

วารสาร ประชากร

Thai Population JOURNAL

บทความวิจัย

ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการบำบัดอย่างย่อชุมชนเพื่อลดการตีบเครื่องตีบ
แอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ที่ตีบระดับปานกลางในชุมชนจังหวัดลพบุรี

- จิตรลดา อารีย์สันติชัย และ อุษณีย์ ฝั่งปาน

Children and Home-based Care for TB Patients
in Chiang Mai, Thailand

- Kaewta Sangsuk, Penchan Sherer, and Suphot Dendoung

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบท

- สัจคม ศุภรัตน์กุล

การเลื่อนสถานภาพทางสังคมของนายหน้าแรงงานอีสาน

- ธนพฤกษ์ ขามะรัตน์

การตายของประชากรในพระนครเมื่อ 100 ปีก่อน

- ปราโมทย์ ประสาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์

ผลกระทบของประชากรสูงวัยที่มีต่อการบริการและตายจากโรคไม่ติดต่อ: ประเด็น
ท้าทายการพัฒนาชุมชนในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

- แดน สุวรรณระจิจิ

การป้องกันการตีบเครื่องตีบแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น

- สวรรยา สิริภคมงคล, สำราญ สิริภคมงคล, เกียรติมงคล เหมือนนฤต,
มนัญญา นิโคธร, อัญชลี คงคาน้อย, สุนทร แสงแก้ว,
มรรคมนตรี สอนงคุณ และอุษณี สร้อยเพชร

ความแตกต่างของภาวะการตายในเขตเมืองและชนบทของประเทศไทย: กรณีศึกษา
อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

- นันทวัน อินทชาติ

บทความวิชาการ

"คนนับคน"

- ปราโมทย์ ประสาทกุล

"คนนับคน"
ปาฐกถา
ศ.ดร.วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ

วารสาร ประชากร Thai Population JOURNAL

ปีที่ 1 / ฉบับที่ 2 มีนาคม 2553 | Vol.1 / No.2 March 2010

วารสารทางวิชาการของสมาคมนักประชากรไทย
A Journal of Thai Population Association
ISSN 1906-8670

วารสาร ประชากร

Thai Population JOURNAL

เจ้าของ : สมาคมนักประชากรไทย

อาคารสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ : 0-2441-0201 ต่อ 115

โทรสาร : 0-2441-9333

E-mail : thaipopulationasst@gmail.com

OWNER : THAI POPULATION ASSOCIATION

Institute for Population and Social Research,

Mahidol University

Telephone : 0-2441-0201 attention 115

Fax : 0-2441-9333

Website : www.thaipopulation.org

คณะที่ปรึกษา

รศ.ดร.กุศล สุนทรธาดา

ศ.ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน

รศ.ดร.ชาย โพธิสิตา

รศ.ดร.เนาวรัตน์ พลายน้อย

รศ.ดร.เบญจา ยอดดำเนิน - แอ็ดติ๊กซ์

นางปรีญา มิตรานนท์

ศ.ดร.พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ

ศ.ดร.ภัสสร ลิมานนท์

รศ.ดร.โยธิน แสงวงดี

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ

ศ.ดร.สันทัต เสริมศรี

รศ.ดร.สุรีย์พร พันพื้ง

ศ.ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์

น.ส.อุษณีย์ ฟ้าปาน

EDITORIAL CONSULTANT

Assoc. Prof. Dr.Kusol Soonthorndhada

Prof. Dr. Kua Wongboonsin

Assoc. Prof. Dr.Chai Podhisita

Assoc. Prof. Dr.Naowarat Plainoi

Assoc. Prof. Dr.Benchu Yoddumnern-Attig

Ms. Preeya Mithranon

Prof. Dr. Pichit Pitaktepsombati

Prof. Dr. Bhassorn Limanonda

Assoc. Prof. Dr.Yothin Sawangdee

Assoc. Prof. Dr.Vipan Prachuabmoh

Prof. Dr. Santhat Sermsri

Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Punpuing

Prof. Dr. Aphichat Chamrathirong

Ms. Usaneya Perngparn

บรรณาธิการ

ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล

EDITORIAL-IN - CHIEF

Prof. Dr. Pramote Prasartkul

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.วรัชย์ ทองไทย

จันทนี ปณีตจิตต์

บัทมา แยมเพกา

อภิญญาพัทธ์ กุสิยารังสิทธิ

EDITORIAL STAFF

Assoc. Prof. Dr. Varachai Thongthai

Ms. Juntanee Paneetjit

Ms. Patama Yampeka

Ms. Apinyapat Kusiyarungsit

ออกแบบ

อัจฉาริณี เกษรสุข

DESIGN

Atchalinee Kesornsook

พิมพ์

บริษัทแปลน พรินท์ติ้ง จำกัด

130 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงดินแดง กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ : 0-2277-2222

PRINTED BY

Plan Printing Co., Ltd.

Telephone : 0-2277-2222

“วารสารประชากร” เน้นคุณภาพของบทความวิจัยที่เกี่ยวกับเรื่องประชากรมนุษย์ บทความวิจัยที่จะได้รับการตีพิมพ์จะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องช่วยอ่าน และพิจารณาว่ามีคุณภาพเพียงพอหรือไม่ หรือควรมีการปรับปรุงแก้ไขประการใด

นอกเหนือจากการที่ปรึกษาของกองบรรณาธิการจะทำหน้าที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ด้วยแล้ว ผู้ทรงคุณวุฒิท่านอื่นที่รับเป็นผู้พิจารณาบทความวิจัยให้วารสารประชากรแล้ว มีรายชื่อดังนี้

- รองศาสตราจารย์ ดร. อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี จำปากลาย
- อาจารย์ ดร. สวรัย บุญยमानนท์
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุขาดา ทวีสิทธิ์
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รศรินทร์ เกรย์
- รองศาสตราจารย์ พญ. เขาวรัตน์ ประภักษ์ขาม
- รองศาสตราจารย์ สุธรรม นันทมงคลชัย
- อาจารย์ ดร.โสฬส ศิริไสย์
- รองศาสตราจารย์ ดร.นภาพร ขิโยวรรณ

ยังมีผู้ทรงคุณวุฒิอีกจำนวนหนึ่ง ที่ไม่ประสงค์จะเปิดเผยชื่อของตน

นอกจากนั้น หากมีบทความวิจัยที่อยู่ในสาขาวิชา หรือเรื่องที่นอกเหนือไปจาก ความเชี่ยวชาญของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีรายชื่อก่อนแล้ว วารสารประชากรจะได้ติดต่อผู้ทรง คุณวุฒิในสาขาวิชาหรือเรื่องที่เกี่ยวข้อง ช่วยอ่านและพิจารณาบทความวิจัยเหล่านั้นให้ เป็นกรณีๆ ไป

สารบัญ

	บทความวิจัย	
ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการบำบัดอย่างย่อชุมชนเพื่อลดการตีตมเครื่องตีตมแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ที่ตีตมระดับปานกลางในชุมชนจังหวัดลพบุรี		05
จิตจรลดา อารีย์สันติชัย และ อุษณีย์ ฟิ่งปาน		
Children and Home-based Care for TB Patients in Chiang Mai, Thailand		19
Kaewta Sangsuk, Penchan Sherer, and Suphot Dendoung		
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบท		41
สังคม ศุภรัตน์กุล		
การเลื่อนสถานภาพทางสังคมของนายหน้าแรงงานอีสาน		57
ธนพฤษช์ ขามะรัตน์		
การตายของประชากรในพระนครเมื่อ 100 ปีก่อน		73
ปราโมทย์ ประสาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์		
ผลกระทบของประชากรสูงวัยที่มีต่อการการป่วยและตายจากโรคไม่ตีตมต่อ : ประเด็นกำทวยการพัฒนามนุษย์ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา		91
แดน สุวรรณะรุจิ		
	บทความวิชาการ	
"คนนับคน"		111
ปราโมทย์ ประสาทกุล		

ประสิทธิผลการบำบัดอย่างย่อชุมชนเพื่อลดการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มผู้ที่ตี๋มระดับปานกลางในชุมชน จังหวัดลพบุรี

จิตรลดา อารีย์สันติชัย และ อุษณีย์ ฟ้าปาน

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ใช้การเปรียบเทียบชุมชน 2 ชุมชนในจังหวัดลพบุรี ที่มีความชุกของการตี๋มสูง กล่าวคือ ชุมชนทดลองที่ได้รับรูปแบบการบำบัดอย่างย่อชุมชนที่สร้างขึ้น และชุมชนควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างย่อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบเปลี่ยนแปลงปริมาณการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์เฉลี่ยทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบบำบัดอย่างย่อชุมชน และ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงจำนวนวันที่ตี๋มฯ ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบบำบัดอย่างย่อ ในกลุ่มประชากรที่ตี๋มฯ ในระดับปานกลาง

การดำเนินการวิจัยใช้การสำรวจครัวเรือน โดยสัมภาษณ์สมาชิกในครัวเรือนทุกคนและอายุ 19-65 ปี หลังจากนั้นใช้การคัดกรองภาวะผิดปกติจากการตี๋มฯ แบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มตี๋มน้อย (0-7 คะแนน) กลุ่มตี๋มปานกลาง (8-19 คะแนน) กลุ่มตี๋มมาก (20-40 คะแนน) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตี๋มปานกลาง และติดตามได้ครบ 1, 3 และ 6 เดือน ในชุมชนควบคุมจำนวน 50 คน และชุมชนทดลองจำนวน 47 คน ซึ่งได้รับรูปแบบการบำบัดอย่างย่อโดยเน้นให้ผู้ตี๋มกำหนดเป้าหมายรวมถึงวิธีการลดการตี๋มฯ ให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและสอดคล้องกับสภาพบริบทชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า หลังการใช้รูปแบบการบำบัดอย่างย่อแล้ว ชุมชนทดลองมีปริมาณการตี๋มฯ ลดลงขณะที่ชุมชนควบคุมกลับมีปริมาณการตี๋มฯ เพิ่มขึ้น เมื่อใช้ t-test ทดสอบผลต่างปริมาณการตี๋มฯ ในทุกช่วงเวลา และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .001 ในทุกช่วงเวลา นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยของคะแนนการคัดกรองภาวะผิดปกติจากการตี๋มฯ ก่อน/หลัง 6 เดือน เปรียบเทียบกับ ก่อน/หลัง 1 เดือน พบว่าลดลงสองเท่าสังเกตว่าชุมชนทดลองมีจำนวนวันที่ตี๋มฯ ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ชุมชนควบคุมกลับเพิ่มขึ้น เมื่อทดสอบโดยใช้ t-test จึงพบความแตกต่างระหว่าง 2 ชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .001 จากผลการศึกษาสามารถพิสูจน์ประสิทธิผลของการบำบัดอย่างย่อชุมชนได้

EFFECTIVENESS OF COMMUNITY BRIEF INTERVENTION MODEL ON ALCOHOL CONSUMPTION REDUCTION AMONG MODERATE DRINKERS IN COMMUNITIES IN LOP BURI PROVINCE

Chitlada Areesantichai and Usaneyya Perngparn

ABSTRACT

This study compared between two high risk drinking prevalence communities in Lop Buri Province: an experiment group with brief intervention (BI); a control group. It is aimed at studying the change of average alcohol drinking volume before and after receiving BI among moderate drinkers change of frequency of drinking before and after receiving BI among moderate drinkers

Members aged 19-65 years in both communities were interviewed as a household survey. Alcohol drinkers were classified by AUDIT scores into 3 groups, i.e. low/non drinkers (score 0-7), moderate drinkers (score 8-19) and heavy drinkers (score 20-40). Fifty cases and forty-seven in control and intervention community from moderate drinkers completing all 3 intervals (1, 3 and 6 months) were followed-up. Drinkers voluntarily set up their goal and drinking reduction design suitable for them and their community.

The results show the change of average drinking volume in intervention community decreased while control's increased with t-test significant difference at .001. Moreover, the mean of AUDIT score change before/after 6 months BI comparing with that of before/after 1 month BI decreased about double. Noticeably, the moderate drinkers intervention's frequency of drinking decreased whereas Control's increased significantly at .001. The results proved the effectiveness of the Community Brief Intervention.

ประสิทธิผลการบำบัดอย่างย่อชุมชนเพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มผู้ที่ดื่มระดับปานกลางในชุมชน จังหวัดลพบุรี

จิตรลดา อารีย์สันติชัย และอุษณีย์ พึ่งปาน¹

บทนำ

ในปี 2544 องค์การอนามัยโลก (WHO) จัดลำดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยคิดจากปริมาณเฉลี่ยต่อคนต่อปี ประเทศไทยจัดเป็นอันดับที่ 40 ของโลกจาก 185 ประเทศ (8.47 ลิตรต่อคนต่อปี) (WHO 2004) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก 1) การเพิ่มของอุปทาน มีการผลิตและจำหน่ายสุราเริ่มขยายตัวคู่ขนานไปกับการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ปัจจุบันการผลิตและจำหน่ายสุรายังเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากนโยบายระดับชาติ 2 นโยบาย คือ นโยบายการเปิดเสรีการผลิตและจำหน่ายสุรา และนโยบายการส่งเสริมผลิตภัณฑ์ประจำตำบลหรือหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ที่สนับสนุนอุตสาหกรรมสุราพื้นบ้าน ทำให้มีการผลิตสุราแช่และสุรากลั่นในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศมากมาย 2) พฤติกรรมของผู้บริโภค ความเข้าใจและทัศนคติของประชาชนที่มีต่อสุรา (อติศวร 2537)

จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช. 2006) ประมาณการจำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วประเทศ พ.ศ. 2544 2546 และ 2550 ของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายวิชาการสารเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. (คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์การวิชาการสารเสพติด 2547) และการสำรวจทางระบาดวิทยาของโรคจิตเวชและโรคจากการดื่มแอลกอฮอล์ของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2546 ต่างได้ผลตรงกันว่าปัจจุบันการดื่มฯ และความผิดปกติจากการดื่มฯ มีอัตราสูงขึ้นอย่างมาก การดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเข้าสังคม (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประชากรชาย ที่สำคัญคือปัจจุบันการดื่มแอลกอฮอล์กลับเป็นที่นิยมในกลุ่มสตรี โดยเฉพาะสุราชนิดที่มีแอลกอฮอล์ต่ำๆ เช่น ไวน์ เบียร์ น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ส่วนเด็กรุ่นใหม่ก็มีแนวโน้มการดื่มฯเพิ่มมากขึ้น (Apakupakul 2003)

ปีพ.ศ. 2535-2539 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราในจังหวัดลพบุรี พบว่า สถิติความชุกของอัตราการดื่มสุราแต่ละชนิดสูงสุดใน 30 วัน ก่อนสัมภาษณ์ทั้ง 11 อำเภอของจังหวัดลพบุรี 2 อันดับแรกคือ อำเภอชัยบาดาลและอำเภอพัฒนานิคม (ร้อยละ 15.73 และร้อยละ 12.52

¹ ศูนย์วิจัยยาเสพติด วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า ชนิดสุราที่นิยมดื่มบ่อยที่สุด 5 อันดับแรกของทั้ง 2 อำเภอ (อำเภอชัยบาดาลและพัฒนานิคม) คือ สุราขาว สุราไทย เบียร์ สุราพื้นบ้าน และ สุราจีนตามลำดับ (อดิศวร์, อาภา และวิชัย 2544) อีกทั้งจังหวัดลพบุรีมีลักษณะเฉพาะที่โดดเด่น 3 ประการ คือ 1) มีชุมชนเมืองและชนบทที่หลากหลายแบบทั้งเก่าดั้งเดิมและชุมชนชนบทที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ 2) เป็นเขตพัฒนาอุตสาหกรรมที่ขยายทั้งในเขตเมืองและชนบท และ 3) สถิติการบริโภคสุราขาวและสุราปรุงพิเศษของกรมสรรพสามิตแสดงอัตราการบริโภคเครื่องดื่มฯ ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ

การบำบัดอย่างย่อ (Brief Intervention: BI) คือ การให้การปรึกษา 1-4 ครั้งโดยผู้บำบัดที่ได้รับการฝึกหัดมา การเลือกวิธีการบำบัดที่เหมาะสมขึ้นกับความรุนแรงของปัญหาจากการดื่มสุราของผู้ป่วย โดยทั่วไป การบำบัดอย่างย่อจะประกอบด้วย การสะท้อนกลับ (feedback) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและการให้การปรึกษาอิงตามความเสี่ยงของการเกิดอันตรายจากการดื่มของผู้ป่วย บางครั้งการสะท้อนกลับเพียงอย่างเดียวก็สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดื่มน้อยลงได้แล้ว

สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่มีแรงจูงใจที่ลดปริมาณการดื่มลง หรือไม่เชื่อว่าการดื่มของตนเองจะทำให้เกิดอันตราย ในการบำบัดอย่างย่ออาจจะใช้วิธีบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ร่วมด้วยก็ได้ ก่อนที่จะทำการบำบัดอย่างย่อ มักจะมีการคัดกรองเป็นอันดับแรก นอกจากจะให้การปรึกษาหรือคำแนะนำแล้ว ผู้ให้การบำบัดอาจจะแจกเอกสารสำหรับอ่านเพิ่มเติมหรือเป็นแบบฝึกหัดประจำตัวให้ผู้ป่วยไปด้วยการติดตามผลต้องทำโดยการนัดมาพบอีกที่อนามัยหรือที่บ้านตามทีกลุ่มตัวอย่างสะดวก หากพบว่าการให้การบำบัดอย่างย่อไม่พอเพียงที่จะทำให้ผู้ป่วยลดปริมาณการดื่มลง ผู้รักษาก็อาจจะแนะนำให้ผู้ป่วยรับการดูแลรักษาที่เข้มข้นมากขึ้น ทั้งนี้ BI เป็นการรักษาที่ราคาถูก ทำได้ง่าย ใช้เวลาน้อย และมีประสิทธิผล (Moyer et al. 2002) องค์ประกอบหลักของ Brief Intervention คือ FRAMES ได้แก่ FEEDBACK (การให้ข้อมูลย้อนกลับ), RESPONSIBILITY (ความรับผิดชอบ), ADVICE TO CHANGE (คำแนะนำ), MENU OF OPTION (เสนอทางเลือก), EMPATHETIC (เข้าใจอารมณ์ความรู้สึก), และ SELF-EFFICACY (ความเชื่อมั่นในตนเอง) (Miller & Sanchez 1993)

จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าลพบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีทั้งระบบการผลิต การจำหน่ายและการบริโภคอย่างครบวงจร และมีลักษณะเฉพาะต่างๆ ที่สามารถสะท้อนสภาพบริบทของจังหวัดอื่นๆ ในประเทศได้ประกอบกับมีผลงานวิจัยที่ศึกษาพบว่า การบำบัดอย่างย่อ (BI) เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดการดื่มสุราในกลุ่มต่างๆ ได้ อย่างมี

ประสิทธิภาพ รวมทั้งในประเทศไทยมีผลการวิจัยเหล่านี้น้อยมาก และยังไม่มีรูปแบบการบำบัดอย่างย่อภายใต้บริบทชุมชนสำหรับกลุ่มที่ดื่มฯ ปานกลาง เพื่อลดการดื่มฯ และป้องกันไม่ให้เป็นผู้ติดสุราต่อไป การนำเสนอครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของผลการศึกษาเท่านั้น วัตถุประสงค์ที่นำเสนอมี 2 ประเด็นคือ 1) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งก่อนและหลังการบำบัดอย่างย่อชุมชน 2) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงจำนวนวันที่ดื่มฯ ทั้งก่อนและหลังการใช้การบำบัดอย่างย่อชุมชน ใน 2 ชุมชน

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้การเปรียบเทียบชุมชนที่มีความชุกการดื่มฯ สูง 2 ชุมชนที่มีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกัน ที่ตั้งอยู่ห่างกันและมีอัตราการดื่มฯ ใกล้เคียงกัน คือ ชุมชนทดลองเป็นชุมชนที่ได้รับรูปแบบบำบัดอย่างย่อชุมชนที่สร้างขึ้น ส่วนชุมชนควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างย่อชุมชน ใช้การสัมภาษณ์ผู้ดื่มฯ ชนิดต่าง ๆ ในพื้นที่เป้าหมาย 2 ชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการบำบัดอย่างย่อชุมชน เก็บข้อมูลจากสมาชิกทุกคนในครัวเรือนที่มีอายุ 19-65 ปี ใน 2 ชุมชนโดยเก็บข้อมูลลักษณะประชากร อาชีพ และรายได้ จากนั้นสอบถามถึงการดื่มฯ การศึกษานี้ใช้แบบคัดกรอง AUDIT เป็นเกณฑ์การคัดเลือกพฤติกรรมการดื่มฯ ซึ่งแบ่งพฤติกรรมการดื่มฯ ออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มดื่มฯ น้อย (0-7 คะแนน) กลุ่มดื่มฯ ปานกลาง (8-19 คะแนน) กลุ่มดื่มฯ มาก (20-40 คะแนน) นำรูปแบบบำบัดอย่างย่อชุมชนที่สร้างขึ้นทดสอบกับกลุ่มที่ดื่มฯ ปานกลางเฉพาะในชุมชนทดลอง หลังการบำบัดอย่างย่อชุมชน 1, 3 และ 6 เดือน เก็บข้อมูลทุกรายที่มีพฤติกรรมการดื่มฯ ปานกลางทั้งในชุมชนทดลองและชุมชนควบคุม

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การศึกษานี้ใช้ AUDIT คัดกรองพฤติกรรมการดื่มฯ ของกลุ่มตัวอย่างในบริบทของชุมชนซึ่งแตกต่างกับบริบทอื่น ๆ ซึ่งมีการทดสอบค่าความเชื่อมั่นไว้ในบริบทอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาล ห้องฉุกเฉิน เป็นต้น ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 (Babor et al., 1992; Babor et al., 2001) ดังนั้นจึงต้องทดสอบค่าความเชื่อมั่นของ AUDIT ภายใต้บริบทชุมชนโดยใช้ test retest ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .852 เมื่อเปรียบเทียบค่าความเชื่อมั่นของบริบทอื่น ๆ กับบริบทชุมชน เห็นได้ว่า มีค่าความเชื่อมั่นที่สูงและใกล้เคียงกับการใช้

AUDIT ในบริบทอื่น ๆ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้ารับการบำบัดอย่างย่อชุมชน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ที่อายุระหว่าง 19-65 ปี คัดเลือกเฉพาะผู้ดื่มฯ ระดับปานกลาง ซึ่งเป็นผู้ที่ได้คะแนน AUDIT ระหว่าง 8-19 คะแนน ไม่เป็นผู้ติดสุรา เป็นผู้ที่ไม่มียาโรคทางระบบประสาท หรืออาการทางจิตร่วมด้วย ไม่ตั้งครรถ์ เป็นผู้ที่ไม่มีประวัติการเป็นโรคที่เกี่ยวข้องจากการดื่มสุรามาก่อน และสมัครใจเข้ารับการบำบัดอย่างย่อ

รูปแบบการบำบัดอย่างย่อชุมชน

การบำบัดอย่างย่อชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ ใช้หลักการบูรณาการ 3 ประเด็นเข้าด้วยกัน กล่าวคือ 1. ใช้การบำบัดอย่างย่อบนพื้นฐานของ FRAMES (Babor & Grant 1992) เป็นหลัก ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ความรับผิดชอบ (Responsibility) คำแนะนำ (Advice) เสนอทางเลือก (Menu of options) เข้าใจความรู้สึก อารมณ์ผู้รับบริการ (Empathy) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self efficacy) ควบคู่กับการสร้างแรงจูงใจ 2. เน้นให้ผู้ดื่มฯ กำหนดเป้าหมายรวมถึงวิธีการลดการดื่มฯ ให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและสอดคล้องกับสภาพบริบทชุมชน 3. ให้องค์กรภาคร่วมภายในชุมชนทดลองเป็นแหล่งให้ความรู้ ความเข้าใจและกระตุ้นให้ลดการดื่มฯ ลง การให้การบำบัดอย่างย่อชุมชนมี 4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 15-60 นาที ซึ่งขั้นตอนการบำบัดอย่างย่อชุมชนดังนี้

1) การคัดกรอง คือ การช่วยจำแนกผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มฯ โดยใช้การสัมภาษณ์แบบประเมินภาวะความผิดปกติจากการดื่ม (AUDIT) ซึ่งจำแนกผู้ดื่มฯ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มดื่มฯ น้อย (0-7 คะแนน) กลุ่มดื่มฯ ปานกลาง (8-19 คะแนน) กลุ่มดื่มฯ มาก (20-40 คะแนน)

2) การชี้แจงเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดอย่างย่อ เพื่อให้ผู้ดื่มฯ ปานกลางที่สมัครใจเข้าร่วมบำบัดอย่างย่อชุมชน

3) การประเมินปัญหา กลุ่มดื่มฯ แบบเสี่ยง มีปัญหา โดยทั่วไปกลุ่มที่ดื่มฯ ปานกลางนี้ มักจะยังไม่รับรู้ถึงผลเสียของการดื่มฯ หรือยังไม่มีแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัด จึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ดื่มฯ มีความรู้ความเข้าใจในผลกระทบของการดื่มฯ และตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามมาหากยังไม่เลิกหรือลดการดื่มฯ ลง

Feedback การให้ข้อมูลย้อนกลับควรเหมาะสมกับบุคลิกลักษณะของผู้ดื่ม

Responsibility ความรับผิดชอบเน้นให้ผู้ดื่ม รู้ว่า พฤติกรรมการดื่ม หรือการเลิกการดื่ม เป็นสิ่งที่ต้องรับผิดชอบด้วยตัวเอง

4) การให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับว่าลักษณะการดื่มของผู้ดื่ม เกิดผลกระทบตามมาอย่างไรบ้างและให้คำแนะนำถึงความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่ม

Advice การให้คำแนะนำที่ชัดเจน ให้เลิกหรือหยุดการดื่ม จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ในอนาคต และช่วยเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับตัวเอง และให้มีเหตุผลในการพิจารณาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่ม

5) การตั้งเป้าหมาย ให้ผู้ดื่ม กำหนดปริมาณการดื่ม ให้แน่นอน และกำหนดวันที่จะหยุดดื่ม พร้อมเขียนเป็นข้อตกลงไว้ให้ชัดเจน

Menu of options เสนอทางเลือก ควรให้โอกาสให้ผู้ดื่ม เลือกแนวทางที่เหมาะสมในการลดหรือเลิกดื่ม ด้วยตัวเองทางเลือกแต่ละทางเลือกอาจแตกต่างกันก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล

6) การติดตามผล ควรติดตามผู้ดื่มเป็นระยะๆ เพื่อการทบทวนเป้าหมายในการลดหรือเลิกดื่ม ประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้นใหม่พร้อมตั้งเป้าหมายและกำหนดวิธีการแก้ไขอย่างชัดเจน

Empathy เข้าใจความรู้สึก อารมณ์ผู้ดื่ม ด้วยท่าทีที่อบอุ่น การสะท้อนความรู้สึก อารมณ์ และสื่อสารด้วยความเข้าใจ

Self efficacy ความเชื่อมั่นในตนเอง การให้ความมั่นใจในตัวผู้ดื่ม ว่า เขาสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่ม (ลดหรือเลิกดื่ม) ได้อย่างแน่นอน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป คือ พฤติกรรมการดื่ม ลักษณะการดื่ม และแบบคัดกรองภาวะผิดปกติจากการดื่ม (AUDIT)

สถิติ ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงปริมาณเอทานอลและค่าเฉลี่ยคะแนน AUDIT โดยใช้ two-tailed independent t-test (a significance level of 0.01) ทดสอบความแตกต่างระหว่างชุมชน 2 ชุมชน และใช้ Pair t-test (a significance level of 0.01) ทดสอบความแตกต่างภายในชุมชน

ระยะเวลาที่ศึกษา กันยายน 2550 - กันยายน 2552

พื้นที่ศึกษา จังหวัดลพบุรี

จริยธรรม การศึกษานี้ผ่านจริยธรรมจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ และขั้นตอนการดำเนินงานของการศึกษานี้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจว่า จะเข้าร่วมการศึกษานี้หรือไม่

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ได้ในชุมชนทดลอง 509 คน และชุมชนควบคุม 510 คน พบว่า อายุเฉลี่ย 37-38 ปี ประมาณร้อยละ 40 เป็นชาย ประมาณครึ่งหนึ่งแต่งงานแล้ว จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 53 และ 55 ตามลำดับ ร้อยละ 80-90 เกิดที่ลพบุรี ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้างร้อยละ 44.2 และ 32.4 ตามลำดับ นั่นคือ ใน 2 ชุมชนมีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกัน เมื่อสอบถามโดยใช้แบบคัดกรองภาวะผิดปกติจากการดื่มฯ พบว่า ผู้ที่ดื่มปานกลางมีจำนวน 78 คน (ร้อยละ15.3) และ 74 ราย (ร้อยละ14.5) ตามลำดับ

ข้อมูลพื้นฐานชุมชนทดลองและชุมชนควบคุมในกลุ่มที่ดื่มฯ ปานกลางและกลุ่มที่ดื่มฯ ปานกลางที่ติดตามได้ครบตามระยะเวลา 1,3 และ 6 เดือน พบว่า ในกลุ่มที่ดื่มฯ ปานกลางชุมชนหนองนา (78 คน) และชุมชนบัวชุม (74 คน) พบว่า อายุปัจจุบันเฉลี่ยประมาณ 39 ปี มากกว่าร้อยละ 85 เป็นเพศชาย แต่งงานแล้ว ร้อยละ 56.4 และ 60.2 ตามลำดับ ร้อยละ 60 เรียนจบระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้างร้อยละ 59 และ 21.6 ตามลำดับ มากกว่าร้อยละ 80 เกิดที่ลพบุรี เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมการดื่มฯ ในชุมชนทดลองและชุมชนควบคุมพบว่า คะแนน AUDIT เฉลี่ย ประมาณ 10-11 คะแนน ส่วนปริมาณการดื่มฯ 47.2 และ 49.5 กรัมตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงปริมาณการดื่มฯ หนักดื่มปริมาณ 36.2 และ 35 กรัมตามลำดับ ส่วนข้อมูลพื้นฐานในกลุ่มที่ดื่มฯ ปานกลางที่ติดตามได้ครบทุกครั้งตามเวลา ในชุมชนทดลอง (47 คน) และชุมชนควบคุม (50 คน) พบว่า อายุปัจจุบันเฉลี่ย 43.2 และ 40.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 แต่งงานแล้ว เรียนจบระดับประถมศึกษาร้อยละ 60-68 อาชีพรับจ้างร้อยละ 44 และ 22 ตามลำดับ มากกว่าร้อยละ 80 เกิดที่ลพบุรี เมื่อสอบถามถึงพฤติกรรมการดื่มฯ ในชุมชนทดลองและชุมชนควบคุม พบว่า คะแนน AUDIT เฉลี่ย ประมาณ 10-11 คะแนน ปริมาณการดื่มฯ ปกติ ดื่มฯ 51.3 และ 60.6 กรัมตามลำดับ ส่วนปริมาณการดื่มฯ หนัก ดื่มปริมาณ 40.8 และ 42.4 กรัมตามลำดับ นั้นแสดงว่ากลุ่มที่ติดตามได้ครบทุกครั้งยังคงมีลักษณะทางประชากรและลักษณะการดื่มฯ ที่ใกล้เคียงกันเช่นเดิม (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรและการดื่มฯ ของกลุ่มที่ดื่มปานกลางคัดเลือกจากเกณฑ์การประเมิน AUDIT และติดตามได้ครบ 1, 3 และ 6 เดือน โดยใช้ chi-square test and t-test (two-sided).

ลักษณะทางประชากร	Intervention group (n=47)	Control group (n=50)	Test statistic	P-value (two-sided)
อายุเฉลี่ย \pm SD., y	43.2 \pm 12.9	40.7 \pm 10.2	t=1.084	P=.281
เพศ: ชาย, n(%)	40(85.1)	44(88.0)	χ^2 =.175	P=.676
สถานภาพ: แต่งงาน, n(%)	30(63.8)	33(66.0)	χ^2 =6.256	P=.181
อาชีพ: รับจ้าง, n(%)	21(44.7)	11(22.0)	χ^2 =17.87	P=.085
อายุที่เริ่มดื่มฯ เฉลี่ย \pm SD., y	19.91 \pm 5.7	20.58 \pm 5.1	t=.606	P=.546
ปริมาณการดื่มฯ ทั้งหมด ใน 1 เดือนที่ผ่านมา, Mean \pm SD, กรัมต่อเดือน	661.58 \pm 641.9	564.12 \pm 511.0	t=.830	P=.409
จำนวนวันที่ดื่มฯ ใน 1 เดือน ที่ผ่านมา, Mean \pm SD	13.68 \pm 10.5	12.18 \pm 10.5	t=.703	P=.484

หมายเหตุ: ปริมาณการดื่มฯ เฉลี่ย คิดจากปริมาณการดื่มฯ รวม (กรัม) ใน 1 เดือนที่ผ่านมาหารด้วยจำนวนวันใน 1 เดือน (30 วัน)

ในภาพรวม การเปลี่ยนแปลงปริมาณการดื่มฯ เฉลี่ยใน 1 เดือนที่ผ่านมาใน 2 ชุมชน พบว่า ปริมาณการดื่มฯ เฉลี่ย ใน 2 ชุมชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 (ตาราง 4)

ตารางที่ 4 ภาพรวมการเปลี่ยนแปลงปริมาณการดื่มฯ ในเดือนที่ผ่านมา (กรัมต่อเดือน) ในกลุ่มผู้ดื่มปานกลางที่ติดตามได้ครบทั้ง 1, 3 และ 6 เดือนในชุมชนทดลองและชุมชนควบคุม โดยใช้ General Linear Model (GLM)

	df	SS	MS	F
การเปลี่ยนแปลงปริมาณการดื่มฯ	3	4.519	1.506	7.108***

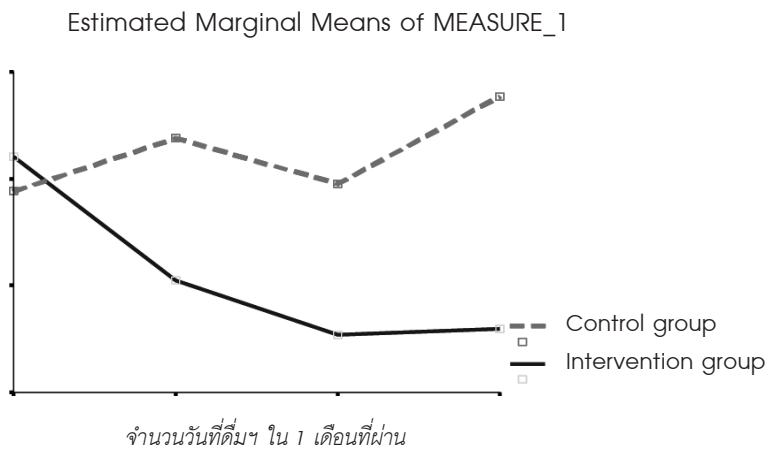
***p<0.001

การเปลี่ยนแปลงปริมาณการดื่มฯ เฉลี่ยในชุมชนทดลอง ช่วงการติดตาม 1, 3 และ 6 เดือนเมื่อเทียบกับก่อนการบำบัดฯ พบว่า ในช่วงการติดตาม 1 เดือนเทียบกับก่อนการบำบัด ปริมาณการดื่มฯ เฉลี่ย ลดลงประมาณ 12 กรัมต่อเดือน และลดปริมาณการดื่มฯ ลงอีกประมาณ 17 กรัมต่อเดือน ใน 3 เดือนหลังการบำบัดอย่างย่อเทียบกับก่อนการบำบัด และในช่วงหลังการบำบัด 6 เดือนกับก่อนการบำบัด ลดปริมาณการดื่มฯ ประมาณ 16 กรัมต่อเดือน ส่วนในชุมชนควบคุม ช่วงการติดตาม 1, 3 และ 6 เดือนเมื่อเทียบกับก่อนการบำบัดฯ พบว่า ในช่วงการติดตาม 1 เดือนเทียบกับก่อนการบำบัด ปริมาณการดื่มฯ เฉลี่ย เพิ่มขึ้นประมาณ 5 กรัมต่อเดือน และ ใน 3 เดือนหลังการบำบัดอย่างย่อเทียบกับก่อนการบำบัดมีปริมาณการดื่มฯ คงที่ และในช่วงหลังการบำบัด 6 เดือนกับก่อนการบำบัด เพิ่มปริมาณการดื่มฯ ประมาณ 9 กรัมต่อเดือน

ตารางที่ 5 การเปลี่ยนแปลงปริมาณการดื่มฯ เฉลี่ย ในเดือนที่ผ่านมา (กรัมต่อเดือน) ในชุมชนทดลองและชุมชนควบคุม โดยใช้ Independent t-test

	การเปลี่ยนแปลงปริมาณการดื่มฯ เฉลี่ย ใน 1 เดือน (กรัมต่อเดือน)		
	ชุมชนทดลอง n =47 Mean (SD)	ชุมชนควบคุม n=50 Mean (SD)	t-test
หลังบำบัดอย่างย่อชุมชน 1 เดือนและก่อนบำบัด อย่างย่อชุมชน	-11.57(20.7)	4.97(23.9)	-3.636***
หลังบำบัดอย่างย่อชุมชน 3 เดือนและก่อนบำบัด อย่างย่อชุมชน	-16.66(20.1)	0.71(20.2)	-4.248***
หลังบำบัดอย่างย่อชุมชน 6 เดือนและก่อนบำบัด อย่างย่อชุมชน	-16.11(19.2)	8.88(37.3)	-4.110***

*** $p < 0.001$



รูปที่ 2 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงปริมาณการดื่มฯ เฉลี่ยในกลุ่มที่ดื่มฯ ปานกลางที่ติดตามได้ครบ 1, 3 และ 6 เดือน ระหว่าง 2 ชุมชน โดยใช้ Repeated Measure General Linear Model (GLM)

การเปลี่ยนแปลงจำนวนวันที่ดื่มฯ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ของ 2 ชุมชน พบว่า ในภาพรวม จำนวนวันที่ดื่มใน 2 ชุมชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 ภาพรวมการเปลี่ยนแปลงจำนวนวันที่ดื่มฯในเดือนที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ดื่มปานกลางที่ติดตามได้ครบทั้ง 1, 3 และ 6 เดือนในชุมชนทดลองและชุมชนควบคุม โดยใช้ General Linear Model (GLM)

	df	SS	MS	F
การเปลี่ยนแปลงจำนวนวันที่ดื่มฯ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา	3	3.551	1.184	5.325**

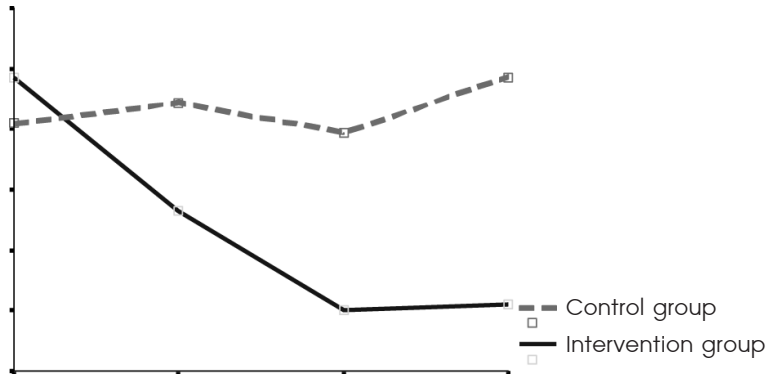
*** $p < 0.01$

การเปลี่ยนแปลงจำนวนวันที่ดื่มฯ ในชุมชนทดลอง ช่วงการติดตาม 1, 3 และ 6 เดือนเมื่อเทียบกับก่อนการบำบัดฯ พบว่า จำนวนวันที่ดื่มฯ ลดลงเรื่อยๆ คือ 4.36, 7.68 และ 7.47 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนควบคุมแล้วพบว่า ชุมชนควบคุมกลับมีจำนวนวันที่เพิ่มขึ้นประมาณ 1-2 วัน ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันที่ดื่มฯในแต่ละชุมชนโดยใช้ t-test จึงพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ .05 ในช่วง 1 เดือนกับก่อนการบำบัดฯ ส่วนการเปลี่ยนแปลงในช่วงอื่น ๆ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 (ตาราง 3)

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงจำนวนวันที่ดื่มฯ ในเดือนที่ผ่านมาในชุมชนทดลองและชุมชนควบคุม โดยใช้ Independent t-test

	การเปลี่ยนแปลงจำนวนวันที่ดื่มฯ ในเดือนที่ผ่านมา (กรัม)		
	ชุมชนทดลอง n=47 Mean (SD)	ชุมชนควบคุม n=50 Mean (SD)	t-test
หลังบำบัดอย่างย่อชุมชน 1 เดือนและก่อนบำบัดอย่างย่อชุมชน	-4.36(11.6)	0.70(11.2)	-2.188*
หลังบำบัดอย่างย่อชุมชน 3 เดือนและก่อนบำบัดอย่างย่อชุมชน	-7.68(10.7)	-0.30(10.8)	-3.381***
หลังบำบัดอย่างย่อชุมชน 6 เดือนและก่อนบำบัดอย่างย่อชุมชน	-7.47(10.9)	1.54(11.9)	-3.857***

* $p < 0.05$; *** $p < 0.001$



รูปที่ 1 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงจำนวนวันที่ดื่มฯ ในกลุ่มที่ดื่มฯ ปานกลางที่ติดตามได้ครบ 1, 3 และ 6 เดือนระหว่าง 2 ชุมชน โดยใช้ Repeated Measure General Linear Model (GLM)

สรุปและเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลรูปแบบบำบัดอย่างย่อชุมชนในการลดปริมาณการดื่มฯ เฉลี่ยและจำนวนวันที่ดื่มฯ ผลการศึกษาครั้งนี้เห็นได้ชัดว่า ปริมาณการดื่มฯ เฉลี่ย (กรัมต่อเดือน) และจำนวนวันที่ดื่มฯ ก่อนการบำบัดอย่างย่อในชุมชนทดลองและชุมชนควบคุมใกล้เคียงกัน ส่วนการติดตามผลหลังการใช้การบำบัด 1,3 และ 6 เดือนพบว่า ชุมชนทดลองมีปริมาณการดื่มฯ เฉลี่ยต่อเดือนและจำนวนวันที่ดื่มฯ ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับภายในชุมชนเองและชุมชนควบคุม ดังนั้นรูปแบบการบำบัดอย่างย่อชุมชนถือว่ามีประสิทธิผลในระดับหนึ่ง การบำบัดอย่างย่อชุมชนเป็นกระบวนการที่สั้นและง่าย ๆ เหมาะสำหรับผู้ดูแลสาธารณสุขในโรงพยาบาลหรือสถานเอนกนามัย ในการคัดกรองภาวะความผิดปกติจากการดื่มฯ การให้คำปรึกษา และแนะนำให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มฯ ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้ชาวบ้านในชุมชนกลายเป็นผู้ที่ติดสุรามากขึ้น ส่วนชุมชนควบคุม เนื่องจากมีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกับชุมชนทดลอง จึงควรนำรูปแบบการบำบัดอย่างย่อที่สร้างขึ้นไปทดสอบกับชุมชนควบคุม เพื่อป้องกันผู้ดื่มฯ ระดับปานกลางไม่ให้เพิ่มปริมาณการดื่มฯ ขึ้นกว่าเดิมจนกลายเป็นผู้ติดสุรา นอกจากนี้หน่วยงานที่สาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ เกี่ยวข้อง สามารถใช้ฐานข้อมูลเพื่อกำหนดกรอบการวางแผนโดยเริ่มจากระดับครอบครัว ชุมชน อย่างเป็นทางการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์การวิชาการสารเสพติด. 2547. การประมาณการจำนวนผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ พ.ศ. 2546 : รายงานเบื้องต้น. ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.). ข้อมูลจำแนกตามสาขาสถิติ, พฤติกรรมเสี่ยง. Available: HYPERLINK "http://www.nso.go.th" http://www.nso.go.th, accessed 25/01/2006
- อดิศวร์ หลายชูไทย. 2537. แนวคิดการแก้ไขปัญหายาสุรา. สุรากับสังคมไทย: ข้อเสนอแนะและผลงานวิจัย ความรู้ ทศนคติ การดื่ม และแนวทางแก้ไข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, หน้า 22.
- อดิศวร์ หลายชูไทย อภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยาและวิชัย โปษยะจินดา. 2544. สุราในสังคมไทย: ผลการศึกษาโครงการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อหามาตรการทางเลือกป้องกันแก้ไข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- Assanangkornchai S., P. Pinkaew and N. Apakupakul . 2003. Prevalence of hazardous-harmful drinking in a Thai community population. Drug Alcohol Rev 2003; 22: 287-294.
- Babor, T. F. & M. Grant. 1992. Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II: A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO). 2004. Department of Mental Health and Substance Abuse. Global status report on alcohol 2004, 12.
- Miller W. R. and V. C. Sanchez. 1993. Motivating Young Adults for Treatment and Lifestyle Change. In: Issues in alcohol use and misuse by young adults—Howard G., ed. (1993) Notre Dame: University of Notre Dame Press
- Moyer, A., J.W. Finney, C.E. Swearingen and P. Vergun. 2002. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. Addiction 2002; 97: 279-92.

