

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญ

การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศจะรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพหรือไม่ย่อมขึ้นอยู่กับสุขภาพอนามัยของประชาชนในประเทศนั้น ๆ ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนา เรื่องของสุขภาพอนามัยของประชาชนจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง จึงได้บรรจุแผนพัฒนาสาธารณสุขเข้าในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเสมอมา ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 ยังคงอาศัยหลักการและแนวทางบางส่วนของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 และ 5 โดยมุ่งให้ความสำคัญแก่การกระจายบริการสาธารณสุขไปสู่ท้องถิ่นชนบทให้มากขึ้นต่อไปอีก รวมทั้งได้นำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ เพื่อกระจายทรัพยากรด้านการแพทย์ และสาธารณสุขที่มีอยู่เบื้องต้นให้เหมาะสม (สำลี เปลี่ยนบางช้าง 2527 : 2) และปรับปรุงคุณภาพของบริการด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการปรับพื้นดินสภาพ โดยเน้นหนักงานที่อยู่ในองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะงานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว โภชนาการ การให้ภูมิคุ้มกันโรค ตลอดจนงานทางด้านอาชีพอนามัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม (กองแผนงานสาธารณสุข 2528 : 263) พร้อมกับกำหนดเขตพื้นที่เป้าหมายพิเศษ กลุ่มอายุของประชากรผู้มีปัญหา และกลุ่มที่มีอัตราการเสี่ยงต่อโรคสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ เช่น เขตพื้นที่ยากจนแน่นอนหนา เขตพื้นที่ชายแดน และแหล่งพำนักของชนบางกลุ่ม

อย่างไรก็ดีสุขภาพอนามัยของคนไทยในอนาคต จะ เป็นไป ในรูปใดย่อมขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงที่ว่า คนไทยใค้ตื่นตัวมีความพร้อมใจในการส่งเสริมพิทักษ์รักษา และเล็งเห็นคุณค่าของสุขภาพมากน้อยเพียงใด ในระยะเริ่มแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 ซึ่งเน้นคุณภาพชีวิตของประชาชนนั้น แม้ว่ารัฐได้ใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมากเพื่อการนี้ ยังคงพบว่าไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยทั่วไปให้เป็นที่น่าพอใจได้ โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในชนบท จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าโดยเฉลี่ย ประชากรที่เจ็บป่วยมารับบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ไม่มากกว่าร้อยละ 30 (สำลี เปลี่ยนบางช้าง 2527 : 4) และอัตราการใช้บริการยิ่งต่ำลงอีกในบางกลุ่มชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ชาวไทยมุสลิมเป็นคนไทยที่นับถือศาสนาอิสลาม แม้จะมีเพียงร้อยละ 3.8 ของประชาชนไทยทั่วประเทศ แต่ก็ยังมีเป็นจำนวนมากเป็นที่สองรองจากผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ และส่วนใหญ่

อาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้คือ สตูล ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และบางอำเภอ ของ จังหวัดสงขลา (เขาว์ตัน ปรีภักซ์ชาม สมใจ ประมาดพล และจอห์น โนเคล 2526 : 425) ยังมีปัญหาความสาธารณสุขสูงมาก ครั้งนั้นในปี 2526 รัฐจึงได้พยายามขยายสถานบริการ สาธารณสุข ได้แก่ ศูนย์การแพทย์ และอนามัยในจังหวัดภาคใต้ โดยมีนโยบายเพื่อชาวไทย มุสลิมโดยตรง (ปัตตานี 2523 : 215 - 216) แต่เนื่องจากชาวไทยมุสลิมในสี่จังหวัดชายแดน ภาคใต้ มีขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ต่างจากชาวไทยส่วนใหญ่ของประเทศ และมีความ เกรงครหิตในศาสนา มาก ทำให้สังคมไทยมุสลิมมีลักษณะเป็นสังคมปิด มีการเกาะกลุ่มกันอย่าง เหนียวแน่น การปรับตัวหรือการยอมรับทัศนคติใหม่ ๆ ทำได้ยาก (ฉวีวรรณ วรรณประเสริฐ และคุณ. 2526 : 46 - 47) จึงเป็นปัญหาทางการสาธารณสุขด้านการป้องกัน และรักษา ทั้ง ด้านงานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว การใหญ่มีคุ้มกัน และอื่น ๆ

จากการวิเคราะห์สถิติการใช้บริการของศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 9 ยะลา พบ ว่าในแต่ละปี จำนวนการเกิดของจังหวัดยะลามีถึง 7,000 - 8,000 คนต่อปี แต่เท่าที่เก็บสถิติ การคลอด ที่โรงพยาบาลจังหวัดยะลามีเพียงปีละ 300 คน และที่ศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 9 ยะลา ประมาณ 2,000 คนต่อปี เป็นไทยพุทธ ร้อยละ 75 ไทยมุสลิมร้อยละ 25 หรือเมื่อ เทียบเป็นอัตราส่วน ไทยพุทธ : ไทยมุสลิม = 3 : 1 ซึ่งเป็นสัดส่วนกลับกันกับประชากรที่อาศัย อยู่ในท้องถิ่นนี้ที่ส่วนใหญ่เป็นไทยมุสลิมถึงร้อยละ 73.76 และมีไทยพุทธเพียงร้อยละ 25.88 ลักษณะเช่นนี้จะมีแบบแผนที่คล้ายคลึงกันในทุกแหล่งบริการสาธารณสุข ทั้งของจังหวัดยะลาและ จังหวัดใกล้เคียง (อนันต์ สุโลมาน 2526 : 266 - 267) ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลของโครงการสงขลา โดยเขาว์ตัน ปรีภักซ์ชาม และคณะ (2526 : 456) สรุปได้ว่า สตรีส่วนใหญ่ในอำเภอจะนะ มีแนวโน้มว่ายังไม่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองและบุตร ตามที่งานอนามัยแม่และเด็กส่งเสริมและให้บริการอยู่ ส่วนใหญ่ยังนิยมคลอดบุตรที่บ้านมีประมาณ ร้อยละ 71 เมื่อจำแนกตามศาสนาพบว่า สตรีไทยมุสลิมนิยมคลอดบุตรที่บ้านมากถึงร้อยละ 87.3 ไปคลอดโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 6.6 ขณะที่สตรีไทยพุทธคลอดบุตรที่บ้านร้อยละ 49 ที่เหลือ ส่วนใหญ่ไปคลอดโรงพยาบาล คลินิกส่วนตัวและสถานบริการอื่น ๆ ของรัฐ

สำหรับสภาวะอนามัยเด็กไทยในอำเภอจะนะ การได้รับภูมิคุ้มกันโรคคอตีบ ไอกรน และบาดทะยักนั้น เด็กไทยพุทธได้รับร้อยละ 57.8 แต่ได้รับจนครบตามขนาดที่กำหนดเพียงร้อยละ 9.7 ส่วนเด็กไทยมุสลิมเคยได้รับร้อยละ 32.6 และได้รับครบเพียงร้อยละ 3.6 เท่านั้น เมื่อเทียบระหว่างเด็กทั้งสองกลุ่มเห็นได้ชัดว่า เด็กไทยมุสลิมมีอัตราการรับบริการชนิดนี้ต่ำกว่า

เด็กไทยพุทธมากทุกกลุ่มอายุ และเนื่องจากสตรีไทยมุสลิมไปรับบริการฝากครรภ์จากรัฐน้อยมาก ทำให้อัตราของผู้ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก ในระหว่างการตั้งครรภ์ น้อยกว่าสตรีไทยพุทธ สาเหตุเหล่านี้ทำให้ทารกและเด็กไทยมุสลิม มีอัตราตายสูงกว่าทารกและเด็กไทยพุทธ (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ 2526 : 462 - 464, ตารางที่ 1.6)

นอกจากอนามัยแม่และเด็กแล้ว ในด้านการป้องกันรักษาโรคและการส่งต่อ ยังมีปัญหา เช่นเดียวกัน จากการศึกษาการกระจายของมะเร็งหลอดอาหารในผู้ป่วยมุสลิม โดยรวบรวมข้อมูลจากแผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลนราธิวาส และโรงพยาบาลสตูล ระหว่างปี พ.ศ. 2524 - 2526 พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารทั้งหมด 142 ราย เป็นผู้ป่วยมุสลิม 39 ราย และผู้ป่วยมุสลิมส่วนใหญ่ปฏิเสธการรักษา หรือปฏิเสธการรักษาที่ต้องส่งต่อ เห็นได้จากผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร มาตรฐานที่โรงพยาบาลนราธิวาส 46 ราย แต่ยอมรับการรักษาเพียง 12 ราย และได้มาตรฐานที่โรงพยาบาลเมื่อมะเร็งได้รุกรานไปมากแล้ว แม้จะผ่าตัดก็มีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน (ศิવાภรณ์ อุบลชลเขตต์ และอภิพ จันทรวิทัน 1984 : 113 - 115)

