

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงและเป็นเมืองที่ใหญ่ที่สุดในประเทศ อีกทั้งเป็นเมืองต้นแบบแห่งความนำสมัยทางเทคโนโลยีในด้านต่างๆ อาทิ ด้านอุตสาหกรรม การศึกษา และด้านสาธารณสุข จึงเป็นศูนย์รวมความหลากหลายทางวิชาการทั้งมวลผสมผสานความเจริญแบบตะวันตกและอารยธรรมตะวันออกเข้าด้วยกัน กรุงเทพมหานครจึงเปรียบเสมือนแม่เหล็กตัวใหญ่ที่ดึงดูดผู้คนจากทั่วภูมิภาคให้หลั่งไหลเข้ามาสู่กรุงเทพมหานคร เป็นจำนวนมากขึ้นทุกปี

ในปี 2536 กรุงเทพมหานครมีจำนวนประชากร 5,572,712 คน มีความหนาแน่นของประชากรถึง 3,552 คน:ตร.กม ในขณะที่ความหนาแน่นของประชากรโดยเฉลี่ยทั้งประเทศ คือ 113 คน ต่อ ตร.กม. ด้วยเหตุนี้ สภาพแวดล้อมของกรุงเทพมหานครในปัจจุบันจึงก่อให้เกิดปัญหาที่ไม่พึงปรารถนาเช่น ปัญหาการจราจรปริมาณ สารตะกั่วบนท้องถนนเฉลี่ย 24 ชั่วโมง เฉลี่ยสูงสุดมีค่าถึง 2.34ไมโครกรัม: ล.บเมตร (สถิติรายปีกรุงเทพมหานคร 2536 : 22) ปัญหาด้านการรักษาความสะอาด การศึกษา และปัญหาด้านสาธารณสุขเป็นต้น

อีกทั้งสภาพเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดความแออัดของเมืองมีสภาพการณ์ต่างๆตามมา เช่น ค่าครองชีพสูงขึ้น การแก่งแย่งแข่งขันเชิงธุรกิจ เด็กและผู้รชขาดผู้ดูแลเอาใจใส่ (คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการสังคมแห่งชาติ 2534 : 5) สภาพแวดล้อมเช่นนี้ ล้วนส่งผลกระทบโดยตรงต่อร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะปัญหาด้านสาธารณสุข ในส่วนของสุขภาพอนามัย ดังจะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐสังกัดสำนัก การแพทย์กรุงเทพมหานคร จากปี 2534-ปี2536 ซึ่งมีระยะเวลาห่างกันเพียง 2ปี ปรากฏว่าจำนวนผู้ป่วยรวมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 34,456 ราย และจากสถิติผู้ป่วยรวมทั่วประเทศที่เข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 678,199 คน ในปี 2530 เป็น 723,206 คน หรือ ร้อยละ 6.2 ในปี 2531 และเพิ่มเป็น 782,655 คน หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 7.6 ในปี 2532 (คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการสังคมแห่งชาติ 2534 : 6)

แนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชนทั่วประเทศ และในกรุงเทพมหานครที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นนั้นย่อมหมายถึง รัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเงินงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากขึ้นตามไปด้วย เพราะขณะนี้ประเทศไทยต้องสั่งซื้อยารักษาโรคจากต่างประเทศปีหนึ่งๆ เป็นจำนวนเงินถึง 10,000 ล้านบาท ประเวศ วะสี อังใน ปราภวนา มาลัยขวัญ (2533 : 3) ส่วนสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ต้องเสิยค่าใช้จ่ายในการซื้อยาเพื่อการรักษาประชาชนอย่างต่ำ ปีละประมาณ 14 ล้านบาท (สำนัก งานอนามัย 2530 : 9) และสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.7 ในปี 2528 เป็นร้อยละ 9.6 ในปี 2535 (จารุวรรณ แดงบุปผา 2537 : 4)

เงินจำนวนมากมายนี้นี้ ถ้ามองถึงผลประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจของชาติแล้วนับว่าเป็นการสูญเสียเงินที่น่าเสียดาย หากประชาชนในชาติมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง รัฐก็อาจนำเงินจำนวนนี้ไปพัฒนาประเทศในด้านอื่นๆ เช่น การสร้างถนนการบริการสาธารณสุขไปโลก การศึกษา ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเจริญต่อประเทศชาติได้

กรุงเทพมหานครจึงได้กำหนดความจำเป็นขั้นพื้นฐานของคนไทย และเครื่องชี้วัดในกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตสุขภาพอนามัยที่ดี มีเป้าหมายสำเร็จ ในปี 2544 มีสาระสรุปคือ ให้ประชาชนได้รับความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ดังนี้

1. ประชาชนได้กินอาหารถูกสุขลักษณะ และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีเครื่องชี้วัดอยู่ที่ น้ำหนักและส่วนสูงตามอายุเทียบมาตรฐานที่กำหนด
2. ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
3. ประชาชนวัยทำงานมีงานทำมีเสรีภาพในการประกอบอาชีพ และอยู่ในสภาพแวดล้อม ของการทำงานที่เหมาะสม
4. ประชาชนได้รับบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต มีเครื่องชี้วัดคือ
 - 4.1 ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพโภชนาการสุขภาพอนามัยและการป้องกันสาธารณสุข
 - 4.2 ประชาชนมีโอกาสออกกำลังกายและพักผ่อนหย่อนใจโดยสม่ำเสมอ
 - 4.3 หญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง ต่อครรภ์
 - 4.4 ผู้ทุพพลภาพ และผู้ประสพภัยพิบัติได้รับบริการ
5. ประชาชนมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
6. ประชาชนมีการผลิตหรือจัดอาหารเพียงพอต่อการดำรงชีพ
7. ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนของการมีบุตรได้ตามต้องการ
8. ประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาความเป็นอยู่และกำหนดวิถีชีวิตของตนเอง

9. ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจดีขึ้น

นอกจากเกณฑ์กำหนดความจำเป็นพื้นฐานของกรุงเทพมหานครแล้วนั้น อุตุมพร จามรมาน ได้ทำการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของคนกรุงเทพมหานคร (2528 : 1) สรุปถึงผลการวิจัยดังนี้

คุณภาพชีวิตสามารถอธิบายได้ด้วยองค์ประกอบ 10 ตัวที่สำคัญ คือ

1. ทิศนคติต่อการมีชีวิตรในกรุงเทพมหานคร
2. ลักษณะความเป็นอยู่
3. การเป็นเจ้าของ
4. อาชีพหลัก
5. นันทนาการ
6. บริการจากรัฐ
7. การถือครองบ้านและที่ดิน
8. อาชีพรอง
9. การแสวงหาความรู้และความบันเทิง
10. สุขอนามัย

จากเกณฑ์กำหนดความจำเป็นขั้นพื้นฐานของกรุงเทพมหานครและผลการวิจัยคุณภาพชีวิตของชาวกรุงเทพมหานคร จะเห็นได้ว่ามีจุดเน้นร่วมกันที่การสาธารณสุข หรือ ด้านสุขอนามัย ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแผนพัฒนาการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ฉบับแรก (พ.ศ.2520-2524) จนถึงฉบับปัจจุบัน ซึ่งเป็นฉบับที่ 4 (พ.ศ.2535-2539) โดยเฉพาะ วัตถุประสงค์ของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 3 ได้มุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุข สุขสะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและ จัดทรัพยากรที่จะก่อให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม และการพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังสาระสำคัญ คือ (ประรณนา มาลัยขวัญ 2533 : 4)

1. ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพควบคุมและป้องกันโรคการรักษาพยาบาลเพื่อลดสภาวะของโรคอันเป็นปัญหาสาธารณสุข
2. พัฒนาทางเลือกสำหรับระคมทรัพยากรต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครักษาพยาบาล รวมทั้ง การคุ้มครองผู้บริโภคด้านการสาธารณสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม และปรับปรุงบทบัญญัติแห่งกฎหมาย โดยกำหนดแนวทางและมาตรการในการดำเนินงาน โดยเริ่มต้นด้วย

การประเมินสภาพและปัญหาของการควบคุม ป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เป็นต้น

จะเห็นได้ว่ากรุงเทพมหานคร ได้มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ไปที่การให้ความรู้ด้านสาธารณสุขในส่วนของสุขภาพอนามัย เพราะในการพัฒนาประเทศให้เจริญรุดหน้าได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพทั้งร่างกาย และจิตใจจึงจะช่วยสนับสนุนให้การพัฒนาประเทศเป็นไปด้วยดี หากประชากรของประเทศมีสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอมีโรคภัยเบียดเบียนอยู่เสมอนอกจากประเทศชาติจะต้องเสียกำลังงานไปส่วนหนึ่งแล้ว ยังต้องสูญเสียกำลังเงินในการรักษาพยาบาลอีกทั้งบุคคลากรด้านสาธารณสุขในประเทศที่กำลังพัฒนายังมีจำนวนไม่พอเพียงกับประชาชนที่เจ็บป่วย การให้บริการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยรวมทั้งการให้ความรู้ในด้านป้องกันและรักษาจำเป็นสิ่งที่เอื้อประโยชน์ทั้งร่างกายและ จิตใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของคุณภาพชีวิตที่ดีของมนุษย์

องค์การอนามัยโลกเองก็เล็งเห็นความสำคัญในเรื่อง สุขภาพอนามัยเช่นกัน โดยกำหนดเป้าหมายทางสังคมไว้ว่า เมื่อถึงปี 2543 ประชากรทุกคนในโลกจะได้มีการพัฒนาให้มีสุขภาพอนามัยในระดับที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขและเหมาะสมกับท้องถิ่น ในระบบเศรษฐกิจ และสังคม โดยใช้ภาษา อังกฤษว่า " HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000 " และใช้คำขวัญนี้เป็นหลักในการรณรงค์เรื่อง สุขภาพอนามัยของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เป็นภาษาไทยว่า " สุขภาพดี ถ้วนหน้าเมื่อ2543 " (ทิมมพร มัจฉาชีพ 2528 : 1)

ในปีพ.ศ. 2521 ทางองค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟก็ได้ร่วมมือกันจัดประชุมเกี่ยวกับเรื่อง สุขภาพอนามัยที่จัดว่าเป็นครั้งสำคัญอีกครั้งหนึ่งที่เมือง อัลมา อตา ในประเทศรัสเซีย ทั้งนี้ เพื่อร่วมกันพิจารณาค้นหาแนวทางที่เหมาะสมเป็นไปได้ในอันที่จะดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2534 ในการประชุมครั้งนั้น ได้มีการประกาศอย่างเป็นทางการว่า " การให้การศึกษแก่ประชาชนในเรื่องสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค " ได้รับการเห็นพ้องต้องกันว่ามีความสำคัญสูงสุด (ลำลี เปลียนบางช้าง 2526 : 172)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าความสำคัญของการให้การศึกษแก่ประชาชนในเรื่อง สุขภาพอนามัยเป็นสิ่งสำคัญ สุริย์ จันทรโมลี (2528 : 7) กล่าวว่า "...การปรับปรุงสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น ไม่ใช่อยู่ที่การสร้างโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นหรือการเพิ่มจำนวนแพทย์พยาบาลเสมอไป แต่ควรคำนึงถึงการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอนามัย สิ่งใดควรปฏิบัติ สิ่งใดควรเว้น ผู้ป่วย และญาติควรจะได้รับพิจารณาว่าจะเรียนรู้เรื่องอะไรบ้าง..."

วนิดา ชื่นชม (2534 : 1) กล่าวว่า "... มนุษย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดของสังคม การที่มนุษย์จะพัฒนาสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นมนุษย์จำเป็นต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดี การมี

สุขภาพอนามัยที่ดีเป็นปัจจัยพื้นฐาน อย่างหนึ่งที่จะทำให้มนุษย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้นระบบบริการสุขภาพอนามัยในสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง...” และสำหรับสถานที่ที่จะให้การศึกษาแก่ประชาชนทั่วไปในเรื่อง สุขภาพอนามัยนั้นสามารถจัดได้ทุกแห่ง แล้วแต่ความเหมาะสม แต่สถานที่ที่มีความพร้อม และเหมาะสมที่สุดก็คือโรงพยาบาล (ทิฆัมพร มัจฉาชีพ 2523 : 15) ทั้งนี้เพราะประชาชนที่มาโรงพยาบาล กำลังอยู่ในสภาวะ ที่เดือดร้อนจากโรคภัยไข้เจ็บอยากหายป่วยไข้และไม่ต้องการให้มีการเจ็บป่วยอีก โดยธรรมชาติของมนุษย์จึงมักให้ความสนใจเป็นพิเศษกับเรื่อง ที่ตนกำลังมีปัญหาอยู่ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นที่เชื่อกันว่าโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ เป็นสถานที่ที่เหมาะสมในการดำเนินการเผยแพร่ความรู้ ด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งจะได้รับผลดีที่สุดเมื่อเทียบกับสถานที่อื่นๆ (วิภา ไชยณรงค์ 2526 : 19) ซึ่งตรงกับทศนะของ สุรีย์ จันทรมาลี (2528 : 7) ที่ว่า โลกของโรงพยาบาล (WORLD OF HOSPITAL) และโลกของสุขภาพศึกษา (WORLD OF HEALTH EDUCATION) ไม่ควรแยกจากกัน

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของโรงพยาบาลไว้เมื่อ ค.ศ. 1957 ว่า “...โรงพยาบาลเป็นสถานที่ให้บริการผสมผสานทั้งทางสังคมและการแพทย์ โดยมีหน้าที่จัดให้บริการด้านสุขภาพ แก่ประชาชน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การให้บริการดังกล่าวยังครอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอีกทั้งยังเป็นศูนย์กลางการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพทุกประเภทอีกด้วย...” (วารี ระกิติ 2536 : 654)

คณะกรรมการให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กล่าวว่า “...หน้าที่ของโรงพยาบาลไม่ได้จำกัดอยู่แต่การรักษาพยาบาลอย่างเดียว แต่รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคต่าง ๆ ตลอดถึงบุคคลในครอบครัวด้วย และก็เป็นที่ยอมรับกันว่าโรงพยาบาลเป็นที่เหมาะสมที่สุดในการให้ความรู้กับประชาชนและผู้เจ็บไข้ได้ป่วยเพราะมีอุปกรณ์และสถานที่เพียงพออยู่แล้ว นอกจากนั้นยัง เป็นที่รวมของบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญสาขาต่างๆในทางการแพทย์ รวมทั้งมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก...”

จำลอง สิงห์กันต์ (2521 : 70) กล่าวว่า “...โรงพยาบาลไม่เพียงแต่เป็นศูนย์รวมของชุมชนแต่เป็นศูนย์รวมของการเรียนรู้เรื่อง สุขภาพ ยิ่งไปกว่านั้นยังเป็นสถานที่ที่เหมาะสมในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทั่วไป การเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติตัวทางด้านอนามัยที่เหมาะสมจนเป็นสุขนิสัยที่ดี จะนำผลแห่งความสำเร็จในด้านของการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ถ้าโรงพยาบาลหรือสถาบันทางการแพทย์ทำได้ก็จะเป็นความสำเร็จในการบริการด้านสุขภาพ...”

การให้บริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะทำให้ผู้มารับบริการมีความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยรวมทั้งการป้องกันโรคอันจะมีความสำคัญในการช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการตายของประชาชนได้เป็นอย่างมาก

สุชาติ เศตพันธ์ (2530 : 2) ให้ทรรศนะว่า "...หากผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้รับการเพียง การรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น ผู้ป่วยอาจหายจากโรคที่เป็น อยู่ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน โดยขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี ในไม่ช้า ประชาชน ก็จะกลับเข้าสู่โรงพยาบาลเดิมหรือโรคใหม่เป็นวัฏจักรไม่มีสิ้นสุด บริการการศึกษา ด้านสุขภาพอนามัย จึงเป็นส่วนช่วยให้ผู้รับบริการมีความรู้ที่สามารถนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ ต่อชีวิตประจำวัน และขณะเจ็บป่วยอันเป็นผลทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น..."

ผู้มารับบริการของโรงพยาบาลส่วนมากจะรับบริการหลักใหญ่ 4 บริการ ซึ่งเป็น องค์ประกอบของการบริการสุขภาพอนามัย อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2534 : 56) ได้กล่าวถึง รายละเอียดไว้ดังนี้

องค์ประกอบของการบริการสุขภาพอนามัย

1. การส่งเสริมสุขภาพ (PROMOTION) โดยถือหลักว่าสุขภาพเป็นสมบัติประจำตัวของมนุษย์ และบุคคลในภาวะที่ช่วยตนเองได้จะสามารถดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้ การบริการด้านนี้จึงมุ่งด้านการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งจำเป็นของชีวิตเป็นสิ่งสำคัญ
2. การป้องกันและควบคุมโรค (PREVENTION) หลักสำคัญที่การสร้างภูมิคุ้มกันโรค และการควบคุมการแพร่กระจายของโรค ตลอดจนการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคติดต่อและการปฏิบัติเมื่อเกิดโรค
3. การรักษาพยาบาล (CURATIVE) เป็นการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดเจ็บป่วย รวมทั้งระบบการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง และป้องกันความ พิจารตลอดจนโรคแทรกซ้อน
4. การฟื้นฟูสภาพ (REHABILITATION) ประชาชนที่เจ็บป่วยทุกรายจะฟื้นคืนสภาพเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม ทำหน้าที่ที่เกดประโยชน์ต่อสังคมได้นั้น จะต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือทางจิต

นับจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ที่ได้สนับสนุนธุรกิจ เอกชนให้ มีบทบาทในด้านการให้บริการสาธารณสุข (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 : 90) ภาคเอกชนได้เข้ามามีบทบาทในด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยได้มีการ จัดตั้งสถานพยาบาลเอกชนมากขึ้น เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของประชาชน และเป็นการ แบ่งภาระของรัฐบาลในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ส่วนหนึ่ง (กองการ ประคบโรคศิลปะ : 2536) ปัจจุบันจึงมีโรงพยาบาลเอกชนก่อตั้งขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะ ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา นับแต่ตลาดโรงพยาบาลเริ่มได้รับความนิยม วิวัฒนาการได้ก้าวขึ้นมาจน

ถึงจุดสำคัญที่ดึงดูดให้แม้แต่คนที่มีสุขภาพดีก็อยากจะเข้าโรงพยาบาล (กรุงเทพมหานคร 2536 : 7)
 ในปี 2535 โรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนถึง 252 แห่ง คิดเป็นจำนวนเตียง 13,000 เตียง ซึ่ง
 สามารถรับคนไข้ ได้จำนวนมากถึงปีละ 10 ล้านราย รับคนไข้ในได้ปีละ 2 ล้านราย คิดเป็น
 MARKET CHAIR ประมาณ 22% (พงษ์ศักดิ์ วิทยากร 2536 : 389)

สาเหตุหลักของการเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วของโรงพยาบาลเอกชนมาจากหลาย ๆ
 ปัจจัย ด้วยกัน โดยสามารถแบ่งออกเป็น (ผู้จัดการรายสัปดาห์ 2537 : 54)

1. ความต้องการบริการสาธารณสุขของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น จากการเปลี่ยนแปลง
 พฤติกรรม การใช้ชีวิตหันมาใส่ใจกับสุขภาพมากขึ้น

2. อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยรวมเพิ่มสูงขึ้นส่งผลให้สภาพภาพ
 ทางเศรษฐกิจของประชาชนดีขึ้น ทำให้สามารถมีกำลังซื้อบริการ และความพึงพอใจจากโรง
 พยาบาล เอกชนที่สะดวกรวดเร็วกว่าโรงพยาบาลของรัฐได้มากขึ้น

3. การบริการสาธารณสุขจากภาครัฐไม่สามารถตอบสนองความต้องการของ
 ประชาชนได้อย่างพอเพียง

4. ปัญหามลภาวะทางสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพทรุดโทรมส่งผลให้
 ความต้องการด้านสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้น

5. นโยบายของรัฐที่อนุญาตให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วน จากโรงพยาบาล
 เอกชนรวมถึง พ.ร.บ. ประกันสังคมและโครงการส่งเสริมประกันสุขภาพ

6. ธุรกิจโรงพยาบาลได้รับการส่งเสริมจากรัฐบาล โดยให้สำนักงานคณะกรรมการ
 ส่งเสริมการลงทุนอนุมัติให้สิทธิประโยชน์ต่างๆ แก่โรงพยาบาลเอกชน ที่ตั้งขึ้นเช่นการยกเว้น
 ภาษีเงินได้นิติบุคคล การยกเว้นภาษีการนำเข้าอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์

7. การประกอบการของธุรกิจโรงพยาบาลไม่ได้ขึ้นอยู่กับฤดูกาล หรือความผันผวน
 ทางการเมืองดังนั้นจึงมีความเสี่ยงน้อยกว่าธุรกิจอื่นโดยเปรียบเทียบ

หนังสือพิมพ์ผู้จัดการสัปดาห์ร่วมกับศูนย์ข้อมูลเศรษฐกิจบริษัทบริการข้อมูลผู้จัดการ
 จำกัด (MIS) ได้สำรวจพฤติกรรมการรักษาพยาบาล และความคิดเห็นของชนชั้นกลางต่อ โรง
 พยาบาลเอกชนจำนวน 17 แห่ง ในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑลสรุปดังนี้ ทิศทางการเลือกวิธี
 รักษาพยาบาล เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่าโรงพยาบาลเอกชนเป็นทางเลือกก่อน
 โรงพยาบาลรัฐบาล มีคะแนนความนิยมเฉลี่ยที่ร้อยละ 55.80 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ยังสูง
 มากขึ้น ยิ่งนิยมเข้ามารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนมากขึ้นไปด้วยในมุมกลับกัน โรงพยาบาล
 ของรัฐก็ได้รับความนิยมลดลงตามรายได้ที่สูงขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง และผู้ป่วยกลุ่มชนชั้นกลางเมื่อ

การรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแล้ว ส่วนมากจะไม่กลับไปรักษาที่โรงพยาบาลรัฐอีกสำหรับความถี่ของการมาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนที่มีมากกว่า 1 ปีต่อครั้ง มีสูงสุดถึงร้อยละ 34-20 รองลงมาใช้บริการ 4-6 เดือน ต่อครั้งร้อยละ 26.00 กับช่วงเวลา 1 ปี ต่อครั้ง 2-3 เดือน ต่อครั้งและต่ำสุดเดือนละครั้งอีกเป็นร้อยละ 25.70 10.80 และ 3.30 ตามลำดับ (ผู้จัดการรายสัปดาห์ 2537 : 52)

โรงพยาบาลเอกชนได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในชีวิตของคนเราเป็นอย่างมาก จึงทำให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในปัจจุบันมีการแข่งขันกันทางด้านอัตราค่าบริการ หรือความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่แต่ละโรงพยาบาล ได้พัฒนาขึ้นมาทัดเทียมกัน กลยุทธ์ที่จะทวีความเข้มข้นยิ่งขึ้น จึงตกมาอยู่ที่ เรื่องการให้บริการ ในด้านต่างๆที่จะสร้างความประทับใจ จนสามารถดึงดูดให้มีผู้รับบริการมากที่สุด

การบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัยจึงเป็นบริการสำคัญบริการหนึ่งที่โรงพยาบาลทุกแห่งทั้งภาครัฐและเอกชน จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น กล่าวคือเมื่อผู้รับบริการมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถูกต้องในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ (PROMOTION) การป้องกันและควบคุมโรค (PREVENTION) การรักษาพยาบาล (CURATIVE) และการฟื้นฟูสภาพ (REHABILITATION) ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการบริการด้านสุขภาพอนามัย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ย่อมทำให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยไปในทางที่ดี ร่างกายก็จะแข็งแรง สามารถประกอบการงานได้ดี เพิ่มผลผลิต ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของตนเอง และช่วยให้เศรษฐกิจของประเทศชาติดีขึ้น อีกทั้งสอดคล้องกับนโยบายของชาติ และองค์การอนามัยโลกที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000) อีกด้วย

จากความสำคัญของการบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัย ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ประกอบจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ พบว่ามีผู้ทำวิจัยไว้ไม่มาก และเป็นการวิจัยที่ศึกษาเฉพาะบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัย โดยมุ่งเน้นศึกษาถึงสภาพปัจจุบันของโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร เกี่ยวกับการบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัย ในเรื่อง การดำเนินงาน และวิธีบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัย โดยมีขนาดของโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก เป็นปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ทั้งนี้เพราะ "...ขนาดขององค์การเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างขององค์การ..." (ภรณี กิรตบุตร 2529 : 80)

นอกจากนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความต้องการบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงพื้นฐานทางสังคมของผู้รับบริการในเรื่องเกี่ยวกับ เพศ

อายุ ภูมิฐานะเดิม สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ ซึ่งอาจจะเป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อความต้องการบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ ทั้งนี้เพราะจากการศึกษาแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีส่วนสนับสนุนให้เชื่อว่า พื้นฐานทางสังคมในด้านดังกล่าวความสัมพันธ์ที่ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความต้องการที่ต่างกันดังที่ สุภาพร สุชี (2529 : 30) กล่าวว่า "... บุคคลแต่ละคนย่อมมีภูมิหลัง (BACKGROUNDS) แยกต่างหากซึ่งมักจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรม ทักษะคิดต่อสิ่งต่างๆแตกต่างกัน.." เพ็ญแข ประจันปัจฉิม (2521 : 88) กล่าวว่า "...คนต่างชาติต่างหมู่เหล่าย่อมจะมีทัศนคติต่อสิ่งต่างๆแตกต่างกัน ..."

ในด้านเพศ สุภนิศย์ วัฒนธาดา และสุชา จันทรเฒ (2529 : 31) กล่าวว่า เพศชายและเพศหญิงต่างก็มีลักษณะประจำตัวของตนโดยเฉพาะ ซึ่งแต่ละเพศก็มีความแตกต่างกันเช่นในด้านจิตใจเพศหญิงมีความอ่อนไหวและละเอียดอ่อนกว่าเพศชาย นอกจากนี้ความแตกต่างทางด้านเพศ ยังส่งผลทำให้เกิดความแตกต่างในด้านความคิดเห็น ซึ่งจะส่งผลให้เพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมที่ต่างกัน สอดคล้องกันแนวคิดของ กันยา สุวรรณแสง (2532 : 76) ที่ว่า "...เพศหญิงกับชาย โดยธรรมชาติแล้วมีลักษณะต่างกันไม่เพียงแต่รูปร่างเท่านั้น นิสัยใจคอความคิดเห็น ก็มีความแตกต่างกัน..." เพศอาจมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยด้วยเหมือนกัน ทั้งนี้เพราะวิถีชีวิตของชายหญิงที่แตกต่างกันในการประกอบอาชีพ และการออกไปทำงานนอกบ้านของผู้ชายทำให้ไม่มีเวลาดูแล และสนใจสุขภาพของตัวเองและบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ผู้ชายยังมีค่านิยมในด้านความแข็งแรงว่าผู้ชายจะต้องแข็งแรง อดทน เมื่อมีความผิดปกติเล็กน้อยจะไม่สนใจรักษาพยาบาล (ชูติภา วรระวิบูล 2535 : 18) ซึ่ง ลดาวัลย์ ผาสุข และคณะ (2531 : 14) กล่าวว่า "... เพศหญิงไปใช้บริการของโรงพยาบาลมากกว่าเพศชายทั้งที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและเจ็บป่วยรุนแรง ส่วนเพศชายให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าเพศหญิง..." นอกจากนี้ เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ (2520) กล่าวว่า "...เพศหญิงเป็นผู้ที่จะต้องดูแลความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว..." ทั้งนี้เพราะ "...เพศหญิงโดยทั่วไปมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องราวของสุขภาพมากกว่าเพศชาย..." (FELDMAN, QUOTED IN KIRSCHT 1974 : 394) ปรุ้ง โกมารทัต (2536) กล่าวว่า "...เพศหญิงมีความสนใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเพศชาย..."

ในด้านอายุ สุภนิศย์ วัฒนธาดา กล่าวว่า "...บุคคลในแต่ละกลุ่มอายุย่อมมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันไปตามภาวะ หรืองานตามขั้นตอนของการพัฒนาการ..." คนที่มีอายุต่างกันและเกิดมาในสภาพแวดล้อมของสังคมที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ที่มีอายุต่างกัน มีการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางด้านสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน (ชูติภา วรระวิบูล 2535 : 18) ปรุ้ง โกมารทัต และ

คณะ (2536 : 7) ได้ศึกษาพบว่า “... ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมี ความพอใจต่อการบริการการ พยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ทั้งนี้เพราะอายุเป็นตัวกำหนดวัยของมนุษย์ ซึ่งมีผลกระทบต่อสภาพอารมณ์และจิตใจ จึงทำให้บุคคลต่างวัยกันมีความต้องการจากผู้อื่นต่างกันด้วย...” นอกจากนี้ นิตยา ชูตินันท์ (2522) และบุษยามาส บุญใจเพชร (2526) ORATAI RAUYAJIN (1983) ได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะเลือกใช้ โรงพยาบาลของรัฐ หรือ โรงพยาบาลเอกชนมากกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชื่นชม เจริญบุตร (2527) วชิระ สิงหเสนทร์ (2523) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก เมื่อเจ็บป่วยจะปล่อยให้ หายเอง หรือซื้อยามารับประทานเอง มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และจากการศึกษาของ จิฉิมพร มัจฉาชีพ (2528) ในเรื่องบทบาทของสตรีไทยผู้ให้บริการการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพตามการรับรู้ ของตนเองกับความคาดหวังของผู้รับบริการในโรงพยาบาล พบว่าผู้รับบริการมีอายุ ระหว่าง 20-30 ปี มากที่สุด

ด้านอาชีพและรายได้ อาชีพนับว่ามีส่วนสัมพันธ์กับรายได้ ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ นอกจากนี้อาชีพยังเกี่ยวข้องกับ โอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยที่ต่างกันผู้มีอาชีพต่างกันจะมีแบบแผน ในการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแตกต่างกันออกไปด้วย (อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม และ อมรา สุนทรธาดา 2532 : 45) จากการศึกษางานวิจัย ของ ประจ โภมารทัต และคณะ (2536 : 7) พบว่า อาชีพเป็นตัวกำหนดรายได้ของบุคคล รายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้ บุคคลไปใช้บริการทางการแพทย์แตกต่างกัน ผู้ที่มีรายได้สูงจะไปใช้บริการทางการแพทย์มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ แต่ผู้ที่มีรายได้ต่ำจะมีความพึงพอใจในบริการทางการแพทย์สูงกว่าผู้ที่มีรายได้สูง สุภาพร สุชี (2529 : 30) กล่าวว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจจะมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตน ของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ เป็นอย่างมาก และเกื้อกูล ทาสีทธิ (2524 : 14) ได้ให้ทรรศนะว่า สมาชิก ที่มีชั้นทางสังคมเดียวกันย่อมมีทัศนคติความเชื่อแบบแผนพฤติกรรมคล้ายคลึงกัน ดังนั้น อาชีพและ รายได้จึงมีส่วนที่ทำให้เกิดความแตกต่างด้วย แต่จากผลการวิจัยของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) และ พวงพยอม ภิญโญ (2526) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่างกัน มีความเชื่อในเรื่องของ สุขภาพไม่ต่างกัน

ระดับการศึกษา พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงยังมีความระแวดระวังเกี่ยวกับปัญหา สุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการ ดูแลรักษาสุขภาพ (ประจ โภมารทัต และคณะ 2536 : 7) ชูติภา วระวิบูล (2535 : 14) ได้เคยศึกษาพบว่า การยอมรับอนามัยแผนใหม่จะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น ผู้ที่ได้รับ การศึกษาสูงย่อมมีสติปัญญาพิจารณาสิ่งต่างๆอย่างมีเหตุผล มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ จึงทำให้มี ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ไชแก้ว

อ้างใน สาลี เกลิมวรรณพงศ์ (2530:5) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความเชื่อเรื่อง สุขภาพอนามัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการจงใจ สูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ วชิระ สิงหเสนทร์ (2523) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ที่มาการศึกษาต่ำจะซื้อยาเกินเอง ตลอดจนรักษาด้วยตนเอง และไม่รักษาใดๆเลยมากกว่าผู้มีการศึกษาสูง นอกจากนี้ ROGER (1969) ได้ให้แนวคิดในเรื่องของระดับการศึกษาว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง เมื่อไม่มีความรู้ในเรื่องใด ก็จะมีความรู้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเจ็บป่วยย่อมต้องการที่จะค้นหาหรือแสวงหาความรู้ เพื่อนำมาตอบคำถามให้แก่ตนเองว่า จะปฏิบัติตนอย่างไร ซึ่งการแสวงหาความรู้ นั้นทำได้โดยการอ่านเอกสาร และได้รับคำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์ ในด้านนั้น ซึ่งต่างกับผู้ที่มีการศึกษาน้อย ผู้ที่การศึกษาน้อยจึงมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยและเกิดเป็นโรคซ้ำได้อีก จิรัมย์พร มัจจาชีพ (2528) พบว่าผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกันได้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยไม่ต่างกัน

ภูมิลาเนาเดิม ชูติภา วรรวิบูล (2535) ได้ศึกษาพบว่า ความแตกต่างของเขตที่อยู่อาศัยมีผลทำให้บุคคลมีการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยต่างกัน ประชากรในเขตเมืองจะเลือกใช้โรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนมากกว่าประชากรในเขตชนบท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญมาศ บุญใจเพชร (2526) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยทางสังคมวิทยาของผู้ป่วยพบว่า ประชาชนในเขตชนบทนิยมซื้อยากินเอง และรักษาด้วยตนเอง มากกว่าประชาชนในเขตเมือง แต่จากการศึกษาของ กรทอง อัสวานิชย์ (2536) ในเรื่องปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรามาริบัติ มีภูมิลำเนาจากต่างจังหวัดรวมปริมาตร ร้อยละ 48.9 และจากสถิติรายปี กรุงเทพมหานคร (2536) พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานครเป็นผู้ป่วยที่มีที่อยู่ปัจจุบันนอกเขตกรุงเทพมหานครเป็นจำนวน 316,850 และ 27,887 คน ตามลำดับ

สถานภาพการสมรส ชูติภา วรรวิบูล (2535) ได้ศึกษาพบว่าการมีสถานภาพสมรสต่างกันทำให้มีการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ HOLTZMAN และ MOORE (1978) ได้กล่าวว่า "...สถานภาพการสมรสเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดความมั่นคงทางพฤติกรรมของบุคคล..." นอกจากนี้ ปรุณ โกมารจัต และคณะ (2536) ได้ศึกษาพบว่า สถานภาพการสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจที่มีต่อความสามารถในการพยาบาลของพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

จากผลการวิจัยและแนวคิดต่างๆ ที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า พื้นฐานทางสังคมเป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถบ่งชี้ถึงความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดทางสังคมวิทยา ที่ว่า “...การศึกษาข่มขืนอยู่กับวิถีชีวิตทุกอย่างในสังคม และต้องตอบสนองความต้องการของสังคม เพราะธรรมชาติในสังคมไม่เหมือนกัน การศึกษาซึ่งมีเป้าหมายสนองความต้องการของสังคมหนึ่ง ข่มขืนเฉพาะสังคมนั้น เมื่อสังคมเปลี่ยนไปการศึกษาก็เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย...” (ชนิตา รัศมีพลเมือง 2531 : 16) และเพื่อแสดงให้เห็นการกำหนดตัวแปรที่นำมาใช้เป็นพื้นฐานทางสังคมในด้านดังกล่าว ผู้วิจัยได้แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับเอกสารและงานวิจัยที่กล่าวถึงพื้นฐานทางสังคมไว้ในตารางต่อไปนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดงเอกสารและงานวิจัยที่กล่าวถึงพื้นฐานทางสังคม

พื้นฐานทางสังคม							
ชื่อ	1.เพศ	2.อายุ	3.สถานภาพสมรส	4.ภูมิอันนาเดิม	5.รายได้	6.อาชีพ	7.ระดับการศึกษา
นิตยา (ภา)					X		
นิตยา (ชู)		X					
สุชา	X						
สุภาพร						X	
สุกนิษฐ์	X	X					
ถาวรชัย	X						
กันยา	X						
อมรา					X	X	
ทวงพยอม					X		
เกื้อกุล					X	X	
ปรุ่ง	X	X	X		X	X	X
อุไรวรรณ					X	X	
วชิระ		X					X
สาตี							X
จันทิพร		X					X
ชุติภา	X	X	X	X			X
บุษยามาศ		X		X			
เขาวรัตน์	X						
จันทร์ชน		X					
กรทอง				X			
กทม.				X			
MOORE			X				
HOLTZMAN			X				
ROGER							X
FELDMAN	X						
ORATAI		X					
รวม	8	9	4	4	7	5	6

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัยของโรงพยาบาลเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีขนาดต่างกัน
2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการในโรงพยาบาลเอกชนที่มีพื้นฐานทางสังคมต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัยต่อไปนี้

1. ศึกษาการบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัยของโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครใน 2 เรื่องคือ
 - (1) การดำเนินงานการบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัย
 - (2) วิธีการบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัย โดยจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล
2. การดำเนินงานการบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัยศึกษาใน 6 เรื่อง คือ
 1. ประเภทของการให้บริการ
 2. วัตถุประสงค์การให้บริการ
 3. สถานที่สำหรับให้บริการ
 4. ผู้ให้บริการ
 5. ผู้รับบริการ
 6. ช่วงเวลาที่ให้บริการ
3. วิธีบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัยศึกษา ใน 5 เรื่อง คือ
 1. รูปแบบการให้บริการ
 2. วิธีการให้บริการ
 3. โสตทัศนูปกรณ์ที่ใช้ประกอบการให้บริการ
 4. การประเมินผล
 5. ปัญหาและอุปสรรค
4. เปรียบเทียบความต้องการการบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการในโรงพยาบาลเอกชนประเภททั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีพื้นฐานทางสังคมต่างกัน โดยมีตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ
 - 4.1. ตัวแปรอิสระ (INDEPENDENT VARIABLES) คือพื้นฐานทางสังคมของผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ภูมิลำเนาเดิม ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

4.2 ตัวแปรตาม (DEPENDENT VARIABLES) คือความต้องการบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกเป็น 2 เรื่อง คือ

- ก. ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ
- ข. ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการรักษาพยาบาล

5. การวิจัยครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลการทำในช่วงเดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม 2538

6. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ข้อ 1 คือ โรงพยาบาลเอกชน

15 แห่ง

7. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ข้อ 2 คือ ผู้รับบริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จากโรงพยาบาลเอกชนดังกล่าว ในข้อ 6. จำนวน 400 คน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัย หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย และมี ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ

ความต้องการบริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัย หมายถึง ความประสงค์ที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับ สุขภาพอนามัย ในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การ รักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ เพื่อที่จะนำไปใช้ปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย และปฏิบัติตนให้มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ

ผู้รับบริการ หมายถึง บุคคลที่ปกติหรือมีอาการเจ็บป่วยซึ่งมารับบริการ ด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลเอกชนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีอายุ ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

โรงพยาบาลเอกชน หมายถึง โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยประเภททั่วไป บริหารงานโดย องค์กรเอกชน หรือมูลนิธิ ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น 3 ขนาด ตามจำนวนเตียงที่รับ

ผู้ป่วย คือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (501-1000 เตียง) โรงพยาบาลขนาดกลาง (151-500 เตียง) และโรงพยาบาลขนาดเล็ก (50-500 เตียง)

พื้นฐานทางสังคม หมายถึง ลักษณะที่เกี่ยวกับสถานภาพส่วนบุคคล และสถานภาพทางสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิลำเนาเดิม สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

เพศ หมายถึง เพศชาย และ เพศหญิง

อายุ หมายถึง กลุ่มอายุ 4 ระดับ ดังนี้ อายุ 20-30 ปี 31-40 ปี 41-50 ปี และตั้งแต่ 51 ปี ขึ้นไป

ภูมิลำเนาเดิม หมายถึง มีภูมิลำเนาจากกรุงเทพมหานคร และมีภูมิลำเนาจากจังหวัดอื่นๆ

สถานภาพการสมรส หมายถึง สถานภาพการมีคู่ครอง 2 ประเภทดังนี้ โสด คือ ยังไม่ได้สมรส หรือสมรสแล้วไม่ได้อยู่กับคู่ครอง เนื่องจากหย่าร้าง / เป็นหม้าย สมรส คือสมรสแล้วอยู่กับคู่ครอง

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษา 4 ระดับ คือ ระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และระดับอุดมศึกษา

รายได้ หมายถึง เงินที่ได้รับประจำหรือเฉลี่ยแล้วในแต่ละเดือนแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ต่ำกว่า 10,000 บาท 10,001-20,000 บาท 20,001-30,000บาท และตั้งแต่ 30,001บาทขึ้นไป

อาชีพ หมายถึง ผู้ประกอบอาชีพ 6 ประเภท ดังนี้ รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท ประกอบธุรกิจส่วนตัว ให้บริการ และทำงานบ้าน หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบความต้องการของประชาชนที่มีต่อการให้บริการการศึกษาด้านสุขภาพอนามัย
2. เป็นแนวทางให้กับผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน ในการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการการศึกษาด้าน สุขภาพอนามัยให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