

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ข้อเท็จจริงอันหนึ่งซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปคือ จำนวนประชากรในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แม้ว่าปัจจุบันนี้หลายประเทศจะได้นำเอาโครงการอนามัยครอบครัวมาใช้เพื่อลดการเกิด และลดอัตราการเพิ่มของประชากร เพื่อให้พอเหมาะกับสภาพของประเทศ และให้ประชากรมีคุณภาพที่ดีต่อการพัฒนาชีวิต และความเป็นอยู่ที่เหมาะสม ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่มีประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งขนาดของประชากรไทยได้เติบโตขึ้นทำเท่าเศษในช่วงระยะเวลาประมาณ 66 ปี คือระหว่าง พ.ศ. 2453 จนถึงกลางปี พ.ศ. 2518 โดยประชากรเพิ่มจาก 8.3 ล้านคน ขึ้นมาเป็นประมาณ 43 ล้านคน¹ นับได้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนาประเทศหนึ่งที่มีภาวะเจริญพันธุ์อยู่ในระดับสูง และขณะเดียวกันภาวะการตายกำลังลดลงอย่างรวดเร็ว มีผลทำให้อัตราเพิ่มประชากรของประเทศอยู่ในระดับสูงไปด้วย อันก่อให้เกิดปัญหาตามมามากมายประการ² ที่จะเป็นอุปสรรคในการพัฒนาประเทศ

เกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพนั้น การมีบุตรจำนวนมากเกินความต้องการของตนเอง จะเป็นเหตุให้สุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของมารดาทรุดโทรมลง ไม่มีกำลังและความสามารถพอที่จะให้การเลี้ยงดูอบรม ให้การศึกษาอย่างเพียงพอ ตลอดจนไม่มีเวลาพอที่จะเอาใจใส่กระตือรือร้นในการประกอบอาชีพ เพื่อยกระดับฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัวให้ดีขึ้น การที่เด็กมีอัตรา

¹ คณะทำงานการคาดประมาณจำนวนประชากร, การคาดประมาณจำนวนประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2513-2553 (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สถาบันประชากรศาสตร์, 2519), หน้า 19 - 20

² นิพนธ์ เทพวัลย์ "ภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย" จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สถาบันประชากรศาสตร์, 2520 (ฮัดสำเนา)

เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น มีผลกระทบต่อสุขภาพพลานามัย อาทิ เช่น ปัญหาของโรคขาดธาตุอาหาร ซึ่งทึ่ความรุนแรงขึ้น เนื่องจากผู้เลี้ยงอุตสาหกรรมศึกษา โดยเฉพาะในชนบทของประเทศไทย ประชากรยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวและไม่มีรายได้เพียงพอในการเลี้ยงดูบุตร ทำให้ภาวะอนามัยของเยาวชนทรุดโทรมลง เมื่อเติบโตขึ้นก็ไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดปัญหาด้านแรงงาน และการพัฒนากำลังคนของชาติ

ในปี พ.ศ. 2502 คณะผู้เชี่ยวชาญจากธนาคารโลกได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มของประชากรในประเทศที่กำลังพัฒนาโดยชี้ให้เห็นถึงสาเหตุ และผลเสียของการเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็ว ที่ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม¹

โรเบิร์ต แม็คคามาธา ประธานกรรมการธนาคารโลก ได้กล่าวความเห็นต่อที่ประชุมใหญ่ประชาชาติ ที่กรุงวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี พ.ศ. 2513 เกี่ยวกับปัญหาประชากรของประเทศกำลังพัฒนาว่า อุปสรรคสำคัญอันใหญ่หลวงที่มีต่อความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากรส่วนใหญ่ของโลกในประเทศกำลังพัฒนา ก็คือ การขยายตัวอย่างรวดเร็วของประชากร หรืออัตราคนเกิดมาก และถ้าประชากรแผ่ขยายอย่างไม่จำกัดจำนวนเรื่อยไปเช่นนี้ จะทำให้ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจหยุดชะงักลง เพราะไม่สามารถเพิ่มผลผลิตให้เพียงพอกับความต้องการของประชากรได้ ธนาคารโลกจึงได้จัดตั้งหน่วยงานพิเศษขึ้นเพื่อศึกษาโครงการควบคุมประชากร และพบว่าความต้องการอันเร่งด่วนที่สุด ในเรื่องนี้คือควรพิจารณาให้ความช่วยเหลือทางด้านการศึกษา และคำแนะนำทางวิชาการเกี่ยวกับการคุมกำเนิด มากกว่าการให้เงินทุนช่วยเหลือเพียงอย่างเดียวแก่ประเทศเหล่านั้น²

สำหรับประเทศไทย อัตราการเพิ่มของประชากรในช่วงปี 2490 - 2503 มีประมาณร้อยละ 3.2 และในช่วงปี 2503 - 2513 มีอัตราการเพิ่มประมาณร้อยละ 2.76 **รัฐบาลไทย**

¹ I.B.R.D., A Public Development for Thailand. (Baltimore : Johns Hopkins Press, 1959), p. 3.

² วิทยาการพันโลก ไทยรัฐ (5 มิถุนายน พ.ศ. 2513) : 8

ก็ได้ตระหนักถึงปัญหาที่ และผลเสียอันจะเกิดขึ้นเนื่องจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากร ที่ต้องการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นในปี 2513 จึงได้ประกาศนโยบายลดอัตราการเพิ่ม ประชากร จากร้อยละ 3.2 ให้เหลือเพียงร้อยละ 2.5 ต่อปี ในปี 2518 โดยการคุมกำเนิดแบบ สุ่มครใจ¹

จากข้อมูลในการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรในช่วงระยะเวลา 5 ปี ของแผน พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (2515 - 2519) พบว่าประชากรเพิ่มในอัตราเฉลี่ย ประมาณร้อยละ 2.7 ต่อปี อัตรานี้ก็ยังคงนับได้ว่าเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง และแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520 - 2524) ก็ได้ให้ความสำคัญในด้านต่าง ๆ ของประชากร มากขึ้น พร้อมทั้งได้กำหนดเป้าหมายให้มีการลดอัตราการเพิ่มของประชากรให้เหลือร้อยละ 2.1 ในปี 2524 และเพื่อให้บรรลุผลถึงเป้าหมายดังกล่าว รัฐบาลได้เล็งเห็นถึงการขยายการบริการ คุมกำเนิด ให้เข้าถึงประชาชนที่อยู่ในเขตชนบท² การลดอัตราเพิ่มของประชากรดังกล่าว รัฐบาล จะต้องพยายามให้บริการแก่ประชากรไม่น้อยกว่า 2,266,607 คนในปี 2520 - 2524 ซึ่งเป็น จำนวนที่ค่อนข้างสูง รัฐบาลจึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากประชากรเป็นอย่างดี

ดังนั้นความพยายามที่จะนำไปสู่การลดอัตราการเพิ่มของประชากรก็คือความพยายามที่จะให้ ประชาชนเกิดความเข้าใจ ในการวางแผนครอบครัว (Family Planning) ซึ่งส่วนหนึ่งก็นำมา ใช้ก็คือ วิธีต่าง ๆ ของการคุมกำเนิด แต่อย่างไรก็ตามความต้องการที่จะให้การบริการคุมกำเนิด ประสิทธิภาพสำเร็จอีกประการหนึ่งคือ ระบบการให้บริการรักษาโรค ป้องกันโรค และส่งเสริม สุขภาพ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งผู้ให้บริการ รักษาโรค ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ มักจะเป็นบุคคลคนเดียวเท่านั้นกับผู้ให้บริการการคุมกำเนิด

¹Ralph Thomlinson, "Facts, Trends, Problems, and Policies" in Thailand's Population (Bangkok : Thai Watana Press, 1971), p. 23.

²National Economic and Social Development Board, The Fourth National Economic and Social Development Plan (1977-1978) pp. 97-98

หรืออาจเป็นคนเดียวกันกับผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวด้วยก็ได้ และโดยสภาพของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทยด้วยพัฒนาต่าง ๆ การรับบริการดังกล่าวยังมีปัญหาโดยมีความเข้าใจและคงคิดว่า แพทย์ (MD.) เท่านั้นที่จะเป็นผู้รักษาได้

จากการวิจัยของ John Bryant พบว่าโดยเฉลี่ยจำนวนชาวแอฟริกันไปรับบริการที่สถานี่รักษาอนามัย 2 ครั้ง ต่อปี และในสหรัฐอเมริกา ปรากฏว่าเฉลี่ยผู้ไปรับบริการที่สถานี่รักษาอนามัย 4 ครั้ง ต่อปี สำหรับในประเทศไทย มีจำนวนผู้ไปรับบริการจากสถานี่รักษาอนามัยเฉลี่ย 0.2 ครั้ง ต่อปีซึ่งตัวเลขที่พบในประเทศไทยแม้จะไม่ได้รวมการรับบริการจากเอกชน แต่ก็สามารถมองเห็นข้อเท็จจริงที่ว่า การมารับบริการของรัฐ จากสถานี่ให้การรักษามีลักษณะมา ใช้สถานี่บริการนี้บ่อยมาก²

Clerk E. Cunningham ได้รายงานไว้ว่า สถานี่อนามัยขั้นหนึ่งทางจังหวัดภาคเหนือแห่งหนึ่งของประเทศไทย มีชาวบ้านไปรับบริการน้อยมาก แต่กระนั้นสถานี่อนามัยแห่งนี้ก็มีชาวบ้านไปรับบริการมากกว่าสถานี่อนามัยแห่งอื่นโดยเฉลี่ย ซึ่งปรากฏการณ์นี้ก็ตรงข้ามกับประเทศที่กำลังพัฒนาต่าง ๆ ที่พบว่าส่วนใหญ่แล้วคนไข้จำนวนมากมักไปรับบริการจากหน่วยบริการของรัฐ³

ในประเทศไทยแหล่งการให้บริการรักษา มีความแตกต่างกัน และมีหลายแห่งตั้งในรูปแบบบุคคลและสถานี่ และที่สำคัญยิ่งหน่วยบริการทางการแพทย์ของรัฐก็เป็นเสมือนญาติที่ละไฮไปสู่อื่น

¹ สันหัตถ์ เสริมศิริ และเจมส์ เอ็ม โรสส์ "พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์-สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของคนไทย" (มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม พ.ศ. 2517) หน้า 2

² Bryant, John. "The Health Needs of Thailand : A Challenge to Traditional University Structure and Function" Journal of the Siam Society 58(1) (1970) P. 56.

³ Cunningham, Clerk E. "Thai Injection Doctors : Antibiotic Mediators." Social Science and Medicine 4(1) (1970), P. 6.



ความสำเร็จในระบบของการบริการรักษาฯ แต่ปรากฏว่าชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่รับบริการจากสถาน
ที่บริการของรัฐ แต่ไปรับบริการรักษาจากแหล่งอื่นแทน ซึ่งก็เป็นปัญหาที่น่าจะศึกษาถึงผลที่จะตาม
มาภายหลัง เกี่ยวกับการที่จะได้รู้ถึงความรู้ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวได้

ดังนั้นตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นประชาชนควรจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ในด้านการไปรับ
บริการสาธารณสุข ตลอดจนการวางแผนครอบครัวควบคู่ไปด้วย ซึ่งย่อมจะบรรลุถึงความสำเร็จ
เป็นไปตามเป้าหมาย ในการศึกษาที่จะลดอัตราเพิ่มของประชาชนในอนาคตได้ดียิ่งขึ้น

แนวความคิดที่สำคัญในการศึกษา

จากผลการศึกษาและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติปัจจัยต่าง ๆ ตลอดจนการดำเนินงาน
ในเรื่องการวางแผนครอบครัวของสตรีที่สมรสแล้ว หรือที่เกี่ยวข้องกับสถานะภาพความรู้ตลอดจน
พฤติกรรมต่าง ๆ ต่อการเจริญพันธุ์ของสตรีไทยก็ดี ถึงแม้จะมีผู้ศึกษามาแล้วค่อนข้างมาก ทั้งใน
และนอกประเทศก็ตาม ซึ่งล้วนแต่เป็นความพยายามที่จะให้ประชากรเกิดความเข้าใจหรือเพื่อ
หาปัญหาตลอดจนวิธีการ เพื่อให้เข้าใจในเรื่องการวางแผนครอบครัว หรือการคุมกำเนิดด้วย
วิธีต่าง ๆ อันจะเป็นแนวทางไปสู่การลดอัตราเพิ่มของประชากร เพื่อให้พอเหมาะ กับสภาพของ
ประเทศ และการมีประชาชนที่มีคุณภาพต่อการพัฒนาชีวิตและความเป็นอยู่ที่เหมาะสม และโดย
เฉพาะในประเทศไทย การรับบริการคุมกำเนิดและการรับบริการสาธารณสุขทั่ว ๆ ไป มักจะ
รับจากที่เดียวกัน อาทิเช่น อาจซื้อยาตามร้านขายยา คลินิกแพทย์ สถานพยาบาลของรัฐ ซึ่ง
แนวความคิดสำคัญของการศึกษาในครั้งนี้ก็เพื่อจะดูความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการสาธารณสุข
และการวางแผนครอบครัว ว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อาจเป็นแนวทางให้สนับสนุนสถาน
พยาบาลของรัฐในการเผยแพร่ การวางแผนครอบครัวผ่านทางสถานพยาบาลของรัฐ หรืออย่าง
ใดอย่างหนึ่ง เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ใช้การวางแผนครอบครัวมากขึ้น จะได้บรรลุผลในการที่
จะลดอัตราเพิ่มของประชากรที่ลดลงได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งที่จะศึกษา

1. ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน
2. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ในการใช้บริการสาธารณสุข

ต่อการวางแผนครอบครัว

3. เพื่อศึกษาถึงวิธีคุมกำเนิดวิธีใดที่สามารถทำให้เป็นที่นิยมของประชาชนทั่วไปได้ อันเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของโครงการวางแผนครอบครัว

4. เพื่อประโยชน์ต่อการศึกษาและใช้เปรียบเทียบกับการวิจัยอื่น ๆ

ผลการศึกษาและวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารรวมทั้งผลการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งของในประเทศไทย และประเทศอื่น ๆ ในเรื่องการใช้บริการสาธารณสุขและการวางแผนครอบครัว พบว่ามีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้สภาวะทั้งสองแตกต่างกันออกไป ซึ่งแยกพิจารณาได้ดังนี้

ก. การใช้บริการสาธารณสุข

จากการศึกษาค้นคว้าวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับการใช้บริการทางด้านสาธารณสุขนั้น มอทท์ (Mott) ได้ศึกษาถึงปัญหาบางประการของการรักษาพยาบาลในชนบทของประเทศไนจีเรีย หมู่บ้านโอโอบี เมืองฮิเบนโต ทางตะวันออกกลางของประเทศ โดยสัมภาษณ์หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 - 49 ปี พบว่าในหมู่บ้านนี้มีมีแพทย์ มีแต่ผดุงครรภ์และหมอกกลางบ้าน (Native Doctor) เท่านั้น คนในหมู่บ้านเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 41 จะรักษาโดยการซื้อยากินเอง เมื่อป่วยมาร้อยละ 40 จะรักษาโดยหมอกกลางบ้าน¹

¹ Frank L. Mott, "Some Aspect of Health Care in rural Nigeria."

