

นิพนธ์ต้นฉบับ

กระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบท ในจังหวัดหนองบัวลำภู

สังคม สุภรัตน์กุล *, ดุษฎี อายุวัฒน์ ** และพีระศักดิ์ ศรีฤาชา ***

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู **คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ***คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีทางสังคมของ Williams (1978), Coleman (1988), Bourdieu (1989), Putnam (1993), Port (1998) และ Woolcock (2001) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพจากปรากฏการณ์ทางสังคม เก็บข้อมูลจากผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพในครอบครัวและในชุมชน รวมทั้งสิ้น 30 คน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2551 ถึง กรกฎาคม 2552 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มร่วมกับการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบทมีรูปแบบการสร้าง 3 แบบ แบบที่ 1 ได้แก่ การสร้างผ่านครอบครัวและเครือญาติ เช่น การขัดเกลาทางสังคม การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพที่สั่งสมมาจากรุ่นสู่รุ่น การปลูกฝังความเชื่อในการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหารและการกล่อมเกลางานจิตใจ ถือได้ว่าเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบทในมิติสุขภาพกายเพราะการทานอาหารเพื่อสุขภาพทำให้อายุยืนและมีสุขภาพทางจิตใจเพราะคนในครอบครัวเป็นที่พึ่งทางจิตใจ แบบที่ 2 ได้แก่ การสร้างผ่านกลุ่มเพื่อนบ้านในชุมชน ทั้งที่เป็นการรวมกลุ่มแบบทางการ ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชนด้านภัยยาเสพติด กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มฌาปนกิจชุมชนและกลุ่มผู้สูงอายุ แบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ กลุ่มอนุรักษ์วัฒนธรรมและกลุ่มพิธีกรรม ถือได้ว่าเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในมิติสุขภาพทางสังคม เนื่องจากก่อให้เกิดความปรองดองในสังคมและสุขภาพทางปัญญาจากการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางสุขภาพและแบบที่ 3 ได้แก่การสร้างผ่านโครงข่ายสถาบันนอกชุมชนโดยอาศัยความเชื่อมโยงได้แก่ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี การเข้าค่ายเยาวชน การจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล การบริการของสถานีนามัย บริการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยกู้ชีพตำบล และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบท ในมิติสุขภาพทางกายเพราะว่าหน่วยงานดังกล่าวสามารถช่วยให้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดสุขภาพทางจิตใจโดยได้เพิ่มช่องทางสำหรับครอบครัวยากจน ไม่ต้องกังวลใจกับค่าพาหนะเดินทางเมื่อต้องการไปพบแพทย์ ส่วนสุขภาพทางสังคมนั้นได้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเพราะบุคคลในสังคมสามารถช่วยเหลือกันได้และก่อให้เกิดสุขภาพทางปัญญาเพราะครอบครัวเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้สั่งสมมาแล้วนำไปใช้ประโยชน์ จึงสรุปได้ว่า ครอบครัวในชนบทจังหวัดหนองบัวลำภูเกิดความมั่นคงด้านสุขภาพเพราะว่าสุขภาพถูกสร้างผ่านทุนทางสังคมที่ Ostrom (2000) กล่าวว่า ทุนทางสังคมยิ่งใช้มาก ยิ่งเพิ่มค่าและไม่มีหมดสิ้นนั่นเอง

คำสำคัญ: ความมั่นคงด้านสุขภาพ

Original Article

Health Security Promotion Process of Rural Families in Nongbualamphu Province

Sungkom Suparatanakul *, **Dusadee Ayuwat** ** and **Pirasak Srireucha** ***

*Nongbualamphu Province Health Office **Faculty of Humanities & Social Sciences, Khon Kaen University ***Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Abstract

The objective of this study aimed to describe the promotion process of rural families on health security in Nongbualamphu province. The concept was based on social capital of Williams (1978), Coleman (1988), Bourdieu (1989), Putnam (1993), Port (1998) and Woolcock (2001). It is a qualitative study from social phenomenon. Data was collected through households who health care within family and chairman of group who responsibility on health in community amount 30 persons, during August 2008 to March 2009 by in-depth interviews, group discussion, and observations. Data is analyzed by content analysis. Research found that; health security promotion processes of rural families have created on 3 aspects as follows: type 1 health security have promoted the process relatives within family such as socialization, convey health that collect from version to version, to establish trust in health care eating, and instruct the mind that is the process of creating a secure family health in rural health dimension; the review body to make life and emotional health dimension, the family as a reliable emotional. Type 2 health security have promoted the process pass neighboring in communities both formal and informal group such as youth group, housekeepers group, teenagers against drugs users group, health volunteers group, cremation in communities group, and elder groups. Beside, informal group: cultural conservation groups, including group and worship. These are promoted processes of health security in social health dimension, because of harmony in society and health intellectual property from the exchange of experience on health. And then, type 3 health security have promoted the process pass the network institutions and organization outside the community which based on the link consists of HIV infection networks, youth camp, sub-district health insurance fund, health center services, emergency medical services, and recovery unit to health services. Those are promoted process of health security of rural families in physical health dimension, because the agency can help access to the medical services. In addition, in mental health dimension by add the channels for poor families to go to doctor. The social health section has social relationships because people in society can help each other and health intellectual property, because the family to learn more experience exchange and save up to take advantage. As a result, rural family in Nongbualamphu province have secured on health; so health is promoted by the social capital that Ostrom (2000) said social capital which much more and more added the value and not entirely.

Keyword: *Health Security*

บทนำ

การดูแลสุขภาพนับว่าเป็นภูมิปัญญาที่มีการก่อเกิดและปรับตัวจนมีลักษณะเฉพาะของแต่ละสังคมและมีความสัมพันธ์กับลักษณะทางวัฒนธรรมและการจัดระเบียบทางสังคม (Rivers, 1924) ด้วยความคาดหวังของครอบครัวที่จะให้มีสุขภาพดีที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสติปัญญา มีความรู้ มีความคิดอย่างมีเหตุผล มีการตัดสินใจที่เหมาะสมและมีพัฒนาการแนวคิดจนสามารถสร้างความมั่นคงให้กับครอบครัว ซึ่งนับว่าเป็นส่วนสำคัญที่สะท้อนถึงคุณภาพของประชาชน (ประเวศ วัชรี, 2541) การที่ครอบครัวปลอดภัยโรคติดต่อต่าง ๆ และไม่มีอาการเจ็บไข้ได้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพหากมีการเจ็บป่วย จึงเปรียบเสมือนเป็น “ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว” ความมั่นคงดังกล่าวมีองค์ประกอบตัวชี้วัดอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นปัจจัยที่หนุนเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีมีความยั่งยืน กลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นตัวบ่งบอกถึงควมมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างเสมอภาคและกลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพ ตัวชี้วัดจะต้องครอบคลุมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจและสภาพสังคม (UNDP, 2001) ที่จะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี มีอายุยืนยาว มีครอบครัวอบอุ่นแข็งแรง ที่เกิดจากความสามารถในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อยามเจ็บป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข ที่ผสมผสานทั้งมิติทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ประกอบด้วยภาวะทางโภชนาการ ความสมบูรณ์ของเครื่องนุ่งห่ม ความถาวรของที่อยู่อาศัย การเข้าถึงการศึกษา การมีเวลาในการพักผ่อน การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนถึงความมั่นคงด้านสุขภาพ (สุวินัย วัชรีธรรม, 2548) รวมไปถึงการมีหลักประกันสุขภาพและการดูแลสุขภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพโดยรวม (สรรพสิทธิ์ คุมพ์ประพันธ์และสมชาย ภคภาสนวิวัฒน์, 2546) ซึ่งเห็นว่าความมั่นคงด้านสุขภาพมีกลุ่มตัวชี้วัดที่หนุนเสริมให้มีสุขภาพดีในมิติด้านร่างกาย กลุ่มตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในมิติด้านจิตใจและสังคมตลอดจนกลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

จากกระแสโลกาภิวัตน์ (Globalization) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมชนบทขึ้น แบบแผนในการดำเนินชีวิตของชาวชนบทได้เปลี่ยนไป เช่น จากการเกษตรกรรมพอยังชีพมาเป็นเกษตรกรรมเพื่อเศรษฐกิจทางการค้าและการตลาดและได้สร้างเงื่อนไขสำคัญในการกำหนดสุขภาพสังคมในปัจจุบัน (สันทัต เสริมศรี, 2541) อย่างไรก็ตามชาวชนบทยังสามารถยึดเหนี่ยวชุมชนไว้ด้วยวัฒนธรรมชุมชนโดยเฉพาะชาวชนบทจังหวัดหนองบัวลำภูและต่อมาได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบชุมชนที่ถือได้ว่าเป็นทุนทางสังคม (ฉัตรทิพย์ นาถสุภา, 2543) ซึ่งเห็นว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตชาวชนบทได้พัฒนามาเป็นวัฒนธรรมชุมชนจนกลายเป็นทุนทางสังคมในที่สุด

แนวคิดทุนทางสังคม

Bourdieu (1986) มอง “ทุนทางสังคม” ว่าเป็นพลังทางสังคมที่เชื่อมกับการเป็นกลุ่มทำให้สมาชิกกลุ่มมีการสะสมทุนจากลักษณะร่วมของการกระทำเป็นหมู่คณะ (Collective Action) นอกจากนี้ Putnam (2002) ยังได้อธิบายว่าเป็นความไว้วางใจ (Trust) บรรทัดฐาน (Norm) และเครือข่าย (Network) และเอื้อประโยชน์ต่อกันและกัน ขณะเดียวกันยังสามารถลงทุนสร้างเครือข่ายได้ Farr (2003) มองว่าเป็นการมีเจตจำนงที่ดีเกิดความร่วมมือกัน (Fellowship) เห็นอกเห็นใจกัน (Mutual Sympathy) และการติดต่อสัมพันธ์กันในสังคม (Social Interaction) และ Woolcock (2001) ได้อธิบายลักษณะความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเครือข่ายที่สามารถยึดโยงกลุ่ม (Bonding Social Capital) เชื่อมต่อกันมากขึ้นกลายเป็นความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มในเครือข่ายชุมชน (Bridging Social Capital) หนุนเสริมให้เกิดความมั่นคงด้วยการสนับสนุนจากโครงข่ายองค์กรภายนอกชุมชน (Linking Social Capital) ได้

เนื่องด้วยผู้วิจัยเป็นนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดหนองบัวลำภูมาเป็นเวลานาน(26 ปี) จึงพอจะทราบว่าจังหวัดหนองบัวลำภูมีต้นทุนทางสังคมอยู่พอสมควร เช่น ทุนจากการร่วมกลุ่มกระทำการเป็นหมู่คณะได้แก่ กลุ่มเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มแม่บ้าน เช่น กลุ่มแม่บ้านมหาดไทย-กลุ่มอาชีพแม่บ้าน กลุ่มเยาวชนออกกำลัง TO BE NUMBER ONE ด้านภัยยาเสพติด ที่ผ่านการประกวดในระดับประเทศ เป็นต้น

นอกจากนี้จังหวัดหนองบัวลำภู ยังมีวัฒนธรรมชุมชนที่น่าสนใจ ได้แก่ เป็นแผ่นดินธรรม แผ่นดินทอง ที่สะท้อนถึงความไว้วางใจกัน ผ่านบรรพบุรุษฐานชุมชนและเครือข่ายทางสังคม มีกลุ่มนักวิจัยที่บ้าน ที่มีเจตจำนงที่ดีต่อกัน เห็นอกเห็นใจกันและการติดต่อสัมพันธ์กันในสังคม ทั้งลักษณะความสัมพันธ์แนวราบภายในกลุ่มเครือข่ายชุมชน และแนวตั้งจากโครงสร้างรัฐและองค์กรเอกชน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะต้องการทราบคำตอบว่าทุนทางสังคมในจังหวัดหนองบัวลำภูจะสามารถนำไปสู่กระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวได้หรือไม่และอย่างไร?

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทจังหวัดหนองบัวลำภู

ขอบเขตการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษากระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพที่ครอบคลุมสุขภาพในมิติทางกาย จิตใจ สังคมและปัญญา จากปรากฏการณ์ทางสังคมในจังหวัดหนองบัวลำภู โดยกำหนดพื้นที่ชุมชนชนบทในเขตอำเภอเมืองหนึ่งชุมชนและชุมชนชนบทนอกเขตอำเภอเมืองอีกหนึ่งชุมชน ผู้ให้ข้อมูลเป็นประชาชนทั่วไปที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพครอบครัวและประธานกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชนและกลุ่มผู้สูงอายุ

รูปแบบการวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพใช้ครอบครัวเป็นหน่วยวิเคราะห์ใช้แนวทางการสัมภาษณ์ แนวทางการสังเกตและการสนทนากลุ่มเป็นเครื่องมือในเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา บนฐานแนวคิดทุนทางสังคม

ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแม่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป ได้ให้ความหมาย ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวหมายถึง สภาพที่สมาชิกในครอบครัวแข็งแรงไม่มีการเจ็บป่วย (มิติทางกาย) อยู่ดีกินดีอยู่กันพร้อมหน้าพร้อมตา (มิติทางสังคม) เมื่อเจ็บป่วยก็มีเครือข่ายมาเฝ้าไข้ (มิติทางจิตใจ) และหากการเจ็บป่วยรุนแรงก็สามารถตัดสินใจ

เลือกใช้ช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างไม่มีเงื่อนไขและบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งให้เห็นว่าความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในทัศนะของชนบทอธิบายครอบคลุมสุขภาพทั้ง 4 มิติ (สุขภาพแบบองค์รวม) นอกจากนี้ยังพบว่า ชนบทมีพัฒนาการในการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว ดังนี้

