

ทุนทางสังคมกับความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว
ในชนบทอีสาน
Social Capital and Health Security of Family
in E-San Rural

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2553
Volume 33 No. 2 (April-June) 2010

สังคม สุภรัตนกุล ป.ด.(สังคมวิทยา)*

ดุษฎิ อายุวัฒน์ ป.ด.(ประชากรศาสตร์)**

พีระศักดิ์ ศรีฤๅชา ป.ด.(สังคมศาสตร์การแพทย์)***

Sungkom Suparatanagool Ph.D. candidate (Sociology)* Dusadee Ayuwat Ph.D. (Demography)**

Pirasak Sriruecha Ph.D. (Medical and Social Sciences)***

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ องค์ประกอบของปัจจัย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน เป็นการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากแม่บ้านหรือผู้ดูแลสุขภาพประจำครอบครัว ในพื้นที่ภาคอีสานตอนบนประกอบด้วย จังหวัดเลย หนองบัวลำภู อุดรธานี และจังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2552 ถึงเดือน มีนาคม 2553 จำนวน ตัวอย่าง 400 ครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการวิเคราะห์ด้วยสถิติ LISREL

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพมี 3 รูปแบบ ประกอบด้วย การสร้างผ่านทุนทางสังคมในครอบครัว ทุนทางสังคมในชุมชนและทุนทางสังคมจากโครงสร้าง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานมีอยู่ 4 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยกลุ่มที่ 1 คือโครงสร้างของครอบครัว ปัจจัยกลุ่มที่ 2 คือทุนทางสังคมในครอบครัว ปัจจัยกลุ่มที่ 3 ทุนทางสังคมในชุมชน ปัจจัยกลุ่มที่ 4 คือ ทุนทางสังคมจากโครงสร้าง นอกจากนี้ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจากทุนทางสังคมในครอบครัว ($\beta = 1.47$) รองลงมาคือ ทุนทางสังคมจากโครงสร้าง ($\beta = 0.99$) และทุนทางสังคมในชุมชน ($\beta = -0.57$) ตามลำดับ ทุนทางสังคมทั้งหมดนี้สามารถร่วมกันพยากรณ์ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้ร้อยละ 67.0 ($R^2 = 0.67$) ดังนั้น การดำเนินงานด้านสุขภาพควรคำนึงถึงทุนทางสังคมที่มีอยู่ในทั้งครอบครัวและโครงสร้างทางสังคมในชนบทให้มาก ซึ่งทุนทางสังคมดังกล่าวได้หนุนเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ : ความมั่นคงด้านสุขภาพ ทุนทางสังคม

Abstract

The objective of this study aimed to describe; the model of health security promotion process, the factors component, and the factors which influence health security of rural families in northeastern. It was conducted on the mixed method both qualitative and quantitative. Data was collected through the households or health keepers within family. Study in the Northeastern provinces consists: Loei, Nongbualaphu, Udonthani, and Nong Khai

*นักศึกษาลัทธิสุตรปรัชญาดุษฎิบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Province during the months of July 2009 to March 2010 covered 400 samples size and analyzed by content analysis and LISREL.

This paper shows that the health security promotion processes modeling which there were 3 aspects such as health promotion process through social capital within family, social capital within community, and social capital link from structure. The component of factors influence health security of rural families shown that 4 groups factor consists: group I: the family's structure factor. Group II the social capital within family. Group III: the social capital within community. Including, group IV: the social capital link from structure. Moreover, health security of rural families in Northeastern which were high effected from social capital within family ($\beta=1.47$) and moderate effected from the social capital from structure ($\beta=0.99$), and finalize from the social capital within community ($\beta= -0.57$) respectively. All of these factors were shown power of prediction health security of rural families at 67.0% ($R^2=0.67$) Suggestion, so that the health strategic implementation should be concern about the social capital which were in family and community very much. Those were supported for health security promotion process of rural families in northeastern so well.

keywords : health security social capital

บทนำ

การดูแลสุขภาพเป็นภูมิปัญญาที่ความคาดหวังที่จะให้มีสุขภาพดีครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสติปัญญา มีการตัดสินใจที่เหมาะสมและมีพัฒนาการแนวคิดจนสามารถสร้างความมั่นคงให้กับครอบครัว ซึ่งนับว่าเป็นส่วนสำคัญที่สะท้อนถึงคุณภาพของประชาชน¹ การที่ครอบครัวปลอดภัยจากโรคติดต่อต่างๆ และไม่มีอาการเจ็บไข้ได้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพหากมีการเจ็บป่วย จึงถือได้ว่าเป็น “ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว” ความมั่นคงดังกล่าวมีองค์ประกอบตัวชี้วัดอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นปัจจัยที่หนุนเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีมีความยั่งยืน กลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นตัวบ่งบอกถึงควมมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างเสมอภาคและกลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพตัวชี้วัดจะต้องครอบคลุมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสภาพสังคม²

จากกระแสโลกาภิวัตน์ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในชนบทขึ้น แบบแผนในการดำเนินชีวิตของชาวชนบทได้เปลี่ยนไป เช่น จากการเกษตรกรรมพียงชีพมาเป็นกาเกษตรกรรมกระแสทุนเพื่อเศรษฐกิจทางการค้าและการตลาดและได้สร้าง

เงื่อนไขสำคัญในการกำหนดสุขภาพสังคมในปัจจุบัน³ ซึ่งให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและวัฒนธรรมการผลิตน่าจะเป็นเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพได้เช่นกัน

อย่างไรก็ตามชาวชนบทยังสามารถยึดเหนี่ยวชุมชนไว้ด้วยวัฒนธรรมชุมชนโดยเฉพาะชาวชนบทและต่อมาได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบชุมชนที่ถือได้ว่าเป็นทุนทางสังคม⁴ ซึ่งทุนทางสังคมยิ่งใช้มากยิ่งเพิ่มค่าและไม่มีหมดสิ้นหรือหมดไป⁵ เกิดความมั่นคง ซึ่งสอดคล้องกับปัจจุบันกระแสท้องถิ่นเรียกร้องให้ใช้อำนาจความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นองค์รวมโดยยึดสุขภาพของประชาชนเป็นตัวตั้ง เปิดโอกาสให้ระดมทุนทางสังคม ภูมิปัญญาท้องถิ่นและทุนทางวัฒนธรรมมาประยุกต์ใช้ เป็นการดำเนินการโดยประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรชุมชนที่มีอิสระในการดำเนินการ⁶

จึงเป็นประเด็นสำคัญที่น่าสนใจในการค้นหาคำตอบเพื่ออธิบายได้อย่างลึกซึ้งต่อไป ซึ่งไม่เพียงแต่ความต้องการเรื่องของการใช้ทุนที่เป็นงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนเท่านั้น หากอาจจะเกี่ยวข้องถึงการกำหนดนโยบายสุขภาพที่สัมพันธ์กับทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชนบทด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะต้องการทราบคำตอบว่า

รูปแบบกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและองค์ประกอบทุนทางสังคมมีอะไรบ้างรวมทั้งทุนทางสังคมที่มีอยู่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานเป็นอย่างไร เพื่อที่จะนำแนวคิดดังกล่าวมาสู่โปรแกรมการสร้างสุขภาพแก่ครอบครัวในชนบทอีสานให้เกิดความมั่นคงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน
2. เพื่อศึกษาองค์ประกอบทุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

ทุนทางสังคมหมายถึง สิ่งต่างๆ ที่เราพบเห็นและสัมผัสได้ในชีวิตประจำวันที่เป็นเจตจำนงที่ดีความร่วมมือกัน ความเห็นอกเห็นใจ และการติดต่อสัมพันธ์กันในสังคม ทำให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้รับผลประโยชน์ประกอบด้วย ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ความคิด/ความเชื่อในระดับครอบครัว รวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม ความไว้วางใจและเกื้อกูลกัน ความเป็นมิตรที่ดี และใช้ประโยชน์ร่วมกันในระดับชุมชน นำไปสู่การสร้างความเป็นปึกแผ่นทางสังคมก่อให้เกิดความมั่นคงในที่สุด

โครงสร้างหมายถึงกลุ่มคนหรือองค์กรที่ทำหน้าที่สนับสนุน ส่งเสริมตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายจากสังคม ในงานวิจัยนี้หมายถึง ผู้นำชุมชน (บ้าน) ผู้นำศาสนา (วัด) โรงเรียน ส่วนท้องถิ่น สถานีอนามัยและโรงพยาบาล

ความมั่นคงด้านสุขภาพ หมายถึง การมีภาวะสุขภาพหรือดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา ที่มีการปฏิบัติมากยิ่งขึ้นคุณค่าและไม่มีหมดสิ้นไป ซึ่งในงานวิจัยนี้หมายถึงการสร้างสุขภาพผ่านทุนทางสังคมที่ยังสร้างมากยิ่งขึ้นคุณค่าและยังเกิดความมั่นคงในที่สุด

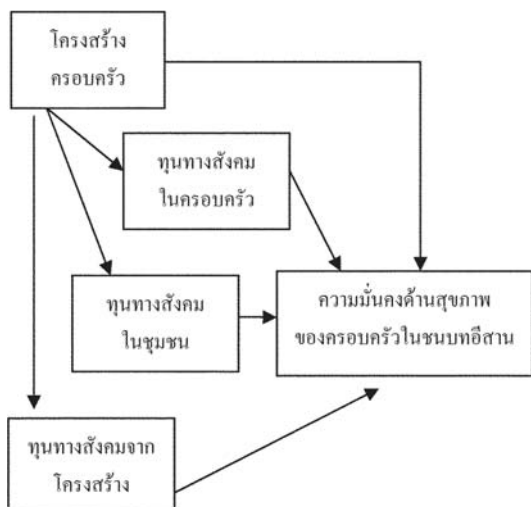
แนวคิดทุนทางสังคม

ทุนทางสังคมในรูปแบบการเอื้อหนุนกันจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่หนุนเสริมกับภาวะสุขภาพ และเป็นแนวคิดในการอธิบายทุนทางสังคมกับสุขภาพได้เป็นอย่างดี^{7, 8, 9} เช่น ความไว้วางใจกันในครอบครัว การใช้ประโยชน์ร่วมกัน การเกื้อกูลกัน การตอบแทนกันและการเป็นสมาชิกภาพของครอบครัว เป็นต้น ความสัมพันธ์เหล่านี้ได้มีนัยสำคัญทางทฤษฎีเกี่ยวกับทุนทางสังคมเมื่อมองในรูปของเครือข่ายทางสังคมที่เป็นช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและนำไปสู่การปฏิบัติ¹⁰ ซึ่งน่าจะสามารถใช้เป็นภูมิคุ้มกันทางสังคมเพื่อป้องกันภัยสุขภาพ

นอกจากนี้การเยี่ยมเยียนของกลุ่มเพื่อนบ้านที่ใกล้ชิดกันได้เสริมสร้างประโยชน์ต่อสุขภาพจิต เพื่อความอยู่ดี-มีสุขด้วย¹¹ รวมทั้งความสัมพันธ์ของเพื่อนบ้านหรือเพื่อนสนิทมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ¹² อาจกล่าวได้ว่าทุนทางสังคมที่ทำให้เกิดความมั่นคงดังกล่าวน่าจะมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงอยู่กับการดูแลสุขภาพได้

จากการทบทวนแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยพอสรุปได้ว่าโครงสร้างครอบครัว ประกอบด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งที่เป็นชายและหญิง การศึกษาของแม่บ้าน อาชีพหลักและรายได้ของครอบครัว¹³ ทุนทางสังคมในครอบครัวเครือข่ายดี และทุนทางสังคมในชุมชน ที่หนุนเสริมให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ไว้วางใจกันในชุมชนและสร้างกลุ่มหรือชมรมสุขภาพในชุมชนรวมทั้งทุนทางสังคมจากโครงสร้างน่าจะสามารถอธิบายความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทุนทางสังคมที่นักวิชาการทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ทำการศึกษาไว้ มาใช้ในการอธิบายกรอบแนวคิดการวิจัย (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ที่มา: จากการสังเคราะห์แนวคิด Bonding, Bridging and Linking Social Capital (Putnam, 1993-2000; Williams, 1978); Social capital and health (Hyypä & Maki, 2001; Veenstra, 2000; Coleman, 1988; Kawachi et al., 2008; Field, 2008; Beaudoin, 2009; นิยนา หนูนิล และสายฝน เอกวารสาร, 2550)

วิธีการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยศึกษาในจังหวัดหนองบัวลำภูเจาะจงชุมชนชนบทชนเมือง (อำเภอเมือง) และชุมชนชนบทนอกเมือง (อำเภอรอบนอก) อย่างละ 1 ชุมชน

ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณใช้ครอบครัวเป็นหน่วยวิเคราะห์รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามในพื้นที่ภาคอีสานตอนบน 4 จังหวัด ๆ ละ 2 ชุมชน (ชนเมืองและนอกเมือง) ใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 ครอบครัว จากสูตร F Test of Variance Proportions in Multiple Regression/Correlation Analysis¹⁴

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

n = ขนาดตัวอย่าง

λ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากตาราง

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

$R_{Y/X}^2$ = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างตัวแปรกำหนดเท่ากับ .1014 แทนค่าในสูตร

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

$n = 396.86$ งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 400 ครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Structure Equation Modeling (SEM) ด้วยวิธีการของการวิเคราะห์ของ LISREL15

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้แนวทางการสัมภาษณ์โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ ประกอบด้วย

1.1) ระดับชุมชนสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ผู้รู้ และประชาชนทั่วไป เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญบริบทของหมู่บ้านเกี่ยวกับกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวเพื่อสะท้อนถึงตัวชี้วัดความมั่นคงด้านสุขภาพที่ครอบคลุมมิติทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของชาวชนบท

1.2) ระดับครอบครัวสัมภาษณ์สมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว เพื่อศึกษากระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพในมิติทางร่างกาย จิตใจและปัญญา ที่สะท้อนถึงตัวชี้วัดและความสำคัญของทุนทางสังคมในครอบครัวประเภทต่าง ๆ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามจากการทบทวนเอกสารงานวิจัย ประกอบกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพจำนวน 32 ตัวแปร เพื่อที่จะนำมาเป็นตัวชี้วัดของตัวแปรในแบบสอบถามประกอบด้วย

2.1) โครงสร้างครอบครัว 8 ตัวแปรได้แก่ 1) จำนวนสมาชิกครอบครัว 2) จำนวนสมาชิกที่เป็นเพศชาย 3) จำนวนสมาชิกที่เป็นเพศหญิง 4) จำนวนเด็กและผู้สูงอายุ 5) จำนวนวัยแรงงาน 6) การศึกษาของแม่บ้าน 7) อาชีพหลักของครอบครัวและ 8) รายได้ต่อปีของ

ครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์มีทั้งปลายเปิดและแบบเลือกตอบ

2.2) ทูทางสังคมในครอบครัว 6 ตัวแปร ได้แก่ 1) ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพในครอบครัว มี 7 ข้อ 2) ความสามารถในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ มี 7 ข้อ 3) ความสามารถในการรักษาพยาบาลในครอบครัวมี 8 ข้อ 4) ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับเครือญาติมี 8 ข้อ 5) ความไว้วางใจและใช้ประโยชน์ร่วมกันของเครือญาติมี 7 ข้อ และ 6) ความคิด/ความเชื่อด้านสุขภาพในครอบครัวมี 16 ข้อ แต่ละข้อจำแนกคำตอบเป็นความถี่ในการปฏิบัติ 4 ระดับคือ ปฏิบัติทุกครั้ง (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) นานๆ ครั้ง (1 คะแนน) และไม่ได้ทำ (0 คะแนน)

2.3) ทูทางสังคมในชุมชน 8 ตัวแปร ได้แก่ 1) กลุ่มฌาปนกิจหมู่บ้านมี 8 ข้อ 2) กลุ่มแม่บ้านอาชีพมี 7 ข้อ 3) กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนมี 8 ข้อ 4) ความไว้วางใจกันภายในชุมชนมี 9 ข้อ 5) การตอบแทนกันและเกื้อกูลกันภายในชุมชนมี 9 ข้อ 6) เครือข่ายสุขภาพชุมชนมี 10 ข้อ 7) ป่าชุมชนมี 5 ข้อ และ 8) แหล่งน้ำชุมชนมี 5 ข้อ แต่ละข้อจำแนกคำตอบเป็นความถี่ในการปฏิบัติ 4 ระดับคือ ปฏิบัติทุกครั้ง (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) นานๆ ครั้ง (1 คะแนน) และไม่ได้ทำ (0 คะแนน)

2.4) ทูทางสังคมจากโครงสร้าง 6 ตัวแปร ได้แก่ 1) บทบาทในการสนับสนุนของผู้นำในชุมชนมี 5 ข้อ 2) เจ้าอาวาสวัดในชุมชนมี 8 ข้อ 3) โรงเรียนในชุมชนมี 5 ข้อ 4) สถานีนามัยใกล้บ้านมี 8 ข้อ 5) โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพมี 9 ข้อ และ 6) องค์การบริหารส่วนตำบลมี 9 ข้อ แต่ละข้อจำแนกคำตอบเป็นความถี่ในการปฏิบัติ 4 ระดับคือ ปฏิบัติทุกครั้ง (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) นานๆ ครั้ง (1 คะแนน) และไม่ได้ทำ (0 คะแนน)

2.5) ความมั่นคงด้านสุขภาพ 4 ตัวแปร ได้แก่ 1) สภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายมี 10 ข้อ 2) สภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจมี 10 ข้อ 3) สภาวะสุขภาพทางด้านสังคมมี 10 ข้อ และ 4) สภาวะสุขภาพทางด้านปัญญามี 10 ข้อ แต่ละข้อจำแนกคำตอบเป็นระดับของสภาวะสุขภาพ 4 ระดับคือ ระดับดี (3 คะแนน) ระดับ

ปานกลาง (2 คะแนน) ระดับพอใช้ (1 คะแนน) และระดับไม่ดี (0 คะแนน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วย การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกข้อมูล ในชุมชนเมืองและชนบทนอกเมืองชุมชนพื้นที่ละ 1 ชุมชนในจังหวัดหนองบัวลำภู

2) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น จากข้อค้นพบจากงานเชิงคุณภาพภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัย เก็บในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแม่บ้านหรือผู้ดูแลสุขภาพในครอบครัวที่ได้จากการสุ่มแบบ Multistage ในพื้นที่ 4 จังหวัดในอีสานตอนบนได้แก่ จังหวัดเลย หนองบัวลำภู อุดรธานี และหนองคาย

ผลการศึกษา

จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน ข้อสรุปจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ในยุควัฒนธรรมความเชื่อได้สร้างความมั่นคงด้านสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง “ไม่เชื่ออย่าลบหลู่” จะเห็นได้จากครอบครัวชาวชนบทในอดีตขาดแคลนหมอ ต้องพึ่งตนเองด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในยุคนั้นครอบครัวต้องพึ่งวัฒนธรรมชุมชนเกิดการพึ่งภูมิปัญญาพื้นบ้านหรือใช้สมุนไพรจากหมอชาวบ้าน ผสมผสานกับวัฒนธรรมความเชื่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของแต่ละครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพ ที่ถือได้ว่าเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพผ่านทุนทางสังคมในรูป Bonding social capital ที่ได้สืบทอดส่งผ่านกันมา รวมทั้งการมีเพื่อนบ้านและเครือข่ายในชุมชนร่วมทำพิธีกรรมเพื่อสุขภาพ และการเยี่ยมเยียนกันระหว่างชุมชนในงานบุญประเพณี ได้สะท้อนให้เห็นว่า “มีการร่วมลงทุน.....ลงแรงเพื่อการมีสุขภาพดี” เป็นรูปแบบหนึ่งของกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ ซึ่งอยู่ในชนบทอีสานมีปรากฏการณ์เช่นนี้อยู่อย่างหลากหลายจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าบางส่วนกำลังจะหมดไป แต่บางส่วนยังคงมีเหลืออยู่บ้างจากการนำทุนทางสังคมกลับมาใช้และชาวชนบทก็ชื่นชอบตามที่ได้อธิบายและเรียกร้องให้ทวนกลับคืนเช่น นวดแผนโบราณ

สมุนไพรรักษาและกายภาพบำบัด เป็นต้น

นอกจากนี้การรวมกลุ่มอุดมการณ์ (Collective action) ของครอบครัวในชนบทอีสานในรูปของ Bridging social capital เมื่อมีพื้นที่สาธารณะให้พบปะพูดคุยกันมากขึ้น ช่องว่างแนวคิดก็น้อยลงสร้างความเป็นกันเอง สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในชุมชนเกิดสุขภาพทางสังคม เมื่อมีพื้นที่สาธารณะให้พบปะพูดคุยกันมากขึ้นก็เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางปัญญา ที่สะท้อนให้เห็นกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพผ่านเครือข่ายและการขับเคลื่อนในระดับชุมชน นอกจากนี้หากมีการเจ็บป่วยไม่รุนแรงจะใช้บริการใกล้บ้านใกล้ใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary health care: PCU) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ที่คอยให้บริการทั้งแบบฉุกเฉินและออกเวชปฏิบัติในชุมชนหรือหากอาการเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินและมีอาการรุนแรง สามารถเรียกใช้หน่วยแพทย์ฉุกเฉินหรือหน่วยกู้ชีพตำบลได้อย่างสะดวกสบายภายใต้หลักประกันสุขภาพของรัฐ ซึ่งให้เห็นโครงสร้างทั้งรัฐและท้องถิ่นได้จัดบริการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ก็เป็นตัวอย่างอีกหนึ่งรูปแบบของกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพผ่านทุนทางสังคมในรูป Linking social capital และในที่สุดก้าวจาก “การปฏิบัติสู่การปฏิรูป” เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพ หลังจากที่เกิดกิจกรรมในงานสาธารณสุขมูลฐาน ถึงจุดอิ่มตัวจนสูงอม ด้วยกำลังใจ (ทุนมนุษย์) และกำลังใจ (ทุนทางสังคม) ผสมผสานกับกำลังใจ (การระดมทุนในชุมชน) “รัฐ” ก็ได้ปฏิรูประบบสุขภาพ พึ่งหลักประกันสุขภาพและเชื่อมโยงระบบราชการกลางสู่ราชการท้องถิ่น ทำให้พื้นที่ทางความคิดของประชาชนมีมากขึ้น ประกอบกับการได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนที่มีอิสระในการดำเนินการ เกิดกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ สร้างภาคีเครือข่ายในการจัดการบริการสุขภาพ โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในระดับท้องถิ่น ตามสภาพปัญหาสุขภาพในชนบท ซึ่งให้เห็นว่าทุนทางสังคมในโครงสร้างระบบสุขภาพที่เป็นทุนทางสังคมในแนวดิ่ง (Vertical social capital) ได้เข้ามามีบทบาทมุ่งเน้นให้ครอบครัวชนบทและชุมชนเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วย

ความพึงประสงค์ให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างเป็นธรรมและเสมอภาค โดยการเน้นการบริการผ่านโครงสร้างรัฐที่ต้องใช้ทุนทางเศรษฐกิจหรืองบประมาณเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะทำให้ประชาชนเกิดความพึงพอใจในบริการสุขภาพแต่ขณะเดียวกันโครงสร้างระบบสุขภาพดังกล่าว ได้เบียดขับและลดทอนแนวคิดภูมิปัญญาชาวบ้านด้านสุขภาพบนฐานคิดทางวัฒนธรรมที่มีมาแต่ดั้งเดิมในบางส่วนลงเช่นกัน

หลังจากที่เกิดรูปแบบกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทขึ้น 3 รูปแบบแล้ว เป็นข้อสังเกตว่ามีความสัมพันธ์กับกระบวนการสร้างสุขภาพผ่านทุนทางสังคมในครอบครัว ทุนทางสังคมในชุมชนและทุนทางสังคมจากโครงสร้าง ดังนั้นจากข้อสรุปผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานเพื่อตอบวัตถุประสงค์เกี่ยวกับองค์ประกอบทุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน พบว่า มีจำนวน 32 ตัวแปรผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) เพื่อยืนยันปัจจัยและสกัดองค์ประกอบปัจจัยที่ไม่มีน้ำหนักความสำคัญออกโดยพิจารณาจากตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า T-test > 1.96) ในการวิเคราะห์ด้วยวิธีการของ LISREL เมื่อตรวจสอบเงื่อนไขความกลมกลืนระหว่างโมเดลวิเคราะห์กับปรากฏการณ์ทางสังคมบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี พิจารณาจากค่า ไค-สแควร์ ($\chi^2 = 56.40$; p-value=1.00) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน(GFI) มีค่าเท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ 0.96 ค่าดัชนีรากกำลังสองประมาณค่าความคาดเคลื่อนเฉลี่ย (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.00 และค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยส่วนที่เหลือ (RMR) มีค่าเท่ากับ 0.019 ค่า Largest Standardized Residual= 1.96 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับค่าที่ได้ดีมาก จึงสรุปการแปลผลว่าโมเดลที่ได้มีความกลมกลืนกับปรากฏการณ์ทางสังคมจริงตามกรอบแนวคิดการวิจัย เมื่อวิเคราะห์ถึงความยืดหยุ่นขององค์ประกอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

