

การเข้าถึงและความต้องการบริการสุขภาพ ด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานอนามัย ของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ ของประเทศไทย

จิตติมา อร่ามศรีธรรม*, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง**, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย**

*สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการเข้าถึง ความต้องการ และอุปสรรคการเข้าถึง บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานอนามัยบนเกาะแห่งหนึ่งในจังหวัดสตูล โดยการสัมภาษณ์เจาะ ลึกสตรีชาวเล จำนวน 15 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยเทคนิคการบอกต่อ ตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีตรวจสอบสามเส้าด้านระเบียบวิธีวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

การศึกษพบว่า สตรีชาวเลผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์การใช้บริการอนามัยแม่และเด็กในสถานอนามัย ช่วง พ.ศ. 2539-2548 อธิบายการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็กว่าสามารถเข้าถึงบริการได้เฉพาะในระยะตั้ง ครรภ์และระยะหลังคลอด ส่วนระยะคลอดไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากไม่มีการจัดให้บริการ พ.ศ. 2548 มีการจัดสรรพยาบาลวิชาชีพลงปฏิบัติงานในสถานอนามัย และรับผิดชอบจัดให้บริการอนามัยแม่และเด็กด้าน ผดุงครรภ์ สามารถจัดให้บริการได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ สตรีชาวเลจึงสามารถเข้าถึงบริการด้าน ผดุงครรภ์ได้ครบทุกระยะ

สาเหตุที่ทำให้สตรีชาวเลสามารถเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กที่สถานอนามัย จัดให้ มี 4 ลักษณะ คือ 1) ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก 2) สามารถจ่ายค่าบริการได้ 3) พอใจความสามารถในการจัดบริการและ พฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ และ 4) การผสมผสานการใช้บริการแพทย์แผนปัจจุบัน และพื้นบ้าน

ความต้องการบริการ มี 4 ด้าน คือ 1) การจัดบริการที่เพียงพอ สม่าเสมอและครบทุกระยะของการตั้ง ครรภ์ พร้อมทั้งการประชาสัมพันธ์การจัดบริการ 2) เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถ และพฤติกรรมบริการ ที่ดี 3) พาหนะในการส่งต่อ และ 4) เครื่องมือพิเศษ เตียง และอุปกรณ์การทำคลอด

อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ มี 3 ด้าน คือ 1) ด้านระบบบริการ ได้แก่ บริการไม่เพียงพอ ไม่ได้รับรู้ ข้อมูลการจัดบริการ และระบบการส่งต่อ 2) ด้านทัศนคติของผู้ใช้บริการ ได้แก่ ไม่มั่นใจความรู้ความ สามารถของเจ้าหน้าที่ ประสิทธิภาพ และเพศของผู้ให้บริการ และ 3) ด้านสังคมวัฒนธรรมของสตรีชาวเล ที่ให้อำนาจการตัดสินใจเลือกใช้บริการขึ้นกับมารดาของหญิงตั้งครรภ์

ผลจากการศึกษาใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายการจัดกำลังคนปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษต้องมีความรู้ ความสามารถในการจัดบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ สอดคล้อง กับความเชื่อ และวัฒนธรรมบริบทพื้นที่ และเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและพื้นบ้านในการ จัดให้บริการด้านผดุงครรภ์ร่วมกัน ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และจัดสรรเครื่องมือพิเศษตามความ จำเป็นในการจัดบริการด้านผดุงครรภ์

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ, ความต้องการบริการสุขภาพ, อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ, อนามัยแม่และเด็ก

บทนำ

จากข้อมูลการใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กโดยรวมของประเทศใน พ.ศ. 2549 พบว่าในระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 80.3 มีการฝากครรภ์กับสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 19.7 ฝากครรภ์กับสถานบริการของเอกชนในระยะคลอดร้อยละ 92.4 คลอดบุตรกับสถานบริการของรัฐ และร้อยละ 1.3 คลอดบุตรที่บ้าน โดยภาคใต้มีสตรีที่ใช้บริการคลอดที่บ้าน ร้อยละ 4.1 สูงกว่าภาคอื่น ๆ ผู้ทำคลอด เป็นแพทย์ ร้อยละ 61.9 รองลงมา เป็นพยาบาล ร้อยละ 36.3 และร้อยละ 1.2 ทำคลอดโดยผดุงครรภ์โบราณ ภาคใต้มีสตรีที่ใช้บริการทำคลอดกับผดุงครรภ์โบราณสูงกว่าภาคอื่น ๆ คือ ร้อยละ 4.4 และในระยะหลังคลอด สตรีส่วนใหญ่ใช้บริการตรวจหลังคลอดสัปดาห์ที่ 1-2 และสัปดาห์ที่ 4-6 ร้อยละ 73.8 และ ร้อยละ 69.2 ตามลำดับ สตรีที่อยู่ในภาคได้รับบริการตรวจหลังคลอดสัปดาห์ที่ 1-2 และสัปดาห์ที่ 4-6 น้อยกว่าทุกภาค คือ ร้อยละ 67.1 และ ร้อยละ 59.9 ตามลำดับ⁽¹⁾ จึงสะท้อนการเข้าถึงบริการสุขภาพของสตรีทางภาคใต้ที่รัฐจัดให้ในระยะคลอด และระยะหลังคลอดน้อยกว่าภาคอื่น

ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข กำหนดมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานอนามัยเพื่อให้หญิงมีครรภ์สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้⁽²⁾ เพราะการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเป็นหลักการสำคัญ⁽³⁾ และเป็นดัชนีชี้วัดของระบบบริการสุขภาพ⁽⁴⁾ แต่ยังมีอุปสรรคของการเข้าถึงบริการเกิดขึ้นได้หลายปัจจัย เช่น การเดินทางไปสถานบริการ ความไม่เพียงพอและความไม่สะดวกในการรับบริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ⁽⁵⁾ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้⁽⁶⁾

