

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี มีการอพยพแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมืองมากขึ้น เพื่อหางานหา หาเงิน อาหาร และสภาพความเป็นอยู่ที่ดีกว่า แต่กระนั้นก็ตามรายได้ของคนเหล่านี้ยังต่ำอยู่ (วันชัย บุญสุรรัตน์ 2533 : 11) ทำให้ผู้มีรายได้น้อยในเขตเมืองขาดความสามารถในการ แสวงหาบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสมได้ เพราะข้อจำกัดทาง เศรษฐกิจ สังคม และการ เมือง ดัง เช่นประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ แม้จะเจริญทาง เศรษฐกิจมากแล้วและ มีการใช้จ่ายในค่าดูแลสุขภาพอนามัยในระดับสูง ก็ยังพบว่าประชาชนในกลุ่มที่มีรายได้น้อยก็ยังคง เป็นกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยมากที่สุด และความแตกต่างค่าสุขภาพของประชาชนในกลุ่มรายได้สูง และรายได้น้อยยิ่งกว้างขึ้น (Hensor 1988 : อังวาน แกมทอง อินทร์ 2532 : 5/3)

ในประเทศไทยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ(2529)พบว่า จำนวนประชากรพลเรือนในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วราชอาณาจักรมีประมาณ 52 ล้านคน ส่วนที่รายงานว่ามีผู้ป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจมีจำนวน 3.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.9 ของประชากรทั้งหมด ส่วนค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในช่วงระยะเวลา 10 ปี(พ.ศ.2521-2531)ที่ผ่านมาได้เพิ่มขึ้นจาก 15,167 ล้านบาทในปี พ.ศ.2521 เป็น 84,964 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2531 หรือเพิ่มขึ้นในอัตราเฉลี่ยร้อยละ19 ต่อปีซึ่งประชาชนต้องจ่ายเงินเพื่อสุขภาพถึงร้อยละ79 ของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมดในปี พ.ศ.2521 และเพิ่มเป็นร้อยละ 80 ในปี พ.ศ.2531(แพทย์ชนบท2533 : 5) ดังนั้นในสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคตประชาชนหรือครัวเรือนที่มีรายได้น้อย และรายได้นิดได้เพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่สมคูลย์กับการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายจะไม่สามารถเข้าถึงและขอรับบริการทางการแพทย์ได้ตามความจำเป็น เนื่องจากรายได้นั้นเพียงพอกับค่าบริการที่สูงขึ้น

จากสภาพสังคมที่เจริญเติบโตมาในลักษณะสังคมบริการ (serviced society) นั้นทำให้เกิดลักษณะบริโภคนิยมขึ้นในหมู่ประชาชน มีการขายบริการในรูปแบบต่างๆ แม้แต่บริการทางสุขภาพอนามัย (เอื้อมพร คาวการะจาย 2534 : 3) ขณะเดียวกันธุรกิจยานปัจจุบันเป็นระบบที่ลูกค้ามาต่อสุขภาพของประชาชนโดยตรง เกิดการใช้จ่าย ยาหมดอายุ ยาอันตราย เกิดกับประชาชนที่ต้องซื้อยากันเอง เพราะไม่สามารถพึ่งบริการของรัฐได้ อีกทั้งการโฆษณาชวนเชื่อทางการค้า ทำให้เกิดการใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือยและเกินความจำเป็น ทั้งยาชุด ยาของซึ่งล้วนเป็นพิษเป็นภัยต่อชาวบ้าน (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ 2530 : อ้างาน เอื้อมพร คาวการะจาย 2534 : 20) โดยเฉพาะในหมู่คนยากจนทั้งในเมืองและในชนบท ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียอย่างมาก เสียเงิน และอาจเสียชีวิตได้ ทั้งนี้เพราะประชาชนยังมีความรู้และความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ยารักษาโรค และพฤติกรรมการใช้จ่ายที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสม

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ พบว่า การใช้จ่ายรักษาตนเอง เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองที่พบได้บ่อย และแพร่หลายที่สุด (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ 2533 : 22) จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข (2532 : 40) พบว่าประเภทการรักษาพยาบาลสถานภาคเหนือแบ่ง เป็นซื้อยากันเองรักษาแบบพื้นบ้านร้อยละ 21.0 หมอกกลางบ้านร้อยละ 1.9 สถานบริการที่ไม่มีแพทย์ร้อยละ 15.2 และสถานบริการที่มีแพทย์ร้อยละ 61.9 แต่จากการศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองในเขตชนบทไทย พบว่าการรักษาตนเองเป็นมาตรการแรกที่ชาวบ้านใช้ในการจัดการกับความเจ็บป่วยถึงร้อยละ 93.6 (พิมพ์วิไลย์ ปรีคาสวัสดิ์ และคณะ 2530 : 189)

สำหรับในจังหวัด เชียงใหม่จากการสำรวจของทีทำการปกครองจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2529 ในด้านรายได้ของประชากรในเขตเทศบาล พบว่ากลุ่มผู้มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือนมีถึงร้อยละ 80 ของประชากรทั้งหมด (วันชัย บุณยสุรัตน์ 2533 : 10) แม้ว่าจะมีเจ้าหน้าที่และสถานบริการอย่างพอเพียง แต่ถ้าประชาชนที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ หรือมีรายได้น้อยไม่สามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐได้ เนื่องจากต้องการความรวดเร็ว ต้องหางานหาเงินเลี้ยงชีพ ขณะที่บริการเอกชนเป็นบริการที่มีราคาแพง ทำให้เขาหันไปเลือกใช้ชีวิตการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสมได้

เนื่องจากการพัฒนางานสาธารณสุขตามกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐานในแผน 7 มุ่งพัฒนาคุณภาพงานทั้งในเขตชนบทควบคู่กับงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง โดยเน้นการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคลและครอบครัว เป็นมาตรการเสริมที่สำคัญ เพราะการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นสิ่งที่ประชาชนทั่วๆไปปฏิบัติอยู่แล้ว ถ้าได้รับการส่งเสริมให้ถูกต้องก็จะเป็นการให้บริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมประชากรมากขึ้น ช่วยลดอัตราการพึ่งพาบุคลากรทางวิชาชีพ ลดค่าใช้จ่ายทางการรักษาพยาบาล และการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่มาทดแทนความจำเป็น (สมทรง รัชต์เฝ้า 2534 : 4)

จากสภาพปัญหาและการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาข้อมูลพื้นฐานของประชาชนในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเจ็บป่วย วิธีการปฏิบัติที่ประชาชนเลือกใช้ เป็นลำดับแรก และการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน ตลอดจนปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเจ็บป่วย เพื่อนำมา เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และปรับปรุงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเจ็บป่วยให้เหมาะสมต่อไป

เนื่องจากชุมชนแออัดศรีท้าวหัวฟาย เป็นชุมชนที่อยู่ ณ เขตเทศบาลนคร เชียงใหม่ที่มีขนาดใหญ่ ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่มิได้มีฐานะยากจนอยู่กันอย่างแออัดมาก และไม่ถูกสุขลักษณะ ชุมชนมีการพัฒนาน้อย ประชาชนที่อยู่ในชุมชนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากกว่าที่อื่น จึงทำให้ผู้วิจัยจึง เลือกชุมชนดังกล่าว เป็นที่ทำการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษา

1. การเจ็บป่วยในอดีตและพฤติกรรม การเลือกวิธีรักษา
2. อัตราการเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชนแออัดในรอบ 3 เดือน
3. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เลือกใช้ เป็นลำดับแรก และเหตุผลที่เลือกใช้

การดูแลสุขภาพตนเอง

4. หากความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจและการมีสิทธิด้านการรักษาพยาบาลกับการดูแลสุขภาพตนเอง

สมมติฐาน

1. ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง
2. เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ และการมีสิทธิด้านการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการสำรวจลักษณะการ เลือกใช้และ เหตุผลของการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเจ็บป่วย และหาความสัมพันธ์ของการดูแลสุขภาพตนเองกับปัจจัยบางประการ และระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะ 3 เดือนก่อนการสำรวจของประชาชนในชุมชนแออัดศรีท้าววัดหัวผาย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง วิธีการเพื่อการรักษา/บรรเทาอาการเจ็บป่วยที่ประชาชนเลือกใช้เมื่อเจ็บป่วยภายในรอบ 3 เดือนก่อนการศึกษา และเป็นการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ได้แก่

1. การรักษาตนเอง ประกอบด้วยพฤติกรรมต่อไปนี้
 - 1.1 การไม่ปฏิบัติสิ่งใดเลย ได้แก่ การไม่รักษาหรือรอคูอาการ
 - 1.2 การปฏิบัติตัวโดยไม่มียา ได้แก่ การเช็ดตัว คีมน้ำอุ่น งดอาหารบางประเภท
 - 1.3 การใช้ยารักษาตนเอง (self medication) โดยการใช้ยาหัตถ์ยาแผนปัจจุบัน และยาแผนโบราณจากร้านค้าหรือกองทุนยา หรือร้านขายยา
2. การรักษาที่บ้าน ได้แก่ การใช้สมุนไพร โยคะศาสตร์ หมอเมือง

ความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ด้วยตนเองหรือครอบครัวว่ามีความผิดปกติ รู้สึกไม่สบาย มีอาการของโรค แบ่งเป็น 3 ระดับตามการรับรู้ถึงอาการผิดปกติของชาวบ้าน คือ

1. การเจ็บป่วยเล็กน้อย

- การเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยยังคงสามารถทำหน้าที่การทำงานได้ตามปกติ

2. การเจ็บป่วยปานกลาง

- การเจ็บป่วยที่รุนแรงกว่าระดับแรก โดยที่ผู้ป่วยยังสามารถทำหน้าที่การทำงานได้บ้าง แต่น้อยกว่าระดับปกติ หรือต้องพักแต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง

3. การเจ็บป่วยรุนแรง

- การเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่การทำงานได้เลย ต้องพักเกิน 24 ชั่วโมง

พฤติกรรมทางเลือกวิธีรักษา หมายถึง วิธีการรักษาที่ชาวบ้านตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เมื่อรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วย ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเอง และการพึ่งบุคลากรสาธารณสุข

หลังคาเรือน หมายถึง กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติอย่างใกล้ชิดกันมาอยู่ร่วมกันในหลังคาเรือนเดียวกัน ซึ่งในแต่ละหลังคาเรือนจะประกอบด้วยครอบครัวอย่างน้อย 1 ครอบครัว

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ หมายถึง ตัวกำหนดที่บอกให้ทราบถึงฐานะความเป็นอยู่ของครัวเรือนที่เป็นตัวอย่าง ได้แก่ รายได้ครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ปัจจัยทางสังคม หมายถึง ตัวกำหนดที่บอกให้ทราบถึงพื้นฐานทางด้านครัวเรือนที่เป็นตัวอย่าง ได้แก่ การมีสิทธิทางด้านการรักษาพยาบาล

ประชาชนในชุมชนแออัด หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดศรีท้าวหัวผายเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาคั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนา และการบริหารงานสาธารณสุขด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองได้