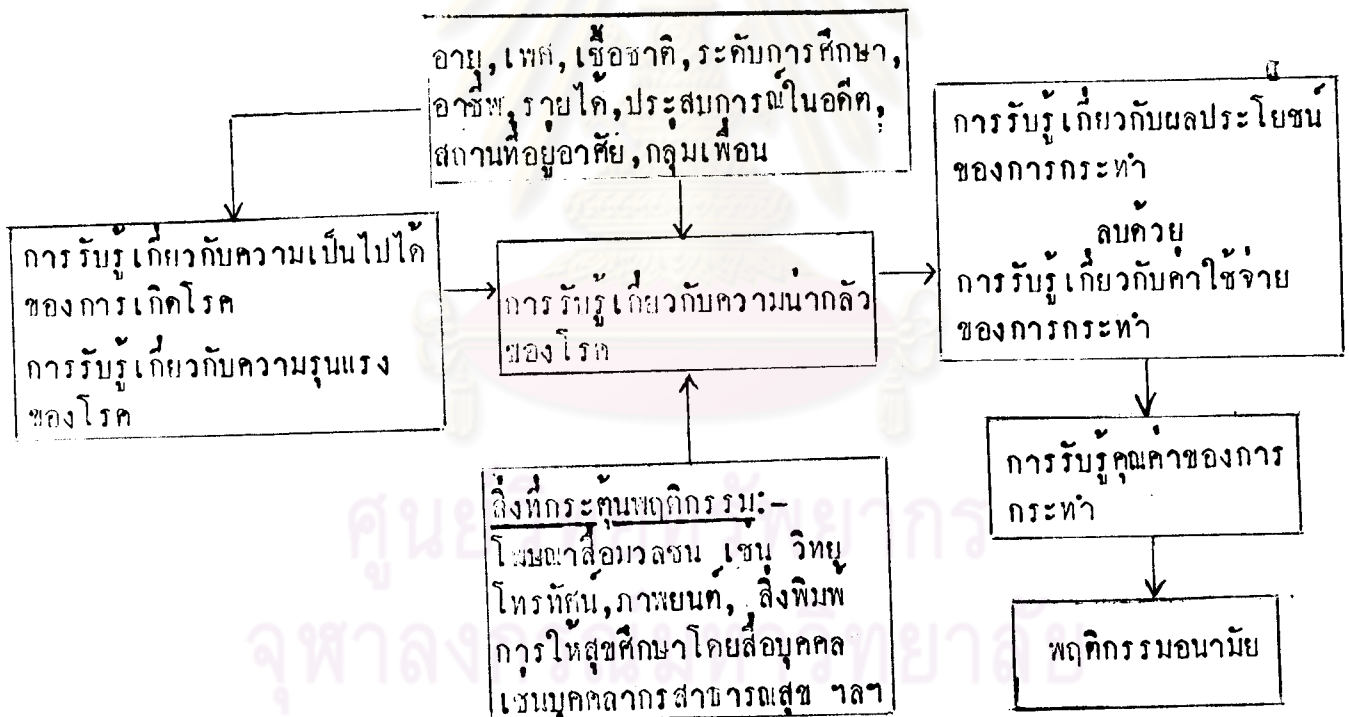


ทฤษฎีแนวความคิดและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การนำสื่อประเภทต่าง ๆ เข้ามามีบทบาทเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพอนามัยในการให้สุขศึกษา (Health Education) แก่ประชาชนนั้น มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพของคน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย (Health Behavior)¹ นี้ หมายรวมถึงการมีความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) ที่ถูกต้องด้วย

Becker Marshall H.² ได้แสดงกรอบแนวความคิดเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมอนามัยไว้ดังนี้



¹ ประภาเพ็ญ สุวรรณ, ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2520), หน้า 21.

² Becker Marshall H. "The Health Belief Model and Personal Health Behavior", Health Education Monograph, 2 (Winter 1974), p. 334.

จากกรอบแนวความคิดดังกล่าว เห็นได้ว่า มีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรอมานามัยของบุคคล และปัจจัยที่สำคัญ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยค่านิยม และปัจจัยค่านิยมเศรษฐกิจและสังคม

ในบรรดาองค์ประกอบทั้งสี่ของกระบวนการสื่อสาร¹ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ส่งสาร (Source) สาร (Message) สื่อ (Channel) และผู้รับสาร (Receiver) นั้น ช่องทางการสื่อสารนับเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญยิ่ง ที่หน่วยงานผู้ทำการพัฒนาจะพิจารณาเลือกใช้เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และปฏิบัติแก่ผู้รับสาร โดยปกติแล้ว ช่องทางการสื่อสารแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ.-

ประเภทสื่อมวลชน (Mass Media channel) เป็นวิธีการที่สารผ่านจากแหล่งข่าว ซึ่งอาจเป็นบุคคลคนเดียว กลุ่มเดี่ยวหรือสถาบันไปยังผู้รับสาร ซึ่งเป็นกลุ่มคนจำนวนมาก เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เป็นต้น

ประเภทสื่อระหว่างบุคคล (Interpersonal channel) เป็นช่องทางที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อแลกเปลี่ยนความคิดของผู้ส่งสารแบบเห็นหน้ากัน

โดยธรรมชาติแล้ว เป็นที่ยอมรับว่าระหว่างสื่อมวลชนและสื่อบุคคลนั้นมีศักยภาพที่แตกต่างกัน การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลจะช่วยให้ทราบถึงปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับสาร อันเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการชักจูงใจ ในขณะที่สื่อมวลชนช่วยทำให้การแพร่กระจายข่าวสารเป็นไปได้อย่างกว้างขวางรวดเร็ว ดังมีผู้เปรียบเทียบไว้ถึงความแตกต่างที่สำคัญระหว่างลักษณะของการสื่อสารระหว่างบุคคลและการสื่อสารมวลชนไว้ อย่างชัดเจน ดังนี้

¹David K. Berlo, The Process of Communication: An Introduction to Theory and Practice (New York: Holt, Rinehart and Winston, 1960).