จะเห็นว่า ชาวไทยมุสลิมจำนวนมากยังมีได้ใช้บริการ เพื่อการป้องกัน ตรวจ และรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเมื่อเจ็บป่วย และบริการของรัฐเท่าที่มีอยู่ก็ยังประสบปัญหาว่า ชาวไทยมุสลิมมิได้ใช้บริการน้อยอย่างเต็มที่ ในการศึกษาปัจจัยที่กำหนดการตัดสินใจเลือกใช้บริการการรักษาพยาบาลประเภทต่าง ๆ นั้นพบว่า ได้แก่ การรับรู้ลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บป่วย ถ้ารับรู้ว่าเป็นเจ็บป่วยเล็กน้อย ส่วนใหญ่จะรักษากันเอง แต่ถ้ารับรู้ว่าเป็นเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และรุนแรง จึงจะไปใช้บริการของรัฐ (ชินชม เจริญยุทธ 2522 ; มานพ คณะโต 2525)

ในการศึกษา วิเคราะห์ปัญหาการใช้บริการสาธารณสุขรูปแบบต่าง ๆ ในรูปความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ทศนคติกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โรเซนสต็อก (Rosenstock) โคลสมผสมสานทฤษฎีของ เลวิน (Lewin) ทอลแมน (Tolman) รอตเตอร์ (Rotter) เอคเวอร์ค (Edward) แอดคินสัน (Adkinson) และเฟียเตอร์ (Feather) นำมาสร้างรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพขึ้น โดยอาศัยแนวคิดที่ว่า บุคคลมีความเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และเมื่อเกิดโรค จะทำให้เกิดความเสียหายต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค จึงต้องมีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรค (Rosenstock 1974 : 330) แบบแผนนี้นำมาใช้อธิบาย พฤติกรรมการป้องกันโรคในระยะแรก ต่อมาได้มีผู้นำมาดัดแปลงเพื่ออธิบายกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรม

อนามัย (Becker and Maiman 1974 : 348) ในด้านการให้บริการสุขภาพ (Fabrega and Robert 1972 : 215 - 222) การให้ความร่วมมือในการรักษา (Gordis, et al 1969 - 1971) และพบว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค รวมทั้งเห็นประโยชน์ของการให้ความร่วมมือ ในการรักษา ถ้าอยู่ในระดับต่ำ อาจทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมอนามัยไม่เหมาะสมได้ (Hover and Juelgaard 1978 : 414)

จากที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด แสดงว่าชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังใช้บริการสาธารณสุขของรัฐไม่เต็มที่ จึงพบว่า กลุ่มชาวไทยมุสลิมมีปัญหาสุขภาพค่อนข้างสูง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา โดยเฉพาะในส่วนสำคัญคือ ความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมใน จังหวัดชายแดนภาคใต้ว่าเป็นอย่างไร มีความแตกต่างกันหรือไม่ ในกลุ่มผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการมากต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อนำมาเป็น แนวทางให้ผู้บริหารการพยาบาล และบุคคลในทีมสุขภาพ ใช้ปรับปรุง แก้ไขการบริการให้เหมาะสม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านของชาวไทยมุสลิมที่ใช้ บริการสุขภาพในโรงพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และประเภทของผู้ป่วย
3. เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก

ปัญหาการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้โดยรวมเป็น อย่างไร
2. ความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เมื่อจำแนก ตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว เป็นอย่างไร ต่างกันหรือไม่
3. ความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่เป็นผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกแตกต่างกันหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

การใช้แบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพเพื่อศึกษาการใช้บริการสาธารณสุขนั้น โรเซนสต็อก (Rosenstock) ได้ให้แนวคิดไว้ว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยเมื่อเขาเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เมื่อเจ็บป่วยความรุนแรงจะทำให้มีความเสียหายต่อตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เห็นประโยชน์ของวิธีการป้องกันว่าสามารถลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของอาการอย่างได้ผล โดยสามารถแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ (Rosenstock 1974 : 330) และ คอก (Cox 1982:12 - 14) ยังได้พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และอันตรายจากโรค จะทำให้บุคคลมาใช้บริการสาธารณสุขเพื่อมิให้ตนเองมีพยาธิสภาพของโรครุนแรงขึ้น และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาจะทำให้หายจากโรค จึงไปพบแพทย์เพื่อการรักษา เลวิตต์ (Leavitt) พบว่า ผู้ที่ไปใช้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายและเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเห็นประโยชน์ของการใช้บริการเพื่อการป้องกัน (Leavitt 1979 : 110) เช่นเดียวกับโรเซนสต็อก เคยศึกษาไว้ก่อนและพบว่าผู้ที่มาใช้บริการสาธารณสุขเพื่อการป้องกัน ค้นหาและรักษาโรคเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Rosenstock 1966:97) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของคีเกลส์และคณะ (Kegeles, et al 1965 : 815) ที่พบว่าสตรีผู้ใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35 - 44 ปี รายได้ครอบครัวดี มีการศึกษาดี ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

1. เพศหญิงมีคะแนนความเชื่อค่านิยมสุขภาพสูงกว่าเพศชาย
2. ผู้ที่มีอายุต่างกันจะมีความเชื่อค่านิยมสุขภาพแตกต่างกัน

เมคคานิก (Mechanic) สังเกตเห็นว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี มักมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกัน เช่น การประกันสุขภาพ การตรวจร่างกาย และอื่นๆ (Mechanic 1968 : 122) เช่นเดียวกับที่สตีล และแมคบรูม (Steel and McBroom 1972 : 392) รายงานว่า ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม (การศึกษาและรายได้) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ นิตยา อังกาบรุณะ (2527 : 89 - 95) พบว่าผู้ป่วยโรคลำไส้เนื้อหัวใจตายที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคะแนนความเชื่อค่านิยมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และผู้ที่มีรายได้ต่างกันมีคะแนนความเชื่อค่านิยมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ไบแก้ว (2528 : 99) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาสูง มีความเชื่อค่านิยมสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และแรงจูงใจสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำและผู้ที่มี

รายได้ต่างกัน มีคะแนนความเชื่อค่านิยมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

3. ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีคะแนนความเชื่อค่านิยมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

4. ผู้ที่มีรายได้ต่างกัน มีคะแนนความเชื่อค่านิยมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ในการศึกษาปัญหาการใช้บริการสาธารณสุขที่ผ่านมา ชัคแมน (Suchman 1966: 97 - 105) ได้วิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสาธารณสุข พบว่า การรับรู้ถึงสถานะความเจ็บป่วยมีความสำคัญต่อการใช้บริการว่าจะรักษาทันที หรือปล่อยไว้ก่อน หรือไม่รักษารวมไปถึงการรับรู้ที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนของระยะการเจ็บป่วย ถ้ารับรู้ว่าเป็นเจ็บป่วยเล็กน้อย ส่วนใหญ่จะรักษากันเอง แต่ถ้ารับรู้ว่าเป็นเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และรุนแรง จึงจะไปใช้บริการของรัฐ (เช่นชม เจริญยุทธ 2522 ; มานพ ทมะโต 2525) ซึ่งมักจะต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ แบตติสเทลลา (Battistella 1971 : 1348 - 1361) พบว่า ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการล่าช้าในการไปรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยคือ การรับรู้ต่อการรักษาที่เป็นไปในคานลบ ส่วนผู้ที่จะตัดสินใจเลือกบริการทางการแพทย์ได้เหมาะสม มีความเต็มใจไปใช้บริการและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นผู้ที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย รับรู้ถึงความเสียหายหรืออันตรายที่จะเกิดจากความเจ็บป่วย และเห็นประโยชน์ของการไปตรวจรักษาเพื่อให้ออกห่างจากโรค โดยสามารถขจัดอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นได้ (Rosenstock 1966 ; Becker and Maiman 1975 ; Becker, et al 1972) ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

5. ผู้ป่วยนอกมีคะแนนความเชื่อค่านิยมสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยใน

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะความเชื่อค่านิยมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้เท่านั้น
2. ประชากรที่นำมาใช้ในการวิจัย เป็นชาวไทยมุสลิมที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงขึ้นไป ซึ่งจะส่งโรงพยาบาลมาเพียงจังหวัดละ 1 แห่ง เป็นการใช้บริการครั้งแรกของโรงพยาบาลที่ได้รับการส่ง

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ แสดงถึงความเชื่อที่แท้จริงของผู้ตอบ

2. วัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ที่ต่างกันไม่มีผลต่อข้อมูลที่ได

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ความเชื่อค่านิยมสุขภาพ (Health Beliefs) หมายถึง ความรู้สึก และ ความนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของชาวไทยมุสลิม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามปกติและหรือพฤติกรรมอนามัย ซึ่งการปฏิบัติตนจะแตกต่างกันไปตามการรับรู้ค่านิยมต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึก และความนึกคิดของชาวไทยมุสลิมเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยและ / หรือ โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

1.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึก และ ความนึกคิดของชาวไทยมุสลิมเกี่ยวกับอันตรายหรือความเสียหายที่เกิดจากความเจ็บป่วยว่าจะมีผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน อารมณ์ และฐานะทางสังคมของตน

1.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการไปใช้บริการสาธารณสุข หมายถึง ความนึกคิดและความรู้สึกของชาวไทยมุสลิมที่มีต่อสถานบริการสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ในสถานนั้นว่าสามารถ วินิจฉัย ให้คำแนะนำ และรักษาอาการให้หายหรือลดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยได้

1.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคในการไปใช้บริการสาธารณสุข หมายถึง การคาดการณของชาวไทยมุสลิมเกี่ยวกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลในการขัดขวางการไปใช้บริการสาธารณสุข ซึ่งจำแนกเป็นด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านการเงิน

1.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป หมายถึง ความสนใจ หวังใยสุขภาพตนเองของชาวไทยมุสลิม รวมไปถึงความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี

1.6 ปัจจัยร่วม หมายถึง ตัวแปรอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการไปใช้บริการสาธารณสุข ในที่นี้หมายถึง อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

2. ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อทางศาสนาอิสลามในแง่การปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั้งเมื่อยังไม่เจ็บป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วย และขณะที่เป็นผู้ป่วย

3. สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง สถานบริการแพทย์แผนใหม่ที่จัดตั้งขึ้นโดยรัฐ

4. ชาวไทยมุสลิม หมายถึง ชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมาใช้บริการของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นครั้งแรก ในลักษณะของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

5. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ที่ใช้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรก (โดยไม่รวมถึงการใช้บริการสาธารณสุขอื่น ๆ หรือคลินิก) ด้วยโรคทั่วไป ไม่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรครุนแรงหรือเรื้อรังโดยพิจารณาจากรายงานของผู้ป่วย และจากการสัมภาษณ์

6. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ที่ใช้บริการตรวจรักษาเป็นครั้งแรก (โดยไม่รวมถึงการใช้บริการสาธารณสุขอื่น ๆ หรือคลินิก) ด้วยโรคทั่วไป และต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนับย้อนหลังจากวันสัมภาษณ์ไม่เกิน 3 วัน

7. โรคทั่วไป หมายถึง โรคที่มีโอกาสเป็นได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ได้แก่ โรคทางอายุรกรรม และศัลยกรรม รวมทั้งโรคจากการแทรกซ้อนของโรคในช่องปาก

8. สี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ หมายถึง จังหวัด สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางให้ผู้บริหารการพยาบาล ได้ปรับปรุงการบริการให้สอดคล้องกับความเชื่อค่านิยมสุขภาพ และจงใจให้ชาวไทยมุสลิมรู้จักใช้บริการสาธารณสุขได้เหมาะสม

2. เพื่อเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ได้มีความรู้ ความเข้าใจในผู้ป่วยที่เป็นชาวไทยมุสลิมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการให้คำแนะนำปรึกษา และการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ

3. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขแก่ผู้นำชุมชนในท้องถิ่น และประชาชนในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยให้สอดคล้องกับความเชื่อค่านิยมสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นนั้น

4. เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า วิจัย เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของชาวไทยมุสลิมในโอกาสต่อไป