



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติทางด้านการอนามัยของประชากรในเขตหมู่บ้านประมง

ความสำคัญของปัญหา

หากจะศึกษาเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรแล้ว นอกเหนือไปจากลักษณะที่เกี่ยวกับองค์ประกอบทางกายภาพประชากร เช่น ภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะการตาย และการย้ายถิ่นแล้ว ปัญหาที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความอยู่ดีกินดีของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการปฏิบัติในด้านการอนามัย ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญประการหนึ่งเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชากร และนับว่าเป็นสิ่งที่จะต้องได้รับความสนใจ จากการศึกษาและวิจัยเรื่องเด็กเล็กใน พ.ศ. 2516 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าการเลี้ยงเด็กในครอบครัวไทยส่วนมากโดยเฉพาะในชนบทยังคงล่าช้า และอาหารทดแทนหลังจากหย่านมยังไม่ดีพอ และนอกจากนั้น การพัฒนาสุขภาพและอนามัยรวมตลอดจนการป้องกันและรักษายังมีน้อยไม่พอกับความต้องการของประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องมาจากการขาดแคลนโรงพยาบาล เตียงคนไข้ อุปกรณ์การรักษาพยาบาล และบุคลากร¹ จะเห็นได้ว่าในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ได้ตั้งเป้าหมายที่จะขจัดความเหลื่อมล้ำของการบริการทางด้านการสาธารณสุขระหว่างประชากรในเขตเมืองและชนบท รวมตลอดจนเรื่องของโภชนาการ โดยใ้ค่างานนโยบายที่จะลดปัญหาการขาดอาหาร และโรคขาดอาหาร และต้องการที่จะให้บริการด้านความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการแก่ประชาชนที่ยากจนให้ได้ประมาณร้อยละ 30 ของผู้มีรายได้น้อยทั้งหมด² ชาวประมงในฐานะที่เป็นชาวชนบทส่วนหนึ่งที่มีอาชีพที่เป็นอาชีพสำคัญของประเทศ เพราะทำรายได้ให้แก่ประเทศเป็นอย่างสูง ถึง 12,670 ล้านบาทในปี 2521³ และส่วนใหญ่แล้วสภาพความเป็นอยู่ของประชากรในหมู่บ้านประมงมีลักษณะในเรื่องของ

¹ กองวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 : พ.ศ. 2520-2524, หน้า 10-11

² เรื่องเดียวกัน, หน้า 14

³ คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, รายได้ประชาชาติของประเทศไทย, ฉบับ พ.ศ. 2521, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, หน้า 22

ความเป็นอยู่ยังเป็นแบบชนบท ยังมีระดับการศึกษาต่ำอยู่ ดังนั้นปัญหาที่จะศึกษาในครั้งนี
จึงต้องการที่จะทราบว่า ชาวประมงซึ่งมีอาชีพที่แตกต่างจากชาวชนบทอาชีพอื่น ๆ เช่น
เกษตรกร ค้าขาย และอื่น ๆ ว่าจะมีแบบแผนในการปฏิบัติเกี่ยวกับการอนามัยอย่างไรบ้าง?
และมีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในด้านอนามัย? ซึ่งจะทำให้ทราบถึงการปฏิบัติว่า
เป็นไปตามเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ดังที่ได้อ้างไว้ในข้างต้นมาน้อยเพียงใด
ในการที่จะขจัดความเหลื่อมล้ำของบริการด้านอนามัยระหว่างประชากรในเขตเมืองและ
ชนบท และยังจะทำให้ทราบถึงทัศนคติของประชากรเกี่ยวกับการอนามัยว่าถูกผิด มากน้อย
เพียงใด? ถ้าทราบว่าไม่มีทัศนคติที่ไม่เข้าใจหรือไม่ถูกต้องก็จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผน
เพื่อให้ความรู้อย่างถูกต้อง และแก้ไขความเข้าใจผิดเหล่านั้นเพื่อให้โครงการทั้งหลายก้าวหน้า
ไปได้ และให้ประชากรที่เกี่ยวข้องเข้ามาใช้บริการ ¹

จะเห็นได้ว่าในเรื่องของการอนามัย นับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญมาก กล่าวคือ ถ้า
ประชากรในชุมชนมีการอนามัยที่ดีแล้ว ก็สามารถที่จะลดการตายของเด็กทารกได้มาก
โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมที่กำลังพัฒนา เมื่อประชากรเห็นว่าการตายของเด็กทารกลดลง
ก็ไม่จำเป็นที่จะต้องมีการขยายขนาดของครอบครัวเพื่อให้มีบุตรทดแทน ในที่สุดขนาดของ
ครอบครัวก็จะลดตามลงไปด้วย เป็นการชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการอนามัย
จะมีผลทำให้การตายของทารกเปลี่ยนแปลงไป และขนาดของครอบครัวก็จะเปลี่ยนแปลงไป
ดังกล่าวในข้างต้น ² หรือแม้แต่ในสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นสังคมที่พัฒนาแล้ว พบว่าประชากร

¹ สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, เอกสารวิจัยหมายเลข 2,
รวมบทความทางวิชาการของศาสตราจารย์ ดร. วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ, กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522, หน้า 121

² David M. Heer, Society and Population, Englewood Cliffs,
N.J., Prentice Hall, 1968, pp. 43-45.

เกือบ 2 ล้านคน ที่อยู่ในวัยแรงงานไม่มีงานทำ เพราะความพิการ และอีกประมาณล้านกว่าคนทำงานได้ไม่เต็มที่เพราะสุขภาพไม่ดี ทำให้รัฐบาลต้องเสียเงินปีละกว่า 7,500 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปีในการรักษาพยาบาล และการสาธารณสุข¹ ประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนา ดังนั้นปัญหาเกี่ยวกับการอนามัย จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจมาก

และเพื่อที่จะชี้ให้เห็นว่า ปัญหาในเรื่องของสุขภาพอนามัยนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและน่าสนใจปัญหาหนึ่ง โดยจากการวิจัยของ Palmore และ Luikert พบว่า การมีสุขภาพอนามัยดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเป็นสิ่งที่พึงปรารถนา และก่อให้เกิดประชากรที่มีความพึงพอใจยิ่งกว่าที่จะได้รับจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น รายได้ การศึกษา² ฯลฯ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเน้นที่จะศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่บ้านชาวประมงดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

- 1) เพื่อที่จะออกแบบแผนในด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการอนามัยในเขตหมู่บ้านประมง
- 2) เพื่อที่จะศึกษาเปรียบเทียบถึงแบบแผนของการปฏิบัติเกี่ยวกับการอนามัย

¹ Paul B. Gorton & Gerald R. Leslie, The Sociology of Social Problems, Englewood Cliffs, N.J. : Prentice Hall, 1974, p. 587

² Erdman Palmore and Clark Luikert "Health and Social Factors Related to Life Satisfaction", Journal of Health and Social Behavior, 13 (March, 1972), pp 68-80

ระหว่างหมู่บ้านประมงที่พัฒนาแล้ว และหมู่บ้านประมงที่ยังมีการพัฒนาน้อยอยู่ ว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลทำให้แตกต่างกัน

3) เพื่อที่จะพิสูจน์แนวความคิดในเรื่องปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ, สังคม และประชากรว่าจะมีผลต่อการปฏิบัติทางการอนามัยมากน้อยเพียงใด

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โดยทั่วไปแล้วการวิจัยเกี่ยวกับลักษณะของการปฏิบัติในด้านการอนามัย และการสาธารณสุข เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับประชากรในอาชีพประมงยังไม่ได้มีการทำกันอย่างกว้างขวางนัก ดังนั้นผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมากมักจะเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะของการปฏิบัติในด้านการอนามัย และการสาธารณสุข โดยทั่ว ๆ ไป ไม่ว่าจะเป็นในเขตชนบทหรือในเมือง

สำหรับผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการทำวิทยานิพนธ์นี้ คือรายงานเบื้องต้นเกี่ยวกับโครงการวิจัยลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของหมู่บ้านประมง โดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบแรก คือ ในด้านการรักษาพยาบาล พบว่า โดยทั่วไปแล้วประชากรเข้าไปรับการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันมาก โดยจำนวนร้อยละของผู้เป็นไข้ เข้าไปรับการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันมีถึงร้อยละ 93.6, ไข้หวัดร้อยละ 86.0 และตกเลือดหลังการคลอดบุตรถึงร้อยละ 80¹ ซึ่งได้แสดงให้เห็นถึงจำนวนของผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันในหมู่บ้านประมงว่า

¹ สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, เอกสารวิจัยหมายเลข 33 โครงการวิจัยลักษณะทางสังคม และประชากรของหมู่บ้านประมง, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523, หน้า 97-98

มีจำนวนมากพอสมควร ส่วนในเรื่องการใช้สวมของครัวเรือนประมงโดยเฉลี่ยทั้งสามท้องที่พบว่า มีถึงร้อยละ 34.6 ของครัวเรือนไม่ได้สวมไว้หรือร้อยละ 31.2 เป็นสวมซิม และพบว่ามีถึงร้อยละ 26.6 เป็นสวมในทะเล¹ ส่วนน้ำดื่ม พบว่าร้อยละ 81.3 ใช้น้ำฝน และมีถึงร้อยละ 17.1 ใช้น้ำท่า ส่วนน้ำประปามีเพียงร้อยละ 0.2 เท่านั้น และในเรื่องการปฏิบัติเกี่ยวกับน้ำดื่มพบว่ามีถึงร้อยละ 90.3 ที่ยังไม่มีการทำน้ำดื่มให้สะอาด²

นอกจากนี้ จากการศึกษาโดยอาศัยข้อมูลจากการวิจัยของโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากรในประเทศไทย ในเขตชนบท ซึ่งเป็นข้อมูลของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในหัวข้อเรื่อง ปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย พบว่าเกี่ยวกับเรื่องของการรักษาพยาบาลในกรณีไข้พิษกัก หัวหน้าครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างต้องการรักษาโดยวิธีการแพทย์สมัยใหม่ร้อยละ 53.3 ไข้หมอกกลางบ้าน โดยยาแผนโบราณถึงร้อยละ 28.9 และใช้ไสยศาสตร์ และเวทย์มนต์คาถาถึงร้อยละ 8.9 ส่วนในเรื่องการตกเลือดหลังจากการคลอดบุตร พบว่ามีผู้ใช้วิธีการแพทย์สมัยใหม่ ร้อยละ 60.3 ไข้หมอกกลางบ้านโดยยาแผนโบราณ ร้อยละ 19.5 และซื้อยาแผนปัจจุบันมารักษาเอง ร้อยละ 12.3 แต่ในกรณีที่มีอุบัติเหตุแขนหักขาหักพบว่าซื้อยามารักษาเองถึงร้อยละ 41.1 และใช้วิธีการแพทย์สมัยใหม่ร้อยละ 45.9 ไข้หมอกกลางบ้าน ยังมีถึงร้อยละ 10.5³ ในเรื่อง

¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 72

² เรื่องเดียวกัน, หน้า 96

³ สายใจ คุ่มขนาน, ปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย, (วิทยานิพนธ์ชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต แผนกวิชาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515) หน้า 50

