

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ความต้องการเกี่ยวกับการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพของประชาชน  
อำเภอเมืองลำพูน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แนวทางการพัฒนาการประกันสุขภาพสำหรับประชาชนของประเทศไทย  
ในชนบท
2. ประเภทของผู้ป่วย
3. การกลั่นกรองผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วย
4. ค่าใช้จ่ายบัตรประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2539 – 2541 ของจังหวัดลำพูน
5. ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมนุษย์
6. ทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง
7. แนวคิดและแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการพัฒนาการประกันสุขภาพสำหรับประชาชนของประเทศไทยในชนบท ปี พ.ศ. 2540

แนวทางในการพัฒนาโครงการประกันสุขภาพสำหรับประชาชนในชนบทนั้นแบ่งได้  
เป็น 2 ระยะดังนี้

#### ระยะที่ 1 โครงการวิจัยเพื่อพัฒนา(พ.ศ.2531-2533)

1. การรวบรวมแง่มุมการพัฒนาโครงการ จากข้อเสนอของนักวิชาการหลายท่าน  
บทเรียนจากโครงการทดลองในบางพื้นที่และประสบการณ์ จากการดำเนินโครงการบัตรสุขภาพ  
แล้วสร้างตัวแบบโครงสร้างประกันสุขภาพในชนบท 3-4 ตัวแบบซึ่งมีรูปแบบเงื่อนไขและโครง  
สร้างสิทธิประโยชน์แตกต่างกันเพื่อนำไปทำโครงการทดลองนำร่อง (Pilot project) ในแต่ละ  
จังหวัดเพื่อทำการวิจัยประเมินผลเปรียบเทียบตัวแบบต่างๆ ในอันที่จะกำหนดตัวแบบโครงการที่  
จะเสนอดำเนินการต่อไป

2. การแปรรูปโครงการบัตรสุขภาพ ที่ดำเนินการอยู่เป็นโครงการประกันสุขภาพโดย  
สมัครใจซึ่งเฉพาะหน้าในระยะนี้ ได้แก่ การขยายมิติด้านการประกันสุขภาพของโครงการเตรียม

ชุมชนและเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติโดยเน้นมิติของการประกันสุขภาพรวมทั้งการปรับเปลี่ยนโครงการเฉพาะบางจุด ที่ได้รับข้อสรุปชัดเจนแล้วโดยเน้นการยืดหยุ่นสนับสนุนให้แต่ละพื้นที่ปรับเปลี่ยนและทดลองดำเนินโครงการตามความเหมาะสม

3. การเตรียมการด้านการบริหารโครงการ และการเตรียมเจ้าหน้าที่ในนโยบายการประกันสุขภาพ

ระยะที่ 2 การขยายครอบคลุมพื้นที่ และประชากรของโครงการประกันสุขภาพ ( พ.ศ. 2534-2543 )

ในระยะต่อไปเมื่อมีประสบการณ์มากขึ้นการดำเนินโครงการควรจะเน้นหนักการขยายการครอบคลุมของโครงการทั้งในด้านพื้นที่และประชากรพร้อมๆกับการพัฒนาคุณภาพโครงการอย่างต่อเนื่องในทิศทางที่นำเอามาตรการการประกันสุขภาพไปใช้ประโยชน์อย่างเต็มรูปแบบมากขึ้น รวมทั้งการพิจารณาการประกันสุขภาพแบบบังคับ ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7-8 การประกันสุขภาพอาจจะได้รับการยกระดับเป็นแผนการประกันสุขภาพระดับชาติ(national plan of health insurance) และการที่ประชาชนทุกคนได้รับการคุ้มครองโดยแผนประกันสุขภาพแห่งชาติ อาจจะเป็นความคาดหวังทางนโยบายที่สำคัญประการหนึ่งที่จะบรรลุยุทธศาสตร์ สุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543

## ประเภทของผู้ป่วย

### ประเภทผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพที่เป็นโรคต่างๆที่เข้ามาใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขโดยไม่ได้นอนพักค้างคืนในสถานบริการในกลุ่มอายุ 13-59 ปี จำแนกรายละเอียดดังนี้

1. "คน" เป็นจำนวนผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพ ที่มารับบริการรักษาพยาบาลเป็นครั้งแรกของปีปัจจุบัน (ปีปฏิทิน)
2. "ครั้ง" เป็นจำนวนครั้งแรกและครั้งต่อๆ มาทุกครั้งที่มาใช้บริการรวมกันภายในเดือนหนึ่งๆ
3. "ค่าใช้จ่าย" คือค่าบริการทางการแพทย์ซึ่งสถานบริการสาธารณสุขได้เรียกเก็บตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2537 ซึ่งกำหนดไว้ว่า

"ค่าบริการทางการแพทย์" หมายความว่า เงินที่สถานพยาบาลได้เรียกเก็บตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการจากการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกัน ได้แก่

- (1) ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการในการวางแผนครอบครัว ค่าเลือดและส่วนประกอบเลือด หรือสารทดแทนค่าน้ำยา หรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจนและอื่นๆที่มีลักษณะเดียวกันกับที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์
- (2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรครวมทั้งค่าซ่อมแซมยกเว้นค่าแว่นตาและค่าอุปกรณ์อื่นที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ค่าบริการทางการแพทย์ที่ไม่ได้รับการคุ้มครอง

ค่าบริการทางการแพทย์ที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดท้ายค่านิยาม "ค่าบริการทางการแพทย์" ตามข้อ 5 ของระเบียบหมายถึง ค่าบริการทางการแพทย์ไม่ได้อยู่ในความคุ้มครองของบัตรประกันสุขภาพผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเงินค่าบริการนั้นตามระเบียบของสถานบริการดังต่อไปนี้

1. ค่าผ่าตัดเสริมสวย
2. ค่าการตกแต่งฟันหรือทันตประดิษฐ์
3. แว่นตาหรือเลนส์เทียม
4. อวัยวะเทียมที่ไม่จำเป็นต่อการดำรงชีพ
5. การผสมเทียม

6. การรักษาภาวะการมีบุตรยาก
  7. การเปลี่ยนเพศ
  8. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
  9. การรักษาที่อยู่ในระหว่างคันคว่ำทดลอง
  10. การทำไต่เทียมแบบล้างโลหิต
  11. การบำบัดโรคหรือภาวะที่เกิดเพราะความงใจของผู้ประกันตนหรือยินยอมให้ผู้กระทำเช่นการงใจทำแท้ง การงใจเพื่อฆ่าตนเอง
  12. การบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วยจากการประสบภัยจากรถและได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ( หมายถึงส่วนที่บริษัทประกันภัยหรือกองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถต้องเป็นผู้จ่ายก่อนเว้นแต่หัวหน้าสถานพยาบาลจะเห็นควรงเรียกเก็บค่าบริการตามระเบียบของสถานพยาบาล )
  13. ค่าบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเฉพาะทางเว้นแต่กรณีที่สถานพยาบาลที่ระบุในบัตรเป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วยและได้ตกลงกับโรงพยาบาลเฉพาะทางนั้นแล้ว
  14. การบริการทางการแพทย์อื่นที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดอีก
- ภายหลัง

#### ประเภทผู้ป่วยใน

“ผู้ป่วยใน” หมายถึง ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพที่เข้ารับบริการและได้นอนพักค้างคืนในสถานบริการสาธารณสุข ในกลุ่มอายุ 13-59 ปี จำแนกรายละเอียดดังนี้

1. “คน” เป็นจำนวนผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพนอนพักค้างคืนในสถานบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพที่ขึ้นทะเบียนใหม่รับไว้รักษาภายในเดือนนั้นๆ รวมกัน
2. “วัน” เป็นจำนวนวันที่ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพอยู่พักรักษาในสถานบริการแต่ละคน รวมกันในเดือนหนึ่งๆ กรณีที่จำหน่ายผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ตัดยอดรายงาน ไม่นับวันจำหน่ายยกเว้นรับไว้และจำหน่ายในวันเดียวกันให้นับเป็น 1 วัน โดยใช้เวลา 0.00 น. แบ่งวัน
3. “ค่าใช้จ่าย” หมายถึง ค่ารักษาพยาบาลซึ่งเป็นเงินที่สถานบริการสาธารณสุขเรียกเก็บในการรักษาพยาบาลรวมกันภายในเดือนหนึ่งๆ อนึ่งในการคิดค่ารักษาพยาบาลดังกล่าวข้างต้นให้คิดในราคารุนแรงขึ้นในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลให้ใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2537

### ผู้ป่วยผ่าตัด

- ผ่าตัดใหญ่ หมายถึง การผ่าตัดที่ต้องใช้ยาสลบหรือฉีดยาเข้าไขสันหลัง (spinal block) หรือนอกไขสันหลัง (epidural block) และจำเป็นต้องทำในห้องผ่าตัดใหญ่

“ครั้ง” หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการผ่าตัด

“ค่าใช้จ่าย” หมายถึง ค่าใช้จ่ายในราคาค้นทุนที่ใช้ในการผ่าตัดแต่ละครั้งรวมกันในเดือนหนึ่ง ๆ

### การกลั่นกรองผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วย

#### การกลั่นกรองผู้ป่วย (Patient Screening)

การกลั่นกรองผู้ป่วยนั้นควรเป็นไปตามลำดับและขั้นตอนซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ระดับหมู่บ้าน โดย อสม. ที่กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน

ระดับที่ 2 ระดับตำบล โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีอนามัย

ระดับที่ 3 ระดับอำเภอ โดยแพทยพยาบาลที่ รพช./รพท.

ระดับที่ 4 ระดับจังหวัด โดยแพทยพยาบาลที่ รพท./รพศ./สอศ.

ทั้งนี้โดยพิจารณาตามโรค ความรุนแรงของโรคแต่ละชนิด ความพร้อมและความสามารถของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับในการให้การรักษายาบาลตลอดจนจำนวนเจ้าหน้าที่วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในแต่ละระดับของสถานบริการซึ่งเรื่องดังกล่าวทางกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญและเตรียมการให้การสนับสนุนต่อไปตามลำดับ

สำหรับจุดหลักในการกลั่นกรองผู้ป่วย ณ ที่นี้ ได้กำหนดที่สำคัญไว้ 3 แห่ง คือ

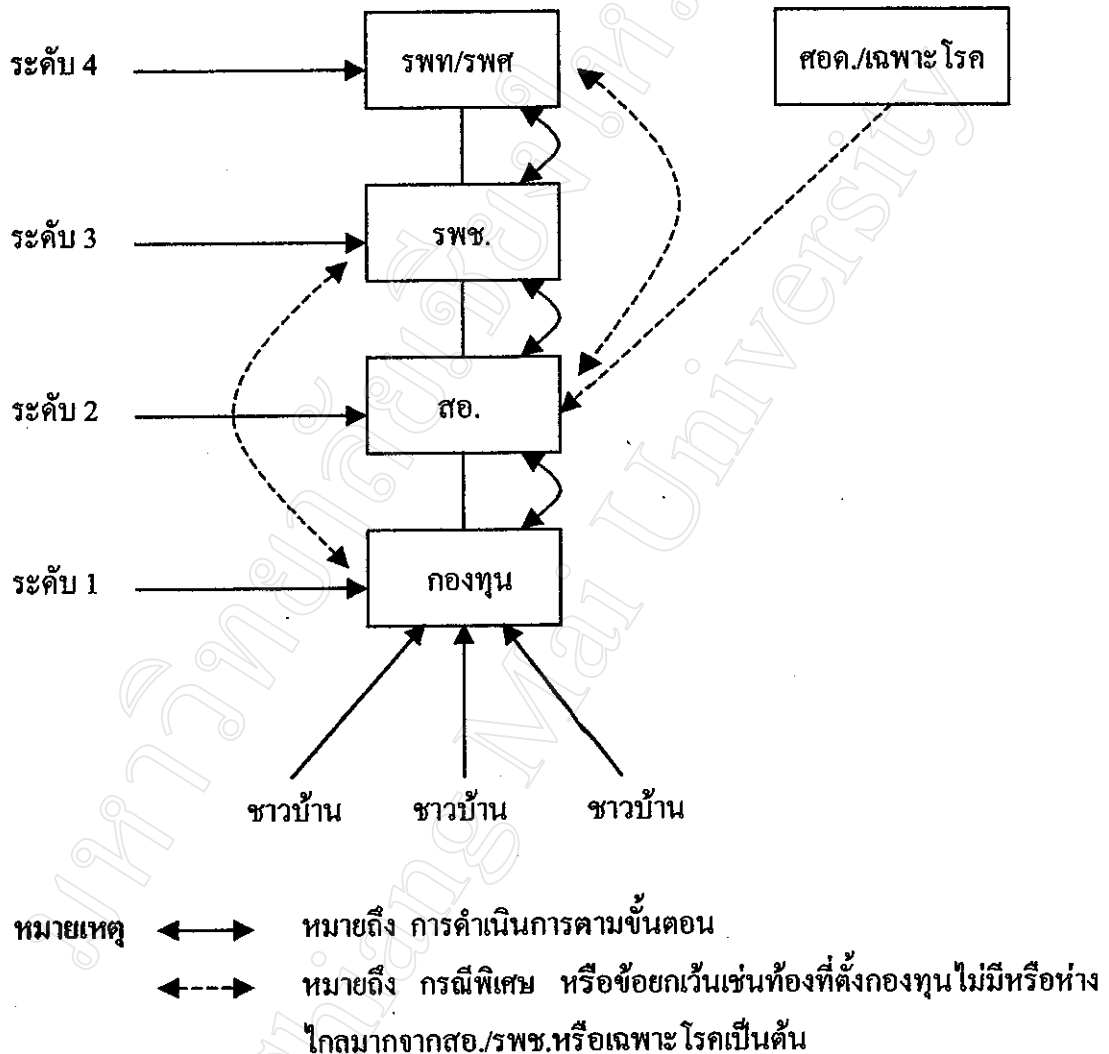
- แห่งแรก คือ ที่กองทุน โดยอสม.หรือผู้ที่มีความรู้
- แห่งที่สอง คือ ที่สถานีอนามัยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- แห่งที่สาม คือ ที่โรงพยาบาลชุมชนหรือ โรงพยาบาลทั่วไปในอำเภอนั้น โดยแพทย์

พยาบาล

#### การส่งต่อผู้ป่วย (Referral System)

การส่งต่อผู้ป่วยให้ดำเนินการไปตามลำดับและขั้นตอนที่สอดคล้องกันกับระบบการกลั่นกรองผู้ป่วยทั้ง 4 ระดับและเน้นถึงความสำคัญของเรื่องนี้เท่ากันทุกระดับคือ หมู่บ้านที่กองทุนยาและเวชภัณฑ์ตำบลที่ สถานีอนามัย,อำเภอที่ รพช./รพท.และจังหวัดที่ รพท./รพศ./สอศ.ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือเมื่อสถานบริการใดได้รับใบนำส่งต่อผู้ป่วยแล้วต้องแจ้งผลการรักษาพยาบาลกลับไปยังจุดที่นำส่งเพื่อทราบและหรือติดตามดูแลรักษาเพิ่มเติมตามความจำเป็นและการส่งต่อผู้ป่วยไม่ควรมีการส่งต่อหลายครั้งในรายและโรคเดียวกัน

สำหรับระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) ควรดำเนินการตามแผนภูมิที่ปรากฏนี้



แผนภูมิ 1 แสดงลำดับขั้นของระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Referral System)

ระบบทางด่วน (Green Channel) ของสถานบริการแต่ละระดับจัดเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยที่ป่วยจริงได้รับการกลั่นกรองและมีใบส่งต่อนำมาด้วยดังนั้นการส่งต่อผู้ป่วยแต่ละครั้งต้องมีใบส่งต่อทุกระดับยกเว้นกรณีฉุกเฉินแต่ต้องไปนำมาแสดงภายหลังมิฉะนั้นจะต้องปฏิบัติตามมาตรการจำกัดสิทธิตามลำดับดังนี้

ครั้งที่ 1 ลดค่ารักษาพยาบาล 10% และเข้าระบบทางด่วน (Green Channel)

ครั้งที่ 2 ลดค่ารักษาพยาบาล 10% แต่ไม่เข้าระบบทางด่วน (Green Channel)

ครั้งที่ 3 ให้อยู่ในดุลยพินิจของหัวหน้าสถานพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

สำหรับใบส่งต่อตั้งแต่ระดับสถานีนามัยขึ้น ไปให้ใช้แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อของกระทรวงที่มีอยู่เดิม ส่วนใบส่งต่อจากกองทุนนั้นให้กองทุนดำเนินการจัดทำเป็นใบแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเป็นใคร มาจากที่ใด มาเพื่ออะไร ได้ให้ยาอะไรไปแล้ว และใครเป็นคนส่งเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบข้อมูลเบื้องต้น

ระบบทางด่วนในโครงการบัตรสุขภาพสร้างขึ้นเพื่อดึงดูดคนให้เข้าโครงการนี้ นอกจากนั้นผู้ปฏิบัติงานในทางด่วนอาจมีสิทธิได้รับการอุดหนุนจากกองทุนฯ ด้วยคั้งนั้นสำหรับประชาชนผู้ถือบัตรอื่นนอกเหนือจากบัตรประกันสุขภาพแต่มีใบส่งต่อผู้ป่วยจึงไม่ควรส่งเข้าระบบทางด่วนเว้นแต่มีเหตุฉุกเฉินหรือมีเหตุอันสมควรอื่นๆ ก็ให้สถานบริการสาธารณสุขพิจารณาอนุญาตให้ เป็นรายๆ ไปส่วนการรักษาพยาบาลก็ให้ตามสิทธิของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ

### ข้อบ่งชี้ในการส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ

เกณฑ์กำหนด

#### 1. ระดับ อสม.

1.1 การส่งต่อผู้ป่วยตามดุลยพินิจและขอบเขตความสามารถในการให้บริการคือ ให้การรักษาพยาบาลตามอาการต่อไปนี้โดยใช้ยาสามัญประจำบ้าน

- |                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| - ไข้ตัวร้อน               | - พยาธิลำไส้          |
| - ไข้มีผื่นตุ่มและจุด      | - ฝี                  |
| - ไข้หนาวสั่น              | - ผื่นคันบนผิวหนัง    |
| - ไอ                       | - ปวดฟัน เหงือกอักเสบ |
| - ปวดหัว                   | - เจ็บตา              |
| - ปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอว | - เจ็บหู              |
| - ท้องผูก                  | - เหน็บขา             |
| - ปวดท้อง                  | - โลหิตจาง            |
| - ท้องเดิน                 |                       |

ถ้ามีอาการนอกเหนือจากนี้ให้ส่งต่อไปที่สถานีนามัยหรือมีอาการเหล่านี้แต่รักษาแล้วไม่ดีขึ้นให้ส่งต่อตามดุลยพินิจ

## 1.2 การรับไว้รักษาต่อ

- ติดตามรักษาและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการสาธารณสุขเช่น ผู้ป่วยวัณโรค โรคเรื้อน โรคมาลาเรีย ฯลฯ
- จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้วและจ่ายถุงยางอนามัย

## 2 ระดับสถานอนามัย

### 2.1 การส่งต่อผู้ป่วยตามดุลยพินิจและขีดความสามารถซึ่งมีดังนี้

- โรคง่ายๆ ทางอายุกรรมและกุมารเวช ซึ่งพอจะวินิจฉัยได้โดยไม่ต้องใช้ผลจากห้องปฏิบัติการเช่น ไข้หวัด ท้องร่วง โรคกระเพาะอาหาร ฯลฯ
- โรคทางศัลยกรรม อุกฉลุนง่ายๆ เช่น เย็บแผล ตกแต่งบาดแผลธรรมดา
- บำบัดอาการโรคทางพันธุกรรมเช่นจ่ายยาแก้ปวดและโรคเหงือกอักเสบ
- รักษาโรคตาอักเสบ
- ทำคลอดปกติ
- จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดถุงยางอนามัยยาฉีดคุมกำเนิด
- ให้ภูมิคุ้มกันโรคทุกชนิด

### 2.2 การรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ

- รับรักษาต่อจากอสม.
- รับรักษาต่อจาก โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ เช่น ทำแผล หรือตัดไหม แผลผ่าตัด จ่ายยารักษาต่อ เช่น วัณโรค โรคเรื้อน มาลาเรีย เป็นต้น

## 3. โรงพยาบาลชุมชน

### 3.1 การส่งต่อผู้ป่วยตามดุลยพินิจและขีดความสามารถดังนี้

3.1.1 ด้านอายุกรรมและกุมารเวชดำเนินการรักษาทุกโรค ที่วินิจฉัยได้ง่าย โดยอาศัยผล Lab ง่ายๆ (Sideroom Lab)

### 3.1.2 ด้านศัลยกรรม ได้แก่

- เย็บแผล
- ผ่าตัดสิ่งแปลกปลอมออก ยกเว้นจากทรวงอกช่องท้องและกะโหลก

ศีรษะ

- ผ่าตัดตกแต่งบาดแผล
- ผ่าตัดนิ้วมือนิ้วเท้า
- ผ่าตัดผูกเส้นเลือด
- Drainage of Tension Pneumothorax
- Biopsy
- Excision of Cyst & Lipoma
- Intubation
- เข้าเพื่อกระดูกหัก

### 3.1.3 รักษาฉุกเฉินและบรรเทาอาการทางศัลยกรรม

- ผ่าฝี (Incision and Drainage)
- Venesection
- Blood Letting
- Tracheostomy

### 3.1.4 ระบบสืบสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์

- Vasectomy
- Tubal Resection
- Circumcision or Dorsal Splitting

### 3.1.5 ด้านสูติ-นรีเวช

- Curettage
- Intra – Uterine Packing
- Internal Version
- ทำคลอดโดย Forceps & Vacuum
- Removal of Placenta

### 3.1.6 ด้านพันธุกรรม(โดยพันธุภบาล)

- ถอนฟัน
- อุดฟัน
- ขูดหินปูน
- รักษาเหงือกอักเสบ

### 3.2 การรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ

-รับรักษาต่อจากสถานื่อนามัยหรืออาสาสมัครสาธารณสุข(กรณีฉุกเฉิน) ที่เกินขีดความสามารถที่จะให้บริการได้

-รับรักษาต่อจากโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในเขตปลอดภัยแล้วแต่ต้องดูแลรักษาต่อเนื่องเช่นทำแผลหรือตัดไหมแผลผ่าตัดให้ยารักษาต่อโรคเรื้อรังเช่นวัณโรค ไข้รูมาติก เป็นต้น

### 4. โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไป

#### 4.1 การรับไว้รักษาต่อ

- รักษาทุกโรคที่ได้รับการส่งมาเพื่อรักษาต่อ

#### 4.2 การส่งเพื่อรักษาต่อ

- กรณีผู้ป่วยมีอาการทุเลาอยู่ในชั้นปลอดภัย จะส่งไปดูแลรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน และ สถานื่อนามัย

**ค่าใช้จ่ายบัตรประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2539 – 2541 ของจังหวัดลำพูน**

การดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพจังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2539–2541 ได้ดำเนินการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพ ในปีแรกค่อนข้างน้อย ซึ่งเห็นได้ว่าในปีต่อมามีการ จำหน่ายบัตรประกันสุขภาพมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ดังตาราง

**ตาราง 1 ผลการจัดทำบัตรประกันสุขภาพประเภทสมัครใจของจังหวัดลำพูน  
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2539 – 2541**

| ปี พ.ศ. 2539             |                | ปี พ.ศ. 2540             |                | ปี พ.ศ. 2541             |                |
|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| บัตร<br>ประกัน<br>สุขภาพ | สมาชิก<br>(คน) | บัตร<br>ประกัน<br>สุขภาพ | สมาชิก<br>(คน) | บัตร<br>ประกัน<br>สุขภาพ | สมาชิก<br>(คน) |
| 10,304                   | 38,062         | 16,211                   | 57,343         | 19,990                   | 89,402         |

( การดำเนินงานประกันสุขภาพ จังหวัดลำพูน , 2541, หน้า 4 )

ในการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพ ของจังหวัดลำพูน สรุปค่าใช้จ่าย  
ในปีงบประมาณ ต่างๆ ดังต่อไปนี้

ตาราง 2 สรุปผลการให้บริการผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ  
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2539 – 2541 จังหวัดลำพูน

| ปีงบ<br>ประมาณ | ผู้ป่วยนอก<br>ครั้ง | ผู้ป่วยนอก          |                                       | วัน    | ผู้ป่วยใน           |                                       |
|----------------|---------------------|---------------------|---------------------------------------|--------|---------------------|---------------------------------------|
|                |                     | ค่าใช้จ่าย<br>(บาท) | ค่าใช้จ่าย<br>เฉลี่ยต่อครั้ง<br>(บาท) |        | ค่าใช้จ่าย<br>(บาท) | ค่าใช้จ่าย<br>เฉลี่ยต่อครั้ง<br>(บาท) |
| 2539           | 70,253              | 4,876,372           | 69.41                                 | 15,495 | 7,318,391           | 472.30                                |
| 2540           | 140,432             | 11,385,866          | 81.08                                 | 24,895 | 14,406,520          | 578.69                                |
| 2541           | 191,862             | 14,243,279          | 74.23                                 | 25,790 | 16,197,394          | 628.04                                |

( การดำเนินงานประกันสุขภาพ จังหวัดลำพูน , 2541, หน้า 7 )

### ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมนุษย์ (Hierarchy of need Theory)

ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Abraham Maslow (Hierarchy of need Theory) เป็นนักจิตวิทยาชาวอังกฤษ ซึ่งได้ให้ความสนใจศึกษาถึงความต้องการของมนุษย์และได้เสนอทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นขึ้นมาโดยมีสาระสำคัญ คือ (Abraham Maslow, 1954)

มนุษย์จะมีความต้องการอยู่ตลอดเวลาไม่มีที่สิ้นสุดตราบใดที่ยังมีชีวิตอยู่และความต้องการของคนจะมีลักษณะเป็นลำดับขั้นจากต่ำไปหาสูงตามลำดับความสำคัญ โดยมนุษย์จะเกิดความต้องการในลำดับต้นก่อน เมื่อความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้วมนุษย์จะเกิดความต้องการในลำดับที่สูงขึ้นตามมาซึ่งความต้องการของมนุษย์จะเป็นตัวผลักดันให้มนุษย์กระทำการต่าง ๆ ลงไปเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการขึ้นมา

Maslow ได้แบ่งลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ออกเป็น ลำดับขั้นคือ

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| Self Actualization Need<br>ความต้องการที่ประจักษ์ในตัวเอง |
| Esteem or Recognition Needs<br>ความต้องการยกย่องนับถือ    |
| Affiliation or Social Needs<br>ความต้องการทางสังคม        |
| Safety Needs<br>ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย              |
| Physiological Needs<br>ความต้องการขั้นพื้นฐานทางกายภาพ    |

### แผนภูมิ 2 ความต้องการตามลำดับขั้นของมนุษย์ ของ Maslow

ขั้นที่ 1. ความต้องการทางกายภาพ (Physiological Needs) หมายถึง ความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่มนุษย์จะขาดมิได้ ได้แก่ ความต้องการด้านสรีระ เช่น น้ำ อากาศ ความต้องปัจจัย 4 เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัย ความต้องการทางเพศ เป็นต้น ซึ่งความต้องการขั้นนี้มีความจำเป็นต่อการดำรงชีพ และความเป็นอยู่ของ

มนุษย์ และจะเกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน หากมนุษย์ได้รับการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานจนเป็นที่พอใจแล้วมนุษย์จะมีความต้องการในลำดับสูงต่อไปอีก และความต้องการที่เกิดขึ้นใหม่นี้ก็จะเป็นตัวกระตุ้นพฤติกรรมของมนุษย์ต่อไป

ขั้นที่ 2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) หมายถึง ความมั่นคง ปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกายและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ซึ่งได้แก่ การได้รับความปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ รอบด้าน ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ โจรผู้ร้าย มีสิ่งต่าง ๆ ที่จะช่วยปกป้องคุ้มครองป้องกันให้ตนพ้นจากภัยอันตรายต่าง ๆ หรือถูกแย่งชิงสิ่งของทรัพย์สินของตนหรือต้องการให้ตนมีความมั่นคงในงานที่ทำมีหลักประกันต่าง ๆ ในการทำงานหรือประกอบอาชีพเมื่อออกจากงานหรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้ก็มีบำนาญบำนาญหรือได้เงินชดเชยในการเลี้ยงชีพต่อไปมีที่อยู่อาศัยของตนเอง เป็นต้น

ขั้นที่ 3. ความต้องการทางสังคม (Social Needs) จะเป็นความต้องการที่มีลักษณะเป็นนามธรรมมากขึ้น ซึ่งได้แก่ ความต้องการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มของสังคม ต้องการที่จะเข้าไปมีความผูกพันในสังคม ต้องการที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม รวมถึงความต้องการที่จะมีสถานภาพทางสังคมที่สูงขึ้นด้วย เช่น ต้องการที่จะร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ กับเพื่อนร่วมงานหรือมีความรู้สึกว่าคนเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน ซึ่งความต้องการขั้นนี้จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการขั้นที่สองได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว

ขั้นที่ 4. ความต้องการยกย่องนับถือยอมรับ (Esteem Needs) หมายถึงความต้องการที่จะมีชื่อเสียงเกียรติยศ ได้รับการเคารพยกย่องในสังคม ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับนับถือว่าตนเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ยอมรับในความรู้ ความสามารถ ต้องการเป็นผู้ที่มีความสามารถมีทักษะหรือความชำนาญด้านต่าง ๆ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกส่วนตัวหรือความรู้สึกภายในที่จะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความมีชื่อเสียงเกียรติยศของบุคคลซึ่งจะเห็นได้ว่าความต้องการในขั้นนี้จะมีค่าสูงขึ้นสูงกว่าความต้องการทางสังคมความต้องการขั้นที่สี่นี้จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการทางสังคมได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว

### ขั้นที่ 5. ความต้องการที่จะประจักษ์ในตัวเอง (Self Actualization Needs)

หมายถึง ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จสมหวังในชีวิตที่อยากทำอยากเป็นในสิ่งที่ตนหวังไว้ ฝันไว้ ได้ทำอะไรตามที่ตนเองต้องการจะทำ และมีความสุขกับสิ่งที่ตนเองต้องการทำ และหวังที่จะทำความต้องการขั้นนี้ถือว่าเป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ มนุษย์จะเกิดความต้องการถึงขั้นนี้ได้ก็ต่อเมื่อเขาได้รับการตอบสนองความต้องการในลำดับต้น ๆ มาเป็นอย่างดี ดังนั้นบุคคลจะเกิดความต้องการในแต่ละขั้นอย่างพอเพียงนั้นก็เป็นที่อยากอยู่แล้ว และปกติคนโดยทั่วไปก็จะมีความต้องการเพียงขั้นที่สามและสี่เท่านั้น ความต้องการขั้นสูงสุดนี้จะเกิดกับบุคคลที่ได้รับความสำเร็จในการตอบสนองความต้องการในลำดับต้นมาเป็นอย่างดีแล้วเท่านั้น จึงเกิดความพยายามและมองว่าความต้องการขั้นสูงสุดนี้เป็นสิ่งที่น่าท้าทาย และต้องการเอาชนะจึงเกิดความมุ่งมั่นที่จะหาทางตอบสนองความต้องการนี้ให้ได้

จากทฤษฎีของ Maslow สามารถนำมาเป็นแนวทางเพื่อชี้บ่งให้เห็นความต้องการในรูปแบบการประกันสุขภาพได้ อย่างไรก็ตามการแสดงลำดับความต้องการแสดงลำดับความต้องการของ Maslow ที่เกี่ยวกับความต้องการด้านกายภาพและความมั่นคงปลอดภัย จะเกี่ยวข้องกับประเภทของการประกันสุขภาพอย่างเด่นชัดที่สุด กล่าวคือมนุษย์นั้นต้องการความมั่นคงปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและความมั่นคงทางเศรษฐกิจด้วยคือต้องการให้ตนปราศจากภัยอันตราย ความเจ็บปวด หรือความเจ็บไข้ได้ป่วย มนุษย์ต้องการความมั่นคงของชีวิต โดยมีหลักประกันว่าการตอบสนองทางกายจะคงอยู่ตลอดไปมนุษย์จึงต้องหาทางป้องกันตนเองให้พ้นจากอันตรายที่จะเกิดขึ้นไม่ว่าจะมีเหตุการณ์อะไรมากระทบกับชีวิตก็ขอให้ตนเองได้ปลอดภัยไว้ก่อน การประกันสุขภาพถือเป็นสิ่งที่ สามารถตอบสนองความต้องการด้านกายภาพและความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัยในแง่ของการสร้างหลักประกันว่า ปัจจัย 4 นั้น จะคงอยู่แม้ว่าตนเองจะเจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือทำงานไม่ได้ด้วยกรณีใดก็ตาม โดยหลักการแล้วประเภทของการประกันสุขภาพเกือบทุกประเภทเป็นการตอบสนองความต้องการด้านกายภาพและด้านความมั่นคงปลอดภัยให้กับมนุษย์ทั้งสิ้น

### ทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง

โอเร็ม (Orem, 1991) (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 หน้า 22) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และการพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไข ปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของแต่ละคนแต่ละกลุ่มในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วย หรือมีความพิการอาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กพึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health State) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคตการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี ส่วนการดูแลบุคคลอื่นนั้นหมายถึง การที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่มีส่วนในการส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของสมาชิกที่ต้องการพึ่งพา (Dependent Member)

ในแนวความคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action และ Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1. เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2. เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

ในระยะที่ 1 จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสม ใน สถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องการกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก

นอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์ กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถ พินิจพิจารณาตัดสินใจกระทำ

ได้

ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมี เป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็น ตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้นบุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้ กระทำกิจกรรมการดูแล ตนเองตามที่ได้เลือก จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่า กระทำได้ถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะ ช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเฉพาะแต่การดูแลตนเอง นั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่งบุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัย ในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายาม หรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

#### แนวคิดเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์(อ้างใน ลือชัย เงินวงและทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ ,2533 หน้า 16) ได้ ให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมี 3 กลุ่มด้วยกันคือ

1. กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติลงไปเพื่อทดแทนบริการแบบวิชาชีพหรือที่ กระทำลงไปล่วงหน้าก่อนแสวงหาบริการแบบวิชาชีพประเภทนี้กินความรวมบริการรักษาแบบ ตามัญชนามากมาย หลายชนิดที่บุคคล เครือข่ายสังคม(Social Network) ตลอดจนชุมชนเป็นผู้จัด หาขึ้นตัวอย่างรูปธรรมกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบนี้ คือ

- ปฏิบัติตอบสนองแบบ "ไม่รักษา"หรือรออาการอันเป็นผลเนื่องจากการ คัดวินิจฉัยบนพื้นฐานของการประเมินอาการโดยสามัญชน
- การรักษาตัวเองโดยไม่ใช้ยา พฤติกรรมอาจปรากฏในรูปการควบคุมหรือ เปลี่ยนแปลงอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การทำงานน้อยลง การรับอากาศบริสุทธิ์ การรับประทาน อาหารพิเศษและกิจกรรมเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ

- การใช้ยารักษาตนเอง เป็นรูปแบบพฤติกรรมการรักษาโดยสามัญชนที่สังเกตพบได้ง่ายที่สุด ยาที่ใช้มีได้จำกัดเฉพาะยาแบบแผนปัจจุบันเท่านั้น แต่รวมถึงยาพื้นบ้านและยาสมุนไพร ต่าง ๆ ด้วย

2. กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติไปในฐานะเป็นส่วนประกอบสำคัญในกระบวนการรักษาเพิ่มเติม บริการที่ให้โดยนักวิชาชีพ ตัวอย่างเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น กิจกรรมประเภทนี้ดูเหมือนจะได้รับการยอมรับจากวิชาชีพแพทยมากที่สุด

3. การดูแลสุขภาพตนเองที่ทำไปโดยมีเจตนาเปลี่ยนแปลงปรับแก้บริการหรือ คำแนะนำของผู้มีวิชาชีพ นี่เป็นการดูแลสุขภาพตนเองที่มีความลึกของมิติพฤติกรรมมากที่สุด อันอาจเห็นได้ในกรณี คนไข้ซึ่งเป็นฝ่ายกระทำเมื่อเผชิญกับบริการรักษาหรือคำแนะนำที่คนป่วยเชื่อว่า ไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยสามารถหันไปหาทางเลือกการดูแลสุขภาพตนเองในรูปแบบต่าง ๆ เขาอาจพยายามอธิบายเพื่อชี้ให้ผู้ให้บริการเห็นถึงข้อบกพร่องนั้น ๆ หรือกระทั่งเสนอและถึงมาตรการรักษา ที่เขาเห็นว่าจะได้ผลมากกว่า ไม่เช่นนั้นผู้ป่วยอาจตัดสินใจเปลี่ยนแปลง การรักษาเสียเองให้สอดคล้องกับความเชื่อของเขา เช่นการเปลี่ยนเวลาและจำนวนของยาที่แพทย์สั่งให้รับประทาน เลิกการรักษาหรือใช้วิธีการอื่น ๆ นอกเหนือที่แพทย์สั่ง ซึ่งเรียกว่าการรักษาหลายวิธีซึ่งทางเลือกแบบสุดท้ายนี้พบได้มาก ในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว

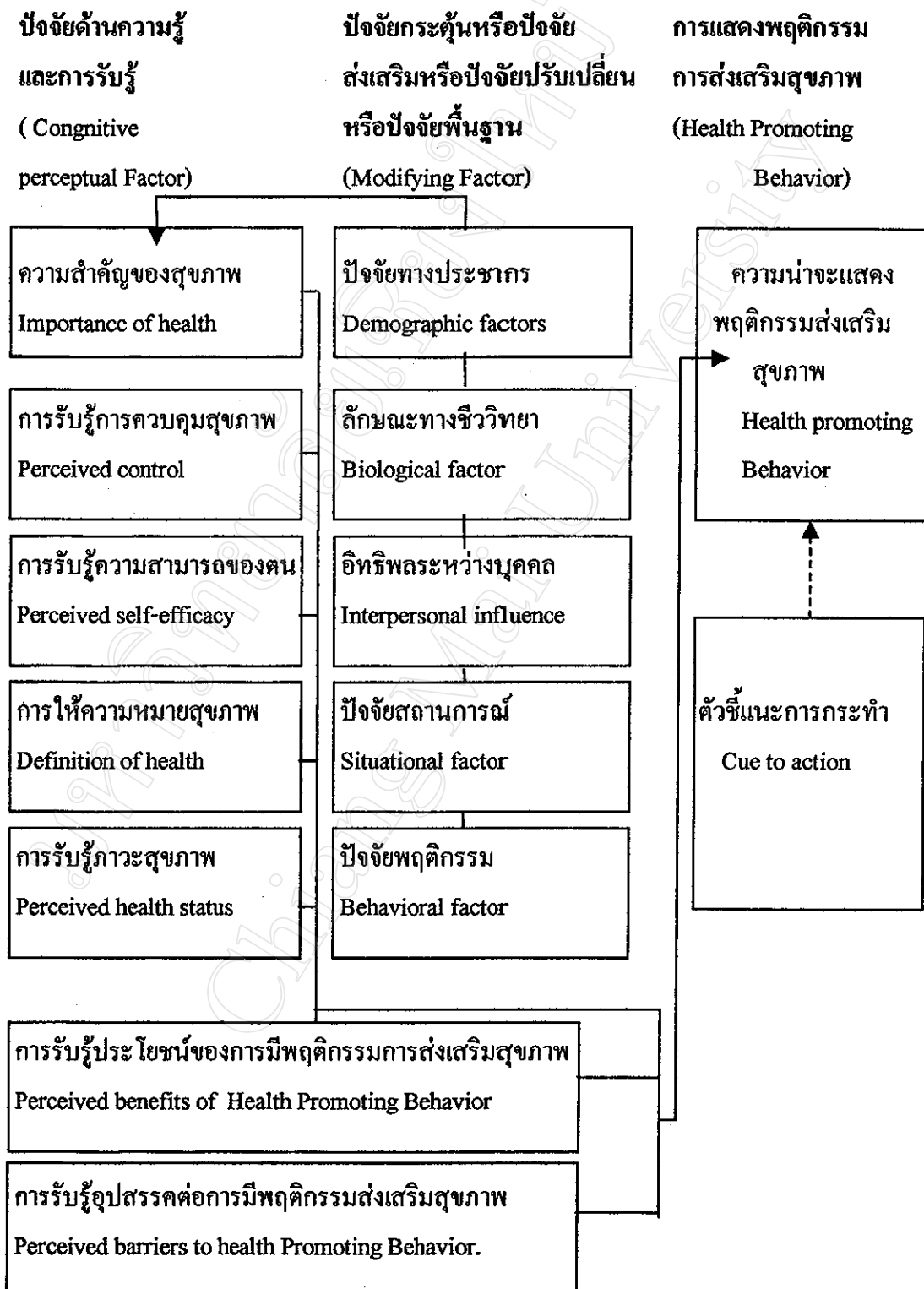
จากทฤษฎี และแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถนำมาเป็นแนวทางเพื่อป้องกันให้เห็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของ การกระทำเพื่อสุขภาพของตนเอง แนวคิดได้บ่งชี้ถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย 3 กลุ่มคือ กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติลงไปเพื่อทดแทนบริการแบบวิชาชีพหรือที่กระทำ ลงไปล่วงหน้าก่อนแสวงหาบริการแบบวิชาชีพ , กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติไปในฐานะเป็นส่วนประกอบสำคัญในกระบวนการ รักษาเพิ่มเติม บริการที่ให้โดยนักวิชาชีพ , การดูแลสุขภาพตนเองที่ทำไปโดยมีเจตนาเปลี่ยนแปลงปรับแก้บริการหรือคำแนะนำของผู้มีวิชาชีพ เป็นการดูแลสุขภาพของตนเองที่มีความลึกของมิติพฤติกรรมมากที่สุดอันจะเห็นได้ใน พฤติกรรมการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพหลังการเจ็บป่วย

### แนวคิดและแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงชีวิตในภาวะสุขภาพที่ดี และการมีศักยภาพที่ถูกต้อง สมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

การดูแลสุขภาพได้เปลี่ยนแปลง จากการเน้นในเรื่องการรักษา ไปเน้นที่การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันเป็นพฤติกรรมที่มีผลโดยตรงต่อการลดโอกาสการเผชิญความเจ็บป่วย การป้องกันร่างกายจากสิ่งทำให้เกิดโรค พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่มีผลโดยตรงต่อการสนับสนุนหรือการเพิ่มระดับการมีชีวิตที่ดี การประสบความสำเร็จในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ของบุคคลหรือกลุ่มคน

เพนเดอร์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ จึงได้สร้างรูปแบบการป้องกันสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ของบุคคล ( Cognitive perceptual factor ) ปัจจัยด้านการกระตุ้นหรือการส่งเสริม ( Modifying factors ) ปัจจัยด้านการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( Participation in Health Promoting Behavior ) ซึ่งมีรูปแบบดังนี้



แผนภูมิ 3 รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1978:58)

## 1. ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ (Cognitive – Perceptual) ประกอบด้วย

1.1 ความสำคัญของสุขภาพ ( Importance of health ) เพนเดอร์ ( Pender 1978 cited in Pender 1982 : 67 ) ได้ศึกษานำร่องโดยใช้สเกลวัดการเห็นคุณค่าของสุขภาพ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย วอลสตัน เมคส์ และ วอลสตัน ( Wallston et al. 1976 cited in Pender 1982 : 67 ) พบว่าส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของสุขภาพและจัดลำดับของสุขภาพอยู่ในลำดับนั้นๆ ซึ่งการเห็นคุณค่าของสุขภาพมีผลต่อความบ่อยของการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่าบุคคลที่ยึดในคุณค่าของสุขภาพสูง โดยเห็นคุณค่าของสุขภาพอยู่ในลำดับต้นๆ เลือกอ่านเอกสารแผ่นพับที่เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าบุคคลซึ่งให้คุณค่าของสุขภาพต่ำ ข้อมูลที่สนับสนุนการสังเกตต่อการจัดลำดับคุณค่าของสุขภาพ เป็นผลของการมีพฤติกรรมในแสวงหาข้อมูล ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการมีความรู้ในเรื่องสุขภาพหรือหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากขึ้น ( Pender : 60-61 )

1.2 การรับรู้อำนาจการควบคุม ( Perceived control ) การรับรู้อำนาจการควบคุมของบุคคลมีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยพบว่าบุคคลที่มีอำนาจการควบคุมมาจากภายในมีความบ่อยของการใช้เข็มฉีดยา ( William 1972 cited in Pender 1982 : 67 ) และมีพฤติกรรม ไม่สูบบุหรี่ ( James & Werner 1965 cited in Pender 1982 : 67 ) มากกว่าบุคคลซึ่งอำนาจการควบคุมที่มีจากภายนอก ในการศึกษาของวอลสตันและคณะ ( Wallston et al. 1976 cited in Pender 1982 : 68 ) พบว่าความสำเร็จในการลดน้ำหนักขึ้นอยู่กับโครงสร้างของโปรแกรมการลดน้ำหนักซึ่งเป็นไปตามอำนาจการควบคุมของแต่ละคนบุคคลซึ่งมีอำนาจการควบคุมมาจากภายนอก ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักมากกว่าบุคคลที่มีอำนาจการควบคุมที่มาจากภายในในกลุ่มซึ่งโปรแกรมนั้นมาจากแรงกระตุ้นจากสังคม ส่วนกลุ่มที่อำนาจการควบคุมมาจากภายใน จะประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักมากกว่าในกลุ่มที่อำนาจควบคุมมาจากภายนอกในกลุ่มที่โปรแกรมการลดน้ำหนักเกิดจากตนเองโดยตรง

1.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ( Perceived self – efficacy ) เพนเดอร์ได้ปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเดิม ( Pender 1982 : 68 ) โดยใช้ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง แทนปัจจัยด้านความต้องการความสามารถ ( Desire for competence ) ซึ่งเพนเดอร์ให้เหตุผลว่า Competence เป็นความสามารถทั่วไป ของบุคคลต่อการมีปฏิกิริยาต่อกัน หรือต่อการติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพ กับสิ่งแวดล้อม ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีแนวคิดที่เฉพาะมากกว่า เป็นความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่าเขาสามารถกระทำพฤติกรรมที่กำหนดได้สำเร็จเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ ( Bandura 1977 cited in Pender 1987 : 62 )

การศึกษาของไดคลีเมนต์ ( Diclemente 1981 cited in Pender 1987 : 62 ) คอนเดียทเต้และลิชเทินสไตน์ ( Condiotte & Lichtenstein 1981 cited in Pender 1987 : 67 ) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่มากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำจะกลับมาสูบบุหรี่อีกในระยาคิดตามภายหลังที่หยุดสูบบุหรี่ไปแล้ว จากการศึกษาจึงสนับสนุนว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ในความสามารถของตนเองสูงกว่าจะประสบความสำเร็จและคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Pender 1987 : 63 )

1.4 การให้ความหมายสุขภาพ เพนเดอร์ ( Pender 1987 : 63 ) กล่าวถึงความหมายของสุขภาพใน 2 ลักษณะคือ ลักษณะของการปรับตัวหรือการทำให้เกิดความสมดุล (Adaptability or stability ) และลักษณะของการที่บุคคลมีความรู้สึกประสบความสำเร็จในชีวิต มีความสุข ความพึงพอใจ ซึ่งจะมีการกระทำพฤติกรรมเพื่อเพิ่มระดับสุขภาพและการมีชีวิตที่ดี ดังนั้นความหมายของสุขภาพที่บุคคลให้จึงมีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล บุคคลที่ให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นการปรับตัวหรือความสมดุล มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในการป้องกันสุขภาพ มากกว่าจะมีพฤติกรรมหลักเลียงความเจ็บป่วยหรือการเป็นโรค ส่วนบุคคลที่ให้ความหมายสุขภาพเป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกประสบความสำเร็จในชีวิต มีความสุข ความพึงพอใจ บุคคลจะมีพฤติกรรมในลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพ

1.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ( Perceived health status ) เป็นตัวกำหนดความถี่และความจริงจังของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลซึ่งรับรู้ว่าคุณภาพดี มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่าบุคคลซึ่งรับรู้ว่าคุณภาพของคนไม่ดี การศึกษาของ คริสเตียนเซน ( Christiansen 1981 cited in Pender 1987 : 64 ) ก็พบเช่นเดียวกันว่าบุคคลที่รับรู้ภาวะ สุขภาพดี จะมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี การศึกษาของซิดนีย์และเชพเพิร์ด ( Sydney & Shephard 1976 cited in Pender 1982 : 70 ) พบว่าบุคคลที่บ่นหรือพูดถึงสุขภาพของตนเองบ่อย มีความบ่อยในการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการออกกำลังกายน้อยกว่าบุคคลที่พูดถึงสุขภาพของตนเองน้อยกว่า ดังนั้นความรู้สึกที่ดีต่อสุขภาพจึงเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีกิจกรรมเพื่อเพิ่มภาวะสุขภาพ เพิ่มโอกาสในการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ( Pender 1987 : 62 )

1.6 การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( Perceived benefits of health promoting behavior) มีหลายการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อระดับของการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมนั้นๆ ( Pender 1987 : 65 ) จากการศึกษาของบรุนเนอร์ ( Brunner 1969 cited in Pender 1987 : 65 ) พบมีความแตกต่างอย่างชัดเจนในการรับรู้ประโยชน์ของบุคคล บุคคลที่เห็นประโยชน์ในการทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง จะมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมน้อยกว่าบุคคลที่เห็นประโยชน์น้อย โดยบุคคลที่เห็นประโยชน์น้อยจะเข้าร่วมกิจกรรมการผ่อนคลาย ในช่วงระยะเวลาสั้น ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ในระยะยาวมากกว่าระยะสั้น อาจเป็นตัวกำหนดความบ่อยของการมีส่วนร่วมหรือการตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไปนอกจากนี้การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องในทำนองเดียวกันการกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ จะเสริมความ แข็งแรงความทนทานหรือเสริมความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพ ( Pender 1987 : 65 )

1.7 การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( Perceived barriers to health promoting behavior ) เป็นการรับรู้ที่ขึ้นอยู่กับความรู้ในด้านประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวที่มีอิทธิพลโดยตรงในการตั้งใจต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพอุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพอาจเป็นสิ่งที่คิดหรือจินตนาการหรือเป็นความจริงก็ได้ เช่น ความไม่สามารถที่จะหาทำได้ ความไม่สะดวก ความยากลำบากในการที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เฉพาะ ( Pender 1987 : 65 )

## 2. ปัจจัยกระตุ้นหรือปัจจัยส่งเสริม ( Modifying factors ) ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยด้านประชากร ( Demographic factors ) ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยอ้อมโดยผ่านกลไกความรู้และการรับรู้ จากการศึกษาของซินีย์และเชพเพิร์ด ( Sydney & Shephard 1976 cited in Pender 1987 : 66 ) พบว่ามีเพียงผู้หญิงเท่านั้นที่เห็นว่าการมีสุขภาพจิตที่ดีนั้น เป็นผลมาจากการออกกำลังกายในการศึกษาถึงการให้บริการการป้องกันพบว่า ผู้หญิงมีการใช้บริการมากกว่าผู้ชายผู้มีการศึกษาสูงมีการใช้บริการมากกว่าผู้มีการศึกษาน้อย และผู้ที่มีรายได้สูงมีการใช้บริการมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำซึ่งแสดงถึงความบ่อยของการใช้ประโยชน์ดังนั้นจะเห็นว่าลักษณะ

ด้านประชากรมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมสุขภาพความคล้ายคลึงและความแตกต่างระหว่างอิทธิพลด้านประชากรต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จำเป็นต้องนำมาพิจารณาให้เหมาะสมกับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

2.2 ปัจจัยด้านชีวภาพ ( Biological factor ) ขนาดของปัจจัยด้านชีวภาพ พบว่าสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย เพนเดอร์และเพนเดอร์ ( Pender & Pender 1986 cited in Pender 1987 : 67 ) ศึกษาพบว่าน้ำหนักเป็นตัวทำนายที่สำคัญของความตั้งใจในการออกกำลังกาย น้ำหนักยิ่งมากความตั้งใจยิ่งน้อยลงเปอร์เซ็นต์ของ ไขมันในร่างกายและน้ำหนักทั้งหมดมีความแตกต่างระหว่างผู้ที่เข้าโปรแกรมออกกำลังกายและผู้ที่ออกจากโปรแกรมการออกกำลังกาย ผู้ที่มีน้ำหนักมากจะมีความยากลำบากที่จะออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีน้ำหนักน้อยกว่าหรือไขมันน้อยกว่า

2.3 ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล ( Interpersonal influence ) ปัจจัยระหว่างบุคคลที่เสนอในรูปแบบนี้เป็นปัจจัยกระตุ้นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย ความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว และ ปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ สุขภาพ ผลกระทบของปัจจัยเหล่านี้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนจากการค้นพบทางการวิจัยต่างๆ เช่นการศึกษาของไฮน์เซลแมนน์ ( Heinzelmann 1970 cited in Pender 1987 : 67 ) พบว่า ความคาดหวังของคู่สมรสมีความสำคัญต่อการเข้ามีส่วนร่วมในโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เพนเดอร์ และเพนเดอร์ ( Pender & Pender 1986 cited in Pender 1987 : 67 ) ศึกษาผลกระทบของทัศนคติของบุคคลและความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิดต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้น พบว่าการออกกำลังกายตามปกติมีอิทธิพลต่อทั้งสองปัจจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสมาชิกครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรสมีอิทธิพลที่สำคัญต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่ง ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่าการให้ความรู้คำแนะนำโดยผู้ดูแลสุขภาพ เป็นเหตุผลที่สำคัญที่ทำให้ผู้ใหญ่เข้ามีส่วนร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายความสามารถในการขึ้นในโปรแกรมโดยผู้ดูแลสุขภาพ เป็นเหตุผลอันดับรองในการเข้ามีส่วนร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกาย คอกซ์ ( Cox 1982 cited in Pender 1987 : 68 ) ได้พัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโดยเน้นที่อิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ดูแลสุขภาพต่อกิจกรรมของผู้ป่วยการทดสอบการสังเกต ( Empirical testing ) ของรูปแบบนี้ชี้ให้เห็นว่ามีแนวโน้มการใช้ประโยชน์ในการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นของ พฤติกรรม

2.4 ปัจจัยด้านพฤติกรรม ( Behavioral factor ) ประสพการณ์ ในอดีตเกี่ยวกับ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จะเพิ่มความสามารถของบุคคลในการมีพฤติกรรมส่งเสริมการ มีชีวิตที่ดีความรู้และทักษะบางอย่างจำเป็นในการนำมาวางแผนมื้ออาหารการอยู่ในโปรแกรม การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียดซึ่งอาจจะมีการเรียนรู้มาก่อนจากการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน ความรู้และทักษะที่มีมาก่อนสามารถช่วยให้ง่ายต่อการนำมาปฏิบัติ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ซับซ้อน

2.5 ปัจจัยด้านสถานการณ์ ( Situational factor ) สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ สำคัญที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยทางเลือกที่เป็นไปได้หรือทาง เลือกที่ง่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ถ้าต้องการมื้ออาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ พลัง งานต่ำซึ่งเป็นไปได้ยากเมื่อรับประทานอาหารนอกบ้าน บุคคลจึงมีโอกาสน้อยที่จะมีพฤติกรรม สุขภาพเมื่ออยู่ในสถานการณ์เช่นนั้น สรุปได้ว่าบุคคลที่ต้องการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจ ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการได้เนื่องจากสิ่งแวดล้อมบังคับให้ปฏิบัติเช่นนั้น ไม่ได้

3. ตัวชี้แนะการกระทำ ( Cue to action ) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการที่บุคคลจะ กระทำ พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยชี้แนะการกระทำอาจเกิดจากภายในตัวบุคคลได้แก่ ความรู้สึกที่ ดี เมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะมี พฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความรู้สึกสุขสบายหลังจากการออกกำลังกาย เป็นตัวชี้แนะของการออก กกำลังกายอย่างต่อเนื่องและปัจจัยชี้แนะการกระทำที่เกิดจากภายนอก ได้แก่ การพูดคุย การซัก ถาม การสนทนากับบุคคลต่างๆ ซึ่งอาจได้จากบุคคลหรือสื่อต่างๆ ก็ได้

ความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ด้านที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ดัง นี้ คือ ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ ประกอบไปด้วย 7 ปัจจัยย่อย ได้แก่ การให้ความสำคัญของ สุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง การให้คำจำกัดความของ สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรค ของการ ส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่ปัจจัยปรับเปลี่ยนหรือปัจจัยพื้นฐาน ( Modifying or background factors ) จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางปัจจัยด้าน ความรู้ การรับรู้ 7 ปัจจัย นอกจากนี้ตัวชี้แนะการกระทำจะช่วยผลักดัน หรือสนับสนุนให้บุคคลมี พฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

จากแนวคิดและแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1987) แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงชีวิตในภาวะสุขภาพที่ดี และการมีศักยภาพที่ต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งการดูแลสุขภาพได้เปลี่ยนแปลง จากการเน้นในเรื่องการรักษา ไปเน้นที่การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวทางการชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในการใช้บัตรประกันสุขภาพ ก่อน ระหว่าง และหลังการเจ็บป่วย โดยมีรูปแบบ การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยด้านการกระตุ้นหรือการส่งเสริม และปัจจัยด้านการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรพรรณ หันจางสิทธิ์ (2522) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ทักษะจิตของประชาชนต่อการประกันสุขภาพตามโครงการประกันสังคมแห่งประเทศไทยโดยศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยการสัมภาษณ์พบว่าประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยได้ยินการประกันสุขภาพ ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการประกันสุขภาพแต่คิดว่าการประกันสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นมีประโยชน์ต่อส่วนรวมเมื่อมีการเจ็บป่วยไข้จะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องวิตกกังวลเรื่องเงินทอง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการประกันสุขภาพพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และสถานะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการประกันสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญแต่พบว่าผู้ไม่มีสวัสดิการในการรักษาพยาบาลมีทัศนคติเห็นด้วยต่อการประกันสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญสรุปได้ว่าเงื่อนไขของสภาพการทำงานรายได้และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดทัศนคติต่อการประกันสุขภาพตามโครงการประกันสังคมแห่งประเทศไทย

บุญยพันธ์ คลังทรัพย์ (2525) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ทักษะของผู้นำชุมชนต่อการประกันการเจ็บป่วยใน ประเทศไทย โดยศึกษาผู้นำในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 176 คน พบว่าขนาดครอบครัว ลักษณะการเจ็บป่วยและรายได้มีความสัมพันธ์กับการประกันการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมพร สนิทสมบูรณ์ (2525) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การประกันมรณภาพและวิเคราะห์ในฐานะประเภทหนึ่งของกฎหมายประกันสังคมโดยทำการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร และสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิด้านประกันสังคมพบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยให้มีการประกันมรณภาพ โดยการขยายมาจาก ประกันการเจ็บป่วย การประกันการคลอดบุตร และการประกันสุขภาพ ควรมีการดำเนินการประกันมรณภาพแบบค่อยเป็นค่อยไปและมีการจ่ายเงินสมทบ 3 ฝ่ายคือ ฝ่ายนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลในอัตรา 1.5:1.5:1.5 (อ้างใน อารักษ์พรหมณี, 2537, หน้า 75)

อรรช ศาสตราวหะ (2528) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การใช้บัตรประกันสุขภาพของชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ดก่อนและหลังมีโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งพบว่าภายหลังที่มีโครงการบัตรสุขภาพประชาชนในชุมชนได้เปลี่ยนไปใช้บริการทางการแพทย์จากสถานบริการระดับ

ต่างๆในโครงการบัตรประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นประมาณหนึ่งเท่ารวมไปถึงการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก กล่าวคือ ทำให้มารดาเข้ารับการดูแลทั้งก่อนคลอด การคลอดและดูแลหลังคลอดจากเจ้าหน้าที่ของรัฐเพิ่มขึ้นและนอกจากนั้นยังพบว่าสถานีนามัยเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ดสามารถถลกัณกรองผู้ป่วยที่มารับตรวจรักษาได้มากขึ้นทำให้ภาระจำนวน ผู้ป่วยของสถานีนามัยดังกล่าวมีเพิ่มขึ้นแต่ในขณะเดียวกันสถานีนามัยหนองหิน จังหวัดร้อยเอ็ด กลับมีการให้บริการจากสถานีนามัยหนองหิน ลดน้อยลงหลังจากมีโครงการบัตรสุขภาพ

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ (2529) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง เปรียบเทียบโครงการบัตรประกันสุขภาพในพื้นที่จังหวัดราชบุรี อุบลราชธานีและนครศรีธรรมราช พบว่าสัดส่วนของการใช้บริการนอกระบบยังคงสูงอยู่ไม่ว่าจะเป็นการซื้อยาตามร้านค้าทั่วไปในหมู่บ้านหรือการรักษาตามคลินิกเอกชน

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2529) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง เปรียบเทียบโครงการบัตรประกันสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดราชบุรี อุบลราชธานีและนครศรีธรรมราช พบว่าเงื่อนไขทางเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดความสามารถการเป็นเจ้าของบัตรสุขภาพ ประชาชนที่มีบัตรสุขภาพชนิดต่าง ๆ ส่วนใหญ่มีฐานะปานกลางขึ้นไป นอกจากนี้การเพิ่มราคาบัตรสุขภาพประเภทครอบครัวจาก 200 บาทเป็น 300 บาทในโครงการระยะที่ 3 ซึ่งแม้ว่าจะมีผลให้เพิ่มสัดส่วนเงินชดเชยค่าบริการสูงขึ้นก็ตามก็ส่งผลให้จำนวนผู้ถือบัตรลดลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งสัดส่วนการถือบัตรในกลุ่มผู้มีฐานะยากจน

ประเสริฐ พันธชาติ และคณะ(2532) ได้ทำการวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการบัตรประกันสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สมาชิกผู้ถือบัตรสุขภาพส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครัวเรือนเพศชาย มีอายุในวัยกลางคนขึ้นไป และมีขนาดครอบครัวประมาณ 2-5 คน ส่วนใหญ่จะถือบัตรประเภทครอบครัว สมาชิกมีอายุการถือบัตรตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป เหตุผลหลักที่ซื้อบัตรสุขภาพ คือ การได้รับการรักษาพยาบาลฟรี(จำนวน 6 ครั้งต่อปี) การใช้บริการบัตรสุขภาพได้รับบริการรวดเร็วและแพทย์เอาใจใส่ดี สมาชิกส่วนใหญ่เห็นว่าราคาไม่แพงและคุ้มค่า(ราคาบัตรละ 300 บาท) และเห็นว่าควรขยาย ระยะเวลาของอายุบัตรออกไปเป็น 2 ปี

วสันต์ ศิลปสุวรรณ(2532) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโครงการบัตรสุขภาพของประชาชนมีอิทธิพลต่อการสมัครเป็นสมาชิก ในขณะที่ระยะทางระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อการคงสภาพของสมาชิกมากที่สุด และความพึงพอใจบริการสุขภาพเป็นตัวกำหนดการใช้บริการสุขภาพของสมาชิก

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และสุรเดช วลีอิทธิกุล (2534) ได้กล่าวถึงผลที่ตามมาจากการประกันสุขภาพไว้ว่า เมื่อมีการประกันสุขภาพอันเกิดขึ้นอาจทำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคที่เกินระดับที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเรียกว่า moral hazard เนื่องจากผู้บริโภคใช้ บริการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็นและจากผู้ให้บริการที่ให้บริการเกินความจำเป็นเพื่อจะได้ค่ารักษา พยาบาลในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นตามการให้บริการแต่ระบบส่งต่อผู้ป่วยจะเป็นมาตรการป้องกันไม่ให้มีการใช้บริการเกินความจำเป็นได้ และยังกล่าวถึงจุดอ่อนของการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจว่าจะทำให้เกิดภาวะการเลือกปฏิบัติกล่าวคือผู้ที่แข็งแรงและมีโอกาสใช้บริการน้อยจะไม่เข้าร่วมโครงการแต่ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังผู้ที่อ่อนแอและมีโอกาสใช้บริการมากกว่าจะเข้าร่วมโครงการ ทำให้ฐานการเฉลี่ยความเสี่ยงแคบลงสูญเสียเสถียรภาพของกองทุน

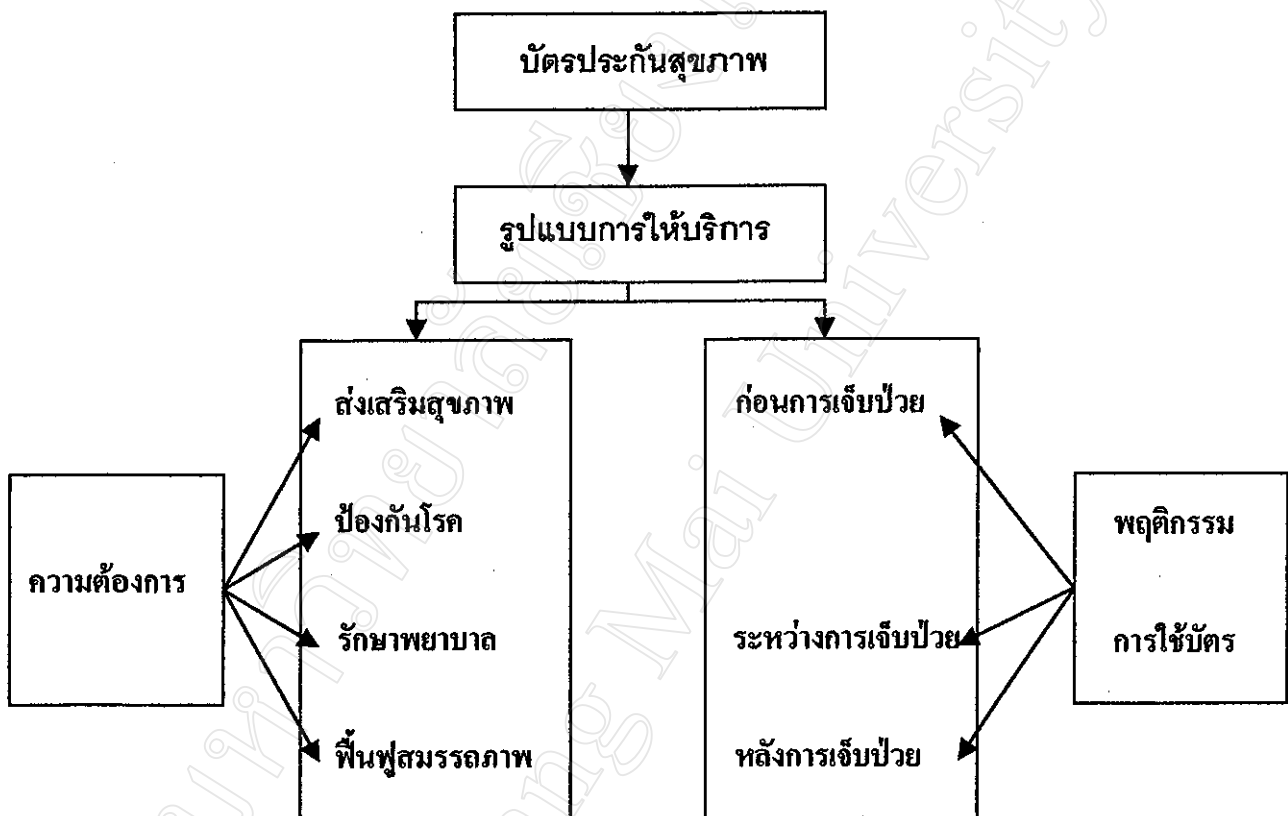
ทรงพรพรณ สิงห์แก้ว (2536) ได้กล่าวถึงโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (โครงการบัตรสุขภาพ) ในบทวิเคราะห์เปรียบเทียบการประกันสุขภาพแบบสมัครใจและแบบบังคับในบทความเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขไว้ว่า สาเหตุหนึ่งที่ผู้ถือบัตรสุขภาพมาใช้บริการมากกว่าผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยประกันสังคมนั้น เพราะผู้ป่วยบัตรสุขภาพเป็นกลุ่มที่มีหลายกลุ่มอายุ และเป็นผู้มีแนวโน้มว่าจะมีโรคภัยไข้เจ็บมากกว่าคนปกติ และยังเป็นกลุ่มที่ไม่มีเงินเดือนของชั่วโมงการทำงานในลักษณะประจำจึงมีความสะดวกที่จะไปพบแพทย์มากทำให้มีอัตราการใช้บริการสูง

จิราพร สุวรรณธีรางกูล(2536) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกซื้อบัตรสุขภาพของประชาชนอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ที่เลิกซื้อบัตรสุขภาพมีทัศนคติทางบวกต่อโครงการบัตรสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่ยังคงซื้อบัตรต่อและพบว่ามี ความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรมและจิตวิทยาของทั้ง 2 กลุ่ม ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกซื้อบัตรคือ การได้รับประกันสุขภาพโดยวิธีอื่น ความไม่พึงพอใจต่อการบริการและระบบบริการของโรงพยาบาล

Chaisak Permpoonwatansuk(1985) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การรับบริการสาธารณสุข ในเขตตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี พบว่าการบริโภคยาของประชาชนในเขตพื้นที่ดังกล่าว มีการเปลี่ยนแปลงการซื้อยาจากร้านขายยาทั่ว ๆ ไปเป็นการใช้บริการกองทุนยาที่ตั้งภายในหมู่บ้านนั้น ๆ มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจาก กองทุนยานั้น ๆ เริ่มมีขายอย่างเพียงพอที่จะจำหน่ายแก่ประชาชนและส่วนหนึ่งมาจาก ผลของกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับบริการจากกองทุนยาเป็นลำดับแรกนอกจากนี้ การเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่ถือบัตรสุขภาพ ในสถานื่อนามัยหนองโพ ก็มีจำนวนมากขึ้นด้วย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าความต้องการเกี่ยวกับการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพของประชาชน มีการใช้บริการในรูปแบบต่างๆในการสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับและผลที่ตามมาจากการใช้บริการในส่วนต่างๆ เช่นเกิดขึ้นกับตัวผู้ให้บริการเอง รวมถึงงบประมาณค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้วิจัย มีความสนใจที่จะศึกษาถึง ความต้องการเกี่ยวกับการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพในด้านต่างๆที่รัฐจัดให้ รวมทั้งพฤติกรรมการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพ ก่อน ระหว่าง และหลังการเจ็บป่วย ตลอดจนสภาพทั่วไปและความเหมาะสมของบัตรประกันสุขภาพในปีงบประมาณ พ.ศ. 2542 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงโครงการในการให้บริการ และการบริหารจัดการให้มีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด ตรงกับความต้องการและพฤติกรรมการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพของประชาชน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย