

บทคัดย่อ

T 143857

การใช้สถานพยาบาลของรัฐของคนจนในชนบท

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาพฤติกรรมการเลือกสถานพยาบาลของคนจนในชุมชนชนบท 2 แบบคือ 1) ชุมชนซึ่งอยู่ในรัศมีความรับผิดชอบการบริการ (catchment area) ของโรงพยาบาลของรัฐซึ่งมีการปรับโครงสร้างการบริหารและบริการ และ 2) ชุมชนในพื้นที่ซึ่งอยู่ในรัศมีบริการของโรงพยาบาลรัฐซึ่งมีโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค วิธีการวิจัยเป็นการเลือกชุมชนเจาะจง 3 ชุมชนซึ่งมีสภาพโครงสร้างสังคมชนบทคล้ายกันคือ เป็นชุมชนที่ผู้ประสบอาการเจ็บป่วยมีโอกาสเลือกสถานพยาบาลประเภทต่าง ๆ ตั้งแต่ ร้านขายยา สถานีอนามัย คลินิก โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลของรัฐ หมอพื้นบ้าน และวิธีการรักษาตัวเอง สภาพทางภูมิศาสตร์ของชุมชนสามารถเดินทางติดต่อกับโรงพยาบาลรัฐได้ทั้งทางถนนรถยนต์และทางน้ำในระยะเวลา 30-45 นาที ชาวบ้านมีวิถีชีวิตแบบชนบทเกษตรกรรมและรับอิทธิพลการขยายตัวของเมือง

วิธีการวิจัยเป็นการเลือกชุมชน 3 ชุมชนในการเปรียบเทียบคือ ชุมชนในอำเภอบ้านแพ้วของจังหวัดสมุทรสาคร อำเภอสสามโคกของจังหวัดปทุมธานี และเขตคลองสามวา มีนบุรีของกรุงเทพมหานคร เครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นซึ่งใช้ในการสัมภาษณ์ ผู้มีอาการเจ็บป่วยติดต่อกันเป็นเวลา 2 วันของช่วงระยะเวลา 3 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ ตัวอย่างของการศึกษาเป็นผู้ประสบการเจ็บป่วย จำนวน 743 คน และการสัมภาษณ์แนวลึกของคนจนที่เจ็บป่วยในชุมชนจำนวน 40 ราย การเก็บข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มิถุนายน 2545

พฤติกรรมการเลือกสถานพยาบาลเมื่อประสบอาการเจ็บป่วยพบว่าในการเจ็บป่วยโดยโรคทั่ว ๆ ไป (ไม่รวมโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ และการคลอด) คนจนในชนบทเลือกรักษาการเจ็บป่วยกับสถานพยาบาลหลายแห่งในการเจ็บป่วยครั้งหนึ่ง พฤติกรรมการเปลี่ยนสถานรักษาหรือเปลี่ยนหมอของคนไทยยังไม่เปลี่ยนแปลงแต่จะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านจำนวนสถานที่รักษาหรือเปลี่ยนหมอน้อยลง การวิจัยยังพบ

อีกว่า การเจ็บป่วยครั้งหนึ่ง (a single episode of illness) ถ้าระยะเวลาการเจ็บป่วย นานเกินไป คนจนในชนบทส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70-80) เลือกสถานพยาบาลของรัฐเป็นสำคัญ กล่าวคือ สถานพยาบาลของรัฐเป็นที่พึ่งของคนจนในชนบทส่วนใหญ่ พฤติกรรมการรักษาอาการเจ็บป่วยของคนจนในชนบทจำนวนมากคือ การรักษาตนเองหรือการซื้อยาจากร้านขายยา สำหรับคนจนที่ไม่มีรายได้และเป็นผู้รับจ้างใช้แรงงานทั่ว ๆ ไปมีพฤติกรรมการไม่รักษาเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย มากกว่าคนจนที่มีรายได้ซึ่งจะรักษาตนเองหรือการซื้อยาจากร้านขายยาก่อนการเลือกสถานพยาบาล การใช้โรงพยาบาลของรัฐสำหรับคนจนจะเป็นการใช้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือการเจ็บป่วยรุนแรงเช่น เป็นลมหมดสติ อาเจียน ช็อก หรือเลือดออก คนจนมีการใช้คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนในกรณีที่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว และใช้หมอพื้นบ้านแผนโบราณน้อยมากเนื่องจากการแพทย์พื้นบ้านไทยไม่มีอยู่ในชุมชนในปัจจุบัน

กรณีผู้เจ็บป่วยในชุมชนซึ่งอยู่ในรัศมีความรับผิดชอบการบริการของโรงพยาบาลรัฐซึ่งมีการปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลกึ่งรัฐกึ่งเอกชน พบว่าการศึกษาผลกระทบของการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารและบริการของโรงพยาบาลรัฐต่อคนจนในชนบทเป็นการเปรียบเทียบผู้เจ็บป่วยในชุมชน 2 แบบ ดังกล่าว และเนื่องจากไม่ได้ทำการศึกษาข้อมูลการใช้สถานพยาบาลของคนในชุมชนก่อนการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง ตลอดจนโรงพยาบาลรัฐที่มีการปรับโครงสร้างมีปัจจัยแทรก คือมีการบริการ 30 บาทรักษาทุกโรครวมอยู่ด้วยจึงทำให้มีสถานะของบวกลบต่อคนจนในการใช้โรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าคนจนในชนบทที่ศึกษามีการใช้โรงพยาบาลรัฐซึ่งมีการปรับโครงสร้างจำนวนน้อยกว่า โรงพยาบาลรัฐที่มีการบริการ 30 บาทรักษาทุกโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่นภาพลักษณ์ของสถานพยาบาลหรือประวัติการใช้โรงพยาบาลในอดีต และความสัมพันธ์ทางสังคมของคนในชุมชนกับสถานพยาบาลระดับล่าง เช่นสถานอนามัย ตลอดจนสภาพสังคมเศรษฐกิจหรือลักษณะการประกอบอาชีพของคนในชุมชนและความรุนแรงของการเจ็บป่วยสามารถอธิบายการใช้โรงพยาบาลซึ่งมีการปรับโครงสร้างดังกล่าว

ในส่วนการใช้สถานพยาบาลของรัฐซึ่งมีการบริการในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคพบว่า ศักยภาพของโรงพยาบาล เช่นจำนวนเตียงคนไข้ของโรงพยาบาลเป็นปัจจัยซึ่งสะท้อนให้เข้าใจว่าโรงพยาบาลมีแพทย์ผู้ชำนาญจำนวนมาก และการมีเครื่องมือรักษาที่พร้อมเป็นปัจจัยอธิบายการใช้สถานพยาบาลดังกล่าว การมีบัตร 30 บาทรักษาทุกโรคมีส่วนทำให้จำนวนการใช้บริการรักษาโรคของโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่ม แต่ไม่ได้หมายความว่า คนจนทุกคนจะใช้โรงพยาบาลของรัฐเมื่อประสบการเจ็บป่วย การใช้โรงพยาบาลยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และสภาพทางสังคมเศรษฐกิจ เช่น การประกอบอาชีพของคนจนในชุมชน

Abstract**TE 143857****Government Health Care Services of the Poor in Rural Areas,
Thailand**

This research is to investigate behavioral patterns of poor persons on health care utilization in two types of rural communities. The first type of the community is the catchment area of a government hospital where a so-called structural adjustment is being fully implemented and the second is also in the catchment area of another government hospital in which the 30 baht health care program is available. With this research design, three studied communities namely Ban Preaw District of Samutsakorn Province, Sam Kok District of Pathumthanee Province and Kunnayoe District, Minburi of the Bangkok Metropolis, were purposively selected for comparison. The studied communities also have a similar socio-geographical structure and the availability of modern and traditional health care services; i.e., lay treatment, drug store, traditional health, health center, clinic, private and government hospitals, existing in the communities.

Research tools include structured questionnaire and indepth interview technique. A total of 743 respondents were interviewed by the structured questionnaire in February-March 2002 and 40 indepth interviews focused mainly on the poor persons residing in the studied areas, were carried out in May-June 2002. Illness in this study refers to the self-perception of the respondents and is defined as a symptomatic incidence prevailing over two consecutive days within three months before the interview.

With respect to a simple illness, excluding accidents, delivery and chronic illness, people tend to seek and switch all alternative health care services in the communities, ranging from traditional to modern treatments, private to government health care and lay to professional treatments. In the onset of an illness episode, self-treatment and buying medicine from a drug store are most popular choices. The exception to this is that poor who earn no income are more likely than those with regular income to take no action when the illness occurred. Government hospital services of the poor are actually sought as a severity of the prevailing symptomatic conditions. Health centers are consulted in terms of mild illness and built-in social relationships between community and health workers. Utilization of clinics and private hospitals is small and mostly related to the support from a family. Interestingly, government health care services become a major source of illness treatment as the symptomatic conditions continue. Surprisingly,

traditional health care is currently not existing. When an old traditional healer passes away, no younger generation takes-over.

In 1997, an economically liberalized health care policy was introduced in the country, and government health care services embarked on a structural adjustment. One government district/community hospital, Ban Preaw, began moving on a full paradigm of hospital management. By way of analysis, the structural adjustment should raise the cost of services and have, therefore, an impact on the poor. In balancing this effect, a universal health insurance coverage; i.e., the 30 baht health care program, was operated by several government hospitals in October 2001. As the research results show poor persons living in the catchment areas of the government hospital where the adjustment was fully implemented, have utilized the government services less than their counterparts in the catchment areas of the government hospital in which the 30 baht health care program was available. It is speculated that the utilization is influenced by the image of the hospital through the experience towards the hospital services, social relationships between community and local health care; i.e., health center, socio-economic conditions of the community, occupational structure of the poor and the severity of the illness.

Concerning the use of government health care, where the 30 baht health care program exists, the research finds that the capacity building of a hospital; e.g., number of hospital beds, was interpreted as more efficient doctors and better equipped medical technologies, explaining a higher proportion of the utilization. In other words, the bigger the size of the hospital the higher the amount of utilization. It should be noted here that not every holder of the 30 baht health care card goes to seek the government hospital at the onset of their illness. Poor persons, who are able to seek services from government hospitals, are characterized by earning income, the severity of the illness and time constraint in routine work.