

ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ
โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิ
อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

โดย

นางสาวอัญชุลี อนุวัฒน์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชา
วิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา 2548
ISBN 974-11-6160-3
ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

**THE STUDY OF INDIVIDUAL'S FACTOR AND HEALTH STATUS PERCEIVE OF
PEOPLE WITH THIRTY-BATH HEALTH INSURANCE PROGRAM WHO NOT USED
SERVICES ON PRIMARY HEALTH CENTER IN MUANG DISTRICT NAKORN
PATHOM PROVINCE**

By

Anchulee Anuwat

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

A Master's Report Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

MASTER OF SCIENCES

Program of social and Health System Management

Graduate School

SILPAKORN UNIVERSITY

2005

ISBN 974-11-6160-3

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้สารนิพนธ์เรื่อง “ ศึกษาปัจจัยส่วน บุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชน ที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ30บาท รักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม”เสนอโดย นางสาวอัญชุลี อนุวัฒน์ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. วิสาข์ จิตวิตร)
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ รักษาราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ผู้ควบคุมสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุรินทร์ ต. ศรีวงษ์

คณะกรรมการตรวจสอบสารนิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร.ศกามาศ ไมาตรีมิตร)

...../...../.....

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุรินทร์ ต. ศรีวงษ์)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมเจตน์ ไวยาการณ์)

K47358315: สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

คำสำคัญ : ปัจจัยส่วนบุคคล / การรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชน / หลักประกันสุขภาพ30บาทรักษาทุกโรค / สถานีนอนามัย

อัญชุลี อนุวัฒน์ : ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ30บาทรักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม(THE STUDY OF INDIVIDUAL'S FACTOR AND HEALTH STATUS PERCIEVE OF PEOPLE WITH THIRTY-BATH HEALTH INSURANCE PROGRAM WHO NOT USED SERVICES ON PRIMARY HEALTH CENTER IN MUANG DISTRICT NAKORN PATHOM PROVINCE) อาจารย์ผู้ควบคุมสารนิพนธ์ : ผศ.ดร. นรินทร์ ต.ศรีวิงษ์. 132 หน้า.ISBN 974-11-6160-3

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามูลเหตุจูงใจของ การไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยของประชาชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม รวมทั้งศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับ การไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยโดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ โครงการ30บาทรักษาทุกโรคในเขต อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Chi-Square เพื่อหาความแตกต่างของปัจจัยต่อการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยในประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ โครงการ30บาทรักษาทุกโรคในเขต อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม และใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน ระดับการศึกษา มีความแตกต่างของมูลเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกล่าวคือ ผู้ที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ โครงการ30บาทรักษาทุกโรคในเขต อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกัน จะมีมูลเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่ต่างกัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้าน การรับรู้เรื่องโรคที่เป็น และการประเมินระดับความเจ็บป่วย กับมูลเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติหรือ อีกนัยหนึ่ง ผู้ที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ โครงการ30บาทรักษาทุกโรค ที่มีกรรับรู้ภาวะสุขภาพในด้าน การรับรู้เรื่องโรคที่เป็น และการประเมินระดับความเจ็บป่วย ที่ต่างกัน มีเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยแตกต่างกัน

สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2548

ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ผู้ควบคุมสารนิพนธ์

K47358315 : MAJOR : SOCIAL AND HEALTH SYSTEM MANAGEMENT

KEYWORD : INDIVIDUAL'S FACTOR / HEALTH STATUS PERCIEVE OF PEOPLE / THIRTY-BATH HEALTH INSURANCE PROGRAM / PRIMARY HEALTH CENTER

ANCHULEE ANUWAT : THE STUDY OF INDIVIDUAL'S FACTOR AND HEALTH STATUS PERCIEVE OF PEOPLE WITH THIRTY-BATH HEALTH INSURANCE PROGRAM WHO NOT USED SERVICES ON PRIMARY HEALTH CENTER IN MUANG DISTRICT NAKORN PATHOM PROVINCE. MASTER'S REPORT ADVISOR : ASST.PROF. BURIN T. SRIWONG, Ph.D. 132pp. ISBN 974-11-6160-3

This research has objective to study the cause of people with thirty-bath health insurance program who not used services on primary health center in Muang district Nakorn Pathom province and to study the relationship between the individual 's factor and health status perceive of people and the cause of not using the primary health center service.

The subjects are 400 people who have the privilege cards of health insurance in the 30 Baths Remedy Project at Muang district Nakorn Pathom province and use the service at the external patient department of Nakorn Pathom Hospital by using the questionnaire in gathering information. The Chi Square statistic used for analyze the difference between Independent Variable and Dependent Variable and the mean and standard deviation were used .

The results of the study were :

1) The finding is the difference of individual's factor in the part of educational level is different from the cause of not using the service of the primary health center with the statistic significance or to say that the people who have the privilege cards of the 30 Baths Remedy Project at Muang district Nakorn Prathom province and have the different level of education will have the cause of not using the service of the primary health center in different ways.

2) The relationship between the health status perceive of people about health condition in knowing about their diseases and the assessment of level of sickness with the cause of not using the service of primary health center is found with the statistic significance or to say that people who have the privilege cards of the 30 Baths Remedy Project and have the acknowledgement of health condition in their diseases and the different assessment of level of sickness have the different causes of using the service of the primary health center.

Program of Social and Health System Management Graduate school, Silpakorn University Academic Year 2005

Student's signature.....

Master's Report Advisor' signature

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งและกรุณาอย่างสูงจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยกราบขอขอบพระคุณ เกษัชรหญิง ดร.พกามาศ ไมตรีมิตร ประธานกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุรินทร์ ต.ศรีวงษ์ กรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมเจตน์ ไวยาการณ์ กรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์และสถิติ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆจนสารนิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ระพีพรรณ ฉลองสุข ที่ช่วยกรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ คุณสุภัทร กัตัญญุติตา เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ที่ให้ความช่วยเหลือเรื่องข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้อง

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามพราน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐม ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและผู้ป่วยทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณทุกท่าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำให้การทำสารนิพนธ์ฉบับนี้ดำเนินไปด้วยความสำเร็จอย่างดียิ่ง

ความสำเร็จและความภาคภูมิใจในการทำสารนิพนธ์ฉบับนี้ เป็นผลมาจากกำลังใจและการสนับสนุนที่ผู้วิจัยได้รับจากบิดา มารดา พี่ น้อง เพื่อนร่วมงานหอผู้ป่วยซี.ซี.ยู โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนผู้วิจัยจนประสบผลสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ และขอมอบคุณค่าและประโยชน์จากที่เกิดขึ้นจากสารนิพนธ์ฉบับนี้ เป็นเครื่องบูชาแด่คุณพระศรีรัตนตรัย สิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย บิดา มารดา รวมทั้งคณาจารย์ทุกท่าน และผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีส่วนสนับสนุนและประสิทธิ์ประสาทความรู้แก่ผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
ปัญหาการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ระบบบริการปฐมภูมิ และสถานอนามัย.....	10
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.....	27
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพ.....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	62
ตัวแปรที่ศึกษา.....	64
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	67

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
ตอนที่ 1. ลักษณะทั่วไปของผู้มีสิทธิบัตร โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม แต่ไม่ไปใช้สิทธิรักษาที่สถานีนามัย ที่ระบุไว้ในบัตร	68
ตอนที่ 2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ในบริการที่สถานีนามัย กับ ปัจจัยส่วนบุคคล และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย.....	77
ตอนที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างมูลเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่ สถานีนามัยกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	93
ตอนที่ 4. ความต้องการและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงบริการของสถานีนามัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้.....	101
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	103
สรุปผลการวิจัย.....	103
อภิปรายผล.....	105
ข้อเสนอแนะ.....	111
บรรณานุกรม.....	112
ภาคผนวก	120
ประวัติผู้วิจัย.....	132

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ค่าสถิติมูลเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย.....	69
2 ค่าสถิติพื้นฐานของประชากรจำแนกตามตัวแปรต่างๆ.....	72
3 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ.....	75
4 ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ.....	79
5 ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะการใช้สิทธิบัตร โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ.....	90
6 เหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	94
7 เหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัยจำแนกตามลักษณะการใช้สิทธิบัตร.....	97
8 ความสัมพันธ์ระหว่างมูลเหตุการณ์ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย กับ การรับรู้ภาวะสุขภาพ.....	100
9 แสดงความต้องการ และข้อเสนอแนะที่ต้องการให้ปรับปรุงระบบบริการที่สถานีนามัย...	102
10 แสดงสถิติด้านสุขภาพสุขภาพของประชาชนจังหวัดนครปฐม ณ เดือนมิถุนายน 2548 ไม่รวมประชาชนที่ทะเบียนบ้านอยู่จังหวัดนครปฐม แต่ไปลงทะเบียนจังหวัดอื่น	115

บทที่ 1
บทนำ
ความสำคัญและความเป็นมา

การสร้างหลักประกันสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน นับเป็นนโยบายสำคัญของ รัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุขที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากนโยบายให้การ รักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้ที่มีรายได้น้อยตลอดจนผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2518 และได้มีการขยายขอบเขตของการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล ไปสู่กลุ่มสังคมควรให้ ความช่วยเหลือได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก อายุ 0-12 ปี ผู้พิการ ครอบครัวทหารผ่านศึก พระภิกษุ สามเณร นักบวช ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการ ภายใต้นโยบายของรัฐบาลที่ต้องการจะให้ประชาชน ได้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้ มาตรฐาน โดยได้เริ่มจากการดำเนินโครงการบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ ตลอดจน โครงการ ประกันสังคม โครงการสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ พระราชบัญญัติคุ้มครอง ผู้ประสบภัยจากรถ จึงทำให้การมีหลักประกันสุขภาพของคนไทยดีขึ้นตามลำดับ (สงวน นิติยารักษ์ พงศ์ 2541: 35)

ปีพ.ศ. 2540 ภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ที่ได้ส่งเสริมสิทธิของภาคพลเมืองเปิด ช่องทางการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างกว้างขวาง มุ่งกระจายอำนาจและจัดระบบสำคัญๆขึ้นใน สังคม โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพ ซึ่งได้มีการบัญญัติไว้หลายประการ เช่น มาตราที่ 52 ระบุไว้ว่า “ บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับ การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

นับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่สังคมไทยได้รับรองสิทธิของประชาชน และให้ ความสำคัญกับความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนทุกระดับ ภายใต้รัฐธรรมนูญ ดังกล่าวรัฐบาล จึงมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งนับว่าเป็นกลวิธีหนึ่งของการ ปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ประชาชนทุกคนโดยเฉพาะผู้ยากไร้ได้มีหลักประกัน สุขภาพ โดยมีเป้าหมาย ได้มาตรฐานและเท่าเทียม มีการดำเนินการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบ สาธารณสุข เปิดโอกาสให้องค์กรชุมชนสามารถเข้ามามีบทบาทในการจัดการระบบสุขภาพมากขึ้น (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2544 :4) ต่อมาปี พ.ศ. 2544

รัฐบาลได้เร่งรัดดำเนินการตามนโยบาย “การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ 30 บาท รักษาทุกโรค” ตามที่ได้ประกาศไว้กับประชาชนก่อนการเลือกตั้ง ซึ่งเป็นแรงผลักดันทางการเมืองที่ชัดเจนของรัฐบาล

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ โดยตรงเกี่ยวกับการสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนได้ตอบสนองนโยบายหลักของรัฐบาลโดยได้เริ่มดำเนินโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ระยะแรกเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2544 ดำเนินการเพิ่มเติมในระยะที่ 2 เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2544 และได้ขยายโครงการฯ จนเต็มพื้นที่ทุกจังหวัดทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานครเป็นระยะที่ 3 เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2544 ที่ผ่านมา (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข 2545:26)

ภายใต้้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการปรับตัวเพื่อรองรับนโยบายดังกล่าว การให้บริการของสถานบริการสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต้นหรือระดับปฐมภูมิ (primary care) ระดับทุติยภูมิ (secondary care) และระดับตติยภูมิ (tertiary care) โดยเน้นความสำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ มากขึ้น มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดหน่วยปฐมภูมิ ทั้งขนาดประชากรที่ต้องรับผิดชอบ ตลอดจนกำหนดทีมบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร ออกไปร่วมปฏิบัติงานด้วย (เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์ 2547:119)

นอกจากนี้ได้ทำการกำหนดให้จัดระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นจุดบริการใกล้บ้านให้กับประชาชน ที่เลือกลงทะเบียนใช้สิทธิ โดยถือว่า จุดบริการนี้เป็นจุดหลักของระบบที่ต้องมีการเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย มีระบบส่งต่อไปรับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาล อื่นได้ในกรณี ที่จำเป็นต้องส่งต่อ (อำพล จินดาวัฒนะ 2547:31)

ทั้งนี้การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยบริการด่านแรกให้เป็นผลดีและมีคุณภาพก็ย่อมจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทั้งของรัฐบาลและประชาชนได้ ซึ่งนับเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวมอีกทางหนึ่งด้วย (วศิน ฑีฆวานิช และคณะ 2546:2)

อย่างไรก็ตามโดยหลักการสร้างหลักประกันสุขภาพที่ดีนั้น ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิประกันสุขภาพ 30บาทรักษาทุกโรคจะต้องไปขอรับบริการที่สถานีอนามัยซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเป็นเบื้องต้น แต่ในทางปฏิบัติส่วนใหญ่กลับมีการเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลเป็นลำดับแรก เป็นเหตุให้โรงพยาบาลคู่สัญญาต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ทั้งที่โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่สามารถรักษาได้โดยบุคลากรที่มีอยู่ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เช่น สถานีอนามัย หรือศูนย์บริการสาธารณสุข ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือคุณภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลลดลง ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น

(รายงานการติดตามผลการปฏิบัติงาน โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค 2546:14) ซึ่งพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขดังกล่าวนี้เป็นการใช้สถานบริการไม่เหมาะสมกับลักษณะหรือระดับของการเจ็บป่วย ดังจะเห็นได้ชัดในกรณีที่มีการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการ หรือโรคเล็กน้อย ซึ่งถือว่าเป็นอาการเจ็บป่วยที่มีระดับความรุนแรงต่ำ ตลอดจนระยะเวลาดำเนินโรค และการรักษาอยู่ในระยะเวลาดสั้นๆ เช่นอาการไข้หวัด โรคผิวหนัง อุบัติเหตุเล็กน้อย

จังหวัดนครปฐมก็เช่นเดียวกันการดำเนินการตาม โครงการหลักประกันสุขภาพดีถ้วนหน้าหรือ30บาทรักษาทุกโรคประสบปัญหาดังได้กล่าวมาข้างต้นดังจะเห็นได้จาก จนถึงปัจจุบันได้มีการออกบัตรทองให้กับประชาชนไปแล้ว มากกว่า 98 %

โดยทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้จัดตั้งและพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2544. โดยใช้แนวทางการปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พัฒนาศักยภาพของสถานีอนามัย โดย ทำการจัดตั้ง หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ขึ้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม อีก 4 แห่ง และได้จัดเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล เกษัชกร ออกให้บริการทุกวันในเวลาราชการ แต่ยังคง ปัญหาการการมาใช้บริการของประชาชนนี้ที่โรงพยาบาลนครปฐมโดยพบ อัตราผู้ป่วยที่สิทธิบัตรทองมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 543 คนต่อวัน แต่มีผู้ป่วยบัตรทองไปใช้บริการที่สถานีอนามัยในเขตอำเภอเมืองเฉลี่ย 14 คนต่อ 1 สถานีอนามัยต่อวันเพียงเท่านั้น โดย ถ้าคิดเทียบจำนวนผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการจะพบว่าของโรงพยาบาล เท่ากับ 1 :18 คน และจำนวนผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการของสถานีอนามัยเท่ากับ 1 : 3 คน แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่ไปใช้บริการที่สถานีอนามัยน้อยมาก (รายงานสรุปผลการสำรวจการมารับบริการของผู้ใช้บริการที่มีต่อ งานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม ปีงบประมาณ 2548)

จากปัญหาดังกล่าว ไม่ใช่เพียงแต่จะเป็นปัญหาของการใช้บริการสาธารณสุขอย่างไม่เหมาะสมเท่านั้นแต่ยังต้องทำให้เกิดการสูญเสีย และการสูญเสียอย่างไม่น่าจะเกิดขึ้น ทั้งต่อประชาชนผู้ใช้บริการ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านประชาชนผู้ใช้บริการจะพบว่าโรคส่วนใหญ่ที่ชาวบ้านเป็นนั้น สามารถรักษาได้ในระดับสถานีอนามัย โดยที่สถานีอนามัยที่อยู่ห่างไกลไม่เกิน 3 กิโลเมตรโดยประมาณ แต่เมื่อประชาชนไม่ไปใช้บริการที่สถานีอนามัย นอกเหนือจากต้องสูญเสียทั้งเวลาและเงินเพิ่มขึ้น ในการเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งอยู่ไกลบ้านเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็นแล้วยังกระทบต่อระบบสาธารณสุขโดยภาพรวมอีกด้วย

ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525 – 2529) ได้จัดตั้งสถานีอนามัยให้มีครบทุกตำบล ต่อมาในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) ได้มีการปรับสถานีอนามัยให้มีขีดความสามารถทั้งในด้านการรักษาพยาบาลและ การบริการมากขึ้น ดังนั้นเมื่อประชาชนไม่ไปใช้บริการที่สถานีอนามัย ย่อมต้องเกิดการสูญเสียอย่างแน่นอน

นอกจากนี้จากปริมาณที่มีผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนครปฐมเพิ่มมากขึ้น อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพในการบริการของเจ้าหน้าที่และบุคลากรได้ในระดับหนึ่ง จากผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในร.พ. นครปฐม ผลจากการสำรวจพบว่า

- 1) ขั้นตอนการรับบริการ อัตราความพึงพอใจ เท่ากับ 81.59%
- 2) พฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ อัตราความพึงพอใจ เท่ากับ 82.74 %
- 3) สถานที่ให้บริการ อัตราความพึงพอใจ เท่ากับ 79.83 %
- 4) ระยะเวลาการรอคอย คุณภาพบริการ อัตราความพึงพอใจ เท่ากับ 75.63%

เมื่อเทียบกับเกณฑ์การประเมินที่ตั้งไว้ต้องเท่ากับหรือมากกว่า 80% (รายงานสรุปผลการสำรวจความพึงพอใจผู้ใช้บริการที่มีต่องานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม ปีงบประมาณ 2548)

ดังนั้น คณะผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้บริการในส่วนของร.พ.ที่รับทราบปัญหาการไม่ไปใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค หรือบัตรทอง ที่สถานีนามัยไกล่บ้าน จึงมีความสนใจศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค หรือบัตรทองที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานบริการสถานีนามัย อ.เมือง จ. นครปฐม

ในการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิดทฤษฎีต่างๆ พบว่า มีนักพฤติกรรมศาสตร์หลายท่านได้พยายามศึกษาว่าทำไมประชาชนกลุ่มต่างๆจึงไปใช้บริการหรือ ไม่ไปใช้บริการสาธารณสุขไกล่บ้านที่มีอยู่ในท้องถิ่น รวมทั้งมีปัจจัยหรือสาเหตุอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์ ต่อการเลือกใช้บริการสาธารณสุข โดยศึกษาลักษณะของผู้ใช้บริการได้แก่ ปัจจัย ส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษารายได้ของครอบครัว การรับรู้ด้านสุขภาพ โดยคาดว่าปัจจัยเหล่านี้ อาจจะช่วยค้นหาสาเหตุที่ส่งผลให้ประชาชนเลือกที่จะไม่ไปใช้บริการสาธารณสุขที่สถานีนามัย เพื่อนำผลวิจัยที่ได้ไปใช้ประโยชน์ ในการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการและ พัฒนางาน การให้บริการของสถานีนามัย เพิ่มศักยภาพของสถานีนามัยให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยด้านบริการสาธารณสุขด้านอื่นๆในหน่วยงานบริการสาธารณสุขของจังหวัดนครปฐม ที่จะได้มีการพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

จากประเด็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาเหตุจูงใจของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัยจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย
3. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อเหตุจูงใจของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย

ปัญหาในการวิจัย

1. เหตุจูงใจของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัยจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันหรือไม่
2. ปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ในประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัยหรือไม่
3. ปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธ์ต่อเหตุจูงใจในประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัยหรือไม่

สมมติฐานในการวิจัย

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นเหตุจูงใจของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัยที่แตกต่างกัน
2. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย
3. ปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธ์ต่อเหตุจูงใจในประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย

ขอบเขตในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory Research.) เพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ตามแนวคิดที่ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมมาทำการศึกษาถึง ความคิดเห็นของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม ซึ่งได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้คือ

1. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐม และมีได้รับตัวเข้าไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนครปฐม ในปี 2548 เป็นจำนวนทั้งสิ้น 182,158 ครั้ง/ปี (ข้อมูลผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐมจากวันที่ 1 ตุลาคม 2547 – 30 กันยายน 2548)

2. ขอบเขตเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ในการศึกษา เวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือเริ่มดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายน 2548 และเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในเดือนกุมภาพันธ์ ในวันจันทร์-ศุกร์ เวลาราชการ คือเวลา 8.00 น. – 16.00 น . ตั้งแต่วันที่ 6-18 กุมภาพันธ์ 2549

3. ขอบเขตวิธีการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถามของกลุ่มประชากร โดย การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) ได้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่
 - 1.1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ
 - 1.2. ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล
 - 1.3. ความพึงพอใจที่ได้รับบริการ
 - 1.3.1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกสบายที่ได้รับจากการบริการ
 - 1.3.2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ
 - 1.3.3. ความพึงพอใจต่ออัตรายาคัย ความสนใจของผู้ให้บริการ
 - 1.3.4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับต่อการบริการ
 - 1.3.5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ
 - 1.3.6. ความพึงพอใจต่อคำรักษาพยาบาล
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ เหตุจูงใจที่ทำให้ไม่ไปรับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิ

ขั้นตอนของการศึกษา

1. ทำการศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ทบทวนทฤษฎีที่นำมาใช้ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. สร้างแบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูล
3. นำแบบสอบถามส่งปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อทำการทดสอบแบบสอบถาม และให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุง
4. นำแบบสอบถามที่ได้ทำการปรับปรุงแล้ว ไปทดสอบแบบสอบถาม (Preliminary Test)

โดยวิธี Pilot Study

5. ปรับปรุงแบบสอบถาม
6. ทำหนังสือขอดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่
7. ดำเนินการ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
8. รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
9. วิเคราะห์ข้อมูล
10. รายงานผลการวิจัยและวิจารณ์

11. สรุปผลการวิจัย

ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จะต้องเป็นประชาชนที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐมในเวลาราชการ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องเป็นประชาชนที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป และสามารถอ่านและหรือเข้าใจในภาษาไทย กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถมองเห็นหรืออ่านแบบสอบถามได้ ให้ผู้ที่เป็นญาติเป็นผู้ตอบแบบสอบถามแทน โดยใช้ตามความคิดของผู้ป่วย

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้มีความจำกัดในเรื่องของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทำให้ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาวินิจฉัยและใช้แบบสอบถามร่วมกับผู้วิจัยท่านอื่นโดยการศึกษาจัดทำเป็นชุดการวิจัย ประกอบด้วย 3 เรื่อง คือการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของประชากรที่มีผลต่อการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนมัย ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม และการศึกษาการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อสาเหตุที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนมัยในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1. ประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค หมายถึง ประชาชนที่ได้รับรองการออกสิทธิในการเข้ารับการรักษาในสถานื่อนามัยในจังหวัดนครปฐมที่ระบุไว้ในบัตรประกันสุขภาพ (หรือที่เรียกกันว่าบัตรทอง)

2. การไม่ไปใช้บริการที่สถานื่อนามัย คือ การที่ประชาชน ที่สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค อยู่ในเขตรับผิดชอบของ สถานื่อนามัยแต่ละแห่ง มารับบริการที่รพ. ศูนย์ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย

3. ความพึงพอใจ คือ การได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้รับบริการที่สถานื่อนามัยที่มีคุณภาพเป็นผู้ให้บริการ โดยแบ่งแยกความพึงพอใจออกเป็น 6 ด้าน ความพึงพอใจต่อความสะอาดที่ได้รับจากการบริการ ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ ความพึงพอใจต่ออخصาัย ความสนใจของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับต่อบริการ ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการ ความพึงพอใจต่อคำรักษาพยาบาล

4. มูลเหตุจูงใจในการไม่ไปรับบริการที่สถานื่อนามัย คือ สาเหตุที่หรือปัจจัยที่ทำให้ไม่ไปใช้บริการที่สถานื่อนามัย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับเหตุจูงใจของประชาชนที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการสถานีอนามัย ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน
2. แนวคิดระบบบริการปฐมภูมิ
3. สถานีอนามัย
4. งานโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการสถานีอนามัย

แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)

แนวคิดที่เกี่ยวกับคุณลักษณะและคุณภาพของบริการสาธารณสุข ได้แก่แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ที่กำหนดจากองค์การอนามัยโลก ที่เป็นปรัชญาหลักการที่กำหนดว่าต้องมีการจัดบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับทั้งในเชิงสังคม เศรษฐกิจและการเมือง ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้ใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม สนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ รวมทั้งการจัดบริการที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชุมชนและใกล้ที่ทำงาน รวมทั้งเป็นบริการที่บูรณาการกับระบบบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ในขณะเดียวกันก็มีการเผยแพร่แนวคิดที่เน้นความหมาย “สุขภาพ” ที่กว้างขวางมากกว่าการไม่มีโรค แต่มีความหมายครอบคลุมสุขภาพ ทั้งด้านกาย จิต สังคมและวิญญาณ เป็นการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งหมดทั้งที่ป่วยและไม่ป่วย ดูแลประชาชนทั้งหมดมิใช่เน้นแต่ผู้ที่มาใช้บริการเท่านั้น ซึ่งแนวคิดเหล่านี้ มีส่วนกระทบให้การจัดบริการสาธารณสุขมีประเด็นที่ต้องพิจารณาคุณลักษณะบริการที่ต้องเป็นองค์รวมมากขึ้นและ ต้องมีการดำเนินงานที่สนับสนุน ให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพให้มากขึ้น

และต้องมีการดำเนินงานที่สนับสนุนให้ประชาชน มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ได้มากขึ้นมีการดำเนินงานทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่เป็นการทำงานเชิงรุก รวมทั้ง การมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านสุขภาพระดับต่าง ๆ

ระบบการบริการสาธารณสุข

เดิมการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทย แปรตามเขตการปกครองตาม กระทรวงมหาดไทย การจัดสรรทรัพยากรก็แปรตามขนาดของสถานบริการ (Supply site) ไม่ สอดคล้องกับจำนวนประชากร และไม่สามารถสนองต่อความจำเป็นของประชากรโดยรวม โดยเฉพาะผู้ยากไร้ได้ก่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม ไม่เสมอภาค ค้อยคุณภาพและไม่ มีประสิทธิภาพ

ชมรมแพทย์ชนบทจึงได้เสนอรูปธรรมของระดับบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ไว้ตั้งแต่ ปี 2544-2545 ในหนังสือ “ความเป็นธรรม ความแตกต่างบนผืนแผ่นดินไทย” เพื่อสะท้อนให้เห็น ภาพบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ เป็นมาตรฐานที่สอดคล้องกับจำนวนแพทย์ที่มีอยู่ และกำลังการผลิต ในปัจจุบัน ภายใต้การบริหารจัดการ บนพื้นฐานของความจริงใจที่จะให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ มี ประสิทธิภาพ และเกิดความเสมอภาคกับประชาชนชาวไทยทั่วประเทศ

โดยแบ่งเป็น 3 ระดับหลัก ๆ และนับเป็นจุดเริ่มต้นของการนำแนวคิดการจัดทำแผนที่ ภูมิศาสตร์ (Geographic Information System, GIS) มาใช้ในการจัดระดับบริการสุขภาพ โดยมีหัวใจ สำคัญอยู่ที่การมองคนเป็นจุดศูนย์กลาง (Customer Focus, Demand site) และให้ความสำคัญกับการ เข้าถึงบริการ (Access to Service) โดยใช้ระยะทางการเข้าถึงหน่วยบริการที่มีอยู่ หรือหน่วยบริการที่ ควรจะมีเพิ่มขึ้น ร่วมกับสภาพภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนด เพื่อนำไปสู่ การกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ดังนี้

1) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ ระดับต้นเป็นระดับการบริการรักษาพยาบาล ขึ้นพื้นฐาน ที่การรักษาพยาบาลไม่ซับซ้อนมากนัก มีการดูแลแบบองค์รวม คือ ผสมผสานทั้งด้าน การรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพและป้องกันโรคด้วย ซึ่งบริการดังกล่าวจะมีคุณภาพ นั้น ต้องมีสถานบริการที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ไม่ไกลบ้านจนเกินไป เพื่อที่เมื่อ เจ็บป่วยฉุกเฉิน เจ็บป่วยทั่วไป จะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพได้ทันทั่วถึง โดยปกติ ควรเดินทางไม่เกิน 22.5 กม. (ใช้เวลาไม่เกิน 45 นาที หากใช้ความเร็วไม่เกิน 30 กม./ชม.) มีเตียงนอนที่พอเพียง (โดยมีขนาดโรงพยาบาล 7.5 เตียง ต่อประชากร 10,000 คน) และมีประเภทแพทย์ที่ เหมาะสม คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (Family Medicine) ใน จำนวนที่เพียงพอ คือ แพทย์ 1 คน ต่อประชากร 10,000 คน

2) บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิระดับสูง เป็นระดับการรักษาพยาบาลระดับกลาง โดยปกติมักจะได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการตามข้อ 1) และควรเดินทางไม่เกิน 67.5 กม. (ใช้เวลาไม่เกิน 135 นาที หากใช้ความเร็วไม่เกิน 30 กม./ชม.) มีเตียงนอนที่พอเพียง (โดยมีขนาดโรงพยาบาล 5 เตียง ต่อประชากร 10,000 คน) และมีประเภทแพทย์ที่เหมาะสม คือ แพทย์เฉพาะทางที่เรียกว่า สาขาหลักและสาขารอง (Major+Minor) เช่น สาขาอายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ฯลฯ ในจำนวนที่เพียงพอ คือ แพทย์เฉพาะทางกลุ่มนี้รวม 1 คน ต่อประชากร 12,500 คน

3) บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เป็นระดับการรักษาพยาบาลระดับสูงสุด ซึ่งควรเป็นระดับปลายสุดที่ประชาชนจะได้รับบริการ โดยปกติมักจะได้รับการส่งต่อจากบริการตามข้อ 1) และ/หรือ ข้อ 2) และควรเดินทางไม่เกิน 202.5 กม. (ใช้เวลาไม่เกิน 405 นาที หากใช้ความเร็วไม่เกิน 30 กม./ชม.) มีเตียงนอนที่พอเพียง (โดยมีขนาดโรงพยาบาล 2.5 เตียง ต่อประชากร 10,000 คน) และมีประเภทแพทย์ที่เหมาะสม คือ แพทย์เฉพาะทางที่ศึกษาจนถึงระดับอวัยวะบางอวัยวะเป็นการเฉพาะ ที่เรียกว่าสาขาต่อยอด (Sub-specials) เช่น สาขาอายุรศาสตร์หัวใจ ศัลยศาสตร์ทรวงอก ฯลฯ ในจำนวนที่เพียงพอ คือ แพทย์เฉพาะทางกลุ่มนี้รวม 1 คน ต่อประชากร 50,000 คน

ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ใช้ยุทธศาสตร์ด้านงบประมาณเป็นเครื่องมือ ได้กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit, PCU) เป็นเครื่องมือ/กลไกหลักที่สำคัญที่จะทำให้เห็นนโยบายนี้ประสบความสำเร็จ มีคุณภาพตามที่รัฐบาลคาดหวัง โดยคาดหวังว่าจะสามารถทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เกิดความเสมอภาค และมีประสิทธิภาพในท้ายที่สุด

ภายใต้การจัดการของ หน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (Contraction unit for primary care, CUP) หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ถูกกำหนดให้เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะไขไปสู่ความสำเร็จในการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ จนนำไปสู่ภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all) โดยกำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ต้องมีลักษณะที่สำคัญดังนี้

1. เป็นบริการด่านแรก ที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย/สะดวก (Front-line care) ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ สังคม จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ
2. เป็นบริการผสมผสาน-องค์รวม (Comprehensive care, holistic care) ในทุกด้านของผู้ป่วย (ทั้งด้านร่างกาย-จิตใจ-สังคมและจิตวิญญาณ) ทุกรูปแบบของการดูแลสุขภาพ (ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ-รักษาโรค-ฟื้นฟูสภาพและป้องกันโรค) ทุกระดับของเวชปฏิบัติ (ทั้งด้านปัจเจกบุคคล-ครอบครัวและชุมชน) รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้าน (ความเชื่อ-ศาสนา-วัฒนธรรม-เศรษฐกิจ-สังคมและสิ่งแวดล้อม) เป็นต้น

3. เป็นบริการที่ร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing/ Longitudinal care, continuing) ตั้งแต่เกิดจนตาย หรือก่อนป่วย ขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ
4. เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุก แบบใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน
5. เป็นบริการที่ทำหน้าที่ส่งต่อ (Refer) และประสานเชื่อมต่อการบริการอื่น ๆ ทั้งด้านการแพทย์และสังคมที่จำเป็น ที่เกิดขีดความสามารถของหน่วยบริการระดับต้น เช่น สถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเฉพาะด้านต่าง ๆ หน่วยสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น

