

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานเอนามัยของประชาชนในตำบลวังหิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยในด้านที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การให้บริการทางสาธารณสุขแก่ประชาชน
2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับการมารับบริการที่สถานเอนามัยหรือสถานบริการสุขภาพ
3. การประเมินการปฏิบัติงานของสถานเอนามัย

การให้บริการทางสาธารณสุขแก่ประชาชน

1. ความหมาย

บริการสาธารณสุข หมายถึง บริการที่เจ้าหน้าที่หรือองค์กรสาธารณสุขจัดให้มีขึ้นสำหรับประชาชนเป็นรายบุคคลหรือชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ โดยมีองค์ประกอบและความหมายดังนี้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช , 2536 หน้า 50-53)

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อการสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงความเป็นอยู่ในสังคมเพื่อไม่ให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ บริการดังกล่าวได้แก่ การให้สุขศึกษา การส่งเสริมโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว เป็นต้น

1.2 การป้องกันและควบคุมโรค หมายถึง บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับการป้องกันประชาชนในกลุ่มที่ไวต่อการเกิดโรค ไม่ให้เกิดโรคขึ้นได้และบริการสาธารณสุขที่ควบคุมหรือกำจัดโรคที่เกิดขึ้นแล้วไม่ให้เกิดลุกลามหรือระบาดออกไป รวมทั้งกำจัดให้โรคหมดไปในที่สุด ได้แก่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม การกำจัดพาหะ เช่น แมลง หรือสัตว์นำโรค การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การควบคุมหรือกำจัดโรคติดต่อ เป็นต้น

1.3 การรักษาพยาบาล หมายถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรค และให้การักษาพยาบาลเมื่อเกิดโรคขึ้น โดยถือหลักการที่ว่าต้องวินิจฉัยโรคตั้งแต่แรกเริ่ม และให้การรักษาอย่างทันท่วงที ทั้งนี้ เพื่อให้หายจากโรคหรือการเจ็บป่วยได้เร็วที่สุด ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยโรค การชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การรักษาพยาบาลในระดับต่างๆตั้งแต่ ระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง รวมถึงการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจรักษาต่อระหว่างสถานบริการที่มีขีดความสามารถน้อยกว่ากับสูงกว่า

1.4 การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับการป้องกันผู้ป่วย ไม่ให้เกิดความพิการ หรือกำจัดความพิการให้หมดไป เพื่อให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด ทั้งกายและใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

สถานีอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นหน่วยงานที่อยู่ได้บังคับบัญชาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) เป็นองค์กรประสานงาน และสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สถานีอนามัยมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน (Integrated health service) ทั้งในและนอกสถานบริการ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้พิการ ตลอดจนการวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความต้องการของประชาชนแต่ละท้องถิ่น

2. วิวัฒนาการของสถานีอนามัย

การจัดบริการสาธารณสุขระดับสถานีอนามัย เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศอังกฤษ เมื่อปี พ.ศ. 2463 เรียกว่า สถานให้บริการพื้นฐาน(Primary Health Care) ต่อมาในปี พ.ศ. 2473 มีการประชุมในประเทศยุโรป และกำหนดนิยามของสถานให้บริการในชนบท(Rural Health Center) ว่าเป็นสถานบริการที่ทำหน้าที่ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาพยาบาลในสถานที่เดียวกัน แนวคิดของสถานีอนามัยได้กระจายไปทั่วโลกหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในบางประเทศแถบยุโรป จะให้บริการโดยแพทย์ แต่ในประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนใหญ่ให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (health auxiliary) สำหรับประเทศไทยนั้นเมื่อปี พ.ศ. 2457 กระทรวงมหาดไทยต้องการให้จังหวัดต่างๆ มีสถานที่สำหรับรักษาอาการเจ็บป่วยและจำหน่ายยา จึงเริ่มมีสถานบริการสาธารณสุขที่เรียกว่า “โอสถสภา” ในภายหลังงานสาธารณสุขได้เจริญก้าวหน้า จึงเปลี่ยนชื่อเป็น “ สุขศาลา ” โดยถือว่า สุขศาลาเป็นศูนย์กลางการสาธารณสุข และมีพระราชบัญญัติว่าด้วยการสุขภาพิบาลชนบทขึ้นทั่วประเทศ จนถึงปี พ.ศ. 2495 จึงมีการเปลี่ยนชื่อจากสุขศาลาเป็น สถานีอนามัย (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ, 2539 หน้า 42 ; ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2541 หน้า3-4)

3. การจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

การจัดบริการสาธารณสุขสามารถแบ่งออกเป็นหลายชนิด เช่น แบ่งตามระดับการให้บริการ (Level of care) แบ่งตามชนิดของการให้บริการ (Type of care) การแบ่งตามระดับการให้บริการนั้นสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภทด้วยกันคือ

3.1 การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Level) หมายถึงการบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยตนเองและสามารถกระทำได้ในระดับชุมชน เป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ผู้ให้บริการ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยตนเองไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ

3.2 การจัดบริการสาธารณสุขในระดับที่ 1 (Primary Care Level) เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ ประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้คือ

3.2.1 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สชช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน ครอบคลุมประชากรประมาณ 500-1,000 คน มีพนักงานสุขภาพชุมชน(พชช.) ปฏิบัติงาน (สถานภาพเป็นลูกจ้างประจำของกระทรวงสาธารณสุข) การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งการรักษาพยาบาลโรคต่างๆ เบื้องต้น

3.2.2 สถานีอนามัย (สอ.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับตำบลหรือหมู่บ้าน ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000-5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำคือ พนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค (จบการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี) บรรจุเข้ารับราชการในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ปัจจุบันอยู่ในระหว่างดำเนินการให้ทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข บรรจุเข้าทำงานในระดับสถานีอนามัย

3.2.3 โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอหรือกิ่งอำเภอ มีเตียงผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยภายในตั้งแต่ 10 เตียงขึ้นไป จนถึง 120 เตียงครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

อื่นๆ ปฏิบัติงานประจำ การให้บริการเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานบริการในข้อ 3.2.1 และ 3.2.2)

3.3 การจัดบริการสาธารณสุขระดับที่ 2 (Secondary Care Level) เป็นการจัดบริการทางการแพทย์และด้านสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการต่างๆ ดังต่อไปนี้

3.3.1 โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน ดำเนินการโดยธุรกิจเอกชนหรือองค์กรที่ไม่หวังผลกำไรอื่นๆ (Non-profit Organization)

3.3.2 โรงพยาบาลทั่วไป (General Hospital) เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลจังหวัด หรืออำเภอขนาดใหญ่ มีขนาดและจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 120-240 เตียง

3.4 การจัดบริการสาธารณสุขระดับที่ 3 (Tertiary Care) เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการดังต่อไปนี้

3.4.1 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ซึ่งมีจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 241 เตียงขึ้นไป

3.4.2 โรงพยาบาลศูนย์ (Region Hospital) เป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่เป็นพิเศษ มีเตียงไว้รักษาผู้ป่วยในตั้งแต่ 361 เตียงขึ้นไป เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ตั้งของเขตหรือเป็นศูนย์กลางจังหวัดต่างๆของเขตนั้น ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขจะพัฒนาเป็นสถานบริการที่มีขีดความสามารถสูงสุดทัดเทียมกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ

3.4.3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นสถาบันที่มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษอยู่เป็นจำนวนมาก และเป็นสถาบันผลิตบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับนักวิชาการและนักวิชาชีพให้กับกระทรวงสาธารณสุข

4. หน้าที่และความรับผิดชอบงานบริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย

คณะทำงานบทบาทหน้าที่และมาตรฐานบริการของสถานีนอนามัย (2535 หน้า 1-5) ได้กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยว่ามีหน้าที่และความรับผิดชอบ ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ในด้านต่างๆ ดังนี้

4.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ

เป็นการให้บริการประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ทุกกลุ่มเป้าหมายและเน้นการพัฒนาวิถีชีวิตที่เหมาะสม ได้แก่

4.1.1 การบริการอนามัยแม่และเด็ก ให้การดูแลแม่ตั้งแต่เริ่มมีครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด ตลอดจนดูแลเด็ก 0-5 ปี ในด้านการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก ให้การดูแลด้านโภชนาการแก่หญิงมีครรภ์ เด็ก 0-5 ปี และเด็กวัยเรียน

4.1.2 การบริการวางแผนครอบครัว ให้บริการวางแผนครอบครัวในสถานบริการ ตลอดจนค้นหา ติดตามและรณรงค์วางแผนครอบครัว ให้ครอบคลุมเป้าหมาย