ความมั่นคงด้านสุขภาพมี 4 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบปัจจัยที่ 1 คือโครงสร้างครอบครัว ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ จำนวนสมาชิกครอบครัว ($\lambda=0.99$) รองลงมาคือ จำนวนสมาชิกครอบครัวที่เป็นชาย ($\lambda=0.75$) วัยแรงงาน ($\lambda=0.72$) จำนวนสมาชิกครอบครัวที่เป็นหญิง ($\lambda=0.67$) และจำนวนสมาชิกครอบครัวที่เป็นวัยพึ่งพิง ($\lambda=0.48$)

องค์ประกอบปัจจัยที่ 2 คือทุนทางสังคมในครอบครัวตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญองค์ประกอบมากที่สุดคือ ความไว้วางใจญาติ ($\lambda=0.64$) รองลงมาคือ ความคิด/ความเชื่อด้านสุขภาพ ($\lambda=0.63$) การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ($\lambda=0.60$) ความสามารถในการรักษาการเจ็บป่วย ($\lambda=0.53$) และความสัมพันธ์กับญาติ ($\lambda=0.47$) ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยที่สุดคือ การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ($\lambda=0.14$)

องค์ประกอบปัจจัยที่ 3 คือ ทุนทางสังคมในชุมชนตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญองค์ประกอบมากที่สุดคือ ความไว้วางใจในชุมชน ($\lambda=0.69$) และเครือข่ายสุขภาพ ($\lambda=0.69$) รองลงมาคือ กองทุนฌาปนกิจชุมชน ($\lambda=0.59$) กลุ่มผู้สูงอายุ ($\lambda=0.56$) กลุ่มแม่บ้าน ($\lambda=0.53$) การเกื้อกูลกัน ($\lambda=0.51$) และแหล่งน้ำชุมชน ($\lambda=0.44$) ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยที่สุดคือ แหล่งทรัพยากรป่าไม้ ($\lambda=0.31$)

องค์ประกอบปัจจัยที่ 4 คือ ทุนทางสังคมจากโครงสร้างตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญองค์ประกอบมากที่สุดคือ ส่วนท้องถิ่น ($\lambda=0.68$) รองลงมาคือ โรงเรียน ($\lambda=0.65$) ผู้นำชุมชน ($\lambda=0.62$) วัด ($\lambda=0.61$) และสถานีอนามัย ($\lambda=0.58$) ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยที่สุดคือ โรงพยาบาล ($\lambda=0.34$)

ในส่วนของความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน ซึ่งเป็นตัวแปรผลมีตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญเป็นองค์ประกอบเรียงจากมากไปหาน้อยคือ ภาวะสุขภาพด้านสังคม ($\lambda=0.72$) รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ($\lambda=0.61$) และภาวะสุขภาพด้านปัญญา ($\lambda=0.53$) และตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยที่สุดคือ ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ($\lambda=0.44$)

เมื่อนำมาวิเคราะห์ในรูปแบบของสมการโครงสร้าง

(SEM) ที่เป็นการผสมผสานการวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยเชิงยืนยัน (CFA) การวิเคราะห์วิถีพหุ (Path analysis) และการประมาณค่าพารามิเตอร์ในการวิเคราะห์ถดถอย (R^2) เข้าด้วยกัน¹⁶ เพื่อทราบถึงปัจจัยทุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ จากผลการวิเคราะห์รูปแบบสมการเชิงโครงสร้าง พบว่า

โครงสร้างครอบครัวมีอิทธิพลทางตรงต่อทุนทางสังคมในครอบครัว ($\gamma=0.09$) ต่อทุนทางสังคมจากโครงสร้าง ($\gamma=0.05$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($T\text{-test} < 1.96$) แต่กลับมีอิทธิพลทางตรงต่อทุนทางสังคมในชุมชน ($\gamma=0.15$) และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อทุนทางสังคมจากโครงสร้าง ($\gamma=0.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในขณะเดียวกันก็มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ ($\gamma=0.09$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในครอบครัว และโครงสร้างในชนบทอีสานไม่ได้เกิดจากโครงสร้างครอบครัวโดยตรงเท่านั้น แต่น้ำหนักความสำคัญอยู่ที่โครงสร้างครอบครัวสามารถใช้ทุนทางสังคมในชุมชน ที่มีอยู่ให้มีผลทางอ้อมต่อทุนทางสังคมจากโครงสร้าง เช่น การที่ครอบครัวส่งรายชื่อผู้สูงอายุให้กับ อสม. ให้ไปแจ้งต่อผู้นำชุมชนให้ส่งรายชื่อเพื่อขอรับสวัสดิการผู้สูงอายุ หรือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินในครอบครัว เพื่อนบ้านใกล้เคียงช่วยเรียกใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินให้ เป็นต้น สะท้อนให้เห็นว่า “ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานไม่ได้สร้างจากทุนทางสังคม...แต่เป็นการ สร้างผ่านทุนทางสังคม” ทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่มีอยู่ในชุมชนและโครงสร้าง ดังจะเห็นได้จากความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้รับอิทธิพลทางตรงจากทุนทางสังคมในครอบครัว ($\beta= 1.47$) ทุนทางสังคมในชุมชน ($\beta= -1.37$) ทุนทางสังคมจากโครงสร้าง ($\beta= 0.99$) และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากทุนทางสังคมในชุมชน ($\beta= 0.81$) แต่ก็ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในตัวเอง ซึ่งเหตุผลหนึ่งที่สะท้อนปรากฏการณ์ดังกล่าวได้อย่างชัดเจนคือ ทุนทางสังคมในชุมชนมีอิทธิพลทางตรงต่อทุนทางสังคมจากโครงสร้าง ($\beta= 0.82$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ที่น่าจะยืนยันได้ว่า ปฏิบัติการของทุนทางสังคมเกิดขึ้นจริงในระดับชุมชนและเป็นผลพวงมาจากการรวมกลุ่ม

กระทำกิจกรรมต่าง ๆ (Collective action) ในกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจัยที่เป็นทุนทางสังคมทั้งหมดนี้สามารถร่วมกันพยากรณ์ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้ร้อยละ 67.0 ($R^2 = 0.67$) โดยได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจากทุนทางสังคมในครอบครัว ($\beta = 1.47$) รองลงมาคือ ทุนทางสังคมจากโครงสร้าง ($\beta = 0.99$) และทุนทางสังคมในชุมชน ($\beta = -0.57$)

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวจะสังเกตได้ว่าความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้รับ

อิทธิพลทั้งทางตรงจากทุนทางสังคมในชุมชน ($\beta = -1.37$) และอิทธิพลรวมจากทุนทางสังคมในชุมชน ($\beta = -0.57$) มีค่าสัมประสิทธิ์เป็นลบ นั้นหมายความว่า ทุนทางสังคมในชุมชนจะถูกนำมาใช้ก็ต่อเมื่อมีความไม่มั่นคงด้านสุขภาพ (Health Insecurity) นั้นเอง เช่น เมื่อมีผู้ป่วยหรือบาดเจ็บในครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งในชุมชนก็จะพบว่า มีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียนและมาช่วยเหลือเกื้อกูลกันด้านสิ่งของ มาให้กำลังใจกันรวมทั้งมาแสดงความคิดเห็นด้วยภูมิปัญญาที่นำไปสู่การแพทย์ทางเลือก เป็นต้น (ดังตารางที่ 1 แผนภูมิที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน จำแนกตามตัวแปรเหตุและตัวแปรผล

ตัวแปรเหตุ	อิทธิพล	ตัวแปรผล			ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว (HEALTH_S)
		ทุนทางสังคมในครอบครัว	ทุนทางสังคมจากโครงสร้าง	ทุนทางสังคมในชุมชน	
โครงสร้างครอบครัว (FAMILY)	DE	0.09	0.05	0.15**	-
	IE	-	0.12**	-	0.09
	TE	0.09	0.17**	0.15**	0.09
ทุนทางสังคมในครอบครัว (FAMSC1)	DE	-	-	-	1.47
	IE	-	-	-	-
	TE	-	-	-	1.47
ทุนทางสังคมจากโครงสร้าง (STRUCTSC)	DE	-	-	-	0.99
	IE	-	-	-	-
	TE	-	-	-	0.99
ทุนทางสังคมในชุมชน (COMSC4)	DE	-	0.82**	-	-1.37
	IE	-	-	-	0.81
	TE	-	0.82**	-	-0.57
R^2		0.01	0.68	0.02	0.67

DE= อิทธิพลทางตรง, IE= อิทธิพลทางอ้อม, TE= อิทธิพลรวม

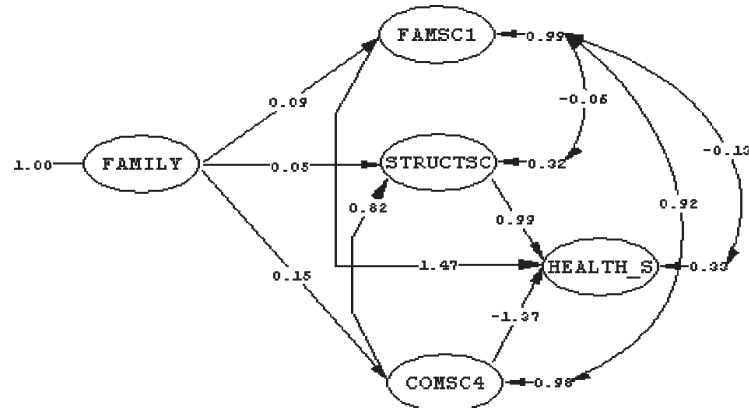
เงื่อนไขความกลมกลืนประกอบด้วย $\chi^2 = 56.40$ ($P = 1.00$), $\chi^2/df=0.49$, RMSEA = 0.00, RMR = 0.019

CFI=1.00, GFI = 0.99, AGFI = 0.96, Largest Standardized Residual = 1.96

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (T-Test > 2.58)

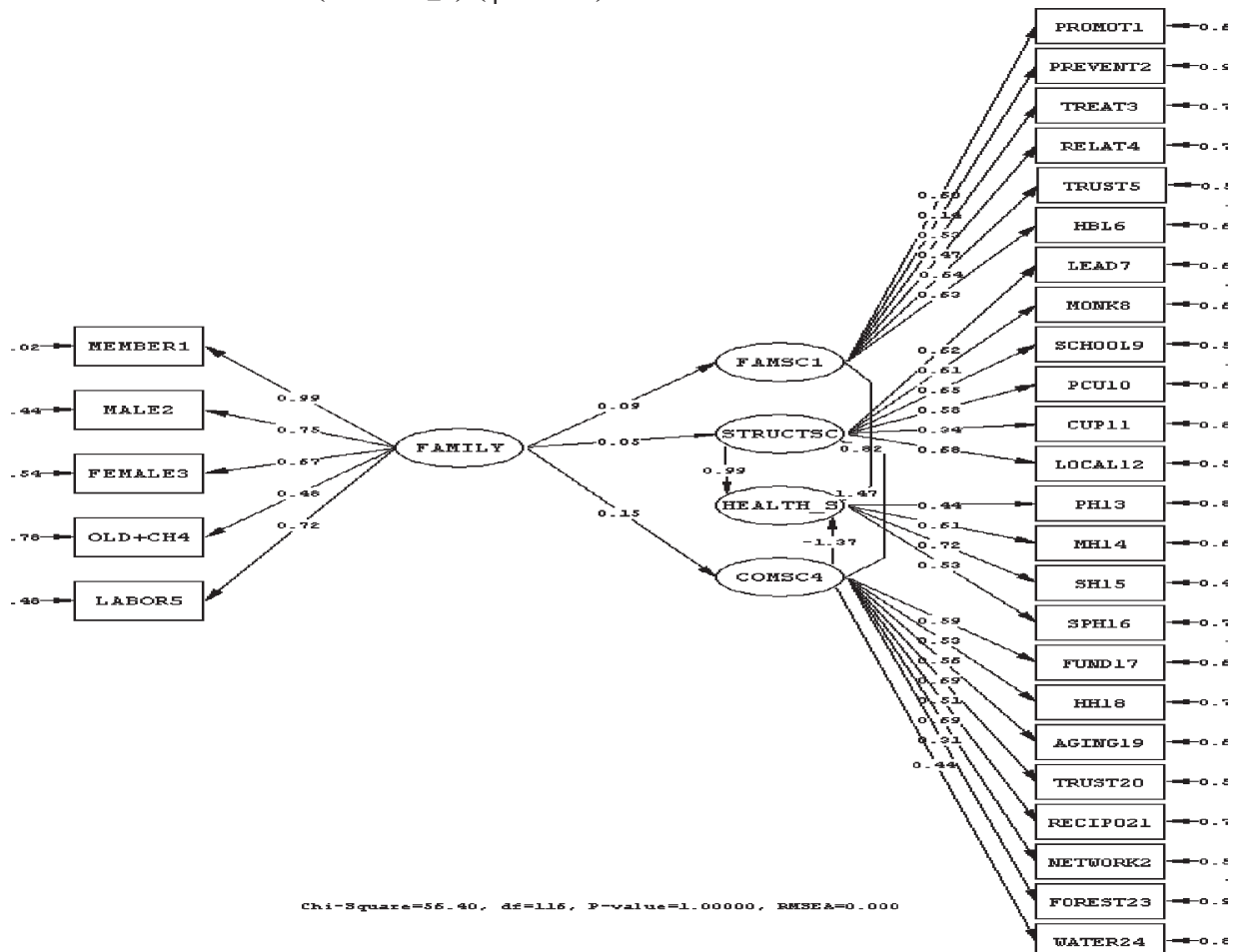
นอกจากนี้ยังพบอีกว่าทุนทางสังคมในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงลบที่ยืดโยงอยู่กับทุนทางสังคมจากโครงสร้าง ($\phi = -0.06$) ความมั่นคงด้านสุขภาพของ

ครอบครัวในชนบทอีสาน ($\phi = -0.13$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทุนทางสังคมในชุมชน ($\phi = 0.92$) ด้วย (แผนภูมิที่ 2)



Chi-Square=55.40, df=115, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

แผนภูมิที่ 2 แสดงถึงทุนทางสังคมในครอบครัว (FAMSC1) ที่มีความสัมพันธ์ยืดโยงอยู่กับทุนทางสังคมจากโครงสร้าง (STRUCTSC) ($\phi = -0.06$) ทุนทางสังคมในชุมชน (COMSC4) ($\phi = 0.92$) และความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน (HEALTH_S) ($\phi = -0.13$)



Chi-Square=55.40, df=115, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

แผนภูมิที่ 3 ไดอะแกรมผลการวิเคราะห์รูปแบบสมการเชิงโครงสร้าง

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาทำให้ผู้วิจัยมีความเชื่อมั่นว่าความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานจะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยการหนุนเสริมให้เกิดกลไกการสร้างสุขภาพผ่านทุนทางสังคมที่มีอยู่ซึ่งยังใช้ยังเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะต้องให้ความสำคัญกับทุนทางสังคมเรียงตามลำดับตามน้ำหนักอิทธิพลที่มีต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานดังที่กล่าวมาข้างต้น

ดังนั้นงานวิจัยนี้ได้พิสูจน์ยืนยันว่าแนวคิดทุนทางสังคมสามารถส่งผลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้ จึงน่าจะนำไปพัฒนาเป็นแนวคิดใหม่ในการดูแลสุขภาพโดยอาศัยทุนทางสังคมในการสร้างสุขภาพในชนบทอีสาน ตลอดจนกำหนดเป็นแนวนโยบาย สนับสนุน ส่งเสริมแก่หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องนำสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า ทุนทางสังคมในลักษณะที่เป็นโครงสร้างทางสังคมที่อยู่ในรูปสถาบันครอบครัว ได้มีกฎเกณฑ์ วิถีชีวิตที่ร้อยรัดผู้คนให้สัมพันธ์กันอยู่ร่วมกันแบบเป็นพี่เป็นน้อง เป็นครอบครัว ชุมชน เป็นธรรมชาติและทุนในสังคมไทยมักอยู่ในรูปนามธรรมที่เป็นระบบคุณค่า ที่ร้อยรัดผู้คนเข้าด้วยกันให้อยู่เป็นครอบครัวและชุมชน เป็นวิถีปฏิบัติของชุมชน ซึ่งเชื่อมโยงคนกับธรรมชาติ คนกับคนอื่น เป็นกลุ่มก้อนไม่อยู่แบบตัวใครตัวมันและบางครั้งทุนทางสังคมก็อาจจะอยู่ในรูปธรรมที่มีคุณค่าดังมีความผูกพันโดยเฉพาะสถาบันครอบครัวความสามารถพิเศษในการดูแลซึ่งกันและกันในครอบครัว¹⁷ ซึ่งแตกต่างจากทุนทางสังคมในต่างประเทศ¹⁸ ที่เป็นเศรษฐกิจทุนนิยมและเป็นกระแสหลักแห่งการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางสังคม ที่จะนำไปสู่การสร้างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจโดยเน้นที่การนำความสัมพันธ์ที่เป็นทุนทางสังคมไปสู่การสร้างเศรษฐกิจในที่สุด

ผลการวิจัยได้ชี้ให้เห็นว่าครอบครัวในชนบท โดยเฉพาะชนบทอีสาน มีโครงสร้างครอบครัวที่สำคัญประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัว จำนวนสมาชิกที่เป็นชาย หรือหญิง กลุ่มอายุวัยพึ่งพิง กลุ่มอายุวัยแรงงาน ซึ่งแตกต่างจากโครงสร้างครอบครัวทั่วไปที่ประกอบด้วย

จำนวนสมาชิก สัดส่วนเพศ สัดส่วนวัยพึ่งพิง ระดับการศึกษาสูงสุดของครอบครัว อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อปี และตำแหน่งทางสังคม¹³ ทำให้ความสัมพันธ์ในโครงสร้างครอบครัว และในครอบครัวมีค่านิยม ความคิด ความเชื่อและประเพณี การดูแลสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล และครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและมีความเป็นอยู่ที่ดีและการสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติและเมื่อสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป¹⁸