จากการศึกษาวิจัยที่หมู่บ้าน เขมิเตจ ประเทศจาไมก้า พบว่าประชาชนที่ป่วยปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลดังนี้ ร้อยละ 71.8 ทำการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยอย่างน้อยหนึ่งโรค ร้อยละ 28.2 ไม่รักษาแต่อย่างใด และในพวกที่ทำการรักษาเมื่อเจ็บป่วยได้พบว่าร้อยละ 47.5 รักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานคลินิคหรือโรงพยาบาล ร้อยละ 25.4 รักษาโดยแพทย์แผนโบราณ ร้อยละ 18.8 รักษาผสมกัน และร้อยละ 8.3 ไม่ได้ทำการรักษาโดยวิธีใด ๆ ¹

เมื่อเกิดโรคร้ายไข้เจ็บขึ้น ชาวชนบทส่วนมากนิยมรักษาหมอกกลางบ้านมากกว่าไปรักษาที่แพทย์สมัยใหม่ ซึ่งชาวชนบทจะไปหาแพทย์แผนปัจจุบันก็ต่อเมื่อเป็นเรื่องจำเป็นจริง ๆ หมอกกลางบ้านไม่สามารถรักษาให้หายได้อีกแล้ว ที่เป็นเช่นนี้เพราะฐานะทางเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวยให้ คือไม่สามารถเสียค่ารักษาพยาบาลที่ค่อนข้างแพงได้²

รายงานสำรวจข้อมูลพื้นฐานของโครงการพัฒนา กลุ่มแม่กลองในส่วนที่เป็นข้อมูลด้านอนามัย พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่นิยมไปรับการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดอาการเจ็บไข้ได้ป่วยเล็กน้อย ๆ น้อย ๆ แต่จะพบว่าถึงร้อยละ 52 ซ้ำยากินเอง³

¹Mckenize H.I., etal. "Re-port Illness and its Treatment in Jamica Community," Social and Economic Studies, Vol. 16. No. 3, (September 1967). P. 267

²Hanks L.M., Jr., etal. "Diphtheria Immunization in a Thai Community" in Health Culture and Community, pp. 169-170. Edited by Benjamin D. Paul, N.Y. : Russel Sage Foundation, 1955.

³กวี สุวรรณกิจ, ล่าคร ธนนิตต์ และคณะ, รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานในโครงการพัฒนาชนบท กลุ่มแม่บ้านแม่กลอง (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2717) หน้า 183

การเจ็บป่วยในเขตพระนคร-ธนบุรี พบว่าการไปรักษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.3 ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกแพทย์ ร้อยละ 37.1 ซืยารักษาเองที่บ้านและไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 13.0¹

อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนแขวงสี่พระยาและมหาพฤฒาราม พบว่าสถานที่ไปทำการรักษา เมื่อเจ็บป่วยปรากฏว่าไปรักษาที่คลินิกแพทย์และซืยยากินเอง มีสัดส่วนพอ ๆ กัน คือ ร้อยละ 36.79 และ 34.55 ตามลำดับ ส่วนการรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของ กทม. มีร้อยละ 28.37 และการรักษาเวทมนต์ไสยศาสตร์มีเพียงร้อยละ 0.09 เท่านั้น²

การใช้บริการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้านอนามัยของประชาชนในเขตอำเภอเมืองหนองคาย พบว่า ประชาชนเคยใช้บริการเกี่ยวกับการรักษาผู้เจ็บป่วยดังนี้ (ผู้ตอบ ตอบได้มากกว่า 1 วิธี) ร้อยละ 24 รักษาโดยไย่ยากกลางบ้าน ร้อยละ 51 ซืยยามารักษาเอง ร้อยละ 31 รักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันหรือพยาบาลผดุงครรภ์ ร้อยละ 11 รักษาโดยแพทย์แผนโบราณ ร้อย-

¹ สมนุสรณ์ วีชัยโรทัย และคณะ, "รายงานการสำรวจการใช้บุคคลากรอนามัย และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชน" (พระนคร, กระทรวงสาธารณสุข, 2513) หน้า 29-32

² อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนแขวงสี่พระยาและมหาพฤฒาราม" (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต แผนกวิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา สาขาวิชาประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522) หน้า 33

ละ 8 รักษาหมอเถื่อน และร้อยละ 2 รักษาโดยรตน้ำมนต์ทรงเจ้าหรือหมอผี¹

จากรายงานการปฏิบัติงานพัฒนาอนามัยชนบทเปิดเสรี ณ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา เมื่อปี พ.ศ. 2518 ผลของการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 47.5 ซื้อมารักษาเอง และมีร้อยละ 39.2 ที่ไปรับบริการกับหน่วยงานของรัฐ แต่อย่างไรก็ตามจากประชากรทั้งหมดพบว่า มีร้อยละ 66.5 ที่เคยไปใช้บริการของรัฐ²

ที่อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา เมื่อปี พ.ศ. 2519 พบว่า การปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายในเวลาตั้งครรถ์ ร้อยละ 49.71 ซื้อมารักษาเอง ร้อยละ 42.53 ไปรักษาที่หน่วยงานของรัฐ และนอกนั้นพบว่าร้อยละ 3.66 ปลอมให้หายเอง ร้อยละ 4.10 ไปหาหมอกกลางบ้าน แพทย์ประจำตำบล และใช้วิธีทางไสยศาสตร์³

โจนส์ และ เชษฐ บัญประกิง กล่าวไว้ว่า เป็นการยากที่ประเทศไทยจะมีสัดส่วนของบุคคลากรทางด้านสาธารณสุขต่อประชากรใกล้เคียงมาตรฐานสากล ก่อนสิ้นศตวรรษนี้นอกจากว่า

1. รัฐมุ่งปรับปรุงในการรักษาสุขภาพอนามัยของประชาชนในชนบทให้ทั่วถึง
2. ลดจำนวนแพทย์และพยาบาลไปต่างประเทศให้น้อยลง
3. เร่งลดอัตราการเพิ่มของประชากร

¹ กรมพัฒนาชุมชน, "การวิจัยประเมินผล รายงานการสำรวจลักษณะเริ่มแรกของประชาชนในเขตโครงการขยายเขตพัฒนา อำเภอเมืองหนองคาย พ.ศ. 2504" (พระนคร : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, 2510) หน้า 89

² มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะสาธารณสุขศาสตร์, รายงานการปฏิบัติงานพัฒนาอนามัยเปิดเสรี ของนักศึกษาและอาจารย์มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2517-2518 (กรุงเทพฯ มหานคร : ศิวพรการพิมพ์, 2518) หน้า 55-56

³ มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะสาธารณสุขศาสตร์, รายงานการปฏิบัติงานพัฒนาอนามัยเปิดเสรีของนักศึกษาและอาจารย์มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2518-2519 (กรุงเทพฯ มหานคร : โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2519) หน้า 65

และกล่าวในเชิงดูจนถึงแม้จะมีการใช้บุคคลากร พาริเมดิคอล (Par-Medical) ปฏิบัติงานงาน
 แขนงบุคคลากรทางด้านการศึกษาที่ขาดแคลน แต่ก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ
 และให้ประชาชนมีความเชื่อถือในบุคคลากรนั้นได้เท่าที่ควร ในขณะที่ประชากรมีการเพิ่มอย่าง
 รวดเร็ว¹

เยาวรัตน์ ประภักษ์ยาม พบว่า หญิงอายุ 15 - 44 ปี ใช้บริการสาธารณสุขของรัฐบาล
 ในรอบ 1 ปี ที่จังหวัดลพบุรี อำเภอจะนะ มีร้อยละ 44.33 ที่อำเภอสะทิงพระ มีร้อยละ 25.60
 และที่จังหวัดลำปางมีร้อยละ 38²

Frederick A. Day และ Boonlert Leoprapai พบว่าผู้ที่เคยใช้บริการด้านการ
 แพทย์อนามัยในจังหวัดสุพรรณบุรี (ผู้ตอบมากกว่า 1 วิธี) แยกออกได้ว่า ร้อยละ 97.4 เคย
 ซื้อยากินเอง ร้อยละ 65.8 เคยไปหาหมอตำแย ร้อยละ 61.3 เคยไปที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อย
 ละ 58.7 เคยไปหาหมอปริญญา ร้อยละ 56.2 เคยไปหาพนักงานอนามัยและผดุงครรภ์ ร้อยละ 53.0
 เคยไปสถานอนามัยขึ้นห้อง ร้อยละ 50.7 เคยไปคลินิกเอกชน ร้อยละ 40.0 ไปหาหมอโบราณ
 ร้อยละ 39.5 เคยไปหาแพทย์ประจำตำบล ร้อยละ 37.2 เคยไปหาหมอศึกษา ร้อยละ 20.0 เคย
 ใช้โรงพยาบาลอำเภอ ร้อยละ 13.7 เคยไปโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 11.0 เคยไปศูนย์การ

¹ Gavin Jones and Chet Boonpratuang ; The Effect of Population
 Growth and Urbanization on the Attainment of Public Health Goals in
 Thailand (Bangkok, Manpower Planning Division, National Economic
 Development Board. 1972) p. 65

² Yawarat Porapakham, "Songkhla Integrated Rural Development
 Model" A Report on Community Baseline Suvey May 1977 (December 1977)
 p. 51

แพทย์และอนามัย ร้อยละ 7.3 เคยไปรักษากับหมอมือและเคยไปสำนักงานผดุงครรภ์ และร้อยละ 6.4 เคยไปรักษาคลินิกเคลื่อนที่ของหน่วยงานของรัฐ¹

เพ็ญศรี พิชัยสินธิ์ และคณะ ได้ศึกษาที่จังหวัดระยองพบว่า เมื่อทารกและเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 1-6 ปี) เจ็บป่วย ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.4 ของครอบครัวตัวอย่างจะพาไปหาแพทย์หรือพยาบาลที่คลินิกและสถานอนามัย ประมาณร้อยละ 33.6 จะซื้อยาจากคนขายยา ร้อยละ 3.2 รักษาตนเอง และร้อยละ 1.8 หาหมอกกลางบ้าน²

สิ่งที่มีจะพบเห็นอยู่เสมอ ๆ จากสภาพข้อเท็จจริงหรือการปฏิบัติ (actual) กับกฎเกณฑ์ที่วางไว้ (formal) มีความแตกต่างกันอย่างมากมาย ซึ่งลักษณะดังกล่าวเห็นได้ชัดในระบบการรักษาโรคฯ และการบริการรักษาของคนไทย เช่น กฎเกณฑ์ที่ระบุไว้ว่า เกสัชกร (ผู้จ่ายยา) จะจ่ายยาหรือขายยาอันตราย ต้องเป็นไปตามแพทย์สั่ง แต่สภาพที่เป็นจริงกลับพบว่า การขายยาอันตราย ไม่มีการใช้ใบสั่งแพทย์แต่อย่างใด และยังมีกฎเกณฑ์ที่ระบุไว้อีกว่า ผู้ที่จะซื้อยาได้จะต้องเป็นแพทย์หรือพยาบาล (หรือผดุงครรภ์ที่ได้รับคำสั่งจากแพทย์) แต่ในทางปฏิบัติก็มิใช่เช่นนั้น คือผู้ที่มิได้เป็นแพทย์ (และไม่ได้รับคำสั่งจากแพทย์) ได้ซื้อยาให้กับคนไข้ ซึ่งก็เป็น การยอมรับการกระทำดังกล่าวทั้งผู้ที่ให้บริการอยู่ปัจจุบัน และผู้ที่ต้องใช้บริการอย่างสละสลวยกันทุกแห่ง³

¹Frederick A. Day and Boonlert Leoprapai "Patterns of Health Utilization in Upcountry Thailand" A Report of the research project, Bangkok ; Thailand (December 1977) p. 55

