

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องการตัดสินใจในการใช้บริการรักษาพยาบาลข้ามชั้นตอนของผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้มีการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมความเจ็บป่วย การแสวงหาการรักษา และการใช้บริการสุขภาพ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. แนวคิดเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.1 หลักการของการปฏิรูประบบสุขภาพ

การปฏิรูปแม่บทความคิดจากสุขภาพว่าด้วยเรื่องโรค สุขภาพว่าด้วยสุขภาพะและมีนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ซึ่งจะเป็นกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสู่ประชาชน นโยบายสาธารณะใดๆ มีผลกระทบต่อสุขภาพต่อประชาชน ซึ่งเหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่สุขภาพหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลการวางระบบเพื่อดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน จึงไม่อาจมุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเพียงด้านเดียว เพราะจะทำให้รัฐและประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก และจะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงและมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้เท่าทัน มีส่วนร่วม และมีระบบเสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ สมควรมีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศรวมทั้งมีองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

1.2 สิทธิประโยชน์

การมีหลักประกันด้านสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วยโดยไม่มีฐานะทางเศรษฐกิจเป็นอุปสรรคขัดขวาง ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนไทยพึงได้รับ โดยที่หลักประกันสุขภาพนั้น ถูกกำหนดไว้ในมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ความว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอภาค ในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” เมื่อเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชน มิใช่การสงเคราะห์หรือให้ความช่วยเหลือ จึงถือเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น เพื่อประกันสิทธินี้ให้แก่ประชาชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ซึ่งชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) **ค่าสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิชาการแล้วว่า มีอรรถประโยชน์และประสิทธิผลคุ้มค่า และลดอัตราการเจ็บป่วยและการไร้ความสามารถ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (ก) การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้การศึกษาแนะนำและการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย และ (ค) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การใช้ยาและการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้

1.1) การตรวจและบริบาลสุขภาพ พัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็กและเยาวชน ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและ/หรือแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย ซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา

1.2) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

1.3) การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพและศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย ซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา/ราชบัณฑิตยวิทยาลัย

1.4) การวางแผนครอบครัว ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ/หรือแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทยซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา

1.5) การให้ยาด้านไวรัสเอดส์ กรณีการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

1.6) การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.7) การให้คำปรึกษาแนะนำ การสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยแก่ผู้รับบริการทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ

- 1.8) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่
 - 1.8.1) การตรวจสุขภาพช่องปาก
 - 1.8.2) การแนะนำด้านทันตสุขภาพ
 - 1.8.3) การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ
 - 1.8.4) การเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)
- 2) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ครอบคลุมบริการตรวจเพื่อการวินิจฉัย รวมทั้งการตรวจยืนยันกรณีพบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรอง ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- 3) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์ ครอบคลุมบริการตรวจและบริบาลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและหรือขององค์การอนามัยโลก
- 4) ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์ ครอบคลุมบริการดังต่อไปนี้
 - 4.1) การบำบัดและบริการทางเวชกรรม รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ จนสิ้นสุดการรักษา
 - 4.2) การบำบัดและการบริการทางทันตกรรม ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่ง เพดานโหว่
- 5) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยครอบคลุมยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ และรวมการบริการยาด้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
- 6) ค่าทำคลอด ครอบคลุมการคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่
- 7) ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ ครอบคลุมการบริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ
- 8) ค่าบริบาลทารกแรกเกิด
- 9) ค่ารพพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
- 10) ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
- 11) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ครอบคลุมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายทางการแพทย์ จนสิ้นสุดการรักษา
- 12) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

1.3 การเข้ารับบริการสาธารณสุขและการร่วมจ่ายค่าบริการ มีดังนี้

1) **กรณีทั่วไป** ให้บุคคลที่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำแล้ว ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายส่งต่อ โดย

1.1) ไม่ต้องเสียค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย เมื่อเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการบริการตรวจและรับฝากครรภ์

1.2) ยกเลิกการร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เรียกเก็บในอัตรา 30 บาทในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ นับตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2549 เป็นต้นไป

2) กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน

2.1) ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นได้โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ให้เข้าใช้บริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นที่ใกล้ที่สุดเป็นลำดับแรก โดยการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยฉุกเฉิน ต้องมีข้อบ่งชี้ดังนี้

2.1.1) โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรง ต้องรักษาเป็นการเร่งด่วน หากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือทุพพลภาพ หรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่น

2.1.2) โรคที่ต้องผ่าตัดด่วน หากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต สิ่งที่ต้องพิจารณาประกอบตามได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อาการ ของโรค การวินิจฉัย แนวทางการรักษาและความเร่งด่วนในการรักษา รวมทั้ง คำนึงถึงการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีต่ออาการป่วยด้วย

ก. กรณีที่ใช้บริการที่หน่วยบริการ ซึ่งรับขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย (ยกเลิกการร่วมจ่าย 30 บาท) และสามารถใช้บริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี

ข. กรณีใช้บริการที่สถานบริการอื่น ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเฉพาะส่วนที่เกินจากที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายให้สถานบริการ โดยสถานบริการดังกล่าวจะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนการให้บริการทุกครั้งผู้มีสิทธิหรือญาติสามารถแสดงความประสงค์ขอย้ายไปหน่วยบริการประจำของตนได้ โดยให้ได้รับคำรถพยาบาลหรือเรือพยาบาลตามจำนวนจ่ายจริงแต่ไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ให้สถานบริการอื่นอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิให้ไปรับบริการที่หน่วยบริการนั้น ในกรณีหน่วยบริการประจำไม่สามารถรับย้ายผู้มีสิทธิหรือไม่สามารถจัดหาบริการอื่นให้ได้ หน่วยบริการประจำจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังจากวันที่ได้รับทราบความประสงค์ขอย้ายให้แก่สถาบันบริการอื่น

2.2) ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินตามข้อบ่งชี้ในข้อ 2.1 สามารถใช้บริการดูแลนอกสถานพยาบาล และรับส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจากที่เกิดเหตุไปยังหน่วยบริการตามทีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ กำหนด โดยโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือไปยังศูนย์รับแจ้งอุบัติเหตุและสั่งการหมายเลข 1669

2.3) กรณีฉุกเฉินจากการได้รับพิษหรือสงสัยว่าอาจได้รับพิษผู้มีสิทธิสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และ/หรือแพทย์เฉพาะทางเวชพิษวิทยาได้ที่หมายเลข 1330

3) **กรณีมีเหตุสมควร** สามารถเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น ได้ในกรณีมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำที่จะให้การรักษาและหน่วยบริการประจำกับผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันที่จะให้เข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้

1.4 การบริการรักษาพยาบาลที่ไม่ครอบคลุม ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีดังนี้

1) กลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน

- 1.1) การรักษาภาวะมีบุตรยาก
- 1.2) การผสมเทียม
- 1.3) การเปลี่ยนเพศ
- 1.4) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- 1.5) การตรวจวินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- 1.6) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

2) กลุ่มบริการที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะหรือครอบคลุมโดยกองทุน

อื่น

- 2.1) โรคจิต กรณีที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน
- 2.2) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
- 2.3) การบาดเจ็บจากการประสบภัยจากรถ ซึ่งอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วย การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย

3) กลุ่มบริการอื่นๆ

- 3.1) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้น กรณีที่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- 3.2) การบำบัดทดแทนไตในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างช่องท้อง (peritoneal dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (haemodialysis)
- 3.3) การปลูกถ่ายอวัยวะ (organ transplant)

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมความเจ็บป่วย การแสวงหาการรักษา และการใช้บริการสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมความเจ็บป่วย ความหมายกว้างๆ ของคำว่า พฤติกรรมความเจ็บป่วยคือ ลักษณะอาการของบุคคลที่สามารถรับรู้ ประเมินและกระทำต่อสิ่งที่มีความเจ็บป่วย ไม่สบาย หรือมีความบกพร่องในกลไก หน้าที่การทำงานของร่างกาย (Mechanic อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534) พฤติกรรมความเจ็บป่วยอาจเกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นผู้ป่วยก็ได้ เช่น ถ้าใครรู้สึกเจ็บคอ เป็นหวัด และได้ไปซื้อยามากินเอง ก็ถือว่ามีพฤติกรรมความเจ็บป่วย แต่ยังไม่จัดว่าเขาสวมบทบาทของคนไข้ แต่เป็นการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติเดิมของตน ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดรู้สึกเจ็บป่วยขึ้นมาด้วยอาการผิดปกติต่างๆ เขาก็จะมีพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยนั้นๆ ด้วยวิธีการต่างๆ ที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล จากสังคมและวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน พฤติกรรมความเจ็บป่วยจึงเปรียบเสมือนผลสะท้อนจากการเรียนรู้ทางวัฒนธรรม ที่ให้ความหมายค่านิยม และความสำคัญต่างๆ กัน

นักสังคมวิทยาอีกหลายท่าน ที่สนใจพฤติกรรมความเจ็บป่วย เช่น Talcott Parsons (อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534) ได้เสนอว่า ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคล ถูกควบคุมโดยปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้นพฤติกรรมของคนไข้จึงเป็นผลผลิตและผลสะท้อน ที่ได้อิทธิพลจากความคิดความเชื่อต่างๆ กล่าวคือ บุคคลจะเคยเรียนรู้ว่าเมื่อใดมีอาการเจ็บป่วยขึ้นมาหรือเริ่มมีความรู้สึกผิดปกติหรือสูญเสียการทำงานของระบบส่วนใดส่วนหนึ่ง พฤติกรรมของเขาเริ่มจะเปลี่ยนแปลง อาจปฏิเสธความผิดปกติที่รับรู้ หรือค้นหาวิธีทางแก้ไขอย่างเหมาะสมเท่าที่มีจะแสวงหาได้เพื่อขจัดหรือลดภาวะความเจ็บป่วย ความไม่สบายทั้งกายและใจ ความผิดปกติที่ปรากฏจะมากหรือน้อย รุนแรงหรือไม่รุนแรง เป็นความตระหนักและความรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์ หรือไม่ต้องการ การยืนยันและแสวงหาคำรับรองอันถูกต้อง ไปจนถึงขั้นแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นญาติ พี่น้อง การซื้อยามากินเอง ไปหาหมอเดือนหรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ

กระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยา Noel, J. Chrisman (อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการรักษาสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางหนึ่งในการรวบรวมธรรมชาติของความเจ็บป่วยในสังคมที่มีวัฒนธรรมย่อย วัตถุประสงค์ประการหนึ่งที่ต้องการเสนอก็คือพัฒนาตัวแบบของการแสวงหาเพื่อสุขภาพและเพื่อประโยชน์ทางด้านทฤษฎีทางมานุษยวิทยาการแพทย์ โดยใช้แนวคิดทั้งทางมานุษยวิทยาและสังคมวิทยา เพื่อดูความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ตลอดจนเงื่อนไขปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน สิ่งสำคัญของกระบวนการการแสวงหาการรักษาสุขภาพ

ที่ Chrisman คาดหวังมากก็คือกระบวนการดังกล่าวเป็นการกระทำและเป็นมุมมองจากบุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่แพทย์ ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

กระบวนการ (Process) ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพก็คือกระบวนการที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคลในทุกชาติทุกสังคมที่แตกต่างกันหรือมีวัฒนธรรมความเจ็บป่วยแตกต่างกัน ส่วนความหมายของคำว่าความเจ็บป่วย (Illness) นั้นเป็นการรับรู้ (Perception) ที่บุคคลตระหนักว่าเป็นความป่วยไข้ (Sickness) มากกว่าที่จะรับรู้ว่าเป็นโรคหรือเกิดจากเชื้อโรค (Disease)

ในแง่สังคม ความเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากพฤติกรรมปกติ ในความหมายนี้อาจแตกต่างไปจากคำนิยามหรือการตีความโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพราะความเจ็บป่วยมิใช่เรื่องเฉพาะความผิดปกติเกี่ยวกับกลไกการทำงานของร่างกายเท่านั้น แต่เป็นผลรวมของระบบความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่บุคคลเผชิญอยู่ในชีวิตประจำวัน

2.2 พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา (Health seeking behavior) เป็นเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแก่บุคคล เริ่มตั้งแต่เขาเริ่มรับรู้ความต้องการ เพื่อขอความช่วยเหลือจากใครก็ตามที่จะช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพของเขา กระบวนการที่เกี่ยวกับสุขภาพมีลำดับขั้นตอนต่างๆ และมีการเคลื่อนไหวแบบพลวัต คือระดับความเจ็บป่วยของมนุษย์มิได้หยุดนิ่งอยู่กับที่ มีการทรงตัว ทูเลาหรือกลับเป็นอีกก็ได้ เมื่ออาการปรากฏเช่นนี้ บุคคลเริ่มประเมินว่า เมื่อความเจ็บป่วยถึงจุดใดจุดหนึ่ง เคยทำอะไรจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้ผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมที่ได้จากประสบการณ์ในอดีต บางคนอาจหลีกเลี่ยงการทำงาน บางคนอาจเรียกร้องความสนใจ เพราะเชื่อว่าจะต้องมีผลกระทบ เช่นเดียวกับในอดีต (มัลลิกา มัติโก, 2534)

ขั้นตอนพฤติกรรมและขั้นตอนการแสวงหาการรักษา ซึ่ง Igun (อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534) เสนอไว้เป็นขั้นๆ มีดังนี้

ขั้นที่ 1 ปรากฏอาการและประสบการณ์ เป็นขั้นที่บุคคลสามารถสังเกตเห็นความผิดปกติทางด้านกายภาพ เช่นความเจ็บป่วย ความผิดปกติของอวัยวะ

ขั้นที่ 2 การรักษาตนเอง ขั้นที่สองนี้ถือว่าเป็นขั้นที่เริ่มเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม Igun ได้อธิบายว่า ถ้าหากบุคคลเชื่อหรือเข้าใจว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งเขาจะรักษา แต่ถ้าหากไม่เข้าใจ ก็จะปรึกษาผู้อื่นเพื่อให้ช่วยวินิจฉัยเบื้องต้นให้แก่ตน บุคคลจะสามารถจำแนกความเจ็บป่วยได้โดยอาศัยความรู้ของตนหรือเรียนรู้จากคนอื่น เขาจะเปรียบเทียบความรู้ที่ตนกับอาการที่ตัวเองกำลังประสบอยู่ถ้าแน่ใจว่าป่วยก็จะรักษาตัวเองก่อนแต่ถ้าหากบุคคลรับรู้ว่าการที่ปรากฏ นั้นค่อนข้างรุนแรงอาจจะรักษาโดยวิธีอื่นๆ เช่น การแพทย์แผนโบราณหรือการแพทย์แผนใหม่ก็ได้

ขั้นที่ 3 การปรึกษาผู้อื่นที่มีความสำคัญต่อตน ดังที่กล่าวมาแล้วว่า ความเจ็บป่วยไม่ใช่เป็นเรื่องของบุคคลเท่านั้น แต่เป็นเรื่องทางสังคม ผู้ป่วยอาจรักษาด้วยตนเองได้จนหายจากโรคได้ในบางโรค แต่บางครั้งความเข้าใจอาจไม่ถูกต้อง หรือถ้ารักษาแล้วไม่หาย ผู้ป่วยจะปรึกษาสมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือ เพื่อนสนิท การขอร้องผู้อื่นให้ช่วยเหลือจึงเป็นอีกขั้นตอนหนึ่ง ที่พบว่าผู้ป่วยอาจจะปรึกษาพร้อมๆ กับที่กำลังรักษาอยู่ หรือภายหลังการรักษาแล้ว

ขั้นที่ 4 การประเมินอาการ ในขั้นนี้อาจเกิดขึ้นพร้อมกับการปรึกษาผู้อื่นพร้อมๆ กัน เพราะเมื่อมีบุคคลเกิดเจ็บป่วยขึ้นมาในครอบครัวสมาชิกหรือญาติและเพื่อนสนิท ก็อาจช่วยประเมินอาการว่า บุคคลนั้นป่วยเป็นคนไข้จริงหรือไม่ กล่าวคือจะรับบทบาทผู้ป่วยหรือไม่ ซึ่งถ้าหากถูกกำหนดว่าป่วยก็อาจจะได้รับอนุญาตหยุดทำงาน หรือพักผ่อน โดยไม่มีใครตำหนิ

ขั้นที่ 5 การคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับบทบาทผู้ป่วย ในทางสังคมเมื่อบุคคลเจ็บป่วยจะถูกสังคมกำหนดว่าเป็นบุคคลที่ต้องสวมบทบาทผู้ป่วย ละเว้นจากกิจกรรมทางสังคม ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว รับประทานอาหารที่กำหนดให้โดยถือว่า ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ผิดปกติไปจากบุคคลทั่วๆ ไป ฉะนั้นจึงไม่ต้องทำงาน ครอบครัวก็จะทำหน้าที่เสมือนพยาบาลดูแลเอาใจใส่

ขั้นที่ 6 การแสดงออกถึงความหวังใจของญาติและมิตรสหาย เมื่อบุคคลเจ็บป่วย เพื่อนฝูงและญาติมิตรได้แสดงออกถึงความหวังใจ มาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยตลอดเวลาที่เจ็บป่วย แม้บางครั้งอาจมาเมื่อหายแล้วการให้กำลังใจจากบุคคลภายนอกเป็นความผูกพันและหวังใจในตัวผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งอาจช่วยวินิจฉัยโรคและแนะนำเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย

ขั้นที่ 7 การประเมินการรักษาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย ในขั้นนี้ค่อนข้างจะเกี่ยวข้องกับขั้นที่ 8 ในเรื่องของทางเลือกแหล่งรักษา ในทุกสังคม สังคมจะจำแนกแจกแจงความสัมพันธ์ระหว่างโรคกับแหล่งรักษา เช่นถ้าการเจ็บป่วยเกิดจากการเข้าทรงจากอำนาจของพ่อมดหรือหมอผีจะต้องรักษาจากหมอพื้นบ้าน และถ้าเป็น โรครุนแรงก็ต้องรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนใหม่

ขั้นที่ 8 การเลือกแผนการรักษา การเลือกวิธีการรักษา จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อในสังคมมีวิธีการรักษาหลายอย่างที่ผู้ป่วยจะเลือกได้ เช่น หมอพื้นบ้าน หมอสมุนไพร หรือการเลือกระหว่างโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก การเลือกวิธีการอะไร นอกจากจะขึ้นอยู่กับชนิดของโรคหรืออาการความเจ็บป่วยแล้ว ยังขึ้นอยู่กับค่าใช้จ่าย ระยะทาง ความสะดวก ตลอดจนความพึงพอใจ ความสามารถ และประสิทธิภาพในการรักษาของแพทย์หรือผู้รักษาที่มิใช่แพทย์

ขั้นที่ 9 การรักษา เมื่อตัดสินใจที่จะเลือกวิธีการรักษาอย่างหนึ่งอย่างใดแล้ว ผู้ป่วยจะต้องยอมรับเงื่อนไขต่างๆ ที่ผู้รักษาต้องการ เช่นถ้าเป็น โรงพยาบาลก็ต้องทำทะเบียนผู้ป่วยเพื่อเป็นหลักฐาน ถ้าเป็นการรักษาโดยหมอพื้นบ้านก็ต้องจัดซื้อหาข้าวของที่หมอต้องการ ในขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยอาจหายหรือไม่หาย ถ้าไม่หายก็จะเลือกวิธีการรักษาแบบใหม่ต่อไป

ขั้นที่ 10 การประเมินผลของการรักษา ในขั้นนี้อาจเกิดขึ้นในช่วงที่ทำการรักษาอยู่ โดยประเมินว่าผลของการรักษาที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง มีความก้าวหน้าของการรักษาเป็นอย่างไร อาการที่เจ็บป่วยทุเลาลงหรือไม่ การประเมินนี้มีไว้ใช้เกิดจากตัวผู้ป่วยคนเดียว แต่รวมถึงญาติมิตรที่จะร่วมเป็นผู้ตัดสิน อย่างไรก็ตามถ้าประเมินว่าผลการรักษาไม่ดีขึ้นหรือมีแต่ตรงกับทรุดก็จะมี การประเมินอาการที่เจ็บป่วยอีกครั้งหนึ่งว่าเป็นอะไรแน่ ถ้าหากการวินิจฉัยครั้งแรกคลุมเครือหรือเป็นโรคที่ยากที่จะชี้ชัดลงไปแน่นอน ผู้ป่วยอาจจะรักษาแบบกลับไปกลับมา ระหว่างแพทย์แผนโบราณกับการแพทย์แผนใหม่

2.3 พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

Axel Kroeger (อ้างใน มัลลิกา มดีโก, 2534) เป็นอีกท่านหนึ่งที่เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาในประเทศกำลังพัฒนา โดยชี้ให้เห็นถึงการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปัจจัยภายในความคิดของคนไข้ที่ใช้หรือไม่ใช้บริการทั้งการแพทย์แผนใหม่และการแพทย์แผนโบราณ จากการใช้วิธีการสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา โดยมีรายละเอียดของปัจจัย 3 ประการ ดังนี้

- 1) ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดของครัวเรือน ความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม กลุ่มชาติพันธุ์ ศาสนา การเปลี่ยนแปลงด้านเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม การศึกษา สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ และนวัตกรรม
- 2) ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ โรคเรื้อรังหรือเฉียบพลัน ความรุนแรงของโรค สาเหตุของการเกิดโรค ชนิดของโรค ความคาดหวังผล และความพึงพอใจของผู้ป่วย
- 3) ปัจจัยด้านการใช้บริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ ได้แก่ ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ การยอมรับต่อเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการรักษา และค่าใช้จ่าย

Susanna Hausmann-Muela et al. (2003) ได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและการตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพ ไว้ดังนี้

Andersen model (Andersen & Newman, 1973) โดยสรุปรูปแบบการให้บริการสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ 3 ปัจจัย ดังนี้ (ดังแสดงรายละเอียดในรูปภาพที่ 1)

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Predisposing factors) ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ประสบการณ์การเจ็บป่วยครั้งก่อน ความรู้เกี่ยวกับโรค
- 2) ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) ได้แก่ ความพร้อม ความเพียงพอของระบบบริการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ประกันสุขภาพ ประกันชีวิต เครือข่ายสนับสนุนต่างๆ

3) ความต้องการ (Need factors) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวนวันของการป่วยจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลจำนวนการขาดงานหรือหยุดไปโรงเรียน การช่วยเหลือจากบุคคลอื่น



รูปภาพที่ 1 : Health Care Utilization Model

นอกจากนั้นรูปแบบที่นิยมมากในหมู่นักวิจัยในการจัดกลุ่มปัจจัยต่างๆ ในการใช้บริการสุขภาพ คือ The “four As” มี กลุ่มปัจจัยดังนี้

Availability ความพร้อมของระบบบริการ รวมถึงระบบการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่ศักยภาพ การมียา ผลิตภัณฑ์ อย่างพอเพียง

Accessibility การเข้าถึงสถานบริการ รวมถึง การเดินทาง ถนนหนทาง

Affordability ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ / การมีประกันสุขภาพ รวมถึง ค่ารักษาพยาบาล (Direct cost) ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับค่ารักษา (Indirect cost) เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พักของญาติ และค่าเสียโอกาส (Opportunity cost) รายได้ที่สูญเสียไป

Acceptability ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมและสังคมที่มีมานาน ความยอมรับในคุณลักษณะของสถานบริการ พฤติกรรมการบริการของผู้ให้บริการ และขั้นตอนการรับบริการที่มีไม่มาก

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการแสวงหาการบริการสุขภาพ เป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลอันเป็นผลของการที่ได้เรียนรู้มาจากสังคมและวัฒนธรรม แต่ละบุคคลอาจเป็นพฤติกรรมที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างเดียวกัน ความแตกต่างของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ จะผันแปรไปตามตัวแปรทางสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อในประสิทธิภาพของแหล่งบริการตลอดจนอุปกรณ์ องค์กรประกอบอื่นๆ ในด้านแพทย์ เช่น ยา และความทันสมัยทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ

ในแง่สังคมศาสตร์ การวิเคราะห์พฤติกรรมการแสวงหาการบริการสุขภาพ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อความเชื่อมโยงระหว่างระบบความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของมนุษย์กับแหล่งบริการสุขภาพ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในระหว่างสองขั้วของความสัมพันธ์อันนี้ไม่เพียงแต่จะได้เข้าใจถึงตัวกำหนดที่มีประสิทธิผลต่อระบบความคิดและพฤติกรรม หากยังสามารถที่

จะวิเคราะห์ถึงความเสื่อมสลาย ความเพียงพอและพลวัตของระบบบริการรูปแบบต่างๆ ทั้งของรัฐและเอกชน

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการใช้บริการของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ชมพูนุท สุจริตจันทร์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 7 หมู่บ้าน รวม 319 คน ผลการศึกษาสรุปว่าพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนผู้ใช้บริการ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐและสถานีนามัย มักเป็นการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ด้วยโรคเฉียบพลัน และสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้แนะนำในการไปใช้บริการ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลักษณะความเจ็บป่วย ความใส่ใจของเจ้าหน้าที่ และคุณภาพของบริการ

รัชชชัย เชื้อนแก้ว (2545) ศึกษาการตอบสนองความเจ็บป่วยของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างศึกษาคือประชาชนที่มีบัตรทองในตำบลบ้านดั้น อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ จำนวน 160 คน ผลการศึกษาพบว่า การตอบสนองความเจ็บป่วยของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะไปรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุข เจ็บป่วยเฉียบพลันจะนิยมจัดการการเจ็บป่วยด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับเล็กน้อยจะนิยมซื้อยากินเอง ระดับปานกลางจะไปรับบริการที่สถานีนามัย และระดับรุนแรงมากจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลแพร่ สำหรับเหตุผลในการตอบสนองความเจ็บป่วย ในกลุ่มที่ซื้อยากินเองและไปรับบริการที่สถานีนามัย คือความสะดวกในการเดินทาง ส่วนกลุ่มที่ดูแลตนเองให้เหตุผลว่า ไม่อยากเสียเวลาในการตรวจ และกลุ่มที่ไปรับบริการจากโรงพยาบาลแพร่ให้เหตุผลว่า มีความเชื่อถือในแพทย์ บุคลากรที่ให้การรักษา

ประจวบ หน่อศักดิ์ (2547) ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนในตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 350 ราย พบว่าประชาชนผู้มีสิทธิเลือกใช้บริการสุขภาพจากสถานบริการรักษาพยาบาลของภาครัฐมากกว่าภาคเอกชนและมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากต่อการบริการของสถานบริการรักษาพยาบาลที่ระบุในสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในการใช้บริการประชาชนก็มีความพึงพอใจระดับมากเช่นกัน ยกเว้นด้านการประสานงานของการบริการและด้านคุณภาพบริการ ที่ประชาชนมีความพึงพอใจระดับปานกลาง นอกจากนี้ประชาชนยังมีความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ถูกในระดับมาก ใน

การมารับบริการรักษาพยาบาลปรากฏว่า มีปัญหาความล่าช้าในการให้บริการ และยาที่ได้รับมีคุณภาพต่ำในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลักษณะของความเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยมีขนาดความสัมพันธ์น้อยถึงน้อยมาก แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีขนาดความสัมพันธ์ค่อนข้างสูง ขณะที่เพศ ความเชื่อด้านสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในการรับบริการรักษาพยาบาลไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

ประไพศรี สักคาวิโรจน์ (2548) ศึกษาการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กิ่งอำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 คน พบว่าเหตุผลของการเลือกใช้บริการภายใต้การไปใช้บริการตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อมีการเจ็บป่วยในครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่มีเลือกใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะใกล้บ้านเดินทางสะดวก เหตุผลส่วนใหญ่ที่เลือกใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงเพราะมีความมั่นใจว่าแพทย์สามารถรักษาโรคที่เป็นอยู่ให้หายได้ และเหตุผลส่วนใหญ่ที่เลือกใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงเนื่องจากมีความมั่นใจแพทย์สามารถรักษาโรคที่เป็นอยู่ให้หายขาดและยามีคุณภาพ ส่วนความคิดเห็นจะกลับมาใช้บริการสถานบริการเดิมอีกครั้งหากมีการเจ็บป่วยครั้งหน้าในโรคเดียวกัน พบว่าบางส่วนจะไม่กลับมาใช้บริการในสถานบริการเดิมอีก ด้วยเหตุผลเจ้าหน้าที่แพทย์ไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้

อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ และคณะ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พังงา ตรัง และยะลา จำนวน 1,200 คน พบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่สถานอนามัย รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนการรักษากับแพทย์พื้นบ้านไปใช้บริการน้อยที่สุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ อายุ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย คุณภาพบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ประเภทของการประกันสุขภาพ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วย การรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า การรับรู้สิทธิของกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านสุขภาพ คุณภาพบริการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

Evelyn V. et al. (2007) นำรูปแบบของ Andersen's health care utilization model มาใช้ในการศึกษาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing factors) ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Need factors) และปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal health practice factors) มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพของชาวแคนาดาเดียนวัยหนุ่มสาว อย่างไร ซึ่งผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal health practice factors) มีอิทธิพลมากที่สุดในการใช้บริการสุขภาพ โดยผู้ที่สุขภาพไม่ดีมีการใช้บริการสุขภาพมาก ที่สำคัญคือรายได้ไม่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ เนื่องจากที่ประเทศแคนาดามีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health care) ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อประชาชนที่ช่วยลดความแตกต่างในเรื่องสถานะภาพทางสุขภาพของประชาชนได้ แต่การรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพไม่ครอบคลุม

Wakgari Deressa et al. (2007) ศึกษาครอบครัวและปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยเด็กที่เป็นไข้มาลาเรียและพฤติกรรมมารับบริการในเอธิโอเปียพบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นอุปสรรคต่อการรับบริการ ครอบครัวที่มีฐานะมักใช้บริการของสถานพยาบาลเอกชน ในขณะที่ครอบครัวที่ยากจนเข้ารับบริการในที่ทางสาธารณสุขจัดให้และรักษาเองที่บ้าน

Tipping and Segall (อ้างใน Sara Mackian, 2000) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญในการตัดสินใจใช้บริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ได้แก่ รายได้ ฐานะเศรษฐกิจ เพศ อายุ สถานภาพสมรสของสตรี ลักษณะของความเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการรับรู้ด้านคุณภาพของการบริการรักษาพยาบาล

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อดิเรก เร่งมานะวงษ์ และคณะ (2546) ศึกษาปัญหาการข้ามขั้นตอนของผู้ใช้บริการสาธารณสุขโรงพยาบาลภูเขียว อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ปัจจัยที่นำไปสู่การข้ามขั้นตอนของผู้ใช้บริการสาธารณสุข ได้แก่ ความไม่สะดวกในการไปรับบริการ ความไม่เชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย คุณลักษณะของผู้ให้บริการ การสื่อสารและข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ด้านระบบบริการ ประเภทสิทธิการรักษาพยาบาล การส่งต่อจากคลินิกแพทย์ และความไม่เข้าใจในสิทธิบัตรประกันสุขภาพ

ระบบบริการและการส่งต่อผู้ป่วย ข้อบกพร่อง ปัญหาและอุปสรรคในการจัดระบบบริการและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ได้มาตรฐานของโรงพยาบาลภูเขียวพบว่า (1) แพทย์ของโรงพยาบาลภูเขียวมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนประชากร และแพทย์ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ที่ใช้ทุน หรือจบใหม่ ปฏิบัติงานไม่นานก็ย้าย แพทย์จึง

มีความรู้ และประสบการณ์ไม่เพียงพอ ขาดแรงจูงใจในการปรับปรุงระบบบริการ ส่งผลให้เกิดปัญหาการจัดระบบบริการและระบบการส่งต่อ (2) ระบบส่งต่อพบว่า มีรูปแบบแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับระบบการส่งต่อ ตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนใช้บริการทางการแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้ลำดับแรกก่อนเสมอ และในกรณีเจ็บป่วยเกินขีดความสามารถจะได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับที่สูงกว่าอย่างรวดเร็วและปลอดภัย (3) มีการทบทวนปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งต่ออย่างต่อเนื่องตามแนวทางการดำเนินงานระบบส่งต่อของจังหวัดชัยภูมิ (4) คุณภาพและมาตรฐานในระบบการส่งต่อ พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่มีมาตรฐานในการส่งต่อผู้ป่วย แต่ก็ยังพบว่า แพทย์บางคนไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย มีการส่งต่อผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่ควรรักษาได้เอง แต่กรณีโรคที่เกินศักยภาพของสถานพยาบาลกลับให้การรักษาเอง จนผู้ป่วยมีอาการหนัก จึงส่งต่อไปยังสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ (5) ตั้งแต่ดำเนินการนโยบาย 30 บาท ระบบส่งต่อถูกควบคุมไว้ด้วย ใช้จ่าย ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ส่งต่อ เพราะต้องลดค่าใช้จ่าย ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบระบบบริการในอดีต และ (6) การสื่อสารในการส่งต่อ ยังมีปัญหาระหว่างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งในแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ใช้งาน หรือจบใหม่ มีความเกรงใจที่จะปรึกษาเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยกับแพทย์เฉพาะทาง และไม่สามารถติดต่อปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางเมื่อต้องการปรึกษา

อุดม คชินทร และคณะ (2548) ศึกษาสาเหตุการใช้บริการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่โรงพยาบาลศิริราช โดยศึกษาผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ละสิทธิในการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสถานพยาบาลหลักและเลือกมาใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลศิริราช ในประชากรตัวอย่างทั้งหมด 1,110 ราย ที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ต่างจังหวัดมากกว่ากรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ทราบสถานพยาบาลที่มีสิทธิแต่ต้องการมารับการรักษาด้วยตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ไม่เคยไปใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่มาใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลศิริราช เนื่องจากไม่ได้รับความสะดวกในการใช้สิทธิเพราะมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดแต่ทำงานในกรุงเทพมหานคร ยาที่ได้รับจากการใช้สิทธิมีความแตกต่างจากยาที่ชำระเงินเอง และไม่ทราบขั้นตอนการใช้สิทธิเนื่องจากไม่มีการประชาสัมพันธ์ ผู้ป่วยส่วนน้อยที่เคยไปใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่มีการใช้บริการสุขภาพแบบข้ามขั้นตอนเนื่องจากไม่พึงพอใจต่อสถานพยาบาลที่ไปใช้สิทธิเพราะไม่ได้รับความสะดวกในการใช้บริการ บุคลากรไม่เต็มให้บริการ ผลของการรักษาส่วนใหญ่มีความเห็นว่ารักษาไม่หาย เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเลือกวิธีรักษาตนเองก่อน โดยยาจากร้านขายยา ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจึงไปรักษาที่คลินิก โรงพยาบาลใกล้บ้านเนื่องจากมีความสะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องเสียเวลารอตรวจรักษา และค่าใช้จ่าย

ไม่แพง ผู้ป่วยให้ความเห็นว่าการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชดีกว่าการรักษาที่สถานพยาบาลตามสิทธิ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลใหญ่ ความมีชื่อเสียงของโรงพยาบาล ความเชื่อถือในบุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ ความเชื่อมั่นและไว้วางใจในคุณภาพของบริการ ได้แก่ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ คุณภาพของยา ระยะเวลาในการให้บริการที่รวดเร็ว ความพร้อมและทันสมัยของเครื่องมือทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายไม่แพง จึงสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพบริการของโรงพยาบาลศิริราชจากความศรัทธา เชื่อมั่นและไว้วางใจในบริการที่ได้รับเป็นไปตามความคาดหวัง

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประคิน สุจฉายา และคณะ (2545)ศึกษาสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพและวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย : มุมมองของพยาบาล โดยศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้ให้ข้อมูลหลักคือประชาคมพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และตติยภูมิ ในภาคเหนือ จำนวน 1,269 คน มีผลการวิจัยสรุปด้านสถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพคือ การบริการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการมีภาระงานสูง ขาดทักษะการทำงาน มีความเครียด มีโอกาสพัฒนาตนเองน้อย ผู้รับบริการมีความไม่พอใจในบริการในเรื่องที่ไม่ได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์ ไม่ได้ได้รับความเสมอภาคในการมารับบริการ ค่ารักษาพยาบาลแพง บริการไม่ดี พยาบาลเสนอวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย ว่าเป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีความเสมอภาค ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ วิสัยทัศน์บทบาทพยาบาลในระบบสุขภาพใหม่ ต้องการให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในทุกระดับมีบทบาทในการให้บริการสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น ในประเด็นหลักการปฏิรูประบบสุขภาพ ประกอบด้วย ระบบบริการสุขภาพที่มีความเสมอภาค บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ กระจายอำนาจ การสร้างสุขภาพที่เน้นการดูแลสุขภาพตนเอง กำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ กระบวนการสร้างความรู้และงานวิจัยด้านสุขภาพหลักประกันเพื่อการมีสุขภาพดี รัฐและประชาชนมีส่วนร่วมในค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพในกระบวนการกำหนดนโยบายสุขภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพต่างๆ และด้านการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำได้ทั้งในระดับบุคคล และองค์กรวิชาชีพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสำนักวิจัยเอแบค เศรษฐี อินเทอร์เน็ต โพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2549) สำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย พบว่า ในภาพรวมผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ต่อโครงการนี้ แต่ก็ยังมีผู้รับบริการจำนวนหนึ่งที่ไม่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลเพราะกลัวว่าจะได้รับการรักษา/ได้รับยาไม่ดี กลัวว่าจะได้รับบริการไม่ดี และกลัวว่าจะต้องรอคิวนาน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บทสรุปสำหรับผู้บริหารผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารอบ 9 เดือน ปีงบประมาณ 2550 (1 ตุลาคม 2549 – 30 มิถุนายน 2550) : การควบคุมคุณภาพและกำกับมาตรฐานบริการการควบคุมคุณภาพและกำกับมาตรฐานบริการ ประกอบด้วย การตรวจประเมินหน่วยบริการและการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ/มาตรฐานหน่วยบริการ ในทุกระดับ พร้อมสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิด้วย การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลเปรียบเทียบระหว่าง กันยายน 2549 กับ มิถุนายน 2550 พบว่าร้อยละของหน่วยบริการที่มีการพัฒนาตามมาตรฐาน HA หรือ ISO 9001:2000 ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 91.3 เป็น 94.3

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ (2548) ได้ศึกษาระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ เรื่องปัญหาและข้อเสนอในภาพรวมพบว่า หลังจากการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังพบปัญหาเรื่องคุณภาพบริการ คือด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการได้รับสิทธิตามนโยบาย ความรวดเร็ว และการให้บริการ การส่งต่อ ทั้งในด้านจำนวน และความรวดเร็ว/ล่าช้า และการได้รับการตามมาตรฐานที่ควรเป็นซึ่งมีตั้งแต่การได้รับบริการจากบุคลากรที่มีคุณวุฒิเหมาะสม การเข้าถึงอุปกรณ์เทคโนโลยีต่าง ๆ โดยปัญหาด้านคุณภาพสามารถตรวจสอบได้จากการส่งต่อผู้ป่วยที่มีแนวโน้มชัดเจนว่าประชาชนถูกจำกัดโอกาสในการเข้าถึงสถานบริการที่เคยไปรับบริการหากประสงค์จะใช้สิทธิตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังที่ไปค้างในสถานบริการบางที่ เช่นผู้ป่วยมะเร็งซึ่งปัญหาการส่งต่อเกือบทั้งหมดถูกกำหนดโดยกติกาการจ่ายเงิน

อัญชานา ณ ระนอง (2547) ที่ได้ศึกษาเรื่องความคาดหวังการใช้บริการด้านสุขภาพและผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามองมุมมองของประชาชนพบว่า แม้ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนบางส่วน แต่มีประชาชนอีกส่วนหนึ่งไม่ไปใช้บริการเนื่องจากเวลาที่ต้องใช้ในการรอรับบริการนานเกินไปและไม่เชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการ และปัจจัยเรื่องรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สภาวะและอาการของโรค กลุ่มอายุของผู้ป่วยและข้อมูลที่มีประชาชนมี ล้วนแล้วแต่มีส่วนกำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาล

4. กรอบแนวคิดในการศึกษา

การกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษานี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย แนวคิด ทฤษฎี ต่างๆ โดยตัวแปรอิสระประกอบด้วย ปัจจัยโน้มนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยด้านความต้องการด้านสุขภาพ และตัวแปรตามคือการตัดสินใจข้ามขั้นตอนในการใช้บริการรักษาพยาบาล (ดังแสดงในรูปภาพที่ 2)



รูปภาพที่ 2 : กรอบแนวคิดในการศึกษา