นอกจากนี้พิธีกรรมที่คอยร้อยรัดให้สืบทอดส่งผ่านวัฒนธรรมสุขภาพจากรุ่นสู่รุ่นในโครงสร้างครอบครัวและชุมชน ซึ่งทุนทางสังคมในแนวนราบ (Horizontal social capital) ที่หนุนเสริมให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันไว้วางใจกันในชุมชนสร้างกลุ่มหรือชมรมสุขภาพในชุมชนจะเชื่อมโยงกับทุนทางสังคมจากโครงสร้างในแนวตั้ง (Vertical social capital) ทำให้เกิดกระบวนการสร้างสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้อย่างมั่นคง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Implications)

1. ควรสร้างแนวนโยบายด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความคิด/ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่เพราะวิถีชีวิตของชาวชนบทแต่ละภูมิภาคมีความหลากหลายและแตกต่างกัน^{19, 20}
2. ควรจัดการส่งเสริมสุขภาพในมิติทางสังคมในมากขึ้นโดยเฉพาะในครอบครัวชนบทอีสาน ซึ่งถือได้ว่ามีความสัมพันธ์ของทุนทางสังคมการเยียวยาทางสังคม (Social Healing) เป็นอย่างมาก
3. ควรส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับชุมชนในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ให้เกิดพื้นที่ความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างใกล้ชิด เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวของชาวชนบทอีสาน
4. ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับโครงสร้างสถาบันครอบครัวผ่านวิถีชุมชน โดยผสมผสานงานสุขภาพภาคประชาชนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด เพื่อที่จะให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมในระนาบเดียวกันในการจัดการด้านสุขภาพของชาวชุมชนชนบทอีสาน

ข้อเสนอแนะเชิงทฤษฎี (Theoretical Implications)

งานวิจัยนี้ได้วางประเด็นที่มีนัยสำคัญทางทฤษฎี กล่าวถึงทุน (Cost) ไว้ว่า ทุนทางเศรษฐกิจเมื่อใช้ไปทุนก็หมดสิ้น เมื่อหมดทุนการดำเนินการต่างๆ ก็หยุดชะงักลง²¹ ซึ่งแตกต่างจากทุนทางสังคมที่กล่าวไว้ว่าทุนทางสังคมยิ่งใช้มาก ยิ่งเพิ่มค่าและไม่มีหมดสิ้นหรือหมดไป⁵ แม้ว่าแนวคิดทุนทางสังคมของ Bourdieu, Coleman, Putnam, Woolcock และ The World Bank นั้นกล่าวถึงความสัมพันธ์ทางสังคม ประกอบด้วย Bounding Social Capital, Bridging social capital, และ Linking social capital²² จะนำไปสู่การสร้างรากฐานทางเศรษฐกิจให้มั่นคง แต่อย่างก็ตามงานวิจัยนี้ได้ชี้ให้เห็นมากกว่านั้นคือ ความสัมพันธ์ทางสังคมดังกล่าวยังได้หนุนเสริมให้เกิดการสร้าง ความมั่นคงด้านสุขภาพได้ด้วย ทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านวิถีชุมชนและครอบครัวเกิดการผสมผสานเชื่อมโยงกิจกรรมได้อย่างสมดุลตามสภาพที่เป็นจริงส่งผลให้สามารถสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีและขอขอบคุณนักศึกษาปริญญาตรี จากคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่านที่กรุณาเป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการลงเก็บข้อมูลภาคสนาม

เอกสารอ้างอิง

1. ประเวศ วะสี. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ; 2541.
2. UNDP. Human Development Index. Human Development Report; 2001. <<http://hdr.undp.org/reports/global/2001/en/pdf/hdi.pdf>> Retrieved 1 Jul, 2008.
3. สันทัด เสริมศรี. ตำราประชากรศาสตร์ทางสังคม. (พิมพ์ครั้งที่ 2) ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
4. จักรทิพย์ นาถสุภา. วัฒนธรรมไทยกับขบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
5. Elinor Ostrom. "Collective Action and the Evolution of Social Norms", Journal of Economic Perspectives, American Economic Association 2000; vol. 14 (3), pages 137-58.
6. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ. คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. (กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล / เทศบาล). ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์; 2550.
7. Hyypa MT, Maki J. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. Preventive Medicine 2001; 32, 148-55.
8. Umberson D., Chen MD, House JS, Hopkins K, Slater E. The effect of social relationships on psychological well-being: Are men and women really so different? 1996; 61, 837-57.
9. Veenstra G. Social capital, SES and health: An individual-level analysis. Social Science & Medicine 2000; 50, 619-29.
10. Coleman J. Social Capital in the Creation of Human Capital, American Journal of Sociology 1988; Vol. 94, Supplement S95-120.
11. Snowden LR Social embeddedness and psychological well-being among African Americans and Whites 2001; 29(4), 519-36.
12. Dunlap WP, & Kemery ER. Failure to detect moderating effects: Is multicollinearity the problem? 1987; 102, 418-20.

13. Christopher E. Beaudoin. 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 2009; Vol. 24, No. 1, pp. 109-18
14. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Lawrence Erlbaum Associates. 1977.
15. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทาง สังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5) กรุงเทพฯ : บริษัท เพ็ญฟ้า พรินต์ติ้ง จำกัด; 2548.
16. สุภมาส อังคุโชติและคณะ. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์: เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่งคั่งการพิมพ์; 2552.
17. เสรี พงศ์พิศ. วัฒนธรรมองค์กรของโลกยุคใหม่: เครือข่าย ยุทธวิธีเพื่อประชาคมเข้มแข็ง ชุมชนเข้มแข็ง. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์; 2548.
18. Bourdieu P. 'The form of Capital', in J.G. Richardson (ed.), Handbook of Theory and Research for The Sociology of Education, New York, Greenwood Press 1986.
19. อมรา พงศาพิชญ์. ทุนทางสังคมในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในสังคมไทย. วารสารวิจัยสังคม 2543; ปีที่ 23 ฉบับที่ 1
20. เสาวนีย์ กุลสมบุรณ์ และรุจิรา อรรถสิษฐ์. สถานภาพและทิศทางการวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ.- กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
21. Putnam RD 'Bowling Together', American Prospect, 13, 3, Accessed 1 September 2008; at <http://www.prospect.org/print/v13/3Putnam-rhtml>.
22. John Field. SOCIAL CAPITAL. Second Edition, published in USA and Canda. By Routledge, London and New York 2008.