



การเลือกแบบแผนการรักษาการเจ็บป่วย ของครัวเรือนในพื้นที่ชนบทอีสาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สังคม ศุภรัตน์กุล
ปร.ด (สังคมวิทยา)

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการเลือกแบบแผนการรักษาการเจ็บป่วยของครัวเรือน ประกอบด้วยแบบแผน (1) การแพทย์แผนปัจจุบัน (2) ภูมิปัญญาชาวบ้าน (3) การแพทย์แผนไทย และ (4) การแพทย์ทางเลือก เก็บข้อมูลจากหัวหน้าครอบครัวหรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในพื้นที่อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว จำนวน 380 ตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลของการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพครัวเรือนอยู่ในระดับดี สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านได้ในระดับปานกลาง (= 2.26) ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (= 2.51) ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครัวเรือนอยู่ในระดับปานกลาง (= 3.15) ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับสูง (= 3.41) และแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดอยู่ในระดับปานกลาง (= 2.74) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้แบบแผนรักษาการเจ็บป่วยด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันอยู่ในระดับสูง (= 3.24) เลือกใช้การแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับปานกลาง (= 2.76) เลือกใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านอยู่ในระดับปานกลาง (= 2.15) และเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับต่ำ (= 1.59) ดังนั้นควรสนับสนุนส่งเสริมแบบแผนการรักษาการเจ็บป่วยด้วยการแพทย์ทางเลือกให้เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ :

การเลือกใช้ /แบบแผนการรักษา / การเจ็บป่วย
ในครัวเรือน

* ผู้รับผิดชอบบทความ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สังคม ศุภรัตน์กุล ปร.ด (สังคมวิทยา) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี 64 ถนนทหาร ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี 41000 โทรศัพท์ 089-9433-322 E-mail; sungkom1962@gmail.com

The Selecting Patterns to Treat Households Illness in Isan Rural Areas

Assistant Professor Dr.Sungkom Suparatanagool, Ph.D (Sociology)
Health Sciences Program, Faculty of Sciences, Udon Thani Rajabhat University

Abstract

This research aimed to describe the selecting patterns to treat households illness with 4 patterns including: (1) Modern Medicine; (2) Folk Wisdom Medicine; (3) Thai Medicine; and (4) Alternative Medicine. Data were collected through the head of the family or the family health leaders in Pang-Cone district, Sakon Nakhon province by the questionnaire with validity and reliability. A total of 380 samples were randomized by multi stages random sampling. The data were analyzed by percentage, mean, and standard deviation. .

The results of this research found that most samples have knowledge and awareness about health care in their families and be able to access health services close to their home at the moderate level (= 2.26), they received health information and news at the moderate level

(= 2.51), they received social support in health care from their members in their families at the moderate level (= 3.15), received social support in health care from public health officials at the high level. (= 3.41), and received social support in health care from their friends or close persons at the moderate level (= 2.74). In addition, most of the samples group selecting patterns to treat households illness by Modern Medicine at the high level. (= 3.24), Thai Medicine at the moderate level (= 2.76), Folk Wisdom Medicine at the moderate level (= 2.15), and Alternative Medicine at the low level. (= 1.59). Suggestions should be encouraged to treat households illness by Alternative Medicine.

Keywords:

Usage selecting/Treatment patterns / households Illness

* Corresponding author: Assistant Professor Dr.Sungkom Suparatanagool, Ph.D (Sociology), Health Sciences Program, Faculty of Sciences, Udon Thani Rajabhat University, 64 Thahan road, Mang-khang sub-district, Mueang-Udonthani district, Udonthani province 41000, Mobilephone 089-9433-322 E-mail; sungkom1962@gmail.com



