

บทที่ ๒

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทางทฤษฎี

สถานีอนามัย

สถานีอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับปลายสุด ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชนบทมากที่สุด เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับการบริการสาธารณสุขของรัฐ มีภารกิจในการดำเนินการจัดการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพให้แก่ประชาชนในชนบท นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการฝึกอบรม และสนับสนุนการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชนบทด้วย (กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๓๔)

วิวัฒนาการของสถานีอนามัย

พ.ศ. ๒๔๕๖ มีการจัดตั้ง โอสถสภาขึ้นตามหัวเมืองต่างๆ ให้เป็นสำนักงานของแพทย์ประจำจังหวัด และบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในท้องถิ่น

พ.ศ. ๒๔๗๕ มีสุขศาลาเกิดขึ้นซึ่งเป็นสถานบริการที่ปรับปรุงมาจากโอสถสภา

พ.ศ. ๒๔๗๙ มีสุขศาลาทั้งสิ้น ๑๖๘ แห่ง

- สุขศาลาชั้นหนึ่ง จำนวน ๘๐ แห่ง

- สุขศาลาชั้นสอง จำนวน ๘๘ แห่ง

พ.ศ. ๒๔๙๕ เปลี่ยนชื่อจากสุขศาลาเป็นสถานีอนามัย

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง (มีแพทย์ประจำ) ของเทศบาล ๕๒ แห่ง

ของกระทรวงสาธารณสุข ๓๙ แห่ง

รวม ๙๑ แห่ง

สถานีนอนามัยชั้นสอง (ไม่มีแพทย์ประจำ) ของเทศบาล

5 แห่ง

ของกระทรวงสาธารณสุข 599 แห่ง

รวม

604 แห่ง

พ.ศ. 2496 มีสำนักงานผดุงครรภ์ สร้างในพื้นที่ที่ไม่มีสถานีนอนามัย

พ.ศ. 2517 เปลี่ยนชื่อสถานีนอนามัยชั้นสอง และสำนักงานผดุงครรภ์เป็น "สถานีนอนามัย"

พ.ศ. 2533 มีสถานีนอนามัยจำนวน 7,880 แห่งทั่วประเทศ ครอบคลุมตำบลที่ไม่ใช้ที่ตั้งของโรงพยาบาลร้อยละ 99.5

กรอบอัตราของสถานีนอนามัยมีการเปลี่ยนแปลงเป็นลำดับดังนี้

พ.ศ. 2495 - 2515 - พนักงานอนามัยตรี

- นางผดุงครรภ์ชั้น 2

พ.ศ. 2518 - 2523 - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

พ.ศ. 2523 - 2525 - เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข

- เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ

- เจ้าหน้าที่สุขาภิบาล

- เจ้าหน้าที่ควบคุมโรค

พ.ศ. 2525 - 2529 - เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข

- เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ

- เจ้าหน้าที่สุขาภิบาล

- เจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์สาธารณสุข

- เวชกร

พ.ศ. 2530 - ปัจจุบัน - เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข

- เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน

(อัตราเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานแต่ละสถานีนอนามัย ในปี 2532

ทั่วประเทศเฉลี่ยต่อแห่ง 2.45 คน)

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของบุคลากร สาธารณสุขระดับตำบลประจำสถานีอนามัยใน พ.ศ. 2528 ให้ครอบคลุม และชัดเจน เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของแผนพัฒนาการสาธารณสุขได้ โดยจัดแบ่งงานต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติเป็น 28 งาน และต่อมาก็ได้ปรับปรุงในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 อีกครั้งหนึ่งใน พ.ศ. 2531 เป็น 5 กลุ่มงานใหญ่ 35 งานย่อย ซึ่งแสดงเปรียบเทียบชนิดงานที่สถานีอนามัยต้องปฏิบัติดังนี้