ของการปลูกฝ้ายศึกษา พบว่ามีผู้ปฏิบัติร้อยละ 77.3 และไม่ปฏิบัติร้อยละ 22.7¹ นอกจากนั้น ยังมีเรื่องของการรักษาสุขภาพอนามัยในคานอื่น ๆ เช่น ในเรื่องของการใช้ส้วม พบว่า ครั้งหนึ่งของหัวหน้าครัวเรือนไทยร้อยละ 56.8 ไม่มีส้วมใช้เลย มีเพียงร้อยละ 17.8 ของ หัวหน้าครัวเรือนทั้งหมดที่ใช้ส้วมซึม ที่เหลือร้อยละ 18.2 เป็นส้วมหลุม สำหรับในเรื่องน้ำดื่ม น้ำใช้ พบว่าชาวชนบทส่วนใหญ่ใช้น้ำบ่อเป็นส่วนมาก พบว่าร้อยละ 61.8 ของหัวหน้า ครัวเรือนใช้น้ำบ่อ, ร้อยละ 2.2 ใช้น้ำฝน และมีถึงร้อยละ 27.0 ใช้น้ำคลอง, หนองบึง ส่วนน้ำประปามีเพียงร้อยละ 1.3 เท่านั้น และการเตรียมน้ำให้สะอาด พบว่ามีถึงร้อยละ 85.3 ไม่ได้มีการเตรียมน้ำให้สะอาด ส่วนการใช้แปรงสีฟันและการใช้รองเท้า ซึ่งก็เป็น เรื่องที่มีความสำคัญต่อสุขภาพอนามัยเช่นกัน พบว่ามีผู้ไม่ใช้แปรงสีฟันถึงร้อยละ 24.8 และมี ผู้ไม่ใส่รองเท้าถึงร้อยละ 51.9² จากการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติ ทางด้านสุขภาพอนามัยกับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนคร- ศรีอยุธยา พบว่าการรับประทานยาหลังคลอดบุตรสตรีส่วนใหญ่ยังนิยมใช้ยาแผนโบราณ ยาคลองเห่า พบถึงร้อยละ 45.8 ส่วนใช้ยาแผนปัจจุบันจากสถานบริการสาธารณสุข มีถึง ร้อยละ 25.3 และไม่ได้รับประทานยาทุกชนิดมีร้อยละ 6.7³

นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาสุขภาพของประชากรในบริเวณพื้นที่ การชลประทานโครงการป่าสักใต้ ซึ่งเป็นสังคมชนบทประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม พบว่าในเรื่องที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พบว่าประชากรเมื่อมีอาการเจ็บป่วย จะซื้อยา

¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 43

² เรื่องเดียวกัน, หน้า 51-63

³ นิตยา ชุตินันท์ และคณะ, การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติทางด้าน สุขภาพอนามัยกับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521, หน้า 55

มารักษาตนเองถึงร้อยละ 40.2, ไปสถานื่อนามัร้อยละ 20.7, ไปรับการรักษายาบาลจากคลีนีกร้อยละ 9.5 รักษาหมอกกลางบ้านและปล่อยให้หายเองร้อยละ 1.29 นอกจากนี้ยังมีการรักษาทางไสยศาสตร์ร้อยละ 0.73 และโรคที่เป็นกันมาก ได้แก่ โรคไข้วัดศีรษะและไข้วัดร้อยละ 27.9 โรคระบบทางเดินอาหารร้อยละ 17.4 และโรคระบบหายใจร้อยละ 12.5 ตามลำดับ¹ ส่วนในเรื่องของสุขภาพและสิ่งแวดล้อมพบว่า กวาร์ร้อยละ 30.24 ยังไม่มีสวมใส่ ในจำนวนที่มีถึงร้อยละ 28.0 ที่ยังถ่ายเรียรดตามพื้นดิน ในเรื่องการทำจัดน้ำโสโครก พบว่ามีถึงร้อยละ 74.6 ที่ยังไม่ได้มีการกำจัดน้ำโสโครกในครอบครัว นอกจากนั้นยังมีการเลี้ยงสัตว์ไว้ที่ถนนมากกว่าร้อยละ 25 และร้อยละ 76.6 ยังไม่มีการกำจัดแมลงวัน²

จากรายงานการสำรวจหมู่บ้านชนบทในภาคเหนือ หมู่บ้านแรกคือหมู่บ้านปทุมพัฒนา จังหวัดแพร่ พบว่าโรคที่เป็นกันมากคือโรคหวัด มีถึงร้อยละ 22.3 รองลงมาคือโรคไต ร้อยละ 9.3 ในเรื่องของการใช้สวม พบว่า มีสวมชิ้นใช้ร้อยละ 100.0 ส่วนในเรื่องของการใช้น้ำ พบว่าใช้น้ำบอกันมากถึงร้อยละ 85.5 ทั้ง ๆ ที่หมู่บ้านนี้มีน้ำประปาใช้ แต่กลับพบว่ามีการรั่วที่ใช้น้ำประปาเพียงร้อยละ 14.5 เท่านั้น³

หมู่บ้านต่อมาคือหมู่บ้านหนองไฮ, อำเภอพร้าว, จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การใช้สวมหลุมมีร้อยละ 11.8 สวมชิ้นร้อยละ 35.5 และไม่มีสวมใช้ถึงร้อยละ 52.9⁴ สำหรับในเรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วย จากการสำรวจในหมู่บ้านนางาว อำเภอเมือง จังหวัดน่าน

¹ สถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, การศึกษาสุขภาพของประชากรในบริเวณพื้นที่การชลประทานโครงการป่าสักใต้, 2522, หน้า 37-38

² เรื่องเดียวกัน, หน้า 55-56

³ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ชนบทไทย 2522, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2522, หน้า 146

⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 121



พบว่าประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายทางการรักษาโรคประมาณร้อยละ 16.1 ของรายจ่ายทั้งหมด และจากการสอบถามพบว่าโรคที่เป็นกันมากคือเป็นไข้และท้องร่วงโดยพบว่าเป็นไข้ร้อยละ 88.7 ของครัวเรือนทั้งหมด และท้องร่วงร้อยละ 80.6 ของครัวเรือนทั้งหมด¹

ในเรื่องของโภชนาการ จากการสำรวจโดยศูนย์วิจัยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ทำการสำรวจเด็กอายุ 0-6 ปีในบริเวณพื้นที่หลายแห่งของประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2512 จนถึงปี 2521 ในช่วง 2512-2513 ได้ทำการสำรวจแหล่งเสื่อมโทรมในกรุงเทพมหานคร พบว่า เด็กอายุ 0-6 ปี ขาดอาหารโปรตีน และแคลอรีร้อยละ 73.6 ในปี 2515 ได้ทำการสำรวจในลุ่มแม่น้ำแม่กลอง-บางปะอิน พบเด็กเป็นโรคขาดอาหารโปรตีน และแคลอรีร้อยละ 54.4 ต่อมาในช่วงปี 2520-2521 ได้ทำการสำรวจ 3 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น อุบลราชธานี สกลนคร มหาสารคาม จำนวน 972 ราย พบเด็กขาดอาหารโปรตีน และแคลอรีร้อยละ 64.3 และในครั้งล่าสุดคือในปี 2521 ที่จังหวัดปัตตานีในบริเวณหมู่บ้านประมง และท่าสวนยาง พบเด็กขาดอาหารโปรตีนถึงร้อยละ 57 ทั้ง ๆ ที่มีอาณาเขตติดกับทะเล โดยมีระยะเริ่มขาดอาหารร้อยละ 41 ระยะขาดอาหารร้อยละ 4 และระยะขาดอาหารอย่างรุนแรงร้อยละ 1² สำหรับปัญหาโภชนาการบกพร่องในด้านการขาดอาหารโปรตีนนั้น ในการวิจัยไม่สามารถที่จะกำหนดลงไปได้ว่า กินอาหารกี่กรัมจึงจะถือว่าได้โปรตีน แต่สาเหตุของการขาดอาหารโปรตีน พบว่าชาวชนบทส่วนใหญ่กินอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต ซึ่งเป็นอาหารจำพวกแป้งมาก เช่น ข้าว และกินอาหารโปรตีนน้อย เช่น เนื้อสัตว์ ซึ่งเป็นผลมาจากรายได้น้อยจึงมีอำนาจการซื้อน้อย³

¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 55-56

² ทศนิยม มุขวิจิตร, ภาณี เศษะพนาคกร, "ภาวะโภชนาการของประเทศไทย" ใน ชนบทไทย 2522, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2522 หน้า 115-116

³ นายแพทย์ประเสริฐ สิวฉันทส, รายงานเรื่องคุณภาพประชากรทางด้านสาธารณสุข, อ้างในรายงานการสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติ เรื่องประชากรของประเทศไทย, ครั้งที่ 9, 21-25 สิงหาคม 2521, โดยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและการพลังงาน, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์การศาสนา, 2521, หน้า 594-595



จากการศึกษาถึงสาเหตุของการเกิดโรคเหน็บชาของคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งชาวชนบทในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผักและอาหารที่ประชากรรับประทานเป็นประจำ เช่น ใบเมี่ยง, หมาก และปลาร้ามีสารทำลายไทอะมีนอยู่สูง และเป็นสาเหตุของโรคเหน็บชา¹ และพอจะสรุปได้ว่า อาหารดังกล่าวนอกจากจะไม่ถูกสุขลักษณะแล้ว ยังก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายอีกด้วย

ในปี 2514 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติในด้านการอนามัย ในลักษณะของการรักษาพยาบาล ทั้งในเขตเมืองและชนบท พบว่า จำนวนร้อยละของผู้ที่ซื้อมารักษาตนเองมีถึงร้อยละ 51.4 เข้าทำการรักษาในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 10.5 เท่านั้น และเข้าศูนย์อนามัยเพียงร้อยละ 4.4 เท่านั้น² ถ้าจะพูดจากตัวเลขดังกล่าวข้างต้นแล้วจะเห็นได้ว่า จำนวนร้อยละของผู้ที่ซื้อมารักษาตนเองนับว่าสูงมาก ทั้งนี้อาจจะเห็นได้ว่า ตัวเลขที่เก็บมาได้รวมชาวชนบทเอาไว้ด้วย ดังนั้นจึงทำให้มีจำนวนสูงดังกล่าว นอกจากนั้นยังพบปัญหาเกี่ยวกับผู้ไม่ใช้บริการในด้านการรักษาพยาบาลโดยโรงพยาบาลของรัฐ โดยคนพวกนี้ไม่พอใจในบริการที่ล่าช้ามีเงินร้อยละ 14 การบริการไม่ประทับใจร้อยละ 10, ระยะเวลาไกลร้อยละ 7 และไม่ถูกกับยาร้อยละ 2³

จะเห็นได้ว่าจากลักษณะที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ ถึงแม้ว่าประชากรจะเข้ามารับการรักษาพยาบาลในลักษณะของการพยาบาลแบบปัจจุบันเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังมีอีกจำนวนไม่น้อยที่ยัง

¹ สิริินทร์ วิโมกข์สันต์, สุนันท์ นครชัย และกฤษณา รุ่งเรืองศักดิ์, "การศึกษาถึงสาเหตุของการเกิดโรคเหน็บชาในคนไทย" โภชนาการสาร 20, 2519 หน้า 1-20

² Somsak Varakamin and Debhanom Muangman "Health Problems in Thailand" In Seminar on the Progress of Family planning and the Use of Paramedical Personal in Family Planning Service, Bangkok : Family Health Division, Department of Health, 1977, p 23

³ Ibid, p 25

ทำการรักษาแบบดั้งเดิม นอกจากนั้นในเรื่องของการสุขภาพ ชาวชนบทไทยส่วนใหญ่ก็ยังไม่ได้มีการปฏิบัติที่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งยังผลให้เกิดโรค เช่น โรคทางเดินอาหาร และโรคหวัด ซึ่งเป็นกันมากในชาวชนบทแทบทุกแห่ง และการแก้ไขโดยวิธีการแพทย์สมัยใหม่นั้น อาจจะได้ผล แต่จะเป็นผลที่ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในระยะยาว ดังจะพบได้ในตัวอย่างจากการวิจัยข้างต้น ทั้งนี้เพราะประชากรยังเจ็บไข้อยู่, มีการรักษาพยาบาลแบบดั้งเดิมอยู่, และยังรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะอยู่มาก ถ้าต้องการที่จะให้เกิดผลที่ถาวรแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับปรุงมาตรฐานของชีวิต เช่น ลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการกระจายรายได้ และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ให้เกิดขึ้น¹ ถ้าทำได้เช่นนี้ ในระยะยาวจะทำให้ประชากรในเขตชนบทที่มีความสำคัญเกี่ยวกับการอนามัย และการสาธารณสุขที่ถูกต้อง ไม่ใช่เป็นไปในลักษณะเมื่อมีการเจ็บไข้อยู่แล้วจึงไปหาแพทย์ ซึ่งมีอยู่น้อยมากในเขตชนบท ดังนั้นในการแก้ปัญหาโดยการให้เพียงแพทย์ซึ่งยังมีจำนวนไม่เพียงพอ และการรักษาพยาบาลที่ทันสมัยแต่เพียงอย่างเดียวจึงนับว่าเป็นการแก้ที่ปลายเหตุ ในการแก้ปัญหาในระยะยาว จึงควรกระทำควบคู่ไปกับการพัฒนา มาตรฐานชีวิตของประชากรในเขตชนบทควบคู่ไปด้วยกัน มิฉะนั้นแล้วจะเกิดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเมืองกับชนบทอย่างมาก นอกจากนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อไม่มีการให้ความสำคัญเกี่ยวกับมาตรฐานชีวิตของประชากรในชนบท เช่น การปรับปรุง หรือพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ เช่นการกระจายรายได้, การพัฒนาทางด้านสังคมและสภาพแวดล้อม ถ้าทำไม่ได้เช่นนั้นจะทำให้ประชากรในชนบทไม่มีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติในสถานอนามัยที่ใกล้เคียงกับประชากรในเขตเมือง วงจรของปัญหาจะเกิดขึ้น กล่าวคือ ลักษณะเกี่ยวกับการปฏิบัติในสถานการอนามัยของชาวชนบทจะแสดงทุกขณะไม่มีทางที่จะดีขึ้น ดังที่เห็นอยู่ ซึ่งเปรียบเทียบกับการศึกษาของนักสังคมวิทยาชาวอเมริกัน คือ Peter M. Blau และนักประชากรศาสตร์ชาวอเมริกัน คือ Otus D. Duncan ได้แสดงให้เห็นถึงโอกาสที่

¹ Jean Bourgeois-Pichat, Chia-Lin Pan, "Trends and Determinant of Mortality in Underdeveloped Areas", Trends and Differentials in Mortality, New York : Milband Memorial Fund, 1956, pp. 11-25.

ไม่เท่าเทียมกันของชาวนิโกรและชาวผิวขาวในกานตาง ๆ และโคแสดงให้เห็นถึงวงจรของปัญหา ซึ่งเกิดจากการเลือกปฏิบัติกับหมูชาวนิโกร ทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องของโรคภัยไข้เจ็บและความยืนยาวของอายุ¹

สำหรับผลงานวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับแบบแผนชีวิตของชาวประมง ถึงแม้ว่าผลงานวิจัยที่จะไม่กล่าวโดยตรงเกี่ยวกับการปฏิบัติในกานอานัมย และสาธารณสุขของชาวประมง แต่ก็มีประโยชน์มากในการนำเอาไปเป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐาน จึงจะได้กล่าวต่อไป กล่าวคือ หมูชาวประมงตัวอย่างเป็นหมูชาวประมงในประเทศอังกฤษจากการศึกษาพบว่า ประชากรส่วนใหญ่ชอบอาชีพประมง เพราะประการแรกไม่คงชีพที่กิน และประการที่สองสามารถหาเงินได้มากกว่าอาชีพที่อยู่บนฝั่ง เช่น เกษตรกร หรือกรรมกรไร้ฝีมือ ดังนั้นเมื่อได้เงินมามากและรวดเร็วก็จ่ายออกไปอย่างง่ายดาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการขยปะเพื่อนฝูง มีการดื่มสุรา จากการศึกษพบว่าชาวประมงส่วนใหญ่ติดสุรามาก² ดังนั้นจึงน่าจะนำมาเป็นข้อสงสัยได้ว่า ในเรื่องของสุขภาพและการอนามัยในแง่ การรักษาพยาบาลและโรคภัยไข้เจ็บแล้ว ผู้ที่มีอาชีพอื่น ๆ น่าจะดีกว่าผู้ที่มีอาชีพประมง

สำหรับหมูชาวประมงในประเทศเพื่อนบ้านของเรา คือ พิลิปปินส์ และอินโดเนเซียพบว่า รอยละ 96 ของครัวเรือนที่ทำการสำรวจในฟิลิปปินส์ และรอยละ 98 ของหัวหน้าครัวเรือนที่ทำการสำรวจในอินโดเนเซีย นิยมที่จะทำคดอกที่บ้าน³ และในเรื่องของการ

¹ Peter M. Blau, Otis D. Duncan, The American Occupation Structure, New York : Wiley, 1967, p 204.

² Jereme Tunstall, "Work and the Social Life of Fisherman" Modern Sociology, Peter Worsley ed., Harmondsworth : Penguin Books Ltd., 1976, pp 239-243.

³ The Food and Agriculture Organization of the United Nations, Population And Development In Asian Marine Fishing Communities : A Comparative Profile, August 1979, p 18

เจ็บไข้ได้ป่วย พบว่าชาวประมงในประเทศอินโดเนเซียมีโรคที่เป็นกันโดยทั่วไปคือ ไข้ ซึ่งมีถึงร้อยละ 40 ของทั้งหมด รองลงมาคือโรคทางเดินอาหาร มีร้อยละ 23 ของทั้งหมด และโรคฟันร้อยละ 14 ของทั้งหมด ในประเทศฟิลิปปินส์เฉลี่ยแล้ว 2.5 คน ต่อ 1 ครัวเรือนจะเป็นผู้มีโรคภัยไข้เจ็บ และ 0.8 คนต่อ 1 ครัวเรือนจะเป็นโรคทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นโรคที่เป็นกันมากในเขตชนบทของฟิลิปปินส์ และพบว่า 1 ใน 5 ของครัวเรือนที่ทำการสำรวจเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยมักจะเริ่มต้นโดยการปรึกษาเพื่อนบ้าน ¹

ในเรื่องของการสุขภาพ พบว่าแหล่งน้ำที่ชาวประมงของอินโดเนเซีย พบว่าร้อยละ 36 ของครัวเรือนที่ทำการสำรวจใช้น้ำจากบ่อที่ขุดไว้, ร้อยละ 15 ของครัวเรือนที่ทำการสำรวจใช้น้ำจากแม่น้ำ และร้อยละ 27 ใช้น้ำฝน ในการดื่มกิน สำหรับในเรื่องของการเตรียมน้ำ พบว่าร้อยละ 91 ของครัวเรือนที่ทำการสำรวจนิยมที่จะต้มน้ำก่อนใช้ ซึ่งนี้คล้ายกับของประเทศไทยซึ่งมีเพียงร้อยละ 6 ของครัวเรือนที่ทำการสำรวจเท่านั้นที่ทำการต้มน้ำก่อนที่จะใช้ดื่มกิน ²

สรุปจากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นในส่วนของประเทศไทยแล้ว จะพบว่า การปฏิบัติในการอนามัยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล จะพบว่าชาวชนบทไทยส่วนใหญ่ยังนิยมที่จะรักษาด้วยตนเอง อาจจะเป็นเพราะความจำเป็นต่าง ๆ หรือมีปัจจัยต่าง ๆ เข้ามามีเกี่ยวข้อง ซึ่งจะกล่าวต่อไปในเรื่องของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการอนามัย และมีจำนวนไม่น้อยที่ยังนิยมใช้การรักษาแบบดั้งเดิม นอกจากนี้ยังพบว่ามีส่วนที่ยังนิยมใช้การรักษาโดยวิธีไสยศาสตร์, โรคภัยไข้เจ็บที่เป็นกันเกือบจะแทบทุกแห่งในชนบท คือโรคไข้หวัด และโรคทางเดินอาหาร เช่น ท้องร่วง ท้องเสีย เป็นต้น

¹ Ibid, p 19

² Ibid, p 20

ส่วนในเรื่องของการปฏิบัติในด้านการอนามัยและสาธารณสุขในชีวิตประจำวัน ที่นอกเหนือไปจากการรักษาพยาบาล เช่น ลักษณะของการใช้น้ำดื่ม, ลักษณะความสะอาด ที่ถูกสุขลักษณะ พบว่ายังมีการปฏิบัติกันอย่างไม่ถูกสุขลักษณะ ตัวอย่างเช่นบางหมู่บ้าน ถึงแม้ว่าจะมีน้ำประปา เข้าไปถึงแต่จำนวนรอยตะขอมือในน้ำประปายังมีน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนรอยตะขอมือที่ไหลบ่อและน้ำท่า ในเรื่องของการใช้สวมชาวชนบทไทยส่วนใหญ่ ยังนิยมที่จะใช้สวมหลวม และปล่อยให้ระยราตามพื้นดินอยู่มาก นอกจากนี้ตามบริเวณใต้ตุ่มพื้น เรือนยังนิยมที่จะเลี้ยงสัตว์ไว้ทั่วไป เช่น ไก่ สุกร ฯลฯ ในเรื่องของการโภชนาการ พบว่า ชาวชนบทส่วนใหญ่ยังมีการรับประทานอาหารที่ไม่ค่อยถูกหลักโภชนาการ และความสะอาด ยังไม่เพียงพอ ยังผลทำให้เกิดโรคขาดอาหาร และที่เป็นกันมากคือโรคทางเดินอาหาร ดังได้ กล่าวมาแล้วในข้างต้น ทั้งนี้จึงน่าสนใจว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ก่อให้เกิดลักษณะดังกล่าว ซึ่ง จะได้กล่าวในตอนต่อไปถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในด้านการอนามัย และการ สาธารณสุข จากผลงานวิจัยและการศึกษาเท่าที่เคยทำกันมา

1) ปัจจัยในค่านิยมเศรษฐกิจ นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อโอกาส

