ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อติญาณ์	ศรเกษตริน
เพ็ญศรี	ทองเพชร
สมหมาย	คชนาม
อัจริยา	วัชราวิวัฒน์
งามนิตย์	รัตนานุกูล
จรัสพงษ์	สุขกรี
สมศักดิ์	ชอบตรง

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พ.ศ. 2547

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก นพ.ชูชัย ศรชำนิ รศ.ดร.ชูศักดิ์ เอกเพชร และ นพ.เจด็จ ธรรมธัชอารี คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง ดร.พิษณุ พ่องศรี นพ.นพพร ชื่นกลิ่น นพ.ณัฐวุฒิ ประเสริฐศิริพงศ์ และ นพ.ประสิทธิ์ ขอไพบูลย์ ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี พังงา ตรัง และยะลา ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลขอขอบพระคุณประชาชนในจังหวัดดังกล่าว ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และเข้าร่วมในการทำสนทนากลุ่ม

คณะผู้วิจัย

ตุลาคม 2547

ชื่อเรื่อง : ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้วิจัย : อติญาณ์ ศรเกษตริน, เพ็ญศรี ทองเพชร , สมหมาย คชนาม, อัจริยา วัชราวิวัฒน์ , จรัสพงษ์ สุขกรี, งามนิตย์ รัตนานุกูล และสมศักดิ์ ชอบตรง

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยศึกษาจากประชาชนในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พังงา ตรัง และยะลา จำนวน 1,200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และผ่านการทดลองใช้ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.71 – 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายโดยใช้ Multiple regression analysis และ Multiple logistic analysis วิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้ One Way ANOVA และ Chi-square ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่ในระดับปานกลาง

2. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่สถานอนามัย รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนการรักษากับแพทย์พื้นบ้านไปใช้บริการน้อยที่สุด

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้แก่ อายุ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย คุณภาพบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.9

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ประเภทของการประกันสุขภาพ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วย การรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า การรับรู้สิทธิของกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ การได้รับข้อมูลข่าวสารความต้องการด้านสุขภาพ คุณภาพบริการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

5. เปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามประเภทการประกันสุขภาพ พบว่า กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่า กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลุ่มที่มีบัตรประกันสังคม

6. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ จำแนกตามประเภทการประกันสุขภาพ พบว่า กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้บริการที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนมากกว่าที่มีบัตรประกันสังคมและกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ มากกว่าผู้ใช้บัตรประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

Title : Factors influencing health promoting behavior and health utilization behavior among people under the universal coverage project

Researcher : Atiya Sarakshetrin, Pensi Thongphet , Sommai Kochanam, Atjariya Vatchalavivat, Jaruspong Sukgree, Ngamnit Ratananugool, Somsak Choptong

Abstract

The purposes of this descriptive research were to study factors influencing health promoting behavior and health utilization behavior among people under the universal coverage project in the southern region. The sample comprised of 1200 people who were drawn by multistage sampling technique from suratthani, pang-nga, trang and yala province respectively. The instruments consisted of indepth-interview form, focus group form and questionnaire which were passed the quality examination by the expert and field try out. The reliability of questionnaires were 0.69-0.91. The qualitative data was analyzed by content analysis, the quantitative data were analyzed by descriptive statistics, Multiple regression analysis, Multiple logistic analysis, ANOVA and Chi-square test. The results were as follows:

1. Health promoting behavior among people under the universal coverage project was fair level.

2. Health utilization behavior, most of the sample used health center and general hospital. Folk medicine was not popular for the sample.

3. Factors related to health promotion behavior were age, health value, quality of care, self efficacy and social support. The variance explanation of all factors was 32.9

4. Factors related to health utilization behavior were sex, education, type of insurance ,health need, perceived of right of universal coverage, perceived of right of government official . health information, health need, quality of care and health service accessibility.

5. The comparison of health promoting behavior revealed that the sample of government official group had more health promoting behavior than universal coverage group and social security group.

6. The comparison of health utilization behavior revealed that the sample of universal coverage group had more used health service at health center and community hospital than government official group and social security group. The sample of government officer /private corporation group had more used health service at general hospital than the sample of social security and universal coverage group.

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	2
ขอบเขตของการวิจัย	3
นิยามศัพท์ในการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	6
พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ	19
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ	26
- คุณลักษณะประชากรทางสังคม	26
- ประเภทของการประกันสุขภาพ	29
- คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม	30
- คุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการ	38
- การรับรู้ความสามารถแห่งตน	41
- การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	42
กรอบแนวคิดในการวิจัย	48

เรื่อง	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
- การเก็บรวบรวมข้อมูล	50
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
- การสร้างเครื่องมือ	56
- การวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางสังคม ประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ประเภทของการประกันสุขภาพและอาชีพ	58
ส่วนที่ 2 คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม เกี่ยวกับค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย การรับรู้สิทธิการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านสุขภาพ	61
ส่วนที่ 3 การบริการสุขภาพเกี่ยวกับคุณภาพบริการ การเข้าถึงบริการ	74
ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ	78
ส่วนที่ 5 การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	80
ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	83
ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ	89
ส่วนที่ 8 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	92
ส่วนที่ 9 เปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และบัตรประกันสังคม	98
ส่วนที่ 10 ผลการสนทนากลุ่ม	100
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย	103
อภิปรายผลการวิจัย	109
ข้อเสนอแนะ	121

เรื่อง	หน้า
บรรณานุกรรม	123
ภาคผนวก ก. รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือ	124
ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	134
ภาคผนวก ค. ประวัติผู้วิจัย	168

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนประชากร จำแนกตามสิทธิที่ใช้	50
ตารางที่ 2	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสิทธิที่ใช้	50
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ประเภทของการประกันสุขภาพและอาชีพ	58
ตารางที่ 4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย(จำแนกรายข้อ)	61
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย	62
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้สิทธิของประชาชนต่อการบริการสุขภาพ (รายข้อ)	63
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการบริการสุขภาพ	65
ตารางที่ 8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพต่อการบริการสุขภาพ (รายข้อ)	66
ตารางที่ 9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และบัตรประกันสังคม	68
ตารางที่ 10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารและไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร	68
ตารางที่ 11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทสื่อเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	69

		หน้า
ตารางที่ 12	จำนวนและร้อยละของความถี่ของการรับรู้ข่าวสารจำแนกตามประเภทสื่อ/แหล่งข่าวสาร	70
ตารางที่ 13	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน (จำแนกรายข้อ)	71
ตารางที่ 14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความต้องการด้านสุขภาพ	73
ตารางที่ 15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะทางและเวลาในการเดินทางของกลุ่มตัวอย่าง	74
ตารางที่ 16	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเดินทาง ความสะดวกในการเดินทางและการได้รับบริการที่บ้าน	75
ตารางที่ 17	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพบริการ (จำแนกรายข้อ)	76
ตารางที่ 18	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคุณภาพบริการ	77
ตารางที่ 19	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการสร้างเสริมสุขภาพ (จำแนกรายข้อ)	78
ตารางที่ 20	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ	79
ตารางที่ 21	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม(จำแนกรายข้อ)	80
ตารางที่ 22	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	82
ตารางที่ 23	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมและรายด้าน	83
ตารางที่ 24	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	84

		หน้า
ตารางที่ 25	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมและรายด้าน	87
ตารางที่ 26	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำนวนตามระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	88
ตารางที่ 27	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ	89
ตารางที่ 28	จำนวนและร้อยละของ ค่าใช้จ่าย ผลการรักษาและความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพ	90
ตารางที่ 29	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	92
ตารางที่ 30	การเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และบัตรประกันสังคม	93
ตารางที่ 31	การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายคู่ ในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างกัน	93
ตารางที่ 32	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Odd Ratio)	94
ตารางที่ 33	เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพกับประเภทของสิทธิบัตร	98

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1	แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	18
ภาพประกอบ 2	แนวคิดการดูแลสุขภาพของไคลน์แมน	19
ภาพประกอบ 3	กรอบแนวคิดของพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ	21
ภาพประกอบ 4	แบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ	23
ภาพประกอบ 5	The Model – Phase	24
ภาพประกอบ 6	The Final Model	25
ภาพประกอบ 7	กรอบแนวคิดในการวิจัย	48

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสุขภาพของคนไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนามาตามลำดับ แต่ปัญหาสุขภาพยังคงมีอยู่ โรคภัยไข้เจ็บที่ประชาชนเป็นอยู่ทุกวันนี้ ประมาณ ร้อยละ 90 เป็นความเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงขึ้น คนไทยกว่าร้อยละ 20 ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ที่มีหลักประกันสุขภาพที่เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำการเลือกปฏิบัติและอื่น ๆ โดยหลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่ เน้นเฉพาะการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างสุขภาพดี ฯลฯ (คณะกรรมการอำนวยการจัด ทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 : 2544) ระบบบริการสุขภาพไม่มีความเป็นระบบ มีปัญหาในเรื่องคุณภาพ มาตรฐาน ความเป็นธรรมและความสิ้นเปลือง(สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2544)

ระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพที่ใช้มานานจึงจำเป็นต้องได้รับการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อให้คนไทยไม่ต้องเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ก็ให้เขาสามารถเข้ารับบริการโดยเท่าเทียมกันทุกคน ไม่คำนึงถึงฐานะ จะยากดีมีจน ต้องได้รับบริการสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของการพัฒนาสุขภาพประชาชนไว้ว่า คนในสังคมไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะและ เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค รวมทั้งอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีความพอเพียงทางสุขภาพ มีศักยภาพการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในการจัดการทางสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญหาสากล และภูมิปัญญาไทยได้อย่างรู้เท่าทัน การสร้างหลักประกันสุขภาพจึงเป็นนโยบายที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นถึงหลักความเสมอภาค ให้เกิดความเป็นธรรมในการกระจายภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ตลอดจนความเท่าเทียบในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”(คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 : 2544)

แนวทางสำคัญในการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ต้องการให้ประชาชนในสังคมมีการ "เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข" มีระบบที่มีความยั่งยืนทางด้านนโยบาย ทางการเงินและทางสถาบันองค์กร เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายรวมถึงภาคประชาชน สนับสนุนให้ประชาชนใช้บริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ใกล้บ้าน เป็นบริการด่านแรก เน้นการกระจายอำนาจระบบ การเงินการคลัง ที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว สนับสนุนให้ประชาชนรับทราบสิทธิของประชาชนและควรมีกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว(สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545 : 9-13)

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ของระบบสุขภาพไม่ว่าเป็นการสร้างเสริมสุขภาพและการให้บริการสุขภาพ ตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมอื่นของระชาชน รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านคุณลักษณะทางสังคมประชาชน คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคมและปัจจัยด้านบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนในที่สุด การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อนำผลการวิจัยมาปรับปรุงใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพที่นำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางสังคมประชากร คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม ปัจจัยด้านบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าผู้มีบัตรประกันสังคมและข้าราชการรัฐวิสาหกิจ

คำถามการวิจัย

1. ประชาชนมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านโภชนาการ กิจกรรมการออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลการจัดการกับความเครียดและการพัฒนาทางจิตวิญญาญูอย่างไร

2. ประชาชนมีพฤติกรรมใช้บริการสุขภาพด้านการช่วยเหลือตนเอง การแพทย์และแพทย์พื้นบ้าน ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไร

3. ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางสังคมประชากร คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม ปัจจัยด้านบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพภายใต้ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไร

4. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มประกันสังคม และกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจแตกต่างกันอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะศึกษาในขอบเขตประชากรที่เป็นผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจในเขตจังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย

นิยามศัพท์ในการวิจัย

- **การรับรู้สิทธิ** หมายถึง การที่ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจสิทธิของตนเองต่อการรับบริการสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- **อายุ** หมายถึง อายุของกลุ่มตัวอย่าง นับเป็นจำนวนปีเต็มถึงวันสัมภาษณ์
- **การศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง
- **รายได้ครอบครัว** หมายถึง รายได้จากการประกอบอาชีพหลักและอาชีพรองของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นรายได้เฉลี่ยต่อเดือน(บาท)
- **ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย** หมายถึง ผลรวมจากความเชื่อหลาย ๆ อย่างของบุคคล กระบวนการทางความคิดที่มีลักษณะถาวร ซึ่งบุคคลยึดถือหรือนำมาปฏิบัติในชีวิต เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย วัดและประเมินจากแบบวัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และดัดแปลงมาจากการศึกษาค่านิยมและองค์ประกอบด้านจิตวิทยา

- **การได้รับข้อมูลข่าวสาร** หมายถึง ความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ อาสาสมัคร
- **ความต้องการด้านสุขภาพ** หมายถึง สภาวะสุขภาพปัจจุบัน สภาวะในอดีต ความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคต ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ แนวคิดเรื่องการเจ็บป่วย การไม่ยอมรับสภาวะการเจ็บป่วย เจตคติต่อการไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
- **คุณภาพบริการ** หมายถึง ระดับการรับรู้ หรือ ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ประเมินจากดัชนีของซีทัมส์และคณะ (Ziethaml etal, 1988) ซึ่งมีตัวชี้วัด 5 ด้าน ได้แก่
  - **ความเชื่อถือไว้วางใจ**ได้แก่ ความสามารถในการให้บริการที่มีความถูกต้อง เหมาะสม และมีความสม่ำเสมอในทุกครั้งของการรับบริการ
  - **การให้ความสนใจ** ได้แก่ ผู้ให้บริการมีทักษะ ความรู้ความสามารถ มีความสุภาพ กริยาท่าทางและมารยาทที่ดีในการให้บริการ
  - **ความเป็นรูปธรรมของบริการ** ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นในด้านเครื่องมืออุปกรณ์ บุคลากรและการใช้สัญลักษณ์ในการติดต่อสื่อสารในการให้บริการ
  - **การตอบสนองต่อผู้รับบริการ** ได้แก่ ความพร้อม ความเต็มใจที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว
  - **ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ** ได้แก่ ความเอื้ออาทร เอาใจใส่ผู้รับบริการ
- **การเข้าถึงบริการ** หมายถึง ความสามารถที่จะใช้บริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งพิจารณาจาก ระยะทาง ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ความสะดวกในการเดินทาง ความสะดวกในการรับบริการ
- **การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ** หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่อความสามารถแห่งตนในการที่จะจัดการแผนดำเนินการต่าง ๆ เพื่อที่จะประสบความสำเร็จในการ ดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งความเชื่อนี้เกิดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา การเรียนรู้ การได้รับการจูงใจหรือชักจูงและการตอบสนองทางกายต่อการมีสุขภาพดี ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงความมั่นใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพการใช้ความพยายามและความมุ่งมั่นต่อการไปใช้บริการรักษาพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- **การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลต่อการสนับสนุนของคนอื่น ๆ ในเครือข่ายสังคมของตน เช่น พ่อ แม่ เพื่อน เครือญาติ ฯลฯ ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลและการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ แบ่งออกได้เป็น 1) ด้านอารมณ์ 2) การยอมรับและเห็นคุณค่า 3) การมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ด้านข้อมูลข่าวสาร 5)การสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้
- **พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมในการศึกษาครั้งนี้ประกอบในด้านต่าง ๆ คือ โภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ
- **พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน** หมายถึง พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของบุคคลซึ่งครอบคลุมระบบการช่วยเหลือตนเอง บุคลากรทางการแพทย์ และแพทย์พื้นบ้าน
- **หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** หมายถึง โครงการของรัฐที่มุ่งให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรประกันสังคม และ สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- **ประชาชนภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** หมายถึง ประชาชนที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและนำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม ตลอดทั้งการสนับสนุนสร้างเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่ดี มีสุขภาวะตามเจตนารมย์ของการปฏิรูประบบสุขภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คณะผู้วิจัยขอเสนอเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
2. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ
   - 3.1 คุณลักษณะทางสังคมประชากร
   - 3.2 ประเภทของการประกันสุขภาพ คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม
   - 3.3 ประเภทการประกันสุขภาพ
   - 3.4 คุณภาพบริการ และการเข้าถึงบริการ
   - 3.5 การรับรู้ความสามารถแห่งตน
   - 3.6 แรงสนับสนุนทางสังคม

1. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งมีนักวิชาการทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรมและพฤติกรรมศาสตร์ ได้ให้แนวคิดของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไว้ดังนี้

ปีเตอร์ โครโพลคิน(Peter Krpolkin อ้างในพิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ,2530) ให้แนวคิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองใน 4 มิติ คือ

1. การดูแลสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ
2. การรู้จักป้องกันตนเองจากโรคภัยต่าง ๆ
3. การรักษาอย่างถูกต้องเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย
4. การฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ

ขอบเขตการดูแลสุขภาพตนเอง มีขอบเขตการปฏิบัติในภาคประชาชนเป็นส่วนใหญ่โดยครอบคลุม การดูแลสุขภาพตนเองใน 2 ลักษณะ คือ (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์,2530)

1. **การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ** การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงอยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะคือ

1.1 การดูแลสร้างเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากการเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การรับประทานวิตามิน การตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือน อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค ฯลฯ โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคไว้ 3 ระดับคือ

1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention)เช่นการได้รับภูมิคุ้มกันโรค

1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค(Secondary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น

1.2.3 การป้องกันการระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

2. **การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย** การดูแลสุขภาพของตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำใด ๆ ลงไป เพื่อตอบสนองอาการผิดปกติ ส่วนการกระทำนั้นมีตั้งแต่การรักษาอาการผิดปกติด้วยวิธีการของตนเองหรือแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจนผู้อื่นและครอบครัว เครือข่ายสังคม ตลอดจนบุคคลกรสาธารณสุข

ดังนั้น เมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย บุคคลจะมีพฤติกรรมการดูแลการเจ็บป่วยอยู่ 4 แบบ คือ

1. การตัดสินใจไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ
2. การใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งอาจเป็นการซื้อยากินเอง การใช้ยากลางบ้าน
3. การรักษาตนเองโดยวิธีต่างๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การนอนพักและดื่มน้ำอุ่นเมื่อเริ่มรู้สึกตัวเป็นหวัด การลดการสูบบุหรี่ เมื่อรู้สึกเจ็บหน้าอก

4. การตัดสินใจไปหาบุคคลกรสาธารณสุข ในกระบวนการของการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษา แม้ว่าผู้ป่วยจะให้การยอมรับในบทบาทผู้ป่วยโดยให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยและทำการรักษา ตลอดจนแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวต่าง ๆ แต่บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเลือกทำตามคำแนะนำของแพทย์หรือเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยยังเป็นผู้ประเมินการรักษาของแพทย์ว่าทำให้ตนหายป่วยแล้วหรือไม่ และควรหยุดการรักษาเมื่อใด

ในการวิจัยทางการพยาบาล ได้มีการแบ่งประเภทของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) และพฤติกรรมการป้องกันโรค (Health protecting behavior) ซึ่งใช้อ้างถึงพฤติกรรมของผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นผู่ที่มีสุขภาพดีโดยส่วนรวม หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพที่ดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคมุ่งระวังไม่ให้โรคใดหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น (Pender, 1987)

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองหรือของครอบครัวดีขึ้น (สมทรง รักษ์เผ่าและสรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์,2540) ซึ่งกอชแมน(Gochman,1982 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์,2532) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมการ สร้างเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจนเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี เช่น นิสัยในการรับประทานอาหาร พักผ่อน การออกกำลังกายลักษณะบุคลิกภาพและการใช้ยา นอกจากนี้เมอร์เรย์และเซนเนอร์(Murray and zentner,1993 อ้างใน มยุรี นิรัตธราดร,2539) ให้แนวคิดว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่าถ้าตนปฏิบัติพฤติกรรมนั้นแล้วตนเองต้องมีสุขภาพดีและได้ลงมือกระทำมีการดำเนินกิจกรรมหรือมี พฤติกรรมสำคัญอันประกอบไปด้วยกิจกรรมซึ่งยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความ ผาสุข เกิดกิจกรรมที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

เกษม นครเขตต์(2536 อ้างใน กนกวรรณ จันทร์แดง,2541) ให้แนวคิดว่า ในการให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพยังมีความคลาดเคลื่อนอยู่ แม้จะได้มีการนำคำนี้มาใช้ในกลุ่มสถาบันที่มีหน้าที่ในการให้บริการทางสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนกันอย่างกว้างขวาง แต่ดูเหมือนว่าเป็นการนำคำนี้ไปใช้ในความหมายเฉพาะทาง โดยเฉพาะมักมุ่งประเด็นไปที่การ สร้างเสริมสุขภาพกายและบางครั้งได้มีการใช้คำว่า Health Prevention ในความหมายเดียวกับ Health Protection หรือใช้ในความหมายของ Health Prevention ซึ่งนักวิทยาศาสตร์ในต่างประเทศได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพว่าหมายถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค (Changing life style for disease prevention) ในความหมายนี้ทำให้มองเห็นว่าเป้าหมายของการสร้างเสริม

สุขภาพมุ่งไปที่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพของบุคคลเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆที่จะทำให้เกิดโรค โดยมีพื้นฐานความคิดมาจากข้อมูลภาวะการเกิดโรคภัยไข้เจ็บของบุคคลว่า ปัจจุบันสาเหตุของความเจ็บป่วยของประชากรมิได้เกิดจากโรคติดเชื้อต่าง ๆ แนวโน้มสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรในปัจจุบันได้เปลี่ยนมาเป็นปัญหาอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ดังนั้นการ สร้างเสริมสุขภาพภายใต้ความหมายของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค จัดได้ว่าเป็นแนวทางของการแก้ปัญหาที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพได้ทางหนึ่ง และนับได้ว่าเป็นการแก้ปัญหาเชิงรุกเพราะการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ถือว่าเป็นวิธีที่บุคคลจะสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงซึ่งมีอยู่มากมายในชีวิตประจำวันของสังคมปัจจุบัน

กนกวรรณ จันทร์แดง(2541) ให้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นทั้งความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลให้เป็นพฤติกรรมที่ปลอดภัย ไม่ต้องตกอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคภายไข้เจ็บ นอกจากนี้การสร้างเสริมสุขภาพยังมีบทบาทที่มุ่งยกระดับมาตรฐานการดำเนินชีวิตของบุคคลและสังคมโดยส่วนรวม ซึ่งเป็นการหวังผลในระยะยาว เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะสามารถก้าวไปถึงสภาวะที่เรียกว่าการมีคุณภาพชีวิตที่แท้จริง

รุจินาถ อรรถศิษฐ์(2541) ได้ให้ความหมายของแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพ (Concept of Health Promotion) คือ จากกฎบัตรออตตาวา ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเอง อันจะเป็นผลต่อสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิตใจและทางสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องมีความสามารถในการจำแนกและตระหนักถึงความปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ตลอดจนเปลี่ยนหรือเผชิญกับภาวะแวดล้อมได้ สุขภาพเป็นขุมพลังของชีวิต (A resource for everyday life) แนวคิดสุขภาพเชิงบวกเน้นขุมพลังทางสังคมเท่ากับขุมพลังของบุคคล นอกจากนี้การสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่ความรับผิดชอบของภาคสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังคงขยายแนวคิดจาก"ลีลาชีวิตเพื่อสุขภาพดี" (healthy lifestyle) ไปสู่ "สุขภาวะ" (well – being หรือ wellness) ด้วยความหมายนี้ สอดคล้องกับความคิดของ H.Noack (1987) ที่กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ คือ ความพยายามอันใดที่มุ่งต่อการปกป้อง การธำรงไว้และการพัฒนาศักยภาพด้าน สุขภาพ อันจะทำให้เกิดความสมดุลของสุขภาพ จากความหมายข้างต้น จะเห็นได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่มุ่งสู่การเพิ่มสมรรถนะ (capability) ของบุคคลและชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดด้านสุขภาพ

รูปแบบการทำงานด้านสุขภาพหรือกลยุทธด้านสุขภาพจำแนกเป็น 2 รูปแบบคือ

1. รูปแบบการทำงานด้านสุขภาพในระดับบุคคล(The individual health approach) มุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของระดับบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งและมีความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพ ตลอดจนสามารถเผชิญกับสถานการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ พฤติกรรมและลีลาชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป หรือมีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ กลยุทธ์การทำงานมีความหลากหลาย ตัวอย่างเช่น การเพิ่มความเข้มแข็งของร่างกายและระบบภูมิคุ้มกัน เพิ่มแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ โดยผ่านวิธีการสุขศึกษา การให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูล ตลอดจนสนับสนุนให้บุคคลมีศักยภาพด้านสุขภาพ โดยผ่านกิจกรรมทางสังคม วัฒนธรรมการฝึกอบรมและการมีสถานที่ออกกำลังกาย

2. รูปแบบการทำงานด้านสุขภาพในระดับชุมชน (The community health approach) มุ่งตรงต่อการสร้างและการเพิ่มศักยภาพของระบบนิเวศน์สังคม (socioecological system) ให้ดีขึ้น อันจะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ (health environment) กลยุทธในการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชนมีความกว้างมาก ตัวอย่างเช่น การผสมผสานในนโยบายด้านสังคมและเศรษฐกิจ นโยบายด้านการศึกษาและด้านสาธารณสุข นโยบายการจ้างงานและกฎหมาย ด้าน อาชีวอนามัย นอกจากนี้ยังสามารถมีโครงการหรือชุดโครงการด้านชุมชน เช่น ระบบบริการสาธารณสุข ชุดโครงการด้านสุขศึกษาหรือการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ เงื่อนไขการทำงานที่ส่ง ผลดีต่อสุขภาพเครือข่ายข้อมูลและเครือขายทางสังคมที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รณรงค์ด้านสุขภาพ และชุดโครงการด้านสาธารณสุขชุมชน เป็นต้น กล่าวได้ว่า รูปแบบนี้เป็นการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของชุมชน พร้อมไปกับการลดอันตรายและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพชุมชน

นอกจากนี้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ยังให้ความสำคัญว่า สุขภาพเป็นขุมพลังแห่งชีวิต และมุ่งเน้นในการควบคุมตัวกำหนดหรือปัจจัยเบื้องต้น (prerequisites for health) อันเป็นเงื่อนไขและขุมพลังของสาธารณสุขที่แท้จริง นั่นคือ ที่พักอาศัยสันติภาพ การศึกษา ความสัมพันธ์ทางสังคม ความมั่นคงทางสังคม อาหาร รายได้ การเพิ่มพลังให้กับกลุ่มผู้หญิง ระบบนิเวศน์ที่สมดุล ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความยุติธรรมทางสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชนและความเป็นธรรม

หลักการพื้นฐานของการสร้างเสริมสุขภาพ(Basic Principle of Health Promotion) นับเป็นระยะเวลากว่าสองทศวรรษที่ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกมีการกำหนดเป้าหมายระยะยาวร่วมกัน และมีพันธสัญญาร่วมกันในการผลักดันกลยุทธระดับสากล คือ “สุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2000” ในปี พ.ศ. 2520 หลังจากนั้นองค์การอนามัยโลร่วมกับกองทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ ประชุมและมีคำประกาศอัลมา – อตา เพื่อการส่งเสริมหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ต่อมาในปี พ.ศ. 2521 ภายหลังจากนั้น 10 ปี คือ ปีพ.ศ.2529 การประชุมครั้งนี้เป็นครั้งแรกที่นานาชาติ ร่วมกันสร้างกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) อันเป็นแนวทางสำคัญและความมุ่งมั่นสำหรับการเคลื่อนไหวด้านสร้างเสริมสุขภาพในกาลต่อมา หลังจากนั้น การประชุมนานาชาติได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความชัดเจนให้กับความหมายและกลยุทธสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ ในปีพ.ศ. 2531 จัดขึ้น ณ กรุง อเดอแลดด์ ประเทศออสเตรเลียให้ความสำคัญกับเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และต่อมาในปีพ.ศ. 2534 ณ เมืองซุนซวัลล์ ประเทศสวีเดน ให้ความสำคัญในด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพสำหรับครั้งล่าสุด การประชุมระดับนานาชาติด้านสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 4 จัดขึ้น ณ กรุงจาร์กาตา ประเทศอินโดนีเซีย ในปี พ.ศ. 2540 การประชุมครั้งนี้เป็นการสะท้อนบทเรียนของการสร้างเสริมสุขภาพ การตรวจสอบตัวกำหนดต่อสุขภาพ รวมทั้งร่วมกำหนดทิศทางและกลยุทธในการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษหน้า

การเคลื่อนไหวดังกล่าว ทำให้เกิดพัฒนาการด้านแนวคิด หลักการและกลยุทธในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามบทสรุปของหลักปฏิบัติด้านสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน สำคัญของกฎบัตรออตตาวา ยังนับว่าเป็นแกนกลางสำคัญในการเคลื่อนไหวด้านสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากล สำหรับการประชุมนานาชาติในครั้งต่อมา เป็นการสร้างความสมบูรณ์ในหลักปฏิบัติด้านสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละด้าน ประกอบกับบทเรียนและประสบการณ์จริงจากนานาประเทศจะนำมาซึ่งบทสรุปสำคัญในการเคลื่อนไหวด้านสร้างเสริมสุขภาพในอนาคตต่อไป

หลักการของการสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดและหลักการของการสร้างเสริมสุขภาพอยู่บนฐานคิดที่ให้ความสำคัญกับบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่สามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความปรารถนาของตนเองได้ และสามารถสนองความต้องการของตนเอง และสามารถปรับตนเองกับสิ่งแวดล้อมได้ นอกจากนี้ คณะทำงานขององค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป ได้ก่อตั้งชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นในปี พ.ศ. 2521 และได้พัฒนาหลักการการสร้างเสริมสุขภาพมีรายละเอียด 5 ด้านดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติการโดยตรงต่อตัวกำหนดหรือเงื่อนไขที่หลากหลายที่ส่งผลต่อสุขภาพ

2. การสร้างเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติการโดยตรงต่อตัวกำหนดหรือเงื่อนไขที่หลากหลายที่ ส่งผลต่อสุขภาพ

3. การสร้างเสริมสุขภาพมีวิธีการและการทำงานร่วมกันแบบหลากหลายประกอบด้วยหลายมาตรการ คือ การสื่อสาร การศึกษา กฎหมาย มาตรการคลัง การเปลี่ยนแปลงองค์กร การพัฒนาชุมชน และกิจกรรมระดับท้องถิ่นที่จะขจัดภัยคุกคามต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

4. การสร้างเสริมสุขภาพมุ่งหมายที่การมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ

5. นักวิชาชีพ (โดยเฉพาะในงานสาธารณสุขมูลฐาน) มีบทบาทสำคัญในการหนุนช่วยและเพิ่มความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ

หลักปฏิบัติของการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion action)

หลักปฏิบัติ (บางครั้งมีการเรียกว่า กลยุทธหรือกิจกรรม) ของการสร้างเสริมสุขภาพได้รับการเสนอในกฎบัตรออตตาวา ในปี พ.ศ. 2529 ต่อมามีการพัฒนาที่สมบูรณ์มากขึ้น จากการประชุมนานาชาติครั้งต่อมาโดยผนวกกับบทเรียนจากนานาประเทศ

หลักปฏิบัติหรือกลยุทธด้านสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy) หลักสำคัญของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือ การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนมีความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดี นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพมีความมุ่งหมายให้ประชาชนมีทางเลือกที่ดี และง่ายที่จะเข้าถึงทางเลือกนั้น (Healthier choices easier choices) นอกจากนี้ นโยบายนั้นจะต้องลดความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงสินค้าบริการและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ เราอาจกล่าวได้ว่า นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสามารถก่อรูปขึ้นโดยพ้นเลยไปจากภาคสาธารณสุขและร่วมมือกับนโยบายทางเศรษฐกิจสังคมด้วย

2. สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (Create supportive enviroment) ในปี พ.ศ.2535 การประชุมองค์การสหประชาชาติว่าด้วยสิ่งแวดล้อมกับการพัฒนา (UNCED) ณ เมืองริโอเดอ จาเนโร ประเทศอาร์เจนตินา นานาประเทศ 130 ประเทศ สร้างพันธสัญญาร่วมกันในการดูแลและอนุรักษ์ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมของโลก โดยประชาคมโลกมุ่งสู่การพัฒนาแบบยั่งยืน (Sustainable development) และยังตระหนักถึงความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการพัฒนาแบบยั่งยืนด้วย ประกอบกับ ในปี พ.ศ. 2534 การประชุมเรื่อง สร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 3 ได้เน้นให้เห็นถึงความสำคัญ และการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อ

สุขภาพ สิ่งแวดล้อมรวมความถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม การสร้างเสริมสุขภาพตระหนักถึงการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่ดีทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับโลก นับเป็นภารกิจของทุกคนที่จะต้องใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อม สร้างสรรค์เงื่อนไขในการใช้ชีวิต การทำงานที่มีความสะอาด ความปลอดภัย และน่ารื่นรมย์

3. เพิ่มความเข็มแข็งให้กับปฏิบัติการของชุมชน (Strengthen community action) การสร้างเสริมสุขภาพดำเนินการโดยอาศัยกิจกรรมชุมชนที่มีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม การเพิ่มความเข็มแข็งให้กับปฏิบัติการของชุมชน เป็นกระบวนการเรียนรู้ระยะยาว หัวใจที่สำคัญ คือ การที่ชุมชนมีอำนาจการตัดสินใจ การริเริ่มสร้างสรรค์และการวางแผนโครงการด้านสาธารณสุขของชุมชนเอง นอกจากนี้ยังต้องอาศัยผู้นำชุมชนและองค์กรชุมชนที่เข็มแข็งมีโครงสร้างและกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพในกระบวนการเพิ่มความเข็มแข็งให้ชุมชน นักวิชาชีพหรือบุคลากรสาธารณสุขจะต้องเรียนรู้การทำงานแบบใหม่ ร่วมกับชุมชนและบุคคล พวกเขาจะต้องทำงานร่วมกับชุมชนและเพื่อชุมชน มีบทบาทส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพและเพิ่มการเรียนรู้ที่หลากหลายและต่อเนื่องให้กับชุมชน ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้ชุมชนสามารถตระหนักในปัญหาสุขภาพ วางแผนปฏิบัติการและประเมินผลอย่างสรรค์สร้างโดยชุมชนเอง เช่นนี้จึงจะทำให้ชุมชนมีการพัฒนาสุขภาพและพัฒนาชุมชนในระยะยาว