บริบทพื้นที่ภาคใต้มีความแตกต่างจากภาคอื่น คือ มีเกาะในท้องทะเลทั้งสองฝั่งคือฝั่งอ่าวไทยและอันดามันจำนวน 742 เกาะ และที่มีคนอาศัยอยู่ จำนวน 206 เกาะ⁽⁷⁾ มีชาติพันธุ์หลากหลาย มีวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะกลุ่ม จาก

การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นปี 2549 ที่เกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ที่มีชาวเลกลุ่มอุรักลาไวยอาศัยอยู่และยังรักษาวัฒนธรรมดั้งเดิมโดยเฉพาะการดูแลสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้แพทย์ทางเลือก เชื้อสายศาสตร์ค่านิยมการทำคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ พบว่า มีสตรีชาวเลตั้งครรภ์จำนวน 30 คน และฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 21 คน เลือกใช้บริการทำคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ จำนวน 25 คน คลอดกับเจ้าหน้าที่สถานอนามัย จำนวน 1 คน คลอดกับแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 4 คน

พื้นที่ศึกษานี้เป็นเกาะ และมีวัฒนธรรมของชาวเลอุรักลาไวยซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเข้าถึงบริการ และความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก ตลอดจนอุปสรรคที่ทำให้สตรีชาวเลซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยในประเทศไทยที่อาศัยอยู่บนเกาะแห่งหนึ่งทางภาคใต้ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่สถานอนามัยจัดให้เพื่อประกอบการตัดสินใจจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กแก่ชาวเล

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ศึกษาจากกลุ่มสตรีชาวเลที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่บนเกาะแห่งหนึ่งในจังหวัดสตูล ที่อยู่ห่างไกลจากแผ่นดิน 80 กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาในการเดินทางด้วยเรือ 1.5-4 ชั่วโมงขึ้นกับชนิดของเรือและสภาพภูมิอากาศ โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร และเคยใช้บริการในสถานอนามัย จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในรายแรก และใช้เทคนิคการบอกต่อ (snowball technique) เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่อง การจัดบริการระดับปฐมภูมิ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความต้องการบริการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีชาวเล คำถามสัมภาษณ์เจาะลึกประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอดตั้งแต่

อดีตจนถึงปัจจุบัน ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดในสถานอนามัย และส่วนที่ 3 ข้อมูลความต้องการบริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดในสถานอนามัย และส่วนที่ 4 ข้อมูลอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดในสถานอนามัยนำไปศึกษานำร่องและปรับปรุงแนวคำถามส่งผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการอนามัยแม่และเด็กในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย) ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมการบันทึกเทป การสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การจดบันทึกภาคสนาม และการบันทึกภาพระหว่าง เดือนพฤษภาคม 2550 และ เดือนกุมภาพันธ์ 2551 เป็นเวลา 10 เดือน และตรวจสอบข้อมูลที่ได้ด้วยวิธีตรวจสอบสามเส้าด้านระเบียบวิธีวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 26-30 ปี นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 14 ราย ศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพแม่บ้านและรับจ้างทั่วไป รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปี 5,000 - 30,000 บาท มีประสบการณ์การคลอดครั้งแรกและประสบการณ์การคลอด 3 ครั้ง ประเภทละ 5 ราย รองลงมา มีประสบการณ์การคลอด 2 ครั้ง จำนวน 3 ราย ส่วนใหญ่ผ่านการมีบุตร 1 คน จำนวน 5 ราย รองลงมา มีบุตร 2 คน จำนวน 4 ราย

2. ข้อมูลการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานอนามัยแบ่งตามประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพแม่และเด็กในสถานอนามัย แบ่งได้ 2 ช่วง ดังนี้

1. การจัดบริการสุขภาพแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งสถานอนามัยบนเกาะ จนถึง พ.ศ. 2548 พบว่ามีการจัดบริการแบ่งเป็น 3 ช่วง โดย 2 ช่วงแรกเป็นช่วงเริ่มก่อตั้งสถานอนามัย คือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2511 จนถึง พ.ศ. 2536 มีการจัดให้บริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ช่วงแรกเป็นการจัดให้บริการจากเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เพศหญิงที่เป็นคนท้องถิ่น ส่วนในช่วงที่สอง คือ พ.ศ. 2536 จนถึง พ.ศ. 2539 เป็นการจัดให้บริการโดยเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเพศชายที่เป็นคนนอกพื้นที่ การจัดให้บริการทั้งสองช่วง สตรีชาวเลสามารถเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ได้ทั้ง 3 ระยะของการตั้งครรภ์ ในขณะที่ช่วงที่สาม คือ พ.ศ. 2539-2548 มีการจัดให้บริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ได้เพียงระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด จากเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเพศหญิงและเพศชายที่เป็นคนนอกพื้นที่และเพิ่งสำเร็จการศึกษา การจัดบริการในช่วงนี้ สตรีชาวเลสามารถเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ได้เพียงระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด ส่วนในระยะคลอด สตรีชาวเลส่วนใหญ่ใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบีดัน (ชื่อเรียก หมอตำแย ของชาวเล เนื่องจากชาวเลเดิมเป็นชนเผ่าพื้นเมืองของมาเลเซียก่อนอพยพย้ายมาตั้งถิ่นฐานในประเทศไทย ทำให้ภาษาพูดบางคำเหมือน/คล้ายกับภาษามลายูท้องถิ่นแต่ต่างเพียงสระในการพูด)

2. การจัดบริการสุขภาพแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในสถานอนามัยหลัง พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการจัดสรรพยาบาลวิชาชีพเพศหญิงปฏิบัติงานในสถานอนามัย จัดให้บริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ ผลการจัดบริการใน พ.ศ. 2548 พบว่า สตรีชาวเลสามารถเข้าถึงบริการทั้ง 3 ระยะของการตั้งครรภ์ โดยในระยะตั้งครรภ์ มีสตรีชาวเลจำนวน 11 ราย เข้าถึงบริการฝากครรภ์ ส่วนในระยะคลอด มีสตรีชาวเลจำนวน 2 ราย เข้าถึงบริการ

ทำคลอดปกติ และระยะหลังคลอด สตรีชาวเลจำนวน 14 ราย เข้าถึงบริการตรวจเยี่ยมหลังคลอด บริการวางแผนครอบครัว และบริการฉีดวัคซีนบุตรตามช่วงอายุ

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในสถานอนามัยของสตรีชาวเล พบว่า สาเหตุที่ทำให้สตรีชาวเลเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในสถานอนามัย มีดังนี้

1. ใกล้บ้าน เข้าถึงง่าย สะดวก สตรีชาวเลพูดถึงเหตุผลในการไปใช้บริการในสถานอนามัยในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ ว่าสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพราะสถานอนามัยอยู่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก และสถานอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขแห่งเดียวของรัฐที่ตั้งอยู่ในชุมชนบนเกาะ ตำแหน่งที่ตั้งของสถานอนามัยอยู่ใกล้บ้าน บ้านที่อยู่ไกลสุดในชุมชนห่างจากสถานอนามัย ประมาณ 300-400 เมตร การเดินทางไปใช้บริการที่สถานอนามัยสามารถเดินเท้า หรือขับจักรยานยนต์ เนื่องจากถนนในชุมชนเป็นถนนดินทราย ไม่มีหลุมบ่อ จึงสะดวกและไปใช้บริการได้ตลอดเวลาทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เวลาในการเดินทางมาใช้บริการที่สถานอนามัย ประมาณ 5-10 นาที ดังความเห็นของสตรีชาวเล

“...ช่วงท้องไปใช้บริการที่อนามัย เพราะสถานอนามัยอยู่ใกล้บ้าน สะดวก ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่เหมือนไปใช้บริการบนฝั่งที่ต้องเสียค่าเรือ ค่ารถ ค่ากิน...”

(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)

2. สามารถจ่ายค่าบริการได้ สตรีชาวเลพูดถึงเหตุผลในการไปใช้บริการในสถานอนามัยในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ ว่า สามารถที่จะจ่ายค่าบริการให้กับสถานอนามัย ซึ่งเป็นการจ่ายเพียงบางบริการ โดยที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ ซึ่งแตกต่างจากการไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่นอกชุมชนซึ่งนอกจากจะต้องเสียค่าบริการแล้วยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้แก่ ค่าเรือ เทียวละ 300

บาท ค่ารถ เทียวละ 15 บาท ค่ากิน และค่าที่พัก เพื่อที่จะไปรับบริการที่มากกว่า ค่าบริการที่ต้องเสียให้กับสถานอนามัย ได้แก่ ค่าทำคลอด ครั้งละ 500-600 บาท และค่าบริการวางแผนครอบครัว ครั้งละ 30 บาท ซึ่งมีราคาที่น้อยกว่าการไปใช้บริการนอกชุมชน ดังความเห็นของสตรีชาวเล

“คลอดที่บ้านกับหมออนามัย (พยาบาลวิชาชีพ) เสียแค่ค่าคลอดอย่างเดียวครั้งละ 500 กว่าบาท เท่ากับหมอตำแย...ถ้าคลอดที่บ้านนี้ เราไม่ต้องเสียค่าเดินทาง...ถ้าคลอดที่โรงพยาบาลเราต้องเสียค่าเรือครั้งละ 300 บาท...ค่ารถครั้งละ 15 บาท ค่ากิน.... เราไม่ค่อยมีเงิน...”

(สตรีชาวเลครรภ์แรก)

“...กินยาคุมไปเอาที่อนามัยหมออนามัยเขาให้ 2 แผง คิดแผงละ 15 บาท....ที่ร้านค้ายาคุมเขาคิดแผงละ 20 บาท มันก็ขาดทุน (จ่ายแพงกว่าที่อนามัย) 5 บาท”

(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)

3. พอใจพยาบาลวิชาชีพ สตรีชาวเลส่วนใหญ่พูดถึงเหตุผลในการไปใช้บริการในสถานอนามัยในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ ว่า พอใจพยาบาลวิชาชีพ ใน 2 ลักษณะ ได้แก่

1) พอใจพฤติกรรมบริการ สตรีชาวเลส่วนใหญ่ให้เหตุผลในการไปรับบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์กับพยาบาลวิชาชีพ ว่า รู้สึกพึงพอใจในพฤติกรรมบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพ คือ พูดจาดี ไม่ทำหน้าตาบูดบึ้ง ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

“...หมอที่อนามัย (พยาบาลวิชาชีพ) เราารู้สึกว่าเขาให้บริการดี เราพอใจนะค่ะ เพราะตอนเวลาเราไปฝากท้อง คือ หมอที่อนามัย (พยาบาลวิชาชีพ) เขาให้บริการไม่มีหน้าบูดหน้าบึ้ง...เขาพูดดี ไม่พูดหยาบ”

(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)