1. บทนำ

สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่รัฐจัดให้แก่ประชาชน และประชาชนควรได้รับบริการสุขภาพที่เป็นไปตามสิทธิ และความต้องการด้านร่างกาย ทั้งในสภาวะสุขภาพปกติ และยามเจ็บป่วยเพื่อให้ผ่านพ้นวิกฤติและภัยอันตรายต่าง ๆ ไปได้ จนกระทั่งสามารถทำให้ประชาชนกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้ดังเดิม ประชาชนจะเป็นผู้เลือกรับบริการ ในแบบแผนที่แตกต่างกัน ซึ่งระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย ระบบบริการสุขภาพย่อย ๆ ที่มาจากฐานความคิดมากกว่าระบบเดียวที่เรียกว่าเป็น “พหุลักษณะทางการแพทย์” ประกอบไปด้วย การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก อย่างไรก็ตาม แม้ว่า ในปัจจุบันมีแบบแผนทางเลือกในการรักษา การเจ็บป่วยแบบพหุลักษณะทางการแพทย์ ประกอบไปด้วย การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ทำให้ประชาชนเพิ่มช่องทางการเลือกที่จะดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างหลากหลาย แต่ยังคงปรากฏปัญหาในการเลือกใช้แบบแผนการรักษาที่ดี ที่ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะประชาชนในชนบทอีสาน มีปัจจัยบางอย่างที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แบบผสมผสานระหว่างความเชื่อในการบูชาผี นบถอิพรหมณ์ พุทธ และปราชญ์ชาวบ้าน แบบแผนดังกล่าวยังคงเป็นตัวกำหนดที่ทำให้ชาวชนบทอีสานมีพฤติกรรมสุขภาพแปรตามแบบแผนความเชื่อของครวี่เรือน แบบแผนดังกล่าว ได้แก่ 1) แบบแผนการแพทย์แผนไทย กล่าวคือ เป็นการดูแลสุขภาพทั้งสภาวะปกติ และสภาวะที่ผิดปกติ (เป็นโรค) โดยใช้ทฤษฎีความสมดุลของธาตุต่าง ๆ ในร่างกายและกายวิภาคศาสตร์ หลักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้ามาอธิบาย ตามหลักวิชาการหลักเวชปฏิบัติ 2) แบบแผนการแพทย์พื้นบ้านเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิต และ 3) แบบแผนการแพทย์ทางเลือก เป็นการประยุกต์แบบแผนทางการแพทย์อื่นร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2541; อรอนงค์ บุรีเลิศ, 2550) สะท้อนให้เห็นว่า มีปัจจัยบางอย่างที่มีความสัมพันธ์กับการเลือก ใช้แบบแผนการรักษาอาการเจ็บป่วยของครวี่เรือนในพื้นที่ชนบทอีสาน

จังหวัดสกลนครมีสถานที่ตามแบบแผนความเชื่อของครวี่เรือนที่เรียกว่า “อโรคยศาล” ซึ่งเป็นวัดคำประมงที่ได้จัดตั้งเป็นโรงพยาบาล โดยกระทรวงสาธารณสุข ใช้ชื่อเป็นทางการว่า “โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานด้านมะเร็งสกลนคร” นักวิชาการได้ทำการศึกษาวิจัยและยืนยันเชื่อได้ว่า เกิดความสำเร็จในการสร้างเสริมสภาวะผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในสถานบริการสุขภาพโดยองค์กรทางศาสนาที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ 1) บริบทแวดล้อมที่มีความเป็นธรรมชาติ และความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของสังคมไทย 2) ผู้นำองค์กรที่มีความตั้งใจอย่างแรงกล้า มีความเพียรและมีความเมตตาต่อผู้อื่น 3) ผู้ให้บริการที่มีความเอื้ออาทร มีเมตตา มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ และมีจิตสาธารณะ 4) ความศรัทธาของผู้รับบริการต่อผู้ให้การรักษา และวิธีการรักษา 5) จิตอาสา 6) ยาสมุนไพร 7) การบริจาคน้ำ 8) สิ่งอำนวยความสะดวก โครงสร้าง อาคารสถานที่ 9) การบริหารจัดการ องค์กรที่มีความยืดหยุ่น อิสระ ไม่มีแบบแผนตายตัว และ 10) กระบวนการดูแลรักษาที่มีความเป็นองค์ รวมและดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์, สุขิรา ชัยวิบูลย์ธรรม และวิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2560: 198-213) ทำให้กระแสแบบแผนความเชื่อของครวี่เรือนที่มีต่อการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานมากยิ่งขึ้นทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ เมื่อนำมาพิจารณาองค์ประกอบปัจจัยแห่งความสำเร็จดังกล่าวแล้ว สะท้อนให้เห็นว่า ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม **ขณะนี้** กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ดำเนินการถอดบทเรียนองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วยแนวทางของอโรคยศาล วัดคำประมง เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแก่โรงพยาบาลต่าง ๆ ต่อไป

จากกระแส “อโรคยศาล” ดังกล่าว ทำให้จังหวัดสกลนครตื่นตัวในแบบแผนการรักษาการเจ็บป่วยมากขึ้น ส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อในครอบครัว อำเภอพังโคนเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดสกลนครที่ได้รับอิทธิพลจากแบบแผนความเชื่อของครวี่เรือนที่มีต่อการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีประชาชนเลือกใช้แบบแผนการรักษาอาการเจ็บป่วยของครวี่เรือนที่หลากหลาย

อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถระบุอย่างชัดเจนได้ว่า มีระดับการเลือกใช้แต่ละแบบแผนการรักษาอาการเจ็บป่วยของครีวเรือนมากน้อยเพียงใด

จึงเกิดคำถามที่ผู้วิจัยต้องการค้นหาคำตอบว่า ระดับของการเลือกใช้แบบแผนการรักษาอาการเจ็บป่วยของครีวเรือนแต่ละแบบแผนเป็นอย่างไร มีองค์ประกอบจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมใดบ้าง โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อ (1) อธิบายระดับของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการดูแลการเจ็บป่วยของครีวเรือน และ (2) ศึกษาลักษณะการเลือกใช้แบบแผนการรักษาอาการเจ็บป่วยของครีวเรือน

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นครีวเรือนในอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งสิ้น 8,121 ครีวเรือน ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) จำนวน 380 ครีวเรือน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยการสำรวจ

2.1 ตัวแปรและการวัด

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ เป็นการประเมินระดับความรู้ถูก-ผิด เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ และแบบประมาณค่า (rating scale) การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ 2) ปัจจัยเอื้อ เป็นแบบประมาณค่าความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ และแบบประมาณค่าการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ และ 3) ปัจจัยเสริม เป็นแบบประมาณค่าแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว จากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดและจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 6 ข้อ

ตัวแปรตาม ประกอบด้วย การเลือกใช้แบบแผนการรักษาอาการเจ็บป่วยของครีวเรือน เป็นแบบประมาณค่าการเลือกใช้แบบแผนการรักษาจำแนกเป็น (1) การแพทย์แผนปัจจุบัน (2) การแพทย์แผนไทย (3) ภูมิปัญญาชาวบ้าน และ (4) การแพทย์ทางเลือก แบบแผนละ 5 ข้อคำถาม

2.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือในการวิจัยนี้คือ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยการประเมินค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยรายข้อ (IOC) ทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.5 และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ของครอนบาช (Cronbach'Alpha) เป็นการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมืองอุดรธานี จำนวน 30 ตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล

การวิเคราะห์ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่และร้อยละ แปลผลด้วยค่าร้อยละ คะแนนตอบถูก ใช้เกณฑ์ไม่ถึงร้อยละ 75 มีระดับความรู้ไม่ดี และตั้งแต่ร้อยละ 75 ขึ้นไป มีระดับความรู้ดี

ในส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความสามารถในการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว จากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดและจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการเลือกใช้แบบแผนการรักษาอาการเจ็บป่วยของครีวเรือน จำแนกตามการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาชาวบ้าน และการแพทย์ทางเลือก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลความหมายด้วยค่าเฉลี่ยคือ ระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.21-5.00 ระดับดี มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41 - 4.20 ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.60-3.40 ระดับน้อยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.81- 2.60 และระดับน้อยมากมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00-1.80 (บุญชม ศรีสะอาด, 2542)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักในหลักการเคารพความเป็นบุคคล (respect for person) ได้แก่ เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นคน โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จะได้รับการแจ้งล่วงหน้า มีการบอกกล่าวและเป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และเคารพในความเป็นส่วนตัว รักษาความลับของข้อมูลซึ่งไม่มุ่งแสวงหาประโยชน์จากการวิจัยในกลุ่มคนอ่อนแอ



เพราะบางที่ไม่สามารถปกป้องผลประโยชน์ต่อตนเองได้ นอกจากนี้ ยังยึดหลักผลประโยชน์หรือไม่ก่ออันตราย (beneficence) ได้แก่ การพิจารณากลุ่มตัวอย่างจะต้องได้ประโยชน์จากการวิจัยมากกว่าความเสี่ยงที่ได้รับการเข้าร่วมวิจัย ท้ายที่สุดที่ผู้วิจัยจะละเลยไม่ได้ก็คือ หลักยุติธรรม (justice) ได้แก่ การกระจายความเสี่ยง ความเสมอภาค ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งทั้งหมดนี้ผู้วิจัยได้ใส่ใจและให้ความสำคัญทุกขั้นตอนที่มีการดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

3. ผลการวิจัย (Results)

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

หัวหน้าครอบครัวหรือผู้ทำหน้าที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กศค.) หรือผู้แทนแต่ละครัวเรือนที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.4) อายุเฉลี่ยที่ 47 ปี มีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือนที่ 7,000 บาท (Med.=7,000) มีการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือนส่วนใหญ่เฉลี่ยที่ 4 คนต่อครัวเรือน และในครัวเรือนที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 121 ครัวเรือน (ร้อยละ 31.8) และโรคที่เป็นมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 11.8)

3.2 ปัจจัยนำ (Predisposing factors)

ในการวิจัยนี้ปัจจัยนำที่นำมาศึกษาประกอบด้วย ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผลการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

3.2.1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การเสียชีวิตจากการดื่มสุราและการสูบบุหรี่สูงสุดที่สุด (ร้อยละ 98.9) รองลงมาคือ การสูบบุหรี่เป็นประจำเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด (ร้อยละ 97.6) และการขับรถยนต์มีนเมาระบบประสาทจะทำงานไม่ปกติ มักเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (ร้อยละ 97.4) ในขณะที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับต่ำสุดคือ ควันบุหรีเป็นอันตรายเฉพาะตัวผู้สูบ ไม่มีผลต่อบุคคลข้างเคียง (ร้อยละ 72.4) และเมื่อพิจารณาจัดกลุ่มระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพภาพรวม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 84.2)

ชี้ให้เห็นว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี

3.2.2 การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี (= 3.41) โดยเฉพาะการรับประทานผักผลไม้ ช่วยป้องกันโรคได้จึงควรรับประทานเป็นประจำเพื่อสุขภาพที่ดีสูงสุด (=3.61) รองลงมาคือ ควรนอนหลับพักผ่อนอย่างเต็มที่ เพื่อให้ร่างกายสดชื่น จิตใจเบิกบาน (= 3.52) และไม่ควรมีเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในขณะที่ขับขี่ยานพาหนะจะช่วยลดอุบัติเหตุได้ (= 3.46) ในขณะที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพน้อยที่สุดคือ การรับรู้ว่า ควันบุหรีเป็นอันตรายเฉพาะตัวผู้สูบเท่านั้นไม่มีผลต่อบุคคลข้างเคียง (= 3.15) ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพครัวเรือนอยู่ในระดับที่ดี

3.3 ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)

ในการวิจัยนี้ปัจจัยเอื้อที่นำมาศึกษาประกอบด้วย ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความสามารถในการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ผลการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ให้บริการด้านสุขภาพใกล้ที่พักอาศัยได้ในระดับปานกลาง (= 2.26) โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสูงที่สุด (= 3.02) รองลงมาคือ สถานที่ที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ (= 3.00) และชมรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในตำบล (= 2.82) ในขณะที่ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับน้อยสุดคือ โรงพยาบาลรักษาโรคเฉพาะทาง (= 1.66) สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านพักอาศัยค่อนข้างสะดวก ยกเว้นโรงพยาบาลรักษาโรคเฉพาะทาง

3.3.2 ความสามารถในการได้รับข้อมูล

ข่าวสารด้านสุขภาพ โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับปานกลาง (= 2.51) ซึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

จากสื่อโทรทัศน์สูงสุด (= 3.48) รองลงมาคือ สื่อบุคคล (= 3.16) และสื่อวิทยุกระจายเสียง (= 2.59) ในขณะที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับต่ำสุดคือ สื่อนิตยสารหรือวารสารทางสุขภาพ (= 1.76) ซึ่งน่าจะกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่หลากหลาย โดยเฉพาะสื่อที่ผ่านเทคโนโลยีที่ทันสมัย และไม่นิยมใช้สื่อที่เป็นแบบเดิม ๆ ที่ล้าหลังได้แก่ สื่อนิตยสารหรือวารสารทางสุขภาพ

3.4 ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)

ในการวิจัยนี้ปัจจัยเสริมหมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครัวเรือน จากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

3.4.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครัวเรือน

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครัวเรือนอยู่ในระดับปานกลาง (= 3.15) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมให้ดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยสูงสุด (= 3.34) รองลงมาคือแรงสนับสนุนทางสังคมเชิญชวนให้ทานอาหารสุขภาพและเครื่องดื่มน้ำเพื่อสุขภาพ (= 3.29) และแรงสนับสนุนทางสังคมให้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (= 3.20) ในขณะที่เดียวกันแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครัวเรือนต่ำที่สุดคือ แรงสนับสนุนทางสังคมให้รับประทานอาหารเช้าเพื่อบำรุงร่างกายเป็นประจำ (= 2.93) สะท้อนให้เห็นว่าบุคคลในครัวเรือนสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพ ใส่ใจในตนเองด้านสุขภาพโดยประหยัดไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่าย สังเกตจากแรงสนับสนุนทางสังคมให้รับประทานอาหารเช้าเพื่อบำรุงร่างกายเป็นประจำอยู่น้อยที่สุด

3.4 แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ภาพรวมส่วนใหญ่แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับสูง (= 3.41) ที่สูงที่สุดคือ สนับสนุนให้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (= 3.53) รองลงมาคือ สนับสนุนให้ทานอาหาร

สุขภาพและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ (= 3.51) และสนับสนุนให้ดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (= 3.49) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่ำที่สุดในกลุ่มคือ สนับสนุนให้รับประทานอาหารเช้าเพื่อบำรุงร่างกายเป็นประจำ (= 3.06) ซึ่งสอดคล้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครัวเรือนนั่นเอง

3.4.3 แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด

ภาพรวมแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดอยู่ในระดับปานกลาง (= 2.74) สูงที่สุดคือ สนับสนุนให้ทานอาหารสุขภาพและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ (= 2.83) รองลงมาคือ สนับสนุนให้ดื่มน้ำสะอาดและดื่มน้ำแร่ (= 2.82) และสนับสนุนให้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (= 2.81) และต่ำที่สุดในกลุ่มคือ สนับสนุนให้รับประทานอาหารเช้าเพื่อบำรุงร่างกายเป็นประจำ (= 2.58) ซึ่งมีข้อสังเกตเพิ่มเติมคือ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพที่ต่ำที่สุด ทั้งจากบุคคลในครัวเรือน จากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคือ สนับสนุนให้รับประทานอาหารเช้าเพื่อบำรุงร่างกายเป็นประจำ หรืออีกนัยหนึ่งคือ ไม่สนับสนุนให้ฟังฟังการรับประทานอาหารเช้าเพื่อบำรุงร่างกายเป็นประจำนั่นเอง

เมื่อพิจารณาจัดกลุ่มระดับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า ทั้งจากบุคคลในครัวเรือนและจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกระจายอยู่ในระดับสูง ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดกระจายอยู่ในระดับปานกลาง

3.5 การเลือกใช้แบบแผนการรักษาการเจ็บป่วยของครัวเรือนในพื้นที่ชนบทอีสาน

ในงานวิจัยนี้แบบแผนการรักษาการเจ็บป่วยประกอบด้วย (1) การแพทย์แผนปัจจุบัน (2) ภูมิปัญญาชาวบ้าน (3) การแพทย์แผนไทย และ(4) การแพทย์ทางเลือก ผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

3.5.1 การแพทย์แผนปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบแผนการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (= 3.24) โดยเฉพาะเมื่อเกิด



อุบัติเหตุถูกฉีดยาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลคลินิกหรือ รพ.สต. สูงที่สุด (= 3.66) รองลงมาคือ ถ้าต้องการการรักษาที่ดีที่สุดไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล (= 3.51) และเมื่อเจ็บป่วยจะมากหรือน้อยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล อย่างเดียว (= 3.05) ในขณะที่การเลือกแบบแผนการรักษา กับแพทย์แผนปัจจุบันที่ต่ำที่สุดคือ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเล็กน้อย มักซื้อยากินเองที่ร้านขายยาหรือร้านค้า (= 2.93)

3.5.2 การแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้แบบแผนการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับปานกลาง (= 2.76) โดยเฉพาะเมื่อแมลงสัตว์กัดต่อยใช้ยาหม่อง หรือเสลดพังพอนทาบรรเทาอาการแพ้ได้ผลดี สูงที่สุด (= 3.11) รองลงมาคือ เมื่อมีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด อ่อนเพลีย รับประทานยาหอม อาการจะดีขึ้น (= 2.89) และเมื่อมีอาการคอเคล็ดใช้วิธีการรักษาโดยการนวดไทยสามารถรักษาอาการได้ (= 2.82) ในขณะที่การเลือกแบบแผนการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยต่ำที่สุดคือ การทำกายบริหารแบบท่าฤๅษีดัดตน ทำให้กล้ามเนื้อข้อต่อต่างๆ ทำงานดีขึ้น (= 2.40)

3.5.3 ภูมิปัญญาชาวบ้าน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบแผนการรักษาด้วยภูมิปัญญาชาวบ้านอยู่ในระดับปานกลาง (= 2.15) โดยเฉพาะการรักษาโดยภูมิปัญญาพื้นบ้านเป็นทางเลือกที่ดีในการดูแลรักษาสุขภาพสูงสุด (= 2.34) รองลงมาคือ เมื่อมีอาการโรคปากนกกระจอก โรคคางทูม โรคฝี มักไปรับการรักษาที่หมอเป่า (= 2.17) และเมื่อกังวลใจในสาเหตุของการเกิดโรคจะต้องไปหาหมอดู (= 2.12) ในขณะที่การเลือกแบบแผนการรักษาแบบภูมิปัญญาชาวบ้านต่ำที่สุดคือ เมื่อเกิดเหตุการณ์ร้ายขึ้นจะไปสะเดาะเคราะห์เพื่อผ่อนคลายให้สบายใจขึ้น (= 2.07)

3.5.4 การแพทย์ทางเลือก กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบแผนการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับต่ำ (= 1.59) โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วย อาการปวดศีรษะ ปวดไมเกรนและปวดศีรษะจากความเครียดจะไปฝังเข็มต่ำที่สุด (= 1.39) รองลงมาคือ ฝึกรับประทานอาหารเจ อาหารมังสวิรัต และอาหารที่เหมาะสมกับโรคจะทำให้สุขภาพดี (= 1.49) และการออกกำลังกายจะเลือกใช้วิธีโยคะ ชี่กง และไท้เก๊ก (= 1.52) ในขณะที่การเลือกแบบแผนการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกด้วยเงื่อนไขที่สูงที่สุดคือ การ

กวดจุด การนวดหรือใช้แรงกดบนฝ่าเท้า เพื่อลดความเครียด และผ่อนคลาย (= 1.93)

4. การอภิปรายผล

4.1 ปัจจัยนำ (Predisposing factors)

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า คราวเรือนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี นั่นหมายถึงว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ประกอบด้วย ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสารเสพติด (บุหรี่ สุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) การจัดการกับความเครียด การป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นจากการขับขี่ยานพาหนะ เป็นต้น สอดคล้องกับกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพในครัวเรือนในพื้นที่ชนบทอีสานที่ใช้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้ในการดูแลตนเองในครอบครัวที่เป็นทุนทางสังคมในระดับครัวเรือนใช้ในการดูแลสุขภาพ (สังคม สุภรัตน์กุล, ดุษฎี อายุวัฒน์, และพีระศักดิ์ ศรีฤาชา, 2553) ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายที่มุ่งเน้นในด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคที่ครอบคลุมทุกกลุ่มบุคคลและพื้นที่อย่างเหมาะสมและวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน นอกจากนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการพิจารณากำหนดเป็นข้อบังคับหรือมาตรการของท้องถิ่นตามความเหมาะสม เพื่อมุ่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และมีการสนับสนุนนโยบายและกิจกรรมต่างๆ ด้านสุขภาพมากขึ้น ที่ถือว่า เป็นทุนทางสังคมในระดับโครงสร้าง (linking social capital) ที่คอยสนับสนุนให้เกิดกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพในครัวเรือนในพื้นที่ชนบทอีสาน (สังคม สุภรัตน์กุล, 2554)

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า คราวเรือนมีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพครัวเรือนอยู่ในระดับดี จึงกล่าวได้ว่า คราวเรือนในพื้นที่ชนบทอีสานมีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี แม้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแต่ละคนจะแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยการรับรู้ 2 ประการคือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ค่านิยม ความสนใจ และประสบการณ์เดิม เป็นต้น และปัจจัยภายนอก ได้แก่ วัฒนธรรม ความเชื่อ การบอกเล่า และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งจะ

ทำให้รับรู้เรื่องราว เหตุการณ์ สถานการณ์ ตลอดจนความเชื่อมั่นแตกต่างกันไป บางคนอาจรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นเพียงสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นเล็กน้อย และไม่ใช่อุปสรรคในการดำเนินชีวิต ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตตนเอง ทำให้สิ่งที่ตามมาคือ เกิดความรู้สึกด้านจิตใจขึ้นเช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ท้อแท้ เครียด หรือสับสนทุกครั้งที่เจ็บป่วย เป็นต้น การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันนี้จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาสุขภาพ หรือภัยคุกคามสุขภาพที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (จรุง วรบุตร, 2550)

4.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)

จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า คริวเรือนในพื้นที่ชนบทอีสานมีความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านพักอาศัยนั้นค่อนข้างสะดวก จึงอาจกล่าวได้ว่า คริวเรือนในพื้นที่ชนบทอีสานไม่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านพักอาศัย ซึ่งค่อนข้างจะสะดวกและรวดเร็วกว่า ไม่มีข้อจำกัด ส่วนโรงพยาบาลรักษาโรคเฉพาะทางหรือหน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) เป็นทางเลือกในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพค่อนข้างยากไม่สะดวกและมีเงื่อนไขในการเข้าถึงเพื่อใช้บริการมากมาย โดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยต้องอาศัยประสบการณ์ มีความคุ้นชินกับระบบที่สลับซับซ้อนเป็นอย่างมาก คนชนบทที่ไม่ศึกษาข้อมูลข่าวสารมาล่วงหน้าจะทำให้การบริการล่าช้าและขาดโอกาสหรือแทบจะไม่มีโอกาสเลย ยิ่งความสามารถในการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หรือขั้นตอนเงื่อนไขค่อนข้างน้อยอยู่แล้ว ซึ่งต่อมารัฐจึงได้ส่งเสริมให้ใช้บริการสุขภาพในหน่วยบริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพื่อให้คนไทยได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และได้ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และจัดทำโครงการเพื่อลดความแออัดของการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลใหญ่ของคนชนบทนั่นเอง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2559) สะท้อนให้เห็นว่า โรงพยาบาลใหญ่ โรงพยาบาลรักษาโรคเฉพาะและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้ถูกออกแบบมาเพื่อรองรับคนในเขตเมือง มีระบบดิจิทัล

สื่อออนไลน์ที่ทันสมัย ใช้ภาษาสื่อสารที่เข้าใจเฉพาะกลุ่ม จึงเกิดช่องว่างในการเข้าถึงสิทธิด้านบริการ เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพที่ทันสมัยกับคนชนบทอย่างปฏิเสธไม่ได้

อย่างไรก็ตาม ความเป็นจริงแล้วการให้บริการสุขภาพจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรม ทางด้านกายภาพ และมีการยอมรับ และความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (affordability) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจเข้ารับบริการ (เพชรารมย์ ชัชวาล ชาญชนกิจ และพรรณรัตน์ อารมณ์พิศาล, 2558) เป็นเหตุมาจากความสามารถในการเข้าถึงสื่อประชาสัมพันธ์ สื่ออธิบายขั้นตอนและเงื่อนไขในการใช้บริการนั่นเอง การบริโภคข่าวสารจากสื่อมวลชนที่เกี่ยวข้องจะช่วยตอบสนองความต้องการและลดปัญหาของผู้ใช้บริการ (สิริกุลสิทธิพร ถิ่นจันทร์, 2557)

4.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)

จากผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่า บุคคลในครัวเรือนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพ ใส่ใจในตนเองด้านสุขภาพโดยประหยัดไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่าย สัมผัสจากแรงสนับสนุนให้รับประทานอาหารเสริมเพื่อบำรุงร่างกายเป็นประจำในระดับต่ำที่สุด ในขณะที่เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดสนับสนุนให้ทานอาหารสุขภาพและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ดูแลสุขภาพโดยการงดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสนับสนุนให้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และยังไม่สนับสนุนให้รับประทานอาหารเสริมเพื่อบำรุงร่างกายเป็นประจำเช่นกัน ซึ่งมีข้อสังเกตเพิ่มเติมคือ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพที่ต่ำที่สุด ทั้งจากบุคคลในครัวเรือน จากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคือ สนับสนุนให้รับประทานอาหารเสริมเพื่อบำรุงร่างกายเป็นประจำ หรืออีกนัยหนึ่งคือ ไม่สนับสนุนให้พึ่งพิงอาหารเสริมเพื่อบำรุงร่างกายเป็นประจำนั่นเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคคลในครัวเรือนและจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมากกว่าจากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดนั้นหมายความว่า คริวเรือนและหมอประจำครัวเรือนคือผู้ที่มีความห่วงใยในสุขภาพมากกว่าเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดนั่นเอง รูปธรรมที่เห็นชัดเจนคือ คริวเรือนจะห้ามเที่ยว



กลางคืน ห้ามสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดมักมาชวนออกเที่ยวร่วมสังสรรค์

5. สรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ปัจจัยนำ (Predisposing factors)

ครัวเรือนในพื้นที่ชนบทอีสานมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสารเสพติด (บุหรี่ สุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) การจัดการกับความเครียด การป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นจากการขับขี่ยานพาหนะ เป็นต้น ซึ่งถือได้ว่า เป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพในครัวเรือนในพื้นที่ชนบทอีสานที่ใช้ทุนทางสังคมในระดับครัวเรือนในการดูแลสุขภาพอีกแบบหนึ่ง นอกจากนี้หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างสุขภาพ ถือว่า เป็นทุนทางสังคมในระดับโครงสร้างที่คอยสนับสนุนให้เกิดกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพในครัวเรือนในพื้นที่ชนบทอีสานเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพครัวเรือนอยู่ในระดับที่ดีอีกด้วย ครัวเรือนกลุ่มนี้จะเลือกใช้แบบแผนการรักษาการเจ็บป่วยในด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน จะไม่เลือกใช้แบบแผนการรักษาการเจ็บป่วยด้วยการแพทย์แผนไทยด้วยการแพทย์ทางเลือก และแบบภูมิปัญญาชาวบ้าน ซึ่งจะเห็นได้จากการเลือกแบบแผนการรักษาแบบภูมิปัญญาชาวบ้านหรือแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกน้อยกว่าแบบแผนการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ดังนั้นครัวเรือนที่มีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี จะไม่เลือกใช้แบบแผนการรักษาการเจ็บป่วยในแบบแบบภูมิปัญญาชาวบ้านหรือแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

5.1.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)

ครัวเรือนในพื้นที่ชนบทอีสานมีความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านพักอาศัยนั้นค่อนข้างสะดวก และรวดเร็ว ส่วนโรงพยาบาลรักษาโรคเฉพาะทางหรือหน่วยบริการระดับตติยภูมิเป็นการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพที่ค่อนข้างยากไม่สะดวกและมีเงื่อนไขในการเข้าถึงบริการ

มากมายยุ่งยาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ต้องอาศัยประสบการณ์ มีความคุ้นชินกับระบบที่สลับซับซ้อนเป็นอย่างมาก ครัวเรือนคนชนบทที่ไม่ศึกษาข้อมูลข่าวสารมาล่วงหน้าจะทำให้การบริการล่าช้าและขาดโอกาสหรือแทบจะไม่มีโอกาสเลย ยังมีช่องทางที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพน้อยอยู่แล้ว ทำให้การเข้าถึงบริการของหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านที่พักอาศัย และช่องทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้แบบแผนในการรักษาการเจ็บป่วยใดๆ

5.1.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)

แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครัวเรือน เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพ ใส่ใจในตนเองด้านสุขภาพโดยประหยัดไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่าย ไม่ส่งเสริมให้รับประทานอาหารเสริมเพื่อบำรุงร่างกายเป็นประจำอยู่ในขณะที่เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดสนับสนุนให้รับประทานอาหารสุขภาพและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ดูแลสุขภาพโดยการงดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสนับสนุนให้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคคลในครัวเรือนและจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมากกว่าจากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด นั่นหมายความว่า ครัวเรือนและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวคือ ผู้ที่มีความห่วงใยในสุขภาพมากกว่าเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดนั่นเอง

จะเห็นได้ว่า บุคคลที่มีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี จะเลือกใช้แบบแผนการรักษาการเจ็บป่วยด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี จึงสนับสนุนในการเลือกใช้แบบแผนการรักษาการเจ็บป่วยด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันสังเกตจากแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้แบบแผนการรักษาการเจ็บป่วยด้วยการแพทย์ทางเลือก แต่จากบุคคลในครัวเรือน และจากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้แบบแผนการรักษาการเจ็บป่วยด้วยการแพทย์แผนไทย แบบภูมิปัญญาชาวบ้าน และด้วยการแพทย์ทางเลือก ในมุมตรงกันข้ามแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครัวเรือน และจากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดไม่มีความ

สัมพันธ์กับการเลือกใช้แบบแผนการรักษาการเจ็บป่วยด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) หน่วยงานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ควรส่งเสริมสนับสนุนการเข้าถึงสื่อสุขภาพ สร้างการรับรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพให้กับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้เกิดความต่อเนื่อง ซึ่งจากข้อค้นพบว่า ครักวเรือนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีอยู่แล้ว ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสารเสพติด (บุหรี่ สุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) การจัดการกับความเครียด และการป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นจากการขับขี่ยานพาหนะ

2) หน่วยงานบริการสุขภาพในระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลรักษาโรคเฉพาะทาง ควรทบทวนการจัดระบบบริการ เพื่อให้รองรับการเข้าถึงบริการสุขภาพกับประชาชนนอกเขตบริการที่ไม่ยุ่งยาก ซึ่งจากข้อค้นพบว่า โรงพยาบาลรักษาโรคเฉพาะทางหรือหน่วยบริการระดับตติยภูมิเป็นทางเลือกในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพค่อนข้างยาก ไม่สะดวกและมีเงื่อนไขในการเข้าถึงเพื่อใช้บริการมากมาย

3) หน่วยงานบริการวิชาการด้านการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกควรจัดโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ด้านการบริการสุขภาพของหน่วยงานในระดับครักวเรือน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทอีสาน เพื่อสร้างความเข้าใจในการบริการของหน่วยงาน

4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบครักวเรือนในพื้นที่ชนบทอีสานควรทำความเข้าใจและเพิ่มพูนความรู้ในด้านการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน หรือการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพเจ็บป่วย เพื่อผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

5) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการผลิตสื่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริการสุขภาพควรประยุกต์ให้ต่อยุคสมัยให้ครักวเรือนในพื้นที่ชนบทอีสานสามารถเข้าถึงได้

5.2.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรขยายพื้นที่การศึกษาให้ครอบคลุมทุกชาติพันธุ์ในภาคอีสานที่มีความแตกต่างหลากหลายทางความคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่างกัน

2) ควรศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณเพื่อให้เห็นปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้แบบแผนการรักษาการเจ็บป่วยของครักวเรือนในพื้นที่ชนบทอีสาน

3) ควรเพิ่มกรอบแนวคิดทุนทางสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเข้ามาศึกษาร่วมด้วย

6. เอกสารอ้างอิง

- กองการแพทย์พื้นบ้านไทย. (2557). การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก. แหล่งที่มา : www.dtam.moph.go.th. สืบค้นวันที่ 16 พฤศจิกายน 2559.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2541). การดูแลรักษาสุขภาพและการรักษาพยาบาล: ประเด็นที่ควรพิจารณา. ในระบบความรู้พื้นบ้านปัจจุบัน: การวิจัยและพัฒนา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- . (2548). *พหุลักษณะทางการแพทย์: มุมมองมานุษยวิทยากับความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพในพหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- จรุง วรบุตร. (2550). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี. *วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร*.
- ณัฐวรรณ วรพิสุทธีวงศ์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทยของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา สถาบันวิจัยและพัฒนา.



- บุญชม ศรีสะอาด. (2542). วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- ปิยนุช ยอดสมสวย. (2556). การศึกษาภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 13 (2), 212-217
- ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. (2560). ความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในสถานบริการสุขภาพ โดยองค์การทางศาสนา: กรณีโรคนิเวศน์ วัดคำประมง สกลนคร. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(2), 198-213
- เพ็ชรภรณ์ ชัชวาลชาวนุกิจ และพรรณรัตน์ อภรณ์พิศาล. (2558). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า กรณีศึกษา กิจการต่อเนื่องประมง จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารวิชาการสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 21(2), 80-89
- สังคม ศุภรัตน์กุล, ดุษฎี อายุวัฒน์, และ พิระศักดิ์ ศรีถาษา. (2553). ทูทางสังคมกับความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 33(2), 52-63
- สังคม ศุภรัตน์กุล. (2554). การสร้างรูปแบบความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน. *วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่*, 3(3), 103-117
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2559*. กรุงเทพฯ.
- สิริกุลสิทธิ์พินิจจันทร์. (2557). การเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชนผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร*.
- อรอนงค์ บุรีเลิศ. (2550). การศึกษาหาความต้องการของชุมชนที่มีต่อการให้บริการของสาขาสาธารณสุข ชุมชนคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. กรุงเทพมหานคร: *สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ*.