

รายงานการวิจัย
เรื่อง

การหาแนวทางพัฒนารูปแบบการบริการสาธารณสุขของ
โรงพยาบาลสิรินธร : กรณีศึกษาชุมชนริมเขื่อน

คณะผู้วิจัย

พญ.วิยะดา	ชารวิพัฒน์
นางสาวอัญชลี	แสนอ้วน
นางสาวนาฏนภา	สมโสภา
นายธนาวุฒิ	พรมดี
นางรัศมีแข	ยิ่งอำนวยชัย
นายสุรทิน	หมื่นอินทร์

รายงานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
และ โรงพยาบาลสิรินธร จ.อุบลราชธานี

พ.ศ. 2544

ISBN.....

ชื่อเรื่อง : การหาแนวทางพัฒนารูปแบบการบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลสิรินธร
 : กรณีศึกษาชุมชนริมเขื่อน
 ผู้วิจัย : พญ. วิยะดา ธารวิวัฒน์ และคณะ
 ปี : 2544

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการศึกษาชุมชนแบบการประเมินสถานะชนบทแบบเร่งด่วน(Rapid Rural Appraisal-RRA) มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบการบริการสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลสำหรับชุมชนริมเขื่อน ให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติและการรับรู้ของ ชุมชน ใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview)เก็บรวบรวมข้อมูล โดยสัมภาษณ์ผู้รู้ในชุมชน และผู้รู้ในระดับครอบครัว ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ร่วมกันในเชิงเนื้อหาแล้วนำไปให้ชุมชนร่วมตรวจสอบ

ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนริมเขื่อนมีสภาพกายภาพที่แห้งแล้ง ไม่มีที่นา และที่ดินทำกินเป็นของตนเอง ชาวบ้านมีอาชีพหลักคือ อาชีพรับจ้างทั่วไป เป็นชุมชนที่ต้องพึ่งพิงจากภายนอกสูง ทั้งเชิงอาชีพและอาหารที่ต้องหาจากนอกชุมชน

ชุมชนมีแบบแผนการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยอยู่ 3 รูปแบบ โดยจำแนกตามรูปแบบของการเจ็บป่วย ได้แก่การเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเจ็บป่วยเรื้อรัง และการเจ็บป่วยทั่วไป ซึ่งแต่ละแบบมีการรับรู้และแบบแผนการรักษาที่แตกต่างกันไป นอกจากนี้ชาวบ้านยังมีความเข้าใจผิดและการรับรู้ในด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่บางประการ โดยเฉพาะที่เป็นความเชื่อที่ได้สืบทอดกันมา เช่น การให้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคทุกอย่าง การเลี้ยงดูทารกด้วยนมชั้นหวาน เป็นต้น

เมื่อศึกษาถึงแนวทางที่ชุมชนและโรงพยาบาลจะร่วมมือกันในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ชาวบ้าน ผู้นำหมู่บ้าน อ.ส.ม. และบุคลากรของโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยชาวบ้านตระหนักและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ และเห็นว่าควรได้รับความรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง และเน้นการพัฒนา อ.ส.ม.ให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ควรเน้นการสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา เน้นการให้สุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาของชุมชน ขณะเดียวกันโรงพยาบาลควรเน้นการพัฒนากระบวนการบริการเชิงรุก โดยมีทีมงานเพื่อทำงานร่วมกับชุมชน

Title: Search for Methods to Develop the Health Service Model at Sirinthorn Hospital
: A Case Study of the Community by the Dam.

Researcher: Wiyada Karwipat, M.D. et al.

Year: 2001

Abstract

This study is a qualitative study and uses the Rapid Rural Appraisal (RRA) technique to study a community. The purpose is to find a model for the public health service for the promotion of health in the hospital for the community around the dam, so that is consistent with the operating principles and accepted by the community. Semi-structured interview was used to collect information by interviewing informants in the community and informants at the family level. The data obtained was analyzed collectively for content, and then taken to the community for approval.

The results of the study were that the community around the dam was in a drought area, without rice fields and without their own land for farming for their living. The main occupation of the inhabitants of the area was general labourer. It is a community which is strongly dependent on outside, both for occupation and food which must be found outside the community.

People in the community have 3 forms of treatment seeking behaviour when sick, which can be separated depending on type of illness: emergency illness, chronic illness and general illness. Each type of illness has its own pattern of acceptance and treatment. Villagers still having wrong understanding and acceptance with regard to health promotion behaviour in some aspects, especially some old beliefs such as using anti-biotics for the treatment of all diseases, using condensed milk for rearing babies etc.

When studying ways in which the community and the hospital can collaborate in implementation of health promotion work, it was found that people with an important role were villagers, village leaders, village health volunteers and hospital personnel or public health officers. Villagers realize and see the importance of health promotion and see that they should be educated to create correct behaviour and stress the development of village health volunteers so that they have greater credibility. The setting up of a health

network should be stressed in the community, as well as giving information about using medicine, and stressing health education which is consistent with the needs of the community. Also, the hospital should stress the development of an aggressive service system, with an active team working with the community.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ ด้วยการสนับสนุนจากสถาบันระบบสาธารณสุข สถาบันเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และโรงพยาบาลสิรินธร ที่ได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาวิชาการด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ เพื่อนำผลการศึกษาไปสู่การแก้ปัญหาของพื้นที่ต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นายแพทย์วิระพันธุ์ สุพรรณไชยมาตย์ รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมพล ทศนิยม และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง กาญจนา จันทรสูง ที่ให้โอกาสดำเนินการวิจัยและพัฒนาโครงการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดุสิต อายวัฒน์ ที่เป็นทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการและอาจารย์ประสิทธิ์ประสาทความรู้เทคนิควิธีการวิจัย ให้คำปรึกษา ตรวจสอบและแก้ไขงานอย่างใกล้ชิด ตลอดให้กำลังใจเสมอมา

ขอขอบพระคุณ ดร.แพทย์หญิง เนติณี ไชยเอีย อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงงานวิจัยนี้ให้สมบูรณ์ขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สยาม ประสานพิมพ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร ตลอดจนบุคลากรเพื่อนร่วมงานทุกคนที่ให้โอกาสนักวิจัยในการทำงานครั้งนี้ เสียสละเวลา และความสุขส่วนตัวในการทำงานหน้าที่ประจำแทนคณะวิจัย และให้กำลังใจ ตลอดจนให้คำปรึกษาอย่างสม่ำเสมอ

ท้ายสุดนี้ งานวิจัยนี้จะสำเร็จลงไม่ได้ ถ้าขาดความร่วมมือของชาวบ้าน และผู้นำของชุมชนริมเขื่อน ที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ร่วมอภิปรายและเสนอแนะแนวทาง จนสามารถสรุปผลงานการวิจัยได้ คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	i
Abstract	ii
กิตติกรรมประกาศ	iv
สารบัญ	v
สารบัญตาราง	xi
สารบัญแผนภาพ	x
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามในการวิจัย	2
1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย	2
1.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	2
1.5 ขอบเขตการวิจัย	2
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	2
บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	4
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	4
2.2 รูปแบบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	5
2.3 ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ	6
2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง	8
2.5 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
2.5.1 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับบุคคล	11
2.5.2 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับครอบครัว	15
2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	18
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	20
3.1 หน่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล	20
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	20
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	22
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	22
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	22

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

3.6 การตรวจสอบข้อมูลในชุมชน	23
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล	24
3.8 การพิจารณาทางด้านจริยธรรม	24
บทที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน	25
4.1 สภาพด้านกายภาพของชุมชน	25
4.1.1 สภาพที่ดินและกรรมสิทธิ์ที่ดิน	25
4.1.2 สภาพภูมิอากาศ	26
4.1.3 แหล่งน้ำ	27
4.1.4 ระบบสาธารณูปโภค	28
4.1.5 สถานที่สำคัญ	28
4.2 สภาพทางชีวภาพ	29
4.2.1 การปลูกพืช	29
4.2.2 การเลี้ยงสัตว์	30
4.3 สภาพเศรษฐกิจของชุมชน	30
4.3.1 อาชีพภาคเกษตรกรรม	30
4.3.2 อาชีพนอกภาคเกษตร	31
4.3.3 รายได้ รายจ่าย และการออม	33
4.3.4 เกณฑ์การจำแนกทางฐานะเศรษฐกิจ	33
4.4 ลักษณะทางสังคมของชุมชน	33
4.4.1 ประวัติชุมชน	33
4.4.2 กลุ่มเครือญาติในชุมชน	34
4.4.3 การรวมกลุ่มในชุมชน	34
4.4.4 การเมืองการปกครอง	36
4.4.5 โครงการพัฒนาในชุมชน	37
4.4.6 การพัฒนาองค์ความรู้ในชุมชน	37
4.5 วัฒนธรรมและประเพณี	38
4.5.1 ด้านการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ	38
4.5.2 บุญประเพณี	39

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

4.6	ภาวะสุขภาพ	39
4.6.1	การดูแลสุขภาพที่บ้าน	39
4.6.2	ความเชื่อเรื่องสุขภาพ	40
4.6.3	ภาวะสุขภาพในชุมชน	42
	- กลุ่มเด็ก	42
	- กลุ่มผู้ใหญ่	43
	- กลุ่มผู้สูงอายุ	43
4.7	การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน	44
4.8	หลักประกันสุขภาพ	44
บทที่ 5	การวิเคราะห์วิถีชีวิตสาธารณสุขของชุมชน	45
5.1	แบบแผนการรักษายาบาลและบทบาทบุคลากรด้านสาธารณสุข	45
5.1.1	แบบแผนการรักษาโรคทั่วไป	45
5.1.2	แบบแผนการรักษาโรคฉุกเฉิน	46
5.1.3	แบบแผนการรักษาโรคเรื้อรัง	48
5.2	พฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ	51
5.2.1	พฤติกรรมการใช้ยา	51
5.2.2	การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์	52
5.2.3	การวางแผนครอบครัว	53
5.2.4	การเลี้ยงดูเด็ก	53
5.2.5	พฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	54
5.2.6	การออกกำลังกาย	54
5.3	แนวทางการจัดรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลสิรินธร	55
5.3.1	การให้สุศึกษา	57
5.3.2	ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้มารับบริการ	58
บทที่ 6	บทสรุป	61
6.1	สรุปผลการวิจัย	61
6.2	ข้อเสนอแนะ	65

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

บรรณานุกรม	67
ภาคผนวก	70
ประวัติคณะผู้วิจัย	78

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 3.1	แสดงจำนวนครัวเรือนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เกณฑ์ด้านสุขภาพและฐานะทางเศรษฐกิจ	21
ตารางที่ 5.1	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกสถานบริการสุขภาพ	49
ตารางที่ 5.2	แนวทางดำเนินการบริการสุขภาพในชุมชน	59

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	19
แผนภาพที่ 5.1 แสดงแบบแผนการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป ของชุมชนริมเขื่อน	46
แผนภาพที่ 5.2 แสดงแบบแผนการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคฉุกเฉิน ของชุมชนริมเขื่อน	47
แผนภาพที่ 5.1 แสดงแบบแผนการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ของชุมชนริมเขื่อน	48

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสภาพการเปลี่ยนแปลงสังคมปัจจุบันนี้ มีความเจริญของการสาธารณสุขไปโรคและความเจริญด้านต่าง ๆ แพร่กระจายเข้าสู่สังคมชนบทเดิมแทบทุกแห่งทำให้เกิดลักษณะของชุมชนกึ่งสังคมเมืองขึ้น ซึ่งในภาวะการณ์ของสังคมเช่นนี้ ในขณะที่ความเจริญบางด้านกำลังดำเนินอยู่และสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงไปองค์ประกอบสุขภาพของประชากรก็มีการแปรเปลี่ยนตาม อุบัติการณ์ของโรคมีความแตกต่างไปจากเดิม ในขณะเดียวกันสังคมยังคงมีวิถีชีวิตความเชื่อและวัฒนธรรมบางอย่างไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการดูแลสุขภาพอนามัยของประชากร ซึ่งในลักษณะเช่นนี้มีข้อเด่นและข้อด้อยในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย เป็นภาพความขัดแย้งทางสังคม ที่ทำให้เกิดมิตินึงที่น่าสนใจว่า ในฐานะหน่วยงานของรัฐ ที่ต้องให้การบริการสาธารณสุขและดูแลสุขภาพของประชกรนั้น จะมีวิธีการและรูปแบบการบริการอย่างไรในสภาวะสังคมแบบนี้ ที่จะสามารถให้การบริการได้อย่างทั่วถึง สามารถคงลักษณะที่ดีในสังคมไว้ และช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและข้อเข้าใจผิดในสังคมในการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความอยู่ดีมีสุขและสุขภาพดีถ้วนหน้าต่อไป

ชุมชนริมเขื่อนเป็นชุมชนหนึ่งที่มีลักษณะสังคมกึ่งสังคมเมือง มีความเจริญด้านการคมนาคม มีวิถีชีวิตในการพึ่งพาเทคโนโลยีสมัยใหม่มากขึ้น มีความสะดวกในการติดต่อทางสังคมและเศรษฐกิจ อยู่ห่างจากตัวอำเภอประมาณ 2 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากโรงพยาบาลประมาณ 3 กิโลเมตร มีความทันสมัยในเรื่องข้อมูลข่าวสารค่อนข้างมาก แต่ก็ยังมีความล้าสมัยในด้านของสุขภาพ ตัวอย่างเช่นในชุมชนยังมีเด็กที่ป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวจากการขาดวิตามินบี 1 (Cardiac Beri Beri) มีหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ มีการคลอดที่บ้านโดยผู้ทำคลอดไม่ใช่หมอดูแลหรือบุคลากรทางการแพทย์ การให้การดูแลอาการป่วยเองจนกระทั่งอาการหนักมาก ต่ลอดจนเลี้ยงเด็กทารกด้วยข้าวต้ม

เนื่องจากชุมชนนี้อยู่ใกล้โรงพยาบาล มีความสะดวกต่อการเก็บข้อมูลของคณะผู้วิจัยที่เป็นบุคลากรของโรงพยาบาล ดังนั้นจึงเป็นชุมชนที่เลือกเพื่อทำการศึกษาค้นหาแนวทางพัฒนารูปแบบการบริการของโรงพยาบาลสำหรับชุมชนกึ่งสังคมเมือง ซึ่งนับวันลักษณะสังคมเช่นนี้จะมีเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ การทำการศึกษานี้จึงน่าจะให้ประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล โดยการให้สังคมมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดีของประชากรต่อไป

1.2 คำถามในการวิจัย

1. ชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างไร
2. ชุมชนมีแบบแผนในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยอย่างไร
3. ชุมชนมีทัศนคติและการรับรู้ของชุมชนในเรื่องวิถีทางสาธารณสุขที่ตนเองมีอยู่อย่างไร และมีข้อเสนอแนะแนวทางหรือวิธีปฏิบัติอะไรบ้าง
4. รูปแบบการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลที่ชุมชนเห็นว่าเหมาะสมควรจะเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อหารูปแบบการบริการสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลสำหรับชุมชนริมเขื่อนให้สอดคล้องกับสภาพสังคมของชุมชน โดยการ

- ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพชุมชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ
- ศึกษาแบบแผนการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยในชุมชน
- ศึกษาทัศนคติและการรับรู้ของชุมชนในด้านสาธารณสุข

1.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำมาใช้ในการหารูปแบบการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ของโรงพยาบาล
2. ได้แนวทางที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน
3. ชุมชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิคการสำรวจชุมชนอย่างรวดเร็ว (Rapid Rural Appraisal, RRA) ในเขตพื้นที่ชุมชนริมเขื่อน ในระยะเวลา 12 เดือน ทั้งนี้เนื่องจากคณะผู้ทำการวิจัยมีงานประจำ ระยะเวลาที่ใช้จึงมากขึ้นจากการทำ RRA ทั่วไป โดยจะเก็บข้อมูลชุมชนจากกลุ่มตัวอย่าง 2 ระดับ ได้แก่ ศึกษาภาพรวมของชุมชนในระดับชุมชนจากผู้รู้ (Key Informants) และระดับครอบครัวจากหัวหน้าครอบครัว

1.6 นิยามศัพท์ในการวิจัย

พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อสนับสนุนให้มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งในด้านกาย ใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยประเมินจาก จปฐ.(เฉพาะเกณฑ์ด้านส่งเสริมสุขภาพ)

แบบแผนการรักษาพยาบาล หมายถึง รูปแบบการดูแลตนเองที่ปฏิบัติเป็นประจำเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยแยกกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่โรคที่ต้องรีบให้การรักษา เช่น อุบัติเหตุรุนแรง ชัก การเจ็บครรภ์คลอด เป็นต้น ภาวะเจ็บป่วยไม่รุนแรง เช่น เป็นไข้ ปวดท้องไม่รุนแรง และการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นต้น และภาวะเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ชุมชนรับรู้

ทัศนคติของชุมชนในด้านสาธารณสุข หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดต่อการปฏิบัติและการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนทั้งในเชิงบวก และเชิงลบ

การรับรู้ของชุมชนด้านสาธารณสุข หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของชาวบ้านในชุมชนเกี่ยวกับการสาธารณสุข ซึ่งการรับรู้นี้จะส่งผลต่อการปฏิบัติตน และการ แก้ไขปัญหาทางด้านสาธารณสุขของชุมชน

บทที่ 2

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้ได้นำเสนอเกี่ยวกับ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นแนวคิดหลัก ที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ประเด็นที่สำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนแก่ชุมชน คือ การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งในกระบวนการนี้ควรต้องเน้นการมีส่วนร่วมและการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้ปราศจากโรค จากการประชุมร่วมกันระหว่าง 6 ประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ สวิตเซอร์แลนด์ นอร์เวย์ เดนมาร์ก และอิสราเอล ณ กรุงโคเปนเฮเกน ประเทศเดนมาร์ก ในหัวข้อเรื่อง “บทบาทของบุคคลในงานสาธารณสุขมูลฐาน” โดยมีวัตถุประสงค์จะหาแนวทางให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐาน และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ครอบครัว กลุ่มและชุมชน ซึ่งในการประชุมได้กำหนดความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองไว้อย่างกว้างขวาง 4 มิติ คือ

1. การดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ (Health Maintenance)
2. การรู้จักการป้องกันตนเองจากโรคและอันตรายต่างๆ (Disease Prevention)
3. การรักษาอย่างถูกต้องเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Treatment)
4. การฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ (Rehabilitation)

Noris (1977, อ้างถึงใน วรรณท์ บุนนาคและคณะ; 2539) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบกันเองด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนเริ่มเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองโดยมีมูลเหตุผลักดันมาจากความไม่พอใจต่อการรักษาของแพทย์ที่เห็นคนไข้เป็นเพียงวัตถุหรือ “ชิ้นส่วน” ในการรักษาเท่านั้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพงทั้งตระหนักว่าตนเองมีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถ เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้

มัลลิกา มติโก (2530) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของบุคคลแต่ละคน ซึ่งจะเป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไร และสามารถให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ฉะนั้นการให้

ความหมายของการดูแลตนเอง จึงหมายถึง การดูแลตนเองในขณะมีสุขภาพดี การส่งเสริมรักษาให้สุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ รู้จักการป้องกันตนเองตลอดจนสมาชิกในครอบครัว และการรักษาตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น

เอ็ดมุนด์ ทอกระจาย (2533) ได้สรุปไว้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการทางด้านสุขภาพที่ประชาชนกระทำด้วยตนเอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ(Health Promotion) การคงรักษาสุขภาพ (Health Maintenance) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจหลังการเจ็บป่วย (Rehabilitation) และยังคงครอบคลุมถึงการดูแลระดับประคองทางจิตใจ อารมณ์และสังคมของบุคคล กระบวนการดังกล่าวมีการดำเนินอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของบุคคล และการดูแลสุขภาพตนเองยังเป็นองค์ประกอบขั้นพื้นฐานที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งการจัดการบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ จะต้องมีความสอดคล้องกับสภาพการณ์และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นสำคัญ

Pender (1982) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองจึงมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนการดูแลตนเองมากขึ้นเท่านั้น

การดูแลสุขภาพตนเอง จึงไม่ได้หมายถึง ภาระหน้าที่เฉพาะบุคคลที่จะดูแลตนเองเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงหน่วยบริการสาธารณสุขจะต้องตระหนักและให้การบริการที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวด้วย

2.2 รูปแบบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

Brofshy (1979, อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก; 2530) ได้เสนอรูปแบบในการพัฒนาแนวคิดและวิธีการดูแลตนเองแก่ประชาชนไว้ 5 รูปแบบ คือ

1. Naturalistic Model เป็นรูปแบบที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีความรู้ในการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ ที่สามารถกระทำได้ด้วยตนเองภายในครอบครัวและภายในชุมชนของตนเอง มีความเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ตามธรรมชาติและแบบแผนพฤติกรรมที่เขาเคยปฏิบัติอยู่

2. Egoistic Model เนื่องจากมนุษย์โดยทั่วไปชอบเข้าข้างตนเอง ถือตนเองเป็นใหญ่ และมีความต้องการที่จะดูแลตนเอง ฉะนั้นถ้าสังคมอาศัยมูลเหตุจูงใจในเชิงจิตวิทยา โดยให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการสุขภาพ ก็จะช่วยให้เขารู้จักตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเองให้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

3. Ideological Model สังคมจะต้องเป็นผู้วางรากฐาน ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องให้กับประชาชน และต้องให้เหมาะสมกับขีดความสามารถของประชาชน ตลอดจนส่งเสริมให้ชุมชนได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ

4. Existential Model เนื่องจากการบริการทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอและทั่วถึงกับความต้องการของประชาชน และประชาชนพึงพาบริการทางการแพทย์เกินความจำเป็น รวมทั้งค่าบริการมีราคาแพง ดังนั้นสังคมจึงจำเป็นต้องสร้างกฎเกณฑ์เกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่มีอยู่

5. Exchange Model เป็นการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองของประชาชนเพื่อให้ได้สิ่งที่ดีที่สุดในการตอบสนองด้านสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อใดที่ประชาชนรู้สึกละเลยด้านสุขภาพไม่สามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้ กระบวนการแลกเปลี่ยนจะเกิดขึ้นทันที ฉะนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักดูแลตนเองอย่างถูกต้อง จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่

2.3 ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ

มัลลิกา มัติโก (2530) ได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติและการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self Care in Health) เป็นการดูแลตนเองของบุคคลและครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะ คือ

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ

ก. การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

ข. การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจและเอกซเรย์ปอด ในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรังเพื่อเป็นการป้องกันความรุนแรงของโรคมะเร็งที่อาจเกิดขึ้นได้ในภายหลัง

ค. การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness)

ความเจ็บป่วย (Illness) หมายถึง ความรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตัวเขาเองว่ามีความผิดปกติไปจากเดิมซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตัวเขาเองจากครอบครัว หรือเครือข่ายสังคมและจะเข้าสู่พฤติกรรมความเจ็บป่วย โดยแต่ละคนจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน

นักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มีความเห็นร่วมกันว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อยๆ 4 ระดับด้วยกันคือ (Dean :1986,275 – 284)

2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual Self Care)

2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family Care)

2.3 การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network)

2.4 การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Self Help Group)

การดูแลสุขภาพของตนเองแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนัก และประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำการใดๆลงไปเพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งการตัดสินใจที่จะไม่กระทำการใดๆเกี่ยวกับอาการนั้นๆ ส่วนการกระทำการใดๆ มีตั้งแต่การรักษาอาการผิดปกติด้วยวิธีการของตนเอง หรือแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากผู้อื่นที่เป็นสามัญชนจากครอบครัว และเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข การดูแลตนเองยังครอบคลุมถึงการประเมินผลและการตัดสินใจในการกระทำที่เป็นคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้มา ดังนั้น เมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอย่างพอเพียง บุคคลจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยอยู่ 4 แบบ คือ

1. การตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ

2. การใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งอาจเป็นทั้งการซื้อยากินเอง การใช้ยา

กลางบ้าน

3. การรักษาตนเองโดยวิธีต่าง ๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การนอน การพักผ่อน และดื่ม น้ำอุ่นเมื่อเริ่มรู้สึกตัวว่าเป็นหวัด การลดการสูบบุหรี่เมื่อรู้สึกเจ็บหน้าอก

4. การตัดสินใจที่จะไปหาบุคลากรสาธารณสุขในกระบวนการของการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษา

Orem (1985) ได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Universal Self Care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อระดับประครองกระบวนการชีวิตและสนับสนุนให้ดำเนินชีวิตเป็นไปปกติ พฤติกรรมเหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ ขั้นตอนพัฒนาการและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2. การดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ (Development Self Care) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ได้แก่ การเข้าสู่ภาวะการตั้งครรภ์ การเป็นบิดามารดา เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ สภาวะการณ์ที่มีผลต่อพัฒนาการนั้น ๆ

3. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self Care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เมื่อเกิดเจ็บป่วยไม่สามารถประกอบกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรมและการบำบัดรักษาต่าง ๆ เป็นต้น

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง

มัลลิกา มัติโก (2530 : 17-24) กล่าวถึงปัจจัยที่สนับสนุนให้มีการดูแลสุขภาพตนเอง ไว้ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยเหมือนเครื่องจักร บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขส่วนใหญ่ในปัจจุบันให้การดูแลผู้ป่วยเปรียบเสมือนผู้ป่วยเป็นเครื่องจักร ซึ่งเป็นผลมาจากความเจริญทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้เกิดความชำนาญเฉพาะทางขึ้น และนำไปสู่การแบ่งส่วนของการดูแลรักษา โดยมีการแบ่งการรักษาเป็นส่วน ๆ เหมือนชิ้นส่วนของเครื่องจักรอย่างปราศจากความรัก ความเมตตาและความเข้าใจ แพทย์จึงไม่สามารถแสดงบทบาทตามความคาดหวังของสังคม ความรู้สึกดังกล่าวเป็นพลังที่จะสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองมากขึ้น

2. การรักษาที่มีราคาแพง การรักษาตามวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก บางครั้งเป็นการเสียเงินไปกับการรักษาที่ไม่จำเป็น เสียเงินไปกับวัฒนธรรมการสั่งยาของแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ก่อนที่จะมาพบแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง เป็นต้น

3. ความคลุมเครือของบทบาทการเจ็บป่วย การแพทย์สมัยใหม่พยายามค้นหาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยการศึกษาถึงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะ

ต่างๆของร่างกาย ทั้งในสภาวะปกติและเจ็บป่วยเพื่อให้สามารถจำแนกความแตกต่างของโรคแต่ละชนิดรวมถึงการพยายามแยกอาการของโรคให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นของโรคบางโรคที่ซับซ้อน ซึ่งวงการแพทย์สมัยใหม่ยังก้าวไปไม่ถึงระดับที่จะวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องยังมีอยู่อีกมากมาย ทำให้ผู้ป่วยที่ตกอยู่ในภาวะของความคลุมเครือ และไม่แน่ใจว่าเป็นความเจ็บป่วยจริงหรือไม่ หรือเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด ซึ่งลักษณะเช่นนี้ย่อมกระทบกระเทือนถึงบทบาทการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ไปหาแพทย์ และใช้วิธีดูแลรักษาด้วยตนเอง

4. แบบแผนของโรคเปลี่ยนแปลงไป ในระยะที่ผ่านมา วิทยาศาสตร์การแพทย์สามารถกำจัดและรักษาโรคได้แทบทุกชนิด ส่วนใหญ่เป็นการแก้ปัญหาของโรคติดเชื้อ แต่ปัญหาของโรคในปัจจุบัน โดยเฉพาะในประเทศตะวันตกที่ต้องเผชิญอยู่ก็คือโรคเรื้อรังที่วงการแพทย์สมัยใหม่เพียงลำพังไม่สามารถแก้ไขได้โรคเหล่านี้ได้ ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน ไขข้ออักเสบ และโรคเกี่ยวกับระบบประสาท เป็นต้น ฉะนั้น ในการแก้ปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวจึงควรเป็นหน้าที่ของตัวผู้ป่วย และครอบครัวที่จะให้การดูแลอย่างเหมาะสมที่สุด

5. ประชาชนมีความรู้ทางด้านการแพทย์มากขึ้น ในปัจจุบันการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพมีเพิ่มมากขึ้น ประชาชนสามารถหาความรู้ได้จากวารสารทางการแพทย์ ตำราการรักษาที่ง่าย ๆ และจากรายการทางวิทยุโทรทัศน์ ซึ่งความรู้ที่ประชาชนได้รับประชาชนสามารถนำไปปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ ตลอดจนเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิต โดยมีจุดประสงค์เพื่อการมีสุขภาพที่ดีอันเป็นความต้องการพื้นฐานของประชาชนทั่วไป

และกล่าวถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ไว้ดังนี้

1. บุคคล หมายถึง ขีดความสามารถของบุคคลในสังคมในการดูแลตนเอง ดูแลครอบครัวกลุ่มและชุมชน ซึ่งถ้าบุคคลในชุมชนขาดแนวความคิดเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องย่อมเกิดได้ยาก

2. สิ่งแวดล้อม เป็นส่วนประกอบภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับความ เป็นอยู่ของประชากร ถ้าตราบใดที่สังคมส่วนใหญ่ยังละเลยต่อสภาพแวดล้อม มีการทิ้งขยะไม่เป็น ที่ สภาพความเป็นอยู่แออัด มีแหล่งน้ำโสโครก อากาศเสีย เมื่อนั้นแม้ว่าจะมีการส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีเพียงใด โดยไม่พยายามรักษาสุขภาพส่วนรวมแล้ว การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยก็จะมีทางดีไปไม่ได้เลย

3. ปัจจัยด้านสรีระวิทยา ปัจจัยด้านสรีระวิทยาจะเป็นตัวกำหนดขอบเขตของกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล อีกทั้งขีดความสามารถของบุคคล ปัญหา ด้านสุขภาพนอกจากจะมีวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดแล้ว ปัจจัยทางสรีระวิทยาก็มีส่วนกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือ การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ การทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ การดูดซึมอาหารและการเผาผลาญอาหารของบุคคลในแต่ละวัยย่อมแตกต่าง

กัน เช่น ผู้ใหญ่อาจมีสุขภาพร่างกายดีกว่าคนชราหรือคนพิการ หรือผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิด เช่น เบาหวาน ไขข้ออักเสบ และภูมิแพ้ เป็นต้น ฉะนั้นปัจจัยทางชีววิทยาจึงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง การช่วยเหลือตนเองและการพึ่งบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน

4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทสตรี จากการที่สตรีได้รับสิทธิออกเสียงเลือกตั้ง การประกอบอาชีพต่าง ๆ ได้เหมือนบุรุษ ทำให้สตรีตระหนักว่าตนมีความเสมอภาคเท่าเทียมบุรุษ ผลจากการออกไปทำงานนอกบ้าน ส่งผลให้ไม่มีเวลาอบรมเลี้ยงดูลูกอย่างใกล้ชิดเหมือนก่อน ทำให้อำนาจของพ่อแม่ที่มีต่อลูกลดลง เกิดสภาพต่างคนต่างอยู่และหากภรรยาไม่ฐานะทางเศรษฐกิจเท่าเทียมสามี การเกรงใจก็จะลดลงและนำไปสู่ปัญหาการหย่าร้าง ในที่สุดครอบครัวก็ไม่สามารถทำหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัย สมาชิกในครอบครัวจึงจำเป็นต้องพึ่งความช่วยเหลือจากสถาบันทางการแพทย์

5. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว ในอดีตลักษณะครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยายประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก ญาติพี่น้องที่มีเวลาเพียงพอ ที่จะให้การดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่กันในด้านสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัว แต่เนื่องจากการจำกัดทางเศรษฐกิจ ความต้องการเป็นอิสระ และพร้อม ๆ กันนั้น ก็มีการใช้เครื่องไฟฟ้าผ่อนแรงทำงานบ้าน ทำให้ครอบครัวมีลักษณะ เป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบไปด้วย พ่อ แม่และลูก บทบาทของครอบครัวในการทำหน้าที่การดูแลสุขภาพของสมาชิก จึงเปลี่ยนไปเป็นบทบาทของสถาบันทางการแพทย์มากขึ้น

6. อิทธิพลจากทัศนะของนักวิชาการในเรื่องบทบาทการเจ็บป่วย แนวคิดเรื่องความเจ็บป่วยของนักสังคมวิทยา ชื่อ Talcott Parsons (1951) ว่า ความเจ็บป่วยได้รับการยอมรับว่าเป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนรูปแบบหนึ่ง และแพทย์เป็นผู้ควบคุมความเบี่ยงเบนที่เกิดขึ้น ฉะนั้นเมื่อประชาชนเจ็บป่วยจึงมีบทบาทที่ต้องปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย และหายจากความเจ็บป่วยนั้นๆ โดยการไปหาแพทย์ให้เร็วที่สุด สำหรับแพทย์ก็มีบทบาทเพื่อให้ความช่วยเหลือความเจ็บป่วยและทำให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ แนวคิดดังกล่าวย่อมกระทบต่อแนวคิดที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง และทำให้ประชาชนละเลยที่จะช่วยเหลือตนเอง

2.5 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในระดับบุคคล และระดับครอบครัวเพื่อเป็นแนวคิดและแนวทางในการศึกษา

2.5.1 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับ

บุคคล

มาริส่า ไกรฤกษ์ และคณะ (2534) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการติดตามข่าวสารด้านสุขภาพโดยการติดตามข่าวสารจากคำบอกเล่าของผู้ใหญ่บ้าน หรือเพื่อนบ้าน หรือสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีและไม่เคยพบทันตแพทย์ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม มีการกำจัดขยะโดยวิธีเผา มีการกำจัดหรือป้องกันแมลงและสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรควิธีที่ใช้กันมากที่สุดคือ การใช้สารเคมีฉีดพ่น การกำจัดมูลสัตว์ส่วนใหญ่กำจัดโดยนำไปทำปุ๋ย ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย พบว่าเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไปรับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไปตรวจรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น การตัดสินใจเมื่อเจ็บป่วยจะตัดสินใจด้วยตนเองและนำบัตรรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันเท่านั้น

ศิริวิทย์ หลิมโตประเสริฐ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ กับความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ โดยการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปและมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 355 ราย ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพโดยรวมด้านโภชนาการ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันรักษาสุขภาพตนเองและสุขภาพจิต อยู่ในระดับดีร้อยละ 68.6 ระดับปานกลางร้อยละ 41.4 และระดับไม่ดีร้อยละ 0.3 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ความรู้ การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การได้รับข้อมูลข่าวสารและข้อมูลจากแหล่งต่างๆ และยังพบว่าปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ความรู้ การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ยังสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้

นิตยา เย็นจ๋า (2535) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรชายในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 162 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ โดยเฉพาะการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ นอกจากนั้นพบว่า อายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ และการมีประวัติบุคคลในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ สามารถทำนายการ

ปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายการปฏิบัติตนเพื่อการงดสูบบุหรี่

กัญญา ศรีนวล (2536) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ ในจังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ พระภิกษุในวัด 25 วัดของจังหวัดราชบุรี ทั้งที่สูบและไม่สูบบุหรี่ จำนวน 266 รูป ผลการศึกษาพบว่า พระภิกษุมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 53.4 โดยสูบเป็นประจำทุกวัน วันละ 6-10 มวน ส่วนมากเริ่มสูบก่อนบวชเป็นพระภิกษุ สาเหตุที่เริ่มสูบคืออยากลองด้วยตนเอง และส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ และยังพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ระยะเวลาในการบวช ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ และค่านิยมในการสูบบุหรี่ ปัจจัยเสริมคือ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ การยอมรับหรือต่อต้านการสูบบุหรี่ของเจ้าอาวาสและพระภิกษุในวัดเดียวกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แต่ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การใช้เวลาว่างของพระภิกษุ การถวายบุญแก่พระภิกษุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

พิมพีใจ จารุวัชรวิงศ์(2536) ได้ศึกษาถึง อิทธิพลของปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยส่งเสริมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในชนบทจังหวัดอุบลราชธานีในขณะนั้น ปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งของจังหวัดอำนาจเจริญ โดยการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรกในอำเภอชานุมาน จำนวน 215 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนจากคู่สมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

รจนารถ ร่วงลือ (2536) ได้ศึกษา การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 352 คน ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การได้รับอากาศ การได้รับน้ำ การได้รับอากาศที่เพียงพอ การขับถ่ายและการระบาย การป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพและด้านการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ส่วนกิจกรรมที่ทำได้ปานกลาง ได้แก่ การคงไว้ซึ่งสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนและด้านการคงไว้ซึ่งการอยู่ตามลำพัง และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสังคม และพบว่าเมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และลักษณะการพักอาศัยที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นงลักษณ์ จินตนาดิกล (2539) ได้ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ในสังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนประถมศึกษาของโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร 7 โรงเรียน จำนวน 213 คน พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ และพบว่านักเรียนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ทั้ง 8 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การทำความสะอาดของร่างกายรวมทั้งการป้องกันโรคและอุบัติเหตุต่าง ๆ และจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (พัฒนาการ ลักษณะนิสัย ประสพการณ์) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (ลักษณะการเลี้ยงดู การอบรมสั่งสอน แหล่งทรัพยากรแบบอย่าง) รวมทั้งสิ่งแวดล้อมของโรงเรียน ชุมชน มีผลทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ

สัมฤทธิ์ ขวัญโพน (2539) ได้ศึกษา การศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงหลังคลอด โดยการสัมภาษณ์หญิงหลังคลอดปกติ(หลังคลอด 6 – 8 สัปดาห์) อายุ 15-44 ปี จำนวน 130 คน ที่มาตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลแม่และเด็กขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลศรีนครินทร์จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ได้แก่ การได้รับอาหาร น้ำ และอากาศอย่างเพียงพอ การรักษาไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายที่เป็นปกติ การรักษาสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ในระยะหลังคลอด และมีการปฏิบัติในระดับปานกลาง ได้แก่ การรักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด

อัมพรพรรณ ธีรานูตร และคณะ (2539) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 406 ราย พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานด้านอายุ รายได้ และระดับการศึกษา กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานด้านเพศ สถานภาพสมรส และลักษณะของครอบครัว กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไม่มีความแตกต่างกัน

กรรณิกา ตั้งสกุล (2540) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองบางประการ ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยการสอบถามนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 393 คน ผลการวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองบางประการ ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองที่อยู่ระดับพอใช้คือ ด้านการปฏิบัติทางด้านสุขนิสัยประจำวัน และความใส่ใจในสุขภาพของตนเอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพบางประการของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองบางประการ ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครู จากเพื่อน และจากสื่อด้านสุขภาพ

อนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองบางประการ และยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองบางประการของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นคือ การสนับสนุนจากสื่อด้านสุขภาพอนามัย ระดับการศึกษาของมารดา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองบางประการของนักเรียนและการสนับสนุนจากเพื่อน

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2540) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือ คนงาน จำนวน 400 คน ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเอื้อ พบว่า รายได้ ระยะทางในการไปสนามกีฬา ระยะทางในการไปโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ การไปตลาด การไปศูนย์การค้า การไปสนามกีฬา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเสริม คือ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์การจำแนกหมู่ พบว่า ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 19.70 รองลงมาได้แก่ ปัจจัยเอื้อ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 11.00 สำหรับปัจจัยเสริม สามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 10.90 สำหรับตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด ปัจจัยนำ ได้แก่ ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

เอกรัตน์ เชื้ออินตา (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 400 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ไม่รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ รับประทานอาหารหมักพูน ดื่มน้ำวันละ 6 – 8 แก้ว ไม่ดื่มสุรา ชา กาแฟ ไม่สูบบุหรี่ ถ่ายปัสสาวะอุจจาระปกติ ไม่ออกกำลังกาย นอนหลับคืนละ 6-8 ชั่วโมง มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านและนอกบ้าน อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง สระผมสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง ทำความสะอาดปากและฟัน วันละ 2 ครั้ง ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี มีสุขภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารหมักพูน การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพประจำปี สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับกลางคืนและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารหมักพูน การสูบบุหรี่หรือการออกกำลังกายและการเข้า

ร่วมกิจกรรมทางสังคม อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรม รายได้ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานเมี่ยงหมากพลู ลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย

อุณจิตต์ บุญสม (2540) ได้ศึกษา การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลศิริราช 270 ราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในเรื่องการไม่สูบบุหรี่ การอาบน้ำ การสวมรองเท้าส้นเตี้ย การแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สะอาด การชำระล้างอวัยวะทุกครั้งหลังขับถ่าย ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ การมาฝากครรภ์ตามนัด การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการสังเกตอาการผิดปกติทั่วไป และยังพบอีกว่า หญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมต่างกันด้วย โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จะมีพฤติกรรมดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี

โดยสรุปจะเห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพพระดับบุคคลมักจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อและค่านิยมในการรักษาสุขภาพแต่ละบุคคล ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมแสดงออก นอกจากนั้นก็มีปัจจัยภายนอกอย่างอื่นที่แตกต่างกันไปในแต่ละเรื่องแต่ละสถานการณ์

2.5.2 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพพระดับครอบครัว

นฤมล สีนสุพรรณ (2528) ได้ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการพาเด็กไปรับภูมิคุ้มกันโรคในชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีบุตรอายุระหว่างแรกเกิด - 5 ปี พบว่า พฤติกรรมของมารดาในการพาบุตรไปรับภูมิคุ้มกันไม่ครบและไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีนมีถึงร้อยละ 37 รองลงมาคือพาบุตรไปรับวัคซีนครบโดยที่มารดาไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีนประมาณร้อยละ 30 การที่มารดาไม่เคยพาบุตรไปฉีดวัคซีนและไปรับการฉีดวัคซีนไม่ครบ โดยที่มารดาไม่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีน(ไม่รู้จัก ไม่เคยเห็น ไม่รู้ถึงความรุนแรงของโรค) และยังมีปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและปัจจัยอื่นๆมาเกี่ยวข้องด้วย เช่น จำนวนเด็กป่วยในชุมชนมีน้อย การบริการของเจ้าหน้าที่ การกำหนดเวลาไม่แน่นอน การอธิบาย การนัดหมายที่ไม่ชัดเจนของเจ้าหน้าที่

พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2530) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท ศึกษาในพื้นที่ 2 ชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา โดยการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และสัมภาษณ์แบบเจาะลึก กับหัวหน้าครัวเรือนหรือภรรยา พบว่า ระบบความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นเครือข่ายสังคมแบบเหนียวแน่น (Closely Knitted Social

Network) ผู้มีอำนาจตัดสินใจต่าง ๆ ในครอบครัวมักจะเป็นพ่อบ้าน แต่ในเรื่องสุขภาพของลูกๆ มักจะมีการปรึกษาหารือกันระหว่างพ่อบ้านและแม่บ้าน หากพ่อบ้าน เป็นหมอพื้นบ้านก็จะเป็นผู้ตัดสินใจแทนแม่บ้าน หากพ่อบ้านประกอบอาชีพอื่นที่มีเวลาอยู่กับลูกน้อยกว่า ผู้ตัดสินใจมักจะเป็นแม่บ้านเว้นแต่เป็นครอบครัวขยายซึ่งมียายหรือแม่ใหญ่อยู่ในครอบครัวด้วย แม่ใหญ่จะเป็นผู้ตัดสินใจเรื่องสุขภาพของหลานทั้งหมดเอง พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) มักจะเริ่มจากการช่วยเหลือกันเองก่อนโดยการซื้อยาตามร้านค้าในชุมชน การดูแลตนเองในครอบครัว ก็จะมีการเช็ดตัวลดไข้ การนอนพักผ่อน การงดอาหารบางชนิด ถ้าอาการของโรคเริ่มต้นแบบเฉียบพลัน ชาวบ้านมักจะตัดสินใจไปโรงพยาบาลทันที และจากการศึกษายังพบอีกว่าฐานะทางเศรษฐกิจเข้ามามีส่วนกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กล่าวคือกลุ่มคนยากจนจะมีพฤติกรรมการรักษาตนเองเท่านั้นมากที่สุดโดยไม่ต้องไปรักษาต่อยังแหล่งอื่น แต่กลุ่มคนรวยจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอันดับแรกสูงกว่ากลุ่มอื่น แต่เมื่อรักษาสักระยะแล้วอาการไม่ดีขึ้นจะเปลี่ยนไปแสวงหาแหล่งบริการสาธารณสุขอื่นโดยไม่รังรอ ทั้งนี้ด้วยขีดความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเงื่อนไขสำคัญ และยังพบอีกว่าความแตกต่างของพฤติกรรมการรักษาตนเองในประชากรที่ต่างวัยกัน กล่าวคือ วัยเด็กและวัยชราจะลองรักษาสุขภาพตนเองก่อนถ้าไม่หายก็มีแนวโน้มที่จะหันไปแสวงหาแหล่งบริการอื่น ๆ เร็วกว่าวัยผู้ใหญ่

สุมาลี ตันทวิเชียร (2530) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจของบิดา มารดาที่มีส่วนสัมพันธ์กับการนำบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มารับภูมิคุ้มกันโรคตามระยะเวลาที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่นำบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มารับภูมิคุ้มกันโรคครบ 3 ครั้งที่ศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 7 ราชบุรี จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ความเข้าใจของบิดา มารดาเกี่ยวกับการรับภูมิคุ้มกันโรค มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อการพาบุตรมารับภูมิคุ้มกันมากที่สุด รองลงมาได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี (2533) ได้ศึกษาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนชนบทอีสาน ศึกษาในกลุ่มหญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า หญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอดโดยเฉพาะครรภ์แรกมักจะได้รับอิทธิพลในการปฏิบัติตัวต่าง ๆ จากเครือญาติโดยเฉพาะปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ จะเป็นผู้คอยดูแลให้คำแนะนำต่าง ๆ และยังพบอีกว่าหญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอดทุกรายจบการศึกษาภาคบังคับและเคยได้เรียนได้รับความรู้ด้านสุขศึกษา เป็นผลให้คนกลุ่มนี้มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพพอสมควร และฐานะทางเศรษฐกิจของปัจเจกบุคคลและชุมชนเป็นปัจจัยที่ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ยากจน ต้องดิ้นรนเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวทำให้พฤติกรรมสุขภาพที่บอกกล่าวต่อกันมาในอดีตได้หย่อนยานไป ส่วนครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีทำให้มีเวลาเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าและมีความเชื่อถือข้อปฏิบัติที่สั่งสมกันมาแต่อดีตได้เคร่งครัดกว่า

ศิริจันทร์ ชัชรรัตน์ (2534) ได้ศึกษาบทบาทและการปฏิบัติตัวของยายในการเลี้ยงดูเด็กของมารดาครรภ์แรกในครอบครัวขยาย ที่บ้านร่องคำหลวง จังหวัดพะเยา ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ยายที่เลี้ยงดูหลานคนแรกอายุระหว่างแรกเกิดถึง 5 ปี ผลการศึกษาพบว่า ในครอบครัวขยาย ยายเป็นผู้มีบทบาทในการเลี้ยงดูเด็ก โดยแสดงบทบาทในการดูแลเป็นบทบาทหลัก บทบาทการให้คำแนะนำเป็นบทบาทรอง ส่วนบทบาทในการจัดการและการประเมินผลเป็นบทบาทที่พบได้น้อย การแสดงบทบาทและการปฏิบัติของยาย พบมากในเรื่องการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจและที่สำคัญบทบาทและการเลี้ยงดูเด็กของยายมีความสำคัญต่อพัฒนาการของเด็กกล่าวคือ เป็นทั้งแหล่งปลูกฝังลักษณะนิสัยและก่อพื้นฐานบุคลิกภาพ รวมทั้งการถ่ายทอดคุณธรรมและค่านิยมต่าง ๆ แก่เด็ก

สมทรง ศุภศิลป์ และคณะ (2538) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วงของชาวชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาชาวชนบทที่พาบุตรมาตรวจสุขภาพตามนัดที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 386 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาและจำนวนบุตรมีชีวิตของมารดา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม พบว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง และความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงต่างมีอิทธิพลกำหนดพฤติกรรมการรักษาโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

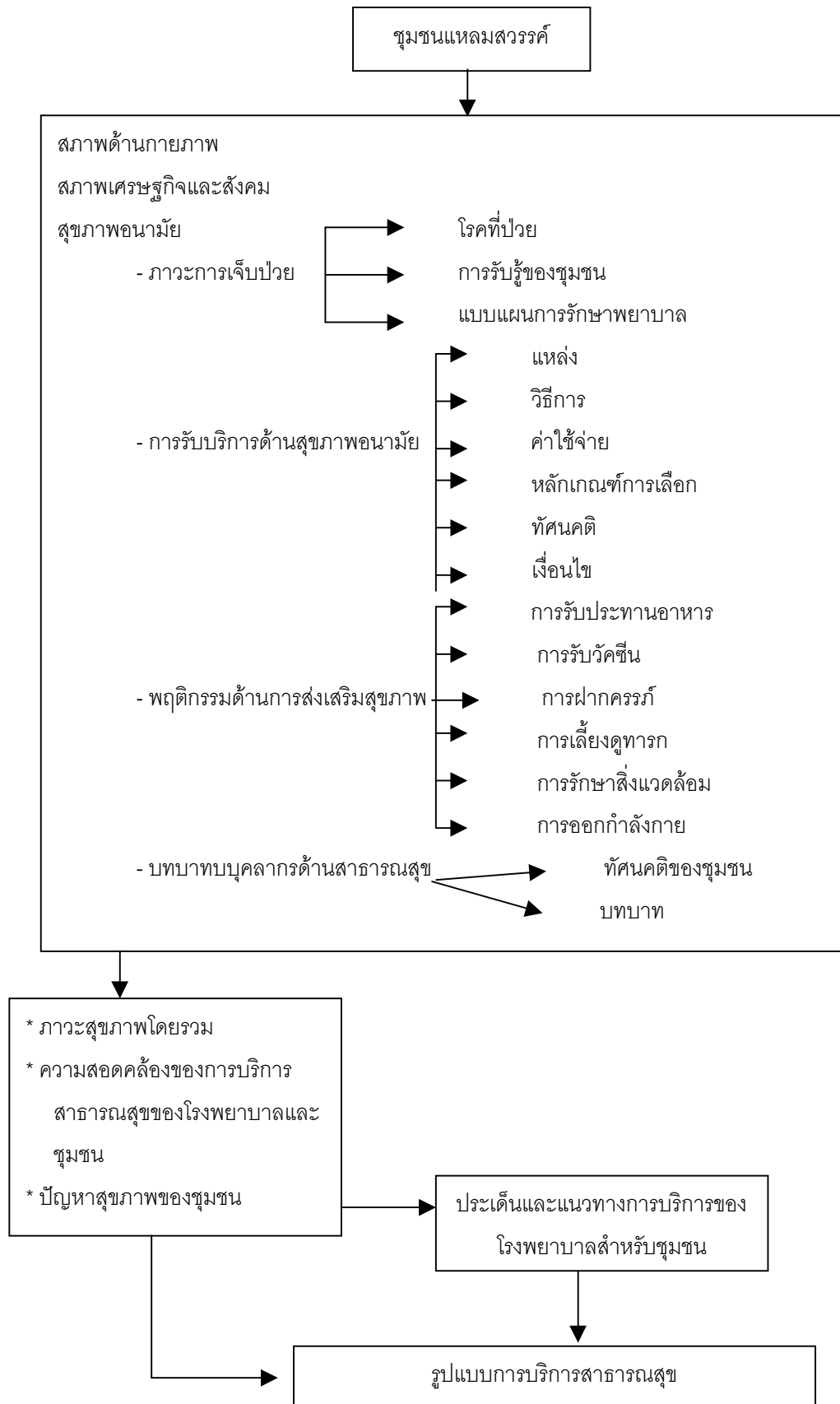
ละอียด วรรณสารเมธา (2539) ได้ศึกษาบทบาทของเครือญาติในการดูแลความเจ็บป่วย ศึกษากรณีอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษากลุ่มเครือญาติ ศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 72 รายและศึกษาเชิงปริมาณจำนวน 187 ราย กลุ่มผู้ป่วยจำนวน 60 รายและกลุ่มบุคลากรจำนวน 43 ราย โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษพบว่าบทบาทของเครือญาติในการดูแลความเจ็บป่วย มี 2 ด้าน คือ 1)การสนับสนุนการรักษาพยาบาลก่อนมาโรงพยาบาลและ 2)การสนับสนุนทางสังคม และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย ได้แก่ ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ อาชีพ ขนาดถือครองที่ดิน และความผูกพันทางสังคม

ปาริชาติ จันทรจรัส และคณะ (2537) ได้ศึกษาครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเอดส์และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจำนวน 7 ครอบครัว ที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบาราศนราดรุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลอาการป่วยเบื้องต้น บางรายยังมีความเชื่อหรือการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของครอบครัว จะมีการแยกสิ่งของเครื่องใช้ไว้ต่างหาก เรื่องการกินอาหารของผู้ป่วย บาง

ครอบครัวจะมีการแยกไว้เฉพาะโดยให้เหตุผลว่า อาหารของผู้ป่วยต้องเป็นอาหารรสจัดไม่เหมือนคนทั่วไป ในส่วนของครอบครัวกับการสนับสนุนเชื่อเหลือผู้ป่วยพบว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะแสดงออกในรูปของการให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือในการตัดสินใจ และเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารของสำหรับผู้ป่วย

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สุขภาพอนามัยของประชาชนขึ้นอยู่กับปัจจัยและสิ่งแวดล้อมหลายประการ ทั้งปัจจัยทางด้านกายภาพ ได้แก่ พื้น ที่ แหล่งที่อยู่อาศัย แหล่งน้ำ และทรัพยากร ฯลฯ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ รายได้ วัฒนธรรม ความเชื่อ ฯลฯ ปัจจัยทางด้านสุขภาพอันประกอบด้วยภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การยอมรับการบริการด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่างๆ บทบาทของบุคลากรด้านสาธารณสุข รวมทั้งทัศนคติและการรับรู้ของชุมชนต่างส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน ซึ่งมีผลต่อการให้บริการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลแก่ชุมชน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแผนภาพที่ 2.1



แผนภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่เน้นใช้วิธีการประเมินสถานะชนบทแบบเร่งด่วนแบบ (Rapid Rural Appraisal) ซึ่งมุ่งเน้นการศึกษาชุมชนในความเป็นอยู่และสภาพสังคมโดยรวม และนำมาวิเคราะห์พื้นฐานของปัญหาที่สนใจ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและได้ผลดีสำหรับชุมชน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

3.1 หน่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้กำหนดหน่วยวิเคราะห์เป็น 2 ระดับ ได้แก่

1. หน่วยวิเคราะห์ระดับชุมชน ได้แก่ ผู้ที่มีความรู้เรื่องชุมชน (Key Informants) คือ เป็นผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิ หมอพื้นบ้าน จำนวน 14 คน คณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ใช้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลของชุมชน ให้เห็นภาพโดยรวมของชุมชน และเป็นแนวทางในการเลือกหน่วยวิเคราะห์ระดับครัวเรือนได้
2. หน่วยวิเคราะห์ระดับครัวเรือน ได้แก่ กลุ่มครัวเรือนเป้าหมายที่มีประสบการณ์ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและการรักษาโรค ซึ่งหน่วยวิเคราะห์ครัวเรือนนี้ คณะผู้วิจัยใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพของครัวเรือน

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ครัวเรือนของชาวบ้านในชุมชนริมเขื่อน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

1. ในระดับชุมชน โดยได้เลือกผู้รู้ ได้แก่ ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อาวุโสของชุมชน เป็นต้น เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 14 คน

สำหรับการเลือกบุคคลผู้รู้ (Key Informants) สำหรับสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้านสภาพทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขนั้น ได้จำแนกผู้รู้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ผู้นำเป็นทางการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน อบต. เป็นบุคคลที่ทราบ ความเคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงของชุมชนโดยรวม จำนวน 5 คน

2) ผู้นำที่ไม่เป็นทางการคือ ผู้ใหญ่บ้านเก่า ผู้มีฐานะดีในชุมชน บุคคลที่ชาวบ้านให้ความเคารพนับถือ จะเป็นคนที่ให้ข้อมูลทางด้านสังคม วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ของแต่ละครอบครัวได้ดี และส่วนใหญ่จะเป็นคนที่อยู่ในชุมชน จำนวน 6 คน

3) ผู้เฒ่าผู้แก่ในชุมชน ได้แก่ คนชราในชุมชน จำ หอมพินบ้าน เป็นบุคคลที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นมา การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจของชาวบ้าน จากอดีตจนถึงปัจจุบัน และเป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจของชุมชนได้ จำนวน 3 คน

2. ในระดับครัวเรือน ได้เลือกครัวเรือนแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณลักษณะที่สนใจ ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ และการมีสมาชิกขาดสารอาหาร หรือ มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือเคยมีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ หรือเป็นครัวเรือนที่ผ่านเกณฑ์จปฐ. ได้จำนวนครัวเรือน ทั้งหมด 16 ครัวเรือนดังตารางที่ 3.1

ในการเลือกครัวเรือนดังกล่าวข้างต้น เป็นการเลือกครัวเรือนตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เหตุผลที่คณะผู้วิจัยใช้เกณฑ์ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจเป็นเกณฑ์ศึกษาในระดับครัวเรือน เนื่องจาก จากการวิเคราะห์ระดับชุมชนจะพบว่า แบบแผนการรักษาพยาบาล การเข้าถึงบริการ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับฐานะทางด้านเศรษฐกิจ

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนครัวเรือนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเกณฑ์ด้านสุขภาพและฐานะทางเศรษฐกิจ

เกณฑ์ด้านสุขภาพ	ฐานะทางเศรษฐกิจ		
	จน	ปานกลาง	รวย
ครัวเรือนที่มีสมาชิกขาดสารอาหาร	2	1	-
ครัวเรือนที่มีสมาชิกไม่ขาดสารอาหาร	2	1	-
ครัวเรือนที่ผ่าน จปฐ.	-	1	2
ครัวเรือนไม่ผ่าน จปฐ.	2	-	-
ครัวเรือนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	1	1	1
ครัวเรือนไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	-	2	-
ครัวเรือนที่เคยมีคนป่วยด้วยโรคติดต่อ	-	1	1
ครัวเรือนที่ไม่เคยมีคนป่วยด้วยโรคติดต่อ	-	1	-
รวม	7	8	4

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่เน้นเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล จึงเป็นแนวทางการสัมภาษณ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในระดับชุมชน ได้แก่ แนวทางสัมภาษณ์ ประกอบด้วยประเด็นคำถามเกี่ยวกับ สภาพทางกายภาพ สภาพทางชีวภาพ สภาพทางเศรษฐกิจ สภาพทางสังคม วัฒนธรรม ความรู้ และสภาพด้านสุขภาพ(ภาคผนวก)
2. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในระดับครัวเรือน ได้แก่ แนวทางในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยประเด็นคำถามเกี่ยวกับโครงสร้างครอบครัว ที่ดิน สภาพด้านเศรษฐกิจ สภาพด้านสังคม ภาวะสุขภาพ สภาพปัญหาของครัวเรือนและแนวทางการแก้ไข

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือที่จะใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์ ปรีกษาขอรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านสังคมวิทยา 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขชุมชน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content Validity) ว่ามีความครอบคลุมวัตถุประสงค์เป็นหลัก อย่างไรก็ตามประเด็นคำถามได้มีการปรับในระหว่างการเก็บข้อมูลด้วย เพื่อความเหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูล

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ มีขั้นตอนการดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมความรู้และทักษะของคณะผู้ร่วมวิจัย

เนื่องจากการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อม ความรู้และทักษะของทีมนักวิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทีมงาน เพื่อพัฒนาทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์และถูกต้อง สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสร้างงานวิจัยที่มีคุณภาพได้ ดังนั้นจึงมีการเตรียมความพร้อมของคณะผู้วิจัย โดยการอบรมวิธีการประเมินสภาวะชนบทแบบเร่งด่วน และประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านชุมชน และผู้เชี่ยวชาญงานวิจัยเชิงคุณภาพ มาเป็นผู้ให้ความรู้ บรรยาย ให้คำแนะนำและทดลองปฏิบัติเก็บข้อมูลในชุมชน 3 วัน เมื่อได้ข้อมูลแล้วได้มีการนำมาฝึกวิเคราะห์ร่วมกัน ภายใต้คำแนะนำและการดูแลของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคคลผู้รู้ในชุมชน และตัวแทนในระดับครัวเรือนโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง(Semi-structured Interview) (Grandstaff and Grandstaff:1987) ซึ่งการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในเดือน มีนาคม – มิถุนายน 2543 หลังจากเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง คณะผู้วิจัยร่วมกันประชุมวิเคราะห์ข้อมูลหาปัญหาและส่วนขาด และวางแผนในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป ทำตามขั้นตอนนั้นทุกครั้ง จนกระทั่งได้ข้อมูลเพียงพอ

3.6 การตรวจสอบข้อมูลในชุมชน

เมื่อคณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามวัตถุประสงค์การวิจัยแล้ว และได้ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ จากนั้นได้นำข้อมูลทั้งหมด ไปร่วมตรวจสอบความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของข้อมูลด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยคณะผู้วิจัย ได้จัดเตรียมการนำเสนอข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ (Conceptual Tools) เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปนำเสนอแก่ชาวบ้าน ให้ชาวบ้านได้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนของข้อมูล ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ชาวบ้านได้เรียนรู้ศึกษาชุมชนร่วมกับคณะผู้วิจัยด้วย และเป็นการหาแนวทางในการจัดรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขที่ชุมชนต้องการ การตรวจสอบข้อมูลดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2543 มีขั้นตอนในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล ดังนี้

1. นักวิจัยนัดประชุมชาวบ้าน บอกวัตถุประสงค์ในการประชุม โดยการประสานงานกับผู้นำชุมชน
2. คณะผู้วิจัยนำเสนอข้อมูล แผนที่เกี่ยวข้องกับสภาพกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ การไหลเวียนทรัพยากร สังคม วัฒนธรรม แบบแผนการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือ(Conceptual Tools)ต่าง ๆ ช่วยสื่อความเข้าใจ ประกอบด้วย แผนที่สภาพกายภาพ ชีวภาพ อาณาเขตติดต่อ ลำดับเหตุการณ์สำคัญของชุมชน แผนภูมิการไหลเวียนของทรัพยากรเข้าออกของชุมชน รูปแบบขั้นตอนการดูแลสุขภาพ และแบบสรุปพฤติกรรมการดูแลตนเองของชุมชน ขณะนำเสนอข้อมูลหากชาวบ้านมีข้อโต้แย้ง สามารถซักถามและสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมในรายละเอียดส่วนนั้นๆได้
3. คณะผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมตรวจสอบข้อมูล เป็น 4 กลุ่ม โดยมีกลุ่มผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ 1 กลุ่ม กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข 1 กลุ่ม กลุ่มแม่บ้านและสตรี 2 กลุ่ม ให้ช่วยกันอภิปรายถึงสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของชุมชน และแนวทางในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาโดยแนวทางดำเนินการต้องมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เมื่อได้แนวทางแก้ไขแล้วให้ภายในกลุ่มจัดลำดับความสำคัญและความเป็นไปได้ของแนวทางดังกล่าว โดยการให้

สมาชิกกลุ่มแต่ละกลุ่มให้คะแนนกับแนวทางดำเนินการที่ตนเองเห็นด้วย จากนั้นจึงนับค่าคะแนนกับแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เสนอแนวทางดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ได้คะแนนสูงสุดจะถูกจัดลำดับความสำคัญเป็นลำดับที่1,2... สำหรับปัญหาที่มีคะแนนรองลงมาตามลำดับ

4. คณะผู้วิจัยนำแนวทางดำเนินการทั้ง 4 กลุ่มมาวิเคราะห์ความเป็นไปได้ โดยกำหนดแนวทางแก้ไขดังนี้

- 1) กิจกรรมที่โรงพยาบาลดำเนินการ
- 2) กิจกรรมที่ชุมชนดำเนินการ
- 3) กิจกรรมที่โรงพยาบาลและชุมชนดำเนินการร่วมกัน

เมื่อได้แนวทางแก้ไขทั้งหมดแล้ว คณะผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้ต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความชัดเจนและความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

5. วิเคราะห์แผนร่วมกับชุมชน เมื่อได้แนวทางแก้ไขแล้วคณะผู้วิจัยได้นำแนวทางดำเนินการนั้นๆมาเสนอในที่ประชุมชุมชน โดยมีตัวแทนชาวบ้าน คือ กลุ่มผู้นำ กรรมการชุมชน อสม.ในขั้นตอนนี้เป็นเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจคัดเลือกและจัดลำดับแนวทางแก้ไข นอกจากนี้แล้ว ขั้นตอนนี้ ยังทำให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางแก้ไขเพิ่มเติมได้

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูล

การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพให้สอดคล้องกับประเภทของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ประกอบตารางเป็นบางส่วนและนำเสนอในเชิงพรรณนา

3.8 การพิจารณาด้านจริยธรรม(Ethical Consideration)

ข้อมูลและแนวทางการจัดรูปแบบการให้บริการด้านสาธารณสุข ที่ได้จากผลการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบในระดับชุมชนและชาวบ้านได้พิจารณาเห็นชอบ นอกจากนี้ในการเขียนรายงานการวิจัย ได้ใช้ชื่อชุมชน และ ชื่อผู้ให้ข้อมูลเป็นชื่อสมมุติ เพื่อเป็นการรักษาจริยธรรมในเชิงวิชาการ เพื่อมิให้ชุมชนหรือบุคคลเกี่ยวข้องได้รับผลกระทบจากผลการวิจัย

บทที่ 4

ข้อมูลทั่วไปของชุมชนริมเขื่อน

บทนี้กล่าวถึงลักษณะชุมชนที่ศึกษาจากข้อมูลมือสอง และ จากการสำรวจชุมชนตามเทคนิคการศึกษาของการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ประวัติชุมชน สภาพกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและภาวะสุขภาพของชุมชน

4.1 สภาพด้านกายภาพของชุมชน

ชุมชนริมเขื่อนตั้งขึ้นในปีพ.ศ. 2513 ที่ตั้งอยู่ตำบลนิคมลำโดมน้อย อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มีพื้นที่ทั้งสิ้นประมาณ 1200 ไร่ ลักษณะอาณาเขตล้อมรอบด้วยอ่างเก็บน้ำเขื่อนสิรินธร มีเพียงด้านหน้าของชุมชนเท่านั้นที่มีพื้นที่ติดต่อกับพื้นดิน โดยติดต่อกับอีกชุมชนหนึ่งพื้นที่นี้ เดิมชาวบ้านที่มาหาของป่าเรียกว่า "เหล่านมากโขง" เป็นป่าแถบเขา มีพื้นที่สูงดินประกอบด้วยหินภูเขาจำนวนมาก ก่อนที่จะมีการมาตั้งชุมชนอยู่ก็เคยมีคนเข้ามาหาของป่าและตัดไม้เป็นครั้งคราว

4.1.1. สภาพที่ดินและกรรมสิทธิ์ถือครอง

เนื่องจากเป็นพื้นที่สูง ประกอบด้วยหินภูเขาจำนวนมาก และเมื่อตอนชาวบ้านย้ายเข้ามาอยู่อาศัยได้รับการจัดสรรที่ดินทำกินจำนวนน้อยประกอบกับสภาพพื้นที่ไม่เหมาะสมชาวบ้านจึงไม่นิยมปลูกข้าว ในช่วง 6-7 ปีแรกที่ตั้งชุมชนสามารถใช้ประโยชน์จากพื้นดินในการเกษตรกรรมได้โดยส่วนมากทำไร่ป่อซึ่งให้ผลผลิตสูง แต่ต่อมาดินเริ่มเสื่อมสภาพ ผลผลิตลดน้อยลง จนกระทั่งในปัจจุบันพื้นที่ส่วนใหญ่กลายเป็นดินปนทราย ไม่อุ้มน้ำ ทำประโยชน์ด้านการปลูกพืชเกษตรกรรมไม่ได้ ชาวบ้านจึงปล่อยให้พื้นที่ว่าง บางครัวเรือนก็ขายสิทธิ์ในการครอบครองที่ดินให้นายทุน บางครัวเรือนเคยแก้ปัญหาด้วยการหันมาปลูกแตงโม แต่ก็ทำได้นานเพราะผลผลิตตกต่ำและขาดทุนมากเนื่องจากการปลูกแตงโมต้องลงทุนสูง การใช้ประโยชน์จากพื้นที่ในปัจจุบันบางส่วนใช้เป็นพื้นที่เลี้ยงสัตว์ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีพื้นที่ที่มีความสมบูรณ์สามารถปลูกพืชได้ เช่น ไม้ยืนต้น ไม้ผล รวมทั้งยางพารา ซึ่งพื้นที่ส่วนนี้มักเป็นพื้นที่ที่อยู่ติดกับอ่างเก็บน้ำและมักเป็นกรรมสิทธิ์ของผู้มีฐานะดีในชุมชน

เมื่อแรกเริ่มชาวบ้านเข้ามาอยู่อาศัยตามที่ทางนิคมลำโดมน้อยได้จัดสรรที่ดินไว้ให้ครัวเรือนละ 15 ไร่ โดยแบ่งเป็นที่ทำกิน 13 ไร่ ที่อยู่อาศัย 2 ไร่ โดยที่ดินบางแปลงที่ทั้งสองส่วนอยู่ติดกันบางแปลงพื้นที่ทั้งสองส่วนอยู่แยกกัน การจัดสรรที่ดินทำโดยการจับสลากเลือกพื้นที่ ในครั้งแรกนี้ชาวบ้านทุกครัวเรือนได้รับเอกสารสิทธิ์เป็น นค.1 ถ้าอยู่อาศัยจริงมีการปลูกบ้านเรือน ทำไร่ ปลูกพืชอยู่ประมาณ 6-7 ปี จะได้รับการเปลี่ยนเอกสารสิทธิ์เป็น นค.3 หลังจากนั้นจึงจะได้เป็น

นส.3 ซึ่งก็มีเงื่อนไขอยู่กับการอยู่อาศัยจริงในที่ดินและใช้ประโยชน์บนที่ดิน ปัจจุบันสิทธิในการครอบครองที่ดินเป็นของคนดั้งเดิมในชุมชนเองประมาณครึ่งหนึ่งของทั้งหมดเนื่องจากได้มีการขายและโอนกรรมสิทธิ์ให้นายทุนที่เข้ามาซื้อที่ดินในชุมชน พื้นที่ที่เป็นของนายทุนยังไม่ได้ทำประโยชน์ในที่ดินและได้ถูกปล่อยรกร้าง ชาวบ้านได้ใช้พื้นที่ดังกล่าวเป็นทุ่งเลี้ยงสัตว์ของชาวบ้าน มีบางครั้งเรือนที่ขายที่ดินจนหมดต้องอาศัยปลูกกระท่อมอยู่กับญาติ หรือบางครั้งเรือนได้ยึดครองที่สาธารณะที่ทางนิคมลำโดมน้อยกันไว้ เป็นบ่อปลูกสร้างบ้านเรือนอยู่อาศัยอยู่รวมกันเป็นชุมชนเล็กๆ อยู่บริเวณริมอ่างเก็บน้ำ ในชุมชนนี้มีเด็กหลายคนที่คลอดที่บ้าน ไม่เคยได้รับวัคซีนและถูกเลี้ยงด้วยนมข้นหวาน ชาวบ้านมีความด้อยโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของชุมชนเนื่องจากอยู่ค่อนข้างห่างกระจายข่าวและชาวบ้านเองก็แยกตัว ไม่ค่อยร่วมกิจกรรมของชุมชน นอกจากนั้นชาวบ้านกลุ่มนี้ก็ได้รับสิทธิบัตรในการรักษาสุขภาพไม่ทั่วถึง อาจเนื่องจากความไม่รู้และจากการไม่มีบ้านเลขที่

นอกจากนี้ชุมชนยังมีที่สาธารณะอยู่อีก 1 แห่ง มีเนื้อที่ประมาณ 16 ไร่ เป็นที่ตั้งของศาลากลางบ้านสำหรับใช้ประชุมและทำกิจกรรมของชุมชน รอบศาลาเป็นทุ่งโล่ง ใช้เล่นกีฬาเล่นวอลเลย์และเลี้ยงสัตว์ พื้นที่ส่วนหนึ่งแบ่งเป็นบ่อปลาสาธารณะเลี้ยงปลา แต่ชาวบ้านไม่นิยมจับปลามาบริโภคในครัวเรือนเพราะมีปลาปริมาณค่อนข้างน้อย ประกอบกับชาวบ้านเองก็สามารถหาปลาในเขื่อนได้ เมื่อถึงเทศกาลหรืองานบุญจึงจะนำปลาจากบ่อสาธารณะมาใช้เพื่อประกอบอาหารถวายพระ และเลี้ยงคนมาช่วยงาน พื้นที่อีกส่วนหนึ่งเป็นป่าซึ่งมีพื้นที่ค่อนข้างน้อยมาก ประกอบกับเป็นป่าเสื่อมโทรม มีเฉพาะต้นไม้เล็ก ๆ เช่น พอก ยูคาลิปตัส จึงไม่ค่อยได้ใช้ประโยชน์จากป่าในการหาของป่าหรือเป็นแหล่งอาหารธรรมชาติ

4.1.2. สภาพภูมิอากาศ

เนื่องจากเป็นพื้นที่ในเขตที่ร้อนและแห้งแล้งเหมือนกับส่วนอื่นๆที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงมีความแห้งแล้งมาก ถึงแม้ว่าเมื่อคิดตลอดปีจะเป็นบริเวณที่มีปริมาณน้ำฝนเพียงพอและค่อนข้างมาก แต่ดินไม่อุ้มน้ำดีนักเพราะเป็นดินเสื่อมสภาพและดินทรายเป็นส่วนใหญ่ แม้แต่ตอนที่ฝนตกหนัก ๆ ก็จะมีน้ำขังอยู่ได้ไม่นาน ชุมชนนี้ไม่เคยประสบปัญหาเรื่องน้ำท่วมเพราะน้ำในอ่างเก็บน้ำจะระบายออกตลอด แต่ปัญหาเรื่องความร้อนและแห้งแล้งค่อนข้างปรากฏเด่นชัดและฤดูหนาวก็อากาศหนาวจัด ซึ่งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามฤดูกาลมาก ฤดูร้อนจะเริ่มประมาณต้นเดือนมีนาคมไปจนกระทั่งถึงปลายเดือนมิถุนายน จึงจะเริ่มมีฝนตก ฝนตกหนักในช่วงเดือนพฤษภาคมแล้วจะทิ้งช่วงไประยะหนึ่ง จะกลับมาตกหนักอีกครั้งตอนปลายฤดู และตกต่อเนื่องจนกระทั่งประมาณปลายเดือนกันยายน จากนั้นอากาศจะค่อยๆเย็นขึ้น อากาศหนาวจัดในเดือนธันวาคมและมกราคมของทุกปี แต่เมื่อสองปีที่ผ่านมาอากาศค่อนข้างร้อนมากจนแทบไม่มีช่วงฤดูที่หนาวจัด

4.1.3. แหล่งน้ำ

แหล่งน้ำที่มีความสำคัญกับชีวิตความเป็นอยู่ได้แก่ อ่างเก็บน้ำเขื่อนสิรินธร อยู่ล้อมรอบชุมชน ใช้เป็นแหล่งหาปลาเพื่อบริโภคในครัวเรือนและทำการประมงเพื่อค้าขาย และเป็นประกอบอาชีพรับจ้างเลี้ยงไม้ได้เขื่อนหรือเลี้ยงไม้ในน้ำ เพื่อนำมาแปรรูปขายหรือใช้ในก่อสร้างบ้านเรือน

ส่วนแหล่งน้ำที่สร้างขึ้นสำหรับใช้สอย ในชุมชนมีบ่อน้ำบาดาล 2 บ่อ บ่อน้ำตื้น 1 บ่อ ตั้งอยู่บริเวณกลางชุมชน มีประปาชุมชน ที่ดัดแปลงจากบ่อน้ำบาดาลโดยใช้เครื่องสูบน้ำสูบน้ำไว้ในถังพัก และปล่อยไปตามบ้านเรือน

การใช้น้ำอุปโภคบริโภคชาวบ้านส่วนมากใช้น้ำประปา โดยเฉลี่ยแต่ละครัวเรือนเสียค่าน้ำเดือนละ 10 – 20 บาท มีอดีตผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ดูแลระบบการจ่ายน้ำ การเก็บค่าบริการและซ่อมบำรุง แม้ว่าปัจจุบันจะไม่ได้เป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านแล้วยังทำหน้าที่นี้อยู่ นอกเหนือจากใช้น้ำประปาแล้ว ชาวบ้านที่อยู่ใกล้บ่อน้ำบาดาลก็ใช้น้ำบาดาลด้วย บางครัวเรือนขุดบ่อน้ำบาดาลของตนเอง และอาจมีเครื่องสูบน้ำใช้เองด้วย ด้วยข้อจำกัดของสภาพพื้นที่ทำให้การขุดบ่อน้ำบาดาลทำได้ยาก เพราะต้องขุดลึกมาก ส่วนบ่อน้ำใต้ดินไม่ค่อยมีใช้ ที่มีอยู่ 1 แห่ง ปัจจุบันก็ไม่ได้ใช้ดื่ม เพราะมีบางครัวเรือนนำมาเป็นน้ำอุปโภค ชักผ้า ล้างรถ น้ำสกปรกไหลลงบ่อ เกิดความน่ารังเกียจ น้ำดื่มในปัจจุบันนิยมใช้น้ำประปาเป็นส่วนใหญ่เพราะเข้าใจว่ามีความสะอาดจากการเติมสารคลอรีนหรือมีการผ่านกระบวนการแล้วจึงไม่ต้องต้มก็ดื่มได้ รสชาติดีไม่กร่อย เมื่อเกิดการระบาดของโรคท้องร่วงทำให้การระบาดของโรคเป็นไปได้ง่าย จากการสังเกตพบว่าชาวบ้านไม่นิยมเก็บกักน้ำฝนไว้ใช้เนื่องจากไม่มีภาชนะหรือโอ่ง และถังใหญ่ๆ จะมีครัวเรือนที่เก็บกักน้ำฝนไว้ใช้ได้เกือบตลอดปีประมาณ 2 – 3 หลังคาเรือนเท่านั้น ซึ่งมักเป็นครัวเรือนที่มีฐานะค่อนข้างดี เรื่องโอ่งเก็บน้ำขนาดใหญ่สำหรับเก็บน้ำฝนนี้ เคยมีเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขมาสนับสนุนโดยจัดหาให้ในราคาถูก แต่เมื่อใช้ได้ระยะหนึ่งโอ่งแตกเสียหายหมดไม่ทนทาน ชาวบ้านจึงไม่นิยมซื้อหรือหามาใช้ซ้ำอีก

แหล่งน้ำที่ใช้ในการเกษตรของครัวเรือน เช่น การปลูกพืชผักสวนครัว การทำบ่อเลี้ยงปลาขนาดเล็กในบ้านได้จากน้ำบาดาลหรือน้ำประปาเป็นส่วนใหญ่

ปัญหาเรื่องน้ำที่พบบ่อยๆ คือ ท่อส่งน้ำประปรารั่วหรือแตกบ่อย ที่ด้านทิศตะวันตกของชุมชนมีรอยรั่วซ่อมยาก และยังไม่มีทุนในการเปลี่ยนใหม่ทำให้เวลาเปิดน้ำจะมีน้ำไหลทิ้งโดยเปล่าประโยชน์มาก ผู้ดูแลจึงเปิดประปาด้านนี้เป็นเวลา โดยเฉพาะเวลาที่ต้องการใช้น้ำเท่านั้น ทำให้ชาวบ้านแถบนี้มีความเดือดร้อนจากการขาดแคลนน้ำในบางครั้ง

4.1.4. ระบบสาธารณูปโภค

เส้นทางขนส่งคมนาคมเข้าสู่ชุมชนเป็นถนนลูกรัง ซึ่งเป็นถนนที่เชื่อมต่อจากทางแยกถนนสายหลักของอำเภอเข้ามาสู่ชุมชนโดยตรง และยังสามารถเข้าสู่ชุมชนได้อีกเส้นทางหนึ่งคือจากถนนเชื่อมจากหมู่บ้านอื่นซึ่งเป็นชุมชนเดียวที่มีอาณาเขตติดต่อกัน ถนนทั้งสองสายจะไปบรรจบกันที่ประตูทางเข้าสู่ชุมชน ภายในชุมชนเองก็มีทางลูกรังเป็นเส้นทางที่เชื่อมติดต่อกันหมดจึงมีความสะดวกในการขนส่งพอสมควร แต่ในฤดูแล้งค่อนข้างจะมีฝุ่นมาก โดยเฉพาะช่วงเช้าและเย็น ที่นำวัฏควายออกไปเลี้ยง และในช่วงหลังฝนตกถนนก็มักเป็นหลุมเป็นบ่อมาก เคยแก้ปัญหาโดยความช่วยเหลือของนิคมลำโดมน้อยด้วยการเอาดินลูกรังมาถมเพิ่มและเมื่อเร็ว ๆ นี้ก็ได้งบประมาณจากเงินกู้ยืมมีชาวมารับปรับปรุงถนน ถนนหลุมบ่อ ระยะทางจากชุมชนถึงตัวอำเภอประมาณ 2 กิโลเมตร ถ้ามีรถยนต์หรือจักรยานยนต์ใช้ก็จะใช้เวลาไม่นานในการเข้าตัวอำเภอหรือโรงพยาบาล แต่ส่วนมากชาวบ้านไม่มีรถเป็นของตนเองและในหมู่บ้านก็ไม่มีรถโดยสารประจำทางในชุมชน การเดินทางเข้าตัวอำเภอจึงต้องอาศัยรถรับจ้างซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนหนึ่ง ทำให้โอกาสในการตัดสินใจมาโรงพยาบาลต้องมีปัจจัยเรื่องการเงินเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

ไฟฟ้า มีใช้ทุกหลังคาเรือน ในบางครัวเรือนที่ไม่ได้ต่อสายไฟโดยตรงจากหน่วยจ่ายไฟของการไฟฟ้าจะอาศัยการต่อพ่วงจากบ้านญาติหรือเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะชุมชนเล็กๆ ที่ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่บ่อดินลูกรังจะต้องต่อไฟพ่วงมาจึงมีปัญหาเรื่องไฟฟ้าตกบ้างในตอนหัวค่ำ ค่าใช้จ่ายค่าไฟไม่มากนักในแต่ละเดือนแต่ก็ถือว่าเป็นแหล่งรายจ่ายที่เป็นภาระที่ชาวบ้านต้องจ่ายทุกเดือน โดยเฉพาะบ้านที่มีบ่อน้ำและใช้เครื่องสูบน้ำใช้เองด้วยจะมีภาระใช้จ่ายค่าไฟเพิ่มมากขึ้น

4.1.5. สถานที่สำคัญ

วัด วัดของชุมชนมี 1 แห่ง ใช้ร่วมกันกับอีก 2 ชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงกัน วัดตั้งอยู่นอกชุมชนอยู่ห่างจากชุมชนประมาณ 1 กิโลเมตร เดิมชาวบ้านนิยมนำบุตรหลานมาบวชเรียนที่วัดนี้ เนื่องจากศรัทธาในท่านเจ้าอาวาสที่เข้มงวด สอนเด็กเกรได้ เมื่อท่านมรณภาพแล้วก็ไม่ค่อยมีใครนำบุตรหลานมาบวชเรียนนัก ซึ่งอาจประกอบกับค่านิยมการเรียนในวัดลดน้อยลงกว่าเดิมด้วย ในปัจจุบันกลุ่มที่ไปวัดมักจะเป็นผู้เฒ่าผู้แก่ประมาณ 7-8 คน นอกนั้นยังมีวัดที่อยู่ใกล้เคียงอีกคือวัดป่าโพธิญาณ เป็นวัดที่อยู่เกาะกลางอ่างเก็บน้ำ ต้องเดินทางโดยทางเรือ เป็นวัดที่มีคนนิยมไปจำศีลภาวนามากกว่าวัดของหมู่บ้าน

ศาลากลางชุมชน มี 1 แห่ง ใช้ประโยชน์ในการทำกิจกรรมร่วมกันของชาวบ้าน และประชุมต่างๆ รวมทั้งการเลือกตั้ง สถานที่ค่อนข้างกว้างขวาง หลังคาสังกะสี พื้นเป็นปูนซีเมนต์ มียกพื้นเป็นเวทีด้านหน้า ที่ศาลานี้ยังเป็นที่ตั้งของหอกระจายข่าวของชุมชนด้วย จึงนับว่าเป็นศูนย์กลางของชุมชนแห่งนี้

ศาลาท่าน้ำ เป็นศาลาที่พระอาจารย์วัดป่าโพธิญาณ มาสร้างไว้ เพื่อเป็นท่าเรือของวัดที่พระท่านจะมาขึ้นท่าเพื่อบิณฑบาต ซึ่งทางวัดได้สร้างศาลาท่าน้ำนี้ไว้ทุกชุมชนที่อยู่ริมอ่างเก็บน้ำ

ศาลปู่ตา ตั้งอยู่ทางด้านทิศตะวันตกติดกับชายน้ำ ไม่ค่อยมีต้นไม้ใหญ่มากนัก แต่ก็มีร่มรื่น ชาวบ้านยังมีความเชื่อและให้ความเคารพศาลปู่ตา ดังจะเห็นได้จาก เมื่อชาวบ้านจะออกไปหาปลาหรือเมื่อขึ้นท่ามาจะนำสิ่งของและเรือมาฝากไว้กับปู่ตา เพราะไม่เคยมีของที่ฝากไว้สูญหาย ที่ปูตานี้ยังมีคนมาบนบานศาลกล่าวอยู่เสมอ และมีงานเลี้ยงใหญ่ที่ชาวบ้านเรียกว่าการเลี้ยงบ้านเป็นประจำทุกปีละ 2 ครั้งในเดือน 3 และเดือน 6 เพื่อความเป็นสิริมงคลของครัวเรือน

โรงฝึกอาชีพ เป็นของนิคมลำโดมน้อยสร้างขึ้นเพื่อใช้ร่วมกันหลายชุมชนที่อยู่ในตำบลนิคม ที่ตั้งอยู่นอกชุมชน ห่างไปประมาณ 400 เมตร ใช้เวลาเดินทางไม่นาน เป็นโรงเรือนที่มีหลังคามิดชิด ทางนิคมสร้างตนเองได้จัดหลักสูตรการอบรมเป็นครั้งคราว หลังจากนั้นก็จ้างผู้เข้าอบรมทำงานตามที่ได้ฝึกอบรมไป โดยชาวบ้านไม่ต้องลงทุนด้วยเงินตนเองทางนิคมสร้างตนเองจัดหาให้ และจ่ายค่าแรงต่อชิ้นให้ ในบริเวณเดียวกันมีโรงรียางที่เป็นส่วนรวมของนิคมสร้างตนเอง ที่สร้างให้ชาวบ้านที่ปลูกยางใช้ร่วมกัน

4.2 สภาพทางชีวภาพ

4.2.1. การปลูกพืช

พืชต่างๆที่ปลูกมากในชุมชน ได้แก่

ยางพารา มีอยู่ 3 แปลงของ 3 ครัวเรือน เริ่มปลูกเมื่อปี 2533 – 2534 และเพิ่งให้ผลผลิตครั้งแรกในปี 2542 ที่ผ่านมา เพราะการปลูกต้องใช้เวลาจนเห็นผลผลิตซ้ำทำให้มีผู้สนใจปลูกน้อย ทั้งๆที่ได้รับการสนับสนุนทั้งหมดจากองค์การสงเคราะห์การสำนวนยาง(สกย.)ที่ให้กล้าพันธุ์ ปุ๋ย รวมทั้งค่าแรงในการเตรียมดินปลูกด้วย โดยต้นทุนทั้งหมดนี้ไม่ต้องใช้คืน ครัวเรือนที่ปลูกนี้มีลักษณะร่วมกันคือฐานะดี มีแหล่งทำอาชีพอย่างอื่นร่วมด้วย พื้นที่ปลูกอยู่บริเวณติดกับอ่างเก็บน้ำ

ยูคาลิปตัส มี 6 แปลง ปลูกกระจายทั่วไปในชุมชน ปลูกแปลงเล็กๆเพื่อเป็นอาชีพเสริม

มะม่วง ส่วนมากปลูกเป็นร่มเงา และบริโภคในครัวเรือน แต่บางปีที่ผลผลิตมากก็จะขาย และนำมาแปรรูปเป็นมะม่วงแผ่นเก็บไว้บริโภค มีบางครัวเรือนที่มีมากก็จะขายเป็นอาชีพเสริมด้วย

จะเห็นว่าในชุมชนไม่มีพื้นที่ปลูกข้าวเลย แต่อย่างไรก็ตามชาวบ้านในชุมชนยังได้ไปรับจ้างทำนาตามฤดูกาล เช่น ดำนา เกี่ยข้าว ให้กับชาวบ้านหรือนายทุนที่ชุมชนอื่นซึ่งส่วนมากจะเป็นหมู่บ้านในอำเภอพิบูลมังสาหาร โดยนายจ้างจะจัดหารถมารับมาส่ง ค่ารถและค่าอาหารหักจากค่าแรงในแต่ละวัน นอกจากนี้ก็มีบางครัวเรือนที่มีที่นาเป็นของตนเอง แต่เป็นที่นาที่ชุมชนอื่น เพราะครัวเรือนเหล่านั้นมีสมาชิกที่เป็นเขยหรือสะใภ้ที่ได้รับที่นาเป็นมรดกมาจากครัวเรือนเดิมที่ไม่ได้รับผลกระทบน้ำท่วมจากการสร้างเขื่อน ครัวเรือนเหล่านี้มีอยู่ประมาณ 3 ครัวเรือน และจัดเป็นครัวเรือนที่มีฐานะดีในชุมชน

4.2.2. การเลี้ยงสัตว์

วัว เลี้ยงภายในครัวเรือน ครัวเรือนละ 2 – 3 ตัว ส่วนมากเป็นวัวเนื้อ เลี้ยงไว้ขาย มีบางครัวเรือนเลี้ยงควายด้วยจุดประสงค์เพื่อขายเช่นกัน จะมีเฉพาะบางครัวเรือนที่มีที่นาอยู่ในเขตตำบลอื่นหรืออำเภอใกล้เคียงเลี้ยงไว้ใช้แรงงาน

ไก่ เลี้ยงภายในครัวเรือน ส่วนมากเป็นไก่พันธุ์พื้นบ้าน เลี้ยงตามวิธีการท้องถิ่น ไม่มีโรงเรือน มักใช้บริเวณในครัวเรือน อาจมีขायบ้างเป็นครั้งคราว เป็นการขายภายในชุมชน

สุกร มี 2 ครัวเรือนที่ทำเป็นอาชีพหลัก ได้รับแหล่งเงินทุนจาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ (ธกส.)

4.3 สภาพเศรษฐกิจของชุมชน

การประกอบอาชีพของประชากรในชุมชนมีทั้งอาชีพภาคเกษตรกรรมและอาชีพนอกการเกษตร ดังนี้

4.3.1 อาชีพภาคเกษตรกรรม

อาชีพที่เป็นอาชีพหลักสามารถทำได้ตลอดทั้งปี คืออาชีพประมงในอ่างเก็บน้ำเขื่อนสิรินธรได้แก่การจับปลา กุ้ง โดยใช้เครื่องมือเช่น เบ็ด แห ตาข่าย อวนและการซื้อตักด้วยไฟฟ้า จำนวนที่หามาได้มากน้อยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยเช่นสภาพอากาศ จำนวนคนที่ไปจับและแม้แต่อุปกรณ์ที่ใช้จับ จำนวนครัวเรือนที่ทำอาชีพประมงนั้นมี 6 ครัวเรือน ๆ ละ ประมาณ 2 คน ส่วนมากก็คือหัวหน้าครัวเรือนและลูกบ้าน ต้นทุนที่ใช้ในแต่ละครั้ง จะเป็นค่าน้ำมันเชื้อเพลิง เพราะใช้เรือที่มีเครื่องยนต์เบนซินขับเคลื่อน เทียวละประมาณ 2 – 3 ลิตร ซึ่งแล้วแต่ระยะทางที่เป็นแหล่งหาปลา ส่วนมากจะไกลออกไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่ 10 – 20 กิโลเมตร จากฝั่ง เมื่อได้ปลามาแล้วก็นำไปขายที่ตลาดตำบลนิคม ราคาปลาขึ้นอยู่กับตลาดและคู่แข่งที่ขายด้วยกัน โดยปกติขายได้ประมาณวันละ 100 – 200 บาท ในวันที่โชคไม่ดีก็ยังไม่พอได้ค่าน้ำมัน หน้าที่การจัดการเป็นแม่บ้านซึ่งจะแบ่งขายและแบ่งส่วนไว้รับประทานในครัวเรือนหรืออาจจุนเจือกันในระหว่างญาติ ไม่มีการแลกเปลี่ยนสินค้ากันระหว่างเพื่อนบ้าน ชาวบ้านที่ประกอบอาชีพนี้มักเจ็บป่วยด้วยโรคของระบบทางเดิน

หายใจ ส่วนมากมักไม่ค่อยรุนแรงนัก สาเหตุอาจเนื่องจากการต้องออกทำงานกลางคืน ลงจับปลา ในน้ำตอนที่อากาศเย็นจัดประกอบกับการไม่ได้พักผ่อนเพียงพอ โดยเฉพาะในช่วงฤดูจับปลาที่จะต้องแรงมือมาก มีบ่อยครั้งที่เมื่อมีอาการระยะเริ่มต้นชาวบ้านจะหาซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง เพราะเชื่อว่าจะทำให้หายเร็วขึ้น

อาชีพเลี้ยงสัตว์ก็เป็นอาชีพหลักสำหรับหลายครัวเรือนในชุมชน สัตว์ที่เลี้ยง มี วัว ควาย เป็ด ไก่ ปลา และสุกร พันธุ์สัตว์ที่ได้ ได้มาจากการซื้อ แต่ส่วนมากแล้วได้จากการสนับสนุนของนิคมลำโดมน้อยที่มีหน้าที่ดูแลส่งเสริมอาชีพให้ประชาชนที่ที่อยู่ในเขตนิคมสร้างตนเอง โดยช่วยเหลือในเรื่องของพันธุ์สัตว์ราคาถูก หรือให้นำมาเลี้ยงก่อนแล้ว เมื่อได้ผลผลิตจึงส่งคืน รวมทั้งเงินทุนสร้างโรงเลี้ยงหรืออาหารซึ่งให้กู้ยืมมาจากที่ทำการนิคมฯ บางครัวเรือนกู้จากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ (ธกส.) การเลี้ยงสัตว์ที่ลงทุนน้อยได้แก่ วัว ควาย เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากเกี่ยวกับยารักษาโรคหรืออาหาร สามารถนำวัวควายไปเลี้ยงได้ตามที่ว่างต่างๆ ในชุมชนที่ถูกปล่อยให้รกร้างไว้ สัตว์จำพวก วัว ควาย และสุกรจะขายให้กับพ่อค้าที่รับไปชำแหละเพื่อขายเนื้อ ส่วนเป็ด ไก่ และปลาจะเลี้ยงบริโภคเองในครัวเรือนและขายบ้างที่ตลาด ตำบลนิคมหรือตลาดอำเภอพิบูลมังสาหาร

การปลูกพืชจำพวกข้าวและผักไม่สามารถปลูกได้ เนื่องจากปัญหาเรื่องที่ดินที่ได้กล่าวไปแล้วเมื่อปลูกแล้วไม่คุ้มกับการลงทุนจึงไม่ทำเป็นอาชีพ แต่ชาวบ้านบางครัวเรือนก็มีอาชีพรับจ้างทำนาเป็นอาชีพหลักด้วย

4.3.2 อาชีพนอกภาคเกษตรกรรม

อาชีพที่ชาวบ้านประกอบเป็นอาชีพหลักคือ อาชีพตัดไม้ได้น้ำและเลื่อยไม้แปรรูปเป็นไม้แผ่น แรงงานจะเป็นผู้ชายที่มีสุขภาพแข็งแรงอยู่ในช่วงอายุ 20 ปีขึ้นไปถึงอายุ 50 ปี ซึ่งมีทั้งเป็นลูกจ้างของนายทุนและเป็นผู้ประกอบการเสียเองและจ้างเพื่อนบ้านที่มีฝีมืออีกที สำหรับคนที่รับจ้างเป็นคนตัดไม้ได้น้ำก็จะทำหน้าที่ตัดไม้อย่างเดียวเมื่อตัด และนำไม้ขึ้นฝั่งแล้วถ้าเป็นเจ้าของแพก็ต้องนำมาขายให้นายหน้าที่มารับซื้อไม้ นายหน้าที่ซื้อก็จะจ้างคนมาเลื่อยไม้แปรรูปไม้ให้ได้ตามแบบที่ตกลงกับลูกค้า ลูกค้าอาจเป็นคนในละแวกเดียวกันหรือต่างพื้นที่เพื่อสร้างบ้านหรือทำเฟอร์นิเจอร์ นอกนั้นไม้แปรรูปก็สามารถขายให้กับโรงเลื่อย ราคาขึ้นอยู่กับขนาดของไม้ที่ตัดได้และความยากง่ายของการแปรรูป รายได้ในการทำงานเป็นลูกจ้างเลื่อยไม้ประมาณ 5,000-6,000 บาทต่อเดือนซึ่งถือว่าเป็นรายได้ที่ดีสามารถจุนเจือครัวเรือนได้ แต่ถ้าเป็นผู้ประกอบการซึ่งเป็นรายได้ดีมาก แต่ก็มีความเสี่ยงในการขาดทุนและต้องใช้ทุนสูงจึงมีชาวบ้านทำกิจกรรมนี้เป็นส่วนน้อย

ในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพนี้เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพค่อนข้างมากเพราะต้องทำงานหนักตลอดทั้งวันจึงมักเกิดอาการเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ ชาวบ้านจะแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยการซื้อ

ยาแก้ปวดจำพวกบวดหาย ทัมใจ บูรา กินบ่อยๆจนบางครั้งทำให้เกิดอาการปวดท้องตามมาได้ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากยาและประกอบกับนิสัยการรับประทานอาหารที่ไม่ค่อยเป็นเวลา เมื่องานเสร็จถึงจะกินทำให้ชาวบ้านกลุ่มนี้มีปัญหาต่อเนื่องไม่ค่อยหายขาด และนอกจากนี้ยังมีสิ่งที่ถูกมองข้ามเสมอคืออาการหูดจากการดำนํ้าลึก บางคนก็เป็นโรคหูดขึ้นกลางอกเสบ บางคนปล่อยทิ้งเรื้อรังจนเยื่อแก้วหูทะลุ

ส่วนอาชีพที่เป็นอาชีพเสริมที่ชาวบ้านทำเมื่อว่างจากทำงานอย่างอื่นก็คือ การทำไพน้ญ่า ซึ่งเป็นการนำหญ้ามาจัดเป็นวัสดุสำหรับมุงหลังคา การทำไพน้ญ่าขาย เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญ หญ้าที่นำมาทำก็ได้จากการไปซื้อหญ้าจากชุมชนอื่น เช่น ชุมชนป่าเลา แก่งศรีโคตร การซื้อหญ้านี้ก็จะซื้อแบบเหมาหมดทั้งป่าในราคาที่ถูกลงกันเช่นป่าละ 1,000 - 2,000 บาท ชาวบ้านจะรวมกลุ่มกันไปเกี่ยวหญ้ากลุ่มละ 6 - 7 คน โดยการเหมารถยนต์ของคนในชุมชนค่าเหมารถส่วนมากเจ้าของจะไม่รับเป็นเงินสด จะรับเป็นหญ้าคาตากแห้งแทน โดยแบ่งให้เจ้าของ 25 มัดต่อจำนวนที่ได้ 100 มัด จำนวนที่แบ่งในกลุ่มก็แล้วแต่ที่จะเกี่ยวได้เองไม่มีการแย่งกันเมื่อไปเกี่ยวหญ้าก็จะไปนอนในป่าหญ้าเลยใช้เวลาเป็นสัปดาห์ถึงสองสัปดาห์ก็มี บางคนที่ไม่เกี่ยวหญ้ามาใช้และป่วยด้วยโรคมาลาเรีย ต้องกลับมารักษาแต่ก็กลับไปทำใหม่เมื่อหายจากอาการป่วยแล้วไม่เคยมีใครได้รับอันตรายถึงชีวิต เมื่อได้หญ้านี้ก็นำไปตากแห้งแล้วเก็บเป็นมัดเก็บไว้ในที่ร่มหรือบางบ้านก็เก็บไว้กลางแจ้ง สามารถเก็บเอาไว้ได้นาน ฤดูที่ไปเกี่ยวหญ้าคือฤดูหนาวที่หญ้าจะโตเต็มที่มีความสูงพอที่จะนำมาทำไพน้ญ่าได้ เมื่อทำเสร็จจะขายในราคาไพละ 8 บาทถือว่าเป็นราคามาตรฐานแต่ก็มีบางครัวเรือนที่ขายตัดราคาลงเป็นไพละ 6 บาทซึ่งขายได้ไม่นานก็ต้องเลิกขายในราคานี้ไปเนื่องจากได้กำไรน้อยหรือบางครั้งก็ขาดทุนจึงต้องขายในราคาเท่าบ้านอื่น ลูกค้ายิ่งจะมีทั้งลูกค้าประจำและลูกค้าจร ในฤดูฝนจะขายได้เป็นจำนวนมาก การทำไพน้ญ่าส่วนมากเป็นบทบาทผู้หญิง มีเพียงขั้นตอนไปเกี่ยวหญ้าเท่านั้นที่ผู้ชายเข้ามามีบทบาท

อาชีพอีกอย่างหนึ่งคือ อาชีพรับจ้างทำงานต่างจังหวัด ต่างอำเภอ ต่างชุมชน หรือต่างประเทศ อำเภอที่ชาวบ้านนิยมไปรับจ้างคือ อำเภอพิบูลมังสาหาร ซึ่งเป็นอำเภอที่มีอาณาเขตติดกัน โดยจะไปรับจ้างดำนา หรือเกี่ยวข้าว โดยจะมีรถของผู้จ้างมารับส่งถึงในชุมชน ไปกันเป็นกลุ่ม กลุ่มละประมาณ 10 - 15 คน โดยจะได้ค่าแรงประมาณวันละ 80 - 120 บาท ส่วนการไปรับจ้างต่างจังหวัด พบว่าจังหวัดที่มักไปรับจ้างได้แก่จังหวัดทางภาคกลางและภาคใต้ เป็นงานรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมต่างๆ ส่วนการไปรับจ้างต่างประเทศนิยมไปประเทศมาเลเซีย โดยการไปรับจ้างดำนาในเขื่อนที่สร้างใหม่ เพื่อตัดไม้ไผ่ขึ้นมาใช้ประโยชน์ และประเทศไต้หวัน ไปรับจ้างก่อสร้าง รายได้ที่ได้เดือนละประมาณ 10,000 บาท แต่ต้องหักค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่อยู่ต่างประเทศด้วย ถ้าคนไหนไม่ประหยัดก็จะเหลือเงินส่งกลับบ้านน้อยหนี้สินที่ยืมมาลงทุนไปหรือเอาที่ดินไปจำนำก็ถูกยึดทำให้ไม่มีที่ดินทำกิน และบางครัวเรือนก็ไม่มีแม้แต่ที่อาศัย ต้องไปอาศัยที่ดินของทาง

นิคมลำโดมน้อยที่กันไว้เป็นบ่อลูกวัง สร้างบ้านเรือนอยู่กัน ช่วงอายุที่ออกไปทำงานรับจ้างมีตั้งแต่หนุ่มสาวจนถึงวัยกลางคน ส่วนมากเป็นผู้ชายที่มีอายุระหว่าง 20-50 ปี เมื่อไปทำงานบางคนก็อาจได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานเช่น แรงงานที่ไปรับจ้างดำน้ำที่ได้รับอุบัติเหตุจนเสียชีวิตไป 1 คน

4.3.3. รายได้ รายจ่ายและการออม

โดยสรุปแล้วรายได้ส่วนใหญ่ที่ทำรายได้จำนวนมากให้แก่ประชาชนในชุมชน คือ อาชีพดำน้ำตัดไม้ หรือเลื่อยไม้ได้น้ำ และอาชีพรับจ้าง เฉลี่ยแล้วรายได้ประมาณ เดือนละประมาณ 5,000-6,000 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายหลักคือค่าใช้จ่ายในการซื้อข้าวและอาหารรับประทาน หากในหนึ่งครัวเรือนประกอบด้วย พ่อ – แม่ – ลูก รวมกันประมาณ 5 คน ค่าใช้จ่ายในการซื้อข้าวสาร(ข้าวเหนียว) ต่อเดือนประมาณ 80 กิโลกรัม กิโลกรัมละ 11 – 15 บาท เป็นเงินประมาณ 880 – 1,200 บาท นอกจากนั้นก็ใช้จ่ายค่าอาหารอื่นๆ ค่าสาธารณูปโภคน้ำประปาและไฟฟ้า ส่วนค่าใช้จ่ายรองลงมาก็จะเป็นค่ารักษาเมื่อเจ็บป่วยและสุดท้ายจะเป็นค่าเล่าเรียนบุตร

ประชาชนส่วนมากในชุมชนมีเงินพอที่จะใช้จ่ายในครัวเรือนเท่านั้น ไม่มีมากพอที่จะเหลือเก็บและออมในธนาคาร มีชาวบ้านจำนวนไม่กี่ครัวเรือนเท่านั้นที่มีเงินฝากธนาคาร ธนาคารที่นำเงินไปฝากคือธนาคารออมสินสาขาพิบูลมังสาหาร และเคยมีการรวมกลุ่มออมทรัพย์ในชุมชน โดยมีผู้ใหญ่บ้านเดิมเป็นประธาน โดยครัวเรือนที่เป็นสมาชิกจะฝากเดือนละประมาณ 10 – 20 บาทขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละครัวเรือน แต่ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากไม่มีการประชุมกลุ่มสมาชิก ในกลุ่มไม่มีการพบปะพูดคุยกันและไม่มีผู้รับผิดชอบการเก็บเงิน ทำให้ไม่มีใครกล้าที่จะส่งเงินอีก และโครงการก็ได้ล้มเลิกไป

4.3.4. เกณฑ์การจำแนกฐานะทางเศรษฐกิจ

การแยกว่าครัวเรือนใดรวย จน หรือฐานะปานกลาง ชาวบ้านดูจากว่าครัวเรือนนั้นมีบ้านเป็นของตนเอง มีที่ดินเหลืออยู่ มีรถ มีเงินเก็บหรือมีหนี้สินหรือไม่ ครัวเรือนที่มีฐานะรวยคือมีบ้านเป็นของตนเอง มีที่ดิน มีรถยนต์หรือรถบรรทุกและมีเงินซื้อของกินของใช้ ครัวเรือนที่มีฐานะปานกลางคือ มีกินมีใช้แต่น้อยกว่าพวกฐานะร่ำรวย ส่วนครัวเรือนที่มีฐานะยากจนคือครัวเรือนที่ไม่มีเงินซื้ออาหารกิน ต้องหยิบยืมคนอื่น เป็นหนี้ ไม่มีบ้านและไม่มีที่ดินของตนเองต้องไปอาศัยที่ดินของคนอื่นอยู่

4.4 ลักษณะทางสังคม

4.4.1 ประวัติชุมชน

ชุมชนริมเขื่อน ก่อตั้งโดยนิคมลำโดมน้อยเป็นการจัดสรร พื้นที่ให้กับชาวบ้านที่นำท่วมพื้นที่เดิมจากการสร้างเขื่อนสิรินธร ชาวบ้านเกือบทุกหลังคาเรือนเดิมเคยอาศัยอยู่ที่บ้าน

ฝากลุ่ม อำเภอบึงสามพันซึ่งเป็นพื้นที่หนึ่งที่ได้รับผลกระทบน้ำท่วมจากการสร้างเขื่อน เมื่อ พ.ศ. 2513 ชาวบ้านได้อพยพเข้ามาอยู่ที่ชุมชนผางที่หนึ่งก่อน และมีเหลือบางครัวเรือนได้ถูกจัดให้อยู่ที่ชุมชนผางที่ใกล้เคียงกัน โดยทางนิคมลำโดมน้อยได้จัดสรรที่ดินให้ครัวเรือนละเท่า ๆ กัน พื้นที่ที่จัดสรรแบ่งเป็นแปลงๆไว้ จัดสรรให้ครัวเรือนละ 15 ไร่ แบ่งเป็นที่ทำกิน 13 ไร่ ที่อยู่อาศัย 2 ไร่ การเลือกแปลงที่ดินโดยการจับสลาก เมื่อแรกเริ่มเข้ามาอยู่อาศัยมีการจัดการสาธารณูปโภคไว้ให้ก่อน คือ ถนน จนกระทั่งตั้งบ้านเรือนได้ประมาณ 6 – 7 ปี จึงเริ่มมีไฟฟ้าใช้ ส่วนน้ำประปาเริ่มใช้ได้ 2 ปีมานี้ ปัจจุบันชาวชุมชนเริ่มเชื่อมส่วนมาก คือกลุ่มเครือญาติเดิมจากบ้านฝากลุ่ม มีเพียงส่วนน้อย ที่เป็นครัวเรือนของข้าราชการที่เข้าไปเช่าอยู่ หรือซื้อที่ต่อจากชาวบ้าน คนพื้นเพอื่นที่อยู่ในชุมชนมักจะมีความเกี่ยวข้องเป็นเขยหรือสะใภ้ของชาวบ้าน โดยมากเป็นคนอีสานและเกินกว่าครึ่งเป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดอุบลราชธานี เป็นที่น่าสังเกตว่าถ้าครัวเรือนนั้นมีเขยหรือสะใภ้จากอำเภออื่นที่มีอาชีพทำนาและมีที่นาเป็นมรดก จะทำให้ครัวเรือนนั้นถูกจัดว่ามีฐานะดีในชุมชน

เมื่อเปรียบเทียบกับภูมิลำเนาเดิมแล้ว ชาวบ้านมีความพอใจ กับชุมชนเดิมมากกว่า เพราะมีพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ทั้งไร่ นา และสวน และไม่ต้องซื้อหาอะไรเลย แม้ว่าไม่มีเงินก็สามารถมี ชีวิตอยู่ได้ แต่เมื่อมาอยู่ที่ชุมชนเริ่มเชื่อมวิถีชีวิตเปลี่ยนไป ทุกอย่างต้องซื้อหาทั้งหมด เพราะที่ดินทำกินแห้งแล้ง แต่ชาวบ้านก็บอกว่ามีข้อดีกว่าเดิมคือ ได้รับความสะดวกสบาย เพราะ มีไฟฟ้า น้ำประปา ถนน และใกล้โรงพยาบาลเวลาเจ็บไข้ได้ป่วย

4.4.2 กลุ่มเครือญาติในชุมชน

ในชุมชนมีสายตระกูลที่เป็นเครือญาติกันกลุ่มใหญ่ๆอยู่ประมาณ 5 – 6 ตระกูล ไม่มีตระกูลที่มีอิทธิพลหรือเป็นผู้นำโดยเฉพาะ ตระกูลที่มีครัวเรือนจำนวนมากในชุมชนนี้อาจมีญาติมากในชุมชนอื่นที่ใกล้เคียงกัน และในตระกูลต่างๆเหล่านี้ ก็มีความเกี่ยวข้องกันในการเป็นญาติจากการแต่งงาน อย่างไรก็ตามกลุ่มเครือญาติเหล่านี้ไม่มีข้อขัดแย้งกันชัดเจนนัก ยังพบว่ากลุ่มตระกูลเหล่านี้ต่างช่วยเหลือกันตามกำลังความสามารถที่ทำได้ เมื่อมีปัญหาทุกข์ร้อน เจ็บป่วยจริงๆ ก็ไม่ได้มาช่วยกันดูแลทั้งหมดมีแต่ญาติสนิท และชาวบ้านใกล้เคียงช่วยเหลือดูแลกันเท่านั้น

4.4.3 การรวมกลุ่มในชุมชน

กลุ่มต่างๆในชุมชนมีเป็นจำนวนมาก มีทั้งกลุ่มที่มีการรวมกลุ่มกันอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในแต่ละกลุ่มก็มีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันไป แต่ที่สำคัญ คือ ต้องการให้เกิดการร่วมมือกันของคนในชุมชน เป็นการระดมทรัพยากรที่มีในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในพัฒนาชุมชนต่อไป

กลุ่มเป็นทางการ

1) กลุ่มแม่บ้าน

กลุ่มแม่บ้านจัดตั้งมานานหลายปีแล้ว โดยการส่งเสริมจาก อบต. และนิคมสร้างตนเอง แต่สมัยก่อนยังไม่มีโครงสร้างชัดเจนนัก มีกิจกรรมบ้างครั้งสองครั้งแล้วหยุดไป ไม่ได้ดำเนินการต่อ จนกระทั่งผู้ใหญ่บ้านคนใหม่มาเริ่มฟื้นฟูอีกเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2542 ปัจจุบันมีสมาชิกอยู่ 24 คน มีการระดมทุน คนละ 100 บาท ยังไม่มีแผนการในการลงทุนกับเงิน ก้อนดังกล่าว กิจกรรมที่ทำได้รับการสนับสนุนจากนิคมสร้างตนเองเป็นโครงการต่างๆ เช่น การทอผ้า การทำของฝากพื้นเมือง โดยทางนิคมสร้างตนเองลำโดมน้อย จะจัดอบรมให้ความรู้ ให้อุปกรณ์ จัดสถานที่ในการทำงานกลุ่มให้ รวมทั้งการรับซื้อ ซึ่งทางสมาชิกที่ร่วมโครงการจะได้รับค่าตอบแทนต่อชิ้นที่ทำได้ ทั้งนี้โครงการต่างๆทำร่วมกับชุมชนอื่น บางครั้งที่ตั้งของโครงการก็ไม่ได้อยู่ใกล้ชุมชนจึงมีผู้ทำน้อย และเป็นที่ยกย่องว่ากลุ่มยังไม่ได้รวมตัวกันทำกิจกรรมกันเองเท่าไรนัก

2) กลุ่มศูนย์ส่งเสริมการประมงประจําชุมชน

กลุ่มนี้ตั้งขึ้น โดยกรรมการที่ชาวบ้านเสนอชื่อ และเลือกตั้งมา กลุ่มตั้งมาประมาณ 4 – 5 ปีแล้ว มีวัตถุประสงค์เพื่อไว้ส่งเสริมคนยากจนในยามทุกข์เข็ญ เช่น ป่วย พิการ โดยให้ยืมไปก่อนและใช้ทดแทนในภายหลัง แต่ถ้าไม่มีทดแทน ทางกลุ่มบริหารมีหลักฐานแสดงว่าได้ช่วยเหลือผู้ยากจนจริงจะได้เงินทดแทนจากจังหวัดมาเพิ่มเติมให้ ปัจจุบันมีประธาน 1 คน ปัญหาที่พบในปัจจุบัน คือ ยังไม่มีแผนการใช้เงินกองทุนที่ชัดเจน และได้มีการใช้เงินบางส่วนไปแล้ว กรรมการชุดใหม่ยังไม่มีเชื่อมั่นว่าจะสามารถบริหารจัดการกับส่วนที่ได้ใช้ไปแล้วหรือไม่ ยังไม่มีการส่งเงินสนับสนุนจากจังหวัดเพิ่มอีก

3) กลุ่มศูนย์สวัสดิการเกษตร

กลุ่มนี้มีสมาชิก 8 คน ศูนย์สวัสดิการเกษตรตั้งอยู่ที่บ้านประธาน กลุ่มนี้โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากอบต. มีวัตถุประสงค์เพื่อสวัสดิการแปรรูปสินค้าทางการเกษตร เช่น ข้าวเกรียบ กลัวยทอด นอกจากนี้แล้วศูนย์ยังได้ทำร้านขายของชำราคาถูกในหมู่บ้าน โดยจัดตั้งที่ศูนย์สวัสดิการเกษตรจากการดำเนินการมาพบว่ามีปัญหาในการดำเนินการเนื่องจากสินค้าที่ขายยังมีราคาแพงอยู่ มีการผูกขาดการบริหารจัดการศูนย์และสินค้า

4) กลุ่ม ธกส.

กลุ่มนี้มีสมาชิกทั้งหมด 20 คน ได้รับการสนับสนุนเงินทุน และความรู้จากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร มีวัตถุประสงค์ให้เงินกู้แก่สมาชิกเพื่อไปลงทุนทางการเกษตรเช่น ลงทุนเลี้ยงสุกร ทำฟาร์มไก่ ทำไร่ แล้วให้ผ่อนส่งเงินกู้เป็นงวดๆ สมาชิกในกลุ่มมีความสัมพันธ์กันในการค้าประกันเงินกู้ของ ธกส. ให้กันและกันทำธุรกิจเกษตรกรรมของตนเอง ไม่ได้ช่วยเหลือกันในด้านกระบวนการผลิตและการค้า ผู้ที่มาให้คำแนะนำเรื่องกิจกรรมที่ทำ เช่น การ

เลี้ยงสุกร คือเจ้าหน้าที่ของ ธกส. ซึ่งได้ให้คำแนะนำในการเลี้ยง คำปรึกษาการทำธุรกิจ แต่ไม่ได้จัดกิจกรรมของกลุ่มในเชิงพัฒนาอาชีพร่วมกัน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการพบว่าบางครั้งเรือนที่ลงทุนไปแล้วขาดทุนไม่สามารถใช้หนี้ ธกส. ได้

กลุ่มไม่เป็นทางการ

1) กลุ่มทำไพหญ้า

เป็นการรวมตัวกันเพื่อไปหาหญ้ามาทำจักสาน สำหรับเป็นวัสดุที่ใช้มุงหลังคา ชาวบ้านเรียกว่า “การไพหญ้า” เพื่อจำหน่าย โดยไปหาหญ้าครั้งนี้ต้องไปหาที่หมู่บ้านอื่น สมาชิกกลุ่มมีการพึ่งพาอาศัยกันเรื่องยานพาหนะเมื่อไปเก็บเกี่ยวหญ้าที่ใช้เป็นวัตถุดิบ นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยน อาหารการกิน แรงงาน และสินค้า โดยไม่มีเงินเป็นตัวกลาง กลุ่มทำไพหญ้ามีประมาณ 2 – 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีสมาชิกประมาณ 8 -15 คน เป็นที่น่าสังเกตว่า กิจกรรมการทำไพหญ้านี้ ได้ก่อให้เกิดรายได้ที่เป็นเงินสดกับครัวเรือนที่ทำ เพราะสามารถขายได้ตลอดปี

2) กลุ่มทำบุญ

กลุ่มนี้มีสมาชิกอยู่ประมาณ 10 คน ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ จะเห็นว่าย่างไปช่วยงานบุญ งานวัดกันเป็นประจำ มีความมักคุ่นกัน ได้ปรับทุกข์กัน

3) กลุ่มเคลื่อนไหวกิจกรรมเมือง

เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในชุมชน ชาวบ้านที่เข้าร่วมกลุ่มอย่างจริงจังมีน้อย จะมีบ้างบางครั้งเรือนที่ไปร่วมกิจกรรมการเคลื่อนไหวเป็นบางครั้ง เป็นที่น่าสังเกตว่า ครัวเรือนที่เข้ากลุ่มมักมีสิทธิและได้ประโยชน์จากโครงการพัฒนาจากนิคมสร้างตนเอง โดยได้รับของแจกบ่อยครั้ง อย่างไรก็ตามในระยะหลังชาวบ้านที่เข้ากลุ่มเคลื่อนไหวกิจกรรมเมืองน้อยลง เพราะภารกิจมีลักษณะยืดเยื้อและทำให้สิ้นเปลืองเงินทอง ชาวบ้านเล่าว่าผู้ที่เข้าร่วมกลุ่มเคลื่อนไหวกิจกรรมเมืองอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันได้ที่ดินเพิ่มขึ้นอีกที่ชุมชนฝั่งอื่นและได้มีการตั้งบ้านเรือนขึ้นใหม่เป็นอีกชุมชนหนึ่ง

4.4.4 การเมืองการปกครอง

ชุมชนริมเขื่อนมีจำนวน 120 หลังคาเรือน อยู่ในเขตการปกครองของที่ทำนุถาวรนิคมสร้างตนเองลำไน้อย กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงมหาดไทย ผู้ใหญ่บ้านคนปัจจุบันมาจากการเลือกตั้งซึ่งจะอยู่ตามวาระ 5 ปี ผู้ใหญ่บ้านแต่งตั้งผู้ช่วย 2 คน เพื่อบริหารงาน ดูแลงานต่าง ๆ ร่วมกัน มีกรรมการชุมชนที่เลือกจากการประชุมชาวบ้าน ผู้ใหญ่บ้านคนปัจจุบันมีภรรยาเป็น อสม. ทำให้บางครั้งมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณสุขด้วย ปัจจุบันชุมชนริมเขื่อนอยู่ในเขตการปกครองท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลนิคมสร้างตนเองลำไน้อย มีการเลือกตั้ง อบต. จำนวน 2 คน มีหน้าที่เป็นตัวแทนชาวบ้านร่วมพัฒนาแผนโครงการต่างๆ เสนอสภาและของบประมาณจากราชการ

การแบ่งคຸ້ມ เป็นเขตการปกครองย่อย ในหมู่บ้านไม่ได้แบ่งความรับผิดชอบ การดูแลอย่างชัดเจน ระหว่างผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วย และ อบต. ชาวบ้านและผู้นำชุมชนยังคงได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบนิคมสร้างตนเอง และหน่วยงานของอำเภอสิรินธร ซึ่งมีโครงการต่างๆ สนับสนุน

4.4.5 โครงการพัฒนาในชุมชน

โครงการพัฒนาในชุมชนส่วนมากเริ่มมาจากนิคมสร้างตนเอง หรืออำเภอ เป็นโครงการพัฒนาที่ชุมชนต้องร่างโครงการตามกรอบที่ภาครัฐกำหนดเพื่อเสนอของบประมาณ ชาวบ้านจะเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อมีการประชุมหมู่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้านหรือผู้ใหญ่บ้านจะชี้แจงและขอให้ชาวบ้านเข้าร่วมโครงการ

การกระจายของการมีส่วนร่วมจะอยู่ในกลุ่มของผู้ได้รับข้อมูลข่าวสาร เข้าร่วมประชุม มีบทบาทในการทำกิจกรรม มักจะเป็นคนเดิมซ้ำๆ คนที่ได้รับเลือกเป็นประธาน ดูแลโครงการมักจะเป็นผู้มีฐานะค่อนข้างดี เป็นที่เชื่อถือและมีความมั่นคงพอสมควร

ข้อสังเกตเกี่ยวกับโครงการพัฒนา คือ เป็นโครงการที่ได้ร่างกรอบมาแล้วจากภาครัฐ ชาวบ้านต้องการฟัง และชาวบ้านต้องอาศัยการสนับสนุนโครงการ อนึ่งยังไม่มีโครงการพัฒนาที่เป็นโครงการของชาวบ้านที่รวมกลุ่มกันเอง เป็นที่น่าสังเกตว่า ข้าราชการในพื้นที่ชุมชนริมเขื่อน ไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนาโครงการในพื้นที่มากนัก แต่ให้ความอนุเคราะห์บริจาคสิ่งของเครื่องใช้ให้กับชาวบ้านบ้างในบางโอกาส

4.4.6 การพัฒนาองค์ความรู้ในชุมชน

ชุมชนใช้บริการระบบการศึกษา ในระบบโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาจากโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่อยู่ในเขตอำเภอสิรินธร ซึ่งมีอยู่อย่างละ 1 แห่ง นอกจากนี้ชาวบ้านยังมีโอกาสได้รับการศึกษานอกระบบจากโครงการฝึกอาชีพที่นิคมสร้างตนเองลำโดมน้อยจัดขึ้น โดยไม่จำกัดจำนวนและคุณลักษณะผู้เข้าร่วมอบรม และชาวบ้านยังได้รับรู้ข่าวสารจากหอกระจายข่าวซึ่งมีอยู่เพียงแห่งเดียว อย่างไรก็ตามชาวบ้านเห็นว่าหอกระจายข่าวมีคุณภาพไม่ดีไม่สามารถรับฟังได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ทุกครัวเรือนมีวิทยุและโทรทัศน์ เพื่อรับรู้ข่าวสารภายนอกได้พอสมควร

แม้ว่าจะเป็นชุมชนจัดตั้ง แต่ชาวบ้านก็มีภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งผู้สูงอายุมีบทบาทในการสืบทอดต่อลูกหลาน แต่คนหนุ่มสาวมักไม่ให้ความสนใจสืบทอดความรู้ เพราะเห็นว่าเป็นของเก่า เป็นเรื่องของคนโบราณ และไม่ได้ก่อให้เกิดรายได้กับครัวเรือน ในประเด็นนี้จึงอาจจะทำให้ภูมิปัญญาบางอย่าง เช่น ความรู้เรื่องการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรชนิดต่างๆ อาจสูญหายไป

ส่วนในของความรู้ที่เกี่ยวกับการฝึกอาชีพที่ทางนิคมสร้างตนเอง ได้จัดหลักสูตรอบรมให้ นั้น โดยส่วนมากพบว่า ไม่มีการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในด้านการตลาด ทำให้ชาวบ้านที่ทำการผลิตแล้ว ไม่มีที่จำหน่าย

สำหรับการเรียนต่อของเยาวชนในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนต่อในระดับที่สูงกว่าระดับประถมศึกษา ประกอบกับพ่อแม่ผู้ปกครองต้องการให้บุตรหลานได้เรียนมากขึ้น แต่หลายครัวเรือนขาดทุนทรัพย์ ปัจจุบันมีเยาวชนได้เรียนต่อมากขึ้น และคณะกรรมการหมู่บ้าน ได้ส่งเสริมการจัดหาทุน ซึ่งขณะนี้ มีนักเรียนเรียนดี 1 คน ที่อยู่ระหว่างการติดต่อขอทุนไปเรียนต่อ จะเห็นว่าในชุมชนมีความตื่นตัวในการศึกษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าชาวบ้านมีความต้องการพัฒนาตนเอง

4.5 วัฒนธรรมประเพณี

4.5.1 ความเชื่อด้านการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ

ชุมชนริมเขื่อนเป็นชุมชนที่อยู่ใกล้แหล่งน้ำ คืออ่างเก็บน้ำสิรินธร จึงชีวิตความเป็นอยู่สัมพันธ์กับการหากินทางน้ำและเรือ จึงมีความเชื่อและข้อปฏิบัติเกี่ยวกับน้ำ กล่าวคือ ไม่ให้นำมุ้งจากแพหรือเรือที่กลับจากหาปลา มาลงซักล้างที่ทำน้ำที่นำเรือหรือแพนั้นมาเทียบ ต้องให้นำกลับไปซักที่บ้าน เพราะเชื่อว่าถ้าซักล้างที่ทำน้ำจะทำให้มีภยันตรายเกิดขึ้นเช่น การเจ็บป่วย อุบัติเหตุทางน้ำ เกิดกับเด็กหรือคนในชุมชนคนอื่นได้ ชาวบ้านเล่าว่ามีตัวอย่างที่เกิดเมื่อปีที่แล้ว คือมีคนฝ่าฝืนนำมุ้งมาซักล้างที่ทำน้ำชุมชน ทำให้มีเด็กหนุ่มจมน้ำตายขณะดำนน้ำเลื่อยไม้ แต่ความจริงแล้วเป็นเพราะเด็กหนุ่มที่ตายนั้นไม่ได้สวมชุดป้องกัน ประกอบกับอาจดำน้ำลงลึกและห่างจากเพื่อนจนไม่สามารถช่วยเหลือได้ทันตอนเป็นตะคริวในน้ำ อนึ่งพบว่าชาวบ้านไม่ได้มีมาตรการป้องกันอันตรายจากการทำน้ำได้ น้ำ ขณะเดียวกันชาวบ้านก็ยังไม่เห็นความสำคัญของปัญหานี้ เพราะคิดว่าเป็นจากการซักล้างมุ้งที่ทำน้ำเท่านั้น ความเชื่อที่เกี่ยวกับเรืออีกอย่างหนึ่งคือ ไม่ให้ขนย้ายเรือบนถนนผ่านกลางชุมชนต้องใช้เส้นทางรอบนอกชุมชนลงน้ำไป เหมือนกับศพคนตาย โหงก็ไม่ให้นำผ่านชุมชน ต้องใช้เส้นทางรอบนอกชุมชน และเข้าวัดเลยไม่นำศพตั้งที่บ้านเรือน

ในเรื่องความยึดเหนี่ยวในชุมชนแม้จะไม่มีวัดของชุมชนเอง เพราะทางภาครัฐได้จัดสร้างวัดให้ใช้ร่วมกันในสามชุมชนที่อยู่ฝั่งใกล้เคียงกัน เนื่องจากก็เป็นเครือญาติพี่น้องกันมาจากถิ่นที่อยู่เดิม ในชุมชนก็มีสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ชาวบ้านได้ร่วมกันอัญเชิญมาจากชุมชนเดิม ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของชุมชน บริเวณนั้นมีต้นไม้ใหญ่แต่ไม่ถึงกับเป็นป่าทึบ เนื่องจากไม่ได้สงวนไว้ อยู่ใกล้กับชายน้ำ เรียกว่า “ปู้ตา” มีผู้ดูแลเรียกว่า “จ๊า” จำคนปัจจุบัน ถูกเลือกจากชาวบ้านหลังจากจำคนก่อนเสียชีวิต ไม่ได้สืบทอดทางสายเลือด แต่เป็นผู้สนใจศึกษาไว้ถึงการปฏิบัติปู้ตา

และประเพณีเก่า ชาวบ้านจึงเห็นควรให้ทำหน้าที่ “จ้ำ” ต่อจากคนที่แล้ว ปัจจุบันลูกชายของจ้ำคนนี้ได้เรียนรู้จากพ่อเพื่อจะได้ช่วยรักษาประเพณีต่อไป “ปู่ตา” มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของชาวบ้านในชุมชนหลายอย่าง เช่น การทำมาหากิน กล่าวคือการจะออกทำมาหากินนอกชุมชนเดินทางไกลก็มักจะมาบอกปู่ตาให้ปกป้องคุ้มครอง ทำการงานใหญ่ ไปสอบแข่งขัน บางครั้งก็มาบนบานไว้ถ้าสำเร็จก็มาแก้บนด้วยหัวสุกร หรืออื่น ๆ ที่บนไว้ ซึ่งก็เป็นการสร้างขวัญและกำลังใจ นอกจากนั้นหนุ่มสาวในชุมชนที่แต่งงานก็มีพิธีกรรมที่ให้หนุ่มสาวมาไหว้ปู่ตาและนำไก่หนุ่มไก่สาวมาไหว้และจ้ำจะเสี่ยงทายจากไก่ที่นำมาว่าชีวิตคู่จะราบรื่นหรือไม่ อีกทั้ง “ปู่ตา” ยังเป็นที่พึ่งพิงทางใจของชาวบ้านซึ่งจะได้บนบานในปัญหาที่ยังหาทางแก้ไขไม่ได้ หรือแม้กระทั่งบางเวลาที่ชาวบ้านออกไปหาปลาอาจฝากของไว้ที่ปู่ตา เพื่อที่ของจะได้ไม่สูญหาย มีความเชื่อเรื่องผีบ้าน ผีเรือน ของรักษา มีเด็กเกิดต้องบอกเจ้าบ้าน นอกจากนี้ยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการปลูกพืช เชื่อว่าการปลูกพืชควรทำในวันพฤหัสบดี จะได้ดอกผลสวยงาม ไม่มีแมลงมารบกวน

4.5.2 บุญประเพณี

ในหมู่บ้านยังคงมีบุญประเพณี 12 เดือนเหมือนชาวอีสานทั่วไป นอกจากงานบุญบั้งไฟเท่านั้นที่ชุมชนนี้ไม่ทำมาเกือบ 10 ปีแล้ว เนื่องจากช่างทำบั้งไฟเสียชีวิตไปแล้วไม่มีใครสามารถสืบทอดต่อได้ ไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติประเพณีอย่างไร จึงไม่ได้จัดงานบุญนี้ต่อเนื่องกันมา งานบุญที่มีเพิ่มมาเป็นของชุมชนเอง คือ การเลี้ยงปู่ตา หรือชาวบ้านเรียกว่า เลี้ยงบ้าน จะทำในเดือน 3 และ เดือน 6 ปีละ 2 ครั้ง

งานบุญประเพณีโดยทั่วไป ถ้าเป็นบุญใหญ่ ๆ เช่น บุญเทศน์มหาชาติ จะทำร่วมกับชุมชนใกล้เคียงอีก 2 ชุมชน เพราะลักษณะชุมชนเป็นผืนอยู่ใกล้เคียงกัน และมีวัดเพียงวัดเดียวสำหรับ 3 ชุมชนนี้ ในการบริหารจัดการจะมีผู้ที่เป็นธุระประสานงาน 1 คน และเป็นคนจัดการกิจกรรม หลายปีที่ผ่านมาชุมชนจะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพ และต่อมาก็แบ่งให้กิจกรรมการแต่ละชุมชนรวบรวมเงินทำบุญมารวมกันและจัดเป็นกองใหญ่เป็นเจ้าภาพร่วมกัน ผู้ประสานงานประเพณีเป็นคนเดิมตลอดที่ช่วยดำเนินงานมาหลายปีและชาวบ้านก็ไว้วางใจให้ดูแลเรื่องวัดรวมทั้งการบริหารจัดการบูรณะจัดหาสิ่งทีขาดเหลือต่าง ๆ

4.6 ภาวะสุขภาพ

4.6.1 การดูแลสุขภาพพื้นบ้าน

เนื่องจากสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ที่แต่ละครัวเรือนต้องพึ่งพา ตนเอง เพราะไม่มีที่นาต้องใช้แรงงานรับจ้าง เพื่อให้ได้เงินมาจุนเจือครัวเรือน ซึ่งหัวหน้าครัวเรือนเป็นผู้ใช้แรงงานหลัก ต้องดิ้นรนออกทำงานนอกบ้านช่วงเวลากลางวัน อาชีพหลัก คือ รับจ้างเลื่อยไม้ได้

น้ำหรือดำนํ้าเพื่อเลี้ยงไม้ได้นํ้ามาขาย หาปลา การดูแลสุขภาพสมาชิกในครัวเรือนเป็นภาระหน้าที่ของ ผู้หญิงได้แก่แม่บ้านและคนชรา มีบางครัวเรือนที่แม่บ้านต้องออกทำงานนอกบ้านด้วย การดูแลภายในบ้านจึงเป็นของคนชรา มีบางครัวเรือนที่มีลักษณะพิเศษ กล่าวคือ สมาชิกต้องออกทำงานตั้งแต่เช้าตรู่ ประมาณ 3 ทุ่มจึงจะกลับเข้าบ้าน ส่วนกลุ่มแม่บ้านจะรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้และเป็นกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม ครัวเรือนเหล่านี้มักเป็นครัวเรือนในกลุ่มที่มีฐานะยากจน ทำให้ภาระของการเลี้ยงดูบุตรและการดูแลภายในบ้าน อยู่ที่ลูกคนโต บางคนที่ถูกขังเล็กอยู่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จะแขวนเปลนอนไว้ใกล้ๆ บริเวณที่แม่อยู่ ในบางรายที่มีลูกโตขึ้น เด็กสามารถคลานและเดินได้ แม่จะปล่อยเด็กให้เล่นดินใกล้ ๆ บริเวณที่แม่สามารถมองเห็นได้

โดยสรุป หากพิจารณาตากกลุ่ม เป็น กลุ่มเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ชาวบ้านมีวิถีทางและบทบาทของสมาชิกในครัวเรือน ในการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ ดังนี้

เด็ก : แม่หรือยายเป็นผู้ดูแล ถ้าเป็นแม่บ้านอยู่บ้านจะดูแลเด็กเอง ในเวลาไปทำงานรับจ้างจะฝากยายเลี้ยง บางครัวเรือนไปทำงานนอกชุมชน หรือกรุงเทพฯ ตายาย จะดูแลเด็กแทน อาหารการกินให้กินแบบเดียวกับผู้ใหญ่ ยกเว้นเด็กเล็กที่ต้องกินนม ซึ่งจะป้อนอาหารอย่างอื่นร่วมด้วย นิยมป้อนอาหารเด็กสำเร็จรูปมากกว่าอาหารปรุงเอง ถ้าเด็กโตพอที่จะกินข้าวเหนียวได้ก็กินเหมือนผู้ใหญ่ บางครัวเรือน ปล่อยให้เด็ก ๆ ดูแลตนเอง ปล่อยให้เล่นเอง ถ้าในภาวะปกติไม่มีการเจ็บป่วย พี่อาจจะเป็นผู้จัดหาอาหารสำหรับน้องได้เอง

ผู้ใหญ่ : ผู้ที่มีพ่อแม่ อยู่ในชุมชนเดียวกัน พ่อ แม่ ก็ดูแลลูกๆ ให้ โดยปกติในบางครัวเรือน เมื่อแต่งงานแล้วจะแยกบ้านออกไปเป็นครัวเรือนใหม่ สมาชิกจะดูแลตนเอง ในกรณีเจ็บป่วย พ่อ แม่ พี่น้องที่อยู่ใกล้เคียงจะมาช่วยเหลือดูแลในบางครั้งเพื่อแบ่งเบาภาระ และให้กำลังใจ

ผู้สูงอายุ : การดูแลผู้สูงอายุ เป็นภาระหน้าที่ของสมาชิกจะดูแลตนเอง บางครั้งมีลูกหลานที่อยู่บ้านใกล้เคียงจะช่วยดูแล บางครัวเรือนลูกพี่พี่พ่อแม่ในด้านการดูแลบุตรหลาน และตอบแทนด้วยการช่วยเหลือพ่อแม่ด้านอาหารการกิน แต่บางครัวเรือนลูกหลานยังต้องพึ่งพิงพ่อแม่ทั้งหมดทั้งเรื่องอาหารและการดูแล

4.6.2 ความเชื่อเรื่องสุขภาพ

ในเรื่องสุขภาพ ชาวบ้านมีความเชื่อ ในการดูแลตนเองหลายอย่างที่ควรเรียนรู้ เพื่อเข้าใจพื้นฐานสุขภาพที่เกี่ยวข้องกัน เช่น

-เชื่อว่าผู้ที่แข็งแรงสามารถบริโภคได้ทุกอย่าง ดังนั้นชาวบ้านจึงเห็นว่าการบริโภคอาหารดิบเป็นเรื่องปกติ แต่เมื่อเจ็บป่วยต้องบริโภคอาหารที่สะอาด โดยการนิ่ง หรือต้มเท่านั้น

-โอดิน นม ถือว่าเป็นอาหารพิเศษ กินเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น หญิงตั้งครรภ์ไม่ใช่ผู้ป่วยจึงไม่ต้องกินอาหารเพื่อบำรุง และหญิงตั้งครรภ์ก็กินดิบได้

-หญิงหลังคลอด หรือแม่ลูกอ่อน หลังคลอดบุตรสมัยก่อนต้องมีของห้ามกินหลายอย่างเพราะจะทำให้ผิวดermis ยาก ทำให้มีอาการเหนื่อย เพลีย ปวดหัว แต่ปัจจุบันแพทย์แนะนำให้กินได้จึงไม่ค่อยงดอาหารหลายอย่างเหมือนก่อน แต่ถ้าแม่ลูกอ่อนกินอาหารแปลกๆ เช่น อีเห็น ตะกวด ก็จะมีผิวดermis ได้ สมัยก่อนการแก้อาการผิวดermis ต้องหาสมุนไพรมาต้มอาบ ส่วนปัจจุบันการรักษาอาการผิวดermis ยากกว่าเดิมมาก ชาวบ้านเชื่อว่าต้องฉีดยาจึงหาย ตอนนี้อาบน้ำบ้านจึงนิยมไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาลมากกว่าจะใช้การรักษาพื้นบ้าน และเมื่อได้รับการฉีดยาแล้วก็หายโดยไม่มีโรคอย่างอื่นแทรก

-การอยู่ไฟหลังคลอด ยังเป็นที่นิยมอยู่ ระยะเวลาการอยู่ไฟ 3 – 4 วัน ขณะอยู่ไฟจะต้องอาบน้ำอุ่น ซึ่งมีส่วนผสมของใบไม้ที่มีรสเปรี้ยว เช่น ใบมะขาม ใบส้มป่อย ใบหนาด ใบเป้ง ซึ่งเชื่อว่า มีสรรพคุณแก้เวียนศีรษะ เพื่อให้เลือดไหลเวียนดี

-มีชาวบ้านในชุมชนสามารถทำโยเล(หมายถึง การกระทำตามความเชื่อ ว่าบุคคลสามารถให้พลังแสงทิพย์กับบุคคลอื่น เพื่อการรักษา มักจะใช้มืออังบริเวณที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวด-ผู้เขียน)ได้ประมาณ 20 คน เวลาเจ็บป่วยก็อาจไปขอให้ทำโยเลให้เพื่อเพิ่มพลัง ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้มีอาการดีขึ้นได้ ส่วนมากคนที่สามารถทำโยเลได้เพราะผ่านกระบวนการทำโยเล มักจะเป็นกลุ่มครัวเรือนที่มีฐานะค่อนข้างดี เพราะต้องไปผ่านกระบวนการที่เรียกว่า “รับพระ” ที่สระบุรี เสียค่าใช้จ่ายบูชาเหรียญอีก 1,500 บาท แต่การรักษาจะรักษาให้ฟรีไม่เรียกค่าจ้างรางวัล ผู้ที่ทำโยเลได้จะมีข้อปฏิบัติเฉพาะ เช่น ผู้ชายห้ามสูบบุหรี่ ผู้หญิงห้ามกินหมาก

-การเจ็บป่วยบางครั้งชาวบ้านเชื่อว่าเกิดจากการกระทำของผีนา ผีปู่ย่า ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องเหมาะสม ถ้าได้ทำการรักษาตามโรงพยาบาล คลินิก แล้วอาการไม่ดีขึ้น มักจะเชื่อว่าจะเกิดจากสาเหตุทางไสยศาสตร์ ก็จะดูหมิ่นว่าการเจ็บป่วยนั้นเกิดจากสาเหตุใด แล้วก็แก้ตามสาเหตุนั้น จึงจะทำให้หายป่วยได้

-ในชุมชนมีหมอพื้นบ้านที่รักษาโรคบางโรค เช่น การรักษาโรคกระดูกหัก โดยการเป่า หรือโรคอื่น ๆ ที่แพทย์แผนปัจจุบันรักษาไม่หาย นอกจากนั้นชาวบ้านยังนิยมให้หมอพื้นบ้านรักษาโดยการเป่าในกรณีที่มีอาการเล็กน้อย เชื่อว่าทำให้โรคหายเร็ว อย่างไรก็ตาม ชาวบ้านจะใช้การรักษาพื้นบ้านประกอบกับการรักษาแผนปัจจุบัน ชาวบ้านเชื่อว่า แพทย์แผนปัจจุบันรักษาโรคกระดูกไม่เก่ง การรักษาทำให้ต้องใส่เฝือกนาน คับ และอาจแขนขาลีบ หากต้องไปรักษาโรคกระดูกที่โรงพยาบาล ก็จะกลับมาตัดเฝือกเองและไปรักษาโดยหมอพื้นบ้านด้วยการเป่าต่อไป

-ในชุมชนมีหมอยาสมุนไพรพื้นบ้านอยู่ 1 ท่าน ปัจจุบันความนิยมลดลง เนื่องจากค่อนข้างยุ่งยากในการปรุงยาและตัวหายากมากขึ้น บางครัวเรือนเห็นว่าไปรับการรักษาแบบสมัยใหม่รวดเร็วกว่า แต่ในขณะเดียวกันชาวบ้านก็ยังนิยมซื้อยาสมุนไพรที่นำมาเร่ขายตามชุมชนดื่มกินรักษาตัวเองหรือเพื่อให้ประกอบการรักษาควบคู่กับแผนปัจจุบัน นอกจากนั้นชาวบ้านยังชอบซื้อยาที่ขายตามห้างกลางแปลงเร่ขายฟรีแล้วขายยาที่อวดอ้างสรรพคุณว่าแก้ได้ทุกโรค และชาวบ้านหลายคนเชื่อในสรรพคุณจริงของยา และแนะนำเพื่อนบ้านต่อ

-การเจ็บป่วยที่รุนแรง จนถึงขั้นต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ชาวบ้านถือว่าเป็นเคราะห์กรรม ควรแต่งเสียเคราะห์ ซึ่งเป็นพิธีทางพราหมณ์ที่เชื่อว่าจะทำให้ผู้มีเคราะห์กรรมปลอดภัยขึ้น ซึ่งมักจะแต่งเสียเคราะห์เมื่ออาการป่วยดีขึ้น เชื่อว่าจะปัดเป่าความชั่วร้ายไป ทำให้หายขาด พ้นเคราะห์กรรม

4.6.3 ภาวะสุขภาพในชุมชน

ประชากรในชุมชนมีอาการเจ็บป่วย และปัญหาสุขภาพแตกต่างกันไปตามกลุ่มอายุ ซึ่งพบว่ามีสาเหตุของการเกิดแตกต่างกันไปด้วย ซึ่งสามารถสรุปสาเหตุที่เกี่ยวข้องในแต่ละกลุ่ม ได้ดังนี้

กลุ่มเด็ก

โรคที่มักเป็นบ่อยคือ ท้องร่วง และไข้หวัด ท้องร่วงมักเกิดในช่วงฤดูร้อนที่เด็กนักเรียนปิดเทอม ซึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมการเล่นคูที่ไม่เหมาะสม ในระหว่างช่วงไปโรงเรียนโอกาสการกินอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะมีน้อยกว่า เพราะการไปโรงเรียนทำให้ต้องกินเป็นเวลา และมักเป็นอาหารที่เตรียมขึ้นโดยเฉพาะสำหรับกินไปโรงเรียนในตอนเช้า กลางวันอาจรับประทานที่โรงเรียนซึ่งมีโครงการอาหารกลางวันของโรงเรียนให้ ส่วนในช่วงปิดเทอมเด็ก ๆ จะถูกปล่อยให้เล่นและผู้ปกครองไม่ได้จัดอาหารให้ เนื่องจากต้องออกไปทำงาน บิดาเลี้ยงไม่ได้ทำน้ำทั้งวัน นอกจากนั้นเด็กยังชอบเล่นตลอดวัน หาดอาหารและผลไม้ตามฤดูกาลกินเอง ไม่ได้ดูแลเรื่องความสะอาดดีพอ ส่วนโรคหวัดเกิดขึ้นบ่อย ๆ ตลอดปี บางคนเป็นๆหายๆตลอด เพราะโดยส่วนมากผู้ปกครองไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเรื่องนี้นัก นอกจากนั้นชาวบ้านรับรู้ว่าการเป็นไข้หวัดและโรคท้องร่วง เป็นเรื่องของธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้ เมื่อเกิดโรคจะรับรู้ว่ามีไข้เจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวต้องรักษา แต่ให้ความสำคัญที่จะหาวิธีการป้องกันค่อนข้างน้อย ความสำคัญและการรับรู้ทั้งหมดเน้นที่การรักษา ซึ่งในขณะเดียวกันชาวบ้านบางส่วนก็รับรู้ว่าการเป็นโรคท้องร่วง หรือการเป็นไข้หวัดคือการอักเสบอย่างหนึ่ง การรักษาจึงต้องใช้ยาแก้อักเสบ เมื่อตัดสินใจรักษาด้วยการซื้อยากินเอง มักซื้อยาปฏิชีวนะ เช่น ออริโอมัยซิน เพนนิซิลิน และเกิดความคาดหวังกับโรงพยาบาลว่าควรจะให้ยาแก้อักเสบด้วยเช่นกันเมื่อต้องมารักษาที่โรงพยาบาล

ในการพัฒนาการบริการของโรงพยาบาลในส่วนนี้เพื่อที่จะให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น ควรจะเน้นการให้ความรู้ และชักชวนให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคมากขึ้น รวมทั้งให้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้ยาแก้อาการ

กลุ่มผู้ใหญ่

ผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิงส่วนมากมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดศีรษะจากการทำงาน เพราะลักษณะงานคือ ดำนํ้าเหล็ยไม้ รับจ้าง ซึ่งอาการเหล่านี้ชาวบ้านรู้สึกว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ จากการการทำงานแต่ต้องรักษา เพราะจะไม่สามารถทำงานต่อได้ ส่วนในผลระยะยาว เช่น การเสื่อมสมรรถภาพทางกระดูกสันหลัง ชาวบ้านยังให้ความสำคัญน้อย เนื่องจากยังไม่เกิดขึ้นและไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานประกอบอาชีพในปัจจุบัน ชาวบ้านบางส่วนก็เข้าใจว่า การปวดกล้ามเนื้อ คือ การอักเสบที่ต้องรักษาด้วยยาแก้อักเสบ ดังนั้น จึงมักจะซื้อยาพาราเซตามอลมารับประทาน ร่วมกับยาแก้ปวด ประเภทยาแก้ปวด บวดหาย และยากลุ่ม สเตียรอยด์ (Steroids) ซึ่งยากลุ่มหลังนี้มีขายในรูปแบบการเร่ขายภายในชุมชน และยังอดอ้างสรรพคุณว่าสามารถรักษาและแก้ไขอาการได้หลายอย่าง ซึ่งจะเห็นได้ว่าชาวบ้านมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และยังไม่ทราบผลเสียเนื่องจากการใช้ยาในลักษณะดังกล่าวในระยะยาว

ในกลุ่มหญิงหลังคลอดบุตร มีกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นที่เรียกว่า “ผิวดก” โดยเข้าใจว่า อาการทุกอย่างที่เกิดขึ้นหลังการคลอดบุตร คือ การผิวดก ไม่ว่าจะเป็นไข้ ปวดศีรษะ เหนื่อย เพลีย คลื่นเหียน วิงเวียน กินอาหารไม่ได้ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดจากการเป็นโรคอื่นๆ เช่น การติดเชื้อหลังคลอดหรืออาจจะเป็นอาการที่สืบเนื่องจากการดูแลสุขภาพของหญิงหลังคลอดที่ไม่เหมาะสม แต่ชาวบ้านรับรู้ว่าการผิวดกเป็นโรคชนิดหนึ่งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีเฉพาะจึงจะหาย ซึ่งวิธีรักษามี 2 ทาง คือ วิธีแผนโบราณโดยใช้ยาสมุนไพรที่มีตัวยาตามสูตร โบราณซึ่งประกอบด้วยยาต้ม อบและต้ม ซึ่งปัจจุบันตัวยาหาได้ยากและการเตรียมค่อนข้างยุ่งยากมากขึ้น ความนิยมจึงน้อยลง อีกวิธีหนึ่งคือ การรักษาด้วยวิธีแผนปัจจุบัน ซึ่งเชื่อว่ามียาฉีดแก้ผิวดก ดังนั้นชาวบ้านจึงคาดหวังว่าจะต้องได้รับการฉีดยาเท่านั้นถึงจะทำให้หายจากการผิวดกได้ เป็นที่น่าสังเกตว่า อาการผิวดกนี้ชาวบ้านรับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง ต้องได้รับการรักษาอย่างทันด่วนที่ จึงจะหาย และหากเป็นแล้วมีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้

กลุ่มผู้สูงอายุ

โดยส่วนมากมีอาการวิงเวียน ปวดตามร่างกาย และชาวบ้านเองก็สังเกตว่าผู้สูงอายุในชุมชน มักป่วยเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษา แบบแผนการรักษาโรควิงเวียน ปวดเมื่อยคล้ายกับวัยแรงงาน ส่วนโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมื่อตรวจพบจากการไปตรวจรักษาตามคลินิกหรือโรงพยาบาลแล้ว มักจะรับการรักษาต่อเนื่อง มีบางส่วนที่เข้าใจว่าเป็นโรคที่รักษาหายขาดได้ ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อนก็จะรับ

ยาไม่สม่ำเสมอ จะไปรับการรักษาอีกครั้งเมื่ออาการมากขึ้น และโดยส่วนมากแล้วมักจะใช้วิธีการรักษาแผนโบราณ ซึ่งยาสมุนไพรกินเองประกอบกัน เป็นที่น่าสังเกตว่าชาวบ้านไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม แต่จะเน้นการกินยา ชีดยา ซึ่งเป็นเพียงหนึ่งในหลายวิธีที่ใช้ควบคุมโรคเท่านั้น

4.7 การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน

ชาวบ้านมองว่าผู้ที่มีสุขภาพดีจะต้องแข็งแรง สามารถทำมาหากินได้ เนื่องจากว่าชุมชนนี้ชาวบ้านส่วนมากประกอบอาชีพใช้แรงงานเป็นหลัก ถ้าเกิดเจ็บป่วยทำงานไม่ได้ครัวเรือนจะขาดรายได้ และไม่มีเงินซื้อข้าวมารับประทานในครัวเรือน ดังนั้น ผู้ที่มีสุขภาพดีนั้นนอกจากแข็งแรงทำงานได้แล้วจะต้องไม่เจ็บป่วยจนต้องหยุดงานบ่อย และชาวบ้านยังบอกว่าสุขภาพยังขึ้นอยู่กับกรกินอยู่เป็นด้วย กล่าวคือ ถ้าครัวเรือนใดมีฐานะดี การกินอยู่ดี ก็จะทำให้สุขภาพดีไปด้วย ส่วนผู้ที่มีฐานะยากจน การกินอยู่ไม่อุดมสมบูรณ์ ก็จะทำให้สุขภาพไม่ดีด้วย จากแนวคิดดังกล่าวพอจะสรุปถึงเกณฑ์การตัดสินภาวะสุขภาพของคนในสังคม ได้ดังนี้

เกณฑ์การตัดสินภาวะสุขภาพในชุมชน

- ผู้มีสุขภาพดี คือ คนที่ไม่เจ็บป่วย ทำงานได้ตามปกติ มีความเป็นอยู่ที่ดี รับประทานอาหารได้ตามปกติ
- สุขภาพปานกลาง คือ คนที่เจ็บป่วยเป็นบางครั้ง สามารถทำงานได้ หาเช้ากินค่ำแต่พอมีกิน เจ็บป่วยเล็กน้อยรักษาไม่นานก็หาย
- สุขภาพไม่ดี คือ ทำงานไม่ได้ ไม่มีอะไรจะกิน ลำบาก เจ็บป่วยบ่อย ๆ

4.8 หลักประกันสุขภาพ

ในชุมชนชาวบ้านมีสิทธิบัตรในการรักษาพยาบาลเกินกว่าครึ่ง เด็ก คนชรา คนจนได้บัตรสงเคราะห์ฟรี ส่วนผู้มีรายได้มีบางส่วนที่ไม่พิจารณาซื้อบัตรสุขภาพ เพราะไม่คิดจะใช้บริการของโรงพยาบาล และเข้าใจว่าการมีบัตรสุขภาพทำให้ได้รับการบริการที่ไม่ดีเท่าที่ควร หรือได้ยาที่ไม่มีคุณภาพ แตกต่างจากการใช้เงินจ่าย การกระจายของบัตรจริง ๆ ยังไม่ทั่วถึง คนยากจนจริง ๆ ยังไม่ได้รับสิทธิบัตร เนื่องจากไม่ทราบจะติดต่ออย่างไรหรือบางครั้งเพราะไม่ทราบสิทธิและหน้าที่ของตนเอง และบางส่วนเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ

บทที่ 5

การวิเคราะห์วิถีสาธารณสุขของชุมชน

บทนี้เป็นการวิเคราะห์ด้านสุขภาพ ที่เชื่อมโยงกับสภาพสังคมของชุมชนริมเขื่อน เพื่อให้เห็นถึงภาวะการดูแลสุขภาพที่เป็นอยู่ เงื่อนไขและข้อบกพร่องที่จะนำมาเชื่อมโยงกับการให้บริการของโรงพยาบาลแก่ชุมชนให้เหมาะสมต่อไป โดยวิเคราะห์ในประเด็นเกี่ยวกับแบบแผนการรักษาพยาบาลและบทบาทบุคลากรด้านสาธารณสุข พฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ และแนวทางการจัดรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลสิรินธร

5.1 แบบแผนการรักษาพยาบาลและบทบาทบุคลากรด้านสาธารณสุข

การเจ็บป่วยในชุมชน สามารถจำแนกออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 3 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มชาวบ้านให้ความสำคัญในการตัดสินใจดูแลตนเองและการรักษาที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

กลุ่มที่ 1 โรคทั่วไป ในความเข้าใจของชุมชน เป็นโรคที่เกิดขึ้นเป็นประจำ อาจเป็นๆหายๆ คนส่วนมากในชุมชนเป็น เช่น ไข้หวัด ท้องร่วง ปวดหัว ปวดฟัน ปวดกล้ามเนื้อ

กลุ่มที่ 2 โรคฉุกเฉิน หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นปัจจุบันทันด่วน ค่อนข้างรุนแรง เช่น อุบัติเหตุ เป็นลม หมดสติ ปวดท้องรุนแรง ตกเลือด เจ็บครรภ์คลอด

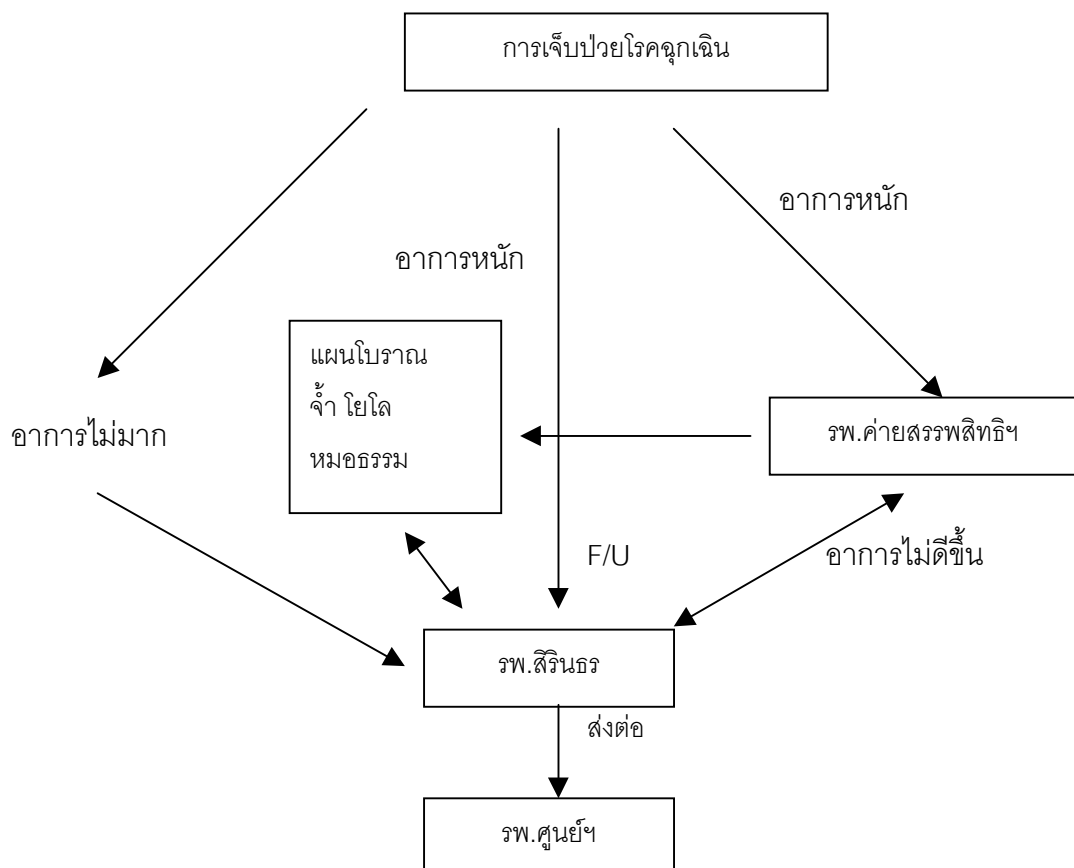
กลุ่มที่ 3 โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่ต้องไปหาหมอกินยาเป็นประจำ ไม่หายขาด เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตามความเข้าใจของชาวบ้านแล้วโรคในกลุ่มนี้ยังหมายถึง อาการที่เป็นๆหายๆตลอด ไม่หายขาด ซึ่งบางครั้งก็เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคข้อบางชนิด บางครั้งก็ไม่ใช่โรคเรื้อรังจริงๆ เช่น อาการเจ็บปวดจากการทำงาน

5.1.1 แบบแผนการรักษาโรคทั่วไป

การเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป เกือบทุกกรณีจะเริ่มต้นการรักษาด้วยการซื้อยากินเอง ร่วมกับการดูแลที่บ้านซึ่งประกอบด้วยการเล่นมารับประทานอาหารสุก น้ำต้ม ดื่มนมเพิ่มหรืออาหารบำรุงอื่นๆ บางครั้งในการดูแลที่บ้านก็ประกอบด้วยการใช้ยาสมุนไพรด้วย โดยหาสมุนไพรเองจากป่าหรือปลูกเองที่บ้าน มีบางส่วนที่ตรงไปรับการรักษาจากคลินิกในอำเภอพิบูลมังสาหารหรือโรงพยาบาลพิบูลมังสาหารเลย ซึ่งในกลุ่มนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือมีโอกาสได้ไปอำเภอดังกล่าว บางกรณีเพราะไม่เคยเข้าโรงพยาบาลเพราะคิดว่ารักษาไม่ดี ที่สำคัญคือพอมีเงินบ้าง ส่วนกลุ่มที่มาโรงพยาบาลสิรินธรเลยจะเป็นกลุ่มเดิมที่เคยมา เช่น กลุ่มครอบครัว อสม. กลุ่มมีบัตรสุขภาพ และคนที่ไม่มีเงิน และมีบางส่วนที่เลือกการรักษาที่สถานพยาบาลในตลาดของอำเภอสิรินธร

พยาบาลสิรินธรก่อนก็มักจะขอย้ายไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ด้วยและจะกลับมาติดตามการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสิรินธร แบบแผนการรักษาแบบนี้ยังพบในโรคทั่วไปที่ชาวบ้านคิดว่าอาการหนักด้วย เพราะถ้าอาการหนักการไปรักษาที่คลินิกไม่ดีเท่าโรงพยาบาลเพราะไม่มีที่นอน ไม่สามารถช่วยชีวิตได้ ดังนั้นบางครั้งคนไข้ที่รักษาที่อื่นมาตลอดไม่เคยมาโรงพยาบาลสิรินธรเลย ถ้าเกิดอาการทรุดหนักก็就会被พามาโรงพยาบาลสิรินธรเสมอ เมื่อได้รับการรักษาแล้วโดยส่วนมากเมื่อกลับบ้านจะใช้วิธีทางแผนโบราณร่วมด้วยในการรักษา โดยทั่วไป ไม่ได้ก่อให้เกิดผลเสียต่อการรักษา นอกจากกรณีกระดูกหัก ที่ชาวบ้านต้องการการการเป่า และมักต้องถอดเฝือกก่อนกำหนด

ข้อสังเกตอีกอย่างหนึ่ง คือ เรื่องการเจ็บครรภ์คลอด อยู่ในกลุ่มโรคฉุกเฉินก็จริง แต่มักจะมีชาวบ้านบางส่วนรอให้ใกล้จะคลอดหรือคิดว่าคลอดยากจึงจะมาโรงพยาบาล ทำให้เกิดการคลอดบนรถ คลอดที่บ้าน ซึ่งประการหลังเมื่อคลอดที่บ้านแล้วก็มักจะไม่นำมาโรงพยาบาลทำให้ลูกไม่ได้รับวิตามินเคและวัคซีนแรกคลอด โรคเลือดออกจากการขาดวิตามินเค(APCD)จึงยังพบได้ แบบแผนการรักษาโรคกลุ่มนี้แสดงได้ตามแผนภาพที่ 5.2

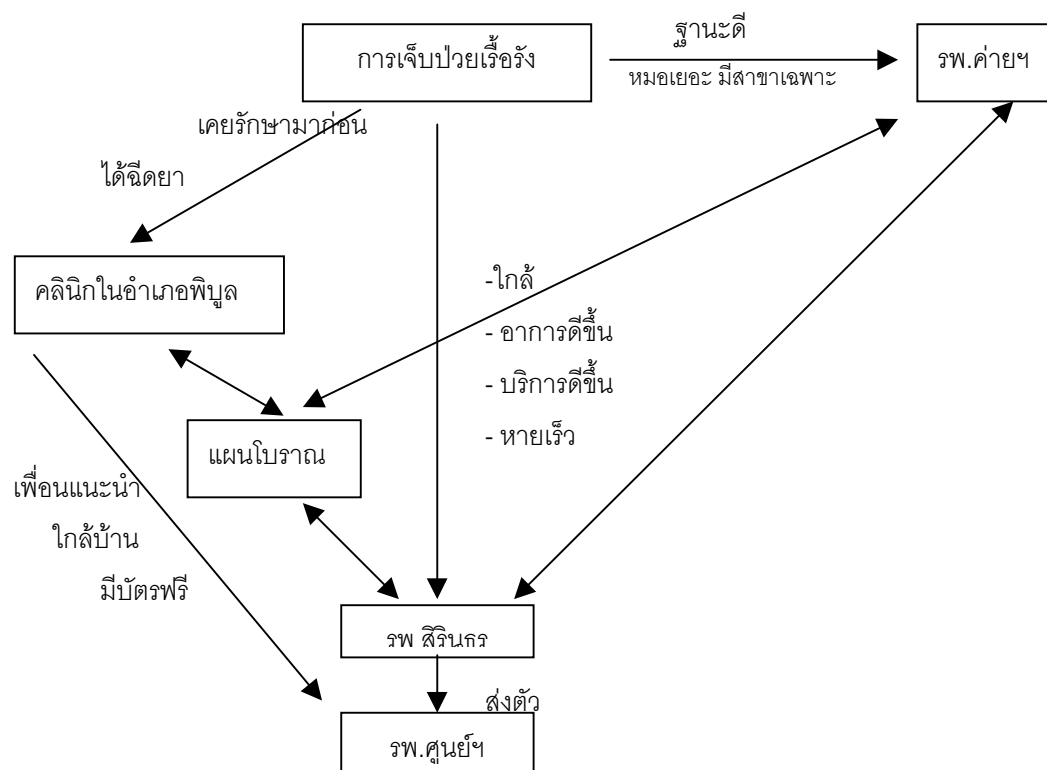


แผนภาพที่ 5.2 แสดงแบบแผนการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคฉุกเฉินของชุมชนริมเขื่อน

5.1.3 แบบแผนการรักษาโรคเรื้อรัง

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ชาวบ้านที่มีบัตรรักษาฟรี ซึ่งได้แก่ บัตรผู้นำชุมชน บัตรอสม. บัตรผู้มีรายได้น้อยจะรับยาที่โรงพยาบาลสิรินธร มีบางส่วนที่เคยรักษาที่คลินิกในอำเภอพิบูลมังสาหารมาก่อน บางกลุ่มรับการรักษาต่อที่เดิม มีบางกลุ่มที่เพื่อนบ้านแนะนำมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร เพราะใกล้บ้าน และไม่ต้องเสียค่ารถ อย่างไรก็ตามในกลุ่มนี้ยังมีการเปลี่ยนแหล่งรักษาเพราะบางครั้งอยากลองยาใหม่ๆ และต้องการฉีดยา ในกลุ่มโรคเรื้อรังมักจะมีการรักษาควบคู่ไปกับการรักษาแผนโบราณ ซึ่งในที่นี้หมายถึงรวมถึง การซื้อยาต้ม ยาสมุนไพร รับประทานเอง และการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ บางครั้งต้องเดินทางออกนอกชุมชนเพื่อรักษากับหมอพื้นบ้านที่อยู่ไกลออกไป เพราะเชื่อคำบอกเล่าว่าจะทำให้หายขาด ในทัศนคติของชาวบ้านต่อการรักษาของหมอแผนปัจจุบันในเรื่องโรคเรื้อรังไม่ค่อยดี เพราะชาวบ้านเห็นว่ารักษาไม่หายขาด ต้องรักษานาน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เสียเวลา และชาวบ้านก็ไม่เข้าใจว่าจะต้องทำอะไรในการรักษาตนเอง จึงต้องแสวงหาวิธีที่คิดว่าดีไปเรื่อยๆ ในกรณีโรคเรื้อรังก็เช่นกันกับกลุ่มอื่น คือ ผู้ที่ฐานะดีก็เลือกที่จะรักษาที่โรงพยาบาลค่าย เพราะการรักษาที่หลากหลายกว่า โดยเฉพาะในเรื่องการบำบัดอาการปวดด้วยวิธีกายภาพ

ข้อสังเกต คือ โรคเรื้อรังบางชนิดที่ไม่มีอาการ เช่น ความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีโรคแทรกซ้อน มักจะถูกมองข้าม และไม่ให้ความสำคัญในการป้องกัน รักษา ชาวบ้านจะสนใจตนเองเมื่อมีอาการที่ค่อนข้างรุนแรงร่วมด้วยเท่านั้น ดังแผนภาพที่ 5.3



แผนภาพที่ 5.3 แสดงแบบแผนการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของชุมชนริมเขื่อน

ตามแบบแผนการรักษาพยาบาล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยตามกลุ่มต่างๆ ที่ผ่านมาสังเกตเห็นว่ามีแหล่งที่ชาวบ้านรับบริการทางด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันนัก ซึ่งในการตัดสินใจในการเลือกแต่ละครั้งก็ขึ้นอยู่กับ ทัศนคติและเงื่อนไขหลายประการ ซึ่งสามารถที่จะวิเคราะห์ถึงปัจจัยและเงื่อนไขในการเลือกรับบริการสุขภาพจากแหล่งต่างๆตามตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกสถานบริการสุขภาพ

ปัจจัย วิธีการ	ระยะทาง	ค่าใช้จ่าย	ความสะดวก สบายและการ ให้บริการ	การตัดสินใจ ในการเลือก รักษาพยาบาล ด้วยตนเอง	ความพึง พอใจ	การสิ้นสุด ของการ เจ็บป่วย
ดูแลตนเองที่บ้าน	อยู่ที่บ้าน	ไม่มีค่าใช้จ่าย	สะดวก	ได้ตัดสินใจด้วยตนเอง	พึงพอใจ	แล้วแต่อาการ
ซื้อยากินเองในชุมชนและนอกชุมชน	ใกล้บ้าน สะดวก	ถูกกว่า หาซื้อได้เอง ในชุมชน	สะดวก รวดเร็ว	ตัดสินใจในการรักษาด้วยตนเอง เลือกยาได้ด้วยตนเอง	พอใจ	แล้วแต่อาการ
สถานพยาบาลที่ตลาด สิรินธร	ใกล้ ชุมชน	ค่าใช้จ่ายไม่ สูง ต่อราคา รักษาได้	รวดเร็ว	ตัดสินใจในการรักษาด้วยตนเอง เลือกยาได้ด้วยตนเอง	พอใจ	แล้วแต่อาการ
คลินิกที่ อำเภอ พิบูลฯ	เดินทาง ไกล	ค่าใช้จ่ายสูง เล็กน้อย ต่อราคา รักษาไม่ได้	รวดเร็ว ไม่ต้องรอคิว	ตัดสินใจในการรักษาด้วยตนเอง , เลือกยาได้ด้วยตนเอง	พอใจ	ส่วนใหญ่หาย ขาด
รพ.สิรินธร	ใกล้ ชุมชน	ค่าใช้จ่ายไม่ สูง ต่อราคา รักษาได้ ใช้สิทธิบัตรได้ ทุกชนิด	ให้บริการช้า ขาด ความสนใจและ เอาใจใส่กับผู้ป่วย น้อย	ไม่สามารถเรียก ร้องการรักษา พยาบาลได้ด้วย ตนเองต้องขึ้น อยู่กับการ วินิจฉัยของ แพทย์เป็นหลัก	ปานกลาง	ได้รับยาอ่อน รักษาไม่หาย ขาด ต้อง มา พบแพทย์บ่อย

ตารางที่ 5.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกสถานบริการสุขภาพ(ต่อ)

ปัจจัย วิธีการ	ระยะทาง	ค่าใช้จ่าย	ความสะดวก สบายและการ ให้บริการ	การตัดสินใจ ในการเลือก รักษาพยาบาล ด้วยตนเอง	ความพึง พอใจ	การสิ้นสุด ของการเจ็บ ป่วย
รพ.ค่าย สรรพสิทธิ ประสงค์ อุบลราช ธานี	เดินทาง ไกล	ค่าใช้จ่ายสูง สามารถเบิก ได้เฉพาะข้าราชการและ ลูกจ้างประจำ	ได้รับความสนใจ และเอาใจใส่ดี สะอาด เครื่องอำนวยความสะดวก ความสะดวกมี มาก	ไม่สามารถเรียกร ้องการรักษา พยาบาลได้ด้วย ตนเอง	พอใจ ได้รับยาดี และแพง กว่า, มีการ รักษา หลากหลายกว่า	แล้วแต่ อาการ

เป็นที่น่าสังเกตว่า การที่ชาวบ้านเลือกการซื้อยากินเอง และการไปรักษาที่คลินิก เป็นวิธีหลักในการดูแลสุขภาพมีข้อที่เหมือนกันคือ ที่สถานบริการของรัฐมักไม่มีรูปแบบแบบนี้ แต่ในขณะเดียวกันเปรียบเทียบโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานีซึ่งมีลักษณะคล้ายกับโรงพยาบาลชุมชน คือไม่สามารถเลือกด้วยตนเองได้ แต่ชาวบ้านเลือกไปเพราะมีความหลากหลายของการบริการเครื่องมือทันสมัยมีการบริการด้านส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพดังนั้นการให้บริการประชาชนในพื้นที่จึงต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาพยาบาล และ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทางด้านสาธารณสุขเพื่อให้สามารถมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล เนื่องจากบางครั้งการตัดสินใจของชาวบ้านเองขึ้นอยู่กับความเชื่อและค่านิยมเดิมเพราะไม่ทราบเหตุผลทางการแพทย์หรือการรักษาแผนปัจจุบัน

2. ความหลากหลายของการให้บริการ เช่น มีการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูด้วยการนวดแผนไทย แพทย์ทางเลือกที่ถูกต้องตามหลักวิชา และภายใต้การดูแลของผู้มีความรู้ ป้องกันปัญหาแทรกซ้อนได้ เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งให้กับชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดหา บริหารจัดการหรือเป็นผู้ให้บริการในบางส่วน

โดยสรุป แบบแผนการรักษาพยาบาลของชุมชน จะมีแบบแผนแตกต่างกันตามลักษณะของการเจ็บป่วยซึ่งจะแบ่งเป็น การเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเจ็บป่วยทั่วไป และการเจ็บป่วยเรื้อรัง ถ้าเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จะรักษาแผนปัจจุบันเป็นอันดับแรกคือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลก่อน ถ้าอาการทุเลาอาจจะมีการรักษาแบบแผนโบราณควบคู่ไปด้วย ถ้าเป็นการเจ็บป่วยทั่วไป จะดูแลตนเองที่บ้านก่อนโดยซื้อยารับประทานเอง หรือเช็ดตัวลดไข้ ถ้าอาการไม่ดีอาจจะไปคลินิกที่อำเภอข้างเคียง คืออำเภอพิบูลมังสาหาร หรือสถานพยาบาลในอำเภอ ส่วนถ้าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังจะรักษาแผนปัจจุบัน ถ้าเป็นครอบครัวที่ฐานะดีพอสมควร มักไปรักษาที่โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ถ้าครอบครัวที่มีบัตรรักษาพยาบาลฟรี จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้เคียงกับที่ระบุนิสิตในบัตร

5.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ

5.2.1 พฤติกรรมการใช้ยา

จากการศึกษาพบว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นชาวบ้านส่วนมากนิยมซื้อยามารับประทานเองตามร้านขายของชำในชุมชนและมักจะมียาปฏิชีวนะร่วมด้วยเกือบในทุกโรค เช่น อาการท้องร่วง จะใช้ ยาอริโอมัยซินหรืออีโรมัยซิน ปวดขา ปวดกล้ามเนื้อใช้ยา อีโรมัยซิน มีแผลหรือเป็นหนอง ใช้ยาเพนิซิลิน บางครั้งใช้ก็จะใช้ยาเพนิซิลินหรืออีโรมัยซินร่วมกัน ซึ่งเป็นการใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็น โดยที่ชาวบ้านทุกคนไม่ทราบผลข้างเคียงและพิษจากการใช้ยากล่าว สาเหตุที่ใช้เนื่องจากคำบอกเล่าต่อกันมา ผลการรักษาไม่ทั้งหายและไม่หาย แต่ยังปฏิบัติกันต่อมา ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องพื้นฐานของโรค การรักษาเบื้องต้น การเลือกใช้ยาและผลข้างเคียงของยาปฏิชีวนะให้แก่ชาวบ้าน น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้ลดผลข้างเคียงและการใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็น

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้ยาที่ไม่สอดคล้องกับคนและโรค กล่าวคือ โดยส่วนมากเมื่อเจ็บป่วยจะมีการขอยืมหรือขอยาจากเพื่อนบ้านที่มีอาการคล้ายๆ กันมาใช้ เช่น เป็นไข้ มีน้ำมูก โดยเฉพาะในเด็กพ่อแม่มักยืมยาผู้อื่นมาให้ลูกกิน สาเหตุเนื่องจากยาเด็กไม่ค่อยมีขายในร้านค้า ในผู้ใหญ่เองก็มีการใช้ยาของคนหนึ่งกับอีกคนหนึ่งแต่น้อยกว่าในกลุ่มเด็ก เนื่องจากซื้อง่าย ทั้งนี้ทางผู้ปกครองและผู้ป่วยไม่ทราบถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งในกรณีใช้ยาผิดประเภทหรือใช้ยาผิดขนาด ซึ่งหากสามารถอธิบายให้ชาวบ้านมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา อันตรายจากการใช้ยาคง ก็น่าจะช่วยลดปัญหานี้ได้

5.2.2 การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ ชาวบ้านรับรู้ว่าเป็นภาระที่ต้องดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่าเดิม มีข้อห้ามหลายอย่าง แต่อย่างไรก็ยังถือว่าหญิงตั้งครรภ์ก็เป็นคนที่แข็งแรง โอกาสการป่วยไม่มาก ไม่เหมือนตอนหลังคลอดที่ต้องระวังเป็นพิเศษมากกว่า จึงทำให้มีการปฏิบัติตัวบางอย่างที่ไม่เหมาะสมเมื่อเริ่มตั้งครรภ์ เช่น

- รับประทานอาหารดิบ และอาหารระหว่างการตั้งครรภ์ ก็รับประทานเหมือนคนปกติทั่วไป ไม่ต้องพิเศษมากขึ้นกว่าเดิม แสดงให้เห็นว่า ชาวบ้านไม่ได้ให้ความสำคัญกับอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์
- หญิงตั้งครรภ์ไม่นอนพักผ่อนตอนกลางวันกลางวัน เพราะเชื่อว่าจะทำให้ไขมันมากลูกเกิดมาตัวโตและจะทำให้คลอดยาก ซึ่งความเชื่อนี้ในปัจจุบันมีผู้ปฏิบัติลดลง คนรุ่นหนุ่มสาวที่ตั้งครรภ์และได้รับการฝากครรภ์สามารถนอนกลางวันได้ เพราะไม่กลัวการคลอดยาก เพราะเมื่อคลอดที่โรงพยาบาลมีแพทย์และพยาบาลดูแลการคลอด
- หญิงตั้งครรภ์เชื่อว่าจะต้องทำงานหนัก หรือ ถ้าไม่ได้ทำงานควรจะเดินไกล ๆ เพื่อที่จะได้แข็งแรง มีแรงเบ่ง ปัจจุบันหญิงตั้งครรภ์ส่วนมากยังเชื่อถือปฏิบัติ ซึ่งอาจมีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด และทารกไม่สมบูรณ์ได้
- เมื่อครรภ์แก่อายุครรภ์ ประมาณ 9 เดือนควรดื่มสุรา 1 – 3 ครั้ง เพราะมีความเชื่อว่าจะทำให้คลอดง่าย มีแรงเบ่งดี

การฝากครรภ์ ส่วนมากชาวบ้านมักจะฝากครรภ์ เพราะได้รับการชี้แนะและหวังผลในการคลอดว่ามีความปลอดภัย มีข้อสงสัยเกิดคือ เมื่อฝากครรภ์แล้วสามารถลดหรือละเลยต่อข้อห้ามของหญิงตั้งครรภ์ได้ เพราะเชื่อว่าการคลอดที่โรงพยาบาลจะช่วยแก้ปัญหาทุกอย่างที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการคลอดได้ หญิงตั้งครรภ์ที่อายุมาก ครรภ์แรก ๆ ได้รับการฝากครรภ์ แต่เมื่อลูกคนหลัง ๆ มา โดยเฉพาะลูกที่เกิดจากความบังเอิญ คือ การคุมกำเนิดไม่ดี มักจะฝากครรภ์ หรือถ้าไม่ฝากครรภ์ ก็จะรับการคลอดที่โรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยรับรู้ที่ท้องหลัง ๆ อาจคลอดยากและมีอันตรายได้จึงต้องมาคลอดที่โรงพยาบาล

การคลอด ส่วนใหญ่คลอดที่โรงพยาบาล แต่ก็มีชาวบ้านหลายคนที่ยังคลอดที่บ้าน เหตุผลคือ ไปโรงพยาบาลไม่ทัน เมื่อคลอดแล้วหญิงหลังคลอด จะได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากคนในครอบครัว เพราะถือว่าเป็นช่วงที่ร่างกายอ่อนแอมาก ชาวบ้านรับรู้ว่าจะช่วงที่ติดเชื้อง่าย และยังให้ความสำคัญกับเรื่องอาหารต้องดื่มน้ำร้อนเพราะเชื่อว่าจะขับน้ำคาวปลาได้ดี ทำให้เลือดไม่ตกค้าง สาเหตุหนึ่งน่าจะมาจากเพราะถ้ารับประทานหรือได้กลิ่นอาหารแปลกๆ จะทำให้เกิดอาการผิดปกติได้ ซึ่งหมายถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้กับผู้หญิงที่ผ่านการคลอดบุตรมา

แล้ว เช่น วิงเวียนศรีษะ คลื่นไส้อาเจียน ท้องร่วง ดังนั้นหญิงหลังคลอดจะมีข้อห้ามในการรับประทานอาหารหลายชนิด เช่น ผักชะอม ตะพาบน้ำ ซึ่งในระหว่างช่วงอยู่ไฟยิ่งจะต้องระวังมาก ถ้าครอบครัวไหนที่เคร่งมากจะรับประทานเฉพาะเกลืออย่างเดียว ซึ่งเป็นการดูแลหญิงหลังคลอดบุตรที่ไม่เหมาะสม ส่วนเรื่องการดูแลการติดเชื้ออย่างอื่นไม่ได้ให้ความสำคัญ และยังปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม เช่น เมื่ออยู่ไฟจะต้องนั่งน้ำร้อน โดยการนั่งแช่ในอ่างสูงถึงสะเอว แขนาน 15 นาที ทำวันละ 5 ครั้ง มีเพศสัมพันธ์ ได้หลังคลอด 3 เดือน แต่ช่วงนี้จะไม่คุมกำเนิดเพราะรู้ว่า ถ้าประจำเดือนยังไม่มาแม้จะมีเพศสัมพันธ์ก็ไม่สามารถมีลูกได้ เมื่อเริ่มมีประจำเดือนหลังคลอดจึงจะคุมกำเนิด