แนวคิดในเรื่องระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health System)

แนวคิดอีกส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิ คือ ระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ที่เป็นฐานคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน และเชื่อมโยงกับบริการโดยสถานีอนามัย และเป็นฐานการมองปัญหาารวมในระดับอำเภอ ตลอดจนมีผลเกี่ยวข้องกับการออกแบบมาตรฐานการจัดบริการปฐมภูมิภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ชนบทด้วยองค์ประกอบของงานในบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ จะมีทั้ง

การวางแผนและการประสานแผนการจัดบริการ เพื่อสุขภาพของประชาชนที่อยู่ใน

ความรับผิดชอบ

การประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

งานที่เป็นบริการด้านสุขภาพโดยตรงทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพ

การสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ ความสามารถในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพได้เหมาะสมซึ่งเป็นแนวความคิดส่วนหนึ่งในการจัดบทบาทของคณะกรรมการประสานงาน

สาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

เอกลักษณะ หรือ หัวใจสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ คืออะไร

หัวใจสำคัญของบริการปฐมภูมิจะ มิได้เน้นแต่ส่วนที่เป็นการแพทย์แต่เพียงส่วนเดียว แต่ต้องเน้นความบูรณาการของความรู้ทางการแพทย์เข้ากับสภาพชีวิตจริงของประชาชน และนำไปสู่การดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างประชาชนกับบุคลากรสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม เน้นการดูแลด้วยแนวคิดแบบองค์รวมที่เข้าใจสภาพเงื่อนไขปัจจัยกระทบต่อสุขภาพ นั้นหมายถึงคุณค่าของงานนี้จะวัดด้วยตัววัดทางการแพทย์อย่างเดียวไม่ได้

นอกจากนี้ ลักษณะสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ ก็ความเป็นด้านแรกใกล้ชิดกับประชาชน การดูแลต่อเนื่อง การดูแลที่ต้องผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ และการที่ต้องเน้นพัฒนาให้ประชาชนพึ่งตนเองได้อย่างสมดุล (สุพัตรา ศรีวิษชากร 2547 :10-18)

หลักสำคัญของบริการปฐมภูมิ คือตอบสนองความต้องการของประชาชนที่หลากหลาย ฉะนั้นกิจกรรมบริการไม่ว่าจะทำเหมือนกันหมดได้ในทุกที่ หรือในทุกคน

การสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ เป็นหลักการหนึ่งที่สำคัญของระบบปฐมภูมิ เป็นผลลัพธ์ที่ต้องการ แต่รูปธรรมจริงของการพึ่งตนเองแต่ละคนย่อมไม่เหมือนกัน ฉะนั้นบทบาทและวิธีทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขย่อมแตกต่างกัน

ระบบบริการปฐมภูมิต้องมีการเชื่อมโยงกับระบบงานบริการระดับอื่น ๆ การที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จะทำหน้าที่ตามบทบาทได้สมบูรณ์ จำเป็นจะต้องมีระบบอื่นสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย เพราะหน่วยบริการปฐมภูมิมิอาจให้บริการสุขภาพในทุกด้าน ยังต้องส่งต่อไปหน่วยบริการอื่น และรับส่งต่อมาจากหน่วยบริการอื่นเพื่อดูแลต่อเนื่องด้วย อีกทั้งหน่วยปฐมภูมิยังต้องการข้อมูล ความรู้ทางวิชาการในสาขาต่าง ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในระดับพื้นฐานได้อย่างทันสถานการณ์ ฉะนั้นหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องก็จำเป็นต้องเข้าใจบทบาทหลักของหน่วยปฐมภูมิและสามารถทำงานประสานกันได้อย่างบูรณาการ ซึ่งหมายถึงระบบบริการปฐมภูมิจะดำเนินงานได้สำเร็จ จะต้องได้รับความยอมรับ ความเข้าใจ และความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย จะต้องมีการจัดการจัดระบบให้ประสานกันได้ดีด้วย

นอกจากนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นกลไกหนึ่ง หรือเป็นองค์กรหนึ่งที่มีบทบาทเน้นหนักในการให้บริการปฐมภูมิเป็นหลักแต่มิใช่หมายความว่าหน่วยบริการอื่น ๆ จะให้บริการในลักษณะเดียวกันไม่ได้ เพราะธรรมชาติจริงของความต้องการบริการมักจะเป็นลักษณะผสมผสานต้องการบริการทุกระดับแต่อาจมีสัดส่วนของบริการในลักษณะอื่นที่เน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์มากกว่า(โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย 2535:17-20)

การบูรณาการแนวคิดทั้งหมดมาสู่ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

การพัฒนาบริการปฐมภูมิ มีฐานมาจากแนวคิดต่าง ๆ ข้างต้นในแต่ละระยะไม่เท่ากัน และพัฒนาออกเป็นรูปธรรมการดำเนินงานที่ต่างกัน กล่าวคือ

พัฒนาการทางด้านการศึกษาและสาธารณสุขในประเทศไทย มาจากฐานสังคมไทยที่มีระบบการแพทย์พื้นบ้านมาก่อน ประชาชนต้องดูแลตนเอง และดูแลกันเองภายในชุมชน กลุ่มคนที่

คลุกคลีกับชุมชนเหมือนแพทย์ GP ของฝรั่ง คือ แพทย์พื้นบ้านมีลักษณะการดูแลที่เป็นองค์รวม ผสมผสานการปฏิบัติตัวในวิถีชีวิตคู่ไปด้วย

แต่เมื่อมีการนำแพทย์แผนตะวันตกเข้ามา ที่เริ่มให้ความสำคัญกับแพทย์ และสถานบริการที่เป็นโรงพยาบาลมากกว่าบริการในชุมชน เน้นที่การรักษาพยาบาลโดยเฉพาะส่วนที่เป็นโรคติดต่อ โรคที่ต้องการการผ่าตัด การทำหัตถการต่าง ๆ และพัฒนาต่อมาจนเป็นแพทย์เฉพาะทางต่าง ๆ ทำให้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันในไทยมีลักษณะที่เน้นการรักษาพยาบาล และมีความแยกส่วนมากขึ้นเรื่อย ๆ มีช่องว่างของบริการระหว่างคนไข้กับหมอ

ในระยะแรกของการพัฒนาระบบบริการทางแพทย์และสาธารณสุข เป็นการพัฒนาหน่วยบริการทางการแพทย์ระดับต่าง ๆ ได้แก่ วางแผนให้สถานอนามัย เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยบริการระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลศูนย์เป็นหน่วยบริการในระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยที่เน้นการพัฒนาบริการทางการแพทย์เฉพาะทางที่เป็นระดับตติยภูมิ แต่ละระดับจะมีสัดส่วนของการให้บริการรักษาพยาบาล พื้นฟูสภาพ กัมขานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในสัดส่วนที่ลดล้นกันไป คือ ส่วนสถานอนามัยให้บริการรักษาพยาบาล 25% ส่งเสริม ป้องกัน 75% ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปให้บริการรักษาพยาบาล 75% และส่งเสริมป้องกัน 25% ส่วนสถานอนามัยยังคงเน้นที่บริการปฐมภูมิ แต่เน้นไปที่การรักษาพยาบาล และการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคพื้นฐาน รวมทั้งพยายามจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งส่งขึ้นและลง เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ประชากรได้รับการดูแลด้วยมาตรฐานเดียวกันอย่างทั่วถึง

เมื่อมีกระแสและแรงผลักดันในด้านสาธารณสุขมูลฐาน ประเทศไทยได้แปลหลักการสาธารณสุขเป็นแผนดำเนินงานที่ทำให้ทุกหน่วยบริการ มีกิจกรรมดำเนินงานที่สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมและพึ่งตนเองมากขึ้น ซึ่งเน้นไปที่กิจกรรมอีกชั้นหนึ่งที่ดำเนินการโดยประชาชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน/ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การส่งเสริมการพัฒนาองค์กรชุมชน โดยที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงและให้การสนับสนุน หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นบริการสาธารณสุขด้านแรกได้รับความสนใจและมีการพัฒนามากขึ้น แต่มีปัญหาของความคลาดเคลื่อนของการถ่ายทอดแนวคิดหลักการที่เป็นแก่นกลายเป็นเน้นที่กิจกรรมขาดการประเมินผลที่ผลลัพธ์ ยังคงพยายามทำกิจกรรมที่เป็นแต่ชื่อว่าเป็นสาธารณสุขมูลฐาน แต่เนื้อแท้บรรลุผลเพียงบางส่วน หน่วยบริการปฐมภูมิยังทำหน้าที่เสมือนเป็นหน่วยคัดกรองบริการให้แก่หน่วยบริการระดับอื่น โดยที่ไม่มีการพัฒนาให้เกิดเอกลักษณ์หรือคุณค่าเฉพาะของหน่วยนี้เองไม่มีความสามารถเฉพาะที่เป็นจุดเด่น มีคุณภาพต่ำ และคุณค่าของบริการที่มีคุณภาพยังเน้นไปที่บริการทางการแพทย์เฉพาะทางด้านต่าง ๆ โดยที่ยังมิได้บูรณาการกับแนวคิดการ

พัฒนาให้เกิดบริการแบบองค์รวม และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ตามแนวคิด สาธารณสุขมูลฐาน ยังเป็นการดำเนินกิจกรรมที่แยกเป็นชั้น ๆ ไม่บูรณาการ และขาดแนวคิดหลัก ร่วมกัน

ในช่วงระยะทศวรรษหลังนี้ มีการพัฒนาบริการทางการแพทย์เป็นเฉพาะทางมากตาม รอยประเทศทางตะวันตก เน้นคุณค่าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีใหม่ด้านวิทยาศาสตร์ชีวภาพ และ ระบบเพิ่มละเลยประเด็นคุณภาพทางด้านสังคม ด้านความเป็นมนุษย์ ทำให้เกิดปัญหาความทุกข์ยาก ของผู้ใช้บริการและระบบบริการระดับต่าง ๆ เริ่มมีการพัฒนาไม่สมดุลกัน บุคลากรสาธารณสุข นิยมที่จะศึกษาต่อเนื่องเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่าง ๆ จนเกิดความขาดแคลนในบางสาขา และ แม้จะมีการผลิตบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่ในพื้นที่ชนบทก็ยังคงขาดแคลนในบางสาขา และแม้จะ มีการผลิตบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่ในพื้นที่ชนบทก็ยังคงขาดแคลนบุคลากร จึงเริ่มที่จะมีการ ทบทวนบทบาทและระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป และพัฒนาเชื่อมต่อมาที่บริการปฐมภูมิ บริการ สาธารณสุขในชนบท จึงได้มีการนำแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามาในระบบบริการสาธารณสุข ในประเทศไทย และเชื่อมต่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่ต้องพัฒนาให้มีเอกลักษณ์ที่เป็นคุณค่า เค้นของตนเอง ในด้านการบูรณาการ การบริการแบบองค์รวม มีการนำศาสตร์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ ครอบครัวมาประยุกต์ใช้ และมุ่งเน้นที่สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน ซึ่งเป็นแนวคิดเดียวกับ หลักการสาธารณสุขมูลฐาน แต่ปรับกลยุทธ์การดำเนินงานให้บูรณาการระหว่างหน่วยบริการด้าน แรก กับบทบาทของประชาชนมากขึ้น ไม่แยกส่วนกัน รวมทั้งประสานเชื่อมต่อกับโรงพยาบาล ชุมชน พัฒนาให้เป็นระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอที่มีคุณภาพ แยกแยะบทบาทของ โรงพยาบาลให้ชัดเจน ทั้งในส่วนที่ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิโดยตรง ที่ต้องมีการจัดการเพื่อให้เกิด ระบบดูแลสุขภาพของประชาชนที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับภาระงาน และพัฒนาบทบาทของ โรงพยาบาลที่ต้องเข้าร่วมมือสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ อันได้แก่ สถานีอนามัยมากขึ้น ตามแนวคิดของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health System)

ระบบบริการปฐมภูมิ

หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการ สาธารณสุข (First health services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะ ผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้ อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, Family and Community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่าง

เหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุล

ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงปฏิบัติการ

1. เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน ในความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง โดยมีได้จำกัดเฉพาะประชากรที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาล แต่ต้องดูแลทั้งหมดทั้งที่เป็น การรู้สภาวะสุขภาพ และหามาตรการสร้างเสริมสุขภาพ

2. เป็นที่ปรึกษาของประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวม

3. ให้บริการพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ และบริการทั้งที่เป็น การรักษาพยาบาล การส่งเสริมฯ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยเรียงลำดับตาม ความสำคัญ และตามลักษณะการดำเนินงานดังนี้

3.1 ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยตรง ซึ่งประกอบด้วย การ ให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ผสมผสานกับการรักษาพยาบาล ดำเนินการคัดกรองปัญหา ความเสี่ยง ให้วัคซีน ควบคุมป้องกันโรคในระดับบุคคล ให้คำแนะนำ ความรู้และทักษะ เพื่อการสร้างศักยภาพ ประชาชนในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย

3.2 ร่วมมือประสานงาน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เป็นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในระดับชุมชน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยงาน ส่วนนี้หน่วยบริการปฐมภูมิจะมีบทบาทในด้านการเสนอประเด็น แต่การดำเนินงานจะเป็นลักษณะ ที่ทำร่วมกับประชาชน และหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรง (โดยที่มีหน่วยงานอื่นมี บทบาทโดยตรงในการวางแผนดำเนินการสร้างเสริม สุขภาพในระดับกว้าง และส่วนที่เป็น Public health policy และการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอื่น ๆ จะเป็นบทบาทของหน่วยงานท้องถิ่น โดยที่ มีงบประมาณต่างหากที่มีใช้งบ UC)

3.3 ให้บริการรักษาพยาบาล ดูแลเบื้องต้นในปัญหา/โรคที่พบบ่อย โดยมี การ กำหนดขอบเขตของสภาพปัญหา หรือรายชื่อโรคที่ควรดูแลได้ให้ชัดเจน

4. ติดตาม ประสานการให้บริการประเภทต่าง ๆ เพื่อให้เกิดบริการที่บูรณาการ ต่อเนื่อง

ความหมายบริการปฐมภูมิ เมื่อพิจารณาเชิงกระบวนการ บริการปฐมภูมิมิมีลักษณะดังนี้

1. เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (Front-line care) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรค เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่น ๆ
2. เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน อย่างต่อเนื่อง (Ongoing/Longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึง ขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ/ประชาชนอย่างต่อเนื่อง
3. เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง (Comprehensive care) ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตาม ความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งทางด้าน การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค
4. เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ส่งต่อและประสานเชื่อมต่อการบริการอื่น ๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคมเมื่อจำเป็น รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน (Co-ordinated care)

ในระยะต่อมาที่มีกระแสแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ แนวคิดด้านระบบประกันสุขภาพ และการบริหารจัดการระบบบริการแบบใหม่ (New public management) ที่เน้นการจัดการด้านการเงิน การคลัง การจัดระบบแข่งขันเชิงตลาดเข้ามามากขึ้น จึงได้มีแนวคิดที่จะนำเอาเรื่องระบบบริการปฐมภูมิเข้าไปเป็นส่วนหนึ่ง ของระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพ และใช้ระบบการจัดการด้านการเงินทำสัญญากำหนดให้คู่สัญญาจัดบริการตามที่อยู่จัดสรรเงินกำหนด ในลักษณะที่คล้ายกับดำเนินการในประเทศทางด้านตะวันตก แต่ได้มีการปรับด้วยนักคิดในประเทศ ไทยเอง ที่ปรับบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีบทบาทให้บริการที่ผสมผสานทุกด้าน และผู้ให้บริการมิได้จำกัดเฉพาะแพทย์ รวมทั้งการจัดบริการเป็นลักษณะเครือข่ายร่วมกันระหว่างสถานีอนามัย/หน่วยบริการด่านแรก ลักษณะอื่น ๆ ร่วมกับโรงพยาบาล ยังมีได้แยกกันโดยเด็ดขาด ทั้งนี้ เป็นไปตามสภาพของโครงสร้างบริการสาธารณสุขเดิมของประเทศไทย และตามแนวคิดของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health System, DHS)

ภายใต้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่สัมพันธ์กับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการแปลแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิเป็นความหมายเชิงปฏิบัติการ ที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่จะเป็นคู่สัญญาภายใต้การประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีบทบาทหน้าที่ และมีมาตรฐานเชิงโครงสร้างใน ระยะเริ่มต้น

สถานีนอนามัย

ปรัชญาแนวความคิดการจัดบริการสาธารณสุขระดับสถานีนอนามัย

สถานีนอนามัยของกระทรวงสาธารณสุข ได้วิวัฒนาการทั้งด้านโครงสร้างและการบริการประชาชนตั้งแต่ปี 2456 เป็นต้นมา และได้มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ตามลักษณะโครงสร้าง และระดับขีดความสามารถในการบริการประชาชน โดยมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ) เป็นองค์กรประสานงาน และสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

บทบาทหน้าที่ของสถานีนอนามัย

พ.ศ. 2505 กรมอนามัยซึ่งดูแลสถานีนอนามัยทั่วประเทศได้กำหนดหน้าที่ของสถานีนอนามัยไว้ 10 ประการเรียกว่า “บัญญัติ 10 ประการ” หรือ BMR (Basic Minimum Requirement) ซึ่งประกอบด้วย

1. การควบคุมและป้องกันโรค
2. การจำหน่ายยาตำราหลวง
3. การอนามัยแม่และเด็ก
4. การอนามัยโรงเรียน
5. การให้สุขศึกษา
6. โภชนาการ
7. การรักษาพยาบาล
8. การสุขาภิบาลและการจัดหาน้ำสะอาด
9. สถิติชีพ
10. การชันสูตรโรค

บทบาททั้ง 10 ประการนี้เรียกว่า “บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน (Integrated Health Service)” เน้นหนักที่การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาพยาบาลเน้นการบริการประชาชนในสถานที่ตั้งหรือในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (Catchment's Area)

ในปี พ.ศ. 2520 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดประชุมตัวแทนระหว่างประเทศสมาชิกที่เมืองอัลมาตา ประเทศสาธารณรัฐคาซัคสถาน มติของที่ประชุม ได้มีการตั้งยุทธศาสตร์ที่เรียกว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 (Health for All by the Year 2000)” ประกาศเป็น Alma ata

Declaration โดยกำหนดให้ “ สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ” เป็นกลวิธีที่จะนำไปสู่ ยุทธศาสตร์ดังกล่าว

กลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ได้มุ่งมั่นให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ในการดูแล สุขภาพอนามัยขั้นพื้นฐาน มีการดำเนินงาน โดยประชาชนเองในรูปของอาสาสมัครทางด้าน สาธารณสุขโดยในประเทศไทย ได้จัดให้มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขขึ้นประกอบด้วย ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

สถานีอนามัยในฐานะของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่อยู่ใกล้ชิดกับ ประชาชน มากที่สุด จึงต้องรับภาระในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานให้บรรลุเป้าหมาย โดยเป็นครู พี่กิตติตามนิเทศงาน และสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานทุกด้าน บทบาทเดิมในฐานะเป็น “ผู้ ให้บริการ” ได้เปลี่ยนเป็น “ผู้สนับสนุนบริการ” แทน แต่ยังคงต้องให้บริการในส่วนที่ประชาชนไม่ สามารถดำเนินการเองได้

ในปี พ.ศ. 2528 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงบทบาทของสถานีอนามัยจาก บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน 10 ประการเป็น 28 งาน และในปี พ.ศ. 2531 เพิ่มเป็น 35 งาน โดยมีการแบ่งกลุ่มงานใหญ่ ๆ ออกเป็น 5 กลุ่มงาน คือ

1. กลุ่มงานบริการมี 10 งาน
2. กลุ่มงานบริหารมี 16 งาน
3. กลุ่มงานวิชาการมี 3 งาน
4. กลุ่มงานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชนบทมี 5 งาน
5. กลุ่มงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ 2539 : 14-15)

ในช่วงการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ได้มีการเสนอ แนวความคิดในการจัดบริการสาธารณสุขในระดับสถานีอนามัยไว้ดังต่อไปนี้

1. การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันร่วมกับการดำเนินงานตาม กลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น
2. การขยายบริการของรัฐเข้าสู่ชนบทระดับตำบล ทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพจะ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี
3. ประชาชนในชนบทได้รับบริการใกล้บ้านมากที่สุด หากเกินขีดความสามารถของ สถานบริการใกล้บ้าน จึงเข้าสู่ระบบส่งต่อที่เหมาะสม
4. สถานีอนามัยเป็นจุดเชื่อมระหว่างชุมชนกับบริการของรัฐที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชน มากที่สุด (First Contact at Health Service)

5. การบริการในระดับตำบลและหมู่บ้านจัดอยู่ในบริการระดับต้น (Primary Medical Care) คือ ระดับที่ให้บริการโดยเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่แพทย์ ควบคู่ไปกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)

6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐที่ทำงานในระดับตำบล นอกจากมีหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชนโดยตรงแล้ว จะต้องมิบทบาทเป็นผู้สนับสนุนประชาชนเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขพัฒนาชุมชนด้วย

7. การให้บริการของสถานอนามัย กำหนดน้ำหนักงานส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรคต่องานด้านรักษาพยาบาล ในสัดส่วน 75 : 25

8. การให้บริการของสถานอนามัย เป็นการให้บริการผสมผสาน (Integrated Health Service) ในลักษณะของการดูแลทั้งครอบครัว (Family care) และดูแลทั้งชุมชน (Community Care) โดยมีเขตความรับผิดชอบ (Catchment's Area) ที่ชัดเจน

9. การให้บริการของสถานอนามัยเป็นการให้บริการทั้งเชิงรุกเข้าสู่ชุมชน ร่วมกับการตั้งรับในสำนักงาน โดยในอดีตเน้นมาตรการ “เยี่ยมบ้าน” เป็นการทำงานเชิงรุกที่สำคัญ ต่อมา มีการใช้ ผสส./อสม. เป็นตัวกลาง ระหว่างชาวบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น

10. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย เป็นบุคลากรสาธารณสุขระดับ ผู้ช่วยที่มีความรู้ความสามารถหลาย ๆ ด้าน (Multipurpose Personal) (กองสาธารณสุข 2539)

สถานอนามัยมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขผสมผสาน 5 สาขา ทั้งและนอกสถานบริการ อันได้แก่

- 1) การส่งเสริมสุขภาพ
- 2) การควบคุมและป้องกันโรค
- 3) การรักษาพยาบาล
- 4) การฟื้นฟูสภาพและการดูแลผู้ป่วยพิการ
- 5) การสนับสนุนบริการรวมทั้งการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุข และการ

พัฒนาชุมชนตลอดจนวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมและ สอดคล้องกับสภาพ เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความต้องการของประชาชนในแต่ละท้องที่ เช่น เขตชนบท เขต ทุรกันดาร เขตชนบทกึ่งเมืองและเขตชานเมือง เป็นต้น

ลักษณะของสถานีนามัย

สถานีนามัยของกระทรวงสาธารณสุข ได้วิวัฒนาการทั้งด้านโครงสร้างและการบริการประชาชนตั้งแต่ปี 2456 เป็นต้นมา และได้มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ฉะนั้นสถานีนามัยในทศวรรษหน้า (2535-2544) จึงได้จัดแบ่งเป็น 2 ลักษณะตามโครงสร้างและระดับขีดความสามารถในการบริการประชาชน

สถานีนามัยทั่วไป หมายถึง สถานีนามัยส่วนใหญ่ของประเทศมีบทบาทและความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้ทั้ง 4 งาน ได้แก่การบริการสาธารณสุขผสมผสาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน บริหารงานวิชาการ งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ มีกรอบอัตรากำลังและอาคารบ้านพัก ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนด

สถานีนามัยขนาดใหญ่ หมายถึง สถานีนามัยทั่วไปจำนวนหนึ่งซึ่งถูกคัดเลือกให้พัฒนาขึ้นเป็นสถานีนามัยขนาดใหญ่ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย ซึ่งมีเป้าหมายจะพิจารณาสถานีนามัยจำนวนประมาณ 1 ใน 5 ของสถานีนามัยทั่วประเทศโดยคัดเลือกจากสถานีนามัยที่ตั้งอยู่ในศูนย์การของชุมชน ทั้งด้านการคมนาคมสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม อันจะทำให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงได้อย่างกว้างขวางว่า สถานีนามัยทั่วไป

สถานีนามัยขนาดใหญ่ จะมีบทบาทหน้าที่เช่นเดียวกับสถานีนามัยทั่วไป และมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานบางอย่างสูงกว่า เช่น การบริการทันตกรรมพื้นฐานซึ่งไม่มีในสถานีนามัยทั่วไป นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เสมือนพี่เลี้ยงสนับสนุนสถานีนามัยทั่วไปที่กำหนดเป็นสถานีนามัยลูกข่ายทั้งในด้านบริการรับส่งต่อผู้ป่วย การบริหารและวิชาการหน้าที่และความรับผิดชอบของสถานีนามัย

สถานีนามัยมีหน้าที่และความรับผิดชอบตามกรอบอัตรากำลังรอบที่ 3 (พ.ศ. 2538 – 2540) ดังต่อไปนี้

1. งานบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 5 สาขา คือ

1.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทำกลุ่มเป้าหมายและเน้นการพัฒนาวิถีเชิงรุกที่เหมาะสมได้แก่

1.1.1 การบริการอนามัยแม่และเด็ก ให้การดูแลแม่ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด ตลอดจนดูแลเด็ก 0 – 5 ปีในด้านการเจริญเติบโต การพัฒนาการของเด็ก

ตลอดจนดูแลด้านโภชนาการทั้งค้นหาเฝ้าระวัง และติดตามทางโภชนาการแก่หญิงมีครรภ์เล็ก 0-5 ปี และเด็กวัยเรียน

1.1.2 การบริการวางแผนครอบครัวให้บริการวางแผนครอบครัวในสถานบริการตลอดจนค้นหา ติดตามและรณรงค์วางแผนครอบครัวให้ครอบคลุมเป้าหมาย

1.1.3 การดูแลเด็กวัยเรียนและเยาวชน ให้บริการอนามัยเด็กวัยเรียนวางแผน และให้บริการอนามัยโรงเรียนที่รับผิดชอบ และดำเนินการส่งเสริมสุขภาพให้บริการรักษาพยาบาล ตลอดจนการดูแลด้านโภชนาการ เด็กในวัยเรียน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพแก่เยาวชนนอกระบบโรงเรียน

1.1.4 การดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไป ให้บริการส่งเสริมการออกกำลังกายแก่บุคคลทั่วไปส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ตลอดจนการให้บริการไอโอดีนในพื้นที่ที่มีปัญหาการขาดสารไอโอดีน

1.1.5 การบริการทันตสาธารณสุข จัดบริการทันตสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนทั่วไป ในเขตรับผิดชอบ ให้การสนับสนุนประชาชนและชุมชนในการพัฒนางานทันตสาธารณสุข ตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการพัฒนาวิชาการและฝึกอบรมอาสาสมัคร

1.2 ด้านการรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ และดูแลผู้ป่วยพิการ ให้บริการได้ตามสภาพปัญหาของชุมชนในเขตรับผิดชอบ ได้แก่ เขตทุรกันดาร เขตชนบท เขตชุมชนกึ่งเมือง เขตเกษตรกรรม โดยสามารถปฏิบัติการได้ตามเกณฑ์การปฏิบัติงานทั้งในและนอกสถานที่บริการ มีขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ตลอดจนการรักษาพยาบาลโรคต่างๆ ได้ตามเกณฑ์ทั้งโรคทั่วไป และโรคประจำถิ่น ดังต่อไปนี้

1.2.1 เกณฑ์การปฏิบัติงาน สามารถพัฒนาการรักษาพยาบาล ได้ตามสภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของแต่ละท้องถิ่นโรคทั่วไป โรคประจำท้องถิ่น โดยสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและคัดกรองผู้ป่วยให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงผู้ป่วยอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ นอกจากนั้นแล้วสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังผู้ป่วยพิการโดยจัดระบบส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

1.2.2 ขีดความสามารถ ในการปฏิบัติงาน ในการปฐมพยาบาล ในการชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ และการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยด้านศัลยกรรม ด้านสูติกรรม ด้านทันตกรรม เป็นต้น

1.2.3 การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคต่างๆ ตามมาตรฐานที่กระทรวงกำหนด จำนวน 207 โรค ทั้งการรักษาพยาบาลและการส่งต่อด้วย

1.2.4 ด้านควบคุมและป้องกันโรค ดำเนินการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเพื่อควบคุมและป้องกันทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อไม่ให้เกิดการแพร่ระบาด

1.2.5 การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ดำเนินการควบคุม และป้องกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสมเพื่อลดอัตราความชุกและความรุนแรงของโรค โดยระบบการเฝ้าระวังและการสอบสวนโรค การสร้างภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชาชนกรเป้าหมาย ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ให้สุศึกษาและฝึกอบรม ต่อประชาชน ครู นักเรียน การรณรงค์ทำลายแหล่งนำโรคตามลักษณะของกลุ่มโรคซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มดังต่อไปนี้คือ

1) กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป ได้แก่ โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคหนองพยาธิ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็ก และโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

2) กลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยแมลง หรือยุงเป็นพาหะ ได้แก่ ไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบ และโรคเท้าช้าง

3) กลุ่มโรคติดต่อ ที่เกิดจากการสัมผัส เช่น โรคเรื้อน วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์

4) กลุ่มโรคติดต่อ ที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น คอตีบ ไอกรน โปлио บาดทะยัก วัณโรค หัด หัดเยอรมัน และตับอักเสบบ

1.2.6 การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหรือปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการให้สุศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่โรคไม่ติดต่อทั่วไป และโรคไม่ติดต่อเฉพาะทาง เช่น โรคเกิดจากพฤติกรรม อุบัติเหตุ พันธุกรรมและอื่น ๆ

1.2.7 การอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้บริการเพื่อควบคุมป้องกันโรค ซึ่งมาจากน้ำ อาหารอากาศ และสารพิษอื่น ๆ พัฒนามาตรการการให้บริการตามสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ได้แก่

1) การจัดหา น้ำสะอาด เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ ได้บริโภคน้ำที่สะอาดปราศจากเชื้อโรค

2) งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมและให้บริการประชาชน ในการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบ โดยสนับสนุนให้มีและใช้ส้วมที่ถูกต้อง สุขาภิบาลการป้องกันกำจัดแมลงพาหะนำโรค การกำจัดน้ำเสียจากบ้านเรือน การกำจัดขยะ การรักษาความสะอาด และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเรือนทุกหลังคาเรือน ตลอดจนการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน และสถานประกอบการต่างๆ

3) การควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบฝ้า
ระวังสภาพแวดล้อม ได้แก่การปนเปื้อนสารเคมี และเชื้อโรคในแหล่งน้ำสาธารณะ ตลอดจนมลพิษ
ในอากาศ

4) งานสุขาภิบาลอาหาร ส่งเสริมให้ประชาชน มีความเข้าใจ
และตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ปลูกฝังพฤติกรรม
บริโภคที่ถูกต้องสามารถพิทักษ์ผลประโยชน์และดูแลตนเองได้ รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรม
บริโภคที่ถูกต้องสามารถพิทักษ์ผลประโยชน์และดูแลตนเองได้ รวมทั้งส่งเสริมให้สถานประกอบการและ
จำหน่ายอาหารทั้งในชุมชนและโรงเรียน มีการปรับปรุงให้ได้มาตรฐาน หรือข้อกำหนดทาง
สุขาภิบาลอาหาร

1.2.8 งานอาชีวอนามัย ส่งเสริมสุขภาพอนามัย ผู้ประกอบอาชีพ ทุก
ประเภทตลอดจนป้องกันและควบคุมโรคและอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพ

1.3 งานฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยที่พิการและเรื้อรัง โดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาล
ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้คืนสู่สภาพปกติหรือป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ และช่วยเหลือดูแลผู้พิการใน
ชุมชนรับผิดชอบอย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

1.4 การสนับสนุนด้านบริการอื่น ๆ ในการให้สุขศึกษาถ่ายทอดความรู้
ด้านสาธารณสุข ในเรื่องการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจน
การฟื้นฟูสภาพโดย วิธีการทางสุขศึกษาให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการสาธารณสุขใน
และนอกสถานบริการรวมทั้งสถานศึกษา

2.งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาคุณภาพชีวิต

2.1 งานสาธารณสุขมูลฐาน พัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถ
ดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน โดยการสนับสนุนและดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้ครอบคลุม
พื้นที่รับผิดชอบและสนับสนุนองค์กรชุมชนด้านทรัพยากร การนิเทศงาน ตลอดจนให้ความรู้ใน
การแก้ไขปัญหา

2.2 งานพัฒนาคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ปัญหาชุมชน การจัดทำแผนแก้ปัญหา
โดยการประสานงานกับ 6 กระทรวงหลัก ดำเนินการตามแผนพัฒนาชนบทแห่งชาติ ตลอดจนการ
ควบคุมกำกับงานและประเมินผลความสำเร็จของงานเพื่อเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของ
ประชาชนในชาติ

3.งานบริหาร

3.1 การบริหารงานทั่วไป จัดระบบงานสารบรรณ การเงิน การบัญชี การพัสดุ และยานพาหนะ การซ่อมบำรุงอาคารสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

