

ทุนทางสังคมกับความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบท

Social Capital and Health Security of Rural Family

สังคม สุภรัตน์กุล (Sungkom Suparatanagool) * ดร.ดุษฎิ์ आयुวัฒน์ (Dr.Dusadee Ayuwat) **

ดร.พีระศักดิ์ ศรีฤาชา (Dr.Pirasak Sriruecha)***

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของทุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว ในชนบท เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากแม่บ้านประจำครอบครัว ในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึงเดือน ธันวาคม 2552 จำนวน 399 ครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ LISREL

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของทุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพมีอยู่ 3 กลุ่ม คือ ทุนทางสังคมในครอบครัว ทุนทางสังคมในชุมชนและทุนทางสังคมนอกชุมชน ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว ขึ้นอยู่กับ ทุนทางสังคมในชุมชน ($\lambda=2.25$) รองลงมาคือ ทุนทางสังคมจากนอกชุมชน ($\lambda=-1.76$) และทุนทางสังคมในครอบครัว ($\lambda=.64$) ทุนทางสังคมทั้ง 3 แบบ พยากรณ์ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวได้ร้อยละ 39.0 ($R^2=0.39$) ข้อเสนอแนะควรสร้างแนวนโยบายส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดความเป็นปึกแผ่นทางสังคมในชุมชน สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างครอบครัวกับญาติในชุมชน ตลอดจนการสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพนอกชุมชน เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวอย่างยั่งยืนต่อไป

ABSTRACT

The objective of this study aimed to describe the social capital and health security. The study conducted on a quantitative method. Data was collected through questionnaires distributed to households within the Nong Bua Lamphu Province during the months of July and December 2009 and analyzed by LISREL.

Research result shows three aspects of social capital in which influence health security: 1) Family Social Capital 2) Community Social Capital and 3) External Communities Social Capital. The social capital which influence health security as follows; firstly is community social capital ($\lambda=2.25$), secondly is external communities social capital ($\lambda=-1.76$), and finally is family social capital ($\lambda=.64$). All of these were predicted health security of rural families at 39.0% ($R^2=.39$).

Suggestion should be building the social solidarity within community for health security through social capital also should be encouraging the promotion of family association within group in community. Including should

*นักศึกษาลัทธิสุตรปรัชญาคุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชา สังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชา สังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

be construct family social capital network which would have promoted in health security increase—maintaining the health security sustainable in the future.

คำสำคัญ: ทูทางสังคม ความมั่นคงด้านสุขภาพ

Key words: Social Capital, Health Security

บทนำ

การดูแลสุขภาพเป็นภูมิปัญญาที่ความคาดหวังที่จะให้มีสุขภาพดีครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา มีการตัดสินใจที่เหมาะสมและมีพัฒนาการแนวคิดจนสามารถสร้างความมั่นคงให้กับครอบครัว ซึ่งนับว่าเป็นส่วนสำคัญที่สะท้อนถึงคุณภาพของประชาชน (ประเวศ, 2541) การที่ครอบครัวคาดหวังที่จะปลอดจากโรคติดต่อต่าง ๆ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพหากมีการเจ็บป่วย จึงถือได้ว่าเป็น “ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว” ความมั่นคงดังกล่าวมีองค์ประกอบตัวชี้วัดอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นปัจจัยที่หนุนเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีมีความยั่งยืน กลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นตัวบ่งบอกถึงความรู้สึกดีศรีของความเป็นมนุษย์อย่างเสมอภาค และกลุ่มตัวชี้วัดที่เป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพตัวชี้วัดจะต้องครอบคลุมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสภาพสังคม (UNDP, 2001) ผลกระทบของกระแสโลกาภิวัตน์ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมชนบทมากขึ้น โดยเฉพาะแบบแผนในการดำเนินชีวิตของชาวชนบทได้เปลี่ยนไป เช่น จากการเกษตรกรรมพออยู่พอกินมาเป็นการเกษตรกรรมเพื่อเศรษฐกิจทางการค้าและการตลาดและได้สร้างเงื่อนไขสำคัญในการกำหนดสุขภาพสังคมในปัจจุบัน (สันศักดิ์, 2541) ซึ่งให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ได้เป็นเงื่อนไขที่ส่งผลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพเช่นกัน อย่างไรก็ตามชาวชนบทยังสามารถยึดเหนี่ยวชุมชนไว้ด้วยวัฒนธรรมชุมชน โดยเฉพาะชาวชนบทและต่อมาได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบชุมชนที่ถือได้ว่าเป็นทุนทางสังคม (ฉัตรทิพย์, 2543) ประกอบกับในปี 2549 รัฐได้มี

แนวนโยบายนำร่องจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ประกอบกับกระแสท้องถิ่นเรียกร้องให้ใช้องค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นองค์รวมโดยยึดสุขภาพของประชาชนเป็นตัวตั้ง (สงวน, ประทีป, สมสันต์และคณะ, 2551) ซึ่งให้เห็นว่าปัจจุบันสังคมได้เปิดพื้นที่ให้โอกาสในการระดมทุนทางสังคมทั้งในแนวราบ ได้แก่ ทุนภูมิปัญญาท้องถิ่น และทุนทางวัฒนธรรมมาประยุกต์ใช้เป็นการดำเนินการโดยประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนทุนจากแนวคิด ได้แก่ จากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรชุมชนอย่างมีอิสระ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการทราบคำตอบว่าการจัดการทุนทางสังคมในชนบทดังกล่าวประกอบด้วยอะไรบ้าง และอิทธิพลของทุนทางสังคมที่มีต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของทุนทางสังคมในชนบท
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของทุนทางสังคมที่มีต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบท

แนวคิดทุนทางสังคม

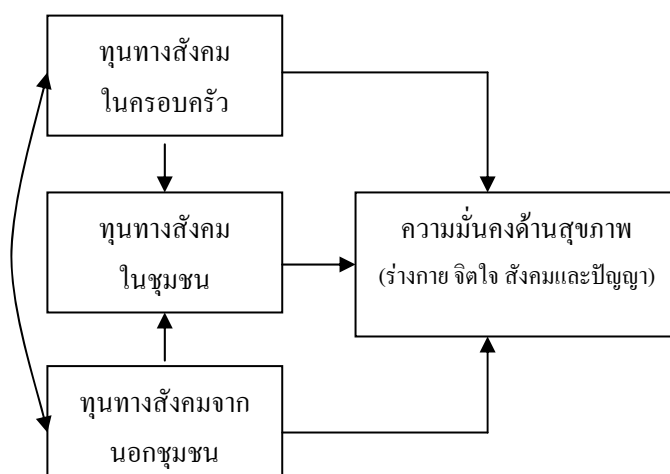
จากแนวคิดทุนทางสังคมกับสุขภาพได้แก่ การเอื้อหนุนให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพ (Hyypa & Maki, 2003; Umberson, Chen, Hopkins & Slater, 1996; Veenstra, 2000) เช่น ความไว้วางใจกัน การใช้ประโยชน์ร่วมกัน การเกื้อกูลกัน การตอบแทนกันและการเป็นสมาชิกภาพของกลุ่มที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการประเมินสภาวะสุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่าความสัมพันธ์เหล่านี้ได้มีนัยสำคัญทางทฤษฎีเกี่ยวกับทุนทางสังคม เมื่อมองในรูปของเครือข่ายทาง

สังคมที่เป็นช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและนำไปสู่การปฏิบัติ (Coleman, 1988) ซึ่งน่าจะสามารถใช้เป็นภูมิคุ้มกันทางสังคมเพื่อป้องกันภัยสุขภาพ นอกจากนี้การเชื่อมโยงของกลุ่มเพื่อนบ้านที่ใกล้ชิดได้เสริมสร้างประโยชน์ต่อสุขภาพจิต เพื่อความอยู่ดี-มีสุขด้วย (Snowden, 2001) รวมทั้งความสัมพันธ์ของเพื่อนบ้านหรือเพื่อนสนิทมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ (Dunlap & Kemery, 1987)

จากการทบทวนแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยพอสรุปได้ว่าการจัดการองค์ประกอบของครอบครัวประกอบด้วย กลุ่มอายุ การศึกษาของครอบครัว รายได้ของครอบครัวและตำแหน่งทางสังคม (Beaudoin, 2008) ทูทางสังคมในแนวราบ (Horizontal Social Capital) ได้แก่ ทูทางสังคมในครอบครัวและเครือญาติ (Bonding Social Capital) และทูทางสังคมระหว่างครอบครัวในชุมชน (Bridging Social Capital) ที่หนุนเสริมให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ไว้วางใจกัน ในชุมชน สร้างกลุ่มหรือชมรมสุขภาพในชุมชน

นอกจากนี้ทูทางสังคมดังกล่าวได้เชื่อมโยงผสมผสานกับทูทางสังคมในแนวตั้ง (Vertical Social Capital) ได้แก่ การสนับสนุนจากโครงสร้างเช่น ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน การสนับสนุนงบประมาณผ่านระบบสุขภาพ การสนับสนุนงบประมาณผ่านองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและการส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพต่าง ๆ จากองค์กรสาธารณะเป็นต้น ซึ่งรวมเรียกว่า Linking Social Capital ที่น่าจะสามารถทำให้เกิดกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวได้

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทูทางสังคมที่นักวิชาการทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศทำการศึกษาไว้มาใช้ในการอธิบายกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



วิธีการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยภาคตัดขวาง เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาในแม่บ้านหรือผู้ดูแลสุขภาพประจำครอบครัวในจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 6 อำเภอ ใช้ครอบครัวเป็นหน่วยวิเคราะห์ เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ จากจำนวนตัวอย่าง 399 ครอบครัว จากสูตร MCA (Cohen, 1977)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ CFA and LISREL (สุชาติ, 2548)

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวจากการทบทวนเอกสารงานวิจัย พบว่ามีอยู่ 63 ปัจจัย เมื่อนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยันปัจจัย (Confirmatory Factors Analysis) มีอยู่ 3 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทุนทางสังคมในครอบครัว

ประกอบด้วย (1) การสร้างความสัมพันธ์ของครอบครัว ได้แก่ 1) ความห่วงใยกันด้านสุขภาพ 2) ความสามารถของแม่บ้านในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ 3) ความสนใจเรื่องข่าวสารด้านสุขภาพ 4) ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดของคนในครอบครัว 5) การอบรมพฤติกรรมสุขภาพในครอบครัวและ 6)

ครอบครัวได้ร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ (2) การสร้างศักยภาพของครอบครัวด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ความสามารถในการรักษา 2) การแก้ไขปัญหาเจ็บป่วย 3) ความรู้ในการใช้สมุนไพร 4) การฟื้นฟูสุขภาพ 5) การรักษาพยาบาลเบื้องต้นในครอบครัว 6) การสร้างสุขภาพ 7) อาชีพหลักและ 8) ความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของครอบครัว (3) การสร้างความสัมพันธ์ของครอบครัวกับญาติ ได้แก่ 1) จำนวนเครือญาติ 2) การเยี่ยมบ้านของเครือญาติ 3) ความสัมพันธ์กับญาติ 4) ญาติให้ความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย 5) ความไว้วางใจกัน 6) การช่วยเหลือกัน 7) การเกื้อกูลกัน และ 8) การพบแพทย์

