

บทที่ 1

บทนำ



1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

“ประชากร” ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะถ้าประชากรมีคุณภาพ ประเทศก็就会有การพัฒนาที่มั่นคงและยั่งยืน ดังคำกล่าวของ วิพรรณ ประจวบเหมาะ รูปโฟโล (2539: 35) ที่กล่าวไว้ว่า “ปัจจัยอันเป็นที่มาของความมั่นคงและการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ ประการหนึ่งก็คือ ประชากร แต่ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงคุณภาพประชากรมากกว่าปริมาณ” รัฐบาลไทยเองในปัจจุบันได้หันมาสนใจและให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของประชากรในประเทศ แทนที่จะมุ่งให้ความสำคัญไปที่การพัฒนาเศรษฐกิจเป็นหลัก ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 นี้ ได้กำหนดให้ “คน” เป็นศูนย์กลางและเป้าหมายของการพัฒนา (สำนักงานคณะกรรมการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2539: 6)

อย่างไรก็ตามในการทำหน้าที่พัฒนาประเทศนั้น ประชากรที่ทำหน้าที่เป็นหลักสำคัญของการพัฒนามักจะเป็น “ประชากรวัยแรงงาน” เนื่องจากประชากรวัยแรงงาน คือ ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งต้องทำหน้าที่เป็นทั้งปัจจัยสำคัญของการผลิต และเลี้ยงดูหรือเกื้อหนุนประชากรวัยเด็กและประชากรวัยสูงอายุด้วย

สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คาดประมาณประชากรของประเทศในช่วง พ.ศ. 2533-2563 ไว้ว่า ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งจำนวนและสัดส่วน ซึ่งตัวเลขที่คาดการณ์ไว้ มีดังนี้ คือ พ.ศ. 2540 มีประมาณ 39.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 64.7 พ.ศ. 2541 มีประมาณ 39.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 64.9 พ.ศ. 2542 มีประมาณ 40.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 65 พ.ศ. 2543 มีประมาณ 40.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 65.2 และพ.ศ. 2544 มีประมาณ 40.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 65.5 (สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538) จากตัวเลขนี้แสดงให้เห็นว่า ประชากรวัยแรงงาน คือ ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ

ในการทำหน้าที่เป็นปัจจัยการผลิตของประชากรวัยแรงงานนั้น เนื่องจากในทาง เศรษฐศาสตร์ ประชากรวัยแรงงาน คือ ประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ที่ระบบเศรษฐกิจถือเป็น ผู้ผลิต เป็นผู้ดำเนินการ อำนาจการ ให้มีความคิดริเริ่มและรับผิดชอบการผลิต ทำหน้าที่เป็นผู้จัดหา และดำเนินการผลิตสินค้า และบริการออกมา เพื่อสนองความต้องการของระบบเศรษฐกิจ (เทียนฉาย กิระนันท์ และปิติ พูนไชยศรี, 2529: 397)

นอกจากนี้ การทำหน้าที่เลี้ยงดูหรือเกื้อหนุนประชากรวัยเด็กและประชากรวัยสูงอายุนั้น เนื่องจากประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) และประชากรวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เป็นประชากรวัยพึ่งพิงมีศักยภาพในการดูแลตนเองน้อย โดยที่ประชากรวัยเด็กไม่ได้ทำงาน ยังอยู่ในวัยเรียน ส่วนประชากรวัยสูงอายุก็นับเป็นผู้ที่พ้นสภาพการทำงาน ขาดรายได้ประจำที่แน่นอน ประชากรวัยแรงงานจึงต้องรับภาระประชากรวัยพึ่งพิงเหล่านี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คาดประมาณประชากรวัยพึ่งพิงไว้ว่า ประมาณช่วงปี พ.ศ. 2543 อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กจะมีประมาณ ร้อยละ 39.2 และอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุจะมีประมาณ ร้อยละ 14.1 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ รุฟโฟโล, 2539: 47) แสดงให้เห็นว่า ประชากรวัยแรงงาน 1 คน จะต้องรับภาระประชากรวัยเด็กประมาณ 4 คน และประชากรวัยสูงอายุอีกประมาณ 2 คน

ด้วยภาระหน้าที่ของประชากรวัยแรงงานที่ได้กล่าวมา ประชากรวัยแรงงานจำเป็นต้อง เป็นผู้ที่มีคุณภาพ จึงจะสามารถปฏิบัติภาระหน้าที่อันสำคัญได้ ขณะเดียวกันประชากรวัยแรงงาน จะเป็นผู้ที่มีคุณภาพได้ ปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งก็คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี เนื่องจากการมีสุขภาพ อนามัยที่ดี จะสะท้อนให้เห็นถึงสภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ การเป็นอยู่ที่ดีในสังคม รวมทั้งจะเป็นการส่งเสริมให้บุคคลดำรงชีวิตอย่างมีประโยชน์ เพื่อการพัฒนาประเทศ (เพ็ญศรี สุโรจน์, 2529: 5)

ข้อมูลระดับประเทศจากการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534 และ พ.ศ. 2539 ซึ่งเป็นการสำรวจการเจ็บป่วยและรู้สึกไม่สบายของประชากรในประเทศในช่วง 2 สัปดาห์ ก่อนการสำรวจ ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า พ.ศ.2534 จากจำนวน ประชากรทั้งประเทศประมาณ 57 ล้านคน มีผู้เจ็บป่วยทั้งสิ้นประมาณ 13.2 ล้านคน ในจำนวน ผู้เจ็บป่วยทั้งหมดนี้ เป็นผู้เจ็บป่วยในวัยแรงงานประมาณ 7.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 55.3 ของ ผู้เจ็บป่วยทั้งหมด ส่วน พ.ศ. 2539 จำนวนประชากรทั้งประเทศมีประมาณ 59.9 ล้านคน มีผู้ เจ็บป่วยทั้งสิ้นประมาณ 9.2 ล้านคน เป็นผู้เจ็บป่วยที่อยู่ในวัยแรงงานประมาณ 4.9 ล้านคน คิดเป็น

ร้อยละ 53.7 ของประชากรที่เจ็บป่วยทั้งหมด แสดงให้เห็นว่า ในจำนวนผู้เจ็บป่วยทั้งหมด มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้เจ็บป่วยที่อยู่ในวัยแรงงาน

การเจ็บป่วยที่สำรวจจากโครงการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539 พบว่า กลุ่มโรคที่พบบ่อยคือ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและกระดูก และพบกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประชากรที่มีอายุอยู่ในช่วงปลายวัยแรงงาน

จากการศึกษาของ พรพันธ์ บุญรัตนพันธ์ และคณะ (2540: 240-241) พบว่า แบบแผนการเจ็บป่วยและการตาย ของประชากรวัยแรงงานแต่ละช่วงอายุ มีดังนี้

- กลุ่มวัยแรงงานอายุน้อย (15-24 ปี) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มักเจ็บป่วยและตายด้วยอุบัติเหตุเป็นอันดับแรก ๆ
- กลุ่มวัยแรงงานอายุปานกลาง (25-44 ปี) สาเหตุการเจ็บป่วยและการตายของช่วงอายุนี้ เกิดจากอุบัติเหตุ การถูกฆาตกรรม โรคหัวใจและหลอดเลือดในสมอง และมะเร็ง แต่ในช่วงอายุดังกล่าวนี้ มีความแตกต่างระหว่างเพศ
- กลุ่มวัยแรงงานอายุมาก (45-59 ปี) สาเหตุการเจ็บป่วยและการตาย มีความคล้ายกันทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยสาเหตุอันดับแรก ๆ เกิดจากโรคการไหลเวียนเลือดผ่านปอดและหัวใจรองลงมา คือ มะเร็ง และโรคติดเชื้อบางอย่าง