5.2.3 การวางแผนครอบครัว

โดยรวมประชาชนในชุมชนนิยมคุมกำเนิดด้วยวิธีชั่วคราว คือ รับประทานยาคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ใส่ห่วงอนามัย เป็นต้น และยังพบว่าหญิงที่อายุมาก ยังใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว ทั้งที่ต้องการหยุดการตั้งครรภ์และตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดด้วยตนเองโดยไม่ให้ความสำคัญกับเหตุผลทางการแพทย์ อาจเพราะไม่มีความรู้ ข้อมูลมีจำกัดและยังมีทัศนคติที่ไม่ดีกับการคุมกำเนิดชนิดถาวร เช่น หมันหญิง จะทำให้เป็นอัมพาต ทำงานหนักไม่ได้ และเชื่อว่าหลังจากการทำหมันจะทำให้มีความต้องการทางเพศมากขึ้น ส่วนในเพศชายไม่นิยมคุมกำเนิด มีบางรายคุมกำเนิดแบบชั่วคราวโดยใส่ถุงยางอนามัย และไม่มีการคุมกำเนิดชนิดถาวรเนื่องจากมีความเข้าใจว่าถ้าทำหมันชายจะทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้

5.2.4 การเลี้ยงดูเด็ก

ในชุมชนยังมีการเลี้ยงดูทารกด้วยนมชั้นหวาน ตั้งแต่แรกคลอด บางส่วนก็ให้นมชั้นหวานต่อมาเรื่อย ๆ จนลูกโตขึ้นอายุ 3 ขวบ เพราะทารกกินนมชั้นหวานแล้วอ้วนจำห้มน่ารัก และนมชั้นหวานก็ราคาถูกลง มีการป้อนอาหารตั้งแต่แรกเกิด ส่วนมากให้อาหารสำเร็จรูป ชีลี้แลค แทนสมัยก่อนที่เป็นข้าวต้ม เนื่องจากสะดวกกว่าและเชื่อว่าการให้ชีลี้แลคแก่ลูกดีมีสารอาหารมาก เด็กไม่ร้องอแง ถ่ายไม่ดำ ภาวะโภชนาการในเด็กยังพบว่าเด็กมีการขาดสารอาหารเป็นจำนวนมาก มีเด็กขาดสารอาหาร ระดับ 1 และ ระดับ 2 ในชุมชน แม้รับรู้เรื่องการชั่งน้ำหนักเด็กโดย อสม. และรู้สึกว่าการที่ลูกตกเกณฑ์เป็นเรื่องไม่ดี น้าอ้าย เหมือนไม่ได้สนใจดูแลลูก บางคนถูกลูกขาดสารอาหาร หรือที่เรียกกันว่า “ตกเกณฑ์” แต่ก็ไม่ทราบว่าเป็น “ลูกตกเกณฑ์” มีความหมายอย่างไร และเข้าใจว่าการที่ได้นมสนับสนุนเพื่อให้ลูกดีมีเสริมเพราะความสงสารความสนิทสนมกับเจ้าหน้าที่ แต่เมื่อได้มาแล้วก็เลี้ยงแต่นมอย่างเดียว พยายามทำให้พอกิน อาจขงจืด ๆ บางคนเติมนมชั้นหวานเพื่อให้รสชาติดี แต่ไม่ได้รับรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทารกและการดูแลอย่างอื่น จึงเป็นข้อสังเกตให้โรงพยาบาลทำโครงการช่วยเหลือเด็กขาดสารอาหารที่

ทำอยู่ในปัจจุบันเป็นวิธีที่ไม่ได้ผลในการลดปัญหาเท่าไรนัก ควรจะมีการทบทวน และปรับกลยุทธ์ ในการให้ความรู้ชุมชนเพิ่มขึ้นด้วย

การได้รับวัคซีนของเด็กในชุมชน เด็กรุ่นหลังๆทั้งที่คลอดที่บ้านและที่โรงพยาบาล จะได้รับวัคซีนเป็นส่วนมาก และได้รับตามกำหนดเวลา มีส่วนน้อยที่แม่ไม่เห็นความสำคัญ โดยเฉพาะแม่ที่อายุมากแล้วมีลูกหลายคน และมีลูกโดยไม่ได้ตั้งใจ เพราะรับรู้ว่าคุณทุกคนที่เลี้ยงมาก็ ไม่ได้ฉีดวัคซีนก็เลี้ยงโต ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ จึงไม่เห็นความจำเป็นที่ต้องพาลูกมาฉีดวัคซีน แต่โดยส่วนมากเข้าใจว่าการได้รับวัคซีนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการของเด็กด้วย ทำให้ลูกเลี้ยงง่าย ไม่ป่วยง่าย สามารถป้องกันโรคได้ ทำให้ลูกแข็งแรงจึงควรพาลูกมารับวัคซีน

ในเรื่องสิทธิบัตรการรักษาในเด็กอายุ 0 – 12 ปี ที่มีให้ฟรียังไม่ครอบคลุม ทุกหลังคาเรือน โดยมากทราบว่าสิทธิบัตรฟรีนี้ แต่ไม่ทราบขั้นตอนและวิธีการทำบัตร หรือทราบ หลังจากหมดเขตทำบัตรฟรี ปัจจุบันบัตรเด็กสามารถเปิดทำให้ได้ที่โรงพยาบาลโดยไม่ต้องผ่านผู้ใหญ่บ้านมาก่อนได้ บางส่วนยังไม่ทราบสิทธินี้ บางส่วนทราบแต่รอให้เจ็บป่วยก่อนถึงจะทำ เพราะ คิดว่าทำไว้ตอนนี้ก็ไม่จำเป็น

5.2.5 พฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

โดยส่วนมากมีความเข้าใจความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมกับภาวะสุขภาพ ว่าการอยู่ในภาวะแวดล้อมไม่ดีก่อให้เกิดโรคได้ แต่การปฏิบัติในการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมน้อย จะเห็นได้จากสภาพทั่วไปของชุมชนยังสกปรกอยู่ไม่มีที่ทิ้งขยะ แต่ละครอบครัวกำจัดขยะมูลฝอยเอง อาจเนื่องจากการขาดความรู้ที่แท้จริงเรื่องสุขลักษณะ ไม่ได้รับการส่งเสริมและดูแลเรื่องนี้มากนัก ดังจะเห็นได้จากในชุมชนเองก็ไม่ได้มีระบบในการบริหารงานสิ่งแวดล้อม เช่น เรื่องขยะในเขตบ้าน แต่ละบ้านดูแลกำจัดของตนเอง ซึ่งมักจะใช้การเผาทั้งขยะแห้ง เปียก พลาสติก ส่วนในเขตสาธารณะยังไม่มี ผู้รับผิดชอบโดยตรง ไม่มีระบบน้ำทิ้งของครัวเรือน แต่โดยสถานที่ทั่วไปค่อนข้าง ดีที่การใช้น้ำมักอยู่ในบริเวณที่มีต้นไม้ ดินน้ำซึมผ่านเร็ว ไม่ค่อยเกิดการท่วมขังและไม่มีน้ำเสีย การมีส่วนร่วมในบ้านมีครบทุกหลังคาเรือน เพราะคิดว่าจำเป็นต้องมี มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วม 100 เปอร์เซนต์จากกระทรวงสาธารณสุข แต่อัตราการใช้ส้วมไม่เพิ่มขึ้น ชาวบ้านไม่เติมน้ำเพื่อชะล้าง และไม่ได้ใช้ส้วมเลย

5.2.6 การออกกำลังกาย

ชาวบ้านรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายว่าเป็นสิ่งดี ทำให้ร่างกายแข็งแรง ช่วยลดน้ำหนัก ทำให้กระฉับกระเฉง มีส่วนน้อยที่ยังเข้าใจว่าเมื่อป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะทำงานหนัก หรือออกกำลังกายไม่ได้ เพราะจะทำให้อาการไม่ดี นอกจากนี้บางส่วนยังรับรู้ว่าคุณเองไม่แข็งแรง พอที่จะออกกำลังกาย เป็นที่น่าสังเกตว่าในกลุ่มคนที่มีฐานะค่อนข้างดี มีงานทำจะเข้าใจ ปฏิบัติ มากกว่าคนที่มีฐานะยากจนและคนไม่มีงานทำ ซึ่งกลุ่มหลังที่ไม่ได้ออกกำลังกายแล้วยังมีทัศนคติ

ที่ไม่ถูกต้องต่อการออกกำลังกาย คือ เข้าใจว่าการออกกำลังกายต้องสวมเสื้อผ้าชุดกีฬา ต้องวิ่ง ต้องลงสนาม จึงทำให้ปฏิบัติไม่ได้ ส่วนกลุ่มแรกออกกำลังกายในการทำงาน ได้เหงือกก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกาย บางคนที่มีการบริหารเพิ่มเติม เพราะเคยได้รับความรู้จากการอบรม จากการไปรักษา โรคปวดหลัง กล้ามเนื้อ แต่โดยรวมแล้ว ส่วนใหญ่มองว่าการออกกำลังกายที่ไม่ใช่การทำงานเป็นเรื่องน่าอายต้องแอบทำ กลัวคนอื่นว่าถ้าทำต่อหน้าสาธารณชน ไม่กล้าวิ่งผ่านชุมชน อาจเนื่องมาจาก ไม่มีกระแสการออกกำลังกายในรูปแบบนี้ในชุมชน ส่วนในชุมชนมีการสนับสนุนโดยอบต. มีการแข่งขันกีฬาระหว่างชุมชน ซึ่งเพิ่งมีในปีนี ชาวบ้านเริ่มให้ความสนใจในกีฬามากขึ้น

5.3 แนวทางการจัดรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลสิรินธร

จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลของชุมชนที่ผ่านมา พบว่าคนในชุมชนมีพื้นฐานในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self - care) อยู่แล้ว เพียงแต่บางอย่างเป็นการดูแลสุขภาพตนเองที่ยังไม่ถูกต้อง และไม่เหมาะสม เนื่องจากชาวบ้านในชุมชนยังขาดองค์ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านสุขภาพจึงควรจะให้ความรู้แก่ชุมชนและช่วยเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดไป และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมของชุมชน โดยให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

แต่ก่อนที่เจ้าหน้าที่และชาวบ้านจะสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ คงต้องวิเคราะห์ถึงการยอมรับบทบาทของเจ้าหน้าที่ และการรับรู้บทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข ว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งการศึกษาค้นคว้า พบว่า ในเรื่องการยอมรับบทบาทบุคลากรสาธารณสุข ชาวบ้านรู้จักบุคลากรสาธารณสุข เช่น อสม. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เจ้าหน้าที่ศูนย์มาลาเรีย และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ที่เคยออกพื้นที่มาให้ความรู้เรื่องสาธารณสุขหรือร่วมในการอบรมในชุมชน ชาวบ้านมีความรู้สึก ว่า อสม. ก็คือ ชาวบ้านที่ทำงานตามคำสั่งหรือคำแนะนำของบุคลากรโรงพยาบาล เป็นผู้ที่ยังไม่มีความรู้เรื่องโรคอย่างชัดเจน จึงมีความเชื่อติดต่อกับ อสม. ค่อนข้างน้อยโดยเฉพาะด้านการดูแลรักษาพยาบาล ทำให้สัมพันธภาพในลักษณะการพึ่งพากลุ่ม อสม. ในรูปแบบการให้คำปรึกษา การดูแลอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยยังไม่เกิดขึ้นเท่าที่ควร แต่ชาวบ้านจะให้ความร่วมมือดีในการทำงานด้านประชาสัมพันธ์ และการออกสำรวจด้านสาธารณสุข ต่างๆกับอสม. เพราะเห็นว่าเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด สามารถเข้าถึงกันได้มากและชาวบ้านเล็งเห็นประโยชน์ในการให้ความร่วมมือ ประกอบกับมีทัศนคติว่าถ้าครัวเรือนของตนได้รับการสำรวจแล้ว มีคุณลักษณะที่ไม่ดีหรือไม่ตรงตามที่เจ้าหน้าที่กำหนดไว้ก็จะอับอายครัวเรือนอื่นในชุมชน ในส่วนของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขที่เข้าไปมีส่วนในการให้ความรู้ อบรมช่วยเหลือในชุมชน ชาวบ้านให้ความนับถือมีความรู้สึกเป็นบุญคุณ และให้ความเคารพว่าเป็นเจ้านายที่มีความห่วงใยตนซึ่งเป็นชาวบ้าน ความร่วมมือจึงค่อนข้าง

ข้างดี ซึ่งก็แล้วแต่ครอบครัวและบุคคลว่าจะสามารถรับสิ่งที่อบรมไปปฏิบัติมากน้อยเช่นไร แต่โดยมากแล้ว ถ้าไม่มีการติดตามและไม่มีการส่งเสริมต่อเนื่อง กิจกรรมเหล่านั้นก็จะหยุดไปในเวลาไม่นานนัก ซึ่งโครงการและกิจกรรมของรัฐและของโรงพยาบาลเองก็มีลักษณะเป็นไปในรูปแบบดังกล่าวคือ การส่งเสริมกิจกรรมในช่วงแรกและไม่มีการติดตามต่อเนื่อง กิจกรรมต่างๆจึงไม่คงอยู่และไม่ยั่งยืน อาจเป็นเพราะว่ากิจกรรมนั้นไม่ได้สนองตอบต่อความต้องการพื้นฐานของชุมชนหรือชุมชนไม่เห็นผลประโยชน์อันเกิดเนื่องจากการทำกิจกรรม ดังนั้น ในเรื่องของสุขภาพ การดำเนินกิจกรรมหรือส่งเสริมกิจกรรมในชุมชนควรจะมีขั้นตอนการสำรวจชุมชนถึงความต้องการของพื้นที่ทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติหรือผู้เข้าร่วมโครงการถึงความเป็นมา ประโยชน์และการแก้ปัญหาต่างๆเพิ่มเติมขึ้นจากการสั่งให้ทำหรือเสนอแนะการทำอย่างเดียว และต้องคำนึงถึงความต่อเนื่อง การเป็นส่วนหรือรับผิดชอบร่วมกันระหว่างผู้ส่งเสริมกิจกรรมและชุมชน

โดยส่วนมากชาวบ้านมีความเห็นว่าถ้าบุคลากรทางสุขภาพเข้าหาชาวบ้านถึงชุมชนมากขึ้นจะเป็นสิ่งที่พิเศษสำหรับเขาเพราะเป็นการแสดงความห่วงใยต่อเขาเองแม้ว่าจะไม่ได้ไปโรงพยาบาล จึงเป็นแนวทางที่น่าจะได้รับการส่งเสริม ให้เป็นกิจกรรมหลักในการบริการของโรงพยาบาล ซึ่งจะมีประโยชน์ในด้านที่ชาวบ้านจะสามารถป้องกันโรคได้ ดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยทีมงานของโรงพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมกับชุมชนมากขึ้นในด้านการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชน ซึ่งนอกจากจะให้ประโยชน์ในด้านการให้บริการเพื่อสุขภาพดีแล้ว ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรของรัฐกับชาวบ้านให้ชาวบ้านสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น และในขณะเดียวกันโรงพยาบาลและบุคลากรก็ได้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันกับชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพของท้องถิ่น ซึ่งอาจจะไม่เหมือนหรือไม่ตรงกับแผนที่ทำ โครงการจากกระทรวงหรือจังหวัดให้มาณรงค์ แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในชุมชนแล้วได้ร่วมกันช่วยแก้ปัญหาของชุมชนเอง ซึ่งจะเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูได้ตรงจุดมากขึ้น และชุมชนเองก็ได้ประโยชน์ในการคงอยู่ขององค์ความรู้และสามารถนำมาใช้ได้จริง

ในอีกด้านหนึ่งเรื่องการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรของโรงพยาบาล ก็เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ควรนำมาพิจารณาร่วม เพราะชาวบ้านให้ความไว้วางใจกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุขรวมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ ถ้ากลุ่มคนเหล่านี้ชี้แนะและให้ความรู้ที่ก็จะเชื่อและนำไปปฏิบัติตาม สิ่งทีบุคลากรเหล่านี้พูด ทำหรือปฏิบัติจึงเป็นแบบอย่างแก่ชาวบ้าน ดังนั้น โรงพยาบาลและบุคลากรจึงต้องเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ชุมชน ได้แก่

1. การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลและบ้านเรือนของบุคลากรทุกระดับให้สะอาด ถูกสุขลักษณะมีการกำจัดขยะและของเสียอย่างถูกวิธี
2. บุคลากรทุกระดับมีความรู้พื้นฐานที่ชาวบ้านทั่วไปควรรู้เกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อม สามารถให้คำแนะนำ ปฏิบัติเป็นแบบอย่างได้
3. บุคลากรทุกระดับเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลจึงต้องเข้าใจระบบการบริการสามารถแก้ไขข้อข้องใจแก่ชาวบ้านได้ ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องกับชุมชน

ดังนั้น แนวทางในการจัดรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลสิรินธร ควรประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้

5.3.1 การให้สุขศึกษา (Health Education) โดยให้สุขศึกษาในชุมชนให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบในชุมชน เช่น เรื่องพฤติกรรมการใช้ยา การดูแลตนเองในภาวะปกติ ในภาวะเจ็บป่วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกาย การดูแลสิ่งแวดล้อม และการควบคุมโรค มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1) การจัดตั้งทีมสุขภาพ (Health Team) ซึ่งทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ เกษตรกร พยาบาล นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนโดยธรรมชาติ ทีมสุขภาพทั้งหมดร่วมกันระดมความคิดและวางแผน รูปแบบการให้บริการ ให้สุขศึกษาที่เหมาะสมและเข้าถึงประชาชนในชุมชนได้มากที่สุด ร่วมสนับสนุนงานด้านวิชาการ ประสานงาน สรุปและประเมินผลกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

2) พยาบาลชุมชน (Community Nurse) เป็นพยาบาลประจำชุมชน ต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชากรในชุมชนนั้น ๆ ต้องทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ปัญหาสุขภาพของชุมชน เข้าไปสร้างเครือข่ายทีมสุขภาพ ก็คืออาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลชุมชน สามารถทำงานร่วมกับพยาบาลชุมชนได้ และเป็นตัวแทนได้ นอกจากนั้นแล้ว ต้องมีประชาชนในชุมชนเข้ามาอยู่ในเครือข่ายสุขภาพ โดยให้มีตัวแบบจริง (Role Model) คือใครก็ได้ในชุมชนที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองที่เหมาะสมและสามารถเป็นตัวอย่างและให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพแก่คนใน ชุมชนให้พยาบาลชุมชนและเครือข่ายสุขภาพมีบทบาทในการให้สุขศึกษาแก่ชุมชนในรูปแบบต่างๆ เช่น Home Health Care ในผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องมาฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน ผู้ป่วยอัมพาต โรคหัวใจ เบาหวาน ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ เป็นสื่อกลางระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน

3) สร้างเครือข่ายให้มีความรู้ด้านยา ผ่านกลุ่มขายของชำ คือ กลุ่มค้าขายของชำในแต่ละชุมชน คนกลุ่มนี้ก็มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน ในชุมชนเช่นกัน จากการศึกษพบว่า ชาวบ้านในชุมชนมีพฤติกรรมในการซื้อยาที่ร้านขายของชำในชุมชน เช่น ยาแก้ปวด ทัมใจ ปวดหาย หรือกลุ่มยาแก้ไอ เช่น ยาเพนนิซิลิน ยาอีโอมัยซิน ยาอริโอมัยซิน ทั้งผู้บริโภครและผู้ขาย ยังขาดความรู้เรื่องยาทั้งคู่ ดังนั้น กลุ่มขายของชำ ควรถูกพิจารณาให้เป็นเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพราะหากได้รับการพัฒนาความรู้จะสามารถเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ เนื่องจากเข้าถึงกลุ่มชาวบ้านได้เมื่อมีผู้มาซื้อยา อาจจัดให้เข้ารับการอบรมความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้น การดูแลสุขภาพ การใช้ยาสามัญประจำบ้าน เมื่อกลุ่มขายของชำมีความรู้เรื่องยา เขาก็จะสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้บริโภคได้ถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

5.3.2 ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้มารับบริการ การสร้าง

สัมพันธภาพเป็นหัวใจสำคัญของการบริการ ถ้าปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการไม่ดี จะทำให้เกิดความล้มเหลวได้ จากการวิเคราะห์ต่อผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลสิริธร พบว่าผู้มารับบริการเหล่านี้ส่วนมาก เห็นว่าการบริการยังไม่ดีเท่าที่ควร มีความล่าช้าในการให้บริการ ยังขาดความเป็นกันเอง ผู้บริการยังไม่มีอำนาจในการรักษา ขาดข้อมูลข่าวสาร เน้นการบริการเชิงรับมากไป การติดต่อกับชุมชนมีน้อย ดังนั้นโรงพยาบาลสิริธรจึงควรมีการพัฒนาระบบบริการ อำนาจ ความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และเน้นการให้บริการเชิงรุกเข้าไปถึงชุมชน เหมือนโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในชุมชนโดยใคร่เสนอแนะแนวทางไว้ดังนี้(ตารางที่ 5.2)

- 1) การบริการเชิงรับ (ภายในโรงพยาบาล) โดย
 - จัดให้มีพยาบาลประจำสัมพันธ์ เป็นคนต้อนรับผู้มารับบริการ แนะนำสถานที่ ประจำสัมพันธ์ให้ข้อมูลแก่ผู้มารับบริการ
 - ส่งเสริมจิตสำนึกด้านการบริการแก่บุคลากรทุกคน
- 2) การบริการเชิงรุก (ในชุมชน) โดย
 - สนับสนุนการมีส่วนร่วมในสังคม เปรียบเสมือนโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เช่น การช่วยงานบุญประจำปีของชุมชน , การช่วยเหลือด้านสังคม เช่น เครื่องอุปโภคบริโภค การให้ทุนการศึกษา เพื่อเชื่อมสัมพันธภาพที่ดีในชุมชน
 - ดำเนินการด้านการบริการในชุมชนในประเด็นที่เห็นว่าเป็นปัญหาและต้องการปรับเปลี่ยนและแก้ไข

ตารางที่ 5.2 แนวทางดำเนินการบริการสุขภาพในชุมชน

ประเด็น	วัตถุประสงค์	การดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
1.การให้ความรู้กับชุมชน	เพื่อส่งเสริม 1. ให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้ดี โดยและถูกต้องตามหลักสุขภาพมากขึ้น 2. ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อตนเองเรื่องสุขภาพอนามัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะทำหน้าที่พี่เลี้ยงให้คำแนะนำ และสนับสนุนด้านวิชาการ	1.การให้ความรู้รายกลุ่มและรวมในหัวข้อที่ชุมชนสนใจ และเป็นปัญหาในชุมชน เช่น -กลุ่มร้านค้าในหมู่บ้าน ต้องการความรู้ด้านยา และการใช้ยาในอาการต่างๆให้ถูกต้อง ปลอดภัย -กลุ่มแม่บ้าน หญิงวัยเจริญพันธุ์ ต้องการความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการดูแลบุตร 2.การสาธิต ในหัวข้อเรื่องที่มีการปฏิบัติที่ต้องใช้เทคนิคเฉพาะ เช่น การกำจัดแหล่งแมลงรบกวน หรือยุง เพื่อให้สมาชิกในชุมชนได้เข้าใจ ทดลองปฏิบัติและสามารถนำไปปฏิบัติเองได้ 3.ห้องสมุดสุขภาพ โดยจัดมุมข้อมูลข่าวสารที่เป็นเอกสารแผ่นพับ หนังสือ ป้ายประกาศที่สามารถค้นคว้าได้ด้วยตนเอง 4.การกระจายเสียงจากหอกระจายข่าว ในหัวข้อที่เป็นที่สนใจ และจำเป็นต้องรู้ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้	เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล อสม. อาสาสมัครของหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล อสม. อสม. อสม. กรรมการหมู่บ้าน

ตารางที่ 5.2 แนวทางดำเนินการบริการสุขภาพในชุมชน(ต่อ)

ประเด็น	วัตถุประสงค์	การดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
2.พยาบาล ชุมชน และ การเยี่ยมบ้าน	เพื่อส่งเสริม 1. ให้เกิดการดูแลตนเองที่บ้านที่ถูกต้องตามแนวทางสุขภาพโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นคนกระตุ้นและสนับสนุนวิชาการ 2. เพื่อลดช่องว่างระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน 3. เพื่อให้เกิดการตื่นตัว การประเมินผล และนำไปสู่ความต่อเนื่องของกิจกรรมสุขภาพในชุมชน	1. จัดทีมสุขภาพของโรงพยาบาลที่เป็นทีมเฉพาะกิจประจำหมู่บ้าน ทำแผนการดำเนินการให้สุขศึกษา การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ชุมชน โดยเน้นชุมชนให้มีการดูแลสุขภาพตนเอง ทีมงานเป็นผู้ดูแล สนับสนุน มีกิจกรรมต่อเนื่อง ร่วมกับการประเมินผลร่วมกับชุมชนเป็นระยะ 2. สร้างเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็งร่วมกับ อสม. และชาวบ้านที่สนใจ	โรงพยาบาล กรรมการหมู่บ้าน ชาวบ้าน ทุกคน
4.การจัดดูยา สามัญในหมู่บ้าน	เพื่อส่งเสริมให้ชาวบ้านรู้จักยาสามัญประจำบ้านสามารถใช้ได้อย่างถูกต้องปลอดภัย	ปรับปรุงระบบยาสามัญประจำหมู่บ้านที่มีอยู่เดิม โดยย้ายสถานที่จากเดิมมาอยู่ที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งแม่บ้านเป็น อสม. ด้วย และอยู่บ้านตลอด ใครเจ็บป่วยมาจะได้มาปรึกษาและขอยาได้	อสม. กรรมการหมู่บ้าน
5.การส่งเสริม การออกกำลังกาย	เพื่อให้มีการออกกำลังกายมากขึ้น	ชักชวนชาวบ้านเล่นกีฬา ขณะนี้ทาง อบต. ได้สนับสนุนงบการสร้างสนามกีฬา ดำเนินการก่อสร้างอยู่ ซึ่งคงจะมีคนเล่นกีฬา ออกกำลังกายมากขึ้น	กลุ่มแม่บ้าน อสม.
6.การกำจัด ขยะ และการ จัดหาน้ำดื่ม ให้พอเพียง	เพื่อจัดสภาพสิ่งแวดล้อมที่ดี และการสุขาภิบาลดีขึ้น	1. ประสานงาน อบต. อำเภอ ในความร่วมมือ 2. ชักชวนให้ชาวบ้านช่วยกันดูแลรักษาความสะอาด	กรรมการหมู่บ้าน

บทที่ 6

บทสรุป

การวิจัยเรื่อง “ การหาแนวทางพัฒนารูปแบบการบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลสิรินธร : กรณีศึกษาชุมชนริมเขื่อน” ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อหารูปแบบการบริการสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล สำหรับชุมชนริมเขื่อน ให้สอดคล้องกับสภาพสังคมของชุมชน โดยการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพชุมชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ แบบแผนการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยในชุมชน และทัศนคติและการรับรู้ของชุมชนในด้านสาธารณสุข ซึ่งนอกจากจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำมาใช้ในการกำหนดรูปแบบการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล แล้วยังได้แนวทางที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นของคนในชุมชน

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การศึกษาที่เน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ วิธีการศึกษาหลักที่ใช้คือ การประเมินสถานะชนบทแบบเร่งด่วน (Rapid Rural Appraisal) โดยการใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สัมภาษณ์ผู้รู้ของชุมชน ได้แก่ผู้นำที่เป็นทางการและผู้นำที่ไม่เป็นทางการ และหัวหน้าครัวเรือน ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังได้ใช้การสังเกตร่วมด้วย และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้กับชุมชน แล้วจึงนำมาวิเคราะห์เนื้อหา และเขียนรายงานในเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายความหมาย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

6.1 สรุปผลการวิจัย

ชุมชนริมเขื่อน เป็นชุมชนใหม่ที่สร้างขึ้น เพราะการอพยพของชาวบ้านพื้นที่เดิมได้รับผลกระทบจากการสร้างเขื่อนสิรินธร ชุมชนดังกล่าวอยู่ภายใต้การดูแลของนิคมสร้างตนเองลำโดมน้อย กรมประชาสัมพันธ์ ครัวเรือนในชุมชนได้รับการจัดสรรที่ทำกินให้ครัวเรือนละ 15 ไร่ ในพื้นที่ที่มีสภาพกายภาพไม่อุดมสมบูรณ์ ดินไม่อุ้มน้ำ เพราะเป็นเขตป่าเสื่อมโทรม จึงเป็นข้อจำกัดในการผลิตด้านการเกษตร อย่างไรก็ตามชุมชน ก็ได้รับการดูแลในการจัดหาสาธารณูปโภคทั้งไฟฟ้า ประปา บ่อบาดาล ตลอดจนโครงการพัฒนาส่งเสริมอาชีพ เนื่องจากเป็นชุมชนจัดตั้งจึงมีสิ่งปลูกสร้างที่ควรจะมี เช่น วัด ศาลากลางบ้าน ศาลปู่ตา ศูนย์สาธิตการเกษตร โรงฝึกอาชีพ

สภาพด้านชีวภาพ เนื่องจากข้อจำกัดด้านกายภาพ จึงมีการปลูกข้าวเพียงบางครัวเรือนเท่านั้น ทำให้ครัวเรือนส่วนมากต้องซื้อข้าวบริโภค ครัวเรือนที่ฐานะดีมักจะมีที่นาอยู่นอกชุมชน ซึ่งได้มาจากมรดกพ่อแม่ ขณะนี้พืชที่ปลูกในชุมชน ได้แก่ ยางพารา ไม้ผลอื่นๆ ซึ่งมีเพียง 3

ครัวเรือนเท่านั้นที่ปลูก ส่วนการเลี้ยงสัตว์ ครัวเรือนบางส่วน เลี้ยงวัวไ้ขาย โดยเลี้ยงในที่ดินว่าง และป่าเสื่อมโทรมที่อยู่ใกล้ ส่วนการเลี้ยงเป็ด-ไก่ ก็เพื่อการบริโภคในครัวเรือนเท่านั้น เนื่องจากเป็นชุมชนที่อยู่ใกล้อ่างเก็บน้ำชาวบ้านจึงสามารถหาปลาบริโภคในครัวเรือนได้ไม่ยากนัก

ในชุมชนมีอาชีพหลักสำคัญคือ การเลี้ยงไม้ได้เขื่อน หรือการดำน้ำตัดไม้ การรับจ้างทั้งในและนอกชุมชน รวมทั้งการรับจ้างในกิจกรรมภาคเกษตรและกิจกรรมนอกภาคเกษตร นอกจากนี้ชาวบ้านมีแหล่งรายได้สำคัญจากการสานหญ้าคาเพื่อใช้มุงหลังคา หรือ ที่เรียกกันว่า “การไผหญ้า”