กลุ่มที่ 2 ทูทางสังคมในชุมชน

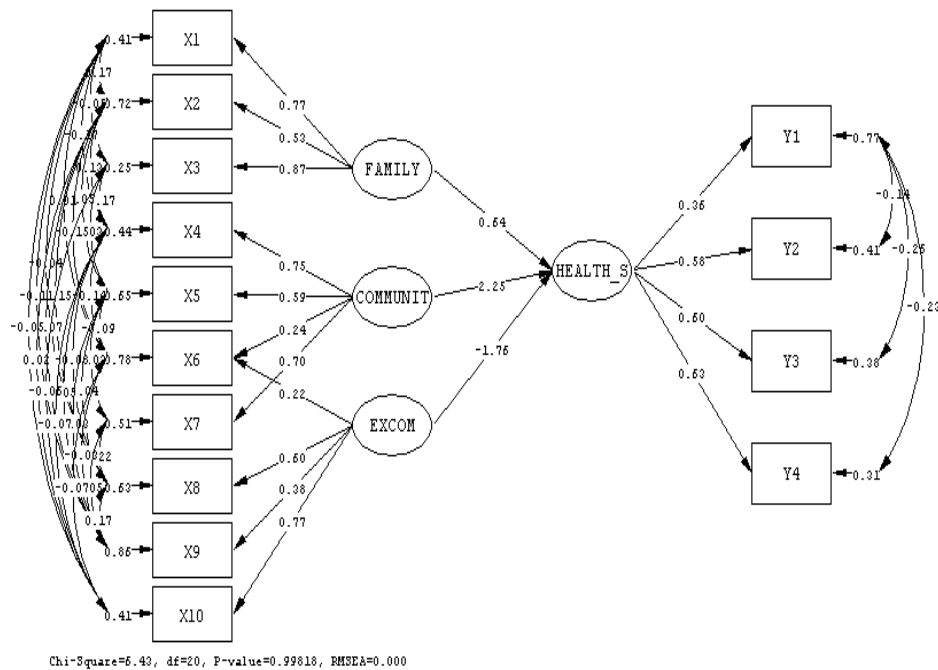
ประกอบด้วย (1) กลุ่มองค์กรในชุมชน ได้แก่ 1) รายได้จากกลุ่มช่วยสร้างสุขภาพ 2) กลุ่มแม่บ้านเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพ 3) กลุ่มแม่บ้านมีน้ำใจเอื้อเฟื้อด้านสุขภาพ 4) กลุ่มอาชีพช่วยสร้างสุขภาพ 5) กลุ่มชมรมด้านยาเสพติดช่วยสร้างสุขภาพและ 6) ชมรมออกกำลังกายช่วยสร้างสุขภาพ (2) ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนกันระหว่างเพื่อนบ้าน (3) ใช้แหล่งทรัพยากรธรรมชาติในชุมชน ได้แก่ 1) สิทธิในแหล่งทรัพยากรธรรมชาติ 2) การใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรธรรมชาติ และ 3) โอกาสใช้แหล่งทรัพยากรธรรมชาติ (4) การจัดการระบบสุขภาพชุมชน ได้แก่ 1) การให้ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข 2) การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข 3) อาสาสมัครสาธารณสุขช่วยสร้างสุขภาพ 4) การปฏิบัติงานของส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ 5) การเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 6) การบริการในสถานอนามัย 7) การบริการให้เข้าถึง

บริการ 8) การบริการแพทย์ฉุกเฉินและหน่วยกู้ชีพตำบล และ 9) โอกาสได้แสดงความคิดเห็นด้านสุขภาพ

กลุ่มที่ 3 ทูทางสังคมจากนอกชุมชน

ประกอบด้วย (1) ระบบบริการสุขภาพสุขภาพของรัฐ ได้แก่ 1) มาตรฐานการบริการ 2) ความเสมอภาคในการบริการ 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

เมื่อนำมาวิเคราะห์ในรูปแบบการมาตรวัด พบว่า ตัวแปรประจักษ์ที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝง ดังนี้ 1) ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว ได้แก่ สุขภาพในมิติด้านปัญญา ($\lambda=.63$) รองลงมาคือ สุขภาพด้านสังคม ($\lambda=.60$) 2) ทูทางสังคมในครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับเครือญาติ ($\lambda=.87$) สูงสุด รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ของครอบครัว ($\lambda=.77$) 3) ทูทางสังคมในชุมชน ได้แก่ องค์กรในชุมชน ($\lambda=.75$) รองลงมาคือระบบสุขภาพชุมชน ($\lambda=.70$) และ 4) ทูทางสังคมนอกชุมชน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพผ่านเครือข่าย ($\lambda=.77$) รองลงมาคือ ระบบบริการสุขภาพสุขภาพของรัฐ ($\lambda=.60$) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงตัวแปรประจักษ์ที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงในโคแอมเทมทุนทางสังคมกับความมั่นคงด้านสุขภาพ

พบว่า ทุนทางสังคมในชุมชนมีอิทธิพลสูงสุด ($\lambda = 2.25$) รองลงมาคือ ทุนทางสังคมจากนอกชุมชน ($\lambda = -1.76$) และทุนทางสังคมในครอบครัว ($\lambda = .64$) และยังสามารถให้เห็นว่าทุนทางสังคมทั้ง 3 รูปแบบ สามารถพยากรณ์ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวได้ร้อยละ 39.0 ($R^2=0.39$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงอิทธิพลของตัวบ่งชี้ที่มีต่อทุนทางสังคม

ทุนทางสังคม	ตัวบ่งชี้	λ	R^2
ในครอบครัว (FAMILY)	ความสัมพันธ์ในครอบครัว(X1)	.77	.59
	ศักยภาพของครอบครัว(X2)	.53	.28
	ความสัมพันธ์กับเครือข่าย(X3)	.87	.75
ในชุมชน (COMMUNIT)	องค์กรในชุมชน (X4)	.75	.56
	ความสัมพันธ์กับชุมชน(X5)	.59	.35
	แหล่งทรัพยากรในชุมชน(X6)	.24	.22
	ระบบสุขภาพชุมชน(X7)	.70	.49
นอกชุมชน (EXCOM)	การบริการสุขภาพของรัฐ(X8)	.60	.37
	การเข้าถึงบริการ(X9)	.38	.14
	ความสัมพันธ์นอกชุมชน(X10)	.77	.59
	แหล่งทรัพยากรในชุมชน(X6)	.22	.22