ในด้านต่าง ๆ ของประชากร กล่าวคือ ระเบียบรายได้ที่แตกต่างกัน จะเป็นตัวกำหนด พฤติกรรมของบุคคล โดยผู้ที่มียาได้ในระดับสูง ย่อมมีโอกาสที่จะสูญเสียให้ บุตรเขาเรียนได้สูงกว่าผู้ที่ฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า ในขณะที่เดียวกันผู้ที่ฐานะทาง เศรษฐกิจที่สูง ย่อมจะมีโอกาสที่จะหาอุปกรณต่าง ๆ มาอำนวยความสะดวกแก่ตนเอง และ ในด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการอนามัยและสาธารณสุข ผู้ที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจดีกว่าย่อมมี โอกาสมากกว่า เช่น การเสียเงินในการรักษาพยาบาลที่ทันสมัย, การจ่ายเงินเพื่อจัดหา วัสดุปรอทที่ถูกสุขลักษณะ เช่น ส้วม, การจัดสภาพของบ้าน ในขณะที่ผู้ที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจต่ำ ไร้อิทธิพลโอกาสทำได้เช่นนั้น

การศึกษาโดยสายใจ คุ่มขนาน เกี่ยวกับปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติทางค่าน อนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย พบว่า ในเรื่องของการรักษาพยาบาลผู้ที่มีฐานะค่อน ข้างดี นิยมที่จะใช้การทำการคลอดโดยแพทย์และพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีฐานะยากจน โดยผู้ที่มี ฐานะค่อนข่างดี เข้ารับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์และพยาบาลร้อยละ 16.9 ในขณะที่

ผู้มีฐานะยากจนมีเพียงร้อยละ 7.5 ที่ปฏิบัติเช่นนั้น¹ ส่วนในเรื่องความเป็นระเบียบของบริเวณบ้าน พบว่าผู้มีฐานะดี บริเวณบ้านมีความเป็นระเบียบอยู่ในขั้นดีถึงร้อยละ 46.4 ในขณะที่ผู้มีฐานะยากจนมีเพียงร้อยละ 12.3 เท่านั้น² ในเรื่องการใช้ส้วม พบว่า ผู้มีฐานะดีมีโอกาสใช้ส้วมซึมหรือส้วมชักโครกร้อยละ 51.2 ผู้มีฐานะปานกลางร้อยละ 18.6 และผู้มีฐานะยากจนมีโอกาสใช้เพียงร้อยละ 8.7 เท่านั้น³ นอกจากนั้นไม่ว่าจะเป็นเรื่องของน้ำดื่ม น้ำใช้ และการปฏิบัติในค่านการอนามัยอย่างอื่น ๆ พบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่ามักจะมีโอกาสในการปฏิบัติมากกว่าผู้มีฐานะยากจน

จากการศึกษาใน พ.ศ.2523 เกี่ยวกับบริโภคนิสัยของมารดาที่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในชนบท จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ารายได้ของครอบครัวมีผลอย่างมากต่อภาวะโภชนาการที่ปกติของเด็ก โดยผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 1,000 บาท มีภาวะโภชนาการเด็กปกติ เพียงร้อยละ 71.2 ในขณะที่ผู้มีรายได้สูงกว่า 3,000 บาท มีภาวะโภชนาการปกติถึงร้อยละ 97.0 ส่วนที่มีรายจ่าย 2,000 บาทขึ้นไป มีภาวะโภชนาการของเด็กปกติถึงร้อยละ 92.0 และจากการทดสอบสถิติด้วยไคสแคว์ " χ^2 "⁴ ปรากฏว่า ความแตกต่างเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจค่านรายได้รายจ่ายครอบครัวกับภาวะโภชนาการเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษาของประยงค์ ดิมตระกูล ที่ว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีบุตรที่มีภาวะโภชนาการบกพร่องมากกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า⁴

¹ สายใจ คัมขนาบ, ปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติทางค่านการอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย (วิทยานิพนธ์ชั้นปริญญาโทบัณฑิต แผนกวิชาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2515), หน้า 45

² เรื่องเดียวกัน, หน้า 52

³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 58

⁴ ประยงค์ ดิมตระกูล, ชลอศรี จันทร์ประชม, รายงานการวิจัย บริโภคนิสัยของมารดาที่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ในชนบทจังหวัดเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2523, หน้า 64-65

ในต่างประเทศจากการศึกษาของ Aday ได้พยายามที่จะนำเอาปัจจัยในด้านอายุเข้ามาสัมพันธ์กับปัจจัยในด้านฐานะทางเศรษฐกิจ เพื่อที่จะดูว่าอายุหรือปัจจัยด้านเศรษฐกิจจะมีความสำคัญต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลมากกว่ากัน, Aday พบว่า เมื่อเอาอายุเข้ามาเป็นตัวแปรคุม พบว่าเด็กที่อายุ 14 ในครอบครัวที่มีรายได้ 10,000 เหรียญต่อปีขึ้นไป เข้าไปใช้บริการในด้านการแพทย์มากกว่าเด็กที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า แต่เมื่อศึกษาในกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปี หรือกว่านั้น พบว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ใช้บริการในด้านการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ศึกษาเองก็ยอมรับว่า การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัด คือไม่สามารถที่จะบอกได้ในหลาย ๆ กลุ่มอายุ เป็นการศึกษาเพียงบางกลุ่มอายุเท่านั้น ดังนั้น Aday จึงสรุปว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจยังมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อการเข้ารับบริการในด้านการแพทย์ ¹

จากการศึกษาของ Kitagawa และ Hauser ในสหรัฐอเมริกาในปี 1960 พบว่า คนผิวขาวที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 เหรียญต่อปี จะมีโอกาสในการเจ็บไข้ได้ป่วย และอัตราการตายสูงกว่า คนผิวขาวซึ่งมีรายได้ตั้งแต่ 10,000 เหรียญต่อปี ถึงร้อยละ 50 ส่วนสตรีผิวขาวที่มีรายได้ต่ำจะมีโอกาสในการเจ็บไข้ได้ป่วย และอัตราการตายสูงกว่าสตรีที่มีรายได้สูงแต่ไม่มากถึงร้อยละ 50 เช่น ในเพศชาย ²

004144

จากการศึกษาของ Linder เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและรายได้ พบว่า ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 เหรียญต่อปี (ในปี 1961) จะเสียเวลาในการ

¹ Lu An Aday, "Economic and Non economic Barriers to the Use of Needed Medical Services" Medical Care, 13 (June, 1975). pp 447-456.

² Evelyn Kitatawa and Philip Hauser, "Education Differentials in Mortality by Cause of Death, United States, 1960" Demography, 5 : 1 (1968), pp 318-353

ทำงานโดยเฉลี่ย 29 วันต่อคน ต่อปี ไปเพราะการเจ็บไข้อย่างไรและสุขภาพไม่สมบูรณ์ ในขณะที่ผู้มีรายได้น้อยตั้งแต่ 2,000 เหรียญถึง 4,000 เหรียญ ต่อปีขึ้นไป จะเสียเวลาเพียง 13 วันต่อปี ในการเจ็บไข้อย่างไรและการรักษาพยาบาล¹ นอกจากนั้น จากการศึกษา ยังพบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยและมีการเจ็บไข้อย่างไร มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาพยาบาล กลับพบว่าพวกนี้มีโอกาสในการเข้ารับการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ทั้งนี้เพราะปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดที่สำคัญ²

จากผลงานวิจัยดังกล่าวมาพอสมควรในข้างต้น พอที่จะชี้ให้เห็นได้ว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจ นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดในด้านการปฏิบัติทางการอนามัย และการสาธารณสุขของประชากร

2) ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางสังคมที่นับว่ามีผลสำคัญต่อการปฏิบัติในด้านการอนามัย พอจะจำแนกได้คือ การศึกษา, ศาสนาและความเชื่อ, ประเพณีชั้นทางสังคม, เชื้อชาติ (เฉพาะในบางสังคม) จากการศึกษาเท่าที่เคยทำกันมา พบว่า ปัจจัยดังกล่าวในข้างต้นมีผลก่อให้เกิดความแตกต่างในด้านกิจกรรมต่าง ๆ ของประชากร ตัวอย่างเช่น ประชากรที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกัน โดยมากแล้วมักจะมีทัศนคติ และแบบแผนของพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ แตกต่างกันไป

จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะขาดวิตามินเอ ในเขตชนบทจังหวัดเชียงใหม่ ของแพทย์หญิงอุษา ธานีกุล และคณะ พบว่า ค่านิยมในการให้อาหารทารกเป็นปัจจัยที่สำคัญ ทำให้ขาดวิตามิน เอ. เช่น เด็กอายุ 1 ขวบแรก เด็กจะรับประทานได้เพียงนมแม่ กลัวยวบ และข้าวบด โดยไม่ได้รับประทานผลไม้ ผัก เนื้อสัตว์ และไข่ด้วยเลย นอกจากนี้ มารดา

¹ Forest E. Linder "The Health of the American People" Scientific American, 214 (June, 1966), p 24

² Ibid, p 26

ยังทั้งหัวนมส่วน Colostrum ซึ่งมีวิตามิน เอ.สูง เพราะเชื่อว่าถ้าให้ทารกรับประทาน จะทำให้เกิดอาการท้องเดินและเป็นไข้¹

จากการศึกษาของ สายใจ คุ่มขนาน เกี่ยวกับปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของชาวชนบทไทย ในส่วนที่เกี่ยวกับปัจจัยทางสังคม พบว่า ในเรื่องของการปลูกผีฉักยา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า ป. 4 มีถึงร้อยละ 88.5 ในขณะที่ผู้ไม่ได้รับการศึกษามีเพียงร้อยละ 63.5² ในเรื่องของการรักษาพยาบาลในกรณีเป็นโรคต่าง ๆ พบว่า ยังมีการใช้การรักษาแผนโบราณและไสยศาสตร์ เวทย์มนต์คาถาอยู่ กรณีที่ดูถูกพืชผัก ชาวบ้านยังนิยมใช้ยาแผนโบราณถึงร้อยละ 28.9 และยังมีการใช้ไสยศาสตร์ประมาณร้อยละ 8.9 ในกรณีท้องเสียอย่างแรงซึ่งเป็นโรคที่มักเป็นกันมากในหมู่ชาวชนบทไทย พบว่า ยังมีการรักษาแบบโบราณร้อยละ 23.8 และใช้ไสยศาสตร์ ร้อยละ 10.8³

ในเรื่องของน้ำดื่มน้ำใช้ วิธีเตรียมน้ำให้สะอาด พบว่าชาวชนบทส่วนใหญ่ไม่ว่าจะมีระดับการศึกษาสูงหรือต่ำ ส่วนมากไม่มีวิธีเตรียมน้ำให้สะอาด แต่จำนวนร้อยละของผู้ที่มีการศึกษายังคงสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษา โดยผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ไม่มีการทำน้ำให้สะอาดร้อยละ 88.4 ผู้ที่จบ ป.4 ร้อยละ 86.5 และผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงร้อยละ 79.2 ในเรื่องของการใช้แปรงสีฟัน พบว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาไม่ใช้แปรงสีฟันถึงร้อยละ 34.0 ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า ป.4 ไม่ใช้เพียงร้อยละ 3.2 เท่านั้น⁴

¹ กองส่งเสริมการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. รายงานข้อค้นพบการวิจัยที่ได้รับรางวัล ประจำปี 2517, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สุวรรณหงษ์, 2518, หน้า 1.

² สายใจ คุ่มขนาน, เรื่องเดิม, หน้า 43

³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 50

⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 59-61

ต่อไปจะไ้กล่าวถึงผลงานวิจัยที่ไ้ทำกันในต่างประเทศ

จากการวิจัยเชิงสำรวจในต่างประเทศ โดย Koons ในปี 1954 พบว่า ระดับการศึกษา, อาชีพ และชั้นทางสังคม ตลอดจนประเพณี ประกอบกับปัจจัยในด้านประชากร เช่น อายุ, เพศ มีความสัมพันธ์กับลักษณะในด้านอาการนามัย เช่น การเจ็บไข้ได้ป่วย และการตาย นอกจากนั้น Koons ยังพบว่า ในกลุ่มชนชั้นต่ำ มีอัตราส่วนในการเป็นโรคร้ายไข้เจ็บสูงมาก¹ ต่อมาในปี 1976 จากการศึกษาของ Syme และ Berkman พบว่าการที่ชนชั้นต่ำ มีอัตราส่วนในการเป็นโรคร้ายไข้เจ็บสูง และอัตราตายสูงกว่าชนชั้นกลางและชนชั้นสูง เป็นเพราะมีความเป็นอยู่ในสภาพแร้นแค้น สภาพบ้านไม่มีความเป็นระเบียบและขาดความสะอาด ระดับการศึกษาต่ำ และว่างงานกันมาก ผลลัพธ์ที่ออกมาคือ ชาดอาหาร และขาดโอกาสในการรักษาพยาบาล ที่ถูกสุขลักษณะ ทำให้อัตราการมีโรคร้ายไข้เจ็บและอัตราตายสูง²

จากการศึกษาของ Suchman ในปี 1964 เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านชาติพันธุ์และชั้นทางสังคม ที่มีผลต่อการปฏิบัติในด้านการอนามัยและสาธารณสุข โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มเปอร์โตริกัน, โปรเตสแตนท์ และกลุ่มชาวยิว โดยตั้งสมมติฐานว่า ยิ่งกลุ่มชาติพันธุ์ใดมีลักษณะชาติพันธุ์นิยม (ethnocentric) และมีความยึดเหนี่ยวทางวัฒนธรรม

¹ E. L. Koons, The Health of Regionville, New York : Columbia University Press, 1954, p 32.

² S. L. Syme and Berkman, "Social Class susceptibility to sickness" Journal of Epidemiology 104 (July, 1976), pp. 1-8



กันมากเท่าไร การที่จะยอมรับการปฏิบัติในด้านการอนามัย และการสาธารณสุขยิ่งมีน้อยลงเท่านั้น ในการศึกษา Suchman ได้นำเอาปัจจัยในด้านการจัดระเบียบสังคม (Social Organization) เข้ามาจับ เช่น กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน การเข้าร่วมกลุ่ม หรือกิจกรรมของชุมชน Suchman พบว่า ปัจจัยในด้านการจัดระเบียบสังคมมีอิทธิพลต่อการยอมรับการปฏิบัติในด้านการอนามัย และการสาธารณสุข มากกว่าปัจจัยในด้านชาติพันธุ์ และปัจจัยในด้านชั้นทางสังคม ¹

เมื่อวิเคราะห์จากการศึกษาของ Suchman แล้ว นำที่จะนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านสังคมที่มีต่อการปฏิบัติในด้านการอนามัยของประชากรของหมู่บ้านประมงได้ ทั้งนี้ถ้าจะดูจากระเบียบวิธีวิจัยจากในแบบสอบถามแล้ว พบว่า มีส่วนที่ถามถึงการเข้าร่วมกิจกรรมและการพัฒนา ดังนั้นจึงนำที่จะนำมาหาความสัมพันธ์กับเรื่องของการปฏิบัติในด้านการอนามัยได้ โดยอาจนำมาตั้งเป็นสมมติฐาน เช่น ผู้ที่มีแนวโน้มในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนมากย่อมมีการปฏิบัติในด้านการอนามัยที่ดีกว่าผู้ที่เข้าร่วมน้อย หรือไม่เข้าร่วมเลยครั้งนี้เป็นต้น

จากการศึกษาของ Wellin ในปี 1958 พบว่าวัฒนธรรมของชุมชน (Local Cultures) มีผลต่อการอนามัยของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อความก้าวหน้าของโครงการพัฒนาในด้านการอนามัย และการสาธารณสุขใหม่ ๆ ที่เข้าไปในชุมชน ² เป็นต้นว่า สังคมที่มีบรรทัดฐานแบบดั้งเดิมจะมีค่านิยม และความเชื่อที่เป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการยอมรับการอนามัยและสาธารณสุขในแบบสมัยใหม่

¹ E. A. Suchman, "Sociomedical variations among ethnic groups" American Journal of Sociology 70 (Nov, 1964), pp. 319-331.

² E. Wellin, "Implication of local Culture for public health" Human Organezation, 16 (sinter) : pp. 16-18

อาชีพ นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อโรคภัยไข้เจ็บ และการปฏิบัติในค่าน การอนามัย ทั้งนี้เพราะว่าประชากรในแต่ละอาชีพ ย่อมจะมีโรคภัยไข้เจ็บแตกต่างกันออกไป และมีแบบแผนในการปฏิบัติเกี่ยวกับการอนามัยแตกต่างกันออกไป จากการศึกษาในประเทศ อังกฤษ พบว่า กรรมกรขับรถ เป็นโรคหัวใจกันมา เมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีอาชีพอื่น เช่น ผู้คุมวงดนตรี¹ ฯลฯ แต่โรคหัวใจตีบตัน ยังเป็นกันมากในหมู่ ข้าราชการ และนักบริหาร²

จากการศึกษาของ Farr ในปี 1851 พบว่า ชาวนามักจะมีการเจ็บไข้ได้ป่วย และการตายน้อยกว่ากรรมกรเหมืองแร่, คนทำขนมปังและพนักงานโรงแรม ทั้งนี้เป็นเพราะ มีแบบแผนในการปฏิบัติเกี่ยวกับการอนามัยที่แตกต่างกัน³ จากการศึกษาของ Kitagawa และ Hauser พบว่า ในหมู่คนผิวขาว อายุระหว่าง 21-64 มีการเจ็บไข้ได้ป่วย และมี อัตราตายเท่ากับ 1.37 สำหรับผู้มีอาชีพในการให้บริการ กับกรรมกรที่ใช้แรงงาน อัตราตายจากการเจ็บไข้ได้ป่วยจะเป็น 1.19 และ 1.25 เป็นอัตราตายของพวกที่ไม่มี อาชีพ จากการศึกษาโดยทั่วไปแล้ว พบว่า อัตราการเจ็บไข้ได้ป่วย และอัตราตายในหมู่ เกษตรกรและช่างเทคนิคจะน้อยกว่าอาชีพอื่น⁴ นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยในค่านการศึกษา ยังเป็นตัวกำหนดที่สำคัญโดยกลุ่มผู้ชายผิวขาวที่ไม่มีการศึกษา จะมีอัตราการป่วย และอัตรา ตายสูงกว่าผู้ชายผิวขาวที่มีการศึกษาถึงระดับมหาวิทยาลัย ถึงร้อยละ 10 ส่วนสตรีที่ไม่มี

¹ Franz J. Ingelfinger, Incontrovery in Internal Medicine, Philadelphia : Saunders, 1974, p 145

² Ibid, p 146

³ E. Kitagawa and Philip M. Hauser, Differential Mortality in the United States : A Study in Socioeconomic Epidemiology, Harvard University Press, 1973, p 37

⁴ Ibid, p 40

การศึกษา จะสูงกว่าสตรีที่มีการศึกษาถึงร้อยละ 50¹

การศึกษาของ Zola เกี่ยวกับ ปัจจัยในค่านิยมวัฒนธรรมที่มีผลต่อความรู้สึก ในเรื่อง การเจ็บไข้ได้ป่วย และการรักษาสุขภาพอนามัย โดยแบ่งกลุ่มที่จะศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ชาวไอริช และชาวอิตาเลียน จากการศึกษา พบว่าแต่ละกลุ่มจะมีค่านิยมที่ต่างกัน เกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วยแตกต่างกัน ชาวอิตาเลียนมีลักษณะของวัฒนธรรมในลักษณะของการเปิดเผย เมื่อเป็นโรคอะไรเพียงเล็กน้อย จะถือเป็นเรื่องใหญ่ที่ต้องรีบเข้ารับการศึกษาพยาบาล ในขณะที่ชาวไอริชเมื่อมีความรู้สึกไม่สบายหรือเป็นโรคอะไรก็ตาม มักจะเก็บเงียบ เพื่อไม่ต้องการให้เกิดความลำบากใจแก่ผู้อื่น ทั้งนี้เพราะวัฒนธรรมของชาวไอริช มีค่านิยมที่ว่า "การพูดให้น้อยที่สุดเป็นการดี"²

ปัจจัยในค่านิยมโครงสร้างของครอบครัว ก็นับว่าเป็นตัวกำหนดที่สำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติในการอนามัย จากการศึกษาของ Mc Kinley ในปี 1973 พบว่า ในครอบครัวขยาย (Extended family) ซึ่งมีญาติอาศัยอยู่ในครัวเรือน เช่น ปู่, ท้า ฯลฯ การตัดสินใจของบุคคลในการรักษาสุขภาพ หรือการปฏิบัติในค่านิยมต่าง ๆ ไม่ใช่ขึ้นอยู่กับตัวบุคคล แต่จะขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของเครือญาติ และสมาชิกในครัวเรือน และสรุปได้ว่า สมาชิกในครอบครัวขยายส่วนมากมักจะมีการปฏิบัติในค่านิยมที่ไม่ถูกต้องลักษณะ

¹ Evelyn Kitagawa and Philip M. Hauser "Education Differentials in Mortality by Cause of Death, United States 1960-1964", Demography, 5 : 1 (1968), pp 318-353.

² Irving K. Zola, "Culture and symptoms : an analysis of patients presenting complaints", American Sociological Review, 31 (1966), pp. 615-629.



เมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกในครอบครัวเดี่ยว ¹

ปัจจัยในค่านาศาสนาและความเชื่อ ก็นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดที่สำคัญ จากการศึกษาของ Phillips และ Feldman ในปี 1973 เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางศาสนา และการปฏิบัติในค่านาการอนามัย พบว่า พิธีกรรมทางศาสนาที่เกี่ยวข้อง กับการรักษาโรค เช่น การรักษาโรคโดยวิธีไสยศาสตร์, ความเชื่อดั้งเดิม มีผล หรือมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการปฏิบัติในค่านาการอนามัย กล่าวคือ พวกที่ไม่ได้นับถือศาสนาคริสต์ ในนิกายออร์ทอดอกซ์ เช่น กลุ่มอเมริกันอินเดียน และอีกหลาย ๆ กลุ่ม จะมีทัศนคติที่ตรงข้าม กับการปฏิบัติในค่านาการอนามัยที่ถูกต้อง จากการศึกษาพบว่า ผู้นำทางศาสนา และพอมค หมดี มีอิทธิพลมากต่อทัศนคติของประชากรเกี่ยวกับการปฏิบัติในค่านาการอนามัยที่ถูกต้อง นอกจากนั้นยังพบว่า ภูมิหลังทางศาสนาของผู้ปฏิบัติงานในค่านาการอนามัย เช่น หมอ พยาบาล ฯลฯ มีอิทธิพลมากต่อการปฏิบัติงานของบุคคลเหล่านั้น ² จากบทความของ วีรวัฒน์ หงสกุล โคษฐ์ให้เห็นว่า สภาพของชาวประมงที่ชายทะเลของไทยนั้น ผันแปรไปมาตลอด ชาวประมงมุสลิม ในเขตจังหวัดชายทะเลภาคใต้มีสถานะแตกต่างไปจากชาวประมงที่นับถือพุทธ แม้มันเขตที่ใกล้เคียงกัน ³ แสดงให้เห็นว่าศาสนาก็นับว่ามีอิทธิพลสำคัญอย่างหนึ่งต่อแบบแผนการเป็นอยู่ และแบบแผนพฤติกรรมของประชากร

¹ J. Mc kinley (ed.) Research Methods in Health Care, New York : Prodist, 1973

² D.P. Phillips and K.A. Feldman, "A dip in deaths before ceremonial occasions : some new relationships between social integration and mortality" American Sociological Review, 38 Dec, 1973), pp. 678-696.

³ วีรวัฒน์ หงสกุล, การบริหารการประมงทะเลของไทย, ชาวประมงเพื่อชาวประมง ปีที่ 8 ฉบับที่ 1, มกราคม 2524, หน้า 26

อายุ ,
 อายุเราจะไม่มีจรรยาบรรณทางประชากรปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ Kingsley Davis โลกกล่าวว่า

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์, การย้ายถิ่น และภาวะการตายจะมีความหมายได้
 จะต้องมีปัจจัยทางคานาเพศ และอายุเข้ามาเกี่ยวข้องของควย ¹ ในเรื่องของการปฏิบัติในคาน
 การอนามัยของประชากรก็เช่นกัน

จากการศึกษาโดย วชิระ สิงหะคเชนทร์ ในส่วนที่เกี่ยวกับการใช้บริการ
 สาธารณสุขเมื่อมีคานในวัยเจริญวัย พบว่า การใช้บริการสาธารณสุข มีใช้กันมากในทุก ๆ
 กลุ่มอายุ และพบว่าสตรีในกลุ่มอายุ 45-49 ปี ใช้บริการน้อยที่สุด คือมีเพียงร้อยละ 43.6
 แต่ในขณะที่เดียวกัน สตรีกลุ่มนี้ จะไปใช้บริการในคานอื่นแทน โดยไปหาหมอกดางบ้าน
 มากกว่าทุกกลุ่มอายุ ทั้งนี้เป็นเพราะสตรีในกลุ่มนี้มีอายุมาก การยอมรับการรักษาพยาบาล
 ต่าง ๆ ใประสขการณ การเรียนรู้ใคมากกว่ากลุ่มอายุที่น้อยกว่า และยังมีคานนิยมที่จะ
 ใช้บริการที่ง่ายและสะดวกต่อการติดต่อมากกว่าในกลุ่มอายุอื่น ๆ จึงเป็นเหตุใคให้มีการเลือก
 ใช้บริการต่าง ๆ ใคมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ²

จากการศึกษาของ Danial พบว่า ในเรื่องของการรักษาอนามัย พบว่า
 ในปัจจุบันวัยรุ่นที่มีอายุ 13-15 ปี สุนัขหรือเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่อัตราการสุนัขหรือในหมู่
 สูงอายุเริ่มลดลงอย่างมาก และยังพบว่าการสุนัขหรือทำให้บุคคลมีลักษณะแก่กว่าวัยที่ควร

¹ Kingsley Davis, Human Society, New York : The Macmillan
 Company, 1969, p 553

² วชิระ สิงหะคเชนทร์, ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการสาธารณสุข,
 และการวางแผนครอบครัวของสตรีไทยในวัยเจริญพันธุ์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ,
 (วิทยานิพนธ์ชั้นปริญญาโทมหาวิทยาลัย แผนกวิชาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 2523), หน้า 92

จะเป็น และผิวหนังเหี่ยวย่น¹

จากการศึกษาในทางประเทศ ในเรื่องของสุขภาพฟัน โดย Andersen และคณะ พบว่า ผู้สูงอายุตั้งแต่วัย 65 ปีขึ้นไป เข้ารับการตรวจจากทันตแพทย์เพียงร้อยละ 29 ในขณะที่ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 17-24 ปี มีร้อยละ 57 และผู้ที่มีอายุในช่วง 25-44 ปี มีร้อยละ 55 จากการศึกษานี้พบว่า ยิ่งอายุมากขึ้นเท่าใด การที่จะไปตรวจสุขภาพฟันยิ่งลดลง ในขณะที่ผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นเท่าไร จำนวนครั้งในการไปตรวจสุขภาพของร่างกายก็ยิ่งเพิ่มขึ้น จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ที่อยู่ในวัยระหว่าง 25-64 ปี เข้ารับการตรวจสุขภาพเพิ่มเป็น 5.0 ครั้งต่อปี และผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เข้ารับการตรวจสุขภาพเฉลี่ยแล้วถึงปีละประมาณ 6.7 ครั้ง² ส่วนในเรื่องของสุขภาพร่างกายนั้น พบว่า มีความแตกต่างกับเรื่อง

สุขภาพฟัน, จากรายงานการสำรวจสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาทั้งในเขตชนบทและเมืองในปี 1962 พบว่ามีความแตกต่างในเรื่องของโรคคุดเขี้ยว นั่นคือผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี มีโอกาสเป็นโรคคุดเขี้ยวมากกว่าผู้ที่อายุระหว่าง 15 ถึง 44 ปี และผู้ที่อายุระหว่าง 45 ถึง 64 ปี ถึงร้อยละ 12.5 และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี มีโอกาสเป็นโรคคุดเขี้ยวน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเพียงเล็กน้อย³

¹ Harry w. Danial, "Smokers" Wrinkles : A Study in the Epidemiology of "Crow's Feet, Annals of Internal Medicine, 75 (December, 1971), p 873.

² Andersen et al., op. cit., pp. 63-64

³ David Mechanic, Medical Sociology, New York : The Free Press, Second Edition, 1978, p 195.

แนวความคิดที่เป็นแนวทางในการศึกษา

สำหรับในการศึกษาในครั้งนี้ จะได้นำแนวความคิดเกี่ยวกับความแตกต่างทางสังคม (Social differentiation) ซึ่งเป็นเรื่องของความแตกต่างระหว่างบุคคลและความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องขององค์ประกอบทางกายภาพ เช่น เพศ เชื้อชาติ อายุ ฯลฯ และมีปัจจัยที่แตกต่างกันอย่างอื่น ๆ เช่น สถานภาพทางสังคม, วัฒนธรรม, การศึกษา, รายได้ เมื่อได้กล่าวถึงความแตกต่างทางสังคมแล้ว จะได้นำกล่าวต่อไปถึงการจัดลำดับชั้นทางสังคม (Social Stratification) ทั้งนี้เพราะทุกสังคม เมื่อมีความแตกต่างทางสังคมแล้ว โดยมากจะต้องมีการจัดลำดับชั้นทางสังคม ทั้งนี้เพื่อที่จะประเมินว่าสมาชิกของสังคม ซึ่งมีความแตกต่างกันนั้นใครจะเป็นฝ่ายที่สูงกว่า หรือต่ำกว่า ซึ่งถ้าจะพยายาย ๆ ก็คือการจัดลำดับชั้นทางสังคมก็คือ การจัดสมาชิกของสังคมออกเป็นกลุ่มย่อย ๆ ซึ่งแต่ละกลุ่มก็จะมี ความแตกต่างกันออกไปนั่นเอง ¹

¹ Walter Buckley "Social Stratification and Social Differentiation", American Sociological Review, 23 (August, 1958), pp 369-375

สำหรับจุดสำคัญของแนวความคิดที่จะนำมาเป็นแนวทางในการสร้าง สมมุติฐาน
ในการศึกษา คือ ความแตกต่างทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบแผนของชีวิตซึ่งแตกต่าง
กันในแต่ละชั้นทางสังคม จะมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อพฤติกรรมของบุคคลซึ่งอยู่ในแต่ละชั้น
สังคมนั้น ๆ และนอกจากนั้นยังมีอิทธิพลต่อโอกาสของชีวิตของบุคคลในแต่ละชั้นทางสังคม
อีกด้วย

แบบแผนของชีวิต ตามความหมายของ Max Weber แล้ว จะหมายถึง
แบบแผนของพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การสวมใส่เสื้อผ้า, คำพูด, ความคิด, รวมตลอดจนถึง
ทัศนคติ, ค่านิยม, ความเชื่อทางศาสนา และแบบแผนของสถาบันต่าง ๆ เช่น สถาบันครอบครัว
 ฯลฯ แต่ที่จะศึกษารึ้นที่จะนำมาเฉพาะทัศนคติ, ค่านิยม และความเชื่อทางศาสนา เท่านั้น

โอกาสของชีวิต หมายถึงโอกาสหรือความเป็นไปได้อันใดที่จะได้รับความผาสุก ซึ่ง
รวมไปถึงความผาสุกทางกายภาพ, สุขภาพอนามัย, ความมีอายุยืนยาว, การหย่าร้าง,
ความสำเร็จในการศึกษา, ความสำเร็จในทางอาชีพ, และภาวะเจริญพันธุ์²

มีผลงานวิจัยมากมายที่สนับสนุนแนวความคิดดังกล่าว ซึ่งพอจะยกตัวอย่างให้เห็น,
ผลงานวิจัยแรกเป็นการศึกษาของ Dennis H. Wrong เรื่องแนวโน้มของภาวะเจริญพันธุ์

¹ Melvin M. Tumin, Readings on Social Stratification, London :
Prentice-Hall international, Inc, p 179

² Ibid, p 140

ของชนชั้นในสังคมตะวันตก (Trends in Class Fertility in Western Nations) ได้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของชั้นทางสังคม และแบบแผนของชีวิตของแต่ละชั้นทางสังคมว่ามีอิทธิพลอย่างมากต่อภาวะเจริญพันธุ์ และ wrong ได้คาดการณ์ในอนาคตว่า การที่จะลดภาวะเจริญพันธุ์ได้ จะต้องเปิดโอกาสให้มีการเลื่อนชั้นทางสังคมได้ โดยให้ประชากรมีทัศนคติที่จะลดจำนวนบุตรลง เพื่อตนเองจะได้สะดวกต่อการเลื่อนชั้นทางสังคม ซึ่ง wrong ได้วางแนวความคิดนี้มาจากนักประชากรศาสตร์ คนหนึ่งคือ Arsine Dumont และได้อ้างผลงานวิจัยของ Charles F. Westoff ที่ว่า ความแตกต่างระหว่างภาวะเจริญพันธุ์ในแต่ละชนชั้น มีความสัมพันธ์ หรือมีผลมาจากลักษณะทางเศรษฐกิจ และสังคม และความตองการที่จะเลื่อนชั้นทางสังคม ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือชนชั้นกลางมีแนวโน้มที่จะลดภาวะเจริญพันธุ์ ลงไ้มากที่สุด เพราะต้องการที่จะเลื่อนชั้นทางสังคมให้สูงกว่าเดิม ¹

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ William J. Goode เกี่ยวกับโอกาสของชีวิต ในด้านการสมรส และการหย่าร้าง ซึ่งแตกต่างกันตามลักษณะของชนชั้นทางสังคม จากการศึกษาพบว่า ความแตกต่างของชั้นทางเศรษฐกิจ และสังคม จะมีผลต่ออัตราการหย่าร้างอย่างมาก ทั้งนี้เพราะบุคคลในแต่ละชั้นทางเศรษฐกิจ และสังคม จะมีแบบแผนของชีวิตในแง่ของค่านิยม, ศีลธรรมภายในจิตใจ และพฤติกรรมต่าง ๆ แตกต่างกันไป เช่น ในบางชนชั้นภรรยาที่มีอิสระในทางเศรษฐกิจไม่ต้องขึ้นกับสามี จึงทำให้ความผูกพันทางเห็นกัน เป็นต้น ฯลฯ ²

สำหรับในการศึกษารั้งนี้ จะเป็นการศึกษาถึงโอกาสของชีวิตในเรื่องของสุขภาพอนามัย ดังนั้นจึงเอาแนวความคิดดังกล่าวข้างตนมาเป็นแนวทางในการศึกษา ทั้งนี้เพราะเรื่องของความแตกต่างกันในทางสังคมที่เกี่ยวกับการอนามัย, การเจ็บไข้ได้ป่วย และการตายนี้ เป็นปรากฏการณ์ที่มานานแล้ว และนักสังคมศาสตร์ในปัจจุบันได้หันมาให้ความสนใจในเรื่องนี้

¹ Ibid, pp 141-154

² Ibid, pp 154-170

กันมาก เพราะยังไม่ค่อยมีการค้นคว้าวิจัยในรายละเอียดกัน¹ และถ้าจะมองกันให้ถี่ถ้วน
จะพบว่า การรณามัยตลอดจนการเจ็บไข้ได้ป่วยของสมาชิกในสังคม เป็นดัชนีที่สำคัญที่ชี้ให้เห็น
เห็นถึงระดับของการพัฒนา และความแตกต่างทางสังคมได้

สำหรับในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อลักษณะของการปฏิบัติในค่านการรณามัย
และการสาธารณสุขในหมู่บ้านประมง การที่ได้นำเอาแนวทางการคิดดังกล่าวมาเป็นแนวทาง
ทาง ทั้งนี้เพื่อที่จะดูว่า ประชากรในหมู่บ้านประมง ซึ่งเป็นชาวชนบทส่วนหนึ่งของประเทศไทย
มีโอกาสในค่านการรณามัยและการสาธารณสุขอย่างไร? และมีปัจจัยในค่านแบบแผนของ
ชีวิตและชั้นทางสังคมเป็นตัวกำหนดในการปฏิบัติอย่างไรบ้าง? นอกจากนี้ จากแนวความคิด
ดังที่ได้นำมาในข้างต้น สถานที่ตั้ง เช่น หมู่บ้านประมงที่พัฒนาแล้ว และที่ยังไม่ได้พัฒนา
จะมีลักษณะในการปฏิบัติในค่านการรณามัยของประชากรแตกต่างกันอย่างไร? แบบแผน
ของชีวิตของบุคคลในแต่ละศาสนา และค่านิยมก่อให้เกิดการปฏิบัติในค่านการรณามัยแตกต่างกัน
อย่างไร จากทฤษฎีแนวความคิดดังกล่าวข้างต้น พอจะนำมาอุปนัยและตั้งเป็นสมมติ -
ฐานได้ดังนี้ คือ

สมมติฐานสำคัญ "ปัจจัยทางค่านเศรษฐกิจ สังคม และประชากรตลอดจนจะมี
ผลต่อทัศนคติ หรือ ความต้องการในค่านการรณามัยของประชากรในหมู่บ้านประมง"

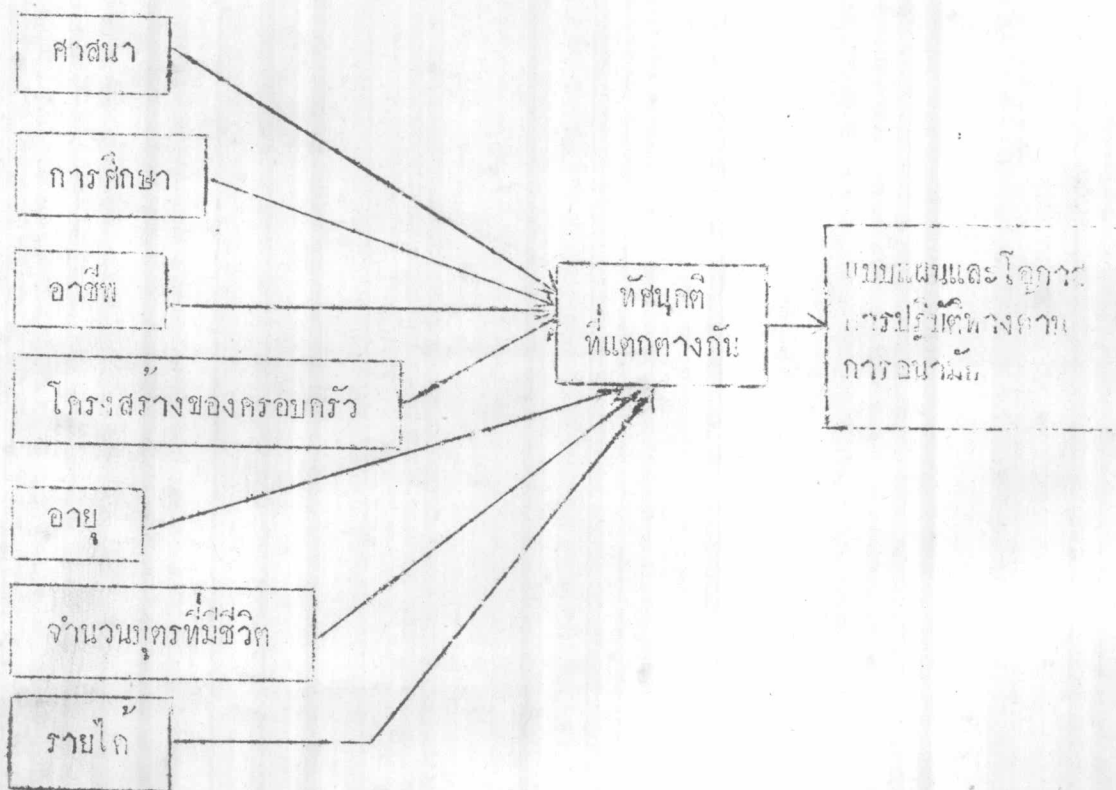
สมมติฐาน

- 1) ผู้ที่มีรายได้ที่สูงกว่า น่าจะมีโอกาสในค่านการรณามัยดีกว่าผู้ที่มีราย
ได้น้อยกว่า
- 2) ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง น่าจะมีโอกาสในค่านการรณามัยดีกว่าผู้ที่มี
ระดับการศึกษาต่ำกว่า

¹Otis D. Duncan, "Discrimination Against Negroes"

- 3) ผู้ที่มีอาชีพอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อาชีพประมงจะมีโอกาสในด้านการอนามัยดีกว่าผู้ที่มีอาชีพประมง
- 4) ผู้ที่มีถือศาสนาพุทธจะมีโอกาสในด้านการอนามัยดีกว่าผู้ที่มีถือศาสนาอิสลาม
- 5) สมาชิกในครอบครัวเดี่ยว จะมีโอกาสในด้านการอนามัยดีกว่าสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวขยาย
- 6) ผู้สูงอายุจะมีการปฏิบัติในด้านการอนามัยดีกว่าผู้ที่ยังอายุน้อยกว่า
- 7) ผู้ที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตมากกว่า จะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติในด้านการอนามัยดีกว่าผู้ที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตน้อยกว่า

เพื่อที่จะก่อให้เกิดความชัดเจน สามารถสร้างแบบจำลองแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ดังนี้



ขอบเขตของการศึกษาและปัจจัยที่จะพิจารณาประกอบ

ขอบเขตในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ จะสนใจเฉพาะลักษณะของการปฏิบัติทางการ
การอนามัย และการสาธารณสุขของประชากรในเขตหมู่บ้านประมง โดยจะศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ
ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ และทัศนคติในด้านการอนามัย และการสาธารณสุข โดยมีขอบเขตของ
ปัจจัยต่าง ๆ ที่จะนำมาพิจารณาประกอบ ดังนี้ คือ

- ก. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รัศมีรายได้
- ข. ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ อาชีพ, ระดับการศึกษาของคู่สมรส, โครง
สร้างของครอบครัว, ศาสนาและความเชื่อ
- ค. ปัจจัยทางประชากร (Demographic factors) ได้แก่ อายุ, จำนวนบุตร
ที่มีชีวิต

ทั้งนี้ เพื่อจะศึกษาถึงผลกระทบของปัจจัยดังกล่าวที่มีต่อการปฏิบัติในการอนามัย
และการสาธารณสุขของประชากรในเขตหมู่บ้านประมง

วิธีเก็บข้อมูลและลักษณะของข้อมูล

ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลในแบบปฐมภูมิ ซึ่งจะนำมาจากโครงการวิจัยลักษณะทางเศรษฐกิจ
สังคม และประชากรของหมู่บ้านประมง ในระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2521 ซึ่ง
ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งได้ให้การสัมภาษณ์
ประชากรในหมู่บ้านประมงที่ตกเป็นตัวอย่างใน 3 จังหวัด ได้แก่ ระยอง, เพชรบุรี และพังงา

และข้อมูลที่จะนำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ในการทำวิทยานิพนธ์จะได้นำมาเฉพาะ 5 ส่วนที่เกี่ยวกับการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร จากทั้งหมด 9 ส่วน โดยจะนำมาเฉพาะ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกเกี่ยวกับสมาชิกในครัวเรือน

ส่วนที่ 2 อาชีพ

ส่วนที่ 3 สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

ส่วนที่ 6 สุขภาพและอนามัย

ส่วนที่ 8 การตั้งครรภ์ และการให้กำเนิด

วิธีวิเคราะห์, การนำเสนอข้อมูลและตัวแปรที่สำคัญ

สำหรับในเรื่องของการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น จะได้รวบรวมข้อมูลจากการสำรวจ ในโครงการวิจัยลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของหมู่บ้านประมง ซึ่งสำรวจโดย สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยจะนำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งจำเป็นต้องใช้การประมวลผลโดยเครื่องจักร คอมพิวเตอร์ และการนำเสนอข้อมูลจะใช้ ตารางร้อยละ และตารางที่ใช้วิธีในทางสถิติศาสตร์ที่เหมาะสม เช่น ไค-สแควร์ และอื่น ๆ เข้ามาประกอบแล้วแต่กรณี สำหรับตัวแปรที่จะนำมาหาความสัมพันธ์และใช้ในการวิเคราะห์ พอจะแบ่งได้เป็น 3 หมวดใหญ่ ๆ คือ

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ รายได้, การศึกษา, ศาสนา, อาชีพ, โครงสร้างของครอบครัว, อายุ, ความเจริญของชุมชน, จำนวนบุตรที่มีชีวิต

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ การปฏิบัติทางด้านการอนามัย โดยแบ่งเป็น 2 พวก คือ

1) การรักษาพยาบาล, การปลูกฝีฉีดยา

2) การสุขาภิบาล เช่น การใช้แปรงสีฟัน และรองเท้า, การใช้สวม,

การใช้น้ำ

ตัวแปร คือ สถานที่ตั้งของชุมชน

หน่วยที่ใช้ในการศึกษา หัวหน้าครัวเรือนในแต่ละครัวเรือน

เค้าโครงในการศึกษา

สำหรับในการศึกษา ในหัวข้อ "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติทางด้านการอนามัย และการสาธารณสุขในเขตหมู่บ้านประมง" จะไต่แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ คือ

ก. ในส่วนที่ 1 เป็นการกล่าวถึงบทนำ, ความสำคัญของปัญหา, ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง, แนวความคิดที่สำคัญของการศึกษา, ขอบเขตในการศึกษา และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา ตลอดจนกล่าวถึงคำถามต่าง ๆ ที่จะใช้ในการศึกษา

ข. ในส่วนที่ 2 จะกล่าวถึงระเบียบวิธีวิจัย และลักษณะโดยทั่วไปของข้อมูล เช่น ลักษณะทางประชากร ลักษณะทางเศรษฐกิจ และสังคม ลักษณะที่ตั้งของหมู่บ้าน ตลอดจนลักษณะการพัฒนาของหมู่บ้าน

ค. ในส่วนที่ 3 เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ในด้านปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และประชากรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในด้านการอนามัย ในลักษณะของการเจ็บไข้ได้ป่วย และการรักษาพยาบาล ตลอดจนทัศนคติต่าง ๆ เกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วย

ง. ในส่วนที่ 4 เป็นการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร ในด้านปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในด้านการอนามัย ในชีวิตประจำวัน เช่น น้ำดื่ม น้ำใช้, การใช้แปรงสีฟัน อุปกรณ์ที่สะอาดถูกหลักอนามัย เช่น การใช้ส้วมซึม

จ. สรุป, วางเป็นหลักทั่วไป (Empirical Generalization) และ Logical Deduction เพื่อนำมาสู่การอธิบายทางทฤษฎี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

เนื่องจากในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษเกี่ยวกับลักษณะของการปฏิบัติในด้านการอนามัย และการสาธารณสุขของประชากรในเขตหมู่บ้านประมง ซึ่งเป็นที่แน่นอนว่า

ประชากรส่วนใหญ่ย่อมจะต้องมีอาชีพประมง และการวิจัยเกี่ยวกับการอนามัยของชาวประมง
ยังไม่ค่อยมีการศึกษากันอย่างกว้างขวางนัก ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ จะทำให้

- 1) ได้ทราบถึงลักษณะความแตกต่างในด้านการปฏิบัติในด้านการอนามัย
ระหว่างประชากรที่มีอาชีพประมง และอาชีพอื่น ๆ ในเขตชนบท เช่น อาชีพเกษตรกร
- 2) ได้ทราบถึงปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อโอกาสในการปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติ
ในด้านการอนามัย และการสาธารณสุขที่ถูกสุขลักษณะของประชากรในเขตหมู่บ้านประมง ซึ่ง
เป็นชาวชนบทส่วนหนึ่งของประเทศ อันอาจจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัจจัยที่พบ
ว่าไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติในด้านการสาธารณสุขที่ถูกสุขลักษณะ
- 3) อาจค้นพบความแตกต่างในด้านการปฏิบัติ ในด้านการอนามัยและ
สาธารณสุขที่ถูกสุขลักษณะระหว่างประชากรในเขตชุมชนที่พัฒนาแล้ว และชุมชนที่ยังมีการพัฒนา
น้อยอยู่
- 4) การศึกษาที่ออกมา นอกจากอาจจะเป็นประโยชน์ในการวางแผน
ถึงคราวมาข้างตนแล้ว ยังอาจจะเป็นแนวทางแก่ผู้ที่สนใจจะนำไปศึกษาต่อ ในขนาดตัวอย่าง
ที่ใหญ่ขึ้น ทั้งนี้เพราะข้อจำกัดของข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือขนาดตัวอย่างมีน้อยอยู่ คือ
ประมาณ 638 ครัวเรือนเท่านั้น อาจจะทำให้มีข้อโต้แย้งหรือยังไม่เพียงพอที่จะเป็นตัวแทน
ของประชากรทั้งหมดได้ นอกจากนั้นในการศึกษาต่อจากการศึกษา ในครั้งนี้ โดยมีขนาด
ตัวอย่างใหญ่ขึ้น ยังจะทำให้สามารถวางเป็นหลักทั่วไป (Generalization) ได้แน่นอน
ยิ่งขึ้น
- 5) ผลการศึกษาที่ออกมา อาจจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เข้าไปปฏิบัติงาน
ในด้านการอนามัย และสาธารณสุข ในเขตชนบทโดยเฉพาะหมู่บ้านประมง เช่น แพทย์,
พยาบาล และพัฒนากร เป็นต้น

6) เนื่องจากการศึกษานี้ เป็นการพิสูจน์สมมติฐานที่มาจากแนวความคิดเกี่ยวกับความแตกต่างทางสังคม (social differentiation) ดังนั้น เมื่อมาศึกษาในหมู่บ้านประมง ซึ่งมีลักษณะอาชีพเฉพาะและเป็นชุมชนในชนบทของประเทศไทย ดังนั้นจึงอาจได้ข้อค้นพบเพิ่มเติม และอาจนำมาวางเป็นหลักทั่วไปได้ในที่สุด

สรุปแล้วประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาคั้งนี้ นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผน และการปฏิบัติแล้ว ยังเป็นประโยชน์ในการ สริมสร้างทฤษฎีและแนวความคิดด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่าเป็นการศึกษาในเชิงปฏิบัติ (practical research) และเป็นการศึกษาในเชิงทฤษฎี (theoretical research) ไปพร้อมกันในตัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การปฏิบัติในด้านการอนามัยแบบปัจจุบันและถูกแบบแผน หมายถึง

ก) การใช้บริการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันในกรณีที่เกิดโรคร้ายไข้เจ็บ ได้แก่ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, สุขศาลา, คลินิก หรือรักษาโดยผดุงครรภ์ และพยาบาล รวมตลอดจนการปลูกฝี ฉีดยา เพื่อป้องกันและรักษาโรค

ข) การปฏิบัติในด้านการสุขาภิบาลในแบบปัจจุบัน ได้แก่

การใช้น้ำ - น้ำประปา, น้ำฝน, น้ำบาดาล

วิธีการเตรียมน้ำ - ทำน้ำให้สะอาดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ต้ม, กรอง

การใส่ส้วมซึม

การใส่แปรงสีฟัน และรองเท้า

การทำบริเวณบ้านให้สะอาด เช่น ไม่มีการเลี้ยงสัตว์ไว้ในบ้าน รวมตลอดจนโภชนาการ, การกินอาหารครบทุกชนิด และทุกมื้อ

การปฏิบัติในด้านการอนามัยแบบโบราณและผิดแบบแผน หมายถึง

ก) การใช้การรักษาพยาบาลโดยการไสยศาสตร์ ยากดางบ้าน หมอ
ตำแยและรักษาด้วยตนเอง รวมตลอดจนการไม่มีการปลูกฝี และ
ฉีดยา

ข) การปฏิบัติในด้านการสุขาภิบาลแบบดั้งเดิมและไม่ถูกสุขลักษณะ ได้แก่
การใช้น้ำ - น้ำบ่อ, น้ำคลอง, น้ำท่า
ไม่มีการเตรียมน้ำด้วยวิธีใด ๆ ทั้งสิ้น
การไม่ใช้ส้วมซึม
การไม่ใช้แปรงสีฟัน และรองเท้า
ไม่มีการทำบริเวณบ้านให้สะอาด
ไม่มีการโภชนาการที่ถูกต้อง เช่น การกินอาหารไม่ครบทุกมื้อ,
กินอาหารไม่ครบทุกประเภท

ฐานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ	หมายถึง	รายได้ 20,000 บาทต่อปี ลงมา
ฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางค่อนข้างต่ำ	"	รายได้ 20,001-30,000 บาท
ฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางค่อนข้างสูง	"	รายได้ 30,001-50,000 "
ฐานะทางเศรษฐกิจสูง	"	รายได้ 50,001 บาทต่อปี ขึ้นไป

การศึกษา

ผู้ที่ไม่มีการศึกษา	หมายถึง	ผู้ที่ไม่เคยเข้าเรียนหนังสือเลย
ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ	"	ผู้ที่เคยเรียนแต่โรงเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 และผู้ ถ่านออกเขียนได้
ผู้ที่มีการศึกษากึ่งกลาง	"	ผู้ที่เคยเรียนและจบประถมศึกษาปีที่ 4
ผู้ที่มีการศึกษาสูง	"	ผู้ที่เคยเรียนและเรียนต่อจากประถม 4 ขึ้นไป

อายุ

วัยหนุ่มสาว	หมายถึง	ผู้ที่มีอายุ 15-30 ปี
วัยกลางคน	"	ผู้ที่มีอายุ 31-50 ปี
วัยสูงอายุ	"	ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 51 ปี ขึ้นไป

โครงสร้างของครอบครัว

ครอบครัวเดี่ยว	หมายถึง	ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิก เฉพาะบิดา มารดา และบุตร
ครอบครัวขยาย	"	ครอบครัวที่นอกจากจำนวนสมาชิกจะมี บิดา มารดา และบุตรแล้ว ยังรวมไปถึง จำนวนเครือญาติที่เข้ามาอยู่รวมด้วย ภายในครัวเรือนเดียวกัน ตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไป

ความเจริญของชุมชน

จำแนกตามการวิจัยของโครงการวิจัยลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของหมู่บ้านประมง โดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดย

หมู่บ้านประมงที่มีการพัฒนามากที่สุด เป็นหมู่บ้านประมงใน จังหวัดระยอง

หมู่บ้านประมงที่มีการพัฒนาในระดับปานกลาง เป็นหมู่บ้าน ประมงในจังหวัดเพชรบุรี

หมู่บ้านประมงที่มีการพัฒนาน้อยที่สุด เป็นหมู่บ้านประมงใน จังหวัดพังงา

ศาสนา แบ่งประชากรที่ศึกษาเป็น 2 พวก คือ

- 1) ประชากรที่นับถือศาสนาพุทธ
- 2) ประชากรที่นับถือศาสนาอิสลาม

จำนวนบุตรที่มีชีวิต

จำนวนบุตรที่มีชีวิตมาก	หมายถึง	ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป
จำนวนบุตรที่มีชีวิตปานกลาง	"	3-4 คน
จำนวนบุตรที่มีชีวิตน้อย	"	1-2 คน

แบบแผนของชีวิต

หมายถึง กำนินิยมและความเชื่อต่าง ศาสนา