3.2 การวางแผนและประเมินผล วางแผนปฏิบัติการ จัดทำรายงาน ประสานข้อมูลข่าวสารและระบาคติวิทยา

3.3 การประสานงานและประชาสัมพันธ์ ประสานงานกับหน่วยงาน 6 กระทรวง หลักองค์กรท้องถิ่นตลอดจนองค์กรเอกชน และเผยแพร่กิจกรรมของหน่วยงานให้เป็นที่แพร่หลาย ในทุกระดับ

4. งานวิชาการ

ดำเนินการวิจัยเบื้องต้น ให้สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาของสถานบริการและสภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบตลอดจนร่วมโครงการวิจัยต่างๆ ในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อปรับตัวให้เข้ากับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วจึงได้จัดแบ่งเป็น 2 ลักษณะตามโครงสร้าง และระดับขีดความสามารถในการบริการประชาชน

4.1 สถานีนอนามัยทั่วไป หมายถึง สถานีนอนามัยส่วนใหญ่ของประเทศ และมีบทบาทและความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้รวมทั้งสิ้น 4 งาน อันได้แก่ การบริการสาธารณสุขผสมผสาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน บริหารงานวิชาการ และงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ มีกรอบอัตรากำลังและอาคารบ้านพัก ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนด

4.2 สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ หมายถึง สถานีนอนามัยที่พัฒนาขึ้นมาจากสถานีนอนามัยทั่วไป มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบตามที่กำหนด มีขีดความสามารถและมาตรฐานการปฏิบัติงานบางอย่างสูงกว่าสถานีนอนามัยทั่วไป อาทิเช่น งานบริการทันตกรรมและมาตรฐาน นอกจากนี้ยังต้องทำหน้าที่เป็นสถานีนอนามัยพี่เลี้ยง สนับสนุนสถานีนอนามัยทั่วไป ทั้งในด้านการบริการการรับส่งต่อผู้ป่วย การบริหารและวิชาการ มีกรอบอัตรากำลังและอาคารสิ่งก่อสร้างตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนด (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2535 : 1-5)

สถานภาพของสถานีอนามัย

ผลจากพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ทำให้หน่วยงานในระดับต่างๆ ต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบทบาท ภารกิจและความรับผิดชอบไปจากเดิม และจากการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท) ทำให้สถานีอนามัยต้องมีบทบาท ภารกิจ และความรับผิดชอบยุ่งยากมากขึ้น การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขต้องอาศัยความรู้ด้านวิชาการหลายด้าน รวมทั้งปริมาณงานก็มีการเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการเพิ่มภารกิจอีกหลายภารกิจ ในปัจจุบันโครงสร้างส่วนราชการ อำนาจหน้าที่ บทบาทภารกิจและความรับผิดชอบของสถานีอนามัย มีดังนี้

1. โครงสร้างส่วนราชการ

จาก พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 และกฎกระทรวงว่าด้วยการแบ่งส่วนราชการในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประกาศใช้เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2545 สถานีอนามัยเป็นหน่วยราชการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ราชการบริหารส่วนภูมิภาคมีสายบังคับบัญชาขึ้นตรงกับสาธารณสุขอำเภอ มีหัวหน้าสถานีอนามัย (เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข) ระดับ 6 เป็นผู้บังคับบัญชา

2. อำนาจหน้าที่

2.1 จัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ตำบลหรือเขตรับผิดชอบ

2.2 ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่ตำบลหรือเขต

รับผิดชอบ

2.3 ปฏิบัติงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่ตำบลหรือเขตรับผิดชอบ เพื่อให้มี

การบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

2.4 บังคับใช้กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน

สุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค

2.5 ปฏิบัติงานร่วมกับหรือ สนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นตามที่

ได้รับมอบหมาย

3. กรอบอัตรากำลังของสถานีนอนามัย

มีกรอบตำแหน่งต่างๆดังนี้

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. หัวหน้าสถานีนอนามัย (เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข) | ระดับ 6 |
| 2. นักวิชาการสาธารณสุข | ระดับ 3-5 หรือ 6ว.หรือ 7ว |
| 3. พยาบาลวิชาชีพ | ระดับ 3-5 หรือ 6ว. หรือ7วช. |
| 4. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน | ระดับ 2-4 หรือ 5 หรือ 6 |
| 5. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข | ระดับ 2-4 หรือ 5 |

งานโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งสร้างเสริมสุขภาพดี และการคุ้มครองความปลอดภัยของชีวิตและสุขภาพ
2. เพื่อสร้างหลักประกันที่ช่วยคุ้มครองสุขภาพของประชาชน และการสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเสมอภาค เป็นธรรม
3. เพื่อสร้างความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการดูแลเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ
4. เพื่อสร้างกลไกและมาตรการในการสร้าง แสวงหาและเพิ่มศักยภาพในการคัดกรองการใช้ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาสุขภาพ และการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ

เป้าหมายหลัก (Goals/Targets)

1. การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
 - 1.1 คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ
 - 1.2 การสร้างความเสมอภาคทางด้านสุขภาพ
 - 1.3 การพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขระดับต้น
 - 1.4 การพัฒนาคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข
2. การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของประชาชน/ครอบครัว/ชุมชน/ประชาคม
3. การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทางปัญญาของระบบสุขภาพ โดยการเน้นการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือกจากภูมิปัญญาไทยสากล
4. การสนับสนุนอุตสาหกรรมสุขภาพ (30 ประเด็นสู่แผนการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ 2545:12)

ปรัชญาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “ สิทธิ ” ขึ้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “ บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ...” โดยประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและการบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า “ สุขภาพ ” เป็นเรื่องของประชาชนทุกคนและเพื่อประชาชนทุกคน (All For health and health for all) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ “ สร้าง ” สุขภาพมากกว่าการ “ ซ่อม ” สุขภาพ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนทุกคนมี “ สุขภาพดี ” นั้น จึงจะต้องสนับสนุนการสร้างเงื่อนไขต่างๆ ให้เกิดขึ้น

หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน
 2. ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ
 - 2.1 สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation)
 - 2.2 ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ)
 - 2.3 สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider Network)
 - 2.4 ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายระยะยาว (Cost Containment System) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance related payment)

2.5 สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

2.6 ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว

กลุ่มเป้าหมายของผู้มีสิทธิ

ผู้มีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องไม่เป็นข้าราชการหรือบุคคลในครอบครัวของข้าราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือเป็นผู้ประกันตนที่ได้รับสิทธิประกันสังคม

ผู้ที่ได้รับสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทไม่เสียค่าธรรมเนียม (บัตรทอง ท.) จะออกให้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้มีรายได้น้อย ตามระเบียบสำนักนายกฯ ได้แก่ผู้มีรายได้ไม่เกิน 2,000 บาท/เดือน/คน หรือไม่เกิน 2,800 บาท/เดือน/ครอบครัว ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือก็อยู่ตามระเบียบกระทรวงการคลังฯ ซึ่งเดิมมีบัตร สปร. และอยู่ในพื้นที่ดำเนินการ และผู้มีสิทธิเดิมตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2543

2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทเสียค่าธรรมเนียม (บัตรทอง) ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ยกเว้นผู้มีสิทธิตามข้อ 1

การรับบริการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิ

ผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำครอบครัวหรือ เครือข่ายหน่วยบริการกรณีอุบัติเหตุ ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่นนอกเหนือจากหน่วยบริการประจำครอบครัวได้

1. กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่นนอกเหนือจากหน่วยบริการประจำครอบครัวได้ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี หรือตามที่คณะกรรมการกำหนด

2. ผู้มีสิทธิที่ไปรับบริการทางการแพทย์ ต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นจำนวนเงินสามสิบบาทในแต่ละครั้ง เว้นแต่ การรับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการควบคุมโรค

บริการทางการแพทย์ที่คุ้มครอง

ความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องเสียค่าบริการดังต่อไปนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค
2. การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนถึงสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้ รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการ
3. การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่
4. ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ
5. การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในปากแหว่งเพดานโหว่
6. ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
7. การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ
8. การบริการทางการแพทย์หรือค่าใช้จ่ายอื่น นอกจาก (1)-(7) ที่คณะกรรมการกำหนด

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สงวนลิขสิทธิ์
 งบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกลไกการ
 จ่ายเงินสถานพยาบาล

งบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับ
 1,202.40 บาทต่อประชากร (เฉพาะประชาชนที่ยังไม่ครอบคลุมโดยระบบประกันสังคมและ
 สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ) แยกรายละเอียดดังนี้

1. งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาล	934	บาท/คน/ปี
ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	574	บาท/คน/ปี
ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน	303	บาท/คน/ปี
ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง	32	บาท/คน/ปี
ค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	25	บาท/คน/ปี
2. งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค	175	บาท/คน/ปี
3. งบลงทุน	90.40	บาท/คน/ปี

สำหรับงบประมาณที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่หรือสถานพยาบาลจริง จะเท่ากับ 1,052 บาทต่อหัวประชากร ทางเลือกในการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลมี 2 ทางเลือกหลักๆ คือ

รูปแบบที่ 1 การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวรวม (Inclusive capitation) โดยรวมงบบริการผู้ป่วยนอก และบริการผู้ป่วยใน ให้หน่วยบริการระดับต้นที่รับขึ้นทะเบียน หากมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่สถานบริการอื่นหน่วยบริการระดับต้นจะต้องตามจ่าย แต่หากมีค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เบิกจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพส่วนกลาง

รูปแบบที่ 2 การจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก ให้กับหน่วยบริการระดับต้น ส่วนงบบริการผู้ป่วยในให้บริหารที่จังหวัด โดยจ่ายไว้ในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs with global budget) ส่วนบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและ บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง

ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยงานที่จะเป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

1. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for primary care, CUP) ต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจนและจัดให้มีหน่วยบริการที่ประชาชนมีสิทธิใน ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลประจำตัวซึ่งหน่วยบริการระดับนี้ อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้ และจัดแบ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (Main contractor) ซึ่งสามารถจัดบริการได้ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดและหน่วยบริการปฐมภูมิรอง (Sub - contractor) ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการได้ไม่ครบทุกประเภท

2. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting unit for secondary care, CUS) หมายถึงหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก สถานพยาบาลที่ให้บริการระดับนี้จะรับ ผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

3. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting unit for tertiary care, CUT) หมายถึงหน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทาง (ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2545 :3-6)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ถือเป็น โครงการที่ได้รับการตอบรับจากประชาชนเป็นอย่างดี เพราะเป็น โครงการที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมุ่งเน้น ให้บริการแก่ประชาชนเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ที่สำคัญคือ โครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ

ต้องการให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้ามามีส่วนร่วม (รับบริการ) ตามสิทธิประโยชน์ของตนเอง ได้อย่างเต็มที่ รัฐบาลได้เล็งเห็นว่าเรื่องสุขภาพของประชาชนภายในประเทศ เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต้องรีบพัฒนาอย่างเร่งด่วน แต่ประชาชนในประเทศส่วนใหญ่ มีข้อจำกัดทางด้านฐานะที่ยากจนมีรายได้น้อย ดังนั้นจึงไม่ค่อยได้รับการบริการทางการแพทย์พยาบาลมากเท่าที่ควรจะเป็น รัฐบาลจึงคิดโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆเหล่านี้ขึ้นมา เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพของคนในชาติให้มีมาตรฐานเพิ่มมากยิ่งขึ้น (วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง, ศศิวิทย์ วังศัมณธา 2548)

ปัญหาของการสร้างหลักประกันสุขภาพในปัจจุบัน

จากความแตกต่างดังกล่าว อาจสรุปปัญหาการสร้างหลักประกันสุขภาพในปัจจุบันของประเทศไทย ดังต่อไปนี้

1. การขาดหลักประกันทางด้านสุขภาพของประชาชนบางกลุ่ม ประเทศไทยยังมีประชาชนอีกเกือบ 10 ล้านคนในขณะนี้ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร พ่อค้าอิสระ เป็นต้น

2. การที่ผู้ด้อยโอกาสไม่ได้รับหลักประกันอย่างแท้จริง อาทิผู้ที่ยากจน ซึ่งเข้าไม่ถึงผู้คัดเลือกการออกบัตร ผู้ใช้แรงงานที่ไม่มีหลักแหล่งแน่นอน เด็กเร่ร่อน

3. ความไม่เท่าเทียมในหลักประกันของกลุ่มต่างๆ อาทิ ถึงแม้ผู้ด้อยโอกาสได้รับความช่วยเหลือเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสวัสดิการข้าราชการ , ผู้มีสิทธิประกันสังคม ยังไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นจริงเท่าที่ควร

4. คุณภาพในการให้บริการละความพึงพอใจจากผู้รับบริการ แม้พบว่าประชาชนมากกว่าร้อยละ 75 มีหลักประกันสุขภาพ แต่คุณภาพในด้านบริการที่ได้รับยังเป็นสิ่งที่ปรากฏเป็นปัญหาในข่าวหน้าหนังสือพิมพ์ อยู่เนืองๆ

5. การขาดประสิทธิภาพในการบริหารงบประมาณ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการ เนื่องจากการดำเนินงานที่กระจัดกระจายไม่สามารถประสานกันได้ดีเท่าที่ควร

6. ความไม่เป็นเอกภาพในการดำเนินงาน ส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการดำเนินงานแล้วยังก่อให้เกิดความด้อยประสิทธิภาพ

หลักของการพัฒนาการสร้างความหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแผนฯ 9

เพื่อให้การสร้างความหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแผนฯ 9 เกิดขึ้น เกิดประโยชน์กับประชาชนถ้วนหน้าอย่างแท้จริง การพัฒนาในเรื่องนี้ควรจะวางอยู่บนหลักการดังต่อไปนี้

1. ความไม่เท่าเทียมกัน (Equity) การสร้างความหลักประกันที่ผ่านมาประกาศนโยบายให้ประชากรบางส่วนได้รับหลักประกันสุขภาพแล้ว นอกจากบางส่วนจะไม่ได้รับหลักประกันตามที่รัฐบาลได้ประกาศไว้แล้ว หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่ได้รับก็ยังคงอยู่ในสภาพที่แตกต่าง และไม่มี ความเท่าเทียมกับประชาชนกลุ่มอื่นๆ ดังนั้น การยึดมั่นในความเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะความเท่าเทียมกันที่จะต้องได้บริการสุขภาพหลัก

2. ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) ค่าใช้จ่ายในโครงการสร้างความหลักประกันสุขภาพ บางโครงการในปัจจุบันอยู่ในอัตราที่ค่อนข้างสูง นอกจากนั้นแล้วความซ้ำซ้อนในกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการก็ก่อให้เกิดปัญหาในเชิงของประสิทธิภาพของระบบ เนื่องจากความไม่ชัดเจนของงบประมาณที่จะใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายของประชาชนต่างๆ เช่นวิธีการจ่ายเงิน (Payment System) เพื่อทำให้เกิดความเป็นไปได้ทางการเงิน และไม่เกิดปัญหาที่เป็นภาระต่อรัฐบาลและประชาชน มากเกินไป หากต้องการให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. คุณภาพของบริการสุขภาพ (Quality)

4. การมีส่วนร่วมของสังคมในการตรวจสอบ (Social accountability) เพื่อการส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในการบริหาร การให้บริการสุขภาพ การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ

5. ความง่ายในการจัดการ (Simplicity) หลักการนี้กำหนดเพื่อให้การจัดการในด้านการ สร้างหลักประกันสุขภาพเป็นไปด้วยความเข้าใจของประชาชนโดยทั่วไปได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน

6. การจัดการให้สิทธิแก่ประชาชนที่ขาดสถานที่พักพิงที่ชัดเจน และกลุ่มคนที่มีการ เคลื่อนย้ายบ่อยๆ (Non-registration and portability) เพราะแนวโน้มของการเคลื่อนย้ายของ ประชากรในปัจจุบันมีค่อนข้างสูงในสภาวะแวดล้อมเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนไป (หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า 2545 :14- 21)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพ

แนวคิดพฤติกรรมการเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษาการเยียวยา (Illness Behavior and health Seeking Behavior)

กาล เอส และคอบเอส (Karl S.and Cobb S. 1966, อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ 2534:106) นิยามพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยว่า หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งเชื่อมั่นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วยโดยพยายามอธิบาย หรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง การปรึกษาเพื่อน ญาติ พี่น้อง และพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆเพื่อให้อาการหมดไป

แมคคานิก (Mechanic 1968:189-194) นิยามพฤติกรรมความเจ็บป่วยว่า หมายถึง วิธีการที่บุคคลใช้ตอบสนองต่ออาการแสดงที่เกิดขึ้นกับตน (Symptom) ตามการรับรู้ซึ่งแตกต่างกันไป โดยการประเมินและให้น้ำหนักอาการที่เกิดขึ้นว่าควรกระทำอย่างไร ทั้งนี้บุคคลจะแสวงหาความคิดเห็นและคำแนะนำจากบุคคลอื่น แม้ว่าในขณะนั้นเขายังไม่รู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร เพียงแต่เริ่มรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติบางอย่างที่เกิดขึ้น พฤติกรรมแสวงหาการรักษาเยียวยา (Health Seeking Behavior)

ฟาบริกา (Fabrica 1973, อ้างใน ชูศรี ผลเพิ่ม 2536:7) พยายามอธิบายขั้นตอนต่างๆของพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยก่อนตัดสินใจเลือกใช้วิธีการรักษาวิธีหนึ่งวิธีใด เป็นแนวคิดที่อาศัยหลักเศรษฐศาสตร์ โดยพิจารณาการใช้บริการรักษาพยาบาล จากผลประโยชน์สูงสุดที่ได้รับโดยสรุปผลได้ผลเสียจากลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ

1. มีผลดีต่อการรักษามากที่สุด
2. สูญเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด
3. ให้ผลประโยชน์ที่สุด

ดังนั้น เมื่อบุคคลเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางร่างกายจิตใจหรือสังคมแล้ว บุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษาโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเชื่อเดิม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความสนใจ ค่านิยม และสถานบริการที่มีในชุมชน ฯลฯ การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยนี้ อาจมีได้หลายอย่างตั้งแต่การไปรับบริการรักษาพยาบาลตามสถานที่ต่างๆ การปฏิบัติตามคำแนะนำของ

แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การไปตรวจตามนัด ฯลฯ การปฏิบัติดังกล่าวนี้รวมเรียกว่า พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

ในด้านการปฏิบัติของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย หรือมีสถานะทางสุขภาพไม่ปกตินั้น อาจกระทำได้หลายอย่าง เช่น อยู่เฉยๆ ปล่อยให้หายเอง รับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐ คลินิก เอกชน โรงพยาบาลเอกชน หมอกลางบ้าน หมอเวทย์มนต์ และบุคคลที่ทำตัวเป็นแพทย์แต่ไม่ได้ศึกษามาทางด้านนี้ เป็นต้น

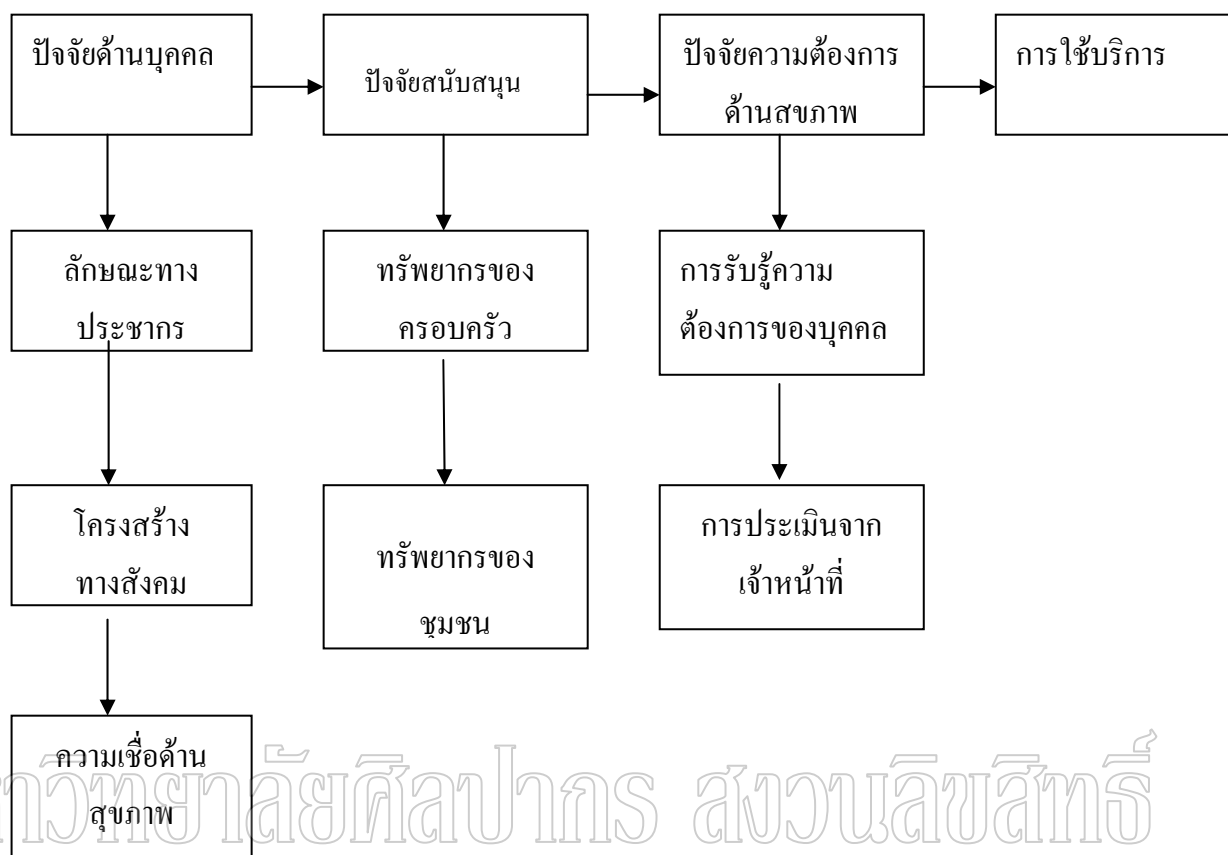
1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการสุขภาพของอเดย์และแอนเดอร์เซน

อเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen 1975: 6-14, อ้างใน วสันต์ ศิลปสุวรรณ 2532:39-42) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับ Model Study of Access to Health Service (AHS.) ซึ่งให้ความสำคัญเฉพาะผู้ใช้บริการ โดยกล่าวว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจขึ้นกับปัจจัยสำคัญๆ 3 ประการคือ

1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวบุคคล (Predisposing Factor) ประกอบด้วย ปัจจัยลักษณะทางประชากร (Demographic) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม (Social Structure) ได้แก่ การศึกษา เชื้อชาติ ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe) ได้แก่ ความเชื่อที่มีต่อสุขภาพ และทัศนคติที่มีต่อบริการสุขภาพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. ปัจจัยสนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถใช้บริการสุขภาพ (Enabling Factors) ประกอบด้วย เศรษฐฐานะหรือทรัพยากรครอบครัว (Family Resources) แหล่งประโยชน์อื่นๆที่ครอบครัวพึงจะได้รับ เช่นการทำประกันสุขภาพ หรือสวัสดิการที่รัฐจัดให้ ฯลฯ รวมถึงแหล่งบริการที่จักไว้ในชุมชนซึ่งประชาชนจะใช้บริการได้เมื่อเขาต้องการ (Community Resources)

3. ปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพ (Needs or Needs for Health Services) แม้ว่าบุคคลจะมีปัจจัยตามข้อ1 และข้อ2 ครบถ้วนทั้งนี้บุคคลหรือครอบครัวนั้น จะต้องรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะต้องให้ความสำคัญกับการใช้บริการที่เหมาะสม ปัจจัยความต้องการ หรือความจำเป็นทางสุขภาพสามารถวัดได้จาก การรับรู้ของบุคคล (Perceived Needs) และจากการประเมินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Evaluated Needs) ดังความสัมพันธ์ของแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบพฤติกรรมกรการใช้บริการสุขภาพ

ต่อมาในปี 1981 Aday และ Andersen ได้พัฒนาและปรับปรุงแบบกรการใช้บริการสุขภาพใหม่ จากแนวคิดเดิมที่เน้นเฉพาะผู้ใช้บริการ มีการพัฒนาแนวคิดใหม่ โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์หรือปฏิภริยาระหว่างระบบกรให้บริการสุขภาพ (Characteristics of Health Delivery System) กับประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วย (Characteristics of Population-at-Risk) และเรียกรูปแบบกรใช้บริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นใหม่ว่า Equity of Access to Care Model (EACM.) เพื่อเป็นแนวทางการศึกษากรให้บริการสุขภาพทั้งระบบ โดยเริ่มที่ระบบกรให้บริการสาธารณสุขว่าประกอบด้วยปัจจัยใดบ้าง แต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์กันหรือส่งผลต่อกันอย่างไร ท้ายที่สุดปัจจัยต่างๆเหล่านี้ จะส่งผลไปถึงพฤติกรรมกรการใช้บริการระบบสาธารณสุขของประชาชนอย่างไร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมองตั้งแต่ต้นนโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับ การจัดสรรงบประมาณ การจัดระบบการศึกษา การจัดอัตราค่าคลัง การจัดองค์กรสาธารณสุขว่ามีผลต่อลักษณะระบบกรให้บริการสาธารณสุข และลักษณะผู้ใช้บริการดังนี้

1. ลักษณะระบบบริการสาธารณสุข (Characteristics of Health Delivery System) คือ องค์ประกอบที่มีความเกี่ยวข้องกับต่อลักษณะระบบบริการสาธารณสุข โดยคำนึงถึงผลที่ผู้รับบริการจะได้รับเป็นสำคัญประกอบด้วย

1.1 การจัดสรรทรัพยากรทั้งด้าน บุคลากร ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่จะต้องมีทั้งปริมาณ และการกระจายอย่างเพียงพอต่อการให้บริการสาธารณสุข

1.2 การบริหารจัดการด้านสาธารณสุข คำนึงถึงการประสานงาน ควบคุมกำกับงาน ของบุคลากรในการให้บริการสาธารณสุขและองค์ประกอบที่จะเข้าสู่ระบบบริการได้ง่าย เช่น ระยะเวลาที่เดินทางไปสถานบริการ เวลารอคอยในการรับบริการ องค์ประกอบดังกล่าวต้องมาจากการบริหารงาน ตามโครงสร้างของระบบบริการที่เกิดขึ้น ขณะที่ผู้ใช้บริการพบเห็นบริการในการรับบริการครั้งนั้น กล่าวโดยรวมแล้ว ระบบบริการสาธารณสุข จะมองในภาพรวมของตัวระบบมากกว่าที่จะมองเป็นรายบุคคล

2. ลักษณะประชาชนผู้รับบริการ (Characteristics of Population-at-Risk) ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ

2.1 ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคลของผู้ใช้บริการ ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บ

2.2 ปัจจัยสนับสนุน เป็นปัจจัยที่เกื้อกูลให้บุคคลสามารถไปใช้บริการได้ ประกอบด้วย รายได้ของครอบครัว ความครอบคลุมด้านการประกันสุขภาพ สวัสดิการรัฐ ตลอดจน การกระจายของแหล่งบริการในชุมชน ซึ่งก็คือระยะทางที่จะเกื้อกูลในการใช้บริการ

2.3 ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้ ว่า เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นจำเป็นต้องใช้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการประเมินการเจ็บป่วย

ปัจจัยทั้ง 3 ด้านดังกล่าว จะส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ (Consumer Satisfaction) ในด้านต่างๆดังต่อไปนี้ คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ได้แก่

ก. การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office Waiting Time)

ข. การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability of Care When Needed)

ค. ความสะดวกสบายที่ได้รับจากสถานบริการ (Ease of Getting to Care)

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของสถานบริการ (Co-ordination) ได้แก่

ก. การได้รับบริการทุกประเภทในสถานบริการที่หนึ่งแห่ง (Getting All Needs

Met at One Place) คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย

ข. เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจต่อสุขภาพของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ (Concern of Doctors for Overall Health)

ค. ได้มีการติดตามผลการรักษา (Follow-up Care)

3. ความพึงพอใจต่ออรรถาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอรรถาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจห่วงใยผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical information) แยกออกเป็นข้อมูล 2 ประเภท คือ

ก. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาผู้ป่วย (Information about Treatment) เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วยและการใช้ยา

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการ (Quality of Care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของสถานบริการนั้นๆ

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out-of-Pocket Cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

นอกจากนี้ ลักษณะของผู้รับบริการ หรือประชากรกลุ่มเสี่ยง ยังส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพตามชนิดของสถานบริการ ที่ตั้งของสถานบริการ วัตถุประสงค์ของการใช้บริการ และช่วงเวลาของการใช้บริการ ขณะเดียวกันความพึงพอใจของผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับการใช้บริการสุขภาพด้วย

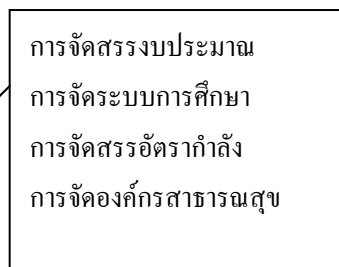
การให้บริการสุขภาพในที่นี้ หมายถึง สิ่งที่ปรากฏให้เห็น หรือการเข้าถึงบริการได้ (Realized Access) และมีดัชนีบ่งชี้ที่แน่ชัดเชิงปริมาณ (Objective Indicators) ทั้งนี้ อเดย์ (Aday) และแอนเดอร์เซน (Andersen) พยายามที่จะผสมผสานคุณลักษณะส่วนบุคคลเข้ากับคุณลักษณะระบบการให้บริการสุขภาพภายใต้นโยบายสาธารณสุขที่มีอยู่ ซึ่งเรียกว่า Potential Access หรือศักยภาพที่จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงการให้บริการสุขภาพได้ทั่วถึง นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งคือ ความพึงพอใจในการใช้บริการซึ่งถือเป็นผลผลิตที่ได้จากการใช้บริการของประชาชน ความพึงพอใจนี้จะบ่งชี้ถึงดัชนีบ่งชี้ที่มีลักษณะเชิงอัตนัย (Subjective Indicators) กล่าวคือ ผู้ใช้บริการแต่ละคนอาจจะรับรู้ในสิ่งที่ปรากฏขึ้นขณะรับบริการแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในบริการที่ใช้ ณ สถานบริการแห่งเดียวกันแตกต่างกัน ผลการวิจัยมีรายงานว่า ความพึงพอใจนี้สามารถจะใช้เป็นตัวทำนายความต่อเนื่องของการใช้บริการ หรือการเลิกสมัครใช้บริการได้ดีกว่าปัจจัยอื่นๆ

แผนภูมิที่ 2 รูปแบบของการศึกษาการใช้บริการสุขภาพ

(Framework For The Study of Access To Medical Care) ของ Lu Ann and Ronald Andersen

นโยบายสาธารณสุข

(Health Policy)



ลักษณะระบบการให้บริการ

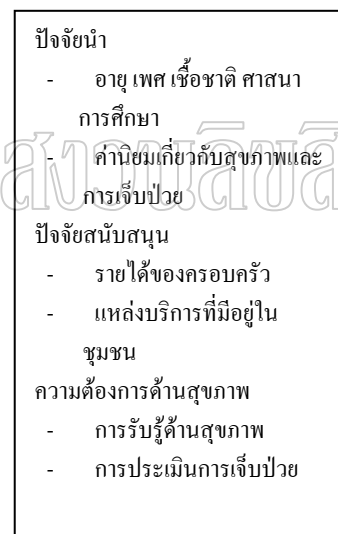
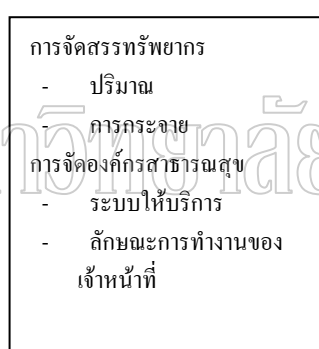
สาธารณสุข

(Characteristics of Health Delivery system)

ลักษณะของผู้รับบริการหรือ

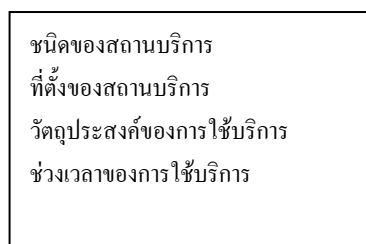
ประชากรกลุ่มเสี่ยง

(Characteristics of Population-At-Risk)



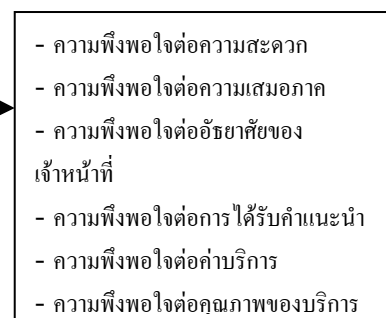
การใช้บริการสุขภาพ

(Utilization of Health Services)



ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

(Customer Satisfaction)



ที่มา : Aday Lu Ann. and Ronald Andersen, Access to Medical Care

(Ann Arbor : Health Administration Press,1975), 7.

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของ กรีน และคณะ

กรีน และคณะ (Green et al. 1980 : 4-12) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อ ได้วิเคราะห์ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เขาได้พิจารณารูปแบบการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนงาน สุขศึกษา สำหรับกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของประชาชน โดยการวิเคราะห์ปัจจัยที่มี ผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เรียกว่า PRECEDE FRAMEWORK ย่อมาจากข้อความเต็มว่า Predisposing Reinforcing and Enabling Cause in Education Diagnosis and Evaluation หมายถึง กระบวนการของ การใช้ปัจจัยในด้านปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยสร้างเสริม ในการวินิจฉัยและประเมินผล พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการดำเนินงานที่เริ่มจากผลย้อนกลับไปที่เหตุหรือปัจจัยนำเข้า โดยแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ตามแผนภูมิที่ 2 โดยมีขั้นตอนของการทำงานดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มจากการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยการ ประเมินปัญหาสังคมของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดระดับ คุณภาพชีวิตของประชากร

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง ที่เป็นปัญหา สำคัญอยู่ในสังคม หรือในกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยอาศัยข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว หรือข้อมูลที่ได จากการอบรมขึ้นใหม่ โดยวิธีการต่าง ๆ แล้วทำการเลือกปัญหาสุขภาพที่ควรได้รับการแก้ไข

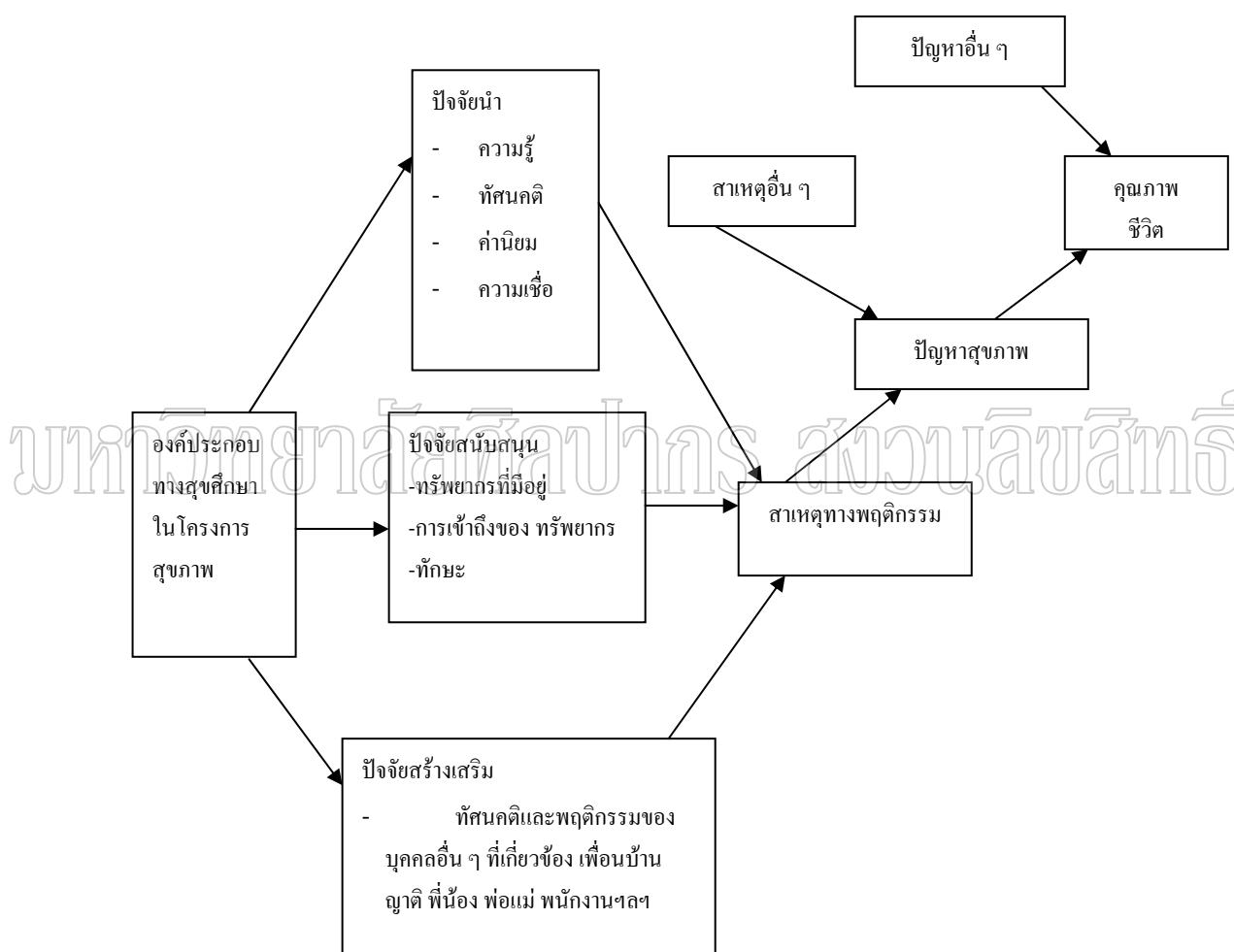
ขั้นตอนที่ 3 ทำการวิเคราะห์ หาพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญของ ปัญหาสุขภาพ ที่ได้วิเคราะห์แล้วในขั้นตอนที่ 2 โดยวิเคราะห์ออกมาเป็นพฤติกรรมเฉพาะหรือเอา มาจัดลำดับ เพราะบางสาเหตุอาจจะไม่ใช่ปัจจัยทางพฤติกรรม เช่น เศรษฐกิจ พันธุกรรม และ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น รวมทั้งวิเคราะห์ว่ามีอิทธิพลทางอ้อมมากน้อยเพียงใด ซึ่งบางครั้งอาจมี อิทธิพลต่อสุขภาพก็ได้ การวิเคราะห์เช่นนี้ทำให้สามารถตระหนักถึงแรงผลักดันทางสังคม ซึ่งหลัก ของ PRECEDE FRAMEWORK สามารถเอาไปประยุกต์ใช้ได้กับงานทุกระดับ ตั้งแต่ระดับ หน่วยงาน และระดับชาติ โดยการแยกวิเคราะห์พฤติกรรมเกี่ยวกับทางสังคมของคน ซึ่งพฤติกรรมนี้ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านเศรษฐกิจหรือสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง ได้จำแนกปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors)
2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factors)
3. ปัจจัยสร้างเสริม (Reinforcing Factors)

แผนภูมิที่ 3 FRECEDE FRAME WORK

ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4-5	ขั้นตอนที่ 6-7
การวิเคราะห์ ระบาดวิทยาและสังคม	การวิเคราะห์ ทางพฤติกรรม	การวิเคราะห์ ทางการศึกษา	การวิเคราะห์ทาง ทางการบริหาร



ที่มา :Green, Lawrence W. et al, Health Education Planning: A Diagnostic Approach. (California: Mayfield Publishing, 1980) , 14-15.

ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม ที่เกี่ยวข้องกับการจูงใจบุคคล หรือกลุ่มให้กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ปัจจัยดังกล่าวนี้อาจช่วยสนับสนุน หรือบางทีก็ไปจำกัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เช่นกัน ถึงแม้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร เช่น สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ อายุ เพศ และขนาดของครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้ก็มีความสำคัญ เช่นเดียวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

ปัจจัยสนับสนุน เป็นปัจจัยที่ประกอบด้วยทรัพยากรที่จำเป็นต่อการทำให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งทรัพยากรเหล่านี้เป็นสิ่งที่อำนวยความสะดวกในการใช้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ การที่บุคคลได้มีโอกาสในการใช้แหล่งบริการสุขภาพ และมีบริการสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ และมีโอกาสได้กระทำในสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นผลดีต่อสุขภาพจนเกิดทักษะ หรือจนสามารถกระทำได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ปัจจัยสร้างเสริม เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมนั้นได้รับการสนับสนุนหรือไม่ ซึ่งแหล่งเสริมแรงจะแตกต่างกันไปขึ้นกับวัตถุประสงค์ และชนิดของโครงการ เช่น โครงการศึกษาในงาน อาชีวอนามัย แรงเสริมก็จะมาจากเพื่อนร่วมงาน ผู้ตรวจการ ผู้บังคับบัญชา และครอบครัว แรงเสริมที่จะให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องก็จะมาจาก แพทย์ พยาบาล ผู้ที่เคียว และครอบครัว แรงเสริมนั้นจะเป็นได้ทั้งการเสริมแรงทางบวก คือ สนับสนุน และการเสริมแรงไปในทางลบ คือ ยับยั้งขัดขวาง ซึ่งการเสริมแรงจะเป็นไปในทิศทางใด ก็ขึ้นอยู่กับทัศนคติของกลุ่มคนหรือสังคมที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น

ขั้นตอนที่ 5 เป็นการวิเคราะห์หาแนวทางหรือวิธีการ ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่าง ๆ โดยการศึกษาค้นคว้าถึงปัจจัยทั้ง 3 ประเภท ที่กล่าวมาแล้ว เพื่อจะได้ตัดสินใจว่าเรื่องใดสำคัญก่อน และมีแปลงทรัพยากรใดบ้าง พอจะช่วยให้การดำเนินงานสำเร็จหรือมีอิทธิพลเหนือปัจจัยนั้นได้ เพื่อนำไปสู่การแก้ไข

ขั้นตอนที่ 6 เป็นการวิเคราะห์ทางการบริหารเกี่ยวกับการกำหนดกลวิธี และดำเนินการตามกลวิธีที่ได้จัดระบบและพัฒนาโครงการนั้นขึ้นมา จะต้องคำนึงอยู่เสมอถึงทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด ข้อจำกัดด้านเวลาและความสามารถ หรือใช้วิธีการผสมผสานปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยสร้างเสริมเข้าด้วยกัน ไม่ใช่แก้ไขเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันต้องประเมินปัญหาด้านการบริหารและทรัพยากรด้วยว่า มีสภาวะการณ์เช่นใด

ขั้นตอนที่ 7 เป็นการประเมินผลว่าในแต่ละขั้นตอน ทำสิ่งใดไม่ถูกต้องบ้าง ต้องทำการประเมินอย่างต่อเนื่องทุกขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนดำเนินงาน โดยกำหนด

วัตถุประสงค์ของการประเมินผลในแต่ละขั้นตอน เอาไว้แต่แรกและต่อเนื่องกันไป ตั้งแต่ก่อนดำเนินงานจนถึงสิ้นสุดการดำเนินงาน และภายหลังการดำเนินงาน

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรการใช้บริการสุขภาพโดยนักวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์

เดย์ และบุญเลิศ เลียวประไพ (Day and Boonlert Leoprapi 1977:3-5) การศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการพบว่าประชาชนจะเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการคือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การเดินทาง และจำนวนเงินลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ
2. ปัจจัยลักษณะของสถานบริการ เช่น คุณภาพของการให้บริการ และชื่อเสียงเครื่องมือ วิธีการรักษาพยาบาล ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่กับประชาชน และค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ เวลาที่ต้องรอคอย

3. ปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ระยะทางใกล้ไกล ยานพาหนะสำหรับเดินทาง สภาพของถนน ความคิดเห็นของเพื่อนญาติ สถานบริการอื่นที่จะเลือกรับบริการ

แอกเซล คลอยเจอร์ (Axel Kroeger 1983, อ้างใน ปรีชา อุปโยคิน, ในมัดลิกา มัติโก 2534:65) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรใช้บริการสุขภาพโดยจำแนกตัวแปรเพื่ออธิบายปัจจัยต่างๆซึ่งส่งผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพออกมาเป็น 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดครัวเรือน เครือข่ายสังคม ศาสนา เชื้อชาติ การศึกษา การประกอบอาชีพ สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ
2. ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ โรคเรื้อรัง ความรุนแรงของโรค สาเหตุของการเกิดโรค และชนิดของโรค การคาดหวังผลและความพึงพอใจของผู้ป่วย
3. ปัจจัยด้านการใช้บริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ ได้แก่ ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ การยอมรับเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจต่อคุณภาพการรักษา ค่าใช้จ่าย

สมมาตร พรหมภักดี และคณะ (2531:95-96) ศึกษาถื่นกรองและส่งต่อผู้ป่วยของสถานีอนามัยตำบล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีสนาม (Field Theory) เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมกรใช้บริการสุขภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่าพฤติกรรมกรใช้บริการสุขภาพของประชาชนเปรียบเสมือนว่าถูกกำหนดจากการกระทำของแรง 2 แรง คือ แรงสนับสนุน และแรงต่อต้าน ดังนี้

1. แรงสนับสนุน (Driving Factors) ประกอบด้วย ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ การจัดระบบส่งต่อระดับหมู่บ้าน การใช้มาตรการลงโทษของโรงพยาบาลกับผู้ป่วยที่ข้ามขั้นตอนการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรับบริการถูก ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่สถานีนามัยกับชาวบ้าน คุณภาพการให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ความพร้อมในการให้บริการของสถานีนามัย เช่น บุคลากร ความรู้ ความสามารถ งบประมาณ เครื่องมือต่างๆการเพิ่มเงื่อนไขสิทธิประโยชน์จากบัตรสุขภาพ

2. แรงต่อต้าน (Restraining Force) ประกอบด้วย การเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลสะดวกกว่าไปสถานีนามัย สามารถใช้บัตรสุขภาพกับโรงพยาบาลได้ โดยไม่ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการส่งต่อ ไม่สรีรชาติต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย และความไม่พร้อมในการให้บริการผู้ป่วยเช่น บุคลากรขาดความรู้ความสามารถ

วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532:34-37) รวบรวมเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ โดยกล่าวว่า นักวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพ ใช้แนวทางการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชน 7 ประการ คือ

1. คุณลักษณะทางประชากร (Demographic Factors) มีการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่พบว่า คุณลักษณะของประชากรมีอิทธิพลต่อการใช้บริการสาธารณสุขทั้งด้านป้องกันส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาล คุณลักษณะของประชากรนี้รวมถึง อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว และสถานภาพสมรส ซึ่งสะท้อนให้เห็นลักษณะของวงจรชีวิตของครอบครัว โดยมักจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและการเจ็บป่วยภายในครอบครัว ตลอดจนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ของสมาชิกภายในครอบครัวแต่ละครอบครัวที่แตกต่างกัน

2. ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม (Social Structural Factors) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคมนี้จะสะท้อนให้เห็นสถานภาพของแต่ละบุคคลในสังคมที่ตัวเองอาศัยอยู่ โครงสร้างทางสังคมประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น

3. ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม (Social Psychology) ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพ ส่วนใหญ่จะพิจารณาและให้ความสำคัญกับค่านิยมด้านสุขภาพ (Health Value) บรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm) เกี่ยวกับสุขภาพ ทศนคติ และการใช้บริการสุขภาพรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล (Life Styles) และการจูงใจด้านสุขภาพของบุคคล

4. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจหรือทรัพยากรของครอบครัว (Family Resources) ปัจจัยเศรษฐกิจของครอบครัว จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลหรือครอบครัวนั้นๆสามารถเข้าถึงบริการหรือใช้บริการสุขภาพได้หรือไม่ ปัจจัยดังกล่าวนี้รวมถึงรายได้ของครอบครัวโดยส่วนรวม หรือของ

หัวหน้าครอบครัว ในต่างประเทศเขาพิจารณา รวมถึงการทำประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วย บางครั้งแม้ว่าเรื่องราวได้อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการของกลุ่มชนหนึ่งแต่ในบางกลุ่มชนอาจจะไม่ใช้บริการสุขภาพ ทั้งๆที่บริการนั้นๆจัดให้ฟรีหรือเสียเงินเพียงเล็กน้อยอัตราการใช้บริการยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายได้

5. ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ปัจจัยนี้มุ่งพิจารณาและให้ความสำคัญกับสิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ ซึ่งรวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการ สภาพภูมิศาสตร์ของสถานที่บริการ ที่อยู่อาศัยของหมู่บ้านว่าห่างไกลมากน้อยเพียงใด ตลอดจนการคมนาคมสะดวกหรือไม่ ถ้าสิ่งอำนวยความสะดวกหรือสถานบริการสาธารณสุข อยู่ไม่ห่างไกลจากชุมชนจนเกินไป ประชาชนจะสะดวกไปใช้บริการนั้น

6. ปัจจัยด้านบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพ (Organization Factors) ปัจจัยนี้รวมถึงการจัดรูปแบบกระบวนการให้บริการสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคลากร สิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงค่าบริการหรือค่าใช้จ่ายต่างๆ คุณภาพของบริการ พฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย

7. ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ (Health System) ปัจจัยนี้จะพิจารณาและให้ความสำคัญระบบสาธารณสุขทั้งหมดของแต่ละแห่ง นับตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ นโยบายสาธารณสุข การเมือง งบประมาณหรือทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรมาเพื่อใช้ในการดำเนินการด้านสุขภาพประชาชน (อ้างใน กิตติพงษ์ สุคุณฉวี 2539:13-14)

สันทัด เสริมศรี (อ้างถึงในปีติ พูนไชยกร 2534:374) ได้ใช้แนวความคิดทางสังคมวิทยา เพื่ออธิบายว่าพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสุขภาพ เป็นผลจากปัจจัยและองค์ประกอบต่างๆที่สำคัญ 3 ส่วน ได้แก่

1. องค์ประกอบด้านคนไข้ ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ เช่น ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เศรษฐกิจของคนไข้
 2. องค์ประกอบด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ คุณภาพและความสามารถของแหล่งบริการสุขภาพ ตลอดจนประเภทและปริมาณของการให้บริการสาธารณสุขที่มีในแหล่งบริการนั้นๆ
 3. ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับแพทย์ คือ พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้กับผู้รับว่ารูปแบบความสัมพันธ์ลักษณะใด โดยเกี่ยวข้องกับการแสดงบทบาทลักษณะใด
- ดังนั้น องค์ประกอบสำคัญทั้งสามนี้ เป็นตัวกำหนดการเลือกใช้บริการสุขภาพ

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2539:1) กล่าวถึง พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของบุคคลว่า มีความสัมพันธ์กับการจัดระบบบริการสาธารณสุขด้วยเช่นกัน โดยกล่าวว่าระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ควรมีลักษณะ ดังนี้

1. เป็นบริการที่มีคุณภาพทั้งด้านเทคนิคทางการแพทย์ (Technical Dimension) และมีมิติทางสังคม วัฒนธรรม (Human Dimension) โดยดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care)
2. เป็นบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) โดยปัญหาด้านการเงิน (Financial Barrier) และสภาพภูมิศาสตร์ (Geographical Barrier) ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ
3. เป็นบริการที่จัดให้กับประชาชนทุกคนอย่างเสมอภาค (Equity)
4. เป็นบริการที่จัดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency)
5. ประชาชนมีสิทธิในการเลือกผู้ให้บริการ (Freedom of Choice)

ด้วยเหตุที่ ระบบบริการสาธารณสุขไทยให้อิสระในการเลือกผู้ให้บริการตามความสามารถในการเข้าถึงบริการ ประชาชนจึงพยายามแสวงหาแหล่งบริการที่คิดว่าดีที่สุดตามความรู้สึก และคำแนะนำจากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน ตลอดจนบุคคลที่ตนเชื่อถือเป็นเหตุให้มีการตระเวนรักษาไปยังสถานบริการต่างๆ ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และไม่เกิดผลดีต่อการรักษา ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการ จำเป็นต้องศึกษาความคิดเห็นและความต้องการของผู้รับบริการต่อระบบบริการสาธารณสุขที่พึงปรารถนาด้วย เพื่อให้การจัดบริการสุขภาพสอดคล้องกับความต้องการมากที่สุด ด้วยเหตุนี้จึงรวบรวมปัจจัยต่างๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อการใช้บริการจากแหล่งบริการสาธารณสุข ตามแนวคิดทฤษฎีและผลการศึกษาอื่นๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เหตุจูงใจของปัจจัยที่ศึกษากับการมารับบริการที่สถานอนามัยหรือสถานบริการสุขภาพมีผู้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสาธารณสุข

ปัจจัยพื้นฐาน

ลักษณะประชากร (Population Factors)

เพศ

เพศของมนุษย์ทำให้เกิดความแตกต่างในลักษณะทางสังคมบทบาทหน้าที่ต่างๆ รวมทั้งสถานะทางสุขภาพด้วย เช่นพบว่าเพศชายมีอัตราการตายสูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุและในทุกพื้นที่ประชากรเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยสูงกว่าเพศชายและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่าง

กัน เช่น ผู้ชายมักไม่นิยมรักษาความเจ็บป่วยตั้งแต่เบื้องต้น (สันทัด เสริมศรี 2541) ความแตกต่างระหว่างเพศจึงเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการรักษาโรคด้วยการใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพร (อรุณศรี มงคลชาติ 2535) หรือการใช้บริการที่สถานเอนามัยเช่นกันที่พบว่าเพศหญิงไปใช้บริการมากกว่าเพศชาย (เจน วีระพงษ์ 2541) และเพศหญิงก็มีพฤติกรรมการซื้อยากินเองมากกว่าเพศชาย (สธน ลีลานิตย์กุล 2539) พฤติกรรมการไปรักษาแพทย์แผนโบราณระบบกระดูกนั้นพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (มะลิ ลีวนานนท์ชัย และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ 2533) ส่วนลักษณะความแตกต่างทางเพศที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้แหล่งบริการรักษาโรค (ชื่นชม เจริญยุทธ 2524 ; จำเป็น ชาญชัย 2537 ; พัทธา เบญจรัตน์ภรณ์ 2533)

พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ[แอนเดอร์เซน (Andersen 1995:1-10); ยิง (Young 1983, อ้างในพิมพ์วัลย์ บุญมงคล 2538); วาทีนี บุญชะลิกย์ 2530 : จ ; เอ็กเซล โครเกอร์ (Axel Kroeger 1983, อ้างใน มัลลิกา มัติโก 2534 : 64-67)] และเพศถือเป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถทางร่างกาย ในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองด้วย (Orem 1985: 42)

เฟรดเดอริก เอ.เคย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520 :66-68) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขของประชาชน ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 2,400 คน พบว่าเพศหญิงจะไปใช้บริการทั้งที่โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน ในอัตราส่วนที่มากกว่าเพศชาย คือประมาณร้อยละ 60 และร้อยละ 65 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาร่วมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยพบว่า สำหรับการเจ็บป่วยเล็กน้อย เพศหญิง ก็ยังคงมีการใช้บริการมากกว่าเพศชาย แต่ถ้าเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง การใช้บริการมีจำนวนเท่าๆกันทั้งสองเพศ

ชื่นชม เจริญยุทธ (2522 : ง) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆของประชาชนในชนบทในผู้ป่วย 302 ราย พบว่าเพศหญิงจะใช้บริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย

อุไรวรรณ คณิงเกษม (2536,อ้างใน กฤษณา นาดี 2541 : 28) พบว่าเพศหญิงมักไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐหรือคลินิก ขณะที่เพศชายถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือเฉียบพลันมักรักษาตนเองก่อนเมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจึงไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนหรือแพทย์ที่มีชื่อเสียง

ศิริพร ปรางประสิทธิ์ (2533 : 1) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้บริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

เกษร อังศุสิงห์ (2536: 36) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ใช้บริการในภาครัฐเป็นเพศหญิงร้อยละ 66.0 เป็นเพศชายร้อยละ 34.0 และในโรงพยาบาลเอกชนเป็นเพศหญิงร้อยละ 58.9 เป็นเพศชายร้อยละ 41.1

แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ จักรินทร์ ษ์องวงษ์ (2535 : 60) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความคิดเห็นและการใช้บริการที่สถานีนามัยของประชาชน อำเภอ บางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีนามัย

คั้งนั้นเพศของผู้รับบริการรักษาพยาบาล น่าจะมีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อการใช้บริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน เหตุผลอาจจะเนื่องมาจากการแสดงออกถึงความเจ็บป่วย ซึ่งทางสังคมวิทยา เรียกว่า “การสวมบทบาทผู้ป่วย” (Sick Role) แตกต่างกัน ซึ่งสังคมยอมรับให้ผู้หญิงสวมบทบาทเป็นผู้ป่วยได้ง่ายกว่าผู้ชาย (สายสัมพันธ์ รัชชวัญ 2529: 20)

อายุ

อายุเป็นตัวบ่งบอกถึงการผ่านประสบการณ์ต่างๆ ในการดำเนินชีวิตมามากน้อยและความแตกต่างของสภาพร่างกาย รวมทั้งโรคภัยไข้เจ็บที่บุคคลประสบด้วย จากการศึกษาวิจัยหลายเรื่องจึงพบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกแหล่งบริการรักษาโรคของบุคคล แต่ในการศึกษาแต่ละเรื่องนั้นๆ เช่น จากการศึกษาของ อรุณศรี มงคลชาติ เมื่อ พ.ศ.2535 เรื่องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาแผนโบราณและสมุนไพรของประชากรไทย พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาแผนโบราณและสมุนไพร ดังนี้ คือ ประชากรในกลุ่มอายุ 0-12 ปี ถูกรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ส่วนการใช้ยาสมุนไพรพบว่า กลุ่มอายุ 46-59 ปี ใช้ยาสมุนไพรมากที่สุด และมีสัดส่วนใกล้เคียงกับการใช้ยาสมุนไพรของคนชรา หรือการศึกษาของ ทิพย์สุดา เณรทอง เมื่อปี พ.ศ. 2534 เรื่องการเลือกแหล่งบริการรักษาโรคแบบพื้นบ้านและแผน

ปัจจุบัน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบแผนพื้นบ้านทั้งหมด 40 ราย เป็นผู้ที่มียุตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไปทั้งหมด (อายุเฉลี่ย 58 ปี) แต่เมื่อการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ เรื่องแบบแผนการเจ็บป่วยและนโยบายเกี่ยวกับ สวัสดิการการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ (นพวรรณ จงวัฒนา, เกื้อ วงศ์บุญสิน, รุ่งรัตน์ โกวรรณกุล 2541) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 70.5 ไปใช้บริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐ และ วาทีนี บุญชะลิกย์ (2530) ได้ศึกษาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยวัยสูงอายุใช้บริการแบบแผนโบราณมากกว่าผู้ป่วยวัยอื่นๆ แต่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่นิยมใช้บริการจากแหล่งบริการที่มีแพทย์

แต่ก็มีการศึกษาหลายเรื่องเช่นกันที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อ การเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพของบุคคล เช่น จากการศึกษาของ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย เมื่อ พ.ศ. 2538 เรื่องปัจจัยบางประการ ที่กำหนดการใช้บริการสุขภาพอนามัย : การศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลาโดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของหัวหน้าครอบครัวกับการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพอนามัยซึ่งพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันและพบว่าผู้ป่วยที่มีหัวหน้าครัวเรือนนี้มีอายุมากมีแนวโน้ม ในการใช้บริการแหล่งบริการสุขภาพอนามัยแบบโบราณต่ำและนิยมใช้แหล่งบริการแผนใหม่สูง การศึกษาของ โยธิน บุญเฉลย เมื่อ พ.ศ. 2534 เรื่องการใช้บริการสาธารณสุขของครัวเรือนชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงในจังหวัดเมือฮ่องสอน และการศึกษาของ จำเป็น ชาญชัยและคณะ เมื่อ พ.ศ. 2537 เรื่องการเลือกใช้บริการเพื่อการรักษาพยาบาลของประชาชนจังหวัดตรัง พบว่า อายุกับการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาโรคไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า การศึกษาเหล่านี้ศึกษาในชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะทำให้ปัจจัยด้านอายุไม่มีผลต่อการเลือกใช้บริการรักษาโรค หรืออาจมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลมากกว่า เช่น การใช้ภาษาไทยได้ของชาวกระเหรี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้ วิธีการรักษาโรคแผนปัจจุบัน

ส่วนการใช้บริการจากร้านขายยานั้นจากการศึกษาของ สชน ลีลานิตย์กุล (2539) เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาในร้านขายยา พบว่ากลุ่มอายุที่ซื้อยาเกินเองมากที่สุดคือกลุ่มวัยทำงาน ได้แก่ กลุ่มอายุ 25-34 ปี ร้อยละ 31.2 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 24.4 และกลุ่มอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 23.8 สรุปได้ว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเลือกสถานบริการรักษาโรคจากแผนพื้นบ้านสมุนไพรและซื้อยาเกินเองแต่อายุกับการใช้บริการที่สถานอนามัย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มอายุที่แตกต่างกันไปใช้บริการที่สถานอนามัยไม่แตกต่างกันและพบว่า ในแต่ละกลุ่มอายุที่มีสัดส่วนของผู้ใช้บริการน้อยกว่าผู้ไม่ใช้บริการที่สถานอนามัย (แสงทอง แหม่มงาม 2537)

อายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ แอนเดอร์เซน (Andersen 1995 : 1-10 ; วาทินี บุญชะลิกย์ 2530 : จ ; ชื่นชม เจริญยุทธ 2522 : ง ; อีวาซวิก และ คณะ , Evashwick et al. 1983 : 380-381) อายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆในชีวิต ซึ่งจะส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกเกี่ยวกับความอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผล กล่าวคือ เมื่อมีอายุมากขึ้นย่อมสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย

กอบแก้ว คุณตวัส (2527: 45) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคส่วนใหญ่จะเกิดกับผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปี

สายสัมพันธ์ รัชชวัญ (2529: 102) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการข้ามขั้นตอนการใช้บริการที่สถานอนามัยในโครงการบัตรสุขภาพ ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีอายุมากข้ามขั้นตอนการใช้บริการที่สถานอนามัยก็จะยิ่งมากขึ้น

จิรประภา ภาวิไล (2535 :38) เมื่อมีอายุมากขึ้นย่อมสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย

ชาร์ล อี เฟลปส์ (Chales E.Phelps, 1975 อ้างในชรินทร์ ห่วงมิตร 2539 : 46) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ พบว่า อายุเป็นปัจจัยกำหนดความต้องการไปใช้บริการทางการแพทย์ (ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ)

ชนินทร์ เจริญกุล และคณะ (6) ศึกษาพฤติกรรมการใช้และไม่ใช้บริการของรัฐในระดับอำเภอ พบว่า อายุที่แตกต่างกันของผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้และไม่ใช้บริการเล็กน้อย คือ 39.26 ปี และ 33.58 ปี โดยลำดับ แต่กลุ่มที่ใช้บริการสูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี และกลุ่มที่ใช้บริการน้อยที่สุดในช่วง 15-19 ปี

มานพ คณะโต (2525) ที่ศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มชาติพันธุ์ต่างกันซึ่งประกอบด้วย คนไทยพุทธ ไทยจีน ไทยมุสลิมจำนวน 600 คน พบว่าอายุมีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ผู้ที่อายุ 50 ปีขึ้นไปจะเลือกใช้บริการการรักษาแผนโบราณมากกว่า

ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเรมวอล นันท์ศุภวัฒน์ (2524 : จ) ที่ศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 200 ราย พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแสงทอง แหงมงาม (2533 : 92) ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการด้านสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีนามัยของประชาชนในชนบท จังหวัดลำปาง จำนวน 320 คน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีนามัย

ดังนั้นอายุน่าจะมีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยมากกว่าจึงมักแสวงหาบริการที่คิดว่าดีที่สุดในทัศนะของผู้ป่วยเองโดยไม่คำนึงถึงความเหมาะสมของระดับการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามผลการศึกษาเรื่องอายุ กับการใช้บริการรักษาพยาบาลในสถานีนามัยยังมีน้อยมาก จึงไม่อาจชี้ชัดลงไปได้ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการวิจัย

การศึกษา

การศึกษาเป็นสถานภาพที่แสดงให้เห็น ความรู้ความสามารถของบุคคล การศึกษาของบุคคลทั้งที่รับมาจากโรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย การศึกษานอกโรงเรียนเป็นการสะสมประสบการณ์และความรู้จากการอบรม เลี้ยงดูมาตั้งแต่เด็กจนถึงวัยชรา การศึกษาจึงแสดงให้เห็นคุณภาพของบุคคลโดยการวัดระดับการศึกษาทำได้โดยดูจากการผ่านการศึกษาในระบบ ดังนั้นสถานภาพทางการศึกษาโดยทั่วไปจึงวัดจากการผ่านการศึกษาในระบบ การวัดสถานภาพการศึกษาจึงนิยมวัดจากการเรียนหรือจบการศึกษา ผู้ผ่านการศึกษามากชั้นเรียนย่อมมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในทางที่รอบรู้มากกว่าผู้จบการศึกษาน้อยนั้น การตัดสินใจเลือกแหล่งบริการก็เช่นกัน ผู้ที่มีความรอบรู้ในแหล่งบริการมากก็มีโอกาสตัดสินใจเลือกแหล่งบริการที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง การป้องกันโรค หรือการรักษาสุขภาพให้ดีของผู้ที่มีการศึกษามากกว่า น่าจะมีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยหรือผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะเจ็บป่วยน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย การศึกษาจึงทำให้บุคคลมีความรู้และความสามารถในการเลือกแหล่งบริการรักษาโรคเมื่อเกิดเจ็บป่วยได้ดีกว่า ผู้ที่มีการศึกษาดำกว่าดังการศึกษาของ มยุรี คชนาม เมื่อพ.ศ. 2537 พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีนามัยและมีงานวิจัยหลายเรื่องที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่างกันเลือกใช้สถานบริการรักษาโรคที่แตกต่างกัน (ชนิตา สันธินาค 2530 ; จำเป็น ชาญชัย และคณะ 2537 ; พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ 2533) ผู้ที่มีการศึกษาดำจึงใช้บริการการรักษาแผนโบราณมากกว่า (วาทีณี บุญชะลิกย์ 2530) แต่ก็มีการศึกษาบางเรื่องที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงและต่ำมีการรักษาแบบแผนโบราณและสมุนไพรมากพอๆกัน (อรุณศรี มงคลชาติ 2535 ป และบาง

การศึกษาก็พบว่ามีความขัดแย้งว่าหัวหน้าครัวเรือนที่มีการศึกษาดำมีแนวโน้มใช้บริการสุขภาพแผนใหม่มากกว่า (เพชรน้อย ช่างแสงสิงห์ 2538) ส่วนการใช้บริการร้านขายยานั้น จากการศึกษายของ สธน ลีลานิตย์กุล (2539) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในร้านขายยา 3 ประเภท คือ ร้านขายยาประเภท 1 ร้านขายยาประเภท 2 และร้านขายของชำ พบว่าการศึกษาที่ต่างกันจะใช้บริการร้านขายยาที่ต่างประเภทกัน แต่โดยรวมผู้ที่ซื้อยากินเองทั้งหมดเป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมและมัธยมมากที่สุด คือ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 32.5 ประถมศึกษาร้อยละ 32.3 และมีระดับการศึกษาต่ำกว่า ประถมศึกษาร้อยละ 7.1 ระดับอุดมศึกษาร้อยละ 19 การศึกษาของบุคคลจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการรักษาโรค ผู้ที่มีการศึกษาสูงใช้บริการรักษาโรคจากแพทย์แบบพื้นบ้านและซื้อยา กินเองน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ

กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2522) ศึกษารูปแบบการใช้บริการสุขภาพของคนไทย พบว่า ในการใช้บริการจากโรงพยาบาลรัฐ กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า ประถมศึกษาปีที่ 4 จะใช้บริการมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับอื่นๆคือ ประมาณร้อยละ 15 ขณะที่กลุ่มที่มีการศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่ามีอัตราการใช้บริการโรงพยาบาลรัฐเท่ากัน คือ ประมาณร้อยละ 9 ตรงกันข้ามกับการใช้บริการของสถานีนอนามัย ซึ่งมีผู้มีการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่าจะใช้สถานีนอนามัยประมาณร้อยละ 6 ส่วนผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 มีการใช้สถานีนอนามัยเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น เมื่อพิจารณาการใช้บริการของเอกชนพบว่า มีแบบแผนการใช้บริการเช่นเดียวกับโรงพยาบาลของรัฐ กล่าวคือ พวกที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 จะใช้บริการมากที่สุดประมาณร้อยละ 25 ส่วนผู้ที่มีการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่ามีอัตราการใช้เท่ากันประมาณร้อยละ 14

พบว่าการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ ชื่นชม เจริญยุทธ 2522 :ง ; วาทินี บุญชะลิกย์ 2530 : จ ; เอ็กเซล โครเกอร์ (Axel Kroeger 1983, อ้างใน มัลลิกา มดีโก 2534 : 64-67) ตามแนวคิดของโอเรียม เชื่อว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแล (Orem 1985 : 175) การศึกษาจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเองเข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือสามารถเอาชนะอำนาจจากสิ่งแวดล้อมได้ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง ย่อมจะมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่างๆอย่างมีเหตุผล มีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้องมากกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า นอกจากนั้นการศึกษายังมีบทบาทสำคัญในการกำหนดสถานะสถานภาพทางสังคมของบุคคล กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงก็นับว่ามีสถานภาพทางสังคมอยู่ในระดับเดียวกับบุคลากรทางสาธารณสุข ดังนั้น การติดต่อสัมพันธ์กันจึงไม่

ค่อยมีปัญหาข้อขัดแย้ง หรือไม่เข้าใจกัน และยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัย ในทางที่เป็นวิทยาศาสตร์มากกว่า

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2533: 25) อธิบายว่าการศึกษายเป็นปัจจัยทางสังคมที่ช่วยให้คนมี ประสิทธิภาพและสมรรถภาพในการปรับตัว เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้คนมีพัฒนาการทั้งด้าน ร่างกายและสติปัญญา

ชวซ์ อักโข (2527: 62) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการวางแผนครอบครัว ในเขตเมืองของประเทศไทย ปี 2527 พบว่า การศึกษาของสตรีและสามีมีอิทธิพลในทางบวก ต่อการ ใช้บริการคุมกำเนิด

สกาวรัตน์ เทพรักษ์ (2534: 71, 131) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับ บริการดูแลหลังคลอดของสตรีในเขตอำเภอเมือง ที่คลอดบุตรที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี พบว่า สตรีหลังคลอดที่มารับบริการดูแลหลังคลอดส่วนใหญ่ มี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.1 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 27.7 นอกจากนี้ ยังพบว่า การศึกษาของสตรีหลังคลอดที่มารับบริการดูแลหลังคลอด มีการศึกษาสูงกว่าสตรีหลัง คลอดที่ไม่มารับบริการการดูแลหลังคลอด

รุทส์ (Ruth 1973: 135-136, อ้างใน กุริยา เพ็ญสุวรรณ 2540 : 23) พบว่าผู้ที่มีการศึกษา ต่ำมักประสบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติ ตน เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนได้ ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

จำเรียง กุระสุวรรณ (2522, อ้างใน ราตรี โอภาส 2523 : 26) ได้กล่าวถึงปัญหาของ ประชากรที่อยู่ในชนบท พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะขาดความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย และเมื่อ เจ็บป่วยก็ไม่กล้าไปหาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะกลัวว่าจะเล่าอาการไม่ถูกต้อง ใช้ภาษา ไม่เหมาะสม จึงมักแก้ปัญหาด้วยการไปหาหมอเถื่อนแทน หรือไปซื้อยาจากร้านขายยาที่ ใกล้เคียง เพราะเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายและสะดวกในการเดินทาง

ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ แสงทอง แห่งมงาม (2533 : 92) เรื่องเดิมพบว่า การศึกษา
ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขที่สถานอนามัย

ดังนั้นระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการรักษาพยาบาลแต่จะ
ส่งผลในด้านใดในการใช้บริการในระดับสถานอนามัยนั้นยังมีผู้วิจัยน้อยมาก ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัว
แปรหนึ่งในการวิจัย

รายได้

ผู้ที่ศึกษาพบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพได้แก่
ชื่นชม เจริญยุทธ (2522 หน้า ง) เอ็กเซล โครเกอร์ (Axel Kroeger 1983, อ้างใน มัลลิกา มัติโก,
2534 : 64-67) ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแล
ตนเอง ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการ
ดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถจัดหาของใช้ที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมพฤติกรรม
สุขภาพอนามัยที่ดี (Pender 1982: 161-162)

เรมวถ นันท์ศุภวัฒน์(2524 : 83-84) และสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : 89, อ้างในมาลี
จำนงผล 2540 : 36) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี

สำลี เปลี่ยนบางช้างและคณะ (2521,อ้างใน แสงทอง แห่งมงาม 2533 : 94) ศึกษาสังคม
จิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลางพบว่าผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจสูงนิยมไป
ใช้บริการที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ
คลินิกแพทย์

บัณฑิต ชุณหสวัสติกุล (2524: 163-169) ได้ศึกษาสาเหตุการมารักษาไม่สม่ำเสมอ ของ
ผู้ป่วยโรคปอด ที่ศูนย์วัดโรค เขต 5 อุบลราชธานี พบว่าปัจจัยที่สำคัญเนื่องมาจากปัญหาเศรษฐกิจ
ยากจน เห็นความสำคัญของการประกอบอาชีพมากกว่าการรักษา และขาดเงินสำหรับค่าใช้จ่ายใน
การเดินทางที่จะไปรับยาจากหน่วยบริการที่อยู่ห่างไกล

เพ็ญศรี พิชัยสนธิ และคณะ (2525: 65) ได้ศึกษาบทบาทของโรงพยาบาลเอกชนในงานบริการสาธารณสุขของประเทศ พบว่า ผู้ที่มีรายได้ประมาณ 7,500 – 10,000 บาท/เดือน ไปใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด

อรทัย รวยอาจิณ และ คณะ (2525: 65) ได้ศึกษาสุขภาพและการวางแผนครอบครัวในเขตชานเมืองกรุงเทพมหานคร พบว่า เหตุผลในการไปใช้บริการสาธารณสุข คือ ค่ารักษาหรือค่าบริการไม่แพงเกินไป

ชนิดา สันธินาค (2530: 81) ได้ศึกษาความแตกต่างกันทางสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ที่มีผลต่อการแสวงหาบริการรักษาอาการเจ็บป่วยของสตรีไทยในชนบท พบว่า สตรีที่มีอาการเจ็บป่วยเหมือนกัน (สตรีที่มีอาการพบบ่อยไม่รุนแรง) แต่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันมีแนวทางการใช้บริการด้วยการไปซื้อยากินเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและ มีการใช้บริการของเอกชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า รายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่ออัตราการไปซื้อยากินเองและอัตราการไปใช้บริการของเอกชน

บุญพบ อนิวรรณวงศ์ (2531: 80 - 82) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหมันชายในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า รายได้ของครัวเรือนของชายที่ทำหมัน มีรายได้ดีกว่า ชายที่ไม่ทำหมัน และยังได้พบว่า รายได้ของครัวเรือนเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจทำหมันชายสูงสุด

วรสิทธิ์ ไหลหลัง (2532: 38) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารักษาด้วยยาผสมในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รายได้ต่อครอบครัวต่อปีของผู้ที่มีรายได้ระหว่าง 15,000 – 20,000 บาท มีอัตราความสม่ำเสมอในการรักษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 91.4

ศิริพร ปรางประสิทธิ์ (2536: 57) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ ของ ผู้ประกันตน ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 พบว่า ผู้ที่มาใช้บริการส่วนใหญ่มีรายได้ 3,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 47.3

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรินทร์ ฆ้องวงษ์ (2535 : ฉ) ที่พบว่ารายได้ไม่มี ความสัมพันธ์กับการมารับบริการด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีนอนมัย

ดังนั้นระดับรายได้ น่าจะมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการ โดยเฉพาะการเลือกใช้บริการตามเศรษฐกิจฐานะแต่ละจะส่งผลกระทบต่อการใช้บริการในระดับสถานีนอมนัยอย่างไรยังไม่สามารถชี้ชัดลงไปได้ ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการวิจัยด้วย

อาชีพ

เนื่องจาก การให้บริการทางการแพทย์การเจ็บป่วย (Health Service) ก็คือ ตลาดบริการชนิดหนึ่งซึ่งมีราคาต่างกัน ดังนั้นสถานภาพทางเศรษฐกิจของบุคคลจึงมีอิทธิพลกำหนดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของบุคคล ระดับรายได้จึงเป็นปัจจัยกำหนดจำนวนการใช้บริการและการเลือกบริการที่มีคุณภาพ ดังนั้นผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจระดับสูงจะเข้าถึงและสามารถเลือกใช้บริการทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพทางต่ำเศรษฐกิจ และค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพแบบพื้นบ้านหรือแผนโบราณมีราคาถูกกว่าการบริการรักษาโรคแบบตะวันตก (สันทัด เสริมศรี และไรลีย์ 2519, อ้างใน สันทัด เสริมศรี 2541) ส่วนการศึกษาของ อรุณศรี มงคลชาติ (2535) เรื่องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้จ่ายสมุนไพรรักษาแผนโบราณมีความสัมพันธ์กันและพบว่า กลุ่มนักเรียน นักศึกษามีการใช้จ่ายแผนโบราณสูงกว่าอาชีพอื่นๆ ส่วนอาชีพนักวิชาการ นักบริหารและนักธุรกิจมีการใช้สมุนไพรมากกว่าอาชีพอื่นๆที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้เนื่องจากศึกษาเปรียบเทียบเพียงการใช้จ่ายสมุนไพรรักษาและยาแผนโบราณเพียง 2 แหล่งเท่านั้น ส่วนการศึกษาของจำเริญ ชาตัญชัย (2537) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำเลือกใช้บริการของเอกชนกองทุนยาหรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และจัดหายารักษาตนเองนั้น อาจเนื่องจากการนิยามแหล่งบริการ 3 แหล่งนี้ แตกต่างกับการศึกษาอื่นๆเช่น สถานบริการเอกชน หมายถึง ร้านขายยา กองทุนยา คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนไว้เป็นแหล่งบริการกลุ่มเดียวกัน ซึ่งเป็นแหล่งบริการที่มีลักษณะแตกต่างกันมาก และจัดการรักษาตนเองกับการซื้อยามารักษาตนเองไว้เป็นแหล่งบริการกลุ่มเดียวกันอีก จึงทำให้ผลการวิจัยแตกต่างจากงานวิจัยเรื่องอื่นๆ เนื่องจากสถานพยาบาลเอกชน เช่น โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงกว่าสถานบริการของรัฐ การซื้อยาจากกองทุนยาและร้านขายยาจะมีราคาถูกเหมาะสมกับผู้ที่มีรายได้น้อย ดังเห็นได้จากการศึกษาของ สรณ ลีลานิตย์กุล (2539) ที่พบว่า ผู้ที่ใช้แรงงานมาซื้อยากินเองมากที่สุดถึงร้อยละ 26.9 ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 20.6 เป็นนักเรียน นักธุรกิจและค้าขายร้อยละ 14 ผู้ที่มีอาชีพรับจ้างส่วนตัวร้อยละ 9.5 และกลุ่มแม่บ้านซื้อยากินเองน้อยที่สุดร้อยละ 5 ซึ่งผู้ที่ซื้อยากินเองเป็นผู้ที่มีรายได้น้อย (น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน) ถึงร้อยละ 54.2 มีรายได้ปานกลาง (5,000-20,000 บาท/เดือน) ร้อยละ 42 และเป็นผู้ที่มีรายได้สูง (มากกว่า 20,000 บาท/เดือน) ถึงร้อยละ 3.8 ดังนั้นอาชีพจึงมีผลต่อการเลือกแหล่งรักษาพยาบาลของบุคคล เช่น การแพทย์แผนโบราณยาสมุนไพรรักษา

และร้านขายยา แต่ก็มียาหลายการศึกษาที่แตกต่างกันเช่น พบว่าอาชีพที่แตกต่างกันมีการใช้บริการสาธารณสุขที่ไม่มีความแตกต่าง (แสงทอง แหมมงาม 2533) ต่างจากการศึกษาของ มยุรี คชนาม (2537) พบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยมีการใช้บริการที่สถานีนานามากกว่าผู้ที่มีรายได้สูงและปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของ วิระพันธ์ สุพรรณไขมาตย์ , เกียรติรัตน์ คุณารัตนพฤกษ์ และนางลักขณ์ สุพรรณไขมาตย์ พบว่าการใช้แหล่งรักษาพยาบาลของครัวเรือนเกษตรกรรมที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีรายได้น้อยร้อยละ 73.5 รักษาด้วยตนเองและซื้อยากินเองร้อยละ 7.7 รักษาโดยหมอกกลางบ้านร้อยละ 5.5 รักษาที่สถานีนานร้อยละ 5.9 รักษาที่โรงพยาบาลร้อยละ 4.6 รักษาแผนโบราณร้อยละ 2.8 ที่เหลือไปรับบริการรักษาที่คลินิกเอกชน ดังนั้นจากการศึกษาที่ผ่านๆมาจึงมีความแตกต่างกันอยู่มากในตัวแปรอาชีพว่ามีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพหรือไม่จึงควรศึกษาต่อไป

พบว่าอาชีพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ(ชื่นชม เจริญยุทธ 2522 : ง; เอ็กเซล โครเกอร์ (Axel Kroeger 1983, อ้างใน มัลลิกา มดีโก 2534 :64-67) นักสังคมวิทยายังมีความเชื่อที่ว่าบทบาทของคนทำงาน (worker rule) เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากช่วยให้อะไรๆยังคงอยู่และประสานกัน การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนที่มีคุณค่า ส่วนการออกจากงานเป็นการสูญเสียบทบาทของคน สถานภาพในครอบครัว หน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆที่เคยปฏิบัติ ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำก่อให้เกิดความเครียดท้อแท้และไม่มีความสุข

ชนินฐา มณีเรืองเดช (2529: 37) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในกลุ่มอาชีพรับราชการ หรือค้าขาย มารับบริการสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้าง ร้อยละ 80.0 และ 74.6 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกอบแก้ว กุดตวัธ (2527)

ชนิดา สันธิภาค (2530: 81) ได้ศึกษาความแตกต่างกันทางสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ที่มีผลต่อการแสวงหาบริการรักษาอาการเจ็บป่วยของสตรีไทยในชนบท พบว่า สตรีที่มีอาการเจ็บป่วยเหมือนกัน (สตรีที่มีอาการพบบ่อยไม่รุนแรง) แต่อาชีพต่างกันมีแนวทางการใช้บริการรักษาอาการเจ็บป่วย โดยมีการใช้บริการของรัฐแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่าอาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการใช้บริการของรัฐ และเอกชน

สกาวรัตน์ เทพรักษ์ (2534: 73-74) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการดูแลหลังคลอดของสตรีในเขตอำเภอเมือง ที่คลอดบุตรที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี พบว่า สตรีหลังคลอดที่มารับบริการดูแลหลังคลอด ส่วนมากเป็นแม่บ้าน ร้อย

ละ 32.3 รองลงมาคืออาชีพค้าขาย ร้อยละ 23.8 นอกจากนี้ยังพบว่า อาชีพของสตรีหลังคลอดที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการดูแลหลังคลอด เมื่อ 6-8 สัปดาห์

ดังนั้นอาชีพน่าจะส่งผลโดยตรงต่อการใช้บริการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะเป็นเหตุผลในการเลือกใช้ประเภทของสถานบริการ ทั้งนี้เนื่องจากเวลาที่ใช้ประกอบอาชีพกับเวลาที่สถานบริการเปิดให้บริการ โดยเฉพาะระดับสถานีอนามัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการวิจัยด้วย

ข้อมูลเรื่อง โรค : การรับรู้ภาวะสุขภาพ

คุณลักษณะการเจ็บป่วยของประชาชน (Characteristics of Population at Risk)

ชนิดของการเจ็บป่วย

ลู แอนน์, อเดย์ และโรเนลด์ แอนเดอร์สัน (Lu Ann, Aday and Ronald Andersen, 1975) ได้สร้างรูปแบบการศึกษาการใช้บริการสาธารณสุข โดยมีการประเมินการเจ็บป่วยของตนเองของผู้มารับบริการ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจเลือกใช้บริการที่เหมาะสม

การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย

กลุ่มอาการที่เจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดการรักษาโรค โดยเฉพาะบางอาการนั้นต้องไปรักษากับแหล่งที่มีความเฉพาะเจาะจง ทั้งบุคลากรที่รักษาหรือเครื่องมือเครื่องใช้ที่สามารถบำบัดอาการนั้นได้ เช่น เกิดอุบัติเหตุรุนแรงต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือการคลอดบุตรก็ควรไปโรงพยาบาลหรือสถานผดุงครรภ์เป็นต้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ศึกษาการเจ็บป่วยใน 2 ประเด็นนี้ คือ อุบัติเหตุและการคลอดบุตร จะศึกษาเฉพาะโรคหรือกลุ่มอาการทั่วไปที่สามารถเลือกแหล่งรักษาอาการได้หลายแหล่ง ซึ่งกลุ่มอาการที่เจ็บป่วยก็ยังเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดแหล่งรักษาโรคอยู่เช่นกัน เห็นได้จากการศึกษาของ อรุณศรี มงคลชาติ เรื่องการศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้จ่ายแผนโบราณและยาสมุนไพรของประชากรไทย (25325) พบว่ากลุ่มอาการที่บำบัดมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้จ่ายแผนโบราณและยาสมุนไพรมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2528) พบว่าปัจจัยด้านลักษณะการเจ็บป่วยของประชากรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมักใช้แหล่งบริการแผนใหม่ ถ้ามีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังจะยังคงใช้การรักษาแผนโบราณอยู่ แต่การศึกษา

ของ วาทีนี บุญชะลิกย์ (2530) ซึ่งศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ยังพบว่าส่วนใหญ่ยังต้องการรักษาจากแหล่งที่มีแพทย์แผนปัจจุบันมากที่สุด แต่สำหรับสตรีที่อาการรุนแรงนั้นเงื่อนไขของรายได้เป็น ปัจจัยที่จะกำหนดให้เลือกไปใช้บริการของเอกชน (ชนิดา สันธินาค 2530)

เบญจมา ยอดคำเนิน และกฤตยา อาชวนิจกุล (2523: 45) ศึกษา พฤติกรรมสุขภาพอนามัยของประชาชนในอำเภอห้วยฉัตร จังหวัดลำปาง พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสาธารณสุขคือ ความรุนแรงหรือความมากน้อยของการเจ็บป่วยแต่ละครั้งถ้ามีอาการเล็กน้อยก็จะรักษาด้วยตนเอง อาการมากขึ้นก็จะพึ่งในท้องถิ่น ได้แก่ หมอพระ หรือเจ้าหน้าที่อนามัย และถ้ามีอาการรุนแรงถึงจะพึ่งโรงพยาบาลเป็นแหล่งสุดท้าย

อรทัย รวยอาจิณ และคณะ (2515) ศึกษาเกี่ยวกับ สังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การที่ชาวบ้านไม่ค่อยไปใช้บริการที่สถานอนามัยเพราะมีเหตุผลว่า ถ้ารับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรงจะไม่ไปสถานอนามัยแต่จะต้องไปโรงพยาบาล

สายสัมพันธ์ รับขวัญ (2529: 92) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการข้ามขั้นตอนการให้บริการที่สถานอนามัยในโครงการบัตรสุขภาพ ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดราชบุรี พบว่า ถ้าผู้ให้บริการยังรับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีความรุนแรง การข้ามขั้นตอนก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

ประสบการณ์การเจ็บป่วย

เฟรดเดอริก เอ.เดย์และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (Frederick A.Day and Boonlert Leoprapai ,อ้างใน สายสัมพันธ์ รับขวัญ 2539: 17) การศึกษาถึงแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขในชนบทของชาวไทย ได้นำตัวแปรด้านประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีตมาเป็นตัวแปรในการศึกษา

สรุปได้ว่า การที่ผู้วิจัยนำตัวแปรลักษณะการเจ็บป่วยของประชากร ซึ่งประกอบด้วย ชนิดของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้รับบริการมาศึกษา เพราะลักษณะของการเจ็บป่วยที่ประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองและจากผู้ที่ใกล้ชิดจะมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการหรือไม่ใช้บริการรักษาพยาบาลในแต่ละระดับของสถานบริการ ตามที่ผู้รับบริการคิดว่าเหมาะสม

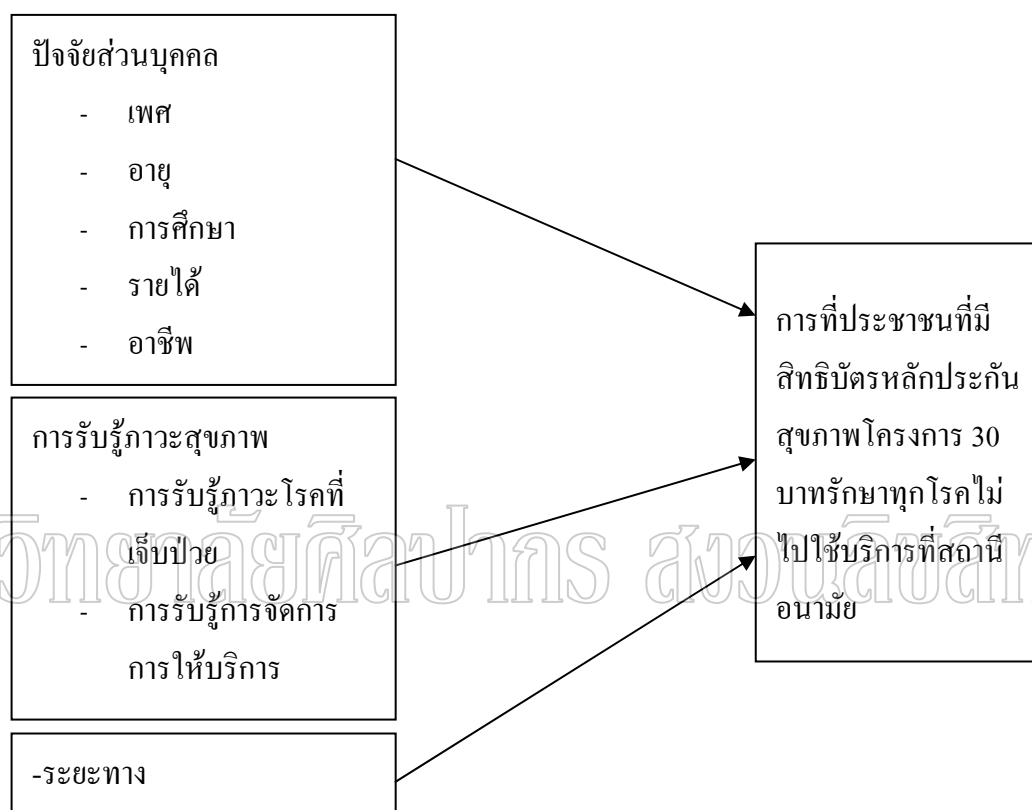
ด้านการคมนาคม (ระยะทาง)

ผลการศึกษาของชื่นชม เจริญยุทธ ยังพบอีกว่า ระยะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ใกล้สถานบริการจะมีการใช้บริการมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ห่างไกลออกไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เคย์ และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520) ที่พบว่าประชาชนเลือกใช้แหล่งบริการที่ใกล้ตัวที่สุดก่อน นอกจากนี้การศึกษาของ ลำดี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ (2521) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสังคมจิตวิทยาของการใช้บริการสาธารณสุขของรับในชนบทภาคกลาง พบว่า ประชาชนจะเลือกใช้บริการที่สถานีอนามัยที่อยู่ใกล้ และเดินทางไปได้สะดวกเช่นกันอีกด้วย

จากการศึกษาของ อรทัย รวยอาจิณ และบุญช่วย จันทร์เอี่ยม (2525) ศึกษาเรื่องสังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง พบว่า ปัจจัยด้านกายภาพเกี่ยวกับสถานที่ตั้งของสถานีอนามัยส่งผลต่อการเลือกใช้บริการ ประชาชนนิยมไปใช้สถานีอนามัยที่มีทางคมนาคมสะดวก และที่นิยมที่สุดคือสถานีอนามัยที่ตั้งอยู่ที่ศูนย์กลางของชุมชนหรือที่ตั้งอยู่ริมคลอง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องความคิดเห็นของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมเป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory Research) มีจุดมุ่งหมายเฉพาะ 3 ประการคือ 1) เพื่อศึกษาเหตุจูงใจของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการสถานีนอนมัยจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุจูงใจกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ต่อการบริหารจัดการการให้บริการที่สถานีนอนมัยของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการสถานีนอนมัย ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ประชากรและการเลือกตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐม

การเลือกตัวอย่าง

การกำหนดตัวอย่าง คือประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ระบุสถานพยาบาลระดับต้นที่สถานีนอนมัย มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม เป็นหน่วยวิเคราะห์ (unit of analysis) โดยนำมาจากยอดผู้ป่วยที่มารับบริการในปี พ.ศ.2548 คือตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2547 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2548 จำนวนทั้งสิ้น 182,158 ครั้ง/ปี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane 1970 ,อ้างในบุญใจ ศรีสถิตนรากร 2545 : 432) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณ 400 คน

สำหรับวิธีการเลือกตัวอย่างผู้วิจัยดำเนินการเลือกด้วยวิธี

1. ทำหนังสือขออนุญาตส่งถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนครปฐม เพื่อเข้าไปเก็บข้อมูล
2. นำหนังสือที่ได้รับการอนุมัติไปดำเนินการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ และพยาบาล หน้าห้องตรวจผู้ป่วยโรคทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก
3. อธิบายวัตถุประสงค์ของการเข้ามาเก็บข้อมูลและ วิธีการเก็บข้อมูลให้เจ้าหน้าที่และพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน้าห้องตรวจเข้าใจ เพื่อที่จะได้อำนวยความสะดวกให้กับผู้วิจัยเมื่อเข้าไปดำเนินการเก็บข้อมูล

เกณฑ์ที่ใช้ในการเลือก

1. เป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรค ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ หรือเข้าใจในภาษาไทยกรณีผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ให้ญาติผู้ดูแลและพามารักษาเป็นผู้ตอบแบบสอบถามได้แทน โดยเป็นข้อมูลและความคิดของผู้ป่วย

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เข้าไปดูประวัติผู้ป่วยที่ยืนยันบัตรลงทะเบียนหน้าห้องตรวจโรคทั่วไปที่ แผนกผู้ป่วยนอก
2. เมื่อได้ผู้ป่วยที่ตรงกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวและ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
3. อธิบายแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจและ ให้ผู้ป่วยหรือญาติทำการตอบแบบสอบถามที่ให้ไว้ให้ตรงตามความเป็นจริง
4. คัดแยกประวัติของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามไว้ เพื่อทำสัญลักษณ์ว่าได้ทำการตอบแบบสอบถามแล้ว
5. เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จให้ผู้ป่วยและญาติรอเข้ารับการรักษาต่อไป

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีดังต่อไปนี้

2.1. ตัวแปรอิสระมีดังนี้

2.1.1. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่

(1) เพศ แบ่งเป็น

- เพศชาย
- เพศหญิง

(2) อายุ แบ่งเป็น

(3) การศึกษา แบ่งเป็น

- ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษา
- ปวช.หรืออุดมศึกษา
- ปริญญาตรีขึ้นไป
- อื่น ๆ (ไม่ได้เรียน เรียนทางธรรม)

(4) รายได้

(5) อาชีพแบ่งเป็น

- ไม่มีงาน
- เกษตรกรรม
- ค้าขาย
- พนักงานบริษัท/โรงงาน
- อื่น ๆ (ช่างฝีมืออิสระต่าง ๆ)

2.1.2. ระยะทาง

2.1.3. การรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อการบริหารจัดการที่สถานีอนามัย

- ความพร้อมด้านบุคลากร
- ความพร้อมด้านเครื่องมือ ยาและอุปกรณ์
- ความพร้อมด้านการบริการ
- ความพร้อมด้านกายภาพ

2.2. ตัวแปรตาม เหตุจูงใจที่ทำให้ไม่ไปรับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 1 ฉบับ ลักษณะของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน โดยมีวิธีดำเนินการสร้างแบบสอบถามดังต่อไปนี้

1. การกำหนดกรอบเนื้อหาเกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยศึกษาจาก
 - 1.1 ศึกษาตำราเอกสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ และวิชาการที่เกี่ยวข้อง
 - 1.2 พฤติกรรมการเลือกใช้บริการตามหลักทฤษฎีของ Aday and Andersen
 - 1.3 พฤติกรรมการเลือกใช้บริการตามแนวคิดของ Axel Kroeger
2. การกำหนดกรอบเนื้อหาเกี่ยวกับการเกี่ยวกับการรับรู้ ของผู้ใช้บริการต่อการบริหารจัดการที่สถานีอนามัย ผู้วิจัยได้ศึกษาจาก
 - 2.1 ศึกษาตำราเอกสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ และวิชาการที่เกี่ยวข้อง
 - 2.2 การรับรู้และการเข้าถึงของผู้ใช้บริการตามแนวคิดของบราวน์ และเลวิส
3. การกำหนดกรอบเนื้อหาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้ศึกษาจาก
 - 3.1 ศึกษาตำราเอกสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ และวิชาการที่เกี่ยวข้อง
 - 3.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการตามหลักทฤษฎีของ Aday and Andersen
4. สร้างเครื่องมือและพัฒนาแบบสอบถามที่มีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตรวจสอบความถูกต้อง ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน
5. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วเสนอประธาน และกรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์
6. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนที่ไม่ได้เป็น กลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาล สามพราน อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน
7. นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรครอนบาค (Cronbach) โดยใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.43, 0.85 และ 0.86 ตามลำดับ

สำหรับโครงสร้างของแบบสอบถามที่พัฒนาได้ จำแนกเป็น 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบ่งออกเป็น

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบสอบถามรายการ ประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวข้องกับผู้ตอบแบบสอบถามในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และ สิทธิบัตรสุขภาพ ของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ข้อความที่เกี่ยวข้องกับผู้ตอบแบบสอบถามในเรื่อง การรับรู้เรื่องโรคที่เจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย การจัดการกับโรคที่เจ็บป่วย การประเมินระดับความรุนแรงของโรค สถานพยาบาลที่ระบุในสิทธิบัตร ลักษณะสิทธิบัตรที่ใช้ จำนวนครั้งที่ไปใช้บริการที่สถานอนามัยในรอบปี

ตอนที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 หมวด

หมวด ที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อการบริหารจัดการที่สถานอนามัย โดยมีจำนวน 21 ข้อ แบ่งออกเป็นด้านด้านทรัพยากร ความพร้อมของบุคลากรที่ให้บริการจำนวน 6 ข้อ ด้านเพียงพอ เครื่องมือ อุปกรณ์ และยา จำนวน 4 ข้อ ด้านบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สถานอนามัย จำนวน 10 และด้านกายภาพของสถานอนามัย จำนวน 1 ข้อ

หมวด ที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการของสถานอนามัย มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ แบ่งออกเป็นด้านความสะดวกที่ได้รับจากรับบริการ จำนวน 1 ข้อ ด้านความเสมอภาคที่ได้รับจากบริการ จำนวน 1 ข้อ ด้านอรรถยาศัยของผู้ให้บริการ จำนวน 1 ข้อ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ จำนวน 1 ข้อ ด้านคุณภาพการให้บริการ จำนวน 1 ข้อ และด้านค่าใช้จ่ายในการรับบริการ จำนวน 1 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความเชิงนิมิต ในด้านเชิงบวก

มาก ให้คะแนน 3

ปานกลาง ให้คะแนน 2

น้อย ให้คะแนน 1

ข้อความเชิงนิเสธ ในด้านลบ

มาก ให้คะแนน 1

ปานกลาง ให้คะแนน 2

น้อย ให้คะแนน 3

ตอนที่ 3 ปัญหาข้อเสนอแนะสิ่งทีควรปรับปรุงแก้ไข เป็นคำถามปลายเปิด

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปกร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามดำเนินสอบถามข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่วันที่ 6 – 18 กุมภาพันธ์ 2549
3. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อนำมาวิเคราะห์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ใช้ประชาชนที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ระบุสถานพยาบาลระดับต้นที่สถานีอนามัย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม เป็นหน่วยวิเคราะห์ (unit of analysis) เมื่อผู้วิจัยได้สอบถามข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องแล้ว ได้คัดเลือกแบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาจัดระบบ ลงรหัส และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / PC⁺ (Statistical Package for the Social Sciences / Personal Computer)

6. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ

1. เพื่อทราบสถานภาพส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (X) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S. D.) สัมประสิทธิ์การกระจาย (C. V.)
2. เพื่อทราบความสัมพันธ์มูลเหตุของ การไม่ไปรับบริการที่สถานีอนามัย กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มประชาชนที่มีสิทธิบัตรในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ใช้ค่าการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติ ไคสแควร์ (X^2) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.20 ค่าความสัมพันธ์ Contingency Coefficient (C)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจำแนกรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ตอน คือ

1. ลักษณะทั่วไปของผู้มีสิทธิบัตรโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม แต่ไม่ไปใช้สิทธิรักษาที่สถานีนอนามัย ที่ระบุนไว้ในบัตร
2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านโครงสร้างประชากรกับปัจจัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างมูลเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
4. ความต้องการและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงบริการของ สถานีนอนามัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1

ลักษณะทั่วไปของผู้มีสิทธิบัตรโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม แต่ไม่ไปใช้สิทธิรักษาที่สถานีนอนามัย ที่ระบุนไว้ในบัตร

1.1 มูลเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังราย ละเอียดปรากฏในตาราง 4.1 พบว่า ผู้มีสิทธิบัตรโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม แต่ไม่ไปใช้สิทธิรักษาที่สถานีนอนามัย ที่ระบุนไว้ในบัตร มีมูลเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยมาจาก การให้ความสำคัญในด้านความพร้อม ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ เป็นสัดส่วน 5 ใน 10 ส่วน (คิดเป็นร้อยละ 48.50) รองลงมาได้แก่ ความพร้อมในด้านบริการจากสถานีนอนามัย และความพร้อมในด้านบุคลากร ของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ด้านโครงสร้างทางกายภาพ เป็นมูลเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย เป็นลำดับสุดท้าย

ตารางที่ 1 ค่าสถิติมูลเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนมัย

ตัวแปร	n	%
มูลเหตุจูงใจ		
- ด้านบุคลากร	73	18.30
- ด้านเครื่องมือ	194	48.50
- ด้านบริการ	93	23.30
- ด้านกายภาพ	40	10.00
รวม	400	100.00

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.2 ด้าน ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียด ปรากฏในตาราง 4.2 ได้ข้อค้นพบดังนี้

ปัจจัยด้านเพศ : ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ถึง 7 ใน 10 ส่วน (คิดเป็นร้อยละ 67) มีช่วงอายุเฉลี่ย อยู่ที่ อายุประมาณ 44 ปี แต่มีค่าการกระจายของกลุ่มตัวอย่าง ค่อนข้างมาก (C.V. = 0.406)

ปัจจัยด้านอายุ : พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุ มีอายุ มากกว่า 60 ปี และสามารถ แบ่งกลุ่มออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือช่วงอายุ 21- 30 ปี ช่วงอายุ 31-40 ปีและ ช่วงอายุ มากกว่า 60 ปี เป็นกลุ่มอายุที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ 2 ใน 10 ส่วน (คิดเป็นร้อยละ 20 ,19 และ 20.3 ตามลำดับ) รองลงมา คือกลุ่มที่มีช่วงอายุ 41 – 50 ปี และ อายุ 51 – 60 ปี เป็นสัดส่วน 1.5 ใน 10 (คิดเป็นร้อยละ 15.5 และ 15.3 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มที่มีช่วงอายุ น้อยกว่า 20 มี 1 ใน 10 ส่วน (คิดเป็น ร้อยละ 10)

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา : พบว่าสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1คือระดับ การศึกษาชั้นประถมศึกษา 6 ใน 10 ส่วน (คิดเป็น ร้อยละ 63.5รองลงมา ได้แก่ ชั้นมัธยมศึกษา มี 2 ใน 10 ส่วน (คิดเป็นร้อยละ 21.3) กลุ่ม ที่ 3 ได้แก่ ระดับอุดมศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือ เทียบเท่า และในกลุ่มอื่นๆ คิดเป็นสัดส่วน เฉลี่ย 0.5 ใน 10 ส่วน (คิดเป็น ร้อยละ 6.3, 4.5 และ 4.5 ตามลำดับ)

ปัจจัยด้านอาชีพ : พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม หรือรับจ้างทั่วไป ถึง 4 ใน 10 ส่วน (คิดเป็น ร้อยละ 43.5) กลุ่มรองลงมาได้แก่ ประกอบอาชีพซึ่งมี สัดส่วนใกล้เคียงกับ กลุ่มที่ ไม่มีอาชีพ คือมีสัดส่วน เป็น 2 ใน 10 ส่วน (คิดเป็นร้อยละ 14.5 และ 26.3) และกลุ่ม สุดท้าย มีสัดส่วนเป็น 1 ใน 10 ส่วนได้แก่ พนักงานโรงงาน หรือบริษัท และอาชีพ อื่นๆ (คิดเป็น ร้อยละ 93.8 แล 6 ตามลำดับ)

ปัจจัยด้านรายได้ : ประชากรในตัวอย่างนี้มีรายได้เฉลี่ยในครอบครัว 7169 .31 บาท ต่อ เดือน แต่มีการกระจายของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างมาก สามารถแบ่งออกได้เป็น ดังนี้ ส่วนใหญ่ มี รายได้ค่อนข้างต่ำ คือมีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5000 บาท ถึง 5 ใน 10 ส่วน (คิดเป็น ร้อยละ 47) มากกว่า กลุ่มที่มีรายได้ มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ถึง 5 เท่า

ปัจจัยด้านลักษณะสิทธิบัตร : ส่วนใหญ่ประชากรถือบัตร ชนิดเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท 6 ใน 10 ส่วน (คิดเป็น ร้อยละ 61) ของประชากรทั้งหมด

ปัจจัยด้านระยะห่างของสถานีนอนามัย : สถานีนอนามัยที่ระบุไว้ในบัตร ของประชากรที่ เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่ อยู่ในรัศมี 10 กิโลเมตร จากโรงพยาบาลนครปฐม และมีการกระจายของกลุ่มตัวอย่างน้อยมาก ซึ่งจำแนก ออกได้เป็น กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ อยู่ห่างจาก โรงพยาบาล รัศมี 3 – 5 กิโลเมตร 5-10 กิโลเมตร และ มากกว่า 10 กิโลเมตร เป็นสัดส่วน 3 ใน 10

ส่วน (คิดเป็นร้อยละ 26.5 , 29 และ 28.3 ตามลำดับ) ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียง กับกลุ่มที่ อยู่ห่างจาก โรงพยาบาล รัศมี น้อยกว่า 3 กิโลเมตร ที่มีสัดส่วน 2 ใน 10 ส่วน (คิดเป็น ร้อยละ 16.3)

ปัจจัยด้านจำนวนครั้งไปใช้บริการที่สถานอนามัย : พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่าง มี สถิติการใช้บริการที่สถานอนามัยที่ระบุไว้ในบัตร ในรอบปีที่ผ่านมามากกว่า 1 ครั้ง ถึง 7 ใน 10 ส่วน (คิดเป็นร้อยละ 74.5) มากกว่า ในกลุ่มที่เคยไปใช้บริการที่สถานอนามัย เพียง 1 ครั้ง ในรอบปี ถึง 6 เท่า และมากกว่า กลุ่มที่ไม่เคยไปใช้บริการที่สถานอนามัย ถึง 5 เท่า โดยลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลมาก (C.V. = 8.903)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของประชากรจำแนกตามตัวแปรต่างๆ

ตัวแปรปัจจัยส่วน บุคคล	ค่าสถิติ						
	n	%	mean	sd.	CV.	SE.mean	95%c.i.for μ
เพศ			-	-	-	-	-
- ชาย	132	33.00	-	-	-	-	-
- หญิง	268	67.00	-	-	-	-	-
อายุ (ปี)			43.66	17.729	40.58	0.886	41.91 , 45.40
- น้อยกว่า 20	40	10.00	18.38	2.145	11.67	0.339	17.69 , 19.06
- 21 - 30	80	20.00	26.25	2.996	11.41	0.335	25.58 , 26.92
- 31 - 40	76	19.00	35.82	2.803	7.82	0.322	35.18 , 36.46
- 41 - 50	62	15.50	46.06	2.793	6.06	0.355	45.36 , 46.77
- 51 - 60	61	15.30	55.52	0.396	0.71	0.396	54.73 , 56.32
- มากกว่า 60	81	20.30	69.90	6.767	9.68	0.752	68.40 , 71.40
ระดับการศึกษา			-	-	-	-	-
- ประถมศึกษา	254	63.50	-	-	-	-	-
- มัธยมศึกษา	85	21.30	-	-	-	-	-
- อุดมศึกษา	25	6.30	-	-	-	-	-
- ปริญญาตรี	18	4.50	-	-	-	-	-
- อื่นๆ	18	4.50	-	-	-	-	-
อาชีพ			-	-	-	-	-
- ไม่มีอาชีพ	105	26.30	-	-	-	-	-
- เกษตรกร /รับจ้าง	174	43.50	-	-	-	-	-
- ค้าขาย	58	14.50	-	-	-	-	-
- พนักงาน/โรงงาน	39	9.8	-	-	-	-	-
รวม	400	100.0	-	-	-	-	-

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปรปัจจัย ส่วนบุคคล	ค่าสถิติพื้นฐาน						
	n	%	mean	sd.	CV.	SE.mean	95%c.i.for μ
รายได้(บาท/ เดือน)	-	-	7169.31	6406.69	89.36	320.335	6539.56,7799.07
- < 5,000	188	47.00	3900.13	1150.873	29.50	83.936	3734.55,4065.72
- 5001- 10,000	177	44.30	7612.99	1522.558	19.99	114.442	7387.14,7838.85
- >10,000	35	8.80	22485.7	12680.164	56.39	2143.339	18129.93,26841.50
ลักษณะบัตร			1				
- ยกเว้นค่า ธรรมเนียม	156	39	-	-	-	-	-
- เสียค่า ธรรมเนียม	244	61	-	-	-	-	-
ระยะทางสถานี อนามัย	-	-	2.690	1.052	39.10	0.05	2.59,2.80
- < 3 กม.	31		2.645	0.4864	18.38	00.874	2.467,2.824
- 3 – 5 กม.	66		4.591	0.4954	10.79	0.610	4.469,4.713
- 5 – 10 กม.	104		7.216	1.3542	18.76	0.1328	6.953,7.480
- >10 กม.	199		15.266	3.7512	24.57	0.2660	6.953,7.480
จำนวนครั้งที่ ใช้บริการใน รอบปี	-	-	3.15	2.984	94.73	0.15	2.85,3.44
- ไม่เคยไป	61	15.30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
- 1 ครั้ง	41	10.30	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00
- >1 ครั้ง	298	74.50	4.09	2.899	70.88	0.149	2.85,4.42

1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดปรากฏใน ตาราง 4.3 ของผู้มีสิทธิบัตรโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค แต่ไม่ไปใช้บริการที่ สถานีอนามัย ที่ระบุไว้ในบัตร มีการรับรู้ ภาวะสุขภาพ ของตนเองในด้านต่างๆ ได้ข้อค้นพบดังนี้

การรับรู้เรื่องโรคที่เจ็บป่วย : พบว่าประชากรในกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่องโรคที่ตัวเองเจ็บป่วย เป็นสัดส่วนถึง 8 ใน 10 ส่วน (คิดเป็นร้อยละ 77.8) มากกว่า กลุ่มที่ ไม่รู้ ถึง 6 เท่า ระบบที่มีการเจ็บป่วยแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ใหญ่ ๆ คือ ระบบทางเดินหายใจ พบมากที่สุด ร้อยละ 34.4 มากกว่ากลุ่ม ที่ป่วย เป็นโรคผิวหนัง และในระบบ ทางเดินปัสสาวะ ถึง 2 เท่า (คิดเป็น ร้อยละ 7 และ 5 ตามลำดับ) กลุ่มสุดท้ายได้แก่กลุ่มที่ป่วยด้วยโรคในระบบทางเดินอาหาร ระบบหลอดเลือดและหัวใจ และป่วยมากกว่า 2 ระบบ โดยมีสัดส่วนเป็น 2 ใน 10 ส่วน (คิดเป็น ร้อยละ 14.9 , 18.2 และ 17.2 ตามลำดับ)

การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย : พบว่า การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย มีสัดส่วน ของ การรับรู้ และ ไม่รับรู้ ใกล้เคียงกัน คือ มีสัดส่วนเป็น 5 ใน 10 ส่วน ส่วนกลุ่มที่มีการรับรู้สาเหตุของ การเจ็บป่วยสามารถ บอกได้ว่า ตัวเองมีสาเหตุการเจ็บป่วย จาก พักผ่อนไม่เพียงพอ รองลงมา มี สาเหตุจากไปสัมผัสเชื้อโรค การรับประทานอาหาร และจากสาเหตุอื่นๆ สาเหตุการเจ็บป่วย ที่มี สัดส่วนน้อยที่สุด คือ สาเหตุจากการ ไม่ออกกำลังกาย เป็นสัดส่วน 1 ใน 10 ส่วน

การจัดการกับการเจ็บป่วยก่อนมารับการรักษาพยาบาล : พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ มี การจัดการกับตัวเองก่อนมารับการรักษาพยาบาล โดยมีสัดส่วน เป็น 7 ใน 10 ส่วน (คิดเป็น ร้อยละ 65.5) กิจกรรมที่ ปฏิบัติก่อนมาพบแพทย์ คือ หายามรับประทาน โดยมีสัดส่วนเป็น 6 ใน 10 ส่วน (คิดเป็น ร้อยละ 55.5) กิจกรรมรองลงมา ได้แก่การนอนพัก การออกกำลังกาย การรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ ส่วนกิจกรรมที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุดได้แก่ การหลีกเลี่ยง สิ่งที่ทำให้เกิดโรค โดยมีสัดส่วน 0.7 ส่วน ใน 10 ส่วน (คิดเป็นร้อยละ 7.4)

การประเมินระดับความรุนแรงของโรค : พบว่า ไม่สามารถประเมินระดับความรุนแรง ของโรคได้ โดยมีสัดส่วนเป็น 6 ใน 10 ส่วน มากกว่า กลุ่มที่ สามารถประเมินระดับความรุนแรงของ โรคไม่ได้ ถึง 2 เท่า

ตารางที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ใช้บริการ

ตัวแปร	ค่าสถิติ	
	n	%
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-	-
รับรู้การเจ็บป่วย	-	-
- ไม่รู้	89	22.30
- รู้	311	77.80
ระบบที่เจ็บป่วย	302	100.00
-ระบบทางเดินหายใจ	104	34.40
-ระบบทางเดินอาหาร	45	14.90
-ระบบผิวหนัง	21	7.00
-ระบบทางเดินปัสสาวะ	15	5.00
-ระบบหลอดเลือดและหัวใจ	55	18.20
-ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	24	7.90
-มากกว่า 1 ระบบ	52	17.20
รับรู้สาเหตุการเจ็บป่วย	-	-
- ไม่รู้สาเหตุ	219	54.75
- รู้สาเหตุ	181	45.25
สาเหตุการเจ็บป่วย	-	-
-พักผ่อนไม่เพียงพอ	60	33.10
-สัมผัสเชื้อโรค	45	24.90
-ไม่ได้ออกกำลังกาย	25	13.80
-การรับประทานอาหาร	40	22.1
-อื่นๆ	41	22.70
รวม	400	100.00

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าสถิติ	
	n	%
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-	-
การจัดการกับการเจ็บป่วยก่อนมารับการรักษา	-	-
-ไม่ปฏิบัติ	144	36
-ปฏิบัติ	256	64
วิธีปฏิบัติ		
-พยายามรับประทาน	142	55.50
-นอนพักผ่อน	76	29.70
-หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นสาเหตุ	19	7.40
-ออกกำลังกาย	27	10.50
-รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	38	14.8
-อื่นๆ	34	13.30
การประเมินระดับความรุนแรงของโรค		
-ประเมินไม่ได้	243	60.80
-ประเมินได้	157	39.30

ตอนที่ 2

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพกับ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการให้บริการ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพกับ ปัจจัยส่วนบุคคล

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพด้าน การรับรู้เรื่องโรค กับ ปัจจัยส่วนบุคคล: ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

ความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพด้าน การรับรู้เรื่องโรค ของผู้ที่ไม่ไปใช้บริการ ที่สถานีนอนามัย มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัจจัยส่วนบุคคล 3 ด้านเท่านั้น คือ ปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ กล่าวคือ

(1) ด้านอายุ โดยมีค่าสถิติ $X^2=23.562$ p- value =0.00 Contingency C =0.236 (C max = 0.7)

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ประกอบด้วย เพศ รายได้ของครอบครัว นั้นไม่พบ นัยสำคัญทางสถิติ

2.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพด้าน การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรค กับปัจจัยส่วนบุคคล: ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังนี้

(2) ด้านระดับการศึกษา โดยมีค่าสถิติ $X^2=7.635$ p- value =0.106 Contingency C =0.137 (C max = 0.7)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพด้าน การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรค ของผู้ที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย กับปัจจัยส่วนบุคคลในทุกด้าน นั้นไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในด้านการปฏิบัติตัว ก่อนมาพบแพทย์ : ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังนี้

(3) ด้าน อาชีพ โดยมีค่าสถิติ $X^2= 7.276$ p- value =0.122 Contingency C =0.134

(C max = 0.7)

ความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในด้านการปฏิบัติตัว ก่อนมาพบแพทย์ ของผู้ ที่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับปัจจัยส่วนบุคคล 3 ด้าน เท่านั้น คือปัจจัยด้าน อายุ อาชีพ และ รายได้ของครอบครัว กล่าวคือ

(1) ด้านอายุ โดยมีค่าสถิติ $X^2= 12.356$ p- value = 0.003 Contingency C = 0.173 (C max = 0.7)

(2) ด้านอาชีพ โดยมีค่าสถิติ $X^2= 8.67$ p- value = 0.07 Contingency C = 0.146 (C max = 0.7)

(3) ด้าน รายได้ของครอบครัว โดยมีค่าสถิติ $X^2= 3.682$ p- value = 0.159 Contingency C = 0.096

(C max = 0.7)

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ประกอบด้วย เพศ และ ระดับการศึกษา นั้นไม่พบ
นัยสำคัญทางสถิติ

2.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ ภาวะสุขภาพ ด้านการ ประเมินระดับความรุนแรงของโรค กับปัจจัยส่วนบุคคล : ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

ความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในด้านการปฏิบัติตัว ก่อนมาพบแพทย์ ของผู้
ที่ไปใช้บริการที่สถานอนามัย มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับปัจจัยส่วนบุคคล 2 ด้าน
เท่านั้น คือ ปัจจัยด้าน อายุ และ รายได้ของครอบครัว กล่าวคือ

(1) ด้านอายุ โดยมีสถิติ $X^2=9.301$ p- value = 0.098 Contingency C = 0.151 (C max = 0.7)

(2) ด้านรายได้ของครอบครัว โดยมีค่าสถิติ $X^2= 4.297$ p- value = 0.098Contingency C = 0.151

(C max = 0.7)

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา และ อาชีพ นั้นไม่
พบนัยสำคัญทางสถิติ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคล	การรับรู้ภาวะสุขภาพ									
	การรับรู้เรื่องโรค					การรับรู้สาเหตุของโรค				
	ไม่รู้	รู้	x ²	p-value	Contingency C	ไม่รู้	รู้	x ²	p-value	Contingency C
รวม	89 (89.0)	311 (311.0)				212 (212.0)	188 (188.0)			
เพศ			0.367	0.54	0.03			0.00	0.993	0.00
- ชาย	27 (29.4)	105 (102.6)			C max= 0.77	70 (70.00)	62 (62.00)			C max= 0.71
- หญิง	62 (59.6)	206 (208.4)				142 (142.0)	126 (126.0)			
อายุ			23.56	0.00*	0.236			7.10	0.213	0.132
- < 20	16 (8.90)	24 (31.10)			C max= =0.77	25 (21.20)	15 (18.80)			C max= 0.71
- 21 – 30	27 (17.8)	53 (62.20)				41 (42.40)	39 (37.60)			
- 31 – 40	15 (16.90)	61 (59.10)				32 (40.30)	44 (35.70)			
- 41 – 50	14 (13.8)	48 (48.20)				38 (32.90)	24 (29.10)			
- 51 – 60	10 (13.6)	51 (12.80)				34 (32.30)	27 (28.70)			
- > 60	7 (18.0)	74 (63.00)				42 (42.90)	39 (38.10)			

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วน บุคคล	การรับรู้ภาวะสุขภาพ									
	การรับรู้เรื่องโรค					การรับรู้สาเหตุของโรค				
	ไม่รู้	รู้	χ^2	p- value	Contingen cy C	ไม่รู้	รู้	χ^2	p- value	Contingen cy C
ระดับการศึกษา			7.6 35	0.10*	0.137			4.3 2	0.363	0.103
- ประถมศึกษา	48	206			C max= 0.77	104	114			C max= 0.71
	(56.5)	(197.5)				(134.6)	(119.4)			
มัธยมศึกษา	28	57				47	38			
	(5.60)	(19.40)				(45.1)	(34.9)			
- อุดมศึกษา	6	19				11	14			
	(5.60)	(19.40)				(13.3)	(11.8)			
-ปริญญาตรี	3	15				7	11			
	(4.0)	(14.0)				(9.50)	(8.5)			
- อื่นๆ	4	14				7	11			
	(4.0)	(14.0)				(9.5)	(8.5)			

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วน บุคคล	การรับรู้ภาวะสุขภาพ									
	การรับรู้เรื่องโรค					การรับรู้สาเหตุของโรค				
	ไม่รู้	รู้	χ^2	p- value	Contingency C	ไม่รู้	รู้	χ^2	p-value	Contingency C
อาชีพ			7.2	0.122 [*]	0.134			1.627	0.804	0.064
- ไม่มีอาชีพ	21	84			C max =0.77	59	46			C max =0.71
	(23.4)	(81.6)				(55.7)	(49.40)			
- เกษตรกร / รับจ้าง	37	137				91	83			
	(38.7)	(135.3)				(92.2)	(81.80)			
- ค้าขาย	10	48				27	31			
	(12.9)	(45.1)				(30.7)	(27.30)			
- พนักงาน โรงงาน	15	24				22	17			
	(8.7)	(30.3)				(20.70)	(18.30)			
- อื่นๆ	6	18				13	11			
	(5.30)	(18.7)				(12.7)	(11.30)			

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วน บุคคล	การรับรู้ภาวะสุขภาพ									
	การรับรู้เรื่องโรค					การรับรู้สาเหตุของโรค				
	ไม่รู้	รู้	x ²	p-	Continge ncy C	ไม่รู้	รู้	x ²	p-	Contingency C
รายได้ (บาท/ เดือน)			1.24	0.536	0.056			2.7	0.249	0.083
- < 5,000	46	142	8			104	84	81		
	(41.8)	(146.2)			C max= 0.77	(99.6)	(88.40)			C max= 0.71
- 5,001 – 10,000	37	140				94	83			
	(39.4)	(137.6)				(93.8)	(83.20)			
- > 10,000	6	29				14	21			
	(7.80)	(27.20)				(18.5)	(16.50)			

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การรับรู้ภาวะสุขภาพ									
	การปฏิบัติตัวก่อนมาพบแพทย์					การประเมินระดับความรุนแรงของโรค				
	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	x ²	p-value	Contingency C	ไม่รู้	รู้	x ²	p-value	Contingency C
อาชีพ			8.67	0.070	0.146			1.805	0.772	0.067
- ไม่มีอาชีพ	46	59		*	C max=0.77	63	42			C max=0.71
	(36.2)	(58.80)				(63.8)	(41.20)			
- เกษตรกร / รับจ้าง	55	119				107	67			
	(60.0)	(114.00)				(105.7)	(68.30)			
- ค้าขาย	19	39				35	23			
	(20.0)	(38.00)				(35.2)	(22.80)			
- พนักงานโรงงาน	8	31				26	13			
	(13.5)	(25.50)				(23.7)	(15.30)			
- อื่นๆ	10	14				12	12			
	(8.30)	(15.70)				(14.6)	(9.40)			

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วน บุคคล	การรับรู้ภาวะสุขภาพ									
	การปฏิบัติตัวก่อนมาพบแพทย์					การประเมินระดับความรุนแรงของโรค				
	ไม่ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	x ²	p- value	Contingen cy C	ไม่รู้	รู้	x ²	p-value	Contingen cy C
รายได้ (บาท/ เดือน)			3.682	0.159	0.096			4.297	0.117*	0.103
- < 5,000	69	119		*	C max= 0.77	124	64			C max =0.71
	(4.90)	(123.10)				(114.2)	(73.8)			
- 5,001 – 10,000	62	115				98	79			
	(61.1)	(115.90)				(107.5)	(69.50)			
- > 10,000	7	28				21	14			
	(12.1)	(22.90)				(21.3)	(13.70)			

ตารางที่ 4(ต่อ)

ปัจจัยส่วน บุคคล	การรับรู้ภาวะสุขภาพ									
	การปฏิบัติตัวก่อนมาพบแพทย์					การประเมินความรุนแรงของโรค				
	ไม่ ปฏิบัติ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	χ^2	p- valu e	Contingency C	ไม่รู้ รู้	รู้	χ^2	p- value	Contingency C
เพศ			2.785	0.09	0.830			2.892	0.089	0.085
- ชาย	53	79			Cmax= 0.77	88	44			Cmax= 0.71
- หญิง	(45.50)	(86.50)				(80.20)	(51.80)			
	85	183				155	113			
	(92.5)	(175.5)				(162.8)	(105.2)			
อายุ			12.35	0.03*	0.173			9.301	0.098	0.151
- < 20	13	27			C max =0.77	26	14		*	C max =0.71
- 21 – 30	(13.80)	(26.20)				(24.30)	(15.70)			
- 31 – 40	23	57				38	42			
	(27.60)	(52.40)				(48.60)	(31.40)			
	21	55				51	25			
	(26.20)	(49.80)				(46.20)	(29.80)			

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วน บุคคล	การรับรู้ภาวะสุขภาพ									
	การปฏิบัติตัวก่อนมาพบแพทย์					การประเมินความรุนแรงของโรค				
	ไม่ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	x ²	p- valu e	Contingenc y C	ไม่รู้	รู้	x ²	p- value	Contingency C
อายุ										
- 41 – 50	20 (21.00)	41 (40.00)				35 (37.70)	27 (24.30)			
- 51 - 60	20 (21.00)	41 (10.30)				40 (37.10)	21 (23.90)			
- > 60	41 (27.90)	40 (53.10)				53 (49.20)	28 (31.80)			
รวม	138 (138.0)	262 (262.0)				243 (243.0)	157 (157.0)			

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วน บุคคล	การรับรู้ภาวะสุขภาพ									
	การปฏิบัติตัวก่อนมาพบแพทย์					การประเมินความรุนแรงของโรค				
	ไม่ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	x ²	p- value	Conting ency C	ไม่ รู้	รู้	x ²	p- value	Contingency C
ระดับ การศึกษา			2.059	0.725	0.072			4.849	0.303	0.109
ประถมศึกษา	93 (87.60)	161 (166.4)			C max= 0.77	161 154.3	93 99.70			Cmax=0.71
มัธยมศึกษา	26 (19.3)	59 (55.7)				44 (51.6)	41 (33.4)			
- อุดมศึกษา	7 (8.60)	18 (16.40)				14 (15.2)	11 (9.8)			
-ปริญญาตรี	5 (6.2)	13 (11.8)				13 (10.9)	5 (7.1)			
- อื่นๆ	7 (6.2)	11 (11.8)				11 (10.9)	7 (7.1)			

2.1 ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค กับ ลักษณะการใช้สิทธิบัตรโครงการ30บาทรักษาทุกโรค

2.2.1 ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านการรับรู้เรื่องโรค กับ ลักษณะการใช้สิทธิบัตร : ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังนี้

ความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านการรับรู้ เรื่องโรค ของผู้ที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนมัย มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับ ปัจจัย ลักษณะการใช้สิทธิบัตร 2 ด้านเท่านั้น คือ ลักษณะของสิทธิบัตร และ จำนวนครั้งที่ไปใช้บริการที่สถานีนอนมัย กล่าวคือ

(1) ลักษณะสิทธิบัตร โดยมีค่าสถิติ $X^2 = 11.418$ p- value = 0.001 Contingency C = 0.167

(C max = 0.7)

(2) จำนวนครั้งที่ไปใช้บริการที่สถานีนอนมัย โดยมีค่าสถิติ $X^2 = 3.893$ p- value = 0.143

Contingency C = 0.098 (C max = 0.7)

ส่วน ปัจจัยด้าน ระยะห่างของสถานีนอนมัย นั้นไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.2 ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรค กับ ลักษณะการใช้สิทธิบัตร : ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังนี้

ความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรค ของผู้ที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนมัย มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับ ปัจจัย ลักษณะการใช้สิทธิบัตร1 ด้านเท่านั้น คือ จำนวนครั้งที่ไปใช้บริการที่สถานีนอนมัย กล่าวคือ

จำนวนครั้งของการไปใช้บริการ ที่สถานีนอนมัย โดยมีค่าสถิติ $X^2 = 10.961$ p- value = 0.004

Contingency C = 0.163 (C max = 0.7)

ส่วนปัจจัย ลักษณะการใช้สิทธิบัตรด้านอื่น ประกอบด้วย ลักษณะบัตร และ ระยะห่างของสถานีนอนมัย นั้นไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.3 ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านการปฏิบัติตัวก่อนมาพบแพทย์ กับ ลักษณะการใช้สิทธิบัตร : ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังนี้

ความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านการปฏิบัติก่อนมาพบแพทย์ ของผู้ที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนมัย มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับ ปัจจัย ลักษณะการใช้สิทธิบัตร 2 ด้านเท่านั้น คือ ลักษณะสิทธิบัตร และ จำนวนครั้งที่ไปใช้บริการที่สถานีนอนมัย กล่าวคือ

(1) ลักษณะสิทธิบัตร โดยมีค่าสถิติ $X^2 = 12.174$ p- value = 0.000 Contingency C = 0.172

(C max = 0.7)

(2) จำนวนครั้งของการไปใช้บริการที่สถานอนามัย โดยมีค่าสถิติ $X^2 = 5.556$ p- value = 0.062
Contingency C = 0.117 (C max = 0.7)

ส่วนปัจจัยด้านระยะห่างของสถานอนามัย นั้น ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.4 ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านการประเมินระดับความรุนแรงของโรค กับ ลักษณะการใช้สิทธิบัตร: ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังนี้

ความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านการประเมินระดับความรุนแรงของโรคของผู้ที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานอนามัย มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับ ปัจจัย ลักษณะการใช้สิทธิบัตร 2 ด้านเท่านั้น คือ ลักษณะสิทธิบัตร และ จำนวนครั้งที่ใช้บริการที่สถานอนามัย กล่าวคือ

(1) ลักษณะสิทธิบัตร โดยมีค่าสถิติ $X^2 = 4.612$ p- value = 0.032 Contingency C = 0.107

(C max = 0.7)

(2) จำนวนครั้งของการไปใช้บริการที่สถานอนามัย โดยมีค่าสถิติ $X^2 = 8.878$ p- value = 0.012

Contingency C = 0.147 (C max = 0.7)

ส่วนปัจจัยด้านระยะห่างของสถานอนามัย นั้น ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้สิทธิบัตร โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กับ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ลักษณะบัตร	การรับรู้ภาวะสุขภาพ									
	การรับรู้เรื่องโรค					การรับรู้สาเหตุของโรค				
	ไม่รู้	รู้	χ^2	p-value	Contingency C	ไม่รู้	รู้	χ^2	p-value	Contingency C
รวม	89	311				212	188			
	89.0	311.0				212.0	188.0			
ลักษณะบัตร			11.418	0.001*	0.167			0.465	0.495	0.034 Cmax=0.71
- ยกเว้นค่าธรรมเนียม	21	135				86	70			
	34.7	121.3				82.7	73.30			
- เสียค่าธรรมเนียม	68	176				126	118			
	54.3	189.7				129.3	114.7			
ระยะห่างของสถานีอนามัย			4.404	0.221	0.104			2.909	0.406	0.085 Cmax=0.71
- <3 กม.	11	20				16	15			
	6.90	24.10				16.40	14.60			
- 3 – 5 กม.	12	54				29	37			
	14.7	51.30				35.00	31.00			
- 5.5 – 10 กม.	20	84				59	45			
	23.1	80.90				55.10	48.90			
- > 10 กม.	46	153				108	91			
	44.3	154.7				105.5	93.50			
จำนวนครั้งที่เคยใช้บริการอนามัย			3.893	0.143*	0.098			10.961	0.004*	0.163 Cmax=0.71
- ไม่เคยไป	11	50				23	38			
	13.6	47.40				32.30	28.70			
- 1 ครั้ง	5	36				29	12			
	9.10	31.90				21.70	19.30			
- มากกว่า 1 ครั้ง	73	225				160	138			
	66.3	231.7				157.9	140.1			