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

เมื่อนำมาวิเคราะห์ทุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบท

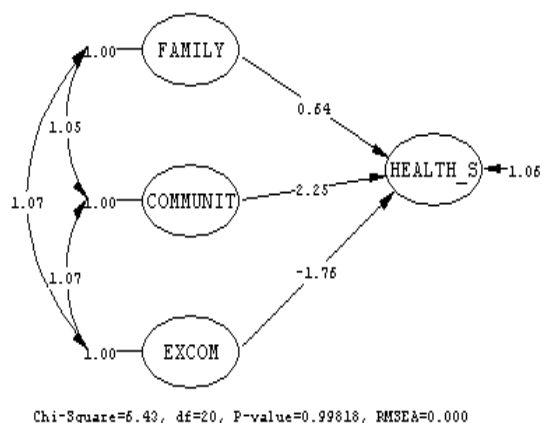
ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์แยกค่าอิทธิพลระหว่างตัวแปร

ตัวแปรเหตุ \ ตัวแปรผล	FAM . SC.	COM . SC.	EXCOM . 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
ความมั่นคงด้านสุขภาพ	0.64	2.25	-1.76

นอกจากนี้ยังพบว่า ทุนทางสังคมจากนอกชุมชนมีค่าสัมประสิทธิ์แลมด้า (λ) เป็นลบ อภิปรายผลได้ว่าเมื่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวมีมากขึ้น ทำให้การขอรับสนับสนุนทุนทางสังคมจากนอกชุมชนลดลง หมายถึงว่า เมื่อครอบครัวมีความมั่นคงด้าน

สุขภาพมากขึ้น โอกาสที่จะขอความช่วยเหลือหรือขอสงเคราะห์จากนอกชุมชนก็ย่อมจะลดน้อยลง ในทางตรงกันข้ามเมื่อครอบครัวขาดความมั่นคงด้านสุขภาพย่อมต้องการความช่วยเหลือ สนับสนุนทุนจากนอกชุมชนนั่นเอง เช่น ผู้ป่วยมากขึ้นโรงพยาบาลก็แน่นขึ้นหรือเมื่ออุบัติเหตุเกิดมากขึ้นหน่วยแพทย์ฉุกเฉินย่อมมากขึ้นด้วย สามารถจัดให้อยู่ในรูปสมการความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวได้คือ

ความมั่นคงด้านสุขภาพ = 0.64 (ในครอบครัว) x 2.25 (ในชุมชน) x -1.76 (นอกชุมชน); $R^2 = .39$ ดังภาพที่ 2 โค้ดแแกรมความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคม



แสดงว่า เมื่อความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย ทำให้ทุนทางสังคมในครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.64 หน่วยและทุนทางสังคมในระดับชุมชนเพิ่มขึ้น 2.25 หน่วย ขณะเดียวกันลดลงทุนทางสังคมจากโครงสร้างลง 1.74 หน่วย (ประหัตถ์งบประมาณ)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่า การที่จะสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชนนั้น อันดับแรกที่ต้องคำนึงถึงคือ (1) ทุนทางสังคมในชุมชนโดยเฉพาะองค์การสุขภาพในชุมชนและระบบสุขภาพชุมชน ที่คอยให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในชุมชน จากปรากฏการณ์ทางสังคมความมั่นคงด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่สามารถเชื่อมโยงความเชื่อไปสู่การดูแลสุขภาพ การพึ่งพากันเองด้านสุขภาพ

