

บทที่ 2

แนวความคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าแนวความคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องของการบริการสาธารณสุข เขตบริการสาธารณสุข ซึ่งจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้

ทฤษฎีพฤติกรรมอาการเจ็บป่วยและการเลือกใช้บริการสาธารณสุข

Suchman (1965) ได้แบ่งพฤติกรรมอาการเจ็บป่วยของมนุษย์ออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่หนึ่ง เมื่อมีอาการเจ็บป่วย (Symptom experience) ขั้นนี้เป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อรับรู้ว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย การรับรู้ในที่นี้หมายถึงการรู้สึกตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น มีอาการเจ็บป่วย เกิดผื่นแดง ตาสาบ และจะมีการประเมินความรุนแรงและตอบสนองทางอารมณ์ โดยจะเริ่มจากการปฏิเสธอาการเจ็บป่วยไปจนถึงขั้นยอมรับว่าป่วย ซึ่งเป็นการเข้าสู่ขั้นที่สอง แต่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างขั้นที่หนึ่งและขั้นที่สองนี้ จะมีการชลอการตัดสินใจ เนื่องจากไม่สามารถตัดสินใจได้ว่า ควรทำอะไรบ้าง ระหว่างนี้อาจมีการรักษาตนเองเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย บางครั้งอาจทุเลาลง แต่บางครั้งก็อาจทวีความรุนแรงขึ้น

ขั้นตอนที่สอง การยอมรับบทบาทของการเป็นผู้ป่วย (Assumption of the sick role) เมื่อมีอาการรุนแรงยิ่งขึ้น ก็จะแสดงบทบาทของการเป็นผู้ป่วยให้ปรากฏต่อสังคม เช่น ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง มีการเยี่ยมเยียนและพบปะกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวและญาติ ผู้ป่วยหลายคนอาจไปหาแพทย์โดยคำแนะนำของครอบครัวหรือเครือญาติ บางคนอาจรักษาตนเองต่อไป บางคนก็อาจไปซื้อยากินเอง บางคนอาจไปหาหมอเถื่อนหรือหมอไสยศาสตร์ โดยที่แต่ละคนก็จะพยายามแสวงหาวิธีการรักษาเยียวยาที่แตกต่างกันออกไป เมื่อถึงจุดๆ หนึ่งที่อาการของโรครยังคงอยู่และรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ การตัดสินใจในการรักษาเยียวยาอย่างจริงจังก็จะเกิดขึ้น โดยมีเงื่อนไขต่อการตัดสินใจว่าขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการรักษาแบบธรรมดาที่เลือกใช้กันอยู่

ขั้นตอนที่สาม การรับการรักษาเยียวยา (Medical care contact) เมื่อผู้ป่วยพ้นจากสภาพการดูแลของครอบครัว ญาติมิตรหรือเพื่อนฝูง ซึ่งอยู่ในขั้นตอนที่สองแล้ว ก็จะเข้าสู่ระบบการแก้ไขและรักษาเยียวยาของแพทย์ ขั้นตอนนี้จะป็นขั้นตอนของการเลือกแหล่งบริการสาธารณสุขของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกแหล่งใดนั้น ขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิด ความยากง่ายของการเข้าถึงแหล่งบริการที่มีอยู่ (Availability) และอิทธิพลของกลุ่มบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดจึงมีส่วนกำหนดการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการของผู้ป่วย

การวินิจฉัยและการให้การรักษาในครั้งแรกนี้ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในอนาคตด้วย

ขั้นตอนที่สี่ บทบาทของการเป็นผู้ป่วย (Dependent-patient role stage) เมื่อถึงขั้นตอนที่มีการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเยียวยาก็จะกลายเป็นคนไข้ในขณะที่สวมบทบาทของการเป็นผู้ป่วยก็จะมีลักษณะของการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งในขั้นตอนนี้อาจมีปัญหาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และคนไข้ อันเนื่องจากการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ปัญหาทางด้านการบริหารและการจัดการของสถานพยาบาล ปัญหาช่องว่างระหว่างทางสังคมและจิตวิทยา ความแตกต่างในการให้ความหมายของการเจ็บป่วย และรูปแบบของการรักษาเยียวยาตามการคาดหวัง ซึ่งปัญหาทั้งหมดนี้จะนำไปสู่ผลกระทบต่อกระบวนการรักษาเยียวยา หรือแม้แต่การเปลี่ยนแปลงแหล่งบริการรักษา

ขั้นตอนที่ห้า หายจากการเจ็บป่วยและฟื้นฟูสมรรถภาพ (Recovery and rehabilitation) เป็นขั้นตอนที่สภาวะการเจ็บป่วยและการทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหายไป สามารถกลับคืนเข้าสู่การประกอบกิจวัตรประจำวันได้ บางรายอาจค่อยๆ หาย บางรายอาจกลับคืนเข้าสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็ว แต่บางรายอาจต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้กลับไปทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดิม แต่จะมีบางรายที่ไม่สามารถละทิ้งจากบทบาทของการเป็นผู้ป่วยไปได้อย่างเด็ดขาด จะกลายเป็นคนไข้เรื้อรัง หรือคนพิการที่ต้องการการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจและสังคมต่อไป¹

Fabrega (1973) ได้อธิบายพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 9 ขั้นตอนดังนี้

¹ E. Suchman, "Stages of illness and medical care", *Journal of Health and Human Behavior* 6 (1965) : 114-128.

ขั้นตอนที่หนึ่ง เป็นขั้นตระหนักและตีความการเจ็บป่วย (Recognition and labelling of illness) เมื่อคนเราตระหนักถึงร่างกายที่เบี่ยงเบนหรือผิดปกติออกจากที่เคยเป็นด้วยตนเอง หรือจากบุคคลรอบข้างก็จะตัดสินใจว่าตนอยู่ในภาวะที่ไม่สบายหรือไม่ นอกจากนั้น ยังได้รับการประเมินจากบุคคลภายนอกรอบข้างอีกว่าเป็นคนป่วย และได้รับการชักจูงให้ไปหาวิธีที่จะบรรเทาอาการไม่สบายนั้นเสีย

ขั้นตอนที่สอง เกิดค่านิยมที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย (Illness disvalues) ทุกครั้งที่ประสบกับความเจ็บป่วย บุคคลนั้นจะเข้าสู่กระบวนการประเมินตนเกี่ยวกับความหมายและความสำคัญของการเจ็บป่วย ในการประเมินคนเราจะใช้ข้อมูลจากค่านิยมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นภาวะที่ต้องเสี่ยงต่ออันตรายถึงชีวิต ความพิการ ความไม่สบาย หรือการถูกรังเกียจจากสังคม เนื่องจากคนเรามีประสบการณ์เจ็บป่วยมากกว่าหนึ่งครั้ง และทุกครั้งก็เป็นประสบการณ์ในทางลบ คนเราจึงพัฒนาค่านิยมในทางลบต่อการเจ็บป่วยขึ้นมาทุกครั้งหลังจากที่ได้ตระหนักกับการเจ็บป่วยในครั้งก่อนๆ ที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่สาม วางแผนการรักษา (Treatment Plan) เชื่อกันว่าคนทุกคนมีทางเลือกที่จะรักษาอาการเจ็บไข้ได้ป่วยของตนหลายทางด้วยกัน เพื่อให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายไป เช่น การรักษาตนเอง การงดอาหารบางชนิด หรือการกินอาหารบางชนิด การใช้ยาสมุนไพร การขอคำแนะนำจากสมาชิกในครัวเรือน เพื่อนบ้าน หมอพื้นบ้าน คนขายยา หรือแพทย์ การที่คนเราจะเลือกแหล่งการรักษาใดก็ขึ้นอยู่กับประเมินถึงประสิทธิภาพของวิธีการรักษากับความเหมาะสมของตนในสภาวะของการเจ็บป่วยในครั้งนั้นๆ

ขั้นตอนที่สี่ ประเมินผลของการรักษา (Assessment of treatment plans) ทุกคนย่อมสามารถที่จะประเมินถึงความเป็นไปได้ของผลการรักษาพยาบาลว่าจะกลับคืนสู่ภาวะปกติหรือจะกลายสภาพเป็นการสร้างค่านิยมในทางลบต่อผลการรักษาที่ยังคงต้องทนทุกข์ทรมาน หรือยังคงต้องเสี่ยงต่อความพิการหรือการตายต่อไป ในขั้นตอนนี้ระบบความจำของบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีตจะช่วยในการประเมินผลการรักษาในครั้งนั้นๆ

ขั้นตอนที่ห้า ประเมินผลประโยชน์ของวิธีการรักษา (Treatment benefits) ในขั้นตอนนี้คนเราจะประเมินถึงผลประโยชน์ที่จะได้จากวิธีการรักษาที่เลือกใช้อยู่ว่าจะสามารถจะขจัดความเจ็บป่วยนั้นไปได้หรือไม่

ขั้นตอนที่หก ประเมินถึงค่าใช้จ่ายของวิธีการรักษา (Treatment costs) ในขั้นตอนนี้คนเราจะประเมินถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ต้องใช้สำหรับวิธีที่เลือกรักษา เช่น การเสียเงิน เสียเวลา ค่าใช้จ่ายแต่ละวิธีที่รักษานั้นจะแตกต่างกันตามระยะเวลาที่ป่วย ทรัพยากรที่ตนมีอยู่ ปัจจัยต่าง ๆ ที่แวดล้อมรอบตัวและปัจจัยต่าง ๆ ทางด้านสังคม

ขั้นตอนที่เจ็ด ประเมินถึงผลประโยชน์สุทธิ (Net benefit or utility) ขั้นตอนนี้คนเราจะนำเอาค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดจากการรักษานั้นมาหักหรือลบออกจากผลที่ได้รับจากวิธีการรักษานั้น ๆ ก็จะทราบถึงผลประโยชน์สุทธิที่ตนได้รับ

ขั้นตอนที่แปด เลือกแผนการรักษา (Selection of treatment plan) คนเราจะเลือกวิธีการรักษาแบบใดย่อมต้องผ่านขั้นตอนที่ห้า หก และเจ็ดก่อน แล้วจึงตัดสินใจเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งโดยวิธีการรักษาแบบนั้นจะต้องมีคุณลักษณะสำคัญคือ ก่อให้เกิดผลดีต่อการรักษามากที่สุด (Highest benefit) สูญเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด (Lowest cost) และให้ผลประโยชน์มากที่สุด (Highest utility)

ขั้นตอนที่เก้า เป็นขั้นตอนของการเริ่มต้นใหม่ (Set up for recycling) จากผลที่ได้ในขั้นตอนที่แปดทำให้ได้ข้อมูลใหม่สะสมไว้ในตัวอีกครั้งหนึ่ง อาจทำให้มีการเริ่มต้นขั้นตอนที่หนึ่งใหม่และตัดสินใจใหม่อีก²

จากแนวคิดทั้งสองที่กล่าวมาข้างต้น กล่าวได้ว่า แนวความคิด Suchman เป็นการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษาเยียวยาของบุคคล ส่วนแนวคิดของ Fabrega เป็นการอธิบายในเชิงวิเคราะห์ (Analytical explanation) เพื่อให้ทราบแน่ชัดว่ามีกลไกใดบ้างเป็นปัจจัยเปลี่ยนแปลงจากขั้นตอนหนึ่งไปสู่อีกขั้นตอนหนึ่ง โดยมีพื้นฐานความคิดว่าคนทุกคนมีเหตุมีผลในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง และพฤติกรรมการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของกระบวนการตัดสินใจของบุคคล เพราะบุคคลจะเกิดความตระหนักในสภาวะผิดปกติทางชีววิทยาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยที่สังคมจะมีส่วนให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้นและเกิดกระบวนการตีความ แปลความหมายจากข้อมูลประสบการณ์ ความรู้ ความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ได้สะสมไว้ในอดีต แต่ละบุคคลจะมีกระบวนการรวบรวมข้อมูลไว้ในระบบความจำ ทำให้สามารถจัดประเภทของอาการผิดปกติ นั้นได้ และผลจากกระบวนการการตีความดังกล่าว ทำให้บุคคลสามารถประเมินจากข้อมูล

² H. Fabrega, "Toward a model of illness behavior", *Medical Care*, (1973) : 470-484.

ต่าง ๆ ที่ได้รับเกี่ยวกับแหล่งและวิธีการรักษาแล้วทำการตัดสินใจว่าควรจะมีพฤติกรรมอย่างไรบ้าง³

แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดการไปใช้บริการสาธารณสุข

การอธิบายพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในแง่ที่ว่า การที่ประชาชนจะเรียกใช้หรือไม่ใช้บริการขึ้นอยู่กับปัจจัยอะไรบ้าง ได้มีแนวความคิดเชิงทฤษฎีที่อธิบายถึงปัจจัยกำหนดการไปใช้บริการในลักษณะดังกล่าว ดังนี้

Aday and Anderson (1975) เสนอแนวคิดโดยการอธิบายถึงระบบบริการสาธารณสุขในลักษณะที่ว่า ประกอบไปด้วยเรื่องใดบ้าง และแต่ละเรื่องจะมีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อกันอย่างไร และในท้ายที่สุดปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ก็จะส่งผลไปถึงพฤติกรรมการใช้บริการ ตลอดจนรูปแบบของการบริการสาธารณสุขด้วย ได้แก่

1. เงื่อนไขลักษณะของนโยบายสาธารณสุข อันได้แก่ การจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข การจัดองค์กรสาธารณสุขและระบบการให้การศึกษามูลนิธิสาธารณสุข ซึ่งเงื่อนไขของนโยบายสาธารณสุขดังกล่าวจะมีผลโดยตรงต่อลักษณะการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขของประเทศ และอาจมีผลต่อลักษณะของประชากรที่มีความต้องการใช้บริการด้วย

2. ลักษณะการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขของประเทศ ทั้งในด้านการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการให้บริการสาธารณสุขและการจัดรูปแบบ ตลอดจนโครงสร้างของระบบการให้บริการ

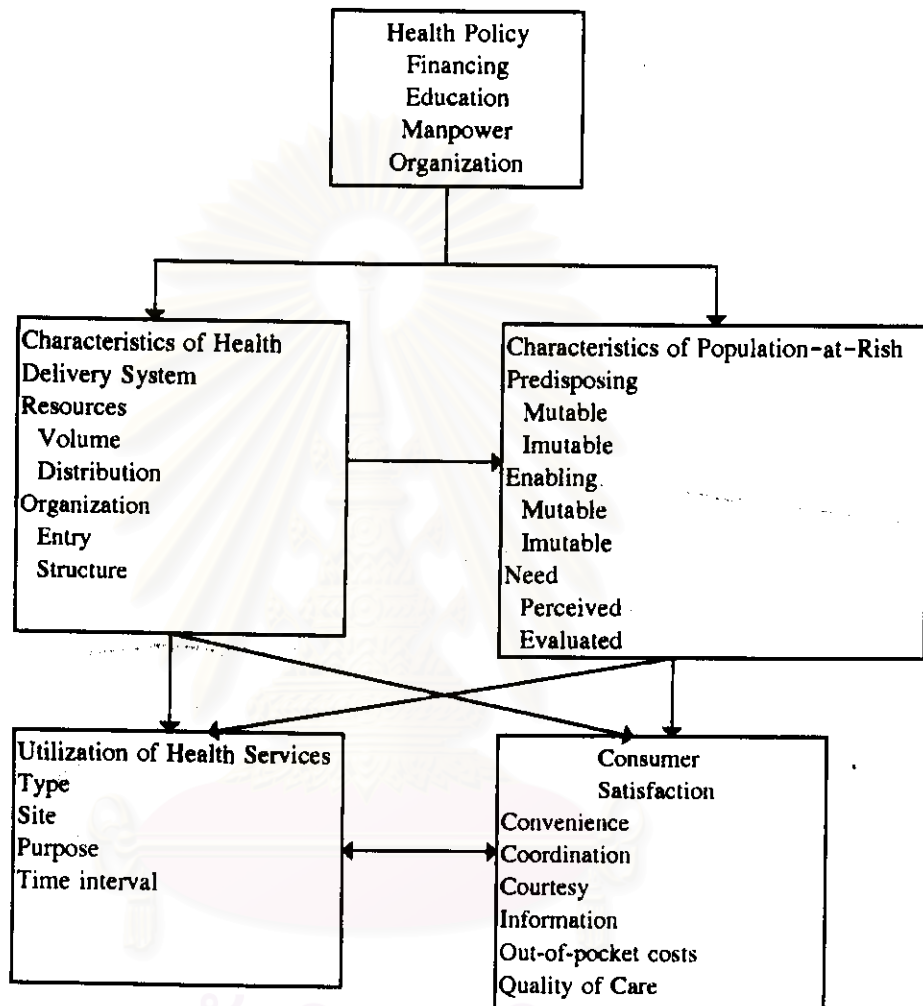
3. ปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมจิตวิทยา ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงบริการ รายได้ของบุคคล ขนาดของครอบครัว ตลอดจนการตระหนักในคนเจ็บป่วยและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

4. ความพึงพอใจต่อบริการของผู้ใช้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อความสะดวกสบายในการใช้บริการ เวลาในการรอคอย ความร่วมมือต่างๆ ที่ได้รับ อภัยภัย ความสนใจของบุคลากรสาธารณสุข ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยเพื่อการรักษา ตลอดจนราคาค่าบริการและคุณภาพของบริการที่ได้รับ

³ วาทีนิ บุญชะลิกษ์, "รูปแบบการเลือกใช้แหล่งบริการสาธารณสุขในประเทศไทย, ใน ภาวประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2534 (กรุงเทพฯ : บริษัท 21 เซ็นจูรี่ จำกัด, 2534), หน้า 271.

ปัจจัยทั้งสี่กลุ่มนี้ จะมีผลต่อการเลือกใช้บริการสาธารณสุขตั้งแต่ในเรื่องของ ชนิดและแหล่งบริการสาธารณสุขแหล่งใดแหล่งหนึ่ง วัตถุประสงค์ของการใช้และช่วงเวลา ของการให้บริการสาธารณสุขด้วย⁴

รูปที่ 2.1 Aday and Anderson's Health System Model



Fredeick A. Day and Boonlert Leoprapi (1977) ทำการศึกษาถึงแบบแผน การใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของไทย ได้เสนอแบบจำลองเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการ สาธารณสุข โดยอธิบายว่าการเลือกใช้บริการสาธารณสุขชนิดใดก็ตามขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 กลุ่ม ดังนี้คือ

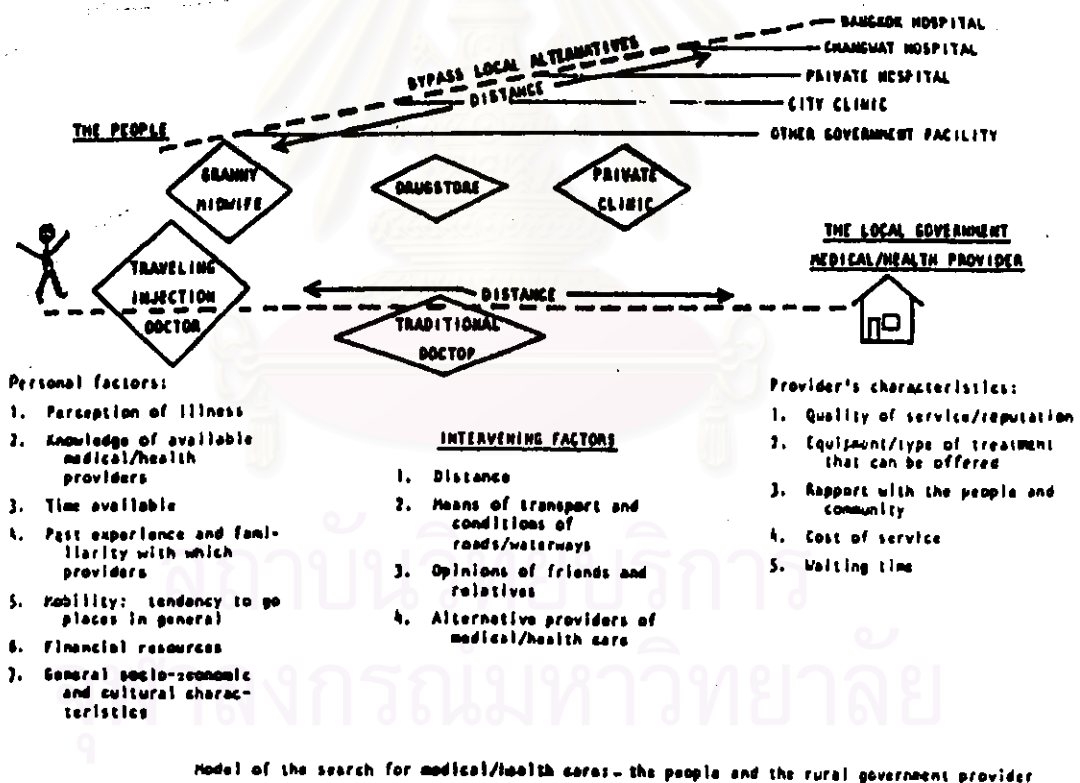
⁴ LuAnn Aday and Ronald Anderson, *The Development of Indices of Access to Medical Care* (Michigan : University of Michigan, 1975), p.7.

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บไข้ได้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการสาธารณสุขต่างๆ ที่มีอยู่ เวลาที่มี ประสบการณ์ในอดีตและความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ การเดินทางและแนวโน้มจะไปยังที่อื่นๆ เงินทอง ลักษณะทางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

2. ลักษณะของสถานบริการ คือ คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง เครื่องมือหรือวิธีการรักษาพยาบาล ความเป็นกันเองกับประชาชนและชุมชน ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการและเวลาที่คอย

3. ปัจจัยแทรกซ้อน อันหมายถึง ระยะทางไกล ยานพาหนะสำหรับเดินทาง สภาพของถนนหรือทางน้ำ ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ สถานบริการอื่นๆ ที่จะเลือกไปใช้บริการ⁵

รูป 2.2 Model of the search for medical/health care



⁵ Frederick A. Day and Boonlert Leoprapi, Patterns of Health Utilization in Upcountry Thailand (1977).

จากแนวความคิดเชิงทฤษฎีที่อธิบายถึงปัจจัยกำหนดพฤติกรรมทางเลือกใช้บริการสาธารณสุข สามารถนำปัจจัยต่าง ๆ เหล่านั้นมาจัดจำแนกเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุขและนำไปใช้เป็นแนวทางการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม ซึ่งมีด้วยกัน 3 กลุ่มปัจจัยคือ

1. ลักษณะการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุข
2. กลุ่มปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยา ได้แก่ เพศ อายุ ฐานะเศรษฐกิจ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
3. กลุ่มปัจจัยในการเข้าถึงบริการ เช่น ระยะทางจากบ้านของผู้ใช้บริการถึงสถานอนามัย การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการด้านต่าง ๆ ของสถานอนามัย

ทฤษฎีเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุข

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข โดย Babson (1972) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่กำหนดประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุขไว้ 3 ประการคือ

1. การเข้าถึง (Accessibility) หมายถึง จุดสมดุระหว่างอุปสงค์และอุปทานของการบริการสาธารณสุข ณ เวลาและสถานที่หนึ่ง ๆ ปัจจัยที่มากำหนดการเข้าถึงมีอยู่ 3 ประการ คือ

- 1.1 ความพอเพียงทางด้านปริมาณ (Quantitative Adequacy) ซึ่งสามารถวัดได้จาก 1) อัตราส่วนระหว่างประชากรต่อบุคลากรประเภทต่าง ๆ 2) จำนวนเครื่องมือและเตียงคนไข้ 3) อัตราส่วนของการบริการเฉพาะอย่างต่อกลุ่มประชากรที่ต้องการ

- 1.2 การกระจายตัวของสถานบริการสาธารณสุขไปตามสภาพภูมิศาสตร์อย่างเหมาะสม (Appropriate Geographical Distribution) จะเป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถของมวลชนในการเข้ามาใช้บริการของสถานบริการต่าง ๆ (Mass Utility) ข้อควรจำสำหรับข้อนี้คือ ที่ตั้งของสถานบริการจะต้องไม่ไกลเกินไปสำหรับความต้องการการรักษาที่ฉับพลันทันด่วน (Immediate treatment)

- 1.3 การปราศจากอุปสรรคทางด้านวัฒนธรรม เศรษฐกิจและการศึกษา (Absence of cultural, Economic and Educational Barriers) การที่โรงพยาบาลคาธอลิกไปตั้งอยู่ท่ามกลางที่อยู่อาศัยของพวกโปรเตสแตนต์ ทำให้มีผู้ใช้บริการน้อยเป็นตัวอย่างของอุปสรรคทางด้านวัฒนธรรม ประชากรยากจนไม่มีเงินพอที่จะรับการรักษายาบาลก็เป็นอุปสรรคทางด้านเศรษฐกิจ การขาดแคลนข้อมูลและข่าวสารเกี่ยวกับการให้การรักษายาบาลเป็นตัวอย่างของอุปสรรคทางการศึกษา

2. คุณภาพ (Quality) องค์ประกอบของคุณภาพของการบริการสาธารณสุขมีอยู่ 3 ประการคือ

2.1 ความสามารถส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ซึ่งจะได้รับจากการได้รับการฝึกฝนอบรมเมื่อแรกเริ่ม (Initial Training) การได้รับการศึกษาที่ต่อเนื่อง (Continue education) และแรงจูงใจในการทำงาน (Motivation) เป็นต้น

2.2 ความพร้อมทางด้านเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์และบุคลากร

2.3 ความยอมรับนับถือและความร่วมมือจากคนไข้

3. บูรณาการรวมหน่วย (Integration) ในที่นี้หมายถึงระดับของความร่วมมือกันของหน่วยงานต่าง ๆ ในการรักษาคนไข้แต่ละราย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการบริหารงาน เช่น ความสามารถในการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ⁶

แนวความคิดเรื่องการให้บริการสาธารณสุขในแนวของการวางแผนภาค

Shannon (1969) ได้นำเอาวิธีการต่าง ๆ ในวิชาการวางแผนภาคมาใช้ในการศึกษาลักษณะการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขนั้นคือ มุ่งศึกษาการกระจายตัวของสถานบริการและบุคลากรทางสาธารณสุขไปตามพื้นที่ต่าง ๆ การนำเอาพื้นที่ (area) มาเป็นตัวแปรหลักในการศึกษา หมายความว่า ผู้ศึกษาต้องการจะดูความแตกต่างของการได้รับบริการสาธารณสุขของประชากรตามพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งทำได้โดยการนำเอาพื้นที่ของภูมิภาคที่เราสนใจมาแบ่งออกเป็นหน่วยพื้นที่ (area unit) และนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องในแต่ละหน่วยพื้นที่นั้นมาเปรียบเทียบกันโดยมีข้อตกลงเบื้องต้นดังต่อไปนี้

1. คนแต่ละคนในภูมิภาคนั้นมีความต้องการในการรักษาสุขภาพอนามัยและความต้องการใช้บริการของสถานบริการสาธารณสุขเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน

2. บุคลากรทางด้านสาธารณสุข เช่น นายแพทย์มีความสามารถเหมือนกันหมด⁷

⁶ J.Babson, "Health care delivery systems", A Multinational survey, (London : Pitman Press, 1972), p.5-8.

⁷ G.W. Shannon, R.L. Bashur and C.A. Metzner, "The concept of distance as a factor in accessibility and utilization of health care", Medical care review 26 (1969) : 143-161.

เมื่อตั้งข้อตกลงเบื้องต้นเช่นนี้แล้ว ก็สามารถจะนำข้อมูลหรือตัวแปรต่างๆ ที่ต้องการพิจารณาเช่น จำนวนพื้นที่ จำนวนบุคลากรและจำนวนสถานพยาบาล เป็นต้น มาเปรียบเทียบกันโดยวิธีการทางสถิติต่างๆ เช่น การหาสหสัมพันธ์ (Correlation) ซึ่งในที่นี้ อาจเรียกว่า สหสัมพันธ์ทางนิเวศวิทยา (Ecological correlation) แล้วสรุปเป็นภาพรวมของพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ได้มีข้อสังเกตหลายประการสำหรับการใช้วิธีการดังกล่าวศึกษาการให้บริการสาธารณสุขดังนี้

1. ขนาดพื้นที่ยิ่งใหญ่เท่าไร ข้อตกลงเบื้องต้นทั้งสองข้อจะเข้าใกล้ความเป็นจริงมากขึ้นทุกที

2. การแบ่งหน่วยพื้นที่ (area unit) เพื่อการวิเคราะห์ โดยปกติจะใช้เขตปกครอง (political unit) เพราะง่ายต่อการหาข้อมูล แต่พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขของประชากรจะไม่เป็นไปตามการแบ่งเขตดังกล่าว แต่จะมีการข้ามเขตตลอดเวลา นั่นคือ มีความคลาดเคลื่อน (discrepancy) ระหว่างเขตการปกครอง (political unit) กับเขตการปะทะสังสรรค์ทางด้านสังคมวิทยา (sociological interactive unit) ซึ่งการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการหาขอบเขตพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขจะสร้างได้ยากมาก เพราะการข้ามเขตมีมาก เนื่องจากความมีเสรีภาพในการเลือกใช้บริการ (freedom of choice) ดังนั้น จุดมุ่งหมายของการแบ่งเขตการใช้บริการจึงเป็นไปเพื่อหาระยะทางคร่าว ๆ เท่านั้น

3. วิธีการที่นำเอาข้อมูลแต่ละหน่วยพื้นที่มาเปรียบเทียบกันโดยตั้งข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าวทั้ง 2 ข้อ นั้น มีความบกพร่อง (deficiency) คือ ละเลยความแตกต่างของตัวแปรต่างๆ ภายในแต่ละหน่วยพื้นที่นั้น ๆ เช่น ความสามารถของแพทย์ในแต่ละหน่วยพื้นที่อาจจะไม่เท่ากัน ทำให้ภาพรวมที่ได้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงมาก

ข้อเสนอแนะในการแก้ไขข้อบกพร่องนี้ คือ ให้ใช้วิธีการทางสถิติ เช่น analysis of variance เข้ามาวิเคราะห์ด้วย

แนวความคิดเรื่องระยะทางกับการบริการสาธารณสุข

พัฒนาการเกี่ยวกับแนวความคิดเรื่องระยะทางและการบริการทางสาธารณสุข เริ่มโดย Lively และ Beck (1927) ศึกษาและพบว่าแนวโน้มของการใช้บริการสาธารณสุขจะลดลงเมื่อระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น⁶ Jehlik และ

⁶ C.E. Lively and P.G. Beck, "The Rural Health Facilities of Ross County, Ohio" in *AES Bulletin*. (Ohio 1992), p. 45-46.

McNamara (1952) ใช้ระยะทางเป็นตัวแปรในการศึกษาลักษณะการใช้บริการสาธารณสุขระดับต่างๆ และพบว่าคนชนบทที่อยู่ห่างไกลสถานบริการสาธารณสุขจะมาใช้บริการในแง่ของการรักษาโรค (curative) มากกว่าการป้องกันโรค (protection) และคนที่อยู่ไกลจากสถานบริการมากขึ้นเท่าไร จะยิ่งทำการรักษาตนเองที่บ้านมากขึ้นเท่านั้น⁹ Ciocco และ Altman (1954) เป็นคนแรกที่พยายามสร้างดัชนีทางด้านปริมาณของพื้นที่การให้บริการทางด้านสาธารณสุข (Quantitative Index for Medical Services Area) โดยเน้นที่กลุ่มประชากรผู้ใช้บริการเป็นหลัก นั่นคือ การกำหนดขอบเขตการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข โดยกำหนดจากแบบแผนของการเดินทางมารับบริการของกลุ่มประชากรผู้ใช้บริการที่สถานบริการแห่งนั้นๆ และยังพบความสัมพันธ์ในทางลบระหว่างระยะทางและจำนวนครั้งที่มาใช้บริการนั่นคือ จำนวนคนไข้ที่มาใช้บริการจะมีความถี่สูงในระยะ 5 ไมล์แรก และจำนวนคนไข้จะลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อระยะทางเกิน 5 ไมล์ออกไป นอกจากนั้นเขาทั้งสองยังเป็นบุคคลกลุ่มแรกที่พยายามตั้งสูตรผลกระทบของระยะทางที่มีต่อจำนวนครั้งของการมาใช้บริการ เขาทั้งสองยังพบความสัมพันธ์ในระหว่างระยะทางและชนิดของการให้บริการ นั่นคือ ผู้ป่วยจะยอมเดินทางไกลเพื่อมาหาแพทย์เฉพาะทาง (Medical Specialist) มากกว่าหมอที่รักษาโรคทั่วไป¹⁰

Weiss (1968) ศึกษาการกระจายตัวของแพทย์ประเภทต่างๆ และพบว่าการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ประเภทต่าง ๆ เข้าข่ายทฤษฎี Ecological Theory of Central Dominant นั่นคือ แพทย์ประเภทต่าง ๆ จะกระจุกตัวอยู่อย่างหนาแน่นตามเมืองศูนย์กลางใหญ่ๆ มากกว่าศูนย์กลางเล็ก ๆ¹¹

Jolly และ King (1975) ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างระยะทางและจำนวนครั้งที่คนไข้มาใช้บริการที่ลดลงตามระยะทาง (Distance Decay Relationship) โดยศึกษาจากจำนวนครั้งที่คนไข้ 1 คนมาใช้บริการของสถานบริการสาธารณสุขและระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุข เขาพบว่า เส้นความชัน (slope) ของคนไข้ใน

⁹ P.J.Jelik and R.L.McNamara, "The Relation of distance to the differential use of ceratain health personnel and facilities and to the extent of bed illness", *Rural Sociology* 17 (1952) : 261-265.

¹⁰ Antonio Ciocco and Isidore Altman, "Medical Survice Areas and distances travelled for physician care in Western Pennsylvania", *Public Health Monograph* 19 (1954).

¹¹ J.E. Weiss, *The effect of Medical Centers on the Distribution of Physicians in the United States* (1968).

(Inpatient) จะน้อยกว่าคนไข้นอก (Outpatient) ซึ่งแสดงว่าคนจะเดินทางไกลขึ้นกว่าเดิม เพื่อที่จะรับบริการที่เข้มข้นขึ้น (greater care)¹²

นอกจากนั้น เขายังศึกษาลักษณะการมาใช้บริการกับสถานพยาบาลท้องถิ่น (Local aid post) ซึ่งเทียบได้กับสถานีอนามัยในประเทศไทยที่มีเครื่องมือแพทย์จำกัดและน้อยกว่าสถานบริการทุกระดับ เขาพบว่าจำนวนคนไข้จะลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อระยะทางที่ใช้เดินทางไกลออกไปทุกที จำนวนคนไข้จะลดลงครึ่งหนึ่งทุก ๆ ระยะทาง 1 ไมล์โดยเฉลี่ย

การศึกษาเรื่องระยะทางจะเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเข้าถึงการบริการ (accessibility) ของประชาชน ซึ่งการเข้าถึงนี้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ใช้ในการวางแผนให้บริการสาธารณสุขของรัฐบาลโดยทำหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. เป็นตัวแปรที่ใช้ในการสำรวจและอธิบายแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขของประชาชน
2. ใช้เป็นตัววัดว่าการกระจายตัวของสถานบริการสาธารณสุขเท่าที่เป็นอยู่ให้บริการแก่ประชาชนดีเพียงใด
3. ใช้เป็นตัววัดผลกระทบในกรณีที่มีการเสนอให้เปลี่ยนแปลงที่ตั้งของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

ทฤษฎีชุมชนศูนย์กลางกับสถานบริการสาธารณสุข

ทฤษฎีชุมชนศูนย์กลางเป็นทฤษฎีเดียวในสาขาวิชาอื่นที่เป็นที่นิยมนำมาใช้ในสาขาวิชาการสาธารณสุข เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะมีความเชื่อว่า กิจกรรมทางสังคม (Social activities) ต่าง ๆ มีแหล่งที่ตั้ง (location) ที่มีระเบียบแบบแผนไปตามพื้นที่ต่าง ๆ (Spatially ordered) หรืออีกนัยหนึ่ง ชุมชนศูนย์กลางที่เป็นที่รวมของกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ มีการกระจายตัวอย่างเป็นระเบียบไปตามพื้นที่ ดังนั้น การเอาสถานบริการสาธารณสุขมาตั้งไว้ในชุมชนศูนย์กลางจึงเป็นวิธีการทางธรรมชาติ เพราะการที่ชุมชนเติบโตขึ้นมาได้เนื่องจากการเข้าถึงดี และเป็นจุดที่คนส่วนใหญ่จะนัดพบกันได้ นอกจากนี้ การจัดการบริการสาธารณสุขหากขยายไม่ทันการเจริญเติบโตของชุมชนแล้ว สุขภาพและชีวิตของคนในชุมชนนั้น ๆ ก็จะมีเสถียรภาพด้วย ดังนั้น การกระจายตัวของสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ควรจะสอดคล้องกับการกระจายตัวของชุมชนระดับต่าง ๆ ด้วย และการศึกษาเรื่องการกระจายตัวของสถานบริการสาธารณสุขควรจะทำควบคู่ไปกับการศึกษาเรื่องชุมชนศูนย์กลาง

¹² D.M. Smith, *Patterns in Human Geography* (N.Y. : Penguin Books, 1975), p.311.

ก. แนวความคิดเรื่องชุมชนศูนย์กลาง (Central Place)

1. หน้าที่ (Functions)

การตั้งถิ่นฐานของมนุษย์เรานั้น ถ้าแบ่งตามลักษณะกิจกรรมหลักของการตั้งถิ่นฐานนั้น ๆ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ชนบท ซึ่งมีหน้าที่หลักคือ การทำกิจกรรมทางด้านการเกษตร และชุมชนศูนย์กลาง (central place) ทำหน้าที่หลักคือ เป็นศูนย์กลางของกิจกรรมการค้าและการบริการประเภทต่าง ๆ ให้กับชนบทโดยรอบที่อยู่ภายในอาณาบริเวณตลาด (market area) ของตน และในเวลาเดียวกันก็เป็นตัวกลาง (mediator) การค้าขายและการบริการระหว่างชุมชนท้องถิ่นและโลกภายนอกด้วย ถ้ากล่าวในรายละเอียดแล้วกิจกรรมการค้าและการบริการสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

1.1 กิจกรรมการแจกจ่าย (Distributive Activities) ได้แก่ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการซื้อขายแลกเปลี่ยนผลผลิตทางด้านเกษตรกรรม (primary product) และผลผลิตทางด้านอุตสาหกรรม (secondary product) เช่น กิจกรรมด้านการขายปลีกและขายส่งประเภทต่าง ๆ เป็นต้น

1.2 กิจกรรมการเงิน (Financial Activities) หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้เกิดความคล่องตัวในการซื้อขายแลกเปลี่ยนผลผลิตดังกล่าวในข้อ 1 เช่น การธนาคาร การประกันภัย เป็นต้น

1.3 กิจกรรมของรัฐบาล (Governmental Activities) หมายถึง กิจกรรมที่ให้ความคุ้มครองและป้องกันทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค เพื่อให้กิจกรรมการค้าขายแลกเปลี่ยนเป็นไปได้โดยเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ เช่น กิจกรรมทางด้านการบริหารและการปกครองในระดับต่าง ๆ กิจกรรมทางด้านการศึกษาไม่ว่าจะเป็นของรัฐบาลหรือเอกชนก็ถูกรวมอยู่ในหมวดนี้ด้วย เพราะถือว่าเป็นกิจกรรมที่ทำให้ประสิทธิภาพในการซื้อขายแลกเปลี่ยนเพิ่มขึ้น

1.4 การบริการส่วนบุคคล (Personal Services) เป็นกิจกรรมที่ให้บริการแก่ลูกค้าเป็นรายบุคคล เช่น การให้บริการทางด้านการแพทย์ การโรงแรมและกิจกรรมที่เกี่ยวกับการบันเทิงทั้งหลาย เป็นต้น¹³

¹³ G.J. Fielding, *Geography as Social Sciences* (New York : Harper and Row Publisher, 1974), p. 119.

การจัดประเภทของกิจกรรมดังกล่าวนั้นจะเห็นได้ว่าการบริการสาธารณสุข เป็นกิจกรรมที่ถูกจัดอยู่ในประเภทการบริการส่วนบุคคล ดังนั้นจึงมีความสัมพันธ์กับลักษณะประชากรโดยตรง

2. ขนาด (Sizes)

หมู่บ้าน (hamlets) เมือง (town) นคร (city) และมหานคร (metropolis) ล้วนแต่เป็นชุมชนศูนย์กลางที่ทำหน้าที่หลักคือ การเป็นศูนย์กลางการค้าและการบริการ แต่ขนาดที่แตกต่างกันของชุมชนศูนย์กลางเหล่านี้มีผลทำให้จำนวนและประเภทของสินค้าและการบริการในชุมชนศูนย์กลางและแห่งแตกต่างกันออกไป ชุมชนศูนย์กลางขนาดเล็กลักษณะของสินค้าและบริการจะเป็นประเภท lower order หรือ convenience goods ส่วนชุมชนศูนย์กลางขนาดใหญ่จะมีประเภทของสินค้าและบริการเหมือนกับชุมชนศูนย์กลางขนาดเล็กทุกประการ บวกด้วยสินค้าประเภท higher order หรือ specialty goods ซึ่งมีอยู่แต่เฉพาะชุมชนศูนย์กลางขนาดใหญ่ ส่วนปัจจัยที่กำหนดขนาดของชุมชนศูนย์กลางแต่ละแห่งมีอยู่ 2 ประเภท คือ

2.1 Threshold คือ จำนวนลูกค้าที่น้อยที่สุดที่กิจกรรมแต่ละแห่งต้องการเพื่อที่จะเลี้ยงตัวเองให้อยู่รอดได้

2.2 Outer range คือ ระยะทางที่ไกลที่สุดที่ลูกค้าตัดสินใจเดินทางมาเพื่อจะใช้บริการของชุมชนศูนย์กลางนั้น ๆ

ดังนั้น พื้นที่ที่อยู่ภายใต้รัศมีระหว่างชุมชนศูนย์กลางถึง outer range คือ พื้นที่ตลาด (market area) ที่ใหญ่ที่สุดของศูนย์กลางนั้น ๆ และอาณาบริเวณตลาดที่เล็กที่สุดคือ พื้นที่ที่ครอบคลุมประชากรที่เป็น threshold ของชุมชนศูนย์กลางนั้น ๆ ดังนั้น minimum range จึงถูกกำหนดจากประชากรที่เป็น threshold และ outer range ตามปกติ สินค้าแต่ละประเภทจะมีขนาดของ threshold และ range ไม่เท่ากัน สินค้าประเภท low order จะมีระดับ threshold และ range ต่ำ สินค้าประเภท high order จะมีระดับ threshold และ range สูง ลักษณะเช่นนี้มีผลทำให้ชุมชนศูนย์กลางขนาดเล็กมีขนาดของพื้นที่ตลาดเล็ก และชุมชนศูนย์กลางขนาดใหญ่จะมีพื้นที่ตลาดที่ใหญ่ตามไปด้วย

3. การกระจายตัว (Distribution)

ชุมชนศูนย์กลางจะกระจายตัวไปตามการกระจายตัวของประชากรโดยมีอาณาบริเวณตลาด (market area) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า เขตอิทธิพล (zone of influence) ล้อมรอบศูนย์กลางนั้นๆ ลักษณะของการกระจายตัวจะมีการจัดลำดับขนาดไปพร้อมๆ กันด้วย โดยที่ชุมชนศูนย์กลางขนาดเล็กกว่าและอาณาบริเวณตลาดของชุมชนศูนย์กลางนั้นๆ จะอยู่ภายใต้เขตอิทธิพลของชุมชนศูนย์กลางที่ใหญ่กว่าซึ่งทำให้เกิดเป็นโครงข่ายของชุมชนศูนย์กลางที่มีลักษณะเป็นร่างแหที่ซ้อนกันอยู่ตามลำดับชั้น (nested hierarchy) ตั้งแต่ชุมชนขนาดใหญ่จนถึงชุมชนขนาดเล็ก

แนวความคิดเรื่องการกระจายตัวของชุมชนนี้ สามารถจะนำไปประกอบใช้ศึกษาการกระจายตัวของสถานบริการสาธารณสุข ดังความคิดของ Rondinelli และ Ruddle ที่กล่าวว่า การจัดลำดับชั้นของการบริการ (hierarchy of services) ในภูมิภาคหนึ่งๆ จะมีความเกี่ยวพันอย่างใกล้ชิด (closely correlated) กับการจัดลำดับชั้นของชุมชนศูนย์กลาง (hierarchy of central places) นั่นคือ แหล่งที่ตั้งของการบริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนและความหนาแน่นของประชากร และเขตอิทธิพลของสถานบริการที่เล็กกว่าในลักษณะของโครงข่ายร่างแหตามลำดับขนาดของสถานบริการเช่นเดียวกัน¹⁴

ข. พัฒนาการของทฤษฎีชุมชนศูนย์กลาง

ทฤษฎีชุมชนศูนย์กลางมีพัฒนาการมาจากแนวความคิดของนักทฤษฎีหลายคนด้วยกัน เช่น แนวความคิดบางส่วน Lecon Lalanne (1863) ซึ่งศึกษาโครงสร้างของการคมนาคมขนส่งและโครงข่ายของการสื่อสาร กลุ่มนักสังคมวิทยาชนบทชาวอเมริกัน Galpin (1915) Kolb (1923) และ Platt (1928) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนศูนย์กลางและชนบทโดยรอบพบว่า สถานภาพของสถาบันต่างๆ ในชุมชนศูนย์กลางดำรงอยู่ได้ก็เพราะความสัมพันธ์ที่มีอยู่กับชุมชนชนบทโดยรอบ¹⁵ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง เมืองจะดำรงอยู่ได้ก็ต้องพึ่งชนบทเป็นสำคัญ¹⁶ นักทฤษฎีชุมชนศูนย์กลางคนที่สำคัญที่สุดเห็นจะได้แก่

¹⁴ D.A.Rondinelli and K.Ruddle, "Integrating Spatial Development", in *Ekistics* (1977).

¹⁵ C.J.Galpin, "The Social Anatomy of An Agriculture Community", *Research Bulletin* 34 (Madison : Univ. of Wisconsin, 1915).

¹⁶ J.H.Kolb, "Service Relations of Town and Country", *Research bulletin* 58 (Madison : Univ. of Wisconsin, 1923).

W.Christaller (1966) นักภูมิศาสตร์เศรษฐกิจของชาวเยอรมันได้เสนอแนวความคิดเรื่อง แหล่งกลาง (Central Place) และศึกษาการกระจายตัวของชุมชนศูนย์กลางตามลำดับชั้น ของขนาดโดยใช้หลักการตลาด การจรรยา และการบริหารเป็นข้อพิจารณา¹⁷ ซึ่งรายละเอียด ของทฤษฎีจะได้อีกกล่าวถึงต่อไป

Losch (1938) นักเศรษฐศาสตร์ชาวเยอรมันทำการศึกษาเวลาไล่เลี่ยกับ Christaller โดยใช้หลักเศรษฐศาสตร์ในเรื่องของอุปสงค์ (demand) อุปทาน (supply) และ กำไร (profit) เข้ามาอธิบายการจัดลำดับชุมชนขนาดต่างๆ ไปตามพื้นที่ซึ่งเราเรียกว่า ภูมิทัศน์ทางเศรษฐกิจ (Economic Landscape)¹⁸ ทฤษฎีของเขามีส่วนคล้ายของ Christaller มาก เมื่อเปรียบเทียบของ Christaller และ Losch โดยใช้การบริการสาธารณสุขเป็นหลักจะ เห็นว่า ทฤษฎีของ Christaller จะเหมาะสมในการอธิบายโครงข่ายของการบริการสาธารณสุข มากกว่าของ Losch เพราะทฤษฎีของ Christaller เน้นว่าประสิทธิภาพของชุมชนศูนย์กลางคือ การให้บริการกับประชาชนอย่างทั่วถึง ซึ่งควรจะเป็นจุดมุ่งหมายของการบริการ ของรัฐอย่างเช่น การบริการสาธารณสุข ในขณะที่ทฤษฎีของ Losch เน้นการครอบคลุมพื้นที่ ตลาดเพื่อทำกำไรให้กับกิจการในชุมชนศูนย์กลาง ทฤษฎีของ Losch จึงเหมาะสำหรับการ ศึกษากิจการของเอกชนมากกว่ากิจการของรัฐบาล Ullman (1941) เป็นคนนำเอาแนว ความคิดของ Christaller เข้าไปเผยแพร่ในองค์การวิชาการของสหรัฐอเมริกาและทฤษฎี ชุมชนศูนย์กลางก็ได้แพร่หลายเป็นที่รู้จักกว้างขวางขึ้น

มีผู้สนใจแนวความคิดจากทฤษฎีชุมชนศูนย์กลางมากมาย เช่น Zipf (1949) ได้เสนอหลักการของการใช้ความพยายามน้อยที่สุด (The Principle of Least Effort) ว่าการเคลื่อนที่ของสสารจะเป็นไปในทิศทางที่ใช้แรงน้อยที่สุดนั่นคือ มนุษย์จะเลือก เดินทางในเส้นทางที่เขาเห็นว่าใช้ความพยายามน้อยที่สุด ไม่ว่าจะเป็นการเดินทางไปหาซื้อ สินค้าหรือรับบริการจากหน่วยกลางจะเลือกไปซื้อสินค้าหรือรับบริการจากที่ใกล้บ้านที่พัก อาศัยมากที่สุด¹⁹

¹⁷ W.Christaller, Central place in southern germany, trans. C.W. Baskin (Englewood Cliff, N.J. : Prentice Hall, 1966).

¹⁸ A.Losch, "the Nature of Economic Regions", Southern Economic Journal 5 (1938) : 71-78.

¹⁹ G.K.Zipf, Human Behavior and the Principle of Least Effort : An Introduction to Human Ecology (Massachusetts : Cambridge, 1949).

Murdie (1965) วิเคราะห์พฤติกรรมการเดินทางของผู้บริโภคในประเทศแคนาดาโดยใช้แนวความคิดในเรื่องพิสัยของสินค้า (The range of a good) จากทฤษฎีชุมชนศูนย์กลางของ Christaller ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเดินทางของผู้บริโภค 4 ประการคือ 1) ขนาดและความสำคัญของแหล่งกลาง 2) ราคาตามความรู้สึกของผู้ซื้อ 3) ระยะทาง 4) รูปแบบ คุณภาพและราคาของสินค้า²⁰

ในการศึกษาได้วิเคราะห์เปรียบเทียบองค์ประกอบที่มีผลต่อการเดินทางของผู้บริโภค 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีความเป็นอยู่แบบเก่า (Old order Mennonites) และกลุ่มที่มีความเป็นอยู่แบบใหม่ (Modern Canadian) ในแคนาดาพบว่า ลักษณะการเดินทางไปใช้บริการจะแตกต่างกันไปตามชนิดของสินค้าและบริการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางเศรษฐกิจและวัฒนธรรมของผู้บริโภค

Berry (1967) กล่าวว่า การจะกระจายเป็นศูนย์กลางของชุมชนจำเป็นต้องมีสินค้าและบริการที่สามารถให้บริการแก่ประชาชนที่อยู่ในรัศมีโดยรอบและมีการเดินทางที่สะดวก ศูนย์กลางขนาดใหญ่จะมีสินค้าและบริการมากกว่าศูนย์กลางขนาดเล็ก ลูกค้าน่าจะเดินทางไปซื้อสินค้าและบริการที่ศูนย์กลางขนาดใหญ่ที่ไกลกว่าเมื่อไม่สามารถซื้อสินค้าและบริการที่ศูนย์กลางขนาดเล็กได้²¹

Yeates (1968) ศึกษาเรื่องการลดลงของระยะทาง (distance-decay) กล่าวว่า ระยะทางยิ่งไกลออกไปทำให้อัตราการเคลื่อนที่ของมนุษย์ลดลง เนื่องจากระยะทางยิ่งไกลทำให้เปลืองทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากขึ้น²²

Fairbrain (1971) ได้ศึกษาแนวความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีแหล่งกลางและกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเดินทางไปยังแหล่งกลางที่ให้บริการ โดยพิจารณาจากค่าใช้จ่ายในการเดินทาง กล่าวคือ การเดินทางไกลมากขึ้นเท่าไรยอมเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นเท่านั้น นั่นคือ ประชากรที่อยู่ใกล้จะเดินทางมายังแหล่งกลางมากกว่าประชากรที่อยู่ไกล โดยจำนวนประชากรจะลดลงตามระยะทางที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ราคาและปริมาณของสินค้าที่ต้องการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเดินทางไปซื้อสินค้า โดยผู้บริโภคจะเดินทางไกลมากขึ้นถ้า

²⁰ R.A.Murdie, "Cultural differences in consumer travel", *Economic Geography* (1965) : 211-233.

²¹ B.J.L. Berry, *Geography of market centres and retail distribution* (Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, 1967).

²² M.H.Yeates, *An Introduction to Quantitative Analysis in Economic Geography* (New York : Mc Graw-Hill Inc., 1968).

ราคาสินค้านั้นคุ้มค่างับค่าเดินทางและจะซื้อสินค้าชนิดนั้นเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ความแตกต่างของสินค้าและบริการที่ต้องการ ได้แก่ ความถี่ในการใช้บริการ ความหมดเปลืองความจำเป็น และคุณค่าของสินค้าก็มีผลต่อการเดินทางไปซื้อสินค้า²³

Roberts (1974) ศึกษาย่านกลาง โดยพิจารณาหน้าที่ศูนย์กลางและรูปแบบของศูนย์กลางที่มีความสัมพันธ์กับพื้นที่โดยรอบ ความสะดวกในการคมนาคม ตลอดจนปริมาณและประเภทของสินค้าและบริการในพื้นที่นั้น โดยผู้บริโภคมักจะพยายามเลือกซื้อสินค้าในบริเวณที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดในการเดินทาง และมีสินค้าให้เลือกมากประเภท²⁴

ค. ทฤษฎีชุมชนศูนย์กลางของ Christaller

เริ่มจากคำถามที่ว่า ถ้าเมืองเป็นแหล่งของสินค้าและบริการ ทำอย่างไรประชากรโดยรอบศูนย์กลางจึงจะซื้อสินค้า และได้รับบริการจากชุมชนศูนย์กลางเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด Christaller ตอบคำถามนี้โดยเริ่มต้นจากการสร้างเงื่อนไขที่สมมติขึ้นมาดังนี้

1. ให้ภูมิภาคนั้นมีลักษณะทางกายภาพและลักษณะทางวัฒนธรรมที่เป็นแบบเดียวกันหมด (uniformity)
2. ประชากรกระจายตัวอย่างสม่ำเสมอตลอดทั่วทั้งภูมิภาค
3. การเข้าถึงชุมชนศูนย์กลางแต่ละแห่ง (accessibility) สามารถทำได้โดยรอบทุกทิศทุกทาง
4. พฤติกรรมในการบริโภคของผู้บริโภคเป็นพฤติกรรมที่มีเหตุผลอย่างสมบูรณ์²⁵

²³ K.J.Fairbain and A.D. May, *Geography of Central Palce* (Hong Kong : Lee Fung Printing Co., Ltd., 1971).

²⁴ M.Roberts, *An Introduction to town planning technique* (Wm Brendon & Sons Ltd., 1974).

²⁵ J.F.Kolars and J.D. Nystuen, *Geography : The Study of Location Culture and Environment* (N.Y. : Mc Graw-Hill, 1974), p. 76-78.

จากการตั้งเงื่อนไขเช่นนี้ Christaller เสนอว่า ประสิทธิภาพในการให้บริการของชุมชนศูนย์กลางจะสูงที่สุด เมื่อมีการจัดลำดับชุมชนศูนย์กลางเป็นโครงข่ายที่ต่อเนื่องกัน (nested hierarchy) ตามลำดับขนาดของชุมชนศูนย์กลาง โดยที่พื้นที่ตลาด (market area) ของแต่ละชุมชนศูนย์กลางมีลักษณะเป็นรูปหกเหลี่ยม (hexagon) ซ้อนกันอยู่อย่างเป็นโครงข่ายตามลำดับสอดคล้องกับลำดับขนาดของชุมชนศูนย์กลาง โดย Christaller ให้เหตุผลของการจัดพื้นที่ตลาดเป็นรูปหกเหลี่ยมว่ามีประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ประชาชนมากที่สุด เพราะ

1. ผู้ใช้บริการสามารถลดต้นทุนการเดินทางได้ต่ำที่สุด โดยเดินทางไปยังสถานที่ที่ใกล้ที่สุด
2. ผู้ขายสินค้าในขณะเดียวกันที่ต้องแข่งขันกับชุมชนศูนย์กลางอื่นๆ สามารถขยายขอบเขตตลาดของตนเองได้กว้างขวางที่สุดด้วย²⁶

ทฤษฎีการจัดลำดับชุมชนของ Christaller มีนัยสำคัญพอสรุปได้เป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. จำนวนประชากรที่อยู่ภายใต้เขตอิทธิพลของชุมชนศูนย์กลางแต่ละแห่งจะมีความสัมพันธ์ในทางเป็นฟังก์ชันกับจำนวนสินค้าและบริการที่มีอยู่ในชุมชนศูนย์กลางนั้น ๆ
2. ลักษณะการจัดลำดับชั้นของชุมชนศูนย์กลางจะมีลักษณะเป็นระบบปิด นั่นคือ ชุมชนศูนย์กลางแต่ละแห่งมีหน้าที่ให้บริการภายในบริเวณเขตอิทธิพลของตนเท่านั้น
3. การจัดระบบชุมชนศูนย์กลางตามทฤษฎีนี้ จะมีชุมชนศูนย์กลางน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ นั่นคือ กิจการทุกกิจการจะต้องขายสินค้าหรือให้บริการให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ภายในขอบเขตพื้นที่ตลาดของตน
4. การทำงานของระบบชุมชนศูนย์กลางจะอยู่ภายใต้กฎการแข่งขันที่สมบูรณ์ (perfect competition) และการรอบรู้ข่าวสารต่าง ๆ อย่างสมบูรณ์ (complete information)
5. การเดินทางของประชากรเป็นการเดินทางไปชุมชนศูนย์กลางที่ใกล้ที่สุดสำหรับสินค้าและบริการหนึ่ง ๆ
6. ไม่มีการได้เปรียบกันในเรื่องราคาสินค้าและบริการ

²⁶ Fairbain and May, op.cit., p.24-25.

7. ชุมชนศูนย์กลางที่มีขนาดเท่ากันจะมีคุณภาพเหมือนกันและชุมชนศูนย์กลางที่มีขนาดแตกต่างกันจะมีคุณภาพแตกต่างกัน (คุณภาพในที่นี้หมายถึงจำนวน ประเภทและลักษณะของสินค้าและการให้บริการ)²⁷

สาเหตุที่ทฤษฎีของ Christaller ได้รับความนิยมและถูกกล่าวถึงเป็นอย่างมาก เพราะในเนื้อหาทฤษฎีมีหลาย ๆ ส่วนที่สอดคล้องกับความเป็นจริง เช่น ชุมชนศูนย์กลางที่มีขนาดใหญ่จะมีจำนวนและประเภทของสินค้าและการบริการและเขตอิทธิพลที่ใหญ่กว่าชุมชนศูนย์กลางขนาดเล็ก นอกจากนั้น การแบ่งชุมชนศูนย์กลางออกเป็นลำดับชั้นต่าง ๆ ตามขนาดก็สามารถสังเกตได้จากความเป็นจริง เช่น ในกลุ่มประเทศทางตะวันตกที่พัฒนาแล้วมากมาย มักจะมีระดับชั้นของชุมชนศูนย์กลางอยู่ 8 ระดับด้วยกัน คือ เมืองหลวง (national capital) มหานครระดับประเทศ (national metropolis) เมืองหลวงระดับภาค (regional capital) มหานครระดับภาค (regional metropolis) นครขนาดเล็ก (small cities) เมือง (towns) หมู่บ้าน (villages) และหมู่บ้านเล็ก ๆ²⁸

อย่างไรก็ตามทฤษฎีของ Christaller ที่สร้างขึ้นจากแบบจำลองทางเรขาคณิต (geometric model) จะมีลักษณะเป็นแบบชนิดอุดมคติ (ideal type) คือไม่สามารถพบลักษณะของแบบจำลองดังกล่าวในทฤษฎีได้ในความเป็นจริง เช่น ลักษณะหกเหลี่ยมด้านเท่าของพื้นที่ตลาด²⁹ ข้อเปรียบเทียบจากสภาพความเป็นจริงอันมีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของทฤษฎีชุมชนศูนย์กลางที่ควรกล่าวในที่นี้มี 2 ประการด้วยกัน คือ

ประการแรก ในโลกของความเป็นจริง ประชากรจะกระจายตัวอย่างไม่สม่ำเสมอในทุก ๆ พื้นที่ที่บางแห่งจะมีประชากรหนาแน่นมาก ที่บางแห่งจะมีประชากรหนาแน่นน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความแตกต่างทางสภาพภูมิศาสตร์ วัฒนธรรมและเศรษฐกิจ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้เป็นเหตุให้พื้นที่ตลาดเป็นจริงมีลักษณะไม่เหมือนกับแบบอุดมคติในทฤษฎี

ประการที่สอง ตามทฤษฎีแล้ว ประชากรจะเดินทางไปชุมชนศูนย์กลางที่ใกล้ที่สุดที่มีสินค้าที่ตนต้องการ แต่ในความเป็นจริงจะมีการข้ามเขตอิทธิพล (boundary crossing) ไปยังชุมชนศูนย์กลางอื่น ๆ เหตุผลในการข้ามแดนที่สำคัญมีอยู่ 2 ประการ

²⁷ Kolars and Nystuen, op.cit., p.77.

²⁸ B.J.L.Berry and C.D. Harris, "Central Place", in *International Encyclopedia of the Social Sciences* 2, ed. D.L.sills (1968), p.365-369.

²⁹ Ibid.

เหตุผลแรกเกิดจากอิทธิพลหรือความผูกพันที่มีต่อเมืองอื่น ซึ่งมากำหนดทัศนคติส่วนตัวของบุคคลแต่ละคน ทำให้เกิดความพึงพอใจในสินค้าและบริการของชุมชนศูนย์กลางแต่ละแห่งไม่เท่ากัน โดยเฉพาะการเดินทางเพื่อไปใช้บริการของสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ คนใช้แต่ละคนถือว่าเรื่องเจ็บป่วยของตนเองเป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้น จึงต้องการที่จะได้รับการบริการที่ดีที่สุด คนใช้แต่ละคนจึงยึดถือความมีชื่อเสียงของสถานที่บริการแต่ละแห่งเป็นสำคัญ การข้ามเขตอิทธิพลจึงเกิดขึ้นบ่อยๆ เหตุผลประการที่สองในการข้ามเขตอิทธิพลคือการเดินทางเพื่อซื้อสินค้าและบริการหลายๆ ชนิดในครั้งเดียวกัน (combine trip) ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดแนวโน้มที่ทำให้คนส่วนมากเดินทางไปศูนย์กลางที่ใหญ่กว่า เพราะมีประเภทของสินค้าและบริการที่ครบครันกว่าชุมชนศูนย์กลางขนาดเล็ก³⁰

ในการนำเอาทฤษฎีของ Christaller ไปทดสอบกับสภาพความเป็นจริงหลายๆ แห่ง โดยนักวิชาการหลายๆ คน ทำให้เกิดข้อคิดที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษากิจการให้บริการสาธารณสุข เช่น การศึกษาในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่า maximum range ของชุมชนศูนย์กลางที่เรียกว่า การบริการเป็นช่วงเวลา (periodic)³¹ คือ กิจการจะไม่เปิดบริการทุกวัน เพราะมีลูกค้าไม่พอและติดตามมาด้วยลักษณะของการบริการแบบเคลื่อนที่ได้ (footloose) ไปยังประชากรที่อยู่ห่างไกลออกไป ปรากฏการณ์ที่คล้ายคลึงกันเมื่อชุมชนศูนย์กลางขนาดเล็กเกิดขึ้นในที่ทุรกันดาร (frontier development) ซึ่งเป็นที่ที่เขตอิทธิพลของชุมชนศูนย์กลางขนาดใหญ่ครอบคลุมไปไม่ถึง การบริการแบบเคลื่อนที่จะมีประโยชน์มากเช่นเดียวกัน เช่น การบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่

สรุปแนวความคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

1. ทฤษฎีพฤติกรรมการเจ็บป่วยและการเลือกใช้แหล่งบริการสาธารณสุข

Suchman และ Fabrega อธิบายถึงพฤติกรรมการเจ็บป่วยของมนุษย์เป็นขั้นตอนต่างๆ ตั้งแต่รับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยไปจนถึงขั้นยอมรับบทบาทของผู้ป่วย การวางแผน การรักษา เลือกวิธีการรักษาตลอดจนการหายหรือไม่หายจากอาการป่วย โดยมีปัจจัยต่างๆ ในกระบวนการตัดสินใจ เช่น

- ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการนั้นๆ
- ความสะดวกในการเข้าถึง

³⁰ Kolars and Nystuen, op.cit.,p.84.

³¹ Ibid., p.86.

- อิทธิพลคนใกล้ชิดผู้ป่วย
- ประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีต
- เงิน เวลา และทรัพยากรที่มีอยู่และจะต้องเสียไป
- การบริการของสถานบริการ
- ประสิทธิภาพการรักษาของสถานบริการ

ทั้งนี้ ทั้ง Suchman และ Fabrega ไม่ได้วิเคราะห์ถึงความสำคัญของแต่ละปัจจัยอย่างชัดเจนว่าปัจจัยใดสำคัญกว่า

2. แนวความคิด ปัจจัยกำหนดการไปใช้บริการสาธารณสุข

Aday and Anderson และ Day and บุญเลิศ เลี้ยวประไพ อธิบายถึงปัจจัยที่กำหนดการไปใช้บริการสาธารณสุข ซึ่งสามารถสรุปรวมได้เป็น 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านสถานบริการสาธารณสุข และปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

| ปัจจัยกำหนดการไปใช้บริการสาธารณสุข | |
|--|--|
| ปัจจัยด้านสถานบริการ | ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ |
| 1. ลักษณะนโยบายสาธารณสุข 2. ลักษณะการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุข 3. ลักษณะสถานบริการ เช่น คุณภาพการให้บริการ ชื่อเสียง เครื่องมือ วิธีการรักษา ค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการ | 1. ลักษณะทางด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม จิตวิทยา ของผู้ใช้บริการ เช่น เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ค่านิยมด้านสุขภาพ การรับรู้ ความรุนแรงของการป่วย ประสบการณ์ในอดีต 2. ความพึงพอใจต่อบริการของผู้ใช้บริการ เช่น ค่าบริการ คุณภาพบริการ ความสะดวกในการใช้บริการ อธิยาศัย |

นอกจากปัจจัย 2 ด้านที่มีผลต่อการไปใช้บริการสาธารณสุขดังกล่าวข้างต้นแล้วยังพบว่า มีปัจจัยแทรกซ้อนที่สำคัญในการกำหนดการไปใช้บริการสาธารณสุข คือ

1. ปัจจัยในเรื่องของการเดินทางไปใช้บริการ เช่น ระยะทาง ยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทาง สภาพถนนหรือแม่น้ำ
2. ความคิดเห็นของคนใกล้ชิด (เพื่อนญาติ)
3. สถานบริการอื่นๆ ที่มีอยู่

3. ทฤษฎีประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุข

Babson อธิบายถึงปัจจัยที่กำหนดประสิทธิภาพการบริการสาธารณสุข 3 ปัจจัยคือ

1. การเข้าถึง ซึ่งประกอบด้วย
 - ความพอเพียงด้านปริมาณ ทั้งในเรื่องของอัตราส่วนระหว่างประชากรต่อบุคลากรที่ให้บริการ จำนวนเครื่องมือและเตียงคนไข้ อัตราส่วนการบริการ เฉพาะอย่างต่อประชากรกลุ่มที่ต้องการ
 - การกระจายตัวของสถานบริการไปตามสภาพภูมิศาสตร์อย่างเหมาะสม
 - ไม่มีอุปสรรคด้านวัฒนธรรม
2. คุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย
 - ความสามารถของบุคลากรสาธารณสุข
 - ความพร้อมด้านเครื่องมือแพทย์และบุคลากร
 - การยอมรับนับถือและความร่วมมือของคนไข้
3. บุคลากรรวมหน่วย กล่าวคือ ความสามารถในการบริหารงาน การประสานร่วมมือของหน่วยงาน

4. แนวความคิดเรื่องการให้บริการสาธารณสุขในแนวของ Planning

Shannon กล่าวถึงการศึกษาลักษณะการให้บริการสาธารณสุขในแนวของ Planning โดยเน้นศึกษาการกระจายตัวของสถานบริการและบุคลากรทางสาธารณสุขไปตามพื้นที่ต่างๆ โดยการนำเอาพื้นที่ที่สนใจมาแบ่งออกเป็นหน่วยพื้นที่ และนำเอาตัวแปรต่างๆ มาพิจารณาร่วมด้วย เช่น จำนวนพื้นที่ จำนวนบุคลากรและจำนวนสถานพยาบาล เป็นต้น

5. แนวความคิดเรื่องระยะทางกับการบริการสาธารณสุข

จากการศึกษาเรื่องระยะทางกับการบริการสาธารณสุข สามารถกล่าวสรุปได้ ดังนี้คือ

1. ระยะทางจะแปรผกผันกับจำนวนคนใช้บริการ กล่าวคือ ยิ่งระยะการเดินทางไปสถานบริการมากขึ้น จำนวนคนใช้บริการจะลดลง แต่ทั้งนี้คนอาจเดินทางไกลเมื่อต้องการบริการที่ดีกว่า

2. ระยะทางใช้ในการวางแผนการบริการสาธารณสุข ดังนี้คือ

- สํารวจและอธิบายแบบแผนการใช้บริการของประชาชน
- วัดการกระจายตัวของสถานบริการสาธารณสุขว่าให้บริการแก่ประชาชนปัจจุบันอย่างไร
- วัดผลกระทบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงที่ตั้งสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

6. Central Place Theory

จากแนวความคิดทฤษฎีชุมชนศูนย์กลาง สามารถสรุปได้ดังนี้

1. แหล่งที่ตั้งและขนาดของสถานบริการสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนประชากรและความหนาแน่นของประชากร
2. การกระจายตัวของสถานบริการเป็นไปตามการกระจายตัวของประชากร
3. สถานบริการใหญ่มีสินค้ามากกว่าสถานบริการเล็ก และสถานบริการเล็กอยู่ในเขตอิทธิพลของสถานบริการใหญ่
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเดินทางไปซื้อสินค้าและบริการได้แก่
 - ขนาดและความสำคัญของแหล่งกลาง
 - คุณภาพ ราคาและรูปแบบสินค้า
 - ระยะทางและความสะดวกในการเดินทาง
 - ค่าใช้จ่ายและเวลาที่ใช้ในการเดินทาง

การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย

การศึกษาเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยเท่าที่ผ่านมา มีจำนวนหลายชิ้นด้วยกัน และมีทั้งการศึกษาในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยในปี พ.ศ. 2496 ได้มีการศึกษาสำรวจที่หมู่บ้านบางชั้น จังหวัดมินบุรี ซึ่งศึกษาในเชิงมนุษยวิทยา โดยชาวต่างประเทศได้ข้อสรุปว่า การแพทย์แผนโบราณยังคงมีอิทธิพลค่อนข้างสูงในความคิดและการปฏิบัติของคนไทยที่อยู่รอบนอกพระนคร เมื่อเจ็บป่วยชาวบ้านจะไปซื้อยาจากร้านขายยาจีนที่ปรุงยาได้สารพัดเป็นอันดับแรก ถ้าอาการป่วยรุนแรงมากขึ้นก็จะไปหาแพทย์แผนใหม่ หรือแพทย์แผนโบราณ แต่ส่วนใหญ่จะไปหาแพทย์แผนโบราณก่อน เพราะค่า

รักษาพยาบาลถูกกว่าแพทย์แผนใหม่ แพทย์แผนใหม่จะเป็นแหล่งสุดท้ายที่ชาวบ้านเลือกไปใช้บริการ³²

ต่อมาปี พ.ศ. 2512 Cunningham ได้ทำการศึกษาที่อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ประชาชนจะรักษาตนเองที่บ้านโดยซื้อยากินเองถึงร้อยละ 53 รักษาทั้งหมอนัดยาและแพทย์แผนโบราณร้อยละ 24 รักษาที่สถานีนามัยร้อยละ 10 รักษาที่โรงพยาบาลของรัฐในเชียงใหม่กับลำพูนร้อยละ 7 และร้อยละ 6 ไปรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนในเมือง³³

ในปี พ.ศ. 2513 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการศึกษาสำรวจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย วิธีการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ-ธนบุรี และต่างจังหวัดโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23,789 คน ได้ข้อสรุปว่า ชาวกรุงเทพฯ และชนบทมีแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ไม่แตกต่างกันนัก ชาวชนบทจะนิยมรักษาแบบแพทย์แผนโบราณและซื้อยากินเองมากกว่าคนกรุงเทพฯ แต่โดยส่วนรวมแล้วประชาชนเมื่อเจ็บป่วยจะใช้บริการสุขภาพของรัฐเพียงร้อยละ 15.5 แต่นิยมซื้อยามารักษาโรคเองถึงร้อยละ 51.4 รองลงมาคือ ร้อยละ 22.7 ใช้บริการโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน ส่วนที่เหลือร้อยละ 10.4 จะรักษากับแพทย์แผนโบราณ หมอไสยศาสตร์และหมอนัดยา

ในปี พ.ศ. 2517 สันตต์และโรลีย์ ได้ศึกษาในเชิงมานุษยวิทยาโดยการสัมภาษณ์และสังเกตการณ์ในชุมชนที่ศึกษาเป็นระยะเวลาหนึ่งปี พบว่า มีการเลือกใช้ยาที่มีอยู่รักษาตนเองเป็นอันดับแรก รองลงมาเลือกใช้บริการแพทย์แผนโบราณ และพบด้วยว่าการเปลี่ยนหมอหรือที่รักษาบ่อยครั้ง และทำการรักษากับหมอหลายคนในเวลาเดียวกันจนกว่าอาการป่วยจะหาย³⁴

³² อรทัย รวยอาจิม และกาญจนา แก้วเทพ, บทบาทของแพทย์แผนโบราณในการพัฒนาสาธารณสุขไทย, (คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2517).

³³ C.E.Cunningham and T.C.Dolge and H.Na Bangxang, Studies of Health and Health Behavior in Saraphi District, North Thailand (Chiangmai University, 1970).

³⁴ สันตต์ เสริมศรีและเจมส์ เอ็น โรลีย์, พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของคนไทย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2517).

ในการศึกษาของอุดม คมพัคฆ์ และคณะ เมื่อปี พ.ศ. 2518 เรื่องทัศนคติของชาวชนบทที่มีต่อการบริการอนามัยของรัฐ ที่อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าเมื่อป่วยชาวบ้านจะซื้อยามารักษาเองก่อนถึงร้อยละ 80 เมื่ออาการไม่ทุเลาจึงไปรับบริการของรัฐซึ่งมักอยู่ห่างไกลบ้านที่พักอาศัย³⁵ ในปี พ.ศ. 2519 พิศวาท ทุตติยโพธิ์ และคณะ ได้ทำการสำรวจการใช้ยาของประชาชนในอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี จำนวน 236 ครัวเรือนก็พบว่าร้อยละ 80.5 ของประชาชนที่เจ็บป่วยจะซื้อยาจากร้านขายยาทุกประเภทก่อนไปพบแพทย์³⁶

สำหรับการศึกษาในระยะหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 เป็นต้นมา มีอยู่เป็นจำนวนมากไม่น้อยเช่นกันและมีการศึกษาในแนวลึกมากขึ้น โดยดูปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพหรือแสดงพฤติกรรมในการเจ็บป่วยต่าง ๆ ของประชาชนทั้งในลักษณะความเจ็บป่วยทั่ว ๆ ไป และเฉพาะโรค

Frederick A. day และ Boonlert Leoprapi ทำการศึกษาในปี พ.ศ. 2520 เรื่องรูปแบบการให้บริการสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าเมื่อเจ็บป่วยประชาชนนิยมใช้บริการรักษาจากร้านขายยามากที่สุด สำหรับสถานบริ. ของรัฐพบว่าในระดับสถานบริการในตัวจังหวัดคือ โรงพยาบาลจังหวัดมีผู้ใช้บริการมาก ในขณะที่แหล่งบริการระดับท้องถิ่น เช่น สถานีอนามัย สำนักผดุงครรภ์ มีอัตราการใช้บริการจากประชาชนในอัตราต่ำมาก³⁷

ชื่นชม เจริญยุทธ ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในชนบท เมื่อปี พ.ศ. 2522 พบว่า การรักษาดตนเองยังคงเป็นวิธีที่ชาวบ้านปฏิบัติกันมากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือการใช้บริการของแหล่งบริการระดับท้องถิ่นของรัฐ และบริการภาคเอกชนในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน และใช้แผนโบราณน้อยที่สุด³⁸

³⁵ จริยวัตร คมพัคฆ์ และคณะ, ระบดวิทยาการใช้ยาระงับปวดและลดไข้ของผู้ประกอบอาชีพเก็บจักรยานสามล้อ ในจังหวัดนครราชสีมา (2527).

³⁶ พิศวาท ทุตติยโพธิ์ และคณะ, การใช้ยาของชุมชน (คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2519).

³⁷ Day and Boonlert Leoprapi, op.cit.

³⁸ Research Committee, "Thailand Directory of Healty Services", 1 July 1987 to 30 June 1982.

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะพบว่า ประชากรส่วนใหญ่โดยเฉพาะในชนบท นิยมการซื้อยาจากร้านขายยาประเภทต่าง ๆ มากกว่าตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย แต่ผลการศึกษาสำรวจสภาวะอนามัยการแสวงหา และการใช้บริการเกี่ยวกับสุขภาพโดยกองแผนงาน สาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2522 ใน 20 จังหวัดโดยครอบคลุมครัวเรือนทั้งหมด 2,986 ครัวเรือน พบว่า ประชาชนในทุกภาคของประเทศมีอัตราการร้อยละของการซื้อยาเพื่อรักษาตนเองลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผลก่อนสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2513 และประชากรก็นิยมไปใช้บริการของสถานอนามัย หน่วยและศูนย์บริการของรัฐมากขึ้น แต่การรักษาตนเองด้วยการซื้อยาจากร้านขายยามากินเองยังคงเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมสูงสุด³⁹

การศึกษาของกองสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2527 เรื่องการจัดระดับสุขภาพและสังคมใน 10 จังหวัด พบว่าประชาชนมีอัตราการร้อยละในการใช้บริการร้านขายยาลดลงทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท⁴⁰ ในขณะที่การศึกษาของวาทีนิ บุญชะลิกชี ในปี พ.ศ. 2534 พบว่า ประชากรส่วนใหญ่นิยมเลือกใช้แหล่งบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยเพียงแหล่งเดียวมากกว่าสองแหล่งและสามแหล่ง โดยการเลือกใช้แหล่งบริการสาธารณสุขเพียงแหล่งเดียวส่วนใหญ่นิยมเลือกใช้แหล่งบริการที่มีแพทย์มากที่สุด รองลงมาคือ การซื้อยาจากร้านขายยา กินเองโดยในเขตชนบทนิยมใช้มากกว่าเขตเมือง ส่วนการเลือกใช้แหล่งบริการแบบแพทย์แผนโบราณ พบว่ายังคงมีอยู่ควบคู่กับการแพทย์ปัจจุบันแต่มีอยู่น้อยมาก ทั้งในเขตเมืองและในเขตชนบท

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นว่า ประชาชนให้ความสนใจและให้ความสำคัญด้านบริการรักษาโรคมมากกว่าการป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jehlik และ McNamara ในปี 1952 พบว่า คนชนบทที่อยู่ห่างไกลสถานบริการสาธารณสุขจะมาใช้บริการในแง่ของการรักษาโรค (Curative) มากกว่าการป้องกันโรค (Protection) เมื่ออาการไม่รุนแรงหรือมีอาการเริ่มแรกจะนิยมใช้วิธีการรักษาตนเองหรือซื้อยากินเอง ต่อเมื่ออาการไม่ทุเลาหรือรุนแรงขึ้นจึงจะเลือกไปใช้แหล่งบริการที่มีแพทย์ทั้งของรัฐและเอกชน⁴¹

³⁹ กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง, “รายงานผลการสำรวจสภาวะอนามัยการแสวงหาและการใช้บริการเกี่ยวกับสุขภาพ กับลักษณะการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการกับผู้ให้บริการในท้องถิ่น”, สิงหาคม 2522.

⁴⁰ กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง, “รายงานการวิจัยเรื่องการวัดระดับสุขภาพและสังคมใน 10 จังหวัด”, มีนาคม 2527.

⁴¹ Jehlik and McNamara, op.cit.

การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้แหล่ง บริการสาธารณสุข

เพศ : การใช้บริการสาธารณสุข

Ruth (1973) กล่าวว่า เพศอาจเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรมการเจ็บป่วย โดยอธิบายว่า เนื่องจากเพศชายต้องการที่จะแสวงหาความแข็งแกร่ง ความเป็นชาย ชาติ ทำให้ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยง่าย ๆ และมองว่าการเจ็บป่วยเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอและความเป็นเพศหญิง⁴²

Nathanson (1977) อธิบายว่า ผู้หญิงมักจะรายงานถึงการเจ็บป่วยมากกว่าผู้ชายและกล่าวว่าที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก สังคม วัฒนธรรม ที่ยอมรับและยอมให้ผู้หญิงแสดงบทบาทการเป็นผู้ป่วยได้ง่ายกว่าผู้ชาย⁴³

Day และบุญเลิศ (2520) ศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทไทยที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการใช้บริการของโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลอำเภอ ได้แก่ เพศ โดยพบว่า เพศหญิงจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าโรงพยาบาลอำเภอในอัตราส่วนที่มากกว่าเพศชาย

อัญชลี เหล่าธิตพิงศ์ (2523) ศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อการบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ใช้บริการจะเป็นผู้หญิงมากกว่าชายเล็กน้อย เนื่องจากศูนย์บริการสาธารณสุขมีบริการทางด้านอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งเป็นบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงโดยตรง⁴⁴

สายสัมพันธ์ รับขวัญ (2529) ศึกษาพบว่า การไปใช้บริการที่สถานอนามัยของทั้งเพศชายและหญิงมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

⁴² W.U. Ruth, *Behavior and Illness* (Englewood Cliff, N.J. : Prentice Hall, 1973).

⁴³ Constance A. Nathanson, "Illness and Medical care. A Review of Data. Theory and Method", *Sci. & Med.* 11 (1977).

⁴⁴ อัญชลี เหล่าธิตพิงศ์, "การศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อการบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร, (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523).

ตปนิษฐ์ พรหมภัทร (2534) ศึกษาเขตบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้ใช้บริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย และส่วนใหญ่เป็นผู้มีครอบครัวแล้ว⁴⁵

เกี่ยวกับเรื่องความแตกต่างระหว่างเพศของผู้ใช้บริการ จะเห็นได้ว่า มีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อการทำให้เกิดการใช้สถานบริการที่แตกต่างกัน เหตุผลหนึ่งอาจเนื่องมาจากการแสดงออกถึงความเจ็บป่วย ซึ่งทางสังคมวิทยาเรียกว่า “การสวมบทบาทผู้ป่วย” (Sick role) แตกต่างกัน ซึ่งเรื่องนี้มี ความเกี่ยวข้องกับสังคม วัฒนธรรม กล่าวคือ สังคม วัฒนธรรมมักจะยอมรับและยอมให้ผู้หญิงสวมบทบาทการเป็นผู้เจ็บป่วยได้ง่ายกว่าผู้ชาย แต่ผู้ชายซึ่งได้ชื่อว่าเป็นชายชาติกรจะต้องเจ็บป่วยค่อนข้างรุนแรงกว่า จึงจะยอมรับหรือยอมให้สวมบทบาทการเป็นผู้ป่วยได้ ลักษณะเช่นนี้อาจทำให้ผู้ชายจำเป็นต้องใช้บริการที่สลับซับซ้อน หรือมีระดับบริการที่สูงกว่าหญิง ซึ่งเมื่อเทียบระหว่างโรงพยาบาลกับสถานอนามัย ผู้ชายก็จะมี ความต้องการไปโรงพยาบาลมากกว่า ขณะที่ผู้หญิงอาจจะใช้บริการที่มีระดับ ความซับซ้อนน้อยกว่า ซึ่งก็คือ การไปสถานอนามัย นอกจากนี้สถานบริการแต่ละแห่งยังจัด บริการพิเศษเพิ่มขึ้นมา เช่น บริการอนามัยแม่และเด็ก จึงเป็นผลให้เพศหญิงไปใช้บริการ มาก อย่างไรก็ตาม นี่เป็นเพียงสมมติฐานเท่านั้น ไม่ใช่ข้อยุติ เหตุผลอื่นอาจเกี่ยวข้องกับ ความแตกต่างทางสรีระที่ส่งผลต่ออาการและลักษณะของโรคด้วย แต่ก็เป็นที่คาดหมายได้ว่าความแตกต่างระหว่างเพศน่าจะส่งผลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันด้วย

อายุ : การใช้บริการสาธารณสุข

ชนินทร์ เจริญกุล และคณะ (2522) ศึกษาพฤติกรรมการใช้และไม่ใช้บริการ ของรัฐในระดับอำเภอ พบว่าอายุที่แตกต่างกันของผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้ และไม่ใช้บริการคือ โดยเฉลี่ยอายุของกลุ่มที่ใช้บริการจะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้บริการเล็กน้อย คือ 39.26 ปี และ 33.58 ปี โดยลำดับ แต่กลุ่มที่ใช้บริการสูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี และกลุ่มที่ใช้บริการน้อยที่สุดอยู่ในช่วง 15-19 ปี⁴⁶

สายปัญญา รอดเฉย (2525) ศึกษาการเลือกใช่วิธีการรักษาพยาบาลของ ประชาชนในระดับหมู่บ้าน พบว่าระดับอายุของหัวหน้าครอบครัวมีความสัมพันธ์กับวิธีการ

⁴⁵ ตปนิษฐ์ พรหมภัทร, “เขตบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร”, (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534).

⁴⁶ ชนินทร์ เจริญกุล และคณะ, “การศึกษาพฤติกรรมการใช้และไม่ใช้บริการของรัฐในระดับอำเภอ”, รายงานวิจัย (ศูนย์วิจัยอนามัยชนบทสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา, 2522).

รักษาพยาบาล กล่าวคือ เมื่อระดับอายุของหัวหน้าครอบครัวสูงขึ้น การใช้บริการของเอกชนจะลดลงและกลุ่มผู้สูงอายุจะใช้วิธีการรักษาแผนโบราณในสัดส่วนที่สูงที่สุด⁴⁷

สายสัมพันธ์ รับขวัญ (2529) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการข้ามชั้นตอนที่สถานีนามัยว่า เมื่อผู้ใช้บริการยังมีอายุมากการข้ามชั้นตอนก็จะมีมากขึ้น เรื่องนี้อาจเนื่องจากในผู้ที่มีอายุสูงขึ้นหรืออาจเรียกว่าเป็นผู้ใหญ่ขึ้น อาจจะมีแนวโน้มที่จะมีการอดกลั้นต่อการเจ็บป่วยมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือที่เป็นเด็กกว่า จึงทำให้กว่าจะแสดงตนว่าเจ็บป่วยก็เป็นมากเสียแล้ว ลักษณะของโรคก็จะสลับซับซ้อนขึ้น เมื่อจะรักษาพยาบาลจึงต้องเลือกไปโรงพยาบาล ซึ่งเป็นที่ซึ่งสามารถรักษาโรคที่สลับซับซ้อนได้มากกว่าที่จะไปสถานีนามัยซึ่งเป็นแหล่งที่รักษาโรคเบื้องต้น ในขณะที่เด็กเมื่อเจ็บป่วยก็มักจะแสดงอาการทันที ลักษณะของโรคก็ยังไม่สลับซับซ้อน ดังการศึกษาของ Chrisman and Kleinman (1975) ที่กล่าวถึงการเจ็บป่วยในเด็กว่าจะกระตุ้นพฤติกรรมการแสดงการรักษาเยียวยาในผู้ปกครองได้รวดเร็วกว่าการเจ็บป่วยในกลุ่มอื่นๆ ประกอบกับชาวบ้านมีการรับรู้ที่สถานีนามัยเป็นสถานพยาบาลสำหรับเด็ก เมื่อเด็กเจ็บป่วยจึงพาไปสถานีนามัยมากกว่า⁴⁸

สมบูรณ์ สุทนะ (2531) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเดินทางไปโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุของผู้ป่วยและการที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากรัฐบาลมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล⁴⁹

ตปนิย พรหมภัทร (2534) ศึกษาการไปใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ที่มาใช้บริการจะกระจายในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะกลุ่ม 21-30 ปี ขณะที่ผู้ไม่มาใช้บริการก็จะอยู่ในกลุ่มอายุนี้เช่นเดียวกัน และในกลุ่มอายุที่มากขึ้นจะไปใช้บริการศูนย์บริการสาธารณสุข มากกว่าไม่ไปใช้บริการของศูนย์ฯ

⁴⁷ สายปัญญา รอดเลย, วิเคราะห์การเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลของประชาชนในระดับหมู่บ้าน, (2525), หน้า 46-48.

⁴⁸ สายสัมพันธ์ รับขวัญ, "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการข้ามชั้นตอนการให้บริการที่สถานีนามัย". (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ แผนกวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529), หน้า 102.

⁴⁹ สมบูรณ์ สุทนะ, "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเดินทางไปโรงพยาบาล กรณีศึกษาในเขตจังหวัดเชียงใหม่", (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ แผนกวิชาภูมิศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531).

ผลการศึกษาข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าอายุก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการให้บริการแตกต่างกัน ซึ่งเป็นในแง่ของความต้องการใช้หรือไม่ใช้บริการ และในอีกแง่หนึ่งคือการจะไปใช้แหล่งบริการไหนก็อาจมีความแตกต่างกันด้วย ทั้งนี้เพราะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวัยหรือมีอายุต่างๆ ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยเช่น ความวิตกกังวล ความเป็นห่วงเป็นใยครอบครัว อาจมีความแตกต่างกันไป เช่น ถ้าเด็กเจ็บป่วยพ่อแม่อาจมีความวิตกกังวลและห่วงใยสูง ซึ่งก็จะส่งผลให้แสวงหาแหล่งบริการที่มีระดับหรือประสิทธิภาพสูง และเมื่อเทียบระหว่างโรงพยาบาลกับสถานอนามัยก็จะต้องพาไปโรงพยาบาล แต่เหตุผลอีกทางหนึ่งที่น่าจะแสดงถึงว่าผู้ใหญ่จะไปโรงพยาบาลมากกว่าเด็กหรือคนชรา เนื่องจากผู้ใหญ่มักจะอดทนต่อการเจ็บป่วยต้องรอให้อาการหนักเสียก่อนจึงคิดไปหาหมอ จึงต้องไปรักษาที่แหล่งบริการระดับสูงกว่า อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าคาดหมายได้ว่า อายุที่แตกต่างกันของผู้ใช้บริการน่าจะก่อให้เกิดการให้บริการที่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา : การใช้บริการสาธารณสุข

สุขุมาล ธนาเศรษฐ์อังกุล (2522) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยต่างจังหวัดที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะใช้บริการรักษาพยาบาลในท้องถิ่นก่อนเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลศิริราชมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ⁵⁰

สายปัญญา รอดเฉย (2525) พบว่าระดับการศึกษาของหัวหน้าครอบครัวมีความสัมพันธ์กับวิธีการรักษาพยาบาล กล่าวคือ เมื่อการศึกษาของหัวหน้าครอบครัวสูงขึ้น การรักษาแผนโบราณจะลดลงในขณะที่การรักษาโดยใช้บริการของเอกชนจะสูงขึ้น⁵¹

จุฑามาศ ศิริวงษ์พาณิชย์ (2533) กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง พบว่า ผู้มาใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองนครราชสีมา ทั้งที่เป็นผู้มีที่อยู่อาศัยในเขตเมืองและนอกเขตเมือง มีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขในลำดับ

⁵⁰ สุขุมาล ธนาเศรษฐ์อังกุล, "ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยต่างจังหวัดที่โรงพยาบาลศิริราช", (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต แผนกวิชาสังคมศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522).

⁵¹ สายปัญญา รอดเฉย, เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน.

คักข์สูงขึ้นเมื่อมีการศึกษาสูงและยังสอดคล้องกับระดับการศึกษาสูงสุดของหัวหน้าครอบครัวผู้มาใช้บริการอีกด้วย⁵²

ตปนีย พรหมภักทร (2534) พบว่า ผู้ที่ใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ขณะที่ผู้ไม่มาใช้บริการศูนย์ฯ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป

ผลการศึกษาข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า ระดับการศึกษาก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการใช้บริการแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะเมื่อคนมีการศึกษาสูงขึ้น จะทำให้เกิดมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเจ็บป่วย ตลอดจนวิธีการรักษา แหล่งการรักษาได้กว้างขวางขึ้น จึงเป็นที่คาดหมายว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของผู้ใช้บริการน่าจะก่อให้เกิดการเลือกใช้บริการที่แตกต่างกัน

ฐานะเศรษฐกิจ : การใช้บริการสาธารณสุข

Charles F. Phelps (1975) เมื่อศึกษางานวิจัยของ Grossman พบว่า รายได้เป็นตัวแปรหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดบุคคลที่จะไปซื้อบริการจากแพทย์ในเวลาเจ็บป่วย โดยกล่าวว่า ผู้ที่มีรายได้สูงกว่ามักจะซื้อบริการจากสถานบริการที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า⁵³

การศึกษาของ Richardson (1982) พบว่า คนรวยไปใช้บริการด้านสุขภาพมากกว่าคนจนคือ เป็นคนรวยร้อยละ 73 ส่วนคนจนมีเพียงร้อยละ 4 และกล่าวว่าผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสของการเลือกใช้แหล่งบริการที่มีประสิทธิภาพดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำ⁵⁴

สายใจ คุ่มขนาบ (2515) ศึกษาปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย พบว่า ผู้ที่มีฐานะค่อนข้างดี นิยมที่จะทำคลอดโดยแพทย์และ

⁵² จุฬามาต ศิริวงษ์พานิชย์, "ลำดับคักข์และเขตบริการของสถานบริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองนครราชสีมา", วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต แผนกวิชากฎนิศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533) หน้า 137.

⁵³ Charles F. Phelps, "Effects of Insurance in Demand For Medical Care". In Anderson, Kravits, Anderson. Equity in Health Services (Cambridge Ballinger Publishing Company, 1975).

⁵⁴ Willam C. Richardson, "Poverty Illness and the Use of Health Service in the United States", in Patients Physicians and Illness, ed. F. Garty Jaco (New York : Macmillan, 1972).

พยาบาลมากกว่าผู้ที่มีฐานะยากจน โดยผู้มีฐานะดีทำคลอดโดยแพทย์และพยาบาลร้อยละ 16.9 ส่วนผู้ป่วยที่ยากจนมีเพียงร้อยละ 7.5⁵⁵

สำลี เปลี่ยนบางช่วง และคณะ (2521) ศึกษาเรื่อง สังคมจิตวิทยาในการใช้ บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง พบว่า อัตราการใช้บริการของกลุ่มที่มีฐานะ เศรษฐกิจแตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกันมากนัก แต่ก็พบว่ากลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจ สูงนิยมไปใช้บริการ ณ สถานบริการที่มีประสิทธิภาพสูงมากกว่า ทั้งนี้เพราะมีความสามารถ จะจ่ายค่าบริการให้ได้⁵⁶

สายปัญญา รอดเฉย (2525) ศึกษาการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของ ประชาชน พบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยมักจะใช้วิธีการซื้อยากินเอง ขณะที่ผู้มีรายได้มากขึ้นจะมี การใช้บริการรักษาพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น

สายสัมพันธ์ รับขวัญ (2529) ศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการยังมีรายได้อีกเพิ่มขึ้น การข้ามชั้นตอนไม่ไปรักษาที่สถานอนามัยจะยิ่งเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะมีความเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่าย ในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดจากการใช้บริการ ณ โรงพยาบาลหรือแม้แต่การ เสียเวลาทำมาหากิน กล่าวคือ แม้ว่าการใช้บริการในโครงการบัตรสุขภาพ ผู้ถือบัตรสุขภาพ จะไม่ต้องเสียค่ายา ค่ารักษาพยาบาล (ในวงเงิน 2,000 บาท) ก็ตาม แต่เมื่อต้องเดินทางไป โรงพยาบาลไม่ว่าระดับอำเภอหรือระดับจังหวัดที่อยู่ไกลกว่าสถานอนามัย ผู้ป่วยก็ต้อง เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มขึ้น และในการมารับบริการที่โรงพยาบาลใหญ่ ๆ มักจะต้อง มีการรอคอยเมื่อรวมกับต้องเดินทางมาไกลก็อาจจะหิว จึงอาจจะต้องเสียเงินซื้ออาหาร ซื้อมีน้ำ เป็นต้น นอกจากนั้นเมื่อต้องเดินทางไปโรงพยาบาลซึ่งอยู่ไกลกว่า ผู้ป่วยก็ต้อง เสียเวลาในการทำมาหากินมากขึ้น และเรามากจะพบโดยทั่วไปว่า การเดินทางไปหาหมอของ ชาวชนบทมักจะไม่ใช่ตัวผู้ป่วยคนเดียวเท่านั้นที่ไปหาหมอ แต่จะต้องมีสมาชิกในครอบครัว อย่างน้อย 1 คน หรืออาจมากกว่านั้นติดตามไปด้วย ดังนั้น ค่าใช้จ่ายต่างๆ จึงอาจเพิ่มไป อีกเท่าตัวหรือมากกว่า ซึ่งผู้ที่จะมีความสามารถในการใช้จ่ายดังกล่าว และสามารถเสียเวลา ได้เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างคนมีฐานะเศรษฐกิจที่ดีกว่าและต่ำกว่าย่อมเป็นที่แน่นอนว่าผู้ที่มี ฐานะเศรษฐกิจดีกว่าย่อมมีความสามารถในการใช้จ่ายดังกล่าวได้มากกว่าคนที่มีฐานะเศรษฐกิจ

⁵⁵ สายใจ คุ่มขนาน, "ปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติทางด้านการอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย". วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต แผนกวิชาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515).

⁵⁶ สำลี เปลี่ยนบางช่วง และคณะ, สังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง รายงานการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น, (กระทรวงสาธารณสุข, 2521).

ต่ำกว่า ดังนั้นผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจดีจะก่อให้เกิดการข้ามชั้นตอนได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี เมื่อมีข้อจำกัดเช่นนั้นจึงต้องทดลองรักษาจากแหล่งบริการใกล้ๆ บ้าน คือ สถานีอนามัยมากกว่า

จุฑามาศ ศิริวงษ์พาณิชย์ (2533) พบว่า ผู้มาใช้บริการทั้งผู้ที่มิที่อยู่อาศัยในเขตเมืองและนอกเขตเมือง ที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการจากสถานบริการที่อยู่ในลำดับศัภย์ที่สูงกว่าผู้มีรายได้น้อย และสอดคล้องกับระดับรายได้ของหัวหน้าครอบครัวด้วยเช่นกัน

ตปณีย์ พรหมภัทร (2534) ศึกษาพบว่า ระดับรายได้ของครอบครัวของผู้ใช้บริการศูนย์บริการสาธารณสุขมีผลต่อการไปใช้บริการ กล่าวคือ ยิ่งรายได้เพิ่มขึ้น สัดส่วนผู้มาใช้บริการของศูนย์ฯ จะยิ่งลดลง ขณะที่สัดส่วนผู้ไม่ใช้บริการกลับเพิ่มมากขึ้น

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า ฐานะเศรษฐกิจของผู้ใช้บริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พฤติกรรมการใช้บริการแตกต่างกัน โดยมีแนวโน้มว่าผู้ให้บริการที่มีฐานะเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสแสวงหาบริการที่มีประสิทธิภาพดีกว่า เพราะมีความสามารถในการจ่ายค่าบริการรวมทั้งค่าเดินทางหรือแม้แต่ค่ารถเสียเวลาทำมาหากินได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบสถานบริการระหว่างสถานีอนามัยกับโรงพยาบาล แหล่งบริการที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าก็ย่อมต้องหมายถึงโรงพยาบาล ส่วนสถานีอนามัยก็ย่อมต้องอยู่ในลำดับรองไป และในการใช้บัตรสุขภาพถึงแม้ผู้ให้บริการจะไม่ต้องเสียค่ายา ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็ตามแต่ก็ยังคงต้องเสียเวลาทำมาหากิน รวมทั้งต้องเสียค่าเดินทางไป-กลับอยู่นั่นเอง ดังนั้น ตัวแปรทางด้านเศรษฐกิจจึงยังคงน่าจะมีบทบาทในการใช้บริการสาธารณสุขของผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย : การใช้บริการสาธารณสุข

Day และบุญเลิศ (2520) พบว่า ชาวบ้านมักจะประเมินความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยกับวิธีการรักษาด้วย เช่น ถ้าไม่รุนแรงจะเลือกวิธีที่สะดวกสบายคือ ซื้อยามากินเอง เมื่อมีอาการรุนแรงขึ้นจึงหันไปใช้แหล่งบริการของรัฐในระดับจังหวัด หรือกรุงเทพฯ มากกว่าในระดับท้องถิ่น

ชื่นชม เจริญยุทธ (2522) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการของรัฐ ปัจจัยหนึ่งก็คือ ลักษณะอาการชนิดของความเจ็บป่วย กล่าวคือ ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยจะรักษา

กันเองมาก แต่ถ้าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะไปใช้บริการของรัฐหรือบริการประเภทอื่นมากกว่าจะรักษาตนเอง⁵⁷

เบญจา ยอดดำเนินและกฤตยา อาชานิจกุล (2523) ศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพอนามัยของประชาชนในหมู่บ้านภาคเหนือ พบว่าปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการเลือกใช้บริการคือ ความรุนแรงหรือความมากน้อยของการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง กล่าวคือ ถ้ามีอาการน้อยก็จะรักษาด้วยตนเอง อาการมากขึ้นก็จะหันพึ่งหมอในท้องถิ่นได้แก่ หมอกลางบ้าน หมอพระหรือเจ้าหน้าที่อนามัยเบื้องต้นและถ้ามีอาการรุนแรงจึงพึ่งพาโรงพยาบาลเป็นแหล่งสุดท้าย⁵⁸

สายปัญญา รอดเฉย (2525) พบว่าลักษณะความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับวิธีการรักษาพยาบาลคือ เมื่อมีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยจะทำการรักษาเอง แต่ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงและเจ็บป่วยเรื้อรังจะลดการรักษาเองลง แล้วหันไปใช้บริการรักษาพยาบาลของรัฐบาลมากขึ้น แสดงว่าลักษณะความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะกำหนดการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล

อรทัย รวยอาจินและคณะ (2526) ศึกษาเกี่ยวกับสังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าการที่ชาวบ้านไม่ค่อยไปใช้บริการที่สถานีอนามัยเพราะมีเหตุผลว่า ถ้ารับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรงจะไม่ไปสถานีอนามัยแต่จะต้องไปโรงพยาบาล⁵⁹

กองสถิติสาธารณสุข (2527) ศึกษาเรื่องการจัดระดับสุขภาพและสังคมใน 10 จังหวัด พบว่าความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีส่วนกำหนดการเลือกใช้บริการของบริการสุขภาพ ซึ่งประชาชนมักเริ่มจากการซื้อยามารักษาตนเองก่อน เมื่อไม่ได้ผลจึงไปใช้บริการของรัฐ

⁵⁷ ชื่นชม เจริญยุทธ, "ปัจจัยกำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ ของประชาชนในชนบท", (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต แผนกวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522).

⁵⁸ เบญจา ยอดดำเนิน และคณะ, *ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์*, (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523).

⁵⁹ Oratai Rauyajin and Samlee Plianbangchang, *Psychological Aspects of Rural Health Service in the Northeast Region of Thailand*, (1983).

สายสัมพันธ์ รับขวัญ (2529) พบว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีความรุนแรงก็จะมีความต้องการรักษาพยาบาลในแหล่งบริการที่มีประสิทธิภาพสูง ที่เขามีความเชื่อมั่นว่าสามารถจะรักษาอาการเจ็บป่วยของเขาได้อย่างแน่นอน โดยจะไม่มีอาการทดลองรักษาในแหล่งบริการอื่นๆ ที่เขาไม่แน่ใจ ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จะเลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่าที่สถานอนามัย

วาทีณี บุญชะลิกษี (2534) ศึกษารูปแบบการเลือกใช้แหล่งบริการสาธารณสุขในประเทศไทย พบว่า การที่ประชากรเลือกใช้แหล่งบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นเพียงแหล่งเดียว สองแหล่งหรือสามแหล่งก็ตามจะขึ้นอยู่กับลักษณะของโรคที่ป่วยและความรุนแรงของโรค⁶⁰

ตปณีย์ พรหมภัทร (2534) ศึกษาเขตบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าสถานพยาบาลแห่งอื่นที่ผู้ใช้บริการไปใช้บริการนอกเหนือจากศูนย์บริการสาธารณสุขคือโรงพยาบาลของรัฐ เพราะผู้ใช้บริการพบว่าตนเองป่วยมากจึงไม่มาใช้บริการจากศูนย์บริการสาธารณสุข

จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับการไปใช้บริการ จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ใช้บริการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยต่างกัน การไปใช้บริการก็จะต่างกันไปด้วย ซึ่งเมื่อเทียบแหล่งบริการระหว่างสถานอนามัยกับโรงพยาบาล ก็จะมีแนวโน้มว่า ผู้ที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงก็มักจะไปโรงพยาบาลมากกว่าไปสถานอนามัย

ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ : การใช้บริการสาธารณสุข

การศึกษาของ Coe and Wessen (1965) พบว่าผู้ที่อยู่ใกล้สถานบริการจะไปใช้บริการมากกว่าผู้ที่อยู่ไกลออกไป

Morrill and Erickson (1970) ศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยในการเดินทางไปใช้บริการของโรงพยาบาลที่เมืองชิคาโก พบว่าผู้ป่วยจะเลือกใช้บริการจากโรงพยาบาลที่เข้าถึง

⁶⁰ วาทีณี บุญชะลิกษี, เรื่องเดียวกัน, หน้า 281.

สะดวกและอยู่ใกล้ที่พักอาศัยมากที่สุด ถ้าไม่มีปัจจัยอื่นที่เข้าไปเกี่ยวข้อง เช่น เชื้อชาติ ศาสนาและรายได้⁶¹

Ingram และคนอื่น ๆ (1978) ศึกษาระยะเวลาทางการตัดสินใจไปใช้บริการจากแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในโตรอนโต พบว่า ผู้ใช้บริการมาใช้บริการจากแผนกฉุกเฉินโดยคำนึงถึงความสะดวกในการเข้าถึงโรงพยาบาลด้วย⁶²

โอคาฟอร์ (Okafor 1983 อ้างถึงในสมบุรณ์ สุทธนะ 2531 : 21) ศึกษาการเดินทางของผู้ป่วยไปใช้บริการจากโรงพยาบาล Afenmal ในชนบทของไนจีเรีย พบว่า ระยะเวลาที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการเดินทางไปใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะเลือกเส้นทางที่สั้นและสะดวกที่สุดในการเดินทางไปโรงพยาบาล

การศึกษาของ Day และบุญเลิศ (2520) พบว่า ประชาชนจะเลือกใช้แหล่งบริการที่ใกล้ตัวที่สุดก่อน และกล่าวว่าความใกล้-ไกลหรือปัจจัยด้านระยะทางมีผลต่อผู้ใช้บริการ

สลีย์ เปลี่ยนบางช้างและคณะ (2521) พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยไปใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทเป็นประจำ เหตุผลแรกร้อยละ 74.3 ตอบว่า เพราะเดินทางไปสถานอนามัยสะดวกและในทางตรงกันข้าม เมื่อถามถึงเหตุผลที่ไม่ไปใช้บริการเลยเหตุผลแรกคือ เดินทางไปสถานอนามัยไม่สะดวกร้อยละ 36.8

ชื่นชม เจริญยุทธ (2522) ศึกษาปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ ของประชาชนในชนบท พบว่าระยะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่อยู่ใกล้สถานบริการประเภทใดจะเลือกใช้บริการจากสถานบริการแห่งนั้นมากกว่าแห่งอื่น ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ใกล้กับสถานบริการจะมีการใช้บริการมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ห่างไกลออกไป ยิ่งสถานบริการอยู่ห่างไกลจากที่อยู่อาศัยมากเท่าใด การใช้บริการก็จะลดน้อยลงเท่านั้น

สุขุมล ธนาเศรษฐอังกุล (2522) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การเข้ามาใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยต่างจังหวัดที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่าปัจจัยทาง

⁶¹ R.L.Morrill and R.J. Erickson and P.Rees, "Factors influencing distances traveled to hospital", *Economic Geography* 46 (1970), p. 161-171.

⁶² D.R. Ingram and D.R.Clarks and R.A. Murdie, "Distance and the Decision to visit on emergency", *Social Science and Medicine* 12 (1978), p. 55-62.

ด้านระยะทางมีอิทธิพลสำคัญที่สุดทั้งต่อการเดินทางและการเลือกโรงพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่ไปใช้บริการจากโรงพยาบาลจะลดลงตามระยะทางที่ไกลจากที่ตั้งของโรงพยาบาล

กองแผนงานสาธารณสุข (2522) ศึกษาการแสวงหาและการใช้บริการเกี่ยวกับสุขภาพกับลักษณะการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการกับผู้ให้บริการในท้องถิ่น พบว่าผู้ป่วยให้สาเหตุของการไม่ไปสถานอนามัยว่า เพราะสถานอนามัยอยู่ห่างไกลไปติดต่อไม่สะดวก

อัญชลี เหล่าธิตพิงศ์ (2523) ศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อการบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่รู้จักศูนย์ฯ เนื่องจากอยู่ใกล้บ้าน และมาใช้บริการจากศูนย์เพราะความสะดวก

วไลพร ภาวภูตานนท์ (2523) ศึกษาบทบาทพระสงฆ์ที่เป็นหมอพระในการบำบัดรักษาโรคแก่ชุมชน พบว่า สาเหตุจูงใจประการหนึ่งที่ผู้ป่วยไปรับบริการหมอพระ เพราะวาระระยะทางไปมาและการคมนาคมสะดวกกว่าไปรักษาที่อื่น

ธีระพงษ์ เวชวิทยาลัง (2525) ศึกษาการดำเนินงานของโพลีคลินิกในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าสาเหตุที่ผู้มารับบริการคำนึงถึงมากที่สุดคือ ความสะดวกในการเดินทาง⁶³

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2525) ศึกษารายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในหลายประเภท พบว่าการใช้บริการขั้นต้นของรัฐในลักษณะ Under-Utilization มิได้เกิดเฉพาะประเทศไทยเท่านั้น ในประเทศอื่นก็เกิดอย่างแพร่หลายเช่นกัน โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา (Developing Countries) ทั้งหลาย และกล่าวว่าเหตุผลหนึ่งของการไม่ไปใช้บริการที่สถานอนามัยคือปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ที่อยู่ไกลเกินไปหรือเดินทางไม่สะดวก⁶⁴

รัฐจวน ลี้มสุวรรณ (2525) ได้ทำการศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการจากการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร พบว่าสถานที่ตั้งของ

⁶³ ธีระพงษ์ เวชวิทยาลัง, "การศึกษากิจการดำเนินงานของโพลีคลินิกในเขตกรุงเทพมหานคร", (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ แผนกวิชาพาณิชยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525).

⁶⁴ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และนุริยัน ยูโซะ, เศรษฐกิจสาธารณสุขไทย (นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529).

โรงพยาบาลมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการ กล่าวคือผู้ใช้บริการจะเลือกโรงพยาบาลที่มีที่ตั้งที่การคมนาคมสะดวก⁶⁵

สายปัญญา รอดเลย (2525) ศึกษาวิเคราะห์การเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของประชาชนในระดับหมู่บ้าน พบว่าระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับโรงพยาบาลของรัฐมีความสัมพันธ์กับวิธีการรักษาพยาบาล กล่าวคือเมื่อระยะทางไกลมากขึ้น การใช้บริการของรัฐบาลจะลดลงแต่หันไปรักษาเองมากขึ้น

เสาวณี แยมแสง (2528) ศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคต่อบริการด้านทันตกรรมของคลินิกเอกชนในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้บริโภคเลือกใช้บริการโดยคำนึงถึงความสะดวกในการเดินทาง

สายสัมพันธ์ รับขวัญ (2529) ศึกษาพบว่าถ้าผู้ใช้บริการยังมีบ้านเรือนอยู่ไกลจากสถานอนามัย ก็จะมีแนวโน้มการไม่ไปรักษาที่สถานอนามัยมากยิ่งขึ้น

สมบูรณ์ สุทชนะ (2531) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเดินทางไปโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าระยะทางระหว่างที่พักอาศัยของผู้ป่วยกับที่ตั้งโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเดินทาง คือ จำนวนผู้ป่วยที่ไปใช้บริการจะลดลงตามระยะทางที่ห่างไกลจากที่ตั้งของโรงพยาบาล และผู้ป่วยจะเลือกโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ใกล้ที่พักอาศัย

รุ่งศักดิ์ สาธุธรรม (2532) ศึกษาพบว่าระยะการเดินทางไปใช้บริการสถานพยาบาลมีความแตกต่างตามประเภทของสถานพยาบาล ตัวอย่างเช่น ระยะการเดินทางไปใช้บริการสถานอนามัยจะสั้นกว่าระยะการเดินทางไปโรงพยาบาล

จุฬามาศ ศิริวงษ์พานิชย์ (2533) ศึกษาลำดับค้ำจุนและเขตบริการของสถานบริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองนครราชสีมา พบว่าลักษณะการกระจายของผู้มาใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขจะขึ้นอยู่กับระยะทางคือผู้มาใช้บริการร้อยละ 50 จะเดินทางมารับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขในช่วงระยะทาง 0-10 กิโลเมตรและผู้มาใช้บริการจะลดลงเมื่อระยะทางเพิ่มมากขึ้น

⁶⁵ รัญจวน ลัมสุวรรณ, "การวิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้บริการจากการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร", (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต แผนกวิชาพาณิชยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525).

ตปณีย์ พรหมภักตร์ (2534) ศึกษาเขตบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัด กรุงเทพมหานคร พบว่าความใกล้-ไกลระหว่างที่พักอาศัยกับศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นเกณฑ์ที่สำคัญที่สุดในการที่ประชาชนจะใช้หรือไม่ใช้บริการ โดยผู้ใช้บริการจะเดินทางมาด้วยรถประจำทาง ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาในการเดินทางต่ำกว่า 10 นาทีมีรัศมีของการมาใช้บริการของประชาชนประมาณ 800 เมตร

จากผลการศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นได้ว่า ระยะทางหรือความใกล้-ไกลจากบ้านของผู้ป่วยถึงสถานบริการมีผลต่อการเลือกไปใช้บริการว่าจะไปใช้ที่ไหนหรือไม่ไปใช้ที่ไหน ซึ่งโดยทั่วไปมักพบว่าผู้ป่วยจะเลือกไปใช้แหล่งบริการที่อยู่ใกล้ตัวก่อนเสมอ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นเรื่องเกี่ยวกับความเป็นความตายของชีวิต การไปหาหมอให้เร็วที่สุดจึงอาจเป็นสิ่งแรกที่ผู้ป่วยนึกถึง ดังนั้นเมื่อกล่าวถึงว่าประชาชนจะไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยหรือไม่ จึงน่าจะขึ้นอยู่กับว่าบ้านของผู้ใช้บริการอยู่ใกล้หรือไกลจากสถานีนอนามัย

และที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ จะเป็นปัจจัยในแง่ของคุณภาพบริการด้านต่าง ๆ ของสถานบริการ ซึ่งน่าจะจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน ซึ่งในที่นี้จะจำแนกปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการด้านต่าง ๆ ของสถานบริการออกเป็น 3 ด้านด้วยกัน คือ 1) ความสามารถในการรักษา 2) การดูแลเอาใจใส่ และความสะอาดในการบริการ และ 3) ประสิทธิภาพของยาและเครื่องมือแพทย์

ความสามารถในการรักษา : การใช้บริการสาธารณสุข

แมคกราสเซน (McGlashan 1972) พบว่าผู้ป่วยในแอฟริกาไปใช้บริการทางการแพทย์โดยคำนึงถึงชื่อเสียงของหมอในเรื่องความสามารถในการวิเคราะห์โรคของหมอ⁶⁶

Unicef ร่วมกับ WHO (1973) ศึกษา Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries โดยเก็บข้อมูลจากหลายประเทศ เช่น บังคลาเทศ คิวบา อินเดีย ไนเจอร์ ไนจีเรีย แทนซาเนีย และเวเนซุเอลา พบลักษณะการไปใช้บริการที่เหมือนกันอย่างหนึ่งคือ มีการใช้บริการที่ข้ามชั้นตอน (By pass) โดยเฉพาะจากสถานบริการขั้นต้นไปยังสถานบริการในระดับที่สูงกว่าโดยไม่จำเป็น จึงทำให้เกิดปัญหาการ

⁶⁶ N.D. McGlashan, "The distribution of population and medical facilities in Malawi", in *Medical Geography: Technique and Field Studies* (London: Methuen, 1972), p 89-95.

ใช้บริการที่เรียกว่า Under-Utilization และ Over-Utilization ในการศึกษาได้รายงานถึงเหตุผลของการข้ามขั้นตอนนี้ว่า เหตุผลหนึ่งก็เนื่องจากความไม่เชื่อมั่นของประชาชนที่มีต่อสถานบริการนั้น ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดจากคุณภาพของบริการที่ไม่ดีพอ⁶⁷

อินแกรมและคนอื่น ๆ (Ingram and others 1978) พบว่า ผู้ใช้บริการมาใช้บริการแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงบุคลากรทางการแพทย์เป็นโรงพยาบาลที่เคยมาใช้บริการ

การศึกษาของ Day และบุญเลิศ (2520) พบว่า การที่ชาวบ้านไม่ค่อยไปใช้บริการที่สถานอนามัย โดยมักจะไปใช้บริการในระดับโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าก็เนื่องจากชาวบ้านคิดว่า พนักงานอนามัยไม่ได้รับอนุญาตให้รักษาไข้หนัก ๆ อีกทั้งคิดว่าพนักงานอนามัยเองก็ไม่มีความสามารถจะรักษาโรคให้แก่เขาได้

เบญจา ยอดดำเนินและคณะ (2523) อธิบายในแนวความคิดเกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษาไว้ว่า คนเราจะเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคลนั้น เช่นถ้าเคยรักษาที่แหล่งบริการใดแล้วอาการเจ็บป่วยหายไป ครั้งต่อไปก็จะไปใช้แหล่งบริการนั้นอีก

การศึกษาของสำลี เปลี่ยนบางช้างและคณะ (2524) พบว่า การที่ชาวบ้านไม่นิยมไปใช้บริการที่สถานอนามัย มีเหตุผลอันดับแรกคือ ขาดประสิทธิภาพในการรักษาโดยผู้ป่วยบอกว่าป่วยหนักเกินความสามารถ เคยรักษาแล้วไม่หายและไม่เชื่อความสามารถของหมอ (เจ้าหน้าที่ไม่เก่ง) และในกลุ่มชาวบ้านที่ไม่ใช้บริการที่สถานอนามัยเลยก็ให้เหตุผลที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพในการรักษา โดยบอกว่าไม่มีความสามารถเป็นเรื่องที่สำคัญรองจากเรื่องระยะทาง

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2525) อธิบายว่า การที่ชาวบ้านไม่นิยมไปใช้บริการที่สถานอนามัย เหตุผลหนึ่งก็เนื่องจากคุณภาพการให้บริการไม่ดีพอ

รัญจวน ลิ้มสุวรรณ (2525) ศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการมีความต้องการที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพโดยแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะโรค ตลอดจนเลือกใช้บริการโรงพยาบาลตามชื่อเสียงที่เคยได้ยินมา

⁶⁷ V.Djukanovic and E.P. Mach, Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries, A. joint UNICEF and WHO study, (1973).

การศึกษาของอรัทัย รวยอาจิณ (2526) พบว่ามีกลุ่มของชาวบ้านทั้งที่ไม่ค่อยนิยมไปใช้บริการที่สถานีนามัย ตลอดจนกลุ่มที่ไม่เคยไปใช้บริการที่สถานีนามัยเลย ซึ่งทั้งสองกลุ่มต่างให้เหตุผลทำนองเดียวกันว่าคุณภาพการรักษาไม่ดี

เสาวณี แยมแสง (2528) ศึกษาพบว่า ผู้บริโภคเลือกใช้บริการจากคลินิกทันตกรรมโดยคำนึงถึงคุณภาพของบริการ และอาจเป็นคลินิกที่เพื่อนหรือญาติแนะนำมา

สายสัมพันธ์ รับขวัญ (2529) ศึกษาพบว่า การรับรู้ของประชาชนที่มีต่อความสามารถในการรักษาของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยมีอิทธิพลต่อการไม่ไปใช้บริการที่สถานีนามัย ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสูงสุด โดยผู้ใช้บริการยังรับรู้ว่ามีค่าใช้จ่ายในการรักษาจะยิ่งไม่ไปใช้บริการมากขึ้น

จุฑามาศ ศิริวงษ์พานิชย์ (2533) ศึกษาพบว่าความเชื่อมั่นในแพทย์ผู้ทำการรักษามีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการประการหนึ่งด้วย

ตปณีย์ พรหมภัทร (2534) พบว่า เมื่อป่วยมาก ผู้ใช้บริการจะเลือกไปใช้บริการจากสถานพยาบาลที่ผู้ใช้บริการคาดว่าน่าจะมีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญกว่าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข

การดูแลเอาใจใส่และความสะดวกในการบริการ : การใช้บริการสาธารณสุข

กอบแก้ว คล้าชื่นและสุกัญญา รุ่งโรจน์รักษ์ (2515) ศึกษาทัศนคติของประชาชนในชนบทต่อการรักษาแผนใหม่ พบว่า ทำที่การติดต่อสัมพันธ์ ตลอดจนความล่าช้าในการให้บริการของเจ้าหน้าที่อนามัย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประชาชนไปใช้บริการมากขึ้นแตกต่างกัน โดยถ้าเจ้าหน้าที่ปฏิบัติในสิ่งดังกล่าวไม่ดี ประชาชนก็จะยิ่งไม่ยอมไปใช้บริการ

การศึกษาของ WHO ที่ร่วมกับ UNICEF (2516) ศึกษาในหลาย ๆ ประเทศก็พบว่า การข้ามขั้นตอนจากสถานบริการขั้นต้นไปยังสถานบริการในระดับที่สูงกว่าโดยไม่จำเป็นก็เนื่องจากความไม่เป็นกันเองกับชาวบ้าน

Day และบุญเลิศ (2520) ให้เหตุผลว่า ถ้าเจ้าหน้าที่ในสถานบริการขั้นต้นของรัฐปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความนุ่มนวล เสมอภาคและมีสัมพันธ์ภาพที่ดี ชาวบ้านก็จะหันไปใช้บริการมากขึ้น

สำลี เปลี่ยนบางช่วง และคณะ (2521) ศึกษาพบว่าคนที่ชาวบ้านไม่นิยมไปใช้บริการที่สถานีนามัยตลอดจนการไม่เคยไปใช้บริการเลย เหตุผลหนึ่งก็คือ สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ใช้บริการเป็นไปในทางที่ไม่ดีคือ เจ้าหน้าที่ไม่เอาใจใส่และพูดจาไม่ดี

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2525) อธิบายว่า การที่ประชาชนไปใช้บริการที่สถานบริการขั้นต้นน้อย เหตุผลหนึ่งก็เนื่องจาก สัมพันธภาพระหว่างผู้ใช้กับผู้ให้บริการ รวมทั้งการสื่อสารมีช่องว่าง ดังที่เรียกกันเป็น “ความเหินห่างทางสังคม” (Social distance) พร้อมกับกล่าวว่า สำหรับคนใช้นั้นเมื่อเจ็บป่วยจะหมายถึงเป็นการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ คำว่า “ความเหินห่างทางสังคม” จึงเข้ามามีบทบาทดังกล่าว

ธีระพงศ์ เวชวิทย์ (2525) กล่าวว่า การที่ผู้ใช้บริการของโพลีคลินิกสาเหตุประการหนึ่งคือ ผู้รับบริการเห็นว่าเจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่อยู่ในเกณฑ์

รัญจวน ลิ้มสุวรรณ (2525) ศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการจากการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ใช้บริการมีความต้องการที่จะได้รับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย รวมทั้งบริการที่ดีและเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ด้วย

วิภา ดรงค์พิชฎกุล (2525) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรามธิบดี พบว่าความสะดวกของการบริการมีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยมาก⁶⁶

ตปนิย์ พรหมภัทร (2534) พบว่าผู้ที่ไม่ไปใช้บริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่จะไปใช้บริการจากโพลีคลินิก เพราะมีบริการตลอด 24 ชั่วโมง และให้บริการที่สะดวกรวดเร็ว

ประสิทธิภาพของยาและเครื่องมือแพทย์ : การใช้บริการสาธารณสุข

Day และบุญเลิศ (2520) พบว่า คุณภาพเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ทำให้ประชาชนมักจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าบริการระดับท้องถิ่น เช่น สถานีนามัย

⁶⁶ วิภา ดรงค์พิชฎกุล, “ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อการบริการของโรงพยาบาลรามธิบดี”, (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ แผนกวิชาสังคมศาสตรการแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525).

ชลอศรี จันทรประชุม (2520) ศึกษาการใช้บริการด้านอนามัยของประชาชนที่สถานอนามัยในตำบลเชิงดอย อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อถามถึงความคิดเห็นของชาวบ้านว่าต้องการให้ปรับปรุงสถานอนามัยในเรื่องอะไรบ้าง คำตอบก็คือต้องการให้มียาหลายชนิดและให้มีปริมาณมากพออยู่ด้วย⁶⁹

การศึกษาของสำลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ (2521) เมื่อถามในกลุ่มชาวบ้านที่ไม่ค่อยนิยมไปใช้บริการที่สถานอนามัยว่ามีเหตุผลอะไร เหตุผลหนึ่งที่ชาวบ้านตอบก็คือยาคุณภาพไม่ดี (ยาไม่แรงพอ) และเมื่อถามต่อไปว่าต้องการให้ปรับปรุงสถานอนามัยในเรื่องใดบ้าง ก็ได้รับคำตอบที่เกี่ยวกับเรื่องยาด้วยคือ ชาวบ้านต้องการให้เพิ่มปริมาณและคุณภาพยา

การศึกษาของชื่นชม เจริญยุทธ และจีระพันธ์ ทรงธนศักดิ์ (2522) ในส่วนที่ถามชาวบ้านว่าต้องการให้ปรับปรุงสถานอนามัยเรื่องใดบ้าง ส่วนหนึ่งตอบว่าต้องการให้เพิ่มปริมาณยาและประสิทธิภาพยา

ธีระพงศ์ เวชวิทย์ขลัง (2525) พบว่าสาเหตุประการหนึ่งที่ผู้มาใช้บริการของโพลีคลินิกคำนึงถึงคือ อุปกรณ์การแพทย์มีจำนวนเพียงพอและทันสมัย

อรรถัย รวยอาจินและคณะ (2526) ศึกษาพบว่า การที่ยาไม่พอจ่ายหรือขาดเป็นประจำเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ชาวบ้านไม่ยอมไปใช้บริการที่สถานอนามัย

จุฑามาศ ศิริวงษ์พานิชย์ (2533) ศึกษาพบว่าความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขประการหนึ่งคือ ความทันสมัยของเครื่องมือแพทย์นั้นมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ

การศึกษาของตปนีย์ พรหมภัทร (2534) พบว่านอกเหนือจากการใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขแล้ว ผู้ใช้บริการจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ เนื่องจากผู้ใช้บริการคาดว่าโรงพยาบาลของรัฐมีอุปกรณ์ที่ทันสมัยกว่าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข

⁶⁹ ชลอศรี จันทรประชุม, "การใช้บริการด้านอนามัยของประชาชนที่สถานอนามัยในตำบลเชิงดอย อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่", (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2520).

จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการด้านต่าง ๆ ของสถานบริการอันได้แก่ การรับรู้ด้านความสามารถในการรักษา การดูแลเอาใจใส่ ความสะดวกในการบริการและประสิทธิภาพของยา เครื่องมือแพทย์ จะเห็นได้ว่าการจะไปใช้แหล่งบริการใด ๆ หรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าผู้ใช้บริการรับรู้อย่างไร เช่น ถ้ารับรู้ว่ามีหมอไม่เก่ง เจ้าหน้าที่ไม่ดูแลเอาใจใส่ ยาไม่มีคุณภาพ หรือยาขาดเป็นประจำไม่มียาจะจ่ายให้ ก็ย่อมจะเป็นเหตุทำให้ผู้ใช้บริการไม่ยอมไปใช้แหล่งบริการนั้น ๆ แต่ถ้าผู้ใช้บริการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ในทางที่ดีก็จะสามารถเป็นสิ่งชักจูงให้หันไปใช้บริการได้ และเนื่องจากครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงรูปแบบการไปใช้บริการด้านสาธารณสุขว่ามีผู้ใช้หรือไม่ใช้บริการอย่างไร ตลอดจนศึกษาสาเหตุของการไม่ไปใช้บริการ ซึ่งการวิเคราะห์จะมุ่งไปที่สถานีนามัยเป็นสำคัญ เพราะถือว่าสถานีนามัยเป็นสถานบริการระดับต้นที่ประชาชนควรจะไปใช้บริการเป็นลำดับแรก นอกจากนั้นก็จะจำแนกบริการด้านต่าง ๆ และจะศึกษาในแต่ละด้านไป ทั้งนี้เพื่อให้สามารถแสดงถึงคุณภาพของบริการแต่ละด้านได้อย่างชัดเจน รวมทั้งเพื่อประโยชน์ในความพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพบริการของสถานีนามัยได้อย่างถูกต้องอีกทางหนึ่งด้วย เพราะผลการศึกษานี้จะช่วยบอกให้ทราบว่า บริการด้านใดมีผลต่อการใช้บริการของผู้ใช้บริการมาก-น้อย กว่ากัน อย่างไรก็ตาม น่าจะเป็นที่คาดหมายได้ว่าการรับรู้ถึงคุณภาพของการบริการด้านต่าง ๆ ของสถานีนามัย น่าจะมีผลต่อการไปใช้หรือไม่ใช้บริการที่แตกต่างกันด้วย

ตัวอย่างผลการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการสาธารณสุข

เพศ : การใช้บริการสาธารณสุข

ตารางที่ 2.1 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศและสถานบริการ

| เพศ | ประเภทของสถานบริการที่ใช้ | | รวม |
|------|---------------------------|----------------|-------|
| | สถานีนามัย | รพช./รพท./รพศ. | |
| ชาย | 53.6 | 46.4 | 100.0 |
| หญิง | 54.6 | 45.5 | 100.0 |

ที่มา : สายสัมพันธ์ รับขวัญ, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการข้ามขั้นตอนการใช้บริการที่สถานีนามัย. 2529

ตารางที่ 2.2 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศและการใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข

| เพศ | การใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข | |
|------|-------------------------------------|--------------|
| | ใช้บริการ | ไม่ใช้บริการ |
| ชาย | 18.00 | 51.33 |
| หญิง | 82.00 | 48.67 |
| รวม | 100.0 | 100.0 |

ที่มา : ตปณีย์ พรหมภัทร, เขตบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร. 2534

อายุ : การใช้บริการสาธารณสุข

ตารางที่ 2.3 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและวิธีการรักษาพยาบาล

| อายุ (ปี) | วิธีการรักษาพยาบาล | | | | รวม |
|------------|--------------------|--------------|----------------|----------|-------|
| | รักษาเอง | บริการของรัฐ | บริการของเอกชน | แผนโบราณ | |
| 17-39 | 36.4 | 25.0 | 36.4 | 2.3 | 100.0 |
| 40-59 | 29.3 | 43.9 | 26.8 | 0.0 | 100.0 |
| มากกว่า 60 | 47.1 | 17.6 | 17.6 | 17.6 | 100.0 |

ที่มา : สายปัญญา รอดเฉย, วิเคราะห์การเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของประชาชนในระดับหมู่บ้าน. 2525

ตารางที่ 2.4 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและประเภทของสถานบริการ

| อายุ (ปี) | ประเภทของสถานบริการที่ใช้ | | รวม |
|------------|---------------------------|----------------|-------|
| | สถานีอนามัย | รพช./รพท./รพศ. | |
| 1-20 | 64.9 | 35.1 | 100.0 |
| 21-40 | 48.8 | 51.2 | 100.0 |
| 41-60 | 39.2 | 60.8 | 100.0 |
| มากกว่า 60 | 53.1 | 46.9 | 100.0 |

ที่มา : สายสัมพันธ์ รับขวัญ, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการข้ามขั้นตอนการใช้บริการสถานีอนามัย. 2529

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.5 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและการใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข

| อายุ | การใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข | |
|------------|-------------------------------------|-----------------|
| | ผู้ที่ใช้บริการ | ผู้ไม่ใช้บริการ |
| 16-20 | 17.33 | 15.33 |
| 21-30 | 34.00 | 50.33 |
| 31-40 | 21.33 | 20.33 |
| 41-50 | 14.33 | 6.67 |
| 51-60 | 9.67 | 6.33 |
| มากกว่า 60 | 3.33 | 1.00 |
| รวม | 100.00 | 100.00 |

ที่มา : ตปณีย์ พรหมภัทร, เขตบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร. 2534

ระดับการศึกษา : การใช้บริการสาธารณสุข

ตารางที่ 2.6 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษาและวิธีการรักษาพยาบาล

| ระดับการศึกษา | วิธีการรักษาพยาบาล | | | | รวม |
|---------------|--------------------|--------------|----------------|----------|-------|
| | รักษาเอง | บริการของรัฐ | บริการของเอกชน | แผนโบราณ | |
| ต่ำกว่า ป.4 | 35.7 | 21.4 | 21.4 | 21.4 | 100.0 |
| ป. 4 | 37.7 | 33.3 | 27.5 | 1.4 | 100.0 |
| สูงกว่า ป. 4 | 26.3 | 31.6 | 42.1 | 0.0 | 100.0 |

ที่มา : สายปัญญา รอดเลย, วิเคราะห์การเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของประชาชนในระดับหมู่บ้าน. 2525

ตารางที่ 2.7 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษาและการใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข

| ระดับการศึกษา | การใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข | |
|-------------------|-------------------------------------|-----------------|
| | ผู้ที่ใช้บริการ | ผู้ไม่ใช้บริการ |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 6.00 | 0.33 |
| ประถมศึกษา | 59.67 | 6.33 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 15.67 | 4.67 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 9.67 | 16.33 |
| อนุปริญญา | 3.67 | 12.67 |
| ปริญญาตรีขึ้นไป | 5.33 | 59.67 |
| รวม | 100.00 | 100.00 |

ที่มา : ตปณีย์ พรหมภัทร, เขตบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร. 2534

ฐานะเศรษฐกิจ : การใช้บริการสาธารณสุข

ตารางที่ 2.8 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้และวิธีการรักษาพยาบาล

| รายได้ (บาท/ปี) | วิธีการรักษาพยาบาล | | | | รวม |
|--------------------|--------------------|--------------|----------------|----------|-------|
| | รักษาเอง | บริการของรัฐ | บริการของเอกชน | แผนโบราณ | |
| ต่ำกว่า 10,000 | 75.0 | 0.0 | 12.5 | 12.5 | 100.0 |
| 10,000-50,000 | 34.9 | 34.9 | 27.0 | 3.2 | 100.0 |
| มากกว่า 50,000 | 25.8 | 32.3 | 38.7 | 3.2 | 100.0 |

ที่มา : สายปัญญา รอดเฉย, วิเคราะห์การเลือกใช่วิธีการรักษาพยาบาลของประชาชนในระดับหมู่บ้าน. 2525

ตารางที่ 2.9 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้และสถานบริการ

| รายได้ (บาท/ปี) | ประเภทของสถานบริการที่ใช้ | | รวม |
|--------------------|---------------------------|----------------|-------|
| | สถานีอนามัย | รพช./รพท./รพศ. | |
| ต่ำกว่า 10,000 | 60.0 | 40.0 | 100.0 |
| 10,001-30,000 | 54.3 | 45.7 | 100.0 |
| 30,001-50,000 | 52.8 | 47.2 | 100.0 |
| มากกว่า 50,001 | 52.8 | 47.2 | 100.0 |

ที่มา : สายสัมพันธ์ รัชชัญญ, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการข้ามขั้นตอนการที่ใช้บริการที่สถานีอนามัย. 2529

ตารางที่ 2.10 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ของผู้ใช้บริการและการใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข

| รายได้ของผู้ใช้บริการ (บาท/เดือน) | การให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| | ผู้ที่ใช้บริการ | ผู้ไม่ใช้บริการ |
| 0-1,500 | 64.67 | 46.33 |
| 1,501-3,000 | 17.00 | 2.67 |
| 3,001-5,000 | 17.00 | 24.67 |
| 5,001-10,000 | 1.67 | 20.67 |
| มากกว่า 10,000 | 0.33 | 5.67 |
| รวม | 100.00 | 100.00 |

ที่มา : ตปณีย์ พรหมภัทร, เขตบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร. 2534

ตารางที่ 2.11 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้หัวหน้าครอบครัวและการใช้บริการ
ของศูนย์บริการสาธารณสุข

| รายได้หัวหน้าครอบครัว (บาท/เดือน) | การใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| | ผู้ใช้บริการ | ผู้ไม่ใช้บริการ |
| 0-1,500 | 18.00 | 5.33 |
| 1,501-3,000 | 53.00 | 0.67 |
| 3,001-5,000 | 21.33 | 17.00 |
| 5,001-10,000 | 6.67 | 49.67 |
| มากกว่า 10,000 | 1.00 | 27.37 |
| รวม | 100.00 | 100.00 |

ที่มา : ตปณีย์ พรหมภักดิ์, เขตบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร. 2534

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย : การใช้บริการสาธารณสุข

ตารางที่ 2.12 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
และวิธีการรักษาพยาบาล

| ความรุนแรง ของการป่วย | วิธีการรักษาพยาบาล | | | | รวม |
|--------------------------|--------------------|--------------|----------------|----------|-------|
| | รักษาเอง | บริการของรัฐ | บริการของเอกชน | แผนโบราณ | |
| เล็กน้อย | 45.0 | 21.7 | 31.7 | 1.7 | 100.0 |
| เรื้อรัง | 14.3 | 50.0 | 28.6 | 7.1 | 100.0 |
| รุนแรง | 35.7 | 35.7 | 21.4 | 7.1 | 100.0 |

ที่มา : สายปัญญา รอดเดย, วิเคราะห์การเลือกใช่วิธีการรักษาพยาบาลของประชาชนในระดับหมู่บ้าน. 2525

ตารางที่ 2.13 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
และสถานบริการ

| ความรุนแรงของการป่วย | ประเภทสถานบริการที่ใช้ | |
|----------------------|------------------------|----------------|
| | สถานีอนามัย | รพช./รพท./รพศ. |
| รุนแรง | 37.6 | 60.3 |
| ไม่รุนแรง | 62.4 | 39.7 |
| รวม | 100.0 | 100.0 |

ที่มา : สายสัมพันธ์ รัชชวัญ, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการข้ามขั้นตอนการใช้บริการที่สถานีอนามัย. 2529

ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ : การให้บริการสาธารณสุข

ตารางที่ 2.14 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะทางการเดินทางและวิธีการรักษาพยาบาล

| ระยะทาง (กม.) | วิธีการรักษาพยาบาล | | | | รวม |
|------------------|--------------------|--------------|----------------|----------|-------|
| | รักษาเอง | บริการของรัฐ | บริการของเอกชน | แผนโบราณ | |
| น้อยกว่า 3 | 30.4 | 45.7 | 23.9 | 0.0 | 100.0 |
| 3-5 | 33.3 | 21.6 | 37.3 | 7.8 | 100.0 |
| 6-8 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 |

ที่มา : สายปัญญา รอดเดย, วิเคราะห์การเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของประชาชนในระดับหมู่บ้าน. 2525

ตารางที่ 2.15 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะการเดินทางและสถานบริการ

| ระยะทาง (กม.) | ประเภทของสถานบริการที่ใช้ | | รวม |
|------------------|---------------------------|----------------|-------|
| | สถานีอนามัย | รพช./รพท./รพศ. | |
| น้อยกว่า 1 | 72.2 | 27.8 | 100.0 |
| 1-2 | 60.0 | 40.0 | 100.0 |
| 3 | 47.0 | 53.0 | 100.0 |

ที่มา : สายสัมพันธ์ รับขวัญ, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการข้ามขั้นตอนการใช้บริการสถานีอนามัย. 2529

ตารางที่ 2.16 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะการเดินทางและประเภทของสถานบริการ

| ระยะทาง (ก.ม.) | ประเภทของสถานบริการ | | |
|-------------------|---------------------|-----------|-----------|
| | สถานีอนามัย | ร้านขายยา | โรงพยาบาล |
| 0-3 | 55.6 | 38.8 | 11.9 |
| 3-6 | 36.0 | 32.0 | 13.1 |
| 6-10 | 8.4 | 26.1 | 20.1 |
| 10-15 | - | 3.2 | 24.6 |
| 15-20 | - | - | 16.9 |
| 20 | - | - | 13.5 |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

ที่มา : รุ่งศักดิ์ สาธุธรรม, การศึกษาเพื่อประกอบการวางแผนศูนย์ชนบท กรณีศึกษา อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น. 2532.

ความสามารถในการรักษา/ประสิทธิภาพของยาและเครื่องมือแพทย์/การดูแล
เอาใจใส่และความสะดวกในการบริการ : การใช้บริการสาธารณสุข

ตารางที่ 2.17 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของ
เจ้าหน้าที่ในการรักษาและประเภทสถานบริการ

| ความสามารถ ของเจ้าหน้าที่ | ประเภทของสถานบริการที่ใช้ | | รวม |
|------------------------------|---------------------------|----------------|-------|
| | สถานีอนามัย | รพช./รพท./รพศ. | |
| รับรู้ว่ารักษาไม่เก่ง | 50.4 | 49.6 | 100.0 |
| รับรู้ว่ารักษาเก่ง | 70.5 | 29.5 | 100.0 |

ที่มา : สายสัมพันธ์ รับขวัญ, ปิจจัยที่มีอิทธิพลต่อการข้ามขั้นตอนการใช้บริการที่สถานีอนามัย. 2529

ตารางที่ 2.18 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลของการเลือกใช้สถานบริการ
สาธารณสุขและการใช้บริการ

| เหตุผลการใช้สถานบริการ | การใช้บริการ | | รวม |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------|
| | ใช้บริการ | ไม่ใช้บริการ | |
| ความทันสมัยของเครื่องมือแพทย์ | 79.00 | 21.00 | 100.00 |
| ความเชื่อมั่นในแพทย์ | 59.00 | 41.00 | 100.00 |
| ขนาดของสถานบริการ | 39.75 | 60.25 | 100.0 |

ที่มา : จุฬามาศ ศิริวงศ์พาณิชย์, ลำดับศึภย์และเขตบริการของสถานบริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมือง
นครราชสีมา. 2533

ตารางที่ 2.19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้บริการจากศูนย์บริการสาธารณสุข
จำแนกตามสาเหตุของการไม่มาใช้บริการจากศูนย์ฯ

| สาเหตุ | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ประเภทของการบริการมีน้อย | 10 | 3.33 |
| เคยไปรับการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น | 19 | 9.33 |
| ไม่เชื่อถือคุณภาพของยา | 39 | 13.00 |
| แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อธยาตย์ไม่ดี | 70 | 23.33 |
| เวลาที่เปิดบริการไม่สะดวก | 79 | 26.33 |
| ไม่เชื่อถือความชำนาญของแพทย์ | 87 | 29.00 |
| สถานพยาบาลแห่งอื่นอยู่ใกล้ | 102 | 34.00 |
| ไม่ทราบว่าจะไปใช้บริการอย่างไร | 127 | 42.33 |
| ไม่รู้จัก คบส. | 170 | 56.15 |

ที่มา : ตปนิย์ พรหมภัทร, เขตบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร. 2534

จากการศึกษาและงานวิจัยในเรื่องของปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการ
สาธารณสุขที่ได้กล่าวมาข้างต้น ได้มีผู้ทำการศึกษาลำดับความสำคัญของปัจจัยแต่ละ
ปัจจัย ซึ่งผลการศึกษามีดังนี้ คือ

ตารางที่ 2.20 เปรียบเทียบการศึกษาลำดับความสำคัญของปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้
แหล่งบริการสาธารณสุข

| ลำดับ ความสำคัญ | ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการสาธารณสุข | |
|--------------------|---|---|
| | สายปัญญา รอดเฉย (2525) ¹ | สายสัมพันธ์ รับขวัญ (2529) ² |
| 1. | - ระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการ | - ความสามารถของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย |
| 2. | - อายุของผู้ใช้บริการ | - อายุของผู้ใช้บริการ |
| 3. | - ระดับการศึกษาของผู้ใช้บริการ | - ความรุนแรงของการเจ็บป่วย |
| 4. | - ลักษณะความรุนแรงของโรค | - ระยะทางจากบ้านถึงสถานอนามัย |
| 5. | - | - รายได้ของครอบครัว |

ที่มา : 1. สายปัญญา รอดเฉย, วิเคราะห์การเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของประชาชนในระดับหมู่บ้าน.
2525

2. สายสัมพันธ์ รับขวัญ, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับบริการที่สถานอนามัย. 2529

สภาพและปัญหาด้านบริการสาธารณสุข

กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2535) ได้กล่าวสรุปถึงสภาพ
และปัญหาสาธารณสุขด้านการบริการสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7
พ.ศ. 2535-2539 ดังนี้คือ

1. พฤติกรรมการใช้บริการรักษาพยาบาลของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย

ในช่วงแผนฯ 5 และ 6 ที่ผ่านมารัฐได้พยายามขยายสถานบริการระดับ
ต่างๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลและสถานอนามัยให้ครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ดังจะ
เห็นได้จากการที่ประชาชนใช้บริการด้านรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐเพิ่มขึ้น และ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการซื้อยากินเองลดน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด ตามตาราง 2.21

ตารางที่ 2.21 แสดงร้อยละของประชาชนที่ใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย
ระหว่างปี พ.ศ. 2513-2528

| แหล่งรับบริการเมื่อเจ็บป่วย | การใช้บริการตามปี พ.ศ. (ร้อยละ) | | |
|-----------------------------|---------------------------------|------|------|
| | 2513 | 2522 | 2528 |
| ไม่รักษา | 2.7 | 4.2 | - |
| รักษาแบบพื้นบ้าน | 7.7 | 6.3 | 2.4 |
| ซื้อยากินเอง | 51.4 | 42.3 | 28.6 |
| สถานีนามัย | 4.4 | 16.8 | 14.7 |
| โรงพยาบาลของรัฐ | 11.1 | 10.0 | 32.5 |
| โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน | 22.7 | 20.4 | 21.8 |

ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม การรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน รวมทั้งการซื้อยากินเองยังมีบทบาทอย่างมากอยู่ในประชาชนโดยทั่วไป ซึ่งพฤติกรรมการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยดังกล่าวนี้ควรจะได้รับการแก้ไขและพัฒนา เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ สามารถรักษาตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

2. คุณภาพของการบริการรักษาพยาบาล

เมื่อพิจารณาจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างจำนวนผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและสถานีนามัยในปีพ.ศ. 2520-2532 จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปลดลงจาก 46.43% เป็น 28% ที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 24.17% เป็น 33% และสถานีนามัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 29.40% เป็น 38% ตามตารางที่ 2.22

ตารางที่ 2.22 แสดงโครงสร้างจำนวนผู้ป่วยนอกของสถานบริการระดับต่างๆ
ของภาครัฐในส่วนภูมิภาค

| สถานบริการของรัฐในส่วนภูมิภาค | จำนวนผู้ป่วยนอกตามปี พ.ศ. (%) | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------|-------|------|
| | 2520 | 2524 | 2529 | 2532 |
| รพศ./รพท. | 46.43 | 33.04 | 30.30 | 28 |
| รพช. | 24.17 | 26.40 | 37.86 | 33 |
| สอ. | 29.40 | 40.56 | 35.84 | 38 |

ที่มา : กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

จากแนวโน้มโครงสร้างของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ อาจจะกล่าวได้ว่า มีแนวโน้มที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากสาเหตุของแนวโน้มที่ดีขึ้นนี้อาจจะเนื่องจากจำนวนสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมากในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งปัญหาการข้ามขั้นตอนการรักษาพยาบาล จากที่ควรจะไปรับบริการบริการยังสถานบริการรักษาพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดเป็นลำดับแรก เช่น สถานอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน แต่กลับข้ามขั้นตอนไปรักษายังโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ก็ยังมีปรากฏอยู่เนื่อง ๆ

สาเหตุเนื่องจากคุณภาพการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัย รวมทั้งโรงพยาบาลชุมชนยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่ามาตรฐาน การให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไปยังไม่สามารถสร้างศรัทธาและความเชื่อถือ ทำให้ทรัพยากรต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ถูกใช้ไปอย่างเหมาะสมเท่าที่ควร ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพของสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนให้มีศักยภาพในการรักษาพยาบาลที่จำเป็นได้อย่างครบถ้วน ตลอดจนพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถให้การสนับสนุนสถานอนามัยได้เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพิงและลดปัญหาการข้ามขั้นตอนมาที่โรงพยาบาลใหญ่ในเมือง ซึ่งเป็นสิ่งที่จะต้องพัฒนาให้มากขึ้นต่อไป

3. ระบบส่งต่อผู้ป่วยและการประสานงานภาครัฐ ภาคเอกชน

ในปัจจุบันระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการรักษาพยาบาลของรัฐด้วยกันเองหรือระหว่างสถานบริการรักษาพยาบาลของรัฐและเอกชนยังขาดการประสานงานที่ดี และเป็นระบบผู้ป่วยที่จำเป็นจะต้องถูกส่งเข้าไปรับการรักษาพยาบาลเฉพาะทางในระดับที่สูงกว่า ยังไม่อาจมีหลักประกันได้ว่าจะได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

นอกจากนั้น สถานบริการภาคเอกชนอันเป็นส่วนเสริมบริการสาธารณสุขของรัฐยังขาดการประสานงานจากรัฐเท่าที่ควร ทั้ง ๆ ที่สถานบริการภาคเอกชนเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มที่จะขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 โดยเฉพาะในเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร เกิดการแข่งขันในเชิงธุรกิจ ทำให้สถานบริการภาคเอกชนซื้อเครื่องมือในการตรวจและรักษาที่ใช้เทคโนโลยีสูงและราคาแพง แพทย์สั่งใช้เทคโนโลยีราคาแพงโดยขาดข้อบ่งชี้ในการใช้ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรับบริการของผู้ป่วยสูงเกินความจำเป็น และทำให้ค่าใช้จ่ายสาธารณสุขของประเทศสูงยิ่งขึ้นทุกที การขยายตัวของสถานบริการภาคเอกชนดังกล่าว นอกจากจะสนองความต้องการของกลุ่มประชาชนที่มีฐานะการเงินและสังคมที่ดีแล้ว การเกิดระบบประกันสังคม ประกันสุขภาพแก่

กลุ่มคนบางประเภทอาจทำให้ประชาชนมีความคาดหวังบริการสาธารณสุขจากภาครัฐที่มีคุณภาพมากขึ้นและต้องการความสะดวกสบายในการใช้บริการมากขึ้นด้วย

4. การครอบคลุมประชากรในด้านการให้บริการ

แม้ว่าประชาชนที่ยากไร้บางกลุ่มจะได้รับบริการสาธารณสุขแล้ว ประชาชนบางกลุ่มก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่จะได้รับการดูแลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มประชาชนผู้ด้อยโอกาส ได้แก่ กลุ่มเร่ร่อน กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการทุพพลภาพ และเกษตรกรที่ยากไร้และอยู่ห่างไกล⁷⁰

ตาราง 2.23 โครงการที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนในประเทศไทย และจำนวนประชากรที่ครอบคลุม

| โครงการ | ประชากรเป้าหมาย | จำนวนประชากร (จำนวนคน) |
|---|---|------------------------|
| 1. โครงการบัตรสุขภาพ | ประชากรในเขตชนบทและเขตเมืองบางส่วน | 2.1 |
| 2. โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย | ผู้มีเศรษฐกิจฐานต่ำ | 8.5 |
| 3. กองทุนเงินทดแทนและการเจ็บป่วย | ผู้ใช้แรงงาน | 1.6 |
| 4. พระราชบัญญัติประกันสังคม | ผู้ใช้แรงงาน | |
| 5. สวัสดิการข้าราชการและลูกจ้าง | ข้าราชการและลูกจ้างรวมครอบครัว | 7 (2530) |
| 6. สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ | พนักงานรัฐวิสาหกิจรวมครอบครัว | 1 (2530) |
| 7. การประกันสุขภาพส่วนบุคคล รายบุคคล หรือประกันหมู่ | ผู้ใช้แรงงานในภาคธุรกิจ ผู้ประกอบอาชีพอิสระ | 0.2 (2530) |
| 8. ผู้สูงอายุ | | 3.3 |
| 9. เด็กนักเรียนในสังกัดสำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติ | | 6.7 |
| 10. ผู้ได้รับสวัสดิการอื่น ๆ | | 1.0 |
| รวมผู้ที่อยู่ในข่ายครอบคลุม | | 31.4 (56%) |

ที่มา : ปรากฏกร วุฒิพงศ์, เทียนฉาย กิระนันท์และคณะ, กรมแรงงาน

อ้างอิงในกองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2535:66

⁷⁰ กองวางแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, สภาพและปัญหาสาธารณสุข นโยบายและกลวิธีการพัฒนาในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539, (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535), หน้า 62-95.

เมื่อพิจารณาเฉพาะสถานบริการสาธารณสุขในระดับของสถานอนามัย ซึ่งมีงานวิจัยหลายชิ้นได้กล่าวถึงปัญหาที่สำคัญของสถานอนามัย ดังนี้คือ จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2513 ซึ่งสุ่มตัวอย่างประชากรทั้งหมด 23,789 คนทั่วประเทศ สอบถามถึงการเลือกใช้แหล่งรักษาพยาบาลปรากฏว่า ประชาชนไปใช้บริการที่สถานอนามัยน้อยกว่าที่โรงพยาบาลโดยไปที่สถานอนามัยร้อยละประมาณ 4.4 และไปโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 10.5⁷¹ ต่อมา Frederick A. day and Boonlert Leoprapai ทำการศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขไทยเมื่อปี พ.ศ. 2520 ได้ให้ข้อสังเกตว่า สถานอนามัยของชาวชนบทไทยไม่ได้ทำงานกันอย่างเต็มที่ การทำงานของพวกบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือพวกผดุงครรภ์เป็นการทำงานกันอย่างสบายๆ สถานที่ทำงานกว้างขวางพอสมควร แต่มีคนไข้มาหาไม่กี่คน โดยผลการศึกษาพบว่าแม้จะเป็นการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่ควรจะไปรักษาที่สถานอนามัย คนไข้ก็ไม่ได้ไปใช้บริการ แต่กลับข้ามขั้นไปที่โรงพยาบาลมากกว่า ตลอดจนการรักษาของกองอนามัยครอบครัวเมื่อปี พ.ศ. 2522 เกี่ยวกับการปฏิบัติด้านอนามัยในลักษณะการรักษาพยาบาลก็พบว่าประชาชนนิยมไปรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่าสถานอนามัยถึงเท่าตัว⁷² ในปี พ.ศ. 2524 จากการประชุมปฏิบัติการ การวิจัยสาธารณสุขโดยนายแพทย์เกรสิทธ์ ดันติศิริพันธ์และคณะ รายงานว่า ประมาณร้อยละ 85-90 ของการเจ็บป่วยของชาวบ้านเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สลับซับซ้อนรุนแรงนัก และนายแพทย์กวี ชัยศิริ ได้รวบรวมข้อมูลสถิติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยก็พบว่า ประมาณร้อยละ 70 จะเป็นการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถรักษาได้ในระดับหมู่บ้านซึ่งหมายถึงสถานอนามัย แต่จะพบได้โดยทั่วไปว่า ประชาชนส่วนใหญ่มักจะไม่ค่อยนิยมไปใช้บริการที่สถานอนามัย โดยมักจะข้ามไปใช้บริการที่โรงพยาบาลมากกว่า พฤติกรรมการใช้บริการดังกล่าวจึงนับเป็นการใช้สถานบริการที่ไม่เหมาะสมกับลักษณะหรือระดับของการเจ็บป่วยดังที่เรียกว่าเกิดปัญหาการใช้บริการน้อยเกินไปที่สถานอนามัย (Under-Utilization) แต่ไปใช้บริการเกินความจำเป็นที่โรงพยาบาล (Over-Utilization)⁷³

สายสัมพันธ์ รับขวัญ ได้ศึกษาแบบแผนพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2529 พบว่าโดยทั่วไปแล้วการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มักจะเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเล็กๆ น้อยๆ เมื่อผู้ป่วยไปใช้บริการเพียงขั้นตอนเดียวก็สามารถหายจากการเจ็บป่วยได้

⁷¹ Ministry of Public Health, Report on the result of survey of the Utilization of health manpower and expenses incurred in medical treatment of the people, (Thailand, 1970).

⁷² Somsak Vorakamin and Debhanom Muangman, Health Problems in Thailand (1979).

⁷³ กระทรวงสาธารณสุข, "การประชุมปฏิบัติการ การวิจัยสาธารณสุข", รายงาน ณ ห้องประชุมจงจินต์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 7-9 กันยายน 2524.

ข้อมูลของโรงพยาบาลพรหมพิราม พิษณุโลก ปี พ.ศ. 2533 พบว่า 58% ของผู้ป่วยนอกมาจากตำบลอื่นที่มีสถานีนอนามัยตั้งอยู่ในจำนวนนี้เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยส่งมา 8% อีก 50% เป็นผู้ป่วยที่มาจากเองโดย 60-70% เจ็บป่วยด้วยโรคที่เจ้าหน้าที่นอนามัยควรให้การรักษาได้⁷⁴

เมื่อพิจารณาถึงเกณฑ์มาตรฐานด้านสาธารณสุขในการจัดตั้งโรงพยาบาล สถานีนอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์ ที่มีรายละเอียดดังนี้ คือ

| รายการ | หลักเกณฑ์ |
|-----------------------------------|---|
| โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป | 1. ตั้งอยู่ในจังหวัดขนาดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของจังหวัดต่าง ๆ ในเขตนั้น ๆ 1. ตั้งอยู่ในที่ตั้งตัวจังหวัดและเมืองใหญ่ ๆ |
| โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง | 2. ขนาดและจำนวนเตียงแตกต่างกันตามความหนาแน่นและจำนวนประชากร 1. ตั้งอยู่ในอำเภอที่มีประชากรไม่น้อยกว่า 100,000 คน 2. ตั้งอยู่ในตำบลที่เป็นที่ว่าการอำเภอที่ไกลจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ประมาณ 40 กม. หรือใช้เวลาเดินทางเกินกว่า 2 ชั่วโมง |
| โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง | 1. ตั้งอยู่ในอำเภอที่มีประชากรไม่น้อยกว่า 50,000 คน หรือมีประชากรมารับบริการได้สะดวกไม่ต่ำกว่า 50,000 คน 2. ตั้งในตำบลที่เป็นที่ตั้งของที่ว่าการอำเภอที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้ว 40 กม. หรือเป็นระยะทางที่ต้องใช้เวลาในการเดินทางโดยรถยนต์ เรือยนต์เกินกว่า 2 ชั่วโมง |
| โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง | 3. มีจำนวนประชากรในชุมชนที่ตั้งโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 10,000 คน 1. ตั้งอยู่ในอำเภอหรือกิ่งอำเภอที่มีประชากรไม่น้อยกว่า 30,000 คน 2. ตั้งอยู่ในตำบลที่เป็นที่ตั้งที่ว่าการอำเภอหรือกิ่งอำเภอหรือตำบลอื่นที่เหมาะสมกว่า เช่น เป็นชุมทางสามารถติดต่อกับตำบลต่าง ๆ ของอำเภอหรือกิ่งอำเภอได้สะดวก 3. ต้องไม่อยู่ใกล้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ เกินไป ระยะทางต้องห่างกันประมาณ 20 กม. ในกรณีที่เส้นทางคมนาคมดี และ 10 กม. ถ้าการคมนาคมไม่ดี 4. มีประชากรในเขตพื้นที่บริการโดยรอบโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 10,000 คน |
| สถานีนอนามัย | 1. ตั้งอยู่ในระดับตำบลและระดับอำเภอที่ยังไม่มีโรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่ 2. สถานีนอนามัยครอบคลุมประชากรประมาณ 5,000 คน 3. ตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนของตำบลและที่ตั้งควรเป็นศูนย์กลางของตำบล ประชาชนในตำบลไปใช้บริการได้สะดวก และอยู่ห่างจากสถานีนอนามัยอื่น ๆ 8-15 กม. |
| สำนักงานผดุงครรภ์ | 1. ตั้งอยู่ในกลุ่มของหมู่บ้าน มีประชากรไม่น้อยกว่า 2,000 คน 2. ตั้งอยู่ห่างจากสำนักงานผดุงครรภ์หรือสถานีนอนามัยอื่น ๆ อย่างน้อย 4 กม. |

ที่มา : การบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

⁷⁴ อ่ำพล จินดาวัฒน์, บางมุมมองเพื่อ ทสอ. (2536), หน้า 70.

จากเกณฑ์ดังกล่าว เป็นผลให้มีการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัยกระจายไปในพื้นที่ต่าง ๆ ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอและตำบลทั่วประเทศ นอกจากนี้ในเวลาต่อมายังได้มีการปรับปรุงระบบการให้บริการสาธารณสุขในสถานบริการระดับต่าง ๆ

แต่จากการศึกษาของนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ (2536) พบว่า ผลจากการพัฒนาโรงพยาบาลอำเภอเมื่อปลายแผนฯ 3 ตลอดจนแผนฯ 6 ที่มีการก่อสร้างโรงพยาบาลชุมชนกระจายทั่วประเทศเกือบครบทุกอำเภอและกิ่งอำเภอ ทำให้ภาพรวมของผู้รับบริการในสถานบริการแต่ละระดับเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือในปี พ.ศ. 2520 มีจำนวนผู้ป่วยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดมากที่สุด (ซึ่งในขณะนั้นโรงพยาบาลอำเภอและสถานอนามัยยังมีน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของปัจจุบัน) ปี พ.ศ. 2528 เมื่อโรงพยาบาลอำเภอเพิ่มขึ้น (สถานอนามัยเพิ่มขึ้นด้วย แต่ยังไม่มีการพัฒนาที่ชัดเจน) ผู้ป่วยนอกได้ไปรับบริการที่โรงพยาบาลอำเภอเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ขณะที่ผู้ป่วยนอกที่สถานอนามัยเพิ่มขึ้นแต่ไม่มากเท่าที่ควร จนกระทั่งปี 2532 ผู้ป่วยนอกที่สถานอนามัยจึงค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นประวัติศาสตร์การพัฒนาที่เรียกได้ว่าสำเร็จในระดับหนึ่ง⁷⁵

อย่างไรก็ตาม ผลจากการพัฒนาโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอที่ผ่านมา ทำให้ประเด็นสำคัญ ๆ เกิดขึ้นหลายอย่างที่ไม่ควรมองข้ามได้แก่

1. การพัฒนาและการสร้างโรงพยาบาลเพิ่มมากมายทั่วประเทศตอกย้ำทำให้ค่านิยมของประชาชนยึดและพึ่งพิงโรงพยาบาลมีมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งค่านิยมเช่นนี้เป็นแรงต้านการพัฒนาสถานอนามัยอย่างหนึ่ง

2. ประชาชนและคนในระบบสาธารณสุข ต่างมองว่าสถานอนามัยเป็นสถานบริการต่ำกว่าโรงพยาบาล (Second best) ไม่ได้มองว่าเป็นสถานบริการที่ทำงานในระดับต้น ซึ่งเสริมกับงานของโรงพยาบาลที่อยู่ในระบบสาธารณสุขเดียวกัน ชาวบ้านมองว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้ น้อย ยาน้อย เครื่องมือน้อย พึ่งพาได้น้อย ยิ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้สถานอนามัยทำงานเน้นด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมมากกว่ารักษาพยาบาล (75 : 25) งานรักษาพยาบาลของสถานอนามัยจึงดูออกจะต่ำต้อย จนไม่สามารถสนองความต้องการของชาวบ้านได้เท่าที่ควร

3. แม้ระบบจะกำหนดไว้ชัดเจนว่า ให้สถานอนามัยจัดบริการระดับต้น (Primary Care) โรงพยาบาลอำเภอจัดบริการอันดับสอง (Secondary care) และโรงพยาบาลจังหวัด

⁷⁵ อำพล จินดาวัฒนะ, เรื่องเดียวกัน, หน้า 20-25.

จัดบริการระดับสาม (Tertiary care) โดยใช้ระบบส่งต่อเพื่อเชื่อมโยง 3 ระดับเข้าด้วยกัน แต่การปฏิบัติจริง โรงพยาบาลทุกระดับยังคงให้บริการระดับต้นแข่งกับสถานีนามัย (ถ้าพูดในเชิงเศรษฐศาสตร์เรียกว่า เป็นการแย่งส่วนแบ่งการตลาด) ภาพของคนไข้ในเขตรับผิดชอบของสถานีนามัยซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายๆ ข้ามสถานีนามัยไปรักษาที่โรงพยาบาลจึงยังมีอยู่มากทุกวันจนถูกยอมรับว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา จากทั้งคนในระบบเองและประชาชนทั่วไป

4. เมื่อคนไข้ข้ามสถานีนามัยไปโรงพยาบาลมาก งานโรงพยาบาลก็ล้นมือ ผลการวิจัยเมื่อปี 2531 ของ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ พบว่า คนในเขตรับผิดชอบของสถานีนามัยคลอดลูกที่สถานีนามัยเพียง 9% ซึ่งส่วนใหญ่มักจะข้ามไปคลอดที่โรงพยาบาลคลอดที่บ้านนิดหน่อย ดังนั้น โรงพยาบาลก็ต้องพยายามแสวงหาทั้งคน เงินและของไปพัฒนา และขยายงานมากขึ้นเรื่อยๆ (ปี 2530 โรงพยาบาลจังหวัดกับโรงพยาบาลอำเภอได้งบบริการปกติ 83% ในขณะที่สถานีนามัยได้ส่วนแบ่งเพียง 15% ซึ่งส่วนแบ่งนี้ลดลงทุกปีจนเหลือส่วนแบ่งแค่ 13% ในปี 2533)

ยิ่งพัฒนามาก ขยายงานมาก โรงพยาบาลก็จะดึงคนไข้ให้ข้ามสถานีนามัยมาก ทำให้เวลาและศักยภาพที่โรงพยาบาลจะลงไปช่วยพัฒนาสถานีนามัยก็จะน้อยลงไปเรื่อยๆ วงจรเช่นนี้เมื่อเกิดขึ้นแล้ว ยิ่งทำให้สถานีนามัยตกต่ำลงทุกวัน

อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ละเลยการพัฒนาสถานีนามัยเสียทีเดียว ในช่วงเวลาที่เร่งสร้างโรงพยาบาลอำเภอมีการสร้างสถานีนามัยเพิ่ม โดยมีเป้าหมายสร้างให้ครบทุกตำบล ในปี 2525 มีการยกฐานะสำนักงานผดุงครรภ์ในระดับหมู่บ้านประมาณ 1,400 แห่งขึ้นเป็นสถานีนามัยทั้งหมด มีการเพิ่มอัตราค่าล้างและสนับสนุนด้านอื่นๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป ความเหลื่อมล้ำในแง่การกระจายสถานีนามัยตามภาคต่างๆ ดีขึ้นในภาพรวมดังจะเห็นได้จากตารางต่อไปนี้

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.24 แสดงจำนวนสถานอนามัยและค่าเฉลี่ยประชากรในเขตรับผิดชอบต่อสถานอนามัย
จำแนกเป็นรายภาค ปี พ.ศ. 2522, 2527, 2532

| ภาค | จำนวน สอ. (แห่ง) | | | สอ. 1 แห่งรับผิดชอบประชากรเฉลี่ย (คน) | | |
|---------------|------------------|-------|-------|---------------------------------------|-------|-------|
| | 2522 | 2527 | 2532 | 2522 | 2527 | 2532 |
| กลาง | 1,219 | 2,006 | 2,182 | 7,781 | 5,157 | 4,886 |
| อีสาน | 1,277 | 2,311 | 2,527 | 12,747 | 7,769 | 7,270 |
| เหนือ | 914 | 1,521 | 1,694 | 10,748 | 6,946 | 5,706 |
| ใต้ | 688 | 1,205 | 1,272 | 8,230 | 5,112 | 4,617 |
| รวมทั้งประเทศ | 4,088 | 7,043 | 7,675 | 10,064 | 6,393 | 5,807 |

ที่มา : อ่าพล จินดาวัฒน์, บางมุมมองเพื่อ ทสอ. 2536 : 23

แม้ว่าระบบโครงสร้างพื้นฐานบริการสาธารณสุขในปัจจุบันได้มีโรงพยาบาล
จังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ และสถานอนามัยกระจายครอบคลุมทั่วประเทศ ซึ่งนับเป็นจุด
เด่นมากจุดหนึ่งของบ้านเรา แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีจุดด้อยบางประการที่ควรคำนึงถึงคือ

1. การกระจายสถานอนามัยยังไม่เท่าเทียมกันในแต่ละภาคของประเทศ
(ดังตารางที่ 2.24) อย่างไรก็ดี จุดนี้กำลังได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นเรื่อยๆ แต่สิ่งสำคัญ
ที่ควรระวังคือ ไม่ควรก่อสร้างสถานอนามัยให้มากเกินไปคือ ไม่ควรให้รับผิดชอบ
ประชากรน้อยกว่า 3,000-5,000 คน เพราะถ้ามีสถานอนามัยมากเกินไป แต่ละแห่งรับมิด
ชอบประชากรน้อยมากจะเกิดปัญหาว่า เจ้าหน้าที่ไม่สามารถคงขีดความสามารถทางวิชาการ
(Technical competency) เอาไว้ได้ เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยมีน้อยกว่าจำนวนต่ำสุด (critical
mass) เพราะเจ้าหน้าที่ไม่ค่อยได้ใช้วิชาการในเรื่องนั้น ๆ จนลืมนและไม่สามารทำงานนั้นได้
ในที่สุด

อีกประการหนึ่งคือ การเพิ่มสถานบริการเป็นการทำให้ประชาชนเข้าถึงในทาง
ภูมิศาสตร์ได้ง่ายขึ้นเท่านั้น แต่การพัฒนาบริการวิธีอื่นยังมีอีกมาก เช่น การเพิ่มศรัทธาต่อ
สถานบริการที่มีอยู่แล้วด้วยการพัฒนาคุณภาพบริการและการพัฒนาเงื่อนไขอื่น ๆ ให้
ประชาชนเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของบริการ

2. การแบ่งเขตรับผิดชอบให้กับสถานอนามัย/โรงพยาบาลอำเภอ โดยใช้เขต
การปกครองไม่สอดคล้องกับสภาพทางภูมิศาสตร์และการคมนาคม ทำให้ประชาชนเข้าถึง
บริการของสถานบริการที่กำหนดได้ยาก ระบบการดูแลสุขภาพรายครอบครัว ระบบข้อมูล
ข่าวสารที่ใช้เพื่อการบริการประสบปัญหา เช่น สอ.ก รับมิดชอบ 10 หมู่บ้าน แต่มี 4
หมู่บ้านอยู่ใกล้กับ สอ.ข มากกว่า ประชาชนจึงสะดวกที่จะไปใช้บริการที่ สอ.ข ซึ่งตั้งอยู่ใน

เขตตำบลข้างเคียง ขณะที่ สอ.ก ยังต้องรับผิดชอบประชากรในเขต 4 หมู่บ้านนั้นอยู่โดยไม่สามารถคล้อยกับความเป็นจริง

นอกจากนี้ สถานื่อนามัยในบางพื้นที่/บางจังหวัดมีเขตรับผิดชอบน้อยเกินไป ซึ่งเป็นเพราะการใช้หลักเกณฑ์จัดตั้งสถานื่อนามัยตามตำบลซึ่งเป็นเขตการปกครอง บางตำบลมีประชากรน้อย แต่ตั้งขึ้นด้วยเหตุผลทางการเมืองและบางสถานื่อนามัยยกฐานะมาจากสำนักงานผดุงครรภ์ในระดับหมู่บ้านเดิม เป็นผลให้บางสถานื่อนามัยรับผิดชอบประชากรไม่ถึง 1,000 คน บางจังหวัดรับผิดชอบประชากรเฉลี่ยแค่ 2,000 คน ซึ่งนอกจากเจ้าหน้าที่จะไม่สามารถคงขีดความสามารถทางวิชาการได้แล้ว อาจจะไม่คุ้มค่าในทางเศรษฐศาสตร์อีกด้วย⁷⁶

นายแพทย์วินันท์ ศิริกนกวิไล และคณะโครงการวิจัยอยุธยา (2537) ได้ศึกษาวิจัยระบบสาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า การที่กระทรวงสาธารณสุขใช้นโยบายในการก่อสร้างสถานื่อนามัยในลักษณะ สถานื่อนามัย 1 แห่งต่อ 1 ตำบล ดังนั้น ทุกตำบลจะมีสถานื่อนามัยอย่างน้อย 1 แห่ง ทำให้ประชากรรับผิดชอบแตกต่างกันไป ตั้งแต่ 500 คนถึง 3,000 คน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาในเขตอำเภอนครหลวงจะมีประชากรรับผิดชอบตามทะเบียนราษฎรสถานื่อนามัย 1 แห่งต่อประชากร 2,300 คน และในเขตอำเภอพระนครศรีอยุธยาเฉลี่ยสถานื่อนามัย 1 แห่งต่อประชากร 3,385 คน ลักษณะเช่นนี้ก่อให้เกิดปัญหาตามมา 2 ประการ คือ

1. สถานื่อนามัยที่มีประชากรรับผิดชอบน้อยเกินไป คือ มีประชากรรับผิดชอบน้อยกว่า Critical Mass ก็จะมีปัญหาเรื่องความชำนาญ ทักษะในการให้บริการ เพราะไม่ได้มีการฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ เช่น การฝากครรภ์ ถ้าปีหนึ่ง ๆ มีการรับฝากครรภ์ไม่ถึง 5 คน เจ้าหน้าที่ก็จะไม่มีความมั่นใจในการรับฝากครรภ์ ซึ่งการกำหนดจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบนั้น ถึงแม้ว่าในปัจจุบันสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรของประเทศไทยจะค่อนข้างไม่เหมาะสมคือ 1 : 8,000 ประชากรในเขตชนบท ยกเว้นในกรุงเทพฯ แต่รัฐบาลก็มี นโยบายที่จะผลิตแพทย์เพิ่มให้มีสัดส่วนที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งคาดว่าในอีก 3 ปีข้างหน้า สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรจะเป็น 1 : 5,000 ด้วยการกระจายที่เป็นธรรม โครงการอยุธยา จึงกำหนดให้สถานื่อนามัยควรรับผิดชอบประชากรประมาณ 5,000 คน ซึ่งจะเป็นปริมาณที่เอื้อต่อการทำงานของแพทย์ให้มีคุณภาพตามแนวคิดได้ กล่าวคือ เป็นจำนวนที่ไม่มากหรือน้อยเกินไป ในการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน (Human relationship) และมี critical mass

⁷⁶ อ่ำพล จินดาวัฒนะ, เรื่องเดียวกัน, หน้า 32-33.

หรือมีจำนวนประชากรที่มากพอในการพัฒนาประสบการณ์ ความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยของแพทย์-พยาบาล-เจ้าหน้าที่

2. การเลือกใช้บริการรักษาของประชาชน ประชาชนไม่ได้ถูกจำกัดเฉพาะในตำบลของตนเอง แต่สามารถไปใช้บริการในสถานีนามัยที่อยู่ใกล้กว่าได้ ส่วนการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพจะถูกวางแผนและให้บริการโดยสถานีนามัยที่อยู่ในตำบลนั้นๆ ไม่สามารถข้ามตำบลได้ ทำให้การบริการสาธารณสุขไม่มีลักษณะครอบคลุมหรือผสมผสาน⁷⁷

จากปัญหาดังกล่าว โครงการอยุธยาจึงได้จัดทำแผนความครอบคลุมประชากรใหม่ โดยยึดหลักการดังนี้คือ

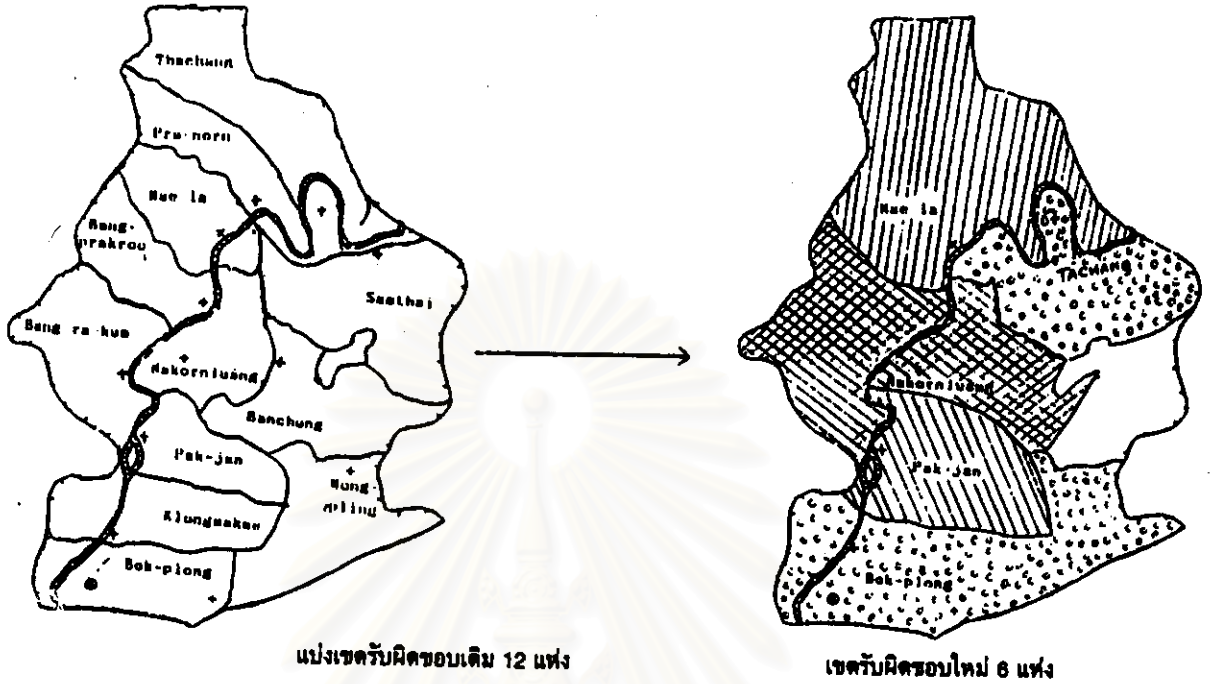
- สถานีนามัยแต่ละแห่งควรมีประชากรรับผิดชอบประมาณ 3,000-5,000 คน/แห่ง
- การแบ่งเขตความรับผิดชอบไม่คำนึงถึงขอบเขตของตำบล แต่ละค้ำึงถึงทิศทางการคมนาคมและระยะทางเป็นหลัก
- ควรรยึดหลักความเป็นปึกแผ่นของชุมชนเป็นหลัก (Solidarity)

จากหลักการดังกล่าว ทำให้สามารถกำหนดเขตความรับผิดชอบของสถานีนามัยที่ควรจะให้พัฒนาให้เป็นสถานีนามัยสมบูรณ์แบบในเขตอำเภอนครหลวง และในเขตอำเภอพระนครศรีอยุธยา ดังแสดงในภาพต่อไปนี้

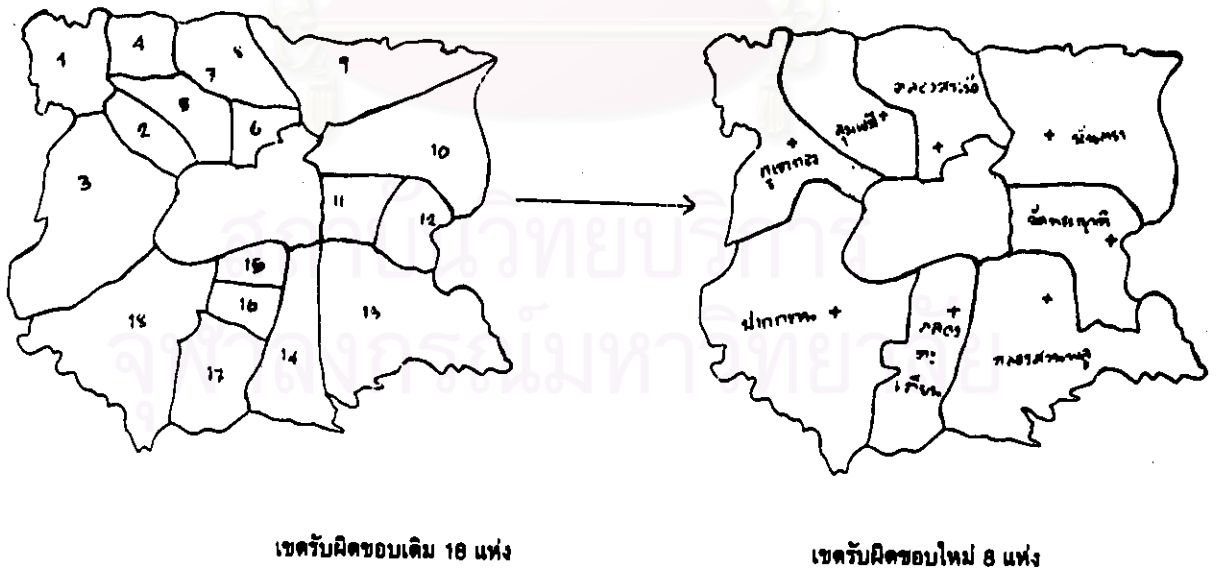
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁷⁷ รัตน์ ศิริกนกวิไล และคณะโครงการอยุธยา, องค์รวมแห่งสาธารณสุข : ภูมิปัญญาจากการวิจัยระบบสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์สวยจำกัด, 2537), หน้า 16 และ 108-109.

แผนที่ 2.1 เขตอำเภอนครหลวง แสดงการแบ่งเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย
อ.นครหลวง



แผนที่ 2.2 เขตอำเภอพระนครศรีอยุธยา แสดงการแบ่งเขตรับผิดชอบของ
สถานีอนามัย อ.พระนครศรีอยุธยา



กรอบแนวความคิดที่ประยุกต์ใช้ในการศึกษา

ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในเรื่องขอบเขตของการศึกษาว่า การศึกษาครั้งนี้เน้นศึกษาในเรื่องของสถานีนามัย เนื่องจากถือว่าสถานีนามัยเป็นสถานบริการระดับล่างของรัฐ ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด โดยกรอบแนวความคิดในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์มาจากแนวคิด ทฤษฎี และการศึกษา วิจัยต่าง ๆ ที่ได้เสนอไว้แล้วข้างต้น ซึ่งจะนำเสนอเป็นขั้นตอนตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้คือ

1. ศึกษาถึงรูปแบบของการบริการสาธารณสุขในทัศนะของประชาชนและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้จะศึกษาในส่วนของพฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคล กล่าวคือ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น แต่ละคนจะมีการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล ตลอดจนสถานบริการที่แตกต่างกันไป เช่น ซื้อมากินเอง รักษาที่แพทย์แผนโบราณ หรือใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐ/เอกชน เป็นต้น

ดังนั้น การศึกษาถึงพฤติกรรมการรักษาตนเมื่อเจ็บป่วยดังกล่าว สามารถบอกถึงระดับการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ที่คนนิยมไปใช้บริการ และนำมาใช้ประกอบในเรื่องการกำหนดลำดับชั้นของบริการของสถานบริการแต่ละประเภทที่ควรจะมีในพื้นที่ เพื่อตอบสนองต่อพฤติกรรมของผู้ใช้บริการในพื้นที่นั้น ๆ อย่างไรก็ตาม การศึกษาถึงพฤติกรรมการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยในเรื่องการเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขในการรักษาตัว ยังมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องในแต่ละบุคคล ทำให้เกิดพฤติกรรมการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันไป ดังจะกล่าวต่อไปนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อการไปใช้บริการสาธารณสุข แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1.1 ปัจจัยด้านสถานบริการ ประกอบด้วย

1.1.1 นโยบายสาธารณสุข ซึ่งจะส่งผลถึงลักษณะการบริการของสถานบริการ

1.1.2 การเข้าถึงสถานบริการ ซึ่งจะกล่าวถึงในเรื่อง

- ความเพียงพอของบุคลากรผู้ให้บริการต่อจำนวนประชากร รวมถึงเครื่องมือ เครื่องใช้ในการให้บริการและการจัดให้มีบริการเฉพาะกลุ่มแก่ประชาชนที่มีอยู่

- การกระจายตัวของสถานบริการในพื้นที่ต่าง ๆ

1.1.3 คุณภาพของบริการ ประกอบด้วย

- ความสามารถของบุคลากรผู้ให้บริการ
- ทัศนคติและการดูแลเอาใจใส่ของบุคลากรผู้ให้บริการ
- ประสิทธิภาพของยาและเครื่องมือแพทย์

ซึ่งในเรื่องของคุณภาพของบริการนี้ จะวัดจากความคิดเห็นของคนที่มาใช้บริการที่มีต่อผู้ให้บริการและสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ ประกอบในการพิจารณาด้วย โดยมีสมมติฐานดังนี้คือ

: เมื่อผู้ใช้บริการรับรู้ว่าคุณภาพผู้ให้บริการมีความสามารถในการรักษาพยาบาล ผู้ใช้บริการจะไปใช้บริการมาก

: เมื่อผู้ใช้บริการรับรู้ว่าคุณภาพผู้ให้บริการมีทัศนคติบริการดี ดูแลเอาใจใส่ดี ผู้ใช้บริการก็จะไปใช้บริการมาก

: เมื่อผู้ใช้บริการรู้ว่าประสิทธิภาพของยาและเครื่องมือแพทย์ของสถานบริการดี ก็จะไปใช้บริการมากขึ้น

1.1.4 บุคลากรรวมหน่วย ซึ่งในที่นี้จะหมายถึง การประสานร่วมมือและความเชื่อมโยงของสถานบริการต่างๆ ที่มีในพื้นที่นั้นๆ

1.2 ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย

1.2.1 เพศกับการไปใช้บริการ

เนื่องจากบริการพิเศษเฉพาะกลุ่ม คือ อนาមိแม่และเด็ก ซึ่งเป็นบริการที่มีในสถานอนาមิ ดังนั้น จึงมีสมมติฐานว่า

: เพศหญิงไปใช้บริการสถานอนาមิมากกว่าเพศชาย

1.2.2 อายุกับการไปใช้บริการ

เนื่องจากบริการพิเศษเฉพาะกลุ่มของสถานอนาមิที่ได้กล่าวไปแล้วคือ อนาមิแม่และเด็ก ดังนั้นผู้ที่ไปใช้บริการน่าจะเป็นคนในช่วงอายุวัยเจริญพันธุ์และเด็ก จึงมีสมมติฐานว่า

: ผู้ไปใช้บริการถ้าอายุมากขึ้น การไปใช้บริการที่สถานอนาមิจะน้อยลง

1.2.3 ระดับการศึกษากับการไปใช้บริการ

สมมติฐานคือ : ระดับการศึกษาของผู้ใช้บริการยิ่งสูงขึ้น ผู้ใช้บริการจะไปใช้บริการของสถานอนาមิน้อยลง

1.2.4 ฐานะทางเศรษฐกิจกับการไปใช้บริการ

ฐานะทางเศรษฐกิจในที่นี่จะศึกษาในเรื่องของรายได้ของผู้ใช้
บริการ โดยมีสมมติฐานว่า

: รายได้ของผู้ใช้บริการยิ่งสูงขึ้น ผู้ใช้บริการจะไปใช้บริการ
ของสถานื่อนามัยน้อยลง

1.2.5 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับการไปใช้บริการ
การที่ผู้ใช้บริการสามารถรับรู้ได้ว่าอาการป่วยของตนอยู่ใน
ระดับใด ประกอบกับการรับรู้ถึงความสามารถในการรักษาพยาบาลของสถานบริการแต่ละ
ประเภท ทำให้ผู้ใช้บริการเลือกใช้สถานบริการที่แตกต่างกันไป จึงมีสมมติฐานว่า

: ความรุนแรงของการเจ็บป่วยยิ่งรุนแรงมาก ผู้ใช้บริการจะ
ไปใช้บริการของสถานื่อนามัยน้อยลง

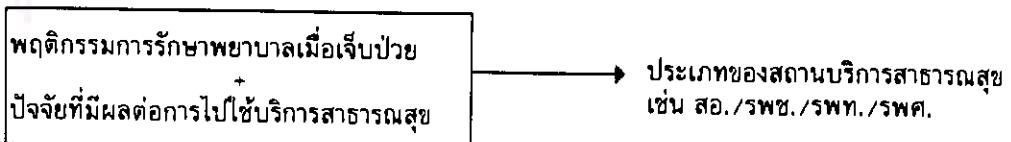
1.2.6 ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการกับการไปใช้บริการ
จากการศึกษาวิจัยที่ได้เสนอไว้แล้ว พบว่า ผู้ที่ไปใช้บริการ
สาธารณสุขจะเดินทางไปใช้บริการของสถานบริการแต่ละประเภทภายในระยะทางที่แตกต่าง
กัน กล่าวคือ ระยะการเดินทางไปใช้บริการของสถานื่อนามัย/รพช./รพท./รพศ. จะเพิ่มขึ้น
ตามระดับความเข้มข้นของบริการที่มีในสถานบริการนั้นๆ ยิ่งมีความหลากหลายของบริการ
มาก คนจะยิ่งเดินทางในระยะทางที่มากขึ้นเพื่อไปใช้บริการ โดยมีสมมติฐาน

: จำนวนผู้ใช้บริการจะลดลง เมื่อระยะทางไปสถานื่อนามัย
เพิ่มขึ้น

1.2.7 การเข้าถึงสถานบริการในแง่ของความสะดวกในการเดินทาง
ไปใช้บริการกับการไปใช้บริการ

สมมติฐาน คือ : ถ้าความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ
สถานื่อนามัยมีมาก จำนวนผู้ใช้บริการจะมากขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการไปใช้บริการสาธารณสุข ทั้งปัจจัยด้านสถานบริการ
และปัจจัยด้านผู้ให้บริการที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนด
พฤติกรรมการรักษาพยาบาลของประชาชน และนำไปสู่การเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุข
ประเภทต่าง ดังนี้



อย่างไรก็ตาม การศึกษาเรื่องพฤติกรรมการรักษาพยาบาล ตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อการไปใช้บริการสาธารณสุข ที่นำไปสู่การเลือกใช้สถานบริการประเภทต่างๆ เป็นการศึกษาดังกระบวนการรักษาพยาบาลของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย เพื่อชี้ให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเลือกใช้สถานบริการ และนำปัจจัยดังกล่าวไปใช้พิจารณาปรับปรุงรูปแบบของบริการสาธารณสุข และเพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องมี การรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่จะมาใช้บริการ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงคำนึงถึงรูปแบบบริการตามความต้องการของประชาชนเข้ามาประกอบในการพิจารณาด้วย

2. การศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินการบริการสาธารณสุขในปัจจุบันในระดับของสถานอนามัย ซึ่งจากการศึกษาและงานวิจัยที่ผ่านมา กล่าวถึงปัญหาที่สำคัญของสถานอนามัยคือ การจัดตั้งสถานอนามัยไม่ครอบคลุม/เหมาะสมกับจำนวนประชากรในพื้นที่ ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อเนื่องตามมา เช่น จำนวนคนไปใช้บริการสถานอนามัย บุคลากรของสถานอนามัยขาดการพัฒนาทักษะในการให้บริการ ทำให้ประชาชนขาดความเชื่อถือในที่สุด ตลอดจนเกิดการข้ามเขตการบริการ รวมถึงการข้ามชั้นตอนไปรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานบริการในระดับสูงกว่าสถานอนามัย

ดังนั้นการจะปรับปรุงระบบการให้บริการสาธารณสุขโดยเน้นปรับปรุงสถานอนามัยซึ่งเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้ชุมชน และเป็นสถานบริการลำดับแรกที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ใน การให้บริการแก่ประชาชน ในการศึกษาครั้งนี้จะเน้นศึกษาปัญหาการให้บริการของสถานอนามัยในด้านการจัดตั้งสถานอนามัยในพื้นที่นั้นๆ ในปัจจุบันกับความเหมาะสมของพื้นที่นั้น ดังนี้คือ

2.1 การกระจายตัวของสถานอนามัยในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ที่มีความเหมาะสมกับจำนวนประชากรในพื้นที่หรือไม่

2.2 สภาพการให้บริการของสถานอนามัยแต่ละแห่งในพื้นที่เป็นอย่างไร มีความครอบคลุมทั่วถึงหรือไม่

2.3 พฤติกรรมการใช้บริการสถานอนามัยของประชากรในพื้นที่ศึกษา

3. ศึกษาตำแหน่งที่เหมาะสมในการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุข โดยมีเกณฑ์ซึ่งกำหนดจากแนวความคิด ทฤษฎีและการศึกษา วิจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนี้
เกณฑ์ที่เหมาะสมในการจัดตั้งสถานอนามัย

3.1 จำนวนประชากรที่สถานอนามัยรับผิดชอบ ควรจะเป็นจำนวนที่เหมาะสมและเอื้อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานแก่บุคลากรของสถานอนามัย ซึ่งจำนวน

ประชากรที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์ทางด้านสาธารณสุขคือ ประชากรจำนวน 3,000-5,000 คนต่อสถานอนามัย 1 แห่ง⁷⁸

3.2 รัศมีการให้บริการของสถานอนามัยแต่ละแห่งที่เอื้อให้เกิดการเข้าถึงบริการของสถานอนามัยได้โดยง่ายคือ สถานอนามัยแต่ละแห่งควรให้บริการแก่ประชากรที่อยู่ในรัศมี 5 กม.จากสถานอนามัย⁷⁹

3.3 การเข้าถึงสถานอนามัยได้โดยสะดวกในแง่ของการเดินทางไปใช้บริการโดยพิจารณาถึงเส้นทางคมนาคมเป็นเกณฑ์ที่สำคัญประการหนึ่ง ทั้งนี้จะได้ศึกษาถึงรูปแบบการเดินทางไปใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขของประชาชนในชีวิตประจำวันควบคู่ไปด้วย

3.4 สถานอนามัยควรตั้งอยู่ในที่ที่เป็นชุมชน หรือเป็นแหล่งกลางของบริการชนิดต่าง ๆ เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงบริการและคุ้มค่าในทางเศรษฐศาสตร์

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมาพิจารณาได้ว่าในพื้นที่ศึกษานั้น ๆ พื้นที่ใดบ้างที่เหมาะสมในการจัดตั้งสถานบริการประเภทสถานอนามัย ตลอดจนสถานบริการประเภทอื่นในระดับที่สูงขึ้น เพื่อเอื้อให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการมากขึ้น

4. การศึกษาพื้นที่เพื่อเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงระบบการให้บริการสาธารณสุข ในที่นี้คือ ศึกษาเพื่อเสนอแนวทางทั้งในส่วนของลักษณะการบริการที่ควรจะมีในสถานบริการ ตลอดจนถึงตำแหน่งที่ตั้งที่เหมาะสมของสถานบริการในพื้นที่ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการปรับปรุงบริการให้เกิดประสิทธิภาพในพื้นที่นั้น ๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

⁷⁸ นายแพทย์ รวิพันธ์ ศิริภนกวิโล และคณะโครงการอยุธยา, เรื่องเดียวกัน, หน้า 108.

⁷⁹ Van Balen H., "How to organize First line health service of the highest quality for the maximization of people", Working paper 4 (Belgium : Institute of Tropical Medicine, 1986), อ้างถึงใน นายแพทย์ อ่ำพล จินดาวัฒน์, บางมุมมองเพื่อ ทสอ. (กรุงเทพมหานคร : กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2536), หน้า 187.