²เพ็ญศรี พิชัยสินธิ์ และคณะ, "ความรู้ ทักษะ และสุขภาพอนามัยของแม่ ทารก และเด็กก่อนวัยเรียน ของครอบครัวกลุ่มมาชิกนิคมสร้างตนเอง จว.ระยอง" (ภาควิชาอนามัยแม่ และเด็ก, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, รายงานการวิจัย, (มกราคม, 2522) หน้า 29

³สันทิต เลิรมศิริ และ เจมส์ เจ็น โรสส์ "พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์", หน้า 36

ซึ่งจากผลของการที่เลือกใช้สถานที่ไปรับบริการต่าง ๆ ก็เห็นข้อแตกต่างของสถานที่เหล่านั้น
ได้ว่ามีผู้นิยมเช่นใดบ้าง

นอกจากนี้ยังได้พบว่า คนไข้ได้เลือกรักษากับหมอหลาย ๆ แห่งในเวลาเดียวกันใน
การป่วยครั้งหนึ่ง ทำให้คนไข้มีความสับสนในแหล่งบริการและบ่อยครั้งที่คนไข้คนหนึ่งไม่อาจจะ
รอดูผลที่หมอได้รักษาในกำหนดเวลา แต่กลับมองดูอาการว่าจะดีขึ้นหรือหายหรือไม่ในระยะเวลา
สั้น ๆ ถ้าไม่ดีขึ้นก็จะเปลี่ยนหมอใหม่ ซึ่งการรักษาครั้งต่อ ๆ มา ก็อาจจะสับสนเช่นเดียวกัน
และการนำข้อมูลของการรักษาและการใช้บริการด้านนี้ อาจสับสนและยุ่งยากมากที่จะบอกว่าผล
เป็นอย่างไร¹

จากโครงการสาปบางได้ศึกษาว่า เมื่อมีผู้ไม่สบายอยู่ในบ้าน ประชาชนส่วนใหญ่มักจะพา
ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ใดเป็นแห่งแรก ก็พบว่า ร้อยละ 60.3 ไปทำการรักษาตนเอง, ชื่อยามา
กินเอง ร้อยละ 14.0 พาไปโรงพยาบาลหรือที่ทำการฯของรัฐ ร้อยละ 12.2 พาไปรักษาที่
หมอกกลางบ้าน หมอโบราณ หมอเถื่อน และอีกร้อยละ 5.0 ไปรักษาที่อื่นนอกเหนือจากนี้²

ที่จังหวัดขอนแก่นพบว่า เมื่อมีลูกมาชุกในบ้านไม่สบาย ความคิดครั้งแรกที่จะพาไปรักษา
มีร้อยละ 33.3 ไปสถานีอนามัย ร้อยละ 29.1 ที่บ้านของอาสาสมัคร ร้อยละ 25.5 ไปพบ
แพทย์สมัยใหม่ ร้อยละ 5.3 ไปหาเพื่อนบ้านเท่ากับไปชื่อยากินเอง ร้อยละ 1.1 ไม่ไปไหน
และร้อยละ 0.4 ไปสำนักงานผดุงครรภ์³

¹ สันหัตถ์ เสริมศรี และ เจมส์ เอ็น ไรลีย์ "พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์
....." หน้า 39

² Ministry of Public Health "The Lampang Health Development
Project" A case study in Integrated Rural Health Care; (Ministry of
Public Health, Thailand, November 1978) p. 13

³ Suchart Prasith-rathsint, etal. "An Evaluative Research on the
Village Health Volunteer Programme of Khon Kaen University."
(Department of Social Sciences Mahidol University, 1978) p. 36



ข. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการ สาธารณสุข

1. ปัจจัยทางด้านประชากร

เกี่ยวกับการใช้บริการ สาธารณสุข พบว่า ประชากรเพศหญิงส่วนใหญ่จะ
ไปใช้บริการมากกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นแนวทางที่จะชักจูงได้จากเพศหญิงให้รู้จักการให้บริการด้าน
นี้ เพื่อเป็นสื่อแก่เพศชายและบุคคลอื่น ๆ ในบ้านได้¹

วชิรา กลีโกศล จากการศึกษา เรื่องปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ
อนามัยของแม่และเด็ก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า การปฏิบัติตัวเมื่อมี
การเจ็บป่วยของมารดาที่มีอายุน้อยและมีอายุมากพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างไรต่อการปฏิบัติตัว
ทางด้านการใช้บริการ สาธารณสุข คือมีการซื้อยากินเองร้อยละ 43.5 และ 40.0 ไปสถาน
บริการที่อนามัยร้อยละ 50.4 และ 51.8 นอกนั้นพบว่าไปรักษาแผนโบราณร้อยละ 6.1 และ
8.2 ตามลำดับ²

ในศ พ.ศ. 2520 จากรายงานการวิจัยของสายใจ คุ่มขนาน ในเรื่องปัจจัยที่ยังผล
ต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย พบว่า ชาวชนบทส่วนใหญ่ยังมีความ
เชื่อดัง ๆ ไม่เลื่อมใสในการแพทย์ปัจจุบันเนื่องจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ปัจจัยทางด้านประชากร
มารดาที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะรับบริการด้านการแพทย์วิธีแบบเก่าต่ำกว่ามารดาที่มีอายุมาก³

¹Frederick A. Day and Boonlert Leoprapai, "Patterns of Health Utilization . . .," P. 70

²วชิรา กลีโกศล "การวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ
อนามัยแม่และเด็ก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา" (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ : 2521) หน้า 62-63

³สายใจ คุ่มขนาน, ปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของชาวชนบทในประ-
เทศไทย (กรุงเทพมหานคร : มพท, 2520) หน้า 70

มอทท์ (Mott) ได้พบว่า ผลในทำนองเดียวกันที่มีอายุน้อยนิยมการรักษาพยาบาล
ในแบบแผนปัจจุบันมากกว่าหญิงที่มีอายุมาก ซึ่งยังคงใช้การรักษาแบบแผนโบราณอยู่มาก¹

จากรายงานของคณะสังคมฯ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ผู้ที่ไปปรึกษากับอาชวณามัย
เมื่อมีการเจ็บป่วยในบ้านเกิดขึ้น ส่วนใหญ่เป็นหญิงมากกว่าชาย และคนในกลุ่มอายุ 20-24 ปี
มักจะมีการสอบถามติดต่อกับอาสาฯ มากที่สุด รองลงไปก็กลุ่มอายุ 35-44 ปี²

การศึกษาเรื่องทัศนคติของประชาชนในชนบทต่อการรักษาพยาบาลแผนใหม่ พบว่า
ความนิยมของผู้มารับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการของกรมอนามัย เพศหญิงจะมารับ
บริการมากกว่าเพศชายเท่าตัว ในขณะที่เพศชายซื้อยากินเองมากกว่าเพศหญิง 3 เท่าตัว และ
มักปล่อยให้หายอยู่เฉย ๆ คือไม่ไปทำการรักษาเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย เพศหญิงกลับมีมากกว่าเพศชาย
1 เท่าตัว

ส่วนความเชื่อถือของประชาชนต่อการรักษาพยาบาลแผนใหม่ และแผนโบราณ พบว่า
ร้อยละ 57.63 เชื่อว่าแผนใหม่ปลอดภัยกว่า และร้อยละ 30.50 มีความเชื่อเท่า ๆ กัน ทั้ง
แผนใหม่และแผนโบราณ และพบว่าผู้ที่เชื่อว่าส่วนใหญ่แผนใหม่ปลอดภัยกว่า คือกลุ่มอายุ 15-29 ปี
ส่วนกลุ่มอายุ 40-60 ปี เชื่อว่าแผนโบราณปลอดภัยกว่า³

รายงานการศึกษาของ พงษ์ศักดิ์ พยัควิเชียร พบว่า สตรีไทยในจังหวัดภาคใต้ในกลุ่ม
อายุสูง ๆ มักจะไม่นิยมไปรับบริการที่ไหนที่ไกลจากบ้าน ดังนั้นจึงนิยมไปหาหมอกกลางบ้านเป็นส่วน
ใหญ่ แต่ในกลุ่มที่อายุน้อยพบว่าไปหาหมอตตามคสนึกเอกชนมากเท่า ๆ กับไปซื้อยากินเอง แต่อย่าง

¹Mott, Frank L. "some Aspect of Health Care . . .," P. III

²Suchart Prasith-rathsint, et, al. "An Evaluative Research..."
P. 48-52.

³กอบแก้ว คส้ายืน และสุภัฏญา รุ่งโรจนารักษ์ "ทัศนคติของประชาชนในชนบทต่อ
การรักษาพยาบาลแผนใหม่" (คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, รายงานการวิจัย
2515) หน้า 9

โรก็ตามส่วนใหญ่ของประชาชนพบว่า ร้อยละ 61.3 เคยซื้อยากินเองก่อนที่จะไปสถานที่รักษาที่อื่นต่อถ้ายังไม่หาย¹

2. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

ลิมิเลย์ และคณะ ได้ศึกษาถึงปัจจัยร่วมที่มีผลต่อสุขภาพของมารดาที่อาศัยอยู่ในใกล้ ๆ เมืองดีทรอยท์ (Detroit) โดยสัมภาษณ์มารดาจำนวน 403 คน พบว่าส่วนใหญ่มีสถานะเศรษฐกิจต่ำ มารดามีอายุน้อย มีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถม เมื่อเวลาเจ็บป่วยหญิงเหล่านี้จะไม่ไปใช้บริการทางด้านสุขภาพของรัฐเท่าที่ควร แต่จะไปใช้การรักษากันเอง หรือหาซื้อยากินเองเสียเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพ อุนามัย และการปฏิบัติตัวของตนอย่างยิ่ง²

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นภายในบ้านนั้น จากการสำรวจที่จังหวัดสุพรรณบุรีของผู้ที่ไปปรึกษาและยอมรับที่จะไปรับการรักษาในโรงพยาบาลประจำอำเภอและโรงพยาบาลประจำจังหวัด พบว่า ร้อยละ 46.3 และ 66.4 ไม่ได้ปรึกษาผู้ใด ร้อยละ 24.2 และ 12.3 ปรึกษาญาติพี่น้อง ร้อยละ 15.4 และ 9.8 ปรึกษาเพื่อนบ้าน ร้อยละ 4.0 และ 5.7 ปรึกษาแพทย์สมัยใหม่ ร้อยละ 0.7 และ 0.0 ปรึกษาแพทย์ประจำตำบล และร้อยละ 9.4 และ 5.7 ปรึกษาพนักงานอนามัยและผดุงครรภ์ตามลำดับ และนอกจากนี้ยังพบอีกว่า อุปสรรคที่สำคัญที่ทำให้การติดต่อในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐก็คือ ระยะทางเป็นสาเหตุที่สำคัญ เพราะทางคมนาคมและระยะทางไม่สะดวก ไม่ว่าจะเป็นการรักษาอนามัยเบื้องต้นหรือไปโรงพยาบาลของรัฐก็ตาม³

004063

¹ พงษ์ศักดิ์ พยัควิเชียร, การปฏิบัติตัวของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในภาคใต้เกี่ยวกับการใช้บริการของรัฐ (กรุงเทพฯ, ลหกิจการพิมพ์, 2514) หน้า 16-19

² Similey Jane, et, al "Mothenal and Infant Health and Their Associated Factors in an Inner City Population" American Journal of Public Health 62(15) (1972) : pp. 476-481

³ Frederick A. Day and Boonlert Leoprapi "Patterns of Health Utilization ..." pp. X, 41

ลักษณะทางวัฒนธรรมของคนไทยในการรักษาโรค จากการวิจัยพบว่าทั้งโดยการรักษาของหมอ และความสนใจของคนไข้ ส่วนใหญ่สนใจว่าอาการ (Symptom) เป็นอย่างไร จะทำให้อาการดังกล่าวหายไปได้ได้อย่างไร มากกว่าที่จะสนใจสาเหตุของโรคที่เป็น (etiology) และการวินิจฉัยโรค (diagnosis) ซึ่งพบเห็นได้ในการรักษาทั้งวิธีปัจจุบันของแพทย์และวิธีอื่น ๆ แต่ก็หมอมือเพียงส่วนน้อยที่จะบอกสาเหตุของโรคให้คนไข้ ซึ่งเป็นส่วนให้คนไข้มีการเปลี่ยนหมอบ่อย ๆ โดยเพียงต้องการที่จะให้หาย และมิได้นึกถึงสาเหตุจริง ๆ ของโรคนั้น ๆ แต่อย่างไรก็ตาม ก็อาจมีอาการของโรคบางอย่างที่คนไข้คิดว่า สาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วยมาจากสิ่งที่ไม่ได้ตัวตน संबต้องไม่ได้ เช่น คธาอาคม ขวัญและจิตใจ (Moral Causation) ซึ่งการเจ็บป่วยเหล่านี้ไม่เกี่ยวกับการผิดปกติของอวัยวะร่างกาย แต่เกิดจากคธาอาคมดังกล่าว หรือใครทำพิธีให้เจ็บ ดังนั้นเมื่อเป็นไปในลักษณะนี้ ก็มักจะไปพึ่งหมอโบราณ ซึ่งในแนวความคิดนี้ก็ไม่ขัดกับความคิดความเข้าใจ ในสาเหตุของโรคแบบตะวันตก (Western etiology) เช่น การป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งส่วนมากมักเข้าใจว่า น้ำตาลในร่างกายไม่มี สิ่งทำให้เกิดโรคดังกล่าว แต่ทำไมผู้อื่นจึงไม่เป็น แต่เป็นเฉพาะตน ซึ่งเมื่อค้นหาคำตอบก็พบว่า ที่ตนป่วยด้วยโรคดังกล่าวเพราะตนเองมีกรรม¹