อย่างไรก็ตามแม้จะเป็นชุมชนใหม่ แต่ยังคงมีความเป็นเครือญาติกันเพราะอพยพมาจากชุมชนเดิมเดียวกัน ให้ความพึ่งพาอาศัยช่วยเหลือกันอยู่ถึงแม้รูปแบบจะเปลี่ยนแปลงไป จากที่เคยขอและให้เปล่ากันได้ มาเป็นการยืมหรือขายให้ราคาถูกแทน และชาวบ้านก็ยังมีกรรวมกลุ่มกันในการประกอบกิจกรรมบ้างและรวมกลุ่มกันเพื่อประกอบอาชีพ

นอกจากนั้นชาวบ้านก็ยังรักษาวัดธรรมประเพณีดั้งเดิมของบรรพบุรุษไว้ เช่น งานบุญประเพณี 12 เดือน การทำบุญบ้าน หรือที่ชาวบ้านเรียกว่า การเลี้ยงบ้าน เป็นที่น่าสังเกตว่าวัฒนธรรมเหล่านี้ได้ถูกปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสังคมด้วย ดังจะเห็นว่า ชุมชนจะไม่มี บุญบั้งไฟ เพราะไม่ได้เดือดร้อนเรื่องน้ำในการทำมาหากิน ไม่ได้ทำนา แต่ชาวบ้านให้ความสำคัญกับการมีศาลปู่ตา การจัดงานเลี้ยงบ้านที่มีปีละ 2 ครั้ง เพราะต้องการที่พึ่งพิงทางใจเนื่องจากต้องออกไปรับจ้างไกลจากชุมชนมาก ต้องมีการบนบาน การขอให้เดินทางปลอดภัยและช่วยคุ้มครอง

6.2.1 การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ชาวบ้านมองว่าผู้ที่มีสุขภาพดีจะต้องแข็งแรง สามารถทำมาหากินได้ ผู้ที่สุขภาพดีนั้นนอกจากแข็งแรง ทำงานได้แล้วจะต้องไม่เจ็บป่วยจนต้องหยุดงานบ่อย และชาวบ้านยังเห็นว่า ภาวะสุขภาพยังขึ้นอยู่กับการกินอยู่ กล่าวคือ ถ้าครัวเรือนใดมีฐานะดี การอยู่กินดี ก็จะทำให้สุขภาพดีไปด้วย ส่วนผู้ที่มีฐานะยากจน การกินอยู่ไม่อุดมสมบูรณ์ ก็จะทำให้สุขภาพไม่ดีด้วย จากมุมมองดังกล่าวพอจะสรุปถึงเกณฑ์การตัดสินภาวะสุขภาพของคนในสังคม คือ

- 1) ผู้มีสุขภาพดี คือ คนที่ไม่เจ็บป่วย ทำงานได้ตามปกติ มีความเป็นอยู่ที่ดี รับประทานอาหารได้ตามปกติ
- 2) สุขภาพปานกลาง คือ คนที่เจ็บป่วยเป็นบางครั้ง สามารถทำงานได้ หาเช้ากินค่ำแต่พอมีกิน เจ็บป่วยเล็กน้อยรักษาไม่นานก็หาย
- 2) สุขภาพไม่ดี คือ ทำงานไม่ได้ ไม่มีอะไรจะกิน ลำบาก เจ็บป่วยบ่อย ๆ

6.2.2 วิถีสาธารณสุขของชุมชน

1) แบบแผนการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชุมชน จำแนกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ **การเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป** การเจ็บป่วยด้วยโรคฉุกเฉิน การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งในแต่ละประเภท ชุมชนมีแบบแผนในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันออกไป การเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป เกือบทุกกรณีจะเริ่มต้นด้วยการดูแลตนเองที่บ้านก่อน เช่น การเป็นไข้จะเช็ดตัวลดไข้ หรือซื้อยามารับประทานก่อน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจึงตัดสินใจไปรักษาที่สถานพยาบาลหรือคลินิก และจะมาโรงพยาบาลก็ต่อเมื่อรักษาที่คลินิกไม่ดีขึ้น

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น อุบัติเหตุ เจ็บครรภ์คลอด จะตัดสินใจรับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นอันดับแรก เพราะชุมชนรู้ว่าโรงพยาบาลมีแพทย์ พยาบาลและเครื่องมือพร้อมเพรียงและถ้าการเจ็บป่วยครั้งนั้นรุนแรงมาก ต้องรักษาด้วยวิธีการที่ยากมากขึ้นโรงพยาบาลก็สามารถส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อได้อย่างมีระบบ การรักษาในกลุ่มนี้จึงไม่นิยมรักษาที่สถานพยาบาลหรือคลินิก

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคคลื่นหัวใจรั่ว โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นกลุ่มที่ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ต้องรับประทานยาและติดตามการรักษาต่อเนื่อง ชาวบ้านตัดสินใจในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มฐานะ ได้แก่กลุ่มผู้มีฐานะค่อนข้างดี จะรับการรักษาที่คลินิกในอำเภอพิบูลมังสาหารเพราะการบริการรวดเร็ว ไม่มีขั้นตอนยุ่งยาก สะดวกรวดเร็ว ส่วนผู้ที่มีฐานะยากจนและผู้มีบัตรรักษาฟรี เช่น บัตรสุขภาพ บัตรสงเคราะห์ผู้ที่มีรายได้น้อยจะรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลสิรินธรหรือที่ระบุการใช้สิทธิในบัตร

2) พฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

พฤติกรรมการใช้ยา จากการศึกษาพบว่าชาวบ้านนิยมซื้อยารับประทานเอง เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เช่นปวดตามกล้ามเนื้อ จะนิยมซื้อยาแก้ปวด มารับประทานหรือบางกรณีถ้ามีไข้ ท้องร่วง มักนิยมซื้อยาแก้ท้องเสียมารับประทาน ซึ่งชาวบ้านไม่ทราบสรรพคุณหรือโทษที่อาจเกิดขึ้น เพียงรับรู้ว่ามีอาการนี้ต่อๆกันมาเท่านั้น

การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ พบว่ายังมีพฤติกรรมบางอย่างที่ยังไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารดิบ ทำงานหนัก หรือเมื่อตั้งครรภ์ได้ 9 เดือนควรดื่มสุราเพื่อให้คลอดง่าย ชาวบ้านในชุมชนให้ความสำคัญในการฝากครรภ์ดี หญิงตั้งครรภ์แทบทุกคนได้รับการฝากครรภ์ เมื่อคลอดก็จะคลอดที่โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ มีส่วนน้อยที่คลอดเองที่บ้านซึ่งมักจะเป็นผู้ตั้งครรภ์อายุมาก หลังคลอดชาวบ้านยังมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวหลังคลอดที่สืบทอดกันมาแต่โบราณ เช่นการอยู่ไฟ การนึ่งข้าวร้อน การงดอาหารแสลงบางชนิด ถ้าไม่ปฏิบัติตามก็มีความ

เชื่อว่าจะเกิดอาการผื่นคันได้ อาการผื่นคันที่ชาวบ้านรับรู้ได้แก่ อาการที่เกิดขึ้นช่วงหลังจากคลอด อาการประกอบด้วยท้องร่วง วิงเวียน อาเจียน หน้ามืด หรือมีไข้ การรักษาอาการผื่นคันต้องทำทันทีถ้ารักษาไม่ทันจะทำให้เสียชีวิตได้ การดูแลรักษาที่สำคัญมี 2 วิธี คือ การรักษาพื้นบ้านโดยการรักษาด้วยสมุนไพร หรือว่านแก้ผื่นคัน และการรักษาด้วยวิธีแผนปัจจุบัน ต้องได้รับการฉีดยาถ้าไม่ได้ฉีดยาจะไม่หายจากโรค

การวางแผนครอบครัว หญิงวัยเจริญพันธุ์ในชุมชน มักนิยมคุมกำเนิดแบบชั่วคราว เช่น การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ไม่นิยมแบบถาวร โดยเฉพาะการทำหมันหญิง ถึงแม้จะไม่ต้องมีการมีบุตรอีก เนื่องจากมีความกลัวและความเชื่อว่าการทำหมันแล้วจะทำงานหนักไม่ได้ ร่างกายไม่แข็งแรง หรืออาจมีอาการที่ชาวบ้านเรียกว่าหมันกลับ ที่ผู้ทำหมันจะมีความต้องการทางเพศมากขึ้น ส่วนการทำหมันชายชาวบ้านส่วนมากไม่ให้ความสนใจ

การเลี้ยงดูเด็ก พบว่ามีเด็กขาดสารอาหาร ระดับ 1 และ 2 ในชุมชน และมีการเลี้ยงทารกด้วยนมชั้นหวานตั้งแต่แรกคลอด หรือในบางครัวเรือนใช้นมชั้นหวานผสมกับนมผงเลี้ยงทารก เมื่อเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 1 ปี นิยมให้รับประทานอาหารเสริมซีลแลคแทนข้าว เนื่องจากเตรียมง่าย และเด็กไม่ร้องแ้ว เด็กในชุมชนได้รับวัคซีนเกือบครบทั้งหมดเพราะชาวบ้านค่อนข้างให้ความสำคัญกับการรับวัคซีน จะมีเพียงบางครัวเรือนเท่านั้นที่ไม่ให้ลูกรับวัคซีนเลย เพราะมีประสบการณ์เคยเลี้ยงลูกมาหลายคน ไม่ฉีดวัคซีนยังเลี้ยงรอดและโตได้

พฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ในชุมชนยังไม่มีการจัดการเกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นระบบ ยังไม่มีการจัดการขยะอย่างถูกวิธี สำหรับการออกกำลังกาย ชุมชนมีทัศนคติในการออกกำลังกายว่า การทำงานใช้แรงงาน ทำไร่ ไร่จ้าง เป็นการออกกำลังกายที่มากพอแล้ว ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอย่างอื่น แต่ในปัจจุบันนี้กระแสการเล่นกีฬาเพิ่มขึ้นเพราะ อบต.ให้การสนับสนุน มีการจัดการแข่งขันและเตรียมการสร้างสนามกีฬาชุมชน

6.3 แนวทางการจัดรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลสิรินธร

ได้แก่ การให้สุขศึกษา(Health Education) โดยให้สุขศึกษาในชุมชนให้สอดคล้องกับปัญหาของชุมชน โดยทางโรงพยาบาลสิรินธรดำเนินการจัดตั้งทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์หลายสาขา เพื่อระดมความคิดและวางแผนร่วมกันในการให้ความรู้แก่ชุมชน มีพยาบาลชุมชน(Community Nurse) เป็นพยาบาลที่ดูแลรับผิดชอบหมู่บ้าน เข้าไปสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อระดมทีมไปให้ความรู้และดูแลสุขภาพของชาวบ้านในหมู่บ้านนั้นๆ ร่วมกับพยาบาลชุมชน

สร้างเครือข่ายให้มีความรู้ด้านการใช้ยากับร้านขายของชำในชุมชน โดยคาดหวังว่าเมื่อผู้ขายมีความรู้เรื่องยา ก็จะสามารถให้ข้อมูลกับการใช้ยาให้กับผู้ซื้อยาได้

ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้มารับบริการ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเป็นหัวใจสำคัญของการบริการ โรงพยาบาลจึงควรพัฒนาระบบบริการ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ ตลอดจนทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และเน้นการให้บริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน โดยจัดให้มีบุคลากรให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้มารับบริการ สนับสนุนการมีส่วนร่วมในชุมชน ช่วยเหลือทางด้านสังคม เช่น การให้ทุนการศึกษา และคือการดำเนินการด้านการบริการในชุมชน ในประเด็นที่เป็นปัญหา

6.2 ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในระดับชุมชน เพื่อมุ่งทำความเข้าใจปรากฏการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของชุมชน เพื่อให้ได้แนวทางสำหรับการให้บริการที่สอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์ของชุมชน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีของชาวบ้านต่อไป จากผลการศึกษานำมาสู่ข้อเสนอแนะต่อไปนี้

การวิจัยครั้งนี้ พบว่าชุมชนมีภาวะด้านสุขภาพที่เฉพาะ เช่น พฤติกรรมการใช้ยา การดูแลหญิงหลังคลอด ดังนั้นการแก้ปัญหาด้านสุขภาพจึงไม่สามารถเป็นสูตรสำเร็จที่หน่วยงานจะนำไปให้บริการ เพราะชุมชนมิได้มีปัญหาสุขภาพในทุกด้าน มีบางอย่างที่ชุมชนสามารถจัดการแก้ปัญหาบนพื้นฐานของภูมิปัญญาท้องถิ่นได้ โดยที่อาจต้องการความร่วมมือจากภายนอกเพียงเล็กน้อย และปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนในแต่ละเรื่อง ชุมชนให้น้ำหนักความสำคัญแตกต่างกันไป ขึ้นกับสภาพพื้นฐานและการรับรู้ของชุมชน

ดังนั้นการให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบเหล่านี้ และให้การสนับสนุนให้สอดคล้องกัน อันจะส่งผลให้เกิดประโยชน์คุ้มค่าต่อการใช้ทรัพยากรทั้งบุคคลและงบประมาณ จึงจะสามารถแก้ปัญหาสุขภาพของชาวบ้านได้ตรงมากขึ้น และนำไปสู่ภาวะสุขภาพดีที่จะเกิดขึ้นในชุมชนต่อไป

สำหรับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระเบียบวิธีที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ประการ

- 1) ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลสรุปเสนอต่อชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ และเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน ซึ่งพบว่ากระบวนการดังกล่าวทำให้ชุมชนได้ทบทวนวิเคราะห์สภาพปัญหาของตนเอง โดยคณะผู้วิจัย มีบทบาทเพียงเป็นผู้อำนวยความสะดวก(Facilitator) ซึ่งนับได้ว่า เป็นกลไกหนึ่งที่น่าไปสู่การเรียนรู้ของชุมชน

2) จากการวิจัยครั้งนี้ ใช้เทคนิคการประเมินสภาวะชนบทแบบเร่งด่วน ซึ่งเน้นการทำงานเป็นทีมและใช้แนวคิดเชิงระบบ ตลอดจนเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกันนั้น พบว่าในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งชาวบ้านรับรู้ว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพบางประการที่ชาวบ้านปฏิบัติไม่เหมาะสม จึงไม่เด่นนัก เพราะเกรงว่าจะได้รับการตำหนิ ทำให้คณะผู้วิจัยต้องใช้ความระมัดระวังในการเก็บรวบรวมข้อมูล และใช้การตรวจสอบข้อมูลเชิงลึกซ้ำหลายครั้งในการวิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัย

บรรณานุกรม

- กรรณิกา ตั้งสกุล. 2540. **ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองบางประการ ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กัญจนาศรี นวล. 2536. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ ในจังหวัดราชบุรี.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสถาบันสุขภาพศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กชกร ศรีสัมพันธ์. 2537. **บทบาทของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของคนพิการ.** วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- กุลนรี หารพัฒนชัยภูมิ. 2538. **การปรับตัวของครอบครัวในการดูแลสุขภาพคนพิการ:ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. 2530. **ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ จินตนาดี. 2539. **พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา เ็นจำ. 2535. **ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นฤมล สีนสุพรรณ. 2538. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการพาเด็กไปรับภูมิคุ้มกันโรคในชนบท. : ศึกษาเฉพาะชุมชนหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข ภาควิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริชาติ จันทร์จรัส และคณะ. 2536. **ครอบครัวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเอดส์:กรณีศึกษาเบื้องต้น.** (บทคัดย่อ) สังคมศาสตร์การแพทย์.

- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. 2530. **เครือข่ายสังคมกับการดูแลตนเอง**. นครปฐม : ศูนย์
ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์ใจ จารุวัชรวิงศ์. 2536. **การศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยส่งเสริมต่อพฤติกรรม
ส่งเสริมต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในชนบท จังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพโรจน์ พรหมพันธุ์. 2540. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานโรงงาน
อุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก
สุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาริสา ไกรฤกษ์. 2534. **รายงานการวิจัย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่
โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและโรงพยาบาลศรีนครินทร์**. ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีงบประมาณ 2534
- มัลลิกา มัติโก. 2530. **การดูแลสุขภาพตนเองที่สะท้อนถึงสังคมวัฒนธรรม**. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์แสงแดด.
- รจนา รุ่งลือ. 2536. **การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง
ราชบุรี**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2534. **ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ใน การพยาบาลครอบครัว แนวคิด
ทฤษฎีและการนำไปใช้**. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น.
- ละเอียด วรรณสารเมธา. 2539. **บทบาทของเครือข่ายในการดูแลความเจ็บป่วย**. วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรจิตร หนองแก. 2540. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาท
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรรณัท บุญนาค และคณะ. 2539. **พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มอาชีพในชุมชนแออัด จังหวัด
ขอนแก่น**. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ขอนแก่น.
- วิทัศน์ จันทโรทัย. 2533. **ศักยภาพการดูแลสุขภาพของตนเองของชุมชนชาวชนบทอีสาน**.
รายงานการวิจัย. องค์การบริหารวิเทศกิจแห่งประเทศไทยและสถาบันวิจัยและพัฒนา
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ขอนแก่น

- ศิริจันทร์ ชัชรรัตน์. 2554. การศึกษาบทบาทและการปฏิบัติของยายในการเลี้ยงดูเด็กของมารดาที่มีบุตรคนแรกในครอบครัวขยาย บ้านรองคำหลวง ต.แม่นาเรื่อ อ.เมือง จ.พะเยา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริวิทย์ หลิมโตประเสริฐ. 2534. ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ กับ ความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์. ปรินญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และการวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาลี ตันทวีเชียร. 2530. การศึกษาปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจของบิดา มารดา ที่มีส่วนสัมพันธ์กับการนำบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี มารับภูมิคุ้มกันโรคครบตามระยะเวลาที่กำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมทรง ศุภศิลป์ และคณะ. 2538. ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วงของชาวชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. สังคมศาสตร์การแพทย์ ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (เมษายน 2538)
- สัมฤทธิ์ ขวัญโพ. 2539. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เอี่ยมพร ทองกระจาย. 2533. การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบาย และยุทธวิธีการพัฒนาสาธารณสุข. ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุ้นจิตต์ บุญสม. 2540. การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. ปรินญาวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอกรัตน์ เชื้ออินตา. 2540. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย. ปรินญาวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพรพรรณ ธีรานูตร และคณะ. 2539. รายงานการวิจัยการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Green Lawrence W. ed. al. 1980. Health Education Planning: A Diagnostic Approach. California. May field Publishing.

Grandstaff T.B. and Grandstaff S.W. 1987. A Conceptual Basic for Methodological Development in Rapid Rural Appraisal. **In Processing of the 1985, International Conference on Rapid Rural Appraisal, by Khon Kaen University**, Rural System Research Project and Farming System Research Project.

ภาคผนวก

แนวทางสัมภาษณ์ ระดับชุมชน

ประกอบด้วยประเด็นคำถามเกี่ยวกับ

สภาพทางกายภาพ

- ที่ดิน ประเภท กรรมสิทธิ์ จำนวน การใช้ประโยชน์
- ภูมิอากาศ ปริมาณน้ำฝน ความร้อน-อุณหภูมิ
- แหล่งน้ำ แหล่งน้ำธรรมชาติ แหล่งน้ำสร้างเอง การใช้ประโยชน์
- สาธารณูปโภค ถนน ไฟฟ้า วัด หอกระจายข่าว ศาลากลางบ้าน

สภาพทางชีวภาพ

- พืช ชนิดที่ปลูก วัตถุประสงค์ในการปลูก ผลผลิต
- สัตว์ ชนิดที่เลี้ยง วัตถุประสงค์ในการเลี้ยง ผลผลิต
- ป่าไม้ ประเภท ที่ตั้ง การใช้ประโยชน์

สภาพทางเศรษฐกิจ

- อาชีพ อาชีพในภาคเกษตรกรรม นอกภาคเกษตรกรรม แรงงาน
- รายได้ ผู้หารายได้ สัดส่วนรายได้ ผู้หารายได้
- ค่าใช้จ่าย ค่าใช้จ่ายหลัก ค่าใช้จ่ายรอง ชนิดการใช้จ่าย
- หนี้สิน แหล่งหนี้สินในชุมชน นอกชุมชน
- การออม แหล่งออมทรัพย์ในชุมชน นอกชุมชน

สภาพทางสังคม วัฒนธรรม

- ความเชื่อ เรื่องการดูแลสุขภาพ ประเพณี/พิธีกรรม เครือญาติ การรวมกลุ่ม
- การปกครอง/การเมือง โครงการพัฒนาต่าง ๆ

ความรู้

- แหล่งความรู้ในระบบ นอกระบบ
- การนำไปใช้

สภาพด้านสุขภาพ

- ภาวะสุขภาพ โรคที่พบบ่อย สาเหตุการตาย
- การรับรู้สุขภาพชุมชน เกณฑ์การตัดสินสุขภาพ การตัดสินใจเลือกใช้บริการ/เงื่อนไข
- การดูแลสุขภาพ ในภาวะปกติ ในภาวะเจ็บป่วยในวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ วัยชรา
- การดูแลสุขภาพที่บ้าน แหล่งบริการ ความพึงพอใจ/ทัศนคติ กลุ่มผู้ใช้บริการ
- การรับบริการสุขภาพ
- ในระบบ แหล่งบริการ ขั้นตอน กลุ่มที่ใช้บริการ
- นอกบบ แหล่งบริการ ขั้นตอน กลุ่มที่ใช้บริการ ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค

- หลักประกันสุขภาพ สิทธิบัตร การกระจายของบัตรต่างๆ ความเข้าใจในสิทธิ ปัญหาทัศนคติ

แนวทางในการสัมภาษณ์ระดับครอบครัว

ประกอบด้วยประเด็นคำถามเกี่ยวกับ

โครงสร้างครอบครัว

- จำนวนสมาชิก
- เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ของสมาชิกในครอบครัว
- แรงงาน

Tool: แผนผังโครงสร้างครัวเรือน

ที่ดิน/กรรมสิทธิ์

- จำนวนแปลง ขนาด กรรมสิทธิ์
- การใช้ประโยชน์
- คุณภาพดิน

Tool: Farm Plot

สภาพด้านเศรษฐกิจ

- อาชีพภาคการเกษตร นอกภาคเกษตร
- กิจกรรมการประกอบอาชีพ
- การตลาด การกระจายผลผลิต
- การใช้แรงงาน
- รายได้ รายจ่าย หนี้สิน การออม
- ปัญหาการประกอบอาชีพ

Tool: แผนภาพการไหลเวียนทรัพยากร (Flow Chart)

สภาพด้านสังคม

- การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ
- ทัศนคติต่อการรวมกลุ่ม
- การมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนา
- การย้ายถิ่น การตั้งถิ่นฐาน
- การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
- ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน ญาติ

ภาวะสุขภาพ

- การเจ็บป่วย
- ภาวะโภชนาการ (การกิน ความเชื่อ)
- การใช้บริการด้านสุขภาพ
- หลักประกันสุขภาพ
- การดูแลสุขภาพตนเองในยามปกติ และยามเจ็บป่วย
- บทบาทสมาชิกในการดูแลสุขภาพ
- พฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ
 - การฝากครรภ์
 - การรับวัคซีน
 - การวางแผนครอบครัว
 - การเลี้ยงดูทารก
 - การดูแลบ้านเรือนและบริเวณบ้าน
 - ทัศนคติต่อการรับบริการการรักษาพยาบาล
- การประเมินภาวะสุขภาพของคนในครอบครัว(ในทัศนะของครัวเรือน)

สภาพปัญหาของครัวเรือนและแนวทางการแก้ไข

- การทำมาหากิน
- สุขภาพ

เหตุการณ์หมู่บ้านแหลมสวรรค์

เหตุการณ์ในหมู่บ้าน	พ.ศ.	เหตุการณ์นอกหมู่บ้าน
- ย้ายจากบ้านฝางมาอยู่บ้านแหลมสวรรค์	2513	โรงเรียนมัธยมประจำอำเภอ
- ได้รับเอกสารสิทธิที่ดิน(นค.1)	2514-2521	
- ได้รับเอกสารสิทธิที่ดิน(นค.3)	2517-2521	
- ไฟฟ้าเข้าหมู่บ้าน	2527	
- บริษัทรับเหมาตัดไม้ได้เงื่อนไข	2528-2529	
- การสนับสนุนปลูกยูคาลิปตัส	2528-2529	ตลาดนิคมฯ 1
- นายทุนกว้านซื้อที่ดิน	2528-2530	
- ได้รับเอกสารสิทธิที่ดิน(นส.3)		
- กลุ่มแรงงานไปดำน้ำที่มาเลเซีย	2530	สภ.อ.สิรินธร
- กรมประมงสงเคราะห์สนับสนุนพันธุ์วัวไทย-เยอรมัน	2531	
- การสนับสนุนปลูกยางพารา	2533	
- กลุ่ม ธกส.	2535	โรงพยาบาลสิรินธร, เกษตรอำเภอสิรินธร
- เรียกร้องผลกระทบจากการสร้างเขื่อนสิรินธร	2538	
- ถนนลาดยางเข้าหมู่บ้าน	2538	
- ประปาหมู่บ้าน	2538	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.
- โรงงานขนม	2539	
- กองทุนช่วยเหลือคนจน	2540	
- โรคท้องร่วงระบาดในหมู่บ้าน	2541	โรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า
- เศรษฐกิจพอเพียง	2542	
- ศูนย์ส่งเสริมอาชีพราษฎร	2542	
- กลุ่มออมทรัพย์แม่บ้าน	2542	
- ศาลากลางบ้าน, สนามกีฬา	2542	

ผลการประชุมกลุ่มย่อยในชุมชน
เกี่ยวกับ แนวทางการดำเนินการเพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น

กลุ่มที่1 กลุ่มผู้นำหมู่บ้าน และผู้เฒ่าผู้แก่ชาย

ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่ม 11 คน ได้ข้อสรุปดังนี้

ข้อเสนอแนะ	จำนวน คะแนน	ลำดับ ความ สำคัญ
1.ให้หมอมาแนะนำความรู้ในหมู่บ้านเป็นประจำทุกเดือนที่ ศาลากลางหมู่บ้าน	11	1
2.จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ในหมู่บ้าน ให้ไปรับบริการพร้อม กันจะได้ตรวจครรภ์ครบทุกคน	5	6
3.ให้แนะนำเรื่องสิทธิบัตรที่เข้าใจผิดว่าจะได้รับการไม่ดี	10	2
4.อบรมให้ความรู้คน ร้านค้าที่ขายของ ขยายยาให้ยาให้ถูกต้อง กับอาการ โรค ไม่ให้ขายยาอันตราย	6	5
5.อสม.ออกเยี่ยมบ้าน แนะนำ ถ้าปัญหามากให้ อสม. ไปบอกหมอ	11	1
6.ถ้าเจ็บป่วยรุนแรง สามารถบอกหมอให้มาดูแลเบื้องต้นหรือ มารับได้ เพราะคนจนไปลำบาก	10	2
7.เน้นความรู้กับ อสม.ให้มากขึ้น ให้ดูแลคนในหมู่บ้านได้	5	6
8.อยากให้ อบต.จัดถังขยะแยกเปียก แห้ง ตามจุดต่างๆและมี รถมาเก็บไปทิ้งด้วย	11	1
9.อยากให้มีบ่อน้ำดื่มเพิ่มขึ้น จะได้มีกินเพียงพอ	10	2
10.อยากให้มีห้องสมุดเรื่องโรคต่างๆไว้ที่ศาลากลางบ้าน	8	4
11.อยากให้ อสม.มาแจกทรายอะเบท และหมอมานพ่นหมอก กำจัดยุงโดยเฉพาะในบ่อน้ำมียุงมาก	9	3
12.อยากให้แนะนำเรื่องการจัดแมลงรบกวนและยุง พร้อม สาริตของจริงให้ดูจะได้ไปทำเอง	9	3
13.ให้มีตู้ยาสามัญประจำบ้านไว้ที่หมู่บ้าน เป็นยาฟรีที่มาขอได้	10	2

กลุ่มที่ 2 กลุ่มสตรี

ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่ม 12 คน ได้ข้อสรุปดังนี้

ข้อเสนอแนะ	จำนวน คะแนน	ลำดับความ สำคัญ
1.หมอมานำเสนอเรื่องการดูแลตนเอง	5	3
2.ให้ความรู้ตามหอกระจายข่าว	6	2
3.หมอมายืมที่หมู่บ้าน ให้ยา ให้ถาม	9	1
4.หมอบออธิบายเรื่องการฝากครรภ์	3	4
5.ให้สุขศึกษารายกลุ่มเรื่องคุมกำเนิด โดยสาธิต มีหุ่นให้ดู	3	4

กลุ่มที่ 3 กลุ่มแม่บ้าน และผู้สูงอายุหญิง

ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่ม 8 คน ได้ข้อสรุปดังนี้

ข้อเสนอแนะ	จำนวน คะแนน	ลำดับความ สำคัญ
1.หมอมายืมบ้าน และแจกยาฟรี	11	1
2.ไม่อยากให้ อสม.มาซึ่ง นน.เด็กและแจกนม น่าจะให้หมอ มาทำเอง ให้ อสม.ช่วย หมอจะได้แนะนำด้วย	10	2
3.ขยะควรเก็บของบ้านตนเองทุกคน	8	3
4.อยากให้สอนออกกำลังกาย ตั้งกลุ่มแอโรบิก	5	4

กลุ่มที่ 4 กลุ่ม อสม.

ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่ม 10 คน ได้ข้อสรุปดังนี้

ข้อเสนอแนะ	จำนวน คะแนน	ลำดับความ สำคัญ
1.อสม.ไปแนะนำชาวบ้านไม่ให้ใช้ยาแก้แสบ	10	1
2.ให้ความรู้ร้านขายยาให้แนะนำชาวบ้านได้	7	3
3.ให้ชาวบ้านปรึกษาหมอเมื่อจะใช้ยา	8	2
4.อสม.เยี่ยมคลอดและให้คำแนะนำหลังคลอดการปฏิบัติตัวได้ ถูกต้องขึ้น	10	1

ประวัติผู้วิจัย

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิงวิยะดา ประสานพิมพ์ | การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ตำแหน่ง นายแพทย์ 5 |
| 2. นางสาวอัญชลี แสนอ่อน | การศึกษา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5 |
| 3. นางสาวนาฏนภา สมโสภา | การศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และ
ผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี สรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 4 |
| 4. นายธนาวุฒิ พรมดี | การศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และ
ผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี สรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 5. นางรัศมีแข ยิ่งอำนาจชัย | การศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และ
ผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี สรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 6. นายสุรทิน หมั่นอินทร์ | การศึกษา สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช
ตำแหน่ง นักวิชาการสุขาภิบาล 5 |