2) พอใจการจัดบริการของพยาบาลวิชาชีพ สตรีชาวเลส่วนใหญ่ให้เหตุผลในการไปรับบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์กับพยาบาลวิชาชีพ ว่า พอใจที่สามารถไปรับบริการด้านผดุงครรภ์ได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็นการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพจัดให้บริการได้ครบทุกระยะของการทำคลอด ดังความเห็นของสตรีชาวเล

“...ไปฝากท้องตอนท้อง 4 เดือน หมอ(พยาบาลวิชาชีพ)แกล้..ให้ยาบำรุงเลือด ตรวจน้ำเยี่ยว วัดความดัน ตรวจเลือดหมอ... บอกว่าจะตรวจเลือดดูว่าลูกในท้องจะติดโรคหรือเปล่า พอได้ผลเลือดหมอ... บอกว่าไม่ได้เป็นอะไรไม่ได้เป็นโรค แล้วหมอ... ก็นัดฝากท้อง 1 เดือนก็ประมาณ 2 ครั้ง...ได้วัดซินกันบาดทะยัก 3 เข็ม... ให้สมุดคู่มือสีชมพูตอนไปฝากท้องครั้งแรก...พอเราเริ่มเจ็บท้องคลอด...แม่ไปตามหมออนามัย... มาทำคลอดที่บ้านเพราะหมออนามัย)..แกล้ทำคลอดให้ได้...เพราะตอนที่เจ็บท้องคลอดหมาด้าแม่ไม่อยู่ แกล้ไปดูแลที่โรงพยาบาลในจังหวัด...หลังคลอด 2 วันหมออนามัย.. แกล้มาเยี่ยมหลังคลอด 2 ครั้ง...นัดให้มาพาลูกไปฉีดวัคซีน ชั่งน้ำหนัก...กินยาคุมกำเนิด...ยาคุมไปเอาที่อนามัย...เรารู้สึกดีนะ...”

(สตรีชาวเลครรภ์แรก)

ต่างจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการไปรับบริการด้านผดุงครรภ์กับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนในอดีตที่ไปรับบริการได้เพียงบางระยะ คือ ระยะตั้งครรภ์ ที่มีข้อจำกัดให้ไปฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 5 เดือนขึ้นไป เนื่องจากเหตุผลของการมีทักษะและประสบการณ์น้อย และระยะหลังคลอด ดังนั้นความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดให้บริการด้านผดุงครรภ์จึงมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการของสตรีชาวเล

4. มีการผสมผสานการใช้บริการการแพทย์แผนปัจจุบันและพื้นบ้าน สตรีชาวเลส่วนใหญ่ให้เหตุผลใน

การใช้บริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์การศึกษาว่า เป็นการให้บริการแบบผสมผสานทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและพื้นบ้าน คือ

ระยะตั้งครรภ์ การใช้บริการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการใช้บริการฝากครรภ์ที่จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลที่สถานอนามัยจัดให้บริการ ส่วนการแพทย์พื้นบ้าน เป็นการใช้บริการฝากครรภ์ด้วยการบอกกล่าวให้โตะบิดันรับทราบ การยกท้องซึ่งจะทำในช่วงอายุครรภ์ 5-9 เดือน ซึ่งเป็นช่วงที่มารดามีอาการเจ็บครรภ์จากการกดของศีรษะทารกที่ช่องเชิงกรานของมารดา โตะบิดัน จะดันศีรษะทารกจากผนังหน้าท้องเพื่อให้ศีรษะทารกเคลื่อนออกจากอุ้งเชิงกรานของมารดาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ให้แก่มารดาขณะตั้งครรภ์

ระยะคลอด ในภาวะคลอดปกติ ใช้บริการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับแพทย์พื้นบ้าน โดยใช้บริการทำคลอดปกติที่บ้านกับพยาบาลวิชาชีพซึ่งจะเป็นผู้ทำคลอดทารกและรก โดยมีโตะบิดัน หรือผู้ช่วยโตะบิดันเป็นผู้ช่วยดันท้องคลอด และดูแลมารดาหลังคลอด และการใช้แพทย์พื้นบ้านอย่างเดียวย โดยใช้บริการทำคลอดปกติที่บ้านกับโตะบิดันซึ่งจะเป็นผู้ทำคลอดทารกและรก โดยมีผู้ช่วยโตะบิดันเป็นผู้ช่วยดันท้องคลอด และดูแลมารดาหลังคลอด

ในภาวะคลอด สตรีชาวเลจะใช้บริการร่วมกันระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์พื้นบ้าน โดยจะเลือกทำคลอดกับโตะบิดัน และเมื่อการคลอดติดขัดหรือคลอดยาก ได้แก่ คลอดรกติด โตะบิดันจะเรียกหมอมนต์มาทำพิธีเป่ามนต์ว่าคาถาก่อนเพราะเชื่อว่าสาเหตุของรกติดเกิดจากผีบรรพบุรุษ แต่เมื่อการรักษาด้วยอำนาจนอกเหนือธรรมชาติไม่ได้ผล ทางเลือกสุดท้ายจะเป็นการตามเจ้าหน้าที่สถานอนามัยมาให้บริการรักษาเบื้องต้นด้วยการให้น้ำเกลือและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัดบึง

ระยะหลังคลอด การใช้บริการแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การใช้บริการเยี่ยมหลังคลอด การวางแผน

