# การเข้าถึงและความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเลบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย

# Accessibility and Needs for Maternal and Child Care in a Primary Care Unit among Urak Lawoi Women in an Island in Southern, Thailand


**จิตติมา อร่ามศรีธรรม**

**Jittima Aramsritam**


**วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต**

**สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**

**มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in Health System Research and Development**

**Prince of Songkla University**

**2551**


**ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**

**ชื่อวิทยานิพนธ์** การเข้าถึงและความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเลบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย

**ผู้เขียน** นางสาวจิตติมา อร่ามศรีธรรม

**สาขาวิชา** การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

---

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก**

……..…..

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม**

……..

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย)

**คณะกรรมการสอบ**

……..ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิสระมาลัย)

……..……...…กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

……...…...….กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย)

……...…….....…กรรมการ

(นายแพทย์สุเทพ วัชรปิยานันทน์)

…….……...……...….กรรมการ

(รองศาสตราจารย์สุรีย์พร กฤษเจริญ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

……

(รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

**ชื่อวิทยานิพนธ์** การเข้าถึงและความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเลบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย

**ผู้เขียน** นางสาวจิตติมา อร่ามศรีธรรม

**สาขาวิชา** การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

**ปีการศึกษา** 2550

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายการเข้าถึงและความต้องการบริการ และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเลบนเกาะในภาคใต้แห่งหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูล คือ สตรีชาวเลที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์และคลอดบุตร จำนวน 15 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยเทคนิคการบอกต่อ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีตรวจสอบสามเส้าด้านระเบียบวิธีวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า สตรีชาวเลผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์การใช้บริการอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย ในช่วงปี พ.ศ. 2539-2548 เข้าถึงบริการได้เฉพาะในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด ส่วนระยะคลอดไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากไม่มีการจัดบริการ หลังปี พ.ศ. 2548 มีการพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในสถานีอนามัย จัดให้บริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ สตรีชาวเลจึงสามารถเข้าถึงบริการด้านผดุงครรภ์ได้ครบทุกระยะ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้สตรีชาวเลสามารถเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กที่สถานีอนามัยบนเกาะจัดให้ มี 4 ลักษณะ คือ 1) ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก 2) สามารถจ่ายค่าบริการได้ 3) พอใจความสามารถในการจัดบริการและพฤติกรรมบริการ ของพยาบาลวิชาชีพ และ 4) ผสมผสานการใช้บริการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์พื้นบ้าน สำหรับความต้องการบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในสถานีอนามัย มี 4 ด้าน คือ 1) การจัดบริการที่เพียงพอ สม่ำเสมอและครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ พร้อมทั้งการประชาสัมพันธ์การจัดบริการ 2) เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถ และพฤติกรรมบริการที่ดี 3) พาหนะในการส่งต่อ และ 4) เครื่องมือพิเศษ เตียง และอุปกรณ์การทำคลอด ส่วนอุปสรรคที่ทำให้สตรีชาวเลไม่สามารถเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กที่สถานีอนามัยบนเกาะจัดให้ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) อุปสรรคด้านบริการ ได้แก่ ความไม่เพียงพอของบริการ การไม่ได้รับรู้ข้อมูลการจัดบริการ และความไม่พร้อมของระบบส่งต่อ ได้แก่ พาหนะ และการสื่อสารระหว่างเครือข่าย 2) อุปสรรคด้านทัศนคติ

ได้แก่ ความรู้สึกไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่บางคน ไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา และทัศนคติต่อเพศของผู้ให้บริการ ซึ่งคิดว่าควรเป็นเจ้าหน้าที่หญิง และ 3) อุปสรรคด้านสังคมวัฒนธรรมของสตรีชาวเล ที่ให้อำนาจการตัดสินใจเลือกใช้บริการขึ้นกับมารดาของหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษาใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายด้านการจัดกำลังคนปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษต้องมีความรู้ความสามารถในการจัดบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับความเชื่อ และวัฒนธรรมบริบทของพื้นที่ และเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์พื้นบ้านในการจัดให้บริการด้านผดุงครรภ์ร่วมกัน ปรับปรุงระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และจัดสรรเครื่องมือพิเศษตามความจำเป็นในการจัดบริการด้านผดุงครรภ์ เช่น เครื่องตรวจฟังเสียงหัวใจเด็ก

| | |
|---|---|
| **Thesis Title** | Accessibility and Needs for Maternal and Child Care in a Primary Care Unit among Urak Lawoi Women in an Island in Southern, Thailand |
| **Author** | Miss Jittima Aramsritam |
| **Major Program** | Health System Research and Development |
| **Academic Year** | 2007 |

## ABSTRACT

This qualitative study aimed to describe 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. The instrument was approved by five experts. Methodological triangulation was adopted to ensure data validity and content analysis was carried out.

The results revealed that between 1996-2005 women could receive antenatal care and postnatal care but not labor care in the PCU. Since 2005 the PCU provided complete antenatal care, labor care and postnatal care by a professional nurse and the women could access each stage. Their perceptions on accessibility were expressed in 4 aspects: 1) nearby, reachable and comfortable service setting, 2) payable health fee, 3) satisfaction with the professional nurse's behavior and her service, and 4) integrated system of traditional & modern health care.

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

Barriers to the service accessibility were found in three aspects: 1) unreliable services ; 2) unreliable health providers (knowledge & skill); and 3) inappropriate system.

The study results should be used for policy and action plan development for improving the maternal and child care services in this a specific area with this special population. The

readiness of health resources, especially an effective referral system, qualified health providers and effective health care network, should be components of the plan and policy.

# กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา จากอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสองท่าน คือ ผศ.ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง และ รศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ที่ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้งห้าท่าน คือ นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ รศ.ดร.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ตติกจ์ ผศ.ดร.แสงอรุณ อิสระมาลัย ผศ.ดร.กิตติกร นิลมานัต และ รศ.สุรีย์พร กฤษเจริญ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่และข้อมูลตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สตรีชาวเลและครอบครัว ผดุงครรภ์โบราณและผู้ที่เกี่ยวข้องในหมู่บ้านทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ที่ให้การช่วยเหลือในหลายๆเรื่องที่ไม่สามารถนำมากล่าวไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบคุณ น้าเมธ ที่ได้กรุณาเอื้อเฟื้อพาหนะในการเดินทาง อาหาร และคำแนะนำต่างๆ ขอขอบคุณคุณครูที่ปฏิบัติงานบนเกาะที่ได้เอื้อเฟื้อข้อมูล เอกสาร วิดิทัศน์ที่สะท้อนให้เห็นประเพณีของชาวเล และให้ความช่วยเหลือในทุกๆเรื่องตลอดระยะเวลาที่เข้าไปเก็บข้อมูลในหมู่บ้าน

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ ประสาทความรู้ตลอดจนให้ความช่วยเหลือคำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จ และมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ และน้องๆ นักศึกษาปริญญาโททุกสาขาทุกท่านที่เป็นกำลังใจ ให้การสนับสนุนและช่วยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันตลอดมา ส่งผลให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ผู้ให้กำเนิดที่คอยเป็นกำลังใจที่จะมุมานะในการทำวิจัย และยายอันเป็นสุดที่รักที่คอยปลอบเมื่อท้อและสร้างกำลังใจให้เข้มแข็งที่จะฝันฝ่าอุปสรรคต่างๆ ตลอดจนพี่ๆน้องๆ ทุกคนในครอบครัวที่คอยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ความอบอุ่นและเป็นขวัญกำลังใจที่ดีเสมอมา

จิตติมา อร่ามศรีธรรม

# สารบัญ


| | หน้า |
|---|---|
| บทคัดย่อภาษาไทย……..... | (3) |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ……..... | (5) |
| กิตติกรรมประกาศ……..... | (7) |
| สารบัญ……..... | (8) |
| รายการตาราง..... | (10) |
| รายการภาพประกอบ..... | (11) |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ…….. | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา……..……. | 1 |
| วัตถุประสงค์ในการวิจัย……... | 3 |
| คำถามในการวิจัย……. | 4 |
| กรอบแนวคิดในการศึกษา.....…….. | 4 |
| นิยามศัพท์……..... | 5 |
| ขอบเขตการวิจัย……... | 5 |
| ความสำคัญของการวิจัย……... | 6 |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง……... | 7 |
| การจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย..... | 7 |
| นโยบายและเป้าหมายการดูแลสุขภาพมารดาและทารก……. | 7 |
| แนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพในสถานีอนามัย..... | 8 |
| การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก..... | 12 |
| ความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก…….. | 20 |
| ระบบการดูแลสุขภาพตนเอง..... | 22 |
| บริบทพื้นที่ที่ศึกษา..... | 28 |
| 3 วิธีดำเนินการวิจัย……..... | 41 |
| พื้นที่ที่ศึกษา……..... | 41 |
| ผู้ให้ข้อมูล…… | 42 |

# สารบัญ (ต่อ)


เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย…….…….... 43
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ…….....…… 44
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล……..... 44
การตรวจสอบข้อมูล……..... 45
การวิเคราะห์ข้อมูล……..... 46
การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล...…….. 48
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล..... 49
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... 109
บรรณานุกรม……... 114
ภาคผนวก……. 121
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเครื่องมือ..... 122
ภาคผนวก ข การพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย..... 123
ภาคผนวก ค แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์เจาะลึก..... 124
ภาคผนวก ง ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน..... 130
ภาคผนวก จ ข้อมูลการรับรู้การจัดบริการตามสถานบริการที่สตรีเลือกใช้บริการอนามัยแม่และเด็ก..... 133
ภาคผนวก ฉ ข้อมูลค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบแต่ละสถานบริการที่สตรีชาวเลเลือกใช้บริการ..... 135
ภาคผนวก ช ภาพบริบทพื้นที่ที่ศึกษา..... 137
ประวัติผู้เขียน..... 154

# รายการตาราง


| ตาราง | | หน้า |
|---|---|---|
| 1 | ลักษณะของสตรีชาวเลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล..... | 50 |
| 2 | ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ของสถานีอนามัยกับการเข้าถึงบริการของสตรีชาวเลในแต่ละช่วงเวลา…….. | 70 |
| 3 | ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน..... | 130 |
| 4 | ข้อมูลการรับรู้การจัดบริการตามสถานบริการที่สตรีเลือกใช้บริการอนามัยแม่และเด็ก..... | 133 |
| 5 | ข้อมูลค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบแต่ละสถานบริการที่สตรีชาวเลเลือกใช้บริการ..... | 135 |

# รายการภาพประกอบ


| ภาพประกอบ | | หน้า |
|---|---|---|
| 1 | ระบบการดูแลสุขภาพในชุมชน | 27 |
| 2 | แผนที่ชุมชนบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทยที่ศึกษา | 30 |
| 3 | แผนผังแสดงสถานที่ทำคลอด | 36 |
| 4 | ทางเข้าหมู่บ้าน | 137 |
| 5 | สถานที่ศักดิ์สิทธิ์ที่ชาวเลเคารพนับถือ | 138 |
| 6 | สำนักสงฆ์และโบสถ์คริสต์ | 139 |
| 7 | สถานีอนามัยชั่วคราวและที่กำลังก่อสร้างใหม่ | 140 |
| 8 | การทำไซและการทำประมง | 141 |
| 9 | ลักษณะบ้านเรือนของชาวเล | 142 |
| 10 | เด็กและสตรีชาวเล | 143 |
| 11 | โรงเรียนบนเกาะ | 144 |
| 12 | แหล่งอาหารของชาวเล | 145 |
| 13 | สถานที่ทำคลอดและอยู่ไฟ | 146 |
| 14 | การเตรียมน้ำอาบหลังคลอด | 147 |
| 15 | การจัดมดลูกเข้าอู่ | 148 |
| 16 | การเหยียบนวดหลังคลอด | 149 |
| 17 | การอาบน้ำสระผมหลังคลอด 3.วัน | 150 |
| 18 | การนวดหลังคลอด | 151 |
| 19 | ยาสมุนไพร (ยาร้อน) สำหรับสตรีชาวเลหลังคลอด | 152 |
| 20 | ความเชื่อในการเลี้ยงบุตรของชาวเล | 153 |

# บทที่ 1

# บทนำ

*ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา*

งานอนามัยแม่และเด็กเป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญ เพื่อให้บริการมารดาและทารกให้ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์และการคลอด คุณภาพบริการที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จึงมีความสำคัญต่อการวางรากฐานของชีวิตคน (กรมอนามัย, 2545) ดังนั้นงานอนามัยแม่และเด็กจึงถูกกำหนดเป็นเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่แผน 6 เป็นต้นมา (กรมอนามัย, 2545)

ใน พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยเพื่อให้หญิงมีครรภ์ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ทั่วถึง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) เพราะการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเป็นหลักการที่สำคัญของทุกสังคม (สมชาย, 2539) เป็นดัชนีชี้วัดของระบบบริการสุขภาพ (Maesnee and Willems, 2000) โดยมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง คือ ความยากง่ายในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่สถานบริการจัดให้ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการสุขภาพที่มีต่อบริการที่ได้รับ และการเข้าถึงด้านสังคมวัฒนธรรม (WHO, 1978; Penchansky and Thomas, 1981; Aday and Andersen, 1981) จากรายงานเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าอุปสรรคของการเข้าถึงบริการอาจเกิดขึ้นได้จากปัจจัยด้านบริการ ได้แก่ ความเพียงพอและความสะดวกในการไปรับบริการ ด้านการเงิน ด้านทัศนคติ และด้านภูมิศาสตร์ (california health care foundation, 2000) ซึ่งเป็นอุปสรรคที่ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (ทวีศักดิ์, 2544)

จากข้อมูลการใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในทุกภาคของประเทศ พบว่าในระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 98.9 มีการฝากครรภ์กับสถานบริการทั้งของรัฐและสถานบริการของเอกชน มีเพียง ร้อยละ 1.1 ที่ไม่ไปฝากครรภ์ ซึ่งภาคใต้มีสถิติน้อยสุดที่ไม่มีการฝากครรภ์ คือ ร้อยละ 0.4 ในระยะคลอดทุกภาคมีการคลอดบุตรกับสถานบริการของรัฐและสถานบริการของเอกชน ร้อยละ 98.6 คลอดบุตรที่บ้าน ร้อยละ 1.4 โดยภาคใต้มีสถิติการใช้บริการทำคลอดที่บ้านสูงกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 4.5 และข้อมูลการใช้บริการทำคลอดพบว่าทุกภาคมีการเลือกใช้บริการทำคลอดกับบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 98.4 รองลงมาร้อยละ 1.6 เลือกใช้บริการทำคลอดโดยผดุงครรภ์

โบราณ โดยภาคใต้มีการเลือกใช้บริการทำคลอดกับผดุงครรภ์โบราณสูงกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 4.4 และในระยะหลังคลอด สตรีส่วนใหญ่ไปใช้บริการตรวจหลังคลอดสัปดาห์ที่ 1-2 หลังคลอด และสัปดาห์ที่ 4-6 หลังคลอด ร้อยละ 73.8 และ ร้อยละ 69.2 ตามลำดับ ในภาคใต้มีสถิติการไปรับบริการตรวจหลังคลอดสัปดาห์ที่ 1-2 หลังคลอด และสัปดาห์ที่ 4-6 หลังคลอด น้อยกว่าทุกภาค คือ ร้อยละ 67.1 และ ร้อยละ 59.9 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2549) จากข้อมูลเบื้องต้นสะท้อนการเข้าถึงบริการสุขภาพของสตรีทางภาคใต้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ในระยะคลอด และระยะหลังคลอดน้อยกว่าภาคอื่น

บริบทพื้นที่ภาคใต้ที่มีความแตกต่างจากภาคอื่น คือ มีเกาะในท้องทะเลทั้งสองฝั่งคือฝั่งอ่าวไทยและอันดามัน จำนวน 742 เกาะ เกาะที่มีคนอาศัยอยู่ จำนวน 206 เกาะ (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2549) ประชาชนมีความหลากหลายในกลุ่มชาติพันธุ์ คือ ไทยพุทธ ไทยมุสลิม ไทยจีน และชาวเล มีวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะกลุ่ม จากการศึกษาด้านอนามัยแม่และเด็กที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทพื้นที่ราบของภาคใต้ โดยเฉพาะกลุ่มมุสลิมเนื่องจากเป็นชนกลุ่มใหญ่ที่อาศัยอยู่ในเขตภาคใต้โดยเฉพาะใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ยังคงนิยมใช้บริการสุขภาพในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (นงพรรณ และคณะ (2535) ; สุนันทา และสุนันท์, (2539) และ พันณี, (2542) ) ส่วนการศึกษาด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีชาวเลยังมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของชาวเล (อาภรณ์, 2535; อาภรณ์, 2546 และ เยาวนิตย์, 2541) ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเรื่องความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีชาวเล

ชาวเลในภาคใต้จำนวน 9,410 คน มี 3 กลุ่มด้วยกันคือ มอแกลน มอเกล็น และอุรักลาโว้ย โดยกลุ่มอุรักลาโว้ยมีจำนวน 5,062 คน ซึ่งเป็นชาวเลที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในประเทศไทย อาศัยอยู่ตามชายทะเลอันดามัน เป็นกลุ่มชาวเลที่ยังคงรักษาวัฒนธรรมดั้งเดิมอยู่ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก มีความเชื่อในอำนาจนอกเหนือธรรมชาติการดูแลสุขภาพของชาวเลส่วนใหญ่จะใช้การดูแลสุขภาพด้วยความเชื่อทางไสยศาสตร์ ด้วยการเป่ามนต์ ว่าคาถา (อาภรณ์, 2546)

ผู้วิจัยได้ลงไปศึกษาข้อมูลเบื้องต้นบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทยที่ตั้งห่างจากชายฝั่ง 80 กิโลเมตร ใช้เรือในการเดินทางจากฝั่งไปเกาะ และมีชาวเลกลุ่มอุรักลาโว้ยอาศัยอยู่ 1,014 คน จากการสังเกตและสอบถาม พบว่า ชาวเลยังคงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยใช้แพทย์ทางเลือก เชื่อไสยศาสตร์ จากข้อมูลพื้นฐานด้านอนามัยแม่และเด็กที่ได้จากสถานีอนามัยบนเกาะเมื่อปีพ.ศ.2549 พบว่า มีสตรีชาวเลตั้งครรภ์ จำนวน 30 คน เลือกใช้บริการฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 21 เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดสตรีชาวเล จำนวน 25 คน เลือกใช้บริการทำคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ คลอดกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำนวน 1 คน คลอดโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน

4 คน และทุกปีจะมีสตรีชาวเลอย่างน้อย 1 ราย มีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดแต่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นจากผดุงครรภ์โบราณด้วยการคลึงมดลูก การเป่ามนต์ ว่าคาถา และจะเรียกใช้บริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยเมื่อการรักษาของผดุงครรภ์โบราณไม่ได้ผล

จากบริบทพื้นที่ที่เป็นเกาะ วัฒนธรรมของชาวเลอุรักลาโว้ยที่ยังคงรักษาวัฒนธรรมดั้งเดิมอยู่ มีความเชื่อไสยศาสตร์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของชาวเล ซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยในประเทศไทยที่อาศัยอยู่บนเกาะแห่งหนึ่งทางภาคใต้ เพื่อให้ได้ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ความต้องการบริการสุขภาพ และอุปสรรคที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของชาวเล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการใช้ประกอบการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยให้กับชาวเลที่อาศัยอยู่บนเกาะซึ่งมีข้อจำกัดทางด้านกายภาพและภูมิศาสตร์ในการเดินทาง โดยอาศัยข้อมูลการใช้บริการสุขภาพจากภาคประชาชน มาใช้ประกอบการพิจารณา

*วัตถุประสงค์ของการวิจัย*

1. เพื่ออธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในสถานีอนามัยของสตรีชาวเลบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย
2. เพื่ออธิบายความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในสถานีอนามัยของสตรีชาวเลบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในสถานีอนามัยของสตรีชาวเลบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย

*คำถามการวิจัย*

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในสถานีอนามัยของสตรีชาวเลบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย เป็นอย่างไร

2. ความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในสถานีอนามัย ของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย เป็นอย่างไร

3. อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในสถานีอนามัย ของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย เป็นอย่างไร

*กรอบแนวคิดในการศึกษา*

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความต้องการบริการสุขภาพ และศึกษาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในสถานีอนามัยของสตรีชาวเลบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยอาศัยแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่อธิบายว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นความสามารถของผู้ใช้บริการในการเข้าถึงบริการที่สถานบริการจัดให้ โดยคำนึงถึงความยากง่ายในการไปใช้บริการสุขภาพที่สถานบริการ (accessibility) ความเพียงพอของบริการสุขภาพที่สถานบริการจัดให้เมื่อเปรียบเทียบกับควาต้องการของผู้ใช้บริการ (availability) ความสะดวกของผู้ใช้บริการในการไปใช้บริการสุขภาพ (accommodation) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ (affordability) ความพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการที่ได้รับ (consumer satisfaction) และการเข้าถึงบริการด้านสังคมวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ (socio-cultural) ตามความเชื่อ ค่านิยมทางสังคม วัฒนธรรม บรรทัดฐานทางสังคม (WHO, 1978; Penchansky & Thomas, 1981 ana Aday & Andersen, 1981)

แนวคิดการดูแลสุขภาพของไคล์แมน (Kleinman, 1980) ที่อธิบายระบบการดูแลสุขภาพในสังคม เป็นระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การตอบสนองความเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค บรรทัดฐานที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษา การประเมินผลการรักษา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งระบบการดูแล

สุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ ระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชน ระบบการดูแลสุขภาพภาคแพทย์แผนปัจจุบัน และระบบการดูแลสุขภาพภาคแพทย์พื้นบ้าน

แนวคิดการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นสถานบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน โดยมีการจัดให้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กด้านการรักษา ได้แก่ การให้บริการการทำคลอดปกติ หากมีภาวะแทรกซ้อนสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างทันท่วงที และมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง การป้องกัน คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตลอดระยะการตั้งครรภ์จนถึงการคลอดเน้นความปลอดภัยของมารดาและทารก การส่งเสริมสุขภาพ คือ การให้ความรู้และคำปรึกษาในการดูแลสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ และการฟื้นฟูสภาพ คือ ให้การดูแลหลังคลอดพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่มารดา ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลมารดาและทารก (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

*นิยามศัพท์*

การเข้าถึงบริการสุขภาพ คือ ความสามารถของสตรีชาวเลบนเกาะ ในการใช้บริการสุขภาพด้านผดุงครรภ์ในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดที่สถานีอนามัยจัดให้ตามมาตรฐานที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข

ความต้องการบริการสุขภาพ คือ บริการสุขภาพด้านผดุงครรภ์ที่จำเป็นตามความคิดเห็นของสตรีชาวเลในการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ จนถึงระยะหลังคลอด

บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก คือ บริการสุขภาพด้านผดุงครรภ์สำหรับสตรีตั้งครรภ์ สตรีคลอด และสตรีหลังคลอด ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยจัดให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด

สตรีชาวเล คือ สตรีที่มีชาติกำเนิดเป็นชาวเลกลุ่มอุรักลาโว้ยที่มีวัฒนธรรมเป็นเอกลักษณ์เฉพาะกลุ่มและใช้ภาษาชาวเลในการสื่อสาร มีประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอด อาศัยอยู่ในเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย

*ขอบเขตการวิจัย*

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการเข้าถึงและความต้องการบริการสุขภาพ และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่ง

ทางตอนใต้ของประเทศไทย ศึกษาในสตรีชาวเลที่มีภูมิลำเนาเดิมและปัจจุบันยังคงอาศัยอยู่บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย มีประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร เคยใช้บริการอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย จำนวน 15 คน โดยเริ่มทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2550 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2551 เป็นเวลา 10 เดือน

*ความสำคัญของการวิจัย*

1. ได้ความรู้ใหม่เกี่ยวกับ การเข้าถึงบริการสุขภาพของชาวเล ความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของชาวเล และอุปสรรคที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของชาวเล

2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการใช้ประกอบในการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานบริการระดับปฐมภูมิให้กับชาวเลที่อาศัยอยู่บนเกาะซึ่งลักษณะทางด้านกายภาพและภูมิศาสตร์มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยอาศัยข้อมูลการรับบริการสุขภาพจากภาคประชาชน และข้อมูลจากการปฏิบัติงานในส่วนของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานบนเกาะ มาใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา

# บทที่ 2

# เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และ ความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ มีดังนี้

1. การจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย
    1.1 นโยบายและเป้าหมายการดูแลสุขภาพมารดาและทารก
    1.2 แนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพสถานีอนามัย
2. การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก
3. ความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก
4. ระบบการดูแลสุขภาพตนเอง
5. บริบทพื้นที่ที่ศึกษา

*การจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย*

*นโยบายและเป้าหมายการดูแลสุขภาพมารดาและทารก*

เป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพมารดาและทารกคือเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของมารดาเพื่อคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของสุขภาพมารดาและทารก รวมทั้งสมดุลของครอบครัว หรือการส่งเสริมความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาและบิดา โดยสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วม ในงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาและทารก หรือที่เรียกว่างานอนามัยแม่และเด็กได้มีการกำหนดนโยบายเพื่อการบรรลุเป้าหมายการดูแลเพื่อสุขภาพที่ดีของมารดาและทารก ดังนี้

1. นโยบายการพัฒนาสาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) โดยมีนโยบาย “มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง” เป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาและทารก ดังนี้ อัตราทารกตาย ไม่เกิน 18 ต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 คน อัตรามารดาตาย ไม่เกิน 18 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน อัตราทารกตายปริกำเนิด ไม่เกิน 9 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,5000 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 อัตราป่วยด้วย

โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดไม่เกิน 1 ต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 คน ร้อยละเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ติดเชื้อเอช ไอ วี ไม่เกินร้อยละ 5 อัตราการติดเชื้อเอช ไอ วี ของหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 0.8 อัตราส่วนภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ไม่เกินร้อยละ 10 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์มากกว่าร้อยละ 50 ทารกกินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 และร้อยละ เด็ก 0-5 ปีมีพัฒนาการตามวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

2. นโยบายตามแนวทางการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย ประเทศไทยมีนโยบายที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมดก่อนปี 2588 ประเทศไทยจึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (millennium development goals) โดยมีแนวคิดแสดงให้เห็นแนวทางการพัฒนาแบบมุ่งสัมฤทธิ์ผล และแนวคิดแบบ “เราทำได้” ของประเทศไทย นโยบายตามแนวทางการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาและทารกมี สรุปได้ดังนี้

1. ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลง 2 ใน 3 ในช่วงปี 2533-2558 และลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่ง และ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่ง ในช่วงปี 2548-2558

2. ลดอัตราการตายของมารดาลง 2 ใน 3 ในช่วงปี 2533-2588 และลดอัตราการตายของมารดาในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่งและ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2548-2558

*แนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพสถานีอนามัย*

การจัดระบบบริการสุขภาพสถานีอนามัย สถานีอนามัยหรือที่เรียกกันว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit: PCU) หมายถึง การจัดพื้นที่ในอาคาร โดยมีองค์ประกอบ บุคคล วัสดุสิ่งของ และระบบการทำงาน เพื่อจัดบริการปฐมภูมิ โดยมีสัดส่วนและองค์ประกอบเพื่อจัดบริการที่ชัดเจน ถูกต้องตามความหมายของบริการปฐมภูมิ ปัจจุบันคำว่า พีซียู หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข เรียกชื่อเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) เพื่อให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความจำเป็นที่ต้องมีการมุ่งเน้นการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ดังนี้

1. ประชาชนไทยยังไม่ได้รับสิทธิของการมีสุขภาพดี ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและตามร่างกรอบการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติในการที่รัฐต้องจัดบริการสุขภาพที่ดีที่คนไทยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาค ทั่วถึง เป็นธรรมและมีทางเลือก โดยบริการนั้นต้องมี

คุณภาพ มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพเป็นบริการที่รู้จัก เข้าใจ และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของประชาชนผู้ใช้บริการ

2. ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย ครอบครัว/ชุมชน มีส่วนร่วมน้อยในการดูแลสุขภาพ จะเห็นได้จากแบบแผนความเจ็บป่วยที่สะท้อนให้เห็นว่า ประชาชนยังมีสุขภาพที่ไม่ถูกต้องในการปฏิรูปสุขภาพ จึงปรับวิธีคิดเรื่องสุขภาพโดยการพัฒนาศักยภาพและความสามารถให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพตนเองหรือครอบครัวได้ทั้งในภาวะปกติ เจ็บป่วยเล็กน้อย และต้องเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้รู้เข้าใจ ตัดสินใจ วางแผนและดำเนินกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน ของตนเอง ครอบครัว ชุมชน โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น

3. ระบบสุขภาพมีความไม่เป็นธรรมและเข้าถึงยาก ในปัจจุบันการแก้ไขความไม่เป็นธรรมและการเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพ คือ

3.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.2 การจัดสรรงบประมาณสาธารณะที่มีประสิทธิภาพ

3.3 การที่มีการพัฒนาความสัมพันธ์ของเครือข่าย แบบมุ่งเน้นผลลัพธ์ระบบสุขภาพ

3.4 มุ่งเน้นการพัฒนาการดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.5 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการติดตาม กำกับ ตรวจสอบ เพื่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ

4. การบริการสุขภาพยังไม่ได้คุณภาพ มาตรฐาน ทำให้ผู้รับบริการยังไม่ได้รับบริการที่ดีตามมาตรฐานรวมถึงความรู้สึกไม่พึงพอใจในการปฏิรูประบบสุขภาพ หน่วยบริการจึงต้องมีการสร้างหลักประกันคุณภาพขึ้น โดยมีการกำหนดมาตรฐาน การดำเนินงาน การติดตาม ตรวจสอบ กำกับประเมิน โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพและมีองค์กรภายนอกตรวจสอบและรับรอง เพื่อให้เกิดการบริการ พัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง และสามารถตอบสนองความคาดหวัง ความต้องการของประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ

5. ระบบบริการสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพ คือ ยังไม่สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดผลประโยชน์สูงสุด หรือมีคุณค่ามากที่สุด ระบบเดิมยังมุ่งเน้นซ่อมสุขภาพมากกว่าสร้างสุขภาพ ในกระแสการปฏิรูปการจัดการในศูนย์สาธารณสุขชุมชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ จึงควรมียุทธศาสตร์ในเรื่องระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การกระจายอำนาจในระบบสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน

*แนวคิดและกระบวนการทำงานของสถานีอนามัย*

การทำให้ประชาชนคนไทยสิทธิของการมีสุขภาพดี ตามรัฐธรรมนูญและแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการคิดใหม่ (re-think) ทำใหม่ (re-design) มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือการออกแบบระบบบริการ ในศูนย์สาธารณสุขชุมชน หรือ พีซียู ให้มีการทำงานที่เป็นองค์รวม บูรณาการ โดยการพัฒนาระบบให้เป็นระบบที่รู้จัก เข้าใจ เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในมิติเชิงสังคม – มานุษยวิทยา ทั้งในระดับบุคคล / ครอบครัว / ชุมชน เพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อ ผสมผสานงานบริการสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

*การจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย*

สถานีอนามัยเป็นสถานบริการระดับต้นที่จัดให้กับประชาชน โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นการจัดบริการ ด่านแรก หรือบริการขั้นต้น ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอย่างสะดวก (สำนักเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545) เป็นสถานบริการที่ให้บริการดูแลสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (สำเริง และรุจิรา, 2545) โดยจัดให้บริการแบบผสมผสานทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาล ตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน โดยมุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลัก เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับสภาพชีวิตประจำวัน วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และลักษณะทางสังคม (ทวีทอง และคณะ, 2531)

การให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กเป็นบริการหนึ่งที่สถานีอนามัยจัดให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการให้บริการดูแลสุขภาพตั้งแต่เกิดจนตาย โดยมีแนวทางการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กทั้งด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ การให้บริการการทำคลอดในรายที่คลอดปกติ หากมีภาวะแทรกซ้อนสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างทันท่วงที และมีระบบการส่งต่อไปยังสถานบริการในเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพทั้งการส่งต่อข้อมูลและตัวผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการสุขภาพ การป้องกัน คือ การให้บริการการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นตลอดระยะการตั้งครรภ์จนถึงการคลอดโดยเน้นความปลอดภัยของมารดาและทารก การส่งเสริมสุขภาพ คือ การให้ความรู้และคำปรึกษาในการดูแลสุขภาพแก่สตรีตั้งครรภ์ ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ ให้การดูแลหลังการคลอดพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่มารดา ครอบครัว และชุมชนในการดูแลมารดาและทารก โดยใช้การบูรณาการงานตามความจำเป็นที่สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (2550) ได้ กำหนด ดังนี้

*ระยะตั้งครรภ์*

ในระยะตั้งครรภ์มีการจัดบริการรับฝากครรภ์ ที่เป็นบริการที่จำเป็นสำหรับสตรีตั้งครรภ์ (Sherwan, Scoloeno & Weingarten, 1995) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ปกติและการคลอดปกติ

2. ลดอัตราการตายคลอดและอัตราตายของเด็กแรกคลอด

3. ดูแลรักษาสุขภาพของมารดา และทารกในครรภ์ ให้ดำเนินไปด้วยดีตลอดระยะการตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด และหลังคลอด

4. ให้การวินิจฉัย ป้องกัน และรักษาความผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์

5. ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการตรวจครรภ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตลอดระยะตั้งครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) คือ

ฝากครรภ์ทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์ หรือไม่ควรช้ากว่าสัปดาห์ที่ 8

อายุครรภ์ 1-6 เดือน ตรวจครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง

อายุครรภ์ 7-9 เดือน ตรวจครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง

อายุครรภ์ 9 เดือน ตรวจครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง

กิจกรรมการให้บริการในสถานีอนามัย ประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจร่างกายที่ไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ การตรวจคัดกรองโดยการเจาะตรวจทางห้องปฏิบัติและการเชื่อมโยงการส่งตรวจกับสถานบริการที่เป็นหน่วยคู่สัญญา การประเมินเพื่อการส่งต่อหากมีภาวะแทรกซ้อนโดยจะทำการส่งต่อไปยังสถานบริการหน่วยคู่สัญญา

*ระยะคลอด*

ความจำเป็นของสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดคือ การคลอดที่ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก กิจกรรมการให้บริการในสถานีอนามัยมีการจัดบริการทำคลอดเฉพาะกรณีที่เป็นการคลอดปกติ โดยเริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง จนกระทั่ง ทารก รก และเยื่อหุ้มรกคลอด ซึ่งช่วงเวลาแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ครรภ์แรกจะใช้เวลานานกว่าครรภ์หลัง ทั้งนี้เพราะระยะที่หนึ่งของการคลอด หมายถึงเริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงไปจนถึงปากมดลูกเปิดขยายหมด (10 เซนติเมตร) ในครรภ์แรกจะใช้เวลาประมาณ 12 ชั่วโมง ครรภ์หลังเฉลี่ย 6 ชั่วโมง สำหรับระยะที่สองและสามของการคลอดนั้น ไม่ว่าจะเป็นครรภ์แรกหรือครรภ์หลังมักใช้เวลาเฉลี่ยเท่าๆกัน คือ 1 ชั่วโมง และ 15-30 นาที ตามลำดับ ระยะหลังรกและเยื่อหุ้มรกคลอดแล้ว ผู้คลอดจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ระยะนี้ใช้เวลา

ประมาณ 1 สัปดาห์ อวัยวะต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการคลอดจะกลับสู่สภาพเดิม ถ้าพบความผิดปกติจะทำการส่งต่อไปยังสถานบริการหน่วยคู่สัญญาซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจังหวัด การทำคลอดอาจทำที่สถานบริการหรือที่บ้านของสตรีที่ตั้งครรภ์ โดยมีกิจกรรมดังนี้ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ การตรวจภายใน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการหายใจและการเบ่งคลอด การตัดฝีเย็บและการเย็บฝีเย็บ กิจกรรมดังกล่าวจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งหากมีภาวะแทรกซ้อนสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและมีระบบการส่งต่อไปยังสถานบริการหน่วยคู่สัญญาได้ทันท่วงที

*ระยะหลังคลอด*

การเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสตรีที่ผ่านการคลอด ในสถานีอนามัยจะมีเจ้าหน้าที่ทำการตรวจเยี่ยมมารดาหลังคลอด อย่างน้อย 2 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1-2 อย่างน้อย 1 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 6 อย่างน้อย 1 ครั้ง กิจกรรมประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การให้คำแนะนำ การให้ภูมิคุ้มกันทารกพร้อมนัดฉีดวัคซีนทารกตามช่วงอายุ และการนัดตรวจหลังคลอดและมะเร็งปากมดลูก 45 วันหลังคลอด (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

สรุปแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพในสถานีอนามัย เป็นการจัดบริการให้การดูแลสุขภาพแก่ประชาชนแบบองค์รวม มีการบูรณาการการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขสภาพ มีความต่อเนื่องของบริการสุขภาพ และเอื้อให้เกิดการรับผิดชอบร่วมกันระหว่างประชาชนกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นการสร้างศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้ประชาชนจัดสรรวิถีในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

*การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก*

*ความหมาย*

การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเป็นหลักการที่สำคัญของทุกสังคม (สมชาย, 2539) และเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ (Maesneer and Willems, 2000) โดยการเข้าถึงบริการสุขภาพ คือ ความสามารถของผู้รับบริการที่จะไปถึงยังสถานบริการได้ง่ายเพื่อที่จะได้รับการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ (Persinger, 2000) ตามความจำเป็นในเวลาที่สมควร (อนุวัฒน์และจิรุตม์, 2543) และได้รับความสะดวกจากการมารับบริการ (Parasuraman, Ziehaml and Berry, 1988)

*การเข้าถึงบริการสุขภาพ*

การเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับสังคมและวัฒนธรรม นักสังคมวิทยาการแพทย์หลายท่านได้พัฒนาแนวคิดและทฤษฎี เพื่ออธิบายพฤติกรรมการแสวงหาและการเข้าบริการสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีเกี่ยวกับขั้นตอนของความเจ็บป่วยและการรักษาทางการแพทย์ (stages of illness and medical care) ทฤษฎีการแสวงหาความช่วยเหลือ (general theory of health seeking) และรูปแบบพฤติกรรม (behavioral model) แต่ทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่เป็นทฤษฎีอย่างชัดเจน ยังคงเป็นเพียงแนวคิดเท่านั้น

การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีผู้เสนอไว้หลายท่าน ได้แก่ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978) เพนชานสกีร์และโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) อเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Andersen, 1981) และเมเยอร์ (Mayers, 1972) ที่ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพทางการแพทย์ที่ใกล้เคียงกัน สามารถแยกอธิบายได้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978) ให้แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพว่าควรจะประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงด้านภูมิศาสตร์ (geographical) โดยคำนึงถึงระยะทาง ระยะเวลาในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ใช้บริการที่จะไปรับบริการยังสถานบริการ 2) การเข้าถึงด้านการเงิน (financial) เป็นความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ 3) การเข้าถึงด้านวัฒนธรรม (cultural) การเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ใช้บริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อในชุมชน และ4) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่สถานบริการจัดให้ (functional) คือ ความเพียงพอของบริการที่จำเป็นสำหรับผู้ใช้บริการ

การเข้าถึงบริการสุขภาพตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกเป็นการอธิบายให้เห็นถึงว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กันใน 3 ส่วน คือ ระบบบริการสุขภาพ ผู้ใช้บริการ และชุมชน

เพนชานสกีร์และโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) ได้ให้แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยจำแนกออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้ใช้บริการ 2) การเข้าถึงแหล่งบริการ คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวกโดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งของสถานบริการกับการเดินทางของผู้ใช้บริการ 3) ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้ใช้บริการยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ 4) ด้านความสามารถของผู้ใช้บริการในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการที่ได้รับ และ5) ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ เป็นการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ

แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของเพนส์ชานสกีร์และโทมัสเป็นการอธิบายความสัมพันธ์กันใน 2 ส่วน คือ ระบบบริการสุขภาพกับผู้ใช้บริการสุขภาพ

อเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Andersen, 1981) เสนอแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพไว้ว่าควรจะประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) นโยบายสาธารณสุข (health policy) ซึ่งมีความสำคัญที่จะส่งผลให้ระบบต่างๆได้มีการปรับปรุง เช่น การจัดสรรงบประมาณ การจัดระบบการศึกษา การจัดอัตรากำลัง และการจัดองค์กรสาธารณสุข ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ใช้ในการประเมินการใช้บริการสาธารณสุข 2) ลักษณะของระบบบริการสาธารณสุข (characteristics of health delivery system) โดยมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องต่อลักษณะระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งคำนึงถึงผลที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ ได้แก่ การจัดสรรทรัพยากรที่จะต้องมีทั้งปริมาณและการกระจายอย่างเพียงพอต่อการให้บริการสาธารณสุข และการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขที่คำนึงถึงการประสานงาน ควบคุมกำกับงานของบุคลากรในการให้บริการสาธารณสุขและองค์ประกอบที่จะเข้าสู่ระบบบริการได้ง่าย เช่น ระยะเวลาที่จะเดินทางไปสถานบริการ เวลาที่รอคอยในการรับบริการ 3) ลักษณะของผู้ใช้บริการ (characteristics of population at risk) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย ปัจจัยสนับสนุน คือ รายได้ของครอบครัว ความครอบคลุมในด้านประกันสุขภาพ และการกระจายแหล่งบริการในชุมชนที่จะเกื้อกูลในการใช้บริการสุขภาพ และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ คือปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นจำเป็นจะต้องใช้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการประเมินการเจ็บป่วย 4) การใช้บริการสุขภาพ (utilization of health services) ประกอบด้วย ชนิดของสถานบริการ จุดประสงค์ของการใช้บริการ และเวลาที่ใช้บริการ ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวจะส่งผลในการใช้บริการสุขภาพของผู้ใช้บริการ และ 5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (consumer satisfaction) เป็นความรู้สึกที่ผู้ใช้บริการได้รับจากประสบการณ์ในการไปรับบริการในแต่ละครั้ง ได้แก่ความพึงพอใจในเรื่อง ความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ความเสมอภาคในการให้บริการ อัธยาศัยของผู้ให้บริการ การได้รับคำแนะนำและข้อมูลจากการให้บริการ ค่าใช้จ่ายเมื่อไปใช้บริการ และคุณภาพบริการ

แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของอเดย์และแอนเดอร์สัน เป็นการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง ระบบบริการสุขภาพ และผู้ใช้บริการสุขภาพ โดยนำปัจจัยของการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพมารวมกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ได้เน้นในส่วนของชุมชนจะเน้นที่ตัวบุคคลและระบบบริการเป็นหลัก

เมเยอร์ (Mayers, 1972) อธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพควรจะประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ คือ 1) การเข้าถึงส่วนบุคคล (personal accessibility) ได้แก่ การรับรู้และความรู้ส่วนบุคคลในเรื่อง

ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพ แพทย์ประจำตัวมักจะได้รับการพิจารณาให้เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพ 2) การบริการแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive services) แพทย์จะเป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการด้วยการวินิจฉัยรักษา ป้องกันโรค ควบคุม และลดความพิการ เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถฟื้นคืนสู่สภาพปกติ และ 3) ความเพียงพอในเชิงปริมาณ บริการที่จัดให้จะต้องมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของผู้ใช้บริการ เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความเชื่อมั่นในระบบบริการ

แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของเมเยอร์จะเน้นความสัมพันธ์ใน 2 ด้านเช่นเดียวกัน ได้แก่ ตัวบุคคลของผู้ใช้บริการที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

จากแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีผู้ให้แนวคิดไว้หลายท่าน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและใช้แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีชาวเล สรุปได้ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่าง ระบบบริการสุขภาพ ผู้ใช้บริการ และชุมชน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความยากง่ายในการเดินทางไปสถานบริการ (geographical) โดยคำนึงถึงลักษณะของสถานที่ตั้ง ระยะทางจากบ้านไปยังสถานบริการ ระยะเวลาเดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการ วิธีการเดินทางไปยังสถานบริการ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ ซึ่งถือเป็นการเข้าถึงด้านภูมิศาสตร์ ผู้รับบริการที่อยู่ในเขตภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกันจะสามารถเข้าถึงบริการที่แตกต่างกัน (Blustein & Weitzman, 1995) จากการประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านบริการสาธารณสุขของชาวชนบทจังหวัดขอนแก่น และรูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยในโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการ และหน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาค พบว่า ปัจจัยด้านความสะดวกในการเดินทางไปถึงสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน จะเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการสาธารณสุข (ทัศนีย์, 2536; สมทรง และคณะ, 2536) และการศึกษาคุณภาพบริการโรงพยาบาลของรัฐในสายตาของประชาชน พบว่าเหตุผลที่มีผู้มาใช้บริการโรงพยาบาล คือ ความสะดวกในการเดินทาง (วิโรจน์ และคณะ, 2539) ได้แก่ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ประชาชนพึงพอใจมากที่สุดคือ 3 กิโลเมตรหรือน้อยกว่า และระยะทางที่พอใจรองลงมา คือระยะทางไม่เกิน 5 กิโลเมตร (ทัศณวลัย, 2539) ขณะที่การศึกษาของสมทรง และคณะ (2536) พบว่า การคมนาคมเป็นตัวกำหนดการเลือกใช้บริการ เช่น การมีรถโดยสารประจำทางผ่านเส้นทางการคมนาคมที่เอื้อต่อการใช้ยานพาหนะขับขี่ เป็นต้น ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงแหล่งบริการสาธารณสุขที่ประชาชนพึงพอใจมากที่สุด ในช่วงระยะเวลาระหว่าง 5.1-10 นาที ถ้าใช้เวลามากว่า 10 นาที ผู้ใช้บริการจะเดินทางมาใช้บริการลดลง (ทัศนวลัย, 2539) จาก

การศึกษาของลีนา (2535) พบว่า หญิงตั้งครรภ์จะเลือกใช้บริการทำคลอดที่บ้านเพราะอยู่ใกล้บ้าน เป็นบริการที่อยู่ในชุมชน เข้าถึงง่าย สะดวก สามารถตามผดุงครรภ์โบราณได้ทันทีที่ต้องการ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ขณะที่การไปใช้บริการที่โรงพยาบาลมีการเดินทางลำบาก ไม่มีพาหนะในการเดินทาง (พันณี, 2542; ละม่อม, 2535; อนันต์ และคณะ, 2535)

2. การเข้าถึงบริการที่สถานบริการจัดให้ (functional) โดยคำนึงถึงประเภทของบริการ ลักษณะของบริการที่ได้รับ ความเพียงพอของบริการสุขภาพ (availability) เมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยคำนึงถึงปริมาณและคุณภาพของบริการ และความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพ (accommodation) ได้แก่ ขั้นตอน ระยะเวลาในการเปิดให้บริการ ระยะเวลาในการรอคอย หญิงตั้งครรภ์ที่เลือกคลอดกับผดุงครรภ์โบราณที่บ้านเนื่องจากเป็นบริการที่หาได้ในชุมชนในหมู่บ้าน สามารถตามผดุงครรภ์โบราณได้ทันทีที่ต้องการ ในขณะที่การไปใช้บริการคลอดที่โรงพยาบาลของรัฐ คือ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป หญิงตั้งครรภ์จะต้องเดินทางไปคลอดยังสถานบริการของรัฐเอง ส่วนในด้านของสถานบริการระดับปฐมภูมิ คือ สถานีอนามัย หากหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์ในเวลากลางคืนก็ไม่สามารถตามเจ้าหน้าที่ได้สะดวก เพราะบางสถานีอนามัยไม่มีบ้านพักเพียงพอสำหรับเจ้าหน้าที่ (พันณี, 2542; ละม่อม, 2535; ลีนา, 2535; อนันต์ และคณะ, 2535) ในประเทศศรีลังกาได้มีการจัดสาธารณสุขมูลฐานและมีการจัดสถานที่ทำคลอดในทุกระยะทาง 1.4 กิโลเมตร โดยให้การดูแลฟรี จึงพบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ใช้บริการการทำคลอดที่สถานีอนามัยมากกว่าการคลอดที่บ้าน (Senanayake, 1998)

3. ความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ (financial) ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลในการไปใช้บริการที่สถานบริการแต่ละครั้ง รวมถึงค่าฝากพิเศษ ที่ผู้ใช้บริการจะต้องจ่ายให้กับสถานบริการที่ไปใช้บริการ ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญอย่างหนึ่งในการทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ (Blazen, 1995; Hayward, 1991) มารดาที่ใช้บริการทำคลอดที่บ้านจะเสียค่าบริการตั้งแต่ฝากครรภ์ คลอด และการดูแลหลังคลอด เฉลี่ยรายละ 100-350 บาท หรือจ่ายเท่าที่สามารถจ่ายได้ ในขณะที่การไปใช้บริการทำคลอดที่โรงพยาบาลของรัฐหญิงตั้งครรภ์ต้องเสียค่าใช้จ่าย เฉลี่ยรายละ 300-600 บาท ยกเว้นในรายที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพที่ไม่ต้องเสียค่าบริการแต่หญิงตั้งครรภ์จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทั้งของตนเองและผู้ที่เดินทางไปเฝ้าดูแลมารดาขณะคลอดและหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในชนบทจึงเลือกใช้บริการทำคลอดที่บ้าน เนื่องจากเสียค่าใช้จ่ายน้อย ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (นงพรรณ, บัญชา และสุภาภรณ์, 2535; พันณี, 2542; ลีนา, 2535; อนันต์, 2535)

4. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (consumer satisfaction) เป็นความรู้สึกและทัศนคติที่ผู้ใช้บริการได้รับจากประสบการณ์ในการไปใช้บริการแต่ละครั้ง ได้แก่ ความพึงพอใจในเรื่อง

ความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ความเสมอภาคในการให้บริการ อัธยาศัยของผู้ให้บริการ การได้รับคำแนะนำและข้อมูลจากการให้บริการ และการยอมรับคุณภาพบริการ รวมทั้งความสามารถของเจ้าหน้าที่ด้วย (กุศล และวรชัย, 2539; วิโรจน์ และคณะ, 2539) สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจหรือยอมรับบริการ คือ ผู้ให้บริการต้องเข้าถึงจิตใจ วิถีชีวิตและวัฒนธรรม รวมถึงมีความสามารถในการใช้ภาษาท้องถิ่นในการพูดคุย การฟังและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การมีมนุษยสัมพันธ์ (อนุวัฒน์, 2540; Howie, 1999) รวมไปถึงคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการการทำคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์สมัยใหม่ของหญิงตั้งครรภ์มุสลิมในภาคใต้ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 61.93 ใช้บริการทำคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้านเพราะมีความเชื่อถือในประสิทธิภาพการทำคลอดของผดุงครรภ์โบราณ (ลีนา, 2535) เพราะเชื่อว่าผดุงครรภ์โบราณเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำคลอดมานาน มีความชำนาญ การคลอดที่ผ่านมาสามารถคลอดเองได้ทุกครั้ง ทำให้มีประสบการณ์และความมั่นใจในความปลอดภัย (พันณี, 2542) และจากการศึกษาของศิรินารถ (2542) พบว่า ผู้ใช้บริการจะเลือกใช้บริการในสถานบริการที่ผู้ให้บริการใจดี พูดเพราะ ไม่ดุ ดูแลดี ให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

5. การเข้าถึงด้านสังคมวัฒนธรรม (socio-cultural accessibility) ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยมทางสังคม วิถีชีวิต บรรทัดฐานทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการของบุคคล เพราะบุคคลสามารถทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สอดคล้องกับความเชื่อทั้งๆที่ความเชื่ออาจจะถูกต้องหรือผิดไปจากข้อเท็จจริงได้ (ปราณี, 2539) ความเชื่อที่ปฏิบัติสืบทอดกันมาจนกลายเป็นขนบธรรมเนียมจารีต ประเพณีที่เป็นรูปแบบเดียวกัน รวมถึงความคิด ค่านิยม เจตคติ ศีลธรรม การประกอบพิธีกรรมในโอกาสต่างๆคือ ความเชื่อตามประเพณีวัฒนธรรม จากการศึกษาในประเทศจีนพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม วัฒนธรรม สังคม วิถีชีวิต และความเชื่อเป็นเหตุผลสำคัญที่ชาวบ้านมักจะคลอดที่บ้าน (Ru-yan, 1998) สำหรับงานวิจัยในพื้นที่ภาคใต้พบว่า ความเชื่อตามประเพณีวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม คือ การฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณ (มีเร็ง) การทำพิธีลูบไล้ครรภ์ (แลแง) ในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก เพื่อทำลายอาถรรพ์และปัดเป่าอุปสรรคที่ทำให้คลอดยาก ตลอดจนปรับแต่งท้องเพื่อให้ทารกอยู่ในท่าที่คลอดง่ายโดยผดุงครรภ์โบราณที่ไปฝากครรภ์ (ลีนา, 2535; อนันต์ และคณะ, 2535) และคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณ ขณะคลอดและหลังคลอดผดุงครรภ์โบราณจะอ่านดุอาร์ เป็นการวิงวอนขอพรต่อพระอัลเลาะห์ตลอดเวลา เพื่อสร้างความอบอุ่นใจแก่ผู้คลอดและญาติๆ เมื่อทารกคลอดมาแล้วจะทำพิธีต้อนรับทารกโดยการทำอาซานและอิกอมะฮฺ โดยบิดาหรือผู้ที่มีความรู้ทางศาสนา สำหรับรกจะถูกนำไปฝังในที่อันควร ในระยะหลังคลอดมารดาจะอยู่ไฟ (ดาโปบือดีแย) และเมื่อมารดาหมดน้ำคาวปลาจะทำพิธีรื้อเตาไฟ (ลีนา, 2535) หญิงตั้งครรภ์จะฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผดุงครรภ์โบราณ การให้บริการฝากครรภ์ของผดุงครรภ์

โบราณเป็นการซักถาม คะเนการคลอด คลำหน้าท้อง เพื่อที่จะทราบว่าตั้งครรภ์หรือไม่และจะคลอดเมื่อไหร่ เป็นการบอกหญิงตั้งครรภ์ไว้ว่าจะรับทำคลอดให้ และเมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้ 7 เดือน จะมีการทำพิธีกรรมแลแงให้ ซึ่งเป็นการใช้บริการตามความเชื่อ (อารีรัตน์, 2542; อนันต์ และคณะ, 2535) ในขณะที่การไปฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็เพื่อต้องการใบสูติบัตร แต่เมื่อถึงเวลาคลอดส่วนใหญ่ยังใช้บริการการทำคลอดกับผดุงครรภ์โบราณตามความเชื่อดั้งเดิม จากการศึกษาการดูแลมารดาหลังคลอดในจังหวัดสงขลา พบว่า มารดามีการอยู่ไฟหลังคลอดร้อยละ 19 เนื่องจากเชื่อว่าการอยู่ไฟหลังคลอดทำให้มดลูกเข้าอู่เร็ว สบายตัว และทำตามที่บิดามารดาบอกให้ปฏิบัติ (สุนันทา และสุนันท์, 2539) ดังนั้นการจัดให้บริการที่สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (Danel, Berg & Atrash, 1998) ยกตัวอย่างเช่นโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา ที่ได้จัดให้บริการสุขภาพในระยะคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์โดยการนำผดุงครรภ์โบราณมาให้บริการนวดผ่อนคลาย การเป่ามนต์ การดื่มน้ำมนต์ และการดุอาร์ ในห้องรอคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกมั่นใจ และตัดสินใจมาใช้บริการในโรงพยาบาลเทพามากขึ้น (สำนักงานการแพทย์พื้นบ้าน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

*การวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก*

การวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพส่วนใหญ่มี 2 รูปแบบ คือ 1) การวัดศักยภาพการเข้าถึง โดยวัดจากจำนวนแหล่งสถานบริการที่มี และ 2) การวัดการเข้าถึงที่แท้จริง โดยวัดจากการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ จำนวน ความต่อเนื่อง และความพึงพอใจต่อการใช้บริการ ความเพียงพอต่อการดูแลรักษาทั้งในภาวะปกติ และการส่งต่อเพื่อการรักษา ความสะดวกในการไปใช้บริการ (Aday, Andersen & Fleming, 1980)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดความสามารถในการไปใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล เป็นหลักตามองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่

1. ความยากง่ายในการเดินทางไปสถานบริการ วัดจาก ความสะดวกในการเดินทาง ระยะทางจากบ้านไปยังสถานีอนามัย ระยะเวลาเดินทางจากบ้านไปยังสถานีอนามัย วิธีการเดินทางไปยังสถานบริการ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ

2. การเข้าถึงบริการที่สถานบริการจัดให้ วัดจากชนิดหรือประเภทของผู้ให้บริการในสถานีอนามัยที่จัดให้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน วัดความเพียงพอของบริการสุขภาพที่จำเป็นด้านอนามัยแม่และเด็กที่สถานี

อนามัยจัดให้ จากปริมาณของบริการ และวัดความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก จาก ขั้นตอน ระยะเวลาในการเปิดให้บริการ ระยะเวลาในการรอคอย

3. ความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ วัดจาก ค่ารักษาพยาบาลในการไปใช้บริการที่สถานบริการแต่ละครั้ง รวมถึงค่าฝากพิเศษ ที่ผู้ใช้บริการจะต้องจ่ายให้กับสถานบริการที่ไปใช้บริการ

4. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ วัดจากความพึงพอใจในเรื่อง ความสะดวกที่ได้รับจากบริการ พฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ การได้รับคำแนะนำและข้อมูลจากการให้บริการ และคุณภาพบริการที่สถานบริการจัดให้

5. การเข้าถึงด้านสังคมวัฒนธรรม วัดจากพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสุขภาพตามความเชื่อ ค่านิยมทางสังคม วิถีชีวิต บรรทัดฐานทางสังคม

*อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก*

อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถจำแนกอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้เป็น 4 ประเภท (California Health Care Foundation, 2000) ดังนี้

1. อุปสรรคด้านกายภาพ (physical barriers) ได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ ทำให้มีความยากลำบากในการเดินทางไปยังแหล่งบริการสุขภาพ หรืออาจเกิดจากศักยภาพของผู้ใช้บริการที่ไม่สามารถเดินทางมายังสถานบริการสุขภาพได้ตามลำพังทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (ทวีศักดิ์, 2544) นอกจากนี้ยังเกิดจากความไม่มีหรือขาดแคลนสถานบริการสุขภาพในพื้นที่นั้นๆเนื่องจากขาดแคลนทรัพยากรหรือการกระจายระบบบริการที่ไม่ทั่วถึงหรือไม่เป็นธรรม

2. อุปสรรคทางด้านการเงิน (financial barriers) ได้แก่ ราคาค่าบริการทางการแพทย์ ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ (Blazen, 1995; Hayward, 1991) นอกจากนี้ยังขึ้นกับลักษณะนิสัยและความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพสังคมและขนบธรรมเนียมของผู้ใช้บริการที่ได้เรียนรู้ เช่น ผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพบางคนยังลังเลที่จะใช้สิทธิของตน เนื่องจากกลัวว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพต่ำ (ทวีศักดิ์, 2544)จากการศึกษาของพันณี (2542) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ในเขตชนบทที่ศึกษาไม่เลือกใช้บริการทำคลอดที่โรงพยาบาลเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง

3. อุปสรรคทางด้านทัศนคติ (attitudinal barriers) ที่แต่ละบุคคลและสังคมแตกต่างกัน ในด้านพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือ ความวิตกกังวล ประสบการณ์เดิม ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ความรู้ และทัศนคติในการให้ความสำคัญด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากด้านศักยภาพของผู้ใช้บริการในด้านอื่นๆ เช่น ความเต็มใจในการไปใช้บริการ ซึ่งขึ้นกับ

ลักษณะนิสัยและความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ สังคมและขนบธรรมเนียมของผู้ใช้บริการที่ได้จากการเรียนรู้ สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องของบุคคลและชุมชน และจากการศึกษาเรื่องความรู้ ความคิดเห็นและพฤติกรรมด้านการฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล ผดุงครรภ์โบราณ และมารดา ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ผู้ใหญ่ที่อยู่ในครอบครัวจะเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด (อนันต์ และคณะ, 2535) ด้วยเหตุนี้หญิงตั้งครรภ์จึงฝากครรภ์และคลอดกับผดุงครรภ์โบราณที่บ้านตามประเพณีนิยม ซึ่งเป็นเจตคติทางบวกในการคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ นอกจากนี้ระบบเครือญาติ ผู้นำศาสนา ผดุงครรภ์โบราณมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในบางครอบครัว ครอบครัวที่มีผู้ใหญ่ในบ้านเป็นผู้มีอำนาจการตัดสินใจจะเลือกคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณให้กับหญิงตั้งครรภ์ (วันเต็ม, 2544)

4. อุปสรรคทางด้านกระบวนการ (process barriers) ได้แก่ การขาดความรู้และความเข้าใจในการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิหรือหลักฐานในการใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพ ช่วงระยะเวลาในการเปิดให้บริการ ระยะเวลาในการรอรับบริการ และการให้ข้อมูลบริการสุขภาพ เพราะการได้รับรู้ข้อมูล และคำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทางที่สามารถช่วยให้บุคคลแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Becker, 1984) เหตุผลที่หญิงตั้งครรภ์ไม่ไปฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพราะไม่เคยรับรู้ข้อมูลการจัดบริการของสถานบริการ (พันณี, 2542)

*ความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก*

*ความหมายความต้องการบริการสุขภาพ*

ความต้องการบริการสุขภาพ คือ ความอยากได้ (พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน, 2550) ที่มีเป้าหมายชัดเจน (Baldwin, 1998) ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ หรือความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้งบุคคล สังคม และสภาพสิ่งแวดล้อม (Green & Kreuter, 1991) โดยแสดงออกมาทางพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการสุขภาพ เพื่อให้เป้าหมายเป็นจริง (Baldwin, 1998)

*ประเภทความต้องการบริการสุขภาพ*

ประเภทของความต้องการบริการสุขภาพในมิติทางสังคม (Bradshaw, 1972) จำแนกความต้องการบริการสุขภาพออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. ความต้องการบริการสุขภาพตามบรรทัดฐานการดูแล (normative needs) เป็นความต้องการบริการสุขภาพของผู้ใช้บริการที่กำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์

ความต้องการที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ คือ การฝากครรภ์ ซึ่งต้องได้รับกิจกรรมบริการประกอบด้วย การตรวจครรภ์ การได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักระหว่างการตั้งครรภ์ ยาบำรุงเลือด คำแนะนำในการปฏิบัติตัวระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์ ระยะคลอด ความต้องการที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด คือ การคลอดที่ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก และระยะหลังคลอด ความต้องการที่จำเป็นสำหรับหญิงหลังคลอด คือ การดูแลหลังคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อทั้งมารดาและทารกหลังคลอด เป็นต้น

2. ความต้องการบริการสุขภาพที่เร่งด่วน (expressed needs) เป็นความต้องการบริการสุขภาพที่ผู้ใช้บริการแสดงออกในทางปฏิบัติ โดยมีตัวชี้วัดจากจำนวนครั้งและอัตราการไปใช้บริการด้านสุขภาพในแต่ละประเภทของผู้ใช้บริการ ซึ่งบ่งชี้ความต้องการทางด้านสุขภาพ (demand) และความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

3. การเปรียบเทียบความต้องการบริการสุขภาพ (comparative needs) เป็นการเปรียบเทียบความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการที่เกิดขึ้นในพื้นที่แห่งหนึ่ง ซึ่งควรจะใกล้เคียงกับความต้องการบริการสุขภาพในอีกพื้นที่หนึ่งที่มีสภาวะทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกัน

4. ความต้องการบริการสุขภาพที่แสดงออกทางความคิด (felt needs) เป็นความต้องการบริการสุขภาพที่ผู้ใช้บริการแสดงออกในรูปแบบของความคิดเห็นหรือความรู้สึกว่าเป็นปัญหา หรือเห็นว่ามีความสำคัญร่วมกันในชุมชน ซึ่งสามารถวัดได้โดยการวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์หรือการวิจัยเชิงคุณภาพ

*ความต้องการบริการสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง*

ถึงแม้การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรไม่ถือว่าเป็นภาวะเจ็บป่วย (ศิริวรรณ, 2521) เพราะเป็นพัฒนกิจของครอบครัว (รุจา, 2534) ที่บุคคลจำเป็นต้องดูแลตนเอง ตามกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ (สมจิตร, 2536) ที่ซึ่งก่อให้เกิดความต้องการบริการสุขภาพเพื่อช่วยเหลือดูแล ให้ผ่านพัฒนาการช่วงนั้นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาภาวะสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพระดับต้นของประชาชนในชุมชนภาคตะวันออก (สุวรรณา, 2543) พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว ที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ โดยมีพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ ส่วนบริการผดุงครรภ์ ได้แก่ การบริการขณะตั้งครรภ์ ทำคลอด และการดูแลหลังคลอด ต้องการใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน โดยต้องการให้แพทย์เป็นผู้ให้บริการ

จากการศึกษาของพันณี (2542) และลีนา (2535) พบว่า สตรีชาวมุสลิมต้องการคลอดบุตรที่บ้าน เพราะต้องการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว และเป็นสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนตามหลักศาสนาอิสลาม แต่ถ้าใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุขจะมีโอกาสทำผิดหลักศาสนาได้มาก

จากการศึกษาความต้องการการพยาบาลของมารดาหลังคลอดของ ศิริวรรณ (2521), ละมัย และคณะ (2532) พบว่า มารดามีความต้องการการพยาบาล 4 ด้าน คือ ต้องการคำแนะนำในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ และพยาบาล และต้องการการให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล (มณฑา, 2537)

*ระบบการดูแลสุขภาพตนเอง*

ระบบการดูแลสุขภาพตนเองเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพชุมชนซึ่งมีความสัมพันธ์กันในลักษณะที่มีรูปแบบคล้ายกัน เพราะทั้ง 2 ประการมีระบบการแพทย์ที่หลากหลายที่ประกอบขึ้นในชุมชน แต่ปัญหาที่พบในการทำงานเกี่ยวกับระบบสุขภาพของชุมชนมักคิดว่าชาวบ้านพึ่งระบบสุขภาพและเลือกรักษากับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว ระบบสุขภาพอื่นๆที่อยู่ในชุมชนจึงไม่ได้รับการสนใจ ซึ่งในสภาพความเป็นจริงแล้วระบบการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ทั้งหมด คนในชุมชนยังต้องไปพึ่งแหล่งอื่นๆอย่างหลากหลาย โดยเฉพาะภูมิปัญญาท้องถิ่นและรูปแบบการดูแลรักษาตนเองแบบพื้นบ้าน เพื่อที่จะรักษาตัวเองหรือรักษาญาติพี่น้องของตน (โกมาตร และคณะ, 2545) ระบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนประกอบด้วย 3 ระบบ ดังนี้

1. ระบบการแพทย์ภาคประชาชน (popular sector)

ระบบการแพทย์ภาคประชาชน เป็นระบบย่อยที่ใหญ่ที่สุดของระบบบริการสาธารณสุข (Kleinman, 1980) ที่มีมาก่อนระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ตะวันตก ประชาชนสามารถให้การช่วยเหลือกันเองได้ในภาวะปกติ และเมื่อยามเจ็บป่วย อันประกอบด้วยการป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลของประชาชนโดยตนเอง ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม (มัลลิกา, 2530) และเป็นกระบวนการพื้นฐานที่แสวงหาวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพบนประสบการณ์ท้องถิ่น โดยไม่มีทฤษฎีใดมาชี้นำ โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่าการเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุ อำนาจเหนือธรรมชาติ ความสมดุลของธาตุในร่างกาย ทฤษฎีเชื้อโรค และวัฒนธรรมท้องถิ่น รวมทั้งมีรูปแบบการรักษาดังนี้

1. การรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา เช่น การควบคุมพฤติกรรม การสะเดาะเคราะห์

2. การรักษาโดยใช้ยา เช่น ยาสมุนไพร ยาแผนปัจจุบัน โดยอาศัยเทคโนโลยี แบบภูมิปัญญาพื้นบ้าน ที่มีการผสมผสานกันทุกระบบ ตลอดจนมีการถ่ายทอดประสบการณ์ สืบทอดกันมา โดยมีผู้อาวุโส ในครอบครัวหรือหมู่บ้านเป็นผู้นำ

การดูแลสุขภาพตามระบบการแพทย์ภาคประชาชนสามารถจำแนกได้ 2 ลักษณะ (มัลลิกา, 2530) ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพในภาวะปกติ เป็นการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยที่ทำในขณะที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มี 2 ลักษณะ คือ

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ คือ พฤติกรรมที่รักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข รวมถึงการหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ทำต่อเนื่องสม่ำเสมอในขณะที่สุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค คือ พฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรคต่างๆ เช่น การไปรับวัคซีนภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันโรคเบื้องต้น (primary prevention) การป้องกันความรุนแรงของโรค (secondary prevention) จุดประสงค์เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค และกำจัดโรคให้หมดก่อนอาการจะรุนแรงมากขึ้น และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (tertiary prevention) เป็นการป้องกันที่มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรคจากผู้ป่วยไปยังบุคคลปกติ

2. การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย อาจจะตัดสินใจด้วยตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ คือ

2.1 การดูแลตนเองของบุคคล

2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว

2.3 การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม

2.4 การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน

การดูแลสุขภาพตนเองของภาคประชาชนสามารถจำแนกออกเป็น 3 มิติ (เอื้อมพร, 2532) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป

การดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป เป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่ทำให้เกิดผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในลักษณะอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้แก่ พฤติกรรมตามรูปแบบวิถีการดำรงชีวิตอื่นๆ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ถูกกำหนดโดยลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม และการสนับสนุนของสังคม การศึกษาวัฒนธรรมและพฤติกรรมคนไทยเกี่ยวกับ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปของคนไทยที่ไม่ใช่เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง ความเชื่อเรื่องของแสลงและพฤติกรรมเกี่ยวกับการกินเพื่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่พบได้ทั่วทุกภาคของประเทศ และยังพบว่าพฤติกรรมด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ บางอย่างเป็นความเชื่อแต่โบราณที่มีผลต่อสุขภาพ พฤติกรรมการกิน หรือการละเว้นอาหารบางอย่าง ขึ้นอยู่กับความเชื่อในทางไสยศาสตร์บางอย่างเป็นความเชื่อที่อธิบายไม่ได้ในทางวิทยาศาสตร์ เช่น อาหารแสลงต่างๆ แต่บางอย่างก็มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และสอดคล้องกับหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน (ยุวดี, 2522) แต่ปัจจุบันพฤติกรรมบางอย่างเลือนหายไปหรือถูกแทนที่ด้วยพฤติกรรมความเชื่อแผนใหม่ตามค่านิยมทางตะวันตกที่เข้าไปได้ง่าย และรวดเร็ว เช่น พฤติกรรมบริโภคที่ฟุ่มเฟือย (พิชัย, 2547)

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ

การดูแลสุขภาพตนเองเริ่มตั้งแต่การปฏิสนธิ ระยะตั้งครรภ์ แรกเกิด เด็กทารก เด็กเล็ก เด็กก่อนวัยเรียน วัยศึกษาเล่าเรียน วัยผู้ใหญ่ ไปจนถึงวัยสูงอายุ จะเห็นว่าความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองจะมีน้อยในระยะแรกของชีวิต บุคคลจึงอยู่ในสภาพผู้ต้องการดูแล ความสามารถในการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงระดับสูงสุดที่เป็นไปได้ของแต่ละบุคคล หลังจากนั้นจะมีการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น จนกระทั่งถึงระยะสุดท้ายของชีวิตสังคมไทยในชนบท การดูแลสุขภาพตนเองตามการพัฒนาการของบุคคล ครอบครัว ชุมชน มีการศึกษาไว้มากมาย เช่น ในระยะการตั้งครรภ์ คลอดบุตร หลังคลอด สังคมไทยในสมัยโบราณจะให้ความสนใจเรื่องของการดูแลมารดาและทารก เช่น การอยู่ไฟหลังคลอด และการงดรับประทานอาหารแสลง ตามความเชื่อในสมัยโบราณอาหารบางอย่างสำหรับมารดาหลังคลอด จะเป็นการบำรุงสุขภาพหลังคลอด เป็นการขับเลือดลม ทำให้มดลูกเข้าอู่เร็ว เช่น ยาดองสมุนไพร ยาจีน อาหารจำพวกสมุนไพรต่างๆ ที่เชื่อว่าบำรุงน้ำนม เช่น ตำลึง หัวปลี อาหารแสลงสำหรับมารดาหลังคลอด ได้แก่ ปลาไม่มีเกล็ด อาหารทะเลต่างๆ เนื้อวัว ผักชะอม หน่อไม้ มารดาหลังคลอดจะต้องรับประทานข้าวกับเกลือ หรือข้าวกับอาหารปิ้งย่าง และไม่รับประทานอาหารรสจัด เผ็ดร้อน ด้านความเชื่อและการปฏิบัติตนระหว่างอยู่ไฟ เป็นที่ยอมรับกันว่ามีผลต่อสุขภาพ เพราะการอยู่ไฟหลังคลอดจะช่วยให้แผลฝีเย็บหลังคลอดหายเร็วขึ้น ลดโอกาสการติดเชื้อจากสามีเนื่องจากเป็นการกีดกันไม่ให้สามีร่วมหลับนอนในช่วงอยู่ไฟ (โกมาตร, 2529)

นอกจากนี้ยังมีด้านสภาวะการดูแลสุขภาพตนเองของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรที่พบในภาคต่างๆของประเทศไทย เช่น การบีบน้ำนมเหลือง (colostrums) ที่ออกในช่วง 2-3 วันแรกทิ้งก่อนให้ทารกดูด เพราะเชื่อว่าเป็นน้ำนมที่เสียและไม่หวาน การทำพิธีผูกข้อมือเรียกขวัญ เมื่อทารกแรกเกิดถูกทำให้ตกใจ การทาร่างกายทารกด้วยขมิ้นเพื่อป้องกันยุงกัด รวมทั้งการให้ข้าวย้ำแก่ทารกก่อนถึงวัยอันควร ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สืบทอดกันมาแต่โบราณ (เอื้อมพร และคณะ, 2532) และพฤติกรรมที่

เป็นข้อห้ามสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในภาคอีสาน เช่น ห้ามนอนหงาย ห้ามนั่งบนบันได ลดการนอนกลางวันในเวลาใกล้คลอด (ธรา, 2527) ข้อห้ามดังกล่าวเป็นการกระทำเพื่อสุขภาพอนามัยของชาวบ้าน (โกมาตร, 2532; เพ็ญศรี, 2530) ซึ่งคนเก่าแก่จะเป็นผู้ถ่ายทอดให้กับบุตรหลานจากรุ่นสู่รุ่น โดยสืบทอดกันมาตั้งแต่สมัยโบราณ

3. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ

การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดพยาธิสภาพ ความเจ็บป่วย และความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ การศึกษาของสมทรง (2532) ได้จำแนกการรักษาแบบพื้นบ้าน ตามลักษณะของพฤติกรรมเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ดังนี้

1. การรักษาด้วยสมุนไพร เช่น เมื่อเกิดอุจจาระร่วงในเด็ก ชาวบ้านจะใช้ผลทับทิมปิ้งไฟแช่น้ำให้เด็กดื่ม

2. การรักษาด้วยสมุนไพรกับการนวด เช่น การนวดประคบเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

3. การรักษาด้วยวิธีเป่ามนต์คาถา พฤติกรรมการรักษาด้วยวิธีนี้มีให้เห็นไม่มากนัก เช่น การที่เด็กเล็กร้องกวน โดยไม่ทราบสาเหตุชาวบ้านบางพื้นที่เชื่อว่าเกิดจากผีทำ จึงต้องมีการเป่ามนต์ว่าคาถาเพื่อขับไล่ผี ร่วมกับการทำน้ำมนต์ เป่าหัว และอาบน้ำมนต์

4. การรักษาด้วยสมุนไพรร่วมกับการว่าคาถา ใช้วิธีเคี้ยวสมุนไพร หรือ หมาก ท่องคาถม แล้วเป่าไปยังอวัยวะที่ผิดปกตหรือเจ็บปวด หรืออาจใช้วิธีพอกด้วยสมุนไพรร่วมกับการงดอาหารแสลง ซึ่งการเป่ามนต์ ว่าคาถา ชาวบ้านเชื่อว่าเป็นการไล่พิษออกจากร่างกาย

5. การรักษาด้วยการทำสมาธิ หรือ ติดต่อกับอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น การนั่งสมาธิเพื่อหาสาเหตุของโรคว่าเกิดจากสิ่งใด นอกจากนี้ยังมีการทำสมาธิเพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วย เช่น อาการทางจิต

6. การรักษาด้วยการสะเดาะเคราะห์

นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการรักษาตนเองด้วยการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่แพร่หลายที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาแผนปัจจุบันมากกว่ายาสมุนไพร (พิมพวัลย์ และคณะ, 2530) และการดูแลรักษาตามความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากปู่ย่าตายาย พ่อแม่ หรือคนเก่าแก่ในชุมชน ความเชื่อเหล่านี้เป็นลักษณะหรือระเบียบวิธีทางสังคมที่ทำให้เกิดการยอมรับกันมาตลอด

2. ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (folk sector)

ระบบการแพทย์พื้นบ้าน เป็นกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพเฉพาะในกลุ่มชนยังไม่มีมาตรฐานที่แน่นอน มักเน้นความเชื่อ หรือประสบการณ์เฉพาะท้องถิ่น มีการสืบทอดหลากหลาย และมักถ่ายทอดโดยตรงระหว่างครูกับศิษย์ และเป็นการถ่ายทอดกันในครอบครัวยังไม่มีระบบแบบแผนการบริการและการเรียนการสอนที่แน่นอน คำว่าการแพทย์พื้นบ้านที่ยังไม่มีการแพร่หลายไป

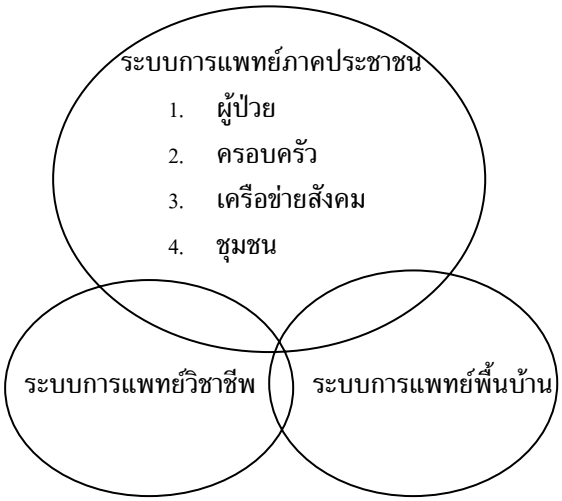
ในกลุ่มอื่นๆ (เพ็ญนภา, 2540) ระบบการแพทย์พื้นบ้านโดยรวมนั้น ไม่สามารถแยกออกจากมโนภาพทางศาสนา ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในเรื่องการแจกแจงสมุฏฐานการจำแนกโรค การวินิจฉัยโรค และการให้การรักษา รวมทั้งความรู้ทางกายวิภาค และสรีรวิทยาของร่างกายมนุษย์ได้แนวคิดพื้นฐานในเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยนั้น มีพื้นฐานอยู่บนแนวคิดในเรื่อง อำนาจเหนือธรรมชาติและความไม่สมดุล ระหว่างองค์ประกอบต่างๆของสิ่งมีชีวิต และระหว่างองค์ประกอบต่างๆเหล่านั้นกับธาตุในธรรมชาติ ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ และโลหะ ตลอดจนดวงดาวต่างๆบนท้องฟ้า ได้แก่ ดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์ และดวงดาว ธาตุต่างๆเหล่านี้อาจมีอิทธิพลต่ออวัยวะบางอย่าง ดังนั้นนับตั้งแต่แรกเกิดทารกจะอยู่ภายใต้การควบคุมของธาตุทางธรรมชาติ และความอยู่รอดหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการสร้างสมดุลในสภาพแวดล้อม รวมทั้งธาตุที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ความรู้ในเรื่องธาตุทำให้มีอำนาจในการรักษา หรือทำลายความไม่สมดุลได้ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดพื้นฐานอีกแนวหนึ่งคือ ทวินิยม (dualism) ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมๆกับแนวคิดเรื่องดุลยภาพซึ่งยังคงมีอยู่ในหลายระดับ เช่น ร้อน และ เย็น แนวคิดของทวินิยมนำไปสู่ความคิดที่โรคเกิดขึ้นนั้น มีสารบางอย่างที่จะป้องกันหรือรักษาได้ การแพทย์พื้นบ้านนี้ต่อมาได้พัฒนาอยู่ในรูปของการรักษาตัวเอง ส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปของการรักษา แต่ก็มีวิธีการป้องกัน เช่น การให้ภูมิคุ้มกัน การสวมเครื่องรางเพื่อปัดเป่าโรคร้าย การเซ่นไหว้ บูชายัญ และการปฏิบัติตามข้อละเว้นข้อห้าม ตลอดจนพิธีกรรมต่างๆการรักษาอนามัยส่วนบุคคล โดยพิธีกรรมเหล่านี้ต้องอาศัยหมอพื้นบ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่คนในชุมชนให้ความเคารพนับถือและมีความสามารถในการประกอบอาชีพการแพทย์พื้นบ้าน สังคมจึงให้การยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีสถานภาพพิเศษ มีอำนาจรักษาหรือป้องกันโรค ให้แก่ผู้มาปรึกษา (เพ็ญนภา, 2540; กรรณิการ์ และคณะ, 2540)

จากแนวคิดทั้ง 2 แนวคิดสามารถแบ่งระบบการดูแลสุขภาพได้ 4 ระบบ คือ แบบประสบการณ์ โดยการใช้ยากลางบ้าน แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ เป็นการดูแลรักษาด้วยการทำสมาธิ หรือติดต่อกับอำนาจเหนือธรรมชาติ แบบโหราศาสตร์ เป็นการประกอบพิธีกรรมต่างๆเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่ดีซ้ำซ้อนกันจะมีการสะเดาะเคราะห์ เรียกว่า แต่งแก้หรือเสียเคราะห์เป็นต้น (สมทรง, 2532) และแบบทฤษฎีธาตุ เป็นการปรับสมดุลธาตุ เช่น การนวด

3. ระบบการแพทย์ภาควิชาชีพ (professional care sector)

ระบบการแพทย์สมัยใหม่ เป็นระบบการแพทย์สากล (cosmopolitan medical system) หรือระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน (modern medical system) เป็นการดูแลสุขภาพภายใต้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคภัยไข้เจ็บแบบวิชาชีพและมีการจัดเป็นแบบองค์กร มีแนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยบนพื้นฐานความคิดว่าโรคเกิดจากทฤษฎีเชื้อโรค (disease theory system) หมายถึงแนวคิดทฤษฎีทางการแพทย์ที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค

ลักษณะการดำเนินไปของโรค การพยากรณ์โรค ตลอดจนวิธีการดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ (โกมาตร และคณะ, 2545) รูปแบบการดูแลรักษาเป็นการรักษาด้วยยา สารเคมี และกายภาพ นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งจะเน้นไปที่ตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อม เช่น การให้วัคซีน โดยใช้เทคโนโลยีด้านความรู้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางกาแพทย์สมัยใหม่ นอกจากนี้ยังมีการถ่ายทอดอย่างเป็นระบบ มีการใช้ระเบียบวิธีการเรียนการสอนโดยผ่านสถาบันโรงเรียนแพทย์และสาธารณสุข โดยมีบุคคลากรที่แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สอน ระบบการดูแลตนเองด้านสุขภาพของชุมชนทั้ง 3 ระบบ จะเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของชุมชนเมื่อมีการเจ็บป่วย โดยมีความสัมพันธ์กันดังภาพ 1




*ภาพ* 1 ระบบการดูแลสุขภาพในชุมชน (Kleiman, 1980)

ระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ระบบมีความเกี่ยวข้องกัน เมื่อมีการเจ็บป่วยไม่ได้พึ่งระบบการดูแลสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะ แต่กระบวนการเยียวยารักษาโรคในแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกันทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน โดยแต่ละชุมชนจะมีวิธีการดูแลกันด้วยวิธีการที่หลากหลาย ซึ่งกระบวนการเยียวยารักษาโรคที่ได้จากประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยร่วมกัน ผสมผสานการรักษาทั้งแบบการแพทย์พื้นบ้านและการรักษาแบบการแพทย์สมัยใหม่ เพราะเมื่อคนใดคนหนึ่งในสังคมประสบความสำเร็จจากการรักษาด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ก็จะมีการแนะนำบอกต่อข้อมูลข่าวสารเพื่อให้เกิดการรับรู้ร่วมกัน ประสบการณ์ดังกล่าวจะถูกถ่ายทอดอยู่ในชุมชน และถูกเลือกนำมาใช้เมื่อมีความเจ็บป่วย

เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีบริบทแวดล้อมของวัฒนธรรมความเชื่อ ประเพณีปฏิบัติมาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ (โกมาตร และคณะ, 2545)

*บริบทพื้นที่ที่ศึกษา*

ประชาชนที่อาศัยอยู่บนเกาะของประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นชาวเลที่อพยพมาจากมาลายูและทางตอนใต้ของอินโดนีเซีย ชอบใช้ชีวิตเร่ร่อนไปในทะเล จนกระทั่งเข้ามาตั้งรกรากอยู่บริเวณภาคใต้ของประเทศไทยโดยเฉพาะทางชายฝั่งทะเลและตามหมู่เกาะต่างๆบริเวณฝั่งทะเลทางตะวันตกตั้งแต่บริเวณตอนใต้ของพม่า จังหวัดระนอง พังงา ภูเก็ต กระบี่ ตรัง และสตูล ภายหลังที่มีการตั้งถิ่นฐานแล้ว ชาวเลก็จะมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เป็น แต่ก็ยังคงมีรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต และการดูแลสุขภาพ ที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวของชุมชน ชาวเลในประเทศไทยมี 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ กลุ่มมอเก็น (Moken ) และ กลุ่มอุรักลาโว้ย (Urak Lawoi') จากการสำรวจจำนวนประชากรชาวเลทั้ง 3 กลุ่มเมื่อปี พ.ศ.2545-2546 พบว่ามีประชากรชาวเล รวมทั้งสิ้นจำนวน 8,774 คน เพศชาย จำนวน 4,344 คน เพศหญิง จำนวน 4,430 คน ในจำนวนนี้เป็นชาวเลกลุ่มอุรักลาโว้ยจำนวนมากที่สุด คือ 5,107 คน เพศชาย จำนวน 2,534 คน เพศหญิง จำนวน 2,573 คน อาศัยกระจัดกระจายตามหมู่เกาะต่างๆทางตอนใต้ของประเทศไทย ซึ่งชาวเลบางกลุ่มมีการตั้งถิ่นฐานอยู่ร่วมกันและบางกลุ่มมีการแต่งงานข้ามกลุ่มกัน ทำให้เกิดการผสมผสานด้านวัฒนธรรมกันมาก (อาภรณ์, 2546)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาชาวเลกลุ่มอุรักลาโว้ย ซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยที่มีขนาดใหญ่ อาศัยตามเกาะฝั่งทะเลอันดามันของประเทศไทย ที่อยู่ห่างไกลการคมนาคมโดยมีระยะทางหางไกลจากแผ่นดิน 83 กิโลเมตร ต้องอาศัยการเดินทางด้วยเรือเท่านั้น มีวิถีการดำรงชีวิตแบบธรรมชาติ เรียบง่าย ส่วนใหญ่มีฐานะทางสังคม เศรษฐกิจและการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ และเป็นชนกลุ่มน้อยที่ยังคงรักษาวัฒนธรรมดั้งเดิมไว้ มีพิธีกรรมและความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งนอกเหนืออำนาจธรรมชาติ คือ เชื่อว่าภูตผีปีศาจ วิญญาณบรรพบุรุษทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีชาวเลมีหลากหลาย เช่น การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน การดูแลการแพทย์แผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพตามความเชื่อของชาวเลที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะ รูปแบบการดำเนินชีวิตของชาวเลบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย

*ประวัติชาวเล*

ชาวเลกลุ่มอุรักลาโว้ยที่อาศัยอยู่บนเกาะทางตอนใต้ของประเทศไทยเดิมเป็นชนเผ่าพื้นเมืองของมาเลเซีย หรืออีกทางหนึ่งมาจากทางแถบประเทศอินโดนีเซีย เร่ร่อนอาศัยตามเกาะต่างๆในทะเลอันดามัน แถบแหลมมลายูระหว่างเมืองมะริดของพม่าจนถึงประเทศอินโดนีเซีย

ชาวเลมีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกับชาวเลในมาเลเซียและอินโดนีเซีย มีภาษาพูดที่ใกล้เคียงกับภาษามาลายู เช่น มากันนาซิ (กินข้าว) โต๊ะ(โต๊ะมาจากคำว่า ดาโต๊ะ แปลว่า ปู่หรือตา) โต๊ะบิดัน (หมอตำแย) ในอดีตชาวเลอุรักลาโว้ยจะอาศัยเรือ เป็นที่อยู่อาศัย และเป็นพาหนะในการทำมาหากิน ปัจจุบันชาวเลมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากที่อาศัยอยู่ในเรือเปลี่ยนเป็นตั้งถิ่นฐานอยู่บนเกาะต่างๆ ตามชายฝั่งทะเลอันดามันของประเทศไทย จนกระทั่งปี พ.ศ.2511 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ได้เสด็จเยี่ยมชาวเลตามเกาะต่างๆ และได้พระราชทานนามสกุล สัญชาติไทยให้กับชาวเลบนเกาะ และจัดสรรที่ดินทำกินให้

*สภาพทางภูมิศาสตร์*

เกาะที่ศึกษาตั้งอยู่ฝั่งทะเลอันดามัน อยู่ห่างจากชายพื้นดิน 80 กิโลเมตร เป็นเกาะที่มีขนาดเล็ก มีพื้นที่ประมาณ 4 ตารางกิโลเมตร (เยาวนิตย์, 2541) พื้นที่ส่วนใหญ่บนเกาะเป็นที่ราบ ทางทิศเหนือและทิศใต้เป็นที่ราบกว้างอยู่ติดกับทะเล ทางทิศตะวันออกและทิศตะวันตกเป็นเนินเขาสูงขึ้นเล็กน้อยแล้วลาดลงเป็นแนวโขดหินติดกับทะเล รอบๆเกาะมีแนวปะการังเป็นบริเวณกว้าง (เยาวนิตย์, 2541)

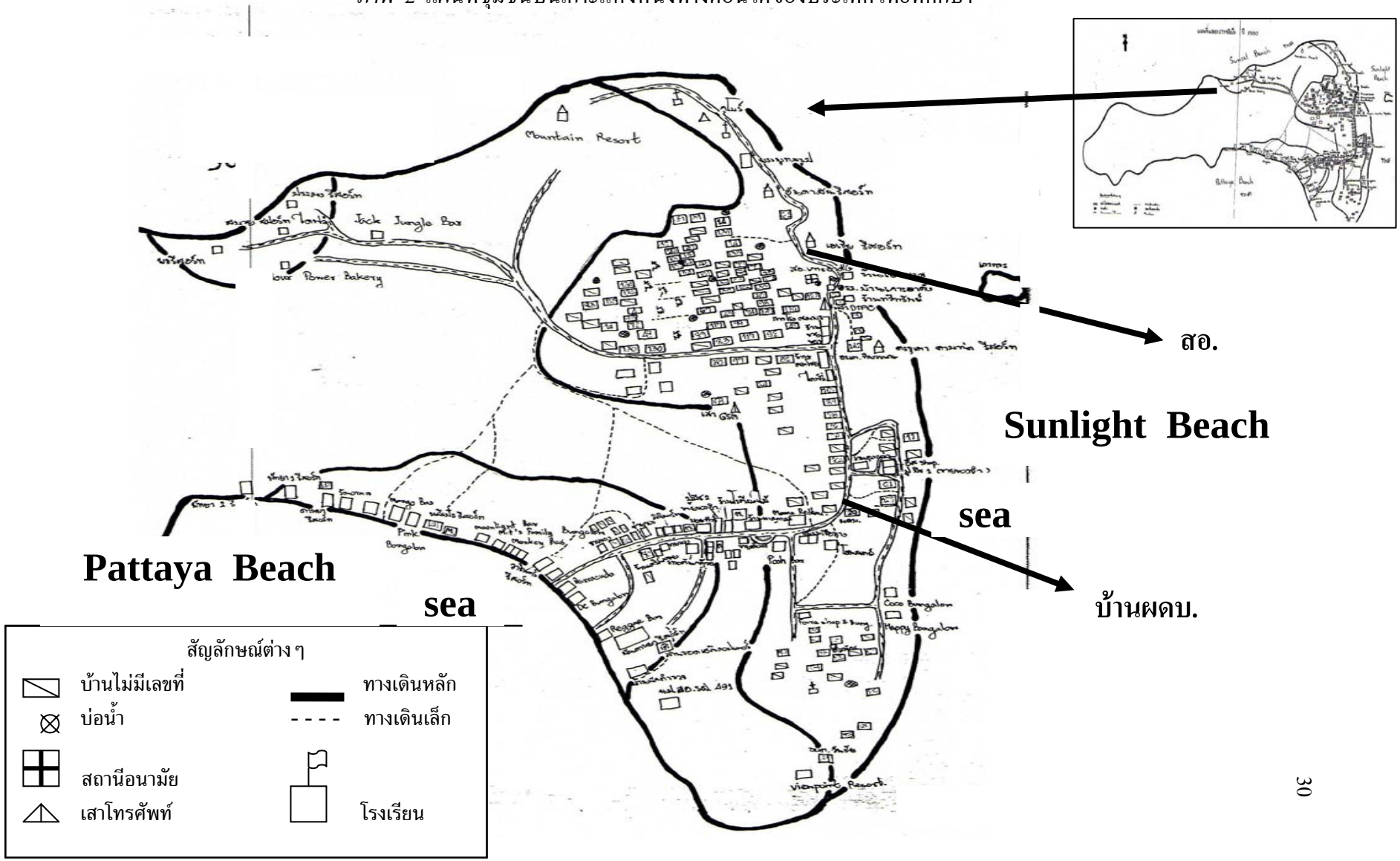
*ลักษณะภูมิอากาศ*

เกาะที่ศึกษาได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พัดผ่านอ่าวไทยและมรสุมตะวันตกเฉียงใต้จากมหาสมุทรอินเดีย ลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบร้อนชื้น มี 2 ฤดู ดังนี้

1. ฤดูร้อน ได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พัดจากทะเลจีนและอ่าวไทยเข้าสู่ฝั่งภาคใต้ด้านตะวันออก ผ่านลงสู่ทะเลฝั่งตะวันตก เข้าสู่ด้านทิศตะวันออกเฉียงเหนือของเกาะชาวเล เรียกลมมรสุมนี้ว่า “ลมออก” ฤดูร้อนเริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนเมษายน ในระยะนี้จะมีฝนตกน้อย คลื่นลมไม่ค่อยจัด เป็นฤดูที่เหมาะกับการเดินทาง

2. ฤดูฝน ได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ พัดจากมหาสมุทรอินเดียเข้าสู่เกาะทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ ชาวเล เรียกลมมรสุมนี้ว่า “ลมพรัด” ฤดูฝนเริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงปลายเดือนตุลาคม ในระยะนี้จะมีพายุแรงหมุน คลื่นจัด มีฝนฟ้าคะนอง เป็นฤดูที่ไม่เหมาะแก่การเดินทาง (เยาวนิตย์, 2541)

*ภาพ* 2 แผนที่ชุมชนบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทยที่ศึกษา



*สภาพการคมนาคม*

การคมนาคมภายนอกพื้นที่ใช้การเดินทางด้วยเรือเป็นหลัก โดยแบ่งประเภทของเรือที่ใช้ในการเดินทางออกเป็น 3 ประเภท คือ เรือเมลล์ (เป็นเรือดัดแปลงจากเรือหาปลาขนาดใหญ่มาเป็นเรือท่องเที่ยว) เรือทัวร์ (เรือสปี้ดโบ้ท) และเรือหาง (เรือหาปลาขนาดเล็ก) ระยะทางจากฝั่งถึงเกาะ 58 กิโลเมตร ระยะเวลาในการเดินทางขึ้นกับประเภทของเรือ เรือเมลล์ ใช้เวลาในการเดินทาง 3-4 ชั่วโมง เรือทัวร์ ใช้เวลาในการเดินทาง 1-2 ชั่วโมง และเรือหางใช้เวลาในการเดินทาง 5-6 ชั่วโมง

ส่วนการคมนาคมภายในพื้นที่ใช้เส้นทางชนบท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นถนนดินทรายเข้าสู่หมู่บ้าน การเดินทางใช้การเดินเท้า รถจักรยานยนต์ และรถจักรยานเป็นพาหนะ

*ลักษณะการปกครอง*

หมู่บ้านชาวเลมีการปกครองแบบหมู่บ้านตำบลในต่างจังหวัด มี ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้นำชุมชน มี 1 หมู่บ้าน 157 หลังคาเรือน

*ประชากรและการนับถือศาสนา*

ชาวเลบนเกาะมีทั้งสิ้น 1,014 คน แยกเป็นชาย 604 คน หญิง 410 คน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีสำนักสงฆ์ 1 แห่ง มีพระสงฆ์ 3 รูป (อาภรณ์, 2546)

*ศาสนาและความเชื่อ*

ชาวเลดั้งเดิม เป็นกลุ่มชนไม่มีศาสนา ปัจจุบันเปลี่ยนมานับถือศาสนาพุทธภายหลังที่สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พระราชทานนามสกุลให้ ถึงแม้ว่ารุ่นปู่ ย่า ตา ยาย จะนับถือศาสนาอิสลาม บนเกาะมีศาสนสถาน 2 แห่ง คือ สำนักสงฆ์ที่ตั้งขึ้นเมื่อปีพ.ศ.2547 มีพระสงฆ์จำนวน 3 รูป และ โบสถ์ ซึ่งเพิ่งสร้างขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2549 มีชาวเลที่เปลี่ยนมานับถือศาสนาคริสต์ 2 คน และเริ่มมีชาวบ้านมาร่วมการสวดมนต์บ้างในครั้ง ครั้งละ 5-6 คน แต่ถึงแม้ว่าชาวเลจะมีการเปลี่ยนมานับถือศาสนาพุทธแล้วก็ตาม นอกจากนี้ชาวเลยังมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วย และความโชคร้าย เกิดจากอำนาจของสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ ได้แก่ ผี ปีศาจ วิญญาณของผู้ตายและวิญญาณของธรรมชาติรอบตัว เช่น ผีเจ้าเกาะ ผีน้ำ ผีไม้ ชาวเลจึงยังนับถือผีและวิญญาณ ทุกปีจะมีการบูชาและสักการะวิญญาณบรรพบุรุษที่เรียกว่า พิธีไหว้ทวด ไหว้ผี และชาวเลยังเชื่ออีกว่าคาถาอาคมสามารถป้องกันการรบกวนของผีได้

*การศึกษา*

บนเกาะมีโรงเรียน 1 แห่ง เริ่มก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2501 เปิดสอนระดับก่อนประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษาปีที่ 3

*การประกอบอาชีพ*

ชาวเลบนเกาะ มีอาชีพทำการประมง ซึ่งเป็นอาชีพเดียวที่ชาวเลมีความถนัดพิเศษและ ทำรายได้ให้กับครอบครัว แต่เนื่องจากชาวเลส่วนใหญ่บนเกาะ ไม่มีเงินทุนสำหรับซื้อเครื่องมือในการทำประมง จึงต้องพึ่งนายทุน เป็นผู้ออกทุนจัดหา อุปกรณ์ต่างๆ และเป็นผู้คอยรับซื้อปลาหรือผลผลิตที่ชาวประมงหามาได้ และคิดบัญชีให้ทุกหกเดือน และชาวเลอีกส่วนหนึ่งซึ่งเป็นส่วนน้อย สามารถทำประมงแบบพึ่งตนเองได้ มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีกว่าชาวเลที่ต้องพึ่งพิงนายทุน การประกอบอาชีพของชาวเลบนเกาะ จะแบ่งเป็น 2 ช่วง คือช่วงของการปิดเกาะหรือฤดูมรสุม ผู้ชายหรือหัวหน้าครอบครัวจะทำอาชีพประมง รายได้ประมาณ 10,000-20,000 บาทต่อหกเดือน ขึ้นกับปริมาณปลาที่หาได้ในแต่ละวัน และการทำไซดักปลา ผู้หญิงหรือแม่บ้านจะอยู่บ้านทำงานบ้านทั่วไปไม่มีรายได้ ช่วงที่สองคือช่วงเปิดเกาะหรือฤดูกาลท่องเที่ยว ผู้ชายหรือหัวหน้าครอบครัวจะทำอาชีพประมงร่วมกับอาชีพเสริมคือพานักท่องเที่ยวเที่ยวชมปะการัง และตามเกาะใกล้เคียง รายได้ขึ้นกับปริมาณนักท่องเที่ยว ตกประมาณ 10,000-20,000 บาทต่อหกเดือน ผู้หญิงหรือแม่บ้านบางครอบครัวจะรับจ้างทำงานตามรีสอร์ทบนเกาะ ได้รายได้ประมาณ 3,000-4,000 บาทต่อเดือน

*ทรัพยากรสาธารณสุข*

สถานบริการสาธารณสุข

| | | |
|---|---|---|
| สถานีอนามัยทั่วไป | 1 | แห่ง |

บุคคลากรสาธารณสุข

| | | |
|---|---|---|
| พยาบาลวิชาชีพ | 1 | คน |
| เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน | 2 | คน |

กลุ่มบุคคลที่สนับสนุนงานสาธารณสุข

| | | |
|---|---|---|
| อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | 12 | คน |
| ผดุงครรภ์โบราณ | 2 | คน |

กลุ่มบุคคลากรการแพทย์พื้นบ้าน

| | | |
|---|---|---|
| หมอทางด้านพิธีกรรม (เป่ามนต์ ว่าคาถา) | 10 | คน |

*การดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรมชาวเล*

ลักษณะบ้านของชาวเลมีรูปแบบง่ายๆเป็นเรือนยกพื้น ความสูงประมาณ 0.5-1.0 เมตร หลังคาทำจาก จาก ใบหวาย(จากจำ) ใบมะพร้าว ใบจาก สังกะสี เสาและไม้ประกอบทำจากไม้กลม และไม้แปรรูป พื้นเป็นฟากจากไม้ไผ่และไม้แปรรูป ฝาบ้านเป็นไม้ขัดแตะหรือสังกะสี มีหน้าต่างทำจากสังกะสี ประตูเป็นแบบบานเดี่ยว เป็นห้องโถ่งโล่ง ใช้เป็นห้องเอนกประสงค์ ทั้งกินข้าว นอน ดูทีวี ห้องเดียวกัน ไม่มีการกั้นห้อง ชาวเลบนเกาะสามารถใช้ภาษาได้ 2-3 ภาษาคือ ภาษาชาวเล ภาษามาลายู และภาษาไทยถิ่นใต้ ไฟฟ้าที่ใช้ภายในเกาะได้มาจาก โซล่า โฮม ซิสเต็ม (solar home system) ที่การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคจัดตั้งให้แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกครัวเรือน บนเกาะมีเสาสัญญาณโทรศัพท์มือถือสามารถใช้ได้ทุกคลื่น แต่บางครั้งสภาวะอากาศอาจส่งผลต่อคลื่นสัญญาณได้

วิถีการดำเนินชีวิตประจำวันทุกๆเช้าของวันใหม่ สตรีชาวเลบนเกาะ จะลุกขึ้นจากที่นอน เวลา 04.00 น. เพื่อมาหุงหาอาหารให้กับสามีก่อนที่สามีจะไปตกเบ็ดหรือหาปลา หลังจากนั้นจึงจะทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ดูแลเรื่องอาหารให้กับลูก และดูแลลูกจนกระทั่งสามีกลับบ้าน สตรีชาวเลบางคนภายหลังทำงานบ้านเสร็จ ถ้าเป็นช่วงฤดูปิดเกาะจะออกไปหาหอยนางรม หอยแม่น เพื่อนำมาประกอบอาหารในแต่ละวัน แต่สตรีชาวเลบางกลุ่มเมื่อเสร็จภารกิจงานบ้าน จะเริ่มตั้งวงเล่นไพ่ตั้งแต่สิบเอ็ดโมง จนถึงบ่ายสามโมง จากนั้นก็จะกลับมาหุงหาอาหารให้สามีกับลูก บางรายจะไปรับจ้างคนบนฝั่งที่มาเปิดร้านค้า บนเกาะ แต่ก็จะเลิกงานประมาณบ่ายสามโมงเช่นกัน แต่ถ้าเป็นช่วงฤดูเปิดเกาะหรือฤดูท่องเที่ยวภายหลังที่สตรีชาวเลหุงหาอาหารให้สามีและลูกตลอดจนทำงานบ้านเสร็จ ก็จะไปทำงานเสริมที่รีสอร์ทเพื่อหารายได้เพิ่มให้กับครอบครัวจวบจนบ่ายสามโมงจึงกลับมาหุงหาอาหารให้สามีและลูก ส่วนเด็กๆบนเกาะ ถ้าเป็นเด็กโตก็จะรับผิดชอบดูแลน้องตัวเล็กๆแทนพ่อแม่ เด็กบนเกาะ จะชอบเล่นน้ำทะเลทั้งวัน และไม่ยอมสวมรองเท้าจะชอบเดินเท้าเปล่า เด็กที่นี่จะว่ายน้ำเป็นตั้งแต่อายุ 4 ขวบ ช่วงเย็นเด็กๆจะช่วยหาหอยตามชายหาดเพื่อนำมาเป็นอาหาร

*การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านตามวัฒนธรรมชาวเล*

จากคำบอกเล่าของหญิงชราวัย 75 ปีผิวคล้ำ รูปร่างอ้วน สูงประมาณ 150 เซนติเมตรซึ่งเป็นโต๊ะหมอ (หมอที่รักษาอาการเจ็บป่วยด้วยการเป่ามนต์ ว่าคาถา) ประจำเกาะ ได้เล่าให้ฟังว่าไม่ได้เรียนหนังสือ อพยพย้ายถิ่นฐานตามพ่อแม่มาจากเกาะบุโหลน ตามโต๊ะฆีรีย์ ซึ่งเป็นกลุ่มคนกลุ่มแรกที่มาตั้งถิ่นฐานบนเกาะ ซึ่งในอดีตมีไม่กี่หลังคาเรือนต่อมาขยายเพิ่มลูกหลานจำนวนมาก นับถือศาสนาอิสลาม สิ่งที่แสดงให้เห็นว่าเป็นอิสลาม คือการงดเว้นการรับประทานเนื้อหมู แต่ไม่ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่นการละหมาด การถือศีลอด เป็นต้น ต่อมาแต่งงานกับชาวเพชรบุรีที่ประกอบอาชีพประมงมาหาปลาบนเกาะ มีบุตรทั้งสิ้น 7 คน บุตรรุ่นต่อมาหันมานับถือศาสนา

พุทธ เนื่องจากชาวเลถือว่าศาสนาพุทธเป็นการได้รับพระราชทานจากสมเด็จย่า นอกเหนือจากนามสกุล หาญทะเล ต่อมาบุตรหลานบางคนแต่งงานย้ายกับชาวเลที่เกาะภูเก็ตย้ายไปตั้งถิ่นฐานที่เกาะภูเก็ต บางคนได้แฟนที่อีสานก้อย้ายถิ่นฐานไปอยู่อีสาน ยังคงเหลือบุตรชายที่แต่งงานอยู่บนเกาะอยู่ 2 คน มีหลานรวมทั้งสิ้น สิบกว่าคน ตนเองได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้การรักษาด้วยแพทย์พื้นบ้านจากบิดาที่เสียชีวิตไปแล้ว

แพทย์พื้นบ้านของชาวเลมีชื่อเรียกแตกต่างกันไป บางคนเรียกว่า โต๊ะหมอ บางคนเรียกว่าหมอของชาวเล เป็นบุคคลที่ชาวเลนิยมไปรักษาเมื่อมีอาการเจ็บไข้ไม่สบาย และได้รักษาคนบนเกาะจำนวนมากนับไม่ถ้วน การรักษาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นในเรื่องของการเป่ามนต์คาถา ตัวอย่างโรคที่รักษา เช่น ผู้ชายชาวเลที่ออกไปดำน้ำหากุ้งและปลาในทะเลน้ำลึก บางคนที่ไปดำน้ำลึกจะมีอาการชาและปวดตามขาสองข้างซึ่งต่อมาจะเดินไม่ได้ ก้อจะตามแกมาดูอาการและรักษาอาการด้วยการบีบนวดพร้อมว่ามนต์คาถา เนื่องจากการเจ็บป่วยของชาวเลหมอพื้นบ้านจะรักษาด้วยความเชื่อที่ว่าการเจ็บป่วยเกิดจากฝีมือของวิญญาณบรรพบุรุษที่ล่วงลับไปแล้ว การรักษาจะเริ่มต้นจากการจับมือและขาของคนป่วยเพื่อหาสาเหตุของโรค จากนั้นจึงทำการท่องมนต์คาถาและเป่ามนต์ให้แก่คนไข้ แต่การรักษาบางครั้งอาจใช้หมาก พลู เป่ามนต์คาถาและให้คนไข้เคี้ยวหมากพลูที่ว่ามนต์คาถาเพื่อรักษาอาการขึ้นอยู่กับอาการของโรค แต่หากหมอพื้นบ้านตรวจด้วยวิธีการจับมือและขาแล้วไม่พบว่าเกิดจากผีบรรพบุรุษ หรือซาตาน ก้อจะให้คนไข้ไปรักษาที่ฝั่ง โดยเฉพาะการดูแลหญิงตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดจะมีการดูแล ดังนี้ หญิงตั้งครรภ์หากจะเดินทางไปไหนจะต้องผูกสายสิญจน์ที่มีขมิ้นผสม ที่ข้อมือทั้งสองข้างเพื่อกันผีบรรพบุรุษ ผีพราย หรือซาตาน ที่จะมาเอาชีวิตทารกไปและห้ามถอดสายสิญจน์ออกจนกระทั่งสายสิญจน์นั้นขาดเอง

เมื่อใกล้คลอดหากคลอดยาก จะตามหมอของคนเกาะเพื่อมาทำพิธีให้ ในความเชื่อของชาวเลพบว่าถ้าหญิงตั้งครรภ์คนใดได้ทำบาปหรือทำร้ายบิดาหรือมารดาหรือแฟนจะส่งผลให้คลอดยาก วิธีแก้หรือรักษาคือจะต้องเอาบิดาหรือมารดาหรือแฟนของหญิงตั้งครรภ์มาเดินข้ามท้องหญิงตั้งครรภ์ 3 รอบ คือ ไป-กลับ-ไป หรือหากไม่มีการทำร้ายบิดามารดาหรือแฟน บางครั้งอาจจะมีปัญหาที่เกิดจากรกตัวเล็กหรือที่ชาวเลเรียกว่า อูรี้เล็กติด (เมื่อสอบถามพบว่า อูรี้ใหญ่ในความหมายของชาวเล คือ เยื่อหุ้มสีขาวที่มาหุ้มเนื้อรกที่เป็นสีแดงคล้ำ อูรี้เล็ก ในความหมายของชาวเล คือ เนื้อรกที่มีลักษณะสีแดงคล้ำอยู่ภายในเยื่อหุ้มรกสีขาว) หมอพื้นบ้านก้อจะทำน้ำมนต์โดยการเตรียมน้ำมา 1 แก้วแล้วว่ามนต์คาถาจากนั้นจึงนำน้ำนั้นไปให้หญิงตั้งครรภ์ดื่มเชื่อว่าจะทำให้รกคลอดออกมาได้ ส่วนการทำคลอดจะแบ่งหน้าที่โดยชัดเจน การทำคลอดจะเป็นหน้าที่ของหมอตำแย หรือที่ชาวเลบางคนเรียกว่า โต๊ะบีดัน หลังคลอดบุตรหมอพื้นบ้านก้อจะมาเยี่ยมทารกและนำพันธุ์ไม้ที่มีลักษณะคล้ายเถาวัลย์ไม้มาสานคล้ายเงื่อนพิรอด ดังภาพ ที่ชาวเลเรียกว่า “คลิก” พร้อมว่า

คาถาท่องมนต์ แล้วให้มารดานำไปใส่ในน้ำเวลาอาบน้ำเด็กเพื่อป้องกันไม่ให้เด็กสะดุ้งและทำให้หายใจทางจมูกและปากคล่องขึ้น การรักษาของหมอพื้นบ้านจะได้รับค่าตอบแทนเป็นสินน้ำใจขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย การรักษานอกจากเป่ามนต์แล้วยังมีการรักษาด้วยสมุนไพรที่มีในเกาะ นอกจากการรักษาโรคแล้วหมอพื้นบ้านจะทำหน้าที่ดูตำแหน่งที่จะก่อสร้าง ไม่ว่าจะเป็นบ้านหรือการวางเสาบ้านก็ตามชาวเลก็นิยมให้หมอมาดูตำแหน่งที่ดีให้ การถ่ายทอดความรู้ในเรื่องของการรักษาโรคด้วยแพทย์พื้นแกเล่าให้ฟังว่าพยายามจะให้ลูกแต่ไม่มีใครยอมเรียนสักคน แต่มีคนนอกที่จะมาเรียนแต่แกไม่อยากถ่ายทอดให้แกเล่าให้ฟังว่าแกยังทำไหวอยู่ แต่ถ้าหากแกทำไม่ไหวแล้วแกถึงจะถ่ายทอดให้

*การดูแลสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ตามวัฒนธรรมของชาวเล*

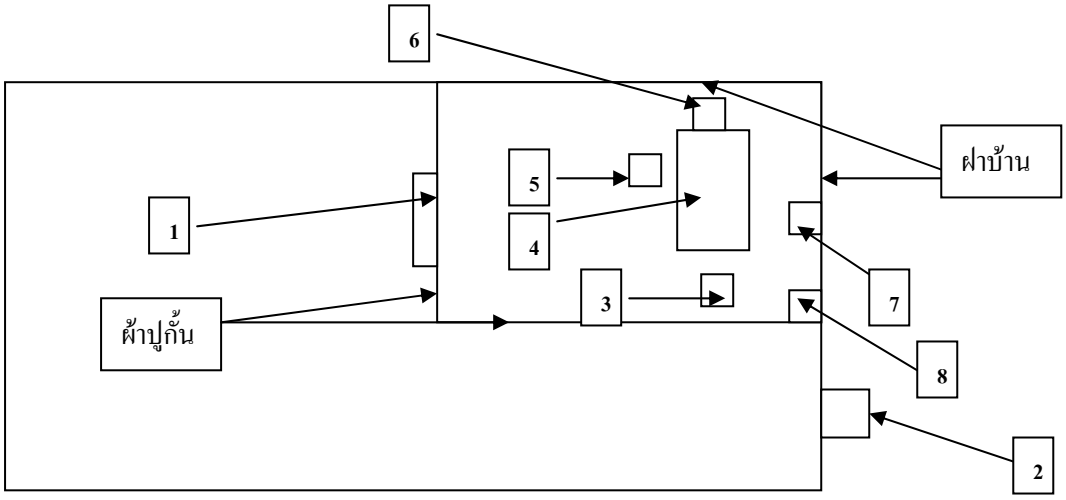
ชาวเลเป็นชนกลุ่มน้อยที่มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่เป็นลักษณะเฉพาะ มีการแสดงออกทางพฤติกรรมในพิธีต่างๆ อันเกิดจากความเชื่อ และความนึกคิดของพวกเขา ซึ่งแสดงออกมาเป็นรูปแบบต่างๆ และมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันอีกด้วย โดยเฉพาะประเพณีการคลอดบุตร ซึ่งการคลอดบุตรของชาวเลอาศัยผู้ทำคลอด คือ หมอตำแยที่เป็นสตรี ซึ่งในแต่ละหมู่บ้านจะมีผู้ทำคลอดเพียงคนเดียว (สถาบันทักษิณคดีศึกษา, 2529) จะถ่ายทอดความรู้ให้เฉพาะกับกลุ่มเครือญาติที่ต้องการสืบทอดตำแหน่งเท่านั้น (อาภรณ์, 2546) ส่วนขั้นตอนการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวเลมีการดูแลในแต่ละระยะดังนี้

*ระยะตั้งครรภ์*

เมื่อสตรีชาวเลเริ่มตั้งครรภ์โดยสังเกตจากการขาดประจำเดือนจะไปฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณด้วยการบอกกล่าวให้ผดุงครรภ์โบราณรับทราบว่าเมื่อใกล้คลอดจะเลือกใช้บริการทำคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ ซึ่งในอดีตการฝากครรภ์จะต้องนำสิ่งของไปให้หมอตำแยด้วย มีข้าวสาร 1 กระป๋องเล็ก ด้ายดิบ 1 ไจ เทียน 1 เล่ม หมาก 5 คำ พลู 5 ใบ เงินไม่จำกัดจำนวนสุดแต่จะให้ตามฐานะบรรจุลงในภาชนะชนิดหนึ่งที่ชาวเลเรียกว่า สอบราด (กระสอบราด) เนื่องจากชาวเลมีความเชื่อว่าเป็นเคล็ดในการคลอดลูกเพื่อให้การคลอดปลอดภัย (สถาบันทักษิณคดีศึกษา, 2529) แต่ปัจจุบันใช้เพียงการบอกกล่าวเพียงครั้งเดียวให้ผดุงครรภ์โบราณรับทราบ และในขณะเดียวกันหญิงตั้งครรภ์ก็จะไปฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยเพื่อรับการฉีดวัคซีนขณะตั้งครรภ์ การตรวจครรภ์จากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

*ระยะคลอด*

สถานที่ทำคลอด คือ บ้านของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีลักษณะเป็นบ้านยกพื้นสูงประมาณ 1 เมตรครึ่งเป็นบ้านไม้ชั้นเดียว (ภาคผนวก ช) ภายในเป็นโถงกว้างไม่มีการแบ่งห้อง บริเวณที่ทำคลอดจะใช้มุมหนึ่งของบ้านที่อยู่ติดบันไดเพื่อสะดวกในการเดินไปเอาอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ถังน้ำ น้ำร้อน กั้นด้วยผ้าปูที่นอนทั้ง 2 ด้าน อีกสองด้านใช้พนังบ้านเป็นตัวกั้น พื้นกระดานเป็นร่อง ภายในบ้านมีไฟนีออนเพียงดวงเดียวอยู่ตรงกลางบ้าน ส่วนที่ทำคลอดต้องใช้แสงเทียนจุดไฟเพื่อให้ความสว่างและบริเวณทำคลอดจะใช้พื้นกระดานไม้ที่มีการงัดไม้กระดานให้เป็นร่องบางบ้านใช้ไม้ไผ่มาเรียงกันและจัดให้เป็นร่องเตรียมไว้สำหรับการคลอดเพื่อให้น้ำคร่ำ เลือด และน้ำสำหรับการทำคลอดไหลลงข้างล่างได้สะดวกโดยครอบครัวจะเตรียมพื้นที่ไว้ตั้งแต่รู้ว่าตั้งครรภ์ (ดังรูป)




*ภาพ* 3 แผนผังแสดงสถานที่ทำคลอด

ความหมายของสัญลักษณ์

1 = หลอดนีออน
2 = บันไดทางขึ้นบ้าน
3 = เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย
4 = ตำแหน่งที่นอนคลอด
5 = หมอตำแยที่ผ่านการอบรม
6 = ผู้ช่วยหมอตำแย
7 = ที่ตั้งเทียน
8 = ถังใส่น้ำสำหรับใช้ในการทำคลอด

การทำคลอด เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์มารดาหรือญาติผู้ใหญ่จะมีบทบาทสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์จะบอกเป็นกลุ่มแรก และเมื่อทราบว่ามีการเจ็บท้องคลอดมารดาหรือญาติผู้ใหญ่จะไปตามหมอตำแย

ประจำเกาะและผู้ช่วยหมอตำแยมาก่อนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและหมอตำแยและผู้ช่วยหมอตำแยจะอยู่กับหญิงตั้งครรภ์ตลอดจนกระทั่งการคลอดเสร็จสิ้น จากการสังเกตการทำคลอดเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะอยู่ตำแหน่งด้านล่างของคนคลอด หมอตำแยและผู้ช่วยจะอยู่ด้านข้างและด้านบน ระหว่างการรอคลอดจะมีการพูดคุย กันระหว่างญาติ เจ้าหน้าที่ หมอตำแยและผู้ช่วยหมอตำแย และสอนการเบ่งคลอดว่าขณะเจ็บครรภ์ให้ยกหัวคางชิดอกแล้วเบ่งโดยปิดปาก ให้กับหญิงตั้งครรภ์เป็นระยะ เมื่อถึงกำหนดคลอดหมอตำแยและผู้ช่วยหมอตำแยจะช่วยผลักหน้าท้องบริเวณยอดอกโดยใช้มือข้างที่ถนัดคนละข้างดันจากยอดอก พร้อมกับกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์เบ่ง ในขณะที่เจ้าหน้าที่สอ. เตรียมทำคลอดเด็กและตรวจภายในเป็นระยะการทำคลอดของเจ้าหน้าที่จะใช้ถุงมือที่ใช้ทั่วไปไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ ถุงมือคู่เดียวสามารถใช้ตรวจภายในได้ 2 ครั้งโดยใช้น้ำสะอาดที่ญาติเตรียมใส่ถังล้างมือที่ใส่ถุงมือเพื่อล้างเอามูกเลือดออกโดยไม่ถอดถุงมือ และใช้ซ้ำเพื่อตรวจครั้งที่สอง จากนั้นจึงจะถอดทิ้งแล้วเปลี่ยนถุงมือคู่ใหม่การตรวจภายในจะทำเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์ระหว่างรอคลอดเจ้าหน้าที่จะเตรียมห่วงยางที่ใช้สำหรับรัดสายสะดือเด็กกับคีม และแช่กรรไกรและคีมลงในถ้วยที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ เมื่อเด็กคลอดออกมาเจ้าหน้าที่สอ.จะตัดสายสะดือภายหลังทำคลอดเด็กแล้ว

ผ้าที่ใช้ห่อเด็กจะเป็นผ้าถุงที่ผ่านการใช้แล้วนำมาซักและฉีกเป็นผ้าอ้อมสำหรับทารก จากนั้นจึงทำการทำคลอดรกโดยมีผู้ช่วยหมอตำแยช่วยดันท้องให้ เมื่อทำคลอดรกและตรวจรกเสร็จจะนำรกใส่ถุงให้ญาตินำไปฝังไว้ที่ใต้ถุนบ้านตำแหน่งตรงกับที่เลือดและน้ำคร่ำไหลลงพื้น วิธีการฝังจะใช้เป็นการกลบตื้นแล้วใช้ไม้ฟืนก่อไฟบนตำแหน่งที่กลบรกเพื่อที่จะเผารกและใช้ไฟที่ก่อสำหรับอยู่ไฟให้กับหญิงหลังคลอด หลังจากส่งรกให้ญาติ เจ้าหน้าที่จะทำความสะอาดเด็ก พร้อมตรวจเด็ก เช็ดตา เช็ดสะดือ และชั่งน้ำหนัก

ส่วนมารดาจะเป็นหน้าที่ของหมอตำแยและผู้ช่วยหมอตำแยในการคลึงมดลูกและดันท้องเพื่อให้ก้อนเลือดที่อยู่ในช่องท้องออกมา จากนั้นหมอตำแยจะใช้น้ำร้อนผสมน้ำเย็นเล็กน้อยราดตั้งแต่ท้องน้อยจนถึงปลายขาทั้งสองข้างพร้อมใช้มือสองข้างแต่งท้องและจัดมดลูกเข้าอู่โดยไล่จากบริเวณขาหนีบขึ้นไปขณะที่ทำก็จะราดน้ำอุ่นจัดที่เตรียมไว้เป็นระยะๆ เมื่อแต่งท้องเสร็จ เมื่อหมอตำแยทำหน้าที่แต่งท้องเสร็จ(จัดมดลูกเข้ากุนเรียบร้อย) ผู้ช่วยหมอตำแยจะทำหน้าที่เหยียบหลังคลอดด้วยการใช้เท้าข้างเดียวลงน้ำหนักที่ส้นเท้าเหยียบไล่ตั้งแต่ต้นขาทั้งสองข้างจนถึงข้อเท้าสลับกับราดน้ำอุ่นจัดเป็นระยะการเหยียบจะเหยียบในท่านอนหงายและตะแคงโดยทำทั้งสองข้างเมื่อเหยียบเสร็จจะอาบน้ำรดตัวหญิงหลังคลอดเพื่อชำระล้างเลือด น้ำคร่ำ ให้สะอาด ขณะเดียวกันก้อจะสวนวิธีการเล่นน้ำร้อนโดยให้หญิงหลังคลอดนั่งยองๆแล้วใช้ขันตักน้ำร้อนที่ผสมน้ำเย็นเพียงเล็กน้อยราดไปที่ช่องคลอดพร้อมใช้นิ้วล้วงเข้าไปที่ช่องคลอดเพื่อกวาดเอาก้อนเลือดที่ค้างอยู่

ออกมา ซึ่งจะต้องทำ 44 วันเนื่องจากมีความเชื่อว่าถ้าเลือดค้างอยู่ในช่องคลอดมารดาจะเสียชีวิตได้ จากนั้นเปลี่ยนผ้าให้และจะไม่มีการสวมผ้าอนามัยเนื่องจากกลัวว่าการใส่ผ้าอนามัยจะเป็นการกันไม่ให้เลือดและน้ำคาวปลาไหลออกมา ส่วนญาติก็จะนำรกไปฝังดินบริเวณใต้ถุนบ้านตรงกับตำแหน่งที่หญิงตั้งครรภ์คลอด โดยสังเกตจากการไหลของเลือดและน้ำคร่ำ และใช้ไม้ฟืนก่อไฟเผาเพื่อให้รกไหม้หมด ซึ่งไม้ฟืนที่ก่อจะจุดเพื่อใช้ในการอยู่ไฟหลังคลอดด้วย ซึ่งหญิงหลังคลอดจะต้องอยู่ในห้องที่คลอดอย่างน้อย 3 วันในระยะเวลา 3 วันจะก่อไฟช่วงเช้าและเย็นวันละ 1-2 ชั่วโมง จากนั้นเจ้าหน้าที่สอ. หมอตำแย และผู้ช่วยหมอตำแยจะแยกย้ายกันกลับโดยมีญาติของหญิงตั้งครรภ์ไปส่ง

*ระยะหลังคลอด*

วันรุ่งขึ้นประมาณ 7 โมงเช้าหมอตำแยและผู้ช่วยหมอตำแยจะมาอาบน้ำด้วยน้ำอุ่นจัดหลังคลอดและเหยียบนวดหญิงหลังคลอด พร้อมสอบถามการเลี้ยงดูบุตรหากเลี้ยงด้วยนมแม่จะทำการนวดเต้านมเพื่อให้น้ำนมไหลดี การนวดเต้านมจะนวดบริเวณรักแร้ทั้งสองข้างโดยใช้วิธีจับเส้นและสอนให้หญิงตั้งครรภ์เล่นน้ำร้อน (การล้างช่องคลอดพร้อมใช้มือล้วงในช่องคลอดเพื่อเอาเลือดที่ค้างออก) ซึ่งการอาบน้ำ การเหยียบนวด การนวดเต้านม จะทำ 3 วัน วันละ 2 เวลา เช้า เวลา 7 โมงเช้า เย็น บ่าย 3 โมง และหมอตำแยและผู้ช่วยหมอตำแยจะเตรียมสมุนไพรให้หญิงหลังคลอด ที่ชาวเกาะเรียกว่า ยาร้อน ประกอบด้วย หมาก พลู กระเทียม พริกไทย รากไม้ หั่นบางๆ 1 จานพูนให้หญิงหลังคลอดเคี้ยว เมื่อครบ 3 วันหญิงหลังคลอดจะเตรียมค่าทำคลอดให้ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย หมอตำแย และผู้ช่วยหมอตำแย ซึ่งปัจจุบันค่าทำคลอดที่ชาวบ้านมีความเชื่อว่าเป็นการจ่ายค่าครูหรือค่าวิชาให้กับหมอตำแยซึ่งจะต้องจ่ายประมาณ 500 บาทขึ้นไป จะมีเศษเงินประมาณ 1-5 บาทซึ่งหมอตำแยและผู้ช่วยหมอตำแยจะคืนเศษเงินที่เกินให้ โดยไปวางไว้ที่ใต้หมอนเด็กเพื่อเป็นการรับขวัญเด็กแรกเกิด หลังจากหมอตำแยและผู้ช่วยหมอตำแยอาบน้ำครบ 3 วันหญิงหลังคลอดจะอยู่ไฟส่วนใหญ่จะอยู่ประมาณ 3-7 วันเล่นน้ำร้อน 44 วัน เพราะสตรีชาวเลมีความเชื่อว่าการอยู่ไฟและการเล่นน้ำร้อนจะทำให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น และแผลฉีกขาดบริเวณช่องคลอดจะหายเร็ว นอกจากนี้หมอตำแยจะให้งดอาหารแสลง 44 วัน เช่น ปลาที่มีท้องสีดำ ปลาที่มีมันสีแดง ผักบางชนิดเช่น หน่อไม้ น้ำแข็ง อาหารที่มีรสเผ็ด เนื่องจากมีความเชื่อว่าจะทำให้หญิงคลอดมีอาการเมาปากค้างได้

*การจัดบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยบนเกาะ*

การจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดที่สถานีอนามัยพบว่ามีการจัดให้บริการตามเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ โดยมีรายละเอียดการจัดให้บริการ ดังนี้

*ระยะตั้งครรภ์*

มีการจัดบริการรับฝากครรภ์ โดยมีกิจกรรมที่ประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจร่างกายที่ไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ การตรวจคัดกรองโดยการเจาะตรวจทางห้องปฏิบัติและการเชื่อมโยงการส่งตรวจกับโรงพยาบาลสตูลซึ่งเป็นสถานบริการที่เป็นหน่วยคู่สัญญา การประเมินเพื่อการส่งต่อ หากมีภาวะแทรกซ้อนโดยจะทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสตูล แต่กรณีฉุกเฉินสามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอำเภอได้ โดยโรงพยาบาลจังหวัดจะไปตามจ่ายให้ นอกจากนี้มีให้บริการฝากครรภ์ให้คำแนะนำและการรักษา การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการวางแผนครอบครัว ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนชายที่อยู่ในสถานีอนามัย

*ระยะคลอด*

มีการจัดบริการทำคลอดเฉพาะกรณีที่เป็นการคลอดปกติที่บ้านของหญิงตั้งครรภ์ ถ้าพบความผิดปกติจะทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสตูล หรือฉุกเฉินส่งโรงพยาบาลละงู ก่อนโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของสตรีตั้งครรภ์เป็นหลัก แต่ทั้งนี้ได้มีการประสานงานผ่านโรงพยาบาลสตูล เพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อของบริการสุขภาพการทำคลอดทำที่บ้านของหญิงตั้งครรภ์ โดยมีกิจกรรมที่ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ การตรวจภายใน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการหายใจและการเบ่งคลอด กิจกรรมดังกล่าวได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่อนามัย

*ระยะหลังคลอด*

ในสถานีอนามัยจะมีเจ้าหน้าที่ทำการตรวจเยี่ยมมารดาหลังคลอด อย่างน้อย 2 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1-2 อย่างน้อย 1 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 6 อย่างน้อย 1 ครั้ง กิจกรรมประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การให้คำแนะนำ และการให้ภูมิคุ้มกันทารกพร้อมนัดฉีดวัคซีนทารกตามช่วงอายุ การนัดตรวจหลังคลอดและมะเร็งปากมดลูกปีละครั้งซึ่งเป็นการจัดร่วมกันกับโรงพยาบาลประจำจังหวัด

โดยสรุปจากจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผนวกกับการลงไปสำรวจพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลเบื้องต้น พบว่า ชาวเลกลุ่มอุรักลาโว้ยซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยที่อาศัยตามเกาะตามชายฝั่งทะเลอันดามัน อยู่ห่างไกลจากความเจริญ การไปมาระหว่างแผ่นดินใหญ่กับเกาะยังไม่สะดวก ยังต้องอาศัยการเดินทางด้วยเรือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชาวเล โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กยังตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อและมีการถ่ายทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่นถึงแม้จะมีการเปิดรับวัฒนธรรมใหม่ๆก็ตาม ซึ่งดูได้จากการข้อมูลการไปใช้บริการพบว่าสตรีชาวเลจะเลือกใช้บริการฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยแต่เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดกลับเลือกใช้บริการทำคลอดกับผดุงครรภ์โบราณในชุมชน รวมถึงวิธีการรักษาสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนตามความเชื่อของชุมชน โดยการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานีอนามัยจะเป็นทางเลือกสุดท้ายที่ชาวเลจะเลือกใช้บริการสุขภาพ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงวัฒนธรรมความเป็นอยู่ที่ยังคงเป็นเอกลักษณ์

ทั้งที่สถานบริการมีการจัดให้บริการตามมาตรฐานที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขแต่การจัดให้บริการสุขภาพตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ที่มีความห่างไกลความเจริญและสอดคล้องกับวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของชนกลุ่มน้อยที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะจริงหรือไม่ ดังนั้นการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานีอนามัยที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่เพื่อที่จะทำให้ทราบว่าสตรีชาวเลมีการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กอย่างไร มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพอะไรบ้าง รวมถึงความต้องการที่แท้จริงเกี่ยวกับบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ตามความคิดเห็นของสตรีชาวเลเป็นอย่างไร แต่การที่จะได้มาซึ่งข้อมูลเชิงลึกนั้นผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาด้วยวิจัยเชิงคุณภาพน่าจะเหมาะสมกับการนำมาใช้เป็นรูปแบบในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อที่จะทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำมาใช้อธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพของสตรีชาวเลว่าเป็นอย่างไรและรับทราบความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ตามความคิดเห็นของสตรีชาวเลอย่างแท้จริง และข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้สตรีชาวเลสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของสตรีชาวเล

# บทที่ 3

# วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ จนถึงระยะหลังคลอดในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย รวมถึงศึกษาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ จนถึงระยะหลังคลอดในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทยโดยมีรายละเอียดดังนี้

*พื้นที่ที่ศึกษา*

ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาในหมู่บ้านชาวเลที่อาศัยอยู่บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย เนื่องจากเกาะที่ศึกษาเป็นเกาะที่มีชาวเลกลุ่มอูรักลาโว้ยอาศัยอยู่ ปัจจุบันมี จำนวน 157 หลังคาเรือน จำนวนชาวเล ทั้งสิ้น 1,014 คน เป็นเพศชาย จำนวน 604 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 410 คน เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ (15-44 ปี) จำนวน 240 คน เกาะที่อยู่อาศัยเป็นเกาะกลางทะเลห่างจากฝั่ง 58 กิโลเมตร การคมนาคมต้องอาศัยการเดินทางด้วยเรือเท่านั้น โดยใช้ระยะเวลาในการเดินทางประมาณ 2-6 ชั่วโมงขึ้นอยู่กับลักษณะเรือ และสภาพภูมิอากาศ บนเกาะการคมนาคมใช้การเดินเท้าและรถจักรยานยนต์ สภาพถนนเป็นดินทราย การเดินทางภายในหมู่บ้านสะดวก เนื่องจากชาวเลจะสร้างบ้านเรือนอยู่ติดๆกัน ภาษาพูดของชาวเลคล้ายภาษามาลายูที่พูดกันในหมู่ชาวมุสลิมแต่ต่างกันตรงสำเนียง ชาวเลบนเกาะทุกคนสามารถพูดภาษาไทยและฟังภาษาไทยได้

ทรัพยากรสาธารณสุขบนเกาะที่ชาวเลใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ สถานีอนามัย มีจำนวน 1 แห่ง ผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรม จำนวน 2 คน แต่มีเพียง 1 คน ที่ให้บริการทำคลอด อีก 1 คน เป็นผู้ช่วยผดุงครรภ์โบราณ เหตุผลที่ไม่ให้บริการทำคลอดเนื่องจากไม่กล้าทำถึงแม้อบรมแล้วก็ตาม และหมอมนต์ ที่ชาวเลบนเกาะเรียกว่า “โต๊ะหมอ” เป็นผู้ที่ทำการดูแลรักษาสุขภาพทั่วไปของชาวเลบนเกาะด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน ได้แก่ สมุนไพร การบีบนวด การเป่ามนต์รักษา และการประกอบพิธีกรรม ส่วนเรื่องของการทำคลอดจะเป็นหน้าที่ของผดุงครรภ์โบราณ แต่เมื่อการคลอดมีภาวะแทรกซ้อน เช่น การคลอดรกติด หรือระยะการคลอดระยะที่ 2 นานกว่าปกติ ผดุงครรภ์โบราณจะขอความช่วยเหลือจากโต๊ะหมอในการเป่ามนต์ ว่าคาถา ทำน้ำมนต์ ตามแต่อาการที่ปรากฏ เนื่องจากชาวเลบนเกาะจะมีความเชื่อถือในอำนาจนอกเหนือธรรมชาติ ได้แก่ ภูติผี ปีศาจ ว่าการที่

หญิงตั้งครรภ์คลอดบุตรยากเกิดจากการกระทำของผีบรรพบุรุษ จะต้องให้โต๊ะหมอมาทำพิธีขับไล่เพื่อให้การคลอดดำเนินต่อไป

จากข้อมูลการคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ ปี 2549 พบว่ามีสตรีชาวเลตั้งครรภ์จำนวน 30 คน คลอดกับผดุงครรภ์โบราณ จำนวน 25 คน คลอดกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำนวน 1 คน คลอดโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 4 คน และที่ผ่านมาพบว่าสตรีชาวเลที่คลอดกับผดุงครรภ์โบราณมีภาวะเสี่ยงจากการตกเลือดหลังคลอดจำนวน 1 คน

ลักษณะของพื้นที่ที่ศึกษามีความสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย คือ สตรีชาวเลที่อาศัยอยู่บนเกาะที่ห่างไกลจากชายฝั่งที่ใช้การเดินทางด้วยเรือ มีอัตราการฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 21 จาก 30 คน เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์ชาวเลมีการใช้บริการทำคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ จำนวน 25 คนจาก 30 คน แต่ใช้บริการทำคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย จำนวน 1 ราย จาก 30 คน ทั้งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยสามารถให้บริการทำคลอดปกติที่บ้าน

ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงสภาพการณ์จริงของวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีชาวเลบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย ตามความเชื่อที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของท้องถิ่น และลักษณะที่ตั้งของชุมชน ปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลต่อการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของสถานีอนามัยที่จัดให้กับสตรีชาวเลบนเกาะ ที่อาจจะสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล และส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาพื้นที่นี้ โดยเข้าไปศึกษาและเก็บข้อมูล ระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2550 และ เดือน กุมภาพันธ์ 2551 เป็นเวลา 10 เดือน การตัดสินใจเลือกศึกษาและเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม และ เดือนตุลาคม ด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ 1) เป็นช่วงฤดูฝนซึ่งเป็นฤดูปิดเกาะไม่มีนักท่องเที่ยว สตรีชาวเลจะไม่ไปทำงานที่รีสอร์ทจะอยู่บ้านเลี้ยงลูกที่บ้าน และ 2) เห็นสภาพความเป็นอยู่และการดูแลสุขภาพของสตรีชาวเลในช่วงฤดูฝนตลอดจนการจัดบริการสุขภาพของสถานีอนามัยในช่วงปิดทัวร์

*ผู้ให้ข้อมูล*

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาจากสตรีชาวเลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่เป็นชาวเลดั้งเดิม มีภูมิลำเนาเดิมอยู่บนเกาะ และปัจจุบันยังคงอาศัยอยู่บนเกาะ สามารถพูดภาษาไทยได้ สื่อภาษารู้เรื่องตรงกัน และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ มีประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรและเคยใช้บริการในสถานีอนามัย จำนวน 15 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในรายแรกที่ผู้วิจัยได้

ไปสังเกตการณ์ทำคลอดปกติที่บ้านโดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ทำคลอด มีผดุงครรภ์โบราณ และผู้ช่วยผดุงครรภ์โบราณเป็นผู้ช่วยเหลือในการทำคลอด และใช้เทคนิคการบอกต่อระหว่างผู้ให้ข้อมูลรายแรกกับรายต่อไป (snow ball)

*เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย*

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การจดบันทึกภาคสนาม การบันทึกเทปขณะทำการสัมภาษณ์ และการถ่ายภาพ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกของสตรีชาวเล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอด ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ดังนี้

แบบสัมภาษณ์เจาะลึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ของครอบครัว สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล จำนวนบุตร การเลือกใช้สถานบริการเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเลือกใช้บริการสุขภาพ ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปยังสถานบริการ

แบบสัมภาษณ์เจาะลึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอด ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ของสตรีชาวเล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย จำนวนการตั้งครรภ์ บุคคล/สถานที่ฝากครรภ์ในแต่ละท้อง อายุครรภ์ เมื่อเริ่มฝากครรภ์ อาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ บุคคล/สถานที่คลอด ลักษณะการคลอด อาการผิดปกติขณะคลอด/หลังคลอด การดูแลหลังคลอด และความรู้สึกต่อการคลอด/การดูแล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพ การจัดบริการของสถานีอนามัย การจัดบริการในกรณีฉุกเฉินของสถานีอนามัย การให้บริการคำแนะนำของสถานีอนามัย ระยะเวลา ขั้นตอนในการไปรับบริการ ค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการ ความพึงพอใจในบริการ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความต้องการบริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ในสถานีอนามัยตามความคิดเห็นของสตรีชาวเล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย ผู้ที่มีส่วน

ตัดสินใจในการเลือกใช้บริการ ความเชื่อในการดูแลสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพ ระยะเวลาในการไปเลือกใช้บริการ การรับรู้ข้อมูลการจัดบริการ และความต้องการให้สถานีอนามัยจัดบริการ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อุปสรรคในการมารับบริการ

*ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ*

ผู้วิจัยทำการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่อง แนวคิดการจัดบริการระดับปฐมภูมิ แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ แนวคิดความต้องการบริการสุขภาพและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและการดูแลสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีชาวเล จากนั้นสร้างแนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์เจาะลึก ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความต้องการบริการสุขภาพ และปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก นำแนวคำถามที่ได้ไปทำการศึกษานำร่อง (pilot study) ปรับปรุงแนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึก ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือ ผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการจัดบริการอนามัยแม่และเด็กในสถานบริการระดับปฐมภูมิจำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 1 ท่าน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา นำแนวคำถามที่ได้มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีการปรับเปลี่ยนแนวคำถามเพื่อให้เกิดความเหมาะสมได้ตลอดการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม

*วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล*

วิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพร้อมการบันทึกเทป การสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การจดบันทึกภาคสนาม และการถ่ายภาพ ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวม 2 เดือน โดยเข้าไปอาศัยอยู่ในชุมชน บนเกาะจนได้ข้อมูลครอบคลุมทุกประเด็นและข้อมูลมีความอิ่มตัว วิธีการต่างๆสามารถแจกแจงรายละเอียดได้ดังนี้

1. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การศึกษาครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลเกี่ยวกับวิถีชีวิตของชุมชน โครงสร้างของครอบครัว ความสัมพันธ์ใน

ครอบครัว ความเชื่อในการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อตั้งครรภ์ ความต้องการบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก การเลือกใช้บริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานีอนามัย ปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา ผ่านการพูดคุยจากกลุ่มตัวอย่าง โดยตรงทั้งที่บ้านหรือสถานที่ทำงานของผู้ให้ข้อมูล และในสถานที่ที่ใช้จัดกิจกรรมในท้องถิ่น

2. การสังเกต การศึกษาครั้งนี้ใช้การสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตวิถีชีวิตประจำวันของชาวเล การสังเกตสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน การสังเกตการเลี้ยงดูลูกของชาวเลบนเกาะ การสังเกตพฤติกรรมการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัย การสังเกตพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ การเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำคลอดของผดุงครรภ์โบราณ และการสังเกตวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของชาวเลบนเกาะ

3. การบันทึกภาพ มีความสำคัญในการใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่แสดงให้เห็นถึงวัฒนธรรม ประเพณี ความเป็นอยู่ พิธีกรรมต่างๆที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ที่จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถอธิบายขั้นตอน กระบวนการ ตลอดจนปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างครบถ้วนและทำให้เข้าใจมากขึ้น

4. การบันทึกภาคสนาม สำหรับนักวิจัยมือใหม่ การจดบันทึกและการบันทึกเทปจะมีความสำคัญมากเพื่อให้นักวิจัยได้ทราบว่าคำตอบที่ได้ครอบคลุมทุกประเด็นหรือไม่ มีประเด็นใดที่ต้องทำการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนและอิ่มตัว

*การตรวจสอบข้อมูล*

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาตรวจสอบสามเส้าด้านระเบียบวิธีวิจัย (methodological triangulation) จากการสัมภาษณ์ และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้รับนั้นถูกต้อง และตรงกับสภาพความเป็นจริง ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกต ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสอดคล้องกันของข้อมูลว่าตรงกันหรือไม่

*การวิเคราะห์ข้อมูล*

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างหัวข้อหลักและเชื่อมโยงไปถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และทำการอธิบายปรากฏการณ์นั้นให้ครบถ้วน หากข้อมูลไม่อิ่มตัว ผู้วิจัยจะกลับไปถามข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลจนข้อมูลมีความอิ่มตัว จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และนำมาแก้ไขเพื่อให้เกิดความถูกต้อง ซึ่งถือเป็นการสิ้นสุดกระบวนการ

*ความน่าเชื่อถือของข้อมูล*

การสร้างความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness) เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดในการศึกษาการเข้าถึงและความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีชาวเล ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985 cited by Polit & Beck, 2004; เพชรน้อย, 2550) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความถูกต้องและเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะสตรีชาวเลที่อาศัยอยู่บนเกาะและมีประสบการณ์การตั้งครรภ์ และการคลอดบุตร ผู้วิจัยจะให้เวลาในการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลมากกว่า 1 ครั้ง และนานพอจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว โดยผู้วิจัยไปพบผู้ให้ข้อมูล เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ และสร้างความเป็นกันเอง ก่อนที่จะดำเนินการสัมภาษณ์ เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยมีความรู้สึกคุ้นเคยและเป็นกันเอง ซึ่งจะทำให้บรรยากาศในการสัมภาษณ์ไม่เครียด เป็นเหมือนการสนทนาโดยทั่วๆ ไป โดยผู้ให้ข้อมูลไม่รู้สึกว่าตนเองกำลังถูกสัมภาษณ์ ซึ่งจะมีผลต่อความถูกต้องและเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายประมาณ 2-3 ครั้ง จนข้อมูลอิ่มตัว แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและผ่านการวิเคราะห์แล้วกลับไปตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล (member checks) อีกครั้ง

2. สามารถตรวจสอบและยืนยันข้อมูลได้ (confirmability) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะทำการบันทึกแหล่งที่มาของข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน ได้แก่ เทปบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้งและแต่ละราย โดยผู้วิจัยจะเขียนนามสมมุติ เวลา สถานที่ ครั้งที่สัมภาษณ์ ไว้ทุกครั้ง และจัดเก็บไว้อย่างเป็นระบบ ไม่มีการลบข้อมูลหรือบันทึกซ้ำ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะจดบันทึกภาคสนาม (field note) ทุกครั้งที่ไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งในบันทึกภาคสนามมีรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์ ปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูล ความคิดเห็นจากการ

สัมภาษณ์ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์ ตลอดจนการวางแผนในการสัมภาษณ์และข้อมูลที่ต้องสัมภาษณ์เจาะลึกในครั้งต่อไป เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันว่าผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลมาจริง นอกจากนี้ในขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะเก็บบทสัมภาษณ์ที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูล และรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลทุกขั้นตอนไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อสามารถตรวจสอบที่มาของข้อมูลได้

3. ความไว้วางใจได้ของข้อมูล (dependability) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยให้อาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบในกระบวนการได้มาของข้อมูลและผลที่ได้ ซึ่งในการตรวจสอบกระบวนการได้มาของข้อมูล ผู้วิจัยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบตั้งแต่การสร้างเครื่องมือในการวิจัย แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และนำมาปรับปรุงภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ หลังจากนั้นนำไปฝึกสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยการศึกษานำร่อง (pilot study) กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะเดียวกันกับที่ต้องการศึกษา แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งทุกขั้นตอนอยู่ภายใต้การตรวจสอบและการแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาโดยละเอียด สำหรับในการเก็บข้อมูลจริงก็จะทำเช่นเดียวกัน โดยการเก็บข้อมูลทุกรายต้องผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อเพิ่มเติมและแก้ไขข้อบกพร่องจนข้อมูลมีความชัดเจนและมีความน่าเชื่อถือ

4. การให้ความหมายตามบริบทนั้นๆ (meaning-in-context) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำคำที่มีความหมายเฉพาะ เช่น อูรี้ (รก) การเล่นน้ำร้อน (การสวนล้างช่องคลอดด้วยน้ำอุ่นจัดและใช้นิ้วมือล้วงเข้าไปในช่องคลอดเพื่อล้วงเอาก้อนเลือดออกมา) มาตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลได้พูดถึง

5. ความอิ่มตัวของข้อมูล (saturation) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะสตรีชาวเลที่อาศัยอยู่บนเกาะและมีประสบการณ์การตั้งครรภ์ และการคลอดบุตร ผู้วิจัยจะใช้เวลาในการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลมากกว่า 1 ครั้ง จนข้อมูลที่ได้มีความชัดเจนและไม่เปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะถามคำถามเดิมกี่ครั้ง ก็ยังคงได้ข้อมูลเหมือนเดิม เป็นการแสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวโดยผู้วิจัยไปพบผู้ให้ข้อมูล

6. ข้อมูลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ (transferability) เพื่อให้ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับบริบทที่มีความเหมาะสมคล้ายคลึงกับบริบทที่ศึกษาครั้งนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจำเป็นต้องอธิบายบริบทที่ศึกษา ลักษณะและการได้มาของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด อธิบายผลการวิเคราะห์อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถพิจารณาตัดสินใจในการนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ได้ เมื่อพบว่ามีความเหมาะสม

*การพิทักษ์สิทธิผู้ถูกวิจัย*

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการทำวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ต้องเข้าไปคลุกคลีกับผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิดตลอดการทำวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก แต่การเก็บข้อมูลในบางประเด็นอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึก การรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเป็นประเด็นสำคัญ เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบในเรื่องต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอน รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย

2. สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด และระหว่างการวิจัยหากผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการเข้ารวมการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา ผู้ให้ข้อมูลสามารถบอกเลิกได้ทันที รวมทั้งระหว่างการสัมภาษณ์หากมีข้อคำถามที่ไม่ต้องการตอบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถบอกให้ผู้วิจัยทราบโดยขอผ่านคำถามนั้น

3. การนำเสนอข้อมูลและเขียนรายงานการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง จะนำเสนอในภาพรวม

4. ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลของตัวเองที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

5. หลังจากเขียนรายงานการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ด้วยการลบข้อมูลที่อยู่ในเครื่องบันทึกเสียงทั้งหมด

# บทที่ 4

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

การศึกษาการเข้าถึงและความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย ของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ ของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก ศึกษาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก และอธิบายความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานอนามัยของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล ออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีชาวเล จำแนก ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ข้อมูลการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย
3. ข้อมูลลักษณะผู้ให้ข้อมูลแบ่งตามประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในสถานีอนามัยบนเกาะตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย

ส่วนที่ 3 ความต้องบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดในสถานีอนามัยของสตรีชาวเลบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย

ส่วนที่ 4 อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย

*ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีชาวเล*

*1 ข้อมูลส่วนบุคคล*

ผู้ให้ข้อมูล คือ สตรีชาวเลที่อาศัยอยู่บนเกาะทางตอนใต้ของประเทศไทยที่ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูล มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ จำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีอายุอยู่ระหว่าง 26-30 ปี ศึกษาระดับประถมศึกษา สตรีชาวเลส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปในช่วงฤดูท่องเที่ยวหรือช่วงเปิดทัวร์ คือ เดือนพฤศจิกายน-เดือนเมษายน จะไปรับจ้างตามรีสอร์ทต่างๆบนเกาะ เมื่อหมดฤดูท่องเที่ยวหรือช่วงปิดทัวร์ คือ เดือนพฤษภาคม-เดือนตุลาคม จะทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน สตรีชาวเลจำนวน 5 ราย มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อปีมากกว่า 50,000 บาท รองลงมามีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อปีน้อยกว่า 30,000 บาท สตรีชาวเล 7 ใน 15 ราย เห็นว่ารายได้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในครอบครัวและไม่เป็นหนี้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ อีก 4 ราย รายได้อยู่ระหว่าง 5,000-30,000 บาทต่อปี รายได้ดังกล่าวไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวและต้องแก้ปัญหาด้วยการกู้หนี้จากเพื่อนบ้านและเถ้าแก่ที่สามีทำงานอยู่ และอีก 4 รายที่มีธุรกิจส่วนตัว อาทิเช่น มีบังกะโลให้เช่า มีร้านอาหาร และร้านค้า จะมีรายได้อยู่ระหว่าง 40,000-200,000 บาทต่อปี เห็นว่ารายได้ดังกล่าวเพียงพอและมีเหลือเก็บ สตรีชาวเลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว 8 ราย ครอบครัวขยาย 7 ราย ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยของสตรีชาวเลทั้งหมดจะมีลักษณะเป็นบ้านชั่วคราวทำด้วยไม้มุงหลังคาสังกะสียกพื้นสูงประมาณ 1 เมตร ขนาดของบ้าน 3x4 เมตร ไม่มีอาณาเขตชัดเจนบริเวณบ้านเป็นลานดิน การสร้างบ้านจะสร้างห่างกันประมาณ 2-3 เมตร ดังรายละเอียดตาราง 1

ตาราง 1

*ลักษณะของสตรีชาวเล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=15)*

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน(คน) |
|---|---|
| อายุปัจจุบัน(ปี) | |
| 15-20 | 4 |
| 21-25 | 2 |
| 26-30 | 6 |
| 30 ขึ้นไป | 3 |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน(คน) |
|---|---|
| ศาสนา | |
| พุทธ | 14 |
| อิสลาม | 1 |
| ระดับการศึกษา | |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 1 |
| ประถมศึกษา | 8 |
| มัธยมศึกษา | 6 |
| อาชีพ | |
| ธุรกิจส่วนตัว(บังกะโลให้เช่า, ขายของชำ และร้านอาหาร) | 4 |
| แม่บ้าน | 11 |
| รับจ้าง | 9 |
| รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อปี | |
| <30,000 บาท | 4 |
| 30,001-40,000 บาท | 3 |
| 40,001-50,000 บาท | 3 |
| >50,000 บาท | 5 |
| สถานภาพการเงิน | |
| เหลือเก็บ | 4 |
| พอใช้และไม่เป็นหนี้ | 7 |
| ไม่พอใช้และเป็นหนี้ | 4 |
| โรคประจำตัว(ประวัติการเจ็บป่วย) | |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 13 |
| โรคทางเดินอาหาร | 2 |
| ลักษณะครอบครัว | |
| ครอบครัวเดี่ยว | 8 |
| ครอบครัวขยาย | 7 |

*2. ข้อมูลการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยบนเกาะ*

การจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยบนเกาะ เมื่อปี พ.ศ. 2511 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเดิมเป็นผู้ช่วยพยาบาลเรียนต่อหลักสูตรพยาบาลเทคนิคลักสูตรการศึกษา 2 ปี เป็นผู้จัดบริการเพียงคนเดียวที่เป็นคนท้องถิ่น จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2536 ได้ย้ายไปรักษาตัวเนื่องจากป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนจบการศึกษาหลักสูตร 2 ปี เป็นคนนอกพื้นที่เพศชาย จัดบริการเป็นรุ่นต่อมาจนกระทั่งปี พ.ศ. 2539 ได้ย้ายราชการไปปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยอื่น มีเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนที่จบการศึกษาหลักสูตร 2 ปี เป็นคนนอกพื้นที่มีทั้งเพศหญิงและเพศชาย เป็นผู้จัดบริการสุขภาพ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2548 มีการจัดสรรพยาบาลวิชาชีพลงมาปฏิบัติงานในสถานีอนามัยบนเกาะ การจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละช่วงมีการจัดบริการ ดังนี้

2.1. การจัดให้บริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในสถานีอนามัยตั้งแต่เริ่มก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2511 จนถึง ปี พ.ศ. 2548 มีรายละเอียด ดังนี้

การจัดให้บริการสุขภาพแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในปี พ.ศ. 2511 นับตั้งแต่มีการก่อตั้งสถานีอนามัยบนเกาะจนถึงปี พ.ศ. 2536 ผู้ให้บริการ คือ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเพศหญิง จบหลักสูตรการเรียนการสอนเริ่มแรกจากการเป็นผู้ช่วยพยาบาล แล้วเรียนต่อหลักสูตรพยาบาลเทคนิคหลักสูตรการศึกษา 2 ปี เป็นชาวเลกลุ่มอุรักลาโว้ยที่มีภูมิลำเนาอยู่บนเกาะ สามารถพูดภาษาอูรักลาโว้ยได้ เนื่องจากสตรีชาวเลส่วนใหญ่ยังคงนิยมใช้ภาษาอูรักลาโว้ยในการสื่อสาร จัดให้บริการสุขภาพแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ด้านผดุงครรภ์ในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ครบตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ บริการฝากครรภ์ บริการทำคลอดปกติที่บ้าน โดยปกติสตรีชาวเลที่อาศัยอยู่บนเกาะจะเลือกใช้บริการการทำคลอดจากผู้ให้บริการอย่างน้อย 2 คน ขึ้นไป คือ ผู้ที่ทำหน้าที่ทำคลอดทารกและรก (โต๊ะบิดัน ซึ่งเป็นคำเรียกหมอตำแยในหมู่บ้านของชาวเลกลุ่มอูรักลาโว้ย) และผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยทำคลอด ดังนั้นเมื่อใช้บริการทำคลอดกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะตามผู้ช่วยทำคลอดซึ่งเป็นคนท้องถิ่นมาช่วยในการดันท้องช่วยคลอด ดูแลมารดาหลังคลอดบุตร และบริการตรวจเยี่ยมหลังคลอด แต่การจัดให้บริการบางครั้งจำเป็นต้องปิดสถานบริการชั่วคราว เพราะเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยติดภาระงาน เช่น การประชุม การอบรม และการส่งรายงาน จำเป็นต้องขึ้นฝั่ง การใช้บริการทำคลอดในช่วงที่ไม่มีเจ้าหน้าที่สตรีชาวเลส่วนใหญ่ไปใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน และผู้ช่วยโต๊ะบิดัน ในช่วงปี พ.ศ. 2511-2536 สตรีชาวเลเข้าถึงบริการด้านผดุงครรภ์ได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ ต่อมาปี พ.ศ. 2536 ท่านป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกต้องเข้ารับการรักษาจึงย้ายไปปฏิบัติงานบนฝั่งเพื่อสะดวกต่อการรักษาตัว

ปี พ.ศ. 2536-2539 หลังจากที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเพศหญิงย้ายไปปฏิบัติงานบนฝั่ง มีการจัดสรรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเพศชาย 1 ท่าน เป็นคนนอกพื้นที่ นับถือศาสนาอิสลาม สามารถพูดภาษามาลายูได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อสารกับสตรีชาวเลผู้ใช้บริการเนื่องจากภาษาอูรักลาโว้ยมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับภาษามาลายู เช่น มาแกนาซิ (ภาษามาลายู แปลว่า กินข้าว) ส่วนภาษาอูรักลาโว้ยอ่านว่า มากันนาซิ ซึ่งมีความหมายเหมือนกัน นอกจากนี้สตรีชาวเลบนเกาะบางส่วนสามารถพูดภาษาไทยที่เป็นภาษาราชการได้เนื่องจากได้รับการศึกษาตามภาคบังคับที่รัฐกำหนดจากโรงเรียนบนเกาะที่สร้างขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2501 จัดให้บริการสุขภาพแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ด้านผดุงครรภ์ในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ครบตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ บริการฝากครรภ์โดยไม่กำหนดอายุครรภ์สตรีชาวเลสามารถมาฝากครรภ์ได้ทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์ จัดบริการทำคลอดในกรณีฉุกเฉิน ได้แก่ การคลอดรกติด เด็กคลอดยาก และการส่งต่อ โดยจัดให้บริการร่วมกับผู้ช่วยทำคลอดซึ่งเป็นคนท้องถิ่นและมีประสบการณ์ในการเป็นผู้ช่วยโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) มาก่อน และบริการตรวจเยี่ยมหลังคลอด มีการจัดอบรมให้อสม.จัดให้บริการแทนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ติดภาระงาน เช่น การอบรม การส่งรายงาน ที่ต้องขึ้นฝั่ง โดยอสม.สามารถจัดให้บริการด้านการรักษา ได้แก่ การทำแผล การเย็บแผล และการจ่ายยาเพื่อรักษาโรคทั่วไป เช่น ไข้หวัด เป็นต้น ในส่วนของการทำคลอดสตรีสามารถชาวเลสามารถไปใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) และผู้ช่วยโต๊ะบิดัน การจัดบริการในปี พ.ศ. 2536-2539 สตรีชาวเลมีการเข้าถึงบริการด้านผดุงครรภ์ได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ในสถานีอนามัย จนกระทั่งปี พ.ศ. 2539 ได้ย้ายไปปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยที่อื่น

ปี พ.ศ. 2539-2548 การจัดให้บริการสุขภาพแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ จัดให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เพิ่งจบการศึกษาและถูกคัดเลือกให้มาปฏิบัติงานในสถานีอนามัยบนเกาะ 1-3 คน บางปีไม่มีการจัดสรรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงมาปฏิบัติงานทดแทนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ย้าย ทำให้บางครั้งมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ปฏิบัติงานเพียง 1 คน รับผิดชอบทุกภาระงาน มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติงานที่เป็นข้อตกลงร่วมเฉพาะองค์กร คือ การหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ขึ้นแผ่นดิน โดยหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ขึ้นแผ่นดินครั้งละ 15 วันสลับกันโดยให้เหตุผลในการหมุนเวียน คือ การส่งรายงานข้อมูลพื้นฐานให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลี่ยเดือนละ 2-3 ครั้ง การประชุมซึ่งจะจัดทุกอาทิตย์ การอบรม มีบางครั้งที่สถานีอนามัยไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ทั้ง 2 คน ต้องทำการปิดสถานีอนามัย ซึ่งในอดีตจะปิดนานประมาณ 1 เดือน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทั้งหมดที่ปฏิบัติงานเป็นคนนอกพื้นที่ ไม่สามารถพูดภาษาอูรักลาโว้ยและภาษามาลายูได้ การจัดให้บริการบางครั้งต้องให้บริการผ่านล่าม เนื่องจากสตรีชาวเลบางส่วนจะไม่ค่อยเข้าใจในภาษาไทย มีทักษะและความชำนาญในการจัดให้บริการด้านผดุงครรภ์น้อย จัด

ให้บริการด้านผดุงครรภ์เพียงบางบริการทำให้ไม่ครบตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ บริการรับฝากครรภ์ แต่บริการรับฝากครรภ์มีข้อจำกัดเพราะสตรีชาวเลส่วนใหญ่จะมีรูปร่างอ้วนเผละ เนื่องจากมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ชอบรับประทานอาหารที่เป็นพวกแป้ง ของทอด กะทิ และของหวาน เมื่อตั้งครรภ์จะมีผลต่อการตรวจครรภ์เพราะมีผนังหน้าท้องหนาทำให้ไม่สามารถตรวจฟังหัวใจทารกในครรภ์ได้ และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีทักษะและความชำนาญด้านผดุงครรภ์น้อย จึงมีการกำหนดให้มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือจนกระทั่งทารกในครรภ์ดิ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนสามารถประเมินทารกในครรภ์ผ่านการซักถามจากมารดา โดยไม่ต้องใช้การตรวจครรภ์และการตรวจฟังหัวใจทารกในครรภ์ และลงบันทึกข้อมูลจากการซักประวัติในสมุดสีชมพู ไม่มีการเจาะคัดกรองเนื่องจากข้อจำกัดในการส่งสิ่งส่งตรวจที่ต้องส่งไปตรวจยังโรงพยาบาลประจำจังหวัด ให้ยาบำรุงเลือด ไม่มีการจัดให้บริการทำคลอดปกติที่บ้าน สตรีชาวเลส่วนใหญ่จะใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) และผู้ช่วยโต๊ะบิดัน มีบริการตรวจเยี่ยมหลังคลอดในบางราย สตรีชาวเลใช้บริการด้านผดุงครรภ์ที่สถานีอนามัยในช่วงหลังลดน้อยลง การมาฝากครรภ์มีไม่ถึงร้อยละ 50 ไม่มีการมาทำคลอดเนื่องจากไม่มีการจัดให้บริการ มีการตรวจเยี่ยมหลังคลอดแต่ไม่ถึงร้อยละ 50

จากข้อมูลการจัดให้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยตั้งแต่เริ่มมีการตั้งสถานีอนามัย คือ ปี พ.ศ. 2511 – พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นการจัดให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยซึ่งส่วนใหญ่จบการศึกษาหลักสูตร 2 ปี ซึ่งมีเพียง 1 คน ที่เป็นคนท้องถิ่น ในขณะที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยคนอื่นเป็นคนนอกพื้นที่ การจัดให้บริการใน 2 ระยะแรก จะมีลักษณะที่เหมือนกันคือมีการจัดให้บริการด้านผดุงครรภ์ได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ สตรีชาวเลมีการเข้าถึงบริการด้านผดุงครรภ์มาก ซึ่งต่างจากระยะที่ 3 ที่สตรีชาวเลมีการเข้าถึงบริการด้านผดุงครรภ์น้อย เนื่องจากการจัดบริการด้านผดุงครรภ์ไม่สามารถจัดได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ ด้วยเหตุผล การมีทักษะและความชำนาญในการจัดบริการด้านผดุงครรภ์น้อยเป็นผู้ที่เพิ่งจบการศึกษาเป็นส่วนใหญ่ เป็นคนนอกพื้นที่ และมีปัญหาด้านการสื่อสารกับสตรีชาวเลผู้ใช้บริการบางรายที่ไม่สามารถพูดภาษาไทยได้ ซึ่งต่างจาก 2 ระยะแรก ที่ถึงแม้ผู้จัดให้บริการจะเป็นคนท้องถิ่นหรือไม่ใช่ก็ตามแต่ไม่มีปัญหาในเรื่องของการสื่อสารเนื่องจากมีวัฒนธรรมที่คล้ายกันในเรื่องของภาษา เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าการจัดบริการสามารถเข้าถึงทางด้านสังคมวัฒนธรรมของชาวเลบนเกาะได้

2.2. การจัดให้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นปีที่มีการจัดสรรพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งจบการศึกษาลงมาปฏิบัติงานในสถานีอนามัย 1 คน มีพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน รักษาการตำแหน่งบริหาร 1 คน ในปี พ.ศ.2550 มีเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนลาออกไปศึกษาต่อ 1 คน ปัจจุบันมีเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

ที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย เป็นเวลา 7 ปี รักษาการตำแหน่งบริหาร 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน แนวทางปฏิบัติงานที่เป็นข้อตกลงร่วมเฉพาะองค์กรคือ การหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ขึ้นแผ่นดิน โดยหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ขึ้นแผ่นดินครั้งละ 15 วันสลับกันโดยให้เหตุผลในการหมุนเวียน คือ มีภาระงานในการส่งรายงานข้อมูลพื้นฐานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลี่ยเดือนละ 2-3 ครั้ง การประชุมซึ่งจัดทุกอาทิตย์ การอบรม แต่ปัจจุบันการหมุนเวียนขึ้นกับภาระงาน และจากคำบอกเล่าของสตรีชาวเลพบว่า เจ้าหน้าที่มีการขึ้นแผ่นดินไปปฏิบัติราชการใช้เวลาน้อยลงโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการไปปฏิบัติภารกิจบนแผ่นดินประมาณ 1 สัปดาห์

การจัดให้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของพยาบาลวิชาชีพเพศหญิงซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก เป็นคนนอกพื้นที่ ไม่สามารถพูดภาษาอูรักลาโว้ยและภาษามาลายูได้ แต่ไม่พบว่าเป็นปัญหาในการสื่อสารมากนักเพราะสตรีชาวเลที่มาใช้บริการส่วนใหญ่เป็นคนรุ่นใหม่ที่จบการศึกษาจากโรงเรียนบนเกาะสามารถพูดภาษาไทยที่เป็นภาษาราชการได้ จัดให้บริการสุขภาพแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ด้านผดุงครรภ์ในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ครบตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ บริการฝากครรภ์ บริการทำคลอดปกติ และบริการตรวจเยี่ยมหลังคลอด การจัดให้บริการในระยะแรก พบว่า มีปัญหาการมาฝากครรภ์ช้า คือฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป เนื่องจากประสบการณ์จากการรับรู้ข้อมูลและการฝากครรภ์ในอดีตกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยรุ่นก่อนที่จัดให้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กที่จัดให้บริการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป จึงมีการปรับเปลี่ยนการจัดบริการเป็นเชิงรุกมากขึ้นโดยใช้การมีส่วนร่วมของผู้ช่วยโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) ด้วยการจัดอบรมให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาสัมพันธ์รณรงค์การมาฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ มีการแจกของให้กับสตรีชาวเลที่มาฝากครรภ์ และจ่ายเงินให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สามารถพาสตรีชาวเลที่ตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยโดยให้รายละ 50 บาท ทำให้มีสตรีชาวเลยอมรับและใช้บริการผดุงครรภ์ที่สถานีอนามัยกับพยาบาลวิชาชีพมากขึ้น ได้แก่ การมาฝากครรภ์ทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์ที่สถานีอนามัยมากขึ้น เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 90 มีการจัดให้บริการทำคลอดปกติที่บ้าน และจาก 2 ปี ที่ผ่านมามีสตรีชาวเลมาใช้บริการทำคลอด 3 ราย (ปกติจะมีสตรีชาวเลที่ตั้งครรภ์ปีละ 30 ราย) มีการตรวจเยี่ยมหลังคลอดเกือบครอบคลุมร้อยละ 100 แต่เมื่อพยาบาลวิชาชีพติดภาระงาน ได้แก่ การอบรม การส่งรายงาน ต้องขึ้นฝั่งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ปฏิบัติงานร่วมกันไม่สามารถจัดให้บริการผดุงครรภ์ครบตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สตรีชาวเลที่มารับบริการด้านผดุงครรภ์จะได้รับเพียงบางบริการ ได้แก่ การให้ยาบำรุงเลือดในระยะตั้งครรภ์ และนัดให้มาฝากครรภ์กับพยาบาลวิชาชีพ และบริการตรวจเยี่ยมหลังคลอด ทำให้สตรี

ชาวเลบางรายต้องตัดสินใจไปใช้บริการยังสถานบริการสาธารณสุขนอกชุมชนเมื่อไม่มีพยาบาลวิชาชีพจัดให้บริการหรือไม่เพียงพอ

จากข้อมูลพบว่าการจัดบริการสุขภาพด้านผดุงครรภ์ในสถานีอนามัยขึ้นกับความสามารถในการจัดให้บริการของผู้ให้บริการ ถึงแม้ว่าในระยะแรกเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเป็นเพศหญิง มีภูมิลำเนาเดิมเป็นชาวเลกลุ่มอุรักลาโว้ยบนเกาะ มีวัฒนธรรมความเป็นอยู่เดียวกันกับผู้รับบริการ สามารถสื่อสารด้วยภาษาท้องถิ่นได้ ในขณะที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการคนที่สองที่เป็นเพศชาย ไม่ใช่คนท้องถิ่นแต่สามารถสื่อสารกับผู้ใช้บริการด้วยภาษาที่ใกล้เคียงกัน แต่ทั้งสองคนมีความสามารถในการจัดให้บริการด้านผดุงครรภ์ครบตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สตรีชาวเลยอมรับและใช้บริการด้านผดุงครรภ์ แต่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยรุ่นถัดไปมีทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ไม่ใช่คนท้องถิ่นเช่นกัน แต่อาจมีข้อจำกัดด้านภาษาที่ไม่สามารถใช้ภาษาท้องถิ่นหรือภาษาที่ใกล้เคียงกันในการสื่อสารกับสตรีชาวเลผู้ใช้บริการบางกลุ่มได้ แต่สามารถสื่อสารผ่านล่ามได้ แต่มีความสามารถในการจัดให้บริการด้านผดุงครรภ์เพียงบางบริการเท่านั้น ทำให้สตรีชาวเลมีการใช้บริการในระยะหลังลดน้อยลง แต่เมื่อมีพยาบาลวิชาชีพเพศหญิงลงมาปฏิบัติงานถึงแม้ว่าจะไม่ใช่คนท้องถิ่น แต่ไม่มีปัญหาในการสื่อสารเนื่องจากผู้ใช้บริการเป็นคนรุ่นใหม่ที่จบการศึกษาจากโรงเรียนบนเกาะสามารถพูดภาษาไทยที่เป็นภาษาราชการได้ มีความสามารถในการจัดให้บริการด้านผดุงครรภ์ได้ครบตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทำให้สตรีชาวเลเลือกใช้บริการด้านผดุงครรภ์กับพยาบาลวิชาชีพมากขึ้น นั่นเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้าน เพศของผู้ให้บริการ ความเป็นคนท้องถิ่น และความรู้ในการจัดบริการ ไม่ได้มีผลต่อการใช้บริการ แต่การจะตัดสินใจเลือกใช้บริการหรือไม่ขึ้นกับความสามารถของผู้ให้บริการที่จะสามารถจัดให้บริการด้านผดุงครรภ์ได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ ได้เพียงพอและตอบสนองต่อความต้องการของสตรีชาวเลที่จะมารับบริการ

*3. ลักษณะผู้ให้ข้อมูล*

กลุ่มสตรีชาวเลผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามประสบการณ์การใช้บริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในสถานีอนามัยบนเกาะตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ได้แก่ ปี พ.ศ. 2511-2548 เป็นการจัดให้บริการด้านผดุงครรภ์โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นการจัดให้บริการด้านผดุงครรภ์โดยพยาบาลวิชาชีพ ลักษณะของสตรีชาวเลจำแนกตามประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในสถานีอนามัยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ สตรีชาวเลที่ใช้บริการก่อนปี พ.ศ. 2548 คือ ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งสถานีอนามัย ปี

พ.ศ. 2511 จนถึงปี พ.ศ. 2548 สตรีชาวเลที่ใช้บริการในสถานีอนามัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และสตรีชาวเลที่ใช้บริการในสถานีอนามัยทั้งก่อนและหลังปี พ.ศ. 2548 ดังนี้

3.1. สตรีชาวเลที่ใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยก่อนปี พ.ศ. 2548 มีจำนวน 4 ราย ได้แก่ สตรีชาวเลครรภ์ที่สอง 1 ราย สตรีชาวเลครรภ์ครั้งที่สาม จำนวน 3 ราย มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

*กรณีตัวอย่าง*

*รายที่ 1 สตรีชาวเลครรภ์ที่สองคลอดปกติกับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย)*

สตรีชาวเลครรภ์ที่สองอายุ 29 ปี นับถือศาสนาพุทธ เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 แต่งงานเมื่ออายุ 18 ปี ไม่ได้จดทะเบียนสมรส สามีประกอบอาชีพประมงในช่วงฤดูมรสุม และช่วงฤดูร้อนประกอบอาชีพรับจ้างเป็นไกด์พาแขกเที่ยว ตนเองประกอบอาชีพรับจ้างตามรีสอร์ทในช่วงฤดูร้อนและช่วงฤดูมรสุมจะทำหน้าที่แม่บ้าน เนื่องจากรีสอร์ทจะปิดให้บริการในช่วงฤดูมรสุม รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีประมาณ 50,000 บาท มีบุตรจำนวน 2 คน บุตรคนแรกอายุ 6 ปี และบุตรคนที่สองอายุ 4 ปี ทั้งสองท้องมีประสบการณ์การไปใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยบนเกาะโดยมีเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนจัดให้บริการ เมื่อปี พ.ศ. 2539–2548 เข้าถึงบริการเพียง 2 ระยะ คือ ระยะตั้งครรภ์ เป็นการใช้บริการฝากครรภ์ที่มีข้อจำกัดจากเจ้าหน้าที่ซึ่งกำหนดให้ไปฝากครรภ์ได้เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือเมื่อทารกในครรภ์ดิ้น และระยะหลังคลอดซึ่งไม่เคยได้รับการเยี่ยมหลังคลอดที่บ้าน แต่สตรีชาวเลเดินทางไปใช้บริการวางแผนครอบครัวที่สถานีอนามัยโดยต้องเสียค่าบริการวางแผนครอบครัวครั้งละ 30 บาท และพาบุตรไปรับวัคซีนตามช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 5 ปี เหตุผลที่ทำให้สตรีชาวเลสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยด้านผดุงครรภ์ที่สถานีอนามัยในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด เนื่องจากสถานีอนามัยอยู่ใกล้บ้านสะดวกในการไปรับบริการ ไม่ต้องเดินทางไปยังสถานบริการนอกชุมชน ส่วนระยะคลอดสตรีชาวเลมีการเข้าถึงบริการการแพทย์พื้นบ้านด้วยการใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) ทั้งสองท้อง เนื่องจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่จัดให้บริการ ช่วงปี พ.ศ. 2539–2548 ไม่สามารถทำคลอดได้จึงไม่จัดให้บริการในระยะคลอด ความรู้ความสามารถในการจัดให้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็นสำหรับสตรีชาวเลในแต่ละช่วงของการตั้งครรภ์จึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่ทำให้สตรีชาวเลไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ที่สถานีอนามัยจัดให้บริการได้ นอกจากนี้สตรีชาวเลยังคงมีเชื่อมั่นในการทำคลอดของโต๊ะบิดัน วัฒนธรรมความเชื่อของสตรีชาวเลที่ได้รับการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นก็จะมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ถึงแม้ว่าสถานีอนามัยจะจัดให้บริการก็ตาม

*รายที่ 2 สตรีชาวเลครรภ์ที่สามรายแรกคลอดปกติกับพยาบาลที่โรงพยาบาลจังหวัด*

สตรีชาวเลครรภ์ที่สามอายุ 36 ปี นับถือศาสนาพุทธ เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 แต่งงาน 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่ออายุ 18 ปี กับชาวต่างชาติ อยู่ด้วยกัน 7 ปี ก็หย่าร้างกัน มีบุตรด้วยกัน 1 คน ปัจจุบันอายุ 12 ปี อยู่กับสามีที่ต่างประเทศ หลังจากนั้น แต่งงานใหม่เมื่ออายุ ได้ 27 ปี กับคนไทยที่มาทำงานอยู่ที่กรุงเทพฯใช้ชีวิตอยู่ในกรุงเทพฯ 2 ปี มีบุตรด้วยกัน 1 คน ปัจจุบันบุตรคนที่ 2 อายุประมาณ 7 ปี หลังจากอยู่กรุงเทพฯได้ 2 ปี ก็ตัดสินใจย้ายกลับมาอยู่บนเกาะมีบุตรคนที่ 3 ปัจจุบันบุตรคนที่ 3 อายุประมาณ 3 ปี ปัจจุบันตนเองและสามีเปิดร้านขายของชำในหมู่บ้านรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีประมาณ 70,000 บาท ทั้ง 3 ท้องมีประสบการณ์ใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาล สตรีเข้าไม่ถึงบริการทั้ง 3 ระยะของการตั้งครรภ์ เหตุผลเพราะเคยไปใช้บริการที่สถานีอนามัยแล้วพบว่าบริการไม่เพียงพอกับความต้องการเพราะในช่วงที่ต้องการไปรับบริการที่สถานีอนามัย พบว่าไม่มีเจ้าหน้าที่จัดให้บริการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่อยู่ ตามตัวยาก ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าความไม่เพียงพอบริการที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการไปรับบริการจะเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเข้าถึงบริการของสตรีชาวเล นอกจากนี้ยังเคยมีประสบการณ์ในการไปรับการรักษาไข้หวัดแล้วได้รับยาแก้อักเสบมารับประทานที่บ้านแล้วไม่หาย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดรับประทานยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลแล้วหาย ทำให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อคุณภาพบริการเกิดความไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยาในสถานีอนามัยซึ่งเป็นอุปสรรคหนึ่งที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล และตัดสินใจไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเป็นหลัก

*รายที่ 3 สตรีชาวเลครรภ์ที่สามรายที่สองคลอดรกติดกับโต๊ะบิดัน*

สตรีชาวเลครรภ์ที่สามอายุ 26 ปี นับถือศาสนาพุทธ เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แต่งงานเมื่ออายุ 15 ปี เป็นชาวเลที่มาจากเกาะอื่นหลังแต่งงานย้ายมาอยู่กับสามีบนเกาะซึ่งเป็นชาวเลดั้งเดิมบนเกาะ ไม่ได้จดทะเบียนสมรส สามีประกอบอาชีพประมงในช่วงฤดูมรสุม และช่วงฤดูร้อนประกอบอาชีพรับจ้างเป็นไกด์พาแขกเที่ยว ตนเองประกอบอาชีพรับจ้างตามรีสอร์ทในช่วงฤดูร้อนและช่วงฤดูมรสุมจะทำหน้าที่แม่บ้าน เนื่องจากรีสอร์ทจะปิดให้บริการในช่วงฤดูมรสุม รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีประมาณ 45,000 บาท มีบุตรจำนวน 2 คน จากการตั้งครรภ์ 3 ครั้ง โดยมีการแท้งบุตรในครรภ์ที่ 2 สาเหตุจากประจำเดือนที่มาไม่สม่ำเสมอทุกเดือน 2-3 เดือนมาครั้ง ตั้งแต่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก บางครั้ง 2 เดือนมา 1 ครั้งจึงเข้าใจผิดคิดว่าไม่ตั้งครรภ์ จึงรับประทานยาสตรีเบนโลซึ่งเป็นยาขับเลือดเพื่อให้ประจำเดือนมาปกติ ทำให้แท้งบุตรในครรภ์ที่ 2 ช่วงที่แท้งบุตรไม่ได้ไปรับการรักษาที่ไหน ปัจจุบันบุตรคนแรกอายุ 10 ปี และบุตรคนที่ 2 อายุ มีอายุ 6 ปี ใช้

บริการฝากท้องในช่วงตั้งครรภ์บุตรคนที่ 1 และตั้งครรภ์บุตรคนที่ 3 กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในช่วงปี พ.ศ. 2541-2545 ส่วนบุตรคนที่ 2 ยังไม่ได้ฝากท้องเนื่องจากมีการแท้งบุตรก่อน และใช้บริการวางแผนครอบครัว และบริการวัคซีนบุตรตามช่วงอายุ ในระยะหลังคลอด เป็นการแสดงให้เห็นว่าสตรีชาวเลมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กที่สถานีอนามัยจัดให้เฉพาะระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด โดยให้เหตุผลที่ทำให้เข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย เพราะไม่เคยไปใช้บริการฝากครรภ์ที่อื่น และสถานีอนามัยอยู่ใกล้บ้าน สามารถไปใช้บริการได้สะดวก ส่วนระยะคลอดสตรีชาวเลเข้าถึงบริการแพทย์พื้นบ้านด้วยการใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) ทั้งสองท้อง เนื่องจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่จัดให้บริการในปี พ.ศ. 2541-2545 ทำคลอดไม่ได้จึงไม่สามารถจัดให้บริการในระยะคลอดได้ การที่เจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้ความสามารถในการจัดให้บริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ จึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่ทำให้สตรีชาวเลไม่สามารถเข้าถึงบริการที่สถานีอนามัยได้ โดยครรภ์แรกและครรภ์ที่สามเป็นการคลอดปกติกับโต๊ะบิดัน แต่ครรภ์ที่สามเป็นการคลอดรกติด ซึ่งได้รับการดูแลจากโต๊ะบิดันด้วยการตามหมอมนต์มาทำพิธีเป่ามนต์ ว่าคาถา และทำน้ำมนต์ให้ดื่มแต่รกยังไม่คลอด การตามเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจึงเป็นวิธีการสุดท้ายที่สตรีชาวเลและโต๊ะบิดันเลือก เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการบริการสุขภาพของสตรีชาวเลในช่วงระยะคลอดที่ยังคงต้องการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน ถึงแม้จะมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด ได้แก่ การคลอดรกติด แต่สตรีชาวเลและโต๊ะบิดันยังมีการตัดสินใจเลือกใช้การดูแลสุขภาพตามวัฒนธรรมท้องถิ่นด้วยการเป่ามนต์ ว่าคาถา จากหมอมนต์บนเกาะ และผสมผสานการใช้บริการการแพทย์แผนปัจจุบัน เมื่อการแพทย์พื้นบ้านไม่ได้ผลด้วยการใช้บริการส่งต่อไปยังสถานบริการที่รับการส่งต่อ โดยการส่งต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานและเขียนไปส่งตัวไปยังสถานบริการที่รับการส่งต่อ ส่วนการหาพาหนะและค่าใช้จ่ายในการส่งต่อเป็นหน้าที่ของผู้รับบริการ

*รายที่ 4 สตรีชาวเลครรภ์ที่สามรายที่สาม*

สตรีชาวเลครรภ์ที่สามอายุ 42 ปี นับถือศาสนาพุทธ เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 แต่งงานเมื่ออายุ 15 ปี มีการจดทะเบียนสมรส สามีประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างกรมประมง ตนเองเป็นแม่บ้าน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีประมาณ 90,000 บาท มีบุตรจำนวน 3 คน ปัจจุบันบุตรคนแรกอายุ 23 ปี บุตรคนที่สองอายุ 20 ปี และบุตรคนที่สามอายุ 14 ปี สองท้องแรกเป็นประสบการณ์การใช้บริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในสถานีอนามัย ปี พ.ศ. 2511 – พ.ศ. 2536 มีการเข้าถึงบริการในระยะตั้งครรภ์ ด้วยการฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และระยะหลังคลอด ใช้บริการวางแผนครอบครัวซึ่งต้องเสียค่าบริการวางแผนครอบครัวครั้งละ 30 บาท และบริการวัคซีน

บุตรตามช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 5 ปี โดยไม่เสียค่าบริการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าสตรีชาวเลมีการเข้าถึงบริการเฉพาะระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด แต่ในระยะคลอดไม่สามารถเข้าถึงบริการในสถานีอนามัยได้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยสมัยนั้นทำคลอดไม่ได้จึงไม่สามารถจัดให้บริการได้การที่เจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้ความสามารถในการจัดให้บริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ จึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่ทำให้สตรีชาวเลไม่สามารถเข้าถึงบริการที่สถานีอนามัยได้ สตรีชาวเลจึงเข้าถึงบริการในระยะคลอดกับผดุงครรภ์โบราณด้วยการใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) ทั้งสามท้อง โดยครรภ์แรกและครรภ์ที่สองเป็นการคลอดปกติ แต่ครรภ์ที่สองมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ได้แก่ มีภาวะปีกมดลูกอักเสบหลังคลอดบุตรสองวันไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดด้วยตนเองได้รับการรักษาด้วยการขูดมดลูก และฉีดยาแก้อักเสบ ใช้เวลาในการรักษานานประมาณ 1 เดือน มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายเนื่องจากสมัยก่อนไม่มีหลักประกันสุขภาพต้องจ่ายค่ารักษาเอง ทำให้ต้องขอแพทย์กลับก่อนเนื่องจากไม่มีเงินจ่ายค่ารักษา ปัจจุบันยังคงมีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง ครรภ์ที่สามเป็นการคลอดรกติด ซึ่งได้รับการดูแลจากโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ด้วยการตามหมอมนต์มาทำพิธีเป่ามนต์ ว่าคาถา และทำน้ำมนต์ให้ดื่มแต่รกยังไม่คลอด การตามเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจึงเป็นวิธีการสุดท้ายที่สตรีชาวเลและโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)เลือก เพื่อใช้บริการส่งต่อไปยังสถานบริการที่รับการส่งต่อ โดยการส่งต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานและเขียนไปส่งตัวไปยังสถานบริการที่รับการส่งต่อ ส่วนการหาพาหนะและค่าใช้จ่ายในการส่งต่อเป็นหน้าที่ของผู้รับบริการ จากการใช้บริการเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ของสตรีชาวเลที่ถึงแม้การคลอดกับโต๊ะบิดันจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ก็ตามแต่สตรีชาวเลก็ยังคงเลือกใช้บริการในระยะคลอดกับโต๊ะบิดันเพราะมีความเชื่อมั่นในการจัดให้บริการของโต๊ะบิดัน และเป็นผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมเดียวกันมีความเข้าใจวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของชาวเล

สตรีชาวเลทั้ง 4 ราย เล่าถึงประสบการณ์การใช้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กในช่วงที่ผ่านมาคือก่อนปี พ.ศ. 2548 หรือก่อนพยาบาลวิชาชีพจะลงมาประจำที่สถานีอนามัย ว่าสามารถเข้าถึงบริการแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ที่สถานีอนามัยจัดให้ ใน 2 ระยะ คือ ระยะตั้งครรภ์ เป็นการเข้าถึงที่มีข้อจำกัด ในการไปรับบริการ คือ ต้องมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 5 เดือนขึ้นไปหรือเมื่อทารกในครรภ์เริ่มดิ้น ด้วยเหตุผลการขาดความชำนาญ และการมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 5 เดือนขึ้นไปหรือเมื่อทารกในครรภ์เริ่มดิ้น เพื่อที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะสามารถประเมินทารกในครรภ์ได้ผ่านการซักประวัติ ให้บริการฉีดวัคซีนบาดทะยัก การลงบันทึกสมุดสีชมพูแก่หญิงตั้งครรภ์ซึ่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขบางคนจะลงบันทึกเพียงชื่อของผู้รับบริการและมอบให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ไม่มีการตรวจครรภ์และฟังเสียงหัวใจเด็ก ไม่มีการตรวจคัดกรอง จัดให้ยาบำรุงเลือด และระยะหลัง

คลอด มีบริการตรวจเยี่ยมหลังคลอด บริการวางแผนครอบครัว และบริการฉีดวัคซีนภูมิคุ้มกันโรคตามช่วงอายุสำหรับทารก

ส่วนระยะคลอดสตรีชาวเลไม่สามารถเข้าถึงบริการในสถานีอนามัย เหตุผลเพราะไม่มีบริการทำคลอดปกติที่บ้านจึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่ทำให้สตรีชาวเลไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ สตรีชาวเลส่วนใหญ่จึงเข้าถึงบริการในระยะคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) เนื่องจากมีบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการที่สตรีชาวเลคิดว่าจำเป็นได้ ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเลผู้ให้ข้อมูล

> *"หมออนามัย(เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน)จำกัดให้ฝากท้องตอน 5 เดือนขึ้นไป ลูกเริ่มจะดิ้นอะไรนั่นแหละ ...เพราะหมอเขาจะได้รู้ว่าเด็กดิ้นแล้วน่ะ... เวลาไปตรวจท้อง...บางหมอ(เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน)ก็ถามเฉพาะลูกดิ้น จะไม่ตรวจท้อง...ไม่ใส่หูฟังมานั่งตรวจ... ถามแม่...ลูกดิ้นมั้ย กี่ครั้งและสม่ำเสมอมั้ย...ไม่เคยแนะนำ... ไม่เจาะเลือดตรวจ...ให้ยาบำรุงเลือดและวัคซีนบาดทะยัก....แล้วก็ให้สมุดสีชมพู...พอเจ็บท้องคลอดก็ไปตามหมอตำแยมาทำคลอดให้....หมออนามัยรุ่นนั้นทำคลอดไม่ได้...หลังคลอดหมออนามัยไม่เคยมาเยี่ยมเลย..... เวลาไปฉีดวัคซีนลูกก็ดูเองจากสมุดสีชมพูว่าฉีดตอนไหน"*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 2)*

3.2. สตรีชาวเลที่ใช้บริการในสถานีอนามัยหลังปี พ.ศ. 2548 เป็นสตรีครรภ์แรกจำนวน 5 ราย มีรายละเอียดดังนี้

*กรณีตัวอย่าง*

*รายที่ 1 สตรีชาวเลครรภ์แรกรายแรกคลอดปกติกับพยาบาลวิชาชีพ*

สตรีชาวเลครรภ์แรกอายุ 17 ปี เป็นสตรีชาวเลผู้ให้ข้อมูลเพียงคนเดียวที่นับถือศาสนาอิสลามสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าเป็นอิสลามคือ การไม่รับประทานเนื้อหมูเพียงอย่างเดียว โดยอธิบายให้ฟังว่าคนที่นับถืออิสลามบนเกาะไม่เคยละหมาด ถือศีลอด สามารถเข้าร่วมพิธีกรรมได้เช่น การไหว้ผีบรรพบุรุษ ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามโดยทั่วไปที่ไม่ได้อาศัยอยู่บนเกาะ เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 แต่งงานเมื่ออายุ 16 ปี ไม่ได้จดทะเบียนสมรส สามีประกอบอาชีพประมงในช่วงฤดูมรสุม และช่วงฤดูร้อนประกอบอาชีพรับจ้างเป็นไกด์พาแขกเที่ยว ตนเองทำหน้าที่แม่บ้าน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีประมาณ 20,000 บาท มีบุตร 1 คน ปัจจุบันอายุ 5 เดือน มีการเข้าถึงบริการได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ โดยผู้จัดบริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งมาปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 การเข้าถึงบริการในระยะตั้งครรภ์ คือ การฝากครรภ์ เหตุผลที่ทำให้

สามารถเข้าถึงบริการที่สถานีอนามัย คือ สถานีอนามัยอยู่ใกล้บ้าน สะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางใช้การเดินเท้า สามารถเดินทางไปใช้บริการได้ตามลำพัง นอกจากนี้ยังไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการเนื่องจากมีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ในระยะคลอดใช้บริการทำคลอดที่บ้านกับพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้านว่าพยาบาลวิชาชีพสามารถทำคลอดได้ และในระยะหลังคลอด ได้รับบริการตรวจเยี่ยมหลังคลอด บริการวางแผนครอบครัว ซึ่งจะไปรับบริการกับพยาบาลวิชาชีพเพียงคนเดียว เนื่องจากเป็นเพศหญิงด้วยกัน ในขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่ท่านอื่นเป็นเพศชายไม่กล้าไปใช้บริการเพราะอาย ดังนั้นเมื่อพยาบาลติดภาระงานต้องขึ้นฝั่งก็จะไม่ยอมไปใช้บริการที่สถานีอนามัยกับเจ้าหน้าที่เพศชาย ทัศนคติด้านเพศของผู้ให้บริการจึงเป็นอุปสรรคที่ทำให้สตรีชาวเลโดยเฉพาะผู้ที่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ เนื่องจากบทบาทชายหญิงที่หญิงควรรักนวลสงวนตัว ไม่เปิดเผยเนื้อตัวให้เพศตรงข้ามเห็น รวมถึงอนามัยแม่และเด็กโดยเฉพาะด้านผดุงครรภ์เป็นเรื่องของสตรี ผู้ที่จัดให้บริการเปและการฉีดวัคซีนบุตรตามช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 5 ปี

*รายที่ 2 สตรีชาวเลครรภ์แรกรายที่ 2*

สตรีชาวเลครรภ์แรกอายุ 21 ปี เป็นหลานของโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) นับถือศาสนาพุทธ เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 แต่งงานเมื่ออายุ 19 ปี ปกติสามีประกอบอาชีพประมงในช่วงฤดูมรสุม และรับจ้างเป็นไกด์พาแขกเที่ยวในช่วงฤดูร้อน ส่วนตนเองเป็นแม่บ้าน เมื่อปีที่แล้วตนเองและสามีเปิดร้านค้าหน้าชายหาดในช่วงฤดูร้อน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีประมาณ 80,000 – 90,000 บาท มีบุตร 1 คน ปัจจุบันอายุ 1 เดือน ประสบการณ์จากการตั้งครรภ์ช่วงแรกตัดสินใจเลือกใช้บริการฝากครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ที่สถานีอนามัย แต่เนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย คือ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ติดภาระงานบนฝั่งทำให้ต้องขึ้นฝั่งบ่อยทำให้ไม่สามารถจัดให้บริการอย่างต่อเนื่องได้ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เพียงพอของบริการที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กของสตรีชาวเล จึงมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการฝากครรภ์ที่คลินิก โดยเลือกฝากครรภ์พิเศษเพราะเชื่อมั่นในความเป็นหมอสูติ-นรีเวช และต้องการให้แพทย์ดูแลเป็นพิเศษเนื่องจากเป็นบุตรคนแรก ในระยะคลอดใช้บริการทำคลอดกับแพทย์ที่ฝากครรภ์พิเศษโดยทำคลอดด้วยการผ่าตัดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด เนื่องจากทารกท่าก้นนำ หลังคลอดนอนโรงพยาบาลประมาณ 3 วันออกจากโรงพยาบาลมาพักที่บ้านญาติในจังหวัด หลังคลอดประมาณ 2 สัปดาห์ แพทย์ที่คลินิกนัดตรวจหลังคลอด และแจกนมผงสำหรับทารก อยู่บนแผ่นดินในจังหวัดประมาณ 1 เดือน ย้ายกลับมาอยู่ที่เกาะ ใช้บริการหลังคลอดที่สถานีอนามัยโดยใช้บริการวางแผนครอบครัว และฉีดวัคซีนบุตรตามช่วงอายุ เหตุผลในการ

เลือกใช้บริการระยะหลังคลอดที่สถานีอนามัยเพราะความไม่สะดวกในการเดินทางเนื่องจากอยู่ในช่วงฤดูมรสุม ไม่มีเรือ ซึ่งเป็นปัจจัยทางกายภาพที่มีผลต่อความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ ดังนั้นบริการในชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สตรีชาวเลสามารถเข้าถึงบริการได้มากกว่าบริการนอกชุมชน

*รายที่ 3 สตรีชาวเลครรภ์แรกรายที่ 3*

สตรีชาวเลครรภ์แรกอายุ 16 ปี นับถือศาสนาพุทธ เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แต่งงานเมื่ออายุ 15 ปี ไม่ได้จดทะเบียนสมรส สามีประกอบอาชีพก่อสร้าง ส่วนตนเองในช่วงฤดูมรสุมทำหน้าที่แม่บ้าน ช่วงฤดูร้อนจะรับจ้างตามรีสอร์ท รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปี ประมาณ 100,000 บาท มีบุตร 1 คน ปัจจุบันอายุ 1 เดือน ครอบครัวที่อาศัยอยู่เป็นครอบครัวขยายเป็นครอบครัวฝ่ายหญิง มีสมาชิก 5 คน ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในครอบครัว คือ มารดาของตนที่ตัดสินใจเลือกใช้บริการให้กับตนเอง การตั้งครรภ์ครั้งนี้ตนเองเลือกใช้บริการในทุกระยะของการตั้งครรภ์กับพยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัย คือ การฝากครรภ์ในระยะตั้งครรภ์โดยมารดาเป็นผู้บอกให้ไปฝากครรภ์ที่สถานีอนามัย ในระยะคลอดใช้บริการทำคลอดที่บ้าน เนื่องจากโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) ผู้ทำคลอดขึ้นไปบนฝั่งจึงตัดสินใจเลือกใช้บริการทำคลอดกับพยาบาลวิชาชีพ และในระยะหลังคลอด ได้รับบริการตรวจเยี่ยมหลังคลอด บริการวางแผนครอบครัว และการฉีดวัคซีนบุตรตามช่วงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสตรีชาวเลเข้าถึงบริการที่สถานีอนามัยจัดให้ได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์

*รายที่ 4 สตรีชาวเลครรภ์แรกรายที่ 4*

สตรีชาวเลครรภ์แรกอายุ 22 ปี นับถือศาสนาพุทธ เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 แต่งงานเมื่ออายุ 21 ปี ตนเองและสามีประกอบอาชีพธุรกิจของครอบครัวคือ ทำร้านอาหาร และสร้างบังกะโลให้นักท่องเช่าพัก รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีประมาณ 200,000 บาท มีบุตร 1 คน อายุ 9 เดือน ในช่วงที่ตั้งครรภ์มีการตัดสินใจเลือกใช้บริการฝากครรภ์ที่สถานีอนามัย แต่ช่วงไปฝากครรภ์พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยบนเกาะติดภาระงานขึ้นแผ่นดิน ไปใช้บริการกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ซึ่งไม่สามารถจัดให้บริการฝากครรภ์ได้ด้วยเหตุผล คือ ขาดทักษะในการลงบันทึกการฝากครรภ์ในสมุดสีชมพูได้ บริการที่ได้รับ คือ การให้ยาแก้แพ้ ยาบำรุงเลือด และนัดให้มาฝากครรภ์กับพยาบาลวิชาชีพผู้ที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กโดยตรง ซึ่งจากข้อมูลเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เพียงพอของบริการทั้งที่สถานีอนามัยมีจัดให้บริการแต่ไม่สามารถจัดให้บริการได้อย่างต่อเนื่องได้ เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถจัดให้บริการแทนพยาบาลวิชาชีพที่ติดภารกิจได้ จึงเป็นอุปสรรคที่ทำให้สตรีชาวเลไม่

สามารถเข้าถึงบริการในระยะตั้งครรภ์ที่สถานีอนามัยจัดให้ได้ อีกทั้งมารดาและสามีเป็นผู้มีส่วนในการตัดสินใจให้เลือกใช้บริการฝากครรภ์ที่คลินิก ด้วยเหตุผล คือ การได้รับรู้การคลอดบุตรเสียชีวิตของเพื่อนบ้านทำให้กังวลเนื่องจากเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกจึงต้องการให้บุตรในครรภ์ปลอดภัย จึงเลือกใช้บริการฝากครรภ์พิเศษกับแพทย์ที่คลินิกในจังหวัด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดใช้บริการทำคลอดกับแพทย์ที่ฝากพิเศษด้วยการผ่าตัดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจังหวัด เนื่องจากน้ำคร่ำน้อย นอนอยู่โรงพยาบาลประมาณ 7 วัน หลังจากนั้นแพทย์ที่คลินิกนัดตรวจหลังคลอดอีก 7 วัน พักอยู่กับญาติบนฝั่งประมาณ 2 เดือน พาบุตรไปรับวัคซีนที่คลินิก 1 เข็ม หลังจากนั้นกลับมาอยู่บนเกาะ ใช้บริการระยะหลังคลอดที่สถานีอนามัย คือ บริการวางแผนครอบครัว และฉีดวัคซีนบุตรตามช่วงอายุ เหตุผลในการเลือกใช้บริการในระยะหลังคลอดที่สถานีอนามัยเพราะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ที่คลินิกว่าสามารถมาใช้บริการวางแผนครอบครัว และฉีดวัคซีนบุตรที่สถานีอนามัยได้ และจากการสอบถามจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและได้รับคำยืนยันว่าสามารถใช้บริการระยะหลังคลอดที่สถานีอนามัยได้เช่นกันจึงตัดสินใจเลือกใช้บริการที่สถานีอนามัย

*รายที่ 5 สตรีชาวเลครรภ์แรกรายที่ 5*

สตรีชาวเลครรภ์แรกอายุ 19 ปี นับถือศาสนาพุทธ เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 แต่งงานเมื่ออายุ 17 ปี ไม่ได้จดทะเบียนสมรส สามีประกอบอาชีพประมงในช่วงฤดูมรสุม และช่วงฤดูร้อนประกอบอาชีพรับจ้างเป็นไกด์พาแขกเที่ยว ตนเองประกอบอาชีพรับจ้างตามรีสอร์ทในช่วงฤดูร้อนและช่วงฤดูมรสุมจะทำหน้าที่แม่บ้าน เนื่องจากรีสอร์ทจะปิดให้บริการในช่วงฤดูมรสุม รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีประมาณ 40,000 บาท เคยมีการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง แต่เป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก ในช่วงตั้งครรภ์ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์จึงไม่สามารถบอกได้ว่าอายุครรภ์เท่าไหร่ และยังมีเลือดคล้ายประจำเดือนมาแต่ไม่มาก ในช่วงตั้งครรภ์มีอาการปวดท้องมากไปใช้บริการที่สถานีอนามัยซึ่งขณะนั้นเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนอยู่ให้บริการ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพติดภาระงานต้องขึ้นฝั่ง ให้เพื่อนและญาติไปตามเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนมาดูอาการ 2-3 ครั้ง แต่เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนไม่ได้มาดูอาการช่วงนั้นรู้สึกไม่พอใจในเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จึงตัดสินใจเลือกใช้บริการการรักษาด้วยแพทย์พื้นบ้าน คือ หมอมนต์หรือโต๊ะหมอ มาทำพิธีเป่ามนต์ว่าคาถา เคี้ยวหมากแล้วนำหมากที่เคี้ยวมาทาตามตัวผู้ป่วย จากนั้นทำน้ำมนต์ และให้ผู้ป่วยกินน้ำมนต์ หลังจากรักษาหมอมนต์หรือโต๊ะหมอ อาการดีขึ้นประมาณ 7-8 ชั่วโมง แล้วเริ่มมีอาการปวดท้องมากขึ้นจึงตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ได้รับการผ่าตัดในทันทีภายหลังที่ผลตรวจพบว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก นอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลจังหวัดประมาณ 3 วัน กลับลงเกาะไปตัดไหมที่สถานีอนามัย และรับบริการวางแผนครอบครัว

สตรีชาวเลครรภ์แรกทั้ง 5 ราย เล่าถึงประสบการณ์การใช้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กในช่วงหลังปี พ.ศ. 2548 ที่มีพยาบาลวิชาชีพลงมาประจำที่สถานีอนามัย เป็นผู้ให้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย ว่า สตรีชาวเลทั้งหมดสามารถเข้าถึงบริการในระยะหลังคลอดมากสุด ได้แก่ บริการตรวจเยี่ยมหลังคลอด บริการวางแผนครอบครัว คำแนะนำ และบริการฉีดวัคซีนภูมิคุ้มกันโรคตามช่วงอายุสำหรับทารก โดยสามารถอธิบายรายละเอียดดังนี้

สตรีชาวเล จำนวน 2 ราย ที่สามารถเข้าถึงบริการด้านผดุงครรภ์ครบทั้ง 3 ระยะ ที่พยาบาลวิชาชีพจัดให้บริการ คือ ในระยะตั้งครรภ์ ให้บริการรับฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์โดยไม่จำกัดอายุครรภ์ มีการซักประวัติ วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก การตรวจการตั้งครรภ์ด้วยการตรวจปัสสาวะ การตรวจคัดกรองด้วยการเจาะเลือดตรวจ การตรวจครรภ์และการฟังเสียหัวใจทารกในครรภ์ การฉีดวัคซีนบาดทะยัก การให้ยาบำรุงเลือด การให้และลงบันทึกการตรวจครรภ์ การให้วัคซีน ลงบันทึกวันนัดฝากครรภ์ในสมุดสีชมพูแก่หญิงตั้งครรภ์อย่างละเอียด และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ ในระยะคลอด ใช้บริการทำคลอดปกติที่บ้านกับพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยโต๊ะบิดัน และระยะหลังคลอด ได้รับบริการตรวจเยี่ยมหลังคลอด บริการวางแผนครอบครัว คำแนะนำ และบริการฉีดวัคซีนภูมิคุ้มกันโรคตามช่วงอายุสำหรับทารก

ในขณะที่สตรีชาวเล จำนวน 3 ราย สามารถเข้าถึงบริการด้านผดุงครรภ์ในระยะหลังคลอดที่พยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัยจัดให้ แต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านผดุงครรภ์ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดที่พยาบาลวิชาชีพจัดให้ได้เนื่องจากติดภาระงานต้องขึ้นฝั่งทำให้ไม่สามารถจัดให้บริการและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยท่านอื่นไม่สามารถจัดให้บริการแทนได้ จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้สตรีชาวเล ทั้ง 3 ราย สามารถเข้าถึงบริการในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ที่สถานบริการนอกชุมชน คือ คลินิกเอกชนบนฝั่ง นอกจากนี้ประสบการณ์การรับรู้ข้อมูลการคลอดบุตรกับเสียชีวิตขณะใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) ของเพื่อนบ้าน ความสะดวกในการเดินทางช่วงฤดูท่องเที่ยวที่มีเรือให้บริการทุกวัน และความสามารถในการจ่ายค่าบริการที่สถานบริการนอกชุมชน

3.3. สตรีชาวเลที่ใช้บริการในสถานีอนามัยทั้งก่อนและหลังปี พ.ศ. 2548 มีจำนวน 6 ราย ได้แก่ สตรีชาวเลครรภ์ที่สอง จำนวน 2 ราย สตรีชาวเลครรภ์ครั้งที่สาม จำนวน 2 ราย สตรีชาวเลครรภ์ที่ 4 จำนวน 1 ราย และสตรีชาวเลครรภ์ที่ 5 จำนวน 1 ราย

*กรณีตัวอย่าง*

*รายที่ 1 สตรีชาวเลครรภ์ที่สองรายแรกคลอดก่อนกำหนดท่าก้นกับโต๊ะบิดัน*

สตรีชาวเลครรภ์ที่สองอายุ 26 ปี นับถือศาสนาพุทธ เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แต่งงาน 2 ครั้ง ครั้งแรกแต่งงานเมื่ออายุ 18 ปีไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับคนต่างถิ่นที่ไม่ใช่ชาวเล มีบุตร

ด้วยกัน 1 คน ปัจจุบันอายุ 6 ปีอาศัยอยู่บนเกาะ ส่วนสามีแยกทางกันอยู่สามีกลับไปอยู่บนแผ่นดิน หลังจากนั้นมาเจอสามีคนที่ 2 เมื่ออายุประมาณ 24 อยู่ด้วยกันไม่ได้จดทะเบียนสมรส มีบุตร 1 คน ปัจจุบันอายุ 1 เดือน การประกอบอาชีพสามีประกอบอาชีพประมงในช่วงฤดูมรสุม และช่วงฤดูร้อนประกอบอาชีพรับจ้างเป็นไกด์พาแขกเที่ยว ตนเองทำธุรกิจร่วมกับมารดาสร้างบังกะโลให้นักท่องเที่ยวเช่าพัก รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีประมาณ 40,000 บาท บุตรคนแรกในระยะตั้งครรภ์ฝากท้องที่สถานีอนามัยบนเกาะ 1 ครั้งกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ซึ่งในขณะนั้นยังไม่มีพยาบาลวิชาชีพ บริการที่ได้รับในขณะนั้น คือ วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก ซักประวัติ นัดตรวจครรภ์ ลงบันทึกในสมุดสีชมพู จากนั้นย้ายไปอยู่กับญาติที่ต่างจังหวัดไปฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยต่างจังหวัดกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน บริการที่ได้รับ คือ การซักประวัติ วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก ตรวจคัดกรอง ตรวจปัสสาวะ ตรวจครรภ์ ให้ยาบำรุงเลือด ฉีดวัคซีนบาดทะยัก และแจกนมกล่องครั้งละ 2 กล่องทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดใช้บริการทำคลอดที่โรงพยาบาลกับแพทย์ การคลอดปกติ นอนอยู่โรงพยาบาล 2 วัน ย้ายกลับลงเกาะ ระยะหลังคลอดมาใช้บริการวางแผนครอบครัว และฉีดวัคซีนบุตรตามช่วงอายุ ที่สถานีอนามัยบนเกาะ บุตรคนที่สองฝากท้องกับพยาบาลวิชาชีพที่สถานีอนามัยบนเกาะ เมื่ออายุครรภ์ได้ประมาณ 36 สัปดาห์ เพื่อนบ้านทักว่าท้องตก ทำให้ไม่มั่นใจประกอบกับเจ้าหน้าที่ไม่อยู่สถานีอนามัยทั้ง 2 คน จึงขึ้นแผ่นดินไปตรวจอัลตร้าซาวด์กับแพทย์ที่คลินิก ด้วยเหตุผล ต้องการทราบวันกำหนดคลอดที่ชัดเจน และต้องการดูว่าทารกในครรภ์อยู่ในปกติหรือไม่ เมื่ออัลตร้าซาวด์แพทย์ที่คลินิกบอกผลการตรวจว่าทารกในครรภ์ผิดปกติทารกท่าก้นนำและไม่ได้รับคำแนะนะเพิ่มเติม ตนเองไม่ทราบว่าทารกท่าก้นเป็นความผิดปกติอย่างไร เนื่องจากช่วงที่ฝากครรภ์กับพยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัยได้รับคำอธิบายว่าทารกในครรภ์อยู่ในท่าปกติ คือท่าหัว ทำให้ไม่แน่ใจ จึงกลับลงเกาะก่อนลงเกาะเริ่มมีมูกเลือดออกทางช่องคลอดออกเล็กน้อยและมีอาการปวดท้องร่วมด้วยแต่เป็นอาการปวดๆหาย ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ใด กลับลงเกาะ หลังกลับลงมาที่เกาะได้ 2 วันมีอาการเจ็บครรภ์มากขึ้นมารดาจึงไปตามโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)มาดูอาการและทำคลอดขณะคลอดทารกท่าก้นนำ หลังคลอดเขียวไม่มีเสียงร้อง โต๊ะบิดันช่วยเหลือด้วยการบีบสายสะดือกระตุ้นทารกจนทารกเริ่มส่งเสียงร้อง ตัวแดงดี หลังคลอดบุตร ได้รับการตรวจเยี่ยมจากเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพติดภาระงานขึ้นแผ่นดิน

*รายที่ 2 สตรีชาวเลครรภ์ที่สองรายที่ 2 คลอดครบกำหนดทารกท่าก้นเสียชีวิตทันทีหลังคลอดกับโต๊ะบิดัน*

สตรีชาวเลครรภ์ที่สองอายุ 30 ปี นับถือศาสนาพุทธ เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แต่งงานเมื่ออายุ 17 ปี สามีประกอบอาชีพประมงในช่วงฤดูมรสุม และช่วงฤดูร้อนประกอบอาชีพรับจ้างเป็นไกด์พาแขกเที่ยว ตนเองประกอบอาชีพรับจ้างตามรีสอร์ทในช่วงฤดูร้อนและช่วงฤดูมรสุมจะทำหน้าที่แม่บ้าน เนื่องจากรีสอร์ทจะปิดให้บริการในช่วงฤดูมรสุม รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีประมาณ 50,000 บาท มีบุตร 1 คนจากการตั้งครรภ์ 2 ครั้ง บุตรคนแรกปัจจุบันบันอายุ 7 ปี บุตรคนที่ 2 เสียชีวิตทันทีหลังคลอดเนื่องจากคลอดครบกำหนดทารกท่าเท้านำ ทั้งสองท้องช่วงระยะตั้งครรภ์ฝากครรภ์ที่สถานีอนามัย โดยท้องแรกฝากครรภ์กับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดเลือกใช้บริการทำคลอดปกติกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) และระยะหลังคลอดใช้บริการวางแผนครอบครัวและการฉีดวัคซีนบุตรตามช่วงอายุ ท้องที่สองฝากท้องที่สถานีอนามัยกับพยาบาลวิชาชีพ แต่ท้องนี้พยาบาลวิชาชีพแนะนำให้ไปตรวจครรภ์ที่โรงพยาบาลเพราะไม่มั่นใจท่าของทารกในครรภ์ แต่เลือกไปตรวจที่คลินิกในจังหวัดด้วยเหตุผล โรงพยาบาลคนเยอะ ต้องรอนาน ในขณะที่คลินิกคนน้อย รอไม่นาน แพทย์ที่คลินิกได้อัลตร้าซาวด์ และบอกผลว่าทารกท่าเท้านำ แพทย์ที่คลินิกแนะนำให้มาคลอดที่โรงพยาบาลโดยกำหนดคลอดไว้หลังคลอดจริงห่างกัน 9 วัน แต่ช่วงที่คลอดอยู่บนเกาะและมีอาการเจ็บท้องคลอดจึงเลือกใช้บริการกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)เป็นอันดับแรกระหว่างรอโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)มีอาการปวดท้องรุนแรง และคลอดบุตรพอดีกับที่โต๊ะบิดัน(หมอตำแย)มาถึง ทารกเขียวไม่หายใจโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ จึงตามพยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัย แต่ไม่สามารถช่วยเหลือได้ ทารกเสียชีวิต ระยะหลังคลอดใช้บริการวางแผนครอบครัว

*รายที่ 3 สตรีชาวเลครรภ์ที่สามรายแรก*

สตรีชาวเลครรภ์ที่สามอายุ 31 ปี นับถือศาสนาพุทธ เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แต่งงานเมื่ออายุ 18 ปี ไม่ได้จดทะเบียนสมรส สามีประกอบอาชีพประมงในช่วงฤดูมรสุมและรับจ้างก่อสร้างตามรีสอร์ท และช่วงฤดูร้อนประกอบอาชีพรับจ้างเป็นไกด์พาแขกเที่ยว ตนเองประกอบอาชีพรับจ้างตามรีสอร์ทในช่วงฤดูร้อนและช่วงฤดูมรสุมจะทำหน้าที่แม่บ้าน เนื่องจากรีสอร์ทจะปิดให้บริการในช่วงฤดูมรสุม รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีประมาณ 40,000 บาท มีบุตร 3 คน บุตรคนแรกปัจจุบันอายุ 12 ปี บุตรคนที่สองปัจจุบันอายุ 7 ปี และบุตรคนสุดท้องอายุ 1 เดือน ทั้งสองท้องใช้บริการฝากท้องกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนในสถานีอนามัย เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) ระยะหลังคลอด ได้รับการตรวจเยี่ยมหลังคลอดคำแนะนำ บริการวางแผนครอบครัว และการพาบุตรไปรับวัคซีนตามช่วงอายุ ท้องที่สาม ใช้บริการฝากครรภ์กับพยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัย เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดมีพยาบาลวิชาชีอยู่บนเกาะแต่

ช่วงเวลาเจ็บท้องเป็นช่วงเวลา 04.00 น.จึงไปตามโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)มาทำคลอดให้ และระยะหลังคลอดใช้บริการวางแผนครอบครัว และการพาบุตรไปฉีดวัคซีนบุตร

*รายที่ 4 สตรีชาวเลครรภ์ที่สามรายที่ 2*

สตรีชาวเลครรภ์ที่สามอายุ 27 ปี นับถือศาสนาพุทธ เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แต่งงานเมื่ออายุ 22 ปี ไม่ได้จดทะเบียนสมรส สามีประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปตามรีสอร์ท ตนเองประกอบอาชีพรับจ้างตามรีสอร์ทในช่วงฤดูร้อนและช่วงฤดูมรสุมจะทำหน้าที่แม่บ้าน เนื่องจากรีสอร์ทจะปิดให้บริการในช่วงฤดูมรสุม รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีประมาณ 20,000 บาท มีบุตร 2 คน จากการตั้งครรภ์ 3 ครั้ง บุตรคนแรกปัจจุบันอายุ 5 ปี ครรภ์ที่สองแท้งบุตรเมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ขณะเดินทางไปต่างจังหวัดได้รับการรักษาและขูดมดลูกที่โรงพยาบาลจังหวัด และบุตรคนสุดท้องปัจจุบันอายุ 1 เดือน ท้องแรกใช้บริการฝากท้องกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ระยะคลอดใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) และระยะหลังคลอดใช้บริการวางแผนครอบครอบครัว และการพาบุตรไปฉีดวัคซีนตามช่วงอายุ ที่สถานีอนามัย ท้องที่สองใช้บริการฝากท้องกับพยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัย และแท้งบุตรเมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ขณะเดินทางไปต่างจังหวัดไปรับการขูดมดลูกที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ท้องที่สามตั้งครรภ์ห่างจากท้องที่สองหลังแท้งบุตร 6 เดือน ใช้บริการฝากครรภ์กับพยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัยได้รับคำแนะนำให้ไปตรวจและฉีดยากันแท้งที่โรงพยาบาลแต่ไม่ไปตามคำแนะนำ ระยะคลอดใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) ท้องที่สามมีอาการเจ็บท้องคลอดนานจึงตัดสินใจไปคลอดที่โรงพยาบาลจังหวัดระหว่างเดินทางได้คลอดบุตรบนเรือโดยมีโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)เป็นผู้ทำคลอดเมื่อถึงฝั่งมีรถโรงพยาบาลอำเภอมารับไปพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลอำเภอนอนโรงพยาบาล 3 วัน กลับลงเกาะ ระยะหลังคลอดได้รับการตรวจเยี่ยมหลังคลอดจากพยาบาลวิชาชีพใช้บริการวางแผนครอบครัว และการพาบุตรไปฉีดวัคซีนตามช่วงอายุที่สถานีอนามัย

*รายที่ 5 สตรีชาวเลครรภ์ที่สี่คลอดปกติทุกท้องกับโต๊ะบิดัน*

สตรีชาวเลครรภ์ที่สี่ อายุ 30 ปี นับถือศาสนาพุทธ เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 แต่งงาน 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี สามีเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากการดำน้ำลึก มีอาการปัสสาวะไม่ออก ขาทั้งสองข้างขยับไม่ได้ รับการรักษาด้วยหมอมนต์ประจำหมู่บ้านทำการรักษาด้วยการว่าคาถา ทำน้ำมนต์ และบีบนวด อาการไม่ดีขึ้นไม่ได้รับการรักษาที่อื่น และเสียชีวิตที่บ้าน แต่งงานใหม่ครั้งที่สอง เมื่ออายุ 24 ปี ไม่ได้จดทะเบียนสมรสทั้งสองครั้ง สามีประกอบอาชีพประมงในช่วงฤดูมรสุมและรับจ้างก่อสร้างตามรีสอร์ท และช่วงฤดูร้อนประกอบอาชีพรับจ้างเป็นไกด์พาแขกเที่ยว ตนเอง

ประกอบอาชีพรับจ้างตามรีสอร์ทในช่วงฤดูร้อนและช่วงฤดูมรสุมจะทำหน้าที่แม่บ้าน เนื่องจากรีสอร์ทจะปิดให้บริการในช่วงฤดูมรสุม รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีประมาณ 30,000 บาท มีบุตร 4 คน บุตรคนโตปัจจุบันอายุ 14 ปี บุตรคนที่สองปัจจุบันอายุ 6 ปี บุตรคนที่สามปัจจุบันอายุ 4 ปี และบุตรคนสุดท้องปัจจุบันอายุ 1 เดือน ทั้งสามท้องใช้บริการฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ระยะคลอดใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) และระยะหลังคลอด ใช้บริการวางแผนครอบครัว และการพาบุตรไปฉีดวัคซีนตามช่วงอายุที่สถานีอนามัย ท้องที่สี่ใช้บริการฝากครรภ์กับพยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัย เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) และระยะหลังคลอดใช้บริการวางแผนครอบครัว และการพาบุตรไปฉีดวัคซีนบุตร

*รายที่ 6 สตรีชาวเลครรภ์ที่ห้า*

สตรีชาวเลครรภ์ที่ห้าอายุ 29 ปี นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้รับการศึกษา แต่งงาน 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่ออายุ 14 ปีกับสามีที่เป็นคนไทยอยู่ทางภาคอีสาน ไม่ได้จดทะเบียนสมรส หลังแต่งงานย้ายไปอยู่ที่ทางภาคอีสาน สามีประกอบอาชีพรับจ้างก่อสร้าง มีบุตร 2 คนกับสามีคนแรก บุตรคนแรกปัจจุบันอายุ 16 ปี และบุตรคนที่สองปัจจุบันอายุ 10 ปี หลังอยู่กินได้ 6 ปีแยกทางกัน ย้ายกลับมาอยู่ที่เกาะได้สามีใหม่ ไม่ได้จดทะเบียนสมรส สามีประกอบอาชีพประมงโดยอาศัยเรือเพื่อนบ้าน และตนเองมีอาชีพแม่บ้าน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีประมาณ 5,000 บาท มีบุตร 3 คน บุตรคนโตปัจจุบันอายุ 6 ปี บุตรคนที่สองปัจจุบันอายุ 2 ปี และปัจจุบันกำลังตั้งครรภ์ได้ 20 สัปดาห์ ท้องที่หนึ่งและท้องที่สองใช้บริการระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด ท้องที่สามใช้บริการฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ระยะคลอดใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) และระยะหลังคลอด ใช้บริการวางแผนครอบครัว และการพาบุตรไปฉีดวัคซีนตามช่วงอายุที่สถานีอนามัย ท้องที่สี่ใช้บริการฝากครรภ์กับพยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัย เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) และระยะหลังคลอดใช้บริการวางแผนครอบครัว และการพาบุตรไปฉีดวัคซีนบุตร ส่วนท้องที่ห้ากำหลังตั้งครรภ์ในปัจจุบันยังไม่ไปฝากครรภ์เนื่องจากเจ้าหน้าที่ติดภาระงานขึ้นแผ่นดินบ่อยจึงทำให้ไม่ฝากครรภ์ เหตุผลในการเลือกใช้บริการที่สถานีอนามัยในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอดเนื่องจากมีรายได้น้อย การไปใช้บริการที่สถานีอนามัยเสียค่าใช้จ่ายน้อยไม่ต้องเสียค่าเดินทาง

สตรีชาวเลทั้ง 6 คน สามารถเข้าถึงบริการแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ที่สถานีอนามัยจัดให้ในระยะตั้งครรภ์และในระยะหลังคลอด โดยเหตุผลส่วนใหญ่ที่ทำให้สตรีชาวเลเข้าถึงบริการแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ที่สถานีอนามัยจัดให้ คือ เคยมีประสบการณ์การใช้บริการที่สถานีอนามัยมาก่อน

ส่วนบริการในระยะคลอดสตรีชาวเลทั้ง 6 ราย ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่สถานีอนามัยจัดให้ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่สามารถจัดให้บริการทำคลอดได้ติดภาระงานต้องขึ้นฝั่ง สตรีชาวเลทั้งหมดจึงเข้าถึงบริการในระยะคลอดกับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) เนื่องจากเป็นบริการที่มีอยู่แล้วในชุมชนและสตรีชาวเลเชื่อมั่นในประสบการณ์การจัดบริการของ โต๊ะบิดัน (หมอตำแย) เพราะได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์จากบุคคลในครอบครัว ถึงแม้ว่าจะรับรู้ว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) ก็ตาม

จากข้อมูลการจัดบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ของสถานีอนามัยในแต่ละช่วงเวลาสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของสตรีชาวเลในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ สามารถสรุปได้ดังตาราง 2

ตาราง 2

*ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ของสถานีอนามัยกับการเข้าถึงบริการของสตรีชาวเลในแต่ละช่วงเวลา*

| ช่วงเวลา | คุณลักษณะของผู้จัดบริการ | | | | การเข้าถึงบริการด้านผดุงครรภ์ของสตรีชาวเล |
|---|---|---|---|---|---|
| | เพศ | ในพื้นที่ | นอกพื้นที่ | การจัดบริการ | |
| *ช่วงที่ 1 (เริ่มก่อตั้งสถานีอนามัย) | หญิง | / | - | - ฝากครรภ์<br>- ทำคลอดปกติ<br>- ดูแลหลังคลอด | - ระยะตั้งครรภ์<br>- ระยะคลอด<br>- ระยะหลังคลอด |
| *ช่วงที่ 2 | ชาย | | / | - ฝากครรภ์<br>- ทำคลอดปกติ<br>- ดูแลหลังคลอด | - ระยะตั้งครรภ์<br>- ระยะคลอด<br>- ระยะหลังคลอด |
| *ช่วงที่ 3 | ชายและหญิง | | / | - ฝากครรภ์<br>- ดูแลหลังคลอด | - ระยะตั้งครรภ์<br>- ระยะหลังคลอด |
| ช่วงที่ 4 | หญิง | | / | - ฝากครรภ์<br>- ทำคลอดปกติ<br>- ดูแลหลังคลอด | - ระยะตั้งครรภ์<br>- ระยะคลอด<br>- ระยะหลังคลอด |
| *หมายเหตุ ช่วงที่ 1-3 เป็นช่วงก่อนมีพยาบาลวิชาชีพลงปฏิบัติงาน | | | | | |

จากตาราง 2 เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าการที่สตรีชาวเลจะสามารถเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ได้ครบหรือไม่ได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ที่สถานีอนามัยจัดบริการ

ขึ้นกับความสามารถในการจัดบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ของเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัย ว่า จะสามารถจัดให้บริการได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์หรือไม่ ความเป็นคนในพื้นที่หรือนอกพื้นที่ และเพศของผู้จัดบริการ ไม่ได้มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ที่สถานีอนามัยของสตรีชาวเล นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความสะดวกในการเดินทาง ค่าบริการ ความพอใจต่อบริการที่ได้รับ และการใช้บริการแบบผสมผสานทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์พื้นบ้าน ดังจะกล่าวถึงต่อ

*ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย*

สตรีชาวเลเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กตามประสบการณ์การใช้บริการในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกัน กลุ่มสตรีชาวเลที่ใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย ปี พ.ศ. 2511 – ปี พ.ศ. 2536 เข้าถึงบริการได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ กลุ่มสตรีที่ใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย ปี พ.ศ. 2536 – ปี พ.ศ. 2539 เข้าถึงบริการได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์โดยการเข้าถึงบริการในระยะคลอดเป็นการเข้าถึงกรณีฉุกเฉิน ได้แก่ การคลอดยาก และภาวะรกติด โดยการเข้าถึงเป็นการเข้าถึงแบบผสมผสานทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์พื้นบ้าน กลุ่มสตรีชาวเลที่ใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย ปี พ.ศ. 2539 – ปี พ.ศ. 2548 เข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยได้เพียงระยะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการเข้าถึงที่มีข้อจำกัดให้ไปใช้บริการได้เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป หรือเมื่อทารกในครรภ์ดิ้น และระยะหลังคลอด และกลุ่มสตรีชาวเลที่ใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 เข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ สาเหตุที่ทำให้สตรีชาวเลเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละระยะของตั้งครรภ์ที่สถานีอนามัยจัดให้จากประสบการณ์การใช้บริการในแต่ละช่วงเวลา มีรายละเอียดดังนี้

1. ใกล้บ้าน เข้าถึงง่าย สะดวกในการเดินทาง สตรีชาวเลจำนวน 11 ราย ได้แก่ สตรีชาวเลครรภ์แรก จำนวน 2 ราย สตรีชาวเลที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 7 ราย และสตรีชาวเลที่มีประสบการณ์การคลอดรกติด จำนวน 2 ราย พูดถึงเหตุผลในการไปใช้บริการในสถานีอนามัยในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ ว่าสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพราะสถานีอนามัยอยู่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก และสถานีอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขแห่งเดียวของรัฐที่ตั้งอยู่ในชุมชนบนเกาะ ตำแหน่งที่ตั้งของสถานีอนามัยอยู่ใกล้บ้าน บ้านที่อยู่ไกลสุดในชุมชนห่างจากสถานี

อนามัย ประมาณ 300-400 เมตร การเดินทางไปใช้บริการที่สถานีอนามัยสามารถเดินทางได้ด้วยการเดินเท้า หรือการขับขี่รถจักรยานยนต์ เนื่องจากถนนในชุมชนเป็นถนนดินทรายไม่มีหลุมบ่อ สามารถเดินทางได้สะดวกและเดินทางไปใช้บริการได้ตลอดเวลาทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เวลาในการเดินทางมาใช้บริการที่สถานีอนามัย ประมาณ 5-10 นาที ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเลครรภ์ที่ 3 *"....ช่วงท้องไปใช้บริการที่อนามัย เพราะสถานีอนามัยอยู่ใกล้บ้าน สะดวก ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายไปใช้บริการบนฝั่ง..."* และสตรีชาวเลครรภ์แรก *"ตอนเจ็บท้องคลอดบอกแม่ แม่ก็ไปตามหมอ...(พยาบาลวิชาชีพ) แกพักอยู่ใกล้บ้านเดินไม่ไกล...สะดวก....."* นอกจากนี้การไปใช้บริการที่สถานีอนามัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางซึ่งต่างจากสถานบริการสาธารณสุขที่ตั้งอยู่นอกชุมชน การไปใช้บริการแต่ละครั้งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไม่ว่าจะเป็นค่ารถ ค่าเรือ ค่าอาหาร และค่าที่พัก (ภาคผนวก ซ) ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเลครรภ์แรก *"....ถ้าเราไปฝากท้องหรือว่าไปเกิดที่อื่นต้องเสียค่ารถ ค่ากิน ค่าโรงพยาบาล เราไม่ค่อยมีเงิน....แต่ที่นี่เดินไปไม่ต้องเสียเงิน...."* และสตรีชาวเลครรภ์ที่ 4 *"อยู่ที่นี่เวลาท้องใช้บริการที่อนามัยมันไม่ลำบากไปที่โรงบาลจังหวัด....มันต้องขึ้นเรือ...ขึ้นรถลำบาก...อยู่ที่บ้านง่ายกว่าไม่ต้องไปไหนแล้วมันลำบากขึ้นเรืองัย"*

จากสถานที่ตั้งของชุมชนที่อยู่บนเกาะซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ห่างไกล มีการเดินทางที่ยากลำบาก และสถานีอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขทีเดียวที่จัดให้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก และตั้งอยู่ในชุมชน สามารถเดินทางไปมาได้สะดวก ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เส้นทางการคมนาคมสะดวกต่อการเดินทางไม่ว่าจะเป็นการเดินทางด้วยหรือการขับขี่รถจักรยานยนต์ สตรีชาวเลส่วนใหญ่จึงเลือกใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ในสถานีอนามัย เพราะอยู่ใกล้บ้าน เข้าถึงได้ง่าย สะดวก สอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1978) เพนชาส์กี้ และโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) และอเดย์ และแอนเดอร์สัน (Aday & Andersen, 1981) ที่ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ใช้บริการ ขึ้นอยู่กับสถานที่ตั้งของสถานบริการ ความยากง่ายในการเดินทางไปใช้บริการ ระยะเวลาในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปใช้บริการสุขภาพของผู้ใช้บริการ จากการศึกษาของลีนา (2535); ละม่อม (2535); อนันต์ และคณะ (2535) และพันณี (2542) พบว่าหญิงตั้งครรภ์เลือกใช้บริการฝากครรภ์และคลอดในชุมชน เนื่องจากเป็นบริการที่เข้าถึงง่าย สะดวก เป็นบริการที่อยู่ในชุมชน ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้บริการสุขภาพในสถานบริการนอกชุมชน มีแนวโน้มที่จะต้องเดินทางไปถึงแหล่งบริการในระยะทางที่ไกลกว่า และเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากกว่า

2. สามารถจ่ายค่าบริการได้ สตรีชาวเลจำนวน 11 คน ได้แก่ สตรีชาวเลครรภ์แรก จำนวน 2 ราย สตรีชาวเลที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 7 ราย และสตรีชาวเลที่มี

ประสบการณ์คลอดรกติด จำนวน 2 ราย สตรีชาวเลส่วนใหญ่ยินดีที่จะจ่ายค่าบริการให้กับสถานีอนามัยที่จัดให้บริการ ซึ่งเป็นการจ่ายเพียงบางบริการ โดยที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ ซึ่งแตกต่างจากการไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่นอกชุมชนซึ่งนอกจากจะต้องเสียค่าบริการแล้วยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อที่จะไปรับบริการที่มากกว่าค่าบริการที่ต้องเสียให้กับสถานีอนามัย ดังมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ฝากครรภ์ ในระยะตั้งครรภ์ สตรีชาวเลที่ใช้บริการฝากครรภ์ในสถานีอนามัยพูดถึงค่าบริการในการไปฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยว่า เป็นบริการที่สถานีอนามัยจัดให้ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพโดยสตรีชาวเลไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการไปใช้บริการฝากครรภ์ ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

> *"...ไปฝากท้องที่หมออนามัยไม่ต้องเสียตังค์ ใช้บัตรสามสิบบาท หมออนามัยเป็นคนทำให้... ใช้ได้ที่หมออนามัยแล้วก็โรงพยาบาล...."*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

> *"ฝากท้องที่อนามัยทั้ง 3 ท้อง...ตอนที่เราไปฝากท้องที่อนามัย เราก็ใช้บัตร 30 บาท ไม่ต้องเสียเงิน"*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

> *"ตอนท้องพี่ไปใช้บริการฝากท้องที่อนามัย พี่ไม่ต้องเสียเงิน...เพราะมีสิทธิบัตร 30 บาท บัตรนี้หมอ (เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย) บอกใช้ได้ที่อนามัยกับโรงพยาบาล...(จังหวัด)"*
>
> *(สตรีชาวเลคลอดรกติด)*

2.2 ค่าบริการทำคลอด ในระยะคลอด สตรีชาวเลครรภ์แรกจำนวน 2 ราย ที่เลือกใช้บริการทำคลอดปกติที่บ้านกับพยาบาลวิชาชีพ พูดถึงค่าบริการทำคลอดว่า เสียค่าบริการทำคลอด 500-600 บาท ให้กับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นการจ่ายค่าบริการทำคลอดในราคาเดียวกันกับที่ต้องจ่ายให้กับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) แต่ต่างกันตรงที่ว่าค่าทำคลอดที่จ่ายให้กับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) เป็นการเหมาจ่ายการดูแลสุขภาพจนถึงหลังคลอด แต่ค่าทำคลอดที่จ่ายให้พยาบาลวิชาชีพเป็นการจ่ายเฉพาะค่าบริการทำคลอดเพียงอย่างเดียว โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เนื่องจากบริการดังกล่าวจัดอยู่ในชุมชน ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*“คลอดที่บ้านกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)หรือพยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัย... ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพราะเขามาทำคลอดให้ที่บ้าน....ค่าใช้จ่ายน้อย....จ่ายให้หมอ...(พยาบาลวิชาชีพ)กับหมอตำแยเท่ากันคนละ 500 บาท...”*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

*“คลอดที่บ้านกับหมออนามัย (พยาบาลวิชาชีพ) เสียแค่ค่าคลอดอย่างเดียวครั้งละ 500 กว่าบาท เท่ากับหมอตำแย...ถ้าคลอดที่บ้านนี่ เราไม่ต้องเสียค่าเดินทาง...ถ้าคลอดที่โรงบาลเราต้องเสียค่าเรือครั้งละ 300 บาท...ค่ารถครั้งละ 15 บาท ค่ากิน.... เราไม่ค่อยมีเงิน...”*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

2.3 ค่าบริการวางแผนครอบครัว ในระยะหลังคลอด สตรีชาวเลครรภ์แรก จำนวน 4 ราย สตรีชาวเลที่มีประสบการณ์ตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 7 ราย สตรีชาวเลที่มีประสบการณ์คลอดรกติด จำนวน 2 ราย และสตรีชาวเลที่มีประสบการณ์ครรภ์นอกมดลูก จำนวน 1 ราย ที่เลือกใช้บริการระยะหลังคลอดในสถานีอนามัย พูดถึงค่าบริการสุขภาพในระยะหลังคลอดว่า มีการเสียค่าบริการในระยะหลังคลอดเฉพาะค่าบริการวางแผนครอบครัว ซึ่งขึ้นกับประเภทของยาคุมกำเนิด ซึ่งสถานีอนามัยจัดให้บริการ 2 แบบ คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ซึ่งสถานีอนามัยจะจ่ายให้ครั้งละ 2 แผงต่อครั้ง คิดค่าบริการแผงละ 15 บาท ซึ่งมีราคาถูกกว่าร้านค้าซึ่งขายแผงละ 20 บาท และยาฉีดคุมกำเนิด คิดค่าบริการครั้งละ 30 บาท ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเลดังนี้

*“หลังคลอด 44 วัน...เราไปเอายาคุมที่อนามัย...ต้องเสียเงินค่ายาคุม... ถึงมีบัตร 30 บาท ก็ต้องเสีย...หมอ อนามัย แกคิดแผง 15 บาท เขา (อนามัย) ให้จำกัด 2 แผง ถ้าว่าหมดก็ไปเอาอีก ...”*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 2)*

*“หลังคลอด 44 วัน เราก็ไปฉีดยาคุมที่อนามัย...หมออนามัยแกคิดเข็มละ 30 บาท ถึงมีบัตร 30 บาท ก็ต้องเสียค่ายาฉีดคุมกำเนิด...”*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 5)*

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

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

จากผลการศึกษาพบว่าการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ของสตรีชาวเลขึ้นกับความสามารถในการ

จ่ายค่าบริการสุขภาพ เนื่องจากสตรีชาวเลที่ศึกษาส่วนใหญ่มีเหตุผลทางเศรษฐกิจเข้ามาเกี่ยวข้อง เนื่องจากครอบครัวส่วนใหญ่มีอาชีพประมง เป็นอาชีพหลัก ซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพได้ทั้งปี เพราะมีอิทธิพลจากลมมรสุมทำให้ไม่สามารถออกทะเลได้ จึงต้องประกอบอาชีพเสริมคือ รับจ้างทั่วไปตามรีสอร์ทซึ่งจะมีในช่วงฤดูท่องเที่ยวไม่ได้มีตลอดทั้งปี รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีน้อยกว่า 30,000 – 50,000 บาท สตรีชาวเลส่วนใหญ่จึงเลือกใช้บริการที่สถานีอนามัยเพราะเข้าถึงง่าย ไม่ยุ่งยาก และยินดีที่จะจ่ายค่าบริการบางบริการในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายน้อย ได้แก่ ค่าทำคลอด ประมาณครั้งละ 500 – 600 บาท ซึ่งเป็นราคาเดียวกันกับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) และค่าบริการวางแผนครอบครัวแยกตามประเภท เฉลี่ย 30 บาทต่อครั้ง ซึ่งเป็นการเสียเฉพาะค่าบริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ซึ่งต่างกับการไปใช้บริการในโรงพยาบาลซึ่งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เนื่องจากสถานบริการตั้งอยู่บนฝั่งห่างจากชุมชน 80 กิโลเมตร ต้องใช้การเดินทางด้วยเรือเท่านั้น (เยาวนิตย์, 2541) การเดินทางไปใช้บริการแต่ละครั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่ว่าจะเป็น ค่าเรือ ค่ารถ ค่าอาหาร และค่าที่พัก เฉลี่ยครั้งละ 560 – 830 บาท (ภาคผนวก ซ) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าการใช้บริการในสถานีอนามัย สอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1978) เพนชาส์กี้ และโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) และอเดย์ และแอนเดอร์สัน (Aday & Andersen, 1981) ด้านการเงิน หรือความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการสุขภาพของผู้ใช้บริการ และจากการศึกษาลีนา (2535); พันณี (2542) และวันเต็ม (2544) พบว่าหญิงตั้งครรภ์จะเลือกใช้บริการฝากครรภ์ และบริการคลอด กับสถานบริการในชุมชนเพราะมีค่าใช้จ่ายน้อย ไม่ยุ่งยาก และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

3. พอใจพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการ สตรีชาวเลอธิบายว่ารู้สึกพอใจในพยาบาลวิชาชีพผู้ที่ให้บริการสุขภาพในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ ใน 2 ลักษณะ ดังนี้

3.1 พอใจในพฤติกรรมบริการ สตรีชาวเลจำนวน 9 ราย ได้แก่ สตรีชาวเลครรภ์แรกจำนวน 4 ราย สตรีชาวเลที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 4 ราย และสตรีชาวเลที่มีประสบการณ์คลอดรกติด จำนวน 1 ราย ให้ข้อมูลถึงความรู้สึกพอใจจากประสบการณ์ในการไปรับบริการฝากครรภ์ในระยะตั้งครรภ์กับพยาบาลวิชาชีพ ในลักษณะเดียวกัน ดังนี้ มีความพึงพอใจในพฤติกรรมบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพ คือ พูดจาดี ไม่ทำหน้าตาบูดบึ้ง ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

> *"...หมอที่อนามัย (พยาบาลวิชาชีพ) เรารู้สึกว่าเขาให้บริการดี เราพอใจน่ะค่ะ เพราะตอนเวลาเราไปฝากท้อง คือ หมอที่อนามัย (พยาบาลวิชาชีพ) เขาให้บริการไม่มีหน้าบูด หน้าบึ้ง...เขาพูดดี ไม่พูดหยาบ"*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

ระยะคลอดสตรีชาวเลครรภ์แรก จำนวน 2 ราย พูดถึงความรู้สึกที่ได้รับขณะใช้บริการทำคลอดที่บ้านกับพยาบาลวิชาชีพ ว่า รู้สึกพอใจในพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องของคำพูด พูดเพราะ พูดให้กำลังใจขณะเจ็บท้องคลอด ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"...ตอนหมออนามัย (พยาบาลวิชาชีพ) มาทำคลอดให้ที่บ้าน...หมอ (พยาบาลวิชาชีพ) แกจะสอนวิธีการเบ่งคลอดในช่วงคลอด....เรารู้สึกพอใจน่ะ ที่หมอ (พยาบาลวิชาชีพ)... เป็นคนทำคลอดให้ เพราะหมอ(พยาบาลวิชาชีพ)พูดให้กำลังใจ เขาพูดหวานๆ(พูดเพราะ) ....ตอนช่วงเราคลอดลูก"*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

*"เรารู้สึกพอใจหมอ..(พยาบาลวิชาชีพ).แกให้บริการทำคลอดดี พูดเพราะ"*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

ระยะหลังคลอดสตรีชาวเลจำนวน 9 ราย ได้แก่ สตรีชาวเลครรภ์แรก จำนวน 4 ราย สตรีชาวเลที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 4 ราย และสตรีชาวเลที่มีประสบการณ์คลอดรกติด จำนวน 1 ราย พูดถึงความรู้สึกที่ได้รับจากการใช้บริการในระยะหลังคลอดกับพยาบาลวิชาชีพว่า รู้สึกพอใจในพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้บริการดี พูดเพราะ ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"ช่วงที่เราไปใช้บริการหลังคลอดกับหมออนามัย (พยาบาลวิชาชีพ) แกก็ให้บริการดี .... หมอ ... (พยาบาลวิชาชีพ) แกพูดนวล พูดเพราะ(พูดจาไม่หยาบคาย พูดเพราะ)..."*

*(สตรีชาวเลท้องนอกมดลูก)*

3.2 พอใจการจัดบริการ สตรีชาวเลจำนวน 9 ราย ได้แก่ สตรีชาวเลครรภ์แรก จำนวน 2 ราย และสตรีชาวเลที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 7 ราย พูดถึง ความรู้สึกในการไปรับบริการกับพยาบาลวิชาชีพว่า จะได้รับบริการในระยะตั้งครรภ์จากพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้ บริการรับฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ โดยมีกิจกรรมบริการ ได้แก่ การซักประวัติ วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก การตรวจการตั้งครรภ์ด้วยการตรวจปัสสาวะ การตรวจคัดกรอง การตรวจครรภ์ การฉีดวัคซีนบาดทะยัก การให้ยาบำรุงเลือด การให้และลงบันทึกการตรวจครรภ์ การให้วัคซีน วันนัดฝากครรภ์ ในสมุดสีชมพูแก่หญิงตั้งครรภ์อย่างละเอียด การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ และการนัดฝากครรภ์ ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*“พอใจน่ะที่ฝากท้องกับหมอ(พยาบาลวิชาชีพ).....เพราะเขา(พยาบาลวิชาชีพ) จะตรวจการตั้งครรภ์ วัดความดัน แกจะนัดฝากท้องทุกเดือนจนถึงท้องแก่เพื่อตรวจท้อง หลังจาก 3 เดือน ได้วัคซีนบาดทะยัก 3 เข็ม และ แนะนำการดูแลตัวเองช่วงตั้งท้องแต่จำไม่ได้แล้ว..แกดูแลดี”*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

*“...ไปฝากท้องตอนท้อง 4 เดือน หมอ(พยาบาลวิชาชีพ)แกดี .. ให้ยาบำรุงเลือด ตรวจน้ำเยี่ยว วัดความดัน ตรวจเลือดหมอ(พยาบาลวิชาชีพ) บอกว่าจะตรวจเลือดดูว่าลูกในท้องจะติดโรคหรือเปล่า พอได้ผลเลือดหมอ(พยาบาลวิชาชีพ) บอกว่าไม่ได้เป็นอะไร ไม่ได้เป็นโรค แล้วหมอ(พยาบาลวิชาชีพ) ก็นัดฝากท้อง 1 เดือนก็ประมาณ 2 ครั้ง....ได้วัคซีนกันบาดทะยัก 3 เข็ม ... ให้สมุดคู่มือสีชมพูตอนไปฝากท้องครั้งแรก...”*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

*“....หมอ...(พยาบาลวิชาชีพ)ลงบันทึกการตรวจครรภ์ วันนัดฝากครรภ์ การให้วัคซีน ในสมุดสีชมพูละเอียด.... ไม่เหมือนรุ่นหมอ(เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย).... ไม่มีลงอะไรเลย แนะนำก็ไม่แนะนำ.....”*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 4)*

บริการที่ต่างจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการไปรับบริการกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนในอดีต ที่จะได้รับบริการในระยะตั้งครรภ์ คือ ต้องมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 5 เดือนขึ้นไปหรือเมื่อทารกในครรภ์เริ่มดิ้น ด้วยเหตุผลการขาดความชำนาญ และการมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 5 เดือนขึ้นไปหรือเมื่อทารกในครรภ์เริ่มดิ้น เพื่อที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะสามารถประเมินทารกในครรภ์ได้ผ่านการซักประวัติ ให้บริการฉีดวัคซีนบาดทะยัก การลงบันทึกสมุดสีชมพูแก่หญิงตั้งครรภ์ซึ่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขบางคนจะลงบันทึกเพียงชื่อของผู้รับบริการและมอบให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ไม่มีการตรวจครรภ์และฟังเสียงหัวใจเด็ก ไม่มีการตรวจคัดกรอง จัดให้ยาบำรุงเลือดดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเลครรภ์ที่ 2 *“หมออนามัย(เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน)จำกัดให้ฝากท้องตอน 5 เดือนขึ้นไป ลูกเริ่มจะดิ้นอะไรนั่นแหละ ...เพราะหมอเขาจะได้รู้ว่าเด็กดิ้นแล้วน่ะ... เวลาไปตรวจท้อง...บางหมอ(เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน)ก็ถามเฉพาะลูกดิ้น จะไม่ตรวจท้อง... ไม่ใส่หูฟังมานั่งตรวจ...ถามแม่...ลูกดิ้นมั้ย กี่ครั้งและสม่ำเสมอมั้ย... ไม่เคยแนะนำ... ไม่เจาะเลือดตรวจ... ให้ยาบำรุงเลือดและวัคซีนบาดทะยัก ....แล้วก็ให้สมุดสีชมพู...”* และปัจจุบันการไปรับบริการกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนจะได้รับยาบำรุงเลือด และนัดให้มาฝากครรภ์กับพยาบาลวิชาชีพ ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเลครรภ์แรก *“ไปรับบริการที่สถานีอนามัยช่วงตั้งครรภ์ ตอนนั้นหมอ (พยาบาลวิชาชีพ) ไม่อยู่ ไปเจอเจ้าหน้าที่อีกคน (เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน) เขาบอกว่า... ไม่รู้ตรวจท้องยังไง และลงบันทึกในสมุดสีชมพูไม่ถูก ...บอกให้รอเจ้าหน้าที่อีกคน (พยาบาลวิชาชีพ) ขึ้นมาก่อน เขา(เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน)ให้แค่ยาบำรุงเลือด...”*

ระยะคลอด สตรีชาวเล จำนวน 2 ราย ซึ่งเป็นสตรีครรภ์แรกทั้ง 2 ราย พูดถึงความรู้สึกในการไปรับบริการกับพยาบาลวิชาชีพว่า ได้รับบริการในระยะคลอดจากพยาบาลวิชาชีพ ว่า มีการให้บริการทำคลอดปกติที่บ้าน ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเลชาวเล

> *"พอเราเริ่มเจ็บท้องคลอด....แม่ไปตามหมออนามัย....(พยาบาลวิชาชีพ) มาทำคลอดที่บ้าน เพราะหมออนามัย (พยาบาลวิชาชีพ)..แกทำคลอดให้ได้...เพราะตอนที่เจ็บท้องคลอดหมอตำแยไม่อยู่ แกไปดูเหลนที่โรงพยาบาลในจังหวัด...."*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

> *"...ตอนหมออนามัย (พยาบาลวิชาชีพ) มาทำคลอดให้ที่บ้าน... เรารู้สึกพอใจน่ะ ที่หมอ (พยาบาลวิชาชีพ)... เป็นคนทำคลอดให้ ...."*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

บริการที่ต่างจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการไปรับบริการกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขซึ่งในอดีต ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเลครรภ์ที่ 2 *"....รุ่นพวกแม่ได้แหละมีหมออนามัย (เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเมื่อ 10 กว่าปีก่อน) แกทำคลอดได้ หมออนามัย (เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเมื่อ 10 กว่าปีก่อน)คนนั้นแกเก่ง แกเรียนรู้ทั้งนั้นแหละ แต่ว่ารุ่นหมออนามัย (เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนก่อนปีพ.ศ.2548 ประมาณ 10 ปี) หลังๆนั้นเขาไม่จัดให้บริการทำคลอดที่บ้าน..."*

ระยะหลังคลอด สตรีชาวเลจำนวน 12 ราย ได้แก่ สตรีชาวเลครรภ์แรก จำนวน 4 ราย สตรีชาวเลที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 7 ราย สตรีชาวเลที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์นอกมดลูก จำนวน 1 ราย และสตรีชาวเลที่มีประสบการณ์คลอดรกติด จำนวน 2 ราย พูดถึงความรู้สึกในการไปรับบริการกับพยาบาลวิชาชีพว่า ได้รับบริการในระยะหลังคลอดจากพยาบาลวิชาชีพครบและครอบคลุมตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนี้ บริการตรวจเยี่ยมหลังคลอด บริการวางแผนครอบครัว คำแนะนำ และบริการฉีดวัคซีนภูมิคุ้มกันโรคสำหรับทารก ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

> *"หลังคลอด 2 วัน หมออนามัย (พยาบาลวิชาชีพ) แกมาเยี่ยมหลังคลอด 2 ครั้ง ...นัดให้มาพาลูกไปฉีดวัคซีน ชั่งน้ำหนัก...กินยาคุมกำเนิด....ยาคุมไปเอาที่อนามัย...เรารู้สึกดีน่ะ..."*
>
> *(สตรีครรภ์แรก)*

บริการที่ต่างจากประสบการณ์ที่ได้รับบริการในระยะหลังคลอด จากเจ้าพนักงานสาธารณสุขในอดีต ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเลครรภ์ที่ 2 *"...หลังคลอดหมออนามัยไม่เคยมาเยี่ยมเลย..... เวลาไปฉีดวัคซีนลูกก็ดูเองจากสมุดสีชมพูว่าฉีดตอนไหน"*

ความพอใจของสตรีชาวเลที่มีต่อพยาบาลวิชาชีพ คือ ความพอใจในลักษณะของการจัดให้บริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่สามารถจัดให้บริการได้ครบ และครอบคลุมตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ ให้บริการฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ การชั่งน้ำหนัก และวัดความดัน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจครรภ์ การให้คำแนะนำ การให้วัคซีนบาดทะยัก การให้ยาบำรุงเลือด การให้ยาแก้แพ้ และการนัดฝากครรภ์ ในระยะคลอด จัดให้บริการทำคลอดปกติที่บ้าน และระยะหลังคลอด ได้แก่ การตรวจเยี่ยมหลังคลอด การให้ภูมิคุ้มกันทารก และการวางแผนครอบครัว ในขณะที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนที่จัดให้บริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ ให้บริการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป การชั่งน้ำหนักและวัดความดัน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำแนะนำ การให้วัคซีนบาดทะยัก การให้ยาบำรุงเลือด การให้ยาแก้แพ้ และการนัดฝากครรภ์ ในระยะคลอด ไม่มีการจัดให้บริการ และระยะหลังคลอด ได้แก่ การตรวจเยี่ยมหลังคลอด การให้ภูมิคุ้มกันทารก และการวางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นการจัดให้เพียงบางบริการ ไม่ครบและครอบคลุมตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ลักษณะการจัดให้บริการของพยาบาลวิชาชีพที่ครบและครอบคลุมตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมีผลต่อความพึงพอใจ มีการยอมรับคุณภาพบริการ และตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล สอดคล้องกับแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Andersen, 1981) การที่ผู้ใช้บริการจะไปเลือกใช้บริการตามสถานบริการนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความพึงพอใจในการไปใช้บริการที่สถานบริการในแต่ละครั้ง ซึ่งเป็นเจตคติของผู้รับบริการที่มีต่อบริการของเจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถในการจัดให้บริการที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมตามมาตรฐาน (กุศล และวรชัย, 2539; วิโรจน์ และคณะ, 2539)

นอกจากความพึงพอใจในลักษณะการจัดให้บริการของพยาบาลวิชาชีพแล้วสตรีชาวเลส่วนใหญ่ยังพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพซึ่งจะมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเลด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Andersen, 1981) ที่ว่าความพึงพอใจต่ออัธยาศัยของผู้ให้บริการจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเลือกใช้สถานบริการของผู้ใช้บริการ จากการศึกษาของศิรินารถ (2542) พบว่า ผู้ใช้บริการจะเลือกใช้บริการในสถานบริการที่ผู้ให้บริการใจดี พูดเพราะ ไม่ดุ ดูแลดี ให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

4. ผสมผสานการใช้บริการทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและพื้นบ้าน

4.1 ระยะตั้งครรภ์

4.1.1 สถานีอนามัย

4.1.1.1 ฝากครรภ์ เป็นการใช้บริการตรวจและฝากครรภ์ตามมาตรฐานการดูแล ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"พอเรารู้ว่าท้อง... เราก็ไปฝากท้องที่อนามัย...เพราะหมอเขาจะตรวจท้อง ให้ยาบำรุงเลือด ฉีดยาบาดทะยักให้..."*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 4)*

4.1.2 โต๊ะบิดัน (หมอตำแย)

4.1.2.1 ฝากครรภ์ คือ เป็นการใช้บริการด้วยการบอกกล่าว ทั้งที่แต่ก่อนการฝากครรภ์กับโต๊ะบิดัน จะต้องมีพิธีกรรมที่นอกเหนือจากการบอกกล่าว ได้แก่ การเตรียมหมากพลู เงินแล้วแต่สินน้ำใจ มามอบให้กับโต๊ะบิดัน เพื่อให้โต๊ะบิดัน รับทราบว่าตนเองตั้งครรภ์และเลือกที่จะทำคลอดกับโต๊ะบิดัน แต่ปัจจุบันพิธีกรรมดังกล่าวลดน้อยลงใช้เพียงการบอกกล่าวเพียงครั้งเดียวเพื่อให้โต๊ะบิดัน รับทราบว่าตั้งครรภ์และตั้งใจจะเลือกใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน ดังคำบอกเล่าของโต๊ะบิดัน และสตรีชาวเล

*"เวลาเค้ารู้ว่าท้องเค้า(หญิงตั้งครรภ์)สังเกตจากเมนส์ไม่มา 2 เดือน... เขาจะมาฝากท้องกับโต๊ะ (โต๊ะบิดัน) สมัยโน้น (30 ปีที่ผ่านมา) เขาเอาหมากพลู มาฝากท้อง แล้วให้เงินก็แล้วแต่น้ำใจ... เดี๋ยวนี้ไม่มีแล้ว ฝากท้องกับอนามัย (เจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัย) พอจะคลอดลูกแล้วค่อยมาเรียกโต๊ะ...."*

*(โต๊ะบิดัน(หมอตำแย))*

*"ไม่ได้ไปฝากท้องกับหมอตำแย แต่แม่ไปบอกหมอตำแยให้รู้ว่าเราท้อง แล้วตอนที่เราจะคลอดลูกค่อยไปตามหมอตำแย"*

*(สตรีครรภ์แรก)*

4.1.2.2 ยกท้อง เมื่ออายุครรภ์ ประมาณ 5-9 เดือนซึ่งเป็นช่วงที่ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโต มารดาจะมีอาการปวดถ่วงบริเวณอุ้งเชิงกราน ได้รับคำแนะนำจากมารดาและคนเก่าแก่ ให้ใช้บริการยกท้องกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ซึ่งการยกท้องเป็นสิ่งที่โต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ใช้เพื่อปรับแต่งท้อง ด้วยวิธีการใช้มือสองข้างค่อยๆดันจากท้องน้อยขึ้นไปเพื่อให้หัวของทารกใน

ครรภ์ที่มากดบริเวณอุ้งเชิงกรานของมารดาได้ถูกขยับขึ้นไปให้พ้นอุ้งเชิงกราน จะช่วยลดอาการเจ็บครรภ์ ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

> *"....ช่วงที่ท้อง 5 เดือน มันรู้สึกเจ็บท้อง ก็เลยให้โต๊ะ (หมอตำแย) มายกท้องให้ โต๊ะ (หมอตำแย) แกยกท้องให้ 2 ครั้ง ตอนท้อง 5 เดือนกับท้อง 6 เดือน ที่เรียกแกมายกท้องให้ เพราะว่าเจ็บท้อง และคนเก่าคนแก่เค้าว่าถ้าท้อง 5-6 เดือน ท้องจะตกนะ ต้องให้โต๊ะ (หมอตำแย) มาช่วยยกท้อง...."*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

> *".....ตอนใกล้คลอดตอนนั้นเจ็บท้อง ก็ไปเรียก โต๊ะ (หมอตำแย) ให้แกมายกท้องให้ หลังจากแกยกท้องให้ ก็ไม่เจ็บท้อง ดีขึ้น....."*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

4.2 ระยะคลอด

4.2.1 สถานีอนามัยกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)/ผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ในภาวะคลอดปกติ สตรีชาวเลครรภ์แรก 2 ราย เลือกใช้บริการทำคลอดแบบผสมผสาน โดยสตรีชาวเลครรภ์แรกคนที่ 1 ให้เหตุผลในการเลือกใช้บริการทำคลอดกับพยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัย เพราะในขณะเจ็บท้องคลอดมีทั้งโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) ผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) และพยาบาลวิชาชีพ อยู่บนเกาะ ช่วงที่เจ็บครรภ์ไปตามโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) และผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) มาทำคลอดให้ที่บ้าน แต่เพื่อนบ้านบอกว่าพยาบาลวิชาชีพสามารถจัดให้บริการทำคลอดได้ จึงไปตามพยาบาลวิชาชีพมาทำคลอดที่บ้านร่วมด้วย และสตรีชาวเลครรภ์แรกคนที่ 2 ให้เหตุผลของการเลือกใช้บริการทำคลอดกับพยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัยเพราะขณะเจ็บท้องคลอด โต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ที่ต้องการให้ทำคลอดให้ไม่อยู่บนเกาะ แต่มีพยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัยและรับรู้ว่าสามารถจัดให้บริการทำคลอดได้มารดาจึงไปตามพยาบาลวิชาชีพมาทำคลอดให้ที่บ้านแต่ขณะเดียวกันก็ตามผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)มาช่วยในการทำคลอดร่วมด้วย เมื่อถึงเวลาคลอดสตรีชาวเลทั้ง 2 ราย พูดถึงการทำคลอดว่า พยาบาลวิชาชีพจะทำหน้าที่ให้บริการทำคลอดเด็กและรกส่วนโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)และผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ทำหน้าที่ช่วยดันท้องช่วยคลอด ภายหลังที่พยาบาลวิชาชีพการทำคลอดเด็กและรกเสร็จ โต๊ะบิดัน(หมอตำแย)และผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) ทำหน้าที่คลึงมดลูกและเค้นเลือดที่คั่งค้างในมดลูก ทำความสะอาดให้มารดา และเปลี่ยนผ้าให้มารดา ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"พอเราเริ่มเจ็บท้องคลอด....แม่ไปตามหมออนามัย....(พยาบาลวิชาชีพ) มาทำคลอดที่บ้าน เพราะหมออนามัย (พยาบาลวิชาชีพ)..แกทำคลอดให้ได้...เพราะตอนที่เจ็บท้องคลอดหมอตำแยไม่อยู่ แกไปดูเหลนที่โรงพยาบาลในจังหวัด....แล้วแม่ก็ไปตามน้า...(ผู้ช่วยโต๊ะบิดัน (หมอตำแย)) มาช่วยทำคลอดด้วย..ใกล้คลอดผู้ช่วยหมอตำแยเป็นคนผลักท้อง (ดันท้อง) หมออนามัยเป็นคนทำคลอดเด็กและรก ..... หลังคลอดเด็กและรก เสร็จหมออนามัย ก็ไม่ทำอะไรแล้ว ผู้ช่วยหมอตำแยก็มานวดท้อง (คลึงมดลูก) ยกท้องให้ขึ้นแล้วเขากดๆแล้วก็ผลักท้อง ดันเลือด ที่เป็นก้อนนั้นออก (วิธีการดันก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในมดลูกให้ออกมา) แล้วมาบีบนวดหลัง สอนให้เล่นน้ำร้อน (การล้างช่องคลอดพร้อมใช้นิ้วล้วงเอาก้อนเลือดออกทางช่องคลอด) .....พาอาบน้ำ เหยียบที่ตะโพกต้นขาทั้งสองข้างแล้วก็เปลี่ยนผ้า ....ให้อยู่ไฟ ....."*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรกคนที่ 2)*

4.2.2 โต๊ะบิดัน(หมอตำแย)กับผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ในภาวะคลอดปกติ สตรีชาวเลจำนวน 11 ราย ได้แก่ สตรีชาวเลครรภ์แรก จำนวน 2 ราย สตรีชาวเลที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 7 ราย และสตรีชาวเลที่มีประสบการณ์คลอดรกติด จำนวน 2 ราย พูดถึงเหตุผลในการเลือกใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ว่า เป็นสิ่งที่สตรีชาวเลในชุมชนปฏิบัติสืบทอดกันมานาน การคลอดที่บ้านกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)หญิงตั้งครรภ์จะได้อยู่ใกล้ชิด และได้รับกำลังใจจากโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) และบุคคลในครอบครัว ในระหว่างการรอคลอดโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) และบุคคลในครอบครัว จะดูแลเอาใจใส่ด้วยการบีบนวดให้ผ่อนคลาย ทำให้รู้สึกสบายตัว มีการสอนการเบ่งคลอด และพูดปลอบใจขณะคลอด สตรีชาวเลพูดถึงการทำคลอดของโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)และผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) ว่า เมื่อเจ็บครรภ์คลอดมารดาและญาติจะตามโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)และผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)มา โดยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ที่ผ่านการอบรมจะทำหน้าที่ทำคลอดทารกและรก จะอยู่บริเวณระหว่างขาของหญิงตั้งครรภ์พร้อมด้วยอุปกรณ์การทำคลอดที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ขันสแตนเลส กรรไกร ถุงมือ และที่พันสายสะดือทารก ส่วนผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)จะอยู่ตำแหน่งหัวของหญิงตั้งครรภ์ทำหน้าที่ช่วยดันหน้าท้องเพื่อดันทารกและรกในช่วงที่หญิงตั้งครรภ์เบ่งท้องคลอดเมื่อเจ็บครรภ์ โต๊ะบิดัน(หมอตำแย)จะทำคลอดทารกและรกออกมาพร้อมๆกัน จากนั้นจึงมัดสายสะดือทารกแล้วจึงทำการตัดสายสะดือด้วยกรรไกรที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หลังจากนั้นโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)จะทำความสะอาดทารก ห่อผ้าด้วยผ้าถุงที่ใช้แล้ว ส่งมอบให้ญาติของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนรกใส่ผ้าหรือถุงให้สามีของหญิงตั้งครรภ์นำไปฝังกลบดินตื้นๆไว้ใต้ถุนบ้านตรงกับตำแหน่งที่คลอดโดยสังเกตจากการไหลของเลือดและน้ำคร่ำที่ไหลลงสู่ใต้ถุนบ้าน แล้วใช้ไม้ฟืนก่อไฟเผาเพื่อให้รกไหม้ให้หมด ส่วนผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)จะทำหน้าที่คลึงมดลูกและเค้นเลือดที่คั่งค้างอยู่ในมดลูกออก แล้ว

ทำความสะอาดมารดาหลังคลอดด้วยน้ำอุ่นจัด เหยียบนวดหลังคลอด เปลี่ยนผ้า ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

> *"...คลอดกับหมอตำแยมันมีมาตั้งแต่โบราณ...แล้วหมอตำแยแกช่วยให้เราสบายตัวดี (โล่ง เบาตัว) เวลาคลอดลูกนั้นพี่ชอบ"*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 5)*

> *"....คลอดที่บ้าน... มีหมอตำแย ...มีแม่มียาย มีญาติ มานั่งอยู่ข้างๆ คอยบีบ คอยนวดหลัง ช่วยบอกเวลาจะเบ่งท้องคลอด มาช่วยปลอบใจ ..."*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

> *"ช่วงที่เราเจ็บท้องแฟนไปตามหมอตำแยกับผู้ช่วยหมอตำแยมา...ผู้ช่วยหมอตำแยแกจะอยู่ข้างบนช่วยดันท้องให้...หมอตำแยแกจะอยู่ข้างล่างทำคลอดเด็กกับรก.....ช่วงที่เด็กออกมา... ผู้ช่วยหมอตำแยเขาจะคลึงท้องแล้วดันท้องต่อให้รกออกมาให้หมด... เพราะว่าที่ตรงนี้เขาเรียกอูรี้ มันมีอูรี้เล็กอูรี้ใหญ่ (อูรี้ คือ รก อูรี้ใหญ่คือเยื่อหุ้มสีขาวที่คลุมอูรี้เล็ก อูรี้เล็กคือก้อนสีแดงคล้ำ) ถ้าว่าขาดอยู่ในท้อง แม่อาจจะตายได้... หมอตำแยเขาจะคลายรกดูว่าครบมั้ย.....จากนั้นหมอตำแยแกจะมัดสายสะดือแล้วตัดสายสะดือกับกรรไกร แล้วไปอาบน้ำลูกส่งให้คนข้างนอกอุ้ม...แล้วรกเด็กต้องไปฝัง แล้วเผาที่ตรงที่เราคลอดบริเวณใต้ถุน....หลังจากคลอด ผู้ช่วยหมอตำแยแกจะมาทำความสะอาดแม่กับน้ำร้อน บีบนวด เหยียบ แล้วอาบด้วยน้ำร้อน แล้วเปลี่ยนผ้า..."*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 2)*

4.2.3 โต๊ะบิดัน(หมอตำแย) หมอมนต์ และสถานีอนามัยในภาวะคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน สตรีชาวเลที่มีประสบการณ์การคลอดรกติด จำนวน 2 ราย พูดถึงขณะไปใช้บริการทำคลอดที่บ้านกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ทารกคลอดแต่รกไม่คลอด โต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ตามหมอมนต์มาช่วยในการให้การรักษา ด้วยการว่าคาถา เคี้ยวหมาก และทำน้ำมนต์ ให้หญิงตั้งครรภ์ดื่มเพื่อให้คลอดรกได้สะดวก หลังจากดื่มน้ำมนต์รกยังไม่คลอด จึงตามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยมาดูอาการ และได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยการให้น้ำเกลือ ประสานไปยังสถานบริการที่รับการส่งต่อ ได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลอำเภอ และเขียนใบส่งต่อให้ญาติไปยื่นที่โรงพยาบาลหน่วยคู่สัญญา แต่เนื่องจากสถานีอนามัยไม่มีเรือในการส่งต่อ สตรีชาวเลและครอบครัวต้องจัดหายานพาหนะและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางระหว่างการส่งต่อ ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"...รกมันติด...หมอตำแยแกพยายามแล้ว ให้ไปตามแฟนแกเป็นโต๊ะหมอเหมือนกันแต่เป็นหมอของคนเกาะให้แกทำไสยศาสตร์ ว่าคาถา เป่ามนต์... รกก็ยังไม่ออก ไปตามหมออนามัยมา...พอแกมาถึงแกว่าแกทำอะไรไม่ได้... หมออนามัยให้น้ำเกลือ ติดต่อโรงพยาบาล (จังหวัด)...ทำใบส่งตัวส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัด... เรือเราหาเองไปกับเรือหางยาวของเถ้าแก่... ออกจากเกาะตี 6 ไปถึงท่าเรือใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง ไม่มีรถโรงพยาบาลมารับ มีรถของโกให้เขาขับรถพาไปส่งที่โรงบาลจังหวัด...ไม่ต้องเสียเงิน....."*

*(สตรีชาวเลคลอดรกติดคนที่ 1)*

*"ช่วงที่คลอดลูกกับหมอตำแย แล้วรกมันไม่ออก... โต๊ะหมอแกก็มาทำพิธีให้...เป่ามนต์ ว่าคาถา แล้วก็ทำน้ำมนต์ให้กิน รกมันก็ไม่ออก...ตามหมออนามัยมา...หมออนามัยแกตัดสายสะดือผูกกับกรรไกร...ให้น้ำเกลือ...ทำใบส่งตัว...ติดต่อโรงพยาบาลอำเภอ...ให้รถมารับที่ท่าเรือ...เราหาเรือไปเอง...ต้องเสียค่าน้ำมันเองตอนนั้นไม่แพงค่าน้ำมัน 300 บาทไป-กลับ... ออกจากเกาะ...บ่ายสี่โมงไปถึงท่าเรือประมาณเที่ยงคืน... ตอนนั้นเป็นคลื่นเป็นลม(มรสุม)...ถึงท่าเรือไม่มีรถโรงบาลมารับ...มีแต่รถของตำรวจ...ก็เลยขออาศัยรถตำรวจไปส่งที่โรงบาลอำเภอไม่ต้องเสียเงิน...ถึงโรงบาลตี 1 ตอนดึกแล้ว..."*

*(สตรีชาวเลคลอดรกติดคนที่ 2)*

4.3 ระยะหลังคลอด

4.3.1 สถานีอนามัย

4.3.1.1 บริการหลังคลอดตามมาตรฐานการดูแล สตรีชาวเลจำนวน 14 ราย ได้แก่ สตรีชาวเลครรภ์แรก จำนวน 2 ราย สตรีชาวเลที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 7 ราย สตรีชาวเลที่มีประสบการณ์คลอดรกติด จำนวน 2 ราย และสตรีชาวเลที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์นอกมดลูก พูดถึงการใช้บริการระยะหลังคลอดในสถานีอนามัย คือ บริการตรวจเยี่ยมหลังคลอด บริการวางแผนครอบครัว และบริการวัคซีนสำหรับบุตรตามช่วงอายุ

4.3.2 โต๊ะบิดัน(หมอตำแย)

4.3.2.1 การอยู่ไฟ การอยู่ไฟของสตรีชาวเลหลังคลอด เป็นการก่อไฟใต้ถุนบ้านตำแหน่งที่ฝังรกตรงกับด้านบนที่มารดาทำคลอดเพื่อเผารกให้แห้ง และขณะเดียวกันหญิงหลังคลอดจะต้องนอนตรงตำแหน่งที่ก่อไฟ การอยู่ไฟจะอยู่ช่วงไหนก็ได้แต่ส่วนใหญ่จะอยู่ช่วงเช้าและเย็น ภายในห้องจะมีเตาไฟสำหรับต้มน้ำเพื่อให้หญิงหลังคลอดใช้ผสมน้ำเย็นในการเล่นน้ำร้อน อดีตหญิงหลังคลอดจะอยู่ไฟติดต่อกัน 44 วันหลังคลอด ปัจจุบันการอยู่ไฟลดลงเหลือเพียง 3 วัน สตรีชาวเลเชื่อว่าการอยู่ไฟจะทำให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น และทำให้แผลฉีกขาดที่ช่องคลอดแห้งและหาย และทำให้ร่างกายแข็งแรง เนื่องจากอุณหภูมิที่สูงขึ้นจะทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัวดี ทำให้

น้ำคาวปลาแห้งเร็ว โอกาสการติดเชื้อมีน้อย (โกมาตร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณพร และคณะ (2550) ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

> *"อยู่ไฟก็ก่อไฟที่ใต้ฤนตรงตำแหน่งที่เราฝังรกเพื่อจะได้เผารกให้แห้งด้วย ไปนอนกับพื้นตรงตำแหน่งที่ก่อไฟ ให้ตัวเราร้อน โดยเฉพาะช่วงท้อง เพราะจะทำให้ตัวเราเบา ร่างกายจะดีขึ้น พื่อยู่ไฟ 4-5 วัน หมอตำแยแกให้เราอยู่ไฟ เพราะว่าแผลที่ช่องคลอดเรามันจะมิด(แผลฉีกขาดที่ช่อวงคลอดหายเร็ว)....มดลูกจะได้เข้าอู่หมด"*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

> *".... หมอตำแยแกให้อยู่ไฟให้ครบ 3 วันอยู่เช้ากับเย็นอยู่แบบบางทีก้อครึ่งชั่วโมงบางทีก็หนึ่งชั่วโมง"*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

4.3.2.2 บริการเหยียบนวดหลังคลอด บริการเหยียบนวดหลังคลอดโต๊ะบิดัน (หมอตำแย)หรือผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)จัดให้บริการติดต่อกัน 3 วันหลังคลอด โดยการเหยียบนวดหลังคลอดโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)หรือผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)จะใช้ส้นเท้าข้างหนึ่งกดน้ำหนักลงบนตะโพกจนถึงน่องทั้ง 2 ข้าง โดยใช้เวลาในการนวดประมาณ 30 นาที หรือตามความเหมาะสมของร่างกายผู้คลอดแต่ละราย การเหยียบนวดจะก่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายแก่ผู้คลอดได้มาก เพราะจะทำให้กล้ามเนื้อที่เกิดจากการเกร็งจากกระบวนการคลอดมีการผ่อนคลาย สอดคล้องกับแนวคิดการนวดของไทยที่กล่าวว่า การนวดเป็นวิธีการที่นิยมทำเพื่อผ่อนความเครียด บรรเทาอาการปวดเมื่อย รวมถึงบำบัดโรคและบำรุงสุขภาพมาแต่โบราณ นอกจากนี้การนวดทำให้เกิดความอบอุ่น ขจัดความเครียด และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นวดและผู้รับการนวด (สุรเทพ, 2541)ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

> *"หลังคลอดหมอตำแย เขาจะมานวดมาบีบตัวให้ตัวเราแข็งแรง..นวดตามเส้นตามตัว...ใช้ขาเหยียบ...จากตะโพกลงไปที่ขาทั้ง 2 ข้าง....แกจะทำให้ 3 วันเช้าเย็นหลังคลอด...."*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 5)*

4.3.2.3 บริการนวดเต้านม บริการนวดเต้านมเป็นบริการที่โต๊ะบิดัน(หมอตำแย)หรือผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)จัดให้บริการติดต่อกัน 3 วันหลังคลอด โดยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)หรือผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)จะใช้มือข้างหนึ่งยกแขนของหญิงหลังคลอดขึ้นแล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งกดบีบบริเวณใต้รักแร้ เพื่อกระตุ้นให้เลือดไหลเวียนเพิ่มขึ้นทำให้มีน้ำนมไหลมากเพียงพอ

สำหรับการเลี้ยงดูบุตร การนวดเต้านม เป็นความเชื่อของสตรีชาวเลว่า จะทำให้มีการไหลเวียนเลือดได้ดีเป็นการกระตุ้นให้เกิดน้ำนมมากขึ้นและเพียงพอสำหรับการเลี้ยงทารก สอดคล้องกับแนวคิดของสังวาลย์ (2539) ที่ว่าการนวดเต้านม ที่ใช้แรงพอสมควรกดบริเวณเต้านมและหัวนมจะไปกระตุ้นเส้นประสาทบริเวณหัวนมและลานนมผ่นประสาทรับความรู้สึก ไปสู่สมองเกิดการยับยั้งการหลั้งสารยับยั้งโพรแลคติน (prolactin inhibitory factor) ทำให้ต่อมพิทูอิตารี (pituitary) หลั่งโพรแลคติน (prolactin) มากขึ้น เพื่อสร้างน้ำนมและขณะเดียวกันจะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งของออกซี่โตซิน (oxytocin) ซึ่งทำให้เกิดการหดรัดตัวของเซลล์ในท่อน้ำนม ทำให้เกิดการไหลของน้ำนม ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

> *".....หมอตำแยเขาจะมาถามเราว่าจะให้ลูกกินนมอะไร...พี่บอกว่าจะให้ลูกกินนมแม่...หมอตำแยเขาก็จะมาอาบน้ำให้กับน้ำยาอะไรไม่รู้ใส่หมากใส่พลู แล้วมานวดแขนแล้วจับเส้นให้เรา (ยกแขนกางขึ้นแล้วใช้มืออีกข้างจับเส้นบริเวณกลางรักแร้) เพื่อให้เลือดมันวิ่งที่หน้าอกนั้น (ไหลเวียนบริเวณหน้าอกดี) หมอตำแยเขาจะมาจับเส้นให้ 3 วัน พอจับได้สามวันนมอย่างนี้เลย (หน้าอกขยายใหญ่ขึ้น) ...น้ำนมเยอะ...."*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 5)*

4.3.2.4 บริการอาบน้ำอุ่นหลังคลอด บริการอาบน้ำหลังคลอดเป็นบริการที่โต๊ะบิดัน(หมอตำแย)หรือผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)จัดให้บริการติดต่อกัน 3 วันหลังคลอด ด้วยการอาบน้ำด้วยน้ำอุ่นจัดและเหยียบนวดหลังคลอด โดยสตรีชาวเลมีความเชื่อว่าการอาบน้ำด้วยน้ำอุ่นจัด จะเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนเลือด นอกเหนือจากการทำความสะอาดร่างกายมารดา เนื่องจากอุณหภูมิของน้ำที่สูงกว่าปกติจะกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวดี กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (โกมาตร, 2545) ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

> *"....หลังคลอดลูกหมอตำแยเขาจะมาอาบน้ำให้เรา 3 วัน ช่วงเช้ากับช่วงเย็น...."*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 5)*

4.3.2.5 บริการจัดเตรียม "ยาร้อน" ซึ่งเป็นยาสมุนไพรสำหรับสตรีชาวเลหลังคลอดบุตรจะต้องรับประทานสมุนไพรที่โต๊ะบิดัน(หมอตำแย)จัดให้ที่เรียกว่า "ยาร้อน" ซึ่งประกอบด้วย หมาก พลู พริกไทย รากไม้ หัวหอม กระเทียม หั่นฝอยซึ่งเชื่อว่าจะทำให้มดลูกแห้งเร็ว สมุนไพรแต่ละชนิดจะมีสรรพคุณทางยา คือ หัวหอม บำรุงโลหิต พริกไทย มีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวส่งผลให้กล้ามเนื้อเรียบบริเวณหลอดเลือดบริเวณมดลูกเกิดการคลายตัวทำ

ให้น้ำคาวปลาถูกหลั่งออกมาได้มากขึ้น และทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดภายในร่างกายดีขึ้น ส่วนฤทธิ์กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวส่งผลให้มดลูกเข้าอู่เร็ว (อรุณพร และคณะ, 2550) หมาก มีฤทธิ์เป็นสารกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ช่วยย่อย นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ยับยั้งการเกิดเนื้องอก (Itokawa, 1990) เร่งการสมานแผล (Padmaja, 1994) กระเทียม ฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของอาการแน่นจุกเสียด เช่น อีโคไลน์ และชิเกลลา (E. coli, Shigella) เป็นต้น โดยสารสำคัญที่ออกฤทธิ์ คือ อัลลิซิน (allicin) พลู มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อโรค และขับลมในลำไส้ แก้ท้องอืด ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

> *"....หมอตำแยเขาจะให้กินยา ยาเป็นของคนเกาะเหมือนกัน เป็นรากไม้ ใส่พริกไทย หมากพลู หัวหอม กระเทียม หมอตำแยเขาจะหั่นใส่จานให้ ....เรามานั่งเคี้ยวให้ละเอียด กินเช้าเย็น.... ไม่พอขอให้หมอตำแยทำมาใหม่ได้อีก..... "*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

4.3.2.6 บริการสอนการเล่นน้ำร้อน โต๊ะบิดัน(หมอตำแย)หรือผู้ช่วยโต๊ะบิดัน (หมอตำแย)จะสอนการล้างช่องคลอดให้กับหญิงหลังคลอด โดยใช้น้ำอุ่นจัดล้างพร้อมทั้งใช้นิ้วมือล้วงเข้าไปในช่องคลอดเพื่อเอาก้อนเลือดออก ซึ่งสตรีชาวเลเรียกวิธีล้างช่องคลอดแบบนี้ว่า "การเล่นน้ำร้อน" ซึ่งจะทำต่อเนื่องจนครบ 44 วันหลังคลอด เพราะสตรีชาวเลเชื่อว่าการเล่นน้ำร้อน จะทำให้แผลที่ปากมดลูกแห้งเร็ว มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น การทำให้อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้นเป็นการกระตุ้นให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น หากมีแผลฉีกขาดก็จะทำให้แผลแห้งเร็วขึ้น มดลูกหดรัดตัวเข้าอู่เร็ว น้ำคาวปลาแห้งเร็ว ปากมดลูกก็จะปิดเร็วขึ้น เป็นการช่วยป้องกันไม่ให้มีการติดเชื้อในโพรงมดลูกและตกเลือดหลังคลอด (อรุณพร และคณะ, 2550) ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

> *"เล่นน้ำร้อน หมอตำแยเขาจะให้เราใช้นิ้วล้วงเข้าไปในช่องคลอดที่ลูกเราเกิด ล้วงให้เลือดที่ค้างอยู่นั้นออกมาให้หมด บางทีเลือดอาจจะค้างอยู่เป็นก้อน ถ้าเราเล่นดีๆเลือดก้อนจะออกมาหมด หลังจากนั้นมดลูกจะแห้ง แต่ต้อง เล่นน้ำร้อนประมาณ 44 วัน...."*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

> *"หมอตำแยแกให้เล่นน้ำร้อน... ก็ตักน้ำร้อนผสมน้ำเย็นนิดเดียว แล้วเอาน้ำล้างตรงที่ช่องคลอดทั้งข้างในแล้วก็ข้างนอก ใช้นิ้วล้วงเอาเลือดออกจากช่องคลอด เล่นน้ำร้อนหมอตำแยแกบอกให้เราเล่น 44 วัน...."*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

4.3.2.7 บริการให้คำแนะนำการงดอาหารแสลง โต๊ะบิดัน(หมอตำแย)หรือผู้ช่วยโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)จะแนะนำให้หญิงหลังคลอดงดอาหารแสลงเป็นเวลา 44 วัน อาหารแสลง ได้แก่ ผักกะหล่ำปลี แตงกวา สะตอ และ ปลาที่มีมันและพุงสีดำ และสีแดง น้ำเย็น อาหารรสเผ็ด อาหารดอง ซึ่งเชื่อว่าอาหารแสลงจะทำให้มารดาเกิดอาการปากค้าง การงดอาหารแสลงหลังคลอดตามความเชื่อของสตรีชาวเล ทำให้สตรีชาวเลต้องงดอาหารบางชนิดที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ในขณะที่ระยะหลังคลอดเป็นระยะที่ร่างกายของหญิงหลังคลอดต้องการสารอาหารครบ 5 หมู่เพื่อใช้ในการซ่อมแซมร่างกายส่วนที่สึกหรอจากการคลอด และช่วยให้มีสารอาหารเพียงพอที่จะสร้างน้ำนมให้ลูก (สุวชัย, 2549) พลังงานที่เพียงพอสำหรับหญิงหลังคลอดต้องเพิ่มมากกว่าระยะก่อนการตั้งครรภ์ประมาณ 500 กิโลแคลอรี่ (Leifer, 1999) ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

> *"....คลอดที่เกาะนี้เราต้องควบคุม หน่อยเรื่องอาหาร พวกผักกินได้เฉพาะผักบุ้ง แต่ว่าถ้าเป็นพวกแตงกวา กะหล่ำปลี พวกผักแบบพวกสะตอ แบบนี้เขาจะไม่ให้กินเลย เพราะมันจะทำให้ปากค้าง ถ้าว่าเป็นพวกปลานั้นต้องดูเหมือนกัน ถ้าว่าเป็นแบบพุงของมันสีขาว แบบเป็นมันสีขาวนั้นกินได้ ถ้าเป็นมันสีแดง สีดำ พุงสีดำ เขาจะไม่ให้กิน หลังคลอด 44 ถึงได้กิน"*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3 คนที่ 1)*

> *"คนหลังคลอดที่เกาะนี่เขาไม่ให้กิน พวกปลาท้องออกสีดำๆ มันปลาสีแดงเขาจะไม่ให้กิน พวกของดอง พวกหน่อไม้ จะกินอะไร ต้อง ถามหมอตำแยว่ากินได้มั้ย ถ้าหมอตำแยบอกว่ากินไม่ได้ เราต้องไม่กิน...."*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3 คนที่ 2)*

จากข้อมูลพบว่าสตรีชาวเลส่วนใหญ่มีการเลือกใช้บริการในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ทั้ง 2 ระบบ คือ การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนปัจจุบัน

การแพทย์พื้นบ้าน ในระยะตั้งครรภ์สตรีชาวเลจะใช้บริการคู่ขนานร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่ถึงแม้สตรีชาวเลจะยอมรับและมีการใช้บริการฝากครรภ์กับสถานีอนามัยมากขึ้น แต่ก็ยังมีสตรีชาวเลบางรายที่ยังใช้บริการฝากครรภ์กับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ร่วมด้วย ด้วยการบอกกล่าวให้โต๊ะบิดัน(หมอตำแย)รับทราบ โดยไม่ต้องเตรียมหมาก พลู และเงิน มาให้แก่โต๊ะบิดัน(หมอตำแย) แต่สายใยวัฒนธรรมในอดีตก็ยังคงดำรงอยู่ แต่เปลี่ยนแปลงรูปแบบการปฏิบัติ และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดสตรีชาวเลส่วนใหญ่ก็ยังคงเลือกใช้บริการทำคลอดที่บ้านกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ทั้งที่สถิติการคลอดพบว่าในแต่ละปีจะมีสตรีชาวเลอย่างน้อย 1 ราย ที่คลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)จะมีอาการตกเลือดหลังคลอด นั่นเป็นการแสดงให้เห็นว่าสตรีชาวเลยังคงมีความเชื่อมั่นในการทำคลอด

ของโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำคลอดมานานตั้งแต่รุ่นแม่ อีกทั้งสตรีชาวเลส่วนใหญ่ที่เลือกใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) เป็นผู้ที่ได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์การทำคลอดจากมารดา หรือเคยผ่านการคลอดกับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) มาก่อนทำให้มีประสบการณ์และมั่นใจในความปลอดภัย การคลอดกับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) ที่บ้านจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) ญาติ และบุคคลใกล้ชิด คอยบีบนวด ให้กำลังใจ และหลังคลอด จะได้รับการดูแลตามประเพณีปฏิบัติที่สืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น คือ การอยู่ไฟ การเหยียบนวดหลังคลอด การนวดเต้านม คำแนะนำในการดูแลตนเองหลังคลอดตามวัฒนธรรมชาวเล สอดคล้องกับแนวคิดของ ไคล์แมน (1980) ว่าพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของคนในชุมชน มักขึ้นอยู่กับความเชื่อ สัมพันธภาพ บริบททางสังคมวัฒนธรรม และครอบครัว และมีการถ่ายทอดประสบการณ์การใช้บริการให้กับบุคคลภายในครอบครัว และในชุมชน และแพทย์พื้นบ้านเป็นบริการที่มีอยู่ในชุมชน ทำให้เอื้อต่อการไปใช้บริการสุขภาพได้ง่าย สะดวก (Klienman, 1980; Young, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาของอำพร และคณะ (2543) ที่ว่าวิถีชีวิต และความเชื่อทางสุขภาพอนามัยจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชน ที่จะสัมพันธ์กับการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของรูยาน (Ru-Yan, 1998) พบว่าพฤติกรรมวัฒนธรรม สังคม วิถีชีวิต และความเชื่อเป็นเหตุผลสำคัญที่ชาวบ้านมักจะคลอดที่บ้าน และการศึกษาของอารีรัตน์ (2542), อนันต์ และคณะ (2535) พบว่าหญิงตั้งครรภ์จะใช้บริการ 2 รูปแบบ คือ มีการฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) แต่เมื่อถึงเวลาคลอดยังใช้บริการคลอดกับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย)

การแพทย์แผนปัจจุบัน จากข้อมูลพบว่าสตรีชาวเลส่วนใหญ่เลือกใช้บริการฝากครรภ์ที่สถานีอนามัย ด้วยเหตุผล จะได้รับบริการจากบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้สามารถในการจัดให้บริการที่ครบ และครอบคลุม มีวัคซีน และเครื่องมืออุปกรณ์ ที่ใช้ประกอบในการดูแลสุขภาพของมารดา เกิดความมั่นใจว่าจะทำให้มารดาและทารกปลอดภัย แต่เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดมีสตรีชาวเลบางส่วนที่เลือกใช้บริการทำคลอดกับพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) ไม่อยู่ และมีการยอมรับการให้บริการทำคลอดของพยาบาลวิชาชีพ ในขณะเดียวกันก็จะตามผู้ช่วยโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) มาเป็นผู้ช่วยในการทำคลอดเป็นการใช้บริการแบบผสมผสาน โดยมีพื้นฐานความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรมดั้งเดิมถึงแม้จะยอมรับการแพทย์แผนปัจจุบันก็ตาม และผู้ที่เลือกทำคลอดกับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนจะเลือกใช้บริการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย เนื่องจากสถานีอนามัยมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่สามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้และส่งต่อหากมีอาการรุนแรง และการไปรับบริการที่สถานีอนามัยยังสะดวก รวดเร็ว เพราะเป็นสถานบริการสาธารณสุขแห่งเดียวที่อยู่ในชุมชน และในระยะหลังคลอดสตรีชาวเลส่วนใหญ่จะเลือกใช้บริการ

แบบคู่ขนาน โดยการใช้บริการแพทย์แผนปัจจุบันจะเป็นการใช้บริการด้านวัคซีนภูมิคุ้มกันโรค และการวางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นบริการที่แพทย์พื้นบ้านไม่มีจัดให้บริการ และนอกจากนี้ วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลง สตรีชาวเลหันมาดูแลสุขภาพกันมากขึ้นโดยเฉพาะสุขภาพในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ มีการใช้บริการการแพทย์สมัยใหม่ในสถานีอนามัยเพิ่มขึ้น เนื่องจากการแพทย์พื้นบ้านไม่มีจัดให้บริการ โดยมีเป้าหมายของการใช้บริการเพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารกในครรภ์ (Klienman, 1980)

*ส่วนที่ 3 ความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ ของประเทศไทย*

ความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยตามความคิดเห็นของสตรีชาวเล ในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ มีความต้องการบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถอธิบายความต้องการจำแนกตามระยะได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ดังนี้

1. ความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเลในระยะตั้งครรภ์ สตรีชาวเลทุกราย ให้ข้อมูลความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ในสถานีอนามัย จำแนกตามประเด็นได้แก่ ความต้องการด้านเจ้าหน้าที่ ความต้องการด้านอุปกรณ์การแพทย์ และความต้องการด้านบริการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความต้องการด้านบริการสุขภาพ

1.1.1 ความต้องการด้านบริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ สตรีชาวเลทุกราย ให้ข้อมูลความต้องการด้านบริการสุขภาพ ว่า ต้องการความเพียงพอของบริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ และความต้องการการข้อมูลการจัดบริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ทั่วถึง ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

> *“อยากให้อนามัยจัดบริการ เช่น เวลาฉีดวัคซีน อยากให้หมออนามัยบอกอสม.หรือใครก็ได้ให้ช่วยบอกให้คนที่ท้องรู้ บางทีคนที่ท้องเขาไม่รู้ อย่างวันนั้นตอนที่เราท้องเราไม่รู้ว่ามีฉีดวัคซีน เพราะวัคซีนของคนท้องมันมาไม่แน่นอน บางทีอนามัยเขาให้คนท้องไปฉีดวัคซีนกันแล้ว เราไม่รู้เลย.....”*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

> *“.....ไปฝากท้องที่อนามัย หมอตรวจท้อง วัดความดัน ฉีดวัคซีนบาดทะยัก ให้สมุดสีชมพู แต่ไม่ค่อยแนะนำ ตรวจนู้น ตรวจนี่ก็จบ นัดตรวจท้องเดือนต่อเดือน ไปฝากท้องครั้งเดียว .....*

*หลังจากนั้นฝากท้องที่อนามัยภูเก็ตเขาตรวจอย่างดีไม่เหมือนที่นี่ ทางนู้นเขาจะตรวจท้อง ทางนี้อนามัยไม่ค่อยตรวจท้อง เขาก็เจาะเลือด ตรวจน้ำปัสสาวะ ตรวจความดัน ตรวจท้อง ให้ยา แล้วแกจะให้นมเดือนนึง 2 กล่อง....อยากให้อนามัยบนเกาะตรวจครบทุกอย่าง ตรวจท้อง ตรวจความดัน ฉีดยา ฉีดวัคซีนบาดทะยัก ตรวจปัสสาวะ แล้วก็เจาะเลือด"*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 2)*

*"....วัคซีนสำหรับคนท้องอยากให้มีตลอด ....บางคนเขาไม่รู้ว่าอนามัยมีจัดบริการฉีดวัคซีนให้คนท้อง ...เพราะบ้านมันอยู่ไกลกันเยอะ บางทีไม่รู้พอมาเดือนนี้ถูกฉีดวัคซีนสองเข็ม"*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

1.1.2 ความต้องการด้านบริการสุขภาพในระยะคลอด สตรีชาวเลทุกรายต้องการให้สถานีอนามัย จัดบริการแบบครบวงจรในสถานีอนามัย คือ มีการจัดบริการด้านผดุงครรภ์ครบทุกระยะในสถานีอนามัย ต้องการความเพียงพอของบริการสุขภาพ คือ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ให้บริการประจำ ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

*"...อยากไป คลอดลูก ที่สถานีอนามัย ...ให้สถานีเตรียมเจ้าหน้าที่ทำคลอด เตรียมเครื่องมือการทำคลอด เตรียมสถานที่คลอดในสถานีอนามัย..."*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

*"...ต้องการให้คนท้องที่เกาะ... มาทำคลอดที่สถานีอนามัย ...คือว่าพอเจ็บท้องคลอดก็พาไปที่อนามัย แล้วทำคลอดที่อนามัยเลย"*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

*".....อยากมีหมออนามัยหลายคนจะได้สับเปลี่ยนกันอยู่อนามัย สมมุติว่าหมอคนนี้ขึ้นฝั่งก็มีหมอคนนี้อยู่ที่สถานีอนามัย"*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 4)*

1.1.3 ความต้องการด้านบริการสุขภาพในระยะหลังคลอด สตรีชาวเลทุกราย ให้ข้อมูล ความต้องการด้านบริการสุขภาพ ว่า ต้องการรับทราบข้อมูลการจัดบริการแก่หญิงหลังคลอด ได้แก่ ข้อมูลการจัดให้วัคซีนบุตร การตรวจมะเร็งปากมดลูก ต้องการความเพียงพอของบริการ ได้แก่ ยาคุมกำเนิด ความสม่ำเสมอของการจัดบริการ ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"...ไม่รู้ว่าอนามัยจัดตรวจมะเร็งปากมดลูกจนวันที่เขาตรวจเห็นเพื่อนเดินผ่านหน้าบ้านกันเยอะเลยถามว่าเขาไปไหน เขาบอกไปตรวจมะเร็งปากมดลูก ก็เลยไปตรวจกับเขา นี่ถ้าเขาไม่*

*ผ่านหน้าบ้านก็ไม่รู้ ตอนที่เราไปสถานีอนามัย เขาไม่บอกหรอกต้องสังเกตเอง แล้วถามเขาถึงจะบอก"*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

*"...อยากให้มีหมออนามัยอยู่ประจำสถานีอนามัย ...อยากให้อนามัยมีหมออยู่ตลอด เวลา...."*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

1.2 ความต้องการด้านเจ้าหน้าที่

1.2.1 ความต้องการด้านเจ้าหน้าที่ในระยะตั้งครรภ์ สตรีชาวเลทุกรายให้ข้อมูล ความต้องการด้านผู้ให้บริการ ว่า ต้องการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความสามารถในการจัดให้บริการ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงพอในการจัดให้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีพฤติกรรมบริการที่ดี ได้แก่ พูดดี บริการดี ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"อยากได้หมอที่มีความรู้ ในการลงบันทึกสมุดสีชมพู แล้วพอเราจะไปฝากท้อง ไม่ใช่บอกแต่ให้คอยหมอ (พยาบาลวิชาชีพ) ที่รับผิดชอบก่อนอย่างเดียว"*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

*"ช่วงตั้งท้องอยากให้หมออนามัยให้บริการฝากครรภ์เหมือนสถานบริการบนฝั่ง หมอบนฝั่งเขาจะพูดดี ให้บริการฝากท้องดี ถ้าเขียนชื่อไม่ได้ก็ไม่เป็นไรเดี๋ยวเขาเขียนให้ พี่ชอบแบบนี้นั้น ...อยากให้หมออนามัยพูดดี บริการดีอย่างเดียว"*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 5)*

1.2.2 ความต้องการด้านเจ้าหน้าที่ในระยะคลอด สตรีชาวเลทุกราย ให้ข้อมูล ความต้องการด้านผู้ให้บริการ ว่า ต้องการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ และทักษะในการทำคลอด ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"เราอยากให้อนามัยจัด เจ้าหน้าที่ทำคลอดได้ ดีกว่าเพราะอีกหน่อยหมอตำแยก็แก่ลงแล้ว แล้วจัดให้คนไปคลอดที่สถานีอนามัยดีกว่า...."*.

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 4)*

*".....อยากได้หมออนามัยทำคลอดได้...."*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 4)*

1.2.3 ความต้องการด้านเจ้าหน้าที่ในระยะหลังคลอด สตรีชาวเลทุกราย ให้ข้อมูลความต้องการด้านผู้ให้บริการ ว่า ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงพอต่อการให้บริการในสถานีอนามัย ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"....อยากให้มีหมออนามัย 2-3 คน....จะได้สับเปลี่ยนกันอยู่อนามัย"*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

1.3 ความต้องการพาหนะในการส่งต่อ สตรีชาวเลให้ข้อมูลความต้องการพาหนะในการส่งต่อ ว่า ต้องการให้มีเรือที่สถานีเพื่อใช้ในการส่งต่อเวลาฉุกเฉิน เพื่อที่จะได้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเช่าเหมาเรือ ซึ่งปกติจะเสียประมาณ 3,500-4,000 บาท ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

*"...ถ้าสถานีอนามัยมีเรือก็จะดี เพราะค่าเรือเวลาไปต้องเหมามันแพง...ประมาณ3,500 ถึง 4,000 บาท บางทีต้องไปเอาของเพื่อนบ้าน...."*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

1.4 ความต้องการด้านอุปกรณ์การแพทย์

1.4.1 ความต้องการด้านอุปกรณ์การแพทย์ในระยะตั้งครรภ์ สตรีชาวเลทุกราย ให้ข้อมูล ความต้องการด้านอุปกรณ์การแพทย์ ว่า ต้องการให้มีเครื่องมือพิเศษในการให้บริการตรวจครรภ์ด้วย เช่น เครื่องอัลตร้าซาวน์ และเครื่องมือที่ใช้ตรวจฟังหัวใจทารกในครรภ์ โดยให้เหตุผลว่าความต้องการการตรวจครรภ์ด้วยเครื่องมือพิเศษ เพราะทำให้รู้สึกมั่นใจ ได้รับรู้ว่าทารกอยู่ในท่าปกติหรือไม่ และสามารถรู้วันกำหนดคลอดที่แน่นอน ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"....เวลาฝากท้องเราก็อยากให้มีบริการเหมือนกับสถานบริการบนฝั่งเขามี....มีเครื่องมือที่ใช้ตรวจฟังหัวใจเด็ก ..."*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

*"ถ้าเราตั้งท้องเราอยากให้อนามัยมี เครื่องอุลตร้าซาวน์....จะได้ดูเด็กในท้องว่าอยู่ในท่าปกติมั้ย มันแน่นอนกว่า... แล้วเครื่องอุลตร้าซาวน์ทำให้เรารู้กำหนดคลอดที่แน่นอนได้เลย"*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

1.4.2 ความต้องการด้านอุปกรณ์การแพทย์ในระยะคลอด สตรีชาวเลทุกราย ให้ข้อมูล ความต้องการด้านด้านอุปกรณ์การแพทย์ ว่า ต้องการให้สถานีอนามัยมีอุปกรณ์การแพทย์ใน

การทำคลอดที่เพียงพอ ได้แก่ เตียงทำคลอด อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการทำคลอด ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"...อยากให้อนามัยมีเตียงทำคลอด มีเครื่องมือการทำคลอดครบ....."*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 2)*

*"....อยากให้อนามัยมีเครื่องมือในการทำคลอดครบ ...."*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

จากข้อมูลความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ในสถานีอนามัย ตามความคิดเห็นของสตรีชาวเล มี 3 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการด้านบริการสุขภาพ

1.1 ต้องการความเพียงพอของบริการสุขภาพ ต้องการให้สถานีอนามัยจัดบริการแบบครบวงจรในสถานีอนามัย โดยจัดบริการด้านผดุงครรภ์ในทุกระยะของการตั้งครรภ์ที่สถานีอนามัย ตั้งแต่ฝากครรภ ทำคลอดบนสถานีอนามัย และมีการดูแลหลังคลอด ต้องการความสม่ำเสมอของการจัดบริการสุขภาพ สตรีชาวเลเกือบทั้งหมดให้ข้อมูลความต้องการความเพียงพอของบริการสุขภาพ ว่า ต้องการการให้สถานีอนามัยจัดให้บริการตั้งแต่รับบริการฝากครรภ์จนถึงบริการทำคลอดในสถานีอนามัย ตามมาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด โดยที่การจัดบริการนั้นต้องมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการจัดให้บริการสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของ สตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1993), สุพัตรา (2542) อารี และคณะ (2543) และองค์กรความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD, 2000) ที่ว่าความเพียงพอของบริการ และพร้อมที่จะให้บริการอยู่เสมอของบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้บริการนั้นสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

1.2 ต้องการรับรู้ข้อมูลการจัดบริการสุขภาพ สตรีชาวเลเกือบทั้งหมด ให้ข้อมูลความต้องการการรับรู้ข้อมูลการจัดบริการสุขภาพที่สถานีอนามัยจัดให้บริการแก่สตรีชาวเลในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ สตรีชาวเลต้องการการรับรู้ข้อมูลการจัดบริการฉีดวัคซีนให้แก่หญิงตั้งครรภ์ ระยะคลอด สตรีชาวเลต้องการการรับรู้เกี่ยวกับการจัดบริการการทำคลอดของสถานีอนามัย และระยะหลังคลอด สตรีชาวเลต้องการการรับรู้เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพที่สถานีอนามัยจัดให้แก่หญิงหลังคลอด ได้แก่ การตรวจมะเร็งปากมดลูก 45 วันหลังคลอด การจัดบริการฉีดวัคซีนบุตรตามช่วงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดของมันทนา และคณะ (2542ก); อารี และคณะ (2542) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการ

สาธารณสุข (2544) ว่าประสิทธิภาพของการจัดบริการต้องส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ สถานบริการระดับปฐมภูมิจึงควรเป็นแหล่งความรู้ที่ประชาชนสามารถเข้าไปใช้บริการสุขภาพ หรือเป็นการจัดบริการที่เน้นการให้ข้อมูลข่าวสารด้านการจัดบริการสุขภาพถึงครัวเรือน เพราะการให้ข้อมูลบริการสุขภาพ ที่ไม่ทั่วถึงและครอบคลุม จะส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ (California Health Care Foundation, 2000) สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1984) ที่ว่าการรับรู้ข้อมูลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษาของ พันณี (2542) ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ไปใช้บริการฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขของหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากไม่เคยรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการฝากครรภ์ของสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้จึงถือว่าเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคล เพราะถ้าปราศจากการรับรู้แล้วบุคคลจะไม่สามารถมีความคิด หรือการเรียนรู้ (ประภาเพ็ญ และสวิง, 2534)

2. ความต้องการด้านเจ้าหน้าที่ ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ในสถานีอนามัยตามความคิดเห็นของสตรีชาวเล ได้แก่ ต้องการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการจัดให้บริการ จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีเพียงพอในการจัดให้บริการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีพฤติกรรมบริการที่ดี ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 ต้องการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความสามารถในการจัดให้บริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ทักษะ และความรู้ความสามารถในการจัดให้บริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่ สตรีชาวเล เกือบทั้งหมดให้ข้อมูลความต้องการบริการสุขภาพในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ในสถานีอนามัย ว่า ต้องการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการจัดให้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก ในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ เพราะปัจจุบันเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในสถานีอนามัย ที่สามารถจัดให้บริการได้ครอบคลุมตามมาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด มี เพียงพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีประจำอยู่ในสถานีอนามัย 1 คนในขณะที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนไม่สามารถจัดให้บริการได้ตามมาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด ด้วยเหตุผล คือ ไม่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการจัดให้บริการสุขภาพ ความรู้ความสามารถ และทักษะในการให้บริการของความรู้ ความสามารถในการจัดให้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กจึงมีความสัมพันธ์กับการยอมรับคุณภาพบริการ ที่มีต่อลักษณะและการปฏิบัติงานของบุคลากร (Penchansky and Thomas, 1984) และความพึงพอใจที่จะส่งผลต่อการเข้าถึงและเลือกใช้บริการสุขภาพของสตรีชาวเล (เบญจมาศ, 2541; สันทัด, 2532)

2.2 จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีเพียงพอในการจัดให้บริการ สตรีชาวเลเกือบทั้งหมดให้ข้อมูลความต้องการบริการสุขภาพในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ในสถานีอนามัย ว่า ต้องการให้มีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เพียงพอในการจัดให้บริการอย่างต่อเนื่องในสถานีอนามัย จากที่สตรีชาวเลไปใช้บริการที่สถานีอนามัยพบว่าไม่สามารถไปใช้บริการได้ต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมักจะมีภาระงานที่ต้องไปปฏิบัติในเมืองบ่อยครั้งทำให้ต้องปิดสถานบริการ ทั้งที่จริงในสถานีอนามัยมีจำนวนบุคคลากรที่ปฏิบัติงานจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน รับผิดชอบประชากร จำนวน 1,014 คน คิดเป็นอัตรา 1:507 เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีอัตราพยาบาลวิชีพร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นร่วมรับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 1:1,250 คน และยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมในพื้นที่ที่ขาดแคลนหรือทุรกันดาร จากข้อมูลพบว่า มีอัตราส่วนความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยต่อประชากรที่รับผิดชอบน้อยกว่ามาตรฐานที่กำหนด ถึงแม้ว่าในความเป็นจริงจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในสถานีอนามัยจะมีเพียงพอตามมาตรฐานที่กำหนด แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของสตรีชาวเลที่อาศัยอยู่บนเกาะ

2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีพฤติกรรมบริการที่ดี พูดเพราะ ให้บริการดี หน้าตาไม่บูดบึ้ง

3. ความต้องการพาหนะในการส่งต่อ จากพื้นที่ที่เป็นเกาะ การเดินทางต้องอาศัยเรือโดยเฉพาะการเดินทางที่ต้องการความเร่งด่วน เช่น การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งไม่สามารถระบุเวลาของการเจ็บป่วยได้ว่าจะเกิดช่วงเวลาใด เรือจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อ ซึ่งสถานีอนามัยไม่สามารถจัดให้บริการได้ เนื่องจากเหตุผลของภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ ทั้งที่ระบบการส่งต่อที่รวดเร็วตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (2550) ได้กำหนดให้สถานบริการต้องเอื้อให้มีพาหนะที่จะสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการในเครือข่ายได้อย่างรวดเร็วภายในระยะเวลา 30 นาที แต่ข้อจำกัดทางด้านกายภาพที่ห่างจากฝั่งถึง 80 กิโลเมตร (เยาวนิตย์, 2541) ภาวะอากาศที่แปรปรวนมีผลต่อการเดินทาง เป็นสิ่งที่เป็นอุปสรรคสำหรับสตรีชาวเลที่อาศัยอยู่บนตลอดจนรายได้ที่ไม่แน่นอนการที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการส่งต่อทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นค่าพาหนะในการส่งต่อ ได้แก่ เรือ และรถ เนื่องจากข้อจำกัดดังกล่าวเกิดความไม่เป็นธรรม ทำให้สตรีชาวเลบางส่วนที่สามารถจ่ายค่าบริการยังสถานบริการนอกชุมชนได้จึงไปใช้บริการในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดที่สถานบริการนอกชุมชนเพราะไม่ต้องกังวลถึงการเดินทางถ้ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ดังนั้นระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญสำหรับคนที่อยู่ในพื้นที่พิเศษ

4. ความต้องการด้านอุปกรณ์การแพทย์ ต้องการให้มีเครื่องมือพิเศษในการให้บริการตรวจครรภ์ และต้องการให้สถานีอนามัยมีอุปกรณ์การแพทย์ในการทำคลอดที่เพียงพอ

*ส่วนที่ 4 อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย*

สตรีชาวเลมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในทุกระยะของบริการอนามัยแม่และเด็ก ดังนี้ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยแต่ละระยะมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก ดังต่อไปนี้

1. อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ สตรีชาวเลให้ข้อมูล อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ จำแนกตามประเด็น ได้แก่ 1) อุปสรรคด้านบริการ 2) อุปสรรคด้านทัศนคติ และ 3) อุปสรรคด้านสังคมวัฒนธรรม ดังนี้

1.1 อุปสรรคด้านบริการ สตรีชาวเลทุกราย ให้ข้อมูล อุปสรรคด้านระบบบริการ โดยจำแนกตามประเด็น ได้แก่ 1) อุปสรรคด้านความไม่เพียงพอของบริการ และ2) อุปสรรคด้านการให้ข้อมูลการจัดบริการ ดังนี้

1.1.1 อุปสรรคด้านความไม่เพียงพอของบริการ สตรีชาวเลทุกรายให้ข้อมูลอุปสรรคด้านความไม่เพียงพอของบริการ ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ค่อยอยู่เปิดให้บริการสุขภาพที่สถานีอนามัยเนื่องจากติดภารกิจต้องขึ้นไปราชการที่บนแผ่นดินบ่อย ในอดีตการขึ้นไปราชการบนแผ่นดินของเจ้าหน้าที่จะใช้ระยะเวลาอยู่ในเมืองนานเป็นเดือนถึงจะลงมาที่เกาะเพื่อเปิดให้บริการสุขภาพ ปัจจุบันการขึ้นไปราชการบนแผ่นดินใช้ระยะเวลาอยู่ในเมืองน้อยลง คือประมาณ 4-5 วัน จึงจะลงมาที่เกาะเพื่อเปิดให้บริการสุขภาพ การขึ้นไปราชการบนแผ่นดินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเรื่องภาระงาน เช่น การไปอบรม การส่งรายงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ การเปิดให้บริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแต่ละคนเปิดให้บริการไม่เหมือนกัน เวลาไปรับบริการสุขภาพฝากครรภ์บางครั้งไม่มีบริการจัดให้ที่สถานีอนามัยในช่วงเวลาทำการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเปิดสถานีอนามัยแต่มักจะไม่อยู่ประจำที่สถานีอนามัย เวลาไปรับบริการบางครั้งจึงไม่มีบริการให้ในช่วงเวลาที่ไปใช้บริการ ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"...ท้องครั้งนี้ยังไม่ได้ไปฝากท้องเลย... ว่าจะไปฝากท้องแล้วแต่หมอขึ้นฝั่ง...แม่เลยไม่อยากไปฝากท้องแล้ว"*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 5)*

*"เมื่อก่อน หมอไม่อยู่ ขึ้นฝั่งเป็นเดือนๆ แต่ดีที่มีหมออนามัย....(พยาบาลวิชาชีพ) อยู่แก ขึ้นไปบนฝั่งประมาณสี่ห้าวันก็ลงมาที่เกาะ ...เวลาหมอขึ้นบนฝั่งแล้วมันลำบากเวลาจะไปเอายา...."*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

*"หมอ...(พยาบาลวิชาชีพ)... บางครั้ง...แกต้องไปอบรม ไปทำธุระ บนฝั่งแต่แกไปไม่นานก็ลงมาที่เกาะ"*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

*"สถานีอนามัยเปิดให้บริการ...แปดโมง เก้าโมงแล้วแต่บางวันขึ้นอยู่กับคุณหมอ...เวลาไปหาคุณหมอที่อนามัยจะไม่ค่อยเจอที่อนามัย.เพราะคุณหมอจะเปิดอนามัยเอาไว้ .แต่ตัวคุณหมออยู่โน่นที่ร้านค้า .เวลาไปหาคุณหมอทีต้องไปตามหาที่ร้านค้าโน่น.."*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

1.1.2 อุปสรรคด้านการไม่ได้รับรู้ข้อมูลการจัดบริการ สตรีชาวเลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลอุปสรรคด้านการให้ข้อมูลการจัดบริการ ว่าการให้ข้อมูลการจัดบริการฉีดวัคซีนสำหรับหญิงตั้งครรภ์บนเกาะของสถานีอนามัยยังไม่ทั่วถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานอยู่บริเวณด้านหลังของเกาะจะไม่ได้รับข้อมูลการฉีดวัคซีนทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการการฉีดวัคซีนที่สถานีอนามัยจัดให้ได้ และสตรีชาวเลบางรายยังไม่มั่นใจการจัดให้บริการฝากครรภ์ของสถานีอนามัยเนื่องจากไม่ได้รับรู้ข้อมูลการจัดบริการฝากครรภ์ว่าสถานีอนามัยเปิดให้บริการรับฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์กี่เดือน ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"...เวลาฉีดวัคซีน คนเกาะนั่นแหละเขาจะบอกตามๆกัน ถ้าใครไปฉีดแบบนี้เขาจะมาบอก แต่ถ้าช่วงเราทำงานหลังเกาะเราจะไม่รู้เรื่อง"*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 4)*

*".....ไปฝากท้องตอน 4 เดือน ตอนนั้นยังไม่รู้ว่าท้อง 4 เดือนนี้อนามัยให้ฝากหรือเปล่า แต่แม่บอกให้ไปฝากที่อนามัย.... เราไม่เคยรู้หรอกว่าอนามัยมีจัดบริการอะไรให้คนท้องบ้าง"*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

1.2 อุปสรรคด้านทัศนคติ สตรีชาวเลทุกราย ให้ข้อมูล อุปสรรคด้านทัศนคติ จำแนกตามประเด็น ได้แก่ 1) ทัศนคติด้านเพศ และ2) ความรู้สึกไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่บางคน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 ทัศนคติด้านเพศ สตรีชาวเลให้ข้อมูลอุปสรรคด้านทัศนคติด้านเพศที่สตรีชาวเลคิดว่าบริการด้านผดุงครรภ์เป็นเรื่องของสตรีที่ผู้ให้บริการควรเป็นเพศหญิง การไปรับบริการกับเจ้าหน้าที่เพศชายจึงทำให้ไม่สะดวกในการไปรับบริการ ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

> *".....ไม่รู้ว่าตรวจยังไง(การใช้ที่ตรวจการตั้งครรภ์) ไม่กล้าถาม อายล่ะหมอ...(หมออนามัย) เป็นผู้ชาย ...."*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

1.2.2 ความรู้สึกไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่บางคน สตรีชาวเลให้ข้อมูลความรู้สึกว่าไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถในการให้บริการฝากครรภ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางคน ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

> *"ไปใช้บริการที่อนามัยรู้สึกหมออนามัยบางคนแกบริการไม่เต็มที่...แกใช้เวลาในการตรวจท้องแป๊ปเดียว ไม่รู้ว่าเขาจะรู้จริงหรือไม่รู้จริง ว่าเด็กในท้องจะแข็งแรง เขาตรวจท้องเราคล้ายๆเขาตรวจตุ๊กตา..."*
>
> *(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 5)*

2. อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะคลอด สตรีชาวเลให้ข้อมูล อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะคลอด จำแนกตามประเด็น ได้แก่ 1) อุปสรรคด้านระบบบริการ 2) อุปสรรคด้านทัศนคติ และ 3) อุปสรรคด้านสังคมวัฒนธรรม ดังนี้

2.1 อุปสรรคด้านบริการ สตรีชาวเลส่วนใหญ่ ให้ข้อมูล อุปสรรคด้านบริการ จำแนกตามประเด็นได้แก่ 1) อุปสรรคด้านความไม่เพียงพอของบริการ ได้แก่ ความไม่สม่ำเสมอของการจัดบริการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดภารกิจต้องขึ้นไปราชการบนแผ่นดินบ่อย 2) อุปสรรคด้านการให้ข้อมูลการจัดบริการ และ 3) อุปสรรคด้านระบบการส่งต่อ ได้แก่ ความขาดแคลนพาหนะในการส่งต่อ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 อุปสรรคด้านความไม่เพียงพอของบริการ สตรีชาวเล ให้ข้อมูลอุปสรรคด้านความไม่เพียงพอของบริการ ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดภารกิจต้องขึ้นไปราชการบนแผ่นดินบ่อย ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"ที่อนามัยหมอไม่อยู่บ่อย หมอไม่อยู่นานเหมือนกันนะ ปีที่แล้วหมอไม่อยู่เป็น 2 อาทิตย์ที่ว่าคลอดคนนี้หมอไม่อยู่นะ"*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 4)*

2.1.2 อุปสรรคด้านการไม่ได้รับรู้ข้อมูลการจัดบริการ สตรีชาวเล ให้ข้อมูลอุปสรรคด้านการให้ข้อมูลการจัดบริการ ว่า ไม่ทราบว่ามีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 1 คน ที่สามารถให้บริการทำคลอดปกติที่บ้านได้ ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"เจ็บท้องคลอด.... ไปตามหมอตำแยมา.... ตอนนั้นหมออนามัยอยู่ ไม่ตามหมออนามัยเพราะว่าไม่รู้...ว่าหมออนามัยทำคลอดเป็นมั้ย..."*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 4)*

2.1.3 อุปสรรคด้านระบบการส่งต่อ สตรีชาวเลให้ข้อมูล อุปสรรคด้านระบบการส่งต่อ ว่า การที่สถานีอนามัยไม่มีเรือในการส่งต่อ ทำให้ผู้ใช้บริการต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ได้แก่ ค่าเรือ ค่ารถ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"กลัวคลอดยาก...ตอนที่จะคลอดช่วงปิดทัวร์พอดี...ถ้าเกิดคลอดไม่ออก... ต้องคอยเรือพาขึ้นฝั่งอย่างเดียว...เพราะว่าสถานีอนามัยไม่มีเรือส่งคนไข้...แต่ถ้าอนามัยมีเรือส่งคนไข้จะดีเพราะจะได้ไม่ต้องเสียเงินเยอะ..ค่าใช้จ่าย เช่น ค่าเรือ ค่ารถ มันเยอะ..."*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

*"...ตอนมีคนคลอดรกติดหมอตำแยใช้กรรไกรพันสายสะดือ หมออนามัยให้น้ำเกลือ แล้วทำหนังสือส่งตัว...ให้เอาไปส่งที่โรงพยาบาล เรื่องเรือเราต้องจัดการเอง ต้องใช้เรือเองเรือหางเสียค่าน้ำมันอย่างเดียว แต่เรือต้องบอกเถ้าแก่ก่อน ถ้าว่าเป็นลมเป็นคลื่นนั้นมันลำบากช่วงนั้น ...ก็ต้องสู้ จากนี้ก็ต้องไปส่งท่าเรือ จากท่าเรือ ก็ขึ้นรถต้องเหมาทีเดียวไปโรงพยาบาลจังหวัด"*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

2.2 อุปสรรคด้านทัศนคติ สตรีชาวเล ให้ข้อมูล อุปสรรคด้านทัศนคติ ว่า เป็นความรู้สึกไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางคนในการจัดให้บริการทำคลอดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางคน และการขาดความรับผิดชอบในการให้บริการสุขภาพ เนื่องจากเมื่อไปตามหลายครั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ยอมมาดูคนป่วย และ ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"..... ตอนปวดท้องมีหมออนามัยอยู่... ไปเรียกให้หมออนามัยมาดูอาการสองสามครั้ง...หมอไม่ยอมมาดูเลย เรารู้สึกไม่ชอบหมอ เกลียดหมอ โกรธก้อโกรธ ก้อเลยไปโรงบาล"*

*(สตรีชาวเลตั้งครรภ์นอกมดลูก)*

*"...คลอดกับหมอตำแย เพราะหมอ(อนามัย)เขาทำคลอดไม่ได้นอกจากไปฝากท้องกับแก ถ้าคลอดก็ต้องไปคลอดที่ฝั่ง..."*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 5)*

2.3 อุปสรรคด้านสังคมวัฒนธรรม สตรีชาวเลให้ข้อมูล อุปสรรคด้านสังคมวัฒนธรรม ว่า การที่หญิงตั้งครรภ์ไม่ใช้บริการในสถานีอนามัยเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองเพราะมารดาจะเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเลือกใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน และหญิงตั้งครรภ์ต้องปฏิบัติตาม ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*".....ถ้าหมอตำแยอยู่ก็ให้แกทำคลอดให้ ไม่ใช่ว่าจะไม่เลือกหมออนามัย แต่แม่ก็ต้องไปเอาหมอตำแยอยู่ดี...เราต้องทำตามแม่...."*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

3. อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะหลังคลอด สตรีชาวเล ให้ข้อมูล อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพในระยะหลังคลอด จำแนกตามประเด็น ได้แก่ 1) อุปสรรคด้านบริการ และ 2) อุปสรรคด้านทัศนคติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 อุปสรรคด้านบริการ สตรีชาวเลให้ข้อมูล อุปสรรคด้านบริการ จำแนกตามประเด็นได้แก่ 1) อุปสรรคด้านความไม่เพียงพอของบริการ และ 2) อุปสรรคด้านการให้ข้อมูลการจัดบริการโดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1.1 อุปสรรคด้านความไม่เพียงพอของบริการ สตรีชาวเล ให้ข้อมูล อุปสรรคด้านความไม่เพียงพอของบริการ เนื่องจากความไม่สม่ำเสมอของการจัดบริการสาเหตุจากเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขติดภารกิจต้องขึ้นไปราชการบนแผ่นดินบ่อย การขึ้นไปราชการบนแผ่นดินแต่ละครั้งใช้ระยะเวลานานเป็นเดือน และความไม่เพียงพอของยาเม็ดคุมกำเนิด ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"....หมออนามัยไม่ค่อยอยู่ หมอขึ้นฝั่งนานเกือบเดือนเหมือนกันแกไปนั้น"*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 5)*

*"...ที่อนามัยบางทีไม่มีหมออยู่ บางทียาคุมกำเนิดในอนามัยไม่มี ต้องซื้อที่ตลาดมาเก็บไว้เมื่อก่อนไม่มีบ่อย ขาดไม่พอกับคนขอ"*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 3)*

3.1.2 อุปสรรคด้านการให้ข้อมูลการจัดบริการ สตรีชาวเล ให้ข้อมูล อุปสรรคด้านการให้ข้อมูลการจัดบริการ ว่า เกิดจากการให้ข้อมูลการจัดบริการฉีดวัคซีนบุตรไม่ครอบคลุมและทั่วถึง ทำให้ไม่ได้รับรู้ข้อมูลการจัดบริการฉีดวัคซีนภูมิคุ้มกันโรคสำหรับทารก ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"ไปฉีดวัคซีนลูกตามกำหนดแต่ว่าเดือนที่แล้วไม่ได้ไปฉีดวัคซีน เพราะไม่มีใครบอกอยู่แต่ในบ้าน เกินสองอาทิตย์แล้ว"*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 5)*

3.2 อุปสรรคด้านทัศนคติ สตรีชาวเล ให้ข้อมูล อุปสรรคด้านทัศนคติ จำแนกเป็นประเด็น ได้แก่ 1) ความรู้สึกไม่มั่นใจในประสิทธิภาพยาในสถานีอนามัย และ 2) อุปสรรคด้านทัศนคติที่มีต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 ความรู้สึกไม่มั่นใจในประสิทธิภาพยาในสถานีอนามัย สตรีชาวเลให้ข้อมูลถึงความไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยาในสถานีอนามัยเพราะเคยไปใช้บริการช่วงที่บุตรอายุ 1 ปีกว่าไม่สบายป่วยเป็นไข้หวัดไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยเจ้าหน้าที่ให้ยาแก้ไข้ ได้แก่ ยาน้ำพาราเซตตามอน ยี่ห้อซาร่า ซึ่งเป็นยาแก้ไข้ที่สถานีอนามัยมีอยู่ หลังรับประทานยาแก้ไข้บุตรไม่หายจากอาการไข้ จึงพาบุตรไปรักษากับแพทย์ที่คลินิกบนแผ่นดิน หลังรับประทานยาของแพทย์ที่คลินิก ไม่นาน บุตรหายจากอาการไข้ ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยาในสถานีอนามัย ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"เวลาลูกไม่สบาย...ไปเอายาแก้ไข้ที่อนามัย... หมอก็ให้ยาแก้ไข้ขวดนั้นนั่นแหละ ...อย่างยาแก้ไข้เด็กนั้นซาร่าก็ซาร่าประจำ... บางคนว่าหมออนามัยเขาให้ยาแก้ไข้ซ้ำๆกินไม่เห็นหายเลย ที่ฝั่งรับยาเวลาหมอให้กินเด็กหายไข้เลยนั้น"*

*(สตรีชาวเลครรภ์ที่ 5)*

3.2.2 ทัศนคติด้านเพศ สตรีชาวเล ให้ข้อมูล ว่า เรื่องของผดุงครรภ์เป็นเรื่องของสตรี ผู้ที่จัดให้บริการควรเป็นเจ้าหน้าที่เพศหญิง ดังนั้นการที่เจ้าหน้าที่เพศชายจัดให้บริการจึงไม่สะดวกในการไปรับบริการเนื่องจากมีความรู้สึกอาย ดังคำบอกเล่าของสตรีชาวเล

*"....เอายาคุมกำเนิดที่แม่ใช้ก่อน... ไม่ไปเอายาคุมที่อนามัยเพราะว่าอายหมอ..แกเป็นผู้ชาย... ค่อยไปเอาตอนหมอ (พยาบาลวิชาชีพ)....เพราะสนิทมากกว่า"*

*(สตรีชาวเลครรภ์แรก)*

จากข้อมูลอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ ในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล มี 3 ด้าน ดังนี้

1. อุปสรรคด้านบริการ

1.1 อุปสรรคด้านความไม่เพียงพอของบริการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่อยู่ติดภารกิจทางราชการทำให้ต้องขึ้นไปบนแผ่นดินต้องปิดสถานีอนามัย ทำให้สตรีชาวเลที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์หรือการคลอดหากมีภาวะแทรกซ้อนไม่สามารถไปใช้บริการได้ทั้งที่สถานบริการควรมีบุคลากรอยู่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เพราะการเจ็บป่วยไม่สามารถบอกช่วงระยะเวลาที่แน่นอนได้ การขาดความต่อเนื่องของการจัดบริการจึงเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของสตรีชาวเล ความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพด้านต่างๆ เช่น มีบุคลากรพร้อมให้บริการอยู่เสมอ ความพอเพียงของบริการ ที่เพียงพอต่อความจำเป็นด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บริการนั้นมีคุณภาพและส่งผลให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (Starfield, 1993; สุพัตรา, 2542; อารี และคณะ, 2542 และ OECD,2000)

1.2 อุปสรรคด้านการรับรู้ข้อมูลการจัดบริการ เช่น การฉีดวัคซีน การจัดบริการทำคลอด สามารถอภิปรายได้ว่า การให้ข้อมูลบริการสุขภาพ ที่ไม่ทั่วถึงและครอบคลุม จะเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลบริการที่สถานบริการจัดให้ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ (California Health Care Foundation, 2000) สอดคล้องกับความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1984) ที่ว่าการรับรู้ข้อมูลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พันณี (2542) ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ไปใช้บริการฝากครรภ์ที่สถาน

บริการสาธารณสุขของหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากไม่เคยรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการฝากครรภ์ของสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้จึงถือว่าเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคล เพราะถ้าปราศจากการรับรู้แล้วบุคคลจะไม่สามารถมีความคิด หรือการเรียนรู้ (ประภาเพ็ญ และสวิง, 2534)

1.3 อุปสรรคด้านระบบการส่งต่อ จากสภาพเกาะที่เป็นพื้นที่พิเศษและอยู่ห่างไกลจากแผ่นดินถึง 80 กิโลเมตร (เยาวนิตย์, 2541) ต้องอาศัยเรือในการเดินทาง และเป็นเกาะที่จังหวัดเปิดให้เป็นสถานที่ท่องเที่ยวปีหนึ่งรับท่องเที่ยวทั้งไทยและต่างประเทศหลายพันคน มีผู้คนเดินทางเข้าออกบนเกาะจำนวนมากทั้งที่เป็นชาวเลที่เป็นคนดั้งเดิม และนักท่องเที่ยวทั่วไป แต่มีสถานบริการสาธารณสุขแห่งเดียว คือ สถานีอนามัยที่เปิดให้บริการ มีบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการ 2 คน เมื่อมีการเจ็บป่วยรุนแรงเกิดขึ้น หรือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรอได้ การจัดให้บริการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยสามารถจัดให้ได้ คือ การช่วยเหลือเบื้องต้น เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านทรัพยากรสาธารณสุข และต้องจัดให้บริการส่งต่อไปยังสถานบริการที่รับการส่งต่อ แต่เนื่องจากสถานีอนามัยขาดแคลนยานพาหนะในการส่งต่อที่ทำให้ต้องผลักภาระให้กับผู้ใช้บริการในการหายานพาหนะในการเดินทางและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปยังสถานบริการเองโดยเสียค่าใช้จ่ายในการส่งต่อ เฉลี่ยประมาณ 2,000-4,500 บาท (ค่าเรือหางยาวประมาณ 1,500-4,000 บาท ค่าเหมารถไปส่งโรงพยาบาลจังหวัด ประมาณ 500 บาท) และถ้าในสภาพภูมิอากาศที่ไม่ใช่ฤดูมรสุมจะมีเรือทัวร์แต่สามารถเดินทางได้ตามระยะเวลาที่ตารางเรือออก คือ ช่วงเช้าก่อน 09.00 น.ใช้เวลาในการเดินทาง 1-4 ชั่วโมง ส่วนนอกเวลาเดินเรือต้องใช้เรือหาปลาขนาดเล็กที่ชาวเลใช้ในการทำประมง ซึ่งใช้เวลาในการเดินเรือประมาณ 5-6 ชั่วโมงในขณะที่ช่วงฤดูมรสุมซึ่งไม่ใช่ฤดูท่องเที่ยวการเดินทางต้องใช้เรือหาปลาขนาดเล็กอย่างเดียวซึ่งใช้เวลาในการเดินเรือประมาณ 7 ชั่วโมง ในขณะที่มาตรฐานระบบการส่งต่อที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) คือ สถานบริการระดับปฐมภูมิจะต้องมียานพาหนะในการส่งต่อในกรณีฉุกเฉินและต้องส่งต่อไปยังสถานบริการที่รับส่งต่ออย่างรวดเร็วภายในเวลา 60 นาที ในขณะเดียวกันการประสานงานระหว่างเครือข่ายสถานบริการที่ต้องจัดให้มีรถรับส่งคนไข้ระหว่างท่าเรือไปยังสถานบริการในเครือข่ายพบว่า ยังเป็นปัญหาเนื่องจากสถานบริการในเครือข่ายไม่สามารถจัดให้รถมาจอดรอรับผู้ป่วยได้นาน เนื่องจากการมีรถ refer ไม่เพียงพอ จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัย การประสานให้สถานบริการในเครือข่ายจัดรถรับส่งผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดเวลาที่แน่นอนในการขึ้นฝั่งได้ขึ้นกับความยากง่ายในการเดินทางด้วยเรือ ซึ่งอาจใช้เวลาน้อยหรือมากกว่า 7 ชั่วโมง ดังนั้นการสื่อสารระหว่างการเดินทางจึงมีความจำเป็นแต่จะจัดการสื่อสารอย่างไรเพื่อให้

เกิดประสิทธิภาพสูงสุดเพราะสภาวะอากาศอาจมีผลต่อการสื่อสาร รูปแบบของการสื่อสารที่ดีควรสามารถติดต่อได้ตลอดเวลา และสะดวกในการพกพา

ดังนั้นถึงแม้ว่าระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจะมีความจำเป็นสำหรับสถานีอนามัยที่อยู่บนเกาะก็ตาม แต่ข้อจำกัดทั้งด้านการขาดแคลนยานพาหนะ และสภาพภูมิศาสตร์กายภาพที่มีผลต่อการเดินทาง ทำให้สถานีอนามัยไม่สามารถจัดให้บริการได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้สตรีชาวเลที่ตั้งครรภ์บางรายที่มีความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพไม่เลือกใช้บริการสุขภาพที่สถานีอนามัย เนื่องจากกลัวว่าเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์จะไปสถานบริการที่รับการส่งต่อไม่ทัน จึงตัดสินใจไปใช้บริการยังสถานบริการที่อยู่นอกชุมชนที่ต้องขึ้นไปบนแผ่นดินล่วงหน้าเพื่อที่จะสามารถเข้าถึงสถานบริการได้ง่ายเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์

2. อุปสรรคด้านทัศนคติของผู้ใช้บริการ

2.1 ความรู้สึกไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางคนในการจัดให้บริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางคนมีพฤติกรรมเลือกปฏิบัติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางคนขาดความรับผิดชอบในการให้บริการสุขภาพ จากข้อมูลพบว่าความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดให้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยจะมีผลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสุขภาพของสตรีชาวเล สตรีชาวเลส่วนใหญ่เลือกใช้บริการสุขภาพกับพยาบาลวิชาชีพเนื่องจากสามารถจัดให้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กได้ครบและครอบคลุมตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดสตรีชาวเลมีการยอมรับในความรู้และความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการจัดให้บริการและตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กกับพยาบาลวิชาชีพมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนไม่สามารถจัดให้บริการทดแทนกรณีที่พยาบาลวิชาชีพติดภาระงานไปราชการบนฝั่งด้วยเหตุผลที่ขาดทักษะความชำนาญในการให้บริการทำให้สตรีชาวเลไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถในการจัดให้บริการ ส่งผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพยังสถานบริการนอกชุมชนเมื่อไม่มีพยาบาลวิชาชีพอยู่ให้บริการ ดังนั้นความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพของสตรีชาวเล และจากการศึกษาปรีดา และแจ่มจรัส (2539) ประชาชนจะมีความรู้สึกพึงพอใจเมื่อผู้ให้บริการมีทักษะและความรู้ความสามารถในการให้บริการและสามารถจัดให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง เพราะทำให้รู้สึกปลอดภัยเมื่อใช้บริการ นอกจากนี้พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Andersen, 1981) ที่ว่าความพึงพอใจต่ออัธยาศัยของผู้ให้บริการจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเลือกใช้สถานบริการของผู้ใช้บริการ จาก

การศึกษาของศิรินารถ (2542) พบว่า ผู้ใช้บริการจะเลือกใช้บริการในสถานบริการที่ผู้ให้บริการใจดี พูดเพราะ ไม่ดุ ดูแลดี ให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

2.2 ทัศนคติด้านเพศของผู้ใช้บริการ การเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นเพศชายทำให้ไม่สะดวกในการไปรับบริการ เนื่องจากความเป็นหญิงชายในสังคมไทย ได้กำหนดให้หญิงต้องเป็นรักนวลสงวนตัว ไม่เปิดเผยเนื้อตัวให้เพศตรงข้ามที่ไม่ใช่สามีเห็น และเรื่องของผดุงครรภ์ในความคิดของสตรีเป็นเรื่องของผู้หญิงดังนั้นผู้ที่ควรจัดให้บริการควรเป็นเจ้าหน้าที่เพศหญิงด้วยกันจึงจะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกสะดวกใจที่จะไปรับบริการ และถ้านับถือศาสนาเดียวกันก็จะยิ่งทำให้สะดวกใจมากยิ่งขึ้น (ศิริวรรณ, 2544; ชาญชัย, สนิท และทิพย์วัลย์, 2544) ดังนั้นความสะดวกในการไปรับบริการกับเจ้าหน้าที่ที่เป็นเพศตรงข้ามจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ใช้บริการที่เป็นเพศหญิง

2.3 ความรู้สึกไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยาในสถานีอนามัย จากข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาของกุศล และวรชัย (2539) วิโรจน์ และคณะ (2539) ว่าทัศนคติของผู้รับบริการต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ ประสิทธิภาพของบริการรวมทั้งความสามารถของเจ้าหน้าที่จะมีผลต่อการยอมรับคุณภาพบริการ

3. อุปสรรคด้านสังคมวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตัดสินใจเลือกใช้บริการได้ด้วยตนเองเนื่องจากมารดาจะเป็นผู้มีอำนาจการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) และหญิงตั้งครรภ์ต้องปฏิบัติตามคำแนะ จากข้อมูลพบว่าอำนาจการตัดสินใจภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมประเพณี หรือบรรทัดฐาน สตรีชาวเลส่วนใหญ่ภายหลังแต่งงานจะอาศัยอยู่ในครอบครัวฝ่ายภรรยา อำนาจการตัดสินใจในครอบครัวส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ใหญ่ภายในครอบครัวฝ่ายหญิง ซึ่งเป็นผู้ใหญ่ภายในบ้านที่สตรีชาวเลและครอบครัวให้ความเคารพนับถือ หญิงตั้งครรภ์มักจะได้รับความเอาใจใส่ดูแลจากมารดาหรือญาติผู้ใหญ่ที่เคารพนับถือ เมื่อต้องการฝากครรภ์หรือเลือกสถานที่ ก็มักจะปรึกษาหรือพูดคุย สอบถามจากมารดาที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร การตัดสินใจจึงขึ้นอยู่กับมารดาที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด ซึ่งเป็นวัฒนธรรมบนพื้นฐานการรับรู้ของตนเอง บุคคลในครอบครัว และบุคคลที่ตนให้ความเคารพนับถือว่าจะให้เลือกหรือปฏิบัติอย่างไร (อิสระ, 2540) ด้วยเหตุนี้หญิงตั้งครรภ์จึงเลือกคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ที่บ้านตามประเพณีปฏิบัติ ซึ่งเป็นเจตคติทางบวกในการคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) จากข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาของอนันต์ และคณะ (2535) พบว่ากลุ่มบุคคลที่มีอิทธิ พลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ให้กับหญิงตั้งครรภ์ คือ ผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในครอบครัว ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่ไม่ค่อยเปิดโอกาสให้ผู้ที่อายุอ่อนวัยกว่าได้มีโอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการด้วย

ตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑิรา, สร้อย และประไพพรรณ (2534) และอนันต์ และคณะ (2535) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์และคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)เนื่องจากตามผู้ใหญ่ ซึ่งมีเจตคติเป็นไปในทางบวกกับการคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) บรรพบุรุษและผู้ใหญ่ยอมรับ มีความสอดคล้องกับหลักศาสนาและวัฒนธรรมในท้องถิ่น

ผลการวิจัย สรุปได้ว่าสตรีชาวเลส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ที่สถานีอนามัยจัดให้ในระยะตั้งครรภ์ และในระยะหลังคลอด เนื่องจากเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ตั้งอยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก เสียค่าใช้จ่ายเฉพาะค่าบริการเพียงบางบริการ ซึ่งสตรีชาวเลส่วนใหญ่มีความสามารถที่จะจ่ายค่าบริการได้ เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปใช้บริการนอกสถานบริการ นอกจากนี้สตรีชาวเลส่วนใหญ่ที่ไปใช้บริการในสถานีอนามัยรู้สึกพอใจในการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพทั้งในเรื่องของพฤติกรรมบริการที่ดี และมีความสามารถในการจัดให้บริการด้านผดุงครรภ์ได้ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ ส่วนในระยะคลอดสตรีชาวเลยังเข้าถึงบริการที่สถานีอนามัยจัดให้น้อย เนื่องจากสตรีชาวเลส่วนใหญ่ยังคงมีความต้องการใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ถึงแม้ว่าจะรับรู้ถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด การคลอดบุตรเสียชีวิต และการคลอดรกติด จากเพื่อนบ้านที่อยู่ในชุมชนก็ตาม แต่สตรีชาวเลส่วนใหญ่ยังคงเชื่อมั่นในการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย)ซึ่งเป็นชาวเลดั้งเดิมและเป็นผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมเดียวกัน ถึงแม้ว่าสตรีชาวเลบนเกาะจะเปิดรับเอาวัฒนธรรมใหม่จากภายนอกเข้ามาโดยดูจากการแต่งกาย เครื่องอำนวยความสะดวกในครัวเรือน แต่สตรีชาวเลก็ยังยึดถือปฏิบัติตามวัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อ และค่านิยมดั้งเดิมอยู่ ไม่ว่าจะเป็นการทำคลอด การดูแลหลังคลอดของชาวเล

นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีชาวเลยังมีความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ที่สตรีชาวเลคิดว่ามีความจำเป็นที่สถานีอนามัยบนเกาะควรจัดให้บริการ คือ ความเพียงพอของบริการที่สอดคล้องกับความต้องการบริการด้านผดุงครรภ์ของสตรีชาวเลในทุกระยะของการตั้งครรภ์ ข้อมูลการจัดบริการที่ทั่วถึงและครอบคลุม และการจัดบริการด้านผดุงครรภ์แบบครบวงจรในสถานีอนามัย และผู้ให้บริการทุกคนควรมีพฤติกรรมบริการที่ดี มีความรู้ความสามารถในการจัดให้บริการด้านผดุงครรภ์แบบเบ็ดเสร็จในสถานีอนามัย และมีเครื่องมือพิเศษในการตรวจครรภ์ มีเตียงและอุปกรณ์การทำคลอดที่เพียงพอ

อุปสรรคที่ทำให้สตรีชาวเลเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ในสถานีอนามัย คือ ความไม่เพียงพอของบริการสุขภาพ การไม่ได้รับรู้ข้อมูลการจัดบริการของสถานีอนามัย และระบบการส่งต่อ ทั้งในเรื่องพาหนะในการส่งต่อ และการประสานระหว่างเครือข่ายสถานบริการ อุปสรรคด้านทัศนคติ คือ ความรู้สึกไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถ

ของเจ้าหน้าที่ในการจัดให้บริการแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ พฤติกรรมบริการที่เลือกปฏิบัติของเจ้าหน้าที่บางคนที่มีต่อผู้มาใช้บริการ การขาดความรับผิดชอบในการจัดให้บริการของเจ้าหน้าที่บางคน ความไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยาใน ทัศนคติด้านเพศ ที่สตรีชาวเลคิดว่าบริการด้านผดุงครรภ์เป็นเรื่องเกี่ยวกับสตรีดังนั้นผู้ที่จัดให้บริการจึงควรเป็นเจ้าหน้าที่เพศหญิง ซึ่งจะทำให้สะดวกต่อการไปใช้บริการเนื่องจากเป็นเพศเดียวกัน และอุปสรรคด้านสังคมวัฒนธรรม การที่สตรีชาวเลไม่เลือกใช้บริการในระยะคลอดที่สถานีอนามัย เนื่องสตรีชาวเลไม่สามารถตัดสินใจเลือกใช้บริการได้ด้วยตนเอง เนื่องจากมารดาจะเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเลือกใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน(หมอตำแย) ให้กับหญิงตั้งครรภ์และหญิงตั้งครรภ์ต้องปฏิบัติตาม

# บทที่ 5

## สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย ของสตรีชาวเล อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล และความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล บนเกาะทางตอนใต้แห่งหนึ่ง ของประเทศไทย โดยเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในรายแรกและใช้เทคนิคการบอกต่อกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลรายแรกกับรายต่อไป โดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จำนวน 15 ราย ดำเนินการวิจัยโดยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการศึกษานำร่อง เพื่อใช้ในการสร้างแนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึก ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ที่มีความชำนาญในเรื่อง การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การพยาบาลสูติศาสตร์ และการวิจัยเชิงคุณภาพ นำแนวคำถามมาปรับปรุงแก้ไข แล้วทำการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2550 และ เดือน ตุลาคม 2550 รวมเวลาทั้งสิ้น 2 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเทป ตรวจสอบเครื่องมือด้วยวิธีตรวจสอบแบบระเบียบวิธีวิทยา (methodological triangulation) โดยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมกับการสัมภาษณ์เจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหา (content analysis)

จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ได้ข้อสรุปของการเข้าถึงและความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย ดังนี้

### *สรุปผลการวิจัย*

#### *1. ข้อมูลทั่วไป*

##### *1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล*

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 15 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 26-30 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ในช่วงฤดูมรสุมจะทำหน้าที่แม่บ้าน ในช่วงฤดูร้อนจะประกอบอาชีพรับจ้างตามรีสอร์ท รองลงมามีธุรกิจ

ส่วนตัว รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปี มากกว่า 50,000 บาท มีจำนวน 5 คน รองลงมามีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 - 30,000 บาท จำนวน 4 คน ส่วนใหญ่รายได้พอใช้จ่าย และมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายในสัดส่วนที่ใกล้เคียง ส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ

*1.2 ข้อมูลการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย*

1. การจัดให้บริการสุขภาพแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในสถานีอนามัย ในช่วงปี พ.ศ. 2511-2548 แบ่งออกเป็น 3 ช่วง

1.1 การจัดบริการสุขภาพแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ ปี พ.ศ. 2511-2536 จัดบริการโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเพศหญิง เป็นคนท้องถิ่น จัดให้บริการผดุงครรภ์ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ สตรีชาวเลสามารถเข้าถึงบริการด้านผดุงครรภ์ได้ทั้ง 3 ระยะ คือ ฝากครรภ์ การทำคลอดปกติที่บ้าน และการดูแลหลังคลอด

1.2 การจัดบริการสุขภาพแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ ปี พ.ศ. 2536-2539 จัดบริการโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเพศชาย เป็นคนนอกพื้นที่ จัดให้บริการด้านผดุงครรภ์ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ โดยระยะคลอดเป็นการจัดให้บริการในกรณีฉุกเฉิน ได้แก่ การคลอดยาก และการคลอดรกติด โดยเป็นการจัดให้บริการร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย กับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) สตรีชาวเลสามารถเข้าถึงบริการด้านผดุงครรภ์ได้ทั้ง 3 ระยะ คือ ฝากครรภ์ การทำคลอดในภาวะแทรกซ้อน และการดูแลหลังคลอด

1.3 การจัดบริการสุขภาพแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ ปี พ.ศ. 2539-2548 จัดบริการโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทั้งเพศหญิงและเพศชาย เป็นคนนอกพื้นที่ จัดให้บริการด้านผดุงครรภ์เฉพาะระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด สตรีชาวเลสามารถเข้าถึงบริการด้านผดุงครรภ์ได้เพียง 2 ระยะ คือ ฝากครรภ์โดยมีข้อจำกัดที่ต้องไปรับเมื่อตั้งครรภ์ 5 เดือนขึ้นไป และการดูแลหลังคลอด

2. การจัดให้บริการสุขภาพแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในสถานีอนามัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จัดบริการโดยพยาบาลวิชาชีพเพศหญิง เป็นคนนอกพื้นที่ จัดให้บริการผดุงครรภ์ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ สตรีชาวเลสามารถเข้าถึงบริการด้านผดุงครรภ์ได้ทั้ง 3 ระยะ คือ ฝากครรภ์ การทำคลอดปกติที่บ้าน และการดูแลหลังคลอด

