

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบท

## Factors Influence Health Security of Rural Families

สังคม สุภรัตน์กุล (Sungkom Suparatanagool)<sup>1\*</sup>

ศุภฎี อายุวัฒน์ (Dusadee Ayuwat)<sup>2</sup>

พีระศักดิ์ ศรีฤๅชา (Pirasak Sriruecha)<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบท เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยการสำรวจจากแม่บ้านจำนวน 399 ครอบครัว ในจังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2552 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ LISREL ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบท มีอยู่ 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้แก่กลุ่มปัจจัยภายในครอบครัว ประกอบด้วย (1) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (2) ศักยภาพของครอบครัวด้านสุขภาพ (3) ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับญาติ กลุ่มที่ 2 ได้แก่ปัจจัยภายในชุมชนประกอบด้วย (1) กลุ่มองค์กรในชุมชน (2) ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับชุมชน (3) แหล่งทรัพยากรธรรมชาติในชุมชน (4) ระบบสุขภาพชุมชน กลุ่มที่ 3 ได้แก่ ปัจจัยภายนอกชุมชน ประกอบด้วย (1) ระบบบริการสุขภาพสุขภาพของรัฐ (2) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (3) การส่งเสริมสุขภาพผ่านเครือข่ายชุมชน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบทสูงสุด ได้แก่ ปัจจัยภายในชุมชน ( $\lambda=0.86$ ) ปัจจัยภายนอกชุมชน ( $\lambda=-0.71$ ) และปัจจัยภายในครอบครัว ( $\lambda=0.66$ ) ตามลำดับ กลุ่มปัจจัยทั้ง 3 นี้เรียกว่า “ทุนทางสังคม” สามารถพยากรณ์ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบทได้ร้อยละ 57.0 ( $R^2=0.57$ ) ดังนั้นการดำเนินงานด้านสุขภาพควรคำนึงถึงทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชนบทอย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

### Abstract

The objective of this study was to describe the factors influencing health security of rural families. It was a quantitative study. Data was collected through questionnaires and distributed to households within the Nong Bua Lam Phu Province during July - August 2009 covering 339 samples and was analyzed by LISREL. This paper shows that three factor components which influence health security of rural families consist of: Group 1 the factors within family such as (1) family association, (2) health potential in family and (3) kinship associations; Group 2 the factors within community including (1) organizations within community, (2) association of family with community, (3) natural resources within community and (4) the community health system; and

<sup>1</sup>นักศึกษาศิลปศาสตรศุภฎีบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>3</sup>รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*Corresponding author, e-mail : sungkom\_s@hotmail.com

Group 3 the external community factors consisting of (1) the government health system, (2) promotion for health access by local administration and (3) health promotion through health networks. The findings show that the factors which influence health security of rural families are as follows: firstly, the factors within the community ( $\lambda=0.86$ ), secondly, the external community factors ( $\lambda = -0.71$ ) and finally the factors within the family ( $\lambda=0.66$ ). These factors are called the “Social Capital” and have shown the power to predict health security of rural families at 57.0% ( $R^2= 0.57$ ). We recommend that strategic health policies should be concerned with “Social Capital” increase.

**คำสำคัญ:** ความมั่นคงด้านสุขภาพ, ทูทางสังคม

**Keywords:** Health Security, Social Capital

## บทนำ

การดูแลสุขภาพเป็นภูมิปัญญาที่ความคาดหวังที่จะให้มีสุขภาพดีครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญาที่มีการตัดสินใจที่เหมาะสมและมีพัฒนาการแนวคิดจนสามารถสร้างความมั่นคงให้กับครอบครัว ซึ่งนับว่าเป็นส่วนสำคัญที่สะท้อนถึงคุณภาพของประชาชน (ประเวศ, 2541) การที่ครอบครัวปลอดภัยจากโรคติดต่อต่างๆ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพหากมีการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสมและมีศักดิ์ศรีจึงถือได้ว่าเป็น “ความมั่นคงด้านสุขภาพ” ความมั่นคงดังกล่าวมีองค์ประกอบตัวชี้วัดอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นปัจจัยที่หนุนเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีมีความยั่งยืน กลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นตัวบ่งบอกถึงความมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างเหมาะสม และกลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพตัวชี้วัดจะต้องครอบคลุมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสภาพสังคม (UNDP, 2001) ผลกระทบของกระแสโลกาภิวัตน์ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมชนบทมากขึ้น โดยเฉพาะแบบแผนในการดำเนินชีวิตของชาวชนบทได้เปลี่ยนไป เช่น จากการเกษตรกรรมพออยู่พอกินเป็นการเกษตรกรรมเพื่อเศรษฐกิจทางการค้าและการตลาด ค่านิยม ความคิดความเชื่ออยู่ภายใต้ระบบทุนและต่อมาได้สร้างเงื่อนไขสำคัญในการกำหนดสุขภาพสังคมในปัจจุบัน (สันศักดิ์, 2541) จากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจในปี 2540

ส่งผลให้ชาวชุมชนต้องพึ่งพาจากภายนอกทั้งจากรัฐและนายทุน ทำให้ชาวชนบทมีรายจ่ายสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว หนี้สินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ชาวชนบทภาคเกษตรกรรมส่วนใหญ่ต้องออกจากชุมชนไปเป็นแรงงานเพื่อให้มีรายได้ส่วนหนึ่งทำให้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพและระบบการคุ้มครองแรงงาน (คุชฎีและภัทร, 2550) นอกจากนี้นอกจากกลุ่มแรงงานแล้วประชาชนในชนบทกลุ่มต่างๆ แล้ว ยังมีความไม่เท่าเทียมกันและขาดความเสมอภาคในการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (สันศักดิ์และคณะ, 2546; ภราดร, 2548) แต่อย่างไรก็ตามชาวชนบทยังสามารถยึดเหนี่ยวชุมชนไว้ด้วยวัฒนธรรมชุมชนโดยเฉพาะชาวชนบทอีสานและเป็นส่วนหนึ่งของระบบชุมชนที่ถือได้ว่าเป็นทูทางสังคม (ฉัตรทิพย์, 2543) และทูทางสังคมดังกล่าวอยู่ในรูปวัฒนธรรมชุมชนยิ่งใช้มาก ยิ่งเพิ่มค่าและไม่มีหมดสิ้นหรือหมดไป (Depreciation) (Ostrom, 2000) ประกอบกับกระแสท้องถิ่นยังเรียกร้องให้ใช้องค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่ถือได้ว่าเป็นทูทางสังคมด้านปัญญามาประยุกต์ใช้อย่างเป็นองค์รวมโดยยึดสุขภาพของประชาชนเป็นตัวตั้ง เปิดโอกาสให้ระดมทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมมาประยุกต์ใช้เป็นการดำเนินการโดยประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนที่มีอิสระในการดำเนินการ (สงวนและคณะ, 2551) ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงต้องการคำตอบว่าปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะได้

นำองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบท ไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชนบทต่อไป

## ระเบียบวิธีวิจัย

### 1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นใช้รูปแบบการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross sectional design) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้ครอบครัวเป็นหน่วยวิเคราะห์

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เก็บข้อมูลโดยการสำรวจจากแม่บ้านผู้ซึ่งดูแลสุขภาพครอบครัวในจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 399 ครอบครัว คำนวณจากสูตร F Test of Variance Proportions in Multiple Regression/Correlation Analysis (Cohen, 1977)

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

$$n = \text{ขนาดตัวอย่าง}$$

$$\lambda = \text{ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากตาราง}$$

เงื่อนไขในการกำหนดค่า  $\lambda$  ที่ระดับ Power = 0.95 และค่าความน่าเชื่อถือ 95% ( $\alpha = 0.05$ ) จำนวนปัจจัยพยากรณ์เท่ากับ 40 ปัจจัย ( $u = 40$ ) จะได้ค่า  $\lambda$  จากตาราง = 39.54

$$R^2_{Y/X} = \text{ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างตัวแปรกำหนดเท่ากับ 0.10 (Cohen, 1977) แทนค่าในสูตร}$$

$$n = \frac{39.54(1-0.10)+40+1}{0.10}$$

$$n = 396.86$$

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 399 ครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Confirmatory Factors Analysis, Structure Equation Model by LISREL (สุชาติ, 2548)

### 3. การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบ

#### คุณภาพ

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาเชิงคุณภาพ พบตัวแปรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวจำนวน 63 ตัวแปรเมื่อนำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือ เรียนปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง มีความชำนาญเฉพาะด้านและมีประสบการณ์ เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) จำนวน 30 ตัวอย่าง ในพื้นที่นอกกลุ่มเป้าหมายในการเก็บข้อมูล ใช้วิธีการของครอนบาค (Cronbach's Method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) ได้ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.89 จึงนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม

### สรุปและอภิปรายผล/วิจารณ์ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ยืนยันองค์ประกอบปัจจัย (Confirmatory Factors Analysis: CFA) พบว่ามี 3 กลุ่มปัจจัย กลุ่มที่ 1 เป็นปัจจัยภายในครอบครัว ประกอบด้วย (1) ความสัมพันธ์ของครอบครัว ได้แก่ 1) ความห่วงใยกันด้านสุขภาพ 2) ความสามารถของแม่บ้านในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ 3) ความสนใจเรื่องข่าวสารด้านสุขภาพ 4) ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดของคนในครอบครัว 5) การอบรมพฤติกรรมสุขภาพในครอบครัวและ 6) ครอบครัวได้ร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ (2) ศักยภาพของครอบครัวด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ความสามารถในการรักษา 2) การแก้ไขปัญหาลูกป่วย 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 เป็นปัจจัยภายในชุมชน ประกอบด้วย (1) กลุ่มองค์กรในชุมชน ได้แก่ 1) รายได้จากกลุ่มในชุมชน 2) กลุ่มแม่บ้านเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพ 3) กลุ่มแม่บ้านมีน้ำใจเอื้อเฟื้อด้านสุขภาพ 4) กลุ่มอาชีพ 5) กลุ่มชมรมด้านยาเสพติดและ 6) ชมรมออกกำลังกาย (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) การบริการในสถานอนามัย 7) การบริการให้เข้าถึงบริการ 8) การบริการแพทย์ฉุกเฉินและหน่วยกู้ชีพตำบล และ 9) โอกาสได้แสดงความคิดเห็นด้านสุขภาพ และกลุ่มที่ 3 เป็นปัจจัยภายนอกชุมชน 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) โครงการสร้างสุขภาพต่างๆ (3) การส่งเสริมสุขภาพผ่านเครือข่าย ได้แก่ 1) การร่วมศึกษาดูงานด้านสุขภาพ 2) การติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 3) การได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน

เมื่อนำมาวิเคราะห์รูปแบบสมการเชิงโครงสร้าง (Structure Equation Model; SEM) พบว่า มิติสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ

ของครอบครัวชนบทสูงสุดได้แก่ มิติด้านปัญญา ( $\lambda = 0.83$ ) รองลงมาคือมิติด้านสังคม ( $\lambda=0.79$ ) ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยภายในครอบครัวสูงสุดได้แก่ ศักยภาพของครอบครัวด้านสุขภาพ ( $\lambda=0.95$ ) รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับเครือข่าย ( $\lambda=0.84$ ) 3) ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยภายในชุมชนสูงสุดได้แก่ องค์กรในชุมชน ( $\lambda=0.75$ ) รองลงมาคือระบบสุขภาพชุมชน ( $\lambda=0.69$ ) และ 4) ปัจจัยภายนอกชุมชนที่มีอิทธิพลสูงสุดได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพผ่านเครือข่าย ( $\lambda=0.74$ ) รองลงมาคือระบบบริการสุขภาพสุขภาพของรัฐ ( $\lambda=0.63$ ) (รูปที่ 1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบท พบว่า ปัจจัยภายในชุมชนที่มีอิทธิพลสูงสุด ( $\lambda=0.86$ ) ซึ่งมีอิทธิพลต่อมิติด้านปัญญา ( $\lambda=0.71$ ) มิติด้านสังคม ( $\lambda=0.67$ ) มิติด้านจิตใจ ( $\lambda=0.66$ ) และ มิติด้านร่างกาย ( $\lambda=0.41$ ) ตามลำดับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลรองลงมาคือ ปัจจัยภายนอกชุมชน ( $\lambda = -0.71$ ) ซึ่งมีอิทธิพลในทิศทางลบต่อมิติด้านปัญญา ( $\lambda=-0.59$ ) มิติด้านสังคม ( $\lambda=-0.56$ ) มิติด้านจิตใจ ( $\lambda=-0.54$ ) และมิติด้านร่างกาย ( $\lambda=-0.34$ ) ตามลำดับ และปัจจัยภายในครอบครัว ( $\lambda=0.66$ ) มีอิทธิพลต่อมิติด้านปัญญา ( $\lambda=0.55$ ) มิติด้านสังคม ( $\lambda=0.52$ ) มิติด้านจิตใจ ( $\lambda=0.51$ ) และมิติด้านร่างกาย ( $\lambda=0.32$ ) ตามลำดับ (ดูตารางที่ 1)

ปัจจัยดังกล่าวผู้วิจัยให้ความหมายว่าเป็นทุนทางสังคม (Social Capital) ซึ่งหมายถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมของในมิติของความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและญาติที่ใกล้ชิด (Bounding Social Capital) ความสัมพันธ์ทางสังคมของครอบครัวกับชุมชนและเพื่อนบ้าน (Bridging Social Capital) และความสัมพันธ์ของครอบครัวกับหน่วยงานนอกชุมชน (Linking Social Capital) ทุนทางสังคมทั้ง 3 ประเภทสามารถพยากรณ์ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบทได้ร้อยละ 57.0 ( $R^2=0.57$ ) (ดูตารางที่ 2)

นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบทมีมากขึ้น ทำให้ทุนทางสังคมจากนอกชุมชนลดลงนั้น (ค่าสัมประสิทธิ์เป็นลบ) หมายความว่าเมื่อครอบครัวมีความมั่นคงด้านสุขภาพที่สามารถพึ่งตนเองได้ในระดับชุมชน

โอกาสที่ครอบครัวจะขอความช่วยเหลือหรือขอการสนับสนุนจากหน่วยงานนอกชุมชนก็ย่อมจะลดลงในทางตรงกันข้ามเมื่อครอบครัวขาดความมั่นคงด้านสุขภาพย่อมต้องการความช่วยเหลือ สนับสนุนทุนทางสังคมจากนอกชุมชนในรูปทุนเศรษฐกิจเช่นกัน (เป็นทุนพึ่งพิง) สามารถจัดให้อยู่ในรูปสมการความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวได้คือ

$$\text{ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบท} = 0.66 (\text{ในครอบครัว}) * 0.86 (\text{ในชุมชน}) * -0.71 (\text{นอกชุมชน}); R^2=0.57$$

จากสมการดังกล่าวอธิบายได้ว่าเมื่อความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย ทำให้ทุนทางสังคมในครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.66 หน่วย และทุนทางสังคมในชุมชนเพิ่มขึ้น 0.86 หน่วย ขณะเดียวกันทุนทางสังคมจากนอกชุมชน (โครงสร้าง) ลดลง 0.71 หน่วย

