

เอกสารประกอบการศึกษา
รายวิชา 609101 ชนบทศึกษาทางการแพทย์ 1

ชุมชนชนบทและสาธารณสุขชนบท
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัตนา รุจิรกุล
อาจารย์พิเศษ สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คำนำ

เอกสาร ชุมชนชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของสื่อประกอบกระบวนการเรียนการสอนรายวิชา 609201 ชนบทศึกษาทางการแพทย์ 1 โดยมีเนื้อหาที่เป็นความรู้พื้นฐานสำหรับบูรณาการองค์ความรู้ด้านสังคมศาสตร์ มานุษยวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ จริยเวชศาสตร์และการสาธารณสุขชนบท ในการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทของนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ในการจัดทำครั้งนี้ได้เพิ่มเติมเนื้อหาในบางส่วนที่ได้รับเสนอแนะจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะในเรื่องของการจำแนกประเภทชุมชนชนบทและเมือง และเทคนิคการวิเคราะห์ชุมชน

อย่างไรก็ตามนักศึกษาควรค้นคว้าเพิ่มเติมจากสื่อต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์ ซีดีรอม สื่อสิ่งพิมพ์ ฯลฯ จะทำให้ได้รับทั้งเนื้อหาและมุมมองที่หลากหลาย ที่สำคัญที่สุดคือการศึกษจากสภาพพื้นที่จริงที่เป็นภูมิสำเนา ชุมชนที่เป็นฐานฝึกและทุกชุมชนที่นักศึกษามีโอกาสพบเห็นเป็นการฝึกทักษะและการระดมองค์ความรู้เกี่ยวกับชุมชนชนบทเพื่อการเป็นแพทย์ชนบทที่ดีในอนาคต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัตนา รุจิรกุล

18 เมษายน 2556

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	ความเป็นแพทย์ชนบท	1
	ความเป็นชุมชน	15
	ประเภทของชุมชน	23
2	ชุมชนชนบท	31
	สภาพภูมิศาสตร์	33
	ลักษณะทางประชากร	36
	ศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา	41
	ความเชื่อ	
3	เทคนิคการศึกษาชุมชน	49
	ประเภทของข้อมูลชุมชน	50
	แหล่งข้อมูล	51
	เครื่องมือในการศึกษาชุมชน	52
	เทคนิคในการวิเคราะห์ชุมชน	66
4	สภาวะของชุมชน	71
	ความหมายของสภาวะชุมชน	71
	การพึ่งพาตนเองของชุมชนกับสภาวะ	72
	ภาวะ	

	ปัจจัยและพลวัตที่ส่งผลต่อสุขภาพ	74
	ภาวะสุขภาพของประชาชนในชนบท	75
บทที่		หน้า
	กระแสโลกาภิวัตน์กับสุขภาพของ ชุมชนชนบท	77
5	การดูแลสุขภาพของครอบครัวในชุมชน ชนบท	87
	ปัญหาของประชาชนเมื่อใช้บริการ สาธารณสุข	88
	การดูแลสุขภาพของครอบครัวชนบท	90
	หมอพื้นบ้านในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	94
	วิธีการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	96
	แบบแผนการรักษาความเจ็บป่วยใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	98
	วัฒนธรรมการเรียนรู้ของหมอ พื้นบ้าน	99
	การดูแลสุขภาพโดยภูมิปัญญา พื้นบ้านในวิถีชีวิตชาวไทยเขมรใน ชุมชนจังหวัดสุรินทร์	100
	การดูแลสุขภาพจิตโดยหมอสู้ขวัญใน จังหวัดนครราชสีมา	103

ศูนย์บริการแพทย์แผนไทยกุดจิก	104
บรรณานุกรม	108

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รัตนา รุจิรกุล

บทที่ 1

บทนำ

ชุมชนมีความแตกต่างกันตามสภาพภูมิศาสตร์ประชากร ศาสนาความเชื่อ ศิลปะวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีและ จริยธรรมในชุมชนรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงอันสืบเนื่องมาจาก ปัจจัยภายนอกชุมชนและกระแสโลกาภิวัตน์เกิดเป็นบริบทชุมชนที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะของคนที่อยู่ในชุมชน

เป้าหมายที่สำคัญที่สุดของการผลิตแพทย์ชนบทคือการ สร้างบุคลากรที่สามารถจัดบริการสาธารณสุขที่ดีมีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพของชุมชนโดยมีลักษณะของการดำเนินงานที่เป็นไปได้ด้วยดีมีความสุขทั้งผู้ให้และผู้รับบริการภายใต้เงื่อนไข ของบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่การรู้จักและเข้าใจชุมชนเป็น รากฐานสำคัญที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว

ความเป็นแพทย์ชนบท

แพทย์ชนบทเป็นเป้าหมายของ“โครงการผลิตแพทย์เพื่อ ชาวชนบท”ซึ่งมีความเป็นมาวัตถุประสงค์เป้าหมายและ ภาพลักษณะของบัณฑิตแพทย์ในโครงการซึ่งจะได้นำมากว่าโดย สรุปลงสำหรับผู้สนใจในรายละเอียดสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จาก เว็บไซต์ของโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท

<http://cpird.in.th/main/>หรือที่<http://kmops.moph.go.th/index.php/km-test/2012-09-19-04-16-17>ซึ่งสำนักงานบริหาร

โครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทได้เสนอข้อมูล
สารสนเทศที่น่าสนใจไว้หลายประการรวมทั้งสื่ออื่นๆที่ได้จัดทำ
เผยแพร่ไว้เป็นจำนวนมาก

นอกจากนี้ควรศึกษารณีตัวอย่างของแพทย์ชนบทดีเด่นที่
ทำงานอย่างมีความสุขในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อให้
เห็นภาพลักษณ์ที่มีอยู่จริงของแพทย์ชนบทเพราะความเป็นแพทย์
ชนบทนั้นเป็นความจริงเชิงประจักษ์ที่เกิดจากการประพฤติปฏิบัติ
มากกว่าการเป็นบัณฑิตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจาก“โครงการ
ผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท”โดยจะได้กล่าวถึงตามลำดับดังนี้

1.ความเป็นมาของโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท

เมื่อวันที่ 7 มิถุนายนพ.ศ. 2537 คณะรัฐมนตรีมีมติ
เห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ
ทบวงมหาวิทยาลัยจัดทำ“โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาว
ชนบท”เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์และการ
กระจายแพทย์ที่ไม่เหมาะสมในชนบทซึ่งมีหลักการสำคัญคือ
ทบวงมหาวิทยาลัยโดยคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยใน
สังกัดรับผิดชอบจัดทำหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตประสาท
ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตและรับผิดชอบจัดการเรียนการสอน
ในชั้นปีที่ 1-3 ของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตส่วนกระทรวง
สาธารณสุขโดยศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกรับผิดชอบ
จัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 4-6 โดยเริ่มรับนักศึกษาตั้งแต่ปี
การศึกษา 2538 เป็นต้นไป

ต่อมาในปี พ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้ง “สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท” ขึ้นเพื่อรับผิดชอบโครงการดังกล่าวสำนักงานนี้มีฐานะเทียบเท่ากับในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขใช้ชื่อย่อ “สบพช.” สถานที่ตั้งสำนักงานอยู่ที่ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท(ออนไลน์)ได้เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการไว้สรุปได้ดังนี้

2.วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.เพิ่มการผลิตแพทย์และกระจายแพทย์ไปสู่ชนบทให้มากยิ่งขึ้น
- 2.เพิ่มโอกาสแก่นักเรียนในชนบทให้ได้ศึกษาวิชาแพทยศาสตร์
- 3.พัฒนารูปแบบความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัย
- 4.พัฒนาคุณภาพระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลศูนย์และสถาบันสมทบ

3.เป้าหมายของโครงการ

ผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทตามมติคณะรัฐมนตรีดังนี้

- 1.ผลิตแพทย์ตามโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทพ.ศ. 2538-2549ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2537 โดยมีเป้าหมายรับนักศึกษาแพทย์ในช่วงปีการศึกษา 2538 ถึง 2549 จำนวน 3,000 คนแต่เนื่องจากในระยะแรกของการดำเนินงาน

ไม่สามารถรับนักศึกษาได้ตามแผน(300คนต่อปี)จึงมีการขยายเวลาสิ้นสุดโครงการจากปี2547เป็น2549และมีการปรับแผนการรับนักศึกษาเพื่อให้ได้ตามเป้า3,000คนตามมติคณะรัฐมนตรี

2.ผลิตแพทย์ตามโครงการเร่งรัดการผลิตแพทย์ของโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทพ.ศ.2547-2556ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่15มิถุนายน2547โดยมีเป้าหมายรับนักศึกษาแพทย์ในช่วงปีการศึกษา2547ถึง2556จำนวน3,807คน

3.ผลิตแพทย์ตามโครงการผลิตแพทย์เพื่อ3จังหวัดชายแดนภาคใต้พ.ศ.2548-2556(โครงการของกระทรวงศึกษาธิการ)ผลิตแพทย์ในลักษณะโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทโดยมีเป้าหมายรับนักศึกษาแพทย์ในช่วงปีการศึกษา2548ถึง2556จำนวน270คน

4.ผลิตแพทย์ตามแผนการลงทุนเสริมสร้างโครงสร้างสาธารณสุขแห่งชาติ(โครงการลงทุนขนาดใหญ่ของภาครัฐด้านสาธารณสุข)ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่21กุมภาพันธ์2549โดยมีเป้าหมายรับนักศึกษาแพทย์ในช่วงระยะเวลา4ปี(ปีการศึกษา2549-2552)จำนวน2,798คน

5.ผลิตแพทย์ตามโครงการผลิตและพัฒนาศัลยกรรมแพทย์และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง2555(แผนฟื้นฟูเศรษฐกิจระยะที่2)ปีงบประมาณ2553-2555ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่6พฤษภาคม2552โดยมี

เป้าหมายการรับนักศึกษาแพทย์ในช่วงปีการศึกษา2553-2555
จำนวน1,620คน

4.การดำเนินการ

4.1การทำข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกระทรวง สาธารณสุขกับทบวงมหาวิทยาลัย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข(ดร.อาทิตย์อุไรรัตน์)
และรัฐมนตรีว่าการทบวงมหาวิทยาลัย(ศาสตราจารย์พิเศษ
นายแพทย์ดร.กระแสนะวงศ์)ลงนามข้อตกลงความร่วมมือในการ
ผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ
ทบวงมหาวิทยาลัยเมื่อวันที่**19ธันวาคม2537**ภายใต้หลักการ
สำคัญคือทบวงมหาวิทยาลัยรับผิดชอบการจัดทำหลักสูตร
แพทยศาสตรศึกษาที่สามารถผลิตบัณฑิตแพทย์ให้เป็นไปตาม
มาตรฐานที่แพทยสภากำหนดประกาศบัญญัติแพทยศาสตร
บัณฑิตและรับผิดชอบการจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่1-3
กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบการจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่
4-6ภายใต้การดูแลและสนับสนุนจากทบวงมหาวิทยาลัย

สำหรับการคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ให้รับผิดชอบร่วมกัน
โดยใช้ระบบพิเศษที่ทำให้นักเรียนในส่วนภูมิภาคได้มีโอกาสเข้า
ศึกษาตามโครงการนี้เพื่อเป็นการแก้ปัญหาการกระจายแพทย์ใน
ระยะยาวหลัง

4.2การทำข้อตกลงความร่วมมือในการผลิตแพทย์ เพื่อชาวชนบทระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ กระทรวงศึกษาธิการ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข(นายพินิจจารุสมบัติ) และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ(นายจาตุรนต์ฉายแสง)ได้ลงนามข้อตกลงเรื่องความร่วมมือในการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการเมื่อวันที่**25 เมษายน 2549** โดยมีหลักการสำคัญคือกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการจะร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปีการศึกษา2549ภายใต้โครงการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขในแผนการลงทุนเสริมสร้างโครงสร้างสาธารณสุขแห่งชาติ(พ.ศ.2549-2552)ตามโครงการลงทุนขนาดใหญ่ของภาครัฐด้านสาธารณสุขหรือแผนการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทในระยะต่อไปในรูปแบบของโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติตั้งแต่ปีพ.ศ.2537

ขณะนี้สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาร่วมกับกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุขจัดทำโครงการผลิตแพทย์เพิ่มแห่งประเทศไทยพ.ศ. 2556-2560เสนอไปยังเลขาธิการคณะรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติในหลักการให้ดำเนินงานโครงการผลิตแพทย์เพิ่มแห่งประเทศไทยพ.ศ.2556-2560เมื่อวันที่18ธันวาคมพ.ศ.2555 โดยเป้าหมายการรับนักศึกษาในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี2556-2560จำนวนทั้งสิ้น5,001คน

5.ภาพลักษณ์ของบัณฑิตแพทย์ในโครงการ

“เป็นแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่กำหนดล่าสุดโดยแพทยสภาและเน้นหนักให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจมีประสบการณ์และมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานในชนบทพร้อมที่จะให้บริการสาธารณสุขเชิงรุกแก่ประชาชนทั้งชุมชน”

6. แพทย์ชนบทดีเด่น

แพทย์ที่สามารถปฏิบัติงานอยู่ในชุมชนชนบทอย่างมีความสุขเพราะมีความรู้ความเข้าใจในข้อจำกัดต่างๆของชุมชนชนบทมีมาก่อนที่จะมี“โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท”บุคคลเหล่านี้มีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานในชนบทพร้อมที่จะให้บริการสาธารณสุขเชิงรุกแก่ประชาชนทั้งชุมชน”ส่วนหนึ่งจะเห็นได้จาก การที่”มูลนิธิแพทย์ชนบท”จะประกาศผลผู้ได้รับรางวัล”แพทย์ชนบทดีเด่นกองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์พูลเกษร”ซึ่งเป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นอนุสรณ์ให้รำลึกถึงคุณงามความดีความกล้าหาญเสียสละและอดทนของนายแพทย์กนกศักดิ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตาพระยาจังหวัดสระแก้วซึ่งถูกลอบยิงโดยอาวุธสงครามเสียชีวิตเมื่อวันที่28สิงหาคม2527ในระหว่างเดินทางกลับจากการไปปฏิบัติหน้าที่ที่โรงพยาบาลอรัญประเทศกองทุนนี้ได้ดำเนินการสรรหาแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบทที่เสี่ยงภัยและทุรกันดารเป็นประจำทุกปีตั้งแต่ปี2528เป็นต้นมาโดยมูลนิธิแพทย์ชนบทจะดำเนินการสรรหาและคัดเลือกแพทย์ผู้สมควรได้รับรางวัลซึ่งมีการคัดกรองคุณสมบัติและผลงานอย่างถี่ถ้วนถี่

กรณีศึกษาที่นำมาเสนอนี้เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่นในปี 2549 คือ นายแพทย์ วิชาญ วิทยุ ฟู ไทย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลม่วงสามสิบจังหวัดอุบลราชธานีและนายแพทย์เจ็ดพันธุภัทรพงศ์สินธุ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวระเหวจังหวัดชัยภูมิ [http://www.notgoodstory.com/stden/show_std.php?stdid=1423เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2550] มีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

นายแพทย์เจ็ดพันธุภัทรพงศ์สินธุ์สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเมื่อปี 2532 แล้วเลือกมาทำงานที่โรงพยาบาลหนองบัวระเหวจังหวัดชัยภูมิซึ่งขณะนั้นยังเป็นโรงพยาบาลสาขาของโรงพยาบาลจตุรรมย์เจ้าหน้าที่รวมทั้งแพทย์เพียง 9 คน โดยมีตึกและบ้านพักอย่างละ 1 หลังต้องทำหน้าที่ตั้งแต่เป็นพนักงานขับรถยนต์จนถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นการทำงานและพัฒนาในด้านต่างๆ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดทั้งจำนวนบุคลากรและงบประมาณนับว่าได้ผ่านการทดสอบจิตใจในการทำงานที่ยาวนานมาจนถึงปัจจุบันนี้โรงพยาบาลได้ขยายขนาดเป็น 30 เตียงมีเจ้าหน้าที่กว่า 90 คนทั้งยังสามารถทำให้โรงพยาบาลระดับอำเภอผ่านการรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ได้ซึ่งส่วนมากจะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้นมิติที่เป็นประเด็นสำคัญคือมีการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนสามารถทำให้ทั้งสองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้ด้วยความคิดที่ว่า **"ผมคิดว่าโรงพยาบาลชุมชนไม่ใช่เรื่องของ การรักษาอย่างเดียวแต่จะอย่างไรให้คนไม่ป่วย"**

ต่างหากซึ่งหลักในการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างหนึ่งคือวางหลักการใช้ให้เห็นว่าทุกคนมีส่วนร่วมในการทำให้คุณภาพและสุขภาพชีวิตดีขึ้น"

สำหรับนายแพทย์ทวีติบุญไทยผู้อำนวยการโรงพยาบาลม่วงสามสิบจังหวัดอุบลราชธานีซึ่งปฏิบัติงานมาเป็นเวลามากกว่า 23 ปี ได้ทุ่มเทและตั้งใจในการทำงานกับชุมชนที่อยู่เป็นที่ยืนยันได้ถึงอุดมการณ์ความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนเพื่อชุมชนนั้นกล่าวว่า"ช่วงแรกๆก็ทำงานลำบากโรงพยาบาลก็มีแต่อาคารเครื่องมืออุปกรณ์หรือบุคลากรก็ยังไม่มีความรู้ยังไม่รู้จักโรงพยาบาลเท่าไรก็ต้องไปประชาสัมพันธ์บอกชาวบ้านว่ามีโรงพยาบาลแล้วนะโดยเอาหนังสือ 8 มม. ที่เป็นของเราเองไปแจก บางครั้งไม่มีไฟฟ้าก็ต้องเอาเครื่องปั่นไฟไปด้วยหลังๆก็เปลี่ยนเป็นเล่นดนตรีแทนเป็นการเรียกคนจากนั้นก็พัฒนาและบริหารงานควบคู่กับการรักษาทั้งโรงพยาบาลมีแพทย์คนเดียวเป็นงานที่หนักและเหนื่อยแต่ที่สุดได้คิดว่า**"ถ้าเขาไม่มีความทุกข์เขาก็ไม่เสียเวลามาหั่งรอเพื่อพบเราหรือเราเป็นคนที่จะช่วยเขาได้ จึงพยายามจะทำให้ดีที่สุด"**หลังจากทำงานมากกว่า 10 ปี มีโอกาสรับทุนไปเรียนปริญญาโท Community Health ที่ University of Heidelberg ประเทศเยอรมนีพอกลับมาก็ยังคงมารับหน้าที่เป็นนายแพทย์อยู่ที่โรงพยาบาลม่วงสามสิบอยู่เหมือนเดิมทั้งๆที่มีความพร้อมและโอกาสจะไปรับตำแหน่งใหม่ที่สูงกว่าเดิมแต่ก็เลือกที่จะไม่ไป"ผมรู้สึกว่าเป็นหนี้บุญคุณแผ่นดินคิดว่าเราต้องตอบแทนจึงนำความรู้ที่มีมาพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างส่วนตัวผมมี

ความสนใจในเรื่องข้อมูลมานานโดยศึกษาด้วยตนเองเรื่อยมาก็เอามาปรับให้เข้ากับการทำงานได้ความตั้งใจสุดท้ายที่คิดไว้คือจะทำให้มีSoftwareที่ใช้งานในโรงพยาบาลโดยเฉพาะขนาดเล็กเป็นAllinOneคือใช้SoftwareตัวเดียวRunข้อมูลโรงพยาบาลได้ทุกระบบทั้งไว้เป็นสมบัติสาธารณะที่ผมและชาวโรงพยาบาลม่วงสามสิบตั้งใจทำจึงได้เริ่มต้นโครงการmBase(MuangSamsibDatabase)ขึ้นซึ่งปัจจุบันก็ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งประมาณ70-80%"สำหรับคำถามที่ว่า“เมื่อเทียบกับอาวุธและความสามารถแล้วอะไรที่ทำให้นายแพทย์ชีวิตเลือกที่จะใช้ชีวิตราชการมายาวนานกว่ายี่สิบปีในพื้นที่อำเภอชนบทเล็กๆ”มีคำตอบว่า**“เมื่อลองถามตัวเองคิดว่าต้องทนอยู่หรือเปล่าก็ตอบได้ว่าไม่ต้องทนแต่อยู่ได้อย่างมีความสุขตามสมควรแก่สภาพหากมีความพอเพียงในชีวิตรู้จักวิถีชีวิตคุณ จะอยู่ที่ไหนก็ได้มีความสุข...”**

การศึกษาประวัติชีวิตของบุคคลเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งของการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่ายได้ผลและสนุกจึงขอให้ศึกษาประวัติชีวิตของแพทย์ชนบทดีเด่นทั้งสองท่านดังนี้

นายแพทย์เจ็ดพันธุภัทรพงศ์สินธุ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวระเหวชัยภูมิเกิดเมื่อวันที่16มีนาคม2508 บิดาชื่อนายสุรวิทย์ภัทรพงศ์สินธุ์มารดาชื่อนางพรรณภัทรพงศ์สินธุ์สมรสกับนางมรกตภัทรพงศ์สินธุ์มีบุตร2คนชื่อเด็กชายณัฐและเด็กชายพัชรปัจจุบันอาศัยอยู่ที่589/2หมู่6ตำบลหนองบัวระเหวอำเภอหนองบัวระเหวจังหวัดชัยภูมินายแพทย์เจ็ดพันธุสำเร็จ

การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่5จากโรงเรียนชัยภูมิภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิจากนั้นสอบเอ็นทรานซ์เข้าคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยสำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิตปี2532ด้วย นอกจากนี้ยังจบเศรษฐศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชเริ่มรับราชการเมื่อวันที่3เมษายน 2532เป็นแพทย์สังกัดโรงพยาบาลจัดรัสสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิปี2534-2535รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองบัวระเหวจังหวัดชัยภูมิแล้วเป็นผู้อำนวยการ โรงพยาบาลต่อมาปี2542เป็นรักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาล ภักดีชุมพลอีกหนึ่งตำแหน่งผลงานที่ผ่านมาได้รับการคัดเลือกเป็น แพทย์ดีเด่นในชนบทประจำปี2545ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาลได้รับรางวัลชนะเลิศการพัฒนาสถานบริการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัดปี2539รางวัลชนะเลิศการพัฒนาสถาน บริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัดปี2540โรงพยาบาล หนองบัวระเหวซึ่งนายแพทย์เจดพันธ์เป็นผู้อำนวยการได้รับ คัดเลือกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิให้เป็นหน่วยงาน ที่มีผลงานบริการประชาชนดีเด่นปี2541และต่อมาปี2542ได้รับ คัดเลือกจากสำนักงานอำเภอหนองบัวระเหวให้เป็นหน่วยงานที่มี ผลงานบริการประชาชนดีเด่นอีกปี

นอกจากนี้ทางจังหวัดชัยภูมียังได้คัดเลือกให้โรงพยาบาล หนองบัวระเหวเป็น"โรงพยาบาลชุมชนเพื่อชุมชน"ต้นแบบซึ่งจัด โดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย2543

นายแพทย์เจดพันธุได้พัฒนางานด้านต่าง ๆ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดทั้งจำนวนบุคลากรและงบประมาณอย่างต่อเนื่องด้วยพลังแห่งความตั้งใจมุ่งมั่นร่วมคิดร่วมทำให้เกิดโรงพยาบาลคุณภาพและสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนตลอดจนสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตและปัจจุบันโรงพยาบาลหนองบัวระเหวยังเป็นสถานที่ศึกษาดูงานด้านสิ่งแวดล้อมคุณภาพการบริการแก่โรงพยาบาลต่าง ๆ ในระดับจังหวัดระดับเขตและระดับประเทศ

นายแพทย์ชวติบุญไทยผู้อำนวยการโรงพยาบาลม่วงสามสิบอุบลราชธานีเกิดเมื่อวันที่28กันยายน2500ที่สุขศาลาอำเภอหล่มสักจังหวัดเพชรบูรณ์เป็นบุตรของนายแพทย์ประกอบและแพทย์หญิงม.ร.ว.เจลิมสุขบุญไทยมีพี่น้องทั้งหมด5คนสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่5จากโรงเรียนสวนกุหลาบวิทยาลัย จากนั้นสอบเอ็นทรานซ์เข้าคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจบเป็นบัณฑิตเมื่อปี2523จากนั้นไปเรียนต่อที่ประเทศเยอรมนีแต่งงานกับนางพิจรรณาบุญไทย(สุภาพกาญจน์) มีบุตร-ธิดา3คน

หลังจากสำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปี2523เป็นแพทย์ฝึกหัดที่โรงพยาบาลพุทธชินราชจังหวัดพิษณุโลกปี2525เป็นผู้ช่วยการโรงพยาบาลโขงเจียมจังหวัดอุบลราชธานีก่อนมาอยู่ที่โรงพยาบาลม่วงสามสิบในรุ่นก่อตั้งและบุกเบิกจนเป็นโรงพยาบาลคุณภาพตอนที่เพิ่งตั้งโรงพยาบาลชาวบ้านยังไม่รู้จักนายแพทย์ชวติบุญก็ต้องทำให้

โรงพยาบาลเป็นที่รู้จักมีทั้งนำภาพยนตร์ขนาด8มม.ไปฉายตั้งวงดนตรีตัวเองก็เล่นคีย์บอร์ดบ้างบางที่ก็ร้องเพลงเป็นสื่อให้ชาวบ้านเข้าใจเกี่ยวกับสุขอนามัยและสอดแทรกความรู้เรื่องสุขภาพการป้องกันโรคไขเลือดออกให้ชาวบ้านได้รู้จักวิธีป้องกันตัวเอง

พ.ศ.2544ถึงปัจจุบันได้พัฒนาระบบฐานข้อมูลและโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อใช้ในงานโรงพยาบาลขนาดกลางทั้งฐานข้อมูลประชากรงานประกันสุขภาพงานบริการผู้ป่วยและงานการเงินการบัญชี

พ.ศ.2547ได้ส่งผลงานประกวดนวัตกรรมดีเด่นด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเรื่องโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อบริหารจัดการโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับรางวัลชมเชย

สำหรับรางวัล"แพทย์ชนบทดีเด่นกองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์พูลเกษรประจำปี2555"เป็นการมอบรางวัลยกย่องเชิดชูเกียรติแก่แพทย์ชนบทที่ปฏิบัติงานด้วยความอดทนตั้งใจและเสียสละในเขตเสี่ยงภัยและทุรกันดารโดยมีผู้ได้รับรางวัล3รายคือ **นายแพทย์นรินทร์วิช เศรษฐสมิต**ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมายอ.ปัตตานี **นายแพทย์ไพโรจน์รัตนะเจริญธรรม**ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากคาดจ.บึงกาฬและ **นายแพทย์สิริชัยนาม ทรยศ**นักร้องผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์จ.กาฬสินธุ์

นายแพทย์นรินทร์กล่าวว่าอำเภอมายอเป็นพื้นที่ที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับสีแดงมีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรมและปัญหาความยากจนสูงปฏิบัติงานในพื้นที่มาตลอด18ปีไม่เคย

ลาศึกษาต่อนอกพื้นที่และเน้นในเรื่องสุขภาพจิตชุมชนทั้งด้าน
 ตรวจรักษาและกิจกรรมเยี่ยมยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจาก
 สถานการณ์ความรุนแรงจนทำให้โรงพยาบาลมาयोได้รับรางวัล
 ศูนย์เยี่ยมยาดีเด่นจากกรมสุขภาพจิตตั้งแต่ปีพ.ศ.2551ตลอด
 ระยะเวลาการทำงานจะสำนึกเสมอว่าไม่ได้เพียงปฏิบัติหน้าที่
 เฉพาะการรักษาแต่ต้องสร้างความสงบสุขด้วย

ส่วนนายแพทย์ไพโรจน์กล่าวว่าเคยตั้งใจทำงานเป็นแพทย์
 ชนบทที่โรงพยาบาลภาคใต้เพียง1ปีเพื่อให้มีประสบการณ์ก่อน
 จะไปศึกษาต่อเป็นอาจารย์แต่ผ่านมาเกือบ20ปีก็ยังไม่ได้ย้าย
 เพราะชอบทำงานในชนบทและได้ทำงานกับเพื่อนร่วมงานใน
 โรงพยาบาลที่อยู่กันแบบพี่น้องที่คอยดูแลห่วงใยกัน

ขณะที่นายแพทย์สิริชัยกล่าวว่าจากการทำงานในช่วงปี
 แรก ๆ รู้สึกว่าไม่พบความสุขในการทำงานผู้ป่วยและแพทย์
 เหมือนอยู่คนละข้างไม่มีความเข้าใจกันจึงไปเรียนต่อด้านเวช
 ศาสตร์ครอบครัวและจัดตั้งทีมงานออกรักษาและให้ความรู้และจะ
 นำเวชศาสตร์ครอบครัวกลับคืนสู่ระบบสุขภาพเพราะระบบสุขภาพ
 ที่เกิดต่อไปจะไม่เพียงมีประสิทธิภาพแต่ยังต้องนำมาซึ่งความสุข
 แก่ทุกฝ่ายด้วยโดยงานแรกที่นำกระบวนการนี้ไปใช้คือการดูแลผู้
 พักการและผู้ป่วยเรื้อรังเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นกลุ่มที่ถูกทอดทิ้ง
 จากระบบทั้งที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด

จากประวัติชีวิตและแนวคิดจากประสบการณ์การทำงาน
 ของแพทย์ชนบทดีเด่นที่กล่าวมาข้างต้นนี้จะเห็นถึงความมุ่งมั่นใน
 การทำงานสาธารณสุขเชิงรุกในชุมชนควบคู่ไปกับการพัฒนา

ระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรสาธารณสุขที่มีอยู่แม้ว่าจะมาจากภูมิสำเนาที่ต่างกันแต่ก็มีแนวคิดของการทำงานเพื่อชุมชนชนบทในแนวทางเดียวกันและถ้าได้ศึกษาประวัติของแพทย์ชนบทดีเด่นท่านอื่น ๆ ก็จะมีลักษณะเช่นเดียวกันคือ **“มีความสุขในงานที่ทำอยู่ผูกพันกับชุมชนเหมือนเครือญาติ”** รวมทั้งแพทย์อีกหลายท่านที่ทำงานอยู่ในชนบทยาวนานทั้ง ๆ ที่มีทางเลือกอื่นอีกมากแต่ท่านเหล่านั้นก็เลือกที่จะเป็นเช่นนี้คือความเป็นแพทย์ชนบท

ความเป็นชุมชน

แพทย์ชนบทเป็นแพทย์ของชุมชนจึงต้องรู้จักและเข้าใจชุมชนทั้งความหมายลักษณะของชุมชนแต่ละประเภทรวมทั้งมีเทคนิคในการศึกษาชุมชนซึ่งจะทำให้งานชุมชนง่ายได้ผลดีมีความสนุกในการทำงานเกิดความสุขในการเรียนรู้ควบคู่กับการทำงานควรนำความรู้ที่ได้รับจากชุมชนมาคิดไตร่ตรองหาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดผลที่ปรากฏทุกขั้นตอนของการเรียนรู้จะทำให้เข้าใจได้ดีขึ้นเพราะทุกคนอยู่ในชุมชนตลอดเวลาอยู่แล้ว

1. ความหมายของชุมชน

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ชุมชน (2546:368)อธิบายว่าหมายถึงกลุ่มคนที่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็กอาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกันมีผลประโยชน์ร่วมกันสาธารณกรม
ไ ท ย ส ำ ห ร ั บ เ ย า ว ช น ๕ เ ล ่ม ที่
26[<http://kanchanapisek.or.th/kp6/New/sub/book/book.php?bo>

ok=26&chap=3&page=t26-3-infodetail01.html เข้า ถึง เมื่อ 18 เมษายน 2556] อธิบายความหมายของชุมชนในสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน/เล่มที่ 26/เรื่องที่ 3 ชุมชน/ชุมชน ตอนหนึ่งว่า นักมานุษยวิทยาและนักสังคมวิทยาสันนิษฐานว่าคำว่า "ชุมชน" นั้นน่าจะเริ่มนำมาใช้ในช่วง พ.ศ. 2493-2505 โดยบัญญัติมาจากคำว่า "community" ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากว่าในระยะนั้นอิทธิพลของวิชาสังคมศาสตร์จากประเทศตะวันตกได้แพร่ขยายมาสู่ประเทศไทยเพื่อใช้ในการศึกษาสภาพสังคมชนบททั้งโดยนักวิจัยชาวต่างชาติและนักวิชาการชาวไทยที่จบการศึกษาจากต่างประเทศด้วยทุนของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา (ทุนยูเอสดี-USIAD) จากนั้นรัฐบาลจึงได้ใช้คำนี้เรื่อยมาจน พ.ศ. 2505 รัฐบาลได้ตั้งหน่วยงานขึ้นหน่วยหนึ่งในสังกัดกระทรวงมหาดไทยขึ้นมีชื่อว่า "กรมการพัฒนาชุมชน" และด้วยเหตุที่หน่วยงานที่มีคำว่า "ชุมชน" มักเป็นหน่วยงานด้านการปกครองความหมายของคำว่าชุมชนในระยะแรกจึงนำไปใช้ในความหมายที่ใกล้เคียงหรือซ้อนทับกับคำว่า "บ้าน" หรือ "หมู่บ้าน" ซึ่งมีฐานะเป็นหน่วยการปกครองที่มีขอบเขตพื้นที่ที่แน่นอนภายใต้การควบคุมของรัฐ

ความหมายนี้เมื่อหน่วยงานด้านการปกครองใช้คำว่า "ชุมชน" แทนคำว่า "บ้าน" หรือ "หมู่บ้าน" ความหมายของคำว่า "ชุมชน" โดยนัยนี้จึงสื่อความหมายไปในทำนองเดียวกับคำว่า "บ้าน" หรือ "หมู่บ้าน" ที่หมายถึงหน่วยการปกครองระดับล่างสุดของพื้นที่ อีกทั้งยังมีขอบเขตทางภูมิศาสตร์หรือทางกายภาพที่แน่นอนมีประชากรจำนวนหนึ่งและมีระบบกลไกการปกครองที่เชื่อมต่อกับ

กลไกของรัฐอื่น ๆ ตามลำดับชั้นคือหมู่บ้าน-ตำบล-อำเภอ-จังหวัด-ประเทศ

ชุมชนตามความหมายดังกล่าวนี้มีข้อจำกัดในแง่มุมมองความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางด้านของ"สังคม""วัฒนธรรม"และ"ทรัพยากรธรรมชาติ"ของชุมชนเนื่องจากเป็นความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงผู้คนไว้ด้วยกันโดยที่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับพื้นที่และเขตการปกครองแต่เกี่ยวข้องกับความเป็นเครือญาติการมีวัฒนธรรมของชนเผ่าเดียวกันการมีกรรมสิทธิ์ในที่ดินร่วมกันการใช้ป่าชุมชนร่วมกันและการใช้แหล่งน้ำร่วมกันเป็นต้นอันเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่สามารถจำกัดได้ด้วยขอบเขตทางกายภาพใดๆ

ความหมายของคำว่า"ชุมชน"อีกความหมายหนึ่งเกิดขึ้นท่ามกลางการต่อสู้เพื่อต่อต้านกระแสการพัฒนาประเทศที่จะพยายามผลักดันประเทศให้ก้าวไปสู่ความทันสมัยโดยมุ่งเน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่เน้นการลงทุนอุตสาหกรรมการเปิดเสรีทางการค้าและระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยมซึ่งกระบวนการพัฒนาแบบนี้มักได้รับการกำหนดและตัดสินใจโดยคนจำนวนน้อยหากแต่ผลของการพัฒนาได้ส่งผลกระทบต่ออย่างใหญ่หลวงต่อชีวิตของคนจำนวนมากในสังคมจึงมีกระแสการรวมกลุ่มของประชาชนจากที่ต่างๆ โดยเปิดกว้างให้ทุกคนที่มีแนวคิดคล้ายๆกันมาทำงานร่วมกันเพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกันเป็นการเรียกร้องเพื่อมีส่วนร่วมกับกลไกของภาคราชการและต่างชาติในการกำหนดและรับผิดชอบอนาคตของตัวเองและสังคมที่อาศัยอยู่ อาจกล่าวได้ว่าชุมชนในความหมายนี้เรียกได้ว่าเป็น"ชุมชนใน

จินตนาการ"(imaginationcommunity)อันเป็นกระบวนการของภาคประชาชนที่เคลื่อนไหวในอุดมการณ์เชิงอำนาจเพื่อถ่วงดุลกับอำนาจของรัฐธุรกิจเอกชนและต่างชาติ

จากความหมายที่กล่าวข้างต้นจึงสรุปได้ว่า**ชุมชนที่ไม่ใช่"ชุมชนในจินตนาการ"**เป็นหน่วยการปกครองระดับล่างสุดของพื้นที่มีขอบเขตทางภูมิศาสตร์ทางกายภาพที่ระบุได้มีประชากรจำนวนหนึ่งและมีระบบกลไกการปกครองที่เชื่อมต่อกับกลไกของรัฐอื่น ๆ ตามลำดับขั้นคือหมู่บ้าน-ตำบล-อำเภอ-จังหวัด-ประเทศโดยมีมิติทางสังคมวัฒนธรรมและการใช้ทรัพยากรร่วมกันทำให้มีความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกัน

สำหรับ"ชุมชนในจินตนาการ"นั้นปัจจุบันนี้การพัฒนาเทคโนโลยีด้านการสื่อสารข้อมูลอำนวยความสะดวกให้คนสามารถติดต่อสื่อสารกันได้ง่ายขึ้นทำให้คนที่มีความคิดความสนใจความนิยมชมชอบในเรื่องเดียวกันได้ติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดซึ่งกันและกันร่วมกันรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มและสังคมจนเกิดความผูกพันรู้สึกคุ้นเคยเหมือนคนที่อยู่ในชุมชนเดียวกันเรียกว่า**"ชุมชนเสมือน"**เช่นชุมชนจอส.100ชุมชนคนรักซ์ข้างชุมชนประเภทนี้มีมากในกลุ่มผู้ใช้อินเทอร์เน็ตชุมชนเสมือนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุขได้แก่<http://gotoknow.org> ซึ่งจันทวรรณปิยะวัฒน์กล่าวถึงประสบการณ์จากการดูแลชุมชนเสมือนGotoKnow.orgว่าเป็นชุมชนที่ผู้คนมาอยู่ร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานผ่านเรื่องเล่าถ่ายทอดผ่านบล็อกชุมชนนี้มีเป้าหมายร่วมกันในการสร้างสังคมแห่งการ

เรียนรู้และคลังความรู้มีกฎระเบียบแบบปฏิบัติต่างๆที่เขียนไว้ให้คนในชุมชนได้รับรู้การสร้างตัวอย่างและการให้ความช่วยเหลือให้ความเข้าใจจากผู้ดูแลชุมชนและจากผู้คนในชุมชนเป็นตัวอย่างที่ทำให้เกิดเป็นการเรียนรู้และปฏิบัติตามโดยสมาชิกส่วนมากมีการขยายผลออกไปเรื่อยๆทำให้ชุมชนที่เริ่มก่อตั้งขยายใหญ่ขึ้นอย่างรวดเร็วและอีกสิ่งหนึ่งที่พัฒนาเติบโตไปพร้อมกับชุมชน GotoKnowคือ“**วิถีการอยู่ร่วมกัน**”ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่คนในชุมชนปฏิบัติและแสดงออกด้วยภาษาเขียนมีคำศัพท์ใช้ร่วมกันด้วยรูปแบบการบันทึกแนวทางการร่วมเขียนแสดงข้อคิดเห็นการร่วมช่วยกันแก้ไขสิ่งที่ผิดแยกจากวิถีการอยู่ร่วมกันเป็นการแสดงถึงความรักชุมชนและความต้องการรักษาชุมชนให้คงอยู่สมาชิกหลายคนได้รับรู้และได้ร่วมสัมผัสความจริงใจและความเอื้ออาทรถ้อยทีถ้อยอาศัยสิ่งเหล่านี้เป็นทักษะการดูแลชุมชนเสมือนให้เติบโตอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นทักษะที่ต้องเรียนรู้เช่นกัน [<http://gotoknow.org/blog/wwibul/32138>; เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2550]

จากที่กล่าวมานี้แสดงว่าการศึกษาค้นคว้าหาความรู้จากชุมชนควบคู่กันไปกับชุมชนเสมือนเป็นสิ่งที่มิได้มีประโยชน์มาก

สำหรับการศึกษาชุมชนในรายวิชานี้เป็นการศึกษาชุมชนในความหมายแรกคือ**ต้องมียอดประกอบของความเป็นสังคมและบริเวณพื้นที่ของชุมชนซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการที่มนุษย์มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกันรวมตัวกันอยู่**

เป็นกลุ่มสร้างบ้านเรือนแหล่งที่อยู่อาศัยประกอบอาชีพมีกิจกรรมร่วมกันมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันมีการตั้งถิ่นฐานอยู่อาศัยในพื้นที่ชุมชนมีการนำสิ่งแวดล้อมที่อยู่โดยรอบมาใช้ประโยชน์ต่อการดำรงชีพสิ่งแวดล้อมที่ถูกนำมาใช้ประโยชน์เรียกว่า **“ทรัพยากร”** มีทั้งที่เกิดขึ้นเองจากธรรมชาติแสวงหามาจากแหล่งอื่นสร้างขึ้นใหม่และบางครั้งก็ตกแต่งตัดแปลงปรับปรุงให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการด้วยศิลปะของแต่ละบุคคลผสมผสานกับศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อให้มีลักษณะที่เหมาะสมสวยงามและตรงกับความต้องการใช้ประโยชน์ของชุมชน

2. สิ่งแวดล้อมชุมชน

สิ่งแวดล้อมภายในบริเวณชุมชนทั้งสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติและสิ่งที่มีมนุษย์สร้างขึ้นรวมเรียกว่า **“สิ่งแวดล้อมชุมชน”** มีทั้งสิ่งที่มีชีวิตและสิ่งที่ไม่มีชีวิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญหรือไม่มีตัวตนก็ได้แต่ทุกสิ่งทุกอย่างจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกันรวมเป็นบริบทชุมชน

สิ่งแวดล้อมในชุมชนแบ่งตามลักษณะการเกิดออกได้เป็น 2 ประเภทคือ

ประเภทที่ 1 สิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติได้แก่ลักษณะพื้นที่ที่เป็นภูเขา ลูกเนินที่ราบป่าไม้แม่น้ำห้วยหนองบึงทะเลสาบมหาสมุทร ลักษณะความอุดมสมบูรณ์ของดินแร่ธาตุและสัตว์ธรรมชาติ ฯลฯ เป็นต้น

ประเภทที่2สิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้นได้แก่บ้านเรือน โรงเรียนถนนรถยนต์เขื่อนเก็บน้ำตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมศาสนาความเชื่อการประกอบอาชีพลักษณะการปฏิบัติตนในการดำรงชีวิตครอบครัวและสังคมของคนในชุมชน สิ่งแวดล้อมเหล่านี้ประกอบกันเป็นสิ่งแวดล้อมชุมชนมีการสั่งสมสืบทอดแนวปฏิบัติเป็นวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีภายใต้ระบบเศรษฐกิจสังคมของชุมชนและข้อจำกัดทางธรรมชาติเกิดเป็นกฎเกณฑ์สำหรับยึดถือในการอยู่ร่วมกันเป็นชุมชนเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตอย่างผาสุกและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้นรวมเป็นบริบทชุมชน

ความแตกต่างของลักษณะพื้นที่ความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ได้แก่ดินน้ำป่าไม้พืชพรรณและสัตว์ธรรมชาติรวมทั้งวิถีคิดของผู้คนที่อยู่อาศัยในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สิ่งแวดล้อมชุมชนแตกต่างกันเช่นบางแห่งอาจอุดมสมบูรณ์ด้วยดินดำน้ำชุ่มเหมาะแก่การเพาะปลูกบางแห่งมีป่าไม้อุดมสมบูรณ์ด้วยสิ่งที่เป็นปัจจัยในการดำรงชีวิตของชุมชนบางแห่งอาจมีความกว้างใหญ่ไพศาลของแหล่งน้ำหรือบางแห่งก็สลัซซิบซ้อ้นด้วยทิวเทือกเขาสิ่งแวดล้อมในบางแห่งเหมาะสมสำหรับที่จะใช้ทำการเกษตรกรรมแต่ในบางแห่งก็เหมาะสมที่จะใช้เป็นแหล่งท่องเที่ยวดังนั้นเป็นต้นในแต่ละชุมชนต่างได้รับประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันไปตามลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่มนุษย์ใช้สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยในการดำรงชีวิตเป็นปัจจัยในการประกอบอาชีพและเป็นปัจจัยสร้างเงื่อนไขกำหนด

ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติในชุมชนสังคมนับถือต่อเนื่องเป็นวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีจริยธรรมของชุมชนเพื่อใช้เป็นกฎเกณฑ์และแนวทางในการดำเนินวิถีชีวิตที่ดีงามของสังคม พร้อมทั้งปรับปรุงแต่งแสดงออกเป็นสิ่งที่งดงามด้วยศิลปะวัฒนธรรมประจำท้องถิ่นของชุมชน

สิ่งแวดล้อมในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาโดยมีมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะเมื่อประเทศไทยตกอยู่ในกระแสโลกาภิวัตน์ซึ่งพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานให้ความหมายว่าการแพร่กระจายไปทั่วโลกการที่ประชาคมโลกไม่ว่าอยู่ ณ จุดใดสามารถรับรู้สัมพันธ์หรือรับผลกระทบจากสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วกว้างขวางซึ่งเนื่องมาจากการพัฒนาาระบบสารสนเทศเป็นต้น (ราชบัณฑิตยสถาน.2546:1044)สิ่งแวดล้อมชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปเพราะผลจากโลกาภิวัตน์นี้มีผลกระทบที่ทำให้สุขภาพของคนในชุมชนเปลี่ยนแปลงไปด้วย

การศึกษาชุมชนของบุคลากรสาธารณสุขเป็นการศึกษาสภาพพื้นที่รับผิดชอบทั้งด้านสภาพแวดล้อมและประชากรในพื้นที่ชุมชนเกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการศึกษาทางภูมิศาสตร์ซึ่งเป็นศาสตร์ที่ศึกษาพื้นที่ทั้งด้านกายภาพและด้านมนุษย์ในเชิงพลวัตโดยใช้แผนที่เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสำรวจด้วยเครื่องมือหลายชนิดร่วมกับการสังเกตสัมภาษณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ประมวลผลโดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล(data)ให้เป็นสารสนเทศ(information)เพื่อให้เกิด

ความรู้(knowledge)และปัญญา(wisdom)สำหรับนำไปใช้ในการพัฒนาบริการสาธารณสุขต่อไป

ประเภทของชุมชน

1. กรอบแนวคิดในการจำแนกประเภทชุมชน

เนื่องจากชุมชนมีบริบทที่แตกต่างกันเพราะความแตกต่างของลักษณะพื้นที่ที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติและวิถีคิดในการใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมชุมชนของผู้คนที่อาศัยอยู่ในชุมชนองค์ประกอบดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญของการกำหนดข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติในชุมชนที่สั่งสมสืบทอดต่อเนื่องกันมาเป็นวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีและจริยธรรมท้องถิ่นของชุมชนรวมเป็นเป็นกฎเกณฑ์แนวทางในการดำเนินชีวิตการแสดงออกด้วยสิ่งซึ่งดงามจากภูมิปัญญาทางด้านศิลปะวัฒนธรรมที่ปรากฏเป็นวิถีชีวิตของชุมชน

ความแตกต่างกันของพื้นที่สิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตชุมชนทำให้สามารถจำแนกชุมชนตามลักษณะที่พบในพื้นที่ออกได้เป็น3 ลักษณะคือชุมชนชนบทชุมชนเมืองและชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแต่ในทางการปกครองของประเทศไทยกำหนดให้พื้นที่ในเขตเทศบาลทั้งหมดคือเขตปกครองพิเศษเทศบาลนครเทศบาลเมืองและเทศบาลตำบลเป็นชุมชนเขตเมืองส่วนที่เหลือเป็นพื้นที่นอกเขตเทศบาลเมื่อใช้การกำหนดดังกล่าวเป็นเกณฑ์ชุมชนในเขตบริการสาธารณสุขจึงแบ่งออกเป็น2ประเภทคือชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

ประเภทที่ 1 ชุมชนเมืองหมายถึงพื้นที่ทั้งหมดในเขตการปกครองพิเศษและเขตเทศบาลสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (2547:120) อธิบายว่า urban area เขตเมืองคือพื้นที่ที่มีลักษณะสำคัญของความเป็นเมืองคือมีประชากรอยู่กันอย่างหนาแน่นหรือมีจำนวนมากเมื่อเทียบกับพื้นที่และประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่นั้นประกอบอาชีพที่มีใช้เกษตรกรรม

ประเภทที่ 2 ชุมชนชนบทคือพื้นที่นอกเขตการปกครองพิเศษและเขตเทศบาล

การแบ่งประเภทชุมชนดังกล่าวจะสอดคล้องกับการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งต่อไปจะเป็นองค์กรสำคัญในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ในมาตรา 16 ให้เทศบาลเมืองพัทยาและองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองโดยระบุไว้ตั้งแต่ข้อ (1) ถึง (31) และระบุอำนาจหน้าที่ไว้ในข้อ (19) การสาธารณสุขการอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล [http://www.paoroiet.go.th/data_3/ab030.pdf มีเมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2549]

สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550:11) ได้สรุปกรอบแนวคิดการจำแนกเมืองและชนบทแบบดั้งเดิมไว้เป็น 9 มิติคือ 1) เศรษฐกิจ 2) การประกอบอาชีพ 3) ระดับ

การศึกษา4)การเข้าถึงบริการ5)การเข้าถึงข้อมูล6)ประชากร7) การเมือง8)เชื้อชาติและ9)ระดับการย้ายถิ่นตั้งภาพนี้

มิติ	เมือง	ชนบท
→ เศรษฐกิจ	สาขาอุตสาหกรรมและสาขาบริการเป็นหลัก	ภาคเกษตรและเหมืองแร่เป็นหลัก
→ การประกอบอาชีพ	อุตสาหกรรม และบริการ	การเกษตร
→ ระดับการศึกษา	สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของประเทศ	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของประเทศ
→ การเข้าถึงบริการ	เข้าถึงได้ในระดับสูง	เข้าถึงได้ในระดับต่ำ
→ การเข้าถึงข้อมูล	ระดับสูง	ระดับต่ำ
→ ประชากร	อัตราการเกิดและอัตราการตายอยู่ในระดับต่ำ	อัตราการเกิดและอัตราการตายในระดับสูง
→ การเมือง	แนวทางเสรีนิยม	แนวทางอนุรักษนิยม
→ เชื้อชาติ	มีความหลากหลาย	ไม่หลากหลาย
→ ระดับการย้ายถิ่น	มีการย้ายถิ่นระดับสูง ส่วนใหญ่เป็นการย้ายเข้า	มีการย้ายถิ่นระดับต่ำ ส่วนใหญ่เป็นการย้ายออก

ที่มา: วิถีเมืองและชนบทกับความอยู่เย็นเป็นสุข. 2550 หน้า 11

ผลจากการวิจัยเรื่องวิถีเมืองและชนบทกับความอยู่เย็นเป็นสุข. โดยสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550) สรุปได้ว่ากรอบแนวคิดนี้ไม่สอดคล้องกับสภาพปัจจุบันที่พบว่าความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบทเริ่มจำแนกได้ยากมากขึ้น เพราะมีการเคลื่อนย้ายของคนและสถานที่ประกอบอาชีพของคนในชุมชนชนบทและเมืองมีการเปลี่ยนที่สูงและซับซ้อนมากขึ้น การขยายตัวของชุมชนบ้านจัดสรรและสถานประกอบการ อุตสาหกรรมรอบ ๆ เขตเทศบาลนครเขตเทศบาลเมืองออกไปในเขตที่เคยเป็นชนบททำให้เกิดเขตที่ไม่ใช่ชนบทแต่ก็ไม่ใช่เขตเมืองที่สมบูรณ์กระจายอยู่ทั่วไปในประเทศไทย

การวิจัยดังกล่าวมีข้อเสนอแนะในการพิจารณาประเด็นชีวิตความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบทที่จะนำไปสู่องค์ประกอบหลักของการพัฒนาให้เกิดความอยู่เย็นเป็นสุขในชุมชนไว้ดังนี้

องค์ประกอบหลักของความอยู่เย็นเป็นสุข	ประเด็นชีวิตความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบท	
	เมือง*	ชนบท*
❶ การมีสุขภาวะ	<ul style="list-style-type: none"> → มีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมากกว่า → มีโรคเรื้อรังมีผู้มีกันเองแ่ → มีโอกาสด้านการศึกษาสูง 	<ul style="list-style-type: none"> → บริการการแพทย์และสาธารณสุขไม่ทั่วถึง → ขาดสุขอนามัย → อยู่ห่างไกล ขาดแคลนสถานศึกษา ครู และอุปกรณ์การเรียนการสอนที่ทันสมัย → มีอุปสรรคในการเรียนต่อระดับสูง
❷ ครอบครัวอบอุ่น	<ul style="list-style-type: none"> → เด็กถูกทอดทิ้งเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมีแนวโน้มได้รับการดูแลดีขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> → ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง และรับภาระเลี้ยงดูหลาน เนื่องจากพ่อแม่ไปประกอบอาชีพต่างถิ่น รวมทั้งเด็กเร่ร่อนถูกทอดทิ้งเพิ่มขึ้น
❸ ชุมชนเข้มแข็ง	<ul style="list-style-type: none"> → ประชากรมีความแตกต่างหลากหลาย การรวมตัว/ร่วมมือกันมีน้อย เป็นลักษณะเฉพาะกิจ ระยะสั้น ความสัมพันธ์ผิวเผิน ไม่เป็นกันเอง มีแบบแผน ชับซ้อน 	<ul style="list-style-type: none"> → มีความผูกพัน เกื้อกูล ช่วยเหลือซึ่งกันและกันแบบญาติพี่น้อง การรวมตัวกันเหนียวแน่น ความสัมพันธ์เป็นแบบส่วนตัวง่าย ๆ จริงใจ
❹ เศรษฐกิจเข้มแข็งและเป็นธรรม	<ul style="list-style-type: none"> → อาชีพนอกภาคเกษตร → มีรายได้ต่อหัวสูง แต่ต้องเผชิญปัญหาค่าครองชีพสูง 	<ul style="list-style-type: none"> → อาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก → มีปัญหาปากจน รายได้ต่ำ ไม่เพียงพอกับรายจ่าย
❺ สภาพแวดล้อมและระบบนิเวศสมดุล	<ul style="list-style-type: none"> → คนในเมืองเข้าถึงบริการสาธารณสุข/สาธารณูปการ → มีปัญหาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ปัญหามลพิษทางอากาศ → มีปัญหาสิ่งแวดล้อม เช่น ขยะ มลพิษทางอากาศ น้ำ และเสียง 	<ul style="list-style-type: none"> → ขาดแคลนปัจจัยพื้นฐาน น้ำสะอาด/อาหาร ที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดแคลนแหล่งน้ำ และที่ดินทำกิน → มีสภาพแวดล้อมธรรมชาติ และระบบนิเวศที่ดีกว่า → ได้รับผลกระทบจากความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติ มีความเสี่ยงต่อภัยธรรมชาติสูง
❻ สังคมประชาธิปไตยที่มีธรรมาภิบาล	<ul style="list-style-type: none"> → มีความตื่นตัวทางการเมืองและการใช้สิทธิเลือกตั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> → เริ่มตื่นตัวทางการเมืองและการใช้สิทธิเลือกตั้งเพิ่มขึ้น

* โดยทั่วไป "เมือง" หมายถึง เขตเทศบาล "ชนบท" หมายถึง พื้นที่นอกเขตเทศบาล

ปัจจุบันนี้กิจกรรมทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่เกิดขึ้นในพื้นที่ชนบทรอบเขตเมือง(peri-urban)ทำให้เกิดปัญหาในพื้นที่ดังกล่าวที่รุนแรงและซับซ้อนยากแก่การแก้ไขทั้งในด้านโครงสร้างพื้นฐานด้านเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรมซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนทั้งยังก่อให้เกิดความสับสนในการแก้ปัญหาของหน่วยงานที่รับผิดชอบด้วยข้อกฎหมายในการปกครองท้องถิ่นที่ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงได้แก่การกำหนดสถานภาพให้เป็นพื้นที่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลเทศบาลตำบลเทศบาลเมืองและเทศบาลนครบางตำบลมี2หมู่บ้านอยู่นอกเขตเทศบาลอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีก10หมู่บ้านที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลถูกจัดสรรให้ไปรับบริการสาธารณสุขที่เทศบาลกำหนดเกิดปัญหาความเข้าใจไม่ตรงกันทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2. ความสัมพันธ์ของชุมชนเมืองและชนบท

ชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีความสัมพันธ์กันในการบริหารการปกครองสังคมและเศรษฐกิจโดยเฉพาะการพึ่งพาอาศัยกันทางด้านเศรษฐกิจซึ่งจะพบว่าชุมชนชนบทมีระบบเศรษฐกิจแบบปฐมภูมิ(PrimarySector)หรือภาคเกษตรกรรมสามารถยังชีพและเลี้ยงตนเองได้แต่ยังคงต้องมีความสัมพันธ์กับเมืองในการพึ่งพาด้านอุปกรณ์เครื่องใช้และตลาดจำหน่ายผลผลิตรวมทั้งบริการด้านคุณภาพชีวิตทางการศึกษาและสาธารณสุขส่วนเมืองมีระบบเศรษฐกิจแบบทุติยภูมิ(SecondarySector)ได้แก่การแปรรูป

และแบบตติยภูมิ (Tertiary Sector) เช่นการค้าและการบริการที่ไม่สามารถหาได้ในชุมชนชนบทโดยมีรูปแบบความสัมพันธ์ที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. ความสัมพันธ์ตามบทบาทหน้าที่ของชุมชนชุมชนเมืองมี

บทบาทหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการให้บริการแก่ชุมชนโดยรอบด้วยกิจกรรมการใช้ประโยชน์จากผลผลิตทางการเกษตรที่ชุมชนชนบทผลิตให้มีมูลค่าและประโยชน์นอกจากนี้ชุมชนเมืองยังมีบทบาทในด้านการศึกษาสันตนาการการจ้างงานการใช้บริการด้านแรงงานการคมนาคมขนส่งและการค้า

2. ความสัมพันธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรม

ได้แก่ด้านคุณค่าความนิยมของสังคมความสัมพันธ์ตามนโยบายของรัฐบาลการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมความเป็นอยู่และการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี

3. ความสัมพันธ์ด้านการใช้ทรัพยากรได้แก่ชุมชนชนบทประกอบด้วยทรัพยากรด้านแหล่งน้ำแร่ธาตุที่ดินการเกษตรกรรมป่าไม้และแรงงานที่สนับสนุนทำให้กิจกรรมในเขตเมืองดำรงอยู่ได้

4. ความสัมพันธ์ด้านสาธารณูปการของเมืองเช่นสถานีรถไฟที่ทำการโทรศัพท์และศูนย์การค้าสถานพยาบาล

อย่างไรก็ตามชุมชนชนบทเป็นรากเหง้าของผู้คนที่อพยพย้ายถิ่นเข้าไปทำงานในเขตเมืองและเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบทชนบท

อีกทั้งส่วนมากยังเป็นการอพยพชั่วคราวมากกว่าการอพยพถาวร ความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของชุมชนชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสาธารณสุขทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศทุกชุมชนต่างอยู่ภายใต้บริบทแวดล้อมของชุมชนอื่นในกระแสโลกาภิวัตน์ปัจจุบันนี้ แต่ละบุคคลจะเป็นสมาชิกของชุมชนมากกว่าหนึ่งชุมชนเช่นผู้ที่ย้ายถิ่นตามฤดูกาลไปทำงานนอกภูมิภาคแล้วกลับมาพักที่เมืองบ้านเกิดเป็นสมาชิกของชุมชนที่กำหนดด้วยขอบเขตพื้นที่และชุมชนเสมือนมากกว่าหนึ่งชุมชนเพิ่มขึ้นตามความสะดวกของการคมนาคมสื่อสารทำให้โรคและปัญหาสาธารณสุขที่พบในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขมีความซับซ้อน หลากหลายมากขึ้นการศึกษาชุมชนเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งของการทำให้เกิดสุขภาวะในชุมชนชนบทซึ่งเป็นชุมชนส่วนใหญ่ของประเทศไทย

จากประวัติชีวิตการทำงานของแพทย์ชนบทจะเห็นได้ว่า ความเป็นแพทย์ชนบทที่ดีเริ่มจากความสนใจที่จะรู้จักเข้าใจชุมชนด้วยความปรารถนาดีที่จะทำให้เกิดสุขภาวะแก่คนในชุมชนสิ่งที่ตามมาก็คือความผูกพันเอื้ออาทรต่อกันเพื่อก้าวไปสู่สุขภาวะของทุกฝ่าย

บทที่ 2

ชุมชนชนบท

คำว่า ชนบท ราชบัณฑิตยสถาน (2546:344) อธิบายว่า หมายถึง “บ้านนอก, เขตแดนที่พ้นจากเมืองหลวงออกไป” คำอธิบายดังกล่าวเป็นเพียงการบอกปริมณฑลของชุมชนเท่านั้น อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปจะเรียกคนในชุมชนดังกล่าวว่าเป็น “ชาวเมืองและชาวชนบท” หรือ “คนในเมืองกับคนบ้านนอก” ชุมชนชนบทและชุมชนเมืองมีลักษณะแตกต่างกัน ดังนี้

1. ขนาดของชุมชน ชุมชนชนบทมีขนาดเล็กกว่าชุมชนเมือง จึงทำให้คนในชุมชนรู้จักมักคุ้นกัน รับรู้เรื่องราวทุกข์สุขของครอบครัวเครือญาติและเพื่อนบ้าน ทำให้เข้าใจและพึงพาอาศัยกันได้เกิดเป็นความผูกพันซึ่งกันและกัน

2. การประกอบอาชีพ คนในชุมชนชนบทส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก เช่น การปลูกข้าว ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ รับจ้างในการเกษตร คนในเมืองมีอาชีพหลักเป็นอาชีพนอกการเกษตร

3. การพึ่งพาอาศัยธรรมชาติในการดำรงชีวิต คนชนบทยังพึ่งพาอาศัยอยู่มากทั้งในการดำรงชีวิตประจำวันและในการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ต้องอาศัยพื้นดิน ฝืนป่า น้ำฝนและแหล่งน้ำธรรมชาติเป็นปัจจัยหลักในการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ ทำให้วิถีชีวิตผูกพันกับประเพณี ความเชื่อในเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติมากกว่าคนในชุมชนเมือง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่นำรายได้

จากการประกอบอาชีพนอกการเกษตรมาซึ่งปัจจัยในการดำรงชีวิต

4. ค่าครองชีพ ชาวชนบทสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยอาศัยทรัพยากรธรรมชาติจากท้องนา ฝืนป่า แหล่งน้ำ เป็นแหล่งหาอาหารหรือผลิตอาหาร ทำให้มีรายจ่ายที่เป็นตัวเงินน้อยกว่าชาวเมือง

5. ความเครียดในวิถีชีวิตของการต่อสู้เพื่อความอยู่รอดในการดำรงชีวิต ชาวชนบทอยู่ในภาวะนี้น้อยกว่าชาวเมือง ซึ่งมีวิถีชีวิตผูกพันอยู่กับค่าจ้าง ค่าแรงรายวัน การทำงานตามเวลา กำหนดนัดหมาย สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่ชาวชนบทต้องเรียนรู้และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเมื่อก้าวเข้าสู่อาชีพนอกการเกษตร

6. ความเจริญและเทคโนโลยีสมัยใหม่ ระบบสาธารณูปโภค บริการสาธารณะที่อาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง รวมทั้งระบบการสื่อสารยุคใหม่ เช่น ระบบบริการอินเทอร์เน็ต ศูนย์การค้าที่ทันสมัย ในชุมชนชนบทมีน้อยกว่าในเมือง ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของชุมชนชนบทจึงช้ากว่าชุมชนเมือง

7. การรวมกลุ่มเพื่อจัดกิจกรรมของชุมชน คนในชนบทมีการรวมตัวกันง่ายกว่าคนในชุมชนเมือง ซึ่งมีหลายกลุ่มอาชีพ เวลาว่างไม่ตรงกัน และมีผลประโยชน์ที่แตกต่างกัน

8. การเห็นความสำคัญและคุณค่าของสถาบันทางศาสนา เช่น วัด ซึ่งเป็นสถาบันทางศาสนาของทุกชุมชน คนในชุมชนจำเป็นต้องมีพระสงฆ์เป็นผู้ประกอบพิธีกรรมในวิถีชีวิตนับแต่เกิดจนถึงล้มหายใจ นอกจากนั้นยังต้องการให้เป็นแหล่งอบรมปมนิสัย

กุลบุตร เมื่อถึงอายุควรได้รับการบวชเรียน สังคมไทยในยุคที่สถานศึกษามีไม่ทั่วถึง จะให้ความสำคัญแก่ผู้ที่บวชเรียนเป็นพระสงฆ์ เมื่อลาสิกขาบทเป็น “บัณฑิต” หรือเรียกกันว่า “ทิด” แล้วจึงสมควรแต่งงานมีคู่ครองเรือนได้ คนในชนบทและคนในเมืองให้ความสำคัญและคุณค่าของการไปวัดต่างกันมาก

9. การยอมรับระเบียบ แบบแผน ขึ้นตอน ธรรมเนียมปฏิบัติของสังคม คนในชุมชนเมืองจะยอมรับก็ต่อเมื่อมีการกำหนดที่เป็นรูปธรรมหรือมีกฎหมายรองรับ มากกว่าการยอมรับเพราะเป็นสิ่งที่มีความหมายและมีผลต่อความรู้สึกในด้านจิตใจของการอยู่ร่วมกันในชุมชน รวมถึงความรู้สึกว่าตนเองมีหน้าที่รับผิดชอบต่อสังคมด้วย เช่น สถาบันครอบครัวไม่ได้มีหน้าที่เพียงการแต่งงานอยู่กินร่วมกันเท่านั้น แต่หมายรวมไปถึงการที่คู่สมรสต้องเลี้ยงดูบุตรภรรยา ให้มีความประพฤติดี ไม่ก่อความเดือดร้อนให้ชุมชนอีกด้วย

10. กระบวนการจัดการถ่ายทอด ความรู้ แนวคิด คำสั่งสอน ข้อตกลงของชุมชน ชาวชนบทจะมีการจัดการในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการมากกว่าชาวเมือง ในระดับครอบครัวมักเป็นนิทาน ตำนาน ที่เล่าให้ลูกหลานจดจำ ทำตาม ที่พบได้ชัดเจนคือการถ่ายทอดความรู้ด้านการประกอบอาชีพ ศิลปะ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีที่อยู่ในลักษณะของการบอกให้จำ ทำให้ดูควบคู่กับการลงมือปฏิบัติจริงในความดูแลของผู้รู้หรือผู้ที่มีอาวุโสมากกว่า

สภาพภูมิศาสตร์

ชุมชนชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งอยู่ในพื้นที่ 19 จังหวัด ของภูมิภาคที่มีขนาดประมาณ 1 ใน 3 ของพื้นที่ ประเทศไทย อยู่ระหว่างลองจิจูดที่ 101-105 องศาตะวันออก และละติจูดที่ 14-18 องศาเหนือ มีทิวเขายกสูงเป็นกรอบแยกพื้นที่ออกจากภาคกลางและภาคตะวันออก ทำให้ลักษณะพื้นที่ลาดเอียงไปทางตะวันออกเฉียงเหนือเทือกเขาเหล่านี้เป็นต้นกำเนิดของแม่น้ำหลายสายที่ไหลลงสู่ลุ่มน้ำโขงทางเหนือและทางตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นเส้นเขตแดนระหว่างประเทศไทยกับสาธารณรัฐประชาชนลาว การศึกษาสภาพภูมิศาสตร์จากแผนที่เป็นวิธีที่ทำให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายที่สุด ในปัจจุบันนี้การสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตสามารถทำให้เรียนรู้ได้อย่างสะดวกรวดเร็ว

ลักษณะภูมิประเทศของภาคในภาพรวมเป็นที่ราบลูกฟูกลาดลงเป็นแอ่งรูปก้นกระทะที่ถูกแบ่งเป็นสองแอ่งด้วยทิวเขาภูพานทำให้แบ่งพื้นที่แอ่งโคราชและแอ่งสกลนคร การมีบริเวณที่เป็นแอ่งที่ต่ำอยู่ตรงกลางทำให้น้ำไหลลงสู่แม่น้ำโขงไม่สะดวกในช่วงฤดูฝนน้ำจะแช่ขังอยู่นานเมื่อน้ำระเหยไปในช่วงแล้งจะกลายเป็นทุ่งโล่ง ดินเค็มและดินกร่อยเป็นข้อจำกัดในการเพาะปลูก หนองน้ำธรรมชาติขนาดใหญ่เป็นทะเลสาบน้ำจืดที่เป็นแหล่งประมงสำคัญหลายแห่ง เช่น หนองหาน สกลนคร หนองหานกุมภวาปี อุดรธานี แต่หลายแห่งก็เป็นแหล่งน้ำกร่อย

เนื่องจากผืนแผ่นดินบริเวณที่ตั้งถิ่นฐานของชุมชนรองรับด้วยหินทรายหลายชนิด เช่นหินทรายแป้ง หินดินดานปนโคลน หินกรวดมน และหินเกลือ ดินที่สลายตัวมาจากหินทรายเป็นดิน

ไม่อุ้มน้ำ แม้ว่าจะมีฝนตกมากกว่าภาคกลางแต่ก็ขาดแคลนน้ำที่จะใช้ในการเกษตรและการอุปโภคบริโภค

การตั้งถิ่นฐานของชุมชนชนบทส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอยู่ในที่ดอนน้ำท่วมไม่ถึง ในช่วงฤดูฝนมีการทำนาทั้งในพื้นที่ลุ่มติดลำน้ำและพื้นที่ดอนใกล้หมู่บ้าน ทำให้พอมีข้าวกินทั้งในปีที่น้ำท่วมและฝนแล้ง แต่เมื่อมีคนมากขึ้นเกิดแรงงานส่วนเกินและรายได้จากการขายผลผลิตข้าวไม่พอกับความต้องการอุปโภคบริโภคของครอบครัว ประกอบกับมีช่วงฤดูแล้งที่ยาวนานจึงออกไปหางานทำนอกหมู่บ้านในยามที่ว่างจากการเพาะปลูก

ต่อมาเมื่อมีการสร้างถนนมิตรภาพและเส้นทางเชื่อมต่อเป็นโครงข่ายทั่วภูมิภาคพร้อมทั้งต่อไปยังประเทศเพื่อนบ้านการรับจ้างทำการเกษตรเริ่มเปลี่ยนเป็นรับจ้างนอกรการเกษตรมากขึ้น การย้ายถิ่นชั่วคราวมีระยะเวลายาวนานจนกลายเป็นย้ายถิ่นถาวร แรงงานอพยพจึงมีทั้งแรงงานข้ามถิ่น ข้ามภูมิภาค และขยายเป็นแรงงานข้ามชาติในยุคโลกาภิวัตน์

ระบบส่งเสริมการเกษตรเพื่อส่งออกตลาดต่างประเทศทำให้ชุมชนเปลี่ยนระบบการเพาะปลูกจากทำมาหากินหรือ “หากินหาอยู่” เป็นทำมาค้าขายคือปลูกพืชเพื่อการค้า ได้แก่ มันสำปะหลัง ข้าวโพด อ้อยโรงงาน ปอ พริก ฯลฯ

การคมนาคมขนส่งที่สะดวกสบายมากขึ้นทำให้สภาพภูมิศาสตร์ของชุมชนเปลี่ยนแปลงได้หลายลักษณะ เช่น มีการระเบิดดินจนภูเขาบางแห่งหายไป พื้นที่ป่าไม้ลดลงกลายเป็นพื้นที่ปลูกพืชการค้าอย่างรวดเร็ว การใช้พื้นที่ที่มีความหลากหลาย

มากขึ้น หลายชุมชนมีทั้งพื้นที่ในการเกษตรและพื้นที่นอก การเกษตร พื้นที่การทำเหมืองแร่ ฯลฯ มีการตั้งบ้านเรือนติด ถนมากขึ้น

การเก็บข้อมูลด้วยการสังเกต การจดบันทึก การถ่ายภาพ และทำแผนที่ชุมชนจะทำให้สามารถเปรียบเทียบความแตกต่าง ของสภาพภูมิศาสตร์ในแต่ละชุมชนได้ชัดเจนมากขึ้น

ลักษณะทางประชากร

ข้อมูลประชากรที่สำคัญ ได้แก่ จำนวน เพศ อายุ การเกิด การตาย การย้ายถิ่น ในปี 2556 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมี ประชากรตามหลักฐานทะเบียนราษฎร 21,775,407 คน คิดเป็น ร้อยละ 33.61 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของประเทศ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.14 เป็นผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 20.19 แสดงว่า ประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนนอกเขตเทศบาล

ในภาพรวมโครงสร้างทางอายุของประชากรไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยจะมี ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ในขณะที่ ประชากรวัยเด็กจะลดลง คราวเรือนไทยมีขนาดเล็กลง ครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว หัวหน้าครัวเรือนเพศชายมีจำนวน มากกว่าเพศหญิง แต่หัวหน้าครัวเรือนเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในภาพรวมคนไทยมีการศึกษาสูงขึ้น

ลักษณะข้อมูลประชากรที่นำมาใช้ในงานสาธารณสุข ชุมชนต้องเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในพื้นที่จริงซึ่งมีความ

ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากกว่าข้อมูลจากทะเบียนราษฎร ขณะนี้สามารถทราบข้อมูลได้ถึงระดับครัวเรือนจากหน่วยงาน สาธารณสุขที่เป็นผู้รับผิดชอบพื้นที่ การจัดทำแฟ้มอนามัย ครอบครัว (family folder) ของหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบ พื้นที่เป็นการศึกษาลักษณะทางประชากรของชุมชนในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือที่ตัวอย่างหนึ่ง เนื่องจากเป็นภูมิภาคที่มีการ เปลี่ยนแปลงประชากรด้านการย้ายเข้าย้ายออกหลายรูปแบบมาก คือมีทั้งย้ายถิ่นภายในจังหวัด ภายในภูมิภาค ภายในประเทศ และย้ายถิ่นระหว่างประเทศ นอกจากนี้ยังมีการย้ายถิ่นจาก แรงงานต่างชาติ ส่วนใหญ่เป็นการย้ายถิ่นที่ผิดกฎหมายซึ่ง บางครั้งพบว่าแรงงานเหล่านี้เป็นพาหะของโรคด้วย

1. การย้ายถิ่นของประชากร

ในช่วงปี พ.ศ.2539-2541 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของวิกฤต เศรษฐกิจ กรุงเทพมหานคร ได้รับผลกระทบมากที่สุด สิ่งที่เกิดขึ้น ในขณะนั้นคือ โรงงานอุตสาหกรรมและการบริการต่างๆ ได้ ปิดตัว ลงหลายแห่ง ผลที่ตามมาคือ มีแรงงานจำนวนมากถูกให้ออกจาก งานโดยไม่สมัครใจ เมื่อไม่มีงานทำก็ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมเมืองได้ ดังนั้นจึงย้ายถิ่นออกจากกรุงเทพมหานคร จาก ผลการวิจัยพบว่า จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นถิ่นป ลายทางที่รับผู้ย้ายถิ่นออกจากกรุงเทพมหานครมากที่สุด ลักษณะเช่นนี้แตกต่างจากการย้ายถิ่นออกจากกรุงเทพมหานคร

ในช่วงเวลาปกติที่ผ่านมาที่พบว่าภาคกลางโดยเฉพาะจังหวัด
ปริมณฑลเป็นที่นิยมปลายทางที่รับผู้ย้ายถิ่นมากที่สุด

ผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีอายุระหว่าง 20-29 ปี
แต่งงานแล้ว มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมีการย้ายถิ่นด้วย
สาเหตุด้านการย้ายกลับบ้านมากที่สุด แสดงว่าผู้ย้ายถิ่นออกจาก
กรุงเทพมหานครในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในวัย
แรงงานมีครอบครัวแล้ว และเป็นผู้ที่เดินทางเข้ามาทำงานใน
กรุงเทพมหานคร แต่เนื่องจากมีการศึกษาค่อนข้างต่ำ ดังนั้นจึงต้
องทำงานในลักษณะที่ไม่มั่นคงมากนัก เมื่อเกิดภาวะวิกฤต
เศรษฐกิจจึงทำให้ถูกออกจากงานและมีผลให้ต้องย้ายถิ่นกลับบ้
นเดิมของตนเอง ผู้ย้ายถิ่นออกจากกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มี
งานทำในถิ่นปลายทาง โดยพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพการ
ทำงานเป็นผู้ช่วยในธุรกิจครัวเรือนและลูกจ้างเอกชนมากที่สุด
โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีแรงงานเข้าไปอยู่ในส
วนของการช่วยธุรกิจ ครัวเรือนสูงมากกว่าภาคอื่นๆ ภาพนี้
สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ย้ายถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเมื่อกลับไป
อยู่บ้านก็ไม่สามารถที่จะหางานทำได้ ดังนั้นจึงต้องกลายเป็นส่วน
หนึ่งของการทำธุรกิจครัวเรือน ซึ่งอาจไม่เป็นที่พอใจของแรงงานย
้ายถิ่นและครอบครัวมากนัก เพราะทำให้รายได้ของครอบครัว
ลดลง รวมทั้งเงินส่งกลับบ้านที่เคยได้รับก็จะไม่ได้รับอีก ปัญหา
ดังกล่าวนี้อาจนำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงของครอบครัวในการที่

จะต่อสู้อั้กับภาวะเศรษฐกิจ และนอกจากนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อ สุขภาวะของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุข ตามมาได้

2. ผลกระทบของแรงงานข้ามชาติ

กระแสโลกาภิวัตน์นำไปสู่การเชื่อมโยงระบบเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศต่างๆ ในโลกเข้าด้วยกัน ระบบเสรีทาง เศรษฐกิจนำไปสู่การขยายตัวของตลาดแรงงานข้ามชาติ และ นำไปสู่การเพิ่มปริมาณแรงงานข้ามชาติทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ ถูกกฎหมายอย่างรวดเร็ว อันเป็นเหตุให้เป็นที่วิตกกังวลถึง ผลกระทบต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม

เมื่อแบ่งกลุ่มแรงงานไทยออกเป็น กลุ่มแรงงานที่เคยย้าย ถิ่นข้ามชาติ และกลุ่มแรงงานที่ไม่เคยย้ายถิ่นข้ามชาติ โดย ศึกษาจากผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในจังหวัดและภาคที่มีการย้ายถิ่นออกสูงสุด คือ อุตรธานี และชัยภูมิ ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนบนและตอนล่างผลการศึกษาจากการวิจัยเชิงปริมาณและ คุณภาพให้ภาพรวมที่ตรงกัน คือ แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ ทั้งชาว ไทยและชาวพม่า ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มประชากรวัยแรงงาน และมี สัดส่วนของแรงงานชายมากกว่าหญิง กรณีของแรงงานไทยนั้น ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เป็นยุคบุกเบิกของการย้ายถิ่นไปทำงานใน ต่างประเทศ ผู้ย้ายถิ่นจะย้ายไปทำงานในตะวันออกกลาง โดย เป็นแรงงานชายที่ย้ายออกไป เพื่อทำอาชีพด้านการก่อสร้าง ใน ระยะ 5 ปีที่ผ่านมา

ท้องถิ่นปลายทางที่แรงงานนิยมย้ายไปทำงานได้เปลี่ยนมาเป็นแถบเอเชียตะวันออก และภายในภูมิภาคอาเซียน ได้แก่ ใต้หวัน สิงคโปร์ บรูไน แต่มีบางส่วนที่ยังคงไปในตะวันออกกลาง เช่น อิสราเอล และลิเบีย แรงงานที่ย้ายไปในช่วง 5 ปีหลังนี้ จะมีสัดส่วนของแรงงานที่เป็นหญิงเพิ่มขึ้น และแรงงานที่ย้ายไปจะมีอาชีพหลากหลายมากยิ่งขึ้น ตามการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมและบริการ

อย่างไรก็ตามยังคงเป็นที่น่าสังเกตว่า แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติโดยส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานไร้ฝีมือที่เข้าไปในท้องถิ่นปลายทางเพื่อหารายได้ที่ดีกว่าท้องถิ่นต้นทาง หรือเข้าไปทดแทนแรงงานที่ขาดแคลน หรืองานที่แรงงานในท้องถิ่นต้นทางไม่นิยมทำ และยังพบว่าแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติชาวไทยส่วนใหญ่มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา แรงงานส่วนใหญ่เป็นแรงงานไร้ฝีมือ ไม่ได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้หรือทักษะในการทำงาน นอกจากนี้กระบวนการย้ายถิ่นข้ามชาติยังก่อปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและหนี้สิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับแรงงานไทยที่ต้องการไปทำงาน ในต่างประเทศ แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติส่วนใหญ่ย้ายถิ่นผิดกฎหมาย จึงทำให้ประสบปัญหาขาดการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่เป็นตัวแทนของประเทศในต่างแดน หรือขาดสวัสดิการจากท้องถิ่นปลายทางบ่อยครั้งที่ทำให้ต้องประสบกับปัญหาการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน

ในความรู้สึกของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติรู้สึกว่าการย้ายถิ่นส่งผลดีทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน แต่เมื่อวิเคราะห์ให้

ลึกซึ่งจะพบว่า ผลดีที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลในระยะสั้น เช่น การที่ครอบครัวมีรายได้เพิ่มขึ้นจากเงินส่งกลับ หรือเงินที่ผู้ย้ายถิ่นข้ามชาตินำติดตัวกลับมาด้วยนั้น เงินเหล่านี้มักถูกใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซื้อเครื่องอุปโภคบริโภค ซ่อมแซมบ้าน ขาดการออมและการนำเงินไปลงทุนจึงไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในเชิงเศรษฐกิจระยะยาว หรือแทบจะไม่มีการนำเงินไปใช้เพื่อการพัฒนาตนเอง หรือสมาชิกในครอบครัว ทำให้ ผลจากการย้ายถิ่นข้ามชาตินั้นไม่นำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

ในกรณีของแรงงานที่ย้ายถิ่นข้ามชาติชาวไทยนั้นพบว่า จะเป็นแรงงานที่มีสุขภาพดีจึงจะสามารถผ่านเงื่อนไขในการไปทำงานต่างประเทศ สำหรับแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่ไม่เคยถูกตรวจสอบสุขภาพก่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย เพราะส่วนใหญ่เป็นแรงงานที่ลักลอบเข้ามาขายแรงงาน การไม่มีโอกาสได้ตรวจสุขภาพน่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคต่างๆ โดยมีแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติเป็นพาหะ อีกทั้งทางรัฐบาลไทยยังต้องประสบปัญหาการรับภาระด้านค่าใช้จ่ายและค่าส่งคนในการให้บริการสาธารณสุขและรักษาพยาบาลแก่แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติชาวพม่าเหล่านั้นด้วย

ศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา ความเชื่อ

ศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณีเป็นวิถีชีวิตที่ชุมชนได้ประเพณีปฏิบัติกันต่อ ๆ มา เพราะตระหนักว่ามีคุณค่าเป็นการ

สิ่งสมมติบทยอดโดยต่อยอดปรุงแต่งให้สัมพันธ์สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม มีผู้เฒ่าผู้รู้ที่อยู่ในชุมชนช่วยแนะนำทำให้เกิดประโยชน์สุข เช่น วิถีชีวิตความเป็นอยู่แบบเครือญาติ การปลูกสร้างบ้านเรือนที่อยู่อาศัย การประกอบอาหารการกิน การเลี้ยงดูเด็ก การละเล่นพื้นบ้าน การรักษาอาการเจ็บป่วย รวมถึงการประดิษฐ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการประกอบอาชีพ ซึ่งในแต่ละชุมชนจะประดิษฐ์คิดค้นขึ้นมาให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมของแต่ละชุมชน

การศึกษาสภาพแวดล้อมหรือบริบทของชุมชนเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจการแสดงออกทางด้านศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณีที่เป็นวิถีชีวิตของชุมชนที่มีผลต่อสุขภาวะ ความรู้พื้นฐานด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ สภาพประชากร ศาสนา ความเชื่อ เกี่ยวกับวัฒนธรรม ประเพณี รวมทั้งจริยธรรม ที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติ หรือกฎศีลธรรมของชุมชนชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไปเป็นลำดับ

1. วัฒนธรรม ประเพณี

ในอดีตชาวอีสานยึดมั่นและปฏิบัติตามฮีตสิบสองอย่างมั่นคง ฮีตสิบสอง หมายถึงจารีตประเพณี ที่ชาวอีสานปฏิบัติกันในโอกาสต่างๆ ทั้งสิบสองเดือนของแต่ละปี จารีตประเพณีทั้งสิบสองเดือนที่ชาวอีสานทำบุญต่างๆ มีดังนี้

เดือนอ้าย บุญเข้ากรรม เป็นการทำบุญตักบาตรถวาย ภัตตาหารและฟังเทศน์ เนื่องในโอกาสที่พระสงฆ์อาบัติ(ทำผิด) ต้องถูกกำหนดให้เข้าไปอยู่ในที่อื่นจำกัด เพื่อทรมานให้หายจาก กรรม ชำระจิตใจให้หายมัวหมอง และพ้นจากอาบัติ

เดือนยี่ บุญคุณลาน เป็นการทำบุญสั้วขวัญที่นวดเสร็จแล้ว และกองไว้ในลานข้าว

เดือนสาม บุญข้าวจี ทำบุญตักบาตร

เดือนสี่ บุญพะเหวดหรือบุญมหาชาติ ทำบุญฟังเทศน์ มหาชาติ

เดือนห้า บุญสงกรานต์ สรงน้ำพระและผู้ใหญ่

เดือนหก บุญบั้งไฟ เป็นประเพณีขอฝนอย่างหนึ่ง

เดือนเจ็ด บุญซำฮะ ทำบุญชำระล้างสิ่งที่เป็นเสนียดจัญไร อันจะทำให้เกิดความเดือดร้อน แก่บ้านเมือง มีการเลี้ยงผีปู่ตาและ ผีตาแฮก (ผีรักษาไร่นา)

เดือนแปด บุญเข้าพรรษา

เดือนเก้า บุญข้าวประดับดิน ทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้แก่ เปรตและญาติมิตรที่ตายไปแล้ว

เดือนสิบ บุญข้าวสาก (ข้าวกระยาสารท) ทำบุญอุทิศ ให้แก่ผู้ตายและเปรต มีการแลกเปลี่ยนข้าวกระยาสารทกันระหว่าง ญาติพี่น้อง และชาวบ้านใกล้เคียง

เดือนสิบเอ็ด บุญออกพรรษา มีการถวายปราสาทผึ้ง การ ล่องเรือไฟหรือไหลเรือไฟ และการแข่งเรือพาย

เดือนสิบสอง บุญกฐิน

2. ศาสนา ความเชื่อ

วิถีชีวิตของชุมชนชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบขึ้นด้วย ข้อห้ามและข้อปฏิบัติตามศาสนา ผนวกกับความเชื่อ ขะลำ หรือข้อห้าม ที่บอกเล่าสืบต่อกันมาอาจมีทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกันตามชาติพันธุ์ของชุมชน เช่น ชุมชนไทยโคราช ไทยอีสาน ชาวบน ชาวยวน ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีข้อห้ามหรือความเชื่อเฉพาะของบางกลุ่มอาชีพอีกด้วย

ชาวอีสานส่วนใหญ่จะนับถือศาสนาพุทธ แต่ในทางปฏิบัติยังมีการปฏิบัติที่ผสมผสานกันระหว่างการนับถือทั้ง ผี พราหมณ์ และคำสอนในพระพุทธศาสนา ซึ่งบรรพบุรุษได้จัดระบบและกลั่นกรองสั่งสอน สืบทอดกันมาเป็นเวลายาวนาน เรียกรวมกันว่า “ฮีตสิบสองคองสิบสี่” เรียกสั้นๆ ว่า “ฮีตคอง”

คองสิบสี่ หมายถึง ครรลอง หรือแนวทางปฏิบัติคนและหน้าที่ของคน ในสังคมว่าควรปฏิบัติอย่างไร เช่น หน้าที่ของผู้ปกครองบ้านเมือง เรียกว่า ฮีตเจ้าคองขุน หน้าที่ของพระสงฆ์ เรียกว่า ฮีตวัดคองสงฆ์ นอกจากนั้น ก็เป็นหน้าที่ของสามัญชน เช่น ฮีตพ่อคองแม่ ฮีตลูกคองหลาน ฮีตปู่คองย่า ฮีตป้าคองลุง เป็นต้น ใครดำรงตนอยู่ในฐานะใด ควรปฏิบัติตนต่อคนอื่นๆ ในสังคมอย่างไร ตัวอย่างเช่น หน้าที่ของลูก ลูกที่เลี้ยงดูพ่อแม่ให้มีความสุข ได้รับการยกย่องว่าเป็นลูกที่ดี เป็นคนดี ในทำนองเดียวกัน พ่อแม่ก็มีหน้าที่เลี้ยงดูลูกให้เป็นคนดี จัดสร้างบ้านเรือนให้ลูกอยู่ หาคู่ครองให้ และมอบมรดกให้เพื่อลูกจะได้มีหลักฐานเป็นฝั่งเป็นฝาต่อไป

คองสิบสี่ถือว่าเป็นการจัดระเบียบสังคม ชาวอิสานโดยทั่วไป ต่างยึดมั่นในคองสิบสี่ เป็นผลให้ชาวอิสานอยู่กันอย่างเรียบง่าย และสุขสบาย ผู้คนต่างนับถือให้เกียรติซึ่งกันและกัน เช่น คนอื่นที่มีอายุคราวพ่อ ลูกหลานก็เรียกอย่างเต็มปากว่าพ่อ ถ้าอาวุโสกว่าก็เรียกว่า พ่อใหญ่ การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่แบ่งปันช่วยเหลือเจือจาน ซื่อสัตย์ไม่เอารัดเอาเปรียบกัน

ชาวอิสานยังคงเชื่อถือเรื่องผีต่างๆ อยู่มาก เช่น ผีบรรพบุรุษ ผีนา ผีไร่ ผีป่า (รักษาหมู่บ้าน) ทุกหมู่บ้านต้องสร้างศาลปู่ตา และประกอบพิธี เช่นไหว้ อยู่เป็นประจำ เนื่องจากเชื่อว่าผีมีอิทธิฤทธิ์ในการให้คุณให้โทษทั่วไป สิ่งที่คุณในชุมชนยังปฏิบัติกันอยู่ในวิถีชีวิตประจำวัน ได้แก่ การทำพิธีบายศรีสู่ขวัญในโอกาสสำคัญ เช่น การแต่งงาน การบวช การเจ็บป่วย การต้อนรับแขกผู้มาเยือน ความเชื่อในพุทธศาสนา ชาวบ้านเชื่อในเรื่องบาปบุญ คุณโทษ กฎแห่งกรรม

กิจกรรมตามประเพณี และพิธีกรรมต่างๆ จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความเชื่อดังกล่าว โดยมุ่งให้เกิดความสุขความสบายใจเป็นหลัก เช่น ประเพณีแห่ผีตาโชน บั้งไฟแห่เทียนพรรษา และไหลเรือไฟ เป็นต้น

ชะล่า หรือข้อห้าม เป็นกฎเกณฑ์อีกอย่างหนึ่ง ซึ่งชาวอิสานยอมรับนับถือกันมาแต่โบราณ เรียกว่า “ชะล่า” หมายถึงกฎเกณฑ์ความประพฤติต่างๆ ที่ควรหลีกเลี่ยงไม่ควรกระทำ ให้

ละเว้นหรือเรียกว่าข้อห้ามก็ได้ กฎเกณฑ์ดังกล่าวมีมากมาย จัดเป็นหมวดหมู่เป็นเรื่องเกี่ยวกับวิถีชีวิตของคนทุกเพศทุกวัย ชาวบ้านท่องจำกันได้ และบอกเล่าต่อๆ กันมา ตัวอย่าง เช่น กวาดบ้านกลางคืน เป็น ขะล่ำ เหตุผลของการห้ามกวาดบ้านเวลากลางคืนน่าจะมาจากการเกรงว่าจะกวาดเอาสิ่งของอย่างอื่นลงไปด้วย บ้านไม่สะอาดเท่าที่ควร เพราะแสงสว่างไม่พอเพียงพอจากสมัยโบราณยังไม่มีไฟฟ้าใช้ ถ้าใครละเมิดขะล่ำชาวอีสานถือว่า “ขวง” หมายถึง เป็นคนขวงโลก ผู้คนในชุมชนตั้งข้อรังเกียจและไม่คบค้าสมาคมด้วย

3. แนวคิดในการศึกษา ศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณี

3.1 กิจกรรมตาม วัฒนธรรม ประเพณี และจริยธรรม ที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติ หรือกฎศีลธรรมของชุมชนจะแตกต่างกันไปบ้างในบางส่วน เช่น วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต การสร้างที่อยู่อาศัย วัฒนาอาราม รูปแบบการจัดงานบุญ กิจกรรมประเพณีที่เกี่ยวกับการเกิด การบวช การแต่งงาน และการตายของชุมชนชาวนา ชาวสวน ชาวไร่ และแรงงานรับจ้างในชนบทแตกต่างกันตามความนิยมที่ยึดถือเป็นประเพณีและจริยธรรมของชุมชน เช่น ในหลายชุมชน การดื่มสุรา ซึ่งเป็นการผิดศีลข้อห้า อาจเป็นเรื่องปกติธรรมดา ถ้าไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อผู้อื่น การจัดงานประเพณีเข้าพรรษา ในวันแรม 1 ค่ำ เดือน 8 บางชุมชนเป็นกิจกรรมสำคัญต้องร่วมกันหล่อแคะสลักเทียนพรรษา ขนาดใหญ่ ที่ระดมทรัพยากรจากชุมชนจำนวนมาก แต่บางชุมชน

ไม่มีกิจกรรมนี้ นอกจากไปทำบุญตักบาตร ถวายเครื่องอุปโภค บริโภค สำหรับพระภิกษุสงฆ์ที่จะต้องจำพรรษาเป็นระยะเวลา นานถึง 3 เดือน

3.2 กิจกรรมทางวัฒนธรรมประเพณีสามารถแสดงออก ด้วยศิลปะหลายด้าน เช่น ศิลปะประดิษฐ์ด้านการจัดตกแต่ง สถานที่ในงานพิธีกรรม ความมีเอกลักษณ์ของเครื่องปั้นดินเผา ลวดลายของเครื่องจักสาน การปรุงแต่งอาหาร ฝีมือในการทอผ้า การสร้างวัสดุตกแต่งให้เกิดความงาม ศิลปะการแสดงที่สรรสร้าง ขึ้นโดยคนในชุมชน รวมทั้งการนำศิลปะบันเทิงจากภายนอก ชุมชน เช่น หมอลำซิ่ง ภาพยนตร์ ดนตรี ลิเก ฯลฯ มาเฉลิมฉลอง เพื่อให้เกิดความครึกครื้นสนุกสนานในงานประเพณี เพื่อทำให้ เห็นความสำคัญของการจัดกิจกรรมตามวัฒนธรรมประเพณี ขอบเขตของการแสดงออกทางศิลปะในวัฒนธรรมประเพณี จะ เปลี่ยนแปลงไปตามขอบเขตของจริยธรรมในชุมชน

3.3 ชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชนที่มีเพศ อายุ อาชีพ และการปฏิบัติตน ภายใต้สภาพแวดล้อมทางพื้นที่ ศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณี และจริยธรรมที่แตกต่างกัน มีผลต่อภาวะ สุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมไปถึงความ คาดหวังในการรับบริการทางด้านสาธารณสุข เมื่อมีปัญห าสุขภาพเกิดขึ้น

การศึกษาสภาพชุมชนเป็นการสะสมความรู้จากการ สังเกต สอบถาม จดจำ นำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่ สังเคราะห์

วิเคราะห์ เปรียบเทียบ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในวิถีชีวิตของชุมชนซึ่งมีลักษณะเป็นพลวัตคือเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่เป็นบริบทของชุมชนซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สภาพของชุมชนที่เป็นปัจจุบันจึงเป็นสิ่งที่ต้องศึกษาจากพื้นที่จริงอย่างต่อเนื่อง

ชุมชนชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเพราะเป็นภูมิภาคที่มีการย้ายถิ่นสูงมากทั้ง การย้ายเข้าและการย้ายออก ประเด็นที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งในปัจจุบันนี้คือการแต่งงานข้ามวัฒนธรรมระหว่างหญิงไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับชาวต่างชาติ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมวัฒนธรรมในชุมชน

บทที่ 3

เทคนิคการศึกษาชุมชน

การศึกษาชุมชนชนบทเป็นหัวใจสำคัญของการจัดบริการสาธารณสุขแบบองค์รวม แพทย์ชนบทจึงต้องมีเทคนิคการศึกษาชุมชนเพื่อเรียนรู้ที่จะทำงานชุมชนอย่างรวดเร็วและได้ผล ด้วยบริการสาธารณสุขเชิงรุกด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เน้นการป้องกันโรคลดปัญหาสาธารณสุขในชุมชนมากกว่าเน้นการรักษาในโรงพยาบาล

เทคนิคการศึกษาชุมชนที่ดีที่สุดคือการเข้าไปในชุมชนทำตนสมาชิกที่ดีมีความสัมพันธ์ฉันเครือญาติกับทุกคนในชุมชน เทคนิคดังกล่าวต้องอาศัยเครื่องมือหลายชนิดประกอบกัน เพื่อให้รู้จักสภาพของชุมชนทั้งส่วนที่เป็นลักษณะทางกายภาพและชีวิตจิต วิญญาณ ของชุมชน ได้แก่ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ ศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณีความเชื่อและสถานที่ที่เกี่ยวข้อง

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ (2545) ได้เสนอแนวคิดในการวางรากฐานความเข้าใจชุมชนวิธีการและเครื่องมือเก็บข้อมูลชุมชนด้วยเครื่องมือ 7 ชิ้น ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือของนักมานุษยวิทยาโดยได้ปรับปรุงยุคทำให้เหมาะสมกับงานด้านสาธารณสุข ได้แก่

1. แผนที่เดินดิน
2. ผังเครือญาติ
3. โครงสร้างองค์กรชุมชน

4. ระบบสุขภาพชุมชน
5. ปฏิทินชุมชน
6. ประวัติศาสตร์ชุมชน
7. ประวัติชีวิตบุคคลที่น่าสนใจ

หนังสือ วิถีชุมชน คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนงาย ได้ผลและสนุก ได้กล่าวถึงเทคนิคการใช้เครื่องมือเครื่องมือ 7 ชั้น นี้อย่างละเอียดทุกขั้นตอน มีบทสรุปและข้อแนะนำจาก ประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งเหมาะสำหรับบุคลากร สาธารณสุขและผู้ที่ทำงานชุมชนทุกคน

ในที่นี้จะเพิ่มเทคนิค *ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์* ซึ่ง ปัจจุบันนี้ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการหลายด้าน รวมทั้งด้านบริการสาธารณสุขและการวางแผนผลิตแพทย์ชนบท นอกจากนี้ควรมีการศึกษา *วิถีชีวิตของชาย-หญิงในชุมชน* ประกอบด้วย รวมเป็นชุดเครื่องมือ 9 ชั้น ที่สามารถใช้ควบคู่กัน เสริมพลังซึ่งกันและกันได้เป็นอย่างดี

ประเภทของข้อมูลชุมชน

ข้อมูลที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของชุมชนจำแนกเป็น 2 ประเภท คือ ข้อมูลทางด้านกายภาพและข้อมูลทางด้านมนุษย์

1. ข้อมูลทางด้านกายภาพของชุมชน ได้แก่ ขอบเขต พื้นที่ชุมชน ถนนและเส้นทางเดินติดต่อกันในชุมชน แหล่งน้ำ บ่อน้ำ ป่าชุมชน ตำแหน่งที่ตั้งบ้านเรือน แหล่งกลางของชุมชน

ร้านค้า วัด โรงเรียน สถานือนามัย พื้นที่ทำนา ทำสวน ทำไร่
ที่ตั้งอุตสาหกรรมในท้องถิ่น

2. ข้อมูลด้านวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ศิลปะ วัฒนธรรม
ประเพณีความเชื่อและสถานที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น ที่ประชุมชาวบ้าน
ที่จัดกิจกรรมของ อสม. ลานออกกำลังกาย/เล่นกีฬาของชุมชน
บ้านนวดแผนไทย ฯลฯ อาจใช้สัญลักษณ์ตามที่กำหนดไว้ในแผนที่
เดินดิน ออกแบบเพิ่มเติม หรือเขียนอธิบายไว้ให้ทุกคนที่ดูแผนที่
ที่เข้าใจตรงกันได้จะเป็นการดีที่สุด

แหล่งข้อมูล

ข้อมูลที่เป็นภาพรวมของประเทศ จังหวัด อำเภอ หมู่บ้าน
สามารถศึกษาได้จากรายงานประจำปีของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เช่น รายงานผลการดำเนินงานของสำนักส่งเสริมสุขภาพ
รายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายงานผลการสำรวจความจำเป็นขั้นพื้นฐาน(จปฐ.)

โรงพยาบาลชุมชนและสถานือนามัย ควรจะมีข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
เกี่ยวกับสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ แต่
ด้วยศักยภาพและข้อจำกัดของแต่ละหน่วยงานทำให้ปริมาณและ
คุณภาพความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลแตกต่างกัน

หน่วยงานในระดับตำบล ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล
เกษตรตำบล จะมีข้อมูลทุกหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของ
หน่วยงาน แต่มีความถูกต้องครบถ้วนที่แตกต่างกันตามศักยภาพ
ของแต่ละหน่วยงานในพื้นที่

โรงเรียนหลายแห่งได้รับบริการและความร่วมมือด้านสร้างเสริมสุขภาพจากหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขมีฐานข้อมูลสถานสุขภาพของนักเรียนซึ่งเป็นประชากรวัยเรียนอันเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่อยู่ในเขตบริการของโรงเรียน

การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน หรือชุมชนจากข้อมูลที่มีอยู่แล้วเรียกว่าศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ ต้องพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือจากวิธีการได้มาของข้อมูล และที่สำคัญที่สุดคือการนำไปตรวจสอบกับสภาพจริงในชุมชน

ข้อมูลชุมชนที่ดีที่สุดตรงกับการทำงานมากที่สุดคือข้อมูลที่ผู้ทำงานจัดเก็บ วิเคราะห์ ประมวลผลและปรับปรุงด้วยตนเอง ตลอดเวลาที่ใช้งาน

เครื่องมือในการศึกษาชุมชน

เนื่องจากการศึกษาที่ฐานฝึกได้กำหนดให้มีการศึกษาชุมชนด้วยเครื่องมือ 7 ชิ้น คือ แผนที่เดินดิน ผังเครือญาติ โครงสร้าง-องค์กรชุมชน ระบบสุขภาพชุมชน ปฏิทินชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน และประวัติชีวิตบุคคลที่น่าสนใจ โดยใช้สื่อเอกสาร วิดิทัศน์ รวมทั้งสื่อบุคคลคืออาจารย์ประจำฐานฝึก ซึ่งเป็นกระบวนการศึกษาที่ดีมาก ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะ เรื่องของการใช้แผนที่ในการศึกษาชุมชนและการศึกษาวิถีชีวิตของคนในชุมชน

1. การใช้แผนที่ในการศึกษาชุมชน

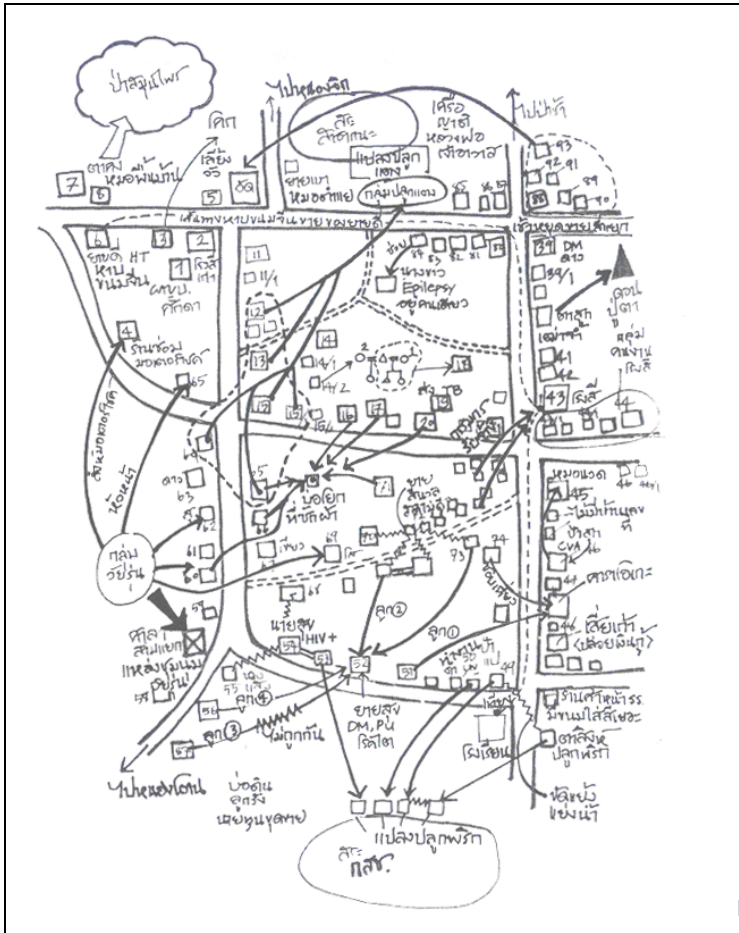
แผนที่เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวม เพื่อให้เห็นภาพรวมของชุมชน อีกทั้งยังสะดวกในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่ต้องการนำมาเชื่อมโยงกัน แผนที่ยังเป็นเครื่องมือที่ดีในการระบุตำแหน่งของปรากฏการณ์ต่างๆ ที่ได้พบในชุมชนซึ่งสามารถเพิ่มเติมได้ทุกครั้งที่ศึกษาชุมชน แผนที่ที่สร้างจากโปรแกรมในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์สามารถใช้ประโยชน์จากแผนที่ได้ตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ประมวลผล การสร้างสถานการณ์จำลองและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจาก การสังเกต การจดบันทึก การสัมภาษณ์ และการสอบถาม สิ่งเหล่านี้เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยทำให้ข้อมูลในแผนที่และแผนที่เดินดินมีความครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้นตามจำนวนครั้งที่มีการศึกษาชุมชน

เท่าที่พบแผนที่ในการศึกษาชุมชนมี 4 ประเภท คือ แผนที่ผังชุมชน แผนที่เดินดิน แผนที่พื้นฐาน แผนที่จากระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์

1.1 แผนที่ผังชุมชน เป็นการเขียนแผนที่แสดงลักษณะทางกายภาพของชุมชน โดยประมาณความถูกต้องของผู้เขียนขาดความถูกต้องตามมาตราส่วนของพื้นที่

1.2 แผนที่เดินดินเป็นแผนที่ของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่สำคัญ มีคำอธิบายเพิ่มเติมที่จะทำให้ผู้ใช้เห็นข้อมูลในส่วนที่เป็นวิถีชีวิตของชุมชนควบคู่ไปกับส่วนของข้อมูลด้านกายภาพ ดังภาพที่ 2.1

ภาพที่ 2.1 ตัวอย่างแผนที่เดินดิน



ที่มา :โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ.2545 : 25

จากภาพที่ 2.1 จะเห็นว่าแผนที่เดินดินแสดงทั้งลักษณะทางกายภาพและวิถีชีวิตของชุมชน พร้อมทั้งรายละเอียดที่สำคัญของบุคคลในชุมชน สุขภาวะของคนในชุมชน บุคคลที่

เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น หมอตำแย หมอนวด มีการระบุความสัมพันธ์ของคนในชุมชนว่าใครขัดแย้งกับใคร ฯลฯ การทำแผนที่เดินดินทำให้รู้จักชุมชนทั้งสภาพทางกายภาพและชีวิตจิตใจ ของชุมชน

1.3 แผนที่พื้นฐาน บางที่เรียก แผนที่ฐาน(Base Map)

เพื่อให้เข้าใจตรงกันว่า เป็นแผนที่แสดงข้อมูลพื้นฐานของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของชุมชน ได้แก่ วัด สถานีนอนามัย โรงเรียน อาคารบ้านเรือน ป่าชุมชน ถนน ทางรถไฟ ฯลฯ โดยแสดงเป็นสัญลักษณ์ ด้วย จุด เส้น รูปทรงทางเรขาคณิต เช่น วงกลม สามเหลี่ยม สี่เหลี่ยม หรือสัญลักษณ์อื่น มีความถูกต้องของมาตราส่วนที่ทำให้เปรียบเทียบกับกับระยะทางจริงบนพื้นผิวโลกได้ ระบุค่าพิกัด ละติจูด ลองจิจูด หรือค่าพิกัดในระบบอื่นที่อ้างอิงกับตำแหน่งจริงบนพื้นผิวโลกได้

แผนที่ฐานที่ใช้งานจริงมีทั้งมาตราส่วนเล็ก เพื่อให้เห็นภาพรวมของประเทศ จังหวัด อำเภอ มาตราส่วนกลาง เช่น แผนที่ ตำบล หมู่บ้าน และมาตราส่วนใหญ่เพื่อให้เห็นรายละเอียดระดับอาคาร บ้านเรือน แผนที่มาตราส่วนใหญ่เหมาะสำหรับใช้ในการศึกษาชุมชน ประมาณปี 2528 ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ร่วมกับภาควิชาภูมิศาสตร์ วิทยาลัยครูนครราชสีมา(ชื่อหน่วยงานในขณะนั้น)ได้จัดทำแผนที่ชุมชนเกษตรสามัคคี มาตราส่วน 1:4000 แสดงข้อมูลระดับหลังคาเรือน เพื่อใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง แผนที่ มีขนาดใหญ่มากต้องติดกับฝาผนังห้องประชุมของฝ่ายเวชกรรม

สังคม ในงานอนามัยแม่และเด็กใช้การปักเข็มหมุดสีแดง สีส้ม สีเหลือง แทนบ้านที่มีเด็กขาดสารอาหารระดับ 3 ระดับ 2 และระดับ 1 แล้วนำผลจากการเยี่ยมบ้านมาปรับปรุงข้อมูลเป็นรายเดือน ในส่วนของผู้รับผิดชอบชุมชนเป็นรายคุ้มจะมีสำเนาแผนที่เฉพาะพื้นที่รับผิดชอบนำไปใช้ได้ มีผู้ปฏิบัติงานบางรายนำไปแสดงข้อมูลอื่น เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แสดงด้วยการระบายสีบ้าน ทำให้เห็นการกระจายของกลุ่มเป้าหมายได้ชัดเจนขึ้น

สำหรับในระดับจังหวัดทางสาธารณสุขจังหวัดก็ใช้แผนที่แบ่งเขตอำเภอและเขตตำบลประกอบการรายงานติดตามผลการดำเนินงานด้วยเช่นเดียวกัน

ในปี 2529 การประเมินโครงการโครงการพัฒนาโดยใช้ดัชนีความจำเป็นพื้นฐาน 2526- 2528 ซึ่งเป็นโครงการวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก โดยผ่านสำนักงานประสานวิชาการและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข (ส.ว.ค.) กระทรวงสาธารณสุขใช้แผนที่เป็นส่วนสำคัญในการแสดงผลการเปลี่ยนแปลงระดับการพัฒนาของแต่ละตำบลในอำเภอ/กิ่งอำเภอของจังหวัดนครราชสีมา

การใช้แผนที่ในงานสาธารณสุขของจังหวัดนครราชสีมาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีข้อมูลแผนที่สำหรับงานสาธารณสุขจากระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

1.4 แผนที่จะจากระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ผลจากการใช้แผนที่ฐานในงานสาธารณสุขดังกล่าวข้างต้น จะพบว่าการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงข้อมูลแต่ละครั้งต้องใช้เวลาอย่างมาก ทำให้นำมาใช้ได้ไม่มากเท่าที่ควร การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแวดล้อมและปัญหาสาธารณสุขทำได้ค่อนข้างจำกัด ต่อมาเมื่อเทคโนโลยีระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ได้พัฒนาจนสามารถทำงานด้วยคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลได้ การใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ได้รับความนิยมน้อย่างกว้างขวาง หลายหน่วยงานที่มีภาระรับผิดชอบพื้นที่เป้าหมายชัดเจนนำระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์มาใช้ในการดำเนินงาน

ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic Information System) มีจุดเด่นที่สุดในการเชื่อมโยงข้อมูลตารางข้อมูลคุณลักษณะ (Attribute) กับข้อมูลเชิงพื้นที่ (Space) ทำให้ได้คำตอบที่ชัดเจนในพื้นที่ ดังนี้

- 1) มีอะไร
- 2) อยู่ที่ไหน
- 3) รูปแบบเป็นอย่างไร
- 4) มีความสัมพันธ์กันอย่างไร
- 5) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง

ในภาพ 2.2 เป็นหมู่บ้านแห่งหนึ่งที่อยู่ในเขตบริการของสถานีอนามัยพันดุง แผนที่ฐานแสดงที่ตั้งของบ้านพร้อมบ้านเลขที่ เมื่อเชื่อมโยงข้อมูลที่ตั้งของบ้านกับตารางข้อมูลการรับ

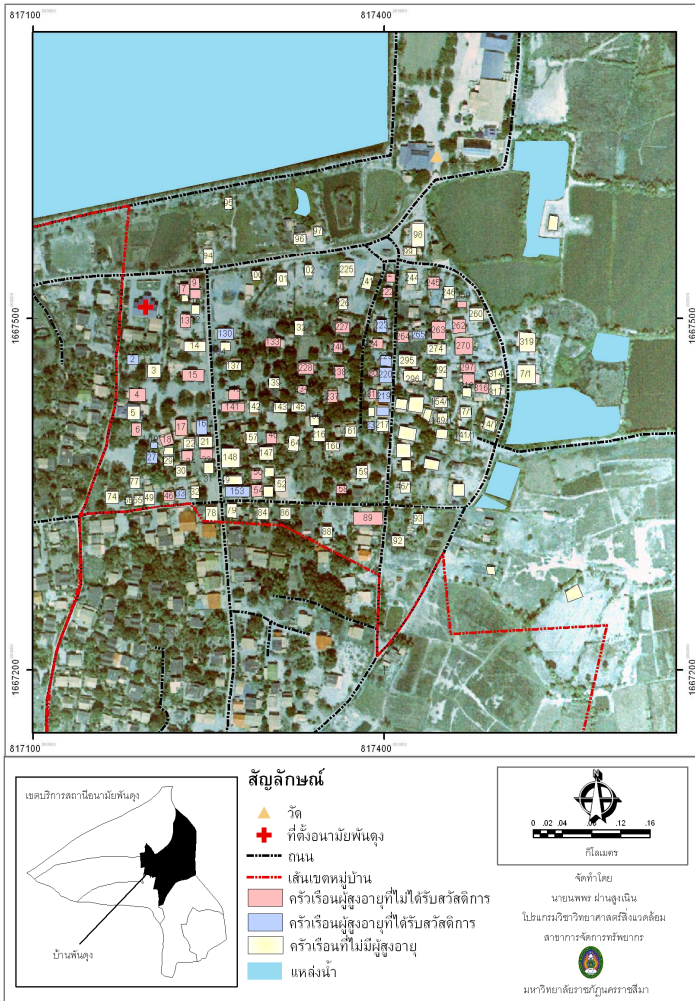
สวัสดิการของผู้สูงอายุจะเห็นว่า คร่าวๆ เรือนที่มี/ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ที่ไหนบ้าง รูปแบบการกระจายเป็นอย่างไรมาก่อน น่าจะมีการวิเคราะห์ต่อไปว่าลักษณะที่ปรากฏนี้มีความสัมพันธ์กับอะไรบ้าง ถ้านำข้อมูลต่างระยะเวลามาซ้อนทับ (overlay) กันจะเห็นว่ามีเปลี่ยนแปลงไปในรูปแบบใด

ในตารางข้อมูลผู้สูงอายุซึ่งสถานีอนามัยเก็บไว้มีข้อมูลชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด วัน เดือน ปีเกิด การศึกษา อาชีพ การได้รับสวัสดิการ ฯลฯ ซึ่งถ้าต้องการให้แสดงข้อมูลใดในแผนที่ก็เลือกให้แสดงได้ หรือต้องการข้อมูลหลังคาเรือนใดก็ชี้ให้แสดงได้เช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงตารางข้อมูลจะมีผลทำให้ข้อมูลในแผนที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่นเดียวกันถ้ามีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลในแผนที่ข้อมูลในตารางก็เปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกัน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีนโยบายให้องค์กรบริหารส่วนตำบล และเทศบาลใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เป็นเครื่องมือในการพัฒนาท้องถิ่น ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนที่ฐานในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ หน่วยงานที่มีการจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบของตารางเป็นแฟ้มข้อมูล MS-Word MS-Excel Access Dbase ฯลฯ สามารถเชื่อมโยงแฟ้มข้อมูลกับแผนที่ฐานได้

ภาพที่ 2.2 แผนที่แสดงการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุ
ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา



แผนที่จากระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์มีข้อดีที่แก้ไขปรับปรุงได้ง่าย สามารถเชื่อมโยงกับตารางรายงานต่างๆ ที่มีอยู่แล้วได้สะดวก หรือถ้าต้องการให้แสดงข้อมูลตาม

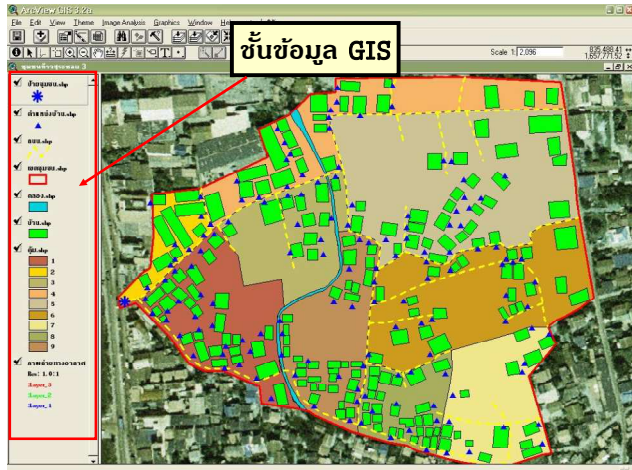
วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ก็สร้างตารางเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาเชื่อมโยงกับแผนที่ฐานที่มีอยู่

เนื่องจากการจัดเก็บข้อมูลในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์มีการจัดเก็บเป็นชั้นข้อมูล การเพิ่มเติม ปรับปรุงแก้ไขข้อมูลจึงเป็นการจัดกระทำเฉพาะชั้นข้อมูลเท่านั้น

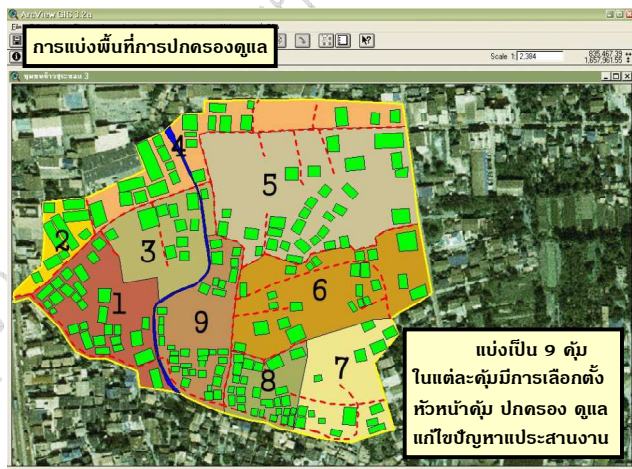
ภาพที่ 2.3 แสดงให้เห็นการทำงานของโปรแกรมระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ในกรอบทางด้านซ้ายเป็นรายการชั้นข้อมูลที่ถูกนำมาใช้งาน จำนวน 8 ชั้นข้อมูล ได้แก่ บ้ายชุมชน ตำแหน่งบ้าน ถนน เขตชุมชน คลอง บ้าน คุ่ม และภาพถ่ายทางอากาศ ถ้าไม่ต้องการให้แสดงชั้นข้อมูลใดก็ click เครื่องหมาย ออก จนเหลือเฉพาะชั้นข้อมูลที่ต้องการ ดังภาพที่ 2.4

แผนที่จากระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ที่ทำจากภาพถ่ายทางอากาศมีความถูกต้องทางกายภาพสูงกว่าแผนที่ดิน/แผนที่เดินดิน แต่ก็ยังเป็นแผนที่ที่ไม่มีข้อมูลที่เป็นวิถีชีวิต จิตใจและปฏิสัมพันธ์ของคนในชุมชน ทางที่ดีควรจะต้องนำแผนที่ฐานมาเป็นฐานในการทำแผนที่เดินดินแล้วนำข้อมูลจากแผนที่เดินดินมาปรับปรุงข้อมูลตารางข้อมูลและเพิ่มคำอธิบายที่เป็นปัจจุบันลงในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์

ภาพที่ 2.3 ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทำงานและแสดงผลเป็นชั้นข้อมูล (layer)



ภาพที่ 2.4 แสดงเฉพาะชั้นข้อมูลที่ต้องการ



2. การศึกษาวงจักรชีวิตของคนในชุมชน

การศึกษาชีววิถีชีวิตของคนในชุมชน เป็นการศึกษาแบบแผนของการเปลี่ยนผ่านสถานภาพและบทบาททางสังคมของบุคคล ทำให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน

เหตุการณ์สำคัญที่ใช้ในการศึกษาชีววิถีชีวิต มักจะเป็นไปตามลำดับเหตุการณ์ ได้แก่ การเข้าสู่ระบบการศึกษา การเข้าสู่อาชีพ การมีครอบครัว การมีบุตร การแยกครอบครัวจากพ่อแม่

ข้อมูลจากบุคคลที่มีเพศ อายุ การศึกษาและอาชีพต่างกัน ในชุมชนจะทำให้เกิดความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงในชุมชนได้ดีขึ้น การศึกษาชีววิถีชีวิตของคนในชุมชนสามารถทำความเข้าใจกับการทำแผนที่เดินดิน ผังเครือญาติ ประวัติศาสตร์ชุมชน และประวัติชีวิตบุคคลที่น่าสนใจ

2.1 การเข้าสู่ระบบการศึกษา ผู้ที่อายุมากกว่า 50 ปี จะเข้าสู่ระบบการศึกษาเมื่ออายุมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า แต่อยู่ในการศึกษาภาคบังคับเพียง 4 ปี แต่ปัจจุบันนี้ เด็กในชุมชนเข้าสู่ระบบการศึกษาก่อนอายุ 6 ปี และอยู่ในระบบการศึกษาภาคบังคับในช่วง อายุ 6-14 ปี เกือบทุกคน เป็นการเปลี่ยนแปลงในชุมชนที่พบอยู่โดยทั่วไป การเปลี่ยนแปลงนี้มีผลกระทบกับบทบาทและสถานภาพของบุคคลในครอบครัว เด็กที่เคยอยู่บ้านกับแม่ หรือปู่ย่า ตายาย ญาติพี่น้องจนอายุถึง 6 ปี เปลี่ยนไปอยู่ในโรงเรียนยาวนานขึ้น และถ้าดูจากภาพที่ 2.1 จะเห็นว่าตรงกันข้ามกับ

โรงเรียนมีร้านขายขนมไส้สียะ แต่ในบางชุมชนอาจมีทั้งร้านอาหาร ร้านค้าที่เปิดให้เล่นเกมส ฯลฯ กิจกรรมที่เพิ่มขึ้นทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษาภาคบังคับในปัจจุบัน ทำให้เด็กมีเวลาอยู่กับครอบครัวน้อยลง การถ่ายทอดความรู้ ความคิดในการดำรงชีวิตจากครอบครัวจึงน้อยลงตามไปด้วย

2.2 การเข้าสู่อาชีพ ข้อมูลการเข้าสู่อาชีพของคนในชุมชนมักจะเกี่ยวโยงกับการสอบถามด้านการศึกษา เช่น ถามว่า คนที่นี้ส่วนใหญ่เข้าเรียนที่โรงเรียนไหน? เมื่อเรียนจบแล้วเขาไปทำงานอะไร ที่ไหนบ้าง ?

ถ้ามีการศึกษาสถานภาพการประกอบอาชีพของประชากรในท้องถิ่นไว้ก่อนแล้วก็จะทำให้มีแนวคำถามที่ชัดเจนขึ้น เช่น ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาซึ่งเป็นที่ตั้งฐานการเรียนรู้อของนักศึกษา พบว่า สถานภาพการทำงานของประชากรส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างเอกชนร้อยละ 40.31 รองลงมาคือ ทำงานส่วนตัว ร้อยละ 28.81 และช่วยธุรกิจครัวเรือน ร้อยละ 22.77 ส่วนสถานภาพนายจ้าง น้อยที่สุด คือร้อยละ 2.66 (ไม่นับรวมการรวมกลุ่ม) ดังตารางที่ 3.1

ดังนั้นอาจถามต่อให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับงานที่ทำซึ่งจะทำให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน รวมทั้งระบบการประกันสุขภาพ และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 3.1 จำนวนและร้อยละของประชากรในจังหวัดนครราชสีมา อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีงานทำ จำแนกตามสถานภาพ

การทำงาน ไตรมาสที่ 4 พ.ศ.2548

สถานภาพ	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
ลูกจ้างเอกชน ทำงาน	324,344	42.00	273,672	38.46	598,016	40.31
ส่วนตัว ช่วยธุรกิจ	262,232	33.96	165,290	23.23	427,522	28.81
ครัวเรือน	105,099	13.61	232,725	32.71	337,824	22.77
ลูกจ้างรัฐบาล	48,942	6.34	31,820	4.47	80,762	5.44
นายจ้าง	31,393	4.07	8,001	1.12	39,394	2.66
การรวมกลุ่ม	185	0.02	0	0.00	185	0.01
รวม	772,195	100.00	711,508	100.00	1,483,703	100.00

ที่มา : โครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2548 ระดับจังหวัด สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.3 การมีครอบครัว การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการมีครอบครัวจะเชื่อมโยงกับเรื่องของการแต่งงาน การมีเพศสัมพันธ์ และการมีบุตร จึงเกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขด้านการวางแผนครอบครัว การป้องกันโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ วิธีการคุมกำเนิด การคลอด การเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งความคิด ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมด้านการมีครอบครัวของชุมชน ถ้าเป็นข้อมูลจากผู้สูงอายุมักจะได้รับความรู้ที่ทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้นในชุมชนโดยมุมมองของคนในชุมชน ซึ่งมีประโยชน์มากสำหรับการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจชุมชน

2.4 การแยกครอบครัวจากพ่อแม่ ประเด็นความรู้นี้ในเรื่องนี้มีความเกี่ยวพันกันกับการศึกษา การเข้าสู่อาชีพและการมีครอบครัว แต่จะทำให้เข้าใจถึงบริบทและศักยภาพของครอบครัวได้ชัดเจนขึ้น เพราะประเภทของการแยกครอบครัวจากพ่อแม่เนื่องจาก 1) เข้าสู่ระบบการศึกษาที่ไม่มีในท้องถิ่น 2) การแยกครอบครัวเพื่อเข้าสู่อาชีพ 3) การแยกครอบครัวเพราะการย้ายถิ่นและสาเหตุอื่น ๆ มีผลกระทบที่เกิดขึ้นต่างกันมาก การแยกครอบครัวจากพ่อแม่สะท้อนถึงภาวะหลาย ๆ อย่างที่เกิดขึ้นในชุมชน และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุขในชุมชน

การศึกษาวิถีชีวิตของคนในชุมชน จะมีวัตถุประสงค์ที่ต่างจากการศึกษาประวัติชีวิตบุคคลที่น่าสนใจในชุดเครื่องมือ 7 ชิ้น ของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ (2545) โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาภาพรวมของคนส่วนใหญ่ในชุมชน ไม่ได้เจาะจงเฉพาะบุคคลที่น่าสนใจ มีประโยชน์ในการทราบบรรทัดฐานทั่ว ๆ ไป ของชีวิตคนในชุมชน ช่วยทำให้เข้าใจแนวคิดในการดำเนินชีวิตของคนส่วนใหญ่ว่าคิดอย่างไรเกี่ยวกับการเข้าสู่ระบบการศึกษา การเข้าสู่อาชีพ การแยกครอบครัวจากพ่อแม่ โดยเฉพาะแนวคิดการแยกครอบครัวกับพ่อแม่จะช่วยให้เห็นสภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การสืบทอดศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณี ขะลำ(ข้อห้าม) ฮีตคอง ฯลฯ จากคนรุ่นพ่อแม่ไปสู่คนรุ่นลูก รุ่นหลาน

อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติการศึกษาชุมชนจะใช้หลายเทคนิคผสมผสานกันไปในเวลาเดียวกัน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในขณะนั้น การเรียนรู้ในเชิงทฤษฎีก่อนปฏิบัติจะช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เพื่อเตรียมปฏิบัติการให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้ดีขึ้น

เทคนิคในการวิเคราะห์ชุมชน

การวิเคราะห์ชุมชนทำได้หลายรูปแบบที่นิยมใช้ในเวลาจำกัด ได้แก่ เทคนิคดังต่อไปนี้

1. การประเมินสภาวะชุมชนอย่างเร่งด่วน:RRA

(Rapid Rural Appraisal)เป็นเทคนิคที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในหมู่นักวิชาการ รวมถึงนักพัฒนาชนบทและและนักการเกษตร เป็นการศึกษาที่เป็นจุดเริ่มต้นในการทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นแห่งหนึ่ง ทำโดยอาศัยทีมสหวิชาการใช้เวลาอย่างน้อย 4 วัน อย่างมากไม่เกิน 3 สัปดาห์ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลมือสอง การสังเกตโดยตรง และการสัมภาษณ์ ซึ่งไม่ได้คำถามทั้งหมดที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูลนั้นไม่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้าได้ โดยมีวัตถุประสงค์ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทดังนี้

- 1) การศึกษาทั้งระบบ (General RRA) และ
- 2) การศึกษาข้อมูลเฉพาะ (Specific RRA) เทคนิค RRA อาจจะมีขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติที่ต่างกัน แต่มีหลักการที่สำคัญ คือ

1.1 การพิจารณาแบบสามมิติ (Triangulation) วิธี

RRA เน้นการพิจารณาข้อมูลจากหลายมิติ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่

แม่นยำมากขึ้น หลักการพิจารณาแบบสามมิติ ได้แก่ 1) การกำหนดทีมนักวิจัย ที่มาจากหลายสาขาที่เกี่ยวข้องและเหมาะสมกับเรื่องที่จะศึกษา 2) การกำหนดตัวอย่างที่หลากหลาย 3) การกำหนดวิธีการ เครื่องมือ และเทคนิคที่ใช้ในการศึกษาเพื่อเพิ่มคุณภาพของข้อมูล

1.2 การวิจัยแบบสำรวจหาความรู้ในเบื้องต้น และทำซ้ำอย่างต่อเนื่อง (Exploratory and highly iterative research)

1.3 การเรียนรู้อย่างรวดเร็วและก้าวหน้า (Rapid and progressive learning)

1.4 การใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาของชาวบ้าน (Substantial use of indigenous Knowledge)

1.5 การใช้แนวทางการศึกษา และทำงานเป็นทีมแบบสหวิทยาการ (Interdisciplinary approach and teamwork)

1.6 ความคล่องตัวและการใช้วิจารณญาณ (Flexibility and use of conscious judgment)

RRA เป็นวิธีการที่ช่วยให้สามารถเข้าใจปัญหาได้เร็วและดียิ่งขึ้น เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้คนที่มาจากภายนอกชุมชนได้เรียนรู้และทำความเข้าใจ คนและสภาพสังคมชนบท ได้อย่างรัดกุม รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ แต่มีข้อจำกัดบางอย่างในการทำงานเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ สนับสนุน ส่งเสริมหรือวางแผนทำงานพัฒนาร่วมกับชาวชนบทในพื้นที่และของการมีส่วนร่วมของชาวบ้านในการวางแผน และดำเนินงานตามโครงการพัฒนา

2. การประเมินชนบทแบบมีส่วนร่วม :PRA

(Participatory Rural Appraisal) เป็นเครื่องมือหนึ่งสำหรับการวิเคราะห์ชุมชน โดยการหาข้อมูล หาปัญหา และวิเคราะห์ว่าอะไรเป็นเหตุเป็นผลของปัญหา โดยชุมชนมีส่วนร่วม PRA กำเนิดจากแนวคิดที่ว่าการศึกษาชุมชนเป็นสิ่งที่ชุมชนควรกระทำ โดยเฉพาะสิ่งที่ชุมชนไม่รู้ มองข้าม หรือเข้าใจไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ได้ตระหนักถึงปัญหาที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ รู้ปัญหาแต่ไม่รู้สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น ว่ามีสาเหตุมาจากอะไร ทำให้ไม่สามารถหาทางป้องกันหรือแก้ปัญหานั้นได้อย่างทันที่ มักเริ่มต้นจากข้อมูลที่เป็นกรณีศึกษา (Case Study) หรือการสัมภาษณ์เจาะลึก ซึ่งเก็บโดยนักวิจัยแล้วสรุปเสนอผลให้ชาวบ้าน Feed Back หรือแสดงความคิดเห็นต่อผลการศึกษา ต่อข้อมูลที่นักวิจัยวิเคราะห์ให้ในภาพรวม เพื่อทำให้เกิดกระบวนการคิดเพื่อรู้จัก เข้าใจและตระหนักถึงสาเหตุของปัญหาในชุมชน เพื่อนำไปสู่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการต่อเนื่องกัน PRA จึงเป็นเครื่องมือการศึกษาชุมชนในขั้นตอนหนึ่งเท่านั้น แต่ PRA จะไม่สำเร็จถ้าไม่ทำ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพราะกระบวนการของ PRA จะจบเมื่อมีเทคนิค มีข้อมูลแต่เมื่อได้ข้อมูลมาแล้ว ถ้าไม่นำไปใช้ก็จะไม่เกิดประโยชน์อะไร

การทำ PRA (Participatory Rural Appraisal) ที่ดีจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ หรือการแสดงความคิดเห็น กับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือการกระทำ โดยข้อมูลไม่ได้มาจากคนนอก แต่เป็นข้อมูลที่คนภายในเป็นคนบอกและรู้จากตนเอง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมหรือการกระทำ การทำ PRA โดย มีเทคนิคและเครื่องมือการเก็บข้อมูลหลายอย่าง ที่เป็นหลัก ทั้ง การจดบันทึก การทำแผนที่ชุมชน ตาราง Matrix การทำ Via gram หรือ วงกลมกลุ่ม สัมพันธ์ และการทำรายงานประวัติชุมชนที่เน้นเหตุการณ์สำคัญ การสัมภาษณ์ พูดคุย การเก็บข้อมูลแบบเจาะลึกกรณีพิเศษ (Case Study) และการสังเกต ที่เป็นหัวใจของ PRA เพราะการเก็บข้อมูลโดยวิธีอื่น ทั้งการสัมภาษณ์ จดบันทึก ทำประวัติหมู่บ้าน ฯลฯ ต้องใช้การสังเกตเป็นพื้นฐาน ซึ่งมีทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม หลักการสำคัญที่จะส่งผลให้การทำ PRA มีประสิทธิภาพ ได้แก่

- 2.1 เน้นการมีส่วนร่วมให้ชุมชนเป็นพระเอก
- 2.2 มีการใช้เครื่องมือและวิธีการต่าง ๆ ต้องเหมาะสม หากขาดเครื่องมือและวิธีการที่เหมาะสม
- 2.3 ต้องสร้างความมั่นใจ ทำให้ชาวบ้าน กล้าคิด วิเคราะห์กล้าทำ เท่าที่เข้ามาพบว่าชาวบ้านไม่กล้าเขียนแล้วก็จะถอยห่างไปควรทำแบบง่าย ๆ ใช้ภาษาชาวบ้าน เลือกผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสม
- 2.4 ต้องสร้างความคุ้นเคยซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการทำ PRA

นอกจากนี้ยังมีอีกหลายเทคนิควิธีที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาชุมชน แต่หัวใจสำคัญคือ การนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชน

บทที่ 4

สภาวะของชุมชน

สภาวะของคนในชุมชนเป็นภาวะที่เป็นองค์รวมสะท้อนความสุข-ความทุกข์ของชุมชนความทุกข์ของคนในชุมชนชนบทไม่ใช่เรื่องส่วนตัวหรือเรื่องภายในครอบครัว แต่เป็นเรื่องที่มีชุมชนเข้าไปเกี่ยวข้องอยู่เสมอ เพราะความที่คุ้นเคยผูกพันพึ่งพาอาศัยกันมา ดังจะเห็นบ่อยครั้งว่าคนไข้จากชุมชนชนบทที่มาโรงพยาบาลจะมีคนมาเป็นญาติเป็นเพื่อนคนไข้มากกว่าหนึ่งคน ชุมชนชนบทต้องพึ่งพาทรัพยากรสิ่งแวดล้อมในการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ สภาวะของคนในชุมชนจึงมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมของชุมชน

ความหมายของสภาวะชุมชน

สุขภาพหมายถึงสภาวะ คือภาวะที่เป็นสุขทุกมิติทั้งด้านกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ สุขภาพทางจิตวิญญาณและสุขภาพทางใจกำหนดพฤติกรรมและวิถีคิดทำให้เกิดสุขภาพทางสังคมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพกาย ในปัจจุบันคนไทยเจ็บป่วยและตายโดยไม่จำเป็นเป็นจำนวนมากด้วยโรคหัวใจ โรคเอดส์ อุบัติเหตุ สารเสพติด โรคจากการประกอบอาชีพ โรคเรื้อรังต่างๆ เป็นปัญหาซึ่งเกิดจากการกระทำที่สืบเนื่องมาจากวิถีคิดที่เกิดจากจิตวิญญาณ(สำเร็จ แหยงกระโทก.(บรรณาธิการ)2543:9 -10)

สุขภาพอนามัยของคนไทยในภาพรวมพบว่าคนไทยมีอายุยืนขึ้น หญิงจะมีอายุยืนกว่าชายคือ หญิง 75 ปี ชาย 68 ปี อัตราการเจริญพันธุ์รวมหรือจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรี 1 คนจะมีตลอดด้วยเจริญพันธุ์ของตนมีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนในปี 2547 คือ 1.7 ส่วนอัตราการตายของทารกก็มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน จาก 22.0 ในปี 2543 เหลือประมาณ 19.0 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี 2547 การเจ็บป่วยของคนไทยซึ่งหมายถึงการเจ็บป่วยทุกชนิดตั้งแต่การเจ็บป่วยเล็กน้อยจนถึงป่วยหนักกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 15.1 ในปี 2544 เป็น 18.7 ในปี 2546 และ 20.6 ในปี 2547

การพึ่งพาตนเองของชุมชนกับสุขภาพ

สุขภาพหรือการอยู่ดีมีสุขมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับความเป็นชุมชน และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ ได้แก่ การอยู่ดีมีสุข มีกินมีใช้ ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รู้จักรักและเสียสละให้สังคม การยอมรับและพอใจในตนเอง สุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวมอยู่ในวิถีชีวิตของคนในชุมชน เมื่อสังเกตการพบปะพูดคุยกันของคนในชุมชนเขาไม่ได้พูดถึงสุขภาพอย่างเดียวแต่จะถามถึงผู้สูงอายุ ชีวิตความเป็นอยู่ของลูกหลาน พันธุ์พืช พันธุ์สัตว์ สมุนไพร งานบุญตามประเพณี เงินกู้ยืมทรัพย์สิน ฯลฯ การถามถึงอาการของคนในชุมชนเมื่อทราบข่าวว่ามีอาการเจ็บป่วย

ชุมชนชนบทมีการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพที่สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบันดังที่ สำเร็จ แหียงกระโทก.((บรรณาธิการ) 2543:50-51) ได้สรุปประเด็นจากการนำอภิปราย ของพ่อผายสร้อยสระกลาง ครูบาสุทธินันท์ ปรัชชพฤทธิ์ จากเครือข่ายภูมิปัญญาชาวบ้านอีสาน และดร.บัญญัติ แก้วส่อง นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ในประเด็นการอภิปรายเรื่อง “การปฏิรูประบบสุขภาพภาคประชาชน การกระจายอำนาจและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนโดยมีจำนวนสมาชิกกลุ่ม 50 คนและผู้อภิปรายเพิ่มเติมอีก 10 คน มีข้อสรุปร่วมกันว่า สุขภาพที่ดีมีความหมายหลัก 8 เรื่อง คือ

1. มีหลักประกันในชีวิต มีผู้ดูแล ไม่อยู่ตามยถากรรม มีปัจจัย 4 เพียงพอ มีเงินทองพอเพียง ไม่ถูกโกงถูกปล้น
2. มีร่างกายจิตใจแข็งแรง
3. ครอบครัวอบอุ่น ผัวเมียไม่นอกใจกัน ลูกหลานได้ดีพึ่งตนเองได้
3. ชุมชนเข้มแข็ง มีการปรึกษาหารือกันเป็นประจำ มีกิจกรรมสร้างความรัก มีความเอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือกัน ส่งเสริมประเพณีวัฒนธรรม
4. มีสิ่งแวดล้อมดี ดินดำ น้ำชุ่ม ป่าสมบูรณ์ ไม่มีมลภาวะจากสารเคมี ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า
5. มีอิสระในการคิด การพูด ไม่เป็นหนี้สิน

6. มีความภาคภูมิใจในงาน มีภูมิปัญญาสามารถถ่ายทอดให้ลูกหลานและผู้สนใจได้เข้าถึงธรรมชาติ มีความสัมพันธ์ที่สมดุลระหว่างมนุษย์กับมนุษย์และมนุษย์กับธรรมชาติ

เครือข่ายภูมิปัญญาอีสานสามารถทวนกระแสทุนนิยมและบริโภคนิยมได้สำเร็จมีแนวคิดที่ดีในการดูแลสุขภาพ**ไม่ใช่** “เจ็บป่วยแล้วค่อยไปหาหมอ” แต่มีการรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต เช่น สหกรณ์รวมใจ เครือข่ายพระธรรมรักษ์ พิทักษ์สิ่งแวดล้อม ตลาดนัดสุขภาพซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผสมผสานภูมิปัญญาแพทย์พื้นบ้านและแพทย์แผนปัจจุบัน ทุกกิจกรรมมีจุดมุ่งหมายในการพึ่งตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ดีโดยไม่แยกเรื่องสุขภาพออกจากเรื่องอื่นในชีวิต

กล่าวได้ว่าเครือข่ายภูมิปัญญาอีสานเป็นแบบอย่างของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยผสมผสานเรื่องของสุขภาพอยู่ในวิถีชีวิตของชุมชน แต่ก็ยังมีชุมชนอีกมากมายที่ขาดความตระหนักเช่นนี้ ทำให้ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพะด้อยกว่าภาคอื่นดังจะได้กล่าวถึงต่อไป

ปัจจัยและพลวัตที่ส่งผลต่อสุขภาพะ

สุขภาพะของบุคคลและชุมชนเป็นผลลัพธ์มาจากปัจจัยหลัก 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยส่วนบุคคลหรือปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อมหรือบริบท และระบบบริการสุขภาพ

1. ปัจจัยส่วนบุคคลหรือปัจจัยบุคคล ได้แก่ กรรมพันธุ์
วิถีคิด จิตวิญญาณ ความเชื่อ พฤติกรรม

2. สภาพแวดล้อมหรือบริบท ได้แก่ สภาพแวดล้อมทาง
ธรรมชาติ ประชากร เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา ศาสนา
วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี การเมือง เทคโนโลยีการ
คมนาคมสื่อสาร

3. ระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ระบบบริการภาครัฐ
ภาคเอกชน คุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการ ความ
ครอบคลุม ความเสมอภาค ประเภทและระดับการให้บริการ

บุคคลและชุมชนจะมีสุขภาวะที่แตกต่างกันไปตามพลวัต
หรือแรงกระทบที่ทำให้เกิดความแตกต่างที่มาจาก 3 กลุ่มปัจจัยนี้
ความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักถึงความเชื่อมโยงดังกล่าว
จะทำให้เข้าใจสุขภาวะของบุคคลและชุมชนได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยัง
ทำให้ตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาใน
ชุมชน ทำให้ไม่ประมาทคิดว่าสิ่งที่รู้แล้วเป็นจริงตลอดไป

ภาวะสุขภาพของประชาชนในชนบท

เครื่องชี้วัดความแตกต่างของภาวะสุขภาพของประชาชน
ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลที่เห็นได้ชัดเจนคืออัตราการตาย
ของทารกนอกเขตเทศบาลที่มากกว่าในเขตเทศบาลถึง 1.85 เท่า
แม้ว่าอัตราการตายของทารกรวมของประเทศจะลดลง จาก 84.3
ในปี 2507 เหลือเพียง 26.5 ในปี 2539 แต่ความแตกต่างของ
อัตราการตายของทารกระหว่างนอกเขตเทศบาลกับในเขตเทศบาล

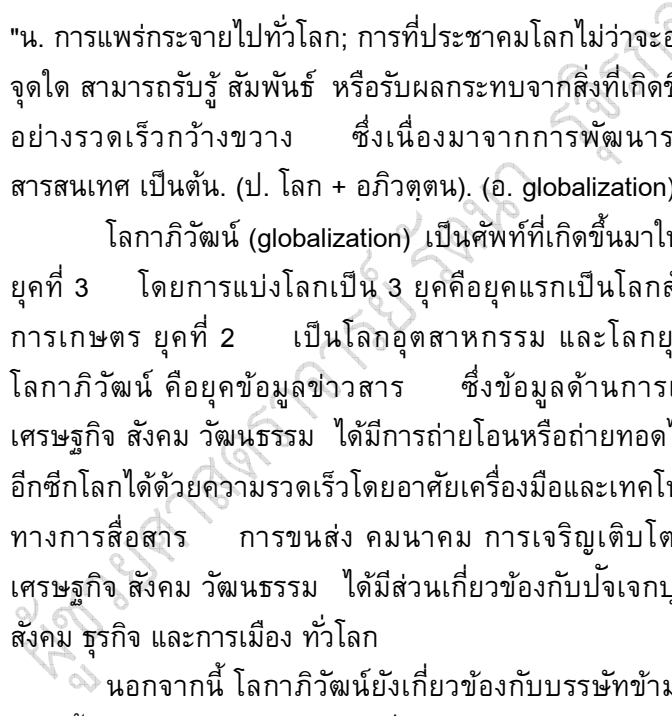
กลับเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จาก 1.26 เป็น 1.85 ซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับอัตราทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คือในภาพรวมลดลงจากร้อยละ 10.2 ใน ปี 2533 เป็นร้อยละ 8.9 ใน พ.ศ.2545 แต่ก็พบว่าตั้งแต่วิกฤติเศรษฐกิจเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ปัญหาน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ครอบครัวกลุ่มผู้ยากจนและกลุ่มผู้ด้อยงานมีปัญหาสูงกว่ากลุ่มไม่ยากจนอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหามากกว่าภาคอื่น

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ(UNDP) ได้พัฒนาดัชนีวัดความก้าวหน้าของคนซึ่งมี 8 องค์ประกอบ สุขภาพ เป็นองค์ประกอบหนึ่งซึ่งวัดจาก อายุขัยเฉลี่ย สุขภาพอนามัย การส่งเสริมสุขภาพและบริการสาธารณสุข (จำนวนประชากรต่อแพทย์) พบว่ามีความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพในระดับภูมิภาค คือ กรุงเทพมหานครมีดัชนีสุขภาพสูงที่สุด ขณะที่ตะวันออกเฉียงเหนือมีดัชนีสุขภาพต่ำที่สุด (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ)2548:172 และ 338)

ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นนี้เป็นเพียงข้อมูลระดับกว้าง เพื่อให้มีพื้นฐานและแนวทางในการศึกษาข้อมูลที่เป็นรายละเอียดเฉพาะของชุมชน ควรเริ่มมองในภาพรวมของกลุ่มวัยทารก วัยเด็ก วัยทำงาน และผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ภาพสุขสภาวะของแต่ละกลุ่มในชุมชนก่อนที่จะศึกษารายละเอียดอื่น ๆต่อไป

กระแสโลกาภิวัตน์กับสุขภาวะของชุมชนชนบท

1. ความหมายของโลกาภิวัตน์

โลกาภิวัตน์ เป็นการสร้างคำตามหลักการสนธิคำ ๒ คำ คือ โลก และ อภิวัตน์ หมายถึง การทำให้แพร่หลายไปทั่วโลก, ความเป็นไปทั่วโลก, การเปลี่ยนแปลงที่กระทบถึงกันทั่วโลก, การเกี่ยวโยงกันทั่วโลก ราชบัณฑิตยสถาน นิยามคำ **โลกาภิวัตน์** ว่า "น. การแพร่กระจายไปทั่วโลก; การที่ประชาคมโลกไม่ว่าจะอยู่ ณ จุดใด สามารถรับรู้ สัมพันธ์ หรือรับผลกระทบจากสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วกว้างขวาง ซึ่งเนื่องมาจากการพัฒนาระบบสารสนเทศ เป็นต้น. (ป. โลก + อภิวัตตฺน). (อ. globalization)." 

โลกาภิวัตน์ (globalization) เป็นศัพท์ที่เกิดขึ้นมาในโลกยุคที่ 3 โดยการแบ่งโลกเป็น 3 ยุคคือยุคแรกเป็นโลกสังคม การเกษตร ยุคที่ 2 เป็นโลกอุตสาหกรรม และโลกยุคที่ 3 โลกาภิวัตน์ คือยุคข้อมูลข่าวสาร ซึ่งข้อมูลด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ได้มีการถ่ายโอนหรือถ่ายทอดไปยังอีกซีกโลกได้ด้วยความเร็วโดยอาศัยเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการสื่อสาร การขนส่ง คมนาคม การเจริญเติบโตด้าน เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจเจกบุคคล สังคม ธุรกิจ และการเมือง ทั่วโลก

นอกจากนี้ โลกาภิวัตน์ยังเกี่ยวข้องกับบรรษัทข้ามชาติ รวมทั้งสถาบันระหว่างประเทศที่มีอิทธิพลด้านเศรษฐกิจและการเงิน การธนาคารอีกด้วย โลกาภิวัตน์มีผลกระทบทั้งทางลบ และทางบวก ทางลบมักจะเห็นได้จากการแพร่ขยายของโรคอย่างรวดเร็ว การค้ายาเสพติด อาชญากรข้ามชาติ การก่อการร้ายสากล

และการอพยพย้ายถิ่นที่ผิดกฎหมาย ทางบวกจะเป็นการแลกเปลี่ยนแบ่งปันเทคโนโลยี ความรู้ เงินลงทุน ทรัพยากร และคุณค่าทางจริยธรรม (ค่านิยม) สิ่งที่เราเห็นได้ชัดในยุคโลกาภิวัตน์คือ อิทธิพลของสื่อ กระแสบริโภคนิยม การรับวัฒนธรรมข้ามชาติ การไหลหมุนเวียนของเงินลงทุนและแรงงานข้ามชาติ อิทธิพลทางการการค้าของกลุ่มผูกขาด

2. การเปลี่ยนแปลงที่มีผลมาจากกระแสโลกาภิวัตน์

1. อิทธิพลของสื่อ หรือ “สื่อครอบโลก” ชีวิตประจำวันในยุคโลกาภิวัตน์ มนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือหลุดพ้นจากอิทธิพลของสื่อไปได้ สื่อเข้ามามีอิทธิพลเหนือวิถีการดำเนินชีวิตมากขึ้นอย่างต่างกันตามลักษณะอาชีพ ความรู้ ระดับการศึกษาและสถานะแวดล้อมที่มนุษย์อาศัยอยู่ทั้งในชุมชนเมืองและชนบท สื่อในชีวิตประจำวันอยู่ในฐานะของแหล่งข่าวสาร แหล่งความรู้ แหล่งโฆษณา สื่อมาในหลายรูปแบบอาจผ่านมาจากวิทยุโทรทัศน์ วิทยุทัศน์ ภาพยนตร์ หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร อินเทอร์เน็ต แผ่นปลิว สื่อเป็นธุรกิจและการค้ากำไรอย่างหนึ่ง (พงษ์ศานต์ พันธุ์ลาภ(2546:29)

2. การประสานผลประโยชน์ร่วมกันของบรรษัทข้ามชาติ ทำให้เกิดการผูกขาดของรัฐหรือกลุ่มที่มีความพร้อมมากกว่าในด้านงบประมาณ บุคลากร เครื่องมือสื่อสาร อุปกรณ์การผลิต บรรษัทข้ามชาติ (Transnational corporations' หรือ TNCs) ของต่างชาติสามารถยึด หรือกุมอำนาจภาคการผลิตบางภาคได้แบบ

เบ็ดเสร็จ จนสามารถซื้อหุ้นของผู้บุกเบิกกิจการฝ่ายไทยได้ทั้งหมด

3. การระดมทุนข้ามชาติ การพัฒนาการผลิตทั้งด้านวิธีการผลิต การจัดจำหน่าย และการตลาด ประกอบกับความเจริญด้านการคมนาคมขนส่ง ทำให้เกิดการขยายตัวในการซื้อขายแลกเปลี่ยนสินค้าในวงกว้างระดับตลาดโลก ความต้องการผลิตให้มากในราคาทุนที่ต่ำทำให้มีการลงทุนข้ามชาติมากขึ้น

4. การเคลื่อนย้ายของประชากรตามการเคลื่อนย้ายฐานการผลิต การแสวงหาแหล่งผลิตต้นทุนต่ำทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศและการย้ายถิ่นข้ามชาติ ซึ่งมีผลต่อการแพร่กระจายปัญหาสาธารณสุขและโรคติดต่ออย่างมาก

3. ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับวิถีชีวิต

สังคมโลกปัจจุบันมีการเชื่อมโยงกันในหลายมิติ ด้วยอิทธิพลของข้อมูลข่าวสาร มีระบบเศรษฐกิจ ระบบการเมืองและระบบการสื่อสารที่เชื่อมโยงกัน สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมหลายปรากฏการณ์ ดังนี้

1. การเกิดวัฒนธรรมข้ามชาติ คนทั่วโลกรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อซึ่งสร้างค่านิยมในการดำรงชีวิตเหมือนกันทั้งที่อยู่ต่างท้องถิ่น ต่างพื้นที่กัน เช่น การบริโภคเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม เครื่องดื่มที่เชื่อว่าบำรุงกำลัง บะหมี่สำเร็จรูป ซาเซียว การย้อมผมหลากหลายสี ฯลฯ

2. การเกิดอาชีพใหม่ที่หลากหลายในลักษณะของการแบ่งชิ้นส่วนและรับช่วงการผลิต ความชำนาญในการผลิตเป็นองค์รวมหายไปจากชุมชน

3. ภาวะของตลาดโลกมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อระบบเศรษฐกิจของไทย การผลิตเพื่อส่งออกทำให้มีความต้องการแรงงานและที่ดินมากขึ้น มีการบุกรุกพื้นที่ป่า ค่าจ้างแรงงานที่สูงมีผลกระทบต่อสังคมที่เคยช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

4. การเกิดภาวะสมองไหลและการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามถิ่น ข้ามชาติ

5. ความสามารถในการพึ่งพาตนเองของคนและชุมชนลดลงหรือหายไป

6. การเกิดกระแสบริโภคนิยม ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการเป็นผู้บริโภคที่สะดวกสบายโดยไม่ต้องทำการผลิตเอง การบริโภคเกินความจำเป็นของชีวิต เพราะคนตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสื่อและการเลียนแบบวัฒนธรรมข้ามชาติ

7. การเกิดกระแสวัตถุนิยม สนใจในคุณค่าของวัตถุละเลยคุณค่าทางจิตใจ ทำให้ขาดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนกับสังคมและคนกับสิ่งแวดล้อม

8. มาตรฐานความเป็นอยู่ของมนุษย์โดยรวมดีขึ้น อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงขึ้น ด้วยความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์

9. ผลผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวันมีมากขึ้น ผู้ผลิตมีตลาดที่กว้างขึ้นกว่าตลาดท้องถิ่น ผู้ผลิตที่มีศักยภาพสูงจะครองส่วนแบ่งที่สูงมากในตลาดโลก

10. เทคโนโลยี และการสื่อสารมีบทบาทมากขึ้น คอมพิวเตอร์และโทรศัพท์เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้ระบบเศรษฐกิจและสังคมขยายตัวอย่างรวดเร็ว ในปี 2547 มีคนไทย 12.5 ล้านคน ใช้คอมพิวเตอร์ มีผู้ใช้อินเทอร์เน็ต 6.9 ล้านคน ในปี 2546 โทรศัพท์พื้นฐานสามารถให้บริการได้ทั้งสิ้น 8,484,862 หมายเลข และประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปมีโทรศัพท์มือถือ 16.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.2 ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปทั้งหมด

เท่าที่กล่าวมานี้จะเห็นว่ากระแสโลกาภิวัตน์มีทั้งผลกระทบทางด้านบวกและด้านลบ แต่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีมุมมองทางด้านลบค่อนข้างมาก เพราะมีสภาพการเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่รวดเร็วมาก ดังเช่นที่ ศรีศักร วัลลิโภดม แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมอีสานไว้ในปาฐกถาเรื่อง “การฟื้นฟูสำนึกท้องถิ่นอีสาน” สรุปได้ดังนี้

“คนอีสานแต่เดิมอยู่เป็นหมู่ที่มีศีลธรรม มีความสัมพันธ์แบบคนต่อคน ไม่ใช่ปัจเจกบุคคล อยู่กันเป็นกลุ่มมีความสัมพันธ์กับธรรมชาติกับสิ่งแวดล้อม รู้จักจัดการกับสภาพแวดล้อมมาเป็นอาหารการกิน ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรคได้อย่างมีดุลยภาพ เอื้ออาทรกัน เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนต่อคนที่อยู่ร่วมกัน จัดแจง

สภาพแวดล้อมในการกินอยู่อาศัยร่วมกัน ไม่เอาเปรียบซึ่งกันและกัน นอกจากความสัมพันธ์ระหว่างคนแล้วยังมีความสัมพันธ์กับมิตินอกเหนือธรรมชาติ มีความเชื่อทางจิตวิญญาณ มีฮีตสิบสองคองสิบสี่ มีผีคอยคุ้มครอง มีศาสนาเป็นต้นนำ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดศีลธรรม อยู่กันอย่างเป็นธรรม ในแง่จริยธรรมมี ผีคุ้ม พระคุ้มครอง เป็นมิติตามสัมพันธ์นี้สร้างสรรค์ให้เราเป็นมนุษย์อยู่อย่าง เป็นกลุ่มเป็นเหล่าอยู่กันอย่างยั่งยืนในเศรษฐกิจแบบพอเพียง แต่ปัจจุบันนี้เราถูกสอนเป็นปัจเจก เป็นสัตว์เดรัจฉานแย่งกันกิน ความแตกแยกเข้ามาถึงในครอบครัว ถึงได้เกิดความวิตขึ้นมา เพราะมองแต่มิติ ทางวัตถุ แต่ไม่ได้มองมิติทางจิตวิญญาณ เราได้เงินมา แต่เราไม่มีความสุข เราแตกแยก เราทะเลาะกัน”

ผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชน

กระแสโลกาภิวัตน์มีผลกระทบต่อบริบทของชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากเพราะนอกจากจะมีการนำเข้าผ่านสื่อทุกชนิดเช่นเดียวกับภูมิภาคอื่นแล้วยังมีการนำเข้าโดยตรงจากสื่อบุคคลในชุมชนที่ย้ายไปทำงานต่างถิ่นทั้งภายในและภายนอกประเทศ รวมทั้งการมีคนต่างชาติมาอยู่กับหญิงไทยในชุมชนหลายจังหวัดของภูมิภาคนี้ ดังที่กล่าวมาแล้วว่ารายได้จากการไปทำงานต่างถิ่นถูกนำมาใช้ในครัวเรือนมากกว่าการออมและการลงทุนการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและสุขภาพของชุมชนจึงต่างไปจากเดิมอย่างที่เห็นได้ชัดเจน พอสรุปได้ดังนี้

1. ชุมชนตกอยู่ในกระแสบริโภคนิยมตามอิทธิพลของสื่อทำให้เกิดค่านิยมในการดำรงชีวิตที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพ เช่น

ตั้งแต่ลักษณะของที่อยู่อาศัย การใช้ชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะ การบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงจาก เนื้อสัตว์และพืชผักพื้นบ้านที่ผลิตเองในครัวเรือนและเก็บหาจาก ธรรมชาติมาเป็นการซื้อจากตลาดหรือ “รถกับข้าว” ที่นำไปขายใน หมู่บ้าน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการเก็บถนอมอาหาร และการประกอบอาหาร

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย สํารวจพบว่า เมื่อเด็ก อายุ 5-6 ปีถึงวัยเข้าโรงเรียน พบว่ามีเด็กในชนบทเพียงร้อยละ 11 เท่านั้นที่ฟันไม่ผุ เด็กในชนบทที่ฟันผุมีเพียงครึ่งเดียวที่ได้รับการ รักษา สาเหตุหลักที่ทำให้เด็กฟันผุเกิดจากพฤติกรรมการ รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ด้วยอิทธิพลของสื่อโฆษณาและ การเติมน้ำตาลลงในอาหารทุกรูปแบบ เด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี ในภาคอีสานร้อยละ 3.9 บริโภคฟาสต์ฟู้ดทุกวัน ร้อยละ 0.6 บริโภค 5-6 วันต่อสัปดาห์ (สุขภาพคนไทย.2549:16-17)

2. การอพยพแรงงานภาคการเกษตรจากเขตชนบทเข้าสู่ เขตเมือง ทำให้สถาบันครอบครัวล่มสลาย มีปัญหาต่อสุขภาพกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของทั้งผู้ที่ย้ายไปทำงานและผู้ที่ยัง รอคอยอยู่ในท้องถิ่น ปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมีมากขึ้น นอกจาก ถูกทอดทิ้งแล้วหลายรายยังต้องเลี้ยงหลานที่ลูกผู้อพยพไปต่างถิ่น นำมาทึงไว้ให้เลี้ยงอีกด้วยบางครอบครัวประสบทั้งปัญหา ค่าใช้จ่ายและปัญหาทางจิตใจ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพะทั้งเด็กและผู้สูงอายุ

3. การรับงานมาทำที่บ้านในลักษณะของแรงงานนอกระบบ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่ามีความไม่ปลอดภัยจากการทำงานเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 2.8 ในปี 2542 เป็นร้อยละ 33.2 ในปี 2545 ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ สบายตา อริยาบทในการทำงานและการสูดดมฝุ่นละออง

4. การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจจากการทำมาหากินในสังคมเกษตรที่พึ่งพาตนเองได้มาเป็นสังคมเกษตรการค้าทำให้ต้องลงทุนสูง มีความเสี่ยงต่อกลไกการตลาดมาก บางหมู่บ้านเป็นหนี้ทุกครัวเรือนมีทั้งหนี้ในระบบและนอกระบบ ทำให้มีความเครียดสูง เกิดปัญหาสุขภาพจิต ติดสารเสพติด และมีปัญหาอื่น ๆ ตามมาอีกมาก รวมทั้งการเปลี่ยนจากสังคมที่เอื้ออาทรต่อกันเป็นสังคมแข่งขัน แก่งแย่ง ขาดความจริงใจต่อกัน

5. ความผูกพันของคนในครอบครัวน้อยลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการผลิตจากวิถีชีวิตเกษตรที่ทุกคนในครอบครัวช่วยกันทำงานมาเป็นจ้างแรงงานและใช้เครื่องจักร เกิดการแบ่งงานกันทำมากขึ้น คนในครอบครัวมีการใช้เวลาร่วมกันน้อยลง ความรักและผูกพันที่เคยมีต่อกันจึงลดลง

6. การศึกษาขั้นพื้นฐานในระบบตั้งแต่ชั้นเด็กเล็กจนถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10-12 ปี ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตครอบครัว ทำให้เด็กห่างเหินจากครอบครัวมากกว่าในอดีต ซึ่งมีช่วงเวลาของการศึกษาภาคบังคับน้อยกว่านี้

7. การเกษตรในชุมชนใช้สารเคมีมากขึ้น สถิติการนำเข้าและการใช้สารเคมีที่มากขึ้น พบว่ามีการสะสมอยู่ในผลผลิตตกค้างอยู่ในดิน ถูกชะล้างลงในแหล่งน้ำ ปนเปื้อนอยู่ในสิ่งแวดล้อมของชุมชน ทำให้เข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง จากข้อมูลการเฝ้าระวังความเสี่ยงของเกษตรกรต่อการสัมผัสสารเคมีควบคุมศัตรูพืชโดยการตรวจเลือดพบว่าเกษตรกรมีแนวโน้มความเสี่ยงทางสุขภาพสูงขึ้นเกือบทุกปี จากร้อยละ 15.69 ในปี 2540 เป็นร้อยละ 29.41 ในปี 2545 สาเหตุสำคัญมาจากการได้รับข้อมูลไม่ถูกต้องจากสื่อโฆษณา ตัวแทนจำหน่าย ขายตรง ฯลฯ นอกจากนี้ยังนิยมนำสารเคมีหลายชนิดหลายยี่ห้อมาผสมกัน ทำให้แก้ปัญหาลดสุขภาพได้ยากขึ้น

8. การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นในชุมชน บางชุมชนเริ่มมีผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น เริ่มมีการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์หลายราย บางชุมชนต้องดูแลผู้ป่วยหรือผู้พิการจากการประกอบอาชีพ จำนวนผู้มีปัญหาตึงกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น เพราะแรงงานที่ออกไปทำงานนอกพื้นที่มีการศึกษาน้อย ขาดความรู้ในการดูแลตัวเอง

การศึกษาประวัติชุมชนจะทำให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตของคนในชุมชนซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนในชุมชนทั้งสภาวะปัจจุบัน แนวโน้ม และอัตราการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นซึ่งแตกต่างกันไปตามความรุนแรง

ของปัจจัยที่มากกระทบรวมทั้งลักษณะเฉพาะของปัจเจกบุคคลอีกด้วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รัตนา รุจิรกุล

บทที่ 5

การดูแลสุขภาพของครอบครัวในชุมชนชนบท

การดูแลสุขภาพของครอบครัวในชนบทของแต่ละชุมชน เป็นภูมิปัญญาที่สั่งสมสืบทอดกันมาเช่นเดียวกับการสืบทอดศิลปะ ประเพณี วัฒนธรรม อื่น ๆ ในชุมชน โดยมีลักษณะที่ผสมกลมกลืนกันเป็นวิถีชีวิตของชุมชน ฮีตคอง ขะลำ(คะลำ) รวมถึงข้อห้ามต่าง ๆ ก็เป็นส่วนหนึ่งของข้อกำหนดในการดูแลสุขภาพของครอบครัวในชุมชนชนบท

สมุนไพรที่ปลูกไว้ในบริเวณบ้านเปรียบเสมือนตู้ยาสามัญประจำบ้าน เพราะใช้ในการรักษาและป้องกันโรคที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ รักษาตนเองได้ภายในครอบครัว แต่ถ้าเป็นการเจ็บป่วยที่เกินกำลังที่ครอบครัวจะเยียวยาได้ก็ต้องพึ่งพาหมอในหมู่บ้านให้ช่วยเหลือดูแล แม้ว่าจะมีระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่ครอบคลุมเกือบทุกชุมชนของประเทศไทยแล้วก็ตาม แต่ทุกครอบครัวตระหนักดีว่าการดูแลสุขภาพให้ทุกคนมีสุขภาพดีเป็นหน้าที่ของครอบครัว เพราะยังมีปัญหาอีกมากมายที่เกิดขึ้นในการไปใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน ครอบครัวในชุมชนชนบทจึงมีแบบแผนการดูแลสุขภาพที่ผสมผสานกันระหว่างภูมิปัญญาพื้นบ้านกับการแพทย์ปัจจุบัน ดังจะได้กล่าวถึงต่อไปเป็นลำดับ

ปัญหาของประชาชนเมื่อใช้บริการสาธารณสุข

โสมณ สุภาพงษ์ (2543) กล่าวว่า ระดับของวิถีคิดของมนุษย์มี 3 ระดับ คือ

1. ระดับต่ำสุด คิดอยากได้ เงิน กำไร เก่ง ฉลาด โลกอยากมีอำนาจ
2. ระดับที่ 2 ระดับปรัชญาคิดแบบมีเหตุมีผล
3. ระดับที่ 3 คิดร่วมทุกข์ร่วมสุขกับผู้อื่น มีความเข้าใจว่าการให้แล้วมีความสุข

ส่วนหนึ่งของคนในชุมชนที่ติดตามคนไข้มาโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขเพราะมีวิถีความคิดระดับที่ 3 คือคิดร่วมทุกข์ร่วมสุข กรณีของการร่วมทุกข์ของคนชนบทจะเห็นชัดเจนกว่าคนในเมือง

ผลจากการวิจัยเรื่องปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข(โยธิน แสงวดี พิมลพรรณ อิศรภักดีและมาลี สันภูวรรณ. 2543:159-164) ซึ่งใช้ระเบียบวิธีวิจัย

ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพผสมผสานกันเพื่อให้ได้ภาพรายละเอียดที่ลึกซึ้งนำไปสู่แนวทางดับทุกข์ได้ หน่วยในการศึกษาคือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชนและสถานอนามัยโดยทำการศึกษากับตัวอย่างเชิงปริมาณ 1,473 ตัวอย่าง ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยบัตรสุขภาพ ผู้ป่วยสตรีและเด็ก ญาติผู้ป่วย ตลอดจนพยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

นอกและดูแลผู้ป่วยใน จำนวน 14 กลุ่ม ผลการศึกษาโดยรวมพบว่าตัวแปรด้านบุคลากรทางการแพทย์ อันได้แก่ กิริยาท่าทางของแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา การไม่บอกอาการป่วย ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามอาการป่วยจากแพทย์ การใช้เวลาในการตรวจเร็ว ความไม่มั่นใจในความเชี่ยวชาญของแพทย์ กิริยาอาการของเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ การต้องใช้เวลารอนาน ความไม่มั่นใจในความสะอาดของอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดจนความกังวลด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีผลนำไปสู่ความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติ

การไปใช้บริการที่สถานเอนามัยพบว่ามีปัญหาการมียาไม่ครบ ไม่มีบุคลากรอยู่ในวันหยุดและในเวลากลางวัน สำหรับในกรณีของโรงพยาบาลเอกชนผู้ป่วยหลายคนวิตกว่าจะถูกล่อลวงเอาเปรียบ

เหตุผลสำคัญที่ประชาชนเลือกใช้สถานบริการของรัฐที่อยู่ใกล้บ้านคือสะดวก และไม่ต้องเดินทางไกล สาเหตุที่ไม่เลือกใช้สถานบริการของรัฐใกล้บ้านคือไปแล้วไม่มีผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานเอนามัยและกังวลว่าจะถูกส่งต่อเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนเพราะไม่มีแพทย์เฉพาะทาง เนื่องจากเจ็บป่วยเป็นโรคที่ต้องให้แพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีเครื่องมือพร้อมทำการรักษา

ความทุกข์ของประชาชนที่พบจากการวิจัยเรื่องนี้คงมีมานานแล้วและเป็นความทุกข์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณทั้งของผู้ป่วยและญาติรวมเป็นความทุกข์ของชุมชนการ

รับรู้และการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองจึงเป็นสิ่งที่พบเห็นอยู่ในหลายชุมชน

การดูแลสุขภาพของครอบครัวชนบท

1. การแพทย์พื้นบ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการแพทย์ที่ตั้งอยู่บนความเชื่อมั่นของชุมชนและเป็นระบบที่เกิดขึ้นเพื่อรองรับการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจของคนในชุมชน มีรากฐานความรู้ ความเชื่อ มาจากหลายแหล่ง ทั้งการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ การแพทย์อายุรเวท โหราศาสตร์ คัมภีร์ทางพระพุทธศาสนาและมีการผสมผสานกันระหว่างปัจจัยต่างๆ เช่น ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสมุนไพร สภาพภูมิศาสตร์ ภูมิหลังทางประวัติศาสตร์และกระบวนการทางวัฒนธรรม นำไปสู่การทดลอง การเรียนรู้ การถ่ายทอดในกลุ่มของตนเอง ซึ่งในภาพรวมการแพทย์พื้นบ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาจแตกต่างจากภาคอื่นๆ ของประเทศไทยอยู่บ้าง แต่จะมีความคล้ายคลึงกันในรูปแบบ ซึ่งมีทั้งการป้องกันและการรักษาที่ใช้ทั้งวิธีธรรมชาติ โสยศาสตร์และพุทธไสยศาสตร์ โดยมีแนวคิด ที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของความเจ็บป่วยดังนี้

1.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับคน เชื่อว่าคนประกอบด้วย “ร่างกาย” (ภาษาท้องถิ่นเรียกว่า คิง) ที่เกิดจากรธาตุ 4 ซึ่งต้องมีความสมดุลอยู่เสมอ และ “ขวัญ” (essence of life) คือ จิต, วิญญาณเป็นส่วนสำคัญที่สุด เจริญตามอายุ วัยเด็กจะขวัญอ่อน

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยอาจทำให้ขวัญสยองลอยออกจากร่างกาย จะต้องทำพิธี送回ขวัญ เพื่อรับขวัญให้กลับเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย

1.2 ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.2.1 สุขภาพของปัจเจกชน ในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ หมายถึง “ความอยู่ดี มีแสง”

“อยู่ดี” หมายถึง ความเป็นอยู่ดี สะดวก

สบาย และมีกำลังกายในการทำมาหากินตลอดจนมีพลังที่จะต่อสู้ เพื่อการดำรงชีวิต อันได้แก่ การมีร่างกายแข็งแรง ขยันทำมาหากิน กินข้าวแสบ (อร่อย) นอนหลับ เดินทาง เคลื่อนไหวร่างกายได้ สะดวก หน้าที่มีสี่เสียดและรื่นเริง

“บ่มีแสง” หมายถึง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง กิน

ข้าวแสบ นอนบ่หลับ

ดังนั้น สุขภาพดี ของคนในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ จึงหมายถึงสุขภาพกายและจิตใจ

1.2.2 สุขภาพของชุมชน “ความอยู่ดี มีแสง” ของ

คนภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่ได้แยกปัจเจกชนออกจากชุมชน แต่เป็นลักษณะของการอิงซึ่งกันและกัน ถ้าสุขภาพปัจเจกชนดี จะส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของชุมชนด้วย หรือถ้าสุขภาพของชุมชนดี สุขภาพของปัจเจกชนจะดีเช่นเดียวกัน

1.3 ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย เกิดจาก 2 สาเหตุหลัก ดังนี้

1.3.1 สาเหตุธรรมชาติ (Internalization cause of illness) ได้แก่

- 1) อากาศ ระยะเวลาเปลี่ยนฤดู ทำให้เจ็บไข้ได้ป่วย
- 2) กินผิด กินของที่ไม่ควรกิน หรือไม่ถูกต้องกับความต้องการของร่างกาย
- 3) เหนื่อยมากเกินไป ถูกแดด ถูกฝนมากเกินไป

นอกจากนี้อาจเป็นไปได้ที่ธาตุไม่ปกติ โดยที่ไม่มีสาเหตุมาจากข้างต้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีธาตุไม่ปกติ และเจ็บออกๆ แอดๆ เรียกว่า ป่วยปี มีอาการนอนไม่หลับเพลีย แต่ยังสามารถได้ตามสมควร

1.3.2 สาเหตุเหนือธรรมชาติ (externalization cause of illness) ได้แก่

- 1) ผี ในทัศนะของชาวบ้านต่อผี “เกียม ผีเฒ่า เกียมเจ้ายีน” รู้ว่าปอนผี อยู่ที่ไหนต้องให้ความเคารพจะได้มีชีวิตอยู่จนแก่เฒ่า “ฮัวเพ ความเข้า” ถ้าร่างกายอ่อนแอไปเพียงเล็กน้อยผีก็จะถือโอกาสมาซ้ำเติมให้เจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น เป็นต้น
- 2) การประพาศติดกฎเกณฑ์ ผ่าฝืนข้อห้าม เช่น ผิดข้อห้ามของชุมชน
- 3) คน ทุกคนมีของรักษา เช่น พระรัตนตรัย หลวงปู่ เมื่อปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ก็ผิดของรักษา เกิดโทษ

4) ขวัญหาย ขวัญออกจากร่างกายมาก น้อยเท่าใด จะเป็นสัดส่วนกับความเจ็บป่วย ขวัญออกมาก ป่วยมาก ถ้าขวัญออกไปหมดคือตาย (ราตรี มฤคหัต, 2535)

2. รูปแบบการรักษาความเจ็บป่วยในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ (อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล, 2548)

2.1 การรักษาเชิงเจตคติ การรักษาแบบนี้จะตอบสนองต่อความเชื่อที่ว่า ความเจ็บป่วยนั้นเกิดจากสาเหตุเหนือธรรมชาติ วิธีการรักษาโรคส่วนใหญ่จะใช้พิธีกรรมและความเชื่อเป็นหลัก เช่น การรักษาโดยใช้ไสยศาสตร์ การใช้น้ำมันต์ ซึ่งเป็นวิธีการรักษาของหมอมนต์ หมอส่อง และหมอธรรม รวมถึงหมอลำผีฟ้า และลำทรง

2.2 การรักษาเชิงประจักษ์ ซึ่งจะตอบสนองต่อความเชื่อที่ว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความบกพร่องทางกาย การกินอาหารแสลง หรือการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หมอพื้นบ้าน ที่ใช้การแพทย์เชิงประจักษ์ในการรักษาโรคจะมีเทคนิคในการตรวจ วินิจฉัย และรักษาที่สมเหตุสมผล เช่น การรักษาโรคโดยใช้ยาสมุนไพร ยาพื้นบ้าน การดื่งกระดูกของหมอกระดูก ทั้งนี้ การรักษาความเจ็บป่วยของหมอพื้นบ้านภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่จะพบในลักษณะผสมผสาน ระหว่างเชิงเจตคติ และเชิงประจักษ์ เช่น การรักษากระดูกหักของหมอกระดูกจะใช้วิธีดื่งกระดูก การใส่เฝือก การใช้สมุนไพร และการบริการรรมคาถา หรือหมอยาพื้นบ้าน มักจะนำสมุนไพรที่ได้

จากป่าเต็งรัง มาฝนหรือต้ม ใ้ผู้ป่วยรับประทาน ร่วมกับการทำ พิธีไสยศาสตร์ หรือสวดมนต์ บริกรรม ซึ่งเป็นการรักษาแบบองค์รวมที่มุ่งบำบัดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจควบคู่กันไป

หมอพื้นบ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

หมอพื้นบ้านมีวิธีการรักษาผู้ป่วยที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับอาการเจ็บป่วย ความเชื่อในสาเหตุของการเจ็บป่วย ดังนั้นจึงแบ่งหมอพื้นบ้านตามความชำนาญและประสบการณ์ในการรักษา ดังนี้ (กิ่งแก้ว เกษโกวิทและคณะ, 2536)

1. หมอสมุนไพรหรือหมอยาหม้อ เป็นหมอที่รักษาโรคทั่วไปมีความชำนาญในการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพร การจัดยาสมุนไพรหรือการรักษาโดยใช้ยาหม้อ ซึ่งหมายถึงสมุนไพรหรือยาโบราณหลายอย่างผสมกันในหม้อดิน นำไปต้ม

2. หมอที่ใช้วิธีการรักษาทางไสยศาสตร์

- 2.1 หมอมนต์หรือหมอเป่า ได้แก่ หมอที่รักษาด้วยการใช้มนต์หรือคาถาอย่างเดียว วิธีการรักษาของหมอมนต์โดยมากมักไม่มีพิธีการที่ซับซ้อนเหมือนหมอไสยศาสตร์สาขาอื่นๆ กล่าวคือ ใช้วิธีการบริกรรมคาถา หรือเสก แล้วเป่าลงไปบริเวณที่เจ็บปวด หรือมีความผิดปกติที่เป็นเหตุให้เกิดความไม่สบาย หมอมนต์บางรายอาจเสกของใ้ผู้ป่วยดื่ม กิน เพื่อเป็นยารักษา การรักษาทางไสยศาสตร์อย่างเดียวยังมีไม่มากนัก ส่วนใหญ่แล้วมนต์หรือคาถาถูกใช้เป็นส่วนประกอบของกรรมวิธีการรักษาแบบอื่นๆ

2.2 หมอน้ำมนต์ หมอสาขานี้โดยมากมีการใช้มนต์ หรือคาถา เหมือนหมอมนต์ แต่แทนที่จะเสกคาถาเป่าลงบริเวณที่เจ็บป่วยโดยตรง หมอจะเสกคาถาใส่หม้อมันต์ก่อน แล้วจึงเอาน้ำมนต์นั้นให้ผู้ป่วยดื่ม อาบทา ตามกรรมวิธีของหมอแต่ละคน หมอน้ำมนต์รักษาโรคหลายชนิด ทั้งโรคทางกายและทางจิต เช่นเดียวกับหมอไสยศาสตร์ประเภทอื่นๆ แต่ที่เป็นที่นิยมกันมากคือ รักษาโรคที่เกี่ยวกับจิต และโรคซึ่งเชื่อว่าถูกอำนาจเหนือธรรมชาติภายนอกมากระทำ เช่น ถูกภูตผีเข้า หรือถูกคุณ โดยมากหมอน้ำมนต์เป็นพระภิกษุ ซึ่งผ่านการศึกษาพุทธมนต์ และได้รับการฝึกอบรมทางด้านสมาธิหรือวิปัสสนามาตามสมควร

2.3 หมอผี หมอสาขานี้ใช้คาถาเช่นเดียวกัน แต่เป็นคาถาที่เกี่ยวกับภูตผี เช่น คาถาไล่ผี กระบวนการรักษาของหมอผีมักประกอบด้วยพิธีกรรมต่างๆ ที่เชื่อว่าจะเป็นการขับไล่หรือเอาใจผีแล้วแต่กรณี ในบางครั้งพิธีกรรมอาจติดต่อกันหลายวัน โรคที่หมอผีรักษาส่วนใหญ่เป็นโรคที่เชื่อกันว่าเกิดเพราะถูกกระทำโดยผีชนิดต่างๆ เช่น ผีปอบ ผีป่า ผีพราย เป็นต้น หมอผีอาจมีชื่อเรียกต่างๆ กัน ได้แก่ หมอธรรม หมอลำผีฟ้า หมอธรรมรักษาคนที่ถูกผีชนิดต่างๆ เข้า เช่น ผีปอบ ผีพราย ผีป่า ส่วนหมอลำผีฟ้า รักษาเฉพาะคนที่ถูกผีฟ้ากระทำให้เจ็บป่วยอย่างเดียว

2.4 หมอทรง หมอสาขานี้โดยมากไม่ใช้คาถาในการรักษา แต่ใช้ความสามารถในการติดต่อกับวิญญาณที่เชื่อว่าเป็นของบุคคลสำคัญ เพื่อขอให้วิญญาณนั้นบอกยา หรือกรรมวิธีในการรักษา ยารักษาที่หมอทรงบอกแก่ผู้ป่วยนั้นอาจเป็นยาแผน

โบราณ หรือยาสมัยใหม่ก็ได้ หมอทรงบางรายที่มีชื่อเสียงในการรักษาโรคบางอย่างเท่านั้น ไม่ได้รักษาโรคโดยทั่วไป

3. หมอมอหรือหมอทายเลข หมายถึง ผู้ที่มีความชำนาญในการทายหรือดูโชคชะตาโดยวิธีตอบคำถาม นอกจากดูโชคชะตาแล้วยังเป็นผู้บอกฤกษ์ยามที่ดี ในการที่จะทำพิธีหรือปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง รวมทั้งสาเหตุของความเจ็บป่วยและสิ่งของสูญหายด้วย

4. หมอทำขวัญ หมายถึง หมอที่มีความชำนาญในพิธีกรรมที่เกี่ยวกับขวัญ เป็นการทำให้พิธีป้องกันและรักษาไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรง รวมทั้งการทำพิธีขวัญภาค ขวัญเด็ก เป็นต้น

5. หมอเฉพาะทาง เป็นหมอที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาเฉพาะโรค เช่น หมอนวด หมอจับเส้น หมออัมพาต หมอกระดูก (บางแห่งเรียกหมอน้ำมัน เพราะใช้น้ำมันงาในการรักษาร่วมด้วย) หมอหู หมอต้าแย หมอฉีดยา (หมอเถื่อน) หมอสมุนไพร เป็นต้น

6. หมอผสมผสาน เช่น หมอสมุนไพรกับหมอน้ำมัน หมอต้าแยกับหมอนวด หมอกระดูกกับหมอมนต์ และมีหมอจำนวนมากที่เป็นหมอประเภทนี้

วิธีการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ (กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ, 2536)

1. การรักษาด้วยการเป่า ได้แก่ กำเล็ด ทรง(ซาง) เป็นกางหรือปากเปื่อย ไข่มวกไม้ คอโพง คอไค่ เลือดคออออก ฝึลม

ในลำไส้ ผีหัวเอียน ผี เป็นผ้า แผลพุพอง งูสวัด (โรควัด) ไฟไหม้
น้ำร้อนลวก ปะดง ตาแดง ถูกสัตว์กัด ตอด ปัก แทะ อุบัติเหตุ
กระดูกหัก ฯลฯ

2. การรักษาด้วยการใช้สมุนไพร ได้แก่ แม่ลูกอ่อนกิน
ผิด/คะลำแม่ลูกอ่อน (โรคผ่าย เลือด) โรคอยู่ไฟไม่ได้ของแม่ลูก
อ่อน ไข้มาลาเรีย กามโรค (อุปทม) โรคตับ ปะดงลำไส้ ไข้ตัวร้อน
ตกต้นไม้ ควายชน (ฟกซ้ำ) ผีพิษ ไข้หมากไม้ใหญ่ ไข้บักลิดบักใส
(อีสุกอีใส) ฯลฯ

3. การรักษาด้วยการล้างฝีไฟ ได้แก่ ปวดหัว ปวดท้อง
อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร โรคเรื้อรังที่รักษาด้วยวิธีอื่นๆ ไม่
หาย โรคที่หาสาเหตุไม่ได้ มีปัญหาสุขภาพจิต ฯลฯ

4. การรักษาด้วยการทำพิธี ได้แก่ สะเดาะเคราะห์ สู่
ขวัญ สอนขวัญ ไล่ผี ฆ่าทรวง

5. การรักษาด้วยการใช้น้ำมัน ได้แก่ กระตุกหัก กระตุก
ร้าว ข้อเคล็ด ข้อเคลื่อน ฟกซ้ำ บาดแผล

6. การรักษาด้วยการประคบความร้อน หรือบางที่ก็จุด
ด้วยไฟ ใช้ในกรณีการรักษาโรคที่เกี่ยวกับเส้นเอ็นหรือเส้นตึงที่ทำให้
ให้เกิดอาการเจ็บปวด โดยใช้ผ้าเป็นชนวนจุดไฟเผาเป็นจุดเล็กๆ
เรียงลำดับกันไปตามแนวเส้นที่ตึง เสร็จแล้วทาด้วยน้ำมันสมุนไพร
เพื่อรักษาบาดแผลที่อาจเกิดขึ้นจากไฟจี้

7. การรักษาด้วยการบีบ นวด เขี่ยบ จับเส้น เพื่อ
บรรเทาอาการปวดเมื่อย ปวดศีรษะ เส้นท่อนตึง สะบักจม อัม
พฤกษ์ อัมพาต

แบบแผนการรักษาความเจ็บป่วย ในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2538)

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยจะมีการเลือกใช้การรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วย โดยมีแบบแผน ดังนี้

1. เมื่อประเมินความอาการเจ็บป่วยว่ารุนแรง ผู้ป่วยจะไปรับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันทันที ถ้ารักษาแล้วไม่ทุเลาก็อาจสงสัยว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นอาจมีสาเหตุจากการกระทำของผี ญาติจะนำผู้ป่วยไปหาหมอธรรม เพื่อส่องดูว่าผีตนใดทำให้เกิดการเจ็บป่วย ถ้าพบว่าเกิดจากผีก็จะทำพิธีแก้ ไล่ผี หรือ ผู้ป่วยเชื่อว่าพิธีดังกล่าวจะช่วยให้ผีบันดาลให้ยาและการรักษาของหมอแผนปัจจุบันถูกกับโรคที่เป็นอยู่และหายในที่สุด แต่ถ้าไม่ใช่ก็จะรักษากับหมอแผนปัจจุบันต่อไปหรืออาจหาสถานที่รักษาใหม่ แบบแผนนี้เป็นแบบแผนที่พบมากที่สุด

2. เมื่อประเมินอาการเจ็บป่วยว่ารุนแรงมากหรือรุนแรงปานกลางแล้ว ผู้ป่วยจะรักษาทั้งแผนปัจจุบัน และแบบพื้นบ้านควบคู่กัน ถ้ารักษาไม่หายญาติจะนำผู้ป่วยไปหาหมอสู่วิญเพื่อจัดพิธีสู่วิญให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติที่จะเผชิญโรคร้ายต่อไป แบบแผนนี้พบมากพอกับแบบแผนในข้อ .1

3. เมื่อประเมินความเจ็บป่วยแล้วเชื่อว่าสาเหตุน่าจะเกิดจากการกระทำของผี ผู้ป่วยจะไปหาหมอธรรมเพื่อส่องดูว่าเกิดจากการกระทำของผี จริงหรือไม่และเป็นผีตนใด เพื่อจะได้แก้ไขให้ถูกต้อง ถ้าไม่ใช่สาเหตุจากผี หมอธรรมก็จะเป็นผู้แนะนำว่าควร

ไปรักษาแบบใด อาจเป็นหมอแผนปัจจุบัน หรือหมอพื้นบ้านก็ได้ แบบแผนนี้พบน้อยที่สุด

วัฒนธรรมการเรียนรู้ของหมอพื้นบ้าน (อนุวัฒน์ วัฒนพิชญา กุล, 2548)

หมอพื้นบ้านมีวิถีชีวิตอยู่บนพื้นฐานการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน โดยการแสวงหาวิธีการรักษาที่หลากหลาย ซึ่งจะมีวัฒนธรรมในการเรียนรู้ และแรงจูงใจที่ต่างกัน ซึ่งสามารถจัดแบบแผนวัฒนธรรมการเรียนรู้ก่อนเป็นหมอได้ดังนี้

1. เรียนรู้จากบรรพบุรุษ ญาติ ที่เป็นหมอสืบเนื่องกันมา มีความคุ้นเคยกับการรักษาผู้ป่วย เพราะถูกใช้ให้ช่วยทำกิจกรรมในหลายๆ ด้าน เช่น เก็บยา ปรุงยา แต่งเครื่องบูชาเป็นต้น จึงจดจำ และเข้าใจวิธีการรักษาของหมอ
2. เรียนรู้จากแรงบันดาลใจเมื่อตนเอง หรือคนในครอบครัวเจ็บป่วย การเดินทางไปรักษาหรือหาหมอมาทำการรักษาได้ยาก เมื่อหาหมอมารักษาได้จนหายจึงขอเรียนวิชาจากหมอเพื่อเอาไว้รักษาต่อไป
3. เรียนรู้เพราะเห็นผลการรักษาของหมอพื้นบ้าน เมื่อคนในครอบครัวเจ็บป่วยมีอาการขั้นรุนแรงอาจถึงกับเสียชีวิต แล้วให้หมอพื้นบ้านรักษจนหาย ทำให้เกิดความประทับใจแล้วอยากเรียนรู้ถึงความสามารถของหมอพื้นบ้านจึงกลายเป็นแรงบันดาลใจที่อยากเรียนรู้

4. เรียนรู้จากครุหม่อหรือครูบาใหญ่ ที่มีชื่อเสียง หรือสถาบันต่างๆ เช่น พระสงฆ์หม่อในประเทศเพื่อนบ้าน โรงเรียนมูลนิธิ เนื่องจากต้องการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่ต้องออกไปเรียนรู้นอกชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ หรือไปฝากตัวเป็นศิษย์เรียนวิชาและฝึกฝนอยู่กับครูจนชำนาญ

5. เรียนรู้จากครุหม่อ และแหล่งหลายความรู้หลายแหล่งประกอบกัน เป็นการเรียนรู้วิธีการรักษาจากหม่อที่มีความชำนาญแตกต่างกัน เช่น เริ่มเรียนรู้จากญาติ แล้วแสวงหาความรู้เพิ่มเติมจากหม่อที่มีความชำนาญสาขาอื่นๆ ในชุมชน หรือนอกชุมชน ตลอดจนศึกษาเรียนรู้จากตำราโบราณ สมุดข่อย หนังสือ หรือบันทึกของหม่อพื้นบ้าน ซึ่งตำราส่วนหนึ่งบันทึกเป็นอักษรตัวธรรม, ตัวไทยน้อย ซึ่งในปัจจุบันหาคนที่อ่านได้ยาก

การดูแลสุขภาพโดยภูมิปัญญาพื้นบ้านในวิถีชีวิตชาวไทย เขมรในชุมชนจังหวัดสุรินทร์

อัมพาพรรณ พงศ์ผลาดิสัย และคณะ(2547)การดูแลสุขภาพโดยภูมิปัญญาพื้นบ้านในวิถีชีวิตชาวไทยเขมรในชุมชนจังหวัดสุรินทร์ เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพของชาวไทยเขมรในชุมชนจังหวัดสุรินทร์และศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพของชาวไทยเขมร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการดูแลสุขภาพโดยภูมิปัญญาพื้นบ้านของชาวไทยเขมรในชุมชนจังหวัดสุรินทร์ และศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพของชาวไทยเขมรในชุมชนจังหวัดสุรินทร์ พื้นที่ที่ศึกษา

คือ ชุมชนที่ประชาชนที่ใช้ภาษาเขมรสุรินทร์เป็นภาษาท้องถิ่น และยังมีภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือนที่สามารถให้ข้อมูลในเรื่องการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว และภูมิปัญญาพื้นบ้าน ทั้งหมดที่อยู่ในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ความเชื่อ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ ชาวไทยเขมรในอดีตถึงปัจจุบัน แบบสัมภาษณ์หมอบ้าน ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธี Content analysis และ เทคนิค Triangulation

ผลการศึกษาพบว่าชาวไทยเขมรสุรินทร์ มีวิถีการ ดำเนินชีวิตยึดถือตามความเชื่อข้อปฏิบัติและข้อห้ามต่างๆ เช่น ความเชื่อในเวทย์มนต์คาถา สิ่งศักดิ์สิทธิ์เทพเทวดาภูตผีปีศาจ ความเชื่อในเรื่องขวัญ เป็นต้น ซึ่งความเชื่อเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อ สุขภาพอนามัยของประชาชนทั้งสิ้น สำหรับพิธีกรรมที่เกี่ยวข้อง กับการเจ็บป่วย มีขั้นตอนในการปฏิบัติที่สำคัญ ได้แก่ พิธี กรรมการวินิจฉัยสาเหตุการเจ็บป่วยโดยการ “โบล” พิธีกรรม วินิจฉัยและการรักษาอาการเจ็บป่วยโดยการ “เสียด” และ “การ โฉลมะมีวด”

การดูแลสุขภาพของชาวไทยเขมรสุรินทร์ พบว่า พฤติกรรมในวิถีชีวิตของชาวไทยเขมรนั้นมีความเกี่ยวข้องและ เชื่อมโยงกับสุขภาพหลายประการ เช่น พฤติกรรมการบริโภค อาหารตามฤดูกาลที่มีในท้องถิ่น การดื่มสุรา การทำงาน การ

ออกกำลังกาย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ได้เปลี่ยนไปจากเดิมตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

ในด้านสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ประชาชน มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วย เกิดจากสาเหตุ ดังต่อไปนี้ คือ

1. เกิดจากการกระทำของเทพเทวดา
2. เกิดจากไสยศาสตร์
3. เกิดจากสภาพระบบการทำงานของร่างกายไม่

ปกติ และ

4. เกิดจากกรรมพันธุ์

ส่วนวิธีการรักษามีวิธีการที่นิยมใช้รักษาร่วมกัน 2 วิธี คือ

1. การใช้สมุนไพร ใช้พิธีกรรมและเวทย์มนต์คาถา

ในการดูแลรักษาสุขภาพ

2. การรักษาโดยการแพทย์แผนปัจจุบันที่เน้น

กระบวนการทางวิทยาศาสตร์

แสดงให้เห็นว่าการรักษาในชุมชน เป็นการผสมผสานระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและระบบการแพทย์พื้นบ้านที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อของประชาชนในชุมชน

ด้านบทบาทของหมอพื้นบ้าน พบว่า บทบาทของหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพในปัจจุบันลดบทบาทลงจากเดิมมาก มีบางรายปรับเปลี่ยนบทบาทจากหมอพื้นบ้านไปเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางรายเป็นสมาชิก

องค์การบริหารส่วนตำบล

[http://www.culture.go.th/research/isan/47_7.html เมื่อ 23 เมษายน 2551]

การดูแลรักษาสุขภาพทางจิต โดยหมอสู่วัณย์ในจังหวัด นครราชสีมา.

กิตติภัทร อ่างบุญตา.(2550) ได้ทำการวิจัยเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพทางจิต โดยหมอสู่วัณย์ในจังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลรักษาสุขภาพทางจิต โดยหมอสู่วัณย์ในจังหวัดนครราชสีมาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพทำการศึกษากับหมอสู่วัณย์ทั้ง 14 คน โดยได้ศึกษาแนวคิดแบบแผน การถ่ายทอดความรู้และวิธีการดูแลรักษาสุขภาพทางจิต โดยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและไม่มีการสร้าง การสนทนากลุ่มตรวจสอบข้อมูลโดยวิธีตรวจสอบแบบสามเส้า ซึ่งเป็นการตรวจสอบในความแตกต่างของ บุคคล เวลา สถานที่ แล้วนำมาวิเคราะห์ถึงความสอดคล้องตามชนิดของข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูล

จากการศึกษาพบว่า การดูแลรักษาสุขภาพทางจิตโดยหมอสู่วัณย์ มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ คือ รูปแบบหน้าที่ และกระบวนการ โดยมีรูปแบบของการใช้พิธีกรรมเป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพทางจิตซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ เพราะชาวบ้านเชื่อว่า ขวัญเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับทุกคน และเป็นศูนย์รวมของชีวิต โดยมีหมอสู่วัณย์เป็นผู้ทำหน้าที่ในการ

ประกอบพิธีกรรมการสวดวิญตามกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพทางจิตให้กับประชาชน

หมอสู่วิญ เป็นผู้ดูแลรักษาสุขภาพทางจิตให้กับประชาชนทั้งในยามสุขและยามทุกข์ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิตและเป็นผู้สืบสานวัฒนธรรมการแพทย์พื้นบ้านภาคอีสานที่เกิดจากภูมิปัญญา และรู้จักใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวจะช่วยอนุรักษ์วัฒนธรรมของการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของคนในชุมชนให้ดำรงอยู่สืบไป
<http://www.dmh.go.th/Abstract/details.asp?id=4436> เมื่อ 19 เมษายน 2551]

ศูนย์บริการแพทย์แผนไทยกุดจิก

ศูนย์บริการแพทย์แผนไทยกุดจิกได้จัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2542 เริ่มจากแนวคิดการทำงานของ อสม. ที่ดูแลสุขภาพคนในชุมชน เพื่อพัฒนางานสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน หรือ สดถ.ย. โดยได้รับความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน จนสามารถประกาศเป็นหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ครบทั้ง 6 หมู่บ้าน กลุ่ม อสม. เห็นว่าน่าจะได้มีการพัฒนางานส่วนอื่นที่สามารถเป็นรายได้เสริมให้กับ อสม. ได้ด้วย เพราะขณะนั้นประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ ในที่สุดได้ลงความเห็นกันว่า จะเปิดบริการ “การนวดแผนไทย” ซึ่งมีภูมิปัญญาของคนในชุมชนอยู่แล้ว เป็นการพึ่งพาตนเอง ทำให้สามารถสร้างเป็นรายได้เสริมให้กับครอบครัว อสม. ได้

เมื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกันแล้ว จึงร่วมกันคิดว่าจะทำอย่างไรให้ประสบความสำเร็จ เพราะจะต้องมีสถานที่งบประมาณ และที่สำคัญต้องได้รับการยอมรับในมาตรฐาน เกิดความน่าเชื่อถือ ชมรม อสม. ตำบลกุดจิก จึงได้ร่วมกับสถานีอนามัยกุดจิก โรงพยาบาลสูงเนินและสถานฝึกอบรมและพัฒนาอาชีพบ้านนารีสวัสดิ์ ในการกำหนดหลักสูตรพร้อมคัดเลือก อสม. ที่มีจิตวิญญาณแห่งการสืบสานภูมิปัญญาไทย เข้ารับการอบรมเพื่อความรู้ทางทฤษฎีจากผู้เชี่ยวชาญ และฝึกเน้นการปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดความชำนาญในการบริการ จำนวน 120 วัน จาก อสม. เริ่มต้น 20 คน มีการระดมทุนโดยสมาชิก อสม. ของชมรมทุกคนถือหุ้นละ 20 บาท คนละไม่เกิน 30 หุ้น ควบคุมและบริหารงานโดยชมรม มีการจัดสวัสดิการให้กับ อสม. ผู้ปฏิบัติงานและปันผลหุ้น ให้กับสมาชิกในแต่ละปีและได้เปิดโอกาสให้คนในชุมชนใกล้เคียงในอำเภอสูงเนินเข้ารับการฝึกอบรมในรุ่นที่สอง เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายสนับสนุนงานซึ่งกันและกัน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

ศูนย์บริการแพทย์แผนไทยกุดจิกเปิดบริการอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2543 ปัจจุบันศูนย์บริการแพทย์แผนไทยกุดจิก ได้เปิดบริการนวดไทย นวดฝ่าเท้า อบสมุนไพร และเสริมความงาม ตลอดทั้งยังได้จัดทำผลิตภัณฑ์สมุนไพรออกจำหน่าย เช่น ครีมนวดดอกอัญชัญ แชมพูมะกรูด และวุ้นหางจระเข้ และลูกประคบสมุนไพร ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์

OTOP ของอำเภอสูงเนิน ถือได้ว่าการดำเนินงานประสบความสำเร็จ มีความมั่นคง เป็นแหล่งศึกษาคณะดูงานจากที่ต่าง ๆ และสืบสานภูมิปัญญาคนในชุมชน พร้อมให้บริการมีคุณภาพ ยึดมั่นในมาตรฐาน ภายใต้คำขวัญ “เติมชีวิตให้สดใส..ปลอดภัยกับชีวิตคุณ” [<http://www.kudjigmassage.com/> เมื่อ 19 เมษายน 2551]

นอกจากนี้ในจังหวัดนครราชสีมายังมีสถานที่ให้บริการโดยภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เป็นแพทย์พื้นบ้านอยู่อีกหลายแห่ง เช่น ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลวังน้ำเขียว ฯลฯ

การศึกษาแบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัวในชุมชน รวมทั้งการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาผสมผสานกับการดูแลสุขภาพในปัจจุบันนี้ จะเห็นว่าการเจ็บป่วยเป็นความทุกข์ของคนในครอบครัวและชุมชน การแก้ปัญหาโดยการใช้บริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ยังไม่สามารถทำให้หมดทุกข์ ในหลายกรณีอาจทำให้เกิดความทุกข์เพิ่มขึ้น ครอบครัวและชุมชนจึงแสวงหาทางพ้นทุกข์ในหลายรูปแบบ ขณะเดียวกันหน่วยงานสาธารณสุขหลายหน่วยงานก็ได้เรียนรู้ที่จะนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาผสมผสานกับระบบสาธารณสุขที่จัดบริการอยู่เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ภายใต้บริบทของสังคมปัจจุบัน กรณีศึกษาที่น่าสนใจมากคือการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งศึกษาได้จาก เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง รวมบทความวิชาการการแพทย์

พื้บ้านไทย โดยกลุ่มงานการแพทย์พื้บ้านไทย กรมพัฒนา
การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัตนา ภิโรกุล

บรรณานุกรม

- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 (ตอนที่ 16 ก).
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 (ตอนที่ 17 ก).
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. (2550). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554. กรุงเทพฯ.
- คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. (2542). พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545. กรุงเทพฯ.
- คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. (2545). แผนการศึกษาแห่งชาติ (พ.ศ.2545 - 2549) : ฉบับสรุป. กรุงเทพฯ.
- คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. (2545). แผนการศึกษาแห่งชาติ (พ.ศ.2545 - 2549). กรุงเทพฯ.
- อนามัย, กรม. (2550). รายงานการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 0-72 เดือน พ.ศ. 2546-2550. กรุงเทพฯ.
- อนามัย, กรม. (2549). รายงานการศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนทั่วประเทศ. กรุงเทพฯ.
- เพ็ญศรี กระหม่อมทองและนวลศรี วิจารณ์. (2541). การสำรวจเจตคติและพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนระดับ

มัธยมศึกษาตอนปลายในประเทศไทย ปีการศึกษา

2544. กรุงเทพฯ.

สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์, (2549). รายงานผลการดำเนินงาน

โครงการสำคัญ ปีงบประมาณ 2549. กรุงเทพฯ.

ส่งเสริมสุขภาพ, สำนัก. (2549). รายงานประจำปี 2549 หนึ่งใน

ทศวรรษ สำนักส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ.

อนามัย, กรม. (2545), การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก

นักเรียนที่บกพร่องทางการมองเห็น, นักเรียนที่

บกพร่องทางการได้ยิน ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ

สาธารณสุข, กระทรวง. เกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียน

ส่งเสริมสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี.

วิชาการ, กรม. (2545). คู่มือการจัดการเรียนรู้กลุ่มสาระสุข

ศึกษาและพลศึกษา. กรุงเทพฯ.

น้อมศรี เคทและคณะ. (2544). โครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบ

การจัดการเรียนการสอนระดับปฐมวัยสำหรับ

สถานศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ.

หาญชัย พันธุ์งาม. (บก.) (2549). สุขแบบพอดี ตามวิถีคน

อีสาน : เอกสารสรุปบทเรียนวิชาการงานสร้างสุขภาพ

อีสาน 2549. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ

สร้างเสริมสุขภาพ.

ประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา, สำนัก. (2549). กรอบ

แนวคิดการพัฒนาดัชนีชี้วัดความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน

ในสังคมไทย : เอกสารประกอบการประชุมสมัชชา
สุขภาพแห่งชาติ ปี 2549 (27-29 ตุลาคม 2549).

กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

สาธารณสุข, กระทรวง. (2549). ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง :
ทิศทางในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 บท
นำเสนอในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2549.
กรุงเทพฯ.

สาธารณสุข, กระทรวง. (2549). สรุปข้อเสนอจากสมัชชา
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2549 ว่าด้วยเศรษฐกิจพอเพียง สู่
สังคมอยู่เย็นเป็นสุข. กรุงเทพฯ.

สาธารณสุข, กระทรวง. (2549). ร่างรายงานการพัฒนาระบบ
การประเมินผลกระทบทางสุขภาพในประเทศไทย
ประจำปี พ.ศ. 2549 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ
การประเมินผลกระทบทางสุขภาพในช่วงแผนพัฒนา
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 –
2554). กรุงเทพฯ.

สาธารณสุข, กระทรวง. (2549). สุขภาพทางจิตวิญญาณ :
สุขภาพทางปัญญา ภูมิปัญญา มุมมอง และความเห็น
ของปราชญ์แห่งสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูป
ระบบสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท
กระทรวงสาธารณสุข. (2556). โครงการผลิตแพทย์เพื่อ

ชาวชนบท. ออนไลน์ <http://kmops.moph.go.th/index.php/km-test/2012-09-19-04-16-17/176-2013-03-29-15-52-31> เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2556

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

(2550). วิถีเมืองและชนบทกับความอยู่เย็นเป็นสุข.

กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รัตนา รุจิรักษ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รัตนา รุจิรกุล

นักวิจัยแห่งชาติ รหัสทะเบียน 37-60-0054

ตำแหน่งปัจจุบัน ข้าราชการบำนาญ สังกัด
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

- กรรมการพิจารณาด้านจริยธรรม ใน
คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาวิจัยในคน
โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา

วุฒิการศึกษา

- กศ.บ. การศึกษามหาบัณฑิต (ภูมิศาสตร์) วิทยาลัยวิชาการศึกษา
ประสานมิตร

- กศ.ม. การศึกษามหาบัณฑิต (ภูมิศาสตร์) มหาวิทยาลัยศรี
นครินทรวิโรฒ

- Cert.Standard Course in Clinical Trials (Good Clinical
Practice Training) Clinical Trial Center Committee, Faculty of
Medicine, Chulalongkorn University

- Cert."An International Course on Human Subject Protection",
Nation Research Council of Thailand Suranaree University of
Technology and Forum for Ethical Review Committees in
Thailand

สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

มีความรู้ด้านการใช้งานโปรแกรมประยุกต์ที่เกี่ยวข้องกับสถิติ
วิจัย โปรแกรมประยุกต์ที่เกี่ยวข้องกับ Remote Sensing และ ระบบ
สารสนเทศภูมิศาสตร์

**มีประสบการณ์งานวิจัยที่ทำเสร็จและเผยแพร่แล้ว โดย
ได้รับทุนอุดหนุนทั้งภาครัฐและเอกชนมากกว่า 30 เรื่อง**