*1.3 ข้อมูลลักษณะผู้ให้ข้อมูลแบ่งตามประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพแม่และเด็กในสถานีอนามัย*

1. สตรีชาวเลที่ใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย ก่อนปี พ.ศ. 2548 มีการเข้าถึงบริการแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ 2 ระยะ คือ ระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด

2. สตรีชาวเลที่ใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยหลังปี พ.ศ. 2548 หลังมีพยาบาลวิชาชีพลงปฏิบัติงานมีการเข้าถึงบริการแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ 3 ระยะ คือ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3. สตรีชาวเลที่ใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยก่อนและหลังปี พ.ศ. 2548 มีการเข้าถึงบริการแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ 2 ระยะ คือ ระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด

*2. การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล*

*สาเหตุที่ทำให้สตรีชาวเลเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัย มีดังนี้*

1. ใกล้บ้าน เข้าถึงง่าย สะดวกในการเดินทาง ผลการศึกษาพบว่า สตรีชาวเลทุกรายมีการเข้าถึงบริการที่สถานีอนามัยในทุกระยะของการตั้งครรภ์ ดังนี้ สถานีอนามัยอยู่ใกล้บ้าน สามารถเดินทางได้ตามลำพัง การเดินทางส่วนใหญ่สามารถใช้การเดินเท้าได้สะดวก ใช้เวลาในการเดินทางไม่นาน ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

2. สามารถจ่ายค่าบริการได้ ผลการศึกษาพบว่าสตรีชาวเลส่วนใหญ่ ยินดีจ่ายค่าบริการสุขภาพในสถานีอนามัย เนื่องจากเป็นการจ่ายเพียงบางบริการ ได้แก่ ค่าบริการทำคลอด คือ 500-600 บาท ค่าบริการวางแผนครอบครัว คือ 30 บาท โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

3. พอใจพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการ จากผลการศึกษาพบว่า สตรีชาวเลพอใจในพยาบาลวิชาชีพใน 2 ลักษณะ ดังนี้ 1) พอใจการจัดให้บริการด้านผดุงครรภ์ที่ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ และ 2) พอใจในพฤติกรรมบริการที่ดี ได้แก พูดเพราะ บริการดี หน้าตาไม่บูดบึ้ง

4. ผสมผสานการใช้บริการทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและพื้นบ้าน

*3. ความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล*

ผลการศึกษาพบว่า สตรีชาวเลได้เสนอความคิดเห็นถึงความต้องการบริการแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในสถานีอนามัย มี 4 ด้าน ได้แก่

1. ความต้องการด้านบริการ ได้แก่ ความเพียงพอของบริการ บริการด้านผดุงครรภ์ที่ครบทุกระยะของการตั้งครรภ์ในสถานีอนามัย ได้แก่ บริการฝากครรภ์ ทำคลอดและดูแลหลังคลอด และประชาสัมพันธ์การจัดบริการสุขภาพ

2. ความต้องการด้านเจ้าหน้าที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความสามารถในการจัดบริการแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ และมีพฤติกรรมบริการที่ดี คือ พูดเพราะ บริการดี ไม่ทำหน้าตาบูดบึ้ง

3. ความต้องการพาหนะในการส่งต่อ ได้แก่ เรือที่ใช้ส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการในเครือข่าย

4. ความต้องการด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ เครื่องอัลตร้าซาวน์ เครื่องมือที่ใช้ตรวจฟังหัวใจทารกในครรภ์ เตียงทำคลอด และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการทำคลอดเพียงพอ

*4. อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล*

ผลการศึกษาพบว่า อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเลในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด มี 3 ด้าน ได้แก่

1. อุปสรรคด้านบริการ ได้แก่ ความไม่เพียงพอของบริการสุขภาพ ไม่ได้รับรู้ข้อมูลการจัดบริการสุขภาพของสถานีอนามัย และระบบการส่งต่อ ได้แก่ พาหนะในการส่งต่อ และการประสานระหว่างเครือข่าย

2. อุปสรรคด้านทัศนคติ ได้แก่ 1) ไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถในการจัดบริการด้านผดุงครรภ์ของเจ้าหน้าที่ และ 2) ไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยาในสถานีอนามัย และ 3) ทัศนคติด้านเพศ ที่สตรีชาวเลคิดว่าบริการด้านผดุงครรภ์เป็นเรื่องของสตรีดังนั้นผู้จัดให้บริการจึงควรเป็นเพศหญิง

3. อุปสรรคด้านสังคมวัฒนธรรม คือ การที่สตรีชาวเลไม่เลือกใช้บริการทำคลอดในสถานีอนามัย เนื่องจากมารดาเป็นผู้มีอำนาจการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการทำคลอดกับโต๊ะบิดัน (หมอตำแย) และหญิงตั้งครรภ์ต้องปฏิบัติตาม

*ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้*

จากผลการศึกษาผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัดควรกำหนดเป็นนโยบายและแผนงาน

1. ด้านกำลังคน

1.1 การจัดเจ้าหน้าที่ที่จะลงไปปฏิบัติงานในสถานีอนามัยที่เป็นพื้นที่พิเศษต้องคัดเลือกเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในการจัดบริการด้านผดุงครรภ์แบบครบวงจรที่ต่อเนื่องและ

สม่ำเสมอ และมีประสิทธิภาพ ได้แก่ บริการฝากครรภ์ บริการทำคลอดปกติ และบริการดูแลหลังคลอด

1.2 จัดให้มีพยาบาลที่จบด้านผดุงครรภ์ หรือพยาบาลวิชาชีพ ลงปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษ เพื่อให้การจัดบริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งหากเป็นไปได้ควรเป็นเจ้าหน้าที่เพศหญิงที่ลงไปจัดให้บริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ในพื้นที่เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ที่ยังให้ความสำคัญกับเพศของผู้ให้บริการ

2. เชื่อมโยงเครือข่าย ระหว่างสถานีอนามัยกับโต๊ะบิดัน โดยพัฒนาศักยภาพของโต๊ะบิดันในการจัดให้บริการอนามัยแม่และเด็กด้านผดุงครรภ์ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย

3. ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ พาหนะในการส่งต่อ และการสื่อสาร

4. จัดเครื่องมือพิเศษตามความจำเป็นสำหรับพื้นที่พิเศษ ได้แก่ เครื่องตรวจฟังหัวใจทารกในครรภ์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้สำหรับประเมินทารกในครรภ์ได้และสามารถวางแผนในการให้การดูแลได้อย่างทันท่วงทีหากมีภาวะแทรกซ้อน

5. มีระบบการให้คำปรึกษา (Consultant) ผ่าน Telecom Conference ในพื้นที่พิเศษเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

*ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป*

1. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพของสถานบริการในชุมชนที่พึงประสงค์ โดยความร่วมมือของชาวเลในชุมชน ผู้ให้บริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนที่เป็นชนกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สถานบริการจัดให้ได้อย่างทั่วถึง

2. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในส่วนของผู้ให้บริการสุขภาพในเรื่องบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพในสถานบริการระดับปฐมภูมิที่อยู่บนเกาะพิเศษ คือ เป็นสถานที่ท่องเที่ยวการจัดให้บริการทั้งในช่วงที่ไม่ใช่ฤดูกาลท่องเที่ยวและการช่วงที่เป็นฤดูกาลท่องเที่ยวมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานมีอะไรบ้าง

# บรรณานุกรม


กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2549). สถิติเกาะทั่วราชอาณาจักร. Retrieved March 20, 2008, from http://www.dopa.go.th/dopanew/stat/works/work_5.html

กรมอนามัย. (2545). เป้าหมายงานอนามัยแม่และเด็กในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (2545-2549). 25/4/2550, from http://www.anamai.moph.gp.th/meh.htm.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *มาตรฐานสถานีอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ*. กรุงเทพฯ: บริษัท บุญศิริการพิมพ์ จำกัด.

กรรณิการ์ พรมเสาร์ และสรรสิริ อินจัน. (2540). *การแพทย์พื้นบ้านกับการดูแลสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2547). สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.

กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย. (2539). *ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2545). *วิถีชุมชน คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผลและสนุก*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.

เฉลิมพล ตันสกุล. (2538). *พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ และคณะ. (2531). *โครงการสาธารณสุขมูลฐาน บทความประกอบการเสวนาสภากาแฟ ครั้งที่ 1 เรื่อง การวิเคราะห์งานสาธารณสุขมูลฐานของ JUC*. กลุ่มสังคมศาสตร์สาธารณสุข. ม.ป.ท.; ม.ป.พ.

ทวีศักดิ์ สูทกวาทิน. (2544). *การปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการประกันสุขภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ทีพี เอ็น เพรส.

ทัศนวลัย จารณศรี. (2539). *แนวทางการปรับปรุงระบบการให้บริการสาธารณสุขในเขตเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิชาการวางแผนภาคและเมือง บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนีย์ ศิลปะบุตร. (2536). *รูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยในโครงการพัฒนาบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข ในส่วนภูมิภาค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาระบบศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกบริการ

สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธรา วิริยะพานิช และคณะ. (2527). *พฤติกรรมการกินของหญิงตั้งครรภ์ให้นมบุตรและการเลี้ยงดูทารกในชนบท จังหวัดอุบลราชธานี*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.

นงพรรณ พิริยานุพงศ์ และคณะ. (2535). *พฤติกรรมการดูแลตนเองเชิงพื้นบ้านด้านอนามัยแม่และเด็กภาคใต้ของประเทศไทย*. รายงานการวิจัย. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน, นครศรีธรรมราช.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2534). *พฤติกรรมสุขภาพ*; เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ปราณี พงศ์ไพบูลย์. (2539). *การพยาบาลหญิงระยะหลังคลอด*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พันณี ขันติกาโร. (2542). *ประสบการณ์การดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์มุสลิมที่ไม่ฝากครรภ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พิชัย พวงแก้ว. (2547). *ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเอง ของภาคประชาชนในอำเภอสทิงพระจังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. (2530). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของชาวชนบท: กรณีศึกษาหมู่บ้าน 2 แห่งในภาคอีสาน*. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. (2540). *การแพทย์แผนไทย สายใยแห่งชีวิตและวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

มันทนา ประทีปะเสน และคณะ. (2542ก). *รายงานการประเมินผลงานบริการสาธารณสุขระดับตำบล*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เยาวนิตย์ ศรีละมุล. (2541). *ศึกษาวัฒนธรรมเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของชาวเลบนเกาะหลีเป๊ะ ตำบลเกาะสาหร่าย อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล*. ปริญญานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยทักษิณ

ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพฯ: บริษัทนานมีบุ๊คส์ พับลิเคชั่นส์ จำกัด.

ลีนา ตังกนะภัคย์. (2535). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้านและแบบสมัยใหม่ของมารดาไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้*.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ละม่อม โขมพัฒน์. (2536). *ความเชื่อพื้นบ้านเกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็กของสตรีไทยมุสลิมใน 4 จังหวัดภาคใต้*. วิทยาศาสตร์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สมชาย สุขสิริเสรีกุล. (2539). ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ, *วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์*, 14 (2), 82-117.

สมทรง ณ นคร และคณะ. (2536). *รายงานการวิจัย เรื่อง การประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านบริการสาธารณสุขของชาวชนบทจังหวัดขอนแก่น*: วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เสาวภา พรสิริพงษ์, พรทิพย์ อุศุภรัตน์ และ เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. (2539). *การศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน พ่อใหญ่แคน ลาวงศ์*. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2544). *บริการปฐมภูมิ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ บริการสุขภาพ*. นนทบุรี.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2549). *รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธ์*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สุนันทา พงศ์ไพบูลย์ และสุนันท์ ศรีวิรัตน์. (2539). *ปัจจัยทางประชากรและสังคมที่มีสุขภาพและความสัมพันธ์ต่อการได้รับบริการอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดสงขลา*. รายงานการวิจัย. งานส่งเสริมรักษาพยาบาลกลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2542ข). *รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป (เล่มที่ 2) รูปแบบและกระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป/บริการปฐมภูมิในเขตเมืองและเขตชนบทในพื้นที่ต่างๆ*. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

สำเริง แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ. (2545). *ศูนย์สุขภาพชุมชน: หนทางสู่ระบบบริการ*

*สุขภาพที่พึงประสงค์*. กรุงเทพฯ: บริษัทแสงโชคมาเก็ตติ้ง จำกัด.

วรรณศรี สาเสน. (2543). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการมาโรงพยาบาล ของผู้ที่มีกับการสิทธิบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลและบัตรประกันสุขภาพที่เลือกขึ้นทะเบียนสถานีอนามัยในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

วันเต็ม สังข์ขาว. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของมารดาวัยรุ่นมุสลิม จังหวัดนราธิวาส*. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2539). *ทุกข์ สมุทัยในระบบสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพคนไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ศิรินารถ ศรีกาญจนเพริศ. (2542). *ความเป็นห่วงเกี่ยวกับการคลอดบุตรและการปฏิบัติตนของสตรีตั้งครรภ์ในระยะใกล้คลอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. สนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

อนนท์ รักดี. (2546). *พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์ไทย ในจังหวัดปัตตานี*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์เพื่อแผนพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ปัตตานี.

อนันต์ สุไลมาน และคณะ. (2535). *ความรู้ ความคิดเห็น และพฤติกรรมด้านการฝากครรภ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล ผดุงครรภ์โบราณ และมารดาในจังหวัดชายแดนภาคใต้*. รายงานการวิจัย. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12, ยะลา.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2540). *สานความหวังสู่ความเป็นเลิศของโรงพยาบาลรัฐ: การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อความอยู่รอดของบริการสุขภาพในภาครัฐ*. กรุงเทพฯ: กองโรงพยาบาลภูมิภาค.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และ จิรุตต์ ศิริรัตนบัลล์. (2543). *คุณภาพของระบบบริการ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เอื้อมพร ทองกระจาย. (2532). *การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบาย และยุทธวิธีเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข ในยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษา

นโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อาภรณ์ อุกฤษณ์. (2535). พิธีลอยเรือ: ภาพสะท้อนสังคมและวัฒนธรรมของชาวเล กรณีศึกษาชุมชนชาวเล บ้านหัวแหลมเกาะลันตา จังหวัดกระบี่. *วารสารทางวิชาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทโรฒ ภาคใต้*, 6(1), 42-55.

อาภรณ์ อุกฤษณ์. (2546). *แผนที่ภูมินิทัศน์ภาคใต้: ฐานเศรษฐกิจและทุนวัฒนธรรม*.

อารี วัลยะเสวี และคณะ. (2542). *(ร่าง) รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษ*. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกทคีมทอง.

อารีรัตน์ สิริวณิชชัย. (2542). *ประสบการณ์การดูแลตนเองหลังคลอดของหญิงมุสลิมที่คลอดกับผดุงครรภ์โบราณ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

Aday, L.A., & Andersen, R. (1981). “Equity of access to Medical Care: A Conceptual and Empirical Overview”. *Medical care*, XIX (12), 4-27.

Baldwin S. (1998). Needs assessment and community care: clinical practice and policy making. Oxford, Butterworth-Heinemann.

Blazen, Dan G., et al. (1995). Health services access and use among older adults in North Carolina urban vs rural residents, *American Journal of Public Health*, 85 (October 1995), 1384-1390.

Bradshaw J. (1972). The contextualization and measurement of need: a social policy perspective. Researching the People’s Health. London.

California Health Care Foundation. (2000). Improving Oral Health Care Systems in for the California: A Report of the California Dental Access Project, *The Center for the Health Profession*: 3/3-3/4.

Chrisman, N.J. and Klienman, A. (1983). Popular Health Care. Social Networks, and Cultural Meaning (ED) Handbook of Health, Health Care, and the Health Profession. New York: The Free Press.

Danel, I., Berg, C., & Atrach, H. (1998). Pregnancy in the USA: Risks are higher for some woman. *World Health*, 51(1), January-February, 20-21.

Gochman, David S. (1988). Health Behavior: Emerging Research Perspectives. Plenum Press, New York.

Green LW, Kreuter MW. (1991). Health promotion planning: an educational and environmental approach. 2 nd edition CA: Mayfield, Mountain View.

Hayward, R.A., et al. (1991). Regular source amputation care and access to health service. *American Journal of Public Health*, 81 (April 1991), 753-756.

Howie, John G.R., et al. (1999). Quality at general practice consultation cross sectional survey. *British Medicine Journal*, 319 (18 September 1999), 738-743.

Kleinman, A. Patients and Healers in the cortex of culture. London: University of California Press. 1980

Maesneer J.D. and Willem S. (2000). Accessibility of health care. (online) available URL http://allserv.rug.ac.be/~apeleman/huisartsgeneeskunde%20Folder

OECD. (2000). *Labour Market and Social Policy-Occasional Paper N$^{0}$ 47 Performance Measurement and Performance Management in OECD Health System*. Paris: CEDEX 16.

Orem, D.E. (1985). *Nursing concepts of practice*. (3$^{rd}$ed.). New York: Mc Grow – Hill. Company.

Orem, D.E. (1995). Nursing concepts of practice. (5 $^{th}$ ed.). St. Louis: Mosby Year Book.

Persinger, G. (2000). "*Pharmaceutical Beafits under State Medical Assistance Programs*", (online) available URL http//:www.npcnow.org/pdf/assistpro/appendixe.pdf

Penchansky and Thomas. (1981).The concept of access : Definition and relationship to consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127 – 140.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Rosen, R., Florin, D. and Dixon, J. (2001). Access to Health Care – Taking Forward the Finding from the Scoping Exercise. Report of a rapid appraisal of stakeholder views and review of existing literature for the Management Board of the National Coordinating Centre for NHS service Delivery and Organisation, London.

Ru-Yan, P. (1998). Safe motherhood action in China. *World Health*, 51(1), January-February, 22-23.

Senanayake, P. (1998). Safe motherhood: a success story in Sri Lanka. *World Health*, 51(1),

January-February, 28-29.

Staarfield, B. (1993). “Provision and financing of health care in the US.” In Holland, W.W., Detels, R and Know, G. *Oxford Textbook of Public Health*, 2(1), 295-306.

WHO. (1978). Primary health care Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, 6-12 September 1978 Geneva: WHO. Health Profession: 3/3-3/4. San Francisco.

Young. J.C. (1981). Medical Choice in a Mexican Village. New Brunswick: Rutgers University Press.

# ภาคผนวก

# ภาคผนวก ก

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิสระมาลัย
   ภาควิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่
2. นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ
   ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา
3. รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ตติ
   ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม
4. รองศาสตราจารย์ สุรีย์พร กฤษเจริญกจ์
   ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต
   ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่

# ภาคผนวก ข

## การพิทักษ์สิทธิของผู้ที่เข้าร่วมวิจัย

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
เรียน ผู้ร่วมวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวจิตติมา อร่ามศรีธรรม นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ กำลังทำการศึกษาวิทยานิพนธ์เรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีในสถานีอนามัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีในสถานีอนามัย ตลอดจนศึกษาปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีในสถานีอนามัย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ตอบแบบสอบถามในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์มากสำหรับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กสำหรับสตรี ที่อาศัยอยู่บนเกาะ

ในการทำวิจัยครั้งนี้ดิฉัน จะมาเก็บข้อมูลจากท่านโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสังเกต และการบันทึกข้อมูลต่างๆของท่านที่ได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ แต่การสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทุกประเด็นจำเป็นต้องใช้การสัมภาษณ์อย่างน้อย 2-3 ครั้ง ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที ซึ่งท่านสามารถนัดเวลา และสถานที่ที่จะพูดคุยได้อย่างสะดวก ขณะสัมภาษณ์ท่านสามารถซักถามได้ตลอดเวลาหากมีข้อสงสัยโดยดิฉันยินดีตอบคำถามท่านตลอดเวลาที่ทำการศึกษา และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และหากท่านไม่ประสงค์ออกนามก็จะปกปิดชื่อของท่านและใช้นามสมมติแทน โดยทั้งนี้จะไม่มีการนำเสนอข้อมูลที่จะเชื่อมโยงในการทำความเสียหายหรือเป็นอันตรายแก่ท่าน และการนำเสนอผลงานวิจัยในครั้งนี้ข้าพเจ้าจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น แต่ถ้าท่านไม่สบายใจหรือไม่อยากเข้ารวมวิจัยท่านสามารถยกเลิกการเข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา

ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือ

ลงชื่อ.....วันที่..... ลงชื่อ.....วันที่.....
( ) ผู้ร่วมวิจัย (นางสาวจิตติมา อร่ามศรีธรรม) ผู้วิจัย

# ภาคผนวก ค

## แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์เจาะลึก
## การวิจัยเรื่อง การเข้าถึงและความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานีอนามัยของสตรีชาวเล บนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย

**ชื่อผู้ให้ข้อมูล(นามสมมุติ).....ID No.....**
**วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ครั้งที่.....สถานที่.....**
***ส่วนที่* 1 เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปสำหรับสตรีชาวเล**

1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา.....
3. อาชีพ.....
4. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปี.....
5. สถานภาพทางการเงิน(พอใช้/ไม่พอใช้).....มีวิธีการอย่างไร.....
6. โรคประจำตัว(ประวัติการเจ็บป่วย).....
7. ลักษณะครอบครัว.....จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
8. ความสัมพันธ์ของครอบครัวเป็นอย่างไร.....
9. สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล.....
10. จำนวนบุตร.....คน บุตรคนสุดท้องอายุ.....ปี
11. เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ไปรับการรักษาที่ใดบ้าง.....เพราะเหตุใด.....
12. ในครอบครัวใครมีบทบาทสำคัญในการเลือกใช้บริการสุขภาพ.....
13. ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านท่านไปสถานีอนามัย…….
14. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านท่านไปยังสถานีอนามัย…….

## *ส่วนที่ 2* ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอด ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

| No | ครรภ์ที่ | บุคคล/สถานที่ที่ฝากครรภ์ | อายุครรภ์เมื่อเริ่มฝากครรภ์ (สัปดาห์) | อาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ | บุคคล/สถานที่คลอด | ลักษณะการคลอด | อาการผิดปกติขณะคลอด/หลังคลอด | การดูแลหลังคลอด | ความรู้สึกต่อการคลอด/การดูแล |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

## *ส่วนที่ 3* ข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความต้องการบริการสุขภาพ และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

*1. ข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด*

<u>ระยะตั้งครรภ์</u>

1. ท่านมีสิทธิหลักประกันสุขภาพหรือไม่อย่างไร และท่านรับรู้สิทธินั้นได้อย่างไร และท่านไปรับบริการที่สถานบริการใดเมื่อไม่สบาย ท่านรู้สึกอย่างไรกับบริการที่ได้รับ ทำไมจึงคิดเช่นนั้น ลองเล่าประสบการณ์ให้ฟัง
2. ท่านเคยไปใช้บริการฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยจัดบริการให้หรือไม่ อย่างไร สถานีอนามัยจัดบริการสุขภาพอย่างไร (อธิบายขั้นตอนการให้บริการและการรับบริการ) ให้แก่ท่านในระยะตั้งครรภ์ และให้คำแนะนำอะไรบ้าง เป็นอย่างไร และท่านรู้สึกอย่างไร ช่วยเล่าประสบการณ์

3. กรณีฉุกเฉินหรือมีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ทางสถานีอนามัยจัดบริการอะไรบ้าง และจัดอย่างไรให้แก่ท่าน ช่วยเล่าประสบการณ์
4. ท่านได้รับคำแนะนำอะไรบ้างจากเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัย ท่านรู้สึกอย่างไร
5. ท่านไปรับบริการในระยะตั้งครรภ์ที่สถานีอนามัยเวลาใด และเวลาที่สถานีอนามัยจัดให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์เป็นเวลาใด และแต่ละครั้งใช้เวลาเท่าไหร่ ท่านรู้สึกอย่างไรกับเวลาที่เปิดให้บริการ (รวมถึงกรณีที่ผู้รับบริการไปไม่ตรงตามวันที่กำหนดให้บริการและคุณต้องการไปรับบริการ)
6. กรณีฉุกเฉินท่านไปรับบริการที่ใด มีวิธีการอย่างไร
7. ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการมารับบริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์แต่ละครั้งหรือไม่อย่างไร เป็นจำนวนเงินเท่าไหร่ ท่านคิดเห็นอย่างไร
8. บริการสุขภาพที่ได้รับจากสถานีอนามัยท่านพอใจหรือ ไม่อย่างไร เพราะเหตุใด

<u>ระยะคลอด</u>

1. สถานีอนามัยจัดบริการสุขภาพอะไรบ้างแก่ท่านในระยะคลอด
2. สถานีอนามัยจัดบริการสุขภาพอย่างไร(อธิบายขั้นตอนการให้บริการและการรับบริการ) ให้แก่ท่านในระยะคลอด และท่านรู้สึกอย่างไร ช่วยเล่าประสบการณ์
3. กรณีฉุกเฉินหรือมีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดทางสถานีอนามัยจัดบริการ อะไรบ้างและจัดอย่างไรให้แก่ท่าน ช่วยเล่าประสบการณ์
4. ท่านได้รับคำแนะนำอะไรบ้างจากเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัย ท่านรู้สึกอย่างไร
5. ท่านไปรับบริการในระยะคลอดที่สถานีอนามัยเวลาใด มีวิธีการอย่างไร และเวลาที่สถานีอนามัยจัดให้บริการแก่ท่านเป็นเวลาใด และแต่ละครั้งใช้เวลาเท่าไหร่ ท่านรู้สึกอย่างไรกับเวลาที่เปิดให้บริการ (รวมถึงกรณีที่ผู้รับบริการไปไม่ตรงตามวันที่กำหนดให้บริการและคุณต้องการไปรับบริการ)
6. กรณีฉุกเฉินท่านไปรับบริการที่ใด มีวิธีการอย่างไร
7. ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการมารับบริการสุขภาพในระยะคลอดหรือไม่อย่างไร เป็นจำนวนเงินเท่าไหร่ ท่านคิดเห็นอย่างไร
8. บริการสุขภาพที่ได้รับจากสถานีอนามัยท่านพอใจหรือ ไม่อย่างไร เพราะเหตุใด

<u>ระยะหลังคลอด</u>

1. สถานีอนามัยจัดบริการสุขภาพอะไรบ้างแก่ท่านในระยะหลังคลอด

2. สถานีอนามัยจัดบริการสุขภาพอย่างไร (อธิบายขั้นตอนการให้บริการและรับบริการ) ให้แก่ท่านในระยะหลังคลอด และท่านรู้สึกอย่างไร
3. กรณีฉุกเฉินหรือมีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดทางสถานีอนามัยมีการจัดบริการอะไรบ้าง และจัดอย่างไรให้แก่ท่าน ช่วยเล่าประสบการณ์
4. ท่านได้รับคำแนะนำอะไรบ้างจากเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัย ท่านรู้สึกอย่างไร
5. ท่านไปรับบริการในระยะหลังคลอดที่สถานีอนามัยเวลาใด มีวิธีการอย่างไร และเวลาที่สถานีอนามัยจัดให้บริการแก่ท่านเป็นเวลาใด และแต่ครั้งใช้เวลาเท่าไหร่ ท่านรู้สึกอย่างไรกับเวลาที่ให้บริการ (รวมถึงกรณีที่ผู้รับบริการไปไม่ตรงตามวันที่กำหนดให้บริการและคุณต้องการไปรับบริการ)
6. กรณีฉุกเฉินท่านไปรับบริการที่ใด มีวิธีการอย่างไร
7. ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการมารับบริการสุขภาพในระยะหลังคลอดหรือไม่อย่างไร เป็นจำนวนเงินเท่าไหร่ ท่านคิดเห็นอย่างไร
8. บริการสุขภาพที่ได้รับจากสถานีอนามัยท่านพอใจหรือ ไม่อย่างไร เพราะเหตุใด

*2. อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด*

<u>ระยะตั้งครรภ์</u>

1. ในการมารับบริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด ของท่านมีปัญหาหรืออุปสรรคในการมารับบริการอะไรบ้าง
2. ท่านต้องการให้มีการจัดบริการอย่างไร เพราะเหตุใด
3. ใครควรเป็นผู้จัดบริการนั้น เพราะอะไร

<u>ระยะคลอด</u>

1. ในการมารับบริการสุขภาพในระยะระยะคลอด ของท่านมีปัญหาหรืออุปสรรคในการมารับบริการอะไรบ้าง
2. ท่านต้องการให้มีการจัดบริการอย่างไร เพราะเหตุใด
3. ใครควรเป็นผู้จัดบริการนั้น เพราะอะไร

ระยะหลังคลอด

1. ในการมารับบริการสุขภาพในระยะหลังคลอด ของท่านมีปัญหาหรืออุปสรรคในการมารับบริการอะไรบ้าง
2. ท่านต้องการให้มีการจัดบริการอย่างไร เพราะเหตุใด
3. ใครควรเป็นผู้จัดบริการนั้น เพราะอะไร

*3. ข้อมูลความต้องการบริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด*

ระยะตั้งครรภ์

1. ใครมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่เด็กในระยะตั้งครรภ์ และมีความสัมพันธ์อย่างไรในครอบครัว
2. ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์อย่างไร เพราะเหตุใด ทำไมจึงเชื่อเช่นนั้น
3. อยากให้คุณเล่าว่าเมื่อคุณเริ่มตั้งครรภ์คุณคิดหรือนึกถึงอะไร แล้วคุณทำอย่างไร
4. คุณมีวิธีการดูแลสุขภาพอย่างไรในแต่ละระยะตั้งครรภ์ ทำไมจึงมีการดูแลอย่างนั้น แล้วใครมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพนั้น
5. คุณเลือกที่จะไปรับบริการที่ใดในช่วงระยะตั้งครรภ์ เพราะเหตุใด คุณรู้สึกอย่างไรกับบริการที่ได้รับ บริการที่ได้รับเป็นอย่างไร
6. คุณเคยได้รับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ จากใคร แล้วมีการรับรู้อย่างไรบ้าง แล้วคุณรู้สึกอย่างไร
7. คุณต้องการให้สถานบริการของรัฐจัดบริการอะไรบ้างให้แก่คุณ เพราะอะไร ทำไมถึงคิดเช่นนั้น

ระยะคลอด

1. ใครมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่เด็กในระยะคลอด และมีความสัมพันธ์อย่างไรในครอบครัว
2. ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระยะคลอดอย่างไร เพราะเหตุใด ทำไมจึงเชื่อเช่นนั้น
3. อยากให้คุณเล่าว่าเมื่อคุณเริ่มตั้งครรภ์คุณคิดหรือนึกถึงอะไร แล้วคุณทำอย่างไร

4. คุณมีวิธีการดูแลสุขภาพอย่างไรในแต่ละระยะหลังคลอด ทำไมจึงมีการดูแลอย่างนั้น แล้วใครมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพนั้น
5. คุณเลือกที่จะไปรับบริการที่ใดในช่วงระยะคลอด เพราะเหตุใด คุณรู้สึกอย่างไรกับบริการที่ได้รับ บริการที่ได้รับเป็นอย่างไร
6. คุณเคยได้รับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพในระยะระยะคลอด จากใคร แล้วมีการรับรู้อย่างไรบ้าง แล้วคุณรู้สึกอย่างไร
7. คุณต้องการให้สถานบริการของรัฐจัดบริการอะไรบ้างให้แก่คุณ เพราะอะไร ทำไมถึงคิดเช่นนั้น

<u>ระยะหลังคลอด</u>

1. ใครมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพด้านอนามัยแม่เด็กในระยะหลังคลอด และมีความสัมพันธ์อย่างไรในครอบครัว
2. ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระยะหลังคลอดอย่างไร เพราะเหตุใด ทำไมจึงเชื่อเช่นนั้น
3. อยากให้คุณเล่าว่าเมื่อคุณเริ่มตั้งครรภ์คุณคิดหรือนึกถึงอะไร แล้วคุณทำอย่างไร
4. คุณมีวิธีการดูแลสุขภาพอย่างไรในแต่ละระยะหลังคลอด ทำไมจึงมีการดูแลอย่างนั้น แล้วใครมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพนั้น
5. คุณเลือกที่จะไปรับบริการที่ใดในช่วงระยะหลังคลอด เพราะเหตุใด คุณรู้สึกอย่างไรกับบริการที่ได้รับ บริการที่ได้รับเป็นอย่างไร
6. คุณเคยได้รับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพในระยะหลังคลอด จากใคร แล้วมีการรับรู้อย่างไรบ้าง แล้วคุณรู้สึกอย่างไร
7. คุณต้องการให้สถานบริการของรัฐจัดบริการอะไรบ้างให้แก่คุณ เพราะอะไร ทำไมถึงคิดเช่นนั้น

## ภาคผนวก ง

## ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ตาราง 3

*ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน*

| คนที่ | อายุมารดา | อายุบุตร(ปี) | ครรภ์ที่ | บุคคล/สถานที่ฝากครรภ์ | อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ (เดือน) | อาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ | บุคคล/สถานที่คลอด | ลักษณะการคลอด | อาการผิดปกติขณะคลอด/หลังคลอด |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a01 | 20 | 6 | 1 | สอ. | 4 | ไม่มี | รพ. | ปกติ | ไม่มี |
| a01 | 20 | 1/12 | 2 | สอ. | 3 | มีมูกเลือดออก | ผดบ. | ปกติ | ท่าก้น |
| a02 | 17 | 5/12 | 1 | สอ. | 2 | ไม่มี | สอ. | ปกติ | ไม่มี |
| a03 | 21 | 1/12 | 1 | คลินิก | 3 | คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง | รพ. | ผ่าท้อง | ท่าก้น |
| a04 | 29 | 4 | 1 | สอ. | 5 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | ไม่มี |
| a04 | 29 | 6 | 2 | สอ. | 5 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | ไม่มี |
| a05 | 31 | 12 | 1 | สอ. | 3 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | ไม่มี |
| a05 | 31 | 7 | 2 | สอ. | 3 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | ไม่มี |
| a05 | 31 | 1/12 | 3 | สอ. | 2 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | ตกเลือดหลังคลอด |

ตาราง 3 (ต่อ)

| คนที่ | อายุมารดา | อายุบุตร(ปี) | ครรภ์ที่ | บุคคล/สถานที่ฝากครรภ์ | อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ (เดือน) | อาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ | บุคคล/สถานที่คลอด | ลักษณะการคลอด | อาการผิดปกติขณะคลอด/หลังคลอด |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a06 | 27 | 5 | 1 | สอ. | 2 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | คลอดยาก |
| a06 | 27 | 0 | 2 | สอ. | 3 | แท้ง | รพ. | ขูดมดลูก | ไม่มี |
| a06 | 27 | 1/12 | 3 | สอ. | 3 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | คลอดยาก/ติดเชื้อหลังคลอด |
| a07 | 36 | 12 | 1 | เยอรมัน | 2 | ไม่มี | รพ. | ปกติ | ไม่มี |
| a07 | 36 | 8 | 2 | รพ. | 2 | ไม่มี | รพ. | ปกติ | ไม่มี |
| a07 | 36 | 3 | 3 | รพ. | 1 | ไม่มี | รพ. | ปกติ | ไม่มี |
| a08 | 35 | 16 | 1 | รพ. | จำไม่ได้ | ไม่มี | รพ. | ปกติ | ไม่มี |
| a08 | 35 | 10 | 2 | ไม่ฝากครรภ์ | ไม่ฝากครรภ์ | ไม่มี | รพ. | ปกติ | ไม่มี |
| a08 | 35 | 6 | 3 | สอ. | 3 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | ไม่มี |
| a08 | 35 | 2 | 4 | สอ. | 3 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | ไม่มี |
| a08 | 35 | กำลังตั้งครรภ์ 5 ด | 5 | ไม่ฝากครรภ์ | ไม่ฝากครรภ์ | ไม่มี | - | - | - |
| a09 | 16 | 1/12 | 1 | สอ. | 4 | ไม่มี | สอ. | ปกติ | ไม่มี |

ตาราง 3 (ต่อ)

| คนที่ | อายุมารดา | อายุบุตร(ปี) | ครรภ์ที่ | บุคคล/สถานที่ฝากครรภ์ | อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ (เดือน) | อาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ | บุคคล/สถานที่คลอด | ลักษณะการคลอด | อาการผิดปกติขณะคลอด/หลังคลอด |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a10 | 30 | 7 | 1 | สอ.+คลินิก | 6 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | ไม่มี |
| a10 | 30 | 0 | 2 | สอ.+คลินิก | 7 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | ท่าเท้านำ+เสียชีวิต |
| a11 | 22 | 9/12 | 1 | คลินิก | 6 | นิ่วในท่อปัสสาวะ | แพทย์ | ผ่าท้อง | น้ำคร่ำแห้ง |
| a12 | 30 | 14 | 1 | สอ. | 3 | คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง | ผดบ. | ปกติ | ไม่มี |
| a12 | 30 | 6 | 2 | สอ. | 3 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | ไม่มี |
| a12 | 30 | 4 | 3 | สอ. | 3 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | ไม่มี |
| a12 | 30 | 1/12 | 4 | สอ. | 3 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | ไม่มี |
| p01 | 19 | 0 | 1 | ไม่ฝากครรภ์ | ไม่ฝากครรภ์ | ท้องนอกมดลูก | รพ. | ผ่าท้อง | ไม่มี |
| p02 | 26 | 10 | 1 | สอ. | 6 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | ไม่มี |
| p02 | 26 | 0 | 2 | ไม่ฝากครรภ์ | ไม่ฝากครรภ์ | แท้ง | - | - | - |
| p02 | 26 | 6 | 3 | สอ. | 6 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | รกติด |
| p03 | 42 | 23 | 1 | สอ. | 5 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | ไม่มี |
| p03 | 42 | 20 | 2 | สอ. | 5 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | ไม่มี |
| p03 | 42 | 14 | 3 | คลินิก | 5 | ไม่มี | ผดบ. | ปกติ | รกติด+ปีกมดลูกอักเสบ |

# ภาคผนวก จ

## ข้อมูลการรับรู้การจัดบริการตามสถานบริการที่สตรีเลือกใช้บริการอนามัยแม่และเด็ก

ตาราง 4

*สรุปกิจกรรมบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กจำแนกตามระยะตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดของสถานบริการตามการรับรู้ของสตรีชาวเลที่เลือกใช้บริการ*

| กิจกรรมบริการ | สถานบริการในชุมชน | | | สถานบริการนอกชุมชน | |
|---|---|---|---|---|---|
| | แพทย์พื้นบ้าน | ผดบ. | สอ. | รพ. | คลินิก |
| **1.ระยะตั้งครรภ์** | | | | | |
| ***ตรวจการตั้งครรภ์*** | | | | | |
| -ตรวจปัสสาวะ | - | - | / | / | / |
| -อัลตร้าซาวด์ | - | - | - | - | / |
| -อื่นๆ | - | - | ลูกดิ้น | - | - |
| ***การฝากครรภ์*** | | | | | |
| -วัดความดัน | - | - | / | / | / |
| -ชั่งน้ำหนัก | - | - | / | / | / |
| -การตรวจครรภ์ | - | คัดท้อง | / | / | / |
| -การตรวจภายใน | - | - | - | / | / |
| -การตรวจทางห้องปฏิบัติการ | - | - | / | / | / |
| -อัลตร้าซาวด์ | - | - | - | / | / |
| -การให้คำแนะนำ | - | - | / | / | / |
| -การให้วัคซีนบาดทะยัก | - | - | / | / | / |
| -การให้ยาบำรุงเลือด | - | - | / | / | / |
| -นัดฝากครรภ์ | - | - | / | / | / |
| -อื่นๆ | - | บอก/ไม่บอกก็ได้ | - | - | - |
| -การให้ยาแคลเซียม | - | - | - | - | / |
| -การให้ยาแก้แพ้ | - | - | / | - | / |
| **2.ระยะคลอด** | | | | | |
| -การตรวจครรภ์ | - | / | / | / | - |

ตาราง 4 (ต่อ)

| กิจกรรมบริการ | สถานบริการในชุมชน | | | สถานบริการนอกชุมชน | |
|---|---|---|---|---|---|
| | แพทย์พื้นบ้าน | ผดบ. | สอ. | รพ. | คลินิก |
| **2.ระยะคลอด(ต่อ)** | | | | | |
| -การตรวจภายใน | - | / | / | / | - |
| -การตรวจทางห้องปฏิบัติการ | - | - | - | - | - |
| -การให้อาหารและสารน้ำทางหลอดเลือด | - | - | - | / | - |
| -การสวนอุจจาระ | - | - | - | - | - |
| -การสอนการเบ่งคลอด | - | / | / | / | - |
| -การตัดฝีเย็บและเย็บฝีเย็บ | - | - | - | / | - |
| -อื่นๆ | เป่ามนต์ ทำพิธี | - | - | - | - |
| **3. ระยะหลังคลอด** | | | | | |
| -การให้คำแนะนำ | - | / | / | / | / |
| -การตรวจร่างกาย | - | เหยียบนวด | / | / | / |
| -การให้ยาบีบรัดมดลูก | - | สมุนไพรอยู่ไฟ | - | - | - |
| -การให้ภูมิคุ้มกันทารก | เป่ามนต์ ทำพิธี | - | / | / | / |
| -การวางแผนครอบครัว | - | - | / | / | / |
| -อื่นๆ | - | - | - | - | ให้นมผง |
| หมายเหตุ ( / ) หมายถึง รับรู้ ( - ) หมายถึง ไม่รับรู้ | | | | | |

# ภาคผนวก ฉ

## ข้อมูลค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบแต่ละสถานบริการที่สตรีชาวเลเลือกใช้บริการ

ตาราง 5

*ค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ตามสถานบริการต่อครั้งจากการสัมภาษณ์สตรีชาวเล 15 คน*

| รายการค่าใช้จ่าย | สถานีอนามัย | ผดบ. | คลินิก | โรงพยาบาล |
|---|---|---|---|---|
| **ระยะตั้งครรภ์** | | | | |
| ค่าบริการในสถานบริการ | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | เสีย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย |
| -ค่ายา+ค่าวัคซีน | - | - | 300 | ไม่เสียค่าใช้จ่าย |
| -ค่าอัลตร้าซาวด์ | - | - | 450 | ไม่เสียค่าใช้จ่าย |
| ค่าเดินทาง | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | เสีย | เสีย |
| -ค่าเรือ/เที่ยว | - | - | 200-350 | 200-350 |
| -ค่ารถ/เที่ยว | - | - | 60 | 60 |
| ค่าอาหาร | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | 100 | 100 |
| ค่าที่พัก* | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | 200-320 | 200-320 |
| รวม | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | 1,310-1,580 | 560-830 |
| **ระยะคลอด** | | | | |
| -ค่าทำคลอด | 500-600 | 500-600** | 3,500-5,000 | ไม่เสียค่าใช้จ่าย |
| ค่าเดินทาง | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | เสีย | เสีย |
| -ค่าเรือ/เที่ยว | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | 200-350 | 200-350 |
| -ค่ารถ/เที่ยว | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | 60 | 60 |
| ค่าอาหาร | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | 100 | 100 |
| ค่าที่พัก* | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | 200-320 | 200-320 |
| รวม | 500-600 | 500-600 | 4,060-5,830 | 560-830 |
| **ระยะหลังคลอด** | | | | |
| -ค่าบริการหลังคลอด | เสีย | เหมาจ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย |
| -ค่ายาฉีดB.co | 200 | - | - | - |

ตาราง 5 (ต่อ)

| รายการค่าใช้จ่าย | สถานีอนามัย | ผดบ. | คลินิก | รพ. |
|---|---|---|---|---|
| -ค่าบริการวางแผนครอบครัว (อย่างใดอย่างหนึ่ง) | เสีย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | -*** | ไม่เสียค่าใช้จ่าย |
| ค่ายาเม็ดคุมกำเนิด | 30 | - | -*** | - |
| ค่ายาฉีดคุมกำเนิด | 30 | - | -*** | - |
| -ค่าบริการวัคซีนภูมิคุ้มกันโรคสำหรับทารก | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | 200-300 | ไม่เสียค่าใช้จ่าย |
| ค่าเดินทาง | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | เสีย | เสีย |
| -ค่าเรือ/เที่ยว | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | 200-350 | 200-350 |
| -ค่ารถ/เที่ยว | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | 60 | 60 |
| ค่าอาหาร | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | 100 | 100 |
| ค่าที่พัก* | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | 200-320 | 200-320 |
| รวม | 230 | ไม่เสียค่าใช้จ่าย | 760-1,130 | 560-830 |

*หมายเหตุ ถ้าพักกับญาติไม่เสียค่าใช้จ่ายและต้องเดินทางล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน

**หมายเหตุ ค่าทำคลอดเหมาจ่ายตั้งแต่ระยะคลอดจนถึงระยะหลังคลอดที่สตรีชาวเลจ่ายให้กับผดุงครรภ์โบราณต่อคนต่อการทำคลอด 1 ครั้ง

***หมายเหตุ ไม่มีข้อมูลเนื่องจากสตรีชาวเลไม่ใช้บริการวางแผนครอบครัวที่คลินิก

# ภาคผนวก ช

## ภาพบริบทพื้นที่

บันทึกภาพ 25 ส.ค. 2550

*ภาพ* 4 ทางเข้าหมู่บ้าน

(บันทึกภาพ 26 ส.ค. 2550)

*ภาพ* 5 สถานที่ศักดิ์สิทธิ์ที่ชาวเลเคารพนับถือ

(บันทึกภาพ 27 ส.ค. 2550)

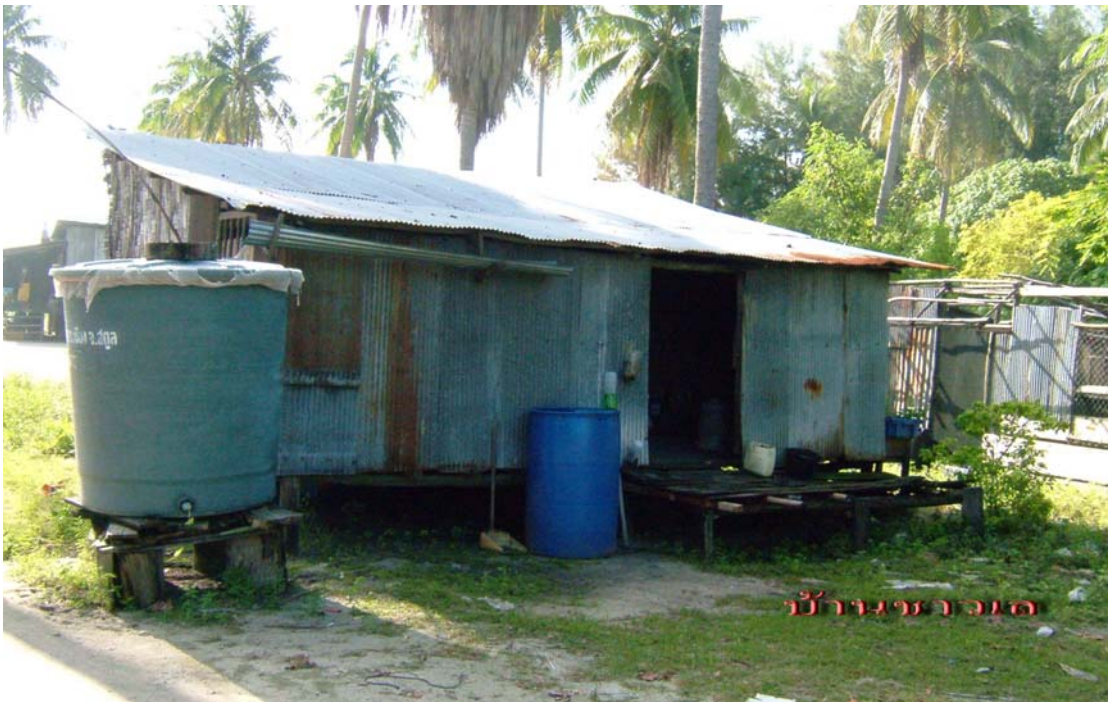
*ภาพ* 6 สำนักสงฆ์และโบสถ์คริสต์

(บันทึกภาพ 26 ส.ค. 2550)

*ภาพ 7* สถานีอนามัยชั่วคราวและที่กำลังก่อสร้างใหม่

(บันทึกภาพ 28 ส.ค. 2550)

*ภาพ* 8 การทำไซและการทำประมง




(บันทึกภาพ 29 ส.ค. 2550)

*ภาพ* 9 ลักษณะบ้านเรือนของชาวเล

(บันทึกภาพ 2 ก.ย. 2550)

*ภาพ* 10 เด็กและสตรีชาวเล

(บันทึกภาพ 4 ก.ย. 2550)

*ภาพ* 11 โรงเรียนบนเกาะ

(บันทึกภาพ 6 ก.ย. 2550)

*ภาพ* 12 แหล่งอาหารของชาวเล

(บันทึกภาพ 7 ก.ย. 2550)

*ภาพ* 13 สถานที่ทำคลอดและอยู่ไฟ

(บันทึกภาพ 3 ก.ย.2550)

*ภาพ* 14 การเตรียมน้ำอาบหลังคลอด

(บันทึกภาพ 3 ก.ย. 2550)

*ภาพ* 15 การจัดมดลูกเข้าอู่

(บันทึกภาพ 3 ก.ย. 2550)

*ภาพ* 16 การเหยียบนวดหลังคลอด

(บันทึกภาพ 3 ก.ย. 2550)

*ภาพ* 17 การอาบน้ำสระผมหลังคลอด 3 วัน

(บันทึกภาพ 3 ก.ย. 2550)

*ภาพ* 18 การนวดหลังคลอด

(บันทึกภาพ 26 ส.ค. 2550)

*ภาพ* 19 ยาสมุนไพร(ยาร้อน)สำหรับสตรีชาวเลหลังคลอด

(บันทึกภาพ 27 ส.ค. 2550)

*ภาพ* 20 ความเชื่อในการเลี้ยงบุตรของชาวเล

# ประวัติผู้เขียน

**ชื่อ สกุล** นางสาวจิตติมา อร่ามศรีธรรม

**รหัสประจำตัวนักศึกษา** 4910420006

**วุฒิการศึกษา**

| วุฒิ | ชื่อสถาบัน | ปีที่สำเร็จการศึกษา |
|---|---|---|
| ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง | 2537 |

**ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน**

พยาบาลวิชาชีพ 7 งานผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลปัตตานี
อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี