

การดูแลของชุมชนสำหรับคนจนในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน Community Care for the Poor in the Socio-cultural Context of the Northeastern Region of Thailand

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2556
Volume 36 No.2 (April-June) 2013

สุคนธ์ วรธนอมร วท.ม.** ขนิษฐา นันทบุต APN, Ph.D.***

Sukon vattanaamorn MS.** Khanitta Nuntaboot APN, Ph.D.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และสังเคราะห์รูปแบบการดูแลคนจนในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน ผู้ให้ข้อมูล 25 คน ประกอบด้วย คนจน ภาคประชาชน เจ้าหน้าที่ภาครัฐ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สัมภาษณ์เจาะลึก และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) คนจนมีปัญหาหนี้สิน ไร้คุณค่า มีภาระดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ขาดสิทธิและโอกาส 2) กลุ่มองค์กรหลักที่ดูแลหลัก คือ 1) เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน 2) กลุ่มทางสังคม 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 4) หน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนั้น พยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการค้นหาผู้ต้องการความช่วยเหลือ และจัดการให้เข้าถึงการดูแลอย่างเสมอภาค ครอบคลุมมิติทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

คำสำคัญ : คนจน ชุมชน บริบทสังคมวัฒนธรรม

Abstract

This Ethnography research aimed to explore the situation of problems and synthesize a community care model for **the poor** in the socio-cultural context of the northeastern region of Thailand. Twenty-five informants included: the poor, civil society, and government officers. Data were collected via participant observation, in-depth interviews and focus group discussions. Content analysis was utilized to analyze the data. The study found: 1) problems of debt, feelings of worthlessness, burden of taking care of family members with illness, inequality of rights and opportunities and 2) the poor received care and support including: 1) neighbors and community leaders, 2) social groups, 3) local administrative organizations, and 4) primary care units. Accordingly, nurses and associated organizations should be aware of those who need assistances and help them to access care equally covering every physical, psychological, sociological, and spiritual dimension.

keywords: the poor, community, socio-cultural context

* ได้รับสนับสนุนงานวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาลัทธิศรัทธาปรัชญาคุณูปกต สาขาศาสตร์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความยากจนตามมิติของทางเศรษฐกิจของภาครัฐ กำหนดด้วยการให้คุณค่าการวัดจากรายได้ต่อหัวประชากร หรือใช้ฐานทางเศรษฐกิจของบุคคลที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพตามมาตรฐานขั้นต่ำ หรือมีรายได้ต่ำกว่ามาตรฐานคุณภาพชีวิตที่ยอมรับในแต่ละสังคม สะท้อนให้เห็นถึง การเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาคความยากจนของประชาคมโลกที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจแบบทุนนิยมอุตสาหกรรมเป็นด้านหลัก อย่างไรก็ตามในปัจจุบันความยากจนได้ขยายความครอบคลุมถึงการขาดโอกาสและทางเลือกของบุคคลในการดำรงชีวิตที่ยืนยาว สุขภาพแข็งแรง ขาดโอกาสด้านที่อยู่อาศัย การเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษา การไม่มีงานทำ ไร้ซึ่งอำนาจ ไร้ความมีศักดิ์ศรี ถูกเอาเปรียบ ขาดศักยภาพในการเรียกร้องสิทธิทางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจ ตลอดจนอยู่ในสภาวะของความเสี่ยงและความหวาดกลัว^{1,2}

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างดี ภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจในเอเชียในช่วงปี พ.ศ. 2540-2541 เศรษฐกิจไทยเริ่มมีอัตราการขยายตัวเพิ่มขึ้น ทำให้ปัญหาความยากจนของประเทศลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 20.98 ในปี พ.ศ. 2543 เหลือเพียงร้อยละ 8.12 หรือประมาณ 5.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2552 สะท้อนให้เห็นถึงประสบความสำเร็จในการลดปัญหาความยากจนทำให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ และความมั่นคงของชีวิตที่ดีขึ้นของคนไทย แต่หากวิเคราะห์สัดส่วนของคนจนในระดับภูมิภาคยังคงพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2552 กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง และภาคใต้ มีสัดส่วนคนจนเพียงร้อยละ 0.86, 2.54 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ ในขณะที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังมีสัดส่วนคนจนจำนวนมาก โดยมีสัดส่วนคนจนสูงถึงร้อยละ 11.08 และ 13.67 ของประชากรทั้งหมด³ นอกจากนั้น กลุ่มคนจนยังกระจุกตัวหนาแน่นอยู่ในเขตชนบท โดยพบว่าเกือบร้อยละ 90 ของคนจนในประเทศอาศัยอยู่ในเขตชนบท ประกอบอาชีพ

หลักด้านการเกษตรซึ่งมีสัดส่วนรายได้ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับการผลิตภาคอื่น⁴ และเมื่อวิเคราะห์ปัญหาของคนจนยังพบว่า คราวเรือนยากจน มีหนี้สินเฉลี่ย 40,169 บาทต่อครัวเรือน เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.8 โดย คราวเรือนยากจนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีหนี้สินเฉลี่ยสูงที่สุด คือ 42,703 บาท/ครัวเรือน และมีสัดส่วนหนี้สินสูงถึงร้อยละ 63.84 ของหนี้สินของครัวเรือนยากจนทั้งหมด หนี้สินของครัวเรือนยากจนส่วนใหญ่เป็นหนี้สินในระบบ และส่วนใหญ่กู้ยืมเพื่อใช้ในการทำการเกษตรและใช้จ่ายอุปโภคและบริโภคในครัวเรือน⁵

การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับปัญหาความยากจนที่ผ่านมาเป็นการอธิบายรูปแบบความยากจนโดยใช้เส้นแบ่งแยกด้านรายได้ การประกอบอาชีพ การถือครองที่ดิน จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่ยากจน ภาระหนี้ ปัญหาสุขภาพ การอธิบายพลวัตของความยากจนและอื่น ๆ ขาดการอธิบายการรับรู้ของถึงปัญหาความต้องการดูแลจากเจ้าของประสบการณ์ การจัดการดูแลโดยใช้ศักยภาพของชุมชนที่ทำให้เกิดการพึ่งพาตนเองของแต่ละชุมชน ซึ่งการจัดการปัญหาความยากจนที่สอดคล้องกับความต้องการ จำเป็นต้องมีหุ้นส่วนจากภาคประชาชน กลุ่มทางสังคม หน่วยงาน องค์กรหลักในพื้นที่ที่มีความเข้าใจปัญหาความต้องการในพื้นที่ตน โดยใช้หลักการดูแลสุขภาพชุมชนที่ใช้ศักยภาพของชุมชนเป็นฐานในการจัดการกับปัญหาความต้องการดูแล มีการออกแบบวิธีการทำงานอยู่บนฐานของหลักวิชาการภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เป็นความเฉพาะของพื้นที่⁶ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและสังเคราะห์รูปแบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนจนผ่านกระบวนการทำงานร่วมกันของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตามบริบทสังคมวัฒนธรรมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้และข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับองค์กรหลักในพื้นที่ เพื่อออกแบบการดูแลคนจนให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีและเท่าเทียมในสังคม

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณาเชิงวิพากษ์ ทำการศึกษาในพื้นที่ชนบทแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 25 คน ประกอบด้วยคนจน 7 คนที่ได้รับการระบุจากคนในชุมชนว่าเป็นคนยากจน ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง ผู้ที่อยู่ตามลำพัง และผู้ที่ไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงตัวเองได้ ผู้เกี่ยวข้องกับ ได้แก่ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน 9 คน อาสาสมัคร สมาชิกกลุ่มทางสังคม 5 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน และบุคลากรสุขภาพ 2 คน

เครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักของการศึกษาในครั้งนี้ มีการพัฒนาทักษะการเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพกับอาจารย์ที่ปรึกษา ฝึกกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เรียนรู้การเข้าถึงข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การบันทึกภาคสนาม รวมถึงการศึกษาและวิเคราะห์เอกสาร รายงานที่เกี่ยวข้อง

ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้ศึกษาใช้หลักการตรวจสอบสามเส้า (triangulation technique) ด้วยการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่มีความแตกต่างตามช่วงเวลา สถานที่ และบุคคล (data triangulation) และการตรวจสอบข้อมูลจากวิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน (methodological triangulation) โดยการศึกษาข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การตรวจสอบจากเอกสาร^{7,8,9}

จริยธรรมการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับการบอกจุดมุ่งหมายของการศึกษา ผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะและผู้ที่มีปัญหาด้านจิตผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากผู้ดูแลและหรือสมาชิกในครอบครัว

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ปัญหาของคนจนในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน

คนจนมีสิทธิมีเสียงน้อย คนจนต้องต่อสู้กับการยอมรับจากชุมชนด้านสิทธิศักดิ์ศรีและความเท่าเทียมเป็นชนกลุ่มน้อย ขาดพวกพ้องในการต่อสู้เพื่อสิทธิตนเองโดยชอบธรรม จึงทำให้คนจนแยกตัวเองไม่เข้าร่วมสังคม ดังคำกล่าวของเพื่อนบ้านว่า “...พวกเขา (คนจน) คิดว่า ถึงไปร่วมก็ไม่มีผลอะไรเพราะว่าเป็นกลุ่มน้อย มีสิทธิมีเสียงน้อย มีการทำประชาคมจริงแต่คนที่เข้าร่วมไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด เวลาทำประชาคมจะมีการล๊อบบี้ เขาเอาพวกพ้องเข้ามาประชุมเยอะๆ แล้วเสนอชื่อให้เอาพวกพ้องหรือญาติพี่น้องของตัวเอง...”

ไร้คุณค่า คนจนมักประสบปัญหาการไม่ได้รับความสำคัญในการเข้าร่วมแสดงข้อคิดเห็นหรือเรียกร้องสิทธิต่างๆ การได้รับการยอมรับในฐานะสมาชิกของคนหนึ่งในสังคม โดยรับรู้และตีความได้จากการถูกแบ่งแยกทางความคิดและการตอบรับในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังคำกล่าวของคนจนว่า “...แต่ก่อนเวลามีประชุมหมู่บ้านไปทุกครั้ง แต่เดี๋ยวนี้ไม่ไป ไปแล้วเขาไม่ถามเราว่าจะทำอย่างไร ทำได้มัย ทำแล้วดีมัย มีแต่ไปนั่งอยู่เฉยๆ พอประชุมเสร็จก็ลุกออกมา เราไม่เคยคุยกับเราสักครั้ง มีแต่บอกว่าเอาอย่างนี้นะ เขาถามแต่คนอื่น เราคิดว่าเราเป็นคนจน คนมีเงินเขาถามกันปรึกษากัน เขาไม่เหลียวมองเรา ไม่เคยถามสักครั้ง เขาถามแต่คนรวยคนที่เขเป็นพวกเขา เราถามเขาเขาก็ไม่ตอบ...”

ขาดโอกาสเข้าสู่สังคม ฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัวส่งผลกระทบต่อโอกาสการพัฒนาของสมาชิกด้านต่างๆ ได้แก่ การศึกษา การเรียนรู้ การดำเนินชีวิต และการอยู่ร่วมกันในชุมชน ถึงแม้รัฐบาลจะกำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการเข้าถึงแหล่งบริการของรัฐแล้วก็ตามแต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุมเนื่องจากรายได้ที่ไม่เพียงพอกับการใช้จ่ายในครอบครัว ดังการสนทนากับแกนนำชุมชนให้ความคิดเห็นว่า “...คนยากจนมีโอกาเข้าสู่สังคมน้อย เสียโอกาสเยอะแบบที่ว่าถ้ามีลูกเรียนหนังสือหมายถึงกว่าจะจบ ป.6 ก็ลำบากมาก คือต้อง

มีค่าใช้จ่าย ไม่ใช่รัฐบาลบอกว่าเรียนฟรีแต่เขาต้องกินอยู่อย่างไม่มีค่าเดินทางโดยสาธารณะ ถ้าวันนี้ไม่มีเงินค่ารถก็ไม่ได้ไปโรงเรียน ...”

คนจน...บ่มีแนวให้หนี้ สถานการณ์สิ่งแวดล้อมภาวะคุกคามในครอบครัว การขาดวินัยในการใช้จ่ายเงิน รวมถึงการแก้ปัญหาของรัฐบาลที่มุ่งหวังผลทางการเมืองระยะสั้นด้วยการแจกเงิน การชำระหนี้แทน หรือการคิดดอกเบี้ยต่ำ เป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าสู่วงจรการเป็นหนี้สินโดยไม่สามารถไถ่ถอนตนเองได้ ความหมายของการใช้หนี้ตามวิถีของคนในชุมชนมิใช่การหาเงินเพื่อจ่ายเงินต้น แต่เป็นการหาเงินจ่ายเป็นค่าดอกเบี้ย ทำให้คนจนประสบปัญหาทวีคูณของการเป็นหนี้สินที่ไม่มีโอกาสใช้ได้หมดจนชั่วชีวิต ดังคนจนที่มีปัญหาหนี้สินเล่าว่า...

“...ตอนนี้เป็นหนี้ธกส. 50,000 บาท 4 ปี ตอนแรกยืมเพื่อนบ้าน พอมายืมธกส. ได้ก็เอาไปคืนเขา ซื้อปุ๋ยไปทำนาปีนข้าวกัน เราได้ 2 ส่วน เขาได้ 1 ส่วน ถ้าเป็นปุ๋ยของเขาก็แบ่งครึ่งกัน ช่วยกันทำ หาใช้ดอกเบี้ยไม่พอ เงินต้นยังไม่เคยให้เขา ต้องไปยืมเขามาลงทุนอีกอีก ทำไร่มันไร่อ้อยก็ไม่ได้ รับจ้างได้เงินมาก็ไปซื้อข้าว พริก ปลาแดกก็ต้องซื้อ”

“...มันบ่มีแนวคิดต่อจะใช้หนี้ยังไง ทำฉาปนกิจหมู่บ้านเอาไว้ให้เขาหักออก ยามตายแล้วคนบ้านเราที่เป็นหนี้เวลาที่ตายแล้วเอาเงินฉาปนกิจไปใช้หนี้ คนที่เป็นหนี้บ่หลายก็เหลือเงินมาใช้ คนที่เป็นหนี้หลายก็ได้เงินบ่หลาย...”

