Journal of Demography

Volume 14
Issue 2 *October 1998*

Article 5

10-1-2541

ประชากรและสุขภาพอนามัย

กองบรรณาธิการ

Follow this and additional works at: https://digital.car.chula.ac.th/jdm

Part of the Demography, Population, and Ecology Commons

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Journal of Demography by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ประชากรและสุขภาพอนามัย*

บทนำ

ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพอนามัย ประชากร และการพัฒนา เป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนเนื่องจากเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขทางชีววิทยา เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม แต่ที่เห็นเด่นชัดที่สุดคือความสัมพันธ์สองทางระหว่างองค์ประกอบพื้นฐานด้านประชากร (อันได้แก่ โครงสร้างทางอายุ ภาวะการตาย การเจริญพันธุ์) และสุขภาพอนามัย และขณะเดียวกันสุขภาพอนามัยก็มีความหมายถึง คุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ที่จะใช้ลงทุนในการพัฒนา ซึ่งเป้าหมายของการพัฒนาก็คือ การที่บุคคลและกลุ่มบุคคลมีความอยู่ดีกินดี

การอภิปรายในบทความนี้เป็นการพิจารณาทบทวนแนวคิดระดับนานาชาติเกี่ยวกับประชากรกับการพัฒนาที่ผ่านมาในระยะ 3 ทศวรรษว่าได้มีการมองประเด็นด้านสุขภาพอนามัยอย่างไรบ้าง ทั้งนี้เพราะภาวะสุขภาพอนามัยของประชากรถูกกระทบด้วยกระบวนการพัฒนาทั้งในแง่ของความสัมพันธ์ระหว่างอัตราเพิ่มประชากรและการพัฒนา และในแง่ขององค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างประชากรและสุขภาพอนามัย นอกจากนี้ยังพบว่าการให้ความสำคัญต่อประเด็นต่างๆด้านการสาธารณสุขขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงทัศนะและนโยบายของรัฐบาล นโยบายระหว่างประเทศและประเทศผู้บริจาคเงินเพื่อดำเนินโครงการด้านนี้

บริบทความสัมพันธ์ระหว่างประชากรและสุขภาพอนามัย :

ทัศนะของชุมชนนานาชาติที่มีต่อประเด็นปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างประชากรและสุขภาพอนามัย เป็นกระบวนการที่ค่อนข้างซับซ้อนหากจะนำเอาประเด็นทางประชากรเป็นฐานในการพิจารณาความสัมพันธ์โดยดูจากนโยบายประชากรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ 1) ภาวะเจริญพันธุ์ 2) ภาวะการตาย และ 3) โครงสร้างทางอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบทั้งหมดนี้จะมีส่วนไปกระทบกับประเด็นด้านสุขอนามัยของประชากรทั้งสิ้น

---

*บทความพิเศษนี้เรียบเรียง จาก Population and Health โดย Huda Zurayk, IUSSP Distinguishd lecture series on Population and Development, ICPD, Cairo 1994

1. ส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจริญพันธุ์: ความสนใจของประเทศกำลังพัฒนาเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์เริ่มมีมากและเข้มข้นขึ้นในประมาณกลางศตวรรษที่ 20 เนื่องจากการที่อัตราเพิ่มประชากรพุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็วอันเป็นผลจากอัตราตายลดลงแต่อัตราเกิดยังสูงอยู่ ซึ่งภาวะการณ์ดังกล่าวนี้ได้กลายมาเป็นปัญหาและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาเรื่องการกระจายตัวของประชากรในพื้นที่ต่างๆ ทั่วโลก

ดังนั้น นโยบายประชากรของประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ในช่วงแรก จึงมักออกมาในรูปของการวางแผนครอบครัวเพื่อลดอัตราการเกิด และดูจะเป็นหนทางเดียวในการแก้ไขปัญหาระยะสั้น ทำให้มีการทุ่มเททรัพยากรและมาตรการสนับสนุนต่างๆระดับประเทศ มาที่โครงการวางแผนครอบครัว ซึ่งได้กลายมาเป็นนโยบายหลักด้านการแก้ไขปัญหาประชากรในประเทศกำลังพัฒนาจำนวนมากในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาประชากรจะมีมากขึ้น แต่ก็มีหลายฝ่ายเชื่อว่า การแก้ไขปัญหาภาวะเจริญพันธุ์ที่สูงเกินไปจะต้องมีมาตรการทางสังคมอื่นๆประกอบด้วย นั่นคือ **กระบวนการพัฒนา** ที่จะทำให้รายได้และมาตรฐานการครองชีพประชากรดีขึ้น ซึ่งในทางอ้อมจะมีผลต่อการลดระดับการเจริญพันธุ์ ซึ่งแนวคิดนี้ได้มีการพูดกันอย่างกว้างขวางในการประชุมระดับนานาชาติดังที่จะกล่าวโดยสรุปในส่วนข้างล่างนี้

BUCHAREST' 74: ในการประชุมประชากรโลกครั้งแรก ณ กรุงบูคาเรสต์ ในประเทศโรมาเนีย เมื่อปี ค.ศ.1974 หลายประเทศได้เรียกร้องให้มีการขยายขอบเขตของนโยบายประชากรออกไปให้ครอบคลุมแง่มุมอื่นๆที่กว้างขวางมากกว่าโครงการวางแผนครอบครัว (Beyond Family Planning Program) โดยยึดถือแนวคิดว่า **การพัฒนาคือการวางแผนครอบครัวที่ดีที่สุด** แต่เนื่องจากความเร่งด่วนของปัญหาอันเป็นผลพวงจากการมีอัตราเพิ่มประชากรสูงเกินไป โครงการการวางแผนครอบครัวจึงยังเป็นทางเลือกหลักของประเทศจำนวนมากในการวางแผนด้านการควบคุมประชากร ผลกระทบของโครงการวางแผนครอบครัวที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะเจริญพันธุ์ได้รับการสนับสนุนจากการวิเคราะห์โดยอาศัยแนวคิดเรื่องปัจจัยกำหนดภาวะเจริญพันธุ์ (Determinants of Fertility) ของ J. Bongaarts (1978) ซึ่งพบว่ามีปัจจัยกำหนดภาวะเจริญพันธุ์โดยตรงคือ อายุการแต่งงาน การคุมกำเนิด การเลี้ยงลูกด้วยนม และการทำแท้ง โดยที่สองปัจจัยหลังนั้นมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอนามัยโดยตรง แต่เนื่องจากโครงการวางแผนครอบครัวได้รับความสนใจอย่างมากที่สุด ทำให้นโยบายการแจกจ่ายอุปกรณ์การคุมกำเนิดกลายเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายประชากรในประเทศส่วนใหญ่