จากโครงการแม่กลองได้พบว่า ประชาชนส่วนมากเมื่อมีการเจ็บไข้ได้ป่วยในบ้านแล้ว จะมีการปรึกษาหารือกันเองระหว่างเพื่อนบ้านใกล้เคียงกัน ในด้านที่ตัดสินใจว่า จะไปรับบริการด้านการแพทย์ ณ ที่แห่งใด มีถึงร้อยละ 46.3²

¹ สันทัต เสริมคำร์ และ เจมส์ เอ็น โรสส์ "พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์ ...," หน้า 29-30

² กวี สุวรรณกิจ, ลำคร ธนนิตต์ และคณะ, "รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานในเขตโครงการพัฒนาชนบท อุ่มน้ำแม่กลอง" , (มปท, มปป) หน้า 237-238

กองแก้ว สุวรรณประกร ศึกษาเรื่องลักษณะ เศรษฐกิจและสังคมของผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมในชนบทของประเทศไทย ในด้านการไปรับบริการด้านการแพทย์-อนามัย พบว่าร้อยละ 39 ของเกษตรกรซื้อยากินเอง ร้อยละ 44 กินยาแผนโบราณ ร้อยละ 25.2 ไปหาหมอผีตายกับไปรับบริการที่สถานีอนามัย และยังพบว่า เกษตรกรยังมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยน้อย เพียงร้อยละ 3.1 ที่มีความรู้ถูกต้อง จึงเป็นสิ่งบอกเหตุได้ว่า พฤติกรรมทางด้านอนามัยของชาวชนบทยังไม่ถูกต้อง¹

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม ได้ศึกษาความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของชาวอีสาน พบว่า น้ำมนต์และน้ำมนต์ดำมารถที่ชะรักษาโรคได้ การใช้ต้นข่าหรือหวายที่ลงคาถาอาคมที่ผู้ป่วยไล่ผีออกจากผู้ป่วย ทำให้หายจากโรคร้ายไข้เจ็บได้ และยังพบอีกว่าคนป่วยจะต้องห้ามกินกล้วยน้ำว้าและฝรั่งจะทำให้แสดง นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นหญิงยังห้ามกินผักชะอม เนื้อควายเผือก และให้หมกแก้มบุตร เพราะจะทำให้พิการหรือเป็นง่อยไปได้ กลุ่มที่มีการศึกษาลึกจะมีความเชื่อน้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ²

สัมหัต เล่มิมศรี และ เจมส์ เอ็น โรสส์ ได้ศึกษาพฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์และการคุมกำเนิดของคนไทย พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับโรคและสุขภาพนั้น นอกจากความเชื่อเกี่ยวกับการงดรับประทานอาหารร้อนหรือเย็นบางอย่างแล้ว ยังมีความเชื่ออีกว่าสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยก็อาจจะเกิดได้จากผีหรือเจ้าเข้า โดยคาถาอาคมต่าง ๆ หรือโดยผลกรรม

¹ กองแก้ว สุวรรณประกร, "ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมในชนบทของประเทศไทย" (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต แผนกวิชา สังคมวิทยาและมนุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : 2516) หน้า 60-68

² ประสาท อิลลระปรีดา และคณะ, ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของชาวอีสาน (กาฬสินธุ์, ทัศนพัฒนาการพิมพ์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม, เอกสารวิจัย ฉบับ 6, 2518) หน้า 45-58

ที่ทำได้ ส่งผลให้การไปใช้บริการด้านรักษาพยาบาลไปในทางด้านแผนโบราณเป็นส่วนใหญ่¹

วชิรา สกิกอคัล พบว่า บัณฑิตด้านการศึกษาของชาวชนบทไม่มีความแตกต่างกันในด้านการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย คือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ , กลาง และสูง ร้อยละ 42.8, 43.9 และ 31.0 ซื้อยากินเอง จากนั้นร้อยละ 42.8, 49.0 และ 65.5 ไปสถานบริการทางการแพทย์ และร้อยละ 14.4, 7.1 และ 3.5 ไปรักษาแผนโบราณ ตามลำดับ² แต่อย่างไรก็ตาม กลับพบว่ารายได้ทำให้มีความแตกต่างกันในด้านการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย คือผู้มีรายได้น้อย ร้อยละ 45.6 ซื้อยากินเอง ร้อยละ 42.7 ไปสถานบริการทางการแพทย์ และร้อยละ 9.7 รักษาแผนโบราณ ผู้มีรายได้สูงกลับพบว่า ร้อยละ 36.1 ซื้อยากินเอง ร้อยละ 59.8 ไปสถานบริการทางการแพทย์ และร้อยละ 4.1 ไปซื้อยากินเอง³

เปรี๊ยะ บัณฑิต และผู้อื่น ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านอนามัยแม่และเด็ก ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วในเมืองและชนบท ของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มารดาในเมืองมีการปฏิบัติตัวในด้านอนามัยได้ถูกต้อง และไปรับบริการด้านการอนามัย ต่ำกว่าในชนบท แต่อย่างไรเสียก็มีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการกินยาตองและการต้มแก้มนต์ เพื่อรักษาโรคด้วยเหมือนกัน⁴

¹ สันหัด เสริมศิริ และ เจมส์ เอ็น โรสส์ "พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์..." หน้า 12-17

² วชิรา สกิกอคัล "การวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย แม่และเด็ก..." หน้า 69-71

³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 91-92

⁴ เปรี๊ยะ บัณฑิต และผู้อื่น, การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านอนามัยแม่และเด็ก ของสตรีไทยวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว ในเมืองและชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ (เชียงใหม่ ; มปก. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2516) หน้า 82-86

ลำยไจ คัมขนาบ พบว่า ชาวชนบทในประเทศไทย มารดาที่ไม่ได้รับการศึกษาจะคลอดบุตรด้วยวิธีแบบเก่า ร้อยละ 81.9 ในขณะที่มารดาที่จบชั้นประถมปีที่ 4 คลอดบุตรด้วยวิธีเก่าร้อยละ 37.5 และ ยังมีระดับการศึกษาสูงขึ้นไป การคลอดบุตรด้วยวิธีแบบเก่าก็ยิ่งน้อยลง ส่วนปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและพฤติกรรมด้านอนามัยและเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและพฤติกรรมอนามัยมากที่สุดคือ ระดับการศึกษา รองลงมาคืออาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ¹

อุดม คมพยัคฆ์ และคณะ พบว่า ประชาชนจะมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน คือ ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาปีที่ 4 กับระดับที่สูงกว่าก็ตาม ความต้องการสถานบริการอนามัยและการไปใช้บริการจากสถานบริการอนามัยก็ยังคงมีอยู่ ไม่แตกต่างกันเลย และความเชื่อของชาวชนบทในทางไสยศาสตร์ ในกลุ่มที่เชื่อกับกลุ่มที่ไม่เชื่อ ทั้งสองกลุ่มก็มีได้มีอิทธิพลต่อการไปรับบริการอนามัยจากสถานบริการชนบทเลย และนอกจากนี้พบว่า ประชาชนที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีสถานบริการอนามัยย่อมมีความแตกต่างกับประชาชนที่อยู่ในหมู่บ้านที่ไม่มีสถานบริการอนามัย ในหัวข้อของการไปใช้บริการจากสถานอนามัย ความเชื่อถือในการใช้บริการของทางราชการ นอกจากนี้ ยังมองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับแตกต่างกันด้วย²

ส่วนประกอบในการเลือกหมอรักษา แม้ว่าชาวบ้านจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับการมีใบและคฤหบดี ในการรักษาโรค แต่ก็มีความเข้าใจอย่างผิวเผิน โดยมีได้คำนึงถึงคฤหบดีดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญ คนไข้มักไม่คำนึงถึงแหล่งที่จะไปรักษา ว่าหมอนั้นมีใบประกอบโรคศิลปะหรือไม่

¹ ลำยไจ คัมขนาบ, ปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัย...., หน้า 71

² อุดม คมพยัคฆ์ และคณะ, "ทัศนคติของประชาชนชาวชนบทที่มีต่อการบริการอนามัยในชนบท" (คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, รายงานการวิจัย : เอกสารโรเนียว : 2518) หน้า 10-11

แต่จะเลือกหมอที่มีชื่อเสียง หมอที่เคยรักษาโรคหายมาหลาย ๆ ราย ซึ่งอาจจะรู้มาจากเพื่อน ๆ หรือญาติพี่น้อง โดยไม่คำนึงถึงว่าจะ เป็นหมอโบราณหรือหมอแผนปัจจุบัน และด้วยสาเหตุนี้คนไข้สนใจชื่อเสียงในการรักษาของหมอ ทำให้หมอส่วนมากไม่รับรักษาคนไข้ที่หมอเข้าใจว่ามีอาการใกล้จะตาย เพราะจะมีผลทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถึงครึ่งถึงสาม จึงปรากฏว่ามีคนไข้ตายที่โรงพยาบาลมากอย่างไม่ได้สัดส่วนกับการตายในแหล่งรักษาอื่น ๆ เป็นสาเหตุให้ชื่อเสียงของโรงพยาบาลไม่¹

จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ประชาชนในเขตชนบทมีวิธีการที่จะใช้บริการด้านการแพทย์แยกออกเป็นภาคใต้มีดังนี้ ภาคกลางร้อยละ 58.4 ไปซื้อยากินเอง ร้อยละ 13.9 ไปสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 10.2 ไปโรงพยาบาล คลินิกเอกชน ร้อยละ 7.7 ไปหาหมอกกลางบ้าน ภาคเหนือพบว่าร้อยละ 52.7 ไปซื้อยากินเอง ร้อยละ 17.4 ไปหาหมอกกลางบ้าน ร้อยละ 15.1 ไปสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 12.4 ไปโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า ร้อยละ 62.6 ไปซื้อยากินเอง ร้อยละ 17.4 ไปหาหมอกกลางบ้าน ร้อยละ 10.0 ไปสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 4.2 ไปโรงพยาบาล และคลินิกเอกชน ภาคใต้พบว่าร้อยละ 55.9 ไปซื้อยากินเอง ร้อยละ 15.9 ไปสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 15.2 ไปโรงพยาบาลและคลินิกล้วนตัว ร้อยละ 9.9 ไปหาหมอกกลางบ้าน รวมทั้งทั่วประเทศสรุปได้ว่า ร้อยละ 51.4 ไปซื้อยากินเอง ร้อยละ 22.3 ไปโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน ร้อยละ 14.9 ไปสถานบริการของรัฐ และร้อยละ 7.7 ไปหาหมอกกลางบ้าน²

จากรายงานเดียวกันพบว่า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ที่เรียนต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 53.6 ไปซื้อยากินเอง ร้อยละ 21.6 ไปโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน ร้อยละ

¹ สันหัตถ์ เบลิมคร์ และ เจมส์ เอ็น โรสส์ "พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์..." หน้า 39

² Department of Health, Ministry of Public Health, "Report on the result of survey of the utilization of health manpower and expenses incurred in medical treatment of the people 1970" (Ministry of Public Health, 1977) p. 28.

12.1 ไปสถานบริการของรัฐ และร้อยละ 10.0 ไปหาหมอกกลางบ้าน ผู้ที่จบชั้นประถมศึกษาที่ 4 ร้อยละ 57.1 ไปซื้อยากินเอง ร้อยละ 16.2 ไปโรงพยาบาลและคลินิคเอกชน ร้อยละ 15.3 ไปสถานบริการของรัฐ และร้อยละ 8.8 ไปหาหมอกกลางบ้าน ผู้ที่เรียนสูงกว่าชั้นประถมศึกษาที่ 4 พบว่า ร้อยละ 43.9 ไปซื้อยากินเอง ร้อยละ 22.5 ไปโรงพยาบาลและคลินิคเอกชน ร้อยละ 22.4 ไปสถานบริการของรัฐและร้อยละ 9.2 ไปหาหมอกกลางบ้าน¹

ค. การใช้บริการด้านการวางแผนครอบครัว

การใช้บริการด้านการวางแผนครอบครัว ได้มีผู้ศึกษาและวิจัยมามาก ซึ่งพอกล่าวได้ดังนี้

วิธีคุมกำเนิดแบบโบราณไม่มีนอกจากการทำแท้ง ซึ่งได้ปรากฏให้เห็นเป็นสังขาร และยอมรับว่ามีอยู่ แต่ตัวผู้ทำไม่ยอมรับและไม่เปิดเผย และอีกประการหนึ่งการให้บุตรหย่านมช้า ก็จะช่วยให้มีครรภ์ช้าออกไป อย่างไรก็ตาม วิธีการให้นมบุตรนานออกไปแม้มารดาไม่ได้เจตนาคุมกำเนิด ก็มีผลช่วยให้การเจริญพันธุ์ลดลง²

การทำแท้งถือเป็นการคุมกำเนิดอย่างหนึ่ง ซึ่งอย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีวิธีคุมกำเนิดแบบตะวันตกหลายแบบ รวมทั้งการทำท่อนและการทำแท้งด้วยวิธีสมัยใหม่ แต่การทำแท้งก็ยังถือว่าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย³ มีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการทำท่อนในประเทศไทยพบว่าอัตราการทำท่อนหญิงมีอัตราสูง⁴ และรายงานอีกฉบับหนึ่งกล่าวว่า วิธีคุมกำเนิดที่นิยมมากที่สุด คือ

