



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนสังคมศาสตร์)

ปริญญา

พัฒนสังคมศาสตร์

โครงการสหวิทยาการระดับบัณฑิตศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ทศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

The Attitude of HIV Infected Persons to the Universal Health Care Coverage Project

นามผู้วิจัย นางสาวรุจิรัตน์ จาลอย

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ศาสตราจารย์จ้านงค์ อติวัฒน์สิทธิ์, Ph.D)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์สากล สถิติวิทยานันท์, วท.ด.)

ประธานสาขาวิชา

(รองศาสตราจารย์สากล สถิติวิทยานันท์, วท.ด.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญญา วีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

สืบสงวี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

The Attitude of HIV Infected Persons to the Universal Health Care Coverage Project

โดย

นางสาวรุจิรัตน์ จาลอย

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนสังคมศาสตร์)

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

รุจิรัตน์ จาลอย 2553: ทศนคติของผู้ติดเชื่อไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนสังคมศาสตร์) สาขาวิชาพัฒนสังคมศาสตร์
โครงการสหวิทยาการระดับบัณฑิตศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก :
ศาสตราจารย์จ้านงค์ อติวัฒน์สิทธิ์, Ph.D. 120 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ระดับความรู้ ความเข้าใจและ
ทัศนคติของผู้ติดเชื่อไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และหาความสัมพันธ์
ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับทัศนคติต่อโครงการ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัว อย่างที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ติดเชื่อไอวีที่มารับการตรวจ
ตามนัดในช่วง 1 เดือนที่สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 290 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ
ในการวิจัย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ
ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test F-test และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson
Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดเชื่อไอวีมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้าในระดับสูง มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับ
ปานกลาง โดยผู้ติดเชื่อไอวีที่มี เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของ
ครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าคุณติดเชื่อไอวีและประสบการณ์การใช้บริการต่างกัน มีทัศนคติ
ต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกันและ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Rujirat Chaloy 2010 : The Attitude of HIV Infected Persons to the Universal Health Care Coverage Project. Master of Arts (Development Social Sciences), Major Field: Development Social Sciences, Interdisciplinary Graduate Program. Thesis Advisor: Professor Chamnong Adivadhanasit, Ph.D. 120 pages.

This research study aims to compare levels of knowledge, understanding and attitudes of HIV Infected Persons to the Universal Health Care Coverage Project and investigate the relationship between knowledge, understanding and attitudes of HIV Infected Persons to the Universal Health Care Coverage Project. Samples used in this study were 290 HIV Infected Persons who had been checked by the appointment during the 1 month at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. Data were collected by using questionnaires and analyzed by using computer. Statistical methods used were percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test and Pearson Product Moment Correlation. The level of statistic significant was set at .05

The study results showed that HIV Infected Persons had a high understanding on the Universal Health Care Coverage Project. A level of attitude towards the Universal Health Care Coverage Project was moderate. HIV Infected Persons who had different gender, age, occupation, level of education, marital status, income, time to perceive HIV infected and experience did not had different attitude towards the Universal Health Care Coverage Project. And there is the negative relationship between knowledge, understanding and attitudes towards the Universal Health Care Coverage Project at .01

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงยิ่งของ ศาสตราจารย์จำนงค์
อดิวัฒนสิทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์.ดร.กมล สถิติวิทยานันท์ อาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือในการแก้ไข
ข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่าง
สูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ติดต่อขอแก้ไขทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี
ขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพัฒนสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ตลอด
ระยะเวลาที่ผู้วิจัยศึกษาอยู่จนสำเร็จการศึกษารวมถึงผู้เขียนตำรา เอกสารบทความต่างๆ ที่ผู้วิจัยได้
ศึกษาค้นคว้าและนำมาอ้างอิงในงานวิจัยครั้งนี้

คุณประโยชน์อันใดหากพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่บุพการีผู้ให้ชีวิต ญาติพี่น้อง
คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ กัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยให้กำลังใจเป็นอย่างดีเสมอมา

รุจิรัตน์ งามชัย

พฤษภาคม 2553

สารบัญ

	หน้า
สารบัญตาราง	(3)
สารบัญภาพ	(6)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
นิยามศัพท์	3
บทที่ 2 การตรวจเอกสาร	5
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ	5
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	12
ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์	22
แนวคิดการบริการ	26
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	42
กรอบแนวคิดในการวิจัย	43
สมมติฐานในการวิจัย	44
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	50
การวิเคราะห์ข้อมูล	51

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	52
ผลการวิจัย	52
ข้อวิจารณ์	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	85
สรุปผลการวิจัย	85
ข้อเสนอแนะ	89
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	92
ภาคผนวก	98
ภาคผนวก ก แบบสอบถามเพื่อการวิจัย	99
ภาคผนวก ข ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	109
ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารพิทักษ์สิทธิ	112
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	120

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรที่ใช้ในการวิจัย	45
2	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	46
3	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	53
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	55
5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	58
6	จำนวนและร้อยละของปัญหาจากการไปใช้บริการตามโรงพยาบาลในสิทธิบัตรทอง	65
7	จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะ	66
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ	66
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามอายุ	67
10	เปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ	67
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามอาชีพ	68

สารบัญตาราง (ต่อ)

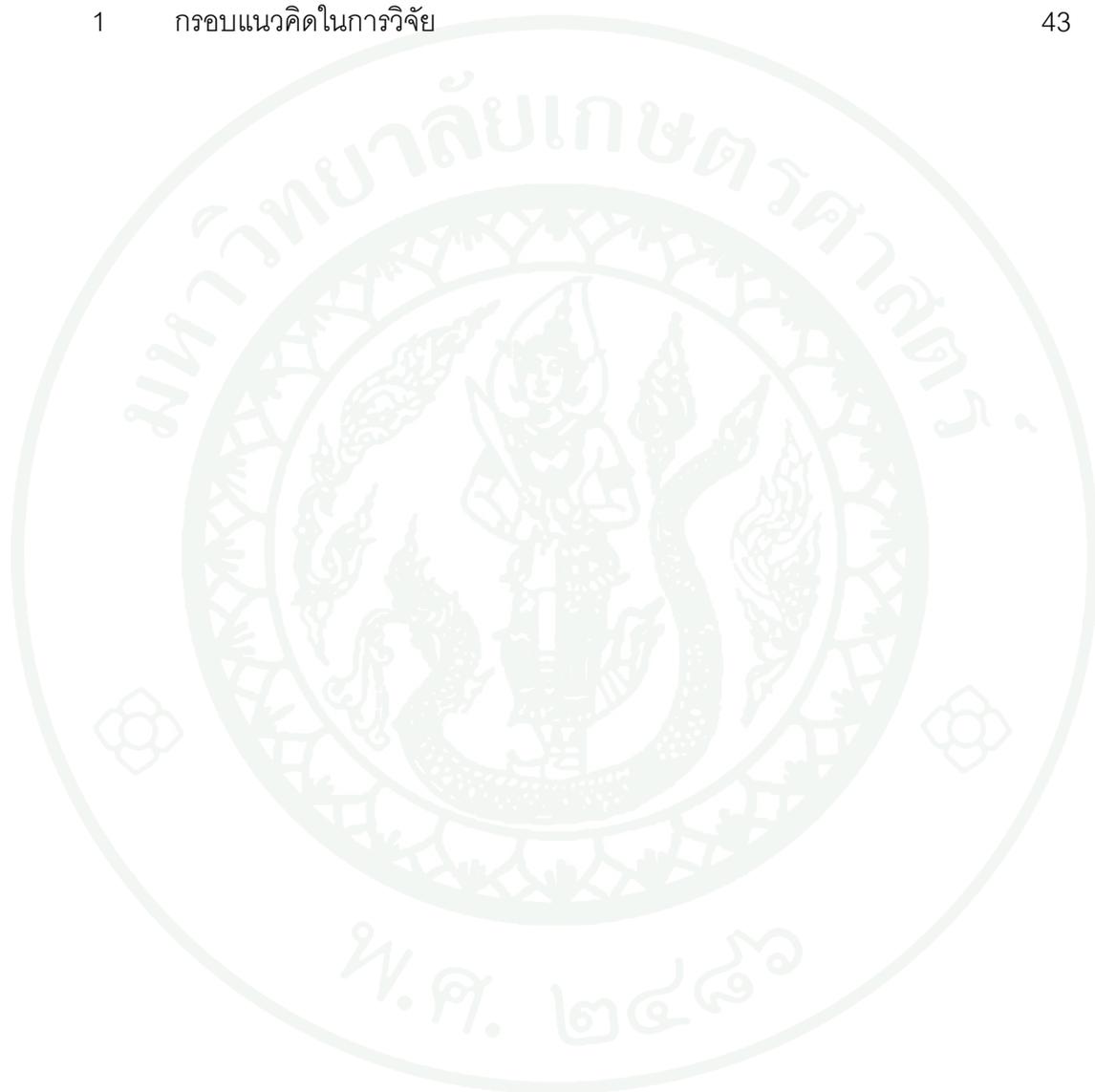
ตารางที่		หน้า
12	เปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ	68
13	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า จำแนกตามระดับการศึกษา	69
14	เปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา	69
15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า จำแนกตามสถานภาพสมรส	70
16	เปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรส	70
17	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า จำแนกตามรายได้ของครอบครัว	71
18	เปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ของครอบครัว	71
19	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า จำแนกตามระยะเวลาที่ทราบข่าวติดเชื้อเอชไอวี	72
20	เปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะเวลาที่ทราบข่าวติด เชื้อเอชไอวี	72
21	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การใช้บริการ	73

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
22	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	73
ตารางผนวกที่		
1	ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาพรวม	110

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	43



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็น หนึ่งในนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลที่ ต้องการให้ประชาชน ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน นโยบายดังกล่าว เป็นกลวิธีหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพของรัฐบาล ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกคนโดยเฉพาะผู้ยากไร้ ได้มีหลักประกันสุขภาพ ได้รับบริการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ซึ่งจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและเท่าเทียมกัน แล้วกำหนดเป นชุดสิทธิ ประโยชน์ ตามโครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า นอกจากนี้ยังมีการปรับปรุง พัฒนาสถานบริการในพื้นที่ ภูมิลาเนาให้ มีประสิทธิภาพและคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้ ประชาชนสามารถเข้าถึงการ บริการโดยสะดวกและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึง โดยจัดสถาน บริการสุขภาพเป นเครือข่ายการบริการ ประกอบด้วย วยโรงพยาบาล สถานีอนามัยและศู นยสุขภาพ ชุมชน (Primary Care Unit/PCU) ในพื้นที่เดียวกัน รวมเรียกว าหน่วยบริการคู สัญญาระดับ ปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care/CUP) มีการจัดสรรงบประมาณลงที่หน วยบริการ คู สัญญาระดับปฐมภูมิโดยตรง เพื่อเอื้อต่อการบริหารจัดการให้ ตรงกับความต องการและปัญหา ของแต่ละพื้นที่

ในระยะแรกของการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า ประชาชนได้ รับความเสมอภาคเท่า เทียมกันคือได้ รับยาดีเท่า ากันกับข าราชการ ได้ รับบริการต อดเนื่องโดยไม่ ตอ งกังวล ค าช าย เจา หนาที่สามารถให้ บริการแก่ ประชาชนทุกคนอย างเท่าเทียมกัน และเห็นว า ประชาชนสามารถเข าถึงบริการได้ อยางทั่วถึง (นฤมล คำเหลือง , 2545) เปรียบเทียบการเข าถึง บริการสุขภาพภายหลังการดำเนินงานตามโครงการหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนใน ชนบทกลุ่มต่างๆ ซึ่งพบว่ายังมีความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการ สุขภาพแถมจะเป นการบริการ

ขั้นพื้นฐานก็ตาม ซึ่งข้อมูลและปัญหาที่กล่าวมานั้น สะท้อนว่า ประชาชนส่วนหนึ่งเห็นว่า การบริการสุขภาพแก่ ประชาชนภายใต้ โครงการหลักประกันสุขภาพ ถวมน่ายังมี ปัญหาความไม่เท่าเทียมในด้านการรับบริการจากสถานบริการสุขภาพของรัฐ (สันทัต เสริมศรี , 2546 ; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545; สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2545; จิราพร ชีตดี, 2545)

สถาบันบำราศนราดูร สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการรักษาพยาบาลทั้งโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อและโรคทั่วไป มีผู้ป่วยนอกมารับบริการประมาณวันละ 600 ราย เป็นผู้ป่วยนอกโรคติดต่อเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเฉลี่ยวันละ 135 ราย โดยยอดรวมถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2550 จำนวนทั้งสิ้น 2,500 ราย (งานเวชสถิติและระบาดวิทยา สถาบันบำราศนราดูร , 2550) ในปีงบประมาณ 2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช .) ซึ่งดูแลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ จัดงบประมาณการรักษาพยาบาลด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เข้าในชุดสิทธิประโยชน์ของ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผู้ป่วยจะต้องลงทะเบียนและรับยาต้านไวรัส เอดส์ตามสถานพยาบาลที่ตนมีสิทธิ แต่จากการประเมินผลการดำเนินงานสังคมสงเคราะห์ สถาบัน บำราศนราดูร พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี /ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้รับคำแนะนำเรื่องการไปรับการรักษาตามสถานพยาบาลที่ตนมีสิทธิ ยังกลับมาขอรับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลอีกกว่าร้อยละ 50 จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อ นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ความเข้าใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. เพื่อศึกษาระดับทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่

ทราบว่า ติดเชื้อเอชไอวี ประสบการณ์การใช้บริการ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางในการ ปรับทัศนคติ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นแนวทางในการสนับสนุน ส่งเสริมและความรู้ความเข้าใจ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะนำมาสู่การรับบริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดทั้งเป็นแนวทางการพัฒนา งานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการสำรวจ ความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการตรวจตามนัดในช่วง 1 เดือน แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุระหว่าง 18-60 ปี ในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 – 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2552

นิยามศัพท์

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าผลการตรวจเลือดพบเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus--HIV) ระบุว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมารับการรักษายาตามนัดที่สถาบันบำราศนราดูร

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง การดำเนินงานของรัฐบาลที่ต้องการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนชาวไทยทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลตามกฎหมายอื่นๆของรัฐ ให้สามารถเข้าใช้บริการดูแลสุขภาพรวมทั้งค่ารักษาพยาบาล หรือที่นิยมเรียกกันโดยทั่วไปว่าโครงการบัตรทอง

ประสบการณ์การใช้บริการ หมายถึง เคยไปใช้บริการด้านสุขภาพตามสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง การแสดงออกถึงความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเรื่อง บริการที่สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้หรือไม่ได้ รวมถึงสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึงความคิดเห็นที่เป็นผลมาจากความรู้ ความเข้าใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเป็นความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 4 ด้านคือด้านโครงการ ด้านสถานที่ ด้านเจ้าหน้าที่และด้านคุณภาพบริการ ซึ่งจะแสดง ออกมาในลักษณะเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย พอใจหรือไม่พอใจ อันจะนำไปสู่พฤติกรรมในการไปใช้บริการ

บทที่ 2

การตรวจเอกสาร

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวความคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษาดังนี้ คือ

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ
2. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์
4. แนวคิดการบริการ
5. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ

ความหมายของทัศนคติ

คำว่า “ทัศนคติ” ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Attitude” ซึ่งมาจากคำศัพท์ภาษาละตินว่า “Aptus” แปลว่า โน้มเอียง เหมาะสม และนำมาใช้ในความหมายของคำ Attitude ว่าคือท่าทีที่แสดงออกของบุคคลซึ่งบ่งถึงสภาพจิตใจ ได้แก่ความรู้สึกรู้สึก หรืออารมณ์ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งส่วนคำอื่นที่มีความหมายเดียวกันคือ “เจตคติ” หรือ “เจตนาคติ”

พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2540) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึงความรู้สึกของบุคคลต่างๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งต่างๆไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นในทิศทางสนับสนุนหรือต่อต้านก็ได้

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสิทธิ์ (2540) ให้ความหมายของทัศนคติ ว่าหมายถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งอาจแสดงออกให้เห็นได้จากคำพูดหรือพฤติกรรมที่จะสะท้อนทัศนคตินั้นๆ คนแต่ละคนมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากน้อยแตกต่างกัน

ลัทธิกาล ศรีวะระมย์ (2541) ให้ความหมายว่า ทศนคติคือการประเมินหรือการตัดสินเกี่ยวกับความชอบหรือไม่ชอบในวัตถุ คนหรือเหตุการณ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของคนหนึ่งเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่าง ทศนคติเป็นความรู้สึกด้านอารมณ์

สร้อยตระกูล อรรถมานะ (2542) ให้ความหมายของทศนคติ ว่าหมายถึงผลผสมผสานความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง คนใดคนหนึ่ง สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งออกมาในรูปการประมาณค่าอันอาจเป็นไปได้ในทางยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้และความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งขึ้น ดังนั้นพฤติกรรมของมนุษย์ก็คือ การแสดงออกซึ่งทศนคติของเขาอันเป็นผลในแง่ของความเชื่อเช่นนั้น ทศนคติทุกทศนคติจะรวมเอาความเชื่อเข้าไว้ด้วยกันอย่างมีโครงสร้างลดหลั่น นั่นคือระบบค่านิยม และเมื่อบุคคลมีความแตกต่างกัน ทศนคติของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งเดียวกัน จึงแตกต่างกันไปด้วย

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2544) ให้ความหมายของทศนคติไว้ว่า เป็นเรื่องของความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ ความลำเอียง ความคิดเห็นที่ฝังใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มักจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้และประเมินค่าจากสิ่งนั้น เกิดอารมณ์ตามความคาดหวังควบคู่ไปกับการรับรู้ นั่นและมีผลต่อความคิดรวมทั้งเกิดปฏิกิริยาในใจของเรา ดังนั้นทศนคติจึงเป็นพฤติกรรมภายนอกที่อาจสังเกตได้จากกิริยาท่าทาง คำพูดหรือเป็นพฤติกรรมในใจ ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ง่ายแต่มีแนวโน้มที่เป็นพฤติกรรมภายในมากกว่าพฤติกรรมภายนอก

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ทศนคติหมายถึงความรู้สึกนึกคิดหรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อวัตถุ สิ่งของหรือสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะเป็นการแสดงถึงความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่แสดงออกมาทางด้านอารมณ์ว่าชอบหรือไม่ชอบก็ได้และมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมไปในทางสนับสนุนหรือต่อต้านต่อสิ่งต่างๆดังกล่าวนี้ ทั้งนี้บุคคลจะมีทศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด บุคคลนั้นจะต้องมีประสบการณ์โดยตรงหรือทางอ้อมกับสิ่งนั้น ถ้าบุคคลนั้นไม่รู้ไม่เห็นไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับสิ่งนั้นมาก่อน บุคคลนั้นจะไม่มีทศนคติต่อสิ่งนั้นเลย

องค์ประกอบของทัศนคติ

ทัศนคติประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ (วัฒนา ศรีสัตย์วาจา, 2534)

1. องค์ประกอบด้านความคิด (Cognitive Component) ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ความคิดรวบยอดหรือการรับรู้ต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งอาจเป็นแง่ดีหรือไม่ดี เช่นถ้าเรารู้ว่าคอมพิวเตอร์ดีหรือไม่ดีอย่างไร ก็จะทำให้เราเกิดทัศนคติในทำนองนั้นต่อคนที่เป็นคอมพิวเตอร์ได้

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective Component) ได้แก่ ความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากองค์ประกอบแรก เช่นเกลียด รัก ชอบ ฯลฯ ความรู้สึกนี้อาจจะแสดงออกทางสีหน้า ท่าทางเมื่อคิดเห็นหรือกล่าวถึงสิ่งนั้น

3. องค์ประกอบทางแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรม (Action Tendency Component) เป็นความพร้อมหรือแนวโน้มที่จะกระทำต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ทั้งนี้หมายถึงแนวปฏิบัติที่จะแสดงออกโดยไม่ฝืนฝืน นต่อความคิดและความรู้สึกในสององค์ประกอบข้างต้น

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดทัศนคติ

สร้อยตระกูล อรรถมานะ (2545) กล่าวว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดทัศนคติ มีดังนี้

1. ประสบการณ์ส่วนบุคคล การมีประสบการณ์ไม่ว่าจะเป็นโดยตรงหรือทางอ้อม ก่อให้เกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นๆ โดยประสบการณ์ส่วนบุคคลจะกระทบโดยตรงต่อองค์ประกอบด้านความคิดของทัศนคติ ประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกพอใจย่อมก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้นๆ

2. การศึกษาเล่าเรียนการอบรมสั่งสอน กระบวนการเรียนรู้ทางสังคม ทั้งที่ได้จากครอบครัว โรงเรียน สมาคม พรรคการเมือง เป็นต้น ทั้งในรูปแบบที่เป็นแบบแผนหรือเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จะเป็นทางที่จะหล่อหลอมก่อให้เกิดทัศนคติในตัวบุคคลได้

3. การเลียนแบบอื่น ซึ่งเป็นการเลียนแบบอย่างที่ดีที่ชอบ ยอมรับหรือเคารพ เพื่อทำให้เข้ากับคนที่ตนนิยมนรักใคร่ การลอกเลียนแบบนี้อาจก้าวไปถึงการถ่ายแบบ โดยพยายามทำให้ตนเหมือนกับอีกบุคคลหนึ่งในแง่ของความรู้สึกนึกคิดด้วย ทั้งนี้เพื่อจะทำให้ตนเหมือนกับบุคคลที่ตนอยากเป็นพวกเดียวกับเขา

4. ความประทับใจ โดยความประทับใจที่รุนแรงมีส่วนในการสร้างทัศนคติด้วย เช่นการเคยเห็นภาพยนตร์แสดงถึงความโหดเหี้ยมของนาซีก็จะเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อนาซี เป็นต้น

วัฒนา ศรีสัตย์วาจา (2534) กล่าวว่า กระบวนการที่บุคคลรับเอาทัศนคติเข้ามาค่อนข้างซับซ้อน เนื่องจากมีกลไกหลายอย่างและกลไกเฉพาะในการถ่ายทอดทัศนคติ ซึ่งถือว่าเป็นตัวกำหนดทัศนคติ ดังนี้

1. บุคลิกภาพ (Personality) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากพันธุกรรม โดยกล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมของบุคคลสองประเภท ได้แก่ประเภทที่มีลักษณะเก็บตัวและประเภทที่มีลักษณะแสดงตัวจากทฤษฎีของ Eysenck พบว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพประเภทแสดงตัวมีแนวโน้มเอียงที่จะซึมซับทัศนคติของสังคมได้น้อยกว่า

2. การเรียนรู้ทางสังคม (Socialization) เป็นกลไกที่สามารถนำไปสู่การถ่ายทอดทัศนคติของสังคมผ่านเข้ามาทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งไม่ได้จำกัดเฉพาะวัยเด็กเท่านั้น แต่รวมไปถึงเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ด้วย เช่นเมื่อบุคคลได้เข้าร่วมในกลุ่มใหม่ การเรียนรู้ทางสังคมก็จะทำหน้าที่ปรับปรุงทัศนคติของเขาให้เหมาะสมในฐานสมาชิกของสังคม จึงอาจกล่าวได้ว่าทั้งเด็กและผู้ใหญ่ต่างก็ต้องเรียนรู้ว่าทัศนคติอย่างไรเหมาะกับสภาพแวดล้อมของตน แนวทางอย่างหนึ่งที่จะอธิบายเงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลงทัศนคติจึงต้องอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้เป็นสำคัญ

3. การเป็นสมาชิกของกลุ่ม (Group Membership) มีผลต่อทัศนคติของบุคคล เพราะมีความกดดันและชักจูงให้สมาชิกคล้อยตามบรรทัดฐานของกลุ่ม ซึ่งไม่ว่าจะเป็นทัศนคติต่อกลุ่มอื่นหรือกลุ่มที่เป็นสมาชิกอยู่

4. การเป็นสมาชิกของชนชั้น (Class Membership) ต่างๆในสังคม ซึ่งการแบ่งชนชั้นของบุคคลหนึ่งบุคคลใดขึ้นอยู่กับฐานะความเป็นอยู่และสภาพทางเศรษฐกิจ อันส่งผลถึงการถ่ายทอดทัศนคติที่แตกต่างกัน

นอกจากกลไกทั้ง 4 ประการดังกล่าวจะมีผลต่อทัศนคติแล้ว ยังมีส่วนสัมพันธ์กันแบบสองทาง คือบุคลิกภาพที่มีผลต่อการเรียนรู้ทางสังคมและในอีกทางหนึ่งการเรียนรู้ทางสังคมก็มีผลต่อการเป็นสมาชิกของกลุ่ม แต่ในทางกลับกันการเป็นสมาชิกของชนชั้นทางสังคมก็มีผลต่อบุคลิกภาพซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นลักษณะวงกลมที่มีผลกระทบต่อกันไป

ลักษณะของทัศนคติโดยทั่วไป

1. ทัศนคติกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา เมื่อบุคคลมีความคิดเห็นต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เราจะรู้ได้ด้วยพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมา อาจจะแสดงออกด้วยคำพูด สีหน้าและท่าทางก็ได้
2. ทัศนคติเป็นสิ่งซับซ้อน บุคคลอาจมีความรู้สึกนึกคิดต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในลักษณะซับซ้อนมาก เช่นสมพรไม่ชอบงานที่ทำอยู่โดยให้เหตุผลว่างานที่ทำอยู่นัก แต่ที่แท้จริงแล้วสมพรมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อเพื่อนร่วมงานอยู่
3. ทัศนคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ ทัศนคติที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้ถ้าสภาพแวดล้อมและเหตุการณ์ต่างๆเปลี่ยนแปลงไป หรือมีการได้รับข้อมูลใหม่มากขึ้น อาจเปลี่ยนแปลงจากทัศนคติที่ไม่ยอมรับไปสู่การยอมรับได้

ความสำคัญของทัศนคติ

จากความหมายของทัศนคติดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ทำให้มองเห็นภาพของทัศนคติว่ามีความสำคัญคือเป็นลักษณะสำคัญทางจิตที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมในทางต่อต้านหรือสนับสนุนสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวของบุคคลใดจะสอดคล้องกับทัศนคติที่มีอยู่มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับขนบจารีต นิสัยของบุคคลนั้นและการคาดการณ์ผลการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆด้วย

การวัดทัศนคติ

การวัดทัศนคติส่วนใหญ่เป็นการวัดพฤติกรรมประเภทมาตรจัดอันดับ ซึ่งเป็นการกำหนดตัวเลขให้กับสิ่งของหรือ พฤติกรรมเพื่อแสดงอันดับความมากน้อย เช่นจัดอันดับเพื่อนตามความชอบ สาเหตุที่กล่าวถึงมาตรวัด เนื่องมาจากมาตรวัดเป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาหรือการวัดทัศนคติโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยทางสังคมศาสตร์ (ลัดดา กิติวิภาต , 2532) การวัดทัศนคติจะต้องเริ่มจากการกำหนดให้ชัดเจนว่าสิ่งที่ต้องการวัดทัศนคติคืออะไร เพราะยังสามารถตีกรอบว่าสิ่งที่ต้องการวัดทัศนคติคืออะไรได้ชัดเจนก็จะยิ่งทำให้การวัดทัศนคติเป็นไปอย่างแม่นยำ เทียบตรงมากขึ้น (จุไรพร จินตกานนท์, 2535)

การวัดทัศนคติของบุคคลเป็นการหาจุดยืน นบนเส้นความต่อเนื่องของความรู้สึกของบุคคลนั้นๆ ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากระดับความรู้สึก “ทางบวกมากที่สุด” ไปจนถึงระดับความรู้สึก “ทางลบมากที่สุด” โดยทั่วไปนักจิตวิทยาสังคมนิยมวัดทัศนคติเป็น 2 มิติ คือ

1. มิติที่เป็นทิศทาง (Direction) หมายถึงการประเมินค่าการรู้ การรู้สึกและการพร้อมที่จะปฏิบัติไปในด้านที่เป็นบวกหรือลบ

2. มิติที่เป็นปริมาณ (Magnitude) หมายถึงความเข้มข้นหรือปริมาณความรุนแรงของทัศนคติที่ไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือทางลบ ถ้ามีทัศนคติที่เข้มข้นมากหรือมีความรู้สึกที่รุนแรงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่นชอบมากหรือ ไม่ชอบมาก ทัศนคติเช่นนี้จะเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ แต่ถ้ามีทัศนคติที่มีความเข้มข้นน้อยหรือความรู้สึกที่ไม่รุนแรงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่นชอบบ้างหรือไม่ชอบบ้าง ทัศนคตินี้จะไม่เป็นอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

เนื่องจากทัศนคติเป็นลักษณะนามธรรม จึงเป็นการยากที่จะวัดออกมาเป็นจำนวนได้ตรง ดังนั้นนักจิตวิทยาจึงได้พยายามสร้างเครื่องมือในการวัด เพื่อนำมาเปรียบเทียบกันได้อย่างชัดเจน ซึ่งการวัดมีหลายวิธีดังที่ ทรงพล ภูมิพัฒน์ (2538) อธิบายไว้ดังนี้

1. วิธีการสังเกต (Observation) เป็นวิธีการที่ใช้ตรวจสอบบุคคลอื่น โดยการเฝ้ามองและจดบันทึกพฤติกรรมของบุคคลอย่างมีแบบแผน ทั้งนี้เพื่อให้ทราบว่าบุคคลที่เราสังเกตมีทัศนคติความเชื่อ อุปนิสัยอย่างไร ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตจะถูกต้องใกล้ความจริงหรือเป็นที่เชื่อถือได้

เพียงได้นั้น มีข้อควรคำนึงถึงหลายประการ กล่าวคือควรมีการศึกษาหลายครั้ง เพราะทัศนคติของบุคคลมาจากหลายสาเหตุ นอกจากนั้นผู้สังเกตเองต้องทำตัวเป็นกลาง ไม่ลำเอียงและควรสังเกตหลายเวลาไม่ใช่สังเกตเวลาใดเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น

2. วิธีการสัมภาษณ์ (Interview) เป็นวิธีการที่ผู้วิจัยต้องออกไปสอบถามผู้คนที่ด้วยกา รพูดคุย ซึ่งปกติผู้สัมภาษณ์จะเตรียมแผนการล่วงหน้าไว้ว่าจะสัมภาษณ์เรื่องใด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ เป็นจริงมากที่สุด ทั้งยังต้องทำให้บรรยากาศในการสัมภาษณ์เป็นกันเอง ยิ่งถ้าเป็นกันเองมากเท่าใด ข้อมูลที่ได้ก็ยิ่งถูกต้องมากขึ้น เพราะผู้เล่าจะสบายใจไม่เคร่งเครียด

3. วิธีใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นวิธีที่นิยมใช้เมื่อผู้ศึกษาไม่สามารถที่จะติดต่อกับผู้ที่ศึกษาโดยตรง แบบสอบถามนั้นจะมีคำอธิบายไว้อย่างละเอียดโดยวิธีของเทอร์สโตน ลีเคิร์ท ออสกูด เพื่อให้ผู้ตอบทุกคนตอบมาเป็นแบบแผนเดียวกัน การใช้วิธีการส่งแบบสอบถามนี้ เป็นวิธีการที่ใช้กันมากในการวัดทัศนคติ ทั้งนี้เพราะสามารถถามได้หลายด้านตามความต้องการผู้วิจัย อีกทั้งยังเป็นการประหยัดเวลาในการหาข้อมูล เพราะผู้วิจัยสามารถส่งแบบสอบถามไปให้บุคคลจำนวนมากได้ในเวลาเดียวกันและประหยัดค่าใช้จ่ายในการเก็บข้อมูล

วิธีที่นำมาใช้มาก นิยมใช้คำพูดที่เป็นมาตรฐาน โดยให้คำตอบง่าย มีความชัดเจนในการสรุปความหมาย นอกจากนี้แล้วยังต้องครอบคลุมความคิดเห็นส่วนตัวถ้าหากข้อความทั้งหลายชัดเจน สามารถแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบได้ (วัธมนา ศรีสัตย์วาจา, 2534)

แบบวัดทัศนคติที่นิยมและรู้จักกันอย่างแพร่หลายมีหลายชนิด วิธีการที่นิยมใช้กันมาก และเป็นวิธีการที่งานวิจัยนำมาใช้ คือ แบบวัดทัศนคติของลิเคอร์ท (likert's scale) ซึ่งการสร้างแบบวัดทัศนคติของลิเคอร์ทนี้ มีข้อตกลงเบื้องต้นว่า ลักษณะการกระจายของทัศนคติมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (normal curve) กำหนดให้ข้อความทุกข้อในแบบวัดทัศนคติ คือผลรวมของคะแนนทุกข้อในแบบวัดทัศนคติ ซึ่งลิเคอร์ทถือว่าผู้มีทัศนคติดีต่อสิ่งใดก็ย่อมจะมีโอกาสที่ตอบเห็นด้วยกับข้อความที่สนับสนุนสิ่งนั้นก็จะมีมาก และโอกาสที่จะต้องเห็นด้วยกับข้อความที่ต่อต้านนั้น ก็จะมีอยู่น้อยคะแนนรวมของทุกข้อจะเป็นเครื่องมือที่ชี้ให้เห็นถึงทัศนคติของผู้ตอบในแบบทัศนคติของแต่ละคน

จึงสรุปได้ว่าการวัดทัศนคติไม่สามารถวัดได้โดยตรง จึงต้องใช้คำถามเป็นเครื่องมือเพื่อให้ได้ทัศนคติของบุคคลที่เราต้องการวัดทัศนคติ โดยคะแนนรวมของคำตอบของบุคคลนั้นๆทุกข้อจะแสดงว่าบุคคลนั้นมีทัศนคติเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความหรือคำถามเรื่องนั้นๆอย่างไร

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นก้าวที่สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งจะเป็นกลไกในการทำหน้าที่รับรองสิทธิด้านสุขภาพของคนไทย เป็นการปรับเปลี่ยนระบบ บริการสุขภาพให้เกิดความครอบคลุมทั่วถึงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ที่มีประสิทธิภาพ มาตรฐานและคุณภาพเดียวกัน เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น "สิทธิ" ขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ไม่ใช่เป็นรัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน โดยเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 "บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ" ทั้งนี้เพื่อให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพที่ดีและมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของตนเองและครอบครัว อันส่งผลถึงการบรรลุการมีสุขภาพหรือสุขภาพที่ดีอย่างทั่วหน้ากัน

ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามความหมายที่เป็นทางการในระเบียบ กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 (ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) นั้นหมายความว่า การที่บุคคลได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานในด้านการบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุขและการอนามัยอันจำเป็น ตามระเบียบนี้ด้วยความเสมอภาคอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานและอาจกล่าวโดยสรุปว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทางปฏิบัตินี้หมายถึงสิทธิของประชาชนคนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาคด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะเข้ารับบริการจากสิทธิดังกล่าวแต่อย่างใด โดยทั้งนี้แล้วนั้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่สิ่งที่มีความหมายดังต่อไปนี้

1. ไม่ใช่บริการสงเคราะห์หรือบริการกึ่งสงเคราะห์หรือบริการราคาถูกรหรือบริการที่แก้ไข ปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้าแต่อย่างใด
2. ไม่ใช่บริการที่จะต้องมีการสมัครจึงจะได้รับสิทธินั้น แต่ถือเป็นสิทธิของคนไทยทุกคน ตามกฎหมายที่ได้มีการกำหนดไว้
3. ไม่ใช่การทุ่มงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่งโดยขาดการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการและไม่มี การประกันสิทธิของประชาชน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจัดเป็น องค์ประกอบที่สำคัญหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ

ในขณะที่ทศพร บำเพ็ญบุญ (2545) ได้นิยามความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ว่าหมายถึง

1. สิ่งที่ทำให้คนๆหนึ่งมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง มีการ ป้องกันโรคเพื่อไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยได้โดยง่าย และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยไม่สามารถไปพบ แพทย์หรือแม้แต่การรับยาเพื่อแก้ไขเยียวยารักษาได้ โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลมาก จนเกินไป จนส่งผลให้ขาดโอกาสในการรักษาตัว
2. สิทธิในฐานะพลเมืองไทยที่รัฐต้องให้กับประชาชนในประเทศ เป็นบริการที่ได้มาอย่าง ชอบธรรม มีศักดิ์ศรี ไม่ใช่บริการสงเคราะห์หรือบริการราคาถูกร ไม่ใช่บริการที่จะต้องแย่งชิงกัน สมัครหรือต้องร้องขอแต่อย่างใด

สรุปได้ว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหมายถึง หลักประกันที่ประชาชนทุกคนสามารถ เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นโดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน ของประชาชนทุกคน ไม่ใช่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน

วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพ

แนวคิดหลักประกันสุขภาพ ได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ 4 ประการดังนี้

1. ความเสมอภาค (Equity) นอกเหนือไปจากความเสมอภาคตามสิทธิทางกฎหมายแล้ว นั้น ยังต้องคำนึงถึงด้านสังคมที่เป็น นธรรม การกระจายรายได้ในลักษณะก้าวหน้าและโอกาสการ เข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพอเสมอกัน และเพื่อให้ประชาชนไม่ต้องกังวลใจเกี่ยวกับ

ค่าใช้จ่ายเมื่อจะไปใช้บริการทางการแพทย์ รวมถึงการได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม มีคุณภาพและได้มาตรฐานการรักษาที่เสมอภาคไม่มีการแบ่งแยก

2. ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) คือประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการหลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ และสามารถเข้าถึงบริการได้โดยง่าย

3. ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึงระบบการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างประหยัดและคุ้มค่ามากที่สุด มีระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด โดยเน้นการบริการผ่านสถานบริการปฐมภูมิ (Primary care network)

4. การสร้างสุขภาพให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้างสุขภาพที่ดี ไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้นแต่ยังเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Healthcare) ที่เป็นบริการส่งเสริมการป้องกันภัยสุขภาพ

แนวคิดในการจัดการบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยบริการ 3 ระดับ ได้แก่บริการขั้นปฐมภูมิ บริการขั้นทุติยภูมิและบริการขั้นตติยภูมิ ในการกำหนดมาตรฐานบริการ ได้มีการกำหนดมาตรฐาน บริการขั้นต่ำของบริการทั้ง 3 ระดับ โดยเป็นมาตรฐานภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนของสถานพยาบาลเอกชนได้มีการกำกับดูแลมาตรฐาน โดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 อีกชั้นหนึ่ง

1. หน่วยบริการที่จะเป็นคู่สัญญาในการให้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1.1 เป็นหน่วยบริการที่จัดบริการสุขภาพทั่วไป ครอบคลุมทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการบริการประเภทผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยบริการที่จะเป็นคู่สัญญาจะต้องมีประชากรขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และจัดให้มีหน่วยบริการที่ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำตัว

หน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียวหรือ จัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการ

1.2 เป็นหน่วยบริการที่จัดบริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรวมถึง โรงพยาบาลเอกชนต่างๆที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่าย หน่วยบริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

1.3 หน่วยคู่สัญญาของบริการขั้นตติยภูมิ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูง หน่วยบริการระดับนี้อาจเป็น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ

2. มาตรฐานเบื้องต้นของคู่สัญญาของบริการขั้นปฐมภูมิ

สถานบริการที่เป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการขั้นปฐมภูมิ จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ให้บริการภายใต้สถานพยาบาลหน่วยเดียวหรือจัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณสมบัติในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านขีดความสามารถ การจัดหน่วยบริการ บุคลากร การจัดการ อุปกรณ์ อาคาร สถานที่ และระบบส่งต่อ

2.1 ขีดความสามารถ สามารถให้บริการผสมผสานทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ มีบริการด้านยา การตรวจชันสูตรพื้นฐาน โดยต้องมีระยะเวลาให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

2.2 การจัดหน่วยบริการ จะต้องจัดให้มีหน่วยการบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

2.3 บุคลากร ต้องมีทั้ง บุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

2.4 การจัดการ ต้องมีระบบการจัการที่เหมาะสมเพื่อความต่อเนื่อง ความสะดวกรวดเร็วและคุณภาพของการบริการต่างๆ

2.5 อุปกรณ์ อาคาร สถานที่ มีอุปกรณ์ เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน มีการป้องกันระบบการติดเชื้อ มีอาคาร สถานที่ที่สะอาด สะอาดปลอดภัย รวมทั้งมียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย

2.6 ระบบการส่งต่อ มีระบบการ ส่งต่อเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับอื่นเพื่อการบริการต่อเนื่อง

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำหนดไว้ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551)

1. เป็นบุคคลสัญชาติไทย
2. มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักอย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยต้องมีชื่อ มูลอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย
3. ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ ได้แก่
 - 3.1 ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม
 - 3.2 ข้าราชการ หรือลูกจ้างของส่วนราชการทุกประเภท
 - 3.3 พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ อบจ. อบต. และเทศบาล
 - 3.4 พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ
 - 3.5 คู่สมรส บุตร หรือ บิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม (3.2) (3.3) (3.4)
 - 3.6 ครูโรงเรียนเอกชน
 - 3.7 ข้าราชการการเมือง ได้แก่ นายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการ รัฐมนตรีช่วยว่าการ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภา ซึ่งรัฐได้จัดหาสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้แล้ว

3.8 ผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใด ที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายเงินงบประมาณของรัฐ

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ค่าสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งได้รับการพิสูจน์ ความสำเร็จแล้วว่ามีอรรถประโยชน์และประสิทธิผลคุ้มค่า คือส่งผลให้ประชาชนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น สร้างเสริมคุณภาพชีวิตและลดอัตราการเจ็บป่วยและการไร้ความสามารถ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (ก) การตรวจคัดกรองเพื่อหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพ และศักยภาพที่เอื้ออำนาจต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (ข) การสร้างเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาแนะนำ และการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย และ (ค) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การให้ยา และการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้

1.1 การตรวจและบริบาลสุขภาพ พัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็กและเยาวชน ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ /หรือแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทยซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา

1.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

1.3 การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพ และศักยภาพที่เอื้ออำนาจต่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทยซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา/ราชวิทยาลัย

1.4 การวางแผนครอบครัว ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและ /หรือแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทยซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา

1.5 การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

1.6 การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.7 การให้คำปรึกษาแนะนำ การสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยแก่ผู้รับบริการทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ

1.8 การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่

1.8.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก

1.8.2 การแนะนำด้านทันตสุขภาพ

1.8.3 การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่นกลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ

1.8.4 การเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

2. ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ครอบคลุมบริการการตรวจเพื่อการวินิจฉัย รวมทั้งการตรวจยืนยันกรณีพบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3. ค่าตรวจและรับฝากครรภ์ ครอบคลุมบริการตรวจและการบริหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ/หรือขององค์การอนามัยโลก

4. ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์ ครอบคลุมบริการดังต่อไปนี้

4.1 การบำบัดและบริการทางเวชกรรม รวมถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะจนสิ้นสุดการรักษา

4.2 การบำบัดทดแทนไตในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างช่องท้อง (Peritoneal dialysis) หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Haemo dialysis)

4.3 การบำบัดและบริการทางทันตกรรม ได้แก่การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนมและการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

5. ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยครอบคลุมยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ และรวมการบริการยาต้านไวรัสเอดส์ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วย (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2549)

6. ค่าทำคลอด ครอบคลุมการคลอดบุตรรวมกันไม่เกิน 2 ครั้งกรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่

7. ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ ครอบคลุมการบริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ

8. ค่าบริบาลทารกแรกเกิด

9. ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งตัวเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

10. ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและการส่งตัวเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

11. ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ครอบคลุมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา

12. ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด
การเข้ารับบริการสาธารณสุขและการร่วมจ่ายค่าบริการ

กรณีทั่วไป ; ให้นำบุคคลที่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำแล้ว ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายส่งต่อ โดย

1. ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เมื่อเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามข้อ 1 และการบริการตรวจและรับฝากครรภ์ตามข้อ 3

2. ยกเลิกการร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เรียกเก็บในอัตรา 30 บาทในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ นับตั้งแต่ 31 ตุลาคม 2549 เป็นต้นไป

กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน

1. กรณีใช้บริการจากหน่วยบริการประจำที่ได้ลงทะเบียนไว้ ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินได้ โดยไม่มีข้อจำกัด
2. กรณีใช้บริการจากหน่วยบริการอื่นหรือสถานบริการอื่น ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินได้ โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ให้เข้าใช้บริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นที่ใกล้ที่สุดเป็นลำดับแรก โดยการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องมีข้อบ่งชี้ ดังนี้
 - ก. โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรง ต้องรักษาเป็นการเร่งด่วน หากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือทุพพลภาพหรืออันตรายต่อผู้อื่น
 - ข. โรคที่ต้องผ่า ตัดด่วน หากปล่อยไว้จะเป็นอันตราย ต่อชีวิต สิ่งที่ต้องพิจารณาประกอบตามข้อ ก . และ ข . ได้แก่ ความดันโลหิต ซีพจร อาการของโรค การวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาและความเร่งด่วนในการรักษา รวมทั้งคำนึงถึงการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออาการป่วยด้วย

กรณีที่มีเหตุสมควร สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นได้ ในกรณีมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำที่จะให้การรักษา และหน่วยบริการประจำกับผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันที่จะให้เข้ารับบริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นได้

บริการที่ไม่ครอบคลุม ได้แก่

กลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน

1. การรักษาภาวะการมีบุตรยาก
2. การผสมเทียม
3. การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
4. การตรวจวินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

5. การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

กลุ่มบริการที่มีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะหรือครอบคลุมโดยกองทุนอื่น

6. โรคจิต กรณีที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกิน 15 วัน

7. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

9. การบาดเจ็บจากการประสพภัยจากรถ ซึ่งอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่า ด้วย การคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย

กลุ่มบริการอื่นๆ

10. โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัว ในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้นกรณีที่ต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

11. การปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ transplantation)

จากการดำเนินการโครงการ ดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหาร งบประมาณระบบบริการสุขภาพ การจัดระบบบริการสุขภาพ และการกำหนดคุณภาพบริการของ สถานพยาบาลซึ่งต้อง มีคุณภาพและมาตรฐานตามที่กำหนด เป็นต้น ทำให้สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการต้องเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินงานอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาล ของรัฐซึ่งส่วนใหญ่เป็นของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนของการจัดระบบบริการสุขภาพ บริการทาง การแพทย์ที่ได้รับความคุ้มครองค่าการบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ ได้รวมการ รักษาโรคติดเชื้อฉวย โอกาสในผู้ป่วยเอดส์ และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก แต่ยังไม่ รวมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวจากกลุ่ม ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และองค์กรพัฒนาเอกชนในการเรียกร้องให้โครงการ 30 บาทรักษาทุก โรคให้ความคุ้มครองต่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยา ต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งทำให้เกิดแรงผลักดันที่กรมควบคุมโรค ต้องดำเนินการศึกษา วิเคราะห์นโยบาย ทิศทาง และกลยุทธ์การ จัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไ รัสเอดส์ เข้าสู่ระบบบริการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สิทธิประโยชน์ในเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ที่เพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพเดิม

1. บริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT) สามารถรับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV Testing) ได้ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี
2. การตรวจหาจำนวนภูมิคุ้มกันต้านทาน (ซีดี4) ปีละ 2 ครั้ง
3. การดูแลรักษาโรคฉวยโอกาสทุกชนิด
4. การจ่ายยาต้านไวรัสเอดส์ในสูตรพื้นฐานและสูตรสำรอง
5. รับประทานไขมันในเลือดและยาโรคเบาหวานในกรณีที่ยกยาด้านไวรัสเอดส์
6. การตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด(ไวรัสโหลด) หลังกินยาด้านไวรัสไปแล้ว 6 เดือน หลังจากนั้นได้รับการตรวจปีละ 1 ครั้ง
7. ได้รับการตรวจหาการดื้อยาเมื่อผลไวรัสโหลดมีค่ามากกว่า 2,000 ก๊อปปี้ ปีละ 1 ครั้ง
8. ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่การตรวจนับเม็ดเลือด น้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด การทำงานของตับ ปีละ 2 ครั้ง
9. การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR ตั้งแต่อายุ 6 สัปดาห์ถึง 18 เดือน และติดตามการตรวจหา Anti-HIV ซ้ำที่อายุ 18 เดือน

ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

เอดส์ หรือ AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอดส์เอชไอวี (HIV: Human immunodeficiency virus) เข้าสู่ร่างกายจากการมีเพศสัมพันธ์ การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด การใช้กระบอกฉีดยา หรือเข็มฉีดยาเสพติดเข้าหลอดเลือดร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งได้รับการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาที่มีเชื้อเอชไอวีในระหว่างตั้งครรภ์ ขณะคลอด หรือหลังคลอด ซึ่งเชื้อเอชไอวี จะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง จึงทำให้เกิดติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่นวัณโรคในปอดหรือต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนังบางชนิดหรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งสาเหตุ

ของการเสียชีวิตมักเกิด ขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เหล่านี้ ทำให้อาการจะรุนแรงและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

การติดเชื้อเอชไอวี ก่อให้เกิดปัญหาหลายด้าน ซึ่งผลกระทบจากการติดเชื้อไม่ได้เป็นเพียงประเด็นปัญหาสุขภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเนื่องทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2541)

ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะมีการทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวในร่างกาย ทำให้ระดับของภูมิคุ้มกันเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ลดลง ในระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อจะยังไม่มีอาการแสดงต่าง ๆ ให้เห็นอย่างชัดเจน อาจพบเพียงอาการของไข้หวัด เจ็บคอ ไอ ออกผื่นแดง หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ได้มีการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม จะมีการดำเนินการของโรคเข้าสู่ระยะต่างๆอย่างรวดเร็ว โดยจะเริ่มมีอาการผิดปกติต่างๆ เช่นมีไข้เรื้อรัง ท้องเสียเรื้อรัง เบื่ออาหาร ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เป็นต้น ทำให้ร่างกายอ่อนแอ มีภูมิคุ้มกันต่ำลงและเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งการติดเชื้อฉวยโอกาสนั้นเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ การติดเชื้อฉวยโอกาสได้แก่การเกิดโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อที่มีชื่อว่า นิวโมซิสติส คารินิไอ (Pneumocystis carinii pneumonia) อาการท้องเสียอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นสาเหตุจากการติดเชื้อคริปโตสปอร์ริดิโอซิส (Cryptosporidiosis) และทอกซ์โซพลาสโมซิส (Toxoplasmosis) ที่เป็นสาเหตุของการเกิดพยาธิสภาพที่สมอง การติดเชื้อราช่องปากและลำคอ (Oropharyngeal Candidiasis) จะพบได้เมื่อระดับภูมิคุ้มกันเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร (เกียรติ รัชรัฐธรรม, 2546) และเชื้อราขึ้นสมองทำให้เกิดภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Cryptococcal meningitis) จะเกิดขึ้นได้เมื่อระดับซีดีโฟร์ต่ำกว่า 50 เซลล์ต่อไมโครลิตร ซึ่งเป็นการติดเชื้อราที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้แล้วการติดเชื้อแบคทีเรียที่พบได้มากในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ คือการเกิดวัณโรคปอดและยังพบว่าผู้ป่วยเอดส์อาจเกิด การติดเชื้อไวรัสอื่นๆร่วมได้ เช่นงูสวัด และไซโตเมกาโลไวรัส (Cytomegalovirus) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ตาบอด (วิชาญ วิทยาศาสตร์และประคอง วิทยาศาสตร์ , 2540) นอกจากนี้ยังพบการเกิดมะเร็งตามอวัยวะต่างๆ ได้แก่มะเร็งต่อมน้ำเหลืองและมะเร็งหลอดเลือด

อย่างไรก็ตาม อาการและอาการแสดงต่างๆในผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละราย พบว่ามีระยะเวลาการดำเนินโรคและความรุนแรงแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับจำนวนของเชื้อไวรัสเอชไอวี ความแตกต่างของพันธุกรรมของเชื้อที่เข้าสู่ร่างกาย ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มีอยู่หรือเสียไป รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมต่างๆที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เช่นการตั้งครวม์ เด็กทารก ผู้สูงอายุ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะเครียดทางจิตใจ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การติดยาเสพติด ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต่างๆ การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเพิ่ม รวมทั้งปัจจัยร่วมที่เป็นการตี ดเชื้ออื่นๆ ที่มีผลในการกระตุ้นเซลล์ที่นำเชื้อเอชไอวี เช่นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค เริม ทุ่งวัด หรือไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น (ประพันธ์ ภานุภาค, 2535)

ผลกระทบทางด้านจิตใจ การติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตที่รุนแรงและก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง เนื่องจากโรคเอดส์ยังไม่มียารักษาให้หายขาดหรือวัคซีนในการป้องกันโรคได้ ทำให้มุมมองของบุคคลทั่วไปต่อโรคเป็นในลักษณะที่ว่า หากผู้ใดป่วยเป็นเอดส์แล้วจะต้องตายทุกราย เป็นผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน ไม่ว่าจะเป็ระยะใดก็ตามจะมีความหวาดกลัวและวิตกกังวลเป็นอย่างมากและรู้สึกว่ชีวิตถูกคุกคาม (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2541) โดยในระยะแรกเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบผลเลือด มักมีอาการช็อก ตกใจ สับสน เสียใจ ตื่นตระหนก หวาดกลัว และปฏิเสธ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2541) มีสภาวะความไม่มั่นคงทางจิตใจ มีความหวาดกลัวถึงผลร้ายของโรคและกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (ศิริชัย ดาริกานนท์, 2541) นอกจากนั้นยังมีสภาพจิตใจที่ท้อแท้ ซึมเศร้า ขาดกำลังใจ ขาดแรงจูงใจที่จะดูแลสุขภาพ รู้สึกไม่แน่นอนต่อการรักษาและการดำเนินโรค (พรทิพย์ อารีย์กุล, 2539) มีความรู้สึกสูญเสียและสูญเสียทุกอย่างในชีวิต (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2541) จากผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความบีบคั้นทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหมดหวังในชีวิต มีความรู้สึกสิ้นหวังและคิดฆ่าตัวตายได้ (รจนา วิริยะสมบัติ, 2544)

ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อบุคคลได้รับการ ตรวจเลือดว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้ว จะเกิดอาการช็อก ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลใดๆ ผู้ป่วยจะเกิดความกลัวและความวิตกกังวลอย่างมากจนควบคุมตนเองไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยเก็บตัว หมกมุ่นอยู่กับตัวเอง แยกตัวออกจากสังคม สูญเสียสัมพันธภาพกับผู้อื่น นอกจากนั้นแล้วการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ถูก

สังคมรังเกียจ (วิลาวัลย์ เสนารัตน์และคณะ , 2542) ทั้งนี้เป็นผลมาจากความกลัว ความไม่รู้จักจริงเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทำให้ประชาชนตื่นกลัวว่าจะติดโรค มีการแสดงความรังเกียจ ดูถูกเหยียดหยาม และประณามผู้ติดเชื้อว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เสื่อมโทรมทางศีลธรรมจนกลายเป็นตราบาป ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ , 2541) ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่กล้าเปิดเผยตนเองให้บุคคลรอบข้างรู้ (จามจรี แซ่หลู่, 2543) นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจอันเกิดจากทัศนคติต่อต้านผู้ติดเชื้อยังไม่ลดลง ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อถูกจำกัดไม่ให้ประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเอง ส่งผลให้รายได้ลดลงในขณะที่ค่าใช้จ่ายในครอบครัวและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้สูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัวและการเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้รับความช่วยเหลือ นำไปสู่การลดลงของความสำนึกในคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังในที่สุด

การรักษา

การรักษาโรคเอดส์แบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การรักษาและการป้องกันโรคแทรกซ้อน ได้แก่ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ (เช่นวัณโรค ปอดอักเสบ และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น) มะเร็งและอาการอื่นๆ เช่น ไข้ ท้องเสีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด โรคและอาการเหล่านี้บางอย่างก็มียารักษา ในขณะที่บางอย่างก็ไม่มียารักษาหรือรักษาไม่หายขาด ปัจจุบันมีการใช้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสหลายชนิด เมื่อร่างกายผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับภูมิคุ้มกันลดลงถึงระดับหนึ่ง ก่อนที่จะเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นมาจริง ๆ เช่นการใช้ยาป้องกันปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสทิส แครินิอี ยาป้องกันเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา และยาป้องกันวัณโรค เป็นต้น การรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปได้ และช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในบางกรณียังจำเป็นต้องให้ยาป้องกันอย่างต่อเนื่องต่อไปตลอดชีวิตเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ แม้จะรักษาภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนนั้นหายแล้ว เช่นปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสทิส แครินิอี และเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา เป็นต้น

2. การรักษาที่มุ่งกำจัดเชื้อเอชไอวี ในปัจจุบันถึงแม้ว่าจะยังไม่มียารักษาที่ได้ผลแน่นอนในการฆ่าทำลายเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะเชื้อที่หลบอยู่ในเซลล์เม็ดเลือดขาว แต่ก็มียาที่จะสามารถ

หยุดยั้งการแบ่งตัว ของเชื้อเอชไอวี และช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยเอดส์ออกไปได้ เพราะจะช่วยให้ติดเชื้อแทรกซ้อนน้อยลง รับประทานอาหารได้ มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถกลับไปทำงานได้เหมือนหรือใกล้เคียงคนปกติ ยาเหล่านี้มีประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการของโรคเอดส์ ทั้งที่เริ่มมีระดับภูมิคุ้มกันยังไม่ต่ำ แต่มีเชื้อเอชไอวีปริมาณมากในเลือด การให้ยาต้านเชื้อเอชไอวี ทำให้ภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้ออยู่ในระดับที่ดีได้นานขึ้นและมีการติดเชื้อตั้งแต่ในระยะต้นๆ การรักษาด้วยยามากกว่า 1 ขนานจะช่วยให้ประสิทธิภาพในการลดปริมาณเชื้อเอชไอวีดีขึ้น

3. การเสริมหรือกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่เสียไป ในปัจจุบันมีการทดลองยาหลายชนิดในกลุ่มนี้ เช่นอินเตอร์ลูคินทู (IL-2) และวัคซีนโรคเอดส์เป็นต้น และคาดว่าถ้าให้ยาในกลุ่มนี้ร่วมกับยาต้านไวรัสเอดส์น่าจะได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด แต่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

4. การรักษาและฟื้นฟูจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่การให้คำปรึกษา แนะนำ การสนับสนุนทางด้านกำลังใจ การให้การรักษาอาการทางจิตที่อาจเกิดขึ้นจากความกดดันหลายๆด้านตลอดจนการสงเคราะห์ด้านการงานอาชีพและการรักษาเพื่อเลิกยาเสพติดในรายที่ติดยา (วันทนา มณีศรีวงศ์กุลและลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2543; ทองดี ยนจพอ, 2548)

แนวคิดการบริการ

ความหมายของบริการ

นวลลักษณ์ บุษบง (2541) ได้กล่าวว บริการหมายถึง กิจกรรมใดๆหรือการปฏิบัติที่กลุ่มหรือคณะใดคณะหนึ่งสามารถเสนอสิ่งสำคัญที่มองไม่ เห็นเป็นตัวเป็นตนและไม่มีผล ในการเป็นเจ้าของผลผลิตของบริการ อาจเป็นหรือไม่เป็นผลิตภัณฑ์ได้

อรรช อาชาฤทธิ์ (2541) ให้ความหมายคำวาบริการ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการแก่ลูกค้าหรือผู้ใช้บริการโดยมีความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

สมิต สัจญกร (2545) ให้ความหมายของการบริการว่า หมายถึงการปฏิบัติงานที่กระทำหรือติดต่อและเกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการ การให้บริการแก่บุคคลต่างๆได้ใช้ประโยชน์ในทางใดทางหนึ่ง ทั้งด้วยความพยายามใดๆก็ตาม ด้วยวิธีการหลากหลายในการทำให้คนต่างๆที่เกี่ยวข้องได้รับการช่วยเหลือ

สรุปได้ว่า บริการหมายถึงกิจกรรม หรือการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเพื่อตอบสนอง ความต้องการและความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ลักษณะของบริการ

อรรถ อาชาฤทธิ์ (2541) กล่าวว่าคุณภาพบริการเป็นความสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยพบว่า มีความแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ทั่วไป ทั้งนี้เพราะ ว่าว่าคุณภาพของผลิตภัณฑ์นั้นสามารถพิจารณาได้จากตัวผลิตภัณฑ์นั้นได้โดยตรงโดยไม่ต้องคำนึงถึงกระบวนการผลิตและสำหรับการพิจารณาคุณภาพบริการจะมีความแตกต่างออกไป เนื่องจากการบริการแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ เพราะบริการไม่สามารถจับต้องได้ไม่สามารถแบ่งแยก มีความหลากหลายในตัวเองไม่ มีความแน่นอนหรือคงที่ และไม่สามารถเก็บไว้ ได้ ดังนั้นโรงพยาบาลซึ่งถือว ว่าเป็นสถานที่ให้บริการด้านสุขภาพประเภทหนึ่ง เพื่อตอบสนองต่อ ความจำเป็นและความต้องการของมนุษย์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะที่เจ็บ ป่วย ลักษณะของการให้บริการของโรงพยาบาลหากพิจารณาตามแนวคิดเชิงการตลาดจะพบว่า มีลักษณะที่สำคัญ 4 ประการดังนี้ คือ

1. การให้บริการที่ไม่สามารถจับต้องได้ (Intangibility) เนื่องจากการให้บริการที่มีความแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ อื่นๆ เช่น สบู่ ยาสีฟัน ตรงที่ตัวบริการเป็นนามธรรมไม่มีตัวตน ไม่สามารถจับต้องหรือสัมผัสใดๆได้ แต่จะแสดงผลลัพธ์ ออกมาในรูปของผลงานที่เกิดขึ้นภายหลังให้บริการ ซึ่งก่อนที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจเลือกใช้บริการนั้น ผู้รับบริการไม่สามารถประเมินคุณภาพการบริการได้ จากการนับ วัดหรือทดสอบโดยตรงได้ ดังนั้นผู้รับบริการจึงกำหนดเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการให้บริการจากสถานที่ ตัวบุคคล เครื่องมือวัสดุที่ใช้ ในการติดต่อ สื่อสาร สัญลักษณ์และราคา ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการจะตั้ง องค์จัดหาเพื่อให้บริการสามารถประเมินคุณภาพและตัดสินใจเลือกใช้บริการได้เร็วขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย

- 1.1 สถานที่ (Place) ผู้ให้บริการต้องสามารถสร้าง ความเชื่อมั่นและความสะดวกให้ เกิดกับผู้รับบริการ เช่น นอนอาคารต องใหญ่ โตโอ โถง ออกแบบให้ เกิดความคล องตัวแก่ ผู้รับบริการ จัดหาที่นั่งให้เพียงพอ มีบรรยากาศที่จะสร้างความรู้สึกที่ดี รวมทั้งมีเสียงเพลงดนตรีประกอบด้วย

1.2 บุคคล (People) ผู้ให้บริการเองมีการแต่งตัวที่เหมาะสม มีบุคลิกดี หน้าที่ ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดจาดีเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจและเกิดความเชื่อมั่นว่าบริการที่ได้รับ จะดีด้วย

1.3 เครื่องมือ (Equipment) ผู้ให้บริการต้องจัดหาอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆให้ทันสมัยมี ประสิทธิภาพในการให้บริการที่รวดเร็วเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ เช่นการออกบัตรตรวจ ผู้ป่วยนอกด้วยคอมพิวเตอร์ มีเคานเตอร์ โต๊ะ เก้าอี้ที่ดี

1.4 วัสดุที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร (Communication Material) ผู้ให้บริการต้องจัดหา สื่อและเอกสารเพื่อการประชาสัมพันธ์ ที่มีประสิทธิภาพ สามารถติดต่อ ประสานงานได้ อย่าง รวดเร็ว มีแผน นิเทศประชาสัมพันธ์ ที่สวยงามทันสมัย มีการจัดนิทรรศการต างๆเพื่อประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารต่างๆเป็นอย่างดี

1.5 สัญลักษณ์ (Symbols) คือเครื่องหมายการค้า หรือตราสินค้าที่ใช้ในการให้บริการ เพื่อให้ ผู้รับบริการเรียกชื่อได้ ถูกต้อง ควรมีลักษณะการสื่อความหมายที่ดีเกี่ยวกับบริการที่เสนอ ขาย

1.6 ราคา (Price) ผู้ให้บริการต้องกำหนดราคาการให้บริการเหมาะสมกับระดับการให้ บริการชัดเจนและจ่ายต่อการจำแนกระดับบริการที่แตกต่างกัน

2. การบริการที่ไม่ สามารถถูกแบ่งแยกให้บริการได้ (Inseparability) การบริการเป็นทั้ง การผลิตและการบริโภคในขณะเดียวกัน ซึ่งแตกต่าง จากผลิตภัณฑ์ กล่าวคือผลิตภัณฑ์ ต้องการ ผลิต จัดเก็บและจำหน่าย โดยผ่านผู้แทนจำหน่ายแล้วจึงมีการบริโภคเกิดขึ้น แต่สำหรับการบริการ ผู้รับบริการจะต ้องมีส่วนร่วมอย่างมากในกระบวนการผลิตบริการ โดยต ้องปรากฏตัวต่อหน้าผู้ให้ บริการ ซึ่งปรากฏตัวขณะใ้ บริการทำให้ เกิดปฏิสัมพันธ์ รูปแบบพิเศษทางการตลาดขึ้นระหว าง ผู้ให้บริการและผู้ รับบริการ กล่าวคือทั้งผู้ ให้บริการก็จะนิยมไปรับบริการมากขึ้นซึ่งทำให้ แพทย์ พยาบาลและเจ านหน้าที่ต ้องทำงานหนักขึ้นเพราะบริการการดูแลรักษาพยาบาลส วนใหญ่ เป็น รายบุคคลไม่สามารถทำเป็นกลุ่มได้ และค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลก็สูงด้วยแนวทางแก้ไขปัญหาคือ

ควรลดเวลาที่ให้กับผู้รับบริการแต่ละรายให้น้อยลง แต่จะต้องรักษาคุณภาพให้คงเดิมหรืออาจทำเป็นกลุ่ม เช่นการให้คำแนะนำเป็นกลุ่มแทนการให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล

3. การบริการที่มีความหลากหลายในตัวเอง (Variability) ลักษณะของการให้บริการมีความหลากหลายในตัวเอง คุณภาพของการให้บริการอาจเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อมีการเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือแม้แต่เปลี่ยนเวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม ทำให้ความสม่ำเสมอในการให้บริการเกิดขึ้นได้ยาก ทำให้สิ่งที่ผู้ให้บริการต้องการให้อาจไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการ เนื่องจากการรับรู้ หรือความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ดังนั้นผู้รับบริการจะต้องรู้ถึงความหลากหลายในบริการและสอบถามผู้ขึ้นก่อนที่จะเลือกใช้บริการสำหรับผู้ให้บริการสามารถควบคุมคุณภาพได้ 2 วิธี วิธีแรกคือการตรวจสอบคัดเลือกและฝึกอบรมผู้ให้บริการเนนดานการให้บริการที่ดี และวิธีที่สองคือจะ อดสรางความพึงพอใจให้ ผู้รับบริการ โดยเน นการรับฟังคำแนะนำและข อเสนอแนะของ ผู้รับบริการ การสำรวจขอมูลจากผู้รับบริการและการเปรียบเทียบข อมูลที่ได้เพื่อนำไปแก้ไขปรับปรุงคุณภาพ การให้บริการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

4. การบริการที่ไม่สามารถเก็บไว้ได้ (Perish Ability) บริการไม่สามารถเก็บไว้ได้เหมือนผลิตภัณฑ์อื่นๆ ซึ่งไม่สามารถผลิตไว้ล่วงหน้าแล้วเก็บรักษาไว้ เพื่อจำหน่ายในภายหลังได้เหมือนผลิตภัณฑ์ ถ้าความต องการมีความสม่ำเสมอการให้บริการก็จะมีปัญหาแต่ถ้าลักษณะความต องการไม่เน นอนจะทำให้ เกิดป ญหาดังกล าวคือเมื่อมีการจัดสรรทรัพยากรและเตรียมความสามารถ ในการผลิตบริการไว้ แล้ว เช่นการจ างบุคลากร การจัดซื้ออุปกรณ์ ต่างๆ การจัดเตรียมสถานที่ เมื่อถึงเวลาที่มีผู้ มาใช้บริการมากเกินไปหรือเน นอยเกินไป จะทำให้ เกิดป ญหาคือการให้บริการไม่ทัน หรือกรณีที่ไม่ มีผู้มาใช้บริการ เช่น โรงพยาบาลต องมีการลงทุนในการจัดสรรทรัพยากร ต่างๆและเตรียมไว้ มีความพร อมอยู่ ตลอดเวลา เหมาะสำหรับผู้มา วมที่มีจำนวนผู้ มาใช้บริการอย่างสม่ำเสมอ ขณะเดียวกันหากมีผู้ มาใช้บริการมากเกินไปก็จะทำบุคลากรที่ทำหน าที่ ในการให้บริการมีจำนวนไม่ เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ และหากมีผู้ มาใช้บริการเน นอยเกินไป ก็จะทำให้ เกิดป ญหาของ การจ างงานของบุคลากรที่ทำหน าที่ในการให้บริการ ดังนั้นฝ ายการพยาบาลจะต องปรับปรุงคุณภาพบริการให้ เพียงพอเฉพาะที่จะให้ บริการไม่ ปล่อยให้เพียงว างเตี้ยงลน พยาบาลวางงานหรือลนงาน

จากแนวคิดเกี่ยวกับการให้ บริการจะเห็นได้ ว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านประชากรและสังคม รายได้ ของครอบครัวและความต องการด้านสุขภาพ ทำให้ การบริการด้าน การรักษาขึ้นอยู่กับ องค์ ประกอบที่สำคัญและมีความสัมพันธ์ กัน 3 กลุ่มได้ แก่ผู้มารับบริการ สถานพยาบาล หรือ โรงพยาบาล และผู้ ให้บริการ โดยการให้ บริการจะต องคำนึงถึง มาตรฐานของบริการเป็ นหลัก สำคัญ (วันเพ็ญ เจษฎาพรชัย, 2541)

มาตรฐานการบริการ

นวลลักษณ์ บุษบง (2541) กล่าวถึงมาตรฐานของบริการเพื่อให้ การบริการมีคุณภาพ ประกอบด้วยมาตรฐาน 2 ประเภท ได้แก่มาตรฐานเชิงเทคนิคและมาตรฐานเชิงปฏิสัมพันธ์ ซึ่งมี รายละเอียดดังนี้

1. มาตรฐานเชิงเทคนิค (Technical Standard) เป็นคุณภาพเชิงเทคนิคที่ใช้ ในการ กำหนดเป็ นมาตรฐานการพยาบาล เพื่อควบคุมคุณภาพงานและเพื่อให้ ผู้ปฏิบัติงานเกิดความ มั่นใจ ในการรักษาพยาบาลและการบริการต างๆ ที่ให้ ไปนั้นเป็ นการกระทำที่มีคุณภาพและ ประสิทธิภาพ มีความถูกต้อง และความเป็ นธรรมกับผู้ รับบริการ โดยได้ กำหนดเกณฑ์ ในการบ่งชี้ คุณภาพของงานบริการพยาบาลตามมาตรฐานสากลไว้ 3 ประการ คือ

1.1 มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure Standard) เป็นมาตรฐานที่กำหนดขึ้นทุก หน่วยงาน เพื่อเป็ นแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคคลโดยคำนี งถึงปรัชญา วัตถุประสงค์รวมถึง นโยบายการปฏิบัติงาน การจัดองค กร อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้และแหล งทรัพยากรต างๆเช่น บุคลากร เครื่องมือ งบประมาณ นโยบายการปฏิบัติงานเป็ นตน

1.2 มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process Standard) เป็นมาตรฐานที่กำหนดขึ้น เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล หรือเป็ นขั้นตอนของกระบวนการรักษาพยาบาล โดย เน้นที่การวิเคราะห์ ปัญหาของผู้ ป่วย การวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมต างๆทั้งนี้เพื่อให้ ผล การปฏิบัติเกิดผลดีแก ผู้ป่วยหรือผู้ รับบริการ โดยคำนึงถึงลักษณะของผู้ รับบริการเฉพาะกลุ่มที่ตน ปฏิบัติการพยาบาลอยู่

1.3 มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome Standard) เป็นมาตรฐานที่กำหนดขึ้นเพื่อบอกผลของการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ กับผู้ป่วย โดยพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ รับบริการอาจจะเป นไปในทางบวกหรือทางลบก็ได้ แต่ในการกำหนดคุณภาพการพยาบาลแล ว พฤติกรรมที่แสดงออกของผู้รับบริการมักจะแสดงออกมาในทางบวก เช่นอาการของโรคดีขึ้น

2. มาตรฐานเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Standard or Quality in Perception) ในธุรกิจ การให้บริการ คุณภาพของบริการเป นสิ่งที่สำคัญสิ่งหนึ่งในการสร างความแตกต างของธุรกิจให้ บริการ เนื่องจากบริการมีลักษณะที่แตกต่างจากผลิตภัณฑ์ ทั้ง 4 ประการ คือไม่มีตัวตน จับต้องไม่ ได้ ไม่สามารถแบ่งแยกได้ ไม่มีความแน่นอนและไม่สามารถเก็บไว้ได้ ทำให้คุณภาพของบริการถูก ประเมินจากทั้งกระบวนการให้ บริการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดจากบริการนั้น (Outcome) โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างผู้ให้ บริการกับผู้ รับบริการซึ่งบางครั้งจะมีความสำคัญมากกว่า ผลของการให้ บริการ เนื่องจากผู้ รับบริการไม่มีความรู้ทางเทคนิคเชิงวิชาชีพ จึงไม่สามารถประเมินคุณภาพงานรักษาพยาบาลเชิงวิชาชีพได้ ดังนั้นผู้ รับบริการจึงเกิด ความคาดหวังในคุณภาพบริการจากความต องการของผู้ รับบริการเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการพูดปาก ตอปาก จากประสบการณ์ ในอดีตและจากการโฆษณาของธุรกิจการให้ บริการเพราะเมื่อผู้ รับ บริการมารับบริการก็จะเปรียบเทียบบริการที่ตนได้รับจริงกับบริการที่คาดหวัง ถ าพบว่าบริการที่ได้ รับจริงนั้นมากกว่า บริการที่คาดหวังก็จะทำให้ ผู้รับบริการก็จะเกิดความพึงพอใจประทับใจใน บริการและกลับมาใช้บริการอีก

ดังนั้นจะเห็นได้ ว่ามาตรฐานการบริการมีความสำคัญกับความต องการของลูกค้า หรือผู้รับบริการ โดยคุณภาพบริการจะขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบของ ผู้รับบริการระหว่างบริการ ที่คาดหวังไว้ ลวงหนากับบริการที่ได้ รับจริงและการที่จะทำใ้ การดำเนินงานของโรงพยาบาล ประสบผลสำเร็จได้นั้น การให้บริการจะต้องมีคุณภาพตรงตามมาตรฐานทั้ง 2 แบบเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน นั่นคือสอดคล้องกันระหว่างมาตรฐานเชิงเทคนิคและมาตรฐาน เชิงปฏิสัมพันธ์ (นวลลักษณ์ บุษปง, 2541)

คุณภาพการบริการ

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2544) ให้ความหมายคุณภาพบริการว่า คือการให้บริการด้วยความถูกต้องเหมาะสมและตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการทันต่อเวลา

อุบลศรี หาญเจริญกิจ (2543) กล่าวว่า คุณภาพบริการ หมายถึงการบริการที่มีคุณภาพในทัศนะของผู้รับบริการ มีลักษณะเป็นการให้บริการที่ให้อบอุ่น ใจดี ไม่ ซักซา เสมอภาค เป็นบริการที่ให้ความรู้ ความชำนาญ ไซ่ วัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม ไซ่ เทคนิคที่ถูกต อง มีเหตุผล ให ความปลอดภัย พยาบาลมีมารยาทและอัธยาศัยดีและให เกียรติแก่ผู้รับบริการ เอาใจใส่ เอื้ออาทร เป็นบริการการรักษาพยาบาลที่ให ผลได้เร็วที่สุด ช่วยให้ผู้รับบริการสิ้นเปลืองน อยที่สุดในเรื่องค ่าไซ่ าย เวลาและพลังงาน

สรุปได้ว่า คุณภาพบริการคือการให้ บริการที่ตอบสนองกับความต องการของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจหลังจากได้ รับบริการ ดังนั้นมีความจำเป นที่โรงพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพของระบบการให้ บริการให้ สอดคล องและตอบสนองต อความคาดหวังของผู้รับบริการ ทำให้ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจกับบริการที่ได้ รับซึ่ง จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล และคณะ (2544) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพว า จะต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการคือ

1. การพัฒนาระบบและกระบวนการคุณภาพในการบริการ หมายถึงการสร างระบบให้มีความสามารถในการตรวจสอบและประเมินตนเอง มีกระบวนการจัดการความเสี่ยง มีการประกันสุขภาพ มีกระบวนการที่เอื้อให้ มีการปรับปรุงระบบและวิธีการทำงานได้ อย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้รับบริการเป นศูนย์กลาง แนวทางดังกล่าว จำเป นต้องอาศัยการปรับกระบวนการทัศน ของผู้ให้ บริการที่มีต อการบริการองค ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ การสร างทีมงาน เนวร วมหรือภาคีที่ช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้ เกิดการพัฒนา ตลอดจนองค กรภายนอกที่เป นกลางที่จะทำหน ่าที่ติดตามและให้ การรับรองคุณภาพบริการ

2. การพัฒนาทางวิชาการ และการเลือกไซ่ เทคโนโลยีทางสุขภาพที่เหมาะสมหมายถึง การสร างกระบวนการทางวิชาการในการสร างและประยุกต์ อยค ความรู้เชิงระบบดานสุขภาพและ

สาธารณสุขที่นำมาสู่ การปฏิบัติ อาจหมายถึงกระบวนการตัดสินใจในระดับต ่างๆที่ต องอาศัย ความรู้ ข้อมูลและหลักฐานข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจ

3. การสร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วย หมายถึงการสร้างระบบที่จะส่งต่อผู้ป่วยจาก สถานพยาบาลในระดับต้นสู่ระดับสูงกว่าในกรณีที่ไม่สามารถให้การรักษาได้ตลอดจนการส่งผู้ป่วย จากสถานพยาบาลระดับสูงกว่ากับสถานพยาบาลระดับต้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีความจำ เป็นเหมาะสมและต่อเนื่อง

4. การส่งเสริมมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ หมายถึงการสร างระบบใหม่มีกลไกในการ ดูแลส่งเสริมมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ

5. การสร้างกระบวนการสื่อสารให้ เกิดความเข าใจและให้ ขอมูลด้านสุขภาพต อผู้รับ บริการ จะเห็นได้ว่าทั้ง 5 องค์ประกอบเป็นแนวทางที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพของ ระบบการ ให้บริการที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการด ้านสุขภาพจะต องให้ ความสำคัญ เพื่อนำไปพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพของระบบการให้ บริการให้ มีคุณภาพและสอดคล้อง อดบสนองกับความต องการ ของผู้รับบริการ

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2541) กล่าวว่า คุณภาพบริการสามารถวัดได้ 2 มิติ คือ

1. การให้บริการอย่างเหมาะสม คือการตอบสนองต อดความต องการอย่างมีคุณค่าของผู้รับบริการ

2. เจาหน้าที่ต้องมีความพรอมและเต็มใจในการให้ บริการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว และทัน ท่วงที

ในขณะที่เดียวกันพบว าการให้บริการจะมีคุณภาพมากน อยเพียงใดนั้น ข อมูลสวนหนึ่งได้ มาจากการประเมินจากผู้รับบริการ ซึ่ง ธงชัย สันติวงษ์ (2535) ได้กล่าวถึงเกณฑ์ที่ผู้รับบริการใช้ในการ พิจารณาถึงคุณภาพของการให้บริการซึ่งประกอบไปด้วย

1. การเข้าถึงลูกค้าหรือผู้รับบริการ (Access) บริการที่ให้ กับลูกค้าตองอำนวยความสะดวก สะดวกในด านเวลา สถานที่แ กลูกค้า คือไม่ ให้ลูกค้าตองคอยนานแสดงถึงความสามารถของ การเข้าถึงลูกค้า

2. การติดต่อสื่อสาร (Communication) มีการอธิบายอย่างถูกต้อง โดยใช้ภาษาที่ลูกค้าเข้าใจง่าย
 3. ความสามารถ (Competence) บุคลากรที่ให้บริการต้องมีความชำนาญและมีความรู้ความสามารถในงานที่ให้บริการเป็นอย่างดี
 4. ความมีน้ำใจ (Courtesy) บุคลากรต้องมีมนุษยสัมพันธ์ เป็นที่น่าเชื่อถือมีความเป็นกันเอง มีวิจรรย์ญาณ
 5. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) บริษัทหรือหน่วยงานและบุคลากรต้องสามารถสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในการบริการ โดยเสนอบริการที่ดีที่สุดแก่ลูกค้า
 6. ความไว้วางใจ (Reliability) บริการที่ให้กับลูกค้าจะต้องมีความสม่ำเสมอและถูกต้อง
 7. การตอบสนองของลูกค้า (Responsiveness) ผู้ให้บริการจะต้องให้บริการและสามารถแก้ไขปัญหาให้กับลูกค้าอย่างรวดเร็วตามที่ลูกค้าต้องการ
 8. ความปลอดภัย (Security) บริการที่ให้ออกปราศจากอันตราย ความเสี่ยงและปัญหาต่าง ๆ
 9. การสร้างบริการให้เป็นที่รู้จัก (Tangible) บริการที่ลูกค้าได้รับจะทำให้เขาสามารถคาดคะเนถึงคุณภาพของการให้บริการ
 10. การเข้าใจและรู้จักลูกค้า (Understanding/Knowing Customer) ผู้ให้บริการต้องพยายามเข้าใจถึงความต้องการของลูกค้าและให้ความสนใจตอบสนองความต้องการของลูกค้า
- นอกจากนี้ อุบลศรี หาญเจริญกิจ (2543) กล่าวว่าการประเมินคุณภาพนั้น ประกอบด้วยการปฏิบัติตามมาตรฐานและการรับรู้ ของผู้รับบริการ การประเมินคุณภาพจึงสามารถทำได้ โดยการวัดทั้งในสวนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งในสวนของผู้รับบริการจะวัดได้จากการรับรู้ถึงระดับการบริการที่ได้รับ ซึ่งการรับรู้จะเกิดขึ้นภายหลังที่บุคคลได้ รับบริการแล้ว ดังนั้นการประเมินคุณภาพบริการจึงมีความสำคัญที่จะช่วยในการพัฒนาระบบบริการมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

การประเมินคุณภาพบริการ

อุบลศรี หาญเจริญกิจ (2543) ได้ให้ทัศนะไว้ว่า การประเมินคุณภาพบริการสามารถวัดได้หลายอย่างตามการให้ ความหมายของคำว่า คุณภาพ ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลตามความเชื่อถือ และค่านิยม และได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดคุณภาพบริการ สามารถวัดคุณภาพใน 5 ด้านคือ

1. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangible) หมายถึงลักษณะทางกายภาพเป็น ภาพลักษณ์ที่เป็นรูปธรรมสัมผัสได้ มีความสำคัญยิ่งต่อความรู้สึก เป็นสิ่งที่ชัดเจนสามารถสัมผัสได้ทางใจและรับรู้ ได้ทันที ได้แก่สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เช่นมีที่จอดรถเพียงพอ ที่นั่งเพียงพอ ทางเดินและบริเวณที่ผู้ป่วยสะอาด มีความเป็นระเบียบ สวยงาม สดชื่น ปราศจากกลิ่น เครื่องมือวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการบริการควรมีความพร อมที่จะใช้งานได้ทันทีและมีความเที่ยงตรงในการ จัดการ ด้านการเตรียมอุปกรณ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการให้บริการอย่างเพียงพอ มีคุณสมบัติเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการใช้ ต้องมีการทำความสะอาด ซ่อมแซม เก็บรักษาให้มีความพร อมใช้ อยู่ตลอดเวลา บุคลากรที่ให้บริการมีบุคลิกภาพดี แต่งกายสุภาพ สะอาด มีความ สำรวมทั้ง ทาทางกิริยาวาจาเป นตน เครื่องแต่งกายของผู้ ให้บริการจึงเป นหลักฐานอันหนึ่งที่คุณ ใช้บริการรับรู้ ต่อคุณภาพบริการได้ นอกจากนี้การแต่ง กายของเจ้าหน้าที่ยังมีผลต่อความรู้สึกของ ตนเองว่ามีคุณค่าได้รับการยกยอ ซึ่งก็จะเลยต่อไปถึงการปฏิบัติที่พวกเขาเหล่านั้นแสดงต่อผู้รับ บริการซึ่งการแต่ง กายของเจ้าหน้าที่ หมายถึงเสื้อผ้าและเครื่องประดับตกแต่งต่าง ๆ เช่น ป้ายชื่อ เครื่องประดับ เสื้อ กระโปรงหรือเครื่องแบบต างๆที่เจ้าหน้าที่สวมใส่ขณะทำงาน ตลอดจนอุปกรณ์ ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร เช่นมีป้ายบอกทาง โบนัด แผน นพับ เอกสารแนะนำการให้ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพตนเอง

2. ความน่าเชื่อถือในการให้บริการ (Reliability) หมายถึง การให้บริการตรงตามที่กำหนด เช่น ผิดตักตอกกับโรคที่เป็น การวินิจฉัยโรคถูกต้อง ได้รับยาถูกต้อง การบันทึกข อมูลถูกต้องตรงกับผู้ รับบริการ เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร นสนใจในการช วยแก้ปัญหาให้แก่ผู้ รับบริการ การรายงานผลการปฏิบัติการมีความถูกต้อง อกทันเวลาที่กำหนด เมื่อผู้ รับบริการมีป ญหาในการ รับบริการเจ้าหน้าที่ได้ให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว การบริการที่ได้รับไม่มีข้อผิดพลาด เจ้าหน้าที่ที่ ให้บริการมีการอธิบายให้ ผู้รับบริการรับทราบถึงวิธีการ ขั้นตอนทุกครั้ง อกให้บริการและการที่จะ

ทำให้ ผู้รับบริการเกิดความเชื่อถือในการบริการที่ได้ รับนั้น หน่วยงานควรมีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน

3. การตอบสนองต่อความต้องการบริการ (Responsiveness) หมายถึงการให้บริการเพื่อตอบสนองกับความต องการของผู้ รับบริการได้ อย่างเหมาะสม เช่น ให้การให้ บริการในเรื่องการนัดหมาย การรับโทรศัพท์ ทันทีที่มีเสียงสัญญาณ การแก้ ปัญหาให้ แก่ผู้รับบริการทันที การให้ บริการหรือให้ ความสนใจทันทีที่ผู้ รับบริการมาถึง ยินดีตอบข อสงสัยให้ กับผู้รับบริการทันทีที่ผู้ รับบริการเกิดความสงสัยไม่เข้าใจในเรื่องนั้นๆ เป็นต้น

4. การสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ (Assurance) หมายถึงผู้รับบริการมีความมั่นใจในการบริการ ผู้ ให้ บริการมีความยิ้มแย มแจ มใส มีการต ้อนรับที่ดี เจ าหนา ที่มีความรู้ ความสามารถและชำนาญงาน การสนองตอบต ่อปัญหาของผู้รับบริการมีความปลอดภัย มีระบบป้องกันความเสี่ยงให้เหลือน้อยที่สุด การให้บริการที่จะช่วยตอบสนองต่อความต้องการความมั่นคง ปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ โดยกระทำได้หลายรูปแบบทั้งการใ้ บุคลิกภาพ ท่าทีที่แสดงออกของ ผู้ให้บริการ การใ้คำพูดให้ความมั่นใจ การให้ความรู้หรือความกระจ่างชัดกับผู้รับบริการ

5. ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) หมายถึงการใ้ใจที่จะรับฟังปัญหาความคิดเห็นและ ความต้องการของผู้รับบริการ การให้บริการเป็นรายบุคคล การเข้าใจความแตกต่าง าระหว่างบุคคล การใ้ความสำคัญต ่อผู้รับบริการ มีการสร างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถจดจำผู้มารับบริการได้ มีอัธยาศัยไมตรี สุภาพ ใ้เกียรติแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งมีการใ้ บริการตลอด 24 ชั่วโมงในกรณี ที่ฉุกเฉิน

จะเห็นได้ วาการประเมินคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้านดังกล่าว สามารถที่จะบ ่งบอกถึงคุณภาพของการใ้ บริการของโรงพยาบาลหรือสถานบริการ ดานสุขภาพได้ เป็นอย่างดี ดังนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลหรือสถานบริการด านสุขภาพควรจะใ้ ความสำคัญในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพบริการของหน วยงานอยู่ ตลอดเวลาเพื่อทำให้ การใ้ บริการของหน วยงานมีคุณภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิราพร ชีตดี (2545) ได้ศึกษา ความคิดเห็นของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนสถานีอนามัยหัว ฝาย อำเภอสูงเม่นจังหวัดแพร่ โดยการสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการจำ นวน 360 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ไม่เห็นด้วยในการกำหนดให้ใช้ เฉพาะสถานบริการที่ระบุไว้ในบัตร กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งคิดว่าขั้นตอนการมารับบริการที่ โรงพยาบาลยุ่งยากและประสบปัญหาความล่าช้าในการรอรับบริ การ และเครื่องมืออุปกรณ์ยังไม่ เพียงพอ

นฤมล คำเหลือง (2545) ศึกษาความคิดเห็นต่อการให้บริการภายใต้โครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการและผู้ให้บริการภายใต้โครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย จำนวน 350 คน พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่คือร้อยละ 97.1 เห็นว่าได้รับบริการที่เสมอภาคเท่า เทียมกัน สำหรับความคิดเห็นต่อคุณภาพบริการส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าโรงพยาบาลมีคุณภาพดีทั้ง 5 ด้าน คือด้านความเป็นรูปธรรมของการให้บริการ ความน่าเชื่อถือใน การให้บริการ การตอบสนอง ในการให้บริการ การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการและด้านความเห็นอกเห็นใจ

ภูษิต ประคองสาย (2545) ได้นำเสนอผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยการสัมภาษณ์ประชาชนในเดือน กรกฎาคม 2545 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศ จำนวน 62,080 คน พบว่าเป็นผู้เข้าร่วม โครงการ ร้อยละ 80.4 มีเพียงร้อยละ 17.6 ที่มีสิทธิการรักษาอย่างอื่นอยู่แล้ว โดยภาค ตะวันออกเฉียงเหนือมีมากที่สุด (ร้อยละ 87.2) และกรุงเทพฯมีผู้เข้าร่วมโครงการน้อยที่สุด (ร้อยละ 60.1) ในประเด็นการเลือกโรงพยาบาลประจำครอบครัวพบว่าร้อยละ 73.2 เห็นด้วยกับ โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง และร้อยละ 26.8 ไม่เห็นด้วย เนื่องจากไม่มั่นใจในบริการ (ร้อยละ 32.7) รองลงมาคือโรงพยาบาลอื่นใกล้บ้านกว่า (ร้อยละ 83.8) มีเพียงร้อยละ 16.2 ไม่พึง พอใจ เนื่องจากต้องรอคิวนาน (ร้อยละ 31.7) บริการไม่ดี (ร้อยละ 29.0) รับยาไม่ดี (ร้อยละ 22.7) ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ร้อยละ 9.0) และเครื่องมือไม่ทันสมัย (ร้อยละ 2.6)

วศิน ทีฆวณิช และคณะ (2545) ศึกษาความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพบริการ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดพิจิตร สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 421 คน ใน 5 เรื่องคือ ด้านความเป็นธรรมของบริการ ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังในเรื่องของ สถานที่ให้บริการมีความสะดวกสบายสูงสุดร้อยละ 43.5 ด้านความน่าเชื่อถือของการให้บริการ คือการได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ร้อยละ 42.3 ด้านการตอบสนองในการให้บริการ มีความประสงค์ให้เจ้าหน้าที่แสดงความเต็มใจเมื่อให้บริการ ร้อยละ 43.7 ด้านความมั่นใจแก่ผู้ให้บริการ ต้องการให้เจ้าหน้าที่แสดงออกที่ทำให้รู้สึกว่ามีใจและปลอดภัย ร้อยละ 43.7 และด้านความเห็นอกเห็นใจผู้ให้บริการ ร้อยละ 40.6 ต้องการให้เจ้าหน้าที่แสดงความเป็นเองร้อยละ 40.6

ศรายุทธ สมศรี (2545) ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองตาม นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคในจังหวัดหนองบัวลำภูในระยะนำร่อง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการไปใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ ได้แก่ปัจจัยความคาดหวังในประโยชน์ ในด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานและความคุ้มค่าของการบริการที่ได้รับ และพบว่าสาเหตุของการไม่ไปใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตร เพราะการรับรู้ว่าสถานบริการ ที่ตนขึ้นทะเบียนไว้มีคุณภาพต่ำ ดังนั้นจึงต้องการโอกาสเลือกสถานบริการด้วยตัวเอง

อุสาห์ เพ็งภาร่า และคณะ (2545) ทำการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาพบว่า ในบริบทของสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้นำศาสนา เป็นผู้มีความสำคัญและมีอิทธิพลอย่างยิ่งในด้านสังคม และศาสนา จึงควรเป็นแกนนำหลักที่จะ สร้างความเข้าใจให้กับประชาชนได้ครอบคลุมทั้งจังหวัด ทั้งนี้ในส่วนปัจจัยนำเข้ายังต้องการ วิเคราะห์นโยบายระดับพื้นที่อย่างต่อ่งแท้ จึงทำให้ไม่มีการวางแผนและกำหนด ขั้นตอนการ ดำเนินงาน ถึงแม้จะมีการจัดตั้งศูนย์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นที่โรงพยาบาลทุกแห่ง แต่การ กระจายกำลังคนยังไม่เหมาะสม ต้องการการพัฒนาบุคลากรและความชัดเจนด้านการเงินและ การคลังในกระบวนการดำเนินงาน การแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้น 8 คณะ เพื่อเป็นกลไกสำคัญใน การดำเนินงานตามนโยบาย และมีจุดเด่นคือ ได้กระจายการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน จุดด้อย คือทำให้การประสานงานค่อนข้างล่าช้าและไม่สะดวก นอกจากนั้นพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ทั้งหมดมีความรู้ความเข้าใจอย่างจำกัด มีทัศนคติระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.6) และความพึงพอใจระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.5) ส่วนประชาชน (ร้อยละ 51.3) มีความรู้ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ของโครงการฯ จำกัด ทัศนคติระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.4) แต่ครั้งหนึ่งมีความพึงพอใจต่อสถานพยาบาลในโครงการ นั่นคือจะต้องเร่งทำความเข้าใจในด้านสิทธิประโยชน์ของประชาชนยกระดับมาตรฐานคุณภาพบริการและพัฒนาคุณภาพบริการและพัฒนาบุคลากรด้วย

สำหรับการทราบข่าวสารในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่ประชาชนได้ยินคำว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น ประชาชนส่วนใหญ่ทราบจากโทรทัศน์ รองลงมาคืออาสาสมัครสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 63.6 และจากวิทยุ ร้อยละ 44.2 ตามลำดับ สำหรับความรู้ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน พบว่าส่วนใหญ่จะมีความรู้ในระดับน้อย ร้อยละ 51.3 ระดับปานกลางร้อยละ 39.7 และระดับมากร้อยละ 9.0 เมื่อแยกรายข้อพบว่ามีเพียงหนึ่งข้อเท่า นั้นที่ประชาชนตอบถูกเกินร้อยละ 80 คือเรื่องการไปรับบริการตามสถานบริการที่ระบุไว้ในบัตร ส่วนความพึงพอใจในระดับมากร้อยละ 50.9 ระดับปานกลางร้อยละ 40.3 และระดับน้อยร้อยละ 8.3 เมื่อจำแนกความคิดเห็น ยังไม่มีข้อใดที่ประชาชนเห็นด้วยอย่างมากเกินร้อยละ 50.0

ปริยา ศรีพรหม (2546) ศึกษาการประเมินผลโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ศึกษากรณีเขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญจากผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างดี และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อโครงการในด้านขั้นตอนในการขอรับบริการ ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ด้านข่าวสารที่ ได้รับ ด้านคุณภาพการบริการและด้านสถานที่ในการให้บริการอยู่ในระดับที่ดี และบางส่วนมีความเห็นว่าทำให้ข้อมูลข่าวสาร คุณภาพของยา สถานที่ในการให้บริการ น่าจะปรับปรุงให้ดีขึ้น และจากการทดสอบสมมติฐานพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับความรู้และความคิดเห็น ต่อโครงการ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการดำเนินโครงการที่ผ่านมาดีแล้ว และควรให้ดำเนินโครงการนี้ต่อไป

วิโรจน์ หัตถา (2546) ศึกษาการรับรู้ต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) ของประชาชนอายุ 15-60 ปี อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบหน่วยคู่มือบริการระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลหนองคาย ปี 2546 ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อการประชาสัมพันธ์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้จากสื่อบุคคล ได้แก่ การแนะนำจากผู้นำชุมชนหรืออสม. ร้อยละ 77.5 การแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 70.4 นอกจากนี้ยังเป็นการรับข่าวจากการดูโทรทัศน์ ร้อยละ 69.2 การรับรู้ในเรื่องการขึ้นทะเบียนและสิทธิประโยชน์ พบว่า ประชาชนรับรู้ในระดับที่ดี ร้อยละ 45.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 41.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 13.2 ในขณะที่การรับรู้ต่อการใช้บริการทางการแพทย์ที่ต้องจ่าย 30 บาท ระดับดี พบเพียงร้อยละ 33.9 ส่วนการให้บริการทางการแพทย์ที่ใช้สิทธิบัตรทองได้ รับรู้ระดับดี ร้อยละ 30.3 นอกจากนี้ยังพบว่าสื่อประชาสัมพันธ์ที่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการรับรู้การขึ้นทะเบียนบัตรทอง คือ หอกระจายข่าว การแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คำแนะนำจากผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุข การแนะนำจากญาติหรือผู้ใกล้ชิด

เอี่ยมพร กำแพงพล (2547) ศึกษาปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อความต้องการของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ใช้บริการอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านภูมิหลัง ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ ไม่มีผลต่อความต้องการของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ปัจจัยภูมิหลัง ได้แก่ อายุ อาชีพ ประสบการณ์การให้บริการและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) มีผลต่อความต้องการของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จตุติพร วงศ์เรณู (2548) ศึกษาทัศนคติของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) กลุ่มตัวอย่างคือประชาชน ผู้ใช้บริการโรงพยาบาลกลางและโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ โรงพยาบาลละ 200 คน ผลการศึกษา

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับดี เพศและสถานที่รักษาไม่ทำให้ทัศนคติของประชาชนผู้ใช้บริการต่างกัน ในขณะที่อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้และอาชีพแตกต่างกันทำให้ทัศนคติแตกต่างกัน

ลือชา โพธิ์พัฒนพงศ์ (2550) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานพยาบาลเขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้บริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานพยาบาลเขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพมหานครจำนวน 370 คน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ใช้บริการที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันด้านอายุ ระดับการศึกษาและรายได้ต่อเดือน มีความพึงพอใจในการใช้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผู้ใช้บริการที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันด้านเพศ อาชีพ ความถี่ในการใช้บริการต่อปี ระยะเวลาการให้บริการรับจากเริ่มมีสิทธิในบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาต่อครั้ง มีความพึงพอใจในการใช้บริการไม่แตกต่างกัน ด้านปัญหาในการใช้บริการ ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เห็นว่ามีปัญหาการไม่ได้รับความใส่ใจในการรักษา รองลงมาคือปัญหาการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่ได้รับความสะดวกในการไปใช้บริการ

จากการทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเห็นได้ว่า งานวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นการวิจัยที่สำรวจความคิดเห็นเบื้องต้นต่อการบริการสุขภาพ การประเมินผลการดำเนินโครงการและการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการสุขภาพมากำหนดเป็นตัวแปรอิสระในกรอบแนวคิดการวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส

ตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย

จากการตรวจสอบเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับทัศนคติและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรตามและตัวแปรอิสระ ดังนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

1. ลักษณะประชากร ได้แก่

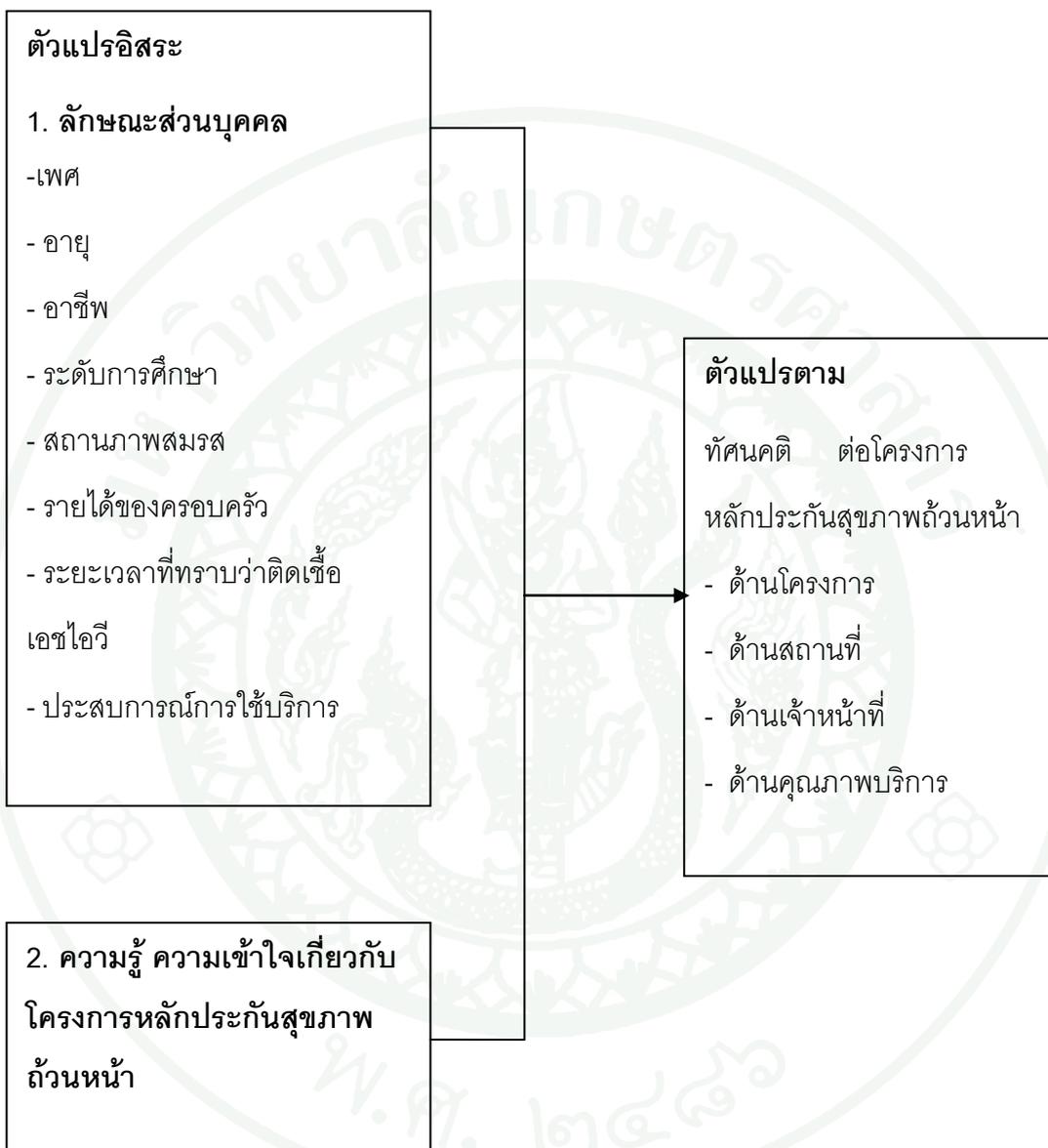
- เพศ
- อายุ
- อาชีพ
- ระดับการศึกษา
- สถานภาพสมรส
- รายได้ของครอบครัว
- ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี
- ประสบการณ์การใช้บริการ

2. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

ทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถกำหนดสมมติฐานของการวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเพศต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาชีพต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน
4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน
5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างหากัน
6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน
7. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบระยะเวลาการติดเชื้อต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน
8. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์การใช้บริการต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน
9. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษา
ระดับความรู้ ความเข้าใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2) ศึกษาระดับทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3) เปรียบเทียบทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตาม
เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าติด
เชื้อเอชไอวี ประสบการณ์การใช้บริการ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า และ 4) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผู้วิจัยได้
กำหนดวิธีการและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ที่ใช้
ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาพยาบาล ตามนัดในช่วง
1 เดือน ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร จำนวนทั้งสิ้น 1,180 คน (รายงาน
สถิติการนัดผู้ป่วย สถาบันบำราศนราดูร ปีพ.ศ. 2551) จำแนกตามประเภทได้ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรที่ใช้ในการวิจัย

แผนก	จำนวนประชากร
1. อายุรกรรมโรคติดเชื้อเอชไอวี (อายุรกรรม 6)	443
2. อายุรกรรมโครงการยาต้านไวรัส(NAP)	235
3. คลินิกวัณโรค (อายุรกรรม4)	178
4. หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ (AB Care)	324
รวม	1180

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุระหว่าง 18-60 ปี มารับการรักษาพยาบาล ตามนัดในช่วง 1 เดือน ที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ ตารางของ Krejcie & Morgan ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 290 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบแบ่งชั้นหรือการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเป็นชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยการเทียบสัดส่วนเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในแต่ละแผนกที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมารับการตรวจรักษาพยาบาล โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{กลุ่มตัวอย่างในแต่ละแผนก} = \frac{\text{กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนประชากรในแต่ละแผนก}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

ซึ่งสามารถแสดงกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

แผนก	จำนวนประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1. อายุรกรรมโรคติดเชื้อเอชไอวี (อายุรกรรม 6)	443	109
2. อายุรกรรมโครงการยาต้านไวรัส(NAP)	235	58
3. คลินิกวัณโรค (อายุรกรรม4)	178	44
4. หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ (AB Care)	324	79
รวม	1180	290

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systemic sampling) มีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดหมายเลขตามบัญชีรายชื่อของประชากร (Sampling frame)
2. หาช่วงการสุ่ม (Sampling interval) โดยใช้ขนาดของประชากรหารด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้ช่วงการสุ่มเท่ากับ 5
3. หาหน่วยตัวอย่างแรก โดยการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีจับสลากจากหมายเลขผู้ป่วย
4. นับหน่วยของตัวอย่างไปตามช่วงของการสุ่ม (Random interval)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้นมาจากการศึกษาจาก แนวคิด ทฤษฎีและผลงานที่เกี่ยวข้องพร้อมทั้งได้ทำการปรับปรุงคำถามให้เหมาะสมโดยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์และแนวคิดการให้บริการ
2. นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 1 มาสร้างแบบสอบถาม ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้ประกอบด้วย 4 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ประสบการณ์การใช้บริการ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามให้เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีจำนวน 23 ข้อโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน จากนั้นทำการรวบรวมคะแนนทั้งหมดมาหา

ค่าเฉลี่ยสำหรับแปลข้อมูลในภาพรวมซึ่งจะแบ่งระดับความรู้ความเข้าใจออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลางและต่ำ ซึ่งมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{1 - 0}{3} = 0.33$$

จากเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแปลความหมายของความรู้ ความเข้าใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 0.00 – 0.33	คือ	มีความรู้ความเข้าใจในระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 0.34 – 0.66	คือ	มีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 0.67 – 1.00	คือ	มีความรู้ความเข้าใจในระดับสูง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประเมินค่าแบบ Rating Scale ของ Likert เป็นมาตรวัดลักษณะของข้อความเชิงบวกและเชิงลบ โดยกำหนดระดับค่าคะแนนไว้ 5 ระดับ ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540)

ทัศนคติ	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยบ้าง	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

จากนั้นทำการรวบคะแนนทั้งหมด มาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับแปลข้อมูลในภาพรวมและรายข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลางและต่ำ โดยวิธีการคำนวณความกว้างของชั้น ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

จากเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแปลความหมายของทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า ได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33	หมายถึง	มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66	หมายถึง	มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00	หมายถึง	มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาสำหรับการวิจัย ไปทดสอบความเที่ยงตรง
(Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปเสนอ ต่อ
คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา
(Content Validity) ของคำถามในแต่ละข้อว่าตรงตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยครั้งนี้หรือไม่
หลังจากนั้นก็นำมาแก้ไขปรับปรุงเพื่อดำเนินการขั้นต่อไป

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว
ไปทดสอบ (Try-Out) กับผู้ติดเชื่อเชื้อไอวีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เมื่อนำมาตรวจให้
คะแนนตามวิธีการและหลักเกณฑ์การให้คะแนน และนำผลที่ได้จากการทดลองใช้มาทำการ
วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ภายใน (Internal Consistency Method) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product
Moment Correlation Coefficient) และหาความเชื่อมั่นรวมโดยใช้วิธีการของ Cronbach ที่
เรียกว่า (Cronbach's Alpha Coefficient)

ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเรื่องทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ค่าอัลฟา เท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการดังนี้

1. เสนอโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของสถาบันบำราศนราดูรเพื่อพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ
2. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยที่การปฏิเสธนั้นไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล การบริการและการบำบัดรักษาที่จะได้รับ และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ดำเนินการเก็บข้อมูลและตระหนักถึงการรักษาความลับของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ในห้องที่มิดชิด ไม่เปิดเผยรายชื่อผู้ถูกวิจัย การบันทึกข้อมูลทั้งหมดจะไม่ถูกระบุชื่อ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลการวิจัยหรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อขออนุมัติจากทางสถาบันบำราศนราดูรเพื่อทำการศึกษา โดยมี หนังสือนำจากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
2. หลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยพบหัวหน้า กลุ่มการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. สัมภาษณ์รายชื่อผู้ป่วยที่นัดมารับการรักษา
4. ติดต่อกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่

1. สถิติพรรณนา ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 2. สถิติอนุมาน
 - 2.1 ค่า t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย สองกลุ่ม
 - 2.2 ค่า F-test ใช้ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยสามกลุ่มขึ้นไป โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA)
 - 2.3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง "ทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถามศึกษาความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการ รักษาพยาบาลตามนัดที่สถาบันบำราศนราดูรจำนวน 290 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มา วิเคราะห์ ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 5 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่า ติดเชื้อเอชไอวีและประสบการณ์การใช้บริ การ อธิบาย รายละเอียด ดังตาราง ที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

(n=290)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	165	56.9
หญิง	125	43.1
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30	17	5.9
30 - 39	126	43.5
40 - 49	122	42.1
50 ปีขึ้นไป	25	8.5
$\bar{X} = 39.74$ S.D. = 7.158 Min. = 18 Max. = 60		
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	14	4.8
รับจ้าง	126	43.5
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	96	33.1
ว่างงาน	54	18.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	2.4
ประถมศึกษา	86	29.7
มัธยมศึกษา	126	43.5
อนุปริญญา	39	13.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	32	11.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
(n=290)		
สถานภาพสมรส		
โสด	59	20.3
คู่	154	53.1
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	77	26.6
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)		
ไม่มีรายได้	41	14.1
น้อยกว่า 5,000	79	27.2
5,000-10,000	142	49.0
มากกว่า 10,000	28	9.7
$\bar{X} = 7844.03$ S.D. = 9258.588		
Min. = 0 Max. = 70,000		
ระยะเวลาที่ทราบข่าวติดเชื้อเอชไอวี(ปี)		
ต่ำกว่า 5	135	46.5
5 - 10	93	32.0
มากกว่า 10	62	21.5
ประสบการณ์การใช้บริการ		
ไม่เคย	129	44.5
เคย	161	55.5

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมามีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.1 อายุเฉลี่ย 39.74 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 53.1 มีรายได้ของครอบครัวต่อ

เดือน ระหว่าง 5,000-10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.0 รายได้เฉลี่ย 7844.03 บาท และกลุ่มตัวอย่างทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.5 ส่วนใหญ่ร้อยละ 55.5 เคยไปใช้บริการตามโรงพยาบาลในสิทธิบัตรประกันสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(n=290)

บริการเหล่านี้สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ได้	ตอบถูก	ตอบผิด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. การตรวจ การฝากท้องและดูแลหญิงตั้งครรภ์	266 (91.72)	24 (8.28)	.92	.276	สูง
2. การดูแลสุขภาพเด็กและภาวะโภชนาการเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน	269 (92.76)	21 (7.24)	.93	.260	สูง
3. การตรวจสุขภาพของประชาชนทั่วไป เช่น วัดความดัน	274 (94.48)	16 (5.52)	.94	.229	สูง
4. การไปรับบริการวางแผนครอบครัว	245 (84.48)	45 (15.52)	.84	.363	สูง
5. การถอนฟัน อุดฟัน ชุดหินปูน ผ่าฟันคุด	240 (82.76)	50 (17.24)	.83	.378	สูง
6. ยาต้านไวรัสเอดส์	280 (96.55)	10 (3.45)	.97	.183	สูง
7. การตรวจ viral load ปีละ 1 ครั้ง	160 (55.17)	130 (44.83)	.55	.498	ปานกลาง
8. การตรวจ CD4 ปีละ 2 ครั้ง	128 (44.14)	162 (55.86)	.44	.497	ปานกลาง
9. การตรวจวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูทางการแพทย์	264 (91.03)	26 (8.97)	.91	.286	สูง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

(n=290)

บริการเหล่านี้สามารถใช้สิทธิบัตรประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ได้	ตอบถูก	ตอบผิด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
10. การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	85 (29.31)	205 (70.69)	.29	.456	ต่ำ
11. การผสมเทียมในผู้มีบุตรยาก	257 (88.62)	33 (11.38)	.89	.318	สูง
12. อุบัติเหตุเนื่องจากการประสบภัยจากรถ	25 (8.62)	265 (91.38)	.09	.281	ต่ำ
13. โรคจิตที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกิน กว่า 15 วัน	216 (74.48)	74 (25.52)	.74	.437	สูง
14. ค่าอาหารและค่าห้องสามัญในการนอน พักรักษาตัว	96 (33.10)	194 (66.90)	.33	.471	ต่ำ
15. การผ่าตัดแปลงเพศ	279 (96.21)	11 (3.79)	.96	.191	สูง
16. การผ่าตัดเสริมความงามเช่นเสริมจมูก เสริมหน้าอก	282 (97.24)	8 (2.76)	.97	.164	สูง
17. การให้คำปรึกษาแนะนำในการส่งเสริม สุขภาพ	267 (92.07)	23 (7.93)	.92	.271	สูง
18. ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลัก แห่งชาติ	275 (94.83)	15 (5.17)	.95	.222	สูง
19. รับยาได้ทุกชนิดไม่มีข้อยกเว้นใด ๆ	222 (76.55)	68 (23.45)	.77	.424	สูง
20. กรณีฉุกเฉินสามารถใช้สิทธิบัตรประกัน สุขภาพถ้วนหน้าในทุกแห่งที่ใกล้จุดเกิดเหตุ	132 (45.52)	158 (54.48)	.46	.499	ปาน กลาง
21. ไปรักษากับแพทย์เฉพาะทางโดยไม่ผ่าน การส่งตัวจากโรงพยาบาลที่ระบุในบัตร	218 (75.17)	72 (24.83)	.75	.433	สูง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

(n=290)

บริการเหล่านี้สามารถใช้สิทธิบัตรประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ได้	ตอบถูก		ตอบผิด		ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	\bar{X}	S.D.	
22. แพทย์ส่งตัวให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น เนื่องจากเกินขีดความสามารถของ โรงพยาบาลเดิม	251 (86.55)	39 (13.45)	.87	.342	สูง
23. แพทย์เห็นว่าสิ้นสุดการรักษาแต่ไม่มีญาติ คอยดูแลที่บ้าน ต้องการให้สิทธิบัตรประกัน สุขภาพถ้วนหน้าเพื่อนอนโรงพยาบาลต่อ	196 (67.59)	94 (32.41)	.68	.469	สูง
รวม			.74	.088	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ความเข้าใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .74 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในระดับสูงเกือบทุกข้อ โดยข้อ 16 การผ่าตัดเสริมความงามเช่นเสริมจมูก เสริมหน้าอก และข้อ 6 ยาต้านไวรัสเอดส์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ .97 รองลงมาคือข้อ 15 การผ่าตัดแปลงเพศ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .96 และข้อ 12 อุบัติเหตุเนื่องจากการประสบภัยจากรถ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ .09

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านสถานที่ ด้านเจ้าหน้าที่ และด้านคุณภาพบริการที่ได้รับ โดยมีรายละเอียดผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับทัศนคติของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(n=290)

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วยบ้าง		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		\bar{X}	S.D.	ระดับทัศนคติ
	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย				
1. ด้านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า									
1.1 บัตรทองช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของท่านและครอบครัว	198 (68.3)	68 (23.4)	24 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.60	0.63		สูง
1.2 ท่านสามารถไปใช้บริการต่อเนื่องโดยไม่กังวลในเรื่องค่าใช้จ่าย	76 (26.2)	52 (17.9)	133 (45.9)	23 (7.9)	6 (2.1)	3.58	1.02		ปานกลาง
1.3 ท่านได้รับบริการที่เสมอภาค เท่าเทียมกันกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอื่น	59 (20.3)	73 (25.2)	66 (22.8)	8 (2.8)	84 (29.0)	3.05	1.50		ปานกลาง
1.4 การยกเว้นค่าธรรมเนียมบัตรทองมีความเหมาะสม	100 (34.5)	153 (52.8)	29 (10.0)	8 (2.8)	0 (0.0)	4.19	.72		สูง
1.5 โรงพยาบาลที่ถูกระบุในบัตรทองของท่านมีความเหมาะสมดีแล้ว	20 (6.9)	59 (20.3)	143 (49.3)	61 (21.0)	7 (2.4)	3.08	.88		ปานกลาง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

(n=290)

ข้อความ	เห็น		ไม่เห็น		ไม่เห็น อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
	ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย บ้าง	ไม่ เห็น ด้วย				
1.6 ขั้นตอนการใช้ บริการมีความซับซ้อน ระบบการส่งต่อก่อให้เกิด ความยุ่งยากในการใช้ บัตร *	70 (21.4)	156 (53.8)	46 (15.9)	16 (5.5)	2 (0.7)	2.05	.82	ต่ำ
1.7 โครงการมุ่งเน้นการ ส่งเสริมสุขภาพและการ ป้องกันโรคเพื่อให้ ประชาชนมีสุขภาพดี ถ้วนหน้า	78 (26.9)	171 (59.0)	32 (11.0)	8 (2.8)	1 (0.3)	4.09	.71	สูง
1.8 เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย ของประเทศชาติ *	14 (4.8)	37 (12.8)	79 (27.2)	144 (49.7)	16 (5.5)	3.38	.94	ปาน กลาง
รวม						3.50	.43	ปาน กลาง
2. ด้านสถานที่								
2.1 โรงพยาบาลที่ระบุ ในบัตรทองตั้งอยู่ใน แหล่งที่สะดวกในการ เดินทางไปรับบริการ	22 (7.6)	146 (50.3)	53 (18.3)	49 (16.9)	20 (6.9)	3.35	1.06	ปาน กลาง

* ค่าถามเชิงลบ

ตารางที่ 5 (ต่อ)

(n=290)

ข้อความ	เห็น	เห็น	เห็น	ไม่	ไม่เห็น	\bar{X}	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
	ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ด้วย บ้าง	เห็น ด้วย	ด้วย อย่างยิ่ง			
2.2 การจัดสถานที่ของ โรงพยาบาลตามบัตร ทองมีความสะดวกสบาย ในการเข้ารับบริการ	6 (2.1)	166 (57.2)	63 (21.7)	49 (16.9)	6 (2.1)	3.40	.86	ปาน กลาง
2.3 โรงพยาบาลตาม บัตรทองมีบรรยากาศที่ดี ไม่มีสิ่งรบกวน	6 (2.1)	77 (26.6)	153 (52.8)	48 (16.6)	6 (2.1)	3.10	.76	ปาน กลาง
2.4 โรงพยาบาลตาม บัตรทอง ขาด อุปกรณ์ที่ ทันสมัยและมีคุณภาพ ทำให้ท่านขาดความ เชื่อมั่นในการเข้ารับ บริการ *	130 (44.8)	72 (24.8)	70 (24.1)	17 (5.9)	1 (0.3)	1.92	.97	ต่ำ
2.5 ท่านพึงพอใจใน โรงพยาบาลที่ท่านได้รับ สิทธิไปใช้บริการที่ระบุไว้ ในบัตรทอง	2 (0.7)	38 (13.1)	138 (47.6)	83 (28.6)	29 (10.0)	2.66	.85	ปาน กลาง
รวม						2.88	.50	ปาน กลาง

* คำถามเชิงลบ

ตารางที่ 5 (ต่อ)

(n=290)

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วยบ้าง		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		\bar{X}	S.D.	ระดับทัศนคติ
	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย				
3. ด้านเจ้าหน้าที่									
3.1 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตามบัตรทองมีความเต็มใจในการให้บริการท่าน	21 (7.2)	63 (21.7)	99 (34.1)	104 (35.9)	3 (1.0)	2.98	.95	ปานกลาง	
3.2 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตามบัตรทองต้อนรับท่านด้วยอัธยาศัยไมตรีที่ดีและใช้วาจาที่สุภาพ	23 (7.9)	72 (24.8)	75 (25.9)	116 (40.0)	4 (1.4)	2.98	1.01	ปานกลาง	
3.3 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตามบัตรทองอธิบายขั้นตอนการรักษาให้ท่านทราบโดยละเอียด	19 (6.6)	59 (20.3)	93 (32.1)	114 (39.3)	5 (1.7)	2.91	.96	ปานกลาง	
3.4 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตามบัตรทองแสดงความกระตือรือร้นให้คำปรึกษาแนะนำให้ข้อมูลข่าวสารและช่วยแก้ไขปัญหา	18 (6.2)	52 (17.9)	114 (39.3)	103 (35.5)	3 (1.0)	2.93	.90	ปานกลาง	

ตารางที่ 5 (ต่อ)

(n=290)

ข้อความ	เห็น		ไม่เห็น		ไม่เห็น อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
	ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย บ้าง	ไม่ เห็น ด้วย				
3.5 แพทย์ใน โรงพยาบาลตามบัตร ทองให้ความสนใจเอาใจ ใส่อาการเจ็บป่วย โดย รับฟังปัญหาเกี่ยวกับโรค ของท่านอย่างตั้งใจ	26 (9.0)	67 (23.1)	117 (40.3)	77 (26.6)	3 (1.0)	3.12	.94	ปาน กลาง
3.6 เจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลตามบัตร ทองให้การรักษา พยาบาลท่านด้วย มาตรฐานเดียวกับผู้ป่วย รายอื่น	21 (7.2)	74 (25.5)	129 (44.5)	62 (21.4)	4 (1.4)	3.16	.89	ปาน กลาง
รวม						3.01	.81	ปาน กลาง
4. ด้านคุณภาพ บริการ								
4.1 ท่านเสียเวลารอ นานเมื่อไปรับบริการใน แต่ละครั้ง *	111 (38.3)	103 (35.5)	53 (18.3)	20 (6.9)	3 (1.0)	1.97	.96	ต่ำ

* คำถามเชิงลบ

ตารางที่ 5 (ต่อ)

(n=290)

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วยบ้าง		ไม่เห็นด้วย		\bar{X}	S.D.	ระดับทัศนคติ
	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย			
4.2 การให้ข้อมูลข่าวสารของเจ้าหน้าที่มีความชัดเจนและเท่าเทียมกันทุกราย	15 (5.2)	75 (25.9)	90 (31.1)	107 (36.9)	3 (1.0)		2.97	.93	ปานกลาง
4.3 ยาที่ได้รับจากโครงการบัตรทองมีคุณภาพเท่าเทียมกับยาที่ได้จากการรักษาแบบจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด	35 (12.1)	77 (26.6)	164 (56.6)	8 (2.8)	6 (2.1)		3.44	.81	ปานกลาง
4.4 แพทย์ที่รักษาผู้ป่วยบัตรทอง เป็นคนละกลุ่มกับแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยแบบเสียค่าใช้จ่ายเอง *	90 (31.0)	44 (15.2)	117 (40.3)	31 (10.7)	8 (2.8)		2.39	1.11	ปานกลาง
4.5 โรงพยาบาลตามบัตรทองยังไม่มีพร้อมที่จะให้บริการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี *	154 (53.1)	64 (22.1)	46 (15.9)	21 (7.2)	5 (1.7)		1.82	1.05	ต่ำ

* คำถามเชิงลบ

ตารางที่ 5 (ต่อ)

(n=290)

ข้อความ	เห็น		ไม่เห็น		\bar{X}	S.D.	ระดับทัศนคติ
	ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย			
4.6 โรงพยาบาล พยายามหลีกเลี่ยงการ รักษาผู้ป่วยบัตรทอง *	22 (7.6)	44 (15.2)	145 (50.0)	66 (22.8)	13 (4.5)	3.01 .93	ปาน กลาง
4.7 เจ้าหน้าที่ให้ ความสำคัญกับท่าน เทียบเท่าผู้รับบริการราย อื่น	35 (12.1)	59 (20.3)	148 (51.0)	40 (13.8)	8 (2.8)	3.25 .93	ปาน กลาง
รวม						2.69 .50	ปาน กลาง
รวม						3.02 .42	ปาน กลาง

* คำถามเชิงลบ

ตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับปานกลางที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.50 รองลงมาคือด้านเจ้าหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 ส่วนด้านคุณภาพบริการ น้อยที่สุด มีค่าเท่ากับ 2.69 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อ 1.1 บัตรทองช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของท่านและครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.60 รองลงมาคือข้อ 1.4 การยกเว้นค่าธรรมเนียมมีความเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 และข้อที่มีค่าต่ำสุดคือข้อ 4.5 โรงพยาบาลตามบัตรทองยังไม่มีความพร้อมที่จะให้บริการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.82 รองลงมาคือข้อ

2.4 โรงพยาบาลตามบัตรทองขาดอุปกรณ์ที่ทันสมัยและมีคุณภาพ ทำให้ท่านขาดความเชื่อมั่นในการเข้ารับบริการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.92

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิด

จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่พบปัญหาจากการไปใช้บริการตามโรงพยาบาลในสิทธิบัตรทอง จำนวน 158 คน ดังนี้

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของปัญหาจากการไปใช้บริการตามโรงพยาบาลในสิทธิบัตรทอง

(n=158)

ปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
1. กลัวความลับถูกเปิดเผย	39	24.68
2. ระยะเวลาในการรอรับบริการนาน	20	12.66
3. ไม่ได้รับความสะดวก	16	10.13
4. โรงพยาบาลไม่ยอมส่งต่อ	11	6.96
5. ยาและเวชภัณฑ์ต่ำกว่ามาตรฐาน	11	6.96
6. ไม่สะดวกในการเดินทางไปรักษาตามสิทธิ เนื่องจากทำงาน ในกรุงเทพฯ	10	6.33
7. เจ้าหน้าที่แสดงกิริยาไม่ดี ไม่เต็มใจให้บริการ	9	5.71
8. เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ครบ ไม่ทันสมัย	8	5.06
9. แพทย์มีน้อย	8	5.06
10. แพทย์และเจ้าหน้าที่เลือกปฏิบัติ	8	5.06
11. ขั้นตอนการรับบริการยุ่งยาก ซับซ้อน	8	5.06
12. กลัวคนรังเกียจ	6	3.80
13. บริการ(ที่ต้องการ)ไม่ครอบคลุม	4	2.53

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะ

(n=147)

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
1. น่าจะให้ใช้บัตรทองได้ทุกโรงพยาบาล	35	23.82
2. พัฒนาระบบบริการให้ดีขึ้น	17	11.57
3. ควรพิจารณาส่งต่อกรณีไม่มีความพร้อม	16	10.88
4. ควรเพิ่มจำนวนบุคลากรหรือเปิดคลินิกเพิ่มในวันหยุด	14	9.52
5. ควรมีความเสมอภาค เท่าเทียม	14	9.52
6. ไม่ควรแสดงความรังเกียจ	10	6.80
7. ควรมีเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลขั้นตอนการรับบริการ	9	6.13
8. ควรเพิ่มแพทย์เฉพาะทาง	8	5.44
9. แพทย์ควรออกตรวจเร็วขึ้น	8	5.44
10. ควรจะปรับปรุงคุณภาพยา	6	4.08
11. โรงพยาบาลควรมีคุณธรรมและจริยธรรมต่อผู้ป่วย	5	3.40
12. ลดขั้นตอนการรับบริการที่ยุ่งยาก ซับซ้อน	5	3.40

ส่วนที่ 5 ผลการทดสอบสมมติฐาน

การทดสอบสมมติฐานที่ผู้วิจัยได้ตั้งไว้ ปรากฏผลการทดสอบ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเพศต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ

(n=290)

เพศ	n	\bar{X}	S.D.	t	p
ชาย	165	2.10	.34	.966	.335
หญิง	125	2.06	.25		

จากตารางที่ 8 พบว่าค่า $t = .966$ และ $p = .335$ ค่า $p > .05$ แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเพศแตกต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุต่างกันจะมี ทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามอายุ

(n=290)

อายุ	n	\bar{X}	S.D.
น้อยกว่า 30 ปี	17	3.06	.52
30 – 39 ปี	142	3.05	.41
40 – 49 ปี	110	3.05	.42
50 ปีขึ้นไป	21	3.09	.34

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ

(n=290)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	0.025	.008	.048	.986
ภายในกลุ่ม	286	49.882	.174		
รวม	289	49.907			

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกช่วงอายุมีระดับทัศนคติใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 3.09) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุ 30-39 ปี และ 40-49 ปี มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากัน (ค่าเฉลี่ย 3.05) และเมื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างกลุ่มอายุที่ต่างกัน (ตารางที่ 10) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาชีพต่างกันจะมีทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามอาชีพ

(n=290)

อาชีพ	n	\bar{X}	S.D.
เกษตรกรรวม	14	3.02	.43
รับจ้าง	126	3.01	.45
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	96	3.06	.36
ว่างงาน	54	3.14	.42

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ

(n=290)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	.641	.214	1.240	.295
ภายในกลุ่ม	286	49.267	.172		
รวม	289	49.907			

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ว่างงาน มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 3.14) ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาชีพรับจ้าง มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 3.01) และเมื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างกลุ่มอาชีพที่ต่างกัน (ตารางที่ 12) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาชีพต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 4 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามระดับการศึกษา

(n=290)

ระดับการศึกษา	n	\bar{X}	S.D.
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	2.98	.31
ประถมศึกษา	86	3.11	.48
มัธยมศึกษา	126	3.05	.40
อนุปริญญา	39	2.99	.38
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	32	3.02	.33

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา

(n=290)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	.530	.133	.765	.549
ภายในกลุ่ม	285	49.377	.173		
รวม	289	49.907			

จากตารางที่ 13 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 3.11) ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 2.98) และเมื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน (ตารางที่ 14) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 5 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามสถานภาพสมรส

(n=290)			
สถานภาพสมรส	n	\bar{X}	S.D.
โสด	59	3.11	.46
คู่	154	3.02	.40
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	77	3.08	.41

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรส

(n=290)					
แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	.404	.202	1.171	.312
ภายในกลุ่ม	287	49.503	.172		
รวม	289	49.907			

จากตารางที่ 15 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานภาพสมรสโสด มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 3.11) ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 3.02) และเมื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน (ตารางที่ 16) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 6 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

(n=290)			
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	n	\bar{X}	S.D.
ไม่มีรายได้	41	3.05	.38
น้อยกว่า 5,000 บาท	79	3.13	.46
5,000 – 10,000 บาท	142	3.01	.40
มากกว่า 10,000 บาท	28	3.04	.39

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ของครอบครัว

(n=290)					
แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	.752	.251	1.459	.226
ภายในกลุ่ม	286	49.155	.172		
รวม	289	49.907			

จากตารางที่ 17 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 3.13) ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้ของครอบครัว 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 3.01) และเมื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน (ตารางที่ 18) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 7 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบระยะเวลาการติดเชื้อต่างกันจะมีทัศนคติต่อ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
จำแนกตามระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี

(n=290)

ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี	n	\bar{X}	S.D.
ต่ำกว่า 5 ปี	135	3.07	.40
5 – 10 ปี	93	3.08	.44
มากกว่า 10 ปี	62	2.98	.42

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี
(n=290)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	.097	.048	.535	.586
ภายในกลุ่ม	287	25.917	.090		
รวม	289	26.014			

จากตารางที่ 19 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี 5 – 10 ปี มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 3.08) ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 10 ปี มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 2.98) และเมื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีต่างกัน (ตารางที่ 20) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลาการติดเชื้อต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 8 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์การใช้บริการต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์การใช้บริการ

(n=290)					
ประสบการณ์การใช้บริการ	n	\bar{X}	S.D.	t	p
เคย	129	2.09	.292	.521	.603
ไม่เคย	161	2.07	.302		

จากตารางที่ 21 พบว่าค่า $t = .521$ และ $p = .603$ ค่า $p > .05$ แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์การใช้บริการต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 9 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	ทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			
	ด้านโครงการ	ด้านสถานที่	ด้านเจ้าหน้าที่	ด้านคุณภาพบริการ
	ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-.212(**)	-.064	-.225(**)

** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 22 พบว่าระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านโครงการ ด้านเจ้าหน้าที่และด้านคุณภาพบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ข้อวิจารณ์

ผลการวิจัยเรื่อง “ทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”
พิจารณาได้ ดังนี้

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัว อย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการประชานิยมในสมัยรัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ซึ่งรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับโครงการดังกล่าว ดังนั้นจึงมีการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการที่ต้องการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันใดๆ รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ในเรื่องสิทธิประโยชน์โดยให้สามารถเข้าถึงบริการได้โดยทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ซึ่งการประชาสัมพันธ์มีหลายรูปแบบเช่นการประชาสัมพันธ์ทางวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ป้ายโฆษณา โปสเตอร์ ใบปลิว แผ่นพับและอื่นๆอีกหลายรูปแบบ จึงทำให้ประชาชนรู้จักและมีความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีญา ศรีพรหม (2546) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ศึกษากรณีเขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างดี และการจากศึกษาของ วิโรจน์ หัตถา (2546) เรื่องการรับรู้ต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ของประชาชนอายุ 15-60 ปี อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลหนองคาย พบว่าสื่อประชาสัมพันธ์ที่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการรับรู้การขึ้นทะเบียนบัตรทอง คือหอกระจายข่าว การแนะนำจาก กเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คำแนะนำจากผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุข การแนะนำจากญาติหรือผู้ใกล้ชิด และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อุษาสี เพ็งภารา และคณะ (2545) เรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดปัตตานี พบว่าการทราบข่าวสารในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่ประชาชนได้ยินคำว่าโครงการ 30 บาท

รักษาทุกโรคนั้น ประชาชนส่วนใหญ่ทราบจากโทรทัศน์ รองลงมาคืออาสาสมัครสาธารณสุข หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ทัศนคติเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการวิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยของระดับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 4 ด้านเท่ากับ 3.02 และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าด้านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าเฉลี่ยมากกว่าด้านอื่นๆคือมีค่า 3.50 รองลงมาคือด้านเจ้าหน้าที่มีค่าเฉลี่ย 3.01 ด้านสถานที่มีค่าเฉลี่ย 2.88 และด้านคุณภาพบริการมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ 2.69 จากทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางนั้นเป็นเพราะว่า แม้ว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะออกมาเพื่อลดความวิตกกังวลในการเข้ารับการรักษาพยาบาลก็ตาม แต่ตามระบบสาธารณสุขในปัจจุบันนั้นจะมีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลต่างๆของรัฐกระจายครอบคลุมไปทั่วจังหวัดแต่ขีดความสามารถในการให้บริการตามระดับ คือมีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปอยู่ในจังหวัด มีโรงพยาบาล ชุมชนในทุกอำเภอ และมีสถานีอนามัยในทุกตำบล ตามแนวนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งต้องให้ประชาชนไปรับบริการจากสถานพยาบาลใกล้บ้านหรือในชุมชนนั้น แต่ในบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ถูกสังคมรังเกียจ (วิลาวลัย เสนารัตน์และคณะ, 2542) ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่กล้าเปิดเผยตนเองให้บุคคลรอบข้างรู้ (จามจรี แซ่หลู่, 2543) ทำให้ไม่สามารถไปรับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลตามสิทธิได้ และนอกจากนี้ การที่โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีอนามัยในต่างจังหวัดไม่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัย ก็ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความมั่นใจในการไปรับบริการรวมไปถึงการที่เจ้าหน้าที่แสดงกิริยาไปสุภาพ ไม่เต็มใจ

ให้บริการ ส่งผลให้ระดับทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิดของปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2544) ที่ว่าทัศนคติ เป็นเรื่องของความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ ความลำเอียง ความคิดเห็นที่ฝังใจต่อสิ่งสิ่งหนึ่ง มักจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้และประเมินค่าจากสิ่งนั้น เกิดอารมณ์ตามความคาดหวังควบคู่ไปกับการรับรู้ และเมื่อผลต่อความคิดรวมทั้งเกิดปฏิกิริยาในใจของเรา ดังนั้นทัศนคติจึงเป็นพฤติกรรมภายนอกที่อาจสังเกตได้จากกิริยา

ท่าทาง คำพูดหรือเป็นพฤติกรรมในใจ ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ง่ายแต่มีแนวโน้มที่เป็นพฤติกรรมภายในมากกว่าพฤติกรรมภายนอก และสอดคล้องกับการศึกษาของ อูส์ฮาร์ เฟ็งภารา และคณะ (2545) ในเรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดปัตตานี ที่พบว่าประชาชนมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพในระดับปานกลาง

การทดสอบสมมติฐาน

สำหรับสมมติฐานทั้ง 9 ข้อปรากฏว่าผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ 1 ข้อและไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ 8 ข้อ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเพศต่างกันจะมีทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเพศต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกันทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าเพศชายและหญิงมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (165 : 125) สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์เอดส์ที่พบว่า สัดส่วนการติดเชื้อเอชไอวีของเพศชายและหญิง เป็น 1.6 : 1 (สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2552) เนื่องการติดเชื้อเอชไอวี ไม่เลือกปฏิบัติด้านเพศ ซึ่งไม่ว่าจะเป็น เพศชายหรือเพศหญิง ต่างก็มีโอกาสได้รับเชื้อเหมือนกัน และเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนแอ มีภูมิคุ้มกันต่ำลง ก่อให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งการติดเชื้อฉวยโอกาสนั้นเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ และเนื่องจากสภาพร่างกายเป็นเรื่องที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะเป็นภาพลักษณ์ทางสังคม การแสวงหาการรักษาหรือการเลือกใช้บริการทางการแพทย์จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ แต่จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งประชาชนต้องไปรับบริการจากสถานพยาบาลใกล้บ้านหรือในชุมชน ประกอบกับโรงพยาบาลเหล่านั้น ไม่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัยก็ทำให้ไม่มั่นใจในการไปรับบริการรวมถึงการที่เจ้าหน้าที่แสดงกิริยาไปสุภาพ ไม่เต็มใจให้บริการ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อทั้งเพศชายและหญิงมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่แตกต่างกัน คือมีทัศนคติในระดับที่ต่ำ (ค่าเฉลี่ย 2.10 และ 2.06) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ระดับทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในด้านคุณภาพบริการที่ได้รับมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 2.69) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จุตติพร วงศ์ เรณู (2548) ในเรื่องทัศนคติของผู้ใช้บริการในกรุงเทพมหานครตอนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ที่พบว่าเพศไม่ทำให้ ทัศนคติของประชาชน ผู้ใช้บริการต่างกัน

สมมติฐานที่ 2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุต่างกันจะมีทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกันทั้งนี้เป็นเพราะ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มตัวอย่างนี้มี ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80 มีอายุระหว่าง 30-49 ปีโดยมีอายุเฉลี่ย 39.74 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน สอดคล้องกับสถานการณ์เอดส์ที่พบว่า กลุ่มอายุที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-44 ปี (สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2552) เนื่องจากอายุช่วงใดก็ตามที่มาใช้บริการก็มีการให้บริการที่ไม่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาข้อมูลปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างพบจากการไปใช้บริการตามโรงพยาบาลในสิทธิบัตรทอง พบว่ากลัวความลับถูกเปิดเผยมากที่สุด (ตารางที่ 7) ทำให้ไม่สามารถไปรับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลตามสิทธิได้ และนอกจากนี้ การที่โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีอนามัยในต่างจังหวัดไม่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัยก็ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความมั่นใจในการไปรับบริการรวมไปถึงการที่เจ้าหน้าที่แสดงกิริยาไปสุภาพ ไม่เต็มใจให้บริการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงเรื่องการให้บริการที่คล้ายกันส่งผลให้ระดับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับ บปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิดของปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2544) ที่ว่าทัศนคติเป็นเรื่องของความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ ความลำเอียง ความคิดเห็นที่ฝังใจต่อสิ่งสิ่งหนึ่ง มักจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้และประเมินค่าจากสิ่งนั้น เกิดอารมณ์ตามความคาดหวังควบคู่ไปกับการรับรู้ นี้ และมีผลต่อความคิด รวมทั้งเกิดปฏิกิริยาในใจของเรา ดังนั้นทัศนคติจึงเป็นพฤติกรรมภายนอกที่อาจสังเกตได้จากกิริยาท่าทาง คำพูดหรือเป็นพฤติกรรมในใจ ไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยง่ายแต่มีแนวโน้มที่เป็นพฤติกรรมภายในมากกว่าพฤติกรรมภายนอก และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุตสาหกรรม เฝ้าภรรษา และคณะ (2545) ในเรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดปัตตานี ที่พบว่าประชาชน

มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพใน ระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ จตุติพร วงศ์ เรณู (2548) ในเรื่องทัศนคติของผู้ใช้บริ การในกรุงเทพมหานครตอนนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกคน) ที่พบว่าอายุแตกต่างกันทำให้ทัศนคติแตกต่าง กันและการศึกษาของ ลือชา โพธิ์พัฒน์พงศ์ (2550) ในเรื่องความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานพยาบาลเขตสัมพันธวงศ์ กรุง เทพมหานคร ที่พบว่าอายุที่ ต่างกันมีความพึงพอใจในการใช้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาชีพต่างกันจะมีทัศนคติต่อ โครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี อาชีพต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจาก การติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดปัญหา หลายด้าน ซึ่งผลกระทบจากการติดเชื้อไม่ได้เป็นเพียงประเด็นปัญหาสุขภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผล กระทบอย่างต่อเนื่องทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศ ษฐกิจอีกด้วย (บำเพ็ญจิต แสงชาติ , 2541) เมื่อมีปัญหาเรื่องภาวะสุขภาพที่ไม่ดีและเสื่อมลงเรื่อยๆ ร่วมกับการรังเกียจและไม่ยอมรับ จากสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีงานทำ ส่งผลให้รายได้ลดลงในขณะที่ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้สูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัวและการ เปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้รับความช่วยเหลือ ความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยและผลจากการเจ็บป่วย นำไปสู่การสูญเสียความมั่นคงในชีวิตได้ และถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาชีพที่ต่างกันแต่ก็มี ปัญหาสุขภาพที่มีความต้องการในการรักษาพยาบาล ความมั่นคงด้านสุขภาพจึงเป็นส่วนสำคัญ ส่วนหนึ่งของความมั่นคงในชีวิตของคนและหลักประกันสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้ถึงความมั่นคงในด้าน สุขภาพที่สำคัญประการหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลือชา โพธิ์พัฒน์พงศ์ (2550) ในเรื่อง ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ ้วนหน้าของสถานพยาบาลเขต สัมพันธวงศ์ กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าอาชีพที่ต่างกันมีความพึงพอใจในการใช้บริการไม่แตกต่าง กัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จตุติพร วงศ์ เรณู (2548) ในเรื่องทัศนคติของผู้ใช้บริการใน กรุงเทพมหานครตอนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกคน) ที่พบว่าอาชีพ แตกต่างกันทำให้ทัศนคติแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 4 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับที่สูงถึงแม้ว่าจะมีระดับ การศึกษาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการประชาสัมพันธ์โครงการในปัจจุบันที่เน้นการ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจากทางวิทยุและโทรทัศน์มากขึ้น ทำให้ไม่ว่าจะมีการศึกษาในระดับใด ก็ รับรู้ข่าวสารจากช่องทางนี้ไม่ต่างกัน และนอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเองต้องผ่านกระบวนการให้ คำปรึกษาและให้ความรู้ต่างๆในการปฏิบัติตัว รวมทั้งเรื่องสิทธิการรักษาและสวัสดิการต่าง ๆ ทำ ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน จากสภาวะการเจ็บป่วยทางด้าน ร่างกายเช่นมีไข้เรื้อรัง ท้องเสียเรื้อรัง เบื่ออาหาร ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ผู้ป่วยย่อมที่จะ ต้องการการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลเพื่อการมีชีวิตอยู่ ซึ่ง ความต้องการและ ความรู้สึกลักษณะนี้เกิดขึ้นกับคนทุกระดับการศึกษา ดังนั้นเมื่อคนในสังคมไม่ว่าจะระดับการศึกษาใด ก็ตามย่อมเคยมีปัญหาการเจ็บป่วยและความต้องการความปลอดภัยในชีวิตทุกคน สอดคล้อง กับการศึกษาของ เอ็มพร กำแพงพล (2547) ในเรื่องปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อความต้องการของ ผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) กรณีศึกษาโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความ ต้องการของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุก โรค) อย่างมี ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจตุติพร วงศ์เรณู (2548) ที่ได้ ศึกษาทัศนคติของผู้ใช้บริการโรงพยาบาล ในกรุงเทพมหานครตอนนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) พบว่าระดับการศึกษาแตกต่างกันทำให้ทัศนคติแตกต่าง กัน และ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของลือชา โพธิ์พัฒนพงศ์ (2550) ในเรื่องความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานพยาบาลเขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีความพึงพอใจในการใช้บริการแตกต่างกันมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 5 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานภาพ โสด คู่หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในวัยของการมีครอบครัวและเป็นวัยแรงงาน (30-49 ปี) ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่ต้องประกอบ อาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวแต่การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถแสดงบทบาทดังกล่าวได้อย่างเต็มที่ นอกจากไม่สามารถเป็นที่พึ่งของครอบครัวได้แล้ว ยังต้องเป็นภาระให้แก่ครอบครัวอีกด้วย และมักเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีนั้นไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองในเวลาใด ไม่แน่ใจในสุขภาพตนเอง นอกจากนี้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการประชาสัมพันธ์สิทธิประโยชน์โครงการไว้อย่างมาก ในขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เจ็บป่วยจะมีความต้องการในระดับที่สูงกว่าคนปกติทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นความต้องการทางกาย ความต้องการทางจิตใจและความต้องการทางสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนยังไม่พร้อมที่จะเปิดเผยให้ผู้อื่นและสังคมรับรู้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากความอาย กลัวถูกรังเกียจจากชุมชน ทำให้ไม่พร้อมที่จะรับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน (ซึ่งเป็นสถานพยาบาลขนาดเล็ก) ส่วนใหญ่จึงไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่คิดว่าไม่มีคนรู้จัก (ซึ่งเป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่หรือสถานพยาบาลที่ไม่มีใครรู้จัก) ทำให้ทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานภาพสมรส ทั้งโสด คู่หม้าย /หย่า/แยกกันอยู่ มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับปานกลางเหมือนกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อมพร กำแพงพล (2547) ในเรื่อง ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อความต้องการของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาทรักษาทุกโรค) กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีผลต่อความต้องการของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จุตติพร วงศ์เรณู (2548) ที่ได้ศึกษาทัศนคติของผู้ใช้บริการ

โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ พมหนนครตอนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) พบว่าสถานภาพสมรสแตกต่างกันทำให้ทัศนคติแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 6 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ทำให้ไม่เกิดความแตกต่างด้านรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง และการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเอดส์ในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นการรักษาโรคฉวยโอกาส หรือการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ก็ตาม สามารถขอรับบริการได้ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพโดยไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าเทียมกันก็ตาม แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ยังไม่มั่นใจในการให้บริการของโรงพยาบาลตามสิทธิ โดยสถานพยาบาลขนาดใหญ่จะมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมเป็นผู้ดูแลรักษา และในสถานพยาบาลขนาดเล็กจะเป็นแพทย์ทั่วไปที่ให้การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ความสำคัญกับการปฏิบัติที่ดีของหมอ พยาบาล หรือมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญมาดูแล มากกว่าการรักษาฟรี สอดคล้องกับ ความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าผู้ใช้บริการมีความคาดหวังในการได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาลและเจ้าหน้าที่เป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ การมีหมอ พยาบาลและโรงพยาบาลที่เพียงพอหรือประชาชนมีสิทธิในการเลือกสถานพยาบาลได้ และมักจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยในอันดับท้ายๆ (อัญชญา ณ ระนอง , 2549) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จุตติพร วงศ์เรณู (2548) ที่ได้ศึกษาทัศนคติของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครตอนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) พบว่ารายได้แตกต่างกันทำให้ทัศนคติแตกต่างกันและการศึกษาของ ลือชา โภธิพัฒน์พงศ์ (2550) ในเรื่องความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานพยาบาลเขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพมหานครที่พบว่ารายได้ ของครอบครัวที่ต่างกันมีความพึงพอใจในการใช้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 7 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบระยะเวลาการติดเชื้อต่างกันจะมีทัศนคติต่อ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ทราบระยะเวลาการติดเชื้อต่างกัน มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตที่รุนแรงและก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง เกิดปัญหาหลายด้าน ซึ่งผลกระทบจากการติดเชื้อไม่ได้เป็นเพียงประเด็น ปัญหาสุขภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเรื่องทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย เป็นผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน ไม่ว่าจะอยู่ในระยะใดก็ตาม จะมีความหวาดกลัวและวิตกกังวลเป็นอย่างมาก และรู้สึกว่ามีชีวิตถูกคุกคาม มีภาวะความไม่มั่นคงทางจิตใจ มีความหวาดกลัวถึงผลร้ายของโรคและกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักมีความรู้สึกที่ถูกแบ่งแยกออกจากสังคมเพราะเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน น่าละอายและเป็นที่น่ารังเกียจ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2541) แม้ในปัจจุบันจะมีการรณรงค์ลดการจำกัดและกีดกันผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็พบว่าในบางพื้นที่ยังมีการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เลือกรูปแบบ ถูกเหยียดหยามของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (วิลาวัลย์ เสนารัตน์และคณะ , 2542) และไม่ว่าจะติดเชื้อมานานแค่ไหน ก็มักจะประสบปัญหาดังกล่าวไม่แตกต่างกัน และจากวัตถุประสงค์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มุ่งเน้นว่า จะต้องมีความเสมอภาค มีประสิทธิภาพ ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการ นอกจากนี้แนวคิดและปรัชญาของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ระบุว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิของประชาชนคนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน แต่ปัญหาและอุปสรรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการไปรับบริการที่พบว่าผู้ป่วยต้องรอนานมาก กว่าที่จะได้ตรวจ ขั้นตอนการให้บริการมีความซับซ้อน ระบบการส่งต่อก่อให้เกิดความยุ่งยากในการใช้บัตร รวมทั้งไม่มั่นใจในคุณภาพของบริการที่ได้รับเพราะเห็นว่าไม่มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ขาดอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัยและนอกจากนี้ยังกลัวว่าความลับจะถูกเปิดเผย ด้วยทัศนคติของคนในสังคมที่ขาดความรู้ความเข้าใจจึงทำให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่อาจอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างปกติ การถูกปฏิเสธจากคนรอบข้าง ซึ่งสามารถอธิบายโดยอาศัยทฤษฎีทางทัศนคติ โดยสืบเนื่องจากองค์ประกอบทัศนคติด้านความรู้ความเข้าใจ ส่งผลต่อ

องค์ประกอบทัศนคติด้านความพึงพอใจ ทำให้ไม่พึงพอใจและก่อให้เกิดทัศนคติทางด้านความตั้งใจก่อพฤติกรรม โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ยอมไปใช้บริการตามโครงการ เพราะได้ยาที่มีคุณภาพต่ำ รักษาโรคไม่หาย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่กระตือรือร้นในการให้บริการ ก็ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในทุกๆระยะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับปานกลาง

สมมติฐานที่ 8 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีประสบการณ์การใช้บริการต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์การใช้บริการต่างกัน มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์การไปรับบริการพบเจอปัญหาการรอรับบริการนาน ไม่ได้รับความสะดวก และเจ้าหน้าที่แสดงกิริยาไม่ดี ไม่เต็มใจให้บริการ ก่อให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดี และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีประสบการณ์การไปรับบริการ เนื่องจากกลัวในเรื่องการถูกเปิดเผยผลการติดเชื้อ ออกล้นการถูกรังเกียจ การรับรู้ว่าคุณภาพที่ตนมีสิทธิมีคุณภาพต่ำ ไม่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์การใช้บริการต่างกัน มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับที่ต่ำซึ่งไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดของสร้อยตระกูล อรรถมานะ (2545) ที่กล่าวว่า ประสบการณ์ส่วนบุคคล การมีประสบการณ์ไม่ว่าจะเป็นโดยตรงหรือทางอ้อม ก่อให้เกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นๆ โดยประสบการณ์ส่วนบุคคลจะกระทบโดยตรงต่อองค์ประกอบด้านความคิดของทัศนคติ ประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้ สึกพอใจ ย่อมก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้นๆ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศรายุทธ สมศรี (2545) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทองตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกคนในจังหวัดหนองบัวลำภูในระยะนำร่อง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไปใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมใช้บริการทางการแพทย์ ได้แก่ ปัจจัยความคาดหวังในประโยชน์ในด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานและความคุ้มค่าของการบริการที่ได้รับ และพบว่าสาเหตุของการไม่ไปใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตร เพราะการรับรู้ว่าคุณภาพบริการที่ตนขึ้นทะเบียนไว้มีคุณภาพต่ำ ดังนั้นจึงต้องการโอกาสเลือกสถานบริการด้วยตัวเอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เลื่อมพร

กำแพงพล (2547) ในเรื่อง ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่พบว่าประสพการณ์การใช้บริการมีผลต่อความต้องการของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สมมติฐานที่ 9 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี

ความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความรู้ความเข้าใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับที่สูงจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับที่ต่ำ จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 55.5 เคยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลตามสิทธิ (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความคาดหวังจากโครงการที่จะต้องมีความเสมอภาค มีประสิทธิภาพ และประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน แต่ปัญหาอุปสรรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการไปรับบริการ (ตารางที่ 6) ที่พบว่าผู้ป่วยต้องรอนานมาก กว่าจะได้ตรวจ ขั้นตอนการให้บริการมีความซับซ้อน ระบบการส่งต่อก่อให้เกิดความยุ่งยากในการใช้บัตร รวมทั้งไม่มั่นใจในคุณภาพของบริการที่ได้รับเพราะเห็นว่าไม่มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ขาดอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัย ส่งผลให้มีทัศนคติทางลบสอดคล้องกับแนวคิดของ พรพวรรณ เจริญปัญญา (2535) ที่ว่าทัศนคติหมายถึงสภาวะของจิตใจซึ่งรวมทั้งความคิด ความรู้สึกและแนวโน้มที่จะสนองตอบของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ และสถานการณ์ต่างๆ อาจจะเป็นในทางบวกหรือทางลบก็ได้ โดยเริ่มจากบุคคลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งนั้นก่อน แล้วทำการประเมินค่าสิ่งนั้นตามประสบการณ์เรียนรู้ที่ผ่านมา โดยเก็บเอาไว้เป็นอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด สะสมไว้เป็นความตั้งใจแล้วจึงสะท้อนออกมาเป็นพฤติกรรม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้ ความเข้าใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) ศึกษาระดับทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3) เปรียบเทียบทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่า ติดเชื้อเอชไอวี ประสบการณ์การใช้บริการ และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ 4) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาพยาบาลตามนัดในช่วง 1 เดือน ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร จำนวนทั้งสิ้น 1,180 คน ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 290 คน โดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งเป็นชั้นภูมิสามสัดส่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งข้อคำถามออกเป็น 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ เอชไอวี ประสบการณ์การใช้บริการ ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สถิติที่ใช้ในการวิจัย สามารถจำแนกเป็น 2 กรณีคือสถิติพรรณนา ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานใช้ t-test F-test เพื่อใช้ในการทดสอบความ

แตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรอิสระ และทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.4 รองลงมามีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.1 อายุเฉลี่ย 39.74 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 53.1 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระหว่าง 5,000-10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.0 รายได้เฉลี่ย 7844.03 บาท และกลุ่มตัวอย่างทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.6 ส่วนใหญ่ร้อยละ 55.5 เคยไปใช้บริการตามโรงพยาบาลในสิทธิบัตรประกันสุขภาพ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ความเข้าใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .74 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในระดับสูงเกือบทุกข้อ โดยข้อ 16 การผ่าตัดเสริมความงามเช่นเสริมจมูก เสริมหน้าอก และข้อ 6 ยาต้านไวรัสเอดส์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ .97 รองลงมาคือข้อ 15 การผ่าตัดแปลงเพศ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .96 และข้อ 12 อุบัติเหตุเนื่องจากการประสบภัยจากรถ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ .09

ทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงสุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 รองลงมาคือด้านเจ้าหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 และด้าน

คุณภาพบริการที่ได้รับภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลตามบัตรทอง น้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อ 1.1 บัตรทองช่วยลดภาระ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของท่านและครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.60 รองลงมาคือข้อ 1.4 การยกเว้นค่าธรรมเนียมมีความเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 และข้อ 4.5 โรงพยาบาลตามบัตรทอง ยังไม่มีความพร้อมที่จะให้บริการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.82

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สำหรับสมมติฐานทั้ง 9 ข้อปรากฏว่าผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ 1 ข้อและ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ 8 ข้อ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเพศต่างกันจะมีทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเพศต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงปฏิเสธสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุต่างกันจะมีทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงปฏิเสธสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาชีพต่างกันจะมีทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาชีพต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงปฏิเสธสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 4 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงปฏิเสธสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 5 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงปฏิเสธสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 6 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้ข องครอบครัวต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงปฏิเสธสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 7 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบระยะเวลาการติดเชื้อต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบระยะเวลาการติดเชื้อ ต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงปฏิเสธสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 8 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์การใช้บริการต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์การใช้บริการ ต่างกันมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงปฏิเสธสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 9 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ความรู้ความเข้าใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเรื่อง ทักษะคิดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อเสนอแนะจากผลกา วิจัย และข้อเสนอแนะ สำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป ดังนี้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา การวิจารณ์และข้อค้นพบต่างๆจากทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อเสนอแนะเพื่อใช้ในการปรับปรุงประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

1. ด้านความรู้ความเข้าใจ จากผลการศึกษาที่พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับที่สูง แต่ประเด็นที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเช่น ข้อ 7 การตรวจ viral load ปีละ 1 ครั้ง และข้อ 8 การตรวจ CD4 ปีละ 2 ครั้ง ยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรประชาสัมพันธ์ในส่วนของสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่จะได้รับจากโครงการและสิทธิประโยชน์ที่ไม่ควร อดบลดุมการ ให้บริการ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้สิทธิตามโครงการ

2. ด้านทัศนคติ จากการศึกษาที่พบว่าระดับทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีทัศนคติที่ต่ำในเรื่อง โรงพยาบาลตามบัตรทองยัง ไม่มี ความพร้อมที่จะให้บริการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลตามบัตรทองขาด อุปกรณ์ที่ทันสมัยและมีคุณภาพ ทำให้ท่านขาดความเชื่อมั่นในการเข้ารับบริการ ท่านเสียเวลารอนานเมื่อไปรับบริการในแต่ละครั้ง และ ขั้นตอนการให้บริการมีความซับซ้อน ระบบการส่งต่อก่อให้เกิดความยุ่งยากในการเข้ารับ และนอกจากนี้ในเรื่องการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตามบัตรทองในประเด็นความเต็มใจให้บริการ การต้อนรับด้วย อธิยาศัยไมตรีที่ดีและใช้วาจาที่สุภาพ แสดงความกระตือรือร้น ให้คำปรึกษาแนะนำ ให้ข้อมูล ข่าวสารและช่วยแก้ไขปัญหา อธิบายขั้นตอนการรักษาให้ทราบโดยละเอียด นั้นถึงแม้จะอยู่ในระดับปานกลางแต่ก็ค่อนข้างต่ำ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการปรับปรุงและพัฒนาในประเด็นดังต่อไปนี้

2.1 สถานพยาบาลต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องศักยภาพ และคุณภาพของสถานพยาบาลโดยบริหารจัดการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขได้อย่างเสมอภาคและเป็นธรรมตามสิทธิที่มีโดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ

2.2 ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการอบรม ศึกษาต่อหรือดูงาน เพื่อให้มีความรู้มากขึ้น พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี การศึกษาปัญหาต่างๆที่เกิดจากการให้บริการสุขภาพนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ

2.3 ควรสร้างเสริมจิตสำนึกที่ดีต่องานบริการสุขภาพ และมีความตั้งใจจริงที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยที่ไม่เลือกปฏิบัติว่าจะป่วยเป็นอะไร เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจและไม่รู้สึกเบื่อหน่ายที่จะไปใช้บริการตามสิทธิบัตรทอง

2.4 สถานพยาบาลควรพิจารณาการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่ไม่สามารถดูแลรักษาได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการที่ตรงกับการเจ็บป่วยและเป็นประโยชน์สูงสุด

3. ด้านปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ จากการศึกษาที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักจะพบปัญหาในเรื่องของการกลัวความลับถูกเปิดเผยมากที่สุด เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี ไม่ได้มีเฉพาะปัญหาทางด้านสุขภาพที่จะต้องดูแล แต่มักจะมีปัญหาทางด้านสังคม อารมณ์และจิตใจตามมาด้วย เช่นไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ถูกสังคม ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่กล้าเปิดเผยตนเองให้บุคคลรอบข้างรู้ ซึ่งรัฐบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการต่อไปนี้

3.1 สถานพยาบาลควรจัดให้มีการสนับสนุนทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร หน่วยงานให้คำปรึกษา ทั้งให้การปรึกษาโดยตรงและทางโทรศัพท์ แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วย โดยการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องโดยเฉพาะการติดต่อของโรคแก่ครอบครัวและชุมชนให้มากขึ้น เพื่อจะได้ปรับเปลี่ยนทัศนคติไม่ให้รังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะสามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

3.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรพิจารณาในประเด็นการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเลือกรับการรักษาในสถานพยาบาลที่ตนต้องการได้

ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประเด็นทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยระเบียบวิธีวิจัยอื่นๆ เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพเต็มรูปแบบหรือการวิจัยเชิงปริมาณ ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นต้น เพื่อให้ได้รายละเอียดในเชิงลึกได้มากกว่านี้
2. ศึกษาผลกระทบจากการปฏิบัติงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. ศึกษาผลกระทบจากการดำเนินโครงการ การรักษาพยาบาลด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อภาวะสุขภาพและสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2551. การดำเนินงานตามโครงการการเข้าถึง
บริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA)
(Online). <http://www.aidsthai.org/arv30.html> , 11 มีนาคม 2551.
- กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. 2544. **มาตรฐานการพยาบาลอนามัยชุมชน.**
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกียรติ รัชชรงค์ธรรม. 2546. “แนวทางการรักษา HIV Infection.” ใน วิทยา ศรีดามาและธานินทร์
อินทรกำจรชัย. Evidence – Based Clinical Practice Guideline ทางอายุรกรรม.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 296-304.
- งานเวชสถิติ สถาบันบำราศนราดูร. 2551. **รายงานประจำปี 2550.** (อัดสำเนา).
- จริยาวัตร คมพัยค์. 2541. **การรับรู้ ความต้องการและการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จามจุรี แซ่หลู่. 2543. **การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิราพร ชีตดี. 2545. **ความคิดเห็นของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัยหัวฝาย อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่.** วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล, จุฑามาศ โมพีและมานพ เงินวิวัฒนกุล. 2544. **การวิจัยและพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาลคู่สัญญาภายใต้ระบบประกันสังคม:ระยะที่ 1 การสร้างและทดสอบดัชนีชี้วัดคุณภาพ.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จุดติพร วงศ์เรณู. 2548. **ทัศนคติของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค).** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- จุไรพร จินตกานนท์. 2535. **การสร้างแบบวัดทัศนคติ.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ทองดี ยนจอหอ. 2548. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถาบันบำราศนราดูร .** วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ทรงพล ภูมิพัฒน์. 2538. **จิตวิทยาสังคม.** กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา ฝ่ายเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- ทิพย์วดี บำเพ็ญบุญ. 2545. **นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Online).** <http://www.kpi.ac.th>, 15 พฤศจิกายน 2551.
- ธงชัย สันติวงษ์. 2535. **การบริหารงานบุคคล.** กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- นฤมล คำเหลือง. 2545. **ความคิดเห็นต่อการให้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย.** วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นวลลักษณ์ บุษบง. 2541. **ตัวประกอบคุณภาพการบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ตามความคาดหวังของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์พยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2541. “พฤติกรรมความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์.” ใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุขและคันสนีย์ เรืองสอน. **องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์.** กรุงเทพฯ: รุ่งแสงการพิมพ์, 76-103.

ประพันธ์ ภาณุภาค. 2544. **โรคเอดส์และตัวท่าน** (Online).

<http://www.geocities.com/hivnat/praphanaids2001.html>, 15 พฤศจิกายน 2551.

ปรียา ศรีพรหม. 2546. **การประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ศึกษาเฉพาะกรณีเขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารองค์การ, มหาวิทยาลัยศรีปทุม.

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. 2544. **จิตวิทยาอุตสาหกรรม**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.

พรทิพย์ อารีย์กุล. 2539. "การดูแลตัวเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี." **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 16 (1): 10-26.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540. **วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. 2541. **การบริหารจัดการบริการสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.

ภูษิต ประคองสาย. 2545. "สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค". **วารสารโรงพยาบาลชุมชน** 4 (1): 5-6.

รจนา วิริยะสมบัติ. 2544. **ความต้องการดูแลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลัดดา กิติวิภาต. 2532. **ทัศนคติทางสังคมเบื้องต้น**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

ลัทธิกาล ศรีวะรมย์. 2541. **พฤติกรรมองค์การ**. กรุงเทพมหานคร: วีระฟิล์มและไชนเท็กซ์จำกัด.

ลือชา โพธิ์พัฒพงศ์. 2550. **ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าของสถานพยาบาลเขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการโครงการและการประเมินโครงการ,
มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี**

วศิน ทีชวาณิช, ผ่องพรรณ อีระวัฒน์ศักดิ์และจิรยุทธ์ คงนุ่น. 2545. “ความคาดหวังของ
ประชาชนต่อคุณภาพบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดพิจิตร”.
วารสารวิชาการสาธารณสุข 12 (5): 9-10.

วัฒนา ศรีสัตย์วาจา. 2534. **จิตวิทยาทัศนคติ.** กรุงเทพมหานคร:ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษย
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

วันทนา มณีศรีวงศ์กุลและลดาวัลย์ ชุ่มประเสริฐพงศ์. 2543. **โรคเอดส์และการดูแล.**
กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.

วันเพ็ญ เจษฎาพรชัย. 2541. **การบริการของโรงพยาบาลตำรวจตามการรับรู้ของผู้ป่วย
นอก.** วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, มหาวิทยาลัย
บูรพา.

วิชาญ วิทยาศัยและประคอง วิทยาศัย. 2540. **เวชปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอดส์.** เชียงใหม่: บริษัท
ไอ.เอส. พรินต์ติ้งเฮาส์จำกัด.

วิโรจน์ ทัตถา. 2546. **การรับรู้ต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาทรักษาทุก
โรค) ของประชาชนอายุ 15-60 ปี อาศัยในพื้นที่เขตรับผิดชอบหน่วยคู่สัญญา
บริการระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลหนองคาย ปี 2546.** วิทยานิพนธ์สาธารณสุข-
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิลาวัลย์ เสนารัตน์, ประยงค์ ลิ้มตระกูล, ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ, ชมนาค พจนามาตร์และ
ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. 2542. **การพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนใน
การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์.** รายงานการวิจัยคณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริชัย ดาริกานนท์. 2541. “คุณภาพชีวิตและความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อ HIV.”

วารสารกรมสุขภาพจิต 5 (3): 25-57.

ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2544. **หัวใจของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค**

คือการปฏิรูประบบการเงินการคลัง. (อัดสำเนา).

สมิต สัชฌุกร. 2545. **การต้อนรับและการบริการที่เป็นเลิศ.** พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เด็อนตุลา จำกัด.

สร้อยตระกูล อรรถมานะ. 2542. **พฤติกรรมองค์กร: ทฤษฎีและการประยุกต์.**

กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

_____. 2545. **พฤติกรรมองค์กร: ทฤษฎีและการประยุกต์.** พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สันทัต เสริมศรี. 2546. **การใช้สถานพยาบาลของรัฐของคนจนในชนบท.**

กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2551. **คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

ปีงบประมาณ 2551. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. 2545. **สรุปผลการสำรวจความคิดเห็นของ**

ประชาชนต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (Online). www.nso.go.th,

11 มีนาคม 2551.

สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข. 2552. **สถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (online).**

<http://203.157.15.4/index.php?page=5061>, 12 เมษายน 2553.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสิทธิ์. 2540. **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 10.

กรุงเทพมหานคร: บริษัทเฟื่องฟ้า พรินติ้ง จำกัด.

อรรถ อาษาฤทธิ์. 2541. **ตัวประกอบคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลศูนย์และ**

โรงพยาบาลทั่วไปตามความคาดหวังของผู้ป่วยในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาล

ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุบลศรี หาญเจริญกิจ. 2543. **คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุส่าห์ เพ็งภรรยา, นงนิตย์ จงจิระศิริและเปรมจิต หงส์อำไพ. 2545. “การประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดปัตตานี”. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 12 (5): 11-12.

อัฒชนา ณ ระนอง. 2550. **โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคกับความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เอื้อมพร กำแหงพล. 2547. **การศึกษาปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อความต้องการของผู้ใช้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย**. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการศึกษา

เรื่อง “ทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งการตอบแบบสอบถามของท่านจะมีคุณค่าต่อการศึกษาและเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างมาก

2. แบบสอบถามฉบับนี้ มี 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถาม

จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านกรุณาตอบให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงมากที่สุด เพราะการศึกษาจะสมบูรณ์และมีประโยชน์ นั้นจะต้องได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนตามความเป็นจริง ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากท่าน จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

9. ท่านเคยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลตามสิทธิบัตรทองของท่านหรือไม่

() เคยครั้ง

() ไม่เคย

10. เหตุผลที่ท่านมารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร

() ถูกส่งตัวมา () มีคนแนะนำ

() ผู้ป่วยเก่าในโครงการ () อื่นๆ (ระบุ).....

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่” “ไม่ใช่” ให้ตรงตามความรู้สึก ความคิดของผู้ตอบมากที่สุด

ข้อ	บริการเหล่านี้สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ได้	ใช่	ไม่ใช่
1.	การตรวจ การฝากท้อง และดูแลหญิงตั้งครรภ์		
2.	การดูแลสุขภาพเด็ก และภาวะโภชนาการเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรค เช่นการฉีดวัคซีน		
3.	การตรวจสุขภาพของประชาชนทั่วไป เช่นวัดความดัน		
4.	การไปรับบริการด้านการวางแผนครอบครัว		
5.	การถอนฟัน การอุดฟัน ขูดหินปูน ผ่าฟันคุด		
6.	ยาต้านไวรัสเอดส์		
7.	การตรวจ viral load ปีละ 1 ครั้ง		
8.	การตรวจ CD4 ปีละ 2 ครั้ง		
9.	การตรวจวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูทางการแพทย์		
10.	การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน		
11.	การผสมเทียมในผู้มีบุตรยาก		

ข้อ	บริการเหล่านี้สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ได้	ใช่	ไม่ใช่
12.	อุบัติเหตุเนื่องจากการประสบภัยจากรถ		
13.	โรคจิตที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน		
14.	ค่าอาหารและค่าห้องสามัญในการนอนพักรักษาตัว		
15.	การผ่าตัดแปลงเพศ		
16.	การผ่าตัดเสริมความงามเช่นเสริมจมูก เสริมหน้าอก		
17.	การให้คำปรึกษาแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพ		
18.	ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ		
19.	รับยาได้ทุกชนิดไม่มีข้อยกเว้นใดๆ		
20.	กรณีฉุกเฉินสามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทุกแห่งที่ใกล้จุดเกิดเหตุ		
21.	ไปรักษากับแพทย์เฉพาะทางโดยไม่ผ่านการส่งตัวจากโรงพยาบาลที่ระบุในบัตร		
22.	แพทย์ส่งตัวให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นเนื่องจากเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลเดิม		
23.	แพทย์เห็นว่าสิ้นสุดการรักษาแต่ไม่มีญาติคอยดูแลที่บ้านต้องการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อนอนโรงพยาบาลต่อ		

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “เห็นด้วย” “ไม่แน่ใจ” “ไม่เห็นด้วย” “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ตรงตามความรู้สึก ความคิดของผู้ตอบมากที่สุด

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน
เห็นด้วยบ้าง	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความดังกล่าว
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย บ้าง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ด้านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า					
1.1 บัตรทองช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของท่านและครอบครัว					
1.2 ท่านสามารถไปใช้บริการต่อเนื่องโดยไม่กังวลในเรื่องค่าใช้จ่าย					
1.3 ท่านได้รับบริการที่เสมอภาค เท่าเทียมกันกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอื่น					
1.4 การยกเว้นค่าธรรมเนียมบัตรทองมีความเหมาะสม					
1.5 โรงพยาบาลที่ถูกระบุในบัตรทองของท่านมีความเหมาะสมดีแล้ว					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย บ้าง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.6 ขั้นตอนการใช้บริการมีความ ซับซ้อน ระบบการส่งต่อก่อให้เกิด ความยุ่งยากในการใช้บัตร					
1.7 โครงการมุ่งเน้นการส่งเสริม สุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วน หน้า					
1.8 เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของ ประเทศชาติ					
2. ด้านสถานที่					
2.1 โรงพยาบาลที่ระบุในบัตร ทองตั้งอยู่ในแหล่งที่สะดวกใน การเดินทางไปรับบริการ					
2.2 การจัดสถานที่ของ โรงพยาบาลตามบัตรทองมี ความสะดวกสบายในการเข้ารับ บริการ					
2.3 โรงพยาบาลตามบัตรทองมี บรรยากาศที่ดี ไม่มีสิ่งรบกวน					
2.4 โรงพยาบาลตามบัตรทอง ขาด อุปกรณ์ที่ทันสมัยและมี คุณภาพ ทำให้ท่านขาดความ เชื่อมั่นในการเข้ารับบริการ					
2.5 ท่านพึงพอใจใน โรงพยาบาลที่ท่านได้รับสิทธิไป ใช้บริการที่ระบุไว้ในบัตรทอง					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย บ้าง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
3. ด้านเจ้าหน้าที่					
3.1 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ตามบัตรทองมีความเต็มใจใน การให้บริการท่าน					
3.2 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ตามบัตรทองต้อนรับท่านด้วย อัธยาศัยไมตรีที่ดีและใช้วาจาที่ สุภาพ					
3.3 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ตามบัตรทองอธิบายขั้นตอนการ รักษาให้ท่านทราบโดยละเอียด					
3.4 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ตามบัตรทองแสดงความ กระตือรือร้น ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารและ ช่วยแก้ไขปัญหา					
3.5 แพทย์ในโรงพยาบาลตาม บัตรทองให้ความสนใจเอาใจใส่ อาการเจ็บป่วย โดยรับฟังปัญหา เกี่ยวกับโรคของท่านอย่างตั้งใจ					
3.6 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ตามบัตรทองให้การ รักษาพยาบาลท่านด้วย มาตรฐานเดียวกับผู้ป่วยรายอื่น					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย บ้าง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
4. ด้านคุณภาพบริการ					
4.1 ท่านเสียเวลารอนานเมื่อไป รับบริการในแต่ละครั้ง					
4.2 การให้ข้อมูลข่าวสารของ เจ้าหน้าที่ มีความชัดเจนและ เท่าเทียมกันทุกราย					
4.3 ยาที่ได้รับจากโครงการบัตร ทองมีคุณภาพเท่าเทียมกับยาที่ ได้จากการรักษาแบบจ่ายค่า รักษาพยาบาลเองทั้งหมด					
4.4 แพทย์ที่รักษาผู้ป่วยบัตร ทอง เป็นคนละกลุ่มกับแพทย์ ผู้รักษาผู้ป่วยแบบเสียค่าใช้จ่าย เองทั้งหมด					
4.5 โรงพยาบาลตามบัตรทอง ยัง ไม่มี ความพร้อมที่จะ ให้บริการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี					
4.6 โรงพยาบาลพยายาม หลีกเลี่ยงการรักษาผู้ป่วยบัตร ทอง					
4.7 เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญ กับท่านเทียบเท่าผู้รับบริการราย อื่น					

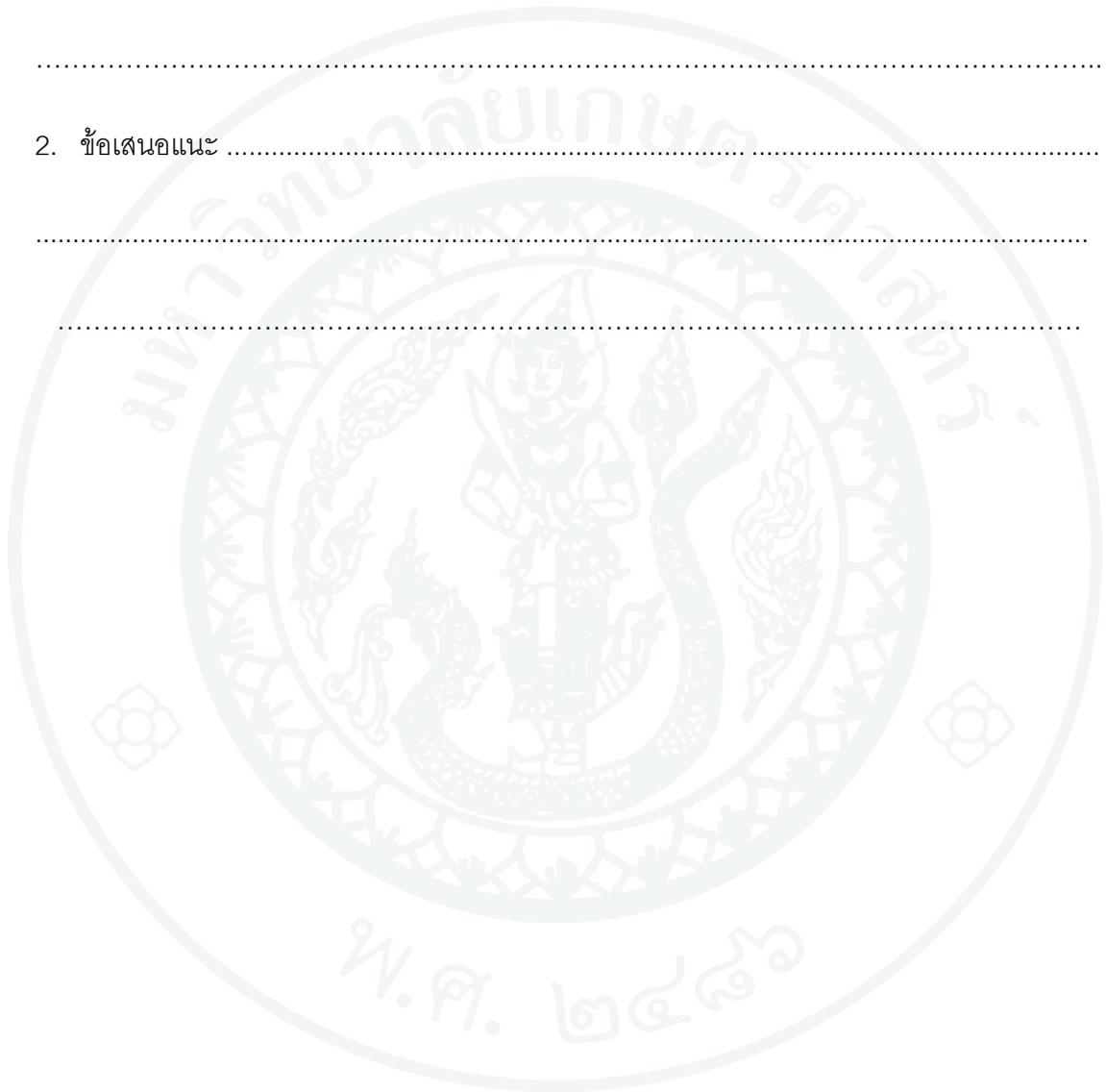
ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ปัญหาที่ท่านพบจากการใช้บริการรักษาพยาบาลตามโครงการบัตรทอง.....

.....

.....

2. ข้อเสนอแนะ
.....
.....





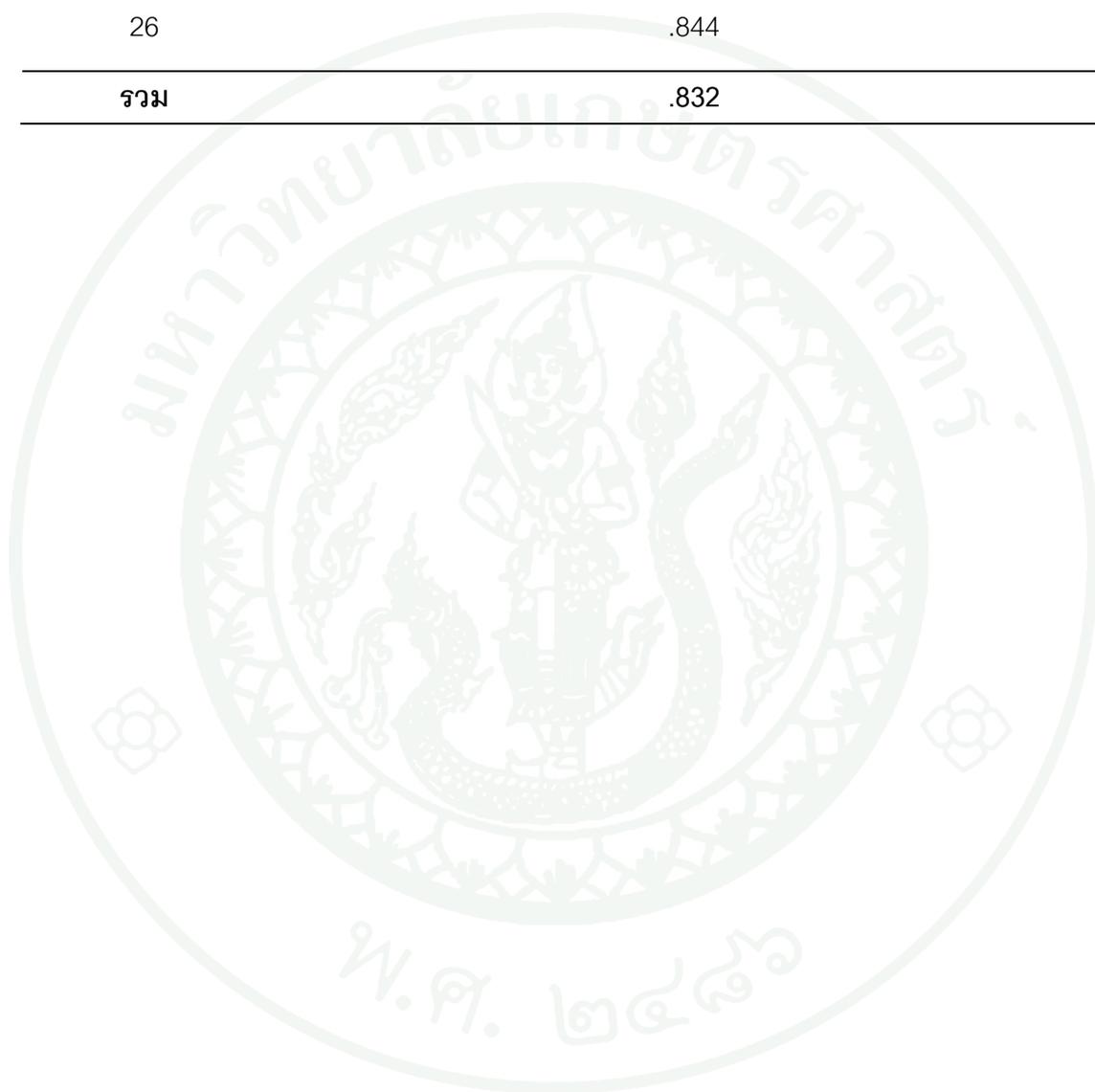
ภาคผนวก ข
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ตารางผนวกที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ในภาพรวม

ข้อที่	Cronbach's Alpha Coefficient
1	.830
2	.823
3	.831
4	.828
5	.848
6	.827
7	.853
8	.842
9	.817
10	.832
11	.834
12	.821
13	.845
14	.808
15	.812
16	.808
17	.810
18	.811
19	.824
20	.810
21	.812
22	.826
23	.828
24	.822

ตารางผนวกที่ 1 (ต่อ)

ข้อที่	Cronbach's Alpha Coefficient
25	.831
26	.844
รวม	.832





ภาคผนวก ค

เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารพิทักษ์สิทธิ

แบบสรุปผลการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดรุร

เลขที่งานวิจัย BIR-09-02

วันที่ 25 พฤษภาคม 2552

เรื่อง การสรุปการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดรุร

จากการพิจารณาโครงการวิจัยเรื่อง : ทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้วิจัย นางสาวจุริรัตน์ จาลอย

มีผลการพิจารณาของคณะกรรมการมีดังนี้

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย | <input checked="" type="checkbox"/> ผ่านการพิจารณา | <input type="checkbox"/> ไม่ผ่านการพิจารณา |
| <input type="checkbox"/> คณะกรรมการพิจารณาผลประโยชน์งานวิจัย | <input type="checkbox"/> ผ่านการพิจารณา | <input type="checkbox"/> ไม่ผ่านการพิจารณา |
| <input type="checkbox"/> กลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง | <input type="checkbox"/> ผ่านการพิจารณา | <input type="checkbox"/> ไม่ผ่านการพิจารณา |
| <input type="checkbox"/> สรุปความคิดเห็นอื่นๆ | | |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(แพทย์หญิงรุจณี สุนทรขจิต)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย

- ทราบ
- อนุมัติ ไม่อนุมัติ
- อื่นๆ

(นายแพทย์วิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล)

รองผู้อำนวยการสถาบันด้านการวิจัย

.....25/5/52.....

- อนุมัติ ไม่อนุมัติ
- อื่นๆ

(นายแพทย์ปรีชา ตันธนาธิป)

ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดรุร

.....28 พ.ค. 25 52.....

**Documentary Proof of
Institutional Review Board of
Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute**

Protocol Title: ทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
The Attitude of HIV Infected Persons to the Universal Health Care
Coverage Project

Protocol No.: -

Investigator นางสาวรุจิรัตน์ จาลอย

Official Address: 126 Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
Tiwanon Road, Nonthaburi, Thailand, 11000

Document Reviewed 1. แบบเสนอโครงการฉบับภาษาไทย
2. แบบสอบถามเพื่อการศึกษา
3. เอกสารแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

The aforementioned documents have been reviewed and Approved by Institutional Review Board,
based on the ICH-GCP.

Signature of Chairman

Institutional Review Board

(Rujanee Sunthornkachit)

Signature of Director of

Bamrasnaradura Infectious

Diseases Institute

(Preecha Tunthanathip)

Date of Reviewed

25 MAY 2009

Date of Approved

25 MAY 2009



หนังสืออนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย

หนังสือฉบับนี้ออกเพื่อรับรองว่า สถาบันบำราศนราดูร ยินยอมให้ นางสาวจุฑิณี จาลอย สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินโครงการวิจัย โดยครอบคลุมถึงการใช้สถานที่ เวชระเบียน และอื่นๆ ซึ่งทั้งหมดจะต้องอยู่ภายใต้ระเบียบของสถาบันฯ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชื่อโครงการวิจัยหลัก (ภาษาไทย): ทศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ชื่อโครงการวิจัยหลัก (ภาษาอังกฤษ): The Attitude of HIV Infected Persons to the Universal Health Care Coverage Project.

สถานที่ดำเนินโครงการวิจัย: สถาบันบำราศนราดูร
ที่อยู่ 126 หมู่ 4 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
ให้ไว้ ณ วันที่ 28 พ.ค. 2552

.....
(นายแพทย์ปรีชา ตันธนาธิป)

ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

**Institutional Review Board of
Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Nonthaburi, Thailand**

Member Name (First MI, Last)	Gender (M/F)	Primary Scientific or Nonscientific Specialty	Tick if present	
			Yes	No
Dr. RUJANEE SUNTHORNKACHIT	F	<i>Pediatrics</i>	✓	
Dr. JURAI WONGSAWAT	F	<i>Pediatrics</i>		✓
Dr. SUTHAT CHOTTAPUND	M	<i>Surgery</i>	✓	
Dr. BOOSABUN CHUAINTRA	F	<i>Dermatology</i>	✓	
Miss. SUNANTA BURATARAWONG	F	<i>Pediatrics</i>	✓	
Mrs. SIRIRAT LIKANONSAKUL	F	<i>Medical Technology</i>	✓	
Mrs. CHANOKPHAN DILOKGOMON	F	<i>Political science</i>	✓	
Miss. SOMKID ANGKASRITHONGKUL	F	<i>Pharmacy</i>	✓	
Mrs. KANOKPRON MEANGCHANA	F	<i>Pharmacy</i>	✓	
Mr. BOONCHUAY EAMPOKALAP	M	<i>Medical Technology</i>	✓	
Mrs. TANOMCHITT DUANDUAN	F	<i>Pediatrics</i>	✓	

Date of Reviewed : 25 MAY 2009

Date of Approved : 28 MAY 2009

Date of Expire : 28 MAY 2009

For Protocol : The Attitude of HIV Infected Persons to the Universal Health Care Coverage Project.

Signature of Chairman

Dr. Rujanee Sunthornkachit, M.D.

เอกสารแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. **ชื่อโครงการวิจัย :** ทักษะคิดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. **ชื่อผู้วิจัยหลัก :** นางสาวรุจิรัตน์ จาลอย นิสิตสาขาวิชาพัฒนสังคมศาสตร์
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
สถานที่ทำงาน งานสังคมสงเคราะห์ สถาบันบำราศนราดูร
โทรศัพท์ ที่ทำงาน 0-2590-3510 ที่บ้าน 0-2965-9898
3. **เนื้อหาสาระของโครงการวิจัยและความเกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัย**

3.1 เหตุผลและความจำเป็นที่จะต้องทำวิจัย

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นกลวิธีหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพของรัฐบาลที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกคนโดยเฉพาะผู้ยากไร้ได้มีหลักประกันสุขภาพ ได้รับบริการ รักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ซึ่งจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและเท่าเทียมกัน โดยจัดสถานบริการสุขภาพเป็นเครือข่ายการบริการ ประกอบด้วยโรงพยาบาล สถานีอนามัย และศูนย์สุขภาพชุมชน

จากการปฏิบัติงานที่งานสังคมสงเคราะห์ พบว่า ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง จึงได้มีการเก็บข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในงานสังคมสงเคราะห์ พบว่าการให้บริการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ ในปีงบประมาณ 2549 จำนวน 2,580 ราย เป็นเงินกว่า 12 ล้านบาท และจากการประเมินผลการดำเนินงานสังคมสงเคราะห์ สถาบันบำราศนราดูร ในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี /ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้รับคำแนะนำเรื่องการไปรับการรักษาตามสิทธิแล้วยังกลับมาขอรับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลอีกกว่าร้อยละ 50 จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

3.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาระดับความรู้ความเข้าใจและเปรียบเทียบทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.3 วิธีการศึกษาวิจัยโดยสังเขป

เป็นการสำรวจ ความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาพยาบาลตามนัดในช่วง 1 เดือน ที่สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี ในช่วงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2552 โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

เพื่อเป็นแนวทางในการ ปรับทัศนคติ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นแนวทางในการสนับสนุน ส่งเสริมและความรู้ ความเข้าใจ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะนำมาสู่การรับบริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนทั้งเป็นแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องต่อไป

3.5 ความเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและการแก้ไข

- ความเสี่ยงของอาสาสมัคร ได้แก่ ความลับของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลและตระหนักถึงการรักษาความลับของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ในห้องที่มิดชิด ไม่เปิดเผยรายชื่อผู้ถูกวิจัย ในการนำเสนอผลการวิจัย จะสรุปผล ในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการกล่าวถึงท่านเป็นการเฉพาะ

- ผู้เข้าร่วมวิจัย จะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆในการวิจัย

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

โครงการวิจัยเรื่อง ทักษะคิดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และสามารถบอกเลิก ยุติ หรือถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ และจะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่จะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ ยินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

ลงนาม ผู้วิจัย

ลงนาม พยาน

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ -นามสกุล	นางสาวรุจิรัตน์ จาลอย
วัน เดือน ปี ที่เกิด	23 ตุลาคม 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดศรีสะเกษ
ประวัติการศึกษา	2541 ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สถาบันบำราศนราดูร

