

อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของ ผู้มีรายได้น้อยในชุมชนเมือง: การศึกษาเชิงคุณภาพ*

Barriers to access of primary healthcare by people with low income in urban communities: A qualitative study

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 43 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2563

Volume 43 No.1 (January-March) 2020

สุปรานี สิริกันตย์ พย.ม.** ดารุณี จงอุดมการณ์ Ph.D.***

Supranee Sittikan M.N.S.** Darunee Jongudomkarn Ph.D.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเจาะจงเพื่อศึกษาความเชื่อและการรับรู้ของผู้ใช้บริการซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน ผู้ให้ข้อมูลได้จากการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ใช้บริการและสมาชิกครอบครัว 40 คน ผู้ให้ข้อมูลรอง 6 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ประเด็นปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามความเชื่อและการรับรู้ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ความเชื่อทางด้านการแสวงหาการรักษาทางสุขภาพ รายได้ครอบครัว ความไม่ครอบคลุมในการจัดบริการสุขภาพตามปัญหาและความต้องการ ผู้ให้บริการไม่เพียงพอ ข้อค้นพบนี้สามารถนำไปสู่การสร้างข้อเสนอเพื่อพัฒนาแนวทางการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สนองตอบต่อปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ มีความครอบคลุมทุกมิติและเป็นองค์รวมให้สอดคล้องกับวิถีความเชื่อและการรับรู้ในบริบทสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ใช้บริการในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน การวิจัย
ชาติพันธุ์วรรณาแบบเจาะจง

Abstract

This focused ethnography research was aimed to explore the beliefs and perceptions of low-income healthcare users regarding barriers to access of primary healthcare in the Isan region. The key informants were recruited based on their criterions including 40 healthcare users, and 6 general informants. Content data analysis was obtained. The results revealed the key issues of the barriers to access of primary health services, including people health risk behaviors, family income, incomprehensive health services according to problems and needs, and insufficient healthcare providers. The findings of this study might be able to make policy suggestion for developing a healthcare service guideline for the primary healthcare service center, which coverage access all dimensions and holistic care for healthcare users in the socio-cultural studied region.

keywords: barriers to access of primary healthcare, healthcare users, focused ethnography

*Submitted partial fulfillment of the requirements of the Doctor of Philosophy in Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

**Ph.D. Nursing student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

***Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding Author.

บทนำ

การเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์พื้นฐานของบุคคลและครอบครัวจึงได้พยายามแสวงหาหนทางในการแก้ไขปัญหสุขภาพ และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อให้มีชีวิตความเป็นอยู่และการมีสุขภาพที่ดี¹ ปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลงและมีความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว มีผลต่อการดำรงชีวิตของประชาชน ส่งผลให้ประสบปัญหาทางสุขภาพ พบปัญหาสาธารณสุขมาจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นผลจากสิ่งแวดล้อม สังคม และการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาที่เป็นสาเหตุของการตายที่สำคัญ²⁻⁴ อีกทั้งพบว่าการบริการสุขภาพที่ขับเคลื่อนของประเทศยังมีการดูแลเป็นส่วนตามความเฉพาะทาง ขาดการดูแลอย่างองค์รวมเพื่อนำสู่เป้าหมายความสำเร็จของการสร้างนำซ่อมสุขภาพและให้บริการอย่างองค์รวมใกล้บ้านใกล้ใจ⁵

ในฐานะที่ประเทศไทยเป็นสมาชิกองค์การอนามัยโลกได้ยอมรับแนวคิดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2521 (ค.ศ. 1978) ซึ่งมีหลักการให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้อย่างเท่าเทียม จัดปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพสามารถเข้าถึงและสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนได้ตรงตามต้องการประชากรไทย ปี พ.ศ. 2559⁶ ต่อมารัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิโดยการจัดทำรูปแบบการบริการสุขภาพ “คลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster)” มีเป้าหมายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำสำหรับผู้มีรายได้น้อย เป็นการดูแลแบบองค์รวมด้วยทีมหมอครอบครัวซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ ตามร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ผ่านประชามติ เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2559 หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (ซ) ด้านอื่น ๆ (5) ในการดูแลสุขภาพประชาชน

ในสัดส่วนที่เหมาะสมรวมถึงความสอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาล แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และ แผน 20 ปีกระทรวงสาธารณสุข เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดีมีระบบสุขภาพที่ยั่งยืน⁵

ข้อมูลทางสถิติในปี พ.ศ. 2559⁶ ชี้ให้เห็นว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นพื้นที่มีสัดส่วนคนจนเขตเมืองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีมากที่สุด (ร้อยละ 13.8) มีสัดส่วนบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลต่อประชากรในระดับประเทศมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกันกระจุกตัวของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชศาสตร์ และพยาบาล รวมถึงการกระจายครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ราคาแพงมีให้บริการเฉพาะโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ ในขณะที่เขตสุขภาพในกลุ่มภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนน้อยที่สุด มีอัตราส่วนพึงพิงของประชากรมีการลดลงของประชากรวัยเด็กและการเพิ่มขึ้นของประชากรวัยผู้สูงอายุ ส่งผลต่ออัตราส่วน พึ่งพิงของประชากร กล่าวคือ ใน พ.ศ. 2559 ประชากรวัยแรงงาน 100 คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็ก 27 คน และผู้สูงอายุ 22 คน และคาดการณ์ใน พ.ศ. 2573 ประชากรวัยแรงงาน 100 คน รับภาระ เลี้ยงดูเด็ก 24 คน และผู้สูงอายุ 44 คน ทุกเขตสุขภาพรับเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ประมาณ 1-2 เท่าตัว เป็นต้น นอกจากนี้ ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้คนในพื้นที่ส่วนใหญ่เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเมเร็ง และโรคติดเชื้อ โดยพบจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคเมเร็งที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลและต้องรักษาต่อเนื่องถึง 1,018,373 คน จากจำนวนประชากรภาคอีสานทั้งหมด 21,861,423 คน คิดเป็นร้อยละ 4.658 ของประชากรในเขตภูมิภาค และยังพบว่าประชาชนในภูมิภาคนี้เป็นโรคเบาหวานและโรคเมเร็งดับ มะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในประเทศ³

ในด้านพฤติกรรมและการแสวงหาการรักษาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เมื่อเกิดความเจ็บป่วย

ขึ้นกับสมาชิกครอบครัวมีการแสวงหาการเยียวยาตนเองของบุคคลและครอบครัวตามความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวภายใต้สังคมวัฒนธรรมชุมชน⁷ กล่าวคือมีความเชื่อในการเยียวยาความเจ็บป่วยด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ร่วมกับพิธีกรรมสื่อสารกับอำนาจเหนือธรรมชาติ อาทิ พิธีการสะเดาะเคราะห์ รดน้ำมนต์ รำผีฟ้า เหย้า ซึ่งเป็นพิธีกรรมที่ช่วยเยียวยาทางใจที่สัมพันธ์กับวิถีชีวิต สภาพแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมของชุมชน⁸ ซึ่งนับเป็นอีกปัจจัยเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สำคัญของประชาชนรากหญ้า ที่มีความเชื่อตามบริบทสังคมวัฒนธรรมที่เกิดและเติบโต มีข้อจำกัดทางการเงินในการเดินทาง ข้อจำกัดด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ข้อจำกัดด้านการสื่อสาร การรับรู้ของประชาชน⁹⁻¹¹

ด้วยข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นชี้ให้เห็นถึงอุปสรรคการบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ยังมีปัญหาคความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ การเข้าถึงและสนองตอบต่อความต้องการของประชาชน ให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่ชี้นำโดยองค์การอนามัยโลก⁹ ซึ่งถึงความจำเป็นในการศึกษาความคิดเห็นของประชาชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้รับผิดชอบเชิงระบบสุขภาพของประเทศและพื้นที่ปรับปรุงการบริการสู่การเพิ่มโอกาสการใช้บริการ รวมถึงการให้การดูแลที่มีคุณภาพสูงสำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ลดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพพื้นฐาน สะท้อนถึงปัญหาร่วมประชาชนในส่วนของ การเข้าถึงบริการ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานตามประกาศและนโยบายประเทศ ทั้งนี้ การศึกษาเรื่องอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามความเชื่อและการรับรู้ของประชาชนครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความเชื่อและการรับรู้ของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในบริบทสังคมวัฒนธรรมใน

พื้นที่ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในภาคอีสานซึ่งถือได้ว่าเป็น รายงานผลการวิจัยฉบับแรกๆ ภายหลังจากที่รัฐบาลเริ่มปฏิบัติตามร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ผ่านประชามติ เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2559⁵ เป็นข้อมูลนำเข้าสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพเชิงนโยบายได้ในอนาคต

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเจาะจง (focused ethnographic research) ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง ที่สะท้อนความเป็นบริบทวัฒนธรรมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในภาคอีสานที่มีค่านิยม ความเชื่อ ตลอดจนมีการสืบสานประเพณีวัฒนธรรมอีสานในวิถีชีวิตประจำวัน เป็นพื้นที่ให้บริการในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ให้บริการสุขภาพโดยแพทย์และสหวิชาชีพ มีนโยบายสำคัญคือให้บริการทั่วถึง ใกล้บ้าน และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย⁶

ผู้ให้ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง และสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแลผู้พิการ ผู้ที่เจ็บป่วยทั่วไป หญิงตั้งครรภ์ และมารดาที่มีบุตรต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นคนไทยชาวอีสานโดยกำเนิด มีประสบการณ์เคยได้รับบริการสุขภาพจากศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่เป็นผู้อยู่ในพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 6 เดือน เป็นผู้ที่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ และมีความสมัครใจที่จะให้ข้อมูล โดยมีผู้ร่วมให้ข้อมูลจำนวน 40 คน ผู้ให้ข้อมูลรองคือ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข รวม 6 คน ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารบอกเล่าความรู้สึกตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการจัดบริการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของพื้นที่ได้ และมีความสมัครใจที่จะให้ข้อมูล

การเข้าพื้นที่และการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล ภายหลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยลงพื้นที่อย่างเป็นทางการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562 โดยทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่ และประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้พาลงพื้นที่ (gatekeeper) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมผู้ให้บริการ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพเจ้าของพื้นที่ได้ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้พาผู้วิจัยเข้าไปในชุมชน เพื่อเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบและขออนุญาตนัดหมายในการสัมภาษณ์เชิงลึก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือสำคัญของการศึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยหลักได้ผ่านการศึกษาศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพในหลักสูตรที่ศึกษาในระดับปริญญาเอก และได้ฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพในโครงการวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนทุนวิจัยโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ให้เก็บข้อมูลทั่วประเทศ ในกิจกรรมการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับงานวิจัยนี้ได้ใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นที่เกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับคำถามการวิจัยและผ่านการพิจารณาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและทีมวิจัยถึงความเหมาะสมด้านภาษาและเนื้อหา รวมถึงการทดลองใช้เพื่อปรับข้อความให้ชัดเจนก่อนการนำไปใช้จริง นอกจากนี้ยังใช้แบบบันทึกภาคสนามในการจดบันทึกด้วยการบันทึกสรุปประเด็นการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการศึกษาบริบท ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ ได้เข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์บริการสุขภาพ และกิจกรรมของชุมชน ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร พูดคุยกับผู้ให้บริการ แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่

2) ระยะศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกภาคสนาม และการศึกษาเอกสาร เก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว (saturation) มีการเพิ่มเติมในส่วนข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน รวมทั้งเก็บข้อมูลจนไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น 3) ระยะสังเคราะห์ข้อเสนอ ผู้วิจัยได้สอบถามข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member checking)¹² พร้อมทั้งนำเสนอร่างข้อเสนอแนะต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มเติมความสมบูรณ์ของข้อเสนอ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ตามเกณฑ์ 4 ข้อคือ¹³ ผู้วิจัยได้ใช้ระยะเวลาอยู่ในพื้นที่เป็นเวลานาน 10 เดือน มีการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) และตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (peer debriefing) ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลไปตรวจสอบกับทีมวิจัยซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ออกแบบกระบวนการวิจัยตามคำถามการวิจัย มีการให้ความสำคัญกับการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ตรงในการได้รับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีความหลากหลายของผู้ให้ข้อมูล ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปสู่การอ้างอิงเพื่อนำใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน มีการตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล ด้วยการเก็บข้อมูลที่มีความแตกต่างกันทั้งเวลา สถานที่ และกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (data triangulation) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย เช่น การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกภาคสนาม และการศึกษาจากเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลในภาคสนาม โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จำแนกแยกประเภทข้อมูล (typology) หลังจากนั้นจัดกลุ่มความคิดจากข้อมูล (ตารางที่ 1) ที่พบ^{14,15}

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างผลการวิเคราะห์กลุ่มความคิด

กลุ่มความคิด	ตัวอย่างข้อมูล
ความเชื่อและการรับรู้ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ	“เคยแต่เป็นไข้หวัด ไอ กะซื้อยากิน เขาแหม่ บ่เขาแหม่กะอดเอา เจ็บแข็งเจ็บขาจะกินยา รัน ทั้งยาเม็ด ยาหม้อ ยาต้ม เมื่อยมากจะกินลิโพ กินเอ็ม 100 จนสองปีก่อนมีมือหนึ่งใจ สั้น หนามืดเกือบเป็นลม ได้หามมาจ้งได้มาหาหมออยู่ศูนย์แพทย์ ย่านหม่อฮ้ายกะปานนั้น เพราะเจ้าของกะบ่ได้รักษาสุขภาพ ” (ผู้ใช้บริการชาย 62 ปี)
รายได้ครอบครัว	“ลูกเจาะคอออกโรงบาล เอมามาเบ้งกันอยู่เอื้อน แม่กะต้องเฝ้าตลอด เลี้ยงลูกผู้เดียว งานกะบ่ได้เฮ็ด รายได้บ่มี ทุกข์หลายย้อนบ่มีเงิน รักษาลูกกะตามมีตามเกิด ...เจ้าของกะบ่กุ่มปากกุ่มท้อง ..” (ผู้ใช้บริการหญิง 52 ปี)
ความไม่ครอบคลุมด้านการจัดบริการสุขภาพตามปัญหาและความต้องการ	“เรื่องฟันนี้ทุกข์เหลือเกิน ไปที่คลินิกแพงมาก จะไปโรงพยาบาลก็นัดคิวยาว รอนาน ต้อง लागานไป อยากให้ม้ทำฟันที่มีหมอฟันมาด้วย ขอหน่อยได้มัย อยากให้มีบริการรักษาฟันแบบโรง’บาลมาไว้ที่ศูนย์ด้วย” (ผู้ใช้บริการหญิง 57 ปี)
ความไม่เพียงพอของผู้ให้บริการ	“ที่นี่ให้บริการแบบทีมหมอครอบครัวแต่ที่ออกเยี่ยมบ้านจะมีพยาบาลเป็นหลัก หมอออกไปเปลี่ยนท่อเจาะคอบ้างนาน ๆ ครั้ง กายภาพออกอาทิตย์ละครั้ง” (ผู้ให้ข้อมูลรอง 54 ปี) “หมอฟันที่ศูนย์ไม่ได้ออกทุกวัน ที่นี่ทำได้แค่ชุด อุดกับถอนเป็นบางวัน” (ผู้ใช้บริการหญิง 61 ปี)

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 612009 และโรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KH 61046 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรม 3 ประการ ได้แก่ 1) หลักความเคารพในบุคคล (respect for person) ด้วยการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย การขอคำยินยอม รวมทั้งได้ปกปิดความลับของผู้ให้ข้อมูล 2) หลักคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ไม่เกิดผลกระทบ (beneficence) ผู้วิจัยได้อธิบายประโยชน์ของงานวิจัยและแจ้งว่าจะไม่มีผลกระทบใดๆ ที่เกิดจากการให้ข้อมูล และ 3) หลักยุติธรรม (justice) ผู้วิจัยไม่มีการแบ่งแยกกลุ่มหรือเลือกปฏิบัติกับผู้ให้ข้อมูล ให้เกียรติอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเข้าใจก่อนตัดสินใจลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ผลการวิจัย

สภาพการบริการของศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ศึกษาเป็นหน่วยงานที่อยู่ในชุมชนเมือง เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยมีโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ให้บริการสุขภาพในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ครอบคลุมการดูแลครบทุกมิติประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ มีอายุรแพทย์ออกตรวจโรคทุกวัน มีทันตแพทย์ให้บริการทุกวัน อังคาร และ วันพฤหัสบดี มีบริการฝากครรภ์ บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี และบริการแพทย์แผนไทย ปัญหาโรคเรื้อรังของประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน

โรคปวดข้อปวดเข่า ปวดหลัง ปวดเอว นอกจากนี้ยังมีการเจ็บป่วยด้วยไข้หวัด อาหารไม่ย่อย ปวดกล้ามเนื้อ และยังมีผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ และเด็กที่ต้องมารับวัคซีนตามวัย ช่วงบ่ายของทุกวันผู้ให้บริการจะหมุนเวียนกันออกพื้นที่เพื่อให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง หรือมารดาหลังคลอดตามแผนปฏิบัติงาน

สภาพบริบทสังคมวัฒนธรรมและพฤติกรรมการแสวงหาด้านสุขภาพของประชาชนผู้ใช้บริการ

ประชาชนผู้อาศัยในชุมชนแห่งนี้เริ่มต้นจากบรรพบุรุษที่มีรากวัฒนธรรมอีสาน เป็นแรงงานอพยพจากจังหวัดในภาคอีสานที่มากับรถไฟเพื่อรับจ้างขนฟืนเติมเชื้อเพลิงให้รถไฟเพื่อการขนถ่ายสินค้า ณ สถานีชุมทางจังหวัด แล้วเข้าตั้งรกรากอาศัยในชุมชนริมทางรางรถไฟมาตั้งแต่ พ.ศ. 2503 หรือ กว่า 40 ปีที่แล้ว ต่อมาเมื่อ พ.ศ. 2523 มีนโยบายการพัฒนาเมืองและอุตสาหกรรมของจังหวัดจึงมีการเพิ่มจำนวนมากขึ้นจากแรงงานอพยพ แรงงานจากภาคเกษตรกรรมในชนบทอีสานเข้ามาทำงานในตัวเมืองมากขึ้น เป็นแรงงานรับจ้างราคาถูก และลูกหลานในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นแรงงานรับจ้างและแรงงานนอกระบบรายได้น้อย หาเช้ากินค่ำ และมีวิถีความคิดความเชื่อตามบรรพบุรุษที่ส่งต่อความเชื่อตามการกระทำในครอบครัวอีสาน คือ วิถี “ฮึดสู้บ่สอง คองสู้บ่สี่” ที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการและรายละเอียด แต่รากเหง้าความคิด ยังคงเดิม อาทิ บุญปีใหม่ บุญเดือนสารท บุญแจกข้าว บุญพระเวส บุญสงกรานต์ บุญเข้าพรรษา บุญออกพรรษา และบุญกฐิน รวมทั้งวันสำคัญทางศาสนา โดยเมื่อมีงานบุญแต่ละครั้งชาวชุมชนจะร่วมแรงร่วมใจกันอย่างขยันขันแข็ง เริ่มตั้งแต่การเตรียมงาน จนกระทั่งงานสำเร็จ ลุล่วง และ พร้อมใจกันมาช่วยงานชุมชนกันทั้งครอบครัว

ในวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่ศึกษาเรียกตนเองว่าเป็น “นักค้ากำปั่น” คือ ต้องใช้แรงงานมือทั้งสองเพื่อแลกเงิน ใช้แรงงาน ทำงานหนัก ในการ

“หาอยู่หากิน” หากินไปวัน ๆ หรือ ที่มักพูดว่า “หากินสิบมือ” ดังนั้นการดำรงชีวิต ประชาชนกลุ่มนี้จึงให้ความสำคัญกับสิ่งที่เมื่อกินแล้วให้ร่างกาย สามารถทำงานหาเงินได้ เมื่อกินแล้วนอนหลับ กินอิ่ม นอนอุ่น แล้วตื่นมามีแรงเพื่อหารายได้ในวันรุ่งขึ้น หมุนเวียนกันไป จึงมีผู้ต้องใช้สุราทุกวันเพื่อให้นอนหลับ การใช้เครื่องดื่มชูกำลังทุกวัน ดื่มน้ำหวาน มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพต่าง ๆ มากมาย โดยเฉพาะด้านการรับประทาน อาหารที่ชื่นชอบ อาหารหมักดอง อาหารเค็มทั้งจากเกลือและปลาร้า อาหารใส่ผงชูรสเข้มข้น ปฏิบัติต่อเนื่องยาวนาน ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ใช้บริการที่เล่าถึงชีวิตความเป็นอยู่ของตนดังนี้ “เมื่อก่อนแนวมักคือทอดปลาต้ม ทอดเนื้อเค็ม ส้มผักเสี้ยนดองนี่มักหลาย จนมาป่วยความดันสูงเกือบ 10 ปีนี้ก็ยังกินอยู่...ยังอยากไปได้มาได้แบบนี้อยู่” (ผู้ใช้บริการหญิง 57 ปี) “เผวมากะเจ็บกะป่วย บางมือเจ็บขาจนหย่างบ่ได้เฮ็ดงานหนักมาตลอดรับจ้างหามรุ่งหามค่ำ มันทรุดทรอมไว เอาคืนยาก ...” (ผู้ใช้บริการชาย 62 ปี)

สำหรับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ และเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า เมื่อผู้ใช้บริการสุขภาพได้รับบริการตรวจรักษาโรคตามอาการเจ็บป่วยจากศูนย์บริการปฐมภูมิแล้ว ยังมีการแสวงหาการรักษาอย่างอื่น คือการรับประทานยาสมุนไพรร่วมด้วยการรับประทานบั้งจากหมอเหยียบไฟ หมอเป่า การนวด การซื้อยาหรือวิตามินมารับประทานเพิ่มเติม เพราะมีความเชื่อว่า วิตามินหรือยาที่แพงกว่าจะเป็นผลดีต่อสุขภาพ โดยเป็นการแสวงหาตามความเชื่อของแต่ละครอบครัวและจากคำแนะนำของคนในชุมชน และมีความเชื่อว่าการรักษาที่แสวงหาเพิ่มเติมจะทำให้อาการป่วยหายไปหรือทุเลาลง และช่วยเสริมสร้างสุขภาพให้ดีขึ้น โดยผู้ใช้บริการเล่าว่า “คนไข้เคยนอนติดเตียงมานานตอนนี้หัดเดิน นอกจากยาโรงพยาบาลแล้วก็ให้หมอเป่ามาเป่าด้วย เป็นหมอเป่ากระดูกมาเป่า ก็ทำให้เดินได้เร็วขึ้น” (ผู้ใช้บริการหญิง 36 ปี) “ปวดข้อ เส้น เอ็น ไปหาหมอ แต่ไม่หาย เลยไปรักษา