ตาราง 1 เปรียบเทียบชนิดงานที่สถานีอนามัยต้องปฏิบัติ

งานตามกำหนด พ.ศ. 2528	งานตามกำหนด พ.ศ. 2531
แบ่งเป็น 28 งาน ได้แก่	แบ่งเป็น 5 กลุ่มงานหลัก รวม 35 งานย่อย ได้แก่
1. งานบริการและธุรการ - การวางแผนปฏิบัติงาน - การสารบรรณ - การเงินการบัญชี - พัสดุ ครุภัณฑ์ ยานพาหนะ และการ ซ่อมบำรุง - สถิติและรายงาน - การประสานงานกับหน่วยงานอื่น	ก. งานบริหาร ประกอบด้วย 1. งานสารบรรณและธุรการ 2. งานการเงินและการบัญชี 3. งานพัสดุ ครุภัณฑ์ และยานพาหนะ 4. งานวางแผน 5. งานควบคุมและประเมินผลงาน 6. งานปรับปรุงสถานบริการ 7. งานจัดทำและรวบรวมรายงาน 8. งานศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข 9. งานประสานงานและประชาสัมพันธ์
2. การควบคุมและประเมินผลงาน	
3. การปรับปรุงสถานบริการ	

ตาราง 1 (ต่อ)

งานตามกำหนด พ.ศ. 2528	งานตามกำหนด พ.ศ. 2531
4. การรวบรวมรายงานต่าง ๆ	10. งานในรูปแบบ คปต.* คปสอ.** และ พบส.***
5. งานศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข	
6. การประสานงาน	
7. งานรักษาพยาบาล	ช. งานบริการ
8. งานหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่	1. งานรักษาพยาบาล
9. งานสุขศึกษา	2. งานหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่
10. งานอนามัยโรงเรียน	3. งานสุขศึกษา
11. งานทันตสาธารณสุข	4. งานอนามัยโรงเรียน
12. งานสุขภาพจิต	5. งานเวชภัณฑ์และการจัดหาเวชภัณฑ์เป็น สนับสนุนกองทุนยา
13. งานวางแผนครอบครัว	6. งานทันตสาธารณสุข
14. งานอนามัยแม่และเด็ก	7. งานสุขภาพจิต
15. งานโภชนาการ	8. งานวางแผนครอบครัว
16. งานสุขภาพิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม	9. งานอนามัยแม่และเด็ก
17. งานควบคุมโรคติดต่อ	10. งานโภชนาการ

* คปต. = คณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติงานพัฒนาชนบทระดับตำบล

** คปสอ. = คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

*** พบส. = โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานสาธารณสุข

ในส่วนภูมิภาค

ตาราง 1 (ต่อ)

งานตามกำหนด พ.ศ. 2528	งานตามกำหนด พ.ศ. 2531
18. งานระบาศาวิชา	11. งานสุชาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม
19. งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	12. งานควบคุมโรคติดต่อ
20. งานเวชภัณฑ์ และจัดหาจ่ายจำเป็นสนับสนุน กองทุนยา	13. งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
21. งานบัตรสุขภาพ	14. งานเฝ้าระวังโรคและระบาศาวิชา
	15. งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
	16. งานบัตรสุขภาพ
	ค. งานวิชาการฝึกอบรมและนิเทศงาน
22. การจัดทำรายงานในส่วนที่รับผิดชอบ	1. งานวิเคราะห์ และจัดทำสถิติข้อมูล ทางวิชาการ
23. งานฝึกอบรม	2. งานฝึกอบรมนักศึกษาสาธารณสุข อาสาสมัครและประชาชน
24. การนิเทศงาน	3. เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ
	ง. งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน และ การพัฒนาชนบท
25. งานสนับสนุนสาธารณสุขมูลฐาน	1. งานสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน
26. งานสนับสนุนโครงการหมู่บ้านพึ่งตนเอง	2. งานสนับสนุนโครงการหมู่บ้านพึ่ง ตนเอง
27. งานสนับสนุนการใช้ จปฐ. เป็นเครื่องชี้วัด	

ตาราง 1 (ต่อ)

งานตามกำหนด	งานตามกำหนด
พ.ศ. 2528	พ.ศ. 2531
	3. งานสนับสนุนการรณรงค์คุณภาพชีวิต โดยใช้ จปฐ. 4. งานสนับสนุนองค์กรชุมชน 5. งานประสานงานเพื่อการพัฒนาชนบท
28. งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย	จ. งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

สำหรับงานบริการด้านรักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลต้องรับผิดชอบในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยจะต้องสามารถคัดกรองอาการเจ็บป่วยของประชาชนในหมู่บ้าน ให้การปฐมพยาบาลหรือรักษาโรคง่าย ๆ ได้ เป็นการสนับสนุนระบบการส่งต่อให้มีทั้งประสิทธิภาพและคุณภาพอย่างแท้จริง ทั้งนี้อำนาจและหน้าที่เป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งทางราชการ เทศบาล สุขาภิบาล หรือสภาเทศบาลไทยมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2518 ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2518 โดยมีนายอุดม โปษะกฤษณะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในสมัยนั้นเป็นผู้ลงนามรายละเอียดของระเบียบฯ มีดังต่อไปนี้

All rights reserved

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ว่าด้วยบุคคล ซึ่งทางราชการ เทศบาล สุขาภิบาล หรือสภาเทศบาลไทย
 มอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้
 ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว
 (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2518

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 11 (ค) แห่งพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบ
 โรคศิลปะ พ.ศ. 2579 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ
 (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2504 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกำหนดระเบียบไว้ดังต่อไปนี้
 ข้อ 1 ให้ยกเลิกความใน (2) แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 1)
 พ.ศ. 2504 เรื่องบุคคลซึ่งทางราชการ เทศบาล สุขาภิบาล หรือสภาเทศบาลไทยมอบหมาย
 ให้ประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้
 ประกอบโรคศิลปะแล้ว ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2504
 ข้อ 2 บุคคลซึ่งทางราชการ เทศบาล สุขาภิบาล หรือสภาเทศบาลไทยมอบหมาย
 ให้ประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้
 ประกอบโรคศิลปะแล้ว อาจประกอบโรคศิลปะตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในระเบียบ
 นี้ได้ คือ

2.1 เจ้าหน้าที่ตำแหน่งอนามัยอำเภอ พนักงานอนามัย ผดุงครรภ์(อนามัย)

ผู้ช่วยพยาบาล - ผดุงครรภ์ และผู้ช่วยพยาบาลให้กระทำได้เฉพาะที่กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

2.1.1 ด้านอายุรกรรม

1. โรคติดต่อตามโครงการของกระทรวงสาธารณสุข
2. โรคขาดธาตุอาหาร
3. โรคอาหารเป็นพิษ
4. โรคพยาธิลำไส้

5. โรคนิด
6. โรคหวัด
7. โรคหัด
8. โรคสุกใส
9. โรคคางทูม
10. โรคไอกรน
11. โรคผิวหนัง เช่น ทิด เทา กลาก เกลื้อน และลมพิษ
12. อาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ไข้

- อาการเจ็บปวด เช่น คอเจ็บ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว และปวดฟัน

- ปวดท้อง ท้องผูก ท้องอืด ท้องเดิน

- เบื่ออาหาร

- คลื่นไส้ อาเจียน

- อ่อนเพลีย ใจสั่น

- การอักเสบ เช่น แผล ฝี

- ผื่นคัน

- ไอ หอบหืด

- ซีดเนื่องจากโลหิตจาง

13. การปฏิบัติรักษาพยาบาลอื่น ๆ เช่น

- การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวมถึงการฉีดวัคซีนกัน

พิษสุนัขบ้า และการฉีดเซรุ่มแก้พิษงู

- การให้น้ำเกลือในผู้ป่วยท้องเดินอย่างแรง

- เจาะดูดโลหิตเพื่อตรวจชั้นสัตุร

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

2.1.2 ด้านศัลยกรรม

1. ผ่าฝี
2. เย็บบาดแผลที่ไม่สาหัส
3. ชะล้าง ตกแต่งบาดแผล

2.1.3 ด้านสูติกรรมให้เฉพาะผดุงครรภ์(อนามัย) และผู้ช่วยพยาบาล

ผดุงครรภ์กระทำได้ดังต่อไปนี้ คือ

1. ตัดและเย็บฝีในการทำคลอดเมื่อมีความจำเป็น
2. การใช้ยารัตมตลูกจะให้ติดต่อเมื่อรกคลอดเสร็จเรียบร้อยแล้ว
3. การกลับท่าเด็กภายนอก (External Version)
4. ใช้สเป็คulum (Speculum) ตรวจปากมดลูกในการตรวจ

แล้วเท่านั้น

ภายหลังคลอด

5. การสวนปัสสาวะเกี่ยวกับการคลอดและหลังคลอด

2.1.4 ด้านปัจจุบันพยาบาล

1. การแก้สารนิพิษและสัตว์มีพิษกัดต่อย ตลอดจนการแพ้ยา
2. การเสียโลหิตทั้งภายในและภายนอก
3. การเป็นลม ช็อก ทมตสติ
4. กระดูกหัก ข้อเคล็ด ข้อเคลื่อน

เซรุ่ม และวัคซีน

5. ชัก
6. จมน้ำ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ไฟฟ้าดูด

7. สิ่งแปลกปลอมเข้าตา หู คอ จมูก และกระเพาะอาหาร

8. การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บหนัก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

2.2 เจ้าหน้าที่ตำแหน่งทันตภิบาลให้บริการด้านทันตกรรมดังต่อไปนี้

2.2.1 ถอนฟันถาวรและฟันน้ำนมโดยใช้ยาชาเฉพาะตำแหน่ง เฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี

2.2.2 อุดฟันด้วยวัสดุพลาสติกทั้งในฟันถาวรและฟันน้ำนม เฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี

2.2.3 ชูตหินน้ำลายและทำความสะอาดฟัน

2.2.4 ทาฟันด้วยน้ำยาฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุ

2.3 เจ้าหน้าที่ผู้ซึ่งได้ขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน สาขากาชาพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ให้กระทำได้ทุกประการเหมือนเจ้าหน้าที่ตามข้อ 2.1 และให้กระทำดังต่อไปนี้ได้อีกด้วย คือ

2.3.1 ด้านอายุรกรรม ล้างกระเพาะอาหาร โดยใช้สายยาง ในรายที่สงสัยว่ารับประทานยาพิษ

2.3.2 ด้านศัลยกรรม ผ่าเอาสิ่งแปลกปลอม ซึ่งอยู่ในตำแหน่งซึ่งไม่เป็นอันตรายต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายออก โดยเจตยาระงับความรู้สึกทางผิวหนัง

2.3.3 ด้านสูติกรรม

ก. ทำคลอดในรายที่มีครรภ์ผิดปกติ หรือคลอดผิดปกติในกรณีจำเป็น แต่ห้ามมิให้ใช้คีมัสสูงหรือทำการผ่าตัดในการทำคลอดหรือเจตยาระงับความรู้สึกก่อนคลอด

ข. ช่วยเหลือในกรณีที่จะมีการแท้ง หรือแท้งแล้ว ในรายที่จำเป็น

2.3.4 ด้านการวางแผนครอบครัว ใส่และถอดห่วงอนามัย

2.4 เจ้าหน้าที่ผู้ซึ่งได้ขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน สาขากาชาพยาบาล ให้ปฏิบัติเหมือนกับเจ้าหน้าที่ตามข้อ 2.6 ยกเว้น 2.1.3 และ 2.3.3

2.5 เจ้าหน้าที่ผู้ซึ่งได้ทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน สาขากาชาผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ให้ปฏิบัติเหมือนกับเจ้าหน้าที่ตามข้อ 2.3 ยกเว้น 2.3.1 และ 2.3.2

2.6 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งได้ผ่านการอบรม และได้รับประกาศนียบัตรรับรองความรู้ ความสามารถจากกระทรวงสาธารณสุข และเป็นผู้ที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้สั่งเพิกถอนสิทธิในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ประกอบโรคศิลปะและใช้ยาได้ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข

2.7 เจ้าหน้าที่ผู้กระทำได้ตามข้อ 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 และ 2.5 ให้ใช้ยาตามบัญชียาที่กำหนดไว้ท้ายระเบียบนี้

2.8 การประกอบโรคศิลปะนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในระเบียบนี้ ให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้บังคับบัญชา ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว (กระทรวงสาธารณสุข 2529)

ทฤษฎี

ความรู้

ความรู้ ความเข้าใจไม่ใช่เรื่องความจำเท่านั้น จะต้องคำนึงถึงข้อเท็จจริง และความคิดรวบยอดในความเป็นจริง โดยหลักการแล้วจะต้องประกอบด้วยความสามารถในการจำ และความเข้าใจจนถึงเกิดความคุ้นเคย ทำให้มีความรู้ในสิ่งนั้น ๆ โดยผ่านกระบวนการของ เหตุผล การอธิบาย การแปลความหมาย การเปรียบเทียบ การตัดสินใจ และการมองภาพ (ชม ภูมิภาค 2516) เพราะความรู้ คือ สภาวะการรู้หรือการรับรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง (The Lexicon Webster Dictionary 1977 และ Caster V. Good 1973) ความรู้จึงมีส่วนสำคัญที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ทราบว่าต้องปฏิบัติอย่างไร และจะต้องปฏิบัติได้จริง (กรรณิการ์ กันธะรักษา 2527) ดังนั้น ความรู้และทฤษฎีปฏิบัติจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและต้องพึ่งพาอาศัยกัน การสร้างเสริมความรู้ก็จะช่วยสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติด้วยเสมอ (A.K. Fabiyi 1985) อีกทั้งเรื่องของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนนั้นจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการ

ปฏิบัติตัวดังนี้ คือ ความรู้ ทักษะทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทักษะไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน เพราะทักษะมักจะเกิดจากผลพลอยได้ของประสบการณ์ที่เคยได้รับ อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือใช้เวลานานในการเปลี่ยนแปลง (Carl. R. Schwartz 1969) ทั้งนี้พฤติกรรมซึ่งเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำนั้นอาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ โดยแบ่งพฤติกรรมเป็น 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิศึกษา หรือพฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain)

พฤติกรรมด้านนี้มีขึ้นของความสามารถทางด้านความรู้ การใช้ความคิด และพัฒนาการทางด้านสติปัญญา ซึ่งจำแนกจากง่ายไปหายาก คือ

1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากความรู้ ต้องมีความรู้มาก่อนจึงจะเข้าใจ ความเข้าใจนี้แสดงออกมาในรูปของการแปลความ หรือการตีความหมาย การขยายความหรือคาดคะเน

1.3 การนำไปใช้ (application) เป็นการนำเอาทฤษฎี กฎเกณฑ์ และแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้

1.4 การวิเคราะห์ (analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถและมีทักษะในการจำแนกรายละเอียดออกเป็นหน่วยย่อยและมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านั้นอย่างชัดเจน รวมทั้งมองเห็นการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบที่รวมกันเป็นปัญหา หรือสถานการณ์นั้น ๆ

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่าง ๆ เข้าไปเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจน และมีคุณภาพสูงขึ้น มีทั้งการสังเคราะห์ข้อความ แผนงาน และความสัมพันธ์

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัย ตีราคาสิ่งของต่าง ๆ โดยมีกฎเกณฑ์และมาตรฐานเป็นเครื่องช่วยประกอบการวินิจฉัย ซึ่งกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้วก็ได้

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective domain) พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึง ความสนใจ ทำที่ ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เป็นพฤติกรรมที่ยากแก่การอธิบาย เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคน การเกิดพฤติกรรมด้านทัศนคติแบ่งเป็นขั้นตอน ดังนี้

2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่า มีเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับหรือให้ความพอใจต่อสิ่งเร้า นั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วยความตระหนักความยินดีที่จะรับและการเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย การยินยอม ความเต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงว่ายอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตัวเขาและได้นำไปพัฒนาให้เป็นของเขาอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า "ค่านิยม" ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับความชอบและผูกมัดค่านิยมเข้ากับตัวเขา

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น ในการจัดกลุ่ม ค่านิยมนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยม และจัดระบบของค่านิยม

2.5 การแสดงลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or value complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่าบุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากที่ดีที่สุดถึงน้อยที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแนวทางการปฏิบัติ และการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตัวตามแนวทางที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติอาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมขั้นนี้เป็นพฤติกรรม

ขั้นสุดท้าย ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญหรือความรู้ ความคิด และพฤติกรรมด้านทัศนคติเป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางด้านสุขภาพอนามัยถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี

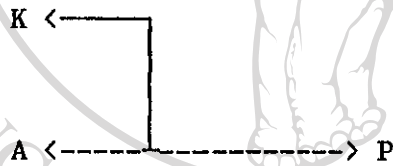
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ มี 4 ลักษณะ คือ

1. ทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้และการปฏิบัติ ดังนี้



ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและทัศนคติมีผลต่อการปฏิบัติ

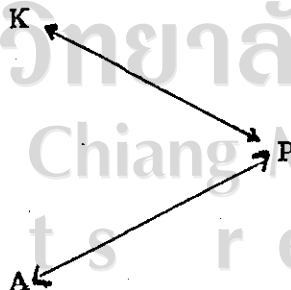
2. ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



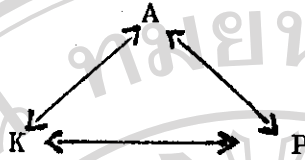
3. ความรู้และทัศนคติต่าง ๆ ก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยความรู้และทัศนคติไม่

จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright © by Chiang Mai University
 All rights reserved



4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมักทัศนคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้



ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันและมีผลต่อกัน เป็นลูกโซ่ (Richard K, Means 1969)

ดังนั้นสรุปแล้วความรู้เป็นเรื่องของการรับรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง ความจริง หลักการ จากการศึกษาค้นคว้าหรือถ่ายทอดจากบุคคลอื่นอย่างมีเหตุผล ซึ่งทำให้บุคคลมีความเข้าใจ หรือ รับทราบข้อเท็จจริง อธิบาย แปลความหมาย เปรียบเทียบ และตัดสินใจที่แตกต่างกัน

ความคิดเห็น

ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกถึงการลงความเห็นของบุคคลหนึ่ง ในด้านข้อเท็จจริง (Blair J. Kolasa 1969) โดยสามารถพิจารณานำไปสู่การคาดคะเน หรือการแปรผลใน พฤติกรรมต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Ernest R. Hilgard 1962) เพื่อนำมาสรุปหรือ ลงความเห็น โดยอาศัยพื้นฐานด้านต่าง ๆ ที่มีอยู่ (T.L. Engle and Louis Snellgrove 1969) ซึ่งแต่ละบุคคลคิดว่าถูกต้อง แต่คนอื่น ๆ อาจจะไม่เห็นด้วยก็ได้ (Walter L. Kolesnik 1970) นอกจากนี้เรื่องความคิดเห็นถือได้ว่าเป็นการแสดงออกทางด้านเจตคติ อย่างหนึ่ง แต่การแสดงความคิดเห็นนั้นมักมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และเป็นส่วนที่พร้อมที่จะมี ปฏิกริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2520) รวมถึงเป็นการยาก ที่จะแยกเจตคติ และความคิดเห็นออกจากกันได้โดยเด็ดขาด เพราะทั้งเจตคติและความคิดเห็น มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่ว่าลักษณะของความคิดเห็นจะไม่ลึกซึ้งเหมือนกับเจตคติ (สุชา และ สุรางค์ จันทน์เอม 2520) เพราะความคิดเห็นนี้จะ เป็นเจตคติที่อยู่ภายในจิตสำนึกของตน เมื่อ

เกิดความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดแล้ว ก็จะทำพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความรู้สึกภายในของตน (ภคติยา อาชวณิชกุล 2520) ซึ่งพอจะสรุปได้ว่าความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกทางด้านความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใด สิ่งหนึ่ง ด้วยการพูด การเขียน โดยมีพื้นฐานความรู้เดิม ประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ ตลอดจนสภาพแวดล้อมของบุคคล ซึ่งการแสดงความคิดเห็นนี้สามารถทำได้หลายวิธี วิธีที่ใช้กันโดยทั่วไป คือ ตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ และวิธีที่ง่ายที่สุดในการที่จะบอกถึงความคิดเห็นก็คือ การแสดงให้เห็นถึงจำนวนร้อยละของคำตอบในแต่ละข้อความ เพราะจะทำให้เห็นว่าความคิดเห็นจะออกมาในลักษณะเช่นไร และจะได้อาจทำตามข้อคิดเห็นเหล่านั้นได้ (John W. Best 1977)

การใช้บริการสุขภาพ

การเลือกใช้หรือไม่ใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ปัจจัยส่งผลต่อการเลือกแหล่งบริการขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่

- 1.1 อายุและเพศ
- 1.2 ขนาดของครัวเรือนและสภาพภายในครัวเรือน
- 1.3 ความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม
- 1.4 กลุ่มชาติพันธุ์และศาสนา
- 1.5 การเปลี่ยนแปลงด้านเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม
- 1.6 การศึกษา
- 1.7 สภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และการประกอบอาชีพ
- 1.8 นวัตกรรม

2. ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่

- 2.1 โรคเรื้อรังหรือฉับพลัน
- 2.2 ความรุนแรงของโรค
- 2.3 สาเหตุของการเกิดโรคและชนิดของโรค
- 2.4 การคาดหวังผลและความพึงพอใจของผู้ป่วย

3. ปัจจัยด้านการให้บริการและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ

3.1 ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์

3.2 การยอมรับต่อเจ้าหน้าที่

3.3 ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการรักษา

3.4 ค่าใช้จ่าย (Kroeger A. 1983)

การแสวงหาบริการสุขภาพถ้ามองในด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล อันเป็นผลของการที่ได้เรียนรู้มาจากสังคมและวัฒนธรรม แต่ละบุคคลอาจมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันแม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างเดียวกัน ความแตกต่างของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจะผันแปรไปตามตัวแปรทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อในประสิทธิภาพของแหล่งบริการ ตลอดจนอุปกรณ์องค์ประกอบอื่น ๆ ในด้านการแพทย์ เช่น ยา ความทันสมัยทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ ส่วนทางด้านสังคมจะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อความเชื่อมโยงระหว่างระบบความคิด ความเชื่อและการรับรู้ของมนุษย์กับแหล่งบริการสุขภาพ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในระหว่าง 2 ชั่วของความสัมพันธ์อันนี้ไม่เพียงแต่จะได้เข้าใจถึงตัวกำหนดที่มีประสิทธิภาพต่อระบบความคิดและพฤติกรรม หากยังสามารถที่จะวิเคราะห์ถึงความเสื่อมสลาย ความเฟื่องฟู และพลวัตของระบบบริการรูปแบบต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน (มัลลิกา มัติโก 2534)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไปใช้บริการด้านรักษาพยาบาล จากการค้นคว้ารายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบริการอนามัยของสถานอนามัยน้อย (ชลอศรี จันทร์ประชุม 2520) นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการผ่านหรือไม่ผ่านการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในท้องถิ่น แต่เป็นความสัมพันธ์ที่เป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือ คนที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการรักษาพยาบาลในท้องถิ่นก่อนเข้ามาใช้บริการในกรุงเทพฯ ที่โรงพยาบาลศิริราชมากกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ (สุชุมล ธนาเศรษฐ์อังกูล 2522)