ในส่วนของการเจ็บป่วยของประชากรวัยแรงงาน ที่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศนั้น เนื่องจากเพศหญิงมีความแตกต่างกับเพศชายทางสรีระ เช่น การมีมดลูก ปีกังไข่ ช่องคลอด สรีระเหล่านี้ทำให้หญิงมีประจำเดือน รวมทั้งสามารถตั้งครรภ์และคลอดได้ เพศหญิงจึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคบางชนิด ขณะมีประจำเดือน โรคพิษแห่งครรภ์และการคลอดที่ผิดปกติได้ ดังนั้นปัจจัยทางสรีระวิทยาเหล่านี้ จึงทำให้เพศหญิงและเพศชายมีปัญหาสุขภาพแตกต่างกัน นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ก็มีส่วนทำให้เพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างในด้านปัญหาสุขภาพ โดยในสภาพที่สังคมยอมรับความเป็นรองของสตรี และเป็นผู้ตามบนความสัมพันธ์ทางเพศกับชาย ทำให้เพศชายมีเสรีภาพทางเพศมาก จึงมีความเสี่ยงสูงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคติดเชื้อทางช่องททางสืบพันธุ์ และโรคเอดส์ (กฤติยา อาชวนิชกุล และ พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2539: 3-8) นอกจากนี้ การที่เพศหญิงมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกับเพศชาย โดยที่เพศหญิงมีบทบาทเป็นแม่บ้านทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว และต้องประกอบอาหารให้แก่สมาชิกในครอบครัว จึงมีอัตราการเป็นโรคฉนวนผิดปกติสูงกว่าเพศชาย ส่วนเพศชายนั้น เนื่องจาก

สังคมคาดหวังว่าเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งเป็นผู้นำกล้าเสี่ยง และต้องมีกิจกรรมนอกบ้านอื่น ๆ โรคที่เจ็บป่วยของเพศชาย พบว่า เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุ โรคกล้ามเนื้อเป็นแผลและโรคหัวใจ สูงกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากการประกอบอาชีพและความเคร่งเครียดในอาชีพด้วย (อรทัย รวยอาจิน และ อรพินท์ สิงหนเดช, 2528: 463-464)

ปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของประชากรวัยแรงงาน ถือเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพของประชากรในประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ในส่วนของแผนพัฒนาสาธารณสุข ได้เน้นให้มีการเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ควบคู่ไปกับการพัฒนาปัจจัยแวดล้อม ทั้งระบบบริการสาธารณสุขและอื่น ๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพและพลานามัยที่ดี เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากร ซึ่งรัฐบาลได้วางยุทธศาสตร์การพัฒนาทางสาธารณสุขไว้ดังนี้ (แผนพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8, 2539: 39-40)

1. ปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุข
2. พัฒนาการเพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข
3. พัฒนาพฤติกรรมอนามัยเพื่อการควบคุมป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ
4. พัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
5. ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่องและทั่วถึง
6. เสริมสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยให้เหมาะสม
7. ศึกษา ค้นคว้า วิจัย พัฒนา ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่รัฐได้วางเอาไว้ดังกล่าวมานี้ ดูเหมือนว่าในส่วนของการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขจะประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง คือ ในส่วนของการขยายสถานบริการ ทั้งนี้เพราะสถานบริการสุขภาพของเอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วม อย่างไรก็ตามในด้านพฤติกรรมอนามัย โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง อาทิเช่น ปัญหาการใช้ยาของประชาชน การศึกษาของ เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ (2532 อ้างถึงใน เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2539: 139) เกี่ยวกับรายจ่ายส่วนบุคคล ด้านสุขภาพอนามัย ในช่วงปี พ.ศ. 2503 กับปี พ.ศ. 2528-2529 พบว่ารายจ่ายส่วนบุคคลด้านสุขภาพอนามัยเพิ่มขึ้น การเพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งเป็นผลของการใช้ยาโดยไม่ถูกต้อง และเกินความจำเป็น ทั้งนี้เกิดจากการรักษาตัวเอง รวมทั้งการซื้อยารับประทานเอง

ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ยังพบว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของประชากรในประเทศไทยนั้น ประชากรยังมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย โดยวิธีการซื้อยากินเองใน ร้อยละที่ใกล้เคียงกับการรักษาโดยวิธีแผนปัจจุบัน (ซึ่งหมายถึง การตัดสินใจรักษาพยาบาล โดยการไปสถานบริการสุขภาพ ที่มีเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขและแพทย์คอยให้บริการ) คือ มีประมาณร้อยละ 38.3 เมื่อเทียบกับการรักษาโดยวิธีแผนปัจจุบันมีประมาณร้อยละ 41.2 ในขณะที่ การรักษาโดยวิธีแผนโบราณมีเพียงร้อยละ 2.6 และมีประมาณร้อยละ 1.7 ที่มีการรักษาโดยวิธีอื่น ๆ (เช่น นานากรรมวิธี ประคบน้ำร้อน) ส่วนประชากรที่ไม่รักษาตัวเองด้วยวิธีใด ๆ เลยนั้น จะมี ประมาณร้อยละ 16

นอกจากนี้ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2541 บริษัทศูนย์วิจัยกสิกรไทยจำกัด ได้สำรวจ หัวข้อ "การรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วยซื้อยาหรือไปหาหมอ" จากกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ใน กรุงเทพมหานครและปริมณฑลจำนวน 428 คน แบ่งเป็นชายร้อยละ 46.1 หญิงร้อยละ 53.9 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท พบว่า ร้อยละ 49.6 ระบุว่าเมื่อเจ็บป่วยนิยมซื้อยากินเอง ร้อยละ 44.3 ไปหาแพทย์ และร้อยละ 6.1 ปล่อยให้หายเอง ทั้งนี้พฤติกรรมซื้อยากินเองและการ ไปหาแพทย์จะแตกต่างกันตามสถานะทางเศรษฐกิจ

จากข้อค้นพบที่กล่าวถึงจะเห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนนั้น มีหลากหลาย แต่วิธีการเลือกรักษาเมื่อเจ็บป่วยโดยการซื้อยากินเอง ยังเป็นวิธีที่ประชาชนนิยม เลือกใช้ ซึ่งการซื้อยากินเองนี้ ถึงแม้จะเสียค่าใช้จ่ายไม่แพงและเป็นวิธีที่สะดวกรวดเร็ว แต่ก็ สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนได้ เพราะการซื้อยากินเองจากร้านขายยา ถือเป็นแหล่งบริการสุขภาพที่มีความถูกต้องในวิชาชีพน้อย (สันทัด เสริมศรี, 2528: 399) และถ้าหาก การเจ็บป่วยนั้น ๆ มีความรุนแรง และเป็นโรคที่อันตราย การซื้อยากินเองก็ถือเป็นพฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่เหมาะสมได้

ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงได้นำเอาข้อมูลระดับประเทศ จากโครงการการสำรวจอนามัย และสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ 2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติมาใช้ เพื่อต้องการศึกษาถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของประชากรวัยแรงงาน ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มี ความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งศึกษาถึง การเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยของประชากรวัยแรงงาน ระหว่าง

พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539 เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางเพื่อวางแผนพัฒนาสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วย และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรวัยแรงงาน เพื่อทำหน้าที่พัฒนาประเทศต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ของประชากรวัยแรงงาน ระหว่างปี พ.ศ. 2534 กับ ปี พ.ศ. 2539
2. เพื่อเปรียบเทียบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วยของประชากรวัยแรงงาน ระหว่างปี พ.ศ. 2534 กับ ปี พ.ศ. 2539

1.3 แนวความคิดเชิงทฤษฎี

การศึกษาดังนี้ เป็นการศึกษาถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของประชากรวัยแรงงาน ผู้ศึกษาได้นำเอาทฤษฎีและแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางศึกษาดังนี้

1.3.1 แนวความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

เพ็ญศรี พิชัยสนธิ (2531: 53) กล่าวว่า โรคหรือการเจ็บป่วยเกิดจากปฏิกิริยาตอบโต้ระหว่างคนหรือสัตว์ ที่เราเรียกว่า โฮสต์ (host) กับเชื้อโรค หรือ สิ่งที่ทำให้เกิดโรคที่เรียกว่าสิ่งที่ทำให้เกิดโรค (agent) ในสภาพแวดล้อม (environment) ที่คนหรือสัตว์และเชื่อนั้นอาศัยอยู่ ถ้ามีคนและเชื้อโรคอยู่ด้วยกัน ในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรค ผู้นั้นจึงจะเกิดหรือมีอาการของโรคแสดงออกมาให้เห็น

นิยามการเจ็บป่วย

จากทฤษฎีการเกิดโรคและธรรมชาติการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยนี้ ทำให้เกิดนิยามการเจ็บป่วย (Illness) ต่างๆ ดังนี้

Taylor (1993 : 21-28) นิยามการเจ็บป่วยไว้ดังนี้ “การเจ็บป่วย” หมายถึง ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของบุคคล อาจเกิดจากการที่บุคคลได้รับเชื้อโรค หรือความรู้สึกว่าตนเองไม่สบาย

สุปราณี เสนาดีสัย (2539: 24-26) กล่าวว่า “การเจ็บป่วย” หมายถึง สภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่ามีสุขภาพ

ไม่ดี การเจ็บป่วยอาจไม่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคก็ได้ แต่อาจมีสาเหตุเริ่มจากความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายหรือความผิดปกติทางจิตใจ

การเจ็บป่วยทางการแพทย์ หมายถึง สภาพร่างกายซึ่งมีพยาธิสภาพหรืออาการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ ซึ่งนักวิชาการให้ความหมายของสภาวะนี้ว่าเป็นโรค (Disease)

ในความหมายอีกด้านหนึ่ง “การเจ็บป่วย” มีความหมายทางสังคมและจิตวิทยา กล่าวคือ ทางสังคมเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นสภาวะที่บุคคลไม่สามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งบุคคลนั้นมีส่วนร่วมในกระบวนการทางสังคม ส่วนทางจิตวิทยาให้ความหมายไว้ว่า การเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ซึ่งมีอาการเจ็บป่วย เช่น ความผิดปกติหรือการอธิบายความเจ็บปวด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534: 75)

กล่าวโดยสรุป การเจ็บป่วยจึงหมายถึง ภาวะที่ร่างกายขาดสมดุลทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของบุคคล โดยอาจเกิดจากการที่บุคคลเกิดโรค หรือมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สบาย

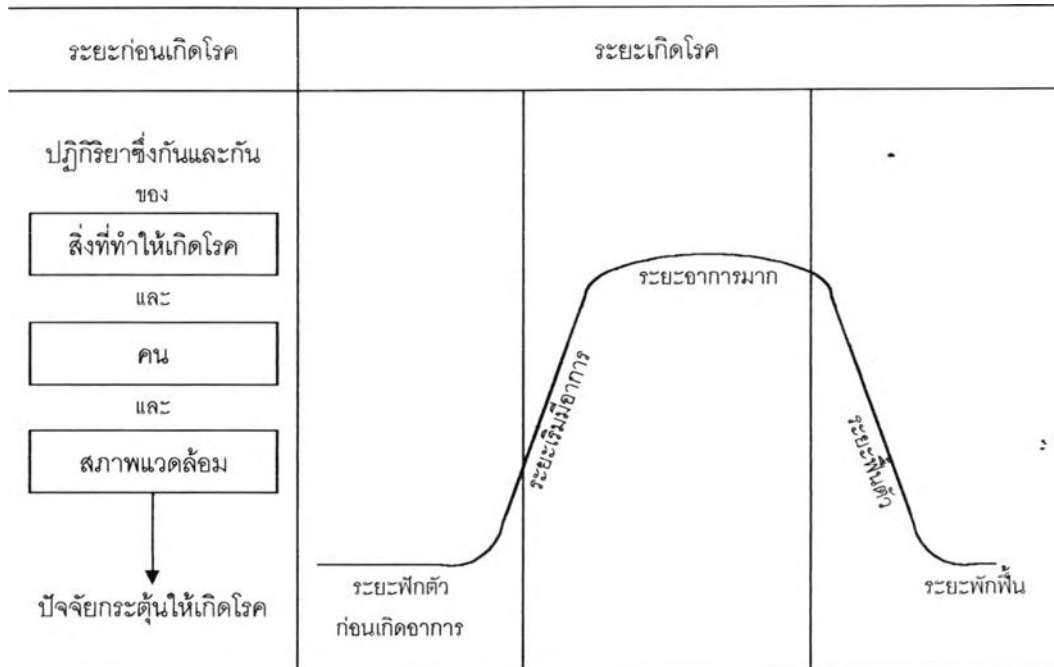
ธรรมชาติของการเกิดโรคในคน

การเกิดโรคในคน อาจแยกได้เป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนเกิดโรค และระยะเกิดโรค

ระยะก่อนเกิดโรค คือ ระยะที่มีปฏิริยาตอบโต้ซึ่งกันและกัน ระหว่างเชื้อหรือสิ่งที่ทำให้เกิดโรค และสภาพแวดล้อม

ระยะเกิดโรค เกิดจากปฏิริยาระยะก่อนเกิดโรคที่ไม่สมดุล ก่อให้เกิดปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรขึ้น คนนั้นก็จะมีอาการของโรคและผ่านเข้าสู่ระยะเกิดโรค ปรากฏอาการตั้งแต่เริ่มอาการจนถึงอาการมาก ดังแผนภูมิที่แสดง ต่อไปนี้

แผนภูมิแสดงวิธีการดำเนินโรคในคน



ที่มา : เพ็ญศรี พิชัยสนธิ. หลักและวิธีการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น, 2531 : 54

ในทางระบาดวิทยา “ความรุนแรงของการเจ็บป่วย” หมายถึง ความสามารถของจุลชีพ ในการทำให้เกิดโรคที่มีอาการมากหรือตายมาก (ไพบูลย์ โฉน့်สุนทร, 2524: 167-168) อย่างไรก็ตามบุคคลจะมีปฏิกริยาโต้ตอบ หรือการกระทำต่อสภาวะปัญหาทางสุขภาพ หรือการเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นกับตนเองแตกต่างกัน เนื่องมาจากการที่บุคคลมีระดับความทนต่อการเจ็บป่วยต่างกัน มีความแตกต่างกันของภาวะเศรษฐกิจ มีบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน และความแตกต่างของการแสดงออก เนื่องมาจากวัฒนธรรมที่ต่างกัน ดังนั้น การเจ็บป่วยจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ ส่วนบุคคล ซึ่งการรับรู้จะมีอิทธิพลมาจากกลุ่มบุคคลอ้างอิงและบรรทัดฐานของสังคม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2534: 74-75) ซึ่งแตกต่างจากการกำหนดความรุนแรง ในทางการแพทย์

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ในระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Perceived-Severity)

การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตใจ ซึ่งมีความใส่ใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมโดยผ่านประสาทสัมผัสของร่างกาย ส่งผลให้บุคคลตัดสินใจและประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

จากการศึกษาของ ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ (1988) ในโครงการวิจัย ความแตกต่างในภาวะความเจ็บป่วยและภาวะการตายในประเทศไทย ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรค ตามการรับรู้ของผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับ คือ

- ระดับเล็กน้อย หมายถึง สามารถทำงานและประกอบกิจกรรมได้ทุกอย่าง
- ระดับปานกลาง หมายถึง พอทำงานได้แต่ต้องจำกัดปริมาณและชนิดของกิจกรรม
- ระดับรุนแรง หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เลย

เนื่องจากภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่มีความต่อเนื่องกัน การบ่งชี้ถึงสภาวะความเจ็บป่วยและการมีสุขภาพดีนั้น บางครั้งไม่เด่นชัด ยกเว้นในรายที่เจ็บป่วยมาก ๆ มีอาการรุนแรง แต่ในรายที่อยู่ในภาวะความเจ็บป่วยเล็กน้อยถึงสุขภาพปกติ นั้น มักจะบอกได้ยาก ขึ้นอยู่กับการรับรู้และทัศนคติของบุคคลในสถานการณ์นั้น อาจกล่าวได้ว่าคนที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย เป็นคนที่เริ่มมีปัญหาในการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นบางช่วงเวลา และหากผู้นั้นมีปัญหาในการปรับตัวมากขึ้น และเป็นตลอดเวลาทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงมาก

การศึกษาคั้งนี้ ได้ใช้การเจ็บป่วยจนต้องหยุดกิจวัตรประจำวัน และจำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน มาเป็นตัวชี้วัดความรุนแรง

1.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย เป็นพฤติกรรมในขั้นตอนการรักษา ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลรับรู้ว่าจะเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจหรือสังคมแล้ว บุคคลเกิดการปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ซึ่งมีผู้ให้ความหมายแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2530: 169) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในสภาวะสุขภาพผิดปกติ ซึ่งจะรวมทั้งการไปรับบริการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุขด้วย

มัลลิกา มติโก (2530: 10) กล่าวถึงการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self-care in illness) ว่าเป็นพฤติกรรมขณะที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความเจ็บป่วยหรือผิดปกติไปจากเดิม

ในขณะที่ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533: 53) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง แนวพฤติกรรมระดับบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้และประเมินอาการเจ็บป่วย

การตัดสินใจเกี่ยวกับขบวนการนั้น ๆ ว่าจะมีการรักษาด้วยตัวเอง หรือแสวงหาคำแนะนำจากผู้คนที่
ซึ่งแบ่งออก ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กิจกรรมที่ปฏิบัติลงไปเพื่อทดแทนบริการแบบวิชาชีพ หรือกระทำลงไป
ล่วงหน้าก่อนแสวงหาบริการแบบวิชาชีพ ตัวอย่างเช่น

- ปฏิบัติการตอบสนองแบบไม่รักษา หรือรอดูอาการ
- รักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา
- รักษาตนเองโดยการใช้ยา ซึ่งไม่จำกัดเฉพาะยาแผนปัจจุบัน แต่รวมถึงยา
แผนโบราณด้วย

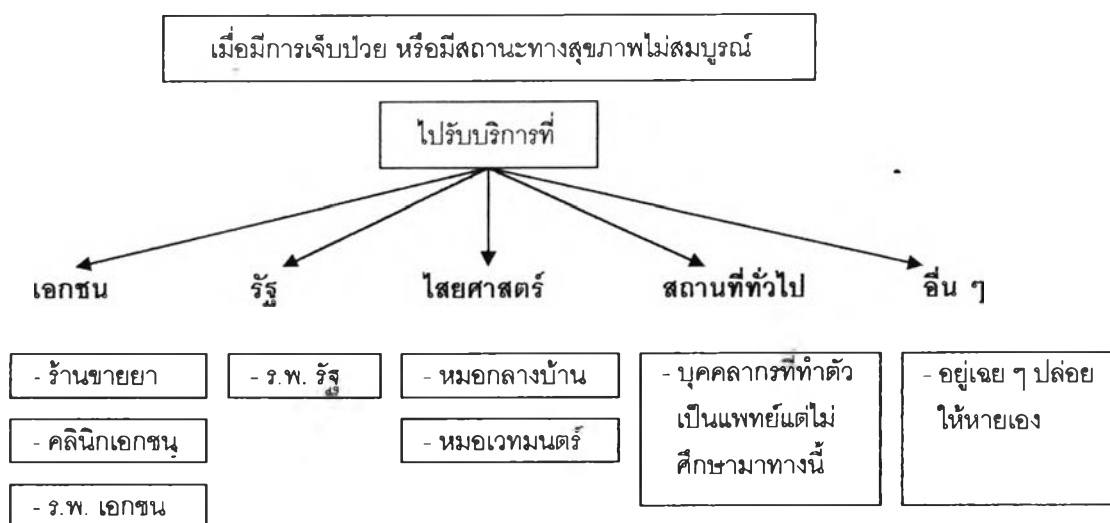
กลุ่มที่ 2 กิจกรรมที่ปฏิบัติลงไปในฐานะส่วนประกอบสำคัญ ในกระบวนการรักษา
เพิ่มเติม บริการที่ให้การรักษาโดยนักวิชาชีพ

กลุ่มที่ 3 การดูแลสุขภาพตนเอง ที่ทำไปโดยมีเจตนาดัดแปลงแก้ไขบริการ หรือคำ
แนะนำของผู้มีวิชาชีพ เช่น เลือกโดยวิธีหลายแบบ

ส่วน กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย (2539: 5) ได้ให้ความหมายพฤติกรรม
การแสวงหาบริการสุขภาพ ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างหนึ่งว่า หมายถึง
การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเพื่อสนองต่อการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นเชื่อว่า
เป็นอาการเจ็บป่วย โดยพยายามตีความหมายอาการที่เกิดขึ้น จากประสบการณ์ตนเองหรือแสวงหา
ความคิดเห็นจากผู้ที่เขาเชื่อว่า มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ โดยอาจมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษา
พยาบาล การหลบหนีจากสังคม รวมทั้งการไม่ทำอะไรเลย ปล่อยให้หายไปเอง ไปรับบริการที่
โรงพยาบาลของรัฐ เอกชน คลินิก หานมอกกลางบ้าน หรือบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แพทย์

ฉะนั้นการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย จึงแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมแสวงหาแหล่ง
บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยนั่นเอง แต่อย่างไรก็ตามพฤติกรรม หรือการปฏิบัติของประชาชน
เมื่อเจ็บป่วยหรือมีสถานะสุขภาพไม่ปกตินั้น อาจทำได้หลายประการตามแนวคิด ดังต่อไปนี้

แผนภูมิแสดงแนวทางในการปฏิบัติตัวของประชาชนเมื่อมีการเจ็บป่วย



ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ. พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย.

1.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับการเลือกแหล่งรักษาพยาบาล

สำหรับแนวคิดทฤษฎีในการเลือกแหล่งรักษาพยาบาลนั้น มีดังนี้

แนวคิดทฤษฎีของ Andersen and Newman (1973: 75-110) ได้กล่าวว่า ตัวกำหนดการเลือกแหล่งบริการรักษาพยาบาล ประกอบไปด้วยความสัมพันธ์ของตัวกำหนดทั้งสาม ดังนี้

ตัวกำหนดทางสังคม (Societal determinants)

ระบบบริการทางสุขภาพ (Health services system)

ตัวกำหนดส่วนบุคคล (Individual determinants)

โดยที่ตัวกำหนดทางสังคม จะมีอิทธิพลต่อตัวกำหนดส่วนบุคคลในสองทาง คือ ทางหนึ่งเป็นผลโดยตรงต่อตัวกำหนดส่วนบุคคล อีกทางหนึ่งผ่านทางระบบบริการทางสุขภาพ ก่อนจึงจะมีผลต่อตัวกำหนดส่วนบุคคลในที่สุด และตัวกำหนดส่วนบุคคลนี้จะมีผลโดยตรงต่อการเลือกใช้บริการ

ตัวกำหนดทางสังคม ประกอบไปด้วย เทคโนโลยี (Technology) และปทัฏฐาน (Norms) ซึ่งปัจจัยทางเทคโนโลยี หมายถึง เครื่องมือวิธีการรักษาทางการแพทย์ ปัจจัยทางปทัฏฐาน หมายถึง ความรู้ ความเชื่อ หรือประเพณีแต่ละสังคม

ตัวกำหนดที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการทางสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ คือ ทรัพยากรที่ให้บริการทางสุขภาพ (Resources) และรูปแบบขององค์กร (Organization) ซึ่งการพิจารณาถึงทรัพยากรบริการทางสุขภาพ จะคำนึงถึงปริมาณ และการกระจายของแหล่งบริการทางสุขภาพในสังคมนั้น ๆ ส่วนรูปแบบขององค์กร ประกอบด้วยความสามารถในการเข้าถึงบริการนั้น และระบบโครงสร้างขององค์กร ความสามารถในการเข้าถึงบริการ หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข เช่น การเดินทางสะดวก ระยะทางไม่ไกล หรือค่ารักษาพยาบาลไม่แพง ส่วนโครงสร้าง หมายถึง การให้บริการของที่จะทำให้พึงพอใจ

ตัวกำหนดส่วนบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐาน 3 ประการ คือ

(1) ปัจจัยโน้ม้นำในการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล (Predisposing component) ได้แก่

- ปัจจัยทางประชากร คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส
- ปัจจัยทางสังคม คือ ระดับการศึกษา อาชีพ ขนาดของครอบครัว
- ปัจจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ทศนคติต่อแหล่งบริการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรค และอาการเจ็บป่วย

(2) ปัจจัยความสามารถในการเลือกใช้บริการได้ (Enabling component) คือ ระดับรายได้ของครัวเรือน

(3) ปัจจัยที่เกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วย (Illness level) คือ การรับรู้ถึงการเจ็บป่วย โดยประเมินได้จากระยะเวลาที่ไม่สามารถประกอบกิจกรรมได้ และการถูกประเมินความเจ็บป่วยจากแพทย์หรือบุคลากรวิชาชีพ

กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย (2539: 13) ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออุปสงค์ในการรักษาพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดการให้บริการแบ่งเป็น 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายผู้บริโภค และฝ่ายผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ โดยที่ฝ่ายผู้บริโภค หมายถึง ผู้ป่วย ส่วนฝ่ายผู้ผลิต หมายถึง แพทย์

อุปสงค์ที่เกิดจากปัจจัยทางฝ่ายผู้บริโภคขึ้นอยู่กับกรเจ็บไข้ได้ป่วย ปัจจัยทางประชากร สังคมวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ โดยที่การเจ็บไข้ได้ป่วยและลักษณะทางประชากร มีส่วนกำหนดความต้องการรักษาพยาบาลในเบื้องต้น แต่ความต้องการนี้จะเปลี่ยนเป็นการใช้บริการรักษาพยาบาลหรือไม่ ขึ้นกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตามปัจจัยทางฝ่ายผู้บริโภค จะวัดค่าโดยตรงได้ยาก ส่วนอุปสงค์ที่เกิดจากปัจจัยด้านผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ มีส่วน

กำหนดอุปสงค์ของการใช้บริการเป็นอย่างมาก เนื่องจากการตัดสินใจของคนไข้มักจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์

นอกจากนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2530: 167) ได้กล่าวว่า จากการวิจัยในหลายประเทศ นักวิชาการหลายท่าน ได้สรุปแนวความคิดเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลของประชาชนว่า ขึ้นอยู่กับสาเหตุใหญ่ ๆ 2 สาเหตุ คือ

- (1) อาการเจ็บป่วยที่ต่างกัน ประชาชนจะเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลต่างกัน
- (2) คนต่างกลุ่มต่างเหล่ากัน จะเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลต่างกัน

อาการเจ็บป่วยที่ต่างกันประชาชนจะเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลต่างกัน

อธิบายได้จากการเลือกใช้บริการแผนปัจจุบันและแผนโบราณ โดยให้ความสำคัญของการเกิดโรคเป็นหลัก โรคบางอย่างที่ประชาชนเข้าใจว่าเกิดจากธรรมชาติ เช่น ไข้หวัด กามโรค ฯลฯ ต้องรักษาโดยวิธีสมัยใหม่ ถ้าเป็นโรคที่ประชาชนคิดว่าเกิดจากสิ่งลี้ลับมหัศจรรย์ จากอำนาจเหนือธรรมชาติ ก็ต้องรักษาโดยวิธีโบราณ นอกจากนี้ การเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลยังขึ้นอยู่กับว่าการเจ็บป่วยนั้นยาวนานหรือรุนแรงแค่ไหน ถ้ารุนแรงหรืออยู่ในขั้นวิกฤติ ประชาชนจะเลือกใช้แผนปัจจุบัน แต่ถ้าหากเป็นโรคเรื้อรัง การรักษาจะเน้นไปทางแผนโบราณ

คนต่างกลุ่มต่างเหล่าจะเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลต่างกัน เช่น สถานะทางเศรษฐกิจ การผสมผสานทางวัฒนธรรม และความคิดริเริ่มของสังคม ซึ่งในด้านสถานะทางเศรษฐกิจของประชาชน ถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อการไปรับบริการที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะค่าบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง จึงทำให้เป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการ ในด้านการผสมผสานทางวัฒนธรรม เช่น ระดับการศึกษา การย้ายถิ่น อายุ แนวคิดนี้อธิบายว่า การใช้บริการการแพทย์สมัยใหม่ น่าจะเป็นผู้ที่รับอิทธิพลที่มีการผสมผสานทางวัฒนธรรมใหม่ ๆ ส่วนในด้านความคิดริเริ่มของสังคม เชื่อว่าบุคคลที่มีความคิดริเริ่ม เช่น ลักษณะความเป็นผู้นำ การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ จะมีแนวโน้มการให้บริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่าผู้มีลักษณะล้าหลัง

จากแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวมานี้ แสดงให้เห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยนั้น มีหลายปัจจัย แต่ด้วยการศึกษาข้อมูลของโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ครอบครัวตัวแปรเฉพาะปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม

และภาวะสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้ ได้รวบรวมเอาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนในการศึกษา ดังนี้

1.4 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ ต้องการศึกษาดังปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยของประชากรวัยแรงงาน และต้องการเปรียบเทียบถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ของประชากรวัยแรงงานใน พ.ศ. 2534 กับ พ.ศ. 2539 จึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่ใกล้เคียงพอจะสรุปได้ ดังนี้

1.4.1 การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยที่ผ่านมาของประชากร

สังคมไทยมีระบบการแพทย์และแหล่งบริการสุขภาพหลายระบบ ทั้งระบบการแพทย์สมัยใหม่ เช่น โรงพยาบาล คลินิก ระบบการแพทย์แผนโบราณซึ่งมีการรักษาด้วยสมุนไพร โสยศาสตร์ และการรักษาด้วยหมอพระ ด้วยศรัทธา นอกจากนี้ยังมีสถานบริการการแพทย์ที่เปิดรักษาโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมาย เช่น หมอฉีดยา หมอเถื่อน ร้านขายยา หรือร้านขายของชำ ในหมู่บ้าน ที่ขายยาด้วย ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ของรัฐ ที่เปิดคลินิกโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมาย (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2528: 246) จากความหลากหลายของระบบบริการสุขภาพนี้ มีผลให้การเลือกวิธีรักษาเมื่อเจ็บป่วยมีความแตกต่างกัน ซึ่งการเลือกวิธีรักษาเมื่อเจ็บป่วยนั้น เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ (2530: 214) ได้กล่าวว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วย บุคคลย่อมมีพฤติกรรมบางอย่างเพื่อเป็นการตอบโต้กับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยมักจะเริ่มจากการเฝ้าสังเกตอาการโดยไม่ทำการรักษาหรือทำการรักษาด้วยตัวเองก่อน เมื่อไม่ได้ผลจึงเกิดการแสวงหาบริการสุขภาพอื่น ๆ แต่การจะเลือกรักษาสุขภาพแบบใดหรือกับใคร ย่อมจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เช่น ความเชื่อ ทัศนคติ ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของอาการป่วย ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนแหล่งบริการสุขภาพต่าง ๆ ที่มีในสังคม

ข้อค้นพบที่ผ่านมา เกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยในประเทศไทยนั้น Cunningham ได้ทำการศึกษาที่ อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ประชาชนจะรักษาตนเองที่บ้าน โดยการซื้อยากินเอง ถึงร้อยละ 53 รักษาด้วยหมอฉีดยาและแพทย์แผนโบราณ

ร้อยละ 24 ไปรักษาที่สถานเอนามมีชั้น 1, ชั้น 2 และสำนักงานผดุงครรภ์ ร้อยละ 10 ไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 7 ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 6 (Cunningham, 1970)

การสำรวจโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วง ปี พ.ศ. 2513 และปี พ.ศ. 2522 พบว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของประชากร ถ้าไม่คำนึงถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยแล้ว ประชากรจะรักษาพยาบาลโดยการซื้อยากินเอง จากร้านขายยามากที่สุด กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2513 มีการซื้อยากินเองประมาณ ร้อยละ 51.4 ปี พ.ศ. 2522 มีประมาณ ร้อยละ 42.3 การรักษาโดยวิธีแผนปัจจุบันในปี พ.ศ. 2513 มีประมาณ ร้อยละ 38.3 ในปี พ.ศ. 2522 มีประมาณ ร้อยละ 47.2 การรักษาโดยวิธีแผนโบราณในปี พ.ศ. 2513 มีประมาณ ร้อยละ 7.7 ในปี พ.ศ. 2522 มีประมาณ ร้อยละ 6.2 ส่วนการไม่รักษาอะไรนั้น ในปี พ.ศ. 2513 มีประมาณ ร้อยละ 2.7 ปี พ.ศ. 2522 มีประมาณ ร้อยละ 4.2 จะเห็นได้ว่า การซื้อยากินเอง เป็นวิธีการที่ประชาชนนิยมใช้มากที่สุด ถึงแม้ว่าจะมีจำนวนร้อยละลดลง

จากการศึกษาของ เฟรด เดริก เอ เคย์ และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2525) เกี่ยวกับแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศไทย พบว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครัวเรือน มีประมาณ ร้อยละ 97 ที่เคยไปใช้บริการจากร้านขายยา รองลงมา ประมาณ ร้อยละ 65 เคยไปหาหมอดำแย ประมาณ ร้อยละ 60 เคยไปโรงพยาบาลของรัฐ และอีกประมาณ ร้อยละ 50 เคยไปหาอนามมีชั้นสอง และประมาณ ร้อยละ 40 เคยไปคลินิกและไปหาหมอแผนโบราณ

กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2527 ทำการสำรวจการจัดการและจัดสรรการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย พบว่า การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีแผนปัจจุบันมีประมาณ ร้อยละ 68 การซื้อยากินเองมีประมาณ ร้อยละ 28.6 ส่วนการรักษาโดยวิธีแผนโบราณมีประมาณ ร้อยละ 2.4 (กองสถิติสาธารณสุข, 2527)

วาทีณี บุญชะลิกษ์ (2534: 275-276) ได้ศึกษาถึงรูปแบบการเลือกใช้แหล่งบริการสาธารณสุขในประเทศไทย พบว่า เมื่อเจ็บป่วยประชากรส่วนใหญ่ประมาณ ร้อยละ 90 นิยมเลือกใช้แหล่งบริการสาธารณสุขเพียงแหล่งเดียว โดยประชากรที่เลือกใช้แหล่งบริการสาธารณสุขเพียงแหล่งเดียว นิยมเลือกใช้แหล่งบริการที่มีแพทย์มากที่สุด รองลงมา นิยมซื้อยากินเอง

1.4.2 ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยของประชากร

1. ลักษณะทางประชากร

(1) เพศ

เพศถือเป็นสถานภาพที่ติดตัวมาแต่กำเนิดและเป็นสิ่งที่แสดงถึงสรีระวิทยา รวมทั้งลักษณะของงานที่ทำและค่านิยมที่แตกต่างกัน ระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ในทางสรีระวิทยาโดยทั่วไป เพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าเพศชาย จึงมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพมากกว่าไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และการเจ็บป่วย ในด้านอาชีพเพศหญิงและเพศชายจะมีความแตกต่างกัน โดยที่ผู้หญิงจะทำงานนอกบ้านน้อยกว่าชาย ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพมากกว่า ส่วนในด้านค่านิยมนั้น เพศชายมักคิดว่าเป็นเพศมีความแข็งแรงมากกว่าเพศหญิง เมื่อเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ มักจะไม่ดูแลรักษาตัวเอง ส่วนเพศหญิงมีความสนใจในการรักษาร่างกายมากกว่าชาย จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการรักษาโรคจากโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศหญิงจะมาใช้บริการการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐมากกว่าชาย สันทัด เสริมศรี (2528: 383) และจากการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2534 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพศชายจะมีร้อยละของวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วยโดยการซื้อยากินเองมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงจะมีร้อยละของวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย โดยวิธีแผนปัจจุบันมากกว่าเพศชาย

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าเพศมีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย โดยประชากรวัยแรงงานหญิงน่าจะตัดสินใจใช้วิธีแผนปัจจุบันในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าชาย

(2) อายุ

อายุ ถือเป็นลักษณะที่เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงในชีวิต และมีความแตกต่างกันทั้งตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ โดยอายุมากขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในสรีระวิทยาของบุคคล กล่าวคือ การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ การทำงานของเซลล์เนื้อเยื่อ การดูดซึมอาหาร และการเผาผลาญอาหาร ของบุคคลแต่ละวัยย่อมแตกต่างกัน เช่น วัยผู้ใหญ่จะมีสภาพร่างกายดีกว่าคนวัยชรา (มัลลิกา มัติโก, 2530: 20) นอกจากนี้ อายุมากขึ้นความเสื่อมของอวัยวะจะมากขึ้นด้วย จึงทำให้ความสามารถของร่างกายต่อสู้กับพยาธิสภาพได้น้อยลง

ความรุนแรงของการเจ็บป่วยจึงมากขึ้น การศึกษาของ พรทิพย์ สิ้นประสงค์ (2532: 54) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการศึกษาของ อรทัย รวยชาจิณ และอรพินท์ สิงเดช (2528: 461) พบว่า ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น สันตัด เสริมศรี (2528: 386) พบว่า สภาวะร่างกายเป็นตัวกำหนดเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย การศึกษาของ นิตยา ชูตินันท์, 2522: 47) พบว่า การใช้บริการสาธารณสุขของรัฐมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุ กล่าวคือ เมื่ออายุสูงขึ้นการใช้บริการของรัฐจะเพิ่มขึ้น ดังนั้น อายุจึงถือเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยแตกต่างกัน เพราะอายุที่ต่างกันจะมีความจำเป็นในการใช้ บริการสุขภาพมากน้อยต่างกัน

ดังนั้น ประชากรวัยแรงงานที่มีอายุมากกว่าจึงน่าจะตัดสินใจใช้วิธีการรักษาพยาบาล แผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

(3) สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส สามารถบ่งบอกถึงรูปแบบของพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ย่อมมีผู้ที่คอยช่วยเหลือเกื้อกูลหรือเป็นที่ปรึกษา มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่าและแยกกันอยู่ สันตัด เสริมศรี (2528: 388) กล่าวว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่าและแยกกันอยู่ จะรู้สึกหว่าเหว่และมีปัญหาทางด้านจิตใจ และเป็นเหตุผล ต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยด้วย การศึกษาของ อนุสรณ์ สุนทรพงษ์ (2522: 70,77-79) พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่าและแยกกันอยู่ จะไปใช้บริการรักษา เมื่อเจ็บป่วยโดยการซื้อยากินเอง และรักษาตนเอง รวมทั้งไปรักษากับแพทย์แผนโบราณมากกว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่และโสด ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะไปใช้บริการรักษาพยาบาลวิธี แผนปัจจุบัน โดยใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ และคลินิกเอกชนมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่าและแยกกันอยู่

ดังนั้นผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จึงน่าจะมียวิธีรักษาเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่น

2 ลักษณะทางเศรษฐกิจ

(1) อาชีพ

อาชีพหรือลักษณะงานที่ทำ เป็นสิ่งหนึ่งที่มีอิทธิพลกำหนดพฤติกรรม เนื่องจากแต่ละอาชีพมีรูปแบบการแสดงออกที่ต่างกัน จึงทำให้มีผลต่อสภาวะสุขภาพอนามัย และการรักษาความเจ็บป่วย ตลอดจนการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ (สันทัด เสริมศรี, 2528: 384) นอกจากนี้ อาชีพยังสะท้อนถึงการมีรายได้ ซึ่งการมีรายได้ที่ต่างกันย่อมจะส่งผลต่อความสามารถในการเลือกใช้บริการสุขภาพเพื่อรักษาพยาบาลที่ต่างกัน ดังเช่น จากการศึกษาของ วีรพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ เกียรติรัตน์ คุณารัตนพฤษ และนางลักษณ สุพรรณไชยมาตย์ (2532: บทคัดย่อ) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของสมาชิกครัวเรือนเกษตร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย เกษตรกรมักจะรักษาอาการด้วยตนเอง โดยการซื้อยามารับประทานเองมากถึง ร้อยละ 73 ของ วิธีการรักษาทั้งหมด

ดังนั้น ผู้ที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมจึงน่าจะมีการตัดสินใจใช้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีซื้อยามารับประทานเองมากกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม

3. ลักษณะทางสังคม

(1) ระดับการศึกษา

การศึกษา เป็นสถานภาพทางสังคมที่ไม่ได้ติดตัวมาแต่กำเนิด แต่เป็นการอาศัยความสามารถในการได้มา ดังนั้น ระดับการศึกษาจึงเป็นสถานภาพที่แสดงให้เห็นถึงระดับความสามารถของบุคคล โดยผู้ที่มีการศึกษามาก ย่อมมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในทางที่รอบรู้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย สอดคล้องกับแนวคิดของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536: 182) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูง น่าจะมีความรู้การปฏิบัติตนที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า จากการศึกษาของ วาทีณี บุญชะลิกษ์ (2530: 72) พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมปีที่ 4 จะใช้บริการรักษาโดยวิธีแผนโบราณน้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถม 4 และต่ำกว่า นอกจากนี้การศึกษาของ เกศินี ไชนิล (2536: 69) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ดังนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจึงน่าจะมีการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

(2) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน:

การปฏิบัติตัวด้านอนามัยนั้น ไม่ได้ขึ้นกับตัวคนเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลของเครือญาติและสมาชิกในครัวเรือนด้วย ซึ่งผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียว จะมีความทันสมัยในด้านเหตุการณ์ปัจจุบันมากกว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนขยาย (รัตน กฤษฎาธาร, 2535: 20) นอกจากนี้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือนขึ้น ภาระหน้าที่และปัญหาต่าง ๆ ย่อมมีผลกระทบต่อทุกคนในครัวเรือน รวมทั้งปัญหาด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ต้องเสียไป ทำให้ต้องเลือกแหล่งรักษาที่เสียค่าใช้จ่ายไม่แพง และหายเร็ว เพื่อไม่ให้เสียเวลาการทำงาน จากการศึกษาของ ชินินทร์ เจริญกุล และคณะ (2524: 5) พบว่า กลุ่มผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลของรัฐ จะมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้บริการ โดยกลุ่มที่มีสมาชิกในครัวเรือน 7 คนขึ้นไป จะมีอัตราการใช้บริการต่ำสุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรา เบญจรัตนภรณ์ (2533: บทคัดย่อ) ที่พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีผลต่อการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล

ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่าจึงน่าจะมีการตัดสินใจใช้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า

4. ลักษณะทางสิ่งแวดล้อม

(1) ภาคที่อยู่อาศัย

ภาคที่อยู่อาศัยแต่ละภาคจะมีความแตกต่างกันทางลักษณะทางภูมิศาสตร์ และการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมต่างกัน ทำให้ความเจริญที่เกิดขึ้นต่างกัน นอกจากนี้ประชากรแต่ละภาคยังมีความแตกต่างด้านพฤติกรรมอนามัย ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยด้วย จากการศึกษาของ ชนิตา สันตินาค (2530: 46-47) เรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย พบว่า ผู้ที่อยู่อาศัยในภาคใต้นิยมซื้อยากินเองน้อยที่สุด ส่วนการศึกษาของ วาทีณี บุญชะลิกษี (2530: 186) พบว่า การเลือกใช้เฉพาะแหล่งบริการรักษาแผนปัจจุบันนั้น กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จะเลือกใช้บริการมากกว่า

ดังนั้นผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ จึงน่าจะมีการตัดสินใจใช้การรักษาเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีซื้อยากินเองน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคอื่น

5. ภาวะสุขภาพ

(1) ลักษณะโรคที่เจ็บป่วย

การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต่างกัน มีส่วนสำคัญในการกำหนดการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การศึกษาของ วาทีนี บุญชลักษ์ (2534: 279) พบว่า ในการเลือกใช้แหล่งบริการสาธารณสุขของผู้ที่เป็นโรคเฉียบพลัน เรื้อรัง อัมพาตเหตุ มีความแตกต่างกัน โดยผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอัมพาตเหตุ จะรักษากับแหล่งบริการที่มีแพทย์มากกว่า ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันจะรักษาโดยการซื้อยากินเองมากที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่ารูปแบบการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพจำแนกตามโรคมีความแตกต่างกัน การศึกษาการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยจำแนกตามกลุ่มโรคต่าง ๆ โดยแบ่งกลุ่มโรคที่ศึกษาเป็น 7 กลุ่มโรคใหญ่ ๆ พบว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อและระบบทางเดินหายใจ มีการเลือกใช้แหล่งบริการที่มีแพทย์ต่ำกว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับระบบไร้ท่อและระบบเลือดและหัวใจ จะใช้วิธีรักษาตนเองหรือซื้อยากินเองมากกว่ากลุ่มโรคอื่น ๆ

ดังนั้น ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันจึงน่าจะมีการตัดสินใจใช้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีซื้อยากินเองมากกว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

(2) ความรุนแรงของโรค

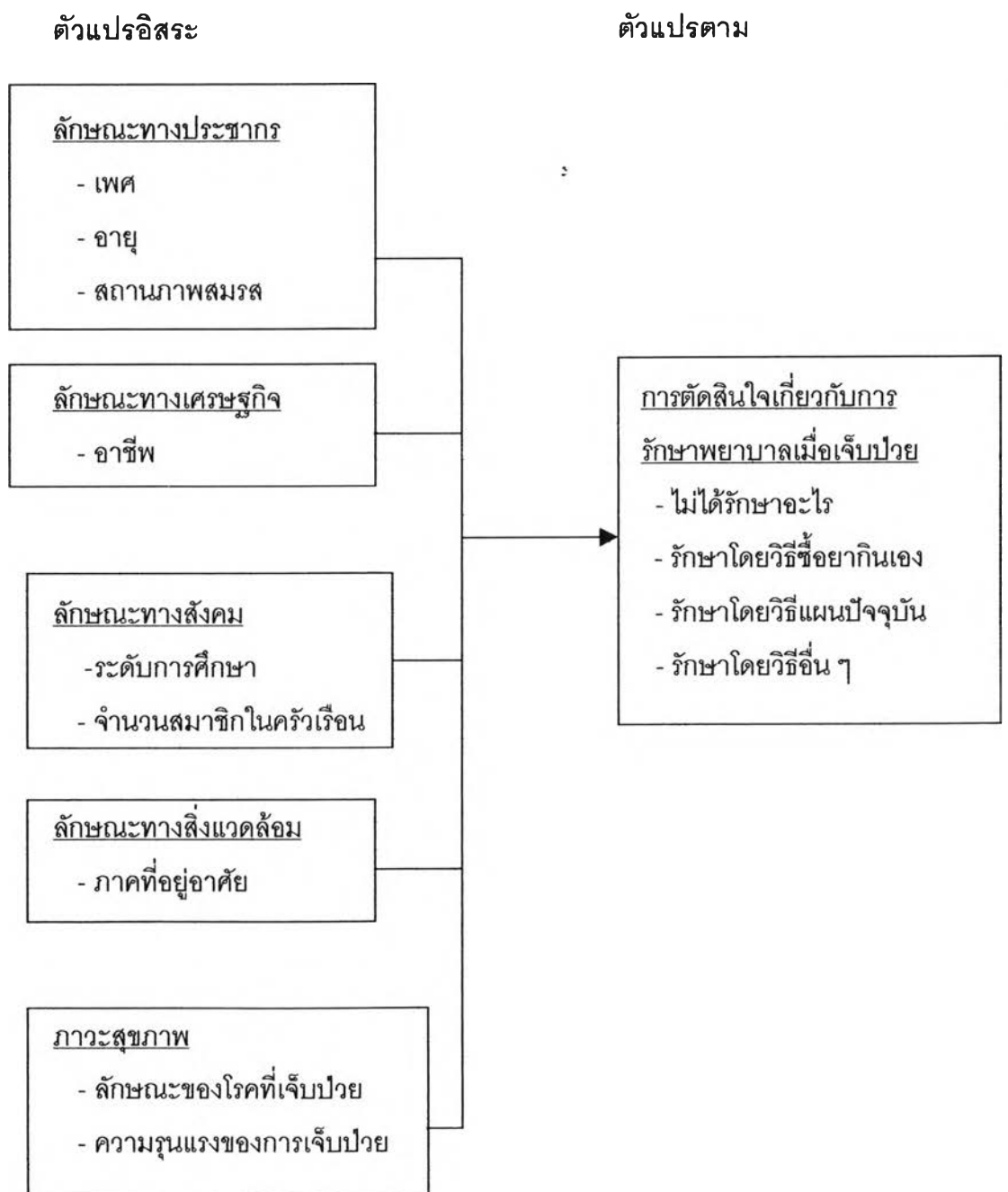
ความรุนแรงของโรค ถือเป็นปัจจัยที่กำหนดการใช้บริการแหล่งรักษาโดยตรง จากการศึกษาของ สันทัต เสริมศรี และ เจมส์ เอ็น โรลีย์ (2517) พบว่า ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการเลือกใช้บริการ คือ ความรุนแรงของโรค ซึ่งสอดคล้องกับ คำกล่าวของ J.C. Young (อ้างในพิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530: 81-82) นักสังคมวิทยาการแพทย์ ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการเลือกรักษาพยาบาล แต่การรับรู้ในความรุนแรงของการเจ็บป่วยนี้เป็นการรับรู้ที่ผู้ป่วยเป็นผู้แบ่งระดับความรุนแรงเอง การศึกษาของ สันทัต เสริมศรี และเจมส์ เอ็น โรลีย์ (2517) กล่าวว่า ถ้าหากมีความรุนแรงของโรคน้อยผู้ที่เจ็บป่วยมักจะรักษาด้วยตัวเอง การศึกษาของ เบญจา ยอดดำเนิน และคณะ (2523: 110) ก็พบว่า ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการเลือกใช้บริการ คือ ความรุนแรงของโรค หากมีอาการเล็กน้อยจะรักษาด้วยตนเอง ถ้าอาการถึงขั้นรุนแรงจึงพึ่งพาโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน

ดังนั้น ผู้ที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่า จึงน่าจะมีการตัดสินใจใช้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยน้อยกว่า

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษานำมาจัดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้

1.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา

กรอบแนวคิดในการศึกษา



1.6 สมมติฐานที่ใช้ในการศึกษา

สมมติฐานหลัก

1. ประชากรวัยแรงงานใน พ.ศ. 2534 กับ พ.ศ. 2539 ที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน น่าจะมีการตัดสินใจใช้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

สมมติฐานรอง

1. ประชากรวัยแรงงานหญิง น่าจะมีการตัดสินใจใช้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีแผนปัจจุบันมากกว่าประชากรวัยแรงงานชาย
2. ประชากรวัยแรงงานที่มีอายุมากกว่า น่าจะมีการตัดสินใจใช้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีแผนปัจจุบันมากกว่าประชากรวัยแรงงานที่มีอายุน้อยกว่า
3. ประชากรวัยแรงงานที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรส น่าจะมีการตัดสินใจใช้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่น
4. ประชากรวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม น่าจะมีการตัดสินใจใช้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย โดยวิธีการซื้อยากินเองมากกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม
5. ประชากรวัยแรงงานที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า น่าจะมีการตัดสินใจใช้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
6. ประชากรวัยแรงงานที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า น่าจะมีการตัดสินใจใช้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า
7. ประชากรวัยแรงงานที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ น่าจะมีการตัดสินใจใช้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีซื้อยากินเองน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคอื่น
8. ประชากรวัยแรงงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน น่าจะมีการตัดสินใจใช้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีซื้อยากินเองมากกว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
9. ประชากรวัยแรงงานที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่า น่าจะมีการตัดสินใจใช้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยโดยวิธีแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยน้อยกว่า

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงความแตกต่างของการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของประชากรวัยแรงงานระหว่าง พ.ศ. 2534 กับ พ.ศ. 2539
2. ทำให้ทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยของประชากรวัยแรงงาน ระหว่าง พ.ศ. 2534 กับ พ.ศ. 2539
3. ข้อมูลที่ได้สามารถนำมาเสนอเป็นแนวทางในการวางแผน ส่งเสริม ป้องกันและรักษาสุขภาพ แก่ประชากรวัยแรงงานได้