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การรับรู้ภาวะสุขภาพ									
	การปฏิบัติตัวก่อนมาพบแพทย์					การประเมินระดับความรุนแรงของโรค				
	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	x ²	p-value	Contingency C	ไม่รู้	รู้	x ²	p-value	Contingency C
รวม	138	262								
	138.0	262.0								
ลักษณะบัตร			12.174	0.000*	0.172			4.612	0.032*	0.107 C max =0.71
- ยกเว้นค่าธรรมเนียม	70	86				105	51			
	53.8	102.2				94.80	61.20			
- เสียค่าธรรมเนียม	68	176				138	106			
	84.2	159.8				148.2	95.80			

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การรับรู้ภาวะสุขภาพ									
	การปฏิบัติตัวก่อนมาพบแพทย์					การประเมินระดับความรุนแรงของโรค				
	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	x ²	p-value	Contingency C	ไม่รู้	รู้	x ²	p-value	Contingency C
ระยะห่างของสถานีอนามัย			3.923	0.27	0.099			1.747	0.627	0.066 C max= 0.71
- น้อยกว่า 3 กม.	15	16				16	15			
	10.7	20.30				188.8	12.20			
- 3 – 5 กม.	20	46				38	28			
	22.8	43.20				40.10	25.90			
- 5.5 – 10 กม.	32	72				64	40			
	35.9	68.10				63.20	40.80			
- > 10 กม.	71	128				125	74			
	68.7	130.3				120.9	78.10			
						0				
จำนวนครั้งที่เคยใช้บริการสถานีอนามัย			5.556	0.062*	0.117			8.878	0.012*	0.147 C max= 0.71
- ไม่เคยไป	16	45				43	18			
	21.0	40.00				37.10	23.90			
- 1 ครั้ง	20	21				17	24			
	14.1	26.9				24.90	16.10			
- >1 ครั้ง	102	196				183	115			
	102.8	195.2				181.0	117.0			

ตอนที่ 3

ความสัมพันธ์ ระหว่างมูลเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 ความสัมพันธ์ ระหว่างมูลเหตุจูงใจ ของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย กับ

ปัจจัยส่วนบุคคล: ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังรายละเอียด ปรากฏ ในตาราง 4.6 พบว่า

(1) ด้านเพศ โดยมีค่าสถิติ $X^2 = 5.584$ p- value = 0.134 Contingency C = 0.117 (C max = 0.7)

(2) ด้าน ระดับการศึกษา โดยมีค่าสถิติ $X^2 = 29.426$ p- value = 0.003 Contingency C = 0.262

(C max = 0.86)

ความแตกต่างของมูลเหตุจูงใจในการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยของ ผู้ที่มี สติธิบัตร โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมี่ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับปัจจัยส่วนบุคคล 2 ด้าน ได้แก่ ด้านเพศ และระดับการศึกษา กล่าวคือ

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ประกอบด้วย อายุ อาชีพ และรายได้ของประชากร นั้น ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 6 เหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	เหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย						
	ด้านบุคลากร	ด้านเครื่องมือ	ด้านบริการ	ด้านกายภาพ	χ^2	p-value	Contingency C
เพศ					5.584	0.134*	0.117
- ชาย	20	72	24	16			Cmax=0.71
	(24.10)	(64.00)	(30.70)	(13.20)			
- หญิง	53	122	69	24			
	(48.90)	(130.00)	(62.30)	(26.80)			
อายุ							
- น้อยกว่า 20	12	14	9	5			Cmax=0.87
	(7.30)	(19.40)	(9.30)	(4.00)			
- 21 – 30	14	37	18	11			
	(14.60)	(38.80)	(18.60)	(8.00)			
- 31 – 40	10	35	24	7			
	(13.90)	(36.90)	(17.70)	(7.60)			
- 41 – 50	14	32	10	6			
	(11.30)	(30.10)	(14.40)	(6.20)			
- 51 – 60	12	29	14	6			
	(11.10)	(29.60)	(14.20)	(6.10)			
- มากกว่า 60	11	47	18	5			
	(14.80)	(39.30)	(18.80)	(8.10)			
ระดับการศึกษา					29.426	0.003*	0.262
- ประถมศึกษา	40	128	65	21			Cmax=0.87
	(46.40)	(123.20)	(59.10)	(25.40)			
- มัธยมศึกษา	14	44	16	11			
	(15.50)	(41.20)	(19.80)	(8.50)			
- อุดมศึกษา	9	7	5	4			
	(4.60)	(12.10)	(5.80)	(2.50)			
- ปริญญาตรี	1	8	5	4			
	(3.30)	(8.70)	(4.20)	(1.80)			
- อื่นๆ	9	7	2	0			
	(3.30)	(8.70)	(4.20)	(1.80)			

ตารางที่ 6(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	เหตุผลใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนมัย						
	ด้านบุคลากร	ด้านเครื่องมือ	ด้านบริการ	ด้านกายภาพ	x ²	p-value	Contingency C
อาชีพ					8.353	0.213	0.143
- ไม่มีอาชีพ	20	42	28	15			C max = 0.87
	(19.20)	(50.90)	(24.40)	(10.50)			
- เกษตรกร / รับจ้าง	30	93	39	12			
	(31.80)	(*84.40)	(40.50)	(17.40)			
- ค้าขาย	14	27	9	8			
	(10.60)	(28.10)	(13.50)	(5.80)			
- พนักงานโรงงาน	7	19	9	4			
	(7.10)	(18.90)	(9.10)	(3.90)			
- อื่นๆ	2	13	8	1			
	(4.40)	(11.60)	(5.60)	(2.40)			
รายได้ (บาท/เดือน)					8.353	0.213	0.143
- < 5,000	34	95	45	14			C max= 0.82
	(34.30)	(91.20)	(43.70)	(18.80)			
- 5,001 – 10,000	34	80	44	19			
	(32.30)	(85.80)	(41.20)	(17.70)			
- > 10,000	5	19	4	7			
	(6.40)	(17.00)	(8.10)	(3.50)			

3.2 ความสัมพันธ์ ระหว่างมูลเหตุจูงใจ ของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย กับ ปัจจัยลักษณะการใช้สิทธิบัตร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียด ปรากฏ ในตาราง 4.7 พบว่า ความแตกต่าง ของ มูลเหตุจูงใจ ของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย กับปัจจัยลักษณะการใช้สิทธิบัตรประกอบด้วย ลักษณะบัตร ระยะห่างของสถานีนามัย และ จำนวนครั้งของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย นั้น ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 7 เหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานอนามัย จำแนกตามลักษณะการใช้สิทธิบัตร

ลักษณะการใช้สิทธิบัตร	เหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานอนามัย						
	ด้านบุคลากร	ด้านเครื่องมือ	ด้านบริการ	ด้านกายภาพ	χ^2	p-value	Contingency C
รวม	73	194	93	40			
	(73.00)	(194.00)	(93.00)	(40.00)			
ลักษณะบัตร					1.804	0.614	0.067
- ยกเว้นค่าธรรมเนียม	31	79	33	13			C max =0.7
	(28.50)	(75.70)	(36.30)	(15.60)			
- เสียค่าธรรมเนียม	42	115	60	27			
	(44.50)	(118.30)	(56.70)	(24.40)			
จำนวนครั้งที่เคยใช้บริการสถานอนามัย					3.655	0.723	0.095
- ไม่เคยไป	9	32	13	7			C max =0.81
	(11.10)	(29.60)	(14.20)	(6.1)			
- 1 ครั้ง	4	22	11	4			
	(7.50)	(19.90)	(9.50)	(4.10)			
- > 1 ครั้ง	60	140	69	29			
	(54.40)	(144.50)	(69.30)	(29.80)			

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลักษณะการใช้ สิทธิบัตร	เหตุผลใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย						
	ด้าน บุคลากร	ด้าน เครื่องมือ	ด้าน บริการ	ด้าน กายภาพ	χ^2	p-value	Contingency C
ระยะห่างของ สถานีนามัย					4.300	0.891	0.103 C max=0.87
- น้อยกว่า 3 กม.	7	15	6	3			
	(5.70)	(15.00)	(7.20)	(3.10)			
- 3 – 5 กม.	13	29	14	10			
	(12.00)	(32.00)	(15.30)	(6.60)			
- 5.5 – 10 กม.	20	52	22	10			
	(19.00)	(50.40)	(24.20)	(10.40)			
-> 10 กม.	33	98	51	17			
	(36.30)	(96.50)	(46.30)	(19.90)			
จำนวนครั้งที่เคย ใช้บริการสถานี อนามัย					3.655	0.723	0.095 C max = 0.81
- ไม่เคยไป	9	32	13	7			
	(11.10)	(29.60)	(14.20)	(6.1)			
- 1 ครั้ง	4	22	11	4			
	(7.50)	(19.90)	(9.50)	(4.10)			
- > 1 ครั้ง	60	140	69	29			
	(54.40)	(144.50)	(69.30)	(29.80)			

3.3 ความสัมพันธ์ ระหว่างมูลเหตุจูงใจ ของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย กับ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียด ปรากฏ ในตาราง 4.8 พบว่า

ความแตกต่าง ของมูลเหตุจูงใจ ของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ 2 ด้าน คือ ด้านการรับรู้เรื่องโรคที่มีการเจ็บป่วย และ ด้าน การประเมินระดับความรุนแรงของโรค กล่าวคือ

(1) ด้านการรับรู้เรื่องโรคที่มีการเจ็บป่วย โดยมีค่าสถิติ $X^2 = 5.416$ p- value = 0.144

Contingency C = 0.116 (C max = 0.7)

(2) ด้าน การประเมินระดับความรุนแรงของโรค โดยมีค่าสถิติ $X^2 = 46.362$ p- value = 0.00

Contingency C = 0.322 (C max = 0.86)

ส่วนปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านอื่น ประกอบด้วย ด้านการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรค และ ด้านการจัดการกับการเจ็บป่วย ก่อนมาพบแพทย์ นั้นไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างมูลเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัยกับการรับรู้
ภาวะสุขภาพ

ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ	มูลเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย						
	ด้านบุคลากร	ด้านเครื่องมือ	ด้านบริการ	ด้านกายภาพ	χ^2	p-value	Contingency C
การรับรู้การเจ็บป่วย					5.416	0.144*	0.116 C max=0.71
- ไม่รู้	22 (16.20)	41 (43.20)	15 (20.70)	11 (8.90)			
- รู้	51 (56.80)	153 (150.80)	78 (72.30)	29 (31.10)			
สาเหตุการเจ็บป่วย					1.942	0.585	0.70 C max=0.71
- ไม่รู้สาเหตุ	42 (38.70)	98 (102.80)	48 (49.30)	24 (21.20)			
- รู้สาเหตุ	31 (34.30)	96 (91.20)	45 (43.70)	16 (18.80)			
การจัดการกับการเจ็บป่วยก่อนมารับการรักษา					3.303	0.347	0.091 C max=0.71
- ไม่ปฏิบัติ	27 (25.20)	59 (66.90)	38 (32.10)	14 (13.80)			
- ปฏิบัติ	46 (47.80)	135 (127.10)	55 (60.90)	26 (26.20)			
การประเมินระดับความรุนแรงของโรค					46.362	0.00*	0.322 C max=0.71
- ประเมินไม่ได้	57 (44.30)	136 (117.90)	34 (56.50)	16 (24.30)			
- ประเมินได้	16 (28.70)	58 (76.10)	59 (36.50)	24 (15.70)			

ตอนที่4

นำเสนอข้อเสนอแนะ และความต้องการให้มีการปรับปรุงสถานีนอนามัย ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 163 คน นำเสนอในรูปแบบตารางแจกแจงความถี่ และร้อยละ ดังนี้

- 1.ด้านบุคลากร ต้องการให้มีการปรับปรุงในด้านอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ ที่ให้บริการใกล้เคียง กับความต้องการให้มีแพทย์อยู่ ประจำ เป็นสัดส่วน 2 ใน 10 ส่วน (คิดเป็นร้อยละ 21.4 และ 18.8 ตามลำดับ)
2. ด้านเครื่องมือ มีความต้องการให้มีการปรับปรุงในเรื่องความทันสมัย และจำนวน ให้ มีเพียงพอ ที่เท่ากัน
3. ด้านการให้บริการ ต้องการให้มีการปรับปรุง ในเรื่องคุณภาพบริการมากที่สุด
4. ด้านโครงสร้างทางกายภาพ ปรับปรุงในเรื่องความคับแคบ ของสถานที่

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 9 แสดงความต้องการ และข้อเสนอแนะที่ต้องการให้ปรับปรุงระบบบริการที่สถานี
อนามัย

ด้านที่ต้องการให้ปรับปรุง	ความถี่	ร้อยละ
ด้านบุคลากร		
1. ทัศนคติที่ดีขึ้นของเจ้าหน้าที่	24	21.40
2. ต้องการแพทย์อยู่ประจำ	21	18.80
3. ให้มีเจ้าหน้าที่เพียงพอต่อการให้บริการ	8	7.10
4. ให้พัฒนา ความรู้ของเจ้าหน้าที่ในด้านต่างๆ	3	2.70
ด้านเครื่องมือ		
1. ความทันสมัยของเครื่องมือทางการแพทย์	26	23.20
2. จำนวนเครื่องมือมีเพียงพอต่อการให้บริการ	25	22.30
ด้านบริการ		
1. คุณภาพบริการที่ดีขึ้น	19	17.00
2. ความสะดวกของบริการที่ได้รับ	10	8.90
3. ข้อมูลที่ได้รับ	6	5.40
4. การติดต่อประสานกับเจ้าหน้าที่	4	3.60
5. ปรับค่าใช้จ่ายในการรักษา ให้เหมาะสม	4	3.60
ด้านสิ่งแวดล้อมทั่วไป		
1. สถานที่สะดวกไม่คับแคบ	11	9.80
2. จัดสถานที่ให้สะอาด	2	1.80

บทที่ 5

สรุปผลการวิเคราะห์ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพของ ประชาชนที่มี สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานบริการปฐม ภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (exploratory) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เฉพาะ 4 ประการ คือ 1) ศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้มีสิทธิบัตรโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ในเขต อำเภอ เมือง จังหวัด นครปฐม แต่ไม่ไปใช้บริการที่ สถานีนอนามัย 2) ศึกษาเหตุผลเหตุจูงใจของประชาชนที่มี สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3) ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุจูงใจกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีสิทธิบัตรประกัน สุขภาพ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการสถานีนอนามัย

บทวิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ลักษณะทั่วไปของประชาชน

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษา กลุ่มประชาชนที่มีสิทธิบัตร โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในเขต อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม ที่มารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม มีทั้งหมด 400 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเป็น 7 ใน 10 ส่วน มากกว่าเพศ ชาย ถึง 2 เท่า มีอายุ เฉลี่ย 44 ปี ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 21 – 30 ปี , 31 40 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี มีระดับ การศึกษาสูงสุด ในระดับประถมศึกษา 6 ใน 10 ส่วน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม หรือรับจ้างทั่วไป 4 ใน 10 ส่วน รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 7,169 บาทแต่ส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่า 5000 บาท มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ มากกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน ถึง 4 เท่า

2. ภาวะสุขภาพ

ประชาชนในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ใช้สิทธิบัตร โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ชนิด เสียค่าธรรมเนียม 30 บาท มากกว่า กลุ่มที่มีสิทธิ ยกเว้นค่าธรรมเนียม 2 เท่า

โดย ส่วนใหญ่สถานีนามัยที่ระบุ ในบัตรมีระยะห่างจาก โรงพยาบาลนครปฐม 5 – 10 กิโลเมตร ระยะห่าง เฉลี่ย 2.69 กิโลเมตร จำนวนครั้งที่ไปใช้บริการที่ สถานีนามัยในรอบปีส่วนใหญ่เคยไป ใช้มากกว่า 1 ครั้ง เป็น 7 ใน 10 ส่วน เฉลี่ย 3 ครั้ง และจำนวนครั้งที่มากที่สุดของประชาชนที่เคยไป ใช้บริการที่สถานีนามัย คือ 15 ครั้ง

1. ลักษณะการเจ็บป่วย ประชาชนรับรู้เรื่องโรคที่ตัวเองเป็น 8 ใน 10 ส่วน และป่วย เป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ แต่ไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรค และไม่สามารถประเมินระดับ การรุนแรงของโรคได้ ประชาชนส่วนใหญ่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีการดูแลตนเองก่อนมารับการ รักษาที่โรงพยาบาล โดยการ หายมารับประทานเอง

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ต่อการบริหารจัดการการให้บริการที่สถานีนามัย ความพึงพอใจในการบริการ ระยะห่าง ของสถานีนามัย กับ เหตุฉุกเฉินของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย

2.1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับเหตุฉุกเฉินของการไม่ไปใช้บริการที่ สถานีนามัย จากการวิเคราะห์ พบว่า ความแตกต่างกัน ของเหตุฉุกเฉินของการไม่ไปใช้ บริการที่ สถานีนามัย ขึ้นอยู่กับความแตกต่างกับของ ปัจจัยด้าน เพศ และ ระดับการศึกษา

2.2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ การรับรู้ภาวะสุขภาพ จากการ วิเคราะห์ พบว่า

2.2.1 ความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้เรื่องโรค ขึ้นอยู่ กับความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ

2.2.2 ความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้สาเหตุของการ เกิดโรค ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของ อายุและ รายได้ของครอบครัว

2.2.3 ความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการปฏิบัติก่อนมาพบ แพทย์ ขึ้นอยู่กับ ความแตกต่างของ อายุ อาชีพ และรายได้ของครอบครัว

2.2.4 ความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการประเมินความรุนแรง ของโรค ขึ้นอยู่กับ ความแตกต่างของ อายุ และรายได้ของครอบครัว

2.3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับเหตุฉุกเฉินของการไม่ไปใช้ บริการที่สถานีนามัย จากการวิเคราะห์ พบว่า ความแตกต่างของ เหตุฉุกเฉินของการไม่ไปใช้ บริการที่ สถานีนามัย ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านการรับรู้เรื่องโรคที่เจ็บป่วย และการประเมินระดับความรุนแรงของโรค

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับระยะห่างของสถานีนอนามัย จากการวิเคราะห์ พบว่า ความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านการรับรู้สาเหตุการเกิดโรค และ ด้านการประเมินความรุนแรงของโรค ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของระยะห่างของสถานีนอนามัย

4. ข้อเสนอแนะ ความต้องการให้มีการปรับปรุงสถานีนอนามัย พบว่า ประชาชนต้องการให้สถานีนอนามัยมีการปรับปรุง ด้านเครื่องมือ และอخصยาศัย ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

อภิปรายผลการวิจัย

เนื่องจากผู้วิจัย ได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูล ของคุณกรรณพร เอกคณาภิรมย์ เรื่องความคิดเห็นของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมและ คุณรัตมณี กองสำลี เรื่องศึกษาปัจจัยการรับรู้ต่อการบริหารจัดการ ของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมมาร่วมอภิปรายผลด้วย เหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การทำ วิจัยครั้งนี้ มีประเด็นที่น่าสนใจ ควรนำมาอภิปรายดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลกับปัจจัยต่างๆ

1.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านการรับรู้เรื่องโรค รับรู้ในการจัดการการเจ็บป่วยของตนเองก่อนมาพบแพทย์ และสามารถประเมินระดับความรุนแรงของโรคได้ กล่าวคือเมื่อมีอายุมากขึ้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น ตามทฤษฎีของโอเร็ม (1985) ที่ว่า อายุเป็นข้อบ่งชี้ ถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตัวเอง นิสัย การรับรู้ และการแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามระดับพัฒนาการของอายุ อายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างในชีวิต ซึ่งส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกเกี่ยวกับความอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผล กล่าวคือ เมื่อมีอายุมากขึ้น ย่อมสามารถ ประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ การรักษามากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย (จิรประภา ภาวิไล 2535 :38) แต่จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับมูลเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่าเหตุผลในการเลือกใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่จะเป็น อำนาจของลูกหลาน ญาติหรือผู้ดูแล ทั้งนี้เพราะ เมื่อผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย เช่น ความวิตกกังวล ความเป็นห่วงเป็นใยของครอบครัวอาจมีความแตกต่างกัน และถ้าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในครอบครัว เช่น เด็กเล็ก พ่อแม่ ผู้สูงวัย ก็จะส่งผลให้แสวงหาแหล่งบริการที่มีระดับ หรือประสิทธิภาพสูงๆ และเมื่อเทียบระหว่างโรงพยาบาล กับสถานีนอนามัย ก็

จะต้องพาไปโรงพยาบาล สอดคล้อง กับการศึกษาของสายสัมพันธ์ รับขวัญ (2529) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการข้ามขั้นตอนการใช้บริการที่สถานีนามัยในโครงการบัตรสุขภาพ จังหวัด ราชบุรี พบว่าผู้ใช้บริการที่มีอายุมาก การข้ามขั้นตอนการใช้บริการ ที่สถานีนามัยก็จะมากยิ่งขึ้น นุชรพี ทุนกุล (2536) พบว่าถึงแม้ผู้สูงอายุ จะมีสิทธิรักษาฟรี จากสวัสดิการก็ตาม แต่เลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลเอกชน โดยยินยอมจ่ายเงินในส่วนเกินของสิทธิที่ได้รับ แสดงให้เห็นว่าการเลือกใช้บริการสุขภาพ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการการรักษาอยู่บ้าง แต่ผู้รับบริการจะเลือกใช้บริการจากแหล่งบริการอื่น โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและประโยชน์คุ้มค่าของการรักษามากกว่า แต่ต่างจาก การศึกษาของแสงทอง แหงมงาม (2533 : 96) , จันทร์นิภา ดันภูมิประเทศ (2543 : 69) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขที่สถานีนามัย

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยทำงาน ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีอาชีพ เกษตรกร หรือรับจ้างทั่วไป มีรายได้ของครอบครัว น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มักป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจสอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย ราชอาจิณ (2528) , มยุรี ทัศนนาม (2536) ถึงแม้เวลาการศึกษาจะต่างกัน แต่แนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชนในชนบท ก็ยังคงเป็นโรคง่าย ๆ ที่ผู้ป่วยมีความตระหนัก และรับรู้ต่อภาวะการเจ็บป่วยได้คล้ายคลึงกัน และในกลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการกับโรคที่เป็น โดยการซื้อยามากินเองเป็นส่วนใหญ่ จากการสอบถามพบว่า มีหลายคน ที่ซื้อยามากินแล้วไม่หาย หรืออาการไม่ดีขึ้นจึงมาพบแพทย์ และมีพฤติกรรมเช่นนี้เกือบทุกครั้ง ที่ป่วยด้วยโรคดังกล่าว อาจเนื่องมาจากโรคที่เป็นส่วนใหญ่ เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ประกอบกับส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร หรือรับจ้างทั่วไป ที่ไม่ค่อยมีเวลาว่างและไม่สะดวกที่จะไปรับบริการที่ สถานีนามัย จึงนิยมซื้อยามากินเอง ด้วยความคิดว่าเจ็บป่วยเล็กน้อยซื้อยามากินเองเดี๋ยวก็หาย เป็นเหตุผลที่มากที่สุดสำหรับประชาชนชนบทที่นิยมซื้อยามากินเองถึงร้อยละ 78.9 จนกลายเป็นรูปแบบหรือขั้นตอนแรกของพฤติกรรมรักษาของคนไทยในชนบท (สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ 2527 ; วิรพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ 2533) วชิระ สิงหะเกษนทร์ (2522) ได้ศึกษาเรื่องการใช้บริการทางการแพทย์และอนามัยของชาวชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ในการปฏิบัติตัวเมื่อคนในบ้านไม่สบายเล็กน้อย มีการซื้อยามากินที่สุด ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา และในกลุ่มนี้ทำการรักษาพยาบาลแผนใหม่ ในระดับต่ำ ซึ่งจะเห็นได้ว่า การศึกษาเป็นดัชนีหนึ่งทางสังคมของบุคคล ที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการรักษา ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง จะมีการเลือกใช้บริการแผนใหม่มากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ ส่วนใหญ่ผู้ใหญ่ที่ซื้อยามากินเองมักมีการติดยาในกลุ่มยาแก้ปวด เช่นยาพาราเซตามอล ยาแอสไพริน (จรัสพรธน์ สงวนเสริมศรี 2536) หรือพบว่าประชาชนบางส่วนมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยไม่จำเป็นและซื้อยาปฏิชีวนะโดยการเอาตัวอย่างเดิมไปเทียบเคียง ซึ่งต่อแหลมต่อการเกิดอันตราย (บุญผา ศิริรัมย์ 2540) หรือแม้แต่

การซื้อยาปฏิชีวนะจากกองทุนยาของประชาชนในชนบทก็มักจะซื้อและรับประทานไม่ครบตามขนาดซึ่งอาจก่อให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ (พิมลพรรณ อิศรภักดี 2535) สอดคล้องกับ สรณ ลิลาณิตย์กุล (2539) ศึกษาพฤติกรรมการซื้อยาในร้านขายยา พบว่า การศึกษาที่ต่างกันจะใช้บริการร้านขายยาต่างประเภทกัน แต่โดยรวมผู้ที่ซื้อยากินเองทั้งหมดเป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมมากที่สุด และเป็นผู้ใช้แรงงาน มีรายได้น้อยกว่า 5,000บาท ต่อเดือน และจากการศึกษาของ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุปผา ศิริรัศมี ,อ้างใน มยุรี คชนาม (2531) พบว่าประชาชนในเขตชนบทมีความเจ็บป่วย ในรอบ 6 เดือน ด้วยโรคติดเชื้อ มากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาเป็นโรกระบบทางเดินหายใจ โดย ประชาชนที่ป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ นิยมซื้อยามารับประทานเอง โดยซื้อยาชุดจากร้านขายยา ร้านขายของชำ หรือจากกองทุนยาประจำหมู่บ้าน

1.3 จำนวนครั้งของการไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย มีความสัมพันธ์ กับ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ต่อการบริหารจัดการ การให้บริการที่สถานีนอนามัย และความพึงพอใจในการรับบริการที่สถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ความแตกต่างของจำนวนครั้งที่ผู้มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ต่อการบริหารจัดการ การให้บริการที่สถานีนอนามัย และความพึงพอใจในการรับบริการที่สถานีนอนามัย แตกต่างกัน แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อมูลเหตุในการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย แต่เป็นประเด็นที่น่าสนใจ เนื่องจาก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งสามด้านมีผลต่อการไปหรือไม่ไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวนั้น จะต้องพบกับบุคคล สัตว์ สิ่งของ และ ปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ ต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จัดเป็นสิ่งเร้า ที่ทุกคนต้องเข้าไปเกี่ยวข้อง ไม่เวลาใดเวลาหนึ่ง นักจิตวิทยา เชื่อว่าบุคคลเข้าติดต่อกับสิ่งแวดล้อมดังกล่าว โดยผ่านขบวนการอันหนึ่งคือ การรับรู้ (สุชา จันท์ธอม 2539 .119) การรับรู้หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล จากการใช้อวัยวะรับสัมผัส เป็นเครื่องมือในการรับรู้สิ่งเร้าต่างๆ เป็นการแปลความหมายของสิ่งเร้า โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมของตน(อรพิน ไชยพยอม 2543:21) ดังนั้นการรับรู้จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจเลือก หรือไม่เลือกที่จะทำหรือไม่ทำอะไร เช่นกัน เนื่องมาจาก ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ของแต่ละบุคคล (Kozier and Erb 1989) ได้แก่ ระดับพัฒนาการ อิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรม ประสบการณ์ในอดีต และความคาดหวังในตนเอง เช่นเดียวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย เป็นการแสดงออกด้านความรู้สึก ของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โคนอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ในเรื่องต่างๆ (McGuire ,W.J 1985, อ้างใน สนิษฐครุฑเมื่อง 2538 :12) เช่นเดียวกับ คอคโค (1968) กล่าวว่า บุคคลจะกำหนดความคาดหวังไว้ อย่างไร ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จะแปรผันตามระดับ

ความคาดหวัง อนุวัฒน์ สุขขุติกุล (2541) สุปราณี วิวัฒน์ (2546) การรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบล หนอง อำเภอมือง จังหวัด พิจิตร อุบลศรี หาญเจริญกิจ (2543) คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วย โรงพยาบาลเวียงป่าเป้าขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ รูปแบบสำหรับบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ใช้บริการเมื่อตัดสินใจใช้บริการจะพิจารณารูปธรรมคือสถานที่เป็นหลัก เพราะต้องสร้างความเชื่อมั่น และความสะดวกให้แก่ผู้ให้บริการเป็นอย่างดี ส่วนสถานื่อนามัยนั้นแม้จะเป็นหน่วยงานของรัฐและบุคลากรทางสาธารณสุขที่อยู่ปฏิบัติงานที่ได้รับบริการฝึกอบรมมาแล้วเป็นอย่างดีและมีมาตรฐานและเป็นสถานบริการด่านแรกเนื่องจากอยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด แต่ก็มีข้อจำกัดหลายประการเช่นกัน บางครั้งประชาชนผู้ไปใช้บริการแล้วพบว่า ไม่มียา ไม่มีอุปกรณ์สำหรับโรคบางอย่าง หรือเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยมีความสามารถจำกัดรักษาไม่ได้ ต้องส่งต่อที่โรงพยาบาล ในขณะที่การเดินทางในปัจจุบันสะดวกมากขึ้น ความสำคัญของสถานื่อนามัย ก็จะลดบทบาทใน การรักษาพยาบาลลง นอกจากนั้นยังพบว่า ถ้าไปใช้บริการในวันหยุดและเวลากลางคืนก็มักจะไม่มีเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย (โยธิน แสงวงดี พิมลพรรณ ศรีภักดี และมาลี สันถาวรณ 2543) ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้ประชาชนไม่สะดวกต้องไปใช้บริการรักษาโรคจากแหล่งอื่นที่สะดวกกว่า หรืออยู่ใกล้เคียง

2. ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานื่อนามัย

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

2.1.1 เพศ ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ กับเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานื่อ นามัย โดย ประชากรในกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชาย 2 เท่า อาจเป็นเพราะ เพศชายมักคิดว่าตนเป็นตัวแทนความเข้มแข็ง เพราะฉะนั้นเพศชายจึงไม่รับการรักษาเมื่อมีอาการป่วยเพียงเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ เฟรดเดริก เอ เคย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (อ้างในจันทร์นิภา ต้นภูมิประเทศ 2543 : 65) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการใช้ บริการธารณสุขของประชาชน ในจังหวัด สุพรรณบุรี จำนวน 2,400 คน พบว่า เพศหญิงจะไปใช้บริการทั้งที่โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน ในอัตราส่วนที่มากกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับ การศึกษาของมยุรี คุชฌาม (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานื่อ นามัย ของประชาชนในชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า เพศหญิงมีการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานื่อนามัยมากกว่าเพศชาย และเมื่อศึกษาด้วยสถิติวิเคราะห์จำแนกประเภท พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการรักษาพยาบาลที่ สถานื่อนามัยเป็นลำดับที่ 6 มีทิศทางเป็นบวก แต่แตกต่าง จากแสงทอง แหงมงาม (2533) ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ บริการสาธารณสุขด้านรักษาพยาบาลที่สถานื่อนามัย ของประชาชนในชนบท จังหวัดลำปาง พบว่า

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีนามัย แม้ว่า เพศหญิงจะมีสัดส่วนของการใช้บริการรักษาพยาบาลมากกว่าเพศชายก็ตาม

2.1.2. ระดับการศึกษา กับเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย พบว่า ระดับการศึกษาของประชากร ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนที่จบการศึกษาในระดับสูงกว่าชั้นอุดมศึกษาขึ้นไป มีเพียงส่วนน้อย และที่น่าสนใจ คือ จากผลการศึกษาในตารางที่ 1 แสดงค่าสถิติพื้นฐาน จะพบว่า อายุของประชากรส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงอายุ 21 – 30 ปี 31 – 40 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี แสดงให้เห็นว่า ยังมีประชาชนอีกมากที่ไม่ได้รับการศึกษาในชั้นที่สูงขึ้น ส่งผลให้สิทธิในการเลือกประกอบอาชีพที่ได้รายได้สูง เป็นไปได้ยากในสังคมปัจจุบัน จึงมีผลต่อโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและครอบครัวได้น้อยตามไปด้วย และ จากการทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.20 (p-value = 0.003 , Contingency = 0.262) กล่าวคือ ระดับการศึกษาสูงขึ้น แนวโน้มจะมารับการรักษาที่สถานีนามัยลดลง โอเร็ม เชื่อว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง การศึกษาจะช่วยให้บุคคลสามารถ ปรับตัวเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือสามารถเอาชนะ อำนาจจากสิ่งแวดล้อมได้ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง ย่อมมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่างๆอย่างมีเหตุผล เข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้องมากกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์นิภา ตันภูมิประเทศ (2543) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานีนามัย ของประชาชนในตำบลวังหิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการที่สถานีนามัย ฐริยา เพ็ญสุวรรณ (2540) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของมารดาที่ฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์ พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาดำรงประกอบ ปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์สุพจน์ สมชาติ (2528) กล่าวว่า บุคคลมีระดับการศึกษาสูงขึ้นจะใช้สติปัญญาพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผลมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ผู้ที่มีการศึกษาสูง ย่อมใช้ประโยชน์จากข้อมูลต่างๆเพื่อประกอบการตัดสินใจ เลือกแหล่งบริการที่เอื้อประโยชน์ต่อตนเองสูงสุด โดยพบว่าประชาชนที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มจะไปใช้บริการที่คลินิก และโรงพยาบาลเอกชน มากกว่าของรัฐ