ในการเลือกใช้บริการนอกจากความรู้เกี่ยวกับชนิดบริการ ระดับการศึกษาแล้วในเรื่องของระยะทางจากบ้านไปแหล่งบริการสาธารณสุข ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่จะตัดสินใจที่จะเลือกไปใช้หรือไม่ใช้บริการ โดยพบว่าผู้ที่อยู่ใกล้กว่าจะมีสัดส่วนการใช้บริการที่สูงกว่า (เดย์ และบุญเลิศ 1977) ส่วนในด้านการคมนาคมที่สะดวกระหว่างบ้านและสถานบริการโดยประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ที่ตี หรือการคมนาคมสะดวกจะชอบ ไปใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ สถานีอนามัย และสำนักงานตตุงครรภ์ (ปัจจุบันถูกยุบเป็นสถานีอนามัย) ส่วนพื้นที่ที่มีการคมนาคมไม่สะดวกเข้าถึงยาก ประชาชนมักจะตรงไปโรงพยาบาลอำเภอ เพื่อรับบริการการรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากกว่าสถานีอนามัย ทางเลือกที่สอง คือ ไปซื้อยาที่ร้านขายยา (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2522) ซึ่งมีเหตุผลของประชาชนบางกลุ่มที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานีอนามัย เพราะความไม่สะดวกในการเดินทาง ไปรับบริการและไม่เชื่อถือในตัวเจ้าหน้าที่ พบร้อยละ 12 รองจากการไม่ไปใช้บริการที่สถานีอนามัยเพราะไม่เจ็บป่วย ซึ่งมีประมาณร้อยละ 37 ร้อยละ 8 พบว่าการเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือมีเครื่องมือไม่พร้อม อีกประมาณร้อยละ 4 ให้เหตุผลว่าไม่ไปใช้บริการที่สถานีอนามัย เพราะเจ้าหน้าที่ไม่ค่อยอยู่สถานีอนามัย นอกจากนี้ยังมีเหตุผลอื่น ๆ เช่น ไม่ชอบเจ้าหน้าที่ ไปโรงพยาบาลสะดวกกว่า ไม่มีเงิน และสถานีอนามัยคิดค่าบริการแพง

เมื่อศึกษาอัตราการเจ็บป่วย ซึ่งศึกษาโดยศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขสวัสดิการและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลพบว่า อัตราการเจ็บป่วยในปี พ.ศ. 2534 มีค่าเท่ากับ 0.22 ครั้งต่อคนต่อเดือน เป็นการศึกษาการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวตัวอย่าง (มหาวิทยาลัยมหิดล 2534)

การใช้บริการตามสถานบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย พบว่า มีการใช้บริการที่สถานีอนามัยเป็นแห่งแรกเมื่อเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน ซึ่งมีประมาณร้อยละ 32 สถานบริการอันดับรอง ๆ ลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลจังหวัด คือ ประมาณร้อยละ 15 14 และ 5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่ซื้อยากินเอง (รวมทั้งไม่ได้รับการรักษาที่ไหน) ร้อยละ 22 เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ ประมาณ

ร้อยละ 45 รองลงมาเป็นโรคของระบบทางเดินหายใจ โรคของระบบทางเดินอาหาร และระบบไหลเวียนของโลหิตคือ ประมาณร้อยละ 14 และ 12 และ 6 ตามลำดับ รวมทั้งกลุ่มโรคที่ไม่สามารถระบุได้ร้อยละ 5.9 (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ บุปผา ศิริวิศมี 2531) และจากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของคปสอ. บางปะหัน พบว่าโรคที่พบบ่อยจากรายงาน 504 และ 505 5 อันดับแรกของ คปสอ. ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการผลการปฏิบัติงานของสถานีนอนามัยนั้น อันดับ 1 โรคระบบทางเดินหายใจ อันดับ 2 อาการและภาวะที่กำหนดไม่ชัดเจน อันดับ 3 อุบัติเหตุ การถูกพิษ และพลวเหตุ อันดับ 4 ระบบย่อยอาหาร และอันดับ 5 โรคผิวหนัง (สำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอ บางปะหัน 2535)

จากการทบทวนทฤษฎีและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ผู้ศึกษาจึงได้เลือกศึกษาในปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับบริการด้านการรักษาพยาบาลของสถานีนอนามัย
ความคิดเห็นที่มีต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสภาพแวดล้อมของสถานีนอนามัย
2. ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

กรอบแนวคิดในการศึกษาคั้งนี้



ภาพ 1 แผนภูมิกรอบแนวคิดในการศึกษา