4.1.3 การดูแลเด็กวัยเรียน และเยาวชน ให้บริการอนามัยเด็กวัยเรียน วางแผนและให้บริการอนามัยในโรงเรียนที่รับผิดชอบ ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการรักษาพยาบาล ตลอดจนการดูแลด้านโภชนาการเด็กในวัยเรียน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพแก่เยาวชนนอกระบบโรงเรียน

4.1.4 การดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไป ให้บริการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ตลอดจนการให้บริการไอ โอดีในพื้นที่ที่มีปัญหาการขาดสารไอ โอดี

4.1.5 การบริการทันตสาธารณสุข จัดบริการทันตสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนทั่วไปในเขตรับผิดชอบ ให้มีการสนับสนุนประชาชนและชุมชนในการพัฒนางานทันตสาธารณสุข ตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนพัฒนาวิชาการและฝึกอบรมอาสาสมัคร

4.1.6 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ทราบข่าวสารที่ถูกต้อง สามารถเลือกบริโภคอาหารที่ปลอดภัยมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายและได้มาตรฐาน ตลอดจนสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค

4.2 ด้านการควบคุมและป้องกันโรค

4.2.1 เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ดำเนินการป้องกันการเกิดโรคทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรค

4.2.2 การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม เพื่อลดอัตราความชุกชุมและความรุนแรงของโรค โดยการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค ให้ภูมิคุ้มกันโรค ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ให้สุขศึกษาและฝึกอบรมประชาชน ครู นักเรียนในการรณรงค์ทำลายแหล่งนำโรค ตามลักษณะของกลุ่มโรคติดต่อ

4.2.3 การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ เน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือลดปัจจัยเสี่ยงรวมทั้งการให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนคัดกรองผู้ป่วยในประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ได้แก่โรคไม่ติดต่อทั่วไป และโรคไม่ติดต่อเฉพาะ เช่น โรคเกิดจากพฤติกรรม อุบัติเหตุ พันธุกรรม และอื่นๆ

4.2.4 การอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้บริการเพื่อควบคุมป้องกันโรคซึ่งมาจาก น้ำ อาหาร และอากาศ พัฒนามาตรการให้บริการตามสภาพในแต่ละพื้นที่ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

4.2.5 ด้านอาชีวอนามัย ส่งเสริมสุขภาพอนามัยผู้ประกอบการอาชีพทุกประเภทตามความแตกต่างแต่ละพื้นที่ ตลอดจนป้องกันและควบคุมโรคและอุบัติเหตุ อันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพ

4.3 ด้านรักษาพยาบาล

สำหรับงานบริการด้านการรักษาพยาบาลของสถานีนามีนัน เจ้าหน้าที่สถานีนามีนันจะต้องสามารถคัดกรองอาการเจ็บป่วยของประชาชนในหมู่บ้าน ให้การปฐมพยาบาล ตลอดจนรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่างๆ ได้ตามเกณฑ์การปฏิบัติงานทั้งโรคทั่วไป และโรคประจำถิ่น สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยอุบัติเหตุ รวมทั้งให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย โรคเรื้อรังต่อจากโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.3.1 การปฐมพยาบาล ได้แก่ การช่วยเหลือฟื้นฟูปฐมขั้นพื้นฐาน การห้ามเลือดจากบาดแผลภายนอก การให้ของเหลวทางเส้นเลือดดำในกรณีผู้ป่วยช็อก การทำความสะอาดแผลและรักษาแผลให้สะอาด การเข้าเฝือกชั่วคราวในกรณีกระดูกหัก การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยถูกวิธี การช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีต่างๆ ดังนี้ ช็อคจากการแพ้ยา ผู้ป่วยเป็นลม ผู้ป่วยหมดสติ ผู้ป่วยได้รับสารพิษ ผู้ป่วยชัก ผู้ป่วยเพื่อคลั่ง ผู้ป่วยที่ถูกไฟฟ้าดูด ผู้ป่วยถูกงูกัด ผู้ป่วยถูกแมลงสัตว์กัดต่อย และการช่วยเหลือผู้ป่วยที่สิ่งแปลกปลอมเข้าตา หู คอ จมูก

4.3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจหาน้ำตาลและไขมันในปัสสาวะ การตรวจหาการตั้งครรภ์ ตรวจฮีโมโกลบิน (hemoglobin) โดยการเทียบสีมาตรฐาน การตรวจโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ การตรวจหาเชื้อมาลาเรียจากเลือด การตรวจหาเชื้อวัณโรคจากเสมหะ การตรวจหาไข่พยาธิจากอุจจาระ การตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพพสมียร์ (pap smear) เจาะเลือดส่งตรวจโรคไข้เลือดออก การตรวจเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยผู้บริโภค เช่น น้ำ อาหาร

4.3.3 ด้านศัลยกรรม ได้แก่ ผ่าฝี เย็บบาดแผลที่ไม่สาหัส ผ่าเอาสิ่งแปลกปลอมซึ่งอยู่ในตำแหน่งที่ไม่อันตรายต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายออกโดยนิตยาระงับความรู้สึกทางผิวหนัง ฟอกแผลไฟไหม้ที่ไม่สาหัส

4.3.4 รักษาพยาบาลโรคทั่วไป ได้แก่

(1) โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ หัด หัดเยอรมัน (เหือด) อีสุกอีใส คางทูม คออักเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ กล้องเสียงอักเสบ ไอกรน (ไอ

3 เดือนหรือไอร้อยวัน) หลอดลมอักเสบ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ปอดบวม หืด หัวใจจากการแพ้ ไซนัสอักเสบ เยื่อจมูกอักเสบ เยื่อจมูกอักเสบเป็นหนอง เลือดกำเดา สิ่งแปลกปลอมเข้าจมูก

(2) ระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเดิน(ท้องเสีย ท้องร่วง) ท้องเดินที่มีสาเหตุจากอารมณ์ อาหารเป็นพิษ บิด ตัวเหลืองปกติในเด็กแรกเกิด อาหารไม่ย่อย จุกแน่นท้อง กระเพาะอาหารอักเสบ โรคแผลกระเพาะอาหาร อาเจียนในเด็ก แผลเปื่อยในปาก

(3) ระบบประสาทและสมอง เช่น ชักจากไข้สูง ไมเกรน ปวดศีรษะจากความเครียด อาการวิงเวียน เป็นลมธรรมดา ปลายประสาทอักเสบ โรควิดกังวล โรคหอบจากอารมณ์

(4) ระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ความดันโลหิตสูง ความดันตกในเวลาลุกนั่งหรือยืน เส้นเลือดขดที่เท้า โลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก

(5) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ปวดกล้ามเนื้อหลัง ข้อเสื่อม (ปวดข้อในคนสูงอายุ) ข้อเคล็ด ข้อแพลง เส้นเอ็นอักเสบ ตะคริว

(6) ระบบต่อมไร้ท่อและโภชนาการ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คอพอก ธรรมดา โรคของวัยหมดประจำเดือน โรคขาดอาหารในเด็ก โรคขาดวิตามินเอ (เกล็ดกระดี่ชี้ดำ) โรคเหน็บชา(โรคขาดวิตามินบีหนึ่ง) โรคลักปิดลักเปิด กรวยไตอักเสบ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ

(7) ระบบอวัยวะสืบพันธุ์หญิงและการตั้งครรภ์ เช่น ปีกมดลูกอักเสบ มดลูกอักเสบ ตกขาว ช่องคลอดอักเสบ ปวดประจำเดือน ประจำเดือนไม่มา แพ้ท้อง

(8) หู เช่น หูชั้นนอกอักเสบ โรคเชื้อราในช่องหู หูชั้นกลางอักเสบ (หูน้ำหนวก) แผลถลอกในช่องหู จี๋หูอุดตันรูหู

(9) ตา เช่น เยื่อตาขาวอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย เยื่อตาขาวอักเสบจากเชื้อไวรัส เยื่อตาขาวอักเสบจากการแพ้ กุ้งยิง ต้อเนื้อ เลือดออกใต้ตาขาว สิ่งแปลกปลอมเข้าตา

(10) ผิวหนัง เช่น เริม งูสวัด กลาก เกลื้อน โรคติดเชื้อแบคทีเรียของผิวหนัง ฟีที่เต้านม ต่อมไขมันอักเสบ หิด เหา โรคเรื้อน ลมพิษ ผื่นแพ้จากการสัมผัส ผื่นแพ้จากกรรมพันธุ์(เอกซิม่า) รังแค กลากน้ำนม สิว

(11) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หงอนไก่

(12) อุบัติเหตุ สารพิษ สัตว์พิษ เช่น ก้างปลา หรือกระดูกติดคอ ไฟฟ้าช็อต บาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก งูกัด สัตว์กัด แมลงต่อย ปลิงเข้าอวัยวะ

(13) โรคติดเชื้อ เช่น ไข้มาลาเรีย (ไข้จับสั่น, ไข้ป่า) ไข้เลือดออก โรคพยาธิ

โรคพยาธิไส้เดือน โรคพยาธิเส้นด้าย โรคพยาธิตัวตืด โรคพยาธิปากขอ โรคพยาธิเส้นไ้
พยาธิใบไม้ในตับ

(14) สำหรับโรคหรืออาการอื่นๆที่นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น สถานี
อนามัยให้บริการขั้นต้นหรือปฐมพยาบาลตามความเหมาะสมแล้วส่งต่อโรงพยาบาล

4.4 ด้านฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ ให้การรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดย
การรับส่งตัวจากโรงพยาบาล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้คืนสู่สภาพปกติ หรือป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ
และช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยพิการในชุมชน รับผิดชอบอย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

4.5 ด้านสนับสนุนบริการอื่นๆ ได้แก่ การให้สุศึกษา ถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขใน
เรื่องการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วย
ให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการสาธารณสุข ทั้งในและนอกสถานบริการรวมทั้งสถาน
ศึกษา

4.6 งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน

4.6.1 สนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน

4.6.2 พัฒนาศักยภาพของประชาชน ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน โดย
การสนับสนุนและดำเนินการสาธารณสุขมูลฐาน ให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ และสนับสนุนด้าน
ทรัพยากร การนิเทศงาน ตลอดจนให้ความรู้ในการแก้ไขปัญหา

4.6.3 พัฒนาชุมชนวินิจฉัยปัญหาชุมชนและประสานงานกับ 6 กระทรวงหลัก ได้แก่
กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดำเนินการตามแผน
และควบคุมกำกับงาน และประเมินผลความสำเร็จของงาน

4.6.4 งานบริหาร ได้แก่ บริหารงานทั่วไป วางแผนและประเมินผล ประสานงาน
และประชาสัมพันธ์

4.6.5 งานวิชาการ ได้แก่ การวิจัยเบื้องต้น สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาของสถาน
บริการและสภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในโครงการต่างๆ
จากลักษณะการให้บริการสาธารณสุข และหน้าที่ความรับผิดชอบของงานบริการสาธารณสุข
จะเห็นได้ว่า สถานีอนามัยจะต้องจัดบริการในระดับตำบล ได้แก่ บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ
ควบคุมป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย ตลอดจนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในด้านสุขภาพ ตาม

กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ดังนั้นสถานีอนามัยจึงมีความสำคัญเชิงนโยบายในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (วิวัฒน์ อังสุสิงห์ , 2541 หน้า 139)

5. พฤติกรรมการบริโภคบริการสาธารณสุข

สมคิด แก้วสนธิ (2533 หน้า 113) กล่าวว่าพฤติกรรมการบริโภคบริการสาธารณสุขเป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านผู้บริโภคบริการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับฝ่ายผู้จัดบริการ ปัจจัยด้านผู้บริโภค ได้แก่ ระดับรายได้ของผู้บริโภค อัตราค่าบริการที่ผู้บริโภคยินดีจะจ่าย ระดับความรู้ ความรู้ด้านสุขภาพ ประเพณีและความรุนแรงของโรค ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ระยะเวลาจากบ้านไปยังสถานบริการ บริการที่ทดแทนได้ซึ่งอยู่ใกล้ เช่น คลินิกเอกชน ร้านขายยา ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคและเกี่ยวกับสถานบริการ ปัจจัยด้านผู้จัดบริการ ได้แก่ ความสามารถทางวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์และผู้จัดบริการ การกำหนดค่ารักษาพยาบาล การกระจายบริการและการเข้าถึงประชาชน การจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วย และระบบผู้ป่วย การปฏิบัติต่อผู้ป่วย ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุข

จากการศึกษาของกฤษณา นาดี และคณะ (2542 หน้า 29) ที่ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีเป็นครั้งแรก ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย พบว่า การเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านระบบบริการ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึง และความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ความสะดวกในการไปใช้บริการ สวัสดิการและคุณภาพของบริการ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ อธิษาศัยท่าที่ความเป็นกันเองและความเพียงพอของผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านผู้ใช้บริการเอง ได้แก่ ลักษณะของความเจ็บป่วย ปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ ประสิทธิภาพการรักษาดตนเองและบุคคลในครอบครัว ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับการมารับบริการที่สถานีอนามัยหรือสถานบริการสุขภาพ

มีผู้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการสาธารณสุข ไว้ดังนี้

1. ปัจจัยพื้นฐาน

1.1 เพศ พบว่าเพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ [แอนเดอร์เซน (Andersen,1995: 1-10); ยัง(Young,1981 อ้างในพิมพ์วิทย์ บุญมงคล,2538); วาทินี บุญชะลิกย์ ,2530 หน้า จ ; เอ็กเซล โครเกอร์ (Axel Kroeger , 1983 อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534 หน้า 64 -67)]

และเพศถือเป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถทางร่างกาย ในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองด้วย(Orem,1985 : 42) จากการศึกษาของเฟรดเดอริก เอ เดย์ และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520 หน้า 66-68) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 2,400 คน พบว่าเพศหญิงจะไปใช้บริการทั้งที่โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน ในอัตราส่วนที่มากกว่าเพศชาย คือประมาณร้อยละ 61 และร้อยละ 65 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาพร้อมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย พบว่า สำหรับการเจ็บป่วยเล็กน้อย เพศหญิง ก็ยังคงมีการใช้บริการมากกว่าเพศชาย แต่ถ้าเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง การใช้บริการมีจำนวน เท่าๆกันทั้งสองเพศ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชื่นชม เจริญยุทธ (2522 หน้า) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆของประชาชนในชนบท ในผู้ป่วย 302 ราย พบว่าเพศหญิงจะใช้บริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย และอุไรวรรณ คณิงเกษม (2536 อ้างในกฤษณา นาดี,2541 หน้า 28) พบว่าเพศหญิงมักไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐหรือคลินิก ขณะที่เพศชายถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือเฉียบพลันมักรักษาตนเองก่อนเมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจึงไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนหรือแพทย์ที่มีชื่อเสียง ส่วนศิริพร ปรางประสิทธิ์ (2533 หน้า1) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้บริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของจักรินทร์ นื่องวงษ์ (2535 หน้า 60) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความคิดเห็นและการใช้บริการที่สถานีอนามัยของประชาชน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัย

1.2 อายุ พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ [แอนเดอร์เซน (Andersen,1995: 1-10 ; วาทีนี บุญชะลิกษ์ ,2530 หน้า จ; ชื่นชม เจริญยุทธ , 2522 หน้า จ; อีวาชวิก และคณะ (Evashwick, et al., 1983 : 380-381)] อายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆในชีวิต ซึ่งจะส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกเกี่ยวกับความอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผล กล่าวคือ เมื่อมีอายุมากขึ้นย่อมสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย (จิรประภา ภาวิไล,2535 หน้า 38) จากการศึกษาของ ชาล์ อี เฟลปส์ (Chales E.Phelps,1975 อ้างในชรินทร์ ห่วงมิตร,2539 หน้า 46) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ พบว่าอายุเป็นปัจจัยกำหนดความต้องการไปใช้บริการทางการแพทย์ ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการ

ศึกษาของมานพ คณะโต (2525) ที่ศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มชาติพันธุ์ต่างกันซึ่งประกอบด้วย คนไทย พุทธ ไทยจีน ไทยมุสลิมจำนวน 600 คน พบว่าอายุมีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ผู้ที่อายุ 50 ปีขึ้นไปจะเลือกใช้บริการการรักษาแผนโบราณมากกว่า ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเรมวอล นันท์สุภวัฒน์(2524 หน้า จ) ที่ศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 200 ราย พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแสงทอง แหงมงาม (2533 หน้า 92) ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยของประชาชนในชนบท จังหวัดลำปาง จำนวน 320 คน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัย

1.3 อาชีพ พบว่าอาชีพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ(ชื่นชม เจริญยุทธ , 2522 หน้า ง; เอ็กเซล โครเกอร์ (Axel Kroeger , 1983 อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534 หน้า 64 -67)] นักสังคมวิทยายังมีความเชื่อว่าบทบาทของคนทำงาน (worker role) เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากช่วยให้อาชีพอื่น ๆ ยังคงอยู่และประสานกัน การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนที่มีคุณค่า ส่วนการออกจากงานเป็นการสูญเสียบทบาทของคน สถานภาพในครอบครัวหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆที่เคยปฏิบัติ ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำก่อให้เกิดความเครียดท้อแท้และไม่มีความสุข

1.4 รายได้ ผู้ที่ศึกษาพบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ ได้แก่ ชื่นชม เจริญยุทธ (2522 หน้า ง) และเอ็กเซล โครเกอร์ (Axel Kroeger , 1983 อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534 หน้า 64 -67) ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถจัดหาองค่าใช้จ่ายที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี (Pender, 1982 : 161-162) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรมวอล นันท์สุภวัฒน์ (2524 หน้า 83-84) และสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 หน้า 89 อ้างในมาลี จำนวนพล , 2540 หน้า 36) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี และจากการศึกษาของสำลี เปลียนบางช้าง และคณะ (2521 อ้างใน แสงทอง แหงมงาม , 2533 หน้า 94) ศึกษาสังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลางพบว่าผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจสูงนิยมไปใช้บริการที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และคลินิกแพทย์ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจักรินทร์ ฆ้องวงษ์ (2535 หน้า จ) ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัย

1.5 การศึกษา พบว่าการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ [ชื่นชม เจริญยุทธ, 2522 หน้า ; วาทินี บุญชะลิกษ์, 2530 หน้า จ; เอ็กเซล โครเกอร์ (Axel Kroeger, 1983 อ้างใน มัลลิกา มติโก, 2534 หน้า 64 -67)] ตามแนวคิดของโอเรม เชื่อว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Orem, 1985 : 175) การศึกษาจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือสามารถเอาชนะอำนาจจากสิ่งแวดล้อมได้ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง ย่อมจะมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่างๆอย่างมีเหตุผล มีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้องมากกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า นอกจากนั้นการศึกษายังมีบทบาทสำคัญในการกำหนดสถานะภาพทางสังคมของบุคคล กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงก็นับว่ามีสถานะภาพทางสังคมอยู่ในระดับเดียวกับบุคลากรทางสาธารณสุข ดังนั้น การติดต่อสัมพันธ์กันจึงไม่ค่อยมีปัญหาข้อขัดแย้ง หรือไม่เข้าใจกัน และยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยในทางที่เป็นวิทยาศาสตร์มากกว่า และจากการศึกษาของ รุทส์ (Ruth, 1973 : 135-136 อ้างในภุริยา เพ็ญสุวรรณ, 2540 หน้า 23) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาดำรงประสบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตน เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจำเรียง กุระมะสุวรรณ (2522 อ้างใน ราตรี โอภาส, 2523 หน้า 26) ได้กล่าวถึงปัญหาประชากรที่อยู่ในชนบท พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาดำจะขาดความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย และเมื่อเจ็บป่วยก็ไม่กล้าไปหาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะกลัวว่าจะเล่าอาการไม่ถูกต้อง ใช้ภาษาไม่เหมาะสม จึงมักแก้ปัญหาด้วยการไปหาหมอเถื่อนแทน หรือไปซื้อยาจากร้านขายยาที่ใกล้เคียง เพราะเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายและสะดวกในการเดินทาง ส่วนแสงทอง แหงมงาม (2533 หน้า 92) เรื่องเดิมพบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขที่สถานอนามัย

1.6 หลักประกันด้านสุขภาพ พบว่าหลักประกันสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานบริการทางสุขภาพ [เลาเวอร์ (Lauver, 1992 : 281 - 286) ; ซารา อ่อนชมจันทร์ และคณะ, 2538 หน้า จ] การถือบัตรสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีในโครงการบัตรสุขภาพและโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีข้อกำหนดว่า ผู้ที่ถือบัตรสุขภาพ หรือบัตรสงเคราะห์ผู้มียรายได้น้อยจะต้องไปรับบริการสุขภาพที่สถานอนามัยใกล้บ้านก่อน ถ้าเกินขีดความสามารถของสถานอนามัยก็จะถูกส่งต่อไปยังสถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ต่อไป แต่ถ้าไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดดังกล่าวจะถูกตัดสิทธิการให้บริการรักษาพยาบาลฟรี วรรลัษณ์

หิมะกลัส (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของครัวเรือนในการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มในอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มแรกเป็นกลุ่มครัวเรือนที่ถือบัตรประกันสุขภาพในช่วงเดือนตุลาคม 2540 ถึง กันยายน 2541 จำนวน 200 ครัวเรือน กลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มครัวเรือนที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพจำนวน 200 ครัวเรือน พบว่า กลุ่มครัวเรือนที่มีบัตรประกันสุขภาพ จะเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีบัตร และจากการศึกษาของบุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุปผา ศิริรัศมี (2531 หน้า 81-82) ได้ศึกษาสถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท จำนวน 2,571 หลังคาเรือน โดยการสัมภาษณ์ และสังเกตพบว่าปัจจัยที่ประชาชนนิยมไปรับบริการที่สถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและคลินิกเอกชน คือการมีบัตรสุขภาพ หรือบัตรสงเคราะห์ ซึ่งผลการศึกษางานส่วนสอดคล้องกับ ธารา อ่อนชมจันทร์ และคณะ (2538 หน้า จ) ที่ศึกษาเรื่องทางเลือกในการรักษากระดูกหัก โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและสังเกต ร่วมในผู้ป่วย 116 รายที่มาโรงพยาบาลเม็งราย จังหวัดเชียงใหม่ในปีพ.ศ. 2536 และติดตามผลการรักษาถึงปี พ.ศ. 2537 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดทางเลือกในการรักษา คือ การเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ การมีบัตรประกันสุขภาพ แต่แสงทอง แหงมงาม (2533 หน้า 95) เรื่องเดิมพบว่า การมีบัตรสุขภาพ หรือบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขที่สถานอนามัย

2. ปัจจัยส่งเสริม

2.1 ลักษณะของความเจ็บป่วย มีผู้ที่ศึกษาพบว่าลักษณะของความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพซึ่งได้แก่ แอนเดอร์เซน(1995: 1-10) และเอ็กเซล โครเกอร์ (Axel Kroeger, 1983 อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534 หน้า 64 -67) สำหรับคำจำกัดความที่ใช้อธิบายลักษณะของความเจ็บป่วยนี้ ได้ใช้มาตรฐานการจำแนกโรคของ International Classification of Disease, 1955 (อ้างใน ชื่นชม เจริญยุทธ, 2522 หน้า37 - 38) ร่วมกับการจำแนกกลุ่มอาการของโรคหรือความเจ็บป่วยของทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2529 หน้า 32 -33) และได้ดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยของคนไทย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 การเจ็บป่วยเล็กน้อย (mild illness) เป็นอาการเจ็บป่วยหรือโรคพื้ๆ ที่มีระดับความรุนแรงต่ำ การรักษา หรือพักผ่อน หรือต้องลดการทำงานลง อยู่ในระยะเวลาสั้นๆ แต่เป็นเวลานานไม่เกิน 7 วัน ก็หายเป็นปกติ ได้แก่ อาการไข้ ปวดศีรษะ โรคผิวหนัง ท้องเสีย อุบัติเหตุเล็กๆน้อยๆ ฯลฯ

2.1.2 โรคที่มีอาการรุนแรงหรือเฉียบพลัน (acute conditions) เป็นอาการเจ็บป่วยหรือโรคที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง จำเป็นต้องรับการรักษา หรือต้องพักผ่อน หรือต้องลดการทำงานลง เป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 7 วัน แต่ต้องไม่เกิน 90 วัน ทั้งนี้ไม่รวมถึงโรค หรือกลุ่มอาการต่างๆซึ่งจัดไว้ว่า

เป็นโรคเรื้อรังอยู่แล้ว ได้แก่ โรคต่อตา ทอนซิลอักเสบ โรคประสาท วัณโรคระยะเริ่มต้น โรคไข้เลือดออก ไข้ดั่งอักเสบ อุจจาระร่วงอย่างแรง ฯลฯ

2.1.3 โรคเรื้อรัง (chronic disease) เป็นอาการเจ็บป่วยหรือโรคที่มีระดับความรุนแรงสูง จำเป็นต้องรับการรักษา หรือต้องพักผ่อน หรือต้องลดการทำงานลงเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 90 วัน รวมทั้งโรคหรือกลุ่มอาการ ซึ่งจัดว่าเป็นโรคเรื้อรัง แม้ว่าอาการเจ็บป่วยไม่จำเป็นต้องรับการรักษาหรือพักผ่อน เป็นเวลาถึง 90 วันก็ตาม ได้แก่ โรคดังต่อไปนี้ วัณโรค (tuberculosis) หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) โรคภูมิแพ้ (allergy) ไข้วมาติค (rheumatic) โรคหัวใจและหลอดเลือด เนื้ออก (tumor) โรคเรื้อรังของตับและถุงน้ำดี (chronic gallbladder or liver trouble) โรคแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้ (chronic stomach trouble) โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney trouble) โรคประสาท (mental illness and chronic nervous trouble) โรคเบาหวาน (diabetes) ข้ออักเสบ (arthritis or rheumatism) โรคของต่อมไทรอยด์ (thyroid trouble or Goiter) มะเร็ง (cancer) โรคผิวหนังเรื้อรัง (chronic skin trouble) โรคของต่อมลูกหมาก (prostate trouble) ความพิการต่างๆ ทั้งที่เป็นมาแต่กำเนิด และที่เกิดขึ้นภายหลัง

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับลักษณะของความเจ็บป่วยว่าเป็นโรคเรื้อรัง (chronic) หรือเฉียบพลัน (acute) ซึ่งถ้าเป็นโรคที่มีอาการอย่างเฉียบพลัน ความรุนแรงหรืออันตรายก็จะมีมากกว่าโรคเรื้อรัง และโรคที่มีอาการอย่างเฉียบพลัน ก็มักจะทำให้เกิดความสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ (loss of function) ดังนั้น ผู้ป่วยจึงสามารถรับรู้เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตนได้เร็วกว่าโรคเรื้อรัง และจะแสวงหาการรักษาได้เร็วกว่าด้วย จากการศึกษาของ ฮซุ (Hsu, 1976: p 146 อ้างใน ชื่นชม เจริญยุทธ, 2522 หน้า 28) พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคที่มีอาการรุนแรงและเฉียบพลัน จะใช้บริการทางสาธารณสุขแทบทุกอย่างเท่าที่จะหามาได้ และจากการศึกษาของ กูลด์ (Gould, 1957: 509 อ้างใน ชื่นชม เจริญยุทธ, 2522 หน้า 28) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการรักษาแบบโบราณ แต่ถ้าการเจ็บป่วยนั้นมีอาการรุนแรงและไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือทำงานได้ตามปกติ ผู้ป่วยมักใช้บริการแบบแผนใหม่ ส่วนทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2529 หน้า 150) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสถานอนามัยในโครงการบัตรสุขภาพ โดยศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มอาการ 3 ระดับ คือ กลุ่มอาการเล็กน้อย กลุ่มอาการรุนแรงปานกลาง และกลุ่มอาการรุนแรงสูง ในระดับตำบล ของจังหวัดราชบุรี อุบลราชธานี และนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่าเหตุผลในการเลือกไปโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนในฐานะแหล่งบริการแหล่งแรก คือ ประเมินว่าอาการเจ็บป่วยไม่ใช่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่เป็นอาการเจ็บป่วยหรือโรคที่ชาวบ้านเรียกว่า “โรครยาก” คือ ลักษณะของอาการเจ็บป่วย

ที่ไม่คุ้นเคย ไม่ทราบสาเหตุ และวิธีการรักษา ตลอดทั้งผู้ป่วยประเมินว่ามีอาการค่อนข้างรุนแรง และแหล่งบริการที่เลือกนั้นมีแพทย์ซึ่งมีความสามารถในการรักษาให้บริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพในการรักษาโรคของตนหาย เพราะเนื่องจากเคยรักษามาแล้วทั้งนี้เพราะผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีหลายคนที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือมีวิธีการรักษาที่ตนต้องการเช่นเครื่องX-ray ยาฉีด เป็นต้น นอกจากนั้นผู้ป่วยยังประเมินว่าสถานื่อนามัยรักษา “โรคนยาก” ของผู้ป่วยไม่ได้ เนื่องจากความสามารถไม่เพียงพอ ไม่มีเครื่องมือ และยาฉีด ในกรณีของจังหวัดราชบุรีพบว่าผู้ป่วยบัตรสุขภาพในกลุ่มอาการเล็กน้อย และกลุ่มอาการรุนแรงปานกลางมีการใช้บริการระดับสถานื่อนามัยสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการรุนแรงสูง และมีการข้ามผ่านสถานื่อนามัยน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ถือบัตรสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ แสงทองแห่งงาม (2533 หน้า 96) เรื่องเดิมยังพบว่าลักษณะของความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขที่สถานื่อนามัย

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

2.2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ (perception theory)

การรับรู้ เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาขั้นพื้นฐานของบุคคลที่สำคัญ เพราะถ้าปราศจากซึ่งการรับรู้แล้วก็จะไม่เกิดความจำ ความคิด หรือการเรียนรู้ได้เลย (Lindzey, Hall and Thomson, 1975 : 90 –135 อ้างในประภาเพ็ญ สุวรรณ , 2534 หน้า 33) คำว่า รับรู้ (perceive) มีรากศัพท์มาจากภาษาลาติน ตามความหมายในพจนานุกรม เวบสเตอร์ (The Webster' s new world dictionary) หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้ ซึ่งเกิดจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตน ตามแนวความคิด ความประทับใจต่างๆ และมีการจัดเป็นระบบระเบียบแบบแผนขึ้นมา คิง (King,1984 : 24 อ้างในกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล,2528 หน้า 377)ได้ศึกษาและรวบรวมแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวกับการรับรู้ และให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย และแรงผลักดัน การรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่างๆที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัสและความจำ ซึ่งสามารถสรุปกระบวนการรับรู้เป็นขั้นตอนได้ดังนี้ (Bunting,1988 : 170)

(1) การรับความรู้สึกหรืออาการสัมผัส (sensation) เป็นการที่ระบบประสาทของสิ่งมีชีวิตนั้นตระหนักหรือบันทึก จดจำ สิ่งเร้าภายนอก หรือบุคคลนั้นๆ

(2) การเลือก (selection) เป็นการเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าบางส่วนจากบรรดาส่งเร้ามากมาย กล่าวคือมนุษย์ไม่สามารถที่จะรับรู้ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นรอบๆตัวได้ทั้งหมดในเวลาเดียวกัน

เราต้องเลือกรับรู้ไปที่ละอย่าง ดังนั้นการรับรู้จึงเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเอาใจใส่ของผู้รับรู้ด้วย เพราะหากผู้รับรู้เลือกใส่ใจในสิ่งใดก็จะเกิดการรับรู้ในสิ่งนั้น หากไม่ใส่ใจก็ไม่มีกรรับรู้เกิดขึ้นจากนั้นผู้รับรู้จะเข้าไปมีส่วนในการเชื่อมโยงสิ่งที่รับรู้ใหม่นั้นเข้ากับประสบการณ์ในอดีต ซึ่งขั้นตอนนี้อาจหมายถึงการเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยประสบมาแล้วนั่นเอง (assimilation)

(3) การแปลความ (interpretation) เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการรับรู้ เป็นการที่บุคคลทำความเข้าใจกับความหมายของสิ่งเรานั้นๆ โดยอาศัยประสบการณ์ในอดีตและถ้าเหตุการณ์นั้นเป็นประสบการณ์หรือความรู้ใหม่ๆ ผู้รับก็จะบันทึกสะสมไว้และจะมีผลต่อการรับรู้การเรียนรู้ในอนาคต

2.2.2 ความหมายการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ศิริพร ขัมภลิจิต (2533 หน้า 65) ; คอนเนลลี (Connelly , et. al., 1989 อ้างถึงใน รวีวรรณ ยศวัฒน์, 2535 หน้า 12) ; ไฮแอท เฟ็ลลาร์ และ บอร์เจน (Hiatt, Peglar & Borggen, 1984 : 87) ; แมกนานิ (Magnani 1990 : 172) ได้ให้ความหมายของการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจและความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดจากการรับรู้ตามความเป็นจริงของแต่ละบุคคล การดำเนินการในการดูแลสุขภาพตนเอง และผู้ที่ตนรับผิดชอบ โดยขอบเขตการดูแลสุขภาพนี้ ครอบคลุมถึง ความรู้ในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมการป้องกันโรค และความเจ็บป่วย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ทั้งในภาวะที่สุขภาพดี และในภาวะเจ็บป่วย ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งในทางที่ดี และไม่ดี จากการศึกษาของ สิริอร พัวสิริ (2533 หน้า 63) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เบคเกอร์ (Becker, 1975 : 83 -88) ได้ศึกษาแบบแผนการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้สามารถนำมาคัดแปลงเป็นแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมการปฏิบัติตนขณะรักษา (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (perceived barrier) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (perceived motivation) สรุปได้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึก และความเชื่อของบุคคลต่อภาพรวมของสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

2.2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล(Kozier & Erb , 1989 : 75-76) ได้แก่

(1) ระดับพัฒนาการ (development status) การรับรู้ ความคิดเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการของบุคคลอย่างมาก เพราะความสามารถในการรวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพนั้น ขึ้นอยู่กับอายุโดยตรง

(2) อิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรม (social and culture influence) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและวัฒนธรรม จะมีอิทธิพลต่อความรู้สึก ความเข้าใจ ความคิดเกี่ยวกับสุขภาพ โดยแต่ละวัฒนธรรมจะมีแนวคิดของสุขภาพแตกต่างกันไป

(3) ประสบการณ์ในอดีต (previous experiences) ประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยจะส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยบุคคลจะพิจารณาความเจ็บป่วย หรือการทำงานของร่างกายที่ผิดปกติได้ เพราะบุคคลนั้นมีประสบการณ์มาแล้วครั้งหนึ่งหรือหลายครั้งในอดีตที่ผ่านมา นอกจากนี้ความรู้สึกที่ได้รับจากประสบการณ์จะช่วยในการให้ความหมายสุขภาพของบุคคลได้

(4) ความคาดหวังในตนเอง (expectation of self) บุคคลบางคนมักคาดหวังว่าระดับการทำงานของร่างกายและจิตใจจะอยู่ในระดับสูงตลอดเวลาเมื่อมีสุขภาพดี และอาจรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับการทำงานของร่างกายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพจะแปรผันตามระดับความคาดหวัง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆอีกที่เกี่ยวกับตัวบุคคล กล่าวคือแต่ละบุคคลจะรับรู้เกี่ยวกับตนเองอย่างไร ก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในบุคคลนั้น ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาพลักษณ์ บทบาทและความสามารถ เป็นต้น

จากการศึกษาของแสงทอง แห่งงาม (2533 หน้า 96) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขที่สถานีนอนามัย

2.2.4 การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เนื่องจากความหมายของการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อสุขภาพ ดังนั้นรายละเอียดในการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพพอสรุปประเด็นสำคัญๆ ได้ดังนี้ คือ ในอดีตการวัดการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถประเมินได้ด้วยคำถามเพียงประโยคเดียว ซึ่งจะถามถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพในปัจจุบัน และส่วนใหญ่จะมีคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก ดี พอใจ และ แย่มาก เป็นต้น แต่จากการขยายขอบเขตของโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น จึงทำให้ บรูค และคณะ (Brook, et al., 1979 p 9-27 อ้างในจิระประภา ภาวิไล, 2535 หน้า 59) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้

เกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Services Research Battery) ขึ้นมา ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค/ การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล/ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวนทั้งหมด 26 ข้อ ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

(1) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีต (prior health) เป็นการประเมินความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ ทศนคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา เช่น บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาค่ะด้วยแล้วครั้งหนึ่ง หรือความเจ็บป่วยในอดีตที่ยาวนาน ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี เกิดการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพในอดีตทางลบ เมื่อประมวลเข้ากับการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด วิตกกังวลมากจนส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันรุนแรงหรือบิดเบือนไปจากความจริงได้ แต่ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในทางบวก มีประสบการณ์เจ็บป่วยที่ดีในอดีต เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เจ็บป่วยในปัจจุบัน ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความเครียดในระดับที่เหมาะสม มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาในปัจจุบันได้ดี

(2) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (current health) บุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในแต่ละวัน หรืออาจบ่อยครั้งกว่านั้นก็ขึ้นอยู่กับความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีหรือเจ็บป่วย ซึ่งการประเมินของแต่ละบุคคลเป็นความคิดในการให้ความหมายของคำว่าสุขภาพ นั้นเอง (Orem, 1985 p173) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีต อาการทางกายที่ปรากฏและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจขัดความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีตได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเอง

จากการศึกษาของ คริสเตียนเซน (Christensen cited in Pender 1987 p 64) ที่ได้ศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่จำนวน 378 ราย พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในขณะนั้นดี จะมีความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพมากกว่า บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮอร์แกน (Horgan, 1987 p 32) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 79 คน พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลีริออร์ พัวลารี (2533 หน้า 63) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

จำนวน 100 รายพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = 0.208$, $P < 0.05$)

(3) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคต (health outlook) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นย่อมจะส่งผลเสียต่อโครงสร้างและการทำงานของร่างกายอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการได้ในอนาคต บุคคลสามารถรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในอนาคตจากการคาดเดาได้ด้วยตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบันและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากผู้อื่น จะส่งผลถึงความคาดหวังหรือความหมัดหวังของบุคคลนั้นได้ กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างจะทำให้มีความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคตอย่างมีความหวัง มีกำลังใจและเกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและสามารถเลือกใช้บริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นขาดการสนับสนุนทางสังคม มีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เลวร้ายทั้งในอดีตและปัจจุบัน ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกหมัดหวัง มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในทางลบ และอาจไม่ไปใช้บริการสาธารณสุข

(4) การรับรู้ความต้านทานโรค / การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance / Susceptability to illness) เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่า ร่างกายสามารถต้านทาน หรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดโรคซ้ำได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและสามารถปรับเปลี่ยนได้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การรักษา กล่าวคือถ้าผู้ป่วยไม่เชื่อการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาของแพทย์ หรือขาดความมั่นใจในแพทย์ หรือมีความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพไม่ถูกต้องจะทำให้ทรศนะที่เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยผิดไป นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความคาดคะเนของบุคคลนั้นว่าตนอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย หรือมีโอกาสที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำได้หรือไม่ด้วย ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยต่างๆสูง หรือมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงนั้น จะทำให้เกิดการกระตุ้นทางอารมณ์ คิดถึงความยากลำบากที่จะต้องประสบเมื่อเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพนั้น โดยเฉพาะถ้าบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีตเป็นระยะเวลาไม่นาน ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความยุ่งยากของการรักษา ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิตครอบครัว และสัมพันธภาพทางสังคมมาก จะทำให้บุคคลนั้นมีความสนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันโรคมามากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา และแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ถูกต้อง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532 หน้า 54 ; Chang ,1981: 55) การศึกษาที่สอดคล้องกับแนวคิดนี้ ได้แก่

การศึกษาของเนลสันและคณะ (Nelson, et. al.,1987 : 893 – 96 อ้างในจริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2532 หน้า 63) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณค่าความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรงจะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่คิดว่าความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรง การศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529 หน้า ค) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(5) ความวิตกกังวล / ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health worry / concern)

การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่างๆในร่างกาย หรือทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความกลัวและวิตกกังวลได้ อาการวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มากเกินไปนี้ส่งผลให้มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดกลไกทางจิตโดยการปรับอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดให้ดีขึ้น และมีการประเมินภาวะสุขภาพใหม่ว่าจะอาจไม่มีความผิดปกติใดๆ เบี่ยงเบนความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไปแสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่นแทนที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องของสุขภาพ เกิดการหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมนอนามัย (Murdaugh and Hinshaw,1988 : 626) ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีการปรับเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง สร้างความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมชีวิตของตนได้ จะทำให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี เกิดกำลังใจ และให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งการให้ความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีนั้น จะทำให้มีพฤติกรรมเลือกรับบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมเช่นกัน

(6) ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness – orientation) เป็นความ

เข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ว่าต้องประกอบไปด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันไป เป็นประสบการณ์ตลอดช่วงชีวิตมนุษย์ และการที่บุคคลยอมรับว่าตนเองมีความเจ็บป่วย และเรียนรู้ทำความเข้าใจถึงขั้นตอนการดำเนินโรค แนวโน้มการเกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมในการปรับตัวและแก้ไขปัญหามีการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

2.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ความคิดเห็น

(Opinions) เป็นการแสดงออกถึงการลงความเห็นของบุคคลหนึ่ง ในด้านข้อเท็จจริง โดยสามารถนำไปสู่การคาดคะเน หรือการแปลผล ด้านพฤติกรรมต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งแต่ละบุคคลคิดว่าถูกต้อง แต่คนอื่นอาจไม่เห็นด้วยก็ได้

2.3.1 ความหมาย

ความคิดเห็น เป็นการแสดงออกด้านความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ (สินีนุช คุรุทเมือง, 2538 หน้า 12) ซึ่งคล้ายกับ แมคไคว (McGuire, W.J., 1985 : 48) ที่ให้ความหมายว่าเป็นการนำความนึกคิดของตนเองที่มีในเรื่องต่างๆ ซึ่งการที่จะสามารถแสดงความคิดเห็นได้นั้นต้องมีความรู้ความสามารถในสิ่งนั้นๆ ก่อน

2.3.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นการแสดงความรู้สึกรู้สึกของประชาชนที่มีต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อนามัย ความสามารถในการให้บริการด้านต่างๆของเจ้าหน้าที่อนามัย อันได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้พิการ ความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือรวมถึงเวชภัณฑ์ของสถานีอนามัย จากการศึกษาของ อรทัย รวยอาจิณ และคณะ (2524 อ้างถึงใน อนงค์ สันทรานนท์, 2539 หน้า 21) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยทางสังคมวิทยาการ ใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อำเภอวังสามสีบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัจจัยที่ประชาชนเลือกใช้บริการที่สถานีอนามัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ และมีความพึงพอใจเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล แต่มีความขัดแย้งกับการศึกษาของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น , 2522) ที่พบว่า ประชาชนบางกลุ่มไม่ไปใช้บริการที่สถานีอนามัย เนื่องจากเหตุผลต่างๆดังนี้การไม่ไปใช้บริการที่สถานีอนามัยเพราะไม่เจ็บป่วย ซึ่งมีประมาณร้อยละ 37 ความไม่สะดวกในการเดินทางไปรับบริการ และไม่เชื่อถือในตัวเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 12 และร้อยละ 8 ที่ไม่ไปใช้บริการเพราะเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย และสถานีอนามัยมีเครื่องมือไม่พร้อม อีกประมาณร้อยละ 4 ให้เหตุผลว่า เพราะเจ้าหน้าที่ไม่ค่อยอยู่สถานีอนามัย นอกจากนี้ยังมีเหตุผลอื่นๆเช่น ไม่ชอบเจ้าหน้าที่ ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลสะดวกกว่า ไม่มีเงิน และสถานีอนามัยคิดค่าบริการแพง ซึ่งความสอดคล้องกับการศึกษาของทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2529 หน้า150) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสถานีอนามัยในโครงการบัตรสุขภาพ พบว่า สำหรับทัศนคติของชาวบ้านต่อสถานีอนามัยนั้น ส่วนใหญ่มองว่า สถานีอนามัยไม่มีเครื่องมือทางการแพทย์และยาฉีด ยาที่สถานีอนามัยถูกกับโรคของเด็ก ที่มีอาการเจ็บป่วยไม่มากนัก หมออนามัยไม่ค่อยอยู่สถานีอนามัย บางส่วนมองว่า เจ้าหน้าที่อหยาศัยไม่ดี ไม่ต้องรับชาวบ้าน ดังนั้น ผู้ที่ไปรับบริการที่สถานีอนามัย จึงมักเป็นผู้ที่อยู่บริเวณรอบๆสถานีอนามัย หรือถ้าเป็นผู้ป่วยจากหมู่บ้านที่ห่างออกไป จะเป็นผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กันเป็นส่วนตัวกับเจ้าหน้าที่ หรือมีรถรับจ้างวิ่งผ่านระหว่างหมู่บ้านกับสถานีอนามัย ผู้ที่มาใช้บริการส่วนใหญ่มักมารับบริการทำแผล หรืออาการไข้ของเด็ก มักมีฐานะยากจนเป็นส่วนใหญ่ และฐานะปานกลางบางส่วน นอกจากนี้ยังได้ยาฟรี

หรือเสียเงินเพียงเล็กน้อย ส่วนจักรินทร์ ษ์องวงษ์ (2535 หน้า ๖) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความคิดเห็น และการใช้บริการที่สถานือนามัยของประชาชน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 180 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานือนามัย และสภาพแวดล้อมของสถานือนามัยอยู่ในระดับปานกลางถึงดี คือ อยู่ในช่วงร้อยละ 81.0 ถึง 96.0 มีความคิดเห็นที่เป็นลบต่อการตรวจโรคของเจ้าหน้าที่ คือ ตรวจไม่ละเอียดเท่าที่ควร และยังพบว่าความคิดเห็นที่มีต่อสถานือนามัยมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการที่สถานือนามัย

2.4 ความคาดหวังต่อการได้รับบริการด้านต่างๆจากเจ้าหน้าที่สถานือนามัย คอคโค (Cocco, 1968 อ้างใน ภาณุมาศ พรหมเผ่า, 2541 หน้า 6) ได้กล่าวว่าการที่บุคคลกำหนดความคาดหวังไว้ไว้อย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา ส่วน บาร์ทอล และมาร์ติน (Bartal & Martin, 1991 อ้างใน พิไลวรรณ จันทรสุกรี, 2540 หน้า 9) ได้กล่าวถึงทฤษฎีความคาดหวังตามแนวคิดของวูมว่า จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานอยู่สามองค์ประกอบคือ ความคาดหวังในความพยายามต่อการกระทำ ความคาดหวังในการกระทำต่อผลลัพธ์ และความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์ ซึ่ง ภาณุมาศ พรหมเผ่า (2541 หน้า ๖) ได้ศึกษาความคาดหวังของประชาชนต่อการบริการสาธารณสุขของสถานือนามัยอำเภอจุน จังหวัดพะเยา พบว่าประชาชนมีความคาดหวังต่อกิจกรรมการบริการสาธารณสุขที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์อยู่ในระดับสูงมีความจำเป็นมากได้แก่ งานบริการด้านการรักษาพยาบาล ในทางตรงกันข้ามถ้ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์ ไม่มีความสนใจและไม่เห็นความสำคัญของกิจกรรมนั้นความคาดหวังก็จะอยู่ในระดับที่ต่ำ และระดับจำเป็นน้อย เช่นงานฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้พิการ และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังไม่รับรู้กิจกรรมบริการสาธารณสุขของสถานือนามัยว่ามีกรดำเนินงานอะไรบ้าง

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมความสะดวก

3.1 ระยะทาง ระยะเวลา และความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ประชาชนเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ย่อมต้องแสวงหาบริการ หรือวิธีการเพื่อบำบัดความเจ็บป่วยนั้น ถ้าเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรงก็ต้องใช้บริการที่อยู่ใกล้ที่สุดเท่าที่จะหาได้ การศึกษาเกี่ยวกับระยะทางนี้ เฟรดเดरिक เอ เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520 หน้า 57-58) ได้ทำการศึกษาแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศไทยที่จังหวัดสุพรรณบุรี 2,400 คน พบว่าประชาชนจะเลือกใช้บริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้เนื่องจากระยะทางเป็นปัจจัยสำคัญต่อการใช้บริการของประชาชน โดยผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานือนามัยจำนวนร้อยละ 80 มีระยะห่างจากบ้านถึงสถานือนามัย ประมาณ

4.2 กิโลเมตร และการใช้บริการจะลดลงเมื่อระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการนั้นเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยพร โนดา (2535 หน้า 70) ที่ศึกษาความรู้ความคิดเห็นและการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กรณีศึกษาผู้ประกันตนตามที่ยื่นทะเบียนกับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าผู้ประกันตนที่มีที่พักห่างจากโรงพยาบาลต่างกันมาใช้บริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่แตกต่างกัน โดยผู้ที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลมากกว่า 14 กิโลเมตร มาใช้บริการน้อยกว่าผู้ที่อยู่ห่างโรงพยาบาลเท่ากับและต่ำกว่า 14 กิโลเมตร แสงทอง แหงมงาม (2533 หน้า 94) เรื่องเดิมพบว่าระยะทางมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขที่สถานีอนามัย ส่วนบุญเลิศ เลี้ยวประไพ และ บุญผา ศิริรัศมี (2531 หน้า 32-33) ได้ศึกษาสถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัย และการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท จำนวน 2,571 หลังคาเรือน โดยการสัมภาษณ์และสังเกต พบว่าระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการคุมกำเนิดส่วนใหญ่ใช้เวลาเดินทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที และพบว่าประชาชนนิยมไปรับบริการที่สถานีอนามัยเนื่องจากเดินทางสะดวก ส่วนชื่นชม เจริญยุทธ(2522 หน้า ๙) เรื่องเดิมพบว่าระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการของรัฐในท้องถิ่น ถ้าระยะทางไกลประชาชนจะไปใช้บริการน้อยกว่า

การประเมินการปฏิบัติงานของสถานีอนามัย

การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในด้านต่างๆ จะต้องปฏิบัติให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงาน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ว่า สถานีอนามัยจะต้องปฏิบัติให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อยร้อยละ 80 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน สำหรับสถานีอนามัยที่มีผลการประเมินการปฏิบัติงานต่ำกว่าร้อยละ 80 จะถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ และจะต้องดำเนินการแก้ไขตามลำดับความสำคัญต่อไป การกำหนดเกณฑ์การประเมินจะมีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด แต่ทุกจังหวัดจะต้องกำหนดเกณฑ์ โดยยึดเป้าหมายของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ 2540 -2544)เป็นหลัก ในส่วนของจังหวัดตากนั้น ใช้เกณฑ์พัฒนาการบริการด้านสาธารณสุขสำหรับสถานีอนามัย/สถานบริการสาธารณสุขชุมชน โดยปรับปรุงมาจากเป้าหมายของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 และเกณฑ์การนิเทศงาน โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) ซึ่งมีทั้งสิ้น 13 สาขา สำหรับเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ในการนิเทศงานสถานีอนามัย/สถานบริการสาธารณสุขชุมชนในจังหวัดตากมีจำนวนทั้งสิ้น 14 เกณฑ์ ประกอบด้วย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก (ก), 2542 หน้า 1-123)

1. เกณฑ์มาตรฐานด้านทรัพยากร เป็นการประเมินงานบริหารซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในสถานบริการ การจัดการอาคารสำนักงานและพื้นที่ให้บริการ การดูแลบริเวณรอบๆสถานอนามัย ระบบสาธารณูปโภคและครุภัณฑ์ประจำสถานอนามัย ที่จะต้องมีตามกรอบที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

2. เกณฑ์มาตรฐานในภาพรวมหรือมาตรฐานร่วมตามหลักมาตรฐานด้านบริหารสากล เป็นการประเมินงานบริหาร โดยจะประเมินเกี่ยวกับ การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของงาน การจัดองค์กร และการบริหาร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของแต่ละงาน การได้รับการพัฒนาและเพิ่มพูนทักษะของเจ้าหน้าที่ การมีคู่มือปฏิบัติงานแต่ละงานเป็นลายลักษณ์อักษร การจัดสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก

3. เกณฑ์มาตรฐานเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารในแต่ละองค์กร เป็นการประเมินงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดระบบงานต่างๆของสถานอนามัย เช่น งานสารบรรณ งานธุรการทั่วไป การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการเงินและบัญชี ด้านการบริหารบุคคล และด้านการบริหารพัสดุ

4. เกณฑ์มาตรฐานที่เน้นหนักทางคุณภาพ เป็นการประเมินงานบริหาร ซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการบริหาร การติดตามประเมินผลและปรับปรุงคุณภาพของงาน

5. เกณฑ์มาตรฐานงานพัฒนาคลินิกบริการ เป็นการประเมินงานส่งเสริมสุขภาพ ที่เกี่ยวกับการให้บริการรักษาโรคทั่วไป 17 ระบบ 207 โรค การรักษาด้านศัลยกรรม เช่น การผ่าฝี การเย็บแผลที่ไม่สาหัส เป็นต้น

6. เกณฑ์มาตรฐานงานพัฒนาบริการพยาบาล เป็นการประเมินงานส่งเสริมสุขภาพ โดยประเมินในด้านความพร้อมและความครบถ้วนของอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการให้บริการ ความพร้อมของเจ้าหน้าที่อนามัยในการให้บริการ การจัดระบบบริการที่สะดวกต่อผู้มารับบริการ การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาล การปฐมพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน การดำเนินงานสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของสถานอนามัย

7. เกณฑ์มาตรฐานงานบริการทันตกรรม เป็นการประเมินงานทันตสาธารณสุข ในด้านการบริหารงานทันตกรรม งานบริการทันตกรรม และงานทันตกรรมชุมชน

8. เกณฑ์มาตรฐานงานบริการชั้นสูตสาธารณสุข เป็นการประเมินงานส่งเสริมสุขภาพ ที่เกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ได้แก่ การตรวจหาน้ำตาลและไข่ขาวในปัสสาวะ การตรวจหาการตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ) การตรวจฮีมาโตคริต การตรวจโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ เพื่อตรวจหาเชื้อมาลาเรียจากเลือด เชื้อวัณโรคจากเสมหะ ตรวจหาไข่พยาธิจากอุจจาระ การทำ rectal swab

9. เกณฑ์มาตรฐานงานเภสัชกรรม เป็นการประเมินงานเภสัชกรรม ในด้านที่เกี่ยวข้องกับงานเภสัชกรรมบริการ งานบริหารเวชภัณฑ์ และงานเภสัชกรรมชุมชน

10. เกณฑ์มาตรฐานงานบริการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการประเมินงานส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริการอนามัยในกลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มทารกและเด็กก่อน กลุ่มเด็กวัยรุ่นและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน และผู้สูงอายุ

11. เกณฑ์มาตรฐานงานอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นการประเมินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ในด้านที่เกี่ยวกับการดูแลจัดการสถานที่สาธารณะทั่วไป สถานบริการและสถานประกอบการ ที่อยู่อาศัย

12. เกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมและป้องกันโรค เป็นการประเมินงานระบาดวิทยา ในด้านที่เกี่ยวกับงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ งานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ งานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ

13. เกณฑ์มาตรฐานงานพัฒนาโครงสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการประเมินงานสุขภาพศึกษาในด้านที่เกี่ยวกับงานสุขภาพศึกษาและประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข การประเมินงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่เกี่ยวกับการพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน การพัฒนาศักยภาพประชาชนด้านสาธารณสุข การประสานงานจากภาครัฐและเอกชน การพัฒนาข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาเจ้าหน้าที่อนามัยในงานสาธารณสุขมูลฐาน และการประเมินงานประกันสุขภาพที่เกี่ยวกับการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลประชากรเพื่อจำแนกกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบ

14. เกณฑ์มาตรฐานงานข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข เป็นการประเมินงานแผนงานที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และการจัดทำบัญชีติดตามพัฒนาสู่คุณภาพ

สถานอนามัยจะต้องปฏิบัติให้ได้ตามเกณฑ์การประเมินทั้ง 14 เกณฑ์ที่กำหนดและต้องมีคะแนนการประเมินในแต่ละเกณฑ์และทุกเกณฑ์รวมกันต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 จึงจะถือว่าเป็นสถานอนามัยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการปฏิบัติงาน ซึ่งสถานอนามัยวังหินเป็นสถานอนามัยที่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าว การนิเทศงานสถานอนามัยหรือออกให้คะแนนตามแบบประเมินฯ จะดำเนินงานพร้อมกันในทุกอำเภอ โดยทีมเจ้าหน้าที่ในระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะนิเทศงานทุกสถานอนามัยในอำเภอที่รับผิดชอบ แล้วรายงานคะแนนการนิเทศงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ เพื่อลงสู่มินิเทศงานในระดับจังหวัดโดยทีมเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก การนิเทศงานทั้งในระดับอำเภอและจังหวัดจะดำเนินการนิเทศงานปีละ 2 ครั้ง

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการที่สถานอนามัยหลายประการ สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้รูปแบบการศึกษาของเอ็กเซล โครเกอร์ เป็นแนวทางหลักร่วมกับรูปแบบการศึกษาพฤติกรรมและการแสวงหาการดูแลสุขภาพของเลาเวอ์ กลุ่มปัจจัยที่สนใจศึกษา คือความคาดหวังเกี่ยวกับการดูแล ปัจจัยด้านการอำนวยความสะดวก ได้แก่ การประกันสุขภาพ และรูปแบบการศึกษาของ อีวาซวิก และคณะ กลุ่มปัจจัยที่สนใจ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับสถานสุขภาพ ลักษณะการเจ็บป่วย อาชีพ และการเดินทางไปรับบริการ ผู้ศึกษาคาดว่าปัจจัยที่มีผล

ต่อการมารับบริการที่สถานีนอนามัยของประชาชนในตำบลวังหิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา หลักประกันด้านสุขภาพ ปัจจัยส่งเสริม เช่น ลักษณะของความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ความคาดหวังต่อการได้รับบริการด้านต่างๆจากเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ปัจจัยด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ระยะทาง ระยะเวลาและความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ

จากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ศึกษาจึงได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