ครอบครัว และการพาบุตรไปรับวัคซีนตามช่วงอายุ ส่วน การแพทย์พื้นบ้าน เป็นการให้บริการอยู่ไฟหลังคลอด การ เหยียบนวดหลังคลอด การนวดเต้านม การสอนเล่นน้ำ ร้อนเป็นการสวนล้างช่องคลอดด้วยน้ำอุ่นจัดแล้วใช้น้ำ ล้างเอาก่อนเลือดที่อยู่ในช่องคลอดออกมาซึ่งจะทำให้ มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้นและทำให้แผลหายเร็วขึ้น การกินยา ร้อนสมุนไพรสำหรับหญิงหลังคลอดซึ่งประกอบด้วย หมาก พลู หัวหอม กระเทียม พริกไทย และรากไม้ ที่ สตรีชาวเลเชื่อว่าเมื่อกินจะทำให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น และ การงดอาหารแสลงหลังคลอด ได้แก่ ผักทุกชนิด ปลาที่ มีท้องสีดำและมันปลาสีแดง อาหารรสเผ็ดจัด และของ ดอง เพราะสตรีชาวเลมีความเชื่อว่าอาหารเหล่านี้จะ ทำให้หญิงหลังคลอดมีอาการเมา ปากค้ำงได้

ซึ่งจากข้อมูลเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าถึงแม้ว่า สตรีชาวเลจะมีการใช้บริการในระยะตั้งครรภ์ที่สถานี อนามัยก็ตามแต่เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดสตรีชาวเลยังคง เลือกใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบีดัน

ส่วนที่ 3 ความต้องการบริการสุขภาพอนามัยแม่ และเด็กด้านผดุงครรภ์ตามความคิดเห็นของสตรีชาวเล

สตรีชาวเลได้เสนอความคิดเห็นถึงบริการสุขภาพ อนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ที่ต้องการให้สถานี อนามัยจัดให้บริการ มี ดังนี้

ความต้องการด้านบริการ สตรีชาวเลทุกราย ให้ข้อมูล ความต้องการด้านบริการสุขภาพ ว่า ต้องการ ความเพียงพอของบริการสุขภาพ โดยให้มีการจัด บริการแบบครบวงจร คือ ฝากครรภ์ ทำคลอด และ ดูแลหลังคลอดในสถานีอนามัย มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพียงพอในการจัดให้บริการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีการประชาสัมพันธ์การจัดบริการสุขภาพที่ทั่วถึงและ ครอบคลุม ดังความเห็นของสตรีชาวเล

“.....อยากมีหมออนามัยหลายคนจะได้สับ เปลี่ยนกันอยู่อนามัย สมมุติว่าหมอกคนนี้ขึ้นฝั่งก็มี หมอคนนี้อยู่ที่สถานีอนามัย”

(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 4)

“...ต้องการให้คนท้องที่เกาะ... มาทำคลอดที่

สถานีอนามัย...คือว่าพอเจ็บท้องคลอดก็พาไปที่ อนามัย แล้วทำคลอดที่อนามัยเลย”

(สตรีชาวเลครรภ์แรก)

ความต้องการด้านเจ้าหน้าที่ สตรีชาวเลทุกราย ให้ข้อมูล ความต้องการด้านผู้ให้บริการ ว่า ต้องการเจ้า หน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความสามารถในการจัดให้ บริการด้านผดุงครรภ์ และมีพฤติกรรมบริการที่ดี ได้แก่ พุดดี บริการดี ดั่งความเห็นของสตรีชาวเล

“เราอยากให้อาจารย์จัด เจ้าหน้าที่ทำคลอดได้ ดีกว่าเพราะอีกหน่อยหมอดำแยก็แก่ลงแล้ว แล้ว จัดให้คนไปคลอดที่สถานีอนามัยดีกว่า...”

(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 4).

“ช่วงตั้งท้องอยากให้มีอนามัยให้บริการ ฝากครรภ์เหมือนสถานบริการบนฝั่ง หมอบนฝั่ง เขาจะพุดดี ให้บริการฝากท้องดี ถ้าเขียนชื่อไม่ได้ ก็ไม่เป็นไรเดี๋ยวเขาเขียนให้ พี่ชอบแบบนี้ นั้น...อยากให้มีอนามัยพุดดี บริการดีอย่างเดียว”

(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 5)

ความต้องการด้านพาหนะในการส่งต่อ สตรี ชาวเลให้ข้อมูลความต้องการพาหนะในการส่งต่อ ว่า ต้องการให้มีเรือที่สถานีเพื่อใช้ในการส่งต่อเวลาฉุกเฉิน เพื่อที่จะได้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเช่าเหมาเรือ ซึ่ง ปรกติจะเสียประมาณ 3,500-4,000 บาท ดังความเห็น ของสตรีชาวเล

“...ถ้าสถานีอนามัยมีเรือก็จะดี เพราะค่าเรือ เวลาไปต้องเหมามันแพง...ประมาณ 3,500 ถึง 4,000 บาท บางที่ต้องไปเอาของเพื่อนบ้าน...”

(สตรีชาวเลครรภ์แรก)

ความต้องการด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ สตรี ชาวเลทุกราย ให้ข้อมูล ความต้องการด้านอุปกรณ์การ แพทย์ ว่า ต้องการให้มีเครื่องมือพิเศษในการให้บริการ ตรวจครรภ์ด้วย เช่น เครื่องอัลตราซาวด์ และเครื่อง

มือที่ใช้ตรวจฟังหัวใจทารกในครรภ์ โดยให้เหตุผลว่า ความต้องการการตรวจครรภ์ด้วยเครื่องมือพิเศษ เพราะ ทำให้รู้สึกมั่นใจได้รับรู้ว่าทารกอยู่ในท่าปกติหรือไม่ และสามารถรู้วันกำหนดคลอดที่แน่นอน นอกจากนี้ยัง ต้องการให้สถานอนามัยมีอุปกรณ์การแพทย์ในการ ทำคลอดที่เพียงพอ ได้แก่ เตียงทำคลอด อุปกรณ์การ แพทย์ที่ใช้ในการทำคลอด

