

f. 5966



ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยในสังคมอุตสาหกรรมใหม่ : ด้านโภชนาการและสุขภาพ
อนามัยและด้านชีวิตครอบครัว



โดย

พรณปพร เอกพัฒน์

HCULIB



3 0001 00040326 3

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

งานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

กิติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยเรื่อง ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยในสังคมอุตสาหกรรมใหม่ :
ด้านโภชนาการ และสุขภาพอนามัยและด้านชีวิตครอบครัวนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

งานวิจัยเรื่องนี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือหลายฝ่าย ดังนี้ รศ.ดร.ชัตติยา
करणสูตร ผู้ประสานงานโครงการวิจัย และเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย อาจารย์ ดร.
ทิพาภรณ์ ไพร์ถวิล ให้การสนับสนุนชี้แนะและตรวจแก้ไขงานวิจัย อาจารย์ธัญญา สนิทวงศ์
ณ อรุณา เป็นผู้ให้คำแนะนำและจัดให้มีการวิจารณ์ผลงานวิจัยเรื่องนี้ อาจารย์ปภาทิพ
พงศ์สุภินิemit อาจารย์นวลใย หาริวิธ อาจารย์จรียา พงศ์วิวัฒน์ ที่ช่วยในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล และเสนอแนะ ทำให้ผลการศึกษา มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ท้ายสุดขอขอบพระคุณ อาจารย์ภรณ์สิล ประยูรรัตน์ ผู้รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล
ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ อาจารย์อภิญา สุวรรณภักดิ์ นักศึกษาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ รุ่น
2 ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ
โอกาสนี้

พรธนปพร เอกพัฒน์

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและสุขภาพอนามัยของคนไทยในอุตสาหกรรมใหม่ด้านโภชนาการ สุขภาพอนามัย และครอบครัวของชุมชนบางพลี และชุมชนลาดกระบัง มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงคุณภาพชีวิตด้านชีวิตครอบครัวและสุขภาพอนามัย ในชุมชนเมืองใหม่บางพลี และชุมชนย่านอุตสาหกรรมลาดกระบังเป็นอย่างไร มีความแตกต่างกันใน 2 ชุมชน โดยทำการศึกษาจากกลุ่มประชากร ชุมชนบางพลี จำนวน 250 คน และ ชุมชนลาดกระบัง จำนวน 250 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) และใช้แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของชุมชนบางพลี และชุมชนลาดกระบังไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวยังอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีสถานภาพการสมรสแล้วมากที่สุด เมื่อสมรสแล้วอยู่ด้วยกันมากกว่าแยกกันอยู่ ส่วนกลุ่มที่แยกกันอยู่มีจำนวนน้อยแยกกันอยู่จากการทำงานกันคนละแห่งหรือ คู่สมรสอยู่ต่างจังหวัดจึงจำเป็นต้องแยกกันชั่วคราว หรือมีความขัดแย้งกันไม่ลงรอยกัน หรือหย่าจากกัน บางรายอาจตายจากกันที่เป็นสาเหตุให้คู่สมรสต้องแยกจากกัน อยู่ด้วยกันโดยมีการจดทะเบียนสมรสมากกว่าไม่มีการจดทะเบียนสมรส และมีการจดทะเบียนสมรสครั้งเดียวมากที่สุด ส่วนกลุ่มที่มีการจดทะเบียนสมรสหลายครั้งมีจำนวนไม่มากและจำนวนครั้งของการจดทะเบียนสมรสสูงสุดคือ 5 ครั้งในครอบครัวจะมีผู้อื่นจำนวนมากอาศัยอยู่ด้วย ซึ่งจะเป็นบุคคลวัยเจริญอายุระหว่าง (21-40) ปี ส่วนวัยทารกอายุระหว่าง (0-1) ปี พบเพียงเล็กน้อย เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ รวมทั้งโรคจากความเครียด วิกลจริต ในครอบครัวจะดูแลสมาชิกกันเองโดยไม่คิดว่าเป็นภาระต่อครอบครัว เพราะเห็นว่าผู้เจ็บป่วยเป็นบุคคลที่มีคุณค่าในครอบครัวควรให้ความช่วยเหลือดูแลสมาชิกที่ป่วย มีส่วนน้อยเท่านั้นที่พาไปรักษา หรือส่งไปอยู่สถาน

พยาบาล กลุ่มผู้มีความพิการจะพบในกลุ่มอายุระหว่าง (0-1) ปีแต่ไม่ทราบสาเหตุของความพิการ ส่วนความพิการอื่น ๆ เช่น พิการจากอุบัติเหตุ พันธุกรรม ความเจ็บป่วยจากการทำงานพบในกลุ่มอายุระหว่าง (2-60) ปี ขึ้นไป มีจำนวนไม่มาก กลุ่มความพิการจากการขาดสารอาหารยังไม่พบทั้ง 2 ชุมชน เมื่อ 10 ปีก่อนสมาชิกตั้งครรภ์จะฝากครรภ์ คลอด และดูแลหลังคลอด การได้รับวัคซีนของเด็ก สมาชิกในครอบครัวจะให้แพทย์ดูแลมากกว่าไปรับบริการอื่น ๆ และในปัจจุบันการไปรับบริการดูแลที่แพทย์ยังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม ส่วนการดูแล

โดย หมอตำแยและพยาบาลเมื่อ 10 ปีก่อนมีจำนวนไม่มาก และปัจจุบันก็ใช้บริการลดลง ชุมชนได้รับรู้ เรื่องการรับวัคซีนจากศูนย์สาธารณสุข ได้รับวัคซีนครบถ้วน ได้รับรู้เรื่องโรคเอดส์ วิธีป้องกัน โรคเอดส์จากสื่อต่าง ๆ รู้จักวิธีการป้องกันโรคเอดส์จากการไม่เที่ยวสำส่อนไม่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ หรือเที่ยวตามสถานเริงรมย์ต่าง ๆ เมื่อเที่ยวหรือเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ จะใช้ถุงยาง

อนามัยในการป้องกันตัวเอง แต่ก็ยังมีส่วนน้อยที่ไม่รู้วิธีป้องกันโรคเอดส์ และเมื่อเที่ยวก็จะไม่ใช้วิธีป้องกันใด ๆ ทั้งสิ้น

ดังนั้น ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ถึงแม้ว่าสัดส่วนผู้ที่ไม่ใช้วิธีการป้องกันโรคเอดส์ใด ๆ มีจำนวนน้อย แต่ก็น่าที่จะให้ความสนใจ และควรมีการศึกษาต่อในเรื่องปัจจัยหรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด วิธีการที่สมาชิกดูแลตนเองเมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วย และ แรงจูงใจใดที่ทำให้ไม่ใช้วิธีการป้องกันโรคเอดส์ใด ๆ ทั้งสิ้น.



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อ	
บทที่ 1. บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	2
ขอบเขตการศึกษา	2
นิยามศัพท์ในการศึกษา	4
ผลที่ได้รับ	4
บทที่ 2. ผลงานวิจัยและงานเขียนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	5
แนวคิดคุณภาพชีวิตของคนในอุตสาหกรรมใหม่	5
แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว	7
แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	11
คุณภาพชีวิตในภาคอุตสาหกรรม	19
บทที่ 3. วิธีการศึกษา	23
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา	23
วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	23
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	23
ข้อจำกัดในการศึกษา	
บทที่ 4. ผลการศึกษา	24
ส่วนที่ 1 ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านชีวิตครอบครัว	24
ส่วนที่ 2 ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย	24
บทที่ 5. สรุปผลการศึกษา	42
ข้อเสนอแนะ	45
เอกสารอ้างอิง	46

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทยที่ผ่านมา มุ่งเน้นทางด้านเศรษฐกิจอย่างเดียว โดยละเลยทางด้านสังคม ทำให้ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมืองของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก โดยเฉพาะด้านครอบครัวและสุขภาพอนามัย โดยส่วนหนึ่งประเทศไทยได้รับผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์ เลียนแบบจากชาติตะวันตก ที่มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารกันทั่วโลก และซึมซับวัฒนธรรมตะวันตก จึงทำให้การดำรงชีวิต วัฒนธรรม และการดูแลสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป และผลของการพัฒนาเป็นไปอย่างไม่เท่าเทียมกัน ระหว่างภาคอุตสาหกรรมกับภาคเกษตรกรรม เกิดความแตกต่างระหว่างภูมิภาค ผลของการพัฒนาไม่สามารถกระจายไปสู่ประชาชนทุกกลุ่มได้อย่างทั่วถึง ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างคนรวย และคนจนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านวิถีชีวิตความเป็นอยู่ และสถาบันครอบครัว จากครอบครัวขยาย ที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย น้ำ อา กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีเฉพาะพ่อแม่ลูก และทางด้านสุขภาพอนามัย จากการดูแลตนเอง ซึ่งจะต้องมีการใช้บริการทางแพทย์มากขึ้น โรคที่เกิดขึ้นจะเป็นในเรื่องของความพิการจากอุบัติเหตุ หรือจากเครื่องยนต์มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการผลิต การพัฒนาที่กระจุกตัวอยู่ แต่ในเมืองทำให้ชาวชนบทอพยพเข้าเมือง มาขายแรงงานในภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น

ดังนั้น ในแผนพัฒนาฉบับที่ 7, 8 จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคคลควบคู่กับการพัฒนาประเทศ กล่าวคือ การพัฒนาเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนให้มีความเป็นอยู่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2525-2539) ได้กำหนดเป้าหมายหลักของการพัฒนาไว้ คือ ต้องพัฒนาคุณภาพของประชาชนให้มีสุขภาพดี ถ่วงหน้าพัฒนาคุณภาพของคนให้เป็นคนดี มีความสามารถ มีพละนาญที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี สังคมมีความสุข และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยลดมลพิษทางน้ำ อากาศ เสียง ให้อยู่ในสภาพที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน และให้วัดชี้แจง รณรงค์เรื่องดูแลสุขภาพ การได้ความรู้ทางสุขภาพ กำหนดวันครอบครัวไทย พิธีอุปถัมภ์วัฒนธรรมไทย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาธุรกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7, 2533 : 16)

เพื่อให้การกำหนดคุณภาพชีวิตของชุมชน มีความชัดเจนและสามารถวัดเป็นรูปธรรมมากขึ้น จึงได้มีการพัฒนารูปแบบเครื่องมือที่จะใช้วัดดูว่าขณะนี้คุณภาพชีวิตของคนไทยในแต่ละเรื่องเป็นอย่างไรบ้าง ชุมชนครอบครัวมีหรือควรจะเป็นในระยะเวลาหนึ่งอย่างไรบ้าง โดยกำหนดที่จะศึกษาจากชุมชน 2 แห่งคือ ชุมชนเมืองใหม่บางพลี และชุมชนย่านอุตสาหกรรมลาดกระบัง โดยทั้ง 2 ชุมชนได้รับผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านชีวิตครอบครัว และสุขภาพอนามัย ซึ่งเป็นชุมชนที่คนส่วนใหญ่ได้อพยพมาจากชนบทเข้ามาสู่ภาคอุตสาหกรรม เพื่อขายแรงงาน

ฉะนั้น คนไทยในชุมชนเมืองใหม่บางพลี และชุมชนย่านอุตสาหกรรมลาดกระบัง เป็นส่วนหนึ่งที่ได้รับผลกระทบอันนี้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า 2 ชุมชนที่มีคุณภาพชีวิต ด้านครอบครัวและสุขภาพอนามัย แตกต่างกันหรือไม่ และมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาถึงคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของชุมชนเมืองใหม่บางพลีและชุมชนลาดกระบัง
2. เพื่อศึกษาถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชุมชนเมืองใหม่บางพลีและชุมชนลาดกระบัง
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของทั้ง 2 ชุมชน

ขอบเขตการศึกษา

1. ขอบเขตด้านแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัย
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 1.2 คุณภาพชีวิตด้านชีวิตครอบครัว
 - 1.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย
 - 1.4 คุณภาพชีวิตในภาคอุตสาหกรรม
2. ขอบเขตด้านประชากร
 - 2.1 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างชุมชนเมืองใหม่บางพลี และกลุ่มตัวอย่างชุมชนย่านนิคมอุตสาหกรรมลาดกระบัง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยหลักเรื่อง ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยในสังคมอุตสาหกรรมใหม่ ศึกษากรณีชุมชนเมืองใหม่บางพลี และชุมชนในย่านอุตสาหกรรมลาดกระบัง ซึ่งประกอบด้วยโครงการวิจัยย่อย 5 โครงการ คือ

1. ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยในสังคมอุตสาหกรรมใหม่ด้านชีวิต เศรษฐกิจ และด้านสติปัญญา

2. ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยในสังคมอุตสาหกรรมใหม่ ด้านชีวิตการทำงานและด้านการใช้เวลาและนันทนาการ

3. ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยในสังคมอุตสาหกรรมใหม่ ด้านสภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยและการสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม

4. ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยในสังคมอุตสาหกรรมใหม่ ด้านชีวิตครอบครัวและด้านอนามัยและโภชนาการ

5. การสังเคราะห์ตัวแบบคุณภาพชีวิตของคนไทยในสังคมอุตสาหกรรมใหม่

โดยการคาดหวังว่าโครงการวิจัยย่อยที่ 1-4 จะดำเนินไปพร้อม ๆ กันและโครงการวิจัยย่อยที่ 5 จะเริ่มดำเนินการหลังจากโครงการย่อยที่ 1-4 เสร็จสิ้นแล้ว แต่เนื่องจากอุปสรรคปัญหาบางประการทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างล่าช้า และไม่สามารถทำการศึกษาทุกโครงการย่อยได้อย่างสมบูรณ์ จึงไม่สามารถนำมาสังเคราะห์ให้เห็นเป็นภาพรวมของตัวแบบคุณภาพชีวิตของคนไทยในสังคมอุตสาหกรรมใหม่ อีกประการหนึ่งการศึกษาครั้งนี้ขาดข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ และอื่น ๆ เป็นต้น ที่จะนำมาวิเคราะห์เชื่อมโยงให้เข้าใจตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนที่ศึกษาด้วยครอบครัวและสุขภาพอนามัยให้ดียิ่งขึ้น

นิยามศัพท์ในการศึกษา

ชีวิตครอบครัว หมายถึง สมาชิกที่อยู่ร่วมกันในครอบครัว สภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวการอยู่ร่วมกัน แยกกันอยู่ สมาชิกอื่น ๆ ที่อาศัยอยู่ในครอบครัว จำนวนการจดทะเบียนสภาพการสมรส

สุขภาพอนามัย หมายถึง การดูแลสุขภาพการตั้งครรภ์ การคลอด การดูแลหลังการคลอด กับการใช้บริการ การรับรู้เรื่องสุขภาพอนามัย

คุณภาพชีวิต วิธีชีวิต การดำรงชีวิตความเป็นอยู่ของกลุ่มชนในที่ใดที่หนึ่ง ที่อยู่ได้โดยปกติ

อุตสาหกรรม หมายถึง โรงงาน อาคารและสถานที่ ซึ่งมีผู้ใช้แรงงาน เพื่อประกอบอุตสาหกรรม

ผลที่ได้รับ

1. ทราบถึงคุณภาพชีวิตและชุมชนเมืองใหม่บางพลี และชุมชนย่านนิคมอุตสาหกรรมลาดกระบัง
2. สามารถนำตัวชี้วัดดังกล่าวไปวางแผนดำเนินการให้ความช่วยเหลือต่อไป
3. เป็นประโยชน์ต่อการเรียนการสอนนักศึกษา

บทที่ 2

แนวคิดและงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและสุขภาพอนามัยของคนไทยในสังคมอุตสาหกรรมใหม่ ด้านครอบครัว และสุขภาพอนามัย ซึ่งผู้ศึกษาทำการศึกษาเพื่อต้องการทราบถึง คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว และสุขภาพอนามัย เป็นอย่างไร ทั้งชุมชนเมืองใหม่บางพลี และชุมชนย่านนิคมอุตสาหกรรมลาดกระบัง มีความแตกต่างกันอย่างไร ดังนั้นในการสำรวจวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตำรา หนังสือ รายงานวิจัย และเอกสารต่าง ๆ ผู้ศึกษาจึงศึกษารวบรวมและนำเสนอข้อมูล ใน 4 หัวข้อ คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
2. แนวคิดด้านคุณภาพชีวิตครอบครัว
3. แนวคิดด้านสุขภาพอนามัย
4. คุณภาพชีวิตในภาคอุตสาหกรรม

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

1.1 "บุคคลที่มีชีวิตมีคุณภาพ คือ บุคคลที่มีคุณสมบัติที่ดีหลายประการ เช่น รู้จักตนเอง และผู้อื่น หรือสิ่งแวดล้อม มีความสำนึกในหน้าที่รับผิดชอบตนเอง มีความสามารถในการประกอบอาชีพ มีพละนาถัยสมบูรณั ยึดมั่นในคุณธรรม ศีลธรรม วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงามของสังคม มีความซื่อสัตย์สุจริต ขยันหมั่นเพียร รักชาติ ศาสน์กษัตริย์ เสียสละเพื่อส่วนรวม ฯลฯ (สวัสดี สุวรรณอักษร 2531 : 134)

ส่วนผู้ที่มองคุณภาพชีวิตในแง่ที่อิงกับหลักธรรมทางศาสนาาก็ได้ให้ความเห็นไว้ว่า

"ถ้าจะพิจารณาความหมายของคุณภาพชีวิตรวม ๆ กันไป ก็เห็นจะต้องยกเอาพุทธทาสภิกขุที่ว่า อโรคยา ปรมาลาภา คือ ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ เป็นปฐมบทเพราะตัวโรคไม่ว่าจะเป็นโรคทางกายก็ดี จิตก็ดี เป็นเครื่องบั่นทอนคุณภาพชีวิตในทุกทิศทุกทางที่ทุกคนจำเป็นต้องตระหนักในเรื่องนี้ก่อนเรื่องอื่นใดทั้งสิ้น" (แจก ธนะสิริ 2528 : 37)

1.2 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบที่จะมีผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นอาจจะแยกออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ ๆ คือ

(1) ด้านครอบครัว

ถ้าจะพูดกันถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตแล้ว จุดเริ่มต้นของกระบวนการพัฒนาทั้งหมดมาจากสถาบันครอบครัวนี้เอง ครอบครัวจึงเป็นสถาบันทางสังคมที่เก่าแก่ที่สุด เป็นแหล่งแรกที่เด็กจะได้รับการพัฒนาและจะเป็นรากฐานของพัฒนาการทางสังคมด้านอื่น ๆ ทั้งหมดเราอาจถือได้ว่าไม่มีสถาบันใดที่ทำหน้าที่ในการหล่อหลอมพฤติกรรมพัฒนาเจตคติทางสังคม และจริยธรรมได้ดีเท่ากับสถาบันครอบครัว ดังนั้นแม้ว่าครอบครัวจะเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุด มีสมาชิกเพียงแค่ พ่อ - แม่ - ลูก ก็ตาม แต่ก็จัดว่าสำคัญที่สุดในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่เด็ก

นักจิตวิทยาหลายท่านมีความเห็นว่า พัฒนาการในช่วงต้นของชีวิตคือ ในระหว่างแรกเกิดถึงห้าขวบโดยประมาณ เด็กจะมีการเรียนรู้ทุกสิ่งทุกอย่างรอบตัวของเขา เป็นการปูรากฐานทางบุคลิกภาพของเด็ก รวมทั้งเจตคติที่มีต่อตนเองและสังคมที่เขาเป็นสมาชิก

ด้วยเหตุนี้การอบรมบ่มเพาะจากครอบครัวได้โดยเฉพาะจากพ่อแม่ จึงเป็นตัวกำหนด เด็กจะเติบโตเป็นผู้ที่จะทำประโยชน์ให้แก่สังคม และเป็นประชากรที่มีคุณภาพได้

ถ้าครอบครัวช่วยประดับประดาเด็กให้เติบโตได้อย่างมั่นใจ เขาก็พร้อมที่จะรับผิดชอบต่อตนเองและสังคมของเขา ดังคำกล่าวที่ว่า

"ครอบครัวที่มีคุณภาพ เป็นครอบครัวที่ทำหน้าที่ของตนโดยสมบูรณ์ มีสมาชิกรักใคร่ผูกพันกัน เป็นแหล่งพึ่งพิงทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นสถานที่พักผ่อนและเป็นแหล่งเสริมสร้างกำลังใจ ให้ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ" (คุณภาพชีวิต 2526 : 3)

ถ้าครอบครัวรักใคร่ปรองดองกัน ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงสุขภาพจิตที่ดีของคนในครอบครัว เด็กที่มาจากครอบครัวดังกล่าว ก็จะเป็นเด็กที่มีความสุขเป็นคนดี เป็นประชากรที่มีคุณภาพ

แต่เป็นที่น่าเสียดายว่า มีครอบครัวเป็นจำนวนไม่น้อย ที่มีได้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในหมู่สมาชิก การขาดแคลนความดูแลเอาใจใส่จากพ่อแม่ ไม่มีความอบอุ่นอย่างเพียงพอในครอบครัว ทำให้เด็ก ๆ ขาดที่พึ่งทางจิตใจจึงมักมีพฤติกรรมที่โน้มเอียงไปในทางสร้างปัญหาให้กับสังคม เช่น ปัญหายาเสพติด โสเภณี รักร่วมเพศ เป็นต้น

(2) ด้านเศรษฐกิจและสังคม

ถ้าจะพิจารณาจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับแรกไปจนถึงฉบับที่ 6 จะพบว่าวัตถุประสงค์สำคัญของแต่ละแผน สรุปอย่างกว้าง ๆ ก็คือ ต้องการเพิ่มรายได้ของประชาชน ต้องการกระจายรายได้ ต้องการขจัดความยากจนของ

คนส่วนใหญ่ ต้องการกระจายความเจริญไปทั่วท้องถิ่น ต้องการให้คนมีงานทำและให้เศรษฐกิจมีเสถียรภาพ (สุบิน ปิ่นขันธ์ 2530 : 4)

กล่าวคือ รัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญว่า ในการพัฒนาประเทศนั้น ประชาชนจะต้องมีเศรษฐกิจที่ดี มีการกินดีอยู่ดีมากขึ้น ทั้งนี้เพราะความยากจนของคนในชาติจะเป็นบ่อเกิดแห่งปัญหาทั้งหมด ศ.นพ.ประเวศ วะสี กล่าวไว้ว่าคนไทยทุกวันนี้มีความทุกข์เพราะเรามีคนยากจนมาก มีคนว่างงาน รายได้ไม่พอรายจ่ายก่อให้เกิดปัญหาต่อเนื่องที่ตามมาเป็นลูกโซ่ คือ ปัญหาทางสังคม และอาชญากรรม ประชาชาติเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน อัตราการปล้น ทรัพย์ ช้ำข่มขึ้นสูงขึ้นไปมาก และที่น่าวิตกอย่างยิ่งก็คือ ความบีบคั้นทางเศรษฐกิจนอกจากจะมีผลกระทบต่อ "ภัย" จากภายนอกแล้วภัยที่มาจากภายใน คือ ความสิ้นหวังของชีวิตทำให้อัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยสูงเกือบจะที่สุดของโลก คือ ประมาณ 25 คน ต่อประชากร 1 แสนคน ต่อปี ในขณะที่ประเทศในแถบเอเชียด้วยกันมีประชากรฆ่าตัวตายเพียง 1 - 2 คนต่อพลเมือง 1 แสนคนเช่นกัน (ประเวศ วะสี 2529 : 4)

ถ้าจะวิเคราะห์จากตัวเลขดังกล่าวจะเห็นว่า การที่คนในสังคมหันมาทำร้ายกันเอง หรือทำลายตนเองในอัตราส่วนที่สูงขึ้น ย่อมแสดงถึงปัญหาที่เกิดในสังคมประชาชนในชาติยังมีความ "ขาด" ปัจจัยพื้นฐาน (จปฐ.) ทำให้บางส่วนต้องหันมาหาทางออกโดยวิธีรุนแรงก้าวร้าว ชีวิตคนในสังคมจะมีคุณภาพมิได้ในสภาวะการดำรงดังกล่าว

(3) ด้านการศึกษา

คงไม่มีผู้ใดที่จะคัดค้านความสำคัญของการศึกษามีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ชาติใดที่มีประชากรที่มีคุณภาพ ชาตินั้นจะพัฒนาไปได้อย่างรวดเร็วและการศึกษาก็มักจะถูกใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนในชาติ ชาติใดที่คนในชาติมีการศึกษาสูง คนในชาตินั้นก็มักจะมีคุณภาพ เมื่อคนมีคุณภาพก็จะทำให้การพัฒนาในด้านอื่น ๆ เป็นไปด้วยความสะดวกรบายมากขึ้น และลดปัญหาของสังคมลง (ประเวศ วะสี 2525 : 5)

2. แนวคิดด้านคุณภาพชีวิตด้านชีวิตครอบครัว

2.1 ประเภทครอบครัว

ได้แบ่งประเภทครอบครัวเป็น 2 ประเภท โดยถือสมาชิกเป็นเกณฑ์ในการแบ่งดังนี้

(1) ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ได้แก่ครอบครัวที่ประกอบไปด้วยบิดามารดา และบุตรเท่านั้น

(2) ครอบครัวขยาย (Extended Family) ได้แก่ครอบครัวที่ประกอบไปด้วยบิดามารดา และบุตร รวมทั้งญาติพี่น้อง เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน (อานนท์ อภาภิรมย์, 2515 : 142-145)

บรรพต วีระชัย ได้แบ่งประเภทของครอบครัวไว้ดังนี้

ครอบครัวเล็ก (Nuclear Family) ประกอบไปด้วยบิดามารดาและบุตรที่ยังไม่ได้สมรสอาศัยอยู่ด้วยกัน ครอบครัวเล็กมักปรากฏในสังคมอุตสาหกรรม หรือสังคมเมือง

ครอบครัวใหญ่ (Extended Family) มีสมาชิกเพิ่มเติมมากกว่าบิดามารดาและบุตร อาจมีปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา ญาติที่เกี่ยวข้องอาศัยอยู่ด้วย บุตรที่แต่งงานแล้วอาจจะมาอยู่ภายในหลังคาเรือนเดียวกัน ระบบครอบครัวใหญ่มักจะมีในสังคมเกษตรหรือสังคมที่ยังไม่มีการพัฒนาอุตสาหกรรม

ครอบครัวปฐมนิเทศก์ (Family of procreation) ได้แก่ครอบครัวที่บุคคลก่อให้เกิดมีขึ้นโดยการสมรส ครอบครัวแห่งการสร้างสมาชิกใหม่ในเบื้องต้นอาจเป็นแบบครอบครัวเล็กก่อนแล้วกลายเป็นครอบครัวขยายก็ได้ หรืออาจเป็นการไปอาศัยอยู่กับญาติพี่น้องก่อนก็ได้ จุดสำคัญที่เห็นคือ ครอบครัวที่เกิดขึ้นโดยการสมรสเพื่อมีบุตรหรือธิดาต่อไป ... (บรรพต วีระชัย, สังคมมนุษย์วิทยาเบื้องต้น 2521 : 84 - 85)

ดังนั้น ครอบครัวไทยจึงกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เป็นผลจากการพัฒนาประเทศและการแพร่ของวัฒนธรรมตะวันตกและจากค่านิยมปัจเจกภาพ (Individualistic) กล่าวคือแต่ละครอบครัวแยกกันอยู่เป็นอิสระ ไม่อยู่รวมปะปนกับครอบครัวอื่น ครอบครัวไทยมีความเข้มข้นทางสายโลหิต บิดามารดา บุตรหลาน มีการติดต่อสัมพันธ์เยี่ยมเยียนกันอยู่เสมอ

2.2 คุณภาพชีวิตในครอบครัว

ความสำคัญของคุณภาพชีวิตในครอบครัว จะกล่าวถึงประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น คือ

(1) ลักษณะของคุณภาพชีวิตในครอบครัว เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก (หรือบางครอบครัวในสังคมไทยมักรวมเอา ปู่ ย่า ตา ยาย ไว้ด้วย) ซึ่งอยู่ด้วยกันอย่างมีความรัก ความอบอุ่น ทั้งพ่อและแม่เป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว ประกอบอาชีพโดยสุจริตเพื่อช่วยกันหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ไม่เที่ยวเตร่หรือติดสิ่งเสพติด ช่วยกันอบรมเลี้ยงดูลูกอย่างมีเหตุผลให้เวลาแก่ครอบครัวในการที่จะมีกิจกรรมร่วมกันทั้งกิจกรรมนอกบ้านและกิจกรรมภายในครอบครัว เช่น การไปพักผ่อนต่างจังหวัดร่วมกัน การร่วมกันทำงานบ้าน หรือทำงานอดิเรกด้วยกันภายในบ้าน และการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในระหว่างการรับประทานอาหารร่วมกัน ฯลฯ เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูก และพร้อมที่จะเป็นที่พึ่ง ที่ปรึกษาเมื่อลูกต้องการความช่วยเหลือ ส่วนลูกก็เชื่อฟังคำสั่งสอนของพ่อแม่ ช่วยแบ่งเบาภาระงานภายในบ้านตามกำลังความสามารถเท่าที่จะทำได้ รู้จักใช้จ่ายอย่างประหยัด และมี

เหตุผล ให้ความเคารพ ยกย่องพ่อแม่และบรรพบุรุษ และทุกฝ่ายต่างให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีความจริงใจต่อกัน มีความผูกพันกันและช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกันให้เกิดความก้าวหน้าและความภาคภูมิใจในกันและกัน

(2) ลักษณะของคุณภาพชีวิตในชุมชน เป็นชุมชนที่ประกอบด้วยครอบครัวหลาย ๆ ครอบครัวที่มีคุณภาพ สมาชิกจากแต่ละครอบครัวต่างก็มีความรับผิดชอบต่อชุมชน โดยช่วยกันดำรงรักษาสาธารณสมบัติของชุมชนปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชุมชน ช่วยกันสร้างสรรค์จริยธรรมาภิบาลความก้าวหน้าให้แก่ชุมชน ทุกครอบครัวต่างให้ความร่วมมือซึ่งกันและกันในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่ดีให้แก่ชุมชน เช่น มีสถานพักผ่อนหย่อนใจเพียงพอแก่สมาชิกในชุมชน มีสาธารณูปโภคครบถ้วน ชุมชนมีความสะอาด ร่มรื่น ทุกครอบครัวมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการพบปะสังสรรค์กันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และทรรณะที่จะเป็นประโยชน์ต่อกัน มีการทำกิจกรรมสันตนาการร่วมกันตามวาระและโอกาสอันควร เป็นชุมชนที่ทุกครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างสงบสุข ปราศจากใจผู้ร้าย ถ้าจะมีมาจากที่อื่นก็ช่วยกันระมัดระวังหรือหามาตรการที่จะขจัดให้หมดไป แต่แต่ละครอบครัวให้ความช่วยเหลือแก่กันและกันตามโอกาสที่เหมาะสม และบุคคลผู้มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เยาวชนในชุมชน คุณภาพชีวิตในครอบครัวและชุมชนทำให้สมาชิกในชุมชนทุกคนอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข

(3) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในครอบครัวและคุณภาพชีวิตในชุมชน คุณภาพชีวิตในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับคุณภาพชีวิตในชุมชน เพราะครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และชุมชนหนึ่ง ๆ ประกอบด้วยครอบครัวมีคุณภาพ ชุมชนก็จะมีคุณภาพในการทำงานเดียวกัน ถ้าชุมชนมีคุณภาพก็จะช่วยส่งเสริมให้แต่ละครอบครัวมีคุณภาพด้วย

ลักษณะที่แสดงให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข คือ

1.1 สมาชิกทุกคนมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เพราะได้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายอย่างพอเพียง มีเวลาออกกำลังกายและบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอและมีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ

1.2 สมาชิกทุกคนมีอารมณ์เบิกบานสดชื่นแจ่มใส และมีอารมณ์มั่นคงไม่หวั่นไหวง่ายโดยปราศจากเหตุผลอันควร มีการพูดคุยหยอกล้อกันด้วยความรัก ฟัน้องก็สามัคคีรักใคร่ เล่นด้วยกันและช่วยเหลือกัน ถ้าสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวมีความเครียด สมาชิกอื่น ๆ ก็พร้อมที่จะเข้าใจ เห็นใจ และช่วยกันผ่อนคลายความเครียดนั้น

โดยอาจใช้อารมณ์ขันเข้าช่วยด้วยทางหนึ่งหรืออาจช่วยกันคิดหาทางออกที่จะช่วยให้ความเครียดนั้นบรรเทาลงอีกทางหนึ่ง

1.3 สมาชิกทุกคนยกย่องและให้เกียรติซึ่งกันและกัน ภรรยาให้เกียรติยกย่องสามีในฐานะเป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้นำ สามีให้เกียรติยกย่องภรรยาในฐานะคู่ชีวิต คู่คิด และเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัวเช่นเดียวกัน พ่อแม่ให้เกียรติลูกด้วยการให้รู้จักตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยพร้อมที่จะยอมรับผลที่เกิดขึ้นทั้งในทางบวกและลบ เพื่อให้ผลของการกระทำเป็นครูที่ให้ประสบการณ์ตรงแก่เขาในการยึดถือปฏิบัติหรือปรับปรุงแก้ไขต่อไป ลูกก็ให้เกียรติพ่อแม่และบรรพบุรุษด้วยการแสดงความเคารพ ปฏิบัติตามคำสั่งสอนหรือเสนอแนะ และยกย่องทั้งต่อหน้าและลับหลัง

1.4 สมาชิกทุกคนยึดมั่นในศาสนาที่ตนนับถือและมีคุณธรรม โดยมีพ่อแม่เป็นผู้นำและเป็นแบบอย่างที่ดีในการยึดถือหลักธรรมะในศาสนาเป็นแนวปฏิบัติและเป็นคุณธรรมประจำใจ เช่น ความซื่อสัตย์ มีความสันโดษ มีความเมตตากรุณา มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ฯลฯ

1.5 สมาชิกทุกคนมีความเข้าใจซึ่งกันและกันและจริงใจต่อกัน มีการพูดคุยกันอย่างเปิดเผย สามีและภรรยาต่างไม่กระทำกรอย่างหนึ่งอย่างใดที่จะทำให้อีกฝ่ายหนึ่งรู้สึกขมขื่นใจ สามีไม่กล่าวเท็จกับภรรยา ภรรยาไม่กล่าวเท็จกับสามี พ่อแม่ปฏิบัติตามสัญญาที่ให้ไว้แก่ลูกและลูกไม่พูดปดกับพ่อแม่

1.6 สมาชิกทุกคนมีเอื้อโย มีความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน ถ้าใครมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายใจ คนอื่นก็จะช่วยกันรักษาพยาบาล พาไปหาแพทย์ หรือแสดงความเห็นใจ ถ้าใครจะไปไหนหรือกลับบ้านผิดเวลาก็ต้องแจ้งให้ทางบ้านรับทราบทุกครั้ง ถ้าไม่สามารถแจ้งให้ทราบล่วงหน้า เพราะมีความจำเป็นเร่งด่วนก็ต้องโทรศัพท์มาบอก หรือถ้าไม่มีโทรศัพท์ก็ควรต้องรีบกลับให้เร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้

1.7 สมาชิกทุกคนมีกิจกรรมภายในและภายนอกบ้านร่วมกันตามโอกาสอันสมควร เช่น กิจกรรมนอกบ้าน ได้แก่ การไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน การออกงานทางสังคมร่วมกัน กิจกรรมภายในบ้าน ได้แก่ การช่วยกันทำงานบ้าน ช่วยกันปลูกต้นไม้รอบบริเวณบ้าน ช่วยกันทำความสะอาดบ้านและบริเวณบ้าน หรือพักผ่อนหย่อนใจด้วยการเล่นเกมหรือเล่นกีฬาด้วยกัน เป็นต้น

1.8 พ่อแม่ให้การอบรมเลี้ยงดูลูกอย่างมีเหตุผล ส่งเสริมให้ลูกมีความเป็นตัวของตัวเอง รู้จักคิดและตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าด้วยตนเอง ไม่ใช้อารมณ์กับลูก ปล่อยให้ลูกมีอิสระในการทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามความเหมาะสม ในขณะเดียวกันทั้งพ่อและแม่ก็ต้องมีเวลาที่เป็นส่วนตัวของตนเองด้วย ลูกก็ต้องให้ความเคารพและปฏิบัติตามคำ

สั่งสอนของพ่อแม่ เอาใจใส่การเรียนอย่างสม่ำเสมอ ช่วยแบ่งเบาภาระงานในบ้านเท่าที่ตนเองจะมีความสามารถทำได้ ถ้ามีปัญหาหรือข้อขัดแย้งเกิดขึ้นภายในครอบครัว ก็จะปรึกษาหารือกันเพื่อช่วยกันหาทางแก้ไข พ่อแม่จะเป็นผู้ชี้แนะแนวทางที่ถูกที่ควรให้แก่ลูกในขณะเดียวกันก็ยอมรับฟังความคิดเห็นนั้น ถ้าคิดว่าจะช่วยให้ลูกเป็นคนรู้จักคิดหรือถ้าเห็นว่าความคิดเห็นนั้นจะเป็นประโยชน์แก่ลูกหรือเป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นโดยส่วนรวม

ลักษณะที่แสดงให้เห็นว่าสมาชิกในชุมชนอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข คือ

2.1 สมาชิกในชุมชนมีความปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย ไม่ต้องห่วงว่าจะถูกโจรกรรมหรือถูกลอบวางเพลิง

2.2 สมาชิกของแต่ละครอบครัวในชุมชนที่อยู่ในวัยทำงานมีอาชีพสุจริต มีรายได้เพียงพอแก่การนำมาจุนเจือครอบครัว โดยไม่เบียดเบียนครอบครัวอื่น ๆ ในชุมชน

2.3 ทุกครอบครัวมีคุณธรรมและปฏิบัติตามหลักธรรมะในศาสนาที่ตนยึดถือโดยไม่ลบหลู่ศาสนาอื่นที่ครอบครัวอื่นนับถือ เพราะถือว่าทุกศาสนาล้วนมีคุณค่าที่มุ่งสอนให้ทุกคนทำดี ละเว้นความชั่ว และพัฒนาตนให้เป็นบุคคลที่สมบูรณ์ด้วยกันทั้งสิ้น

2.4 สมาชิกในชุมชนมีโอกาสได้ใช้สาธารณสมบัติ หรือสิ่งเอื้ออำนวย ความสะดวกแก่การดำรงชีวิตอย่างทัดเทียมกัน เช่น การใช้ถนนเพื่อการสัญจรไปมา การใช้สวนสาธารณะเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ ในชุมชนมีบริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูล และบริการแสงสว่างในถนนและบนทางเท้า ฯลฯ

2.5 สมาชิกในชุมชนรู้จักคุ้นเคยกัน มีกิจกรรมร่วมกันในโอกาสสำคัญ ๆ เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์ วันสำคัญทางศาสนาหรือวันเฉลิมพระชนมพรรษา ฯลฯ

2.6 สมาชิกในชุมชนร่วมกันพัฒนาชุมชนให้มีความเจริญรุ่งเรือง โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการประจำชุมชนซึ่งมีตัวแทนของสมาชิกทำหน้าที่ในการวางแผนนโยบายการบริหารชุมชน และดำเนินงานตามนโยบายหรือเป้าหมายที่วางไว้

2.7 สมาชิกในชุมชนร่วมแรงร่วมใจกันรักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อมในชุมชนอย่างสม่ำเสมอและพร้อมเพรียงกัน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีสุขอนามัยที่ดี

2.8 ภายในชุมชนมีการจัดตั้งชมรมต่าง ๆ เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ตามความถนัด ความสนใจ และเหมาะแก่วัยของสมาชิกแต่ละวัย เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมกีฬา ชมรมดนตรี ฯลฯ

3. แนวคิดด้านสุขภาพอนามัย

จากผลการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรวัยทำงานที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลทำให้จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว ที่เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ของงานวางแผนครอบครัวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย โดยเพิ่มจาก 1,501,420 คน ในปี 2533 เป็น 1,572,906 คน ในปี 2534

แต่อย่างไรก็ตาม ผลจากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่มีการขยายตัวและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้สภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มไปในทิศทางที่เลวลง ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนด้วย โดยเฉพาะปัญหามลพิษทางอากาศ มลพิษทางน้ำ ปัญหามลพิษ และสิ่งปฏิกูล การรักษาความสะอาด ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับสุขภิบาล การจัดหาน้ำสะอาดสำหรับบริโภค ซึ่งสภาพสิ่งแวดล้อมดังกล่าวส่งผลกระทบต่อให้ความรุนแรงของปัญหาที่ยังคงค่อนข้างสูง เช่น ปัญหาการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง อาหารเป็นพิษ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2537, 84-90)

3.1 อัตราการตายที่ได้รับบริการทำคลอดโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกหัดในการทำคลอด

อัตราการตายที่ได้รับบริการทำคลอดโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกหัดในการทำคลอด เป็นตัวชี้ที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขอีกประการหนึ่ง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงอัตราการอยู่รอดของมารดาและทารกทั้งก่อนและหลังคลอด ซึ่งจากข้อมูลที่มีอยู่ปรากฏว่า สำหรับในปี 2534 อัตราการตายที่ได้รับการบริการทำคลอดโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกหัดในการทำคลอดทั้งหมด ต่อการเกิดมีชีพพันคน เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว คือ 836.7 รายในปี 2533 เป็น 875.8 รายต่อการเกิดมีชีพพันคน ในปี 2534

เมื่อพิจารณาอัตราที่มารดาที่รับบริการทำคลอด โดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกหัดในการทำคลอด จำแนกตามรายภาคแล้วปรากฏว่า ในปี 2534 ภาคใต้เป็นภาคที่มีอัตราการตายใช้บริการทำคลอดสูงที่สุด คือ เท่ากับ 937.0 ราย ต่อการเกิดมีชีพพันคน รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคกลาง และภาคกลาง ซึ่งมีอัตราส่วนเท่ากับ 925.2 ราย 838.9 ราย และ 782.7 ราย ต่อการเกิดมีชีพพันคนตามลำดับ

3.2 อัตราการตายที่เกิดจากโรคที่ป้องกันได้

โรคที่ป้องกันได้มักเกิดจากเชื้อโรค หรือสารพิษ โดยเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทางคือ ทางจุก เกิดจากระบบทางเดินหายใจ เช่น วัณโรค ปอดบวม คอตีบ ไอกรน เป็นต้น ทางปาก โดยการบริโภค น้ำ อาหารที่มีสารพิษเข้าไป หรือแมลงเป็นสื่อทำให้เกิดไข้มาเลเรีย ไข้เลือดออก โรคท้องร่วง เป็นต้น อีกทางหนึ่งคือ ทางผิวหนัง โดยทางบาดแผล เช่น บาดทะยัก โรคกลัวน้ำ โรคเรื้อน และกามโรค เป็นต้น

ในช่วงระหว่างปี 2530-2534 ปรากฏว่า อัตราการตายที่เกิดจากโรคที่ป้องกันได้ทั่วประเทศ มีแนวโน้มลดลงจาก 31.5 ราย ต่อประชากรแสนคน ในปี 2530 เหลือเท่ากับ 21.4 ราย ต่อประชากรแสนคน ในปี 2534

เมื่อพิจารณาอัตราการตายที่เกิดจากโรคที่ป้องกันได้ จำแนกตามรายภาคในปี 2534 ปรากฏว่า ภาคกลาง เป็นภาคที่มีอัตราการตายที่เกิดจากโรคที่ป้องกันได้สูงสุดคือ เท่ากับ 30.7 ราย ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเท่ากับ 24.7 และ 19.7 ราย ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ส่วนภาคใต้มีอัตราการตายจากโรคที่ป้องกันได้ต่ำสุด คือ เท่ากับ 18.8 รายต่อประชากรแสนคน

3.3 อัตราการป่วยด้วยโรคที่สำคัญ

อัตราการป่วยด้วยโรคที่สำคัญ เป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่ป่วย และเป็นเครื่องชี้วัดระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยตรง ซึ่งโรคที่สำคัญในประเทศไทย ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง บิด อาหารเป็นพิษ หัด ตับอักเสบบวม ทัยฟอยด์ บาดทะยัก ไกกรน พิษสุนัขบ้า คอตีบ และโปลิโอ

ในช่วงระหว่างปี 2530-2534 อัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงยังคงมีความรุนแรงมากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งในปี 2534 มีอัตราป่วยเท่ากับ 1,434.83 รายต่อประชากรแสนคน โรคที่มีอัตราป่วยมากรองลงมาได้แก่ โรคบิด ซึ่งเท่ากับ 156.28 ราย อาหารเป็นพิษ 106.30 ราย หัด 47.39 ราย ตับอักเสบบวม 31.63 ราย และทัยฟอยด์ 16.70 ราย ต่อประชากรแสนคน ส่วนโรคที่สำคัญอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมานี้ มีอัตราการป่วยไม่สูงนัก โดยโรคที่มีอัตราการป่วยต่ำที่สุดคือ โปลิโอ ซึ่งเท่ากับ 0.01

3.4 อัตราการป่วยด้วยโรคเอดส์

โรคเอดส์ กำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่สุดปัญหาหนึ่งของประเทศและของโลก กำลังแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดและกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ทางเพศ ปัจจุบันยังไม่มียาวัคซีน และวิธีการรักษาชนิดใดที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ดังนั้น มาตรการเดียวที่สำคัญที่สุดขณะนี้ก็คือการป้องกัน และควบคุมไม่ให้เชื้อไวรัสเอดส์ แพร่ระบาดต่อไปอีก ทั้งนี้จะต้องดำเนินการโดยการให้ข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง เพื่อให้สามารถหลีกเลี่ยงจากพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อโรคเอดส์ และเพื่อป้องกันความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งป้องกันผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจที่ตามมาเนื่องจากโรคนี้

จากข้อมูลที่มีอยู่พบว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ กล่าวคือ ในปี 2530 มีจำนวน 7 ราย ในปี 2531 มีจำนวน 5 ราย ในปี 2533 มีจำนวน

69 ราย และปรากฏว่า ในปี 2534 ผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าว มีจำนวนถึง 407 ราย ซึ่งในจำนวนนี้ยังมีชีวิตอยู่ 240 ราย

3.5 จำนวนผู้ป่วยเป็นโรคภาวะแปรปรวนทางจิตทั่วประเทศ

โรคจิตเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในหน้าที่ของสมองหรือเนื้อเยื่อของสมองซึ่งมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเสียสติ หรือวิกลจริต ลักษณะอาการสำคัญของโรคนี้ คือ พุดมาก เพ้อเจ้อ ซึม เศษ ไม่สนใจตนเอง บ้างก็มีอาการประสาทหลอน เช่น พุดคนเดียว และหวาดระแวง เป็นต้น

ส่วนโรคประสาทนั้น เป็นความผิดปกติของจิตใจ โดยไม่มีความผิดปกติของสมอง และผู้ที่เป็โรคประสาทจะรู้สึกตนเองดี เข้าใจความเป็นจริง ต่าง ๆ ความประพฤติอาจผิดไปบ้าง แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ที่สังคมยอมรับ มีความวิตกกังวล เครียดมากกว่าปกติ และอาจมีความกังวลอย่างไม่มีเหตุผล

ในช่วงระหว่างปี 2530-2534 ผู้ป่วยภาวะแปรปรวนทางจิตทั่วประเทศได้แปรผันเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เพิ่มขึ้นและลดลงเป็นบางปี กล่าวคือ ในปี 2530 มีจำนวน 1,808,101 ราย ในปี 2531 มีจำนวน 1,737,295 ราย ในปี 2532 มีจำนวน 1,781,775 ราย ในปี 2533 มีจำนวน 1,974,226 ราย แต่ในปี 2534 ได้ลดลงเล็กน้อย จากปี 2533 ซึ่งเท่ากับ 1,901,011 ราย

3.6 อัตราการฆ่าตัวตาย

ปัญหาการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการต่าง ๆ เป็นต้นว่า การฆ่าตัวตายเป็นเนื่องมาจากความผิดหวังในชีวิต การฆ่าตัวตายอันมีสาเหตุมาจากความไม่พอดีภายในครอบครัว และการฆ่าตัวตายเป็นเนื่องมาจากธุรกิจล้มละลาย ได้เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันอยู่เนื่อง ๆ จะเห็นได้ว่า ในช่วงระหว่างปี 2530-2534 อัตราการฆ่าตัวตาย ในภาพรวมมีการเปลี่ยนแปลงทั้งขึ้นและลงโดยในปี 2534 มีอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 6.4 ราย ต่อประชากรแสนคน เทียบกับอัตราการฆ่าตัวตาย 5.8 ราย ต่อประชากรแสนคน ในปี 2530 ซึ่งได้มีอัตราการฆ่าตัวตายลดลงกว่าปีที่แล้ว ทั้งนี้ อัตราการฆ่าตัวตายของเพศชาย ยังคงสูงกว่าเพศหญิงมาโดยตลอด

เมื่อพิจารณาอัตราการฆ่าตัวตายในแต่ละภูมิภาคปรากฏว่า ในปี 2534 ภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ เท่ากับ 10.3 ราย ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 10.3, 5.5 และ 3.9 ราย ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นภาคที่มีอัตราการฆ่าตัวตายน้อยที่สุด คือ เท่ากับ 3.7 ราย ต่อประชากรแสนคน

3.7 อัตราการตายด้วยสาเหตุที่สำคัญ

อัตราการตายด้วยสาเหตุต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ มะเร็งทุกชนิด วัณโรค ปอดอักเสบ ไข้มาลาเรีย ฯลฯ เป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประชากรในประเทศ นอกจากนี้ ยังชี้ให้เห็นถึงวิวัฒนาการทางการดูแลสุขภาพที่ได้ดีขึ้นด้วย

ในช่วงระหว่างปี 2530-2534 ประชากรไทยยังคงตายด้วยโรคหัวใจมากที่สุด เป็นอันดับหนึ่ง และเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งในปี 2534 มีอัตราเท่ากับ 54.7 รายต่อประชากรแสนคน สาเหตุการตายรองลงมาได้แก่ อุบัติเหตุ และการเป็นพิษ 45.6 มะเร็งทุกชนิด 41.2 ปอดอักเสบ 7.0 วัณโรคทุกชนิด 6.5 โรคท้องร่วง 2.5 ไข้มาลาเรีย 2.1 โรคกระเพาะอาหาร 1.6 ความบกพร่องทางโภชนาการ 0.4 และโรคแทรกในการตั้งครรภ์ การคลอด และการอยู่ไฟ 0.3 ตามลำดับ

3.8 อัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารในทารก และเด็กก่อนวัยเรียน

อัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารในทารก และเด็กก่อนวัยเรียน เป็นเครื่องชี้วัดประการหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงความบกพร่องทางร่างกาย และสติปัญญา โดยเด็กที่เป็นโรคขาดสารอาหารจะมีรูปร่างเล็ก สมองเล็ก และเซลล์สมองจะน้อยกว่าปกติ ทั้งนี้สาเหตุสำคัญที่ทำให้เป็นโรคขาดสารอาหารก็คือ การที่ร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอหรือได้รับอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

ในช่วงระหว่างปี 2530-2534 ภาวะโภชนาการของทารกและเด็กก่อนวัยเรียน มีแนวโน้มดีขึ้น ทั้งนี้พิจารณาได้จากอัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารในทารก และเด็กก่อนวัยเรียน มีระดับลดลง กล่าวคือ อัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารในทุกระดับ ความรุนแรงได้ลดลงจากร้อยละ 23.6 ในปี 2530 เหลือร้อยละ 17.09 ในปี 2534 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารในระดับรุนแรงมากที่สุด (ระดับ 3) ได้ลดลงจากร้อยละ 0.004 ในปี 2533 เหลือเพียงร้อยละ 0.0035 ในปี 2534

เมื่อพิจารณาอัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารในภูมิภาคต่าง ๆ ในปี 2534 ปรากฏว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการขาดสารอาหารในระดับความรุนแรงต่าง ๆ สูงที่สุด เท่ากับร้อยละ 23.21 รองลงมาได้แก่ ภาคเหนือ เท่ากับร้อยละ 18.47 ภาคใต้ เท่ากับร้อยละ 12.35 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับร้อยละ 8.18 ส่วนภาคกลางมีอัตราต่ำสุดเท่ากับร้อยละ 6.78 อย่างไรก็ตาม สำหรับในแต่ละภูมิภาคมีอัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารในระดับรุนแรงมากที่สุด ปรากฏว่ามีไม่เกิน 0.012

3.9 อัตราการตายของทารกต่ำกว่า 1 ปี

อัตราการตายของทารกต่ำกว่า 1 ปี เป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญประการหนึ่งแสดงให้เห็นถึงสถานภาพทางอนามัยของเด็กอ่อน ซึ่งเป็นวัยที่เสี่ยงต่อโรคมากที่สุด เพราะระบบการต้านทานโรคยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ การตายของเด็กในวัยนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการบริการสาธารณสุขในชุมชน โดยเฉพาะการอนามัยแม่และเด็กด้านโภชนาการ และการให้ภูมิคุ้มกันโรค เพราะสาเหตุส่วนใหญ่มักเนื่องมาจากการคลอดก่อนกำหนด หรือโรคติดเชื้อของเด็กอ่อน

จากข้อมูลที่มีอยู่ปรากฏว่า อัตราการตายของทารกได้ลดลงจาก 10.6 คน ต่อการเกิดมีชีพพันคน ในปี 2530 เป็น 8.3 คน ต่อการเกิดมีชีพพันคน ในปี 2534 และเป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราการตายของทารกเพศชาย สูงกว่าทารกที่เป็นเพศหญิง ตลอดในช่วง 5 ปี (2530-2534) ที่ผ่านมา

3.10 อัตราการตายเนื่องจากอุบัติเหตุ

อัตราการตายเนื่องจากอุบัติเหตุ ช่วงระหว่างปี 2530-2534 มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นทุกปี กล่าวคือ อัตราการตายเนื่องจากอุบัติเหตุในปี 2534 ได้เพิ่มขึ้นจาก 26.1 ราย ต่อประชากรแสนคน ในปี 2530 เป็น 45.6 ราย ต่อประชากรแสนคน ในปี 2534

เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคแล้วปรากฏว่า ในปี 2534 ภาคกลางยังคงเป็นภาคที่มีอัตราการตายเนื่องจากอุบัติเหตุสูงสุด คือ เท่ากับ 72.4 ราย ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการตายเนื่องจากอุบัติเหตุต่ำสุด คือเท่ากับ 26.1 ราย ต่อประชากรแสนคน

3.11 อัตราการตายของมารดา

อัตราการตายของมารดาเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญตัวหนึ่ง เพราะสามารถแสดงถึงสถานะสุขภาพของประชากรกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ และกลุ่มหญิงมีครรภ์

การตายของมารดามีหลายสาเหตุด้วยกัน เป็นต้นว่า โรคแทรกซ้อนในการคลอด หรือโรคแทรกในระยะอยู่ไฟ และถ้าอยู่ในภาวะการตั้งครรภ์ ก็อาจมีแท้งหรือตกเลือดได้ ซึ่งสาเหตุการตายดังกล่าวนี้ปรากฏว่ามีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ เนื่องมาจากวิวัฒนาการทางการแพทย์ และการเผยแพร่ให้ความรู้ และนำทางด้านรักษาสุขภาพของมารดาก่อนคลอดและหลังคลอด ยังผลให้อัตราการตายของมารดาทั่วประเทศได้ลดลงจาก 0.4 คน ต่อเกิดมีชีพพันคน ในปี 2530 เป็น 0.2 คน ต่อเกิดมีชีพพันคน ในปี 2534

เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคแล้วปรากฏว่า แม้ทุกภาคจะมีแนวโน้มของปัญหาลดลง เมื่อเทียบกับภาพรวมของประเทศ แต่ภาคใต้ก็ยังคงมีอัตราการตายของมารดาเป็นอันดับสูงสุดอย่างเช่นเคย คือ มีอัตราการตายคิดเป็น 0.4 คน ต่อเกิดมีชีพพันคน รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ คือ 0.2 คน ต่อเกิดมีชีพพันคน ส่วนภาคกลางยังคงมีอัตราการตายของมารดาเป็นอันดับที่ต่ำสุด คือ 0.1 คนต่อเกิดมีชีพพันคน

3.12 อัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

อัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญประการหนึ่งเช่นกัน แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาทางด้านอนามัยแม่และเด็ก เด็กทารก และเด็กวัยก่อนเรียน (0-5 ปี) เป็นรากฐานของการพัฒนาสาธารณสุขและการพัฒนาประเทศ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานะสุขภาพของประชาชนของประเทศ จากการรวบรวมข้อมูลของกองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (2530-2534) ปรากฏว่า ภาวะการตายของเด็กทารกและเด็กวัยก่อนเรียนได้ลดลงเรื่อยมา กล่าวคือ ในปี 2530 อัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั่วประเทศได้ลดลงเหลือ 2.1 ราย ต่อประชากรตามหมวดอายุหนึ่งพันคน เทียบกับอัตราการตายของทารกและเด็ก 2.5 ราย ต่อประชากรตามหมวดอายุหนึ่งพันคน ในปี 2534

ในขณะเดียวกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคแล้วปรากฏว่า กรุงเทพมหานคร มีอัตราการตายสูงสุด และสูงกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วประเทศ โดยมีอัตราการตาย 3.9 ราย ต่อประชากรตามหมวดอายุหนึ่งพันคน รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีอัตราการตายเท่ากับ 2.5, 2.3 และ 1.9 ราย ต่อประชากรตามหมวดอายุหนึ่งพันคน ส่วนภาคใต้มีอัตราการตายต่ำสุด คือ 1.7 รายต่อประชากรตามหมวดอายุหนึ่งพันคน ในปี 2534

3.13 อัตราผู้เข้ารับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่โดยวิธีการต่าง ๆ

การดำเนินงานวางแผนครอบครัว เพื่อลดอัตราการเพิ่มของประชากรที่ผ่านมาประสบผลสำเร็จมาโดยตลอด ซึ่งผลจากการรวบรวมข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงระยะเวลา 5 ปี (2530-2534) ปรากฏว่า จำนวนผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ ในปี 2534 ได้เพิ่มขึ้นจากปี 2530 เป็นจำนวน 8,875 ราย ส่วนกรรมวิธีในการคุมกำเนิดนั้น ยาเม็ดคุมกำเนิดยังคงเป็นวิธีที่ผู้รับบริการนิยมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.1 ของผู้รับบริการทั้งหมด รองลงมาได้แก่ ยาฉีดคุมกำเนิด ทำหมัน (หญิงและชาย) และห่วงอนามัย ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ในระยะ 5 ปี (2530-2534) ที่ผ่านมา ปรากฏว่า ประชาชนได้หันมาใช้ยาฉีดคุมกำเนิดในปริมาณ และสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ส่วนการใช้ห่วงอนามัยได้ลดลงจากร้อยละ 8.2 ในปี 2533 เหลือร้อยละ 7.5 ในปี 2534 สำหรับสัดส่วนการทำหมันหญิงและชายได้ลดลงเล็กน้อยคือ ร้อยละ 9.3

ในขณะเดียวกัน เมื่อดูปริมาณและสัดส่วนของผู้มาใช้บริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ ในแต่ละภาคแล้วปรากฏว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้มารับบริการมากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาได้แก่ ภาคเหนือ และภาคกลาง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 32.3, 21.1 และ 20.3 ตามลำดับ ในปี 2534 ส่วนภาคใต้ยังคงครองอันดับที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ในสัดส่วนที่ต่ำสุด คือ ร้อยละ 10.9 ในปี 2534

สำหรับอัตราผู้มารับบริการด้านการวางแผนครอบครัวโดยวิธีต่าง ๆ ต่อหญิงวัยเจริญพันธุ์นั้น ปรากฏว่า ในช่วงระหว่างปี 2530-2534 อัตราผู้มารับบริการด้านวางแผนครอบครัวโดยวิธีต่าง ๆ ต่อหญิงวัยเจริญพันธุ์หนึ่งพันคน มีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด ตั้งแต่ปี 2530 เป็นต้นมา โดยในปี 2530 อัตราผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวได้ลดลงมาเป็น 120.9 ราย ในปี 2531 เป็น 118.7 ราย ในปี 2532 เป็น 114.5 ราย ในปี 2533 เป็น 114.5 ราย และในปี 2534 เป็น 109.8 ราย ตามลำดับ

อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาจากการรับบริการทุกวิธีแล้ว จะเห็นว่า ยาเม็ดคุมกำเนิดยังคงเป็นที่นิยมมากที่สุด ในปี 2534 คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมาได้แก่ยาฉีดคุมกำเนิด วิธีการทำหมัน และห่วงอนามัย ตามลำดับ

อนึ่ง เมื่อพิจารณาในด้านการทำหมันเป็นรายภาคแล้ว ปรากฏว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นภาคที่มีการทำหมันมากที่สุด คือ เท่ากับ 59,436 ราย และเป็นการทำหมันในเพศหญิงมากกว่าในเพศชายมาโดยตลอด ส่วนภาคที่มีการทำหมันต่ำสุดคือ ภาคใต้ ซึ่งเท่ากับ 11,662 ราย ในปี 2534

4. คุณภาพชีวิตในภาคอุตสาหกรรม

4.1 หลักการสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ ได้เสนอว่าการดูแลสุขภาพตนเอง ควรมีหลักการดังนี้

(1) การมีส่วนร่วม (Participation) คือ บทบาทผลักดันของบุคลากร แพทย์ และสาธารณสุขอยู่ที่การให้ข้อมูล ข่าวสาร และสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้บุคคล และครอบครัวทำการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-decision) และจัดการด้วยตนเอง (Self-management) อย่างมีประสิทธิภาพ

(2) ทรรศนะระบบสาธารณสุข คือ ความสัมพันธ์ที่ต้องสนับสนุนกันระหว่างระบบสาธารณสุขกับการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งครอบคลุมทั้ง บุคคล ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด (lay referals) และกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social support groups) นักวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนหน่วยงานอื่น ๆ ที่ให้การรักษา โดยจะต้องมีบริการสาธารณสุขและสถานบริการส่งต่อ (referral facilities) อย่างพอเพียงสำหรับประชาชนที่ภายหลังจากดูแลสุขภาพแล้วไม่สำเร็จ

(3) ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการพึ่งตนเอง การเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจในรูปของความทันสมัยทางวัตถุ มีส่วนทำให้สิ่งที่เป็นฐานรองรับการช่วยตนเองของชาวบ้านนั้นพังทลายลง ทั้งชีวิตครอบครัว ชุมชน ความรู้และประสบการณ์และธรรมชาติสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้านลดลง ต้องพึ่งพาทักษะนอกที่ตนควบคุมไม่ได้ หรือรู้ไม่เท่าทันต้องประสบกับปัญหาการใช้ยาเกินความจำเป็น ปัญหาเรื่องราคาและคุณภาพจนถึงปัญหาการหลอกลวงให้ใช้ยาอันตราย ฯลฯ จึงเป็นความจำเป็นที่ต้องรื้อฟื้นภูมิปัญญาทางการแพทย์ของสังคม ข้อเท็จจริงที่ว่า ระบบการแพทย์มีหลายระบบดำรงอยู่ด้วยกันหรือที่เรียกว่า ระบบการแพทย์พหุลักษณะ (pluralistic medical system) ควรยอมรับกันได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง ถ้ามีการรักษาแบบแผนโบราณและสมุนไพร จะช่วยเพิ่มพูนการพึ่งพิงตนเอง และสร้างความมั่นใจและภาคภูมิใจแก่มวลชนท้องถิ่นในทรัพยากร และภูมิปัญญาของท้องถิ่น ในประเทศไทยก็มีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร และการแพทย์พื้นบ้านที่แสดงให้เห็นว่า สมุนไพรยังคงถูกใช้เพื่อการรักษาอาการหลายชนิด อาทิ โรคพยาธิผิวหนังพุพอง ฝี หนอง ผื่นคัน กลาก เกลื่อน ไข้ไหม้ น้ำร้อนลวก บิด ท้องอืด ไอเรื้อรัง ไข้ ปัสสาวะขัด และอาการอุจจาระร่วง

(4) ระดับและรูปแบบของการดูแลสุขภาพตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

4.1 การดูแลสุขภาพตนเองขั้นปฐมภูมิ (Primary selfcare) เป็นการดูแลสุขภาพตนเอง ในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในบริบทโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งนักวิชาชีพสาธารณสุขควรช่วยเสริม (supplement) โดยสนับสนุนการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองที่ดีอยู่แล้ว และแก้ไขการปฏิบัติที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพ

4.2 การดูแลสุขภาพตนเองขั้นทุติยภูมิ (Secondary selfcare) เป็นการดูแลสุขภาพตนเองโดยสถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาล ซึ่งจะทำกิจกรรมหรือโครงการที่มุ่งให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองให้กับผู้ป่วย ญาติพี่น้องและคนอื่น ๆ ที่จะมาโรงพยาบาล รูปแบบของการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว มักมีความโน้มเอียงทางวิชาชีพอย่างมาก ที่เน้นความสำคัญเฉพาะการทำนุบำรุงสุขภาพและการป้องกันโรค (health maintenance and disease prevention) โดยเฉพาะในประเทศตะวันตก ได้มีการเน้นความสำคัญของรูปธรรมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เป็นแบบแผนชีวิตที่ดี เช่น การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกายเป็นประจำ ฯลฯ ซึ่งช่วยป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคชรา มากขึ้นทุกที

ดังนั้น การดูแลสุขภาพตนเองมีหลักการมาจากการเสริมสร้างข้อมูลข่าวสาร ความรู้ให้กับประชาชน การประสานงานในทุกระบบสาธารณสุข การเน้นภูมิปัญญาท้องถิ่น และการพึ่งตนเองและการดูแลตนเองทั้งขั้นปฐมภูมิ ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการดูแลสุขภาพตนเองขั้นทุติยภูมิ โดยหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่จะช่วยสนับสนุนขั้นปฐมภูมิ

4.2 การดูแลสุขภาพของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม

ในสถานประกอบการโดยทั่วไป คนงานต้องสัมผัสกับสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยต่าง ๆ ทั้งกายภาพ ชีวภาพ และทางจิตวิทยาสังคม สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้คนงานเกิดความกดดัน จากการประกอบอาชีพ ดังนั้นเป็นความจำเป็นประการสำคัญของการดำรงชีวิต ควรคำนึงถึงการดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมสุขภาพตนเอง การป้องกัน และการรักษาพยาบาลตนเองตามวัฒนธรรมและสังคมที่คนงานสะสมประสบการณ์มาเรื่อย ๆ การดูแลสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีมีองค์ประกอบดังนี้

(1) การส่งเสริมสุขภาพของคนงาน คือ พฤติกรรมของคนงานที่มีสุขภาพแข็งแรง ที่ส่งเสริมได้สามารถกระทำต่าง ๆ ได้อย่างปกติได้โดยดูแลรักษาสุขภาพตนเองให้ปราศจากความเจ็บป่วย หรืออันตรายใด ๆ อันจะส่งผลให้การดำเนินชีวิตเป็นไปได้อย่างผาสุกและสมดุล พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานในที่นี้ ได้แก่

- พฤติกรรมการหมั่นตรวจสุขภาพร่างกายของตนเองเป็นระยะ ๆ เพื่อที่จะค้นหาอาการผิดปกติที่เกิดจากการปฏิบัติงานตั้งแต่เริ่มแรก
- พฤติกรรมการได้รับภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ เช่น ไทฟอยด์ บาดทะยัก ฯลฯ
- พฤติกรรมการบริโภคอาหารครบตามหลักโภชนาการ
- พฤติกรรมการรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม
- พฤติกรรมการขยับถ่ายเป็นเวลา
- พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อนอย่างเต็มที่
- พฤติกรรมนันทนาการที่เป็นประโยชน์ เช่น การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา ฯลฯ
- พฤติกรรมการไม่มัวเมาไปกับอบายมุข เช่น การไม่เสพสุราและยาเสพติด การไม่สูบบุหรี่ การไม่เล่นการพนัน การไม่มัวเมาไปกับเรื่องทางเพศ เป็นต้น
- พฤติกรรมที่มีสุขภาพจิตดีแจ่มใสจะทำให้ร่างกายแข็งแรงไปด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า สุขภาพจิตดี สุขภาพกายแข็งแรง

(2) การป้องกันสุขภาพของคนงาน คือ พฤติกรรมที่คนงานกระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ การประสบอันตรายหรือโรคต่างๆ ระดับของการป้องกันมี 3 ระดับ คือ

- (2.1) การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention)
- (2.2) การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับของการมุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะรุนแรง
- (2.3) การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention)

พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพที่สำคัญของคนงาน ได้แก่

- พฤติกรรมการสนใจที่จะได้รับความรู้ความเข้าใจในด้านสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน
- พฤติกรรมในการปฏิบัติงาน ได้แก่การปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับอย่างเคร่งครัด เช่น ห้ามสูบบุหรี่ขณะทำงาน ตัวอย่าง คนงานแผนกตัดเหล็ก กิ่ง ลับ บีม ควรสวมรองเท้าบู๊ต เพื่อป้องกันการเหยียบเหล็ก คนงานแผนกพ่นสี ชุบสี ควรสวมรองเท้าบู๊ต สวมแว่นตากันระคายเคือง หรือละอองสีเข้าตาและใช้อุปกรณ์ปิดจมูกเพื่อป้องกันการสูดดมสารเคมี คนงานแผนกอาร์ต ควรสวมเครื่องป้องกันใบหน้าและแว่นตาจากลูกไฟและแสงที่จ้า

คณงานที่ทำความสะอาดขึ้นงานควรสวมถุงมือยาง เพื่อป้องกันการนิ้วเปื้อน เป็นเชื้อรา เป็นต้น

- พฤติกรรมการหมั่นตรวจสุขภาพทุก ๆ 6 เดือน

ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองของคณงานในโรงงานอุตสาหกรรมนี้ จะเน้นไปในแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของคณงานและการป้องกันสุขภาพเพื่อควมมีสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องคุณภาพชีวิต พอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวเดิมเป็นครอบครัวขยายมี พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย อาศัยอยู่รวมกัน ซึ่งต่อมาครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น จะมีเพียงพ่อ, แม่ ลูก และจะมีการหย่าร้างค่อนข้างสูง ฝ่ายหญิงจะเป็นผู้ดูแลบุตรเพียงฝ่ายเดียว ครอบครัวผู้อยู่ในภาคอุตสาหกรรมจะมีผู้อาศัยอื่น ๆ ซึ่งเป็นวัยแรงงานอยู่ด้วย การดูแลสุขภาพตนเองจะได้รับการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ การบริโภคอาหารครบตามหลักโภชนาการ ไม่มัวเมากับอบายมุข เช่น การไม่เสพสุราหรือยาเสพติด การไม่สูบบุหรี่ การไม่เล่นการพนัน การไม่มัวเมากับเรื่องทางเพศ และมีการป้องกันสุขภาพไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ การประสบอันตรายหรือโรคต่าง ๆ โดยการสนใจรับรู้ข้อมูล เรื่องสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่อง ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยในสังคมอุตสาหกรรมใหม่ : ด้านชีวิตครอบครัวและสุขภาพอนามัย ของชุมชนเมืองใหม่บางพลี และชุมชนย่านนิคมอุตสาหกรรมลาดกระบัง จำนวน 500 คน มีวิธีการศึกษาดังนี้

1. ค้นคว้าจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ เอกสาร บทความ วารสาร ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. การวิจัยสนาม โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มประชากร ทั้ง 2 กลุ่ม เนื่องจากพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่อยู่ชานเมือง และอยู่ในชุมชนอุตสาหกรรม ที่ใช้แรงงานในอุตสาหกรรม ซึ่งมีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลง เป็นการเก็บข้อมูลโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้กลุ่มประชากร 2 กลุ่มคือ กลุ่มประชากรอุตสาหกรรมเมืองใหม่บางพลี 250 คน และชุมชนย่านนิคมอุตสาหกรรมลาดกระบัง 250 คน

วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถาม ประกอบการสัมภาษณ์ เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามจะประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว และสุขภาพอนามัย ลักษณะแบบสอบถามเป็นการแสดงความคิดเห็น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถานที่ใช้

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ผู้ศึกษาได้นำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยสังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social Science : SPSS/PC) โดยหาค่าสถิติร้อยละ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

จากการศึกษา "ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและสุขภาพอนามัย ของคนไทยในสังคมอุตสาหกรรมใหม่ กลุ่มเป้าหมายคือ ประชากรชุมชนเมืองใหม่บางพลี 250 คน และชุมชนย่านนิคมอุตสาหกรรมลาดกระบัง จำนวน 250 คน

วัตถุประสงค์ เพื่อที่จะรู้ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยในสังคมอุตสาหกรรมใหม่ ทั้ง 2 แห่ง ในด้านชีวิตครอบครัว และสุขภาพอนามัย

ผลการศึกษาสามารถนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คุณภาพชีวิตด้านชีวิตครอบครัว (Family Life)

- 1.1 สถานภาพสมรส
- 1.2 การอยู่ด้วยกันหรือแยกกันอยู่
- 1.3 สาเหตุการแยกกันอยู่
- 1.4 การเลี้ยงดูบุตร
- 1.5 การจดทะเบียน และไม่จดทะเบียน
- 1.6 ญาติที่อาศัยในครอบครัว
- 1.7 การดูแลสมาชิกในครอบครัว และภาระในครอบครัว
- 1.8 โรคต่างๆ กับการติดสารเสพติด กับการดูแลของสมาชิกในครอบครัว
- 1.9 ความพิการและสาเหตุความพิการ
- 1.10 ความคิดเห็นต่อสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคต่าง และสารเสพติด

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

- 1.1 การดูแลครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด กับผู้ดูแล
- 1.2 การรับรู้เรื่องสุขภาพ
- 1.3 การใช้วิธีป้องกันโรคเอดส์

ส่วนที่ 1 คุณภาพชีวิตครอบครัว

ตารางที่ 4.1

จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส ชุมชน	โสด		สมรสแล้ว		ไม่ตอบ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บางพลี	53	21.3	194	77.9	2	0.8	250	100
ลาดกระบัง	40	16.0	208	83.2	2	0.8	250	100

จากตารางที่ 4.1 เป็นการพิจารณาถึงสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างจากชุมชนบางพลี และชุมชนลาดกระบังพบว่า ส่วนใหญ่ประชากรทั้ง 2 ชุมชนมีสถานภาพสมรสแล้วมากกว่าโสด และมีจำนวนใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ทั้งบางพลี และลาดกระบัง มีสถานภาพโสดร้อยละ 21.3 และ 16.0 ตามลำดับ สมรสแล้วร้อยละ 77.9 และ 83.2 ตามลำดับ ดังนั้นกลุ่มประชากรทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องสถานภาพสมรส

ตารางที่ 4.2

จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรสแล้วอยู่ด้วยกัน หรือแยกกันอยู่

สถานภาพสมรส ชุมชน	สมรสแล้ว						รวม	
	อยู่ด้วยกัน		แยกกันอยู่		ไม่ตอบ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บางพลี	163	84.8	27	13.9	4	2.1	194	100
ลาดกระบัง	175	90.2	22	11.3	13	6.7	208	100

จากตารางที่ 4.2 เป็นการพิจารณา การอยู่ด้วยกันหรือแยกกันอยู่ของกลุ่มตัวอย่างจากเขตชุมชน บางพลี และชุมชนลาดกระบัง ที่มีสภาพสมรสแล้วจำนวน 194 และ 280 คนตามลำดับพบว่า ส่วนใหญ่สมรสแล้วและอยู่ด้วยกันมากกว่าที่จะอยู่แยกกัน กล่าวคือ กลุ่มบางพลี และลาดกระบัง อยู่ด้วยกันร้อยละ 84.8 และ 90.2 ตามลำดับ ส่วนน้อยที่แยกกันอยู่ร้อยละ 13.9 และ 11.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3

จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสาเหตุการแยกกันอยู่

สาเหตุการแยก กันอยู่ ชุมชน	งาน		ขัดแย้ง		หย่า		บวช		เสียชีวิต		รวม	
	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ
	บางพลี	6	22.2	7	25.9	7	25.9	1	3.7	6	22.2	27
ลาดกระบัง	5	22.7	4	18.2	7	13.6	1	4.5	4	18.2	22	100

จากตารางที่ 4.3 เป็นการพิจารณาถึงสาเหตุการแยกกันอยู่ของกลุ่มตัวอย่างบางพลี และชุมชนลาดกระบัง พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 และ 22 คนจากเขตบางพลี และลาดกระบังซึ่งเป็นผู้ที่สมรสแล้วและแยกกันอยู่ ส่วนใหญ่การแยกกันอยู่ มีสาเหตุจากงาน ขัดแย้งกัน หย่า เสียชีวิต ในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน และมีส่วนน้อยที่แยกกันอยู่เพราะไปบวช กล่าวคือ แยกกันอยู่เพราะงานร้อยละ 22.2 และ 22.7 ขัดแย้งกันร้อยละ 25.9 และ 18.2 หย่าร้อยละ 25.9 และ 13.6 เสียชีวิตร้อยละ 22.2 และ 18.2 บวชร้อยละ 3.7 และ 4.5 ตามลำดับ มีความแตกต่างกันเล็กน้อยของสาเหตุการแยกกันอยู่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งชุมชนบางพลีและลาดกระบัง

ตารางที่ 4.4
จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเลี้ยงดูบุตร
ในกรณีแยกกันอยู่

การเลี้ยงดูกรณี แยกกันอยู่ ชุมชน	เลี้ยงแต่ฝ่ายเดียว		แบ่งกันเลี้ยง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บางพลี	6	100	-	-	6	100
ลาดกระบัง	5	100	-	-	5	100

จากตาราง 4.4 เป็นการพิจารณาถึงการเลี้ยงดูบุตรกรณีแยกกันอยู่ และต้องเลี้ยงดูบุตรฝ่ายเดียว หรือแบ่งกันเลี้ยง ของกลุ่มตัวอย่างชุมชนบางพลี และชุมชนลาดกระบัง พบว่า กลุ่มที่แต่งงานแล้วและแยกกันอยู่ ต้องเลี้ยงดูบุตรแต่ฝ่ายเดียวร้อยละ 100, 100 ของชุมชนบางพลี และลาดกระบัง ส่วนอัตราส่วนที่แบ่งกันเลี้ยงยังไม่พบทั้งชุมชนบางพลี และชุมชนลาดกระบัง

ตารางที่ 4.5

จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่อยู่ด้วยกันจำแนกตาม จำนวนการ
จดทะเบียน
และจำนวนการไม่จดทะเบียน

การจดทะเบียน สมรส	จำนวนการจดทะเบียน								จำนวนการไม่จดทะเบียน											
	1 ครั้ง		2 ครั้ง		3 ครั้ง		รวม		1 ครั้ง		2 ครั้ง		3 ครั้ง		4 ครั้ง		5 ครั้ง			
	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ
บางพลี	157	98.1	3	1.9	-	-	160	100	30	88.2	1	2.5	-	-	2	5.9	1	2.9	34	100
ลาดกระบัง	171	98.3	2	1.2	1	0.6	174	100	30	88.2	-	-	2	5.9	1	2.9	1	2.9	34	100

จากตารางที่ 4.5 เป็นการพิจารณาถึง จำนวนครั้งการจดทะเบียนและจำนวนครั้ง การไม่จดทะเบียน พบว่าจากกลุ่มตัวอย่างชุมชนบางพลีและชุมชนลาดกระบังที่มีสถานภาพ สมรสแล้ว จำนวน 194 และ 208 คนตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สมรสแล้วมีการจดทะเบียน สมรส 1 ครั้ง กล่าวคือร้อยละ 78.5 และ 85.5 ตามลำดับ และการจดทะเบียนมากกว่า 1 ครั้ง สัดส่วนที่น้อย มีการจดทะเบียนสูงสุด 3 ครั้ง ส่วนการอยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียน ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียน 1 ครั้ง ร้อยละ 15.0, 13.3 ตามลำดับ ส่วนจำนวนที่อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียนมากกว่า 1 ครั้งมีจำนวนน้อย และมีจำนวนครั้งที่อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียน จะมีสัดส่วนที่สูง 5 ครั้ง มากกว่า การจดทะเบียน



ตารางที่ 4.6
จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามช่วงอายุของผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัว

ชุมชน กลุ่ม ญาติจำนวน ร้อยละ	ลาดกระบัง						บางพลี						รวม		
	ญาติตามี		ญาติกรรยา		ผู้อาศัยอื่น ๆ		ญาติตามี		ญาติกรรยา		ผู้อาศัยอื่น ๆ				
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	จำนวน	ร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ช่วงอายุ															
ทารก (0-1)	-	-	-	-	2	0.8	-	-	2	0.8	2	0.8	4	1.7	
เด็กเล็ก (1-6)	2	0.8	-	2	0.8	5	2.1	1	0.4	4	1.6	4	1.6	7	2.8
เด็กโต (7-13)	-	-	1	0.4	11	4.6	4	1.7	5	2.1	2	0.8	23	9.7	
เยาวชน (14-20)	7	2.9	4	1.7	4	1.7	3	1.3	14	5.9	6	2.5	38	16.0	
วัยฉกรรจ์ (21-40)	13	5.5	5	2.1	21	8.8	20	8.4	28	11.8	27	11.4	114	48.1	
ผู้ชรา (41-60)	1	0.4	3	1.3	4	1.7	8	3.4	7	3.0	4	1.7	27	11.4	
ผู้ชราอายุเกิน60ปี	2	0.8	1	0.4	2	0.8	6	2.5	1	0.4	2	0.8	14	5.9	
รวม	25	10.4	16	6.7	42	17.6	43	18.1	62	26.1	49	20.5	237	100	
	17.1		35.7		46.6		15.2		30.0		54.8		250	100	

จากตารางที่ 4.6 เป็นการพิจารณาช่วยอายุ เพศ และญาติที่อาศัยในครอบครัวของชุมชนบางพลีและชุมชนลาดกระบัง พบว่า ผู้อาศัยในครอบครัว เป็นกลุ่มผู้อาศัยอื่น ๆ มากกว่าญาติภรรยา และญาติสามี คือร้อยละ 46.6, 35.7, 17.1 ในชุมชนลาดกระบังร้อยละ 54.8, 30.0, 15.2 ในชุมชนบางพลีตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันมากระหว่างเพศชายและเพศหญิง ช่วงอายุวัยฉกรรจ์ (21-40 ปี) มีจำนวนมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ คือร้อยละ 51.2, 48.1 โดยมีผู้อาศัยอื่น ๆ เป็นชายร้อยละ 17.6 เป็นหญิงร้อยละ 14.8 ในชุมชนบางพลีและเป็นชายร้อยละ 11.8 เพศหญิงร้อยละ 11.4 ในชุมชนลาดกระบัง รองลงมาคือกลุ่มญาติภรรยา เป็นชายร้อยละ 6.4 หญิงร้อยละ 6.4 และชายร้อยละ 8.8 หญิงร้อยละ 8.4 ตามลำดับ รองลงมา

กลุ่มเยาวชน (14-20 ปี) ร้อยละ 20.0, 16.0 ตามลำดับ โดยมีผู้อาศัยอื่น ๆ เป็นชายร้อยละ 4.0 หญิงร้อยละ 7.2 ในชุมชนบางพลีและชายร้อยละ 5.9 หญิงร้อยละ 2.5 ในชุมชนลาดกระบัง กลุ่มญาติภรรยาเป็นชายร้อยละ 2.4 หญิงร้อยละ 2.0 ในชุมชนบางพลีและเป็นเพศชายร้อยละ 1.7 หญิงร้อยละ 1.3 ในชุมชนลาดกระบัง เป็นญาติสามีเป็นชายร้อยละ 3.6 หญิงร้อยละ 2.4 ในชุมชนบางพลีและเป็นชายร้อยละ 5.5 เป็นหญิงร้อยละ 2.1 ในลาดกระบัง รองลงมาเป็นกลุ่มอย่างเข้าวัยชรา (41-60 ปี) ร้อยละ 11.4, 7.2 ตามลำดับ โดยมีผู้อาศัยอื่น ๆ เป็นชายร้อยละ 1.2 หญิงร้อยละ 2.4 ในชุมชนบางพลีและชายร้อยละ 3.0 หญิงร้อยละ 1.7 ในชุมชนลาดกระบัง กลุ่มญาติภรรยาเป็นชายร้อยละ 0.4 หญิงร้อยละ 2.4 ในชุมชนบางพลีและเป็นชายร้อยละ 1.7 หญิงร้อยละ 3.4 ในชุมชนลาดกระบังกลุ่มญาติสามี ไม่พบในกลุ่มเพศชายพบกลุ่มเพศหญิงร้อยละ 1.6 ในชุมชนบางพลี และเป็นชายร้อยละ 0.8 หญิงร้อยละ 0.4 ในชุมชนลาดกระบัง รองลงมาคือกลุ่มเด็กโต (7-13 ปี) ร้อยละ 6.0, 9.7 ตามลำดับ โดยมีผู้อาศัยอื่น ๆ เป็นชายร้อยละ 1.2 หญิงร้อยละ 1.2 ในชุมชนบางพลี และเป็นชายร้อยละ 2.1 หญิงร้อยละ 0.8 เป็นชุมชนลาดกระบัง ญาติภรรยาเป็นชายร้อยละ 0.4 หญิงร้อยละ 2.0 ในชุมชนบางพลีและเป็นชายร้อยละ 4.6 หญิงร้อยละ 1.7 ในชุมชนลาดกระบัง ญาติสามีเป็นชายร้อยละ 1.2 และไม่พบในกลุ่มเพศหญิงในชุมชนบางพลีและไม่พบในกลุ่มเพศชาย เพศหญิงร้อยละ 0.4 ในกลุ่มชุมชนลาดกระบัง รองลงมาคือกลุ่มเด็กเล็ก (1-6 ปี) ร้อยละ 6.0, 7.2 ตามลำดับ โดยมีผู้อาศัยอื่น ๆ เป็นชายร้อยละ 1.2 หญิงร้อยละ 1.2 ในชุมชนบางพลี และชายร้อยละ 2.1 หญิงร้อยละ 2.5 ในชุมชนลาดกระบัง ญาติภรรยาเป็นชายร้อยละ 1.6 หญิงร้อยละ 1.6 ในชุมชนบางพลีไม่พบกลุ่มเพศชาย พบกลุ่มเพศหญิงร้อยละ 0.8 กลุ่มญาติสามีเป็นชายร้อยละ 0.4 หญิงร้อยละ 0.4 ในชุมชนบางพลี และเพศชายร้อยละ 0.8 หญิงร้อยละ 0.8 ในชุมชนลาดกระบัง รองลงมา กลุ่มผู้ชราอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.4, 5.9 ตามลำดับ โดยผู้อาศัยอื่น ๆ เพศชายร้อยละ 0.4 หญิงร้อยละ 1.2 ในชุมชนบางพลี

และชายร้อยละ 0.4 หญิงร้อยละ 0.8 ในชุมชนลาดกระบัง กลุ่มญาติภรรยาเพศชาย ร้อยละ 0.4 หญิง 2.8 ในชุมชนบางพลี เพศชายร้อยละ 0.8 หญิงร้อยละ 2.5 ในชุมชนลาดกระบัง กลุ่มญาติสามีเพศชายไม่พบ พบเพศหญิงร้อยละ 1.6 ในชุมชนบางพลี และเพศชายร้อยละ 0.8 เพศหญิงร้อยละ 0.4 ในชุมชนลาดกระบัง



ตารางที่ 4.7

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการดูแลสุขภาพเพื่อเจ็บป่วย และความรู้อีกเป็นภาวะต่อครอบครัว

ลักษณะการดูแล	ดูแลเอง				พาไปตรวจรักษา เป็นครั้งคราว				ส่งไปอยู่สถานพยาบาล เป็นครั้งคราว				ส่งไปอยู่สถานพยาบาล อย่างต่อเนื่องเกิน 1 เดือน				รวม			
	บางพลี		ลาดกระบัง		บางพลี		ลาดกระบัง		บางพลี		ลาดกระบัง		บางพลี		ลาดกระบัง		บางพลี		ลาดกระบัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ดี	1	0.5	3	1.4	16	7.8	11	5.0	7	3.4	7	3.2	1	0.5	25	12.2	22	10.1		
ของครอบครัว	13	6.3	20	9.1	22	10.7	50	22.7	3	1.5	2	0.9	-	-	38	18.5	72	32.7		
เป็นภาระหนัก	60	28.8	74	33.6	16	7.7	11	5.0	1	0.5	-	-	-	-	77	37.0	86	38.6		
เป็นภาระบ้าง																				
ไม่เป็นภาระ																				
รวม	74	35.6	97	44.1	54	26.2	72	32.7	11	5.7	9	4.1	1	0.5	140	68.0	179	81.4		

จากตารางที่ 4.7 เป็นการพิจารณาการดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย และความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว พบว่า เมื่อมีผู้เจ็บป่วยทั้งชุมชนบางพลีและชุมชนลาดกระบัง จะใช้วิธีการดูแลตนเองร้อยละ 35.6, 44.1 พาไปตรวจรักษาเป็นครั้งคราวร้อยละ 26.2, 32.7 ส่งไปอยู่สถานพยาบาลเป็นครั้งคราวร้อยละ 5.7, 4.1 ส่งไปอยู่สถานพยาบาลอย่างต่อเนื่องเกิน 1 เดือน ร้อยละ 0.5, 0.5 ตามลำดับ ความรู้สึกของครอบครัวต่อผู้ป่วยทั้งชุมชนบางพลีและชุมชนลาดกระบัง มีความรู้สึกเป็นภาระหนักร้อยละ 12.2, 10.1 เป็นภาระบ้างร้อยละ 18.5, 32.7 และมีความรู้สึกดีไม่เป็นภาระร้อยละ 37.0, 38.6

ดังนั้นส่วนใหญ่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยในครอบครัวขึ้นสมาชิกในครอบครัวจะใช้วิธีการดูแลตนเองในครอบครัว และมีการพาไปตรวจรักษาเป็นครั้งคราว ส่วนการส่งไปอยู่สถานพยาบาลเป็นครั้งคราวและส่งไปอยู่สถานพยาบาลอย่างต่อเนื่องเกิน 1 เดือนมีจำนวนน้อยมาก เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ความรู้สึกของครอบครัวไม่เป็นภาระหนักเมื่อดูแลตนเอง ร้อยละ 28.8 , 33.6 พาไปตรวจรักษาเป็นครั้งคราวรู้สึกเป็นภาระบ้างร้อยละ 10.7, 22.7 และ ความรู้สึกเป็นภาระหนักเมื่อส่งไปอยู่สถานพยาบาลเป็นครั้งคราว และไปอยู่สถานพยาบาลอย่างต่อเนื่องเกิน 1 เดือน ร้อยละ 3.4, 3.2 และร้อยละ 0.5, 0.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.8

จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเป็นโรคสำคัญและการติดสารเสพติด กับการดูแลสมาชิกในครอบครัว

การดูแล การติด สารเสพติดและ การเป็นโรคต่างๆ	ดูแลเอง				พาไปตรวจรักษา เป็นครั้งคราว				ส่งไปสถานพยาบาล เป็นครั้งคราว				ส่งไปสถานพยาบาล อย่างต่อเนื่องเกิน 1 เดือน				รวม			
	บางพลี		ลาดกระบัง		บางพลี		ลาดกระบัง		บางพลี		ลาดกระบัง		บางพลี		ลาดกระบัง		บางพลี		ลาดกระบัง	
	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ
บุหรี	34	13.6	49	19.6	4	1.6	2	0.8	-	-	-	-	-	-	-	38	15.2	51	20.4	
สารระเหย	5	2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	2.0	-	-	
กัญชา	-	-	2	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.8
เฮโรอีน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
มีความเครียดสูง	7	2.8	9	3.6	2	0.8	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	9	3.6	11	4.4	
วิกจริต	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.4	-	-	-	-	-	1	0.4	-	-	
เอดส์	3	1.2	-	-	-	-	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	3	1.2	1	0.4	
รวม	49	19.6	60	24.0	6	2.4	4	1.6	1	0.4	-	-	-	-	-	56	22.4	65	26.0	

* ไม่มีความแตกต่างกันทั้งชุมชนลาดกระบังและบางพลี

จากตารางที่ 4.9 พิจารณาลักษณะความพิการจำแนกตามอายุทั้งชุมชนบางพลีและชุมชนลาดกระบัง พบว่า มีลักษณะความพิการทางตามากที่สุด รวม 17 คน จากประชากร 250 คน ช่วงอายุระหว่าง 0-1 ปี พบมากที่สุดจำนวน 13 คน โดยไม่ระบุว่ามาจากสาเหตุใด อายุระหว่าง 1-6 ปี พบ 1 คนจากสาเหตุอุบัติเหตุ ช่วงอายุ 7-20 ปี ยังไม่พบว่ามีความพิการทางตา ช่วงอายุ 21-40 ปี พบ 1 คนมีความพิการทางตาจากอุบัติเหตุ ช่วงอายุ 41-60 ปี พบ 1 คน มีความพิการทางตาจากพันธุกรรม ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบ 1 คน มีความพิการทางตาจากความเจ็บป่วย ลักษณะความพิการรองลงมาคือพิการขา พบ 4 คน โดยพบในช่วงอายุ 14-20 ปี 1 คน มีความพิการขาจากการทำงาน ช่วงอายุ 21-40 ปี 2 คน มีความพิการทางขาจากอุบัติเหตุ ช่วงอายุ 41-60 ปี พบ 1 คน มีความพิการทางขาจากความเจ็บป่วย ส่วนช่วงอายุอื่น ๆ ยังไม่พบ ลักษณะความพิการที่พบน้อยที่สุดคือ พิการแขนพบ 1 คน โดยเป็นช่วงอายุ 14-20 ปี ไม่ระบุว่ามาจากสาเหตุใด ส่วนลักษณะความพิการที่เป็นสาเหตุจากการขาดสารอาหารยังไม่พบทั้ง 2 ชุมชน

ตารางที่ 4.10

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อสมาชิก ที่เป็นโรคต่าง ๆ และ
สารเสพติด

ความคิดเห็น ชุมชน	ความคิดเห็นต่อสมาชิกที่เป็นโรคต่าง ๆ และติดสารเสพติด								รวม	
	ไม่มีอะไรน่า หนักใจ		น่าหนักใจ		เป็นผู้มีคุณค่า ที่ท่านควรดูแล ช่วยเหลือ		ไม่มีคนที่ เป็นโรคและสาร เสพติด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บางพลี	20	8.2	7	2.9	10	4.1	107	84.9	250	100
ลาดกระบัง	18	7.5	3	1.25	6	2.5	187	88.7	250	100

จากตารางที่ 4.10 เป็นการพิจารณาความคิดเห็นต่อสมาชิกที่เป็นโรคต่าง ๆ และสมาชิกที่ติดสารเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีคนที่ เป็นโรคต่าง ๆ และติดสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 84.9 และ 88.7 ของกลุ่มตัวอย่างจากชุมชนบางพลี และลาดกระบัง ส่วนที่เป็นโรคและติดสารเสพติดและมีความคิดเห็นว่า ไม่มีอะไรน่าหนักใจ ร้อยละ 8.2 และ 7.5 ตามลำดับ ที่คิดว่าเป็นเรื่องน่าหนักใจ ร้อยละ 2.9 และ 1.25 ตามลำดับ และที่เหลือมีความเห็นว่าสมาชิกเหล่านี้เป็นผู้ที่มีคุณค่าที่ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือ ร้อยละ 4.1 และ 2.5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย

ตารางที่ 4.11

อัตราส่วนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการดูแลครรภ์ การคลอด
การดูแลหลังคลอดกับผู้ดูแล

ผู้ดูแล	การฝากครรภ์และการคลอด		การดูแลหลังคลอดและการรับวัคซีน	
	10 ปีก่อน n=197	ปัจจุบัน n=188	10 ปีก่อน n=192	ปัจจุบัน n=195
หมอดำแย	9.1	1.1	6.3	1.0
หมอดำแยอบรม	1.0	0.5	1.0	0.5
ผดุงครรภ์	8.6	3.7	16.1	5.6
พยาบาล	25.9	8.5	25.5	13.9
แพทย์	55.4	86.2	51.1	79.0
รวม	100	100	100	100

* ไม่มีความแตกต่างกันในชุมชนบางพลีและลาดกระบัง

จากตารางที่ 4.11 พิจารณาการดูแลครรภ์การคลอดการดูแลหลังคลอดกับผู้ดูแลพบว่าเมื่อ 10 ปีก่อนการฝากครรภ์และคลอดกับหมอดำแย (ไม่ได้ผ่านการอบรม) ร้อยละ 9.1 หมอดำแยอบรมร้อยละ 1.0 ผดุงครรภ์ร้อยละ 8.6 และพยาบาลร้อยละ 25.9 เป็นส่วนใหญ่ แต่ปัจจุบันได้ลดลงไปมากคือร้อยละ 1.1, 0.5, 3.7, 8.5 ตามลำดับ ส่วนการดูแลจากแพทย์เมื่อ 10 ปีก่อนมีร้อยละ 55.4 ปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มขึ้นคือร้อยละ 86.2 แต่โดยส่วนรวมเมื่อ 10 ปีก่อน และปัจจุบันจะไปฝากครรภ์และการคลอดกับแพทย์มากที่สุด ส่วนการดูแลหลังคลอดและการรับวัคซีนเมื่อ 10 ปีก่อน จะไปรับที่หมอดำแย หมอดำแยอบรม ผดุงครรภ์ พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 6.3, 1.0, 16.1, 25.5 ตามลำดับ แต่ปัจจุบันลดน้อยลงคิดเป็นร้อยละ 1.0, 0.5, 5.6, 13.9 ตามลำดับ ส่วนการไปรับการดูแลจากแพทย์เมื่อ 10 ปีก่อน มีร้อยละ 51.1 ปัจจุบันร้อยละ 79.0 โดยปัจจุบันการไปรับการดูแลจากแพทย์ที่มากขึ้น

มรณ

๗๗

พ๒๖๔๗

ตารางที่ 4.12
แสดงจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้เรื่องการดูแล
สุขภาพกับการได้รับบริการ

การรับรู้ บริการ	ได้			ไม่ได้		
	บางพลี	ลาดกระบัง	รวม	บางพลี	ลาดกระบัง	รวม
การได้รับความรู้เรื่อง- วัคซีนจากศูนย์- สาธารณสุข	83.1 (208)	78.3 (195)	80.8 (202)	16.9 (42)	21.7 (55)	19.2 (48)
การได้รับวัคซีนครบ- ถ้วน	83.9 (209)	84.7 (211)	83.1 (207)	16.1 (41)	15.3 (39)	16.9 (43)
การได้รับข้อมูลเรื่อง- โรคเอดส์	87.6 (219)	85.2 (213)	86.4 (216)	12.4 (31)	14.8 (37)	13.6 (34)
การได้รับรู้วิธีการป้อง- กันโรคเอดส์	89.6 (224)	87.8 (219)	88.2 (220)	10.4 (26)	12.2 (31)	11.8 (29.5)

จากตารางที่ 4.12 พิจารณาการรับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพกับการได้รับบริการ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการได้รับความรู้เรื่องวัคซีนจากศูนย์สาธารณสุข การได้รับวัคซีนครบถ้วน การได้รับข้อมูลเรื่องโรคเอดส์ การได้รับรู้วิธีป้องกันโรคเอดส์เฉลี่ยร้อยละ 80.8, 83.1, 86.4, 88.2 ตามลำดับ และยังมีส่วนน้อยที่ไม่ได้รับรู้ร้อยละ 19.2, 16.9, 13.6, 11.8 ตามลำดับ โดยไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 ชุมชน

ตารางที่ 4.13

จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างการใช้วิธีป้องกันโรคเอดส์

วิธีป้องกันโรคเอดส์	บางพลี		ลาดกระบัง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เที่ยวสำส่อน	112	49.1		70.6		59.6
ใช้ถุงยาง		33.6		10.0		22.1
ไม่ใช่เข็มฉีดยาร่วมกัน		0.4		4.1		2.2
วิธีอื่น ๆ		2.6		4.1		3.3
ไม่ป้องกัน		0.9		1.4		1.1
ไม่รู้วิธีป้องกัน		13.4		9.8		11.7

จากตารางที่ 4.13 พิจารณาการใช้วิธีป้องกันโรคเอดส์ พบว่าส่วนใหญ่จะใช้วิธีการป้องกันโรคเอดส์มากที่สุดคือร้อยละ 59.6 โดยเขตชุมชนบางพลีร้อยละ 49.1 ชุมชนลาดกระบังร้อยละ 70.6 รองลงมาคือการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 21.1 โดยชุมชนบางพลีร้อยละ 33.6 ชุมชนลาดกระบังร้อยละ 10.0 รองลงมาไม่ใช่เข็มฉีดยาร่วมกันร้อยละ 2.2 โดยชุมชนบางพลีร้อยละ 0.4 ชุมชนลาดกระบังร้อยละ 4.1 และวิธีอื่น ๆ ร้อยละ 3.3 โดยชุมชนบางพลีร้อยละ 2.6 ชุมชนลาดกระบังร้อยละ 4.1 และที่ไม่ป้องกันร้อยละ 1.1 โดยชุมชนบางพลีร้อยละ 0.9 ชุมชนลาดกระบังร้อยละ 1.4 และไม่รู้วิธีป้องกันโรคเอดส์ร้อยละ 11.7 โดยชุมชนบางพลีร้อยละ 13.4 ชุมชนลาดกระบังร้อยละ 9.8

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาประเทศจากภาคเกษตรเป็นภาคอุตสาหกรรม ทำให้การดำรงชีวิตของคนไทยเปลี่ยนไปจากเดิม และจากการที่การพัฒนากระจุกอยู่ในเมืองและชานเมืองมากกว่าชนบท ส่งผลให้ชาวชนบทหลังไหลเข้าสู่เมืองและชานเมืองมากขึ้น และได้รับวิถีชีวิตของชาวเมืองมากขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการที่จะศึกษาว่า คุณภาพชีวิตการดำเนินชีวิตครอบครัว และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยของชุมชนเมืองใหม่บางพลี และ ชุมชนย่านอุตสาหกรรมลาดกระบัง มีคุณภาพชีวิตอย่างไร แตกต่างกันหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ กลุ่มชุมชนเมืองใหม่บางพลี จำนวน 250 คน และกลุ่มชุมชนย่านอุตสาหกรรมลาดกระบัง 250 คน กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ได้มาจาก การสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ใช้การและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC ในการคำนวณสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage)

ผลการศึกษาพอสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลด้านชีวิตครอบครัวและการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของ 2 ชุมชน

1.1 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่กลุ่มประชากรทั้งชุมชนบางพลีและลาดกระบัง มีสถานภาพสมรสแล้วมากที่สุดคือร้อยละ 77.5 และ 83.2 ตามลำดับ และไม่มีความแตกต่างกันมากนักระหว่าง 2 ชุมชน จำนวนผู้เป็นโสดน้อยกว่าคือร้อยละ 21.3 และ 16.0 ตามลำดับ และไม่มีความแตกต่างกันมากเช่นกัน

1.2 การอยู่ด้วยกันหรือแยกกันอยู่ ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันมากที่สุด ทั้งชุมชนบางพลีและชุมชนลาดกระบัง ร้อยละ 84.8, 90.2 ตามลำดับ ส่วนการแยกกันอยู่มีส่วนน้อยร้อยละ 13.9, 11.3 ตามลำดับ

1.3 สาเหตุการแยกกันอยู่ ส่วนใหญ่แยกกันอยู่เพราะมีสาเหตุจากการขัดแย้งหย่า เสียชีวิต ในอัตราส่วนใกล้เคียงกัน ทั้ง 2 ชุมชน และส่วนน้อยที่แยกกันอยู่เพราะไปบวช คือแยกกันอยู่เพราะงานร้อยละ 22.2, 22.7 ขัดแย้งกันร้อยละ 25.9, 18.2 หย่าร้อยละ 25.9, 13.6 เสียชีวิตร้อยละ 22.2, 18.2 บวชร้อยละ 3.7, 4.5 ตามลำดับ โดยไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 ชุมชน

1.4 การเลี้ยงดูบุตร ส่วนใหญ่เมื่อแยกกันอยู่แล้ว ต้องมีกลุ่มผู้เลี้ยงดูบุตรแต่ฝ่ายเดียวร้อยละ 100,000 ตามลำดับ ทั้ง 2 ชุมชน ส่วนการแบ่งกันเลี้ยงยังไม่พบทั้ง 2 ชุมชน

1.5 การจดทะเบียนสมรสและไม่จดทะเบียนสมรส ส่วนใหญ่เมื่อแต่งงานแล้วจะมีการจดทะเบียนสมรส 1 ครั้ง มากที่สุดร้อยละ 98.1, 98.3 ตามลำดับ การจดทะเบียนสมรสมากกว่า 1 ครั้งมีสัดส่วนน้อย และการจดทะเบียนสมรสสูงสุด 3 ครั้ง ส่วนการอยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียนสมรสส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียน 1 ครั้งร้อยละ 88.2, 88.2 ตามลำดับ ส่วนจำนวนที่อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียนสมรสมากกว่า 1 ครั้งมีจำนวนน้อย และจำนวนครั้งการอยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียนสมรสมีอัตราสูงถึง 5 ครั้ง ซึ่งมากกว่าจำนวนครั้งของการจดทะเบียนสมรส

1.6 ญาติที่อาศัยในครอบครัวทั้งชุมชนบางพลีและชุมชนลาดกระบังส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัยอื่น ๆ มากที่สุดร้อยละ 54.8, 46.6 รองลงมาร้อยละ 30.0, 35.7 ญาติสามมีมีน้อยที่สุดร้อยละ 15.2, 17.1 ตามลำดับ ส่วนช่วงวัยที่มีมากที่สุด คือวัยฉกรรจ์ (21-40 ปี) ร้อยละ 51.2, 48.1 ตามลำดับ ช่วงวัยที่มีน้อยที่สุดคือ ช่วงวัยทารก (0-1 ปี) ร้อยละ 2.8, 1.7 ตามลำดับ

1.7 การดูแลสุขภาพในครอบครัวและการะในครอบครัวทั้งชุมชนบางพลีและชุมชนลาดกระบัง ส่วนใหญ่จะดูแลกันเองมากที่สุดร้อยละ 35.6, 44.1 รองลงมาพาไปตรวจรักษาเป็นครั้งคราวร้อยละ 26.2, 32.7 ส่งไปอยู่สถานพยาบาลเป็นครั้งคราวร้อยละ 5.7, 4.1 และส่งไปอยู่สถานพยาบาลอย่างต่อเนื่องเกิน 1 เดือน มีน้อยที่สุดร้อยละ 0.5, 0.5 ตามลำดับ และส่วนใหญ่เมื่อสมาชิกเกิดการเจ็บป่วยรู้สึกไม่เป็นภาระต่อครอบครัวร้อยละ 37.0, 38.6 รองลงมารู้สึกเป็นภาระบ้างร้อยละ 18.5, 32.7 ส่วนความรู้สึกเป็นภาระหนักมีน้อยที่สุดร้อยละ 12.2, 10.1 ตามลำดับ

1.8 โรคต่าง ๆ และการติดสารเสพติด กับการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่ติดบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 35.6 รองลงมา มีความเครียดสูงร้อยละ 8.0 รองลงมา สารระเหยร้อยละ 2.0 รองลงมาการติดเฮโรอีนร้อยละ 1.6 รองมาคือการติดกัญชาร้อยละ 0.8 และวิกัลจรีร้อยละ 0.4 ส่วนการติดเฮโรอีนยังไม่พบทั้ง 2 ชุมชน และการดูแลสุขภาพของครอบครัวเมื่อสมาชิกติดสารเสพติดและเป็นโรคต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะดูแลกันเองมากที่สุดคือร้อยละ 19.6, 24.0 ของชุมชนบางพลีและชุมชนลาดกระบัง และพาไปตรวจรักษาเป็นครั้งคราวร้อยละ 2.4, 1.6 ตามลำดับ ส่งไปอยู่สถานพยาบาลเป็นครั้งคราวและส่งไปอยู่สถานพยาบาลอย่างต่อเนื่องเกิน 1 เดือน ไม่ค่อยจะมี

1.9 ความพิการและสาเหตุความพิการ ส่วนใหญ่จะพิการทางตามากสุด จำนวน 17 คน และอยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 0-1 ปี มากที่สุดแต่ไม่ระบุสาเหตุของความพิการ กลุ่มอายุระหว่าง 1-6 ปี มี 1 คนพิการทางตาจากอุบัติเหตุ อายุระหว่าง 21-40 ปีมี 1 ราย พิการทางตาจากอุบัติเหตุ อายุระหว่าง 41-60 ปี 1 รายพิการทางตาจากพันธุกรรมและอายุ 60 ปีขึ้นไปมี 1 รายพิการทางตาจากความเจ็บป่วย รองลงมาคือความพิการขา 4 คน ช่วงอายุระหว่าง 14-60 ปี จำนวน 4 คน พิการขาจากการทำงานอุบัติเหตุและความเจ็บป่วย ส่วนพิการทางแขน 1 คน อายุระหว่าง 14-20 ปี 1 คนไม่พบสาเหตุความพิการ และความพิการจากการขาดสารอาหารยังไม่พอบ้าง 2 ชุมชน ภาพรวมของความพิการจากสาเหตุในแต่ละช่วงอายุยังไม่มี ความรุนแรงมากนักเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 500 คน

1.10 ความคิดเห็นต่อสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ และสารเสพติด ส่วนใหญ่จะไม่พบคนที่เป็โรคต่าง ๆ และสารเสพติดค่อนข้างสูงคือร้อยละ 84.9, 88.7 ของชุมชนบางพลีและชุมชนลาดกระบัง ส่วนกลุ่มที่พบว่าเป็นโรคและสารเสพติดต่าง ๆ ชุมชนหรือครอบครัวมีความคิดเห็นว่ามีอะไรที่น่าหนักใจร้อยละ 8.2, 7.5 ตามลำดับ ส่วนที่เป็นที่น่าหนักใจมีเพียงเล็กน้อยร้อยละ 2.9, 1.25 ตามลำดับ และครอบครัวเห็นว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าที่ควรดูแลช่วงเหลือร้อยละ 4.1, 2.5 ตามลำดับ

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

2.1 การดูแลครรภ์การคลอด การดูแลหลังคลอดกับผู้ดูแล เมื่อ 10 ปีก่อนส่วนใหญ่ได้แพทย์ดูแลมากที่สุด ร้อยละ 55.4 ปัจจุบัน ก็มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นคือร้อยละ 86.2 เมื่อ 10 ปีก่อนมีบางส่วนที่ไปรับการดูแลจากหมอดำแย หมอดำแยอบรม ผดุงครรภ์พยาบาล ร้อยละ 9.1, 1.0, 8.6, 25.9 ตามลำดับ ส่วนปัจจุบันมีจำนวนที่น้อยลงมากคือร้อยละ 1.1, 0.5, 2.7, 5.5 ตามลำดับ การดูแลหลังคลอดและการรับวัคซีน 10 ปีก่อน ให้แพทย์ดูแลมากที่สุดร้อยละ 51.1 ปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 79.0 ส่วนการไปรับการดูแลจากหมอดำแย หมอดำแยอบรม ผดุงครรภ์ พยาบาล ร้อยละ 6.3, 1.0, 16.1, 25.5 ตามลำดับ ปัจจุบันมีจำนวนที่น้อยลงร้อยละ 1.0, 0.5, 5.6, 13.9 ตามลำดับ

2.2 การรับรู้เรื่องสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องวัคซีนจากศูนย์สาธารณสุข การได้รับวัคซีนครบถ้วน การได้รับข้อมูลเรื่องโรคเอดส์ การได้รับรู้วิธีการป้องกันโรคเอดส์มากที่สุดร้อยละ 78.3, 84.7, 85.2, 87.8 ตามลำดับ แต่ยังมีส่วนน้อยเท่านั้นที่ยังไม่ได้รับรู้คือ ร้อยละ 19.2, 16.9, 13.6, 11.8 ตามลำดับ

2.3 การใช้วิธีการป้องกันโรคเอดส์ โดยภาพรวมส่วนใหญ่ใช้วิธีการป้องกันโรคเอดส์ โดยไม่เกี่ยวข้องสำสอน มากที่สุดร้อยละ 59.6 รองลงมาคือ การใช้ถุงยางอนามัย ยังมีบางกลุ่มที่ไม่ใช้วิธีป้องกันอะไรเลยร้อยละ 1.1 และไม่รู้จักวิธีป้องกันร้อยละ 11.7 ทั้ง 2 ชุมชน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไปดังนี้

1. การรณรงค์ให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันเอดส์ยังมีความจำเป็น ถึงแม้ว่าผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสัดส่วนผู้ที่ไม่มีวิธีการป้องกันโรคเอดส์มีจำนวนน้อย แต่ก็ควรได้รับความสนใจ

2. ควรมีการศึกษารายละเอียดในประเด็นต่าง ๆ เช่น ศีรษะเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดโดยศึกษาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดสูง และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นโรคความเครียด ศึกษาวิธีการดูแลรักษาเมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วย สมาชิกใช้การดูแลอย่างไร เพียงพอหรือไม่และศึกษาทัศนคติของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเอดส์

เอกสารอ้างอิง

- กรมประชาสัมพันธ์และคณะกรรมการพิจารณาหาตัวชี้วัดผู้ด้อยโอกาสทางสังคม, การกำหนดเครื่องชี้วัดผู้ด้อยโอกาสทางสังคม. กรุงเทพมหานคร, 2536
- กุสุมา โทเศยะโยธิน, แบบแผนการเข้าสู่อาชีพและความพึงพอใจในอาชีพของสตรีที่ย้ายเข้ามาทำงานในกรุงเทพมหานคร : ศึกษากรณีคนรับใช้ คนงานก่อสร้าง คนงานโรงงาน และแม่ค้าหาบเร่. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2526.
- คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาชนบทในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพมหานคร, 2534.
- บรรณพต วีระสัย, สังคมมนุษย์วิทยาเบื้องต้น, กรุงเทพมหานคร, 2521.
- อานนท์ อภาภิรมย์, มนุษย์กับสังคม, กรุงเทพมหานคร, 2515.
- เทพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ, พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2529.
- โรจนา ภักดีธรรม, ความซับซ้อนในสาเหตุการย้ายถิ่นเข้ากรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตประชากรศาสตร์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.
- วรวิมล ชัยรัตน์, การศึกษาระดับการพัฒนากับการย้ายถิ่นของประชากร : การศึกษาในระดับชุมชน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2516.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, การวิจัยการพัฒนาความจำเป็นขั้นพื้นฐานในชุมชนผู้มีรายได้ต่ำในเมือง : กรณีชุมชนวัดช่องลม. เอกสารวิชาการ หมายเลข 165, มีนาคม 2536.
- United Nations, Guideline on Methodological Approach to the conduct of Regional Survey of the Quality of Life as an Aspect of Human Resouces Development. New York, 1990.
- Yves Delamontte & Shin-ichi Takezawa, Quality of Working Life in Institutute Perspective. Switzerland : International Labour Organization, 1984.