เด็กและการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย

แก้วตา แสงสุข, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์ และ สุพจน์ เต๋นดวง

บทคัดย่อ

วัณโรคเป็นปัญหาของระบบสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน ในปีปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้นำระบบการกินยาต่อหน้า (DOTS) มาใช้ในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยให้สมาชิกในบ้านเป็นผู้ควบคุมการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค เช่น เด็กซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ปกครองที่ป่วยเป็นวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคมีอาการดีขึ้นจากการเฝ้าดูแลของลูกหลานในบ้าน จากวัฒนธรรมและการให้คุณค่าของสังคม ผู้ดูแลที่เป็นเด็ก เป็นเอกลักษณ์เชิงบวกที่ถูกสังคมสร้างขึ้น ซึ่งแฝงด้วยความหมายของความมัตัญญู ความมีน้ำใจและความเป็นผู้ใหญ่ ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของเด็กที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคในบริบทของครอบครัว ความสัมพันธ์ของเด็กและผู้ปกครองกำหนดบทบาทของเด็กในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ความสัมพันธ์ที่ดีเป็นแรงกระตุ้นให้เด็กดูแลผู้ปกครองด้วยความเต็มใจ ประสบการณ์ชีวิตและจิตสำนึกได้ถูกอธิบายภายใต้กรอบความคิดของทฤษฎีการกระทำระหว่างกันเชิงสัญลักษณ์ จากการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าเราได้ให้ความหมายแก่ผู้คนและสิ่งต่างๆ แล้วตอบสนองแต่สิ่งเหล่านั้นในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป จากการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่า วัณโรคมีความหมายเชิงสัญลักษณ์มากกว่าแค่โรคชนิดหนึ่ง และการที่เด็กต้องกลายมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวที่มีวัณโรค สิ่งเหล่านี้ได้ส่งผลต่อประสบการณ์ชีวิตของเด็กกลุ่มนี้ เด็กอายุ 12-15 ปีที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ปกครองที่ป่วยเป็นวัณโรคในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ได้ถ่ายทอดเรื่องราวชีวิตเกี่ยวกับการสำนึกรับรู้ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและผู้ปกครองที่ป่วยเป็นวัณโรค งานวิจัยเชิงคุณภาพชิ้นนี้ได้ใช้การสัมภาษณ์เชิงบรรยาย การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสังเกตแบบมีและไม่มีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

CHILDREN AND HOME-BASED CARE FOR TB PATIENTS IN CHIANG MAI, THAILAND

Kaewta Sangsuk, Penchan Sherer and Suphot Dendoung

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) has been a public health problem throughout history. Today, the Directly Observed Treatment, Short course (DOTS) strategy uses family members to supervise those afflicted by TB, in some cases children serve as caregivers. With the support of children, TB patients do not feel lonely or stigmatized. They recover with cheerfulness and hope when compliant with the TB treatment. A child as caregiver is a positive identity constructed by society. It has become attached to meanings of gratitude, kindness and being an adult. The study examines the lived experiences of children in the TB families in the northern context. The interaction between children and patients is determined by the nature of their relationships. These determine children's roles in caring for people with TB. Strong and good relationships motivated children to provide care with willingness to repay their parents or guardians. Their life stories reveal that their lived experiences are closely connected with the perception of the relationship between the children and TB parents or guardians, and meaning attached with sickness and care in everyday life. The self and lived experiences have been reconceptualised within a symbolic interactionism framework. The study shows how TB as an illness becomes symbolic, and acting as a caregiver in a TB family while still a child affects the children's experiences. This qualitative research employed narrative interviews, in-depth interviews, participatory and non-participatory observation to record these children's lived experiences. Children of twelve to fifteen years in Chiang Mai Province are involved in their parent or guardians' treatment.

CHILDREN AND HOME-BASED CARE FOR TB PATIENTS IN CHIANG MAI, THAILAND

Kaewta Sangsuk¹, Penchan Sherer¹ and Suphot Dendoung¹

INTRODUCTION

Tuberculosis (TB) is an old infectious disease and chronic illness that has been a public health problem for centuries especially in developing countries. Thailand in 2007 (Morris 2007), was ranked seventeenth globally for TB prevalence. It is estimated that one third of the population are affected by TB and each of them could spread TB to another ten to fifteen people per year. (Morris 2007)

One of the solutions to ensure TB patient will be cured and to prevent drug resistant TB is a program to ensure that patients will get through the whole TB treatment course; this is known as the Directly Observed Treatment (DOT). It is the most cost effective TB treatment available. Thus, the family becomes the main factor to influence the achievement of the TB treatment.

HBC play a crucial role in TB treatment because the treatment takes at least six months, during which time, patients need to be monitored by the health providers. Before HBC started, the condition of TB patients was difficult and complicated. Disabilities from sickness and weakness make it inconvenient for the patients to travel. Family members are busy with their work, housework, or providing care for the TB patients, thus, taking patients everyday to see a doctor is an additional responsibility. High transport costs and other expenses affect the family's financial status. After the start of HBC for TB treatment, the condition of TB patients is better. Patients are able to manage their treatment, budget and time at home.

¹ Faculty of Social Science and Humanities, Mahidol University

HBC is appropriate for patient, family and community, because the family is the basic social unit for providing care and emotional support to patients. (Yoddumnern-Attig 2004) Caregivers assist the daily routine work; provide care for physical and psychological needs – bathing, feeding, nursing, emotional support - and social support. (Haveman et al. 1997; Zhang et al. 2009; Aldridge, 2006)

The implementation of the DOTS strategy includes the use of a supervised family member to manage the treatment. Therefore, the majority of community members preferred the option of home-based rather than health centre-based DOT. (Soonthorndhada et al. 2004) Thus, the family becomes the main factor to influence the achievement of the TB treatment. (Soonthorndhada et al. 2004)

However, nowadays the family structure and relationships among members have changed, and roles and responsibilities have also changed. Family members are taking more responsibilities. (Aldridge, 2006; Anantato, 2005; Rodgers et al., 2007; Zhang et al., 2009) For examples, married women have to raise children, do the housework, work outside the home and provide care for the family. Family members spend more time outside the house than in the past for work and other activities. This consequently affects their relationships, lifestyle, and socio-economics conditions including health. (Anantato, 2005) When adults go out to work, children take the role of caregiver, (Blieszner & Alley 1990; Horwitz & Reinhard, 1995; Zhang et al. 2009; Aldridge 2006) to provide care to guardians with TB. Responsibilities and burdens carried by children are similar to those faced by adults, perhaps even more.

Children who live with and have direct interaction with TB patients are vulnerable to infection with TB. (Visaiprom et al. 2009) From living with their TB parents and interaction between them, it causes children to face many problems such as more responsibilities that they have to take in the family, providing emotional support for their TB parents, (Anantato 2005; Zhang et al. 2009) time management in daily life, lack of resources to improve their skills and being

discriminated against by friends or neighbours because they are labelled as TB carriers. (Clay, Chiiya, & Chonta 2007)

Moreover, most research tends to study care giving from an adult's perspective, and looks less at the experiences of children as caregiver. Many research results report the negative consequence for children who live with and/or are involved with chronic illness in one way or another including the treatment of their parents or guardians with TB. But can we not solve these problems? To do so is difficult because we do not exactly know about children's lives, especially from their point of view. We do not know the interrelationships in the family between parents and children, how parents and children interpret a child's roles and responsibilities when parents get TB, what potentiality and resources they hold in order to support and empower children. Therefore, we cannot conduct the appropriate programs for them. A holistic understanding of children's lives is lacking and consequently the appropriate and effective measures to improve their health and lives.

METHODS

This is a qualitative research study with the objective to explore the lived experiences of children who live with their TB parents or guardians. Eight cases of children aged between twelve and fifteen years old who live with their TB parents or guardians are the children. The key informants include eight cases of TB parents or guardians together with their children (informants), and three health providers.

This research employed symbolic interaction as a perspective in order to focus on the lived experience of children from their point of view. Narrative interview was used as a method to raise children's voices and stories. This study uses many different methods such as participatory and non-participatory observation, narrative interviews, semi-structured interviews, and primary and secondary data collection.

FINDING

Family background and social context

There are eight children as children and eight parents or guardians as key informants. These families live in three districts, in Chiang Mai Province. The following table shows background information in order to understand their family context.

Table 1: Background Information of the Eight Children

Informant	Sex	Age	TB status	Education (Grade)	Number of family members	TB patient (Relationship)
Ann	Female	15	-	10	5	Grandfather
Bird	Female	12	TB+	7	4	Mother
Cocoa	Male	14	TB+	9	3	Grandfather
Dear	Female	15	TB+	9	7	Grandfather
Ed	Male	12	TB+	7	4	Father
Film	Male	12	-	7	9	Grandfather
Good	Male	14	-	10	4	Grandfather
High	Female	12	-	7	4	Father

From table above, there are four boys and four girls, age between twelve to fifteen years old, study on grade seven to ten. Four of them live in extended family and other four lived in nuclear family. Four children caught TB from their parents or guardians.

Most parents and guardians of these children are the farmers, employees and wage laborers. They only finished primary school and were not able to continue their education because they started to farm when they were young; some guardians also worked as laborers in the village, or sold wild vegetables they

collected on the way to their farm.

By being the farmers, employees and wage laborers they earn in the range of 6,000 to 8,000 Baht a month which is not enough for the cost of living. There are many expenses such as household expenses, school tuition fees for their children, cost of farming like seed and fertilizer, car gas and social expenses.

An example, Ed's family and his father's calculations about the family's income and expenses,

... for example I earn 250 Baht a day, it is not enough even for the rice ... transportation fee, allowance for me, and for Ed is 25 Baht ... if some one (in community) die, we must join donating for funeral fee 160 Baht ...

Ed's family spend the father's income from being a wage labourer for daily household expenses, and spend his salary from being a government officer to buy expensive items such as a washing machine or motorbikes, by paying monthly instalments.

However, for families which run the business, their monetary income will be more than for other families. They might be able to earn in the region of 12,000 to 20,000 Baht a month, and this is for expenses for the whole family.

These adults think that they are able to earn less because of their low level of education. If they were graduate university level, they might be able to earn more with lighten work. Therefore, all of them expect and support their children to get a higher education, in order to find a good job in the future.

Children attached meanings to the actions and words of their parents or guardians and this influence the children's roles in the family. While children are raised by guardians, perceive these attitudes about being a child in the family from their parents, and it reflect on their behavior.

Some adults want them as remain as children, value them highly and express their love by making sacrifices. They do not want the children to have a difficult life. Therefore, children mean vulnerable group of people, because they are too young, who are not yet ready for hard work or knowing about the family's problems; they are weak, they cannot work hard or be worried, because it will cause them health problem; they are vulnerable person, a girl is at risk of danger from people around her because of her young age and gender bias. Thus, what they have to do is concentrate on their studying which is a major responsibility of children.

In some families, adults look at their children as labor in the home and are proud of them when they are able to support the family or provide care to guardians. Parents encourage children to take some responsibilities, and give them opportunities to do so. In children's opinion, they are confident and acting as adults. They are, in fact, labor for the family, they are able to provide care and support an older person in the home to show they are a grateful child, they are smart enough to understand what their parents or guardians want and take responsibility in the home, and they are the best medicine for parents who need moral support while they are receiving TB treatment.

Children also understand adult's point of view, that they are the inner strength and being a hope of their parents or guardians, and adults agreed that children are their inner strength to encourage them to receive or complete the TB treatment, and being a hope of family to have a better future.

These meanings given by adults are settling into children's mind. Children believe they are little kids or family labor depending on the interpretation and meaning giving by children toward the actions of their guardians.

For example in Dear's extended family, grandfather is the leader of the family. He worked from when he was young and he still works. Dear was raised by him while her parents were busy in the farm. She joined grandfather's daily

activities and sleeps with him while he sings songs for her. She shared and consulted with grandfather as her parents do. They all worked hard to collect money to buy land for farming, to start a rice-noodle business and to support the children's education. Therefore, everyone has responsibilities to take care of. Dear started to do the housework from when she was young. Nowadays, she supports the family's business and will replace her mother when the latter has other work to do.

This family context dominates the girl's perception about the meaning of being a child, family, gratitude and duty. Being a child means showing gratitude to older people, especially those who raised her. Now because grandfather is getting old or need helps, being a child Dear should repay him by supporting him. She helped grandfather work while he was in TB treatment course, because she wanted him to take more rest. This is a kind of emotional support for a TB patient, to encourage him/her to complete the TB treatment course.

In a working family everybody has duties, consequently Dear as a member of the family also needs to take some responsibilities. She said if she does not do it, nobody will be available to do it. Thus, she takes care of housework and supports the family business. Even when she took TB medicine, she thought it was a duty that she needs to do. Therefore, she just did it for herself and family with out any thought about it.

TB and Home-based Care

When TB occurs in the family, everybody is facing a health problem, directly and indirectly. Vulnerable groups are: parents and guardians who are sick from other illnesses, i.e. high blood pressure, diabetes, nephritis or heart disease; young children and older people. They all easily become sick with TB.

This study found that during receiving TB treatment, some TB patients cannot work or join social activities. There are three reasons: 1) physical weakness,

as with Ed's father who had the lung operation. He stayed in hospital for two weeks and continues to rest at home for a while; 2) prevention period during a strong treatment, it takes two weeks to two months for this period to kill the TB bacteria and to ensure that TB will not be spread to others; 3) self-stigma, TB patients feel uncomfortable to attend the social activities, so they isolate and hide themselves in their home.

The meanings attached to TB are demonstrated through the names the eight families call it: the names include lung disease; coughing blood disease; no symptom disease and dry cough disease, after the symptoms of the disease. They also call it 'this disease' to avoid saying TB directly, which shows their negative attitude towards TB.

They also gave the meanings of TB as: curable disease; infectious disease; stigmatizing disease and disgusting disease. TB also means a tool to keep father at home and does not go out to drink or to meet other women for a girl; our sin and karma in the past life; our guilt to spread TB to our children; and it is discrimination between our children and society.

Care provided by children depends on the meanings of TB illness given by children who live with their TB parent or guardians. These children provide care for their TB guardians directly and indirectly. Examples of direct care providing are: Ed accompanied his father while he stays in the hospital. Ed fed him food, water, medicine and helped him with toileting; Cocoa prepared TB medicine for her grandfather; and Ann takes her grandfather to the hospital by motorbike when he feels uncomfortable.

Examples of indirect care provided by these children are: Dear works harder to support her grandfather so he can take more rest; and Bird tries to cook for the family and do the housework as much as she can, to reduce her mother's worries. In addition, provide emotional support by obeying to their guardians and

staying beside them when they need helps. These are the important parts of care that encourage TB patients to recover faster.

Home-based care is a daily activity for a caregiver in the home whether it is spouse; grandparent; children or relatives. From the parents or guardians' point of view, children are young and hence not able to provide care. The fact is, however, that eight children are providing care to their TB parents or guardians in different ways, from personal assistance to monitoring the TB treatment.

Care and emotional support provided by children encourage their parents or guardians to complete the TB treatment. For a patient especially a chronically ill one, treatment is more than just medicine. They need emotional support from people around them.

Both children and guardians are important for each other. Interaction either positive or negative between them affects their perceptions. Guardians who express their love to the children, made them feel comforted and repay with love those guardians in terms of gratitude. Children willingly repay their sick guardians by providing care. It includes preparing TB drugs, feeding, taking care of personal requirement, also being a supporter for the major care giver in cases where they cannot give assistance alone.

Children mean inner strength for guardians. With the length and difficulty of TB treatment, TB patients need emotional support just as much as medicine. Ed's father expressed his feelings,

... I try to warn Ed about using the drinking glasses, I try to separate our belonging and separate having meals, because of worry. But he said to me it is alright and still being close to me as usual. My wife also give me an emotional support ... I have to take care of family, so I need to be strong and make an effort ... I try to do more exercise like cycling for being cure as soon as possible ...

Personal and emotional support from children and people around the patient cannot cure a disease directly but can help patients to manage and cope with sickness more easily. Because the mind and body are closely related, a vigorous mind assists the body to fight against TB.

LIVED EXPERIENCES OF CHILD CAREGIVERS IN TB FAMILIES

Children provide care to their TB parents or guardians in every step of sickness. Start from being a supporter in home, accompany adults at hospital, prepare medicine and being a personal assistant when TB patients back to rest at home.

Children gain many experiences both negative and positive by living with TB parents or guardians and providing them with care. These influence children's attitude toward TB, caring, family and themselves.

Children accepted that sometimes they felt unhappy to accompany TB parents or guardians or provided care, for them because they want to have leisure time for playing or chatting with friends. They think it is their rights to have personal time when they want, and they are able to manage their own time because they are old enough. Cocoa said,

... sometimes, it made me bored and feel annoyed, I want to go out with friends but they (grandparent) keep complaining on me ... it is fine to stay with them, but they have to understand me too, I am a teenager, I need to have friends and society, and I love to be with them ... if I really have no responsibilities at all, that will be perfect ... I will play games and chat with friends whole day whole night ...

For some children, living with TB parents or guardians and providing care for them is a big burden for children because providing care needs time and

energy. As an example, Ann feels bored to take care of her grandfather because he always complains about his illnesses and pains. She thinks he might only need people to pay attention on him. Ann takes him to hospital or the health center when her parents are not available. Sometimes, there are only small symptoms such as fever or itching, but her grandfather prefers to go to see a doctor.

There are four children caught TB from living with their TB parents and guardians. Children were suffered from the difficult and long term treatment, and its side effect. It made children bored and they want to stop taking the medicine. They keep asking his guardians how long they have to take the medicine? How long is left? Can they skip taking medicine for some days? For an example of Ed that he takes TB medicine before sleeping. But often the boy falls asleep while watching television and his mother will wake him up to take the pills. Ed always questioned his parents about the time to complete the treatment.

During receive TB information from the health provider, TB patients and families are taught about how to prevent the spread of TB in the family. Those health services focus on the medical perspective and overlook that TB has a social perspective. The information talks about germ, transmission, prevention and treatment but misses out the social perspective which concerns relationships between a patient and society, stress, and emotional support.

Children's subjectivity is influenced by people around them, especially the TB guardians. They provide information and create attitudes about TB for the children. In the cases of guardians, they give children negative information or attitudes that cause self-stigmatization among children. Thus, children keep TB stories secret hoping they can prevent the discrimination from others.

There are many cases reported that parents try to keep secret the news that their children are infected with TB. They give the reason that this is to prevent stigmatization of the children. In some cases, they try to prevent stigmatization of themselves.

An example of this is Bird's mother who is a member of the Community Housewives Committee that always conducts activities in the communities. She is a leader and never missed a chance to attend the social activities. However, after she found out she was sick with TB she stopped attending any social activities because she was afraid that if people know about her sickness, they will discriminate against her and her family. This idea has been passed on to Bird. The girl is not allowed to share her TB story with her friends, to play with neighbours as is usual, and she has to stop attending the school activities as well. Bird's mother narrated,

... neighbor, they do not know (about our sickness), only Health centre officer who cheer me up, she knows and always calm me down ... because we know we have TB in our body and she (Bird) is taking pills, we must stay away from other kids ... they (other children) love to come over (to play with Bird), then I cut them off by said to my daughter 'when they (kids) come, you should not play with them, do not hug or kiss them, do not do any things like that' this is what I taught her to not get close to those kids ... I just stopped (attend any social activities), usually members of the Community Housewives Committee will go to every social activity, to cook. But I withdraw and gave them reason that I felt not good or have appointments ... just not join the group ... I hide from them ... not go out to society ...

Continuing Bird's story; she does not tell anyone about having TB. While in school, she interacts with friends as normal, such as playing or chatting but when she stays at home and is with her mother, she stops playing with other children because she bears in mind that it is prohibited and she can spread TB to others by playing with them. Bird illustrated,

... I did not tell anyone about my TB story ... yes, I play with classmates as usual, nobody in school know about it (TB story) ... (but, when I get home) I stopped play with other kids around home ... my mother said it is inappropriate to play with other because we have TB ... now I play the computer games, watch television and play with dogs and cats ...

Stigmatization directly affects children's subjectivity. Children never talk about their TB story with their friends even close friends. Dear and Cocoa are classmates and they are in the same group in school. They share life stories, play and join activities together in and out of school. Both of them only recently knew that their grandfathers are sick with TB when they shared their stories with the researcher when she came to interview their grandfathers at home.

Children think the TB illness is a personal issue, especially the ones who are having treatment. Children are insiders in the TB patient group, and they do not share it with others because it is a private story which has direct affects to their subjectivity and life.

Researcher: *Did you tell friends about you are on TB treatment?*

Dear: *Hmm I did not tell any one ... if it is a personal issue, I will share what I can, but some stories I cannot share, so I did not.*

Researcher: *You are a friend of Dear and both of you are in the same group, why did not you tell her about you are on TB treatment?*

Cocoa: *I do not know why, I did not tell her or any one. Yes we share our stories, but not this issue. It is not important or interesting.*

Therefore, people who know about other people's TB stories are very few which Patoom Tawarn, a nurse who takes care of the TB clinic in the San Pa Tong Hospital, is related when she explained about the TB scan project launched in various communities, to search for TB patients. Stigmatization existed in the

communities and people are afraid of being stigmatized because they have TB. Thus, they try to hide their sickness from others. Patoom explained,

Many villagers were able to recognize their symptoms, but they hid the sickness from others by refused a free test. After then, those people came to hospital to receive TB tests. They were willing to pay, just because they want to keep it secret.

Children living in TB families or being TB positive added more worries and fears on the children than they usually had. In their daily life before TB occurred, children were worried about the family economic situation, family status and their own problems. Their lives were hard already when they had to compete with people around them on several things such as income, social status, and acceptance from others.

Nevertheless, there are some positive consequences from children providing care. Children who provide care in the families gain more confidence and feel more comfortable if they have to provide care in the future, because they have done it when their parents or guardians were sick with TB.

An example of this is Ed who never provided care to anyone and had never done the housework before his father got sick with TB. He smiled and confidently told researcher he is sure that he can be a good carer if some one will be sick in the family. Ed narrated,

It is sure that I am able to provide care to anyone who is sick in the family, because I used to do it when my father was sick ... I know how to do it well ... you can do the same if you experience it like me ...

Some children have learnt about the meaning of being a family, love and care when TB occurred in a home. When they looked back on their life, they found that parents or guardians are very important and meaningful for them. The relationship between them motivates children to repay love and care to their parents or guardians by providing care while they are sick with TB.

A case of Dear who has been raised by grandfather since she was born, she told the researcher about the moments she lived with grandfather, every step of her life are featured with her grandfather, and then she finished the conversation with insisting to repay her grandfather with love and care similarly to what she had received from him. Dear said,

... grandfather did many things for me for a long time, now he is old and sick ... it is my turn to repay him ... he always practice as he is strong and never asked for a help from me (even when he was sick) ... (so) I work harder to support him, for him to gain more time to rest ...

Living with TB parents or guardians means more than providing care, but it means children choose to accompany these patients while they need most support from families.

The occurrence of TB in a family creates the situation for children and family members to communicate with each other. The study found that children perceived and increased their love and care toward their parents or guardians more than before the occurrence of TB. If what patients need is more than medicine, family is crucial for TB treatment. Love and care from children are the best medicines to cure the illness of patients.

DISCUSSION

In principle, adult-children are able to provide good care to their parents the same as adult do. They have more discipline to follow doctor's advice and have less excuse than adult often do. In a family without adults or where no one else is available, a child in the home has to take the role of care giver as Patoom explained,

...children obey us (health providers), different from adult, always has many excuses and hide the medicine. But children are innocence, they tell us the truth ... sometimes they come to receive TB drugs for their parent, they come regularly and take a good care as adult do ...however, in our communities, most of adults especially (TB) patients not allow children to get close to them ... children have to stay away from- caring for them (TB patients) ... we (health providers) also must assess children about their age and readiness (to be a carer) ...

Children are not a major group that doctor requires being care givers in the home similarly as is required of parents or guardians. This is because children in general are irresponsible; uneducated; careless; too small; they are a vulnerable group to easily get TB and are not ready for caring people.

This attitude go along with eight of the families expected their children to study as high a level as they can, and always remind their children that their responsibility is studying. Thus, the children are not able to be the caregivers just because they do not have the opportunity to take that role.

Although the situation forces children to take role as caregiver in family, the children in this study depicted their role as caregivers in some positive light. Local cultural understandings of duty and childhood often served as useful symbolic

resources in constructing positive carer identities. They feel proud of being a good child and are able to provide care to others.

Provide care also is a kind of action that children could gain the acceptance from others. In this case, children and TB patients both take advantage from it. Children gain more self-esteem, self confident from providing care. They feel strong when parents or guardians rely on them. While TB patients gain advantage from children's intention to react to their expectations or requests. They share family's burden, improve better coping ability and improve relationship between children and patients. (Cook 1999) They receive a good care and support from children to fulfil adults' desires and expectations.

However, children are willing to provide care when they have leisure time or there are some people who are able to switch duty with them. This study found that children face less burden and stress when they are able to manage their time or select duty in family. For children who are able to practice football with team or play game with friends, they are willing to provide care or support family when they are home, because they are able to balance their live. While some children have to stop their favourite activities to provide care to TB patients, these made children dislike providing care because it become a burden for them.

CONCLUSION

Home-based care (HBC) is the cost effective alternative of TB treatment available recently. The majority of TB patients preferred the option of home-based rather than health centre-based DOT. Thus, the family becomes the main factor to influence the achievement of the TB treatment.

Children become caregiver in order to repay adults by provide support and share burdens with them. Meanwhile both children and TB patients benefit from it. Children gain confident from providing care, while TB patients obtain an assistant. These are also the emotional supports that encourage TB patients to recover faster

and be able to complete the treatment.

The background of the family is the important factor to determinate children's roles in the family; size and character of family, education, income, division of duties and the relationship among members in the family. This study found some children would like to support the families but they do not know what to do and how to do it. Children are able to be good care givers if they are accepted as such and get support from people around them.

Children are willing and are able to provide effective care to TB patients just only when they can manage thri life and time., Providing care will become a burden for children if they have to spend their leisure time for providing care to adults.

Another outcome is, deep inside both children and adults love each other. If what patients need is more than medicine, family is the alternative of TB treatment. Love and care are the best medicines to cure the illness. Similarly health policy is focusing on HBC, because it provides a better care for TB patient and can be started at home.

REFERENCES:

- Aldridge, J. 2006. The Experiences of Children Living with and Caring for Parents with Mental Illness. *Child Abuse Review* 15, 79–88.
- Anantato, S. 2005. *Caregiver Management in Stroke Patients: Symbolic Interaction Perspectives*. Mahidol University.
- Blieszner, R., and J. M. Alley 1990. Family Caregiving for the Elderly: An overview of Resources. *Family Relations*, 39(1), 97-102.
- Clay, S., C., Chiiya, and M. Chonta (June 2007b). Module J: Young people and stigma. In *Understanding and challenging HIV stigma: Toolkit for action: International HIV/AIDS Alliance*.
- Ezzy, D. 1998. Lived Experience and Interpretation in Narrative Theory: Experiences of Living with HIV/AIDS. *Qualitative Sociology*, 21.
- Haveman, M., et al. 1997. Differences in Service Needs, Time Demands, and Caregiving Burden among Parents of Persons with Mental Retardation across the Life Cycle. *Family Relations*, 46(4), 417-425.
- Horwitz, A. V., and S. C. Reinhard 1995. Ethnic Differences in Caregiving Duties and Burdens Among Parents and Siblings of Persons With Severe Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(2), 138-150.
- Morris, R. 2007. *A Formative Evaluation of the TB Photovoice Project, Thailand*. The University of Dublin, Dublin.
- Rodgers, H., et al. 2007. Who Cares? - Caring for the carers of stroke patients. *Disability and Rehabilitation*, 29(5), 425-427.
- Visaiprom, C., et al. 2009. Consequences and factors relevant to TB infection among children whose pulmonary TB smear tested positive. *Thai Journal of Pediatrics*, 48(1), 77-84. (in Thai, ชูชาติ วิสัยพรม และคณะ 2552. "ผลและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรค ในเด็กที่สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดที่มีเสมหะบวก". *วารสารกุมารเวชศาสตร์* 48 (1): 77-84.)
- Yodduern-Attig, B. et al. 2004. *HIV Positive Women in Thailand: Their Voices and Choices*. Nakhon Pathom, Thailand: Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Salaya Campus.

Zhang, L., et al. (2009). 'I felt I have grown up as an adult': caregiving experience of children affected by HIV/AIDS in China. *Child: care, health and development*, 35(4), 542–550.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัว

สังคม สุภรัตน์กุล และ ดุษฎี อายุวัฒน์

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัว เป็นการศึกษาระดับปริมาณ เก็บข้อมูลจากแม่บ้านประจำครอบครัว ในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2552 จากจำนวนตัวอย่าง 399 ครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ LISREL ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัว มีอยู่ 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ปัจจัยภายในครอบครัว ประกอบด้วย (1) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (2) ศักยภาพของครอบครัวด้านสุขภาพ (3) ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับญาติ กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ปัจจัยภายในชุมชนประกอบด้วย (1) กลุ่มองค์กรในชุมชน (2) ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับชุมชน (3) แหล่งทรัพยากรธรรมชาติในชุมชน (4) ระบบสุขภาพชุมชน กลุ่มที่ 3 ได้แก่ ปัจจัยภายนอกชุมชน ประกอบด้วย (1) ระบบบริการสุขภาพสุขภาพของรัฐ (2) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (3) การส่งเสริมสุขภาพผ่านเครือข่ายชุมชน ปัจจัยภายในชุมชนมีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวชนบทสูงสุด ($\lambda = 0.86$) รองลงมาคือ ปัจจัยภายนอกชุมชน ($\lambda = -0.71$) และปัจจัยภายในครอบครัว ($\lambda = .66$) ตามลำดับ กลุ่มปัจจัยทั้งหมดนี้รวมเรียกว่า “ทุนทางสังคม” สามารถพยากรณ์ความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัว ได้ร้อยละ 57.0 ($R^2=0.57$) ดังนั้นการดำเนินงานด้านสุขภาพควรคำนึงถึงทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนชนบทอย่างครอบคลุม

FACTORS INFLUENCE HEALTH SECURITY FAMILIES

Sungkom Suparatanagool and Dusadee Ayuwat

ABSTRACT

The objective of this study aimed to describe the factors which influence health security of rural families. It was conducted on a quantitative method. Data was collected through questionnaires and distributed to households within the Nong Bua Lamphu Province during July - August 2009 covered 399 samples size and analyzed by LISREL. This paper shows that three factor components which influence health security of rural families consist of; group: 1 the factors within family such as: (1) family association (2) health potential in family and (3) kinship associations. Group: 2 the factor within community contains: (1) organizations within community (2) association of family with community and (3) natural resources within community and (4) community health system. Group: 3 the external community factors consisting of; (1) government health system (2) promotion for health access by local administration and (3) health promotion through health networks. The findings show that the factors which influenced health security of rural families as a follow; firstly, the factors within community ($\lambda = 0.86$). Secondly, the external community factors ($\lambda = -0.71$) and finally the factors within family ($\lambda = .66$) respectively. These factors call that "Social Capital" which have shown power of predict health security of rural families at 57% ($R^2 = .57$). Suggestion, health strategic policy plans should be concern about "social capital" and should be implementing through social capital increase.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัว

สังคม สุภรัตน์กุล¹ และ ดุษฎี อายุวัฒน์²

บทนำ

การดูแลสุขภาพเป็นภูมิปัญญาที่ความคาดหวังที่จะให้มีสุขภาพดีครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสติปัญญา มีการตัดสินใจที่เหมาะสมและมีพัฒนาการแนวคิดจนสามารถสร้างความมั่นคงให้กับครอบครัว ซึ่งนับว่าเป็นส่วนสำคัญที่สะท้อนถึงคุณภาพของประชาชน (ประเวศ 2541) การที่ครอบครัวปลอดภัยจากโรคติดต่อต่างๆ และไม่มีอาการเจ็บไข้ได้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพหากมีการเจ็บป่วย จึงถือได้ว่าเป็น “ความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัว” ความมั่นคงดังกล่าวมีองค์ประกอบตัวชี้วัดอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นปัจจัยที่หนุนเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีมีความยั่งยืน กลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นตัวบ่งบอกถึงความมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างเสมอภาคและกลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพตัวชี้วัดจะต้องครอบคลุมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสภาพสังคม (UNDP 2001) จากกระแสโลกาภิวัตน์ (Globalization) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมชนบทขึ้น แบบแผนในการดำเนินชีวิตของชาวชนบทได้เปลี่ยนไป เช่น จากการเกษตรกรรมพอเพียงขึ้นมาเป็นการเกษตรกรรมเพื่อเศรษฐกิจทางการค้าและการตลาดและได้สร้างเงื่อนไขสำคัญในการกำหนดสุขภาพสังคมในปัจจุบัน (สันทัต 2541) ซึ่งให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ได้เป็นเงื่อนไขที่ส่งผลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพเช่นกัน อย่างไรก็ตามชาวชนบทยังสามารถยึดเหนี่ยวชุมชนไว้ด้วยวัฒนธรรมชุมชนโดยเฉพาะชาวชนบทและต่อมาได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบชุมชนที่ถือได้ว่าเป็นทุนทางสังคม (ฉัตรทิพย์ 2543) ประกอบกับในปี 2549 รัฐได้มีนโยบายนำร่องจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ประกอบกับกระแสท้องถิ่นเรียกร้องให้ใช้องค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นองค์รวมโดยยึดสุขภาพะวะของประชาชนเป็นตัวตั้ง เปิดโอกาสให้ระดมทุนทางสังคม ภูมิปัญญาท้องถิ่นและทุนทางวัฒนธรรมมาประยุกต์ใช้ เป็นการดำเนินการโดยประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ

¹ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

² คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

องค์การชุมชนที่มีอิสระในการดำเนินการ (สงวนและคณะ 2551) คณะผู้วิจัยจึงต้องการทราบคำตอบว่าองค์ประกอบของปัจจัยและปัจจัยที่เป็นทุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวอย่างไร

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงองค์ประกอบของปัจจัยและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัว

แนวคิดทุนทางสังคม

การเอื้อหนุนให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพ เป็นแนวคิดทุนทางสังคมกับสุขภาพ (Hyypa & Maki 2001; Umberson, et al. 1996; Veenstra 2000) เช่น ความไว้วางใจกัน การใช้ประโยชน์ร่วมกัน การเกื้อกูลกัน การตอบแทนกันและการเป็นสมาชิกภาพของกลุ่มที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการประเมินสภาวะสุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่าความสัมพันธ์เหล่านี้ได้มีนัยสำคัญทางทฤษฎีเกี่ยวกับทุนทางสังคม เมื่อมองในรูปของเครือข่ายทางสังคมที่เป็นช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและนำไปสู่การปฏิบัติ (Coleman 1988) ซึ่งน่าจะสามารถใช้เป็นภูมิคุ้มกันทางสังคมเพื่อป้องกันภัยสุขภาพ นอกจากนี้การเยี่ยมเยียนของกลุ่มเพื่อนบ้านที่ใกล้ชิดได้เสริมสร้างประโยชน์ต่อสุขภาพจิต เพื่อความอยู่ดี-มีสุขด้วย (Snowden 2001) รวมทั้งความสัมพันธ์ของเพื่อนบ้านหรือเพื่อนสนิทที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ (Dunlap & Kemery 1987)

จากการทบทวนแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยพอสรุปได้ว่าการจัดการองค์ประกอบของครอบครัว ประกอบด้วย กลุ่มอายุ การศึกษาของครอบครัว รายได้ของครอบครัวและตำแหน่งทางสังคม (Beaudoin 2009) ทุนทางสังคมในแนวนอน (Horizontal Social Capital) ได้แก่ ทุนทางสังคมในครอบครัวและเครือญาติ (Bounding Social Capital) และทุนทางสังคมระหว่างครอบครัวในชุมชน (Bridging Social Capital) ที่หนุนเสริมให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ไว้วางใจกันในชุมชน สร้างกลุ่มหรือชมรมสุขภาพในชุมชน นอกจากนี้ทุนทางสังคมดังกล่าวได้เชื่อมโยงผสมผสานกับทุนทางสังคมในแนวตั้ง (Vertical Social Capital) ได้แก่ การสนับสนุนจากโครงสร้างเช่น ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน การสนับสนุนงบประมาณผ่านระบบสุขภาพ การสนับสนุนงบประมาณองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและการส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพต่างๆ จากองค์การสาธารณะ เป็นต้น ซึ่งรวมเรียกว่า Linking Social Capital ที่น่าจะสามารถทำให้เกิดกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวได้

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

ความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health Security) หมายถึง สภาวะที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลมีความรู้ความสามารถที่จะปกป้องตนเองจากภัยอันตราย ทั้งทางร่างกายให้สามารถดำเนินชีวิตได้ ทางจิตใจให้เกิดความภูมิใจครอบครัว ทางสังคมที่แสดงถึงการยอมรับนับถือ และทางปัญญาที่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้

สุขภาพ (Health) หมายถึง ภาวะความรู้สึกรู้สึกของบุคคลถึงการอยู่ดีกินดี มีความสมบูรณ์ที่ครอบคลุมมิติทางด้านร่างกายที่มีร่างกายแข็งแรง ด้านจิตใจที่สะท้อนให้เห็นว่ามีความร่าเริงทางด้านจิตใจ ด้านสังคมที่มีการคบค้าสมาคมกันกับเพื่อนบ้านมีความอยู่เย็นเป็นสุข แม้จะมีโรคภัยไข้เจ็บบ้างตามธรรมชาติ และด้านสติปัญญาที่สามารถใช้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองให้อยู่ในภาวะที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการมีชีวิต

ทุนทางสังคม หมายถึง ทุนที่ดำรงอยู่โดยธรรมชาติในสังคมสามารถนำมาใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ เช่น ความสัมพันธ์กันในระดับบุคคล เครือข่ายทั้งในชุมชนและนอกชุมชน ผ่านวัฒนธรรมชุมชนอันดีงาม ส่งผลให้เกิดการสร้างเครือข่ายชุมชนและสร้างบรรทัดฐานทางสังคม จนเกิดความไว้วางใจกัน เกื้อกูลกัน การตอบแทนกันและรับผลประโยชน์ร่วมกัน รวมถึงโครงข่ายของสถาบันองค์กรที่เป็นสาธารณะจากภายนอกชุมชนด้วย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้ครอบครัวเป็นหน่วยวิเคราะห์เก็บข้อมูลจากแม่บ้านหรือผู้ดูแลสุขภาพประจำครอบครัว ในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึงเดือน สิงหาคม 2552 คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร F Test of Variance Proportions in Multiple Regression / Correlation Analysis (Cohen 1977) เพราะมีค่าแลมด้า (λ) เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

$$n = \frac{\lambda (1 - R_{Y/X}^2)}{R_{Y/X}^2} + U + 1$$

n = ขนาดตัวอย่าง

λ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากตาราง โดยเงื่อนไขในการกำหนดค่า λ ที่ระดับ Power = .95 และค่าความน่าเชื่อถือ 95% ($\alpha = .05$) จำนวนปัจจัยพยากรณ์เท่ากับ 40 ปัจจัย ($u = 40$) จะได้ค่า λ จากตาราง = 39.54

$R^2_{Y/X}$ = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างตัวแปรกำหนดเท่ากับ .10 (Cohen 1977)
แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{39.54(1-.10)}{.10} + 40 + 1$$

$n = 396.86$ งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 400 เก็บได้จริง 399
ครอบครัว

ซึ่งสอดคล้องกับการคำนวณหาขนาดตัวอย่างที่รองรับสำหรับการวิเคราะห์ความ
สัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structure Equation Model: SEM) ด้วยสถิติ LISREL จากจำนวน
ปัจจัยพยากรณ์ประมาณ 40 ปัจจัย ขนาดตัวอย่างจะต้องเป็น 10 เท่าคือ 400 ตัวอย่าง
(นงลักษณ์ 2536) ในงานวิจัยนี้เก็บได้ 399 ตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ในหมู่บ้านที่
เป็นต้นแบบด้านการสร้างสุขภาพใน 6 อำเภอ ๆ ละตำบล ๆ ละหมู่บ้านได้จำนวน 399
ตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ จากจำนวนตัวอย่าง 399 ครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูล
ด้วยสถิติ Confirmatory Factors Analysis (CFA) ด้วย LISREL (สุชาติ 2548)

สรุปและอภิปรายผล/วิจารณ์ผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวจากการทบทวน
เอกสารงานวิจัยและการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่ 63 ปัจจัย เมื่อนำ
มาวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัย (Factors Analysis) แล้ว สามารถสกัดปัจจัยออกเหลือ
เพียง 3 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นทุนทางสังคมในครอบครัว ประกอบด้วย (1) ความสัมพันธ์ของ
ครอบครัว ได้แก่ 1) ความห่วงใยกันด้านสุขภาพ 2) ความสามารถของแม่บ้านในการให้
คำปรึกษาด้านสุขภาพ 3) ความสนใจเรื่องข่าวสารด้านสุขภาพ 4) ความสัมพันธ์อย่าง
ใกล้ชิดของคนในครอบครัว 5) การอบรมพฤติกรรมสุขภาพในครอบครัวและ 6) ครอบครัว
ได้ร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ (2) ศักยภาพของครอบครัวด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ความ
สามารถในการรักษา 2) การแก้ไขปัญหาเจ็บป่วย 3) ความรู้ในการใช้สมุนไพร 4) การ
ฟื้นฟูสุขภาพ 5) การรักษาพยาบาลเบื้องต้นในครอบครัว 6) การสร้างสุขภาพ 7) อาชีพหลัก
และ 8) ความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพครอบครัว (3) ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับ
ญาติ ได้แก่ 1) จำนวนเครือญาติ 2) การเยี่ยมบ้านของเครือญาติ 3) ความสัมพันธ์กับ

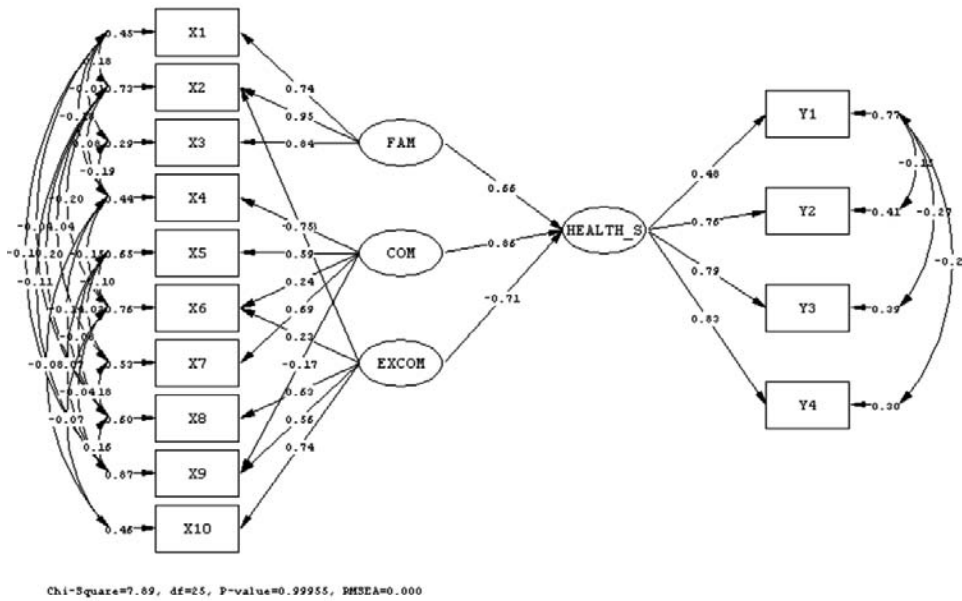
ญาติ 4) ญาติให้ความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย 5) ความไว้วางใจกัน 6) การช่วยเหลือกัน 7) การเกื้อกูลกัน และ 8) การพบแพทย์

กลุ่มที่ 2 เป็นทุนทางสังคมในชุมชน ประกอบด้วย (1) กลุ่มองค์กรในชุมชน ได้แก่ 1) รายได้จากกลุ่มช่วยสร้างสุขภาพ 2) กลุ่มแม่บ้านเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพ 3) กลุ่มแม่บ้านมีน้ำใจเอื้อเฟื้อด้านสุขภาพ 4) กลุ่มอาชีพช่วยสร้างสุขภาพ 5) กลุ่มชมรมด้านยาเสพติดช่วยสร้างสุขภาพและ 6) ชมรมออกกำลังกายช่วยสร้างสุขภาพ (2) ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนกันระหว่างเพื่อนบ้าน (3) แหล่งทรัพยากรธรรมชาติในชุมชน ได้แก่ 1) สิทธิในแหล่งทรัพยากรธรรมชาติ 2) การใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรธรรมชาติ และ 3) โอกาสใช้แหล่งทรัพยากรธรรมชาติ (4) ระบบสุขภาพชุมชน ได้แก่ 1) การให้ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข 2) การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข 3) อาสาสมัครสาธารณสุขช่วยสร้างสุขภาพ 4) การปฏิบัติงานของส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ 5) การเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 6) การบริการในสถานีนอมาัย 7) การบริการให้เข้าถึงบริการ 8) การบริการแพทย์ฉุกเฉินและหน่วยกู้ชีพตำบล และ 9) โอกาสได้แสดงความคิดเห็นด้านสุขภาพ

กลุ่มที่ 3 เป็นทุนทางสังคมจากนอกชุมชนประกอบด้วย (1) ระบบบริการสุขภาพของรัฐ ได้แก่ 1) มาตรฐานการบริการ 2) ความเสมอภาคในบริการ 3) เข้าถึงหลักประกันสุขภาพ 4) ความเป็นธรรมในหลักประกันสุขภาพ 5) ความรวดเร็วในการบริการสุขภาพ และ 6) การตอบสนองบริการสุขภาพ (2) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ 1) ส่งเสริมหน่วยกู้ชีพตำบล โดยส่วนท้องถิ่น 2) การสนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการระบบจากท้องถิ่น 3) ความสะดวกของช่องทางในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน และ 4) โครงการสร้างสุขภาพต่างๆ (3) การส่งเสริมสุขภาพผ่านเครือข่าย ได้แก่ 1) การร่วมศึกษาดูงานด้านสุขภาพ 2) การติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 3) การได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน

เมื่อนำมาวิเคราะห์ในรูปแบบสมการมาตรวัด (Measurement Equation Model) พบว่า ตัวแปรประจักษ์ที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝง ดังนี้ 1) ความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัว ได้แก่ สุขภาพในมิติด้านปัญญาสูงสุด ($\lambda = 0.83$) รองลงมา คือ สุขภาพด้านสังคม ($\lambda = 0.79$) 2) ทุนทางสังคมในครอบครัว ได้แก่ ศักยภาพของครอบครัวด้านสุขภาพ ($\lambda = 0.95$) สูงสุด รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับเครือญาติ ($\lambda = 0.84$) 3) ทุนทางสังคมในชุมชน ได้แก่ องค์กรในชุมชน ($\lambda = 0.75$) รองลงมา คือ ระบบสุขภาพชุมชน ($\lambda = 0.69$) และ 4) ทุนทางสังคมนอกชุมชน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ

ผ่านเครือข่าย ($\lambda = 0.74$) รองลงมา คือ ระบบบริการสุขภาพสุขภาพของรัฐ ($\lambda = 0.63$) ดังรูป 1



รูปที่ 1 ไดอะแกรมผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างตัวแปรประจักษ์ที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝง

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับค่าความกลมกลืนของไดอะแกรมและตรวจสอบความกลมกลืนความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของแนวคิดการวิจัยกับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างทางสถิติจากปรากฏการณ์จริงทางสังคม พบว่า ให้ภาพความกลมกลืนสัมพันธ์ไม่ต่างจากความเป็นจริงอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($P\text{-value}=1.00$) ไม่มีความคลาดเคลื่อนของการประมาณรากกำลังที่ 2 ของค่าเฉลี่ย ($RMSEA=.000$) ดัชนีบ่งชี้บอกถึงความลงตัวพอดี ($GFI=1.00$) และดัชนีบ่งชี้บอกถึงความสามารถในการปรับความกลมกลืนให้ลงตัวพอดีเข้าใกล้ 1 ($AGFI=.99$) (นงลักษณ์ 2536)

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่าไดอะแกรมความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างดังกล่าวมีความกลมกลืนและเหมาะสมกับปรากฏการณ์จริงทางสังคม (จากข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์) ซึ่งสามารถนำมาแจกแจงละเอียดได้ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงอิทธิพลของตัวแปรประจักษ์ที่มีต่อตัวแปรแฝง

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรประจักษ์	สัญลักษณ์	λ	R2
ความมั่นคงด้านสุขภาพ (HEALTH_S)	ภาวะความแข็งแรงของร่างกายที่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ	(Y1)	.48	.23
ความมั่นคงด้านสุขภาพ	การพักผ่อนพูดคุยกับครอบครัวและเพื่อนบ้าน	(Y2)	.76	.58
ทุนทางสังคมในครอบครัว (FAM)	ภาวะทางสังคมครอบครัวที่มีความอบอุ่นและอยู่ดีมีสุข	(Y3)	.79	.62
	สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยภูมิปัญญาในครอบครัว	(Y4)	.83	.69
	ความสัมพันธ์ในครอบครัว	(X1)	.74	.55
	ศักยภาพของครอบครัว	(X2)	.95	.28
	ความสัมพันธ์กับเครือญาติ	(X3)	.84	.71
ทุนทางสังคมในชุมชน (COM)	องค์กรในชุมชน	(X4)	.75	.56
	ความสัมพันธ์กับชุมชน	(X5)	.59	.35
	แหล่งทรัพยากรในชุมชน	(X6)	.24	.23
	ระบบสุขภาพชุมชน	(X7)	.69	.47
	การเข้าถึงบริการ	(X9)	-.17	-
ทุนทางสังคมนอกชุมชน (EXCOM)	การบริการสุขภาพของรัฐ	(X8)	.63	.40
	ความสัมพันธ์กับนอกชุมชน	(X10)	.74	.54
	แหล่งทรัพยากรในชุมชน	(X6)	.23	-

เมื่อนำมาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวในพบว่าทุนทางสังคมในชุมชนมีอิทธิพลสูงสุด ($\lambda = 0.86$) รองลงมาคือ ทุนทางสังคมจากนอกชุมชน ($\lambda = -0.71$) และทุนทางสังคมในครอบครัว ($\lambda = .66$) และยังสะท้อนให้เห็นว่าทุนทางสังคมทั้ง 3 รูปแบบ สามารถพยากรณ์ความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวได้ร้อยละ 57.0 ($R^2=0.57$) ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์แยกค่าอิทธิพลระหว่างตัวแปรเหตุและตัวแปรผล

ตัวแปรผล	ตัวแปรเหตุ		
	ทุนทางสังคมในครอบครัว	ทุนทางสังคมในชุมชน	ทุนทางสังคมนอกชุมชน
สุขภาพร่างกาย ได้แก่ ภาวะความแข็งแรงของร่างกายที่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ	0.32	0.41**	-0.34
สุขภาพจิตใจ ได้แก่ การพักผ่อนพูดคุยกับครอบครัวและเพื่อนบ้าน	0.51	0.66**	-0.54
สุขภาพด้านสังคม ได้แก่ ภาวะทางสังคมครอบครัวที่มีความอบอุ่นและอยู่ดีมีสุข	0.52	0.67**	-0.56
สุขภาพทางปัญญา ได้แก่ สามารถแก้ไขปัญหสุขภาพด้วยภูมิปัญญาในครอบครัว	0.55	0.71**	-0.59
ความมั่นคงด้านสุขภาพ	0.64	0.86**	-0.71

**Sig. <.001 (f-test>2.58)

นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวมีมากขึ้น ทำให้ทุนทางสังคมจากนอกชุมชนลดลง นั่นหมายถึงว่า เมื่อครอบครัวมีความมั่นคงด้านสุขภาพ โอกาสที่จะขอความช่วยเหลือหรือขอสงเคราะห์จากนอกชุมชนก็ย่อมจะลดน้อยลง ในทางตรงกันข้ามเมื่อครอบครัวขาดความมั่นคงด้านสุขภาพย่อมต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนทุนจากนอกชุมชนในรูปแบบทุนเศรษฐกิจเช่นกัน การสร้างความมั่นคงผ่านทุนทางสังคมประเภทนี้ต้องอาศัยงบประมาณ (ทุนเศรษฐกิจ) สามารถจัดให้อยู่ในรูปสมการความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวได้คือ

ความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัว = 0.66 (ทุนทางสังคมในครอบครัว) x 0.86 (ทุนทางสังคมในชุมชน) x -0.71 (ทุนทางสังคมที่มาจากนอกชุมชน); $R^2 = 0.57$

อภิปรายผลได้ว่าเมื่อทุนทางสังคมในครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.66 หน่วย ทุนทางสังคมในระดับชุมชนเพิ่มขึ้น 0.86 หน่วย ขณะเดียวกันต้องใช้ทุนทางสังคมจากโครงสร้างไป 0.71 หน่วย จะทำให้ความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อเรียงลำดับอิทธิพลที่มีต่อความมั่นคงด้านสุขภาพแล้ว สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่า การที่จะสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวนั้น อันดับแรกที่ต้องคำนึงถึง คือ (1) ทุนทางสังคมในระดับชุมชน โดยเฉพาะองค์กร

สุขภาพในชุมชนและระบบสุขภาพชุมชน ที่คอยให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในชุมชน จากปรากฏการณ์ทางสังคมความมั่นคงด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่สามารถเชื่อมโยงความเชื่อไปสู่การดูแลสุขภาพ การพึ่งพิงกันเองด้านสุขภาพภายใต้โครงสร้างทางสังคม ซึ่งจากผลการวิเคราะห์เป็นทุนทางสังคมชนิดเดียวที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัว ($p\text{-value} < .001$) (2) ทุนทางสังคมจากนอกชุมชน โดยเฉพาะการสร้างความสัมพันธ์กับนอกชุมชนและการบริการสุขภาพของรัฐ ซึ่งทุนทางสังคมประเภทนี้เมื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น อาจจะทำให้ทุนลดลง (จากค่าสัมประสิทธิ์ติดลบ) ซึ่งหมายถึงต้องจ่ายทุนทางสังคมออกไปหรือเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ประกอบด้วย ค่าตอบแทนในการสนับสนุนการปฏิบัติงานจากส่วนท้องถิ่น ค่าตอบแทนในการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข งบประมาณสนับสนุนการเข้าถึงบริการ ผ่านการบริการแพทย์ฉุกเฉินและหน่วยกู้ชีพตำบล เป็นต้น ที่ระบบการบริการสุขภาพจะคอยสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็ง โดยประสานความร่วมมือกับส่วนท้องถิ่น ดังที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนและสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่างๆ ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งในระดับองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลที่จะเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ โดยให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่ ซึ่งมีองค์การบริหารส่วนตำบลเข้าร่วมโครงการ (3) ทุนทางสังคมในครอบครัว โดยเฉพาะศักยภาพของครอบครัว และความสัมพันธ์กับเครือญาติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพต้องอาศัยบทบาทของครอบครัวเป็นหลัก

การวิจารณ์ผลการวิจัย ซึ่งปัจจุบันจะพบว่าสังคมชุมชนจะพึ่งการดูแล โดยการตอบแทนซึ่งกันและกัน เกิดความไว้วางใจกัน เกื้อกูลกันในเครือญาติ ซึ่งอานันท์ กาญจนพันธุ์ และฉลาดชาย รมิตานนท์ (2533) อธิบายว่าการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านไม่ได้แยกหรือกันผู้ป่วยออกจากชุมชน แต่หากต้องคำนึงถึงโครงสร้างทางสังคมชุมชน Putnam (2000) เรียกว่า Bridging Social Capital ซึ่งหมายถึงครอบครัว เครือญาติที่อยู่แวดล้อมตัวผู้ป่วยที่เน้นทั้งตัวบุคคลและปัจจัยแวดล้อมที่สัมพันธ์กับสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนา เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกันโดยมิได้แยกส่วน นอกจากนั้นรัฐได้สร้างเงื่อนไขเพื่อกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เล็งเห็นความสำคัญของรูปแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะโครงการระบบบริการสุขภาพฉุกเฉิน ดังจะเห็นได้ว่าเป็นรูปธรรมจากการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดตั้งหน่วยกู้ชีพฉุกเฉินขึ้นในระดับตำบล เพื่อตอบสนองโครงการฯ อีกทั้งสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับประชาชนเมื่อมีอาการเจ็บ

ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งเห็นว่าหลังจากที่ครอบครัวได้สร้างความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ดีกับเครือญาติและเพื่อนบ้านแล้ว ซึ่ง Putnam (2000) เรียกว่า Bounding Social Capital ครอบครัวยังต้องอาศัยระบบชุมชน ซึ่งถือได้ว่าเป็นทุนทางสังคมผ่านกลุ่มองค์กรชุมชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาชีพและกลุ่มออกกำลังกาย เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มองค์กรมีบทบาทการปฏิบัติงานทั้งด้านการป้องกันควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพ ไปพร้อมๆ กับการพัฒนาคุณภาพแม่บ้านแกนนำสุขภาพด้วย รวมทั้งแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เพียงพอและเหมาะสม ซึ่งในระบบสุขภาพชุมชนได้สะท้อนถึงแนวคิด ความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพที่มีหลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับทุนทางสังคม ที่ Woolcock (2001) เรียกว่า Linking Social Capital (John Field 2008) จากการจัดบริการสุขภาพของรัฐที่มีมาตรฐานการบริการ เพื่อรองรับการรักษาพยาบาลเมื่อมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเพิ่มช่องทางให้ครอบครัวได้พบแพทย์ที่ทันสมัยใหม่ผ่านระบบส่งต่อ (Referral System) หรือระบบการแพทย์ฉุกเฉินโทร.1669 ที่รัฐร่วมกับส่วนท้องถิ่นจัดระบบไว้ในรูปของหน่วยกู้ชีพหรือ OTOS โดยได้รับการสนับสนุนทุนทางเศรษฐกิจจากสถาบันที่เป็นโครงสร้างทางสังคมที่เหนือกว่า เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ควรสร้างแนวนโยบายส่งเสริมสุขภาพในมิติทางสังคมให้มากขึ้นโดยเฉพาะในระดับครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด เมื่อมีอาการไม่สบายจะดูแลกันได้ด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านในชุมชน มีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียนให้การเยียวยาทางสังคม (Social Healing) และควรส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างครอบครัวกับชุมชนในการดำเนินงานด้านสุขภาพต่อไป โดยสนับสนุนให้เกิดการสนับสนุนกันระหว่างเพื่อนบ้าน ให้เกิดความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดในชุมชนเป็นการสร้างความเป็นปึกแผ่นทางสังคม (Social Solidarity) เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพในมิติทางจิตใจ ควรสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรชุมชนในระบบชุมชนให้ดำเนินต่อไป โดยสนับสนุนส่งเสริมงานสาธารณสุขมูลฐานและอาศัยกองทุนในสวัสดิการจากกองทุนประกันสุขภาพตำบลที่ครอบครัวควรจะมีส่วนร่วมในการสมทบทุนในกองทุนเพื่อที่จะให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมในระนาบเดียวกันของคนในชุมชน นอกจากนี้ควรจัดบริการสุขภาพของรัฐควรมีมาตรฐานการบริการเพื่อรองรับการรักษาพยาบาลเมื่อมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา เพิ่มช่องทางให้ครอบครัวได้พบแพทย์ที่ทันสมัยใหม่ผ่านระบบส่งต่อ (Referral System) หรือระบบ

การแพทย์ฉุกเฉินโทร.1669 ที่รัฐร่วมกับส่วนท้องถิ่นจัดระบบไว้ในรูปของหน่วยกู้ชีพ หรือ OTOS โดยได้รับการสนับสนุนทุนทางเศรษฐกิจจากสถาบันที่เป็นโครงสร้างทางสังคมที่เหนือกว่า เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามทุนทางสังคมทั้ง 3 ประเภทประกอบด้วย Bounding Social Capital, Bridging Social Capital และ Linking Social Capital ได้หนุนเสริมให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวโดยเฉพาะในมิติสุขภาพด้านปัญญา ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าความมั่นคงด้านสุขภาพในครอบครัวอาจจะต้องอาศัยการขับเคลื่อนด้วยสุขภาพในมิติทางปัญญา เพื่อให้เกิดการผสมผสานทุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสมและสามารถสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับครอบครัวชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ ศาสตราจารย์ ดร.สันทัต เสริมศรี ผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎี आयुวัฒน์ อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และรองศาสตราจารย์ ดร.พีระศักดิ์ ศรีฤๅชา อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้ชี้แนะ ตลอดจนกรุณาเป็นที่ปรึกษาตลอดการวิจัย ขอกราบขอพระคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

- ฉัตรทิพย์ นาถสุภา.2543.วัฒนธรรมไทยกับขบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นางลักษณ์ วิรัชชัย. 2536. ลิสเรล (LISREL) เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาบุคลากร เรื่อง Introduction to MV 7, LISREL and LISCOMP. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (เอกสารอัดสำเนา).
- ประเวศ วะสี. 2541. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ประทีป ธนกิจเจริญ, สมสินธุ์ ฉายวิจิตร และสุรจิต สุนทรธรรม. 2551. คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. (กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล / เทศบาล). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สันทัต เสริมศรี. 2541. ตำราประชากรศาสตร์ทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2 ภาควิชาสังคมศาสตร์คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุชาติ ประสิทธิรัฐสินธุ์. 2548. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัท เฟื่องฟ้า พรินติ้ง จำกัด.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์ และฉลาดชาย รมิตานนท์. 2533. ความขัดแย้งในการใช้แรงงานในชนบทภาคเหนือของไทย, กรุงเทพฯ ฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Beaudoin.C. E. 2009. Social capital and health status: Assessing whether the relationship varies between blacks and whites. Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans, Vol. 24, No. 1, pp. 109–118
- Cohen, J. 1977. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Lawrence Erlbaum Associates.
- Coleman, J. 1988. Social Capital in the Creation of Human Capital', American Journal of Sociology, Vol 94 Supplement S95-120.
- Dunlap, W.P., and E.R. Kemery 1987. Failure to detect moderating effects: Is multicollinearity the problem?. Psychological Bulletin, 102, 418–420.
- Hyypa, M.T., and J. Maki 2001. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. Preventive Medicine, 32, 148–155.
- Field, J. 2008. Social Capital. Second Edition, published in USA and Canada. By Routledge, London and New York.
- Ostrom, E. 2000. "Collective Action and the Evolution of Social Norms", Journal of Economic Perspectives, American Economic Association, vol. 14 (3), pages 137-158.
- Putnam, R.D. 2000. 'Bowling Together', American Prospect, 13, 3, Accessed 1 September, 2008 at <http://www.prospect.org/print/v13/3/Putnam-rhtml>.
- Snowden, L.R. 2001. Social embeddings and psychological well-being among African Americans and Whites. American Journal of Community Psychology, 29(4), 519–536.
- Umberson, D., M.D. Chen, J.S. House, K. Hopkins, and E. Slater 1996. The effect of social relationships on psychological well-being: Are men and women really so different ?. American Sociological Review, 61, 837–857.
- UNDP.2001. Human Development Index. Human Development Report. Retrieved 1 Jul <<http://hdr.undp.org/reports/global/2001/en/pdf/hdi.pdf>>
- Veenstra, G. 2000. Social capital, SES and health: An individual-level analysis. Social Science & Medicine, 50, 619–629.
- Woolcock, M. 2001. The place of social capital in Understanding Social and Economic Outcomes. ISUMA Canadian Journal of Policy Research 2 (1) 11-17.

การเลื่อนสถานภาพทางสังคมของนายหน้าแรงงานอีสาน

ธนพดุษ ขามะรัตน์ และ ดุษฎี อายุวัฒน์

บทคัดย่อ

บทความวิจัยเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเลื่อนสถานภาพทางสังคมของนายหน้าแรงงานอีสาน ในประเด็นของแบบแผนการเลื่อนสถานภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ตลอดจนการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ นายหน้าแรงงานชาวภาคอีสาน ซึ่งผันตัวเองจากแรงงานคืนถิ่นที่กลับจากการทำงานในต่างประเทศ รวม 15 ราย ในพื้นที่ 4 จังหวัดในภาคอีสาน ประกอบด้วย ขอนแก่น อุดรธานี มหาสารคาม และยโสธร ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนการเลื่อนสถานภาพของนายหน้าแรงงานเป็นไปในลักษณะการเลื่อนสูงขึ้น แบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ ประกอบด้วย (1) การเลื่อนแบบค่อยเป็นค่อยไป คือ การเลื่อนสถานภาพของแรงงานคืนถิ่นที่เดิมมีความตั้งใจว่าจะเป็นนายหน้าแรงงาน แต่ยังไม่มีโอกาส เมื่อกลับมาจากการทำงานในต่างประเทศ จะหวนกลับมาประกอบอาชีพเดิมก่อน จากนั้นจึงจะค่อยพัฒนาตัวเองมาเป็นนายหน้าแรงงานในที่สุด (2) การเลื่อนแบบจับพลัด คือ การเลื่อนสถานภาพของแรงงานคืนถิ่นที่เดิมมีความตั้งใจว่าจะเป็นนายหน้าแรงงาน เมื่อกลับมาจากการทำงานในต่างประเทศ จะเปลี่ยนอาชีพตนเองมาเป็นนายหน้าแรงงานในทันที และ (3) การเลื่อนแบบไม่ตั้งใจ คือ การเลื่อนสถานภาพของแรงงานคืนถิ่นที่เดิมไม่มีความตั้งใจว่าจะเป็นนายหน้าแรงงานแต่อย่างใด แต่เมื่อกลับมาจากการทำงานในต่างประเทศ มองเห็นและรับรู้ในผลประโยชน์ จึงเปลี่ยนอาชีพตนเองมาเป็นนายหน้าแรงงานในที่สุด

SOCIAL MOBILITY OF ISAN LABOUR BROKERS

Thanapauge Chamaratana and Dusadee Ayuwat

ABSTRACT

The purpose of this qualitative research was to study the social mobility of labour brokers in frames of mobility format. Data was collected through semi-structure and in-depth interviews as well as participatory and non-participatory observations. The key informants were 15 labour brokers in the Northeast of Thailand (ISAN), who mobilized from return migrant labours from oversea working. Study area consisted of four provinces of ISAN include; Khon Kaen, Udonthani, Mahasarakam, and Yasothon. The results of the study indicate that the mobility format of labour brokers is upward mobility. There are three types of mobility include; Gradually mobility, Suddenly mobility, and Accidentally mobility. The first type of mobility is the mobilization of return migrants who were intend to be labour broker but they have no chance in suddenly, so they were back to old occupation before developed to be labour broker. The second type of mobility, Suddenly mobility, this is the mobilization of return migrants who were intend to be labour broker and mobilized to be this position in suddenly after came back home. The final type, Accidentally mobility, this is the mobilization of return migrants who were not intend to be labour broker but they found that the benefit of labour broker process after return, then they mobilized to be labour broker in finally.

การเลื่อนสถานภาพทางสังคมของนายหน้าแรงงานอีสาน

ธนพฤษ์ ขามะรัตน์¹ และ ดุษฎี อายุวัฒน์²

บทนำ

การย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศของแรงงานไทย แม้จะเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยมานานกว่าสาม ทศวรรษแล้ว แต่ก็ยังคงเกิดขึ้นอยู่อย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ดังจะเห็นได้จากจำนวนแรงงานที่ย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศรวมไปถึงจำนวนคนหางานที่ขึ้นทะเบียนขออนุญาตไปทำงานต่างประเทศ ตามระบบของกระทรวงแรงงาน ที่มีสูงเป็นหลักหลายแสนคนในแต่ละปี โดยในช่วงปี พ.ศ.2548 - 2550 มีแรงงานไทยย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศ 161,917 คน จากจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนขออนุญาตทั้งหมด 462,430 คน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนของวิธีการเดินทางย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศของแรงงานไทยในช่วงเวลาดังกล่าว พบว่า แรงงานไทยส่วนใหญ่ใช้วิธีการเดินทางผ่านบริการของบริษัทจัดหางานเอกชน สูงถึงร้อยละ 43.96 ขณะที่ใช้วิธีการเดินทางโดยระบบราชการ ผ่านกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน เพียงร้อยละ 7.00 เท่านั้น (สำนักงานบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ, 2552) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการส่งแรงงานไปทำงานต่างประเทศนั้น แรงงานต้องพึ่งพาการทำงานของหน่วยธุรกิจเอกชนเป็นผู้ดำเนินการในการจัดหางานให้คนหางานทำในต่างประเทศ หรือที่เรียกว่า “บริษัทจัดหางาน” (Labour Agencies) โดยมีในกระบวนการจัดส่งแรงงานเพื่อย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ นายหน้าแรงงานนับเป็นบุคคลที่ เชื่อมโยงระหว่างแรงงานไทยกับแหล่งงานในต่างประเทศ เท่าที่ผ่านมานายหน้าแรงงานอาจเป็นทั้งผู้ดำเนินการจัดหาแรงงานและเจ้าของกิจการบริษัทจัดหางาน หรือจะเป็นเพียงผู้จัดหาแรงงานในนามของบริษัทจัดหางาน ในฐานะพนักงานของบริษัทจัดหางาน ที่ได้รับอนุญาตจัดหาแรงงานและมีชื่อในทะเบียนของกระทรวงแรงงาน แต่ในอีกส่วนหนึ่งอาจเป็นเพียงพนักงานชั่วคราวที่รับค่านายหน้าเป็นรายๆ ไป หรือที่เรียกว่า “สาย” ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้ไม่มีใบอนุญาตให้จัดหาแรงงานได้แต่อย่างใด เป็นเพียงผู้ช่วยประสานงานในพื้นที่และอำนวยความสะดวกแก่บริษัทจัดหางานเท่านั้น

¹ นักศึกษาระดับปริญญาเอก สาขาวิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ในปัจจุบันมีบริษัทจัดหางานที่ได้รับอนุญาตให้จัดหาแรงงาน รวมทั้งสิ้น 159 แห่ง และมีลูกจ้างของบริษัทเหล่านี้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้รับอนุญาตจัดหาแรงงาน หรือ “นายหน้าแรงงาน” รวมทั้งสิ้น 1,147 คน (ฝ่ายทะเบียน สำนักงานจัดหางานให้คนหางานทำในต่างประเทศ 2552) โดยส่วนใหญ่แล้วนายหน้าแรงงานเหล่านี้ ล้วนแต่เป็นแรงงานคืนถิ่น (Return Migrant Labours) ที่มีประสบการณ์เคยเป็นแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม ภาพลักษณ์ของนายหน้าแรงงานต่อสายตาสาธารณชนโดยทั่วไป มักถูกมองในภาพลบอยู่เสมอ ทั้งที่เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อระบบการจัดส่งแรงงาน และดังที่กล่าวในข้างต้นแล้วว่านายหน้าแรงงานส่วนใหญ่เคยผ่านประสบการณ์การย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศ ทำให้รู้จักกับนายจ้างและแหล่งงานในต่างประเทศ ทราบความต้องการกำลังแรงงานของนายจ้างโดยตรง ตลอดจนทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการทำงานในต่างประเทศ ดังนั้น หากนายหน้าเป็นผู้ที่มีคุณธรรม ย่อมทำให้การจัดหาแรงงานเป็นไปอย่างถูกต้อง และไม่มีปัญหาการหลอกลวงเกิดขึ้น ทำให้เป็นความหวังของแรงงานในฐานะ “นายหน้าที่ดี” ที่จะสามารถพึ่งพาได้อย่างแท้จริง จากที่กล่าวมาในข้างต้น ผู้วิจัยเชื่อว่าหากเราสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับนายหน้าแรงงานเหล่านี้ ย่อมช่วยขยายมุมมองของสังคม ที่มีต่อกลุ่มบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการจัดส่งแรงงานไปทำงานในต่างประเทศ ในฐานะคนในที่มาจากระบบอย่างแท้จริง และอาจมีส่วนช่วยในการพัฒนาระบบการจัดหาแรงงานไปทำงานในต่างประเทศที่มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลที่เป็นคุณูปการถึงบรรดา “นักรบแรงงาน” ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเลื่อนสถานภาพทางสังคมของนายหน้าแรงงานอีสานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้รับอนุญาตจัดหาแรงงาน ในประเด็นของแบบแผนการเลื่อนสถานภาพทางสังคม (Patterns of Social Mobility)

แนวคิดการเลื่อนสถานภาพทางสังคม

แนวคิดการเลื่อนสถานภาพทางสังคม (Social Mobility) เป็นแนวคิดทางสังคมวิทยา ที่เริ่มปรากฏชัดในผลงานของ Sorokin เรื่อง Social Mobility (1927) ก่อนจะพัฒนาอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาต่อมาโดย Glass (1949) Lipset & Benedix (1959) Blau & Duncan (1967) (อ้างถึงใน Borgatta & Borgatta 1992 : 1872) และยังคงถูกใช้ในการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมจนถึงปัจจุบัน โดยสรุป การเลื่อนสถานภาพทางสังคม

คือ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพหรือบทบาททางสังคมของบุคคลหรือกลุ่ม ซึ่งอาจเปลี่ยนในระดับเดียวหรือต่างระดับกัน ทั้งเลื่อนสถานภาพสูงขึ้นหรือต่ำลง (Turner 2003; Marger 2005; Borgatta & Borgatta 1992) ทั้งนี้ สามารถแบ่งประเภทการเลื่อนสถานภาพทางสังคมเป็น 2 ประเภท คือ การเลื่อนสถานภาพทางสังคมภายในรุ่นวัย (Intragenerational mobility) เช่น การเปลี่ยนอาชีพจากอาชีพหนึ่งไปทำอีกอาชีพหนึ่ง และการเลื่อนสถานภาพทางสังคมระหว่างรุ่นวัย (Intergenerational mobility) เช่น การที่ลูกเปลี่ยนไปทำอาชีพอื่นที่ต่างไปจากของพ่อแม่ (Palmisano, 2001)

โดยทั่วไปการพิจารณาการเลื่อนสถานภาพทางสังคม มักพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางอาชีพ หรือการเลื่อนอาชีพ (Occupational mobility) เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงของระดับชั้นทางสังคมได้ และเป็นหนึ่งในสี่เครื่องมือสำคัญที่มีผลต่อการเลื่อนสถานภาพทางสังคมในสูงขึ้น นอกเหนือไปจาก การศึกษา (Education) การสมรส (Married) และการแข่งขัน (Race) ตามแนวคิดของ Schaefer (2003) ในขณะที่ Bogue (1969) ได้ให้ความหมายการเลื่อนอาชีพว่า เป็นการที่คนงานในฐานะปัจเจกบุคคลเปลี่ยนงานจากอาชีพหนึ่งไปเป็นอีกอาชีพหนึ่ง ซึ่งในประเด็นนี้นักสังคมศาสตร์มักให้ความสนใจศึกษา เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Measure of social change) เพื่อวัดการเลื่อนชั้นทางสถานภาพภายในรุ่นวัยและต่างรุ่นวัย (Measure of intra and intergenerational mobility) รวมถึงใช้ศึกษามิติส่วนบุคคล (A dimension of personality study) สอดคล้องกับการศึกษาของ Batnitzky, McDowell & Dyer (2008) ที่พบว่าแรงงานย้ายถิ่นชาวอินเดียนที่ทำงานในธุรกิจโรงแรมในมหานครลอนดอนได้รับผลประโยชน์จากการย้ายถิ่นมาทำงานในต่างประเทศ ทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งสามารถเลื่อนสถานภาพทางสังคมของตนเองให้สูงขึ้นได้ในลักษณะของการเลื่อนอาชีพ โดยมีปัจจัยผลักดันที่สำคัญ ได้แก่ เพศ การศึกษา และประสบการณ์ในการทำงาน รวมถึงผลการศึกษาของ Parrado (2005) ที่ชี้ว่าการเปลี่ยนอาชีพในรุ่นวัยของแรงงานชาวเม็กซิโกมีส่วนสำคัญในการเลื่อนชั้นทางสังคม นอกเหนือไปจากการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การแต่งงาน และการย้ายถิ่น

ในประเด็นของการเลื่อนสถานภาพแบบเลื่อนอาชีพดังกล่าว Elman & O'Rand (1998) ยังแบ่งประเภทของการเลื่อนสถานภาพแบบเลื่อนอาชีพตามหน่วยวิเคราะห์ เป็น 2 ประเภท คือ การเลื่อนอาชีพภายในรุ่นวัยของปัจเจกบุคคล (Intrageneration occupational mobility) ซึ่งใช้หน่วยวิเคราะห์เป็นระดับปัจเจกบุคคล กับการเลื่อนอาชีพต่างรุ่นวัยของปัจเจกบุคคลกับพ่อแม่ (Intergeneration occupational mobility) ซึ่งใช้

หน่วยวิเคราะห์เป็นระดับครัวเรือน อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้ เน้นการศึกษาการเลื่อนสถานภาพภายในรุ่นวัยของปัจเจกบุคคลเท่านั้น

ดังนั้น เมื่อนำมาพิจารณาในประเด็นการเลื่อนสถานภาพทางสังคมของนายหน้าแรงงานที่ผันตัวเองมาจากแรงงานคินถิ่น อันเป็นกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยในครั้งนี้ พบว่ามีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว โดยมีลักษณะเป็นการเลื่อนสถานภาพทางสังคมแบบเลื่อนอาชีพภายในรุ่นวัย (Intrageneration occupational mobility) ซึ่งอาจมีปัจจัยที่สำคัญตามภูมิหลังของปัจเจกบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์ทางอาชีพ และการย้ายถิ่น (Schaefer 2003; Parrado 2005; Batnitzky, McDowell & Dyer 2008)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในประเด็นการเลื่อนชั้นทางสังคม Bourdieu (1993) เชื่อว่า ในสังคมทุนนิยมคนเราสามารถเลื่อนชั้นทางสังคมได้อย่างรวดเร็วขึ้น พร้อมทั้งการผลิตซ้ำทางชนชั้นผ่านรูปแบบการบริโภคเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic consumptions) ดังนั้นจึงเห็นภาพของคนที่อยู่ชนชั้นล่างอาศัยกลไกการบริโภคที่สะดวกมากขึ้นในสังคมสมัยใหม่ และมีการปรับตัวเองให้มีพฤติกรรมบริโภคอย่างเท่าเทียมมากขึ้น อย่างไรก็ตามในประเด็นดังกล่าว Bourdieu ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการบริโภคสินค้าอุปโภคบริโภคมากเท่าสินค้าวัฒนธรรม ดังนั้น ความโดดเด่นและความเท่าเทียมกันต่างถูกผลิตซ้ำภายในความสัมพันธ์ทั้งระหว่างกลุ่มเดียวกัน และระหว่างชนชั้นทางสังคม (Turner 2003)

กล่าวโดยสรุป สิ่งสำคัญที่ Bourdieu เชื่อว่าจะจะเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการวัดชนชั้น ได้แก่ รูปแบบของการบริโภคผ่านต้นทุนที่ตนเองมีอยู่ และการสร้างความแตกต่างของรูปแบบในการบริโภค ดังนั้น เมื่อนำมาพิจารณากับการวิจัยในครั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่าในการพิจารณาการเลื่อนสถานภาพทางสังคมของนายหน้าแรงงาน ที่ผันตัวเองมาจากแรงงานคินถิ่น สามารถใช้รูปแบบของการบริโภค และการมีทุน (Capital) ทั้งที่เป็นทุนทางเศรษฐกิจ ทุนทางวัฒนธรรม ทุนทางสังคม รวมถึงทุนเชิงสัญลักษณ์ นำมาเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดการเลื่อนสถานภาพทางสังคมของนายหน้าแรงงานจากชนชั้นแรงงาน ขึ้นมาเป็นชนชั้นกลางในระดับพนักงานบริษัท

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีหน่วยการวิเคราะห์ (Unit of analysis) เป็นปัจเจกบุคคล คือ นายหน้าแรงงานชาวภาคอีสาน ซึ่งผันตัวเองจากแรงงานคินถิ่นที่กลับจากการทำงานในต่างประเทศ และเป็นลูกจ้างบริษัทจัดหางานผู้

ได้รับอนุญาตจัดหาแรงงานทำงานในต่างประเทศ ที่ปรากฏในทะเบียนของฐานข้อมูลกระทรวงแรงงาน จากพื้นที่ 4 จังหวัดภาคอีสาน ประกอบด้วย ขอนแก่น อุดรธานี มหาสารคาม และยโสธร

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guideline) ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ตลอดจนการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) จำนวน 15 ราย ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบบอกต่อ (Snowball sampling) ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้ของข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการไตรภาคีแบบต่างแหล่งข้อมูล (Data source triangulation) ด้วยการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลในหลายแหล่งข้อมูล และการจดบันทึกภาคสนาม นำมาสู่การสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย ตลอดจนการให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง จนแน่ใจว่าข้อมูลมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ (Neuman 2004)

การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล เริ่มด้วยการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ทุกวัน เพื่อที่จะได้ทราบว่า มีประเด็นใดที่ยังตกหล่นและต้องมีการเพิ่มเติมบ้าง เมื่อทำการตรวจสอบข้อมูลแล้ว จึงทำการจำแนกและจัดข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ตามประเด็นที่ศึกษา โดยนำข้อมูลมาจัดระบบ ถอดเทปบันทึกเสียงคำต่อคำ รวมถึงข้อมูลจากบันทึกสนาม (Field note) เพื่อจัดพิมพ์ข้อมูลลงเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลเข้าโปรแกรม Atlas/ti เพื่อให้หมายเลขบรรทัด จัดหมวดหมู่ข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลในแต่ละประเด็นและหาข้อสรุปต่อไป

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. ภูมิหลังของนายหน้าแรงงานที่ผันตัวเองมาจากแรงงานคืนถิ่นที่กลับจากต่างประเทศ

จากการสัมภาษณ์นายหน้าแรงงานชาวภาคอีสาน ซึ่งผันตัวเองจากแรงงานคืนถิ่นที่กลับจากการทำงานในต่างประเทศ และเป็นลูกจ้างบริษัทจัดหางานผู้ได้รับอนุญาตจัดหาแรงงานทำงานในต่างประเทศ ที่ปรากฏในทะเบียนของฐานข้อมูลกระทรวงแรงงาน พบว่า นายหน้าแรงงานที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเป็นนายหน้าแรงงานที่เป็นลูกจ้างในสังกัดของบริษัทจัดหางานที่ได้รับอนุญาตจัดหางานโดยตรง รวม 12 ราย ที่เหลืออีก 3 ราย เป็นสายแรงงาน ซึ่งเป็นเพียงพนักงานชั่วคราวที่ไม่มีใบอนุญาตให้จัดหาแรงงานแต่อย่างใด เป็นเพียงผู้ช่วยประสานงานในพื้นที่และอำนวยความสะดวกแก่บริษัทจัดหางานเท่านั้น โดยได้

รับเงินค่านายหน้าเป็นรายจากบริษัทจัดหางานผ่านนายหน้าแรงงานที่เป็นต้นสาย

นายหน้าแรงงาน แยกเป็นเพศชาย จำนวน 11 คน และเพศหญิง จำนวน 4 คน ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาถึงภูมิหลังด้านประสบการณ์การย้ายถิ่นของนายหน้าเพศหญิง พบว่า ต่างเคยย้ายถิ่นผ่านเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิทเท่านั้น ไม่เคยใช้บริการบริษัทจัดหางานแต่อย่างใด แต่ด้วยอาศัยความเป็นคนกว้างขวาง และมีเครือข่ายเป็นวงกว้าง ทำให้นายหน้าสตรีเหล่านี้ ได้รับการยอมรับ และเชื่อถือจากคนหางาน รวมถึงยังมีสายสัมพันธ์อันดีกับบริษัทจัดหางานด้วย ทั้งนี้ หนึ่งในสี่คนที่เป็นนายหน้าสตรีนี้ได้เปิดกิจการบริษัทจัดหางานเป็นของตนเองอีกด้วย

นายหน้าแรงงานมีประสบการณ์เคยย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศ โดยเฉลี่ยคนละ 2-3 ครั้ง ประเทศที่เคยไปทำงาน ได้แก่ สิงคโปร์ ฮองกง ญี่ปุ่น ไต้หวัน สาธารณรัฐเกาหลี ซาอุดีอาระเบีย คูเวต ลิเบีย อิสราเอล และเยอรมนี โดยไต้หวัน คือถิ่นปลายทางที่นายหน้าแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานมากที่สุด รองลงมา คือ อิสราเอล ส่วนใหญ่เดินทางไปทำงานในต่างประเทศผ่านบริษัทจัดหางานและนายหน้าแรงงาน รองลงมาคือ ผ่านเครือข่ายทางสังคม เช่น ญาติพี่น้อง และเดินทางด้วยตนเอง ตามลำดับ ในประเด็นนี้ชี้ให้เห็นว่าการย้ายถิ่นมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เพราะเมื่อเขาเหล่านี้มีประสบการณ์การย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศ จึงทำให้มองเห็นหนทางที่จะเลื่อนสถานภาพทางสังคมของตนเองขึ้นมาเป็นนายหน้าแรงงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Parrado (2005) และ Batnitzky, McDowell & Dyer (2008) ซึ่งได้กล่าวถึงมาแล้วในข้างต้น

นายหน้าแรงงาน มีอายุระหว่าง 43 - 56 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยกลางคน ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย รองลงมา คือ ปริญญาตรี และประกาศนียบัตรวิชาชีพ อย่างไรก็ตามระดับการศึกษาดังกล่าวเป็นวุฒิการศึกษาที่มาเรียนเพิ่มเติมภายหลังกลับจากการทำงานในต่างประเทศทั้งสิ้น แสดงให้เห็นถึงการสะสมทุนของแรงงานในอีกรูปแบบหนึ่ง โดยครึ่งหนึ่งของนายหน้าที่มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ขณะนี้กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี ภาคพิเศษ ของสถาบันอุดมศึกษาในพื้นที่ รวมถึงมีนายหน้าแรงงานรายหนึ่ง ที่สำเร็จการศึกษาในระดับมหาบัณฑิตเลยทีเดียว นั่นสะท้อนให้เห็นว่าการศึกษานับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการเลื่อนสถานภาพทางสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Schaefer (2003) Parrado (2005) และ Batnitzky, McDowell & Dyer (2008) ซึ่งกล่าวถึงในข้างต้น

เมื่อพิจารณาถึงสถานภาพสมรส พบว่านายหน้าแรงงานเกือบทั้งหมดสมรสมีครอบครัวแล้ว ยกเว้นสองรายที่เป็นหม้าย และหย่าร้าง ในส่วนของประสบการณ์ด้านอาชีพ พบว่า นายหน้าแรงงานส่วนใหญ่มีอาชีพก่อนย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ดังนั้น เมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนอาชีพมาเป็นนายหน้าแรงงาน พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Parrado (2005) ที่ชี้ว่าการเปลี่ยนอาชีพมีส่วนสำคัญในการเลื่อนสถานภาพทางสังคม

2. รูปแบบการบริโภคของนายหน้าแรงงานที่ผันตัวเองมาจากแรงงานคืนถิ่นที่กลับจากต่างประเทศ

จากการศึกษา ทำให้ทราบว่าผลจากการย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศ ส่งผลให้นายหน้าแรงงานแทบทุกคน มีการยกระดับฐานะของครอบครัวสูงขึ้น โดยเฉพาะในด้านเศรษฐกิจ ที่สะท้อนออกมาในรูปแบบของสินทรัพย์ของครัวเรือนที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการปรับปรุงพฤติกรรมกรบริโภคของตนเองและครอบครัว โดยผู้วิจัยสังเกตเห็นถึงข้าวของเครื่องใช้รวมถึงการแต่งกายมีลักษณะที่แตกต่างจากคนในชุมชนทั่วไป เช่น การแต่งกายด้วยเสื้อผ้ามีเย็บห่อ การอ่านนิตยสารทางธุรกิจ การประดับตกแต่งบ้านเรือน และที่ทำการด้วยเครื่องเรือนทันสมัย คู่มือราคา ตลอดจนการส่งบุตรหลานให้เข้าไปเรียนหนังสือในเมืองเหล่านี้ล้วนแล้วแต่สะท้อนภาพของการบริโภคเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic consumptions) ตามแนวคิดของ Bourdieu (1993) ได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยพบว่า นายหน้าแรงงานเกือบทั้งหมดมีการพัฒนาแบบแผนการบริโภคเชิงสัญลักษณ์ หรือรสนิยมของตนให้ดูโดดเด่นขึ้นกว่าเดิม ซึ่งความโดดเด่นที่ถูกผลิตซ้ำเหล่านี้ ต่างเกิดขึ้นภายในความสัมพันธ์ทั้งระหว่างกลุ่มเดียวกัน (Turner 2003) นั่นคือ ระหว่างนายหน้าแรงงานในระดับเดียวกัน และระหว่างชนชั้นทางสังคม โดยเฉพาะระหว่างตนเองกับแรงงานหรือคนหางานที่เป็นคนทั่วไปในชุมชน

กล่าวโดยสรุป รูปแบบในการบริโภคที่นายหน้าแรงงานเหล่านี้ ได้พัฒนาเพื่อสร้างความแตกต่างทางชนชั้นดังกล่าว อาจใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดชนชั้น เพื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับของชนชั้นทางสังคมเดิม ซึ่งปราศจากภาพของการบริโภคเชิงสัญลักษณ์ดังกล่าวอย่างสิ้นเชิง และมีลักษณะเป็นการเลื่อนสูงขึ้น (Upward mobility) นั่นเอง

3. แบบแผนการเลื่อนสถานภาพทางสังคม

หลังจากเดินทางคืนถิ่นกลับจากการทำงานในต่างประเทศ นอกจากจะกลับมาพร้อมเงินทองที่ได้จากการทำงานพอสมควร นายหน้าแรงงานเหล่านี้ยังมีข้อมูลเกี่ยวกับช่องทางในการติดต่อประสานงาน และเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างแหล่งงานในต่างประเทศ

และแหล่งแรงงานในชุมชนของตนเองอีกด้วย ส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายทางสังคมที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงานในต่างประเทศโดยเฉพาะกับนายจ้าง หัวหน้างาน ตลอดจนเพื่อนแรงงานไทยในต่างประเทศ ที่ยังไม่ได้คืนถิ่น บางส่วนได้รับโอกาสจากบริษัทจัดหางานที่ตนเองเคยใช้บริการ ให้ทำหน้าที่เป็นสายหรือนายหน้าซึ่งเป็นตัวแทนของบริษัท ในการจัดหาแรงงานไปทำงานต่างประเทศดังกล่าว ประกอบกับความไม่ต้องการกลับไปประกอบอาชีพเดิม ซึ่งส่วนใหญ่ คือ งานในภาคการเกษตร จึงทำให้นายหน้าแรงงานเหล่านี้เกิดการเลื่อนสถานภาพทางสังคมในลักษณะการเลื่อนสูงขึ้น (Upward mobility) คือ เลื่อนจากแรงงานคืนถิ่น (Return migrant) มาเป็นนายหน้าแรงงาน (Labour brokers) และถือว่าเป็นการเลื่อนสถานภาพภายในรุ่นวัย (Intragenerational mobility) คือ เปลี่ยนจากอาชีพหนึ่งไปเป็นอีกอาชีพหนึ่ง ทั้งนี้ สามารถจำแนกแบบแผนการเลื่อนสถานภาพทางสังคมของนายหน้าแรงงาน ได้เป็น 3 รูปแบบ คือ การเลื่อนแบบค่อยเป็นค่อยไป การเลื่อนแบบฉับพลัน และการเลื่อนแบบไม่ตั้งใจ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 การเลื่อนสถานภาพทางสังคมแบบค่อยเป็นค่อยไป (Gradually mobility)

เป็นการเลื่อนสถานภาพทางสังคมของแรงงานคืนถิ่นที่มีความตั้งใจว่าจะ เป็นนายหน้าแรงงาน เพราะมองเห็นหนทางในการสร้างรายได้ที่ดีกว่า ชำนาญไม่ต้องลงทุน ลงแรง และพลัดพรากจากครอบครัวมาจวบจนชีวิตในต่างแดนเพื่อ ขยายแรงงาน แต่ทว่ายังไม่มีโอกาส เมื่อกลับมาจากการทำงานในต่างประเทศ จึงกลับมาประกอบอาชีพเดิมก่อน ซึ่งมักเป็นอาชีพทางเกษตรกรรม จากนั้นจึงจะค่อยพัฒนาตัวเองด้วยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม การสร้างเครือข่ายทางสังคมในชุมชน ตลอดจนการพยายามติดต่อกับนายหน้าที่เคยดูแลตนเอง เพื่อแสดงตัวว่าสามารถติดต่อประสานงานหาแรงงานในพื้นที่ได้ จนได้รับโอกาสทำงานในหน้าที่นายหน้าแรงงานในที่สุด

โดยทั่วไปแล้ว ภายหลังจากเดินทางกลับจากการทำงานในต่างประเทศ แรงงานอีสานคืนถิ่นแทบทุกคนมักใช้เวลา “ดักดวงความสุข” จากการใช้จ่ายเงินทอง และอื่นๆ นอนๆ อยู่เฉยๆ ประมาณ 2-3 สัปดาห์ ซึ่งเปรียบเสมือนเวลาของการตั้งหลัก ก่อนจะดำเนินชีวิตต่อไป สำหรับนายหน้าแรงงานเหล่านี้ก็เช่นกัน บางคนกล่าวว่า ช่วงเวลาที่พวกเขามีความสุขที่สุด คือ การที่ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านมาร่วมแสดงความยินดี ในการกลับมาของพวกเขา ซึ่งแน่นอนว่าต้องมีการสังสรรค์และเลี้ยงดูด้วยสุราและกับแก้ม้อย่างดี รวมถึงการได้พาลูกหลานเข้าไปเที่ยวในเมือง เพื่อหาซื้อเสื้อผ้า ของใช้ ตลอดจนเครื่องใช้ไฟฟ้าใหม่ๆ

หลังจากได้พักผ่อนอย่างเต็มที่แล้ว ก็ถึงเวลาที่ต้องกลับสู่วงจรปกติของชีวิต ส่วนใหญ่นายหน้าแรงงานกลุ่มนี้จะกลับไปประกอบอาชีพเดิมของตนเองก่อน ซึ่งแน่นอนว่าส่วนใหญ่ คือ เกษตรกร โดยตั้งใจว่าจะทำนาทำสวน รอเวลาในการเดินทางไปชูดทอง ณ ต่างประเทศอีกครั้ง เนื่องจากผลแห่งความสำเร็จในการเดินทางครั้งก่อนนี้ ดังนั้น จะเห็นได้ว่ากลุ่มนายหน้าแรงงานส่วนใหญ่ จึงมีประสบการณ์ในการย้ายถิ่นซ้ำ (Re-migration) ดังคำให้สัมภาษณ์ของนายหน้าแรงงานคนที่ 5 (สัมภาษณ์เมื่อ 28 มีนาคม 2552) ว่า “ที่ต้องไปทำรอบสองรอบสาม เพราะเงินมันดี อยู่บ้านเราจะได้ไหม เดือนละสอง สามหมื่น ... ออกรมรด มีบ้าน หออยู่เมืองไทยไม่ได้หรอก”

นอกจากนี้ยังมีนายหน้าแรงงานบางส่วนที่มีการใช้เงินที่สะสมมาได้จากการทำงานในต่างประเทศลงทุนเปิดกิจการในชุมชนของตน เช่น ร้านอาหาร ดังคำให้สัมภาษณ์ของนายหน้าแรงงานคนที่ 15 (สัมภาษณ์เมื่อ 21 เมษายน 2552) ว่า “กลับมาตอนแรก ก็เลยกลับไปทำนา พี่เลยลงทุนเปิดร้านเนื้ออย่าง ... ก็ขายดีนะ พวกเด็กเล็กเด็กน้อยก็มาแวะกินกัน แล้วก็ถามเรื่องไปนอก...ส่วนใหญ่คนเขาก็อยากไปแหละคะ เขาเห็นเรามีเงินมีทอง ก็เลยอยากไปบ้าง”

อย่างไรก็ตาม จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญของการเลื่อนสถานภาพทางสังคม นั่นคือ การได้รับโอกาสให้ทำหน้าที่ “สาย” ในการติดต่อประสานงานกับแหล่งแรงงานในท้องถิ่น ซึ่งมักเกิดจากความสัมพันธ์ส่วนตัวที่มีระหว่างตัวนายหน้าแรงงานกับนายจ้างชาวต่างประเทศ หรือกับนายหน้าที่เป็นตัวแทนบริษัทจัดหางานที่เคยดูแลตนเอง และเปิดโอกาสให้ช่วยติดต่อหาแรงงานในที่สุด โดยส่วนใหญ่มักมาในรูปของการติดต่อโดยตรงกับนายหน้าแรงงานที่เคยดูแลตน หรือแม้กระทั่งจากนายจ้างในต่างประเทศเอง โดยมีรูปแบบการติดต่อทั้งการเสนอตัวและการถูกเชิญตัวให้เข้ามาทำหน้าที่สายแรงงาน สะท้อนจากคำให้สัมภาษณ์ของนายหน้าแรงงานคนที่ 10 (สัมภาษณ์เมื่อ 3 เมษายน 2552) ที่ว่า “มีโอกาสหาคนให้บริษัท เพราะว่าเขาเห็นเราคล่อง รู้จักคนเยอะ เลยขอร้องให้ช่วยหา... ตอนแรกเขาก็จ่ายค่าหัวให้หัวละสองสามพัน ต่อมาก็เลยให้เป็นนายหน้า...เรียกไปอบรมที่กรุงเทพฯ แล้วก็ส่งคนให้เขาเรื่อยๆ มีเงินเดือน และค่าคอมฯ”

กล่าวโดยสรุป การเลื่อนสถานภาพทางสังคมแบบค่อยเป็นค่อยไป (Gradually mobility) คือ การเลื่อนสถานภาพของแรงงานคืนถิ่นที่เดิมมีความตั้งใจว่าจะเป็นนายหน้าแรงงาน แต่ยังไม่มีโอกาส เมื่อกลับมาจากการทำงานในต่างประเทศ จะกลับมาประกอบอาชีพเดิมก่อน จากนั้นจึงจะค่อยพัฒนาตัวเองมาเป็นนายหน้าแรงงานในที่สุด โดยนายหน้ากลุ่มนี้จะมีลักษณะสำคัญ คือ มีการพัฒนาตนเอง โดยเฉพาะการศึกษาต่อ

และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับนายจ้างชาวต่างประเทศ หรือกับนายหน้าที่เป็นตัวแทนบริษัท จัดหางานซึ่งเคยดูแลตนเองมาก่อน

3.2 การเลื่อนสถานภาพทางสังคมแบบฉับพลัน (Suddenly mobility)

เป็นการเลื่อนสถานภาพทางสังคมของแรงงานคืนถิ่นที่มีความตั้งใจว่าจะเป็นนายหน้าแรงงาน เมื่อกลับมาจากการทำงานในต่างประเทศ จะเปลี่ยนอาชีพตนเองมาเป็นนายหน้าแรงงานในพื้นที่ ส่วนใหญ่นายหน้าแรงงานที่เลื่อนสถานภาพทางสังคมแบบนี้ มักมีความตั้งใจตั้งแต่เมื่อครั้งทำงานอยู่ในต่างประเทศว่าจะหันมาทำหน้าที่นายหน้าแรงงาน เพราะมีความสนิทสนมกับนายหน้าแรงงานที่ดูแลตนเองอยู่ รวมทั้งมักได้รับการไหว้วานจากนายจ้างให้หาคนงานในพื้นที่ของตน และมีประสบการณ์ในการติดต่อประสานงานให้ญาติพี่น้องของตนย้ายถิ่นตามไปทำงานในต่างประเทศด้วย ดังตัวอย่างของนายหน้าแรงงานคนที่ 8 (สัมภาษณ์เมื่อ 30 มีนาคม 2552) ที่ว่า “ผมเคยไปเกาหลี เพราะพี่ที่รู้จักกันชักชวนไป...พอไปอยู่ได้ปีกว่า นายจ้างก็มาถามว่ามีพี่น้องอยากจะมาทำงานด้วยไหม ผมเลยโทรให้ที่บ้านบอกพี่น้องว่าใครอยากมาบ้าง ก็ให้บอกชื่อมา แล้วผมก็เอาชื่อมาให้นายจ้าง...เขาจะประสานกับพวกบริษัทนายหน้าที่เมืองไทยให้เดินเรื่อง”

ในกรณีของนายหน้าแรงงานคนที่ 8 ที่มีการประสานให้พี่น้องเข้าไปทำงานในประเทศสาธารณรัฐเกาหลีดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของนายหน้าแรงงานที่สามารถเจาะลึกเข้าไปในระดับของแหล่งงานในต่างประเทศอย่างแท้จริง แม้ในปัจจุบันรัฐบาลไทยจะได้ทำข้อตกลงในการจัดส่งแรงงานไปทำงานในต่างประเทศในลักษณะรัฐต่อรัฐกับประเทศสาธารณรัฐเกาหลีสำเร็จ แต่การดำเนินการระหว่างรัฐดังกล่าว ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของจำนวนตำแหน่งงานที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ต้องมีการสอบแข่งขันเพื่อให้ได้งานทำให้มีผู้พลาดหวังเป็นจำนวนมาก อีกทั้งยังมีขั้นตอนในการรวบรวมงานมากมายหลายขั้นตอน รวมถึงระยะเวลาในการรอคอยการส่งตัวไปต่างประเทศที่ยาวนาน 3 - 6 เดือน ทำให้แรงงานบางส่วนที่พลาดหวังจากการสอบแข่งขันได้รวมไปถึงแม้กระทั่งแรงงานที่สามารถสอบแข่งขันได้แต่รอคอยเวลาเดินทางไม่ไหว จำเป็นต้องหันมาพึ่งบริการจากบริษัทจัดหางาน เพราะมีความสะดวกสบาย และรวดเร็วทันใจ

ย้อนกลับมาพิจารณาถึงการเลื่อนสถานภาพทางสังคมของแรงงานคืนถิ่น จุดที่สำคัญอีกประการหนึ่งซึ่งส่งผลให้นายหน้าแรงงานที่เป็นแรงงานย้ายถิ่นกลุ่มนี้ ได้รับโอกาสให้เลื่อนสถานภาพทางสังคมขึ้นมาเป็นนายหน้านั้น คือ การที่มีบทบาทและเป็นตัวแทนหรือผู้นำของแรงงานไทยที่ทำงานในต่างประเทศ ตามสถานประกอบการต่างๆ ดังตัวอย่างของนายหน้าแรงงานคนที่ 2 (สัมภาษณ์เมื่อ 11 เมษายน 2552) ที่ให้สัมภาษณ์

ว่า “...ผมเป็นตัวแทนของพรรคพวกในแคมป์ เวลาตกลงเรื่องโอที และการทำงานต่างๆ ล่ามและหัวหน้าจะให้ผมช่วยสั่งงานช่วย... หัวหน้าเขาชอบคนไทย เพราะขยัน ไม่พูดมาก ไม่มีปิ่น เขาเลยอยากได้คนไทยมากๆ เขาเลยให้ผมช่วยติดต่อให้”

จะเห็นได้ว่า ในแบบแผนการเลื่อนสถานภาพในลักษณะนี้ ประเด็นสำคัญ คือ ความตั้งใจอย่างแน่วแน่ และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลทั้งจากตัวนายหน้าแรงงานที่ดูแลตนเอง และจากนายจ้างชาวต่างประเทศ ประกอบกับภาวะความเป็นผู้นำ ที่สามารถเจรจาต่อรอง และมีเครือข่ายในพื้นที่ ทำให้เขากล้าที่จะตัดสินใจที่จะเปลี่ยนบทบาทของตนเอง จากคนขายแรงงาน มาเป็นนายหน้าแรงงานเสียเอง โดยมีความมุ่งมั่นอย่างแรงกล้า ดังตัวอย่างของนายหน้าแรงงานคนที่ 2 (สัมภาษณ์เมื่อ 11 เมษายน 2552) ที่ให้สัมภาษณ์ว่า “...ผมตั้งใจไว้ตั้งแต่ไปนอกครั้งที่สามว่าจะเป็นนายหน้าให้ได้ ผมว่าเงินมันก็ดี ถ้าเอาลูกเอาหลานเขาไปแล้วได้เงินกลับมา พ่อแม่เขาก็พลอยมายกย่องสรรเสริญเราไปด้วย...คนงานที่ไปสายผม ไม่เคยถูกหลอกครับ ผมรับรองได้ ไม่เชื่อไปดูหลักฐานที่กรมแรงงานได้เลย...”

นอกจากนี้ นายหน้าแรงงานกลุ่มนี้ยังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของตนเองอย่างชัดเจนและเปิดเผย เช่น การปรับเปลี่ยนการแต่งกายให้ดูภูมิฐาน การติดตามข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะสื่อสิ่งพิมพ์ในรูปแบบของหนังสือพิมพ์และวารสาร รวมไปถึงการสนทนากับเพื่อนบ้านและคนในชุมชน ด้วยการใช้อำนาจที่ภาษาอังกฤษสวดแทรกในการพูดคุยอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bourdieu ที่ได้ใช้เกณฑ์สองประการในการพิจารณาความแตกต่างของชนชั้น คือ ทุนเศรษฐกิจ และทุนวัฒนธรรมกับทุนสัญลักษณ์ ที่สะท้อนออกมาในรูปแบบการบริโภคที่แตกต่างกับบุคคลอื่น กล่าวได้ว่าการรักษาความแตกต่างในรูปแบบการบริโภคก็คือการรักษาความแตกต่างทางชนชั้นนั่นเอง (Bourdieu 1993)

กล่าวโดยสรุป การเลื่อนสถานภาพทางสังคมแบบฉับพลัน (Sudden mobility) คือ การเลื่อนสถานภาพของแรงงานคืนถิ่นที่มีความตั้งใจว่าจะเป็นนายหน้าแรงงาน เมื่อกลับมาจากการทำงานในต่างประเทศ จะเปลี่ยนอาชีพตนเองมาเป็นนายหน้าแรงงานในทันที โดยนายหน้ากลุ่มนี้จะมีลักษณะสำคัญที่สังเกตได้อย่างชัดเจน คือ เป็นคนกล้าเสี่ยง ใจถึง มีภาวะความเป็นผู้นำสูง โดยเฉพาะผู้ที่เคยมีบทบาทและเป็นตัวแทนหรือผู้นำของแรงงานไทยขณะที่ทำงานในต่างประเทศ มีเครือข่ายกับแรงงานในพื้นที่ ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของตนเองอย่างชัดเจนและเปิดเผย เช่น การปรับเปลี่ยนการแต่งกายการติดตามข้อมูลข่าวสาร การพูดไทยคำอังกฤษคำ

3.3 การเลื่อนสถานภาพทางสังคมแบบไม่ตั้งใจ (Accidentally mobility) เป็นการเลื่อนสถานภาพทางสังคมของแรงงานคืนถิ่นที่เดิมไม่มีความตั้งใจว่าจะเป็นนายหน้าแรงงานแต่อย่างใด เมื่อกลับมาจากการทำงานในต่างประเทศ ก็จะหวนกลับมาประกอบอาชีพเดิม หรือลงทุนทำกิจการเล็กๆ จากเงินทุนที่สะสมมาจากต่างประเทศ แต่จะมีจุดเปลี่ยนสำคัญมักจะมาจากการที่นายหน้าแรงงานที่เคยดูแลตนในการย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศคราวก่อนหน้านี้ ได้ติดต่อทาบทามให้เป็นสายเพื่อติดต่อหาคนงานในพื้นที่ของตน ส่งให้บริษัทจัดหางาน ทำให้มองเห็นช่องทางในการประกอบอาชีพใหม่ที่ดีกว่า จึงเปลี่ยนอาชีพตนเองมาเป็นนายหน้าแรงงานในที่สุด

นายหน้าแรงงาน ที่มีการเลื่อนสถานภาพทางสังคมแบบนี้ ยอมรับว่าไม่เคยคิดว่าจะมาเป็นนายหน้าแรงงานเลยแม้แต่น้อย เนื่องจากเห็นว่าเป็นอาชีพที่ดูไม่ดี และเป็นการเอาเปรียบแรงงาน และการย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศในครั้งที่ผ่านๆ มาของตน ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เรียกว่า “ค่าหัว” ให้กับนายหน้าแรงงานไปเป็นจำนวนไม่น้อย ดังนั้น เมื่อตนเองมาเป็นนายหน้าแรงงานเสียเอง จึงมีความซื่ออกซื่อใจบรรดาคคนงานในสายของตนเอง และมีหลายครั้งที่พยายามหาทางช่วยต่อรอง และลดราคาค่าหัวให้กับแรงงานในสายตนเอง ดังคำให้สัมภาษณ์ของนายหน้าแรงงานคนที่ 1 (สัมภาษณ์เมื่อ 11 เมษายน 2552) ที่ว่า “แต่ก่อนนี้แม่เกลียดมากเลยนะพวกนายหน้านี้ มันเอาเปรียบเขาไปหมด หลอกหลวงคนงาน ไปไหนมีแต่คนด่า... ไม่เคยอยู่ในหัวเลยนะไอ้การไปนอกกับพวกสาย...แม่เคยคิดขนาดว่าเป็นอาชีพที่น่ารังเกียจ... แต่พอเราได้มาสัมผัสตรงนี้ถึงได้รู้ว่า ที่จริงเราก็มีส่วนช่วยให้คนอื่นหลายคน ให้ได้มีโอกาสตั้งเนื้อตั้งตัว”

กล่าวโดยสรุป การเลื่อนสถานภาพทางสังคมแบบไม่ตั้งใจ (Accidentally mobility) คือ การเลื่อนสถานภาพของแรงงานคืนถิ่นที่เดิมไม่มีความตั้งใจว่าจะเป็นนายหน้าแรงงานแต่อย่างใด แต่เมื่อกลับมาจากการทำงานในต่างประเทศ มองเห็นช่องทางในการประกอบอาชีพ จึงเปลี่ยนอาชีพตนเองมาเป็นนายหน้าแรงงานในที่สุด โดยนายหน้ากลุ่มนี้จะมีลักษณะสำคัญ คือ ไม่เคยคิดว่าจะมาเป็นนายหน้าแรงงานเลยแม้แต่น้อย เพราะเห็นว่าเป็นอาชีพที่ไม่ดี นายหน้าแรงงานกลุ่มนี้จึงมีความซื่ออกซื่อใจ และหาทางช่วยเหลือแรงงานในสายตนเองอยู่เสมอ

จากผลการวิจัยข้างต้นที่พบว่า นายหน้าแรงงานซึ่งต่างเคยเป็นแรงงานคืนถิ่นแล้ว มีการเลื่อนสถานภาพทางสังคมในลักษณะการเลื่อนสูงขึ้น (Upward mobility) โดยเลื่อนสถานภาพทางสังคมขึ้นมาเป็นนายหน้าแรงงาน จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Batnitzky, McDowell & Dyer (2008) ที่พบว่าแรงงานชาวอินเดีย

สามารถเลื่อนสถานภาพทางสังคมจากแรงงานชั้นล่าง ซึ่งมักได้แก่กรรมกรผู้ใช้แรงงาน ขึ้นมาเป็นแรงงานในระดับกลาง อันเป็นผลจากการย้ายถิ่นมาทำงานภาคบริการ ในประเทศอังกฤษ รวมถึงผลการศึกษาของ Parrado (2005) ที่พบว่า การเลื่อนสถานภาพทางชนชั้นของแรงงานชาวเม็กซิกัน ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นการเลื่อนสถานภาพภายในรุ่นวัย โดยอาศัยปัจจัยจากโอกาสในการย้ายถิ่นเข้าไปทำงานในสหรัฐอเมริกา ลักษณะการทำงานในสหรัฐอเมริกา ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับประเด็นของการเลื่อนสถานภาพทางสังคมของนายหน้าแรงงานชาวไทย ที่เลื่อนสถานภาพมาจากแรงงานคืนถิ่นที่กลับจากการทำงานในต่างประเทศ จึงมีความสอดคล้องกันดังกล่าว

เมื่อพิจารณาถึงแบบแผนการเลื่อนสถานภาพ (Pattern of mobility) ของนายหน้าแรงงาน ซึ่งมี 3 รูปแบบดังกล่าวข้างต้นแล้ว พบว่ามีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Katz (1981) (อ้างถึงใน Rotberg 2000) ที่ศึกษาการเลื่อนชั้นทางสังคมของคนงานในอเมริกาเหนือ โดยอาศัยข้อมูลทางประวัติศาสตร์ พบว่านอกจากการแบ่งชั้นทางอาชีพจะมีเป็นสิ่งสำคัญในการชี้วัดสถานภาพทางสังคม ยังมีเงื่อนไขในด้านเวลาเข้ามาเกี่ยวข้อง กล่าวคือ การเลือกตัดสินใจเปลี่ยนอาชีพอย่างทันทีทันใด และการอาศัยเงื่อนไขเวลา ก่อนตัดสินใจเปลี่ยนอาชีพในที่สุด อย่างไรก็ตามก็มีความแตกต่างกับแบบแผนการเลื่อนสถานภาพทางสังคมจากการศึกษาของ Snipp & Tienda (1984) ที่ศึกษาการเลื่อนอาชีพของชาวอเมริกันเม็กซิกันโดยสรุปรูปแบบการเลื่อนอาชีพ เป็น 3 รูปแบบ ตามระดับของการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การเลื่อนอาชีพที่มีความแตกต่างจากเดิมเพียงเล็กน้อย (Small differences) การเลื่อนอาชีพที่ไม่มีความแตกต่างใดใด หรือการเลื่อนในแนวราบ (Non-different or horizontal mobility) และการเลื่อนอาชีพที่มีความแตกต่างอย่างพอเพียง (Sufficiently different) รวมไปถึงผลงานของ Li et al. (1998) ที่ศึกษารูปแบบการเลื่อนสถานภาพทางอาชีพของแรงงานสตรีชาวสวีเดนในเชิงประวัติศาสตร์ พบว่ามีรูปแบบตามปัจจัยด้านเวลาและประสบการณ์ โดยแบ่งเป็นการเลื่อนอาชีพโดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาเล่าเรียน และการเลื่อนอาชีพโดยใช้ประสบการณ์ในการทำงาน ซึ่งจะเห็นว่าการศึกษาในสองเรื่องหลังนี้ มีความแตกต่างในการแบ่งรูปแบบกับงานวิจัยนี้ที่แบ่งรูปแบบตามช่วงระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่านหรือเลื่อนสถานภาพทางสังคม

นอกจากนี้ จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมกับนายหน้าแรงงานทุกคน เกี่ยวกับการดำเนินการในกระบวนการจัดหางาน พบว่า บทบาทในระบบการทำงานของนายหน้าแรงงานทุกคนมีความคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เป็นการจัดหาแรงงานจากพื้นที่ต่างๆ ที่มีความประสงค์จะย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศ และมี

คุณสมบัติเหมาะสมกับตำแหน่งงานในต่างประเทศ แล้วดำเนินการในกระบวนการของการจัดส่งแรงงานไปทำงานต่างประเทศ ในด้านการประสานงาน การจัดเตรียมเอกสาร การยื่นขออนุญาตไปทำงานต่างประเทศ การทดสอบฝีมือแรงงาน การตรวจสุขภาพ และการเดินทางจนถึงประเทศปลายทาง อย่างไรก็ตามจากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า การดำเนินการดังกล่าวในกลุ่มนายหน้าแรงงานที่มีการเลื่อนสถานภาพทางสังคมแบบค่อยเป็นค่อยไป และแบบไม่ตั้งใจ จะมีความระมัดระวัง และรอบคอบในการดำเนินการมากกว่า กลุ่มนายหน้าแรงงานที่มีการเลื่อนสถานภาพทางสังคมแบบฉับพลัน ซึ่งมักมีความเร่งรีบ และรวบรัดให้แรงงานที่มาติดต่อใช้บริการของตน ตัดสินใจในการดำเนินการต่างๆ ที่พบเห็นได้อย่างชัดเจน คือ การให้แรงงานลงชื่อในสัญญาจ้างงาน โดยนายหน้าแรงงานในสองกลุ่มแรก จะเปิดโอกาสให้แรงงานอ่านทำความเข้าใจ ตลอดจนอธิบายและตอบคำถามอย่างใจเย็น และดูอ่อนโยน ขณะที่นายหน้าแรงงานอีกกลุ่มหนึ่ง จะเร่งให้แรงงานลงชื่อในเอกสารต่างๆ โดยอ้างว่าเอกสารมีมากที่ต้องลงนาม หากมัวอ่านก็เสียเวลา พร้อมทั้งถามเชิงขู่ขู่ขู่ในทำนองว่า “อยากไปนอกหรือเปล่า มีคนอื่นเข้าคิวรอเยอะนะ” ทำให้แรงงานที่มาใช้บริการต้องรีบลงนามและปฏิบัติตามคำสั่งของนายหน้าแรงงานกลุ่มนี้ ด้วยดีและไม่มีการเสี่ยงใดๆ ได้ ด้วยเกรงว่าจะไม่ได้ไปทำงานในต่างประเทศ

สรุปและข้อเสนอแนะ

การเลื่อนสถานภาพทางสังคมของนายหน้าแรงงานชาวภาคอีสานซึ่งผันตัวเองมาจากแรงงานคืนถิ่นที่กลับจากการทำงานในต่างประเทศ ในพื้นที่ 4 จังหวัดในภาคอีสาน ประกอบด้วย ขอนแก่น อุดรธานี มหาสารคาม และยโสธร มีแบบแผนการเลื่อนสถานภาพของนายหน้าแรงงานเป็นไปในลักษณะการเลื่อนสูงขึ้น แบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ ประกอบด้วย การเลื่อนแบบค่อยเป็นค่อยไป การเลื่อนแบบฉับพลัน และการเลื่อนแบบไม่ตั้งใจ

ผลการศึกษาดังกล่าว นับว่ามีประโยชน์ในการขยายมุมมองของสังคมต่อกลุ่มบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการจัดส่งแรงงานไปทำงานในต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเด็นของรูปแบบของการเลื่อนสถานภาพทางสังคมของนายหน้าแรงงาน และยังสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญในกระบวนการจัดส่งแรงงานไปทำงานในต่างประเทศของนายหน้าแรงงานที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของการเลื่อนสถานภาพทางสังคม ซึ่งทำให้เกิดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อกระทรวงแรงงาน ในการกำกับดูแลการทำหน้าที่ของนายหน้าแรงงานให้เป็นไปตามกรอบของกฎหมาย โดยเฉพาะในกรณีของนายหน้าที่มีแบบแผนการ

เลื่อนชั้นทางสังคมแบบฉับพลัน เพราะเมื่อพิจารณาถึงคุณสมบัติส่วนตัวของนายหน้ากลุ่มนี้แล้ว แม้จะพบว่าเป็นบุคคลที่มีภาวะผู้นำสูง ใจถึง และสามารถดำเนินการในส่วนต่างๆ อย่างรวดเร็ว แต่ในการดำเนินการที่รวดเร็วนั้น บางครั้งอาจก่อให้เกิดผลเสียแก่แรงงานในสายของตนเองได้ นอกจากนี้ควรมีนโยบายในการนำนายหน้าแรงงานที่อยู่ในระบบมาพัฒนาตามแนวทางการจัดหางานที่เป็นมาตรฐาน ตลอดจนต้องมีมาตรการที่จะดึงเอาบรรดานายหน้าหรือสายเถื่อนที่อยู่นอกระบบให้เข้ามาอยู่ในระบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ฝ่ายทะเบียน สำนักงานจัดหางานให้คนหางานทำในต่างประเทศ. 2552. “ฐานข้อมูลแรงงาน”. ระบบฐานข้อมูลอินเทอร์เน็ตกระทรวงแรงงาน. เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2552. (mol.intranet.go.th)
- สำนักงานบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ. 2552. “สถิติแรงงานไทยไปต่างประเทศ”. เว็บไซต์สำนักงานบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ. เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2552. (<http://www.overseas.doe.go.th>)
- สำนักประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ กระทรวงแรงงาน. 2549. สถานการณ์แรงงานและความต้องการแรงงานไทยในต่างประเทศ 2548-2549. กรุงเทพฯ : บางกอกบลู๊ค.
- Batnitzky, A., L. McDowel and S. Dyer 2008. “A middle-class global mobility ? The working lives of Indian men in a West London Hotel”. *Global Network* 8(1): 51-70.
- Borgatta, E. F. and M. Borgatta 1992. *Encyclopedia of sociology*. (Volume 4: S-Z Index). New York: Macmillan.
- Bogue, D. J. 1969. *Principle of demography*. New York: John Wiley and Sons.
- Bourdieu, P. 1993. *Sociology in question*. London: SAGE.
- Elman, C. and A. O'Rand 1998. “Midlife entry into vocational training: A mobility model”. *Social Science Research* 27: 128-158.
- Li, J. H., et al. 1998. “Patterns of mobility for women in female-dominated occupations: An event-history analysis of two birth cohorts of Swiss women”. *European Sociological Review* 14(1): 49-67.

- Marger, M. N. 2005. Social inequality : Patterns and process. New York: McGraw-Hill.
- Neuman, W. L. 2004. Basic of social research: qualitative and quantitative approaches. Boston: Pearson Education.
- Palmisano, J. M. 2001. World of sociology. Detroit : Gale Group.
- Parrado, A. A. 2005. "Economic restructuring and intra-generational class mobility in Mexico". Social forces 84(2): 733-757.
- Rotberg, R. I. 2000. Social mobility and modernization: a Journal of interdisciplinary history reader. Massachusetts : MIT.
- Snipp, C.M. and M. Tienda 1984. "Mexican American occupational mobility". Social Science Quarterly 65(2): 364-380.
- Schaefer, R. T. 2003. Sociology, 8th ed. New York : McGraw-Hill.
- Turner, J. H. 2003. The structure of sociological theory. 7th ed. Belmont California: Wardsworth.
- Yamanaka, K. 2005. "Changing family structures of Nepalese transmigrants in Japan : Split-households and dual-wage earners". Global Network 7(1): 337-358.

การตายของประชากรในพระนครเมื่อ 100 ปีก่อน

ปีทมา ว่าพัฒนวงศ์ และ ปราโมทย์ ประสาทกุล

บทคัดย่อ

โดยทั่วไป การศึกษาภาวะการตายโดยจำแนกตามเพศและอายุ มักใช้ข้อมูลที่รายงานในสถิติสาธารณสุข ซึ่งสามารถสืบค้นย้อนหลังได้ราว 50 ปี เท่านั้น หากต้องการศึกษาการตายย้อนหลังไปยิ่งกว่านั้น จำเป็นต้องหาแหล่งข้อมูลอื่น การศึกษาครั้งนี้ เป็นความพยายามศึกษาแบบแผนและสาเหตุการตายของประชากรไทยที่อาศัยอยู่ในมณฑลพระนครกรุงเทพฯ ซึ่งขึ้นอยู่กับการทรงนครบาล เมื่อประมาณ 100 ปีก่อน ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาเป็นบัญชีคนตายของกระทรวงนครบาล ซึ่งบันทึกคนตายจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และเชื้อชาติในแต่ละเดือนเอาไว้ค่อนข้างน่าสนใจยิ่ง

ผลของการศึกษาพบว่า มีผู้ชายตายมากกว่าผู้หญิงเกือบทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 26 - 45 ปีที่จำนวนการตายของชายสูงกว่าหญิงอย่างมาก นอกจากนั้น สาเหตุการตายสำคัญที่พบคือโรคติดเชื้อต่างๆ บางโรคได้หายไปแล้วจากสังคมไทย บางโรคที่ยังมีอยู่ในปัจจุบันแต่อาจเรียกชื่อเป็นอย่างอื่นในสมัยนั้น สำหรับการตายมารดาหรือการตายของสตรีเนื่องมาจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตรเมื่อร้อยปีก่อนอยู่ในอัตราที่สูงมาก เช่นเดียวกับการตายทารกที่มีอยู่ประมาณ 1 ใน 3 ของการตายทั้งหมด

THE MORTALITY OF PRA NAKHORN A CENTURY AGO

Patama Vapattanawong, Pramote Prasartkul

ABSTRACT

To study of mortality classified by sex and age, data from the Public Health Statistics' annual reports are generally used. These data sources have been available for approximately 50 years. Thus, other sources of mortality data are needed for the study prior to this period. This study aims to explore mortality pattern and causes of death of Thais who lived in Bangkok a century ago. The data used are from the 'Weekly Return of Births and Deaths' report of the Ministry of Interior in the last century.

It is found that one hundred years ago, more male than female deaths in almost all age groups, especially in age 26 - 45 years. The major causes of death were infectious diseases. Some diseases at that time were eradicated. Some still existed but were called in other names. For maternal mortality, the rate was very high. The infant deaths were also very high accounted for about one-third of all deaths.

การตายของประชากรในพระนครศรีเมื่อ 100 ปีก่อน

บทภา ว่าพัฒนวงศ์¹ และ ปราโมทย์ ประสาทกุล¹

บทนำ

ในปัจจุบัน เมื่อต้องการศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตายของประชากรไทยสักเรื่องหนึ่ง คงไม่ใช่เรื่องยากสำหรับนักวิจัยที่จะค้นหาข้อมูลที่ตนเองต้องการ เพราะมีแหล่งข้อมูลการตายที่สำคัญให้สืบค้น นั่นก็คือข้อมูลการตายตามทะเบียนราษฎร นอกจากนี้ยังมีรายงานที่สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุขประมวลมาจากข้อมูลดังกล่าวเผยแพร่ให้ประชาชนผู้สนใจนำไปใช้ประโยชน์ ซึ่งรายงานจากทั้งสองหน่วยงานนี้ก็มีความแตกต่างกันในเรื่องของรายละเอียดที่น่าเสนอ เพราะกระทรวงมหาดไทยจะเสนอเพียงจำนวนตายโดยรวมของประชากรชาย-หญิง แต่กระทรวงสาธารณสุขสามารถให้รายละเอียดของการตายทั้งจำนวนและอัตราจำแนกตามอายุและเพศ รวมไปถึงสาเหตุการตายด้วย จากข้อมูลเหล่านี้ ทำให้เราทราบลักษณะการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการตายของประชากรควบคู่ไปกับการเปลี่ยนผ่านทางระบอบวิทยาของโรคในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม เท่าที่มีหลักฐานปรากฏแสดงให้เห็นว่า รายงานจากกระทรวงสาธารณสุขเพิ่งให้ข้อมูลเมื่อประมาณ 50 ปีมานี้เท่านั้น

แม้ว่าข้อมูลการตายจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขจะมีเพียง 50 กว่าปี แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าเราไม่สามารถศึกษาภาวะการตายย้อนหลังไปกว่าช่วงเวลานั้นได้ หากพิจารณาถึงพระราชบัญญัติหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจดทะเบียนประชากรก็อาจกล่าวได้ว่า เริ่มมีมาตั้งแต่ปลายสมัยรัชกาลที่ 5 ตามหลักฐานที่ค้นพบ พระเจ้าน้องยาเธอกรมพระนครสวรรค์วรพินิตได้ร่างความเห็นในการทำสำมะโนครัวและการจดทะเบียนคนเกิด คนตาย คนย้ายเข้า ย้ายออกไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2431 แต่ด้วยอุปสรรคข้อขัดข้องหลายประการ เป็นต้นว่า การจัดระเบียบการปกครองแผ่นดิน

ยังไม่เรียบร้อย คนยังไม่รู้หนังสือพอที่จะทำบัญชีจำนวนคน หรือจดทะเบียนคนเกิดคนตายได้ จึงได้ชะลอไว้ก่อน จนกระทั่งภายหลังจากประมาณปี พ.ศ. 2446 จึงได้มีการจดทะเบียนคนตายในพระนครกรุงเทพฯ ก่อนโดยออกเป็นกฎเสนาบดีกระทรวงนครบาล หลักฐานเอกสารหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่า กระทรวงนครบาลเป็นหน่วยงานแรกที่รับผิดชอบการจดทะเบียนตายโดยเฉพาะในมณฑลกรุงเทพฯ เมื่อประมาณร้อยปีที่ผ่านมา

¹ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

เมื่อได้ทำการตรวจสอบเอกสารหรือหลักฐานที่ได้มีการเก็บรวบรวมไว้ในหอจดหมายเหตุแห่งชาติ ก็พบบัญชีคนเกิด-ตายในพระนครกรุงเทพฯ ณ บางช่วงเวลา ของกระทรวงนครบาล ด้วยเหตุนี้จึงเกิดคำถามว่าการตายของประชากรในพระนครในเวลานั้นเป็นอย่างไร การกระจายคนตายไปตามอายุและสาเหตุการตายเหมือนหรือแตกต่างไปจากปัจจุบันอย่างไร และการตายมารดาและการตายทารกสูงมากน้อยเพียงใด การศึกษานี้จึงเป็นการหาคำตอบสำหรับคำถามดังกล่าวข้างต้น

ข้อมูลและวิธีการศึกษา

ข้อมูลที่ใช้การศึกษา

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่อยู่ในรูปของตารางรายงานของกระทรวงนครบาล เป็น “บัญชีประจำเดือนจำนวนคนเกิด” “บัญชีประจำเดือนจำนวนคนตาย” ที่ได้ลงทะเบียนในเขตกรุงเทพฯ ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม ร.ศ.128 (พ.ศ.2452) และเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ.2456¹ ข้อมูลเหล่านี้จัดเก็บเป็นไมโครฟิล์มอยู่ในหอจดหมายเหตุแห่งชาติ

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาเป็นวิธีการที่เลือกใช้สำหรับการศึกษานี้ เพื่ออธิบายลักษณะและแบบแผนการตายตามกลุ่มอายุและเพศ รวมถึงอธิบายแบบแผนของสาเหตุการตาย โดยแสดงเป็นจำนวนและร้อยละ แต่เนื่องจากรูปแบบการรายงานการตายขณะนั้นมีความแตกต่างไปบ้างจากปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องมีการปรับให้แสดงผลสอดคล้องกับรายงานการตายในปัจจุบัน เพื่อสามารถนำมาใช้เปรียบเทียบกันได้ นำข้อมูลตายตามกลุ่มอายุและสาเหตุการตายที่มีในรายงานนั้น รวมกัน 5 เดือนเป็น “การตายเมื่อ 100 ปีก่อน” จากข้อมูลตายตามกลุ่มอายุ สามารถประมาณอัตราตายได้เฉพาะอัตราตายทารก อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และอัตราตายมารดา เท่านั้น เนื่องจากมีเพียงรายงานการเกิด แต่ไม่มีรายงานของจำนวนประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ

¹ ภาษาที่ใช้ขณะนั้นมีบางคำที่สะกดแตกต่างจากภาษาที่ใช้ในปัจจุบัน คำที่พิมพ์ตัวเอนไว้คือคำที่สะกดในเวลานั้น

พลการศึกษา

รูปลักษณะของรายงานการเกิด-ตายเมื่อ 100 ปีก่อน

จากเอกสารที่สืบค้นได้นั้น แสดงให้เห็นว่าการรายงานจำนวนเกิด-ตายเมื่อราว 100 ปีที่ผ่านมา มีรายละเอียดของเนื้อหาที่จัดเก็บค่อนข้างมาก รายงานจำนวนเกิด-ตาย อยู่ในบัญชีที่เรียกว่า “บัญชีประจำเดือนจำนวนคนเกิดที่ได้ลงทะเบียนในเขตกรุงเทพฯ จำนวนเดือน..... ศก” หรือ “บัญชีประจำเดือนจำนวนคนตายที่ได้ลงทะเบียนในเขตกรุงเทพฯ จำนวนเดือน... ศก...” แสดงให้เห็นว่ามีการรายงานการเกิด-ตายเป็นรายเดือนมาตั้งแต่เมื่อมีประกาศ “กฎเสนาบดีกระทรวงนครบาลว่าด้วยการจดทะเบียนคนเกิดตาย ลงวันที่ 13 สิงหาคม ร.ศ.128” แล้ว รายงานการเกิดประกอบด้วยข้อมูลเพียงหนึ่งรายการ คือ จำนวนเกิดจำแนกตามเพศและเชื้อชาติ¹ เท่านั้น (ดูรูป 1) แต่สำหรับ รายงานการตายจะให้ข้อมูลที่มากกว่า กล่าวคือ มีรายงานจำนวนตายจำแนกตามเพศและอายุ² รายงานจำนวนตายจำแนกตามเพศและเชื้อชาติ และรายงานจำนวนตาย

บัญชีประจำเดือนจำนวนคนเกิด	
ชาย	หญิง
ไทย	ไทย
จีน	จีน
ชาวยุโรป	ชาวยุโรป
ชาวอเมริกัน	ชาวอเมริกัน
มลายู	มลายู
ชาวอินเดีย	ชาวอินเดีย
พม่า	พม่า
ยี่ปุ่น	ยี่ปุ่น
ญวน	ญวน
แลแอม	แลแอม
และ	และ
ชาติอื่น	ชาติอื่น

รูปที่ 1 ตัวอย่างรายงานประจำเดือนจำนวนการเกิดที่จดทะเบียนในกรุงเทพฯ เมื่อร.ศ.128

¹ เชื้อชาติที่จำแนกคือ 1) ไทย 2) จีน 3) ชาวยุโรป 4) ชาวอเมริกัน 5) มลายูแลยาวา 6) ชาวอินเดียแลลังกา 7) พม่า 8) ยี่ปุ่น 9) ญวนแลแอม และ 10) ชาติอื่น

² แบ่งอายุเป็น 1) ไม่ทราบ 2) ต่ำกว่า 3 เดือน 3) แต่ 3 เดือน ถึง 1 ปี 4) สูงกว่า 1 ปี ถึง 5 ปี 5) สูงกว่า 5 ปี ถึง 10 ปี 6) สูงกว่า 10 ปี ถึง 20 ปี 7) สูงกว่า 20 ปี ถึง 25 ปี 8) สูงกว่า 25 ปี ถึง 35 ปี 9) สูงกว่า 35 ปี ถึง 45 ปี 10) สูงกว่า 45 ปี ถึง 55 ปี 11) สูงกว่า 55 ปี ถึง 75 ปี และ 12) สูงกว่า 75 ปี

จำแนกตามเพศและสาเหตุการตาย นอกจากนั้นรายงานจำนวนตายยังมีทั้งรายงานที่เป็นภาษาอังกฤษอีกด้วย (ดูรูป 2 และ รูป 3)

This image shows a handwritten Thai death register from 1928. It consists of two columns of text, each with a header section. The text is written in Thai script and lists names, dates, and other details of deaths. The paper is aged and shows some wear.

รูปที่ 2 ตัวอย่างรายงานประจำเดือนจำนวนการตายที่จดทะเบียนในกรุงเทพฯ เมื่อ ร.ศ.128 (ภาษาไทย)

This image shows a printed English death register from 1928. It is a large table with multiple columns and rows. The text is in English and lists names, dates, and other details of deaths. The paper is aged and shows some wear. The title at the top reads "Monthly Return of Deaths and Burials" and "CHINA'S".

รูปที่ 3 ตัวอย่างรายงานประจำเดือนจำนวนการตายที่จดทะเบียนในกรุงเทพฯ เมื่อ ร.ศ.128 (ภาษาอังกฤษ)

อาจกล่าวได้ว่ารายงานจำนวนเกิด-ตายเมื่อ 100 ปีก่อน มีรูปแบบการรายงานที่ทันสมัย ทั้งนี้คงเป็นเพราะเจ้ากรมกองแพทย์ศุขาภิบาล ซึ่งขึ้นกับกระทรวงนครบาล เป็นแพทย์ชาวตะวันตกผู้มีความรู้ความสามารถด้านการแพทย์เป็นอย่างดี เจ้ากรมกองแพทย์ศุขาภิบาลผู้นี้ชื่อหมอไฮเอ็ด¹ (Dr. Hugh Campbell Highet) นอกจากจะมีการรวบรวมข้อมูลการเกิด-ตายอย่างสมัยใหม่แล้ว ในเวลาต่อมาท่านยังได้แสดงการวิเคราะห์ให้เห็นถึงความไม่สมบูรณ์ของการจดทะเบียนเกิดทะเบียนตายอีกด้วย

การตายจำแนกตามเพศและอายุ

ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม ร.ศ.128 (พ.ศ. 2452) มีการจดทะเบียนคนตายในเขตกรุงเทพฯ ทั้งสิ้น 2,164 ราย เป็นชาย 1,372 ราย หรือร้อยละ 63.4 เป็นหญิง 792 ราย หรือร้อยละ 36.6 สำหรับเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2456 มีการจดทะเบียนตายในกรุงเทพฯ 1,334 ราย จากจำนวนนี้ คนตายที่เป็นชายและหญิงคิดเป็นร้อยละ 61.8 และ 38.2 ตามลำดับ เมื่อนำมารวมกันและเรียกเป็น “การตายเมื่อ 100 ปีก่อน” นั้น พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของการตายทั้งหมดเป็นชาย และ 1 ใน 3 ของการตายทั้งหมดเป็นหญิง จากค่าอัตราส่วนเพศชายกลุ่มอายุแสดงให้เห็นว่ามีผู้ชายตายมากเป็น 1.1 - 3.2 เท่าของผู้หญิงตายในเกือบทุกกลุ่มอายุ (ตาราง 1)

¹ หมอไฮเอ็ด (Dr. Hugh Campbell Highet) เป็นชาวสกอตแลนด์ จบการศึกษาด้านการแพทย์ที่ Glasgow and University College Hospital เมื่อปี ค.ศ.1892 และจบปริญญาเอกด้านสาธารณสุข (D.P.H) จาก Royal College of Physicians and Surgeons เมื่อปี ค.ศ.1901 เคยทำเวชปฏิบัติส่วนตัวอยู่ในสิงคโปร์ระหว่างปี ค.ศ.1892-1897 และมาเป็นแพทย์ให้กับคณะทูตอังกฤษที่กรุงเทพฯ ระหว่างปี ค.ศ. 1898-1903 ประเทศสยาม หลังจากนั้นมารับราชการเป็นเจ้ากรมกองแพทย์ศุขาภิบาล กระทรวงนครบาล ท่านได้กลับไปทำงานรับใช้บ้านเกิดขณะที่เกิดสงครามโลก แต่ก็ยังคงกลับมาประเทศสยามเป็นครั้งคราว แต่หลังจากปี ค.ศ.1920 ท่านได้กลับไปเป็นการถาวร (ข้อมูลนำมาจาก British Medical Journal, 1929, August 17; 2(3580): p.328 และจากเว็บไซต์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข <http://www.dmh.go.th/history.asp>)

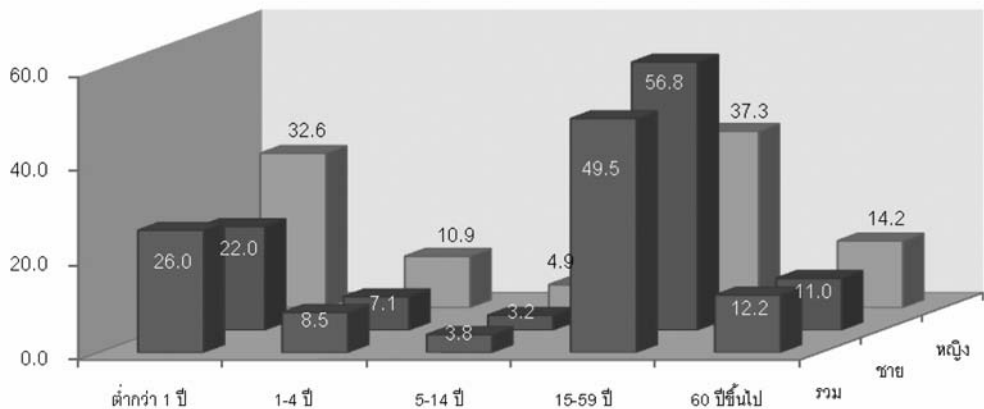
ตาราง 1 รายงานจำนวนตายจำแนกตามอายุและเพศที่จดทะเบียนในเขตกรุงเทพฯ เมื่อ 100 ปีก่อน

อายุ	ชาย	หญิง	อัตราส่วนเพศ
ไม่ทราบ	21	11	190.9
ต่ำกว่า 3 เดือน	233	197	118.3
แต่ 3 เดือน ถึง 1 ปี	246	224	109.8
สูงกว่า 1 ปี ถึง 5 ปี	154	141	109.2
สูงกว่า 5 ปี ถึง 10 ปี	29	41	70.7
สูงกว่า 10 ปี ถึง 20 ปี	119	67	177.6
สูงกว่า 20 ปี ถึง 25 ปี	167	68	245.6
สูงกว่า 25 ปี ถึง 35 ปี	383	139	275.5
สูงกว่า 35 ปี ถึง 45 ปี	344	106	324.5
สูงกว่า 45 ปี ถึง 55 ปี	201	89	225.8
สูงกว่า 55 ปี ถึง 75 ปี	243	139	174.8
สูงกว่า 75 ปี	57	79	72.2
รวม	2,197	1,301	3,498
(คิดเป็นร้อยละ)	(62.8)	(37.2)	(100.0)

หมายเหตุ: กลุ่มอายุที่แสดงเป็นกลุ่มอายุจริงที่ปรากฏอยู่ในรายงาน

เมื่อรวมการตายตามเพศและอายุของทั้งสองช่วงเวลาเข้าด้วยกัน โดยได้ให้ความหมายของกลุ่มอายุที่ปรากฏอยู่ในรายงานเสียใหม่ เช่น อายุ “แต่ 3 เดือน ถึง 1 ปี” มีความหมายเช่นเดียวกับอายุ “3 เดือน ถึง ต่ำกว่า 1 ปี” อายุ “สูงกว่า 1 ปี ถึง 5 ปี” มีความหมายเช่นเดียวกับอายุ “1-4 ปี” หรือ อายุ “สูงกว่า 5 ปี ถึง 10 ปี” มีความหมายเช่นเดียวกับอายุ “5-9 ปี” อย่างนี้เป็นต้น หลังจากนั้นจึงได้ปรับช่วงอายุใหม่ในบางกลุ่มอายุ ได้แก่ รวมกลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปีเข้าด้วยกัน แยกกลุ่มอายุ 10-19 ปี ออกเป็น 10-14 และ 15-19 ปี และแยกกลุ่มอายุ 55-74 ปี ออกเป็น 55-59 และ 60-74 ปี สำหรับการปรับของอายุ 10-14 และ 15-19 ปีนั้น กำหนดให้สัดส่วนการตายอายุ 10-14 ปีเท่ากับ 1 ใน 3 ของการตายอายุ 10-19 ปี ส่วนสัดส่วนการตายอายุ 55-59 กำหนดให้เท่ากับ 1 ใน 4 ของการตายอายุ 55-74 ปี

หลังจากการปรับช่วงอายุใหม่ พบการกระจายร้อยละการตายในกลุ่มอายุหลักๆ เป็นดังนี้ ร้อยละการตายในวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) วัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) และ ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) เท่ากับ 38.3 49.5 และ 12.2 ตามลำดับ สำหรับการตาย ทารกนั้นมีอยู่ประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 26) ของการตายทั้งหมด (รูป 4)



รูปที่ 4 ร้อยละของคนตายจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ในเขตกรุงเทพฯ เมื่อ 100 ปีก่อน

เมื่อนำแบบแผนการตายตามกลุ่มอายุที่เกิดขึ้นเมื่อ 100 ปีก่อนนี้ไปเปรียบเทียบกับ การตายในปัจจุบัน ซึ่งนิยามของการตายในปัจจุบันหมายถึงค่าเฉลี่ยของการตายตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2546 ถึง 2550 จะพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนการตายในกลุ่มเด็กที่เคยสูงมากถึง 1 ใน 3 ของการตายทั้งหมดเมื่อ 100 ปีก่อน ปัจจุบันลดลงเหลือเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น ในขณะที่การตายในผู้สูงอายุที่มีอยู่ราว ร้อยละ 10 เมื่อ 100 ปีก่อน ได้เพิ่มสูงขึ้นเกือบถึงร้อยละ 60 ในปัจจุบัน โดยเฉพาะการ ตายทารกที่สูงมากถึงร้อยละ 26 ของการตายทุกกลุ่มอายุ ปัจจุบันเหลือเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น การตายของทารกและเด็กที่ลดลงอย่างมากในรอบศตวรรษที่ผ่านมาช่วยสะท้อน ให้เห็นถึงพัฒนาการทางด้านการแพทย์สาธารณสุข และสุขาภิบาลของประเทศไทยได้ อย่างดี นอกจากนี้ ร้อยละของการตายในผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นถึง 6 เท่าด้วยอมแสดงให้เห็นถึงอายุที่ยืนยาวขึ้นของคนไทย

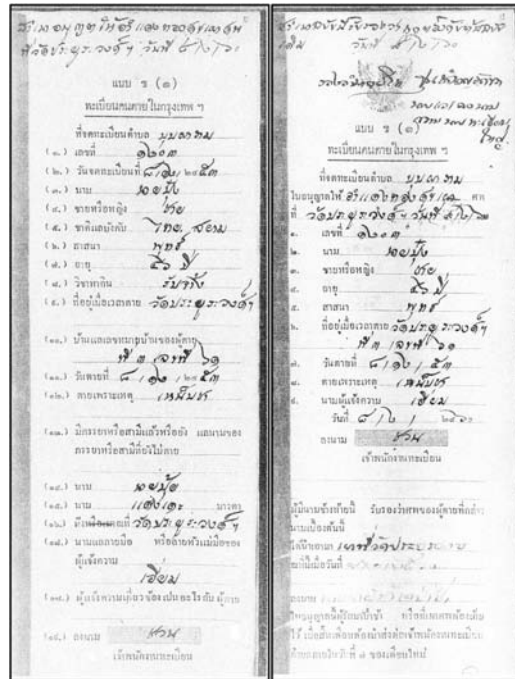
ตาราง 2 เปรียบเทียบร้อยละการตายตามกลุ่มอายุเมื่อ 100 ปีก่อน กับปัจจุบัน (พ.ศ. 2546 - 2550)

อายุ	ร้อยละของการตาย					
	เมื่อ 100 ปีก่อน			ปัจจุบัน		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
ต่ำกว่า 1 ปี	22.0	32.6	26.0	1.5	1.5	1.0
1 - 4	7.1	10.9	8.5	0.7	0.7	0.7
5 - 14	3.2	4.9	3.8	1.3	1.2	1.3
15 - 59	56.8	37.3	49.5	46.7	29.2	39.2
60 ปีขึ้นไป	11.0	14.2	12.2	49.8	67.4	57.4
รวม	100.0	100.0	100	100.0	100.0	100
(จำนวน)	(2,197)	(1,301)	(3,498)	(223,486)	(167,977)	(391,463)

หมายเหตุ: ร้อยละการตายในปัจจุบันเป็นร้อยละของการตายที่เฉลี่ยใน 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2550 ซึ่งได้ข้อมูลจากสถิติ สาธารณสุข พ.ศ.2550

สาเหตุของการตาย

ตามรูป 2 ที่แสดงไว้ในตอนต้น แสดงให้เห็นว่ามีส่วนของรายงานสาเหตุการตายที่รวบรวมมาจากทะเบียนคนตาย ซึ่งเป็นทะเบียนรายบุคคลดังตัวอย่างใน รูป 5 โรคที่เป็นสาเหตุการตายได้มีการบันทึกไว้เกือบ 60 รายการ ซึ่งโรคส่วนใหญ่เป็นโรคที่พบในปัจจุบัน และมีอยู่หลายโรคที่ใช้ชื่ออย่างสมัยก่อน เช่น ไข้สันนิบาต ไข้ป่าอดยาฝิ่นลงแดง โรคลมสันดาบ ลมทักเคียร ทรวง ลมอำมะพาท ลมอักขมุขี โรคลมหละ เมื่อนำรายงานในส่วนที่เป็นภาษาไทยไปเทียบเคียงกับรายงานที่เป็นภาษาอังกฤษ (มีเฉพาะการตายใน พ.ศ.2452) ทำให้ทราบความหมายของโรคหรือสาเหตุการตายที่เกิดขึ้นขณะนั้นได้เป็นอย่างดี สำหรับการตายเมื่อจำแนกตามสาเหตุนั้นได้แสดงไว้ในตาราง 3 ซึ่งบางสาเหตุการตายไม่มีชื่อภาษาอังกฤษกำกับ แสดงถึงว่าไม่มีรายงานด้วยโรคนั้นมาก่อนหรือเคยรายงานด้วยชื่ออื่นในปี พ.ศ.2452 เมื่อมีรายงานในปี พ.ศ.2456 จึงมีแต่ชื่อโรคเป็นภาษาไทย (หาไม่พบรายงานภาษาอังกฤษของปีนี้)



รูป 5 ตัวอย่างทะเบียนคนตายรายบุคคล แบบ ข (๑)

ตาราง 3 รายงานจำนวนตายจำแนกตามสาเหตุการตายและเพศที่จัดทะเบียนในเขตกรุงเทพฯ เมื่อ 100 ปีก่อน

สาเหตุการตาย	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ	
ไข้สันนิบาต, ไข้ป่า	Fever, Malarial	43	17	60	1.72
ไข้ต่างๆ	Fever, unclassified	141	57	198	5.66
ไข้รากสาด	Typhoid fever	3	0	3	0.09
ท้องร่วง	Diarrhoea	45	11	56	1.60
เป็นบิด	Dysentery	99	43	142	4.06
อดยาฝิ่นลงแดง	Dysentery of opium smokers	136	2	138	3.95
โรคลมสันดาบ, ลมทักเคียว	Other bowel diseases in adults	14	9	23	0.66
ทรง, ตานขโมย, มูกเลือด	Infantile bowel diseases and malnutrition	420	378	798	22.81
กาฬโรค	Plaque	25	13	38	1.09
อะหิวาตกโรค	Cholera	15	5	20	0.57

ตาราง 3 (ต่อ)

สาเหตุการตาย	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ
โรคต่างๆ ซึ่งเกิดในลำไส้	14	0	14	0.40
เป็นหัด	2	2	4	0.11
ไข้ทรพิษ	4	6	10	0.29
ซิเรื้อน, โรคเรื้อนกุดดั่ง	11	1	12	0.34
โรคมะเร็ง	2	2	4	0.11
โรคสำหรับบุรุษย์	28	2	30	0.86
โรคเหน็บชา	236	23	259	7.40
บาทยักษ์	4	4	8	0.23
ลมอัมมาะพาท	6	6	12	0.34
ฝีฝีกบัว, ฝีต่างๆ	11	7	18	0.51
โรคปวดท้อง	1	0	1	0.03
ท้องมาน	4	2	6	0.17
โรคบวม	26	15	41	1.17
ตกล้ำตาย	18	9	27	0.77
โรคลมต่างๆ (ลมผู้ใหญ่)	135	67	202	5.77
ลมชักหมูขี้ (รวมลมเด็กด้วย)	55	31	86	2.46
ถูกบาทแผลต่างๆ	33	8	41	1.17
วรรณโรค	212	168	380	10.86
โรคหืด	7	2	9	0.26
ปอดพิการ	15	3	18	0.51
ตับพิการ	1	1	2	0.06
เมาสุราตาย	1	0	1	0.03
โรคลมหกละ	30	13	43	1.23
แท้งลูก	4	4	8	0.23
ตายในครรภ์	34	37	71	2.03
สะพาน, ทารกเกิดมาตายสะพาน	37	37	74	2.12
คลอดบุตรตาย	0	37	37	1.06
อยู่ไฟไม่ได้	0	28	28	0.80
โรคโรคสืบดวง ฤดูเสีย	21	29	50	1.43
โรคโลหิตจืดจาง	0	1	1	0.03
พิษสำแดง, กินยาพิษฆ่าตัวตาย	3	7	10	0.29
อาเจียรโลหิต	12	2	14	0.40

ตาราง 3 (ต่อ)

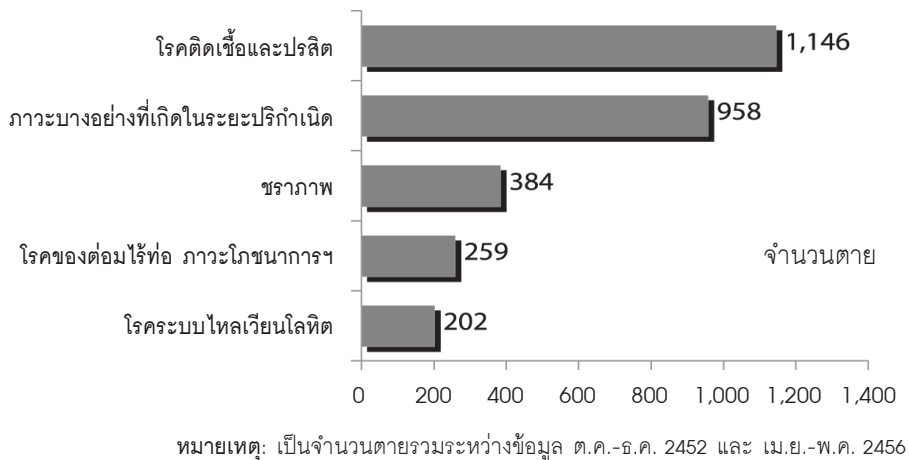
สาเหตุการตาย	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ	
โรคนี้	3	0	3	0.09	
ผูกคอตาย	Hanging	4	1	5	0.14
งูพิษกัดตาย	Snake bite	1	1	2	0.06
ลุนัขบ้ากัดตาย	Hydrophobia	2	2	4	0.11
ยิงตัวเอง	Suicide by shooting	1	0	1	0.03
ครึ่ง, โรคเสียจริต	Mania	2	0	2	0.06
โรคชรา	Debility and old age	204	180	384	10.98
อดยาฝิ่นตาย	Want of opium	2	3	5	0.14
โรคต่างๆ	Other diseases not specified	41	16	57	1.63
ไม่รู้ชื่อ	Unknown	29	9	38	1.09
รวม		2,197	1,301	3,498	100.00

หมายเหตุ: สาเหตุการตายที่แสดงเป็นโรคจริงที่ปรากฏอยู่ในรายงาน

จากตาราง 3 พบว่า การรายงานสาเหตุการตายเมื่อ 100 ปีก่อนนั้น มีที่น่าสังเกตหลายประการ กล่าวคือ 1) มีทั้งที่เป็นสาเหตุที่เกิดจากโรค เช่น ไข้ป่า ไข้รากสาด กาฬโรค และสาเหตุที่เป็นอาการหรือกลุ่มอาการ เช่น โรคปวดท้อง ท้องมาน โรคบวม อาเจียนเป็นเลือด 2) การตายที่มีสาเหตุมาจาก “อดยาฝิ่นลงแดง” เกิดมากในอดีต แต่ปัจจุบันไม่พบสาเหตุเช่นนี้แล้ว 3) การรายงานนี้ได้นับรวม “ตายในครรภ์” ซึ่งภาษาอังกฤษใช้คำ “still birth” ไว้ด้วย ซึ่งแตกต่างจากปัจจุบันที่ไม่รวมการตายเช่นนี้ในทะเบียนตาย 4) มีการรายงานผู้ชายตายจาก “การแท้งลูก” และ “โรคริศสีดวง ฤดูเสีย” ในปี พ.ศ. 2452 ซึ่งอาจสันนิษฐานว่าเป็นการลงรายงานผิด หรืออาจเพราะชื่อโรคในภาษาไทยกับภาษาอังกฤษไม่ตรงกันทีเดียวนัก 5) มีรายงานการตายด้วย “โรคมะเร็ง” แล้ว แม้ว่าจะมีจำนวนน้อยมากก็ตาม

เมื่อนำสาเหตุการตายทั้งหมดนี้มาจัดกลุ่มใหม่ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International statistical classification of diseases and related health problems 10th Revision: ICD-10) ซึ่งเป็นบัญชีจำแนกโรคที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน สำหรับวิธีจัดกลุ่มใหม่นั้นทำโดยดูจากชื่อโรค/อาการที่เป็นภาษาอังกฤษเป็นหลัก (ดูเพิ่มเติมตารางผนวก 1 และ 2) พบว่า สาเหตุการตายสูงสุด 5 ลำดับแรก คือ 1) โรคติดเชื้อและปรสิต 2) ภาวะบางอย่างที่เกิดในภาวะปริกำเนิด 3) ชราภาพ 4) โรคของต่อม

ไร้ท่อ ภาวะโภชนาการและเมตาบอลิซึม และ 5) โรคระบบไหลเวียนโลหิต คิดเป็นร้อยละ 33.4 28.0 11.2 7.6 และ 5.9 ตามลำดับ จะเห็นว่า 5 ลำดับสาเหตุการตายสูงสุดนี้ ครอบคลุมการตายเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 86.1) โดยเฉพาะการตายสองอันดับแรกจากโรคติดเชื้อและการตายในภาวะปริกำเนิดนั้น มีถึงร้อยละ 61 ของการตายทั้งหมด (รูป 5) และเมื่อนำการตายจำแนกตาม ICD-10 นี้ไปเปรียบเทียบกับ การตายตามกลุ่มอายุ พบความสอดคล้องกันมากระหว่างจำนวนตายจากภาวะบางอย่างที่เกิดในภาวะปริกำเนิด (ร้อยละ 28.0) และจำนวนตายในเด็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปี (ร้อยละ 26.0) แสดงให้เห็นความน่าเชื่อถือของรายงานการตายขณะนั้นในระดับหนึ่ง



รูปที่ 6 สาเหตุการตายสูงสุดห้าลำดับแรกในเขตกรุงเทพฯ เมื่อ 100 ปีก่อน

อัตราการตาย อัตรามรณะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และอัตราการตายมารดา

จำนวนตายจำแนกตามกลุ่มอายุหรือจำแนกตามสาเหตุการตายที่แสดงไว้ในตาราง 1 และตาราง 3 นั้นสามารถนำมาประมาณอัตราการตายทารก อัตรามรณะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และอัตราการตายมารดา ที่เป็นดัชนีสำคัญสำหรับสะท้อนสถานะสุขภาพและงานอนามัยแม่และเด็กในสมัยเมื่อ 100 ปีก่อนได้เป็นอย่างดี โดยการประมาณจะอาศัยข้อมูลเกิดซึ่งมีการจดทะเบียนรายเดือนอยู่แล้ว นำมาเป็นตัวหาร สำหรับการประมาณอัตราการตายมารดาที่ตัวตั้งต้องเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์นั้น เนื่องจากไม่มีการจำแนกสาเหตุการตายตามกลุ่มอายุ จึงใช้จำนวนตายที่มีสาเหตุจากการตั้งครรภ์ การคลอด และภาวะหลังคลอดทั้งหมดแทน (สาเหตุที่ลงไว้ว่า 'คลอดบุตรตาย' 'อยู่ไฟไม่ได้' ในเวลานั้น) ผลที่ได้แสดงอยู่ในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนตัวตั้งและตัวหาร และอัตราตายทารก อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อัตราตายมารดาในกรุงเทพฯ เมื่อ 100 ปีก่อน

ข้อมูล	จำนวน	อัตรา	
ทารกตาย (อายุต่ำกว่า 1 ปี)	900	421.2	ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย
เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีตาย	1,195	559.2	ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย
มารดาตาย (รวมทุกอายุ)	73	3,416.0	ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย
เกิดมีชีพ	2,137		

หมายเหตุ: เป็นจำนวนรวมระหว่างข้อมูล ต.ค.-ธ.ค. 2452 และ เม.ย.-พ.ค. 2456

จากตาราง 4 ไม่ว่าจะเป็อัตราทารกตาย อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หรือ อัตราตายมารดา ล้วนมีค่าสูงมาก อัตราที่สูงเช่นนี้ย่อมส่งผลให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด เมื่อ 100 ปีก่อนต่ำมากเพียงประมาณ 37 ปี เท่านั้น (Prasarkul & Rakchanyaban, 2002) อย่างไรก็ตามการประมาณในตาราง 4

ยังไม่ได้ปรับด้วยความครบถ้วนของทั้งข้อมูลเกิดและข้อมูลตาย ซึ่งคาดว่าน่าจะมี ความครบถ้วนของการเกิดเพียงครึ่งเดียว ส่วนการตายน่าจะมีการจดทะเบียนมากกว่าการ เกิด ดังรายงานของหมอไฮเอ็ดที่เสนอต่อเจ้าพระยาอมราช¹ เสนาบดีกระทรวงนครบาล เรื่อง “รายงานการตรวจการคนเกิดคนตาย ในกรุงเทพฯ”

“..... จะกล่าวได้โดยทันทีว่าพระนครกรุงเทพฯ หาใช่เป็นพระนครที่มีความเจ็บ ไข้หายที่สุดเลย เพราะฉะนั้นจำนวนที่ผิดก็ต้องเป็นอยู่ในบาญชีประจำอาทิตย์ ด้วยเรื่อง บาญชีประจำอาทิตย์เหล่านี้มีปัญหา ๒ ข้อที่จะต้องตอบ คือ

(1) บรรดาคนตายทั้งสิ้นในพระนครกรุงเทพฯ นั้นได้จดทะเบียนหรือเปล่า

ตามความเห็นสามัญแลความชำนาญดูเหมือนจะแสดงให้เห็นปรากฏว่าที่จริงจะมี จำนวนคนเกิดประมาณสักมากกว่ากึ่งหนึ่งที่ได้จดทะเบียน บรรดาจำนวนคนตายก็เป็น อันได้ทราบ ถ้าบรรดาจำนวนคนตายทั้งสิ้นนั้นจะไม่ได้แจ้งต่อนายทะเบียนท้องที่แล้ว ศพเหล่านั้นก็เอาไปฝังไว้หรือรักษาไว้ในวัดบางวัดที่ตั้งรักษาศพให้โดยไม่ต้องขอ

¹ เจ้าพระยาอมราช เสนาบดีกระทรวงนครบาลได้มีหนังสือสอบถามดังข้อความต่อไปนี้ “เรื่องนี้ น่าจะพิจารณา ว่าเหตุไร คนตายจึงได้มากกว่าคนเกิด แลควรจะตรวจลงไปอีกชั้น ๑ ว่า คนที่ตายมากนั้น เงินมากหรือไทย มาก” (ในหนังสือกระทรวงนครบาล เรื่องที่ ๗ แผนกเวชวิเศษ ส่วนทะเบียน เรื่องยอดบาญชีคนเกิดคนตายใน เขต ๒๕ ตำบล ประจำศก ๒๔๕๖)

ใบอนุญาตสำหรับการฝังศพอย่างที่เรียกว่าถาวร ส่วนตัวข้าพเจ้าเองไม่เชื่อว่าเรื่องนี้จะมีบ่อยๆ แต่เป็นข้อที่หัวหน้านายทะเบียนแลกองตระเวนควรจะสืบสวน

เรื่องนี้จะยอมรับตอบก็ได้ว่าเป็นความจริง แลบาณูชีคนตายในพระนครกรุงเทพฯ ตามวิธีที่ทำอยู่ก็เป็นบาณูชีอันถูกต้อง

(2) ปัญหาข้อที่ 2 ที่จะถามในเรื่องบาณูชีประจำอาทิตย์นั้น คือ บาณูชีสำมนครวัดพลเมือง นั้นเป็นบาณูชีอันถูกต้องหรือ

ในที่นี้ข้าพเจ้าเชื่อว่าตามบาณูชีนั้นไม่เป็นจำนวนอันแน่นอนแลตามความที่ถูกข้าพเจ้าหวังที่จะแสดงว่าถ้าจะยอมว่าเราได้ทราบบาณูชีจำนวนคนตายทุกรายแล้ว บาณูชีจำนวนพลเมืองก็เป็นจำนวนอันมากเหลือเกิน” (ในหนังสือกระทรวงนครบาล เรื่องที่ 46 เรื่องรายการตรวจการคนเกิดคนตายในกรุงเทพฯ ของหมอไฮเอ็ด)

จากรายงานของหมอไฮเอ็ดตั้งข้อความที่คัดลอกมาแสดงนี้ หากกำหนดให้การจดทะเบียนเกิดมีความครบถ้วนเพียงครั้งหนึ่งของการเกิดทั้งหมด และให้การจดทะเบียนตายมีความครบถ้วนต่ำที่สุดเท่ากับการจดทะเบียนเกิด เมื่อจำลองสถานการณ์ความสมบูรณ์ของการเกิด-ตายต่างๆ ตามเงื่อนไขใหม่นี้ พบว่า อัตราตายทารก มีค่าต่ำสุด-สูงสุดอยู่ในช่วง 210.6 - 421.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 279.6 - 559.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 รายและอัตราตายมารดา 1,708.0 - 3,416.0 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย อัตราตายเหล่านี้จะสูงสุดเมื่อความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนตายเท่ากับการจดทะเบียนเกิดคือที่ร้อยละ 50 (ตาราง 5)

ตาราง 5 อัตราตายทารก อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และอัตราตายมารดา จากการจำลองสถานการณ์ให้มีความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนเกิดร้อยละ 50 และความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนตายตั้งแต่ร้อยละ 50 ถึง 100

ร้อยละความสมบูรณ์ การจดทะเบียนตาย	อัตราทารกตาย (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย)	อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย)	อัตรามารดาตาย (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย)
50	421.2	559.2	3416.0
60	351.0	466.0	2846.7
70	300.8	399.4	2440.0
80	263.2	349.5	2135.0
90	234.0	310.7	1897.8
100	210.6	279.6	1708.0

อภิปรายและสรุป

การศึกษานี้เป็นความพยายามศึกษาภาวะการตายที่เกิดขึ้นในอดีตเมื่อ 100 ปีก่อนของประเทศไทย แม้ว่าข้อมูลที่ได้มาจะเป็นเฉพาะข้อมูลที่จดทะเบียนในเขตกรุงเทพฯ ก็ตาม แต่ก็สามารถให้ภาพการตายในเชิงประชากรศาสตร์ได้อย่างชัดเจน การวิเคราะห์แบบแผนการตายสามารถยืนยันถึงลักษณะการตายที่สูง ลักษณะการตายที่พบนั้นสนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางระดับวิทยาของออมราน (Omran 1971) ที่ยังคงเป็นยุคต้นๆ ของการเปลี่ยนผ่าน กล่าวคือ การตายในเด็ก สตรี มีอยู่สูงมาก นอกจากนั้น การตายจากโรคติดเชื้อต่างๆ ยังคงเป็นสาเหตุหลักของการตายไม่ว่าจะเป็นในเด็กหรือผู้ใหญ่

การประมาณต่างๆ ในการศึกษา มีพื้นฐานบนข้อมูลที่มีอยู่จำกัด เพราะนำมาจากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่ถ่ายเก็บไว้ในไมโครฟิล์ม จึงอาจทำให้การอ่าน การคัดลอก ตัวเลข และข้อความต่างๆ มีความผิดพลาดได้ ค่าที่ประมาณค่าต่างๆ จึงมีความคลาดเคลื่อนในระดับหนึ่ง ซึ่งอย่างน้อยในการศึกษานี้ก็ได้พยายามจำลองสถานการณ์ความสมบูรณ์ของตัวเลขที่เกี่ยวข้องไว้แล้ว

นอกจากเรื่องของความผิดพลาดที่เกิดจากการอ่านหรือคัดลอกข้อมูลต่างๆ ที่เก็บไว้ในไมโครฟิล์มแล้ว ตัวของข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลสาเหตุการตายที่บันทึกไว้ก็อาจมีคลาดเคลื่อนจากการให้สาเหตุการตายที่ผู้ให้สาเหตุการตายไม่ใช่แพทย์ (แผนปัจจุบัน) ซึ่งการให้สาเหตุการตายจากผู้ที่ไม่ใช่แพทย์ยังคงเป็นอยู่จนถึงปัจจุบัน เนื่องจากการตายนั้นๆ ส่วนใหญ่เกิดนอกสถานพยาบาลนั่นเอง และหากเป็นเมื่อ 100 ปีก่อนด้วยแล้ว สถานพยาบาลคงมีเพียงไม่กี่แห่งและมีแพทย์ไม่มากมายเท่าปัจจุบัน ดังจะเห็นได้จากสาเหตุการตายบางสาเหตุใช้ชื่อแบบสมัยโบราณ เช่น โรคลมหละ โรคลมอักขมุขี หรือเป็นอาการ เช่น โรคปวดท้อง อาเจียรโลหิต ทำให้การจัดกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายต้องอาศัยการเทียบเคียงกับภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นรายงานอีกฉบับหนึ่งที่หมอไฮเอ็ดจัดทำขึ้นตามรายงานภาษาไทย เหล่านี้ล้วนทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของสาเหตุการตายได้ทั้งสิ้น

การศึกษานี้ยังได้แสดงให้เห็นว่ามีผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการจดทะเบียนคนเกิด-ตาย นอกจากจะให้ความสำคัญต่อการจดทะเบียนเกิด-ตายแล้ว ยังได้ให้ความสนใจต่อเรื่องความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนคนเกิด-ตาย และจำนวนประชากรไทยมานับ 100 ปีแล้ว

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. 2551. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- หอจดหมายเหตุแห่งชาติ. เอกสารกระทรวงนครบาล น27/9 เรื่องบัญชีคนเกิด-ตาย (ตุลาคม 2452 - กุมภาพันธ์ 2457).
- _____. เอกสารกระทรวงนครบาล น27/10 เรื่องยอดบาญชีคนเกิดคนตายในเขตร์ 25 ตำบล ประจำปี 2456.
- _____. เอกสารกระทรวงนครบาล น27/11 เรื่องรายการตรวจการคนเกิดคนตาย ในกรุงเทพฯ ของหมอไฮเอ็ด.
- Omran, A.R. 1971. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49. pp. 509-538.
- Prasartkul, P. and U. Rakchanyaban, 2002. Estimated generation life tables for Thailand of five-year birth cohorts: 1900-2000. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

พลกระทบของประชากรสูงวัยที่มีต่อการป่วยและตายจากโรคไม่ติดต่อ: ประเด็นท้าทายการพัฒนาคนุขย์ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

แดน สุวรรณระจึ

บทคัดย่อ

ภาวะโรคจากการป่วยและตายจากโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นในหลายประเทศรวมทั้งในระดับโลก จากการศึกษาคข้อมูลภาวะโรค (DALY) ในระดับประเทศที่เป็นสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพบว่า การเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงอายุซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนโครงสร้างประชากรของแต่ละประเทศเข้าสู่โครงสร้างแบบประชากรสูงวัย เป็นตัวแปรสำคัญที่จะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราภาวะโรคจากโรคไม่ติดต่อ แต่ในทางตรงข้ามการมีนโยบายและแผนการพัฒนาคนุขย์ที่ดีเพื่อยกระดับรายได้ การศึกษา และสุขภาพของประชากร โดยมุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศเพื่อเพิ่มรายได้ประชาชาติต่อหัว การพัฒนาการศึกษาของประชากร และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การเพิ่มบุคลากรแพทย์ และการเพิ่มงบประมาณรายจ่ายด้านสุขของภาครัฐ จะส่งผลให้อัตราภาวะโรคจากโรคกลุ่มนี้ลดลงได้ นอกจากนี้การพัฒนาทางเศรษฐกิจและการศึกษาของประเทศนั้นมียังความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐ และบุคลากรแพทย์ตามลำดับ โดยประเทศที่ยังไม่เข้าสู่ช่วงประชากรสูงวัยอย่างเต็มตัว (มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปต่ำกว่าร้อยละ 10) ควรมุ่งเน้นการพัฒนาการศึกษาของประชากรร่วมกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ส่วนประเทศที่ผ่านเข้าสู่ช่วงประชากรสูงวัยอย่างเต็มตัวแล้วการพัฒนาทางเศรษฐกิจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดร่วมกับการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพโดยให้มีจำนวนแพทย์เฉลี่ยอย่างน้อยประมาณ 100 คน ต่อประชากรแสนคนและงบประมาณรายจ่ายสุขภาพของภาครัฐประมาณอย่างน้อยร้อยละ 4-7 ของจีดีพี จึงเห็นได้ว่าการพัฒนาเศรษฐกิจและการศึกษานั้นเป็นรากฐานสำคัญในแต่ละประเทศที่จะนำไปสู่การพัฒนาคนุขย์ให้มีความเป็นอยู่ที่ดี มีระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีความพร้อมที่จะต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยจากโรคกลุ่มนี้ในอนาคต ดังนั้นจึงเป็นประเด็นท้าทายในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ที่จะต้องเร่งพัฒนาคนุขย์ด้านต่างๆให้ประสบผลสำเร็จในเวลาจำกัด เนื่องจากหลายประเทศในกลุ่มนี้มีแนวโน้มเข้าสู่ช่วงประชากรสูงวัยในเวลาอันสั้น

IMPACT OF POPULATION AGING ON BURDEN FROM DISABILITY AND MORTALITY OF NONCOMMUNICABLE DISEASES: CHALLENGE FOR HUMAN DEVELOPMENT IN DEVELOPING COUNTRIES

Dan Suwannarужи

ABSTRACT

Trend of burden of noncommunicable diseases has been increasing in many countries and global world. By ANCOVA and multivariate method, the results of this study analyzed through data of those which are members of UN showed that the increasing of aging population proportion affected the increasing of DALY rate of noncommunicable diseases significantly. In the contrary, well- prepared human development policies and programs for raising population income, education and health emphasizing on economic (GNI per capita), academic system (literature and enrollment rate) and health service system development (amount of doctors per 100,000 population, governmental health expenditure per capita and GDP) rendered the decreasing of DALY rate of these diseases significantly; moreover, economic and academic development correlated the increasing health expenditure per capita and amount of doctors respectively. Otherwise, to improve human development, the group of countries not existing absolute population aging (percentage of aging population less than 10) should stress on economic and academic development simultaneously, and the rest of them existing absolute population aging should mainly stress on economic and then health service system development to increase average amount of doctors at least about 100 per 100,000 population and governmental health expenditure at least about 4-7 % of GDP. In conclusion, economic and academic development in several countries are the essential fundamental of human development, and bring about human well being coupled with effective healthcare service to prepare for impending burden of noncommunicable diseases. For this reason, many developing countries which rapidly step into population aging are being challenged for their achievement of human development.

ผลกระทบของประชากรสูงวัยที่มีต่อภาระการป่วยและตายจากโรคไม่ติดต่อ: ประเด็นท้าทายการพัฒนาคนุขย์ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

แดน สุวรรณระจิจ¹

บทนำ

โรคไม่ติดต่อกำลังก่อให้เกิดภาระโรคทั้งการป่วยและตายของประชากรโลกเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่โรคติดต่อ และการบาดเจ็บมีแนวโน้มที่ลดลง จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยใช้มาตรวัดภาระโรคจากจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียไปจากการป่วยและตาย (Disability Adjusted Life Year; DALY) พบว่าอัตราภาระโรคจากการป่วยและตาย (DALY:1000) จากโรคกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นจาก 107.2 ในปี 1990 เป็น 112.1 ในปี 2002 (WHO 2008) ซึ่งสามารถอธิบายได้จาก 1.ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Theory of Epidemiologic Transition) ที่กล่าวถึงการพัฒนาความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ลดการป่วยและตายจากโรคติดต่อได้อย่างมากว่าโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งพฤติกรรมมนุษย์และปัจจัยแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคกลุ่มนี้มากขึ้น (Omran 1971) และ 2. โรคกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีอุบัติการณ์สูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุได้แก่ โรคข้อเสื่อม โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน (Resnick and Dosa 2003) ทั้งยังก่อให้เกิดการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง และภาวะดูแลรักษา (Berkman and Harootyan 2003) ซึ่งเห็นได้จากอัตราภาระโรคจากโรคกลุ่มนี้ของกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปที่สูงกว่ากลุ่มอายุที่น้อยกว่า 60 ปีถึง 4 เท่า (WHO 2009) แต่อย่างไรก็ตาม WHO ได้คาดประมาณในทางบวกว่า อัตราภาระโรคจะลดลงเล็กน้อย เป็น 110.2 ในปี 2015 จากการลดพฤติกรรมเสี่ยง การเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและป้องกัน แต่ด้วยสถานการณ์ ประชากรสูงวัยทั่วโลก ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้กลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 13.4 ในปี 2020 จากร้อยละ 10.1 ในปี 2005 (United Nations 2008) จึงยังทำให้ภาระโรคจากโรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในด้านสุขภาพของประชากรโลกต่อไป

ผลของประชากรสูงวัยได้เกิดขึ้นแล้ว ในกลุ่มประเทศแถบทวีปยุโรปและญี่ปุ่น และกำลังเกิดเพิ่มขึ้นอีกหลายประเทศในทวีปเอเชีย และลาตินอเมริกา (Riley 1992) โดยผลกระทบนี้ต่อภาระโรคจากโรคไม่ติดต่อ จะเห็นได้ชัดเจนในกลุ่มประเทศแถบยุโรป ตะวันออกซึ่งมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในระดับสูงเกินกว่าร้อยละ 20 เช่น ยูเครน ฮังการี ลัตเวีย เป็นต้น โดยมีอัตราภาระโรคในระดับที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย (112:1000)

¹ นิสิตปริญญาเอก วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ค่อนข้างมากเท่ากับ 179.3, 156.9, และ 153.4 ตามลำดับ แต่กลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ในแถบยุโรปตะวันตก ซึ่งมีสัดส่วนประชากรสูงอายุในระดับเดียวกัน เช่น อิตาลี สเปน และสวิตเซอร์แลนด์ เป็นต้น และมีผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนามนุษย์ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการแพทย์ในระดับสูง กลับพบว่ามียุทธการโรคในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ค่อนข้างมาก เท่ากับ 99.8, 98.8 และ 94.2 ตามลำดับ ดังนั้นการพัฒนามนุษย์ในด้าน ต่างๆ จึงน่าจะเป็นกลุ่มตัวแปรที่ส่งผลให้อัตราการะโรคจากโรคกลุ่มนี้ลดลงได้ โดย อธิบายจากกรอบแนวคิดของการประเมินสุขภาพประชากร (conceptual model for assessing health) ของ WHO ที่ระบุว่าการศึกษา การสาธารณสุข และความมั่นคงทาง รายได้ ได้แก่ ระดับรายได้ การกระจายรายได้ และการมีงานทำ เป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ใช้ในการประเมินสถานะสุขภาพของประชากร (Ritu 2002) ซึ่งวัดได้จากดัชนีพัฒนา มนุษย์ (Human development index) ตามหลักเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐานสากลของ สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) (Puri et al. 2007) และได้นำมาใช้ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ รายได้ประชาชาติต่อหัว ดัชนีการศึกษา ส่วนจำนวนแพทย์ ต่อประชากร รายจ่ายสุขภาพภาครัฐต่อหัว และร้อยละรายจ่ายสุขภาพภาครัฐต่อจีดีพี ซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาพดี จากมาตรฐานการครองชีพ ชีวิตความเป็นอยู่ การดูแลสุขภาพ เสริมสุขภาพตนเอง และการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ ที่ดีขึ้น รวมไปถึงการมี คุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพของประเทศทั้งการรักษาและการป้องกัน โรค (เกื้อ 2545) นอกจากนี้งบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพภาครัฐต่อหัวที่สูงขึ้นยังมีความ สัมพันธ์กับการมีอายุคาดหมายที่มีสุขภาพดีของประชากรที่ยืนยาวขึ้น (Salomon and Mathers 2001)

สิ่งสำคัญที่เป็นประเด็นท้าทายก็คือ ผลกระทบของประชากรสูงวัยต่อการเพิ่มภาระ โรคจากโรคกลุ่มนี้ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา โดยมีการคาดว่าสัดส่วนประชากรสูงอายุใน กลุ่มประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เอเชียตะวันออกกลาง แอฟริกาเหนือและ ลาตินอเมริกาจะเพิ่มขึ้นอย่างอย่างรวดเร็วประมาณ 2 เท่าในช่วงสองทศวรรษหน้า (Kinsella and Velkoff 2001) จึงทำให้มีระยะเวลาการเตรียมนโยบายและแผนปฏิบัติใน การพัฒนามนุษย์ที่ค่อนข้างสั้น เมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว และถ้ามีผลสัมฤทธิ์ ที่ไม่ดีพอก็อาจส่งผลต่ออัตราการโรคจากโรคกลุ่มนี้ให้สูงขึ้น ดังที่เกิดขึ้นแล้วในกลุ่ม ประเทศแถบยุโรปตะวันออก และพอได้เริ่มเห็นแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นกับประเทศในกลุ่มนี้ ซึ่งมีร้อยละประชากรสูงอายุระหว่าง 8-13 จากการมีอัตราการโรคที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย เช่น อามาเนีย บราซิล และ ไทย เป็นต้น ดังนั้นอัตราการโรคจะลดลงตามที่ WHO

คาดประมาณไว้หรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับศักยภาพการพัฒนามนุษย์ของแต่ละประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่ต้องให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วน การศึกษานี้จึงมุ่งเปรียบเทียบให้เห็นถึงอิทธิพลของประชากรสูงวัยที่มีต่ออัตราการโรคจากการป่วยและตายจากโรคไม่ติดต่อ และผลของการพัฒนามนุษย์ด้านต่างๆ ที่จะช่วยลดผลกระทบดังกล่าว

วิธีการศึกษาและคุณภาพของข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้เป็นแบบภาคตัดขวางที่ใช้หน่วยวิเคราะห์ระดับประเทศจำนวน 182 ประเทศ จาก 193 ประเทศที่เป็นสมาชิกของ WHO โดยตัดออก 11 ประเทศจากกลุ่มที่ศึกษา เพราะข้อมูลไม่ครบถ้วน โดยแหล่งข้อมูลกลุ่มตัวแปรการพัฒนามนุษย์ และสัดส่วนประชากรสูงอายุแต่ละประเทศ ได้จากฐานข้อมูล UNDP ปี 2004 ส่วนข้อมูลอัตราการโรค (DALY Rate) และอัตราการโรคปรับฐานอายุ (Age Standardized DALY Rate) ได้จาก ฐานข้อมูลของ WHO ปี 2004 ซึ่ง WHO ได้ใช้ข้อมูลของ UNDP ในการคำนวณอัตราการโรค จึงทำให้ข้อมูลทั้งสองแหล่งมีความสอดคล้องกันในการนำมาศึกษา

1. อัตราการโรค (DALY Rate) และอัตราการโรคปรับฐานอายุ (Age Standardized DALY Rate; Std DALY rate) ของโรคไม่ติดต่อ ได้จากฐานข้อมูลของ WHO ปี 2004 (WHO, 2009) โดยคิดเป็นอัตราต่อประชากร 1,000 คน โดยใช้การถ่วงน้ำหนักอายุและทุพพลภาพ การคิดอัตราลด ร่วมกับการใช้ตารางชีพหรือแบบจำลองตารางชีพ ขึ้นกับความสมบูรณ์ข้อมูลทะเบียนการตายและสาเหตุการตายจาก ICD 9-10 ซึ่งระบุการตายจากโรคหัวใจและมะเร็งที่มีสาเหตุไม่ชัดเจนน้อยกว่าร้อยละ 10 หรือการมีข้อมูล Verbal Autopsy รวมทั้งความสมบูรณ์ข้อมูลของอุบัติการณ์และความชุกของโรคในแต่ละประเทศ โดยค่าภาระโรค DALY เป็นผลรวมของค่า YLL (year of life lost due to premature death) ซึ่งหมายถึงจำนวนปีที่เสียไปจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากร และค่า YLD (year of life lost due to disability) ซึ่งหมายถึงจำนวนปีสุขภาพที่เสียไปจากการทุพพลภาพของประชากร ค่าอัตราการโรค DALY ของ WHO ให้ความสำคัญกับการป่วยและตายในกลุ่มวัยแรงงานมากกว่าเด็กและคนแก่รวมทั้งปีสุขภาพในปัจจุบันมากกว่าอนาคตจากฟังก์ชันเอกโปเนนเชียลการถ่วงน้ำหนักอายุและอัตราลด โดยใช้ค่ามาตรฐานถ่วงน้ำหนักทุพพลภาพของแต่ละโรคระหว่าง 0 (สุขภาพดี) ถึง 1 (ตาย) ในการคำนวณโดยใช้ตารางชีพตามกลุ่มอายุ หรือแบบรวมกลุ่ม (Murray and Lopez 1996; WHO 2009) และได้ใช้ในการประเมินดัชนีภาระโรคจากการตายจากโรคไม่ติดต่อ (YLL index) แบบรวมกลุ่มประชากรของแต่ละประเทศในการศึกษานี้ YLL =

$(N/r) \cdot (1 - e^{-rL})$ โดยค่า N = จำนวนการตายของประชากร (number of deaths), r = อัตราลด (discount rate) ร้อยละ 3, L = จำนวนปีที่ตายก่อนวัยอันควร ร่วมกับข้อมูลอัตราการตาย และอายุคาดหมายแต่ละประเทศจากฐานข้อมูลของ WHO โดยใช้เกณฑ์อายุคาดหมายของการตายที่เหมาะสมกับวัยอันควรของประชากรโลกที่กำหนดโดย UNDP คือ 85 ปี

2. ประชากรสูงวัย หรือการสูงอายุทางประชากร หมายถึง การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุในสัดส่วนที่มากกว่าการเพิ่มของจำนวนประชากรทั้งหมด โดยในแต่ละประเทศก็จะมีความเร็วของประชากรสูงวัย (Pace of population aging) ที่ต่างกัน ซึ่งขึ้นกับอัตราการเกิด การตายและการย้ายถิ่นด้วย (Knodel and Chayovan 2008) โดยใช้สัดส่วนร้อยละของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในการศึกษานี้ และโครงสร้างอายุประชากรที่มีสัดส่วนของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปตั้งแต่ร้อยละ 10 เป็นโครงสร้างประชากรสูงวัยอย่างเต็มตัว ตามเกณฑ์มาตรฐานทางประชากรศาสตร์ (Shryock 2004) ที่แสดงถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยของประเทศนั้น โดยใช้ผลการคำนวณจากฐานข้อมูลของ UNDP

3. รายได้ประชาชาติมวลรวมพีพีพีต่อหัว (ดอลลาร์สหรัฐ) (Gross Nation Income Purchasing Power Parity per Capita ; GNI PPP) ซึ่งหมายถึงรายได้รวมของทั้งประเทศที่ได้จากผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ และได้จากการค้าการลงทุนในต่างประเทศภายใต้การซื้อที่เสมอภาคต่อหัวประชากรใน 1 ปี ที่ได้ปรับค่าครองชีพและอัตราเงินเฟ้อของแต่ละประเทศแล้ว จากข้อมูลของ UNDP ค่า GNI PPP นี้ จึงสามารถใช้เปรียบเทียบระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจของทุกประเทศได้ ถึงแม้ว่าแต่ละประเทศจะมีค่าครองชีพที่แตกต่างกัน

4. ดัชนีพัฒนาทางการศึกษา (Education Development Index; EDI) หมายถึง สัดส่วนการได้รับการศึกษาของประชากร ที่ได้รวมอัตราการอ่านออกเขียนได้ของประชากร 15 ปีขึ้นไป (Adult literacy rate) และอัตราการเข้าศึกษาต่อรวม (Gross enrollment rate) ซึ่งเป็นอัตราที่รวมร้อยละการเข้าศึกษาต่อในระดับประถม และมัธยมศึกษา เข้าไว้ด้วยกันจากฐานข้อมูลของ UNDP ดังนั้นจึงให้ภาพรวมของการศึกษาในหลายระดับ และยังสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาทางการศึกษาตามแบบแผนในแต่ละประเทศด้วย ($EDI = 2/3 \text{ Adult literacy rate} + 1/3 \text{ Gross enrollment rate}$)

5. แพทย์ต่อประชากร (Doctor per 100,000) หมายถึง จำนวนแพทย์ทั้งหมดต่อประชากรแสนคน โดยใช้ข้อมูลของ UNDP ซึ่งจะสะท้อนภาพของสมรรถนะระบบบริการ

สุขภาพ และนโยบายการผลิตแพทย์ในแต่ละประเทศ

6. งบประมาณค่าใช้จ่ายภาครัฐในด้านสุขภาพต่อหัว (Governmental Health Expenditure per capita) หมายถึง งบประมาณด้านสาธารณสุขทั้งหมดของรัฐบาลต่อหัวประชากรโดยใช้ข้อมูลของ UNDP ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงแนวนโยบายภาครัฐของแต่ละประเทศ ในการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาพรวม

7. งบประมาณค่าใช้จ่ายภาครัฐในด้านสุขภาพต่อจีดีพี (Governmental Health Expenditure per GDP) หมายถึง งบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐบาลต่อจีดีพีของประเทศโดยใช้ข้อมูลของ UNDP ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นการบริหารจัดการงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศให้สอดคล้องกับระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศ

ผลการวิเคราะห์ และผลการศึกษา

อัตราการโรคจากโรคไม่ติดต่อในระดับโลกปี 2004

จากการศึกษาการกระจายข้อมูลพบว่าตัวแปรตามที่ใช้ศึกษาคือ อัตราการโรคและอัตราการโรคปรับฐานอายุ มีการกระจายแบบโค้งปกติ โดยมีค่าเฉลี่ย และมีฐานของอัตราการโรคเท่ากับ 112.0 และ 108.1 ส่วนอัตราการโรคปรับฐานอายุเท่ากับ 125.0 และ 125.0 จากการแบ่งกลุ่มประเทศโดยใช้คะแนนมาตรฐาน (Z-score $\pm 1.5SD$) พบว่าประเทศรายได้สูงแถบตะวันออกกลาง และประเทศกำลังพัฒนาในทวีปแอฟริกาที่มีรายได้ระดับปานกลาง และมีสัดส่วนประชากรสูงอายุไม่เกินร้อยละ 5 มีอัตราการโรคในระดับต่ำไม่เกิน 82 โดยนามีเปียมอัตราการโรคต่ำที่สุดเท่ากับ 74.0 แต่เมื่อใช้อัตราการโรคปรับฐานอายุ พบว่าประเทศที่พัฒนาแล้วในแถบยุโรปตะวันตก อเมริกาเหนือ และกลุ่มประเทศรายได้สูงในทวีปอื่น มีอัตราการโรคในระดับต่ำไม่เกิน 88 โดยญี่ปุ่นมีอัตราการโรคปรับฐานอายุต่ำที่สุด เท่ากับ 65.0

ส่วนประเทศในแถบยุโรปตะวันออกและกลุ่มประเทศใหม่ที่แยกออกมาจากสหภาพโซเวียต รวมทั้งประเทศหมู่เกาะแปซิฟิก มีอัตราการโรคในระดับสูงตั้งแต่ 143 ขึ้นไป ซึ่งประเทศเหล่านี้มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ไม่สูงมากนักเมื่อเทียบกับยุโรปตะวันตก แต่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุในระดับสูงตั้งแต่ร้อยละ 15 ขึ้นไป โดยรัสเซีย มีอัตราการโรคสูงที่สุดเท่ากับ 190.6 แต่เมื่อใช้อัตราการโรคปรับฐานอายุพบว่า ประเทศกำลังพัฒนาที่มีระดับรายได้ต่ำ และปานกลางค่อนข้างต่ำในทวีปแอฟริกา เอเชีย หมู่เกาะแปซิฟิก และกลุ่มประเทศใหม่ที่แยกออกมาจากสหภาพโซเวียต มีอัตราการโรคในระดับสูงตั้งแต่

162 ขึ้นไป โดยแองโกลา มีอัตราการโรคปรับฐานอายุสูงที่สุดเท่ากับ 193.2 จะเห็นได้ว่า ถ้าเปรียบเทียบอัตราการโรคโดยปรับโครงสร้างอายุประชากรแล้ว ระดับของการพัฒนาในแต่ละประเทศจะมีความสัมพันธ์กับอัตราการโรคที่ชัดเจนขึ้น ดังนั้นจึงใช้อัตราการโรคปรับฐานในการวิเคราะห์ผลอัตราการโรคในกลุ่มตัวแปรการพัฒนามนุษย์

ความสัมพันธ์ของประชากรสูงวัย การพัฒนามนุษย์ และอัตราการโรคจากโรคไม่ติดต่อ

การศึกษาในส่วนนี้จะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่นำมาศึกษากับอัตราการโรค โดยใช้อัตราการโรคแบบไม่ปรับฐานเพื่อศึกษาผลกระทบของประชากรสูงวัยต่ออัตราการโรค และใช้อัตราการโรคแบบปรับฐานในกลุ่มตัวแปรการพัฒนามนุษย์เพื่อควบคุมผลกระทบจากความแตกต่างของโครงสร้างอายุแต่ละประเทศ โดยใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่มตามเกณฑ์ที่เหมาะสมในแต่ละตัวแปร และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance; ANCOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.10 และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 90 (90% CI)

1. ประชากรสูงวัย และอัตราการเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงวัย

จากการศึกษาร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในแต่ละประเทศพบว่ามีความเฉลี่ยเท่ากับ 10.0 มัชฐานเท่ากับ 7.3 แสดงให้เห็นว่าในปี 2004 หลายประเทศในโลกส่วนใหญ่ยังไม่เข้าสู่โครงสร้างประชากรสูงวัยเต็มตัว โดยกลุ่มประเทศอยู่ในทวีปแอฟริกาและตะวันออกกลาง มีค่าในระดับต่ำไม่ถึงร้อยละ 5 โดย สหรัฐอาหรับมีค่าต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 2 ส่วนประเทศแถบยุโรปทั้งตะวันตกและตะวันออกมีค่าในระดับสูงเกินกว่าร้อยละ 21 รวมทั้งญี่ปุ่นที่มีค่าสูงสุด ร้อยละ 26.6

เมื่อแบ่งประเทศต่างๆ ออกเป็น 4 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มประเทศที่มีสัดส่วนประชากร 60 ปีขึ้นไป โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 10 และแบ่งกลุ่มที่เหลือให้เป็น 4 กลุ่มดังตาราง 1 พบว่าค่าเฉลี่ยอัตราการโรคเพิ่มขึ้นเมื่อมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประชากรสูงวัยจึงมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการโรคจากโรคไม่ติดต่อ แต่เมื่อพิจารณาความแตกต่างค่าเฉลี่ยอัตราการโรคกลุ่มที่ 3 และ 4 พบว่ามีความแตกต่างกันไม่ชัดเจนนัก (121.1,123.0) เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น แสดงถึงผลกระทบของประชากรสูงวัยมีน้อยลงในช่วงที่สัดส่วนประชากรสูงอายุตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป

เมื่อศึกษาอัตราการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนประชากรสูงอายุโดยเฉลี่ยในช่วงปี 1990 - 2004 ในแต่ละประเทศ และแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มควอไทล์ (ไม่ได้แสดงผล) พบว่าประเทศพัฒนาแล้วในยุโรปตะวันตกและเอเชียบางประเทศ ประเทศแถบเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก

(รวมแอฟริกาเหนือ) ยุโรปตะวันออก ละตินอเมริกา เอเชียแปซิฟิก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมทั้ง ไทย มีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าร้อยละ 0.12 ต่อปี โดยญี่ปุ่น มีค่าสูงสุดเท่ากับร้อยละ 0.61 ต่อปี ส่วนกลุ่มประเทศในทวีปแอฟริกา และกลุ่มประเทศใหม่ที่ยกตัวจากสหภาพโซเวียต ยังไม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรสูงอายุ โดยกาบอง และทาจิกิสถาน มีค่าต่ำสุด ร้อยละ -0.07 ต่อปี โดยประเทศที่มีอัตราการเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงอายุในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีอัตราการโรคสูงขึ้น แต่เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงไม่สามารถกล่าวได้ว่าความเร็วของประชากรสูงวัย มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการโรคจากโรคไม่ติดต่อ

2. กลุ่มตัวแปรการพัฒนาคนุษย์

จากการศึกษาในกลุ่มตัวแปรการพัฒนาคนุษย์ในแต่ละประเทศ พบว่า มีค่าเฉลี่ยรายได้ประชาชาติต่อหัวเท่ากับ 10,099 ดอลลาร์ต่อหัวต่อปี, ดัชนีพัฒนาการศึกษาร้อยละ 78.5, จำนวนแพทย์ต่อประชากร 145 คนต่อแสน, ร้อยละงบประมาณสุขภาพภาครัฐต่อจีดีพีร้อยละ 3.8, และงบประมาณสุขภาพภาครัฐต่อหัวเท่ากับ 745.6 ดอลลาร์ต่อหัวตามลำดับ และมีค่ามัธยฐานต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ยกเว้นดัชนีพัฒนาการศึกษา โดยประเทศที่มีค่าดัชนีการพัฒนามนุษย์ ด้านรายได้ประชาชาติ การศึกษา แพทย์ต่อประชากร และงบประมาณสุขภาพภาครัฐต่อหัว ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่จะเป็นประเทศ

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยอัตราการโรคจากโรคไม่ติดต่อจำแนกตามการสูงอายุทางประชากร

ช่วงร้อยละประชากร 60 ปีขึ้นไป	ค่าเฉลี่ยร้อยละประชากร 60 ปีขึ้นไป	ค่าเฉลี่ยอัตราโรค	จำนวนหน่วยวิเคราะห์	ค่าสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม
<5	4.5 ±0.2	100.4 ±3.4	53	
5 - 10	7.0 ±0.3	110.9 ±3.2	61	16.18
10 - 18	13.1 ±0.8	121.1 ±6.7	34	(0.00)
≥18	21.0 ±0.6	123.0 ±6.8	34	
รวม	10.0 ±0.8	112.0 ±2.5	182	

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยอัตราภาวะโรคจากโรคไม่ติดต่อจำแนกตามระดับการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ

ช่วงรายได้ประชาชาติ มวลรวมต่อหัว (ดอลลาร์สหรัฐ)	ค่าเฉลี่ยรายได้ประชาชาติ มวลรวมต่อหัว (ดอลลาร์สหรัฐ)	จำนวนหน่วย วิเคราะห์	ค่าเฉลี่ยอัตรา ภาวะโรค	ค่าเฉลี่ยอัตรา ภาวะโรคปรับฐาน	ค่าสถิติวิเคราะห์ ความแปรปรวนร่วม
<826	555.0 ±75.4	16	105.7 ±6.3	146.9 ±6.8	
826 - 3256	1759.8 ±166.0	48	109.6 ±3.8	140.8 ±4.2	7.97
3256 - 10066	6030.8 ±398.7	60	117.8 ±5.0	127.8 ±3.9	(0.00)
≥10066	23841.0 ±2480.7	58	109.8 ±4.6	102.8 ±4.6	
รวม	10098.8 ±1692.7	182	112.0 ±2.5	125.0 ±3.0	

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยอัตราภาวะโรคจากโรคไม่ติดต่อจำแนกตามระดับการพัฒนาด้านการศึกษา

ช่วงดัชนีการศึกษา	ค่าเฉลี่ยดัชนีการศึกษา	จำนวนหน่วย วิเคราะห์	ค่าเฉลี่ยอัตรา ภาวะโรค	ค่าเฉลี่ยอัตราภาวะโรค ปรับฐาน	ค่าสถิติวิเคราะห์ ความแปรปรวนร่วม
<68.5	51.0 ±2.3	45	107.0 ±2.8	145.4 ±3.9	
68.5 - 85.5	78.0 ±1.1	46	105.1 ±4.7	126.3 ±4.6	3.20
85.5 - 91.5	88.3 ±0.4	45	115.5 ±5.0	122.9 ±4.9	(0.03)
≥91.5	96.2 ±0.5	46	120.5 ±6.2	105.6 ±6.5	
รวม	78.5 ±2.2	182	112.0 ±2.5	125.0 ±3.0	

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยอัตราภาวะโรคจากโรคไม่ติดต่อจำแนกตามกำลังบุคลากรแพทย์ต่อประชากรแสนคน

ช่วงจำนวนหน่วยแพทย์ต่อประชากรแสนคน (คน)	ค่าเฉลี่ยจำนวนหน่วยแพทย์ต่อประชากรแสนคน (คน)	จำนวนหน่วยวิเคราะห์	ค่าเฉลี่ยอัตราภาวะโรค	ค่าเฉลี่ยอัตราภาวะโรคปรับฐาน	ค่าสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม
<25.0	9.7 ±1.5	45	105.5 ±3.2	143.4 ±4.2	
25 - 107.0	57.3 ± 6.2	46	112.3 ±4.4	134.3 ±4.5	3.94
107.0 - 246	162.7 ±10.9	45	106.7 ±4.7	111.0 ±4.0	(0.01)
≥246	347.8 ±18.0	46	123.3 ±6.3	111.2 ±7.0	
รวม	145.0 ±16.9	182	112.0 ±2.5	125.0 ±3.0	

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยอัตราภาวะโรคจากโรคไม่ติดต่อจำแนกตามการเข้าถึงงบประมาณสุขภาพภาครัฐที่สอดคล้องกับการเติบโตทางเศรษฐกิจ

ช่วงร้อยละงบประมาณสุขภาพภาครัฐต่อจีดีพี	ค่าเฉลี่ยร้อยละงบประมาณสุขภาพภาครัฐต่อจีดีพี	จำนวนหน่วยวิเคราะห์	ค่าเฉลี่ยอัตราภาวะโรค	ค่าเฉลี่ยอัตราภาวะโรคปรับฐาน	ค่าสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม
<2.0	1.4 ±0.1	43	110.4 ±4.1	139.5 ±5.6	
2.0 - 3.4	2.7 ±0.1	50	106.2 ±4.0	127.1 ±4.7	2.82
3.4 - 5.2	4.1 ±0.1	42	122.8 ±6.7	130.7 ±4.7	(0.04)
≥5.2	7.1 ±0.4	47	110.0 ±4.6	104.3 ±5.9	
รวม	3.8 ±0.3	182	112.0 ±2.5	125.0 ±3.0	

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยอัตราภาวะโรคจากโรคไม่ติดต่อจำแนกตามงบประมาณสุขภาพภาครัฐต่อหัวประชากร

ช่วงงบประมาณสุขภาพรัฐต่อหัว (ดอลลาร์สหรัฐ)	ค่าเฉลี่ยงบประมาณสุขภาพรัฐต่อหัว (ดอลลาร์สหรัฐ)	จำนวนหน่วยวิเคราะห์	ค่าเฉลี่ยอัตราภาวะโรค	ค่าเฉลี่ยอัตราภาวะโรคปรับฐาน	ค่าสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม
<110	56.9 ±6.6	45	107.9 ±3.2	145.6 ±4.0	
110 - 321	207.3 ±15.2	46	112.0 ±4.9	131.6 ±4.7	3.87
321 - 753	514.1 ±30.7	45	115.2 ±7.1	124.3 ±4.9	(0.01)
≥753	2184.3 ±296.5	46	113.0 ±4.3	98.8 ±4.4	
รวม	745.6 ±128.1	182	112.0 ±2.5	125.0 ±4.4	

ในแถบแอฟริกาใต้ ซาฮารา แถบเอเชียใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้บางประเทศ โดยมีค่าต่ำสุดแต่ละด้านคือ รายได้ประชากรต่อหัวเท่ากับ 240 ดอลลาร์ต่อหัวต่อปี, ดัชนีพัฒนาการศึกษาร้อยละ 24.9, จำนวนแพทย์ต่อประชากร 2 คนต่อแสน, ร้อยละงบประมาณสุขภาพภาครัฐต่อจีดีพีร้อยละ 0.3 และงบประมาณสุขภาพภาครัฐต่อหัวเท่ากับ 15 ดอลลาร์ต่อหัว ส่วนประเทศที่มีค่าดัชนีพัฒนามนุษย์ทั้ง 5 ด้าน ในระดับสูง ส่วนใหญ่เป็นประเทศในแถบยุโรปตะวันตก อเมริกาเหนือ และประเทศพัฒนาแล้วในเอเชีย โดยมีค่าสูงสุดแต่ละด้านคือ รายได้ประชากรต่อหัวเท่ากับ 53,950 ดอลลาร์ต่อหัวต่อปี, ดัชนีพัฒนาการศึกษาร้อยละ 99.3, จำนวนแพทย์ต่อประชากร 591 คนต่อแสน, ร้อยละงบประมาณสุขภาพภาครัฐต่อจีดีพีร้อยละ 14.7, และงบประมาณสุขภาพภาครัฐต่อหัวเท่ากับ 6,096 ดอลลาร์ต่อหัว, ส่วนกลุ่มประเทศแถบตะวันออกกลางก็ยังมีค่ารายได้ประชากรต่อหัวในระดับสูงเช่นกัน จึงพอเห็นถึงความแตกต่างของระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ยังแตกต่างกันมากระหว่างประเทศยากจนและร่ำรวย นอกจากนี้ในด้านนโยบายการแพทย์และสาธารณสุข ยังพบว่า ประเทศแถบยุโรปตะวันออก และประเทศแถบลาตินอเมริกา ก็มีจำนวนแพทย์ต่อประชากรในระดับสูง และกลุ่มประเทศแถบหมู่เกาะแปซิฟิกบางประเทศ ก็มีงบประมาณสุขภาพภาครัฐต่อจีดีพี ในระดับสูงเช่นกัน ดังนั้นตัวแปรทั้งสองตัวนี้ นอกจากขึ้นกับระดับการพัฒนาประเทศแล้ว ยังน่าจะขึ้นกับนโยบายสาธารณสุขที่ต่างกันในแต่ละประเทศด้วย

จากเกณฑ์การแบ่งกลุ่มประเทศตามรายได้ประชาชาติมวลรวมต่อหัวต่อปีของ WHO ในปี 2004 เป็น 4 กลุ่ม และแบ่งตัวแปรอื่นในกลุ่มตัวแปรการพัฒนาามนุษย์เป็น 4 กลุ่มควอไทล์ดังตาราง 2-6 พบว่าเมื่อค่าดัชนีการพัฒนามนุษย์ทั้ง 5 ตัวมีค่าเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยอัตราการภาวะโรคปรับฐานมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ดังนั้นการพัฒนามนุษย์ในด้านต่างๆ จึงเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการลดลงของอัตราการภาวะโรคจากโรคไม่ติดต่อได้

ในการพัฒนาทางเศรษฐกิจและการศึกษาของประเทศนั้น การเพิ่มรายได้ประชาชาติต่อหัวต่อปีในช่วงที่มีค่าเฉลี่ยของรายได้ในระดับต่ำในกลุ่มที่ 1 และ 2 คือไม่เกิน 1,760 ดอลลาร์ ยังมีผลต่อการลดลงของอัตราการภาวะโรคไม่มากนัก (146.9,140.8) แต่การเพิ่มรายได้ประชาชาติต่อหัวในระดับที่สูงขึ้น จะมีผลลดอัตราการภาวะโรคได้มากขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยด้านอื่นที่อยู่ในระดับที่ดีกว่าในกลุ่มประเทศที่มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจในระดับสูง เช่น การกระจายรายได้ สภาพความเป็นอยู่ ระบบบำนาญและสวัสดิการจากการทำงาน เป็นต้น ในด้านการศึกษาพบว่าในช่วงที่ค่าดัชนีพัฒนาการศึกษาไม่เกินค่าเฉลี่ยร้อยละ 78 ในกลุ่มที่ 1 และ 2 และช่วงตั้งแต่ค่าเฉลี่ยร้อยละ 88 ขึ้นไปในกลุ่มที่ 3 และ 4 มีผลต่อการลดลงของอัตราการภาวะโรคมากกว่ากลุ่ม 2 กับ 3 แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาการศึกษาของประชากรอย่างน้อยในระดับการอ่านออกเขียนได้ในช่วงเริ่มต้น และความจำเป็นที่ต้องให้การศึกษาตามแบบแผนในระดับที่สูงขึ้น รวมทั้งอาจเป็นผลจากเครือข่ายแหล่งความรู้นอกแบบแผนที่กว้างขวางขึ้นด้วย ส่วนสมรรถนะระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้น การเพิ่มแพทย์ต่อประชากรจนถึงค่าเฉลี่ย 163 คนต่อแสน มีผลต่อการลดลงของอัตราการภาวะโรคได้ แต่การเพิ่มแพทย์ต่อประชากรที่มากกว่านี้ในกลุ่มที่ 3 และ 4 ไม่มีผลต่อการลดลงของภาวะโรคที่ชัดเจน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการวัดด้วยจำนวนอาจไม่สามารถบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของระบบบริการได้อย่างสมบูรณ์ และอาจเป็นผลจากปัจจัยอื่นในด้านนี้ที่ไม่ได้นำมาศึกษา เช่น ระบบควบคุมคุณภาพการผลิต และการกระจายแพทย์เป็นต้น โดยเฉลี่ยแพทย์ต่อประชากรที่ประมาณ 100 คนต่อแสน จากการคาดประมาณช่วงภายใน (Interpolation) ระหว่างกลุ่มที่ 2 และ 3 ซึ่งเป็นจำนวนแพทย์ที่จะส่งผลให้อัตราภาวะโรคปรับฐานอายุอยู่ที่ระดับค่าเฉลี่ย (125.0) ส่วนการเพิ่มงบประมาณสุขภาพภาครัฐต่อจีดีพีจะมีผลต่อการลดอัตราการภาวะโรคอย่างมาก ในช่วงที่มีการเพิ่มงบประมาณสุขภาพภาครัฐให้มีค่าเฉลี่ยประมาณร้อยละ 4.1-7.1 ของจีดีพีในกลุ่มที่ 3 และ 4 รวมทั้งการเพิ่มงบประมาณสุขภาพภาครัฐต่อหัว มีผลต่อการลดลงของอัตราการภาวะโรคจากโรคไม่ติดต่อได้ ซึ่งพอแสดงให้เห็นว่าประเทศที่ให้ความ

สำคัญด้านนโยบายสุขภาพมากกว่าโดยพิจารณาจากการใช้งบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพภาครัฐต่อจีดีพีหรือต่อหัวในระดับสูง น่าจะมีส่วนส่งเสริมต่อการลดอัตราการโรคได้มากขึ้น ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าประเทศเหล่านี้มีแนวทางการใช้งบประมาณทั้งในเชิงการรักษา การป้องกันส่งเสริมสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพรวมถึงการลงทุนในด้านทรัพยากรสุขภาพได้อย่างเต็มที่หรืออาจมีประสิทธิภาพมากกว่าประเทศที่ให้ความสำคัญในด้านนี้น้อยกว่า จึงเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลลดอัตราการโรคของกลุ่มนี้ น่าจะยังมีปัจจัยอื่นที่เชื่อมโยงกันอีกหลายด้านในการอธิบายผลดังที่กล่าวมา

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชากรสูงวัย และการพัฒนามนุษย์ที่มีผลต่อการโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างระหว่างอิทธิพลของประชากรสูงวัย และกลุ่มตัวแปรการพัฒนามนุษย์แต่ละตัว ทั้งกลุ่มประเทศที่ยังไม่เปลี่ยนผ่านและเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ช่วงประชากรสูงวัยเต็มตัวแล้ว การศึกษาในส่วนนี้ได้ใช้ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรโดยใช้สมการพหุคูณ โดยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.10

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวแปรอิสระโดยใช้สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าตัวแปรร้อยละประชากรสูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มตัวแปรการพัฒนามนุษย์ 3 ตัว ได้แก่ ดัชนีพัฒนาการศึกษา แพทย์ต่อประชากร งบประมาณสุขภาพภาครัฐต่อหัวประชากร โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.66 0.76 และ 0.72 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าประเทศที่มีโครงสร้างประชากรสูงวัยส่วนใหญ่จะเป็นประเทศที่มีระดับการพัฒนาที่สูงขึ้นในระดับหนึ่ง ทั้งด้านการศึกษา การแพทย์ และงบประมาณสุขภาพ ส่วนกลุ่มตัวแปรพัฒนามนุษย์ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันในระดับที่ไม่สูง ยกเว้นรายได้ประชาชาติต่อหัวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับงบประมาณรายสุขภาพจ่ายต่อหัว และดัชนีพัฒนาการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนแพทย์ต่อประชากร โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.82 และ 0.72 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าประเทศที่มีระดับรายได้ประชาชาติมวลรวมสูง ก็จะมีศักยภาพในการใช้จ่ายงบประมาณสุขภาพของภาครัฐในระดับที่สูงตามไปด้วย และการที่ประชากรมีระดับการศึกษาที่ดีขึ้นจากการพัฒนาระบบการศึกษาที่ดี จะมีผลต่อการเพิ่มจำนวนแพทย์ให้มีสัดส่วนสูงขึ้น ส่วนดัชนีภาวะโรคจากการตาย ไม่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับตัวแปรอิสระตัวใด

ตาราง 7 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานของความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการโรค กับ ประชากรสูงวัยและการพัฒนามนุษย์ในด้านต่างๆ โดยแสดงจำแนกตามโมเดลของการวิเคราะห์

รูปแบบโมเดล	ตัวแปรตาม	ร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป	รายได้ประชาชาติต่อหัวต่อปี	รายจ่ายสุขภาพภาครัฐต่อหัว	ร้อยละรายจ่ายสุขภาพภาครัฐต่อจีดีพี	ดัชนีการศึกษา	จำนวนแพทย์ต่อประชากร 100,000 คน	R-square
1. โครงสร้างอายุไม่ปรับฐาน	DALY rate	0.63*	-0.48*	-0.23*	0	0	0	0.37
2. ประชากร 60 ปีขึ้นไปต่ำกว่าร้อยละ 10	DALY rate	0.28*	-0.26*	0	0	-0.20	0	0.19
3. ประชากร 60 ปีขึ้นไปตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป	DALY rate	0.28*	-1.00*	0	-0.26	0	0	0.51
4. โครงสร้างอายุปรับฐาน	Std. DALY rate	X	-0.45*	-0.17*	0	-0.21*	0	0.55
5. ประชากร 60 ปีขึ้นไปต่ำกว่าร้อยละ 10	Std. DALY rate	X	-0.32*	0	0	-0.34*	0	0.31
6. ประชากร 60 ปีขึ้นไปตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป	Std. DALY rate	X	-0.91*	0	-0.31*	0	0	0.58
7. คุมดัชนี YLL	DALY rate	0	-0.08	0	0	0	-0.10*	0.81
8. ประชากร 60 ปีขึ้นไปต่ำกว่าร้อยละ 10	DALY rate	0.12*	0	0	0	-0.27*	0	0.68
9. ประชากร 60 ปีขึ้นไปตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป	DALY rate	0	-0.14	0	0	0	-0.13*	0.92

* ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ไม่เกินระดับ 0.10, ไม่มี* ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมีนัยสำคัญทางสถิติที่สูงกว่าระดับ 0.10 แต่ไม่เกิน 0.20

0 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมีนัยสำคัญทางสถิติที่สูงกว่าระดับ 0.20, x ไม่นำเข้าวิเคราะห์ในโมเดล

จากผลการศึกษาดังตาราง 7 (โมเดล 1-3) พบว่า ร้อยละประชากรสูงอายุเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุดต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการโรค โดยมีอิทธิพลสูงกว่ากลุ่มตัวแปรพัฒนามนุษย์ ได้แก่ รายได้ประชาชาติต่อหัว และงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐต่อหัวตามลำดับ และกลุ่มที่มีประชากรสูงอายุยังไม่ถึงร้อยละ 10 ประชากรสูงวัยยังคงมีอิทธิพลสูงที่สุดอยู่ ส่วนกลุ่มที่มีประชากรสูงอายุตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป รายได้ประชาชาติ