เปรียบเทียบความแตกต่างที่สำคัญระหว่างลักษณะของการสื่อสารระหว่างบุคคลและการสื่อสารมวลชน¹

คุณสมบัติในการสื่อสาร	การสื่อสารระหว่างบุคคล	การสื่อสารมวลชน
1. ลักษณะของการสื่อสาร	สองทาง	ทางเดียว
2. ความเร็วในการเข้าถึงผู้รับสารจำนวนมาก	ช้า	เร็ว
3. ความถูกต้องของข่าวสารต่อผู้รับสารจำนวนมาก	ต่ำ	สูง
4. ความสามารถในการเลือกผู้รับสาร	สูง	ต่ำ
5. ความสามารถในการจัดการเลือกของผู้รับสาร	สูง	ต่ำ
6. โอกาสที่จะได้รับทราบปฏิกิริยาของผู้รับสาร	สูง	ต่ำ
7. ผลที่อาจเกิดขึ้น	เปลี่ยนแปลงทัศนคติ	เพิ่มพูนความรู้

ดังนั้นกล่าวได้ว่าการศึกษาดังกล่าวทั้งสองรูปแบบนี้มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม นักวิชาการสื่อสารมวลชนหลายท่านยอมรับความสำคัญของการสื่อสารระหว่างบุคคลว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงบุคคลมากกว่าอิทธิพลของสื่อมวลชน กล่าวคือสื่อมวลชนมีความสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ แต่การสื่อสารระหว่างบุคคลช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

¹Everett M. Rogers and Svenning Lynne, Modernization Among Peasants (New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1969), pp. 125-126.

Wilbur Schramm¹ เสนอความคิดเห็นว่าการรวมสื่อบุคคลและสื่อมวลชนเข้าด้วยกัน จะให้ผลในการพัฒนาสูง เพราะจะทำให้เกิดการสื่อสารแบบสองทาง (Two - Way Communication) ซึ่งมีคุณค่าน่ามากในการพัฒนาเพราะโดยธรรมชาติของสื่อทั้งสองชนิดแล้ว สื่อมวลชนสามารถให้ข่าวสารได้รวดเร็วและกว้างขวาง ส่วนสื่อบุคคลสามารถทำให้ทราบปฏิกิริยาของผู้รับสารในทันที สามารถทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างรัฐกับประชาชน ทำให้การพัฒนาเป็นผลสำเร็จได้ ซึ่งแนวความคิดนี้สอดคล้องกับ Rogers² ที่กล่าวว่า การสื่อสารจะมีอิทธิพลมากขึ้นเมื่อมีการรวมสื่อทั้งสองชนิดเข้าด้วยกัน เรียกว่า Media Forum

แนวความคิดเกี่ยวกับอิทธิพลของสื่อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

Melvin L. De Fleur ให้แนวความคิดพื้นฐานเกี่ยวกับอิทธิพลของสื่อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในทฤษฎีการสื่อสารมวลชน (Theories of Mass Communication)³ โดยการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นตัวแปรแทรก (Intervening Variables) ระหว่างสื่อซึ่งเป็นตัวกระตุ้น (Stimulus) กับพฤติกรรมการตอบสนอง (Response) โดยแยกเป็นทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้

¹Wilbur Schramm and Donald F. Roerts (ed.), The Process and Effect of Mass Communication (Chicago: University of Illinois Press, 1972), pp. 30-34.

²Everrett M. Rogers and F. Floyd Shoemaker, Communication of Innovation, 2nd ed. (New York: The Free Press, 1971), p. 145.

³Melvin L. De Fleur, Theories of Mass Communication (New York: David McKay Company, Inc., 1970), pp. 118-154.

1. ทฤษฎีความแตกต่างของเอกบุคคล¹ (The Individual Differences Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงความแตกต่างของมนุษย์ในด้านโครงสร้างทางจิตวิทยาส่วนบุคคล การที่มนุษย์เรียนรู้ต่าง ๆ กัน มีสถานะแวดล้อมที่เติบโตขึ้นมาต่างกัน เป็นผลให้เกิดรูปแบบของทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ ประกอบกันเป็นบุคลิกภาพส่วนบุคคล อันเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ลักษณะโครงสร้างทางบุคลิกภาพเหล่านี้จะมีส่วนสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรม รูปแบบของการรับรู้หรือการเรียนรู้ของมนุษย์ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดจนการรับข่าวสารต่าง ๆ แยกต่างหาก

2. ทฤษฎีการจัดลำดับชั้นทางสังคม² (The Social Categories Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงในสังคมซึ่งประกอบด้วยบุคคลต่าง ๆ ซึ่งรวมตัวกันเป็นกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน โดยนำเอาลักษณะพื้นฐานบางประการที่เหมือนกัน เช่น เพศ อายุ รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมมารวมบุคคลเข้าไว้ในกลุ่มเดียวกันและถือว่ามีโครงสร้างทางสังคมใกล้เคียงกัน โดยถือว่าตัวแปรเหล่านี้มีผลต่อการเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชน และท่านองเดียวกัน ตัวแปรเหล่านี้ก็จะเป็นตัวแปรแทรก (Intervening variable) ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารคล้าย ๆ กัน และขณะเดียวกันก็จะมีปฏิริยาตอบสนองต่อเนื้อหาข่าวสารคล้าย ๆ กันด้วย

3. ทฤษฎีความสัมพันธ์ทางสังคม³ (The Social Relationships Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงความสัมพันธ์ภายในกลุ่มว่ามีอิทธิพลต่อการสื่อสาร ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการในกลุ่มเพื่อนบ้าน เครือญาติ มีบทบาทสำคัญต่อการกระทำของบุคคล นักสังคมวิทยาชนบทเชื่อว่าเครือญาติของชาวนามีส่วนสำคัญต่อการตัดสินใจยอมรับหรือไม่ยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ครอบครัวในสังคมชนบทมีความผูกพันกับเพื่อนบ้านอย่างแน่นแฟ้น ผู้นำความคิดเห็นในสังคมจะเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความแพร่กระจายข่าวสาร ความคิดและการตัดสินใจยอมรับของบุคคลในสังคมนั้น

¹Ibid, pp. 119-122.

²Ibid, pp. 122-124.

³Ibid, pp. 124-129.

4. ทฤษฎีบรรทัดฐานทางสังคม¹ (The Cultural Norms Theory)
ทฤษฎีนี้กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลอาจขึ้นอยู่กับบรรทัดฐานและเหตุการณ์แวดล้อม
ในสังคม เช่น กรณีที่สื่อให้ข่าวสารเป็นไปความบรรทัดฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ก็มีผล
ให้บุคคลคล้อยตาม เพราะโดยปกติแล้วบุคคลย่อมประพฤติตามแนวบรรทัดฐานของสังคม
เขากล่าวว่าสื่อมวลชนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ทาง คือ

- เนื้อหาของสื่อมวลชนสามารถย้ำแถมอย่างต่อความ เป็นอยู่ที่จะทำให้นัก
เชื่อว่าแบบอย่างต่าง ๆ ในสังคมจะถูกวางไว้ต่อไปจากบุคคลในสังคม ส่งเสริม
สนับสนุน

- สื่อมวลชนสามารถสร้างความรู้สึกชอบร่วมกันในสังคม
- สื่อมวลชนสามารถเปลี่ยนแบบอย่างการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมจาก
แบบหนึ่งไปสู่อีกแบบหนึ่งได้โดยร่วมให้เกิดพฤติกรรมใหม่ แต่ต้องใช้ระยะเวลาเปลี่ยน

ทฤษฎีแนวความคิดของ De Fleur นี้ สอดคล้องกับแนวความคิดของ
Joseph Klapper² ซึ่งกล่าวถึงอิทธิพลของการสื่อสารมวลชนต่อบุคคลในสังคมว่า
สื่อมวลชนเป็นได้เพียงแรงเสริม (reinforce) ในกระบวนการโน้มน้าวใจ
ความคิดเห็นหรือทัศนคติของคนซึ่งมีอยู่แล้ว การเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่แน่นแฟ้นนั้นเป็น
ไปได้ยาก สื่อมวลชนมิได้มีอิทธิพลโดยตรงต่อบุคคลแต่ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นที่นอกเหนือ
จากการสื่อสาร (Extra Communication Factors) ร่วมด้วยจึงจะมี
อิทธิพลต่อบุคคลได้ และปัจจัยที่นอกเหนือจากการสื่อสารนั้นได้แก่อุปนิสัยและกระบวนการ
เลือกรับสารกลุ่มและบรรทัดฐานของกลุ่ม การแพร่กระจายข่าวสารโดยบุคคลหรือ
ผู้นำความคิดเห็น ตลอดจนระบอบการปกครอง และระบบการสื่อสารมวลชน โดยเฉพาะ
สื่อบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาในการสร้างทัศนคติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

¹Ibid, pp. 129-139.

²Joseph T. Klapper, The Effects of Mass Communication
(New York: The Free Press, 1960), pp. 15-49.

แม้จะเป็นที่ยอมรับว่าองค์ประกอบของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาประเทศ แต่ปัจจุบันข้อจำกัดของการสื่อสารในประเทศกึ่งพัฒนาดังเช่นชนบทของประเทศไทยนั้นอยู่มาก Rogers¹ ได้กล่าวถึงการเปิดรับสื่อมวลชนในประเทศกึ่งพัฒนาว่าสื่อต่าง ๆ ไม่สามารถเข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างแพร่หลายเนื่องจากอุปสรรคด้านการศึกษา การคมนาคมและการไม่รู้หนังสือของประชาชนในชนบท อีกทั้งข่าวสารเพื่อการพัฒนาต่าง ๆ อาทิเช่น ความรู้เกี่ยวกับการเกษตรสมัยใหม่และเกี่ยวกับค่านิยมสุขภาพอนามัยมีน้อย เนื้อหาสาระที่ส่งออกไปไม่สอดคล้องกับการพัฒนาในเรื่องที่จำเป็น ยิ่งกว่านั้นความเชื่อถือได้ของสื่อมวลชนก็ต่ำ อันเป็นผลมาจากระบบผลประโยชน์ และมีได้ไ้ระบบสื่อสารมวลชนเป็นเครื่องมือในการพัฒนาประเทศอย่างจริงจัง

ในประเทศไทยสื่อมวลชนต่าง ๆ คงรวมกลุ่มอยู่เฉพาะในเมืองหลวงและในเขตที่มีความเจริญเท่านั้น สำหรับในท้องถิ่นชนบทที่ห่างไกล สื่อมวลชนมิได้เป็นแหล่งข่าวที่มีความสำคัญเนื่องจากสื่อมวลชนบางประเภท เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ภาพยนต์ ยังไม่เป็นที่แพร่หลายด้วยข้อจำกัดหลายประการ เช่นการคมนาคมที่ไม่สะดวกเป็นสาเหตุให้สื่อประเภทสิ่งพิมพ์เข้าไปไม่ถึง อีกทั้งข้อจำกัดที่เกิดจากตัวผู้รับสารเอง เช่นการอ่านหนังสือไม่ออก ดังนั้นข่าวสารส่วนใหญ่มักจะอาศัยการบอกเล่าต่อไปเป็นทอด ๆ ทั้งนี้เนื่องจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนที่มีความเป็นอยู่อย่างกันเอง มีความคุ้นเคยสนิทสนมกัน² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนายเวทย์ ธิโนปจัย³ ที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการเปิดรับสื่อมวลชนและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของประชากรในเขตเมืองและชนบท พบว่ามีปัจจัยที่สำคัญหลายประการที่มีความสัมพันธ์คือพฤติกรรมในการสื่อสารของ

¹ Everett M. Rogers and F. Floyd Shoemaker, Communication of Innovation, . . . , p. 268.

²ไพฑูริย์ เกรือแก้ว, ลักษณะสังคมไทย (กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ครั้งที่สอง, 2513), หน้า 198.

³เวทย์ ธิโนปจัย, "การศึกษาเปรียบเทียบการเปิดรับสื่อมวลชนและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของประชากรในเขตเมืองและชนบท" (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสังคมวิทยา มหาวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2517), (บทคัดย่อ).

บุคคล อันได้แก่ปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา และปัจจัยทางด้านประชากร นอกจากนี้ยังพบว่าลักษณะแบบแผนของการสื่อสารของประชากรในชนบทเห็นไปในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นส่วนใหญ่ และในทางตรงกันข้ามการสื่อสารของประชากรในเมืองเห็นไปในรูปแบบของการเกิดรับสื่อมวลชนมากกว่า

เกศรินทร์ สุทธิไสย ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของประชากรในชนบทในเขตอำเภอหางฉัตร จังหวัดลำปาง พบว่าประชากรมีการรับข่าวสารสาธารณะสูงในอัตราที่ค่อนข้างสูง คือเคยได้รับข่าวสารสาธารณะร้อยละ 75 และจากการเฝ้าสังเกตพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ในเขตวิจัยให้ความเคารพต่อสิ่งเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานในเขตที่อยู่ของตน เมื่อมีปัญหาคณะสงฆ์พจนานัมย์ก็จะปรึกษาเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานนี้และได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพพจนานัมย์จากสื่อมวลชนประเภทเจ้าหน้าที่พจนานัมย์ของรัฐมากที่สุด ที่ร้อยละ 77 สำหรับสื่อมวลชนประเภทอื่น เช่นกานัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อน ครู ญาติ ตลอดจนสื่อมวลชนประเภทวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ภาพยนตร์ นิตยสาร หนังสือพิมพ์และแผนป้ายประกาศมีบทบาทน้อยในการแพร่กระจายข่าวสาร ความรู้ในด้านการสาธารณสุข¹ และจากผลการวิเคราะห์พบว่าในทุกเพศ ทุกกลุ่มอายุ ทุกระดับการศึกษาและทุกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมจะมีการใช้สื่อชนิดต่าง ๆ ในการรับข่าวสารด้านสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่จะใช้สื่อประเภทเฉพาะกิจ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) มากที่สุด มีสื่อมวลชนประเภทอื่น ๆ รองลงมาและประเภทสื่อมวลชนน้อยที่สุด ทั้งวิทยุเป็นสื่อมวลชนประเภทเดียวที่เข้าถึงอย่างแพร่หลายในชนบท²

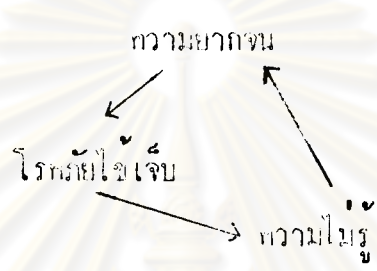
ศูนย์วิทยุทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹ เกศรินทร์ สุทธิไสย, "พฤติกรรมการสื่อสารในชนบท: การสำรวจทางสังคม ณ อำเภอหางฉัตร จังหวัดลำปาง" (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2520), หน้า 138.

² เรื่องเดียวกัน, หน้า 143 - 144.

งานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

เป็นที่ยอมรับว่าการศึกษาทำให้คนมีโลกทรรศน์กว้างขึ้น เป็นคนมีเหตุมีผล เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาตนเองและสังคม มีความรู้สึกนึกคิดที่ทันต่อเหตุการณ์ ยอมรับวิทยาการและเทคโนโลยีใหม่ ๆ มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันและการดูแลสุขภาพของตนเอง ปัจจุบันประชาชนซึ่งมีอยู่ในชนบทกว่าร้อยละ 80 มีระดับการศึกษาที่ต่ำ ยากจน ขาดความรู้ มีโรคร้าย-ไข้เจ็บ เบียดเบียน กล่าวคือปัญหาอันเวียนเป็นวัฏจักรใน 3 ประการใหญ่ ๆ คือ



จากการศึกษาของ Robert L. Manamara และ Edward W. Hassinger² ในมกราคมปี 1955 พบว่าคนสูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่มีการศึกษาน้อยมักจะไว้วางใจที่จะไปรับบริการอนามัยและการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัย ทั้งที่คนสูงอายุเหล่านั้นเป็นวัยที่จำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลสุขภาพอนามัย

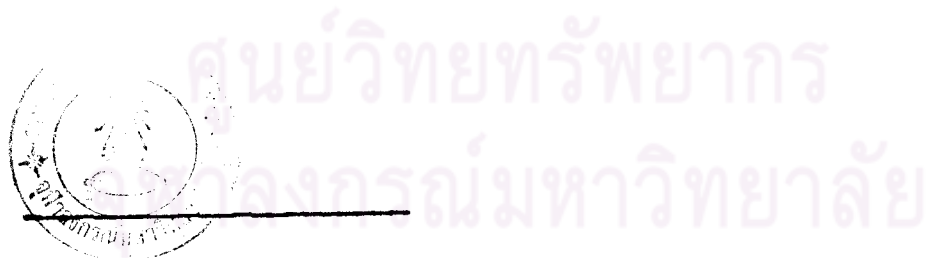
จากการศึกษาของสายใจ กุ่มขนาน² ในการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติทางค่านอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทยจำนวน 45 หมู่บ้านของ 15 อำเภอ ทั่วประเทศ พบว่าระดับการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือนมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติทางค่านอนามัย โดยทั่วไปสมาชิกในครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนมีการศึกษาจะได้รับการปลูกฝังค่านามากกว่าสมาชิกในครัวเรือนที่

¹Irwin T. Sander, The Community (New York: The Ronald Press Company, 1966), p. 293.

²สายใจ กุ่มขนาน, "ปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติทางค่านอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต แผนกวิชาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515), หน้า 42.

หัวหน้าครัวเรือนไม่ได้รับการศึกษา กล่าวคือสมาชิกในครัวเรือนจะมีการปลูกฝิ่นคิดจากร้อยละ 63.5 สำหรับครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 80.1 สำหรับครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนมีการศึกษาค่ากว่าประณปีที่ดี ร้อยละ 79.6 สำหรับครัวเรือนที่มีหัวหน้าครัวเรือนจบประณปีที่ดี ร้อยละ 88.5 สำหรับครัวเรือนที่มีหัวหน้าครัวเรือนจบสูงกว่าประณปีที่ดีขึ้นไป นอกจากนี้สายใจ คุ่มขนาน¹ ยังพบว่าปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจมีส่วนสัมพันธ์กับการปลูกฝิ่น ฝิ่นอย่างมาก ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีสมาชิกในครัวเรือนเคยปลูกฝิ่น ฝิ่นได้ถึงร้อยละ 89.9 ครอบครัวปานกลาง ร้อยละ 76.9 และครอบครัวยากจนร้อยละ 64.4 ตามลำดับ

วิธีรา กสิโกศล² ทำการศึกษาปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของแม่และเด็ก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์กลุ่มที่มีรายได้น้อยไม่นิยมนำบุตรของตนไปรับบริการตรวจสุขภาพอนามัย มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการปฏิบัติทางด้านอนามัยดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ โดยเฉพาะสตรีในวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุน้อย (15 - 29) ปี ที่มีการศึกษาสูงกว่าประณปีที่ดีมีความเชื่อที่มั่นคงแน่วแน่มุ่งไปทางสมัยใหม่และมารดาที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่า 20,000 บาท/ปี จะมีการปฏิบัติทางด้านอนามัยแม่และเด็กถูกต้องมากกว่ามารดาที่อยู่ในครอบครัวกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า



¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 68-69.

² วิธีรา กสิโกศล, "การวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของแม่และเด็ก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา" (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตศึกษาด้านสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2521), หน้า 113-115.

Similey และ คณะ¹ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของแม่และเด็กที่ Inner city Detroit โดยการสัมภาษณ์กลุ่มมารดาจำนวนประมาณ 400 คน ในเรื่องอนามัยแม่และเด็กพบว่าสตรีที่มีอายุมากมีระดับการศึกษาต่ำ และอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย จะไม่ยอมนำเด็กไปตรวจสุขภาพ และเมื่อสตรีเหล่านี้เกิดเจ็บป่วยก็ไม่ยอมมารับบริการทางการแพทย์และอนามัย

เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และจริยาวัตร คมพยัคฆ์² ได้ทำการวิจัยเรื่องการศึกษาวิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กทารกของมารดาไทยในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามารดาส่วนใหญ่จะพำนักไปรับภูมิคุ้มกันโรค ตามแพทย์นัดร้อยละ 84.8 ระดับการศึกษาและอาชีพของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการพำนักไปรับภูมิคุ้มกันโรคไม่ว่ามารดาจะมีระดับการศึกษาและอาชีพใดจะเห็นความสำคัญของการพำนักไปรับภูมิคุ้มกันโรคเท่า ๆ กัน มารดาที่เป็นแม่บ้านมีคิประกอบอาชีพจะไม่พำนักไปรับภูมิคุ้มกันโรค เช่นเดียวกับมารดาที่มีอาชีพอื่น ๆ ซึ่งต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทั้งนี้เพราะมารดาเห็นว่าบุตรสมควรไม่จำเป็นต้องไปฉีดวัคซีน บางรายก็ลืมวันนัด บางรายบอกว่าเคยพำนักไปรับวัคซีนแล้วมีผลการเป็นไข้ ตัวร้อน ไม่สบาย ทำให้ไม่อยากพำนักไปรับวัคซีนอีก มารดาบางรายก็ไม่สนใจ ไม่เห็นความสำคัญส่วนมารดาประเภทที่ทำงานนอกบ้านใช้เหตุผลของการที่มิได้พำนักไปรับภูมิคุ้มกันโรคว่ากลัวจะขาดรายได้



¹ Similey, Jane, R.N. M.P.H. and others. "Maternal and Infant Health and their Associated Factors in an Inner City Population," American Journal of Public Health (1972): 476-481.

² เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และจริยาวัตร คมพยัคฆ์, การศึกษาวิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กทารกของมารดาไทยในตำบลศิริราช และตำบลบ้านช่างหล่อ อำเภอ บางกอกน้อย กรุงเทพฯ (กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521), หน้า 51.

Rosenstock Selwyn¹ ได้ทำการศึกษาเรื่องการยอมรับวัคซีนป้องกันโรค ผลการวิจัยปรากฏว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อมารดาในการนำบุตรมารับวัคซีนป้องกันโรค หรือนำบุตรมารับวัคซีนป้องกันโรค คือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ขนาดของครอบครัว ความเชื่อ ทัศนคติ

แรงกระตุ้น และแรงผลักดันจากสังคม

ในเรื่องเกี่ยวกับชนบทชนเมือง ประเพณี และความเชื่อ สมัยก่อนคนเรา ไม่มีความเข้าใจสาเหตุของการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ และวิธีการควบคุมโรคก็มักจะเชื่อ ไปต่าง ๆ และมีวิธีการปฏิบัติทางด้านอนามัยที่แปลก ๆ แม้ว่าวิธีการดังกล่าวจะไม่เป็นที่ ยอมรับกันแล้วในสมัยปัจจุบัน เพราะได้มีการค้นหาสาเหตุที่แน่นอนของโรคต่าง ๆ มากมาย มีวิธีการป้องกันโรคและวิธีการรักษาที่ได้ผลสามารถให้ยึดถือปฏิบัติ แต่ความเจริญใน หองถิ่นต่าง ๆ ย่อมไม่เท่ากัน โดยเฉพาะประเทศไทยซึ่งเป็นสังคมที่กำลังพัฒนามีหลักฐาน ที่เชื่อได้ว่าในท้องถิ่นชนบท ประชาชนยังมีความเชื่อผิด ๆ ในเรื่องสุขภาพอนามัย เช่น เข้าใจว่าโรคภัยไข้เจ็บเกิดจากภูตผีปีศาจ ไม่เชื่อการแพทย์แผนปัจจุบันเกี่ยวกับสาเหตุ ทางไสยศาสตร์ยังพบอีกมากในชนบท เพราะแม้ว่าชาวชนบทบางส่วนยอมรับแผนใหม่แล้ว แต่บางส่วนก็ยังยึดมั่นความเชื่อแบบเก่า ๆ อยู่ จากการศึกษาของ Hanks¹ และคณะในหมู่บ้านบางแห่งพบว่า ชาวบ้านมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นที่เกิดจากความไม่ สมบูรณ์ของธาตุ ดิน น้ำ ลม ไฟ

¹Irwin M. Rosenstock. "Why People Fail to Seek Poliomyelitis Vaccination Public Health Report Vol. 74 No.2 February 1959, pp. 98-102.

²L. M. Hanks, Jr., and Others, "Diphtheria Immunization in a Thai Community", Health, Culture and Community. Edited by Benjamin D. Paul, (New York: Russell Sage Foundation, 1955), pp. 169-170.

โดยเชื่อว่า ลม สามารถเข้าสู่ร่างกายและทำให้เจ็บป่วย เช่น เชื่อว่ามีโรคบางชนิดที่มีสาเหตุมาจากลม เช่น อหิวาต์ รวมทั้งเข้าใจวิธีการป้องกันว่าจะควบคุมให้ธาตุทั้งสี่ในร่างกายอยู่ในสภาวะสมดุล โดยการรับประทานอาหารบางอย่างที่มีความสัมพันธ์กับเรื่อง "สิ่งร้อน" และ "สิ่งเย็น" เช่น เชื่อกันว่า อาหารประเภทพริกไทย เหล้า ทุเรียน เป็นสิ่งร้อน

สันตัก เสริมฟรี และ เจมส์ เอนไรลีย์¹ ศึกษาพฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับโรคและสุขภาพนั้น มีผู้เชื่อว่า สิ่งที่เกิดจากความเจ็บป่วยล้วนเป็นผลกรรมที่เคยกระทำไว้ ความเชื่อเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยของประชาชนในชนบทอย่างมาก มีผลทำให้ประชาชนบางประเภทไม่สนใจเกี่ยวกับความสะอาดสุขภาพอนามัย ไม่ยอมรับร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐในวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการป้องกันโรค เช่น การปลูกฝี ฉีดวัคซีน

แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

นักวิชาการหลายท่านที่สนใจ ศึกษาเรื่องพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของสังคมที่กำลังพัฒนา ได้ข้อคิดเห็นว่าการใช้บริการแพทย์แผนใหม่นั้น มีปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญคือ

1. สถานภาพทางเศรษฐกิจ (Relative wealth)

ฮาโรลด์ กูลด์ (Harold Gould: 1957) และฟอสเตอร์ (Foster: 1962)² กล่าวว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งที่จะกำหนดว่าใคร และเมื่อไรที่บุคคลนั้นจะใช้บริการการแพทย์แผนใหม่ กล่าวง่าย ๆ คือ บริการการแพทย์

¹สันตัก เสริมฟรี และเจมส์ เอน ไรลีย์, รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์และการคุมกำเนิดของคนไทย (กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2516), หน้า 12-24.

²เบญจมา ชกคควาเนียบและกฤตยา อาชวนิจกุล, "พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของคนไทย" ทฤษฎีและการเป็นสาขาทางสังคมวิทยาามานุษยวิทยาการแพทย์ (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศรีอินันต์), หน้า 47.

แผนใหม่บางชนิดบางลักษณะราคาสูง ผู้ที่จะใช้บริการได้คือผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงเท่านั้น ส่วนผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวยก็ไปใช้บริการการแพทย์ที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยลงเท่าที่ตนสามารถจะเสียแทนได้

2. ปัจจัยเรื่องทัศนคติในฐานะตัวกำหนดการรักษาสุภาพอนามัย (Attitude as Determinants of Health Care)¹

ในแต่ละสังคมแต่ละวัฒนธรรมมีแนวความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตนเอง แนวความเชื่อเหล่านี้หมายถึงภาวะสุขภาพอนามัยที่ดีเป็นอย่างไร การรักษาและส่งเสริมสุขภาพของคนหรือของกลุ่มสังคมทำได้อย่างไรบ้าง เป็นต้น อย่างเช่นในสังคมบางแห่งทางภาคเหนือและภาคอีสานมีจำนวนผู้เป็นโรคคอกสูง แต่บุคคลเหล่านี้ก็ยังถือว่าเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพอนามัยดีอยู่นานตราบที่เขายังปฏิบัติภาระกิจของเขาได้เป็นปกติหรือยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมสังคมอื่น ๆ ได้ตามปกติ ดังนั้นมารดาในชนบทก็อาจไม่นำบุตร ไปรับวัคซีนป้องกันโรคตราบเท่าที่ เขาเห็นว่า บุตรของตนสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย

ทัศนคติของประชาชนในชนบทที่มีต่อเรื่องการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็ก ย่อมมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับความเข้าใจของประชาชนในแต่ละท้องที่ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เคยได้รับ มารดาในชนบทบางคนอาจพบว่าภายหลังจากให้บุตรของตนรับภูมิคุ้มกันโรคบางชนิดแล้ว เด็กมีอาการ เป็นไข้ตัวร้อนเนื่องจากปฏิกิริยาของยา ในกระบวนการสร้างภูมิคุ้มกันโรคแก่ร่างกาย มีผลให้มารดาเกิดทัศนคติที่ไม่ดี ไม่ยอมนำบุตรไปรับวัคซีนอีกต่อไป

¹ เบญจมา ชัยค้ำเนินและภคฤศยา ลาชวนิจกุล, "พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของคนไทย", ทฤษฎีและการให้การศึกษาทางสังคมวิทยาพยาบาลและการแพทย์..., หน้า 49.

3. ช่องว่างระหว่างความรู้และการยอมรับปฏิบัติ¹

ในบางกรณีบุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขบัญญัติจริง แต่เวลาปฏิบัติไม่ได้ ปฏิบัติตามนั้น เนื่องจากมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามามีส่วนในการควบคุมความประพฤติอีกทีหนึ่ง ยกตัวอย่าง เช่น เรื่องการสูบบุหรี่ ทุกคนทราบว่า การสูบบุหรี่มีผลต่อสุขภาพอนามัย อาจเป็นสาเหตุให้เกิดมะเร็งได้ แต่ค่านิยมบางประการ เช่น ทิศใจรสนิยมของการสูบบุหรี่ สูบเพื่อแก้เบื่อในขณะที่เข้าสังคม ความพอใจต่าง ๆ เหล่านี้ประกอบด้วยอิทธิพลของ การโฆษณาชวนเชื่อ ทำให้เห็นไม่คอยใส่ใจผลร้ายต่อสุขภาพของตนเองที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรือกลัวยุ่งเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดในบ้านและบริเวณบ้าน ทุกคนทราบว่าความไม่สะอาดในบ้านและบริเวณบ้านเป็นที่เพาะเชื้อโรค อันนำไปสู่โรคภัยไข้เจ็บของตนในบ้านได้ แต่ในปัจจุบันตามชนบทก็ยังมีบางหมู่บ้านที่เลี้ยงสัตว์ เช่น ควาย หมู ไก่ เป็ด ไว้ในหมู่บ้าน หรือสร้างคอกสัตว์ไว้ในบริเวณบ้าน ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาทางด้านอื่น ๆ เช่น ฟ้าไปสร้างคอกสัตว์ไว้ไกลจากตัวบ้านมาก สัตว์อาจถูกขโมยได้ เนื่องจากอยู่ไกล ๆ ไม่มีใครไปดูแล เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาที่ใกล้ตัว และเห็นได้ชัดเจนกว่าปัญหาเรื่องภาวะสุขภาพอนามัย ซึ่งอาจเป็นปัญหาที่เห็นผลในระยะยาว เป็นธรรมดาอยู่เองที่คนมักมัวหาทางขจัดปัญหาที่เห็นชัด ๆ และอยู่ใกล้ตัวก่อน เช่น สร้างคอกควายไว้ไกลหมู่บ้านหรือไกล ๆ กับตัวบ้าน เนื่องจากควายใช้สำหรับไถนาตัวหนึ่งก็มีราคาแพง ถ้าหากหายไปแล้วชาวบ้านย่อมเดือดร้อน ท่านเองเคยพบบนในเรื่องของการพาบุตรไปรับการศึกษาที่วัดขึ้นเพื่อป้องกันโรคติดต่ออันตรายในเด็ก มารควส่วนใหญ่อาจมีความรู้ความเข้าใจในสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ เป็นอย่างดี รู้จักวิธีควบคุมป้องกัน แต่ก็มีได้ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐในการนำบุตรไปรับการศึกษาที่วัดขึ้น เนื่องจากไม่มีเวลารว่าง การเดินทางลำบากหรือไม่สามารถหยุดงานได้ เป็นต้น

¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 49.

5. ค่านิยมกับสุขภาพอนามัย¹

ในสังคมไทยปัจจุบัน คนไทยได้เริ่มต้นตัวในเรื่องการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันกันมาก ซึ่งทำให้เกิดการเรียกร้องต่อการบริการต่าง ๆ ด้านการรักษาพยาบาล การเรียกร้องเหล่านี้ ได้ก่อให้เกิดแรงกดดันส่งผลให้ ต้องตอบสนองโดยการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ค่าเป็นงานบริการประชาชนให้ได้ผลอย่างเต็มที่ ถึงอย่างไรก็ตาม ค่านิยมของคนไทยในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ยังไม่ดีเท่าที่ควร มีประชาชนเป็นจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่เห็นคุณค่าของ "การป้องกันดีกว่าแก้" เขาเหล่านั้นมักจะไม่สนใจในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การรับประทานอาหาร ให้ถูกส่วน จักบริเวณที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะ การพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อความแข็งแรง ปราศจากโรค ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความไม่รู้ และความไม่เห็นคุณค่า (Value) ของสิ่งเหล่านั้นนั่นเอง

นอกจากนี้ประโยชน์จากการปลูกฝี ฉีดวัคซีนไม่สามารถปรากฏเห็นผลชัดเจนตามารค่าในขณะทว่ายังไม่ยอมรับและเห็นถึงความจำเป็นและเกิดความต้องการ มารดาบางคนอาจจะมีความเข้าใจถึงอันตรายอันร้ายแรงของการติดเชื้อจากโรคติดต่อและมีความรู้สึกว่าจะเด็กควรได้รับภูมิคุ้มกันโรคลักษณะที่มารดาบางคนไม่เข้าใจเลย แต่มีความรู้สึกตรงข้ามและเห็นว่ายังเป็น เรื่องที่อยู่ห่างไกลตัวจึงขาดความสนใจ

6. ระบบการแพทย์และสาธารณสุขของไทยกับพฤติกรรม ร่มสุขภาพอนามัย²

สำหรับประเทศไทยโดยส่วนรวมนั้น เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปแล้วว่าระบบการแพทย์ และสาธารณสุขยังไม่ประสบผลสำเร็จ ในการกระจายการใช้บริการต่าง ๆ ไปถึง

¹จำเรียง กุระสุวรรณ, สังคมวิทยาสำหรับพยาบาล (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สามเจริญพานิช, 2522), หน้า 62-63.

²เบญจมา มลลค่าเบียม และกฤษณา อาชวนิจกุล, "พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของคนไทย", ชุมชนและการศึกษาทางสังคมวิทยา มานุษยวิทยาการแพทย์... หน้า 51.

ประชาชนอย่างแท้จริง จึงจะเห็นได้ว่าอัตราการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนจะสูงมาก (over-utilization) เฉพาะในเขตเมืองและในกรุงเทพมหานครเท่านั้น ส่วนในชนบทหรือชนบทแล้ว อัตราการใช้บริการของประชาชนต่ำมาก (under-utilization) ทั้งนี้เป็นผลมาจากการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ประการหนึ่ง และอีกประการหนึ่งนั้นเป็นผลจากการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขเป็นไปอย่างไม่เหมาะสม กล่าวคือ 70% ของแพทย์และพยาบาลทั้งหมดของประเทศ จะอยู่ที่กรุงเทพฯ และในหัวอำเภอเมืองของจังหวัดอื่น ๆ จำนวน 344 อำเภอ ไม่มีแพทย์ประจำอยู่เลย และ 204 อำเภอ ไม่มีแม้แต่พยาบาล¹

แม้ประเทศลัทธิสังคมนิยมจะขาดแคลนทรัพยากรแทบทุกชนิด โดยเฉพาะทรัพยากรสาธารณสุข แต่การวิจัยปรากฏว่า ปัญหาการใช้บริการสาธารณสุขต่ำกว่าระดับ (under-utilization) ที่ปรากฏอยู่กว้างขวางในหมู่ประเทศด้อยพัฒนา ซึ่งนับเป็นความสูญเสียเปล่าของทรัพยากรสาธารณสุขในท่ามกลางความขาดแคลนไม่เพียงพอ มีรายงานเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย พบว่าการใช้บริการสาธารณสุขต่ำกว่าระดับ โดยเฉพาะการใช้บริการของสถานีอนามัย จากรายงานการศึกษาครั้งหนึ่งได้ระบุว่าในวันทำงานปกติแต่ละวัน สถานีอนามัยชั้นสองในเขตชนบทมีคนไข้โดยเฉลี่ยเพียง 3.1 คนเท่านั้น และแม้เมื่อคำนึงถึงว่า สถานีอนามัยให้บริการด้านการป้องกันโรคภัยแล้ว ตัวเลขจำนวนคนไข้ก็สูงขึ้นเพียงเล็กน้อยจาก 3.1 เป็น 5.5 คนเท่านั้น²

¹Institute for Population and Social Research, Comparative Social and Health Statistic for Thailand by Amphoe (Bangkok, 1975), pp. 9-10.

²Day, F.A. and L. Leoprapi, "Patterns of Health Utilization in Upcountry Thailand," (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 1977), pp. 47-48.

ในหลาย ๆ กรณีที่เกี่ยวที่เรากล่าวได้ว่าปัญหาเรื่องระยะทาง การคมนาคมที่ไม่สะดวก บริการที่ไม่เพียงพอและขาดคุณภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นสาเหตุบางส่วน ของปัญหา

7. การคมนาคม

ในปัจจุบันประชากรในชนบทของไทยอยู่กระจัดกระจายเป็นหมู่บ้านเล็ก ๆ ทั่วไป การคมนาคมไม่สะดวก ถนนหนทางติดต่อกันระหว่างหมู่บ้าน ตำบล อำเภอและ จังหวัดยังไม่ทั่วถึง ที่มีอยู่แล้วยังให้การไม่ได้เต็มที่ทุกฤดูกาล โดยเฉพาะในฤดูฝน การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลคนเจ็บและการหยิบนับบริการสาธารณสุขให้แก่ ประชาชนยังไม่สามารถดำเนินการครอบคลุมได้ยกย่างทั่วถึง

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวเกี่ยวกับการให้บริการแก่ประชาชนในท้องถิ่นทุรกันดาร ห่างไกลเส้นทางการคมนาคม กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้พยายาม ดำเนินการจัดบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ตามกำลังทรัพย์และอัตราบุคคลากรที่มีอยู่ เข้าสู่ท้องถิ่นชนบทที่ห่างไกล ให้บริการด้านการตรวจรักษาโรค การปลูกฝี ฉีดวัคซีน การป้องกันโรค ตลอดจนให้สุขศึกษาแก่ประชาชน

จากการศึกษาในอัฟริกาตะวันออกกลาง¹ พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างความ ใกล้เคียงของสถานอนามัยกับการไปรับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ กอบแก้ว กล้าชื่น และสุภัฏญา รุ่งโรจนารักษ์² ได้ทำการศึกษาที่อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹John Bryant, Health and the Developing World: (London: Connell University Press, 1969), p. 78.

²กอบแก้ว กล้าชื่นและสุภัฏญา รุ่งโรจนารักษ์, "การวิจัยเรื่องทัศนคติ ของประชาชนในชนบทต่อการรักษาพยาบาล"ฉบับใหม่", (วิทยานิพนธ์หลักสูตร ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต ภาควิทยาศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 251), หน้า 42-43.

ในหมู่บ้านทะเล ตำบลเสมา จำนวน ๑1 คน และหมู่บ้านกุยปลาแข็ง ตำบลโนนคำ จำนวน 59 คน ปรากฏผลว่า หมู่บ้านทะเลมารับบริการจากสถานอนามัยร้อยละ 65.19 ส่วนหมู่บ้านกุยปลาแข็งมารับบริการที่สถานอนามัยเพียงร้อยละ 20.34 สาเหตุที่พบเนื่องจากหมู่บ้านทะเลมีการคมนาคมสะดวกกว่าและฐานะเศรษฐกิจดีกว่า

จากรายงานของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข¹ ได้ทำการศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับระยะทางระหว่างสถานอนามัย และที่อยู่อาศัยของผู้รับบริการกับอัตราการมารับบริการ (Service Contacts) กับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (สถานอนามัยชั้นหนึ่ง, สถานอนามัยชั้นสอง และสำนักงานเขตสุขภาพ) โดยวิธีอาศัยระยะทางจากบันทึกประจำวันของผู้รับบริการ ซึ่งมีการบันทึกค่าบ้านที่อยู่ ระยะไกลไกลของหมู่บ้านของผู้รับบริการ เป็นกิโลเมตร พบว่า

1. ประชาชนที่มารับบริการที่สถานอนามัยส่วนมากเป็นผู้ที่มีบ้านอยู่ใกล้ ๆ กับสถานอนามัย ในจำนวนเหล่านี้สถานอนามัยชั้นหนึ่งโดยเฉพาะที่มีแพทย์ให้บริการเป็นที่ดึงดูดใจประชาชนจากที่ไกล ๆ มารับบริการมากกว่าสำนักงานเขตสุขภาพ
2. ครึ่งหนึ่งของจำนวน Service Contacts ในสถานอนามัยชั้นหนึ่ง และ $\frac{3}{4}$ ของ Service Contacts ที่สำนักงานเขตสุขภาพเป็นประชาชนที่อยู่ไกลเกินกว่า 4.5 กิโลเมตรห่างจากสำนักงาน
3. จำนวน Service Contacts ที่ให้แก่ประชาชนที่อยู่ไกลเกินกว่า 4.5 กิโลเมตรมีร้อยละ 20 ในสถานอนามัยชั้นหนึ่ง ร้อยละ 8 ในสถานอนามัยชั้นสอง และร้อยละ 6 ในสำนักงานเขตสุขภาพ

¹ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, รายงานกิจกรรมของเจ้าหน้าที่อนามัยในสถานอนามัยประเทศไทย (พระประแดง: โรงพิมพ์ฝ่ายการพิมพ์ โรงงานอุตสาหกรรม จำกัด, 2514), หน้า 26-27.