¹Department of Health, Ministry of Public Health, "Report on the result of survey..." p. 34

² สันทัด เสริมคำร์ และ เจมส์ เอ็น ไรลีย์, "พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์..." หน้า 18-19

³Manasvi Unhanand, et al "Country Profiles : Thailand" 2nd ed. (New York : population council, 1972) p. 8-9

⁴Cowgill, et al "Sterilization : A Case of Extensive Practice in a Developing Nation" Milbank Memorial Fund Quarterly; 4a (3, pt.1) p. 363-364

การใช้ยา¹ ซึ่งยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีเฉพาะยาตัววันตกเท่านั้น คือเป็นยาแพทย์แผนสมัยใหม่

สันหัต เสริมศิริ และ เจมส์ เอ็น โรสีย์ ได้กล่าวไว้ว่า ยังมีการทำแท้งที่ใช้ยาตัววันตก ซึ่งมีทั้งยาเม็ดและยาฉีด เป็นยาประเภทฮอร์โมนทางเพศ (Sex hormones) ใช้ทำลายครรภ์ การทำแท้งโดยวิธีตัววันตก (ปัจจุบัน) มักจะทำในคลินิกและยังต้องแอบทำเพราะเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ซึ่งวิธีที่ปฏิบัติส่วนมากคือ ฉีดยาประเภทฮอร์โมนทางเพศเกินขนาด เพื่อทำให้เกิดการแท้งหรือไม่ก็ใช้ยาและอุปกรณ์ที่นิยมกันในการทำแท้ง ซึ่งมีอยู่ตามร้านขายยาทั่วไป โดยเรียกว่า "ยาเทสต์" หรือ "ยาขับเลือด" โดยมีขายทั้งในรูปกล่องและชุด ยาเหล่านี้แม้จะมีอยู่ตามร้านขายยาทั่วไปไปแล้ว มักจะพบในการโฆษณาอย่างเปิดเผย แม้แต่ในหนังสือวารสารรายเดือนของโรงพยาบาลบางแห่งก็มีเหมือนกัน²

นอกจากวิธีคุมกำเนิดโดยใช้ยาเม็ด ซึ่งเป็นที่นิยมในปัจจุบันแล้วก็ยังมีวิธีที่จะให้ผลดี เช่น การใส่ห่วง แต่ชาวบ้านก็ยังนิยมรับกันอย่างแพร่หลาย ทั้งนี้เพราะการใช้ห่วงคุมกำเนิดนี้จำเป็นต้องมีการตรวจร่างกายก่อนใช้อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยการตรวจช่องคลอด (pelvic exam) ซึ่งการตรวจในลักษณะนี้ ในหมู่คนไทยไม่ค่อยยอมให้ตรวจ และยิ่งถ้าหมอเป็นชายด้วยแล้วยังมีปัญหาอีก ซึ่งในกรณีปัจจุบันได้ให้แพทย์เป็นผู้ทำเท่านั้น ซึ่งถ้าหาหาให้ผู้หญิงสามารถทำได้แล้ว ก็อาจช่วยให้มีผู้นิยมเพิ่มขึ้นได้³

วิธีคุมกำเนิดอีกวิธีหนึ่งก็คือ การฉีดยาคุมกำเนิด แต่ก็ยังไม่เป็นที่แพร่หลาย แต่อย่างไรก็ตาม ปกติวิสัยของคนไทยส่วนใหญ่ นิยมให้มีการฉีดยา ดังนั้นเป็นที่คาดได้ว่า การใช้ยาฉีด

¹Manasvi Unhanand, et al, "Country Profiles : Thailand" p. 13

²สันหัต เสริมศิริ และ เจมส์ เอ็น โรสีย์ "พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์..." หน้า 28

³เรื่องเดียวกัน : หน้า 74

คุมกำเนิดอาจเป็นที่นิยมต่อไป ส่วนวิธีการผ่าตัดทำหมัน (Surgical Sterilization) ของหญิง มักจะใช้บริการเฉพาะที่โรงพยาบาลและระดับต่ำสุดก็คือ โรงพยาบาลระดับอำเภอ สถานการณ์อาจไม่สามารถให้บริการได้ และโดยปัจจุบันการทำหมันก็มีได้เปิดบริการกันทุก ๆ วัน ซึ่งก็เป็นปัญหาอย่างยิ่ง สิ่งดังกล่าวนี้จะเป็นสิ่งขัดขวางอย่างสำคัญในการเผยแพร่ได้¹

การใช้บริการในด้านนี้ สิ่งที่สำคัญประการหนึ่งคือ ประชาชนมีความรู้เรื่องนี้อยู่ในระดับใด ซึ่งก็ได้พบว่า ในด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวโดย พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ พบว่า สตรีที่ทราบเรื่องเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวมีถึงร้อยละ 87.5 ส่วนผู้ไม่ทราบมีเพียงร้อยละ 11.7²

เพ็ญศรี สุโรจน์ และคณะ พบว่า ก่อนให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด สตรีทราบการคุมกำเนิดวิธีเดียวร้อยละ 39.5 ทราบมากกว่า 1 วิธี ร้อยละ 29.9 เพียงแต่เคยได้ยินร้อยละ 19.7 ไม่ทราบร้อยละ 10.9³

จากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติในการวางแผนครอบครัว ได้ศึกษาในกลุ่มสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 15-49 ปี ที่อยู่กับสามี พบว่า มีการปฏิบัติในการคุมกำเนิดในขณะนั้นอยู่ร้อยละ 46.67 จากประชากรตัวอย่าง 435 คน⁴

¹ เรื่องเดียวกัน ; หน้า 75-76

² พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ, "ภาวะเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวของสตรีในเขตชนบทและเขตเมืองของประเทศไทย" (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; สถาบันประชากรศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, เอกสารวิจัยหมายเลข 15, 2518) หน้า 32

³ เพ็ญศรี สุโรจน์ และคณะ "การศึกษาบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขและประสิทธิภาพในการชักจูงให้ประชาชนมารับการวางแผนครอบครัว" (คณะสาธารณสุขศาสตร์และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2519) หน้า 39

⁴ อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ..."

จากผลการวิจัยของ โครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาว เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากรไทย พบว่า สตรีไทยที่สมรสแล้วและอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่มีความ ร้อย่างผิวดินเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว กว่า 3 ใน 4 ของสตรีในเขตชนบท และกว่าร้อยละ 90 ของสตรีในเขตเมือง สามารถเอ่ยชื่อวิธีการคุมกำเนิดได้อย่างน้อย 1 วิธี ความรู้ในเรื่อง วิธีการคุมกำเนิดอย่างละเอียดมีค่าต่ำมาก อย่างไรก็ตามทั้ง เขตชนบทและในเขตเมือง กว่าครึ่ง หนึ่งเห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว แต่ก็มีเพียงส่วนน้อยที่กำส้งใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิอยู่ คือเพียงร้อยละ 11 ของสตรีที่สมรสแล้วในเขตชนบทที่มีอายุต่ำกว่า 45 ปี ที่กำส้งใช้วิธีการคุม กำเนิด และร้อยละ 29 กับร้อยละ 36 ของสตรีในเขตเมืองอื่น ๆ กับเขตกรุงเทพมหานคร แต่ อย่างไรก็ตามก็ดี จากการรายงานผลวิจัยในรอบสอง พบว่า สัดส่วนของสตรีในเขตชนบท ที่ใช้วิธีการ คุมกำเนิดมีเพิ่มขึ้นเท่าตัว¹

วิธีที่สตรีในเขตเมืองและชนบทกำส้งใช้กันมากที่สุด คือการผ่าตัดทำหมันสตรี สัดส่วน ของสตรีในวัยเจริญพันธุ์ในเขตเมืองที่ตอบว่า ผ่าตัดทำหมันแล้ว นับว่าสูง คือ 1 ใน 6 ของสตรี ในเขตกรุงเทพมหานคร และ 1 ใน 7 ของสตรีในเขตเมืองอื่น ๆ วิธีที่ใช้กันมากที่สุดเป็นที่สอง คือ ยาเม็ดรับประทาน ซึ่งอาจจะหาได้จากร้านขายยาในเขตเมือง แต่วิธีนี้ก็เป็นที่ค่อนข้างจะ เป็นที่ยอมรับมากกว่าวิธีอื่น ๆ ยกเว้นการผ่าตัดทำหมัน และเป็นที่น่าสนใจเท่าว่า วิธีป้องกันการ ปฏิสนธิที่ใช้กันมากที่สุดที่พบในการวิจัยนี้คือ การผ่าตัดทำหมัน แต่วิธีๆ ที่ใช้โดยผ่านบริการเอก ชน เช่น ส้มตำมา ร้านขายยา คือยาเม็ดรับประทานและห่วงอนามัย²

¹ พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ สุวีธนา ธิบุญเกียรติ "สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัย ต่อเนื่องระยะยาว เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากรไทย"

(จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, เอกสารวิจัย หมายเลข 12, 2517) หน้า 10

² พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ "ภาวะเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว...." หน้า 28

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า การศึกษาที่ตำบลบ้านแม อ.สลับป่าตอง เชียงใหม่ การไ้ยาเม็ดเป็นที่นิยมมากที่สุด คือร้อยละ 45.8 รองลงมาคือยาฉีด ร้อยละ 33.0 นอกจากนี้ ก็มีทำหมันหญิง ร้อยละ 16.7 และใส่ห่วง ร้อยละ 4.2 จากประชากร ตัวอย่าง 306 คน¹

แหล่งที่มาของความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว จากการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า มีร้อยละ 35.8 ทราบจากเพื่อนบ้าน ญาติ ร้อยละ 32.5 ได้ทราบจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 12.6 ทราบจากสื่อมวลชน ร้อยละ 11.5 จากหน่วยวางแผนครอบครัวเอกชน (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, สำนักงานวางแผนครอบครัวชุมชน, หน่วยวางแผนครอบครัวของเจ้าดวงเดือน) ร้อยละ 6.2 ทราบจากเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น (เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครู แพทย์ประจำตำบล) และร้อยละ 1.4 ทราบจากแหล่งอื่น ๆ เช่น ร้านขายยา เป็นต้น²

การยอมรับว่าการวางแผนครอบครัวเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นหรือการไม่ยอมรับก็ถือเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ และเป็นเงื่อนไขอันสำคัญอีกประการหนึ่ง ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการวางแผนครอบครัว ให้ตรงตามเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งอย่างไรก็ดี ก็พบว่า มีเพียงร้อยละ 2.9 ที่เห็นว่าการคุมกำเนิดไม่มีประโยชน์ และเกือบทั้งหมดคือร้อยละ 97.1 ที่เห็นว่ามีประโยชน์³

นอกจากนี้ ทางสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ยังพบว่าประชากรประมาณร้อยละ 35 ไม่เคยใช้เครื่องมือคุมกำเนิดชนิดใดเลย ทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชายที่แต่งงานกัน และในหมู่ที่ไม่เคยใช้เลยนี้ให้เหตุผลถึงการไม่ใช้ว่า ร้อยละ 35.9 ยังต้องการมีบุตรอีก

¹ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, "การยอมรับและทัศนคติของชาย (ที่แต่งงานแล้ว) ที่มีต่อการวางแผนครอบครัว" (กันยายน, 2520) หน้า 22

² เรื่องเดียวกัน ; หน้า 33

³ เรื่องเดียวกัน ; หน้า 27



ร้อยละ 21.8 คิดว่าพันวัยเจริญพันธุ์แล้ว ร้อยละ 15.4 ให้เหตุผลว่าไม่มีบุตรมากเอง และพบว่า ร้อยละ 9.0 ยังไม่เคยรู้จักวิธีคุมกำเนิดเลย¹

จากการศึกษาครอบครัวลุ่มน้ำโขงเดิมสร้างตนเอง จว.ระยอง พบว่า ร้อยละ 94 ของมารดาในนิคมฯ นี้ รู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิด ซึ่งวิธีที่รู้จักมากที่สุดคือ ยาเม็ดคุมกำเนิด และที่รู้จักอันดับรอง ๆ ลงไปก็มี การทำหมันหญิง, ข่าย ห่วงอนามัย และยาฉีดคุมกำเนิด ตามลำดับ ซึ่งถึง ร้อยละ 94 ที่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว แต่ที่คุมกำเนิดอยู่ในปัจจุบันมีร้อยละ 60 โดยมีวิธีใช้จากมากไปหาน้อยคือ ยาเม็ดคุมกำเนิด หมันหญิง ห่วงอนามัย ยาฉีด และหมันชาย ตามลำดับ²

จากโครงการลงขลาค โดยแพทย์หญิง เขาวรัตน์ ประภักษ์ขาม พบว่า ที่อำเภอจะนะ และอำเภอสะทิงพระ มีร้อยละ 66.2 และ 72.7 ที่ปรึกษาารู้จักวิธีคุมกำเนิดอย่างน้อย 1 วิธี ซึ่งวิธีคุมกำเนิดที่รู้จักมากที่สุด คือยาเม็ดคุมกำเนิด รองลงมาคือการทำหมันหญิง ห่วงอนามัย ทำหมันชาย และถุงยางอนามัย สำหรับอำเภอจะนะ และที่อำเภอสะทิงพระ คือยาเม็ดคุมกำเนิด การทำหมันหญิง การทำหมันชาย ห่วงอนามัย และถุงอนามัย ตามลำดับ สำหรับผู้ที่วางแผนครอบครัว พบว่าวิธีที่ใช้คือที่อำเภอจะนะ ร้อยละ 35.9 โดยวิธีทำหมันหญิง ร้อยละ 34.0 โดยยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 5.8 โดยวิธีห่วงอนามัย และร้อยละ 1.9 ยาฉีด นอกจากนั้นก็ใช้วิธีอื่น ๆ และที่อำเภอสะทิงพระ พบว่า ร้อยละ 38.0 คือทำหมันหญิง รองลงมาก็เช่นเดียวกัน คือร้อยละ 27.2 ยาเม็ดคุมกำเนิด แต่ต่อมาร้อยละ 16.3 เป็นยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 12.0 ทำหมันชาย ร้อยละ 4.4 เป็นการใส่ห่วงอนามัย³

¹ เรื่องเดียวกัน ; หน้า 29-30

² ทัศนีย์ พิชัยสำนิธ และคณะ "ความรู้ ทักษะ และสุขภาพอนามัย ของแม่ ทารก และเด็กก่อนวัยเรียน..." หน้า 39-40

³ Yawarat Porapakham "Songhla Integrated Rural..." pp. 31-35

สถานที่ที่ไปรับบริการคุมกำเนิดพบว่า ที่อำเภอจะนะ ร้อยละ 34.0 ไปรับบริการที่
สถานีอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์ ร้อยละ 28.2 ที่โรงพยาบาล ร้อยละ 13.6 ไปคลินิก
ส่วนตัว ร้อยละ 2.9 ไปร้านขายยา เท่ากับไปรับที่หน่วยพยาบาลเคลื่อนที่ ร้อยละ 1.9 ไปที่
ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 16.5 ไม่ตอบว่าไปรับบริการที่ไหน และที่อำเภอ
สะทิงพระพบว่า ร้อยละ 51.1 ไปรับบริการที่โรงพยาบาล รองลงมา ร้อยละ 30.4 ไปรับบริ-
การที่สถานีอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์ ร้อยละ 10.9 ไปที่คลินิกส่วนตัว และร้อยละ 2.2
ไปร้านขายยา ส่วนอีกร้อยละ 5.4 ไม่ตอบว่าไปรับบริการที่ไหน¹

Frederick A Day และ Boonlert Leoprapai ได้พบว่า ที่จังหวัดสุพรรณบุรี
ผู้ที่ไปสำรวจวางแผนครอบครัวด้วยวิธีต่าง ๆ มีร้อยละ 46.8 ไปยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 18.4
ทำหมันหญิง ร้อยละ 16.7 ทำหมันชาย นอกนั้นร้อยละ 8.6, 7.7, 1.1 และ 0.7 ใช้วิธี
ฉีดยา ใส่ห่วงคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย และวิธีอื่น ๆ ตามลำดับ และนับได้ว่ามีผู้ใช้วิธีการวาง
แผนครอบครัวด้วยวิธีต่าง ๆ มีถึงร้อยละ 40 ของประชากรตัวอย่างทั้งหมด 2,110 ราย²

เกี่ยวกับการไปใช้สถานที่บริการด้านวางแผนครอบครัวพบว่า ร้อยละ 64.6 ไปใช้
บริการที่หน่วยงานของรัฐ ร้อยละ 17.1 ไปใช้บริการที่ร้านขายยา ร้อยละ 13.8 ไปใช้
บริการที่คลินิกเอกชน (รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนด้วย) แต่เมื่อดูแต่ละชนิดของวิธีที่ใช้พบว่าพวก
ที่กินยาเม็ดคุมกำเนิดมีร้อยละ 61.1 ไปใช้บริการที่หน่วยงานของรัฐ ร้อยละ 31.7 ไปใช้บริการ
ที่ร้านขายยา ร้อยละ 2.0 ไปที่คลินิกเอกชน ร้อยละ 0.8 ไปใช้บริการกับหมอกกลางบ้าน พวก
ที่ใส่ห่วงคุมกำเนิดพบว่า ร้อยละ 92.3 ไปใช้บริการที่หน่วยงานของรัฐ และร้อยละ 3.1 ไป

¹ Ibid; p. 38

² Frederick A Day and Boonlert Leoprapai, "Patterns of Health Utilization....," P.63

ที่คลินิกเอกชน เท่า ๆ กับที่อื่น ๆ พวกศัลยกรรมกำเนิดมีร้อยละ 42.5 ไปรับบริการที่หน่วยงานของรัฐ รองลงมาร้อยละ 27.4 ไปคลินิกเอกชน และร้อยละ 12.3 ไปร้านขายยา พวกที่ใช้วิธีฉวยงามนั้นมีพบว่า ร้อยละ 44.4 ใช้บริการที่หน่วยงานของรัฐเท่า ๆ กับที่ร้านขายยา และร้อยละ 11.1 ไปที่คลินิกเอกชน ส่วนการทำหมันหญิงพบว่า ร้อยละ 76.7 ที่หน่วยงานของรัฐ และร้อยละ 20.0 ที่คลินิกเอกชน ส่วนการทำหมันชายพบว่า ร้อยละ 44.7 และ 36.1 ไปใช้บริการที่หน่วยงานของรัฐและที่คลินิกเอกชนตามลำดับ¹

ที่อำเภอตำบลขุนทดพบว่า กำล้างใช้วิธีวางแผนครอบครัว มีร้อยละ 30.8 ของคู่สมรส 570 คู่ วิธีที่ใช้ป้องกันพบว่า ยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 43.92 จากนั้นก็เป็นวิธีใส่ห่วง ร้อยละ 22.9 ทำหมันหญิง ร้อยละ 13.4 ทำหมันชายร้อยละ 10.5 ฉีดยาร้อยละ 9.1 และฉวยงามอนามัยร้อยละ 0.2²

ส่วนที่อำเภอปักธงชัยพบว่า จำนวนคู่สมรส 638 คู่ มีร้อยละ 31.7 ที่กำล้างใช้การวางแผนครอบครัวอยู่ ซึ่งวิธีที่ใช้กันมี ยาเม็ดคุมกำเนิดมีถึงร้อยละ 51.9 ใส่ห่วงร้อยละ 27.9 ทำหมันชายร้อยละ 7.7 ทำหมันหญิงร้อยละ 6.7 ฉวยงามอนามัยร้อยละ 1.9 และหลังนอกช่องคลอดร้อยละ 0.1 ส่วนผู้ใช้บริการอยู่ที่พบว่า ร้อยละ 62.5 ไปรับบริการที่สถานีอนามัยและมดงครรภี ร้อยละ 17.7 ไปโรงพยาบาล ร้อยละ 9.7 ไปร้านขายยา ร้อยละ 4.9 ไปคลินิกส่วนตัว นอกนั้นร้อยละ 5.1 ไปรับบริการที่อื่น ๆ³

¹ Ibid., p. 55-60

² คณะสำรวจข้อมูลคำศัพท์, มหาวิทยาลัยมหิดล รายงานการปฏิบัติงานพัฒนาอนามัยชนบทเปิดเสรีจ. (ปีการศึกษา 2518-2519); หน้า 62

³ คณะสำรวจข้อมูลคำศัพท์, มหาวิทยาลัยมหิดล, รายงานการปฏิบัติงานพัฒนาอนามัยชนบทเปิดเสรีจ. (ปีการศึกษา 2517-2518); หน้า 66

จากการศึกษาในตำบลศิริราช และตำบลบ้านข้างหล่อ อำเภอบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร พบว่า มีผู้คุมกำเนิดร้อยละ 66.8 จากจำนวนประชากรตัวอย่าง 412 คน ซึ่งในผู้ที่คุมกำเนิดใช้วิธีคุมกำเนิดโดยวิธีรับประทานยาเม็ดร้อยละ 38.9 ทำหมันร้อยละ 44.3 ใช้ห่วงอนามัย 8.1 ยาฉีด 4.2 ถุงยางอนามัย 2.4 และน้าระยะปลอดภัยร้อยละ 2.1 สถานที่รับบริการส่วนใหญ่จากโรงพยาบาลศิริราช ร้อยละ 59.3 จากร้านขายยาร้อยละ 14.7 จากสถานที่บริการแพทย์อื่น ๆ ร้อยละ 24.9 ที่เหลือใช้น้าระยะปลอดภัย (Safe-period) ผู้แนะนำคุมกำเนิด แพทย์พยาบาลเป็นผู้แนะนำ ร้อยละ 50.6 ตัดสินใจด้วยตนเองร้อยละ 34.7 สื่อมวลชนร้อยละ 0.3 นอกนั้นแนะนำโดยสามี ญาติ เพื่อนบ้าน และผู้ร่วมงาน สำหรับผู้ที่ไม่คุมกำเนิดให้เหตุผลว่า ต้องการมีบุตรอีก ร้อยละ 36.1 กลัวอันตราย ร้อยละ 28.3 เกี่ยวกับประจำเดือนยังไม่มา ผิดปกติ และจะหมดแล้ว ร้อยละ 10.9 อื่น ๆ ร้อยละ 24.7¹

ง. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางด้านการวางแผนครอบครัว

1. ปัจจัยทางด้านประชากร

โดยปกติแล้วปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางด้านการวางแผนครอบครัวนั้น โดยเฉพาะทางด้านประชากรนับว่าเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญมากที่จะทราบถึงมูลเหตุเบื้องต้นของประชากรที่จะใช้บริการด้านการวางแผนครอบครัวได้ดี ซึ่งปัจจัยทางด้านประชากรนี้ ได้มีการศึกษาพบว่า ในเขตเมืองของประเทศไทย สตรีที่มีบุตรมีชีวิต 1-2 คน มีประมาณร้อยละ 54 ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด และเมื่อมีบุตรที่มีชีวิตแล้ว 3-4 คน มักใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิแบบถาวรสูงกว่าการใช้

¹ เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และจริยาวัตร คมพยัคฆ์, การศึกษาวิธีอบรมเลี้ยงดูเด็กทารกของมารดาไทย ในตำบลศิริราชและตำบลบ้านข้างหล่อ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร (กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521) หน้า 28

วิธีป้องกันการปฏิสนธิแบบชั่วคราว คือประมาณร้อยละ 66 ใช้วิธีทาหมัน อัตราส่วนร้อยละในการหมันจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุตรเพิ่มขึ้น¹

จากการศึกษาในเขตชนบทของประเทศไทย รุจี อรุณศิลป์ พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุแรกสมรส และการใช้วิธีการวางแผนครอบครัว มีดังนี้คือ ผู้ที่มีอายุแรกสมรสต่ำกว่า 19 ปี อายุแรกสมรสระหว่าง 19-21 ปี และอายุแรกสมรสระหว่าง 22-24 ปี มีผู้เคยใช้วิธีวางแผนครอบครัว ร้อยละ 34.6, 39.8 และ 16.5 ตามลำดับ และนอกจากนี้ พบว่า ผู้ที่กำส้งใช้วิธีวางแผนครอบครัวมีบุตรโดยเฉลี่ย 5.2 คน และในพวกที่ไม่ใช้ มีบุตรโดยเฉลี่ย 4.9 คน ส่วนในเมือง (ยกเว้น กรุงเทพมหานคร) พบว่า พวกที่กำส้งใช้วิธีวางแผนครอบครัวมีบุตรโดยเฉลี่ย 4.1 คน และพวกที่ไม่ใช้วิธีการวางแผนครอบครัวมีบุตรโดยเฉลี่ย 3.7 คน ส่วนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า พวกที่กำส้งใช้วิธีวางแผนครอบครัวมีบุตรโดยเฉลี่ย 4 คน และพวกที่ไม่ได้ใช้การวางแผนครอบครัวมีบุตรโดยเฉลี่ย 3.2 คน²

ในจำนวนผู้รู้จักวิธีวางแผนครอบครัว พบว่า ที่อำเภอจະนะ หญิงในวัยเจริญพันธุ์กลุ่มอายุระหว่าง 25-29 ปี รู้จักวิธีวางแผนครอบครัวมากที่สุด คือร้อยละ 76.6 รองลงมากลุ่มอายุ 30-34 ปี รู้จักวิธีวางแผนร้อยละ 71.7 กลุ่มอายุ 20-24 ปี รู้จักวิธีวางแผนครอบครัว ร้อยละ 68.9 กลุ่มอายุ 35-39 ปี และ 40-44 ปี รู้จัก ร้อยละ 60.7 เท่า ๆ กัน ส่วนกลุ่มอายุ 15-19 ปี รู้จักวิธี น้อยที่สุด คือร้อยละ 42.9 สำหรับที่อำเภอสะทิงพระ พบว่า กลุ่มอายุ 20-24 ปี

¹ นภาพร บุรพณะ "วิธีป้องกันการปฏิสนธิที่คู่สมรสในเมืองเสือกไข่" (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, แผนกวิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2514) หน้า 109

² รุจี อรุณศิลป์ "การศึกษาเปรียบเทียบภาวะการสมรสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของคนไทยในเขตเมืองและชนบท" (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, แผนกวิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2521) หน้า 136

รู้สึก มากที่สุด คือร้อยละ 76.7 รองลงมา เป็นกลุ่มอายุ 15-19 ปี และกลุ่มอายุ 30-34 ปี รู้สึก ร้อยละ 75.0 เท่ากัน จากนั้นกลุ่มอายุ 35-39 ปี รู้สึก ร้อยละ 73.2 กลุ่มอายุ 40-44 ปี รู้สึก ร้อยละ 71.4 และกลุ่มอายุ 25-29 ปี รู้สึก น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 68.4 ¹

ที่อำเภอจะนะ พบว่าสตรีที่ต้องการจะใช้วิธีวางแผนครอบครัวในอนาคตมีมากที่สุดในกลุ่มสตรีที่มีบุตรมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน 3-4 คน คือ มีร้อยละ 35.1 ที่ต้องการวางแผนครอบครัวในอนาคต รองลงมา กลุ่มสตรีที่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน 1-2 คน มีร้อยละ 33.1 ที่ต้องการวางแผนครอบครัวในอนาคต แต่ที่อำเภอสะทิงพระพบว่า กลุ่มสตรีที่มีบุตรมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน 7-8 คน มีถึงร้อยละ 47.1 ที่ต้องการวางแผนครอบครัวในอนาคต รองลงมาคือ กลุ่มสตรีที่มีบุตรมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน 3-4 คน มีถึงร้อยละ 45.5 ที่ต้องการวางแผนครอบครัวในอนาคต ²

สตรีที่มีอายุมากก็ยิ่งยอมรับการคุมกำเนิดมากกว่าสตรีที่มีอายุน้อย เป็นเพราะว่าสตรีที่มีอายุมากแล้ว มีบุตรพอแก่ความต้องการ ดังนั้น สัดส่วนของการยอมรับจึงสูง ส่วนสตรีที่มีอายุน้อยยังมีบุตรไม่พอแก่ความต้องการ และตนเองก็ยังคงมีความสามารถจะมีบุตรได้อีก จึงมีสัดส่วนของการยอมรับการคุมกำเนิดต่ำ ³

สัดส่วนของสตรีทั้งในเขตชนบทและเขตเมืองที่ทราบวิธีคุมกำเนิด จะเพิ่มขึ้นตามอายุ และสูงที่สุดในสตรีกลุ่มอายุ 30-34 ปี แล้วก็เริ่มลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ขณะเดียวกัน ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อุปกรณ์ป้องกันการปฏิสนธิกับอายุ มีลักษณะเป็นกราฟเส้นโค้งรูปตัว U หัว

¹ Yawarat Porapakham, "Songkhla Integrated Rural...", P. 42

² Ibid., P. 46

³ ประไพ ศิริชัย และ ชื่นชม เพียรชื้อ "ระดับการศึกษาของผู้ป่วยหลังคลอด ที่โรงพยาบาลศิริราช ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว" (การวิจัยชั้นปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลศิริราช คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2514) หน้า 51

กลับ ซึ่งก็เช่นเดียวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับอายุ¹

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดกับจำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ พบว่า สตรีที่ไม่มีบุตรเลยมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวน้อยที่สุดในทางตรงกันข้ามกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้วิธีการคุมกำเนิด กับจำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ พบว่า อัตราส่วนของสตรีในเขตชนบทที่เคยใช้หรือกำลังใช้วิธีการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ และสูงที่สุดในสตรีที่มีบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ 3 คน หลังจากนั้น สัดส่วนก็เริ่มลดน้อยลง นอกจากนี้ก็พบว่า ทั้งในเขตชนบทและเขตเมืองสตรีในกลุ่มอายุเดียวกัน สตรีที่ไม่มีบุตรหรือมีบุตรเพียง 1 คน มีความรู้เกี่ยวกับวิธีป้องกันการปฏิสนธิน้อยกว่า สตรีที่มีบุตรมากกว่าและทำนองเดียวกัน สัดส่วนของการยอมรับการวางแผนครอบครัวของสตรีที่ยังไม่มีบุตรหรือมีเพียงคนเดียว (ยกเว้นในเขตชนบท อายุ 15-24 ปี) ต่ำกว่า สัดส่วนของการยอมรับของสตรีในกลุ่มอายุนี้โดยเฉลี่ยทุกรายการจำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่²

โดยทั่วไป ความต้องการมีบุตรเพิ่มมีผลมากที่สุดต่อการใช้หรือไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด พบว่า สตรีในเขตชนบทแทบทั้งหมดที่ต้องการบุตรเพิ่มไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิดเลย ซึ่งกล่าวได้ว่า การใช้การคุมกำเนิดในหมู่สตรีชนบท เพื่อเว้นระยะการมีบุตรแทบจะไม่มีเลย สตรีที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดก็จำกัดอยู่เฉพาะสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่มเท่านั้น สตรีซึ่งไม่แน่ใจว่าตนเองต้องการบุตรเพิ่มหรือไม่ จะทราบวิธีป้องกันการปฏิสนธิหรือยอมรับการคุมกำเนิดน้อยที่สุด ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง³

¹ พิชิต ทิวกัญ เทพถมบัติ และ วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ "ภาวะเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว...." หน้า 21

² เรื่องเดียวกัน : หน้า 22-23

³ เรื่องเดียวกัน : หน้า 24

สิ่งที่น่าสนใจอย่างหนึ่งคือ สัดส่วนของสตรีที่ตั้งใจจะใช้วิธีการคุมกำเนิดในอนาคต มีความสัมพันธ์ในทางกลับกันกับอายุ ซึ่งเป็นที่คาดหมายได้ว่าการใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิจะมีเพิ่มมากขึ้นในอนาคต¹

อายุและเพศเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะให้การทำงานบางอย่างบรรลุผลถึงเป้าหมายได้เร็วหรือช้าได้ เช่น คนที่มีอายุน้อย ไม่ว่าเพศใด มีแนวโน้มที่จะเอาสิ่งประดิษฐ์ใหม่หรือการคุมกำเนิดไปใช้ง่ายกว่าคนสูงอายุ เนื่องจากลักษณะทางธรรมชาติ ในขณะที่วัยที่แก่หญิงก็มีแนวโน้มที่จะคุมกำเนิดมากกว่าเพศชาย อาจเป็นเพราะผู้หญิงต้องมีการรับผิดชอบสูงกว่าเพศชายในการตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูบุตร²

2. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

ในเรื่องเกี่ยวกับคุมกำเนิดนี้ โดยปกติแล้วประชากรส่วนใหญ่มักจะรู้ถึงวิธีการคุมกำเนิดเป็นส่วนใหญ่ เช่น จากการวิจัยเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ และการวางแผนครอบครัวของสตรีในเขตชนบท และเขตเมืองของประเทศไทย พบว่า สตรีในเมืองมีความรู้มากกว่าสตรีในชนบท³

Hanna Riyh พบว่า วิธีการคุมกำเนิดสตรีวัยปกติในประเทศอียิปต์มีสตรีชนบทคุมกำเนิดร้อยละ 6 ส่วนสตรีในเขตชานเมืองใช้คุมกำเนิดร้อยละ 26 และสตรีในเขตเมืองใช้วิธีคุม

¹ เรื่องเดียวกัน ; หน้า 29

² วิฑูร โอสถานนท์ "การยอมรับและอุปสรรคการยอมรับการคุมกำเนิดไปปฏิบัติ" ในการสื่อสารให้ปฏิบัติวางแผนครอบครัวและประชากร, วิฑูร โอสถานนท์, บรรณาธิการ (กรุงเทพฯ, โรงพิมพ์พระจันทร์, 2516) หน้า 34

³ พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ, "ภาวะเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว...", หน้า 27



กำเนิดถึงร้อยละ 31¹

การทำแท้งก็เป็นวิธีหนึ่งของการคุมกำเนิด ซึ่งในเฉพาะบางประเทศเท่านั้นยังถือว่าเป็นผิดกฎหมายอยู่ ยกเว้นการทำแท้งในรายที่มีปัญหาในสังคมและสุขภาพที่แพทย์เห็นว่าสมควรจะทำได้ แต่อย่างไรก็ตาม การทำแท้งนอกเหนือจากสาเหตุนี้ก็พบว่ายังมีการลักลอบทำอยู่เสมอ ซึ่งส่วนมากมักจะมีอยู่ในกลุ่มคนมีเงินเป็นส่วนใหญ่²

จากการศึกษาเรื่อง ระดับการศึกษาของผู้ป่วยหลังคลอด ที่โรงพยาบาลศิริราชต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่า สตรีที่มีการศึกษาสูงขึ้นก็ยิ่งมีความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแสดงว่าการศึกษามีอิทธิพลต่อความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดของสตรีเป็นอย่างมาก คือ สตรีที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า ป. 7 ร้อยละ 50 ที่มีความรู้เรื่องคุมกำเนิด สตรีที่มีการศึกษาระดับปานกลาง ตั้งแต่ ป. 7 - มศ. 5 ร้อยละ 88.7 ที่มีความรู้เรื่องคุมกำเนิด และในระดับการศึกษาตั้งแต่อาชีวะชั้นสูงขึ้นไป ร้อยละ 97.9 มีความรู้เรื่องคุมกำเนิด³

ส่วนวิธีที่คุมกำเนิดก็เช่นกัน ได้พบว่าสตรีที่มีการศึกษาสูงก็ยิ่งมีความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดเพิ่มมากขึ้น และรู้หลายวิธีขึ้น และจากผู้รู้วิธีคุมกำเนิดเหล่านี้ พบว่า สตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ป.7 ร้อยละ 14 เคยใช้วิธีคุมกำเนิดแล้ว สตรีที่มีการศึกษาระดับ ป.7 - มศ. 5 มีร้อยละ 46.3 เคยใช้วิธีคุมกำเนิดแล้ว และสตรีที่มีการศึกษาระดับสูงตั้งแต่อาชีวะชั้นสูง-ชั้นปริญญา ร้อยละ 34.8 เคยใช้วิธีคุมกำเนิดมาแล้ว ซึ่งแสดงได้ว่า การศึกษามีอิทธิพล

¹Hanna Riyh, "Attitude Toward Fertility in Egypt," Muslim Attitudes Toward Family Planning (1967) P. 66

²สันทัด เสริมศิริ และ เจมส์ เอ็น โรสีย์, "พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์..." หน้า 27

³ประไพ คัชชัย และ ชื่นชม เพชรย่อ, "ระดับการศึกษาของผู้ป่วยหลังคลอด....,"

ต่อการใช้วิธีคุมกำเนิดของสตรี และจากการใช้วิธีคุมกำเนิดพบว่า ไม่ว่าสตรีเหล่านี้จะมีการศึกษา อยู่ในระดับใด นิยมใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด รองลงมาคือห่วงคุมกำเนิด และระยะปลอดภัยตามลำดับ แต่สตรีที่มีการศึกษาสูงมีเปอร์เซ็นต์สูงที่บอกว่า เคยใช้ระยะปลอดภัย ซึ่งเป็นวิธีที่ต้องอาศัยความรู้และการเข้าใจในการปฏิบัติพอสมควร ซึ่งสตรีที่มีการศึกษาต่ำยากที่จะเข้าใจ ในการปฏิบัติได้ แสดงว่า การศึกษาก็มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดเช่นกัน¹

ความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่อยู่ปัจจุบัน กับการยอมรับบริการคุมกำเนิด พบว่า สตรี ซึ่งมีสถานที่อยู่ปัจจุบันอยู่ที่พระนคร-ธนบุรี มีสัดส่วนการยอมรับบริการคุมกำเนิดมากกว่าสตรีที่อยู่ต่างจังหวัด ทั้งนี้เนื่องจากในต่างจังหวัดไม่มีบริการในจังหวัดที่ตนอยู่มากเท่าที่ควร และ ประกอบกับอยู่ไกลการคมนาคมไม่สะดวกในการมารับบริการ²

อาชีพของสตรีที่รับบริการในการวางแผนครอบครัว พบว่า อาชีพรับราชการการยอมรับบริการมากที่สุด คือร้อยละ 91.6 รองลงมาเป็นทำไร่ ทำนา ร้อยละ 68.7 เกือบเท่า ๆ กับอาชีพค้าขายซึ่งมีร้อยละ 68.2 ส่วนอาชีพรับจ้างพบว่ารับบริการน้อยที่สุดคือร้อยละ 54.6 และเหตุผลที่มาใช้บริการก็พบว่าส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ต้องการให้มีบุตรห่างออกไปมากกว่าอย่างอื่น รองลงมาก็คือ ไม่ต้องการมีบุตรอีกเลย³

ในปัจจุบันนี้พอสรุปได้ว่า คนจน คนมีการศึกษาต่ำ และอาศัยอยู่ในชนบท จะมีบุตรมากกว่าคนที่มีการศึกษาสูง มีฐานะดี และอาศัยอยู่ในพระนคร-ธนบุรี และในขณะที่เดียวกันก็มีการใช้วิธีคุมกำเนิดน้อยกว่าอีกด้วย⁴

จากการวิเคราะห์ ความรู้ ที่ค้นคิด และการใช้วิธีคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา พบว่า สตรีที่ได้รับการศึกษามากกว่ามักจะมีความเห็นด้วย และใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิ

¹ เรื่องเดียวกัน : หน้า 36-37

² เรื่องเดียวกัน : หน้า 50

³ เรื่องเดียวกัน : หน้า 58

⁴ เรื่องเดียวกัน : หน้า 68

มากกว่าสตรีที่ได้รับการศึกษาไม่ตี สตรีในเขตชนบทและเขตเมืองยังมีความแตกต่างกันมากพอสมควร ในเรื่องความรู้และการใช้วิธีคุมกำเนิด เช่น สตรีในเขตเมืองซึ่งไม่ได้รับการศึกษาเลย ก็ทราบวิธีคุมกำเนิด และใช้วิธีคุมกำเนิดมากกว่าสตรีในเขตชนบท ซึ่งฉบับขึ้นประณมปีที่ 4 ดังนั้นการวางแผนครอบครัว อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในเมืองดูจะมีความสำคัญยิ่งกว่าการศึกษาในโรงเรียน นอกจากนี้ ยังพบว่ามีเพียงร้อยละ 15 ของสตรีในเขตชนบทและร้อยละ 46 ของสตรีในเขตเมืองซึ่งไม่ต้องการมีบุตรอีกได้ใช้วิธีคุมกำเนิด ในเขตชนบทมากกว่าครึ่งหนึ่งของสตรีที่ล้มรสและอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ และเกือบ 1 ใน 3 ของสตรีในเขตเมืองอื่น ๆ และ 1 ใน 4 ของสตรีในเขตกรุงเทพมหานคร ตอบว่าไม่ต้องการมีบุตรเพิ่ม แต่ตั้งใจว่าจะใช้วิธีคุมกำเนิด¹

นอกจากนี้ หันมามองต่อการวางแผนครอบครัวก็มีความสัมพันธ์กับการศึกษาเช่นกัน สัดส่วนของสตรีในเขตเมืองที่ได้รับการศึกษามากกว่านั้น ยอมรับการวางแผนครอบครัวมากกว่าสตรีที่ได้รับการศึกษาน้อยกว่า และเห็นได้ชัดว่าสตรีที่ไม่เคยได้รับการศึกษา และสตรีที่เคยได้รับการศึกษาระดับหนึ่งในแทบทุกกลุ่มอายุของสตรีในเขตเมือง ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว ยกเว้นสตรีกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการศึกษาเลย หรือไม่ตอบว่าได้รับการศึกษาชั้นใด²

จากการศึกษาเรื่อง การยอมรับและอุปสรรคการยอมรับการคุมกำเนิดไปปฏิบัติ พบว่า คนที่มีระดับการศึกษาสูงหรือคนที่สนใจกับสิ่งแวดล้อม สนใจเกี่ยวกับเหตุการณ์เคลื่อนไหวต่าง ๆ มีการล้มคัม การอ่านหนังสือ ฯลฯ มีแนวโน้มที่จะรับสิ่งประดิษฐ์ใหม่หรือการคุมกำเนิดไปปฏิบัติ

¹ พิชิต พิทักษ์เทพสัมพันธ์ และ สุวัฒน์ วิบูลย์เศรษฐ, "สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาว....," หน้า 10

² พิชิต พิทักษ์เทพสัมพันธ์ และ วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ, "ภาวะเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว....," หน้า 25

สูงกว่าคนที่มิระดับการศึกษาต่ำ หรือคนที่ไม่สนใจกับสิ่งแวดล้อม คนที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่ชอบอ่านหนังสือ¹

สมมุติฐานในการศึกษา

1. สมมุติฐานที่สำคัญ

"การใช้บริการด้านสาธารณสุขที่แตกต่างกัน ย่อมมีผลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวของสตรีในวัยเจริญพันธุ์"

2. สมมุติฐานย่อย

ก. สตรีที่ใช้บริการด้านสาธารณสุขโดยวิธีรักษาพยาบาลแผนใหม่ จะมีแนวโน้มที่จะยอมรับการวางแผนครอบครัวมากกว่าสตรีที่ไม่เคย หรือไม่ค่อยใช้บริการด้านสาธารณสุขโดยวิธีรักษาพยาบาลแผนใหม่

ข. สตรีที่เชื่อมั่นในการอยู่รอดของบุตร จะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการด้านสาธารณสุขโดยวิธีรักษาพยาบาลแผนใหม่ และยอมรับการวางแผนครอบครัวสูงกว่า

ค. สตรีที่มีการศึกษาสูง จะใช้บริการด้านสาธารณสุข โดยวิธีการรักษาพยาบาลแผนใหม่สูงกว่า และมีผลต่อการวางแผนครอบครัวสูงกว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำ

ง. สตรีที่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว จะมีแนวโน้มที่จะมีบุตรในอุดมคติต่ำกว่าสตรีที่ไม่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว

จ. สตรีที่มีบุตรมาก จะมีทัศนคติที่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัวสูงกว่าสตรีที่มีบุตรน้อย

ฉ. ฐานะของเศรษฐกิจไม่หน้าที่จะเป็นเครื่องชี้ให้สตรีมีการวางแผนครอบครัวที่แตกต่างกัน

¹ วิฑูร โอสถานนท์, "การยอมรับและอุปสรรคการยอมรับ....," หน้า 34

ขอบเขตของการศึกษาและปัจจัยสำคัญที่จะพิจารณาประกอบ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลในการสัมภาษณ์หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ซึ่งแต่งงานแล้วและกำลังอยู่กับสามี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในโครงการการวางแผนครอบครัวชุมชน ผลสัมฤทธิ์ของการสำรวจชุมชนพื้นฐาน (FAMILY PLANNING/HEALTH AND HYGIENE PROJECT) พ.ศ. 2520 เป็นโครงการทดลองปฏิบัติการระหว่างกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานบริการวางแผนครอบครัวชุมชน และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมุ่งที่จะศึกษาถึงลักษณะเกี่ยวกับการใช้บริการด้านสาธารณสุขกับการวางแผนครอบครัว ในลักษณะเท่าที่ข้อมูลจะเปิดโอกาสให้ศึกษา ซึ่งอยู่ในขอบเขตดังนี้

ก. การเจ็บป่วย ศึกษาถึงการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสถานที่ไปรับการรักษาและบริการว่ามีลักษณะและปัจจัยอะไรบ้างมาเกี่ยวข้อง

ข. การวางแผนครอบครัว ศึกษาถึงการใช่และไม่ใช่การวางแผนครอบครัว สถานที่ไปรับบริการ ว่ามีลักษณะและมีปัจจัยอะไรบ้างมาเกี่ยวข้อง

ค. วิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการใช้บริการสาธารณสุข และการวางแผนครอบครัว ปัจจัยที่สำคัญที่จะนำมาพิจารณาคือ ปัจจัยทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม ประชากร และจิตวิทยา ซึ่งมี

- อาชีพ
- การศึกษา
- ความสัมพันธ์ของบุคคล
- ลักษณะที่อยู่อาศัย
- อายุ
- อายุแรกสมรส
- จำนวนบุตร
- ระยะเวลาการสมรส
- ความเชื่อมั่นในการเลี้ยงดูบุตรให้อยู่รอด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยนี้

การศึกษาริวิจัยครั้งนี้ เพื่อมุ่งศึกษาข้อเท็จจริงบางประการ เกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุข และการวางแผนครอบครัวของประชาชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้คือ

1. ทำให้สามารถทราบถึงลักษณะด้านเศรษฐกิจ สังคม ประชากร และจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัว ของผู้ใช้บริการทางสาธารณสุข
2. เป็นแนวทางที่จะนำมาใช้ในการวางแผนครอบครัวให้สอดคล้องยิ่งขึ้นกับงานสาธารณสุขในทุกระดับ
3. เป็นแนวทางที่จะหาทางแก้ไขปัญหาด้านต่าง ๆ ให้ตรงตามอุปสรรคของผู้ต้องการที่จะทำการวางแผนครอบครัว
4. เป็นแนวทางที่จะนำไปศึกษาถึงแนวโน้มต่าง ๆ ที่จะยังผลให้เกิดความนิยมในการใช้หรือต้องการใช้แบบวิธีต่าง ๆ ของการวางแผนครอบครัวให้มากยิ่งขึ้น
5. ทำให้ทราบถึงข้อเท็จจริงในการมารับบริการทางสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการวางแผนครอบครัว
6. สามารถเป็นแนวทางที่จะนำไปศึกษาและวิจัยในรายละเอียดต่าง ๆ ได้

นิยามของคำศัพท์

| | | |
|-------------------------------|---------|--|
| สตรีวัยเจริญพันธุ์ | หมายถึง | หญิงที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี และกำลังอยู่กับสามี ไม่ว่าจะจดทะเบียนสมรสหรือไม่ก็ตาม ซึ่งอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ |
| จำนวนบุตร เกิดรอด | หมายถึง | จำนวนบุตรทั้งหมดที่เกิดมาแล้วรอดชีวิตอยู่ แม้ว่าต่อมาจะได้ถึงแก่กรรมไปด้วยเหตุใดก็ตาม ไม่รวมทารกที่แท้งก่อนคลอดหรือคลอดตามกำหนด เวลาแต่ทารกไม่มีชีวิตในขณะคลอด |
| จำนวนบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน | หมายถึง | จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ในวันที่สัมภาษณ์ รวมทั้งทุกคนที่อยู่ด้วยกันและไปอยู่ที่อื่น |

| | | |
|-------------------------|---------|---|
| อายุแรกสมรส | หมายถึง | อายุซึ่งหญิงวัยเจริญพันธุ์ได้ทำการสมรสครั้งแรกไม่ว่าจะจดทะเบียนสมรสหรือไม่ก็ตาม |
| บุตรในอุดมคติ | หมายถึง | จำนวนบุตรที่คิดว่าควรจะมีโดยไม่มีค่าเงินถึงบุตรที่มีอยู่จริง |
| การศึกษาระดับต่ำ | หมายถึง | ผู้ที่มีการศึกษาตั้งแต่ชั้น ป.1 - ป.4 |
| การศึกษาระดับสูง | หมายถึง | ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าชั้น ป.4 ขึ้นไป รวมทั้งการศึกษานิวไชนส์วิทยาลัย |
| บริการสาธารณสุข | หมายถึง | บริการทางด้านการรักษาโรค ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ จัดขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้บรรลุถึงสุขภาพอนามัยที่ดี |
| บริการสาธารณสุขของรัฐ | หมายถึง | สถานบริการด้านสาธารณสุขซึ่งอยู่ภายใต้การจัดการของรัฐ ทั้งในแง่เจ้าหน้าที่ วัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณ |
| บริการสาธารณสุขของเอกชน | หมายถึง | สถานบริการด้านสาธารณสุขซึ่งอยู่ภายใต้การจัดการของประชาชน อาจจัดขึ้นในรูปบริษัท องค์กร มูลนิธิ หรือส่วนบุคคลก็ได้ |
| การใช้บริการสาธารณสุข | หมายถึง | การใช้บริการเกี่ยวกับการรักษา ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ |
| การรักษาพยาบาลแผนใหม่ | หมายถึง | การรักษาพยาบาลที่ได้รับจากโรงพยาบาล สถานพยาบาล ศูนย์อนามัย สถานีอนามัย สำนักงานผดุงครรภ์ ตลอดจนคนสัณนิคของแพทย์แผนปัจจุบันที่ทำการรักษาพยาบาลภายใต้กฎหมาย |
| หมอกกลางบ้าน | หมายถึง | บุคคลในหมู่บ้านที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนในหมู่บ้าน โดยรักษาแบบแผนโบราณและใช้สมุนไพร ประกอบ และในนี้รวมถึงหมอพื้นบ้าน หมอผีตบยา หมอพระ หมอผี และหมอแผนโบราณอื่น ๆ |
| การวางแผนครอบครัว | หมายถึง | การป้องกันการปฏิสนธิด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง อาจเป็นการถาวร หรือชั่วคราวก็ได้ |



| | | |
|--|---------|---|
| การใช้บริการด้านการวางแผนครอบครัว | หมายถึง | การใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง อาจเป็นการถาวรหรือชั่วคราวก็ได้ |
| ทัศนคติในการวางแผนครอบครัว | หมายถึง | หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยในการป้องกันการปฏิสนธิด้วยวิธีต่าง ๆ |
| เห็นด้วยในการวางแผนครอบครัว | หมายถึง | หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่กำลังใช้และตั้งใจจะใช้ในอนาคต ในวิธีใดวิธีหนึ่งของการป้องกันการปฏิสนธิ |
| ไม่เห็นด้วยในการวางแผนครอบครัว | หมายถึง | หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่เห็นด้วยกับการใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิวิธีใดวิธีหนึ่ง ทั้งในปัจจุบันและอนาคต |
| ความเชื่อมั่นที่จะเลี้ยงบุตรให้อยู่รอด | หมายถึง | ความเชื่อถือในการบริการด้านสาธารณสุขที่สามารถที่จะป้องกันและรักษาบุตรของตนให้มีชีวิตอยู่รอดตั้งแต่เกิดจนโตได้โดยปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ |
| เจ็บป่วยเล็กน้อย | หมายถึง | การเจ็บป่วยของบุคคลในบ้าน เช่น เป็นหวัดหรือปวดหัว เป็นต้น โดยที่การเจ็บป่วยนั้นไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานตามปกติ |
| เจ็บป่วยมาก | หมายถึง | การเจ็บป่วยของบุคคลในบ้านที่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และต้องล้มหมอนนอนเสื่อ อาทิ เช่น ขาหัก หรืออุบัติเหตุถูกของมีคมต่าง ๆ หรือ เจ็บป่วยเนื่องจากเป็นโรครุนแรงต่าง ๆ เป็นต้น |
| อาสาสมัคร | หมายถึง | บุคคลในหมู่บ้านที่ได้รับคัดเลือกหรือสมัคร เป็น มีหน้าที่ในการรายงานข่าว เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคนที่หมู่บ้านให้แก่เจ้าหน้าที่ของรัฐ และยังสามารถที่จะทำการปฐมพยาบาลเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ ตลอดจนคัดจำหน่วยยาประจำบ้านอีกด้วย |
| หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในหมู่บ้าน | หมายถึง | หมู่บ้านที่มีโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยหรือสำนักงานผดุงครรภ์ของกระทรวงสาธารณสุขตั้งอยู่ |