“ถ้าเราตั้งท้องเราอยากให้ออนามัยมี เครื่อง อุลตราซาวด์...จะได้ดูเด็กในท้องว่าอยู่ในท่าปกติมีขี้ มั่นแน่นอนกว่า... แล้วเครื่องอุลตราซาวด์ทำให้ เรารู้กำหนดคลอดที่แน่นอนได้เลย”

(สตรีชาวเลครรภ์แรก)

ส่วนที่ 4 อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ อนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในสถานอนามัยของ สตรีชาวเล พบว่า อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ อนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในสถานอนามัยของ สตรีชาวเล แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

อุปสรรคด้านบริการ แบ่งได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

ความไม่เพียงพอของบริการสุขภาพ คือ เจ้า- หน้าที่สาธารณสุขไม่ค่อยอยู่ ติดภารกิจต้องขึ้นไป ราชการบนฝั่งบ่อย ในอดีตการขึ้นไปราชการบนฝั่งของ เจ้าหน้าที่จะใช้ระยะเวลาอยู่ในเมืองนานเป็นเดือนจึง จะลงมาที่เกาะเพื่อเปิดให้บริการสุขภาพ ปัจจุบันการ ขึ้นไปราชการบนแผ่นดินใช้ระยะเวลาอยู่ในเมืองน้อยลง คือ ประมาณ 4-5 วัน จึงจะลงมาที่เกาะเพื่อเปิดให้ บริการสุขภาพ การขึ้นไปราชการส่วนใหญ่เป็นเรื่อง ภาระงาน เช่น การไปอบรม การส่งรายงานให้กับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และการเปิดให้บริการ สุขภาพของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยแต่ละคนเปิดให้ บริการไม่เหมือนกัน เวลาไปรับบริการสุขภาพฝากครรภ์ บางครั้งไม่มีบริการจัดให้ที่สถานอนามัยในช่วงเวลาทำการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สถานอนามัยเปิดสถานอนามัยแต่ มักจะไม่อยู่ประจำที่สถานอนามัย เวลาไปรับบริการ บางครั้งจึงไม่มีบริการให้ในช่วงเวลาที่ไปใช้บริการ ดัง

นั้นสตรีชาวเลส่วนใหญ่จึงต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ที่ สามารถจัดให้บริการด้านผดุงครรภ์เพียงพอกับความ ต้องการที่จำเป็นสำหรับสตรีชาวเลที่ตั้งครรภ์ในทุก ระยะเวลาของการตั้งครรภ์

การไม่ได้รับรู้ข้อมูลการจัดบริการสุขภาพของ สถานอนามัยไม่ทั่วถึงและเพียงพอ ได้แก่ การให้ ข้อมูลการจัดบริการฉีดวัคซีนสำหรับหญิงตั้งครรภ์บน เกาะของสถานอนามัยยังไม่ทั่วถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ ทำงานอยู่บริเวณด้านหลังของเกาะจะไม่สามารถได้รับข้อมูล การฉีดวัคซีนทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการการฉีด วัคซีนที่สถานอนามัยจัดให้ได้ และสตรีชาวเลบางราย ยังไม่มั่นใจการจัดให้บริการฝากครรภ์ของสถานอนามัย เนื่องจากไม่ได้รับรู้ข้อมูลการจัดบริการฝากครรภ์ว่า สถานอนามัยเปิดให้บริการรับฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์กี่ เดือน

ระบบการส่งต่อ การที่สถานอนามัยไม่มีเรือ ในการส่งต่อ ทำให้ผู้ใช้บริการต้องรับภาระค่าใช้จ่ายใน การเดินทาง ได้แก่ ค่าเรือ ค่ารถ โดยเสียค่าใช้จ่ายใน แต่ละครั้งของการส่งต่อ ประมาณ 3,500-4,000 บาท

อุปสรรคด้านทัศนคติต่อเพศผู้ให้บริการ สตรี ชาวเลทุกราย ให้ข้อมูล อุปสรรคด้านทัศนคติ แบ่งเป็น 3 ลักษณะดังนี้

ทัศนคติด้านเพศ สตรีชาวเล ให้ข้อมูล ว่า เรื่อง ของผดุงครรภ์เป็นเรื่องของสตรีผู้ให้บริการควรเป็น เจ้าหน้าที่เพศหญิง ดังนั้นการที่เจ้าหน้าที่เพศชายจัดให้ บริการจึงไม่สะดวกในการไปรับบริการเนื่องจากมีความ รู้สึกอาย ดังความเห็นของสตรีชาวเล

“...เอายาคุมกำเนิดที่แม่ใช้ก่อน... ไม่ไปเอา ยาคุมที่อนามัยเพราะว่าอายหมอ...แกเป็น ผู้ชาย...ค่อยไปเอาตอนหมอ (พยาบาลวิชาชีพ)... เพราะสนิทมากกว่า”

(สตรีชาวเลครรภ์แรก)

ความรู้สึกไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถ ของเจ้าพนักงานสาธารณสุข ดังความเห็นของสตรี ชาวเล

“ไปใช้บริการที่อนามัยรู้สึกหมอนามัยบาง คนแสบบริการไม่เต็มที... แก่ใช้ เวลาในการตรวจ ท้องแป็บเดียว ไม่รู้ว่าเขาจะรู้จริงหรือไม่รู้จริง ว่า เด็กในท้องจะแข็งแรง เขาตรวจท้องเราคล้าย ๆ เขา ตรวจตุ๊กตา...”

(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 5)

ความรู้สึกไม่มั่นใจในประสิทธิภาพยาในสถาน อนามัย สตรีชาวเลให้ข้อมูล ถึงความไม่มั่นใจใน ประสิทธิภาพของยาในสถานอนามัยเพราะเคยไปใช้ บริการช่วงที่บุตรอายุ 1 ปีกว่า บุตรไม่หายจากอาการไข้ แต่เมื่อไปรักษากับแพทย์ที่คลินิก บุตรหายจากอาการไข้ ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยาในสถานอนามัย ดังความเห็นของสตรีชาวเล

“เวลาลูกไม่สบาย...ไปเอายาแก่ไข้ที่อนามัย... หมอก็ให้ยาแก่ไข้ขนาดนั้นนั่นแหละ...อย่างยาแก่ไข้ เด็กนั้นซาร่าก็ซาร่าประจำ... บางคนว่าหมอน อนามัยเขาให้ยาแก่ไข้ซ้ำ ๆ กินไม่เห็นหายเลย ที่ ผังรับยาเวลาหมอให้กินเด็กหายไข้เลยนั้น”

(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 5)

อุปสรรคด้านสังคมวัฒนธรรม สตรีชาวเลให้ข้อมูล อุปสรรคด้านสังคมวัฒนธรรมว่า การที่หญิงตั้งครรภ์ไม่ ใช้บริการในสถานอนามัย เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ไม่ สามารถตัดสินใจเลือกใช้บริการได้ด้วยตนเองเพราะ มารดาจะเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ทำคลอดกับโตะบิตัน และหญิงตั้งครรภ์ต้องปฏิบัติตาม ดังความเห็นของสตรีชาวเล

“.....ถ้าหมอดำแยะอยู่ก็ให้แกทำคลอดให้ ไม่ใช่ ว่าจะไม่เลือกหมอนามัย แต่แม่ก็ต้องไปเอาหมอดำ แยะอยู่ดี...เราต้องทำตามแม่...”

(สตรีชาวเลครรภ์แรก)

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นที่ได้ทำการศึกษาข้อคิดเห็น

จากสตรีชาวเลในช่วงมรสุม (เดือนพฤษภาคม ถึง เดือน กันยายน) ทำให้สามารถเห็นบริบทวัฒนธรรมที่แท้จริง โดยไม่มีวัฒนธรรมภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง

ข้อจำกัดที่สำคัญของการศึกษาวิจัยนี้ก็คือ ข้อ จำกัดทางด้านภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ พฤติกรรมความเชื่อในเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ ในการดูแลสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก ที่เป็น เอกลักษณะเฉพาะ ภาษาในการสื่อสารที่มีความแตกต่าง

อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็น ว่าการจัดบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ใน สถานอนามัยที่สตรีชาวเลสามารถเข้าถึงบริการได้นั้น ขึ้นกับความรู้ความสามารถในการจัดบริการของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยที่จะสามารถจัดบริการอนามัยแม่ และเด็กด้านผดุงครรภ์ได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ และสอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อของชุมชน ซึ่ง ตามปรกตีสตรีชาวเลยังคงเลือกใช้บริการทำคลอดกับ โตะบิตันเนื่องจากเป็นบริการที่สตรีชาวเลคุ้นเคย และ มีการปฏิบัติสืบทอดกันมาจนกลายเป็นประเพณีปฏิบัติ⁽⁸⁾

เนื่องจากคนในชุมชนจะมีพฤติกรรมแสวงหา บริการสุขภาพที่ขึ้นกับความเชื่อ สัมพันธภาพ บริบท ทางสังคมวัฒนธรรมและครอบครัว ซึ่งมักจะถูก ถ่ายทอดประสบการณ์การใช้บริการให้กับคนภายใน ครอบครัวและชุมชน⁽⁹⁾ สัมพันธ์กับการเข้าถึงและการ ใช้บริการสุขภาพ บริการด้านผดุงครรภ์ที่จัดควรมีเพียง พอกับความต้องการที่จำเป็นสำหรับสตรีในแต่ละระยะ ของการตั้งครรภ์ ความเพียงพอของอุปกรณ์การแพทย์ โดยเฉพาะเครื่องมือพิเศษ ได้แก่ เครื่องฟังเสียงหัวใจ ทารก ที่มีความจำเป็นสำหรับการจัดบริการแก่สตรี ชาวเลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกลความเจริญ ที่ ต้องการความมั่นใจในความปลอดภัยของทารกในครรภ์ และมีความจำเป็นสำหรับเจ้าหน้าที่ในการวินิจฉัยล่วงหน้าเพื่อใช้ในการวางแผนในการดูแลได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนั้นยังต้องการระบบการส่งต่อที่มี ประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการใน เครือข่ายได้อย่างรวดเร็วเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่าง

ทันการณ์ ลดอัตราการตาย ความพิการจากการตั้งครรภ์ และความปลอดภัยในชีวิตของมารดาและทารก

ถึงแม้ว่าความต้องการบางอย่างจะดูเหมือนเกินความจำเป็นเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้สถานอนามัยจัดให้บริการด้วยเครื่องมือที่ไม่ซ้ำซ้อน⁽²⁾ แต่เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านกายภาพและความขาดแคลนพาหนะในการส่งต่อ เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

เพราะความเพียงพอของบริการและความพร้อมที่จะให้บริการอยู่เสมอของบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่สำคัญในการจัดบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิที่ประชาชนพึงประสงค์⁽¹⁰⁾ ในการเข้าถึงและเลือกใช้บริการ

นอกจากนี้ทัศนคติด้านเพศที่สตรีชาวเลบางกลุ่มโดยเฉพาะสตรีครรภ์แรกที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์การตั้งครรภ์มาก่อน ยังคิดว่าผู้ให้บริการด้านผดุงครรภ์ควรเป็นเพศหญิงด้วยกัน เนื่องจากความเป็นหญิงชายในสังคมไทย ได้ถูกกำหนดให้หญิงต้องรักษานวลสงวนตัว ไม่เปิดเผยเนื้อตัวให้เพศตรงข้ามที่ไม่ใช่สามีเห็น การที่ผู้จัดให้บริการเป็นเจ้าหน้าที่เพศหญิงจะทำให้รู้สึกสะดวกใจที่จะไปรับบริการมากกว่าและโดยเฉพาะถ้านับถือศาสนาเดียวกันจะทำให้ยิ่งสะดวกใจมากขึ้น⁽¹¹⁾

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายในการจัดกำลังคนด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านภูมิศาสตร์ ที่ยากต่อการเข้าถึงบริการ⁽⁵⁾ ควรมีความรู้ความสามารถในการจัดบริการด้านผดุงครรภ์แบบครบวงจร ได้อย่างมีคุณภาพเพียงพอ และสอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมของบริบทชุมชนที่จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและเลือกใช้บริการได้⁽¹⁰⁾ เชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างสถานอนามัยกับหมอพื้นบ้านในการจัดบริการด้านผดุงครรภ์ร่วมกัน พัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ มีพาหนะในการส่งต่อระหว่างเครือข่ายของสถานบริการตามมาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนดเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่

มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันตามเจตนารมณ์ของการปฏิรูประบบสุขภาพ⁽¹²⁾ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพให้ และจัดสรรเครื่องมือพิเศษตามความจำเป็นในการจัดบริการด้านผดุงครรภ์ ได้แก่ เครื่องตรวจฟังหัวใจเด็ก (อัลตราโซนิค) เพื่อใช้ประเมินทารกในครรภ์ได้ และมีระบบการให้คำปรึกษาผ่าน teleconference ในพื้นที่พิเศษเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ และผู้ให้ข้อมูลทุกคนที่ให้ข้อมูลอันมีค่าต่อการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธ์ พ.ศ. 2549. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2549.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานสถานอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริ; 2546.
3. สมชาย สุขศิริเสรีกุล. ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ; วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์ 2539; 14(2):82-117.
4. Maesneer JD, Willem S. Accessibility of health care [serial online] 2000 [cited 2006 Mar 20]; Available from: URL: <http://allserv.rug.ac.be/~apeleman/huisartsgeneeskunde%20Folder>
5. California Health Care Foundation. Improving oral health care systems in for the California: a report of the california dental access project. California: The Center for the Health Profession; 2000.
6. ทวีศักดิ์ สุทกวาทีน. การปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการประกันสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ทีพี เอ็นเพรส; 2544.
7. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. สถิติเกาะทั่วราชอาณาจักร. [serial online] 2008 [สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2551]: [1 screens]; แหล่งข้อมูล: URL: http://www.dopa.go.th/dopanew/stat/works/work_5.html
8. Ru-Yan. Safe motherhood action in China. World Health 1998; 51:22.

9. Kleinman A. Patients and healers in the cortex of culture. London: University of California Press;1980.
10. อารี วัลยะเสวี, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, เขวรัตน์ ปรีกษ์ยาม, นฤมล ศิลารักษ์. (ร่าง) รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษ. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: มุลนิธิโกลดคิมทอง; 2542.
11. สุรีย์พร กฤษเจริญ. ความเป็นหญิงชายและมิติทางเพศ สุขภาพการเจริญพันธ์ของผู้หญิง. สงขลา: ชานเมือง; 2547.
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2544.

Abstract **Accessibility and Health Needs for Maternal and Child Health Services in Primary Care Unit among Urak Lawoi's Women in a Southern Island, Thailand**

Jittima Aramsritam*, Sawitri Lymchaiarungruang, Pechnoy Singchungchai****

*Health System Research and Development, Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University, Songkhla, **Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University, Songkhla
Journal of Health Science 2010; 19:49-58.

This qualitative study was aimed at describing accessibility, needs, and barriers of accessibility to maternal and child care at a nearby primary care unit (PCU) among Urak Lawoi women living on an island in southern Thailand. Fifteen participants with experience in receiving antenatal care and/or birth delivery service at the PCU were recruited through snowball technique. The data were collected using in-depth interview and non-participatory observation. Methodical triangulation was adopted to ensure data validity and content analysis was carried out.

The results revealed that before 2005 they could access to antenatal care and postnatal care but not labor care in PCU. After 2005 the PCU provided complete service in antenatal care, labor care and postnatal care by a professional nurse. The factors enhancing accessibility were: 1) location 2) affordable health fee 3) satisfaction with professional behavior and services, 4) integrated system of traditional and modern health care.

Their needs for maternal and child care were expressed in four aspects: 1) reliable services (availability, health information, and one stop service), 2) reliable providers (knowledge, behavior, and skill), 3) referral system and 4) reliable medical equipment.

Barriers to the health service accessibility were found in three aspects: 1) unreliable services (data on health services were not thorough and sufficient, and poor referral system; vehicle and network coordination); 2) unreliable health providers (knowledge and skill); and attitude toward the services (medication at the primary care unit was not of good quality; and provider gender); and 3) social and cultural.

The study recommended a policy to improve health manpower knowledge and skills for improving the maternal and child health services in obstetrics deem appropriate to local context in term of belief, culture, integration of modern and traditional medicine, efficient referral system, and adequate equipment.

Key words: **accessibility, health needs, maternal and child health, Urak Lawoi**