ยุคก่อนมีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ชนบทอาศัยภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพเป็นส่วนใหญ่และพึ่งพากันในระบบเครือญาติ รวมทั้งความเชื่อค่านิยมระบบคิดและพิธีกรรมสุขภาพ จากการสัมภาษณ์ประธาน อสม.จังหวัดหนองบัวลำภู กล่าวว่า "...เมื่อเจ็บป่วยอาศัยหมอชาวบ้านได้แก่ หมอยาจากไม้ (ใช้ต้มหรือฝนยาสมุนไพร) หมอยาเย็น (ใช้เปลือกหอยกระดุกสัตว์) และหมอน้ำมนต์ (เป่าน้ำศักดิ์สิทธิ์รดใช้) ส่วนพิธีกรรมสุขภาพมีการให้ผู้ป่วยตั้งใจเข้าสู่พิธีของหมอผู้รักษาด้วยความเคารพเพื่อไล่ผี เมื่อเสร็จพิธีก็จะผูกแขนให้หายไวไว..." ซึ่งถือได้ว่าเป็นทุนทางสังคม Putnam (2000) เรียกว่าเป็น Bounding Social Capital ซึ่งให้เห็นว่าในระยะนี้ในชนบทจังหวัดหนองบัวลำภูได้ใช้ทุนทางสังคมในรูปแบบความสัมพันธ์แบบเครือญาติในกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว

ยุคการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า รัฐเริ่มเข้ามามีบทบาทร่วมกับชุมชนและได้อาศัยความเป็นปึกแผ่นทางสังคมของชุมชน (Community Solidarity) และเพื่อนบ้านในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง ที่ชาวในชนบทจังหวัดหนองบัวลำภูได้ระดมทุนทั้งคน (ทุนมนุษย์) เงิน (ทุนทางเศรษฐกิจ) และการมีน้ำใจ (ทุนทางสังคม) ได้สร้างเครือข่ายในการศึกษาดูงาน จากการสัมภาษณ์ประธานกลุ่มแม่บ้านชุมชนนอกเมือง พบว่า "...ในระยะนั้นชุมชนตื่นตัวดีและเข้าร่วมโครงการ 'สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543' เกิดเครือข่ายชุมชนขึ้นมากมายเช่น เครือสุขภาพภาคประชาชน เครือข่าย ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เครือข่ายหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า จัดตั้งกองทุนยา กองทุนโภชนาการ กองทุนสุขภาพิบาลและกองทุนฌาปนกิจศพหมู่บ้าน กองทุนแม่บ้านสุขภาพิบาลอาหาร และรัฐให้ฐานะโครงสร้างได้สนับสนุนงบประมาณให้จัดการอบรมให้ความรู้ในกิจกรรม..." ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าเป็นระยะที่

การสาธารณสุขเปิดพื้นที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด เกิดความสัมพันธ์ในการมีส่วนร่วมของประชาชนคล้ายกับเป็นเพื่อนบ้านเดียวกัน จึงถือได้ว่าเป็นความสัมพันธ์แบบเครือข่าย (Bridging Social Capital) เกิดความไว้วางใจกัน เกิดบรรทัดฐานใหม่และสร้างเครือข่ายชุมชน ชุมชนจะประสบความสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อเกิดความร่วมมือกัน มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงและมีความไว้วางใจกัน (Putnam, 1993) สามารถที่จะเชื่อมโยงไปสู่การดูแลสุขภาพ การพึ่งพิงกันเองด้านสุขภาพภายใต้วิถีชุมชน และโครงสร้างชุมชน

ยุคปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพ ต่อมาโครงสร้างรัฐได้ เข้ามามีบทบาทอย่างเต็มรูปแบบในการจัดการระบบสุขภาพโดยเริ่มต้นจากการนำเทคโนโลยีการแพทย์แผนตะวันตกเข้าสู่ชุมชนผ่านทางสถานีนามัย ุปรธรรมหนึ่งทีเห็นอย่างชัดเจนคือโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย ปี 2525 - 2535 ได้มีการสร้างสถานีนามัยเพิ่มขึ้นจนครบทุกตำบล ต่อมาในปี 2545 รัฐได้ดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพสู่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยกำหนดให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพประจำสถานีนามัย 2 แห่งในพื้นที่ชนบทนอกเมืองพบว่า “... ชาวชนบทที่มาที่สถานีนามัยส่วนใหญ่จะเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง เช่น ปวดตามกล้ามเนื้อจากการทำงานหนักและมีไข้ปวดศีรษะทั่วไป ส่วนใหญ่ชาวบ้านเมื่อมีการเจ็บป่วยมักจะแนะนำกันไปพบแพทย์ที่ทันสมัยผ่านระบบประกันสุขภาพ...” จากการสัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วนตำบลที่ตั้งของชนบทในเมืองกล่าวว่า“...หากเมื่อมีการเจ็บป่วยรุนแรงหรือฉุกเฉินชาวบ้านจะโทรแจ้งหน่วยกู้ชีพฉุกเฉินในส่วนท้องถิ่นนำส่งโรงพยาบาลทันที ทำให้ประชาชนมีความพึงพอใจกับโครงการนี้มาก...” สอดคล้องกับประธานชมรม อสม.จังหวัดหนองบัวลำภู สาขาพื้นที่อำเภอากลางกล่าว “...จากการที่ชุมชนหรือหมู่บ้านเคยมี อสม.เยี่ยมเยียนครอบครัวยามเจ็บป่วยหรือเมื่อมีการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคติดต่อในละแวกบ้านที่รับผิดชอบดังที่ผ่านมานั้น ปัจจุบันนี้ อสม. ก็ยังดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องร่วมกับครอบครัวในชุมชน อสม. ทุกคนตระหนักถึงหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย...”

นอกจากนี้รัฐก็ได้สนับสนุนค่าตอบแทนให้กับ อสม. เพิ่มขึ้น จากการจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของครอบครัว อสม. เพียงอย่างเดียว เป็นค่าตอบแทนรายเดือน จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่รับผิดชอบชนบทในเมืองพบว่า อสม.ได้รับเงินค่าตอบแทน 600 บาทต่อเดือนซึ่งให้เห็นว่าโครงสร้างรัฐได้เข้ามาหนุนเสริมให้ชาวโนชนบทจังหวัดหนองบัวลำภูได้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวมากขึ้นผ่านความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Linking) เกิดความพึงพอใจในบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service; EMS) และการบริการหน่วยกู้ชีพตำบล (One Tambon One Search and Rescue Team; OTOS) ทำให้เพิ่มช่องทางในการพบแพทย์ได้สะดวกมากขึ้น

นอกจากนี้การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยสนับสนุนเงินงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาใช้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่จะตอบสนองความต้องการของประชาชนแต่ละพื้นที่ ใช้องค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ การดำเนินการโดยประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชน ที่มีอิสระในการดำเนินการ ประชาชนเกิดกระบวนการสร้างนวัตกรรมสุขภาพมากมาย ุปรธรรมหนึ่งทีเห็นชัดเจนคือ การจัดงานประกวดนวัตกรรมกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพผ่านหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กองทุนสุขภาพตำบล) เป็นต้น กระบวนการสร้างสุขภาพดังกล่าวได้หนุนเสริมให้เกิดความมั่นคงผ่านการสนับสนุนงบประมาณจากโครงสร้างซึ่งเป็นความสัมพันธ์แนวตั้งระหว่างผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมการเมืองดีกว่า (ประชาชน) กับผู้ที่สูงกว่า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ) ความสัมพันธ์เช่นนี้เรียกว่า Linking (World Development Report, 2000) ถือได้ว่าเป็นทุนทางสังคมประเภท Linking Social Capital เป็นความสัมพันธ์ที่เป็นวัฒนธรรมทางชนชั้นที่มีค่านิยมไม่คล้ายกันเลย แต่หากมีความสัมพันธ์ทางวัฒนธรรมการติดต่อเพื่อการดำรงอยู่ ส่วนใหญ่จะเป็นการเชื่อมโยงกับกลุ่มบุคคลหรือสถาบันภายนอก (Outside the Community) ดังนั้นความสัมพันธ์ในรูปนี้จึงกว้างมาก (ขึ้นอยู่กับแหล่งทรัพยากร) (Field, 2008) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าระดับของการสร้างความสัมพันธ์มีหลายระดับและหลากหลาย

รูปแบบในแต่ละมุมมองที่สามารถจะอธิบายความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น
ในกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพได้

บทวิจารณ์

จากการศึกษากระบวนการสร้างความมั่นคงด้าน
สุขภาพของครอบครัวในชนบทจังหวัดหนองบัวลำภู สามารถจัด
หมวดหมู่ของรูปแบบการสร้างได้ 3 รูปแบบดังนี้

รูปแบบที่ 1 กระบวนการสร้างความมั่นคงด้าน
สุขภาพผ่านครอบครัวและเครือญาติ เช่น การถ่ายทอดความรู้
ด้านสุขภาพที่สั่งสมมาจากรุ่นสู่รุ่นเป็นหน้าที่ของครอบครัว ที่
ต้องการปลูกฝังความเชื่อในการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว
ให้มีสุขภาพดี ถือได้ว่าเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงด้าน
สุขภาพของครอบครัวในมิติสุขภาพกาย การได้รับการดูแลรักษา
ระดับน้ำตาลผ่านผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคลเกิดการดูแลสุขภาพ
ในมิติทางปัญญา อาจสรุปได้ว่าเป็นการขัดเกลาทางสังคมใน
ระดับบุคคล ครอบครัว เครือญาติและกลุ่มเพื่อนบ้านถือได้ว่าเป็น
กระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพในมิติทางด้าน
ร่างกายเพราะได้ดูแลตนเอง ทางด้านจิตใจจากการเกื้อกูลกัน
ทางด้านสังคมจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับกลุ่มเครือ
ญาติและเพื่อนบ้านและทางด้านปัญญาจากการถ่ายทอดความรู้
ระหว่างกันและกัน

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวหากอธิบายตามแนวคิดของ
Bourdieu (1986) มองว่าเป็น “ทุนทางสังคม” ที่บุคคลใน
ครอบครัวเชื่อมกับกลุ่มเกิดการสั่งสมทุน (ความรู้) ที่มาจาก
ลักษณะร่วม Putnam (2000) อธิบายว่าเป็นลักษณะความไว้ใจ
และจึงสร้างเครือข่ายที่เอื้อประโยชน์ต่อกัน ทั้งในระดับปัจเจก
และกลุ่ม ส่วน Farr (2003) มองว่าเป็นการมีเจตจำนงที่ดีเกิด
ความร่วมมือกันเห็นอกเห็นใจกันและการติดต่อสัมพันธ์กันใน
สังคม (John Field, 2008)

นอกจากนี้ Woolcock (2001) ยังได้อธิบายความ
สัมพันธ์ของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นว่า ในที่สุดก็จะกลายเป็น
บรรทัดฐานทางวัฒนธรรมของแต่ละสังคม เป็นลักษณะความ
สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดที่เป็นความสัมพันธ์ตั้งเครือญาติและส่งผล
ต่อระบบการกล่อมเกลานบนฐานการตอบแทนกันและได้
ประโยชน์ร่วมกัน (Putnam, 2000) ผสมผสานวิธีการพัฒนา
ความคิดให้กลมกลืนไปกับวิถีชีวิตชุมชนเป็นทุนทางสังคมที่มี

ความสัมพันธ์ยึดโยงอยู่ในครอบครัวเครือญาติที่เรียกว่า
“Bonding Social Capital”

รูปแบบที่ 2 กระบวนการสร้างความมั่นคงด้าน
สุขภาพผ่านชมรมและกลุ่มเครือข่าย การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน
ระหว่างครอบครัวในชุมชนแก่ผู้ได้รับความเดือดร้อนเป็นอีกหนึ่ง
วัฒนธรรมของชาวชนบทจังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งถือได้ว่าเป็น
การเยียวยาทางด้านสุขภาพจิตใจ ที่เห็นอย่างเป็นรูปธรรมได้แก่
กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้สร้างความมั่นคงด้านสุขภาพสู่ครอบครัว
จากการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน
ด้วยกันในชุมชน เกิดชมรมผู้ป่วยเบาหวานที่มาจาก การเกื้อกูล
กัน ชี้ให้เห็นว่าทุนทางสังคมในระดับบุคคลสู่ครอบครัวและเครือ
ญาติ จากเครือญาติกลายเป็นชมรมสู่กลุ่มเครือข่ายในชุมชน ถือ
ได้ว่าเป็นอีกลักษณะหนึ่งของการรวมกลุ่มเพื่อกระทำการ
รูปธรรมที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน
ชนบทนอกเขตอำเภอเมือง มีการรวมกลุ่มออกกำลังและแนะนำ
การรักษาระดับน้ำตาลให้แก่เพื่อนบ้านที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน
ด้วยกันเช่นการบริโภคอาหาร การสร้างเงื่อนไขในการเปิบข้าว
เหนียว (ข้าวเหนียวมีน้ำตาลตามลมาก) โดยการสร้างกระติบข้าวใบ
เล็ก ๆ (ถ้ากระติบข้าวใบใหญ่จะทานมากข้าวไม่หมดไม่ยอม
หยุด) ถือได้ว่าเป็นภูมิปัญญาชาวบ้านที่ ส่งผลให้กลุ่มเกิดการสั่ง
สมปัญญาและถ่ายทอดจากกลุ่มสู่กลุ่มถึงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อ
การเป็นโรคเบาหวาน

นอกจากนี้การจัดตั้งกลุ่มกองทุนฌาปนกิจหมู่บ้านของ
ชาวบ้าน โดยเมื่อมีผู้เสียชีวิตในหมู่บ้านเพื่อนบ้านต้องสมทบทุน
เพื่อช่วยเหลือครอบครัวผู้เสียชีวิตหลังคาเรือนละ 30 บาทและ
มากไปกว่านั้นกลุ่มได้ขยายวงเงินสมทบโดยสมัครใจปรับตาม
กระแสเศรษฐกิจเป็น 100 บาท รวมเป็น 130 บาท (สำหรับผู้ที่
สมัครใจเพิ่ม) ในขณะที่เดียวกันที่กลุ่มกองทุนฌาปนกิจได้สมทบ
หลังคาเรือนละ 100 บาท จากการสัมภาษณ์ผู้นำกลุ่มแม่บ้าน
พบว่า สภาพปัญหาของญาติผู้เสียชีวิตที่ยากจน ไม่มีเงินที่จะ
ทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้แก่ผู้ตาย รวมทั้งหากผู้ตายเป็นหัวหน้า
ครอบครัวแล้ว ทำให้ครอบครัวขาดผู้ดูแล ยิ่งไปกว่านั้นอาจจะ
ต้องอพยพแรงงานไปรับจ้างต่างถิ่นส่งผลให้ขาดความมั่นคงด้าน
สุขภาพของครอบครัวในระบบประกันสุขภาพที่ต้องไปทำงาน
ต่างถิ่นในที่สุด (ดุษฎี อายุวัฒน์และภัทระ แสนไชยสุริยา, 2550)

เมื่อมีการจัดตั้งกองทุนกลุ่มฌาปนกิจหมู่บ้านและเครือข่ายดีขึ้น ได้สร้างขวัญและกำลังใจให้ครอบครัวผู้เสียชีวิตให้สามารถ ดำเนินชีวิตอยู่ได้จึงถือได้ว่าเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคง ด้านสุขภาพในมิติด้านจิตใจอีกรูปแบบหนึ่ง

นอกจากนี้แนวคิดในงานสาธารณสุขมูลฐาน (WHO, 1978) ยังมีการดำเนินงานในชุมชนโดยอาศัยหลักการมีส่วนร่วม ออกเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยโรคเรื้อรังในละแวกบ้านที่ รับผิดชอบ สะท้อนถึงการเกื้อกูลกันผ่านบรรทัดฐานทาง วัฒนธรรมโดยอ้อม นอกจากนี้การ ศึกษาดูงานทำให้ อสม.เกิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาสุขภาพและแนวทางแก้ไข โดยการ เล่าเรื่องราวตามทุกข์สุขกัน ซึ่งแต่ละชุมชนจะมีรูปแบบภูมิ ปัญญาที่แตกต่างกันไป จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการ ทำนุญตามประเพณี ถือได้ว่าเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคง ด้านสุขภาพในมิติทางจิตใจ ทางสังคมและทางปัญญา เพราะ ครอบครัวที่หลากหลายชุมชนได้มาชุมนุมกันเกิดการปฏิสัมพันธ์ ทางสังคมแลกเปลี่ยนเรียนประสบการณ์ถ่ายทอดภูมิปัญญา ใน ขณะเดียวกันสิ่งที่กังวลทางจิตใจเมื่อได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยน ทำให้จิตใจผ่อนคลายสุขภาพจิตดีด้วย ที่ถือได้ว่าเป็น กระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในมิติ สุขภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคมและสติปัญญา อีกทั้งสร้างพื้นที่ ทางสังคมในการแข่งขันทางปัญญาก่อให้เกิดความปรองดองใน สังคม (Social Healing) สอดคล้องกับ Woolcock (2001) ที่ได้ อธิบายทุนทางสังคมของ Williams (1978), Coleman (1988), Bourdieu (1989), Putnam (1993) และ Port (1998) ในงาน เขียนของ John Field (2008) ในประเด็น “ทุนทางสังคม” เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นว่า เป็นทุนทางสังคมที่อยู่ในรูปเครือข่ายบ้านเพื่อนบ้านในชุมชนที่ เรียกว่า “Bridging Social Capital” ที่ถือได้ว่าเป็นกระบวนการ สร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทจังหวัด หนองบัวลำภูที่ผ่านทุนทางสังคม

รูปแบบที่ 3 กระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ ผ่านโครงสร้างสถาบัน/องค์กร จากปรากฏการณ์ทางสังคมชุมชน ไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยวแต่หากมีการเชื่อมโยงกับโครงข่าย สถาบันนอกชุมชนทั้งภาครัฐและท้องถิ่น ให้เป็นผู้สนับสนุน งบประมาณ ทำให้เกิดการรวมกลุ่มเพื่อกระทำการโดยอาศัย

“การมีส่วนร่วม” เช่นการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโอนงบประมาณส่งเสริม และป้องกันโรคไปเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและ ท้องถิ่นสมทบ โดยมีคณะกรรมการบริหารกองทุนเป็นภาค ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้เกิดการวางระบบการดูแล สุขภาพบนฐานคิดของประชาชนเป็นที่ตั้ง ประชาชนเป็นเจ้าของ สุขภาพ จากการสังเกตพบว่า ประชาชนเกิดความตระหนักถึง การดูแลสุขภาพมากขึ้นรูปธรรมที่ค่อนข้างจะชัดเจนได้แก่ การ ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของชาวชนบท โดยได้รับ การสนับสนุนผ้าดางเขียวจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อ ครอบปากโถงตามภูมิปัญญาชาวบ้านป้องกันไม่ให้ยุงลายเมื่อ ลอกคราบแล้วออกจากโถงได้และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติได้จัดสรรงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อุดหนุนให้ อสม. มีส่วนร่วมในการสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลายทุก 7 วัน ส่งผลให้ชาวชุมชนตระหนักได้ว่า “สุขภาพ” ไม่ใช่เรื่องของทาง การแพทย์และสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว ประชาชนต้องให้ความ ร่วมมือ จึงถือได้ว่าเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานหรือองค์กรนอก ชุมชน สร้างกฎระเบียบ เงื่อนไขชุมชนภายใต้การบริหารจัดการ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

นอกจากนี้เมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินหลังจากที่พึ่งตนเอง และพึ่งสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านแล้วเมื่ออาการไม่ดีขึ้น จะ เรียกใช้บริการหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) หรือหน่วยกู้ชีพตำบล (OTOS) มารับเพื่อส่งต่อไปที่โรงพยาบาลผ่านระบบสายด่วน 1669 ก็จะมีรถมารับ-ส่งถึงบ้านไม่มีเงื่อนไขค่าใช้จ่ายภายใต้การ ได้ประโยชน์ร่วมกัน

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ชาวชนบท มีความมั่นคงด้านสุขภาพผ่านหลายช่องทางที่ผู้ปฏิบัติงานทุก ระดับต่างก็ร่วมใช้ประโยชน์ร่วมกัน สามารถอธิบายด้วยแนวคิด ทุนทางสังคมว่าเป็นการตอบแทนกัน (Reciprocity) เมื่อผู้ป่วยไม่ ต้องจ่ายค่าพาหนะก็มีสุขภาพทางจิตใจดีที่มีระบบสุขภาพแบบนี้ รองรับ ในส่วนผู้เข้ารับ-ส่ง ก็ได้ค่าตอบแทนในการรับส่งต่อ เทียบ ๆ ละประมาณ 300-500 บาท (ตามระยะทาง) ตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การเบิกจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนการดูแลและรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.

2550 ในขณะที่เดียวกันผู้ให้บริการที่โรงพยาบาลก็ได้จำนวนผู้ป่วย เพื่อใช้ในการคำนวณจ่ายโดยระบบคะแนนภายใต้เงินการจ่าย (Point System with Global Budget) ในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต่างกองทุนสาขาจังหวัด ในผู้ป่วยข้ามเขตบริการเบิกจ่ายงบประมาณรายหัวตามราคาเรียกเก็บในงบผู้ป่วยนอก ตามเงื่อนไขการบริหารแบบแยกงบบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน (Exclusive Capitation) หากมีการนอนพักเพื่อรักษาตัวที่โรงพยาบาลก็สามารถเบิกงบประมาณตามเงื่อนไขกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups; DRGs) สามารถลดความยุ่งยากที่จะต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (Severe) เนื่องจากมาช้า ตลอดจนเจ้าหน้าที่พยาบาลเกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกลุ่มคนต่างหน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพร่วมกัน สร้างความไว้วางใจกัน (Trust) ในการดูแลสุขภาพและใช้ประโยชน์ร่วมกัน (Communality) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความไว้วางใจกันในระบบความสัมพันธ์ในโครงข่าย (Linking Social Capital) ได้เอื้อต่อความมั่นคงด้านสุขภาพในมิติด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างชัดเจน

จากความหลากหลายของกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มความสัมพันธ์มิติทางสุขภาพกับทุนทางสังคมในชนบทจังหวัดหนองบัวลำภูดังนี้

1. มิติสุขภาพทางร่างกาย มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมในลักษณะของครอบครัวเครือญาติที่เกิดจากการขัดเกลาทางสังคม โครงข่ายภายนอกชุมชน ระบบสาธารณสุขที่สมบูรณ์ทั้งที่ภาครัฐและท้องถิ่นจัดให้มีการให้บริการสุขภาพที่มีเวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ไว้ใช้อย่างพอเพียง

2. มิติสุขภาพทางจิตใจ มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมในรูปของครอบครัวเครือญาติมีกฎระเบียบ ความเชื่อด้านสุขภาพ จารีตประเพณี ตามวัฒนธรรมของชุมชน สร้างการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีส่งผลให้เกิดการสร้างรายได้ สร้างฐานะทางครอบครัวที่มั่นคง มีเงินใช้จ่ายในครอบครัว มีการจัดตั้งกองทุนกลุ่มฌาปนกิจครอบครัวได้สร้างกำลังใจให้ครอบครัวผู้เสียชีวิตให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้

3. มิติสุขภาพทางสังคม มีความสัมพันธ์ของสุขภาพทางสังคมกับทุนทางสังคม ในรูปของการเปิดพื้นที่สาธารณะเพื่อให้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การรวมกลุ่มขับเค็ลื่อนชมรม

สุขภาพต่าง ๆ การรวมกลุ่มระหว่างกลุ่มเครือข่ายชุมชน ชุมชนอาศัยการมีส่วนร่วมเป็นฐานเกิดการรวมกลุ่มเพื่อกระทำการบนพื้นฐานแนวคิดจากวัฒนธรรมชุมชน รวมทั้งในรูปของจารีตประเพณี กฎระเบียบ ข้อบังคับของท้องถิ่นภายใต้โครงสร้างพื้นฐานของชุมชน รัฐและท้องถิ่น ที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อม เกิดการไว้วางใจกันทั้งภายในชุมชนและภายนอกชุมชนกลายเป็นความเกื้อกูลกันที่สุด

4. มิติสุขภาพทางสติปัญญา มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมในรูปของการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพจากภูมิปัญญาพื้นบ้าน วัฒนธรรมที่มีการประกวดชุมชนและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุญประเพณีอีสาน เป็นต้น

นอกจากนี้ยังสามารถวิเคราะห์ให้เห็นถึงกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวอยู่ 3 ระดับ (ดังตาราง) ดังนี้

1. กระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพที่ครอบครัวสร้างเองได้หรือความมั่นคงด้านสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย ครอบครัวชาวชนบทจังหวัดหนองบัวลำภูได้อาศัยทุนทางสังคมในรูปภูมิปัญญาชาวบ้านที่เป็นวัฒนธรรมชุมชนและระบบชุมชนทำให้เกิดการดูแลกัน เกิดความไว้วางใจเกื้อกูลกัน ตอบแทนซึ่งกันและกัน (Norm of Trust and Reciprocity) และเกิดความไว้วางใจเกื้อกูลกันและสร้างเครือข่าย (Norm of Trust and Network) (อานันท์ กาญจนพันธุ์, 2541) พอสรุปได้ว่าความมั่นคงด้านสุขภาพเป็นการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่สามารถเชื่อมโยงความเชื่อไปสู่การดูแลสุขภาพ การพึ่งพิงกันเองด้านสุขภาพภายใต้โครงสร้างทางชุมชนและค่านิยมด้านสุขภาพร่วมที่ไปในทิศทางเดียวกัน ในทางตรงกันข้ามถ้าหากขาดความไว้วางใจที่เกื้อกูลกันและชุมชนอยู่อย่างโดดเดี่ยวนั้นหมายถึงว่าครอบครัวในชุมชนจะขาดความมั่นคงด้านสุขภาพตามไปด้วย กล่าวโดยสรุปได้ว่าการดูแลสุขภาพของครอบครัวไทยเป็นระบบสังคมเป็นเรื่องทั้งด้านจิตใจและความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งปัจจัยทั้งสามคือร่างกาย จิตและสังคม ยังสร้างภาวะที่ผูกพันระหว่างกัน (ประเวศ วะสี, 2545) มากไปกว่านั้นความมั่นคงด้านสุขภาพไม่สามารถพิจารณาอย่างโดดเดี่ยวแยกจากมิติด้านอื่น ๆ ได้ เนื่องจากในอดีตการดูแลสุขภาพของสังคมไทยอยู่บนพื้นฐานทางวัฒนธรรมซึ่งประกอบด้วย วิถีคิด ความเชื่อและพฤติกรรม

ในการดูแลสุขภาพที่เรียกว่า วัฒนธรรมสุขภาพ (Health Cultural) สังคมไทยในแต่ละภูมิภาคมีการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านที่มีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมและแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งยังคงมีบทบาทอยู่มากโดยเฉพาะในสังคมชนบทเป็นองค์ความรู้ที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์เชื่อมโยงและพึ่งพิงอาศัยกัน (อานันท์ กาญจนพันธุ์ และฉลาดชาย รมิตานนท์, 2533)

2. กระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวผ่านระบบท้องถิ่นและโครงสร้างรัฐจัดการสร้างให้ เมื่อเจ็บป่วยชาวชนบทสามารถประเมินตนเองได้ว่าความรุนแรงระดับใดจึงจะไปที่สถานีนามัยและระดับใดจึงต้องไปพบแพทย์ ซึ่งให้เห็นว่าครอบครัวมีองค์ความรู้ในการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์สั่งสมมา การเข้าถึงบริการสุขภาพในการเจ็บป่วยทั่วไปจะพึ่งตนเองและเพื่อนบ้านก่อน หลังจากนั้นจึงพึ่งสถานีนามัยแต่หากเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่จะพึ่งผ่านเครือข่าย OTOS ที่ส่วนท้องถิ่นวางระบบไว้ในระบบ EMS ที่เชื่อมต่อกับสถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพที่ภาครัฐจัดให้ในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งครอบครัวที่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพ สามารถอ้างถึงสิทธิที่จะปกป้องตนเองในการดูแลสุขภาพ ถือได้เป็นความมั่นคงด้านสุขภาพจากทุนทางสังคมที่ครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาล เมื่อมีการเจ็บป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไขทางการเงินหรือด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้ครอบครัวมีสุขภาพจิตใจที่ดี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) โดยสรุปทุนทางสังคมเป็นเสมือนเครดิตให้กับครอบครัวเพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพนั่นเอง ซึ่งความหมายทุนทางสังคมนำไปสู่ประเด็นว่าด้วยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ยอมให้ปัจเจกอ้างสิทธิการเข้าถึงทรัพยากรซึ่งถูกครอบครองโดยสมาคมของพวกเขาและการสร้างทุนทางสังคมนำเข้าสู่กระบวนการทางเศรษฐกิจได้ (Putnam, 2000)

3. กระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวที่โครงสร้างรัฐ ท้องถิ่นและระบบชุมชนร่วมกันสร้างทุนทางสังคมด้านโครงสร้างพื้นฐานทางสุขภาพที่ภาครัฐส่วนท้องถิ่นและประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมจะหนุนเสริมให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพครอบคลุมทุกด้านทั้งด้านทางร่างกาย จิตใจ สังคมและสติปัญญา ที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนคือ แนวคิดในการ

จัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลได้ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบคลุมกับกลุ่มในชุมชนในการสมทบทุน นอกจากนั้นชุมชนยังมีความสัมพันธ์กับส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากส่วนท้องถิ่น ตลอดจนความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงจากสำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติในการสนับสนุนงบประมาณรายหัวสมทบอีกด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงทฤษฎี (Theoretical Implication)

งานวิจัยนี้ได้วิเคราะห์ชี้ให้เห็นนัยสำคัญที่เป็นความแตกต่างจากแนวคิดทุนทางสังคมที่นักสังคมวิทยาได้เสนอไว้ในรูปแบบของความสัมพันธ์ที่เป็นทุนทางสังคมในรูปแบบดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นและปฏิบัติแบบแยกส่วนทางสังคมอย่างชัดเจนอย่างที่ Putnam (2000) อธิบายไว้ หากวิเคราะห์ทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Understanding) พบว่ารูปแบบของความสัมพันธ์ดังกล่าว เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างสมดุลและกลมกลืนในช่วงเวลาและสถานการณ์เดียวกัน ในขณะเดียวกันข้อบ่งชี้ถึงความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวจะมากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับน้ำหนักหรือความเป็นปึกแผ่นของความสัมพันธ์ (ทุนทางสังคม) ทั้ง 3 แบบ รูปธรรมที่เห็นจากปรากฏการณ์เช่น ครอบครัวชนบทเมื่อมีอาการไม่สบายจะดูแลกันได้ด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านในชุมชน มีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียนให้การเยียวยาทางสังคม (Social Healing) เกิดความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดในชุมชนเป็นการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพในมิติทางจิตใจ ซึ่ง Putnam (2000) เรียกว่า Bonding

ในขณะเดียวกันก็มีการอ้างสิทธิ (Bourdieu (1986) ได้นิยามเป็นทุนทางสังคม) ในสวัสดิการจากกองทุนประกันสุขภาพตำบลที่ครอบครัวได้ตัดสินใจ (ปัญญา) เข้ามามีส่วนร่วมในการสมทบทุนในกองทุน เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมในระนาบเดียวกันของคนในชุมชน Putnam (2000) เรียกว่า Bridging นอกจากนั้นหากอาการไม่ดีขึ้น ครอบครัวก็จะพาไปพบแพทย์อาศัยระบบการแพทย์ที่ทันสมัยใหม่ ต่อกองกับโครงสร้างทางเศรษฐกิจและระบบส่งต่อ (โทร.1669) ที่รัฐร่วมกับส่วนท้องถิ่นจัดระบบไว้ในรูปของหน่วย OTOS โดยได้รับการสนับสนุนทางเศรษฐกิจจากสถาบันที่เป็นโครงสร้างทางสังคมที่เหนือกว่า

(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ที่ Woolcock (2001) เรียกว่า Linking

อย่างไรก็ตาม Bourdieu (1984) ได้อธิบายว่าทุนทางสังคม (ทุนมนุษย์) ในที่สุดก็จะถูกแปรเปลี่ยนเป็นทุนทางเศรษฐกิจทั้งหมด และสอดคล้องกับแนวคิดของ Marx ที่ว่าทุนทางวัฒนธรรมและทุนทางสังคมในท้ายที่สุดก็จะมุ่งเป้าไปสู่การผลิตระบบทุนนิยม (Capitalism) ถึงกระนั้นก็ตามงานชิ้นนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า ทุนทางสังคมไม่เพียงแต่จะถูกแปรเปลี่ยนเป็นทุนทางเศรษฐกิจหรือผลิตระบบทุนนิยมเท่านั้น ยังสามารถสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทได้ด้วยและมากกว่านั้นยังเป็นปัจจัยในการผลิตและผลิตซ้ำวัฒนธรรม เป็นทุนทางสังคมที่ยิ่งใช้มาก ยิ่งเพิ่มค่าและไม่หมด (Ostrom, 2000) และทุนทางสังคมได้ถูกส่งผ่านจากรุ่นสู่รุ่น สร้างความเป็นปึกแผ่นให้กับชุมชนได้อีกด้วย

บทสรุป

งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าทุนทางสังคมทั้ง 3 ประเภทดังกล่าวได้หนุนเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวที่เกิดขึ้นในชุมชน ดังนั้นจึงอาจจะกล่าวได้ว่าการผสมผสานทุนทางสังคมทั้งแนวราบและแนวตั้งสามารถสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับครอบครัวในชนบทจังหวัดหนองบัวลำภูได้อย่างมีประสิทธิภาพและน่าจะครอบคลุมกลุ่มตัวชี้วัดที่หนุนเสริมให้มีสุขภาพดีในมิติด้านร่างกายได้แก่ ตัวชี้วัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพตนเอง การออกกำลังกาย การบริการแพทย์ฉุกเฉิน/หน่วยกู้ชีพและตัวชี้วัดการบริการสุขภาพของรัฐ

นอกจากนี้ทุนทางสังคมดังกล่าวสะท้อนถึงตัวชี้วัดความมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในมิติสุขภาพทางด้านจิตใจ ได้แก่ ตัวชี้วัดการขัดเกลากายทางสังคม ความเชื่อบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์เหนี่ยวทางจิตใจ วัฒนธรรมบุญประเพณีอีสาน ขนบธรรมเนียมจารีตของชุมชน การเข้าพิธีบวชภาคพิเศษ การสร้างหลักประกันสุขภาพ ระบบมาตรฐานตามชุดสิทธิประโยชน์และตัวชี้วัดการเป็นสมาชิกในกองทุนฌาปนกิจชุมชน

ตลอดจนกลุ่มตัวชี้วัดที่ชี้ให้เห็นสุขภาพดีในมิติทางสังคม ได้แก่ ตัวชี้วัดรูปแบบการถ่ายทอดผ่านเครือญาติ แสดงออกถึงการเป็นตัวแทนทางสังคม การรวมกลุ่มเยาวชน/

ผู้สูงอายุเพื่อกระทำการกลุ่ม การจัดสวัสดิการทางสังคมและการส่งเสริมให้เกิดกลุ่มเครือข่ายและตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

รวมถึงกลุ่มตัวชี้วัดที่แสดงถึงสุขภาพทางปัญญา ได้แก่ ตัวชี้วัดการสั่งสม รับรู้จากการถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านสุขภาพ การเข้าค่ายเยาวชนเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเรียนรู้ผ่านพิธีกรรมทางสังคม การจัดกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพและตัวชี้วัดองค์ความรู้ผ่านสื่อสาธารณะ

จากกลุ่มตัวชี้วัดที่ได้จากการศึกษาดังกล่าวได้นำไปสู่การสร้างแบบสอบถามเป็นเครื่องมือใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในชนบทจังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว โดยอาศัยหลักการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (LISREL) อธิบายด้วยรูปแบบสมการเชิงโครงสร้าง (Structure Equation Model: SEM) ซึ่งผู้วิจัยจะทำการศึกษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ ศาสตราจารย์ ดร.สันทัต เสริมศรี ผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดุขฎิ อายุวัฒน์ อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและรองศาสตราจารย์ ดร.พีระศักดิ์ ศรีฤาชา อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้ชี้แนะถึงระเบียบวิธีวิจัย ตลอดจนกรุณาเป็นที่ปรึกษาตลอดการวิจัย ขอกราบขอพระคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง (References)

- ฉัตรทิพย์ นาถสุภา. (2543). **วัฒนธรรมไทยกับขบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดุขฎิ อายุวัฒน์และภัทระ แสนไชยสุริยา. (2550). สถานการณ์และประเด็นสุขภาพ "แรงงานอีสาน". **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 1(2), 193-200.
- ประเวศ วะสี. (2541). **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.
- _____. (2545). **สุขภาพสังคมสู่สังคมสันติภาพ**. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.
- เสรี พงศ์พิศ. (2535). **ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท**. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์ปรีดีนติ้ง กรุ๊ป จำกัด.
- สุวินัย วัดตธรรม. (2548). **มาตรฐานและตัวชี้วัดความมั่นคงของมนุษย์**. (กรุงเทพฯ): กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สรรพสิทธิ์ คุมพ์ประพันธ์และสมชาย ภคภาสนวิวัฒน์. (2546). **ความมั่นคงของมนุษย์. ในการสัมมนาวิชาการประจำปี 2546**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- สันตดี เสริมศรี. (2541). **ตำราประชากรศาสตร์ทางสังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). **กฎระเบียบว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**. กรุงเทพฯ: สำนักงาน.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์และฉลาดชาย รมิตานนท์. (2533). **ความขัดแย้งในการใช้แรงงานในชนบทภาคเหนือของไทย**, กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์. (2541). **การระดมทุนเพื่อสังคม**. กรุงเทพฯ: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.
- Bourdieu, P. (1986). 'The form of Capital', in J.G. Richardson (ed.), *Handbook of Theory and Research for The Sociology of Education*, New York, Greenwood Press.
- Elinor, Ostrom. (2000). "Collective Action and the Evolution of Social Norms", *Journal of Economic Perspectives*. 14 (3), 137-158.
- Farr, T.G. (2003). *Terrestrial Analogs to Mars: NRC Community Panel Report and Next Steps*, abs., Workshop on Analog Sites and Facilities for the Human Exploration of the Moon and Mars, Golden CO.
- John Field. (2008). *SOCIAL CAPITAL*. 2nd.ed. New York: np.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone - The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- Rivers, W. (1924). *Medicine, Magic, and Religion*. New York: Harcourt, Brace & Co.
- UNDP. (2001). *Human Development Index*. Human Development Report. 2001. Retrieved 1 Jul <<http://hdr.undp.org/reports/global/2001/en/pdf/hdi.pdf>>
- WHO. Alma-Ata. (1978). *Primary Health Care*. Health for All Series No0.1. Geneva.
- Woolcock, M. (2001). The place of social capital in Understanding Social and Economic Outcomes. *Journal of Policy Research* 2 (1) 11-17.

ตารางที่ 1.1 มิติความมั่นคงด้านสุขภาพกับรูปแบบทุนทางสังคม

มิติสุขภาพด้าน	กระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพผ่านทุนทางสังคม		
	เครือข่ายครอบครัว	เครือข่ายชุมชน	โครงสร้างองค์กรภายนอก
ร่างกาย	- พฤติกรรมการบริโภคอาหาร - การดูแลสุขภาพตนเอง	- การเกื้อกูลซึ่งกันและกัน - การบริจาคทานด้านอาหาร	- การบริการแพทย์ฉุกเฉิน/หน่วยกู้ชีพ - การบริการสุขภาพของรัฐ
จิตใจ	- การขัดเกลาทางสังคม - ความเชื่อบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์เหนี่ยวยางจิตใจ	- วัฒนธรรมบุญประเพณีอีสาน - ขนบธรรมเนียมจารีตของชุมชน - การเข้าพิธีบวชภาคพิเศษ	- การสร้างหลักประกันสุขภาพ - ระบบมาตรฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ - การจัดตั้งกองทุนฌาปนกิจ
สังคม	- รูปแบบการถ่ายทอดผ่านเครือข่ายแสดงออก ถึงการเป็นตัวแบบทางสังคม	- การรวมกลุ่มเยาวชน/ผู้สูงอายุเพื่อ กระทำการกลุ่ม	- การจัดสวัสดิการทางสังคม - การส่งเสริมให้เกิดกลุ่มเครือข่าย
ปัญญา	- การสั่งสม รับรู้จากการถ่ายทอดภูมิปัญญา ด้านสุขภาพ	- การเข้าค่ายเยาวชนเกิดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ - การเรียนรู้ผ่านพิธีกรรมทางสังคม	- การจัดกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพ - การเผยแพร่องค์ความรู้ผ่านสื่อสาธารณะ