กับหมอเหี้ยมไฟบ้านโนนทัน มีคนแถวบ้านไปแล้ว
หายก็เลยลองไปดูอยากหาย” (ผู้ใช้บริการชาย 62 ปี)

อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

แม้รัฐบาลจะมีนโยบายจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีศักยภาพ มีการบริการที่เป็นมิตร ใกล้ชิดและเข้าใจชุมชน สามารถทำงานร่วมกับครอบครัวและชุมชน แต่กระนั้น ผู้ใช้บริการจำนวนหนึ่งยังลังเลที่จะมาใช้บริการ ยังไม่เข้ารับบริการตามนโยบายและเจตนาที่รัฐคาดหวัง ด้วยข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ ได้แก่ 1) ความเชื่อทางด้านการแสวงหาการรักษาทางสุขภาพ 2) รายได้ของครอบครัว 3) ความไม่ครอบคลุมในการจัดบริการสุขภาพตามปัญหาและความต้องการ และ 4) ผู้ให้บริการไม่เพียงพอ ดังรายละเอียด คือ

1) ไม่ไปรักษาถ้าไม่จำเป็น: ความเชื่อทางด้านการแสวงหาการรักษาทางสุขภาพ

ด้วยประชาชนกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ทำงานหนักและรับค่าจ้าง มีความคิดความเชื่อส่วนตัวว่าตนเองมีร่างกายที่แข็งแรง ตามศัพท์ที่มักพูดกันในกลุ่มนี้ คือ “หัวแข็ง” เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่นานก็จะบรรเทาเอง จึงยังไม่รีบไปพบแพทย์เมื่อมีความผิดปกติตั้งแต่เนิ่นๆ เพราะการไปใช้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพ หมายถึงการหยุดงานและขาดรายได้ในวันนั้น แต่พยายามอดทนต่ออาการและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างข้อมูล “เจ็บไข้ได้ป่วยกะเบ้งแยงเจ้าของก่อนบ่ไหวอีหลีจึงมาหาเพิ่น แนวได้ไทเฮือนไทบ้านเคยเฮ็ดแล้วไคเฮากะเฮ็ดนำ” (สมาชิกครอบครัวหญิง 56 ปี) และผู้ใช้บริการบางรายไม่ไปรักษาเนื่องจากกลัวถูกต่อว่าจากผู้ให้บริการสุขภาพเพราะตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จนถึงที่สุดไม่สามารถเยียวยาตัวเองให้หายจากการเจ็บป่วยได้ และรับรู้ว่าสภาวะสุขภาพของตนเข้าสู่ระยะที่เป็นอันตราย จึงมีการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทำให้บางครั้งเข้าถึงเมื่ออาการเจ็บป่วยเป็นหนักแล้ว ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ใช้

บริการ “เคยแต่เป็นไข้หวัด ไอ กะซื้อยากิน เชาแห่นบ่เชาแห่นกะอดเอา เจ็บแ้งเจ็บขากะกินยาวัน ทั้งยาเม็ดยาหม้อ ยาต้ม เมื่อยมากะกินลิโป้ กินเอ็ม 100 กะไคแห่นแต่บ่หะอยู่มาแบบนี้ จนสองปีก่อนมีมือหนึ่งใจสั้น หน้ามืดเกือบเป็นลม ได้หามาจึงได้มาหาหมออยู่ศูนย์แพทย์ ย่านหมอฮ้ายกะปานนั้นเพราะเจ้าของกะบ่ได้รักษาสุขภาพ” (ผู้ใช้บริการชาย 62 ปี)

2) รายได้ครอบครัว

ผู้ใช้บริการกลุ่มนี้ทุกคน ระบุว่าหารายได้และการมีรายได้ไม่ขาดสายเป็นสิ่งจำเป็นต่อการอยู่ได้ของสมาชิกในครอบครัว แต่หากมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย โดยเฉพาะเจ็บป่วยเรื้อรัง พิจารต้องรักษา ต่อเนื่อง ยาวนาน ย่อมนำมาซึ่งปัญหาด้านค่าใช้จ่าย กระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และหากต้องไปรักษาพยาบาลหรือพาผู้ป่วยไปรักษาจะสร้างปัญหาทำให้ขาดรายได้ในวันนั้น ทำให้มีปัญหาต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ การแสวงหาบริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และนำมาซึ่งความเครียดความกดดันของผู้ดูแล ดังที่ผู้ใช้บริการเล่าว่า “เงินที่ใช้จ่ายได้จากเบี้ยผู้พิการ ลูกแกส่งมาช่วยบ้างแต่ก็ไม่พอ นีก็ยั้งค้างค่าเช่าบ้านเขาอยู่ 2 เดือนละหนักกะไหนจะดูแลคนป่วยติดเตียง ไหนจะค่าใช้จ่ายเวลาที่มีคนบอกให้ไปทานั้นนี่มาใช้กับคนป่วยช่วยให้อาการดีขึ้นก็ไม่มีปัญญาหามาเพิ่มได้อย่างมากก็ได้แค่ซื้อยาแก้ไข้เพิ่มเวลาแกมิใช่” (ผู้ใช้บริการหญิง 37 ปี) การที่เป็นผู้มีรายได้น้อยยังส่งผลต่อการเข้าถึงบริการซ้ำอีกด้วย “ปวดหัวยามได้ซื้อยามากิน หลายเดือนเดิຍากไปหาหมอเพราะต้องได้ผลงาน มื้อนั้นกะบ่ได้ค่าจ้าง จนตอนหลังกินยากะบ่เชาเลยไปตรวจย้อนย่านพิการ หมอตรวจแล้วบอกว่าเป็นความดัน คีอสิเป็นมาโดนแล้วละ...” (ผู้ใช้บริการหญิง 48 ปี)

3) ความไม่ครอบคลุมในการจัดบริการสุขภาพตามปัญหาและความต้องการ

ผู้ใช้บริการมองว่าศูนย์บริการสุขภาพยังไม่จัดบริการที่สนองตอบความต้องการอย่างครอบคลุม

อาทิ การรักษาฟัน ทั้งที่เป็นสิ่งที่ทุกคนมีปัญหา และ มีราคาแพงเมื่อต้องไปใช้บริการคลินิกเอกชน สามารถ ให้บริการเพียงบางอย่างเท่านั้น อีกทั้งการบริการแพทย์ เฉพาะทางบางอย่าง เช่น กระดูกและข้อ ทั้งที่มีจำนวน ผู้ป่วยในชุมชนที่ป่วยเป็นโรคนี้จำนวนมาก ดังตัวอย่าง ข้อมูลที่ว่า “ทำฟันที่ศูนย์ไม่มีทุกวันต้องไปโรงพยาบาล นั่งรอคิวทั้งวัน อยากรักษารากฟันก็ลำบากเหลือเกินจน ยอมถอน” (ผู้ใช้บริการหญิง 61 ปี) “หมอเฉพาะทาง ของโรคของเขาก็ไม่มี อยากให้มีหมอมกระดูกมาบ้าง เพราะโรคกระดูกในผู้สูงอายุเยอะ ไม่ต้องมาทุกอาทิตย์ หรือหก แดให้หมอมมาเดือนหรือสองเดือนครั้ง ให้ได้ ตรวจบ้างก็ดีย” (ผู้รับบริการชาย 62 ปี) นอกจากนี้ บริการการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ และ เด็ก 0-5 ปี และบริการสร้างเสริมสุขภาพเช่น คลินิก อดบุหรี่ คลินิกอาหารเฉพาะโรค เป็นบริการที่ไม่ได้จัด ไวให้แต่ผู้ใช้มีความต้องการ ดังตัวอย่างข้อความ “อยากให้หมอมมาเยี่ยมบ้าน อยากให้เพ้นมายามแห่น สี่ได้อยู่ได้นาน ๆ” (ผู้ใช้บริการหญิง 42 ปี) “ตอนคลอด ลูกคนแรก หลังคลอดมีทีมมาเยี่ยมบ้าน ได้รับคำแนะนำ ได้รับการตรวจสุขภาพที่บ้านทั้งแม่และลูก เลยอยาก ให้มีมาเยี่ยมตอนตั้งครรภ์กับตอนเลี้ยงลูกเล็ก ๆ บ้าง” (ผู้รับบริการหญิง 34 ปี) การตรวจคัดกรองโรคที่จัด ให้มีในสถานบริการแต่ยังไม่สามารถลงไปให้บริการใน ชุมชนทำให้ผู้ใช้บริการไม่ไปเข้าถึง “อยากให้ มีมาบริการตรวจมะเร็ง ฉีดวัคซีน หรือว่าจัดงานสุขภาพ ยามมีงานบุญวันพระใหญ่ หรืองานเทศกาล คนมาโฮม กัน คือลืมนึกสนใจหลาย ฮวมกันเห็ดมือเดียวกันเลย” (ผู้ให้ข้อมูลรองหญิง 54 ปี) และครอบครัวที่มีผู้พิการ มีความยากลำบากในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ติดเตียง บริการสุขภาพที่ต้องการเป็นอย่างยิ่งคือ บริการผู้ดูแลทดแทน “ดูแลคนป่วยทั้งวัน ไปไหนไม่ได้ เลย ลูก ๆ ก็ต้องทำงาน อยากให้มีบริการรับดูแลผู้พิการ ที่บ้านบ้าง ให้ได้ออกไปทำธุระ ให้ได้พักบ้าง” (ผู้ใช้ บริการชาย 61 ปี)

4) ความไม่เพียงพอของผู้ให้บริการสุขภาพ

ผู้ใช้บริการให้ข้อมูลว่า ในการบริการเยี่ยม บ้านทุกครั้ง ผู้ที่ไปเยี่ยมบ้าน คือ พยาบาลวิชาชีพ ส่วน แพทย์ เภสัชกร หรือนักกายภาพบำบัด หมุนเวียนออก ร่วมทีมบ้างบางครั้ง และบางกิจกรรม กลุ่มที่ได้รับ บริการคือผู้ป่วยติดเตียง และมารดาหลังคลอดที่ได้รับการ ส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ไม่สามารถเยี่ยม บริการได้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ส่งผลต่อการให้บริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้นโยบายหมอครอบครัว จึง ทำได้บางส่วนเท่านั้น นอกจากนี้การจัดตารางออก ตรวจของทันตแพทย์สามารถออกให้บริการได้สัปดาห์ ละ 2 วัน เพราะต้องหมุนเวียนไปตรวจที่อื่นด้วย ทำให้ การเข้าถึงบริการทันตกรรมเป็นเรื่องยากเพราะ ข้อจำกัดของจำนวนวันในการจัดบริการและผู้ใช้บริการ มีน้อย ดังตัวอย่างที่ผู้ใช้บริการเล่าประสบการณ์ ของตนว่า “ที่มาเยี่ยมที่บ้านทุกครั้งจะเป็นพยาบาลนะ ไม่เคยเห็นหมอมออกมา นักกายภาพบำบัด กับเภสัชก็ เจอนาน ๆ ที แต่หมอก็ออกตรวจทุกวันทีศูนย์แพทย์ หมอฟันมีแค่อาทิตย์ละ 2 วัน ต้องไปรอคักขอคิว” (ผู้ใช้บริการหญิง 53 ปี) และตัวอย่างคำบอกเล่าเกี่ยว กับความไม่เพียงพอของผู้ให้บริการจากผู้ให้ข้อมูลที่ ออกร่วมทีมให้บริการสุขภาพว่า “ที่นี่ให้บริการแบบทีม หมอครอบครัว แต่ที่ อสม. ออกไปด้วยจะมีพยาบาล เป็นหลัก หมอ มีออกไปเปลี่ยนท่อเจาะคอบ้าง กายภาพไปบ้านติดเตียงอาทิตย์ละครั้ง โครงการซีจีก็มี พยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบพาทำเท่านั้น” (ผู้ให้ข้อมูล รอง 54 ปี)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบ เจาะจงซึ่งศึกษาถึงความเชื่อและการรับรู้ของผู้ใช้ บริการซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับอุปสรรคใน การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทสังคม วัฒนธรรมอีสาน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลของ

ความเชื่อและการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองและสมาชิกครอบครัว ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วย^{10,15} คือ ถ้ารับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้ผู้ใช้บริการตัดสินใจเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การเลือกเข้าถึงบริการสุขภาพแบบใดหรืออย่างไรนั้นมีความแตกต่างกันไปตามความเชื่อและการรับรู้ และตามบริบทสังคมวัฒนธรรม^{9,16,17} จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดของการหยุดงานเพื่อรับบริการสุขภาพ เป็นอีกปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพตามความต้องการของกลุ่มผู้ใช้บริการ

ผลการวิจัยพบว่าผู้ใช้บริการชาวอีสานมีความอดทนต่ออาการและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีความเกรงใจผู้ให้บริการถ้าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นไม่มากก็ไม่กล้าไปรักษา กลัวถูกต่อว่าจากผู้ให้บริการ¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศในกลุ่มผู้อพยพ พบว่า ความรู้สึกด้อยค่า การไม่กล้าสื่อสารกับผู้ให้บริการ ทำให้ขาดโอกาสในการแสวงหาบริการสุขภาพ และขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ¹⁶ และยังพบว่าการมีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ส่งผลต่อความสามารถในการแสวงหาบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งยังส่งผลต่อการเข้าถึงบริการซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่พบว่า ปัญหาหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพล่าช้าจนอาการหนักและรักษายากขึ้นคือ ปัญหาทางการเงินที่มีไม่พอค่าใช้จ่าย¹⁸ เพราะความสามารถในการจ่าย (ability to pay) ทำให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมและครอบคลุม¹⁹

ข้อมูลวิจัยชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดของชนิดการบริการที่ยังไม่สามารถบริการได้ตามความต้องการได้แก่ บริการทันตกรรมที่ถูกจำกัดจำนวนวันให้บริการ ไม่มีบริการตรวจจากแพทย์เฉพาะทางกระดูกและ

ข้อ ไม่มีบริการตรวจคัดกรองโรคเชิงรุกในชุมชน บริการเยี่ยมบ้านยังทำได้ไม่ครอบคลุมผู้ใช้บริการทุกกลุ่ม และไม่มีบริการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต ไม่มีบริการผู้ดูแลทดแทนในครอบครัวที่มีผู้พิการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่มีข้อเท็จจริงร่วมว่าผู้ใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทันตกรรม การตรวจรักษาโรคเฉพาะทาง การเข้าถึงยาที่เป็น รวมทั้งบริการสุขภาพจิต²⁰ ข้อมูลที่พบเป็นบริการสุขภาพที่ผู้ใช้บริการมีความต้องการเพิ่มขึ้นแต่เข้าถึงได้ยาก และบางอย่างไม่สามารถเข้าถึงได้ การจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการ เป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ และจากการที่อัตราค่าส่งผู้ให้บริการมีการหมุนเวียนตารางปฏิบัติงานไปศูนย์บริการอื่นด้วย ทำให้ไม่สามารถจัดอัตราค่าส่งสนับสนุนบริการสุขภาพบางอย่างได้ บ่งชี้ว่ามีความไม่เพียงพอของผู้ให้บริการ เนื่องจากการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้รับบริการมีอัตราที่สูงขึ้น ส่งผลโดยตรงต่อภาระงานของสถานบริการและผู้ให้บริการ จนเกิดความไม่สมดุลของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ²¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความขาดแคลนของผู้ให้บริการ ทำให้ไม่สามารถให้บริการสุขภาพได้ครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการทั้งหมดของผู้รับบริการได้²²⁻²³ ผลการวิจัยยังพบว่า ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่จะมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหลัก ส่วนสหสาขาวิชาชีพอื่นหมุนเวียนนอกกรรมทีมได้เป็นบางครั้ง และบางกิจกรรม การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ภายใต้นโยบายหมอครอบครัว จึงทำได้เพียงบางส่วนและยังมีความต้องการพัฒนางานส่วนนี้เพื่อคุณภาพการบริการ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่า การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยมีหมอครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาทั้งการเข้าถึงและคุณภาพของบริการสุขภาพสำหรับผู้ให้บริการ²⁴ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีความต้องการจำนวน

บุคลากรสุขภาพเพิ่มมากขึ้น^{25,26} ปัจจุบันประเทศไทยจึงขาดแคลนบุคลากรสุขภาพและมีแนวโน้มว่าในอนาคตปัญหานี้ก็จะยังคงอยู่ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการจัดบริการสุขภาพตามปัญหาและความต้องการ โดยผู้รับบริการทุกกลุ่มมีความต้องการบริการสุขภาพที่เป็นจุดร่วม ตามปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพในแต่ละมิติ ได้แก่ 1) บริการทันตกรรมโดยทันตแพทย์ในเวลาทำการทุกวัน และนอกเวลาในบางวัน 2) บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวที่เลี้ยงดูเด็ก 0-5 ปี 3) บริการคัดกรองโรคเชิงรุกและส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยจัดบูรณาการร่วมกับงานเทศกาลต่างๆ ตามฮีต 12 ในบริบทวัฒนธรรมอีสานเพราะเป็นช่วงเวลาที่ประชาชนมารวมตัวกันทำกิจกรรม เช่นโครงการกินอาหารอีสานให้ปลอดภัยในวันปีใหม่ โครงการปลอดภัยจากไข้หวัดในวันเข้าพรรษา เป็นต้น 4) บริการกายภาพบำบัด 5) บริการตรวจรักษาจากแพทย์เฉพาะทางโรคกระดูกและข้อ ส่วนกลุ่มครอบครัวที่มีผู้พิการมีความต้องการบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นคือ 1) บริการผู้ดูแลทดแทนเป็นครั้งคราวจากสถานบริการสุขภาพ 2) บริการยืดกายอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสุขภาพ

References

1. Jindawatana A, Ashananuphap S, Pipatrojkamol S. Health promotion in Thailand. 2nd ed. Bangkok: Moh Chao Ban Publishing House; 2008 (in Thai).
2. International health policy program. Thailand. NCDs Situational Report: (kick off to the golds) No. 2 2016. [cited 2018 June 3]. Available from: <http://www.thaincdnet.ihpptthaigov.net> (in Thai).
3. Health statistics development plan No.1 (2014-2015). [cited 2018 May 14]. Available from: [http://www.osthailand.nic.go.th/files/social sector/SDP_health291057-new6.pdf](http://www.osthailand.nic.go.th/files/social%20sector/SDP_health291057-new6.pdf) (in Thai).
4. Institute for population and social research. Thai Health 2017. [cited 2018 May14]. Available from: <http://www.dropbox.com/s/170oujqal1w48pp/ThaiHealth2017EN.pdf?dl=0> (in Thai).
5. The office of ministry. Primary care cluster. guideline for primary care center: A manuals for health care providers. Bangkok: The Ministry of Public Health; 2016 (in Thai).
6. Agajampaka P, Sriprayun P, Thammachart S. Thailand regional health profile 2012-2017. Nonthaburi: Ministry of Health; 2019 (in Thai).
7. Kleiman A. Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.
8. Sodsuchart B. Health anthropology 1sted. Bangkok: Odeon store; 2010 (in Thai).
9. World Health Organization. The family health nurse: context, conceptual, frame-work, and curriculum. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000.
10. Jongudomkarn D, Macduff C. Development of a family nursing model for prevention of cancer and other noncommunicable through an appreciative inquiry. APJCP 2014; 15(17): 7343-50.

11. Chuengsatiansup K, Kata P. Primary health philosophy. *Suksala* 2008; 1(1): 42-7 (in Thai).
12. Cho J, Trent A. Validity in qualitative research. *QR* 2006; 6: 319-40.
13. Lincoln YS, Guba EG. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. 2nd ed. Beverly Hills: CA: Sage; 2000.
14. Miles MB, Huberman AM, Sandana J. *Qualitative data analysis: A method sourcebook*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publication; 2014.
15. Pieh-Holder K, Callahan C. Qualitative need assessment: healthcare experiences of underserved populations in Montgomery County, Virginia, USA; 2012. [cited 2018 June 3]. Available from: <http://www.rrh.org.au>
16. Reddy R, Welch D, Lima I, Thorne P, Nosa V. Identifying hearing care access barriers among older Pacific Island people in New Zealand: a qualitative study. *BMJ Open* 2019; 9:e029007.
17. Becker MH, Maiman LA. Socio behavioral determinants of compliance with medical care recommendation. *Med Care* 1975; 13: 10-24.
18. Jongudomkarn D, Phupaibul R, Niemsap T. Isan family well-being: Suffering and happiness on poverty. *Journal of Nursing Sciences and Health* 2019; 42(2): 62-73. (in Thai)
19. Jongudomkarn D, Phupaibul R, Kumhom R, Tejagupta C, Wacharasin C, Deoisres W, et al. Perceptions of the Thai family well-being: A qualitative study. *Journal of Nursing Sciences and Health* 2017; 40(1): 14-29 (in Thai).
20. Josiah, MH, Guillermina GN, Victor T. Healthcare access and barriers for unauthorized immigrants in El Paso Country, Texas. *Fam Community Health* 2009; 32(1): 4-21.
21. Ortiz F, Fitten LJ. Barriers to healthcare access for cognitive impaired older hispanics. *Alzheimer Disease and Associated* 2000; 14(3): 141-50.
22. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-center access to health care: conceptual access of the interface of health system and populations. *Int J Equity Health* [Internet], 2013 Mar [cited 2018 June 3]; 12:18. Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/2018>.
23. Sunthorntham S. Thai health insurance system. Bangkok: Sri Muang Printing; 2012 (in Thai).
24. Brundisini F, Ciacomini M, DeJean D, Vastono M, Winsor S, Smith A. Chronic disease patients' experience with accessing health care in rural and remote areas: A systematic review and qualitative meta synthesis. *Ontario Health Technology* 2013; 13(15): 1-33.
25. Komaric N, Bedford S, Driel M. Two sides of the coin: patient and provider perceptions of healthcare delivery to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds. *BMC Health Services Research* 2012; 12: 322-37.
26. Leiyo S, De-Chin L, Liang L, Luwen Z, Marty M, Nathan B. Community health centers and primary care access and quality for chronically ill patients—a case-comparison study of urban, Guangdong Province, China. *International Journal for Equity in Health*, 2015; 14:90.