



วิทยานิพนธ์

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี

HEALTH BEHAVIOR OF PATIENTS SEEKING CARE
AT EMERGENCY ROOM OF BANG PLA MA HOSPITAL,
SUPHAN BURI PROVINCE

นางสาวไพเราะ กิจจาธิชากร

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พ.ศ. 2551



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลบางปลาหม่า จังหวัดสุพรรณบุรี

Health Behavior of Patients Seeking Care at Emergency Room of Bang Pla Ma Hosipital,
Suphan Buri Province

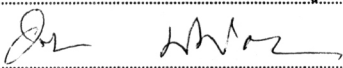
นามผู้วิจัย นางสาวไพเราะ กิจจาทิชากร

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

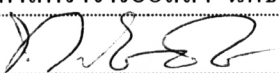
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


(อาจารย์ธนวรรณ อัมสมบูรณ์, Dr.P.H.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม


(รองศาสตราจารย์อลิสา นิติธรรม, ค.ม.)

หัวหน้าภาควิชา


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ นุ้ยสินธุ์, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว


(รองศาสตราจารย์วินัย อาจคงหาญ, M.A.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 11 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลา
จังหวัดสุพรรณบุรี

Health Behavior of Patients Seeking Care at Emergency Room
of Bang Pla Ma Hospital, Suphan Buri Province

โดย

นางสาวไพเราะ กิจจาธิชากร

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2551

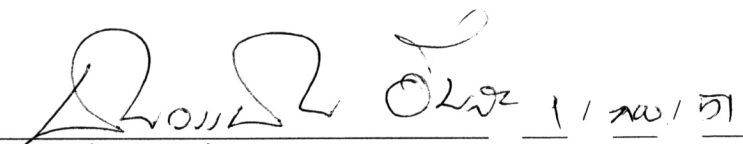
ไพเราะ กิจจาทีชากร 2551: พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุ
และฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
อาจารย์ชนวรรณ อิ่มสมบูรณ์, Dr.P.H. 105 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประเภทการสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลบางปลาหมี่
จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุ
และฉุกเฉินของโรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีอายุระหว่าง 15 – 60 ปี และสามารถ
ให้การสัมภาษณ์ได้ จำนวน 345 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้ใน
การวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ และสิทธิในการรักษา
พยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและ
ฉุกเฉินของโรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี ส่วน ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่ การรับรู้ภาวะ
สุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกัน สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคม และกระบวนการ
ตรวจรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มารับบริการ อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ลายมือชื่อนิสิต



ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

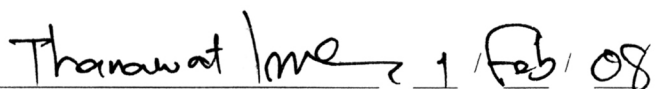
Pairoh Kitjatchakorn 2008: Health Behavior of Patients Seeking Care at Emergency Room of Bang Pla Ma Hospital, Suphan Buri Province. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Mr.Thanawat Imsomboon, Dr.P.H. 105 pages.

The main purpose of this descriptive research was to study health behavior of patients seeking care at emergency room of Bang Pla Ma Hospital, Suphan Buri Province. The sample were 345 in patients seeking care at emergency room of Bang Pla Ma Hospital, Suphan Buri Province, obtained by accidental sampling, aged between 15–60 years and capable to answer the questionnaire. The instrument used for data collection were questionnaire. The statistics used for data analysis were Percentage, Mean, χ^2 - test and Pearson 's Product Moment Correlation Coefficient.

The study results revealed that: The correlation between sex, age, marital status, religion, occupation, salary and treatment beneficiary had no significant correlation. While education had significant correlation with health behavior of the patients seeking care at a statistical significance level of .05. There was also a correlation between health perception and health belief of patients seeking care at a statistical significance level of .05. The social support and hospital process had significant correlation with health behavior of the patients seeking care at a statistical significance at a level of .01.



Student's signature



Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาอภัยของคณาจารย์หลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้เป็นอย่างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ดร. ชนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์ ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์อติสา นิตินธรรม กรรมการร่วม รองศาสตราจารย์เจษฎา เกียรติระนัย ประธานการสอบปากเปล่าขั้นสุดท้าย และรองศาสตราจารย์วิสูตร กองจินดา ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ แนะนำตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์อนวัช รัศมีวรรณวงษ์ นายแพทย์ 8 ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางปลาหมี่ คุณวันเพ็ญ รัตนทยากร พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คุณชนาวดี ลาภกรวย พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คุณจิตติรัตน์ ทับแก้ว นักวิชาการสาธารณสุข 7 ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญ ให้ความช่วยเหลือในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสัมภาษณ์ รวมทั้งผู้รับบริการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนประสบความสำเร็จด้วยดี

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา และครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนให้ความรู้ในการศึกษาเล่าเรียนและเป็นกำลังใจในการเรียน ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ ปรียญาโทสาขาวิชาสุขศึกษาทุกท่านที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือตลอดมา และทุกท่านที่มีได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ ที่ได้ร่วมในการดำเนินกิจกรรมการวิจัยครั้งนี้ให้บรรลุผลสำเร็จด้วยดี คุณความดีของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบเป็นเครื่องบูชาคุณบิดา มารดา และครูบาอาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้แก่ผู้วิจัย

ไพเราะ กิจจาทีชากร

มกราคม 2551

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(3)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
การตรวจเอกสาร	8
อุปกรณ์และวิธีการ	50
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	57
ผลการวิจัย	57
ข้อวิจารณ์	74
สรุปและข้อเสนอแนะ	80
สรุป	80
ข้อเสนอแนะ	84
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	86
ภาคผนวก	95
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ	96
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	97
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	105

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการด้านปัจจัยทางชีวสังคม	58
2	จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการจำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นรายข้อ	60
3	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้มารับบริการ	61
4	จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการ จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นรายข้อ	61
5	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม	63
6	จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการ จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นรายข้อ	64
7	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม	65
8	จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการ จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ เป็นรายข้อ	65
9	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	67
10	จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการ จำแนกตามกระบวนการตรวจรักษา ในโรงพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ	68
11	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล	69
12	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้มารับบริการ	70
13	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้มารับบริการ	72
14	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้มารับบริการ	73
15	ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้มารับบริการ	73
16	ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาลกับพฤติกรรม สุขภาพของผู้มารับบริการ	74

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ภาวะต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีมากจนกระทั่งถึงแก่ความตาย	11
2	ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ	14
3	กระบวนการรับรู้	24
4	รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของ Becker	31
5	กรอบแนวคิดในการวิจัย	48

**พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลบางปลาหม่า จังหวัดสุพรรณบุรี**

**Health Behavior of Patients Seeking Care at Emergency Room
of Bang Pla Ma Hospital, Suphan Buri Province**

คำนำ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นเพื่อชี้นำทิศทางการพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาสุขภาพไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อันเป็นแนวทางที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชทรงมีพระราชดำรัสชี้แนะแก่พสกนิกรชาวไทย จากประสบการณ์อันยาวนานในงานพัฒนาของพระองค์ ที่เน้นแนวทางการเดินสายกลางและการให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและการใช้กระบวนการการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นแนวคิดที่เกิดจากความต้องการบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาคนและได้รับการยอมรับ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เข้าใจได้ง่ายและปฏิบัติได้จริง สามารถนำมาประยุกต์กับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ภายใต้อุคโลกาภิวัตน์ได้ในขอบเขตที่กว้างขวาง นอกจากนี้แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงยังเป็นแนวนโยบายสำคัญของรัฐบาลในการพัฒนาประเทศ ทั้งนี้ การกำหนดทิศทาง การพัฒนาสุขภาพดังกล่าวได้ผ่านกระบวนการทบทวนสถานการณ์แนวโน้มปัญหาสุขภาพ ระบบบริหาร และระบบบริการสุขภาพที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ของทุนทางเศรษฐกิจ ทุนทางสังคม และทุนทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ทั้งในบริบทของประเทศไทย และระหว่างประเทศ ตลอดจนการระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและประมวลเป็นกรอบแนวคิด วิสัยทัศน์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ การพัฒนาและการแปลงสู่การปฏิบัติ

สุขภาพ เป็นคุณภาพชีวิตซึ่งไม่คงที่และไม่แน่นอนเสมอไป ขึ้นๆ ลงๆ ได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าสุขภาพเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยที่สุขภาพนั้น จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เป็นครั้งคราวเสมอในการดำรงชีวิต เช่น บางครั้งอาการเจ็บป่วยก็หนัก และเดี๋ยวก็เบาขึ้นจนหาย ร่างกายต้องพักฟื้นฟูระยะหนึ่ง จนในที่สุด สุขภาพก็จะกลับมาสมบูรณ์เหมือนเดิม แต่ในขณะที่เจ็บป่วยนั้น ก็อาจจะเกิดผลกระทบต่อครอบครัวตามมาในหลายๆ ด้าน เช่น ด้านค่าใช้จ่าย การประกอบอาชีพ เป็นต้น ถึงแม้ว่าในการดำรงชีวิตประจำวัน จะได้มีการปฏิบัติ เพื่อการดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอเป็นประจำแล้วก็ตาม แต่การเกิดโรคร้ายไข้เจ็บ บางครั้งก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาของธรรมชาติมนุษย์ ที่ต้องพบกับการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เพียงแต่น่าจะเป็นความเจ็บไข้ได้ป่วย ที่เกิดขึ้นเนื่องจาก หมกหนทางป้องกันแล้ว หรือได้พยายามป้องกันแล้ว แต่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้

เพราะในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย จะให้ผลกันอย่างเห็นได้ชัด ในกลุ่มของคนที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และปฏิบัติเป็นประจำ จะหายเร็วกว่า ใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสุขภาพสั้นกว่า และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่า

ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในสังคมยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี รวมทั้งการแข่งขันทางด้านธุรกิจที่เป็นไปอย่างสูงยิ่ง ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีในการพัฒนา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบต่อวิถีชีวิต และสุขภาพของประชาชนไทยเป็นอย่างมาก จากการสำรวจ พบว่ามีจำนวนคนตายประมาณ 3.83 แสนคน เป็นชาย 2.11 แสนคน เป็นหญิง 1.71 แสนคน พบว่าส่วนใหญ่ตายด้วยโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 51.4 รองลงมาคือโรคมะเร็ง ร้อยละ 25.4 กลุ่มโรคติดต่อ ร้อยละ 12.7 อุบัติเหตุ ร้อยละ 7.9 สำหรับการตายที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อ พบว่า ตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็งสูงสุด ประมาณร้อยละ 16.3 ส่วนการตายที่เกิดจากโรคติดต่อ ส่วนมากเกิดจากกลุ่มโรคติดเชื้อ ร้อยละ 7.8 และโรคทางเดินหายใจ ร้อยละ 5.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549)

ในราวหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงแนวคิด นโยบาย โครงสร้าง กลไกการจัดการ และบทบาทของภาคส่วนต่าง ๆ พัฒนาการสำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะหนึ่งทศวรรษดังกล่าวสะท้อนพลวัตใหม่ของการพัฒนาสุขภาพในสังคมไทย แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในหลายด้านและบางเหตุการณ์อาจเป็นเค้าร่างของปัญหาที่จะเกิดขึ้นและต้องการแก้ไขในอนาคต แต่ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมาก็มีพัฒนาการที่อาจถือได้ว่าเป็นมิติของระบบสุขภาพไทยที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่คุณภาพใหม่ ปรากฏให้เห็นอย่างเด่นชัด ได้แก่ กระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพที่ค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนจิตสำนึกใหม่ในเรื่องสุขภาพของสังคมไทย ความตื่นตัวนี้ด้านหนึ่งเป็นผลมาจากการตระหนักถึงภัยคุกคามจากโรคร้ายที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ ในหมู่ชนชั้นกลางที่มีชีวิตแปลกแยกอยู่ในเมืองและต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและโรคมะเร็ง การใส่ใจเรื่องสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกกลายเป็นทางออกจากภาวะบิบบิ้นของวิถีชีวิตสมัยใหม่ ในขณะที่กระแสสุขภาพ ก่อตัวท่ามกลางชาวบ้านที่ต้องการหาทางออกจากปัญหาสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ของเศรษฐกิจ และระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรมเกษตร กลายเป็นความตื่นตัวต่อเกษตรชีวภาพ เกษตรปลอดภัย และเกษตรอินทรีย์ ความตื่นตัวต่อภัยคุกคามสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บที่มาพร้อมกับชีวิตที่ขาดคุณภาพ และห่างเหินจากธรรมชาติ ทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน ความนิยมในเรื่องอาหารสุขภาพ สมุนไพร การแพทย์ทางเลือก การออกกำลังกาย สปา

ตลอดจนการเกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่าง ๆ ที่แพร่หลายขึ้น สะท้อนการเกิดจิตสำนึกสุขภาพใหม่ ที่ถือว่าสุขภาพไม่ใช่สิ่งที่ผูกขาดหรือหยิบยื่นให้โดยสถาบันทางการแพทย์ แต่เป็นหน้าที่ของทุกคน ที่จะต้องใส่ใจและแสวงหา

ในประเทศไทย โรงพยาบาลเป็นองค์กรสุขภาพ ที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งจะต้องให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งมีการให้บริการด้านการรักษาโรค ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข (จารุวรรณ และคณะ, 2536)

การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีนั้น ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ใน 3 ลักษณะ คือ พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง ซึ่งพฤติกรรมทั้ง 3 ลักษณะ จะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง ทั้งในตัวบุคคล และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ภายนอกตัวบุคคล

การมีพฤติกรรมสุขภาพดีจะก่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี เมื่อสุขภาพกายดี จะส่งผลให้สุขภาพจิตดีด้วย และการที่บุคคล มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ จะช่วยป้องกัน โรคภัยไข้เจ็บที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดี มีความพร้อมที่จะปฏิบัติงาน หรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สุขภาพเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต ถ้าคนเราต้องการมีสุขภาพดี ก็จำเป็นต้องทำกิจกรรมหลาย ๆ อย่างประกอบกัน ทั้งในด้านการปฏิบัติตัว และสุขนิสัยส่วนตัว รวมถึงการปฏิบัติเพื่อส่วนรวม ถ้าทุกคนรู้จักรักษาดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน สุขภาพมีความสมบูรณ์แข็งแรง มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจแล้ว ย่อมมีกำลังทำประโยชน์ สร้างสรรค์เศรษฐกิจ และสังคม บ้านเมืองได้อย่างเต็มที่

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งปฏิบัติงานเป็นเป็นพยาบาลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่จะต้องให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้มารับบริการ รวมไปถึงถึงบุคคลในครอบครัวของผู้มารับบริการด้วย ดังนั้นการศึกษาข้อมูลทางด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำมาพัฒนางาน และปรับปรุงการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายด้วย และนำข้อมูลสุขภาพที่ได้มาใช้พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนผู้มารับบริการให้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อทราบประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่
 - 2.1 ปัจจัยด้านชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และสิทธิในการรักษาพยาบาล
 - 2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 2.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 2.4 แรงสนับสนุนทางสังคม
 - 2.5 กระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. นำผลวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน เพื่อพัฒนางานคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาล
2. นำผลวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดแนวทางในการดำเนินงานสุศึกษา เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ที่มารับบริการในโรงพยาบาล
3. นำผลวิจัยที่ได้ไปใช้ในการวางแผนและกำหนดแนวทาง ในการดำเนินงานสุศึกษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ
4. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับค้นคว้าวิจัย ในประเด็นอื่นๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลบางปลาหม่า จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีอายุระหว่าง 15 – 60 ปี ที่สามารถให้การสัมภาษณ์ได้

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ตัวแปรอิสระแบ่งเป็น

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย
 - 1.1 ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และสิทธิในการรักษาพยาบาล
 - 1.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 1.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ

1.4 แรงสนับสนุนทางสังคม

1.5 กระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี

นิยามศัพท์

ในการวิจัยเรื่องนี้ได้กำหนดคำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง แบบแผนของการประพฤติปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้มารับบริการ โดยพฤติกรรมสุขภาพหมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวอาจสามารถสังเกตได้ และบางอย่างเป็นการเปลี่ยนแปลงภายใน โดยไม่สามารถที่จะสังเกตได้ พฤติกรรมสุขภาพจากการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการประเมินการประพฤติปฏิบัติตนเองของผู้มารับบริการจากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผู้ป่วย หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลบางปลาหมอ ที่มีอายุ 15 – 60 ปี และอยู่ในสภาพที่สามารถให้การสัมภาษณ์หรือให้ข้อมูลได้

สิทธิในการรักษาพยาบาล หมายถึง สิทธิที่ใช้ในการรักษาภาวะเจ็บป่วยต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย

1. เบิกได้ตามสิทธิ์ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
2. ชำระเงินเอง
3. บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)
4. ประกันสังคม
5. ประกันชีวิต

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ในขณะที่เจ็บป่วย ซึ่งสามารถประเมินได้เป็น 3 ระดับคือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง บุคคลใดจะมีพฤติกรรมด้านการป้องกันโรครึ่ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อแลการรับรู้ ว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตเขาพอสมควร และการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยง จากการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ซึ่งสามารถประเมินได้เป็น 3 ระดับคือ ระดับถูกต้องมาก ระดับถูกต้องปานกลาง และระดับถูกต้องน้อย

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที “ผู้รับแรงสนับสนุน” ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ การสนับสนุนด้านจิตใจจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และยังมีผลทำให้ผู้รับต้องการ ซึ่งสามารถประเมินได้เป็น 3 ระดับคือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย

กระบวนการตรวจรักษา หมายถึง ขั้นตอนการให้สุ่ศึกษาในโรงพยาบาล ซึ่งจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุของการเจ็บป่วย อาการ การรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพและวิธีป้องกันโรคแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งอาจดำเนินการระหว่าง รอการตรวจขณะตรวจ และหลังจากแพทย์ตรวจเสร็จแล้ว ผู้รับผิชอบอาจเป็นแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถประเมินได้เป็น 3 ระดับคือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย

ผู้ป่วยอุบัติเหตุ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทุกชนิดรวมถึงอุบัติเหตุ

ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่มีอันตรายต่อชีวิตอย่างเฉียบพลัน

การตรวจเอกสาร

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
2. สิทธิในการรักษาพยาบาล
3. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 3.2 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
 - 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
4. กระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติตัวหรือการกระทำ กิริยาอาการ ความคิดและความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรืออาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรม เป็นปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525; มานิต, 2528; Twaddle, 1981)

สุขภาพ คือ ความเป็นสุขปราศจากโรค อนามัยของร่างกาย ภาวะความเป็นอยู่ของร่างกาย เช่น สุขภาพดี ก็หมายความว่า ร่างกายแข็งแรง สุขภาพไม่ดี ก็หมายความว่า ร่างกายไม่แข็งแรง (มานิต, 2528)

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้มากมายสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตัวหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรือการงดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆ หรือบุคคลอื่น ทั้งผลดีและผลเสีย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ทักษะและการปฏิบัติตนทางสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ (สุชาติ, 2525; ประภาเพ็ญ, 2527; นิภา, 2529; ธนวรรณ; 2532)

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ (2527) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด ซึ่งสอดคล้องกับ Karsl and Cobb (1966) คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ เป็นต้น
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การพักผ่อน การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหา การรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม
3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค (Sick – Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น

การแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิดนี้ สอดคล้องกับความสัมพันธ์ขององค์ประกอบจิตวิทยาสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของ บุญเยี่ยม (2528) ซึ่งได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด คือ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมบทบาทของความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเจ็บป่วย ซึ่งพฤติกรรมการเจ็บป่วย หมายถึง กรปฏิบัติเมื่อบุคคลยอมรับสภาพว่าตนเองเจ็บป่วย และอยู่ในบทบาทของผู้ป่วย การที่บุคคลอยู่ในบทบาทของความเจ็บป่วย ถูกกำหนดโดยบุคคลในชุมชน เช่น ครอบครัวรับรู้สภาวะเจ็บป่วยของบุคคลนั้น การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข อันมีผลทำให้บุคคลที่ป่วยหยุดงาน ปฏิบัติในเรื่องอาหารการกิน การปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในขณะที่ Mechanic (n.d. อ้างใน พิมวัลย์, 2530) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม

การเจ็บป่วยว่า เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่าเขาป่วยหรือมีลักษณะอาการอื่นๆ ของ อวัยวะต่างๆ ที่ทำงานผิดปกติ และมีพฤติกรรมแสวงหาหนทางจัดความผิดปกติเหล่านั้น เป็นการ ตัดสินใจในระดับบุคคล อันเป็นผลจากปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม จิตวิทยาของบุคคล จิตวิทยาสังคม ของระบบบริการสาธารณสุข

ธนวรรณ (2532) ได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะ ตามกระบวนการพัฒนา สุขภาพ

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่สามารถปลูกฝังเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงได้ กระบวนการเรียนรู้ที่ใช้สำหรับพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะนี้ จะเน้นความ เกี่ยวข้องของการรับรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ของบุคคลเป็นสำคัญ

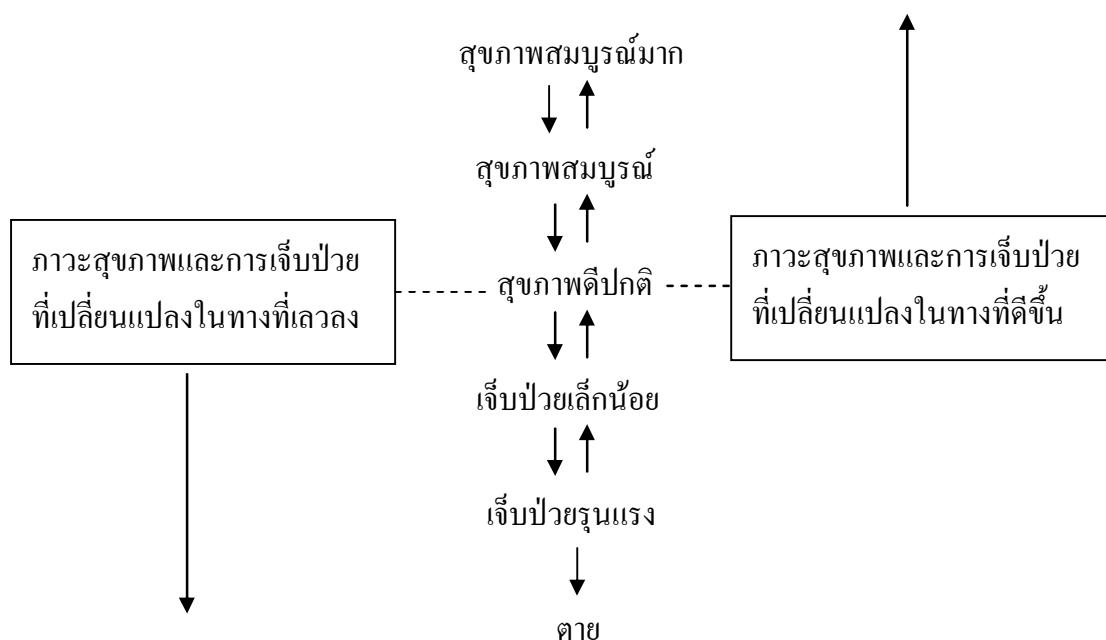
2. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค จะยากต่อการพัฒนามากกว่าพฤติกรรมการเจ็บป่วย กระบวนการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคของบุคคล ต้องเน้นความตระหนัก และแรงจูงใจเป็นสำคัญ

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเอง การเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมลักษณะนี้ ต้องเน้นการสร้างค่านิยม และวิถีการดำรงชีวิตให้ฝังลึกลงไปในกลุ่มเป้าหมายของแต่ละเรื่อง รวมทั้ง การสร้างจิตสำนึกของการดำเนินชีวิตตามหลักการทางสุขภาพด้วย

ความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

คนเราทุกคนย่อมปรารถนาที่จะมีสุขภาพดีด้วยกันทั้งนั้น องค์การอนามัยโลกได้ตั้งความ คาดหวังที่จะให้ประชาชนในโลกมีสุขภาพดี ดังคำขวัญที่ให้เมื่อปี พ.ศ. 2524 ที่ว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2543” (HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000) คำว่า “สุขภาพ” องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ปราศจาก โรคหรือความพิการใด ๆ สุขภาพที่สมบูรณ์เป็นสิทธิอันชอบธรรมของบุคคล โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น หากประเทศใด ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ ก็ถือได้ว่า ประเทศนั้นมั่งคั่งสมบูรณ์ เนื่องจากประชาชนสามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ มีรายได้ดี ประชาชนมีการศึกษาคดี มีความเป็นอยู่ดี ที่กล่าวมาเป็นการคาดหวังขององค์การอนามัยโลก แต่ใน ความเป็นจริง ภาวะสุขภาพของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในทุกขั้นตอนของ

ชีวิต ภาวะสุขภาพที่มีความปกติของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายหรือความผิดปกติทางจิตใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม แสดงว่าเกิดการเจ็บป่วย คนที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย เป็นคนที่เริ่มมีปัญหาในการปรับตัวมากขึ้นและตลอด เวลา ทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลรักษาทันทั่วทั้งที่ มิเช่นนั้นอาจทำให้ถึงแก่ความตายได้ แต่ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ก็จะกลับไปสู่สภาวะปกติหรือสมบูรณ์ได้ ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องกัน (สุปาณี, 2535) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ภาวะความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีมากจนกระทั่งถึงแก่ความตาย
ที่มา: สุปาณี (2535)

ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคลที่มีสุขภาพดีถึงสุขภาพสมบูรณ์มากในระยะนี้ จะต้องเน้นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค เช่น ด้านโภชนาการ การสุขาภิบาล การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในขณะเดียวกัน เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ก็ต้องป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยรุนแรงขึ้นหรือตายได้ การป้องกันในระยะนี้จะต้องค้นหาสิ่งผิดปกติ ในขณะที่โรคเกิดขึ้นแล้ว เพื่อช่วยลดความรุนแรง หยุดยั้งการดำเนินของโรค ป้องกันการแพร่กระจายของโรค หมายความว่า ในระยะที่บุคคลรู้สึกร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้นร่างกาย บุคคลจะแสวงหาการรักษา และให้ความร่วมมือในแผนการรักษา โดยการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพและการงดการกระทำ หรือละเว้นการ

ปฏิบัติในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ชนวนรณ (2532) เรียกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในระยะที่เจ็บป่วย ดังกล่าวนี้นี้ว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

พฤติกรรมทั้งหมดที่กล่าวมา ไม่ว่าจะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและการควบคุมโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล รวมเรียกว่า “พฤติกรรมสุขภาพ” ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้มีขึ้นในบุคคล การจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพนั้นต้องอาศัยปัจจัยและแนวทางหลายอย่าง ซึ่งจะกล่าวต่อไป

ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคล

โดยทั่วไปองค์ประกอบหรือปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการเจ็บป่วย คือ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ แต่การเกิดพฤติกรรมการเจ็บป่วยเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน ปัจจัยที่มีผลในการกำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ, 2527) แบ่งเป็น

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ การตั้งใจ ความคับข้องใจ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย ได้แก่ กลุ่มบุคคลในสังคม ครอบครัว สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยของบุคคลทั้งสิ้น ดังต่อไปนี้

- 2.1 ครอบครัว พฤติกรรมทางสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลจากสถาบันครอบครัวมาก ในบางครอบครัว พ่อแม่อาจจะปลูกฝังนิสัยในการรับประทานอาหารบางอย่าง หรือไม่ให้ลูกรับประทานอาหาร เช่น ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผัก หรือรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ นอกจากเรื่องอาหารแล้ว ครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านอื่นๆ เช่น การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น อิทธิพลต่อการชักจูง แนะนำ และการปฏิบัติของพ่อแม่ หรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัว จะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

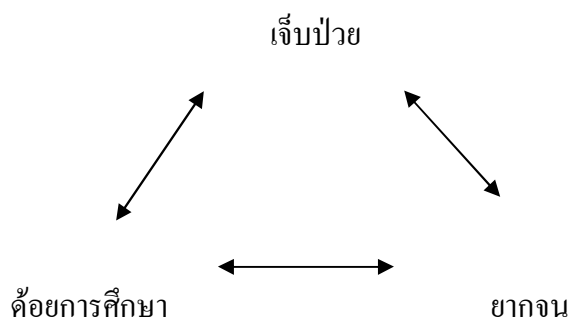
2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย ได้มาก ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน มักจะมีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้ายๆ กัน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยรุ่น พฤติกรรมที่เขายึดถืออาจจะมีทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากหรือน้อยต่อพฤติกรรมขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพ หรือการยึดของกลุ่ม

2.3 สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันของบุคคล จะมีผลทำให้ พฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติตนของสมาชิกในชุมชนที่มีสถานภาพทาง สังคมแตกต่างกันจะเกี่ยวข้องกับตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษาและเศรษฐกิจ

2.4 วัฒนธรรม วัฒนธรรมเป็นมรดกทางสังคมที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่าง ที่แสดงออก ถึงวิถีชีวิตมนุษย์ในสังคมของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือสังคมใดสังคมหนึ่ง วัฒนธรรมของชาวไทย ที่มี ผลก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพนั้นมีหลายอย่าง เช่น ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำ เพราะกลัวเครื่องแต่งกาย เครื่องประดับจะเก่าเร็ว การงดของแสลงหรือ “ชะล่า” ของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่ให้ กินกับข้าวมาก การงดอาหารปกติทุกชนิดในคนป่วย หรือหญิงหลังคลอดใหม่ๆ กินได้เฉพาะข้าว กับเกลือของประชาชนในภาคเหนือ ซึ่งข้อห้ามเหล่านี้มีผลเสียโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของ ประชาชนที่เชื่อถือ บางข้อห้ามก็เกิดผลดีต่อสุขภาพ เช่น การไม่ให้หญิงหลังคลอดดื่มน้ำต้มสุก ห้าม หญิงตั้งครรภ์นั่งบนบันได หรือข้อห้ามหญิงตั้งครรภ์ห้ามดูการฆ่าสัตว์ เป็นต้น

2.5 ศาสนา ศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน และมีผลต่อสุขภาพของประชาชนด้วยเช่นกัน คำสอนในพุทธศาสนาที่กล่าวถึงการรับประทานอาหาร แต่พอควร ไม่น้อยเกินไปหรืออิมเกินไป หลักธรรมซึ่งกล่าวถึงการปรับตัวทางด้านจิตใจ อารมณ์ ข้อปฏิบัติของศาสนาอิสลาม ก่อนทำ “ละหมาด” จะต้องมีการชำระล้างร่างกายให้สะอาด จะเห็นว่า หลักคำสอนและข้อปฏิบัติดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในยามปกติ และเจ็บป่วยทั้งสิ้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชน มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยด้วย ในกลุ่มของประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ค้ำนัก จะมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง มีความฉลาดและสามารถ เลือกการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นผลให้เขามีสุขภาพที่ดี ซึ่งความสัมพันธ์ของ องค์ประกอบทั้งสาม แสดงไว้ดังนี้



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ

4. องค์ประกอบทางการศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษาของประชาชนที่แตกต่างกัน มีผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาดำรงจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษา ประชาชนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพที่ถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาดำ

5. องค์ประกอบทางการเมืองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นโยบายทางการเมืองของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เป็นเพราะนโยบายของประเทศชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมสุขศึกษาที่จัดให้กับประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

6. ด้านระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งจะต้องมีเพียงพอและเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ, 2536) คือ

6.1 ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล การปฏิบัติในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อาจจะมีขีดขวาง หรือเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติ หรือให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้เห็นได้ชัดเจนในรายที่ผู้ป่วยจะต้องถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่อื่น หรือไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลหรือคลินิกพิเศษ การที่บริการรักษาพยาบาลมีเพียงพอและทั่วถึงได้พิสูจน์ให้เห็นชัดเจนว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมปฏิบัติตามการรักษาพยาบาลและพฤติกรรมป้องกันโรค (Cumming *et al.*, 1980) การมีบริการรักษาที่เพียงพอและทั่วถึง เป็นปัจจัยที่สำคัญหนึ่งใน 6 ปัจจัยของส่วนประกอบของแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบความเชื่อ ด้านสุขภาพ ความเพียงพอ

และทั่วถึงของบริการนี้มีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยจะต้องกลับไปตรวจตามนัด เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือเมื่อได้รับคำแนะนำให้ไปปรับภูมิคุ้มกันโรค หรือการรักษาพยาบาล บางชนิดที่ผู้ป่วยจะต้องไปตรวจเป็นระยะๆ ต่อเนื่องกัน

ลักษณะของการจัดเวลาของคลินิก จะมีผลต่อการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย ถ้า ระยะเวลาระหว่างการมาตรวจครั้งแรกเพื่อวินิจฉัยโรค กับการนัดตรวจอีกครั้งห่างกันมาก ผู้ป่วย มักจะไปตรวจตามนัดน้อย ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากลืมวันนัด หรืออาจจะเปลี่ยนความเชื่อหรือ บรรทัดฐานของผู้ป่วย นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยต้องมารอแพทย์นานกว่า 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักจะไม่ได้ มาตามนัดในครั้งต่อไป

มีองค์ประกอบอีกหลายอย่างในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อการเข้าถึง บริการทางการแพทย์ และมีผลต่อการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมักจะให้เหตุผลของการไม่มาตรวจตาม นัดดังนี้ ทำบัตรหาย สับสนแน่ใจเกี่ยวกับวันนัด ทำการนัดกับแพทย์ได้ยาก ไม่สามารถจะหาคนมา ดูแลลูกแทนได้ มีปัญหาเรื่องการเดินทาง และปัญหาเกี่ยวกับดินฟ้าอากาศ

6.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษา การขาดแหล่งทรัพยากรและค่ารักษาพยาบาล ไม่ใช่ปัจจัย สำคัญต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล เมื่อบุคคลมีความเชื่อและเจตคติ คอยสนับสนุน ให้เกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติแล้ว แหล่งทรัพยากรหรือปัจจัยด้านการเงิน จึงจะมีบทบาทต่อพฤติกรรม ดังนั้น การจะจัดปัญหาเรื่องการเงินจะมีผลก็ต่อเมื่อภายหลังที่บุคคลได้เกิดความพร้อมในการทำนาย พฤติกรรม (Behavioral Intention) แล้วเท่านั้น

ความสามารถที่จะหาแหล่งสนับสนุนทางการเงินเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และ จำเป็นสำหรับปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล Alport (1964) กล่าวว่า ในการที่จะหาแหล่ง สนับสนุนทางการเงินนี้ เจ้าหน้าที่ทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขควรจะได้ตรวจสอบ ศึกษา ทุกครั้งที่ได้ให้คำแนะนำในการรักษาแก่ผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถซื้อหรือจ่ายเงิน ได้ ก็อาจจะสั่งยา หรือให้ได้รับบริการในราคาที่ต่ำลง หรือให้วิธีการรักษาที่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่า การปฏิบัติตาม คำแนะนำในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยดีขึ้น อย่างไรก็ดีควรพิจารณาด้วยว่า มีค่าใช้จ่ายอื่นๆ อะไรบ้างที่ควรจะนำมาพิจารณาร่วมด้วย เพื่อจะได้แก้ปัญหาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง

6.3 ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งของการสั่งการรักษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำ กล่าวคือ ถ้าจำนวนครั้งของการสั่งการรักษามีมากขึ้น การปฏิบัติตามคำแนะนำจะลดน้อยลง Brand *et al.* (1977) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ถูกต้องนั้น เนื่องจากความยุ่งยากสลับซับซ้อนจากการสั่งยา หรือวิธีปฏิบัติหลายอย่าง

6.4 ความสะดวกในการใช้ยา การจัดยาให้แก่ผู้ป่วยก็มีผลต่อการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาของผู้ป่วย Lane และคณะ (1971) กล่าวว่า การใช้ที่ใส่ยาที่มีที่ปิดเพื่อกันไม่ให้เด็กเปิดได้ จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาน้อยลงกว่ากลุ่มที่ให้ที่ใส่ยาที่เปิดง่าย และนอกจากนี้ เกณฑ์กรมักจะให้ยาเม็ดไม่ครบตามแพทย์สั่งร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะที่ต้องใช้ยาครบ 10 วัน จะได้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ซึ่งปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยา โดยการนับเม็ดยาของผู้ป่วย ควรจะได้ตระหนักถึงในข้อนี้ และหาวิธีการที่จะตรวจสอบให้ได้แน่ชัดว่าผู้ป่วยได้รับยาในวันแรกครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งหรือไม่

7. การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัวของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ความสำคัญต่อพฤติกรรมตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล ซึ่ง Haynes (1979) กล่าวว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ยังมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วย อย่างไรก็ตาม การเจ็บป่วยของสมาชิกคนหนึ่งภายในครอบครัว จะมีผลต่อสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว และสมาชิกในสังคมที่บุคคลนั้นมีส่วนติดต่อสัมพันธ์ด้วย

ครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย นอกจากนี้ ครอบครัวยังเป็นแหล่งปฏิสัมพันธ์ของนิสัยทางด้านสุขภาพ เช่น บริโภคนิสัย การแปร่งฟัน การล้างมือ บิดา มารดา เป็นครูคนแรกที่จะเป็นผู้สอนเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ครอบครัวยังเป็นหน่วยสังคมที่ช่วยให้บุคคลเกิดหรือสร้างคำจำกัดความ หรือความหมายของบุคคล ที่แสดงว่า อาการที่เกิดขึ้นกับตนอย่างไรจึงจะเรียกว่า “เจ็บป่วย” และครอบครัวหรือแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เช่น เพื่อนสนิท อาจมีส่วนช่วยให้สุขภาพของคนดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัวและเพื่อน จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น จากความเจ็บป่วยปัจจุบันและเรื้อรัง แรงสนับสนุนทางสังคมบวกของบุคคลที่ใกล้ชิด มีส่วนสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมเจ็บป่วยที่ถูกต้องในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล

ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยนั้น สมาชิกของครอบครัวหรือญาติมิตร อาจจะทำให้การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งอำนวยความสะดวก หรือสร้างสภาพการณ์ ของความจริงใจ ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้แรงสนับสนุนอาจจะให้ข้อมูล ข่าวสาร หรือ แนวคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับการแก้ปัญหาบางอย่าง หรือมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเพื่อให้เข้าใจรายละเอียด เกี่ยวกับผลแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะมีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจะได้เข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือรูปแบบของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้ รวมทั้งทราบว่าสิ่งสนับสนุนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยได้อย่างไร ความเข้าใจที่ชัดเจน เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในด้านแรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ และจะให้ ผู้ป่วยได้นั้น เป็นสิ่งที่มีคุณค่าในการที่จะช่วยแปรเปลี่ยนความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม ไปสู่ พฤติกรรมที่ถูกต้องและยืนยาวได้

สิทธิในการรักษาพยาบาล

บัตรทองคือ

บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขออกให้แก่ผู้มีสิทธิตามโครงการสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

การบริการทางการแพทย์ที่ได้รับ

การบริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการอนามัย อันจำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจ การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการ อื่นใดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่หน่วยบริการจัดขึ้น โดยไปรับบริการได้ที่สถานอนามัย ศูนย์บริการ สาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง และโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ

ผู้มีสิทธิได้รับบัตรทองคือ ผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ยกเว้น

1. ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เช่น ลูกจ้างเอกชนที่เข้ากองทุนประกันสังคม หรือลูกจ้างชั่วคราวรายเดือนของส่วนราชการ ฯลฯ

2. ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล เช่น ข้าราชการ (ข้าราชการการเมือง ข้าราชการพลเรือนสามัญ ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น) ลูกจ้างประจำของส่วนราชการ ฯลฯ

3. ผู้อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใด ที่รัฐจัดให้ ได้แก่ พนักงานรัฐวิสาหกิจ อาสาสมัครดินแดน พนักงานหรือเจ้าหน้าที่ในองค์การอิสระ ลูกจ้างที่ได้รับความคุ้มครองจาก พ.ร.บ. เงินทดแทน ฯลฯ

สถานที่ขึ้นทะเบียน

1. ต่างจังหวัดขึ้นทะเบียนได้ที่สถานอนามัย หรือ โรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ใกล้บ้าน
2. กรุงเทพมหานครขึ้นทะเบียนได้ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือ โรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ใกล้บ้าน (สอบถามได้ที่สายด่วน 1330)

หลักฐานในการไปขึ้นทะเบียน

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ (เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้ใช้ สำเนาใบสูติบัตรหรือใบเกิด)
2. สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้ขอมีชื่ออยู่
3. กรณีที่พักอาศัยอยู่จริงไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน ให้เพิ่มเติมสำเนาทะเบียนบ้านที่ไปพักอาศัย ซึ่งมีลายมือชื่อรับรองของเจ้าบ้านหรือหนังสือรับรองว่าได้พักอาศัยอยู่จริง

หากมีการย้ายที่อยู่อาศัยหรือทะเบียนบ้าน

สามารถขอเปลี่ยนบัตรทองเพื่อเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำครอบครัวได้ โดยจะไปขอเอง หรือให้บุคคลอื่น ไปขอแทนได้ แต่จะขอได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี หลักฐานให้ใช้หลักฐานเช่นเดียวกับการขอขึ้นทะเบียนและบัตรทองเดิม

การรับบริการทางการแพทย์ ผู้มีสิทธิจะได้รับสิทธิก็ต่อเมื่อ

1. ขึ้นทะเบียนและมีบัตรทอง
2. การปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยจะต้อง
3. แสดงความจำนงเพื่อขอใช้สิทธิทุกครั้ง
4. แสดงบัตรทองพร้อมบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้ใช้สำเนาใบสูติบัตรหรือใบเกิด ทุกครั้งที่ไปรับบริการทางการแพทย์
5. เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาล หรือ โรงพยาบาลที่ระบุในบัตร โดยควรจะไป ภายในเวลาทำการ หรือ เวลาที่สถานพยาบาล หรือ โรงพยาบาลกำหนด
6. กรณีได้รับอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถไปรับบริการได้ที่ สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง หรือ โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ (กรณีฉุกเฉินไปรับบริการข้ามเขต ใช้สิทธิได้ไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อปี)

สิทธิประโยชน์ของการรับบริการทางการแพทย์

บริการทางการแพทย์ ที่ได้รับความคุ้มครอง โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย มีดังนี้

1. การตรวจและการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
2. การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
3. การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง
4. การวางแผนครอบครัว

5. ยาต้านไวรัสเอดส์กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
6. การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
7. การใช้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล และ ครอบครัว
8. การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
9. การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก
10. การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะ และลำคอ รวมทั้งการเคลือบหลุมร่องฟัน

บริการทางการแพทย์ ที่ไม่อยู่ในความคุ้มครอง มีดังนี้

1. โรคจิตที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน (เนื่องจากมีงบประมาณเฉพาะ) การบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยา และสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด (เนื่องจากมีงบประมาณเฉพาะ)
2. อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถและอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเฉพาะส่วนที่บริษัท หรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่ายการรักษาภาวะมีบุตรยาก
3. การผสมเทียม
4. การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
5. การตรวจวินิจฉัยและรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
6. โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ ทางการแพทย์

7. การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

8. การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (Peritoneal Dialysis) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

9. ยาต้านไวรัสเอดส์ ยกเว้นกรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

10. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

การบริการทางการแพทย์ที่มีสิทธิ ต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เป็นจำนวนเงิน 30 บาท ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ มีดังนี้

1. การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนถึงสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้รวมถึงการแพทย์ ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. การคลอดบุตรรวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง นับตั้งแต่การใช้สิทธิใน โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. ค่าอาหาร และค่าห้องสามัญ

4. การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่ง เพดานโหว่

5. ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ

6. การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ

แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ (Perception) คือการแสดงออกถึงความรู้สึก ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง ซึ่งถือเป็นขบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคลที่สำคัญ เพราะถ้าปราศจากซึ่งการรับรู้แล้ว บุคคลจะไม่สามารถมี “ความจำ” หรือ “การเรียนรู้” ได้เลย

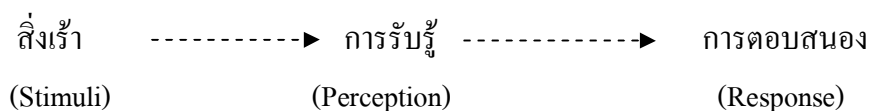
นอกจากนี้ กอบกุล (2528) และสังวาล (2532) ได้ศึกษาและรวบรวมแนวคิดต่าง ๆ ของ King เกี่ยวกับการรับรู้ ซึ่งสรุปคุณลักษณะของการรับรู้ได้ 4 ข้อ คือ

1. การรับรู้เป็นเอกภาพ (Universal) มนุษย์ทุกคนสามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิดจนตาย โดยจัดเรียงลำดับจากรูปธรรม และให้ความหมายต่อสิ่งเร้า หลังจากนั้นก็จะเก็บไว้ในความทรงจำของแต่ละบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าเดิมอีกครั้ง มนุษย์ก็จะดึงประสบการณ์ในอดีตมาช่วยพิจารณาและให้ความหมายต่อสิ่งเร้าเช่นเดียวกับที่ผ่านมานั้นก็คือ การรับรู้ของบุคคลนั่นเอง
2. การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (Selective and Subjective) ถึงแม้จะเป็นการรับรู้ในเหตุการณ์เดียวกัน แต่เราไม่สามารถสรุปได้ว่าแต่ละบุคคลจะรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกัน เนื่องจากบุคคลย่อมมีภูมิหลังและประสบการณ์ที่ต่างกัน
3. การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (Action – oriented in the Present) เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปด้วยเสมอ
4. การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (Transaction) เราสามารถสังเกตถึงการรับรู้ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลมีการแสดงออกระหว่างหลายคนหรือภายในกลุ่ม จึงจะทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์นั้นอย่างไร

จรรยา (2527) ได้สรุปความหมายและคุณลักษณะต่าง ๆ ไว้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจของคนที่สมองจะต้องแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัสกับบุคคล แล้วแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยมีแรงผลักดันจากการอาศัยความรู้เดิมและประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยทำให้การรับรู้เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการที่บุคคลจะเข้าใจสิ่งหนึ่งซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล หรืออาจจะเป็นไปในทางลบหรือทางบวกก็ได้ จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่ปฏิบัติตามแนวคิดหรือการรับรู้ นั้น ๆ

กระบวนการรับรู้ (The Perception Process) จะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วย

1. การสัมผัสหรืออาการสัมผัส คนเรารับรู้สิ่งเร้าโดยทาง หู ตา จมูก ลิ้นและผิวหนัง อวัยวะเหล่านี้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์สำคัญในการสัมผัส แล้วส่งต่อไปเป็นประสบการณ์ทางสมอง เพื่อเกิดการรับรู้ต่อไป
2. ชนิดและธรรมชาติของสิ่งเร้ากับการรับรู้ตามปกติ บุคคลมักเกิดการรับรู้ได้โดยไม่ต้องสัมผัสกับสิ่งเร้าทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการรับรู้และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมสะสมกันเรื่องมา จนเกิดเป็นความรู้ความเข้าใจได้ทันที แม้ว่าจะสัมผัสสิ่งเร้าเพียงบางส่วนหรือส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้ การจัดระเบียบของสิ่งเร้าทำให้มองเห็นภาพส่วนรวมได้ชัดเจน
3. การแปลความหมายของการสัมผัสกับการรับรู้ มักดำเนิน ไปคู่กับการรับสัมผัสเสมอถ้าเราถูกเร้าด้วยสิ่งที่เคยพบเห็นมาก่อน เราก็มักแปลความหมายโดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยพบเห็นมาแล้ว
4. ประสบการณ์เดิมกับการรับรู้ในการแปลความหมาย หรือตีความของความรู้สึกลึกจากการสัมผัส เพื่อให้เป็นการรับรู้ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น บุคคลจำเป็นต้องใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมหรือความชัดเจนที่เคยมีมาแต่หนหลัง บางทีการขาดความรู้หรือประสบการณ์เดิมก็ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ที่คลาดเคลื่อนไปจากความจริงได้มาก ซึ่ง จำเนียร (2516) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองของบุคคล ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กระบวนการรับรู้

ที่มา : จำเนียร (2516)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล

การรับรู้ของบุคคลจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา ความสนใจ อายุ อาชีพ และความเกี่ยวข้องของสิ่งเร้ากับบุคคลนั้นเป็นสิ่งสำคัญ หรืออาจกล่าวได้ว่า การรับรู้ของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังทางสังคมของบุคคลนั่นเอง ซึ่ง จำเนียร (2516) ได้ สรุปถึงปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลไว้ 2 ประการ คือ

1. บทบาทของปัจจัยภายใน ได้แก่ คุณสมบัติภายในของผู้รับรู้ เช่น ความต้องการหรือแรงจูงใจ คุณค่า ความสนใจ และประสบการณ์เดิม
2. บทบาทของปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความยึดมั่น ความเชื่อถือ คำบอกเล่า คำแนะนำ คำสอนที่ได้รับต่อ ๆ กันมา ทั้งหมดที่กล่าวมานี้มีอิทธิพลทำให้มีการรับรู้ต่อเรื่องราว เหตุการณ์และภาวะแวดล้อมต่าง ๆ แตกต่างกันไป

นอกจากปัจจัยสำคัญดังกล่าวแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้อีก ได้แก่ สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส เช่น หู ตา จมูก ปาก ลิ้น ผิวหนัง ฯลฯ ความสามารถของสมอง และประสาทสัมผัสที่จะรับเลือก จัดหมวดหมู่และตอบสนอง รวมทั้งลักษณะขนาดและชนิดของสิ่งเร้า กล่าวคือ บุคคลจะรับรู้สิ่งเร้าได้ดีและรวดเร็ว ถ้าสิ่งเร้านั้นมีความเข้มมาก ขนาดของสิ่งเร้านั้นใหญ่มากและสะดุดตา โดยเฉพาะสิ่งเร้าใหม่ ๆ ที่เราไม่คุ้นเคย บุคคลจะใส่ใจและเกิดการรับรู้ หากพบว่า มีความแตกต่างของสิ่งเร้าเกิดขึ้น และหากสิ่งเร้านั้นเกิดขึ้นซ้ำ ๆ และมีการเคลื่อนไหว บุคคลจะรับรู้ต่อสิ่งเร้านั้นได้ดีและรวดเร็ว

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

เนื่องจากภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นประกอบด้วยภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันหรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ทุกคน หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Brunner and Suddarth, 1988) ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนนั้น จะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยเช่นกัน แต่การรับรู้ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนอาจมีการรับรู้ที่เจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนรู้สึกถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ผลที่ตามมาคือ ความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้สุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกัน จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล, 2528)

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันไป ก็คือ ประสบการณ์ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความหมายของภาวะสุขภาพดี ตามทัศนะของแต่ละบุคคล ซึ่ง Sonja (1981) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าสุขภาพของตนนั้น ไม่ได้หมายความว่า ปราศจากโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเขา ดังนั้น แม้ขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วย เขาก็อาจประเมินภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้หากรับรู้เช่นนั้น ซึ่งความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของคนส่วนใหญ่ มักจะหมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การเดินทางหรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกับสังคมของตน แต่อย่างไรก็ตาม ความหมายของคำว่าสุขภาพนั้น ได้มีการกำหนดไว้ทั้งในความหมายเชิงทฤษฎี (Theoretical Definition) และความหมายเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition) เช่น องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพว่า เป็นภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้ง ร่างกายจิตใจ และมีความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม มิใช่เพียงไม่เป็นโรคหรือไม่มีความอ่อนแอเท่านั้น ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าองค์ประกอบของภาวะสุขภาพประกอบด้วย กิจกรรมสำคัญในการดำเนินชีวิต ประจำวัน ได้แก่ ความสุขสบาย ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ การพักผ่อนนอนหลับ การหายใจ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ ความรู้สึกซาบซึ้งในสิ่งต่าง ๆ การมีสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ความสำเร็จในด้านเพศสัมพันธ์ การมีอุดมโนทัศน์ในทางที่ดี มีความรู้ความรับผิดชอบในบทบาทและความสำเร็จ ส่วนความเจ็บป่วย จะมีกระบวนการดำเนินของโรคต่าง ๆ และการหยุดชะงักของพัฒนาการของชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ (Shortridge, 1980) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมากมาย และผู้ป่วยแต่ละคนจะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง

ดังกล่าวแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลอย่างเต็มที่ คำนิยาม “สุขภาพ” ของแต่ละบุคคลจึงมีความแตกต่างกันด้วย ดังนั้น เพื่อที่จะช่วย เหลือผู้ป่วยแต่ละคนให้สามารถปรับตัวต่อภาวะสุขภาพของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องพัฒนาแนวทางในการศึกษา เพื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ได้อย่างแท้จริง

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตน ดังนั้น รายละเอียดในการประเมินถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพพอสรุปประเด็นสำคัญ ๆ ได้คือในปัจจุบันและส่วนใหญ่จะใช้เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ จริงทั้งหมด จริงเป็นส่วนมาก ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นส่วนมาก ไม่จริงทั้งหมด เป็นต้น แต่จากการขยายขอบเขตของโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก The National Center for Health Service Research ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ขึ้น โดย Brook (1979) ประกอบด้วยข้อคำถามถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงจากต่อความเจ็บป่วยความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พอสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Prior Health) เป็นการประเมินความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ เจตคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา เช่น บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมาแล้วครั้งหนึ่ง หรือความเจ็บป่วยในอดีตที่ยาวนานซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางลบ เมื่อประมวลเข้ารับการประเมินสุขภาพในปัจจุบัน อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด วิตกกังวลมาก จนส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันรุนแรงหรือบิดเบือนไปจากความจริงได้ แต่ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางบวก มีประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ดี เคยสมหวังในอดีต เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เจ็บป่วยในปัจจุบันก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความเครียดในระดับที่เหมาะสม มีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาในปัจจุบันได้ดี

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current Health) บุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในแต่ละวันหรืออาจบ่อยครั้งกว่านั้น ขึ้นอยู่กับความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีหรือเจ็บป่วย ซึ่งการประเมินของแต่ละบุคคลเป็นความคิดเกี่ยวกับการให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนจากแพทย์พยาบาลหรือบุคคลอื่น ๆ อาการทางร่างกายที่ปรากฏ เป็นต้น ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ ถ้าภาวะเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมเพียงเล็กน้อย เช่น ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น หรือมีอาการแสดงของความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แต่บุคคลนั้นก็ประเมินสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้หากบุคคลมีการรับรู้เช่นนั้น แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับและการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจขัดกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเอง

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (Health Outlook) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นย่อมจะส่งผลเสียต่อโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการได้ในอนาคต บุคคลสามารถรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในอนาคต จากการคาดเดาได้ด้วยตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบัน และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากผู้อื่น จะส่งผลถึงความหวังหรือความหมอดหวังของบุคคลนั้นได้ กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างจะทำให้มีความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคตอย่างมีความหวัง มีกำลังใจและเกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อจะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลนั้นขาดการสนับสนุนทางสังคม มีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เลวร้าย ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกหมอดหวัง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตทางลบ

4. การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance Susceptibility to Illness) เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่าร่างกายสามารถต้านทานหรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดโรคซ้ำได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และสามารถปรับเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การรักษา กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยไม่เชื่อการวินิจฉัย และแนวทางการรักษาของแพทย์ หรือขาดความเชื่อมั่นในแพทย์หรือมีความเชื่อเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพไม่ถูกต้อง จะทำให้ทรศนะที่เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยผิดไป นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความคาดคะเนของบุคคลนั้นว่าตนเองอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือมีโอกาสที่จะเกิดการกลับซ้ำได้หรือไม่ด้วย ถ้าบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อน การคาดคะเนก็

จะมีความถูกต้องสูง ซึ่งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลนั้นมีความสนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองดีตามมา

5. ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Worry and Concern) การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย หรือทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความกลัววิตกกังวลได้ อาการวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มากเกินไปนี้ ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดกลไกทางจิตโดยการปรับอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดได้ดีขึ้น และมีการประเมินภาวะสุขภาพใหม่ว่า อาจไม่มีความผิดปกติใด ๆ เบี่ยงเบนความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไปแสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่นแทน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรมีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะสุขภาพเสียใหม่ รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง สร้างความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมชีวิตของตนได้ จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี เกิดกำลังใจ และให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งการให้ความสนใจตระหนักถึงความสำคัญ เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดีนั้น จะทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness Orientation) เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่าจะต้องประกอบด้วย ภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันไป เป็นประสบการณ์ตลอดช่วงชีวิตมนุษย์ และการที่บุคคลยอมรับว่าตนเองมีความเจ็บป่วยและเรียนรู้ทำความเข้าใจถึงขั้นตอนการดำเนินโรค แนวโน้มการเกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา มีการแสวงหาความช่วยเหลือ การรักษาที่ถูกต้อง

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นที่นิยมใช้กันแพร่หลายในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีการพัฒนามาตั้งแตปี ค.ศ.1968 โดย Rosenstock and Becker (1968) โดยพัฒนามาจากรากฐานทฤษฎีของ Lewin ความเชื่อด้านสุขภาพเสนอว่าบุคคลใดจะมีพฤติกรรมด้านป้องกันโรคก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อและการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตเขาพอสมควร และการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อ

การปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ความสะดวกต่าง ๆ เป็นต้น ต่อมา Becker and Maiman ได้พัฒนาความคิดนี้ โดยเพิ่มมิติการมองการเกิดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อที่จะอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุมและแม่นยำมากขึ้น โดยมีแนวคิดดังนี้

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นต้องมีความรุนแรงพอสมควร
3. การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค

Becker *et al* (1977) ได้ทำการปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วมที่นอกเหนือจากสามข้อที่กล่าวมาข้างต้น ได้แก่ แรงจูงใจ (Motivation) และปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Modifying Factors) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำหรือความรู้สึกของบุคคลต่อการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ถือว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยสำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ โดยส่งผลให้คนปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ดังนั้น จึงสรุปว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของบุคคล

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบากและการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือการกระทบกระเทือนทางสังคม

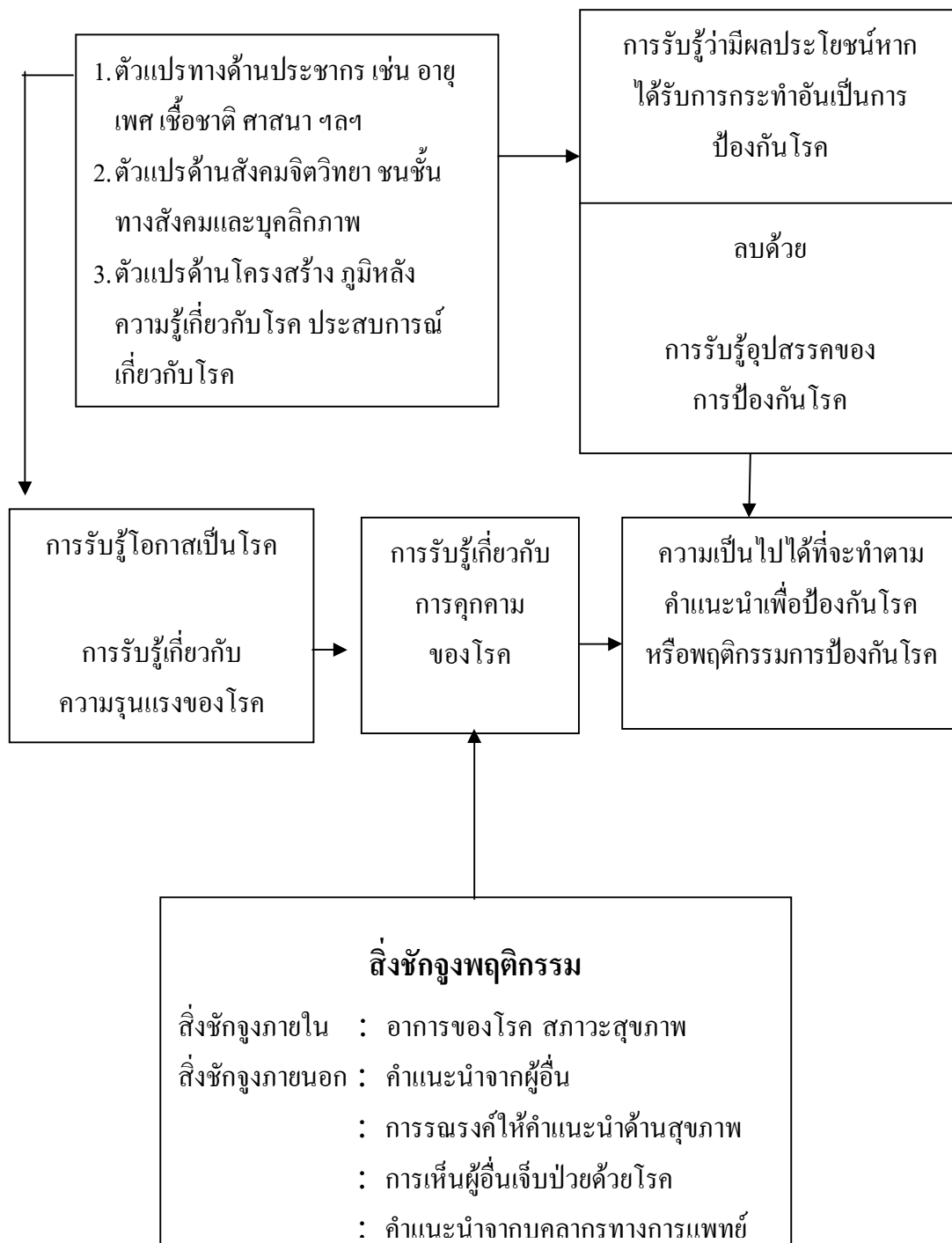
3. การรับรู้ถึงผลประโยชน์ (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นโรคนั้น มีความรุนแรงมากพอที่จะเกิดอันตรายต่อร่างกาย รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสป่วยซ้ำหรือมีผลเสียโดยทางอ้อมแล้วผู้รับนั้นแสวงหาวิธีปฏิบัติให้หายจากโรค ซึ่งวิธีนี้เป็นผลมาจากความเชื่อว่าวิธีการนั้นเป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดที่จะหายจากโรคนั้น ๆ

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ในกรณีที่มีการปฏิบัติดังกล่าวมีอุปสรรค เช่น การรับรู้ถึงความสะดวก ความอาย เป็นต้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ จะขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยผู้ป่วยหรือบุคคลนั้นจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

5. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำ สิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นนี้อาจเป็นสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เช่น ความสนใจต่อสุขภาพทั่วไปหรือสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร เอกสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมการป้องกันโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ด้านพฤติกรรมสังคม ทักษะคิด การปฏิสัมพันธ์ เป็นต้น ให้ผลในการทำนายพฤติกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องตามคำแนะนำ

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนั้นได้มีการนำมาปรับปรุงเพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลในรูปแบบต่าง ๆ 3 รูปแบบ ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick - role Behavior) และได้ปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ของ Becker
ที่มา: Becker *et al* (1977)

จากการศึกษาวิจัยของ Becker สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมากกว่าพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้น จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพข้างต้น ผู้วิจัยได้นำปัจจัยการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำและอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำมาประยุกต์เข้ากับในการวิจัยครั้งนี้

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจะสัมพันธ์กับเครือข่ายสังคม ซึ่งนักวิชาการทางสังคมศาสตร์ได้ให้ความสนใจและทำการศึกษาวิเคราะห์อย่างจริงจัง ตั้งแต่ Fritz Heider นักมนุษยวิทยา ได้เผยแพร่บทความเรื่อง “Attitudes and Cognitive Organization” เมื่อปี ค.ศ. 1946 อธิบายว่า ปกติมนุษย์จะมีความสัมพันธ์ต่อกัน ทำให้มนุษย์โยงโยงเข้าด้วยกันเป็นเครือข่ายทางสังคมต่อมามีนักจิตวิทยา นักมนุษยวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ หันมาศึกษาอย่างจริงจังเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของบุคคลที่โยงโยงกันเป็นเครือข่าย (บุญเยี่ยม, 2528)

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Caplan (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง วัตถุประสงค์ที่ผู้ให้อาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนมอบให้กับผู้รับ โดยตรง วัตถุประสงค์อาจจะเป็นวัตถุประสงค์หรือไม่ใช่วัตถุประสงค์ ทั้งนี้เพื่อสนองความต้องการของผู้รับ ซึ่งให้ผู้รับเกิดความสุขกายและใจ

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นข่าวสารหรือข้อมูลที่ทำให้คนเราเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยื่นยื่นรับรองหรือเห็นพ้องต่อพฤติกรรมของผู้อื่น การช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านเงินทองหรือสิ่งของ

Pilisuk (1982) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการแสดงออกในด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย

บุญเยี่ยม (2528) ได้สรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ “ผู้รับแรงสนับสนุน” ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ การสนับสนุนด้านจิตใจจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และยังมีผลทำให้ผู้รับต้องการ

หลักการของการสนับสนุนทางสังคม

Pilisuk (1982) กล่าวถึงหลักของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมว่าประกอบด้วย

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์ ต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำมาของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยทั่วไปแรงสนับสนุนทางสังคมจัดแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ซึ่งกลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎหมายที่วางไว้ ซึ่งมีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

จะเห็นได้ว่าแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น มีทั้งแหล่งปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งปฐมภูมิ อันได้แก่ ครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน นับว่ามีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย และพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ อันได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุขหรือกลุ่มอื่น ๆ เช่น พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข มีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

ประเภทของการให้การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นการสื่อสารสองทาง ประกอบด้วย ผู้ให้และผู้รับ จึงมีลักษณะการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ซึ่งแบ่งออกได้หลายรูปแบบ

จากการทบทวนวรรณกรรมของ สุภาภรณ์ (2531) ได้รวบรวมประเภทการสนับสนุนทางสังคมได้ 8 ประเภท ดังนี้

1. ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าได้รับความรัก ความทะนุถนอม เอาใจใส่ มักเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย เพราะฉะนั้นหากขาดความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม บุคคลจะรู้สึกโดดเดี่ยวถูกทอดทิ้ง

2. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) เป็นการร่วมกิจกรรมทางสังคม ก่อให้เกิดการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนหรือระดมความคิดและพลังงาน นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกห่วงใยและเข้าใจ ขณะทำกิจกรรมร่วมกันด้วย มักเป็นความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน หุ่นส่วน สมาชิกองค์กร หากการสนับสนุนทางสังคมจะรู้สึกเบือนหน้าชีวิต

3. การส่งเสริมการให้รู้ค่าแห่งตน (Reassurance of Worth) การได้รับการยอมรับจากสังคม ในการแสดงบทบาททางสังคม เช่น ช่วยเหลือครอบครัว ช่วยเหลือเพื่อนๆ เป็นต้น หากขาดไปจะทำให้บุคคลขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

4. โอกาสที่จะได้โอบอุ้มเลี้ยงดูผู้น้อย (Opportunity for Nurturance) เป็นความรับผิดชอบต่อบุคคลอื่น เช่น พ่อแม่เลี้ยงดูลูกให้เจริญเติบโต เป็นต้น เป็นความปรารถนาจะให้ผู้อื่นสุขสบาย เป็นที่พึ่งพาของผู้อื่น เช่น การช่วยเหลือผู้ที่ด้อยกว่า เป็นต้น หากขาดไปจะทำให้ตนรู้สึกว่างเปล่า ขาดจุดหมาย

5. ความเป็นมิตรที่ดี (Reliable Alliance) เป็นความจริงใจต่อกัน ไว้วางใจกันได้ เป็นที่คาดหวังของกันและกันอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะมีความเชื่อใจที่ดีต่อกันหรือไม่ มักจะเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว หากขาดบุคคลจะรู้สึกถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับคำแนะนำชี้แจง (Guidance) มักเป็นความสัมพันธ์ในช่วงที่บุคคลเกิดภาวะตึงเครียด หรือภาวะวิกฤติ ต้องการคำปลอบใจ คำล้าใจ คำแนะนำ เพื่อผ่อนคลายความเครียด และเผชิญภาวะการณ์ได้มั่นคงขึ้น

7. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลความรู้ต่างๆ ทำให้บุคคลปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม

8. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ และบริการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ตลอดเวลาและแรงงานเพื่อให้รับความสะดวกสบาย

ซึ่ง Israel (1985) แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความหวังใจ การกระตุ้นเตือน
2. การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้คำรับรองหรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา
3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ การตัดเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร
4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

การศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ Becker and Maiman (อ้างใน ประภาเพ็ญ และสวิง, 2534) ได้เสนอความคิดเห็นว่า การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำนอกจากนี้ Haynes (อ้างใน ประภาเพ็ญ และสวิง, 2534) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนจากครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้วย และครอบครัวเป็นแหล่งปฐมนิเทศของนิสัยด้านสุขภาพ

กระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล

ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลบางปลาหมี่ (2548) ได้รวบรวมหน้าที่และความรับผิดชอบ ไว้ดังนี้

1. แพทย์
 - 1.1 ตรวจประเมินอาการและให้การรักษาผู้ป่วย
 - 1.2 บันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์

1.3 บันทึกข้อมูลและลงนามในเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น หนังสือส่งต่อ หนังสือรับรองการตาย เป็นต้น

1.4 แจ้งภาวะการเจ็บป่วยให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติ

2. หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.1 ควบคุมวิธีปฏิบัติงานให้เป็นไปตามระเบียบ/วิธีปฏิบัติ และตามคู่มือปฐมนิเทศงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.2 ประสานงาน ปฏิบัติตามระเบียบและวิธีปฏิบัติที่กำหนด

3. พยาบาลหัวหน้าเวร

3.1 ประเมินอาการผู้ป่วยและมอบหมายงานและดูแลการปฏิบัติงานของทีมการพยาบาล

3.2 รายงานแพทย์เพื่อการรักษา

3.3 ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ

3.4 รายงานเหตุการณ์ผิดปกติตามลำดับ

4. พยาบาลประจำการ

4.1 ตรวจสอบและเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ-อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ในหน่วยงาน

4.2 ตรวจสอบคัดกรองบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์และให้การปฐมพยาบาลให้การพยาบาลและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4.3 บันทึกทางการพยาบาลอย่างละเอียดพร้อมลงสมุดทะเบียนผู้มารับบริการในหน่วยงาน

- 4.4 ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ
- 4.5 ให้บริการพยาบาลตามประเภทของการจำหน่ายประเภทต่างๆ
5. เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน จัดทำเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
6. พนักงานแปล เคลื่อนย้ายผู้ป่วย
7. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป งานยานพาหนะจัดรถส่งต่อผู้ป่วย
8. งานการเงิน รับชำระเงินค่ารักษาพยาบาล
9. ฝ่ายเภสัชกรรม บริการยาผู้ป่วย
10. งานชั้นสูตร บริการทางห้องปฏิบัติการ
11. งานบริการทางรังสี บริการถ่ายภาพเอกซเรย์
12. งานหน่วยจ่ายกลางบริการรับนึ่งเครื่องมือให้สะอาดปราศจากเชื้อและแลกเปลี่ยน
13. งานซักฟอกบริการซักฟอกผ้าและส่งคืน
14. ฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและอนามัยสิ่งแวดล้อม
15. งานพัสดุ ครุภัณฑ์ เบิกจ่ายเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และวัสดุสำนักงาน
16. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ / ลูกจ้างเวรนอกเวลาราชการ
 - 16.1 ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และจัดเตรียมอุปกรณ์วัสดุการบริการ
 - 16.2 ดูแลความสะอาดเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้แล้ว

16.3 เก็บรวบรวมขยะ

17. พนักงานทำความสะอาด

17.1 ทำความสะอาดอาคารสถานที่

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. พยาบาลประจำการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือและเวชภัณฑ์ ในการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และส่งต่อ
2. บำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ ตามคู่มือเรื่อง การใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์พยาบาล
3. ตรวจสอบยาและเวชภัณฑ์หมดอายุในหน่วยงานทุก 3 เดือน ลงในแบบตรวจสอบวันหมดอายุของยาและเวชภัณฑ์และรายงานการตรวจพบยา- เวชภัณฑ์ก่อนหมดอายุ 6 เดือน ให้ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนทราบ
4. ตรวจสอบความพร้อมของวิทยุสื่อสาร
5. ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือบนรถ Ambulance วันละ 1 ครั้ง
6. ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือทั่วไป และเวชภัณฑ์ในรถ Emergency เวนละ 1 ครั้ง
7. พยาบาลประจำการเตรียมเครื่องมือที่สะอาดปราศจากเชื้อ เพื่อให้บริการทุกวัน
8. ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือและเวชภัณฑ์ สำหรับรองรับอุบัติเหตุภัยหมู่สัปดาห์ละ 1 ครั้งและหลังการใช้ทุกครั้ง
9. พนักงานแปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้างานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

10. เจ้าหน้าที่เวชระเบียนจัดทำเวชระเบียน ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

11. ทีมพยาบาลต้อนรับผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในหน่วยงานทุกราย โดยการทักทาย และทวนสอบชื่อ-สกุล ของผู้ป่วยทุกรายให้ตรงกับเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

12. ทีมพยาบาลคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินหลังเข้ารับบริการในหน่วยงาน ตรวจประเมินอาการสำคัญ จัดระดับความรุนแรงของภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายตาม หลักการคัดกรอง (Triage Level) และจัดการให้การรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสมตามระดับความ รุนแรงของการเจ็บป่วยแต่ละรายอย่างรวดเร็ว

13. กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว และหรือไม่มีญาติ ให้ระบุตัวบุคคลผู้ป่วย โดยผูกป้ายข้อมือ (ระบุชื่อ-สกุลหรือเพศ HN)

14. พยาบาลบันทึกข้อมูลการคัดกรองภาวะการเจ็บป่วย

14.1 สัญญาณชีพ ประวัติการเจ็บป่วย

14.2 อาการและอาการแสดงเมื่อแรกรับ

14.3 ระดับความรู้สีกตัว (Coma Score) กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือมีอาการผิดปกติทาง ระบบประสาท

14.5 กิจกรรมการพยาบาลเบื้องต้น

15. พยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย และให้การพยาบาลดังนี้

15.1 ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก (Emergent) จะต้องได้รับการประเมินสัญญาณชีพ และ ระดับความรู้สีกตัวทุก 10-15 นาที ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทหรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ จะต้องได้รับการเฝ้าระวังทางระบบประสาททุกราย (Coma Score)

15.2 ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉิน (Urgent) จะต้องได้รับการประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 15-30 นาทีลงในใบบันทึกสัญญาณชีพ

15.3 ผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน (Non-Urgent) จะต้องได้รับการประเมินอาการ อาการแสดง และสัญญาณชีพหรือรับการรักษา

16. พยาบาลหัวหน้าเวรและหรือพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่องการรายงานแพทย์เพื่อการรักษาผู้ป่วย

17. แพทย์ทำการตรวจรักษาตามระเบียบปฏิบัติเรื่อง การควบคุมคุณภาพและการรักษาทางการแพทย์ ทีมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ความไม่ชัดเจนของแผนการรักษา จะได้รับการทวนสอบจากแพทย์ทุกครั้ง

17.1 กรณีผู้ป่วยมีภาวะหัวใจและหรือหายใจหยุด ทีมการพยาบาลปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพ

17.2 กรณีแพทย์สั่งทำหัตถการ ทีมการพยาบาลปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติการพยาบาล

17.3 กรณีแพทย์สั่งทำหัตถการเพื่อการรักษาหรือเพื่อการวินิจฉัยทีมการพยาบาลปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติการพยาบาลโรงพยาบาลบางปลาหมอ เช่น การเจาะหลัง การเจาะปอด เป็นต้น

17.4 กรณีแพทย์ต้องการส่งตรวจชิ้นเนื้อทีมการพยาบาลปฏิบัติตามคู่มือการเก็บส่งส่งตรวจ

17.5 กรณีมีการนัดตัดใหม่ ทำแผล ฉีดยาหรือนัดตรวจ ทีมการพยาบาลให้คำแนะนำและนัดผู้ป่วยโดยใช้บัตรนัดโรงพยาบาลบางปลาหมอ และบัตรนัดฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก

17.6 กรณีผู้ป่วยใส่ฝือกที่ขาหรือเท้า แพทย์งดการลงน้ำหนัก หากต้องใช้ไม้ค้ำยันพยาบาลแนะนำ ให้ผู้ป่วยใช้ไม้ค้ำยันขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและวิธีการใช้, การดูแลฝือกพร้อมทั้งลงบันทึกในทะเบียนยืมวัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

17.7 กรณีแพทย์ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาบาลผู้ดูแลอธิบายให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบและปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง คู่มือการเก็บส่งตรวจ

17.8 กรณีแพทย์ส่งถ่ายภาพรังสีพยาบาลผู้ดูแลอธิบายให้ผู้ป่วยทราบและหรือแจ้งเจ้าหน้าที่ถ่ายภาพรังสีและแจ้งพนักงาน

17.9 กรณีแพทย์สั่งฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า นอกเวลาราชการพยาบาลประจำการฉีดเข็มแรกให้ เขียนใบนัดให้ผู้ป่วยมาชกประวัติที่ฝ่ายสุขภาพภิบาล ถ้าในเวลาราชการส่งผู้ป่วยพร้อมใบบันทึกบาดแผลไปพบเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพภิบาลเพื่อชกประวัติ

17.10 กรณีแพทย์รับผู้ป่วยไว้ในอน โรงพยาบาลทีมการพยาบาลปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการรับเป็นผู้ป่วยใน พยาบาลผู้ดูแลตรวจสอบรายการสั่งการรักษาของแพทย์ปฏิบัติตามแผนการรักษาแล้วทำเครื่องหมาย (/) หน้ารายการสั่งการรักษาพร้อมทั้งลงนามและเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พิมพ์รายการยาที่ใช้ไปกับผู้ป่วยพร้อมทั้งปรับใบสั่งยาให้ตัวจริงแนบกับประวัติผู้ป่วยสำเนาเก็บไว้ที่หน่วยงานเพื่อเบิกยาที่ใช้ไปคืนหน่วยงาน

17.11 กรณีแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลประจำการแนะนำวิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ออกใบนัด (ถ้ามี) และบันทึกลงในเวชระเบียนตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในคอมพิวเตอร์ก่อนให้ผู้รับบริการและหรือญาติ ไปชำระค่ารักษาและรับยา

17.12 การบริการผู้ป่วยจากหน่วยบริการอื่น ผู้ป่วยที่มารับบริการทำแผลฉีดยา และการทำหัตถการ ฯลฯ พยาบาลประจำการจะตรวจสอบชื่อ – สกุลผู้ป่วยที่ทำหัตถการและออกลำดับการรับ บริการตามลำดับก่อนหลังยกเว้นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

17.13 กรณีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลประจำการอธิบายให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติ

17.14 การฉีดยา พยาบาลประจำการทวนสอบ ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย ชนิด จำนวน ขนาดและทางที่ให้ยาให้ตรงกับผู้ป่วย เมื่อรับยาและทวนสอบชื่อซ้ำก่อนฉีดยา

17.15 กรณียาเสพติดให้โทษประเภท 2 จัดเก็บในลิ้นชัก Lock กุญแจไว้ ผู้ที่มีสิทธิเข้าถึงได้ คือหัวหน้างานและหัวหน้าเวร

17.16 กรณีผู้ป่วยทำหัตถการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลประจำการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติ เรื่อง การรับผู้ป่วยทำหัตถการ

17.17 กรณีให้ยาสลับพยาบาลประจำการให้ผู้ป่วยหรือญาติเช่นในยินยอมให้ทำการรักษา

17.18 อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้แล้ว พยาบาลประจำการ ผู้ช่วยเหลือคนไข้หรือลูกจ้าง เวนนอกเวลาราชการ ทำความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องมือหลังการใช้

17.19 ผ้าที่ใช้ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลประจำการ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ลูกจ้าง เวนนอกเวลาราชการ แยกประเภทผ้าติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ ส่งซักตามคู่มือการดำเนินงานการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

17.20 เครื่องมือที่นึ่งปราศจากเชื้อและเครื่องผ้าที่สะอาด พยาบาลประจำการ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หรือลูกจ้าง เวนนอกเวลา

17.21 ทีมสุขภาพแยกทิ้ง ของมีคม ติดเชื้อ ไม่ติดเชื้อ ขยะติดเชื้อ ไม่ติดเชื้อ ผู้ช่วยเหลือหรือลูกจ้าง เวนนอกเวลาราชการ เก็บรวบรวมตามวิธีปฏิบัติ เรื่องการรวบรวมและกำจัดขยะ นำส่งเตาเผาขยะ ซึ่งมีการเก็บขยะวันละ 2 ครั้ง

17.22 การทำความสะอาดอาคารสถานที่ พนักงานทำความสะอาดปฏิบัติงานตามคู่มือการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

17.23 ทีมการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาข้อบกพร่องในการให้บริการทั้งหมดและต้องรายงานหัวหน้าเวรและหรือหัวหน้างานเพื่อแก้ไขปัญหา หากพบความไม่สอดคล้องเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยตรงต้องรายงานแพทย์ผู้รับผิดชอบ เพื่อตรวจสอบปัญหาและแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน ทำความเข้าใจกับญาติและผู้ป่วยให้ การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ถ้าหากปัญหามีแนวโน้มจะถูกฟ้องร้องหรือ ร้องเรียนต้องปรึกษาผู้อำนวยการหรือผู้แทนทันที

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชินชม (2522) ศึกษาเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสุขภาพของประชาชนในชนบทพบว่า เมื่อประชาชนเจ็บป่วยจะรักษากันเองมากที่สุด รองลงมาคือ ใช้บริการของรัฐและเอกชนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการ คือ ลักษณะโรค และระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการของรัฐในท้องถิ่น ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยจะรักษากันเอง แต่ถ้ามีอาการรุนแรงหรือเป็นโรคเรื้อรังจะใช้บริการของรัฐ และสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้หลายประการ ดังนี้ คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ โดยเพศหญิงจะมีการใช้บริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย ผู้ที่มีการศึกษาและรายได้สูงกว่ามีแนวโน้มจะใช้บริการรักษาแผนปัจจุบันมากกว่า ผู้สูงอายุจะมีการใช้บริการรักษาแผนโบราณมากกว่ากลุ่มอายุอื่น
2. ลักษณะอาชีพของหัวหน้าครอบครัว ผู้ที่รับราชการหรือทำงานในสำนักงานจะใช้บริการรักษาแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีอาชีพเกษตรกร
3. ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยเชื่อว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ จะใช้บริการรักษาพื้นบ้านหรือแผนโบราณ แต่ถ้าเชื่อว่ามีสาเหตุจากธรรมชาติ จะใช้บริการรักษาแผนปัจจุบันมากกว่า
4. เขตที่อยู่อาศัย ผู้ที่อาศัยในเขตเมืองมีแนวโน้มจะรักษาแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท
5. ประสบการณ์ที่เคยได้รับการรักษาครั้งก่อน ถ้าใช้วิธีการใดประสบผลสำเร็จจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการรักษาแบบนั้นอีก
6. ลักษณะความรุนแรงของโรค ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงและเจ็บพลัน มีแนวโน้มจะรักษาแผนปัจจุบันมากกว่า แต่ถ้าเจ็บป่วยไม่รุนแรงหรือเป็นโรคเรื้อรังจะมีแนวโน้มใช้บริการรักษาแผนโบราณมากกว่า
7. ระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการ ถ้าระยะทางไกลจะใช้บริการน้อยกว่า

ศุภชัย และดวงสมร (2532) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้านการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ผู้มารับบริการด้านการรักษาพยาบาลมีระดับความพึงพอใจต่ำด้านความ สะดวก ได้แก่ ความพร้อมในการให้บริการ การจัดระบบให้บริการของโรงพยาบาล มนุษยสัมพันธ์ ได้แก่ ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล การพูดจาของเจ้าหน้าที่ ความสนใจเอาใจใส่ จากแพทย์ อุปกรณ์การรักษา ได้แก่ ความพร้อมของอุปกรณ์ในการให้การรักษาพยาบาลทันทั่วทั้งที่ ประสิทธิภาพของการใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ การประสานงาน ได้แก่ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการ ช่วยติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่ต้องการ ระบบในการประสานงาน ความสามารถของแพทย์ และพยาบาลในการประสานงานเพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัญหาทุกด้าน คุณภาพของ บริการ ได้แก่ ความสามารถของแพทย์ คุณภาพของยาและประสิทธิภาพของอุปกรณ์การรักษามีอยู่ การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ได้แก่ ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในการให้คำแนะนำ หรืออธิบายแก่ผู้ป่วย การแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวระหว่างการเจ็บป่วยโดยแพทย์ การให้คำแนะนำ หรืออธิบายปัญหาต่างๆ จากพยาบาล และผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกครั้งเมื่อ เกิดความสงสัย

เบญจพร (2534) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่ แขนงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า การศึกษา รายได้ อาชีพ บริการรักษาพยาบาล และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ผู้รับบริการ ที่มีการศึกษาสูง รายได้สูง มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าอาชีพ อื่นๆ และผู้รับบริการที่เห็นว่ามีการรักษาพยาบาลที่ทั่วถึง ชัดเจน ไม่ซับซ้อน มีความสะดวกในการ ใช้ยา จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้รับบริการที่เห็นว่าการรักษาพยาบาลไม่ทั่วถึง ยุ่งยากซับซ้อน ไม่มีความสะดวกในการใช้ยา และผู้รับบริการที่สังคมให้การสนับสนุน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วย ดีกว่าผู้รับบริการที่สังคมไม่ให้การสนับสนุน

จิรประภา (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการ ดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลัง การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระหว่าง 3 เดือน -1 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แขนงผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลโรคทรวงอก และ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 ราย พบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

อังคณา (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มา รับการตรวจรักษาที่คลินิกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 200 ราย พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับ โรค และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิง ตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคดี และมีการสนับสนุนทางสังคมดี จะมีพฤติกรรมการ ดูแลตนเองที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ อรอนงค์ (2539) ได้ศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย

Lauver (1992) ได้พัฒนาทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ (A. Theory of Care-seeking Behavior) บนพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพของเทรนดิส ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรม การแสวงหาการดูแลของบุคคลเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ อารมณ์ ความคาดหวัง ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดูแลและบรรทัดฐานของคนในสังคม และยังมีปัจจัยด้าน การอำนวยความสะดวก ได้แก่ การประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการ ซึ่งจะมีผลในการตัดสินใจแสวงหา การดูแลด้วย

Lauver (1994) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในหญิงเชื้อชาติคอเคเซียนและแอฟริกัน พบว่า มีพฤติกรรมแสวงหาไม่แตกต่างกัน และยังพบว่า นอกจากปัจจัยดังกล่าวตามแนวคิดข้างต้นแล้ว การที่ผู้ป่วยมีเพื่อนเป็นมะเร็งเต้านมจะมีผลต่อการ แสวงหาการดูแลด้วย

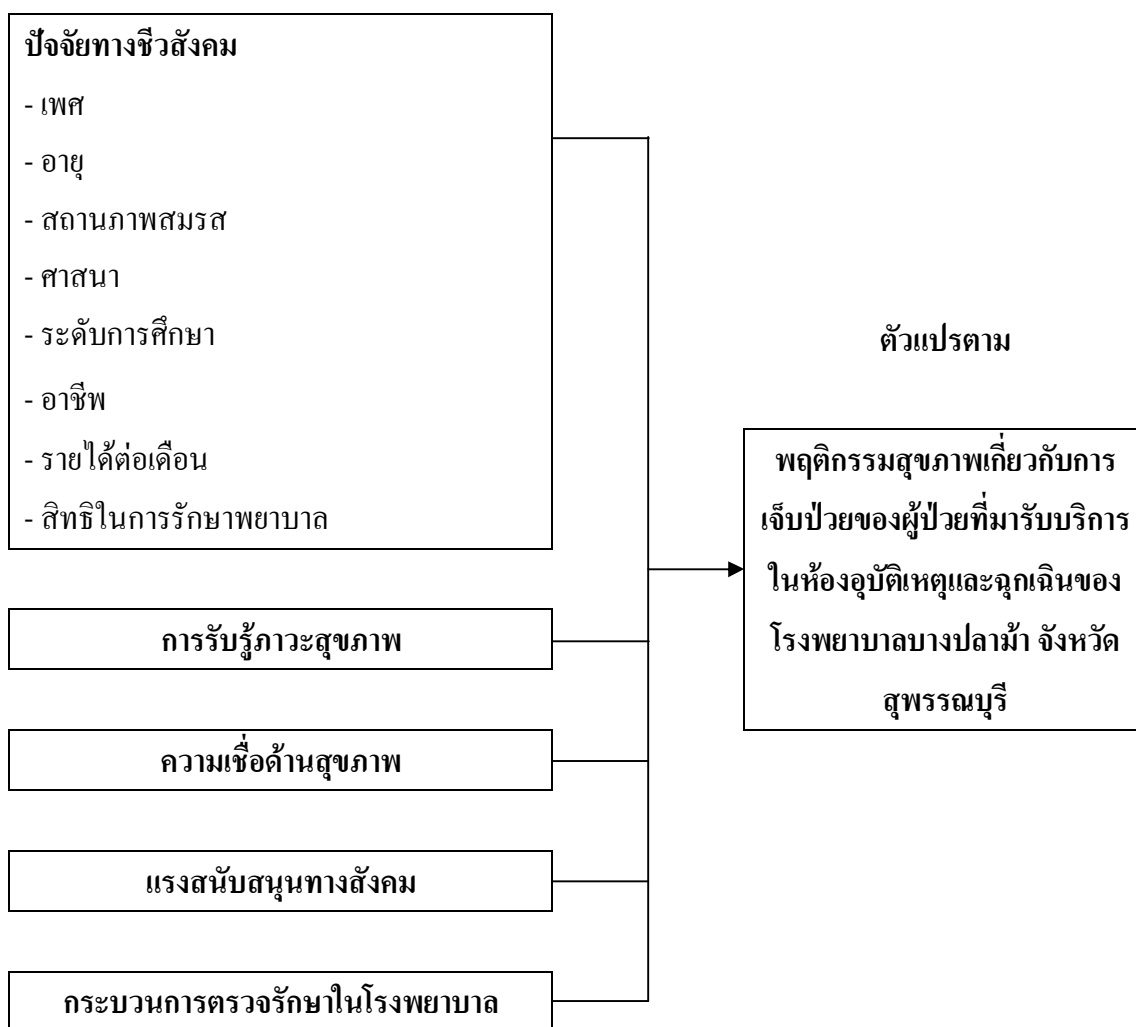
Andersen (1995) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคล มาตั้งแต่ในทศวรรษที่ 1960 กล่าวถึงการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันว่า มีปัจจัยชักนำ ได้แก่ ลักษณะทางด้านประชากรและสังคม เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะ โครงสร้างของ สังคม ความคิดความเชื่อ ปัจจัยสนับสนุน เช่น ครอบครัว ชุมชน และปัจจัยด้านความต้องการ ซึ่ง หมายถึงความต้องการที่เกิดจากการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับลักษณะความเจ็บป่วย ความรุนแรง และวิธีการรักษา โดยบุคคลจะประเมินผลลัพธ์จากการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพแต่ละขั้นตอน เพื่อปรับให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการรักษาและเกิดความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ

Kleinman (1980) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ได้ข้อสรุปตรงกันว่า ชนิดและความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมของเขา ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ปัจจัยทางโครงสร้างทางสังคมต่างๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การศึกษา บทบาทในครอบครัว แหล่งที่อยู่และการเข้าถึงแหล่ง บริการสุขภาพที่มีอยู่ เป็นตัวกำหนดสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพ

จากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการเจ็บป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยภายในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ ในผู้มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลา ม้า เพื่อนำมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งผลของการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการจัดระบบบริการสุขภาพ นำไปพัฒนางานบริการ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ตัวแปรปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และสิทธิในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานที่ 4 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานที่ 5 กระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research Method) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีอายุระหว่าง 15 – 60 ปี และสามารถให้การสัมภาษณ์ได้ ในช่วงเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ.2550

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ทำการคัดเลือกโดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของ Taro Yamane (Yamane, 1973)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

ในที่นี้ให้ค่าความคาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

ส่วน N หรือขนาดของกลุ่มประชากรได้มาจากจำนวนของผู้มารับบริการในห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉินของเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 ซึ่งมีผู้มารับบริการเป็นจำนวน 2,509 คน จะได้ $N = 2,509$

$$\text{เมื่อนำมาเข้าสู่สูตรจะได้ } n = \frac{2509}{1 + 2509 \times (0.05)^2}$$

$$\text{จะได้กลุ่มตัวอย่าง} = 344.99 \text{ คน}$$

$$\text{จึงได้ปรับเป็นจำนวนเต็ม} = 345 \text{ คน}$$

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้การเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Random Sampling) โดยการเลือกประชาชนที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล บางปلام้า ที่ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนและสิทธิในการรักษาพยาบาล เป็นแบบให้เติมข้อความและตรวจรายการ (Checklist)

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งแบบสัมภาษณ์ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ 2 ระดับ คือ ใช่และไม่ใช่

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 7, 9 และ 10

ใช่	ให้คะแนน	1	คะแนน
ไม่ใช่	ให้คะแนน	0	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 6 และ 8

ใช่	ให้คะแนน	0	คะแนน
ไม่ใช่	ให้คะแนน	1	คะแนน

การประเมินระดับการรับรู้ ผู้วิจัยประยุกต์จากเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลของ Bloom (1968) ซึ่งแบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับดี	มีคะแนนมากกว่า	80	คะแนน
ระดับพอใช้	มีคะแนนระหว่าง	60 ถึง 80	คะแนน
ระดับไม่ดี	มีคะแนนน้อยกว่า	60	คะแนน

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ 2 ระดับ คือ เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 3, 6, 8, 9, 10, 12, 13 และ 14

เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	0	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5, 7, 11 และ 15

เห็นด้วย	ให้คะแนน	0	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน

การประเมินระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์จากเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลของบลูม (Bloom, 1968) ซึ่งแบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับถูกต้องมาก	มีคะแนนมากกว่า	80	คะแนน
ระดับถูกต้องปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	60 ถึง 80	คะแนน
ระดับถูกต้องน้อย	มีคะแนนน้อยกว่า	60	คะแนน

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ 2 ระดับ คือ ใช่และไม่ใช่

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 5, 6, 7 และ 8

ใช่	ให้คะแนน	1	คะแนน
ไม่ใช่	ให้คะแนน	0	คะแนน

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 2

ใช่	ให้คะแนน	0	คะแนน
ไม่ใช่	ให้คะแนน	1	คะแนน

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประยุกต์จากเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผล ของ Bloom (1968) ซึ่งแบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับมาก	มีคะแนนมากกว่า	80	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	60 ถึง 80	คะแนน
ระดับน้อย	มีคะแนนน้อยกว่า	60	คะแนน

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นคำถามเกี่ยวกับการใช้ยา การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 6, 7, 8, 10, 12 และ 13

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	2	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้คะแนน	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ให้คะแนน	0	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 2, 3,4,5,9,11,14,15

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	0	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้คะแนน	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ให้คะแนน	2	คะแนน

การประเมินระดับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์จากเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลของ Bloom (1968) ซึ่งแบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับดี	มีคะแนนมากกว่า	80	คะแนน
ระดับพอใช้	มีคะแนนระหว่าง	60 ถึง 80	คะแนน
ระดับไม่ดี	มีคะแนนน้อยกว่า	60	คะแนน

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 6 กระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ 2 ระดับ คือ ทำและไม่ทำ

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2,3, 4, 5, 8, 9 และ 10

ทำ	ให้คะแนน	1	คะแนน
ไม่ทำ	ให้คะแนน	0	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 6 และ 7

ทำ	ให้คะแนน	0	คะแนน
ไม่ทำ	ให้คะแนน	1	คะแนน

การประเมินปัจจัยภายในโรงพยาบาล ผู้วิจัยประยุกต์จากเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลของ Bloom (1968) ซึ่งแบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับมาก	มีคะแนนมากกว่า	80	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	60 ถึง 80	คะแนน
ระดับน้อย	มีคะแนนน้อยกว่า	60	คะแนน

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การตัดสินระดับของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หลังจากทดสอบแล้วว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ (ประคอง, 2539)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เข้าใกล้ 1 (0.7 ขึ้นไป) ถือว่ามีความสัมพันธ์ระดับมาก

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เข้าใกล้ 0.5 (0.3 -0.7) ถือว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เข้าใกล้ 0 (ต่ำกว่า 0.3) ถือว่ามีความสัมพันธ์ระดับน้อย

การสร้างและทดสอบเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราทางวิชาการ ที่เกี่ยวกับการสร้างแบบสัมภาษณ์สำหรับการวิจัย
2. ศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล
3. สร้างแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่มีความหมายเชิงนิมิตและนิเสธ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด และมีเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสมมติฐานการวิจัย
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอกรรมการที่ปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำและแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ (Content Validity)
5. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดย

5.1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาขึ้นไปให้กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามข้อเสนอแนะ

5.2 นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try Out) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้รับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีประจันต์ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลจากการทดลองใช้แบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์รวมทั้งฉบับ = .766 ซึ่งเป็นค่ายอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระทำโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์ และวิธีสัมภาษณ์ ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบก่อนเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. นำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้อง ครบถ้วน และตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square Test)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการตรวจรักษา โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการตรวจรักษา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี” เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการ ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล และภาวะสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประกอบด้วย สาเหตุ อาการ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพ ประสบการณ์ในการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยภายในโรงพยาบาล ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ วิธีการรักษา การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 345 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดของการวิจัย ทำการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติทั้งหมดนี้กระทำโดยรวมในแต่ละตอน และรายด้าน

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งการนำเสนอ ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการด้านปัจจัยทางชีวสังคม

(n = 345)		
ปัจจัยด้านชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	129	37.4
หญิง	216	62.6
อายุ		
15 – 25 ปี	72	20.9
26 – 40 ปี	152	44.1
41 – 60 ปี	121	35.0
$\bar{X} = 37.10$ ปี , S.D. = 12.81		
สถานภาพสมรส		
โสด	99	28.7
คู่	215	62.3
หม้าย	19	5.5
หย่าหรือแยก	12	3.5
ศาสนา		
พุทธ	342	99.1
คริสต์	2	0.6
อิสลาม	1	0.3
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	10	2.9
ประถมศึกษา	106	30.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	46	13.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	65	18.8
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	32	9.3
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	77	22.3
สูงกว่าปริญญาตรี	9	2.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยด้านชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	76	22.1
ค้าขาย	39	11.3
รับจ้าง	146	42.3
เกษตรกรกรรม	47	13.6
นักเรียน/นิสิตนักศึกษา	37	10.7
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	55	15.9
ต่ำกว่า 5,000 บาท	91	26.4
ระหว่าง 5,000 – 9,999 บาท	113	32.8
ตั้งแต่ 10,000 บาท	86	24.9
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
เบิกได้ตามสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	100	29.0
ชำระเงินเอง	8	2.3
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	160	46.4
ประกันสังคม	72	20.9
ประกันชีวิต	5	1.4

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.6 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 26 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.1 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 62.3 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.1 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 42.3 มีรายได้ในช่วงระหว่าง 5,000 – 9,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.8 มีสิทธิในการรักษาพยาบาลคือบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) คิดเป็นร้อยละ 46.4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการจำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นรายข้อ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยเกิดจากการได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย	239	69.3	106	30.7
2. การเจ็บป่วย บางครั้งเกิดจากการที่ร่างกายอ่อนเพลียไม่ได้พักผ่อนและทำงานหนัก	318	92.2	27	7.8
3. ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย	117	33.9	228	66.1
4. การเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านไม่ทราบสาเหตุ	153	44.3	192	55.7
5. ท่านสามารถดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยด้วยโรคเดิมซ้ำได้	293	84.9	52	15.1
6. อาการเจ็บป่วยของท่านหายแล้ว ควรหยุดรับประทานยาทันที	73	22.0	272	78.0
7. อาการเจ็บป่วยของท่านจะรุนแรงขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง	200	58.0	145	42.0
8. การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเดี๋ยวกี่เพียงพอแล้วที่จะทำให้หายจากการเจ็บป่วยได้	316	91.6	29	8.4
9. เมื่อเจ็บป่วยควรไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	102	29.6	243	70.4
10. ท่านไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล				

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ในด้านสาเหตุ อาการ ความรุนแรง ประสบการณ์ในการเจ็บป่วย เป็นรายข้อพบว่า ในด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย 3 ลำดับแรก ที่ผู้รับบริการตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ การเจ็บป่วยบางครั้งเกิดจากการที่ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่ได้พักผ่อน

และทำงานหนัก รองลงมา ได้แก่ เมื่อเจ็บป่วยควรไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 92.2 91.6 และ 88.1 ตามลำดับ ส่วนสาระสำคัญที่ผู้รับบริการมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง 3 ลำดับแรก ได้แก่ อาการเจ็บป่วยของท่านจะรุนแรงขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รองลงมา ได้แก่ การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้รับบริการไม่ทราบสาเหตุ และการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเดียวกันก็เพียงพอแล้วที่จะทำให้หายจากการเจ็บป่วยได้ คิดเป็นร้อยละ 78 66.1 และ 58 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ

ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับดี	27	7.8
ระดับพอใช้	247	71.6
ระดับไม่ดี	71	20.6

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 71.6 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 20.6 และ ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 7.8

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นรายชื่อ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเจ็บป่วยเกิดจากเคราะห์กรรมหรือกรรมเก่า	39	11.3	306	88.7
2. การเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ ถ้าไม่ดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง	336	97.4	9	2.6
3. อาหารพวกไขมันเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น	333	96.5	12	3.5
4. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องทำพิธีสะเดาะเคราะห์จึงจะหายจากการเจ็บป่วย	20	5.8	325	94.2

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. คนที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่จำเป็นต้องมา ตรวจสุขภาพประจำปี	63	18.3	282	81.7
6. เมื่อท่านเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งแล้ว ต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันที อาการ ของโรคจะได้ไม่รุนแรงขึ้น	316	91.6	29	8.4
7. เมื่อมาตรวจครั้งแรกแล้วอาการเจ็บป่วย ไม่ดีขึ้น ท่านไม่ควรไปตรวจกับ แพทย์ คนเดิมอีก	120	34.8	225	65.2
8. ควรมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง แม้อาการเจ็บป่วยจะทุเลาลง	312	90.4	33	9.6
9. การได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะช่วยลด ความรุนแรงของโรคได้	317	91.9	28	8.1
10. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล จะทำให้อาการเจ็บป่วยหาย เร็วขึ้น โรงพยาบาล	319	92.5	26	7.5
11. การตรวจที่โรงพยาบาลต้องใช้เวลา ทำให้ท่านต้องเสียเวลาทำงาน	87	25.2	258	74.8
12. ขั้นตอนในการตรวจรักษาไม่ยุ่งยาก เกินไป	318	92.2	27	7.8
13. การให้ความร่วมมือกับแพทย์ในการ ตรวจรักษา จะช่วยให้การรักษาหาย เร็วขึ้น	311	90.1	34	9.9
14. ท่านสามารถรับการค่าใช้จ่าย ในการ ตรวจรักษาครั้งนี้ได้	314	91.0	31	9.0
15. ค่าใช้จ่ายในการมาตรวจรักษาที่ โรงพยาบาลแต่ละครั้งมีผลกระทบต่อ เศรษฐกิจ ภายในครอบครัวท่านอย่างมาก	78	22.6	267	77.4

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเจ็บป่วย เป็นรายชื่อพบว่า เรื่องที่ผู้รับบริการเห็นด้วยมากที่สุดในด้านของความเชื่อด้านสุขภาพ 3 ลำดับแรก ได้แก่ การเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ ถ้าไม่ดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง รองลงมา ได้แก่ อาหารพวกไขมันเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล จะทำให้อาการเจ็บป่วยหายเร็วขึ้น คิดเป็นร้อยละ 97.4 96.5 และ 92.5 ตามลำดับ ส่วนเรื่องที่ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ในด้านของความเชื่อด้านสุขภาพ 3 ลำดับแรก ได้แก่ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องทำพิธีสะเดาะเคราะห์จึงจะหายจากการเจ็บป่วย รองลงมา ได้แก่ การเจ็บป่วยเกิดจากเคราะห์กรรมหรือกรรมเก่า และคนที่มีความสุขแข็งแรงไม่จำเป็นต้องมาตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 94.2 88.7 และ 81.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพ

ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับถูกต้องมาก	259	75.1
ระดับถูกต้องปานกลาง	81	23.4
ระดับถูกต้องน้อย	5	1.5

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับถูกต้องมาก คิดเป็นร้อยละ 75.1 รองลงมาอยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 23.4 และ ในระดับถูกต้องน้อย คิดเป็นร้อยละ 1.5

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการจำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นรายชื่อ

แรงสนับสนุนทางสังคม	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เมื่อเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัว/ญาติพี่น้องจะสอบถามด้วยความห่วงใย	324	93.9	21	6.1
2. บุคคลในครอบครัว/ญาติพี่น้องแสดงอาการเบื่อหน่ายหรือรำคาญเมื่อท่านเจ็บป่วย	17	4.9	328	95.1
3. ญาติพี่น้องและครอบครัวของท่านคอยรับฟังปัญหาและให้กำลังใจเมื่อ ท่านเกิดการเจ็บป่วย	328	95.1	17	4.9
4. เพื่อนๆ ญาติพี่น้อง เต็มใจในการให้ความช่วยเหลือ ถ้าจำเป็นต้องใช้เงินรักษา	327	94.8	18	5.2
5. ท่านมักจะพูดคุยกับผู้อื่นเมื่อรู้สึกเครียดกับการเจ็บป่วย	292	84.6	53	15.4
6. ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือการปฏิบัติตัวจากวิทยุ โทรทัศน์ เป็นประจำ	313	90.7	32	9.3
7. แพทย์/พยาบาล ต้อนรับและพูดคุยกับท่านด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส	319	92.5	26	7.5
8. แพทย์ได้เปิดโอกาสให้ท่านบอกอาการเจ็บป่วยอย่างละเอียด	304	88.1	41	1.9

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นรายชื่อพบว่า ผู้รับบริการมีค่าร้อยละในด้านของแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ ญาติพี่น้องและครอบครัวของท่านคอยรับฟังปัญหาและให้กำลังใจเมื่อ ท่านเกิดการเจ็บป่วย รองลงมา ได้แก่ เพื่อนๆ ญาติพี่น้อง เต็มใจในการให้ความช่วยเหลือ ถ้าจำเป็นต้องใช้เงินรักษา และ เมื่อเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัว/ญาติพี่น้องจะสอบถามด้วยความห่วงใย คิดเป็นร้อยละ 95.1 94.8 และ 93.9 ตามลำดับ ส่วนค่าร้อยละของแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว/ญาติพี่น้องแสดงอาการเบื่อหน่ายหรือรำคาญเมื่อท่านเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 4.9

ตารางที่ 7 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)	(%)
ระดับมาก	299	86.7
ระดับปานกลาง	42	12.1
ระดับน้อย	4	1.2

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 12.1 และในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 1.2

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ เป็นรายชื่อ

พฤติกรรมสุขภาพ	ความถี่ในการปฏิบัติ					
	ประจำ		บางครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การใช้ยาสามัญประจำบ้านเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย	129	37.4	214	62	2	0.6
2. การซื้อยาชุดจากร้านขายยามาใช้ เพราะมีความสะดวกเมื่อเกิดการเจ็บป่วย	28	8.1	194	56.2	123	35.7
3. การรับประทานยาระบายเมื่อท้องผูก	27	7.8	160	46.4	158	45.8
4. การรับประทานยาแก้ปวดเมื่อรู้สึกปวดเมื่อย	43	12.5	188	54.5	114	33.0
5. การรับประทานยานอนหลับ	24	7.0	95	27.5	226	65.5

ตารางที่ 8 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	ความถี่ในการปฏิบัติ					
	ประจำ		บางครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. การนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	208	60.3	131	38.0	6	1.7
7. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	130	37.7	193	55.9	22	6.4
8. การรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำมากๆ เมื่อท้องผูก	195	56.6	135	39.2	15	4.3
9. การรับประทานอาหารไขมันสูง อาหารหมักดอง อาหารสุกๆ ดิบๆ	16	4.6	218	63.2	111	32.2
10. การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ทุกวัน	248	71.9	93	27.0	4	1.1
11. การดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น ลิโพวิตัน กระทิงแดง เป็นต้น	15	4.3	119	34.5	211	61.2
12. การปิดปาก จมูก ขณะไอหรือจาม	188	54.5	152	44.1	5	1.4
13. การปฏิบัติตนเพื่อรักษาอาการเบื้องต้น เช่น เมื่อมีไข้ ก็เช็ดตัว รับประทานยา ดื่มน้ำมากๆ เป็นต้น	64	18.6	195	56.5	86	24.9
14. การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับอาการ วิธีการรักษาจากเอกสาร ตำรา ด้วยตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วย	56	16.3	194	56.2	95	27.5
15. การสอบถามวิธีการรักษาหรือการปฏิบัติตัวจากญาติหรือเพื่อนบ้าน เมื่อเกิดการเจ็บป่วย						

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวเป็นประจำในเรื่องการรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ ทุกวัน รองลงมา ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง และการรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำมากๆ เมื่อท้องผูก คิดเป็นร้อยละ 71.9 60.3 และ 56.5 ตามลำดับ มีการปฏิบัติตัวบางครั้ง ในเรื่องการรับประทานอาหารเช้าไขมันสูง อาหารหมักดอง อาหารสุกๆ ดิบๆ รองลงมา ได้แก่ การใช้ยาสามัญประจำบ้านเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย และการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับอาการ วิธีการรักษาจากเอกสาร ตำรา ด้วยตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 63.2 62 และ 56.5 ตามลำดับ ส่วนเรื่องที่ไม่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การรับประทานยานอนหลับเมื่อนอนไม่หลับ รองลงมา ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น ลิโพวิตัน กระทั่งแดง เป็นต้น และการรับประทานยาละลายเมือท้องผูก คิดเป็นร้อยละ 65.5 61.2 และ 45.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ระดับพฤติกรรมการสุขภาพ

ระดับพฤติกรรมการสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับดี	57	16.5
ระดับพอใช้	235	68.2
ระดับไม่ดี	53	15.3

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสุขภาพในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 68.2 รองลงมาอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 16.5 และในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 15.3

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการจำแนกตามกระบวนการตรวจรักษาใน
โรงพยาบาล เป็นรายชื่อ

กระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล	ทำ		ไม่ทำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การให้ความรู้เรื่องโรคโดยการติดโปสเตอร์หรือ จัดบอร์ด	309	89.6	36	10.4
2. พยาบาล/เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนใน การตรวจรักษา	325	94.2	20	5.8
3. แพทย์อธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยให้ทราบ	318	92.2	27	7.8
4. แพทย์ได้บอกให้ทราบว่าป่วยเป็นโรคอะไร	315	91.3	30	8.7
5. แพทย์แนะนำการปฏิบัติตัวหลังจากการตรวจ วินิจฉัยโรคแล้ว	313	90.7	32	9.3
6. แพทย์ตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว จนไม่มีเวลาอธิบาย เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	83	24.1	262	75.9
7. แพทย์อธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยภาษาที่ยาก แก่การเข้าใจ	92	26.7	253	73.3
8. พยาบาล/เจ้าหน้าที่ แนะนำขั้นตอนการไปรับยา หรือรับการพยาบาลต่างๆ เช่น ทำแผล ฉีดยา	319	92.5	26	7.5
9. พยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน				
10. แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่บอกให้ทราบเกี่ยวกับ การมาตรวจตามนัด	293	84.9	52	15.1
	293	84.9	52	15.1

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยภายในโรงพยาบาลและกระบวนการตรวจรักษา เป็นรายชื่อพบว่า ผู้รับบริการมีค่าร้อยละในด้านปัจจัยภายในโรงพยาบาลและกระบวนการตรวจรักษา อยู่ในระดับสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ พยาบาล/เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนในการตรวจรักษา รองลงมา ได้แก่ พยาบาล/เจ้าหน้าที่ แนะนำขั้นตอนการไปรับยา หรือรับการพยาบาลต่างๆ เช่น ทำแผล ฉีดยา และแพทย์อธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยให้ทราบ คิดเป็นร้อยละ 94.2 92.5 และ 92.2 ตามลำดับ ส่วนค่าร้อยละในด้านปัจจัยภายในโรงพยาบาลและกระบวนการตรวจรักษา อยู่ในระดับต่ำ 3 ลำดับแรก ได้แก่ แพทย์ตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว จนไม่มีเวลาอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย รองลงมา ได้แก่

แพทย์อธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยภาษาที่ยากแก่การเข้าใจ และพยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 24.1 26.7 และ 29.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล

กระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับมาก	216	62.6
ระดับปานกลาง	123	35.7
ระดับน้อย	6	1.7

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 12.1 และในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 1.2

การพิสูจน์สมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการ

(n=345)

ปัจจัยทางชีวสังคม	พฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ						C ²	p-value
	ดี		พอใช้		ไม่ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								
ชาย	25	19.4	77	59.7	27	20.9	1.226	.187
หญิง	32	14.8	137	63.4	47	21.8		
อายุ								
15 – 25 ปี	13	18.1	39	54.2	20	27.8	6.162	.944
26 – 40 ปี	30	19.7	92	60.5	30	19.7		
41 – 60 ปี	14	11.6	83	68.6	24	19.8		
สถานภาพสมรส								
โสด	15	15.2	63	63.6	21	21.2	15.393	.017
คู่	37	17.2	138	64.2	40	18.6		
หม้าย	1	5.3	11	57.9	7	36.8		
หย่าหรือแยก	4	33.3	2	16.7	6	50.0		
ศาสนา								
พุทธ	57	16.7	211	61.7	74	21.6	1.853	.763
คริสต์	0	0.0	2	100.0	0	0.0		
อิสลาม	0	0.0	1	100.0	0	0.0		
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้เรียน	1	10.0	9	90.0	0	0.0	29.868	.003
ประถมศึกษา	14	13.2	68	64.2	24	22.6		
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	30.4	20	43.5	12	26.1		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	15	23.1	36	55.4	14	21.5		
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	2	6.3	26	81.2	4	12.5		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	7	9.1	50	64.9	20	26.0		
สูงกว่าปริญญาตรี	4	44.4	5	55.6	0	0.0		

ตารางที่ 12 (ต่อ)

(n=345)

ปัจจัยทางชีวสังคม	พฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ						C ²	p-value
	ดี		พอใช้		ไม่ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ								
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15	19.7	45	59.2	16	21.1	15.971	.043
ค้าขาย	3	7.7	27	69.2	9	23.1		
รับจ้าง	19	13.0	102	69.9	25	17.1		
เกษตรกรกรรม	11	23.4	25	53.2	11	23.4		
นักเรียน/นิสิตนักศึกษา	9	24.3	15	40.5	13	35.2		
รายได้ต่อเดือน								
ไม่มีรายได้	9	16.3	25	45.5	21	38.2	16.256	.012
ต่ำกว่า 5,000 บาท	12	13.2	64	70.3	15	16.5		
ระหว่าง 5,000-9,999 บาท	16	14.2	73	64.6	24	21.2		
ตั้งแต่ 10,000 บาท	20	23.3	52	60.5	14	16.2		
สิทธิในการรักษาพยาบาล								
เบิกได้ตามสิทธิ์ข้าราชการ	18	18.0	64	64.0	18	18.0	15.369	.052
ชำระเงินเอง	0	0.0	3	37.5	5	62.5		
บัตรประกันสุขภาพ	32	20.0	98	61.2	30	18.8		
ประกันสังคม	7	9.7	46	63.9	19	26.4		
ประกันชีวิต	0	0.0	3	60.0	2	40.0		

P < .01

จากตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการ พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือนและสิทธิในการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี ส่วนระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การยอมรับสมมติฐานบางส่วน

สมมติฐานที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มา
รับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับ
บริการ เสนอผลตามลำดับตัวแปร ดังนี้

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ

(n = 345)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p – value
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.186**	.001

**p < 0.01

จากตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรม
สุขภาพของผู้มารับบริการ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม
สุขภาพของผู้มารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มา
รับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับ
บริการ เสนอผลตามลำดับตัวแปร ดังนี้

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ

(n = 345)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p – value
ความเชื่อด้านสุขภาพ	.300**	.000

**p < 0.01

จากตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ เสนอผลตามลำดับตัวแปร ดังนี้

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ

(n = 345)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p – value
แรงสนับสนุนทางสังคม	.113*	.036

*p < 0.05

จากตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 5 กระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการ เสนอผลตามลำดับตัวแปร ดังนี้

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ

(n = 345)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P – value
กระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล	.295*	.000

*p < 0.05

จากตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ พบว่า กระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

ข้อวิจารณ์

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ศึกษาพบว่า มีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาวิจารณ์ โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวสังคม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

จากการศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมของผู้มารับบริการ พบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.6 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 37.4 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 44.1 มีอายุระหว่าง 26 – 40 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.3 มีสถานภาพคู่ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็น 99.1 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.3 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่

ร้อยละ 42.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.8 มีรายได้อยู่ในช่วงระหว่าง 5,000 – 9,999 บาท และสิทธิในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.4 มีสิทธิในการรักษาพยาบาล คือบัตรประกันสุขภาพ(บัตรทอง)

เพศ พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.6 มีระดับพฤติกรรมสุขภาพในระดับพอใช้ และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนีย์ และคณะ (2538) ซึ่งพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา (2535) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ เพศชายมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะการซื้อยากินเอง ในขณะที่เพศหญิงส่วนใหญ่ เป็นแม่บ้านซึ่งมีเวลาว่างพอที่จะไปหาบุคลากรสาธารณสุข

อายุ พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.1 มีอายุระหว่าง 26 – 40 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ (2534) พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะแตกต่างกับ Kleinman (1980) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสุขภาพ จากแหล่งต่างๆ ปัจจัยทางสังคมต่างๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพ

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.3 มีสถานภาพสมรส คู่ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โสภณา (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองจากมลพิษทางอากาศและเสียงของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองจากมลพิษทางอากาศและเสียงของตำรวจจราจร ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สุภวรินทร์ (2539) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศาสนา พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 99.1 นับถือศาสนาพุทธ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ครุณี (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการกำจัดขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการร้านค้าในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี และพบว่า การนับถือศาสนาไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการกำจัดขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการร้านค้า

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.3 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบนจพร (2534) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมกรเจ็บป่วยต่างกัน โดยผู้รับบริการที่มีการศึกษาสูงกว่า จะมีพฤติกรรมกรเจ็บป่วยดีกว่าผู้รับบริการที่มีการศึกษาระดับต่ำ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมล และ มนตรา (2540) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมกรออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ (2546) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.3 มีอาชีพรับจ้าง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ ประยงค์ (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรอันประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และลักษณะอาชีพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร (2534) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมกรเจ็บป่วยแตกต่างกันด้วย

รายได้ต่อเดือน พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.8 มีรายได้อยู่ในช่วงระหว่าง 5,000 – 9,999 บาท มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ต่อเดือนกับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ สุทธิศรี (2535) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวดี (2532) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสที่มีรายได้สูง มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย และสอดคล้องกับ เบญจพร (2534) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกันด้วย โดยผู้รับบริการที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้รับบริการที่มีรายได้น้อย

สิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.4 มีสิทธิในการรักษาพยาบาลคือบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิในการรักษาพยาบาลกับพฤติกรรมสุขภาพแล้ว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน Lauver (1992) ได้พัฒนาทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ (A Theory of Care-seeking Behavior) บนพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพของเทรนคิส ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของบุคคลเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ อารมณ์ ความคาดหวัง ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดูแลและบรรทัดฐานของคนในสังคม และยังมีปัจจัยด้านการอำนวยความสะดวก ได้แก่ การประกันสุขภาพผู้ให้บริการ ซึ่งจะมีผลในการตัดสินใจแสวงหาการดูแลด้วย

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.6 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 20.6 อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ (ค่า $r = .186$) กล่าวคือ ถ้าผู้รับบริการมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับที่ดีขึ้น ผู้รับบริการจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นตามไปด้วย ซึ่ง (Brunner and Suddarth, 1988) การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเองนั้นจะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยเช่นกัน แต่การรับรู้ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนอาจมีการรับรู้ว่าเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและการเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนรู้สึกถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ผลที่ตามมาคือ ความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เกิดเจ็บป่วย การรับรู้สุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกัน

จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล, 2528)

3. ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.1 มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 23.4 อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (ค่า $r = .300$) กล่าวคือ ถ้าผู้รับบริการมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น ผู้รับบริการจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นตามไปด้วย ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าของผลการศึกษาของ Rosenstock และ Becker (1968) โดยพัฒนามาจากรากฐานทฤษฎีของ Lewin ความเชื่อด้านสุขภาพเสนอว่าบุคคลใดจะมีพฤติกรรมด้านป้องกันโรคก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อและการรับรู้ว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตเขาพอสมควร และการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ไม่ควรมีอุปสรรค ทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขาและสอดคล้องกับ อนงค์ (2529) ซึ่งพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการที่จะให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ควรให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และมีเจตคติที่ดี หรือมีความเชื่อที่ถูกต้อง และโน้มน้าวนำไปปฏิบัติ

4. แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 12.1 อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ (ค่า $r = .113$) กล่าวคือ ถ้าผู้รับบริการมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับที่สูงขึ้น ผู้รับบริการจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นตามไปด้วย ซึ่ง Cobb (1976) กล่าวว่า เพราะการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคล ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนที่ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีด้วย และผลการศึกษาค้นคว้าของผลการศึกษาของ แพรวระพี

(2534) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวรที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีด้วย และจากการศึกษาของ มณฑนา (2534) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ สุทธิศรี (2535) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุคนแดง กรุงเทพมหานคร และ ลักขมี (2539) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ

5. กระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล

กระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.6 มีกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 35.7 อยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการตรวจรักษาใน โรงพยาบาลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ (ค่า $r = .295$) กล่าวคือ ถ้าผู้รับบริการจากกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาลในระดับที่ดีขึ้น ผู้รับบริการจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศุภชัย และ ดวงสมร (2532) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการในด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ผู้มารับบริการด้านการรักษาพยาบาล มีระดับความพึงพอใจต่ำในด้านความสะดวก ได้แก่ ความพร้อมในการให้บริการ การจัดระบบให้บริการของโรงพยาบาล มนุษยสัมพันธ์ ได้แก่ ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล การพูดจาของเจ้าหน้าที่ ความสนใจเอาใจใส่จากแพทย์ อุปกรณ์การรักษา ได้แก่ ความพร้อมของอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลทันที่ ประสิทธิภาพของการใช้งาน อุปกรณ์ที่มีอยู่ การประสานงาน ได้แก่ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่ต้องการ ระบบในการประสานงาน ความสามารถของแพทย์แลพยาบาลในการประสานงาน เพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัญหาทุกด้าน คุณภาพของบริการ ได้แก่ ความสามารถของแพทย์ คุณภาพของยา และประสิทธิภาพของอุปกรณ์การรักษาที่มีอยู่ การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ได้แก่ ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ในการอธิบายหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย การแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวระหว่างการเจ็บป่วยโดยแพทย์ การให้คำแนะนำหรืออธิบายปัญหาต่างๆ จากพยาบาล และผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกครั้งเมื่อเกิดความสงสัย

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Study) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีอายุระหว่าง 15 – 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 345 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของ Taro Yamane (Yamane,1973)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการตรวจรักษาเป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย และส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีเนื้อหาและโครงสร้างครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน และทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี) จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.766 หลังจากนั้นทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจริงใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2550 ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2550 แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์และประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการตรวจรักษาและกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ ไคสแควร์ (Chi - square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ใช้สถิติ (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ

ผลการวิจัยที่สำคัญ

1. ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.6) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 44.1) มีอายุระหว่าง 26 – 40 ปี (ร้อยละ 62.3) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 99.1) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 62.3) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.3) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 32.8) มีรายได้ในช่วง 5,000 – 10,000 บาท และ (ร้อยละ 46.4) มีสิทธิในการรักษาพยาบาลคือบัตร ประกันสุขภาพ (บัตรทอง)

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวเป็นประจำในเรื่องการรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ ทุกวัน รองลงมา ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง และการรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำมากๆ เมื่อท้องผูก คิดเป็นร้อยละ 71.9 60.3 และ 56.5 ตามลำดับ มีการปฏิบัติตัวบางครั้ง ในเรื่องการรับประทานอาหารเช้าไขมันสูง อาหารหมักดอง อาหารสุกๆ ดิบๆ รองลงมา ได้แก่ การใช้ยาสามัญประจำบ้านเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย และการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับอาการ วิธีการรักษาจากเอกสาร ตำรา ด้วยตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 63.2 62 และ 56.5 ตามลำดับ ส่วนเรื่อง que ผู้มารับบริการไม่ปฏิบัติตามมากที่สุด ได้แก่ การรับประทานยานอนหลับเมื่อนอนไม่หลับ รองลงมา ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น ลิโพกระทิงแดง เป็นต้น และการรับประทานยาระบายเมื่อท้องผูก คิดเป็นร้อยละ 65.5 61.2 และ 45.8 ตามลำดับ

3. ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มาใช้บริการใน ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อตอบสนองมาตรฐานการวิจัย ดังนี้

3.1 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 1 ตัวแปรปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และสิทธิในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี

จากการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี

สรุป ตัวแปรปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้และสิทธิในการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานเป็นบางส่วน

3.2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี

จากการศึกษา พบว่า ตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี

สรุป ตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

3.3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี

จากการศึกษา พบว่า ตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี

สรุป ตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

3.4 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 4 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี

จากการศึกษา พบว่า ตัวแปรการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี

สรุป ตัวแปรการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

3.5 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 5 กระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี

จากการศึกษา พบว่า ตัวแปรกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี

สรุป ตัวแปรกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากผลการวิจัย พบว่า ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และกระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมในเรื่องต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ควรมีการให้การสนับสนุนด้านสื่อ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ตลอดจนมีการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในเรื่องต่างๆ เหล่านี้ เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีทักษะและความรู้ ในการให้คำแนะนำแก่ผู้มารับบริการอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

2. ควรมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่เหล่านั้น ได้มีการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษากับผู้มารับบริการ ได้อย่างทั่วถึง ไม่เฉพาะเพียงแต่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เท่านั้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในประเด็นที่เกี่ยวกับการติดตามผู้มารับบริการหลังเข้ารับบริการตรวจรักษา เพื่อทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพที่มีลักษณะเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติ

2. ควรสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้มารับบริการ โดยอนุญาตให้ญาติมีส่วนรับรู้ในขั้นตอนการตรวจรักษา และคำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อที่จะให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนพฤติกรรมที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยในกลุ่มประชากรในทุกกลุ่มอายุ ที่สามารถให้การสัมภาษณ์ได้ ที่มารับบริการในแผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาล เพื่อใช้เปรียบเทียบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ จะได้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้สุขศึกษากับผู้รับบริการรายอื่นๆ ต่อไป

2. ขยายการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นต้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

3. ควรมีการทำแบบสัมภาษณ์ในกรณีผู้ป่วยพูดไม่ได้หรือให้การสัมภาษณ์ไม่ได้ ในกรณีที่มีผู้ป่วยอาการหนักหรือผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยอาจจะมีการสัมภาษณ์จากญาติหรือผู้ใกล้ชิดแทน

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. 2528. ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้. เรือนแก้วการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ. 2540. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคไต หัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา สุวรรณทัต. 2527. ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก. ในเอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, กรุงเทพฯ.
- จารุวรรณ เสวกรวรรณ, ธิดา จิวถนอม, พูนพิศ บุรณะการเจริญ และ สุวิณี วิวัฒน์วาณิช. 2536. ความคิดเห็นของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลราชวิถี. รายงานการวิจัย. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี, กรุงเทพฯ.
- จิรประภา ภาวิไล. 2535. การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จำเนียร ช่างโชติ. 2528. จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้. กิ่งจันทร์การพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- ชื่นชม เจริญยุทธ. 2522. ปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ ของประชาชนในเขตชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนวรรณ อิมสมบูรณ์. 2532. การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารสุขศึกษา พลศึกษา สันตนาการ 15 (4): 11-15.
- นริสา ศรีลาชัย. 2540. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภา มนุษย์ปิจุ. 2529. การวิจัยทางสุขศึกษา. โรงพิมพ์อักษรบัณฑิต, กรุงเทพฯ.

- เบญจพร แก้วมีศรี. 2534. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกาเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. 2523. สถิติวิจัย 2. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข. ในเอกสารการสอนชุดวิชา สุขศึกษา หน่วยที่ 9-15. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- ปริญญา พรรณราย. 2540. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง กรรณสูตร. 2539. สถิติเพื่อการวิจัยคำนวณโปรแกรมสำเร็จรูป. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527. พฤติกรรมสุขภาพ. ในเอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 4. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวีง สุวรรณ. 2536. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและ สุขศึกษา. เจ้าพระยาการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- ประสพ ยุทธเมธางกูล. 2530. บทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- เปรมปรีดี ศรีสวัสดิ์. 2541. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์มารดา จังหวัดนครราชสีมา. วิจัยทั่วไป. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา, นครราชสีมา.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530. แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพตนเอง ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทิศทางสังคมวัฒนธรรม. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และ สุพจน์ เด่นดวง. 2538. ชาติพันธุ์กับแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพ.
วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ 8 (1): 27 – 37.

เพชรน้อย ลิงห์ช่างชัย. 2528. ปัจจัยบางประการที่กำหนดการใช้บริการสุขภาพอนามัย : การศึกษา
ที่ชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพชรรัตน์ เอี่ยมลออ. 2540. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือด
หัวใจในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

แพรวระพี เรืองเดช. 2534. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม
กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มานิต มานิตเจริญ. 2528. พจนานุกรมไทย. โรงพิมพ์นิยมวิทยา, กรุงเทพฯ.

มาลี สิทธิเกรียงไกร. 2538. หมอเหยา : ผู้รักษาพื้นบ้านในชุมชนชาวภูไทย. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มณฑนา เจริญกุล. 2534. แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มัลลิกา มัติโก. 2530. แนวความคิดและการพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง.
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ

ราชบัณฑิตยสถาน. 2525. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์,
กรุงเทพฯ.

รองรัตน์ ประเสริฐสุข. 2534. การศึกษาเวลาและความพึงพอใจต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วย
นอกโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

- โรงพยาบาลบางปลาหมี่ งานศูนย์คุณภาพ. 2548. การเขียนระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติ. เอกสาร
การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาล ปี 2548.
- ลักษ์มี บุญธรรม. 2539. อัคมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลตนเองและ
ผู้สูงอายุอำเภอเมือง จ.ศรีสะเกษ. วิจัยทั่วไป. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ,
ศรีสะเกษ.
- วิไลพรรณ ชลสุข. 2540. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็ง
ปากมดลูกในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วสันต์ ศิลปะสุวรรณ. 2532. พฤติกรรมสุขภาพ : พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ. ในเอกสาร
ประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 4, 14 – 17 มีนาคม 2532.
ขอนแก่นไฮเทค, ขอนแก่น.
- วิภา สันตบุตร. 2536. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการของผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาในสถาน
ตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และ ดวงสมร บุญผดุง. 2532. การศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการ
ด้าน รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป. วิจัยทั่วไป. กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
- ศุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์. 2540. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิง
โรคเบาหวานในภาคตะวันตก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สวิง สุวรรณ. 2534. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุศึกษา. คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สันทัต เสริมศรี. 2528. สังคมวิทยาของการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ. ในเอกสารการสอนชุด
วิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 8. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, กรุงเทพฯ.

- สันทัด เสริมศรี และ เจมส์ เอ็นโรมีย์. 2527. พฤติกรรมการใช้แหล่งบริการทางการแพทย์
 สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของไทย. การวิจัยในชุมชนแห่งหนึ่ง. รายงานการวิจัย.
 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สังวาล แก้วประเสริฐ. 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของการรับรู้ความเจ็บปวดกับ
 ผลควบคุมความเจ็บปวด ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. 2549. คู่มือบัตรทอง. บริษัท
 ศรีเมือง การพิมพ์ จำกัด, นนทบุรี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. แหล่งที่มา: <http://www.nso.go.th>, 29 ตุลาคม 2549.
- สุชาติ โสมประยูร. 2525. การสอนสุขศึกษา. โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, กรุงเทพฯ.
- สุปาณี วศินอมร. 2535. ผู้ป่วยและความเจ็บป่วย. ใน สุปาณี วศินอมร (ผู้รวบรวม).
 การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ. โรงพิมพ์เจริญผล, กรุงเทพฯ.
- สุพรรณณี สฤญดิ์กริภย์. 2536. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคเอดส์ของ
 นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาภรณ์ ดั่งแพง. 2531. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแล
 ตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อท่อน้ำด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสรี สาขาโรชน. 2537. หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและการประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. เอกสาร
 การสอนชุดวิชาการบริหารและการจัดการวัดและประเมินผลการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2.
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, กรุงเทพฯ.

- อังคณา นวลขง. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉริยา พ่วงแก้ว. 2540. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรอนงค์ สัมพัญญ. 2539. การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Aday, L.A. and R.M. Andersen. 1981. Equity of access to medical care : A conceptual and empirical overview. **Medical Care** Vol. 19: 4 – 25.
- Alport, J.J. 1964. **Broken Appointments in Pediatrics**. อ้างโดย ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวีง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. เจ้าพระยาการพิมพ์, กรุงเทพฯ
- Andersen, R. 1968. **A Behavioral Model of Families Use of Health Service**. Center of health administration studies, University of Chicago.
- Andersen, R.M. 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. **Journal of Health and Behavior** 36 (March): 1 – 10.
- Becker, M.H. 1974. The health belief model and sick role behavior. **Health Education Monographs** Vol. 2 No. 4: 409 – 417.
- Becker, M.H., D.P. Haefner and S.V. Kasl. 1977. Selected psychosocial models and correlation of individual health-related behavior. **Medical Care** 15: 27–46.
- Bloom, B.S., J.T. Hastings and F.G. Madaus. 1968. **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning**. Mc Graw-Hill Book Company, New York.

Brook, H.R. 1979. Overview of adult health status measures fielded. **Medical Care** 19: 21 – 131.

Brand, F., R. Smith and R.J. Werner. 1977. Effect of economic barriers to medical care on patients noncompliance. **Public Health Reports** 92: 77 – 78.

Brunner, L.S. and D.S. Suddarth. 1988. **The Lippincott Manual of Nursing Practise**. 3rd ed., L.B. Lippincott, Philadelphia.

Cumming, K.M., M.H. Becker and M.C. Maile. 1980. Bringing the models together : an empirical approach to combining variables used to explain health actions. **Journal of Behavioral Medicine** 3 (2): 122 – 145

Caplan, R.D. 1976. Adhering to Medicine Regimens: Pilot Experiment in Patient Educational and Social Support. **An Arbour**: University of Michigan, U.S.A.

Coburn, D. and C.R. Pope. 1974. Socioeconomic status and preventive health behavior. **Journal of Health and Social Behavior** 15(3): 67 – 77.

Cobb, S. 1976. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**. 38 (September-October): 300 – 313.

Gochman, D.S. 1988. **Health Behavior : Emerging Research Perspectives**. Plenum Press, New York.

Good, C.V. 1973. **Dictionary of Education (Edition)**. McGraw - Hill Book Company Inc., New York.

Hynes, R.B. 1979. Determinants of compliance : disease and the mechanic of a treatment, In R.B. Hynes, D.W.Taylor and D.L. Sackett (eds.). **Compliance in Health Care**. John Hopkins University Press, Baltimore.

- Israel, B.A. 1985. Social network and social support implications for nation helper and community level K tervention. **Health Education Quarterly** (12): 66.
- Janz, N.K. and M.H. Becker. 1984. The health belief model : a decade later. **Health Education Quarterly** Vol.11, No. 11: 4.
- Kahn, R.L. 1979. **Aging social support aging from birth to death : Interdisciplinary perspectives**. Westview Press, Bodlder Cola.
- Kleinman, A. 1980. **Patient and Healer in the Content of Culture**. University of California, Berkeley.
- Lane, M.F., R.V. Barbarite, L. Bergner and D. Harris. 1971. Child resistant medicine containers : experience in the home. **American Journal of Public Health** . 62: 1861 – 1868.
- Lauver, D. 1992. A theory of care- seeking behavior image. **Journal of Nursing Scholarship** 24 (4): 281–287.
- Lauver, D. 1994. Care- seeking behavior. **With breast cancer symptoms in Caucasian and African – American woman. Research in Nursing & Health** 17: 421–431.
- Muhlenkamp, A.F. and J.A. Sayles. 1986. Self – Esteem, Social support, and Positive Health Practices. **Nursing Research**. 35 (November – December): 334 – 338.
- Pender, N.J. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice**. Appleton Century Croft, New York.
- Pilisuk, M. 1982. Delivery of social support : The social inoculation. **American Journal Orthopsychiatry** 52 (January): 20.

- Rosenstock, I.M. 1984. **Historical Origins of the Health Belief Model**. อ้างโดย ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวีง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ
- Sonja, M. 1981. The Nottingham health profile : subjective health status and medical consultation. **Social Science Medicine** 154: 221–229.
- Shortridge, L.M. and E.J. Lee. 1980. **Introduction to Nursing Practice**. McGraw Hill Book Company, New York.
- Twaddle, A.C. 1981. **Sickness Behavior and the Sick Role**. Scheukman Publishing Company, Massachusetts.
- Victor, D.J. 1977. A sociological analysis of the relationship of social factors to childhood illness. **Dissertation Abstracts International** 37: 5364–A.
- Yamanae, T. 1975. **Statistic : An Introductory Analysis**. 3rd . Hyper International Edition, Tokyo.
- Young, J.C. 1981. Non-use of physicians : methodological approaches, policy implication and the utility of decision models. **Social Sciences & Medicine**. 15: 499 – 507.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. นายแพทย์อนวัชช์ รัชัฏวรวงษ์
นายแพทย์ 8 ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางปลาหม่า
จังหวัดสุพรรณบุรี
2. นางสาววันเพ็ญ รัตนทยากร
พยาบาลวิชาชีพ 7
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลบางปลาหม่า จังหวัดสุพรรณบุรี
3. นางธนาวดี ลากรวย
พยาบาลวิชาชีพ 7
หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลบางปลาหม่า จังหวัดสุพรรณบุรี
4. นางสาวจิติรัตน์ ทับแก้ว
นักวิชาการสาธารณสุข 7 ว
หัวหน้างานสุขศึกษา
โรงพยาบาลบางปลาหม่า จังหวัดสุพรรณบุรี

ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี

ส่วนที่ 1 ปัจจัยทางด้านชีวสังคม

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย **P** ในช่อง () หน้าที่ตรงคำตอบที่สรุปได้จากการสัมภาษณ์
วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์..... เวลา.....น.

1. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
2. อายุ.....ปี (อายุเต็ม)
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่าหรือแยก
4. ศาสนา

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> คริสต์
<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	
6. อาชีพ

<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> นักเรียน/นิสิตนักศึกษา	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ต่อเดือน

<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 5,000 บาท
<input type="checkbox"/> ระหว่าง 5,000-9,999 บาท	<input type="checkbox"/> ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป
8. สิทธิในการรักษาพยาบาล

<input type="checkbox"/> เบิกได้ตามสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ชำระเงินเอง
<input type="checkbox"/> บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม
<input type="checkbox"/> ประกันชีวิต	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย **P** ในช่องคำตอบหลังข้อความที่ตรงกับข้อมูลที่สรุปได้
จาก การสัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. สาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยเกิดจากการได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย		
2. การเจ็บป่วย บางครั้งเกิดจากการที่ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่ได้พักผ่อน และทำงานหนัก		
3. ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย		
4. การเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านไม่ทราบสาเหตุ		
5. ท่านสามารถดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยด้วยโรคเดิมซ้ำได้		
6. เมื่ออาการเจ็บป่วยของท่านหายแล้วควรหยุดรับประทานยาทันที		
7. อาการเจ็บป่วยจะรุนแรงขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง		
8. การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเดียวก็นเพียงพอแล้วที่จะทำให้หายจากการเจ็บป่วยได้		
9. เมื่อเจ็บป่วยควรไปปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง		
10. ท่านไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย **P** ในช่องคำตอบหลังข้อความที่ตรงกับข้อมูลที่สรุปได้จากการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. การเจ็บป่วยเกิดจากเคราะห์กรรมหรือกรรมเก่า		
2. การเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ ถ้าไม่ดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง		
3. อาหารพวกไขมันเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น		
4. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องทำพิธีสะเดาะเคราะห์จึงจะหายจากการเจ็บป่วย		
5. คนที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่จำเป็นต้องมาตรวจสุขภาพประจำปี		
6. เมื่อท่านเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งแล้ว ต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันที อาการของโรคจะดีขึ้นไม่รุนแรงขึ้น		
7. เมื่อมาตรวจครั้งแรกแล้วอาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น ท่านไม่ควรไปตรวจกับแพทย์คนเดิมอีก		
8. ควรมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง แม้อาการเจ็บป่วยจะทุเลาลงแล้ว		
9. การได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้		
10. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล จะทำให้อาการเจ็บป่วยหายเร็วขึ้น		
11. การตรวจที่โรงพยาบาลต้องใช้เวลาานทำให้ท่านต้องเสียเวลาทำงาน		
12. ขั้นตอนในการตรวจรักษาไม่ยุ่งยากเกินไป		
13. การให้ความร่วมมือกับแพทย์ในการตรวจรักษา จะช่วยให้การรักษาหายเร็วขึ้น		
14. ท่านสามารถรับภาระค่าใช้จ่าย ในการตรวจรักษาครั้งนี้ได้		
15. ค่าใช้จ่ายในการมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแต่ละครั้งมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ภายในครอบครัวท่านอย่างมาก		

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย **P** ในช่องคำตอบหลังข้อความที่ตรงกับข้อมูลที่สรุปได้
จากการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. เมื่อเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัว/ญาติพี่น้องจะสอบถามด้วยความห่วงใย		
2. บุคคลในครอบครัว/ญาติพี่น้องแสดงอาการเบื่อหน่ายหรือรำคาญเมื่อท่านเจ็บป่วย		
3. ญาติพี่น้องและครอบครัวของท่านคอยรับฟังปัญหาและให้กำลังใจเมื่อท่านเกิดการเจ็บป่วย		
4. เพื่อนๆ ญาติพี่น้อง เต็มใจในการให้ความช่วยเหลือ ถ้าจำเป็นต้องใช้เงินรักษา		
5. ท่านมักจะพูดคุยกับผู้อื่นเมื่อรู้สึกเครียดกับการเจ็บป่วย		
6. ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือการปฏิบัติตัวจากวิทยุ โทรทัศน์เป็นประจำ		
7. แพทย์/พยาบาล ต้อนรับและพูดคุยกับท่านด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส		
8. แพทย์ได้เปิดโอกาสให้ท่านบอกอาการเจ็บป่วยอย่างละเอียด		

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย **P** ในช่องคำตอบหลังข้อความที่ตรงกับข้อมูลที่สรุปได้จากการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการ มีระดับการปฏิบัติไว้ให้เลือก 3 ระดับ

ปฏิบัติประจำ หมายความว่า ท่านกระทำตามข้อความหรือเหตุการณ์นั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติบางครั้ง หมายความว่า ท่านกระทำตามข้อความหรือเหตุการณ์นั้นเป็นครั้งคราว ไม่สม่ำเสมอ กระทำบ้าง ไม่กระทำบ้าง

ไม่ปฏิบัติ หมายความว่า ท่านไม่เคยกระทำตามข้อความหรือเหตุการณ์นั้นเลย

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. การใช้ยาสามัญประจำบ้านเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย			
2. การซื้อยาชุดจากร้านขายยามาใช้เพราะมีความสะดวกเมื่อเกิดการเจ็บป่วย			
3. การรับประทานยาระบายเมื่อท้องผูก			
4. การรับประทานยาแก้ปวดเมื่อรู้สึกปวดเมื่อย			
5. การรับประทานยานอนหลับเมื่อนอนไม่หลับ			
6. การนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง			
7. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ			
8. การรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำมากๆ เมื่อท้องผูก			
9. การรับประทานอาหารไขมันสูง อาหารหมักดอง อาหารสุกๆ ดิบๆ			
10. การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ทุกวัน			
11. การดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น ลิโพ กระทิงแดง เป็นต้น			
12. การปิดปาก จมูก ขณะไอหรือจาม			
13. การปฏิบัติตนเพื่อรักษาอาการเบื้องต้น เช่น เมื่อมีไข้ก็เช็ดตัว รับประทานยา ดื่มน้ำมากๆ เป็นต้น			
14. การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับอาการ วิธีการรักษาจากเอกสาร ตำรา ด้วยตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วย			
15. การสอบถามวิธีการรักษาหรือการปฏิบัติตัวจากญาติ			

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย **P** ในช่องคำตอบหลังข้อความที่ตรงกับข้อมูลที่สรุปได้
จากการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 6 กระบวนการตรวจรักษาในโรงพยาบาล

ข้อความ	ทำ	ไม่ทำ
1. การให้ความรู้เรื่องโรคโดยการติดโปสเตอร์หรือจัดบอร์ด		
2. พยาบาล/เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนในการตรวจรักษา		
3. แพทย์อธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยให้ทราบ		
4. แพทย์ได้บอกให้ทราบว่าป่วยเป็นโรคอะไร		
5. แพทย์แนะนำการปฏิบัติตัวหลังจากการตรวจวินิจฉัยโรคแล้ว		
6. แพทย์ตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว จนไม่มีเวลาอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย		
7. แพทย์อธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยภาษาที่ยากแก่การเข้าใจ		
8. พยาบาล/เจ้าหน้าที่ แนะนำขั้นตอนการไปรับยา หรือรับการพยาบาลต่างๆ เช่น ทำแผล ฉีดยา		
9. พยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน		
10. แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่บอกให้ทราบเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด		

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล	นางสาวไพเราะ กิจจาพิชากร
วัน เดือน ปี ที่เกิด	25 พฤษภาคม 2518
สถานที่เกิด	22 หมู่ 4 ตำบลไผ่ทองดิน อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ.2539 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี 2 พ.ศ.2542 วิทยาศาสตรบัณฑิต (เอกสุขศึกษา) สถาบันราชภัฏพระนครศรีอยุธยา พ.ศ.2546 พยาบาลศาสตรบัณฑิต ต่อเนื่อง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี พ.ศ.2550 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพ 6 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	