฑ์ซึ่งกำลังจะเพิ่มเป็น 50,000 ใน 3 อันนี้เข้าไป 50,000 แล้ว ยังมีค่าอยู่เวรอีก 30,000 - 40,000 ค่าวิชาชีพอีก 5,000 ถ้ากลางคืนถูกเรียกมาทำอะไรให้คนไข้ได้เงินอีก เป็นแสนบาทบางแห่ง เช่น 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 100,000 กว่า จบใหม่ๆ จากคณะแพทยฯเลย แต่ก็ยังเผ่นกลับมา ผมจะไม่ลงรายละเอียดว่าเพราะอะไรจะมีประเด็นอื่นอีกเยอะแยะ

3rd Era(1975-2000): HFA/PHC and Rural HSD EIDs, private sector growth, increase HI

- *Demographic and epidemiological transition and EIDs – HIV, etc*
- **Student revolution** with democratic government - 100% coverage of rural infrastructure – community hospitals, by **budget shifting**
- HFA/PHC - extensive community involvement– volunteer and funds
- **Start ‘Rural Doctor Society’ - 1976, and many NGOs**
- Rapid economic growth n mushrooming of private sector – 20% share in mid 1990s then 1997 econ crisis and medical tourism
- **Start FETP (1980), HE/HCF program (1985)- IHPP (1998)**
- Start Thailand Research Fund, NSTDA and HSRI, revision of patent act to cover ‘product patent’ – 1992
- Begin HI for the poor, near poor and **SS** – 71% in 2000 less OOP
- Peace and economic growth massively increase health budget



Dr. Suwit Wibulprasert, Ministry of Public Health, Thailand

6

ยุคถัดไปเป็นยุคสาธารณสุขมูลฐาน และยุคการขยายบริการในชนบท ในยุคที่สองในระดับจังหวัด ในยุคที่สามนี้ไปชนบท มีโรคใหม่ๆ เกิดขึ้นโดยเฉพาะโรคเอดส์ มีเศรษฐกิจโต 2 หลัก Mid 1980’s-1990’s ฟองสบู่เกิดขึ้น โรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นเป็นดอกเห็ด ในขณะที่เดียวกันคนพอมีเงินมากขึ้น คนก็มีความต้องการมากขึ้น มีการรักษามากขึ้น มีค่าใช้จ่ายมากขึ้น ก็มีการเคลื่อนไหวในเรื่องการปกป้องด้านการเงิน หลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

จะเห็นว่าอันนี้มันเกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางการเมืองด้วย ท่านที่เป็นนักสังคมศาสตร์ก็คงมองมุมมองทางการเมืองและสังคมด้วย ทางเศรษฐกิจไปด้วยไปด้วยกัน

สังคมไทยก็เปลี่ยน ผมเป็นนักศึกษายุค 14 ตุลา ตอนนั้นอยู่ปี 4 นักศึกษามัธยมนั้นสังคมมันเรียกร้อง และกระแสสังคมทำให้นักศึกษามี commitment ต่อสังคมสูง เพราะยุคผมนั้นจะไปอยู่โรงพยาบาลอำเภอกันเยอะ และอยู่นาน อาจารย์ขึ้นฤทธิ์ไปวิเคราะห์มาแล้ว ยุคผมอยู่โดยเฉลี่ย 6 ปี ยุคใหม่ๆ หมอที่อยู่โรงพยาบาลอำเภออยู่ไม่ถึง 2 ปี

มันมี strong commitment ต่อสังคม มันเกิดการปฏิวัติเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2519 แล้วรัฐบาลใหม่เข้ามา รัฐบาลป้าเปรมในระยะช่วงหลังปฏิวัติ ก็มุ่งเน้นพัฒนาชนบท ตอนนั้นก็มียโยบายพอเรามีโรงพยาบาลจังหวัดครบทุกแห่ง ต่อไปเราจะสร้างโรงพยาบาลอำเภอให้ครบทุกแห่ง ที่จริงเริ่มตั้งแต่สมัย มรว.ศีกฤทธิแล้ว เริ่มรักษาฟรี ขึ้นรถเมล์ฟรี รุ่งอาจารย์อภิชาติ อาจารย์ปราโมทย์น่าจะจำได้ ตอนนั้นยังไม่ได้เรียกโรงพยาบาลอำเภอเรียกว่า “ศูนย์การแพทย์อนามัยชนบท” แล้วเริ่มมีงบประมาณให้รักษาคนจนฟรี

ผมจบใหม่ๆ ไปอยู่โรงพยาบาลอำเภอได้งบประมาณ 30,000 บาทต่อปี เพื่อช่วยรักษาคนจนงบประมาณอีกส่วนต่างหากอีก 10,000 กว่าบาท รวมประมาณ 40,000 กว่าบาทต่อปีได้แค่นั้น นอกเหนือจากนั้นก็เงินเดือน เป็นอะไรต่างๆ แต่เราก็อยู่กันได้ มีปัญหาอะไรเราก็ไปหาพระ ไปหาหลวงพ่อขอสวดศักดิ์ หลวงพ่อจะเป็นที่ขอสวดศักดิ์ของเรา เอาสวดศักดิ์มาสร้างตึก เอาสวดศักดิ์มาซื้อยา อะไรเยอะแยะไปหมด แล้วคนในบ้านนอกเค้าก็ให้การบริจาคสูง เพราะนั่นช่วงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นการเปลี่ยนแปลงใหญ่ แล้วมีบลิ๊ทของ generation ผมว่าอย่างน้อยๆ สัก 7 - 8 generations ที่คนที่มีการศึกษามี commitment ต่อสังคมค่อนข้างสูง

แล้วตามด้วย เศรษฐกิจฟองสบู่เกิดขึ้น คนก็หันมาลงทุนนิยมมากขึ้น หาเงินทางทองมากขึ้น ความเคลื่อนไหวทางสังคมที่เรียกร้องเพื่อเสียดสละทางสังคมมันจางลง รุนหลังๆ ก็จะไปด้านการเงินการทองมากขึ้น จนกระทั่งโชคดียังมีวิกฤตเศรษฐกิจปี ค.ศ. 1997 ซึ่งวิกฤตเศรษฐกิจช่วยเยอะ เพราะว่าหมอที่ไหลไปภาคเอกชนก็ไหลกลับไปภาครัฐ เพราะว่าโรงพยาบาลเอกชนแจ้งไปเยอะปิดโรงพยาบาลไปหลายแห่ง

ช่วงนี้เกิดปรากฏการณ์ใหม่ๆ เกิดขึ้น ที่เกี่ยวข้องกับสถาบันด้านสาธารณสุข แต่เดิมผมเรียนแล้ว เดิมกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ช่วงนี้เป็นช่วงที่มีหน่วยงานใหม่ๆ เกิดขึ้นที่เรียกว่าเป็น independent public health agency ตั้งแต่ Thailand Research Fund คือ สกว.ซึ่งมีส่วนหนึ่งสนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพ องค์กรพวกนี้เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2535 ในช่วงรัฐบาลอานันท์ทั้งสิ้น NSTDA คือ สวทช.ซึ่งก็มี Biotec ที่วิจัยทางด้านสุขภาพด้วย และมี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งวิจัยตัวระบบสาธารณสุขเลย

แล้วที่จริงตอนนั้นมีกฎหมายสำคัญด้านสุขภาพ 2 อันที่ออกมาในปี ค.ศ.1992 กฎหมายควบคุมการบริโภคบุหรี่ยุคแรกและกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ออกมาเพื่อแลกกับการที่ประเทศไทยต้องเปิดตลาดบุหรี่ยุคใหม่ให้กับต่างชาติ เดิมเรามีโรงงานยาสูบขายผูกขาดอยู่คนเดียว แต่พอมีการเคลื่อนไหวระดับโลกเราก็ต้องเปิด อเมริกามาบังคับให้เปิดเราก็ต้องเปิด รวมทั้งมาบังคับให้เราแก้ไข พรบ.สิทธิบัตร เพื่อครอบคลุมสิทธิบัตรยาด้วย อันนี้เกี่ยวข้องกับทำให้เราทุกวันนี้ต้องซื้อยาแพง ยาเดี๋ยวนี้แพงมหาศาล เพราะว่าเป็นสิทธิบัตรไม่มีคู่แข่ง

ในยุคนี้เองก็เป็นยุคที่มีการประกันสุขภาพสำหรับคนจน รักษาคนจน แล้วต่อมาก็เป็นเรื่องของประกันสังคม บัตรสุขภาพช่วยเหลือคนใกล้จน ก็มาซื้อบัตรสุขภาพ จนปี ค.ศ.2000 หรือปี พ.ศ.2543 มีคนไทยที่มีหลักประกันถึง 71% เพราะฉะนั้นการต้องควักกระเป๋าจ่ายเองน้อยลง การที่เราจะ refer ส่งคนไข้จากบ้านนอกเข้าไปอยู่ในเมืองมันง่ายขึ้น ค่าไม่ต้องมีภาระทางการเงินที่ต้องจ่ายมากขึ้น

ที่สำคัญสงครามกับคอมมิวนิสต์ในป่าลดลง เลิกไป และเศรษฐกิจที่โตขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ภาคสาธารณสุขได้เงินงบประมาณมากขึ้นอย่างมหาศาล

How Thailand built up rural health infrastructure in early 1980s

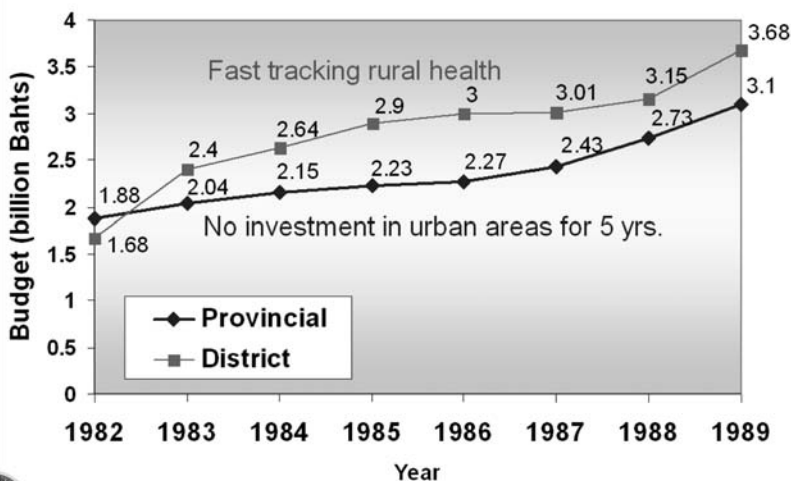
- GDP around \$ 600 US in 1980, military government
- Economic crisis and first entry into the IMF contract
- Zero nominal growth of government budget, 4 % of government budget went to health
- *Strong political determination for Rural Development, HFA/PHC with strong PH leadership - 100 % coverage of rural district hospitals*
- *Decided to 'shift budget from urban hospital to rural areas – no new investment in urban hospitals for 5 consecutive years, 1982-1986' and the budget were used to build new rural district hospitals and health centers together with massive increase in production of technical nurses, midwives and junior sanitarians*



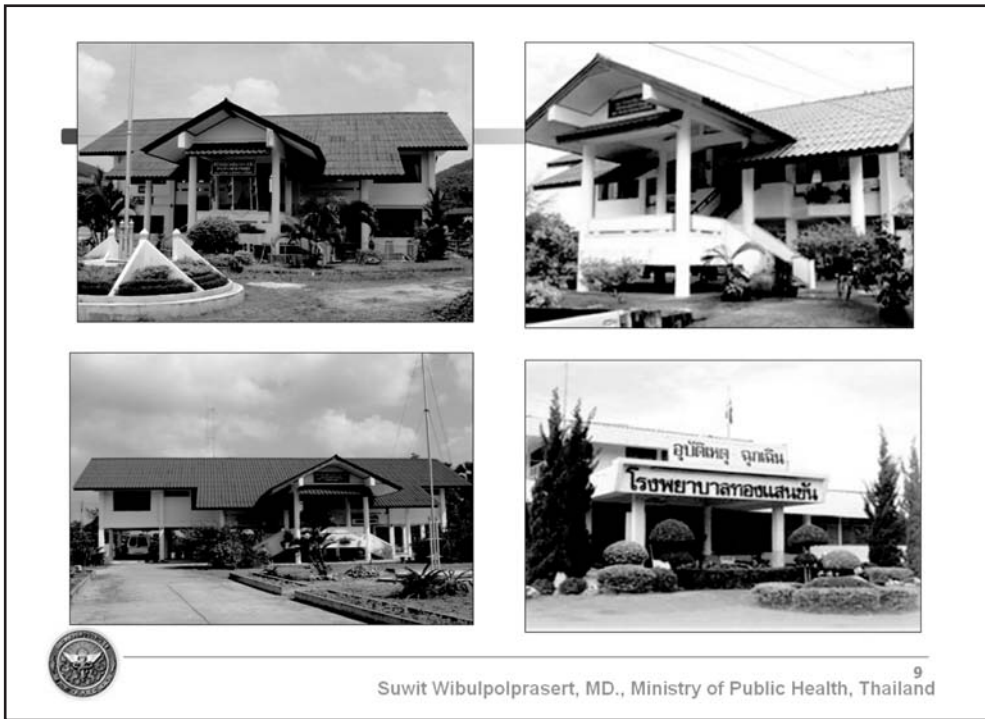
อันนี้ก็อย่างที่เรียนไปแล้วเราสร้างคือ Infrastructure ในชนบทของเราอย่างรวดเร็ว ในช่วงต้นปี ค.ศ.1980 - 1990 การตัดสินใจที่เข้มแข็งของรัฐบาล และมีผู้ใหญ่ในกระทรวงฯ อย่างท่านอาจารย์หมอมสม อาจารย์หมอมร โดยการสนับสนุนจากอาจารย์หมอประเวศ และสภาพัฒน์ฯ อาจารย์ขึ้นฤทธิ์ก็อยู่สภาพัฒน์ฯ ตอนนั้นช่วยกัน รัฐบาลตัดสินใจห้ามไม่ให้มีการลงทุนก่อสร้างใหม่ในโรงพยาบาลในเขตเมือง 5 ปีเต็มๆ ที่ไม่มีการก่อสร้างใหม่เลย แล้วเอาเงินที่เซฟได้ไปสร้างโรงพยาบาลอำเภอ และสถานีอนามัย

ทั้งๆ ที่ตอนนั้นมีวิกฤติเศรษฐกิจปี ค.ศ.1981 เป็นปีแรกที่ประเทศไทยเข้า IMF ประเทศไทยได้เข้า IMF มาแล้ว 2 ครั้ง และ ปี ค.ศ.1997 ตอนนั้นที่เราเข้า IMF เงินทองก็ไม่มี งบประมาณไม่เพิ่ม ผมจำได้ว่าไม่เพิ่มแล้วยังลดลงด้วย สมัยสามูโรสมหมาย พวกเราที่อายุมากหน่อยจะรู้จัก คุณสมหมาย สุนทรະกุล เป็นรัฐมนตรีกระทรวงการคลัง ท่านเรียนจบจากญี่ปุ่น และเป็นคนที่เข้มงวดมากในเรื่องการใช้จ่ายเงิน แม้ พรบ.งบประมาณผ่านสภาแล้ว แต่พอใกล้สิ้นปี ปู่สมหมายก็ขอตัดงบดำเนินการอีกร้อยละ 5 ขณะที่ไม่มีเงิน เราสามารถสร้างโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศได้ เพราะว่าเราทำอย่างที่ว่า

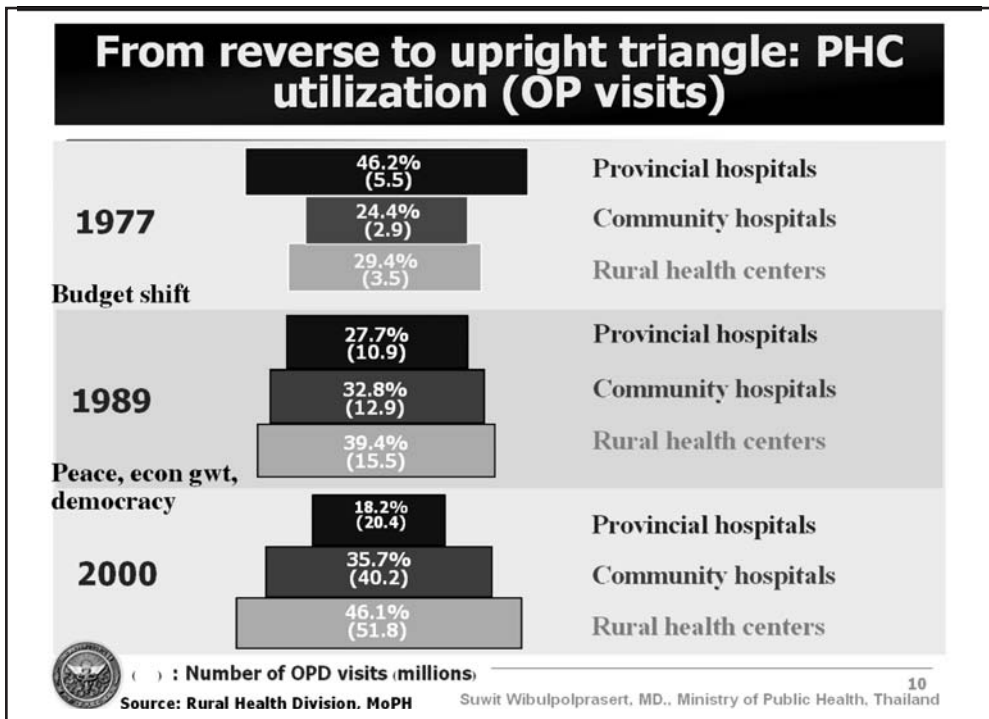
Shift of Budget Allocation from urban hospitals to rural health centers & district hospitals in '80s



นี่เป็น evidence ดูจากภาพ เส้นแรกเป็นงบประมาณระดับจังหวัด สำหรับก่อสร้างในเขตเมือง เส้นบนนี้สำหรับอำเภอและตำบล จะเห็นว่าในปี ค.ศ.1982 ระดับอำเภอและตำบลน้อยกว่า แต่ระดับจังหวัดสูงกว่า พอปี ค.ศ. 1983 กลับเลยอันนี้เป็นการตัดสินใจทางการเมืองที่เข้มแข็ง ร่วมกับเรื่องของการสาธารณสุขมูลฐาน มีการเอาชุมชน เอาประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น



จะเห็นวิวัฒนาการค่อยๆ เปลี่ยน กระทรวงสาธารณสุขเคยเป็นหลัก เริ่มมีหน่วยงานต่างๆ เกิดขึ้น ประชาชนต่างๆ เริ่มเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น จากการมุ่งพัฒนาเมือง เริ่มไปสู่ชนบท การรักษาพยาบาลในชนบทมียามี่เจ้าหน้าที่อยู่เต็ม สิ่งที่เกิดขึ้นคืออย่างนี้ นี่คือ Evidence-Base เลย



แต่เดิมโครงสร้างของคนไข้นอกที่ไปรักษาพยาบาล 3 ระดับ คือ จังหวัด อำเภอ ตำบล เป็นสามเหลี่ยมหัวกลับคือคนไข้ส่วนใหญ่ไปที่จังหวัด ที่อำเภอกับตำบลไม่ค่อยมา ไม่มีอะไรจะมาๆ แล้วไม่มีอะไรบริการให้ แต่พอเราปรับการลงทุนขึ้น มันเริ่มเป็นสามเหลี่ยมหัวตั้ง แล้วหัวตั้งโดยที่ฐานกว้างขึ้นเรื่อยๆ เดี่ยวนี้ฐานยิ่งกว้างขึ้นไปอีก เมื่อปี ค.ศ.2000 ผมทำไว้ 51% ของคนไข้นอกไปสถานีนามัย ซึ่งเดี๋ยวนี้เข้าไปกว่า 60% แล้ว

ตอนหลังเรามีสิ่งที่เรียกว่า PCU เกิดขึ้น ก็ไปที่สถานีนามัยและ PCU มากขึ้น แต่ว่า PCU แคว้นไปนับอยู่ในกลุ่มโรงพยาบาลอำเภอ

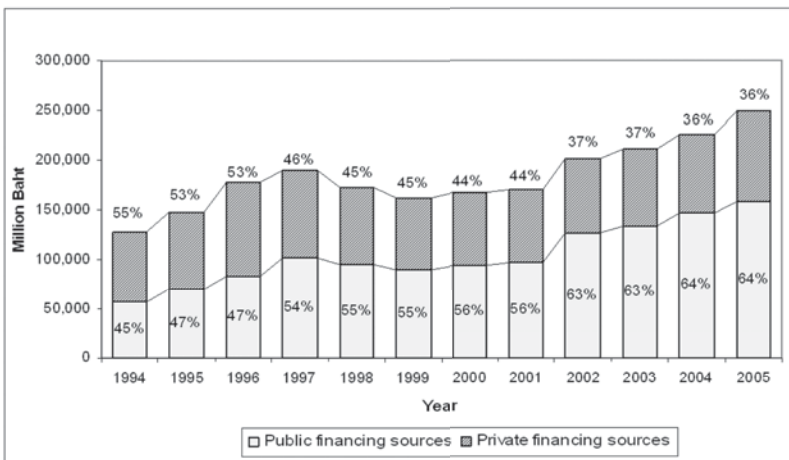
ภาพนี้จะเห็นวิวัฒนาการ 2 ด้าน ซึ่งด้านซ้ายเป็น infrastructure ด้านขวาเป็นเรื่องของ Universal Health Insurance เรื่อง Health Insurance เกิดขึ้น พอเข้ายุคสุดท้าย คือ Universal Health Insurance มีเงินมาสู่กระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น จากกราฟจะเห็นว่า ปี ค.ศ.1985 - 1986 เราใช้จ่าย 25% ของงบประมาณประเทศเพื่อใช้หนี้สาธารณะ พอถึงปี ค.ศ.1997 เหลือ 5% ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ คือ เศรษฐกิจมันโตเราก็กู้หนี้สาธารณะออกไป ค่าใช้จ่ายด้าน security เคยใช้ 25% ในช่วง 1985 พอมาปี ค.ศ.2002 - 2003 เหลือแค่ 12.3% ซึ่ง 2 อันนี้รวมกันเท่ากับ เราสามารถประหยัด 30%

ของงบประมาณแผ่นดิน ถ้าเราสามารถประหยัดงบประมาณแผ่นดิน ถึง 30% จากการ
ใช้หนี้สาธารณะและงบประมาณมั่นคง ย้ายมาอยู่ทางด้านการศึกษา สังคม และสาธารณสุข
เพิ่มขึ้น รวมทั้งการสร้าง infrastructure สร้างถนนอะไรต่างๆ

ทางด้าน Health จะเห็นว่ามัน 4% จากเดิม เพิ่มมาถึง 7 - 8% แล้วตอนนี้เข้าไป
กว่า 10% งบประมาณด้านสาธารณสุขเทียบกับงบประมาณแผ่นดิน

อันนี้ก็เรียนเรื่องการค้าระหว่างประเทศ ด้วยเหตุอะไรก็ตามที่บางคนไม่ชอบ
แต่ถ้าถ้าไม่มีการค้าระหว่างประเทศเราก็ไม่มีสตางค์ เมื่อไม่มีสตางค์เราก็เงินเหมือนเดิม
เพราะว่าเราทำอะไรไม่ได้ แต่ถ้าเรามีสตางค์แล้วเราสามารถเอานำมาใช้หนี้สาธารณะ
แล้วเอาเงินที่ประหยัดได้มาทำเรื่องสังคม เรื่อง social welfare เรื่อง infrastructure
เรื่องการศึกษา เรื่องสุขภาพน่าจะเป็นสิ่งที่ดี

Share of public and private financing sources from total health expenditure in Thailand, 1994 - 2005



Source: NHA by Viroj Tangcharoensatien, et al.

15
Suwit Wibulpolprasert, MD., Ministry of Public Health, Thailand

คนที่ต้องควักกระเป๋าจ่ายสตางค์เองด้านสุขภาพ แต่เดิมนปี ค.ศ.1994 คือ 45%
ที่จริงผมมีตัวเลขย้อนหลังไปถึงปี ค.ศ.1980 ตอนนั้น 30% หลวงจ่าย 70% ชาวบ้านจ่าย
ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จนค่อยๆ ดีขึ้นเรื่อย ปัจจุบันตัวเลขที่คุณหมอ
วิโรจน์ประมาณไว้พบว่า 2 ใน 3 ที่หลวงจ่าย แล้ว 1 ใน 3 ชาวบ้านจ่าย กลับกันเลย

เมื่อก่อนนี้ถ้าใครเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก็เตรียมหาวัตได้ เดียวนี้อยู่ได้อีกหลายปี หรือว่าอยู่ได้เกือบเหมือนคนปกติ ปีนี้เองปีแรกที่ระบบบัตรทอง cover การรักษาไตวายระยะสุดท้าย การเปลี่ยนไต การล้างช่องท้อง การฟอกเลือด แล้วแต่จะเลือกเอา ซึ่งแต่เดิมตายแน่ ๆ โรคนี้ หรือไม่กี่ควักกระเป๋ายายเรียกว่าหมดเนื้อหมดตัว เดียวนี้อยู่ได้แล้วอยู่เป็นสิบปี ชีวิตคนเปลี่ยนแปลงไปมาก

4th Era (2001 – now): UC and HS reform— Power Shift in Health Governance

- *Increasing demographic and epidemiological transition*
- *Thai Health Promotion Fund – 2001 – sin tax 90 mil\$*
- *National Health Security Office - 2002 – 3 billion\$ for UC*
- *National Health Commission Office – 2007, HPP and NHA*
- *New constitution – Decentralization, human rights, HIA*
- *Very strong civil society – RDS, HIV/AIDs and consumer and patient groups – in NHSB, NHC, ThaiHealth Board, support CL on 7 patented drugs*
- *Expansion of Private sector – medical tourism, conflicts*
- *Reform towards more PC with referral systems*
- *UC of HI – cover from 1st to last \$ with extensive benefit package*
- *Next reform of MoPH – more ‘soft power’?*



Dr. Suwit Wibulpolprasert, Ministry of Public Health, Thailand

16

มาถึงยุคปัจจุบัน ยุค Universal Coverage ยุคปฏิรูประบบสุขภาพ ยุคการปรับฐานอำนาจ power shift ในเรื่องการดูแลระบบบริการสุขภาพ ยุคนี้เห็นเรื่องของ Demographic and Epidemiological Transition ที่คุณ Giridhar พูดถึงเรื่อง ageing ที่จริงมันก่อนยุคนี้แล้ว เรื่อง Epidemiological transition จาก acute เป็น chronic

แล้วเรามีอะไรใหม่ๆ เกิดขึ้นเยอะ เช่น เรามีกองทุน สสส. กองทุนนี้ได้เงินจาก บุหรี่/สุรา 2% ของภาษีสรรพสามิตบุหรี่/สุรา 100 บาทไม่ได้หักจาก 100 บาทมา 2% คือเก็บ 100 บาทแล้วให้เก็บเพิ่มอีก 2 บาทเอาเข้าสสส. และยังเก็บอีก 1.5 บาท ไปสถานีโทรทัศน์ไทย PBS เป็นภาษี on top ของภาษีสรรพสามิต ของ สสส. ใช้เงิน 2% เป็นเงิน 1 ปี 2,700 ล้านบาท เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเดียว ซึ่งจำนวน 2,700 ล้านบาท

มากกว่ากรมอนามัยทั้งกรมที่ได้ 1,000 กว่าล้านบาทนั้น แล้วของกรมอนามัยเป็นเงินเดือน เป็นส่วนใหญ่ แต่ สสส. 2,700 ล้านบาท มีส่วนของเงินเดือนน้อยมากเพราะว่ามีคนอยู่ไม่ถึง 100 คน แปลว่ามีเงินอยู่ก้อนใหญ่มากที่จะมาทำเรื่องสร้างเสริมสุขภาพ อันนี้คือ สสส. มีไม่กี่แห่งในโลก ในประเทศกำลังพัฒนาอาจจะมีอยู่แห่งเดียวด้วยซ้ำ

มี พรบ.หลักประกันสุขภาพ มีสำนักหลักประกันสุขภาพเกิดขึ้น มีเงินถึงกว่า 100,000 ล้านบาท ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขมีแค่ 30,000 กว่าล้านบาท แต่ว่านี้ได้มี 100,000 ล้านบาท ซื้อบริการ จ่ายค่าบริการต่างๆ ให้คนไทย 47 ล้านคน

มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้น เพื่อทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในวันที่ 11-13 ธันวาคมนี้ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ภาคประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 39 คน ซึ่ง 1 ใน 3 เป็นภาคการเมืองเป็นรัฐมนตรีต่างๆ รัฐมนตรีสาธารณสุขเป็น 1 ในนั้นและมีภาคการเมืองท้องถิ่นด้วย อีก 1 ใน 3 คือ วิชาชีพและวิชาการ ซึ่งวิชาชีพด้านสุขภาพสาขาต่างๆ รวมกับนักวิชาการทั้งหมด 13 คน แล้วอีก 13 คนมาจากภาคประชาชนล้วนๆ ได้คัดเลือกมาจาก 13 เขตทั่วประเทศ จะเห็นว่าทั้งหมดนี้ประกอบเข้าไปเป็นที่อาจารย์ประจำเขตใช้คำว่า “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” เข้าไปกำหนดเรื่องนโยบายสาธารณสุขของประเทศ

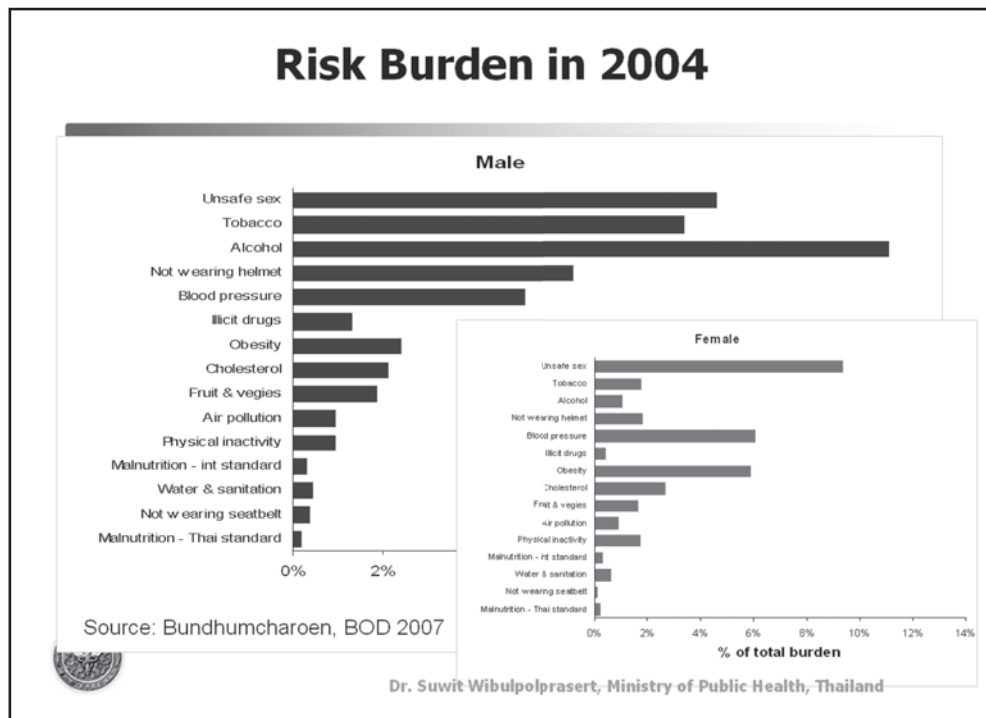
“แล้วกระทรวงสาธารณสุขทำอะไร” นี่คือคำถาม กระทรวงสาธารณสุขจะทำอะไรต่อเงิน สปสช.ก็เอาไปแล้ว 100,000 กว่าล้านบาท สสส. เอาไปอีก 3,000 ล้านบาท คณะกรรมการสุขภาพทำนโยบายซึ่งก็มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน แล้วพวกนี้ดูดูแลคนเก่งๆ ของกระทรวงสาธารณสุขไปหมด ไปนั่งดูคนที่ทำงานอยู่ที่ สปสช. คนกระทรวงสาธารณสุขเกือบทั้งนั้น เมื่อวันจันทร์เพิ่งจะตั้งเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทำงานเรื่อง EMS ก็เอาคนกระทรวงสาธารณสุขเข้าไปอีก

จะเห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขจะถูกดูเงินออกไป คนเก่งๆ ก็ออกไป งานต่างๆ ก็ถูกกระจายออกไป มีหน้าซ้ำพรบ.แผนขั้นตอนแผนการกระจายอำนาจ ถ้าย้อนสถานีอนามัย โรงพยาบาลอำเภอในอนาคตไปแน่ ตอนนี้อย่างน้อยรอบแรก 22 แห่ง และเพิ่งทราบไปแล้วอีก 6 รวมเป็น 28 แห่ง พอไปแล้วมันดี พอถึงขีดหนึ่งปีบมันก็จะไปกันหมดแล้วสถานีอนามัย 10,000 แห่ง หากว่าไปสักครึ่งหนึ่งก็มหาศาลแล้ว นี่คือนี่ที่ผมเรียกว่า “power shift” ใน health governance

กระทรวงสาธารณสุขต้องหันกลับมาคิดว่าตัวเองจะทำอะไร ต้องหันไปใช้ที่เรียกว่า soft power มากขึ้นหรือไม่ คือกระทรวงสาธารณสุขยังมี อย. - อาหารและยา, คัดกรองผู้บริโภคน, พ.ร.บ. โรคศิลป์, พ.ร.บ. สถานพยาบาล, พ.ร.บ. ควบคุมโรคติดต่อ, พ.ร.บ. การสาธารณสุข ยังมีอำนาจตรงนั้นอยู่ แต่อำนาจรัฐในเชิงควบคุมกำกับสถานีอนามัยโรงพยาบาลต่างๆ พวกนี้มันน้อยลงไปเรื่อยๆ

แล้วเดี๋ยวนี้ถามว่าโรงพยาบาลเชื่อกระทรวง หรือว่าเชื่อ สปสช. ถ้าเผื่อว่ากลัวถูกย้ายก็กลัวกระทรวง เชื่อกระทรวง หากว่ากลัวเจ๊งก็ต้องเชื่อ สปสช. กลายเป็นมีนาย 2 คน เพราะว่า สปสช. เค้าเป็นคนให้เงิน เค้าปิดกั้นเลือดไม่มา คุณขาดออกซิเจนคุณก็ตาย ซึ่งเดี๋ยวนี้ส่วนใหญ่ผู้บริหารระดับโรงพยาบาลเค้าพึ่งทางนี้มากกว่า เพราะว่าอีกทางนี้มีแต่สั่งแต่เงินไม่ให้ ไม่มีสตางค์ ส่วนทางนี้เงินมีมาตลอด เงินไหลมาเทมามันกลายเป็นอย่างนั้นแล้วเกิด power shift แล้ว เพราะฉะนั้นกระทรวงสาธารณสุขต้องใช้ soft power คือ “ใช้ปัญญา ใช้ความสัมพันธ์มากขึ้นกว่าการใช้อำนาจรัฐอย่างเดียว”

มีคนเค้า define soft power ว่าคือ power ที่จะ achieve สิ่งที่คุณต้องการ by attractions not by coercion or by using authoritative power แปลว่าคุณจะต้องทำให้เค้าอยากทำงานให้คุณด้วยความรัก ความศรัทธา ในสติปัญญา และในความสัมพันธ์ที่ดีมากกว่าการใช้อำนาจ อันนี้เป็นสิ่งที่สำคัญ



อันนี้ปัญหามันเปลี่ยน มันไปเรื่อง HIV/AIDS เรื่องอะไรต่างๆ เรื่องมันมากขึ้น ดู list ของ burden of disease ผู้ชายก็เรื่องของ unsafe sex, tobacco, alcohol ผู้หญิงก็ unsafe sex เหมือนกัน แล้วพวกความดันสูง ความอ้วน อันนี้เป็นความเสี่ยงที่มีมากขึ้นเรื่อยๆ

Health care infrastructures

	Urban		Rural		
	Bangkok	Provinces	Districts	Tambons	Villages
Medical schools	6	5	-	-	-
Special Hospitals	24	22	-	-	-
General Hospitals					
Public	29	92	724	-	-
Private	131	342	-	-	-
Private Clinics	3,143	9,063	-	-	-
PH Centres	85	-	132	9,704	-
PHC Centres	-	-	-	-	63,443
1 st cl drug stores	2,553	2,797	-	-	-
2 nd cl drug stores	724	4,409	-	-	-
Groceries	-	-	-	-	400,000



Suwit Wibulprasert, MD., Ministry of Public Health, Thailand ¹⁹

Towards universal health insurance in Thailand: 1963 - 2001

- 1963 – Civil servants medical benefits scheme 9%
- 1975 – Free medical care for the low income +20%
- **Extensive rural infrastructures development**
- 1990 - Voluntary public HI (health card) +13%
- 1992 - Compulsory Social Security HI +11%
- 1993 - Free med care for children +16%
- 1995 - Free med care for elderly +6%
- **2000 – Total health insurance = 71 %**
- 2001 - Universal HI - **\$US0.75/visit co-payment**
- 2003 - Universal Access to ARVs
- 2006 - Free care for all – **abolish co-payment**
- 2008 – RRT and Flu vaccine coverage

30 years of gradual coverage to Universal Health Insurance
"One of the success factor: Don't listen to the IGOs"



Dr. Suwit Wibulprasert, Ministry of Public Health, Thailand

20

Coverage of Health Insurance (%)

Scheme	1991	1996	2001	2003	2006
Universal Coverage (gold card)	-	-	-	74.7	75.8
Social Welfare	12.7	12.6	32.4	-	-
Civil servants (CSMBS)	15.3	10.2	8.5	8.9	9.5
Social security	-	5.6	7.2	9.6	10.2
Voluntary health card	1.4	15.3	20.8	-	-
Private health insurance	4.0	1.8	2.1	1.7	2.3
Total insured	33.4	45.5	71.0	94.9	97.8
Uninsured (millions)	66.6	54.5	29.0	5.1	2.2



Source: Health and Welfare Survey, National Statistical Office

Dr. Suwit Wibulpolprasert, Ministry of Public Health, Thailand

21

ตารางนี้ แสดง Health Infrastructure ของเราจะเห็นว่าในชนบทมีแต่ของหลวง เอกชนจะอยู่ในเมืองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะเห็นพัฒนาการของการเข้าสู่ระบบหลักประกัน ไม่ใช่เราประกาศวันนี้ แล้วพรุ่งนี้จะหลักประกันได้เข้า 100% เราทำมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1963 จนถึงปัจจุบัน ก็มีคนบอกว่าคุณเป็นประเทศกำลังพัฒนา รายได้ก็แค่นี้ ไปทำหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ผมถามหน่อยว่าคุณประกันอะไร มีบริการอะไรให้ชาวบ้านเค้าบ้าง พอเล่าให้เค้าฟังเค้าก็ตกใจ ของเรามีผ้าหัวใจเราก็บำ มะเร็งเราก็บรักษา ARV, Anti Retroviral Treatment ฟรีหมด ไม่มีสตางค์เราก็บำ CL เดียวนี้ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ในปีนี้สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังฉีดแล้ว ปีหน้าก็เป็นโรคเรื้อรังทุกคน ปีถัดไปผู้สูงอายุ ทุกคน เพราะนั่นมันเป็นกระบวนการที่เราสั่งสม ค่อยๆ สร้าง ค่อยๆ ทำกันมา

The incidence of catastrophic health payments in 2000, 2002, and 2004

	2000	2002	2004
Q1 (poorest)	4.0 %	1.7 %	1.6 %
Q2	6.6 %	2.1 %	2.4 %
Q3	5.4 %	3.6 %	2.7 %
Q4	5.6 %	4.0 %	2.9 %
Q5 (richest)	5.6 %	5.0 %	4.3 %
All quintiles	5.4 %	3.3 %	2.8 %

Note: Catastrophic health expenditure refers to household out-of-pocket payments for health over 10% of total household consumption

Source: Phusit Prakongsai, IHPP



Suwit Wibulpolprasert, MD., Ministry of Public Health, Thailand

22

อันนี้เห็นวิวัฒนาการ coverage ซึ่งชาวบ้านที่ insecure ลดจาก 6.6% ในปี ค.ศ. 1991 เหลือ 2% การล้มละลายจากการเจ็บป่วยใน Q1 คือกลุ่มคนที่จนที่สุดจาก 4% พอมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหลือ 1.6% ส่วนคนรวย 5.6% เหลือ 4.3% คนรวยเค้าช่วยเหลือตัวเองได้ เพราะ definition ของ catastrophic illnesses เค้าบอกว่าจ่ายเกิน 10% ของรายได้ใน 1 ปี ไม่มีปัญหาคนรวยจ่ายเกิน 10% เค้าอยู่ได้เพราะว่า saving เค้าเยอะ แต่ว่าคนจนไม่มี saving เลย จ่ายเกิน 10% ของรายได้ เขาก็แย่

วันที่ 11 - 13 ธันวาคม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จะพิจารณาธรรมนูญสุขภาพฉบับแรก ในธรรมนูญสุขภาพกำหนดไว้ตั้งเป้าไว้ว่า Catastrophic illnesses ในกลุ่มคนจนสุด 1.6% ต้องลดลงเหลือ 1% ภายใน 5 ปี

New innovative legal frameworks

- Two tobacco control act - 1992
- *Health Systems Research Institute Act - 1992*
- *Thai Health Promotion Foundation Act - 2001*
- *National Health Security Act 2002*
- New 2006 constitution require 'HIA' for any major projects that may affect 'well-being of the community'
- Alcohol Control Act 2007
- *National Health Act 2007*
- Capacity to implement Compulsory Licensing 2006-2008



Dr. Suwit Wibulpolprasert, Ministry of Public Health, Thailand

23

แล้วก็มีกฎหมายต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย อาทิ กฎหมายควบคุมสุราปีที่แล้วที่ออกมา แล้วในรัฐธรรมนูญปี 2550 ก็กำหนดไว้แล้ว ถ้ามีการโครงการพัฒนาใหญ่ๆ แล้วมีผลกระทบต่อชุมชนๆ สามารถเรียกร้องให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพได้ เรามีศักยภาพมากขึ้น บางทีมีกฎหมายแต่ไม่มีปัญญาในการ implement แต่พอเราเรียนรู้เราเก่งขึ้นๆ เราสามารถ implement ได้

Compulsory Licensing to increase access to essential drugs 2006-2008

- ***Prior negotiation was carried out for 2 yrs, 04-05 but totally failed!!!, so CL was sought for:***
- Efavirenz - MSD: Nov. 29th 06
- Lopinavir+Ritonavir - Abbott: Jan 25th 2007
- Clopidogrel - Sanofi-Aventis: Jan 26th 2007
- Four anticancer drugs: Jan 25th 2008
- *Huge pressures from Multinational companies, bilateral powerful trade partners, with internal conflicts with other trade and diplomatic sector*
- *Strong supports from IGOs, INGOs, NGOs, media*



Dr. Suwit Wibulpolprasert, Ministry of Public Health, Thailand

24

ตัวอย่างของศักยภาพ ก็เช่น ประเทศไทยเป็นประเทศทุนนิยม และส่งออกเป็นหลักในเรื่องเศรษฐกิจ ไม่มีใครคิดว่าประเทศไทยกล้าบังคับใช้สิทธิกับยาที่มีสิทธิบัตรแต่มันก็เกิดขึ้นได้ เกิดขึ้นในช่วงรัฐบาล คมช. ด้วย เราบังคับใช้สิทธิ์ยาไปทั้งหมด 7 ตัวเรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องเล็กแต่ว่าเป็นเรื่องใหญ่ดังไปทั่วโลกจนถึงทุกวันนี้ เหตุเพราะว่าบริษัทยาข้ามชาติมีอิทธิพลมหาศาล ทั้งในสหรัฐอเมริกา ในยุโรป ในญี่ปุ่น lobbyist ของบริษัทยาข้ามชาติจำนวน lobbyist ของบริษัทยาข้ามชาติมากกว่าจำนวนสมาชิกรัฐสภาของสหรัฐอเมริกาทั้งหมดรวมกัน ลองคิดดูเค้าสามารถจ้างคนไปล็อบบี้มีจำนวนมากกว่าคนที่เค้าจะไปล็อบบี้อีก แสดงว่าเค้าใช้ทุกอย่างเพื่อที่จะล็อบบี้ให้ภาคการเมืองอเมริกันต้องปกป้องผลประโยชน์ของเค้า

เพราะฉะนั้นการที่เราไปประกาศบังคับใช้สิทธินี้ ถึงแม้มีความจำเป็นอย่างไรก็ตามสำหรับเรา แต่สำหรับเค้าๆ ถือว่าเราทรมานเขาปฏิบัติต่อระบบทุนนิยมเลย เรามีแรงกดดันมากมายมหาศาล แต่ที่ยังอยู่ได้จนกระทั่งรัฐมนตรีเฉลิมเมื่อวานนี้ออกมาประกาศไม่ใช่แค่ 7 ตัวนี้ให้เดินหน้าต่อ จะทำเพิ่มอีก ใครอ่านหนังสือพิมพ์พรรคพวกโทร.มาหา

ผมโทรศัพท์แทบไหม้ ไม่ใช่กับชาวเท่านั้น แต่เป็นกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง พวกต่างประเทศ พวกอะไรต่างๆ ที่เราติดต่ออยู่ว่าเป็นไปได้หรือ ผมก็ตอบว่าไม่รู้ก็ รัฐมนตรีเค้าประกาศไปแล้ว

ที่เป็นอย่างนี้ได้เพราะ strong support จาก NGOs กับสาธารณะ แต่ว่าเราได้เรียน แล้วว่านโยบายยากๆ นี่เกิดขึ้นได้ ถ้าภาคสังคมเข้มแข็ง สมัยก่อนตอนเราทำนโยบาย เรื่องประชากร ตอนนั้นภาคสังคมไม่รู้เรื่อง ไม่มี แต่ว่าภาควิชาการแข็ง

ผมอ่านประวัติย่อๆ ท่านอาจารย์วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ถึงได้รู้ว่าท่านทำตั้งแต่ ตอนนั้น ก็เลยรู้ว่าคนนี่เองมีส่วนเปลี่ยนชีวิตเราจากหมอผ่าสมองกลายเป็นหมอบ้านนอก เผลอๆ ทำให้ตรงนั้นดั่งขึ้น แล้วก็นึกถึงอาจารย์เก่าๆ สมัยนั้น Dr. Alan Rosenfield ตอน นี้เพิ่งเสียไป ดร.เรย์, แจ็ค ไบรแอน พวกนี้เป็นอาจารย์เก่าๆ เราทั้งนั้น เราทำชมรม นิเวศวิทยา ของมหิดล เราก็ไปยืมเครื่องฉายหนังจากยูซิส สมัยนั้นเค้าเรียกว่ายูซิส คือ สถานทูตอเมริกันเป็นหน่วย just mac หน่วยทหาร หน่วยสนับสนุนด้านการพัฒนา สมัย นั้นเป็นหนัง 8 ม.ม., 16 ม.ม. ต้องหัดเอาฟิล์มใส่แล้วก็ฉายหนังเรื่องวางแผนครอบครัว นี่ละ ไปตามงานต่างๆ มีอยู่คราวหนึ่งเราไปจัดทุกปีที่งานกาชาด เราก็มี booth ของ เราก็คิดมาดูกันเยอะ ตกกลางคืนเราก็ขี้เกียจจนกลับ เราก็เก็บไว้ที่นั่นแล้วผมก็นอนเฝ้า ตื่นเข้าขึ้นมาเครื่องฉายหนังหาย รุ่นพี่ที่เป็นประธานชมรมอยู่ปี 4 ผมอยู่ปี 1 เค้าบอกมีคนมันยกเครื่องฉายหนังข้ามศพไอ้สุวิทย์ไป ก็เหนื่อยเพราะว่าเราก็ต้องทำกิจกรรม ทำอะไรหลายอย่างเพื่อจะหาเงินมาซื้อเครื่องฉายหนังไปคืนเขา

นึกกลับไปว่าตอนนั้นประเทศไทยเราไม่มีสังคมที่เข้มแข็ง แต่ว่าวิชาการกับอำนาจ เชื่อมโยงกัน แล้วภายนอกเข้ามาอย่าง Population Council อะไรต่างๆ เข้ามาก็ทำให้เกิดนโยบายประชากรขึ้น แต่ว่าตอนนี้ภาคสังคม ภาค NGOs มีพลังสูงมาก เห็นหรือไม่ว่าราคา ยา หลังจากทำ CL ลดลงตั้ง 3 เท่าจนถึง 75 เท่า คนเข้าถึงยาเพิ่มขึ้น อย่าง ยาเอ็ดส์ตัวแรก Efavirenz จาก 5,000 คนตอนนี้เข้าไป 20,000 คนที่สามารถได้ยาตัวนี้ ยา second line ยาพวกดื้อยาที่เคยได้ระดับ 100 คน เดี่ยวนี้ได้เป็น 3,000 คน คือ ใครดื้อยาก็มีสิทธิ์ได้ยาแล้ว โอกาสรอดมากขึ้น ไม่ตาย



จะเห็นกระบวนการเคลื่อนไหวแพทย์ชนบท ตั้งแต่อาจารย์หมอเสม อาจารย์หมอ ประเวศ ลงมาจนถึงข้างล่างสุด หมอเกรียงศักดิ์ คุณหมอบอย คุณหมอพงศ์เทพ ออกมา อัดกับรัฐมนตรีทุกวันซึ่งพวกนี้เค้าเป็นข้าราชการ ไปเล่าให้ใครฟังทุกคนก็สงสัยคุณทำได้ อย่างไรเมืองไทย ข้าราชการสวมหมวก NGOs แล้วออกมาตำรัฐบาล ตำตั้งแต่นายกฯ ไป จนกระทั่งรัฐมนตรี แล้วก็ไม่เห็นถูกปลด ถูกสอบ อันนี้ก็เมืองไทย ก็เป็นพัฒนาการ เพราะว่าเค้าออกมาพูดในฐานะประธานชมรมแพทย์ชนบท ไม่ใช่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

มีการเมืองยุคหนึ่งสั่งปลัดกระทรวงฯ ให้สั่งย้ายหมอเกรียงศักดิ์ สั่งย้ายหมอ เกรียงศักดิ์ภายใน 24 ชั่วโมง ย้ายมาอยู่ประจำในกระทรวงฯ พอมีข่าวออกมาแค่นั้น คน 30,000 คนมาอยู่หน้าโรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย ขึ้นป้ายกันเลย “เป็นอย่างไร เป็นกัน ไม่มีทางให้หมอไป” ในที่สุดเกรียงศักดิ์ก็อยู่จนถึงเดี๋ยวนี้ ก็ไม่เห็นใครย้ายเค้าได้

Respect seniority is the key value of the rural doctor group

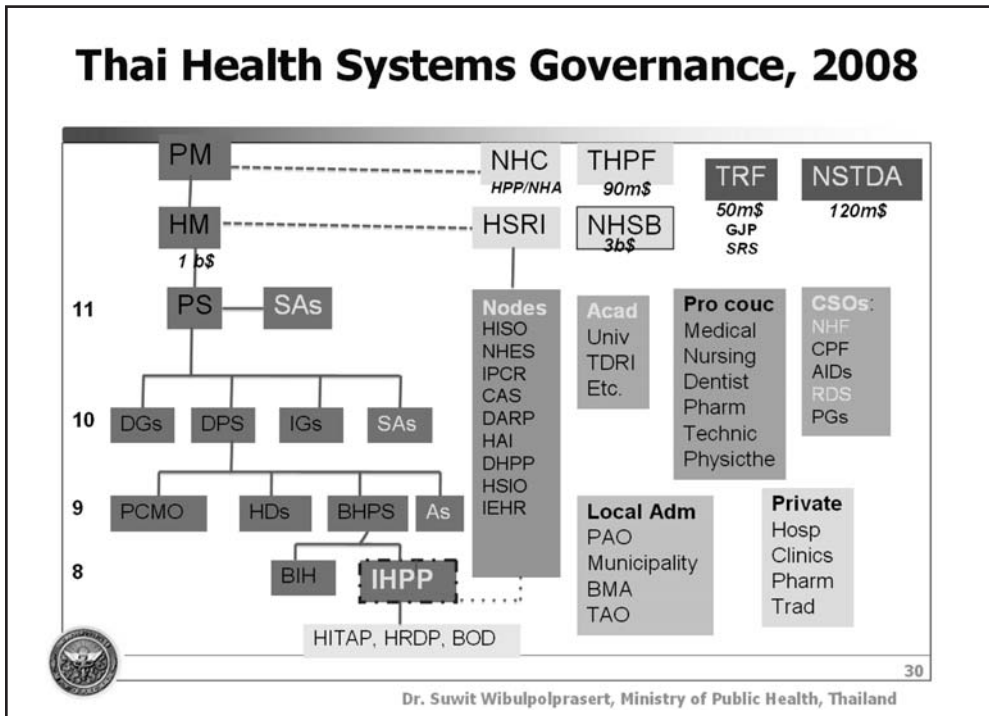


29

คุณหมอพงศ์เทพ ซึ่งอยู่ข้างๆ ไปอัดรัฐมนตรีซึ่งเป็นรัฐมนตรีพาณิชย์อยู่ตอนนี้ อัดกันอย่างหนัก รัฐมนตรีก็บอกว่าเดี๋ยวจะย้ายมาอยู่หน้าห้อง หมอก็บอกว่าผมพร้อมแล้วไปเลย แล้วเดี๋ยวผมจะไปฟ้องศาลว่าฝ่ายการเมืองมายุ่งย่ามอะไรกับการย้ายข้าราชการประจำ ทำอย่างไรถึงจะเกิดอย่างนี้ขึ้นกับจิตวิญญาณของข้าราชการในกระทรวงอื่นๆ ถ้ามีความเข้มแข็งอย่างนี้ ฝ่ายการเมืองเข้ามาทำอะไรยาก

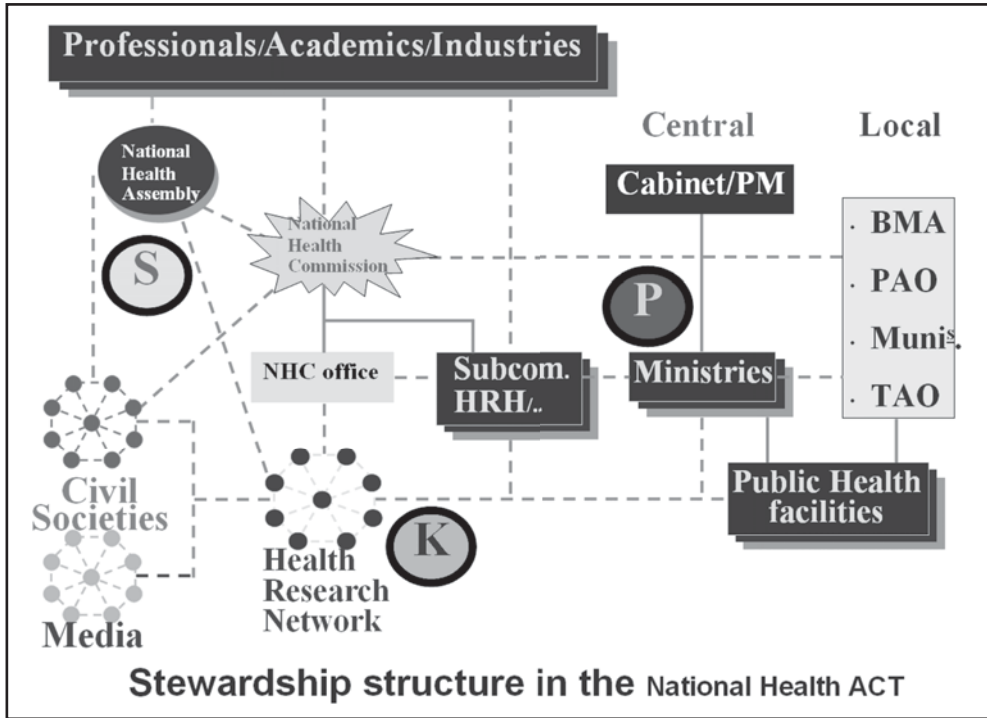
ในบอร์ด สปสช.-บอร์ดหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รัฐมนตรีไปนั่งเป็นประธานอยู่ดีๆ ก็เสนอ Project มาแล้วบอกว่าจะขอเงิน 15 ล้านบาท ปกติรัฐมนตรีนั่งหัวโต๊ะแล้วจะเอาเงิน 15 ล้านเค้าก็ยอมกันหมด แต่ว่าไม่ได้ กรรมการไม่ยอม เมื่ออาทิตย์ที่แล้วก็มีการประชุมบอร์ด รัฐมนตรีก็ไปนั่งหัวโต๊ะก็มีวาระหนึ่งพิจารณาว่ามีโรงพยาบาลบางแห่งมีการส่งหลักฐานเบิกเงินผิดปกติไปรวมๆ กันประมาณ 5,000 ล้านบาทเค้าก็เสนอมีกลไกในการลงโทษ ในการปรับ การอะไรต่างๆ ก็มีการล้อมบ๊ักกันบอกว่าไม่ให้เอา ประธานก็ทำท่าจะไม่เอา ก็มี NGOs คนหนึ่งยกมือขึ้นมาเลยบอกว่า ท่านประธานกำลังส่งสัญญาณอะไร เค้าพูดแบบไม่เกรงใจเลย ในที่สุดที่ประชุมก็ยอมให้มีการลงโทษได้

ผมพูดให้ฟังเพื่อให้เห็นว่าภาคสังคมใหญ่ขึ้นเยอะแล้วตอนนี้ มันถ่วงดุล ภาคสังคมเข้าไปยึดทำเนียบ มันมีเบื้องหลังอยู่เยอะ ไปเล่าให้ใครฟังว่ารัฐบาลไม่มีที่ทำงานเค้าก็งง ไม่ได้พูดถึงเรื่องเสียเหลืองเสียแดง แต่ว่าดูปรากฏการณ์ ถ้าเราเป็นนักสังคม เราดูปรากฏการณ์ว่ามีคนกลุ่มหนึ่งเข้าไปยึดทำเนียบรัฐบาลได้ แล้วก็ได้รับการสนับสนุนจากคนจำนวนมากไม่น้อยในสังคมด้วย อันนี้คือชี้ให้เห็นว่าภาคสังคมมันใหญ่ขึ้น แล้วพวกนี้ฉลาด รู้จักปกป้องตัวเอง หาผู้ใหญ่ปกป้องตัวเอง พอปีใหม่ สงกรานต์ก็จะไปกราบไหว้ผู้ใหญ่ มีอะไร ผู้ใหญ่ก็จะออกมาบอกว่าพวกนี้เป็นคนดี เค้าเป็นคนดีจริง เค้าทำเพื่อสังคม คนอื่นจะไปแตะต้องเค้าก็ต้องเกรงเพราะมีผู้ใหญ่คุ้มครองอยู่ แล้วไม่ใช่ผู้ใหญ่ที่มีอำนาจ Hard power แต่ว่าเป็นผู้ใหญ่ที่มี Soft power สูง



จะเห็นว่าทางซ้ายมือคือกระทรวงสาธารณสุข มันจะค่อยๆ ลีบลงๆ เรื่อยๆ แล้วขวามือก็คือองค์กรอะไรก็ไม่รู้ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน องค์กรอิสระต่างๆ มีเงินมากกว่ากระทรวงสาธารณสุขด้วย ที่เล่าให้ฟังไม่ได้บอกว่ากระทรวงสาธารณสุขไม่สำคัญ กระทรวงสาธารณสุขยังต้องเป็นกระทรวงหลักทางด้านสุขภาพของประเทศ เป็นตัวแทนของประเทศด้านสาธารณสุข แต่ต้องปรับตัว ถ้ายังเป็นอย่างเดิมอยู่ ยังใช้อำนาจ

รัฐอย่างเดิม แล้วไม่ได้ใช้ soft power แล้วไม่ใช้สติปัญญา จะยิ่ง แย่ลงๆ เรื่อยๆ แล้ว จะเกิด conflict กันมากขึ้นเรื่อยๆ



นี่คือโครงสร้างใหม่ที่มี social sector, knowledge sector และ P คือ political sector จะต้องมาทำงานด้วยกันอย่างสมานฉันท์ ผมอยากจะชักชวนพวกเรา ถ้ามีโอกาส 11 -13 ธันวาคมนี้ ไปร่วมสมัชชาสุขภาพ ไม่ใช่ที่ท่านอยากจะไปก็ไปได้ ท่านต้องเข้าไปดูว่าท่านจะเข้าไปใน channel ไหน เค้าประชุมแบบมี constituencies มี 180 constituencies ท่านต้องดูว่าท่านจะเข้าไปใน constituency ไหนถึงจะเข้าไปประชุมสมัชชาสุขภาพได้

Future Thai Health Care Systems

- Chronic diseases is the main health problem
- More community and home health care
- Strong 'heart based' PC with good referral systems
- More inter-sectoral actions on health
- More stakeholders in H governance, especially community, civil society organizations, and local governments
- Both 'soft power' and 'authoritative' power
- More collective financing with copayment and increasing cost control, less OOP



อนาคตจะเป็นอย่างไร อันนี้คือสิ่งที่จริงบ้างฝันบ้าง จริงก็คือเห็นๆ อยู่แล้วไปอย่างนั้นแน่ๆ ฝันก็คือสิ่งที่ผมอยากจะให้มันเป็น เมื่อสัก 10 ปีที่แล้วผมฝันมาทีหนึ่งมาถึงขณะนี้ผมว่ามันเป็นไปตามที่ฝันไว้มากพอสมควร ฝันว่ามันจะต้องไป Universal Coverage, Universal Health Insurance มันก็ไป ซึ่งอันนี้ก็ดี ฝันว่าชาวบ้านจะจ่ายจากกระเป๋าน้อยลง หลวงจะจ่ายมากขึ้น มันก็ไปตามนั้น

อันแรกไม่ต้องฝันมันเป็นอยู่แล้วๆ มันไปแน่ๆ เรื่อง Ageing เรื่องอะไรที่คุณ Giridhar พูดมันก็คือ chronic disease แล้วเรื่อง home health care จะเป็นเรื่องใหญ่ในต่างประเทศเค้าไปกันแล้ว ของเราจะทำอย่างไรกับ home health care ไม่ต้องมาโรงพยาบาล เราไม่ต้องการใช้จ่ายด้านสุขภาพถึงร้อยละ 16 ของ GDP แบบในอเมริกาหาเงินได้ 100 บาท จ่ายไป 16 บาท เพื่อสุขภาพ แล้ว 16 บาทที่จ่ายคือ 20% จ่ายเพื่อบริหารกองทุนประกันสุขภาพ เพราะว่าเค้าใช้แบบ retrospective reimbursement เป็น fee for service เค้าต้องคอยตรวจเช็คหลักฐานเป็นรายๆ แต่ละรายที่เข้ามาตรวจสอบเสร็จเรียบริ้อยค่อยจ่ายเงิน ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการครั้งนี้มหาศาล 20% แล้วอีก

2 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพใช้กับอีก 6 เดือนสุดท้ายของชีวิต แล้วเหลือกับพวกแข็งแรงอย่างพวกเราๆ เหลือสักเท่าไร เราไม่ต้องการอย่างนั้นแน่ๆ

เพราะฉะนั้น home health care กับ community care ต้องไปให้ถึงให้ได้ ไม่เช่นนั้น chronic disease มีที่พึ่งเป็น hospital care บริการก็จะไม่ดีและแพง คำเรียกว่า high cost, but least health แล้วมันจะเกิดกระแส swing กลับจากเดิมที่ผมเล่าให้ฟังว่าช่วงปี ค.ศ.1970 - 1980 โรงเรียนแพทย์หรืออะไรต่างๆ มีหัวใจที่จะให้ช่วยเหลือประชาชนด้านสุขภาพสูง พอเศรษฐกิจบูมขึ้นมา เอกชนโตขึ้นมาอย่างรุนแรง ทุกคนพุ่งมาหาเงิน แล้วเกิด conflict กับคนไข้ ค่าใช้จ่ายแล้วค่าไม่ได้บริการค่าห้องต่างๆ ห้องกันมากมายมหาศาล กระทรวงสาธารณสุขมีหมอ มีโรงพยาบาลถูกฟ้องในช่วง 4 - 5 ปีที่ผ่านมา 100 กว่าราย แล้วใน 100 ราย ครั้งหนึ่งเป็นปีนี่เอง

มันมีกระแสพวกนี้เกิดขึ้น แล้วมี conflict มหาศาล ความไว้วางใจจะหว่างแพทย์กับประชาชนก็ลดลง แต่ผมเชื่อว่าในอนาคตไม่นานจะ swing กลับ เป็นความพยายามของทุกฝ่าย จะเป็นการแพทย์ที่มีเรื่องหัวใจของความเป็นมนุษย์มากขึ้น การแพทย์ใกล้บ้านมากขึ้น แล้วมีระบบ referrer system ที่ดีขึ้น เพราะว่ามี concern ที่คิดอย่างนี้ เพราะว่ามี concern เป็นข่าว นักหนังสือพิมพ์ รัฐบาลมาก่อน concern นักวิชาการก็มี concern เต็มทางออกจะค่อยๆ คล่าไปๆ แล้วจะมีพัฒนาการไปเรื่อยๆ จากประวัติศาสตร์ของการพัฒนาการของเรา

More inter-sectoral action for health ภาคส่วนต่างๆ หันมาสนใจประเด็นสุขภาพมากขึ้น ประชุมสมัชชาสุขภาพคราวนี้ เราเปิดให้ stake- holder ต่างๆ เสนอวาระ มีอยู่วาระหนึ่ง equitable access to essential health care ผมดูบ๊อบคิดว่ามาจากภาคสาธารณสุขส่วนใดส่วนหนึ่งแน่ๆ พอเปิดจดหมายกลายเป็นกระทรวงยุติธรรมเป็นผู้เสนอมาร้านี้เข้ามา ผมก็หัวเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คุณหมอมออำพลกับเจ้าหน้าที่ 2 คนเข้าไปพบ ดร.กิตติพงษ์ ปลัดกระทรวงยุติธรรม พอดีรู้จักกัน เพราะว่าเป็นกรรมการสภามหาวิทยาลัยมหิดลด้วยกัน นั่งติดๆ กันทุกที่เวลาประชุมกันไปถามท่านปลัดกระทรวง เรื่องนี้มันเป็นเรื่องของกระทรวงสาธารณสุขไปเกี่ยวอะไรกับกระทรวงยุติธรรม ท่านก็ตอบว่า “ความไม่เสมอภาคในทุกเรื่องเป็นเรื่องของความไม่ยุติธรรม” ไม่ว่าไม่เสมอภาคทางการศึกษา ไม่เสมอภาคในสุขภาพ ในอะไรต่างๆ เราไม่ได้ไปล๊อบบี้เค้าเลย เค้าเสนอมาเอง

How to achieve good future health care systems?

- Involvement of all stakeholders in the H governance
- Evidence informed policy formulation, implementation, and evaluation
- Strengthen capacity on HS/HP research, policy mechanism - “INNE” model – building the whole brain, building of new leaders and ‘champions’
- Strengthen the civil society organizations
- Intervention outside of ‘conventional health sector’
- Coordination of all health agencies
- ‘Triangle that moves the mountain’ n ‘Tipping point’



Dr. Suwit Wibulpolprasert, Ministry of Public Health, Thailand

33

เพราะฉะนั้น Inter-sectoral action for health จะมีมากขึ้น ๆ องค์การอนามัยโลก เพิ่งจะออก report มาเมื่อไม่นานนี้เอง commission on social determinant of health เค้าว่เชื่อกันว่าภาคสุขภาพ ภาคบริการสุขภาพ contribute อย่างมากไม่เกิน 1 ใน 3 ของ การมีสุขภาพดี อีกที่เหลือ 2 ใน 3 ที่จะ contribute ต่อสุขภาพมาจากนอกภาคสุขภาพ ทั้งนั้น เพราะฉะนั้นต้องไปเล่นตรงนั้นมากขึ้น

Health governance ก็จะมี stake-holders ต่างๆ มากขึ้น soft power จะมีความสำคัญมากกว่า hard power แล้วคนก็จ่ายเงินเพื่อสุขภาพจากกระเป๋าของตัวเองลดลง น้อยลง แต่จะมี co-payment มากขึ้น ขณะนี้ทุกอย่างฟรีหมด ไม่มี co-payment ก็คือช่วยคนจนช่วยคนรวยเท่าๆ กัน ผมเชื่อว่าคนจนจะจ่ายน้อยลงหรือว่าไม่ต้องจ่ายเลย คนรวยก็ต้องมี contribution มี co-payment มากขึ้น

ขณะนี้เรา introduce co-payment เข้าไปอย่างไรที่ไม่มีใครเอา ใน สปสข. ไม่มีใครยอม ด้วยเหตุผลเดียวคือว่าถ้ามีการจ่ายเงินขึ้นมานี้บับ คนจ่ายเงินก็จะได้สิทธิพิเศษ แล้วหมอพยาบาลก็จะมาดูแลเอาใจ คนไม่ได้จ่ายเงินก็จะไม่ได้รับการดูแล จะเกิด two

tier health care system แต่เนี่ยคือสิ่งที่ผมคิดว่าแนวโน้มจะไปทางนั้น แล้วใจเองก็อยาก
ให้ไปทางนั้น ถ้ายังมีชีวิตอยู่ก็จะพยายามผลักดันให้มันไปทางนั้น

ผิดหรือถูกก็เป็นเรื่องที่อนาคตจะบอก ผมว่าไม่มีอะไรที่มันผิดหรือมันถูก 100% ที่
เล่ามาให้ฟังทั้งหมดนี้ ขอให้คิดว่าเป็นประสบการณ์ของคนๆ หนึ่ง ที่มีโอกาสทำงานใน
ชนบท ทำงานในส่วนกลาง

กระทรวงสาธารณสุข มีโอกาสได้ไปสัมผัสกับเรื่องราวต่างๆ ในต่างประเทศ
ค่อนข้างจะมาก แล้วมองว่าระบบบริการสาธารณสุขของเราจะเป็นอย่างไร

ท่านทั้งหลายที่เป็นนักวิชาการ นักสังคมศาสตร์ นักประชากรศาสตร์ จะเข้ามา
มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขนี้อย่างไร เพื่อตัวท่านเอง อีกหน่อยท่าน
ก็ต้องสูงอายุ อย่าง home care, community care เพื่อตัวท่านเองด้วย และเพื่อพ่อ-
แม่ พี่-น้องที่ยังมีชีวิตอยู่ ทำอย่างไรถึงจะดูแลเค้าให้มี home health care สำคัญที่สุด

ผมได้ประสบการณ์จากแม่ผมเองอายุ 91 ปี ไม่มีอะไรดีเท่าที่อยู่กับบ้านอยู่กับ
เรา หากคนมาช่วยกันดูแล พี่น้องผลัดเวรกันดูแล ทุกวันต้องมีคนพาแกลเดินวันละ
1 กิโลเมตร ถึงไม่เท่า มันช่วยเรื่องความจำเสื่อมได้มหาศาล ดีมากจริงๆ ดีกว่ากินยาอีก
แต่ว่าทำอย่างไร เราถึงจะมีเวลาที่จะมานั่งคุยกับท่าน ไปชวนคุยเรื่องโน่นเรื่องนี้เวลามี
แขกไปใครมามานั่งคุยกัน เค้าจะ happy มากแล้วความจำกลับมาแล้ว เรื่องพวกนี้อย่าไป
look down และอย่าไปคิดว่าเรื่องพวกนี้ต้องพึ่งแต่หมอ

คนจำนวนมากคิดพึ่งหมอ พ่อแม่ซ้กจะเลอะเลือนพึ่งหมอฟังยา แป๊ะก๊วย
สารสกัดต่างๆ ขยายกันดีเป็นหน้าเทท่า ไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์พิสูจน์ใดๆ ทั้งสิ้น
กลายเป็นอีกอุตสาหกรรมหนึ่งซึ่งผมไม่ได้เล่า อุตสาหกรรมสุขภาพที่มาจากด้าน
alternative medicine อะไรต่างๆ บวมใหญ่โตขึ้นมามหาศาล หลอกเอาจากกระเป๋
คนชั้นกลางอย่างพวกเราๆ ทั้งหลาย ไม่มีอะไรดีว่าการรักษาสุขภาพตัวเอง ออกกำลังกาย
ดูแลสุขภาพจิตให้ดี ดูแลคุณพ่อคุณแม่ของเราที่ยังอยู่ที่บ้านให้ดี อย่าให้ไปไหนอยู่
กับเราดีที่สุด ทุกข์ยากอย่างไรก็ต้องหาทางให้ท่านอยู่กับเราให้ได้ มันไม่เกินสติปัญญา
ของเราที่จะทำได้

ผมต้องขอขอบคุณอาจารย์สุริย์พรอีกครั้งหนึ่งที่ขอร้องแถมบังคับให้ผมมาพูด
ในวันนี้ ทำให้ผมมีโอกาสเรียบเรียงความคิด อย่างไม่ค่อยเป็นระบบให้มันเป็นระบบ
มากขึ้น แล้วก็มาแชร์กับพวกเรา หวังว่าจะเกิดประโยชน์กับทุกคนไม่ใช่ในฐานะด้าน
ประชากรศาสตร์อย่างเดียว แต่ในฐานะที่เป็นคนไทยคนหนึ่งด้วย ขอขอบคุณครับ

รายงานการเปิดการสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติ เรื่อง ประชากรของประเทศไทย (ครั้งที่ 3)*

พลเอก เนตร เขมะโยธิน¹

ขอประทานเสนอ ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี ประธานสภาวิจัยแห่งชาติ

ตามที่ ฯพณฯ กรุณามาเป็นประธานในพิธีเปิดการสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติ เรื่องประชากรของประเทศไทยครั้งที่ 3 ในวันนี้ นับว่าเป็นความกรุณาอย่างสูงแก่ผู้ที่มีมา ร่วมชุมนุมกันอยู่ ณ ที่นี้ นอกจากนี้ ยังเป็นกำลังใจแก่นักวิชาการผู้เข้าร่วมสัมมนาเป็น อันมาก

การศึกษาวิจัยเรื่องเกี่ยวกับประชากรนี้ คณะรัฐมนตรีได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้น คณะหนึ่ง โดยมีสำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ ดำเนินการหาข้อเท็จจริงและข้อมูลต่างๆ เพื่อเสนอให้รัฐบาลได้ทราบปัญหาต่างๆ ที่ เกิดขึ้น สำหรับใช้เป็นแนวทางในการบริหารงานด้านอื่นของรัฐบาลด้วย คณะกรรมการ นี้ได้ดำเนินงานด้านนี้มาเป็นเวลา 6 ปีเศษแล้ว โครงการนี้เริ่มต้นด้วยการสัมมนาทาง วิชาการครั้งแรก ซึ่งเสนอข้อคิดเห็นต่อรัฐบาลในการดำเนินงานสำรวจและรวบรวม ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับประชากร ตลอดจนการวิจัยในสนาม ทั้งได้ขออนุมัติการวิจัย ในลักษณะโครงการทดลองเกี่ยวกับการอนามัยครอบครัวในบริเวณหนึ่ง หลังจากการ สัมมนาครั้งแรกแล้วนั้น การดำเนินงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประชากรได้ขยายกว้างขวาง ออกไปโดยลำดับ ทั้งในสำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติเอง สำนักงานสถิติแห่งชาติ และ กระทรวงสาธารณสุข องค์การต่างประเทศ ก็ได้ให้ความช่วยเหลือในด้านเงินทุนการ สำรวจและวิจัย ตลอดจนทุนการศึกษาและดูงานเกี่ยวกับประชากร มหาวิทยาลัยหลาย แห่งได้บรรจุวิชาประชากรศาสตร์เข้าไว้ในหลักสูตรของคณะต่างๆ ทั้งในระดับการศึกษา ชั้นปริญญาบัณฑิต และปริญญาโทบัณฑิต ซึ่งเป็นผลให้มีผู้ได้รับการศึกษอบรมด้านนี้ เพิ่มขึ้นโดยลำดับ

* บทความนี้คัดลอกจาก "รายงานการสัมมนาวิชาการเรื่อง ประชากรของประเทศไทย ครั้งที่ 3 ซึ่งสถาบันวิจัยแห่งชาติได้ จัดขึ้น เมื่อ 2-5 เมษายน 2511 นำมาพิมพ์เป็นบทความวิชาการในวารสารประชากรฉบับนี้ เพื่อเป็นข้อมูลประวัติศาสตร์ เกี่ยวกับเหตุการณ์ทางประชากร ก่อนที่รัฐบาลจะประกาศนโยบายชะลออัตราเพิ่มประชากรในวันที่ 17 มีนาคม 2513

¹ เลขาธิการสภาวิจัยแห่งชาติ

ในการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการศึกษาวิจัยคุณภาพของยาและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในงานด้านอนามัยครอบครัว ตลอดจนการบริหารมีโรงพยาบาลของเอกชน โรงพยาบาลและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมด้วยหลายแห่ง นอกจากการศึกษาวิจัยคุณภาพของยาและอุปกรณ์ต่างๆ แล้ว ยังมีการศึกษาการให้บริการอนามัยครอบครัวภายหลังคลอดบุตร โดยสภาประชากรแห่งสหรัฐอเมริกาเป็นผู้ริเริ่ม และให้ความช่วยเหลือทั้งสิ้น มีโรงพยาบาล 4 แห่ง เข้าร่วมในโครงการนี้ คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลหญิง และวชิรพยาบาล

ในด้านการศึกษาการศึกษานั้น ได้มีการจัดตั้งสถาบันที่เกี่ยวกับประชากร 2 แห่ง คือ ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมทางประชากรในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และศูนย์วิจัยประชากรและสังคมในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประชากรและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่จะปฏิบัติงานในด้านนี้โดยตรง โดยได้รับความช่วยเหลือทางด้านวิชาการและการเงินจากสภาประชากรแห่งสหรัฐอเมริกากับมหาวิทยาลัยนอร์ธแคโรไลนา ตามลำดับ

ส่วนเจ้าหน้าที่ดำเนินงานด้านอนามัยครอบครัวนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ดำเนินงานด้านนี้ขึ้น โดยได้รับความร่วมมือจากเทศบาลนครกรุงเทพ และสภาประชากรแห่งสหรัฐอเมริกา มีแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์เข้ารับการอบรมนับแต่ปี พ.ศ. 2509 มาจนถึงปัจจุบันนี้ มีแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์ ได้รับการอบรมทั้งสิ้นกว่าร้อยละ

สำหรับการฝึกอบรมภายนอกประเทศนั้น สำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรต่างประเทศ ในการส่งข้าราชการไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับประชากรและอนามัยครอบครัว นับว่าเป็นการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านนี้โดยตรง อันจะเป็นประโยชน์แก่การดำเนินงานของรัฐบาลเกี่ยวกับประชากรในอนาคต

การดำเนินงานต่างๆ ดังกล่าวมานี้ แสดงให้เห็นถึงความสนใจและความสนับสนุนของรัฐบาลที่เกี่ยวกับด้านนี้เป็นอย่างยิ่ง เป็นที่ประจักษ์แก่เจ้าหน้าที่ที่ดำเนินงานด้านนี้ตลอดจนประชาชนทั่วไปว่า ฯพณฯ และคณะรัฐมนตรีได้ให้ความสนใจในเรื่องปัญหาประชากร อันเป็นปัญหาเกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพอนามัยของประชาชนตลอดจนความปลอดภัยของประเทศชาติเป็นอันมาก ด้วยความจริงข้อนี้ สำนักงานสภา

วิจัยแห่งชาติจึงได้ขออนุมัติจัดดำเนินการสัมมนาครั้งนี้ซึ่งนับเป็นครั้งที่ 3 ในการสัมมนาทางวิชาการเรื่องเกี่ยวกับประชากรโดยมีจุดประสงค์เพื่อเป็นการประเมินผล และหาทางเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานประชากร แลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการในระหว่างผู้ที่ปฏิบัติงานด้านนี้โดยตรง เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนความสนใจของนักวิชาการ ผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประชาชนทั่วไปให้ตระหนักข้อเท็จจริงในปัญหาประชากร ผู้เข้าร่วมสัมมนาส่วนใหญ่เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือกำลังดำเนินงานด้านประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของทางราชการ และนายแพทย์อนามัยจังหวัดต่างๆ ทั้งพระราชอาณาจักร นายแพทย์ผู้สนใจจากโรงพยาบาลของเอกชน นักเศรษฐศาสตร์ นักสังคมวิทยา นักการศึกษาจากกระทรวง ทบวง กรม และมหาวิทยาลัยต่างๆ รวมทั้งหน่วยงานเอกชน ผู้แทนมูลนิธิ หรือองค์การระหว่างประเทศที่มีการเกี่ยวข้องในด้านประชากร และผู้มีเกียรติชาวต่างประเทศที่มีชื่อเสียงทางด้านประชากร รวมทั้งสิ้นกว่า 300 คน

สำหรับการดำเนินการสัมมนานั้น หลังจากที่ได้ทำพิธีเปิดและปราศรัยแล้ว จะเป็นรายการปาฐกถาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับประชากร ทั้งด้านการแพทย์ สังคม และเศรษฐกิจซึ่งเปิดให้ท่านผู้เกียรติและผู้สนใจทั้งหลายฟัง จนกระทั่งถึงรายการสุดท้ายของวันนี้ ส่วนตั้งแต่รายการวันพรุ่งนี้เป็นต้นไปจนถึงปิดรายการนั้น เป็นการสัมมนา ระหว่างนักวิชาการและผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพาะ มีการอภิปรายและพิจารณาเรื่องต่างๆ อย่างกว้างขวาง

การสัมมนาครั้งนี้ นอกจากรัฐบาลจะได้กรุณาอนุมัติค่าใช้จ่ายแล้ว ยังได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากหน่วยราชการต่างๆ ตลอดจนมหาวิทยาลัย นอกจากนี้สภาประชากรได้ให้เงินช่วยเหลืออีก 60,000 บาท ในการจัดพิมพ์เอกสารต่างๆ เกี่ยวกับการสัมมนา พร้อมทั้งออกค่าใช้จ่ายให้แก่นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และนายแพทย์อนามัยจังหวัดต่างๆ ที่มาเข้าร่วมสัมมนาประมาณเกือบหนึ่งแสนบาท โดยถือว่าการมาเข้าร่วมสัมมนาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งในโครงการฝึกอบรมแพทย์ผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ และยังได้ออกค่าใช้จ่ายให้ผู้อำนวยความสะดวกที่สิ่งคปร่วมร่วมแสดงความคิดเห็นในการสัมมนาครั้งนี้อีกด้วย จึงใคร่ขอแสดงความขอบคุณในความร่วมมือไว้ ณ ที่นี้ด้วย นอกจากนี้จะให้ความช่วยเหลือในด้านการสัมมนาวิชาการนี้ตลอดมา นับแต่การสัมมนาครั้งแรกแล้ว สภาประชากรแห่งสหรัฐอเมริกายังได้ให้ความช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประชากรโดยตรง ในโครงการวิจัยอนามัยครอบครัว ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน

เป็นเงินรวมทั้งสิ้นเกือบ 2 ล้านบาท และได้ส่งผู้เชี่ยวชาญทางด้านสังคมศาสตร์และด้านการแพทย์มาประจำให้คำแนะนำช่วยเหลือตลอดเวลานับแต่เริ่มโครงการเป็นต้นมา และยังได้ให้ทุนการศึกษาและดูงานด้านประชากรอีกหลายทุน

นอกจากนี้แล้ว สำนักงานสถิติแห่งชาติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ยังได้กรุณาให้ยืมผู้ทรงคุณวุฒิทางภาษามาเป็นล่ามในการสัมมนาครั้งนี้ด้วย จึงเว้นเสียมิได้ที่จะกราบเรียน ฯพณฯ ให้ทราบถึงความร่วมมือต่างๆ ที่ได้รับในครั้งนี้

กระผมหวังว่าเมื่อเสร็จสิ้นการสัมมนาครั้งนี้แล้ว คณะกรรมการจักได้สรุปผลเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อประกอบการพิจารณาในการกำหนดนโยบายของประเทศเกี่ยวกับปัญหาประชากรต่อไป

บัดนี้ ถึงเวลาอันเป็นมงคลฤกษ์แล้ว จึงขอกราบเรียนเชิญ ฯพณฯ ทำพิธีเปิดการสัมมนาและกล่าวคำปราศรัย เพื่อเป็นเกียรติเป็นศิริมงคล อันจะเป็นสิ่งบันดาลใจแก่นักวิชาการและผู้ร่วมงานทั้งหลาย ให้ประสบความสำเร็จจุลวงตามวัตถุประสงค์ของการสัมมนาครั้งนี้ด้วย

คำกล่าวเปิดการสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติ เรื่องประชากรของประเทศไทย (ครั้งที่ 3)

ฯพณฯ จอมพล ถนอม กิตติขจร¹

ท่านเลขาธิการสภาวิจัยแห่งชาติ และท่านผู้มีเกียรติทั้งหลาย

ข้าพเจ้ามีความยินดีเป็นอันมาก ที่ได้มาเป็นประธานเปิดการสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติ เรื่องประชากรของประเทศไทย ครั้งที่ 3 ซึ่งสำนักงานสภาวิจัยฯ ได้จัดขึ้น โดยความร่วมมือของสภาประชากรแห่งสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องที่จัดสัมมนา นี้ เป็นปัญหาที่อยู่ในความสนใจของรัฐบาลเป็นอย่างยิ่งในขณะนี้ การที่ผู้แทนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหลายของประชากรมาร่วมชุมนุมกันอยู่ ณ ที่นี้ ย่อมแสดงถึงสัญลักษณ์ของความร่วมแรงร่วมใจกันพิจารณาปัญหาที่มีความสำคัญของชาติ ทำให้ข้าพเจ้ามีความอบอุ่นใจที่มีท่านเหล่านี้อยู่เบื้องหลังในการบริหารประเทศ ฉะนั้นความคิดเห็นข้อเท็จจริง ตลอดจนประสบการณ์ที่จะได้จากการสัมมนาครั้งนี้ จึงนับว่ามีคุณค่าต่อการบริหารงานของรัฐบาลอยู่ไม่น้อย ขอให้ท่านทั้งหลายพึงระลึกว่าภารกิจที่ท่านกำลังกระทำอยู่นี้ เป็นเรื่องสำคัญที่สุดอย่างหนึ่ง

ปัญหาเรื่องประชากรนี้ อาจกล่าวได้ว่า เป็นปัญหาของโลกในปัจจุบัน มิใช่ปัญหาของประเทศใดประเทศหนึ่งโดยเฉพาะ เมื่อปลายปีที่แล้วข้าพเจ้าเองยังได้รับจดหมายจาก นาย จอห์น. ดี. ร็อคกี้เฟลเลอร์ที่ 3 ขอความเห็นในคำแถลง ซึ่งเลขาธิการสหประชาชาติ ได้ออกแถลงในวันปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเมื่อปลายปี พ.ศ. 2510 แสดงความห่วงใยในปัญหาประชากรว่าประชากรที่เพิ่มเร็วเกินไปนั้น จะกระทบกระเทือนต่อชีวิตความเป็นอยู่และอาหารการกินของประชากร ถ้ารัฐบาลต้องการจะพัฒนาเศรษฐกิจ ก็จะต้องคำนึงถึงเรื่องประชากรไว้บ้าง นอกจากนี้ เรื่องการมีบุตรนั้นยังเป็นเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งบิดามารดามีสิทธิที่จะกำหนดได้ และเรื่องการวางแผนครอบครัวนั้นก็มีจุดประสงค์เพื่อความอยู่ดีกินดีของประชากร คำแถลงนี้มีผู้นำของประเทศต่างๆ ลงนามไปแล้วกว่า 10 ประเทศ ข้าพเจ้าเองโดยส่วนตัวแล้ว มีความเห็นว่าปัญหานี้เป็นปัญหาสำคัญมาก จึงได้ลงนามในคำแถลงนั้นด้วยเหมือนกัน เรื่องนี้ข้าพเจ้ายกมาเพื่อจะเรียนให้นักวิชาการทั้งหลายได้ทราบว่าคุณพเจ้าเองก็มีความห่วงใยในปัญหาประชากรไม่น้อยกว่าท่านทั้งหลายที่มาชุมนุมกัน ณ ที่นี้เลย

¹ นายกรัฐมนตรี ประธานสภาวิจัยแห่งชาติ

นอกจากนี้ เมื่อเร็ว ๆ นี้เอง ทางสำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติได้เสนอรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการวิจัยอนามัยครอบครัวในรอบ 3 ปี ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบข้อเสนอแนะต่างๆ แล้ว รู้สึกว่าเป็นประโยชน์ในการพิจารณาตัดสินใจปัญหาอื่น ๆ เป็นอันมาก นอกจากนี้ยังได้ทราบอีกว่าโครงการอนามัยครอบครัวที่มีการดำเนินงานทั่วประเทศนั้น ต้องใช้เวลานาน 10-15 ปี จึงจะบังเกิดผลเด่นชัดในการลดอัตราเกิดของประชากรและการพัฒนาเศรษฐกิจ แต่ผลที่จะได้รับในทันที คือ ช่วยให้ประชากรมีสุขภาพดีขึ้น โดยเฉพาะสุขภาพของสตรีและเยาวชน อันนี้ตรงกับความสนใจของข้าพเจ้าเป็นอันมาก เท่าที่ทราบนั้นมักจะถือกันว่า ถ้าสุขภาพสมบูรณ์แล้วก็ย่อมมีจิตใจดีไปด้วย ฉะนั้น โดยส่วนตัวของข้าพเจ้าเองแล้วคิดว่า ถ้าการดำเนินงานอนามัยครอบครัวนี้ จะเป็นผลให้สุขภาพของสตรีและเยาวชนส่วนใหญ่ดีขึ้นแล้ว ก็นับว่าเป็นการดำเนินงานที่มีประโยชน์มาก ปัญหาทางจิตใจก็จะไม่มีขึ้นแน่ๆ และถ้าผู้หญิงกับเด็กมีสุขภาพดี ทั้งทางร่างกายและจิตใจแล้วพ่อบ้านก็จะได้หมดห่วง จะได้ทุ่มเทกำลังใจและสติปัญญาเพื่อพัฒนาบ้านเมืองได้เต็มที่ เด็ก ๆ ที่จะเติบโตขึ้นมาเป็นผู้ใหญ่ในอนาคตย่อมจะเป็นประชากรที่มีคุณภาพ และเป็นกลไกสำคัญสังคมต่อไป ด้วยเหตุนี้ คณะรัฐมนตรีจึงได้สนับสนุนให้สำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการศึกษาเกี่ยวกับอนามัยครอบครัว รัฐบาลเอง ก็ได้เพิ่มงานด้านประชากร คือรวมเอาโครงการวิจัยอนามัยครอบครัวไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 2 โดยกำหนดว่าจะมีการขยายงานวิจัยที่กำลังกระทำอยู่ในอำเภอไพศาราม จังหวัดราชบุรี ออกไปในท้องที่อื่นๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางพิจารณากำหนดนโยบายในอนาคต และขณะนี้คณะรัฐมนตรีก็ได้อนุมัติให้สำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุขขยายเขตการศึกษาวิจัยออกไปได้ตามที่ไว้ในแผนพัฒนานั้นแล้ว

จากรายงานของสำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติ ข้าพเจ้ายังได้ทราบอีกว่า ในประเทศเรานี้มีประชากรเพิ่มถึงร้อยละ 3.2 ต่อปี นับว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราเพิ่มประชากรที่สูงที่สุดประเทศหนึ่งในโลก ในอัตรานี้เราจะมีประชากรเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในเวลาประมาณ 23 ปี ข้าพเจ้าเองก็รู้สึกมีความกังวลในเรื่องนี้อยู่เหมือนกัน ในประเทศเพื่อนบ้านที่ข้าพเจ้าเคยไปเยี่ยมมาอย่างเช่น เกาหลี ไต้หวัน นั้น เขามีการดำเนินงานด้านอนามัยครอบครัวกันเข้มข้นมาก โดยเฉพาะในไต้หวัน ข้าพเจ้ามีความประทับใจเป็นพิเศษ เพราะรัฐบาลสาธารณรัฐจีนเองก็ไม่ได้รับเรื่องนี้เป็นนโยบายของรัฐบาล เพียงแต่สนับสนุนให้มีการดำเนินงานได้เท่านั้น ฐานะทางเศรษฐกิจของไต้หวันเจริญขึ้นอย่างมาก คิดง่าย ๆ แบบชาวบ้าน ก็คือประชาชนใช้เวลาทุ่มเทไปในงานอาชีพ เป็นการปรับปรุงฐานะความ

เป็นอยู่ของตนเองและครอบครัว เมื่อแต่ละครอบครัวมีความมั่นคงเป็นปึกแผ่น มีการเก็บออมทรัพย์พอสมควรแก่ฐานะ ประเทศชาติโดยรวมก็ย่อมเป็นปึกแผ่นมั่นคง ผลอันนี้กระทบกระเทือนถึงกันแบบลูกโซ่ เรื่องปัญหาประชากรนี้เราจึงอาจกล่าวได้ว่า เป็นปัญหารอบด้านหรือเรียกปัญหาเบ็ดเสร็จ กระทบกระเทือนถึงทุกสิ่งทุกอย่างในสังคม เริ่มตั้งแต่วินิจฉัยความเป็นอยู่ เศรษฐกิจในบ้าน การศึกษา สุขภาพอนามัยเศรษฐกิจของประเทศ ตลอดจนปัญหาทางการเมือง และความมั่นคงของประเทศ ข้าพเจ้าจึงเห็นว่าการสัมมนาครั้งนี้ให้คุณประโยชน์ต่อการพิจารณานโยบายต่างๆ ในการบริหารบ้านเมืองของเราเป็นอันมาก ข้าพเจ้าเองก็เคยได้กล่าวไว้ว่า “การประชุมสัมมนาหรือปรึกษาพิจารณาทั้งหลายนั้น หากไม่มีการนำเอาข้อยุติไปใช้ ก็แทบจะหาประโยชน์อันใดมิได้เลย” ดังนั้น ข้าพเจ้าจึงขอย้ำในที่นี้อีกครั้งหนึ่งว่า สติปัญญาทั้งหลายที่ท่านได้ทุ่มเทลงในงานสัมมนานี้แล้วออกมาเป็นข้อเสนอแนะต่างๆ นั้น ข้อใดอยู่ในอำนาจหน้าที่ของหน่วยราชการใด ขอจงได้นำเอาไปปฏิบัติให้เป็นผลดีตกถึงประชาชนโดยรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ด้วย

บัดนี้ ได้เวลาอันเป็นมงคลฤกษ์แล้ว ข้าพเจ้าขอเปิดการสัมมนา และขอให้ความปรารถนาอันดีของรัฐบาล จงเป็นกำลังใจให้การสัมมนาครั้งนี้ประสบผลสำเร็จสมดังความตั้งใจของท่านทั้งหลายที่จะให้เกิดประโยชน์แก่ประเทศชาติจงทุกประการ และขออวยพรให้ท่านทั้งหลายที่มาประชุมชุมนุมกัน ณ ที่นี้ จงมีแต่ความสุขความเจริญโดยทั่วกัน

การสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติ เรื่องประชากรของประเทศไทย (ครั้งที่ 3)

2-5 เมษายน 2511

สรุปผลการอภิปรายและข้อเสนอแนะ

ก. ประชากรกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

1. ที่ประชุมได้มีความเห็นสอดคล้องตรงกันว่า การเพิ่มประชากรด้วยอัตราเพิ่มในปัจจุบันจะมีผลกระทบเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในอนาคตในทุกด้าน อาทิ ในด้านการศึกษา การพัฒนาคน การให้บริการสังคมและสาธารณสุข การการแพทย์และการอนามัย การเศรษฐกิจโดยทั่วไปของประเทศไทย โดยเฉพาะด้านเงินตราต่างประเทศที่ได้มาจากการจำหน่ายผลิตผลทางเกษตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการขายข้าว การเพิ่มรายได้เฉลี่ยต่อบุคคลจะเป็นไปไม่ได้เร็วเท่าที่ควร

นอกจากนี้ ที่ประชุมยังมีความเห็นว่าการเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็วจนทำให้รัฐบาลไม่อาจจะให้บริการต่างๆ ได้ทั่วถึง อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ เพราะเยาวชนที่ด้อยการศึกษาอาจหลงเชื่อคำโฆษณาของฝ่ายตรงข้ามได้ง่าย

2. ผู้เข้าร่วมสัมมนาเห็นพ้องตรงกันว่า นับตั้งแต่ได้มีการสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติ เรื่องประชากรของประเทศไทยครั้งที่ 1 เมื่อ พ.ศ. 2506 เป็นต้น ก็ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาประชากรทั้งในด้านการแพทย์, ด้านเศรษฐกิจ, ด้านสังคม ตลอดจนด้านประชากรศาสตร์ ตามมติคณะรัฐมนตรีจนเป็นการเพียงพอแล้ว ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับก็ล้วนแต่บ่งชี้ถึงความจำเป็นที่จะต้องดำเนินมาตรการชลออัตราเพิ่มของประชากรไทยอย่างรีบด่วนทั้งสิ้น จึงถึงเวลาแล้วที่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องจะต้องลงมือปฏิบัติในเรื่องนี้โดยไม่รอช้า มิฉะนั้นแล้ว การสัมมนาที่สิ้นเปลืองทั้งเงินทองและเวลาก็หาประโยชน์อันใดมิได้ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานวางแผนครอบครัวโดยไม่ได้รับความสนับสนุนจากมติคณะรัฐมนตรีอย่างกระฉ่างชัดเจนนั้น ย่อมยากที่จะปฏิบัติให้สัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายได้

ข้อเสนอแนะ

รัฐบาลควรกำหนดนโยบายที่แน่นอนเกี่ยวกับการชลออัตราเพิ่มของประชากรเสียตั้งแต่บัดนี้ เพื่อให้ส่วนราชการต่างๆ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบสามารถปฏิบัติได้โดยถูกต้อง และมีการร่วมมือประสานงานด้วยดีในระหว่างทุกฝ่าย นอกจากนี้ นโยบายที่

แน่นอนดังกล่าวยังจะมีผลเป็นการขจัดอุปสรรคในการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนขจัดปัจจัยที่อาจกระทบกระเทือนต่อความมั่นคงของประเทศอีกด้วย

ซึ่งในการกำหนดนโยบายด้านประชากรนี้ ทางรัฐบาลอาจจะทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้ คือ

1. กำหนดให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการลดการเพิ่มของประชากร เป็นโครงการอันหนึ่งที่รัฐบาลให้ความสนับสนุนอย่างเต็มที่ ทั้งในด้านงบประมาณและกำลังเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้โดยมีต้องกำหนดขึ้นเป็นนโยบายประชากรของชาติ

หรือ 2. กำหนดนโยบายประชากรของชาติขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายอันแน่นอนเกี่ยวกับการลดการเพิ่มของประชากร

ข. สถิติที่จำเป็นเกี่ยวกับการเพิ่มประชากรและการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

1. ที่ประชุมได้พิจารณาถึงสถิติที่จำเป็นในการศึกษาความก้าวหน้าของการพัฒนา และผลผลิตทางการเกษตร อันเป็นผลผลิตหลักของประเทศ ที่ประชุมเห็นว่า แม้ว่าจะได้มีการดำเนินการเก็บข้อมูลทางเกษตรอยู่อย่างกว้างขวางพอสมควร แต่ก็ยังมีเป็นการเพียงพอ และเจ้าหน้าที่ทางวิชาการยังไม่เพียงพอต่อความจำเป็น

ข้อเสนอแนะ ที่ประชุมเห็นสมควรเสนอให้ทางรัฐบาลพิจารณาขยายการเก็บข้อมูลในการเกษตรอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเรื่องข้าว ซึ่งเป็นอาหารหลักและสินค้าออกหลักของประเทศ และในเรื่องสัตว์ทำพันธุ์ที่จะใช้ขยายพันธุ์สัตว์ที่เป็นอาหาร

2. ผู้เข้าร่วมสัมมนามีความเห็นพ้องต้องกันว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับปรุงและส่งเสริมระบบการรวบรวมสถิติที่เกี่ยวกับประชากร เป็นต้นว่า การทำสำมะโนประชากร การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร ตลอดจนการจดทะเบียนการเกิด การตาย และการย้ายที่อยู่ให้มีประสิทธิภาพดีและเชื่อถือได้ยิ่งขึ้น เพราะสถิติเกี่ยวกับประชากรที่เชื่อถือได้และใกล้เคียงความจริงมากที่สุดนั้น จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมให้ได้ถูกต้องหรือใกล้เคียงความเป็นจริงอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะ รัฐบาลควรส่งเสริมหรือให้ความสนับสนุนการรวบรวมสถิติที่เกี่ยวกับประชากรให้มากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นโดยทางตรงหรือทางอ้อม นอกจากนี้ ยังควรขยายการศึกษาด้านสถิติศาสตร์ให้กว้างขวางยิ่งขึ้นในทุกระดับและทุกสาขาวิชา เพื่อให้มีเจ้าหน้าที่ที่จะปฏิบัติงานทางสถิติได้มากยิ่งขึ้น

หนึ่งในระหว่างที่สถานการณ์ในประเทศกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ ควรดำเนินการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรต่อเนื่องกันไปตลอดเวลา เพื่อทราบสถานะการเปลี่ยนแปลงของสังคม อันจะเป็นประโยชน์ในการพิจารณาปัญหาอื่นๆ ด้วย

นอกจากนี้ เห็นสมควรมอบหมายให้หน่วยใดหน่วยหนึ่งซึ่งอาจเป็นมหาวิทยาลัยหรือหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่รวบรวมติดตามความเคลื่อนไหว และประมวลสถิติที่รวบรวมโดยหน่วยงานต่างๆ เพื่อทราบความเคลื่อนไหวของประชากรโดยใกล้ชิด ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการวางแผนและปฏิบัติงานของรัฐบาลให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากร

ค. ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

1. ผู้เข้าร่วมสัมมนาซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ระดับบริหาร และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาต่างๆ ได้อภิปรายถึงเหตุผลในทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จำเป็นจะต้องอำนวยความสะดวกรอบคร้วให้แก่ประชาชนโดยทั่วถึงกัน สรุปได้ว่าการที่สตรีในประเทศไทยตั้งครรภ์ในระยะที่เกินควร และมีบุตรมากคนเกินไปโดยตนเองไม่ปรารถนานั้น ย่อมเป็นเหตุเสื่อมสุขภาพทั้งทางฝ่ายมารดาและฝ่ายบุตร ทั้งยังทำให้สตรีและเด็กต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ในอัตราที่สูงมาก นอกจากนี้ การเพิ่มอย่างรวดเร็วของประชากรจะก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขขึ้นนานาประการ อาทิ ความเสื่อมโทรมของการสุขภาพสิ่งแวดล้อม, ความบกพร่องทางโภชนาการ, ภาระหนักในการพิทักษ์รักษาสุขภาพของเยาวชน, ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต, การทำแท้งผิดกฎหมาย, ปัญหาในการพัฒนาบริการทางแพทย์และบริการอนามัยต่างๆ ให้เพียงพอแก่ความต้องการของประชาชน เป็นต้น ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้ย่อมจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะ รัฐบาลควรสนับสนุนและส่งเสริมให้กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัว สามารถขยายงานวางแผนครอบครัวออกไปตามโรงพยาบาลและสถานอนามัยทั่วประเทศโดยเร็วที่สุด โดยให้ความสนับสนุนอย่างจริงจังในเรื่องงบประมาณ และอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ตลอดจนอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน

2. จากรายงานที่บรรดานายแพทย์โรงพยาบาลต่างๆ เสนอต่อที่ประชุม ปรากฏว่า ประชาชนทั้งคนไทยและคนจีน มีความต้องการในการเว้นระยะการมีบุตร หรือยุติการมีบุตรอยู่เป็นอันมาก ดังจะเห็นได้ว่ามีผู้มาขอรับบริการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วโดยมิได้มีการโฆษณาทางสื่อมวลชนแต่อย่างใด อนึ่ง มีผู้เสนอรายงานว่าการวางแผน

ครอบครัว นอกจากจะเป็นผลดีในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกโดยตรงแล้ว ยังมีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะแรก และยังช่วยลดจำนวนการทำแท้ง ผิดกฎหมายอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ รัฐควรให้ความสำคัญสนับสนุนโรงพยาบาลและสถาบันทางการแพทย์ของรัฐบาลทุกแห่ง เปิดบริการวางแผนครอบครัวขึ้นในแผนกสูตินรีเวชกรรม โดยถือว่าเป็นบริการทางแพทย์ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

3. ในการสัมมนาครั้งนี้ โรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ ที่อำนวยความสะดวกวางแผนครอบครัวให้แก่ประชาชนอยู่แล้วในขอบเขตจำกัด ได้เสนอรายงานผลการวิจัยกับวิธีป้องกันปฏิสนธิแบบต่างๆ สรุปได้ว่า ในปัจจุบันนี้มีวิธีป้องกันปฏิสนธิชั่วคราวที่มีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัย ประหยัด และสะดวกในการใช้อยู่หลายวิธี เช่น การใส่ขดป้องกันปฏิสนธิ การใช้ยารับประทาน และการใช้ยาฉีด การประเมินผลการใช้วิธีป้องกันปฏิสนธิเหล่านี้ พบว่าสตรีในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยากจนและหย่อนการศึกษา ทั้งในเขตเมืองและในชนบท สามารถรับเอาวิธีป้องกันปฏิสนธิดังกล่าวไปปฏิบัติได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตาม การใช้วิธีป้องกันปฏิสนธิแบบใหม่ดังกล่าวแล้ว จะต้องอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องนี้โดยเฉพาะ

ข้อเสนอแนะ

3.1 ควรมีการสอนและฝึกอบรมวิชาป้องกันปฏิสนธิ และการวางแผนครอบครัวในโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาล และโรงเรียนผดุงครรภ์

3.2 ควรกำหนดมาตรการควบคุมการจำหน่ายเวชภัณฑ์ป้องกันปฏิสนธิบางอย่างเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันมิให้เวชภัณฑ์ดังกล่าวตกไปอยู่ในมือของผู้ที่ไม่มีวุฒิในวิชาแพทย์ ซึ่งอาจเป็นภัยแก่สุขภาพประชาชนได้

รายงานเรื่อง ความเป็นมาของนโยบายและการวิจัยเกี่ยวกับประชากร การพิจารณาปัญหาประชากรในประเทศไทย

สมบุญ ผ่องอักษร¹

ในระหว่าง พ.ศ. 2499-2500 คณะผู้เชี่ยวชาญของธนาคารโลกได้เข้ามาสำรวจภาวะเศรษฐกิจในประเทศไทย และได้รายงานเรื่องการบูรณะและพัฒนาประเทศ รัฐบาลเมื่อ พ.ศ. 2501 เกี่ยวกับปัญหาการเพิ่มประชากร คณะสำรวจเศรษฐกิจของธนาคารโลกได้บันทึกความเห็นไว้ว่า

“การเพิ่มจำนวนของประชากรไทยในอัตราที่สูง ก่อให้เกิดปัญหาน่าวิตกกังวลประการ เช่น การขาดแคลนโรงเรียน และการขาดแคลนบริการสาธารณสุข ตลอดจนที่อยู่อาศัย ปัญหานี้กำลังได้รับการพิจารณาศึกษาจากเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องอยู่แล้ว การเพิ่มผลผลิตในระยะ 5 ปีข้างหน้า อาจเพียงพอแก่ความต้องการที่เพิ่มขึ้น อันเนื่องจากการเพิ่มจำนวนพลเมืองในอัตราที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และอาจช่วยยกมาตรฐานการครองชีพให้ดีกว่าเดิมเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม เป็นที่รู้สึกว่าจะเกิดปัญหาการว่างงานอย่างร้ายแรงในอนาคต”

ในส่วนที่เกี่ยวกับการพัฒนาสาธารณสุข คณะสำรวจเศรษฐกิจของธนาคารโลกเสนอข้อคิดเห็นไว้ในตอนท้ายว่า

“อนึ่ง เมื่อพิจารณาถึงอัตราเพิ่มอย่างรวดเร็วของจำนวนประชากรไทย ก็เห็นว่าควรส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักวิธีจำกัดขนาดของครอบครัว โดยจัดให้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดขึ้นตามสถานีอนามัยต่างๆ”

คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณา และวิจัยข้อเสนอแนะของคณะสำรวจเศรษฐกิจของธนาคารโลกดังกล่าวแล้วข้างต้นนั้น ว่าเหมาะสม และควรจะดำเนินการตามความเห็นในรายงานนั้นหรือไม่ กระทรวงสาธารณสุขจึงศึกษารายงานดังกล่าวโดยถี่ถ้วน และเสนอข้อคิดเห็นไปยัง ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี (จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์) เมื่อวันที่ 15 กันยายน 2503 ความว่า

¹ นายแพทย์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในขณะนั้น

“การที่จำนวนประชากรทวีขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราตายลดลงมาอยู่ในระดับต่ำเช่นนี้ หากมิได้เตรียมการล่วงหน้าที่จะพัฒนาพื้นฐานในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เช่น แพทย์ การสาธารณสุข การศึกษา การสาธารณสุขูปโภค การคมนาคม การชลประทาน ฯลฯ ให้เจริญก้าวหน้าขึ้นโดยสมดุลงกับจำนวนพลเมืองที่จะเพิ่มขึ้น ภายหน้าแล้ว มาตรฐานการครองชีพของพลเมืองก็จะทรุดโทรมลงโดยลำดับ ฉะนั้น ถ้าหากการเตรียมการล่วงหน้าไม่อาจดำเนินไปได้โดยสมดุลงกับจำนวนประชากรที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วด้วย เหตุใดก็ตามแล้ว ก็น่าจะคำนึงการที่จะเผยแพร่ให้ประชาชนรู้จักวิธีการจำกัดขนาดครอบครัว หรือเว้นระยะการมีบุตรโดยการคุมกำเนิด ซึ่งย่อมจะดีกว่าการปล่อยให้ประชาชนแก้ปัญหาเฉพาะหน้าด้วยการทำให้แท้งบุตร อันเป็นการกระทำที่ผิดศีลธรรม และเป็นอันตรายแก่สุขภาพของสตรีอย่างยิ่ง แต่โดยที่เรื่องนี้เป็นปัญหาเกี่ยวข้องกับหน่วยราชการมากหน่วยด้วยกัน กระทรวงสาธารณสุขจึงเห็นสมควรที่จะมอบเรื่องนี้ให้คณะกรรมการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ และคณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติร่วมกันพิจารณาศึกษาภาวการณ์ในเรื่องนี้ว่า เป็นการสมควรที่จะดำเนินการในเรื่องนี้อย่างใด หรือควรมีนโยบายอย่างไร และเมื่อรัฐบาลได้พิจารณาเห็นสมควรประการใดแล้ว ก็จะได้สั่งให้ถือเป็นการปฏิบัติต่อไป”

ฯพณฯ จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ นายกรัฐมนตรี พิจารณาข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ก็มีคำสั่งตามนัยหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีที่ 9720/2503 ลงวันที่ 19 กันยายน 2503 ให้คณะกรรมการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ และคณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติพิจารณาตามหลักวิชาและข้อเท็จจริง อันจะพึงยึดถือเป็นหลักปฏิบัติต่อไปให้เหมาะสมกับประเทศไทย แล้วให้เสนอความคิดเห็นไปโดยด่วน กับให้เสนอคณะรัฐมนตรีทราบด้วย (เรื่องนี้ได้เสนอให้คณะรัฐมนตรีทราบเมื่อวันที่ 27 กันยายน 2503)

ความเห็นของคณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ

คณะกรรมการสาขาวิทยาศาสตร์ และรัฐประศาสนศาสตร์ ของสภาวิจัยแห่งชาติ อันมี ศาสตราจารย์ทิวี แรงขำ เป็นประธาน ได้พิจารณารวบรวมเหตุผลและข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาประชากรของประเทศไทย จัดพิมพ์เป็นเอกสารขึ้นฉบับหนึ่ง ให้ชื่อว่า “รายงานการวิจัยเรื่องปัญหาการเพิ่มประชากรของประเทศไทย” และเสนอรายงานนี้ต่อนายกรัฐมนตรี สรุปความเห็นโดยย่อว่า ประเทศไทยยังมีเนื้อที่เพียงพอที่จะรองรับประชากรได้อีกมาก ควรปล่อยให้พลเมืองเพิ่มในอัตราสูงต่อไป เพื่อประโยชน์ในการพัฒนา

อุตสาหกรรม และเพื่อเพิ่มอำนาจการซื้อ ซึ่งจะเป็นช่องทางให้การค้าและการอุตสาหกรรมขยายตัวได้ เมื่อประชากรเพิ่มขึ้นจนถึงจุดอิ่มตัวแล้ว อัตราเพิ่มก็จะลดลงได้เอง โดยรัฐบาลไม่ต้องส่งเสริมให้ประชาชนคุมกำเนิด อันอาจนำมาซึ่งความเสื่อมศีลธรรม

ความเห็นของคณะกรรมการบริหารฯ สภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ

โดยเหตุที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ ได้รับคำสั่งจากนายกรัฐมนตรี ให้พิจารณาความเห็นในเรื่องเดียวกันนี้ จึงได้อาศัยเอกสารรายงานการวิจัยฯ ของคณะกรรมการสาขารัฐศาสตร์ และรัฐประศาสนศาสตร์ ของสภาวิจัยแห่งชาตินั้นเอง เป็นเครื่องพิจารณาประกอบความคิดเห็นในแง่หลักวิชาและข้อเท็จจริง ในที่สุดก็สรุปได้ว่า “เหตุผลทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งคณะผู้ทำการวิจัยของสภาวิจัยแห่งชาติได้ยกมาอ้าง เป็นการสนับสนุนความเห็นว่ารัฐบาลไม่ควรดำเนินนโยบายยุติการเพิ่มประชากรนั้น ยังไม่มีการศึกษากันมากพอ” ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่วิชาการของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติได้ให้เหตุผลชี้แจงข้อขัดแย้งไว้โดยย่อดังนี้

“การเพิ่มอย่างรวดเร็วของประชากรไทย อาจทำให้เกิดปัญหารุนแรงในด้านเศรษฐกิจ พลเมืองที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นั้น ส่วนใหญ่อยู่ในวัย “ผู้บริโภคร” มากกว่า “ผู้ผลิต” จะทำให้การผลิตและการบริโภคไม่ได้ดุลยภาพกัน และยังทำให้ขาดการอบรม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลงทุนเพื่อพัฒนาประเทศ ในที่สุดมาตรฐานการครองชีพของประชาชนก็ไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร การว่างงานจะมีมากขึ้น บริการสังคมต่างๆ เช่น การสาธารณสุขโภคร การศึกษา และการสาธารณสุข ฯลฯ ก็จะมีขาดแคลนยิ่งขึ้น”

คณะกรรมการบริหารของสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ จึงเสนอแนะว่า ควรศึกษาปัญหาประชากรของประเทศไทยในแง่ต่างๆ ต่อไปอีก ในขั้นนี้อาจให้กระทรวงสาธารณสุขเผยแพร่แนะนำในเรื่องการคุมกำเนิดโดยความสมัครใจของประชาชน แต่ไม่ควรใช้วิธีการโฆษณาอย่างครึกโครม และควรชักจูงชนต่างด้าวบางพวกให้มีจิตใจเป็นคนไทยด้วย เพราะชนต่างด้าวบางพวกไม่นิยมยาคุมกำเนิด

มติคณะรัฐมนตรีครั้งที่ 1

คณะรัฐมนตรีได้พิจารณาความเห็นของสำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติ (คณะกรรมการสาขาวิชารัฐศาสตร์ และรัฐประศาสนศาสตร์) และความเห็นของคณะกรรมการบริหารของสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ ซึ่งขัดแย้งกันดังกล่าวข้างต้นนั้นแล้ว จึงลงมติเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2504 ว่า “การคุมกำเนิดขอให้เป็นไปตามความสมัครใจของ

ประชาชน ซึ่งควรจะรู้จักฐานะของตนเอง ว่าสมควรจะมีบุตรจำนวนมากน้อยเท่าใด ส่วนการแนะนำในเรื่องการคุมกำเนิดนั้น ฟังกระทำได้แต่ยังไม่ควรทำเป็นการเปิดเผย”

การวิจัยของคณะกรรมการวิจัยสาขาเศรษฐศาสตร์และสังคมวิทยา

เนื่องจาก ดร.อำนวยการ วีรวรรณ ที่ปรึกษานายกรัฐมนตรี เสนอว่า ถึงแม้คณะกรรมการวิจัยสาขาเศรษฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ของสภาวิจัยแห่งชาติ จะได้ทำการวิจัยปัญหาเรื่องการเพิ่มประชากรมาแล้วครั้งหนึ่งเมื่อ พ.ศ. 2503 แต่ผลงานครั้งนั้นยังไม่ได้ประโยชน์อย่างสมบูรณ์ จากการใช้งบประมาณของการสำรวจสำมะโนประชากร พ.ศ.2503 ซึ่งสำนักงานสถิติกลางได้จัดพิมพ์ออกมาภายหลัง นอกจากนี้ งานวิจัยในครั้งแรกก็เพิ่งจะไปในด้านการปกครอง มิได้เพิ่งถึงถึงปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม อันเป็นนโยบายที่มีความสำคัญสุดของรัฐบาลขณะนั้น จึงควรจะทำการศึกษาเพิ่มเติมอีกครั้งหนึ่ง

จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ นายกรัฐมนตรี จึงได้มีบัญชา เมื่อวันที่ 21 กันยายน 2505 ให้คณะกรรมการวิจัยสาขาเศรษฐศาสตร์และสังคมวิทยาของสภาวิจัยแห่งชาติ ร่วมกันศึกษาค้นคว้าเพื่อใช้ประกอบเป็นแนวทางในการดำเนินนโยบายของรัฐบาลต่อไป

ประธานคณะกรรมการวิจัยสาขาเศรษฐศาสตร์ และประธานคณะกรรมการวิจัยสาขาสังคมวิทยา จึงได้ปรึกษาหารือร่วมกัน และแต่งตั้งอนุกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะอนุกรรมการวิจัยร่วมฝ่ายเศรษฐกิจและสังคม” มี พลตรีบัญชา มินทรชินธ์ เป็นประธานอนุกรรมการ เริ่มประชุมครั้งแรกเมื่อวันที่ 24 ตุลาคม 2505 คณะอนุกรรมการวิจัยได้มอบหมายให้เจ้าหน้าที่คณะหนึ่ง เป็นผู้ดำเนินการวิจัยต่อไป โดยมี ดร.อำนวยการ วีรวรรณ เป็นหัวหน้า และเมื่อทำการวิจัยเสร็จแล้ว ก็นำเสนอคณะอนุกรรมการวิจัยเพื่อพิจารณาและดำเนินการต่อไป

การวิจัยดังกล่าวได้ดำเนินอยู่เป็นเวลา 4 เดือนเศษ จึงสำเร็จสมบูรณ์ อาจสรุปผลของการวิจัยได้ย่อๆ ดังนี้

1. ประชากรของประเทศไทยกำลังเพิ่มขึ้นอัตราร้อยละ 3.2 ต่อปี ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่สูงที่สุดในโลกประเทศหนึ่ง และประชากรจะเพิ่มจำนวนในอัตราที่สูงขึ้นไปเป็นลำดับต่อไปอีกนาน ถ้าหากรัฐบาลจะไม่มีนโยบายส่งเสริมการวางแผนครอบครัว
2. ประชากรในประเทศซึ่งเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูง และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วต่อไปในอนาคตนั้น จะเป็นสิ่งกีดขวางมิให้การออมในประเทศมีระดับสูงขึ้นได้ เพราะประชากรจะต้องใช้จ่ายในการครองชีพ เพื่อเลี้ยงดูลูกหลานกันมากขึ้น เมื่อการออม

ในประเทศมีระดับต่ำ การลงทุนทั้งสิ้นในประเทศที่ย่อมจะมีระดับต่ำไปด้วย ซึ่งจะมีผลทำให้รายได้โดยเฉลี่ยต่อคนเพิ่มได้ไม่เกินร้อยละ 2 ต่อปี นับว่าเป็นความเจริญทางเศรษฐกิจที่ล่าช้ามาก

3. ข้าวซึ่งเป็นสินค้าออกสำคัญของประเทศจะต้องถูกนำมาใช้บริโภคภายในประเทศมากขึ้นทุกปี จนกระทั่งประเทศไทยอาจไม่มีข้าวส่งออกในเวลาไม่เกิน 18 ปี ทำให้ประเทศขาดรายได้ที่เป็นเงินตราต่างประเทศ การพัฒนาประเทศก็จะต้องประสบอุปสรรคอย่างแน่นอน

4. การเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็วดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบันจะทำให้เกิดปัญหาการว่างงาน (Unemployment) อย่างรุนแรง และจะเป็นภาระทางสังคมอย่างใหญ่หลวงจนเกินกำลังของรัฐบาลที่จะรับได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการศึกษา นอกจากนี้ การสาธารณสุขโรค การแพทย์ การสาธารณสุข และบริการทางสังคมอื่นๆ ก็จะไม่เพียงพอแก่ประชาชน ในที่สุดก็จะทำให้เกิดความเสื่อมโทรมทางจิตใจและศีลธรรม และอาจเป็นจุดอ่อนให้ลัทธิคอมมิวนิสต์แทรกซึมเข้ามาในราชอาณาจักรได้ง่าย เนื่องจากรัฐบาลไม่สามารถยกระดับมาตรฐานการครองชีพของประชาชนให้ดีขึ้นอย่างรวดเร็วเพียงพอ

ในตอนท้ายคณะกรรมการวิจัยฯ ได้เสนอแนะวิธีการแก้ไขสถานการณ์ไว้หลายข้อรวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักวิธีคุมกำเนิดด้วย

การสัมมนาวิชาการ เรื่องประชากรของประเทศไทย (ครั้งที่ 1)

ตามที่สภาวิจัยแห่งชาติได้รับมอบหมายจากนายกรัฐมนตรี ให้ดำเนินการวิจัยเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาประชากรในทัศนะต่างๆ มาแล้ว 2 ครั้ง ดังกล่าวข้างต้นนั้น ต่อมาสภาวิจัยแห่งชาติพิจารณาเห็นว่า ปัญหาประชากรเป็นเรื่องสำคัญที่มีผลต่อความเจริญมั่นคงของประเทศชาติเป็นอันมาก หากตัดสินใจกำหนดเป็นนโยบายปฏิบัติไปโดยขาดความรอบคอบอย่างแท้จริงแล้ว ก็อาจก่อให้เกิดอันตรายใหญ่หลวงแก่ประเทศชาติในประการต่างๆ เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมที่ดีและมั่นคงสำหรับอนาคต จึงควรจะได้มีการศึกษาพิจารณาให้ละเอียดรอบคอบจริงๆ จนแน่ใจเสียก่อน ฉะนั้น สำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติจึงจัดให้มีการสัมมนาทางวิชาการเกี่ยวกับปัญหาประชากรขึ้น ณ ศาลาสันติธรรม ระหว่างวันที่ 27-29 มีนาคม 2506 โดยความร่วมมือจากสภาประชากรแห่งสหรัฐอเมริกา ในการสัมมนาครั้งนั้นได้มีการแลกเปลี่ยนทัศนะ ประสบการณ์และข้อคิดเห็น

ในระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิจากส่วนราชการต่างๆ อาทิ สำนักงานสถิติกลาง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตร กระทรวงกลาโหม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เป็นต้น

ต่อมาสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติได้เสนอรายงานผลการสัมมนาทางวิชาการ เรื่อง ประชากรของประเทศไทย ดังกล่าวข้างต้น ต่อคณะรัฐมนตรี โดยสรุปว่า ผู้เข้าร่วมสัมมนามีความเห็นพ้องกันว่า เป็นโอกาสดีแล้วที่รัฐบาลเริ่มสนใจเรื่องนี้แต่เนิ่นๆ และเพื่อให้การพิจารณาศึกษาเตรียมการในเรื่องประชากรได้ผลดีและรอบคอบยิ่งขึ้น ควรจะได้ลงมือดำเนินการในเรื่องนี้ต่อไปโดยด่วนก่อน คือ

- (1) ให้มีการสำรวจและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประชากร
- (2) ส่งเสริมให้มีการศึกษาทางประชากรรณอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น และดำเนินการวิจัยในสนามเกี่ยวกับประชากรอย่างแท้จริง และ
- (3) ดำเนินการวางแผนครอบครัวในลักษณะที่เป็นโครงการทดลองในบริเวณหนึ่งก่อน

มติคณะรัฐมนตรีครั้งที่ 2

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาลงมติเมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2502 มอบให้สภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติเป็นเจ้าของเรื่องดำเนินการศึกษาและค้นคว้าในเรื่องนี้ต่อจากที่ได้กระทำมาแล้ว โดยให้กระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือด้วย แล้วรายงานผลเพื่อคณะรัฐมนตรีจะได้ทราบเป็นระยะๆ ไป นอกจากนั้น ให้พิจารณาความช่วยเหลือจากต่างประเทศด้วย ถ้ามีทางจะทำได้

ต่อมาสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ กับ กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมปรึกษาหารือในระหว่างการศึกษาเห็นว่า การที่จะทำการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาประชากรของประเทศไทยนั้น จำเป็นจะต้องจัดตั้งโครงการปฏิบัติงานในลักษณะทดลองขึ้นด้วย จึงจะได้มาซึ่งข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์อย่างแท้จริง หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ จะต้องจัดให้มีบริการแนะนำคู่สมรสที่สมัครใจให้มีความรู้ในการคุมกำเนิดขึ้นตามสถานีอนามัยในเขตทดลองปฏิบัติงานนั่นเอง แต่เนื่องจากยังมีผู้คัดค้านว่าการจัดตั้งโครงการทดลองปฏิบัติงานดังกล่าว ย่อมไม่ชอบด้วยมติคณะรัฐมนตรี สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ จึงจำเป็นต้องเสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อขออนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมดังนี้ คือ

- (1) ให้ดำเนินการศึกษาเพื่อวางแผนครอบครัวในลักษณะทดลอง โดยให้ขอผู้เชี่ยวชาญมาวางแผน และเลือกสถานที่ในการดำเนินงานก่อน
- (2) ให้สำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติดำเนินการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการมีบุตรและครอบครัว
- (3) ให้กระทรวงสาธารณสุขเตรียมการ โดยส่งแพทย์ พยาบาล ไปศึกษาและดูงานตามที่ได้เห็นสมควร
- (4) ให้กระทรวงทบวงกรมที่เกี่ยวข้องร่วมมือให้ความสะดวกในการศึกษาดังกล่าว

มติคณะรัฐมนตรีครั้งที่ 3

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาลงมติเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2506 เห็นชอบด้วยกับข้อเสนอของสำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติ ดังกล่าวข้างต้นนั้น และอนุมัติให้ดำเนินการได้ เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีแล้ว กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ร่วมมือกับสำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติ ดำเนินการขอความช่วยเหลือจากสภาประชากร (Population Council) แห่งสหรัฐอเมริกา ให้ส่งผู้เชี่ยวชาญมาเลือกเขตทดลองเพื่อการศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว สภาประชากรฯ ได้ส่งผู้เชี่ยวชาญเข้ามาสำรวจ 2 ครั้ง ในที่สุดได้ตกลงเลือกอำเภอไพศาราม จังหวัดราชบุรี เป็นเขตทดลองปฏิบัติงาน

มติคณะรัฐมนตรีครั้งที่ 4

เนื่องจากเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2507 กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอเรื่องเกี่ยวกับโครงการวิจัยการอนามัยครอบครัวต่อคณะรัฐมนตรี คณะรัฐมนตรีจึงได้หยิบยกเรื่องนี้ขึ้นมาพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง ในที่สุดก็ลงมติให้สำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติเสนอโครงการและแผนดำเนินงานให้คณะรัฐมนตรีพิจารณารายละเอียดเสียก่อน

บทคณะรัฐมนตรีครั้งที่ 5

เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2507 สำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติ ซึ่งได้ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข จัดทำโครงการวิจัยอนามัยครอบครัว อำเภอไพศาราม ขึ้นนั้น ได้เสนอรายละเอียดของโครงการที่ร่างขึ้นต่อคณะรัฐมนตรีอีกครั้งหนึ่ง คณะรัฐมนตรีพิจารณาแล้ว มีมติให้ดำเนินงานตามโครงการฯ ได้

จึงเป็นอันว่า ก่อนที่สำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขจะลงมือดำเนินการวิจัยปัญหาประชากรในลักษณะทดลองปฏิบัติงานในสนามได้นั้น ได้มีการพิจารณาศึกษาอย่างรอบคอบมาแล้วเป็นเวลาถึง 4 ปี มีการตั้งคณะกรรมการขึ้นทำการวิจัยปัญหาประชากรมาก่อนหน้านั้นถึง 3 คณะ มีการสัมมนาในระดับประเทศเกี่ยวกับปัญหาประชากร 1 ครั้ง และมีการเสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อขอความเห็นชอบถึง 5 ครั้ง นับว่าได้ผ่านการพิจารณาศึกษาและการกลั่นกรองจากฝ่ายต่างๆ มาแล้วอย่างละเอียดรอบคอบจริงๆ

คณะกรรมการวิจัยการอนามัยครอบครัว

สำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติเสนอว่า เนื่องจากการศึกษาและวิจัยการอนามัยครอบครัวเป็นโครงการใหญ่ ต้องใช้เวลาประมาณ 6-8 ปี มีส่วนราชการที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือหลายแห่งด้วยกัน และเป็นโครงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากสภาประชากรแห่งสหรัฐอเมริกา จึงสมควรแต่งตั้ง "คณะกรรมการโครงการวิจัยการอนามัยครอบครัว" เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำและควบคุมการดำเนินการวิจัย เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปโดยรอบคอบละเอียดถี่ถ้วน และเป็นผู้ประสานงานระหว่างส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนติดตามผลการปฏิบัติงานคณะเจ้าหน้าที่ เพื่อทำรายงานความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานเสนอคณะรัฐมนตรี และให้คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ดำเนินการวิจัย เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปโดยรอบคอบละเอียดถี่ถ้วน และเป็นผู้ประสานงานระหว่างส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนติดตามผลการปฏิบัติงานคณะเจ้าหน้าที่ เพื่อทำรายงานความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานเสนอคณะรัฐมนตรี และให้คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ดำเนินการวิจัย เพื่อให้มีหน้าที่รับผิดชอบและปฏิบัติกรวิจัยภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการดังกล่าวโดยใกล้ชิด

มติคณะรัฐมนตรีครั้งที่ 6

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษา เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2507 ลงมติให้แต่งตั้งคณะกรรมการวิจัยการอนามัยครอบครัวได้ และให้คณะกรรมการฯ มีอำนาจแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ดำเนินการวิจัย เพื่อให้มีหน้าที่รับผิดชอบและปฏิบัติการวิจัยภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการฯ ได้ตามที่สำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติเสนอคณะกรรมการฯ ดังกล่าวมี พลเอกเนตร เขมะโยธิน ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน มีนายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน ประกอบด้วยกรรมการรวมทั้งสิ้น 15 นาย

การสัมมนาทางวิชาการเรื่องประชากรของประเทศไทย (ครั้งที่ 2)

เนื่องจากสำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาเห็นว่า โครงการวิจัยการอนามัยครอบครัว ซึ่งได้ลงมือดำเนินงานมาตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2507 นั้น ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่น่าสนใจหลายประการ ประกอบกับในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา สถาบันหลายแห่งได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประชากรศาสตร์ และการวางแผนครอบครัวในแง่ต่างๆ ได้รับผลคืบหน้าไปเป็นอันมาก จึงได้จัดให้มีการสัมมนาเรื่องประชากรของประเทศไทยขึ้นเป็นครั้งที่ 2 ณ ศาลาสันติธรรม ระหว่างวันที่ 11-14 ตุลาคม 2508 โดยได้รับความร่วมมือช่วยเหลือจากสภาประชากรแห่งสหรัฐอเมริกา

ที่ประชุมสัมมนาได้พิจารณาสถิติและข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับประชากรของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราการเพิ่มประชากร ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเพิ่มประชากร และประโยชน์ต่างๆ ที่ประเทศได้รับจากการเพิ่มประชากร ตลอดจนความต้องการและท่าทีของประชาชนที่มีต่อการขยายตัวของครอบครัว ที่ประชุมส่วนใหญ่เห็นว่า ขณะนี้แม้ว่าการพัฒนาในด้านต่างๆ จะก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็วเป็นที่น่าพอใจก็ตาม แต่โดยที่ประเทศไทยกำลังอยู่ในระยะเร่งรัดพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ระดับการครองชีพของประชากรยังอยู่ในระดับต่ำ การเพิ่มประชากรในอัตราสูงดังที่เป็นอยู่ จึงเป็นอุปสรรคต่อการเร่งรัดพัฒนาเศรษฐกิจ ทำให้ไม่สามารถบรรลุถึงเป้าหมายในเวลาที่กำหนดไว้ การเพิ่มคุณภาพของประชากร การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เป็นเรื่องจำเป็นรีบด่วนที่สุด ทั้งยังปรากฏว่าประชาชนจำนวนหนึ่งที่ต้องการบริการของรัฐบาลในด้านการวางแผนครอบครัว ในกรณีนี้ ที่ประชุมเห็นว่าควรเสนอให้รัฐบาลพิจารณาดำเนินการบางประการที่เกี่ยวข้องกับประชากรของประเทศดังต่อไปนี้โดยรีบด่วน กล่าวคือ

1. ปัจจุบัน ประชากรของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 3.2 ต่อปี การเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็วนี้มีผลกระทบต่อแผนพัฒนาการเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ จึงเห็นควรเริ่มลดอัตราการเพิ่มของประชากร เพราะเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่า ปัจจุบันนี้ทั้งในด้านการศึกษา ด้านการสาธารณสุข ตลอดจนการเศรษฐกิจและสังคม อุปกรณ์และบริการต่างๆ มิไม่เพียงพอ การลดควรกระทำโดยให้การสนับสนุนและการให้บริการด้านวางแผนครอบครัวแก่ประชาชนตามความสมัครใจ ภายใต้การควบคุมของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง

2. ควรเร่งพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของประชากรและเพิ่มคุณภาพประชากร เพื่อความมั่นคงของประเทศ

3. ควรเร่งรัดส่งเสริมงานด้านสาธารณสุข การวางแผนครอบครัว และการศึกษา ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

4. ควรวางแผนการศึกษาให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาการเศรษฐกิจ ศึกษาหาทางลดค่าใช้จ่ายในการศึกษา กระจายความรับผิดชอบการศึกษาไปสู่ท้องถิ่นอย่างแท้จริง

5. ควรจัดหางานให้ประชากรที่เพิ่มขึ้น กับพิจารณาจัดตั้งหน่วยงานร่วมระหว่างทหารและพลเรือน พิจารณาความต้องการกำลังคนโดยเฉพาะแรงงานที่มีฝีมือในยามสงบและยามสงคราม กำหนดนโยบายการทำงานและเป้าหมายของการทำงานไว้ในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจของประเทศ

6. ควรเร่งรัดพัฒนาอุตสาหกรรมให้เจริญขึ้นทั่วไปในส่วนต่างๆ ของประเทศ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อประเทศในส่วนรวม ทั้งยังเป็นการป้องกันมิให้ประชาชนย้ายถิ่นเข้ามาอาศัยอยู่อย่างแออัดในนครหลวง

7. ควรส่งเสริมการอบรมเยาวชนในด้านศีลธรรม เพื่อให้เป็นพลเมืองดีของประเทศ

8. ควรเร่งรัดการศึกษาวิจัยในด้านประชากรศาสตร์ และสาขาวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาติดตามความเปลี่ยนแปลงของประชากร

9. ควรจัดให้มีการสัมมนาทางวิชาการเรื่องประชากรของประเทศ และสัมมนาด้านการประเมินผลวิธีของการวางแผนครอบครัวเป็นประจำในช่วงระยะเวลาอันสมควร และที่ประชุมเสนอให้มีการสัมมนาเรื่องคุณภาพของประชากรเป็นพิเศษเพิ่มขึ้น

มติคณะรัฐมนตรีครั้งที่ 7

สำนักนายกรัฐมนตรีได้เสนอรายงานผลการสัมมนาเรื่องประชากรของประเทศไทย ดังกล่าวข้างต้นให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษา เมื่อวันที่ 12 เมษายน 2509 ลงมติรับทราบ พร้อมกับแถลงว่ารัฐบาลยังไม่มียุทธศาสตร์ที่จะจัดวางแผนครอบครัวอันเกี่ยวกับการระงับการเกิดหรือการคุมกำเนิด

มติคณะรัฐมนตรีครั้งที่ 8

เมื่อเดือนตุลาคม 2510 สภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติได้เสนอรายงานการสัมมนาเรื่องปัญหาประชากร ณ ประเทศอังกฤษ (ซึ่งเจ้าหน้าที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติได้ไปร่วมประชุมด้วย) ต่อ ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี โดยเสนอแนะต่อรัฐบาลว่า

1. ปัญหาเฉพาะหน้า รัฐบาลควรสนับสนุนและขยายขอบเขตความช่วยเหลือแก่ครอบครัวที่ยากจนและมีบุตรมาก เช่นที่ได้ทำอยู่แล้ว แต่ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนภูมิภาคต่างๆ หรือในท้องถิ่นชนบทให้มากยิ่งขึ้น

2. ปัญหาระยะยาว

ก. รัฐบาลควรสนับสนุนให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องได้ศึกษาและวิจัยปัญหาเกี่ยวกับประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มประชากรกับการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ตลอดจนการวางแผนครอบครัว

ข. เห็นควรให้สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ ในฐานะเป็นผู้ทำแผน โดยส่วนรวมในการพัฒนาประเทศ มีหน้าที่เสนอแนะนโยบายและมาตรการอันเหมาะสมในปัญหาประชากรต่อรัฐบาล โดยนำผลการศึกษาและวิจัยต่างๆ มาประกอบการพิจารณา

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษากันเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2510 มีมติเห็นชอบด้วยตามความเห็นของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ

มติคณะรัฐมนตรีครั้งที่ 9

เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2511 สำนักนายกรัฐมนตรีได้เสนอผลการดำเนินงานของคณะกรรมการวิจัยการอนามัยครอบครัว ในรอบ 3 ปี พร้อมกับข้อเสนอแนะรวม 4 ประการ มีความว่า

1. ควรจัดให้มีการเผยแพร่ความรู้ในด้านการอนามัยครอบครัว และการป้องกันปฏิสนธิให้แก่ประชาชนที่ต้องการเว้นระยะการมีบุตร หรือจำกัดจำนวนบุตร ไว้ตามโรงพยาบาล และสถานอนามัย

2. จากผลงานในประเทศอื่นๆ ปรากฏว่า โครงการอนามัยครอบครัวที่มีการดำเนินงานทั่วประเทศ จะต้องใช้เวลานาน 10-15 ปี จึงจะบังเกิดผลเด่นชัดในการลดอัตราเกิดของประชากรและบังเกิดผลในการพัฒนาเศรษฐกิจ จึงควรเริ่มงานเสียแต่เนิ่นๆ

3. รัฐบาลควรสนับสนุนส่วนราชการที่เกี่ยวข้องให้จัดตั้งโครงการอนามัยครอบครัวขึ้น และขยายงานออกไปทั่วประเทศทีละน้อย โดยไม่จำเป็นต้องประกาศว่าเป็นนโยบายของชาติ

4. โครงการอนามัยครอบครัวควรจะพุ่งเป้าเป็นพิเศษถึงกลุ่มประชากรที่ยากจน, มีบุตรมาก, และหย่อนการศึกษา เพื่อให้เยาวชนมีสุขภาพดี และได้รับการศึกษาดีจะเป็นกำลังของชาติในการดึงอิทธิพลทางเศรษฐกิจให้เข้ามาอยู่ในมือคนไทยมากขึ้นเป็นลำดับ

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษา เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2511 ลงมติรับทราบ สำหรับคนที่มิบุตร 4 คนแล้ว ถ้าประสงค์จะไม่มีบุตรอีกก็ควรช่วยเหลือการป้องกันปฏิสนธิให้ ถ้าจะขยายการทดลองกับประชาชนในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ไปยังท้องที่อื่นอีกก็ไม่ขัดข้อง แต่ควรให้ความรู้เฉพาะผู้ที่มีบุตรแล้วเท่านั้น

วารสารประชากร

“วารสารประชากร” เป็นวารสารทางวิชาการของสมาคมนักประชากรไทย พิมพ์เผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ คือ ฉบับเดือนมีนาคม - สิงหาคม และฉบับเดือนกันยายน - กุมภาพันธ์

“วารสารประชากร” ฉบับปฐมฤกษ์กำหนดออกเดือนกันยายน 2552 (ฉบับที่ 1 ปีที่ 1 กันยายน 2552 - กุมภาพันธ์ 2553)

“วารสารประชากร” พิมพ์บทความงานวิจัยที่เกี่ยวกับประชากรและการพัฒนา เทคนิควิจัยใหม่ๆ ที่ไม่ได้พิมพ์ที่ใดมาก่อน ผลงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพที่จะทำให้ความเข้าใจของเราเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงประชากรดีขึ้น ความคิดริเริ่มด้านระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์ วารสารฯ ยินดีรับบทความงานวิจัยทางสังคมศาสตร์สาขาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสังคมวิทยา มานุษยวิทยา เศรษฐศาสตร์ รัฐศาสตร์ ฯลฯ ที่เกี่ยวกับประชากร โดยจุดเน้นของวารสารอยู่ที่คุณภาพและความน่าสนใจของบทความนั้น

บทความที่จะส่งตีพิมพ์ในวารสารประชากร

วรรยาบรรณ

การส่งต้นฉบับไปเพื่อพิมพ์ที่อื่นในขณะที่ต้นฉบับนั้นอยู่ในกระบวนการพิจารณาของวารสารประชากร ถือว่าไม่ถูกต้องตามหลักจรรยาบรรณของวารสารประชากร ข้อค้นพบสำคัญหรือข้อความต่างๆ ที่เคยปรากฏ (หรือจะปรากฏ) ที่อื่นต้องมีคำอธิบายและเหตุผลที่ชัดเจน วารสารประชากรเน้นเรื่องจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยเฉพาะการไม่ขโมย หรือคัดลอกข้อความ หรือความคิดของคนอื่นมาเป็นของตน

การเตรียมต้นฉบับ

- ชื่อบทความต้องให้กระชับ มีความยาวไม่เกิน 20 คำ
- เนื้อความพิมพ์ด้วยโปรแกรม word โดยภาษาไทยใช้ตัวอักษรแบบคอร์เดียนิว (Cordia New) ขนาด 14 จุด และภาษาอังกฤษใช้ times news roman ขนาด 12 จุด ในหน้ากระดาษขนาด A4 (8 ½ x 11 นิ้ว) มีพื้นที่ว่างไม่น้อยกว่า 1 นิ้วจากขอบทุกด้าน พิมพ์ระยะห่างบรรทัด 1.5

- ข้อความและตัวเลขที่เป็นส่วนประกอบของตารางและรูป พิมพ์ระยะห่างบรรทัด 1.0
- มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์แยกต่างหากจากเนื้อความใน 1 หน้ากระดาษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรทั้งแบบและขนาดเช่นเดียวกับเนื้อความ แต่ระยะห่างบรรทัด 1.0
- เอกสารอ้างอิง พิมพ์แยกต่างหากจากเนื้อความด้วยตัวอักษรทั้งแบบและขนาดเช่นเดียวกับเนื้อความ แต่ระยะห่างบรรทัด 1.0
- ความยาวของบทความทั้งหมด รวมบทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษ 1 หน้า และเอกสารอ้างอิงแล้ว ต้องไม่เกิน 15 หน้า
- ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เขียนบทความพิมพ์แยกต่างหาก โดยระบุสถาบันที่สังกัด และที่อยู่ e-mail ของผู้เขียนบทความนั้นทุกคน
- ส่งต้นฉบับทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ ThaiPopulationAsst@gmail.com

รูปแบบการอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อความ

เมื่อจะอ้างถึงงานของผู้ใดให้ยึดหลักดังนี้

อ้างบทความหรือสิ่งพิมพ์ภาษาไทย ให้อ้างเฉพาะชื่อแรก ตามด้วยปีที่พิมพ์ ใส่เลขหน้าหลังเครื่องหมาย : เพื่ออ้างข้อความหรือคำพูดเป็นการเฉพาะ

ภาษาอังกฤษ ให้อ้างชื่อสกุลของผู้เขียนตามด้วยปีที่พิมพ์ ใส่เลขหน้าหลังเครื่องหมาย : เพื่ออ้างข้อความหรือคำพูดเป็นการเฉพาะ

ดังตัวอย่าง

- เมื่อชื่อผู้เขียนอยู่ในเนื้อความให้ใส่ปีที่พิมพ์ในวงเล็บหลังชื่อ เช่น ปราโมทย์ (2550) ถ้าชื่อผู้เขียนเป็นชาวต่างประเทศ และเอกสารที่อ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ เมื่อชื่อผู้เขียนอยู่ในเนื้อความให้เขียนชื่อผู้เขียนเป็นภาษาไทยก่อน แล้วจึงอ้างชื่อผู้เขียนเป็นภาษาอังกฤษในวงเล็บ ตามหลังข้อความที่อ้าง เช่น สมิธ เห็นว่า (Smith 1990)
- เมื่อชื่อผู้เขียนไม่ได้อยู่ในเนื้อความให้ใส่ทั้งชื่อและปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บ เช่น (ปราโมทย์ 2543) หรือ (Smith 1990)

- ใส่เลขหน้าของข้อความหรือคำพูดที่อ้างถึงต่อจากปีที่พิมพ์ หลังเครื่องหมาย : เช่น (ปราโมทย์ 2543 : 250-8) หรือ (Smith 1990 : 215)
- ใส่ชื่อผู้เขียนร่วมดังนี้
 - ผู้เขียน 2 คน (ปราโมทย์ และปัทมา 2544) หรือ (Duncan & Smith 1990)
 - ผู้เขียน 3 คน (ปราโมทย์ ปัทมา และสุภาณี 2550) หรือ (Carr, Smith & Jones 1995)
 - ผู้เขียนมากกว่า 3 คน (ปราโมทย์ และคณะ 2550) หรือ Carr et al. 1996)
- สำหรับผู้เขียนที่เป็นสถาบัน เลือกใช้คำสั้นๆ จากชื่อเต็มที่อ้างถึง เช่น (ส.วิจัยประชากร 2551)
- เมื่ออ้างหลายแหล่ง เรียงชื่อผู้เขียนตามลำดับอักษร งานของผู้เขียนคนเดียวกัน เรียงตามลำดับปีที่พิมพ์ โดยใส่เครื่องหมาย ; คั่นระหว่างอ้างอิง
- ตรงปี พ.ศ. หรือ ค.ศ. ที่พิมพ์ ใช้คำว่า “กำลังพิมพ์” หรือ “forthcoming” ของแหล่งอ้างอิงที่ได้รับการตอบรับว่าจะได้ตีพิมพ์แล้ว ตามด้วยชื่อวารสาร หรือสำนักพิมพ์ที่ตอบรับ สำหรับวิทยานิพนธ์หรือเอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ให้ระบุวันเดือนปีที่พิมพ์ ในกรณีที่ไม่มีการตีพิมพ์ให้ใช้คำว่า “ม.ป.ป.” หรือ “n.d.” แทนวันเดือนปีที่พิมพ์

การเขียนเอกสารอ้างอิง

- การอ้างอิงที่เขียนไว้ในเนื้อความต้องนำมาเขียนรายละเอียดใน “เอกสารอ้างอิง” ที่พิมพ์แยกต่างหากจากเนื้อความ ให้ใส่เอกสารอ้างอิงภาษาไทยก่อน แล้วจึงใส่เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ
- เรียงเอกสารอ้างอิงตามลำดับอักษรของชื่อผู้เขียน
- ถ้าผู้เขียนชื่อเดียวกัน เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์ จากอดีตมาสู่ปัจจุบัน
- ในกรณีที่เอกสารมากกว่า 1 ชิ้น โดยผู้เขียนชื่อเดียวกัน (ทั้งหมด) ใส่เครื่องหมาย _____ (underscore 9 ครั้ง) สำหรับเอกสารลำดับถัดลงมา เพื่อให้รู้ว่าเป็นผู้เขียนชื่อเดียวกัน
- ถ้าทั้งผู้เขียนชื่อเดียวกัน พิมพ์ปีเดียวกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรของชื่อบทความ หรือสิ่งพิมพ์
- ข้อมูลเกี่ยวกับเอกสารอ้างอิงแต่ละชิ้นต้องสมบูรณ์และถูกต้อง
- ในเอกสารอ้างอิง จะใส่ชื่อผู้เขียนทุกคน โดยไม่ใช้คำว่า “และคณะ” หรือ et al.

ในกรณีที่มีผู้เขียนเกิน 3 คนเหมือนอย่างการอ้างในเนื้อความ

- สำหรับเอกสารอ้างอิงภาษาไทย ใส่ชื่อผู้เขียน โดยใส่ชื่อตามด้วยนามสกุล โดยไม่ใส่นามสกุลขึ้นก่อนแล้วตามด้วยชื่อตัวอย่างการอ้างอิงเอกสารภาษาอังกฤษ
- การเรียงลำดับข้อมูลเอกสารอ้างอิงเป็นดังตัวอย่าง
 - หนังสือ
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์. ชื่อบทความหรือหนังสือ. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์ (ไม่ใช่โรงพิมพ์).
 - บทความในวารสาร
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์. "ชื่อบทความ". ชื่อวารสาร ฉบับที่ : เลขหน้า-เลขหน้า
 - หนังสือรวมเรื่อง/บทความ.
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์. "ชื่อเรื่อง/บทความ". หน้า (เลขหน้า-เลขหน้า). ใน (in) ชื่อหนังสือ, บรรณาธิการโดย (edited by) ชื่อบรรณาธิการ. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.
(ให้ใส่เครื่องหมาย . และ , ในการอ้างอิงทั้งภาษาไทย และอังกฤษในตำแหน่งต่างๆ ตามตัวอย่าง)
 - สำหรับเอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ ผู้เขียนชื่อแรกให้ใส่นามสกุลก่อน ใส่เครื่องหมาย, ตามด้วยชื่อแรก และอักษรย่อของชื่อกลาง (ถ้ามี) เช่น Smith, John A. ส่วนผู้เขียนชื่อต่อๆ ไปให้ใส่ชื่อตัวก่อนตามด้วยอักษรย่อของชื่อกลาง และตามด้วยชื่อสกุล เช่น John A. Smith แต่ละชื่อแยกจากกันด้วยเครื่องหมาย , ก่อนจะถึงชื่อผู้เขียนคนสุดท้าย ใส่คำว่า "and" ไว้เพื่อให้รู้ว่าหลังจากนั้นจะเป็นชื่อผู้เขียนคนสุดท้ายสุดแล้ว
 - วิทยานิพนธ์
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์. "ชื่อวิทยานิพนธ์" วิทยานิพนธ์ดุขฎฐฎ (มหา) บัณชฎทฎ (PhD.(MA.) Dissertation). คณะ/สถาบัน, มหาวิทยาลัย
 - เว็บไซต์
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์ (เผยแพร่). "ชื่อเรื่อง/บทความ". ชื่อเว็บไซต์. วันเดือนปีที่นำข้อมูลออกมาใช้ (Retrieved M,D,Y) (<http://ข้อมูลที่อยู่ของเว็บไซต์นั้น>)

ตารางและรูป

ตารางที่จะใส่ไว้ในบทความจะต้องมีหมายเลขกำกับเรียงตามลำดับตั้งแต่ 1 ขึ้นไป และต้องมีชื่อตารางที่กระชับและสื่อความหมาย ใส่ชื่อตารางไว้เหนือตารางในทุกแถวและ สดมภ์ต้องมีหัวข้อหรือคำอธิบายสั้นๆ ว่าหมายถึงอะไร ข้อสังเกตต่างๆ เกี่ยวกับข้อความ หรือตัวเลขในตารางให้ใส่ไว้ในหมายเหตุ ข้างล่างตาราง ใช้อักษรย่อ ก ข ค ในตาราง เพื่อนำมาอธิบายในเชิงอรรถของตาราง

รูปที่จะใส่ไว้ในบทความจะต้องมีหมายเลขกำกับเรียงตามลำดับตั้งแต่ 1 ขึ้นไป และต้องมีชื่อรูปที่กระชับและสื่อความหมาย ใส่ชื่อรูปไว้ข้างล่างรูป ข้อสังเกตต่างๆ เกี่ยวกับข้อความหรือเครื่องหมายที่ปรากฏอยู่ในรูปให้ใส่ไว้ใน หมายเหตุข้างล่างรูป

สมาคมประชากรไทย

THAI POPULATION ASSOCIATION

สมาคมประชากรไทย เป็นองค์กรซึ่งก่อตั้งขึ้นโดยกลุ่มนักวิชาการและผู้ที่มีสนใจปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปริมาณ คุณภาพ การกระจายตัวของประชากร ทั้งชุมชนในเมือง และในชนบท สมาคมจดทะเบียนก่อตั้ง เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2524 (หมายเลขจดทะเบียน จ.1791) ปัจจุบันประกอบไปด้วยสมาชิกจากสถาบันทางวิชาการ และหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่ทำงานด้านประชากรและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง นอกจากสมาคมนักประชากรไทยจะเป็นแหล่งกลางสำหรับการติดต่อของบุคคลในวงการประชากรแล้วยังเป็นแหล่งเผยแพร่ข่าวสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประชากร เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของสมาชิกและตอบสนองนโยบายของรัฐ

สมาคมมีวัตถุประสงค์ในการก่อตั้ง ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริม และเผยแพร่ความเจริญก้าวหน้าในวิชาประชากรศาสตร์ โดยร่วมมือกับสถาบันทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในรูปของการวิจัยที่สมาชิกของสมาคมมีส่วนร่วม
2. เพื่อเสนอแนวทางการวางแผนและการพัฒนาประเทศโดยสมาคมได้สนับสนุนให้มีการศึกษาและวิจัยด้านประชากร รวมทั้งการใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างกว้างขวาง
3. เพื่อเป็นศูนย์กลางการติดต่อประสานงานในกิจกรรมทางวิชาการระหว่างผู้ที่อยู่ในสถาบันทางวิชาการและหน่วยงานต่างๆ ในรูปของการสัมมนา การปรึกษาทางวิชาการ และกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในกลุ่มสมาชิก

คณะกรรมการสมาคมประชากรไทย (พ.ศ. 2550-2552)

รศ.ดร.สุรียพร พันธุ์	นายกสมาคม	ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล	กรรมการ
ศ.ดร.ภัสสร ลิมานนท์	อุปนายกคนที่ 1	ศ.ดร.อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์	กรรมการ
นางปรีญา มิตรานนท์	อุปนายกคนที่ 2	ศ.ดร.พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ	กรรมการ
น.ส.อุษณีย์ ฝั่งปาน	เลขาธิการ	ศ.ดร.สันทัต เสริมศรี	กรรมการ
รศ.ดร.กุศล สุนทรธาดา	เหรัญญิก	รศ.ดร.เบญจมา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงค์	กรรมการ
ศ.ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน	สารานุกรม	รศ.ดร.เนาวรัตน์ พลายน้อย	กรรมการ
รศ.ดร.วรชัย ทองไทย	ประชาสัมพันธ์	รศ.ดร.ชาย โพธิ์สิตา	กรรมการ
รศ.ดร.โยธิน แสงดี	นายทะเบียน		