4. พัฒนาทักษะของบุคคล (Develop personal skill) การสร้างเสริมสุขภาพมุ่งหมายในการเพิ่มสมรรถนะด้านสุขภาพในระดับบุคคล ทำให้บุคคลสามารถเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อที่จะให้ตนเองพร้อมที่จะเข้าสู่วัยต่างๆ และมีศักยภาพในการเผชิญโรคหรืออุบัติเหตุได้ การเพิ่มสมรรถภาพระดับบุคคลทำได้โดยกิจกรรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้สุขศึกษา การเพิ่มทักษะชีวิต การเพิ่มทางเลือกที่จะเกื้อหนุนต่อสุขภาพให้กับประชาชน กระบวนการเหล่านี้จะต้องจัดให้มีทั้งที่โรงเรียน ที่บ้าน ที่ทำงาน และภายในชุมชนที่บุคคลใช้ชีวิตอยู่

5. การปรับเปลี่ยนบริการด้านสาธารณสุข(Reorient health service) ความรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพของการบริการด้านสาธารณสุขจะต้องร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน นักวิชาชีพ แพทย์ ภาคราชการและภาคเอกชน พวกเขาจะต้องเข้าร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน บทบาทและทิศทางของการบริการสาธารณสุขจะต้องมุ่งไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ปรับบริการเพื่อสร้างเสริมและสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลและชุมชนเพื่อให้มีการใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพดี

จากการวิจัยและกรณีศึกษา แสดงให้เห็นว่า หลักปฏิบัติหรือกลยุทธด้านสร้างเสริมภาพดังกล่าว 5 ด้าน ดังกล่าว สามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาลีลาชีวิต และเงื่อนไขทาง

สิ่งแวดล้อมได้นอกจากนี้ การสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้ และก่อให้เกิดความเป็นธรรมด้านสาธารณสุขได้ ข้อมูลจากคำประกาศจาร์กาตา (The jakarta Declaration : 1997) แสดงให้เห็นว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้เกิดบทสรุปในการทำงานตามหลักปฏิบัติของสร้างเสริมสุขภาพดังนี้

ก. หลักปฏิบัติของการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน มีความสัมพันธ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะช่วยเสริมสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอออำนวยให้กลักปฏิบัติที่เหลือ 4 ด้าน ประสบผลสำเร็จตามมา ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพจะต้องปฏิบัติการแบบผสมผสาน (Comprehensive approaches) จึงจะทำให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ข. สถานที่ (Setting) เป็นโอกาสที่จะช่วยให้หลักปฏิบัติของการสร้างเสริมสุขภาพแบบผสมผสานเป็นจริงในทางปฏิบัติ สถานที่ประกอบด้วยเมืองใหญ่ เมือง เทศบาล ชุมชน ระดับท้องถิ่น (local communities) เกาะ ตลาด โรงเรียน ที่ทำงานและสถานบริการสาธารณสุข

ค. การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะทำให้เกิดผลที่ยั่งยืนประชาชนเป็นศูนย์กลางของปฏิบัติการด้านสร้างเสริมสุขภาพ และพวกเขาจะต้องร่วมกันในกระบวนการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ

ง. การเรียนรู้ด้านสุขภาพจะช่วยสนับสนุนการมีส่วนร่วม (Health learning fosters participation) การเข้าถึงการศึกษาและข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะทำให้การมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ สำเร็จได้ และช่วยเพิ่มพลังให้กับประชาชนและชุมชน

นอกจากหลักปฏิบัติหรือกลยุทธของการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน ดังกล่าวแล้ว กฎบัตรออตตาวายังกระตุ้นการพัฒนาและประยุกต์ทักษะ 3 ด้าน คือ การชี้แนะทางสาธารณะ (Advocacy) การทำให้มีความสามารถ (Enabling) การไกล่เกลี่ย (Mediation) เพื่อทำให้ประชาชนมีพลังและสามารถควบคุมชีวิตของพวกเขาได้

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)

พฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความแตกต่างของการจำแนกอยู่ตรงที่เป้าหมายของพฤติกรรมโดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวมหรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพที่ดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคมุ่งระวังไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Pender,1996) สำหรับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีผู้ให้คำจำกัดความไว้หลายคน เช่น

กอซแมน(Gochman, 1981 อ้างใน มัลลิกา มัตติโก,2534) ให้นิยามของพฤติกรรมสุขภาพว่าหมายถึงคุณสมบัติส่วนบุคคลต่าง ๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยมการรับรู้และองค์ความรู้อื่น ๆนอกจากนี้ยังรวมถึงลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย รูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏชัดเจนและการกระทำซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันโรค

เพนเดอร์ (Pender,1987) กล่าวพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีและการมีสุขภาพที่ดี

เมอร์เรย์และเซนเนอร์ (Murray and Zentner, 1993) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ครอบคลุมที่สุด ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำอย่างมีเหตุผลทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ เพื่อสร้างเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อันมีเป้าหมายสูงสุดคือความผาสุกของตนเองและสังคม แนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้รับความนิยมในการนำมาใช้แก้ปัญหาสุขภาพอนามัยเป็นเวลานานและได้รับการพัฒนาตลอดมา รูปแบบหนึ่งที่เป็นที่นิยมและได้รับการพัฒนาครั้งล่าสุดในปี ค.ศ. 1996 คือ แบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพของ Pender เพนเดอร์ (Pender, 1987 ; Pender,1996) กล่าวว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อความผาสุกและความ มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสามารถประเมินได้จากการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพอธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุกและความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสามารถประเมินได้จากการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ สร้างเสริมสุขภาพในทางด้านบวก 6 ด้านประกอบด้วย 1) โภชนาการ 2) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 3) การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย 4) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) การจัดการกับความเครียด และ 6) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอว่าการที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัยหลัก 2 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (individual characteristics and experiences) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย 2 ปัจจัยคือ พฤติกรรมดั้งเดิม (Prior related behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล(ชีวภาพ จิตวิทยาสังคม วัฒนธรรม) ปัจจัยหลักอีกปัจจัยหนึ่งคือปัจจัยด้านความคิดความรู้สึกที่เฉพาะพฤติกรรม (Behavior specific cognition and effect) ซึ่งประกอบด้วย 6 ปัจจัยย่อยคือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้

อุปสรรคของการปฏิบัติพฤตกรรมการรับรู้สมรรถนะตนเอง ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลด้านสถานการณ์และอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล บุคคลแต่ละคนจะมีลักษณะและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคนซึ่งมีผลระทบต่อการกระทำในภายหลัง ปัจจัยนี้จำแนกย่อยออกเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีตและปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

ปัจจัยด้านชีวภาพ (Personal biologic factors) เช่น อายุ เพศ น้ำหนักตัว วัยเจริญพันธุ์ วัยหมดระดู ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉงหรือความสมดุลของร่างกาย

ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Personal psychologic factors) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถของบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการให้คำนิยามของสุขภาพ

ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (Personal socicultural factors) ได้แก่ เชื้อชาติ สัญชาติ วัฒนธรรมที่เปลี่ยนตามยุคสมัย การศึกษาและสภาวะเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

2. ความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรม ตัวแปรกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุด และเป็นแกนสำคัญที่จะนำไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย

การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ได้แก่ การที่บุคคลมีความคาดหวังในผลลัพธ์ด้านบวกหรือประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ ได้แก่ การที่บุคคลคาดหวังในด้านอุปสรรคต่าง ๆ เช่น ไม่มีโอกาส ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย เสียเวลาที่จะเกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้สมรรถนะตนเอง เป็นความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติสิ่ง ต่าง ๆ ได้ด้วยความสำเร็จ

อารมณ์ที่เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรม เป็นความรู้สึกอารมณ์ที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างและภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรม

อิทธิพลด้านสถานการณ์ เป็นความคิดหรือการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทต่าง ๆ ที่สนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม

อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและแหล่งที่จะสนับสนุนให้เกิดการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง กลุ่มเพื่อน บุคลากรสาธารณสุข อิทธิพล

ระหว่างบุคคลประกอบด้วย บรรทัดฐาน (ความคาดหวังของผู้อื่น ๆ)การสนับสนุนทางสังคม(ด้านเครื่องมือและอารมณ์) และแบบอย่าง(การเรียนรู้โดยการสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น)

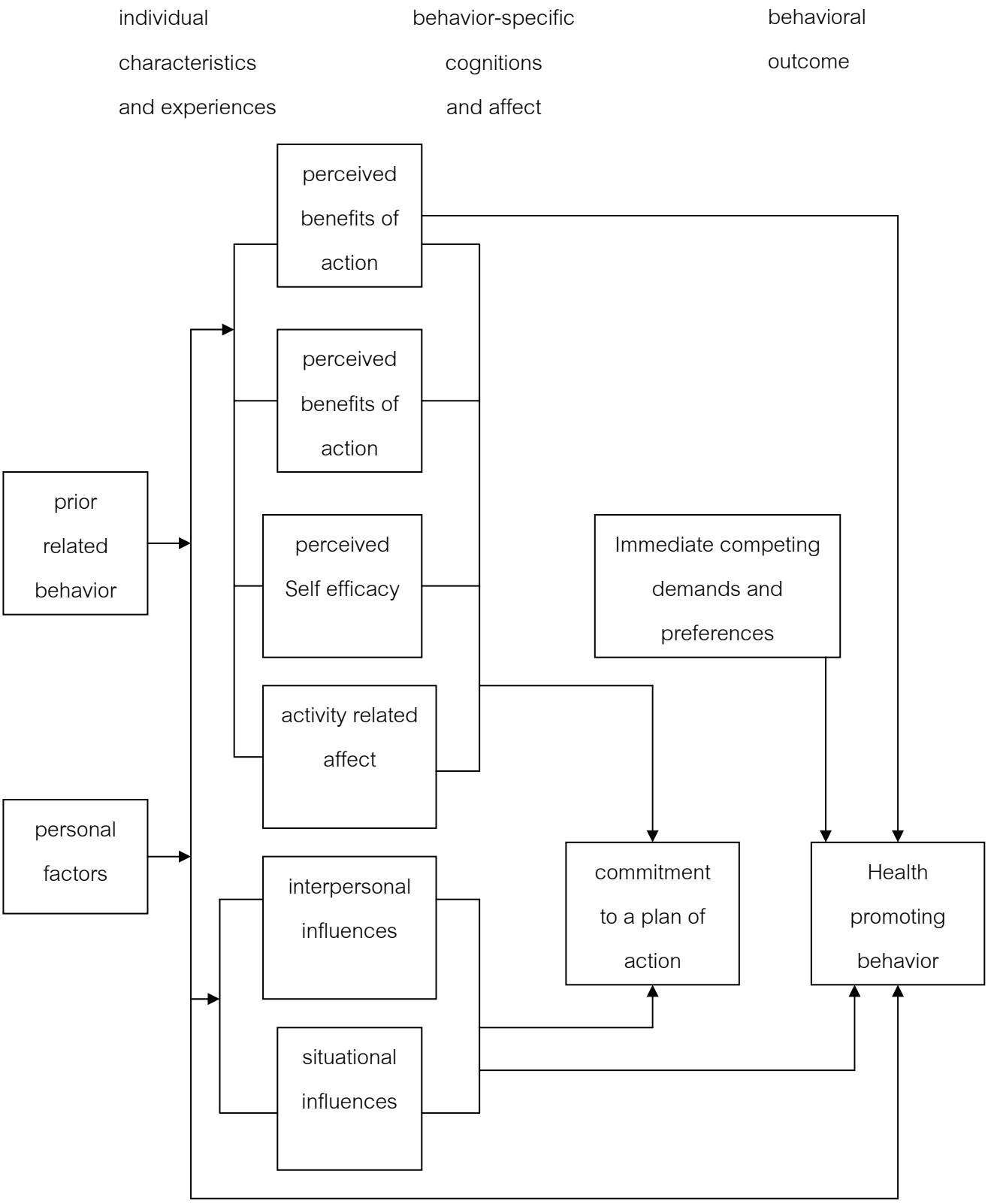
3. ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลเข้าไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม นอกเสียจากว่าบุคคลนั้นจะต้องปฏิบัติในสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ ซึ่งแต่ละคนไม่สามรรถที่จะหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านเหตุการณ์นี้ได้ แบ่งเป็น

3.1 ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม(commitment to a plan of action) พฤติกรรมมนุษย์โดยทั่วไปจะเป็นระบบมากว่าไม่เป็นระบบตามที่อิจเซนและฟิซเบียน(Ajzen & Fishbien, quated in pender, 1996)กล่าวว่าความตั้งใจนั้น เป็นตัวสำคัญที่กำหนดการแสดงพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจ ความมุ่งมันที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบใหม่ ของแบบจำลองพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพอยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้ ความเข้าใจ

3.2 ความต้องการและความพึงพอใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม(Immediate competing demands ad preferences) การตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจที่จะกระทำเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในจิตสำนึกของบุคคลในทันทีทันใด ก่อนที่จะเกิดการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมและนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมที่วางแผนไว้

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพึงระลึกว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยรักษาผลดีที่เกิดขึ้นให้ยั่งยืนต่อไปแก่ผู้รับบริการโดยตรง สามารถนำไปใช้ได้ทุกแง่มุมของการดำเนินชีวิต โดยผสมผสานเข้ากับรูปแบบการดำเนินชีวิตทางสุขภาพซึ่งเป็นผลให้เกิดประสบการณ์สุขภาพในทางบวกไปตลอดช่วงชีวิต

จากปัจจัยทั้งด้านประสบการณ์พฤติกรรมและลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรม เพนเดอร์(Pender,1996) ได้เสนอแบบจำลองที่แสดงถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดังภาพประกอบที่ 1

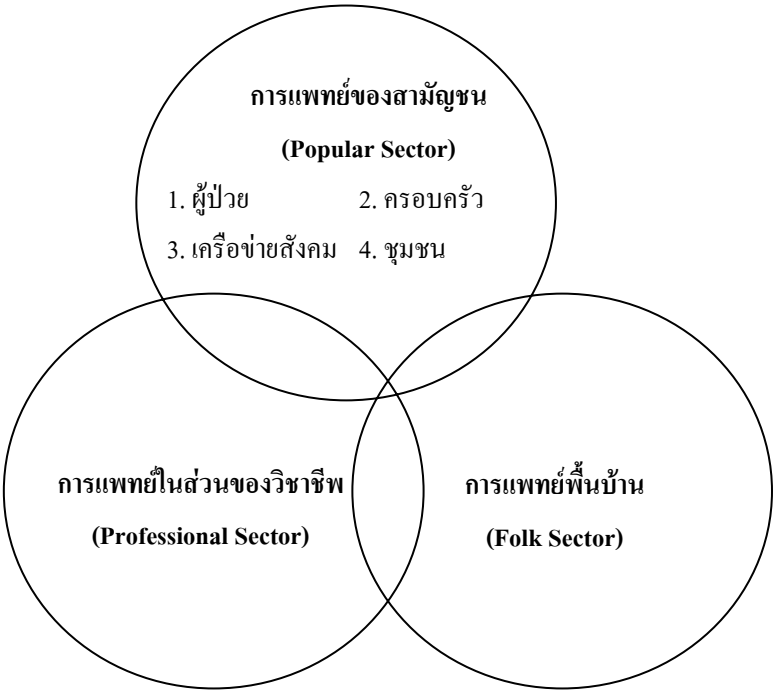


source : Pender,N.J. (1996) ภาพประกอบที่ 1 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

จากภาพประกอบ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งสองที่มีต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลได้ดังนี้คือ ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคล มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งทางอ้อมจะผ่านปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลด้านสถานการณ์และอิทธิพลระหว่างบุคคล

2. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Health Seeking Behavior)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับ Kleinman (1980) ได้อธิบายให้เห็นว่า ในสังคมหนึ่ง ๆ จะมีระบบการดูแลสุขภาพเกิดขึ้น ระบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ชี้ให้เห็นความแตกต่างของการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพไม่ได้แยกโดดเดี่ยว แต่เป็นการผสมผสานกัน ดังนั้นลักษณะการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของ Kleinman สามารถนำมาใช้อธิบายในการดูแลตนเองของประชาชน ซึ่งระบบดูแลสุขภาพนี้ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ 3 ส่วน คือ ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของสามัญชน ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ และระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน ประชาชนจะรักษากลับไปกลับมาระหว่าง 3 ระบบ หรือบางครั้งจะรักษาพร้อม ๆ กันตั้งแต่ 2-3 ระบบดังภาพ



ภาพประกอบที่ 2 แนวคิดการดูแลสุขภาพของไคลน์แมน(1980)

ระบบการแพทย์ตามแนวคิดของไคลน์แมน เขาใช้คำว่าระบบการดูแลสุขภาพ(Health care system) เขาเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคม ซึ่งประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ 3 ส่วน คือ ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนสามัญชน (Popular sector of health care) ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ (Professional sector of health care) ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของแพทย์พื้นบ้าน(Folk sector of health care) แต่ละส่วนจะมีการตัดสินใจและมีพฤติกรรมการรักษาตั้งแต่การให้ความหมายความเจ็บป่วย แบบแผน ความเชื่อ การตัดสินใจวิธีการรักษา แบบแผนการรักษาเยียวยา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ซึ่งแต่ละส่วนมีความต่างกันในเชิงแนวคิดความเจ็บป่วยและกระบวนการเยียวยารักษาแต่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน

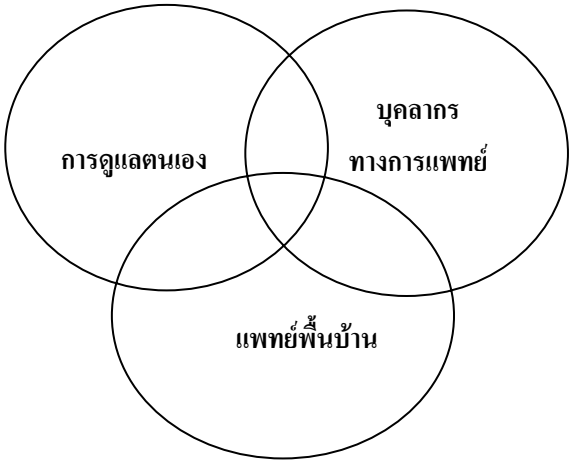
1. การดูแลสุขภาพในส่วนของสามัญชน(Popular sector of health care) เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดของระบบการดูแลสุขภาพทั้งหมด จะมีการให้ความหมายหรือการอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะพื้นฐานในแต่ละสังคมและการวินิจฉัยความเจ็บป่วยครั้งแรกพร้อมกับกิจกรรมการรักษาที่เกิดขึ้นเป็นแห่งแรกด้วย ทั้งนี้ด้วยวิธีคิดและวิธีการแบบชาวบ้านธรรมดามิใช่แบบวิชาชีพหรือผู้ชำนาญการ ในส่วนนี้จะประกอบไปด้วยชุดของความคิดความเชื่อและพฤติกรรมหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคลและกลุ่มบุคคล ต่าง ๆ 4 ระดับคือ

1. ผู้ป่วย
2. ครอบครัว
3. เครือข่ายทางสังคมผู้ป่วย(Social network) ได้แก่ ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูง
4. ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน

2. การดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ (Professional sector of health care) หมายถึงการปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบวิชาชีพมีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ บุคคลที่ทำการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันไม่เพียงแต่แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น แต่ยังรวมถึงบุคคลอื่น ๆ ด้วยเช่น พยาบาล ผดุงครรภ์ นักกายภาพบำบัด และบุคลากรที่ประกอบวิชาชีพละได้รับการรับรองโดยกฎหมาย แต่ไคลน์แมนได้บันทึกไว้ว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์แผนโบราณอาจได้รับการยอมรับเป็นวิชาชีพในลักษณะ เช่น ในอินเดีย ซึ่งรัฐบาลได้ให้การสนับสนุนและเป็นที่ยอมรับ แพทย์แผนปัจจุบันมีส่วนในการดูแลสุขภาพอนามัยน้อย ทั้งนี้ เพราะแพทย์แผนปัจจุบันยังขาดแคลน ดังนั้นการดูแลสุขภาพอนามัยยังคงอยู่ในส่วนของประชาชนและส่วนของการรักษาแบบพื้นบ้าน

3. การดูแลสุขภาพในส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector of health care) คำว่าหมอพื้นบ้านเป็นคำหนึ่งในหลายคำที่ใช้เพื่อสื่อความหมายถึงระบบการแพทย์ที่มิใช่การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ แต่เป็นการแพทย์ที่มีรากฐานมาจากวัฒนธรรมท้องถิ่นในภาษาอังกฤษ มีคำว่า Traditonal/Folk/Indigenious/Local และ Ethnomedicine ในภาษาไทยมีคำกว่า หมอแผนโบราณ หมอพื้นบ้าน หมอยากลางบ้าน และที่เริ่มใช้มากขึ้นคือ แพทย์(หมอ)แผนไทย คำเหล่านี้มีการใช้ทั้งที่เป็นความหมายรวมและกับความหมายที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งหมอพื้นบ้านจะให้บริการรักษานอกสถาบันสถานบริการที่เป็นทางการ โดยอาจจะเป็นการรักษาที่บ้านของเขาเองหรือไม่ก็ที่บ้านของผู้ป่วย บางส่วนให้บริการแบบนอกเวลา (Part time) บางส่วนมีการพัฒนา ความรู้และระบบการให้บริการคล้ายวิชาชีพ บางส่วนมีสถานภาพที่ผิดกฎหมาย แต่ส่วนมากอยู่ในฐานะกึ่งกฎหมาย (Kleiman , 1984 อ้างใน ทวีลาภ เดี่ยวพานิช และคณะ, 2538)

จากการศึกษาถึงระบบการดูแลสุขภาพ(Health care system) ซึ่งประกอบด้วยการดูแลสุขภาพในส่วนของสามัญชน ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ และระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของการแพทย์พื้นฐาน ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพราะเป็นกระบวนการที่สามัญชนคนหนึ่ง ทำหน้าที่ด้วยตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การวินิจฉัยและการรักษาโรคในระดับพื้นฐาน ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการกำหนดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ(Health seeking Behavior) ซึ่งพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของบุคคลจะครอบคลุมระบบการดูแลสุขภาพ 3 ระบบ ในด้านการดูแลตนเอง บุคลากรทางการแพทย์ และแพทย์พื้นบ้าน ดังภาพ



ภาพประกอบที่ 3 กรอบแนวคิดของพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

แบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1960 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะอธิบาย ปรากฏว่าการใช้บริการสุขภาพของครอบครัว นิยามและวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ และช่วยสร้างนโยบายเพื่อสร้างเสริมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา (Andersen, 1995) แบบจำลองนี้ในระยะแรกได้ให้ความสำคัญต่อครอบครัวเป็นหน่วยในการวิเคราะห์ เนื่องจากการใช้บริการสุขภาพในระดับบุคคลได้รับอิทธิพลมาจาก คุณลักษณะด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจในครอบครัวสาระสำคัญของแนวคิดแบบจำลองนี้ เสนอว่า การใช้บริการสุขภาพของประชาชนขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ ได้แก่

1) ปัจจัยนำ
2) ปัจจัยสนับสนุน
3) ความต้องการด้านสุขภาพ

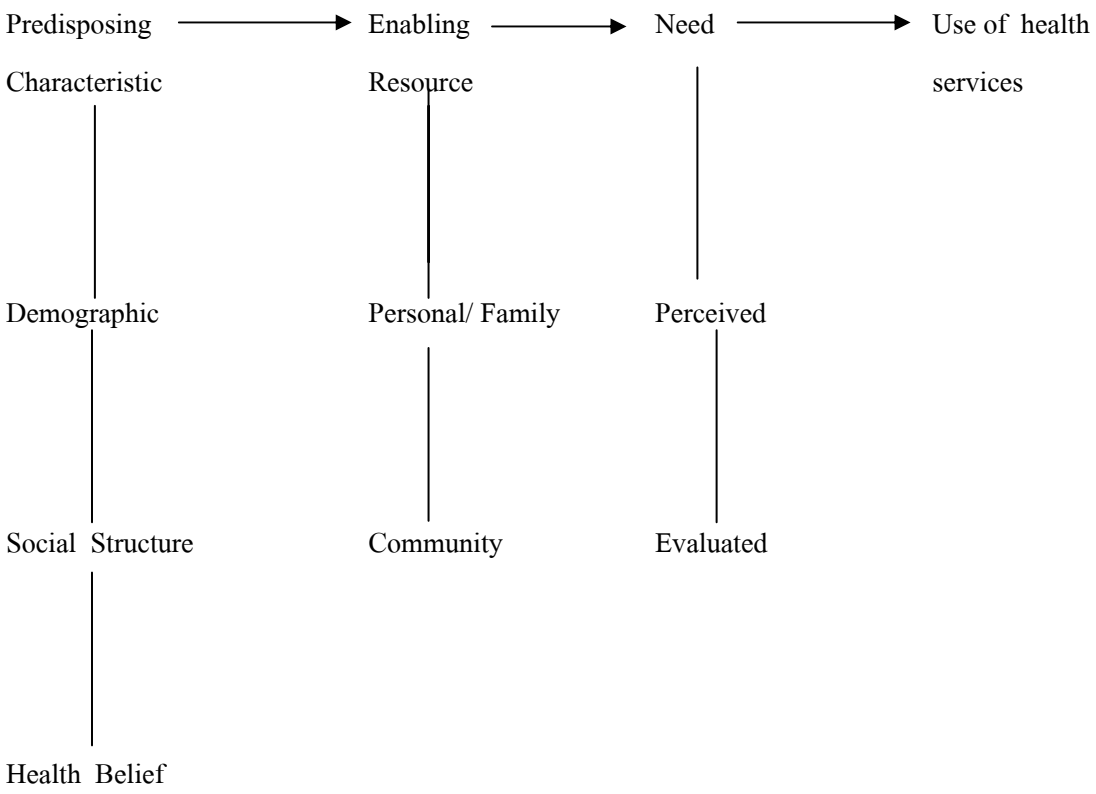
โดยแบบจำลองนี้สามารถทำนาย และอธิบายการใช้บริการสุขภาพได้พร้อมกัน กล่าวคือในแต่ละองค์ประกอบของแต่ละปัจจัยสามารถเป็นตัวแปร ซึ่งสามารถทำนายการใช้บริการสุขภาพได้ในขณะเดียวกัน แบบจำลองก็สามารถอธิบายกระบวนการ หรือความเป็นเหตุเป็นผลซึ่งปัจจัยนำจะเป็นตัวแปรภายนอก โดยเฉพาะตัวแปรประชากรและโครงสร้างทางสังคม ส่วนปัจจัยสนับสนุนบางตัวก็มีความจำเป็น แต่ก็ไม่เพียงพอที่จะอธิบายการใช้บริการสุขภาพได้ ต้องใช้ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพด้วย

ในส่วนปัจจัยนำ ตัวแปรทางด้านประชากร เช่น อายุ และเพศ จะเป็นตัวแทนของลักษณะทางชีวภาพที่มีแนวโน้มว่าจะสร้างเสริมให้ประชาชนมีความต้องการบริการสุขภาพ โครงสร้างทางสังคม โดยทั่วไปจะหมายถึงปัจจัยที่กำหนด สถานภาพของบุคคลในชุมชน บ่งบอกถึงความสามารถในการแก้ปัญหา และแหล่งสนับสนุนเพื่อแก้ปัญหาได้ ในระยะแรกการวัดเพื่อประเมินโครงสร้างทางสังคม ได้แก่ การศึกษา อาชีพ และเชื้อชาติ เท่านั้น ซึ่งแบบจำลองนี้ก็ได้การวิพากษ์พอสมควรเกี่ยวกับการไม่ได้ทำตัวแปรเครือข่ายสังคมปฏิสัมพันธ์ของสังคม และวัฒนธรรมพิจารณาร่วมด้วย

ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่านิยม เจตคติ และความรู้ ซึ่งประชาชนมีต่อสุขภาพและการใช้บริการ ซึ่งอาจจะมีอิทธิพลต่อการรับความต้องการ และการใช้บริการสุขภาพอีกต่อหนึ่ง ความเชื่อด้านสุขภาพจะเป็นตัวอธิบายเกี่ยวกับ โครงสร้างทางสังคมว่า จะมีอิทธิพลต่อปัจจัยสนับสนุน การรับรู้ความต้องการ และการใช้บริการสุขภาพอย่างไร

ส่วนปัจจัยสนับสนุนซึ่งในระยะแรกให้ความสำคัญแก่ ชุมชน และครอบครัว ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่สามารถหาได้ง่ายในชุมชนที่ประชาชน

อาศัยและทำงานอยู่ และประชาชนจะต้องทราบวิธีการใช้ประโยชน์จากบริการเหล่านี้ การวัดตัวแปรในปัจจัย ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพ การเดินทาง และระยะเวลาที่รอรับบริการ สำหรับปัจจัยความต้องการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจำเป็นจะต้องใช้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการประเมินการเจ็บป่วย โครงสร้างของปัจจัยต่าง ๆ ของแบบจำลองพฤติกรรมการใช้สุขภาพ แสดงในภาพประกอบที่ 2



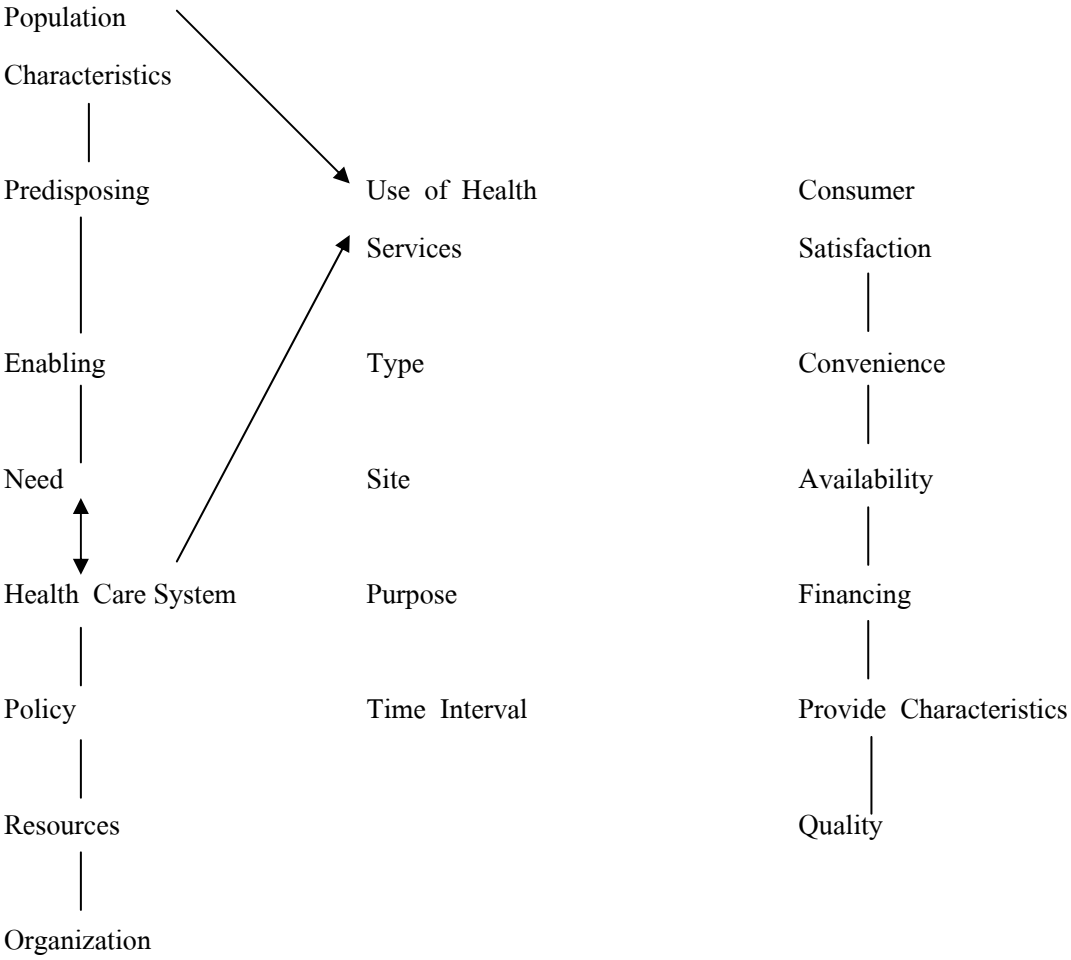
Source : Anderson, R.M.1995 : 2

ภาพประกอบที่ 4 แบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

Source : Anderson, R.M.1995 : 2 (1960)

ต่อมาในปี ค.ศ.1970 แบบจำลองพฤติกรรมใช้บริการสุขภาพได้รับการพัฒนาต่อในระยะที่ 2 โดยเอาปัจจัยนอกทั้งสามที่ส่งผลการใช้บริการสุขภาพมารวมกันเรียกว่าคุณลักษณะทางประชากรแล้วเพิ่มปัจจัยระบบบริการสุขภาพเข้าไป ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร นโยบายสาธารณสุข

แหล่งบริการสาธารณสุข และการรับการพัฒนาขึ้นโดยวัดชนิดของสถานบริการ ที่ตั้งของสถานบริการ วัตถุประสงค์ของการใช้บริการ และระยะเวลาใช้บริการ ในระยะที่ 2 แบบจำลองได้เพิ่มปัจจัยผลลัพธ์ของการใช้บริการสุขภาพร่วมโดย วัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการใน 5 ลักษณะ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อ ความสะดวก ความเสมอภาค อัธยาศัยของเจ้าหน้าที่ ค่าใช้จ่าย และคุณภาพบริการ รายละเอียดแสดงในภาพประกอบที่ 5

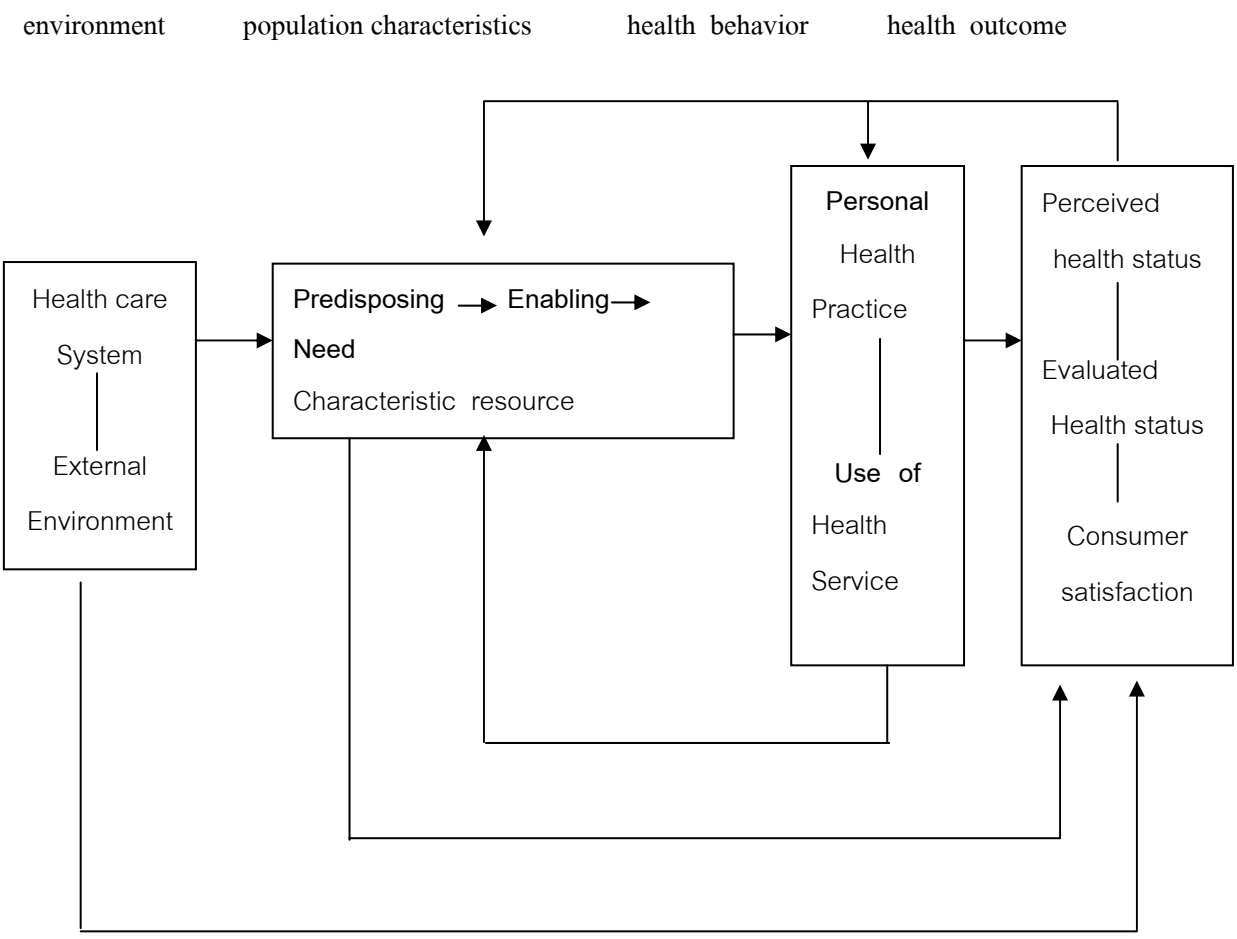


Source : Anderson, R.M.1995 : 6

ภาพประกอบที่ 5 The Model – Phase 2 (1990)

ในช่วงปี ค.ศ. 1980 – 1990 แบบจำลองพฤติกรรมใช้บริการสุขภาพได้รับการพัฒนาเป็นระยะที่ 3 และ 4 ตามลำดับ โดยในส่วนของปัจจัยภายนอกได้เพิ่มปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ องค์ประกอบด้านศักยภาพ การเมือง และเศรษฐกิจ เข้าไปและเรียกว่าปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพในส่วนของการใช้บริการได้เพิ่มตัวแปร การปฏิบัติด้านสุขภาพเข้าไปด้วย และเรียก

องค์ประกอบเหล่านี้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ นอกจากจะวัดความพึงพอใจของผู้บริการแล้วยังได้เพิ่มตัวแปรการรับรู้สถานะสุขภาพ และการประเมินสุขภาพเข้าไปด้วย นอกจากนั้นแอนเดอร์เซน (Andersen, 1955 :) ก็ได้พัฒนาแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพให้ซับซ้อนขึ้น โดยระบุความสัมพันธ์แบบย้อนกลับ (Negative Feedback) ในแบบจำลอง รายละเอียดแสดงภาพประกอบที่ 6



Source : Andersen, R.M.1995 : 8

ภาพประกอบที่ 6 The Final Model (1995)

จากการทบทวนแนวคิดของแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ จะพบว่าในระยะแรกแบบจำลองนี้ได้การพัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน โดยเน้นที่ครอบครัว หลังจากใช้ในระยะเวลาหนึ่งก็ได้รับการวิพากษ์จากผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพาะ

นักสังคมวิทยาถึงความไม่ครอบคลุมของปัจจัยหรือตัวแปรต่าง ๆ รวมทั้งพลังในการอธิบายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของตัวแปรดังกล่าว ข้อค้นพบจากรายงานการวิจัยจำนวนมากได้ถูกนำมาประกอบการพัฒนาแบบจำลองให้มีความให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นจนถึงในระยะสุดท้าย แบบจำลองนี้ก็ได้รับการพัฒนาจนสมบูรณ์ กล่าวคือ มีตัวแปร หรือปัจจัยทั้งในระดับบุคคล ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ และบริบทสิ่งแวดล้อมที่สามารถอธิบายพฤติกรรมได้หลายพฤติกรรมมากยิ่งขึ้นไม่เจาะจงเฉพาะพฤติกรรมการใช้บริการเท่านั้น

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

3.1 คุณลักษณะประชากรทางสังคมและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

เป็นการยอมรับโดยทั่วไปว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนมาก (ระเด่น หัสดีและสรงค์กรณ์ ดวงดำสวัสดิ์,2536) พฤติกรรมทุกพฤติกรรมเป็นผลซึ่งเกิดจากการงานการที่มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ชีวิตของคนเรานั้นเป็นกระบวนการที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง เป็นกระบวนการที่เปิดรับและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เป็นกระบวนการของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างอุปสงค์ของสิ่งแวดล้อม และปัจจัยซึ่งบุคคลเกี่ยวข้องหรือมีประสบการณ์ และระหว่างปัจจัยที่บุคคลเรียนรู้กับปัจจัยที่เกิดขึ้นมากับบุคคลตั้งแต่เริ่มต้นชีวิต ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะทางสังคมที่น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดังนี้

เพศ

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงถึงค่านิยมที่บ่งบอกถึงคุณภาพพลังอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของบุคคลตามปัจจัยทางกรรมพันธุ์ และเพศยังเป็นตัวแปรที่กำหนดความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไปซึ่งคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่และสวัสดิภาพ(Orem,1985) นอกจากนี้เพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม (Orem,1980) สังคมไทยมีค่านิยมให้เกียรติเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว และมีโอกาสในการศึกษามากกว่าเพศหญิง ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับรู้ข่าวสารและเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพและสังคมจึงมีมากกว่าเพศหญิง เพศชายจึงมีการดูแลตนเองแบบแผนชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง(ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535 และเยาวลักษณ์ มหาสิทธิรัตน์ ,2529) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา พิพัฒน์วณิชา,2535) พบว่า เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยและจากการศึกษาของวอกเกอร์ และคณะ(Walkex et al, 1988 Cited in Lash Kerr and Ronish,1995) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการออกกำลังกายสูงกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ

วิทเชล (Weitgel,1969-1995) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างวัยสูงกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของฮาริส และกัดเทน (Harris and Giten ,1979 ,cited in Lush Kerr and Romish, 1995)พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย

อายุ

อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด อายุ จะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem ,1991) การศึกษาของวอกเกอร์และคณะ(Walker,et al,1988) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตโดยรวมและรายด้านทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ ผาสุก(2535) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพและอายุเป็นตัวพยากรณ์ที่มีความสำคัญและมีน้ำหนักมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) สุดใจ ศรีสะอาด (2540) และชุติกาญจน์ ฉัตรส่งและนพนันท์ สิงห์ลาว (2545) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนมุเลนแคมป์และคณะ (Muhlencamp et al , 1988) ศึกษาพบว่า อายุมีผลเพียงเล็กน้อยต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นพื้นฐานของความรู้ การรับรู้ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ การตัดสินใจ ทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ พยาบาลเสาะหาความรู้ ทำสิ่งที่ส่งผลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ทำให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสำคัญและสามารถ ซักถามปัญหาจนเข้าใจกับแผนการรักษาโรค การปฏิบัติตนให้สุขภาพดี และข้อมูลของ UNDP ในด้านดัชนีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (ชินภัทร ภูมิรัตน์,2544) แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านการศึกษาเกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข ได้แก่ อายุเฉลี่ย เมื่อแรกเกิดและระดับรายได้ประชาชาติ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรในองค์ประกอบต่าง ๆ จะเห็นว่าตัวแปรทางด้านการศึกษาเป็นตัวแปรอิสระหรือตัวแปรต้น ซึ่งมีอิทธิพลและส่งผลต่อตัวแปรตามทั้งในด้านสุขภาพของการมีรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลซึ่งมีศึกษาสูงจะมีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษา (ประภาเพ็ญ สุวรรณ ,2527) เนื่องจากศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และทักษะ

ที่ดี ในการดูแลตนเอง (Orem,1985) ผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงจะมีจิตลักษณะพฤติกรรมและโลกทัศน์แตกต่างจากคนที่ไม่มีหรือมีการศึกษาต่ำ (อุบล เลี้ยววาริณ,2534) จากการศึกษางานวิจัยพบว่า มีผลการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าวดังข้างต้น ดังเช่นมูเลนแคมป์และเซย์เลวร (Muhlenkamp and Sayler,1986) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของรูทร์ (สมใจ ยิ้มวิไล,2531 อ้างอิงมาจาก Ruth 1973 พบว่า ผู้มีการศึกษา ต่ำมักพบปัญหาการทำความเข้าใจเกี่ยวกับเกิดโรค วิธีการรักษาและการปฏิบัติงาน เพราะความรู้ดังกล่าวเป็น สิ่งที่ผู้ที่มีการศึกษาสูง สามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ความเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดกับคนอย่างถูกต้อง มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษาของอุบล เลี้ยววาริณ (2534) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับมีมัธยมปลาย มีเจตติ ที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และผลการศึกษาของเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา

รายได้

รายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจ รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านความต้องการพื้นฐาน การเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข และสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ดังนั้นบุคคลที่มีรายได้สูง จะมีแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเพิ่มดำรงภาวะสุขภาพดี โดยไม่ต้องกังวลกับปัญหาเศรษฐกิจ (ไฉนพร ชื่นใจเรือง ,2536) แต่สำหรับผู้มีรายได้น้อย ต้องกังวลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและหารายได้เพื่อดูแลตนเองและครอบครัว (กุลธิดา พานิชกุล,2536) เพนเดอร์ (Pender,1987) กล่าวว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง สอดคล้องกันของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและงานวิจัยของขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร (2534) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้จากการศึกษาของวรรณดี แย้มจันทร์ฉาย (2538) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการบริหารจัดการความเครียด

3.2 ประเภทของการประกันสุขภาพ

ประเภทของการประกันสุขภาพ เป็นลักษณะสิทธิของประชาชนในการรับบริการสุขภาพ ซึ่งในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยจะจำแนก ประเภทของการประกันสุขภาพตามสิทธิในการรับบริการสุขภาพ 3 ด้าน คือ บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรประกันสังคม และสิทธิในการรับบริการสุขภาพของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ องค์ประกอบในเรื่องประเภทของการประกันสุขภาพ สิทธิในการรับบริการสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการให้บริการสุขภาพของประชาชน เพราะเป็นโยบายของประเทศที่จะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมสุขศึกษาที่จัดให้ประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ(ประภาเพ็ญ สุวรรณ(2532)

ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพ

การพิจารณาความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่สามารถบอกถึงความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพโดยรวมได้ เนื่องจากยังขาดข้อมูลของการมีสิทธิการรักษาประเภทอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการ จากฐานข้อมูลทะเบียนประชากรในระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข 30 กันยายน 2545 พบว่า ประชากรทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน มีจำนวนเท่ากับ 61,158,442 คน มีการระบุสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่เสียค่าธรรมเนียมเท่ากับ 24,029,979 คน(39.29%) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมเท่ากับ 21,296,550 คน (34.82%) สิทธิประเภทอื่น ๆ เท่ากับ 10,901,210 คน(17.82%) และที่เหลือไม่ระบุประเภทสิทธิใด ๆ จำนวน 4,930,703 คน (8.06%) ซึ่งหมายความว่าประชาชนที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 56,227,734 คน (91.94%) (พินิจ ฟ้าอำนวยผล,2546)

สัดส่วนของหลักประกันสุขภาพแต่ละประเภท

จากฐานข้อมูลขึ้นทะเบียนโดยระบุสิทธิตามหลักประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนั้น แบ่งประเภทของหลักประกันสุขภาพออกเป็น 9 ประเภท ได้แก่(พินิจ พังอำนวยผล, 2546)

1. สิทธิประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าธรรมเนียม(สวัสดิการประชาชนหรือบัตรทองที่มี ท.)(WEL)

2. สิทธิประกันสุขภาพแบบเสียค่าธรรมเนียม (บัตรทองที่จ่าย 30 บาท หรือบัตรทองที่ไม่มี ท) (UES)

3. สิทธิบัตรประกันสังคม (SSS)
4. สิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการการเมืองหรือนักการเมือง (SFC)
5. สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (OFC)
6. สิทธิบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท (HLT)
7. สิทธิคนไทยในต่างประเทศ (FRG)
8. สิทธิข้าราชการการเมืองหรือนักการเมือง (BFC)

สิทธิในลำดับดับที่ 4) และ 5) เป็นกลุ่มที่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลมากกว่า 1 สิทธิ โดยสิทธิทั้งหมดนี้เป็นสิทธิที่ออกให้โดยรัฐไม่รวมการประกันกับบริษัทประกันเอกชน

แต่จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเอาสิทธิของประกันสุขภาพมาเป็นตัวแปรอิสระในการศึกษา คือ สิทธิประกันสุขภาพ สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

3.3 คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม

ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย

ค่านิยมเป็นผลรวมของความเชื่อหลาย ๆ อย่างของบุคคล กระบวนการทางความคิดที่มีลักษณะถาวร ซึ่งบุคคลยึดถือหรือปฏิบัติ มีบทบาทสำคัญในการเป็นมาตรฐาน ควบคุมและกำหนดเป้าหมายแนวทางพฤติกรรมอีกทั้งเป็นแกนกลางในการเสริมสร้างแรงจูงใจ เจตคติ ความสนใจ ความตั้งใจ ที่จะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมนั้น (เกียรติศักดิ์ อิชยานันท์, 2526) ฉะนั้นบุคคลที่มีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพสูง กล่าวคือ เห็นคุณค่าของการมีชีวิตและการมีสุขภาพที่ดี ย่อมมีการกระทำพฤติกรรมมากกว่าบุคคลที่ไม่เห็นคุณค่าของการมีชีวิตและสุขภาพ นอกจากนั้นเพนเดอร์(Pender,1987)ได้อธิบายหลักการค่านิยมทางสุขภาพกระบวนการกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยกล่าวว่าการที่บุคคลให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเองมากเท่าไร บุคคลจะแสดงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น จากการศึกษาของประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ (2529) ซึ่งได้ทำการศึกษาค่านิยมและองค์ประกอบด้านจิตวิทยากับการมีส่วนร่วมและการใช้บริการสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนในชนบทไทยผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างให้ค่าต่อ สุขภาพระดับสูง ร้อยละ 25 ให้ค่าต่อสุขภาพในระดับปานกลางและระดับต่ำ และพบความสัมพันธ์ทางบวก ระหว่างค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้บริการและการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐาน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ให้ค่าต่อสุขภาพระดับสูง ระบุว่าได้เป็นสมาชิกและใช้บริการกองทุนยาและกองทุนโภชนาการในหมู่บ้านมากกว่า 1 กลุ่ม ดันน์ (Dunn,1980 ; อ้างในนลินี มกรเสน,2538) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจตน

เกี่ยวกับสุขภาพและค่านิยมทางสุขภาพกับความรู้และทัศนคติในการดูแลตนเองทางการแพทย์ ของนักศึกษาวิชาเอกสุขศึกษาระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี พบว่า นักศึกษาที่มีความสามารถทางวิชาการสูงมีพื้นฐานทางวิชาการดีและมีทัศนคติที่ดีจะมีค่านิยมต่อการดูแลสุขภาพตนเองในทางบวกและยอมรับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางการแพทย์ได้ดีกว่า และจากการศึกษาของ อำพร จันทรรักษา และคณะ (2543) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตความด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า วิถีชีวิตและความเชื่อทางสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

การรับรู้สิทธิ

การรับรู้สิทธิเป็นเรื่องที่ทุกคนให้ความสนใจมาก เพราะสิทธิผู้ป่วยเป็นสิทธิที่ทุกคนพึงมี ประชาชนทุกคนจะต้องรับรู้ เพื่อให้ได้รับบริการทางสุขภาพตามสิทธิที่ควรจะได้รับดังนี้(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2544)

สิทธิประโยชน์ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟู

ก. ชุดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ ต่อไปนี้

1. การตรวจรักษาโรคทั่วไป

1.1 การตรวจ วินิจฉัยโรค และบำบัดทางการแพทย์จนสิ้นสุดการรักษา รวมแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ

1.2 กรณีคลอดบุตร รวมไม่เกิน 2 ครั้ง ที่ลูกยังมีชีวิตอยู่

1.3 การบริการอาหารและการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลสำหรับคนไข้ในเฉพาะอาหารและห้องสามัญ

1.4 ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาโรงพยาบาลภายใต้กรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ

1.5 การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

2. การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

2.1 การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ตามเงื่อนไขการจ่ายที่คณะกรรมการกำหนด

3. กรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

3.1 กรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สามารถใช้บริการในสถานพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศใน 72 ชั่วโมง หลังจากนั้น ต้นสังกัดรับผิดชอบตามเงื่อนไขที่กำหนด

ข. ชุดสิทธิประโยชน์ ไม่ครอบคลุม การบริการทางการแพทย์ ต่อไปนี้

1. กลุ่มที่มีงบประมาณเฉพาะ

1.1 โรคจิต กรณีที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน

1.2 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

1.3 ผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งสามารถใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

2. กลุ่มที่เกินกรอบความจำเป็นพื้นฐาน

2.1 การรักษาภาวะมีบุตรยาก

2.2 การผสมเทียม

2.3 การเปลี่ยนเพศ

2.4 การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

2.5 การตรวจ วินิจฉัย และรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3. กลุ่มอื่น ๆ

3.1 โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทคนไข้ในเกิน 180 วัน ยกเว้น หากมีความจำเป็นต้องรักษา ต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.2 ทันตกรรมยกเว้น การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอม พลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

3.3 การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

3.4 การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3.5 ยาต้านไวรัสเอดส์ ยกเว้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน – ควบคุมโรค ให้บริการดังต่อไปนี้

2.1 การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

2.2 การดูแลสุขภาพเด็ก ตลอดจนการให้ภูมิคุ้มกันการพัฒนาการและโภชนาการ

2.3 การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย จัดทำโดยแพทยสภา 2543 ซึ่งแนะนำโดยราชวิทยาลัยต่าง ๆ

2.4 การวางแผนครอบครัว

2.5 การเยี่ยมบ้าน (Home visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care)

2.6 การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว

2.7 การให้คำปรึกษาสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

2.8 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทางด้านทันตสาธารณสุข ได้แก่

- การตรวจสุขภาพช่องปาก
- แนะนำด้านทันตสุขภาพ
- การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ
- เคลือบหลุมร่องฟัน(ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

สิทธิงานวิจัยนี้ได้นำตัวแปรการรับรู้สิทธิเป็นตัวแปรหนึ่งที่ใช้ในการศึกษา

สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 ข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ คู่สมรส บิดา มารดา และบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย (ไม่รวมบุตรบุญธรรม) นับตั้งแต่คนที่หนึ่งถึงคนที่สาม ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ รวมทั้งข้าราชการบำนาญ และทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดสิทธิได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามเกณฑ์ดังนี้

สถานพยาบาลของทางราชการ จะได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จากทางราชการเต็มจำนวนทั้งประเภทคนไข้ในและคนไข้นอกเว้นแต่

(ก) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ให้เบิกได้ที่กระทรวงการคลัง กำหนดตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค 0502/ว. 755 ลงวันที่ 9 มกราคม 2524

(ข) ค่าห้องและค่าอาหารตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2532 ให้เบิกรวมกันได้ไม่เกินวันละ 300 บาท (ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค. 0514 / ว. 137 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2532) (กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2533)

สิทธิค่ารักษาพยาบาลของผู้ประกันตน

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย มิใช่เนื่องจากการทำงาน) ต้องส่งเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือน จะมีสิทธิได้รับ

- การรักษาพยาบาล ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลที่เลือกไว้ (ยกเว้นโรคที่ไม่อยู่ในความครอบคลุม 15 โรค)
- เงินทดแทนการขาดรายได้ ได้รับอัตรา 50% ของค่าจ้าง ตามใบรับรองแพทย์ ครั้งละไม่เกิน 90 วัน ปีหนึ่งไม่เกิน 180 วัน โรคเรื้อรังไม่เกิน 365 วัน (ต้องใช้สิทธิลาป่วยจากนายจ้างก่อน)

กรณีทุพพลภาพ (มิใช่เนื่องจากการทำงาน) ต้องส่งเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือน จะมีสิทธิได้รับ

- ค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง เดือนละไม่เกิน 2,000 บาท

กรณีคลอดบุตร ต้องส่งเงินสมทบไม่น้อยกว่า 7 เดือน จะมีสิทธิได้รับ

- ผู้ประกันตนชาย ได้รับค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 4,000 บาท/ครั้ง สำหรับภรรยาที่จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย หรือหญิงที่อยู่กินฉันท์สามีภรรยาแต่มิได้จดทะเบียนสมรส
- ผู้ประกันตนหญิง ได้รับค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 4,000 บาท/ครั้ง กรณีสามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ ให้ใช้สิทธิฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง จะมีสิทธิได้รับคนละ 2 ครั้ง รวมกันไม่เกิน 4 ครั้ง โดยบุตรที่นำมาใช้สิทธิเบิกค่าคลอดแล้วไม่สามารถนำมาขอรับค่าคลอดบุตรได้อีก (ทวีสา เครือแพ, 2545)

จากการศึกษาถึงสิทธิการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยพบว่าผู้ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย คือ สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างประจำ สิทธิบัตรประกันตนและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การได้รับข้อข้อมูลข่าวสาร

มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่อาศัยอยู่ร่วมกันซึ่งจะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันทั้งในด้านความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล ตลอดจนการเผยแพร่ข่าวสารต่าง ๆ ของทั้งหน่วยงาน ภาครัฐและเอกชน ทำให้บุคคลจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับรู้ข่าวสารอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การับรู้ข่าวสารย่อมจะทำให้ผู้รับข่าวสารเกิดการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ มากขึ้น การเปิดรับข่าวสารเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับสารนั้น แม็คคอมส์และเบคเกอร์ (McCombs & Becker, 1979) ได้ให้ความเห็นไว้ว่า บุคคลใช้สื่อมวลชนเพื่อการตอบสนองความต้องการของตน 6 ประการ คือ

1. เพื่อต้องการรับรู้เหตุการณ์ (Surveillance) โดยการติดตามความเคลื่อนไหว และสังเกตการณ์รอบตัว เพื่อจะได้รู้ทันเหตุการณ์ให้ทันสมัยและรู้ว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญที่ควรรู้

2. เพื่อต้องการร่วมตัดสินใจ (Decision) โดยเฉพาะการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน การรับรู้ข่าวสารทำให้บุคคลสามารถกำหนดความคิดเห็นของตนต่อสภาพหรือเหตุการณ์รอบ ๆ ตัว

3. การพูดคุยสนทนา (Discussion) การรับรู้ขาวสารทำให้บุคคลมีข้อมูลที่นำไปใช้ในการพูดคุยกับบุคคลอื่น

4. เพื่อความต้องการมีส่วนร่วม (Participating) ในเหตุการณ์และความเป็นไปต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว

5. เพื่อเสริมสร้างความคิดเห็น (Reinforcement) ช่วยเสริมความคิดเห็นให้มั่นคงยิ่งขึ้น หรือช่วยสนับสนุนการตัดสินใจที่ได้กระทำไปแล้ว

6. เพื่อความบันเทิง (Entertainment) เพื่อความเพลิดเพลินรวมทั้งการผ่อนคลายอารมณ์

การรับข่าวสารของบุคคลสามารถรับข่าวสารได้จาก 2 ช่องทางการสื่อสาร (Roger and Shoemaker, 1971 อ้างใน จิราพร จักรไพวงศ์, 2529) คือ

1. ช่องทางสื่อสารมวลชน (Mass Media Chanels) เป็นการถ่ายทอดข่าวสารโดยผ่านสื่อมวลชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ภาพยนตร์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น ซึ่งแหล่งข่าวอาจเป็นบุคคลเดียว หรือสองคน หรือมากกว่านั้นก็ได้ โดยที่บุคคลเหล่านั้นส่งข่าวสารไปยังผู้ฟังผู้ชมจำนวนมาก ๆ นอกจากนั้นสื่อมวลชนสามารถนำข่าวสารไปยังผู้รับจำนวนมากได้อย่างรวดเร็ว

2. ช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Chanels) เป็นการถ่ายทอดข่าวสารระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป

ในกระบวนการถ่ายทอดความรู้ ข้อมูลข่าวสารไปยับงกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ สื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ ให้ถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ สื่อจะทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมหรือสร้างประสบการณ์ให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ในกระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ต่าง ๆ หลักการเลือกสื่อในกระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ต่าง ๆ ให้ยึดหลักดังนี้ คือ คนเราสามารถเข้าใจในสิ่งที่เป็นรูปธรรม (Concrete) หรือสิ่งที่เรียนรู้ด้วยความคิด จินตนาการ ดังนั้น ในการเลือกสื่อจะต้องเลือกใช้สื่อที่สามารถจัดประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมให้กับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หรือใช้ผสมผสานกันให้เหมาะสม (ระเด่น หัสดี, 2536)

การได้รับข่าวสารของบุคคลจากสื่อต่าง ๆ จะทำให้ภาวการณ์จูงใจในตัวบุคคลเปลี่ยนแปลงจนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบทางด้านความรู้ (Cognitive Component) และทำให้เกิดการยอมรับในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ซึ่งสัมพันธ์กับค่านิยมที่บุคคลนั้นมีอยู่ และมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบทางด้านความรู้สึก/ค่านิยม (Affective Component) และองค์ประกอบทางด้านการปฏิบัติ (Behavioral Component) (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536)การเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น ย่อมจะทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความตระหนักในที่สุด เมื่อใดก็ตามที่ประชาชนเกิดความกลัวในเรื่องของความเสี่ยงในเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งนั้น ย่อมหมายความว่าพวกเขาไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ดังนั้นการเพิ่มข้อมูลที่ถูกต้องจากผู้รู้จริง และการเพิ่มคุณภาพของการสื่อสารเข้าไป ย่อมทำให้ประชาชนมีความรับรู้ที่กระจ่างชัดขึ้น และมีความตระหนักในเหตุการณ์นั้น ๆ มากขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงความตระหนัก ได้แก่ ผู้สื่อสารหรือ ผู้ส่ง (Sender) ข่าวสารหรือเนื้อหาสาระเรื่องราว (Message) ช่องทาง (Channel) และผู้รับ (Receiver) ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการติดต่อสื่อสาร (วิรัช อภิรัตนกุล, 2538)

การวิจัยครั้งนี้ จะศึกษาถึงการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถึงความถี่ในการรับรู้ข่าวสารทั้งจากสื่อมวลชน ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์หรือวารสารหรือนิตยสาร สิ่งตีพิมพ์ เช่น แผ่นพับ ใบปลิว โปสเตอร์ เป็นต้น และจากสื่อบุคคล ได้แก่ ผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น เจ้าหน้าที่ของรัฐ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน การประชุมหรือการอบรม เป็นต้น เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข่าวสาร พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen ,1975) ได้ศึกษารูปแบบการใช้บริการสุขภาพโดยเริ่มตั้งแต่ตัวชี้วัดทางด้านสังคม นโยบายสาธารณสุข ลักษณะระบบบริการสาธารณสุข ลักษณะประชาชนผู้รับบริการ อันจะมีผลไปถึงการใช้บริการทางด้านสาธารณสุขและความพึงพอใจที่ประชาชนจะได้รับดังนี้คือ

1. นโยบายสาธารณสุข (Health Policy) นับว่ามีความสำคัญมากที่จะส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ได้มีการปรับปรุง เช่น การจัดสรรงบประมาณ การจัดระบบการศึกษา การจัดอัตรากำลัง และการจัดองค์กรสาธารณสุข ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ใช้ในการประเมินการใช้บริการสาธารณสุขได้

2. ลักษณะระบบบริการสาธารณสุข (Characteristics of Health Deliverry system) องค์ประกอบที่มีความเกี่ยวข้องต่อลักษณะระบบบริการสาธารณสุข จะคำนึงถึงผลที่รับบริการจะได้รับเป็นสำคัญ ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การจัดสรรทรัพยากร ทั้งด้านบุคคลากร ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่จะต้องมีทั้งปริมาณ และการกระจายอย่างเพียงพอต่อการให้บริการสาธารณสุข

2.2 การบริหารจัดการด้านสาธารณสุขคำนึงถึงการประสานงาน ควบคุมกำกับงานของบุคลากรในการให้บริการสาธารณสุขและองค์ประกอบที่จะเข้าสู่ระบบบริการได้ง่าย เช่น ระยะเวลาที่จะเดินทางไปสถานบริการ เวลาที่รอคอยในการรับบริการ ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวจะต้องมาจากการบริหารงานตามโครงสร้างของระบบบริการที่เกิดขึ้น ขณะที่ผู้ใช้บริการไปพบเห็นในการรับบริการครั้งนั้น

กล่าวโดยรวมแล้ว ระบบบริการสาธารณสุขจะมองในภาพรวมของตัวระบบมากกว่าที่จะเป็นรายบุคคล

3. ลักษณะประชาชนผู้รับบริการ (Characteristics of Population at risk) ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ

3.1 ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรด้านลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลของผู้ใช้บริการ ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย

3.2 ปัจจัยสนับสนุน เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถไปใช้บริการได้ ประกอบด้วยรายได้ของครอบครัว ความครอบคลุมในด้านประกันสุขภาพและการกระจายแหล่งบริการในชุมชน ซึ่งก็คือระยะทางที่จะเกื้อกูลในการใช้บริการ

3.3 ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นจำเป็นจะต้องใช้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพและการประเมินการเจ็บป่วย

4. การใช้บริการสาธารณสุข (Utilization of Health Services) ประกอบด้วย ชนิดของสถานบริการ จุดประสงค์ของการใช้ และเวลาที่ใช้บริการ ซึ่งองค์ประกอบดังกลาวจะส่งผลในการใช้บริการสาธารณสุขครั้งนั้น ๆ ของประชาชน

5. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Consumer Satisfaction) เป็นความรู้สึกที่ผู้รับบริการได้รับจากประสบการณ์ในการไปรับบริการในแต่ละครั้ง ความพึงพอใจที่กล่าวถึงนี้หมายถึง

5.1 ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ

5.2 ความพึงพอใจต่อความเสมอภาคในการบริการ

5.3 ความพึงพอใจต่ออัธยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ

5.4 ความพึงพอใจต่อการได้รับคำแนะนำข้อมูลจากการบริการ

5.5 ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ

5.6 ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการ

3.4 คุณภาพบริการ และการเข้าถึงบริการ

คุณภาพบริการ

คุณภาพบริการเป็นสิ่งที่ได้รับการกล่าวถึงมากขึ้นและถือเป็นเป้าหมายสำคัญของบริการสุขภาพ โดยคุณภาพบริการหมายถึง ความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการระดับความสามารถของบริการในการบำบัดความต้องการของผู้รับบริการ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังจากได้รับบริการไปแล้ว และได้มีผู้เสนอให้ประเมินคุณภาพบริการทางการแพทย์ในลักษณะที่คล้ายคลึงกันได้แก่

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2536) กล่าวว่าองค์ประกอบของคุณภาพบริการมี 4 ประการ คือ การเข้าถึงบริการลักษณะทางกายภาพที่น่าพึงพอใจ มนุษย์สัมพันธ์และเทคนิคบริการ ส่วนเกณฑ์การประเมินผลองค์ประกอบทั้ง 4 คือ ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความต่อเนื่องและความปลอดภัย

ศุภชัย คุณรัตนพฤกษ์ และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล(2536) เสนอให้ประเมินคุณภาพบริการสาธารณสุขจาก

1. ความคิดเห็นของประชาชนผู้รับบริการในด้านความไม่สะดวกสบาย ความล่าช้า ความแออัด ความไม่เป็นกันเองและการไม่ได้รับข้อมูล
2. ปัญหาคุณภาพเทคนิคบริการ เช่น ผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการคาดไว้ การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เป็นต้น

โดยสรุปคุณภาพบริการ หมายถึง ประสิทธิผลของบริการสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินจากดัชนีของซีทัมและคณะ(Ziethaml, et al, 1988) ซึ่งมีตัวชี้วัด 5 ด้าน ได้แก่

1. ความเชื่อถือไว้วางใจ
2. การให้ความมั่นใจต่อผู้รับบริการ
3. ความเป็นรูปธรรมของบริการ
4. การตอบสนองต่อผู้รับบริการ
5. ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ

ตาแนวคิดของแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพคุณภาพบริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติสุขภาพของบุคคล โดยถูกกำหนดเป็นตัวแปรภายนอกในกลุ่มปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งจำแนกเป็นตัวแปรย่อยได้แก่ นโยบาย การจัดสรรทรัพยากรและการจัดองค์กร ซึ่งจัดว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการใช้บริการสุขภาพหรือการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคล นอกจากนั้นคุณภาพบริการยังประเมินได้จากความพึงพอใจของผู้ใช้บริการซึ่งเป็นตัวแปรผลลัพธ์ของการปฏิบัติด้านสุขภาพหรือการใช้บริการสุขภาพ โดยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจะมีอิทธิพลทางอ้อมหรือส่งผลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพโดยผ่านปัจจัยตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุนและความต้องการด้านสุขภาพ

มีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ โดยมยุรี คชนาม (2536) พบว่า การรับรู้ต่อการบริหารจัดการ การให้บริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยและความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นตัวทำนายหรืออธิบายพฤติกรรมการใช้บริการได้ดีที่สุด เช่นเดียวกันกับการศึกษาของกุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไทย (2539) พบว่าคุณภาพบริการวัดจากความเชื่อถือในตัวแพทย์ ความเชื่อถือในสถานบริการและความพึงพอใจในบริการที่เคยได้รับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการภาคเอกชน นอกจานั้นกิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์ (2542) ศึกษาพบว่าความพึงพอใจในคุณภาพบริการมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน

การเข้าถึงบริการ

การเข้าถึงบริการ ได้ถูกนำมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาการใช้บริการสาธารณสุขมาเป็นระยะเวลานานและพบว่าเป็นปัจจัยสนับสนุนอันหนึ่งให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพนชานสกีร์และโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้รับบริการ

2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวกโดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งการเดินทาง

3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้รับบริการยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก

4. ความสามารถของผู้รับบริการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการหรือการมีประกันสุขภาพ

5. การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) ซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะผู้ให้บริการ

พาราสุรามาน ซีทัมล์และเบอร์รี (Parasuraman, Ziethaml & Berry ; 1988 อ้างในกิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์, 2542) ได้ให้ความหมายของการเข้าถึงบริการว่าหมายถึงการที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการมารับบริการและได้ให้แนวคิดการเข้าถึงบริการซึ่งประกอบด้วย

1. ผู้รับบริการเข้าใช้หรือได้รับความสะดวก ระเบียบขั้นตอนไม่ควรมากมายซับซ้อน
2. ผู้รับบริการใช้เวลาคอยน้อย
3. เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่สะดวกสำหรับผู้รับบริการ
4. อยู่ในสถานที่ผู้รับบริการติดต่อสะดวก

ดังนั้นการเข้าถึงบริการจึงหมายถึง การที่ประชาชนผู้มีหลักประกันสุขภาพสามารถใช้บริการสุขภาพได้สะดวก โดยพิจารณาจากจำนวนสถานบริการที่มีอยู่ในเขตอาศัย ความสะดวกรวดเร็วในการมารับบริการในด้านการเดินทางทั้งระยะทางและระยะเวลาในการเดินทาง เวลาที่มาใช้บริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ได้มีผู้นำเอาตัวแปรเหล่านี้ไปศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพพบว่าการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการใช้บริการสุขภาพ (Hunda& Wheat, 1985 อ้างในมยุรี คชนาม 2536) และแสดงทอง แหงมงาม (2532) พบว่าพฤติกรรมการใช้บริการรักษาพยาบาลของประชาชนมีเหตุผลสำคัญคือใกล้บ้านและเดินทางสะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี คชนาม(2536) ที่พบว่าระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัย นอกจากนั้นกุศล สุนทรธาดาและวรชัย ทองไท (2539) พบว่าเวลาที่ใช้ในการเดินทางและเวลาที่คอยตรวจรักษามีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพที่สถานบริการเอกชน ในส่วนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก็มีรายงานการศึกษาไว้เช่น วนลดา ทองใบ (2540) พบว่าการเข้าถึงบริการจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพมีความสั มพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในคนงานสตรี ศิรินทิพย์ โกนสันเทียะ (2541) พบว่าการมีหลักประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและไพโรจน์ พรหมพันใจ(2540)พบว่าทางไปสถานบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงาน กล่าวโดยสรุปการเข้าถึงบริการมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของประชาชน

3.5 การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived self-efficacy) ในการดูแลสุขภาพ

แบนดูรา (Bandura, 1989) เสนอแนะว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่อความสามารถของตนเองในการที่จะควบคุมหรือจัดการต่อสิ่งต่างๆ เหตุการณ์ และ / หรือดำเนินการใดๆเพื่อให้ตนเองประสบความสำเร็จในการกระทำใดๆ หรือสิ่งที่คาดหวังไว้ว่าจะกระทำให้สำเร็จ เป็นตัวแปรที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปดังที่ตนเองคาดหวังว่าจะเป็น

การรับรู้ความสามารถแห่งตนนี้ ประกอบด้วย ความสามารถแห่งตนในอันที่จะนำทักษะทั้งด้านความรู้สึกนึกคิด ทักษะทางสังคม และทักษะด้านปฏิบัติของตน ไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นจุดหมายปลายทาง บุคคลที่รับรู้ความสามารถแห่งตนสูงจะเพียรพยายามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย แม้ว่าจะมีปัญหา หรืออุปสรรคเกิดขึ้นก็สามารถควบคุม และแก้ไขได้ (Bandura, 1988) ดังนั้นการรับรู้ความสามารถแห่งตนนี้จะช่วยอธิบายว่าทำไมบุคคลที่มีความรู้ และทักษะที่ไม่แตกต่างกัน จึงมีระดับของการกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

แบนดูรา (Bandura, 1986) อธิบายว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนจะมีผลให้บุคคลใช้ทักษะด้านต่างๆเพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสม และนำไปสู่เป้าหมายได้ในที่สุด และในบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำ ก็จะล้มเลิกการกระทำโดยง่ายเมื่อพบปัญหา อุปสรรค หรือเมื่อต้องกระทำกิจกรรมที่ยาก

องค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนนี้แบ่งได้เป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยประสบความสำเร็จในกิจกรรมนั้นๆ (Performance accomplishment) เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อต่อความสามารถของตนในการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ

2. การได้เห็นตัวอย่าง หรือรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในกิจกรรมนั้นๆ ของบุคคลอื่น (Vicarious experiences) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนว่าจะดำเนินกิจกรรมนั้นได้หรือไม่

3. การได้รับแรงจูงใจ หรือการกระตุ้นจากบุคคลอื่นๆ (Verbal persuasion) จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลมั่นใจต่อการเอาชนะอุปสรรคและมีพลังที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมาย

4. สภาวะทางกายของบุคคล ต่อความเหมาะสมที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ (Physiological states) ถ้าบุคคลมีสภาวะทางกายที่ไม่พร้อมเช่นในภาวะเครียด ตื่นเต้น หรือเหนื่อยเพลียก็เป็นสาเหตุให้การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำลงได้

มีงานวิจัยหลายงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการทำพฤติกรรมนั้นๆ เช่นการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการที่จะหยุดสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการหยุดสูบบุหรี่ นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การใช้วิธีคุมกำเนิด และการป้องกันโรคเอดส์ยังมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆด้วย (O' Leary, 1985; Strecher et al., 1986; Yalow & Collins, 1989; Bandura, 1992) ดังนั้นนักวิจัยหลายๆคนจึงสนับสนุนว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Maibach & Murphy, 1995; Pender, 1996)

3.6 การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (Perceived social support)

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลต่อแรงสนับสนุนการช่วยเหลือ หรืออิทธิพลของคนอื่นๆในเครือข่ายสังคมของตน ได้แก่ พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง และเพื่อน ที่มีต่อกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่บุคคลนั้นๆ ตั้งใจจะกระทำ แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางสังคม จิตวิทยา โดยมีแนวคิดว่า ปัจจัยทางจิตสังคมมีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่ต้องมีการพึ่งพาอาศัย ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกต่อกัน ผลงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งสอดคล้องไปกับแรงสนับสนุน เช่น ในการวิจัยทางการพยาบาลพบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น (Ngamnit, 2001) และเพ็นเดอร์ (Pender, 1996) ได้รวมเอาแรงสนับสนุนทางสังคมไว้เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล

เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมของมนุษย์ และเป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญที่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตของบุคคล ช่วยในการปรับตัวและลดภาวะเครียดของบุคคล จึงมีผู้ศึกษากันอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านความหมายและโครงสร้าง โดยมีแนวคิดทฤษฎีหลายๆ ทฤษฎี ดังต่อไปนี้

ไวส์ (Weiss, 1974) มีแนวคิดว่าการสนับสนุนทางสังคมหมายถึง ความสัมพันธ์ของบุคคลทางสังคมที่จะธำรงไว้ซึ่งความผาสุกด้านจิตใจ โดยแบ่งออกได้เป็น 6 ด้านดังนี้

1. ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก และได้รับการดูแลเอาใจใส่ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยเพิ่มขึ้น

2. การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึงการมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ทำให้เกิดการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนกัน รวมทั้งความรู้สึกห่วงใยความเข้าใจกัน

3. โอกาสในการเลี้ยงดูผู้อื่น (The opportunity for nurturance) หมายถึงการที่บุคคลมีโอกาสในการเลี้ยงดู และช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตัวเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นเป็นที่พึ่งพาของคนอื่น

4. การได้รับความมั่นใจว่าตนเป็นผู้มีคุณค่า (Reassurance of worth) หมายถึงการที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม

5. ความเชื่อมั่นในการได้พึ่งพา (Sense of reliable alliance) ซึ่งการสนับสนุนนี้ได้รับจากครอบครัว หรือเครือญาติ

6. การได้รับการชี้แนะ (The obtaining of guidance) หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร จากบุคคลที่ตนศรัทธา และเชื่อมั่น ในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียด หรือภาวะวิกฤติ

คอบบ์ (Cobb, 1976) มีแนวคิดว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีผู้ดูแล เอาใจใส่ และให้ความรัก เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเขา และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการติดต่อสัมพันธ์กันในเครือข่ายสังคม เป็นความผูกพันซึ่งกันและกัน

กอทท์เลียบ (Gottlieb, 1978) ให้แนวคิดว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นพฤติกรรมช่วยเหลือเกื้อกูล ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ด้านได้แก่

1. การช่วยเหลือด้านจิตใจ (Emotional sustaining behaviors)
2. การช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหา (Problem solving behaviors)
3. การที่บุคคลเชื่อว่าตัวเขาจะได้รับความช่วยเหลือเมื่อต้องการ (Indirect personal influence)
4. การมีเครือข่ายสังคมที่จะช่วยสนับสนุน (Environmental action)

คาห์นและแอนโทนัชชิ (Kahn & Antonucci, 1980) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการแสดงออกของลักษณะดังต่อไปนี้หนึ่งอย่างหรือมากกว่า ได้แก่

1. ความผูกพันทางอารมณ์ (Affection) เป็นการแสดงออกของอารมณ์ในทางบวก หรือความพึงพอใจของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งแสดงออกในรูปของความชอบ ความรัก ความชื่นชม การเคารพ

2. การยอมรับ หรือรับรองเกี่ยวกับความคิด พฤติกรรม (Affirmation) เป็นการแสดงความเห็นด้วย ยอมรับในความคิด และพฤติกรรม

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้วยสิ่งของ เงินทอง ข้อมูลข่าวสาร หรือเวลา

เฮาส์ (House, 1981) เสนอว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันแบ่งออกได้เป็น 4 ด้านดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ รับฟังปัญหา และยกย่องชมเชย

2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการยอมรับพฤติกรรมของบุคคลนั้นว่าเหมาะสม ให้คำแนะนำสะท้อนกลับ และเปรียบเทียบกับการกระทำของผู้อื่นในสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) ได้แก่การให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ เพื่อให้บุคคลมีความเข้าใจ ลดภาวะเครียด และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคมได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านวัสดุ สิ่งของ เงินทอง แรงงาน การบริการ หรือเวลา

นอร์เบค และทิลเดน (Norbeck & Tilden, 1988) เสนอแนะว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจง ได้แก่

1. ความสัมพันธ์นี้จะต้องช่วยประคับประคองด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือเกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

2. บุคคลจะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคมของตน

3. ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลควรเป็นความสัมพันธ์ที่มีทั้งการให้และรับจากบุคคลในเครือข่ายสังคมของตน

โดยสรุป แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วยลักษณะ 3 ด้าน ได้แก่

1. ทางด้านจิตวิทยาซึ่งหมายถึง ความรัก ความชื่นชม เชื่อมั่น และการยอมรับเข้าอยู่ในกลุ่มสังคม

2. ด้านคำแนะนำ / ข้อมูลที่จะช่วยให้บุคคลแก้ปัญหา ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม และบรรเทาความเครียดในชีวิตประจำวัน

3. ด้านความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ สิ่งของ เงินทอง เวลา ฯลฯ

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม หรือการวัดแรงสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันตามแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวัด การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมควรพิจารณา 3 ส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการประเมินหรือการวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

1. ลักษณะที่เฉพาะเจาะจงหรือทั่วไปของแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น House (1981) แนะนำว่าควรวัดแรงสนับสนุนทางสังคมแบบเฉพาะเจาะจงนั่นคือเป็นการได้รับความช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ โดยตรงมากกว่าจะเป็นการวัดแรงสนับสนุนทางสังคมแบบทั่วๆ ไปที่ไม่เจาะจง Ngamnit (2001) ศึกษาการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่วัดแบบเฉพาะเจาะจงต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะ 3 เดือนหลังคลอด

2. การประเมินชนิดและรูปแบบของแรงสนับสนุนทางสังคม หรือประเมินแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับที่แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันทางเครือญาติ หรือ เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้คุ้นเคย (Informal group) ได้แก่ บุคคลที่อยู่ในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่น้อง ลูก หลาน และบุคคลในสังคมใกล้ชิด เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนในที่ทำงาน ผู้คุ้นเคยที่มีการติดต่อกัน ซึ่งกราโนเวทเทอร์ (Granoveter, 1973) ได้แนะนำว่า แรงสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมีความรักผูกพัน จะเข้มแข็งกว่าแรงสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันห่างๆ

2.2. กลุ่มทางวิชาชีพ หรือองค์กรที่ให้การช่วยเหลือ (Formal group) ได้แก่ บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่มีหน้าที่ในการให้การช่วยเหลือดูแล เช่นแพทย์ พยาบาล ฯลฯ หรือ กลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเป็นสมาคม ชมรมและให้การช่วยเหลือ ได้แก่ องค์กรทางศาสนา ชมรมต่างๆ

แหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ เช่น มารดาวัยรุ่นมักได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากมารดาของตนเอง (Ngamnit, 2001)

3. การประเมินแรงสนับสนุนโดยตรง (Objective) หรือการประเมินการรับรู้ต่อแรงสนับสนุนทางสังคม (Subjective) ซึ่งจะประเมินตามการรับรู้ของบุคคล (Perception)ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

จากรายงานการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่นการศึกษาของจริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอรชร ณ ระนอง (2535) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 581 คน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการรักษาโรค

วลิดา ศักดิ์บัณฑิตสกุล (2542) ศึกษาในสตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอจังหวัดสระบุรีจำนวน 480 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงิน แรงงานและเวลา และด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

มาลัย สำราญจิตต์ (2543) ศึกษาในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 180 รายที่มารับบริการการตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 6 แห่ง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

โดยสรุปแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวในสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยช่วยเหลือด้วยการให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของหรือเวลา และให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถแก้ปัญหาต่างๆได้ ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ซึ่ง เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอแนะว่าหน้าที่ของกลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพมีดังต่อไปนี้

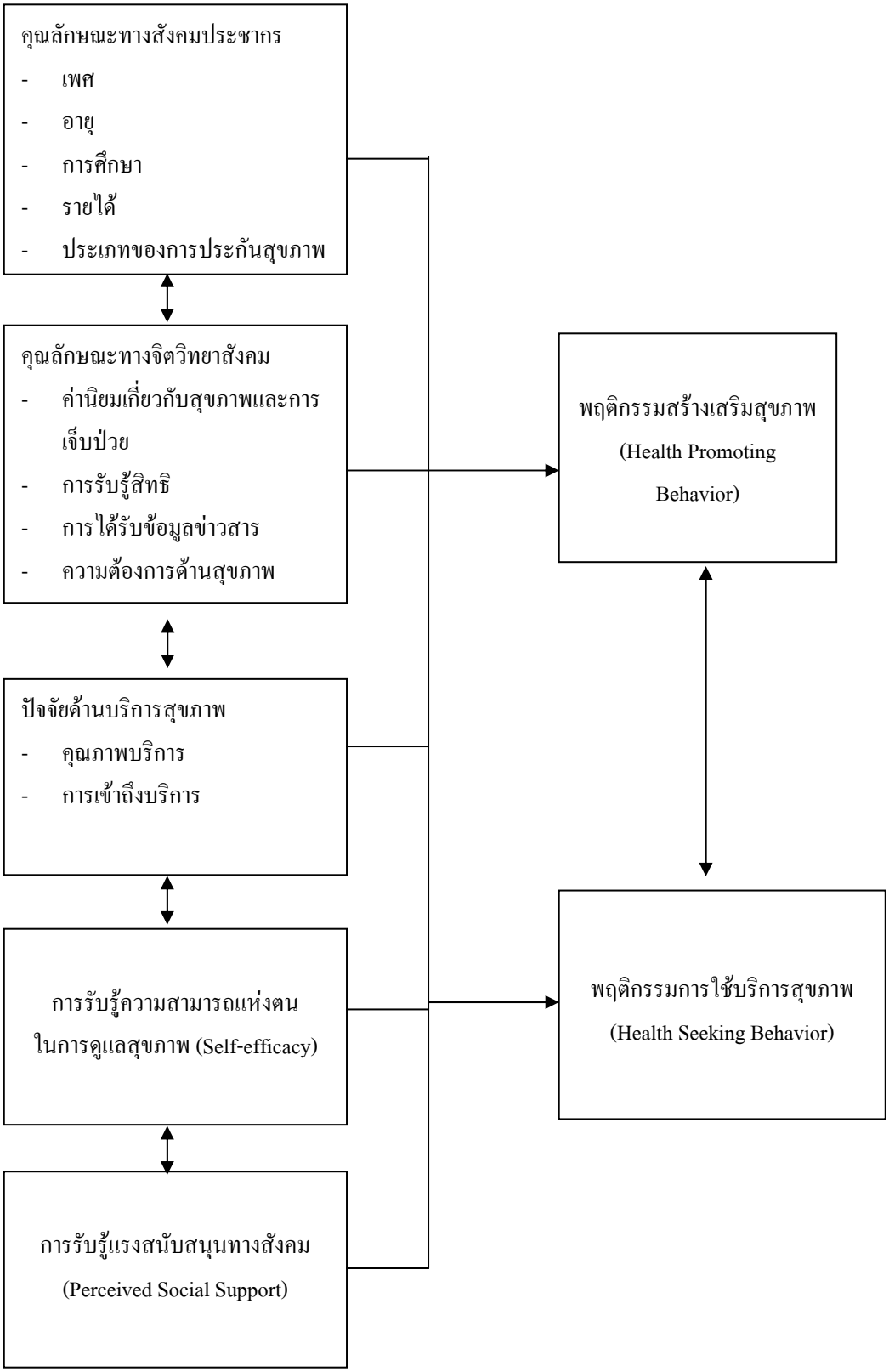
1. สร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกในคุณค่าของตน และความมีสุขภาวะ

2. ช่วยลดภาวะเครียด ทำให้เกิดการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

3. ให้ข้อมูลป้อนกลับ หรือรับรองการกระทำใดๆ ทำให้มีการคาดการณ์ และเกิดผลลัพธ์ตามที่สังคมต้องการ ซึ่งก่อให้เกิดการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

4. ทำให้มีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ทางด้านลบ หรือภาวะเครียดได้เหมาะสม ทำให้มีศักยภาพที่จะป้องกันความเจ็บป่วย

จากการทบทวนแนวคิดของทฤษฎีและแบบจำลองต่าง ๆ ที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการสร้างสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนพบว่า แนวคิดของทฤษฎีและแบบจำลองตาง ๆ มีความคล้ายคลึงกัน แตกต่างกันแต่เพียงจุดเน้น คณะผู้วิจัยได้รับแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์ซัน ที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านบริการสุขภาพและบริการสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ตัวแปรคุณลักษณะทางสังคมประชากร คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม ปัจจัยด้านบริการสุขภาพและนำแนวคิดเรื่องการรับรู้ ความสามารถแห่งตนในการดูแบสุขภาพของ Bandura (1977) และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1980) มาอธิบายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pander (1996) และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพตามแนวคิดของ Kleinman(1980) สรุปได้เป็นกรอบแนวคิดของคณะผู้วิจัยดังภาพ



ภาพประกอบที่ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์และการ Focus group เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยด้านคุณลักษณะทางสังคมประชากร คุณลักษณะทางด้านจิตวิทยาสังคม ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการใช้บริการ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจำแนกตามประเภทของการประกันสุขภาพ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(Universal Coverage) ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และผู้มีประกันสังคมในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ คำนวณจากสูตรการประมาณกลุ่มตัวอย่างของยามาเน(สมชาติ สว่างเนตร,2538) ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 400 คน แต่เพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 1,200 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มดังต่อไปนี้

- สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งภาคใต้เป็น 2 ส่วน คือ ภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง เนื่องจากมีความแตกต่างของบริบท
- สุ่มอย่างง่ายมาส่วนละ 2 จังหวัด
- จากแต่ละจังหวัด สุ่มอย่างง่ายมาจังหวัดละ 2 อำเภอ
- ในแต่ละจังหวัดสุ่มตัวอย่างประชากรให้ได้สัดส่วนของกลุ่มผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ผู้ประกันสังคม : ข้าราชการ ตามสัดส่วนจริงในจังหวัดเป้าหมาย ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชาชนจำแนกตามสิทธิที่ใช้

จังหวัด	จำนวนตัวอย่าง (คน)						
	UC		ประกันสังคม		ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ		รวม
	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	
สุราษฎร์ธานี	711,441	255	66165	24	57185	21	300
พังงา	179,807	254	18417	26	15976	20	300
ตรัง	459,783	253	50471	28	35245	19	300
ยะลา	377,405	267	19615	14	26453	19	300

- สุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างในแต่ละอำเภอดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสิทธิที่ใช้

จังหวัด	อำเภอ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)			
		UC	ประกันสังคม	ข้าราชการ/รัฐ	รวม
สุราษฎร์ธานี	เมือง	128	12	11	151
	พนม	127	12	10	149
พังงา	เมือง	128	13	11	152
	ตะกั่วป่า	126	12	10	148
ตรัง	เมือง	127	14	10	151
	ย่านตาขาว	126	14	9	149
ยะลา	เมือง	134	7	10	151
	ธารโต	133	7	9	149

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน 80 คน (จังหวัดละ 20 คน)

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เจาะลึก และ Focus group ใช้ระยะเวลาเดือนพฤษภาคม – ตุลาคม 2546 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

2.1 ปฐมนิเทศคณะผู้ช่วยวิจัย

2.2 จัดฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แต่ละคนเก็บข้อมูลไปในแนวทางเดียวกัน

2.3 ทดลองเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยแล้วนำผลการเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์พิจารณาผลการเก็บข้อมูลเพื่อหาค่าความเที่ยงของการเก็บรวบรวมข้อมูล (Interrater Reliability)

2.4 ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

2.5 แบ่งเก็บข้อมูลตามหมู่บ้านที่กำหนดไว้ในการเลือกลุ่มตัวอย่าง

2.6 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.7 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะสังคมประชากร เป็นแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ประเภทของการประกันสุขภาพและอาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย จำนวน 14 ข้อ โดยมีข้อคำถามที่มีข้อความลักษณะทางบวกจำนวน 11 ข้อ และข้อความทางลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 8 และ 13 ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 70 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	คะแนนข้อความที่มีลักษณะทางบวก	**คะแนนข้อความที่มีลักษณะทางลบ**
ลักษณะคำตอบ		
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนใช้เกณฑ์ของ Class interval ของ Best (1970) Maximum – Minimum / Class number

2. การรับรู้สิทธิ ของประชาชนต่อการบริการสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1 สำหรับผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้า ข้อคำถามมีจำนวน 11 ข้อ โดยใช้ข้อคำถามที่มีข้อความลักษณะทางบวก จำนวน 3 ข้อ ข้อคำถามทางลบจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3 ,4,5,7,8,9 และ 10 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบใช่ – ไม่ใช่ มีคะแนน 0-11 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	คะแนนข้อความที่มีลักษณะทางบวก	**คะแนนข้อความที่มีลักษณะทางลบ**
ใช่	1	0
ไม่แน่ใจ	0	0
ไม่ใช่	0	1

2.2 สำหรับผู้ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และผู้ใช้บัตรประกันสังคม เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และบัตรประกันสังคม ข้อคำถามมีจำนวน 11 ข้อ โดยใช้ข้อความที่มีลักษณะทางบวก จำนวน 7 ข้อ ข้อความทางลบ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ใช่ – ไม่ใช่ มีคะแนน 0-11 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	คะแนนข้อความที่มีลักษณะทางบวก	**คะแนนข้อความที่มีลักษณะทางลบ**
ใช่	1	0
ไม่แน่ใจ	0	0
ไม่ใช่	0	1

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1984 ดังนี้)

คะแนนเท่ากันหรือมากกว่าร้อยละ 80	สูง
คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79	ปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	ต่ำ

3. แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารของประชาชน ข้อคำถามมีจำนวน 2 ตอน ตอนที่ 1 การได้รับข้อมูล

ข่าวสาร เคย และไม่เคย ได้รับข้อมูลข่าวสาร ตอนที่ 2 ประเภทสื่อ/แหล่งข่าวสารที่ได้รับมี 9 ข้อ แบบให้เลือกตอบ ได้มากกว่า 1 ข้อ

4. แบบสอบถามความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อประเมินความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ข้อคำถามมีจำนวน 22 ข้อ โดยข้อคำถามมีข้อความลักษณะทางบวก จำนวน 12 ข้อ ข้อคำถามลักษณะทางลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 4, 5, 8, 10, 11, 14, 15, 16 และ 17 ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-66 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	คะแนนข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวก	**คะแนนข้อคำถามที่มีลักษณะทางลบ**
ใช่	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่ใช่	1	3

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านบริการสุขภาพ

1. แบบสอบถามคุณภาพบริการเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินคุณภาพบริการของสถานบริการสาธารณสุขตามความคิดเห็นของประชาชน มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยข้อคำถามมีข้อความลักษณะทางบวก 16 ข้อ ข้อความลักษณะทางลบจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 9, 16 และ 19 ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 100 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	คะแนนข้อความที่มีลักษณะทางบวก	**คะแนนข้อความที่มีลักษณะทางลบ**
ลักษณะคำถาม		
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	5

2. แบบสอบถามเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มาเพื่อประเมินตามสภาพที่ใช้บริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนโดยพิจารณาจากระยะทาง ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ความสะดวกในการเดินทาง ความสะดวกในการรับบริการ มีจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัดความคิดเห็นของประชาชนต่อความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพของตนเองมีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ โดยข้อความมีลักษณะทางบวก จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีคะแนนตั้งแต่ 1 – 90 โดยเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของประชาชนมีข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีคะแนนตั้งแต่ 1 – 95 คะแนน โดยเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
น้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มและนำผลการวิเคราะห์มาพัฒนาเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน มีข้อคำถามจำนวน 51 ข้อ โดยแบบสอบถามมีข้อความที่มีลักษณะทางบวก จำนวน 39 ข้อ และข้อความทางลบ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 7, 8, 9, 10,19, 22, 23, 25, 27, 31, 33 และ 34 ลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 255 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ลักษณะคำตอบ	คะแนนข้อความที่มีลักษณะทางบวก	คะแนนข้อความที่มีลักษณะทางลบ
ปฏิบัติทุกครั้ง	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัติบางครั้ง	2	3
ไม่เคยปฏิบัติ	1	4

เกณฑ์การแปลผลโดยใช้สูตรการคำนวณหาความกว้างของชั้นดังนี้

ความกว้างของชั้น = ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด/จำนวนชั้น

คะแนน 5 ระดับ

1.00 – 2.33 หมายถึง ระดับน้อย

2.34 – 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง

3.67 – 5.00 หมายถึง ระดับมาก

คะแนน 4 ระดับ

1.00 – 2.00 หมายถึง ระดับน้อย

2.01 – 3.00 หมายถึง ระดับปานกลาง

3.01 – 4.00 หมายถึง ระดับมาก

คะแนน 3 ระดับ

1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับน้อย

1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง

2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับมาก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ เป็นแบบสอบถามปลายเปิด ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตอนที่ 4 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. การทำ Focus group หมู่บ้านละ 1 ครั้ง รวม 8 ครั้ง โดยสุ่มจากประชาชนผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และบัตรประกันสังคม

2. หลังจากทำ Focus group แล้ว เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก จังหวัดละ 20 คน โดยสัมภาษณ์กลุ่มผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรข้าราชการ และบัตรประกันสังคม ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

4. การสร้างเครื่องมือ

สร้างแบบสัมภาษณ์เจาะลึกและแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้บริการ สุขภาพและแบบสอบถามคุณลักษณะสังคมประชากร คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ดำเนินการสร้างดังนี้

1. ศึกษาเอกสารตำรางานวิจัยต่าง ๆ
2. กำหนดกรอบคำถามสำหรับแบบสัมภาษณ์เจาะลึก และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิดู
3. ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึกแล้วนำมาปรับแบบสัมภาษณ์
4. วิเคราะห์ข้อมูลจากการใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อนำมาปรับข้อคำถามในการสร้างแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสุขภาพ
5. สร้างแบบสอบถามและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญในเนื้อหาส่วนนั้น ๆ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา(Content Validity)
6. ทดลองใช้แบบสอบถามทุกแบบสอบถามนำมาหาค่าความเชื่อมั่น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เมื่อผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1.1 ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity)ของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบโดยใช้เทคนิค IC (Item of Congruence) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน คือ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข จำนวน 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านวัดและประเมินผล 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์การแพทย์ 1 คน

1.2 หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยการคำนวณจากสูตรของครอนบาค (Cronbach ’s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .71 - .91

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณาใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา Content Analysis
3. สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ใช้ Multiple regression analysis และ Multiple logistic analysis

4. สถิติเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริเวณสุขภาพ ใช้ One way ANOVA และ χ^2

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม ข้อมูลที่สอบถามเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ ด้านคุณลักษณะทางสังคมประชากร คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม การบริการสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางสังคม ประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ประเภทของการประกันสุขภาพ และอาชีพ

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม เกี่ยวกับ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย การรับรู้สิทธิ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 การบริการสุขภาพ เกี่ยวกับคุณภาพบริการ การเข้าถึงบริการ

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 5 การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

ส่วนที่ 8 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 9 เปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และบัตรประกันสังคม

ส่วนที่ 10 ผลการสนทนากลุ่ม

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางสังคมประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ประเภทของการประกันสุขภาพและอาชีพ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ประเภทของการประกันสุขภาพและอาชีพ

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	451	37.6
- หญิง	746	62.2
2. อายุ		
- ≤ 20 ปี	80	6.66
- 21-40 ปี	723	60.25
- 41-60 ปี	328	27.33
- 60 ปีขึ้นไป	69	5.76
3. การศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	21	1.75
- ชั้นประถมศึกษา	326	27.16
- ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	237	19.76
- ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย	184	15.33
- ปริญญาตรี	249	20.75
- ปริญญาตรีขึ้นไป	183	15.25
4. รายได้ต่อเดือน		
- ≤ 1,000 บาท	17	1.46
- 1001-3000 บาท	126	10.76
- 3001-6000 บาท	412	35.28
- 6001-9000 บาท	262	22.37
- 9001 ขึ้นไป	354	30.23

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
5. ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ		
- เหลือเก็บ	333	28.00
- ไม่เหลือเก็บ	213	17.93
- ไม่เพียงพอ	643	54.07
6. ประเภทของการประกันสุขภาพ		
- บัตร 30 บาท รักษาทุกโรค (บัตรทอง)		
- มี ท.	438	36.50
- ไม่มี ท.	520	43.33
- บัตรประกันสังคม	137	11.42
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	105	8.75
7. อาชีพ		
- รับจ้าง	467	39.84
- เกษตรกร	357	30.46
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	63	5.38
- ค้าขาย	285	24.32

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.23

อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 21 – 40 ปี (ร้อยละ 60.3) รองลงมา 41 – 60 ปี (ร้อยละ 27.33) น้อยที่สุด 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 5.76)

การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 27.16) รองลงมา ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น(ร้อยละ 19.76) และน้อยที่สุด ไม่ได้เรียน (ร้อยละ 1.75)

รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 3,001 – 6,000 บาท (ร้อยละ 35.18) รองลงมา 9,001 ขึ้นไป (ร้อยละ 30.23) และน้อยที่สุด ต่ำกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 1.46)

ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง (ร้อยละ 54.07) รองลงมาเหลือเก็บ (ร้อยละ 28.00) น้อยที่สุดคือ ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 17.93)

ประเภทของการประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่ใช้บัตรทองไม่มี ท. (ร้อยละ 43.33) รองลงมาใช้บัตรมี ท.(ร้อยละ 36.50) และน้อยที่สุดคอ บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ(ร้อยละ 8.75)

อาชีพ ส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 39.84) รองลงมาอาชีพเกษตรกร (30.40) และน้อยที่สุด อาชีพ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ(ร้อยละ 5.38)

ส่วนที่ 2 **คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคมประกอบด้วย ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย การรับรู้สิทธิ การได้รับข้อมูลข่าวสารและความต้องการด้านสุขภาพ**

2.1 ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย

ตารางที่ 4 **ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย (จำแนกรายข้อ)**

ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. การดูแลรักษาสุขภาพอยู่เสมอเมื่อรู้สึกไม่สบาย	3.87	0.91	มาก
2. การนอนพักผ่อนหรือหยุดทำงานเมื่อร่างกายอ่อนเพลีย	3.64	1.10	ปานกลาง
3. การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์	2.82	1.26	ปานกลาง
4. การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เป็นประจำ	1.55	0.96	น้อย
5. การรับประทานอาหารแต่ละครั้งต้องประกอบด้วยเนื้อสัตว์ แป้งไขมัน เกลือแร่ วิตามิน ให้ครบทั้ง 5 อย่าง	3.61	1.02	ปานกลาง
6. การล้างมือให้สะอาด ก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง	3.71	1.06	มาก
7. การฝึกจิตใจให้สงบเมื่อมีความเครียด	3.26	1.00	ปานกลาง
8. การแสดงอารมณ์โกรธเมื่อไม่พอใจ	3.24	1.22	ปานกลาง
9. การอ่านและฟังข่าวสุขภาพจากหนังสือพิมพ์ วิทยุ หรือโทรทัศน์	3.65	0.98	ปานกลาง
10. การไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อไม่สบาย	3.59	1.07	ปานกลาง
11. การพึ่งหมอพระเพื่อรักษาทางไสยศาสตร์เมื่อเจ็บป่วย	1.57	1.08	น้อย
12. การดูแลรักษาบาดแผลเล็กๆ น้อยๆ เช่น ตะปูตำ มีดบาด ด้วยตนเอง	3.28	1.16	ปานกลาง
13. การซื้อยาชุดจากร้านขายยาเมื่อไม่สบาย	4.04	1.11	มาก
14. การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี	2.48	1.32	ปานกลาง
รวม	**3.19**	**1.09**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.19) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลรักษาสุขภาพอยู่เสมอเมื่อรู้สึกไม่สบายอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.87) รองลงมา คือ การล้างมือให้สะอาด ก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง อยู่ในระดับ มาก ($\overline{X}$ = 3.71) และน้อยที่สุดคือ การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ อยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$ = 1.55)

ตารางที่ 5 **จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย**

ระดับค่านิยม	จำนวน	ร้อยละ
มาก	267	22.25
ปานกลาง	930	77.50
น้อย	3	0.25

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับของค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.50) รองลงมาระดับสูง (ร้อยละ 22.25) และระดับต่ำ (ร้อยละ 0.25)

