ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบท

Factors Influence Health Security of Rural Families

สังคม ศุภรัตนกุล (Sungkom Suparatanagool)* ดร.ดุษฎี อายุวัฒน์ (Dr.Dusadee Ayuwat)**

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของปัจจัยและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว โดยใช้กรอบแนวคิดทุนทางสังคมอธิบาย เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากแม่บ้านหรือผู้ที่ดูแลสุขภาพประจำครอบครัว ในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2552 จำนวน 399 ครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ LISREL

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพมีอยู่ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปัจจัยที่เป็นทุนทางสังคมในครอบครัว กลุ่มปัจจัยที่เป็นทุนทางสังคมในชุมชนและกลุ่มปัจจัยที่เป็นทุนทางสังคมนอกชุมชน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว อันดับแรกคือ ทุนทางสังคมในชุมชน (λ=2.25) รองลงมาคือ ทุนทางสังคมจากนอกชุมชน (λ=-1.76) และทุนทางสังคมในครอบครัว (λ=.64) ทุนทางสังคมทั้ง 3 รูปแบบ สามารถพยากรณ์ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวได้ร้อยละ 39.0 (R^2=0.39) ข้อเสนอแนะควรสร้างแนวนโยบายส่งเสริมสุขภาพในมิติทางสังคมในมากขึ้นโดยเฉพาะในระดับชุมชน ควรสนับสนุนให้เกิดความเป็นปึกแผ่นทางสังคมในชุมชน ควรสนับสนุนให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างครอบครัวกับญาติในชุมชน ตลอดจนการสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพนอกชุมชน เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวอย่างยั่งยืนต่อไป

ABSTRACT

The objective of this study aimed to describe the factors component which influences health security of rural families. Conclusion was based on social capital concept. It is conducted by a quantitative method. Data was collected through questionnaires'to housekeepers or household who healths care within family in Nong Bua Lam Phu province during July - August 2009 covered 339 samples'and analyzed by LISREL.

This study show that three factor components which influence health security consists; 1) Family Social Capital 2) Community Social Capital and 3) External Communities Social Capital. The factors which influence health security such as, firstly is community social capital (λ=2.25), secondly is external communities social capital (λ=-1.76) and finally is family social capital (λ=.64). The all of these had predicted health security of rural families as 39.0% (R^2=.39). Suggestion should be growth plans for support social dimensions increase, and should be building the social solidarity within community for health security through social capital, also should be encourage the promotion of family association within group

*นักศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

in community. Including should be constructed family social capital network which would have promoted in health security increase and maintains the health security sustainable in the future.

คำสำคัญ : ทุนทางสังคม ความมั่นคงด้านสุขภาพ
Key Words : Social capital, Health security

บทนำ

การดูแลสุขภาพเป็นภูมิปัญญาที่ความคาดหวังที่จะให้มีสุขภาพดีครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสติปัญญา มีการตัดสินใจที่เหมาะสมและมีพัฒนาการแนวคิดจนสามารถสร้างความมั่นคงให้กับครอบครัว ซึ่งนับว่าเป็นส่วนสำคัญที่สะท้อนถึงคุณภาพของประชาชน (ประเวศ, 2541) การที่ครอบครัวคาดหวังที่จะปลอดจากโรคติดต่อต่าง ๆ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพหากมีการเจ็บป่วย จึงถือได้ว่าเป็น "ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว" ความมั่นคงดังกล่าวมีองค์ประกอบตัวชี้วัดอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นปัจจัยที่หนุนเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีมีความยั่งยืน กลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นตัวบ่งบอกถึงความมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างเสมอภาค และกลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพตัวชี้วัดจะต้องครอบคลุมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสภาพสังคม (UNDP, 2001) ผลกระทบของกระแสโลกาภิวัตน์ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมชนบทมากขึ้น โดยเฉพาะแบบแผนในการดำเนินชีวิตของชาวชนบทได้เปลี่ยนไป เช่น จากการเกษตรกรรมพอยังชีพมาเป็นการเกษตรกรรมเพื่อเศรษฐกิจทางการค้าและการตลาด และได้สร้างเงื่อนไขสำคัญในการกำหนดสุขภาพสังคมในปัจจุบัน (สันทัด, 2541) ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ได้เป็นเงื่อนไขที่ส่งผลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพเช่นกัน อย่างไรก็ตามชาวชนบทยังสามารถยึดเหนี่ยวชุมชนไว้ด้วยวัฒนธรรมชุมชนโดยเฉพาะชาวชนบทและต่อมาได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบชุมชนที่ถือได้ว่าเป็นทุนทางสังคม (ฉัตรทิพย์, 2543) ประกอบกับในปี 2549 รัฐได้มีแนวนโยบายนำร่องจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ประกอบกับกระแสท้องถิ่นเรียกร้องให้ใช้องค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นองค์รวมโดยยึดสุขภาวะของประชาชนเป็นตัวตั้ง เปิดโอกาสให้ระดมทุนทางสังคม ภูมิปัญญาท้องถิ่นและทุนทางวัฒนธรรมมาประยุกต์ใช้ เป็นการดำเนินการโดยประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนที่มีอิสระในการดำเนินการ (สงวน ประทีป สมสินธุ์ และคณะ 2551)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาถึงองค์ประกอบของปัจจัยความมั่นคงด้านสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว

วิธีการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional design) เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาในแม่บ้านหรือผู้ดูแลสุขภาพประจำครอบครัวในจังหวัดหนองบัวลำภู ใช้ครอบครัวเป็นหน่วยวิเคราะห์ เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ จากจำนวนตัวอย่าง 399 ครอบครัว จากสูตร F Test of Variance Proportions in Multiple Regression/Correlation Analysis (Cohen, 1977)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Confirmatory Factors Analysis and Path Analysis by LISREL (สุชาติ, 2548)

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวจากการทบทวนเอกสารงานวิจัย พบว่ามีอยู่ 63 ปัจจัย เมื่อนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัย (Factors Analysis) แล้ว มีอยู่ 3 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นทุนทางสังคมในครอบครัว ประกอบด้วย (1) *ความสัมพันธ์ของครอบครัว* ได้แก่ 1) ความห่วงใยกันด้านสุขภาพ 2) ความสามารถของแม่บ้านในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ 3) ความสนใจเรื่องข่าวสารด้านสุขภาพ 4) ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดของคนในครอบครัว 5) การอบรมพฤติกรรมสุขภาพในครอบครัวและ 6) ครอบครัวได้ร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ (2) *ศักยภาพของครอบครัวด้านสุขภาพ* ได้แก่ 1) ความสามารถในการรักษา 2) การแก้ไขปัญหาเจ็บป่วย 3) ความรู้ในการใช้สมุนไพร 4) การฟื้นฟูสุขภาพ 5) การรักษาพยาบาลเบื้องต้นในครอบครัว 6) การสร้างสุขภาพ 7) อาชีพหลักและ 8) ความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของครอบครัว (3) *ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับญาติ* ได้แก่ 1) จำนวนเครือญาติ 2) การเยี่ยมบ้านของเครือญาติ 3) ความสัมพันธ์กับญาติ 4) ญาติให้ความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย 5) ความไว้วางใจกัน 6) การช่วยเหลือกัน 7) การเกื้อกูลกัน และ 8) การพบแพทย์

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

กลุ่มที่ 3 เป็นทุนทางสังคมจากนอกชุมชน ประกอบด้วย (1) *ระบบบริการสุขภาพสุขภาพของรัฐ* ได้แก่ 1) มาตรฐานการบริการ 2) ความเสมอภาคในบริการ 3) เข้าถึงหลักประกันสุขภาพ 4) ความเป็นธรรมในหลักประกันสุขภาพ 5) ความรวดเร็วในการบริการสุขภาพและ 6) การตอบสนองบริการสุขภาพ (2) *การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ* ได้แก่ 1) ส่งเสริมหน่วยกู้ชีพตำบล โดยส่วนท้องถิ่น 2) การสนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการระบบจากท้องถิ่น 3) ความสะดวกของช่องทางในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน และ 4) โครงการสร้างสุขภาพต่าง ๆ (3) *การส่งเสริมสุขภาพผ่านเครือข่าย* ได้แก่ 1) การร่วมศึกษาดูงานด้านสุขภาพ 2) การติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 3) การได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน

เมื่อนำมาวิเคราะห์ในรูปสมการมาตรวัด (Measurement Equation Model) พบว่า ตัวแปรประจักษ์ที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝง ดังนี้ 1) ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว ได้แก่ สุขภาพในมิติด้านปัญญา (λ=.63) รองลงมาคือ สุขภาพด้านสังคม (λ=.60) 2) ทุนทางสังคมในครอบครัวได้แก่ ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับเครือญาติ (λ=.87) สูงสุด รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ของครอบครัว (λ=.77) 3) ทุนทางสังคมในชุมชนได้แก่ องค์กรในชุมชน (λ=.75) รองลงมาคือระบบสุขภาพชุมชน (λ=.70) และ 4) ทุนทางสังคมนอกชุมชนได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพผ่านเครือข่าย (λ=.77)รองลงมาคือ ระบบบริการสุขภาพสุขภาพของรัฐ (λ=.60) ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แสดงตัวแปรประจักษ์ที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงในไดอะแกรมความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบท

เมื่อนำมาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบท พบว่า ทุนทางสังคมในชุมชนมีอิทธิพลสูงสุด (λ=2.25) รองลงมาคือ ทุนทางสังคมจากนอกชุมชน (λ= -1.76) และทุนทางสังคมในครอบครัว (λ=.64) และยังสะท้อนให้เห็นว่าทุนทางสังคมทั้ง 3 รูปแบบ สามารถพยากรณ์ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวได้ร้อยละ 39.0 (R^2=0.39) ดังตารางที่ 2

นอกจากนี้ยังพบว่า ทุนทางสังคมจากนอกชุมชนมีค่าสัมประสิทธิ์แลมด้า (l) เป็นลบ อภิปรายผลได้ว่า เมื่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวมีมากขึ้น ทำให้ต้องใช้ทุนทางสังคมจากนอกชุมชนมากขึ้น หมายถึงว่า เมื่อครอบครัวมีความมั่นคงด้านสุขภาพมากขึ้น โอกาสที่จะขอความช่วยเหลือหรือขอสงเคราะห์จากนอกชุมชนก็ย่อมจะลดน้อยลง ในทางตรงกันข้ามเมื่อครอบครัวขาดความมั่นคงด้านสุขภาพย่อมต้องการความช่วยเหลือ สนับสนุนทุนจากนอกชุมชนในรูปทุนเศรษฐกิจเช่นกัน สามารถจัดให้อยู่ในรูปสมการความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวได้คือ

HEALTH_S = 0.64 (FAMILY)*2.25 (COMMUNIT)* -1.76 (EXCOM); R^2=.39

แสดงว่า เมื่อความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย ทำให้ทุนทางสังคมในครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.64 หน่วย และทุนทางสังคมในระดับชุมชนเพิ่มขึ้น 2.25 หน่วย ขณะเดียวกันต้องใช้ทุนทางสังคมจากโครงสร้าง (ทุนเศรษฐกิจ) ไป 1.74 หน่วย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่า การที่จะสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทนั้น อันดับแรกที่ต้องคำนึงถึง คือ (1) ทุนทางสังคมในระดับชุมชน โดยเฉพาะองค์กรสุขภาพในชุมชนและระบบสุขภาพชุมชน ที่คอยให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในชุมชน จากปรากฏการณ์ทางสังคมความมั่นคงด้านสุขภาพซึ่งเป็นการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่สามารถเชื่อมโยงความเชื่อไปสู่การดูแลสุขภาพ การพึ่งพิงกันเองด้านสุขภาพ ภายใต้โครงสร้างทางสังคมชนบท (2) ทุนทางสังคมจากนอกชุมชน โดยเฉพาะ การสร้างความสัมพันธ์กับนอกชุมชนและการบริการสุขภาพของรัฐ ซึ่งทุนทางสังคมประเภทนี้เมื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น อาจจะทำให้ทุนลดลง (จากค่าสัมประสิทธิ์ติดลบ) ซึ่งหมายถึงต้องจ่ายทุนทางสังคมออกไปหรือเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ประกอบด้วยค่าตอบแทนในการสนับสนุนการปฏิบัติงานจากส่วนท้องถิ่น ค่าตอบแทนในการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข งบประมาณสนับสนุนการเข้าถึงบริการผ่านการบริการแพทย์ฉุกเฉินและหน่วยกู้ชีพตำบล เป็นต้น ที่ระบบการบริการสุขภาพจะคอยสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็ง โดยประสานความร่วมมือกับส่วนท้องถิ่น ดังที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนและสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่าง ๆ ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งในระดับองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลที่จะเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ โดยให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่ซึ่งมีองค์การบริหารส่วนตำบลเข้าร่วมโครงการ (3) ทุนทางสังคมในครอบครัว โดยเฉพาะความสัมพันธ์กับเครือญาติและความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพต้องอาศัยบทบาทของครอบครัว

ตารางที่ 1 แสดงอิทธิพลของตัวแปรประจักษ์ที่มีต่อตัวแปรแฝง

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรประจักษ์	λ	R^2
ความมั่นคงด้านสุขภาพ (HEALTH_S)	สุขภาพมิติด้านร่างกาย(Y1)	.36	.23
	สุขภาพมิติด้านจิตใจ (Y2)	.58	.59
	สุขภาพมิติด้านสังคม (Y3)	.60	.62
	สุขภาพมิติด้านปัญญา (Y4)	.63	.69
ทุนทางสังคมในครอบครัว (FAMILY)	ความสัมพันธ์ในครอบครัว(X1)	.77	.59
	ศักยภาพของครอบครัว(X2)	.53	.28
	ความสัมพันธ์กับเครือญาติ(X3)	.87	.75
ทุนทางสังคมในชุมชน (COMMUNIT)	องค์กรในชุมชน (X4)	.75	.56
	ความสัมพันธ์กับชุมชน(X5)	.59	.35
	แหล่งทรัพยากรในชุมชน(X6)	.24	.22
	ระบบสุขภาพชุมชน(X7)	.70	.49
ทุนทางสังคมนอกชุมชน (EXCOM)	การบริการสุขภาพของรัฐ(X8)	.60	.37
	การเข้าถึงบริการ(X9)	.38	.14
	ความสัมพันธ์นอกชุมชน(X10)	.77	.59
	แหล่งทรัพยากรในชุมชน(X6)	.22	.22

χ^2 = 6.46;P=.99,RMSEA=.000,RMR=.008,GFI=1.00,AGFI=.99

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์แยกค่าอิทธิพลระหว่างตัวแปร

ตัวแปรเหตุ / ตัวแปรผล	FAMILY SC.	COMMUNITY SC.	EXCOMMUNITY SC.
สุขภาพกาย (Y1)	.23	.81	-.63
สุขภาพใจ (Y2)	.37	1.31	-1.02
สุขภาพสังคม (Y3)	.38	1.34	-1.05
สุขภาพปัญญา (Y4)	.41	1.42	-1.12
HEALTH_S	0.64	2.25	-1.76

สรุปผลการวิจัย

ปัจจุบันจะพบว่าสังคมชุมชนจะพึ่งการดูแลโดยการตอบแทนซึ่งกันและกัน เกิดความไว้วางใจกันเกื้อกูลกันในเครือญาติ ซึ่ง อานันท์ และฉลาดชาย (2533) อธิบายว่าการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านไม่ได้แยกหรือกันผู้ป่วยออกจากชุมชน แต่หากต้องคำนึงถึงโครงสร้างทางสังคมชุมชน Putnam (2000) เรียกว่า Bridging Social Capital ซึ่งหมายถึงครอบครัวเครือญาติที่อยู่แวดล้อมตัวผู้ป่วย ที่เน้นทั้งตัวบุคคลและปัจจัยแวดล้อมที่สัมพันธ์กับสังคมวัฒนธรรมความเชื่อและศาสนา เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกันโดยมิได้แยกส่วน นอกจากนั้นรัฐได้สร้างเงื่อนไขเพื่อกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เล็งเห็นความสำคัญของรูปแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพโดยเฉพาะโครงการระบบบริการสุขภาพฉุกเฉิน ดังจะเห็นได้อย่างเป็นรูปธรรมจากการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดตั้งหน่วยกู้ชีพฉุกเฉินขึ้นในระดับตำบล เพื่อตอบสนองโครงการฯ อีกทั้งสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับประชาชนเมื่อมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ชี้เห็นว่าหลังจากที่ครอบครัวได้สร้างความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ดีกับเครือญาติและเพื่อนบ้านแล้ว ซึ่ง Putnam (2000) เรียกว่า Bonding Social Capital ครอบครัวยังต้องอาศัยระบบชุมชนซึ่งถือได้ว่าเป็นทุนทางสังคม ผ่านกลุ่มองค์ชุมชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มแม่บ้านกลุ่มอาชีพและกลุ่มออกกำลังกาย เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มองค์กรมีบทบาทการปฏิบัติงานทั้งด้านการป้องกันควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพ ไปพร้อม ๆ กับการพัฒนากลุ่มแม่บ้านแกนนำสุขภาพด้วย รวมทั้งแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เพียงพอและเหมาะสม ซึ่งในระบบสุขภาพชุมชนได้สะท้อนถึงแนวคิด ความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพที่มีหลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับทุนทางสังคม ที่ Woolcock (2001) เรียกว่า Linking Social Capital จากการจัดบริการสุขภาพของรัฐที่มีมาตรฐานการบริการ เพื่อรองรับการรักษาพยาบาลเมื่อมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา เพิ่มช่องทางให้ครอบครัวได้พบแพทย์ที่ทันสมัยใหม่ผ่านระบบส่งต่อ (Referral System) หรือระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โทร.1669 ที่รัฐร่วมกับส่วนท้องถิ่นจัดระบบไว้ในรูปของหน่วยกู้ชีพ หรือ OTOS โดยได้รับการสนับสนุนทุนทางเศรษฐกิจจากสถาบันที่เป็นโครงสร้างทางสังคมที่สูงกว่า เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามทุนทางสังคมทั้ง 3 ประเภท ประกอบด้วย Bounding Social Capital, Bridging Social Capital, และ Linking Social Capital ได้หนุนเสริมให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวโดยเฉพาะในมิติสุขภาพด้านปัญญา ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอาจจะต้องอาศัยการขับเคลื่อนด้วยสุขภาพในมิติทางปัญญา เพื่อให้เกิดการผสมผสานทุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสมและสามารถสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับครอบครัวชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสร้างแนวนโยบายส่งเสริมสุขภาพในมิติทางสังคมในมากขึ้นโดยเฉพาะในระดับครอบครัว เพราะครอบครัวในชนบทเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด เมื่อมีอาการไม่สบายจะดูแลกันได้ด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านในชุมชน มีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยือนให้การเยียวยาทางสังคม (Social Healing)

2. ควรส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างครอบครัวกับชุมชนในการดำเนินงานด้านสุขภาพต่อไป โดยสนับสนุนให้เกิดการสนับสนุนกันระหว่างเพื่อนบ้าน ให้เกิดความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดในชุมชนเป็นการสร้างความเป็นปึกแผ่นทางสังคม (Social Solidarity) เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพในมิติทางจิตใจ

3. ควรสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรชุมชนในระบบชุมชนให้ดำเนินต่อไป โดยสนับสนุนส่งเสริมงานสาธารณสุขมูลฐานและอาศัยกองทุนในสวัสดิการจากกองทุนประกันสุขภาพตำบลที่ครอบครัวควรจะเข้ามีส่วนร่วมในการสมทบทุนในกองทุน เพื่อ

ที่จะให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมในระนาบเดียวกันของคนในชุมชน

4. ควรจัดบริการสุขภาพของรัฐควรมีมาตรฐานการบริการเพื่อรองรับการรักษาพยาบาลเมื่อมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา เพิ่มช่องทางให้ครอบครัวได้พบแพทย์ที่ทันสมัยใหม่ผ่านระบบส่งต่อ (Referral System) หรือระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โทร.1669 ที่รัฐร่วมกับส่วนท้องถิ่นจัดระบบไว้ในรูปของหน่วยกู้ชีพ หรือ OTOS โดยได้รับการสนับสนุนทุนทางเศรษฐกิจจากสถาบันที่เป็นโครงสร้างทางสังคมที่เหนือกว่า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

เอกสารอ้างอิง

ฉัตรทิพย์ นาถสุภา. 2543. วัฒนธรรมไทยกับขบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประเวศ วะสี. 2541. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.

สงวน นิตยารัมพงศ์, ประทีป ธนกิจเจริญ, สมสินุ์ ฉายวิจิตรและสุรจิต สุนทรธรรม. 2551. คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. (กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล / เทศบาล). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

สันทัด เสริมศรี. 2541. ตำราประชากรศาสตร์ทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2 ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุชาติ ประสิทธิรัฐสินธิ์. 2548. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์(พิมพ์ ครั้งที่ 5) กรุงเทพฯ : บริษัท เฟื่องฟ้า พริ้นติ้ง จำกัด.

อานันท์ กาญจนพันธุ์ และฉลาดชาย รมิตานนท์. 2533. ความขัดแย้งในการใช้แรงงานในชนบทภาคเหนือของไทย, กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Cohen, J. 1977. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Lawrence Erlbaum Associates.

Putnam, R.D. 2000. 'Bowling Together', American Prospect, 13, 3, Accessed 1 September, 2008 at http://www. prospect.org/print/v13/3/Putnam-rhtml.

UNDP.2001. Human Development Index. Human Development Report. Retrieved 1 Jul <http://hdr.undp.org/reports/global/2001/en/pdf/hdi.pdf>