อยู่เพิง...พอคุ้มแดด คุ้มฝน สภาพที่อยู่อาศัยของคนจนส่วนใหญ่มีสภาพทรุดโทรมไม่คงทนถาวรและไม่ปลอดภัย หลังคาผุพังมีรอยรั่ว บางครอบครัวอยู่พื้นที่ต่ำกว่าเพื่อนบ้าน เวลาเกิดพายุ ฝนตกจะเป็นแหล่งรวมน้ำจากทุกพื้นที่ทำให้เกิดความเสียหายจากน้ำท่วมขังในบ้าน ดังนั้นนักพัฒนาชุมชนในพื้นที่กล่าวว่า “...ไปสำรวจที่บ้านคนจนเป็นแบบเอาอะไรที่ล้อมให้อยู่ได้ บางบ้านหลังคารั่วไม่มีที่ให้หลบเวลาฝนตก ...” และหญิงชราอายุ 60 ปี กล่าวว่า “...บ้านเราอยู่ที่ต่ำ เป็นแอ่งรับน้ำ เวลาฝนตกแรงๆ น้ำไหลเข้าบ้านเปียกที่นอนเก็บไม่ทัน...”

อาศัยวัดปะทั้งชีวิต คนจนมักประสบปัญหาการพึ่งพาตนเองจากข้อจำกัดด้านกำลังความสามารถของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่มีแต่ผู้สูงอายุ หญิงหลังคลอดและเด็กที่กำลังเรียนหนังสือ การไม่มีที่ดินทำกิน ขาดทุนทรัพย์ในการลงทุน ประกอบอาชีพจึงทำให้หมดทางเลือกในการทำมาหากิน สร้างรายได้เลี้ยงครอบครัว มีเพียงเงินช่วยเหลือเล็กน้อยที่เป็นสวัสดิการจากรัฐบาลและทำงานหารายได้ตามกำลังที่พอทำได้ วัดจึงเป็นทางเลือกของคนจนที่ทำให้มีชีวิตอยู่รอดด้วยการแบ่งปันอาหารเลี้ยงครอบครัวโดยไม่ต้องซื้อหา ของใช้ที่จำเป็นเพื่อลดค่าใช้จ่ายในครอบครัว

ดังครอบครัวคนจนหญิงชราอยู่กับหลานสาวตามลำพังกล่าวว่า “...รู้สึกอายเหมือนกัน บางคนที่เขาไม่รู้ กลัวเขาเกลียดว่ายายเอาของที่วัด...คนที่ไปปฏิบัติธรรมด้วยกัน เขาก็ช่วยจัดอาหารใส่ปันโตให้หลานกลับจากโรงเรียนมาได้กิน...”

กรรมการหมู่บ้านได้สะท้อนชีวิตของคนจนที่ต้องอาศัยข้าววัดว่า “...คนยากจนบางคน...ข้าวบางวันเขาก็ไม่มีจะกิน ต้องไปขอพระ บางที่ต้องไปเอาข้าวจากที่เขาให้คนตายกิน แยกไปเอามาหนึ่ง มานุ่นใหม่...”

ท่านเจ้าอาวาสวัดเล่าถึงการช่วยเหลือคนจนว่า “...เวลาฉุกเฉิน หรือขัดสนอะไร เขา (คนจน) จะมาหาพ่อใหญ่ ช่วยเท่าที่ช่วยได้ มาเอาข้าวเหนียวบ้าง เงินบ้าง เสื้อผ้าบ้าง เขากลับไฟฟ้าซื้อ เขามาถามหาหลวงพ่อก็เย็นมัย ...”

คนจนหมดสิทธิกู้ยืม ความยากจนเป็นสาเหตุของความเหลื่อมล้ำของการเลือกปฏิบัติการเข้าถึงแหล่งเงินทุน เนื่องจากสังคมให้คุณค่าคนจนเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นหนี้สูญ ขาดหลักประกัน ความน่าเชื่อถือในการชำระหนี้ จึงทำให้คนจนมักประสบปัญหาของการไม่สามารถเข้าถึงแหล่งเงินทุนเพื่อใช้หมุนเวียนในการประกอบอาชีพ หรือ เป็นเงินทุนใช้จ่ายในครอบครัว ถึงแม้ในชุมชนจะมีแหล่งเงินทุนช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนก็ตาม ดังผู้นำชุมชนกล่าวว่า...

“...ที่นี่มีธนาคารข้าว มีกองทุนหมู่บ้าน เราให้เขากู้ยืมได้ บางครั้งให้เกินกำลังไม่ได้ สมาชิกเขาจะ

หักท้วงว่ามันจะได้คืนมั๊ย บางครั้งกู้ยืมไป เวลามาคืน เขาก็ไปยืมคนอื่นเสียดอกเอาเงินมาคืน เราต้องทำตามระเบียบของกองทุน คือว่าทำไมถึงไม่ให้โอกาสเขา แต่อย่างว่าความไม่พร้อม คือว่าชุมชนเราพร้อมที่จะให้แต่ว่าให้แล้วไม่ได้คืน สมาชิกจะโจมตีคณะกรรมการ...”

ทุกข์ยากคัก...มีแต่คนป่วย การเจ็บป่วยสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกครัวเรือนไม่แบ่งชนชั้นระหว่างคนจนหรือคนมี ครอบครัวยากจนมักประสบปัญหาการมีสมาชิกหลายคนเจ็บป่วย สุขภาพไม่แข็งแรง ทำให้มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของเป็นภาระในการดูแลคนป่วยในครอบครัว ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มในการรักษาพยาบาล ขาดรายได้จากการเจ็บป่วยของสมาชิกที่ไม่สามารถทำงานได้ ดั่งหัวหน้าครอบครัวคนจนที่มีโรคเรื้อรัง กล่าวว่

“...ยายเป็นไมเกรน ปวดขา ต้องกินยาที่นอนมัยเป็นประจำ ตาเป็นโรคไตกินยาฆ่าเชื้อฉีดยาล้างไตเดือนละครั้ง ทำงานรับจ้างไม่ไหว สิ้น หายใจไม่ทั่วท้อง ลูกสาวคนโตเป็นคอพอก ลูกชายมีอาการทางประสาท คลุ้มคลั่ง พังบ้าน ทำลายข้าวของต้องกินยาฉีดยา...บ้านเราลำบากเพราะไม่มีผู้ช่วยหาเงิน มีไร่นาทากินน้อย รายได้น้อย มีหลานน้อยสองคนที่ต้องดูแล ลูกชายมาป่วยอีก ทำงานไม่พอใช้ ทุกข์ยากคัก ต้องทำใจพอให้อยู่ได้...”

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนจนในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน

การสังเคราะห์ดูแลของชุมชนสำหรับคนจนในบริบทที่ศึกษาแสดงให้เห็นกลุ่ม องค์กร หน่วยงานในพื้นที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้

การดูแลโดยเพื่อนบ้าน คนจนที่อยู่ตามลำพัง โดยเฉพาะคนจนที่เป็นผู้สูงอายุ มีความสามารถพึ่งพาตนเองในชีวิตประจำวันน้อย จะได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านผลัดเปลี่ยนกันมาช่วยดูแลการจัดหาอาหารจัดการของใช้จำเป็นต้องใช้ในการบ้าน ดังผู้สูงอายุยากจนที่อยู่ตามลำพังเล่าว่า “...เพื่อนบ้านทำกับข้าวให้กิน เป็นญาติ ๆ กัน ถ้าบ้านนี้ไม่มีว่างอีกบ้านหนึ่งก็เอามาให้ ตอนเย็น ๆ เขาจะเอาข้าวมาให้ มาพูด มาคุย บางครั้งก็ไปกินกับเขา ถ้าไม่ไปเขาก็เอามาส่ง...”

การดูแลโดยกลุ่มทางสังคม

อาสาชู้พรึบส่งเมื่อเจ็บป่วย กลุ่มคนจนเมื่อเจ็บป่วยจะได้รับการช่วยเหลือรับส่งไปหน่วยบริการสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทำให้ได้รับการดูแลตามความเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย ช่วยลดปัญหาการสูญเสียและเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังครอบครัวคนจนเล่าถึงการใช้บริการรถฉุกเฉินยามเจ็บป่วยว่า “...เวลาไม่สบายฉุกเฉินโทร. 1669 ยายกับลูกสาวใหญ่เคยเป็นไข้เลือดออกไปนอนมัยเขาบอกว่าไปใช้หัวฉัตรธรรมดาจัดยาให้กินแล้วแพ้ยากลางคืนประมาณ 2-3 ทุ่ม มีผื่นขึ้นเต็มตัว หายใจไม่อิ่ม มีไข้สูง โทร.เรียกรถกู้ชีพมารับที่บ้าน ขากลับเขาก็มาส่ง ถ้าเช่ารถไปก็ประมาณ 500-600 บาท...”

สวัสดิการจากกลุ่มทางสังคม กลุ่มคนจนรับรู้ว่าการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม เช่น กองทุนเงินล้าน กลุ่มฅาปนกิจ ร้านค้าชุมชน เป็นต้น จะได้รับสวัสดิการในรูปแบบต่าง ๆ คือ 1) การมีสิทธิกู้ยืมเป็นเงินทุนในการทำกิจกรรมของครอบครัว ประกอบอาชีพ การศึกษาหรือใช้จ่ายในครอบครัว 2) สามารถเข้าถึงแหล่งอุปโภค บริโภคตามความต้องการและความจำเป็น 3) การได้รับเงินปันผลจากการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม และ 4) การได้รับเงินทุนช่วยเหลือเมื่อเสียชีวิต ดังคนจนที่เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมกล่าวว่า “...เป็นสมาชิกกองทุนเงินล้าน ให้ลูกค้าขาย ปลุกถั่ว ปลุกมัน ทำเรื่อน เป็นสมาชิกฅาปนกิจหมู่บ้าน ตำบล ช่วยเรายามตาย เงินที่ได้ช่วยจัดงานลูกก็ไม่ต้องออกทั้งบ้าน ร้านค้าชุมชนเข้าหุ้นอยู่ บางปีถ้าซื้อตุ(มาก)ก็ได้ 300-400 บาท ได้ร้อยละ 4 บาท...”

การดูแลโดยผู้นำชุมชน เป็นการจัดการให้คนจนที่อยู่ในสภาวะยากลำบากได้รับการดูแลให้ได้รับปัจจัยขั้นพื้นฐานของการดำรงชีวิตด้านอาหาร ที่อยู่อาศัยและโดยสร้างการมีส่วนร่วมจากเพื่อนบ้านในการช่วยจัดการการประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง ดังผู้นำชุมชนเล่าว่า ...เราช่วยกันในช่วงที่รอนบประมาณอย่างบ้านที่พอจะซ่อมได้ เราไปบอกตามบ้านขอบริจาคของเพื่อมาช่วยซ่อมบ้าน บางบ้านเขาก็ให้บางบ้านเขาก็ไม่ให้อันนี้แล้วแต่เขา ช่วยกันออกแรงซ่อมบ้านประมาณ

2-3 ครั้งแล้ว เราช่วยเท่าที่เราทำได้ อย่างไฟฟ้าเสียเราก็มาช่วยซ่อมให้ไม่คิดเงิน”

การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการช่วยเหลือบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น จัดการด้านที่อยู่อาศัยเพื่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รวมถึงหาเงินทุนช่วยเหลือครอบครัวยากจนเบื้องต้น ดังครอบครัวยากจนที่ได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วว่า

“...อบต.มาช่วยเงิน 1,000 บาท ช่วยเป็นทุนการศึกษาหลาน เขาเป็นกำพร้าพ่อ กรรมการหมู่บ้านเขาเลยช่วย เพราะว่าบ้านมันขาดแคลน เขบอกว่าบ้านเราไม่ได้เลี้ยงแต่หลาน เลี้ยงคนป่วย ผู้เลี้ยงก็ป่วยอีก มันเลยดูว่าลำบาก...”

“...เขาวัวเราเป็นคนจน อยู่กับผู้เฒ่าสองคน นาก็ไม่มี ตาบอด ด้อยกว่าหมูในคุ่มนี้ คนอื่นเขายากจนเท่ากันแต่เขาก็มีลูกมีเต้าดูแล อันนี้ไม่มีลูก นี่เป็นสาเหตุที่อบต.เขาสร้างบ้านให้ เขามาทำข้างฝาให้ ทำดีกว่าเดิมปลอดภัยกว่าเก่า แต่ก่อนยามผู้มีรายเขาก็เข้ามาได้สบาย ยามไม่อยู่เรือนยังมีหน้าตาต่างประตูกันไว้...”

การดูแลของภาควิชาชีพ เป็นการจัดระบบการดูแลสุขภาพตามแนวคิดการบริการสุขภาพใกล้บ้าน ใกล้ใจ เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสเข้าถึงการดูแลสุขภาพตามความจำเป็นและเหมาะสม โดยดำเนินการเป็นรูปแบบของเชื่อมต่อการดูแลระหว่างสถานบริการ ดังคนจนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้วว่า “...ตอนแรกเราไม่รู้จักว่าเบาหวานเป็นอย่างไร ตรวจครั้งแรกน้ำตาล 360 หมอให้กินยาได้ 6-7 ปี ฉีดยาเบาหวานที่โรงพยาบาลตำบล 2-3 ปี ต่อมาไม่มีเงิน ถ่ายเหลว ไปตรวจที่โรงพยาบาลตำบลฯ ส่งไปโรงพยาบาลจังหวัดตรวจเลือดหมอบอกว่าเป็นโรคไตต้องฟอกเลือด อนามัยมาดูที่บ้านตอนแรกที่ทำห้องตอนนี้ไปอนามัยสัปดาห์ละครั้งฉีดยากระตุ้นเม็ดเลือด...”

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาของคนจนในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน เป็นสภาวะการดำรงชีวิตที่ยากลำบากทั้งปัจจัยแวดล้อมภายในและปัจจัยแวดล้อมภายนอก กล่าว

คือ ปัจจัยแวดล้อมภายในเกิดจากสภาวะสุขภาพของบุคคลและสมาชิกในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยทำให้เป็นภาระดูแลของครอบครัว ประกอบกับมีความอ่อนด้อยในการสร้างรายได้หาเลี้ยงสมาชิกในครอบครัวอันเนื่องมาจากการขาดปัจจัยการผลิต ได้แก่ ที่ดินทำกินไม่เพียงพอขาดเงินทุน รวมถึงการขาดสมาชิกในการช่วยเหลือ ส่วนความยากลำบากจากปัจจัยแวดล้อมภายนอกเป็นการตีความ ให้คุณค่า และเจตคติที่มีความยากจนจากสังคม ทำให้คนจนเป็นถูกแบ่งเขตแดนของการเข้าถึงสิทธิและโอกาสทางสังคม อยู่ในสภาวะของการไร้คุณค่าแห่งตน ไม่ได้รับการยอมรับ ไม่ได้รับความเข้าใจ เห็นใจจากสังคม ส่งผลให้กลุ่มคนจนมีแนวโน้มแยกตัวดำรงชีวิตอย่างโดดเดี่ยวตามลำพัง ขาดโอกาสในการได้รับการช่วยเหลือดูแลจากสังคม ตอกย้ำความรู้เดิมที่กล่าวถึงคุณลักษณะของผู้ต้องการความช่วยเหลือที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) มีการดำรงชีวิตที่ยากลำบาก (difficult life) 2) อยู่ในสภาวะไร้อำนาจ (powerlessness) และ 3) มีความเสี่ยงหรือความเปราะบาง (vulnerability) ต่อการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายจิตใจ รวมถึงเสี่ยงต่อการเป็นผู้ประสบปัญหาทางสังคม^{10,11,12,13,14}

รูปแบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนจนในบริบทสังคมอีสาน สะท้อนให้เห็นลักษณะของสังคมไทยเป็นสังคมแห่งความเอื้ออาทร ไม่ทอดทิ้งกันแม้อยู่ในสภาวะของความทุกข์ยาก นับว่าเป็นจุดแข็งของการจัดการกับปัญหาความยากจนในบริบทของสังคมไทย นอกจากนี้ ยังพบว่า การดูแลคนจนให้ครอบคลุมถึงมิติทางจิตใจ สังคม และมิติทางเศรษฐกิจ ต้องประกอบส่วนด้วยองค์หลักในพื้นที่ร่วมดูแลอย่างน้อย 4 องค์การ คือ 1) เพื่อนบ้านและผู้นำชุมชน 2) กลุ่มทางสังคม 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 4) หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ รูปแบบดำเนินการเป็นการจัดการตามสภาพปัญหาและความต้องการต้องการดูแลของพื้นที่ สอดคล้องกับนโยบายการแก้ไขปัญหาคความยากจนของรัฐบาล ที่มุ่งเน้นลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ ขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพของคนจน และการสร้างความเข้มแข็งทุกชุมชนท้องถิ่น และประชาสังคมให้สามารถจัดการตนเองได้ในเรื่อง

ความเป็นอยู่ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การปกครอง การจัดการทรัพยากรธรรมชาติ เป็นการวางรากฐานการพัฒนาเพื่อการพึ่งพาตนเองตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และแก้ไขปัญหาความยากจน อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน⁵ รวมถึงสอดคล้องกับงานสุขภาพชุมชนที่มีคุณลักษณะสำคัญคือ 1) เป็นงานที่ให้ความสำคัญกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่ 2) มีการใช้ทุนเดิมที่มีอยู่ในชุมชน 3) มีวิธีการทำงานที่หลากหลาย 4) ทุกภาคส่วนในชุมชนมีส่วนร่วม และ 5) มีการเรียนรู้ข้ามพื้นที่ที่ก่อให้เกิดการทำงานที่เหมือนกันในพื้นที่อื่น^{15,16}

ข้อเสนอแนะ

แนวทางการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลในฐานะผู้ดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน นอกจากการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายตามนโยบายแล้ว ยังต้องมีการค้นหาและจัดการดูแลผู้ที่สมควรได้รับการช่วยเหลือตามเงื่อนไขของบริบททางสังคมวัฒนธรรม เพื่อให้กลุ่มคนเหล่านี้มีโอกาสเข้าถึงการดูแลอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม ครอบคลุมมิติทางกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ องค์ประกอบครบถ้วนทั้งถิ่น ดำเนินการให้มีการค้นหากลุ่มคนที่ต้องได้รับการช่วยเหลือให้ครอบคลุมตามนโยบายของรัฐและตามมุมมองของชุมชน สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มทางสังคมในชุมชนให้มีส่วนร่วมดูแลกลุ่มที่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยการพัฒนาศักยภาพการดูแล การจัดระบบหล่อเลี้ยงที่ทำให้สามารถทำงานได้อย่างมีศักดิ์ศรีและภาคภูมิใจ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในฐานะผู้กำหนดนโยบายสุขภาพจากส่วนกลางสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนตามความเหมาะสมของแต่ละภาคส่วน อาทิ การวิจัยเชิงคุณภาพ การค้นหาทุนทางสังคม การศึกษาชุมชน การออกแบบการดูแลสุขภาพชุมชน เป็นต้น

แนวทางการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาศักยภาพของชุมชนต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มผู้ต้องการความช่วยเหลือ สังเคราะห์ให้เห็นศักยภาพของชุมชนในด้านต่างๆ ได้แก่ การจัดการ การสนับสนุน หรือมีความชำนาญเฉพาะด้าน เพื่อนำข้อความรู้ที่ได้มาเป็นแนวทางในการจัดบริการและต่อยอดการมีส่วนร่วมชุมชนในการจัดปรับระบบการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการดูแลต่อไป

ศึกษารูปแบบการพึ่งพาตนเองของชุมชนที่แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของชุมชนตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมในด้านต่างๆ เช่น การดูแลสุขภาพ การจัดการเพื่อเข้าถึงสิทธิการได้รับบริการของรัฐ ปัจจัยเงื่อนไขของการทำให้เกิดการพึ่งพาตนเองในแง่ของการเรียนรู้จากประสบการณ์ การเสริมพลังของหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำเป็นข้อความรู้เสนอให้ชุมชนได้เรียนรู้แนวทาง วิธีการที่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม

ศึกษารูปแบบการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของชุมชน เพื่อสะท้อนให้เห็นความต้องการดูแลสุขภาพของชุมชนที่อาจมีมากกว่าการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยแต่เป็นการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกในชุมชนที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย หรือการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้สามารถพึ่งพาตนเองได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันมีคุณค่าในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นันทบุตร อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ช่วยแนะนำให้คำปรึกษา กำลังใจ และปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆ และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Bank. Understanding poverty [serial online] 2008 [cited 2012 September 10] Available from: URL:<http://web.worldbank>.
2. UNDP. Human Development to eradicate poverty [serial online] 1997 [cited 2012 September 10]. Available from: URL:<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1997/>
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ความยากจนและการกระจายรายได้ (online) 2553 (สืบค้นเมื่อ 14 กันยายน 2555). จาก <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=322>.
4. อานันท์ชนก สกนธวัฒน์. พลวัตของความยากจน: กรณีศึกษาครัวเรือนชาวนาในพื้นที่เขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลางของไทย. กรุงเทพฯ: ซีโนพับลิชชิ่ง; 2555.
5. สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานประเมินความยากจนปี 2550. (online) 2550 (สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2555). จาก <http://poverty.nesdb.go.th>
6. ขนิษฐา นันทบุตร. ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน แนวคิด เครื่องมือ และการออกแบบ. กรุงเทพฯ: อุกาการพิมพ์; 2551.
7. Fetterman DM. Ethnography: step by step. 2nded. California: SAGE; 1998.
8. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing and health care. 3rd. Malaysia: KHL Printing Co Sdn Bhd; 2010.
9. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2550.
10. Aday LA. Health status of vulnerability populations. Pub Health 1994; 15: 487-509.
11. Leight SB. The Application of a vulnerable population conceptual model to the rural health. H Nurse 2003; 20(6): 440-8.
12. ชลธิชา แก้วอนุชิต. แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2556; 36(1): 123-131.
13. Chesnay MD, editor. Caring for the vulnerable people perspective in nursing theory, practice, and research. USA: Molly incorporated; 2005.
14. ศรีธัญญา เบ็ญจกุล และ ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์. ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างคนรวยกับคนจนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2546-2548. วารสารนโยบายและแผน สาธารณสุข 2550; 1-4 (10): 45-60.
15. ขนิษฐา นันทบุตร. ระบบสุขภาพชุมชน กระบวนการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบใหญ่ในชุมชน. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์; 2553.
16. สุพัตรา ศรีวิเศษชากร. งานสุขภาพชุมชน “จุดคานงัดคุณภาพระบบบริการสุขภาพ”. ใน: สรุศักดิ์ อธิคมานนท์. งานประชุมวิชาการ Primary care ระดับประเทศ ครั้งที่ 2 วันที่ 20-23 กุมภาพันธ์ 2550; กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์ดี; 2550.