อภิปรายผลการศึกษาได้ว่า การที่จะสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบทนั้น อันดับแรกที่ต้องคำนึงถึง คือ ทุนทางสังคมในชุมชน โดยเฉพาะองค์การสุขภาพในชุมชนและระบบสุขภาพชุมชน ที่คอยให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในชุมชน ความมั่นคงด้านสุขภาพเป็นการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) ที่สามารถเชื่อมโยงความเชื่อไปสู่การดูแลสุขภาพ การพึ่งพิงกันเองด้านสุขภาพภายใต้โครงสร้างทางสังคมชนบท และที่มากไปกว่านั้น ทุนทางสังคมจากนอกชุมชน โดยเฉพาะการสร้างความสัมพันธ์กับนอกชุมชนและการบริการสุขภาพของรัฐ ทุนทางสังคมประเภทนี้เมื่อความมั่นคงด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จะทำให้ตัวของมันเองลดลง (จากค่าสัมประสิทธิ์ติดลบ) นั่นหมายถึงต้องจ่ายทุนทางสังคมออกไปหรือเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ประกอบด้วย ค่าตอบแทนในการสนับสนุนการปฏิบัติงานจากส่วนท้องถิ่น ค่าตอบแทนในการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข งบประมาณสนับสนุนการเข้าถึงบริการผ่านการบริการแพทย์ฉุกเฉินและหน่วยกู้ชีพตำบลเป็นต้น ที่ระบบการบริการสุขภาพจะคอยสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็ง โดยประสานความร่วมมือกับส่วนท้องถิ่น ดังที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติได้สนับสนุนและสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่าง ๆ ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งในระดับองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลที่จะเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ โดยให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่ซึ่งมีองค์การบริหารส่วนตำบลเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งทุนทางสังคมในครอบครัว โดยเฉพาะความสัมพันธ์ในครอบครัวและเครือญาติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบทต้องอาศัยความใกล้ชิดและบทบาทของเครือญาติในวงศ์ตระกูล

การวิจัยผลการวิจัย ซึ่งปัจจุบันจะพบว่า สังคมชุมชนจะพึ่งพาการดูแลสุขภาพโดยการตอบแทนซึ่งกันและกัน เกิดความไว้วางใจกัน เกื้อกูลกันในวงศ์เครือญาติ ซึ่งอานันท์ และฉลาดชาย (2533) อธิบายว่าการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านไม่ได้แยกหรือกันผู้ป่วยออกจากชุมชน แต่หากต้องคำนึงถึงโครงสร้างทางสังคมชุมชน Putnam (2000) เรียกว่า Bridging Social Capital ซึ่งหมายถึงครอบครัวเครือญาติที่อยู่แวดล้อมตัวผู้ป่วย ที่เน้นทั้งตัวบุคคลและปัจจัยแวดล้อมที่สัมพันธ์กับสังคมวัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อที่เชื่อมโยงของกันโดยมิได้แยกส่วน นอกจากนั้นการที่รัฐได้สร้างเงื่อนไขเพื่อกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้สังเกตเห็นความสำคัญของรูปแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะโครงการระบบบริการสุขภาพฉุกเฉิน ดังจะเห็นได้ว่าเป็นรูปธรรมจากการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดตั้งหน่วยกู้ชีพฉุกเฉินขึ้นในระดับตำบล เพื่อตอบสนองโครงการฯ อีกทั้งสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับประชาชน เมื่อมีโอกาสเจ็บป่วยฉุกเฉินชี้ให้เห็นว่าหลังจากที่ครอบครัวได้สร้างความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ดีกับเครือญาติและเพื่อนบ้านแล้ว ซึ่ง Putnam (2000) เรียกว่า Bonding Social Capital ครอบครัวยังต้องอาศัยระบบชุมชนซึ่งถือได้ว่าเป็นทุนทางสังคม ผ่านกลุ่มองค์กรชุมชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาชีพและกลุ่มออกกกำลังกาย เป็นต้น เนื่องจาก

กลุ่มองค์กรมีบทบาทการปฏิบัติงานทั้งด้านการป้องกันควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพ ไปพร้อมๆ กับการพัฒนาหมู่บ้านแกนนำสุขภาพด้วย รวมทั้งแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เพียงพอและเหมาะสม ซึ่งในระบบสุขภาพชุมชนได้สะท้อนถึงแนวคิดความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพที่มีหลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับทุนทางสังคมที่ Woolcock (2001) เรียกว่า Linking Social Capital (Field, 2008) จากการจัดบริการสุขภาพของรัฐที่มีมาตรฐานการบริการเพื่อรองรับการรักษาพยาบาลเมื่อมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา เพิ่มช่องทางให้ครอบครัวได้พบแพทย์ที่ทันสมัยใหม่ผ่านระบบการส่งต่อ (Referral System) หรือระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โทร.1669 ที่รัฐร่วมกับส่วนท้องถิ่นจัดระบบไว้ในรูปของหน่วยกู้ชีพ (One Tambon One Search and Rescue Team; OTOS) โดยได้รับการสนับสนุนทุนทางเศรษฐกิจจากสถาบันที่เป็นโครงสร้างทางสังคมที่เหนือขึ้นไป เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

## ข้อเสนอแนะ

### 1. เชนนโยบาย

1.1 ควรสร้างแนวนโยบายส่งเสริมสุขภาพในมิติทางสังคมในมากขึ้นโดยเฉพาะในระดับครอบครัว เพราะครอบครัวในชนบทเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดเมื่อมีอาการไม่สบายจะดูแลกันได้ด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านในชุมชน ซึ่งถือได้ว่าเป็นศักยภาพของครอบครัวด้านสุขภาพ และมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียนคอยให้การเยียวยาทางสังคม (Social Healing) และควรส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างครอบครัวกับชุมชนในการดำเนินงานด้านสุขภาพต่อไป โดยสนับสนุนให้เกิดการสนับสนุนกันระหว่างเพื่อนบ้านให้เกิดความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดในชุมชนเป็นการสร้างความเป็นปึกแผ่นทางสังคม (Social Solidarity) เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพในมิติทางจิตใจ

1.2 ควรสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรชุมชนในระบบชุมชนให้ดำเนินต่อไป โดยสนับสนุนส่งเสริมงานสาธารณสุขมูลฐานและอาศัยกองทุนในสวัสดิการจากกองทุนประกันสุขภาพตำบลที่ครอบครัวควรจะมีมีส่วนร่วมในการสมทบทุนในกองทุน เพื่อที่จะให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมในระนาบเดียวกันของคนในชุมชน

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

## 2. เชนทฤษฎี

อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้ได้วางประเด็นที่มีนัยสำคัญทางทฤษฎีไว้ว่า ทุนทางสังคมประเภทจากภายนอกชุมชน (Linking Social Capital) เมื่อใช้ไปทำให้ความมั่นคงด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ตัวมันเองลดลง (จากค่าสัมประสิทธิ์เป็นลบ) ซึ่งแตกต่างจาก Ostrom (2000) ที่กล่าวไว้ว่า ทุนทางสังคมยิ่งใช้มากยิ่งขึ้นยิ่งเพิ่มค่าและไม่มีหมดสิ้นหรือหมดไป จึงเป็นประเด็นสำคัญที่น่าสนใจในการค้นหาคำตอบเพื่ออธิบายได้อย่างลึกซึ้ง (Understanding) ต่อไป ซึ่งไม่เพียงแต่การอธิบายเรื่องของการใช้งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนเท่านั้น หากอาจจะเกี่ยวข้องถึงการกำหนดนโยบายสุขภาพในระดับโครงสร้างที่ไม่สัมพันธ์กับความต้องการของชาวชนบทก็อาจเป็นไปได้ นอกจากนั้นแนวคิดทุนทางสังคมของ Bourdieu, Coleman, Putnam, Woolcock และ The World Bank นั้นกล่าวถึงความสัมพันธ์ทางสังคมประกอบด้วย Bounding Social Capital, Bridging Social Capital, และ Linking Social Capital จะนำไปสู่



การสร้างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ แต่งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นมากไปกว่านั้นคือทุนทางสังคมได้หนุนเสริมให้เกิดผลประโยชน์ทางด้านสุขภาพด้วย โดยเฉพาะในมิติสุขภาพด้านปัญญาจึงอาจจะกล่าวได้ว่าความมั่นคงด้านสุขภาพ อาจจะต้องอาศัยการขับเคลื่อนด้วยพลังปัญญาที่เป็นทุนทางสังคมในชุมชน เพื่อให้เกิดการผสมผสานได้อย่างสมดุลและสามารถสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพในที่สุด

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของศาสตราจารย์ ดร.สันศักดิ์ เสริมศรี ผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คุณัญญา ชาญวัฒน์ อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและรองศาสตราจารย์ ดร.พีระศักดิ์ ศรีฤๅชา อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้กรุณาเป็นที่ปรึกษาตลอดการวิจัยขอกราบขอพระคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย

## เอกสารอ้างอิง

- ฉัตรทิพย์ นาถสุภา.2543.วัฒนธรรมไทยกับขบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คุณัญญา ชาญวัฒน์และ ภัทระ แสนไชยสุริยา. 2550. สถานการณ์และประเด็นสุขภาพแรงงานอีสาน่า. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข: ก.ค.-ก.ย.2550; 1(2): 193-200.
- ประเวศ วะสี. 2541. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.

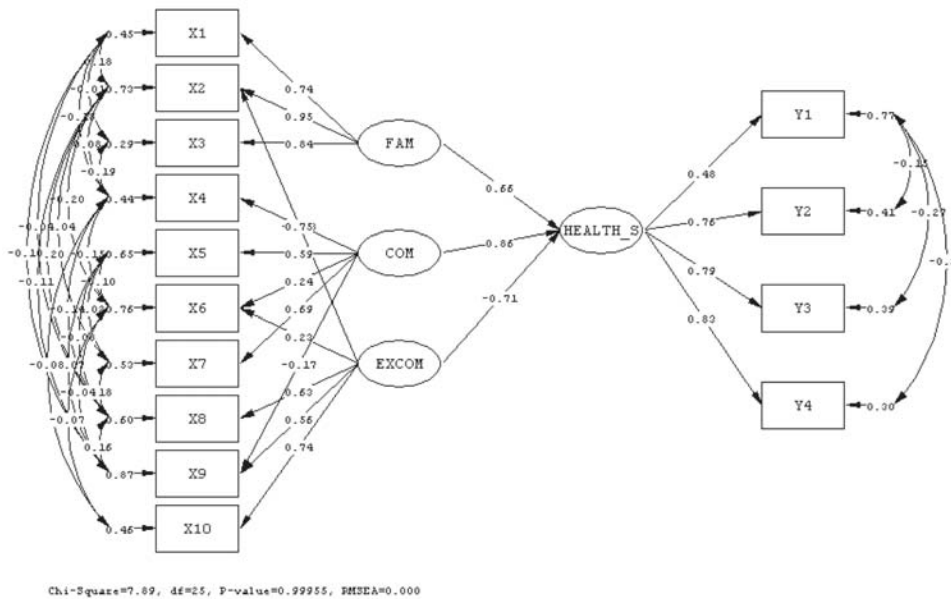
- ภราดร ดังยางหาวย. 2548. ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ. 2551. คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สันศักดิ์ เสริมศรี. 2541. ตำราประชากรศาสตร์ทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2 ภาควิชาสังคมศาสตร์คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สันศักดิ์ เสริมศรีและคณะ. 2546. การใช้สถานพยาบาลของรัฐของคนจนในชนบท. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2548. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัท ฟ็องฟ้าพรินต์ติ้ง จำกัด.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์และฉลาดชาย รมิตานนท์. 2533. ความขัดแย้งในการใช้แรงงานในชนบทภาคเหนือของไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Cohen, J. 1977. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associate.
- Elinor Ostrom. 2000. Collective Action and the Evolution of Social Norms. *Journal of Economic Perspectives, American Economic Association* 14 (3): 137-158.
- John Field.2008.SOCIAL CAPITAL. Second Edition, published in USA and Canada. By Routledge, London and New York.

Putnam, R.D. 2000. '**Bowling Together**', American Prospect, 13, 3. [online] [Cite 1 September 2008]. Available from: <http://www.prospect.org/print/v13/3/Putnam-rhtml>.

UNDP.2001. **Human Development Index**. Human Development Report. [online] [Cite 1 July 2008]. Available from <http://hdr.undp.org/reports/global/2001/en/pdf/hdi.pdf>

Woolcock, M. 2001. The place of social capital in Understanding Social and Economic Outcomes. ISUMA Canadian **Journal of Policy Research** 2 (1): 11-17.





รูปที่ 1. รูปแบบสมการเชิงโครงสร้างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบท

ตารางที่ 1. ตัวแปรประจักษ์ที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงและอำนาจการพยากรณ์

ตัวแปรแฝง (Latent Variable)	สัญลักษณ์	ตัวแปรประจักษ์ (Manifest Variable)	สัญลักษณ์	$\lambda$	R <sup>2</sup>
ความมั่นคงด้านสุขภาพ	HEALTH_S	มิติด้านร่างกาย	Y1	.48	.23
		มิติด้านจิตใจ	Y2	.76	.58
		มิติด้านสังคม	Y3	.79	.62
		มิติด้านปัญญา	Y4	.83	.69
ภายในครอบครัว	FAM	ความสัมพันธ์ในครอบครัว	X1	.74	.55
		ศักยภาพของครอบครัว	X2	.95	.28
		ความสัมพันธ์กับเครือข่าย	X3	.84	.71
ภายในชุมชน	COM	องค์กรในชุมชน	X4	.75	.56
		ความสัมพันธ์กับชุมชน	X5	.59	.35
		แหล่งทรัพยากรในชุมชน	X6	.24	.23
		ระบบสุขภาพชุมชน	X7	.69	.47
		การเข้าถึงบริการ	X9	-.17	-
ภายนอกชุมชน	EXCOM	การบริการสุขภาพของรัฐ	X8	.63	.40
		การเข้าถึงบริการ	X9	.56	.13
		ความสัมพันธ์กับนอกชุมชน	X10	.74	.54
		แหล่งทรัพยากรในชุมชน	X6	.23	-
$\chi^2 = 7.89; P=1.00, RMSEA=.000, RMR=.0095, GFI=1.00, AGFI=.99$					

ตารางที่ 2. ผลการวิเคราะห์แยกค่าอิทธิพลระหว่างตัวแปรทุนทางสังคมกับมิติทางสุขภาพ

ตัวแปรผล ตัวแปรเหตุ	ทุนทางสังคม ในครอบครัว	ทุนทางสังคม ในชุมชน	ทุนทางสังคม นอกชุมชน
สุขภาพมิติด้านร่างกาย (Y1)	0.32	0.41**	-0.34
สุขภาพมิติด้านจิตใจ (Y2)	0.51	0.66**	-0.54
สุขภาพมิติด้านสังคม (Y3)	0.52	0.67**	-0.56
สุขภาพมิติด้านปัญญา (Y4)	0.55	0.71**	-0.59
ความมั่นคงด้านสุขภาพ (HEALTH_S)	0.64	0.86**	-0.71

\*\*Sig. <.001 (t-test >2.58); R<sup>2</sup>=0.57