MEXICO'84: ในการประชุมประชากรโลกครั้งที่ 2 ที่กรุงเมกซิโก ปี ค.ศ.1984 ได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับการพัฒนาและโครงการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา ซึ่งได้ส่งผลกระทบและมีอิทธิพลต่อแนวคิดที่นำเอาเรื่องความเป็นเหตุเป็นผลด้านสุขภาพอนามัย (health rationale) เข้ามาเกี่ยวข้องกับเรื่องการวางแผนครอบครัว กล่าวคือ นักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์มองว่าประชากรคือ ทรัพยากรมนุษย์ที่จะมีส่วนร่วมอย่างสำคัญในกระบวนการพัฒนา แต่ข้อเท็จจริงด้านสุขภาพที่มีความสำคัญที่พบในช่วงนี้ก็คือ อัตราการตายของมารดาในประเทศกำลังพัฒนาอยู่ในระดับสูงมาก ทำให้เกิดความสนใจที่จะศึกษาและพิจารณาความเกี่ยวพันระหว่างสุขภาพของตัวผู้เป็นมารดาและภาวะเจริญพันธุ์ และการให้กำเนิดบุตร จากแนวคิดนี้ ทำให้องค์กรต่างๆ ทุ่มเทความสนใจในการสร้างมาตรการต่างๆ ที่จะให้เกิดความปลอดภัยแก่มารดา (Safe Motherhood) ทั้งนี้เพราะการที่หญิงมีการตั้งครรภ์ถี่เกินไป ทำให้มีภาวะเจริญพันธุ์สูง แต่สุขภาพมารดาเลวลง ความห่วงใยในส่วนนี้จึงได้ปรากฏออกมาเป็นโครงการ "แม่และเด็กสุขภาพดีด้วยโครงการวางแผนครอบครัว" (เพื่อให้มีการดูแลระหว่างการมีบุตร ด้วยจุดประสงค์ที่จะลดผลกระทบทางลบของภาวะเจริญพันธุ์ที่อาจมีต่อสุขภาพของมารดาและทารก) แต่พบว่าความสนใจส่วนใหญ่ได้ทุ่มเทลงไปในโครงการวางแผนครอบครัวมากยิ่งขึ้น และการดำเนินงานรวมทั้งนโยบายก็ไม่ได้โยงไปถึงเรื่องสุขภาพมารดาเท่าที่ควร ยกตัวอย่างเช่น การใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิดซึ่งจำเป็นจะต้องผ่านกระบวนการที่ถูกต้องทางการแพทย์และมีความปลอดภัยต่อหญิงผู้รับบริการ แต่แนวคิดดังกล่าวนี้ไม่ค่อยมีผู้ใส่ใจมากเท่ากับการใส่ห่วงอนามัยเพื่อเพิ่มยอดผู้รับบริการการคุมกำเนิด

อีกกรณีหนึ่งที่เห็นชัดเจนคือ ความสนใจเรื่องการทำแท้งมีเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันเพราะเป็นสาเหตุสำคัญของการตายของมารดามากกว่าจะเป็นปัจจัยที่ช่วยลดอัตราการเจริญพันธุ์ แต่พบว่าประเด็นการทำแท้งกลับไม่ได้ถูกนำเข้าไปพิจารณาในนโยบายในส่วนที่เกี่ยวกับประชากรและสุขภาพอนามัยแต่อย่างใด

CAIRO'94: การที่มีผู้ให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพอนามัยมากขึ้น ทำให้เกิดความคิดสำคัญว่า นโยบายประชากรจำเป็นจะต้องขยายขอบข่ายออกไปให้กว้างกว่าเรื่องการวางแผนครอบครัว และนับวันก็ยิ่งเห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องผนวกมิติด้านสุขภาพอนามัยเข้าไปในนโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการเรียกร้องสิทธิให้กับหญิงจากกระบวนการ faminist ที่ต้องการให้หญิงได้รับสิทธิในการรับบริการที่ปลอดภัยและมีสิทธิในการดูแลหรือตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเองเพื่อสุขภาพที่ดีของทั้งมารดาและทารก การแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของ HIV/AIDS ทั้งในประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา ทำให้ยิ่งเกิดความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ (Sexual health) ของหญิงเพิ่มเติมนอกเหนือจากความสนใจเกี่ยวกับภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งการเรียกร้องในเรื่องดังกล่าวปรากฏขึ้นชัดเจนมากในการประชุมประชากรโลกครั้งที่ 3 ที่ กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ ปี ค.ศ.1994 โดยที่ประเด็นการทำแท้งได้ถูก

กล่าวถึงและได้รับการยอมรับในระดับที่กว้างขวางมากกว่าเดิมขึ้นอีก ในการประชุมครั้งนี้ ผู้เข้าประชุมได้ให้ความสนใจต่อปัญหาการทำทารุณต่อหญิงและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะการปฏิบัติที่อาจมีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของเด็กหญิงในสังคมอาฟริกาที่รู้จักกันดีคือ การผ่าตัดอวัยวะเพศเด็กหญิง (famale genital mutilation) ที่เป็นประเด็นใหม่เพิ่มเติมจากเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเจริญพันธุ์และสุขภาพอนามัย กลุ่มที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านการสาธารณสุขยังได้มีข้อเสนอว่า นโยบายประชากรไม่อาจจะแยกตัวเองออกจากประเด็นทางสังคมที่จะเป็นตัวกำหนดภาวะเจริญพันธุ์ ทั้งนี้เพราะจากการศึกษาหลายๆแห่งและในช่วงปลายปีที่ผ่านมา ก็มีข้อพิสูจน์ได้อย่างดีว่า ภาวะเจริญพันธุ์ถูกกำหนดโดยเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมอย่างมาก

2. ส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะการตาย: นโยบายประชากรส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดให้ความสนใจในเรื่องการลดอัตราตาย ซึ่งแน่นอนว่ามิตินี้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากกับเรื่องสุขภาพอนามัยของประชากร แม้ว่าความสนใจของนโยบายจะมุ่งหนักอยู่ที่ประเด็นความแตกต่างในระดับการตาย แต่ความสนใจเบื้องแรกของนโยบายอยู่ที่อัตราตายทารก ทั้งนี้เพราะอัตรานี้ยังสูงอยู่มากในประเทศกำลังพัฒนา และที่สำคัญคืออัตราตายทารกมีส่วนสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับภาวะเจริญพันธุ์ ที่ผ่านมามีแนวคิดมากมายที่พูดถึงความสัมพันธ์ดังกล่าว แต่ที่เด่นชัดมากคือ กรอบแนวคิดของ Mosley and Chen (1984) ที่อธิบายถึงตัวกำหนดการรอดชีพของทารกและสุขภาพอนามัย กล่าวคือ อัตราตายของทารกและเด็กเป็นผลมาจากการขาดการดูแลด้านสุขภาพอนามัยของทารกและเด็กที่สั่งสมเป็นเวลานานจนส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสุขภาพโดยรวมของเด็ก ทำให้เกิดภาวะการเจ็บป่วย และความสนใจที่นโยบายประชากรได้เน้นหนักเรื่องการลดอัตราตายของทารกได้ขยายขอบเขตให้ครอบคลุมไปถึงการที่ทำอย่างไรให้สุขภาพของทารกดีขึ้น และเนื่องจากกรอบแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดเรื่อง ภาวะเจริญพันธุ์ ทำให้ Mosley-Chen แบ่งปัจจัยตัวกำหนดสุขภาพของทารกออกเป็นตัวกำหนดโดยตรง คือ ปัจจัยที่มาจากมารดา (เช่น การเว้นระยะห่างการมีบุตร อายุของมารดา ภาวะแวดล้อม ภาวะโภชนาการ และการดูแลรักษาสุขภาพ) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยกำหนดอื่น ทางด้านสังคมซึ่งจะมีปัจจัยต่างๆเข้ามาประกอบ เช่น มาตรการป้องกันรักษาทางการแพทย์ การวางแผนครอบครัว การฉีดภูมิต้านทาน การเลี้ยงลูกด้วยนม การให้เกลือแร่ (เมื่อขาดน้ำ) และอื่นๆ ที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพของทารก นอกจากนี้ยังได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับบริการด้านสาธารณสุขซึ่งไปมีความสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาโครงการสาธารณสุขมูลฐานที่เกิดขึ้นจากการประชุม Alma Ata Conference ในปี 1978

นโยบายต่างๆในส่วนนี้ ทางองค์กร UNICEF ได้จัดให้มีขึ้นในรูปของ โครงการที่มีชื่อย่อว่า GOBIFF (Growth monitoring, Oral rehydration therapy, Breast feeding, Immunization, Food Supplement และ Family Planning) ซึ่งองค์ประกอบของโครงการเหล่านี้ล้วนแต่รวมอยู่ในกรอบแนวคิด

ของ Mosly-Chen แล้วทั้งสิ้น แต่โครงการนี้ได้มองข้ามปัจจัยทางด้านสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางสังคมของหญิงที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการเลี้ยงดูทารก นอกจากนี้ยังเคยมีผู้เสนอให้ทำการประเมินความสำเร็จของการใช้มาตรการป้องกันดูแลทางการแพทย์ที่มีผลต่อการลดการตายของทารกประกอบกับข้อเสนอที่ว่าควรต้องให้ความสนใจต่อปัจจัยต่างๆ ทางด้านสังคม และดูผลจากการเพิ่มโอกาสรอดชีพของทารกที่ซึ่งมีความเสี่ยงจากการมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ไม่สู้ดีนัก

ภาวะการตายของมารดา ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นในระยะหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ความสนใจที่มีต่อการรอดชีพของทารกได้ทำให้เกิดความสนใจครอบคลุมไปถึงภาวะสุขภาพและอัตราตายของมารดาที่สูงมาก ด้วยเหตุผลหลายประการ เหตุผลประการแรกคือเนื่องจากความสนใจที่มีให้กับเด็กมานานมักพูดถึงสุขภาพของมารดาในช่วงของการให้กำเนิดบุตรซึ่งมักจะเสี่ยงกับภาวะการเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม การฝากครรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัย และมีข้อเสนอว่า ในทำนองคล้ายๆกับเรื่องของเด็กและทารก ความสนใจที่เคยมีให้เกี่ยวกับการตายของมารดาควรต้องปรับเปลี่ยนมาให้ความสนใจเรื่องภาวะการเจ็บป่วยของมารดามากขึ้น โดยควรเน้นหนักในเรื่องโรคภัยไข้เจ็บที่เกี่ยวเนื่องกับภาวะเจริญพันธุ์และการให้กำเนิดบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งไม่ค่อยได้ให้ความสนใจต่อสุขภาพของหญิงในส่วนที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยอันเนื่องจากการให้กำเนิดบุตรเท่าใดนัก และเป็นโครงการที่ควรจะต้องดำเนินการระดับนานาชาติ

เหตุผลประการที่สองที่โครงการเกี่ยวกับการรอดชีพของทารกมีอิทธิพลต่อการพัฒนาโครงการต่างๆเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของหญิงที่เป็นมารดา เนื่องมาจากความสำเร็จจากการใช้มาตรการทางการแพทย์เพื่อป้องกันดูแลและเพิ่มโอกาสการรอดชีพของทารก ทำให้หลายฝ่ายมีความเห็นว่า การแสวงหามาตรการป้องกันทางการแพทย์ที่ใกล้เคียงกันก็น่าจะช่วยให้เกิดความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของผู้หญิงภายในระยะเวลาที่น้อยกว่า แต่การดำเนินงานในส่วนนี้อาจจะมีความยากลำบากกว่า เนื่องจากข้อมูลและความรู้ต่างๆด้านการสาธารณสุขและสุขภาพอนามัยยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด ยิ่งไปกว่านั้นเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมที่ครอบครองชีวิตความเป็นอยู่ของหญิงในสังคมประเทศกำลังพัฒนานั้น มีผลกระทบมากกว่าสภาวะและพฤติกรรมด้านสุขภาพและเป็นเรื่องที่ไม่อาจมองข้ามได้ ยกตัวอย่างเช่น ประเพณี female genital mutilation ที่กล่าวแล้วในตอนต้น ได้มีการยึดถือปฏิบัติกันมายาวนาน ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวได้ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยของเด็กหญิงอย่างมากที่สุด แต่การนำประเด็นปัญหาเหล่านี้มากล่าวยังทำได้ไม่เต็มที่ และการอภิปรายก็ไม่สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างที่ควรจะเป็น ตัวอย่างเหล่านี้จึงแสดงให้เห็นว่านักวิชาการทางด้านสังคมได้ให้ความสนใจในปัญหาที่เกิดขึ้นและที่มีผลต่อสุขภาพของหญิงมากขึ้นทุกวัน แต่มีคำถามว่าความสนใจเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบมากน้อยเพียงใดต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายประชากรในแง่มุมที่เกี่ยวข้อง

3. นัยยะของการเปลี่ยนแปลงด้านองค์ประกอบทางอายุและเพศ: เนื่องจากระดับภาวะเจริญพันธุ์ที่สูงมากในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาได้ส่งผลให้มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีจำนวนมาก สถานการณ์ทางประชากรดังกล่าวนี้ผนวกกับความสนใจในเรื่องการเกิดและการตายโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตายของเด็กและมารดาทำให้แนวนโยบายประชากรได้มุ่งไปที่การปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสุขภาพอนามัยของทั้งหญิงและเด็กตามที่ได้กล่าวไปแล้วในสองส่วนข้างต้น แต่ในส่วนที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ใหญ่ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นชาย แม้ว่าจะได้รับการกล่าวถึงค่อนข้างมากในฐานะที่เป็นกำลังแรงงานและมีผลกระทบโดยตรงต่อการผลิตและการพัฒนาเศรษฐกิจ แต่นโยบายต่างๆในส่วนนี้ก็ไม่ได้ออกมาชัดเจนด้วยเหตุผล 2 ประการคือ ประการแรก อัตราการตายของผู้ใหญ่ต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราตายของเด็ก และประการที่สอง เนื่องจากภาวะสุขภาพอนามัยมักถูกมองว่าเป็นผล มิใช่เป็นทุนในกระบวนการพัฒนา แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ได้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ในประเด็นนี้โดยเฉพาะในมิติของความสัมพันธ์ระหว่างประชากรกับการพัฒนาและสุขภาพอนามัยของประชากรวัยแรงงานเนื่องจากมีการพัฒนาใน 3 ด้านด้วยกันคือ

พัฒนาการในส่วนแรก : เกิดขึ้นจากข้อเท็จจริงที่ว่า แม้ว่าอัตราตายของผู้ใหญ่วัยแรงงานจะต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราตายทารกและเด็ก แต่ประชากรวัยแรงงานจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ซึ่งภาวะสุขภาพอนามัยจะมีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากสภาพพยาธิวิทยาและการแพร่ระบาดของโรคประเภทต่างๆ ยิ่งเมื่อมาตรฐานการครองชีพของประชากรมีการปรับปรุงมากขึ้นแต่แนวทางในการดำรงชีวิตและเงื่อนไขต่างๆ ทำให้ประชากรวัยนี้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพอนามัยมากขึ้น รวมทั้งทำให้ประชากรในประเทศกำลังพัฒนามีภาระที่จะต้องเผชิญกับโรคต่างๆทั้งสองด้าน กล่าวคือ 1) ในสังคมดังกล่าวยังมีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ โรคติดเชื้อ พยาธิต่างๆอันเนื่องมาจากสภาวะแวดล้อมและการกินอยู่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะเท่าใดนัก 2) มีโรคอันเกิดจากหรือเป็นผลจากการเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอยู่เช่น ประเภทอาหารที่รับประทาน ความเครียด การสูบบุหรี่ สภาวะการทำงาน อาชีพ เนื่องจากมีการยอมรับกันว่าประชากรในวัยแรงงานเป็นทรัพยากรที่มีค่ายิ่งต่อการพัฒนา รวมทั้งมีบทบาทและความรับผิดชอบที่จะต้องให้การดูแลทั้งเด็กและผู้สูงอายุ ก็ยิ่งทำให้ความสนใจเรื่องภาวะสุขภาพประชากรกลุ่มนี้ยิ่งทวีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน

พัฒนาการในส่วนที่สอง : เกี่ยวข้องกับปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของอัตราโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ทำให้ความสนใจที่เคยให้กับเฉพาะประชากรเพศหญิงเปลี่ยนทิศทางไปและขยายขอบข่ายให้รวมเอาส่วนที่เกี่ยวกับวัยรุ่นและชายเข้าไว้ด้วย การที่เด็กวัยรุ่นมีกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นในบางภูมิภาคของโลกแต่ขาดการป้องกันที่เพียงพอ ได้ทำให้เกิดปัญหาที่ตามมาในรูปแบบต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์โดยไม่พึงปรารถนาการติดโรคเพศสัมพันธ์ รวมทั้ง HIV/AIDS ประเด็นการสร้างและเพิ่มความรับผิดชอบของชายในเรื่องการอนามัยเจริญพันธุ์ได้ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำให้ชายมีส่วนร่วมมากขึ้นในการวางแผนครอบครัว มีความรับผิดชอบในเรื่อง เพศสัมพันธ์ และการเรียนรู้ที่จะเป็นพ่อแม่ที่มีความรับผิดชอบ

พัฒนาการในส่วนที่สาม : เกิดขึ้นเนื่องจากการที่แต่ละสังคมได้มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม และพบว่าจะมีมากในประเทศกำลังพัฒนา การเปลี่ยนแปลงประชากรในส่วนนี้มีความหมายอย่างมากต่อการพัฒนานโยบายการให้การดูแลและบริการด้านสาธารณสุขที่จะจัดให้กับผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในวัยที่สุขภาพอนามัยมีภาวะถดถอยลงไปทุกวัน รวมทั้งยังมีเงื่อนไขทางสังคมอีกหลายประการที่ทำให้สถานการณ์ในส่วนนี้มีความร้ายแรงมากขึ้น กล่าวคือ ปัญหาความยากจนที่ขยายวงกว้างและเพิ่มมากขึ้นในสังคมกำลังพัฒนา คนแก่มักจะไม่ค่อยมีกำลังทรัพย์ที่จะใช้ดูแลสุขภาพของตนเอง ยิ่งไปกว่านั้น เนื่องจากหญิงสูงอายุจะมีอายุยืนยาวกว่าชาย แต่หญิงมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ด้อยกว่าจึงเกิดความยากลำบากในการครองชีวิตยามบั้นปลาย และลูกหลานไม่อาจอยู่ในภาวะที่ดูแลพ่อแม่ได้อีกต่อไป

ปัญหาที่เกิดและมีอยู่ในปัจจุบันก็คือ ความขาดแคลนข้อมูลความรู้ที่ทันสมัยด้านประชากรและองค์ความรู้ใหม่ขยายตัวไม่ทันที่จะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนหรือกำหนดนโยบายด้านประชากรและเพื่อที่จะนำไปใช้ผนวกกับนโยบายด้านสุขภาพอนามัยในลักษณะเจาะจงเฉพาะกลุ่มเช่น นโยบายสำหรับผู้ใหญ่วัยแรงงานโดยรวม นโยบายเฉพาะเพื่อผู้สูงอายุ วัยรุ่น และผู้ชายโดยทั่วไป นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการที่ประเทศที่บริจาคเงินช่วยเหลือในโครงการต่างๆก็ยังคงมองปัญหาในประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายว่าเป็นเรื่องของอัตราเพิ่มประชากรที่สูงเกินไป จึงได้จัดสรรทรัพยากรลงไปอย่างหนักในส่วนที่เกี่ยวกับการควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ และยิ่งไปกว่านั้นในแง่นโยบายและการบริหารอาจจะเป็นการง่ายสำหรับผู้เกี่ยวข้องที่จะแยกแนวคิดด้านประชากรออกจากแนวคิดด้านสุขอนามัยในกรณีของประชากรวัยผู้ใหญ่เมื่อเปรียบเทียบกับเรื่องของเด็กและผู้หญิง