

รายงานฉบับสุดท้าย

เรื่อง

สภาพปัญหาและความต้องการด้านการประกันสุขภาพ
ของกลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม

Health Insurance Problems and Needs of Agricultural
Informal Sector Workers

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คณะผู้วิจัย

วิชัย

รูปขำดี

แสงเทียน

อัจจิมากร

พนมพร

ไตรตันวงศ์

กันยายน 2544

บทคัดย่อ

กลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม ที่เป็กลุ่มด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการภาครัฐ ขาดแคลนทรัพยากร และมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการประกอบอาชีพ การศึกษาครั้งนี้มุ่งสำรวจปัญหาและความต้องการ ความพร้อม และความร่วมมือ ต่อระบบประกันสุขภาพ เพื่อกำหนดแนวทางการจัดการ ประกันสุขภาพแก่กลุ่มผู้ทำงานดังกล่าว ซึ่งได้แก่ อาชีพเกี่ยวกับการทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ และทำ การประมง พื้นที่ศึกษา ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น สุพรรณบุรี และตรัง โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน ในกลุ่มทำงานดังกล่าว และสนทนากลุ่มจากผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ภาครัฐในพื้นที่ศึกษา

ลักษณะการทำงานขึ้นอยู่กับทรัพยากรที่ทำกิน และสภาพแวดล้อม ปัจจัยการผลิต ได้แก่ เงินลง ทุน แรงงาน วัสดุการเกษตร และมีปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก ซึ่งไม่อาจควบคุมได้มาก เช่น ราคาสินค้าผลผลิต แหล่งทำการประมง ความแตกต่างจากผู้มีอาชีพเกษตรกรทั่วไป คือ กฎเกณฑ์ที่ถูกกำหนด โดยบุคคลอื่น ได้แก่ องค์กรและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ นายจ้างหรือผู้ซื้อผลผลิต และผู้ที่มีอิทธิพลอื่นๆ เช่น นาย ทุน ผู้นำท้องถิ่น สืบเนื่องจากการที่เขาเหล่านั้นต้องมีการเช่าที่ดิน บุกรุกที่ป่าสงวน ขาดแคลนระบบ สาธารณูปโภค การห่างไกลและติดตามไม่ทันข่าวสาร และการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี การเข้าสู่อาชีพมี 2 ลักษณะ คือ 1) จากการสืบทอดจากบรรพบุรุษ และ 2) การค้นหาอาชีพใหม่เนื่องจากอาชีพและสถานที่ เดิมไม่ประสบความสำเร็จ ระดับการศึกษาของสมาชิกในครัวเรือนส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา การรับรู้ข่าว สารต่ำ ระยะการทำงานในรอบวันไม่มากนักและมีภาวะการทำงานต่ำ ขาดแรงจูงใจ เช่น ราคาสินค้าต่ำ ขาด ทุนทรัพย์ มีพื้นที่การเกษตรน้อย รายได้เฉลี่ยต่อปี 20,000-30,000 บาท มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีรายจ่ายมากกว่ารายได้ และก่อให้เกิดหนี้สิน

ปัญหาการทำงาน คือ การขาดการรวมกลุ่ม ขาดกิจกรรมที่ต่อเนื่อง การแก้ปัญหาด้วยตนเอง ยุ่งยากและค่าใช้จ่ายสูง การดูแลสุขภาพไม่ใช่ในรูปแบบป้องกัน แต่เป็นการรักษา และเพิ่มความเสี่ยงจาก พฤติกรรมการกินเหล้า สูบบุหรี่ การใช้ยาแก้ปวด แก้เมื่อย คลายเส้น รวมทั้งปัญหาจากการทำงานในบาง สาขา เช่น การทำการประมง การใช้ยาและสารเคมีในปริมาณสูงจากการทำเกษตร และมลพิษที่เกิดจาก สภาพแวดล้อม มีการระบุแนวทางการจัดการ คือ จัดระบบและจำแนกกลุ่มประกันสุขภาพพิเศษ การสร้าง เกณฑ์ประเมิน กำหนดขอบเขตและปรับปรุงข้อมูลทุก 6 เดือน กำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยการถ่าย โอนอำนาจสู่ท้องถิ่น สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน จัดระบบสุขภาพโดยใช้ พื้นที่ หน้าที่ และการมี ส่วนร่วม (AFP) เน้นการประกันสุขภาพในรูปแบบไม่ให้เปล่า ส่งเสริมการป้องกันเป็นหลัก การจัดเก็บค่า ประกันควรจ่ายในรูปแบบรายปี หรือขึ้นกับฤดูกาลผลผลิต ประมาณ 300-500 บาทต่อปี ผู้รับผิดชอบการ รวบรวมเงินคือเทศบาล และอบต. และควรติดตามประเมินผลการประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ABSTRACT

Those working in the agricultural informal sector were at disadvantage in getting access to the public service. They lacked assets and were at health risk owing to their occupations. This study was aimed at finding out their problems, needs, readiness and cooperation concerning the health insurance system in order to determine some ways to deal with their health insurance. The samples of the study were those who were engaged in farming, plantation, fruit-growing, animal-raising, and fishing. The studied areas were Chiangmai, Khonkaen, Suphanburi and Trang. The data were collected by interviewing household heads in individual occupations and holding focus group discussion with community leaders and government officers in the study area.

It was found that working characteristics depended on their earning assets and land and the environment. Occupation inputs were investment funds, labor and agricultural materials. The uncontrollable external factors, such as prices of produces and fishery sources were main conditions. Those working in the agricultural informal were different from general agriculturists in that they had to follow the regulations set by others, i.e., public organizations and officers, employers or product purchasers and other influential people, such as capitalists, and local leaders. Because they had to rent land, encroached forest reserves, lacked public utilities, lived in remote areas, could not get access to current news and modern technology. They entered the occupations in either of the two ways : 1) succeeding their ancestors, and 2) seeking a new occupation because of the failure in the old occupation or in the old workplace. Moreover, it was found that most of the household members completed elementary school. They received news or information at a low level. There were not many working hours each day and the productivity was low. They lacked motivation as a result of drops in prices of goods, lack of funds, and inadequate agricultural land. Their yearly incomes ganged from 20,000 to 30,000 per household. More than half of the sample's expenses exceeded the income and they were in debt.

Working problems were that they did not form a group, lack of continuing activities. It was difficult for them to solve their own problems and to do so required high expenses. They did not prevent themselves from health problems; on the contrary, they sought treatment after they were ill. They had risky behavior because they drank, smoked, and took pain killing or stain-releasing medicines. Some also encountered health problems resulting from their occupations such as fishery. Some used chemical substances to a great extent in cultivation and some suffered from pollution in the environment.

To deal with these problems. It was necessary to organize a system, to identify of classify health insurance people into groups, to set criteria for evaluation, to define the scope, and to update the data every 6 months. Responsible agencies should be established and power should be decentralized to local government. Cooperation among agencies should be sought. The health system should be built, taking into consideration the area, function and participation (AFP). Emphasis should be put on providing health insurance with a charge of 300-500 baht yearly or seasonally. Also, health prevention measures should be of primary concern. Those responsible for collection the fees should be the municipality and the tambon administrative organization. The follow-up and evaluation of the health insurance project should be carried out continuously.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(1)
ABSTRACT	(2)
สารบัญ	(3)
สารบัญภาพ	(5)
สารบัญตาราง	(5)
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์ของโครงการ	2
3. ขอบเขตการวิจัย	2
4. นิยามปฏิบัติการ	3
5. แนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
6. กรอบแนวคิดการศึกษา	9
7. ขั้นตอนและวิธีการศึกษา	12
บทที่ 2 สภาพปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างจากกรณีศึกษา	15
ก. กรณีศึกษาพื้นที่ภาคเหนือ : จังหวัดเชียงใหม่	15
1. สภาพปัญหา	15
2. ความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย	22
3. ความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ	24
ข. กรณีศึกษาพื้นที่ภาคใต้ : จังหวัดตรัง	27
1. สภาพปัญหา	27
2. ความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย	34
3. ความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ	36
ค. กรณีศึกษาพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : จังหวัดขอนแก่น	38
1. สภาพปัญหา	38
2. ความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย	41
3. ความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ	42
ง. กรณีศึกษาพื้นที่ภาคกลาง : จังหวัดสุพรรณบุรี	44
1. สภาพปัญหา	44
2. ความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย	47
3. ความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ	48

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
จ. ผลการศึกษาโดยรวม	51
1. สภาพปัญหา	51
2. ความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย	53
3. ความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ	55
บทที่ 3 การสังเคราะห์ผลการศึกษา	57
บทที่ 4 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	64
เอกสารอ้างอิง	72
ภาคผนวก	73

สารบัญภาพ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1-1 กรอบแนวคิดการศึกษา	9

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามจำนวนสมาชิก	1-1
ตารางที่ 2 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามเพศหัวหน้าครัวเรือน	1-1
ตารางที่ 3 ร้อยละของครัวเรือนแยกการตั้งหลักปักฐาน	1-1
ตารางที่ 4 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามศาสนา	1-1
ตารางที่ 5 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามสภาพที่อยู่อาศัย	1-2
ตารางที่ 6 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามสภาพเศรษฐกิจ	1-3
ตารางที่ 7 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามภาวะหนี้สินและการเสี่ยงโชค	1-4
ตารางที่ 8 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัย	1-4
ตารางที่ 9 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามสถานภาพทางสังคม	1-5
ตารางที่ 10 พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของสมาชิกรอบครัว (เชียงใหม่)	1-5
ตารางที่ 11 พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของสมาชิกรอบครัว (ตรัง)	1-6
ตารางที่ 12 พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของสมาชิกรอบครัว (ขอนแก่น)	1-6
ตารางที่ 13 พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของสมาชิกรอบครัว (สุพรรณบุรี)	1-6
ตารางที่ 14 พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของสมาชิกรอบครัว (ภาพรวม)	1-7
ตารางที่ 15 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ	1-7
ตารางที่ 16 ระดับความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล (เชียงใหม่)	1-8
ตารางที่ 17 ระดับความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล (ตรัง)	1-9
ตารางที่ 18 ระดับความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล (ขอนแก่น)	1-9
ตารางที่ 19 ระดับความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล (สุพรรณบุรี)	1-9
ตารางที่ 20 ระดับความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล (ภาพรวม)	1-10
ตารางที่ 21 ระดับการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ (เชียงใหม่)	1-10
ตารางที่ 22 ระดับการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ (ตรัง)	1-10
ตารางที่ 23 ระดับการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ (ขอนแก่น)	1-11
ตารางที่ 24 ระดับการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ (สุพรรณบุรี)	1-11
ตารางที่ 25 ระดับการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ (ภาพรวม)	1-11

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 26 ระดับพฤติกรรม การเห็นคุณค่า และโอกาสการกระทำในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (เชียงใหม่)	1-12
ตารางที่ 27 ระดับพฤติกรรม การเห็นคุณค่า และโอกาสการกระทำในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (ตรัง)	1-13
ตารางที่ 28 ระดับพฤติกรรม การเห็นคุณค่า และโอกาสการกระทำในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (ขอนแก่น)	1-14
ตารางที่ 29 ระดับพฤติกรรม การเห็นคุณค่า และโอกาสการกระทำในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (สุพรรณบุรี)	1-15
ตารางที่ 30 ระดับพฤติกรรม การเห็นคุณค่า และโอกาสการกระทำในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (ภาพรวม)	1-16
ตารางที่ 31 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามการดูแลสุขภาพในครอบครัว	1-17
ตารางที่ 32 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง (เชียงใหม่)	1-17
ตารางที่ 33 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง (ตรัง)	1-18
ตารางที่ 34 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง (ขอนแก่น)	1-18
ตารางที่ 35 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง (สุพรรณบุรี)	1-18
ตารางที่ 36 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง (ภาพรวม)	1-18
ตารางที่ 37 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความคิดเห็นต่อนโยบายการประกันสุขภาพ	1-19
ตารางที่ 38 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามการรับรู้ต่อระบบประกันสุขภาพ	1-19
ตารางที่ 39 จำนวนสมาชิกเฉลี่ยต่อครัวเรือนของระบบประกันสุขภาพต่างๆ	1-20
ตารางที่ 40 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามระดับความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพต่างๆ	1-20
ตารางที่ 41 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามการเป็นสมาชิกของระบบประกันสุขภาพต่างๆ	1-20
ตารางที่ 42 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามระดับความคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพต่างๆ	1-20
ตารางที่ 43 ร้อยละของครัวเรือนเกษตรกรในภาพรวมด้านการรับรู้ ความเข้าใจ การเป็นสมาชิก และความคุ้มค่า	1-21
ตารางที่ 44 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความคิดเห็นต่อการจัดตั้งกองทุนสุขภาพ	1-21

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เกษตรกรเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ที่สุดของประเทศ ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน จากผลการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เมื่อปลายปี พ.ศ. 2542 พบว่า คนจนเพิ่มขึ้น จาก 6.8 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2539 เป็น 9.9 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นเกษตรกรในชนบท 6.8 ล้านคน ประกอบกับในช่วงภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ เกษตรกรส่วนหนึ่งที่อพยพแรงงานไปทำงานในเมืองต้องเดินทางกลับสู่ชนบท ทำให้ปัญหาของเกษตรกรในชนบทมีความรุนแรงมากขึ้น

การประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคมในอดีตที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มอาชีพเกษตรกร ทั้ง ๆ ที่เป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพและเศรษฐกิจมากและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองโดยตรง เกษตรกรส่วนหนึ่งเท่านั้นที่ได้ประกันสุขภาพกับโครงการของรัฐ โดยการผ่านกระทรวงสาธารณสุข บางโครงการ เช่น โครงการบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ และโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) เป็นต้น อย่างไรก็ตามเกษตรกรจำนวนหนึ่งที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจไม่สามารถเข้าถึงบริการของโครงการดังกล่าวได้ จึงขาดหลักประกันสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันยังพบอีกว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย อันเนื่องมาจากการการทำงานหนัก เช่น มีอาการปวดเมื่อย มีการใช้สารกระตุ้น และมีความเสี่ยงจากงานที่ทำ มีการสะสมของสารเคมีในร่างกายที่เกิดจากการใช้ปุ๋ย ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า และสารเคมีอื่น ๆ ตลอดจนการบริโภคอาหารที่มีสารเคมีปนเปื้อน อันเป็นเหตุให้สุขภาพร่างกายของเกษตรกรมีปัญหามากกว่าประชากรกลุ่มอาชีพอื่น นอกจากนี้ในแต่ละภาคของประเทศจะมีศักยภาพในการผลิตสินค้าการเกษตรที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การใช้เทคโนโลยี สภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของชุมชน สิ่งเหล่านี้ทำให้พฤติกรรมของเกษตรกรต่อการผลิตสินค้าด้านการเกษตรมีความแตกต่างกัน ระดับความเสี่ยงจากการทำงานอันเกิดจากการผลิตสินค้าเกษตร ย่อมแตกต่างกัน ส่งผลให้ปัญหาด้านสุขภาพของเกษตรกรในแต่ละภาคของประเทศมีทั้งความเหมือนและความต่างกันไปในแต่ละพื้นที่

ระบบการประกันสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับเกษตรกร โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มอาชีพที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการภาครัฐ และไม่สามารถดูแลรักษาตนเองยามเจ็บป่วย ระบบหลักการประกันสุขภาพจะต้องเน้นทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู การปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานจะต้องให้มีความสอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นของกลุ่มเกษตรกร เพื่อบรรลุผลตามเจตนารมณ์เกิดและประสิทธิภาพในงาน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาถึงสภาพปัจจุบัน แนวโน้มด้านการรับรู้ ปัญหา ความต้องการ พฤติกรรม และผลที่ได้รับ เกี่ยวกับการประกันสุขภาพของเกษตรกรไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ภายใต้ต้นนโยบายการประกันสังคมที่มีแนวโน้มจะขยายให้ครอบคลุมกลุ่มเกษตรกรอีกด้วย นอกจากนี้จำเป็นจะต้องทราบถึงความเห็น และข้อเสนอแนะในการเข้ามีส่วนร่วมใน

ระบบประกันสุขภาพ ของกลุ่มเกษตรกรกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีช่องว่างในการเข้าถึงบริการประกันสุขภาพของรัฐมากกว่ากลุ่มอื่น

2. วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน และปัญหาเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ ของกลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมจำแนกตามลักษณะการทำงานและภูมิภาคต่างๆของประเทศ
- 2) ศึกษาความต้องการ ศักยภาพความพร้อมในการมีส่วนร่วมของผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมต่อระบบการประกันสุขภาพ
- 3) ศึกษาและนำเสนอแนวทางการจัดการระบบการประกันสุขภาพ ของกลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม

3. ขอบเขตการวิจัย

3.1 กลุ่มเป้าหมาย กำหนดกลุ่มเป้าหมายของการศึกษาวิจัย ออกเป็น 5 ลักษณะอาชีพ ประกอบด้วย

- 1) กลุ่มทำนา
- 2) กลุ่มทำไร่*
- 3) กลุ่มทำสวน*
- 4) กลุ่มเลี้ยงปศุสัตว์
- 5) กลุ่มทำประมง

* ยกเว้นการทำไร่อ้อย และการทำสวนยางพารา เนื่องจากกลุ่มแรงงานนี้อยู่ในระหว่างการยกร่างของกฎหมายประกันสังคม

3.2 ด้านพื้นที่เป้าหมาย ดำเนินการศึกษาพื้นที่การเกษตรให้ครอบคลุมทุกภาค โดยกำหนดจังหวัดตัวแทนภาคละ 1 จังหวัด รวม 4 จังหวัดได้แก่

- 1) ภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่
- 2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ขอนแก่น
- 3) ภาคกลาง ได้แก่ สุพรรณบุรี
- 4) ภาคใต้ ได้แก่ ตรัง

3.3 ด้านเนื้อหาสาระ กำหนดศึกษาประเด็นต่าง ๆ 4 ประเด็น ได้แก่

- 1) สภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ

- 2) ศึกษาความต้องการ ศักยภาพความพร้อมและความร่วมมือเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ
- 3) ศึกษาแนวทาง ความเป็นไปได้ และความคิดเห็นต่อการประกันสุขภาพ
- 4) วิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อหาข้อสรุป และเสนอแนวทางการจัดการระบบการประกันสุขภาพของกลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม

3.4 ด้านเวลา กำหนดการศึกษาในช่วงระยะเวลาการศึกษา 6 เดือน ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2544

4. นิยามปฏิบัติการ

1) **สภาพความเป็นอยู่ของเกษตรกร** หมายถึง สภาวะการดำรงชีวิตของคนที่มีความชีพด้านเกษตรกรรม ทั้งในด้านที่อยู่อาศัย รายได้ และสถานภาพทางสังคมภายในชุมชน

2) **ปัญหาด้านสุขภาพ** หมายถึง สถานภาพด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ หรือภาวะความขาดแคลน ความขัดแย้งไม่สอดคล้อง และความด้อยประสิทธิภาพของเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ที่ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ

3) **ความต้องการด้านการประกันสุขภาพ** หมายถึง ความคิดเห็นของเกษตรกรที่มีต่อการประกันสุขภาพของสมาชิกในครัวเรือน ความต้องการด้านการบริการ การใช้บริการ ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่ความจำเป็นในการแก้ไขปรับปรุงให้เกิดความสมดุลในระบบขึ้น

4) **ระบบประกันสุขภาพ** หมายถึง ระบบการจัดการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน ผ่านกระบวนการประกันที่ภาครัฐและเอกชนจัดขึ้นเพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกในการคุ้มครอง และพัฒนาระบบสุขภาพของตนเองโดยไม่ต้องรับภาระเฉพาะหน้าทุกครั้งเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ

3) **ผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม** หมายถึง ผู้มีอาชีพเกี่ยวข้องกับงานในภาคเกษตรกรรม ได้แก่ การทำนา ทำสวน ทำไร่ ปศุสัตว์ ปลูประมง ทั้งผู้ที่เป็นเจ้าของกิจการ และ/หรือผู้ร่วมทุน และ/หรือผู้ใช้แรงงานก็ตาม ทั้งนี้ต้องมีลักษณะขาด/ด้อยและเสี่ยงใน 3 ด้านต่อไปนี้

(1) ขาดแคลนทรัพย์สินในการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต้องอพยพไปหาที่ทำกินใหม่ เช่นที่ หรือบุกรุกที่ป่าสงวน หาแหล่งทำกาประมงใหม่ ฯลฯ เป็นต้น สภาพการทำการเกษตรดังกล่าว เป็นผลให้เขาเหล่านั้นต้องอยู่นอกระบบ เช่น ไม่สามารถกู้เงินจาก ธกส.ได้ เป็นต้น

(2) ลักษณะการทำงานขาดการป้องกัน ดูแล ทำให้เกิดความเสี่งด้านสุขภาพ ทั้งความเสี่ยงจากสภาพการทำงานโดยตรง และเสี่ยงจากปัญหาภาวะมลพิษจากสภาพแวดล้อมของงานโดยตรง

(3) ขาดโอกาสการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพของรัฐ ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ตามปกติ

5. แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในหัวข้อนี้มีแนวคิด 3 เรื่องที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การประกันสุขภาพ 2) ผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม และ 3) การเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ ซึ่งทั้ง 3 เรื่องจะนำไปสู่กรอบแนวคิดในการศึกษาต่อไป

1. การประกันสุขภาพ

เป็นแนวคิดและแนวปฏิบัติ ภายใต้แนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการสังคม (Social Welfare) ทั้งนี้โดยเน้นให้ความสำคัญในด้านความมั่นคงทางสังคม (Social Security)

โดยทั่วไป ความมั่นคงทางสังคม หมายถึง ระบบการให้บริการสังคมของรัฐบาล โดยที่มุ่งเน้นการรักษาความมั่นคงทางรายได้ หรือเศรษฐกิจระดับบุคคลและครอบครัว ซึ่งถือเป็นสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน และการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ มาตรการในการสร้างความมั่นคงทางสังคมมักประกอบด้วย

- 1) การประกันสังคม (Social Insurance)
- 2) การสงเคราะห์ (Public Assistance) และ
- 3) การบริการทางสังคม (Public Service) (ศักดิ์ศรี บริบาลบรรพตเขตต์, 2535)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดสิทธิของประชาชนด้านสุขภาพไว้ใน 2 มาตรา ได้แก่ มาตรา 52 ซึ่งระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ” และมาตรา 82 ซึ่งระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ราชกิจจานุเบกษา, 2540)

ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบ ทั้งนี้เป็นไปตามกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ระบบดังกล่าว ได้แก่ (ธีรยุทธ บุญแผ้วผล และชารินา ศรีกฤษณพล (ผู้เรียงเรียง), มปป.)

1) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นระบบประกันสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสวัสดิการแก่ผู้ที่เป็นลูกจ้างของทางราชการทั้งที่ทำงานอยู่และที่เกษียณอายุแล้ว

2) ระบบประกันสังคม ในส่วนที่เกี่ยวกับการรักษายาบาล เป็นการจัดสวัสดิการให้คนทำงานช่วยเหลือตนเอง ช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในสังคม ด้วยการหักเก็บรายได้ประจำสะสมเป็นกองทุนกลาง โดยมีนายจ้างและรัฐบาลช่วยออกเงินสมทบ

3) ระบบประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ โดยกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการจำหน่ายบัตรสุขภาพ ราคาบัตรละ 500 บาท อายุบัตร 1 ปี นับตั้งแต่วันออกบัตร โดยกำหนดช่วยเหลือกลุ่มที่มีฐานะ

ทางเศรษฐกิจไม่ต่ำเกินไปและไม่อยู่ในความคุ้มครองระบบสวัสดิการอื่น โดยดูแลบุคคลในครอบครัว ฯลฯ ไม่เกิน 5 คน

4) ระบบสวัสดิการตามโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) เป็นระบบสวัสดิการสงเคราะห์ที่รัฐให้เป็นหลักประกันด้านสุขภาพแก่ผู้มีรายได้น้อย โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ กำหนดรายได้เป็นเกณฑ์ คือ คนโสดรายได้ไม่เกิน 2,000 บาทต่อเดือน บุคคลในครอบครัวเดียวกัน รายได้ไม่เกิน 2,800 บาท

5) ระบบประกันสุขภาพในภาคเอกชน เป็นการประกันสุขภาพในเชิงธุรกิจแบ่งย่อยได้ 3 ประเภท คือ (1) บริษัทประกันชีวิตที่ขายสัญญาประกันสุขภาพเพิ่มเติมแนบท้ายกรมธรรม์ (2) บริษัทประกันวินาศภัยที่ขอจดทะเบียนประกันสุขภาพโดยเฉพาะ และ (3) โรงพยาบาลเอกชนที่เปิดให้สมัครเป็นสมาชิก เพื่อรับสิทธิพิเศษในการรักษาพยาบาล ซึ่งมักกำหนดระยะเวลาภายใน 1 ปี หรือ ต่อสัญญาปีต่อปี

ในบรรดาระบบประกันสุขภาพทั้ง 5 ระบบ ดังกล่าวข้างต้น ระบบประกันสังคม นับว่านับว่าเป็นระบบที่มีการดำเนินงานกว้างขวาง มีกองทุนขนาดใหญ่ และมีสำนักงานกันประกันสังคมซึ่งเป็นหน่วยงานเทียบเท่ากรมดูแลรับผิดชอบ หลักการประกันสังคมในปัจจุบันได้ยึดหลักการจัดสวัสดิการให้ประชาชนแต่ละคนช่วยเหลือตนเองและสมาชิกในครอบครัว และช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในสังคม ด้วยการออมรายได้ประจำตามความสามารถของแต่ละบุคคล สะสมไว้ในกองทุนกลาง โดยมีนายจ้างและรัฐบาลช่วยออกเงินสมทบทุนด้วย กองทุนนี้จะช่วยดูแลบุคคลผู้ประกันตน และครอบครัว ในกรณีต่าง ๆ เพื่อให้พ้นจากความเดือดร้อน อย่างไรก็ตามขอบเขตของงานประกันสังคมในประเทศไทย ยังเน้นให้ความสำคัญกับผู้ใช้งานในภาคอุตสาหกรรมขณะนี้ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ยังกำหนดให้กฎหมายนี้ไม่ใช้บังคับลูกจ้างในภาคเกษตรกรรม และลูกจ้างที่รับงานไปทำที่บ้าน (วิจิตร วิเชียรชม, 2538)

2. ผู้ทำงานนอกระบบ ในภาคเกษตรกรรม

ในช่วงปี ค.ศ.1970 ได้มีการนำเสนอแนวคิดเรื่องเศรษฐกิจแบบทวิลักษณ์ (Dualism) โดยชี้ให้เห็นว่าในประเทศกำลังพัฒนาอาจแบ่งระบบเศรษฐกิจออกเป็นสองส่วนคือส่วนที่เป็นทางการ (Formal sector) และส่วนที่ไม่เป็นทางการ (Informal sector) (Bromlay, 1978) การก่อเกิดของระบบเศรษฐกิจที่ไม่เป็นทางการก็เนื่องมาจากความล้มเหลวของการพัฒนาเศรษฐกิจ ทำให้แรงงานในภาคเกษตรเคลื่อนย้ายจากชนบทเข้าไปแทรกตัวทำงานในภาคที่ไม่เป็นทางการของภาคอุตสาหกรรม และมีความเชื่อกันว่าการทำงานนอกระบบจะหมดไปเมื่อเศรษฐกิจมีการพัฒนาเต็มที่ หลังจากนั้นมาเป็นเวลากว่า 30 ปี ก็พบว่า Informal sector ยังดำรงอยู่แม้ในประเทศตะวันตกที่ได้ชื่อว่าพัฒนาแล้ว และมีผู้ศึกษาพบว่า แท้จริงระบบการแข่งขันภายใต้ระบบทุนนิยมโลกทำให้มีความต้องการแรงงานราคาถูก และผลักดันให้ Informal sector เข้าไปทำหน้าที่ค้ำจุน Formal sector ให้อยู่ได้อีกต่อหนึ่งนั่นเอง (Sanyal, 1986)

การทำงานนอกระบบมิใช่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะภาคอุตสาหกรรมในสังคมเมืองเท่านั้น เมื่อได้ก็ตามที่พิจารณาว่า การทำงานในภาคเกษตรกรรมเป็นภาคเศรษฐกิจที่เป็น Formal sector ก็ย่อมจะมีภาค Informal sector ในภาคเกษตรกรรมเกิดตามมาด้วยเช่นกัน

สำหรับประเทศไทยยังไม่มีกฎหมาย และหน่วยงานใดที่จำแนกการทำงานภาคเกษตรกรรม ออกเป็น Formal และ Informal sector คงกำหนดรวมๆ ที่มีความครอบคลุมทั้งภาคอุตสาหกรรม ภาคบริการ และภาคเกษตรกรรมด้วย เช่น กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน (2538) ให้ความหมายของ แรงงานนอกระบบไว้ว่า หมายถึง แรงงานที่ทำงานในสาขาเศรษฐกิจที่ไม่เป็นทางการ หรือในสาขานอกระบบ ซึ่งเป็นการทำงานที่ไม่มีระเบียบแบบแผน และขาดการรวมตัวจัดตั้งเป็นองค์กร แรงงานนอกระบบจัดเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

- 1) ผู้รับงานไปทำที่บ้าน
- 2) ผู้ประกอบอาชีพอิสระขนาดเล็ก เช่น หาบเร่ แผงลอย
- 3) ผู้ประกอบการขนาดย่อม

องค์กรแรงงานระหว่างประเทศแห่งสหประชาชาติ (ILO) ได้ให้ความหมายของแรงงานนอกระบบว่า มีลักษณะดังนี้

- 1) เปิดดำเนินกิจกรรมโดยง่าย
- 2) ใช้ทรัพยากรที่หาได้ในท้องถิ่น
- 3) กิจกรรมแบบครอบครัวเป็นเจ้าของ
- 4) เป็นการประกอบการขนาดเล็ก
- 5) เป็นการใช้แรงงาน และอาศัยเทคนิคการผลิตอย่างง่าย
- 6) หาทักษะและความชำนาญด้วยตนเองโดยไม่พึ่งพาการศึกษาอบรมในระบบ
- 7) ไม่มีกฎ ระเบียบแบบแผนของตลาดให้มีการแข่งขันสูง

ในขณะที่คำว่า ภาคเกษตรกรรมก็มีการให้คำนิยามในความหมายเดิมๆ เช่น ภาคเกษตรกรรม หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ อันรวมไปถึงการเพาะปลูก การผลิตผลิตผลที่เกี่ยวเนื่องได้จากการเพาะปลูก การดำเนินการตลาดเพื่อการขายผลิตผลที่ได้จากพืชและสัตว์ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่ม 16, 2535)

งานในการเกษตร หมายถึง งานปลูกพืช เลี้ยงสัตว์ ทำป่าไม้ เลื่อยไม้ ตัดไม้ หาของป่า ประมง และงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาคเกษตร ไม่ว่าจะเป็นการทำฟาร์มของตนเอง หรือรับจ้างทำงานในฟาร์มของผู้อื่น (นพดล ธิยะใจ 2523)

นอกจากนี้ยังมีการจำแนกกลุ่มพืช การปศุสัตว์ การประมง ได้แก่ (เสาวลักษณ์ ภูมิวิสนะ 2539)

- พืชไร่ หมายถึง พืชที่นำไปปลูกในไร่นา การดูแลตั้งแต่การปลูกถึงการเก็บเกี่ยวไม่ค่อย ประณีต ส่วนใหญ่เป็นพืชล้มลุกปลูกในพื้นที่จำนวนมากๆ จุดประสงค์ในการปลูกเพื่อเป็นอาหารมนุษย์ และอาหารสัตว์ กลุ่มนี้ ประกอบด้วย หมวดธัญพืช ได้แก่ ข้าว ข้าวโพด ข้าวสาลี หมวดพืชตระกูลถั่ว ได้

แก่ ถั่วเหลือง ถั่วลิสง หมวดยพืชอุตสาหกรรม ได้แก่ อ้อย ยางพารา มันสำปะหลัง สับปะรด หมวดยพืชเส้นใย ได้แก่ ฝ้าย

- พืชสวน หมายถึง การปลูกพืชที่ต้องอาศัยวิธีการปฏิบัติประณีต เช่น การปลูกผัก การปลูกไม้ผล และการปลูกไม้ดอก เป็นต้น

- ปศุสัตว์ หมายถึง ปฏิบัติการเกี่ยวกับการเลี้ยงสัตว์ เช่น โคเนื้อ โคนม กระบือ สุกร ไก่ และเป็ด เป็นต้น

- ประมง หมายถึง การปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับสัตว์น้ำต่างๆ เช่น การประมงทะเล การเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ การแปรรูปสัตว์น้ำ เป็นต้น

จะเห็นว่าความไม่เป็นทางการหรือลักษณะของการทำงานนอกระบบนั้น พิจารณาจากการไม่มีระบบทะเบียนหรือระบบข้อมูลที่เป็นทางการ (Formal record) รองรับการดำเนินงานของกิจการหรือผู้ทำงานเป็นสำคัญ ลักษณะเช่นนี้ทำให้ภาครัฐไม่สามารถดำเนินการควบคุม หรือสนับสนุนเรื่องหนึ่งเรื่องใดได้ โดยตรงเช่นไม่สามารถจัดเก็บภาษีทางตรงจากกิจการหรือบุคคลเหล่านี้ได้ ในขณะเดียวกันกิจการหรือผู้ทำงานนอกระบบเหล่านี้ก็ไม่สามารถเข้าถึงการรับบริการของภาครัฐโดยอาศัยสถานภาพความไม่เป็นทางการของตนได้เช่นกัน

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้กำหนดแนวคิดและคำนิยามของ “ผู้ทำงานนอกระบบ” ตามหลักการที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยใช้ตัวชี้วัดเรื่อง “การมีระบบทะเบียนและการบันทึกข้อมูลลงทะเบียนที่เป็นทางการ (Formal registration and formal recording)” เป็นสำคัญการที่เกษตรกรส่วนหนึ่งไม่สามารถจดทะเบียนที่ดินของตนเองได้ก็เพราะไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่ดิน แต่ในความเป็นจริงเขาเหล่านั้นก็มีที่ดินทำกินเนื่องจากการบุกรุกที่ดินสาธารณะ กล่าวโดยสรุป ผู้ที่ไม่มีกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สินเพื่อการประกอบอาชีพการเกษตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ดินทำกินก็จะทำให้เขามีสภาพเป็นผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมโดยปริยายนั่นเอง

3. การเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

โดยที่ระบบประกันใดๆ ก็ตาม ต้องเป็นระบบที่ผู้เอาประกันต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าประกันด้วย ดังนั้นจึงต้องมีกระบวนการชักจูงให้ผู้เอาประกันเกิดการรับรู้ มีความเข้าใจ และเข้ามีส่วนร่วมในระบบประกันดังกล่าว แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ ได้แก่

1) ทฤษฎีพลวัตรของกลุ่ม (The Group Dynamics Approach or the Michigan Group Dynamics Approach) (วิชณี บุญนาค 2530)

เป็นแนวความคิดที่เชื่อว่า “มนุษย์เป็นมากกว่าผู้รับข่าวสารซึ่งอยู่โดดเดี่ยวและถูกชักจูงได้อย่างเดียว แต่มนุษย์นั้นอยู่ในสังคมซึ่งไม่เป็นอิสระต่อกัน แต่ต้องเกี่ยวข้องกับซึ่งกันและกันเรียนรู้จากกันและกัน”

ปัจจัยสำคัญซึ่งจะทำให้มนุษย์เปลี่ยนทัศนคติหรือความเชื่อใดๆ นั้นจึงขึ้นอยู่กับ ความคลาดเคลื่อนความไม่ลงรอย (Discrepancy) ของทัศนะหรือพฤติกรรมบุคคลกับบรรทัดฐานของกลุ่ม (Group norms) การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเกิดจากความต้องการทางสังคมต่างๆ (Social base needs) ความต้องการที่จะเปรียบเทียบความสามารถของตัวเองกับผู้อื่น หรือความต้องการที่จะลดความแตกต่างของความคิดของตัวเองกับผู้อื่น การมีจุดยืนของตนแตกต่างกับมาตรฐานของกลุ่ม เหล่านี้เป็นตัวผลักดันให้มนุษย์เปลี่ยนแปลงทัศนคติของตัวเองเพื่อให้เข้ากับกลุ่ม

2) ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy Theory) (จักรพันธ์ ตระการศาสตร์ 2536) ทฤษฎีนี้มีข้อสรุปว่า บุคคลจะกระทำได้ขึ้นอยู่กับ

- 1) ผลตอบแทนที่จะได้รับนั้นเหมาะสมกับบทบาทที่เขาครอบครองอยู่เพียงใด
- 2) ความพอใจหรือไม่พอใจต่อผลตอบแทนที่เขาจะได้รับ
- 3) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นแล้ว เขาเชื่อว่าเขาต้องเป็นผู้ได้รับผลอันเนื่องมาจากผลตอบแทน
- 4) เขามีโอกาสที่จะได้รับผลตอบแทนตามความคาดหวังหรือได้รับล่วงหน้า

การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติอย่างไร จะมีประเด็นการพิจารณา 2 ประการ คือ

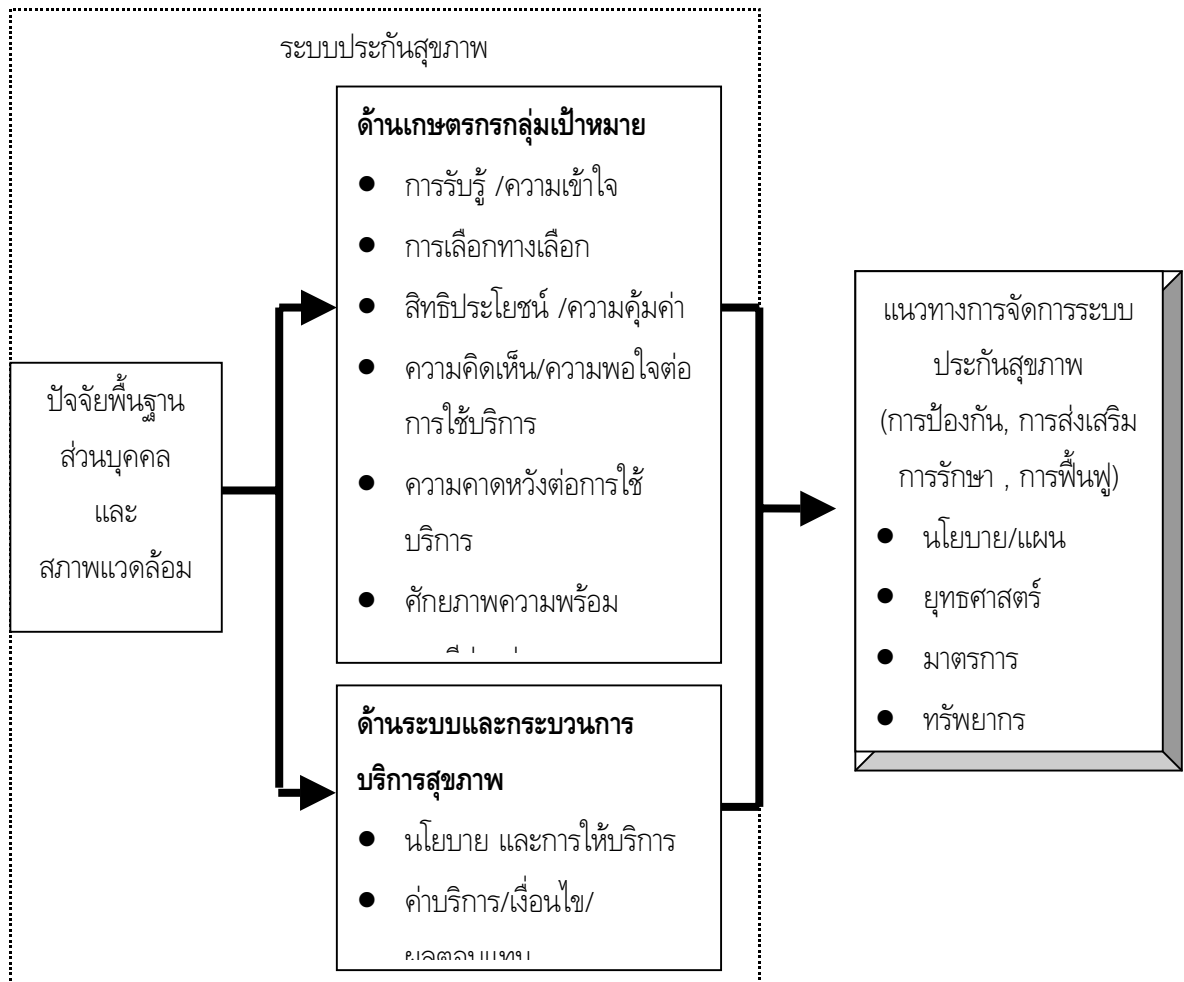
- 1) พิจารณาว่าเป้าหมายที่จะไปสู่นั้นมีคุณค่ามากน้อยเพียงใด (Valence)
- 2) พิจารณาว่าสิ่งที่กระทำนั้นสามารถคาดหวังให้ไปสู่จุดมุ่งหมายได้เพียงใด (Expectancy)

ประเด็นดังกล่าวข้างต้นจึงควรนำมาพิจารณาในการจัดการเกี่ยวกับการออกแบบระบบประกันสุขภาพ และการบริหารระบบประกันสุขภาพให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

6. กรอบแนวคิดการศึกษา

ในการศึกษากำหนดกรอบแนวคิด โดยมีตัวแปรและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังแผนภูมิที่

1-1



จากกรอบแนวคิดข้างต้น อาจแจกแจงตัวแปรย่อย เพื่อนำไปเตรียมเป็นคำถามได้ดังนี้

6.1 ข้อมูลทั่วไปและการดูแลสุขภาพ

1) ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล จำแนกรายละเอียด ดังนี้

- ลักษณะครัวเรือน ได้แก่ จำนวนสมาชิก กลุ่มอายุในครัวเรือน
- สภาพที่อยู่อาศัย ได้แก่ ความแออัดของที่พัก สุขลักษณะของบ้านเรือน
- ลักษณะอาชีพ ได้แก่ รูปแบบการดำเนินงาน สถานภาพความเป็นเจ้าของประสพการณ์การทำงาน
- ศาสนา ความเชื่อ

- สถานภาพทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ทรัพย์สิน (การถือครองที่ดิน) รายได้ การออม หนี้สิน
- สถานภาพทางสังคม ได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน
- ความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ ได้แก่ พฤติกรรมการใช้แรงงาน การใช้ยาและสารเคมี ด้านการเกษตร
- พฤติกรรมส่วนบุคคลที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยา ชูกำลัง การใช้ยาแอมเฟตามีน และสารกระตุ้นอื่นๆ รวมทั้งการอุปโภคบริโภค (น้ำ อาหาร)
- สถานภาพด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บ ได้แก่ โรคประจำตัว โรคที่เกิดจากการทำงาน โรคเครียด โรคที่เกิดจากอุบัติเหตุ การดูแลสุขภาพ ด้านการป้องกัน ด้านการรักษา การฟื้นฟู
- ประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพ และการประกันสุขภาพ ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ป้องกัน และการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ

2) ปัจจัยพื้นฐานด้านสภาพแวดล้อม

- สถานที่ตั้งของสถานบริการ (ระยะทาง) ห่างจากที่อยู่อาศัย ความสะดวกในการเดินทาง (รูปแบบ เวลา ค่าใช้จ่าย)
- ความสัมพันธ์กับผู้นำท้องถิ่น (ชุมชน) กลุ่มองค์กร เจ้าหน้าที่ภาครัฐ และเพื่อนบ้าน
- ความเสี่ยงภัยด้านสุขภาพจากสภาวะแวดล้อม พิจารณาจากโอกาสที่จะถูกผลกระทบจากมลพิษ (อากาศ น้ำ เสียง ขยะ ฝุ่นละออง)

3) สัดส่วนของกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สัดส่วนของกลุ่มอาชีพในชุมชน เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด

4) การกระจายตัวของกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง การอยู่รวมกันเป็นเฉพาะกลุ่ม หรือการผสมกลมกลืนกับกลุ่มอื่นๆในชุมชน

5) ความแตกต่างจากกลุ่มเกษตรกรทั่วไป โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ขนาดสมาชิกในครัวเรือน ฐานะทางเศรษฐกิจ

6) แนวโน้มและสภาพการเปลี่ยนแปลงส่วนบุคคล

7) แนวโน้มและสภาพการเปลี่ยนแปลงด้านสภาพแวดล้อม

ศึกษาจากกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ ฝ่ายรับบริการ และฝ่ายให้บริการ ได้แก่

6.2 การรับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ประเด็นการศึกษาจำแนกเป็น 2 ช่วงเวลา คือ

1) สภาพปัจจุบัน (เป็นมา-เป็นอยู่) ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับ

- (1) การรับรู้ และความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพ การให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ และรูปแบบการประกันสุขภาพ
- (2) ศักยภาพความพร้อม และการมีส่วนร่วมในปัจจุบัน ของครอบครัว และนายจ้าง ต่อการให้บริการด้านสุขภาพ และการประกันสุขภาพ
- (3) การตัดสินใจเลือกทางเลือกในการดูแลสุขภาพ การใช้สิทธิประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพ
- (4) ผลที่ได้รับ และความคุ้มค่า จากการได้รับการบริการด้านการดูแลสุขภาพ และการประกันสุขภาพ
- (5) ความพอใจ และความคิดเห็นที่มีต่อการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสถานที่ บุคลากร วิธีการปฏิบัติ /รูปแบบการรักษา (ความเสมอภาค ความเท่าเทียม) คุณภาพการรักษา ค่าใช้จ่าย

2) สภาพอนาคต (เป็นอยู่-เป็นไป)

- (1) ความคาดหวังต่อการดูแลสุขภาพ การประกันสุขภาพ วิเคราะห์ด้านคุณค่าและโอกาส
- (2) ศักยภาพความพร้อมในการดูแลจัดการด้านสุขภาพในอนาคต ของครอบครัว นายจ้าง
- (3) ความคิดเห็นต่อการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ และการประกันสุขภาพ ในรูปแบบต่างๆ เช่น 1) การให้บัตรสุขภาพรายบุคคล 2) การให้สิทธิประโยชน์ในรูปกลุ่ม 3) การจัดให้สถานบริการ และ 4) การผสมผสานหลายรูปแบบ
- (4) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในอนาคต โดยร่วมการวางแผน ร่วมดำเนินงาน (ร่วมสนับสนุนค่าใช้จ่าย) ร่วมรับประโยชน์ ร่วมติดตามประเมิน ทุก ๆ ด้านจะเป็นการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานในลักษณะ การป้องกัน การส่งเสริม การรักษา และการฟื้นฟู

6.3 การให้บริการด้านสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำแนกเป็น 2 ช่วงเวลา คือ

1) สภาพปัจจุบัน (เป็นมา-เป็นอยู่) ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับ

- (1) แนวนโยบายรวมและรายระบบ
- (2) การมุ่งเน้นต่อกลุ่มเป้าหมาย
- (3) การร่วมมือและการแข่งขันระหว่างระบบ
- (4) การสื่อและเผยแพร่ต่อกลุ่มเป้าหมาย
- (5) การอำนวยความสะดวกด้านระบบ
- (6) การอำนวยความสะดวกด้านกระบวนการ
- (7) ค่าบริการและเงื่อนไข

(8) ผลตอบแทนและเงื่อนไข

2) สภาพอนาคต (เป็นอยู่-เป็นไป)

- 1) แผนนโยบายต่อกลุ่มเป้าหมาย
- 2) การปรับเปลี่ยนรูปแบบด้านระบบ
- 3) การปรับเปลี่ยนรูปแบบด้านกระบวนการ
- 4) การปรับเปลี่ยนรูปแบบค่าบริการและเงื่อนไข
- 5) การปรับเปลี่ยนรูปแบบค่าตอบแทนและเงื่อนไข

6.4 แนวทางการจัดการระบบประกันสุขภาพ (ป้องกัน ส่งเสริม รักษาฟื้นฟู)

เป็นการพิจารณาแนวทางที่ควรจะเป็นในการจัดการระบบประกันสุขภาพ ทั้งด้านวิสัยทัศน์ ภาพลักษณ์ วัตถุประสงค์ ยุทธศาสตร์ มาตรการ แผนงาน /โครงการ โดยครอบคลุมทั้งด้านการป้องกัน การส่งเสริม การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

7. ขั้นตอนและวิธีการศึกษา

1) หน่วยวิเคราะห์ ในการศึกษาใช้หน่วยวิเคราะห์หลัก คือ ครัวเรือนเกษตรกร โดยจะพิจารณาครัวเรือนในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชนในระดับหมู่บ้านและตำบล และศึกษากลุ่มผู้ให้บริการ คือ เจ้าหน้าที่ของภาครัฐ ภาคเอกชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการด้านสุขภาพ การประกันสุขภาพ

2) แหล่งข้อมูล ประกอบด้วย 4 แหล่ง ได้แก่

- (1) ข้อมูลเอกสาร
- (2) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน
- (3) ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group)
- (4) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกจากเจ้าหน้าที่ส่วนกลางที่เกี่ยวข้อง

3) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

(1) ผู้ใช้บริการ คัดเลือกแต่ละพื้นที่และจำแนกตามกลุ่มอาชีพของเกษตรกร ดังนี้

- กำหนดจังหวัดตัวอย่างจากภาคต่างๆ ภาคละ 1 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น สุพรรณบุรี และตรัง
- กำหนดกลุ่มอาชีพ เกษตรกรในแต่ละกลุ่มในพื้นที่จังหวัดที่เป็นตัวอย่าง จำนวน 5 กลุ่มอาชีพ สัมภาษณ์ระดับครัวเรือนกลุ่มอาชีพละ 10 ครัวเรือน รวมจังหวัดละ 50

ครัวเรือน ในพื้นที่ศึกษา 4 จังหวัด โดยจังหวัดเชียงใหม่ ศึกษาใน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอพร้าว อำเภอแมริม อำเภอสันทราย และอำเภอแม่แตง จังหวัดตรัง ศึกษาใน 5 อำเภอ คือ อำเภอเมืองตรัง อำเภอปะเหลียน อำเภอนาโยง อำเภอกันตัง อำเภอสิเกา และกิ่งอำเภอหาดสำราญ จังหวัดขอนแก่น ศึกษาในพื้นที่อำเภอน้ำพอง และจังหวัดสุพรรณบุรี ศึกษาอำเภอสองพี่น้องและอำเภอด่านช้าง

(2) ผู้ให้บริการ กำหนดตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้บริการ ดังนี้

ภาคประชาชน

- ผู้นำชุมชน (อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. แพทย์ประจำตำบล)
- กลุ่มออมทรัพย์ หรือ กลุ่มองค์กรประชาชน

ภาครัฐ

- เกษตรจังหวัด /อำเภอ /ตำบล
- ประมงจังหวัด /อำเภอ
- ปศุสัตว์จังหวัด / อำเภอ
- สาธารณสุขจังหวัด / อำเภอ /เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย
- ประกันสังคมจังหวัด
- ประชาสงเคราะห์จังหวัด

ภาคเอกชน

- โรงพยาบาลจังหวัด / ชุมชน
- โรงพยาบาลเอกชน /คลินิก /ร้านขายยา
- บริษัทประกันภัยเอกชน

4) การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

(1) รวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ด้านการเกษตร สาธารณสุข การตลาด วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จากรายงานการศึกษา งานวิจัย รายงานของส่วนราชการ สิ่งพิมพ์ต่างๆ นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสำรวจและวิเคราะห์

(2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจ ดังนี้

- การสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือนผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมตามประเด็นกรอบการศึกษาที่กำหนดในจังหวัดเชียงใหม่และตรัง จังหวัดละ 51 ครัวเรือน

สำหรับจังหวัดขอนแก่น และสุพรรณบุรี จังหวัดละ 50 ครั้วเรือน รวมทั้งหมด 202 ครั้วเรือน

- การสนทนา Focus Group จำนวน 30 รายต่อจังหวัด ประกอบด้วย 1) ผู้แทนจากกลุ่มสาขาอาชีพ จำนวน 5 ราย 2) ผู้แทนจากกลุ่มผู้นำชุมชนที่คัดเลือกให้เข้าร่วม จำนวน 7 ราย 3) ผู้แทนจากหน่วยภูมิภาค จำนวน 12 ราย และ 4) ผู้แทนจากภาคเอกชน จำนวน 6 ราย ศึกษา 4 พื้นที่ (จังหวัด) รวมจำนวนทั้งสิ้น 120 ราย
- การสัมภาษณ์เจาะลึกเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง จำนวน 13 ราย

รวมทั้งสิ้น 335 ราย

(3) นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์หัวหน้าครั้วเรือนจากกลุ่มสาขาอาชีพ และการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ส่วนกลาง มาวิเคราะห์และประมวลผลตามกรอบที่กำหนด นำผลที่ได้มาสนทนาแลกเปลี่ยนร่วมกับกลุ่มผู้นำชุมชนและตัวแทนในแต่ละสาขาอาชีพที่ได้รับการคัดเลือก รวมทั้งกลุ่มผู้ให้บริการ เพื่อวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการดำเนินงานจัดการระบบการประกันสุขภาพ

(4) จัดประชุมสัมมนาผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อรับฟังความคิดเห็น และดำเนินการปรับปรุงแก้ไขผลการศึกษา และสรุปข้อเสนอแนะ

บทที่ 2

สภาพปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างจากกรณีศึกษา

ในบทนี้ เป็นการอธิบายถึงสภาพปัจจุบันและปัญหาในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการประกันคุณภาพของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดแยกตามภาค ดังนี้

ก. กรณีศึกษาพื้นที่ภาคเหนือ : จังหวัดเชียงใหม่

ดำเนินการศึกษาในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ในเขตอำเภอแมริม อำเภอสันทราย อำเภอพร้าว อำเภอแม่แตง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สภาพปัญหา

1.1 ด้านกายภาพ

1.1.1 พื้นที่ตำบลโป่งแยง อำเภอแมริม เป็นพื้นที่ราบสูง หมู่บ้านที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 3 ศรีม่วงคำ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพปลูกไม้ดอกไม้ประดับ มีการทำนาเพื่อการบริโภคในครัวเรือน มีสวนผลไม้ประเภท ลำไย ลิ้นจี่ มีการปลูกพืชผักปลอดสารพิษ หมู่ 8 บ้านปางลุง-บวกเตย เป็นพื้นที่ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ คนไทย (ปางลุง) และคนไทยเชื้อสายม้ง (บวกเตย) อาชีพทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ปลูกไม้ผล ปลูกพืชผักกะหล่ำปลี ขิง ประชาชนในชุมชนบวกเตยส่วนใหญ่ไม่มีเอกสารสิทธิ์ การใช้ประโยชน์ที่ดินของอุทยานดอยสุเทพ สถานที่ตั้งห่างไกลจากชุมชน การคมนาคมไม่สะดวก ไม่มีโรงเรียนและสถานีนามัย หมู่ 9 บ้านผานกกก เป็นพื้นที่สูง เป็นคนไทยเชื้อสายม้ง ส่วนใหญ่นับถือศาสนาคริสต์ อาชีพทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ปลูกไม้ผล ปลูกพืชผัก การคมนาคมสะดวก แต่ไม่มีรถประจำทาง เป็นสถานที่ท่องเที่ยว มีศูนย์วัฒนธรรมชาวเขา ไม่มีโรงเรียนและสถานีนามัยในพื้นที่ ลักษณะบ้านเรือนตั้งเป็นกลุ่ม สภาพที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างหมู่ 8 (บ้านบวกเตย) และ หมู่ 9 อาศัยกันอยู่หนาแน่น สภาพบ้านเรือนและระบบระบายอากาศไม่ดี ความสะอาดภายในบ้านและโดยรอบมีผลกระทบบ้าง มีลำธารไหลผ่านชุมชนซึ่งใช้สำหรับอุปโภคและบริโภค

1.1.2 พื้นที่ตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย เป็นที่ราบเชิงเขา หมู่บ้านที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 5 บ้านศรีงาม หมู่ 8 บ้านหนองสะ หมู่ 9 บ้านพระธาตุ หมู่ 10 บ้านศรีงามพัฒนา และหมู่ 11 บ้านร่มโพธิ์ทอง ตำบลหนองจ่อม อำเภอสันทราย พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 1 บ้านแม่แก้ด หมู่ 2 บ้านแม่แก้ด และหมู่ 5 บ้านแม่แก้ดหลวง เป็นชุมชนที่อาศัยอยู่อย่างหนาแน่น สภาพบ้านเรือนแข็งแรง ไม่มีผลกระทบจากความสะอาดทั้งภายในและโดยรอบ แต่มีปัญหาด้านอุบัติเหตุจากการขับขี เนื่องจากอยู่ติดกับถนนใหญ่ พื้นที่ในชุมชนเป็นสถานที่ตั้งของโรงงานสุรา โรงงานอุตสาหกรรมแปรรูป โรงเรือนเลี้ยงไก่จำนวนมาก ตั้งอยู่ใกล้ชุมชน ตำบลแม่แฝกและตำบลหนองจ่อมตั้งอยู่ไม่ไกลจากชุมชนเมืองเชียงใหม่ ระยะทางประมาณ 30

กิโลเมตร และ 20 กิโลเมตร ตามลำดับ การคมนาคมสะดวก โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประกอบอาชีพ เกษตรกรรมที่ค่อนข้างเสี่ยงต่อสุขภาพ ใช้ประโยชน์พื้นที่เพื่อปลูกพืชผัก ปลูกไม้ดอก (ดอกมะลิ) การทำนา การเลี้ยงสัตว์ และการเลี้ยงปลาจะอยู่ใกล้กับที่อยู่อาศัยของชุมชน โดยมีคลองชลประทานแม่แฝก ผ่านทางเชิงเขาทางทิศตะวันออกของพื้นที่ราบ และมีแม่น้ำปิงไหลผ่านด้านทิศตะวันตก

1.1.3 พื้นที่ตำบลแม่แว่น อำเภอพร้าวกุ่มย พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 6 บ้านหนองบัว และหมู่ 10 บ้านร่มเกล้า ตำบลสันทราย อำเภอพร้าวกุ่มย พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 2 บ้านดงป่าช้า หมู่ 3 บ้านสันผักอี และหมู่ 4 บ้านท่ามะเกี๋ยง ตำบลแม่ปิง อำเภอพร้าวกุ่มย พื้นที่ศึกษา คือ หมู่ 8 บ้านห้วยทราย บางชุมชนห่างไกล การเดินทาง การคมนาคมไม่สะดวก เช่น หมู่ 2 บ้านดงป่าช้า หมู่ 10 บ้านร่มเกล้า สภาพบ้านเรือนของกลุ่มตัวอย่างบางรายไม่มั่นคงแข็งแรง ความสะอาดภายในบ้านมีปัญหาบ้างเล็กน้อย จากการสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชนอำเภอพร้าวกุ่มย พบว่า อำเภอพร้าวกุ่มยเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีการติดเชื้อเอชไอวีสูง และจากการสัมภาษณ์เกษตรกรกลุ่มตัวอย่างบางรายในตำบลแม่ปิง พบว่า กรณีที่แม่บ้านติดเชื้อเอชไอวี สภาพบ้านเรือนขาดผู้เอาใจใส่ดูแล สภาพบ้านที่สมาชิกในครัวเรือนครัวเรือนติดเชื้อเอชไอวีก็มักจะปิดประตูหน้าต่าง สภาพบ้านไม่มีการระบายอากาศที่ดี ด้านความสะอาดในพื้นที่โดยรอบในบางชุมชนมีปัญหาบ้างเล็กน้อย การสร้างบ้านเรือนจะอยู่ใกล้กับพื้นที่การเกษตร บางครัวเรือนปลูกไม้ผลโดยรอบบริเวณบ้าน

1.1.4 พื้นที่ ตำบลบ้านเป้า อำเภอแม่แตง พื้นที่ศึกษา หมู่ 7 บ้านดง เป็นพื้นที่ซึ่งอยู่ติดกับอ่างเก็บน้ำแม่แตง สภาพบ้านเรือนในบางครัวเรือนมีปัญหาบ้างในด้านความแข็งแรง ความสะอาดภายในบ้านบางครัวเรือนมีปัญหาเล็กน้อย สำหรับความสะดวกในการเดินทางค่อนข้างประสบปัญหา เนื่องจากมีรถประจำทางเป็นบางช่วงเวลา กลุ่มชาวประมงจะมีบ้านพักอาศัยชั่วคราวอยู่ริมน้ำของพื้นที่อ่างเก็บน้ำ ชาวประมงจะใช้เวลาส่วนใหญ่พักอาศัยบ้านริมน้ำเนื่องจากมีการเลี้ยงปลานิลในกระชัง และต้องทำการประมงในแต่ละวัน ไม่มีการคมนาคมทางบก เป็นการเดินทางโดยทางน้ำใช้เรือส่วนตัวเป็นพาหนะในการเดินทาง บางครั้งในช่วงวันหยุดราชการ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เรือของชาวประมงจะให้บริการแก่นักท่องเที่ยว เพื่อชมทัศนียภาพ หรือ ตกปลา บริเวณอ่างเก็บน้ำ

ปัญหาด้านกายภาพของพื้นที่ศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ อำเภอแม่ริม อำเภอพร้าวกุ่มย อำเภอแม่แตง มีปัญหาด้านการคมนาคม สำหรับพื้นที่อำเภอสันทราย การคมนาคมค่อนข้างสะดวกอยู่ไม่ห่างไกลเมืองเชียงใหม่ ขนาดพื้นที่อยู่อาศัยเฉลี่ย 217 ตารางเมตร พื้นที่อยู่อาศัยน้อยที่สุด คือ 15 ตารางเมตร ใหญ่ที่สุด คือ 1,600 ตารางเมตร จำนวนห้องพักในแต่ละครัวเรือนเฉลี่ย 2 ห้อง สภาพของที่อยู่อาศัย พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งมีผลกระทบด้านต่างๆ เช่น ความสะอาดในบ้าน ความสะอาดรอบบ้าน ร้อยละ 50 และ ร้อยละ 46 ตามลำดับ มีปัญหาด้านการถ่ายเทและการระบายอากาศ ร้อยละ 26 ความมั่นคงแข็งแรงมีปัญหา ร้อยละ 16.3 (ตารางที่ 5)

1.2 ด้านผู้ทำงานในกลุ่มอาชีพเป้าหมาย

1.2.1 ข้อมูลทั่วไป

หัวหน้าครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 47 ปี ร้อยละ 51 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 84.3) ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ คิดเป็น ร้อยละ 15.7 (ตารางที่ 4) ลักษณะการถือครองกรรมสิทธิ์ที่ดิน ได้แก่ โฉนด นส.3 บางรายมีการใช้ที่ดินในพื้นที่สาธารณะของชุมชน และพื้นที่ของอุทยาน โดยไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่ดิน ร้อยละ 51.1 รายได้จากการประกอบอาชีพสาขาเกษตรกรรมเป็นรายได้หลักให้แก่ครอบครัว ร้อยละ 72.5 สำหรับรายได้ของครอบครัวต่อปี พบว่า ร้อยละ 35.3 มีรายได้ระหว่าง 10,001-30,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 25.5 มีรายได้ 30,001-50,000 บาท ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) ที่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย ร้อยละ 22 ที่มีรายได้ที่มากกว่ารายจ่าย และร้อยละ 28 ที่มีรายได้พอกๆกับรายจ่าย โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการออม จะมีการฝากเงินกับธนาคาร และฝากกับกลุ่มออมทรัพย์ภายในชุมชน ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 60.8) มีหนี้สิน โดยหนี้สินเป็นการลงทุนเพื่อประกอบอาชีพ สำหรับหนี้สินที่เกิดจากการใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพ ร้อยละ 7.8 แหล่งสินเชื่อที่สำคัญ คือ ธนาคารเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สหกรณ์ กองทุนในหมู่บ้าน เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง และนายทุน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน (ร้อยละ 88.2) สำหรับผู้ที่มีตำแหน่ง ได้แก่ ประธานและคณะกรรมการกลุ่มต่างๆ การเสี่ยงโชคของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีจำนวนร้อยละ 39.2 โดยเป็นการเสี่ยงโชคต่อเดือน ตั้งแต่ 40 บาท ถึง 500 บาท (ตารางที่ 6 และ 7) ลักษณะภูมิลำเนาส่วนใหญ่เป็นคนดั้งเดิมในพื้นที่ มีเพียงร้อยละ 19.6 ที่โยกย้ายมาจากที่อื่นทั้งจากต่างอำเภอ เช่น สะเมิง แม่แจ่ม สันทราย แม่แตง และต่างจังหวัด ได้แก่ เชียงราย ลำปาง ชัยนาท (ตารางที่ 3) สำหรับร้อยละเอ็ดของกลุ่มที่ศึกษาโดยจำแนกตามลักษณะอาชีพมีดังนี้

1) กลุ่มอาชีพทำนา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการทำนาทั้งเพื่อการบริโภคในครัวเรือน และประกอบอาชีพเพื่อเป็นรายได้หลักให้แก่ครัวเรือน แต่ก็มีอาชีพควบคู่กัน เช่น การรับจ้าง การทำสวนผลไม้ การปลูกพืชผักสวนครัว การเลี้ยงไก่โดยสร้างโรงเรือนใกล้เคียงแปลงนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ เนื่องจากการทำนาหนัก มีการใช้ยาและสารเคมีในระดับสูง นอกจากนี้ยังมีครัวเรือนที่ขาดแคลนทรัพยากรในการประกอบอาชีพ รูปแบบการทำนาเพื่อบริโภคในครัวเรือนเท่านั้น ซึ่งกลุ่มนี้จะใช้ยาและสารเคมีไม่สูงมากนัก พื้นที่ศึกษา ได้แก่ ตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย และตำบลสันทราย อำเภอพร้าว

2) กลุ่มอาชีพทำไร่ ได้แก่ ข้าวโพด ชিং กระเทียม หอมแดง มันฝรั่ง ถั่วเหลือง พริก เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ เนื่องจากการใช้ยาและสารเคมี และมีการทำนาหนัก กลุ่มที่ด้อยโอกาสการเข้าถึงบริการภาครัฐ ส่วนใหญ่เป็นคนไทยที่ราบสูง และครัวเรือนที่ขาดแคลนทรัพยากร พื้นที่ศึกษา ได้แก่ ตำบลโป่งแยง อำเภอสันทราย ตำบลแม่แว่น อำเภอพร้าว และตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย

3) กลุ่มอาชีพทำสวน ได้แก่ สวนไม้ดอก (เบญจมาศ เยอบีร่า) สวนผลไม้ (ลิ้นจี่ ลำไย มะขาม มะม่วง) การปลูกพืชผัก (กะหล่ำดอก กะหล่ำปลี ผักคะน้า ปวยเล้ง) กลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่

เสี่ยงต่อสุขภาพจากอาชีพที่ดำเนินการ เนื่องจากมีการใช้ยา สารเคมีระดับสูงมาก และมีความถี่ในการใช้ยาและสารเคมี 2-3 วันต่อครั้ง ศึกษากลุ่มทำสวนผลไม้ที่ด้อยโอกาสการเข้าถึงบริการภาครัฐ และกลุ่มที่ขาดแคลนทรัพยากรซึ่งประกอบอาชีพอื่นควบคู่กัน เช่น รับจ้างทำสวนผลไม้ ปลูกพืชผัก พื้นที่ของกลุ่มอาชีพทำสวน ได้แก่ ตำบลโป่งแยง อำเภอแมริม ตำบลแม่แฝก ตำบลหนองจ่อม อำเภอสันทราย ตำบลแม่ป๋ม ตำบลสันทราย และตำบลแม่แว่น อำเภอพร้าว

4) กลุ่มอาชีพประมง ได้แก่ กลุ่มที่เลี้ยงปลาในกระชัง เลี้ยงปลาในบ่อ การเกษตรผสมผสาน (เลี้ยงปลากับไก่) การจับปลาในอ่างเก็บน้ำ ได้แก่ ปลาตะเพียน ปลาสวาย ปลานิล ปลาบู่ ฯลฯ เป็นกลุ่มอาชีพที่เสี่ยงในด้านสุขภาพเนื่องจากต้องไปทำการประมงและเพาะเลี้ยงปลาในกระชังในพื้นที่อ่างเก็บน้ำ การคมนาคมใช้เฉพาะทางเรือ รวมทั้งบางครั้งเรือเป็นกลุ่มที่ขาดแคลนทรัพยากร พื้นที่ศึกษา ตำบลหนองจ่อม อำเภอสันทราย และตำบลบ้านเป้า อำเภอแม่แตง

5) กลุ่มเลี้ยงสัตว์ ได้แก่ การเลี้ยงไก่ เลี้ยงเป็ด เลี้ยงสุกร เลี้ยงวัว กลุ่มนี้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพควบคู่กับการทำสวนผลไม้ การทำนา การทำไร่ เป็นกลุ่มที่ขาดแคลนทรัพยากร บางครัวเรือนเป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการภาครัฐ เนื่องจากห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก พื้นที่ศึกษา ได้แก่ ตำบลสันทราย อำเภอพร้าว ตำบลโป่งแยง อำเภอแมริม และตำบลบ้านเป้า อำเภอแม่แตง

1.2.2 สถานการณ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

1) ปัญหาพฤติกรรมส่วนบุคคลของสมาชิกในชุมชน คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 58.8 การดื่มสุรา ร้อยละ 70.6 มีการใช้ยาแก้ปวด ร้อยละ 54.9 การนอนพักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 21.5 นอกจากนี้ มีการใช้ยาฆ่าแมลง การใช้ยาแก้ปวดเมื่อย คลายเส้น และการใช้สารกระตุ้นบ้างเล็กน้อย สำหรับพฤติกรรมการดื่มสุรานิยมเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มสตรี เช่น ในพื้นที่ตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย หรือกลุ่มแม่บ้านของอำเภอพร้าว เนื่องจากกลุ่มแม่บ้านมีกิจกรรมร่วมกัน มีการติดต่อสังสรรค์บุคคลต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน มีการทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น และพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มเยาวชนทั้งชายและหญิง จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้นำในชุมชน พบว่ายังมีปัญหาด้านค่านิยมในการมีเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนคู่นอนของสตรีในชุมชน และค่านิยมการรักษานวลสงวนตัวที่มีแนวโน้มลดต่ำลง ทำให้การแพร่กระจายของโรคเอดส์ยังคงมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น แนวคิดของสตรีในชุมชนบางรายผ่านการรับรู้จากสื่อ คือ สิทธิสตรีเท่าเทียมกัน รวมทั้ง การกินเหล้า-เจ้าชู้ ทำได้เท่าเทียมกัน (ตารางที่ 10)

2) ปัญหาพฤติกรรมการทำงาน

- เกษตรกรจะการทำงานตลอดทั้งปี ในแต่ละเดือนจะทำงานประมาณ 25-30 วัน ในแต่ละวันชั่วโมงการทำงานประมาณ 7 – 13 ชั่วโมง ความเสี่ยงที่เกิดจากการงาน ร้อยละ 64.7 แต่จะมีปัญหาที่เกิดจากการใช้เครื่องมือเครื่องจักรน้อย (ร้อยละ 27.5)

- ลักษณะการออกแรงทำงานในแต่ละครั้งมีระดับความรุนแรงปานกลางและมาก ร้อยละ 51 และ 43.1 ตามลำดับ อันตรายที่เกิดจากการใช้ท่าทางการทำงาน มีความเสี่ยงในระดับปานกลาง ร้อยละ 49 และมาก ร้อยละ 29.4

- ความเสี่ยงจากการใช้ยาฆ่าแมลงและยาปราบศัตรูพืชในทุกอาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มที่มี การประกอบอาชีพปลูกไม้ดอก พืชผัก ปลูกถั่วเหลืองผักสด ปลูกมันฝรั่ง ปลูกมะเขือม่วง ร้อยละ 27.5 เกษตรกรยังคงรู้สึกว่าการใช้เครื่องมือเพื่อป้องกัน เช่น ถุงมือยาง ผ้าปิดจมูก มีความยุ่งยาก ไม่สะดวกและ คล่องตัวในการทำงาน ไม่สบายตัวอีกด้วย เนื่องจากความร้อนและมีเหงื่อ ลักษณะอาชีพของเกษตรกรที่คิดว่าตนเองมีความเสี่ยงไม่มากนัก คือ การทำนา การเลี้ยงปลา การเลี้ยงสัตว์ การใช้ยาและสารเคมีในอัตรา ที่สูงเนื่องจากการแข่งขันของบริษัท มีการให้โอกาสด้านสินเชื่อ มีผู้นำชุมชนเป็นตัวแทนจำหน่ายให้กับ สมาชิกในชุมชน การใช้สารเคมีเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากแมลง หนอน เพลี้ยไฟ โรคใบไหม้ ต่างๆเริ่มดื้อยา ต้องมีการลงทุนซื้อยาที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ยาจะมีกลิ่นเหม็น ติดเสื้อผ้า มีการใช้ยา กำจัดวัชพืช ผลผลิตเริ่มลดน้อยลง ต้นทุนสูงขึ้น บริษัทจะเริ่มมาแนะนำการผลิตสินค้าชนิดใหม่ การลงทุน เริ่มต้นและหักค่าใช้จ่ายภายหลังที่ได้ผลผลิต โดยเกษตรกรไม่ทราบราคาหรือต้นทุนที่ตนเองได้รับ นอกจากนี้เกษตรกรจะไม่เคยบันทึกและคำนวณต้นทุนการผลิตที่เกิดขึ้น จะทราบเพียงรายรับที่เกิดขึ้นจากการ หักค่าใช้จ่ายเรียบร้อยแล้ว เกษตรกรที่ไม่มีการใช้ยาฆ่าแมลงและยาปราบศัตรูพืช ร้อยละ 31.4 ซึ่งกลุ่ม ตัวอย่างนี้จะเป็นกลุ่มที่ทำอาชีพจับปลา เลี้ยงสัตว์ แต่สำหรับกลุ่มที่ปลูกพืชผักที่มีการใช้ยาบ้างและลด ปริมาณการใช้ เป็นกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมจากภาครัฐเกี่ยวกับการใช้ปุ๋ยชีวภาพ การลดใช้ยาและสารเคมี การปลูกผักกางมุ้ง แต่ได้รับการยอมรับเพียง 10%-15% เท่านั้น เพราะเกษตรกรรู้สึกไม่มีความมั่นใจว่าจะ ได้ผลผลิตตามที่ต้องการหรือไม่ (ตารางที่ 15)

- รูปแบบการทำงาน เกษตรกรยังคงมีลักษณะการทำงานรูปแบบช่วยเหลือกัน (การเอา แรง) คือ การช่วยเหลือเพื่อนบ้านเมื่อมีการร้องขอ และจดจำว่าสมาชิกครอบครัวในครัวเรือนไปช่วยงานกี่ คน กี่วัน และจะช่วยเหลือตอบแทนภายหลังที่มีการร้องขอลักษณะเดียวกัน รูปแบบการทำงานลักษณะนี้ จะมีการเลี้ยงอาหาร บางครั้งจะมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเมื่อสอบถามสาเหตุว่าทำไมต้องเลี้ยง กลุ่มตัว อย่างระบุว่า เป็นการแสดงความขอบคุณ และกรณีถ้าไม่เลี้ยง จะได้รับการนิทาจากกลุ่มว่าไม่มีน้ำใจ ตระหนี่ ปัญหาอันตรายที่เกิดจากการความขัดแย้งในผลประโยชน์มีไม่มากนัก ร้อยละ 11.8 เช่น การใช้ สารเคมีในแปลงนาและการปลูกพืชผักเกิดผลกระทบต่อ การเลี้ยงปลา การใช้สารเคมีในแปลงผักและแปลง นาใกล้กับโรงเรือนเลี้ยงไก่

3) **ปัญหาด้านสุขภาพ** การดูแลสุขภาพโดยการป้องกันด้านวิทยาศาสตร์ ร้อยละ 52.9 การป้องกันโดยใช้หลักการที่ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ เช่น การรดน้ำมนต์ ร้อยละ 9.8 สำหรับการดูแลรักษา ด้านวิทยาศาสตร์ ร้อยละ 98 ด้านที่ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ เช่น การทรงเจ้า (ตารางที่ 8) เมื่อสอบถาม ประเภทของโรคและวิธีการรักษา โรคที่เกิดขึ้นทั่วไปโดยส่วนใหญ่ ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ ภูมิแพ้ ปวดหัว ท้อง เสีย โรคกระเพาะอาหาร โรคผิวหนัง โรคตา โรคทางเดินหายใจ โรคกระดูก ปวดเมื่อย และโรคผี นอกจากนี้ มักจะเกิดปัญหาด้านอุบัติเหตุ พันผุ ความดันโลหิตสูง โรคเครียด โรคหอบ โรคไวรัสตับ โรคไตวาย โรค ที่เกิดจากการใช้ยาและสารเคมี เช่น การใช้ยาฆ่าหญ้า บางคนแพ้ บางคนไม่แพ้ กรณีถ้าแพ้ นิ้วมือเหี่ยว ไปรักษาที่อนามัยแต่ไม่หายขาด บางรายมีอาการเจ็บในโพรงจมูก (ไซนัส) กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ พบว่าบางรายเป็นโรคถุงลมโป่งพอง

1.3 ด้านสภาพแวดล้อม

ปัญหาที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของชุมชนมีผลกระทบบ้าง ร้อยละ 28.6 และพบว่าเกิดอันตรายต่อสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงาน ร้อยละ 41.2 ลักษณะบ้านเรือนอยู่ใกล้กับพื้นที่เกษตรกรรมที่มีการใช้ยาและสารเคมีสูง สารเคมีเหล่านี้จะไหลลงสู่ลำธาร น้ำในแม่น้ำลำธารก็จะถูกนำไปใช้เพื่ออุปโภคบริโภคไหล แหล่งน้ำที่ไหลผ่านแหล่งชุมชนต่างๆ เช่น หมู่ 8 บ้านบวกเตย ตำบลโป่งแยง อำเภอแมริม พื้นที่ตำบลสันทราย อำเภอพร้าว เขตพื้นที่ตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย เกษตรกรจะใช้น้ำจากลำธาร แม่น้ำ และคลองชลประทานเพื่อการอุปโภคบริโภค จากการที่มีอัตราการใช้ยาและสารเคมีเพื่อการเกษตรกรรมสูง เช่น การปลูกมันฝรั่ง มะเขือ ถั่วเหลืองผักสด (ถั่วกระ) ปลูกเบญจมาศ เยอบีร่า ดาวเรือง มะลิ ผลไม้ลำไย ลิ้นจี่ สวนส้ม (ในช่วงออกดอก) การปลูกผักกะหล่ำดอก ผักคะน้า ถั่วฝักยาว พริก สตอร์เบอร์รี่ เมื่อมีฝนตกสารเคมีและยาจะไหลลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะ เกิดปัญหากับกลุ่มผู้ใช้น้ำ นอกจากนี้สภาพพื้นที่ที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่ติดกับพื้นที่เกษตรกรรม ได้แก่ การปลูกมะลิในบริเวณรอบบ้านพัก ตำบลแม่แฝก การปลูกแปลงดอกไม้ใกล้ที่อยู่อาศัยของตำบลโป่งแยง การปลูกลำไยบริเวณรอบบ้านในเขตตำบลแม่แฝก อำเภอพร้าว มีปัญหาเกี่ยวกับการฟุ้งกระจายของยาและสารเคมีเข้าสู่บ้านเรือน ชุมชนตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย มีพื้นที่อยู่ใกล้โรงงานสุรา โรงงานแปรรูป โรงงานเครื่องกระป๋อง ทำให้เกิดมลภาวะทางน้ำ (การปล่อยน้ำทิ้ง) มลพิษทางอากาศ (กลิ่นเหม็น) จากปัญหาด้านกลิ่นจากโรงงาน และของเสียที่ถูกระบายลงสู่แหล่งน้ำ รวมทั้งการใช้ยาและสารเคมีในการทำการเกษตรของเพื่อนบ้าน ทำให้เกิดอาการแพ้ เป็นผื่น ระบบทางเดินหายใจมีปัญหา ปัญหาที่เกิดขึ้นสมาชิกในชุมชนของพื้นที่ตำบลแม่แฝกเคยร้องเรียนกับองค์การบริหารส่วนตำบล เช่น กรณีที่เจ้าของฟาร์มไก่ทำให้เกิดโรคระบาดมาปล่อยทิ้งในคลองชลประทาน ปริมาณของแมลงวันที่มีจำนวนมากในพื้นที่โรงเรือนเลี้ยงไก่และรบกวนเพื่อนบ้าน การฉีดยากำจัดวัชพืชมาก การพ่นสารเคมีเพื่อการเกษตรที่ส่งผลกระทบต่อการเล่นไก่ สำหรับความเสี่ยงที่เกิดจากสภาพพื้นที่แวดล้อมในการทำงาน ร้อยละ 58.8 ของกลุ่มตัวอย่างคิดว่าไม่มีความเสี่ยง (ตารางที่ 15)

1.4 ด้านระบบการจัดการสุขภาพของเกษตรกร

สภาพปัญหาที่พบโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการดูแลสุขภาพในด้านการป้องกันส่วนใหญ่เป็นการรักษาและการฟื้นฟู ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของเกษตรกรเห็นว่ามีความรู้ด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 43.1) และการดูแลสุขภาพของสมาชิกทำได้ดีมากเพียงร้อยละ 9.8

กิจกรรมของชุมชนที่จะรณรงค์ให้สมาชิกมีความเข้าใจและสนใจด้านการดูแลสุขภาพมีน้อยมาก ที่มีอยู่และกำลังดำเนินการ เช่น กรณีตำบลโป่งแยงมีโครงการที่จะรณรงค์ให้กลุ่มผู้สูงอายุ และสมาชิกในหมู่บ้าน ได้มีการดูแลสุขภาพโดยการออกกำลังกาย แต่มีปัญหาอุปสรรคในเรื่องเวลาที่จะดำเนินกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากประชาชนที่ทำงานด้านการเกษตรต้องทำงานตลอดทั้งวัน หรือกรณีตำบลโป่งแยงมีการรณรงค์ให้ปลูกพืชผักปลอดสารพิษ การใช้จุลินทรีย์ (ด้านชีวภาพ) แต่ก็มีปัญหาที่เกษตรกรไม่แน่ใจต่อความเสี่ยงในผลผลิตที่จะได้รับ ทำให้การดำเนินการได้ผลไม่มากนัก นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับเข้าถึงบริการจากภาครัฐ เช่น เกษตรกรในพื้นที่ห่างไกล หมู่ 2 บ้านดงป่าช้า ตำบลสันทราย อำเภอพร้าว

จะเดินทางเพื่อไปโรงพยาบาลนครพิงค์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ต้องจ้างเหมายานพาหนะครั้งละ 1,000 บาท เดินทางไปอำเภอพร้าวครั้งละ 150-200 บาท สาเหตุเนื่องจากรถประจำทางมีเป็นบางช่วง เวลา ไม่มีตลอดทั้งวัน การแก้ไขปัญหาของเกษตรกร คือ การซื้อยากินเอง หรือขอยาจากสถานีนามัย บางครั้งมีหมอเรขายยาสมุนไพร เช่น ยาแก้โรคลม ยาพยาธิตัวตืด ยาบำรุงหัวใจ ราคาขาย 3 ชอง 20 บาท การรักษาไม่ค่อยได้ผล หรือการรักษากับพระ ค่าใช้จ่ายเฉพาะค่าครู 12 บาท และค่ายานพาหนะ (มอเตอร์ไซด์รับจ้าง) ในการเดินทาง

พฤติกรรมการจัดการสุขภาพของเกษตรกร ประมาณครึ่งหนึ่งที่มีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (ร้อยละ 54.9) สำหรับชุมชนในเขตอำเภอพร้าวมีการบริโภคอาหารสุกๆดิบๆแทบ ทุกหลังคาเรือน กลุ่มตัวอย่างที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอมีเพียงร้อยละ 20 บางครั้งเกษตรกรเข้าใจว่า การทำงานหนัก การออกแรงมาก เป็นการออกกำลังกาย การไม่เที่ยวเตร่หรือการดื่มสุราจะไม่ขี้บรด มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น การควบคุมอารมณ์ให้แจ่มใส ลดความเครียด ร้อยละ 38.8 การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ ร้อยละ 68.1 การดูแลระบบขับถ่ายให้สม่ำเสมอ ร้อยละ 79.2 การป้องกันการใช้ถุงมือและปิดปาก ขณะพ่นยา ร้อยละ 37.5 กรณีการตรวจสุขภาพประจำปีของกลุ่มเกษตรกร มีเพียงร้อยละ 23.5 เท่านั้น และมีการดูแลบำรุงรักษาฟันโดยการขูดหินปูนสม่ำเสมอเป็นประจำ มีจำนวนน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 9.8 เกษตรกรที่มีการดูแลสุขภาพของตนเองโดยลดการพึ่งหมอ ร้อยละ 20.8 แต่สำหรับพฤติกรรมที่เกษตรกร จะจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อประกันสุขภาพให้กับตนเองและสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 8.2 และ 7.8 ตาม ลำดับ (ตารางที่ 26)

กรณีบัตรสุขภาพ สปร. เกษตรกรกลุ่มตัวอย่างบางรายของพื้นที่ หมู่ 2 บ้านดงป่าช้า ตำบลสันทราย อำเภอพร้าว ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับบัตรสุขภาพว่าหลักการดี แต่การปฏิบัติงานในการ แจกจ่ายผู้มีรายได้น้อยไม่ยุติธรรม ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่อนามัยดำเนินการออกบัตรเฉพาะพวกพ้อง เช่น กรณีครัวเรือนกลุ่มตัวอย่างหนึ่งประกอบด้วยสมาชิก 3 คน เป็นเพศหญิงทั้งครอบครัว คนหนึ่งต้องดูแลแม่ที่พิการ อีกคนต้องออกไปรับจ้างปลูกหรือเก็บผลผลิตทางการเกษตร การรับจ้างพ่นยา หยอดยาใน หลุม โดยมีค่าจ้างประมาณ 80-100 บาทต่อวัน แต่ไม่มีการว่าจ้างทุกวัน จำนวนวันจ้างประมาณ 15-20 วัน รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน แต่ไม่ได้รับบัตรสงเคราะห์ ตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท ซึ่งคิดว่าจะได้รับบริการที่ดีกว่า การไปรักษาที่สถานีนามัย ไม่คิดค่าใช้จ่าย แต่จ่ายค่าบำรุงครั้งละ 5-20 บาท กรณีการตรวจหาสารพิษในบางพื้นที่มีการดำเนินการ แต่ผลการตรวจบางรายทราบผลการ ตรวจ แต่บางรายไม่ทราบผลการตรวจ

1.5 ด้านความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล

กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ที่พอใจต่อสถานพยาบาลของรัฐในระดับปานกลาง เช่น การได้รับ ข้อมูลชี้แจงในการบริการ ร้อยละ 89.2 รองลงมาประมาณสองในสามของกลุ่มตัวอย่างพอใจต่อการบริการ ระดับปานกลาง ด้านการได้รับความสะดวกรวดเร็ว และการไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการ โดยคิดเป็น ร้อยละ 67.6 และ 64.9 ตามลำดับ สำหรับความพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่ออรรถยาศัยของแพทย์ และ ความสะอาดของสถานที่โรงพยาบาล ในระดับดีมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 48.6 แต่ก็มีกลุ่มตัวอย่าง

บางรายที่ไม่พอใจ และเห็นว่าควรมีการปรับปรุง ได้แก่ อัยยาศัยของเจ้าหน้าที่ และของแพทย์ มีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 10.8 และการไม่เลือกปฏิบัติในการรักษา ร้อยละ 8.1 (ตารางที่ 16)

1.6 ด้านอื่น ๆ

ปัญหาด้านยาเสพติด พื้นที่ศึกษาโดยเฉพาะชุมชนที่สูง เช่น บ้านบวกเตี้ย ตำบลโป่งแยง อำเภอแมริม มีกำลังเจ้าหน้าที่เข้าไปดูแลตรวจค้นเกี่ยวกับการลักลอบค้ายาเสพติดบ่อยครั้ง และสภาพรายจ่ายของคนในชุมชนมีความคล่องตัวมาก แสดงถึงฐานะที่ค่อนข้างดี เช่น พิจารณาจากการใช้จ่ายพาหนะ พบว่า มีการใช้รถยนต์ประเภทขับเคลื่อนสี่ล้อจำนวนมากหลายครอบครัว การใช้จ่ายเงินของเด็กๆ ในชุมชนจะมีการจับจ่ายซื้อขนมจำนวนมาก ชวน่าสังเกตเกี่ยวกับคุณภาพของขนม คือ มีการใช้สีเข้มข้น ขนมหมดอายุและมีเชื้อราปรากฏ แต่ไม่มีหน่วยงานใดที่เข้าไปตรวจคุณภาพของสินค้าที่วางจำหน่ายเลย สำหรับด้านการใช้จ่ายเพื่อรักษาพยาบาล นิยมใช้บริการจากคลินิก นอกจากนี้พื้นที่นี้มีการเดินทางของคนแปลกหน้าจำนวนมาก เช่น มีรถตุ๊ก ๆ รถมอเตอร์ไซด์ของกลุ่มวัยรุ่น เข้ามาในชุมชนบ่อยครั้ง ด้านปัญหาโรคเอดส์ พบว่า ทุกชุมชนที่เข้าไปศึกษามีผู้ป่วยด้านโรคเอดส์จำนวนมาก โดยเฉพาะเกษตรกรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอพร้าว ปัญหาที่พบและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คือ ปัญหาด้านการพนัน เช่น โกงเงิน เกษตรกรที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับโกงเงินจะใช้เวลาในการดูแลทุ่งมากกว่าการดำเนินงานอย่างอื่น จนมีคำกล่าวว่ารักยิ่งกว่าลูกเมีย นอกจากนี้การพนันที่แพร่หลายอีกอย่าง คือ การเล่นไฮโล

2. ความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

2.1 ความคิดเห็นต่อระบบประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ

ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (ประกันสุขภาพ 500 บาท) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารับรู้เกี่ยวกับระบบนี้ ร้อยละ 68.6 จำนวนสมาชิกโดยเฉลี่ยมีการประกันตน 3 คนต่อครัวเรือน สำหรับผู้ที่มีการรับรู้ คิดว่าตนเองมีความเข้าใจในระบบนี้น้อย ร้อยละ 14.3 และเป็นสมาชิกอยู่ในปัจจุบัน ร้อยละ 19.6 ผู้ที่มีการประกันเห็นวาระบบนี้มีความคุ้มค่ามาก ร้อยละ 70.6 ผู้ที่คิดว่าคุ้มค่าน้อย มีเพียงร้อยละ 5.9 เท่านั้น

ระบบการประกันสุขภาพ สปร. (โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล) กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับระบบนี้ ร้อยละ 68.6 จำนวนสมาชิกโดยเฉลี่ยมีการประกันตน 3 คนต่อครัวเรือน ผู้ที่มีการรับรู้ คิดว่าตนเองมีความเข้าใจในระบบนี้น้อยมาก คือ ร้อยละ 8.6 และปัจจุบันเป็นสมาชิกร้อยละ 49 ผู้ที่มีการประกันเห็นวาระบบนี้มีความคุ้มค่ามาก ร้อยละ 59.3 ผู้ที่คิดว่าคุ้มค่าน้อย มีเพียงร้อยละ 3.7 เท่านั้น

สำหรับระบบประกันสังคม ประกันสุขภาพเอกชน และสวัสดิการข้าราชการ มีการรับรู้ ร้อยละ 31.4 33.3 และ 13.7 ตามลำดับ จำนวนสมาชิกที่มีการประกันตนเฉลี่ยสำหรับการประกันสังคม 1 คนต่อครัวเรือน สำหรับการประกันจากเอกชนและข้าราชการเฉลี่ย 2 คนต่อครัวเรือน มากกว่าครั้งที่เข้าใจน้อยเกี่ยวกับการประกันสุขภาพเอกชนและสวัสดิการข้าราชการ ส่วนใหญ่ไม่มีการประกันในระบบนี้ ผู้ที่ได้รับการประกันสุขภาพจากระบบทั้งสามคิดว่ามีความคุ้มค่ามาก (ตารางที่ 38-42)

2.2 ความต้องการเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ

กลุ่มผู้นำชุมชนได้เสนอแนวทางเพื่อเป็นการเพิ่มการประกันสุขภาพ โดยเสนอประเด็นความต้องการที่จะภาครัฐดำเนินการดังนี้

- หน่วยงานประชาสงเคราะห์ มีปัญหาขาดการติดต่อที่ดี การไม่ได้รับสิทธิ์สงเคราะห์ การไม่ได้รับความรู้ความเข้าใจ การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ แก่ชุมชน
- เจ้าหน้าที่ภาครัฐในทุกๆส่วน ควรได้รับการศึกษา หาความรู้เพิ่มเติม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของเกษตรกร
- เจ้าหน้าที่ภาครัฐต้องมีการฝึกฝนตนเอง ต้องแก้ปัญหาเชิงรุก ไม่ใช่เชิงรับ
- หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ต้องไม่ทำงานในรูปแบบผักชีโรยหน้าไม่ควรมีการจัดฉาก เพื่อแสดงผลงานเฉพาะส่วนไม่ได้ให้ข้อเท็จจริงและปัญหาทั้งหมด และเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง ควรมีการสุ่มตรวจสอบติดตามผลการดำเนินงาน โดยไม่ต้องแจ้งให้ส่วนพื้นที่ทราบล่วงหน้า
- ต้องการให้มีโรงพยาบาลประจำตำบล เน้นการป้องกันให้คนมีสุขภาพที่ดี
- ความต้องการที่จะได้รับจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ คือ การพูดจาที่สุภาพโดยเฉพาะกับกลุ่มที่ด้อยโอกาส ความต้องการกำลังใจ การปฏิบัติที่เสมอภาคกัน สิ่งที่ต้องเน้น คือ การรักษาทางใจ เช่น กรณีผู้ป่วยโรคเอดส์จากอำเภอร้าวเดินทางไปตรวจเลือดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ หมอที่โรงพยาบาลกล่าวว่า “คุณรู้มั๊ยว่าคุณเป็นโรคร้าย รู้จักหรือไม่โรคเอดส์” ความรู้สึกของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยต้องการการบอกรักที่ดีกว่านี้ แม้จะทราบว่าปัญหาของโรงพยาบาล คือปริมาณคนไข้ที่ป่วยมีจำนวนมากก็ตาม

2.3 ความคิดเห็นต่อนโยบาย 30 บาท รักษาได้ทุกโรค

กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่ที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายประกันสุขภาพ 30 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 14 สำหรับกลุ่มที่เห็นด้วยมาก ร้อยละ 46 เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 32 และเห็นด้วยน้อย คิดเป็นร้อยละ 8 สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ต้องการจากนโยบายนี้ มากเป็นอันดับหนึ่ง คือ ค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 89.8) รองลงมา คือ ค่าอุปกรณ์แพทย์ (ร้อยละ 81.6) ค่าที่พักและค่าอาหาร (สัดส่วนเท่ากันร้อยละ 75.5) ค่าเอกซเรย์ (ร้อยละ 71.4) ชราภาพ (ร้อยละ 69.4) ค่าผ่าตัด (ร้อยละ 67.3) ค่าคลอดบุตร (ร้อยละ 65.3) การใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและการดูแลสุขภาพ (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 61.2) การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 59.2) และการตรวจร่างกายประจำปี (ร้อยละ 51) สำหรับโอกาสความเป็นไปได้ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองในสามคิดว่าเป็นไปได้ปานกลาง (ร้อยละ 72.5) มีเพียงร้อยละ 9.8 ที่คิดว่าเป็นไปไม่ได้ (ตารางที่ 37)

นอกจากนี้ผู้นำชุมชนได้ให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า โรงพยาบาลของรัฐบริการไม่ดี การบริการทุกคนตามนโยบาย 30 บาท คิดว่ามีปัญหา คุณภาพการบริการต่ำ เมื่อนำผลงานในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐในอดีตมาพิจารณา เช่น กรณี สถานีอนามัย ผู้นำชุมชน และอสม. ดำเนินงานใน

ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ และระบบ สปร. ก็มีปัญหาในการเข้าถึงบุคคลเป้าหมาย และขาดความยุติธรรมในการจัดสรรประโยชน์ค่อนข้างมาก อีกทั้งความไม่แน่ใจต่อนโยบายเกี่ยวกับได้รียาที่ไม่มีคุณภาพ และมีความเชื่อว่ายาที่ผลิตจากต่างประเทศมีคุณภาพดีกว่ายาที่ผลิตภายในประเทศ

3. ความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ

3.1 การรับทราบข่าวสารการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด ความถี่ในการรับข่าวสาร คือ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 76.5 แหล่งข่าวสารอันดับรอง คือ การได้รับข่าวสารจากเพื่อนบ้านในชุมชน ญาติพี่น้อง โดยมีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามได้รับข่าวสาร 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 43.1 และร้อยละ 39.2 ตามลำดับ)

การได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ทั้งอส. เจ้าหน้าที่อนามัย มีเพียงร้อยละ 68.6 และ 64.7 ตามลำดับ ความถี่ในการได้รับส่วนใหญ่เดือนละครั้ง (ตารางที่ 21)

3.2 ความคาดหวังต่อการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ

- ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นว่า การตรวจสุขภาพประจำปี การจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อการประกันสุขภาพให้กับตนเอง และครอบครัว มีคุณค่าและมีความสำคัญน้อยรวมทั้งโอกาสการกระทำน้อย

- กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการเข้าสู่ภาวะเสี่ยง ทั้งในส่วนที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น การไม่ขับรถในขณะดื่มสุรา การลดการใช้สารเคมี การป้องกันโดยการใช้อุปกรณ์ หรือปิดปากขณะที่ไอว่า มีคุณค่าและความสำคัญ แต่ โอกาสการกระทำได้สำเร็จน้อย

- เกษตรกรมุ่งหวังต่อสถานอนามัยเพียงเพื่อการบริการรับยา และชุมชนมีความคาดหวังที่จะต้องการแพทย์ไปประจำโรงพยาบาลตำบล

- กิจกรรมการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ และการดูแลสุขภาพตนเองโดยลดการพึ่งหมอ มีคุณค่าและความสำคัญในระดับปานกลาง และเห็นว่าโอกาสการกระทำได้ในระดับปานกลาง

3.3 ความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความเห็นว่าสมาชิกในครอบครัวไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ (ร้อยละ 56.9) สำหรับกลุ่มที่คิดว่ามีปัญหา ร้อยละ 25.5 ให้ระดับความรุนแรงของปัญหาน้อย ร้อยละ 13.7 ปานกลาง มีเพียงร้อยละ 3.9 ที่คิดว่าเป็นปัญหามาก ด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองในสามมีการดูแลดีในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.4) (ตารางที่ 31)

ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เห็นว่าครอบครัวมีความพร้อมต่อการดูแลสุขภาพสมาชิก (ร้อยละ 88.2) ระดับความพร้อมมากกว่าครึ่งหนึ่งเห็นว่าพร้อมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.8) สำหรับกลุ่มที่คิดว่ามีความพร้อมมากและน้อยมีสัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 13.7 (ตารางที่ 31)

ในอนาคตครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างจะมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยลดการพึ่งหมอ กลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าไม่พร้อม (ร้อยละ 54.9) มีมากกว่ากลุ่มที่พร้อม (ร้อยละ 45.1) ประมาณ

หนึ่งในสามที่เห็นว่าพร้อมในระดับปานกลางทั้ง ด้านการเงิน ความรู้ความเข้าใจ เวลา การสนับสนุนภายในครอบครัว การจัดบริการภายในชุมชน ระดับความพร้อมที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่ามีน้อยที่สุด คือ การมีบริการภายในชุมชน (ร้อยละ 13.7) (ตารางที่ 32)

จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้นำชุมชน พบว่า

1) ผู้นำในชุมชนให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ยาและสารเคมีว่า เกษตรกรขาดความรู้ความเข้าใจที่แท้จริง เช่น การใช้ยาพ่นพ่นนอน เป็นการใช้ที่สิ้นเปลือง ไม่มีประโยชน์ แต่เกษตรกรคิดว่าเพื่อความสบายใจและต้องการผลผลิตที่แน่นอน รวมทั้งการแนะนำจากบริษัทที่ดำเนินการในธุรกิจนั้น ทั้งในรูปการเพิ่มปริมาณการใช้ และการเปลี่ยนตัวยาที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น แนวทางการแก้ปัญหา คือ การประชาสัมพันธ์ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารเคมี การปลูกพืชหมุนเวียน ลดการปลูกพืชที่ใช้สารเคมีสูง ให้เกษตรกรเข้าใจเกี่ยวผลกระทบที่จะได้รับ เช่น พื้นที่ทางกายภาพของตำบลโป่งแยง อำเภอแมริม มีลักษณะเป็นแอ่ง และเป็นพื้นที่ต้นน้ำลำธาร การใช้สารเคมีจะทำให้ทุกคนได้รับผลกระทบ การสลับปรับเปลี่ยนการปลูกพืชชนิดต่างๆ ต้องมีการวางระบบ

2) การรณรงค์ การจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ จะสามารถช่วยให้เกิดความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น

3) ปัญหาด้านโรคเอดส์ ประเมินผู้ที่ป่วยเป็นโรคในเขตตำบลโป่งแยงไม่น้อยกว่า 200 คน (ประมาณการ) โดยเฉพาะกลุ่มชาวเขา ภายในชุมชนควรมีการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วย เช่น ชุมชนได้มีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนเพื่อชีวิตใหม่ มีผู้แสดงตนเพียง 17 คน มีการสนับสนุนเงินช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาประกอบอาชีพ และหมุนเวียน โดยได้รับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล สนับสนุน 15,000 บาท และได้รับงบประมาณจากภาครัฐ 25,000 บาท จึงควรแนะนำหรือให้ผู้ป่วยได้เห็นประโยชน์ของการแสดงตน และการได้รับความช่วยเหลือ ปัจจุบันมีผู้แสดงตนน้อยมาก

4) จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ (เพื่อดูแลโรคผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดัน) จัดกีฬาให้แก่เยาวชน จัดตั้งชมรมแพทย์แผนไทยในชุมชน สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน

5) สำหรับการจัดตั้งกองทุนเพื่อดูแลสุขภาพมีความเป็นไปได้ แต่ใครจะเป็นผู้รับเงิน แนวโน้มอาจมีความขัดแย้งกัน

6) กรณีกรุงเทพมหานครกำหนดห้ามพืชมักเข้ากรุงเทพ โดยต้องผ่านการตรวจ ถ้าตรวจไม่ผ่าน ก็จะไม่สามารถจำหน่ายในพื้นที่กรุงเทพ ทำให้เกษตรกรหันมาให้ความสนใจที่จะต้องมีมาตรการใช้สารเคมี หรือทิ้งระยะก่อนการเก็บเกี่ยว ซึ่งเป็นสิ่งที่เกษตรกรได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ควรมีการเสริมสร้างการเรียนรู้ของเกษตรกรผ่านกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลจัดการด้านสุขภาพ

7) กรณีหมู่บ้านผานกกก ซึ่งเป็นพื้นที่ราบสูง ในชุมชนชาวบ้านว่ามีปัญหาน้อยที่สุดเนื่องจากเด็กๆ ในชุมชน จะได้รับความรู้ ความเข้าใจ จากผู้สอนศาสนาคริสต์ ทุกวันพุธ ศุกร์ และเสาร์ ให้มีการดูแลสุขภาพ มีศีลธรรม เป็นคนดี ส่งผลให้การดำรงชีวิตของสมาชิกในชุมชน เช่น มีคนสูบบุหรี่น้อย การดื่มเหล้าและการสูบบุหรี่ซึ่งเดิมเป็นหนึ่งในพิธีกรรม แต่เมื่อศาสนาคริสต์ได้เข้ามาสั่งสอนคนในชุมชน ปัญหาต่างๆ ลดน้อยลง ดังนั้นการรณรงค์ผ่านกลไกด้านศาสนาจะมีส่วนช่วยแก้ไขปัญหามาในทางหนึ่ง

8) ควรให้มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานราชการ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับเจ้าหน้าที่เกษตร เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจซึ่งกันและกัน เช่น การประสานงานเพื่อการตรวจเลือดหา

สารพิษ สารเคมี จากกลุ่มเกษตรกร ร้อยละ 70 ของตำบลโป่งแยงมีปัญหาด้านสารพิษและสารเคมี จำเป็นต้องมีการให้สุศึกษาที่ดี เหมาะสม แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก แม้ว่าทราบผลการตรวจ แต่ไม่มีมาตรการใดที่จะดำเนินการรักษา โดยเฉพาะมาตรการของการจำหน่ายวัตถุมีพิษ วัสดุการเกษตรและวิทยาศาสตร์ เพื่อใช้ในการด้านการเกษตร ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง และขาดการควบคุมสื่อที่มีการโฆษณาเกี่ยวกับสารเคมีด้านการเกษตรของบริษัทเอกชนจำนวนมาก

กลุ่มตัวอย่างในเชียงใหม่ร้อยละ 74.6 เห็นด้วยกับการจัดตั้งกองทุนหมู่บ้านดูแลสุขภาพสำหรับคนที่เห็นด้วยมากและปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.5 และ 39.2 ตามลำดับ เห็นด้วยน้อย ร้อยละ 9.8 โดยเห็นว่าควรจ่ายเงินสมทบ 20 บาทต่อเดือน ร้อยละ 38.1 รองลงมา ควรจ่ายเงินสมทบ 30 บาท และ 50 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 38.1 สัดส่วนเท่ากัน) สิทธิประโยชน์ที่ต้องการเมื่อต้องจ่ายเงินสมทบ มากเป็นอันดับหนึ่ง คือ ค่ารักษาค่ายา (ร้อยละ 74.5) รองลงมา คือ ค่าอุปกรณ์แพทย์ (ร้อยละ 70.6) ค่าที่พัก (ร้อยละ 68.6) ค่าอาหาร (ร้อยละ 66.7) ค่าผ้าตัด (ร้อยละ 60.8) ชราภาพ (ร้อยละ 58.8) ค่าเอกซเรย์ และการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 56.9) ค่าคลอดบุตร (ร้อยละ 54.9) การใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและการดูแลสุขภาพ (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 52.9) และการตรวจร่างกายประจำปี (ร้อยละ 39.2) หน่วยงานหรือกลุ่มที่ต้องการให้ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมเงินสมทบ ร้อยละ 36.4 คิดว่าควรเป็นกลุ่มกองทุนหมู่บ้าน รองลงมา กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อสม.(ร้อยละ 30.3) โรงพยาบาล(ร้อยละ 15.2) อบต.และสถานีอนามัย (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 9.1) (ตารางที่ 44)

ข. กรณีศึกษาพื้นที่ภาคใต้ : จังหวัดตรัง

ดำเนินการศึกษาในพื้นที่จังหวัดตรัง อำเภอเมือง อำเภอปะเหลียน อำเภอนาโยง อำเภอกันตัง อำเภอสีเกา กิ่งอำเภอหาดสำราญ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สภาพปัญหา

1.1 ด้านกายภาพ

1.1.1 พื้นที่ตำบลนาโต๊ะหมิง อำเภอเมือง พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 1 บ้านนาโต๊ะหมิง หมู่ 4 บ้านตำเล่ สถานที่ตั้งไม่ห่างไกลจากเทศบาลนครตรัง การคมนาคมสะดวก ไม่มีรถประจำทาง สภาพบ้านเรือนกระจายในพื้นที่สวนยาง และบางส่วนกระจุกตัวในพื้นที่ชุมชน ความสะอาดโดยรอบบ้านเรือนไม่มีปัญหา การใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตร ได้แก่ การปลูกพืชผักสวนครัว การเลี้ยงสัตว์ การทำสวนยาง กิจกรรมการเกษตรส่วนใหญ่จะอยู่ใกล้แหล่งที่พักอาศัยของชุมชน

1.1.2 พื้นที่ตำบลปะเหลียน อำเภอปะเหลียน พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 4 บ้านไร่เหนือ หมู่ 5 บ้านปากอ หมู่ 6 บ้านไร่เหนือ และหมู่ 11 บ้านเจ้าพระ ตำบลปะเหลียนไม่มีพื้นที่ติดชายฝั่งทะเล เป็นพื้นที่การเกษตร การตั้งบ้านเรือนจะกระจายตัว และอยู่ในพื้นที่สวนเกษตร สภาพบ้านเรือนแข็งแรง ตำบลท่าข้าม พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 3 บ้านดิน ตำบลท่าข้ามด้านหนึ่งเป็นพื้นที่ติดชายฝั่งทะเล ชุมชนจะอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม อีกด้านหนึ่งเป็นพื้นที่ราบ สภาพบ้านเรือนจะกระจายตัวและสร้างบ้านเรือนใกล้กับพื้นที่การเกษตร (สวนยาง) หมู่บ้านที่ศึกษาไม่ติดชายฝั่งทะเล สภาพที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างมีความแข็งแรง ความสะอาดโดยรอบไม่มีปัญหา ตำบลเกาะสุกร พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 4 บ้านเกาะหมู ตำบลเกาะสุกรเป็นพื้นที่เกาะ การคมนาคมทางเรือโดยเดินทางจากฝั่งที่ตำบลตะเสะ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ชุมชนอยู่กันหนาแน่น สภาพบ้านเรือนมีความแข็งแรง ความสะอาดโดยรอบมีปัญหาบ้างเล็กน้อย

1.1.3 พื้นที่ตำบลนาโยง อำเภอนาโยง พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 3 บ้านนาโยงเหนือ และหมู่ 8 บ้านนาข้าวเสีย การคมนาคมสะดวก การสร้างบ้านเรือนจะอยู่บริเวณพื้นที่การเกษตร สภาพที่อยู่อาศัยแข็งแรงทนทาน ความสะอาดโดยรอบชุมชนค่อนข้างดี สภาพพื้นที่บ้านเรือนตั้งอยู่กระจาย ตำบลนาหมื่นสี อำเภอนาโยง พื้นที่ศึกษา หมู่ 8 บ้านควนสวรรค์ การคมนาคมสะดวก ไม่มีรถประจำทาง พื้นที่เพื่อการทำนาอยู่ห่างจากบ้านเรือน ชุมชนตั้งอยู่ใกล้กัน สภาพบ้านเรือนของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความแข็งแรง

1.1.4 พื้นที่ตำบลนาเกลือ อำเภอกันตัง พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 4 บ้านพระม่วง การคมนาคมค่อนข้างลำบาก ห่างไกลความเจริญ ชุมชนตั้งอยู่หนาแน่นบริเวณชายฝั่งทะเล สภาพบ้านเรือนของกลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยแข็งแรง ความสะอาดภายในและโดยรอบไม่ดี บางส่วนของขยะจะถูกกำจัดทิ้งลงในทะเล บางส่วนฝังกลบและเผา ตำบลบางสัก พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 5 บ้านทุ่งค่าย บ้านเรือนตั้งกระจายในพื้นที่สวนปาล์ม มีการสร้างห้องแถวให้กับลูกจ้างเพื่อเป็นที่พักอาศัย มีความหนาแน่น การระบายอากาศไม่ดี การคมนาคมสะดวก รถประจำทางมีบางช่วงเวลา

1.1.5 พื้นที่ตำบลบ่อหิน อำเภอสิเกา พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 3 บ้านดุน และ หมู่ 4 บ้านไสน์ ตันวา สภาพชุมชนอยู่กันหนาแน่น พื้นที่ติดชายฝั่งทะเล ความสะอาดโดยรอบชุมชนไม่ดี สภาพบ้านเรือนแข็งแรง บางครัวเรือนสภาพบ้านเรือนไม่มีความมั่นคงแข็งแรง การคมนาคมสะดวกในบางพื้นที่ บริเวณที่ตั้งของชุมชนมีการนำดินลูกรังจากพื้นที่การเกษตรที่อยู่ติดกับสถานที่ตั้งบ้านเรือนมาขาย ปัญหาเหล่านี้ยังไม่มีผลกระทบเกิดขึ้น แต่ในอนาคตโดยเฉพาะช่วงฤดูฝนโอกาสการพังทลายของพื้นที่ย่อมมีสูง สภาพพื้นที่ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการเกษตรในระยะยาว

1.1.6 พื้นที่ตำบลตะเสะ กิ่งอำเภอสทิงพระ พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 4 บ้านตะเสะ หมู่ 6 บ้านโคกออก และหมู่ 8 บ้านตะเสะ ชุมชนอยู่กระจายตัวในพื้นที่การเกษตร บางครัวเรือนมีปัญหาความสะอาดของบ้านเรือนและโดยรอบ บางครัวเรือนสภาพบ้านเรือนไม่มีความแข็งแรง สำหรับชุมชนประมงมีการสร้างบ้านเรือนบริเวณชายฝั่ง สภาพที่อยู่อาศัยไม่แข็งแรง ในช่วงฤดูมรสุมมักจะประสบปัญหาเรื่องความแข็งแรงทนทานของบ้าน ความสะอาดของพื้นที่โดยรอบอยู่ในระดับต่ำ

ปัญหาด้านกายภาพของพื้นที่ศึกษาจังหวัดตรัง พื้นที่เกาะของอำเภอสิเกา อำเภอกันตัง อำเภอปะเหลียน เช่น เกาะมุกด์ เกาะลิบง เกาะสุกร ประสบปัญหาด้านการคมนาคม สำหรับพื้นที่บนบกโดยทั่วไปการคมนาคมสะดวก มีรถประจำทางในบางช่วงเวลา บางช่วงเวลาที่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพการเดินทางต้องใช้ยานพาหนะส่วนตัว หรือการจ้างเหมา ขนาดพื้นที่อยู่อาศัยเฉลี่ย 54 ตารางเมตร พื้นที่อยู่อาศัยน้อยที่สุด คือ 3 ตารางเมตร ใหญ่ที่สุด คือ 720 ตารางเมตร จำนวนห้องพักในแต่ละครัวเรือนเฉลี่ย 2 ห้อง สภาพของที่อยู่อาศัย พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งมีผลกระทบด้านต่างๆ เช่น ความสะอาดรอบบ้าน ความสะอาดในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 52.9 และ 43.1 ตามลำดับ จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านการถ่ายเทและการระบายอากาศ ร้อยละ 33.3 และปัญหาด้านความมั่นคงแข็งแรงของที่อยู่อาศัย ร้อยละ 29.5 (ตารางที่ 5)

1.2 ด้านผู้ทำงานในกลุ่มอาชีพเป้าหมาย

1.2.1 ข้อมูลทั่วไป

หัวหน้าครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 52 ปี ร้อยละ 49 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เกือบครึ่งหนึ่งนับถือศาสนาอิสลาม และพุทธ (ร้อยละ 49 และ 47.1 ตามลำดับ) ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ คิดเป็น ร้อยละ 3.9 ลักษณะการถือครองกรรมสิทธิ์ที่ดิน ได้แก่ โฉนด นส.3 สปก. สค.1 บางรายมีการใช้ที่ดินในพื้นที่สาธารณะของชุมชน โดยไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่ดิน ร้อยละ 33.3 รายได้จากการประกอบอาชีพสาขาเกษตรกรรมเป็นรายได้หลักให้แก่ครอบครัว ร้อยละ 58.8 สำหรับรายได้ของครอบครัวต่อปี พบว่า ร้อยละ 33.3 มีรายได้ระหว่าง 10,001-30,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 27.5 มีรายได้น้อยกว่า 10,001 บาท ร้อยละ 19.6 มีรายได้ระหว่าง 30,001-50,000 บาท เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47) ที่มีรายได้ใกล้เคียงรายจ่าย ร้อยละ 37.3 ที่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย และร้อยละ 15.7 ที่มีรายได้มากกว่ารายจ่าย โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการออม จะมีการฝากเงินกับกลุ่มออมทรัพย์ภายในชุมชน และฝากธนาคาร กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 68.6) มีหนี้สิน โดยหนี้สินเป็นการลงทุนเพื่อประกอบอาชีพ สำหรับหนี้สินที่เกิดจากการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 13.7 แหล่งสินเชื่อที่สำคัญของเกษตรกร ได้แก่ ธนาคาร

เกษตรและสหกรณ์การเกษตร สหกรณ์ เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง กลุ่ม สหกรณ์ และนายทุน (ตารางที่ 6 และ 7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน (ร้อยละ 82.3) สำหรับผู้ที่มิมีตำแหน่ง ได้แก่ สมาชิก อบต. กรรมการกลุ่มต่างๆ ด้านการเลี้ยงโคของเกษตรกร พบว่า ร้อยละ 70.6 โดยเป็นการเลี้ยงโค ต่อเดือน ตั้งแต่ 15 บาท ถึง 1,000 บาท ลักษณะภูมิสำเนาмаมากกว่าสองในสามเป็นคนดั้งเดิมในพื้นที่ มีเพียงร้อยละ 29.4 ที่โยกย้ายมาจากที่อื่นทั้งจากต่างจังหวัด ได้แก่ สงขลา พัทลุง นครศรีธรรมราช กระบี่ จะเข้ชงเทรห และศรีสะเกษ (ตารางที่ 3) รายละเอียดของกลุ่มที่ศึกษาโดยจำแนกตามลักษณะอาชีพมีดังนี้

1) กลุ่มอาชีพทำนา อาชีพทำนาของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการเพื่อการบริโภคในครัวเรือน ไม่ได้ประกอบอาชีพเพื่อเป็นรายได้หลักให้แก่ครัวเรือน เป็นการทํานาที่ต้องอาศัยน้ำฝน กลุ่มที่ศึกษาจึงเป็นกลุ่มที่ทำอาชีพควบคู่กับการรับจ้างในการกรีดยาง การเก็บปาล์มน้ำมัน การทำสวนผลไม้ ซึ่งเป็นรายได้หลักให้แก่ครัวเรือน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีฐานะยากจน ขาดแคลนทรัพยากรในการประกอบอาชีพ พื้นที่ศึกษา ได้แก่ ตำบลนาหมื่นสี อำเภอนาโยง ตำบลปะเหลียน อำเภอปะเหลียน ตำบลบ่อหิน อำเภอสิเกา ตำบลตะเสะ กิ่งอำเภอหาดสำราญ

2) กลุ่มอาชีพทำไร่ ได้แก่ ยางพารา ปาล์มน้ำมัน ข้าวโพด โดยส่วนใหญ่ของพื้นที่ภาคใต้มีอาชีพในการปลูกยางพาราควบคู่กับอาชีพอื่นๆ นอกจากนั้นยังมีกลุ่มอาชีพปลูกปาล์มน้ำมัน ปลูกข้าวโพด ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มเลี้ยงที่ขาดแคลนทรัพยากรในการประกอบอาชีพ มีฐานะยากจน เป็นกลุ่มที่การรับจ้างทำงานทุกประเภททั้งการว่าจ้างเพื่อการประกอบอาชีพเกษตรกรรม รวมทั้งงานการก่อสร้าง พื้นที่ศึกษา ได้แก่ ตำบลบางสัก อำเภอสิเกา และตำบลท่าข้าม อำเภอปะเหลียน

3) กลุ่มอาชีพทำสวน ได้แก่ สวนไม้ดอก สวนผลไม้ (เงาะ ทุเรียน มังคุด กล้วยน้ำว้า) การปลูกพืชผัก กลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากอาชีพที่ดำเนินการ เนื่องจากการใช้ยา สารเคมี การศึกษาทำสวนผลไม้ ปลูกพืชผัก เป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการภาครัฐ และเป็นกลุ่มที่ขาดแคลนทรัพยากร โดยครัวเรือนจะประกอบอาชีพรับจ้างงานด้านต่าง ๆ ของสวนผลไม้ เช่น กำจัดวัชพืช พ่นยา เก็บเกี่ยวผลผลิต และปลูกพืชผักสวนครัว พื้นที่ศึกษา ได้แก่ ตำบลนาโต๊ะหมิง อำเภอเมือง ตำบลปะเหลียน อำเภอปะเหลียน และตำบลนาโยง อำเภอนาโยง

4) กลุ่มอาชีพประมง โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการของรัฐ กลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพเนื่องจากการทำงานที่หนักเกินไป เช่น ผู้ที่เลี้ยงกุ้งกุลาดำบริเวณชายฝั่ง บริเวณใกล้แนวคลอง และบริเวณป่าชายพารา กลุ่มทำการประมงในบริเวณพื้นที่ชายฝั่งทะเล โดยมีความเสี่ยงจากการทำงาน เช่น ชาวประมงที่เดินทางไปทำงานกลางทะเลในช่วงฤดูมรสุม และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาบางรายขาดแคลนทรัพยากร โดยพบว่า ชาวประมงมักจะไม่มิตินเป็นของตนเอง ไม่สามารถประกอบอาชีพอื่นได้ อีกทั้งชาวประมงไม่นิยมให้สมาชิกในครอบครัวเรียนหนังสือ ดังนั้นส่วนใหญ่ของชาวประมงมีระดับการศึกษาเพียงแค่ภาคบังคับเท่านั้น กลุ่มที่มีอาชีพประมงจะมุ่งเน้นเฉพาะความชำนาญ เช่น การจับปลา และการเลี้ยงปลา โอกาสที่กลุ่มจะมีความชำนาญในงานสาขาอาชีพอื่นๆ เป็นไปได้ค่อนข้างยาก พื้นที่ศึกษา ได้แก่ ตำบลเกาะสุกร อำเภอปะเหลียน ตำบลท่าข้าม อำเภอปะเหลียน ตำบลตะเสะ กิ่งอำเภอหาดสำราญ ตำบลนาเกลือ อำเภอกันตัง และตำบลบ่อหิน อำเภอสิเกา

5) กลุ่มเลี้ยงสัตว์ ได้แก่ การเลี้ยงไก่ เลี้ยงสุกร เลี้ยงโคพื้นเมือง และโคนม กลุ่มนี้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพควบคู่กับการปลูกยางพารา และการทำสวนผลไม้ เช่น การเลี้ยงไก่ในบริเวณพื้นที่สวนยางเป็นกลุ่มที่เสี่ยงในการประกอบอาชีพเนื่องจากการทำงานหนัก มีการใช้ยา สารเคมี เพื่อปราบแมลงวันปริมาณฝุ่นละอองค่อนข้างมากจากอาหารไก่ สภาพที่อยู่อาศัยจะอยู่ในบริเวณชื้นแฉะ เช่น บริเวณสวนยางพารา นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการภาครัฐ เนื่องจากห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก บางกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างอยู่ในฟาร์มไก่ขนาดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างจะมีรายได้ประมาณวันละ 100-120 บาท ฐานะยากจนขาดแคลนทรัพยากรพื้นฐานที่ศึกษา ได้แก่ ตำบลนาโตะหมิง อำเภอเมือง ตำบลปะเหลียน อำเภอปะเหลียน ตำบลท่าข้าม อำเภอปะเหลียน และตำบลตะเสะกิ่งอำเภอหาดสำราญ

1.2.2 สถานการณ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

1) ปัญหาพฤติกรรมโดยทั่วไปของสมาชิกในชุมชน คือ

- พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และโดยเฉพาะการดื่มยาสูบกำลัง นิยมในกลุ่มชาวประมง ผู้เลี้ยงกุ้งกุลาดำ และผู้ที่ใช้แรงงานมาก การสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มเยาวชน การกินใบกระท่อม กัญชา เพื่อเพิ่มกำลังในการทำงาน ทนแดดได้ดี (เกษตรกรที่กินกระท่อม จะตาเหลือง ตัวซีดขาว บวม) การดื่มสุรามีจำนวนมากในกลุ่มเกษตรกร กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 64.7 และประมาณหนึ่งในสามที่สูบบุหรี่ทุกวัน (ร้อยละ 39.2)

- พฤติกรรมการดื่มน้ำป๋อและน้ำฝน ไม่มีการต้มน้ำ ใช้วิธีการกรอกน้ำดิบเข้าตู้เย็น

- สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะกลุ่มแม่บ้านมีน้ำหนักมาก ผู้นำชุมชนกล่าวถึงเรื่องนี้ว่า ผู้หญิงในหมู่บ้าน 3 คน น้ำหนัก 500 กิโลกรัม นอกจากนี้กลุ่มเด็กผู้หญิงในโรงเรียนบ้านหยงสตาร์ ตำบลท่าข้าม อำเภอปะเหลียน ส่วนใหญ่มีน้ำหนักมากเกินไป จากปัญหาด้านโรคอ้วน ทำให้กลุ่มแม่บ้านหันมาซื้อยาลดความอ้วนทั้งจากร้านขายยาโดยทั่วไป และหมอเร่

- พฤติกรรมการบริโภคของดิบ ได้แก่ กุ้งดิบ ปลาดิบ นิยมควบคู่กับการดื่มสุรา เช่น ในปี พ.ศ. 2540 พื้นที่เกาะมุกด์ อำเภอกันตัง เป็นพื้นที่เกาะ การคมนาคมไม่สะดวก ชาวประมงต้องเสียจากการบริโภคของดิบ ส่งโรงพยาบาลไม่ทันเสียชีวิต นอกจากนี้มีความนิยมในการบริโภคน้ำอัดลมสูง เด็กๆ นิยมบริโภค ขนม ทอฟฟี่ ซึ่งคุณภาพสินค้าของร้านค้าในชุมชนไม่ได้รับการตรวจสอบติดตามอย่างต่อเนื่อง

- พฤติกรรมในการขับถ่าย เนื่องจากบางชุมชนอยู่กันอย่างหนาแน่น ตั้งบ้านเรือนริมฝั่งทะเล มีส้วมไม่ครบ 100% การขับถ่ายจะไปใช้พื้นที่ในบริเวณป่าชายเลน ริมหาด หรือลงในทะเล และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระบบการขับถ่ายที่ดี คือเป็นประจําสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 74

- พฤติกรรมการใช้จ่าย (หาง่าย จ่ายง่าย) นิยมเล่นการพนัน เพศชาย นิยม ไก่ชน วัวชน ปลากัด เพศหญิงส่วนใหญ่ที่เป็นครอบครัวชาวประมงไม่ออกไปทำงาน มักจะมีกิจกรรม เช่น เล่นไพ่ หวายนุ่น เล่นแชร์ ของผ่อน ภรรยาไม่ขยันทำงานบ้าน ลูกๆ มีการใช้จ่ายฟุ่มเฟือย (เด็กๆ ชาวประมงบางรายใช้เงินประมาณ 30-50 บาทต่อวัน) สำหรับเด็กๆ นิยมเล่นการพนันกึ่ง หอย ปู ปลา (โคมคราม) บางครั้ง

เกษตรกรเสียชีวิตเนื่องจากเล่นการพนัน 3 วัน – 3 คืน ติดต่อกันโดยไม่พักผ่อน และมีการใช้เครื่องดื่มยา
ชูกำลังแทนการกินอาหาร

- พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดสูงถึง ร้อยละ 84.3 มีการใช้ยาแก้เมื่อย คลายเส้น คิดเป็นร้อยละ 21.6

- การนอนพักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันคิดเป็นร้อยละ 31.4

- ขาดการออกกำลังกายระดับเหมาะสม และสม่ำเสมอ ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ (ร้อยละ 82.4) การควบคุมอารมณ์ให้แจ่มใส ไม่ให้เกิดความเครียด มีเพียงครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 53.1) กลุ่มตัวอย่างที่นิยมเที่ยวเตร่ หรือมีการขับรถภายหลังการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 61.2 (ตารางที่ 11)

2) ปัญหาพฤติกรรมการทำงาน

- ลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่างมีการออกแรงมากและปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 47.1 และ 39.2 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่ามีอันตรายที่เกิดจากการใช้ท่าทางในการทำงานมาก คิดเป็นร้อยละ 43.1

- ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาฆ่าแมลงและยาปราบศัตรูพืช พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าไม่มีการใช้ยาฆ่าแมลงและยาปราบศัตรูพืช ร้อยละ 70.6 แต่มากกว่าครึ่งหนึ่งที่มีการใช้สารเคมีและปุ๋ยวิทยาศาสตร์ (ร้อยละ 64.7) ส่วนมากมีระดับความถี่ในการใช้เพียง 1-2 ครั้งต่อปี

- ลักษณะความเสี่ยงของงานที่ทำปานกลาง ร้อยละ 51 และไม่มีอันตรายจากการทำงานในพื้นที่ ร้อยละ 45.1 ผลจากการทำงานในบางอาชีพ เช่น การแกะเนื้อปูเพื่อจำหน่าย จะมีแมลงวันจำนวนมาก นอกจากนี้การทำงานอาชีพประมง เช่น การออกทะเลในช่วงเวลากลางวันเพื่อจับสัตว์น้ำชาวประมงไม่นิยมสวมแว่นกันแดด และการกู้วนในแต่ละครั้งจะต้องมีการใช้สายตาและการทำงานที่มีแสงกระทบกับวัสดุสูง ชาวประมงบางรายในช่วงอายุประมาณ 30 กว่าปี (เริ่มทำประมงตั้งแต่อายุ 12 ปี) จะมีปัญหาด้านสายตาที่มองไม่เห็น สายตาเสื่อมเร็วกว่าอายุ นอกจากนี้เกิดความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินเนื่องจากขโมย เช่น การวางอวนลอยปู การวางลอบ จะมีการขโมยสัตว์น้ำ หรือเครื่องมือทำการประมง กลุ่มเกษตรกรในจังหวัดตรัง เช่น การทำสวนยาง การทำประมงอวนรุน อวนลาก การเลี้ยงกุ้งกุลาดำ หรือบางช่วงของการทำสวนผลไม้ เกษตรกรจะทำงานในช่วงดึก ระยะเวลาพักผ่อนน้อย ดังนั้นกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมดื่มกาแฟมาก (ดื่มตั้งแต่เช้าถึงเที่ยงคืน) หรือมีการใช้ยาชูกำลังในระดับที่มากเกินไป เช่น เกษตรกรบางรายบริโภควันละ 3 ขวดขึ้นไป (ตารางที่ 15)

3) **ปัญหาด้านสุขภาพ** ส่วนใหญ่เป็นโรคทั่วไป ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ ภูมิแพ้ ปวดหัว ท้องเสีย โรคเบาหวาน ไข้เลือดออก (ตำบลนาเกลือ อำเภอกันตัง) โรคกระดูก ปวดเมื่อย โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคเครียด (กลุ่มเกษตรกรเลี้ยงกุ้งกุลาดำ และเกษตรกรที่มีรายได้น้อยค่าใช้จ่ายสูง) โรคท้องผูก และริดสีดวงทวาร โรคที่เกิดจากอุบัติเหตุ โรคเอดส์ (อำเภอกันตังมีคนติดเชื้อเอดส์มากเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดตรัง กลุ่มที่เสี่ยงมากที่สุด คือ ชาวประมงที่ออกไปทำประมงพาณิชย์ และมีการแพร่ระบาดไปสู่

ครอบครัว) โรคพิษณุ โรคขาดสารอาหาร (ซูบซีด แคระแกร็น) โรคนี้่ว โรคผิวหนัง (โดยอาจารย์จากโรงเรียนหนึ่งให้ข้อสังเกตว่า เด็กนักเรียนที่อาศัยในเมือง หรือสภาพที่อยู่อาศัยในพื้นที่โล่งแจ้ง จะเป็นโรคผิวหนังน้อยกว่านักเรียนที่อยู่ใกล้กับสวนยางพารา สวนปาล์ม สวนผลไม้ บ่อเลี้ยงกุ้งกุลาดำ บ่อเลี้ยงปลา ซึ่งกลุ่มนี้จะมีปัญหาเรื่องโรคผิวหนัง คือ ถูกยุงกัด น้ำเหลืองเสีย ผิวหนังลาย)

1.3 ด้านสภาพแวดล้อม

การสร้างบ้านเรือนนิยมสร้างใกล้กับพื้นที่การเกษตร สร้างที่อยู่อาศัยบริเวณสวนยาง สวนผลไม้ สวนปาล์ม ซึ่งอากาศมีความชื้นสูง มีการถ่ายเทคาร์บอนไดออกไซด์ในช่วงเวลากลางวัน ทำให้ระบบทางเดินหายใจมีปัญหา เป็นไข้หวัด แม้จะไม่น่ากลัว แต่เป็นบ่อ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของชุมชนว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพ ร้อยละ 45.1 ปัญหาที่เกิดจากสภาพแวดล้อมการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 62.7 สภาพพื้นที่ทำงานมีอันตรายต่อร่างกายและอาชีพที่เกิดจากความขัดแย้งในผลประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 33.3 (ตารางที่ 15)

1.4 ด้านระบบการจัดการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

- พฤติกรรมการรักษาโรค เกษตรกรนิยมซื้อยากินเอง เช่น เป็นไข้หวัด ปวดหัว เจ็บคอ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีบ้านเรือนใกล้พื้นที่สวนยาง สวนปาล์ม สวนผลไม้ การบริโภคในกลุ่มยาปฏิชีวนะจะรับประทานไม่ถูกต้อง (ไม่ครบตามปริมาณที่กำหนด) เมื่ออาการหายแม้ยาไม่หมด จะเลิกกินทันที

- กลุ่มตัวอย่างบางรายเห็นว่าการเป็นกลากเกลื้อนไม่เป็นโรค โดยไม่ให้ความสนใจดูแลรักษา ผิวหนังลายจากยุงกัด ดังนั้นการเฝ้าระวังเรื่องการดูแลความสะอาด และการปราบยุง ไม่ได้รับความใส่ใจมากนัก

- พื้นที่ห่างไกล เช่น เกาะมุกด์ หรือการคมนาคมไม่สะดวก เช่น ตำบลนาเกลือ การคลอดบุตรในช่วงที่ผ่านมา ให้หมอแผนโบราณเป็นผู้ทำคลอด ทำให้ประสบปัญหา ไม่มีความปลอดภัย หรือกรณีที่ต้องนำคนไข้ส่งโรงพยาบาล ปัญหาช่วงฤดูมรสุม ในช่วงน้ำลงเรือเกยตื้น การจัดการที่ผ่านมาจึงเป็นการช่วยเหลือจากหมอแผนโบราณ การกินยาสมุนไพร

- พฤติกรรมการบริโภคอาหารครบถ้วน ได้แก่ ปลา ผัก เนื้อ เฉพาะกลุ่มอาชีพประมง และมีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์ดี กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย สูงถึงร้อยละ 70.6 สำหรับกลุ่มที่มีฐานะไม่ดีประสบปัญหาด้านขาดสารอาหาร เช่น พื้นที่หมู่ 8 ตำบลท่าข้าม อำเภอปะเหลียน

- การซื้อยาชุดมารับประทาน อสม.ได้มีการแนะนำให้เลิกกินยาชุด แต่เกษตรกรไม่ยอมรับ เนื่องจากมีการบริโภคต่อเนื่อง และมักจะกล่าวเสมอว่า “ตามใจตายปรีอ กินมาตั้งนาน”) พ่อค้าเร่จากภาคตะวันออกเฉียงเหนือนิยมขายยาสมุนไพรมีลักษณะเป็นแคปซูล 3 ขวด 100 บาท หรือบางครั้งเป็นยาสมุนไพร ไปหาพระรักษาสุมไพร รดน้ำมันต์

- องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่อำเภอกันตัง เช่น ตำบลบางสัก สนับสนุนงบประมาณเพื่อให้สถานีอนามัยจัดซื้ออุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกาย และประชาคมในชุมชนอำเภอกันตังได้จัดตั้ง

กลุ่มผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น การเยี่ยมชมการเพาะเลี้ยงเนื้อเยื่อ เยี่ยมชมสถานที่สำคัญต่าง ๆ มีการจัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือ เก็บเงินค่าสมาชิก 300 บาทต่อคน กรณีที่มีการเสียชีวิต จะเก็บเงินครั้งละ 70 บาทต่อสมาชิก 1 ท่าน รวบรวมให้ญาติผู้เสียชีวิต เน้นเรื่องครอบครัวให้มีความมั่นคง พ่อทำงาน แม่ทำงาน ชุมชนทำงาน กำหนดกฎระเบียบ จัดประชุมแลกเปลี่ยนเดือนละ 1 ครั้ง

- กิจกรรมภายในบางชุมชนในตำบลบางสัก อำเภอกันตัง ดำเนินการร่วมกับสถานีอนามัย ได้แก่ การฝึกไม้พอง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และบางหมู่บ้านของตำบลควนธานี อำเภอกันตัง ได้จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย การฝึกอาชีพ การให้ความรู้และจริยธรรมแก่กลุ่มวัยรุ่นในหมู่บ้าน การสอดแทรกจริยธรรมในช่วงการสอนทางศาสนา การจัดสร้างสนามกีฬาให้แก่เด็ก

- เครือข่ายกลุ่มสมพันธ์จังหวัดตรัง ได้เสนอโครงการโดยขอรับการสนับสนุนจากโครงการ SIF เพื่อช่วยเหลือคนชรา คนพิการ โรคเรื้อรัง และเด็กกำพร้าสนับสนุนทุนการศึกษา ทั้งในระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา พื้นที่ดำเนินการ ได้แก่ อำเภอปะเหลียน อำเภอสีกา อำเภอกันตัง เป็นต้น

- กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีการจัดการสุขภาพโดยการส่งเสริมป้องกัน พบว่า ร้อยละ 35.6 มีการป้องกันการใช้ถุงมือและปิดปากขณะพ่นยา ร้อยละ 32 มีการตรวจสุขภาพประจำปี การดูแลบำรุงรักษาฟันโดยการขูดหินปูนสม่ำเสมอเป็นประจำ มีจำนวนน้อย คิดเป็นร้อยละ 22.4 พฤติกรรมการดูแลป้องกันรักษาฟัน เช่น การขูดหินปูน ร้อยละ 22.4 เกษตรกรที่มีการดูแลสุขภาพของตนเองโดยลดการพึ่งหมอยา ร้อยละ 35.6 แต่สำหรับพฤติกรรมที่เกษตรกรจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อประกันสุขภาพให้กับตนเองและสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่ดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 22.9 และ 18.4 ตามลำดับ

1.5 ด้านความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล

กลุ่มเป้าหมายประมาณครึ่งหนึ่งที่พอใจต่อสถานพยาบาลของรัฐในระดับปานกลาง เช่น ทัศนคติของแพทย์ ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ และความสะดวกรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 57.5 56.4 และ 55.0 และความพอใจระดับปานกลางต่อการไม่เลือกปฏิบัติ และความสะอาดของสถานที่โดยรอบ มีจำนวนใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 53 สำหรับความพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อด้านความคุ้มค่าต่อการจ่าย พบว่าประมาณสองในสามพอใจมาก (ร้อยละ 62.5) แต่มีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 10 ที่มีความพอใจในระดับน้อย และเห็นว่าควรต้องมีการปรับปรุง ได้แก่ การไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการ การได้รับข้อมูลชี้แจงในการบริการ และความสะดวกรวดเร็วในการบริการ ร้อยละ 18.4 15.4 และ 12.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 17)

1.6 ด้านอื่นๆ

ปัญหาด้านยาเสพติด ยาบ้า ดมกาว กระเทียม กัญชา ด้านโรคเอดส์ โดยเฉพาะพื้นที่ชายฝั่งทะเล มีท่าเรือประมงพาณิชย์ เช่น อำเภอกันตัง การแพร่ระบาดของยาบ้าในโรงเรียนเพิ่มมากขึ้น ปัญหาในชุมชนอำเภอปะเหลียน ปัญหาขโมย ปัญหาเรื่องกลุ่มแม่บ้านที่ดูแลใจใส่ในหน้าที่การงานค่อนข้างน้อย ชอบเล่นการพนัน

2. ความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

2.1 ความคิดเห็นต่อระบบประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ

เกษตรกรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้จักระบบประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ร้อยละ 80.4 รองลงมาคือ ประกันสุขภาพ สปร. และการประกันสังคม ร้อยละ 43.1 และ 33.3 ตามลำดับ จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่มีการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจเฉลี่ย 4 คน บัตรสปร. เฉลี่ย 3 คนต่อครัวเรือน สำหรับการประกันสังคม ประกันจากเอกชน และข้าราชการ เฉลี่ย 2 คนต่อครัวเรือน เกษตรกรมีความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจและบัตร สปร. มากกว่าระบบอื่นๆ ร้อยละ 45.1 เป็นสมาชิกอยู่ในระบบการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ และมีบัตร สปร. ร้อยละ 27.5 ส่วนใหญ่เห็นว่ามีคุณค่าในการประกันสุขภาพที่ตนเองเลือกใช้ (ตารางที่ 38-42)

ผู้นำชุมชนให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลสภาวะครอบครัวของกลุ่มผู้ยากไร้ และทุพพลภาพ การพิจารณาจัดสรรงบประมาณช่วยเหลือไม่ดำเนินการจริงจัง ไม่ทั่วถึง การทำหน้าที่ขาดความเที่ยงตรง และเอาใจใส่ในการทำงาน ความซื่อสัตย์ยังเป็นสิ่งที่สมาชิกในชุมชนเรียกร้องจากภาครัฐ

กรณีกลุ่มสมพันธ์ได้จัดตั้งเครือข่ายการดำเนินงานใช้ความช่วยเหลือกลุ่มด้อยโอกาส โดยมีได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐ จัดตั้งองค์กรภาคประชาชนที่เข้มแข็ง ทำให้สมาชิกในชุมชนได้รับการช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง ในอดีตการช่วยเหลือจะเกิดขึ้นจากภาครัฐ และถ้าหากการดูแลของภาครัฐไม่ดีเท่าที่ควรจะได้รับ สภาพความรู้สึกของสมาชิกไม่รู้ว่าจะหันหน้าไปพึ่งใคร เช่น กรณีชาวประมงผู้พิการ ขาดสองข้าง ซึ่งอยู่ในพื้นที่อำเภอสิเกา ตำบลเขาไม้แก้ว ให้ความคิดเห็นว่าตนเองสามารถประกอบอาชีพโดยการตกเบ็ดในคลองได้โดยไม่ต้องรบกวนผู้อื่น แต่ต้องการรถเข็นเพื่อการเดินทางจากบ้านพักไปที่เรือ ไม่ทราบจะพึ่งพาใคร การจัดตั้งกลุ่มขององค์กรประชาชนจะสร้างเครือข่ายการทำงาน จะมีโอกาสที่จะให้ความช่วยเหลือกับสมาชิกในชุมชนที่ด้อยโอกาสได้ทัน

2.2 ความต้องการเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ

กลุ่มผู้นำชุมชนได้เสนอแนวทางเพื่อเป็นการเพิ่มการประกันสุขภาพ โดยเสนอประเด็นความต้องการที่จะให้ภาครัฐดำเนินการดังนี้

- จัดระบบการส่งผู้ป่วยจากพื้นที่ทุรกันดาร หรือการคมนาคมไม่สะดวก ไปโรงพยาบาลให้ทันเวลา จะต้องมีกำหนดหน่วยงานที่จะให้ความช่วยเหลือเร่งด่วน หรือ การใช้เรือของหน่วยงานราชการและการสนับสนุนกองทุนค่าน้ำมัน

- เน้นการจัดการเรื่องครอบครัว (พ่อทำงาน แม่ทำงาน ชุมชนทำงาน) วางกฎระเบียบให้เกิดประโยชน์ ถ้าครอบครัวมั่นคง จะทำให้ทุกอย่างไม่มีปัญหา การให้ความรู้ ความเข้าใจ ทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านครอบครัว ด้านสุขภาพ รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงโดยทั่วไป เช่น การบริโภคน้ำต้องมีการต้มน้ำให้สะอาด จัดตั้งกองทุนสุขภาพโดยในระยะแรกควรสนับสนุนเงินกองทุน จำแนกกลุ่มตามสาขาอาชีพ กำหนดกิจกรรมทั้งที่เกี่ยวข้องกับงานเกษตร และสุขภาพของสมาชิก

- สร้างความเข้มแข็งในการทำงานให้แก่องค์กรภาครัฐ หรือกรณีหากภาครัฐยังคงดำเนินการเช่นเดิม การปรับเปลี่ยนการทำงานเป็นเรื่องที่ยาก ขอให้สร้างองค์กรประชาชนให้เข้มแข็ง โดยหน่วยงานราชการสนับสนุนงบประมาณอย่างจริงจัง เช่น กรณีเรื่องการค้าและผู้เสียภาษี สมาชิกชุมชนทราบแต่ผู้ที่ทราบข้อมูล ไม่กล้าพูด เนื่องจากความไม่ปลอดภัยในชีวิต ดังนั้น การสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อดูแลจัดการ การนำวิธีการในรูปแบบให้สังคมร่วมกันลงโทษ ไม่พูดด้วย ไม่คุยหรือทำกิจกรรมร่วม ผู้นำศาสนาลงโทษโดยไม่ให้เข้ามายุ่ง แต่ผู้นำบางท่านเห็นว่าเป็นไปได้ยาก เพราะต้องอาศัยกลุ่มแกนนำของชุมชนที่เข้มแข็งและมุ่งมั่นจริงจัง ซึ่งบางพื้นที่ผู้นำอาจมีส่วนร่วมกระทำไม่ถูกต้อง หรือรับรู้การกระทำโดยไม่เอาใจใส่ หรือเห็นแก่พวกพ้องญาติพี่น้อง อีกทั้งกลุ่มที่ค้าขายเป็นผู้ที่มีอิทธิพล มีเครือข่ายกับผู้มีอำนาจหน้าที่ดูแลประชาชนทำให้ยากในการปฏิบัติ ภาครัฐยังคงต้องปฏิรูปการทำงานอย่างจริงจัง

2.3 ความคิดเห็นต่อนโยบาย 30 บาท รักษาได้ทุกโรค

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายประกันสุขภาพ 30 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.4 สำหรับกลุ่มที่เห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 23.5 เห็นด้วยปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 47.1 และเห็นด้วยน้อย คิดเป็นร้อยละ 2 สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ต้องการจากนโยบายนี้ มากเป็นอันดับหนึ่ง คือ ค่ารักษาค่ายา (ร้อยละ 72.5) รองลงมา คือ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 56.9) ค่าที่พัก (ร้อยละ 52.9) ค่าอาหารและชราภาพ (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 51) ค่าอุปกรณ์แพทย์และค่าเอกซเรย์ (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 49) ค่าผ่าตัด (ร้อยละ 47.1) การใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและค่าคลอดบุตร (ร้อยละ 45.1) การดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 43.1) และการตรวจร่างกายประจำปี (ร้อยละ 25.5) สำหรับโอกาสความเป็นไปได้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 9.8 คิดว่ามีความเป็นไปได้มาก ร้อยละ 31.4 คิดว่ามีความเป็นไปได้ปานกลาง และร้อยละ 25.5 คิดว่ามีความเป็นไปได้น้อย โดยร้อยละ 33.3 คิดว่าไม่ได้ (ตารางที่ 37)

3. ความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ

3.1 การรับทราบข่าวสารการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 76.5 ความถี่ในการรับข่าวสาร คือ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 43.1 แหล่งข่าวสารอันดับรองลงมาคือ การได้รับข่าวสารจากญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านในชุมชน โดยมีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามของจังหวัดตรังที่ได้รับข่าวสาร 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 43.1 และร้อยละ 45.1 ตามลำดับ)

การได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ทั้งอสม. เจ้าหน้าที่อนามัย มีเพียงร้อยละ 72.5 และ 58.8 ตามลำดับ ความถี่ในการได้รับ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือ เดือนละครั้ง บางแห่งปีละ 1-2 ครั้ง (ตารางที่ 22)

3.2 ความคาดหวังต่อการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ

- ประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่า การตรวจสุขภาพประจำปี การจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อการประกันสุขภาพให้กับตนเอง และสมาชิกครอบครัว มีคุณค่าและมีความสำคัญน้อยรวมทั้งโอกาสการกระทำน้อย

- กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการดูแลตนเองโดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม แม้จะมีคุณค่าและความสำคัญมาก แต่โอกาสการกระทำมีน้อย

- กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการเข้าสู่ภาวะเสี่ยง ทั้งในส่วนที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น การไม่ขับรถในขณะดื่มสุรา การลดการใช้สารเคมี การป้องกันโดยใช้ถุงมือ หรือ ปิดปากขณะไอจาม ว่ามีคุณค่าและความสำคัญ ในระดับมากและปานกลาง แต่โอกาสการกระทำได้สำเร็จน้อย แต่ในกรณีที่เกี่ยวข้องจะให้ความสนใจต่อการป้องกันด้านสุขภาพ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การขูดหินปูน กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นคุณค่าและความสำคัญเลย ร้อยละ 2.1 โอกาสการกระทำไม่มีและมีน้อยมาก ร้อยละ 17 และ 23.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 27)

3.3 ความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งคิดว่าสมาชิกในครอบครัวไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ (ร้อยละ 56.9) โดยกลุ่มที่คิดว่ามีปัญหา ร้อยละ 9.8 มีปัญหาน้อย ร้อยละ 25.5 ปัญหาปานกลาง และร้อยละ 7.8 คิดว่าเป็นปัญหาหนัก (ตารางที่ 31)

ด้านความพร้อมในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการดูแลดีในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51) สำหรับความพร้อมของการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าพร้อม (ร้อยละ 84.3) มีมากกว่ากลุ่มที่คิดว่าไม่พร้อม (ร้อยละ 15.7) มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างคิดว่าพร้อมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.8) สำหรับกลุ่มที่คิดว่าพร้อมมาก คิดเป็นร้อยละ 13.7 และพร้อมน้อย คิดเป็นร้อยละ 9.8 (ตารางที่ 31)

ในอนาคตความพร้อมในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยลดการพึ่งหมอ กลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าไม่พร้อม (ร้อยละ 33.3) มีน้อยกว่ากลุ่มที่พร้อม (ร้อยละ 61.7) โดยมีความพร้อมด้านการเงิน ความรู้

ความเข้าใจ เวลา การสนับสนุนภายในครอบครัว การมีบริการภายในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.2 ร้อยละ 47.1 ร้อยละ 35.3 ร้อยละ 41.2 และร้อยละ 47.1 ตามลำดับ สำหรับระดับความพร้อมที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่ามีน้อยที่สุด คือ เวลา (ร้อยละ 23.5) (ตารางที่ 33)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.4 ไม่เห็นด้วยกับการจัดตั้งกองทุนหมู่บ้าน เพื่อดูแลสุขภาพ สำหรับกลุ่มที่เห็นด้วยมากและปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 19.6 และร้อยละ 39.2 ตามลำดับ และมีผู้เห็นด้วยน้อย คิดเป็นร้อยละ 7.8 สำหรับกลุ่มที่เห็นด้วย ร้อยละ 35.3 คิดว่าควรจ่ายเงินสมทบ 50 บาทต่อเดือน รองลงมา ร้อยละ 26.5 คิดว่าควรจ่ายเงินสมทบ 20 บาท ร้อยละ 20.5 ควรจ่าย 10 บาทต่อเดือน สิทธิประโยชน์ที่ต้องการเมื่อต้องจ่ายเงินสมทบ มากเป็นอันดับหนึ่ง คือ ค่ารักษาค่ายา (ร้อยละ 66.7) รองลงมา คือ ค่าที่พัก (ร้อยละ 47.1) การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 43.1) ค่าอุปกรณ์แพทย์ ค่าอาหาร การใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และสุขภาพ (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 41.2) ค่าคลอดบุตร (ร้อยละ 37.2) ค่าเอกซเรย์และค่าผ่าตัด (สัดส่วนเท่ากันร้อยละ 35.3) การดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 31.4) และการตรวจร่างกายประจำปี (ร้อยละ 17.6) หน่วยงานหรือกลุ่มที่ต้องการให้ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมเงินสมทบ ร้อยละ 38.7 คิดว่าควรเป็นกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อสม. รองลงมา คือ สถานีอนามัย (ร้อยละ 19.4) อบต. (ร้อยละ 16.1) กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน (ร้อยละ 12.9) โรงพยาบาล (ร้อยละ 9.7) และจัดตั้งกลุ่มเฉพาะกิจ (ร้อยละ 3.2) (ตารางที่ 44)

ค. กรณีศึกษาพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : จังหวัดขอนแก่น

ดำเนินการศึกษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น อำเภอน้ำพอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สภาพปัญหา

1.1 ด้านกายภาพ

พื้นที่ตำบลกุดน้ำใส อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 2 บ้านหนองบัวน้อย หมู่ 5 บ้านโนนขามแป ตำบลบ้านขาม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 8 บ้านเหล่าใหญ่ หมู่ 13 บ้านเหล่าใหญ่ ตำบลบัวเงิน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พื้นที่ศึกษา ได้แก่ หมู่ 2 บ้านนาฝายเหนือ หมู่ 8 บ้านเพี้ยพาน

ปัญหาด้านกายภาพของพื้นที่ศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น บางพื้นที่การคมนาคมไม่สะดวก ไม่มีรถประจำทาง การเดินทางต้องใช้ยานพาหนะส่วนตัว หรือการจ้างเหมา ขนาดพื้นที่อยู่อาศัยเฉลี่ย 200 ตารางเมตร พื้นที่อยู่อาศัยเล็กที่สุด คือ 16 ตารางเมตร ใหญ่ที่สุด คือ 4,000 ตารางเมตร จำนวนห้องพักในแต่ละครัวเรือนเฉลี่ย 2 ห้อง สภาพของที่อยู่อาศัย พบว่า ประมาณสองในสามมีผลกระทบด้านต่างๆ เช่น ความสะอาดรอบบ้าน ความสะอาดในบ้าน ร้อยละ 72 และ ร้อยละ 70 ตามลำดับ มีปัญหาด้านการถ่ายเทและการระบายอากาศ ร้อยละ 56 ความมั่นคงแข็งแรงมีปัญหา ร้อยละ 38 (ตารางที่ 5)

1.2 ด้านผู้ทำงานในกลุ่มอาชีพเป้าหมาย

1.2.1 ข้อมูลทั่วไป

หัวหน้าครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 46.5 ปี มากกว่าสองในสาม (ร้อยละ 70) มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ตารางที่ 4) ลักษณะการถือครองกรรมสิทธิ์ที่ดิน ได้แก่ โฉนด สปก. นส.3 สด.1 บางรายมีการใช้ที่ดินในพื้นที่สาธารณะของชุมชน โดยไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่ดิน ร้อยละ 16 รายได้จากการประกอบอาชีพสาขาเกษตรกรรมเป็นรายได้มากกว่าร้อยละ 50 ของครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 56 สำหรับรายได้ของครอบครัวต่อปี พบว่า ร้อยละ 42 มีรายได้ระหว่าง 10,001-30,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 24.0 มีรายได้น้อยกว่า 10,001 บาท และร้อยละ 22 มีรายได้ระหว่าง 30,001-50,000 บาท มากกว่าสองในสาม (ร้อยละ 76) ที่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย ร้อยละ 16 ที่มีรายได้พอกับรายจ่าย และร้อยละ 8 ที่มีรายได้มากกว่ารายจ่าย โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการออม จะมีการฝากเงินกับกลุ่มออมทรัพย์ภายในชุมชน และฝากกับธนาคาร กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72 มีหนี้สิน โดยหนี้สินเป็นการลงทุนเพื่อประกอบอาชีพ สำหรับหนี้สินที่เกิดจากการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 2.0 แหล่งสินเชื่อที่สำคัญ คือ สหกรณ์/กลุ่ม ธกส. เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง และกองทุนหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน (ร้อยละ 74) สำหรับผู้ที่มีตำแหน่ง ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน และคณะกรรมการกลุ่มต่างๆ สำหรับการเสี่ยงโชคของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีจำนวนร้อยละ 44 โดยเป็นการเสี่ยงโชคต่อเดือน ตั้งแต่ 20 บาท ถึง 1,500 บาท (ตารางที่ 6 และ 7) ลักษณะภูมิฐานะสองในสามเป็นคนดั้งเดิมใน

พื้นที่ และร้อยละ 34 ที่โยกย้ายมาจากที่อื่น ได้แก่ จังหวัดมหาสารคาม หนองบัวลำภู หนองคาย นครพนม สระแก้ว (ตารางที่ 3) สำหรับรายละเอียดของกลุ่มที่ศึกษาโดยจำแนกตามลักษณะอาชีพมีดังนี้

1) กลุ่มอาชีพทำนา การทำนาของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการเพื่อการบริโภคในครัวเรือน ไม่ได้ประกอบอาชีพเพื่อเป็นรายได้หลักให้แก่ครัวเรือน กลุ่มที่ศึกษาจึงเป็นกลุ่มที่ทำอาชีพควบคู่กับการรับจ้าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มิฐานะยากจน ขาดแคลนทรัพย์สินในการประกอบอาชีพ

2) กลุ่มอาชีพทำไร่ ได้แก่ ข้าวโพด ฝ้าย มันสำปะหลัง อ้อย ถั่วเหลือง กลุ่มตัวอย่างของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่มีอาชีพในการปลูกอ้อย (แต่กลุ่มที่ปลูกอ้อยจะมีแนวโน้มในการเข้าสู่ระบบประกันสังคม ดังนั้นกลุ่มพืชไร่ที่ศึกษา ได้แก่ ข้าวโพด ถั่วเหลือง การพิจารณาคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเน้นครัวเรือนที่ขาดแคลนทรัพย์สินในการประกอบอาชีพ มิฐานะยากจน ซึ่งเกษตรกรกลุ่มนี้มีรูปแบบการทำงานรับจ้างทุกประเภท ทั้งการว่าจ้างเพื่อการประกอบอาชีพเกษตรกรรม รวมทั้งงานด้านการก่อสร้างต่างๆ

3) กลุ่มอาชีพทำสวน ได้แก่ การปลูกพืชผัก กลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากอาชีพที่ดำเนินการ เนื่องจากมีการใช้ยา สารเคมี และมีการศึกษากลุ่มที่ด้อยโอกาสการเข้าถึงบริการภาครัฐ กลุ่มที่ขาดแคลนทรัพย์สินซึ่งทำอาชีพรับจ้างด้านเกษตรกรรม และด้านก่อสร้าง

4) กลุ่มอาชีพประมง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพเนื่องจากการทำงานที่หนักเกินไป เช่น ผู้ที่เลี้ยงปลาในกระชัง ความเสี่ยงจากข้อขัดแย้งระหว่างเกษตรกรกับนายทุน เนื่องจากมีการปล่อยน้ำเสียจากโรงงานกระดาษ เป็นกลุ่มที่เสี่ยงด้านสุขภาพ

5) กลุ่มเลี้ยงสัตว์ ได้แก่ การเลี้ยงไก่ เลี้ยงสุกร เลี้ยงโค กระบือ กลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่ขาดแคลนทรัพย์สิน และกลุ่มที่ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการภาครัฐ เนื่องจากห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก และกลุ่มที่มีมิฐานะยากจน

1.2.2 สถานการณ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

1) ปัญหาพฤติกรรมโดยทั่วไปของสมาชิกในชุมชน คือ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทุกวันสูงถึงร้อยละ 78 และเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มเยาวชน สมาชิกในครัวเรือนมีการดื่มสุรา ร้อยละ 72 การดื่มยาชูกำลัง ร้อยละ 34 เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านการเงิน มีการใช้ยาแก้เมื่อย แก้ปวด ร้อยละ 50 สำหรับการนอนพักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันมีจำนวนน้อย ร้อยละ 30 (ตารางที่ 12)

2) ปัญหาพฤติกรรมการทำงาน

- การออกแรงการทำงานต่อครั้ง ร้อยละ 64 มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่ออกแรงในการทำงานต่อครั้งในระดับที่มากและปานกลาง อันตรายจากการใช้ท่าทางในการทำงาน ร้อยละ 68

- เกษตรกรกลุ่มตัวอย่างนิยมใช้ยาฆ่าแมลงและยาปราบศัตรูพืช ร้อยละ 56 ความถี่ในการใช้ปีละ 1-2 ครั้ง สำหรับกิจกรรมการปลูกพืชผักมีการใช้ในความถี่ 1-2 ครั้งต่อเดือน เช่นเดียวกับการใช้ปุ๋ยวิทยาศาสตร์และสารเคมีด้านการเกษตร ร้อยละ 58 เป็นการใช้ความถี่ปีละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 34

- ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากงานที่ทำ ร้อยละ 36 อันตรายที่เกิดจากการใช้เครื่องมือ/เครื่องจักรน้อยมาก ปัญหาการทำงานในพื้นที่มีบ่าง ร้อยละ 30 (ตารางที่ 15)

1.3 ด้านสภาพแวดล้อม

ปัญหาที่เกิดจากสภาพแวดล้อมการทำงาน ร้อยละ 36 เกิดจากการปล่อยมลพิษของโรงงานกระดาษ สำหรับความขัดแย้งในผลประโยชน์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและร่างกายน้อยมาก ร้อยละ 2

1.4 ด้านระบบการจัดการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

- พฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ยังคงมีปัญหาในทุกครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น การรับประทานอาหารดิบๆสุกๆ การรับประทานผักปลอดสารพิษ มีเพียงร้อยละ 12

- การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ และมีระดับที่เหมาะสม ร้อยละ 8

- มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ (ร้อยละ 58) มีสามารถควบคุมการจัดระบบการขับถ่ายให้ดี ร้อยละ 26.5 เสริมสร้างอารมณ์ให้แจ่มใส ร้อยละ 36

- กรณีการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง เช่น การไม่เที่ยวเตร่ หรือการไม่ขับรถภายหลังการดื่มสุราประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 34) และการหลีกเลี่ยงไม่มีการใช้สารเคมี ร้อยละ 22

- การดูแลเพื่อป้องกันสุขภาพตนเอง เช่น การขูดหินปูน การใช้ถุงยางอนามัย หรือการฉีดวัคซีน ได้เป็นอย่างดีมีเพียงร้อยละ 16.3 และพฤติกรรมที่ป้องกันปัญหาที่เกิดจากการทำงาน เช่น การใช้ถุงมือ การปิดปาก ขณะที่มีการใช้ยาและสารเคมี ร้อยละ 28.3

- เกษตรกรกลุ่มตัวอย่างมีการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 22.4 การดูแลสุขภาพตนเองโดยลดการพึ่งหมอ ร้อยละ 32

- กลุ่มตัวอย่างมีการจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อการประกันสุขภาพให้กับตนเอง ร้อยละ 67.3 และให้กับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 64 โดยเฉพาะการจ่ายเงินเพื่อการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (บัตรสุขภาพ 500 บาท) โดยเฉพาะชุมชนตำบลกุดน้ำใส ได้มีการจัดสรรเงินจากอบต. จ่ายให้กับสมาชิกในชุมชนเพื่อทำบัตรประกันสุขภาพ 500 บาทต่อครอบครัว โดยงบประมาณส่วนนี้เป็นการสนับสนุนจากโรงงานกระดาษให้แก่ อบต.เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของคนในชุมชน (ตารางที่ 28)

1.5 ด้านความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล

กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่รู้สึกพอใจต่อสถานพยาบาลของรัฐในระดับดี ได้แก่ อัตราค้ำยของแพทย์ และความคุ้มค่าต่อการจ่าย ร้อยละ 83 และ 80.9 นอกจากนี้มากกว่าสองในสามของกลุ่มตัวอย่างพอใจด้านการไม่เลือกปฏิบัติในการบริการและคุณภาพการรักษาระดับดี (ร้อยละ 68.1) รองลงมา ได้แก่ ความสะอาดของสถานที่โดยรอบ ร้อยละ 63.8 สำหรับความพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่ออัตราค้ำยของเจ้าหน้าที่ และการได้รับข้อมูลชี้แจงการบริการในระดับดี ร้อยละ 59.6 และ 57.4 แต่มีเกษตรกรบางส่วนที่ไม่พอใจในอัตราค้ำยของเจ้าหน้าที่และการได้รับข้อมูลชี้แจงการบริการ ร้อยละ 10.6 และ 6.4 (ตารางที่ 18)

1.6 ด้านอื่นๆ

ปัญหาด้านยาเสพติด ด้านโรคเอดส์ และปัญหาด้านอุบัติเหตุเนื่องจากการดื่มสุรา รวมทั้งปัญหาด้านความยากจนในบางชุมชน

2. ความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

2.1 ความคิดเห็นต่อระบบประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ

- บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับร้อยละ 98 สำหรับบัตร สปร. รับรู้ ร้อยละ 48 การประกันสังคม การประกันสุขภาพเอกชน และสวัสดิการข้าราชการรับรู้ค่อนข้างน้อยมาก จำนวนสมาชิกเฉลี่ยในแต่ละครัวเรือนที่มีระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ 4 คน สำหรับบัตร สปร.เฉลี่ย 3 คนต่อครัวเรือน

- ความเข้าใจต่อระบบการประกันสุขภาพทั้ง 5 ระบบ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าใจระบบประกันสุขภาพน้อยกว่าระบบอื่นๆ คือ บัตร สปร. และการประกันสังคม

- การเป็นสมาชิกของบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ สูงถึง ร้อยละ 88 และมีผู้ที่ได้รับบัตร สปร. ร้อยละ 38 และความคิดเห็นต่อบัตรประกันสุขภาพส่วนใหญ่คิดว่าคุ้มค่า มีเพียงร้อยละ 6.7 ที่เห็นว่าบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท มีความคุ้มค่าน้อย (ตารางที่ 38-42)

2.2 ความต้องการเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ

กลุ่มผู้นำชุมชนได้เสนอแนวทางเพื่อเป็นการเพิ่มการประกันสุขภาพ โดยเสนอประเด็นความต้องการที่จะให้ภาครัฐดำเนินการดังนี้

- เห็นด้วยต่อนโยบาย 30 บาท รักษาได้ทุกโรค แต่ไม่แน่ใจด้านการปฏิบัติ และควรมีการประชาสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น และนโยบายภาครัฐมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ควรดำเนินการให้ต่อเนื่อง กรณีที่เกษตรกรมีโรคประจำตัว การใช้นโยบายนี้ไม่ดี เพราะเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมากกว่าแนวทางการปฏิบัติเดิม รวมทั้งไม่มั่นใจคุณภาพของยาที่โรงพยาบาล ดังนั้นกิจกรรมการลดการพึ่งหมอ และเพิ่มกิจกรรมในการป้องกันสุขภาพตนเองและคนในครอบครัว รวมทั้งการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ต้องมีความชัดเจน

- ควรเน้นการดำเนินงานด้านองค์กรประชาชน เจ้าหน้าที่ภาครัฐควรพัฒนาความรู้ ความเข้าใจแก่องค์กรประชาชน โดยเฉพาะปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม งานด้านวิชาการ การเฝ้าระวังคุณภาพน้ำ และด้านสิ่งแวดล้อม มีหลายหน่วยงานซ้ำซ้อน ยุ่งยากในช่วงการปฏิบัติ บางครั้งกลุ่มองค์กรประชาชนสามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ และสนับสนุนเครื่องมือในการปฏิบัติงาน

- ด้านพฤติกรรมการทำงานของเกษตรกรต้องให้มีความรู้ สร้างจิตสำนึก ดำเนินกิจกรรมภายในองค์กรร่วมกัน เพื่อพัฒนากิจกรรมด้านการส่งเสริม ป้องกัน สุขภาพแทนการรักษา โดยมีหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในสาขาอาชีพเข้ามาช่วยสนับสนุน ได้แก่ กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม

ล้อม กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์การเกษตร กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย

2.3 ความคิดเห็นต่อยุทธศาสตร์ 30 บาท รักษาได้ทุกโรค

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายประกันสุขภาพ 30 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 10.6 สำหรับกลุ่มที่เห็นด้วยมากมีสัดส่วนเท่ากับกลุ่มที่เห็นด้วยปานกลาง คือ ร้อยละ 44.7 สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ต้องการจากนโยบายนี้ มากเป็นอันดับหนึ่ง คือ ค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 93.6) รองลงมา คือ ค่าอุปกรณ์แพทย์ ค่าเอกซเรย์ และค่าผ่าตัด (สัดส่วนเท่ากันร้อยละ 91.5) ค่าที่พัก การดูแลสุขภาพและสุขภาพ (สัดส่วนเท่ากันร้อยละ 89.4) ค่าอาหารและค่าคลอดบุตร (สัดส่วนเท่ากันร้อยละ 87.2) การใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ (สัดส่วนเท่ากันร้อยละ 85.1) และการตรวจร่างกายประจำปี (ร้อยละ 46.8) สำหรับโอกาสความเป็นไปได้ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งคิดว่ามีโอกาสความเป็นไปได้ปานกลาง (ร้อยละ 55.3) โดยร้อยละ 12.8 คิดว่าเป็นไปไม่ได้ (ตารางที่ 37)

3. ความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ

3.1 การรับทราบข่าวสารการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 92 อันดับรองลงมา คือ การได้รับข่าวสารจากผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามได้รับข่าวสารเดือนละครั้งจากผู้นำชุมชน (ร้อยละ 34.7) สำหรับความถี่ที่ได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด คือ เดือนละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 30

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข่าวสารจากอสม.ในพื้นที่ ร้อยละ 78 โดยได้รับเดือนละครั้ง

ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารเพื่อนบ้านในชุมชน ยังได้รับจากหมอยา/รถขายยา/ยาเร่ ร้อยละ 54 และ 52 ตามลำดับ (ตารางที่ 23)

3.2 ความคาดหวังต่อการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ

- มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่า การตรวจสุขภาพประจำปี มีคุณค่าและมีความสำคัญมากและปานกลาง แต่โอกาสการกระทำมีน้อย

- กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจต่อการป้องกันด้านสุขภาพ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การฉีดวัคซีน พบว่า เห็นคุณค่าและความสำคัญมากและปานกลาง แต่โอกาสการกระทำมีน้อยมาก ร้อยละ 52

- กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการเข้าสู่ภาวะเสี่ยง ทั้งในส่วนที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น การไม่ขับรถในขณะดื่มสุรา การลดการใช้สารเคมี การป้องกันโดยการใช้อุปกรณ์ หรือปิดปากขณะที่ไอว่า มีคุณค่าและความสำคัญ ในระดับมากและปานกลาง แต่โอกาสการกระทำได้สำเร็จน้อย

- กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการดูแลตนเองโดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม แม้จะมีคุณค่าและความสำคัญมาก และโอกาสการกระทำมีน้อยถึงร้อยละ 40

การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และไม่บริโภคอาหารดิบๆสุกๆ โอกาสการกระทำได้น้อยถึงร้อยละ 20

- การจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อการประกันสุขภาพให้กับตนเอง และสมาชิกครอบครัว มีคุณค่าและมีความสำคัญมากรวมทั้งโอกาสการกระทำมาก (ตารางที่ 28)

3.3 ความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 คิดว่าสมาชิกในครอบครัวไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ สำหรับกลุ่มที่คิดว่ามีปัญหา ร้อยละ 4 ให้ระดับความรุนแรงของปัญหาน้อย ร้อยละ 36 ปานกลาง และร้อยละ 20 เห็นว่าเป็นปัญหามาก (ตารางที่ 31)

ด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลดีในระดับปานกลาง (ร้อยละ 44) และมาก (ร้อยละ 52) สำหรับความพร้อมของการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัว มีเพียงร้อยละ 2 ที่คิดว่าไม่พร้อม ระดับความพร้อมมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง เห็นว่าพร้อมในระดับมาก (ร้อยละ 58) สำหรับกลุ่มที่คิดว่าพร้อมปานกลาง และพร้อมน้อย คิดเป็นร้อยละ 26 และร้อยละ 14 (ตารางที่ 31)

ในอนาคตความพร้อมในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยลดการพึ่งหมอ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าไม่พร้อม (ร้อยละ 44) มีน้อยกว่ากลุ่มที่พร้อม (ร้อยละ 56) โดยมีความพร้อมด้านการเงิน ความรู้ความเข้าใจ เวลา การสนับสนุนภายในครอบครัว การมีบริการภายในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34 ร้อยละ 34 ร้อยละ 38 ร้อยละ 26 และร้อยละ 28 ตามลำดับ ระดับความพร้อมที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่ามีน้อยที่สุด คือ การเงินและความรู้ความเข้าใจ (สัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 6) (ตารางที่ 34)

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามไม่เห็นด้วยกับการจัดตั้งกองทุนหมู่บ้านเพื่อดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 42) สำหรับกลุ่มที่เห็นด้วยมากและปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 8 และร้อยละ 50 กลุ่มที่เห็นด้วย ร้อยละ 46.7 คิดว่าควรจ่ายเงินสมทบ 20 บาทต่อเดือน รองลงมา ร้อยละ 40 คิดว่าควรจ่ายเงินสมทบ 10 บาทต่อเดือน ร้อยละ 10 ควรจ่าย 30 บาทต่อเดือน และร้อยละ 3.3 ควรจ่าย 50 บาทต่อเดือน สิทธิประโยชน์ที่ต้องการเมื่อต้องจ่ายเงินสมทบ มากเป็นอันดับหนึ่ง คือ ค่ารักษาค่ายาและค่าอาหาร (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 66) รองลงมา คือ ค่าอุปกรณ์แพทย์ ค่าที่พัก ค่าเอกซเรย์ ค่าผ่าตัด การใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ค่าคลอดบุตร การดูแลสุขภาพ ชราภาพ และการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ(สัดส่วนเท่ากันร้อยละ 64) และการตรวจร่างกายประจำปี (ร้อยละ 36) หน่วยงานหรือกลุ่มที่ต้องการให้ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมเงินสมทบ ร้อยละ 46.4 คิดว่าควรเป็นกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อสม. รองลงมา คือ สถานีอนามัย (ร้อยละ 21.4) อบต.และโรงพยาบาล (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 14.3) และกลุ่มกองทุนหมู่บ้าน (ร้อยละ 3.6) (ตารางที่ 44)

ง. กรณีศึกษาพื้นที่ภาคกลาง : จังหวัดสุพรรณบุรี

ดำเนินการศึกษาในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี อำเภอสองพี่น้อง อำเภอด่านช้าง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สภาพปัญหา

1.1 ด้านกายภาพ

1.1.1 พื้นที่ตำบลเนินพระปราง อำเภอด่านช้าง ได้แก่ หมู่ 1 บ้านดอนกลาง ตำบลด่านช้าง อำเภอด่านช้าง ได้แก่ หมู่ 12 บ้านหนองอินาค ตำบลองค์พระ อำเภอด่านช้าง ได้แก่ หมู่ 3 บ้านวังโหล และ หมู่ 4 บ้านไผ่สีทอง เป็นพื้นที่ราบเชิงเขา ตั้งอยู่ใกล้กับชายแดนพม่า สภาพพื้นที่เป็นเนิน มีอ่างเก็บน้ำในบริเวณชุมชนที่ศึกษา พื้นที่การเกษตรและบ้านเรือนอยู่ในบริเวณใกล้เคียง การตั้งบ้านเรือนในพื้นที่มีการกระจุกตัว สภาพบ้านเรือนค่อนข้างไม่แข็งแรง สมาชิกในชุมชนฐานะความเป็นอยู่ยากจน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่อพยพเข้ามาอาศัยในพื้นที่ก่อนการสร้างอ่างเก็บน้ำ และเมื่อมีการสร้างอ่างเก็บน้ำ มีการย้ายพื้นที่ เพื่อสร้างบ้านเรือนใหม่ แต่ก็ยังมีการอาศัยโดยรอบแหล่งน้ำ

1.1.2 พื้นที่ตำบลบางเลน อำเภอสองพี่น้อง ได้แก่ หมู่ 1 บ้านโรงช้าง และ หมู่ 5 บ้านบางสาร ตำบลบางตาเถร อำเภอสองพี่น้อง ได้แก่ หมู่ 1 บ้านการ้อง หมู่ 8 บ้านไผ่สัก และ หมู่ 11 บ้านไผ่โรงวัว ชุมชนที่ศึกษาเป็นชุมชนริมน้ำ ตามคลองแม่น้ำท่าจีน และเป็นพื้นที่ชลประทาน พื้นที่ราบลุ่ม น้ำท่วมในช่วงฤดูน้ำหลากประมาณ 3 เดือน คือ เดือนตุลาคม-เดือนธันวาคม

ปัญหาด้านกายภาพของพื้นที่ศึกษา จังหวัดสุพรรณบุรี เขตพื้นที่ด้านการคมนาคมไม่สะดวก ไม่มีรถประจำทาง การเดินทางต้องใช้ยานพาหนะส่วนตัว หรือการจ้างเหมา สำหรับพื้นที่อำเภอสองพี่น้อง การคมนาคมสะดวก บางชุมชนอยู่กันอย่างหนาแน่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีขนาดพื้นที่อยู่อาศัยเฉลี่ย 114 ตารางเมตร พื้นที่อยู่อาศัยเล็กที่สุด คือ 20 ตารางเมตร ใหญ่ที่สุด คือ 1,600 ตารางเมตร จำนวนห้องพักในแต่ละครัวเรือนเฉลี่ย 2 ห้อง สภาพของที่อยู่อาศัย พบว่า ประมาณสองในสามมีผลกระทบด้านต่างๆ เช่น ความสะอาดในบ้าน ความสะอาดรอบบ้าน ร้อยละ 69.4 และ ร้อยละ 62 ตามลำดับ มีปัญหาด้านการถ่ายเทและการระบายอากาศ ร้อยละ 58 ความมั่นคงแข็งแรงมีปัญหา ร้อยละ 60 (ตารางที่ 5)

1.2 ด้านผู้ทำงานในกลุ่มอาชีพเป้าหมาย

1.2.1 ข้อมูลทั่วไป

หัวหน้าครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 51 ปี มากกว่าสองในสาม (ร้อยละ 72) มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ลักษณะการถือครองกรรมสิทธิ์ที่ดิน ได้แก่ โฉนด สปก. สด.1 บางรายมีการใช้ที่ดินในพื้นที่สาธารณะของชุมชน ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่ดิน ร้อยละ 44.9 รายได้จากการประกอบอาชีพสาขาเกษตรกรรมเป็นรายได้ทั้งหมดของครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 76 สำหรับรายได้ของครอบครัวต่อปี พบว่า ร้อยละ 30 มีรายได้ระหว่าง 10,001-30,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 20 มีรายได้น้อยกว่า 10,001 บาท และมากกว่า 90,000 บาท ร้อยละ 14 มีรายได้ระหว่าง 50,001-70,000 บาท ร้อยละ 10 มีรายได้ระหว่าง 30,001-50,000 บาท และร้อยละ 6 ที่มีรายได้ระหว่าง 70,001-90,000 บาท เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 46) ที่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย ร้อยละ 28 ที่มีรายได้พอๆ กับรายจ่าย และร้อยละ 26 ที่มีรายได้มากกว่ารายจ่าย โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการ

ออม จะมีการฝากเงินกับธนาคาร เล่นแชร์ และฝากกับสหกรณ์ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62 มีหนี้สิน โดยหนี้สินเป็นการลงทุนเพื่อประกอบอาชีพ สำหรับหนี้สินที่เกิดจากการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 24.0 แหล่งสินเชื่อที่สำคัญ คือ ธกส. เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง กลุ่ม/สหกรณ์ นายทุน กองทุนหมู่บ้าน และธนาคารพาณิชย์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน (ร้อยละ 76) สำหรับผู้ที่มีตำแหน่ง ได้แก่ คณะกรรมการกลุ่มต่างๆ สำหรับการเสี่ยงโชคของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีจำนวนร้อยละ 30 โดยเป็นการเสี่ยงโชคต่อเดือน ตั้งแต่ 40 บาท ถึง 2,500 บาท (ตารางที่ 6 และ 7) ลักษณะภูมิสำเนามากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นคนดั้งเดิมในพื้นที่ และร้อยละ 40.5 โยกย้ายมาจากอำเภออื่น ได้แก่ อำเภออุ้มทอง อำเภอเมือง อำเภอเลาขวัญ และย้ายมาจากจังหวัดอื่น ได้แก่ นครปฐม ชุมพร กำแพงเพชร (ตารางที่ 3) สำหรับรายละเอียดของกลุ่มที่ศึกษาโดยจำแนกตามลักษณะอาชีพมีดังนี้

1) กลุ่มอาชีพทำนา การทำนาของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานเพื่อเป็นรายได้หลักให้แก่ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงในการประกอบอาชีพสูง การทำนาในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรีในพื้นที่ท่ามะนาว และตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ที่มีระบบชลประทาน จะมีการทำนาปีละ 3 ครั้ง เกษตรกรมีการใช้ยาและสารเคมีสูง โดยเฉพาะการใช้ยาฆ่าหอยเชอร์รี่ การกำจัดวัชพืชในแปลงนา

2) กลุ่มอาชีพทำไร่ ได้แก่ ข้าวโพด มันสำปะหลัง เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ขาดแคลนทรัพยากรสินในการประกอบอาชีพ มีฐานะยากจน ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มที่การรับจ้างทำงานทุกประเภททั้งการว่าจ้างเพื่อการประกอบอาชีพเกษตรกรรม รวมทั้งงานด้านการก่อสร้าง

3) กลุ่มอาชีพทำสวน ได้แก่ การปลูกพืชผัก สวนผลไม้ กลุ่มปลูกพืชผักส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากอาชีพที่ดำเนินการ เนื่องจากมีการใช้ยา สารเคมี ในปริมาณมากและความถี่ในการใช้สูง การศึกษากลุ่มทำสวนผลไม้ เช่น สวนมะม่วง มะขาม เป็นกลุ่มที่รับจ้างทำสวน ซึ่งด้อยโอกาสการเข้าถึงบริการภาครัฐ และขาดแคลนทรัพยากรสิน

4) กลุ่มอาชีพประมง สำหรับกลุ่มผู้ที่ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการของรัฐ และกลุ่มที่มีฐานะยากจน ได้แก่ การทำประมงบริเวณรอบอ่างเก็บน้ำ ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลองค์พระ ตำบลด่านช้าง อำเภอด่านช้าง สำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงในด้านสุขภาพเนื่องจากการทำงานที่หนักเกินไป เช่น ผู้ที่เลี้ยงกุ้งกุลาดำ การเลี้ยงปลาแบบผสมผสาน ในเขตตำบลบางตาเถร อำเภอสองพี่น้อง

5) กลุ่มเลี้ยงสัตว์ ได้แก่ การเลี้ยงไก่ เลี้ยงสุกร เลี้ยงวัว กลุ่มนี้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพควบคู่กับการทำนา การเลี้ยงปลา การทำไร่ เช่น การเลี้ยงไก่ในบริเวณบ่อปลา กลุ่มที่ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการภาครัฐ เนื่องจากห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก และกลุ่มที่มีฐานะยากจน การเลี้ยงสัตว์จะมีรูปแบบเพื่อการบริโภค และจำหน่ายบางส่วน แต่ในพื้นที่ตำบลบางตาเถรรูปแบบการเลี้ยงเป็นธุรกิจเพื่อการค้า มีความเสี่ยงในด้านสุขภาพจากปัญหาด้านฝุ่นละออง และการทำงานหนักตลอดทั้งปี

1.2.2 สถานการณ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

1) ปัญหาพฤติกรรมโดยทั่วไปของสมาชิกในชุมชน คือ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 62 แต่มีการสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 50 สมาชิกในครัวเรือนมีการดื่มสุรา ร้อยละ 60 การดื่ม

ยาชูกำลัง ร้อยละ 52 เนื่องจากมีการใช้แรงงานมาก มีการใช้ยาแก้ปวด ร้อยละ 70 การใช้ยาชุดแก้เมื่อย คลายเส้น ร้อยละ 24 สำหรับการนอนพักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันมีจำนวนน้อย ร้อยละ 22 (ตารางที่ 13)

2) ปัญหาพฤติกรรมการทำงาน

- กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการออกแรงการทำงานต่อครั้ง โดยเกือบครึ่งหนึ่งที่ออกแรงในการทำงานต่อครั้งในระดับที่มากและปานกลาง (ร้อยละ 44 เท่ากัน) อันตรายจากการใช้ท่าทางในการทำงาน ร้อยละ 88 โดยอยู่ในระดับที่อันตรายมาก ร้อยละ 44

- เกษตรกรกลุ่มตัวอย่างนิยมใช้ยาฆ่าแมลงและยาปราบศัตรูพืช ร้อยละ 82 ความถี่ในการใช้ทุกอาทิตย์ ร้อยละ 28 ใช้ 1-2 ครั้งต่อเดือน และใช้ปีละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 22 และ 20 ตามลำดับ เช่น เดียวกับการใช้ปุ๋ยวิทยาศาสตร์และสารเคมีด้านการเกษตร ร้อยละ 74 เป็นการใช้ความถี่ 1-2 ครั้งต่อเดือน และ ใช้ 3-4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 22 เท่ากัน สำหรับผู้ที่ใช้ปีละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 16 และมีการใช้ทุก อาทิตย์ ร้อยละ 16

- ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากงานที่ทำ ร้อยละ 80 อันตรายที่เกิดจากการใช้เครื่องมือ/เครื่องจักร ร้อยละ 52 ปัญหาการทำงานในพื้นที่ ร้อยละ 64 (ตารางที่ 15)

1.3 ด้านสภาพแวดล้อม

ปัญหาที่เกิดจากสภาพแวดล้อมการทำงาน ร้อยละ 70 เกิดจากการใช้สารเคมี การใช้วัสดุ อันตราย เช่น ยากำจัดวัชพืช กำจัดศัตรูพืช แล้วมีการสะสมในพื้นที่แหล่งน้ำ สำหรับความขัดแย้งในผล ประโยชน์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและร่างกายน้อยมาก ร้อยละ 28 (ตารางที่ 15)

1.4 ด้านระบบการจัดการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

- พฤติกรรมการรับประทานที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ร้อยละ 42
- การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ และมีระดับที่เหมาะสม ร้อยละ 10
- สองในสามของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ (ร้อยละ 64) สามารถควบคุมการจัด ระบบการขับถ่ายให้ดี ร้อยละ 58 เสริมสร้างอารมณ์ให้แจ่มใส ร้อยละ 38
- กรณีการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง เช่น การไม่เที่ยวเตร่ หรือการไม่ขับรถภายหลังการดื่มสุรา ประมาณสองในสาม (ร้อยละ 60) และการหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีโดยตรง แต่เป็นการว่าจ้างแรงงานให้ ดำเนินการแทน ร้อยละ 40

- การดูแลเพื่อป้องกันสุขภาพตนเอง เช่น การฉีดวัคซีน การใช้อุปกรณ์ป้องกัน หรือการฉีดวัคซีน ได้เป็นอย่างดี ร้อยละ 32 และพฤติกรรมที่ป้องกันปัญหาที่เกิดจากการทำงาน เช่น การใช้อุปกรณ์การปิดปาก ขณะที่มีการใช้ยาและสารเคมี ร้อยละ 54

- เกษตรกรกลุ่มตัวอย่างมีการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 8 การดูแลสุขภาพตนเองโดยลดการฟุ้งหมอก ร้อยละ 22.9

- กลุ่มตัวอย่างมีการจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อการประกันสุขภาพให้กับตนเองร้อยละ 14 และให้กับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 16 (ตารางที่ 29)

1.5 ด้านความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล

กลุ่มเป้าหมายสามในสี่ที่รู้สึกพอใจต่อสถานพยาบาลของรัฐในระดับดี ได้แก่ อัตราส่วนของแพทย์ และอัตราส่วนของเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 76.9 และ 72.0 นอกจากนี้มากกว่าสองในสามของกลุ่มตัวอย่างพอใจมากต่อการไม่เลือกปฏิบัติในการบริการ และความสะอาดของสถานพยาบาล ร้อยละ 68 และ 65.4 รองลงมา ได้แก่ คุณภาพด้านการรักษาและความคุ้มค่าต่อการจ่ายเท่ากัน คือร้อยละ 57.7 สำหรับกลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสาม พบว่า มีความรู้สึกไม่ดีต่อการได้รับข้อมูลชี้แจงการบริการ ร้อยละ 34.6 รองลงมา คือไม่คุ้มค่าต่อการจ่าย ร้อยละ 23.1 และไม่พอใจต่อคุณภาพการรักษา ร้อยละ 11.5 (ตารางที่ 19)

1.6 ด้านอื่นๆ

ปัญหาด้านยาเสพติด และปัญหาด้านอุบัติเหตุเนื่องจากการดื่มสุรา รวมทั้งปัญหาด้านความยากจนในบางชุมชน การห่างไกลความเจริญ ปัญหาการเกิดโรคมะเร็งที่ยังมีต่อเนื่อง

2. ความต้องการจัดการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

2.1 ความคิดเห็นต่อระบบประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ

- บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มากกว่าสองในสาม (ร้อยละ 72) สำหรับบัตร สปร. รับรู้ ร้อยละ 48 กรณีการรับรู้เกี่ยวกับระบบการประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ และการประกันสุขภาพเอกชน รับรู้ ร้อยละ 26 22 และ 20 ตามลำดับ จำนวนสมาชิกเฉลี่ยต่อครัวเรือนที่มีระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ 4 คน สำหรับบัตร สปร.เฉลี่ย 2 คนต่อครัวเรือน

- ความเข้าใจต่อระบบการประกันสุขภาพทั้ง 5 ระบบ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าใจระบบประกันสุขภาพน้อยกว่าระบบอื่นๆ คือ การประกันสุขภาพเอกชน รองลงมาคือ การประกันสังคม

- การเป็นสมาชิกของบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ร้อยละ 28 ผู้ที่ได้รับบัตร สปร. ร้อยละ 24 และความคิดเห็นต่อการมีบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจโดยคิดว่าคุ้มค่า ร้อยละ 35.3 และกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าการมีบัตรประกันสุขภาพ สปร.มีความคุ้มค่า ร้อยละ 28.6 (ตารางที่ 38-42)

2.2 ความต้องการเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ

กลุ่มผู้นำชุมชนได้เสนอแนวทางเพื่อเป็นการเพิ่มการประกันสุขภาพ โดยเสนอประเด็นความต้องการที่จะภาครัฐดำเนินการดังนี้

- กรณีพื้นที่ทุรกันดาร หรือการคมนาคมไม่สะดวก เช่น ในเขตอำเภอด่านช้าง ประสบปัญหาด้านการเข้าถึงบริการภาครัฐ และพื้นที่โรงพยาบาลที่ใกล้ชุมชนเป็นพื้นที่ในเขตจังหวัดกาญจนบุรี การนำนโยบาย 30 บาท รักษาได้ทุกโรค ไม่แน่ใจในวิธีการปฏิบัติ แต่ในระบบเดิมการส่งต่อคนไข้ในบางพื้นที่มักจะประสบปัญหาในการส่งต่อ ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจในการปฏิบัติตนเอง ควรจะมีการกำหนดพื้นที่โรงพยาบาลที่ใกล้กับชุมชนแม้จะอยู่คนละจังหวัด และเร่งให้การประชาสัมพันธ์

- สุขภาพของสมาชิกในชุมชนมีปัญหาด้านโรคไข้มาเลเรีย การส่งต่อคนไข้มีปัญหา และความรู้ ความเข้าใจของเกษตรกรมีน้อย ภาวะการเสี่ยงด้านสุขภาพค่อนข้างสูง เจ้าหน้าที่ภาครัฐให้ความสนใจน้อย เกษตรกรขาดผู้นำที่แก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชน ต้องการให้รัฐสร้างความแข็งแกร่งให้สมาชิกและพัฒนาผู้นำให้มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น

- สร้างความเข้มแข็งในการทำงานให้แก่องค์กรภาครัฐ หรือกรณีหากภาครัฐยังคงดำเนินการเช่นเดิม การปรับเปลี่ยนการทำงานเป็นเรื่องที่ยาก ขอให้สร้างองค์กรประชาชนให้เข้มแข็ง โดยหน่วยงานราชการสนับสนุนงบประมาณ และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความคิดเห็นต่อยุทธศาสตร์ 30 บาท รักษาได้ทุกโรค

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายประกันสุขภาพ 30 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.4 สำหรับกลุ่มที่เห็นด้วยมาก คิดเป็นร้อยละ 61.3 เห็นด้วยปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 18.2 และเห็นด้วยน้อย คิดเป็นร้อยละ 9.1 สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ต้องการจากนโยบายนี้ มากเป็นอันดับหนึ่ง คือ ค่ารักษาค่ายา (ร้อยละ 74) รองลงมา คือ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 60) ค่าอุปกรณ์แพทย์ (ร้อยละ 54) ค่าที่พัก ค่าเอกซเรย์ และค่าผ่าตัด (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 50) ค่าคลอดบุตร และชราภาพ (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 48) ค่าอาหาร การใช้เทคโนโลยีขั้นสูง การดูแลสุขภาพ และการตรวจร่างกายประจำปี (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 46) สำหรับโอกาสความเป็นไปได้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.5 คิดว่ามีความเป็นไปได้มาก ร้อยละ 43.5 คิดว่ามีความเป็นไปได้ปานกลาง และร้อยละ 26.1 คิดว่ามีความเป็นไปได้น้อย โดยร้อยละ 23.9 คิดว่าเป็นไปไม่ได้ (ตารางที่ 37)

3. ความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ

3.1 การรับทราบข่าวสารการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับข่าวสารการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมากที่สุด ร้อยละ 52 รองลงมา คือ สื่อโทรทัศน์ และจากอสม.ในพื้นที่ เท่ากัน คือ ร้อยละ 50 ข่าวสารที่ได้รับจากเพื่อนบ้านในชุมชน ร้อยละ 42

สำหรับความถี่ของการได้รับข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2-3 เดือนต่อครั้งมีสัดส่วนเท่ากับกลุ่มที่ได้รับ 1-2 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 18) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์มีความถี่มากกว่า คือ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 36) จากอสม.มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข่าวสารเดือนละครั้งมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 22 และจากเพื่อนบ้านในชุมชน ได้รับข่าวสาร 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16 (ตารางที่ 24)

3.2 ความคาดหวังต่อการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ

- ประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่า การตรวจสุขภาพประจำปี มีคุณค่าและมีความสำคัญมากและน้อย แต่ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่า โอกาสการกระทำมีน้อย
- กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจต่อการป้องกันด้านสุขภาพ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การขูดหินปูน พบว่า เห็นคุณค่าและความสำคัญมากและปานกลาง แต่โอกาสการกระทำมีน้อยมาก ร้อยละ 52
- กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการเข้าสู่ภาวะเสี่ยง ทั้งในส่วนที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น การไม่ขับรถในขณะดื่มสุรา การลดการใช้สารเคมี การป้องกันโดยการใช้อุปกรณ์ หรือปิดปากขณะไอจาม ว่ามีคุณค่าและความสำคัญ ในระดับมากและปานกลาง แต่โอกาสการกระทำได้สำเร็จน้อย และไม่สำเร็จเลย
- กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการดูแลตนเองโดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม แม้จะมีคุณค่าและความสำคัญมาก ปานกลาง น้อย ในระดับใกล้เคียงกัน แต่โอกาสการกระทำมีน้อย และไม่มีเลย คิดเป็นร้อยละ 76
- การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และไม่บริโภคอาหารดิบๆสุกๆ โอกาสการกระทำได้น้อยถึงร้อยละ 16
- การจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อการประกันสุขภาพให้กับตนเอง และสมาชิกครอบครัว มีคุณค่าและมีความสำคัญในระดับมาก ปานกลาง น้อย พอๆกัน แต่เห็นว่าโอกาสการกระทำได้น้อย และไม่มีโอกาสกระทำเลย มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ตารางที่ 29)

3.3 ความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36 คิดว่าสมาชิกในครอบครัวไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ สำหรับกลุ่มที่คิดว่ามีปัญหา ร้อยละ 16 ให้ระดับความรุนแรงของปัญหาน้อย กลุ่มที่คิดว่าเป็นปัญหาระดับปานกลางมีส่วนเท่ากับระดับมาก คือ ร้อยละ 24 (ตารางที่ 31)

ด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลดีในระดับปานกลาง ร้อยละ 36 และมาก ร้อยละ 34 สำหรับความพร้อมของการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าพร้อม (ร้อยละ 84) มีมากกว่ากลุ่มที่คิดว่าไม่พร้อม (ร้อยละ 16) ระดับความพร้อมมากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง เห็นว่าพร้อมในระดับมาก (ร้อยละ 42) สำหรับกลุ่มที่คิดว่าพร้อมปานกลาง และพร้อมน้อย คิดเป็นร้อยละ 34 และร้อยละ 8 (ตารางที่ 31)

ในโอกาสความพร้อมในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยลดการพึ่งหมอ กลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าไม่พร้อม (ร้อยละ 78) มีมากกว่ากลุ่มที่พร้อม (ร้อยละ 22) โดยมีความพร้อมด้านการเงิน ความรู้ความเข้าใจ เวลา การสนับสนุนภายในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.2 ร้อยละ 12.2 ร้อยละ 12.2 ร้อยละ 12.2 ตามลำดับ สำหรับความพร้อมด้านการมีบริการภายในชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมน้อย ร้อยละ 12.2 พร้อมปานกลาง ร้อยละ 2 และพร้อมมาก ร้อยละ 4 (ตารางที่ 35)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24 ไม่เห็นด้วยกับการจัดตั้งกองทุนหมู่บ้านเพื่อดูแลสุขภาพ สำหรับกลุ่มที่เห็นด้วยมากและปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60 และร้อยละ 10 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่เห็นด้วยน้อย คิดเป็นร้อยละ 6 สำหรับกลุ่มที่เห็นด้วย ร้อยละ 27 คิดว่าควรจ่ายเงินสมทบ 10 บาทต่อเดือน รองลงมา คิดว่าควรจ่ายเงินสมทบ 20 บาท 30 บาทและ 50 บาทต่อเดือน (สัดส่วนเท่ากันร้อยละ 18.9) และร้อยละ 10.8 คิดว่าควรจ่าย 100 ต่อเดือน สิทธิประโยชน์ที่ต้องการเมื่อต้องจ่ายเงินสมทบ อันดับหนึ่ง คือ ค่ารักษาค่ายา (ร้อยละ 58.3) รองลงมา คือ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 54.2) ค่าคลอดบุตร (ร้อยละ 47.9) ค่าที่พักและการตรวจร่างกายประจำปี (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 45.8) ค่าอุปกรณ์แพทย์ ค่าอาหาร ค่าเอกซเรย์ การดูแลสุขภาพและชราภาพ (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 43.8) ค่าผ่าตัดและการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 41.7) หน่วยงานหรือกลุ่มที่ต้องการให้ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมเงินสมทบ ร้อยละ 43.2 คิดว่าควรเป็นโรงพยาบาล รองลงมา คือ สถานีอนามัย (ร้อยละ 27) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อสม. (ร้อยละ 21.6) อบต. (ร้อยละ 5.4) และกองทุนหมู่บ้าน (ร้อยละ 2.7) (ตารางที่ 44)

จ. ผลการศึกษาโดยรวม

ผลการศึกษาในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ตรัง ขอนแก่น และสุพรรณบุรี โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สภาพปัญหา

1.1 ด้านกายภาพ

ปัญหาด้านกายภาพของพื้นที่ศึกษา บางพื้นที่การคมนาคมลำบาก บางพื้นที่ค่อนข้างสะดวกอยู่ไม่ห่างไกลสถานบริการของรัฐ ขนาดพื้นที่อยู่อาศัยเฉลี่ย 233 ตารางเมตร พื้นที่อยู่อาศัยน้อยที่สุด คือ 3 ตารางเมตร ใหญ่ที่สุด คือ 4,000 ตารางเมตร จำนวนห้องพักในแต่ละครัวเรือนเฉลี่ย 2 ห้อง สภาพของที่อยู่อาศัย พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ สำหรับผลกระทบที่เกิดขึ้นมีไม่มากนัก ได้แก่ ความสะอาดในบ้าน ความสะอาดรอบบ้าน ร้อยละ 43 และ ร้อยละ 44.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านการถ่ายเทและการระบายอากาศ ร้อยละ 30.8 ปัญหาด้านความมั่นคงแข็งแรงของที่อยู่อาศัย ร้อยละ 31 และปัญหาด้านสภาพแวดล้อมของชุมชน ร้อยละ 37 สำหรับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เห็นว่าสภาพที่พักที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ ความสะอาดภายในบ้าน และสภาพแวดล้อมของชุมชน (ตารางที่ 5)

1.2 ด้านผู้ทำงานในกลุ่มอาชีพเป้าหมาย

1.2.1 ข้อมูลทั่วไป

หัวหน้าครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 47 ปี ร้อยละ 51 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 82.7) รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 12.3 ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ คิดเป็น ร้อยละ 5.0 (ตารางที่ 4) ลักษณะการถือครองกรรมสิทธิ์ที่ดิน ได้แก่ โฉนดและนส.3 ร้อยละ 63 และ 17.6 เกษตรกรที่ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่ดิน ร้อยละ 62.6 รายได้จากการประกอบอาชีพสาขาเกษตรกรรมเป็นรายได้หลักให้แก่ครอบครัว ร้อยละ 55.4 สำหรับรายได้ของครอบครัวต่อปี พบว่า ร้อยละ 35.1 มีรายได้ระหว่าง 10,001-30,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 19.3 มีรายได้ 30,001-50,000 บาท ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.2) เป็นผู้มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย ร้อยละ 29.9 ที่มีรายได้เท่ากับรายจ่าย และร้อยละ 17.9 ที่มีรายได้มากกว่ารายจ่าย โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการออม จะมีการฝากเงินกับธนาคาร และฝากกับกลุ่มออมทรัพย์ภายในชุมชน สองในสามของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 65.8) มีหนี้สิน โดยหนี้สินเป็นการลงทุนเพื่อประกอบอาชีพ สำหรับหนี้สินที่เกิดจากการใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพ ร้อยละ 11.9 แหล่งสินเชื่อที่สำคัญ คือ ธนาคารเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สหกรณ์ กองทุนในหมู่บ้าน เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง และนายทุน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน (ร้อยละ 80.2) สำหรับผู้ที่มีตำแหน่ง ได้แก่ ประธานและคณะกรรมการกลุ่มต่างๆ การเสี่ยงโชคของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีจำนวนร้อยละ 44.4 โดยเป็นการเสี่ยงโชคต่อเดือนเฉลี่ย 223 บาท ต่ำสุด 15 บาท สูงสุด 2,500 บาท (ตา

รางที่ 6 และ 7) ลักษณะภูมิลาเนาส่วนใหญ่เป็นคนดั้งเดิมในพื้นที่ มีเพียงร้อยละ 30.2 ที่โยกย้ายมาจากที่อื่นทั้งจากต่างอำเภอ และต่างจังหวัด (ตารางที่ 3)

1.2.2 สถานการณ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

1) ปัญหาพฤติกรรมส่วนบุคคลของสมาชิกในชุมชน คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 66.3 มีการใช้ยาแก้ปวด ร้อยละ 64.9 การดื่มสุรา ร้อยละ 59.9 มีการใช้ยาฆ่าล้าง ร้อยละ 31.2 การใช้ยาแก้ปวดเมื่อย คลายเส้น ร้อยละ 26.3 การนอนพักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 26.2 การพนัน ร้อยละ 7.9 และการใช้สารกระตุ้นบ้างเล็กน้อย ร้อยละ 5.0 สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ร้อยละ 52.5 เป็นการสูบบุหรี่ทุกวัน (ตารางที่ 10)

2) ปัญหาพฤติกรรมการทำงาน

- เกษตรกรจะมึการทำงานตลอดทั้งปี ในแต่ละเดือนจะทำงานประมาณ 25-30 วัน ในแต่ละวันชั่วโมงการทำงานประมาณ 7 – 13 ชั่วโมง ความเสี่ยงที่เกิดจากการงาน ร้อยละ 60.9 แต่จะมีปัญหาที่เกิดจากการใช้เครื่องมือเครื่องจักรน้อย ร้อยละ 29.8

- ลักษณะการออกแรงทำงานในแต่ละครั้งมีระดับความรุนแรงมากและปานกลาง ร้อยละ 41.6 และ 40.6 ตามลำดับ อันตรายที่เกิดจากการใช้ท่าทางการทำงาน มีความเสี่ยงในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.6 และมาก ร้อยละ 34.2

- ความเสี่ยงจากการใช้ยาฆ่าแมลงและยาปราบศัตรูพืช ร้อยละ 58.9 พบว่า ร้อยละ 17.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาทุกอาทิตย์ เกษตรกรมีการใช้ปุ๋ยวิทยาศาสตร์และสารเคมีเพื่อการเกษตร ร้อยละ 67.3 ส่วนใหญ่เป็นการใช้เพียงครั้งเดียวในแต่ละรุ่นการผลิต (ตารางที่ 15)

- รูปแบบการทำงาน เกษตรกรยังคงมีลักษณะการทำงานรูปแบบช่วยเหลือกัน (การเอาแรง) คือ การช่วยเหลือเพื่อนบ้านเมื่อมีการร้องขอ และจดจำว่าสมาชิกครอบครัวในครัวเรือนไปช่วยงานกี่คน กี่วัน และจะช่วยเหลือตอบแทนภายหลังที่มีการร้องขอลักษณะเดียวกัน รูปแบบการทำงานลักษณะนี้จะมีการเลี้ยงอาหาร บางครั้งจะมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3) ปัญหาด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพโดยการป้องกันด้านวิทยาศาสตร์ ร้อยละ 64.4 การป้องกันโดยใช้หลักการที่ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ เช่น การรดน้ำมนต์ ร้อยละ 6.9 สำหรับการดูแลรักษา ด้านวิทยาศาสตร์ ร้อยละ 92.6 ด้านที่ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ เช่น การทรงเจ้า การรดน้ำมนต์ ร้อยละ 7.9 (ตารางที่ 8)

1.7 ด้านสภาพแวดล้อม

ปัญหาที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของชุมชนมีผลกระทบ ร้อยละ 52.0 และพบว่าเกิดอันตรายต่อสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงาน ร้อยละ 42.4 (ตารางที่ 5 และ 15)

1.8 ด้านระบบการจัดการสุขภาพของเกษตรกร

สภาพปัญหาที่พบโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการดูแลสุขภาพในด้านการป้องกัน ส่วนใหญ่เป็นการรักษาและการฟื้นฟู ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของเกษตรกรเห็นว่ามีปัญหาด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 47.5) และการดูแลสุขภาพของสมาชิกทำได้ดีมากเพียงร้อยละ 13.9 (ตารางที่ 31)

พฤติกรรมจัดการสุขภาพของเกษตรกร เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (ร้อยละ 45) ผู้ที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอมีเพียงร้อยละ 17.9 ประมาณสองในสามของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับอากาศบริสุทธิ์ (ร้อยละ 68.2) มีการดูแลระบบขับถ่ายให้สม่ำเสมอ ร้อยละ 59.4 การควบคุมอารมณ์ให้แจ่มใส ลดความเครียด ร้อยละ 41.4 การไม่เที่ยวเตร่หรือกรณีการดื่มสุราจะไม่ขับรถ ร้อยละ 40.4 การป้องกันการใช้ถุงมือและปิดปากขณะพ่นยา ร้อยละ 20.1 กรณีการตรวจสุขภาพประจำปีของกลุ่มเกษตรกร มีเพียงร้อยละ 21.5 เท่านั้น และมีการดูแลบำรุงรักษาฟันโดยการขูดหินปูนสม่ำเสมอเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 20.1 เกษตรกรที่มีการดูแลสุขภาพของตนเองโดยลดการพึ่งหมอ ร้อยละ 27.7 แต่สำหรับพฤติกรรมที่เกษตรกรจะจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อประกันสุขภาพให้กับตนเองและสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 28.1 และ 26.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 30)

1.9 ด้านความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสถานพยาบาลของรัฐในด้านต่าง ๆ ดังนี้ พอใจต่ออรรถาศัยของแพทย์ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 62 รองลงมารู้สึกคุ้มค่าต่อการใช้จ่ายมาก ร้อยละ 60.7 พอใจต่อการได้รับข้อมูลชี้แจงในการบริการ สำหรับด้านความสะอาดที่พักรักษาตัวและบริเวณโดยรอบ พอใจมาก ร้อยละ 55.3 ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 53.6) พอใจต่อคุณภาพการรักษาในระดับสูง และพอใจในอรรถาศัยของเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 52.0) แต่ก็มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ไม่พอใจ และเห็นว่าควรมีการปรับปรุง ได้แก่ การได้รับข้อมูลชี้แจงในการบริการ ร้อยละ 12.8 อรรถาศัยของเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 8.1 และการไม่เลือกปฏิบัติในการรักษา ร้อยละ 7.5 (ตารางที่ 20)

2. ความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

2.1 ความคิดเห็นต่อระบบประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ

ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (ประกันสุขภาพ 500 บาท) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารับรู้เกี่ยวกับระบบนี้ ร้อยละ 78.2 จำนวนสมาชิกโดยเฉลี่ยมีการประกันตน 4 คนต่อครัวเรือน สำหรับผู้ที่มีการรับรู้ คิดว่าตนเองมีความเข้าใจในระบบนี้น้อย ร้อยละ 14.6 และเป็นสมาชิกอยู่ในปัจจุบัน ร้อยละ 45.0 และเห็นว่าระบบนี้มีความคุ้มค่ามาก ร้อยละ 65.8 ผู้ที่คิดว่าคุ้มค่าน้อย มีเพียงร้อยละ 11.7 เท่านั้น

ระบบการประกันสุขภาพ สปร. (โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล) กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับระบบนี้ ร้อยละ 52.0 จำนวนสมาชิกโดยเฉลี่ยมีการประกันตน 3 คนต่อครัวเรือน ผู้ที่มีการรับรู้ คิดว่าตนเองมีความเข้าใจในระบบนี้น้อยมาก คือ ร้อยละ 26.6 และปัจจุบันเป็นสมาชิกร้อยละ

34.7 ผู้ที่มีการประกันเห็นวาระบบนี้มีความคุ้มค่ามาก ร้อยละ 68.1 ผู้ที่คิดว่าคุ้มค่าน้อย มีเพียงร้อยละ 6.9 เท่านั้น

สำหรับระบบประกันสังคม ประกันสุขภาพเอกชน และสวัสดิการข้าราชการ มีการรับรู้ ร้อยละ 23.8 19.8 และ 13.4 ตามลำดับ จำนวนสมาชิกที่มีการประกันตนเฉลี่ยสำหรับการประกันสังคมและการประกันจากเอกชน 1 คนต่อครัวเรือน สำหรับการประกันตามสวัสดิการข้าราชการเฉลี่ย 2 คนต่อครัวเรือน มากกว่าครั้งที่เข้าใจน้อยเกี่ยวกับการประกันสุขภาพเอกชนและสวัสดิการข้าราชการ ส่วนใหญ่ไม่มีการประกันในระบบนี้ ผู้ที่ได้รับการประกันสุขภาพจากระบบสวัสดิการข้าราชการ คิดว่ามีความคุ้มค่ามาก กลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าคุ้มค่ามากในการประกันสุขภาพเอกชน ร้อยละ 57.2 และการประกันสังคม ร้อยละ 40 (ตารางที่ 38-42)

2.4 ความต้องการเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ

กลุ่มผู้นำชุมชนได้เสนอแนวทางเพื่อเป็นการเพิ่มการประกันสุขภาพ โดยเสนอประเด็นความต้องการที่จะภาครัฐดำเนินการดังนี้

- เจ้าหน้าที่ภาครัฐในทุกๆส่วน ควรได้รับการศึกษา หาความรู้เพิ่มเติม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของเกษตรกร เน้นการทำงานแก้ปัญหาเชิงรุก ไม่ใช่เชิงรับ และมุ่งมั่นตั้งใจในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง ไม่ทำงานเฉพาะกิจ

- นโยบายรัฐบาลในการประกันสุขภาพควรดำเนินการต่อเนื่อง และนำผลจากการทำงานที่ผ่านมา เพื่อการศึกษาและปรับปรุง บางส่วนที่เหมาะสมควรรักษาและดำเนินงานต่อเนื่อง

- ต้องการให้มีโรงพยาบาลประจำตำบล เน้นการป้องกันให้คนมีสุขภาพที่ดี

- ความต้องการที่จะได้รับจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ คือ การพูดจาที่สุภาพโดยเฉพาะกับกลุ่มที่ด้อยโอกาส ความต้องการกำลังใจ การปฏิบัติที่เสมอภาคกัน สิ่งที่ต้องเน้น คือ การรักษาทางใจ

2.5 ความคิดเห็นต่อนโยบาย 30 บาท รักษาได้ทุกโรค

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายประกันสุขภาพ 30 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 16.1 สำหรับกลุ่มที่เห็นด้วยมาก ร้อยละ 43.2 เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 35.9 เห็นด้วยน้อย คิดเป็นร้อยละ 4.7 สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ต้องการจากนโยบายนี้ มากเป็นอันดับหนึ่ง คือ ค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 82.2) รองลงมา คือ ค่าอุปกรณ์แพทย์ (ร้อยละ 68.5) ค่าที่พักและค่าอาหาร (ร้อยละ 66.5 และ 64.5) ค่าเอกซเรย์ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ (เท่ากัน คือ ร้อยละ 65.0) ชราภาพ (ร้อยละ 64.0) ค่าผ่าตัด (ร้อยละ 63.5) ค่าคลอดบุตร (ร้อยละ 60.9) การใช้เทคโนโลยีขั้นสูง (ร้อยละ 58.9) และการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 59.4) และการตรวจร่างกายประจำปี (ร้อยละ 42.1) สำหรับโอกาสความเป็นไปได้ กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งคิดว่าเป็นไปได้ปานกลาง (ร้อยละ 50.8) และร้อยละ 20.0 ที่คิดว่าเป็นไปไม่ได้ (ตารางที่ 37)

3. ความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ

3.1 การรับทราบข่าวสารการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.2 ความถี่ในการรับข่าวสาร คือ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ แหล่งข่าวสารอันดับรอง คือ การได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ อสม. ร้อยละ 63.9 สำหรับเพื่อนบ้านในชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่อนามัย เท่ากัน คือ ร้อยละ 61.4 รับรู้จากญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 57.5 โดยได้รับข่าวสาร 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ตารางที่ 25)

การได้รับข่าวสารจาก สื่อวิทยุ ผู้นำชุมชน หมอยาเร่ สื่อสิ่งพิมพ์ และเจ้าหน้าที่ภาครัฐอื่นๆ มีเพียงร้อยละ 53.5 52.7 45.5 32.7 และ 30.2 ตามลำดับ ความถี่ในการได้รับส่วนใหญ่เดือนละครั้ง (ตารางที่ 25)

3.2 ความคาดหวังต่อการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ

- ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการตรวจสุขภาพประจำปีนั้นมีความประโยชน์ระดับมาก ร้อยละ 45.4 และคิดว่ามีโอกาสปานกลางในการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 42.6) แต่มีเกษตรกร ร้อยละ 22.8 เห็นว่าไม่มีโอกาสในการตรวจสุขภาพประจำปีเลย สำหรับกลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสามเห็นว่าการจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อการประกันสุขภาพให้กับตนเอง และครอบครัว มีคุณค่าและมีความสำคัญระดับมากรวมทั้งโอกาสการกระทำอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 27)

- กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการเข้าสู่ภาวะเสี่ยง ทั้งในส่วนที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น การไม่ขับรถในขณะดื่มสุรา การลดการใช้สารเคมี การป้องกันโดยการใช้อุปกรณ์ หรือปิดปากขณะที่ใช้ยา ว่ามีคุณค่าและความสำคัญ แต่ โอกาสการกระทำได้สำเร็จน้อย ร้อยละ 24.0

- กิจกรรมการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ และการดูแลสุขภาพตนเองโดยลดการพึ่งหมอ มีคุณค่าและความสำคัญในระดับปานกลาง และเห็นว่าโอกาสการกระทำได้ในระดับปานกลาง

3.3 ความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีความเห็นว่าสมาชิกในครอบครัวไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ (ร้อยละ 47.5) สำหรับกลุ่มที่คิดว่ามีปัญหา ร้อยละ 13.9 ให้ระดับความรุนแรงของปัญหาน้อย ร้อยละ 24.7 ปานกลาง และร้อยละ 13.9 ที่คิดว่าเป็นปัญหามาก ด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีการดูแลดีในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.5) (ตารางที่ 31)

ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เห็นว่าครอบครัวมีความพร้อมต่อการดูแลสุขภาพสมาชิก (ร้อยละ 88.6) ระดับความพร้อมเกือบครึ่งหนึ่งเห็นว่าพร้อมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.5) รองลงมา เป็นกลุ่มที่คิดว่ามีความพร้อมมาก ร้อยละ 31.7 และน้อย ร้อยละ 11.4 (ตารางที่ 31)

ในอนาคตครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างจะมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยลดการพึ่งหมอ กลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าไม่พร้อม (ร้อยละ 52.5) มีมากกว่ากลุ่มที่พร้อม (ร้อยละ 47.5) ประมาณ

หนึ่งในสามที่เห็นว่าพร้อมในระดับปานกลางทั้ง ด้านการเงิน ความรู้ความเข้าใจ เวลา การสนับสนุนภายในครอบครัว การจัดบริการภายในชุมชน (ตารางที่ 36)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.2 เห็นด้วยกับการจัดตั้งกองทุนหมู่บ้านดูแลสุขภาพ สำหรับคนที่เห็นด้วยปานกลางและมาก คิดเป็นร้อยละ 34.8 และ 28.4 ตามลำดับ เห็นด้วยน้อย ร้อยละ 6.0 โดยเห็นว่าควรจ่ายเงินสมทบ 20 บาทต่อเดือน ร้อยละ 31.7 รองลงมา ควรจ่ายเงินสมทบ 10 บาท 50 บาทและ 30 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 23.8 20.1 และ 15.8 ตามลำดับ) สิทธิประโยชน์ที่ต้องการเมื่อต้องจ่ายเงินสมทบมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ ค่ารักษาค่ายา (ร้อยละ 66.5) รองลงมา คือ ค่าที่พัก (ร้อยละ 56.5) ค่าอุปกรณ์แพทย์ (ร้อยละ 55.0) ค่าอาหาร (ร้อยละ 54.5) การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 54.5) ค่าคลอดบุตร (ร้อยละ 51.0) ซราภาพ (ร้อยละ 52.0) ค่าผ่าตัด (ร้อยละ 50.5) ค่าเอกซเรย์ และการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง (สัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 50.0) การดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 48.0) และการตรวจร่างกายประจำปี (ร้อยละ 34.5) หน่วยงานหรือกลุ่มที่ต้องการให้ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมเงินสมทบ ร้อยละ 33.3 คิดว่าควรเป็นกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อสม. รองลงมา โรงพยาบาล (ร้อยละ 21.7) สถานีอนามัย ร้อยละ 19.4 กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน ร้อยละ 13.9 อบต.ร้อยละ 10.9 (ตารางที่ 44)

บทที่ 3

การสังเคราะห์ผลการศึกษา

ในบทนี้เป็นการนำเสนอภาพรวมของผลการศึกษาจากทั้งพื้นที่การศึกษาทั้ง 4 ภาค และจากแหล่งข้อมูลทั้งฝ่ายเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและฝ่ายผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม และผู้นำท้องถิ่นซึ่งเป็นฝ่ายรับบริการ ในประเด็น ปัญหา ความต้องการและความพร้อมของเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ ดังนี้

1. ปัญหาเกี่ยวกับการประกันสุขภาพของผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม

ปัญหาพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับระบบการประกันสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ มีลักษณะกว้างขวางและเชื่อมโยงกับปัจจัยอื่นๆ หลายด้านประกอบกัน และยังส่งผลกระทบซึ่งกันและกันอันนำไปสู่ความสามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ และการสนองตอบระบบดังกล่าวอีกด้วย ซึ่งอาจแยกเป็นประเด็นย่อยดังนี้

1.1 ลักษณะงาน

งานในภาคเกษตรกรรมโดยทั่วไปของเกษตรกรส่วนใหญ่ มีความแตกต่างหลากหลายและแต่ละกลุ่มอาชีพก็ยังมีลักษณะการทำงานที่ขึ้นอยู่กับธรรมชาติ ฤดูกาลและความพร้อมหรือความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากร โดยเฉพาะดินและน้ำที่เปลี่ยนแปลงไป เกษตรกรจึงมีความอิสระสามารถตัดสินใจภายใต้สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติมากกว่าการถูกกำหนดเงื่อนไขกฎเกณฑ์จากบุคคลอื่นโดยตรง

สำหรับผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมมีความแตกต่างจากเกษตรกรโดยทั่วไปดังกล่าวข้างต้นคือ ลักษณะการทำงานนอกจากจะขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ และความพร้อมของทรัพยากรที่อาชีพนั้นๆ เกี่ยวข้องเช่น ดิน น้ำ แหล่งประมง เป็นต้นแล้ว ยังมีเงื่อนไขกฎเกณฑ์ที่ถูกกำหนดโดยบุคคลอื่นโดยตรงเข้ามากำกับอย่างมากอีกด้วย

เงื่อนไขกฎเกณฑ์ที่เข้ามากำหนดมากขึ้นนั้นมาจาก 3 ด้านคือ

- 1) องค์กรและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ซึ่งมีทั้งการส่งเสริม เช่น พัฒนาการเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่นิคมสร้างตนเอง (ขอนแก่น) เป็นต้น ในขณะเดียวกันก็มีด้านลบ ได้แก่ การตรวจสอบจับกุม เช่น การบุกรุกที่ทำกินในเขตหวงห้าม (เชียงใหม่ สุพรรณบุรี) เป็นต้น
- 2) นายจ้างหรือผู้รับซื้อผลผลิต เช่น บริษัทที่รับซื้อผลิตภัณฑ์ปศุสัตว์จากการจ้างเลี้ยง เจ้าของเรือประมง (ตรัง) บริษัทรับซื้อหัวมันฝรั่ง (เชียงใหม่) เป็นต้น
- 3) ผู้มีอิทธิพลอื่นๆ เช่น เจ้าของทุน เจ้าของปัจจัยการผลิต นายทุนเงินกู้ ตลอดจนผู้นำท้องถิ่นและผู้ให้ความคุ้มครองอื่นๆ

สาเหตุที่ต้องตกอยู่ภายใต้เงื่อนไขกฎเกณฑ์จากบุคคลอื่นโดยตรงนั้น เนื่องมาจากลักษณะงานของกลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม โดยทั่วไปมักต้องมีการเช่าที่ดิน ทรัพย์สิน หรือบุกรุกป่าสงวนทำกิน หรือทำหน้าที่เสมือนเป็นลูกจ้างเลี้ยงปศุสัตว์ให้บริษัทแม่ หรือต้องแก่งแย่งลักลอบทำประมงเหล่านี้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องปรับตัวเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายนอกที่มีมากกว่าปกติ จากลักษณะอาชีพที่อยู่ห่างไกล ขาดแคลนบริการของรัฐ เช่น ระบบชลประทาน ระบบประกันราคาพืชผล เป็นต้น การห่างไกลและติดตามไม่ทันข้อมูลข่าวสาร และการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี เป็นต้น

1.2 ที่มาและการเข้าสู่อาชีพ

กลุ่มอาชีพนี้มักมีการเปลี่ยนแปลงอาชีพ หรือมีประวัติความเป็นมาเฉพาะพื้นที่ เช่น การอพยพจากที่ทำกินเดิมเข้ามาอยู่ในเขตจัดสรรของนิคมสร้างตนเอง (ขอนแก่น) การบุกเบิกที่ทำกินเข้าไปในเขตป่าสงวน (เชียงใหม่ และสุพรรณบุรี) การเปลี่ยนแปลงสภาพธรรมชาติ เนื่องจากการสร้างเขื่อน (สุพรรณบุรี) และการตกงานจากภาคบริการเนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจ (เชียงใหม่)

กลุ่มอาชีพนี้มีภูมิสำเนาและลักษณะการโยกย้ายแตกต่างจากกลุ่มไปทำงานในภาคอุตสาหกรรม กล่าวคือ ราว 1 ใน 3 ของครัวเรือนทั้งหมดเป็นกลุ่มที่ย้ายภูมิลำเนาจากที่อื่น การอพยพโยกย้ายอาจมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป เช่น การบุกเบิกที่ดินทำกินในเขตป่าสงวน มักใช้วิธีทำกินอยู่ในที่เดิมควบคู่กันไปในระยะแรก แล้วไปปลูกบ้านในที่ทำกินใหม่โดยยังคงไปๆ มาๆ ระหว่างที่ทำกินสองแห่ง จนกระทั่งที่ดินแห่งใหม่ มีความเจริญมีทางคมนาคมสะดวกขึ้น และมีความมั่นใจในที่แห่งใหม่ก็อาจอพยพไปอยู่ที่แห่งใหม่ทั้งครอบครัว แต่ระหว่างที่ยังไม่อพยพอาจมีการย้ายสำมะโนครัวไปที่แห่งใหม่เฉพาะบางคนในครัวเรือน ลักษณะดังกล่าวจึงแล้วแต่เงื่อนไขและความจำเป็นของทางราชการอีกด้วย เช่น ในกรณีเขตนิคมสร้างตนเอง (ขอนแก่น) จะต้องย้ายสำมะโนครัวไปทั้งครอบครัว

แหล่งที่มาก่อนโยกย้ายมักไม่มีความแน่นอน พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการชักชวนของเพื่อนบ้าน หรือญาติที่ไปบุกเบิกที่ดังกล่าวก่อนแล้วชักชวนผู้อื่นไปด้วยเป็นกลุ่มๆ (สุพรรณบุรี)

ระยะเวลาของการเข้าสู่กลุ่มอาชีพเหล่านี้ แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับลักษณะอาชีพ และท้องที่แต่ละแห่ง ซึ่งมีทั้งกลุ่มอาชีพรุ่นเก่าที่เกิดจากความล่มสลายของการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชาติ ที่เน้นความเจริญเติบโตของเมืองก่อนภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 กับกลุ่มที่เกิดจากการกลับสู่ชนบท และอาชีพเกษตรกรรมภายหลังภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ

กลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว เพี่ยงแยกครอบครัวไม่นานนัก และหากแยกครอบครัวมานานแล้วก็มักเป็นครอบครัวขนาดเล็กไม่ใหญ่ หัวหน้าครอบครัวอายุตัวเฉลี่ยอยู่ในวัยกลางคน คือ ช่วง 30-40 ปี ส่วนอายุงานแตกต่างกันไปตามลักษณะอาชีพและท้องที่ โดยอาชีพกลุ่มทำไร่ ปศุสัตว์ และทำนาจะเข้าสู่อาชีพระยะสั้นกว่า อาชีพประมงและทำสวน เนื่องจากการอพยพและส่วนหนึ่งสืบเนื่องจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจโดยกลุ่มทำไร่ ปศุสัตว์ และทำนาจะมีอายุงานไม่เกิน 10 ปี ส่วนกลุ่มอาชีพทำสวนและประมงอายุงานเฉลี่ยมากกว่า 10 ปี นอกจากนี้กลุ่มทำไร่และปศุสัตว์ยังมีแนวโน้มจะปรับเปลี่ยนอาชีพไปเป็นอย่างอื่นได้มากกว่าอาชีพทำสวนและประมง

1.3 การศึกษาเรียนรู้

หัวหน้าครัวเรือนของกลุ่มอาชีพนี้ราวร้อยละ 80-96 จบชั้นประถมศึกษา หรือการศึกษาภาคบังคับ และมีอยู่ถึงร้อยละ 14 โดยเฉลี่ยที่ไม่ได้รับการศึกษา จึงมีเพียงไม่ถึงร้อยละ 10 ที่จบสูงกว่าภาคบังคับ ส่วนสมาชิกในครัวเรือนนั้นก็มีความรู้จากโรงเรียนไม่มากกว่าหัวหน้าครัวเรือน จึงอาจสรุปได้ว่า พื้นฐานการศึกษาของประชาชนกลุ่มอาชีพนี้โดยส่วนรวมมีระดับการศึกษาไม่เกินภาคบังคับของแต่ละยุคที่รัฐบาลกำหนดนั่นเอง ซึ่งถือว่ามีความรู้ที่ต่ำกว่าเกษตรกรทั่วไป

ส่วนการศึกษาเรียนรู้นอกระบบโรงเรียนหรือการเรียนรู้ตามอัธยาศัย พบว่า มีโอกาสน้อยสืบเนื่องจากลักษณะอาชีพที่มีความไม่แน่นอน ขาดความมั่นคง ห่างไกลบริการด้านการศึกษาของรัฐ และที่สำคัญคือ ขาดข้อมูลข่าวสารที่ช่วยสื่อหรือกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจต่อการเข้าถึงบริการโดยพบว่า แม้แต่สื่อโทรทัศน์ซึ่งเป็นสื่อที่แพร่หลายมากที่สุดในปัจจุบัน ครัวเรือนเหล่านี้ยังไม่ได้ดูถึงร้อยละ 25 ของหัวหน้าครัวเรือนทั้งหมด ด้านสื่อวิทยุก็พบว่า หัวหน้าครัวเรือนเกือบร้อยละ 50 ไม่ได้รับฟัง ส่วนสื่อสิ่งพิมพ์ซึ่งจะช่วยด้านการเรียนรู้ที่มั่นคงกว่าสื่ออย่างอื่น ๆ นั้นประมาณร้อยละ 70 ของหัวหน้าครัวเรือนไม่ได้อ่าน

สำหรับการเรียนรู้จากประสบการณ์ทำงานจริงก็ถือว่ามีโอกาสน้อยเช่นกัน เนื่องจากอาชีพเหล่านี้เป็นอาชีพที่ไม่สนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ การใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ หรือมีทักษะเพิ่มขึ้นจากการทำอาชีพมากนัก

ในด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ที่จำเป็นด้านอื่น ๆ จากภาครัฐหรือหน่วยงานท้องถิ่นต่อผู้มีอาชีพเหล่านี้โดยตรงก็ไม่มี

ดังนั้นโอกาสการเรียนรู้โดยทั่วไปของประชาชนเมื่อเข้าสู่อาชีพกลุ่มนี้จึงมีน้อยกว่ากลุ่มอื่นทุกด้าน

1.4 สภาพการทำงาน

สภาพการทำงานของกลุ่มอาชีพนี้มีความแตกต่างกันตามลักษณะย่อยของอาชีพแต่ละอย่าง และพื้นที่หรือสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน สภาพการทำงานในที่นี้พิจารณาถึงระยะเวลาการทำงานและการพักผ่อนด้วย ซึ่งแยกกล่าวตามกลุ่มอาชีพแต่ละอย่างดังนี้

1) กลุ่มอาชีพเกี่ยวกับการทำนา กลุ่มนี้มีสภาพปัญหาคล้ายคลึงกันไม่ว่าทำนาในภาคใด กล่าวคือ ชาติที่ดินทำกินหรือมีที่ดินไม่พอเพียง จึงจำเป็นต้องประกอบอาชีพอย่างอื่นควบคู่กันไปเพื่อเติมส่วนที่ขาดให้พอเพียงกับการดำรงชีพ อาชีพเสริมที่ทำมักได้แก่ การจ้างงานในภาคเกษตรกรรม ที่มีในท้องถิ่นใกล้เคียง เนื่องจากต้องทำนาควบคู่กันไป และพบว่าสัดส่วนของการรับจ้างซึ่งเป็นอาชีพเสริมกลายเป็นรายได้ที่มีสัดส่วนมากกว่าทำนา เช่น ในภาคเหนือรับจ้างเก็บลำไย หรือผลไม้อย่างอื่น ๆ ในภาคอีสาน รับจ้างในภาคเกษตรทั่วไป ในภาคกลางรับจ้างเก็บผักและเผ่าบ่อกุ้ง หรืองานการเกษตรอื่นๆ ในบริเวณใกล้เคียงกับที่ทำนาของตน ในภาคใต้ทำนาควบคู่กับการรับจ้างกรีดยาง การเก็บปาล์ม หรือการ

ทำงานในส่วนผลไม้ ระยะเวลาการทำงานและการพักผ่อนโดยส่วนรวมจึงไม่แน่นอน แต่โดยทั่วไปก็มีงานรับจ้างให้ทำไม่มากนัก เวลาพักผ่อนจึงมีค่อนข้างมาก

2) กลุ่มอาชีพเกี่ยวกับการทำไร่ โดยทั่วไปกลุ่มอาชีพนี้ในทุกภาคมีลักษณะการบุกเบิกที่ดินในเขตหวงห้าม ในภาคเหนือจึงมักได้แก่ ชาวไทยภูเขาหรือที่ราบสูง พืชที่ปลูกมีหลากหลายและหมุนเวียนไปตามราคาและตลาด เช่น กระเทียม หอมแดง มันฝรั่ง ถั่วเหลือง เป็นต้น ในภาคอีสานมีการปลูกพืชน้อยชนิด ได้แก่ ข้าวโพดและมันสำปะหลัง ในภาคกลางและภาคใต้ก็เช่นเดียวกัน พืชที่ปลูกมักได้แก่ ข้าวโพด โดยส่วนรวมระยะเวลาการทำงานก็ไม่มากนัก เนื่องจากทำได้เฉพาะช่วงฤดูฝน การทำไร่ในรอบปีก็ไม่เกินรองการปลูกพืช จึงมีเวลาพักผ่อนค่อนข้างมาก

3) กลุ่มอาชีพเกี่ยวกับการทำสวน กลุ่มอาชีพนี้ในทุกภาคมักมีการทำงานหนักมากกว่ากลุ่มทำนาและทำไร่เนื่องจากกลุ่มทำสวน

4) กลุ่มอาชีพเกี่ยวกับการประมง ในภาคเหนือและภาคกลางในการเลี้ยงปลาหรือสัตว์น้ำในบ่อในภาคอีสานเป็นการเลี้ยงปลากระชังในแหล่งน้ำในภาคใต้ เป็นการทำประมงและรับจ้างเกี่ยวกับประมงชายฝั่ง โดยภาพรวมอาชีพนี้ในทุกภาคไม่ค่อยแตกต่างกันคือ สภาพการทำงานไม่จำเป็นต้องขึ้นกับฤดูกาล มีเวลาพักผ่อนค่อนข้างมาก การทำงานและการใช้สารเคมีน้อยกว่า กลุ่มทำไร่และทำสวน ยกเว้นประมงที่ต้องออกทะเลในภาคใต้ซึ่งมีความเสี่ยงในการทำงานและด้านสุขภาพสูงกว่า

1.5 ผลตอบแทนและสวัสดิการ

ผลตอบแทนจากการทำงานของกลุ่มอาชีพนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากมีความจำกัดในทรัพย์สิน และโอกาสในอาชีพ โดยเฉลี่ยจึงมีรายได้อยู่ในช่วง 20,000-30,000 บาทต่อคนต่อปี จึงส่งผลให้ครัวเรือนกว่าร้อยละ 80 มีรายได้ พอๆกับรายจ่ายหรือน้อยกว่ารายจ่าย และยังมีผลกระทบต่อการมีหนี้สินของครัวเรือนคือราร้อยละ 65 ของครัวเรือนทั้งหมดมีหนี้สิน และพบว่าสภาพปัญหาของครัวเรือนด้านรายได้ และหนี้สินมีแนวโน้มเป็นไปในระดับเดิมหรือรุนแรงกว่าเดิม

สำหรับสวัสดิการในการทำงานของกลุ่มอาชีพนี้ถือได้ว่าไม่มี เนื่องจากการทำงานนอกระบบ การจ้างงาน แม้ว่างานบางส่วนเป็นงานรับจ้าง เช่น เลี้ยงไก่ ตามสัญญาข้อตกลงกับบริษัทแม่ หรือกลุ่มที่เป็นลูกจ้างทำประมง ก็มักไม่ได้รับสิทธิตามกฎหมายเช่น ตาม พ.ร.บ.ประกันสังคม หรือกองทุนเงินทดแทน รวมถึงการไม่มีโอกาสจากสวัสดิการของรัฐในด้านอื่นๆ อีกด้วย

1.6 ความเสี่ยงในอาชีพแลพฤติกรรมสุขภาพ

ความเสี่ยงในอาชีพในส่วนที่เกี่ยวกับการใช้ร่างกายทำงาน นับว่ามีในระดับไม่มากนัก แต่พบว่าความเสี่ยงอันเกิดจากมลพิษทั้งจากสารเคมีและสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับสูง กล่าวคือในการทำงานของกลุ่มอาชีพนี้ โดยเฉพาะกลุ่มที่เกี่ยวกับการทำไร่ทำสวน และทำนาจำเป็นต้องใช้สารเคมีเป็นประจำ เนื่องจากค่านิยมของเกษตรกรทุกกลุ่มในปัจจุบันเน้นให้ได้ผลผลิตสูงโดยลงทุนใช้ปุ๋ย และสารเคมีอย่าง

เต็มที ประกอบกับขาดความรู้ความเข้าใจในอันตรายของสารดังกล่าวหรือมีความเข้าใจ แต่ขาดความระมัดระวังหรือรักสะอาดและมีความเคยชิน

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มอาชีพนี้แม้จะมีความเชื่อที่ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ไม่มากนัก (ร่าวร้อยละ 7-8) แต่ส่วนใหญ่ถือได้ว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงค่อนข้างสูง โดยอาจพิจารณาจากพฤติกรรมสำคัญ ได้แก่ การดื่มสุรา ร้อยละ 70.6 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 58.8 การใช้ยาแก้ปวด ร้อยละ 54.9 การใช้ยาชูกำลัง ร้อยละ 19.6 รวมถึงการใช้สารกระตุ้นและยาเสพติดด้วย

ในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ พบว่ากลุ่มอาชีพนี้ยังขาดความเข้าใจและทัศนคติเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่ดี โดยมองว่าการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพเป็นการลงทุนหรือการกระทำที่เกินความจำเป็น ให้ความสำคัญเฉพาะการรักษาเมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้ว ขาดความเข้าใจและตระหนักว่า การป้องกันและส่งเสริมจะสามารถลดการเกิดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพได้ นอกจากนี้ยังไม่เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการป้องกันส่งเสริมกับการลดภาระการรักษาพยาบาล เช่นในเรื่องอุบัติเหตุจากการจราจร เมื่อเกิดขึ้นแล้ว แทนที่จะคิดวิเคราะห์สาเหตุต้นตอ เช่น ความประมาท การเมาสุรา กลับไม่ถือว่าเป็นความโชคร้าย เป็นเรื่องเวรกรรมที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

นอกเหนือจากพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดจากความไม่เข้าใจ ความไม่ตระหนัก ดังกล่าวแล้ว ยังพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงอันเกิดจากค่านิยม วัฒนธรรม เฉพาะกลุ่มอีกด้วย กลุ่มที่พบมี 2 กลุ่มคือ กลุ่มสตรีและวัยรุ่น ซึ่งถือได้ว่าเป็นแนวโน้มที่แตกต่างไปจากเดิม กล่าวคือ กลุ่มพฤติกรรมของสตรี โดยเฉพาะในภาคเหนืออันเกิดจากการที่สตรีมีการรวมกลุ่มมากขึ้นกว่าเดิม เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาชีพ กลุ่มเยาวชนต่าง ๆ ทำให้สตรีมีการทำงานและกิจกรรมนอกบ้านมากขึ้นกว่าเดิม การพบปะร่วมกิจกรรมเชิงกลุ่มนี้เองทำให้เกิดค่านิยมการเลี้ยงสังสรรค์ การดื่มสุราระหว่างพบปะสังสรรค์ และถือคติว่าสตรีก็สามารถ “กินเหล้า-เจ้าชู้” ได้เท่าเทียมกับชาย ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ตามมาด้วย เช่น การสูบบุหรี่ ยาเสพติด เพศสัมพันธ์แบบสำส่อน อันมีผลต่อการแพร่กระจายของโรคเอดส์ ความเสื่อมโทรมของสุขภาพ และความแตกแยกของครอบครัวตามมา กลุ่มที่สองคือ กลุ่มวัยรุ่น ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงค่านิยมสมัยใหม่ และแพร่กระจายไปยังชนบทห่างไกลอย่างรวดเร็ว ทำให้มีพฤติกรรมบริโภคนิยมสูง ซึ่งการบริโภคแบบค่านิยมของคนในเมืองก็ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชนบทด้วยเช่นกัน

พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวของกลุ่มอาชีพนี้จึงเป็นการรวมเอาความเสี่ยงของคนในอาชีพ การเกษตรในชนบท บวกเข้ากับพฤติกรรมความเสี่ยงของคนในชุมชนเมืองเข้าไว้ด้วยกัน จึงเป็นพฤติกรรมที่มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าปกติ

1.7 การคุ้มครองสิทธิ

โดยที่กลุ่มอาชีพนี้มีความด้อยโอกาสหลายประการในอาชีพเป็นพื้นฐาน และบางส่วนยังมีการละเมิดกฎหมาย เช่น กลุ่มทำไร่ ทำประมงในที่สาธารณะ หรือเขตป่าสงวน เป็นต้น จึงมีความจำเป็นในการพึ่งพา การรับความคุ้มครองสิทธิจากผู้มีอิทธิพลหรือผู้มีความสามารถให้ความมั่นคงในชุมชนได้ ประกอบกับกลุ่มอาชีพนี้มักไม่มีการรวมกลุ่มของตนเอง และไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มอาชีพต่างๆ ที่มีการจัด

ตั้งโดยหน่วยราชการหรือองค์กรพัฒนาเอกชน เนื่องจากถูกผลักดันให้ออกนอกระบบตั้งได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้นจึงมักไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายหรือนโยบายต่างๆ ของราชการ และพบว่าการคุ้มครองสิทธิที่เหลือจึงมีเพียงด้านเดียว คือการพึ่งพาผู้มีอิทธิพลทั้งอิทธิพลด้านเศรษฐกิจ เช่น พ่อค้านายทุนเงินกู้นายทุนขายปัจจัยการผลิต ด้านอำนาจรัฐ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการในพื้นที่ และด้านการเมือง เช่น สจ. สส. และ อบต. เป็นต้น

การคุ้มครองสิทธิดังกล่าวมีลักษณะเป็นแบบพึ่งพาระหว่างนายกับลูกน้อง (Patron-client) จึงเป็นความสัมพันธ์ที่กลุ่มอาชีพนี้มีโอกาสเสียเปรียบแต่ก็จำเป็นต้องยอมรับโดยปริยาย นอกจากนี้ยังอาจมีค่านิยมเรื่องบุญคุณ และความรู้สึกเป็นพวกพ้องเข้ามาเสริมอีกด้วย

2. ความต้องการและความพร้อมตอบสนองของระบบ

พบว่า กลุ่มอาชีพนี้รับรู้ระบบประกันสุขภาพของรัฐแตกต่างกันแต่ละประเภท ดังนี้ เรื่องบัตรสุขภาพ ร้อยละ 78.2 สปร. ร้อยละ 52 การประกันสังคม ร้อยละ 23.8 การประกันสุขภาพของเอกชน ร้อยละ 19.8 และสวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 13.4 ตามลำดับ เมื่อตรวจสอบความเข้าใจพบว่า กลับมีความเข้าใจกลับกันคือ เข้าใจหลักการในระบบการประกันข้างต้น ร้อยละ 29.1 24.8 10.3 15.8 และ 33.4 ตามลำดับ ในการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของกลุ่มอาชีพนี้ พบว่ามีมากที่สุดคือ ประเภทบัตรสุขภาพ ร้อยละ 45 สปร. ร้อยละ 34.7 ส่วนประกันสังคม เอกชนและสวัสดิการของรัฐ เพียงร้อยละ 4.5, 6.9 และ 4.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบอีกว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งที่ไม่ให้ความเห็นว่ามีคุณค่าหรือความคุ้มค่าสำหรับระบบการประกันสุขภาพแบบบัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพ

จากผลการสำรวจพบว่า การรับรู้ ความเข้าใจ ประชาชนกลุ่มอาชีพนี้ให้ความสำคัญกับบัตรประกันสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือบัตร สปร. แต่สำหรับความคุ้มค่าของบัตร พบว่าประชาชนที่มีอาชีพด้านเกษตรกรรมให้ความเห็นว่าบัตร สปร. คุ้มค่ามากที่สุด

สำหรับนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคนั้น พบว่า มีผู้รับรู้และเห็นด้วยมากร้อยละ 43.2 เห็นด้วยระดับปานกลาง ร้อยละ 35.9 ประชาชนกลุ่มนี้ยังไม่แน่ใจว่าคุณภาพบริการของนโยบายนี้ จะเป็นอย่างไรจึงยังไม่สามารถให้ความเห็นได้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ไรก็ดี เนื่องจากราคาค่าบริการ ครั้งละ 30 บาท มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ ประเภทของโรค ตัวผู้ป่วย และสถานที่ให้บริการทำให้มีการเปรียบเทียบกับระบบบริการเดิมได้หลายแง่มุม เช่น เห็นว่าหากเป็นโรคที่ต้องไปรับบริการบ่อย การมีบัตรสุขภาพดีกว่า ด้านตัวผู้ป่วยถ้าอายุน้อย ไม่เป็นโรคประจำตัว ระบบ 30 บาท ดีกว่า และด้านสถานที่ให้บริการและคุณภาพบริการ บัตรสุขภาพให้ความมั่นใจมากกว่า เป็นต้น ดังนั้นในด้านการสนองตอบนโยบายตามระบบประกันสุขภาพเดิมอาจสรุปได้ว่า ระบบประกันแบบบัตรสุขภาพน่าจะได้รับการตอบสนองมากที่สุด

สำหรับความสามารถในการจ่าย พบว่า แต่ละพื้นที่แต่ละกลุ่มอาชีพมีความแตกต่างกันไป โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 374 บาทต่อครัวเรือนต่อปี และยีนดีที่จะจัดตั้งกองทุนสุขภาพ ร้อยละ 63.2

3. แนวทางการให้บริการของรัฐ

การให้บริการของรัฐด้านสุขภาพในปัจจุบัน มีข้อกำหนดไว้ตั้งแต่ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 คือ มาตรา 80 ที่เน้นให้ภาครัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

ขณะเดียวกันนโยบายของรัฐบาลปัจจุบันมีแถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2544 ในข้อ 10.1 ด้านสาธารณสุขและสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยจะดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมด้านสาธารณสุขของประเทศ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพของประเทศ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน พร้อมทั้งสร้างหลักประกันและโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

ในร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ก็เน้นเรื่อง “ระบบสุขภาพพอเพียง” ซึ่งให้มีระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทย เป็นระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพ ควบคู่กับการมีหลักประกันสุขภาพ

ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ก็ยังกำหนดยุทธศาสตร์ที่ 3 จากทั้งหมด 6 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ว่าด้วย การสร้างหลักประกันการเข้าถึงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า อีกด้วย

นอกจากนี้ในรายงานการประเมินผลแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ได้ประเมินว่า แผนงานสาขาที่ 2 แผนพัฒนาการเพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ได้เสนอแนะให้มีการสร้างเสริมหลักประกันในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพเนื่องจากประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสยังขาดหลักประกันในการได้รับบริการด้านสุขภาพ

บทที่ 4

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

1. คำนำ

กลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม เป็นกลุ่มด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการของรัฐ ด้วยสาเหตุทั้งจากปัจจัยด้านส่วนตัวและปัจจัยแวดล้อมหลายประการ การศึกษาเรื่องนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อจะทราบถึงสภาพปัจจุบัน ปัญหา ความต้องการ ศักยภาพ ความพร้อม และความร่วมมือของเขาเหล่านั้น ต่อระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน อันจะนำไปสู่การปรับปรุงระบบการจัดการประกันสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

กลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมในการศึกษานี้หมายถึงความถึง ผู้มีอาชีพเกี่ยวข้องกับงานในภาคเกษตรกรรม 5 ลักษณะอาชีพ คือ 1) กลุ่มทำงาน 2) กลุ่มทำไร่ 3) กลุ่มทำสวน 4) กลุ่มเลี้ยงปศุสัตว์ และ 5) กลุ่มทำประมง ซึ่งมีความเสี่ยงด้านสุขภาพ อันเนื่องมาจากขาดแคลนทรัพยากรในการประกอบอาชีพ หรือลักษณะการทำงานหรือการขาดโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

การรวบรวมข้อมูลได้คัดเลือกชุมชนที่มีผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมหนาแน่นในพื้นที่ของ 4 จังหวัด ใน 4 ภาคได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ขอนแก่น สุพรรณบุรี และตรัง โดยเก็บข้อมูลจากทั้งหัวหน้าครัวเรือนผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมด้วยวิธีการสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลจากผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้องโดยการสนทนากลุ่ม รวมทั้งสิ้นประมาณ 335 ราย

2. ผลการศึกษา

2.1 ลักษณะงาน

กลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมมีลักษณะการทำงานส่วนใหญ่คล้ายคลึงกับเกษตรกรทั่วไป กล่าวคือ มีความอิสระ ไม่ถูกกำหนดเงื่อนไขกฎเกณฑ์โดยบุคคลอื่น แต่ดำเนินงานอาชีพตามธรรมชาติ ฤดูกาล และปรับตัวตามสภาพแวดล้อม และปัจจัยภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เปลี่ยนชนิดพืชที่ปลูกตามราคาตลาดการณได้ เปลี่ยนแหล่งประมง จากทรัพยากรทางน้ำที่หมดไป เป็นต้น

ลักษณะงานที่แตกต่างจากเกษตรกรทั่วไปของกลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมคือ มีเงื่อนไขกฎเกณฑ์ที่ถูกกำหนดโดยบุคคลอื่นเพิ่มขึ้นและมีเงื่อนไขบังคับจากธรรมชาติและปัจจัยแวดล้อมภายนอกมากกว่าเกษตรกรในระบบทั่วไป กล่าวคือ ในด้านเงื่อนไขจากบุคคลอื่นได้แก่ การเช่าทรัพย์สินที่ดี การบุกรุกที่ป่าสงวนที่ดี การทำหน้าที่เสมือนรับจ้างเลี้ยงปศุสัตว์ที่ดี หรือการทำประมงแบบแก่งแย่งลักลอบที่ดี มักมีสภาพถูกกำหนดเงื่อนไขจากบุคคลอื่นหรือการดูแลใช้อำนาจตามกฎหมายของเจ้าหน้าที่ภาครัฐนั่นเอง จึงขาดอิสระและมีความเสี่ยง ต้องระวังระแวงมากกว่าเกษตรกรทั่วไป

ส่วนในด้านความจำเป็นที่ต้องปรับตัวจากปัจจัยภายนอกที่มีมากกว่าได้แก่ สถานการณ์ที่ไม่แน่นอนต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของราคาตลาดเนื่องจากห่วงโซ่อุปทานข่าวสาร ขาดการรวมกลุ่ม และขาดการบริการของรัฐ เช่น ระบบชลประทาน ระบบประกันราคาพืชผล ตลอดจนการไม่สามารถตามทันการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นเกิดจากช่องว่างระหว่าง 2 ด้าน ประกอบกัน คือ ความด้อยในความสามารถการปรับตัว กับระดับความเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงในการทำงานของคนกลุ่มนี้

2.2 การเข้าสู่งานอาชีพ

การเข้าสู่อาชีพของกลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมโดยส่วนรวมมีที่มาสำคัญจากการขาดโอกาสที่จะเลือกสิ่งที่ดีกว่า (Lack of opportunity for a better choice) จากการสำรวจ พบว่ามีสาเหตุแบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน คือ 1) เกิดจากรับมรดกตกทอดสืบต่ออาชีพจากบรรพบุรุษที่มีอยู่เดิม เช่น มีที่ดินทำกิน มีสวน มีเรือหาปลา หรือเครื่องมือการเกษตรอื่น รวมถึงการถ่ายทอดทางทักษะอาชีพด้วยเป็นต้น ซึ่งไม่ต้องลงทุนใหม่ จึงทำให้เข้าสู่อาชีพนี้โดยปริยาย กลุ่มนี้มีปริมาณต่ำกว่าครึ่งหนึ่งของตัวอย่างทั้งหมด 2) เกิดจากการค้นหาอาชีพใหม่เนื่องจากอาชีพเดิมไม่ประสบผลสำเร็จหรือเกิดจากการย้ายถิ่นที่อยู่ การอพยพจากชนบทแห่งหนึ่งไปสู่ชนบทอีกแห่งหนึ่ง รวมถึงการว่างงานจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจในช่วงที่ผ่านมา ทำให้มีการเปลี่ยนอาชีพใหม่ ๆ เช่น จากพนักงานบริษัทเงินทุนหลักทรัพย์ไปเลี้ยงไก่โดยอาจลงทุนเพิ่มหรือเปลี่ยนพืชที่เคยปลูกไปปลูกพืชชนิดใหม่ที่มีผู้มาชักชวนรับปากจะรับซื้อผลผลิต เช่น มันฝรั่ง ที่เชียงใหม่ กลุ่มนี้จึงมีการเข้าสู่อาชีพโดยการเอาอย่างจากการสร้างแรงจูงใจและการลอกเลียนแบบ (Demonstration effect) มีสัดส่วนกว่าครึ่ง และมักประสบปัญหาในระยะยาวจากการเอาอย่างนั้น

2.3 ระยะเวลาการประกอบอาชีพ

กลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว เพิ่งแยกครอบครัวไม่นานนัก และหากแยกครอบครัวมานานแล้วก็มักเป็นครอบครัวขนาดเล็ก หัวน้ำครอบครัวอายุตัวเฉลี่ยอยู่ในวัยกลางคน คือ ช่วง 30-40 ปี ส่วนอายุงานแตกต่างกันไปตามลักษณะอาชีพและท้องที่ โดยอาชีพกลุ่มทำไร่ ปศุสัตว์ และทำนาจะเข้าสู่อาชีพระยะสั้นกว่า อาชีพประมงและทำสวน เนื่องจากมีการอพยพและส่วนหนึ่งสืบเนื่องจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจโดยกลุ่มทำไร่ ปศุสัตว์ และทำนามีอายุงานไม่เกิน 10 ปี ส่วนกลุ่มอาชีพทำสวนและประมงอายุงานเฉลี่ยมากกว่า 10 ปี นอกจากนี้กลุ่มทำไร่และปศุสัตว์ยังมีแนวโน้มจะปรับเปลี่ยนอาชีพไปเป็นอย่างอื่นได้มากกว่าอาชีพทำสวนและประมง

2.4 การศึกษาเรียนรู้

หัวหน้าครัวเรือนของกลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม ร้อยละ 80-96 จบชั้นประถมศึกษา อีกส่วนหนึ่งราวร้อยละ 14 ไม่ได้เรียนหนังสือ ส่วนสมาชิกในครอบครัวก็มีพื้นฐานความรู้จากโรงเรียนไม่มากกว่าหัวหน้าครัวเรือน ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าพื้นฐานด้านการศึกษาของประชาชนกลุ่มนี้ไม่เกินการศึกษาภาคบังคับของแต่ละยุคที่รัฐกำหนดนั่นเอง

2.5 ภูมิลำเนา

ดังได้กล่าวแล้วข้างต้นว่ากลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมมักเป็นกลุ่มที่มีการอพยพโยกย้ายถิ่นหรือลี้ภัยมาจากอาชีพอื่นอีกด้วย จึงพบว่ามีผู้ย้ายภูมิลำเนาจากที่อื่นกว่าร้อยละ 30 (โดยพบสูงสุดที่สุพรรณบุรีร้อยละ 40.5) และมักไม่ย้ายสามะโนครัวมาทั้งหมดทุกคน คงยังมีแหล่งพำนักตาม ทร. 14 หรือทะเบียนบ้าน 2 แห่ง แม้ว่าจะเจตนาจะมาอยู่เป็นการประจำก็ตาม กรณีเช่นนี้ขึ้นอยู่กับความเข้มงวดหรือเงื่อนไขของการย้ายอีกด้วย เช่น ในเขตนิคมสร้างตนเองมีข้อกำหนดให้ต้องย้ายสามะโนครัวทุกราย เป็นต้น

2.6 ระยะเวลาการทำงานและการพักผ่อน

ระยะเวลาการทำงานของกลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมทั้ง 5 อาชีพโดยรวมไม่มากนักมีลักษณะการทำงานต่ำระดับเนื่องจากประชาชนกลุ่มนี้มักมีที่ดิน ทรัพย์สินเครื่องมือและโอกาสในการทำกินดีกว่าคนกลุ่มอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มอาชีพการเกษตรที่มีภาวะการจ้างงานต่ำและราคาตลาดต่ำ มักไม่จูงใจให้ทำงานมาก

2.7 ค่าตอบแทน

ค่าตอบแทนหรือรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ทำอาชีพกลุ่มนี้ โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ กล่าวคือ เฉลี่ยต่อปีต่อครอบครัวประมาณ 20,000-30,000 บาท และมีรายได้ทางอ้อม ตลอดจนการลดรายจ่ายจากการประกอบอาชีพน้อย ดังนั้นส่งผลให้ครัวเรือนกว่าครึ่งมีรายจ่ายมากกว่ารายได้ (ยกเว้นที่จังหวัดตรัง) นอกจากนี้ยังพบว่า สภาพปัญหาและแนวโน้มของรายได้ยังเป็นไปในทิศทางเดิมหรืออาจรุนแรงมากขึ้นในอนาคตอีกด้วย

ผลกระทบจากรายได้หรือค่าตอบแทนที่ต่ำยังทำให้กลุ่มอาชีพนี้มีหนี้สินถึงราวร้อยละ 65 ของครัวเรือนทั้งหมด

2.8 สวัสดิการในการทำงาน

โดยที่กลุ่มผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมมิได้เป็นลูกจ้างตามกฎหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่มีสภาพเป็นการรับจ้างนอกระบบโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มปศุสัตว์ เลี้ยงไก่ให้บริษัทเจ้าของพันธุ์ไก่

และกลุ่มประมงรับจ้าง ทำให้ไม่ได้รับสิทธิตามกฎหมาย เช่น สิทธิในการประกันตน ตามพ.ร.บ. ประกันสังคม เป็นต้น นอกจากนี้สวัสดิการที่รัฐจัดให้อื่นก็มักไม่มีโอกาสเข้าถึงเนื่องจากขาดข้อมูลข่าวสารดังกล่าวแล้วข้างต้นและขาดแรงจูงใจในการรับสวัสดิการเหล่านั้นโดยตรง

2.9 สภาพการทำงาน

สภาพการทำงานของกลุ่มอาชีพนี้มีความแตกต่างตามลักษณะของแต่ละกลุ่ม ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น แต่พบว่าทุกกลุ่มมีสภาพการทำงานที่มีลักษณะร่วมกันที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ สภาพความไม่แน่นอนของปริมาณงาน กำหนดเวลาในการทำงาน และผลตอบแทนจากการทำงาน ความไม่แน่นอนดังกล่าวก่อให้เกิดความเสียเปรียบและเกิดความท้อแท้ใจตามมาอีกด้วย ตัวอย่างเช่น เกษตรกรที่ปลูกพืชผักที่บริษัทเอกชนมาส่งเสริมในช่วงปีแรก ๆ จะได้กำไรมาก บริษัทจะรับซื้อด้วยราคาที่ตกลงกัน แต่พอปีต่อๆ มาเมื่อมีคนปลูกมากขึ้น อุปทานมาก อุปสงค์ไม่เพิ่มขึ้นราคาก็เริ่มต่ำลงประกอบกับดินเริ่มเสื่อมลงเนื่องจากปลูกพืชชนิดเดิมซ้ำที่เดิม ผลผลิตก็เริ่มตก ศัตรูพืชเริ่มรบกวน เกษตรกรจะประสบปัญหาหลายด้านตามมา สภาพการทำงานจึงอยู่ภายใต้ความบีบคั้นและขาดกำลังใจ ขาดความหวังมีแต่ความวิตกกังวล แม้สภาพการทำงานทางกายภาพดูไม่เปลี่ยนแปลงมากแต่ทางด้านจิตใจสภาพแวดล้อมของการทำงานเสื่อมโทรม อาจทำให้เป็นผลเสียต่อสุขภาพได้อีกทางหนึ่ง

2.10 ปัญหาอื่น ๆ จากการทำงาน

นอกเหนือจากปัญหาที่เกิดขึ้นตามลักษณะของการทำงาน สภาพการทำงานแล้ว กลุ่มอาชีพนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับอาชีพ ที่สำคัญดังนี้

1) ขาดการรวมกลุ่มและการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากกลุ่มอาชีพ โดยที่กลุ่มอาชีพนี้ไม่สามารถรวมตัวกันได้ง่าย ด้วยข้อจำกัดด้านพื้นฐานหลายประการดังกล่าวมาแล้ว จึงพบว่า การเข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มต่าง ๆ น้อยมากเพียงประมาณ ร้อยละ 10 ของครัวเรือนทั้งหมด ดังนั้นส่วนที่เหลือราวร้อยละ 90 จึงไม่มีโอกาสได้รับประโยชน์จากการรวมกลุ่ม ส่วนครัวเรือนที่เข้าร่วมกลุ่มราวร้อยละ 10 นั้น ยังขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่มอีกเป็นส่วนใหญ่ด้วย ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับประโยชน์ทั้งครัวเรือนที่เข้าร่วมกลุ่มและไม่เข้าร่วมกลุ่มโดยส่วนใหญ่จึงมีน้อยมาก

ปัจจุบันการเข้าร่วมกลุ่มถือเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นของการที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ตามนโยบายต่าง ๆ เช่น กองทุนหมู่บ้านเดิม หมู่บ้าน กขค. และกองทุนหมู่บ้านละ 1 ล้านบาทตามนโยบายใหม่ ดังนั้นจึงเท่ากับกลุ่มอาชีพนี้ถูกตัดสิทธิจากนโยบายด้านกองทุนไปโดยปริยายนั่นเอง

2) มีความพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองที่ยุ่งยากและมีค่าใช้จ่ายสูง เมื่อขาดข้อมูลข่าวสาร ขาดความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านจากการรวมกลุ่มต่าง ๆ ทำให้ประชาชนกลุ่มอาชีพนี้ต้องพยายามช่วยเหลือตนเองโดยทางตรงและทางอ้อม การช่วยตนเองด้านสุขภาพทางตรงได้แก่ การใช้บริการสาธารณสุขจากร้านขายยาและคลินิกใกล้บ้าน ซึ่งมักมีราคาแพงและขาดความต่อเนื่องเพราะไม่มีค่ารักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องครบถ้วน สำหรับการช่วยตนเองทางอ้อมก็ได้แก่ การหาทางออกโดยดื่มเหล้า สูบ

บุหรื กินยาแก้ปวด แก้เมื่อย ยาคลายเส้นหรือใช้สารกระตุ้นอื่น ๆ ทำให้เสียเงินและผลเสียแก่สุขภาพตามมาก

3) ขาดความตระหนักในการป้องกันส่งเสริมให้มีความสำคัญและการรักษา ประชาชนกลุ่มนี้ก็เช่นเดียวกับเกษตรกรทั่วไปที่ขาดความเข้าใจเรื่องการป้องกันสุขภาพและมองว่าการป้องกันเป็นการลงทุน การดำเนินการเกินความจำเป็น ตัวอย่างเช่น การทำงานขาดเครื่องมือป้องกัน เช่น สวมถุงมือ ใส่แว่น ใส่หมวก หรือขาดความระมัดระวังป้องกันภัย ไปจนถึงประมาทจนเป็นนิสัย เมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือปัญหาค่อยคิด แก้ไขและถือว่าเป็นความโชคร้าย เป็นเวรกรรม มากกว่าการมองถึงความประมาท ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่จะแนะนำให้เปลี่ยนพฤติกรรมหรือเข้าใจเรื่องการป้องกันส่งเสริมได้ง่าย จะต้องมีการกระบวนการสร้างความเข้าใจที่มากกว่าสื่อธรรมดา

2.11 ความเสี่ยงในอาชีพ

ความเสี่ยงในการทำงานที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอาจแยกได้เป็น 2 ด้าน คือ 1) ความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพจากการทำงานโดยตรง เช่น อุบัติเหตุจากเครื่องจักร เครื่องมือในงานและ 2) อันตรายที่เกิดจากมลพิษของสภาพแวดล้อมทำให้เกิดโรคจากการทำงาน เช่น สารพิษ หรือโรคเครียด เป็นต้น

พบว่า อาชีพกลุ่มนี้มีความเสี่ยงทั้ง 2 ด้าน ทั้งนี้ในด้านแรกแล้วแต่ลักษณะงาน เช่น อาชีพประมงมีความเสี่ยงจากพายุ อาชีพทำไร่ต้องทำงานในสภาพก้ม และใช้กำลังมาก ทำให้ปวดเมื่อย เป็นต้น ความเสี่ยงต่อสุขภาพลักษณะแรกนี้มีในระดับไม่มากนัก แต่ความเสี่ยงลักษณะหลังนับว่าทุกกลุ่มอาชีพมีความเสี่ยงสูง ทั้งนี้เนื่องจากค่านิยมในการทำการเกษตรในปัจจุบันของเกษตรกรทุกกลุ่มเน้นผลผลิตสูงโดยลงทุนใช้สารเคมีอย่างเต็มที่ ดังนั้นเกษตรกรกลุ่มนี้ใช้ยาปราบศัตรูพืช ปุ๋ย ยาฆ่าแมลงในอัตราสูง ประกอบกับขาดความรู้ความเข้าใจและค่านิยมรักความสะดวกทำให้ใช้สารเคมีโดยขาดการป้องกันและเป็นประจำทำให้ความเสี่ยงสูงนั่นเอง

2.12 การคุ้มครองสิทธิ

การคุ้มครองสิทธิของกลุ่มอาชีพนี้มีลักษณะแตกต่างกันไปตามอาชีพ กล่าวคือ อาชีพที่มีลักษณะเสี่ยงต่อความเสียหายในทรัพย์สินมากจะมีระบบการคุ้มครองสิทธิหรือเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิมากกว่าอาชีพที่ไม่เสี่ยงกรณีกลุ่มอาชีพทั้ง 5 พบว่า อาชีพกลุ่มปศุสัตว์และกลุ่มประมงเกี่ยวข้องกับระบบคุ้มครองสิทธิมากกว่าอาชีพเกษตรกรอื่นอีก 3 อย่างคือ ทำนา ทำไร่ และทำสวน

การคุ้มครองสิทธิดังกล่าวมีเพียงด้านเดียวคือ ด้านพึ่งพาแบบนายกับลูกน้อง (Patron – client) พบว่า ไม่มีระบบการคุ้มครองทางกฎหมาย การคุ้มครองมักเกิดขึ้นภายหลังจากมีปัญหาที่ประชาชนกลุ่มอาชีพนี้ พบและไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้โดยสะดวก ปัญหาดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่ด้านเศรษฐกิจ สังคม ไปจนถึงปัญหาสุขภาพ ผู้ที่ทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิจึงมีหลากหลายและมักเกี่ยวโยงกับการประกอบอาชีพ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำท้องถิ่น พ่อค้าขายวัสดุการเกษตรไปจนถึงนายทุนเงินกู้ และผู้ค้ายาเสพติด เนื่องจากการไม่มีทางเลือก ไม่มีการรวมกลุ่ม ขาดที่ปรึกษาและความเป็นตัวของตัวเอง

3. ข้อเสนอแนะทั่วไป

โดยที่ผู้ทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมส่วนใหญ่ มีลักษณะเป็นกลุ่มประชาชนริมขอบที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา คือมีการหมุนเวียนเข้าไปอยู่ในวงจรได้ และอาจหลุดออกจากวงจรได้ในเวลาต่างๆ แต่ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะเข้าสู่วงจรแล้วยากที่จะหลุดพ้นจากวงจร สภาพปัญหาของคนกลุ่มนี้มีหลากหลายด้าน แต่ละด้านมีความสัมพันธ์กันและส่งผลกระทบต่อกัน ดังนั้นการแก้ไขจึงเป็นเรื่องยากโดยพื้นฐาน เนื่องจากมีความซับซ้อนโดยธรรมชาติของตัวปัญหาแต่ละด้านเอง และยังต้องการการแก้ไขในลักษณะองค์รวม ดังนี้

1) การจัดระบบการระบุและจำแนกกลุ่มประกันสุขภาพพิเศษ (Identification and classification)

ตราบไต่ที่ยังไม่ทราบว่าเป็นใครอยู่ที่ไหนบ้างในพื้นที่ระดับชุมชนหมู่บ้านและตำบล ย่อมยากที่จะแก้ไขใดๆ ในขั้นต่อไป ดังนั้นจึงต้องมีระบบการสำรวจค้นหาโดยจัดทำเกณฑ์ประเมินในระดับตำบล ทั้งนี้เกณฑ์ดังกล่าวควรมีตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงตามลักษณะกลุ่มอาชีพ แล้วพัฒนาเกณฑ์วัดนี้ เพื่อนำไปใช้สำรวจต่อไป

จากนั้นจึงนำเกณฑ์มาใช้สำรวจ เพื่อจัดทำบัญชีจำแนกกลุ่มในระดับครัวเรือน โดยใช้พื้นที่แต่ละ อบต. เป็นเขตการจัดระบบและระบุจำแนกกลุ่ม ดังนั้นเทศบาล อบต. และสภาตำบลแต่ละแห่งจะมีระบบบัญชีนี้ ทั้งนี้โดยมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริงทุก 6 เดือน การตรวจสอบและรับรองบัญชีอาจมีคณะกรรมการสวัสดิการสังคมระดับท้องถิ่น ทำหน้าที่ดูแลรับผิดชอบเรื่องนี้

2) การกำหนดหน่วยงานร่วมรับผิดชอบ (Associated Responsible Organizations)

ในเรื่องนี้ สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุขหรือแม้กระทั่งกระทรวงสาธารณสุขไม่ควรมองว่าตนเป็นผู้รับผิดชอบในงานประกันสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ แต่ควรดำเนินการเรื่องนี้ตามแนวทางการถ่ายโอนอำนาจลงสู่ท้องถิ่น ดังนั้นหน่วยงานรับผิดชอบพื้นฐานในอนาคตก็คือ กรุงเทพมหานคร เทศบาล และ อบต. โดยมีหน่วยงานด้านการประกันสังคม การประกันสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมอาชีพเข้ามารับผิดชอบในลักษณะร่วมมือดำเนินการตลอดจนกำกับดูแล โดยหน่วยงานส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าของเรื่องหลัก

3. การดำเนินงานจัดการประกันสุขภาพใช้ระบบ AFP (Area, Function and Participation)

ในระยะเริ่มแรก เทศบาลขนาดเล็ก และองค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ยังไม่สามารถรับผิดชอบดูแลบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในฐานะเจ้าของเรื่องได้ จึงจำเป็นต้องมีกระบวนการถ่ายทอดให้มีการรับรู้ เข้าใจแนวคิดแนวทางปฏิบัติและมีระบบบริหาร จัดการในลักษณะมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมรับผิดชอบในพื้นที่เดียวกันได้ จนกระทั่งเมื่อมีการปฏิบัติในลักษณะหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบมารวมมือปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมโดยเทศบาล หรือ อบต. ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในฐานะเจ้าของพื้นที่

ที่ไประยะหนึ่งแล้ว จึงให้ อบต. เข้ามามีบทบาทในการวางแผน กำหนดแผนดำเนินงาน และประสานแผน ในขั้นการปฏิบัติในฐานะเจ้าของเรื่องมากขึ้น เพื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพจะสามารถ เปลี่ยนบทบาทไปทำหน้าที่กำกับดูแล สนับสนุนและติดตามประเมินผลต่อไป

4) การกำหนดเกณฑ์การประกันสุขภาพ

ในการกำหนดเกณฑ์การประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ทำงานนอกระบบภาคเกษตรกรรม ควรพิจารณาโยบายการประกันสุขภาพในภาพรวมประกอบโดยมีมาตรฐานที่สอดคล้องสัมพันธ์กับการประกันสุขภาพในกลุ่มอื่นๆ ด้วย ทั้งนี้ควรเน้นระบบประกันสุขภาพที่มีใช้การให้เปล่า และเป็นระบบที่ส่งเสริมทั้งทางตรงและทางอ้อมให้ผู้เอาประกัน หรือผู้ประกันตนมีการดูแลสุขภาพในเบื้องต้นด้วยตนเองและระหว่างสมาชิกในครอบครัวไปจนถึงระหว่างเพื่อนบ้าน และชุมชนในเขตพื้นที่ตำบล หรือตำบลใกล้เคียงอีกด้วย กล่าวคือ การประกันสุขภาพจะต้องครอบคลุมถึงบริการด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นสำคัญ เช่น รวมบริการประกันสุขภาพถึงเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปีและการรับบริการเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคหรือผลเสียต่อสุขภาพตามมา

นอกจากนี้เกณฑ์ยังควรกำหนดมาตรการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และกระตุ้นให้ผู้ประกันตนที่เอาใจใส่ป้องกันส่งเสริมสุขภาพมิให้เกิดการเจ็บป่วย ได้รับประโยชน์หรือมีแรงจูงใจให้เห็นความสำคัญ ในพฤติกรรมป้องกันส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวอีกด้วย เพราะเขาเหล่านั้นสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ให้แก่ชุมชนในภาพรวมได้

5) การจัดเก็บค่าประกันสุขภาพ

โดยที่กลุ่มผู้ทำงานนอกระบบภาคเกษตรกรรมส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอน และไม่สามารถ กำหนดช่วงเวลาของการมีรายได้เช่นเดียวกับผู้รับเงินเดือนค่าจ้างได้ ดังนั้นการจัดเก็บเงินสำหรับค่าประกันสุขภาพจึงควรจัดเก็บเป็นรายปี โดยจัดเก็บในช่วงฤดูขายผลผลิต หรือช่วงที่มีรายได้ของคนส่วนใหญ่แต่ละพื้นที่ จะทำให้เกิดความสะดวกและสอดคล้องกับความสามารถในการจ่ายค่าประกันเชิงฤดูกาล (Seasoning ability to pay) มากกว่าการจ่ายรายเดือนเช่นเดียวกับการประกันสังคม ทั้งนี้จะเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการจัดการลงได้อีกส่วนหนึ่งด้วย เนื่องจากมีการจัดเก็บน้อยครั้ง และยังสามารถนำค่าใช้จ่ายรายปีมาจัดการด้านการเงินการบัญชีให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้อีกด้วย

สำหรับช่วงเวลาจัดเก็บเมื่อหาข้อสรุปว่า ผู้ประกันตนส่วนใหญ่ของแต่ละท้องที่ที่ต้องการให้จัดเก็บค่าประกันสุขภาพรายปีในช่วงเดือนใดแล้วก็ควรทำการจัดเก็บให้มีประสิทธิภาพโดยมีการวางแผนประชาสัมพันธ์ ธรุณกร้อย่างจริงจัง ทั้งนี้พบว่า ผู้ประกันตนบางส่วนที่ยังอาจไม่พร้อมก็เก็บเงินได้ขณะนั้นก็ตาม สามารถใช้เครดิต และยืมดีจ่ายค่าประกันสุขภาพได้ เช่นเดียวกับการใช้เครดิตจัดหาปัจจัยการผลิตในฤดูทำการเกษตรนั่นเอง

6) ผู้รับผิดชอบจัดเก็บค่าประกันสุขภาพ

ในการจัดเก็บค่าประกันสุขภาพซึ่งเป็นภาระสำคัญอีกประการหนึ่งนั้น ควรมอบหมายให้เทศบาลและ อบต. ทำหน้าที่จัดเก็บเนื่องจากมีระบบบัญชีเป็นพื้นฐาน มีความรู้จักคุ้นเคยใกล้ชิดกับผู้ประกันตน และทราบถึงช่วงฤดูกาลในการจัดเก็บค่าประกันในรอบปี ทั้งนี้ควรมีระบบจูงใจให้ อบต. ดำเนินการให้มีประสิทธิภาพ

ส่วนเมื่อจัดเก็บแล้วจะนำส่งให้กองทุนประกันสุขภาพต่อไปอย่างไรจึงเหมาะสมขึ้นอยู่กับระบบ เกณฑ์ และวิธีการของระเบียบกองทุนเป็นสำคัญ

7) ระดับความสามารถในการจ่ายค่าประกันสุขภาพ

ความสามารถในการจ่ายเพื่อระบบประกันสุขภาพนั้นยากแก่การกำหนดให้เหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นกับกลุ่มอาชีพและสภาพทางเศรษฐกิจแต่ละช่วงเวลา แต่จากการสำรวจอาจประเมินได้ว่าค่าประกันสุขภาพที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 300-500 บาทต่อครอบครัวต่อปี

8) การติดตามประเมินผลระบบประกันสุขภาพ

ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพจำเป็นต้องมีกลไกและมาตรการกำกับติดตามและประเมินผล ทั้งระหว่างดำเนินการแต่ละกิจกรรมของการประกันสุขภาพ และแต่ละช่วงเวลา เช่น ระยะแรกอาจต้องทำการประเมินติดตามผลค่อนข้างบ่อย เมื่อระบบเข้าที่แล้วอาจมีการติดตามประเมินปีละครั้งเป็นต้น และเมื่อได้ผลการประเมินแล้วควรนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงระบบการประกันสุขภาพให้เต็มที่อีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. 2543. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง. แหล่งที่มา
<http://www.dlpw.go.th/4.1.31.html> วันที่ 10 พฤศจิกายน 2543.
- จักรพันธ์ ตระการศาสตร์. 2536. ความคาดหวังของพัฒนาการที่มีต่อรูปแบบภาวะผู้นำของพัฒนาการ
 อำเภอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธีรยุทธ บุญแผ้วผล และชาริษา ศรีกฤษณพล (ผู้เรียงเรียง). มปป. ปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้
 ระบบต่าง ๆ. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.
- นภดล ธิยะใจ. 2523. การเสนอขายแรงงานนอกการเกษตรของครอบครัวเกษตรกร. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาโท มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. หน้า 8.
- วิจิตรา วิเชียรชม. 2538. หลักกฎหมายประกันสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน. หน้า 15.
- วิชณี บุญนาค. 2530. การระดมพลังและการเข้าร่วมการคัดค้านการสร้างกระเช้าลอยฟ้าดอยสุเทพ:
 การศึกษาแนวคิดวิทาสังคม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. หน้า 13-14.
- ศักดิ์ศรี บริบาลบรรพตเขตต์. 2535. ระบบความมั่นคงทางสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
 ธรรมศาสตร์.
- สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ 16. 2535. ดาวเทียมเพื่อการเกษตร. แหล่งที่มา
<http://www.kanchanapisek.or.th/kp6/book 16/chapter 9/chap 9.htm>. วันที่ 10
 พฤศจิกายน 2543.
- เสาวลักษณ์ ภูมิวิสนะ. 2539. แนวคิดในการวิจัยเพื่อพัฒนาการเกษตร. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะ
 กรรมการวิจัยแห่งชาติ. หน้า 53-100.
- Bromlay, Ray. 1978. Introduction to the Urban Informal Sector : Why is it worth Discussing
 World Development Vol. 6 No. 9/10, 1978.
- Sanyal, Bishwapriya. 1986” “The Informal Sector and Small Scale Enterprise” Issues in
 Grassroots Development, Inter-American Foundation Oct. 1986.

ภาคผนวก

ตารางที่ 1 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามจำนวนสมาชิก

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	จังหวัด				
	เชียงใหม่ (n=51)	ตรัง (n=51)	ขอนแก่น (n=50)	สุพรรณบุรี (n=50)	รวม (n=202)
2-3 คน	54.9	29.4	20	30	33.2
4-5 คน	35.3	49.0	62	52	44.1
มากกว่า 6 คน	9.8	21.6	18	18	22.7
รวม	100	100	100	100	100

ตารางที่ 2 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามเพศหัวหน้าครัวเรือน

เพศ(หัวหน้าครัวเรือน)	จังหวัด				
	เชียงใหม่ (n=51)	ตรัง (n=51)	ขอนแก่น (n=50)	สุพรรณบุรี (n=50)	รวม (n=202)
ชาย	94.1	92.2	90.0	84.0	90.6
หญิง	5.9	7.8	10.0	16.0	9.4
รวม	100	100	100	100	100

ตารางที่ 3 ร้อยละของครัวเรือนแยกการตั้งหลักปักฐาน

การตั้งหลักปักฐาน	จังหวัด				
	เชียงใหม่ (n=51)	ตรัง (n=51)	ขอนแก่น (n=50)	สุพรรณบุรี (n=50)	รวม (n=202)
ภูมิลำเนา					
เป็นคนในพื้นที่ดั้งเดิม	80.4	70.6	66.0	59.5	69.8
ย้ายมาจากที่อื่น	19.6	29.4	34.0	40.5	30.2
ลักษณะการโยกย้าย					
ไม่ย้ายสามะโนครัว	10.0	26.7	0.0	23.5	15.3
ย้ายสามะโนครัวบางคน	0.0	40.0	23.5	29.4	25.4
ย้ายสามะโนครัวมาทั้งครอบครัว	90.0	33.3	76.5	47.1	59.3
ลักษณะของการอยู่อาศัยในพื้นที่					
อยู่ประจำ	96.1	100	100	90.0	96.5
อยู่ชั่วคราว	3.9	0.0	0.0	10.0	3.5

ตารางที่ 4 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามศาสนา

ศาสนา	จังหวัด				
	เชียงใหม่ (n=51)	ตรัง (n=51)	ขอนแก่น (n=50)	สุพรรณบุรี (n=50)	รวม (n=202)
พุทธ	84.3	47.1	100	100	82.7
อิสลาม	0.0	49.0	0.0	0.0	12.3
คริสต์	15.7	3.9	0.0	0.0	5.0

ตารางที่ 5 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามสภาพที่อยู่อาศัย

สภาพที่อยู่อาศัย	จังหวัด				
	เชียงใหม่ (n=51)	ตรัง (n=51)	ขอนแก่น (n=50)	สุพรรณบุรี (n=50)	รวม (n=202)
กรรมสิทธิ์ในบ้าน					
ของตนเอง	96.0	84.3	96.0	80.0	89.2
เช่า	0.0	2.0	0.0	11.1	3.1
อาศัยอยู่กับผู้อื่น	4.0	2.0	4.0	4.5	3.6
เป็นที่ของนายจ้าง	0.0	7.8	0.0	2.2	2.6
เป็นที่ของราชการ	0.0	3.9*	0.0	2.2**	1.5
ขนาดของพื้นที่อยู่อาศัย					
เฉลี่ย(ตารางเมตร)	216.9	54	200	114	233
ต่ำสุด(ตารางเมตร)	15	3	16	20	3
สูงสุด(ตารางเมตร)	1,600	720	4,000	1,600	4,000
จำนวนห้องพัก					
เฉลี่ย(ตารางเมตร)	2	2	2	2	2
ต่ำสุด(ตารางเมตร)	1	ไม่มีห้อง	1	ไม่มีห้อง	ไม่มีห้อง
สูงสุด(ตารางเมตร)	4	6	4	5	6
สภาพของที่พักซึ่งมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ					
1) ความสะอาดภายในบ้าน					
ไม่มีผลกระทบ	50.0	56.9	30.0	30.6	42.0
มีผลกระทบน้อย	40.0	29.4	50.0	53.1	43.0
มีผลกระทบมาก	10.0	13.7	20.0	16.3	15.0
2) ความสะอาดโดยรอบบ้าน					
ไม่มีผลกระทบ	54.0	47.1	28.0	38.0	41.8
มีผลกระทบน้อย	38.0	39.2	54.0	48.0	44.8
มีผลกระทบมาก	8.0	13.7	18.0	14.0	13.4
3) การถ่ายเท/ระบายอากาศ					
ไม่มีผลกระทบ	74.0	66.7	44.0	42.0	56.7
มีผลกระทบน้อย	26.0	27.5	36.0	34.0	30.8
มีผลกระทบมาก	0.0	5.9	20.0	24.0	12.4
4) ความมั่นคงแข็งแรง					
ไม่มีผลกระทบ	83.7	70.5	62.0	40.0	64.0
มีผลกระทบน้อย	16.3	27.5	34.0	46.0	31.0
มีผลกระทบมาก	0.0	2.0	4.0	14.0	5.0
5) สภาพแวดล้อมของชุมชน					
ไม่มีผลกระทบ	71.4	54.9	32.0	34.0	48.0
มีผลกระทบน้อย	24.5	33.3	40.0	50.0	37.0
มีผลกระทบมาก	4.1	11.8	28.0	16.0	15.0

* เป็นที่ของกรมเจ้าท่า, ** อยู่ในพื้นที่ป่าสงวน

ตารางที่ 6 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามสภาพเศรษฐกิจ

สภาพทางเศรษฐกิจ	จังหวัด				
	เชียงใหม่ (n=51)	ตรัง (n=51)	ขอนแก่น (n=50)	สุพรรณบุรี (n=50)	รวม (n=202)
การถือครองที่ดิน					
ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่ดิน	51.1	33.3	16.0	44.9	37.4
มี ประเภท	48.9	66.7	84.0	55.1	62.6
โฉนด	90.9	62.0	29.3	88.9	63
สปก.	0.0	3.5	34.1	7.4	13.5
นส.3	9.1	31.0	24.4	0.0	17.6
สด.1	0.0	3.5	4.9	3.7	3.4
ภบท.5	0.0	0.0	7.3	0.0	2.5
รายได้จากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม					
เป็นรายได้ทั้งหมดของครอบครัว	72.5	58.8	14.0	76.0	55.4
เป็นรายได้มากกว่าร้อยละ 50 ของครอบครัว	23.5	37.3	56.0	18.0	33.7
เป็นรายได้น้อยกว่าร้อยละ 50 ของครอบครัว	4.0	3.9	30.0	6.0	10.9
รายได้ของครอบครัวต่อปี					
น้อยกว่า 10,001 บาท	5.9	27.5	24.0	20.0	19.3
10,001-30,000 บาท	35.3	33.3	42.0	30.0	35.1
30,001-50,000 บาท	25.5	19.6	22.0	10.0	19.3
50,001-70,000 บาท	9.8	7.8	10.0	14.0	10.4
70,001-90,000 บาท	2.0	3.9	2.0	6.0	3.5
มากกว่า 90,000 บาท	21.5	7.8	0.0	20.0	12.4
รายได้เปรียบเทียบรายจ่าย					
รายได้มากกว่ารายจ่าย	22.0	15.7	8.0	26.0	17.9
รายได้เท่ากับรายจ่าย	28.0	47.0	16.0	28.0	29.9
รายได้น้อยกว่ารายจ่าย	50.0	37.3	76.0	46.0	52.2
แนวโน้มรายได้ของครอบครัวในอนาคต 2-3 ปี					
ลดลง	11.8	5.9	8.0	20.0	11.4
เท่าเดิม	82.4	68.6	70.0	44.0	66.3
เพิ่มขึ้น	5.9	25.5	22.0	36.0	22.3
รูปแบบการออมเงิน					
ไม่มีเงินออม	78.4	47.1	72.0	76.0	68.3
เล่นแชร์	0.0	7.8	0.0	4.0	3.0
ฝากสหกรณ์	0.0	3.9	2.0	2.0	2.0
ฝากกลุ่ม	2.0	21.6	12.0	0.0	8.9
ธนาคาร	19.6	17.6	10.0	18.0	16.3
เก็บไว้ที่บ้าน	0.0	2.0	4.0	0.0	1.5

ตารางที่ 7 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามภาวะหนี้สินและการเสี่ยงโชค

หนี้สิน	จังหวัด				
	เชียงใหม่ (n=51)	ตรัง (n=51)	ขอนแก่น (n=50)	สุพรรณบุรี (n=50)	รวม (n=202)
หนี้สิน					
ไม่มี	39.2	31.4	28.0	38.0	34.2
มี	60.8	68.6	72.0	62.0	65.8
กู้เพื่อประกอบอาชีพ	56.9	45.1	64.0	62.0	56.9
กู้เพื่อรักษาสุขภาพ	7.8	13.7	2.0	24.0	11.9
กู้เพื่อการศึกษา	13.7	17.6	12.0	2.0	11.4
กู้เพื่อการอุปโภคบริโภค	13.7	29.4	18.0	16.0	19.3
แหล่งสินเชื่อ					
ธกส.	47.1	35.3	16.0	28.0	31.7
ธนาคารพาณิชย์	0.0	2.0	0.0	4.0	1.5
กลุ่ม/สหกรณ์	11.8	13.7	48.0	16.0	22.3
เพื่อนบ้าน/ญาติพี่น้อง	2.0	25.5	14.0	22.0	15.8
นายทุน	2.0	11.8	0.0	12.0	6.4
กองทุนหมู่บ้าน	5.9	2.0	2.0	6.0	4.0
การเสี่ยงโชคในครอบครัว					
ไม่มี	60.8	29.4	56.0	70.0	55.6
มี	39.2	70.6	44.0	30.0	44.4
ค่าใช้จ่ายในการเสี่ยงโชคต่อเดือน					
เฉลี่ย (บาทต่อเดือน)	159.4	152	209	363	223
ต่ำสุด (บาทต่อเดือน)	40	15	20	40	15
สูงสุด (บาทต่อเดือน)	500	1,000	1,500	2,500	2,500

ตารางที่ 8 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัย

ความเชื่อในการดูแลสุขภาพอนามัย	จังหวัด				
	เชียงใหม่ (n=51)	ตรัง (n=51)	ขอนแก่น (n=50)	สุพรรณบุรี (n=50)	รวม (n=202)
การป้องกัน					
เป็นวิทยาศาสตร์	52.9	74.5	100	30.0	64.4
ไม่เป็นวิทยาศาสตร์	9.8	5.9	0.0	12.0	6.9
การรักษา					
เป็นวิทยาศาสตร์	98.0	92.2	100	80.0	92.6
ไม่เป็นวิทยาศาสตร์	13.7	2.0	2.0	14.0	7.9

ตารางที่ 9 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามสถานภาพทางสังคม

สถานภาพทางสังคม	จังหวัด				
	เชียงใหม่ (n=51)	ตรัง (n=51)	ขอนแก่น (n=50)	สุพรรณบุรี (n=50)	รวม (n=202)
ระดับการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือน					
ไม่ได้รับการศึกษา	25.5	19.6	0.0	12.0	14.4
ประถมศึกษาปีที่ 4	51.0	49.0	70.0	72.0	60.4
ประถมศึกษาปีที่ 6	13.6	15.7	20.0	12.0	15.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	5.9	7.8	10.0	2.0	6.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0.0	5.9	0.0	2.0	2.0
ปริญญาตรี	2.0	2.0	0.0	0.0	1.0
อนุปริญญา	2.0	0.0	0.0	0.0	0.5
สถานภาพสมรสของหัวหน้าครัวเรือน					
โสด	3.9	2.0	2.0	8.0	4.0
สมรสอยู่ด้วยกัน	80.4	94.1	90.0	74.0	84.7
สมรสแยกกันอยู่	2.0	0.0	0.0	2.0	1.0
หย่าร้าง	0.0	0.0	0.0	4.0	1.0
ม่าย(เสียชีวิต)	13.7	3.9	8.0	12.0	9.4
ตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนของสมาชิก					
ไม่มีตำแหน่ง	88.2	82.3	74.0	76.0	80.2
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	0.0	0.0	2.0	0.0	0.5
อบต.	0.0	2.0	0.0	0.0	0.5
กรรมการ	2.0	5.9	14.0	8.0	7.4
สมาชิกกลุ่ม	7.8	9.8	10.0	16.0	10.6
ประธานกลุ่ม	2.0	0.0	0.0	0.0	0.5

ตารางที่ 10 พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (เชียงใหม่)

ลักษณะพฤติกรรมเสี่ยง	จำนวนสมาชิกเฉลี่ย	ร้อยละและระดับความถี่				
		มี	2-3 เดือนครั้ง	เดือนละ 2-3 ครั้ง	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	ทุกวัน
● การสูบบุหรี่	1	58.8	3.9	2.0	9.8	43.1
● การดื่มสุรา	1	70.6	29.4	15.7	13.7	11.8
● การพนัน	1	11.8	3.9	3.9	2.0	2.0
● การใช้จ่ายสุก้าง	1	19.6	5.9	3.9	7.8	2.0
● การใช้จ่ายแก้ปวด	2	54.9	33.3	17.6	3.9	0.0
● การใช้จ่ายแก้เมื่อย/คลายเส้น	1	9.9	5.9	2.0	2.0	0.0
● การใช้สารกระตุ้น	1	2.0	0.0	2.0	0.0	0.0
● การนอนพักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน	1	21.5	7.8	9.8	3.9	0.0

ตารางที่ 11 พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (ตัง)

ลักษณะพฤติกรรมเสี่ยง	จำนวนสมาชิกเฉลี่ย	ร้อยละและระดับความถี่				
		มี	2-3 เดือนครั้ง	เดือนละ 2-3 ครั้ง	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	ทุกวัน
• การสูบบุหรี่	1	64.7	5.9	2.0	17.6	39.2
• การดื่มสุรา	1	37.3	3.9	15.7	11.8	5.9
• การพนัน	1	3.9	0.0	3.9	0.0	0.0
• การไชยาชูกำลัง	1	19.6	5.9	3.9	7.8	2.0
• การไชยาแก้ปวด	2	84.3	21.6	39.2	23.5	0.0
• การไชยาแก้เมื่อย/คลายเส้น	1	21.6	7.8	3.9	9.8	0.0
• การใช้สารกระตุ้น	1	5.9	0.0	2.0	2.0	2.0
• การนอนพักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน	1	31.4	2.0	2.0	9.8	17.6

ตารางที่ 12 พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (ขอนแก่น)

ลักษณะพฤติกรรมเสี่ยง	จำนวนสมาชิกเฉลี่ย	ร้อยละและระดับความถี่				
		มี	2-3 เดือนครั้ง	เดือนละ 2-3 ครั้ง	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	ทุกวัน
• การสูบบุหรี่	2	80.0	2.0	0.0	0.0	78.0
• การดื่มสุรา	2	72.0	46.0	18.0	2.0	6.0
• การพนัน	2	10.0	2.0	6.0	2.0	0.0
• การไชยาชูกำลัง	1	34.0	18.0	4.0	4.0	8.0
• การไชยาแก้ปวด	4	50.0	32.0	18.0	0.0	0.0
• การไชยาแก้เมื่อย/คลายเส้น	2	10.0	2.0	6.0	2.0	0.0
• การใช้สารกระตุ้น	1	2.0	0.0	2.0	0.0	0.0
• การนอนพักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน	3	30.0	4.0	0.0	4.0	22.0

ตารางที่ 13 พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (สุพรรณบุรี)

ลักษณะพฤติกรรมเสี่ยง	จำนวนสมาชิกเฉลี่ย	ร้อยละและระดับความถี่				
		มี	2-3 เดือนครั้ง	เดือนละ 2-3 ครั้ง	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	ทุกวัน
• การสูบบุหรี่	1	62.0	0.0	2.0	10.0	50.0
• การดื่มสุรา	2	60.0	16.0	16.0	20.0	8.0
• การพนัน	1	6.0	0.0	0.0	4.0	2.0
• การไชยาชูกำลัง	2	52.0	8.0	18.0	14.0	12.0
• การไชยาแก้ปวด	3	70.0	28.0	10.0	24.0	8.0
• การไชยาแก้เมื่อย/คลายเส้น	2	24.0	12.0	2.0	6.0	4.0
• การใช้สารกระตุ้น	2	10.0	0.0	0.0	4.0	6.0
• การนอนพักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน	2	22.0	2.0	2.0	8.0	10.0

ตารางที่ 14 พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (ภาพรวม)

ลักษณะพฤติกรรมเสี่ยง	จำนวนสมาชิกเฉลี่ย	ร้อยละและระดับความถี่				
		มี	2-3 เดือนครั้ง	เดือนละ 2-3 ครั้ง	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	ทุกวัน
• การสูบบุหรี่	1	66.3	3.0	1.5	9.4	52.5
• การดื่มสุรา	1	59.9	23.8	16.3	11.9	7.9
• การพนัน	1	7.9	1.5	3.5	2.0	1.0
• การใช้จ่ายชู้กำลัง	1	31.2	9.4	7.4	8.4	5.9
• การใช้จ่ายแก้ปวด	2	64.9	28.7	21.3	12.9	2.0
• การใช้จ่ายแก้เมื่อย/คลายเส้น	2	26.3	6.9	3.5	5.0	1.0
• การใช้สารกระตุ้น	1	5.0	0.0	1.5	1.5	2.0
• การนอนพักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน	2	26.2	4.0	3.5	6.4	12.4

ตารางที่ 15 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ

ความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ	จังหวัด				
	เชียงใหม่ (n=51)	ตรัง (n=51)	ขอนแก่น (n=50)	สุพรรณบุรี (n=50)	รวม (n=202)
ลักษณะการออกแรงในการทำงานต่อครั้ง					
ไม่มี	2.0	0.0	36.0	0.0	9.4
น้อย	3.9	13.7	4.0	12.0	8.4
ปานกลาง	51.0	39.2	28.0	44.0	40.6
มาก	43.1	47.1	32.0	44.0	41.6
อันตรายที่เกิดจากการใช้ท่าทางในการทำงาน					
ไม่มี	5.9	9.8	32.0	12.0	14.8
น้อย	15.7	9.8	0.0	12.0	9.4
ปานกลาง	49.0	37.3	48.0	32.0	41.6
มาก	29.4	43.1	20.0	44.0	34.2
การใช้ยาฆ่าแมลงและยาปราบศัตรูพืช					
ไม่ใช้	31.4	70.6	44.0	18.0	41.1
ใช้ปีละ 1-2 ครั้ง	15.7	11.8	30.0	20.0	19.3
ใช้ 3-4 เดือนครั้ง	5.9	5.9	2.0	12.0	6.5
ใช้ 1-2 ครั้งต่อเดือน	19.5	3.9	16.0	22.0	15.3
ใช้ทุกอาทิตย์	27.5	7.9	8.0	28.0	17.8
การใช้ปุ๋ยวิทยาศาสตร์และสารเคมีด้านการเกษตร					
ไม่ใช้	27.5	35.3	42.0	26.0	32.7
ใช้ปีละ 1-2 ครั้ง	19.5	45.1	34.0	16.0	28.7
ใช้ 3-4 เดือนครั้ง	11.8	3.9	4.0	22.0	10.4
ใช้ 1-2 ครั้งต่อเดือน	25.5	9.8	18.0	22.0	18.8
ใช้ทุกอาทิตย์	15.7	5.9	2.0	14.0	9.4

ตารางที่ 15 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ (ต่อ)

ความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ	จังหวัด				
	เชียงใหม่ (n=51)	ตรัง (n=51)	ขอนแก่น (n=50)	สุพรรณบุรี (n=50)	รวม (n=202)
ความเสี่ยงของงานที่ทำ					
ไม่มี	35.3	37.2	64.0	20.0	39.1
น้อย	15.7	2.0	16.0	26.0	14.4
ปานกลาง	23.5	51.0	18.0	38.0	32.7
มาก	27.5	9.8	2.0	16.0	13.8
อันตรายจากการใช้เครื่องมือ/เครื่องจักร					
ไม่มี	72.5	66.7	94.0	48.0	70.2
น้อย	9.8	5.9	4.0	34.0	13.4
ปานกลาง	13.7	23.5	0.0	16.0	13.4
มาก	4.0	3.9	2.0	2.0	3.0
อันตรายจากการทำงานในพื้นที่					
ไม่มี	62.7	45.1	70.0	36.0	53.5
น้อย	9.8	5.9	14.0	34.0	15.8
ปานกลาง	23.5	39.2	16.0	14.0	23.3
มาก	4.0	9.8	0.0	16.0	7.4
อันตรายจากสภาพแวดล้อมของการทำงาน					
ไม่มี	58.8	37.3	64.0	30.0	47.6
น้อย	7.9	23.5	6.0	34.0	17.8
ปานกลาง	19.6	33.3	28.0	22.0	25.7
มาก	13.7	5.9	2.0	14.0	8.9
อันตรายต่อร่างกายและชีวิตที่เกิดจากความขัดแย้งในผลประโยชน์					
ไม่มี	88.2	66.7	98.0	72.0	81.2
น้อย	9.8	9.8	0.0	18.0	9.4
ปานกลาง	0.0	13.7	2.0	8.0	5.9
มาก	2.0	9.8	0.0	2.0	3.5

ตารางที่ 16 ระดับความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล (เชียงใหม่)

ความพึงพอใจต่อสถานพยาบาลในเชียงใหม่	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ความสะอาด(ที่พักรักษา หอผู้ป่วย บริเวณโดยรอบ)	0.0	51.4	48.6
2. ความสะดวก/รวดเร็ว	0.0	67.6	32.4
3. การได้รับข้อมูลชี้แจงในการบริการ	2.7	89.2	8.1
4. อธิบายของเจ้าหน้าที่	10.8	45.9	43.2
5. อธิบายของแพทย์	10.8	40.5	48.6
6. การไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการ	8.1	64.9	27.0
7. คุณภาพของการรักษา	2.7	59.5	37.8
8. คำนึงต่อการจ่าย	5.4	59.5	35.1

ตารางที่ 17 ระดับความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล (ตรัง)

ความพึงพอใจต่อสถานพยาบาลในตรัง	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ความสะอาด(ที่พัก ห้องน้ำ บริเวณโดยรอบ)	2.5	52.5	45.0
2. ความสะดวก/รวดเร็ว	12.5	55.0	32.5
3. การได้รับข้อมูลชี้แจงในการบริการ	15.4	48.7	35.9
4. ทัศนคติของเจ้าหน้าที่	5.1	56.4	38.5
5. ทัศนคติของแพทย์	2.5	57.5	40.0
6. การไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการ	18.4	52.6	28.9
7. คุณภาพของการรักษา	9.8	41.5	48.8
8. คุ่มค่าต่อการจ่าย	7.5	30.0	62.5

ตารางที่ 18 ระดับความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล (ขอนแก่น)

ความพึงพอใจต่อสถานพยาบาลในขอนแก่น	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ความสะอาด(ที่พัก ห้องน้ำ บริเวณโดยรอบ)	0.0	36.2	63.8
2. ความสะดวก/รวดเร็ว	0.0	59.2	40.4
3. การได้รับข้อมูลชี้แจงในการบริการ	6.4	36.2	57.4
4. ทัศนคติของเจ้าหน้าที่	10.6	29.8	59.6
5. ทัศนคติของแพทย์	0.0	17.0	83.0
6. การไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการ	0.0	31.9	68.1
7. คุณภาพของการรักษา	0.0	31.9	68.1
8. คุ่มค่าต่อการจ่าย	0.0	19.1	80.9

ตารางที่ 19 ระดับความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล (สุพรรณบุรี)

ความพึงพอใจต่อสถานพยาบาลในสุพรรณบุรี	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ความสะอาด(ที่พัก ห้องน้ำ บริเวณโดยรอบ)	3.8	30.8	65.4
2. ความสะดวก/รวดเร็ว	7.7	42.3	50.0
3. การได้รับข้อมูลชี้แจงในการบริการ	34.6	34.6	30.8
4. ทัศนคติของเจ้าหน้าที่	4.0	24.0	72.0
5. ทัศนคติของแพทย์	3.8	19.3	76.9
6. การไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการ	4.0	28.0	68.0
7. คุณภาพของการรักษา	11.5	30.8	57.7
8. คุ่มค่าต่อการจ่าย	23.1	19.2	57.7

ตารางที่ 20 ระดับความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล (ภาพรวม)

ความพึงพอใจต่อสถานพยาบาลในภาพรวม	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ความสะอาด(ที่พัก ห้องน้ำ บริเวณโดยรอบ)	1.3	43.3	55.3
2. ความสะดวก/รวดเร็ว	4.7	57.3	38.0
3. การได้รับข้อมูลชี้แจงในการบริการ	12.8	52.3	34.9
4. อธิบายของเจ้าหน้าที่	8.1	39.9	52.0
5. อธิบายของแพทย์	4.0	34.0	62.0
6. การไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการ	7.5	44.9	47.6
7. คุณภาพของการรักษา	5.3	41.1	53.6
8. คำนึงต่อการจ่าย	7.3	32.0	60.7

ตารางที่ 21 ระดับการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ (เชียงใหม่)

แหล่งข่าวสาร	ได้รับ	ทุกวัน	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	เดือนละครั้ง	2-3 เดือนครั้ง	1-2 ครั้งต่อปี
1. ญาติพี่น้อง	74.5	0.0	39.2	15.7	17.6	2.0
2. เพื่อนบ้านในชุมชน	76.5	0.0	43.1	17.7	13.7	2.0
3. อสม.ในพื้นที่	68.6	0.0	17.6	25.6	17.6	7.8
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม./อนามัย	64.7	0.0	17.7	23.5	19.6	3.9
5. เจ้าหน้าที่ภาครัฐอื่นๆ	19.6	0.0	5.9	7.8	5.9	0.0
6. ผู้นำชุมชน	66.9	0.0	17.6	19.7	17.6	2.0
7. หมอยา/ยาเฝ้า/รถขายยา	60.8	0.0	9.8	17.6	31.4	2.0
8. สื่อวิทยุ	74.5	0.0	66.7	3.9	3.9	0.0
9. สื่อโทรทัศน์	82.4	0.0	76.5	3.9	2.0	0.0
10. สื่อสิ่งพิมพ์	51.0	0.0	29.4	13.8	7.8	0.0

ตารางที่ 22 ระดับการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ (ตรัง)

แหล่งข่าวสาร	ได้รับ	ทุกวัน	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	เดือนละครั้ง	2-3 เดือนครั้ง	1-2 ครั้งต่อปี
1. ญาติพี่น้อง	76.5	0.0	43.1	9.8	11.8	11.8
2. เพื่อนบ้านในชุมชน	72.5	0.0	45.1	15.7	7.8	3.9
3. อสม.ในพื้นที่	58.8	0.0	17.6	9.8	11.8	19.6
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม./อนามัย	43.1	0.0	13.7	13.7	2.9	9.8
5. เจ้าหน้าที่ภาครัฐอื่นๆ	15.7	0.0	0.0	9.8	2.0	3.9
6. ผู้นำชุมชน	31.4	0.0	3.9	11.8	9.8	5.9
7. หมอยา/ยาเฝ้า/รถขายยา	51.0	0.0	5.9	21.6	17.6	5.9
8. สื่อวิทยุ	51.0	11.8	27.5	7.8	2.0	2.0
9. สื่อโทรทัศน์	76.5	17.6	43.1	5.9	3.9	5.9
10. สื่อสิ่งพิมพ์	37.3	2.0	17.6	9.8	5.9	2.0

ตารางที่ 23 ระดับการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ (ขอนแก่น)

แหล่งข่าวสาร	ได้รับ	ทุกวัน	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	เดือนละครั้ง	2-3 เดือนครั้ง	1-2 ครั้งต่อปี
1. ญาติพี่น้อง	40.0	0.0	0.0	2.0	8.0	30.0
2. เพื่อนบ้านในชุมชน	54.0	0.0	0.0	18.0	22.0	14.0
3. อสม.ในพื้นที่	78.0	0.0	12.0	40.0	16.0	10.0
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/สสม./อนามัย	86.0	0.0	10.0	30.0	30.0	16.0
5. เจ้าหน้าที่ภาครัฐอื่นๆ	66.0	0.0	0.0	16.0	20.0	30.0
6. ผู้นำชุมชน	89.8	0.0	20.4	34.7	28.6	6.1
7. หมอยา/ยาเฒ่า/รถขายยา	52.0	0.0	10.0	2.0	16.0	24.0
8. สื่อวิทยุ	50.0	0.0	34.0	6.0	8.0	2.0
9. สื่อโทรทัศน์	92.0	0.0	72.0	10.0	4.0	6.0
10. สื่อสิ่งพิมพ์	20.0	0.0	12.0	6.0	0.0	2.0

ตารางที่ 24 ระดับการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ (สุพรรณบุรี)

แหล่งข่าวสาร	ได้รับ	ทุกวัน	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	เดือนละครั้ง	2-3 เดือนครั้ง	1-2 ครั้งต่อปี
1. ญาติพี่น้อง	38.0	0.0	6.0	12.0	14.0	6.0
2. เพื่อนบ้านในชุมชน	42.0	0.0	16.0	6.0	12.0	8.0
3. อสม.ในพื้นที่	50.0	0.0	4.0	12.0	22.0	12.0
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/สสม./อนามัย	52.0	0.0	0.0	16.0	18.0	18.0
5. เจ้าหน้าที่ภาครัฐอื่นๆ	20.0	0.0	2.0	0.0	10.0	8.0
6. ผู้นำชุมชน	34.0	0.0	6.0	8.0	14.0	6.0
7. หมอยา/ยาเฒ่า/รถขายยา	18.0	0.0	2.0	0.0	12.0	4.0
8. สื่อวิทยุ	38.0	0.0	18.0	8.0	6.0	6.0
9. สื่อโทรทัศน์	50.0	0.0	36.0	6.0	2.0	6.0
10. สื่อสิ่งพิมพ์	22.0	0.0	4.0	4.0	10.0	4.0

ตารางที่ 25 ระดับการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ (ภาพรวม)

แหล่งข่าวสาร	ได้รับ	ทุกวัน	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	เดือนละครั้ง	2-3 เดือนครั้ง	1-2 ครั้งต่อปี
1. ญาติพี่น้อง	57.5	0.0	22.3	9.9	12.9	12.4
2. เพื่อนบ้านในชุมชน	61.4	0.0	26.2	14.4	13.9	6.9
3. อสม.ในพื้นที่	63.9	0.0	12.9	21.8	16.8	12.4
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/สสม./อนามัย	61.4	0.0	10.4	20.8	18.3	11.9
5. เจ้าหน้าที่ภาครัฐอื่นๆ	30.2	0.0	2.0	8.4	9.4	10.4
6. ผู้นำชุมชน	52.7	0.0	11.9	18.4	17.4	5.0
7. หมอยา/ยาเฒ่า/รถขายยา	45.5	0.0	6.9	10.4	19.3	8.9
8. สื่อวิทยุ	53.5	3.0	36.6	6.4	5.0	2.5
9. สื่อโทรทัศน์	75.2	4.5	56.9	6.4	3.0	4.5
10. สื่อสิ่งพิมพ์	32.7	0.5	15.8	8.4	5.9	2.0

ตารางที่ 26 ระดับพฤติกรรม การเห็นคุณค่า และโอกาสการกระทำในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (เชียงใหม่)

การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ	ระดับพฤติกรรม				การเห็นคุณค่า				โอกาสการกระทำ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1.การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (เช่น การไม่รับประทานอาหารดิบๆสุกๆ)	54.9	23.5	21.6	0.0	63.0	30.4	6.5	0.0	58.7	21.7	19.6	0.0
2.ออกกำลังกายในระดับที่เหมาะสม สม่ำเสมอ	20.0	54.0	24.0	2.0	34.8	60.9	4.3	0.0	21.3	59.6	17.0	2.1
3.การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์	68.1	23.4	8.5	0.0	75.0	25.0	0.0	0.0	68.9	22.2	6.7	2.2
4.การดูแลระบบขับถ่ายให้ดี	79.2	16.7	4.2	0.0	80.4	19.6	0.0	0.0	80.9	14.9	2.1	2.1
5.การควบคุมอารมณ์ให้แจ่มใส	38.8	59.2	2.0	0.0	47.9	50.0	2.1	0.0	46.9	53.1	0.0	0.0
6.การตรวจสุขภาพประจำปี	23.5	21.6	54.9	0.0	38.0	28.0	34.0	0.0	24.0	26.0	48.0	2.0
7.พฤติกรรมโดยทั่วไป												
-หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง(ไม่เข้าสู่สถานการณ์นั้นๆ) (การไม่เที่ยวเตร่ การไม่ขับรถขณะดื่มสุรา)	28.6	44.9	24.5	2.0	29.8	53.2	17.0	0.0	28.3	45.7	26.1	0.0
-การตระหนัก /ป้องกัน (ใช้ถุงยางอนามัย ฉีดวัคซีน ชูตหินปูน)	9.8	51.0	39.2	0.0	11.8	72.5	15.7	0.0	10.0	56.0	34.0	0.0
8.พฤติกรรมการทำงาน												
-หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง(ไม่เข้าสู่สถานการณ์นั้นๆ) (ไม่ใช้ยา สารเคมี การไม่ทำประมงช่วงมรสุม)	10.0	62.0	28.0	0.0	22.0	76.0	2.0	0.0	10.2	63.3	26.5	0.0
-การตระหนัก /ป้องกัน (การใช้ถุงมือ การปิดปากขณะใช้ยา)	37.5	41.7	20.8	0.0	31.9	55.3	12.8	0.0	34.8	41.3	23.9	0.0
9. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อลดการพึ่งหมอ	20.8	62.5	16.7	0.0	33.3	58.3	8.3	0.0	16.7	64.6	18.8	0.0
10. การจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อประกันสุขภาพให้กับตนเอง	8.2	32.7	57.1	2.0	12.5	35.4	52.1	0.0	10.4	31.3	56.3	2.1
11. การจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อประกันสุขภาพให้กับสมาชิกในครอบครัว	7.8	35.3	56.9	0.0	9.8	41.2	49.0	0.0	9.8	35.3	54.9	0.0

ตารางที่ 27 ระดับพฤติกรรม การเห็นคุณค่า และโอกาสการกระทำในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (ตรัง)

การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ	ระดับพฤติกรรม				การเห็นคุณค่า				โอกาสการกระทำ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1.การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (เช่น การไม่รับประทานอาหารดิบๆสุกๆ)	70.6	19.6	7.8	2.0	78.4	17.6	3.9	0.0	77.6	16.3	6.1	0.0
2.ออกกำลังกายในระดับที่เหมาะสมสม่ำเสมอ	33.3	45.1	15.7	5.9	61.2	34.7	4.1	0.0	42.9	26.5	26.5	4.1
3.การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์	82.4	13.7	3.9	0.0	91.7	6.3	2.1	0.0	79.1	14.6	6.3	0.0
4.การดูแลระบบขับถ่ายให้ดี	74.0	24.0	2.0	0.0	77.6	20.4	2.0	0.0	73.5	20.4	4.1	2.0
5.การควบคุมอารมณ์ให้แจ่มใส	53.1	38.8	8.2	0.0	68.8	29.2	2.1	0.0	57.4	36.2	4.3	2.1
6.การตรวจสุขภาพประจำปี	32.0	28.0	28.0	12.0	56.3	31.3	12.5	0.0	31.3	29.1	31.3	8.3
7.พฤติกรรมโดยทั่วไป												
-หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง(ไม่เข้าสู่สถานการณืนั้นๆ) (การไม่เที่ยวเตร่ การไม่ขับรถยนต์ดื่มสุรา)	38.8	44.9	14.3	2.0	48.9	44.7	6.4	0.0	36.2	48.9	14.9	0.0
-การตระหนัก /ป้องกัน (ใช้ถุงยางอนามัย ฉีดวัคซีน ขูดหินปูน)	22.4	34.7	32.7	10.2	37.5	41.7	18.8	2.1	19.2	40.4	23.4	17.0
8.พฤติกรรมการทำงาน												
-หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง(ไม่เข้าสู่สถานการณืนั้นๆ) (ไม่ใช้ยา สารเคมี การไม่ทำประมงช่วงมรสุม)	16.7	45.8	31.3	6.3	38.3	34.0	21.3	6.4	26.1	43.5	15.2	15.2
-การตระหนัก /ป้องกัน (การใช้ถุงมือ การปิดปากขณะใช้ยา)	35.6	15.6	35.6	13.3	35.6	35.6	22.2	0.0	39.1	23.9	26.1	10.9
9. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อลดการพึ่งหมอ	35.6	35.6	20.0	8.9	40.0	46.7	11.1	2.2	43.2	31.8	18.2	6.8
10. การจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อประกันสุขภาพให้กับตนเอง	22.9	43.8	22.9	10.4	21.3	48.9	21.3	8.5	25.5	42.6	23.4	8.5
11. การจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อประกันสุขภาพให้กับสมาชิกในครอบครัว	18.4	38.8	32.7	10.2	21.7	50.0	19.6	8.7	22.9	41.7	27.1	8.3

ตารางที่ 28 ระดับพฤติกรรม การเห็นคุณค่า และโอกาสการกระทำในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (ขอนแก่น)

การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ	ระดับพฤติกรรม				การเห็นคุณค่า				โอกาสการกระทำ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1.การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (เช่น การไม่รับประทานอาหารดิบๆสุกๆ)	12.0	58.0	30.0	0.0	42.0	38.0	20.0	0.0	22.0	52.0	26.0	0.0
2.ออกกำลังกายในระดับที่เหมาะสมสม่ำเสมอ	8.0	54.0	38.0	0.0	42.0	40.0	18.0	0.0	10.0	50.0	40.0	0.0
3.การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์	58.0	18.0	24.0	0.0	64.0	32.0	4.0	0.0	50.0	24.0	26.0	0.0
4.การดูแลระบบขับถ่ายให้ดี	26.5	67.3	6.1	0.0	42.9	53.1	4.1	0.0	29.2	68.8	2.1	0.0
5.การควบคุมอารมณ์ให้แจ่มใส	36.0	54.0	10.0	0.0	52.0	42.0	6.0	0.0	40.0	46.0	14.0	0.0
6.การตรวจสุขภาพประจำปี	22.4	18.4	59.2	0.0	53.1	28.6	18.4	0.0	16.3	24.5	59.2	0.0
7.พฤติกรรมโดยทั่วไป												
-หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง(ไม่เข้าสู่สถานการณ์นั้นๆ) (การไม่เที่ยวเตร่ การไม่ขับรถขณะดื่มสุรา)	34.0	32.0	34.0	0.0	54.0	36.0	10.0	0.0	32.0	32.0	36.0	0.0
-การตระหนัก /ป้องกัน (ใช้ถุงยางอนามัย ฉีดวัคซีน ชูตหิโนน)	16.3	57.1	26.5	0.0	42.9	40.8	16.3	0.0	10.2	51.0	38.8	0.0
8.พฤติกรรมการทำงาน												
-หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง(ไม่เข้าสู่สถานการณ์นั้นๆ) (ไม่ใช้ยา สารเคมี การไม่ทำประมงช่วงมรสุม)	22.0	36.0	42.0	0.0	54.0	30.0	16.0	0.0	20.0	28.0	52.0	0.0
-การตระหนัก /ป้องกัน (การใช้ถุงมือ การปิดปากขณะใช้ยา)	28.3	41.3	30.4	0.0	51.1	38.3	10.6	0.0	24.4	35.6	40.0	0.0
9. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อลดการพึ่งหมอ	32.0	48.0	20.0	0.0	44.0	42.0	14.0	0.0	30.0	44.0	26.0	0.0
10. การจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อประกันสุขภาพให้กับตนเอง	67.3	26.5	6.1	0.0	79.6	14.3	6.1	0.0	63.3	26.5	10.2	0.0
11. การจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อประกันสุขภาพให้กับสมาชิกในครอบครัว	64.0	30.0	6.0	0.0	76.0	24.0	0.0	0.0	62.0	30.0	8.0	0.0

ตารางที่ 29 ระดับพฤติกรรม การเห็นคุณค่า และโอกาสการกระทำในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (สุพรรณบุรี)

การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ	ระดับพฤติกรรม				การเห็นคุณค่า				โอกาสการกระทำ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1.การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (เช่น การไม่รับประทานอาหารดิบๆสุกๆ)	42.0	40.0	18.0	0.0	74.0	22.0	4.0	0.0	52.0	30.0	16.0	2.0
2.ออกกำลังกายในระดับที่เหมาะสม สม่ำเสมอ	10.0	10.0	76.0	4.0	32.0	32.0	36.0	0.0	8.0	16.0	58.0	18.0
3.การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์	64.0	26.0	10.0	0.0	58.0	32.0	10.0	0.0	62.0	26.0	12.0	0.0
4.การดูแลระบบขับถ่ายให้ดี	58.0	28.0	14.0	0.0	54.0	42.0	4.0	0.0	48.0	38.0	12.0	2.0
5.การควบคุมอารมณ์ให้แจ่มใส	38.0	32.0	30.0	0.0	40.8	53.1	6.1	0.0	32.0	44.0	22.0	2.0
6.การตรวจสุขภาพประจำปี	8.0	2.0	40.0	50.0	34.7	24.5	32.7	8.2	20.0	8.0	32.0	40.0
7.พฤติกรรมโดยทั่วไป												
-หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง(ไม่เข้าสู่สถานการณันั้นๆ) (การไม่เที่ยวเตร่ การไม่ขับรถขณะดื่มสุรา)	60.0	24.0	14.0	2.0	71.4	18.4	10.2	0.0	63.3	16.3	18.4	2.0
-การตระหนัก /ป้องกัน (ใช้ถุงยางอนามัย ฉีดวัคซีน ชูตหินปูน)	32.0	28.0	30.0	10.0	48.0	36.0	14.0	2.0	30.0	30.0	26.0	14.0
8.พฤติกรรมการทำงาน												
-หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง(ไม่เข้าสู่สถานการณันั้นๆ) (ไม่ใช้ยา สารเคมี การไม่ทำประมงช่วงมรสุม)	40.0	22.0	34.0	4.0	63.3	26.5	10.2	0.0	36.0	24.0	34.0	6.0
-การตระหนัก /ป้องกัน (การใช้ถุงมือ การปิดปากขณะใช้ยา)	54.0	22.0	18.0	6.0	67.3	16.3	12.2	4.1	58.0	20.0	16.0	6.0
9. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อลดการพึ่งหมอ	22.9	43.8	16.7	16.7	40.4	42.6	17.0	0.0	22.9	37.5	37.5	2.1
10. การจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อประกันสุขภาพให้กับตนเอง	14.0	20.0	40.0	26.0	36.0	30.0	26.0	8.0	30.0	18.0	36.0	16.0
11. การจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อประกันสุขภาพให้กับสมาชิกในครอบครัว	16.0	22.0	36.0	26.0	38.0	30.0	24.0	8.0	32.0	18.0	34.0	16.0

ตารางที่ 30 ระดับพฤติกรรม การเห็นคุณค่า และโอกาสการกระทำในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (ภาพรวม)

การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ	ระดับพฤติกรรม				การเห็นคุณค่า				โอกาสการกระทำ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1.การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (เช่น การไม่รับประทานอาหารดิบๆสุกๆ)	45	35.2	19.3	0.5	64.5	26.9	8.6	0.0	52.3	30.3	16.9	0.5
2.ออกกำลังกายในระดับที่เหมาะสม สม่ำเสมอ	17.9	40.8	38.3	3.0	42.6	41.5	15.9	0.0	20.4	37.8	35.7	6.1
3.การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์	68.2	20.2	11.6	0.0	71.9	24	4.1	0.0	64.7	21.8	13.0	0.5
4.การดูแลระบบขับถ่ายให้ดี	59.4	34	6.6	0.0	63.4	34	2.6	0.0	57.7	35.6	5.2	1.5
5.การควบคุมอารมณ์ให้แจ่มใส	41.4	46	12.6	0.0	52.3	43.6	4.1	0.0	43.9	44.9	10.2	1.0
6.การตรวจสุขภาพประจำปี	21.5	17.5	45.5	15.5	45.4	28.1	24.5	2.0	12.8	42.6	21.8	22.8
7.พฤติกรรมโดยทั่วไป												
-หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง(ไม่เข้าสู่สถานการณันั้นๆ) (การไม่เที่ยวเตร่ การไม่ขับรถขณะดื่มสุรา)	40.4	36.4	21.7	1.5	51.3	37.8	10.9	0.0	40.1	35.4	24.0	0.5
-การตระหนัก /ป้องกัน (ใช้ถุงยางอนามัย ฉีดวัคซีน ชูตหินปูน)	20.1	42.7	32.2	5.0	34.8	48	16.2	1.0	17.3	44.4	30.6	7.7
8.พฤติกรรมการทำงาน												
-หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง(ไม่เข้าสู่สถานการณันั้นๆ) (ไม่ใช้ยา สารเคมี การไม่ทำประมงช่วงมรสุม)	22.2	41.4	33.9	2.5	44.5	41.8	12.2	1.5	23.1	39.5	32.3	5.1
-การตระหนัก /ป้องกัน (การใช้ถุงมือ การปิดปากขณะใช้ยา)	39.1	30.2	25.9	4.8	46.8	36.2	14.4	2.6	39.6	29.9	26.2	4.3
9. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อลดการพึ่งหมอ	27.7	47.6	18.3	6.4	39.5	47.4	12.6	0.5	27.9	44.7	25.3	2.1
10. การจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อประกันสุขภาพให้กับตนเอง	28.1	30.6	31.6	9.7	37.6	32.0	26.3	4.1	32.5	29.4	31.4	6.7
11. การจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อประกันสุขภาพให้กับสมาชิกในครอบครัว	26.5	31.5	33.0	9.0	36.5	36.0	23.4	4.1	31.6	31.2	31.2	6.0

ตารางที่ 31 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามการดูแลสุขภาพในครอบครัว

การดูแลสุขภาพในครอบครัว	จังหวัด				
	เชียงใหม่ (n=51)	ตรัง (n=51)	ขอนแก่น (n=50)	สุพรรณบุรี (n=50)	รวม (n=202)
ปัญหาด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว					
ไม่มีปัญหา	56.9	56.9	40.0	36.0	47.5
มีปัญหา ระดับ					
มาก	3.9	7.8	20.0	24.0	13.9
ปานกลาง	13.7	25.5	36.0	24.0	24.7
น้อย	25.5	9.8	4.0	16.0	13.9
การดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว					
ไม่ดี	4.0	17.7	2.0	12.0	8.9
ดี ระดับ					
มาก	9.8	23.5	52.0	34.0	29.7
ปานกลาง	78.4	51.0	44.0	36.0	52.5
น้อย	7.8	7.8	2.0	18.0	8.9
ความพร้อมในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว					
ไม่มี	11.8	15.7	2.0	16.0	11.4
มีความพร้อม ระดับ					
มาก	13.7	13.7	58.0	42.0	31.7
ปานกลาง	60.8	60.8	26.0	34.0	45.5
น้อย	13.7	9.8	14.0	8.0	11.4
กรณีไม่มีระบบประกันสุขภาพ ความคิดในการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของรัฐ					
ไม่แน่ใจ	70.6	51.0	96.0	16.0	58.4
ไม่เข้า	21.6	17.6	0.0	28.0	16.8
เข้า ระดับ					
มาก	75.0	37.5	50.0	55.2	51.0
ปานกลาง	25.0	62.5	50.0	34.5	43.1
น้อย	0.0	0.0	0.0	10.3	5.9

ตารางที่ 32 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง (เชียงใหม่)

ความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง	ไม่มี	ระดับความพร้อม (ร้อยละ)		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
ภาพรวม	54.9	45.1		
ด้านการเงิน	56.9	5.9	37.3	0.0
ด้านความรู้ความเข้าใจ	58.8	2.0	39.2	0.0
ด้านเวลา	56.9	2.0	39.2	2.0
ด้านการสนับสนุนภายในครอบครัว	58.8	0.0	31.4	9.8
ด้านการมีบริการภายในชุมชน	58.8	13.7	27.5	0.0

ตารางที่ 33 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง (ต้ง)

ความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง	ไม่มี	ระดับความพร้อม (ร้อยละ)		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
ภาพรวม	33.3	61.7		
ด้านการเงิน	37.2	19.6	41.2	2.0
ด้านความรู้ความเข้าใจ	33.3	11.8	47.1	7.8
ด้านเวลา	35.3	23.5	35.3	5.9
ด้านการสนับสนุนภายในครอบครัว	35.3	7.8	41.2	15.7
ด้านการมีบริการภายในชุมชน	35.3	17.6	47.1	0.0

ตารางที่ 34 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง (ขอนแก่น)

ความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง	ไม่มี	ระดับความพร้อม (ร้อยละ)		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
ภาพรวม	44.0	56.0		
ด้านการเงิน	46.0	6.0	34.0	14.0
ด้านความรู้ความเข้าใจ	44.0	6.0	34.0	16.0
ด้านเวลา	48.0	4.0	38.0	10.0
ด้านการสนับสนุนภายในครอบครัว	48.0	4.0	26.0	22.0
ด้านการมีบริการภายในชุมชน	48.0	4.0	28.0	20.0

ตารางที่ 35 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง (สุพรรณบุรี)

ความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง	ไม่มี	ระดับความพร้อม (ร้อยละ)		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
ภาพรวม	78.0	22.0		
ด้านการเงิน	79.6	4.1	10.2	6.1
ด้านความรู้ความเข้าใจ	81.6	4.1	12.2	2.0
ด้านเวลา	79.6	4.1	12.2	4.1
ด้านการสนับสนุนภายในครอบครัว	79.7	2.0	12.2	6.1
ด้านการมีบริการภายในชุมชน	81.7	12.2	2.0	4.1

ตารางที่ 36 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง (ภาพรวม)

ความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง	ไม่มี	ระดับความพร้อม (ร้อยละ)		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
ภาพรวม	52.5	47.5		
ด้านการเงิน	54.7	9.0	30.8	5.5
ด้านความรู้ความเข้าใจ	54.2	6.0	33.3	6.5
ด้านเวลา	54.7	8.5	31.3	5.5
ด้านการสนับสนุนภายในครอบครัว	55.2	3.5	27.9	13.4
ด้านการมีบริการภายในชุมชน	55.7	11.9	26.4	6.0

ตารางที่ 37 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความคิดเห็นต่อนโยบายการประกันสุขภาพ

ความคิดเห็น	จังหวัด				
	เชียงใหม่ (n=51)	ตรัง (n=51)	ขอนแก่น (n=50)	สุพรรณบุรี (n=50)	รวม (n=202)
ความคิดเห็นต่อนโยบายประกันสุขภาพ 30 บาทต่อครั้ง					
ไม่เห็นด้วย	14.0	27.4	10.6	11.4	16.1
เห็นด้วย ระดับ					
น้อย	8.0	2.0	0.0	9.1	4.7
ปานกลาง	32.0	47.1	44.7	18.2	35.9
มาก	46.0	23.5	44.7	61.4	43.2
สิทธิประโยชน์ที่ต้องการ					
ค่ารักษาค่ายา	89.8	72.5	93.6	74.0	82.2
ค่าอุปกรณ์แพทย์	81.6	49.0	91.5	54.0	68.5
ค่าที่พัก	75.5	52.9	89.4	50.0	66.5
ค่าอาหาร	75.5	51.0	87.2	46.0	64.5
ค่าเอกซเรย์	71.4	49.0	91.5	50.0	65.0
ค่าผ่าตัด	67.3	47.1	91.5	50.0	63.5
การใช้เทคโนโลยีขั้นสูง	61.2	45.1	85.1	46.0	58.9
คลอดบุตร	65.3	45.1	87.2	48.0	60.9
การดูแลสุขภาพ	61.2	43.1	89.4	46.0	59.4
สุขภาพ	69.4	51.0	89.4	48.0	64.0
การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ	59.2	56.9	85.1	60.0	65.0
การตรวจร่างกายประจำปี	51.0	25.5	46.8	46.0	42.1
โอกาสความเป็นไปได้					
ไม่มีโอกาส	9.8	33.3	12.8	23.9	20.0
มีโอกาส ระดับ					
น้อย	9.8	25.5	12.8	26.1	18.5
ปานกลาง	72.5	31.4	55.3	43.5	50.8
มาก	7.9	9.8	19.1	6.5	10.8

ตารางที่ 38 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามการรับรู้ต่อระบบประกันสุขภาพ

ระบบ	เชียงใหม่ (n=51)		ตรัง (n=51)		ขอนแก่น (n=50)		สุพรรณบุรี (n=50)		รวม (n=202)	
	ไม่รู้	รู้	ไม่รู้	รู้	ไม่รู้	รู้	ไม่รู้	รู้	ไม่รู้	รู้
ประกันสุขภาพ	31.4	68.6	19.6	80.4	8.0	92.0	28.0	72.0	21.8	78.2
สปร.	31.4	68.6	56.9	43.1	52.0	48.0	52.0	48.0	48.0	52.0
การประกันสังคม	68.6	31.4	66.7	33.3	96.0	4.0	74.0	26.0	76.2	23.8
ประกันสุขภาพเอกชน	66.7	33.3	80.4	19.6	94.0	6.0	80.0	20.0	80.2	19.8
สวัสดิการข้าราชการ	86.3	13.7	84.3	15.7	98.0	2.0	78.0	22.0	86.6	13.4

ตารางที่ 39 จำนวนสมาชิกเฉลี่ยต่อครัวเรือนของระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ

ระบบ	จังหวัด				
	เชียงใหม่	ตรัง	ขอนแก่น	สุพรรณบุรี	รวม
ประกันสุขภาพ	3	4	4	4	4
สปร.	3	3	3	2	3
การประกันสังคม	1	2	1	1	1
ประกันสุขภาพเอกชน	2	2	1	1	1
สวัสดิการข้าราชการ	2	2	1	3	2

ตารางที่ 40 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามระดับความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ

ระบบ	เชียงใหม่ (n=51)			ตรัง (n=51)			ขอนแก่น (n=50)			สุพรรณบุรี (n=50)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
ประกันสุขภาพ	14.3	71.4	14.3	34.1	53.7	12.2	54.3	43.5	2.2	5.7	60.0	34.3
สปร.	20.0	71.4	8.6	36.4	45.5	18.2	20.8	29.2	50.0	25.0	37.5	37.5
การประกันสังคม	6.2	68.8	25.0	17.6	29.4	53.0	50.0	0.0	50.0	0.0	46.2	53.8
ประกันสุขภาพเอกชน	18.8	18.8	62.4	20.0	40.0	40.0	66.7	33.3	0.0	0.0	30.0	70.0
สวัสดิการข้าราชการ	28.6	14.3	57.1	50.0	25.0	25.0	100	0.0	0.0	18.2	45.4	36.4

ตารางที่ 41 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามการเป็นสมาชิกของระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ

ระบบ	เชียงใหม่ (n=51)			ตรัง (n=51)			ขอนแก่น (n=50)			สุพรรณบุรี (n=50)		
	ไม่เคย	อดีต	ปัจจุบัน	ไม่เคย	อดีต	ปัจจุบัน	ไม่เคย	อดีต	ปัจจุบัน	ไม่เคย	อดีต	ปัจจุบัน
ประกันสุขภาพ	66.7	13.7	19.6	37.3	17.6	45.1	10.0	2.0	88.0	66.0	6.0	28.0
สปร.	47.1	3.9	49.0	72.5	0.0	27.5	60.0	2.0	38.0	70.0	6.0	24.0
การประกันสังคม	88.2	7.8	3.9	82.4	9.8	7.8	98.0	0.0	2.0	90.0	6.0	4.0
ประกันสุขภาพเอกชน	94.1	0.0	5.9	92.2	0.0	7.8	94.0	0.0	6.0	90.0	2.0	8.0
สวัสดิการข้าราชการ	96.1	0.0	3.9	88.3	3.9	7.8	98.0	0.0	2.0	96.0	0.0	4.0

ตารางที่ 42 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามระดับความคุ้มค่าในระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ

ระบบ	เชียงใหม่ (n=51)			ตรัง (n=51)			ขอนแก่น (n=50)			สุพรรณบุรี (n=50)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
ประกันสุขภาพ	70.6	23.5	5.9	62.5	28.1	9.4	73.3	20.0	6.7	47.0	17.7	35.3
สปร.	59.3	37.0	3.7	76.9	23.1	0.0	77.8	22.2	0.0	64.3	7.1	28.6
การประกันสังคม	50.0	50.0	0.0	25.0	62.5	12.5	0.0	100	0.0	60.0	20.0	20.0
ประกันสุขภาพเอกชน	66.7	33.3	0.0	25.0	75.0	0.0	100	0.0	0.0	50.0	25.0	25.0
สวัสดิการข้าราชการ	100	0.0	0.0	83.3	16.7	0.0	100	0.0	0.0	100	0.0	0.0

ตารางที่ 43 ร้อยละของครัวเรือนเกษตรกรในภาพรวมด้านการรับรู้ ความเข้าใจ การเป็นสมาชิกและความคุ้มค่า

ระบบ	การรับรู้		ความเข้าใจ			การเป็นสมาชิก			ความคุ้มค่า		
	ไม่รู้	รู้	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคย	อดีต	ปัจจุบัน	มาก	ปานกลาง	น้อย
ประกันสุขภาพ	21.8	78.2	29.1	56.3	14.6	45.0	10.0	45.0	65.8	22.5	11.7
สปร.	48.0	52.0	24.8	48.6	26.6	62.4	3.0	34.7	68.1	25.0	6.9
การประกันสังคม	76.2	23.8	10.3	45.8	43.8	89.6	5.9	4.5	40.0	50.0	10.0
ประกันสุขภาพเอกชน	80.2	19.8	15.8	28.9	55.3	92.6	0.5	6.9	57.2	35.7	7.1
สวัสดิการข้าราชการ	86.6	13.4	33.4	29.6	37.0	94.5	1.0	4.5	90.9	9.1	0.0

ตารางที่ 44 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความคิดเห็นต่อการจัดตั้งกองทุนสุขภาพ

ความคิดเห็น	จังหวัด				
	เชียงใหม่ (n=51)	ตรัง (n=51)	ขอนแก่น (n=50)	สุพรรณบุรี (n=50)	รวม (n=202)
ความคิดเห็นในการจัดระบบประกันสุขภาพโดยจัดตั้งกองทุนสุขภาพ					
ไม่เห็นด้วย	25.5	31.4	42.0	24.0	30.8
เห็นด้วย ระดับ					
น้อย	9.8	7.8	0.0	6.0	6.0
ปานกลาง	39.2	39.2	50.0	10.0	34.8
มาก	25.5	19.6	8.0	60.0	28.4
การจ่ายสมทบต่อเดือน (ค่าเฉลี่ย 31.14 บาทต่อเดือน หรือ 374 บาทต่อปี)					
10 บาท	10.5	20.5	40.0	27	23.8
20 บาท	36.8	26.5	46.7	18.9	31.7
30 บาท	21.1	11.8	10.0	18.9	15.8
40 บาท	0.0	0.0	0.0	5.5	1.4
50 บาท	21.1	35.3	3.3	18.9	20.1
100 บาท	10.5	5.9	0.0	10.8	7.2
สิทธิประโยชน์ที่ต้องการ					
ค่ารักษาพยาบาล	74.5	66.7	66.0	58.3	66.5
ค่าอุปกรณ์แพทย์	70.6	41.2	64.0	43.8	55.0
ค่าที่พัก	68.6	47.1	64.0	45.8	56.5
ค่าอาหาร	66.7	41.2	66.0	43.8	54.5
ค่าเอกซเรย์	56.9	35.3	64.0	43.8	50.0
ค่าผ่าตัด	60.8	35.3	64.0	41.7	50.5
การใช้เทคโนโลยีขั้นสูง	52.9	41.2	64.0	41.7	50.0
คลอดบุตร	54.9	37.3	64.0	47.9	51.0
การดูแลสุขภาพ	52.9	31.4	64.0	43.8	48.0
ชราภาพ	58.8	41.2	64.0	43.8	52.0
การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ	56.9	43.1	64.0	54.2	54.5
การตรวจร่างกายประจำปี	39.2	17.6	36.0	45.8	34.5

ตารางที่ 44 ร้อยละของครัวเรือนแยกตามความคิดเห็นต่อการจัดตั้งกองทุนสุขภาพ (ต่อ)

ความคิดเห็น	จังหวัด				
	เชียงใหม่ (n=51)	ตรัง (n=51)	ขอนแก่น (n=50)	สุพรรณบุรี (n=50)	รวม (n=202)
หน่วยงานหรือกลุ่มที่ควรทำหน้าที่ในการรวบรวมเงินสมทบประจำเดือน					
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อสม.	30.3	38.7	46.4	21.6	33.3
อบต.	9.1	16.1	14.3	5.4	10.9
สถานีอนามัย	9.1	19.4	21.4	27.0	19.4
โรงพยาบาล	15.2	9.7	14.3	43.2	21.7
กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน	36.4	12.9	3.6	2.7	13.9
จัดตั้งกลุ่มเฉพาะกิจ	0.0	3.2	0.0	0.0	0.8