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวความคิดที่ว่า การศึกษาเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่ง ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่างๆอย่างมีเหตุผล ทำให้มองเห็นปัญหา และหาแนวทางในการแก้ปัญหาในลักษณะที่กว้างขึ้น (ชื่นชม เจริญยุทธ 2522 : 46) และยังคงกล่าวได้ว่า ระดับการศึกษามีความเชื่อมโยงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ถ้า

ประชาชนมีการศึกษาดีจะช่วยในการดูแลรักษาสุขภาพ ดังนั้นเมื่อคนมีความรู้ก็จะเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลรักษาสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น (กรมการแพทย์ 2530 : 3) การเจ็บป่วยจะลดน้อยลง หรือมีการแสวงหาแหล่งบริการรักษาที่ดี และทันสมัยขึ้นแต่แตกต่าง จากการศึกษาของ ระจิตรชากริชวณิช (2545) ศึกษาปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาโรคขึ้นพื้นฐานของประชาชนไทยในชนบท พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการรักษาโรคขึ้นพื้นฐาน

2.2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ โครงสร้างของการรับรู้ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้เรื่องโรค แต่ไม่สามารถประเมินระดับความรุนแรงของโรคได้ เมื่อมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคต่างกัน การไปใช้บริการก็จะต่างกันไปด้วย และเมื่อเทียบระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนามัย ก็จะพบว่าแนวโน้มผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีการเจ็บป่วยรุนแรงก็จะมุ่งไปโรงพยาบาลมากกว่าสถานีนามัย เพราะต้องการพบแพทย์ และเชื่อมั่นในเครื่องมือที่ทันสมัยของโรงพยาบาลมากกว่า เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย กับ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ของประชากร จากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินระดับความรุนแรงของโรค ที่เป็นอยู่ มีความสัมพันธ์กับเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.20 (p- value = 0.00 , Contingency = 0.322) และ ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพในเรื่องการรับรู้โรคที่เจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับเหตุจูงใจของการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.20 (p- value = 0.144 , Contingency = 0.116) คอคโค (1968) กล่าวว่า บุคคลจะกำหนดความคาดหวังไว้อย่างไร ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จะแปรผันตามระดับความคาดหวังตามที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ในอดีต สอดคล้องกับYong , อังในพิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530) ว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีการเจ็บป่วย มากผู้ป่วยและครอบครัว จะเลือกแหล่งบริการที่คิดว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยไม่คำนึงถึงราคาค่าบริการ แต่ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยจะรักษาตนเองก่อน ชูศรี ผลเพิ่ม (2536) พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่กำหนดการใช้บริการ จากแหล่ง ต่างๆ แตกต่างกัน คือ ชื่อเสียงของสถานพยาบาล ความสามารถของแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เพราะเรื่องการเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ประชาชนจึงต้องการใช้แหล่งบริการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ประชาชนส่วนใหญ่ จึงมีแนวโน้มตัดสินใจเลือกใช้บริการ จากเหตุผลหลายประการแตกต่างจาก จันทรนิภา ดันภูมิประเทศ (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานีนามัยของประชาชน ในตำบลวังหิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการที่สถานีนามัย และแนวโน้มความสัมพันธ์เป็นด้านลบ เช่นเดียวกับ แสงทอง แห่งมงาม (2533) คริสเตียนเซน (1987) สิรอร พัวศิริ (2533) ฮอร์

แกน (1987) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขที่สถานีนอนามัย และ พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตนเอง ในขณะนั้นดีจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ดีกว่า บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองไม่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการรับบริการการรักษาพยาบาล แต่ยังไม่มีความมั่นใจต่อความพร้อม ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ ยา หรือแม้แต่ตัวบุคลากร ทางหน่วยงานของรัฐจึงควรให้การสนับสนุน พร้อมประชาสัมพันธ์ ชี้แจง ให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นใน สถานีนอนามัยมากขึ้น

2.สถานีนอนามัยควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงการให้บริการรักษาพยาบาลและบริการด้านอื่นๆ ของสถานีนอนามัย ขั้นตอนในการรักษากับสถานบริการตามลำดับ และผลประโยชน์ที่ได้รับจากการรับบริการที่สถานีนอนามัย ส่วนที่โรงพยาบาลควรจะใช้วิธีการชี้แจงให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรักษาที่สถานีนอนามัยคุณภาพยาที่เหมือนกับของโรงพยาบาล

3.เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมร้านขายยา มีการควบคุม การจำหน่าย คุณภาพในการให้บริการที่มีเภสัชกรเป็นผู้จ่ายยาตลอดเวลา เพื่อให้คำแนะนำและสอนสุขศึกษาไปพร้อมกันด้วย

4.ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาสถานีนอนามัย ในด้านความรู้ความสามารถเจ้าหน้าที่ให้มีศักยภาพมากขึ้น ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมกับสร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการ

5.การออกเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย อาจไม่เพียงพอเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ชุมชน ประกอบอาชีพเกษตรกรรม หรือรับจ้างทั่วไปควรมีการออกเยี่ยมที่ทำงานร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.การศึกษาการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีนอนามัย อาจมีได้หลายรูปแบบ เช่น การศึกษาในเชิงคุณภาพ เนื่องจาก สอบถาม มีประเด็นที่น่าสนใจเกินกว่าแบบสอบถามที่แจกให้ ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่ถูกต้องและเหมาะสมมากที่สุด

2.จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้บริการด้านสุขภาพต้องการมีส่วนร่วมในการทำวิจัย ดังนั้นศึกษาโดยใช้ข้อมูลทั้งฝ่ายผู้ให้บริการ ฝ่ายผู้รับบริการ ฝ่ายผู้สนับสนุน จะช่วยให้ เกิดมุมมองที่กว้าง และ เข้าใจสถานการณ์มากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข. โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ท. ส. อ.) ระยะ ที่ 2
(พ.ศ. 2540 -2544). กรุงเทพมหานคร :กระทรวงสาธารณสุข,2539.

กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. Health Services Research, Health Behavior Research,
Health Economics Research. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2530.

กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยขอนแก่น. การประเมินนโยบายและยุทธศาสตร์การบรรลุ
เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานนโยบายและแผน
สาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ
คณะมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.

กองสาธารณสุขภูมิภาค. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บทบาทหน้าที่และมาตรฐานบริการ
ของสถานีอนามัย : โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ท. ส. อ.)
พ.ศ. 2535 – 2539. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2535.

กฤษณา นาดี และคณะ. “พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับ
บริการจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์บำรุงสาสน์, 2536.

เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์ และ วงศา เลหาศิริวงศ์. “การบริหารระบบบริการภาครัฐระดับพื้นที่.” ใน
เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยน ข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ พลังปัญญา
การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 119 – 126. นนทบุรี :

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2547.

ขนิษฐา มณีเรืองเดช. “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอของรายป่วยวัณโรค
ปอดในจังหวัดสระบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

จรัสพรรณ สงวนเสริมศรี. “พฤติกรรมการใช้ชองยาแก้ปวดของผู้ใช้แรงงานไทยในชุมชนแออัด
และในชนบท.” ใน รายงานการประชุมการ เสนอผลงานวิจัยที่สนับสนุนโดย
องค์การอนามัยโลก. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข,2536.

- จันทร์นิภา ตันภูมิประเทศ. “ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานอนามัยของประชาชนใน ตำบลวังหิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543.
- จิรประภา ภาวิไล. “การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- เจน วีรพงษ์. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัยในจังหวัด นครสวรรค์.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- จำเป็น ชาญชัย. การเลือกใช้บริการเพื่อการรักษาพยาบาลของประชาชนในจังหวัดตรัง. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2537.
- จำเรียง กุระมะสุวรรณ, นิตยา ภาสุนันท์, วินัส ดันติบูล. “รายงานการวิจัยการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคลความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ.” คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในโครงการบัตรสุขภาพ :
เอกสารวิชาการหมายเลข 4. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- ชนิดา สันธินาค. “ความแตกต่างกันทางสถานภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการแสวงหาบริการ รักษาอาการเจ็บป่วยของสตรีไทยในชนบท.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสังคมศาสตร์ มหาบัณฑิตสาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ชูศรี ผลเพิ่ม. “ปัจจัยกำหนดการให้บริการเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยในสถานพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในโครงการบัตรสุขภาพ :
เอกสารวิชาการหมายเลข 4. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

ธวัช อักโข. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการวางแผนครอบครัวในเขตเมืองของประเทศไทย.”

วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

นิตยาภรณ์ รัตนชมภู. “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบริการสาธารณสุขและสภาพแวดล้อมใน
ครัวเรือนกับสภาพการเจ็บป่วยในชนบทไทย.” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

บุญเลิศ เลี้ยวประไพ,บุปผา ศิริรัศมี. “สถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการ
สาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท.”เอกสารทางวิชาการ.นครปฐม
: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

เบญจา ยอดคำเนิน, จรรยา เศรษฐบุตร, กฤตยา อาชวนิจกุล. ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา
มานุษยวิทยาการแพทย์.กรุงเทพฯ : โอ.เอส. พรินติ้ง เฮ้าส์, 2529.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.
กรุงเทพมหานคร : เจ้าพระยาการพิมพ์, 2534.

ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ. “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการปฏิรูป
ระบบสุขภาพแห่งชาติ. ”วารสารวิชาการสาธารณสุข 10,4 (ตุลาคม – ธันวาคม2544) :
665 – 668.

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข : ทบทวนประสบการณ์การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษา
ประเทศไทยได้หวัน, 2543 (เอกสารอัดสำเนา)

พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์. “ความแตกต่างของการเลือกวิธีรักษาพยาบาลระหว่างวัยกลางคนและวัยสูง
อายุในประเทศไทย.”วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตร มหาบัณฑิต
สาขาวิจัย
ประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

พันธุ์ทิพย์ รามสูต. ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ.
กรุงเทพมหานคร : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. การดูแลสุขภาพตนเอง ที่สนใจทางสังคมวัฒนธรรม.
กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

พิมพ์พรรณ อิศรภักดี. การศึกษาประสิทธิภาพของกองทุนยา จังหวัดนครปฐม. นครปฐม :
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

เพชรน้อย สิ่งห้ช่างชัย. “ปัจจัยบางประการที่กำหนดการใช้บริการสุขภาพอนามัย การศึกษาที่ชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

เพ็ญศรี พิชัยสนธิ, พรพันธุ์ บุญรัตนพันธุ์, ฉลาด ถิรพัฒน์, บรรลุ ศิริพานิช. บทบาทของโรงพยาบาลเอกชนในงานบริการสาธารณสุขของประเทศ. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กระทรวงสาธารณสุข, 2525.

เฟรดเดอริก เอเดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ. แบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศไทย : รายงานการวิจัยโครงการการศึกษาสภาวะทางภูมิศาสตร์ที่มีผลต่อการรับบริการทางการแพทย์สาธารณสุขและการวางแผนครอบครัว. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2520.

ภาณุมาศ พรหมเผ่า. “ความคาดหวังของประชาชนต่อการบริการสาธารณสุขของสถานอนามัยอำเภอจุน จังหวัดพะเยา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

ภุริยา เพ็ญสุวรรณ. “การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของมารดาที่ฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

มานพ คณะโต. “พฤติกรรมมารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข : ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525

มาลี จำนวนผล. “การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่)) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

มัลลิกา มัติโก. คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โครงการขำงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2534.

ยลสลวย วาริตสวัสดิ์และคณะผู้วิจัย. “การศึกษาอิทธิพลทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีต่อความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมของประชาชนที่มารับบริการทันตกรรมในกรุงเทพมหานคร.” เอกสารทางวิชาการ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

รัชนิกร ราชวัฒน์. “การยอมรับของประชาชนต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย.”

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชานิติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

ระจิตร ชาครีวณิชย์. “ปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาโรคขึ้นพื้นฐานของประชาชนไทยในชนบท.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.

โรงพยาบาลนครปฐม. แผนกผู้ป่วยนอก. “รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2548.” (อัคราเนนา)

วาทินี บุญชะลิกษ์. “รูปแบบการเลือกใช้บริการรักษาของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530

วสิน ทิมวานิช และคณะ. “ความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดพิจิตร.” วารสารวิชาการสาธารณสุข 10,4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2544) : 664-665.

วสันต์ ศิลปสุวรรณและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. หลักการประเมินผลโครงการสุขภาพ.

กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528

วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชณา ณ ระนอง. จากการสังเคราะห์คณจนสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิวัฒนาการของปรัชญาเบื้องหลังโครงการ 30 บาท.

กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546.

ศิริพร ปรางประสิทธิ์. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533.”

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536

สกาวรัตน์ เพชรภักษ์. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการดูแลหลังคลอดของสตรีในเขตอำเภอเมืองที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลแม่และเด็กศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี.”

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร :

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547.

สชน ลีลานิตย์กุล. “พฤติกรรมการณ์ซื้อยาในร้านขายยา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขา
เภสัชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม : แนวทางการศึกษาวิเคราะห์และ
วางแผน. ขอนแก่น:คลังนานาการพิมพ์, 2528

สายสัมพันธ์ รับขวัญ. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการข้ามขั้นตอนการใช้บริการที่สถานีอนามัยใน
โครงการบัตรสุขภาพศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดราชบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

สิริอร พัวศิริ. “ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรม
การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร
สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

สันศักดิ์ เสริมศรี. ประชากรศาสตร์ทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:ภาควิชาสังคมศาสตร์
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539

สันศักดิ์ เสริมศรี และคณะ. การใช้สถานพยาบาลของรัฐของคนจนในชนบท. กรุงเทพมหานคร :
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญสุขภาพคนไทย ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพมหานคร :
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. งานหลักประกันสุขภาพ. “สรุปรายงานสถิติด้านสุขภาพ
ของประชากรจังหวัดนครปฐม ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2548.” (อัดสำเนา)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการต่อ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2547. กรุงเทพมหานคร :

บริษัท เอส พี เอส พรินติ้ง จำกัด, 2548.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดเพื่อการประเมิน
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค). นนทบุรี
สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2545.

คำลี เปลี่ยนบางช้าง. การสาธารณสุขระหว่างประเทศในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ : สถาบัน
สาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544

สุชา จันทร์เอม. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2539.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. “ระบบบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า.” เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยน ข้อคิดเห็นในการประชุม
วิชาการ พลังปัญญาสู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 10-20. นนทบุรี :
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2547.

สุปราณี วิวัฒน์ศรี. “การรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลชะมัง
อำเภอ เมือง จังหวัดพิจิตร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.

แสงทอง แหงมงาม. “ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านการ
รักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยของประชาชนในชนบทจังหวัดลำปาง.” วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533

อรทัย รวยอาจินและคณะ. สังคมจิตวิทยาของการบริการสุขภาพในชนบทภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : คณะสังคมศาสตร์และ
มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2515.

อนุวัฒน์ สุภษุติกุล. การบริหารจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข.

กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2539.

ขั้นตอนการทำการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพรูปแบบสำหรับบริการสุขภาพ. นนทบุรี :

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2541.

อรุณศรี มงคลชาติ. “การศึกษาที่มีปัจจัยความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้จ่ายเงิน โบนัสและยา
สมุนไพรของประชากรไทย.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
วิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535

อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ. การพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536.

ภาษาต่างประเทศ

Aday Lu Ann and Andersen R. Development of inducers to medical care. Michigan : Ann Arbor Health Administration Press, 1975.

_____. "Equity of access to medical care : a conceptual and empirical overview." Medical care, no. 12 (1981) : 4 – 27.

Cunningham,W.E. et al.(1995) .Access to medical care and health-relate Quality of low-income persons with symptomatic Human Immuno-deficiency Virus. Medical care, 33,739 – 745.

Green, Lawrence W. ,et al. Health Education Planning : A diagnosis Approach. California : Mayfield Publishing, 1980.

Horgan, A.F. "Health Status Perception and Health Related Behaviour." Journal of Gerontological Nursing, no 13 (1987) : 30 – 33.

Hulka,B.S. and Wheat J.R. "Pattern of Utilization the Patient Perspective " Medical Care .Vol 25 , no. 5 (May 1985) : 435 –458

Igun, U.A. "State in health seeking : A descriptive model." Soc Sci Med, no. 13 (1977) : 445 – 456.

Kozier, B. , Erb, G. and Bufalino, P.M. Introduction to Nursing. California : Addison – Wesley Publishing Company, 1989.

Kroger, Axel. "Anthropological and Sociomedical Health Care Research in Development Contries." Soc Sci Med 17, no. 3 (1983) : 147 – 161.

Lauver, D. "A theory of care seeking behavior." Image : Journal of Nursing Scholarship, no.24 (1992) : 281 – 287.

Mechanic David,Medical sociology : a selective view. New York : Free Press, 1968

Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 3rd ed. New York : McGraw – Hill Book Company, 1985.

Penchansky R and Thomas JW. "The concept of access definition and relationship consumer satisfaction." Medical care, no. 2 (1981) : 127 – 140.

ภาคผนวก
มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 1 : แสดงสถิติด้านสุขภาพสุขภาพของประชาชนจังหวัดนครปฐม ณ เดือนมิถุนายน 2548 ไม่
รวมประชาชนที่ทะเบียนบ้านอยู่จังหวัดนครปฐม แต่ไปลงทะเบียนจังหวัดอื่น ๆ

สถานบริการรอง	OFC	UC	Wel	ปกส.	ว่าง	อื่น	ความครอบคลุม%
รพ. นครปฐม	12329	39486	27511	11675	351	927	99.47
บ้านต้นสำโรง	502	1697	1049	479	32	31	98.85
คอนยาหอม	724	4429	3721	2039	89	60	98.92
คอนเสาเกียด	267	1733	1346	689	49	10	98.43
คาก้อง	48	2408	2042	63	8	0	99.82
ถนนขาด	511	2427	1977	1311	75	39	98.33
ทัพหลวง	357	2148	1739	793	26	27	99.34
ทุ่งน้อย	352	2275	1614	714	51	22	98.71
ธรรมศาลา	591	2669	2300	1501	90	46	98.22
บ่อพลับ	516	1288	986	505	40	38	98.27
บางแฉม	314	1909	1409	618	48	10	98.57
บ้านนาสร้าง	1028	4263	2937	1304	102	61	98.60
บ้านยาง	162	1605	1435	790	65	19	97.91
พระประโทน	324	1506	1135	528	37	22	98.62
โพรงมะเดื่อ	685	3655	2944	1387	69	75	98.97
ม่วงดรงค์	229	2008	1595	565	45	9	98.77
มาบแค	47	3334	2535	124	11	3	99.81
ลาดหญ้าแพรก	120	938	846	409	23	15	98.73
ลำพญา	578	2630	1991	1103	73	41	98.44
วังตะกั่ว	799	2226	1770	922	66	46	98.38
วังเย็น	150	1130	1094	438	36	8	98.41
สนามจันทร์	323	1160	974	427	44	21	97.98
สระกะเทียม	808	1502	1478	864	17	51	99.43
สวนป่า	236	1372	1189	552	27	16	98.96
สามควายเผือก	717	3540	2626	1277	74	66	98.81
หนองกระโดน	64	1784	1498	610	31	14	99.06
หนองงูเหลือม	341	4554	3280	1306	68	28	99.14
หนองดินแดง	77	3116	2739	227	20	6	99.66
หนองปากโลง	608	3209	2528	1303	93	49	98.40
ห้วยจรเข้ม	409	1775	1400	688	55	30	98.30
ห้วยรัก	182	2896	2327	845	56	24	98.94
อ้อยอิด	570	2133	1437	647	54	33	98.51

(ตารางแสดงสถิติด้านสุขภาพของประชากรจังหวัดนครปฐม ณ เดือน มิถุนายน 2548)

แบบสอบถาม สาเหตุของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานอนามัย ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

เพศ ชาย หญิง

อายุ..... ปี

การศึกษา ต่ำกว่า ม3 ม4- จบอนุปริญญา ปริญญาตรีขึ้นไป

รายได้ น้อยกว่า 10,000 10,001- 20,000 20,001 ขึ้นไป

อาชีพ ไม่มีอาชีพ เกษตรกร/ รับจ้างทั่วไป พนักงานโรงงาน/ บริษัท

รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ

สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ มีสิทธิบัตรทอง มี ท. ไม่มี ท.

การรับรู้ด้านสุขภาพ

คุณทราบหรือไม่ว่าครั้งนี้คุณเจ็บป่วยด้วยโรกระบบใด

ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบผิวหนัง

ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

การเจ็บป่วยในครั้งนี้ท่านมีการปฏิบัติตัวอย่างไรก่อนไปรับการรักษา

หายในบ้านมารับประทาน นอนพักผ่อน รับประทานอาหารที่มีประโยชน์

ออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงไม่สัมผัสกับสาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วย

ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านคิดว่าสามารถไปรักษาที่สถานอนามัยได้หรือไม่

ได้ ไม่ได้

2. ปัจจัยส่งเสริม

1. ในรอบปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน 1 ค.ค. 47-30 ก.ย. 48 ท่านหรือคนในครอบครัวของท่านเจ็บป่วยหรือไม่

เจ็บป่วย (ตอบข้อ 2) ไม่เจ็บป่วย (ไม่ต้องตอบข้อ 2)

2. ลักษณะของการเจ็บป่วยหรือโรคที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

3.ปัจจัยด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

3.1.การเดินทางไปรับบริการที่สถานีอนามัยที่ท่านมีสิทธิบัตรทองสะดวกหรือไม่

() สะดวก

() ไม่สะดวก

3.2.ระยะทางจากบ้านถึงสถานีอนามัยที่ท่านมีสิทธิบัตรทองประมาณ.....กม.

3.3.ระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการที่สถานีอนามัยที่ท่านมีสิทธิบัตรทอง
ประมาณ.....นาที

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด
การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ			
1. ท่านคิดว่าปีที่แล้วสุขภาพของท่านและคนในครอบครัวแข็งแรง			
2. ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่านและคนในครอบครัว			
3. ท่านคิดว่าการตรวจร่างกายประจำปีช่วยให้สามารถค้นหาปัญหาสุขภาพได้ตั้งแต่เริ่มต้น			
4. ท่านคิดว่าเด็กทุกคนควรไปรับวัคซีนตามวัยเพื่อเป็นการป้องกันโรคที่เหมาะสม			
5. ท่านคิดว่าคนทั่วไปควรไปรับการตรวจสุขภาพตามวัยเพื่อหาความผิดปกติของร่างกายหรือตรวจหาโรคต่าง ๆ			
6. ท่านและคนในครอบครัวของท่านดูแลสุขภาพด้วยการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน			
7. ท่านและคนในครอบครัวได้นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง			
8. ท่านคิดว่าการดูแลตนเองและคนในครอบครัวอย่างถูกต้องจะช่วยให้ไม่เกิดการเจ็บป่วย			
9. ท่านคิดว่าการดูแลตนเองและคนในครอบครัวโดยการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในขณะที่เจ็บป่วยจะช่วยให้หายป่วยได้			
10. เมื่อท่านและคนในครอบครัวเจ็บป่วยควรไปรับการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
ความคิดเห็นของประชาชนต่อการบริการของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย			
1. การรับบริการที่สถานีนอนามัยที่ท่านมีสิทธิบัตรทองได้รับความสะดวกสบาย			
2. สถานีนอนามัยที่ท่านมีสิทธิบัตรทองสามารถรักษาโรคได้ครบทุกโรค			

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด
3.สถานื่อนามัยที่ท่านมีสิทธิบัตรทองมียารักษาโรคที่ท่านเจ็บป่วย			
4.สถานื่อนามัยที่ท่านมีสิทธิบัตรทองมีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้เพียงพอ			
5.สถานื่อนามัยที่ท่านมีสิทธิบัตรทองมีอุปกรณ์ที่สะอาดและปลอดภัยในการตรวจรักษา			
6.เจ้าหน้าที่อนามัยตรวจไม่ละเอียด			
7.เจ้าหน้าที่อนามัยรักษาโรคไม่ค่อยหาย			
8.เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยไม่ค่อยให้ความรู้เรื่องโรคหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วย			
9.เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยสามารถให้บริการตรวจรักษาพยาบาลได้ตลอดเวลาเมื่อท่านไปรับบริการ			
10.เจ้าหน้าที่อนามัยมีวิชาชีพดีและให้การต้อนรับดี			
ความคาดหวังต่อการได้รับบริการ			
1.ท่านคาดหวังว่าการรับบริการที่สถานื่อนามัยสะดวกสบาย			
2. .ท่านคาดหวังว่าสถานื่อนามัยที่ท่านมีสิทธิบัตรทองสามารถรักษาโรคได้ครบทุกโรค			
3. .ท่านคาดหวังว่า.สถานื่อนามัยที่ท่านมีสิทธิบัตรทองมียารักษาโรคที่ท่านเจ็บป่วย			
4.ท่านคาดหวังว่า.สถานื่อนามัยที่ท่านมีสิทธิบัตรทองมีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้เพียงพอ			
5..ท่านคาดหวังว่าสถานื่อนามัยที่ท่านมีสิทธิบัตรทองมีอุปกรณ์ที่สะอาดและปลอดภัยในการตรวจรักษา			
6. .ท่านคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่อนามัยตรวจรักษาโรคได้ละเอียด			
7. .ท่านคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่อนามัยรักษาโรคได้หาย			
8. .ท่านคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยสามารถให้ความรู้เรื่องโรคหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วย			

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด
9.ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยสามารถให้บริการตรวจรักษาพยาบาลได้ตลอดเวลาเมื่อท่านไปรับบริการ			
10.ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่อนามัยมีอัธยาศัยดีและให้การต้อนรับดี			

สำหรับท่านที่ไม่เคยรับบริการที่สถานีอนามัยที่ท่านมีสิทธิบัตรทองถ้าท่านหรือคนในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยครั้งต่อไปท่านจะไปรับบริการที่ใด.....

สำหรับท่านที่เคยรับบริการที่สถานีอนามัยที่ท่านมีสิทธิบัตรทองถ้าท่านหรือคนในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยครั้งต่อไปท่านจะไปรับบริการที่ใด.....

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบสอบถาม

สาเหตุของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

คำชี้แจง

1.แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อการบริหารจัดการที่สถานีนามัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการวัดทัศนคติต่อบริการของสถานีนามัย

2.กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตามความเป็นจริงเพราะคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการพัฒนางานบริการของสถานีนามัย

3.คำตอบทุกข้อจะนำมาวิเคราะห์รวมโดยไม่มีเปิดเผยข้อมูลของท่านแล้วมาสามารถแยกได้จากคำตอบเกิดจากของท่าน ดังนั้นขอรับรองว่าการศึกษานี้ไม่มีผลกระทบต่อท่าน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ขอขอบพระคุณ

น.ส.กรรณพร เอกกณาลักษณ์

น.ส.รัตมณี กองคำดี

น.ส.อัญชุลี อนุวัฒน์

นักศึกษานิเทศศาสตร์ สาขาวิชาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพคณะเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยศิลปากร

หมายเหตุ หากท่านมีข้อสงสัยในการทำแบบสอบถามโปรดสอบถามกับผู้แจกแบบสอบถาม

โปรดพลิกหน้าต่อไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อเท็จจริงมากที่สุด
ในกรณีที่เป็นการตีความตอบข้อมูลของผู้ป่วยที่ผ่านมา

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ..... ปี

3. การศึกษา ประถมศึกษา มัธยม
 อนุปริญญา/อุดมศึกษา ปริญญาตรีขึ้นไป อื่น ๆ โปรด

ระบุ.....

4. อาชีพ ไม่มีอาชีพ เกษตรกร/ รับจ้างทั่วไป
 ค้าขาย พนักงานโรงงาน/ บริษัท อื่น

ๆ

5. รายได้ครอบครัว บาท / เดือน

6. ท่านทราบหรือไม่ว่ามาพบแพทย์ครั้งนี้ด้วยโรคระบบใด
 ทราบโปรดทำเครื่องหมายในวงเล็บ ไม่ทราบ (โปรดข้ามไปทำข้อที่ 8)

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| () ระบบทางเดินหายใจ | () ระบบทางเดินอาหาร |
| () ระบบผิวหนัง | () ระบบทางเดินปัสสาวะ |
| () ระบบหลอดเลือดและหัวใจ | () ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ |
| () อื่น ๆ ระบุ..... | |

7. ท่านทราบสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้หรือไม่ว่าเกิดจากสาเหตุใด

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ทราบโปรดทำเครื่องหมายในวงเล็บ | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (โปรดข้ามไปทำข้อที่ 8) |
| () การพักผ่อนไม่เพียงพอ | () ไปสัมผัสเชื้อโรค |
| () ไม่ได้ออกกำลังกาย | () รับประทานอาหารไม่ถูกต้องตามสุขลักษณะ |
| () อื่น ๆ ระบุ..... | |

8. การเจ็บป่วยในครั้งนี้ท่านมีการปฏิบัติตัวอย่างไรก่อนไปรับการรักษา

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ โปรดทำเครื่องหมายในวงเล็บ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ (โปรดข้ามไปทำข้อที่ 9) |
| () หายยาในบ้านมารับประทาน | () นอนพักผ่อน |
| () หลีกเลี้ยงไม่สัมผัสกับสาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วย | () ออกกำลังกาย |
| () รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ | () อื่น ๆ ระบุ..... |

โปรดพลิกหน้าต่อไป

9. การเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านคิดว่าสามารถไปรักษาที่สถานีนอนามัยได้หรือไม่

ได้ เพราะ.....

ไม่ได้ เพราะ.....

10. เหตุผลที่ท่านมารับการรักษาที่โรงพยาบาลคือ.....

11. สถานีนอนามัยที่ระบุในสิทธิบัตรทองของท่านคือสถานีนอนามัยใด.....

12. สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ

ยกเว้นค่าธรรมเนียม เสียค่าธรรมเนียม 30 บาท

13. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัยดังกล่าวหรือไม่

เคย โปรดระบุจำนวนที่มาใช้บริการ.....ครั้ง ไม่เคย

ส่วนที่ 2

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในแบบสอบถามที่ตรงกับความเห็นของท่าน โดยให้เลือกตอบว่า

มาก ปานกลาง น้อยที่สุด

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด
14. มีเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยอยู่ประจำสถานีนอนามัยเมื่อท่านไปรักษา			
15. เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยไม่ให้การรักษาท่านโดยจะให้เหตุผลว่าเครื่องมือไม่พร้อม			
16. ท่านได้รับบริการที่สะดวกสบายเมื่อไปรับบริการที่สถานีนอนามัย			
17. เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยไม่หาคำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่อ การเจ็บป่วยของท่าน			

โปรดพลิกหน้าต่อไป

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด
18. การรอคอยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทำให้ท่านต้องเสียเวลา			
19. สถานีอนามัยเปิดให้บริการตรวจรักษาเฉพาะเวลาราชการเท่านั้น			
20. สถานีอนามัยจัดสถานที่ในการให้บริการไว้พร้อมเพียง			
21. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทำงานด้วยความวุ่นวายสับสน			
22. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่เหมาะสมกับการรักษาพยาบาล			
23. บริการที่ได้รับไม่ดีเท่าสถานพยาบาลอื่นๆ ของรัฐ			
24. อาการเจ็บป่วยหายเป็นปกติเมื่อไปรักษาที่สถานีอนามัย			
25. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยให้บริการด้วยความเต็มใจ			
26. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบางท่านมีอัธยาศัยไม่ดี			
27. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยพูดคุยกับท่านแบบเป็นกันเอง			
28. การทำงานของสถานีอนามัยทำให้ท่านได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ			
29. การทำงานของสถานีอนามัยทำให้ท่านสามารถได้รับบริการ สะดวกขึ้น			
30. เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ			

ไปรอกพลิกหน้าต่อไป

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด
31. เจ้าหน้าที่ประจำสถานีนอนามัยสามารถให้การรักษาพยาบาลท่านได้เท่ากับพยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ			
32. เครื่องมือในการรักษา รวมถึงยา มีความทันสมัยและเพียงพอต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยพื้นฐานได้อย่างเหมาะสม			
33. เจ้าหน้าที่ประจำสถานีนอนามัยสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่านได้			
34. เจ้าหน้าที่ประจำสถานีนอนามัยมีอัธยาศัยที่ดีต่อประชาชนที่มารับบริการ			
35. ท่านได้รับความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการของสถานีนอนามัย			
36. ท่านพึงพอใจที่ได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่อย่างเสมอภาค			
37. ท่านพึงพอใจต่ออัธยาศัยของเจ้าหน้าที่ประจำสถานีนอนามัย			
38. ท่านพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการของสถานีนอนามัย			
39. ท่านพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการของสถานีนอนามัย			
40. ท่านพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการที่สถานีนอนามัยโดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ			

ท่านต้องการให้สถานีนอนามัยปรับปรุงการปฏิบัติงานอย่างไร

บ้าง

.....

เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วกรุณาส่งกลับคืน และขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อสกุล	นางสาวอัญชุลี อนุวัฒน์
ที่อยู่	บ้านเลขที่ 294 ถ. ไทรบุรี ตำบลบ่อ่าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลศิริราช 2 ถนนพราณอก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2544	สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2547	ศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยศิลปากร
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ.2544	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ
- ปัจจุบัน	