

เอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บป่วย

"พฤติกรรมสุขภาพ" ยังไม่ได้มีการกำหนดขอบเขตที่แน่ชัดและคำจำกัดความก็ยังไม่ได้กำหนดอย่างถาวร การพิจารณาของ GOCHMAN เมื่อปี ค.ศ. 1981 ได้กำหนดคำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพซึ่งนำมาใช้ในการปฏิบัติได้ดังนี้

"พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คุณสมบัติส่วนบุคคลต่าง ๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์รวมความรู้อื่น ๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้งลักษณะบุคลิกภาพ และภาวะความรู้สึกและอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่แสดงเจตนาอย่างเปิดเผย การกระทำและนิสัยซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ"

Health behavior as those personal attributes such as beliefs, expectations, motives, values, perceptions, and other, cognitive elements ; personality characteristics, including affective and emotional states traits and overt behavior patterns, actions and habits that relate to health maintenance, to health restoration and to health improvement (Gochman, 1982, p. 169).

ดังนั้น คำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพที่กำหนดขึ้น จึงค่อนข้างกว้าง และครอบคลุม ทั้งการกระทำที่แสดงเจตนาอย่างเปิดเผย* ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง และเหตุการณ์ด้าน ความรู้สึก สภาพทางจิตที่อาจสังเกต หรือวัดโดยทางอ้อม ขณะเดียวกันคำจำกัดความพฤติกรรม สุขภาพดังกล่าว ยังรวมถึงคุณสมบัติส่วนบุคคลต่าง ๆ ที่ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มจากปัจจัยทางสังคม และตัวกำหนดทางสังคม สถาบัน และวัฒนธรรม ซึ่งสะท้อนถึงกระบวนการและโครงสร้างด้าน ครอบครัวในลักษณะต่าง ๆ กัน

"การเจ็บป่วย" (Illness) มีความหมายแตกต่างกันหลายอย่าง (Rosenstock & Kirscht, 1979) โดยทั่วไปการเจ็บป่วย หมายถึง สภาพร่างกายซึ่งมีพยาธิสภาพหรือการ ถูกทำลายของเนื้อเยื่อ ซึ่งนักวิชาการให้ความหมายของสภาวะนี้ว่าเป็น "โรค" (disease) (Engel, 1977 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2532) ในความหมาย อีกด้านหนึ่ง "การเจ็บป่วย" มีความหมายทั้งด้านสังคม และด้านจิตวิทยา กล่าวคือ ทางด้าน สังคมเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นสภาวะที่บุคคลจะไม่สามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ซึ่งบุคคลนั้นมีส่วนร่วม ในกระบวนการทางสังคม (Parsons, 1951) ส่วนทางด้านจิตวิทยาให้ความหมายไว้ว่า การ เจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ซึ่งมีอาการเจ็บป่วย เช่น การอธิบายถึงความ เจ็บปวด หรือความผิดปกติ ความรู้สึกที่แสดงออกถึงการเก็บกด เป็นต้น คำถามเกี่ยวกับเรื่องนี้ อาจจะมีหลายคำถาม คำถามเหล่านั้น เป็นต้นว่าเราจะตัดสินว่าบุคคลหนึ่งเจ็บป่วยได้อย่างไร เป็นต้น หรือบุคคลหนึ่งเจ็บป่วยมากน้อยแค่ไหน ภาวะการเจ็บป่วยแสดงออกให้เห็นชัดเจนอย่างไร เพื่อตอบคำถามเหล่านี้ Kosa และ Robertson (1975) อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2532) ได้ให้ความคิดเห็นว่า บุคคลจะเจ็บป่วยก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นยอมรับว่า ตนเองเจ็บป่วย และเฝ้าหาวิธีการหรือแนวทางที่จะรักษาความเจ็บป่วยนั้น ดังนั้นจะเห็นว่าการ

* พฤติกรรมภายนอก (overt behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกโดยการ กระทำ สามารถมองเห็นได้เป็นรูปธรรม เช่น พฤติกรรมการกิน การขับถ่าย การสูบบุหรี่ การดื่ม สุรา การทำงาน การพักผ่อน การใช้บริการสุขภาพ เป็นต้น ถึงแม้ว่าพฤติกรรมดังกล่าว บาง อย่างอาจสังเกตโดยตรงไม่ได้ เช่น พฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมการขับถ่ายซึ่งต้องอาศัย การเก็บข้อมูลด้วยวิธีการทางอ้อม เช่น การสอบถาม หรือการศึกษาแบบการมีส่วนร่วม

เจ็บป่วยจะเกี่ยวเนื่องกับการรับรู้ส่วนบุคคล ซึ่งการรับรู้จะมีอิทธิพลอย่างมากจากกลุ่มบุคคลอ้างอิง และบรรทัดฐานของสังคม (social norms) และนอกจากนี้แล้ว การที่บุคคลแต่ละคนมีปฏิกิริยาโต้ตอบ หรือการกระทำต่อสภาวะปัญหาทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นกับตนเองแตกต่างกันนั้นยังมีผู้อธิบายเหตุผลต่าง ๆ อีกมากมาย เป็นต้นว่า เนื่องจากที่บุคคลมีระดับของความทนต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันของสภาวะเศรษฐกิจ (Waitzkin & Waterman, 1974) มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน ความแตกต่างของการแสดงออก อันเนื่องมาจากวัฒนธรรม (Zola, 1966, 1972) และความแตกต่างของความสามารถในการเผชิญหน้า หรือแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะเครียด เป็นต้น ขณะเดียวกันองค์ประกอบที่กล่าวมาแล้วหลาย ๆ องค์ประกอบล้วนมีอิทธิพลต่อการพัฒนาด้านต่าง ๆ ของบุคคล และต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

การจำแนกพฤติกรรมสุขภาพ

ตามแนวความคิดของ Kasl and Cobb, (1966) ได้จำแนกพฤติกรรมออกเป็น 3 ประการ คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมอนามัยด้านการป้องกันโรค (Health behavior or Prevention health behavior) หมายถึง เป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และไม่มีอาการของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น การนอนหลับอย่างพอเพียง การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การพักผ่อนหย่อนใจ การเดิน การบริหารร่างกาย การไม่บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การสวมหมวกป้องกันศีรษะสำหรับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยสำหรับผู้ขับขี่รถยนต์ การเช็ฟังกฎจราจร และการปฏิบัติตามกฎระเบียบเพื่อความปลอดภัยในระหว่างทำงาน ซึ่งการสำรวจทางการแพทย์พบว่า พฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การใช้เสื้อผ้า และเครื่องอุปกรณ์ป้องกันภัย จะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย และป้องกันการติดเชื้อจากโรคต่าง ๆ ได้

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่น การตรวจมะเร็ง การตรวจคลื่นหัวใจ หรือตรวจฟัน เป็นระยะ ๆ อาจจะไม่ป้องกันความเจ็บป่วย แต่จะช่วยให้บุคคลนั้นพบอาการเจ็บป่วยได้เร็ว

ขึ้น และช่วยลดผลกระทบจากความเจ็บป่วยให้น้อยลงได้ทันที่

นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพอาจรวมไปถึง การสวมหมวก การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ให้นำอยู่ การรับประทานยา วัคซีน และการอาบน้ำอุ่น เป็นต้น

2. พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ หรือความรู้สึกของบุคคลนั้นมีต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วยโดยพยายามอธิบาย หรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง การปรึกษาเพื่อน ญาติพี่น้องและพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ นานา เพื่อให้อาการเหล่านั้นหมดไป

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย จึงได้แก่ การตอบสนองต่ออาการทางร่างกาย การแสวงหาความคิดเห็น และคำแนะนำจากบุคคลอื่นซึ่งตัวเองมีความเชื่อว่า เขามีความชำนาญด้านสุขภาพโดยไม่คำนึงว่า บุคคลเหล่านั้นจะเป็นที่ยอมรับจากสังคมส่วนใหญ่หรือไม่ (หมอบ้าน, ผู้บำบัดโรคที่ไม่ใช่วิชาชีพ, ญาติพี่น้อง, เพื่อนบ้าน, มิตรสหาย, ผู้ร่วมงาน) การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม และรวมถึงพฤติกรรมที่บุคคลนั้นไม่ทำอะไรเลย ซึ่งขณะเดียวกันก็จะคอยสังเกตอาการว่า อาการผิดปกติจะหายไปเองได้หรือไม่

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-role behavior) หรือพฤติกรรมผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลที่ตนเองหรือผู้อื่นกำหนดว่า เป็นผู้ป่วยและได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ป่วย บุคคลนั้นจะได้รับการดูแลจากครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ โดยบุคคลที่ป่วยนั้นจะต้องรับบทบาทของผู้ป่วยตามที่สังคมนั้น ๆ กำหนด เช่น การหยุดจากงานได้ชั่วคราว การเชื่อฟัง และปฏิบัติตามคำสั่งของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายสู่สภาพปกติ ฉะนั้นสิ่งที่ควรคำนึงถึงคือ พฤติกรรมของผู้ให้บริการแต่ละคน ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ การจัดองค์กร หรือระบบสาธารณสุขทั้งระบบส่งผลหรือเอื้อต่อพฤติกรรมผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Perception of Illness)

เมื่อบุคคลมีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ไม่ใช่ว่าบุคคลนั้นจะแสวงหาแนวทางหรือวิธีการที่จะรักษาเสมอไป นักสังคมวิทยา David Mechanic (1968) และ Irving Zola (1973) ได้แสดงความคิดเห็นว่าบุคคลส่วนใหญ่ ตลอดช่วงของชีวิตของเขาจะมีประสบการณ์ใน

การมีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายไม่มากนักหรือบางครั้งอาจจะเป็นเพียงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อจะปิดบังซ่อนเร้นสิ่งบางอย่าง

คนเป็นจำนวนมากจะพยายามหาวิธีการที่จะรักษาอาการบางอย่างของกระเพาะอาหาร ซึ่งอาจจะบอกอาการนั้นไม่ได้แน่ชัด การปวดตามตัวหรือปวดศีรษะหรือมีอาการที่เรียก "ไม่ปกติ" ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้บุคคลอีกกลุ่มหนึ่งอาจเคยมีประสบการณ์มาก่อน แต่เขาเหล่านั้นกลับเพิกเฉยไม่ให้ความสนใจเลยก็ได้ การสำรวจงานวิจัยหลายเรื่องที่ทำโดย Mechanic (1968) และ Zola, (1973) ได้ชี้ให้เห็นว่าบุคคลเป็นจำนวนมากที่มีสุขภาพดีจะเคยมีอาการเจ็บป่วยที่สำคัญ และที่สามารถจะแก้ไขได้ จากข้อเขียนของ White, Williams, และ Greenberg (1961) กล่าวว่า น้อยกว่าหนึ่งในสามของบุคคลซึ่งระบุว่าเคยมีอาการเจ็บป่วยได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยนั้น จากข้อมูลเหล่านี้สามารถสรุปได้ว่ามีความสัมพันธ์กันน้อยระหว่างอาการเจ็บป่วยกับการไปพบแพทย์หรือการรักษาพยาบาล ทั้งสภาพการณ์นี้เป็นสิ่งที่เป็อันตรายอย่างมากโดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยมีอาการเกี่ยวกับโรคหัวใจบางชนิด มะเร็ง แผลในคนไข้เบาหวาน เป็นต้น ดังได้กล่าวมาแล้วว่า การที่คนไข้ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือคำแนะนำในการรักษาพยาบาลนั้น เป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคล และการรับรู้ของบุคคลจะมีผลต่อการตัดสินใจว่าจะไปปรึกษาแพทย์ หรือไม่ปฏิบัติตามใดต่ออาการเจ็บป่วยนั้น ๆ

หนทางหรือระยะเวลาจากจุดที่บุคคลตระหนักถึงอาการผิดปกติของตนไปจนถึงการลงมือปฏิบัติตามใดอย่างหนึ่งนั้น เป็นหนทางที่ไกล สลับซับซ้อน และมีอิทธิพลอย่างมากจากองค์ประกอบด้านจิตวิทยา (การรับรู้) และองค์ประกอบด้านสังคม ผลของอิทธิพลเหล่านี้อาจจะออกมาในรูปการเพิกเฉยไม่สนใจ อุตุนต่ออาการเจ็บป่วย รักษาด้วยตนเอง หรือไปปรึกษาแพทย์, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข Zola (1973) ได้ให้ข้อคิดที่ว่า อาการที่เกิดขึ้นจะถูกบุคคลสรุปว่าเป็นการเจ็บป่วย และบุคคลนั้นจะแสวงหาวิธีการรักษาพยาบาล ก็ต่อเมื่อไม่สามารถจะทนกับสภาวะนั้นได้หรือรับเอาสถานการณ์นั้นไว้ได้อีก

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

ความรุนแรงของโรคที่แพทย์ประมาณจากอาการแสดงของโรค จะไม่สามารถใช้เป็นตัวทำนายการมีส่วนร่วม หรือความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของคนไข้ (Haynes, 1979) ไม่ใช่ที่ว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากจะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดีกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มมีอาการ

หรือมีอาการไม่มาก แต่สิ่งที่มีผลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย คือ ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคที่บุคคลนั้นมีอยู่ หรือโอกาสที่บุคคลจะป่วยเป็นโรคนั้น ถ้าคนไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำจากผลงานวิจัยพบว่า ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อไปนี้

- การไปรับบริการด้านทันตสุขภาพ
- การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ
- การไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (Battistella, 1971)
- การพาบุตรไปคลินิกสุขภาพเด็กดี และคลินิกเพื่อป้องกันโรคอื่น ๆ

Becker, 1979 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ, 2532 ได้ให้ความเห็นว่างานวิจัยบางเรื่องได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค กับโครงการตรวจและป้องกันโรค พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ ระหว่างสองตัวแปรนี้ เขาได้ให้ข้อคิดว่าการวิจัยนี้อาจจะเนื่องมาจากการที่บุคคลมีความเชื่อที่สูงหรือต่ำเกินไป ซึ่งจะสัมพันธ์กับระดับความกังวลใจที่สูงหรือต่ำก็ได้ ซึ่งระดับความกังวลใจนี้จะมีผลต่อการแสวงหา และปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model)

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1966 : Becker, 1974) มีข้อสมมติฐานว่า บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (ด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสภาพ เช่น การไปรับการรักษาตามโรคที่แพทย์ตรวจพบ) ภายใต้อาณัติการเฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง (ต่ำสุด) และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรค (ในรูปของการป้องกันที่แนะนำ หรือการปฏิบัติตน) ไม่สูงจนเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ สถานการณ์เหล่านี้ได้แก่ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสของการเป็นโรค และความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาได้ (บางสิ่งบางอย่างสามารถจะทำได้เพื่อรักษาโรค) และความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญหา (self-efficacy) และสุดท้ายการรับรู้เกี่ยวกับราคาค่าใช้จ่าย (ในด้านเวลา เงิน พลังงาน ความสนใจ ความกลัว ความอาย และอื่นๆ) รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่ประกอบด้วย องค์ประกอบดังกล่าวมาแล้ว เป็นแนวความคิดของ Rosenstock ,1966 และในเวลาต่อมา Becker ได้ขยายองค์ประกอบและรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น (Becker, 1974) ผู้เริ่มคิดเกี่ยวกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพได้แก่ Hochbaum, Kegeles, Leventhal, & Rosenstock ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาสังคม และทำงานในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกา ความสนใจเบื้องต้นของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ก็เพื่อจะศึกษาว่า ทำไมบุคคลจึงหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เช่น การรับภูมิคุ้มกันโรค หรือการตรวจสุขภาพ ซึ่งรัฐบาลจัดให้โดยเสียค่าใช้จ่ายแต่น้อยหรือบางครั้งก็ไม่ต้องเสียเลย เพราะผู้ศึกษาวิจัยกลุ่มนี้มีความต้องการที่จะสร้างทฤษฎีทางสังคม-จิตวิทยา และขณะเดียวกันก็เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ๆ จึงได้พยายามศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพภายในกรอบแนวความคิดของทฤษฎี

ทฤษฎีนี้เห็นว่า การที่บุคคลจะกระทำสิ่งใดนั้นเป็นผลมาจากความเชื่อปัจจุบัน ของบุคคลนั้น และความคาดหวังของบุคคล ในกรอบแนวความคิดของทฤษฎีอวกาศแห่งชีวิตของ Lewin นั้น มีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ (ในอวกาศของชีวิต) ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่ให้ค่านิยมเชิงลบ ในกรอบแนวความคิดของนักทฤษฎีกลุ่มนี้เขามีความเห็นที่ "โรค" เป็นสิ่งที่ให้ค่านิยมเชิงลบ และสรุปว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยง "บริเวณ" นั้นตรงเท่าที่การหลีกเลี่ยงของเขาไม่เป็นสาเหตุทำให้บุคคลเคลื่อนตัวไปสู่อวกาศที่มีค่านิยมเชิงลบที่มีปริมาณมากขึ้น ทฤษฎีนี้ตั้งสมมติฐานไว้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพตรงเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่า ความยากลำบากที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว และบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตน (ความเชื่อว่าตนสามารถป่วยเป็นโรคนั้นได้ และเชื่อว่าโรคนั้นรุนแรง) และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ ดังนั้นจากความคาดหวังของบุคคล (จากการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค หรือ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์) บุคคลจะต้องตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่ง Becker ได้ให้ข้อสังเกตว่าแนวคิดหลักของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้ มีส่วนคล้ายกับรูปแบบของการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน (uncertainty)

Becker , 1974 ได้เพิ่มองค์ประกอบอื่นอีกในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (เดิม) เพื่ออธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติการรักษาโรค โดยเน้นความสนใจไปที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ (health motivations) ซึ่งรวมถึงความ

ใส่ใจ (concern) เกี่ยวกับเรื่องทางด้านสุขภาพ และความตั้งใจของบุคคลที่จะแสวงหาการรักษาโรค (และในทางตรงกันข้ามหลีกเลี่ยง) นอกจากนี้ยังได้เพิ่มเติมองค์ประกอบที่สำคัญที่เรียกว่า องค์ประกอบร่วม (modifying and enabling factors) ซึ่งรวมทั้งตัวแปรทางด้านประชากรด้วย องค์ประกอบร่วมนี้ได้แก่ทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาพยาบาล (เกี่ยวกับแพทย์ สิ่งอำนวยความสะดวก สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข) รวมทั้งโครงสร้างของการรักษาพยาบาล อันได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความเพียงพอของการบริการ และประสิทธิภาพในอดีตที่บุคคลเคยมีเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในองค์ประกอบเกี่ยวกับ "สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ" (Cues to Action) นั้น จะประกอบด้วยสิ่งกระตุ้น หรือเตือนใจภายในของบุคคลอันได้แก่ อาการเจ็บป่วยและสิ่งกระตุ้นหรือเตือนใจภายนอก เช่น การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รัก เป็นต้น องค์ประกอบเหล่านี้ได้ถูกเพิ่มเติมเข้ามาในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเดิม โดย Becker และคณะ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม ซึ่งจะเห็นว่าแบบแผน หรือ รูปแบบที่ได้ปรับปรุงใหม่นี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับเฉพาะกับความเชื่อด้านสุขภาพอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับตัวแปรอื่น ๆ ด้วย

รูปแบบการใช้บริการสุขภาพ (Health Service Utilization Model)

Ronald Anderson ได้เสนอรูปแบบการใช้บริการสาธารณสุข เมื่อปี 1968 พอสรุปได้ดังนี้คือ บุคคลจะใช้บริการสาธารณสุขหรือบริการสุขภาพ จะมีปัจจัยประกอบ 3 ปัจจัยใหญ่ๆ คือ

1. ปัจจัยเกี่ยวกับบุคคลนั่นเอง (Predisposing Factors)

ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร (Demographic Factors) ปัจจัยทางโครงสร้างสังคม (Social Structure) ซึ่งรวมถึงเชื้อชาติ เพศ การศึกษา อาชีพของหัวหน้าครอบครัว ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งรวมทั้งทัศนคติ ความเชื่อที่มีต่อสุขภาพ การบริการสุขภาพ และต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้วย

2. ปัจจัยสนับสนุนเกื้อกูลให้บุคคลสามารถใช้บริการได้ (Enabling Factors)

แม้บุคคลจะมีความพร้อมจากปัจจัยข้อที่ 1 แต่ถ้าขาดปัจจัยสนับสนุนก็ไม่สามารถใช้บริการได้ ปัจจัยสนับสนุนนั้นประกอบด้วยรายได้ หรือ เศรษฐฐานะของครอบครัว (Family

Resources) หรือแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ตลอดจนสามารถให้บริการเมื่อเขาต้องการใช้ (Community Resources) ในชุมชน

3. ปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพ (Health Need Factor)

แม้บุคคลจะมีปัจจัยข้อที่ 1 และข้อที่ 2 แต่ถ้าหากบุคคลไม่ให้ความสำคัญต่อโรคหรืออาการที่เขาเป็นอยู่ก็จะไม่ไปใช้บริการสุขภาพหากเขามีโอกาสรู้ว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ทราบถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อตัวเขา ทราบวิธีการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงการเป็นโรค ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ลดความรุนแรงของโรค จนทำให้เขาหายขาดจากโรค เขาก็จะไปใช้บริการสุขภาพ (ดังเสนอในแผนภูมิที่ 2.1)

วสันต์ ศิลปสุวรรณ, 2531 ได้รวบรวมพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ โดยกล่าวว่า นักพฤติกรรมศาสตร์ ได้สรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพออกเป็น 7 ประการใหญ่ ๆ คือ

1. คุณลักษณะทางประชากร (Demographic Factors) มีการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่พบว่าคุณลักษณะของประชากรมีอิทธิพลต่อการใช้บริการสาธารณสุขทั้งด้านป้องกันส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาล คุณลักษณะของประชาชนรวมถึงอายุ เพศ ขนาดของครอบครัว และสถานภาพสมรส

2. ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม (Social Structural Factors) ปัจจัยทางสังคมประกอบด้วยการศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น

3. ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม (Social Psychology) ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพที่ส่วนใหญ่จะพิจารณาคำนิยมทางสุขภาพ (Health Value) บรรทัดฐานทางสังคม (Social norm) เกี่ยวกับสุขภาพทัศนคติและความเชื่อของประชาชนที่มีต่อเรื่องสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล (Life Styles) และแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคล

4. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจหรือทรัพยากรของครอบครัว (Family Resources) ปัจจัยทางเศรษฐกิจของครอบครัวจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลหรือครอบครัวนั้น ๆ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้หรือไม่ ปัจจัยดังกล่าวนี้รวมถึงรายได้ของครอบครัวส่วนรวม หรือของหัวหน้าครอบครัว

5. ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ปัจจัยนี้จะมุ่งพิจารณาและให้ความสำคัญสิ่งอำนวยความสะดวก หรือการบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ ในการนี้รวมถึงชนิดหรือประเภทของ

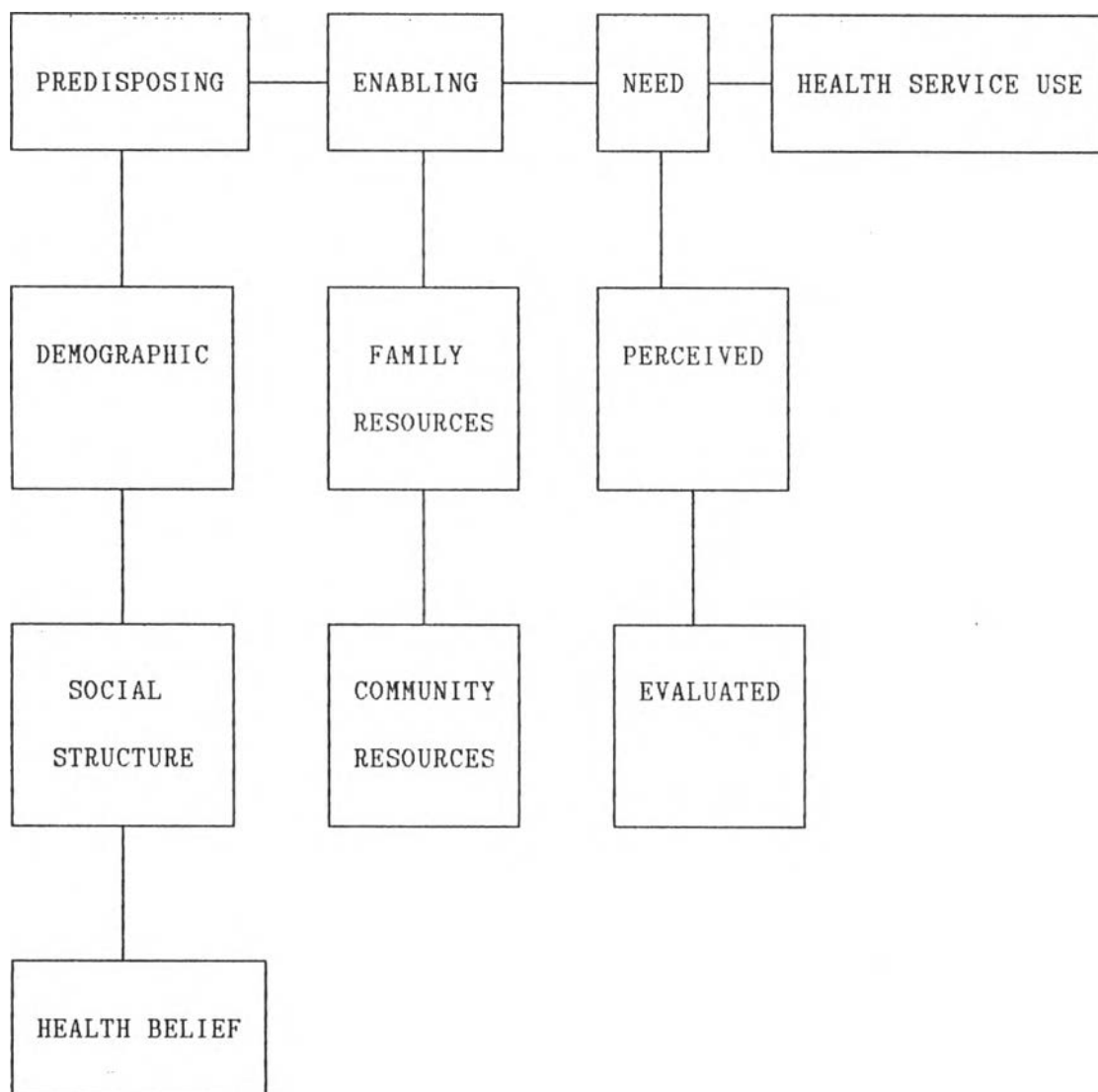
บริการจำนวนบุคลากรที่ให้บริการ และสภาพภูมิศาสตร์ของสถานบริการและที่อยู่อาศัยของหมู่บ้าน ว่าห่างไกลกันมากน้อยเพียงใด ตลอดจนการคมนาคมสะดวกสบายหรือไม่

6. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพ (Organization Factors) ปัจจัยนี้รวมถึงการจัดรูปแบบ กระบวนการการให้บริการสุขภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงเรื่องราคาค่าบริการและพฤติกรรม การให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย

7. ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ (Health System) ปัจจัยนี้จะพิจารณา และให้ความสนใจระบบสาธารณสุขทั้งหมดของแต่ละแห่ง ซึ่งนับตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (Input) อันได้แก่แก่นโยบายสาธารณสุขด้านการเมือง และงบประมาณหรือทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรมาให้เพื่อใช้ในการดำเนินการด้านสุขภาพของประชาชน

Ronald Anderson ได้กล่าวถึงรูปแบบการให้บริการสุขภาพไว้ดังนี้

แผนภูมิที่ 2.1 The Behavioral Model of Health Service Utilization



Source : Ronald Anderson, A Behavioral Model of Families Health Services, Chicago : Center for Health Administration Studies, University of Chicago. 1968, 1974

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับอุตสาหกรรมก่อสร้างอาคาร

"อุตสาหกรรม" หมายถึงหน่วยกิจกรรมต่างๆ ทางเศรษฐกิจที่บุคคลทำงานอยู่ส่วน "การก่อสร้าง" หมายถึง การก่อสร้างใหม่ งานต่อเติม งานดัดแปลง และงานซ่อม กิจการก่อสร้าง ครอบคลุมการก่อสร้าง 3 ประเภท คือ

1. การก่อสร้างอาคารที่ดำเนินการโดยผู้รับเหมาก่อสร้างทั่วไป
2. การก่อสร้างประเภทอื่นที่ดำเนินการโดยผู้รับเหมาก่อสร้างทั่วไป
3. การก่อสร้างที่ดำเนินการ โดยผู้รับเหมาก่อสร้างเฉพาะงาน หน่วยงานต่างๆ ของรัฐวิสาหกิจ ที่ดำเนินการหลักเกี่ยวกับงานก่อสร้าง ให้แก่รัฐวิสาหกิจที่เป็นหน่วยงานใหญ่

องค์ประกอบในการก่อสร้างอาคาร

1. ผู้รับเหมาหรือกลุ่มผู้บริหารงาน ในสถานประกอบการ แบ่งชนิดของ ผู้รับเหมาก่อสร้างเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆคือ

1.1. ผู้รับเหมาก่อสร้างอาคารทั่วไป (General Building Contractor) ได้แก่ผู้รับเหมาก่อสร้างทั่วไป ซึ่งดำเนินกิจการหลัก ประเภทก่อสร้างอาคารต่างๆ เช่น บ้านพัก อาคารพาณิชย์ อาคารอุตสาหกรรม สถาบัน เป็นต้น

1.2. ผู้รับเหมาก่อสร้างเฉพาะงาน (Special Trade Contractor) ได้แก่ผู้รับเหมาซึ่งดำเนินกิจการเกี่ยวกับการก่อสร้างเฉพาะงานเพียงบางส่วน เช่น ก่ออิฐการทำงานช่างไม้ การวางท่อ การติดตั้งเครื่องไฟฟ้า เครื่องจักรกล เป็นต้น ซึ่งอาจรับเหมาช่วงจากผู้รับเหมาก่อสร้างทั่วไป หรือทำงานให้กับเจ้าของโดยตรง

2. กระบวนการดำเนินงานก่อสร้าง การดำเนินการก่อสร้างนี้ สามารถเรียงลำดับของการทำก่อน หลังในงานก่อสร้างคือ

2.1. หลังจากการปรับดินเสร็จแล้วจะเป็นการ ปลูกโรงงานชั่วคราว - เช่น โรงพักคนงาน โรงเก็บสิ่งของ โรงสำหรับผูกเหล็ก ไม้ไผ่ เป็นต้น

2.2. งานวางเขตขุดหลุม

2.3. งานหล่อ ธีมตอก ธีมคอนกรีต

2.4. ตัด ต่อ และผูกเหล็กเส้น

2.5. สร้างยกพื้นสำหรับงานผสมปูน

2.6. งานสร้างหลังคา เพดาน รางน้ำ

2.7.งานทำประตู หน้าต่าง งานไม้ทั่วไป

2.8.งานทำบันไดในแต่ละชั้น

2.9.งานฉาบ โบกปูน

2.10.งานทำฝ้า ผนังอาคาร งานก่ออิฐผนัง

2.11.งานทำสายล่อฟ้า

2.12.งานฉัคพื้น ทาสี อูครอยเสี้ยน

3. ชนิดงานก่อสร้างแยกตามการจัดประเภทและมาตรฐานอุตสาหกรรมแรงงาน แบ่งได้ดังนี้

3.1.การก่ออิฐ ก่อหิน และการฉาบปูน (Masonry Stone-Work and Plastering)

3.2.การทำงานช่างไม้และงานปูพื้น (Carpentering and Flooring)

3.3.การวางท่อ (Plumbing)

3.4.การติดตั้งเครื่องปรับอากาศ (Air Conditioning)

3.5.งานติดตั้งเครื่องจักรกล (Mechanical Installation)

3.6.การติดตั้งเครื่องไฟฟ้า (Electrical Installation)

3.7.การทาสีและการตกแต่งอาคาร (Painting and Decorating)

4. วัสดุที่ใช้ในการก่อสร้างอาคาร ได้แก่ วัสดุก่อ โลหะ ไม้และพลาสติก วัสดุกันน้ำ กันชื้น กันแสง ประตูหน้าต่าง วัสดุผิวสำเร็จ(กระเบื้อง หินอ่อน ปาร์เก้ พรม) วัสดุแผ่นเรียบ เครื่องสุขภัณฑ์ ท่อ กระจก อุปกรณ์ขนส่ง เครื่องไฟฟ้า วัสดุยึดเหนี่ยวประสานสีต่างๆ คุรุภัณฑ์ และอุปกรณ์(เครื่องดับเพลิง)

5. ชนิดหรือประเภทของแรงงานก่อสร้าง แบ่งตามขั้นตอนของการก่อสร้างใน 3 ระยะคือ

5.1.คนงานรากฐาน(Structural) ประกอบด้วย คนงานช่างไม้ คนงานเตรียมอิฐหรือทำอิฐ คนงานก่ออิฐ (Bricklayers) คนงานฉาบปูน-ซีเมนต์ คนงานผูกเหล็ก ตัดเหล็ก คนงานประกอบงานช่อช (Riggers) คนงานติดตั้งเครื่องสุขภัณฑ์ แทงค้ำน้ำ และวิศวกรควบคุมการปฏิบัติงาน (Operating Engineers)

5.2. คนงานติดตั้งเครื่องกลไกต่างๆ ในอาคาร (Mechanical) ได้แก่ช่างไฟฟ้า (Electricians) ช่างท่อประปา ท่อระบายน้ำ (Millerights) ท่อระบายอากาศ ติดตั้งลิฟท์

5.3. คนงานขั้นสุดท้าย (Finishing) ได้แก่ คนงานทาสีอาคาร คนงานติดกระดาษบุฝา (Paper Hangers) งานทำแบบหล่อซีเมนต์ (Lathers) คนงานหลังคา คนงานติดตั้งหินอ่อน (Marble Setters) คนงานขัดพื้นผนังด้วยเครื่องขัด (Terrazzo Workers) คนงานติดกระจก (Glaziers)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วนดังนี้ ส่วนแรกเป็นงานวิจัยภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุข ของประชาชนทั่วไป และงานวิจัยภายในประเทศที่ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้ ในกลุ่มแรงงานก่อสร้างในบางประเด็นที่น่าจะเกี่ยวข้อง สำหรับในส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพอนามัยในกลุ่มแรงงานก่อสร้าง พบว่ายังมีผู้ศึกษาน้อยมาก ส่วนที่สองจะเป็นงานวิจัยต่างประเทศที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุข ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ที่ได้นำมาอ้างอิงในที่นี้ ผู้วิจัยเห็นว่าน่าจะเป็นแนวทางในการพิจารณา กำหนดกรอบแนวความคิดในการวิจัยครั้งนี้ในกลุ่มคนงานก่อสร้าง

งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในประเทศ

เคย และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ , 2520 ศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทไทยที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการใช้บริการของโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ ได้แก่เพศ โดยเพศหญิงจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอในอัตราส่วนที่มากกว่าเพศชาย ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจโครงการด้านสาธารณสุขใน 20 จังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข (2522) เกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุขของคนไทยในชนบท พบว่า เพศหญิง ไปใช้บริการที่สถานอนามัยเมื่อเจ็บป่วย

มากกว่าเพศชายเล็กน้อยในขณะที่เพศชายใช้บริการร้านขายยา และรักษาตนเองมากกว่าเพศหญิง

กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ,2522 ศึกษารูปแบบการใช้บริการสุขภาพของคนไทย พบว่า ในการใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐ กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 จะใช้บริการมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับอื่น ๆ คือ ประมาณร้อยละ 15 ขณะที่กลุ่มที่มีการศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่ามีอัตราการใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐเท่ากัน คือประมาณร้อยละ 9 ตรงกันข้ามกับการใช้บริการของสถานอนามัย ซึ่งผู้มีการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่าจะใช้สถานอนามัยประมาณร้อยละ 6 ส่วนที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 มีการใช้สถานอนามัยเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น เมื่อพิจารณาการใช้บริการของเอกชนพบว่า มีแบบแผนการใช้บริการเช่นเดียวกับโรงพยาบาลของรัฐ กล่าวคือ พวกที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 จะใช้บริการมากที่สุดประมาณร้อยละ 25 ส่วนผู้ที่มีการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่ามีอัตราการใช้เท่ากันประมาณร้อยละ 14

เบญจา ฮอดคำเนิน และคณะ ,2523 ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของประชาชนในหมู่บ้านอำเภอหางฉัตร จังหวัดลำปาง พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุข คือ ความรุนแรง หรือความมากน้อยของการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ถ้ามีอาการน้อยก็จะรักษาด้วยตนเอง อาการมากขึ้นก็จะพึ่งหมอในท้องถิ่น ได้แก่ หมอกลางบ้าน หมอพระ หรือเจ้าหน้าที่สถานอนามัย และถ้ามีอาการรุนแรงถึงพึ่งโรงพยาบาลเป็นแหล่งสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย รวยอาชีพ และคณะ (2524) พบว่า ถ้าชาวบ้านรับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรงจะไม่ไปสถานอนามัย แต่จะต้องไปโรงพยาบาล นอกจากนี้ เบญจา ฮอดคำเนิน และคณะ ยังพบว่าผู้ป่วยจะไปรับบริการจากผู้ใดนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อในสาเหตุของการเจ็บป่วยถ้าเชื่อว่าโรคที่มีสาเหตุมาจากอำนาจเหนือธรรมชาติ ก็จะรักษาโดยวิธีแผนโบราณ แต่ถ้าเชื่อว่าโรคมีสาเหตุมาจากธรรมชาติก็จะรักษาโดยวิธีแผนปัจจุบัน และ พ่อ แม่ ญาติ หรือ เพื่อนบ้านผู้ป่วยก็จะมีส่วนช่วยเหลือ แนะนำ ในการเลือกแหล่งบริการรักษาพยาบาล และตัดสินใจในการเลือกใช้บริการมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งการศึกษาของ สันทัด เสริมศรี และเจมส์ เอนไรลีย์ (2517) ก็พบทำนองนี้เช่นกัน

อรทัย รวยอาชีพ และคณะ , 2524 ศึกษาเกี่ยวกับสังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ ของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ประชาชนเลือกใช้บริการที่สถานอนามัย เมื่อมีความพึงพอใจต่อความสามารถของเจ้าหน้าที่ ในการทำงาน มีความรู้ให้

คำแนะนำกับผู้ป่วยได้ และมีทัศนคติที่ดีกับประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สาลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ (2521) พบว่า ประชาชนจะเลือกใช้บริการที่สถานเอนามัย เพราะ ตัวเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความสามารถในการรักษา และมีสัมพันธภาพเป็นกันเองกับประชาชน อรรถัย รวยอาจิม และ บุญช่วย จันทร์เอี่ยม (2525) ศึกษาวิจัยเรื่องสังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง โดยศึกษาถึงปัจจัยที่ประชาชนนิยมใช้หรือไม่ นิยมใช้บริการของรัฐในชนบท พบปัจจัยต่าง ๆ สรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านกายภาพเกี่ยวกับสถานที่ตั้งของสถานเอนามัย พบว่าประชาชนนิยมไปใช้สถานเอนามัยที่มีทางคมนาคมสะดวก และที่นิยมที่สุดคือสถานเอนามัยที่ตั้งอยู่ศูนย์กลางของชุมชน หรือที่ตั้งอยู่ริมคลอง

2. ปัจจัยด้านเวลา พบว่า ประชาชนเคื่องเล็กลงเวลาไปรอรับบริการและรับคำแนะนำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ในช่วงเวลาที่เขาจะต้องทำงานประกอบอาชีพ ซึ่งนับว่ามีผลกระทบกระเทือนต่อเวลาที่ใช้ในการประกอบอาชีพ ซึ่งตรงข้ามกับการไปเฝ้าจากร้านขายยา หรือหมอกกลางบ้าน ที่ใช้เวลาเพียงเล็กน้อย สะดวกและรวดเร็ว

3. ปัจจัยทางสังคม สถานภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นข้าราชการ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จากการสำรวจ พบว่า หากเจ้าหน้าที่เอาใจใส่ และรับผิดชอบต่อผู้รับบริการดี ประชาชนจะมาใช้บริการมาก

4. ปัจจัยด้านราคาค่าบริการ ประชาชนส่วนใหญ่คิดว่า ราคาค่าบริการมีอัตราส่วนค่อนข้างสูง (ค่าตรวจเฉลี่ย 21-40 บาท ค่าทำคลอด 350-600 บาท)

นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ประชาชนที่ใช้บริการสาธารณสุขในท้องถิ่นให้เหตุผลที่ใช้เพราะเดินทางไปมาสะดวก เจ้าหน้าที่สามารถรักษาให้หายได้ ส่วนเหตุผลที่ไม่ใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบท เป็นเพราะเดินทางไม่สะดวก เคยไปแล้วเจ้าหน้าที่ไม่อยู่ เจ้าหน้าที่ไม่มีความสามารถ ป่วยเพียงเล็กน้อยจึงซื้อยารักษาเอง ซึ่งผลการศึกษานี้มีส่วนใกล้เคียง กับการศึกษาของ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2526) ได้ศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศ พบว่า การที่ประชาชนจะไปใช้ หรือไม่ใช้สถานบริการของรัฐมีสาเหตุมาจาก

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

- 1.2 ความรู้ว่ามีบริการให้บริการด้านการแพทย์และอนามัย
 - 1.3 เวลาที่มี
 - 1.4 ประสิทธิภาพในอดีต และความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ
 - 1.5 การเดินทาง แนวโน้มที่จะไปยังที่อื่น ๆ
 - 1.6 เงินทอง
 - 1.7 ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม
2. ปัจจัยแทรกซ้อน
 - 2.1 ระยะทางไกล
 - 2.2 ยานพาหนะสำหรับเดินทาง สภาพของถนน, ทางน้ำ
 - 2.3 ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ
 - 2.4 สถานบริการอื่น ๆ ที่จะเลือกไปรับบริการ
 3. ลักษณะของสถานบริการ
 - 3.1 คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง
 - 3.2 เครื่องมือ, วิธีการรักษาพยาบาล
 - 3.3 ความเป็นกันเองกับประชาชนและชุมชน
 - 3.4 ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ
 - 3.5 เวลาที่คอย

ชื่นชม เจริญยุทธ ,2525 ศึกษาปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในชนบท จังหวัดชัยภูมิ และในตำบลที่มีสถานอนามัย จำนวน 8 ตำบล ผลการศึกษา พบว่า วิธีการรักษาตัวของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยที่นิยมมากที่สุดคือ รักษาตัวเองหรือรักษาตนเองโดยญาติหรือเพื่อนบ้าน ซึ่งไม่ใช่หมอ ร้อยละ 30.3 รองลงมาที่ใช้บริการของรัฐ ร้อยละ 26.5 ใช้บริการเอกชนร้อยละ 22.1 และใช้การรักษาแผนโบราณ ร้อยละ 10.1 ซึ่งวิธีการรักษานั้น จะขึ้นอยู่กับลักษณะของความเจ็บป่วยด้วย คือ ถ้าเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยจะใช้วิธีการรักษาเอง ร้อยละ 54.9 ถ้าเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรงจะใช้บริการของรัฐ ร้อยละ 31.7 และ 38.9 ตามลำดับ ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของภาควิชาพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2522) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอนามัยของประชาชน จังหวัดขอนแก่นพบว่า วิธีปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน นิยมไปรับบริการรักษาจาก

โรงพยาบาลจังหวัด ร้อยละ 25.1 ไปบริการจากสถานอนามัยใกล้บ้าน ร้อยละ 17.9 ซื่อยากินเอง ร้อยละ 12.7 รับการรักษาจากคลินิกเอกชน ร้อยละ 3 นอกจากนี้ผลการศึกษาของชั้นชมเจริญสุข ยังพบอีกว่า ระยะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ กล่าวคือผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้สถานบริการจะมีการใช้บริการมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ห่างไกลออกไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เคย์ และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520) ที่พบว่า ประชาชนเลือกใช้บริการที่ใกล้ตัวที่สุดก่อน นอกจากนี้การศึกษาของ สาลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ (2521) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสังคมจิตวิทยาของการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง พบว่า ประชาชนจะเลือกใช้บริการที่สถานอนามัยที่อยู่ใกล้ และเดินทางไปได้สะดวกเช่นกันอีกด้วย

สายสัมพันธ์ รัชชัญญ , 2529 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการข้ามขั้นตอนการให้บริการที่สถานอนามัยในโครงการบัตรสุขภาพ ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีอายุมากกว่าการข้ามขั้นตอนการให้บริการที่สถานอนามัยก็จะยิ่งมีมากขึ้น ส่วนทางด้านการศึกษาของ เคย์ และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520) พบว่า หัวหน้าครอบครัวที่มีอายุมากกว่าจะมีอัตราการใช้หมอด่าแหย (หมอโบราณ) สูงกว่าหัวหน้าครอบครัวที่มีระดับอายุต่ำกว่า นอกจากนี้ สายสัมพันธ์ รัชชัญญ ยังพบอีกว่า ครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่าจะมีการข้ามขั้นตอนการให้บริการที่สถานอนามัยมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สาลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ (2521) ที่พบว่า ผู้มีฐานะเศรษฐกิจสูงนิยมไปใช้บริการที่สถานบริการที่มีประสิทธิภาพสูง

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล , 2531 ศึกษาถึงการให้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท พบว่า เหตุผลสำคัญของประชาชนในการไปใช้บริการที่สถานอนามัยคือ เชื่อถือในตัวบุคคลร้อยละ 6.7 เชื่อถือในสถานบริการร้อยละ 10.0 ค่าบริการถูกร้อยละ 5.7 เดินทางสะดวกร้อยละ 53.6 บริการดีเป็นกันเองร้อยละ 2.6 มีบัตรสงเคราะห์รายได้น้อยและบัตรสุขภาพร้อยละ 13.1 อื่น ๆ และจำไม่ได้ร้อยละ 8.3

งานวิจัยเกี่ยวกับแรงงานก่อสร้างในประเทศ

มรกต สิงหะเชนทร์ , 2522 ได้ทำการศึกษา เรื่อง การศึกษาวิเคราะห์สภาพและปัญหาแรงงาน ในอุตสาหกรรมก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อหาข้อเท็จจริงที่เป็นประโยชน์ในการวางมาตรการ เพื่อแก้ปัญหาของแรงงาน ในส่วนที่เกี่ยวกับการคุ้มครองแรงงาน ศึกษาโดยวิธีการสัมภาษณ์ลูกจ้างคนงานก่อสร้างอาคาร จำนวน 314 คนโดยแบ่งสัดส่วนตามเพศ

และจำนวนคนงาน ตามขนาดสถานประกอบการ ซึ่งแบ่งเป็น สถานประกอบการ ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า

1. คนงานส่วนใหญ่อยู่ในวัยฉกรรจ์ เหมาะกับงานที่ค่อนข้างหนักและเสี่ยงภัย คนงานส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับต่ำ พบในสถานประกอบการทั้ง 3 ขนาด อายุเฉลี่ย 26.3 ปีเป็นคนงานที่ไม่มีฝีมือมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นคนโสด คนงานหญิงเป็นโสดมากกว่าชาย คือ มีถึง ร้อยละ 52.94 มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 47.13 รายได้ของคนงานส่วนใหญ่ในขณะนั้น มีรายได้ระหว่าง 31.73 - 58.53 บาท ต่อวัน ส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยอยู่ในแหล่งงาน การใช้เวลาว่างพบว่า ร้อยละ 55.73 ต้องทำงานทุกวัน

2. สภาพการจ้างงานและการคุ้มครองแรงงาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ที่ควรรับผิดชอบในเรื่องของสวัสดิการ สภาพการจ้างงาน พบว่าส่วนใหญ่ตอบว่าไม่ทราบว่าจะรับผิดชอบ การลาภิจและลาป่วยสามารถลาได้แต่ไม่ได้รับค่าจ้าง นายจ้างไม่ได้ให้สิทธิในเรื่องลาภิจ ร้อยละ 82.52 ส่วนการลาอุปสมบทและการลาคลอดนั้นลาไม่ได้ ต้องออกจากงาน การทำงานล่วงเวลาในสถานประกอบการขนาดเล็ก พบทำงานเกินชั่วโมงทำงานประจำวันมากที่สุด และไม่ได้รับค่าแรง โดยนายจ้างเพิกเฉย ร้อยละ 87.90 เนื่องจากเป็นการทำงานระยะสั้นไม่เกิน 1 ชั่วโมง

3. ทักษะที่ต้องงาน และความรู้ที่คนคิดที่มีต่อกฎหมายแรงงาน พบว่า มีเพียง ร้อยละ 30.57 เท่านั้นที่มีความพึงพอใจในการทำงาน เกี่ยวกับกฎหมายแรงงานพบว่าส่วนใหญ่ไม่ทราบกฎหมายแรงงานเลย ร้อยละ 94.90 การตรวจแรงงานโดยเจ้าหน้าที่ พบว่าคนงานไม่เคยพบเห็นเจ้าหน้าที่จากกรมแรงงานมาตรวจ ร้อยละ 78.02

4. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรวมตัวเป็นองค์กรลูกจ้าง คนงานไม่เคยรู้จักสหภาพแรงงาน ร้อยละ 95.85 ให้ความคิดเห็นว่าไม่สามารถรวมกันเพื่อผลประโยชน์ของส่วนรวมได้ ร้อยละ 60.19

5. ความปลอดภัยในการทำงาน เห็นว่างานที่ทำไม่มีการเสี่ยงอันตราย ร้อยละ 88.85 ไม่มีอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยใช้ ร้อยละ 78.34 ประสบการณ์ในการประสบอันตราย พบว่า คนงาน เคยสะดุดหกล้ม ร้อยละ 86.22 เคยถูกตะปู หรือ เลื่อยตำ ร้อยละ 75.47

Otrakul A. and other ,1987 ได้ทำการศึกษา การอพยพโยกย้ายที่อยู่อาศัย อภิพผลต่อสุขภาพจิตหรือไม่ โดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง ในเขตกรุงเทพมหานคร และประเมินสุขภาพจิตโดยใช้แบบสอบถามของ P.L Berkman จำนวนตัวอย่างที่ใช้ศึกษา

195 คน พบว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ใน
กรุงเทพฯ ๙ และความบอชของการโยกย้ายที่อยู่ และพบว่าร้อยละ 53.9 ของผู้ใช้แรงงาน ทา
ทางแก้ปัญหาสุขภาพจิตในทางที่เหมาะสม

Nonthanee Jayasut and other, 1988. ได้ทำการวิจัยเรื่อง Bangkok
Construction Workers' Families : Community Needs Assessment. โดย
ทำการสัมภาษณ์ภรรยาคนงานก่อสร้าง 3 แห่ง คือ ปรีชา เข้าชิง ที่รามคำแหง สำนัก
งานใหญ่ขององค์การปิโตรเลียม และ บริษัท ช. การช่าง ที่สนามบิน รวมประชากรที่
ศึกษา 360 คน โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยการเยี่ยมบ้าน การสัมภาษณ์ การทำกลุ่มสัมพันธ์
และการสังเกต

ผลการวิจัยพบว่า ภรรยาคนงานก่อสร้างอายุประมาณ 29 ปี อยู่กับสามีพร้อมทั้งบุตร
1-2 คน ที่สถานที่ก่อสร้าง การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา อพยพมาจากชนบทเนื่องจาก
ความแห้งแล้ง ได้ค่าแรงประมาณวันละ 80 บาท ได้รับค่าแรงทุกๆ 10 วัน ภรรยาคนงาน
มีหน้าที่ ดูแลบ้าน ทำอาหาร หลังทำงานเสร็จ พบมีการเล่นการพนันและดื่มบ้างเล็กน้อย

ปัญหาที่พบได้แก่ ปัญหาด้านการเงิน ได้รับค่าแรงต่ำ ปัญหาสุขภาพ มีการเจ็บป่วย
และบาดเจ็บเล็กๆ น้อยๆ ปัญหาครอบครัวพบว่าทั้งพ่อและแม่ต้องทำงานตลอดวันและ ตลอดสัปดาห์
เด็กไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เชื่อฟังนอกจากนี้ยังพบว่าการอาละวาด
ทุบตีลูกเมื่อบิดาคัดค้านแล้ว ส่วนปัญหาเกี่ยวกับการศึกษานั้นพบว่าเด็กไม่ได้รับการศึกษาที่ต่อเนื่อง
เนื่องจากพ่อแม่ต้องย้ายสถานที่ทำงานอยู่เสมอ

ความต้องการที่พบได้แก่ ต้องการบริการเกี่ยวกับสุขภาพ การฝึก และแนะ
แนวอาชีพ การจ้างงาน สันทนาการและบริการสวัสดิการต่าง ๆ

นันทนีย์ ไชยสวดและคณะ, 2532 ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัญหาความต้องการและความ
เป็นไปได้ในการจัดตั้งสหภาพแรงงานสำหรับผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง โดยการศึกษาผู้ใช้แรงงาน
ก่อสร้างที่ทำงานในอุตสาหกรรมก่อสร้าง ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ในเขตกรุงเทพฯ
มหานคร และจังหวัดชลบุรี โดยสุ่มสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)
จำนวน 100 คน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้แรงงานอายุระหว่าง 31-33 ปี ครอบครัวมีบุตรประมาณ
2-3 คน ถึงร้อยละ 64 เป็นเพศชาย ร้อยละ 77 สมรสแล้ว ร้อยละ 67

29.7 ส่วนใหญ่ดื่มน้ำประปา ร้อยละ 56.9 โดยไม่ผ่านการต้ม ขณะที่สร้างความรบกวนผู้อื่น ร้อยละ 47.3 การกำจัดขยะส่วนใหญ่ใช้วิธีการ เผา ร้อยละ 44.0

4. การสาธารณสุขโรคและความปลอดภัยในทรัพย์สิน ถนนสภาพไม่ดี ไฟฟ้าสว่างไม่เพียงพอ มีความรู้ถึงความปลอดภัย ร้อยละ 80.0

5. สวัสดิการและการใช้เวลาว่าง มีวันหยุดตามปกติ ได้รับเงินชดเชยเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ภาระงานก่อนสร้างกว่าครึ่งหนึ่งใช้เวลาว่างในการทำอาหาร

6. ปัญหาและความต้องการของครอบครัว ได้แก่ค่าแรงงาน สวัสดิการสำหรับตัวเอง และบุตร การฝึกอาชีพ การรักษาพยาบาลและต้องการรถพยาบาลประจำแคมป์ สุขภาพอนามัย ยังต้องได้รับการแก้ไข

งานวิจัยในต่างประเทศ

Rodney M. Coe and Albert F. Wessen , 1965 ได้ทำการศึกษา ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม ที่มีผลต่อการใช้บริการอนามัยในท้องถิ่น พบว่า ประชาชนที่ไม่ไปรับบริการจากแพทย์นั้น เนื่องจากที่ไม่ทราบถึงความรุนแรงของอาการที่เจ็บป่วยและมีความกลัวตลอดจนวิตกกังวลก็จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลในราคาแพง ส่วนประชาชนที่ไปรับบริการจากแพทย์โดยปกติแล้วถึงแม้จะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็มีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการอยู่แล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าปฏิกริยาของประชาชนที่มีต่อความเจ็บป่วยนั้นยังแตกต่างกันไปตามอายุ เพศ และเชื้อชาติ และส่วนใหญ่เพศหญิงจะไปใช้บริการมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้ อัตราการใช้บริการจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ทั้งสองเพศ พวกชนชั้นสูงซึ่งมีฐานะดีจะไปใช้บริการมากกว่าประชาชนที่มีรายได้น้อย จากการศึกษาจึงพบอีกว่าการไปใช้บริการอนามัยนั้นยังขึ้นอยู่กับระยะทางด้วย กล่าวคือ ประชาชนที่อยู่ใกล้สถานบริการมักจะไปใช้บริการมากกว่าประชาชนที่อยู่ไกลสถานบริการ

Aday Lu Ann, 1975 : (477-456) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การใช้บริการทางการแพทย์ พบว่าประชาชนที่หากจนจะให้บริการทางการแพทย์ในอัตราที่น้อยกว่าคนที่ร่ำรวย ถึงแม้ว่าจะมีความจำเป็นหรือเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงเท่า ๆ กัน นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาการเดินทางและการเสียเวลารอคอยพบแพทย์ก็มีผลต่อการไปใช้บริการเช่นกัน กล่าวคือ ประชาชนที่อยู่ใกล้สถานบริการจะไปรับบริการมากกว่าประชาชนที่อยู่ห่างไกล ยกเว้นในกรณีที่เรามีความจำเป็นจริง ๆ เท่านั้น

เกรกอรี แอล ไวส์, 1988 (Gregory L. Weiss) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ปัจจัยทางสังคมและประชากร ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา และรายได้ และปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของผู้ป่วย ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความไว้วางใจในการรักษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ค่านิยมต่อแหล่งรักษาพยาบาล และความรู้สึกต่อสถานะสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของหัวหน้าครอบครัว จำนวน 400 คน ในรัฐเวอร์จิเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อ ค.ศ. 1980 ผลการวิจัยพบว่า ให้ลักษณะในด้านจิตวิทยา เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ดีกว่าปัจจัยด้านสังคมและประชากร

อีวาชวิก และคณะ (Evashwick, et al. 1983) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้รูปแบบการศึกษาของอเคย์ และแอนเดอร์เซน มาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการวิจัย และใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 1,317 คน พบว่า ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพได้แก่การรับรู้สถานสุขภาพและลักษณะการเจ็บป่วย เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการใช้บริการสุขภาพจากคลินิกแพทย์ โรงพยาบาล หน่วยการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และการรักษาพยาบาลที่บ้าน ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว การศึกษา และการใช้บริการป้องกันโรค เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการใช้บริการสุขภาพจากคลินิกทันตกรรมได้ สำหรับปัจจัยสนับสนุนได้แก่ รายได้ อาชีพ การประกันสุขภาพ และการเดินทางไปรับบริการไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ ดังกล่าว

ซิปกิน และคณะ (Zipkin, et al. 1984) ศึกษาความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทที่ประเทศอิสราเอล (Israel) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี จำนวน 110 คน ในหมู่บ้านเกษตรกรรม 2 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข ถ้าแพทย์ใช้เวลาในการตรวจรักษาและพูดคุยกับผู้ป่วยนาน ๆ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม แนวคิดเชิงทฤษฎี เอกสาร ตลอดจนงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการใช้บริการในกลุ่มต่าง ๆ และรวมทั้งผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มคนงานก่อสร้าง ของท่านผู้รู้หลายท่านพอสรุปได้ว่า ปัจจัยต่าง ๆ

ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยนั้นมีหลายประการ ผู้วิจัยจึงได้นำมาเป็นแนวทางและสรุปเป็นกรอบแนวคิดเพื่อการศึกษาครั้งนี้กับกลุ่มคนงานก่อสร้าง ดังต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 2.2 กรอบแนวความคิดในการวิจัย (CONCEPTUAL FRAMEWORK)