ภายใต้โครงสร้างทางสังคมชนบท (2) ความสัมพันธ์กับนอกชุมชน โดยเฉพาะการสร้างความสัมพันธ์กับหน่วยบริการด้านสุขภาพของรัฐ ซึ่งเมื่อครอบครัวมีความมั่นคงด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ความสัมพันธ์กับหน่วยงานนอกชุมชนจะลดลง (จากค่าสัมประสิทธิ์ติดลบ) ซึ่งหมายถึงเมื่อครอบครัวสุขภาพเกิดความไม่มั่นคงด้านสุขภาพความสัมพันธ์กับหน่วยงานด้านสุขภาพก็เพิ่มขึ้น นอกชุมชนต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ประกอบด้วย ค่าตอบแทนในการสนับสนุนการปฏิบัติงานจากส่วนท้องถิ่น ค่าตอบแทนในการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขงบประมาณสนับสนุนการเข้าถึงบริการ ผ่านการบริการแพทย์ฉุกเฉินและหน่วยกู้ชีพตำบล เป็นต้น (3) การจัดการทุนทางสังคมในครอบครัว โดยเฉพาะความสัมพันธ์กับเครือญาติและความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพต้องอาศัยบทบาทของครอบครัว

สรุปผลการวิจัย

ปัจจุบันจะพบว่าสังคมชุมชนจะพึ่งการดูแล โดยการตอบแทนซึ่งกันและกัน เกิดความไว้วางใจกัน เกื้อกูลกันในเครือญาติ ซึ่งอาณัติและฉลาดชาย (2533) อธิบายว่าการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านไม่ได้แยกหรือกันผู้ป่วยออกจากชุมชน แต่หากต้องคำนึงถึงโครงสร้างทางสังคมชุมชน Putnam (2000) เรียกว่า Bridging Social Capital ซึ่งหมายถึงครอบครัว เครือญาติที่อยู่แวดล้อมตัวผู้ป่วย ที่เน้นทั้งตัวบุคคลและปัจจัยแวดล้อมที่สัมพันธ์กับสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนา เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกันโดยมิได้แยกส่วน นอกจากนั้นรัฐได้สร้างเงื่อนไขเพื่อกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เล็งเห็นความสำคัญของรูปแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะโครงการระบบบริการสุขภาพฉุกเฉิน ดังจะเห็นได้อย่างเป็นรูปธรรมจากการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดตั้งหน่วยกู้ชีพฉุกเฉินขึ้นในระดับตำบล เพื่อตอบสนองโครงการฯ อีกทั้งสร้างความ

มั่นคงด้านสุขภาพให้กับประชาชนเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งเห็นว่าหลังจากที่ครอบครัวได้สร้างความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ดีกับเครือญาติและเพื่อนบ้านแล้ว ซึ่ง Putnam (2000) เรียกว่า Bonding Social Capital ครอบครัวยังต้องอาศัยระบบชุมชน ซึ่งถือได้ว่าเป็นทุนทางสังคม ผ่านกลุ่มองค์กรชุมชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาชีพและกลุ่มออกกำลังกาย เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มองค์กรมีบทบาทการปฏิบัติงานทั้งด้านการป้องกันควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพ ไปพร้อม ๆ กับการพัฒนา กลุ่มแม่บ้านแกนนำสุขภาพด้วย รวมทั้งแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เพียงพอและเหมาะสม ซึ่งในระบบสุขภาพชุมชนได้สะท้อนถึงแนวคิด ความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพที่มีหลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับทุนทางสังคม ที่ Woolcock (2001) เรียกว่า Linking Social Capital (John Field, 2008) จากการจัดบริการสุขภาพของรัฐที่มีมาตรฐานการบริการเพื่อรองรับการรักษาพยาบาลเมื่อมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา เพิ่มช่องทางให้ครอบครัวได้พบแพทย์ที่ทันสมัยใหม่ผ่านระบบ ส่งต่อ (Referral System) หรือระบบการแพทย์ฉุกเฉินโทร.1669 ที่รัฐร่วมกับส่วนท้องถิ่นจัดระบบไว้ในรูปของหน่วยกู้ชีพ หรือ OTOS โดยได้รับการสนับสนุนทุนทางเศรษฐกิจจากสถาบันที่เป็นโครงสร้างทางสังคมที่สูงกว่า เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามทุนทางสังคมทั้ง 3 ประเภทได้หนุนเสริมให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว โดยเฉพาะในมิติสุขภาพด้านปัญญา ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทจำเป็นต้องอาศัยการขับเคลื่อนด้วยสุขภาพทางปัญญา ได้แก่ ด้านความคิด การตัดสินใจและการพินิจพิจารณาหน้าไปสู่การใช้ชีวิตที่ไม่ประมาท ตลอดจนเพื่อให้เกิดการผสมผสานทุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสมและสามารถสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับครอบครัวชนบทได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

1. จากข้อค้นพบที่ว่าทุนทางสังคมในชุมชนมีอิทธิพลสูงสุดต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ นอกจากนี้ทุนทางสังคมทั้งระดับครอบครัวและชุมชน ยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความมั่นคงด้านสุขภาพสอดคล้องกับ Ostrom (2000) ที่กล่าวไว้ว่า ทุนทางสังคมยิ่งใช้มาก ยิ่งเพิ่มค่าและไม่มีหมดสิ้นหรือหมดไป ดังนั้นแนวนโยบายด้านสุขภาพควรตระหนักถึงแนวคิดทางสังคมศาสตร์มากขึ้น โดยเฉพาะทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชนบทที่เป็นทุนทางสังคมในแนวราบในระดับครอบครัวและชุมชน

2. จากข้อค้นพบว่าองค์กรในชุมชนมีอิทธิพลสูงสุดต่อการเกื้อหนุนกันความสัมพันธ์ในระดับชุมชน ซึ่งถือได้ว่าเป็นทุนทางสังคม ควรสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรชุมชนในระบบชุมชนให้มาก เพื่อที่จะให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมในระนาบเดียวกันของครอบครัวในชุมชน

3. จากข้อค้นพบที่ว่า เมื่อครอบครัวสุขภาพไม่ดีต้องมีความสัมพันธ์กับหน่วยงานนอกชุมชนมากขึ้น เช่น หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน หรือหน่วยกู้ชีพและโรงพยาบาล เป็นต้น แต่หากสุขภาพดี ความสัมพันธ์กับหน่วยงานองค์กรนอกชุมชนก็ลดลง ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพของรัฐควรมีมาตรฐานเพื่อรองรับเมื่อมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความกรุณาของศาสตราจารย์ ดร.สันศักดิ์ เสริมศรี ผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภฤกษ์ อายวัฒน์ อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และรองศาสตราจารย์ ดร.พิระศักดิ์ ศรีฤาชา อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้ชี้แนะตลอดจนกรุณาเป็นที่ปรึกษาตลอดการวิจัย ขอกราบขอพระคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

- ฉัตรทิพย์ นาถสุภา.2543.วัฒนธรรมไทยกับขบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วะสี. 2541. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ประทีป ธนกิจเจริญ, สมสินุญญาวิจิตร และสุรจิต สุนทรธรรม. 2551. คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. (กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล / เทศบาล). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สันตติ เสริมศรี. 2541. คำরাประชากรศาสตร์ทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2 ภาควิชาสังคมศาสตร์คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2548. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทาง สังคมศาสตร์(พิมพ์ครั้งที่ 5) กรุงเทพฯ : บริษัท เพื่องฟ้า พรินติ้ง จำกัด.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์และฉลาดชาย รมิตานนท์. 2533. ความขัดแย้งในการใช้แรงงานในชนบทภาคเหนือของไทย, กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Christopher E. Beaudoin. 2009. *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, Vol. 24, No. 1, pp. 109–118
- Cohen, J. 1977. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Dunlap, W.P., & Kemery, E.R. 1987. *Failure to detect moderating effects: Is multicollinearity the problem?*. Psychological Bulletin, 102, 418–420.
- Elinor Ostrom. 2000. "Collective Action and the Evolution of Social Norms", *Journal of Economic Perspectives*, American Economic Association, vol. 14 (3), pages 137-158.
- Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindstrom, M., & Gerdtham, U. G. 2006. *Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review*. International Journal for Equity in Health, 5, 3.
- Hyypä, M.T., & Maki, J. 2001. *Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community*. Preventive Medicine, 32, 148–155.
- 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, Accessed 1 September, 2008 at <http://www.prospect.org/print/v13/3/Putnam-rhtml>.
- Snowden, L.R. 2001. *Social embeddedness and psychological well-being among African Americans and Whites*. American Journal of Community Psychology, 29(4), 519–536.
- Umberson, D., Chen, M.D., House, J.S., Hopkins, K., & Slater, E. 1996. *The effect of social relationships on psychological well-being: Are men and women really so different?*. American Sociological Review, 61, 837–857.
- UNDP.2001. *Human Development Index*. Human Development Report. Retrieved 1 Jul <<http://hdr.undp.org/reports/global/2001/en/pdf/hdi.pdf>>
- Veenstra, G. 2000. *Social capital, SES and health: An individual-level analysis*. Social Science & Medicine, 50, 619–629.