บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนห้าจังหวัดชายแดนใต้ ประเทศไทย

Relationship Between Health Beliefs and Accessibility to Health Services for Non-Communicable Diseases Among the Five Southern Border Provinces, Thailand.

สรินฎา ปุติ
Sarinda Puti

ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดปัตตานี
Department of Psychology and Guidance, Faculty of Education,
Prince of Songkla University, Pattani, Thailand.
**Corresponding author: sarinda.p@psu.ac.th, psarinda@gmail.com*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนห้าจังหวัดชายแดนใต้ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนห้าจังหวัดชายแดนใต้ การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การพัฒนากรอบแนวคิด เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดห้าจังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 30 คน เครื่องมือการวิจัย เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่า IOC 0.8 เก็บข้อมูลเดือนกรกฎาคม 2560 ด้วยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา แล้วนำมาสร้างเป็นแบบสอบถาม ระยะที่ 2 การสำรวจสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชากรห้าจังหวัดชายแดนใต้ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น จำนวน 2,000 คน เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดในระยะที่ 1 มีค่าความเชื่อมั่น 0.8 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2560 โดยผู้วิจัยในพื้นที่ที่ได้รับการฝึกอบรม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้วยสถิติไคว์สแควร์

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า กรอบแนวคิดในการพัฒนา ได้แก่ ความเชื่อในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และระบบบริการสุขภาพ ระยะที่ 2 พบว่า สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 30.0) รองลงมาโรคเบาหวาน (ร้อยละ 9.7) โรคหัวใจ (ร้อยละ 6.0) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 0.2) ตามลำดับ การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และหลักความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง สาเหตุของการเกิดโรค และผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยใช้ภาษาที่ประชาชนในพื้นที่เข้าใจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรศาสนา

คำสำคัญ: การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ; ความเชื่อด้านสุขภาพ; จังหวัดชายแดนใต้; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Abstract

This descriptive research aimed to study the non-communicable disease situation and relationship between health beliefs and accessibility to health services of the five southern border provinces. The study comprised of two phases. Phase I is a conceptual development phase where 30 participants were purposive sampling who were administrators and health official staffs in each of the five southern border provinces. The research instruments were questionnaires developed by the researcher and the content validity was evaluated by 3 experts, with an IOC value 0.8. Data were collected in July 2017 via group discussion. The data were analyzed by using content analysis method to create the conceptual framework and questionnaire. Phase II is the survey of the non-communicable diseases situation, health beliefs, and accessibility to health services. In total 2000 samples were taken using the stratified random method. The research instruments were questionnaires developed from the conceptual framework in Phase I, with reliability 0.8. Data were collected during September to November 2017 by trained local research assistants. Data were analyzed by descriptive statistics, percentage, mean and standard deviation. Relationships among variables were tested with the statistics of the Chi-square test.

The first phase of the study found that the conceptual framework was the belief in health behavior, service of public health officials, and health services system. The second phase found that the major non-communicable diseases were hypertension (30.0%), diabetes (9.7%), heart disease (6.00%), and cancer (0.2%) respectively. Perception of severity and risk of hypertension, diabetes, and religious beliefs correlated with accessibility to health services at the significant level of 0.05. Therefore, the public health official should raise awareness of perceived seriousness, susceptibility, cause, and impact of non-communicable diseases using cultural or traditional language and encourage participation from religious organizations.

Keywords: accessibility to health services; health belief; non-communicable diseases; southernmost of Thailand

ความเป็นมาของปัญหา

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก และมีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหามากขึ้น คือ ปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable Disease) ส่วนหนึ่งมาจากยุคสมัยที่เปลี่ยนไป ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงซับซ้อนมากขึ้น และเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาหลายประการ จนถึงขั้นสูญเสียชีวิต นอกจากนี้ยังอาจเกิดทุพพลภาพ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยเองรวมถึงสมาชิกในครอบครัว อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[1] เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนชายแดนใต้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข และเป็นสาเหตุการป่วย/การตายอันดับต้น ๆ เช่นเดียวกัน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยทำงานและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น[2] การเสียชีวิตของประชากรไทยด้วยโรคไม่ติดต่อสำคัญ 5 โรค ระหว่างปี 2555-2559 คือ โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคระบบทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบมีสัดส่วน

ประมาณ 25-30% ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อทั้งหมด[3] การทบทวนงานวิจัยสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นที่ผ่านมา พบว่าโดยส่วนใหญ่พิจารณาปัญหาจากปัจจัยบุคคลเป็นหลักสำคัญ เช่น จากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น เป็นไปตามแนวคิดของปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health determinants) ซึ่งอาศัยหลักคิดด้านชีวการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นหลัก ซึ่งให้ความสำคัญกับปัจจัยหลักที่กำหนดสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านระบบบริการสาธารณสุข และระบบการดูแลสุขภาพ ที่ขาดระบบเชิงการป้องกันที่ชัดเจน ส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองตามความเชื่อที่สังคมมีอยู่[4] นอกเหนือจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ยังมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ[5] ทั้งด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่นๆ[6-8] การเข้าใจธรรมชาติและความเชื่อของสิ่งที่เกิดขึ้น จะช่วยให้เกิดแนวคิดที่ตรงกับความต้องการของสังคมอย่างแท้จริง นอกจากนั้น ปัจจัยด้านรายได้ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล การรับรู้คุณภาพบริการด้านการให้บริการ การดูแลสุขภาพองค์รวม การดูแลต่อเนื่อง ความพร้อมของสถานที่/อุปกรณ์การแพทย์ ยา และบุคลากร ความมั่นใจในการให้บริการของโรงพยาบาล ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ และการเข้ารับการบริการจากสถานพยาบาล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการดูแลและควบคุมรักษาโรคเรื้อรังของประชาชน อย่างไรก็ตาม ด้วยภาระงานของการบริการสุขภาพมีมากขึ้น ทำให้การให้บริการของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับชุมชนขึ้นไปมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยจำกัด ก่อให้เกิดความเครียด เกิดการกระจุกตัวและความแออัดในการให้การรักษาพยาบาล ทำให้คุณภาพการบริการของสถานพยาบาลลดลง[9,10]

สถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในห้าจังหวัดชายแดนใต้ จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเช่นเดียวกับปัญหาในระดับประเทศ โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรังที่ยังไม่มีแนวโน้มจะลดลง เหตุความรุนแรง ที่เกิดขึ้นมากว่า 12 ปี ได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนในพื้นที่ อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อระบบการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน และกลายเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ทำให้อัตราการเจ็บป่วยบางอย่างยังคงสูง จากข้อมูลสถิติการให้บริการของสถานพยาบาลทุกระดับ พบการเข้าถึงบริการสุขภาพมีปริมาณผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงเวลาและประเภทของการให้บริการ และการส่งต่อ[11] และจากการที่จังหวัดชายแดนใต้อยู่ในกลุ่มที่มีอัตลักษณ์เฉพาะในด้านความเชื่อและวัฒนธรรม ร้อยละ 82.16 นับถือศาสนาอิสลามและนิยมใช้ภาษามลายูท้องถิ่นแทนการใช้ภาษาไทยในชีวิตประจำวัน จากบริบททางสังคม ภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อ ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ผลักให้คนในพื้นที่มีความเป็นคนชายขอบ (marginality) ในแง่ของภูมิศาสตร์ ประวัติศาสตร์ รวมถึงความรู้ต่างๆ กลายเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ทำให้อัตราการเจ็บป่วยบางอย่างยังคงสูง ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพในกลุ่มของประชากรมุสลิมและความเชื่อที่สัมพันธ์กับเข้าถึงบริการสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูลงานวิจัยที่สำรวจอย่างชัดเจน การแก้ไขปัญหาด้านต่างๆ จำเป็นต้องมีข้อมูลในกลุ่มที่จะต้องแก้ไข เพื่อให้เกิดการยอมรับและตระหนักในปัญหามากขึ้น นำไปสู่การร่วมมือ ป้องกันและแก้ไขปัญหาด้วยประชาชนเอง งานวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นในการสำรวจปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรมุสลิมที่เป็นกลุ่มใหญ่ในพื้นที่ห้าจังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้วางแนวทางที่ถูกต้องและสอดคล้องกับกลุ่มประชากร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนห้าจังหวัดชายแดนใต้
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนห้าจังหวัดชายแดนใต้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยภาวะสุขภาพ ความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดชายแดนใต้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การพัฒนากรอบแนวคิด

ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนากรอบแนวคิด แล้วนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อสำรวจในระยะที่ 2

ประชากร เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนร่วมให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้บริหาร หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชายแดนใต้ทั้ง 5 จังหวัด จำนวน 30 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้บริหาร หัวหน้างานหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถให้ข้อมูลได้ในงานโรคติดต่อไม่เรื้อรัง

เครื่องมือการวิจัย

เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinant of health) และให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คนตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัย มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา =0.8 ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ

การดำเนินการเก็บข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูล จากผู้ให้ข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ตามกรอบข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการเก็บข้อมูลตามรายจังหวัด ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล ใช้ระยะเวลาสนทนากลุ่มประมาณ 2 ชั่วโมง พร้อมศึกษารายละเอียดเอกสารรายงานสถานการณ์โรคของแต่ละจังหวัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่บันทึกจากการสนทนากลุ่ม ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และจากเอกสารรายงานสถานการณ์ของแต่ละจังหวัด และนำข้อมูลมาจัดระบบ ลงรหัส ให้ข้อมูลค้นหาความหมาย และแยกแยะองค์ประกอบข้อมูล เป็นกรอบแนวคิดในการสำรวจระยะที่ 2

การสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลการสัมภาษณ์ในระยะที่ 1 กับผู้ให้ข้อมูล (credibility) และการตรวจสอบยืนยันผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนักวิจัยอย่างน้อย 2 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องกัน (auditability)

ระยะที่ 2 การสำรวจสถานการณ์สุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ภายใต้กรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้น ในกลุ่มตัวอย่างประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

ประชากร

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ เป็นประชากรในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่างจากการคำนวณของ Krejcie & Morgan[2] ประชากรห้าจังหวัดชายแดนใต้ มีจำนวน 3,650,804 คน[4] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1,083 คน เพื่อป้องกันข้อมูลที่ได้ไม่สมบูรณ์ ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 2,000 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น" (Stratified sampling) คือ จากอำเภอทั้งหมดในแต่ละจังหวัดของทั้ง 5 จังหวัดชายแดนใต้ แบ่งกลุ่มออกเป็นอำเภอที่ติดทะเลและอำเภอที่ไม่ติดทะเลก่อน เนื่องด้วยลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน แล้วจึงสุ่มเลือกโดยใช้วิธีการจับฉลากเพื่อให้ได้ 1 อำเภอที่ติดทะเลและ 1 อำเภอที่ไม่ติดทะเล รวมเป็น 2 อำเภอในแต่ละจังหวัด ยกเว้นจังหวัดยะลา ซึ่งไม่มีเขตแดนของอำเภอที่ติดทะเล การเลือกครัวเรือนตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) โดยสุ่มเลือกจากหมายเลขครัวเรือนที่ให้ไว้ในแผนที่หมู่บ้าน ดังรายเอียดต่อไปนี้

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดให้การสุ่มครัวเรือนในหมู่บ้านตัวอย่างจำนวนหมู่บ้านละ 200 ครัวเรือน ตามขั้นตอนดังนี้

1. เดินสำรวจหมู่บ้าน แล้วทำแผนที่ "หมู่บ้าน" แสดงที่ตั้งของครัวเรือนทั้งหมดในหมู่บ้าน

2. ลงหมายเลขของบ้านแต่ละหลัง เริ่มตั้งแต่ 1,2,3 ... เรื่อยไปจนครบทุกหลัง

3. คำนวณหา "ช่วง" ระหว่างครัวเรือนตัวอย่าง โดยการนำจำนวนครัวเรือนที่มีทั้งหมดในหมู่บ้าน แล้วหารด้วย 200 (ตามจำนวนครัวเรือนตัวอย่างที่ต้องการ)

4. ให้เริ่มครัวเรือนที่ให้หมายเลข 2 ในแผนที่เป็นหลังแรก และเลือกครัวเรือนถัดไป โดยเว้น "ช่วง" ระหว่างครัวเรือน ตามค่าที่คำนวนได้ในข้อ 3 และเว้นช่วงครัวเรือนเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ จนได้ครัวเรือนตัวอย่างครบ 200 ครัวเรือน

เครื่องมือการวิจัย

ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดในระยะที่ 1 ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล

และนักวิชาการสาธารณสุข และทดสอบเครื่องมือก่อน (try out) ในพื้นที่จริงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย แต่มีลักษณะประชาชนใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน เพื่อให้มั่นใจว่าภาษาและข้อถามที่ใช้ในแบบสอบถามนี้เหมาะสมและใช้ได้จริงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของ Cronbach มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) = 0.8 ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ (Check List) จำนวน 9 ข้อ

2. ข้อมูลสภาพแวดล้อม เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ จำนวน 9 ข้อ

3. การเข้าถึงบริการสถานพยาบาล เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ จำนวน 2 ข้อ และเติมคำ จำนวน 3 ข้อ

4. ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ จำนวน 5 ข้อ และเติมคำ จำนวน 6 ข้อ

5. ภาวะการเจ็บป่วย เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ จำนวน 1 ข้อ

การดำเนินการเก็บข้อมูล

อบรมผู้ช่วยวิจัยในการใช้เครื่องมือวิจัย เพื่อให้เข้าใจเครื่องมือวิจัย โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัยดังนี้

1. จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือกำลังศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 เป็นต้นไป

2. เป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่การเก็บข้อมูลการวิจัย เพื่อช่วยให้ได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง และทำให้การเก็บข้อมูลไม่ต้องกังวลเรื่องเวลาที่จะอยู่ในหมู่บ้าน และสามารถสื่อสารภาษามลายูท้องถิ่นได้

3. เข้าร่วมการอบรมการใช้เครื่องมือการวิจัย

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์บุคคล อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ทราบข้อมูลของครัวเรือนและอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่สุ่มได้ กรณีที่ไม่สามารถสัมภาษณ์ใครในครัวเรือนตัวอย่างที่สุ่มได้ ให้เลือกครัวเรือนที่อยู่ติดกันที่สุดแทนครัวเรือนตัวอย่างที่สุ่มได้

5. บันทึกหมายเลขของครัวเรือนตัวอย่างใน “บัญชีครัวเรือนตัวอย่าง” ซึ่งแสดงว่าในหมู่บ้านนั้นครัวเรือนหมายเลขใดตกเป็นตัวอย่างบ้าง และใครในครัวเรือนตัวอย่างนั้นเป็นผู้ให้ข้อมูล

6. แบบสอบถามใช้การสัมภาษณ์โดยตรง จำนวน 2,000 ครัวเรือน (2,000 คน) จำนวนแบบสอบถามที่สมบูรณ์ได้รับคืน 2,000 คน response rate =100

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปและใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

1. ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อพรรณนาข้อมูลทั่วไป โดยกรณีข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติวิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ วิเคราะห์ด้วยค่ามัธยฐานและค่าพิสัย ความถี่และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้วยสถิติทดสอบไคว์สแควร์

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยในระยะที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้ร่วมการวิจัย โดยขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบคำถามด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยนำเอกสาร ชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย อธิบายรายละเอียดของการวิจัย ประกอบด้วย ชื่อบุคคลและหมายเลขโทรศัพท์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะติดต่อระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย แบบฟอร์มการให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เอกสารระบุโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัยที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย การปกปิดและรักษาข้อมูลส่วนตัว ความเสี่ยงจากการวิจัยที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะตอบคำถามในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือทั้งหมด สามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลใดๆ ข้อมูลทุกอย่างมีการเก็บไว้เป็นความลับในที่ปลอดภัย ไม่ใช้ชื่อสกุลของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการนำเสนอข้อมูล นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวม ข้อมูลทุกอย่างจะถูกทำลายภายใน 3 ปีหลังจากสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลจากการสนทนา สามารถสรุปได้ดังนี้

1. โรคไม่ติดต่อที่สำคัญในจังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตก มะเร็งปอด หัวใจขาดเลือด และมะเร็งหลอดเลือด โรคเหล่านี้จะรุนแรงมากขึ้นในอนาคตหากสิ่งแวดล้อมยังเหมือนเดิม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า แบบแผนความเชื่อในการบริโภคอาหารของประชาชนในจังหวัดชายแดนใต้ ยังไม่รับรู้ถึงความเสี่ยงหรืออันตรายของการเกิดโรค มักเน้นอาหารมีไขมัน อาหารเค็ม การรับประทานบูดู โดยเฉพาะ

ในกลุ่มผู้สูงอายุ ข้อสังเกตในเดือนที่ถือศีลอด ประชาชนมักจะบริโภคอาหารหวาน อาหารมัน ด้านสาเหตุการตาย พบว่า 50% ของการตายของประชาชนในพื้นที่ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน เนื่องจากการแจ้งตายไม่ได้อยู่ในระบบงานของระบบงานสุขภาพ ข้อมูลที่แสดงออกมาจึงยังวัดสาเหตุการตายไม่ได้ชัดเจน

2. ปัญหาและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ พบปัญหาด้านพฤติกรรมบริการ เช่น พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ปัญหาด้านการสื่อสาร มีการสื่อสารกันน้อย ปัญหาระบบบริการ ส่วนใหญ่เป็นลักษณะการให้บริการแบบปัจเจกคน ที่ไม่มีระบบรองรับ และไม่เอื้อต่อประชาชนในพื้นที่ การให้บริการที่ยังไม่ทั่วถึง

จากข้อมูลดังกล่าว ได้สังเคราะห์เป็นกรอบปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ในการนำมาสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าถึงบริการสุขภาพจากสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่อทางศาสนา โดยสร้างเป็นแบบสอบถาม Check List และให้แสดงความคิดเห็นในประเด็นดังกล่าวเพิ่มเติม

ระยะที่ 2

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.79) นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 96.87 ส่วนใหญ่อายุ 41-60 ปี (ร้อยละ 44.4) รองลงมา อายุ 25-40 ปี (ร้อยละ 29.2) ($\overline{X}$=48 ปี SD=15.58) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 35.3) รองลงมาไม่ได้เรียน/ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 33.6) ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 49.90) อาชีพหลักประกอบกิจการส่วนตัว (ร้อยละ 39.02) รองลงมาลูกจ้างเอกชน (ร้อยละ 17.1) และแม่บ้าน/ทำงานที่ไม่ได้รับค่าจ้าง (ร้อยละ 14.65) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ79.7) รายได้เฉลี่ย 7,557.34 บาท (SD=13599.46) ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะครัวเรือน (N=1,999)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	524	26.21
หญิง	1476	73.79
ศาสนา		
พุทธ	58	2.93
อิสลาม	1938	96.87
อื่นๆ	4	.20
อายุ (ปี) ($\overline{X}$=47.87 SD=15.58 min =14 max 93)		
15-24	112	5.6
25-40	584	29.2
41-60	887	44.4
>60	417	20.9
การศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน/ต่ำกว่าประถม 4	672	33.6
ประถมศึกษา	706	35.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	271	13.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./เทียบเท่า	251	12.6
อนุปริญญา/ปวส.	26	1.3
ปริญญาตรีขึ้นไป	51	2.6
อื่นๆ	9	.5
ไม่ตอบ	14	.7

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว /สามี	997	49.90
มารดา	881	44.09
บุตร	114	5.66
ญาติ	7	.35
อาชีพ		
ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ	78	3.93
ลูกจ้างเอกชน	342	17.1
กิจการส่วนตัว	780	39.02
นักเรียน/นักศึกษา	17	.86
แม่บ้าน/ทำงานที่ไม่ได้รับค่าจ้าง	291	14.65
เกษียณ	34	1.71
ว่างงาน/ไม่สามารถทำงานได้	187	9.4
ไม่ตอบ	271	13.65
รายได้ (บาท) ($\overline{X}$=7557.34 SD 13,599.46 min 300 max 300,000)		
ต่ำกว่า 5,000	675	33.9
5,000-10,000	713	35.8
10,001-20,000	155	7.8
>20,000	449	22.5

การเจ็บป่วยเป็นโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30.0) รองลงมา เป็นเบาหวาน (ร้อยละ 9.7) โรคหัวใจ (ร้อยละ 6.0) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 0.2) ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของการเป็นโรคจำแนกตามโรคที่เป็น (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)

ข้อมูลการเป็นโรค N=2,000	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มะเร็ง	4	0.2
หัวใจ	120	6.0
เบาหวาน	194	9.7
ความดันโลหิตสูง	600	30.0
ปอดเรื้อรัง	80	4.0
อื่นๆ	62	3.1
ไม่มีโรค	940	47

ระยะเวลาการเป็นโรค พบว่า การเป็นโรคหัวใจส่วนใหญ่มีระยะเวลา 1-3 ปี (ร้อยละ 73.3) เช่นเดียวกับโรคเบาหวาน (ร้อยละ 41.2) ระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มากกว่า 3 ปี (ร้อยละ 53.9) เช่นเดียวกับโรคมะเร็ง (ร้อยละ 75.0) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของการเป็นโรคจำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรคของแต่ละโรค

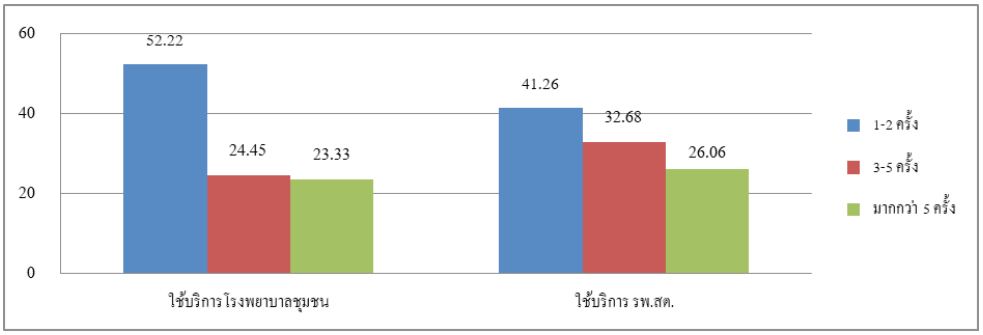
ข้อมูลการเป็นโรค	ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี) จำนวน (ร้อยละ)		
	<1	1-3	>3
โรคหัวใจ n=120	20(16.7)	88(73.3)	12(10.0)
โรคความดันโลหิตสูง n=600	98(16.3)	179(29.8)	253(53.9)
โรคเบาหวาน n=194	80(41.2)	47(24.2)	67(34.5)
โรคมะเร็ง n= 4	1(25.0)	-	3(75.0)

การเข้าถึงบริการสถานพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าถึงสถานพยาบาลแต่ละประเภท พบว่าระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ส่วนใหญ่ระยะทาง 1-5 กม. ร้อยละ 73.5 ($\overline{X}$ =4.34 กม. SD=4.36, Min=1 กม. Max=50 กม.) ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลประจำอำเภอ ส่วนใหญ่ 6-10 กม. ร้อยละ 39.4 ($\overline{X}$=9 กม. SD=6.7, Min=1 กม. Max=31 กม.) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เข้าถึงบริการสถานพยาบาลประเภท รพ.สต. (ร้อยละ 77.65) รองลงมา โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 64.21) ประทับใจการใช้บริการจากรพ.สต. (ร้อยละ 64.24) และโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 57.94) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าถึงสถานพยาบาลแต่ละประเภท N=1957

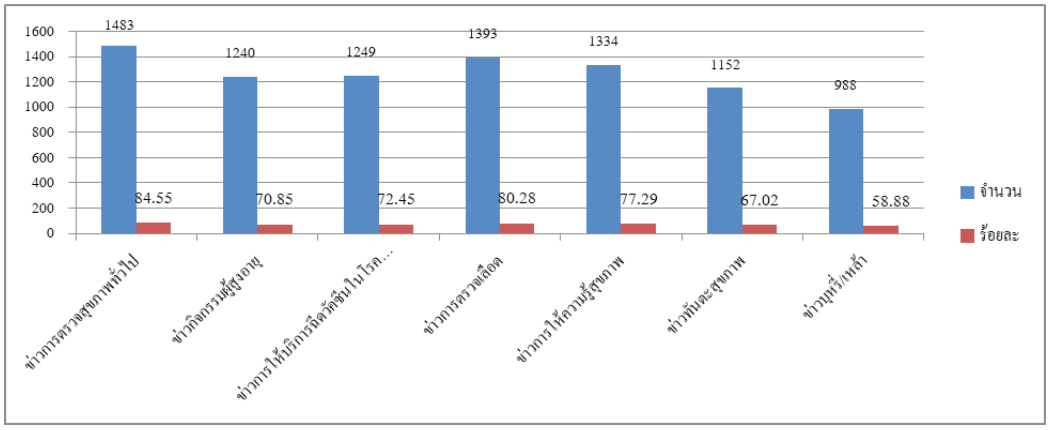
การเข้าถึงสถานพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะทางจากบ้านถึงรพ.สต. (กม.) ($\overline{X}$=4.29 กม.ต่ำสุด 1 กม. สูงสุด 50 กม.)		
1-5	1438	73.5
6-10	345	17.6
11-15	129	6.6
>15	45	2.3
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลประจำอำเภอ (กม.) ($\overline{X}$=9.92 กม.ต่ำสุด 1 กม. สูงสุด 31 กม.)		
1-5	601	30.8
6-10	767	39.4
11-15	263	13.5
16-20	159	8.2
การไปใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน		
ไป	1167	65.97
ไม่ไป	602	34.03
ผลการให้บริการ		
ประทับใจ	551	57.94
เฉยๆ	350	36.80
แย่	50	5.26
การไปใช้บริการ รพ.สต.		
ไป	1367	78.74
ไม่ไป	369	21.26
ผลการให้บริการ		
ประทับใจ	740	64.24
เฉยๆ	386	33.51
แย่	26	2.26

การเข้าถึงสถานพยาบาลจำแนกตามจำนวนครั้งที่ไปใช้บริการในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ไปใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน และรพ.สต. 1-2 ครั้ง ร้อยละ 52.22 และ 41.26 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงสถานพยาบาลจำแนกตามจำนวนครั้งที่ไปใช้บริการในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา N=1957

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับข่าวการตรวจสุขภาพทั่วไป ร้อยละ 84.55 รองลงมาข่าวการตรวจเลือด ร้อยละ 80.28 และ ข่าวการให้ความรู้สุขภาพ ร้อยละ 77.29 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

เหตุผลของการไม่ไปใช้บริการเมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารการให้บริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าโดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลเนื่องจากเวลาไม่อำนวยให้ ได้แก่ ด้านการตรวจสุขภาพทั่วไป ร้อยละ 50 การให้บริการฉีดวัคซีนในโรคทั่วไป ร้อยละ 37.12 ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 34.87 ด้านกิจกรรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.17 ด้านการให้ความรู้สุขภาพ ร้อยละ 32.22 ด้านทันตะสุขภาพ ร้อยละ 30.81 และด้านบุหรี่/เหล้า ร้อยละ 27.54 รองลงมาให้เหตุผลเนื่องจากไม่มีประโยชน์ ได้แก่ การให้บริการฉีดวัคซีนในโรคทั่วไป ร้อยละ 35.18 ด้านการให้ความรู้สุขภาพ ร้อยละ 31.31 ด้านทันตะสุขภาพ ร้อยละ 30.81 ด้านกิจกรรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.28 ด้านบุหรี่/เหล้า ร้อยละ 23.25 ด้านการตรวจสุขภาพทั่วไป ร้อยละ 18.35 และด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 15.25 ตามลำดับ สำหรับการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่รู้จัก/ไม่ทราบถึงรายละเอียดของการออกกำลังกาย ร้อยละ 45.52

ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ด้านการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรค โรคหัวใจ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง (79.2) โรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับน้อย (ร้อยละ 37.75) โรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีการ

รับรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.2) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 25.0)

ด้านการรับรู้ระดับความเสี่ยงของโรค พบว่า โรคหัวใจ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80) โรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่รับรู้ในระดับน้อย (ร้อยละ 36.53) โรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.2) และโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่ไม่รับรู้ความเสี่ยง (ร้อยละ 25.0) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างการเป็นโรคจำแนกตามระดับความรุนแรงและความเสี่ยงของการเป็นโรค N=2000

ข้อมูลการเป็นโรค	ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน (ร้อยละ)			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่รับรู้เลย
การรับรู้ความรุนแรงของโรค				
โรคหัวใจ n=120	7(5.8)	95(79.2)	9(7.5)	8(6.7)
โรคความดันโลหิตสูง n=600	87(14.60)	199(33.23)	225(37.75)	85(14.2)
โรคเบาหวาน n=194	15(7.7)	80(41.2)	36(18.6)	63(32.5)
โรคมะเร็ง n=4	2(50.0)	-	1(25.0)	1(25.0)
การรับรู้เสี่ยงของโรค				
โรคหัวใจ n=120	6(5.0)	96(80.0)	8(6.7)	10(8.3)
โรคความดันโลหิตสูง n=600	92(15.49)	194(32.66)	217(36.53)	92(15.52)
โรคเบาหวาน n=194	13(6.7)	78(40.2)	44(22.7)	59(30.4)
โรคมะเร็ง n=4	2(50.0)	-	1(25.0)	4(25.0)

การรับรู้การป้องกันและอุปสรรคของการป้องกันดูแลโรค จากการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่มีวิธีการป้องกันการเป็นโรคด้วยการควบคุมอาหาร รับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่พบอุปสรรคของการป้องกันดูแลโรค ได้แก่ การรับประทานยา เช่น ลืมรับประทาน ยามากเกินไป รู้สึกเบื่อกับการรับประทานยา อุปสรรคของการเดินทาง เวลาไม่เอื้อต่อการไปพบแพทย์ตามนัด

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนจังหวัดชายแดนใต้

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนจังหวัดชายแดนใต้ พบว่า การรับรู้ความรุนแรง ของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน ($\mathbf{X}^2$=54.854, $\mathbf{X}^2$=18.924) ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าถึงสถานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับน้อย ร้อยละ 31.17 และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวานที่เข้าถึงสถานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.02 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	การรับรู้ความรุนแรงของโรค						
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่รับรู้เลย	X^2	df.	p-value
โรคหัวใจ n=120							
โรงพยาบาลชุมชน	4(3.33)	67(55.83)	6(5.0)	5(4.17)	6.449	4	.16
รพ.สต.	3(2.5)	3(2.5)	2(1.67)	7(5.83)	7.706	4	.10
โรคความดันโลหิตสูง n=600							
โรงพยาบาลชุมชน	50(8.33)	131(21.83)	187(31.17)	40(6.67)	54.854	12	.01*
รพ.สต.	73(12.17)	159(26.5)	191(31.83)	65(10.83)	8.027	8	.43
โรคเบาหวาน n=194							
โรงพยาบาลชุมชน	11(5.67)	66(34.02)	31(15.98)	35(18.04)	18.924	4	.01*
รพ.สต.	12(6.19)	60(30.92)	26(13.40)	56(28.87)	2.270	4	.68
โรคมะเร็ง n=4							
โรงพยาบาลชุมชน	2(50)	-	1(25)	-	6.00	3	.11
รพ.สต.	-	1(25)	-	-	6.00	3	.11

*p-value < .05

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนจังหวัดชายแดนใต้ พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน (X^2=56.824, X^2=12.72) และรพ.สต. (X^2=15.378, X^2=12.285) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ความเสี่ยงของเป็นโรคหัวใจและโรคมะเร็งกับการเข้าถึงสถานพยาบาลทั้งสองประเภท ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงของโรคกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	การรับรู้ความเสี่ยงของโรค						
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่รับรู้เลย	X^2	df.	p-value
โรคหัวใจ n=120							
โรงพยาบาลชุมชน	3(2.5)	68(56.67)	6(5.0)	6(5.0)	4.323	3	.29
รพ.สต.	3(2.5)	73(60.83)	2(1.67)	7(5.83)	2.925	3	.43
โรคความดันโลหิตสูง n=600							
โรงพยาบาลชุมชน	54(9.0)	137(22.83)	14(2.33)	42(7.0)	56.824	12	.01*
รพ.สต.	83(13.83)	156(26.0)	181(30.17)	69(11.5)	15.378	8	.05*
โรคเบาหวาน n=194							
โรงพยาบาลชุมชน	11(5.67)	61(31.44)	3(1.55)	35(18.04)	12.72	3	.01*
รพ.สต.	12(6.19)	53(27.32)	34(17.53)	56(28.87)	12.285	3	.01*
โรคมะเร็ง n=4							
โรงพยาบาลชุมชน	2(50.0)	-	1(25.0)	-	.875	2	.64
รพ.สต.	-	-	1(25.0)	-	3.937	2	.14

*p-value < .05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่าง หลักความเชื่อทางศาสนามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเลือกบริการเมื่อยามป่วย กับการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลชุมชน (X^2=35.748) และรพ.สต. (X^2=50.211) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อของศาสนากับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามลักษณะสถานพยาบาล

ความเชื่อของศาสนา (มี มีบ้างบางกรณี ไม่มี)	X^2	df	p-value
โรงพยาบาลชุมชน	35.748	6	.01*
รพ.สต.	50.211	6	.01*

*p-value < .05

ข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการบริการสุขภาพว่า ต้องการให้พัฒนาการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาล เช่น กิริยามารยาท (การสื่อสารที่ดี การบริการที่ดี การเอาใจใส่ การต้อนรับ) ระยะเวลาการรอคอย (การตรงต่อเวลา ความรวดเร็วของการให้บริการ) ความกระตือรือร้น การใช้ภาษาถิ่น และการให้บริการที่เท่าเทียมกัน

การอภิปรายผล

ภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาของประชาชนจังหวัดชายแดนใต้ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tongdee, et al[13] และข้อมูลสถิติอัตราการป่วยด้วยโรคจากเอกสารรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ ตลอดระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา และเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขและสาเหตุการป่วย/การตายอันดับต้นๆ ของประเทศไทย[14] การรับประทานยาอย่างไม่ต่อเนื่อง อาจเนื่องจากแบบแผนการรับประทานที่ไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบเป็นเนื้อเป็นส่วนใหญ่และบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ไม่นิยมการออกกำลังกาย ด้วยเหตุผลที่เวลาไม่เอื้ออำนวยให้ และอาจมาจากการใช้เพลงประกอบดนตรีที่ใช้ท่วงทำนองของเพลงมาประกอบการออกกำลังกาย ซึ่งต้องอยู่ในขอบข่ายที่อิสลามได้กำหนดไว้[15] ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง[16] อาจรวมถึงผลการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพ เพื่อการพึ่งตนเองของชุมชนนั้น ยังไม่ได้ตอบสนองต่อการแก้ปัญหาลดโรคลดเสี่ยงในชุมชน[17]

ความเชื่อทางสุขภาพของประชาชน ต่อลักษณะปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาหลักที่เกิดขึ้นในห้าจังหวัดชายแดนใต้ พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงกับการเข้าถึงสถานพยาบาลเช่นเดียวกันกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. (ตาราง 6 และ 7) นอกจากนั้น พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของการเป็นโรคนั้น กลุ่มตัวอย่างไม่รับรู้ระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานและโรคมะเร็ง ไม่รับรู้ความเสี่ยงของโรคมะเร็ง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ ตามลำดับ มีการรับรู้ความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระดับน้อย (ตาราง 5) ถึงแม้ประชาชนจะได้รับข้อมูลการประชาสัมพันธ์ข่าวสารการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านในระดับมากก็ตาม แต่การไปใช้บริการค่อนข้างน้อย (แผนภูมิที่ 1) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากอุปสรรคที่เกิดขึ้นทั้งรูปแบบการประชาสัมพันธ์ การสื่อสาร หรือการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่ ที่ยังไม่สามารถให้ประชาชนได้เข้าใจหรือตระหนักถึงปัญหาที่จะเกิดตามมาอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Leangpunsakul[18] ด้านการจัดบริการสุขภาพของสถานบริการ ยังไม่สร้างความประทับใจและเอื้อต่อวิถีชีวิตมุสลิม ทั้งนี้ประเด็นที่ครอบครัวคาดหวัง คือ การให้บริการที่รวดเร็ว เป็นจุดบริการเดียว เจ้าหน้าที่ควรให้บริการด้วยพฤติกรรมที่ดี เอาใจใส่ ใช้น้ำเสียงที่เหมาะสม (ข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง) ความพร้อมด้านกำลังคน สถานที่ เครื่องมือ และความสะอาดของอุปกรณ์ นอกจากนั้น รวมถึงขาดการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลถูกต้องต่อเนื่องแก่ผู้รับบริการ[18] ความมั่นใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยังมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการของผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและการดูแลยาวนาน หากได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ต่อเนื่อง มีคุณภาพ จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หาก รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชนจัดบริการที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจในการเข้ารับบริการรักษาที่โรงพยาบาล การอธิบายถึงการดำเนินของโรคและการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่มีความสำคัญ ช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่าง

ทราบว่าโรคเรื้อรังเป็นโรคที่มีความรุนแรงอาจถึงแก่ชีวิตได้ สามารถควบคุมได้ด้วยการปรับพฤติกรรมตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับตัวเอง[10] ทั้งนี้พบอุปสรรคจากการไม่มีเวลา อุปสรรคในการเดินทาง เวลาไม่เอื้อต่อการไปพบแพทย์ตามนัด การไม่เห็นประโยชน์ของการไปรับบริการ (แผนภูมิที่ 2) และจากข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการให้พัฒนาการใช้ภาษาถิ่น ซึ่งอาจเป็นเป็นภาษามลายูที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมุสลิมจะเข้าใจภาษาได้ง่าย นอกจากนั้น ยังพบอุปสรรคในการป้องกันโรค คือ การรับประทานยา เช่น ลืมรับประทานยา ยามากเกินไป รู้สึกเบื่อกับการรับประทานยา (จากข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง) ส่วนหนึ่งที่อาจเกี่ยวข้องกับการตระหนักและความรู้ความเข้าใจซึ่งเกี่ยวข้องระดับการศึกษาที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ตาราง 1)

สรุป

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบในห้าจังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง โรคเหล่านี้ยังคงมีอัตราสูง ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพใน รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชนของประชาชนในกลุ่มโรคเหล่านี้สัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค อุปสรรคของการป้องกันดูแลโรค และยังสัมพันธ์ความเชื่อทางศาสนา รวมถึงระบบการบริการสุขภาพที่ประชาชนในพื้นที่ยังเข้าถึงบริการสุขภาพได้ไม่มากนัก ที่อาจรวมถึงความประทับใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ มีการให้ข้อมูลข่าวสารการประชาสัมพันธ์การให้บริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านในด้านต่างๆ แต่ความครอบคลุมของการไปใช้บริการยังมีน้อย ด้วยเหตุผลของเวลา ระยะทาง การทำงาน การไม่ตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการให้บริการสุขภาพด้านต่างๆ จากเจ้าหน้าที่ และอาจมาจากพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ที่ยังไม่สามารถให้ประชาชนเข้าถึงและประทับใจกับการบริการต่างๆ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยที่สำคัญ อันได้แก่ สถานการณ์ความเจ็บป่วยที่ยังคงเป็นปัญหา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อทางศาสนา และการเข้าถึงบริการของสถานพยาบาล เพื่อส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาวะที่เกิดขึ้นในจังหวัดชายแดนใต้ จึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

1. การสร้างการรับรู้ให้แก่ประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในระดับอำเภอและตำบลรณรงค์ สร้างความเข้าใจ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง สาเหตุของการเกิดโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้น ใช้ภาษาที่ประชาชนในพื้นที่เข้าใจ

2. การสร้างความร่วมมือ โดยเฉพาะองค์การทางศาสนาให้มีส่วนร่วมกับฝ่ายสาธารณสุขในสร้างวัฒนธรรมพฤติกรรมสุขภาพ สนับสนุนปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อและสอดคล้องกับบริบทความต้องการของพื้นที่

3. การพัฒนาระบบการรักษาแบบผสมผสาน สืบเนื่องจากการที่ต้องรับประทานยามากเกินไปตามผลการศึกษาของการวิจัย การจัดการปัญหาจึงต้องอาศัยการแพทย์แบบผสมผสาน เช่น แพทย์ทางเลือกที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยอาศัยการวิจัยประสิทธิภาพของรักษาการแพทย์แบบผสมผสาน

4. การขยายพื้นที่บริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในระดับอำเภอและตำบล จัดโมบายเชิงรุกในพื้นที่ทุกสัปดาห์ เพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ โดยอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น

5. การพัฒนาพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น การสื่อสาร การใช้ภาษาถิ่น การเอาใจใส่ การต้อนรับ การตรงต่อเวลา ความรวดเร็วของการให้บริการ ความกระตือรือร้น การให้บริการที่เท่าเทียมกัน รวมถึงการลดระยะเวลาการรอคอย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Strategy and planning division. Public health statistic. 2003-2012; Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic.pdf. Thai.
2. Bureau of non communicable diseases. Strategy and planning division. 2015; Available from: http://www.thaincd.com/2016/mission3. Thai.
3. Bureau of Non Communicable Disease. Annual Report 2017. Aksorn graphic and design publishing; 2017. Thai.
4. Awaeni S, Waram M, Saridae R, et al. Health management of people in the unrest situation in

the southern border provinces. Health systems research institute; 2010. Thai.

5. Jansorn A, Bumrerraj S. Health beliefs of change model in prevention of opisthorchiasis among people in Nonghukhu sub-district, Banphue district, Udon Thani Province. Community health development quarterly Khon Kaen University. 2016; 4(3). July- September: 443-457. Thai.
6. Janz N K, Becker M H. The health belief model: A decade later. Health Education & Behavior. 1984; 11(1):1-47.
7. Praiwong C, Sattayawongtip W, Seekul P. The study of health beliefs and self-care behaviors of Patients with hypertension in Sung Noen district, Nakhon Ratchasima Province. Journal of Nakhon Ratchasima colledge. 2017; 11(1): 26-36. Thai.
8. Champion V L, Skinner C S. The health belief model. health behaviour and health education; theory, research, and practice. Jossey-Bass, San Francisco.2008; 45-65.
9. Official statistics registration system. Available from http://stat.bora.dopa.go.th/stat/pk/pk_56.pdf. Data 31 December; 2013.Thai.
10. Thanwong T, Pensirinapa N, Kirapong P. Factors related to medical care usage of chronic disease patients at sub-district health promoting hospitals in Khao Yoi Health Network, Petchaburi Province. Journal of Safety and Health. 2016; 9(31): 26-36. Thai.
11. Sutheravut P. Crisis health system,3 Southern Border Provinces. Available from: https://www.gotoknow.org/posts/4396. Thai.
12. Krejcie R V, Morgan D W. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement. 1970; 30(3): 607-610.
13. Tongdee J, Rongmuang D, Nakchatree C. Health status and quality of life among the elderly in the Southern Border Provinces of Thailand. Nursing journal of the ministry of public health. 2012; 22(3): 88-99. Thai.
14. Ministry of Public Health. Summary of the results of the state inspection and supervision. Available from: http://healthdata.moph.go.th/; 2017. Thai.
15. Waiyawanjit S, Makeng M, Chintara N. The way of life of the Muslim people that affects the health promotion through adequate physical activity. Research report. Physical activity research center; 2013. Thai.
16. Chareanphan T, Surinya T. Health belief, self efficacy, parenting styles and self care behavior of the high school students at Satri Nonthaburi in Nonthaburi Province. Journal of Social science and Health. 2014; 40(1): 69-84. Thai.
17. Reginal health 12. Ministry of Public Health. Available from: http://info.sasuk12.com/archives/nitate/index.html. Thai.
18. Leangpunsakul S, Lilahkul N, Sornbut J, et al. Situation and factors affecting the success of maternal and child health in 3 Southern Provinces. Health systems research institute; 2015. Thai.