2.2 การรับรู้สิทธิของประชาชนต่อการบริการสุขภาพภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.2.1 การรับรู้สิทธิสำหรับผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้สิทธิของประชาชนต่อการบริการสุขภาพ(รายข้อ)

การรับรู้สิทธิ	การรับรู้สิทธิ	
	ถูกต้อง ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง ร้อยละ
1. กรณีมีอุบัติเหตุท่านสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ระบุในบัตรทอง	73.60	26.40
2. การตรวจสุขภาพประจำปีไม่สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้	48.3	51.70
3. ผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถใช้สิทธิรับยาต้านไวรัสเอดส์ได้ทุกกรณี	50.60	49.40
4. ผู้ป่วยโรคจิตที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลได้ไม่จำกัดระยะเวลา	43.70	56.30
5. ผู้ติดยาเสพติดสามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล	38.60	61.40
6. ผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามสถานบริการที่ระบุในบัตร	100	0
7. การวางแผนครอบครัวบางชนิด ได้แก่ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ไม่สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพได้	57.50	42.50
8. ผู้ประสบภัยจากรถและอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถสามารถเลือกใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เพราะสะดวกและรวดเร็วกว่า	69.20	30.80

การรับรู้สิทธิ	การรับรู้สิทธิ	
	ถูกต้อง ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง ร้อยละ
9. ค่าอาหารและค่าห้องผู้ป่วยสามัญ ไม่สามารถใช้สิทธิของบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้	58.50	41.50
10. ผู้มีบัตรประกันสุขภาพสามารถใช้สิทธิการคลอดบุตรได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งการตั้งครรภ์	55.50	44.50
11. ท่านสามารถใช้สิทธิของบัตรประกันสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ(ออกกำลังกาย ชั่งน้ำหนัก)ได้ฟรี ณ สถานบริการที่ระบุในบัตร	93.90	6.10

จากตารางที่ 6 พบว่า การรับรู้สิทธิของประชาชนด้านบริการสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีการรับรู้สิทธิถูกต้องสูงสุดคือ ผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามสถานบริการต่าง ๆ ในบัตร(ร้อยละ 100) รองลงมาคือ สามารถใช้สิทธิของบัตรประกันสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ(ออกกำลังกาย ชั่งน้ำหนัก) ได้ฟรี ณ สถานบริการที่ระบุในบัตร(ร้อยละ 93.9) ส่วนข้อที่การรับรู้สิทธิของประชาชนยังไม่ถูกต้อง คือ ผู้ติดยาเสพติดสามารถใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล(ร้อยละ 61.40) ผู้ป่วยโรคจิตที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลได้ไม่จำกัดเวลา(ร้อยละ 56.30) และการตรวจสุขภาพประจำปี ไม่สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ (ร้อยละ 51.70)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้สิทธิต่อการบริการสุขภาพ

ระดับการรับรู้สิทธิ	จำนวน	ร้อยละ
มาก (9-11 ข้อ)	206	21.54
ปานกลาง (6-8 ข้อ)	94	9.83
น้อย (1-5 ข้อ)	656	68.63

จากตารางที่ 7 พบว่า ระดับการรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการบริการสุขภาพอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 68.63) รองลงมาคือระดับมาก(ร้อยละ 21.54) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 9.83) ตามลำดับ

2.2.2 การรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และผู้ใช้บัตรประกันสังคม ต่อการบริการสุขภาพภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจต่อการบริการสุขภาพ (รายข้อ)

การรับรู้สิทธิ	การรับรู้สิทธิ	
	ถูกต้อง ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง ร้อยละ
1. กรณีมีอุบัติเหตุท่านสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการสุขภาพที่ใดก็ได้	73.10	26.90
2. การตรวจสุขภาพประจำปีไม่สามารถใช้สิทธิบัตรข้าราชการ/ประกันสังคมได้	52.50	47.50
3. ท่านสามารถใช้สิทธิรับยาต้านไวรัสเอดส์ได้	29.10	71.90
4. ท่านสามารถใช้สิทธิในการทำฟันปลอมได้	14.80	85.20
5. ผู้ป่วยโรคจิตสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลได้ไม่จำกัดระยะเวลา	32.20	67.80
6. ท่านสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามสถานบริการต่าง ๆ ได้ทุกแห่ง	61.60	38.40
7. ท่านไม่สามารถใช้สิทธิรับบริการการวางแผนครอบครัวบางชนิดได้ แก่ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย	56.60	43.40
8. ผู้ประสบภัยจากรถและอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถสามารถเลือกใช้สิทธิข้าราชการ/ประกันสังคมได้ เพราะสะดวกและรวดเร็วกว่า	60.30	39.70
9. ท่านสามารถใช้สิทธิเบิกค่าอาหารและค่าห้องได้เต็มราคา	36.80	63.20
10. ท่านและคนในครอบครัวสามารถใช้สิทธิการคลอดบุตรได้ ไม่ จำกัดจำนวนครั้งการตั้งครรภ์	42.90	57.10
11. ท่านสามารถใช้สิทธิการส่งเสริมสุขภาพในสถานบริการทุกแห่ง	50.00	50.00

จากตารางที่ 8 พบว่า การรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและผู้ใช้บัตรประกันสังคมต่อการบริการสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีการรับรู้สิทธิถูกต้องสูงสุด คือ กรณีมีอุบัติเหตุสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการสุขภาพที่ใดก็ได้ (ร้อยละ 73.10) รองลงมาคือ สามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามสถานบริการต่าง ๆ ได้ทุกแห่ง (ร้อยละ 61.60) ส่วนข้อที่มีการรับรู้สิทธิไม่ถูกต้องที่สุดคือ สามารถใช้สิทธิในการทำฟันปลอมได้(ร้อยละ 85.20)

ตารางที่ 9 **จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และบัตรประกันสังคม**

ระดับการรับรู้สิทธิ	จำนวน	ร้อยละ
มาก (9-11 ข้อ)	194	80.10
ปานกลาง (6-8 ข้อ)	8	3.20
น้อย (1-5 ข้อ)	40	16.70

จากตารางที่ 9 พบว่า ระดับการรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและบัตรประกันสังคม อยู่ในระดับมาก(ร้อยละ 80.10) รองลงมาระดับน้อย คิดเป็น(ร้อยละ 16.70) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 3.20)

2.3 การได้รับข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย เคยได้รับข้อมูลข่าวสารและไม่เคยได้รับและแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 10 **จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารและไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร**

การได้รับข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
1. เคยได้รับข้อมูล	1,094	91.20
2. ไม่เคยได้รับข้อมูล	106	8.8

จากตารางที่ 10 พบว่า โดยส่วนใหญ่ประชาชนเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ร้อยละ 91.20)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทสื่อเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเภทสื่อ/แหล่งข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
1. โทรทัศน์	1,025	85.42
2. วิทยุ	887	73.62
3. หนังสือพิมพ์/วารสาร/นิตยสาร	826	68.56
4. สิ่งตีพิมพ์ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ เป็นต้น	807	66.98
5. ผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. เป็นต้น	875	72.63
6. เจ้าหน้าที่ของรัฐ	868	72.04
7. บุคคลในครอบครัว	810	67.23
8. เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน	806	66.89
9. การประชุม / อบรมเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	776	64.41

จากตารางที่ 11 พบว่า แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด คือ โทรทัศน์ (ร้อยละ 85.42) รองลงมาคือ วิทยุ(ร้อยละ 73.62) และผู้นำชุมชน(ร้อยละ 72.63) ส่วนแหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารน้อยที่สุด คือ การประชุม/อบรม เรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ร้อยละ 64.41)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของความถี่ของการรับรู้ข่าวสารจำแนกตามประเภทสื่อ/แหล่งข่าวสาร

ประเภทสื่อ/แหล่งข่าวสาร	ความถี่ของการรับรู้ข่าวสาร(ในรอบปีที่ผ่านมา)					
	บ่อยครั้ง		บางครั้ง		นานครั้ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โทรทัศน์	510	42.50	343	28.60	172	14.30
2. วิทยุ	263	21.90	326	27.20	298	24.80
3. หนังสือพิมพ์/วารสาร/นิตยสาร	209	17.40	284	23.70	333	27.80
4. สิ่งตีพิมพ์ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ เป็นต้น	200	16.70	260	21.70	347	28.90
5. ผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. เป็นต้น	266	22.20	307	25.60	302	25.20
6. เจ้าหน้าที่ของรัฐ	244	20.30	203	25.70	316	26.30
7. บุคคลในครอบครัว	239	19.90	311	25. 90	259	21.60
8. เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน	192	16.00	312	26.00	301	25.10
9. การประชุม / อบรมเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	175	14.60	224	18.70	377	31.10

จากตารางที่ 12 พบว่า การรับรู้ข่าวสารที่มีความถี่บ่อยครั้งคือ โทรทัศน์(ร้อยละ 42.50) รองลงมาคือผู้นำชุมชน(ร้อยละ 22.20) และวิทยุ (ร้อยละ 21.90) ส่วนที่น้อยที่สุดคือ การประชุม/อบรมเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 31.10)

2.4 ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน (จำแนกรายข้อ)

ความต้องการด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
สภาวะสุขภาพปัจจุบัน			
1. ท่านมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมาก	2.41	0.75	มาก
2. รู้สึกว่าสุขภาพของท่านแย่ลงกว่าอดีต	2.04	0.87	ปานกลาง
3. ท่านมีสุขภาพดีเหมือนคนอื่นในครอบครัว	2.58	0.70	มาก
4. ท่านมีโรคเรื้อรังประจำตัว	2.59	0.75	มาก
สภาวะสุขภาพในอดีต			
5. ท่านหยุดงาน/กิจกรรมประจำวันมานานเพราะเจ็บป่วย	2.61	0.74	มาก
6. ท่านไม่มีการเจ็บป่วยมานานแล้ว	2.18	0.94	ปานกลาง
ความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคต			
7. สุขภาพของท่านในอนาคตคงจะดีกว่านี้	2.44	0.66	มาก
8. คาดว่าท่านจะมีปัญหาด้านสุขภาพในอนาคต	2.02	0.72	ปานกลาง
9. คาดว่าการเจ็บป่วยจะไม่เป็นมากในอนาคต	2.32	0.67	ปานกลาง
10. คาดว่าสุขภาพท่านจะแย่ลง	2.34	0.68	มาก
ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ			
11. ท่านทำงานหนักโดยไม่สนใจสุขภาพตนเอง	2.62	0.71	มาก
12.สุขภาพของท่านสำคัญที่สุดในชีวิต	2.78	0.56	มาก
13. ท่านไม่เคยวิตกกังวลต่อสุขภาพของท่านเลย	1.62	0.85	น้อย
แนวความคิดเรื่องการเจ็บป่วย			
14. เจ็บป่วยเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้	1.43	0.76	น้อย
15. เมื่อเจ็บป่วยแต่ละครั้งท่านรู้สึกว่าไม่เป็นอะไรมาก จึงไม่จำเป็นต้องไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.16	0.92	ปานกลาง

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
16. การป้องกันโรคไม่ใช่สิ่งสำคัญต่อสุขภาพร่างกายของท่าน	2.72	0.65	มาก
การไม่ยอมรับสภาวะการเจ็บป่วย			
17. พยายามทำงานทั้ง ๆ ที่เจ็บป่วย	2.52	0.80	มาก
18. เมื่อรู้สึกว่าไม่สบายจะพยายามดูแลสุขภาพร่างกาย	2.85	0.48	มาก
19. เมื่อไม่สบายจะไม่ทำงานใด ๆ ทั้งสิ้น	1.74	0.87	ปานกลาง
เจตคติต่อการไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
20. ท่านมักซื้อยาจากร้านขายยาเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย	1.95	0.94	ปานกลาง
21. เมื่อไม่สบายท่านมักจะไปสถานีอนามัย	2.37	0.88	มาก
22. เมื่อเจ็บป่วยมากขึ้นท่านไปรักษาที่โรงพยาบาล	2.85	0.47	มาก
รวม	**2.34**	**0.74**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 13 พบว่า ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.34) เพื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เมื่อรู้สึกว่าไม่สบายจะพยายามดูแลสุขภาพร่างกาย ($\bar{X}$ = 2.85) และเมื่อเจ็บป่วยมากขึ้นไปรักษาที่โรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.85) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การไม่เคยวิตกกังวลต่อสุขภาพเลยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 1.62)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความต้องการด้านสุขภาพ

ระดับความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	585	48.75
ปานกลาง	605	50.42
น้อย	10	0.83

จากตารางที่ 14 พบว่า ระดับความต้องการด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.42) รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 48.75) และอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 0.83)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพบริการ

3.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะทางและเวลาในการเดินทางของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.
1. ระยะทางจากบ้านกับสถานบริการสาธารณสุข	4.13	4.73
2. เวลาในการเดินทางไปสถานบริการสาธารณสุข	0.24	0.99

จากตารางที่ 15 พบว่า ระยะทางจากบ้านกับสถานบริการสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ย 4.13 กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาในการเดินทางไปสถานบริการสาธารณสุข โดยเฉลี่ย 0.24 ชั่วโมง

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเดินทาง ความสะดวกในการเดินทาง และการได้รับบริการที่บ้าน

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเดินทาง		
1.1 เดิน	154	12.80
1.2 มอเตอร์ไซด์	38	3.20
1.3 รถโดยสาร	871	72.60
1.4 จักรยาน	81	6.80
1.5 รถยนต์ส่วนตัว	52	4.30
1.6 อื่นๆ	2	0.2
2. ความสะดวกในการเดินทาง		
2.1 สะดวก	1,144	95.30
2.2 ไม่สะดวก	56	4.70
3. การได้รับบริการที่บ้าน		
3.1 เคยบ่อยครั้ง	238	19.80
3.2 เคยนานครั้ง	594	49.50
3.3 ไม่เคย	365	30.40

จากตารางที่ 16 พบว่า การเดินทางไปสถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่เดินทางโดยรถโดยสาร(ร้อยละ 72.60) รองลงมาคือ การเดิน (ร้อยละ 12.80) มีความสะดวกในการเดินทาง(ร้อยละ 95.30) และการได้รับบริการที่บ้านส่วนใหญ่นาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 49.50)

3.2 คุณภาพการบริการ

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพบริการ (จำแนกรายข้อ)

คุณภาพบริการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ห้องตรวจสะดวก ไม่คับแคบ	3.62	1.03	ปานกลาง
2. ห้องตรวจมีเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์บอกขั้นตอนการตรวจร่างกาย	3.39	1.06	ปานกลาง
3. ห้องตรวจมีเครื่องมือ/อุปกรณ์ไม่พอเพียง	3.14	1.17	ปานกลาง
4. ห้องตรวจมีเจ้าหน้าที่ให้บริการพอเพียง	3.46	1.18	ปานกลาง
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถอธิบายข้อสงสัยให้ท่านเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น	3.64	0.93	ปานกลาง
6. เครื่องมือในห้องตรวจมีความพร้อมในการใช้งาน	3.56	0.91	ปานกลาง
7.เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจรักษาท่านมีความรู้ความชำนาญ	3.80	0.87	มาก
8. เจ้าหน้าที่ฯตรวจรักษาท่านด้วยความละเอียดรอบคอบ	3.59	0.97	ปานกลาง
9. เจ้าหน้าที่ฯ ให้บริการท่านด้วยความรีบเร่งไม่ระมัดระวัง	3.57	1.15	ปานกลาง
10.เจ้าหน้าที่ให้บริการท่านด้วยความเป็นมิตรเสมือนญาติ	3.74	1.99	มาก
11. เจ้าหน้าที่ฯ ให้บริการท่านด้วยความสุภาพ	3.79	0.90	มาก
12. ท่านได้รับบริการที่ดีทุกจุดของการรับบริการ	3.59	0.95	ปานกลาง
13. เจ้าหน้าที่ฯให้บริการท่านตรงเวลา	3.33	1.05	ปานกลาง
14. เจ้าหน้าที่ฯมีความกระตือรือร้นในการให้บริการที่ดีแก่ท่าน	3.49	1.01	ปานกลาง
15. ทุกครั้งที่มารับบริการ ท่านได้รับบริการด้วยท่าทียิ้มแย้มแจ่มใส	3.65	0.94	ปานกลาง
16. ท่านต้องรอคอยเจ้าหน้าที่ฯเป็นเวลานานเมื่อมารับการรักษา	3.20	1.11	ปานกลาง
17. เจ้าหน้าที่ฯรู้และเข้าใจความต้องการของท่าน	3.39	0.93	ปานกลาง
18. เจ้าหน้าที่ฯให้ความสนใจกับอาการเจ็บป่วยของท่าน	3.58	0.94	ปานกลาง
19. เจ้าหน้าที่ฯ มักแสดงความรำคาญต่อผู้ป่วยและญาติเสมอ	3.75	1.14	มาก
20. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำแก่ท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี	3.77	1.70	มาก
รวม	**3.56**	**1.10**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 17 พบว่า คุณภาพบริการโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.56) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในสูงสุด คือ เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจรักษามีความรู้ความสามารถอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.80) รองลงมาเจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.79) สำหรับที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ห้องควรมีเครื่องมืออุปกรณ์ไม่เพียงพออยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.14)

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคุณภาพบริการ

ระดับคุณภาพ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	520	43.34
ปานกลาง	650	54.16
น้อย	30	2.50

จากตารางที่ 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.16) รองลงมาอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 43.30) และอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 2.50)

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ (Self-efficasy)

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการสร้างเสริมสุขภาพ (จำแนกรายข้อ)

การรับรู้ความสามารถแห่งตน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ท่านสามารถรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ได้เป็นประจำทุกวัน	4.02	0.91	มาก
2. ท่านสามารถจำกัดอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ติดมันหรืออาหารที่มีไขมันเจือปนมาก	3.44	1.06	ปานกลาง
3. ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ปลาเล็กปลาน้อย ถั่วเมล็ดแห้งอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	3.67	1.04	มาก
4. ท่านสามารถดื่มนมได้ทุกวัน	3.18	1.32	ปานกลาง
5. ท่านสามารถใช้น้ำมันพืชปรุงอาหารได้ทุกครั้ง	3.98	1.00	มาก
6. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวานจัด	3.45	1.07	ปานกลาง
7. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็มหรือเค็มจัด	3.54	1.11	ปานกลาง
8. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงบริเวณ/สถานที่ที่มีคนสูบบุหรี่	3.58	1.24	ปานกลาง
9. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการใช้ยาช่วยให้นอนหลับ	3.91	1.36	มาก
10. ท่านสามารถนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ สมดุลกับการทำงาน	3.94	0.95	มาก
11. ท่านไม่ขับรถยนต์/รถจักรยานยนต์หลังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.96	1.36	มาก
12. ท่านสามารถปรึกษากับผู้ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อน เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	4.07	0.99	มาก
13. ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดโดย นั่งสมาธิหรือสวดมนต์	2.74	1.19	ปานกลาง
14. ท่านสามารถหางานอดิเรกทำเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น ปลูกต้นไม้	3.45	1.06	ปานกลาง
15. ท่านสามารถระงับอารมณ์โกรธ	3.35	1.03	ปานกลาง
16. ท่านสามารถไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพประจำปี	2.94	1.33	ปานกลาง

รวม	**3.58**	**1.06**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 19 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.58) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสามารถปรึกษากับผู้ใกล้ชิดเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.07) รองลงมาคือ สามารถรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ได้เป็นประจำ ($\overline{X}$ = 4.02) และข้อที่มีค่าเฉลี่ย น้อยที่สุดคือ สามารถผ่อนคลายความเครียดโดยนั่งสมาธิหรือสวดมนต์อยู่ในระดับปานกลาง($\overline{X}$ = 2.74)

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ

ระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตน	จำนวน	ร้อยละ
มาก	505	42.08
ปานกลาง	677	56.42
น้อย	18	1.50

จากตารางที่ 20 พบว่า ระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.42) รองลงมาระดับมาก (ร้อยละ 42.08) และระดับน้อย (ร้อยละ 1.50) ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (จำแนกรายข้อ)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การสนับสนุนด้านอารมณ์			
1. ท่านได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้ใกล้ชิด	3.80	0.86	มาก
2. มีบุคคลใกล้ชิดทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นและสบายใจ	3.89	0.85	มาก
3. บุคคลใกล้ชิดสนใจที่จะคอยซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ของท่าน	3.76	0.88	มาก
4. บุคคลใกล้ชิดสนใจรับฟังปัญหาและความต้องการในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคของท่าน	3.67	0.87	มาก
การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า			
5. บุคคลใกล้ชิดให้ความรัก/เคารพยกย่องและนับถือท่าน	3.79	0.83	มาก
6. เมื่อบุคคลใกล้ชิดมีปัญหา เขาจะมาขอคำปรึกษา	3.63	0.92	ปานกลาง
7. บุคคลใกล้ชิดชมเชยและให้กำลังใจแก่ท่านเมื่อท่านดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ	3.62	0.88	ปานกลาง
8. ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ ที่ท่านสามารถทำได้	3.85	0.82	มาก
การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	3.77	0.84	มาก
9. ท่านยังมีบุคคลใกล้ชิดไปมาหาสู่ท่านเหมือนเดิม			

10. บุคคลใกล้ชิดพอใจที่จะร่วมปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกายร่วมกับท่าน	3.40	0.89	ปานกลาง
11. เมื่อครอบครัวของท่านมีปัญหาเกิดขึ้นท่านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นหรือแก้ไขปัญหา	3.78	0.87	มาก
12. บุคคลใกล้ชิดพูดคุยกับท่านเหมือนบุคคลที่คุ้นเคย	3.88	0.92	มาก

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	**S.D.**	**แปลผล**
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร			
13. มีบุคคลใกล้ชิดให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแก่ท่าน	3.51	0.88	มาก
14. ท่านมีบุคคลใกล้ชิดให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	3.45	0.91	ปานกลาง
15. มีบุคคลใกล้ชิดคอยเตือนให้ท่านปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล	3.56	0.88	ปานกลาง
16. มีบุคคลใกล้ชิดส่งเสริมให้ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ	3.42	1.00	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านการเงิน แรงงาน และสิ่งของ	3.43	1.05	ปานกลาง
17. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงินมีบุคคลใกล้ชิดคอยช่วยเหลือท่าน			
18. ท่านมีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการควบคุมโรค เช่น การรับประทานอาหาร การสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย	3.34	0.96	ปานกลาง
19. ท่านมีบุคคลใกล้ชิดอำนวยความสะดวกเมื่อท่านเจ็บป่วย	3.65	0.91	ปานกลาง
รวม	**3.64**	**0.89**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 21 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.64) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีบุคคลใกล้ชิดทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นและสบายใจ อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.89) รองลงมา บุคคลใกล้ชิดพูดคุยกับท่านเหมือนบุคคลที่คุ้นเคยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.88) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร เช่นการรับประทานอาหาร การสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.34)

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
มาก	591	49.25
ปานกลาง	597	49.75
น้อย	12	1.00

จากตารางที่ 22 พบว่า ระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.75) ระดับมาก (ร้อยละ 49.25) และระดับน้อย (ร้อยละ 1.00) ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	$\overline{X}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านโภชนาการ	2.95	0.83	ปานกลาง
2. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน	2.68	0.92	ปานกลาง
3. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.10	0.95	มาก
4. การจัดการกับความเครียด	2.81	0.90	ปานกลาง
5. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	2.99	0.88	ปานกลาง
6. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	2.83	0.89	ปานกลาง
รวม	2.89	0.90	ปานกลาง

จากตารางที่ 23 พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.89) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน การจัดการกับความเครียดและสัมพันธภาพส่วนบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.10)

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	ด้านโภชนาการ			
	1. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	2.96	0.90	ปานกลาง
	2. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อ นม ไข่ผัก ผลไม้	2.95	0.80	ปานกลาง
	3. ท่านรับประทานอาหารเป็นเวลาและครบ 3 มื้อ	3.17	0.96	มาก
	4. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (อาหารทอด ขาหมู หนังไก่)	2.51	0.86	ปานกลาง
	5. ท่านรับประทานอาหารพวกผัก/ผลไม้	3.12	0.83	มาก
	6. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกและบรรจุในภาชนะที่สะอาด	3.49	0.82	มาก
*	7. ท่านรับประทานอาหารรสจัด	2.71	0.92	ปานกลาง
*	8. ท่านรับประทานอาหารประเภทนึ่ง ย่าง รมควัน	2.92	0.65	ปานกลาง
*	9. ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ และน้ำอัดลม	2.70	0.88	ปานกลาง
*	10. ท่านรับประทานอาหารหมักดอง	2.99	0.69	ปานกลาง
	การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน			
	11. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินการแกว่งแขนเหยียดขา	2.47	1.06	ปานกลาง
	12. ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ ครั้งละ 30 นาที	2.27	0.87	ปานกลาง
	13. ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างสนุกสนาน	2.33	1.01	ปานกลาง
	14. ท่านปฏิบัติงานประจำที่ต้องใช้แรงติดต่อกันนาน 30 นาทีต่อครั้ง	2.52	1.00	ปานกลาง
	15. ท่านออกกำลังกายโดยการบริหารร่างกาย เช่น แอโรบิค การเดินเร็ว	2.09	0.89	ปานกลาง

	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	16. ท่านได้ทำงานอดิเรกที่ท่านชอบ เช่น การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์	2.54	0.86	ปานกลาง
	17. ท่านมีเวลาในการพักผ่อนเพียงพอ	3.10	0.83	มาก
	18. ท่านนอนหลับสนิทอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง	3.15	0.87	มาก
*	19. ท่านใช้ยานอนหลับเมื่อนอนไม่หลับ	3.65	0.87	มาก
	ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ			
	20. ท่านสวมหมวกกันน็อกหรือรัดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขี่ยานพาหนะ	3.09	1.01	มาก
	21. ท่านข้ามถนนโดยใช้ทางม้าลาย สะพานลอยหรือสัญญาณไฟแดง	3.05	0.99	มาก
*	22. ท่านสูบบุหรี่	3.55	0.93	มาก
*	23. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์	3.49	0.89	มาก
	24. ท่านตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง	2.08	1.11	ปานกลาง
*	25. ท่านซื้อยารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย	3.07	0.84	มาก
	26. ท่านอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก	3.34	0.88	มาก
	การจัดการกับความเครียด			
*	27. ท่านมีอารมณ์โกรธ เครียดเมื่อถูกขัดใจ	2.89	0.89	ปานกลาง
	28. เมื่อท่านเครียด ท่านหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้	2.75	0.95	ปานกลาง
	29. เมื่อไม่สบายใจ ท่านมักปล่อยวางได้	2.66	0.96	ปานกลาง
	30. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่ชอบ	2.90	0.91	ปานกลาง
*	(ฟังเพลง ดูทีวี นั่งสมาธิ)			
	31. ท่านขี้บ่น จุกจิก จู้จี้	2.99	1.01	ปานกลาง
	32. ท่านมักหลีกหนีจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด	2.66	0.88	ปานกลาง
*	33. ท่านมีความวิตกกังวลเมื่อเกิดปัญหา	2.71	0.91	ปานกลาง
*	34. ท่านมีความขัดแย้งกับผู้อื่น	3.15	0.80	มาก
	35. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	2.54	0.82	ปานกลาง

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล			
36. ท่านทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร ไปเที่ยว	2.95	1.05	ปานกลาง
37. ท่านไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน เช่น ไปทำบุญ	2.65	0.91	ปานกลาง
38. ท่านให้ความร่วมมือและช่วยเหลือเพื่อในการทำงานส่วนรวม	2.93	0.82	ปานกลาง
39. ท่านยิ้มทักทาย พูดคุยกับเพื่อนบ้าน / เพื่อนร่วมงาน	3.25	0.76	มาก
40. เมื่อท่านเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวให้ความช่วยเหลือ	3.21	0.82	มาก
41. ท่านปรึกษาปัญหาเรื่องไม่สบายใจกับบุคคลในครอบครัว	2.95	0.91	ปานกลาง
42. ท่านชื่นชม ยินดี กับความสำเร็จของเพื่อนบ้าน	3.02	0.88	มาก
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ			
43. ท่านแก้ปัญหาให้บุคคลอื่นที่ขอความช่วยเหลือ	2.66	0.84	ปานกลาง
44. ท่านได้ทบทวนจุดดีและจุดด้อยของตนเอง	2.68	0.94	ปานกลาง
45. บุคคลอื่นมาขอคำปรึกษาจากท่านเมื่อมีปัญหา	2.60	0.93	ปานกลาง
46. บุคคลในครอบครัวมักขอความช่วยเหลือและปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน	2.70	0.86	ปานกลาง
47. เมื่อท่านทำงานผิดพลาดท่านยอมรับคำติชมของผู้อื่นได้	2.94	0.94	ปานกลาง
48. ท่านให้ความช่วยเหลือเพื่อนบ้านด้วยความเต็มใจ	3.06	0.83	มาก
49. เมื่อมีปัญหากับเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานท่านให้อภัย	2.95	0.97	ปานกลาง
50. เมื่อท่านคิดจะทำงานอะไรท่านได้มีการวางแผนและกำหนดเป้าหมายชัดเจน	2.97	0.85	ปานกลาง
51. เมื่อบุคคลอื่นทำความผิด ท่านรับฟังเหตุผลของการกระทำนั้น	2.97	0.88	ปานกลาง

หมายเหตุ * เป็นข้อความเชิงลบ

จากตารางที่ 24 พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การไม่ใช้ยานอนหลับเมื่อนอนไม่หลับอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.65) รองลงมาคือพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.55) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.08) และการออกกำลังกายโดยการบริหารร่างกาย ($\bar{X}$ = 2.09)

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านโภชนาการ	426	35.50	758	63.17	16	1.33
2. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน	209	17.41	908	75.67	83	6.92
3. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	601	50.83	549	45.75	41	3.42
4. การจัดการกับความเครียด	230	19.16	950	79.17	20	1.67
5. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	473	39.41	659	54.92	68	5.67
6. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	327	27.25	780	65.00	93	7.75

จากตารางที่ 25 พบว่า ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 50.83)

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำนวนตามระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	180	15.00
ปานกลาง	949	79.08
น้อย	71	5.92

จากตารางที่ 26 พบว่า ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 79.08) รองลงมาระดับมาก (ร้อยละ 15.00) และระดับน้อย (ร้อยละ 5.92)

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

ตารางที่ 27 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ	จำนวน(1,200 คน)	ร้อยละ
1. รักษาเองโดยญาติพี่น้อง	129	10.75
2. ซื้อยารับประทนเอง	386	32.16
3. รักษาโดยแพทย์พื้นบ้าน	77	6.42
4. รักษาที่สถานีอนามัย	625	52.08
5. รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน	313	26.08
6. รักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	556	46.33
7. รักษาที่โรงพยาบาลเอกชน	105	8.75
8. รักษาที่คลินิคแพทย์	287	23.92

จากตารางที่ 24 พบว่า พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไปรับบริการที่สถานีอนามัย(ร้อยละ 52.08) รองลงมาคือ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์(ร้อยละ 46.33) ส่วนการไปรักษากับแพทย์พื้นบ้านน้อยที่สุด (ร้อยละ 6.42)

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละของ ค่าใช้จ่าย ผลการรักษาและความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพ

ข้อความ	ค่าใช้จ่าย		ผลการรักษา			ความพึงพอใจ	
	มี	ไม่มี	หาย	ดีขึ้น	ไม่หาย	พอใจ	ไม่พอใจ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1.รักษาเองโดยญาติพี่น้อง	45.70	54.30	55.60	42.10	2.30	94.70	5.30
2. ซื้อยารับประทานเอง	92.00	8.00	52.50	46.70	0.8	97.30	2.70
3. รักษาโดยแพทย์พื้นบ้าน	77.90	22.10	55.30	39.50	5.20	94.40	5.60
4. รักษาที่สถานีอนามัย	54.90	45.10	66.20	32.20	1.60	97.20	2.80
5. โรงพยาบาลชุมชน	63.90	36.10	70.00	29.70	0.30	98.30	1.70
6. รพ.ทั่วไป/รพ. ศูนย์	66.00	34.00	77.90	30.00	0.20	91.40	8.60
7. รพ.เอกชน	84.80	15.20	76.60	23.30	0.00	93.10	6.90
8. คลินิคแพทย์	95.50	4.50	80.80	18.50	0.70	97.50	2.50

จากตารางที่ 28 พบว่า พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จะมีค่าใช้จ่ายในการใช้บริการที่คลินิกแพทย์(ร้อยละ 95.50) ซื้อยารับประทานเอง (ร้อยละ 92.00) และโรงพยาบาลเอกชน(ร้อยละ 84.80) ส่วนในสถานบริการของรัฐจะมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ผลการรักษาหายจากการเจ็บป่วยได้จากการไปได้บริการที่คลินิคแพทย์มากที่สุด (ร้อยละ 80.80) รองลงมาคือไปรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 77.90) และรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน(ร้อยละ 76.60) ความพึงพอใจต่อการใช้บริการมากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 98.30) รองลงมาคือคลินิคแพทย์(ร้อยละ 97.50) และการซื้อยามารับประทานเอง(ร้อยละ 97.30)

ส่วนที่ 8 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตารางที่ 29 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	B	Beta	t	P
อายุ	0.13	0.08	3.17	0.00
ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย	0.50	0.15	5.37	0.00
คุณภาพบริการ	0.14	0.09	3.38	0.00
การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ	0.17	0.08	2.89	0.00
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	0.67	0.40	13.50	0.00
constant	52.73		11.21	0.00

$R^2 = .329$

จากตารางที่ 29 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้แก่ อายุ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย คุณภาพบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.9 และสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_ix_i$$

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ = 52.73+(0.13) อายุ + (0.50) ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย + (0.14) คุณภาพบริการ + (0.17) การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ + (0.67) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 30 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และบัตรประกันสังคม

กลุ่ม	N	$\bar{X}$	S.D	F
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	958	146.56	20.20	7.79**
ประกันสังคม	137	144.91	14.22	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	105	153.90	15.93	

** P < .01

จากตาราง 30 พบว่า กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างกันมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

ตาราง 31 การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายคู่ ในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างกัน

กลุ่ม	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ($\bar{X}$ = 146.56)	ประกันสังคม ($\bar{X}$ = 144.91)	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ($\bar{X}$ = 153.90)
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า			
ประกันสังคม	1.65		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7.34*	8.99*	

* P < .05

จากตาราง 31 พบว่า เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายคู่ พบว่า กลุ่มที่ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ กับกลุ่มผู้ใช้บัตรประกันสังคมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มผู้ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มผู้มีบัตรประกันสังคม และกลุ่มผู้ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจกับกลุ่มผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มผู้ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 32 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Odd Ratio)

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ							
	รักษาโดยญาติพี่น้อง	ซื้อยารับประทาน	แพทย์พื้นบ้าน	สถานีอนามัย	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	โรงพยาบาลเอกชน	คลินิคแพทย์
● คุณลักษณะทางสังคมประชากร								
- เพศ	0.57**	0.74*	0.55*	0.90	1.02	0.78	0.95	1.27
- อายุ	1.00	1.01	0.99	1.00	1.01	1.00	1.01	1.01
- การศึกษา								
- ไม่ได้เรียน	0.01	0.81	0.75	0.99	0.79	0.81	0.70	0.53
- ประถมศึกษาปีที่ 4	0.53	0.58	0.54	0.93	0.92	1.31	0.55	0.64
- ประถมศึกษาปีที่ 6	1.73	0.74	1.25	1.02	0.89	1.65*	0.75	1.19
- มัธยมศึกษาปีที่ 3	1.11	0.95	1.05	0.96	0.81	1.74*	0.43*	1.20
- มัธยมศึกษาปีที่ 6	0.99	0.93	1.05	0.75	1.28	1.12	0.75	0.87
- ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี								
- รายได้								
- ประเภทของการประกันสุขภาพ								
- มี ท.	0.53	0.74	0.86	3.16**	2.00	0.52	2.24	0.65
- ไม่มี ท.	0.27*	1.08	0.44	2.49*	1.97	0.62	1.69	0.67
- บัตรประกันสังคม	0.40	1.29	0.38	0.99	1.86	0.53*	2.07	0.73
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

ตารางที่ 32 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ							
	รักษาโดยญาติพี่น้อง	ซื้อยารับประทาน	แพทย์พื้นบ้าน	สถานีอนามัย	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	โรงพยาบาลเอกชน	คลินิคแพทย์
● **คุณลักษณะทางจิตวิทยาทางสังคม**								
- ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย	0.99	1.01	1.00	0.99	0.99	1.03*	1.00	0.97
- การรับรู้สิทธิของกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0.87**	0.97	1.04	1.00	1.02	1.04	0.97	0.93*
- การรับรู้สิทธิของข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ผู้ใช้บัตรประกันสังคม	0.92	1.01	0.96	0.90*	1.06	0.98	0.91	0.93
- การได้รับข้อมูลข่าวสาร	0.59	0.98	0.14	0.69	0.45**	1.34	0.49	0.77
- ความต้องการด้านสุขภาพ	1.00	1.01	0.97	1.03*	0.98	0.97*	0.98	0.01
● **ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ**								
- คุณภาพบริการ	1.00	1.00	1.01	1.01*	1.00	0.99	1.00	1.01
- การเข้าถึงบริการ	1.39	1.10	1.26	0.89	0.67**	1.08	1.52*	0.85
● **การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ**	1.00	0.99	0.98	0.99	1.01	1.00	1.00	0.99
● **การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม**	1.01	0.99	1.02	1.02	1.00	1.00	1.00	1.02**

จากตารางที่ 32 พบว่า

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ามีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ดังต่อไปนี้

เพศ พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพโดยรักษาเองกับญาติพี่น้อง,ซื้อยารับประทานเอง และรักษากับแพทย์พื้นบ้าน น้อยกว่าเพศชาย 0.57 , 0.74 และ 0.55 เท่า ตามลำดับ

การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่จบชั้นประถมศึกษามีการใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มากกว่ากลุ่มที่จบปริญญาตรีหรือสูงกว่า 1.65 เท่า ส่วนในกลุ่มที่จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ มากกว่ากลุ่มที่จบปริญญาตรีหรือสูงกว่า 1.74 เท่า แต่มีการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนน้อยกว่า 0.43 เท่า

ประเภทของการประกันสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีบัตรทองมี ท. รักษาสถานีอนามัยมากกว่ากลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 3.16 เท่า, ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรทองบัตรไม่มี ท. รักษาที่สถานีอนามัยมากกว่ากลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 2.49 เท่า แต่รักษาเองกับญาติพี่น้องน้อยกว่า 0.27 เท่า สำหรับผู้มีบัตรประกันสังคมมีการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ น้อยกว่ากลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 0.53 เท่า

ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยในระดับมากจะมีการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ มากกว่ากลุ่มที่มีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยในระดับน้อย 1.03 เท่า

การรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่ากลุ่มที่รับรู้สิทธิต่อบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาก มีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพโดยการรักษาเองกับญาติพี่น้อง และคลินิกแพทย์น้อยกว่ากลุ่มที่รับรู้สิทธิถึงบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน้อย 0.87 และ 0.93 เท่าตามลำดับ

การรับรู้สิทธิของกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ พบว่า กลุ่มที่รับรู้สิทธิต่อบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาก มีพฤติกรรมการ ใช้บริการโดยรักษาที่สถานีอนามัยน้อยกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้สิทธิต่อบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน้อย 0.90 เท่า

การได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมาก มีพฤติกรรมการใช้บริการโดยรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่า กลุ่มที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารน้อย 0.45 เท่า

ความต้องการด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มที่มีความต้องการด้านสุขภาพมาก มีพฤติกรรมการใช้บริการโดยการรักษาที่สถานีอนามัยมากกว่า กลุ่มที่มีความต้องการด้านสุขภาพน้อย 1.03 เท่า แต่มีการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์ น้อยกว่า 0.97 เท่า

คุณภาพบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นต่อคุณภาพบริการมาก จะมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพโดยการรักษาที่สถานีอนามัยมากกว่า กลุ่มที่มีความคิดเห็นต่อคุณภาพบริการน้อย 1.01 เท่า

การเข้าถึงบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก มีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพโดยรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่ากลุ่มที่เข้าถึงบริการยาก 0.67 เท่า แต่ใช้การรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนสูงกว่า 1.52 เท่า

ตารางที่ 33 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพกับประเภทของสิทธิบัตร

ประเภทของสิทธิบัตร	รักษาเองโดยญาติพี่น้อง			
	ไม่ใช้	ใช้	χ^2	P
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	858(89.70)	99(10.30)	3.63	.16
บัตรประกันสังคม	124(90.50)	13(9.50)		
บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	88(83.80)	17(16.20)		
ประเภทของสิทธิบัตร	ซื้อยารับประทานเอง			
	ไม่ใช้	ใช้	χ^2	P
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	636(66.40)	322(33.60)	4.08	.13
บัตรประกันสังคม	97(70.80)	40(29.20)		
บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	79(75.20)	26(4.80)		
ประเภทของสิทธิบัตร	รักษาโดยแพทย์พื้นบ้าน			
	ไม่ใช้	ใช้	χ^2	P
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	897(93.60)	61(6.40)	1.21	.55
บัตรประกันสังคม	130(94.90)	7(5.10)		
บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	96 (91.40)	9(8.60)		
ประเภทของสิทธิบัตร	รักษาที่สถานีอนามัย			
	ไม่ใช้	ใช้	χ^2	P
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	437(45.60)	521(54.4)	10.16	.01
บัตรประกันสังคม	77(56.20)	60(43.80)		
บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	61(58.10)	44(41.90)		
ประเภทของสิทธิบัตร	รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน			
	ไม่ใช้	ใช้	χ^2	P
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	690(72.00)	268(28.00)	10.60	.01
บัตรประกันสังคม	107(78.10)	30(21.90)		
บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	90(85.70)	15(14.30)		

ประเภทของสิทธิบัตร	รักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ไม่ใช้	ใช้	χ^2	P
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	537(56.10)	421(43.90)	15.69	.00
บัตรประกันสังคม	69(50.40)	68(49.60)		
บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	38(36.20)	67(63.80)		
ประเภทของสิทธิบัตร	รักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ไม่ใช้	ใช้	χ^2	P
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	879(91.80)	79(8.20)	3.78	.15
บัตรประกันสังคม	119(86.90)	18(13.10)		
บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	97(92.40)	8(7.60)		
ประเภทของสิทธิบัตร	รักษาที่คลินิคแพทย์ ไม่ใช้	ใช้	χ^2	P
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	739(77.10)	219(22.90)	3.12	.21
บัตรประกันสังคม	100(73.00)	37(27.00)		
บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	74(70.50)	31(29.50)		

จากตารางที่ 33 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้บริการที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนมากกว่ากลุ่มที่มีบัตรประกันสังคมและบัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ มากกว่ากลุ่มที่ใช้มีบัตรประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

ผลการสนทนากลุ่ม

1. มุมมองด้านสุขภาพ

สุขภาพตามมุมมองของประชาชน พบว่า ประชาชนมองสุขภาพได้หลายลักษณะ ตั้งแต่สุขภาพในความหมายแคบ สุขภาพกาย เป็นต้นว่า ร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ โภชนาการ โดยกินอาหารให้ครบทุกหมู่ มีการออกกำลังกาย ซึ่งเห็นผลชัดเจนจากการกระตุ้นของหน่วยงานรัฐทำให้ประชาชนรู้จักการออกกำลังกายมากขึ้น แต่ก็ยังมีความเข้าใจสับสนระหว่างการออกกำลังกายและการทำงานตามปกติ

ความหมายที่กว้างขึ้นของสุขภาพ ก็มีการกล่าวถึงสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านจิตใจ เช่น กล่าวถึงการมีบ้านที่สะอาดเรียบร้อย และการมีจิตใจปลอดโปร่งไม่เครียด เชื่อมโยงไปถึงสุขภาพด้วย

สุขภาพในความหมายที่กว้างยิ่งขึ้น ก็ได้มีการกล่าวถึงในกลุ่มตัวอย่างนี้ ได้แก่ “การมีชีวิตสมบูรณ์ มีความเป็นอยู่ที่ดี” หรือ ให้ความหมายของสุขภาพในแง่มุมของ “ทุกสิ่งทุกอย่างที่ประกอบเป็นตัวเรา” นอกจากนี้ ยังมีการกล่าวถึงสุขภาพในแง่มุมของจิตวิญญาณ เช่น “การมีชีวิตสมบูรณ์” และ “มองคนในสิ่งที่ดี”

จะเห็นว่า ปัจจุบันประชาชนมีมุมมองด้านสุขภาพที่กว้างขึ้นกว่าแต่เดิมมาก มิได้จำกัดอยู่เพียงร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากโรคเท่านั้น แต่ยังหมายความไปถึง การมีชีวิตที่ดี ชีวิตที่มีคุณภาพด้วย

2. การสร้างเสริมสุขภาพคืออะไร

ในมุมมองของประชาชนโดยทั่วไป การสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การหมั่นดูแลสุขภาพตนเอง ได้รับอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ พักผ่อนให้เพียงพอ และเน้นที่การออกกำลังกายเนื่องจากได้รับการกระตุ้นจากหน่วยงานของรัฐ และข้อมูลข่าวสารทางสื่อต่างๆ การไปตรวจสุขภาพประจำปี

บางกลุ่มไม่เน้นเพียงสุขภาพกายเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงสุขภาพจิต เช่น กล่าวว่า “สุขภาพกายเจริญวัย สุขภาพใจเจริญสุข” นอกจากนี้ยังกล่าวถึง การทำให้จิตใจปกติ , ไม่เครียด มีจิตใจดี ได้ช่วยเหลือชุมชนด้วย

การสร้างเสริมสุขภาพ มีนัยความหมายเน้น 2 ส่วน

การสร้าง หมายถึง สร้างขึ้นมาใหม่

เสริม หมายถึง เสริมสิ่งที่ดีอยู่แล้ว

ส่วนการซ่อมแซม หมายถึง การซ่อมของที่สึกหรอ เช่น ซ่อมรถเครื่อง / รถยนต์ เป็นต้น

ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพ จึงมีนัยความหมายให้อยู่ได้ด้วยตนเองไม่ต้อง ไปพึ่งพาแพทย์ ดูแลตนเองได้ ไม่ไปยุ่งกับยาเสพติด ดูแลตนเองให้แข็งแรงไม่ให้เจ็บไข้

3. ความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

<u>ความเห็นในเชิงบวก</u>

ข้อเด่นของโครงการ ได้แก่ ความเสมอภาค ในสิทธิการรักษาของคนจนและคนรวย ไม่ว่าคนจนหรือคนรวย รักษาได้ ในราคาที่เท่าเทียมกัน

การเข้าถึงบริการซึ่งสะดวกขึ้น และอยากให้มีโครงการนี้ต่อไป รวมทั้งอยากให้ยกเลิกสิทธิของข้าราชการด้วย เพื่อให้ทุกคนมีสิทธิเสมอภาพจริง

<u>ความเห็นในเชิงลบ</u>

ไม่แน่ใจในคุณภาพการรักษา คิดว่าคุณภาพของยายังไม่ดี การส่งคนไข้ไปรักษาต่อล่าช้า การดูแลก็ไม่ดี มีคนไข้แออัดในโรงพยาบาล เมื่อมีคนไข้มากๆ แพทย์ก็จะบ่น นอกจากนี้สิทธิมีครอบคลุมเหมือนบัตรสุขภาพ 500 บาท จึงรู้สึกพอใจกับบัตรสุขภาพ 500 มากกว่า

สรุป คิดว่าหลักการของโครงการดี แต่การนำลงไปปฏิบัติยังไม่ดี เน้นความเสมอภาพของผู้ด้อยโอกาส/คนจน ให้เข้าถึงบริการได้เท่าเทียมกัน ยังมีความต้องการโครงการนี้อยู่ แต่ก็ยังไม่เชื่อมั่นกับคุณภาพการรักษา/คุณภาพยา และการดูแล ว่าจะเท่าเทียมกับผู้มีสิทธิอื่นๆ หรือไม่

4. โครงการนี้มีผลต่อสุขภาพหรือไม่ / อย่างไร

- ชาวบ้านมีโอกาสในการรับบริการมากขึ้น ได้รับความสะดวกในการรับบริการเพิ่มขึ้น ก็น่าจะทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น
- มีแกนนำการออกกำลังกาย (เต้นแอโรบิค)
- สื่อประชาสัมพันธ์ ในการรณรงค์ให้สร้างสุขภาพมากขึ้น และให้หลีกเลี่ยงสารเสพติด
- ค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยลง
- ออกกำลังกายสุขภาพดีขึ้น
- ประชาสัมพันธ์แนะนำ
- สุขภาพจิตดี ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

ไปพบหมดได้บ่อยขึ้น ไม่สิ้นเปลืองเงิน สามารถใช้เงินไปบำรุงสุขภาพในด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและจิต

ไปตรวจสุขภาพมากขึ้น จากการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ ทำให้เกิดการประหยัดเศรษฐกิจดีขึ้น สุขภาพกายและจิตดีขึ้น มีความมั่นคงไม่ต้องกังวลว่าเจ็บป่วยแล้วจะไม่มีเงินรักษา ซึ่งจะได้ดูแลสุขภาพแต่เนิ่นๆ

5. ก่อนโครงการนี้ได้ปฏิบัติอย่างไร

- เจ็บไข้รักษาสถานีอนามัย / โรงพยาบาล
- ใช้บัตร 500 หรือ สปส. / บัตรชนิดอื่น
- เจ็บป่วยเล็กน้อย ซื้อยากินเอง,ไปสถานีอนามัย / อาการเป็นมากไปโรงพยาบาล
- ไม่ค่อยใช้การแพทย์พื้นบ้าน
- มีการดูแลตนเอง ตามแบบพื้นบ้าน ยาต้มบ้าง
- ดูแลตนเองก่อน โดยการกินยาเอง (เป็นไข้กินยาลดไข้) ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็ไปสถานีอนามัยใกล้บ้าน ถ้าหากยังไม่หาย ก็ไปโรงพยาบาล
- ถ้าหากเป็นไข้หวัดเล็กน้อย จะออกกำลังกาย ก็จะหายได้เอง

6. ปัจจุบันท่านรักษาที่ไหนอย่างไร

ปัจจุบันใช้สิทธิตามขั้นตอน คือ เมื่อเจ็บป่วยรักษาทันที (ถ้าหากโรงพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน) หากเป็นเล็กน้อยจะกินยารักษาที่บ้าน ⟶ ไปอนามัย ⟶ ไปโรงพยาบาล
เน้นการดูแลตนเองก่อนเจ็บป่วย แต่ถ้าหากอาการหนักก็จะไปโรงพยาบาล

ลักษณะการรักษาจะมีลักษณะคล้ายกับก่อนที่จะเริ่มโครงการ แต่จะเพิ่มในเรื่องของการออกกำลังกายมากขึ้น ประชาสัมพันธ์มากขึ้นมีความรู้มากขึ้นกว่าเดิม ปกติจะออกกำลังกายอยู่แล้วจากการทำงาน ซึ่งแต่เดิมใช้สมุนไพรในการรักษา (ยาต้ม ยาหม้อ) ตอนนี้สามารถไปพบหมอได้ง่ายขึ้น เข้าหาแพทย์ปัจจุบันมากขึ้น ซึ่งการเสียเงินเองจะเร็วกว่า จึงไม่ค่อยใช้สิทธิ

7. โครงการ 30 บาท ดี/ไม่ดีอย่างไร

- เสมอภาค
- ประชาชนสุขภาพดีขึ้น / ประหยัด

<u>ปรับปรุง</u>

- ควรครอบคลุมอุบัติเหตุด้วย
- ดูแลคุณภาพบริการ คุณภาพยา ทำให้ต้องไป รพ.หลายครั้ง (คิดว่าบัตร 500 ดีกว่า)
- บัตรควรใช้ได้ในทุกสภาพบริการ
- ยังการมีการลัดคิว
- ต้องพัฒนาเจ้าหน้าที่ ด้านจิตใจในการให้บริการ และพฤติกรรมบริการ
- ข้าราชการควรใช้โครงการบัตร 30 บาทด้วย
- คนมาใช้บริการมาก ควรปรับปรุงเรื่องการบริการ ซึ่งการบริการที่เป็นอยู่ คือ บริการช้ามาก ทำให้ต้องรอนาน

บทที่ 5

สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งเป็นการวิจัยเชิงพรรณา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการสัมภาษณ์ประชาชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี พังงา ตรัง และยะลา เพื่อนำผลมาสร้างแบบสอบถามจังหวัดละ 20 คน รวม 80 คน ได้ทำการสนทนากลุ่มกับประชาชนจังหวัดละ 8-10 คน และใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลกับประชาชนใน 4 จังหวัดดังกล่าว เป็นจำนวน 1,200 คน

เมื่อได้ข้อมูลจึงนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณา และสถิติเชิงอนุมาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 62.22) อายุระหว่าง 21-40 ปี (ร้อยละ 60.30) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา(ร้อยละ27.16) รายได้อยู่ในช่วง 3,001 – 6,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 35.18) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ54.07) สิทธิในการรับบริการส่วนใหญ่ใช้บัตรทองไม่มี ท. (ร้อยละ 43.33) และมีอาชีพรับจ้าง(ร้อยละ 39.84)

2. คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคมประกอบด้วย

2.1 ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 77.50) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ระดับค่านิยมข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การดูแลรักษาสุขภาพอยู่เสมอเมื่อรู้สึกไม่สบาย อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.17) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ อยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$ = 1.55)

2.2 การรับรู้สิทธิของประชาชนต่อบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.2.1 การรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สิทธิต่อบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับน้อย(ร้อยละ 68.63) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สิทธิต่อบริการสุขภาพถูกต้องสูงสุดคือ ผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องใช้สิทธิรักษาพยาบาลตาม

สถานบริการต่าง ๆ ในบัตร(ร้อยละ100) ส่วนที่มีการรับรู้สิทธิต่อบริการสุขภาพยังไม่ถูกต้องคือ ผู้ติดยาเสพติดสามารถใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) ได้ตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล(ร้อยละ 61.40)

2.2.2 การรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและผู้ใช้บัตรประกันสังคมต่อบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สิทธิต่อบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก(ร้อยละ 80.10) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีการรับรู้สิทธิถูกต้องสูงสุด คือ กรณีมีอุบัติเหตุสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการที่ใดก็ได้ (ร้อยละ 73.10) ข้อที่รับรู้สิทธิไม่ถูกต้องสูงสุดคือสามารถใช้สิทธิในการทำฟันปลอม (ร้อยละ 85.20)

2.2.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ร้อยละ 91.20) โดยแหล่งข้อมูลที่ประกอบได้รับข่าวสารมากที่สุดคือโทรทัศน์(ร้อยละ 85.42) รองลงมาคือวิทยุ (ร้อยละ 73.62) และผู้นำชุมชน(ร้อยละ 72.63) ส่วนแหล่งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารน้อยที่สุดคือการประชุม/อบรม เรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ร้อยละ 64.41) และการรับรู้ข่าวสารที่ได้รับบ่อยครั้งที่สุดคือโทรทัศน์ (ร้อยละ 42.50) รองลงมาคือผู้นำชุมชน (ร้อยละ 22.20) และวิทยุ(ร้อยละ 21.90)

2.3 ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการด้านสุขภาพในระดับปานกลาง(ร้อยละ 50.42) เมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.33) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เมื่อรู้สึกไม่สบายจะพยายามดูแลสุขภาพร่างกายอยู่ในระดับมาก($\overline{X}$ = 2.85) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การไม่เคยวิตกกังวลต่อสุขภาพเลย อยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$ = 1.62)

3. ปัจจัยด้านการบริการสุขภาพประกอบด้วย การเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพบริการ

3.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องเดินทางจากบ้านไปถึงหน่วยบริการสุขภาพโดยเฉลี่ย 4.3 กิโลเมตร และใช้ระยะเวลาในการเดินทางโดยเฉลี่ย 0.23 ชั่วโมง การเดินทางส่วนใหญ่เดินทางโดยรถโดยสาร(ร้อยละ 72.60) รองลงมาคือการเดิน(ร้อยละ 12.80) และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเดินทางไปเพื่อรับบริการ(ร้อยละ 95.30) การได้รับบริการที่บ้านส่วนใหญ่ได้รับนาน ๆ ครั้ง(ร้อยละ 49.50)

3.2 คุณภาพการบริการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 54.16) เมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่าคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง($\overline{X}$ = 3.56) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการสูงสุด คือ เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจรักษามีความรู้ความสามารถอยู่ในระดับมาก($\overline{X}$ = 3.80) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.79) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการต่ำสุด คือ ห้องตรวจมีเครื่องมืออุปกรณ์ไม่เพียงพออยู่ในระดับปานกลาง($\overline{X}$ = 3.14)

4. การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 56.42) เมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง($\overline{X}$ = 3.58) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สามารถปรึกษากับผู้ใกล้ชิดเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.07) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สามารถผ่อนคลายความเครียดโดยการนั่งสมาธิหรือสวดมนต์อยู่ในระดับปานกลาง($\overline{X}$ = 2.74)

5. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 49.75) รองลงมาอยู่ในระดับมาก(ร้อยละ 49.25) เมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.64) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีบุคคลใกล้ชิดทำให้รู้สึกอบอุ่นและสบายใจอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.89) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการควบคุมโรคเช่นการรับประทานอาหาร การสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง($\overline{X}$ = 3.34)

6. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 79.08) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก(ร้อยละ 50.83) ส่วนด้านการจัดการกับความเครียดด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการป้องกัน ด้านพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านโภชนาการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 79.17,75.67,65.00, 63.17 และ 54.92) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง($\overline{X}$ = 2.89) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริม

สุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก($\overline{X}$ = 3.10) รองลงมาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเคียด และด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.99, 2.95, 2.83, 2.81 และ 2.68 ตามลำดับ)

7. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

พฤติกรรมการใช้บริการของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่สถานีอนามัย(ร้อยละ 52.08) รองลงมาคือ โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 46.33) ส่วนการไปรักษากับแพทย์พื้นบ้านกลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการน้อยที่สุด (ร้อยละ 6.42) และค่าใช้จ่ายในการไปใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อไปใช้บริการที่คลินิคแพทย์ซื้อยารับประทานเอง และโรงพยาบาลเอกชน มีค่าใช้จ่าย(ร้อยละ 95.5, 92.00 และ 84.80 ตามลำดับ) ผลจากการรักษาหายจากการเจ็บป่วยส่วนใหญ่พบว่า ไปรับบริการคลินิค (ร้อยละ 80.80) รองลงมาไปรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์(ร้อยละ 77.90) และโรงพยาบาลเอกชน(ร้อยละ 76.60) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด(ร้อยละ 98.30) รองลงมาคือคลินิคแพทย์(ร้อยละ 97.50) และซื้อยามารับประทานเอง(ร้อยละ 97.30)

8. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการ

8.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างสุขภาพได้แก่ อายุ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย คุณภาพบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.9 และสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ = 52.73 (0.13) อายุ + (0.50) ค่านิยมเกี่ยวกันสุขภาพและการเจ็บป่วย +(0.14) คุณภาพบริการ + (0.17) การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ + (0.67) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม

8.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

พบว่า มีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ดังนี้คือ

เพศพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพโดยรักษาเองกับญาติพี่น้อง, ซื้อยารับประทานเอง และรักษากับแพทย์พื้นบ้าน น้อยกว่าเพศชาย 0.57, 0.75, 0.55 เท่า ตามลำดับ

ระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามีการใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มากกว่ากลุ่มที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือ

สูงกว่า 1.65 เท่า ส่วนกลุ่มที่สำเร็จการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์มากกว่ากลุ่มที่จบปริญญาตรีหรือสูงกว่า 1.74 เท่า แต่มีการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนน้อยกว่า 0.43 เท่า

ประเภทของการประกันสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรทองมี ท. รักษาที่สถานีอนามัยมากกว่ากลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 3.16 เท่า ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรทองไม่มี ท. รักษาที่สถานีอนามัยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 2.49 เท่า แต่รักษาโดยรักษาโดยญาติพี่น้องน้อยกว่า 0.27 เท่า สำหรับผู้มีบัตรประกันสังคมมีการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์น้อยกว่ากลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 0.53 เท่า

ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยในระดับมาก จะมีการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์มากกว่ากลุ่มที่มีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วยในระดับน้อย 1.03 เท่า

การรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้สิทธิต่อบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพโดยรักษาเองโดยญาติพี่น้อง และคลินิกแพทย์น้อยกว่ากลุ่มที่รับรู้สิทธิต่อบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 0.87 และ 0.93 เท่า ตามลำดับ

การรับรู้สิทธิของกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ พบว่า กลุ่มที่รับรู้สิทธิต่อบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาก มีการรักษาสถานีอนามัยน้อยกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้สิทธิต่อบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน้อย 0.90 เท่า

การได้รับข้อมูลข่าวสารพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากมีพฤติกรรมการใช้บริการโดยไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารน้อย 0.45 เท่า

ความต้องการด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มที่มีความต้องการด้านสุขภาพมาก มีพฤติกรรมการใช้บริการโดยไปรักษาที่สถานีอนามัยมากกว่า กลุ่มที่มีความต้องการด้านสุขภาพน้อย 1.23 เท่า แต่มีการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ น้อยกว่า 0.97 เท่า

คุณภาพบริการพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นต่อคุณภาพบริการมาก จะมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพโดยการรักษาที่สถานีอนามัยมากกว่ากลุ่มที่มีความเห็นต่อคุณภาพบริการน้อย 1.01 เท่า

การเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพโดยรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่ากลุ่มที่เข้าถึงบริการยาก 0.67 เท่า แต่ใช้การรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนมากกว่า 1.52 เท่า

9. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และบัตรประกันสังคม

9.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และบัตรประกันสังคม พบว่า กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่พบว่า กลุ่มผู้ที่ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มที่ใช้บัตรข้าราชการมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีบัตรประกันสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกับกลุ่มที่มีบัตรประกันสังคม

9.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรประกันสังคม บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้บริการที่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน มากกว่ากลุ่มที่ใช้บัตรประกันสังคมและข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มที่มีบัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ มากกว่ากลุ่มที่ใช้บัตรประกันสังคม และบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มประชาชนที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และบัตรประกันสังคม จำนวน 1,200 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และคิดร้อยละของข้อมูลลักษณะประชากร ข้อมูลคุณลักษณะทางจิตวิทยาทางสังคม คือ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย การรับรู้สิทธิ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และความต้องการด้านสุขภาพข้อมูลปัจจัยด้านบริการสุขภาพคือคุณภาพบริการ การเข้าถึงบริการ ข้อมูลการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ข้อมูลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ข้อมูลพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย การรับรู้สิทธิ ความต้องการด้านสุขภาพ คุณภาพบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมใช้บริการสุขภาพ โดยภาพรวมและรายด้าน คำนวณค่าถดถอยพหุคูณ ของปัจจัยด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการใช้สมการถดถอยลวจัสติกของปัจจัยกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด(ร้อยละ 79.02) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ กันได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ (มะลุลี ฐานตร,2538 ; วรรณดี แย้มจันทร์ฉาย,2538; ศุภวารินทร์ หาญกิตติกุล, 2539) กลุ่มคนงาน (ทิพาพร กลิ่นกลุ่ม,2537 ; วนลดา ทองใบ,2540) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ศุกัญญา ไผโสภณ,2540)ที่พบว่ามีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างในการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มอื่น ๆ ที่พบว่ามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับมาก ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ (ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร,2534) วรรณี ชัชวาลย์ทิพากร และคณะ , 2542 ; อัมพร จันทรักษา และคณะ ,2543 ; ชนมทัช วิชัยชรัช,2546) กลุ่มผู้ทำงานระดับบริหาร (Lusk, Kell and Ronis , 1995) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ขนิษฐา ไตรพิทักษ์, 2546) และมี

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำได้แก่ กลุ่มวัยสตรีหมดประจำเดือน (สุธนิจ ขุณฑสาร, 2539)

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีพฤติกรรมในระดับมาก ได้แก่ การรับประทานอาหาร เป็นเวลาและครบ 3 มื้อ รับประทานอาหารพวกผักและผลไม้ รับประทานอาหารที่ปรุงสุกและบรรจุในภาชนะที่สะอาด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวิถีชีวิตและวัฒนธรรมด้านการบริโภคของประชาชน ที่รับประทานอาหาร 3 มื้อ รับประทานพวกผัก ผลไม้ และอาหารที่ปรุงสุก ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีพฤติกรรมในระดับมากได้แก่ มีเวลาในการพักผ่อนเพียงพอ นอนหลับสนิทอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ไม่ใช้ยานอนหลับเมื่อนอนไม่หลับ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเพื่อการพักผ่อนระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการพักผ่อนและเป็นวิถีชีวิตอย่างหนึ่งของคนไทย แต่พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อเพราะประชาชนยังไม่เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายอยู่ในรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับเบอร์เนอร์ (Bruner Citid in pender ,1987) ที่เปรียบเทียบการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้าร่วมออกกำลังกายบ่อยครั้งและไม่ออกกำลังกาย พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมออกกำลังกาย พบผลประโยชน์สูงสุดแต่ผู้ไม่เข้าร่วมออกกำลังกายเห็นประโยชน์ในระยะสั้น และจากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่มีความรู้เรื่องการออกกำลังกาย และมีความเข้าใจผิดคิดว่าการทำงานบ้านกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ หรืองานอดิเรกที่ทำในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การดายหญ้า การเดินไปเดินมาถือเป็นการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับ(นริศรา ลีลามานิตย์, 2534) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจและไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย

ด้านการจัดการกับความเครียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า การไม่ขัดแย้งกับผู้อื่น($\overline{X}$ = 3.15) ทำให้ไม่เครียด เพราะการทะเลาะขัดแย้งกับผู้อื่นจะทำให้รู้สึกเครียดไม่สบายใจ

ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างออกถึงความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่อยู่ระดับมากคือ การยิ้มแย้มกับเพื่อนบ้าน เพื่อร่วมงาน เมื่อเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวให้ความช่วยเหลือ ชื่นชมกับความสำเร็จของเพื่อนบ้าน การที่กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระดับปานกลางทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในสังคมเกษตรกรรม บ้านเรือนของกลุ่มตัวอย่างและเพื่อนบ้านอยู่ใกล้กัน

ทุกคนให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความเอื้อเฟื้อ ต่อกัน จึงทำให้มีความสัมพันธภาพระหว่างบุคคล(ชาติญาญจน์ นิตรรุ่ง, 2545)

การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การพัฒนาด้านจิตวิญญาณที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในระดับมาก ได้แก่ การช่วยเหลือเพื่อนบ้านด้วยความเต็มใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในสังคมเครือญาติบ้านใกล้เรือนเคียง มีการให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จะมีการช่วยเหลือกันดี เช่น มีงานบวช งานแต่งงาน ก็จะไปช่วยเหลือกันและโดยส่วนใหญ่จะไปช่วยงานด้วยความเต็มใจ

ส่วนความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับมาก ซึ่งจะเห็นได้จากพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอร์ สวมหมวกกันน๊อคและเข็มขัดนิรภัย ข้ามถนนโดยทางม้าลาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และเจ้าหน้าที่ แต่ความรับผิดชอบต่อสุขภาพเรื่องการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพ ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงดีและจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจะไปตรวจร่างกายเมื่อมีอาการผิดปกติ หรือแพทย์นัด

วัตถุประสงค์ที่ 2 พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประส่งข้อที่ 2

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการสุขภาพที่สถานีอนามัยมากที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนการรักษากับแพทย์พื้นบ้านกลุ่มตัวอย่างใช้บริการน้อยที่สุดซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกรรณิการ์ แก้วเพ็ชร (2546) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนหมู่ที่ 5 ต.มะขามเตี้ย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี พบว่า พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพในส่วนวิชาชีพระดับสูง และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพกับแพทย์พื้นบ้านในระดับต่ำ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของมยุรี คชนาม (2536) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ พบว่า ประชาชนในชนบทไม่ใช้บริการที่สถานอนามัยถึงร้อยละ 63.0 (2536) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเน้นให้ประชาชนใช้บริการสถานพยาบาลปฐมภูมิที่ใกล้บ้านและเป็นสถานพยาบาลปฐมภูมิที่รับทำสัญญาหลักในการจัดบริการสุขภาพ(สำนักงานสาธารณสุขเชียงใหม่, 2544) ดังนั้นประชาชนที่อยู่ใกล้สถานบริการใดต้องเข้ารับบริการ ณ สถานบริการนั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตชนบทจะเข้ารับ

บริการสุขภาพที่สถานีอนามัยและกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเมืองเข้ารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์เป็นส่วนใหญ่

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพบว่า การรักษาในคลินิก ซื้อยารับประทานเองและการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน มีค่าใช้จ่ายในการรับบริการสูงมากกว่าการรักษาในสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์

ผลการรักษาพยาบาลพบว่า รักษาในโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และคลินิกแพทย์ ร้อยละ ของการรักษาหายมากกว่า แพทย์พื้นบ้าน สถานีอนามัย การซื้อยารับประทานเอง ทั้งนี้ในประเด็นของสถานีอนามัยผลวิจัยพบว่า ร้อยละของรักษาหายน้อยกว่าสถานบริการของรัฐประเภทอื่น อาจเป็นเพราะความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในด้านการรักษา อุปกรณ์ทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ต่าง ๆ มีไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้การรักษาอยู่ในระดับดังกล่าว สำหรับการรักษาแพทย์พื้นบ้านไม่หายเพราะเป็นการรักษาด้วยบุคคลที่ขาดความรู้ที่ถูกต้องและไม่ตรงกับโรคที่เป็น และการซื้อยารับประทานเองเป็นการรักษาตามอาการไม่ตรงกับโรคที่เกิด

ความพึงพอใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสถานบริการที่ตนเลือกในการรักษาครั้งแรกเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคคลย่อมมีความพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองเลือกและมั่นใจในสถานบริการนั้น ๆ ซึ่งเพนเดอร์กล่าวว่า ความพึงพอใจที่จะกระทำพฤติกรรมจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ (Pender, 1990) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีความพึงพอใจต่อสถานบริการที่ตนเองเลือกใช้

วัตถุประสงค์ที่ 3 ความสัมพันธ์และการทำนายระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางสังคมประชากร คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม ปัจจัยด้านบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม(Orem , 1991) ที่กล่าวว่าอายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นสูงสุดในอายุวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-60 ปี (ร้อยละ 60.25) และช่วงอายุ 40-60 ปี(ร้อยละ 20.33) และสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ ผาสุก (2535) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพและจุรีรัตน์ เพชรทอง(2540) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างนัยสำคัญทางสถิติ

ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 หมายถึง ผู้ที่มีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยในระดับมาก มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแพนเดอร์ (Pander , 1987) ที่กล่าวถึง การมีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ โดยกล่าวว่าการที่บุคคลให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเองมากเท่าไร บุคคลจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับเกียรติศักดิ์ อินทยานันท์(2526) กล่าวว่า บุคคลที่มีคานิยมด้านชีวิตและสุขภาพสูงจะเห็นคุณค่าของการมีชีวิตและการมีสุขภาพที่ดี ย่อมมีการกระทำ พฤติกรรมมากกว่าบุคคลนี้ไม่เห็นคุณค่าของชีวิตและสุขภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ไวทโสภณ (2540) ที่พบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คุณภาพบริการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 หมายถึง ผู้ที่ได้รับคุณภาพบริการในระดับมากมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ไปใช้บริการในสถานบริการได้รับความสะดวก ตรงเวลา เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความชำนาญ รอบคอบ ตลอดทั้งการบริการอย่างญาติมิตร สุภาพ ให้ข้อมูลที่เพียงพอ และตอบสนองความต้องการ สิ่งเหล่านี้ถ้าให้กลุ่มตัวอย่างมองว่าการได้รับบริการที่ดี รวมทั้งการคาดหวังต่อผลการบริการได้ตามคาดหวัง จึงทำให้เกิดการจูงใจในการทำพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้กับตนเอง จึงส่งผลให้คุณภาพบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 หมายถึง ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพในระดับมาก มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจะส่งผลทำให้เกิดการรับรู้ต่ออุปสรรค ในการกระทำพฤติกรรมจะสร้างเสริมสุขภาพต่ำ และเมื่อเกิดความพร้อมจะกระทำพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีแรงจูงใจจากการรับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลจึงกระทำพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Pander, 1996) และบุคคลที่รับรู้ความสามารถแห่งตนสูงจะเพียงพยายามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย (Bandura , 1989) ที่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุกัญญา ไวทโสภณ (2540) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 หมายถึง ผู้ที่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้

เนื่องจากเมื่อบุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ การยอมรับและเห็นคุณค่าการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของเครื่องใช้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วลิดา ศักดิ์บัณฑิตสกุล (2542) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมาลัย ลิดราญจิตต์ (2543) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านคุณลักษณะทางสังคม ประชาชนในเรื่องอายุ คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคมในเรื่องค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ด้านบริการสุขภาพในเรื่องคุณภาพบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ และการรับรู้และสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ได้ร้อยละ 32.90 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักทางทำนายมากที่สุดคือ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (0.67) รองลงมา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย (0.50) การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ (0.17) คุณภาพบริการ (0.14) และอายุ (0.13) ส่วนตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นพบว่าเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง เพศหญิง และชาย ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลทั้งเพศชาย และเพศหญิง มีความสามารถในการได้รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้นในทุกแง่มุม ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีผลทำให้พฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง และนพนันท์ สิงห์ลาง (2545) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) และเยาวลักษณ์ มหาสิทธิรักษ์ (2529) ที่พบว่า เพศชายมีการดูแลตนเอง และแบบแผนชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง ซึ่งไม่สอดคล้องกับ รจนา ร่องลือ (2536) ที่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมคุณภาพด้านออกกำลังกาย ด้านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สูงกว่าเพศชาย ดังนั้นเพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้

การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ เนื่องจาก นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการกระจายข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการศึกษาระดับใด นอกจากนี้ความสามารถในการรับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างมีมากขึ้น เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เจ้าหน้าที่ของรัฐ เป็นต้น ดังนั้นการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างสุขภาพ

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง รายได้ ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทั้งนี้ เนื่องจากพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในชุมชนที่สามารถหาอาหารรับประทานได้ง่าย เช่น ผัก ผลไม้ เป็นอาหาร ตามฤดูกาลของภาคใต้ซึ่งมีราคาไม่แพง และอาหารบางชนิดมีอยู่ในบ้าน เช่น ผัก ปลา โดยไม่ต้องซื้อ ด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน ไม่ต้องซื้อหาอุปกรณ์ที่มีราคาแพง โดยสามารถไปพักผ่อนในสถานที่ใกล้เคียง เช่นสวนสาธารณะ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับสิทธิ และสวัสดิการจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านการจัดการกับความเครียด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่นการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การนั่งสมาธิ การทำจิตใจให้สงบ ดังนั้น รายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ประเภทของการประกันสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง สิทธิของประชาชนในการรับบริการ ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจาก นโยบายของรัฐที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนมีการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ จึงได้มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในทุกระดับอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้ได้รับสิทธิประเภทไหน ดังนั้น ประเภทของการประกันสุขภาพจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้สิทธิ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน ไม่มีความเกี่ยวข้องกันกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้มีบัตรประกันถ้วนหน้า บัตรประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ทุกกลุ่มต่างรับรู้สิทธิของตนเอง ดังนั้น การรับรู้สิทธิจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

การได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และทั่วถึงไม่ว่าจากโทรทัศน์ วิทยุ เจ้าหน้าที่ เพื่อนบ้าน การเข้าร่วมประชุม ฯลฯ บางคนได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลายแหล่งบางคนได้จากแหล่งเดียว แต่โดยรวม ทุกคนได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่แตกต่างกัน บางคนได้บ่อยครั้ง บางคนได้บางครั้ง ดังนั้นการได้รับข้อมูลข่าวสารจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ความต้องการทางด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความต้องการด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการ

สร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อาจจะเป็น เพราะกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคต ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีความต้องการด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสร้างเสริมภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งอาจจะเป็นเพราะมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ข้อจำกัดในระหว่างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีเช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ดังนั้นจึงมีผลทำให้ความต้องการด้านสุขภาพได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การเข้าถึงบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบริการต่างกันไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการเข้ารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง โดยส่วนใหญ่แล้วได้แล้วไม่มีความแตกต่างกันมาก เช่น ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการไม่ไกลกันมาก มีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ และใช้เวลาในการเดินทางไม่มาก นอกจากนี้หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพมีการรณรงค์ให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอย่างทั่วถึง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสามารถนำความรู้ไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง ดังนั้นการเข้าถึงบริการจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางสังคมของประชากร คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม ปัจจัยด้านบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

เพศ ผลการวิจัยพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพโดยรักษากับญาติพี่น้อง ซื้อยารับประทาน และ แพทย์พื้นบ้าน น้อยกว่าเพศชาย 0.57,0.74 และ 0.55 เท่าตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศหญิงเป็นตัวแทนของครอบครัวในการตัดสินใจด้านสุขภาพและการแสวงหาการรักษาตนเอง จึงต้องพยายามแสวงหาสถานบริการสุขภาพที่คิดว่าน่าเชื่อถือและเกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัวมากที่สุด จึงมีการรักษากับญาติพี่น้อง ซึ่งยารับประทานเองและแพทย์พื้นบ้านน้อยกว่าเพศชายสอดคล้องกับผลการศึกษาของนัยนา พ้พัฒน์วณิชา (2535) และฮาริสและกัดแทน (Harris and Giten 1979, cited in Lush Kerr and Romish, 1995) ที่พบว่าเพศหญิงมีการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย

ระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่จบชั้นประถมศึกษาและชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีพฤติกรรมการใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลศูนย์ มากกว่าคนที่จบการศึกษาปริญญาตรี 1.65 และ 1.74 เท่า ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเหตุว่าในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งส่วนใหญ่ร้อยละ 46.92 มีการศึกษาดังกล่าว และในการใช้บริการสุขภาพถ้วนหน้าจะใช้บริการใน

โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ได้ตามระบบส่งต่อ อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3. ไปใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชน น้อยกว่าคนที่จบปริญญาตรีหรือสูงกว่า 0.43 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจของกลุ่มที่จบปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีรายได้สูงกว่ากลุ่มที่จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จึงทำให้กลุ่มที่จบปริญญาตรีหรือสูงกว่า ไปใช้บริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่จบมัธยมศึกษาปีที่ 3

ประเภทของการประกันสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรทองประเภทมี ท.และไม่มีบัตร ท. มีพฤติกรรมในการใช้บริการสุขภาพที่สถานีอนามัยมากกว่า กลุ่มที่เป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 3.16 และ 2.49 เท่าตามลำดับ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าโครงการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีนโยบายกำหนดให้ประชาชนเลือกใช้บริการใกล้บ้าน นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มที่มีบัตรทองประเภทไม่มี ท. ใช้บริการสุขภาพกับญาติพี่น้อง น้อยกว่ากลุ่มที่มีบัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 0.27 เท่า ทั้งนี้อย่างเป็นเพราะ กลุ่มบัตรทองไม่มี ท. เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยถึงมาก จะเข้ารับบริการในหน่วยงานที่ขึ้นทะเบียนสิทธิการรักษา 30 บาททันทีในขณะที่กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจจะเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย ก็จะดูแลรักษากันเอง ซึ่งสอดคล้องแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1991) ที่กล่าวว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติการณ์การดูแลตนเอง และกลุ่มที่มีบัตรประกันสังคมใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์น้อยกว่าข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 0.53 เท่า ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ สามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ โดยไม่ผ่านการส่งต่อ และในการเก็บข้อมูลครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มากกว่ากลุ่มบัตรประกันสังคม

ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับสูงมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มากกว่ากลุ่มที่มีค่านิยามเกี่ยวกับสุขภาพระดับต่ำ 1.03 เท่า ทั้งนี้เพราะบุคคลที่มีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วยสูงจะมีพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการที่ตนพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี คชนาม (2536) ที่ศึกษาเกี่ยวกับค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วยกับการใช้บริการรักษา พบว่า ระดับค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพสูงขึ้นการใช้บริการการรักษาที่สถานีอนามัย มีแนวโน้มลดลง และประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (2529) ที่พบว่า กลุ่มที่มีค่านิยมต่อสุขภาพต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยของการมีอาการเจ็บป่วยและไปรับบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุข รักษาที่อนามัยสูงกว่ากลุ่มที่มีค่านิยามเกี่ยวกับสุขภาพระดับปานกลาง

การรับรู้สิทธิของกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สิทธิมากมีพฤติกรรมใช้บริการสุขภาพโดยรักษากับญาติพี่น้องและคลินิกแพทย์น้อยกว่า

กลุ่มที่มีการรับรู้สิทธิน้อย 0.87 และ 0.93 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้ารับรู้สิทธิของตนเองจะไปใช้บริการตามสิทธิของตนเอง ในขณะที่กลุ่มที่รับรู้สิทธิน้อยจะไม่เข้าใจขั้นตอนการรับบริการและสิทธิของตนเองจะเข้ารับบริการในคลินิกแพทย์และญาติพี่น้องมากd;jk

การรับรู้สิทธิของข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ บัตรประกันสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สิทธิมาก มีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่สถานีอนามัยน้อยกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้สิทธิในน้อย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้สิทธิมากจะไปใช้บริการในหน่วยบริการที่ตนเองสามารถไปใช้สิทธิได้และเป็นหน่วยบริการที่มีคุณภาพบริการในระดับสูง ในขณะที่กลุ่มรับรู้สิทธิน้อยไปใช้บริการที่สถานีอนามัย

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร 0.45 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีระเบียบการปฏิบัติในการใช้บริการโดยมีการระบุหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสถานีอนามัยในส่วนของการประชาสัมพันธ์มุ่งเน้นให้ใช้สิทธิตามที่กำหนดไว้ สามารถใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนได้ เมื่อมีการส่งต่อตามขั้นตอน

ความต้องการด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความต้องการด้านสุขภาพในระดับสูงมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่สถานีอนามัยมากกว่ากลุ่มที่มีความต้องการด้านสุขภาพต่ำ 1.03 เท่า แต่มีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ น้อยกว่ากลุ่มที่มีความต้องการด้านสุขภาพระดับต่ำ 0.57 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอีวาซวิคและคณะ (Evaskwick,et al ,1983) เบญจา ยอดดำเนิน และคณะ(2533) ที่พบว่า การเลือกใช้แหล่งบริการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความต้องการด้านสุขภาพและการศึกษาของวสันต์ ศิลปสุวรรณ(Vason Silpasuwan , 1983) ที่พบว่ากลุ่มประชาชนในชนบทส่วนใหญ่มีปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับมยุรี คชนาม(2536) ที่พบว่า กลุ่มที่มีความต้องการด้านสุขภาพสูงไปรับบริการที่สถานีอนามัยมากกว่า

คุณภาพการบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้คุณภาพบริการในระดับสูง มีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่สถานีอนามัยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้คุณภาพบริการระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายใกล้บ้านใกล้ใจ เน้นการใช้บริการในระดับปฐมภูมิ ดังนั้นผู้ใช้บริการที่มีการรับรู้คุณภาพบริการในสถานบริการใดย่อมที่จะเลือกใช้สถานบริการนั้น

การเข้าถึงบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงบริการได้ง่าย มีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชนมากกว่ากลุ่มที่เข้าถึงบริการได้ไม่สะดวก 1.52 เท่า แต่มีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่า 0.67 เท่า ทังนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ วัดการเข้า

บริการในมิติของความสะดวกด้านการเดินทางระยะเวลาที่ให้บริการ และความสะดวกในการรับบริการซึ่งสิ่งเหล่านี้มีในโรงพยาบาลเอกชนมีมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นของรัฐบาล

การรับรู้แรงสนับสนุนด้านสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่คลินิกแพทย์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า 1.02 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูง ได้แก่ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอาหาร การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ข้อมูลข่าวสาร การเงิน แรงงานและสิ่งของ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีในกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมทางด้านเศรษฐนะและสังคม สอดคล้องทฤษฎีความต้องการ ของมาสโลว์ คนกลุ่มนี้จึงสามารถใช้บริการในคลินิกแพทย์ได้

วัตถุประสงค์ที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรประกันสังคม และบัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรประกันสังคม และบัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่พบว่ากลุ่มบัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มบัตรประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการโดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าผู้มีบัตรประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมสุขภาพหรือความสามารถในการแสดงเกี่ยวกับสุขภาพต้องประกอบด้วยความรู้ เจตคติ และทักษะ (เพ็ญประภา สุวรรณ, 2536) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการ ซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีความรู้ที่ก่อให้เกิดเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ จึงทำให้เกิดความสนใจ ตระหนัก ชอบ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงค่านิยม จึงทำให้มีการตอบสนองเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้อง ด้วยความเต็มใจ แสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ ซึ่งทางด้านสุขภาพนั้นถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายสูงสุดที่จะช่วยให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี(ทวีสิทธิ สิทธิกร, 2531) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างผู้มีบัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จึงมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มผู้มีบัตรประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนมากกว่ากลุ่มที่มีบัตรประกันสังคมและบัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ มากกว่ากลุ่มที่ใช้บัตร

ประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ทั้งนี้เป็นเพราะระบบการใช้บริการตามแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทำข้อตกลงขั้นตอนของการใช้บริการโดยประชาชนสามารถไปใช้บริการได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก ซึ่งหมายถึง โรงพยาบาลชุมชน และสามารถเข้ารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ ในเครือข่ายคือ สถานีอนามัยที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนได้โดยไม่ต้องผ่านระบบการส่งต่อ แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่ขึ้นตรงกับหน่วยบริการปฐมภูมิหลักที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนจะไปใช้บริการที่หน่วยบริการทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ ซึ่งหมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ต้องผ่านระบบการส่งต่อ(กระทรวงสาธารณสุข , 2544) สำหรับกลุ่มประกันสังคม บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ สามารถใช้บริการในหน่วยงานบริการโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ได้โดยไม่ต้องผ่านระบบการส่งต่อ จึงทำให้กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้บริการที่สถานีอนามัยมากกว่ากลุ่มที่มีบัตรประกันสังคมและบัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และในขณะเดียวกันกลุ่มที่มีบัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ มากกว่ากลุ่มที่มีบัตรประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะทั่วไปเพื่อการนำไปใช้

1. ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าการออกกำลังกายและการพักผ่อนมีคะแนนต่ำสุด ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมที่มุ่งแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้นแก่ประชาชน เช่น การให้ความรู้ จัดสถานที่ เป็นต้น

2. ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย คุณภาพบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น ควรเน้นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เน้นในกลุ่มประชาชนที่มีอายุน้อย ประชาชนที่มีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยไม่ดี ประชาชนที่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่ใช้สถานบริการสาธารณสุขมาก แต่รักษาเองโดยญาติพี่น้องและการแพทย์พื้นบ้านค่อนข้างน้อย คือ ร้อยละ 10.75 และ 6.42 ตามลำดับ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น แทนการพึ่งพาสถานบริการสาธารณสุขอย่างเดียว เพื่อลดการทรัพยากรในระบบสุขภาพ และสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองและการแพทย์ทางเลือก

4. ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนกลุ่มที่มีบัตรประกันสังคมมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพน้อยกว่าคนกลุ่มอื่น ๆ ดังนั้นควรจะส่งเสริมหรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้กลุ่มลูกจ้าง พนักงาน ซึ่งส่วนใหญ่ทำงานในโรงงาน สถานบริการ มีการสร้างเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น

5. จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิในการรักษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสุขภาพที่แตกต่างกันกล่าวคือ กลุ่มข้าราชการและรัฐวิสาหกิจเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์สูง ขณะที่กลุ่มบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการเลือกใช้บริการสุขภาพครั้งแรกที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนสูง ดังนั้น นโยบายของรัฐที่กำหนดให้สิทธิในการเลือกใช้สถานบริการครั้งแรกมีผลต่อการใช้บริการของประชาชนสูง

6. จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับสูงดังนั้น การรณรงค์ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้ก้าวหน้าและสำเร็จควรคำนึงถึงปัจจัยสนับสนุนทางสังคมในการให้บุคคลที่ใกล้ชิดได้ดูแลช่วยเหลือการควบคุมโรค เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ในการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ดังนั้นควรจัดรูปแบบกิจกรรมที่มุ่งให้สุขศึกษา, ประชาสัมพันธ์ , การสนับสนุนและการรวมกลุ่มในรูปแบบที่เหมาะสม

7. จากผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ที่ใช้บัตรทองมีการรับรู้สิทธิของบัตรดังกล่าวอยู่ในระดับน้อย ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งให้การประชาสัมพันธ์เพิ่มความรู้เรื่องสิทธิ์การใช้บัตรทองในกลุ่มคนดังกล่าว

8. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ และผู้นำชุมชน ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐควรประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขภาพสู่ประชาชน โดยเน้นสื่อและส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขมีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ

9. จากผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านดังนั้นควรเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านของประชาชนให้มากกว่านี้

10. จากผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความต้องการทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้การดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพได้ง่าย แต่อาจมีผลเสีย ถ้าประชาชนขาดความรู้ที่ดี จากการโฆษณาชวนเชื่อ เช่น อาหารเสริม ยา และเครื่องมือที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญในปัจจัยดังกล่าว

11. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับสูงมากขึ้นเพราะประชาชนส่วนใหญ่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองอยู่แล้วที่ยังขาดความรู้ในการปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง

12. จัดกิจกรรมที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองให้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการวิจัยนี้ที่จัดกลุ่มศึกษาแยกเป็น 2 กลุ่ม ในเขตเมือง และเขตชนบท จำนวนเท่า ๆ กัน มีผลการศึกษาออกมาโดยรวมตามผลที่ได้แล้วนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยนี้โดยแยกกลุ่มศึกษา เป็นเขตเมืองหรือเขตชนบทให้ชัดเจนต่อไป

2. สร้างรูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บรรณานุกรม

กนกวรรณ จันทร์แดง . “พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามจังหวัดปัตตานี”, **วารสารการพยาบาล**. 3 (กันยายน – ธันวาคม 2541), 2541.

กรรณิกา แก้วเพ็ชร และคณะ **พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน หมู่ที่ 5 ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี** , วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, 2546.

กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน**.กรุงเทพฯ กระทรวงสาธารณสุข . 2544.

กุลธิดา พานิชกุล. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย. **ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการบริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน. นครปฐม** : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

เกียรติศักษ์ วิชยานันท์. **กระบวนการนำค่านิยมพื้นฐาน 5 ประการไปสู่การปฏิบัติ.** กรุงเทพฯมหานครฯ : สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ , 2526.

ขนิษฐา ไตรพิทักษ์ และคณะ. **พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี**. วิจัยทางการพยาบาลกลุ่มวิชาพื้นฐานการพยาบาลและการบริหารการพยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, 2546.

ขวัญใจ ตันติวัฒนาเสถียร. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.**วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล,บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545 – 2549** , มปท, 2544.

จริยวัตร คมพยัคฆ์. **รายงานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัวแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพฯมหานคร.** กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จินตนา ยูนิพันธ์. “การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพขอบข่ายที่ซ้อนกันกับการวิจัยทางการพยาบาล”, **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, 2532.

จิรประภา ภาวิไล. **การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

ไฉนพร ชื่นใจเรื่อง. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

ชนมทัช วิชัยธวัช และคณะ. **พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี รายงานการวิจัย กลุ่มวิชาพื้นฐานการพยาบาลและการบริหารการพยาบาล.** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, 2546.

ชินภัทร ภูมิรัตน. **การปฏิรูประบบสุขภาพกับงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาคน.** การประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 10 . ระยอง : โรงแรมสตาร์, 2544.

ชุติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง และนพนันท์ สิงห์ลาว. **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี.** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข, 2545.

ดวงพร รัตนอมรชัย. **การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสภาพกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)สาขาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

ทวีลาภ เดี่ยวพาณิช และคณะ. **รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาบัญญาและศักยภาพของหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของประชาชน จังหวัดบุรีรัมย์.** บุรีรัมย์ : สำนักงานสาธารณสุขบุรีรัมย์, 2538.

ทวีศักดิ์ สุทกวาทิน. **การปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการประกันสุขภาพในประเทศไทย**. กรุงเทพ ฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ที ที เอ็น เพรส, 2544.

ทวีสา เครือแพ. **เอกสารประกอบการเรียนเศรษฐศาสตร์สุขภาพ** : สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุราษฎร์ธานี , 2545.

ทวีสิทธิ สิทธิกร. **การสอนสุขศึกษา.** กรุงเทพฯ ภาควิชาสุขศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2531.

เบญจา ยอดดำเนิน และคณะ. **การศึกษาเชิงคุณภาพ : เทคนิคการวิจัยภาคสนามนครปฐม** : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ . **ค่านิยมและองค์ประกอบด้านจิตวิทยากับการมีส่วนร่วมและการใช้บริการสาธารณสุขมูล,านของประชาชนชนบทของประเทศไทย.** มปท, 2529.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "ค่านิยม" **เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา.** กรุงเทพฯ ป.สัมพันธ์พาณิชย์, 2527.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. **ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

ปาริฉัตร บัตรประโดน. "**แบบไหนถึงจะเป็นกองทุนเพื่อชาวบ้าน**" เวทีปฏิรูปเพื่อสุขภาพคนไทย. 2(16) : มิ.ย.-ก.ค. 2544

พินิจ ฟ้าอำนวยผล. **การวิเคราะห์ข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545.** กรุงเทพฯ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท : กรณีศึกษาหมู่บ้าน 2 แห่งในภาคอีสาน. นครปฐม** : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล,2530.

พิสมัย จันทวิมล. **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซร์ จำกัด , 2541.

ไพโรจน์ ภัทรนวากุล และทัศนัย ธนตยาภรณ์. รายงานการวิจัยเรื่อง **การปฏิรูปบทบาทภารกิจเพื่อการจัดการสาธารณสุข** กรุงเทพฯ : เอส แอนด์ วี กราฟฟิค, 2544.

ไพโรจน์ พรหมทันใจ. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

มยุรี คชนาม. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการใช้บริการการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยของประชาชนในชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี** .วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) พยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

มยุรี นิรัตธราดล. **การศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็กบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จ.สระบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

รจนารถ ร่วงลือ. **การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.

ระเด่น หัสดี และสรวงค์กรฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์. **การสุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์กับการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ทหารผ่านศึกษา, 2536.

ลดาวัลย์ ผาสุก. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสุขภาพการสนับสนุนจากหน่วยงานกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพฯมหานคร**วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

วนลดา ทองใบ. **การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอจังหวัดปทุมธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

วันดี แย้มจันทร์ฉาย. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถภาพของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,2538.

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง** .วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. **ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย**. กรุงเทพฯ : สำนักโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขม 2542.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ **สู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. กรุงเทพฯ : สุพีเรียพริ้นติ้ง, 2543.

สมจิต หนุเจริญ.**ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยบางประการทางลักษณะประชากร กับประสิทธิผลการสอนหญิงมีครรภ์ในการดูแลตนเองด้านอนามัยแม่และเด็ก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.,2534.

สมใจ ยิ้มวิไล. **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบ** วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

สมทรง รักษ์เผ่า และสรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์. **กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพฯ : สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2546.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. **แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2545.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) **ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ(2)**. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2544.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ(สปรส.) **(ร่าง)กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ.** กรุงเทพฯ , บริษัทดีไซร์ จำกัด, 2544.

สำนักงานสาธารณสุขเชียงใหม่ . **แนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** เชียงใหม่ ม. ปท., 2544.

สุกัญญา ไผทโสภณ. **พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี.** วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) เอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. **แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. **เครื่องชี้วัดการส่งเสริมสุขภาพระหว่างประเทศ.** กรุงเทพฯ : บริษัทดีไซด์ จำกัด, 2541.

อรอนงค์ สัมพัญญ. **การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การเรียนรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ . **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, บันฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

อำพร จันทรักษาและคณะ. **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี.** ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน. วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี, 2543.

อุบล เลี้ยววาริน. **ความสัมพันธ์ของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร.** ปริญญานิพนธ์. กศ.ม. กรุงเทพ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.

Andersen, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care :Does it matter?. **Journal of Health and Social Behavior**,36 (march):1-10.,1995.

Bandura, A. **Self-efficacy : Toward a Unifying the try of behavioral change**. Psychological review, 54(2), 191 – 215, 1977

Bandura, A. **Social foundations of thought and action : A social cognitive theory** . New Jersy : prentice-Hall,1986

Bandura, A. **Social Cognitive Theory**. Annals of child Development. ,1988.

Brown. I. "Community and Participation for general practice Perceptions of General practiceners and Community nurses," **Social science and medicine**, :39, 335 – 344 :,1994.

Burkey, S. People first. **A guide to self – reliance, Participatory rural development** . London : 2ed Bocks.,1993.

Cobb,S. "social support as @ Modurator for life stress" **psychosomatic medicine**. 38(5) : 300 – 312 ; September – October, 1976.

Cooney,C.(Ed).**Primary health care : The way to future** . Sydney: Prentice Hall.,1994.

Dunn, H.L. High-level Wellness. N.J. : Charles B Slack Inc 1980.

Garrison,K.C.&Magoon, R. **Educational psychology**. Ohio:Charles I Merrill Publishing Co.,1972.

Ho,D.Y.**Relational orientation in Asian Social Psychology In U. Kim & T.W**. Berry (Eds.), Indigenous Psyehologies, research and experience in cultural context (PP. 240 – 257). Newbury park: Sage.,1993.

House, J.S. **Work stress and social support**. MA:Addison-wesley, 1981

Ife,J. **Community development : Creating Community Alternatives – Vision analysis and Practice** . Melbourne : Longman. ,1995.

Kahn, R.L., & Antonucci, T.C. "Convoys over the life course : attachment, roles, and social support,, **Life-span development and behavior** (Vol.3)(253 – 286) ;Orlando : Academic, 1980.

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

Lusk, S.L. Kerr, M.J .and Ronis, D.L. "**Collar worker nursing Research**. 44(1995) : 20-24, 1980.

Muhlenkamp, A.F. and Sayles, J.A. "self – Esteem, Social Support and positive Health Practice**"** **Nursing Research**. 35(6) : 334-338, 1986

Ngamnit Ratananugool, B.Sc, M.S. **Factors influencing breast-feeding behavior among Thai adolescent mothers : A nursing predictive model**. Dissertation presented to the Faculty of the graduate school of the university of Texas at Austin, 2001

Norbect, J.S., & Tllden, V.P. "International nursing research in social support : Theoretical and Methodological issues." **Journal of Advanced Nursing**, 13,1988.

Orem, D. **Nursing : concepts of practice. 2nd** . ed . New York : Mc Graw Hill Book Co, 1985.

Orem, D.F **Nursing : Concept of Practice.** 4th ed. New York : Mosby ,1991.

Orem,D.E.&Taylor,S.**Health Promotion in Nursing Practice**.(2 nd ed.). Norwalk – National Beagie fpr Mirsing.,1987.

Orem,DE.**Nusing concepts of practice**. 3 rd. New York: McGraw-Hill Book Company.,1985.

Penchansky, R. and Thomas, J.W, "The concept of Access Definition and Relationship to Consensus Satisfaction", **medical Care**, Vol. XIX (February, No 2, 127-140, 1981.

Pender, N.J. **Health promotion in nursing practice**. Norwalk : Appleton-Century Crofts, 1982

Pender, N.J. **Health promotion in Nursing Practice Connecticut** : Apple tan & Lange, 1996

Rosenstock, I.M.**The Health Belief Model:Explaining Health Behavior Through Expectancies.In.K. Glanz,et al(Eds), Health Behavior and Health Education**,(pp.39-61).San Francisco:Jossey – Bass Publishers.,1974

Ruth, S. **Rehabilitative Aspects of Acute and chronic Nursing Care**. Pp. 136-156. Philadephia : W.B. Saunder Company, 1973.

Walker, S.B. et al. **Health-promoting lifestyles of older adults : comparision with young and middle-aged adults**, correlstes and pattern. Aduanced in nursing science, (Oct.)}76-90., 1988.

Weiss, R.S. **The provisions of social relationships**. NJ : Prentice-Hall, 1924.

ภาคผนวก ก.

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

นพ.นพพร	ชื่นกลิ่น
รศ.ดร.ลือชัย	ศรีเงินยวง
นพ.ณัฐวุฒิ	ประเสริฐสิริพงศ์
ดร.พิษณุ	ฟองศรี
นพ.ประสิทธิ์	ขอไพบูลย์

ภาคผนวก ข.
เครื่องที่ใช้ในการวิจัย

จังหวัด.....[ ]

อำเภอ.....[ ]

ตอนที่ 1

แบบสอบถามส่วนที่ 1

รหัส [ ][ ][ ][ ]

แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน [ ] ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ [ ]

[ ] ชาย [ ] หญิง

2. **อายุ** .....(จำนวนปีเต็ม) [ ][ ]

3. **ท่านจบการศึกษาระดับสูงสุดชั้นใด** [ ]

[ ] ไม่ได้เรียน [ ] ได้เรียน ระบุ.....

4. รายได้ของครอบครัวท่าน/เดือน .....บาท [ ][ ][ ][ ][ ]

5. รายได้ของครอบครัวท่าน/เดือน [ ]

[ ] ไม่เพียงพอ [ ] เพียงพอเหลือเก็บ

[ ] เพียงพอไม่เหลือเก็บ

6. สิทธิในการรับบริการสุขภาพ [ ]

[ ] บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

[ ] มี ท. [ ] ไม่มี ท.

[ ]

[ ] บัตรประกันสังคม

[ ] ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

7. อาชีพ..... [ ]

แบบสอบถามส่วนที่ 2

รหัส……

แบบสอบถามคุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม

คุณลักษณะทางจิตวิทยาสังคม ประกอบด้วย ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย

การรับรู้สิทธิ การได้รับข้อมูลข่าวสารและความต้องการด้านสุขภาพ

ตอนที่ 1 ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย

<u>คำชี้แจง</u> จากข้อความต่อไปนี้ โปรดพิจารณาว่าแต่ละกิจกรรมเป็นสิ่งที่ท่านเห็นว่ามีค่ามีความสำคัญและท่านยึดถือเป็นหลักปฏิบัติในชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
1. การดูแลรักษาสุขภาพอยู่เสมอเมื่อรู้สึกไม่สบาย						[ ]
2. การนอนพักผ่อนหรือหยุดทำงานเมื่อร่างกายอ่อนเพลีย						[ ]
3. การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์						[ ]
4. การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นประจำ						[ ]
5. การรับประทานอาหารแต่ละครั้งต้องประกอบด้วยเนื้อสัตว์ แป้ง ไขมัน เกลือแร่ วิตามินให้ครบทั้ง 5 อย่าง						[ ]
6. การล้างมือให้สะอาด ก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง						[ ]
7. การฝึกจิตใจให้สงบเมื่อมีความเครียด						[ ]
8. การแสดงอารมณ์โกรธเมื่อไม่พอใจ						[ ]
9. การอ่านและฟังข่าวสุขภาพจากหนังสือพิมพ์ วิทยุหรือโทรทัศน์						[ ]
10 การไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อไม่สบาย						[ ]
11. การพึ่งหมอพระเพื่อรักษาทางไสยศาสตร์เมื่อเจ็บป่วย						[ ]
12. การดูแลรักษาบาดแผลเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น ตะปูตำ มีดบาด ด้วยตนเอง						[ ]
13. การซื้อยาชุดจากร้านขายยาเมื่อไม่สบาย						[ ]
14. การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี						[ ]

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สิทธิของประชาชนต่อการบริการสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เตรียมไว้ให้ตามความเข้าใจของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
1. กรณีมีอุบัติเหตุท่านสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ระบุในบัตรทอง				[ ]
2. การตรวจสุขภาพประจำปีไม่สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้				[ ]
3. ผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถใช้สิทธิรับยาต้านไวรัสเอดส์ได้ทุกกรณี				[ ]
4. ผู้ป่วยโรคจิตที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลได้ไม่จำกัดระยะเวลา				[ ]
5. ผู้ติดยาเสพติดสามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล				[ ]
6. ผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามสถานบริการที่ระบุในบัตร				[ ]
7. การวางแผนครอบครัวบางชนิด ได้แก่ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ไม่สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพได้				[ ]
8. ผู้ประสบภัยจากรถและอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถสามารถเลือกใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เพราะสะดวกและรวดเร็วกว่า				[ ]
9. ค่าอาหารและค่าห้องผู้ป่วยสามัญ ไม่สามารถใช้สิทธิของบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้				[ ]
10. ผู้มีบัตรประกันสุขภาพสามารถใช้สิทธิการคลอดบุตรได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งการตั้งครรภ์				[ ]
11. ท่านสามารถใช้สิทธิของบัตรประกันสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ(ออกกำลังกาย ชั่งน้ำหนัก)ได้ฟรี ณ สถานบริการที่ระบุในบัตร				[ ]

แบบสอบถามการรับรู้สิทธิของประชาชนต่อการบริการสุขภาพสำหรับ

☐ **ผู้ใช้บัตรข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ**

☐ **ผู้ใช้บัตรประกันสังคม**

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เตรียมไว้ให้ตามความเข้าใจของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
1. กรณีมีอุบัติเหตุท่านสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการสุขภาพที่ใดก็ได้				[ ]
2. การตรวจสุขภาพประจำปีไม่สามารถใช้สิทธิบัตรข้าราชการ/ประกันสังคมได้				[ ]
3. ท่านสามารถใช้สิทธิรับยาต้านไวรัสเอดส์ได้				[ ]
4. ท่านสามารถใช้สิทธิในการทำฟันปลอมได้				[ ]
5. ผู้ป่วยโรคจิตสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลได้ไม่จำกัดระยะเวลา				[ ]
6. ท่านสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามสถานบริการต่าง ๆ ได้ทุกแห่ง				[ ]
7. ท่านไม่สามารถใช้สิทธิรับบริการการวางแผนครอบครัวบางชนิดได้แก่ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย				[ ]
8. ผู้ประสบภัยจากรถและอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถสามารถเลือกใช้สิทธิข้าราชการ/ประกันสังคมได้ เพราะสะดวกและรวดเร็วกว่า				[ ]
9. ท่านสามารถใช้สิทธิเบิกค่าอาหารและค่าห้องได้เต็มราคา				[ ]
10. ท่านและคนในครอบครัวสามารถใช้สิทธิการคลอดบุตรได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งการตั้งครรภ์				[ ]
11. ท่านสามารถใช้สิทธิการส่งเสริมสุขภาพในสถานบริการทุกแห่ง				[ ]

ตอนที่ 3 การรับข้อมูลข่าวสาร

<u>คำชี้แจง</u> โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านพิจารณาแล้วว่าตรงกับข้อมูลจริงมากที่สุด

1. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาทรักษาทุกโรค)หรือไม่

   [ ] เคย [ ] ไม่เคย (ข้ามไปตอบหน้าต่อไป(ตอนที่ 4))

2. ถ้าเคยได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อใดบ้าง(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ประเภทสื่อ/แหล่งข่าวสาร	ความถี่การรับรู้ข่าวสาร (ในรอบปีที่ผ่านมา)			สำหรับผู้วิจัย
	บ่อยครั้ง 6 ครั้งขึ้นไป	บางครั้ง 3-5 ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง 1-2 ครั้ง	
1. โทรทัศน์				[ ]
2. วิทยุ				[ ]
3. หนังสือพิมพ์/วารสาร/นิตยสาร				[ ]
4. สิ่งตีพิมพ์ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ เป็นต้น				[ ]
5. ผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. เป็นต้น				[ ]
6. เจ้าหน้าที่ของรัฐ				[ ]
7. บุคคลในครอบครัว				[ ]
8. เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน				[ ]
9. การประชุม / อบรมเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า				[ ]

3. ในข่าวสารเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่/อย่างไร

……

……

……

ตอนที่ 4 ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ท่านเห็นว่าตรงกับการรับรู้ของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
สภาวะสุขภาพปัจจุบัน				
1. ท่านมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมาก				[ ]
2. รู้สึกว่าสุขภาพของท่านแย่ลงกว่าอดีต				[ ]
3. ท่านมีสุขภาพดีเหมือนคนอื่นในครอบครัว				[ ]
4. ท่านมีโรคเรื้อรังประจำตัว				[ ]
สภาวะสุขภาพในอดีต 5. ท่านหยุดงาน/กิจกรรมประจำวันมานานเพราะเจ็บป่วย				[ ]
6. ท่านไม่มีการเจ็บป่วยมานานแล้ว				[ ]
ความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคต 7. สุขภาพของท่านในอนาคตคงจะดีกว่านี้				[ ]
8. คาดว่าท่านจะมีปัญหาด้านสุขภาพในอนาคต				[ ]
9. คาดว่าการเจ็บป่วยจะไม่เป็นมากในอนาคต				[ ]
10. คาดว่าสุขภาพท่านจะแย่ลง				[ ]
ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ 11. ท่านทำงานหนักโดยไม่สนใจสุขภาพตนเอง				[ ]
12.สุขภาพของท่านสำคัญที่สุดในชีวิต				[ ]
13. ท่านไม่เคยวิตกกังวลต่อสุขภาพของท่านเลย				[ ]
แนวความคิดเรื่องการเจ็บป่วย 14. เจ็บป่วยเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้				[ ]
15. เมื่อเจ็บป่วยแต่ละครั้งท่านรู้สึกว่าไม่เป็นอะไรมากจึงไม่จำเป็นต้องไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				[ ]
16. การป้องกันโรคไม่ใช่สิ่งสำคัญต่อสุขภาพร่างกายของท่าน				[ ]

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
การไม่ยอมรับสภาวะการเจ็บป่วย 17. พยายามทำงานทั้ง ๆ ที่เจ็บป่วย				[ ]
18. เมื่อรู้สึกว่าไม่สบายจะพยายามดูแลสุขภาพร่างกาย				[ ]
19. เมื่อไม่สบายจะไม่ทำงานใด ๆ ทั้งสิ้น				[ ]
เจตคติต่อการไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 20. ท่านมักซื้อยาจากร้านขายยาเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย				[ ]
21. เมื่อไม่สบายท่านมักจะไปสถานีอนามัย				[ ]
22. เมื่อเจ็บป่วยมากขึ้นท่านไปรักษาที่โรงพยาบาล				[ ]

แบบสอบถามส่วนที่ 3

แบบสอบถามปัจจัยด้านบริการสุขภาพ

ปัจจัยด้านบริการสุขภาพประกอบด้วย การเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพบริการ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

ตอนที่ 1 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

1. ระยะทางจากบ้านของท่านกับสถานบริการสาธารณสุขประมาณ.....กิโลเมตร [ ] [ ]
   (กรณีเกินครึ่งกิโลเมตรนับเป็น 1 กิโลเมตร)

2. ท่านเดินทางไปใช้สถานบริการสาธารณสุขโดยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

   [ ] เดินไป [ ] [ ] จักรยาน [ ]
   [ ] มอเตอร์ไซค์ [ ] [ ] รถยนต์ส่วนตัว [ ]
   [ ] รถโดยสาร [ ] [ ] อื่น ๆ ระบุ..... [ ]

3. การเดินทางไปสถานบริการสาธารณสุขได้รับความสะดวกหรือไม่ [ ]
   [ ] สะดวก
   [ ] ไม่สะดวก ระบุเหตุผล..... [ ]

4. ท่านใช้เวลาในการเดินทางไปสถานบริการสาธารณสุข.....ชั่วโมง.....นาที [ ] [ ]

5. ท่านเคยได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่บ้านบ้างหรือไม่ [ ]
   [ ] เคย บ่อยครั้ง
   [ ] เคย นาน ๆ ครั้ง
   [ ] ไม่เคย

ตอนที่ 2 คุณภาพบริการ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินคุณภาพบริการที่ท่านเคยได้รับจากสถานบริการสาธารณสุขกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
1. ห้องตรวจสะดวก ไม่คับแคบ						[ ]
2. ห้องตรวจมีเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์บอกขั้นตอนการตรวจร่างกาย						[ ]
3. ห้องตรวจมีเครื่องมือ/อุปกรณ์ไม่พอเพียง						[ ]
4. ห้องตรวจมีเจ้าหน้าที่ให้บริการพอเพียง						[ ]
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถอธิบายข้อสงสัยให้ท่านเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น						[ ]
6. เครื่องมือในห้องตรวจมีความพร้อมในการใช้งาน						[ ]
7.เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจรักษาท่านมีความรู้ความชำนาญ						[ ]
8. เจ้าหน้าที่ฯตรวจรักษาท่านด้วยความละเอียดรอบคอบ						[ ]
9. เจ้าหน้าที่ฯ ให้บริการท่านด้วยความรีบเร่งไม่ระมัดระวัง						[ ]
10. เจ้าหน้าที่ฯ ให้บริการท่านด้วยความเป็นมิตรเสมือนญาติ						[ ]
11. เจ้าหน้าที่ฯ ให้บริการท่านด้วยความสุภาพ						[ ]
12. ท่านได้รับบริการที่ดีทุกจุดของการรับบริการ						[ ]
13. เจ้าหน้าที่ฯให้บริการท่านตรงเวลา						[ ]
14. เจ้าหน้าที่ฯมีความกระตือรือร้นในการให้บริการที่ดีแก่ท่าน						[ ]

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
15. ทุกครั้งที่มารับบริการ ท่านได้รับบริการด้วยท่าทียิ้มแย้มแจ่มใส						[ ]
16. ท่านต้องรอคอยเจ้าหน้าที่ฯเป็นเวลานานเมื่อมารับการรักษา						[ ]
17. เจ้าหน้าที่ฯรู้และเข้าใจความต้องการของท่าน						[ ]
18. เจ้าหน้าที่ฯให้ความสนใจกับอาการเจ็บป่วยของท่าน						[ ]
19. เจ้าหน้าที่ฯ มักแสดงความรำคาญต่อผู้ป่วยและญาติเสมอ						[ ]
20. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำแก่ท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี						[ ]

แบบสอบถามส่วนที่ 4

รหัส……..

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตน

ในการสร้างเสริมสุขภาพ(Self-efficacy)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาการรับรู้ความสามารถแห่งตนโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านพิจารณาแล้วว่าตรงกับการปฏิบัติหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านสามารถรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ได้เป็นประจำทุกวัน						[ ]
2. ท่านสามารถจำกัดอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ติดมันหรืออาหารที่มีไขมันเจือปนมาก						[ ]
3. ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ปลาเล็กปลาน้อย ถั่วเมล็ดแห้งอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง						[ ]
4. ท่านสามารถดื่มนมได้ทุกวัน						[ ]
5. ท่านสามารถใช้น้ำมันพืชปรุงอาหารได้ทุกครั้ง						[ ]
6. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทาน ขนมหวานจัด						[ ]
7. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารเค็มหรือเค็มจัด						[ ]
8. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงบริเวณ/สถานที่ที่มีคนสูบบุหรี่						[ ]
9. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการใช้ยาช่วยให้ นอนหลับ						[ ]
10. ท่านสามารถนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอสมดุลกับการทำงาน						[ ]
11. ท่านไม่ขับรถยนต์/รถจักรยานยนต์หลังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์						[ ]

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
12. ท่านสามารถปรึกษากับผู้ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อน เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ						[ ]
13. ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดโดย นั่งสมาธิหรือสวดมนต์						[ ]
14. ท่านสามารถหางานอดิเรกทำเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น ปลูกต้นไม้						[ ]
15. ท่านสามารถระงับอารมณ์โกรธ						[ ]
16. ท่านสามารถไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพประจำปี						[ ]

แบบสอบถามส่วนที่ 5

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

<u>คำชี้แจง</u> แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่า ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองจากผู้ใกล้ชิด ได้แก่ สามี สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน มากน้อยเพียงใดโดยอ่านข้อความทางซ้ายมือแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดเพียงข้อละช่องเดียว

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
การสนับสนุนด้านอารมณ์						
1. ท่านได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้ใกล้ชิด						[ ]
2. มีบุคคลใกล้ชิดทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นและสบายใจ						[ ]
3. บุคคลใกล้ชิดสนใจที่จะคอยซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่าน						[ ]
4. บุคคลใกล้ชิดสนใจรับฟังปัญหาและความต้องการในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคของท่าน						[ ]
การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า						
5. บุคคลใกล้ชิดให้ความรัก/เคารพยกย่องและนับถือท่าน						[ ]
6. เมื่อบุคคลใกล้ชิดมีปัญหา เขาจะมาขอคำปรึกษา						[ ]
7. บุคคลใกล้ชิดชมเชยและให้กำลังใจแก่ท่านเมื่อท่านดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ						[ ]
8. ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ ที่ท่านสามารถทำได้						[ ]

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 9. ท่านยังมีบุคคลใกล้ชิดไปมาหาสู่ท่านเหมือนเดิม						[ ]
10. บุคคลใกล้ชิดพอใจที่จะร่วมปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร ออก กำลังกายร่วมกับท่าน						[ ]
11. เมื่อครอบครัวของท่านมีปัญหาเกิดขึ้นท่านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นหรือแก้ไขปัญหา						[ ]
12. บุคคลใกล้ชิดพูดคุยกับท่านเหมือนบุคคลที่คุ้นเคย						[ ]
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 13. มีบุคคลใกล้ชิดให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแก่ท่าน						[ ]
14. ท่านมีบุคคลใกล้ชิดให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ						[ ]
15. มีบุคคลใกล้ชิดคอยเตือนให้ท่านปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล						[ ]
16. มีบุคคลใกล้ชิดส่งเสริมให้ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ						[ ]
การสนับสนุนด้านการเงิน แรงงาน และสิ่งของ 17. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงินมีบุคคลใกล้ชิดคอยช่วยเหลือท่าน						[ ]
18. ท่านมีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการควบคุมโรค เช่น การรับประทานอาหาร การสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย เป็นต้น						[ ]
19. ท่านมีบุคคลใกล้ชิดอำนวยความสะดวกเมื่อท่านเจ็บป่วย						[ ]

ตอนที่ 2

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะทราบถึงการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของท่าน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังต่อไปนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้น ๆเลย
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านทำเป็นบางครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง สัปดาห์ละประมาณ 1-2 ครั้ง หรือน้อยกว่า
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านทำเป็นส่วนมาก แต่ไม่สม่ำเสมอ หรือสัปดาห์ละประมาณ 3-4 ครั้ง
ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านทำเป็นประจำทุกวัน สม่ำเสมอ หรือสัปดาห์ละประมาณ 5 ครั้งหรือมากกว่านั้น

แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ข้อความ	ความถี่ของการปฏิบัติ				
	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติทุกครั้ง	สำหรับผู้วิจัย
ด้านโภชนาการ 1. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว					[ ]
2. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อ นม ไข่ ผัก ผลไม้					[ ]
3. ท่านรับประทานอาหารเป็นเวลาและครบ 3 มื้อ					[ ]
4. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง(อาหารทอด ขาหมู หนังไก่)					[ ]
5. ท่านรับประทานอาหารพวกผัก/ผลไม้					[ ]
6. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกและบรรจุในภาชนะที่สะอาด					[ ]
7. ท่านรับประทานอาหารรสจัด					[ ]
8. ท่านรับประทานอาหารประเภทนึ่ง ย่าง รมควัน					[ ]
9. ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ และน้ำอัดลม					[ ]
10. ท่านรับประทานอาหารหมักดอง					[ ]
การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน 11.ท่านออกกำลังกายโดยการเดินการแกว่งแขนเหยียดขา					[ ]
12. ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ ครั้งละ 30 นาที					[ ]
13. ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างสนุกสนาน					[ ]
14. ท่านปฏิบัติงานประจำที่ต้องใช้แรงติดต่อกันนาน 30 นาทีต่อครั้ง					[ ]
15. ท่านออกกำลังกายโดยการบริหารร่างกาย เช่น แอโรบิค การเดินเร็ว					[ ]
16. ท่านได้ทำงานอดิเรกที่ท่านชอบ เช่น การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์					[ ]

ข้อความ	ความถี่ของการปฏิบัติ				
	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติทุกครั้ง	สำหรับผู้วิจัย
17.ท่านมีเวลาในการพักผ่อนเพียงพอ					[ ]
18.ท่านนอนหลับสนิทอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง					[ ]
19.ท่านใช้ยานอนหลับเมื่อนอนไม่หลับ					[ ]
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 20.ท่านสวมหมวกกันน็อคหรือรัดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขี่ยานพาหนะ					[ ]
21.ท่านข้ามถนนโดยใช้ทางม้าลาย สะพานลอยหรือสัญญาณไฟแดง					[ ]
22.ท่านสูบบุหรี่					[ ]
23.ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์					[ ]
24.ท่านตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง					[ ]
25.ท่านซื้อยารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย					[ ]
26.ท่านอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก					[ ]
การจัดการกับความเครียด 27.ท่านมีอารมณ์โกรธ เครียดเมื่อถูกขัดใจ					[ ]
28.เมื่อท่านเครียด ท่านหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้					[ ]
29.เมื่อไม่สบายใจ ท่านมักปล่อยวางได้					[ ]
30.ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่ชอบ (ฟังเพลง ดูทีวี นั่งสมาธิ)					[ ]
31.ท่านขี้บ่น จุกจิก จู้จี้					[ ]
32.ท่านมักหลีกหนีจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด					[ ]
33.ท่านมีความวิตกกังวลเมื่อเกิดปัญหา					[ ]
34.ท่านมีความขัดแย้งกับผู้อื่น					[ ]
35.ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา					[ ]

ข้อความ	ความถี่ของการปฏิบัติ				
	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติทุกครั้ง	สำหรับผู้วิจัย
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 36.ท่านทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร ไปเที่ยว					[ ]
37.ท่านไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน เช่น ไปทำบุญ					[ ]
38.ท่านให้ความร่วมมือและช่วยเหลือเพื่อนในการทำงานส่วนรวม					[ ]
39.ท่านยิ้มทักทาย พูดคุยกับเพื่อนบ้าน / เพื่อนร่วมงาน					[ ]
40.เมื่อท่านเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวให้ความช่วยเหลือ					[ ]
41. ท่านปรึกษาปัญหาเรื่องไม่สบายใจกับบุคคลในครอบครัว					[ ]
42.ท่านชื่นชม ยินดี กับความสำเร็จของเพื่อนบ้าน					[ ]
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ 43.ท่านแก้ปัญหาให้บุคคลอื่นที่ขอความช่วยเหลือ					[ ]
44.ท่านได้ทบทวนจุดดีและจุดด้วยของตนเอง					[ ]
45.บุคคลอื่นมาขอคำปรึกษาจากท่านเมื่อมีปัญหา					[ ]
46.บุคคลในครอบครัวมักขอความช่วยเหลือและปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน					[ ]
47.เมื่อท่านทำงานผิดพลาดท่านยอมรับคำติดชมของผู้อื่นได้					[ ]
48.ท่านให้ความช่วยเหลือเพื่อนบ้านด้วยความเต็มใจ					[ ]
49.เมื่อมีปัญหากับเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานท่านให้อภัย					[ ]
50.เมื่อท่านคิดจะทำงานอะไรท่านได้มีการวางแผนและกำหนดเป้าหมายชัดเจน					[ ]
51.เมื่อบุคคลอื่นทำความผิด ท่านรับฟังเหตุผลของการกระทำนั้น					[ ]

ตอนที่ 3

แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านหรือบุคคลในครอบครัว เจ็บป่วยหรือไม่

[ ] ไม่มี

[ ] มี ระบุ ……..

2. เมื่อเจ็บป่วยท่านมีขั้นตอนในการดูแลสุขภาพตนเองและไปรับการรักษาอย่างไร(โปรดใส่หมายเลขลำดับที่สถานบริการที่ท่านไปรับบริการ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(……) รักษากันเองโดยญาติพี่น้อง

1. เหตุผล……
2. ค่าใช้จ่าย

   [ ] มี ระบุ …….. [ ] ไม่มี
3. ผลการรักษา

   [ ] หาย [ ] ดีขึ้น

   [ ] ไม่หาย [ ] อื่น ๆ ระบุ……
4. ความพึงพอใจ

   [ ] พอใจ [ ] ไม่พอใจ ระบุเหตุผล……..

(……) ซื้อยารับประทานเอง

1. เหตุผล……
2. ค่าใช้จ่าย

   [ ] มี ระบุ …….. [ ] ไม่มี
3. ผลการรักษา

   [ ] หาย [ ] ดีขึ้น

   [ ] ไม่หาย [ ] อื่น ๆ ระบุ……
4. ความพึงพอใจ

   [ ] พอใจ [ ] ไม่พอใจ ระบุเหตุผล…….

(.....) รักษาโดยแพทย์พื้นบ้าน

1. เหตุผล.....
2. ค่าใช้จ่าย

   [ ] มี ระบุ ..... [ ] ไม่มี
3. ผลการรักษา

   [ ] หาย [ ] ดีขึ้น

   [ ] ไม่หาย [ ] อื่น ๆ ระบุ.....
4. ความพึงพอใจ

   [ ] พอใจ [ ] ไม่พอใจ ระบุเหตุผล.....

(.....) รักษาที่สถานีอนามัย

1. เหตุผล.....
2. ค่าใช้จ่าย

   [ ] มี ระบุ ..... [ ] ไม่มี
3. ผลการรักษา

   [ ] หาย [ ] ดีขึ้น

   [ ] ไม่หาย [ ] อื่น ๆ ระบุ.....
4. ความพึงพอใจ

   [ ] พอใจ [ ] ไม่พอใจ ระบุเหตุผล.....

(.....) รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน

1. เหตุผล.....
2. ค่าใช้จ่าย

   [ ] มี ระบุ ..... [ ] ไม่มี
3. ผลการรักษา

   [ ] หาย [ ] ดีขึ้น

   [ ] ไม่หาย [ ] อื่น ๆ ระบุ.....
4. ความพึงพอใจ

   [ ] พอใจ [ ] ไม่พอใจ ระบุเหตุผล.....

(.....) รักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์

1. เหตุผล.....
2. ค่าใช้จ่าย

   [ ] มี ระบุ ..... [ ] ไม่มี
3. ผลการรักษา

   [ ] หาย [ ] ดีขึ้น

   [ ] ไม่หาย [ ] อื่น ๆ ระบุ.....
4. ความพึงพอใจ

   [ ] พอใจ [ ] ไม่พอใจ ระบุเหตุผล.....

(.....) รักษาที่โรงพยาบาลเอกชน

1. เหตุผล.....
2. ค่าใช้จ่าย

   [ ] มี ระบุ ..... [ ] ไม่มี
3. ผลการรักษา

   [ ] หาย [ ] ดีขึ้น

   [ ] ไม่หาย [ ] อื่น ๆ ระบุ.....
4. ความพึงพอใจ

   [ ] พอใจ [ ] ไม่พอใจ ระบุเหตุผล.....

(.....) รักษาที่คลินิกแพทย์

1. เหตุผล.....
2. ค่าใช้จ่าย

   [ ] มี ระบุ ..... [ ] ไม่มี
3. ผลการรักษา

   [ ] หาย [ ] ดีขึ้น

   [ ] ไม่หาย [ ] อื่น ๆ ระบุ.....
4. ความพึงพอใจ

   [ ] พอใจ [ ] ไม่พอใจ ระบุเหตุผล.....

(.....) อื่น ๆ ระบุ.....

1. เหตุผล.....
2. ค่าใช้จ่าย

   [ ] มี ระบุ ..... [ ] ไม่มี
3. ผลการรักษา

   [ ] หาย [ ] ดีขึ้น

   [ ] ไม่หาย [ ] อื่น ๆ ระบุ.....
4. ความพึงพอใจ

   [ ] พอใจ [ ] ไม่พอใจ ระบุเหตุผล.....

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1

รหัส.....

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

1. คำว่า “สุขภาพ” ความเข้าใจของท่านคืออะไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ท่านปฏิบัติตัวอย่างไรให้มีสุขภาพดี ก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	หลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
1. การเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง	**1. การเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง**
- ท่านมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตอย่างไร	- ท่านมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตอย่างไร
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
- ท่านมีการวางแผนในการดำเนินชีวิตอย่างไร	- ท่านมีการวางแผนในการดำเนินชีวิตอย่างไร
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
- ท่านพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ปัจจุบันของท่านหรือไม่อย่างไร ถ้าไม่พอใจท่านจะทำอย่างไร	- ท่านพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ปัจจุบันของท่านหรือไม่อย่างไร ถ้าไม่พอใจท่านจะทำอย่างไร
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
- ท่านมีความคาดหวังในชีวิตของลูกหลานอย่างไร	- ท่านมีความคาดหวังในชีวิตของลูกหลานอย่างไร
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
2. การรับประทานอาหาร	**2. การรับประทานอาหาร**
- ท่านชอบรับประทานอาหารประเภทใด (ประเภท, เวลา,รสชาติ,สี)	- ท่านชอบรับประทานอาหารประเภทใด (ประเภท, เวลา,รสชาติ,สี)
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

- ใน 1 วัน ท่านดื่มน้ำประมาณกี่แก้ว (ประเภทของน้ำ) …… …… …… …… - ท่านปรุงอาหารเองหรือไม่อย่างไร …… …… …… …… - ท่านรับประทานอาหารเสริม 1 ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือ อะไรบ้าง …… …… …… …… **3. การออกกำลังกาย** - ท่านออกกำลังกายโดยวิธีการใด (การผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนและหลัง) …… …… …… …… - ใน 1 สัปดาห์ ออกกำลังกายกี่วัน วันละ กี่นาที …… …… …… ……	- ใน 1 วัน ท่านดื่มน้ำประมาณกี่แก้ว (ประเภทของน้ำ) …… …… …… …… - ท่านปรุงอาหารเองหรือไม่อย่างไร …… …… …… …… - ท่านรับประทานอาหารเสริม 1 ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือ อะไรบ้าง …… …… …… …… **3. การออกกำลังกาย** - ท่านออกกำลังกายโดยวิธีการใด (การผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนและหลัง) …… …… …… …… - ใน 1 สัปดาห์ ออกกำลังกายกี่วัน วันละ กี่นาที …… …… ……

4. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง - ท่านดื่มเหล้า/ สูบบุหรี่หรือไม่ อย่างไร (ประมาณ/ความถี่) …… …… …… …… - ท่านสวมหมวกกันน็อค/คาดเข็มขัดนิรภัย/ข้ามถนนทางม้าลาย หรือไม่ อย่างไร …… …… …… …… - ท่านไปตรวจสุขภาพประจำปีกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่ (ความถี่) …… …… …… …… - เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านปฏิบัติตนอย่างไร …… …… …… …… **5. การจัดการกับความเครียด** - ท่านมีความเครียด/โกรธบ่อยหรือไม่ และท่านปฏิบัติอย่างไร …… ……	**4. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง** - ท่านดื่มเหล้า/ สูบบุหรี่หรือไม่ อย่างไร (ประมาณ/ความถี่) …… …… …… …… - ท่านสวมหมวกกันน็อค/คาดเข็มขัดนิรภัย/ข้ามถนนทางม้าลาย หรือไม่ อย่างไร …… …… …… …… - ท่านไปตรวจสุขภาพประจำปีกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่ (ความถี่) …… …… …… …… - เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านปฏิบัติตนอย่างไร …… …… …… …… **5. การจัดการกับความเครียด** - ท่านมีความเครียด/โกรธบ่อยหรือไม่ และท่านปฏิบัติอย่างไร …… ……

6. การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน	**6. การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน**
- ท่านมีการพบปะหรือมีกิจกรรมร่วมกันกับเพื่อนบ้านหรือไม่(งานบวช,แต่งงาน,งานวัด,ชมรมฯลฯ)	- ท่านมีการพบปะหรือมีกิจกรรมร่วมกันกับเพื่อนบ้านหรือไม่(งานบวช,แต่งงาน,งานวัด,ชมรมฯลฯ)
…… …… …… ……	…… …… …… ……
- ท่านมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างเพื่อนบ้านหรือไม่อย่างไร	- ท่านมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างเพื่อนบ้านหรือไม่อย่างไร
…… …… …… ……	…… …… …… ……
- ครอบครัวของท่านมีกิจกรรมร่วมกันหรือไม่เทศกาลใด	- ครอบครัวของท่านมีกิจกรรมร่วมกันหรือไม่เทศกาลใด
…… …… …… ……	…… …… …… ……
- ท่านมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างคนในครอบครัวหรือไม่อย่างไร	- ท่านมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างคนในครอบครัวหรือไม่อย่างไร
…… …… …… ……	…… …… …… ……
- เมื่อท่านมีปัญหาท่านปรึกษาใคร	- เมื่อท่านมีปัญหาท่านปรึกษาใคร
…… …… ……	…… …… ……

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2

รหัส……..

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

1. ก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาทรักษาทุกโรค) ท่านไปรับบริการทางด้านสุขภาพอย่างไร

……

……

- ที่ไหน/ทำไมจึงไปที่นั่น……..

……

- พบใคร……

……

- เมื่อไหร่……

……

- ความถี่……

……

- ค่าใช้จ่าย……

……

- ผลการรักษา……

……

- พอใจ……

……

2. ปัจจุบันท่านไปรับบริการทางด้านสุขภาพอย่างไร(ที่ไหน/ทำไมถึงไปที่นั่น/พบใคร/เมื่อไหร่/ความถี่/ค่าใช้จ่าย/ผลการรักษา)

……

……

- ที่ไหน/ทำไมจึงไปที่นั่น……

……

- พบใคร……
……
- เมื่อไหร่……
……
- ความถี่……
……
- ค่าใช้จ่าย……
……
- ผลการรักษา……
……
- พอใจ……
……

แนวคำถามในการทำ Focus group

ชื่อ……อาชีพ……

……

1. ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับคำว่า"สุขภาพ" อย่างไร

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

2. ตามความเข้าใจท่านคิดว่าการสร้างเสริมสุขภาพคืออะไร(นิยาม องค์ประกอบ การปฏิบัติอย่างไร)

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

3. ท่านรู้สึกอย่างไรกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

4. ท่านคิดว่าโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค มีผลหรือไม่กับการทำให้ท่านมีสุขภาพดี อะไรบ้าง (มิติ/ประเภท)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

5. ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ท่านปฏิบัติอย่างไรให้มีสุขภาพดีและเมื่อเจ็บป่วยไปรักษาที่ไหนอย่างไร ผลเป็นอย่างไร(ตนเอง ทางแพทย์ พื้นบ้าน)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

6. ปัจจุบัน ท่านปฏิบัติอย่างไรให้มีสุขภาพดีและเมื่อเจ็บป่วยไปรักษาที่ไหน อย่างไร ผลเป็นอย่างไร

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

7. ท่านไปใช้บริการโครงการ 30 บาทหรือไม่ รู้สึกอย่างไร และท่านคิดว่าควรปรับปรุงอย่างไร

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

ภาคผนวก ค.

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ **ดร.อติญาณ์ ศรเกษตริน**

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7

หน่วยงานที่สังกัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ประวัติการศึกษา

- การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (การอุดมศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒประสานมิตร
- ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (ศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน) จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) จากมหาวิทยาลัยสุโขทัย
- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี)จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ

สาขาที่มีความชำนาญพิเศษ

- อนามัยชุมชน
- การพัฒนาหลักสูตร

ประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัย

- สภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของสถานีอนามัยจังหวัดสุราษฎร์ธานี (หัวหน้าโครงการวิจัย)
- การพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารสุข(ผู้ร่วมโครงการวิจัย)
- การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมผู้เสริมสร้างความเป็นผู้นำสำหรับนักศึกษาพยาบาล (หัวหน้าโครงการ)
- การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล รองรับการปฏิรูประบบสุขภาพ(ผู้ร่วมโครงการ)
- คุณภาพบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี (หัวหน้าโครงการ)

ชื่อ ดร.งามนิตย์ รัตนานุกูล

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 8(วช.)

หน่วยงานที่สังกัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ประวัติการศึกษา

- Ph.D(Parant&Child) จาก The University of Taxas at Austin U.S.A
- Ms.(Fertility and Populatin Control) Mahidol University
- Bsc (nursing) Mahidol University

สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

- Maternal and Child care
- Health Promotion

ประสบการณ์การทำวิจัย

- การปฏิบัติคุมกำเนิดในสตรีตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา
- การติดตามผลผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ชื่อ **ดร.สมหมาย คชนาม**

ตำแหน่ง นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ระดับ 7

หน่วยงานที่สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประวัติการศึกษา

- ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล
- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เกียรตินิยม) วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา

สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

- Health Promotion
- Demography
- Population education

ชื่อ **ดร.อัจริยา วัชราวิวัฒน์**

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5

หน่วยงานที่สังกัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ประวัติการศึกษา

- การศึกษาดุษฎีบัณฑิต(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทราวิโรฒประสานมิตร

- พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) จากมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี) จากมหาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

- การวิจัยหลักสูตรและการสอน

- การวิจัยทางการพยาบาล

ประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัย

- การศึกษาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

- การศึกษาความต้องการพัฒนาด้านวิชาการของเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เขต 11

- คุณภาพของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัฑิตและหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์(ต่อเนื่อง 2 ปี) ปีการศึกษา 2543 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ชื่อ **นพ.จรัสพงษ์ สุขกรี**
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
หน่วยงานที่สังกัด โรงพยาบาลเคียนซา
ประวัติการศึกษา
- รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต จากสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- แพทย์ศาสตร์บัณฑิต จากโรงพยาบาลศิริราช

สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ
- การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ชื่อ **ผศ.สมศักดิ์ ชอบตรง**
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
หน่วยงานที่สังกัด สถาบันราชภัฏ สุราษฎร์ธานี
ประวัติการศึกษา
- รัฐประสาสนศาสตร์มหาบัณฑิต จากสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

สาขาที่มีความชำนาญพิเศษ
- การวิจัย

ชื่อ นางสาวเพ็ญศรี ทองเพชร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 8
หน่วยงานที่สังกัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ประวัติการศึกษา
- ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต(จิตวิทยาทางการศึกษา) จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง(เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลชลบุรี

สาขาที่มีความชำนาญพิเศษ
- จิตวิทยาการเรียนการสอน
- การประกันคุณภาพการศึกษา