ต่อหัวมีอิทธิพลสูงที่สุด

เมื่อศึกษาเฉพาะในกลุ่มตัวแปรการพัฒนาคนุษย์ (โมเดล 4-6) โดยใช้อัตราภาวะโรคปรับฐานเป็นตัวแปรตามในการวิเคราะห์เพื่อปรับความแตกต่างของโครงสร้างอายุในแต่ละประเทศจะเห็นได้ว่า ตัวแปรการพัฒนาคนุษย์ที่มีผลต่อการลดลงของอัตราภาวะโรคได้แก่ รายได้ประชาชาติต่อหัวซึ่งมีอิทธิพลสูงสุด ดัชนีพัฒนาการศึกษาที่มีอิทธิพลรองลงมา และงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐต่อหัวตามลำดับ โดยในกลุ่มที่มีประชากรสูงอายุยังไม่ถึงร้อยละ 10 ดัชนีพัฒนาการศึกษาจะเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุดโดยสูงกว่ารายได้ประชาชาติต่อหัวเล็กน้อย ส่วนกลุ่มที่มีประชากรสูงอายุตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป รายได้ประชาชาติต่อหัวมีอิทธิพลสูงที่สุด และสัดส่วนงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐต่อจีดีพีเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลรองลงมา

เมื่อศึกษาภาวะโรคจากการป่วยโดยการควบคุมดัชนีภาวะโรคจากการตาย (โมเดล 7-9) พบว่า จำนวนแพทย์ต่อประชากรเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการลดลงของอัตราภาวะโรคจากการป่วยของกลุ่มโรคนี้ โดยมีอิทธิพลชัดเจนมากขึ้นในกลุ่มที่มีประชากรสูงอายุตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป ส่วนกลุ่มที่มีประชากรสูงอายุยังไม่ถึงร้อยละ 10 พบว่า แพทย์ต่อประชากรไม่มีอิทธิพลที่ชัดเจน และดัชนีพัฒนาการศึกษายังคงมีอิทธิพลต่อการลดลงของอัตราภาวะโรคจากการป่วยของประเทศกลุ่มนี้อยู่ รวมทั้งประชากรสูงวัยยังมีอิทธิพลต่อการเพิ่มภาระการเจ็บป่วยของโรคกลุ่มนี้ด้วย

จากผลการศึกษาทั้ง 3 ส่วนพบว่า การเพิ่มระดับรายได้ และการศึกษาประชากรมีผลต่อการลดอัตราภาวะโรคได้ แต่ขณะเดียวกันตัวแปรทั้งสองก็มีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงอายุด้วย ซึ่งส่วนหนึ่งสามารถถูกอธิบายจากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางประชากรจากระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมของประเทศที่สูงขึ้นซึ่งมีส่วนทำให้เกิดการสูงอายุทางประชากร จึงส่งผลการเพิ่มขึ้นของอัตราภาวะโรคของโรคกลุ่มนี้ได้อีกทางหนึ่ง ดังนั้นผลของการลดลงของอัตราภาวะโรคจึงไม่สามารถอธิบายได้จากระดับรายได้และการศึกษาในแบบแผนที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น แต่อาจเป็นผลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นอีกหลายด้านดังที่กล่าวมาแล้ว และการให้ความสำคัญกับจำนวนแพทย์ และงบประมาณด้านสุขภาพควบคู่กับไปการพัฒนาเศรษฐกิจ ก็เป็นปัจจัยอีกส่วนหนึ่งที่ช่วยลดอัตราภาวะโรคจากโรคกลุ่มนี้ได้ โดยจะเห็นได้จากตัวแปรทั้งสองนี้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีประชากรสูงอายุ ตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป ซึ่งกลุ่มประเทศเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพของประชากรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่มากขึ้น เนื่องจากการมีสัดส่วนประชากรสูงอายุในระดับที่สูงขึ้น ดังนั้นผลของตัวแปร

ด้านสาธารณสุขที่ช่วยลดอัตราการภาวะโรคจากโรคกลุ่มนี้ จึงไม่สามารถอธิบายได้จากการเพิ่มของจำนวนบุคลากรแพทย์ ทรัพยากรหรือเทคโนโลยีในเชิงการรักษาเท่านั้น แต่จะต้องรวมไปถึงสัดส่วนการใช้งบประมาณในเชิงป้องกันโรค การลดปัจจัยเสี่ยง และส่งเสริมสุขภาพของประชากรในประเทศ ซึ่งเป็นแนวทางที่สำคัญในการลดอุบัติการณ์ของโรคกลุ่มนี้ด้วย

อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การศึกษานี้ได้ใช้ตัวแปรในระดับมหภาคจากปัจจัยแวดล้อมด้านเศรษฐกิจ การศึกษา และปัจจัยระบบบริการสุขภาพแต่ตัวแปรทั้งสองกลุ่มนี้ยังไม่สามารถนำมาศึกษาได้ครบทุกด้าน เช่น การกระจายรายได้และทรัพยากรสุขภาพ การใช้งบประมาณในเชิงรักษาและป้องกัน เป็นต้น รวมทั้งตัวแปรปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคลทั้งพฤติกรรมและสรีรวิทยาซึ่งเป็นตัวแปรอีกกลุ่มหนึ่งมีผลต่อสุขภาพประชากรด้วย (Blakely et al. 2004) เพราะความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลเหล่านี้ในหลายประเทศ จึงทำให้มีข้อจำกัดในการอธิบายผลของตัวแปรที่ศึกษาต่ออัตราการภาวะโรคจากโรคไม่ติดต่อยังพอสมควร และเป็นประเด็นที่ควรทำการศึกษาวิจัยต่อไป นอกจากนี้ข้อจำกัดจากจำนวนตัวอย่างและความแปรปรวนของข้อมูล ซึ่งจะเห็นได้จากช่วงความเชื่อมั่นในการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแบ่งกลุ่ม ที่ยังมีค่าค่อนข้างกว้างแม้จะเพิ่มอำนาจการทดสอบให้สูงขึ้นในช่วงไม่เกิน $\pm 10\%$ จึงทำให้การจำแนกกลุ่มบางกลุ่มในบางตัวแปรยังไม่ชัดเจนนัก และอาจเกิดความผิดพลาดแบบที่ 2 ได้ (Type II error) แต่ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมและการทดสอบสมมติฐานทางเดียว ก็จะช่วยลดข้อผิดพลาดลงได้ รวมทั้งข้อมูลภาวะโรคในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดของข้อมูลที่เป็นอนุกรมเวลา จึงทำให้การศึกษาแบบภาคตัดขวางอาจขาดการวิเคราะห์ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรด้านต่างๆ ตามเวลา แต่ผลการศึกษานี้ก็แสดงให้เห็นว่าอัตราการเพิ่มเฉลี่ยสัดส่วนผู้สูงอายุมีผลต่อการเพิ่มอัตราการภาวะโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นถ้ามองในเชิงความสัมพันธ์ที่จุดเวลาหนึ่ง ก็สามารถอธิบายผลของตัวแปรที่นำมาศึกษาที่มีต่ออัตราการภาวะโรคได้ในระดับหนึ่ง

โดยพฤติกรรมการมีอิทธิพลของประชากรสูงวัยและการพัฒนามนุษย์ต่ออัตราการภาวะโรคจากโรคไม่ติดต่อ มีรูปแบบที่ต่างกันในช่วงเวลาก่อนและหลังการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โครงสร้างประชากรสูงวัยอย่างเต็มตัว ประชากรสูงวัยเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลคงที่ต่อการเพิ่มอัตราการภาวะโรค ทั้งช่วงก่อนและหลังเข้าสู่ช่วงประชากรสูงวัยอย่างเต็มตัว ส่วนกลุ่มตัวแปรพัฒนามนุษย์นั้นมีรูปแบบที่เปลี่ยนไป ในช่วงก่อนเข้าสู่ช่วงประชากรสูงวัยอย่าง

เต็มตัว ตัวแปรด้านนี้ทุกตัวมีอิทธิพลน้อยกว่าประชากรสูงวัย โดยที่การเพิ่มดัชนีพัฒนาการศึกษา รายได้ประชาชาติต่อหัว และงบประมาณสุขภาพของภาครัฐต่อหัว ต่างมีอิทธิพลร่วมกันต่อการลดอัตราการภาวะโรคจากมากไปหาน้อย ส่วนหลังจากเข้าช่วงสู่ประชากรสูงวัยอย่างเต็มตัวแล้ว รายได้ประชาชาติต่อหัว มีอิทธิพลมากกว่าประชากรสูงวัยค่อนข้างมาก รองลงไป คือ ร้อยละงบประมาณสุขภาพของภาครัฐต่อจีดีพี และจำนวนแพทย์ต่อประชากร ส่วนด้านการศึกษาไม่มีผลที่ชัดเจน ด้วยเหตุผลนี้จึงสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุอยู่ในระดับสูง ได้แก่ กลุ่มประเทศแถบยุโรปตะวันออก หรือกลุ่มประเทศที่เพิ่งเข้าสู่โครงสร้างประชากรสูงวัยอย่างเต็มตัว ได้แก่ กลุ่มประเทศแถบลาตินอเมริกา เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเอเชียแปซิฟิก ซึ่งมีดัชนีพัฒนาการศึกษา ร้อยละงบประมาณสุขภาพของภาครัฐต่อจีดีพี หรือจำนวนแพทย์ต่อประชากรที่อยู่ในระดับสูงพอสมควร แต่กลับมีอัตราการภาวะโรคอยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยค่อนข้างมาก เพราะประเทศเหล่านี้ยังมิได้พัฒนาได้สูงขึ้นในระดับหนึ่งแล้วก็ตาม ถึงแม้ว่าการพัฒนามนุษย์ในด้านเศรษฐกิจจะมีความสำคัญที่สุดต่อการลดลงของภาวะโรคจากโรคไม่ติดต่อ แต่ก็ต้องมีการพัฒนามนุษย์ในด้านอื่นอีกหลายด้านประกอบกันไป เพราะการพัฒนาในแต่ละด้านยังมีความสัมพันธ์ส่งเสริมต่อกันด้วย โดยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา เพื่อลดอัตราการภาวะโรคจากโรคกลุ่มนี้ คือ

- กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาในแถบแอฟริกาใต้ ซาฮารา เอเชียใต้ และตะวันออกกลาง ที่ส่วนใหญ่ยังไม่เข้าสู่โครงสร้างประชากรสูงวัยอย่างเต็มตัว ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้านการศึกษาเป็นอันดับแรกโดยเพิ่มสัดส่วนผู้ได้รับการศึกษาให้สูงขึ้น ควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ และควรปรับเพิ่มงบประมาณสุขภาพของภาครัฐต่อหัวเพื่อเพิ่มสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ แต่อาจจะยังไม่จำเป็นต้องมุ่งเน้นการเพิ่มจำนวนแพทย์ต่อประชากร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในเชิงนโยบายของแต่ละประเทศ แต่ควรให้อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยที่ใกล้เคียง 58 คนต่อแสน ซึ่งการการพัฒนาการศึกษาของประเทศในช่วงนี้ก็จะเป็ปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และส่งเสริมให้จำนวนแพทย์เพิ่มมากขึ้นในอนาคต

- กลุ่มประเทศแถบยุโรปตะวันออก ลาตินอเมริกา เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเอเชียแปซิฟิก ที่ส่วนใหญ่ได้เข้าสู่โครงสร้างประชากรสูงวัยอย่างเต็มตัวแล้ว ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจเป็นอันดับแรก ซึ่งการ

มุ่งเน้นการพัฒนาทางเศรษฐกิจจะส่งผลให้ระดับจีดีพีของประเทศสูงขึ้น และเพื่อเพิ่มสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ จึงควรต้องปรับเพิ่มสัดส่วนงบประมาณสุขภาพของภาครัฐให้สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของจีดีพี โดยอย่างต่ำประมาณร้อยละ 4 -7 ของจีดีพี และควรเพิ่มจำนวนแพทย์ต่อประชากรให้อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยประมาณ 100 คนต่อแสน แต่ก็ขึ้นอยู่กับนโยบายด้านระบบควบคุมคุณภาพการผลิต และการกระจายแพทย์ของแต่ละประเทศด้วย

สรุปผลการศึกษา

ประชากรสูงวัยเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการโรคจากโรคไม่ติดต่อ แต่การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศเพื่อเพิ่มรายได้ประชาชาติ ร่วมกับการพัฒนาการศึกษาของประชากรทุกวัย จะเป็นรากฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนามนุษย์ให้มีความเป็นอยู่ที่ดี และสามารถพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศให้มีประสิทธิภาพได้ ซึ่งจะร่วมกันส่งผลให้อัตราการโรคจากโรคกลุ่มนี้ลดลง เมื่อประเทศต่างๆ ต้องก้าวเข้าสู่ช่วงประชากรสูงวัยอย่างเต็มตัวในอนาคต โดยเฉพาะกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งหลายประเทศมีแนวโน้มเข้าสู่ช่วงประชากรสูงวัยอย่างเต็มตัวในเวลาอันสั้น

เอกสารอ้างอิง

- เกื้อ วงศ์บุญสิน. 2545. ประชากรกับการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Berkman, B. and H. Linda 2003. Social work and health care in aging society: education, policy, practice, and research, New York: Springer.
- Blakely, T., S. Hales and A. Woodward. 2004. "Poverty: assessing the distribution of health risks by socioeconomic position at national and local levels". Environmental Burden of Disease Series No.10, Geneva: WHO: 1-10.
- Kinsella, K. and V. A. Velkoff. 2001. An Aging World: 2001. US Census Bureau, Series pa5/01-1. Washington D.C.: US Government Printing Office.
- Knodel, J. and N. Chayovan. 2008. "Population ageing and the wellbeing of older person in Thailand". Papers in Population Ageing No.5, Bangkok: UNFPA: 4-15
- Murray, J.L. Christopher and D. L. Alan 1996. The global burden of disease. Cambridge: Harvard University Press.

- Omran, A. 1971. "The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 64 (2) (1): 509-538.
- Puri, J., G. Amie, K. Sharmita and S. Tim 2007. *Measuring human development: Guideline and tools for statistical research, analysis and advocacy*. New York: UNDP.
- Riley, M.W. 1992. "Aging in the twenty - first century". In *aging, money, and life satisfaction: aspect of financial gerontology*, edited by Cutter, N.E. and M.P. Lawton. New York: Springer. 23-36.
- Ritu, S. 2002. "Development of standardized health state descriptions." In *summary measures of population health: concept, ethics, measurement and applications*, edited by Murray, Christopher J.L., Alan D. Lopez, Joshua A. Solomon and Colin D. Mathers. Geneva: Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Health Organization. 321-323.
- Resnick, N. M. and D. Dosa. 2005. "Geriatric medicine". In *Harison's Principal of Internal Medicine*, edited by Kasper, D. L., et al. United States of America: Mc Graw-Hill. 43-53.
- Salomon, J. A. and D. M. Colin 2001. "Methods for life expectancy and healthy life expectancy uncertainty analysis". *Global programme on evidence for health policy working paper No.10*, World Health Organization: 7-16.
- Shryock, H. S. 2004. *The methods and materials of demography*. New York: Academic Press.
- United Nations. 2008. *World Population Prospects: The 2008 Revision*.
- UNDP. 2008. "Selection country statistics". United Nations Statistics. Retrieved March,25,2009. HYPERLINK "<http://unstds.un.org/unsd/snaama/SelectionCountry.asp>"
- World Health Organization (WHO). 2008. *Health in Asia and the Pacific*. Geneva: World Health Organization Regional offices for South-east Asia and the Western Pacific.
- _____. 2009. *The global burden of disease: 2004 Update*. Geneva: WHO Press.
- _____. 2009. "Revised global burden of disease (GBD) 2004 estimates". *Global burden of disease*. Retrieved March, 25,2009. <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2004revised/en/index.html>

ปาฐกถาศาสตราจารย์ ดร. วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ “คนนับคน”

ปราโมทย์ ประสาทกุล

แสดงในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ ประจำปี พ.ศ.2552

19 พฤศจิกายน พ.ศ.2552

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมประชุม

ผมมีความยินดีและเป็นเกียรติยิ่งที่ได้รับการคัดเลือก และได้รับเชิญให้มาแสดงปาฐกถาศาสตราจารย์ ดร.วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ในวันที่ ขอบคุณกรรมการสมาคมประชากรไทยที่ได้มีมติเลือกเป็นเอกฉันท์ (อย่างน้อย มีผมซึ่งเป็นกรรมการคนหนึ่งไม่เห็นด้วย) ที่จะเชิญผมให้มาทำหน้าที่อันมีเกียรตินี้

เมื่อเป็นมติของที่ประชุมคณะกรรมการฯ ผมก็ขออน้อมรับด้วยยินดี ด้วยเหตุผลส่วนตัวสำคัญสองประการ

ประการแรก ศาสตราจารย์ ดร.วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ เป็นนักประชากรศาสตร์ที่มีบทบาททางวิชาการที่สำคัญยิ่งในช่วงทศวรรษที่ 2510 อาจารย์เป็นผู้ก่อตั้งสถาบันประชากรศาสตร์ขึ้นในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นับเป็นสถาบันทางประชากรแห่งแรกในประเทศไทย อาจารย์วิศิษฐ์มีบทบาทอย่างมากในการผลักดันให้รัฐบาลประกาศนโยบายประชากรเมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ.2513 ยิ่งไปกว่านั้น อาจารย์วิศิษฐ์ ยังได้ร่วมทำงานในองค์การภาคเอกชนที่มีส่วนช่วยประเทศไทยในการแก้ปัญหาประชากร องค์การภาคเอกชนนั้น คือ “สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี” โดยอาจารย์ได้ทำหน้าที่เป็นเลขาธิการของสมาคมฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2513 ถึง พ.ศ.2520 ผมได้ร่วมเป็นกรรมการของสมาคมฯ นี้มาเป็นเวลานานประมาณ 30 ปี รูปถ่ายศาสตราจารย์ ดร.วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ทูลเกล้าถวายเอกสารแด่สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ที่ติดอยู่ที่ “อาคารสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ” ของสมาคมฯ ยังประทับอยู่ในใจของผมตลอดมา



เหตุผลประการที่สอง ที่ผมถือว่าเป็นเกียรติที่ได้เป็นองค์ปาฐกในปีนี้เป็น การที่สมาคมนักประชากรไทยได้ให้ความสำคัญต่อปาฐกถาศาสตราจารย์ ดร.วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ นี้ สมาคมฯ ได้ถือเอาปาฐกถานี้เป็นส่วนหนึ่งของการประชุมวิชาการ ประชากรศาสตร์แห่งชาติ ประจำปี มาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2536 ติดต่อกันมาทุกปี จนถึง ปาฐกถาในปี นี้ นับเป็นครั้งที่ 17 แล้ว ถึงวันนี้ เราอาจพูดได้ว่าเป็นประเพณีของการ ประชุมประชากรศาสตร์แห่งชาติ ประจำปีของสมาคมนักประชากรไทยที่จะเริ่มด้วยปาฐกถา ศาสตราจารย์ ดร.วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ผมในฐานะที่ได้มีส่วนร่วมในวิวัฒนาการของ สมาคมนักประชากรไทยมาตั้งแต่เริ่มแรก จึงยินดีอย่างยิ่งที่ได้เป็นผู้หนึ่งที่มีส่วนช่วย สืบสานประเพณีอันดีงามนี้

ขอเข้าสู่สาระที่ผมตั้งใจจะแสดงปาฐกถาในวันนี้

เมื่อต้นเดือนสิงหาคมที่ผ่านมา นายกสมาคมฯ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร พันพืง ซึ่งกำลังจัดทำกำหนดการประชุมประชากรศาสตร์แห่งชาติประจำปี พ.ศ.2552 ตามมติ ของคณะกรรมการสมาคมฯ ได้มาถามผมว่า จะพูดในหัวข้ออะไร ขณะนั้น ผมกำลังสนใจ อยู่กับเรื่องที่สำนักงานสถิติแห่งชาติกำลังเตรียมการทำสำมะโนประชากร ครั้งที่ 11 ของ ประเทศไทย ที่จะดำเนินการในเดือนกรกฎาคมปีหน้านี้ ผมคิดถึงคำขวัญหนึ่งที่

ได้เสนอแนะให้สำนักงานสถิติแห่งชาติใช้ในการประชาสัมพันธ์ว่า “ร่วมฉลองหนึ่งร้อยปี สำนะโนประชากรประเทศไทย” จึงได้บอก ดร.สุรียพรฯ ไปว่า อยากจะพูดเรื่อง “คนนับคน” ใจคงคิดอยากจะทำให้เรื่องที่จะพูดมีส่วนเกี่ยวข้องกับการนับคนในประเทศไทยในเวลาอีก 6 - 7 เดือนข้างหน้า

เมื่อกำหนดหัวข้อที่จะพูดได้แล้วว่าเป็นเรื่อง “คนนับคน” จึงคิดต่อไปว่า แล้วสาระของเรื่องนี้จะเป็นอย่างไรมันก็ถึงข้อความประชาสัมพันธ์ให้คนไทยร่วมฉลองหนึ่งร้อยปีของสำมะโนประชากรประเทศไทยขึ้นมาโดยทันที ผมอยากจะทำเรื่อง “คนนับคน เมื่อร้อยกว่าปีก่อน” พูดเรื่องอดีตให้สมกับที่ตัวเองได้ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว เมื่อเป็น “คนแก่” ก็ต้อง “ชอบเล่าความหลัง” แต่ความหลังที่ผมจะเล่าในวันนี้จะไม่ใช่ว่าความหลังของตัวเอง หากเป็นความหลังทางวิชาการประชากรศาสตร์ สาขาวิชาที่เรามาประชุมประจำปีกันอยู่ ณ ที่นี้

เรื่องความหลังทางวิชาการประวัติศาสตร์ หรือการศึกษาประชากรในประวัติศาสตร์ อย่างนี้จะเรียกว่าเป็นสาขาวิชา “ประชากรศาสตร์ประวัติศาสตร์” หรือ Historical Demography ก็คงได้ พวกเราที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มีผม ดร.รศรินทร์ เกรย์ ดร.ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และ ดร.กาญจนา ตั้งชลทิพย์ เป็นต้น เคยคุยกันว่า พวกเราที่สนใจในแขนงวิชา “ประชากรศาสตร์ประวัติศาสตร์” ควรจะได้จัดตั้งกลุ่มเสวนา แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดกันบ้าง

ในปี พ.ศ.2550 ผมกับอาจารย์ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และคุณสุภาณี ปลื้มเจริญ ได้เขียนหนังสือเรื่อง “คนห้าแผ่นดิน: ประวัติศาสตร์ที่ยังมีชีวิต” ในบทหนึ่ง เราได้ประมาณโครงสร้างเพศและอายุของประชากร ประมาณอัตราทางประชากรต่าง ๆ เช่น อัตราเกิด อัตราตาย อัตราตายทารก อายุคาดเฉลี่ยของประชากรในสมัยรัชกาลต่าง ๆ ตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 เป็นต้นมาจนถึงรัชกาลปัจจุบัน ผมคิดว่าการศึกษาทำนองนี้ก็เข้าข่ายว่าเป็น “ประชากรศาสตร์ประวัติศาสตร์” ด้วยเหมือนกัน

ในประวัติศาสตร์ วิชาประชากรศาสตร์ได้เริ่มขึ้นในประเทศไทย ตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 แล้ว



พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5

เมื่อปี พ.ศ. 2521 ผมได้เขียนบทความเรื่อง “แนวโน้มและนโยบายประชากรในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว” ลงพิมพ์ในหนังสือ “มหาวิทยาลัย 23 ตุลาคม” ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ความสำคัญในบทความนั้น คือเพื่อเทิดพระเกียรติล้นเกล้าฯ รัชกาลที่ 5 ที่ได้ทรงปฏิรูปประเทศไทยให้เจริญก้าวหน้าทัดเทียมนานาอารยประเทศในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านการปกครอง การบริหารราชการแผ่นดิน การทหาร การศึกษา การแพทย์สาธารณสุขและสุขภาพ การติดต่อสื่อสารและคมนาคม ฯลฯ ในส่วนที่เกี่ยวกับประชากร การแฉงนับพลเมืองที่อาศัยอยู่ในพระราชอาณาจักรหรือเรียกกันในสมัยนั้นว่า “การทำบัญชีสำมะโนครัว การจดทะเบียนคนเกิดคนตาย และการจดทะเบียนคนเข้าเมือง” ล้วนแต่ได้เริ่มขึ้นในสมัยรัชกาลที่ 5 ทั้งสิ้น บัญชีจำนวนราษฎร การเกิด การตาย คนเข้าเมือง ออกเมือง เหล่านี้ นับเป็นแหล่งข้อมูลประชากรสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์ทางประชากรศาสตร์มาจนกระทั่งในปัจจุบัน

ในปี พ.ศ.2550 ผม และศุทธิดาฯ นำเอาข้อมูลจากเอกสารเกี่ยวกับประชากรในสมัยรัชกาล ที่ 5 ที่ได้รวบรวมจากหอจดหมายเหตุแห่งชาติส่วนหนึ่งมาเขียนเป็นบทความวิจัยเรื่อง “จุดเริ่มต้นของทะเบียนชีพและสำมะโนประชากรในประเทศไทย” นำเสนอในการประชุมประชากรศาสตร์แห่งชาติ ประจำปีนั้น

ในปี พ.ศ.2551 อาจารย์ศรีนครินทร์ฯ ได้เขียนหนังสือเรื่อง “พัฒนาการการจัดทำทะเบียนราษฎรและสำมะโนประชากรในประเทศไทย” ร่วมกับ อมรรักษ์ ภูนาศ และ เรวดี สุวรรณพเก้า คณะผู้ศึกษาชุดนี้ได้ไปค้นคว้าเอกสาร ทั้งที่เป็นคำสั่ง พระราชบัญญัติ บันทึกลง และหนังสือโต้ตอบอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการทำบัญชีสำมะโนครัว บัญชีคนเกิด คนตาย ตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 เป็นต้นมา

ในการประชุมประชากรศาสตร์แห่งชาติปีนี้ ผมและอาจารย์ปัทมาฯ ได้นำเอาข้อมูลจากการจดทะเบียนคนตายเมื่อ 100 ปีก่อนมาวิเคราะห์และเขียนเป็นบทความวิจัยเรื่อง “การตายของประชากรในพระนครเมื่อร้อยปีก่อน” มานำเสนอในช่วงบ่ายของวันนี้ (19 พฤศจิกายน พ.ศ.2552)

ผมอยากจะเรียนให้พวกเราในที่ประชุมนี้ได้ทราบว่า สำหรับผม การได้ค้นคว้าและอ่านเอกสารสมัยก่อนนั้นเป็นเรื่องที่สนุกมาก เอกสารสมัยต้นรัชกาลที่ 5 จะเขียนด้วยลายมือ ลายมือคนไทยเมื่อ 100 กว่าปีก่อนนั้นช่างมีเสน่ห์ และดูเป็นศิลปะสวยงามยิ่งนัก เครื่องพิมพ์ดีดภาษาไทยเพิ่งมีขึ้นในช่วง 20 ปีหลังของสมัยรัชกาลที่ 5 มาเอง เมื่อนาย Edwin Hunter McFarland ชาวอเมริกัน ซึ่งรับราชการในตำแหน่งเลขานุการส่วนพระองค์ในสมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพ ได้คิดประดิษฐ์เครื่องพิมพ์ดีดภาษาไทยขึ้น และได้ให้โรงงาน Smith Premier ในสหรัฐอเมริกา เป็นผู้ผลิต McFarland ได้นำเครื่องพิมพ์ดีดภาษาไทยทูลเกล้าฯ ถวายพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 5 เมื่อปี พ.ศ.2435 พระองค์ทรงพอพระราชหฤทัยอย่างยิ่ง และได้ทรงสั่งซื้อเครื่องพิมพ์ดีดภาษาไทย Smith Premier จำนวนหนึ่งเข้ามาใช้ในราชการ ดังนั้น เอกสารก่อน ปี พ.ศ. 2435 จึงเขียนด้วยลายมือทั้งสิ้น และเอกสารหลังจากปี พ.ศ.2435 เป็นต้นมา จะมีทั้งที่พิมพ์ด้วยพิมพ์ดีด และเอกสารที่ยังเขียนด้วยลายมือ

การดูวัน เวลาของเอกสารก็น่าสนุก สมัยต้นรัชกาลที่ 5 จะนิยมระบุปีด้วย “จุลศักราช” หรือ จ.ศ. บางครั้งก็ใช้ควบไปกับ “รัตนโกสินทร์ศักราช” หรือ ร.ศ. เวลาอ่านเอกสาร เมื่อปรากฏว่าเป็นจุลศักราช จะแปลงให้เป็นพุทธศักราชอย่างที่เราใช้ในปัจจุบัน เราต้องบวก 1181 เข้าไป จุลศักราชเป็นศกที่ใช้กันในอาณาจักรล้านนา เมื่อคนไทยนำมาใช้ ก็นิยมเรียกศกตามเลขท้ายของปีจุลศักราชด้วยศัพท์บาลี ปี จ.ศ. ที่ลงท้ายด้วย 1 เรียกเอกศก 2 โทศก 3 ทริศก 4 จัตวาศก 5 เบญจศก 6 ฉศก 7 สัปตศก 8 อัฐศก 9 นพศก และ 0 สัมฤทธิศก เมื่ออ้างปีจะระบุปีนักษัตริ์ คือ ปี ขวด ฉลุ ขาล เถาะ ไปจนกระทั่งถึงปีกุนก่อน แล้วตามด้วยศัพท์บาลีเลขลงท้ายของปีจุลศักราช แล้วจึงระบุปีจุลศักราช เช่น ปีขวด สัมฤทธิศก จุลศักราช 1250 เมื่อบวกด้วย 1181 ก็จะเป็น

พ.ศ.2431 ปีจอ นพศก จุลศักราช 1259 หรือ พ.ศ.2440 เป็นต้น เมื่อนำรัตนโกสินทร์ศก มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2432 เป็นต้นมา จึงเลิกใช้จุลศักราช และนิยมใช้รัตนโกสินทร์ศกแทน จนถึง พ.ศ.2455 สมัยรัชกาลที่ 6 ที่เปลี่ยนมาใช้ พ.ศ. แทน ร.ศ.

เมื่อในเอกสารระบุปีด้วยรัตนโกสินทร์ศก หรือ ร.ศ. จะแปลงเป็นปี พ.ศ. ได้ง่าย เพียงแต่บวก 2324 ซึ่งเป็นปีก่อนตั้งกรุงรัตนโกสินทร์เข้าไปก็จะกลายเป็นปี พ.ศ. เช่น ร.ศ.112 ก็เท่ากับ พ.ศ.2436 หรือปัจจุบัน พ.ศ.2552 เท่ากับเป็น ร.ศ.228 หรือเท่ากับว่า กรุงรัตนโกสินทร์ได้ตั้งมา 228 ปีแล้ว

สมัยต้นรัชกาลที่ 5 ยังไม่ปรากฏชื่อเดือนทางสุริยคติ คือ มกราคม ถึงธันวาคม อย่างที่เราใช้กันอยู่ในปัจจุบัน จะเรียกเดือนตามจันทรคติ คือ เดือนอ้าย ยี่ สาม สี่ ไปจนถึงเดือนสิบสอง ปฏิทินไทยตามสุริยคตินี้ กรมพระยาเทวะวงศ์วโรปกรณ์ (โอรสลำดับที่ 42 ของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 4 กับสมเด็จพระปิยมมาวดี ศรีพัชรินทรามตา เจ้าจอมมารดาเปี่ยม) ทรงประดิษฐ์ขึ้น ทูลเกล้าฯ ถวายรัชกาลที่ 6 ซึ่งทรงโปรดเกล้าฯ ให้ใช้การนับวันและเดือนตามแบบสากลนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2432 เป็นต้นมา

หลังจากอ่านเอกสารสมัยก่อน อ่านลายมือเขียนภาษาไทย แปลงปี จ.ศ. ให้เป็น พ.ศ. มาพอสมควรแล้ว ผมก็มั่นใจว่าได้พบบิดาแห่งสำมะโนประชากรและทะเบียนราษฎร พระองค์จริงแล้ว



พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว

พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระนเรศร์วรฤทธิ์

พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระนเรศรวรฤทธิ์ เป็นพระราชโอรส ลำดับที่ 17 ใน พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 4 และเจ้าจอมมารดากลิ่น พระนามเดิม ว่าพระองค์เจ้ากฤษดาภินิหาร ประสูติเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ.2398 ทรงเป็นต้นสกุล กฤษดากร พระองค์สิ้นพระชนม์เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ.2468

พระองค์ทรงรับราชการในตำแหน่งสำคัญทั้งในรัชกาลที่ 5 และรัชกาลที่ 6 เช่น ทรงดำรงตำแหน่งอัครราชทูตประจำประเทศอังกฤษ และสหรัฐอเมริกา เป็นคอมมิสตี กรมพระนครบาล เป็นเสนาบดีกระทรวงนครบาล จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2450 แล้วมาเป็น เสนาบดีกระทรวงโยธาธิการในสมัยรัชกาลที่ 5 ทรงพัฒนา ปรับปรุง และจัดระเบียบ กิจการตำรวจกรมกองตระเวน จนเรียกได้ว่าเป็นพระบิดาแห่งตำรวจไทย

ด้วยทรงมีประสบการณ์ในประเทศตะวันตก ทั้งในประเทศอังกฤษ และ สหรัฐอเมริกา และประเทศอื่นๆ ในยุโรป เมื่อปีขวด สัมฤทธิศกจุลศักราช 1250 ตรงกับปี พ.ศ.2431 กรมพระนเรศฯ ขณะที่ทรงเป็นเสนาบดี กระทรวงนครบาล ได้ทรงเขียน บันทึกลับเสนอความเห็นว่าการที่ประเทศไทยจะต้องทำบาญชีคนที่อาศัยอยู่ในพระราช อาณาเขต และจดทะเบียนคนเกิดคนตาย คนย้ายเข้าและย้ายออก เพื่อให้รู้ว่ามีคนอยู่ แห่งใด เท่าใด ให้เหมือนกับที่ “ประเทศทั้งปวง” เขาทำสำมะโนประชากรกัน ในบันทึก ความเห็นนั้น ท่านทรงวางวิธีการนับคน และจดทะเบียนคนเกิด คนตายเป็นขั้นตอนใน รายละเอียด

กรมพระนเรศฯ คงจะได้แบบอย่างการทำสำมะโนประชากร และการจดทะเบียน คนเกิดคนตายมาจากประเทศอังกฤษ ดังที่พระองค์ท่านได้มีหนังสือกราบบังคมทูลฯ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวลงวันที่ 7 ตุลาคม รัตนโกสินทร์ศก 110 (พ.ศ.2434) เรื่อง ความสำคัญของการทำบาญชีสำมะโนครัว และบาญชีคนเกิดคนตาย เพื่อจัดการทหาร ตามที่สมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอเจ้าฟ้าภาณุรังษีสว่างวงศ์ กรมพระภาณุพันธุวงศ์วรเดช กราบบังคมทูลฯ และเพื่อประโยชน์แห่งการอื่นๆ อีกหลายอย่าง กรมพระนเรศฯ ได้ทรง เสนอให้ “ทำบาญชีสำมะโนครัวในปีถัดไป ซึ่งเป็นรัตนโกสินทร์ศกกราช 111 ต่อไปทุกๆ 10 ปี ถึงปีใดที่ศักราชลงท้ายด้วยเลข 1 ก็จะได้ทำสำมะโนครัวทุกครั้ง เหมือนประเทศ ทั้งปวงที่ทำกันในคริสต์ศักราชที่เป็นเศษ 1” ประเทศที่ทำสำมะโนประชากรมานาน ในทุกๆ ปี ค.ศ. ที่ลงท้ายด้วย 1 ก็ได้แก่ประเทศอังกฤษนั่นเอง

การทำบาญชีคน และการจดทะเบียนคนเกิดคนตายนั้น ในตอนแรกท่าน ออกแบบให้เป็นหน้าที่ของกรมพระสุรัสวดี ซึ่งเป็นกรมที่ควบคุมบัญชีไพร่พลทั่วประเทศ มีผู้บังคับบัญชากรมคือ พระสุรัสวดี มีเจ้าหน้าที่สัสดีประจำหัวเมืองต่างๆ ทำหน้าที่ จื่นทะเบียนคนเป็น “ไพร่” กรมนี้รับผิดชอบเกณฑ์ไพร่พลเพื่อจัดกองทัพเมื่อต้องการ กำลังพลเข้าทำศึกสงคราม

ต่อมา เมื่อมีการจัดการปกครองท้องถิ่น โดยจัดรวมหัวเมืองเป็นมณฑล เป็น เทศาภิบาล จัดให้มีกำนันผู้ใหญ่บ้านปกครองดูแลหมู่บ้านตำบล จึงได้มีแนวคิดที่จะให้ กระทรวงมหาดไทยรับผิดชอบการทำสำมะโนครัว และการจดทะเบียนคนเกิดคนตาย ในมณฑลต่างๆ ยกเว้นมณฑลกรุงเทพฯ ที่ให้กระทรวงนครบาลดูแลรับผิดชอบ

บาญชีคน ที่กรมพระนเรศวรได้ทรงออกแบบไว้ ให้แยก “เพศชายหญิง” สมณะ เพศก็แยกออกไปต่างหาก ให้ถาม “อายุ” ซึ่งกำชับให้ได้อายุที่แน่นอนของผู้ชายวัยหนุ่ม ที่อาจบอกอายุน้อยกว่าความเป็นจริง เช่น อายุ 18 - 19 ปีแล้ว ก็บอกว่าอายุเพียง 16 - 17 ปี ด้วยเกรงว่าจะถูกเกณฑ์ไปเป็นทหาร

“ชาติ” เป็นอีกข้อคำถามหนึ่งที่สำมะโนสมัยนั้นต้องการจะนับว่ามีคนเชื้อชาติใด อยู่ในราชอาณาจักรเป็นจำนวนเท่าไร ชาติหลัก ๆ ก็มีไทย จีน แขกมลายู เขมร มอญ กะเหรี่ยง ญวน แขกจาม เงี้ยว พม่า แขกขวา แขกเทศ ฝรั่งเศส ทวาย

ในเรื่องการจดทะเบียนคนเกิด กรมพระนเรศวรฯ ได้ทรงออกแบบ “บาญชีคนเกิด” เอาไว้โดยให้ลงชื่อผู้เกิด เป็นชายหรือหญิง วันเวลาเกิด ตำบลที่เกิด ชื่อบิดาของผู้เกิด ชาติของบิดาผู้เกิด การทำมาหากินของบิดาผู้เกิด ชื่อมารดาผู้เกิด ชาติของมารดาผู้เกิด และให้บอกด้วยว่า “มารดาผู้เกิดนั้นเป็นภรรยาชนิดใด” ข้อมูลเหล่านี้จะลงไว้ใน “หนังสือ สำคัญสำหรับผู้เกิด” ที่จะให้ไว้แก่ผู้มาลงบาญชีเก็บไว้เป็นหลักฐาน หนังสือสำคัญนี้ก็คือ “สูติบัตร” นั่นเอง

เมื่อเห็นช่องที่จะต้องลงว่า “เป็นภรรยาชนิดใด” ทำให้ผมต้องคิดต่อไปอีกว่า สมัยนั้น จะมีภรรยาที่ชนิด และชนิดใดบ้าง ผมต้องโทรศัพท์ไปถามข้อมูลที่ภาควิชา ประวัติศาสตร์ ของคณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งอาจารย์ที่นั่นได้ แนะนำให้ผมลองค้นดูจากหนังสือ “อักขรภิธานศัพท์” ของหมอบรัดเลย์ (Dictionary of the Siamese Language) เปิดดูคำว่า “ภรรยา” และคำว่า “เมีย” ซึ่งมีความหมาย ใกล้เคียงกัน

“เมียขอ, ภรรยาขอ, ภรรยาสู” คือหญิงที่ชายให้ไปสู่ขอต่อผู้ใหญ่มีบิดามารดา เป็นต้น ได้มาเลี้ยงเป็นเมียนั้น

เมียข่า, ภรรยาทาส, ทาสภรรยา คือหญิงมีทุกชะยาก ชายช่วยไถ่มาด้วยเงิน ได้มาเลี้ยงเป็นเมียนั้น

เมียจะเลย คือหญิงที่ขายไปตีบ้านตีเมือง ได้หญิงมาเลี้ยงเป็นภรรยา เรียกว่าเป็นเมียจะเลย

เมียช่วย, ภรรยาช่วย (มีความหมายเช่นเดียวกับ เมียข่า, ภรรยาทาส) คือหญิงที่มีทุกชะยาก ชายไถ่มาด้วยเงิน เลี้ยงเป็นภรรยา”

ในทศวรรษ 2430 เมื่อกรมพระนเรศร์ฯ ได้เริ่มร่างแบบลงบาญชีคนเกิดนี้ ระบบทาสยังมีอยู่ในสยาม รัชกาลที่ 5 ทรงเริ่มเลิกทาสตั้งแต่ปี พ.ศ.2417 เมื่อมีพระราชบัญญัติลูกทาสไทยจุลศักราช 1236 และให้เลิกระบบทาสอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทาสได้หมดไปจากสยามตั้งแต่ปี พ.ศ.2448 เมื่อมีพระราชบัญญัติทาสรัตนโกสินทรศก 124 กำหนดให้บรรดาลูกทาสเป็นไทยทุกคน ดังนั้น ในช่วงต้นรัชกาลที่ 5 เมียข่า เมียทาส เมียจะเลย จึงยังเป็นชนิดของภรรยา ที่ต้องกรอกลงในบาญชีคนเกิด เมื่อปลายรัชกาลที่ 5 รายการชนิดของภรรยาได้หายไปจากการลงบาญชีคนเกิด ระบบทาสได้หมดไปจากสยามประเทศแล้ว

ในการลงบาญชีคนตาย รายการข้อมูลที่ต้องกรอกลงในบาญชี ชื่อผู้ตาย เพศ อายุของผู้ตาย วันเดือนปีที่ตาย ตำบลที่ตาย สาเหตุหรือโรคที่ทำให้ตาย เหล่านี้ล้วนเป็นข้อมูลที่เหมือนกับการจดทะเบียนคนตายในสมัยปัจจุบันทั้งสิ้น แม้กระทั่งระยะเวลาที่เจ้าของบ้านหรือญาติผู้ตายจะต้องแจ้งต่อเจ้าพนักงานภายใน 24 ชั่วโมง ก็เหมือนกับกฎหมายที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ผู้มาลงบาญชีจะได้รับหนังสือสำคัญสำหรับศพ ซึ่งก็คือ “มรณบัตร” ในสมัยนี้เพื่อขออนุญาตให้สมภารเจ้าอาวาสทำการศพ เช่น เผา หรือฝังต่อไปได้

ปัญหาและอุปสรรคในการทำสำมะโนครัว และการจดทะเบียนคนเกิดคนตาย

แม้กรมพระนเรศร์ฯ จะได้ร่างความเห็นในการทำบาญชีคน และบาญชีคนเกิดคนตายมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2431 และกราบบังคมทูลฯ เสนอความเห็นต่อรัชกาลที่ 5 ว่าควรทำบาญชีคนในพระราชอาณาเขตร์ ในปี พ.ศ.2434 แล้วก็ตาม แต่การหาได้สำเร็จตามความเห็นดังกล่าวไม่ กว่าที่สำมะโนครัวและการจดทะเบียนคนเกิดคนตายในสยามประเทศจะปรากฏเป็นรูปร่างก็ใช้เวลานานนับสิบปี

เราต้องเข้าใจว่าการทำสำมะโนครัวและการจดทะเบียนคนเกิดคนตาย ถ้าจะทำให้ครอบคลุมทั่วราชอาณาจักรนั้นเป็นงานที่ใหญ่มาก ต้องอาศัยคนที่จะลงไปในพื้นที่เพื่อทำบาญชี การทำสำมะโนครัวเป็นการสำรวจที่จะต้องมีคนไปสอบถามข้อมูลคนทุกคน

แต่ละบ้าน และจะต้องทำให้ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ

ในระหว่างช่วงเวลานั้น รัชกาลที่ 5 กำลังทรงเร่งรัดปฏิรูปประเทศในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะปฏิรูปการปกครองและการบริหารราชการแผ่นดิน ในปี พ.ศ.2435 พระองค์ท่านทรงโปรดให้ตั้งหน่วยงานราชการใหม่ 12 กระทรวง คือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงต่างประเทศ กระทรวงวัง กระทรวงนครบาล กระทรวงพระคลังมหาสมบัติ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุทธนา-ธิดาร กระทรวงเกษตรธิดาร กระทรวงธรรมการ กระทรวงโยธาธิการ และกระทรวงมรุธาธิการ และทรงตั้งสภาที่ปรึกษา 2 สภา คือ เสนาบดีสภา และองคมนตรีสภา

ในการปกครองท้องที่ราชการส่วนกลางส่งคนไปดูแลตามมณฑล และหัวเมืองต่างๆ แบ่งส่วนราชการออกเป็นเทศาภิบาล สุขาภิบาล มีเจ้าเมือง นายอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ปกครองดูแลพื้นที่ตามลำดับลดหลั่นกันไป

การจัดระเบียบบริหารราชการเช่นนี้ เป็นงานสำคัญ และต้องใช้เวลาพอสมควรกว่าที่จะลงตัว ยิ่งไปกว่านั้นดินแดนที่อยู่ในเขตของประเทศสยามก็ยังเป็นปัญหาพิพาทอยู่ กับประเทศล่าอาณานิคมทั้งอังกฤษและฝรั่งเศส ดังจะเห็นได้ว่าในช่วงเวลานั้นไทยต้องเสียดินแดนไปมาก คือปี พ.ศ. 2431 เสียดิบสองจุไทยให้ฝรั่งเศส ปี พ.ศ. 2433 เสียดินแดนฝั่งซ้ายของแม่น้ำสาละวินให้อังกฤษ ปี พ.ศ. 2436 เสียดินแดนฝั่งซ้ายแม่น้ำโขงให้ฝรั่งเศส ปี พ.ศ. 2446 เสียดินแดนฝั่งขวาแม่น้ำโขง ทั้งหลวงพระบาง จำปาศักดิ์ให้ฝรั่งเศส ในปี พ.ศ. 2449 เสียมณฑลบูรพา ซึ่งรวมเสียมราฐ พระตะบอง และศรีโสภณให้ฝรั่งเศส และในปี พ.ศ. 2451 เสียดินแดนฝั่งขวาแม่น้ำโขง อันได้แก่ กลันตัน ตรังกานู ปะลิส และ ไทรบุรีให้อังกฤษ ประเทศมหาอำนาจทั้งอังกฤษและฝรั่งเศส นี้ยังมี “สิทธิสภาพนอกอาณาเขต” (extraterritorial right) ในแผ่นดินไทย คือ ประเทศทั้งสองนี้สามารถใช้กฎหมายประเทศตนกับ “คนในบังคับ” ของเขาที่อยู่ในประเทศไทย

นอกจากนั้น ยังมีปัญหาในเรื่องคนที่จะออกไปทำบาญชี หรือลงไปนับคนในพื้นที่ ซึ่งปัจจุบันนี้เรียกว่าเป็นพนักงานภาคสนาม ในสมัยนั้น ต้องอาศัยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ช่วยทำหน้าที่ทำบาญชีคนในพื้นที่ของตน การทำบาญชีจะต้องมีแบบฟอร์มที่ต้องกรอกข้อมูลว่าสมาชิกในแต่ละบ้านชื่ออะไรบ้าง แต่ละคนอายุเท่าไร ชาติอะไร คนที่จะทำบาญชีเช่นนั้นได้จะต้องรู้หนังสือ คือต้องอ่านออก และเขียนได้ อุปสรรคของการทำสำมะโนครัวเมื่อเริ่มแรกที่ทำให้กำนันผู้ใหญ่บ้านเป็นพนักงานภาคสนามอยู่ที่การรู้หนังสือ แม้กำนันผู้ใหญ่บ้านจำนวนมากจะพออ่านหนังสือออก แต่ก็มีย่อยมากที่จะเขียนหนังสือได้ การทำสำมะโนครัวต่อมาจึงต้องให้ปลัดอำเภอคนหนึ่งลงไปพื้นที่พร้อมเสมียน โดยให้กำนัน

ผู้ใหญ่บ้านเป็นคนนำทางเดินสำรวจในหมู่บ้านของตน

ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้การทำสำมะโนครัวให้ได้ครอบคลุมทั่วราชอาณาจักรมาสำเร็จได้เมื่อปลายสมัยรัชกาลที่ 5 นี้เอง ทั้งๆ ที่ความคิดในการนับจำนวนคน และการจดทะเบียนคนเกิดคนตายนั้นได้เริ่มมาแล้วเมื่อ 20 กว่าปีก่อน

ยอดบัญชีพลเมืองของ ๑๗ มณฑลซึ่งขึ้นอยู่กับกระทรวงมหาดไทยตามปี พ.ศ. ๑๒๒๕ ถึง พ.ศ. ๑๒๕๖

เลขลำดับ	นามมณฑล	จำนวนพลเมือง	หมายเหตุ
๑	มณฑลกรุงเก่า	๕๓๑,๐๓๕	สำหรับปี พ.ศ. ๑๒๕๕
๒	มณฑลพายัพ	๑,๒๖๖,๘๑๗	
๓	มณฑลอุบล	๗๕๐,๐๕๔	
๔	มณฑลอุดร	๖๓๐,๖๘๑	
๕	มณฑลร้อยเอ็ด	๖๒๕,๐๒๕	
๖	มณฑลสุพรรณบุรี	๕๕๓,๕๗๖	
๗	มณฑลนครราชสีมา	๔๘๘,๑๓๑	
๘	มณฑลราชบุรี	๔๑๕,๗๑๔	
๙	มณฑลนครศรีธรรมราช	๔๗๒,๕๔๕	
๑๐	มณฑลปราจีน	๓๒๕,๖๘๑	
๑๑	มณฑลนครสวรรค์	๒๘๗,๐๐๐	
๑๒	มณฑลนครไชยศรี	๒๘๑,๐๗๕	
๑๓	มณฑลปัตตานี	๒๖๕,๘๑๗	
๑๔	มณฑลพิษณุโลก	๒๔๘,๐๕๐	
๑๕	มณฑลภูเก็ต	๒๒๐,๙๕๓	
๑๖	มณฑลชุมพร	๑๖๕,๑๕๔	
๑๗	มณฑลจันทบุรี	๑๑๕,๖๕๑	
๑๘	มณฑลเพชรบูรณ์	๗๒,๖๖๒	
รวมทั้งสิ้น		๘,๑๓๑,๒๕๗	

ยอดบัญชีพลเมืองของ ๑๗ มณฑลซึ่งขึ้นอยู่กับกระทรวงมหาดไทยสำหรับปี พ.ศ. ๑๒๕๕ ดังแจ้งต่อไปนี้

เลขลำดับ	นามมณฑล	จำนวนพลเมือง	หมายเหตุ
๑	มณฑลกรุงเทพฯ	๕๓๑,๓๑๕	สำหรับปี พ.ศ. ๑๒๕๕
๒	มณฑลพายัพ	๑,๒๖๖,๘๑๗	
๓	มณฑลอุบล	๗๕๐,๐๕๔	
๔	มณฑลอุดร	๖๓๐,๖๘๑	
๕	มณฑลร้อยเอ็ด	๖๒๕,๐๒๕	
๖	มณฑลกรุงเก่า	๕๕๓,๕๗๖	
๗	มณฑลนครราชสีมา	๔๘๘,๑๓๑	
๘	มณฑลราชบุรี	๔๑๕,๗๑๔	
๙	มณฑลนครศรีธรรมราช	๔๗๒,๕๔๕	
๑๐	มณฑลปราจีน	๓๒๕,๖๘๑	
๑๑	มณฑลนครสวรรค์	๒๘๗,๐๐๐	
๑๒	มณฑลนครไชยศรี	๒๘๑,๐๗๕	
๑๓	มณฑลปัตตานี	๒๖๕,๘๑๗	
๑๔	มณฑลพิษณุโลก	๒๔๘,๐๕๐	
๑๕	มณฑลภูเก็ต	๒๒๐,๙๕๓	
๑๖	มณฑลชุมพร	๑๖๕,๑๕๔	
๑๗	มณฑลจันทบุรี	๑๑๕,๖๕๑	
๑๘	มณฑลเพชรบูรณ์	๗๒,๖๖๒	
รวมทั้งสิ้น		๘,๑๓๑,๒๕๗	

การนับคนเกิด คนตาย คนเข้า คนออก

การนับคนในราชอาณาจักรตามที่กรมพระนเรศวรฯ ได้ทรงออกแบบไว้ตั้งแต่เริ่มแรกนั้น เป็นหลักการทางวิชาประชากรศาสตร์โดยแท้ ท่านทรงเสนอให้ทำบัญชีคนหรือสำมะโนครัวทุก ๆ 10 ปี เพื่อให้บัญชีคนเป็นข้อมูลฐาน แล้วให้ทำบัญชีคนเกิด คนตาย คนเข้า คนออกประเทศต่อเนื่องกันไป ซึ่งเท่ากับจะใช้ข้อมูลจากการจดทะเบียนเพื่อคุ้มครองประกอบของการเปลี่ยนแปลงประชากรอันได้แก่การเกิด ตาย และย้ายถิ่น

ในการจดทะเบียนคนเกิดคนตายนั้น ในระยะแรกก็มีปัญหาเช่นเดียวกับการทำสำมะโนครัว คือ จะให้ใครมาจดทะเบียนบ้าง คนในบังคับของประเทศอื่นต้องมาจดทะเบียนหรือไม่ รวมทั้งปัญหาการรู้หนังสือของเจ้าพนักงานที่จะจดทะเบียนที่จะต้องทำบัญชีไว้

เป็นหลักฐาน และออกหนังสือสำคัญให้แก่ผู้มาจดทะเบียน เมื่อครั้งที่กระทรวงนครบาล ร่างพระราชบัญญัติการจดทะเบียนคนเกิดคนตาย ต้องให้มีสเตอริสโทรเบลที่ปรึกษาชาวต่างประเทศ นำความไปหารือกับผู้แทนรัฐบาลต่างประเทศก่อน ผู้แทนรัฐบาลต่างประเทศ ไม่ยินยอมให้จดทะเบียนคนเกิด เห็นด้วยเฉพาะการจดทะเบียนคนตาย ดังนั้น ประเทศไทย ซึ่งมีการจดทะเบียนคนตายก่อน

ก่อนที่จะออกเป็นกฎหมาย ซึ่งกรมหลวงดำรงราชานุภาพ เสนอให้ออกเป็นกฎเสนาบดี (เทียบได้กับกฎกระทรวง) ซึ่งจะสะดวกในการแก้ไขมากกว่าตราเป็นพระราชบัญญัติ เพราะมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและแบบฟอร์มต่าง ๆ มาก ร่างกฎเสนาบดีว่าด้วยการจดทะเบียนคนเกิดคนตายและย้ายที่อยู่ในประเด็นที่เจ้าบ้านหรือญาติผู้ตายจะต้องแจ้งเจ้าพนักงานภายในเวลา 24 ชั่วโมงได้ ถูกนำเข้าเป็นวาระเพื่อพิจารณาในการประชุม ซึ่งสมัยนั้นเรียก “ชุมนุม” “เสนาบดีสภา” (ซึ่งอาจเปรียบได้กับที่ประชุมคณะรัฐมนตรีในปัจจุบัน) ในการประชุมเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม รศ.128 (พ.ศ.2452) กำหนดเวลาชุมนุมยามหนึ่ง “ซึ่งหมายถึงเริ่มประชุมเวลา 21.00 น.

เรื่องการนับเวลาแบบไทยนี้ กรมหลวงดำรงราชานุภาพได้เขียนไว้ในหนังสือ “นิทานโบราณคดี” เกี่ยวกับการเรียกช่วงเวลาแบบไทยว่า เวลาเช้า คือ 6.00 น. เวลาเที่ยงวัน คือ 12.00 น. เวลาค่ำ คือ 18.00 น. เวลากลางคืนยามหนึ่ง คือ 21.00 น. และเวลาเที่ยงคืน คือ 24.00 น.

ในรายงานการประชุมสมัยนั้น บันทึกไว้ว่า ประธานคือ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวผู้มาชุมนุม มีดังนี้

1. สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชมกุฎราชกุมาร
2. กรมหลวงนครสวรรค์ (เสนาบดีกระทรวงโยธาธิการ)
3. กรมหลวงเทเวศร์วัชรปรีชา (เสนาบดีกระทรวงต่างประเทศ)
4. กรมขุนสมมติอมรพันธุ์ (ราชเลขานุการ)
5. กรมหลวงดำรงราชานุภาพ (เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย)
6. กรมหมื่นจันทบุรีนฤนาถ (เสนาบดีกระทรวงพระคลังมหาสมบัติ)
7. เจ้าพระยายมราช (เสนาบดีกระทรวงนครบาล)
8. หม่อมเจ้าจรัญศักดิ์ กฤษณากร (เลขานุการพิเศษกระทรวงต่างประเทศ-มหาดไทย)
9. พระยาวงษาอนุประพันธ์ (เสนาบดีกระทรวงเกษตรธิการ)



พระยาศรีสุนทรอ่านหนังสือราชการตามระเบียบวาระซึ่งการประชุมครั้งนั้นมี 4 วาระ เรื่อง “ร่างกฎเสนาบดีว่าด้วยการจดทะเบียนคนเกิดคนตายและย้ายที่อยู่” เป็นวาระที่ 1 เสนอโดยเจ้าพระยายมราช เสนาบดีกระทรวงนครบาลในขณะนั้น ต้องการที่จะประกาศใช้ตั้งแต่ 1 กันยายน รศ. 128 (พ.ศ.2452) พระยาศรีสุนทรอ่านร่างกฎเสนาบดีนั้นเพื่อพิจารณาเป็นรายข้อ

กรมหลวงดำรงราชานุภาพทรงเสนอความเห็นในที่ประชุมว่า ข้อที่ห้ามนำเอกสารไปฝังหรือเผาก่อนที่จะได้รับใบอนุญาตนั้น ชาวบ้านจะเดือดร้อน คนทั่วไปไม่ยากเก็บศพไว้ที่บ้านนาน ถ้าต้องไปขออนุญาตก่อน และถ้าเจ้าพนักงานออกใบอนุญาตให้ล่าช้าไม่ว่าจะด้วยเหตุผลประการใด ก็จะได้รับความสะดวกเดือดร้อน

เจ้าพระยายมราชชี้แจงว่าถ้าศพนั้นตายด้วยเหตุผิดปกติ จะต้องมีการตรวจสอบก่อน ในที่สุดที่ประชุมมีมติว่าให้เปลี่ยนความเห็นว่าห้ามมิให้เผาหรือฝังก่อนได้รับอนุญาต แต่ไม่ห้ามเคลื่อนย้ายศพออกจากบ้านเรือน

ในเรื่องการย้ายที่อยู่ ได้มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย คือผู้ย้ายที่อยู่ไม่ต้องแจ้งลาหรือแจ้งย้ายออก ให้แจ้งแต่เพียงย้ายเข้า ณ ที่อยู่ใหม่เท่านั้น

เหตุผลที่ผมนำเอารายงานการประชุมเสนาบดีสภาเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ.2452 มาเล่าสู่กันฟังในวันนี้ นอกจากเพราะมีวาระพิจารณาเรื่องการจัดทะเบียนคนตายแล้ว ผมยังอยากให้เราเนื่กภาพการประชุมเสนาบดี ซึ่งก็ดูจะคล้ายๆ กับที่ประชุมคณะรัฐมนตรีในปัจจุบัน แต่ผมก็ยังแปลกใจว่า มีเสนาบดีอีกหลายกระทรวงไม่ได้เข้าประชุมด้วย เช่น เสนาบดีกระทรวงมูธาธิการ กระทรวงธรรมการ รายงานการประชุมฉบับนี้ ทำให้ผมอยากรู้อีกหลายอย่าง เช่น ห้องประชุมเป็นอย่างไร พระเจ้าแผ่นดิน และเจ้านายทั้งหลายประทับนั่งประชุมกันอย่างไร การประชุมซึ่งเริ่มเวลา 3 ทุ่ม ตอนกลางคืนนั้นใช้ประทีปแสงไฟกันอย่างไร ผมได้ไปค้นดูประวัติของผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละพระองค์แต่ละท่าน พบว่าล้วนแล้วแต่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิเลอเลิศทั้งสิ้น ผมจึงไม่แปลกใจเลยที่ราชการงานเมืองในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวนั้น ดำเนินก้าวหน้าไปอย่างมาก เรียกได้ว่าเจริญทันกับนานาอารยะประเทศก็ได้

ย้อนกลับมาพูดเรื่องการนับคนเมื่อ 100 ปีก่อนกันอีกครั้ง

ผมอยากจะพูดเรื่องคุณภาพของข้อมูลประชากรที่เก็บรวบรวมในสมัยนั้น เราต้องเข้าใจถึงข้อจำกัดที่มีอยู่มากมายในสมัยเมื่อ 100 ปีก่อน ขณะนั้นยังไม่มีเทคโนโลยีในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องคิดเลข คอมพิวเตอร์ การติดต่อสื่อสาร การพิมพ์แบบฟอร์มต่างๆ แม้กระทั่งการคมนาคมก็ได้สะดวกรวดเร็วเหมือนอย่างทุกวันนี้ ชาวบ้านทั่วไปยังมีอัตรารู้หนังสือน้อยมาก คนที่จะทำหน้าที่สำรวจजनนับคนต้องอ่านทำความเข้าใจ คำสั่ง แบบฟอร์มและสามารถกรอกข้อมูลลงในแบบฟอร์มสำรวจต่างๆ ซึ่งจะต้องรู้หนังสือพอสมควรคงยังมีไม่มากนัก

อย่างไรก็ตาม ในสมัยนั้น ได้มีความคิดเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพของข้อมูลอยู่มากทีเดียว ภายหลังการทำสำมะโนครัว ปี พ.ศ.2446 ได้มีการสุ่มสำรวจดูว่าสำมะโนครัวที่ทำไปแล้วครอบคลุมครัวเรือนได้ครบถ้วนหรือไม่ เหมือนกับวิธีการทำการสำรวจภายหลังสำมะโนประชากร หรือ post - enumeration survey หรือ PES ในปัจจุบันนี้ ครั้งนั้น ได้มีรายงานผลการสำรวจภายหลังว่าพบครัวเรือนที่ตกหล่นไปเพียงร้อยละ 2

ในการทำสำมะโนครัว ครั้งต่อมา ผมอ่านพบรายงานของผู้รับราชการเมืองธัญบุรี ที่มีมาถึงเจ้าพระยาอมรราชว่าตัวเลขจำนวนประชากรอาจมีการนับซ้ำกันอยู่บ้าง ท่านยกตัวอย่างว่าชาวเมืองนนทบุรีที่ได้นับไว้แล้วว่าอยู่เมืองนนทบุรี แต่เมื่อถึงฤดูทำนา ได้ยกครอบครัวมาทำนาในเขตเมืองธัญบุรี ก็อาจนับว่าเป็นคนในเขตธัญบุรีอีก และเมื่อหมด

หน้ามาแล้ว ก็ยกพวกพากันไปรับจ้างทำอิฐที่เมืองปทุมธานี อย่างนี้ก็อาจถูกนับว่าเป็นคนเมืองปทุมธานีเข้าไปอีก การนับซ้ำตามตัวอย่างนี้ก็เพราะการทำสำมะโนครัวในสมัยนั้นไม่ได้กำหนดวันเวลาสำมะโนไว้แน่นอน การทำสำมะโนครัวแต่ละครั้งนั้น ให้เวลาทำนานถึง 5 เดือน โอกาสที่คนเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งตามฤดูกาลแล้วถูกนับซ้ำจึงมีอยู่มาก อย่างไรก็ตาม อัตราการย้ายถิ่นที่อยู่ในสมัยนั้นอาจมีไม่มากเท่ากับสมัยนี้

ตัวเลขจากการสำรวจสำมะโนครัวได้ใช้เป็นฐานในการคิดอัตราเกิด อัตราตาย เหมือนกับการคิดอัตราเกิด อัตราตายของประชากรในปัจจุบัน แต่สมัยนั้นไม่เรียกว่าเป็นอัตราเกิด หรืออัตราตาย หากแต่ใช้คำพูดว่า “มีคนตาย 1000 ละกี่คน” หรือ “เฉลี่ยคนตายในปีหนึ่งคิดเป็นเรือนพัน” สำหรับเรื่องจำนวนคนเกิดนั้น ตัวเลขยังไม่แน่นอนเมื่อเริ่มให้จดทะเบียน ผู้คนยังไม่ค่อยรู้ว่าต้องมาจดทะเบียนคนเกิดมากนัก จึงมีการตกจดไปมาก ดังปรากฏในหนังสือที่เจ้าพระยายมราชกราบทูลพระเจ้านั่งงยาเธอ กรมขุนสมมุติอมรพันธุ์ ราชเลขาธิการ เรื่อง รายงานจำนวนคนเกิด คนตาย ในกรุงเทพมหานคร ว่าในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2452 มีการจดทะเบียนเกิด 604 คน น้อยกว่าจดทะเบียนตาย 1033 คนอยู่ เกือบครึ่ง

ในหนังสือฉบับเดียวกันนั้น เจ้าพระยายมราช กราบทูลว่า “ในกรุงเทพมหานคร จำนวนคนตายอยู่ใน 1000 ละ 15 คนเท่านั้น ถ้าจะเทียบกับคนตายของเมืองฮ่องกง อันมีจำนวน 1000 ละ 22 คน หรือเมืองสิงคโปร์ 1000 ละ 40 คนแล้ว ก็ยังผิดกันไกล” เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับอัตราตายของเมืองอื่นๆ เช่น กะลั๊กกะตา (กัลกัตตา) บอมเบ มาดราซ ย่างกุ้ง สิงคโปร์ ปีนัง ซึ่งล้วนแล้วแต่สูงถึง 30 - 40 ต่อ 1000 คน นับว่าสูงกว่าอัตราของกรุงเทพฯ กว่าเท่าตัว ทั้งๆ ที่การสุขาภิบาลของเราก็ไม่ได้เหนือกว่าเมืองอื่นๆ

หมอไฮเอ็ด ซึ่งรับราชการในกรมสุขาภิบาล ตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 จนถึงรัชกาลที่ 6 ได้ตั้งข้อสังเกตไว้ในหนังสือถึงเจ้าพระยายมราช เสนาบดีกระทรวงนครบาล ลงวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ.2458 เกี่ยวกับเรื่องคุณภาพของข้อมูล ว่าจำนวนคนในกรุงเทพมหานครน่าจะผิดพลาด ท่านไม่สงสัยเรื่องจำนวนคนตาย เพราะมีกฎหมายบังคับให้ต้องได้รับอนุญาตก่อนเผาหรือฝังศพ แต่เมื่อนำจำนวนคนตายมาเป็น “ตัวตั้ง” ในการคิดอัตราตายแล้ว จำนวนคนทั้งหมดที่ใช้เป็น “ตัวหาร” น่าจะผิด คือ มีจำนวนมากเกินไป ในปี พ.ศ.2452 จำนวนคนในกรุงเทพฯ มี 5 แสนกว่าคน แต่พอถึงปี พ.ศ.2457 เพิ่มขึ้นเป็น 8 แสนคน เท่ากับ เพิ่มขึ้นประมาณ 2 แสน 5 ห้าหมื่นคนใน 5 ปี ท่านลองคำนวณโดยกะว่าครัวหนึ่งมีคนอยู่ 5 คน คนเพิ่ม 2 แสนกว่าคน ก็เท่ากับครัวหรือบ้านเพิ่มขึ้น 5 หมื่นกว่าหลัง หมอไฮเอ็ดกล่าวว่าท่าน “รู้จักพระนครกรุงเทพฯ ดีอยู่ แต่ไม่เห็นทางว่าบ้าน 5 หมื่นกว่าหลังที่

เพิ่มขึ้นนั้นจะตั้งอยู่ที่ไหน” เมื่อจำนวนคนที่ใช้เป็นตัวหารมาก “อัตราตาย” ที่คำนวณได้ ก็ต่ำ บางปีต่ำเพียง 12 - 13 ต่อประชากร 1000 คนเท่านั้น หมอไฮเอ็ดเขียนไว้ว่า “ถ้าเราจะประกาศจำนวนคนตายอย่างน้อยที่สุดเช่นนี้ ก็จะเป็นที่สำหรับหัวเราะได้”

หมอไฮเอ็ด เสนอความเห็นเช่นนี้ ถ้าเป็นสมัยปัจจุบัน ก็เหมือนกับการเตือนว่าการนำเสนอตัวเลขใดๆ ก็ตาม ต้องระมัดระวัง ถ้าตัวเลขผิดเพี้ยนไปจนเป็นที่สังเกต คนเขาก็จะหัวเราะเอาได้

ถ้าหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องข้อมูลตัวเลขเกี่ยวกับประชากรในปัจจุบันยอมรับความบกพร่องผิดพลาดของตน ไม่ได้ ตั้งต้นว่าข้อมูลของตนดีที่สุด ถูกต้องที่สุด ใครจะแตะต้องไม่ได้ และพยายามหาทางแก้ไขปรับปรุงข้อมูลของตนให้มีคุณภาพ ในขณะที่เดียวกันนักประชากรศาสตร์ทั้งหลาย ก็ช่วยกันไขข้อมูล และชี้ข้อบกพร่องผิดพลาด หาทางปรับข้อมูลให้ถูกต้องตามหลักวิชา ไม่ใช่จึงจะจับผิด กล่าวหาผู้เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเดียว หากทุกฝ่ายร่วมมือร่วมใจกันเช่นนี้ ตัวเลขข้อมูลประชากร ทั้งในเรื่องจำนวนคน โครงสร้างเพศอายุ ลักษณะต่างๆ การกระจายตัว และการเปลี่ยนแปลงประชากรของประเทศไทยก็จะพัฒนาให้สมบูรณ์ขึ้นจากรากฐานที่คนรุ่นเก่าได้วางไว้อย่างมั่นคงแข็งแรงเมื่อ 100 กว่าปีก่อน

บทสรุป

ในช่วงสุดท้ายของการบรรยายของผม ผมก็ขอชักชวนนักประชากรศาสตร์และนักประวัติศาสตร์ว่า ยังมีเอกสารหลักฐานทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับประชากรอีกมากมายที่รอให้พวกเราได้ศึกษาค้นคว้ากันต่อไป

เท่าที่ผมพูดมาในวันนี้ พวกเราคงเห็นพ้องต้องกันแล้วว่า วิชาประชากรศาสตร์ได้เริ่มขึ้นแล้วในประเทศไทยเมื่อ 100 กว่าปีก่อน ผู้ริเริ่มการทำสำมะโนประชากร การจดทะเบียนคนเกิด คนตาย คนย้ายเข้า ย้ายออก ซึ่งเท่ากับเป็นผู้วางรากฐานให้กับแหล่งข้อมูลประชากรของประเทศไทย ได้แก่พระเจ้านั่งยาเธอ กรมหลวงนครสวรรค์

ในโอกาสนี้ ผมขอเชิญชวนให้พวกเรานักประชากร ได้สำนึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 ที่ได้ทรงปฏิรูปพัฒนาประเทศไทยให้เจริญก้าวหน้าทัดเทียมนานาชาติอารยประเทศ รวมทั้งเรื่อง “การนับคน” ที่อาศัยอยู่ในพระราชอาณาเขต พวกเราควรระลึกว่า “วันปิยมหาราช” ปีหน้า หรือวันที่ 23 ตุลาคม พ.ศ.2553 นี้ จะครบรอบ 100 ปี ของสมเด็จพระปิยมหาราช ผู้เป็นที่รักและเทิดทูนยิ่งของปวงชนชาวไทย

วารสารประชากร

“วารสารประชากร” เป็นวารสารทางวิชาการของสมาคมนักประชากรไทย พิมพ์เผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ คือ ฉบับเดือนมีนาคม - สิงหาคม และฉบับเดือนกันยายน - กุมภาพันธ์

“วารสารประชากร” ฉบับปฐมฤกษ์กำหนดออกเดือนกันยายน 2552 (ฉบับที่ 1 ปีที่ 1 กันยายน 2552 - กุมภาพันธ์ 2553)

“วารสารประชากร” พิมพ์บทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประชากรและการพัฒนาเทคนิควิจัยใหม่ๆ ที่ไม่ได้พิมพ์ที่ใดมาก่อน ผลงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพที่จะทำให้ความเข้าใจของเราเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงประชากรดีขึ้น ความคิดริเริ่มด้านระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์ วารสารฯ ยินดีรับบทความงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ สาขาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสังคมวิทยา มานุษยวิทยา เศรษฐศาสตร์ รัฐศาสตร์ ฯลฯ ที่เกี่ยวข้องกับประชากร โดยจุดเน้นของวารสารอยู่ที่คุณภาพและความน่าสนใจของบทความนั้น

บทความที่จะส่งตีพิมพ์ในวารสารประชากร

จรรยาบรรณ

การส่งต้นฉบับไปเพื่อพิมพ์ที่อื่นในขณะที่ต้นฉบับนั้นอยู่ในกระบวนการพิจารณาของวารสารประชากร ถือว่าไม่ถูกต้องตามหลักจรรยาบรรณของวารสารประชากร ข้อค้นพบสำคัญหรือข้อความต่างๆ ที่เคยปรากฏ (หรือจะปรากฏ) ที่อื่นต้องมีคำอธิบายและเหตุผลที่ชัดเจน วารสารประชากรเน้นเรื่องจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยเฉพาะการไม่ขโมย หรือคัดลอกข้อความ หรือความคิดของคนอื่นมาเป็นของตน

การเตรียมต้นฉบับ

- ชื่อบทความต้องให้กระชับ มีความยาวไม่เกิน 20 คำ
- เนื้อหาพิมพ์ด้วยโปรแกรม word โดยภาษาไทยใช้ตัวอักษรแบบคอร์เดียนิว (Cordia New) ขนาด 14 จุด และภาษาอังกฤษใช้ times news roman ขนาด 12 จุด ในหน้ากระดาษขนาด A4 (8 ½ x 11 นิ้ว) มีพื้นที่ว่างไม่น้อยกว่า 1 นิ้วจากขอบทุกด้าน พิมพ์ระยะห่างบรรทัด 1.5

- ข้อความและตัวเลขที่เป็นส่วนประกอบของตารางและรูป พิมพ์ระยะห่างบรรทัด 1.0
- มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์แยกต่างหากจากเนื้อความใน 1 หน้ากระดาษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรทั้งแบบและขนาดเช่นเดียวกับเนื้อความ แต่ระยะห่างบรรทัด 1.0
- เอกสารอ้างอิง พิมพ์แยกต่างหากจากเนื้อความด้วยตัวอักษรทั้งแบบและขนาดเช่นเดียวกับเนื้อความ แต่ระยะห่างบรรทัด 1.0
- ความยาวของบทความทั้งหมด รวมบทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษ 1 หน้า และเอกสารอ้างอิงแล้ว ต้องไม่เกิน 15 หน้า
- ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เขียนบทความพิมพ์แยกต่างหาก โดยระบุสถาบันที่สังกัด และที่อยู่ e-mail ของผู้เขียนบทความนั้นทุกคน
- ส่งต้นฉบับทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ ThaiPopulationAsst@gmail.com

รูปแบบการอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อความ

เมื่อจะอ้างถึงงานของผู้ใดให้ยึดหลักดังนี้

อ้างบทความหรือสิ่งพิมพ์ภาษาไทย ให้อ้างเฉพาะชื่อแรก ตามด้วยปีที่พิมพ์ ใส่เลขหน้าหลังเครื่องหมาย : เพื่ออ้างข้อความหรือคำพูดเป็นการเฉพาะ

ภาษาอังกฤษ ให้อ้างชื่อสกุลของผู้เขียนตามด้วยปีที่พิมพ์ ใส่เลขหน้าหลังเครื่องหมาย : เพื่ออ้างข้อความหรือคำพูดเป็นการเฉพาะ

ดังตัวอย่าง

- เมื่อชื่อผู้เขียนอยู่ในเนื้อความให้ใส่ปีที่พิมพ์ในวงเล็บหลังชื่อ เช่น ปราโมทย์ (2550) ถ้าชื่อผู้เขียนเป็นชาวต่างประเทศ และเอกสารที่อ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ เมื่อชื่อผู้เขียนอยู่ในเนื้อความให้เขียนชื่อผู้เขียนเป็นภาษาไทยก่อน แล้วจึงอ้างชื่อผู้เขียนเป็นภาษาอังกฤษในวงเล็บ ตามหลังข้อความที่อ้าง เช่น สมิต เห็นว่า (Smith 1990)
- เมื่อชื่อผู้เขียนไม่ได้อยู่ในเนื้อความให้ใส่ทั้งชื่อและปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บ เช่น (ปราโมทย์ 2543) หรือ (Smith 1990)

- ใส่เลขหน้าของข้อความหรือคำพูดที่อ้างถึงต่อจากปีที่พิมพ์ หลังเครื่องหมาย : เช่น (ปราโมทย์ 2543 : 250-8) หรือ (Smith 1990 : 215)
- ใส่ชื่อผู้เขียนร่วมดังนี้
 - ผู้เขียน 2 คน (ปราโมทย์ และปัทมา 2544) หรือ (Duncan & Smith 1990)
 - ผู้เขียน 3 คน (ปราโมทย์ ปัทมา และสุภาณี 2550) หรือ (Carr, Smith & Jones 1995)
 - ผู้เขียนมากกว่า 3 คน (ปราโมทย์ และคณะ 2550) หรือ Carr et al. 1996)
- สำหรับผู้เขียนที่เป็นสถาบัน เลือกใช้คำสั้น ๆ จากชื่อเต็มที่อ้างถึง เช่น (ส.วิจัยประชากร 2551)
- เมื่ออ้างหลายแหล่ง เรียงชื่อผู้เขียนตามลำดับอักษร งานของผู้เขียนคนเดียวกัน เรียงตามลำดับปีที่พิมพ์ โดยใส่เครื่องหมาย ; คั่นระหว่างอ้างอิง
- ตรงปี พ.ศ. หรือ ค.ศ. ที่พิมพ์ ใช้คำว่า “กำลังพิมพ์” หรือ “forthcoming” ของแหล่งอ้างอิงที่ได้รับการตอบรับว่าจะได้ตีพิมพ์แล้ว ตามด้วยชื่อวารสาร หรือสำนักพิมพ์ที่ตอบรับ สำหรับวิทยานิพนธ์หรือเอกสารที่ไม่ได้พิมพ์เผยแพร่ ให้ระบุวันเดือนปีที่พิมพ์ ในกรณีที่ไม่มีวันเดือนปีที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า “ม.ป.ป.” หรือ “n.d.” แทนวันเดือนปีที่พิมพ์

การเขียนเอกสารอ้างอิง

- การอ้างอิงที่เขียนไว้ในเนื้อความต้องนำมาเขียนรายละเอียดใน “เอกสารอ้างอิง” ที่พิมพ์แยกต่างหากจากเนื้อความ ให้ใส่เอกสารอ้างอิงภาษาไทยก่อน แล้วจึงใส่เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ
- เรียงเอกสารอ้างอิงตามลำดับอักษรของผู้เขียน
- ถ้าผู้เขียนชื่อเดียวกัน เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์ จากอดีตมาสู่ปัจจุบัน
- ในกรณีที่เอกสารมากกว่า 1 ชิ้น โดยผู้เขียนชื่อเดียวกัน (ทั้งหมด) ใส่เครื่องหมาย _____ (underscore 9 ครั้ง) สำหรับเอกสารลำดับถัดลงมา เพื่อให้รู้ว่าเป็นผู้เขียนชื่อเดียวกัน
- ถ้าทั้งผู้เขียนชื่อเดียวกัน พิมพ์ปีเดียวกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรของชื่อบทความหรือสิ่งพิมพ์
- ข้อมูลเกี่ยวกับเอกสารอ้างอิงแต่ละชิ้นต้องสมบูรณ์และถูกต้อง
- ในเอกสารอ้างอิง จะใส่ชื่อผู้เขียนทุกคน โดยไม่ใช้คำว่า “และคณะ” หรือ

- et al. ในกรณีที่มีผู้เขียนเกิน 3 คนเหมือนอย่างการอ้างในเนื้อความ
- สำหรับเอกสารอ้างอิงภาษาไทย ใส่ชื่อผู้เขียน โดยใส่ชื่อตามด้วยนามสกุล โดยไม่ใส่นามสกุลขึ้นก่อนแล้วตามด้วยชื่อตัวอย่างการอ้างอิงเอกสารภาษาอังกฤษ
 - การเรียงลำดับข้อมูลเอกสารอ้างอิงเป็นดังตัวอย่าง
 - หนังสือ
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์. ชื่อบทความหรือหนังสือ. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์ (ไม่ใช่โรงพิมพ์).
 - บทความในวารสาร
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์. "ชื่อบทความ". ชื่อวารสาร ฉบับที่ : เลขหน้า-เลขหน้า
 - หนังสือรวมเรื่อง/บทความ.
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์. "ชื่อเรื่อง/บทความ". หน้า (เลขหน้า-เลขหน้า). ใน (in) ชื่อหนังสือ, บรรณาธิการโดย (edited by) ชื่อบรรณาธิการ. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.
(ให้ใส่เครื่องหมาย . และ , ในการอ้างอิงทั้งภาษาไทย และอังกฤษในตำแหน่งต่างๆ ตามตัวอย่าง)
 - สำหรับเอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ ผู้เขียนชื่อแรกให้ใส่นามสกุลก่อน ใส่เครื่องหมาย, ตามด้วยชื่อแรก และอักษรย่อของชื่อกลาง (ถ้ามี) เช่น Smith, John A. ส่วนผู้เขียนชื่อต่อๆ ไปให้ใส่ชื่อตัวก่อนตามด้วยอักษรย่อของชื่อกลาง และตามด้วยชื่อสกุล เช่น John A. Smith แต่ละชื่อแยกจากกันด้วยเครื่องหมาย , ก่อนจะถึงชื่อผู้เขียนคนสุดท้าย ใส่คำว่า "and" ไว้เพื่อให้รู้ว่าหลังจากนั้นจะเป็นชื่อผู้เขียนคนสุดท้ายแล้ว
 - วิทยานิพนธ์
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์. "ชื่อวิทยานิพนธ์" วิทยานิพนธ์ดุชะฎี (มหา) บัณฑิต (PhD.(MA.) Dissertation). คณะ/สถาบัน, มหาวิทยาลัย
 - เว็บไซต์
 - ชื่อผู้เขียน. ปีที่พิมพ์ (เผยแพร่). "ชื่อเรื่อง/บทความ". ชื่อเว็บไซต์. วันเดือนปีที่นำข้อมูลออกมาใช้ (Retrieved M,D,Y) (<http://ข้อมูลที่อยู่ของเว็บไซต์นั้น>)

ตารางและรูป

ตารางที่จะใส่ไว้ในบทความจะต้องมีหมายเลขกำกับเรียงตามลำดับตั้งแต่ 1 ขึ้นไป และต้องมีชื่อตารางที่กระชับและสื่อความหมาย ใส่ชื่อตารางไว้เหนือตารางในทุกแถว และสดมภ์ต้องมีหัวข้อหรือคำอธิบายสั้น ๆ ว่าหมายถึงอะไร ข้อสังเกตต่างๆ เกี่ยวกับข้อความหรือตัวเลขในตารางให้ใส่ไว้ในหมายเหตุ ข้างล่างตาราง ใช้อักษรย่อ ก ข ค ในตาราง เพื่อนำมาอธิบายในเชิงอรรถของตาราง

รูปที่จะใส่ไว้ในบทความจะต้องมีหมายเลขกำกับเรียงตามลำดับตั้งแต่ 1 ขึ้นไป และต้องมีชื่อรูปที่กระชับและสื่อความหมาย ใส่ชื่อรูปไว้ข้างล่างรูป ข้อสังเกตต่างๆ เกี่ยวกับข้อความหรือเครื่องหมายที่ปรากฏอยู่ในรูปให้ใส่ไว้ใน หมายเหตุข้างล่างรูป

สมาคมประชากรไทย

THAI POPULATION ASSOCIATION

สมาคมประชากรไทย เป็นองค์กรซึ่งก่อตั้งขึ้นโดยกลุ่มนักวิชาการและผู้ที่มีสนใจปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปริมาณ คุณภาพ การกระจายตัวของประชากร ทั้งชุมชนในเมืองและในชนบท สมาคมจดทะเบียนก่อตั้ง เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2524 (หมายเลขจดทะเบียน จ.1791) ปัจจุบันประกอบไปด้วยสมาชิกจากสถาบันทางวิชาการ และหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่ทำงานด้านประชากรและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้สมาคมนักประชากรไทยจะเป็นแหล่งกลางสำหรับการติดต่อของบุคคลในวงการประชากรแล้วยังเป็นแหล่งเผยแพร่ข่าวสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประชากร เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของสมาชิกและตอบสนองนโยบายของรัฐ

สมาคมมีวัตถุประสงค์ในการก่อตั้ง ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริม และเผยแพร่ความเจริญก้าวหน้าในวิชาประชากรศาสตร์ โดยร่วมมือกับสถาบันทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในรูปของการวิจัยที่สมาชิกของสมาคมมีส่วนร่วม
2. เพื่อเสนอแนวทางการวางแผนและการพัฒนาประเทศโดยสมาคมได้สนับสนุนให้มีการศึกษาและวิจัยด้านประชากร รวมทั้งการใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างกว้างขวาง
3. เพื่อเป็นศูนย์กลางการติดต่อประสานงานในกิจกรรมทางวิชาการระหว่างผู้ที่อยู่ในสถาบันทางวิชาการและหน่วยงานต่างๆ ในรูปของการสัมมนา การปรึกษาทางวิชาการ และกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในกลุ่มสมาชิก

คณะกรรมการสมาคมประชากรไทย (พ.ศ. 2550-2552)

รศ.ดร.สุรียพร พันพืง	นายกสมาคม	ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล	กรรมการ
ศ.ดร.ภัสสร ลิมานนท์	อุปนายกคนที่ 1	ศ.ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์	กรรมการ
นางปรีญา มิตรานนท์	อุปนายกคนที่ 2	ศ.ดร.พีชิต พิทักษ์เทพสมบัติ	กรรมการ
น.ส.อุษณีย์ พืงปาน	เลขาธิการ	ศ.ดร.สันทัต เสริมศรี	กรรมการ
รศ.ดร.กุศล สุนทรธาดา	เหรัญญิก	รศ.ดร.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกัจ	กรรมการ
ศ.ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน	สาราณียากร	รศ.ดร.เนาวรัตน์ พลายน้อย	กรรมการ
รศ.ดร.วรชัย ทองไทย	ประชาสัมพันธ์	รศ.ดร.ชาย โพธิสิตา	กรรมการ
รศ.ดร.โยธิน แสงวดี	นายทะเบียน		

