

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของกลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดยะลา ผู้วิจัยได้บททวนเอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น

สิทธิด้านสุขภาพของวัยรุ่น

แนวทางการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับวัยรุ่น

แนวทางการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่น

พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น

“วัยรุ่น” ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Adolescent มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินคำว่า adolescents ซึ่งมีความหมายว่า เจริญเติบโตไปสู่ภาวะทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ สติปัญญา (พรรพีไล, 2537) ช่วงวัยรุ่นแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือวัยรุ่นตอนต้นหรือวัยแรกรุ่นคือ ช่วงอายุประมาณ 12 – 15 ปี มีพฤติกรรมค่อนข้างไปทางเด็กมาก วัยรุ่นตอนกลาง เป็นวัยที่มีอายุช่วง 16-17 ปี มีพฤติกรรมกำลังระหว่างความเป็นเด็กและผู้ใหญ่ วัยรุ่นตอนปลายมีอายุช่วง 18 - 25 ปี มีพฤติกรรมค่อนข้างไปทางผู้ใหญ่ ส่วนช่วงวัยรุ่นที่แท้จริงอายุประมาณ 15 - 25 ปี (ศรีเรือน, 2545) ส่วนองค์การอนามัยโลกได้แบ่งช่วงวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) วัยรุ่นตอนต้น (early adolescent) มีอายุระหว่าง 10-15 ปี มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็ว 2) วัยรุ่นตอนกลาง มีอายุระหว่าง 16 - 19 ปี เป็นระยะที่คือร้อน โมโหง่าย เพื่อนมีอิทธิพลสูง เริ่มสนใจเพศตรงข้าม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเริ่มสมบูรณ์ขึ้น 3) วัยรุ่นตอนปลายมีอายุระหว่าง 20 - 24 ปี ช่วงวัยนี้วัยรุ่นจะรู้จักบทบาทเพศของตนเอง มีความเป็นอิสระในการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ ให้ความสนใจต่อคำแนะนำต่างๆรวมทั้งเรื่องการป้องกันปัญหาทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม (WHO, 1995)

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นช่วงอายุ 10 - 25 ปี โดยศึกษาในวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาเนื่องจากเด็กส่วนใหญ่จะศึกษาต่อภายหลังจากจบการศึกษภาคบังคับ

พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการปฏิบัติ การแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ (เฉลิมพล, 2541) แบ่งออก เป็น 3 ประเภท คือพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมบทบาทการเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพมีองค์ประกอบ 3 ส่วนคือ 1) พฤติกรรมด้านความรู้ หมายถึงสิ่งที่แสดงให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้อะไรเกี่ยวกับสุขภาพ 2) พฤติกรรมด้านเจตคติ เช่น ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ 3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ หมายถึงสิ่งที่บุคคลแสดงและปฏิบัติออกมาทางร่างกายซึ่งมี 2 ลักษณะ คือพฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพ และพฤติกรรมเชิงลบหรือพฤติกรรมเสี่ยง ปฏิบัติแล้วก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค (เพ็ญศิริ, 2547)

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นด้านสุขภาพสามารถแบ่งได้เป็น 2 ด้านคือ พฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมที่พึงประสงค์

พฤติกรรมเสี่ยง จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าวัยรุ่นร้อยละ 68 เริ่มสูบบุหรี่ขณะอยู่ในวัยรุ่น และเยาวชนชายร้อยละ 90 มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน เยาวชนหญิงในเมืองเกือบครึ่งมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และส่วนใหญ่เกินครึ่งไม่ป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (จันทร์เพ็ญ, 2541) มีวัยรุ่นไม่น้อยใช้สารเสพติดเป็นประจำ เช่น บุหรี่ เหล้า กัญชา ยาบ้า โดยเฉพาะบุหรี่และยาบ้าเป็นที่นิยมใช้มากกว่าสารชนิดอื่น และวัยรุ่นมีความสนใจและกระตือรือร้นอยากเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพวัยรุ่น (อุพา, 2544) มีการศึกษาวัยรุ่นในระบบการศึกษา โดยทบทวนสถานการณ์พฤติกรรมทางเพศของเด็กและเยาวชน อายุ 6-24 ปี (ศิริกุล และวรรณภา, 2543) พบว่ากลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลายมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับประจำเดือน ระยะเวลาที่มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ รวมทั้งวิธีการคุมกำเนิด นอกจากนี้วัยรุ่นมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในเขตเมืองในด้านรูปแบบบริการ นวัตกรรม และท่าทีของบุคลากรสาธารณสุข ส่วนในระดับตำบลขาดความพึงพอใจในเรื่องเครื่องมือและอุปกรณ์ วัยรุ่นมีทัศนคติที่ผิดๆต่อการใช้ถุงยางอนามัย เช่นวัยรุ่นหญิงจะคิดว่าถ้ามีเพศสัมพันธ์ด้วยความรักไม่ควรใช้ถุงยางอนามัย วัยรุ่นชายจะไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่ไม่ใช่หญิงบริการทางเพศ เป็นต้น ทัศนคติที่ดี ที่ถูกต้อง และการยอมรับกลุ่มรักร่วมเพศยังมีน้อย วัยรุ่นยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานมากขึ้นแม้ว่าวัยรุ่นหญิงจะมีทัศนคติดังกล่าวน้อยกว่าก็ตาม วัยรุ่นร้อยละ 88.6 ที่มีทัศนคติรักจนพลั้งพลาด วัยรุ่นที่ยอมรับส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ทางเพศก่อนแต่งงาน วัยรุ่นชายยังมีทัศนคติ ทางเพศในเชิงลบ เช่นยอมรับการมีคู่นอนหลายคน และยอมรับพฤติกรรมแสดงความรัก (โอบกอด สัมผัส) ในที่สวนสาธารณะ รวมทั้งรับรู้อาการทางเพศที่ไม่ได้คำนึงถึงสิทธิความเท่าเทียมระหว่างเพศชาย

กับเพศหญิง ทักษะคิดของวัยรุ่นจะยึดเหนี่ยวเกาะติดกับความทันสมัย เชื่อมโยงกับการมีแฟน และการมีเพศสัมพันธ์ไว้กับความภูมิใจและศักดิ์ศรี จากการศึกษาวิจัยกับนิสิตนักศึกษาใน มหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน พบว่าทั้งชายและหญิงมีทัศนคติว่าการมีคู่หลายคน (อาจมี หรือไม่มีเพศสัมพันธ์) เป็นเรื่องทันสมัยถ้าไม่มีจะถูกเพื่อนล้อเลียน มีเพื่อแสวงหาคนที่ใช่ที่สุด เป็นการเติมสีสันให้กับชีวิต ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าเป็นคนที่สังคมต้องการ ได้ทำอะไรที่ แปลกใหม่ไม่ซ้ำซากจำเจ (ธนพร และคณะ, 2546) และจากการศึกษาวัยรุ่นหญิงและชายขาด ความรู้เรื่องยาเม็ดคุมกำเนิด และผลข้างเคียง ทั้งที่วัยรุ่นนิยมใช้ยาโพสตินอร์ (prostinor) แต่ไม่รู้ว่ายาดังกล่าวมีประสิทธิภาพต่ำและมีผลข้างเคียงมากทำให้มีเลือดออก ประจำเดือน มาไม่สม่ำเสมอ อาเจียน ทำลายการทำงานของตับทำให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อสุขภาพในหลายๆด้านจาก ผลข้างเคียงของยา (พิมพ์วัลย์, 2544) ส่วนด้านพฤติกรรมทั้งวัยรุ่นหญิงและชายมีพฤติกรรมทาง เพศในช่วงอายุยังน้อย อายุ 11 ปีขึ้นไป วัยรุ่นหญิงมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น วัยรุ่นมีพฤติกรรม เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น เช่น เที่ยวสถานบริการ การรับสื่อปลุกเร้าอารมณ์ การแยกตัว ออกเป็นอิสระจากครอบครัว เช่นผลจากการศึกษาวัยรุ่นทั้งในและนอกระบบ พบว่าวัยรุ่นที่ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือ ไม่มีการป้องกันตนเอง และส่วนหนึ่งไม่รู้วิธีใช้ ถุงยางอนามัยหรือใช้ถุงยางไม่เป็น (คาริน และคณะ, 2546) เมื่อมีปัญหาวัยรุ่นจึงหันเข้าหาเพื่อน รุ่นเดียวกันและยึดบุคคลสาธารณะที่อยู่ในวัยเดียวกันเช่น คารา นางแบบ นายแบบเป็นตัวอย่าง (กรมสุขภาพจิต, 2547) ในด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคพบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมการ บริโภคอาหารไม่ถูกต้องทำให้ประสบปัญหาการขาดสารอาหารหรือมีภาวะโภชนาการเกิน เช่นบางกลุ่มชอบทานอาหารแปลกๆ หรืออดอาหารบางมื้อเพื่อลดน้ำหนักมักพบในวัยรุ่นหญิง เพราะวัยรุ่นหญิงอ้วนกว่าวัยรุ่นชาย และยังพบว่าวัยรุ่นมักเชื่อคำโฆษณาและมักบริโภคอาหาร ตามแฟชั่น และหันมาบริโภคอาหารจานด่วนมากขึ้น เพราะทำให้รู้สึกดี คุ้กันสมัย (นวลอนงค์, 2546)

พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่วนใหญ่ต้องการให้สอนเพศศึกษาในสถานศึกษา โดยใน ระดับอุดมศึกษาร้อยละ 49.6 เห็นด้วย และร้อยละ 33.8 เห็นด้วยอย่างยิ่งที่ควรสอนเพศศึกษาใน มหาวิทยาลัย ในระดับอาชีวศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 4.1) มีความรู้ระดับปานกลาง มีความรู้ดีเรื่องถุงยางอนามัยและสามารถอธิบายได้ถูกต้อง และพบว่านักเรียนในระดับมัธยมศึกษา มีความรู้เรื่องเพศศึกษาระดับปานกลาง (ศิริกุล และวรรณ, 2543) วัยรุ่นส่วนใหญ่ร้อยละ 88.6 ที่มีทัศนคติรักนวลสงวนตัว ในเรื่องแหล่งข้อมูลความรู้เรื่องเพศที่วัยรุ่นเข้าถึงมากที่สุดคือเพื่อน และสื่อมวลชนโดยเฉพาะแหล่งความรู้นอกระบบ (พิมพ์วัลย์, 2544) วัยรุ่นมีทัศนคติที่ดีต่อ ศูนย์บริการของรัฐในระดับตำบลเพราะเจ้าหน้าที่ให้ความสนใจและเป็นมิตร

การใช้บริการสุขภาพของวัยรุ่น

พฤติกรรมการแสวงหาบริการ หมายถึงการปฏิบัติตนของบุคคลเพื่อตอบสนองต่อสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายเมื่อบุคคลรู้ตัวว่าป่วยหรือมีอาการผิดปกติจากประสบการณ์ของตัวเอง โดยแสดงพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาล หรือการไม่ทำอะไรเลยจนกว่าจะหายเอง รวมทั้งการหลบหนีจากสังคม การปฏิบัติตัวของแต่ละคนจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ 1) ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค 2) ระยะเวลาอาการแสดง 3) วิธีการรักษาทางยา 4) การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค 5) การรับรู้วิธีการรักษาพยาบาล 6) ขนบธรรมเนียมประเพณีของครอบครัวหรือสังคม 7) ความใส่ใจในสุขภาพ 8) ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ 9) สถานบริการที่มีอยู่ในชุมชน (Klienman, 1980) ซึ่งบุคคลจะเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งหรืออาจเกิดขึ้นพร้อมกันอาจมีญาติ เพื่อน หรือผู้ปกครองเข้ามาเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (Chrisman & Klienman, 1983)

การใช้บริการสุขภาพของวัยรุ่น จากผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มนักเรียนมัธยมปลายพบว่า นักเรียนหญิงที่ป่วยด้วยกามโรค จะเข้ารับการรักษาเพียง ร้อยละ 22.5 และขาดการดูแลตนเองอย่างถูกวิธีด้วย (คารินท์ และคณะ, 2546) และเมื่อตั้งครรภ์ จะไปทำแท้งที่คลินิกเถื่อน เพราะไม่ต้องการให้พ่อแม่ทราบ เมื่อประจำเดือนไม่มาตามปกติวัยรุ่นหญิงมักปรึกษากับเพื่อนหญิง ซึ่งเพื่อนจะแนะนำให้ตรวจการตั้งครรภ์ด้วยตนเองหรือตรวจที่คลินิก วัยรุ่นมักไม่ไปตรวจการตั้งครรภ์ที่สถานบริการของรัฐ เพราะกลัวผู้อื่นทราบว่ามีการตั้งครรภ์ก่อนแต่งงาน เมื่อทราบผลการตรวจว่าตั้งครรภ์ วัยรุ่นหญิงจะได้รับคำแนะนำจากเพื่อนหรือแฟนให้ซื้อยาขับประจำเดือนที่มีปริมาณของฮอร์โมนสูงแต่ไม่สามารถแท้งได้ แฟนหรือเพื่อนก็จะแนะนำให้ไปทำแท้งตามคลินิกเถื่อนต่างๆ ซึ่งคลินิกเหล่านี้จะมีหมอที่ทำแท้งที่เป็นหมอวิชาชีพ และไม่ใช้หมอ (พิมพ์วัลย์, 2543) สำหรับวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชายที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะรักษาโดยซื้อยาจากร้านขายยาเป็นอันดับแรก ถ้ารักษาไม่หายก็จะไปพบแพทย์ตามคลินิก นอกจากนั้นวัยรุ่นชายบางคนไปรักษาที่คลินิกกามโรค แต่วัยรุ่นหญิงไม่กล้าไป ปล่อยให้หายเองหรือถ้าไม่หายจะหาทางรักษาด้วยตัวเอง บางคนตัดสินใจไปรักษาที่คลินิกถ้าอาการมีความรุนแรง ปัญหาทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่ทำให้วัยรุ่นไม่เข้าไปรับบริการรักษาของรัฐพบว่ามี 5 ปัญหาคือ 1) การตั้งครรภ์ ไม่พึงประสงค์ 2) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 3) โรคเอดส์ 4) ติดยาเสพติด 5) ปัญหาประจำเดือน ซึ่งวัยรุ่นพบว่าไม่มีศูนย์บริการสำหรับปัญหาดังกล่าว ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาดังกล่าววัยรุ่นมักนิยมไปรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าการไปรักษาตามศูนย์บริการของรัฐ เพราะคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนให้บริการที่ดี อย่างไรก็ตามวัยรุ่นชอบไปรักษาที่ศูนย์สุขภาพของรัฐในระดับตำบล เพราะเจ้าหน้าที่ให้ความสนใจและความเป็นมิตรแต่เห็นว่าศูนย์บริการดังกล่าวขาดเครื่องมือและเจ้าหน้าที่ให้บริการอย่างเพียงพอ จากการ

ศึกษาวัยรุ่นในโรงงานอุตสาหกรรมพบว่าวัยรุ่นชายและหญิงที่ป่วยเป็นกามโรค ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี (พูนศรี และคณะ, 2546) ส่วนกลุ่มรกร่วมเพศนิยมขอคำปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตมากที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2546)

สิทธิด้านสุขภาพของวัยรุ่น

วัยรุ่นในฐานะที่วัยรุ่นเป็นคนไทยคนหนึ่งจึงมีสิทธิตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และโครงการหลักประกันสุขภาพ ซึ่งสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมวด ๑ สิทธิการรับบริการสาธารณสุข หมายถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีพ ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการ ประกอบโรคศิลปะ ได้กำหนดสิทธิการรับบริการสาธารณสุข (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) ไว้ดังต่อไปนี้

1. บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดแก่นักหน่วยบริการแต่ละครั้งที่บริการ ยกเว้นบุคคลที่รัฐกำหนดให้เป็นบุคคลที่รัฐประกาศกำหนดไม่ต้องจ่าย
2. บุคคลใดที่ประสงค์จะใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ต้องยื่นคำขอลงทะเบียนกับหน่วยงานที่กำหนดเพื่อเลือกหน่วยบริการ
3. บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือหน่วยบริการอื่นที่เครือข่ายหน่วยบริการประจำส่งต่อไปรับการรักษา
4. ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนอาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ และให้หน่วยบริการแจ้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใน 30 วันนับแต่วันให้บริการ
5. ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ประกาศ และมติคณะรัฐมนตรีหรือคำสั่งใดๆที่กำหนดขึ้นสำหรับส่วนราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้ใช้สิทธิดังกล่าว ตามพระราชบัญญัตินี้มีสาระที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับวัยรุ่นคือ ขอบเขตของสิทธิรับบริการ

สาธารณสุขของผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมให้เป็นไปตามกำหนดในกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ในกรณีลูกจ้างซึ่งมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการทดแทน ผู้ใดใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้เมื่อใดแล้ว ให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานและให้สำนักงานเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากสถานบริการสาธารณสุขจากกองทุนเงินทดแทน ในกรณีผู้ประสพภัย จากรดตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรด หากผู้ใดใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้เมื่อใดแล้ว ให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานและให้สำนักงานเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากสถานบริการสาธารณสุขจากกองทุนเงินทดแทนจากผู้ประสพภัยแต่ไม่เกินค่าสินไหมทดแทนตามภาระหน้าที่ ที่กองทุนทดแทนผู้ประสพภัยต้องจ่ายตามกฎหมายการคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรดส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

นอกจากสิทธิตามพระราชบัญญัติสุขภาพแล้ววัยรุ่นไทยยังมีสิทธิ 10 ประการด้านสุขภาพ (พนัส และคณะ, 2538) ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นมีดังนี้

1. สิทธิในการเกิดมาเป็นคนปกติ ไม่พิการหรือเป็นพาหะนำโรค มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การปราศจากโรคที่ถ่ายทอดได้ทางกรรมพันธุ์ 2) การปลอดจากการติดเชื้อโรคในระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดา 3) การปลอดภัยจากสารเคมีนานาชนิดที่จะเป็นอันตราย ต่อพัฒนาการในระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดาไม่ว่าจะเกิดจากอาหารหรือยาที่แม่กินเข้าไปหรือแม้กระทั่งอากาศที่หายใจ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่ร่างกายของแม่ต้องสัมผัส 4) การได้มีโอกาสเจริญเติบโตในครรภ์มารดาตามจังหวะเวลาโดยไม่หยุดชะงักอันเนื่องมาจากการขาดอาหารหรือโรคแทรกซ้อนแห่งภาวะการตั้งครรภ์ หรือถูกทำให้ตายโดยไม่มีเหตุผลที่เพียงพอ

2. สิทธิในการได้รับอาหารอย่างดีและเพียงพอ คือ ได้รับอาหารที่เหมาะสมอย่างเพียงพอไม่ขาดสารอาหารที่จำเป็น เช่น สารไอโอดีน และธาตุเหล็ก ไม่บริโภคเกินพอดีจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ไม่บริโภคอาหารที่ไม่สะอาด และปนเปื้อนด้วยสารพิษ

3. สิทธิในการได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากรัฐที่ครบถ้วน มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ประชาชน ไม่ได้มีความหมายเพียงการรักษาพยาบาล เมื่อยามเจ็บป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขอื่นๆที่คนปกติควรได้รับ เช่น การควบคุมป้องกันโรคติดต่อและไม่ติดต่อ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น การดำเนินงานโภชนาการ งานทันตสาธารณสุข การดูแลมารดาก่อนคลอดและหลังคลอด การให้บริการแนะนำให้คำปรึกษาก่อนแต่งงาน ฯลฯ การให้บริการด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการคุ้มครองสุขภาพของคนทั่วไป การให้บริการฟื้นฟูสภาพร่างกาย บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากรัฐที่คนไทยควรได้รับควรประกอบด้วย

1) ได้รับวัคซีนทุกชนิดที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ตลอดจนได้รับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันจากรัฐ 2) ได้รับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพอย่างครบถ้วน ตลอดจนจัดสร้างสภาพแวดล้อมที่ถูกต้องสุขลักษณะและเอื้ออำนวยต่อการมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี การส่งเสริมสุขภาพในที่นี้มีความหมายกว้าง อาจกล่าวได้ว่าเป็นบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ต่อสาธารณชน (health education and public information) การควบคุมป้องกันโรค (disease prevention and control) การคุ้มครองสุขภาพ (health protection) ตลอดจนการสร้างสภาพแวดล้อมที่ถูกต้องสุขลักษณะและเอื้ออำนวยต่อการมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี 3) ได้รับการคุ้มครองสุขภาพอย่างทั่วถึง ในการไปใช้บริการและการบริโภคอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพครอบคลุม 3 ประเด็นหลัก คือคุ้มครองด้านสุขภาพของสินค้าและบริการ ด้านความปลอดภัยของสินค้า และด้านการบริการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับคุณภาพและราคาเพื่อประกอบการตัดสินใจ

4. ได้รับการประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันจากรัฐ คนไทยทุกคนไม่ว่าจะยากดีมีจน อยู่ในชนบทที่ห่างไกล อยู่ตามสลัมในเมือง จะได้รับการคุ้มครอง สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย โดยที่ค่ารักษาพยาบาลไม่ใช่งำแพงขวางกั้นไม่ให้เข้าถึงบริการเมื่อจำเป็น

5. สิทธิในการได้อยู่อาศัยในครอบครัวที่เป็นสุข คนทุกคนเมื่อเกิดมาแล้วต้องอาศัยอยู่ในครอบครัวซึ่งเป็นสถานที่พักพิงแห่งแรกของมนุษยชาติ จึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ในฐานะบุคคล อีกทั้งเป็นฐานของประชาชน สังคม และประเทศชาติ ครอบครัวไทยควรเป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย 1) มีสมาชิก 3 รุ่น อยู่อาศัยรวมกัน ปู่ ย่า หรือตา ยาย พ่อแม่ ลูกหรือหลาน 2) พ่อแม่มีการศึกษา (อย่างน้อยก็ต้องอ่านออกเขียนได้) มีสัมมาอาชีพ มีรายได้ที่เลี้ยงครอบครัวได้อย่างดี ไม่มีหนี้สิน 3) คนในครอบครัวมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี รวมทั้งมีความผูกพันทางจิตวิญญาณในเหล่าเครือญาติ และชุมชน 4) ครอบครัวควรเป็นสถานที่ดูแลคนชราตามเจ็บไข้ได้ป่วย โรคทางกายของคนชราเป็นโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์คนชราไม่ใช่สถานที่ที่เหมาะสมในการดูแลหรือให้การพยาบาลคนชรา 5) ครอบครัวเป็นสถานที่พักพิงแห่งแรกของมนุษยชาติควรเป็นสถานที่พักพิงสุดท้ายของมนุษย์ด้วย หากเป็นไปได้คนไทยควรตายในครอบครัวของเขาท่ามกลางคนที่เขารักและคนที่รักเขา

6. สิทธิในการได้เรียนรู้และพัฒนาสติปัญญา

7. สิทธิในการได้ทำงานในสถานที่ทำงานที่ถูกสุขลักษณะและมีความปลอดภัย เช่น มีนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัย สุขภาพ และภาวะแวดล้อมในการทำงาน มีการกำหนดสภาพการทำงาน และการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม การจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ประกอบการอาชีพ

8. สิทธิในการได้อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย และสงบสุข

9. สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และเหมาะสม การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีควรประกอบด้วย 1) ข้อมูลข่าวสารที่ช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 2) ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องครบถ้วนสำหรับบริการหรือผู้ป่วย ข้อมูลข่าวสารในประเทศที่เจริญแล้ว จะพบว่ามีการกำหนดชัดเจนว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับทราบข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับโรค การรักษา ผลการรักษา วิธีการรักษาแต่ละวิธี ความเสี่ยงผลข้างเคียงที่ได้รับ ดังที่กำหนดในกฎบัตรสิทธิผู้ป่วยของสหรัฐอเมริกา 3) ข้อมูลข่าวสารที่ช่วยให้สามารถดูแลตนเอง และช่วยคุ้มครองปกป้องสุขภาพของประชาชน ข้อมูลข่าวสารให้ผู้บริโภคได้รับรู้ถึงคุณภาพ ราคา และความปลอดภัยจากผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด วัตถุมีพิษ เครื่องสำอาง และเครื่องมือแพทย์เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม

10. สิทธิในการไม่ตายอย่างโง่ การไม่ตายโดยไม่ถึงวัยอันควร เช่น การตายจากอุบัติเหตุหรือโรคที่สามารถป้องกันได้ การตายท่ามกลางความทนทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ฯลฯ ล้วนนำไปสู่สภาพจิตสุดท้ายที่ทรมานทรมาย ยากที่จะไปสู่สุคติ ยากที่จะปลดปล่อยวิญญาณสู่อิสรภาพและความหลุดพ้นได้

จากสิทธิด้านสุขภาพของวัยรุ่นตามพระราชบัญญัติและสิทธิ 10 ประการด้านสุขภาพวัยรุ่นเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับสิทธิที่เหมือนกันประชาชนทั่วไปคือการตรวจสุขภาพประจำปี การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ส่วนแตกต่างจากประชาชนทั่วไปที่กำหนดไว้ชัดเจนในมาตรฐานบริการปฐมภูมิคือ การพัฒนาภาวะกรมเจริญเติบโต บริการแก้ปัญหาสุขภาพวัยรุ่น แต่เนื่องจากวัยรุ่นมีความจำเป็นทางสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพที่แตกต่างจากคนทั่วไป ปัญหาสุขภาพ ที่สำคัญคือ ปัญหายาเสพติด ปัญหาโรคเอดส์ ปัญหาอุบัติเหตุ การป้องกันการตั้งครรภ์ การส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นและการจัดบริการสุขภาพของวัยรุ่นจึงมุ่งเน้นแก้ปัญหาดังกล่าวและลักษณะบริการที่เฉพาะสำหรับวัยรุ่น เช่น ต้องเป็นบริการที่ฟรี มีกิจกรรมที่น่าสนใจ ยินดีต้อนรับวัยรุ่น ไม่ควรให้รอนาน ลักษณะผู้ให้บริการควรเป็นผู้ให้บริการที่เป็นมิตร พุดจาดี เป็นกันเอง ให้บริการด้วยความจริงใจ ให้เกียรติและรับฟังวัยรุ่น สำหรับเพศและอายุของผู้ให้บริการควรใกล้เคียงกับผู้รับบริการ (ยุพา, 2544) หลักสำคัญในการอยู่ร่วมกับวัยรุ่น คือให้ความรัก ความเข้าใจ การให้เกียรติ ลักษณะของสถานบริการควรเป็นสถานที่เดินทางไปมาสะดวกและมีวัยรุ่นชุมนุมหรือเดินผ่านไปมาจำนวนมาก มีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง ส่วนเวลา

ให้บริการควรเป็นเวลาหลังเลิกเรียน ในวันหยุดสุดสัปดาห์ ควรเป็นเวลา 10.00 - 22.00 น สำหรับบริการที่ควรมีในสถานบริการนั้นควรมีบริการให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพพื้นฐาน เช่น โภชนาการ ผิวพรรณ การรักษารูปร่าง การคุมกำเนิด และบริการส่งต่อสถานบริการสุขภาพที่ลดขั้นตอน (ยุพา, 2544) ให้ความสำคัญกับการรักษาความลับของผู้ใช้บริการ ให้ความสำคัญเป็นส่วนตัวและความเป็นกันเองระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (สุรสิงห์ และศิริพร, 2543) ความรู้สึกของวัยรุ่นต่อระบบบริการสาธารณสุขพบว่าวัยรุ่นมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อโรงพยาบาลของรัฐ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547) โดยเฉพาะในเรื่องที่มีความประหลาด เช่น เรื่องเพศ เนื่องจากไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่สะดวก ให้บริการไม่ประทับใจ ไม่เป็นมิตร โดยเฉพาะกลัวว่าความลับจะเปิดเผยทำให้ถูกประณาม

แต่เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมายมุ่งศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นที่เป็นบริการสุขภาพตามสิทธิที่พึงได้ตามพระราชบัญญัติสุขภาพและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท) จึงได้วิเคราะห์และสรุปสิทธิประโยชน์ที่กลุ่มวัยรุ่นสมควรได้รับได้ดังตาราง 1

ตาราง 1

สรุปสิทธิบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับวัยรุ่นตามโครงการหลักประกันสุขภาพและ พรบ.สุขภาพ

สิทธิประโยชน์	ตัวชี้วัด	ที่มา
1. มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง	1.กลุ่มอายุ 6-19 ปี มีการเจริญเติบโต และได้รับการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน หากพบความผิดปกติ หรือมีปัญหา หู ตา คอพอก โลหิตจาง ปัญหาเร่งด่วนต้องได้รับการแก้ไข	*
2. ได้รับการวางแผนครอบครัว ให้บริการวางแผนครอบครัวแก่คู่สมรสที่ภรรยาอายุ 14 - 44 ปี ตามความเหมาะสม	1.คู่สมรสอายุ 15 - 44 ปีได้รับบริการคุมกำเนิด	*
3. ได้รับการเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - มีการเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหากลุ่มเป้าหมาย มีการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรคติดต่อ โรคจิต ผู้พิการ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลได้	1.ครัวเรือนได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่เพื่อประเมินสถานะพื้นฐานด้านสุขภาพและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (กรณีวัยรุ่นควรมีกิจกรรมเยี่ยมทั้งที่บ้าน และที่โรงเรียน) ปีละ 1 ครั้ง	*

ที่มา: สำนักพัฒนาบริการสุขภาพ, 2545 ; สำเร็จ และรุจิรา, 2544)

หมายเหตุ * ที่มาคือ มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

** ที่มาคือ พรบ.สุขภาพ

ตาราง 1 (ต่อ)

สิทธิประโยชน์	ตัวชี้วัด	ที่มา
<p>4. ได้รับความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว มีความรู้ในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความรู้ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพสิ่งแวดล้อม 2. มีความรู้เรื่องการใช้ยารักษาพื้นฐาน 3. มีความรู้โรคที่พบบ่อย การควบคุมโรคติดต่อ 8 โรค ได้แก่ เอชอี วัณโรค อหิวาตกโรค ไข้หวัดใหญ่ ตาแดง หัด มาลาเรีย ไข้เลือดออก 4. มีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ตัวร้อน หวัด ปวดท้อง ท้องเสีย ปวดศีรษะ ปวดหลัง 5. มีความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เป็นลม สัตว์กัด ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก 	*
<p>5. การให้คำปรึกษาที่สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>ได้รับคำแนะนำ คำปรึกษาในการส่งเสริมที่สำคัญของแต่ละบุคคล</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเลิกบุหรี่ เหล้า สารเสพติด - การป้องกันอุบัติเหตุ อันตรายจากการทำงาน - สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน และชุมชนด้านสุขภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. คนในครัวเรือนไม่ติดบุหรี่ สุรา สิ่งเสพติด 2. คนในครัวเรือนปลอดภัยจากอุบัติเหตุ 3. ชุมชนมีอาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานตามบทบาท <ul style="list-style-type: none"> - มี อสม . 1คน/8-15 หลังคาเรือน - มี อสร. 1/นร 10 คน - มี อสว. 1รูป/ 1 วัด 	*

ฝ่ายหอสมุด
คุณหญิงหลง อรรถกระวีสุ

ตาราง 1 (ต่อ)

สิทธิประโยชน์	ตัวชี้วัด	ที่มา
<p>6. ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ และ ป้องกันโรคในช่องปาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการตรวจสุขภาพในช่องปาก - ได้รับฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ - ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน (ไม่เกิน 15 ปี) - ได้รับคำแนะนำด้านทันตสุขภาพ 	<p>1. มีความรู้เรื่องสุขภาพช่องปาก/ฟันและเหงือก ที่ถูกต้อง</p>	*
<p>7. ประชาชนเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีหลักประกันสุขภาพ - ได้รับการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการที่ผสมผสานกับการส่งเสริม ป้องกัน การฟื้นฟูสุขภาพ 	<p>1. ได้รับการส่งเสริมผสมผสานระหว่างการรักษา ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>2. ได้รับการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉิน และ ประเมินการส่งต่อได้อย่างเหมาะสม</p> <p>3. ได้รับความพึงพอใจเมื่อใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีทีมสุขภาพให้บริการ ต่อเนื่องเป็นทีมประจำ</p>	**
<p>8. สิทธิในการได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากรัฐ ที่ครบถ้วน มีคุณภาพอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน</p>	<p>1. ได้รับบริการจากศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้มาตรฐาน</p>	**

หมายเหตุ * ที่มาคือ มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

** ที่มาคือ พรบ.สุขภาพ

แนวคิดการจัดบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิสำหรับวัยรุ่น

ประเทศไทยได้มีผู้ให้ความหมายไว้คล้ายๆกัน โดยได้ให้ความหมายของบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิ เน้นที่ค้องให้บริการสุขภาพที่คุณภาพเชิงสังคมควบคู่ไปกับคุณภาพเชิงเทคนิคบริการ จากที่มีผู้ให้ความหมายไว้หลายมุมมองไม่ว่าความหมายเชิงปรัชญา ความหมายเชิงบริการ หรือลักษณะบริการ แต่ยังไม่สามารถให้ความหมายของบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิครอบคลุมส่วนประกอบทั้งหมด เพราะลักษณะบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิมิลักษณะแนวคิดที่เป็นนามธรรมสูง การสะท้อนความหมายของบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิจึงต้องแปลความหมาย จากนามธรรมไปสู่ความหมายที่เป็นรูปธรรมซึ่งออกมาในลักษณะชื่อของหน่วยบริการที่เรียกแตกต่างกันไปหลายชื่อ ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน หน่วยเวชปฏิบัติของโรงพยาบาลศูนย์สาธารณสุขของเทศบาล ศูนย์แพทย์ชุมชน คลินิกใกล้บ้านใกล้ใจ เพียงแต่ว่าสถานบริการเหล่านั้นอาจยังจัดบริการไม่ครบถ้วนตามปรัชญา แนวคิด มาตรฐานการดำเนินงานของการจัดบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิ

จากการสังเคราะห์ความหมายของบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิจากนักวิชาการหลายๆท่าน ได้เป็นความหมายของบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ว่า หมายถึงบริการสุขภาพที่จัดให้ประชาชนโดยบุคลากรทางแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขที่เป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นการจัดบริการ ด้านแรก หรือบริการขั้นต้น ใกล้ชิดประชาชน (สำนักเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545; สำเร็จ และรุจิรา, 2545; ปรีดา, 2544) เป็นบริการที่ดูแลสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (สำเร็จ และรุจิรา, 2545; สุพัตรา และคณะ, 2542; สุภานี และอภิรัตน์, 2544) ดูแลสุขภาพตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย หลังเจ็บป่วย รักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานขณะเจ็บป่วย (สำเร็จ และรุจิรา, 2545; สุพัตรา และคณะ, 2542; พงษ์พิสุทธิ์, 2542) อย่างเป็นองค์รวม (สุภานี และอภิรัตน์, 2544; สุพัตรา และคณะ, 2542) ทั้งในด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ให้บริการแบบผสมผสานทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาล (สุพัตรา และคณะ, 2542; พงษ์พิสุทธิ์, 2542; ทวีทอง และคณะ, 2531) อย่างบูรณาการและมีความเชื่อมโยง ค่อเนื่อง (สุภานี และอภิรัตน์, 2544; ทวีทอง และคณะ, 2531) ตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่สมดุลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตามมาตรฐานการจัดบริการปฐมภูมิ โดยมุ่งใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลัก ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพชีวิตประจำวัน วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และลักษณะทางสังคม และชุมชนมีส่วนให้ความร่วมมือกับส่วนราชการ สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ทันความต้องการ โดยเชื่อมโยงผสมผสานกับงานพัฒนา (ทวีทอง และคณะ, 2531)

ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การจัดบริการที่ได้มาตรฐาน เป็นการบรรลุคุณภาพขั้นพอใช้ คุณภาพขั้นพอใช้ หมายถึงการผลิตสินค้าหรือบริการให้ได้ผลผลิตตามที่กำหนดรายละเอียดหรือมาตรฐานไว้ล่วงหน้า โดยมีเป้าหมายของระบบการบริการปฐมภูมิ ที่สำคัญคือ 1) ประชาชนมีสุขภาพดี ทั้งด้านกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ 2) การมีสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) เป็นไปตามแนวคิดสุขภาพเพียงพอ ซึ่งความพอดีเพียงพอ นั้นเป็นเกณฑ์เฉพาะบุคคล เฉพาะกลุ่มที่ขึ้นกับเงื่อนไขทางสังคม การศึกษา เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม สามารถสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงปลอดโรค เมื่อเจ็บป่วยสามารถตัดสินใจได้ถูกต้องเหมาะสม ด้วยคุณภาพที่พอดีระหว่างการทำดีตนเองและพึงผู้อื่นทั้งบริการในระบบและนอกระบบ 4) การมีระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและพฤติกรรมต่อประชาชนทุกกลุ่ม ทำหน้าที่ช่วยเหลือให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในกรณีที่ประชาชนพึ่งตนเองไม่ได้ และสนับสนุนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชน (อนุวัฒน์ และจิรุตม์, 2543)

ในการดำเนินการให้ประชาชนสุขภาพดีถ้วนหน้าและมีหลักประกันสุขภาพตามนโยบายการจัดบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ต้องจัดระบบการบริการปฐมภูมิให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามมาตรฐานบริการมากที่สุด ซึ่งในปัจจุบันสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้กำหนดองค์ประกอบกิจกรรมของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อเป็นมาตรฐานในการจัดบริการให้ได้มาตรฐานไว้ 3 ด้าน (สำนักพัฒนาระบบสุขภาพ, 2545) คือ

1. องค์ประกอบกิจกรรมด้านบริการ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องมีบริการสุขภาพในชุมชนแก่วัยรุ่น ได้แก่การสำรวจชุมชน การวินิจฉัยชุมชน การจัดกิจกรรมในชุมชน โดยวัยรุ่นมีส่วนร่วม มีการแก้ปัญหาชุมชนแบบเชิงรุกเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรวัยรุ่นในการร่วมสร้างเสริมสุขภาพ เช่นมีชมรมสร้างสุขภาพ ชมรมคุ้มครองผู้บริโภค ออ.น้อย และ ยสร. มีการจัดบริการในสถานบริการ ได้แก่ ได้แก่การจัดบริการให้เป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์แก่วัยรุ่น ด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของวัยรุ่นทั้งในระดับบุคคลและครอบครัวโดยมีทิศทางเพื่อสร้างสุขภาพเป็นหลัก จัดบริการที่ได้มาตรฐานทั้งกิจกรรมในชุมชน เช่น เยาวชนหรือตัวแทนมีส่วนร่วมในการวางแผนทำกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชน มีการใช้แฟ้มครอบครัวเพื่อการดูแลสุขภาพของวัยรุ่น และได้มาตรฐานกิจกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น มีรูปแบบบริการที่ชัดเจนในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ดูแลสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นทั้งด้าน กาย จิต สังคมและครอบครัว มีระบบข้อมูลที่สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยได้ เพื่อการติดตามและส่งต่อ มีบริการครอบคลุมทุกกลุ่มอาการและการดูแลฉุกเฉิน

ทั้งในและนอกเวลาราชการ มีความสามารถในการประเมินการส่งต่อได้อย่างเหมาะสม มีระบบการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ มีบริการทันตกรรมและการส่งเสริมการป้องกันโรคทางทันตกรรม มีการชั้นสูตรที่ครบมาตรฐาน มีบริการด้านยา ทั้งระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่าย การควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานยา มีบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีการใช้บันทึกสุขภาพรายบุคคล มีบริการให้คำปรึกษา มีระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไปและกลับในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว มีบริการเยี่ยมบ้าน ติดตามเยี่ยมเพื่อทำความรู้จัก สร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพแก่ครอบครัววัยรุ่น และให้บริการแก้ปัญหาสุขภาพผู้มีปัญหา สุขภาพตามความจำเป็น

2. องค์ประกอบกิจกรรมด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ การบริหารจัดการที่มีคุณภาพทั้งด้านพัฒนาบุคลากร และการประเมินผลงาน เช่น มีทีมสุขภาพให้บริการต่อเนื่องเป็นทีมประจำ มีการพัฒนาบุคลากรต่อเนื่อง

3. องค์ประกอบกิจกรรมด้านวิชาการ ได้แก่ มีคู่มือ มาตรฐาน การให้บริการ

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพของวัยรุ่น

การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นหลักการที่สำคัญของทุกสังคม (สมชาย, 2539) และเป็นค่านิยมที่สำคัญของการดำเนินงานของระบบสุขภาพ แต่การให้ความหมายและแนวคิดของการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับสังคมและวัฒนธรรม มีผู้ใช้แนวคิดและทฤษฎีเพื่ออธิบายพฤติกรรมกรรมการแสวงหาและการใช้บริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการไว้หลายทฤษฎี เช่น รูปแบบพฤติกรรม ทฤษฎีการแสวงหาความช่วยเหลือ แต่การเข้าถึงบริการสุขภาพยังคงเป็นเพียงแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพเท่านั้น ซึ่งกล่าวเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้

แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ

แนวคิดการเข้าถึงบริการมีผู้เสนอแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพว่าเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับการใช้บริการ สุขภาพ ซึ่งมีผู้เสนอแนวคิดดังกล่าวไว้หลายท่าน เช่น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1978) อเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1975, 1981) เมเยอร์ (Mayers, 1972) เพนชานสกีและโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) อเดย์ (Aday, 1993) อเดย์และเลียวประไพ (Aday & Leoprapai, 1977) วสันต์ (2532) ซึ่งได้ให้แนวคิดไว้ใกล้เคียงกันแต่มีปัจจัยประกอบบางตัวที่แตกต่างกันในบางส่วน บางส่วนก็ยังคงคล้ายคลึงกัน

การเข้าถึงบริการเป็นมิติที่พหุคูณถึงศักยภาพ ทางเข้า และการเข้าถึงที่แท้จริงของระบบการให้บริการกลุ่มประชากร (Aday & Anderson, 1980) นอกจากนี้ บรูซ (Bruce C, 1981) ได้ให้คำนิยามการเข้าถึงบริการว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ซึ่งผู้ใช้บริการ มีความปรารถนา หรือความต้องการบริการและสามารถที่จะรับบริการนั้นได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงสถานภาพทางสังคม รายได้ ความสามารถในการจ่าย ที่ตั้งของที่อยู่อาศัย หรือปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการสุขภาพ และสภารับรองบริการสุขภาพแคนาดา ได้ให้ความหมาย การเข้าถึงบริการ (accessibility) ว่าเป็นความสามารถที่ผู้ป่วยหรือลูกจ้างจะได้รับการรักษาและบริการที่ถูกเวลา ถูกสถานที่ ตามความจำเป็นพื้นฐาน (อนุวัฒน์ และจิตรต์, 2543) และเพอร์ซิงเจอร์ (Persinger, 2000) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพหมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยที่ไปถึงการดูแลทางการแพทย์ ความง่ายของการเข้าถึงบริการประกอบด้วย ความพอเพียงของบริการทางการแพทย์ ที่ตั้งของแหล่งบริการสุขภาพ การเดินทางและความสามารถในการจ่ายการดูแล และ โรเซน และฟลอรีน และดิคซัน (Rosen, Florin & Dixon, 2001) กล่าวว่าหมายถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับทางเข้าของบริการ

สุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ สำหรับประเทศไทย อนุวัฒน์ และจิรุตม์ (2543) ได้ให้ความหมายการเข้าถึงบริการว่า หมายถึงผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ตามข้อบ่งชี้และในเวลาที่เหมาะสม และ สุรางค์ศรี (2547) ได้ให้ความหมายการเข้าถึงบริการ เป็นการที่ผู้ป่วยสามารถไปถึงการดูแลทางการแพทย์ที่เหมาะสมตามความจำเป็นเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการ และบริการนั้นจะต้องพอเหมาะ พอเพียงทุกเวลา ทุกสถานที่ ซึ่งการเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการทางด้านภูมิศาสตร์ การเข้าถึงบริการทางการเงิน การเข้าถึงบริการทางด้านวัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการทางด้านหน้าที่ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ได้แก่ 1) นโยบายสาธารณสุข 2) ลักษณะระบบบริการสุขภาพ 3) ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ 4) การใช้บริการสุขภาพ 5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยามการเข้าถึงบริการสุขภาพประกอบด้วย การเข้าถึงด้านภูมิศาสตร์หมายถึง ระยะทาง ระยะเวลาในการเดินทาง และการเข้าถึงด้านการเงิน ซึ่งหมายถึงความสามารถในการจ่ายค่าบริการไม่ว่าค่าอะไรก็ตาม การเข้าถึงด้านวัฒนธรรม ซึ่งหมายถึงการใช้เทคนิคและวิธีการจัดการในการรักษาวัฒนธรรมของชุมชน และการเข้าถึงบริการทางด้านหน้าที่ซึ่งหมายถึงการให้ความพอเพียงของประเภทการดูแลพื้นฐานที่ต่อเนื่อง ในสิ่งที่ประชาชนจำเป็นต้องได้รับการดูแล

ส่วนอเดร์และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1971) ได้เสนอแนวคิดการศึกษาการเข้าถึงบริการ โดยการอธิบายว่าระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ลักษณะเงื่อนไขของนโยบายสาธารณสุข อันได้แก่ การจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข การจัดองค์กรสาธารณสุข และระบบให้การศึกษาของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเงื่อนไขของนโยบายสาธารณสุขดังกล่าวจะมีผลโดยตรงต่อลักษณะการจํากระบบการให้บริการสาธารณสุขของประเทศ และอาจมีผลต่อลักษณะของประชากรที่ต้องการใช้บริการ 2) ลักษณะการจํากระบบการให้บริการสาธารณสุขของประเทศ ทั้งในด้านการจัดสรรทรัพยากร เพื่อการให้บริการสาธารณสุข และการจัดรูปแบบ ตลอดจนโครงสร้างของกระบวนการให้บริการ 3) ปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยา ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ค่านิยมที่เกี่ยวกับสุขภาพความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงบริการ รายได้ของบุคคล ขนาดครอบครัว ตลอดจนการตระหนักในความเจ็บป่วยและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย 4) การใช้บริการสุขภาพ เช่น ชนิดของสถานบริการ เวลาที่ใช้บริการ 5) ความพึงพอใจของผู้รับบริการมีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการกับการรักษาพยาบาล และความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการ 6 ประการ คือ

5.1 ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ซึ่งแบ่งได้เป็น การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ ความสะดวกสบายที่ได้รับจากสถานบริการ

5.2 ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ แยกออกเป็น การได้รับบริการทุกประเภทตามความต้องการ แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ แพทย์มีการติดตามผลการรักษา

5.3 ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบายความสนใจของผู้ให้บริการ ได้แก่การแสดงอรรถาธิบายท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

5.4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ แยกออกเป็น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เช่น การปฏิบัติตนในการใช้ยา ขั้นตอนการรักษา

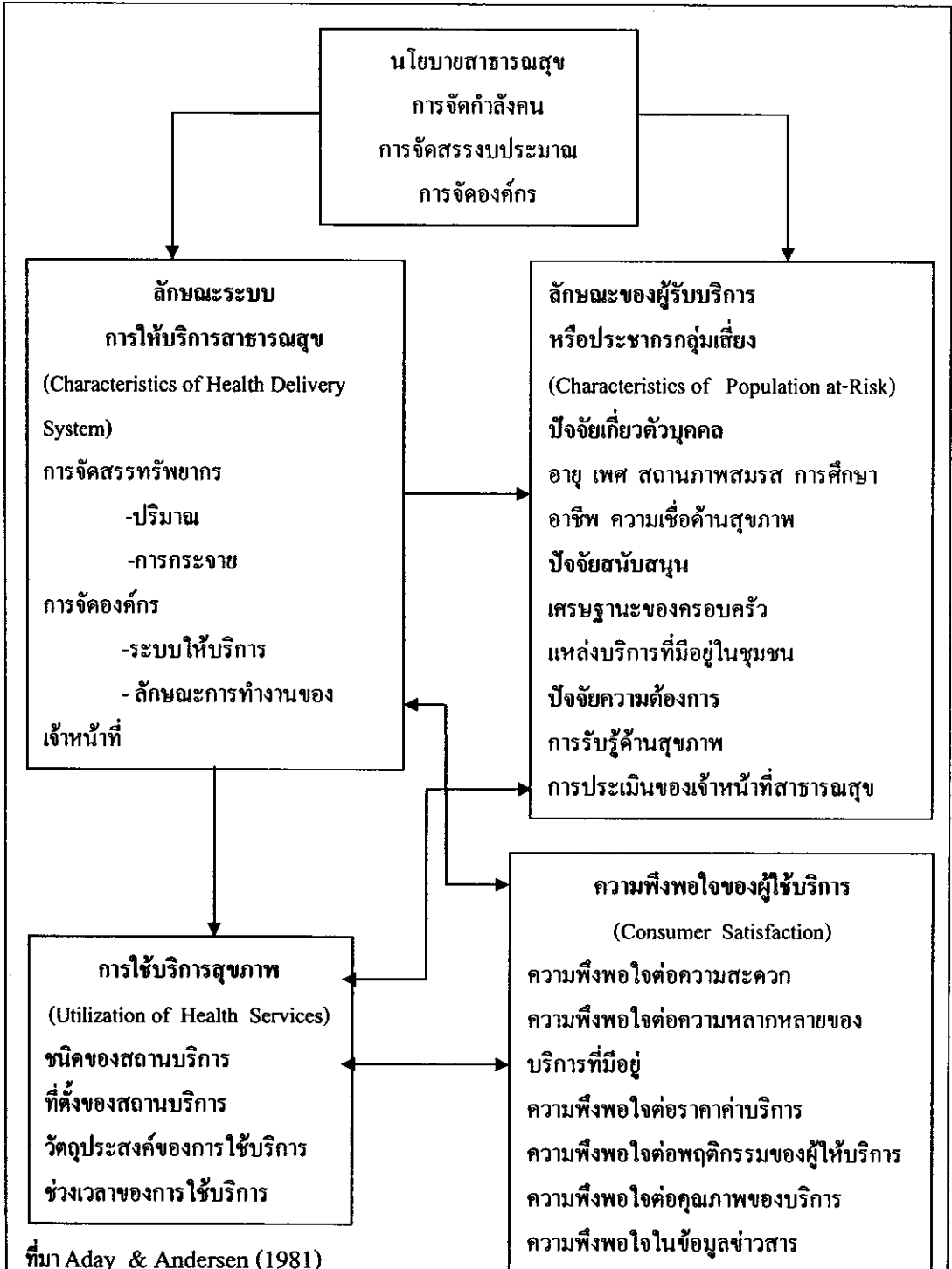
5.5 ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ได้แก่ คุณภาพการดูแลทั้งหมดที่ได้รับในทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อบริการของสถานบริการ

5.6 ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

ปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพตั้งแต่ในเรื่องชนิดและแหล่งบริการสาธารณสุข นอกจากนี้เอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1975) ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ไว้ว่า นโยบายสุขภาพจะมีจุดหมายที่จะดึงดูดลักษณะของระบบการให้บริการสุขภาพโดยตรง การเปลี่ยนแปลงในระบบการให้บริการอาจจะมีผลโดยตรงกับรูปแบบการให้บริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ และลักษณะของประชากรก็มีผลโดยตรงกับการให้บริการและความพึงพอใจ การให้บริการของผู้รับบริการนั้นมีแนวโน้มว่าจะมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจและประสพการณ์ ความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจก็มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพที่ตามมาเช่นเดียวกัน เอเดย์และแอนเดอร์เซนได้พัฒนาและปรับปรุงโมเดลการให้บริการสุขภาพใหม่เรียกว่า โมเดลการเข้าถึงการดูแลสุขภาพอย่างเป็นธรรม (Equity of Access to Care Model : EACM) เขากล่าวว่าประชาชนจะใช้บริการสุขภาพหรือไม่นั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านผู้ให้บริการแต่เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบการให้บริการสุขภาพกับประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วย (population at-risk) การเข้าถึงบริการตามแนวคิดของเอเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1981) ได้จำแนกระหว่างศักยภาพการเข้าถึง (potential access) และการเข้าถึงที่แท้จริง (realized access) ศักยภาพการเข้าถึงนั้นได้กล่าวถึงโอกาสของการเข้าถึงระบบสุขภาพ (availability of services) ส่วนการเข้าถึงที่แท้จริงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความพอเพียงของบริการและการใช้บริการที่แท้จริง การเข้าถึงบริการที่แท้จริง เป็นประสพการณ์ของแต่ละบุคคล มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ได้แก่

1) นโยบายสาธารณสุข (Health policy) แนวคิดนโยบายสาธารณสุขส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญ จุดประสงค์ของแนวคิดนโยบายนี้จะเน้นทางด้านงบประมาณ การศึกษา อัตรากำลังและโครงการการจัดการสุขภาพใหม่ 2) ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ระบบการให้บริการ ความพอเพียง การกระจายทรัพยากร และความครอบคลุมของการให้บริการ 3) ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ ได้แก่ ปัจจัยนำ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพ แหล่งบริการในชุมชน และระยะทาง ปัจจัยความต้องการ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินการเจ็บป่วย 4) การให้บริการสุขภาพ เช่น ชนิดของสถานบริการ จุดประสงค์และเวลาที่ให้บริการ 5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เป็นความรู้สึกที่ผู้ใช้บริการได้รับจากประสบการณ์ในการไปใช้บริการแต่ละครั้ง ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภาพ 2 รูปแบบการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Equity of Access to Care Model)



ส่วนเมเยอร์ (Mayers, 1972 อ้างตาม สุรางค์ศรี, 2546) ได้กล่าวไว้ว่า จุดสำคัญของการให้การรักษาทงการแพทย์ (Medical care) คือ การมีความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างบุคคลผู้ต้องการบริการสุขภาพกับผู้ให้บริการ หากปราศจากความสัมพันธ์นี้การประสบผลสำเร็จในการรักษาจะไม่เกิดขึ้นได้ และองค์ประกอบที่สำคัญคือการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ดีจะต้องเป็นการรักษาที่สามารถเข้าถึงได้ของบุคคล ทั้งในด้านเวลาและสถานที่ที่บุคคลนั้นต้องการได้รับ ผู้ให้บริการต้องมีการเข้าถึงระดับของความเข้าใจของการให้บริการได้ดีพอๆ กับการมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดี อุปกรณ์ที่ดี ยาที่ดี และบริการอื่นๆ ที่ดีและจำเป็นสำหรับคนไข้ ในทางกลับกันหากชุมชนและหน่วยบริการทางสุขภาพจะต้องมีการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน และความต้องการต่างๆของคนไข้ เพื่อที่จะมั่นใจได้ว่าการบริการที่จำเป็นต่าง ๆ นั้นจะมีเพียงพอเมื่อถึงเวลาต้องการ สิ่งสำคัญ 3 ประการของการเข้าถึง คือ การเข้าถึงส่วนบุคคล (personal accessibility) การบริการแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive services) และความเพียงพอในเชิงปริมาณ โดยมีรายละเอียดการเข้าถึงในแต่ละส่วนดังนี้ 1) การเข้าถึงส่วนบุคคล บุคคลที่แตกต่างกันมักจะมี ความแตกต่างกันในเรื่องของการรับรู้ส่วนบุคคลในเรื่องของสุขภาพ ทั้งในเรื่องของแรงกระตุ้นหรือแรงจูงใจที่จะหาข้อมูลทางสุขภาพและในด้านความรู้ บุคคลต่างๆที่ต้องการบริการเหล่านี้จะต้องเผชิญกับปัญหาในเรื่องของการตัดสินใจว่าเขาจะหาบริการที่เขาต้องการได้จากที่ไหนและจากใครจึงจะดีที่สุด ความสับสนเป็นผลนำไปสู่การเสียเวลาโดยไม่จำเป็น การที่บุคคลคนหนึ่งจะเข้าถึงการรักษาที่ดีนั้นต้องมีความเข้าใจในประเด็นหรือความซับซ้อนของการเข้าไปสู่การให้การรักษาทงการแพทย์ซึ่งแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้และความรู้ของคนไข้ในแต่ละคน แพทย์ประจำตัวหรือหมอครอบครัวมักจะได้รับพิจารณาให้ผู้มีบทบาทที่สำคัญในการประเมินความต้องการการรักษาของคนไข้ และเมื่อจำเป็นแพทย์จะแนะนำคนไข้ของเขาให้ไปสู่วัแพทย์ที่เชี่ยวชาญมากกว่า 2) การบริการแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive services) หมอจะเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ซึ่งมีความรับผิดชอบในการจัดหาบริการทางสุขภาพแก่คนไข้ บริการแบบเบ็ดเสร็จจะเน้นเรื่องการป้องกันโรคภัย ควบคุมและลดความพิการ โดยการวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยในระยะแรกของการเจ็บป่วยเพื่อให้ฟื้นคืนสู่สภาพปกติ 3) ความเพียงพอในเชิงปริมาณ เพื่อที่คนไข้จะมีความมั่นใจในบริการแบบเบ็ดเสร็จ บริการต่างๆ จะต้องมีในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของคนไข้

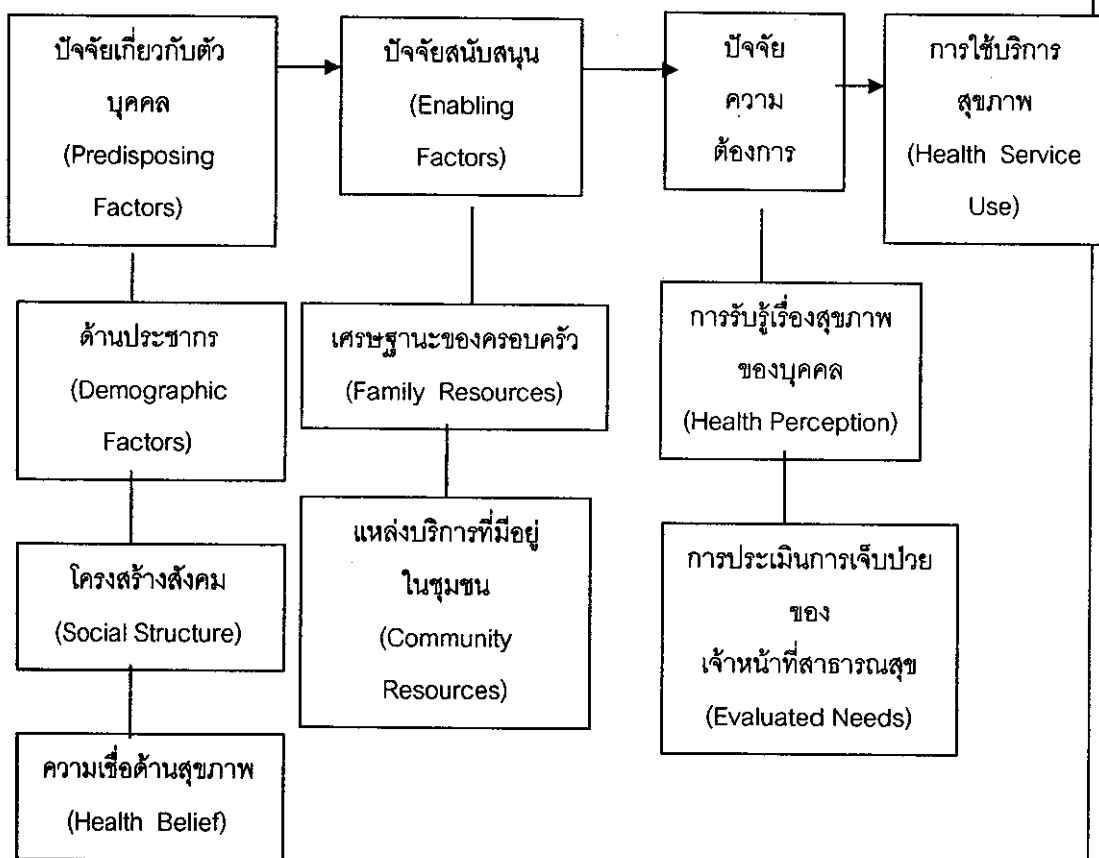
ส่วนอครี และเลียวประไพ (Aday & Leoprapai, 1977) ได้ทำการศึกษาถึงแบบแผนการเข้าใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของไทย ได้เสนอแบบจำลองเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุข โดยอธิบายว่าการเลือกใช้บริการสาธารณสุขชนิดใดก็ตามขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการสาธารณสุขต่างๆ ที่มีอยู่ เวลาที่มีอยู่ ประสบการณ์ในอดีต ความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ การเดินทาง แนวโน้มที่จะไปที่อื่นๆ เงินทอง ลักษณะทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม 2) ลักษณะของสถานบริการ คือคุณภาพของการให้บริการ เครื่องมือหรือวิธีการรักษาพยาบาล ความเป็นกันเองกับประชาชน ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเวลาที่คอย 3) ปัจจัยแทรกซ้อน หมายถึง ระยะทางไกล ขาดพาหนะสำหรับเดินทาง สภาพถนน หรือทางน้ำ ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ สถานบริการอื่นๆ ที่จะเลือกไปใช้

ส่วนเพนชานส์กีและโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ได้จำแนกการเข้าถึงบริการสุขภาพจำแนกออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านความพร้อมของบริการที่มีอยู่ (availability) คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย 2) ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ (accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งของสถานบริการและการเดินทางของผู้ใช้บริการ 3) ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ (accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้ป่วยยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ 4) ด้านความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการที่ได้รับ (affordability) 5) ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ (acceptability) ซึ่งรวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ

ส่วนแอนเดอร์เซน (Andersen, 1986) ได้เสนอรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขซึ่งพอสรุปได้ว่าบุคคลจะใช้บริการหรือเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข มีปัจจัยประกอบ 3 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวบุคคลนั่นเอง ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยทางโครงสร้างสังคม ซึ่งรวมถึง เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ การศึกษา อาชีพของหัวหน้าครอบครัว ปัจจัยความเชื่อ ด้านสุขภาพ ซึ่งรวมทั้งทัศนคติ ความเชื่อที่มีต่อสุขภาพ การบริการสุขภาพและต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้วย 2) ปัจจัยสนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถใช้บริการได้ (enabling factors) แม้ว่าบุคคลจะมีความพร้อมจากปัจจัยในข้อที่ 1 แต่ถ้าขาดปัจจัยสนับสนุนก็ไม่สามารถใช้บริการได้ ซึ่งปัจจัยสนับสนุนนั้นประกอบด้วย เศรษฐฐานะหรือ ทรัพยากรของครอบครัว แหล่งประโยชน์อื่นๆที่สามารถให้บริการได้เมื่อเขาต้องการใช้ในชุมชน 3) ปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นที่จะต้องใช้บริการสุขภาพ แม้ว่าบุคคลจะมีปัจจัยในข้อ 1 และข้อ 2 ครบถ้วน

แล้วก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องรับรู้ว่าเรื่องการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะต้องให้ความสำคัญของการใช้บริการที่เหมาะสม ปัจจัยความต้องการสามารถวัดได้จากการรับรู้เรื่องสุขภาพ (health perception) ของบุคคลและการเจ็บป่วยในอดีต และปัจจุบัน และจากการประเมินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (evaluated needs) ซึ่งเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ประเมินว่าบุคคลนั้นๆ จำเป็นต้องรับบริการสุขภาพอะไรบ้าง ปริมาณมากน้อยเพียงใด ดังแผนภูมิที่ 3

แผนภาพ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ



สำหรับประเทศไทย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพมี 7 ประการ (วสันต์, 2532) ได้แก่

- 1) คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดครอบครัว และสถานภาพสมรส
- 2) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา
- 3) ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา พิจารณาและให้ความสำคัญเกี่ยวกับค่านิยมทางด้านสุขภาพ บรรทัดฐานทางสังคม ทัศนคติ และความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเรื่องสุขภาพและการใช้บริการ รูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล และแรงจูงใจในด้านสุขภาพ
- 4) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ฐานะหรือทรัพยากรของครอบครัว เป็นสิ่งที่ช่วยสามารถเข้าถึงบริการหรือใช้บริการสุขภาพได้หรือไม่ รวมถึงรายได้ของครอบครัว หรือของหัวหน้าครอบครัว และการทำประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วย
- 5) ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน พิจารณาและให้ความสำคัญถึงอำนาจความสะดวก หรือบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ รวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในชุมชน จำนวนบุคลากรที่ให้บริการ สภาพภูมิศาสตร์ระหว่างสถานบริการกับหมู่บ้าน ว่าห่างไกลกันมากน้อยแค่ไหน ตลอดจนการคมนาคมสะดวกหรือไม่
- 6) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการให้บริการสุขภาพ การจัดรูปแบบ กระบวนการให้บริการสุขภาพ และถึงอำนาจความสะดวกค้นบุคลากรและสิ่งแวดล้อมและครอบคลุมถึงเรื่องราคาค่าบริการหรือค่าใช้จ่ายต่างๆ คุณภาพบริการและพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 7) ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ ปัจจัยนี้ได้พิจารณาตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ นโยบายสาธารณสุข ด้านการเมืองและงบประมาณ หรือทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรมาให้ เพื่อใช้ในการดำเนินการด้านสุขภาพของประชาชน และกระบวนการในการจัดบริการสุขภาพระดับต่างๆ รูปแบบและกลวิธีในการจัดการ ผลผลิตสุดท้าย และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากระบบสาธารณสุขนั้นๆ พัชรินทร์ (2544) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานเด็กไทย ในจังหวัดเชียงราย ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยแบ่งการเข้าถึง เป็น 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเดินทาง ระยะเวลา ชนิดของบริการ คุณภาพบริการ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ

สรุป เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของออคีย์ และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1981) และวสันต์ (2532) แอนเดอร์เซน (Andersen, 1968) จะพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพเหมือนกัน แตกต่างกันในส่วนของวสันต์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการ แต่ออคีย์และแอนเดอร์เซน นำปัจจัยการใช้บริการมารวมกับปัจจัยอื่น เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากเป็นการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของรายบุคคลของวัยรุ่น ที่วัดถึงการได้ใช้ไม่ได้ใช้บริการสุขภาพ ซึ่งออคีย์และแอนเดอร์เซนได้กล่าวปัจจัยที่เป็นลักษณะประชากร หรือบุคคล ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การใช้บริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพไว้ชัดเจน จึงเลือกใช้ปัจจัยในการใช้บริการสุขภาพของออคีย์และแอนเดอร์เซน ที่มีปัจจัยประกอบต่างๆเป็นหลักแล้วบูรณาการกับปัจจัยที่มีผลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เคยมีการศึกษาในเมืองไทย จึงสรุปปัจจัยที่จะมีผลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิในกลุ่มวัยรุ่นที่น่าจะนำมาศึกษามี 3 ปัจจัย คือปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะบุคคลซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ รายได้ผู้ปกครอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ สัมพันธ์ภาพกับผู้ปกครอง สัมพันธ์ภาพกับผู้ให้บริการ ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การรับรู้นโยบายและสิทธิประโยชน์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพ ปัจจัยความต้องการทางสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล และปัจจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ปัจจัยเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ ประเภทสถานบริการสุขภาพ ระยะทางจากที่พักอาศัยกับที่ตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังรายละเอียดในแผนภูมิ 1 และใช้มิติการวัดการเข้าถึงบริการของเพนชานกีและโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) ที่ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยจำแนกการเข้าถึงบริการสุขภาพ จำแนกออกเป็น 5 ด้านคือ 1) ด้านความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ 2) ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ 3) ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ 4) ด้านความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่าย 5) ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ

แนวทางการวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่น

แนวคิดในการวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพมีหลายแนวคิดหรือหลายมิติในการวัดการเข้าถึง (Racher, 2000) ได้แก่ 1) ศักยภาพการเข้าถึงและการเข้าถึงที่แท้จริง 2) ความเป็นธรรมและความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึง 3) ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการเข้าถึง 4) การเริ่มต้นและความต่อเนื่องในการเข้าถึง 5) ช่องว่างการเข้าถึงเชิงภูมิศาสตร์และสังคม (spatial access and a spatial access)

การวัดการเข้าถึงบริการส่วนใหญ่ใช้การวัดในสองลักษณะคือวัดศักยภาพการเข้าถึงและวัดการเข้าถึงที่แท้จริง การวัดศักยภาพการเข้าถึงวัดได้จากการมีแหล่งบริการสนับสนุน ส่วนการเข้าถึงที่แท้จริงวัดได้จากการใช้บริการการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแทนการวัดการเข้าถึงบริการที่แท้จริง (Aday, andersen & Fleming, 1980) การเข้าถึงบริการที่แท้จริงสามารถสังเกตได้จาก จำนวน ความต่อเนื่องและความพึงพอใจต่อการใช้บริการ ความเพียงพอต่อการดูแลรักษา ขามวิภาค ความสะดวกในการพบแพทย์ ตัวชี้วัดการใช้บริการ แบ่งตามประเภทแหล่งบริการได้ 2 ประเภท คือ 1) การใช้บริการทางการแพทย์ ตัวชี้วัดได้แก่ จำนวนครั้งการมาพบแพทย์ ค่าใช้จ่าย ประเภทของบริการ ประเภทผู้ให้บริการ เหตุผลการพบแพทย์ ลักษณะการนัดหมายสถานที่ตั้ง 2) การใช้บริการโรงพยาบาล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่น ตัวชี้วัดการใช้บริการจึงได้แก่ จำนวนครั้งของการมาใช้บริการระดับปฐมภูมิของวัยรุ่น ค่าใช้จ่าย ชนิดบริการ เช่น บริการฉุกเฉิน การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการการสร้างเสริมสุขภาพในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น การออกกัมถังกาย การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังวัดความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ เช่น ความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ ระยะเวลาในการเดินทางไปใช้บริการจากบ้านถึงแหล่งบริการ การวัดทางด้านจิตใจ เช่นการยอมรับหรือพึงพอใจการให้บริการ จำนวนครั้งที่ถูกปฏิเสธการใช้บริการ

การเข้าถึงบริการสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้วัดการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับวัยรุ่น เป็นการวัดความสามารถและการได้ใช้หรือได้รับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและตามสิทธิในพระราชบัญญัติสุขภาพเป็นหลักใน 5 ด้าน คือ

1) ด้านความเพียงพอของบริการสุขภาพ ปฐมภูมิที่มีอยู่ วัดจากความพอเพียงระหว่างการบริการที่มีอยู่กับความต้องการทั้งปริมาณและชนิดบริการของสุขภาพระดับปฐมภูมิ ความพอเพียงของแหล่งบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นความพอเพียงชนิดบริการสุขภาพที่ได้ใช้

บริการเมื่อมีความจำเป็นทางสุขภาพทั้งก่อนเจ็บป่วย (การส่งเสริม การป้องกันโรค) ขณะเจ็บป่วย (การรักษาขั้นต้น) หลังป่วย (การฟื้นฟูสุขภาพ)ที่เป็นมาตรฐานบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสถานีนอนามัย จำนวนครั้งที่ได้พบแพทย์/เจ้าหน้าที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสถานีนอนามัย

2) ด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิวัดจากความสามารถที่ผู้ใช้บริการจะไปใช้แหล่งบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิได้อย่างสะดวกโดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งของสถานบริการ ความสะดวกในการเดินทาง ระยะทาง ความเหมาะสมของเวลาในการเดินทาง ไปรับบริการการเดินทาง ความเหมาะสมของที่ตั้งสถานบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิ (สถานีนอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน อื่น ๆ)

3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิ วัดจากความสะดวกที่ได้รับเมื่อไปใช้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวกที่ควรได้รับเมื่อไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนอนามัยเช่น ขั้นตอนการรับบริการ ความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย การต้อนรับ การชี้แจงรายละเอียดต่างๆ ในการใช้บริการ

4) ความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการที่ได้รับ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายในการใช้บริการกับรายได้ของผู้ใช้บริการ ซึ่งรวมทั้งค่าบริการและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง วัดจากปัญหาในการเสียค่าใช้จ่าย ความคุ้มทุนกับเงินที่จ่ายไป และความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการที่ได้รับ

5) ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ ซึ่งรวมถึงการยอมรับคุณลักษณะของผู้ให้บริการความพึงพอใจในคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีนอนามัย อุปกรณ์/เครื่องมือวิธีการความพึงพอใจคุณภาพผู้ให้บริการทั้ง จำนวน และประเภทผู้ให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสถานีนอนามัย สรุปได้ดังตาราง 2

ตาราง 2

แสดงการวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ประเภท	มิติการเข้าถึง	ตัวชี้วัด
การเข้าถึง อย่างแท้จริง	1.ด้านความพร้อมของบริการที่ มีอยู่ (Availability)	<ul style="list-style-type: none"> - ความพอเพียงของแหล่งบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ - ความพอเพียงชนิดบริการสุขภาพที่ได้ใช้บริการเมื่อมีความจำเป็นทางสุขภาพทั้งก่อนเจ็บป่วย (การส่งเสริม การป้องกันโรค) ขณะเจ็บป่วย(การรักษา) หลังป่วย(การฟื้นฟูสุขภาพ) ที่เป็นมาตรฐานบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสถานอนามัย - จำนวนครั้งที่ได้พบแพทย์/จนท. ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสถานอนามัย
	2.ด้านการยอมรับคุณภาพของ บริการและผู้ให้บริการ (Acceptability)	<ul style="list-style-type: none"> - ความพึงพอใจในคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานอนามัย (อุปกรณ์/เครื่องมือ/วิธีการ) - ความพึงพอใจคุณภาพผู้ให้บริการทั้งจำนวนและประเภทผู้ให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสถานอนามัย
ศักยภาพ การเข้าถึง	3.ด้านความสามารถเข้าถึงแหล่ง บริการ (Accessibility)	<ul style="list-style-type: none"> - ความสะดวกในการเดินทาง ระยะทาง - ความเหมาะสมของเวลาในการเดินทางไปรับบริการ - ความเหมาะสมของที่ตั้งสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ(สถานอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน อื่น ๆ)

ตาราง 2 (ต่อ)

ประเภท	มิติการเข้าถึง	ตัวชี้วัด
ศักยภาพการเข้าถึง	4.ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ (Accommodation)	- ความสะดวกที่ได้รับเมื่อไปใช้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้รับเมื่อไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานอนามัย
	5.ความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการที่ได้รับ (Affordability)	- ปัญหาค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการ ความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการที่ได้รับ

โดยสรุปแล้วการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นมิติที่พรมณาดังศักยภาพและความสามารถที่จะไปถึงการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฐมภูมิที่เหมาะสมตามความจำเป็นเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการ ทั้งการดูแลด้านการแพทย์และการสาธารณสุข และเป็นบริการที่พอเหมาะพอเพียงทั้งเวลา สถานที่ และเป็นารเข้าถึงหรือได้ใช้ประโยชน์ระบบการให้บริการสุขภาพอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ เนื่องจากการใช้บริการเป็นส่วนหนึ่งของการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีหลายแนวคิดได้แก่

แนวคิดปัจจัยที่มีผลกับการใช้บริการของโครเกอร์ (Kroeger, 1983) ที่ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยส่งเสริม และระบบบริการสุขภาพ 1) ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ลักษณะประชากร ลักษณะครัวเรือน ทัศนคติ ระดับการศึกษา เพศ อาชีพ รายได้ 2) ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการ ความมั่นคงของรายได้ สิทธิด้านการรักษา การประกันสุขภาพ และ 3) ระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการ ได้แก่ ลักษณะทางภูมิศาสตร์ คุณภาพบริการ วัฒนธรรม ค่าใช้จ่าย

แนวคิดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพของโกรสส์ (Gross, 1972 อ้างตาม เพ็ญศิริ, 2544) ขึ้นอยู่กับ 4 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยการเข้าถึงบริการซึ่งได้แก่ระยะเวลาในการเดินทางถึงสถานบริการ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ความสะดวกในการเดินทางไปสถานบริการ 2) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการที่สถานบริการ ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ใช้บริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา 3) ระดับความเจ็บป่วย ซึ่งได้แก่ปัญหาสุขภาพและการรับรู้ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย 4) แนวคิดการซื้อบริการสุขภาพของผู้บริโภค หรือความเต็มใจจ่ายเพื่อการบริโภคหรือเพื่อใช้บริการ โดยใช้พื้นฐานทางการตลาดว่าประเด็นหลักมีดังนี้ กลุ่มผู้บริโภคเป็นกลุ่มใด ต้องการให้บริการประเภทใด โอกาสในการซื้อของผู้บริโภค วัตถุประสงค์ เหตุในการตัดสินใจซื้อหรือใช้บริการสุขภาพ ซึ่งประเด็นนำไปสู่ความยินดีช่วยหรือซื้อบริการ

แนวคิดองค์การอนามัยโลก (UNICEF and WHO, 2002) ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการ ของวัยรุ่นดังนี้ 1) ขาดความรู้ วัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสถานการณ์การให้บริการ วัยรุ่นสามารถวิเคราะห์ได้ว่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมใดที่ถือว่าเสี่ยง จึงทำให้ขาดการระวังและป้องกัน และเมื่อเกิดปัญหาขึ้นวัยรุ่นขาดข้อมูลแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือและการเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือดังกล่าว 2) ข้อจำกัดทางด้าน กฎหมาย และวัฒนธรรม การบริการด้านอนามัยเจริญพันธ์ เช่นการบริการวางแผนครอบครัว และคุมกำเนิด หรือทำแท้ง ซึ่งอยู่ในวงจำกัด กล่าวคือ การทำแท้งเป็นสิ่งผิดกฎหมาย หรือการวางแผนครอบครัวยังคงเป็นสถานที่ที่สังคมเห็นว่าเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีแต่งงานแล้ว ถึงแม้ว่าจะมีการณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย และบริการด้านอนามัยเจริญพันธ์แก่วัยรุ่นอย่างแพร่หลาย แต่อย่างไรก็ตามวัยรุ่นยังคง

ต้องการการยอมรับ และเห็นชอบจากพ่อแม่ และสังคม ในการรับบริการดังกล่าวอยู่ 3) บริการสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากจากผู้ให้บริการสุขภาพขาดการฝึกอบรมให้ทราบและเข้าใจหลักการปฏิบัติงานกับวัยรุ่น ดังนั้นจึงทำให้การให้บริการไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร 4) การบริการที่ไม่เป็นมิตร การให้ความสนใจเป็นพิเศษแก่วัยรุ่นเป็นเรื่องที่จะช่วยให้การบริการสำหรับวัยรุ่นดำเนินไปได้ วัยรุ่นจะมีความอ่อนไหวต่อความรู้สึกมาก วัยรุ่นไม่ต้องการที่จะให้เกียรติและศักดิ์ศรีของคนดูเสียไป การบริการที่ทำให้วัยรุ่นมีความรู้สึกอึดอัด และไม่เป็นมิตรจะทำให้วัยรุ่นไม่เข้ามาใช้บริการต่อไป 5) อัตราค่าบริการสูง วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ยด้านการรักษาพยาบาลได้ด้วยตนเอง และเมื่อวัยรุ่นพบปัญหาที่ไม่สามารถให้พ่อแม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายก็จะทำให้วัยรุ่นไม่สามารถเข้ารับบริการได้ 6) อุปกรณ์คัดค้านวัฒนธรรมในบางประเทศมีความคิดเห็นว่าเรื่องเพศไม่สมควรได้รับการกล่าวถึง พ่อแม่ไม่สามารถพูดคุยเรื่องเพศศึกษากับลูกได้อย่างเปิดเผย ทำให้วัยรุ่นขาดความรู้ในเรื่องดังกล่าว เมื่อเกิดปัญหาส่งผลให้เกิดความลำบากแก่วัยรุ่นที่จะเข้ารับบริการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ไม่ได้อยู่ที่สถานบริการไม่เตรียมการ แต่อยู่ที่เหตุผลทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ยังคงมองว่าเรื่องเหล่านี้เป็นเรื่องน่าอับอาย ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

แนวคิดของเจอร์และบุญเลิศ (1977) ได้ศึกษาแบบแผนการเลือกใช้บริการสาธารณสุขในชนบทไทยได้เสนอแบบจำลองเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุข โดยอธิบายว่าการเลือกใช้บริการสาธารณสุขชนิดใดก็ตามขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการสาธารณสุขต่างๆที่มีอยู่ เวลาว่าง ประสิทธิภาพในอดีต ความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ การเดินทาง แนวโน้มที่จะไปที่อื่นๆ เงินทอง ลักษณะทางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม 2) ลักษณะของสถานบริการ คือ คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง เครื่องมือหรือวิธีการรักษาพยาบาล ความเป็นกันเองกับประชาชน ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเวลาที่คอย 3) ปัจจัยแทรกซ้อน หมายถึง ระยะทางไกล ยานพาหนะสำหรับเดินทาง สภาพอนามัย หรือทางน้ำความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ สถานบริการอื่นๆ ที่จะเลือกไปใช้

แนวคิดของชองเจอร์และเฮนเดอร์เซน ให้แนวคิดว่าการใช้บริการสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้ให้บริการเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างระบบการให้บริการสุขภาพกับประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วย ปัจจัยประกอบในระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย 1) ลักษณะเงื่อนไขของนโยบายสาธารณสุข ได้แก่ การจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรทางสาธารณสุข การจัดองค์การสาธารณสุข และระบบให้การศึกษามหาวิทยาลัยสาธารณสุข 2) ลักษณะการจัด ระบบการให้บริการสุขภาพของประเทศ ได้แก่ การจัดรูปแบบและโครงสร้างการ

ให้บริการสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยา ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ค่านิยมที่เกี่ยวกับสุขภาพความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงบริการ รายได้ของบุคคล ขนาดครอบครัว ตลอดจนการตระหนักในความเจ็บป่วยและการรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย 4) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ด้านความสะดวกที่ได้รับบริการ การประสานงานของบริการ อธิปไตยและความสนใจ ห่วงใยของผู้รับบริการ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ คุณภาพบริการ ค่าใช้จ่าย 5) การใช้บริการสุขภาพ ในชนิดของสถานบริการ วัตถุประสงค์การใช้บริการ เวลาที่ใช้บริการ

จากแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพต่างๆ ได้สรุปแนวคิดได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สุขภาพส่วนบุคคล สิทธิหรือหลักประกันสุขภาพ 2) ด้านโครงสร้างทางสังคม ได้แก่ ขนาดครอบครัว ลักษณะการปกครอง ประเพณีและวัฒนธรรม 3) ด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความพึงพอใจค่านิยม ความเชื่อ และทัศนคติด้านสุขภาพ 4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ส่วนตัว รายได้ครอบครัว 5) ปัจจัยทางภูมิศาสตร์ ระยะทาง การคมนาคม เวลาที่ใช้ในการเดินทาง 6) ด้านการบริหารจัดการให้บริการสุขภาพ 7) แหล่งบริการสุขภาพที่มีอยู่ใกล้ชุมชน

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการใช้บริการ ซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเจาะจงศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาซึ่งมีลักษณะเฉพาะของวัยรุ่นทั้งคุณลักษณะทางประชากร ด้านจิตวิทยา และจึงเลือกเฉพาะปัจจัยที่คิดว่ามีอิทธิพล และมีความเป็นไปได้ในการศึกษา ความสามารถเก็บข้อมูลได้ จึงสรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นนักเรียนมัธยมศึกษาและใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยดังต่อไปนี้

ด้านคุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ ทัศนคติด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยในอนาคต สัมพันธภาพกับผู้ปกครอง สัมพันธภาพกับผู้ใช้บริการ ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ผู้ปกครอง การรับรู้สิทธิประโยชน์ การมีแหล่งบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ปัจจัยความต้องการทางสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ด้านความพึงพอใจผู้ใช้บริการประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ ด้านแหล่งบริการสุขภาพที่ใช้ประโยชน์ ประกอบด้วย ประเภทสถานบริการสุขภาพ ระยะทางจากที่พักอาศัยกับหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีรายละเอียดแต่ละปัจจัยแตกต่างกันดังนี้

เทศ จากผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีบทบาทสูงในการตัดสินใจเลือกแหล่งให้บริการดูแลคนในครอบครัวมากกว่าเพศชาย (วีรศักดิ์, 2539) และผลการศึกษาผู้มารับบริการเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลสงขลาพบว่าร้อยละ 71.6 เป็นเพศหญิง (สุรียห์, 2543) และผลการศึกษาของ รุท (Ruth, 1973) พบว่าเพศเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรมกรรมการเข้าป่วย โดยอธิบายว่าเนื่องจากเพศชายต้องการแสวงหาความแข็งแกร่ง ความเป็นชายชาตรีทำให้ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยง่ายๆ และมองว่าการเจ็บป่วยเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอและความเป็นเพศหญิง และผลศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทไทย (อเดร์ และบุญเลิศ, 1977) ที่สุพรรณบุรี พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการใช้บริการของโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ ได้แก่ เพศ เพศหญิงไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าเพศชาย แสดงให้เห็นว่าเพศมีผลต่อการใช้บริการสุขภาพซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้บริการสุขภาพแต่ยังไม่ทราบขนาด อิทธิพลที่มีต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ และอำนาจท่านเขตรเข้าถึงบริการสุขภาพเพศสามารถแยกได้โดยอาศัยความแตกต่างทางโครงสร้างสรีระของร่างกาย เพศโดยทั่วไปแยกเป็นเพศหญิงกับเพศชาย

อายุ จากผลการศึกษามหาชนมินทร์ และคณะ (2522) ศึกษาพฤติกรรมรวมการใช้และไม่ใช้บริการของรัฐในระดับอำเภอ พบว่าอายุที่แตกต่างกันของผู้ใช้ บริการมีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้และไม่ใช้บริการ คือโดยเฉลี่ยอายุของกลุ่มที่ใช้บริการสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้บริการเล็กน้อย คือ 39.26 ปี และ 33.58 ปี ตามลำดับ และกลุ่มที่ใช้บริการน้อยที่สุด อยู่ในช่วง 15-19 ปี อายุสามารถวัดได้โดยใช้ระยะเวลาที่มีชีวิตตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน

รายได้ รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต จากการศึกษาของริชาร์ดสัน (Richardson, 1972) พบว่า คนรวยไปใช้บริการด้านสุขภาพมากกว่าคนจน คือ เป็นคนรวย ร้อยละ 73 ส่วนคนจนมีเพียงร้อยละ 4 และกล่าวว่า ผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสของการเลือกใช้บริการที่มีประสิทธิภาพดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำ ส่วนลำลี และคณะ (2521) ศึกษาเรื่องสังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง พบว่าอัตราการใช้บริการของกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก แต่พบว่ากลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจสูงนิยมไปใช้บริการ ณ สถานบริการที่มีประสิทธิภาพสูงมากกว่า ทั้งนี้เพราะมีความสามารถจะจ่ายค่าบริการให้ได้ รายได้ของผู้ใช้บริการเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้บริการที่แตกต่างกัน ผู้มีรายได้สูงมีโอกาสในการแสวงหาบริการที่มีประสิทธิภาพที่ดีกว่าเพราะมีความสามารถในการจ่ายมากกว่า (วรรณศรี, 2543) ผู้มีฐานะดีจะไปใช้บริการมากกว่าประชาชนที่มีรายได้น้อยแม้ว่าการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สถานีอนามัย โรงพยาบาล ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ต้องจ่ายค่าบริการจากการรักษา แต่ต้องจ่าย

ค่าธรรมเนียม 30 บาท และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับ รายได้มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ (เบ็ญจา และคณะ, 2542; โยธิน และคณะ, 2543) และ“ ค่าใช้จ่ายเป็นปัจจัยหนึ่งที่เชื่ออำนาจช่วยให้ประชาชนเข้าถึง และเลือกใช้บริการสุขภาพ” (กรรณิการ์, 2544) ดังนั้นจะเห็นได้ว่ารายได้มีผลต่อการใช้บริการและส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แต่เนื่องจากวัยรุ่นส่วนใหญ่อาศัยรายได้จากผู้ปกครอง รายได้สามารถวัดได้โดยการประเมินจากจำนวนเงินที่ได้รับโดยเฉลี่ยในแต่ละเดือน

สถิติในการรักษาพยาบาล จากผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลาที่มีสิทธิในการรักษาแตกต่างกันมีปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (นันทพร, 2545) และจากกรรณิการ์เจ้าป่วยและการใช้บริการและการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของคนไทย ปี 2546 พบว่า รัยละของการไม่ได้รับการเมื่อเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอกจำแนกตามประเภทสวัสดิการการรักษาแตกต่างกัน คือกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 5.1 กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 7.7 กลุ่มประกันสังคม/สวัสดิการจากนายจ้างร้อยละ 4.2 กลุ่มประกันสุขภาพเอกชนร้อยละ 7.8 กลุ่มไม่มีสวัสดิการ ร้อยละ 6.4 เมื่อเจ็บป่วยแล้วเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลก็แตกต่างกันดังนี้ กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 72.0 กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 71.3 กลุ่มประกันสังคม/สวัสดิการจากนายจ้างร้อยละ 66.6 กลุ่มประกันสุขภาพเอกชนร้อยละ 66.6 กลุ่มไม่มีสวัสดิการรักษาร้อยละ 55.5 จะเห็นได้ว่ากลุ่มไม่มีสวัสดิการเข้ารับการรักษาที่น้อยที่สุด (จิโรจน์ และคณะ, 2547) จึงเป็นข้อสรุปสนับสนุนว่าสถิติในการรักษามีผลต่อการใช้บริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งสามารถวัดโดยใช้การประเมินว่า ในปีปัจจุบันมีสิทธิประโยชน์ประเภทใดเป็นหลักในการรักษาพยาบาลโดยทั่วไปแบ่งเป็น 5 ประเภท คือ สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตร 30 บาท) สิทธิข้าราชการ สิทธิพนักงานรัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสุขภาพจากเอกชน สิทธิบัตรประกันสังคม

ทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ อายุ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วย (อดิญาณ์, 2547) และจากทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพให้แนวคิดว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคเป็นสิ่งที่ใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ (Rosenstock, 1996: Kasl & Cobb, 1966) ในการศึกษาจึงใช้การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยมาร่วมเป็นตัวแปรที่น่าจะทำนายการเข้าถึง บริการสุขภาพได้ การรับรู้ความเสี่ยงวัดโดยใช้กระบวนการตีความตามสิ่งที่สัมผัสโดยระบบประสาทและสมองว่าผู้ตอบมีโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยในระดับใดตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (ชัยพร, 2525)

ประเภทแหล่งบริการสุขภาพ จากผลการศึกษาพบว่าการใช้บริการจะมีแนวโน้มสูงเมื่อสถานบริการตั้งอยู่ในบริเวณที่หักอาศัยมากขึ้น (พัชรินทร์, 2544) และเอนเตอร์เซนได้เสนอแนวคิดที่ว่า แม้ว่าบุคคลมีความพร้อมในปัจจัยส่วนบุคคลแล้วก็ตามหากขาดแหล่งให้บริการ แม้มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นๆก็ไม่สามารถใช้บริการได้ (Andersen, 1986) จะเห็นได้ว่าแหล่งบริการมีผลต่อการเข้าถึงบริการ ในขณะที่ฮ็อดจ์และเอนเคอร์เซนระบุว่าความพึงพอใจในบริการเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ แต่ยังไม่มีความชัดเจนมีผลมากนักต่อไหน แหล่งบริการ และความพึงพอใจต่างก็สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

สัมพันธ์ภาพกับผู้ให้บริการ โดยทั่วไปแล้วจะเชื่อมโยงกับความสนิทสนมกับผู้ให้บริการในหน่วยปฐมภูมิ และจากผลการศึกษาแบบแผนการค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศไทย ของ ฮัดจ์ และบูญเกิล (Aday & Boonler, 1977) ได้เสนอแบบจำลองการเลือกใช้บริการสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับปัจจัยบุคคล ปัจจัยลักษณะของสถานบริการ และปัจจัยแทรกซ้อน ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลมีความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการเป็นปัจจัยหนึ่งในลักษณะ บุคคล โดยเฉพาะวัยรุ่นต้องการผู้ให้บริการดูญาติมิตรหรือเข้าใจเป็นพิเศษ จากการ ศึกษาของยูฟา และกอบกาญจาร์ (2544) ว่าวัยรุ่นอยากได้ผู้ให้บริการที่มีความเร็วในมือ เป็นกันเอง ให้บริการด้วยความจริงใจ ให้เกียรติและรับฟังวัยรุ่น เมื่อความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการมีผลต่อการใช้บริการสาธารณสุขย่อมส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการสุขภาพมีผลต่อการเข้าถึงบริการ สุขภาพด้วยเช่นกันจึงได้คิดศึกษาต่อว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมิอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างไร สัมพันธ์ภาพกับผู้ให้บริการวัดโดยการให้ผู้ตอบประเมินสัมพันธ์ภาพกับผู้ให้บริการว่าผู้ตอบมีใกล้ชิดสนิทสนมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับใดตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ภาวะสุขภาพ จากการศึกษา พบว่าการรับรู้ลักษณะของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการ เช่น ถ้ามีความเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะรักษาเอง ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงก็จะเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลหรือใช้บริการรักษาจากแพทย์มากกว่า อีกส่วนหนึ่งคือระดับการเจ็บป่วย (กรรณิการ์, 2544) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพได้แก่ความต้องการด้านสุขภาพ (อติญาณ์ และคณะ, 2547) และจากการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพระดับต้นของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียง (สุวรรณา, วรณรัตน์, ไตรรัตน์, สุพิชและศิริลักษณ์, 2543) พบว่าความต้องการบริการสุขภาพระดับต้นของประชาชน เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย และไม่มีภาวะเจ็บป่วย มีความยินดีจ่าย 50-100 บาทเมื่อเข้ารับบริการจากแพทย์พยาบาล เมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังมีความยินดีจ่าย 1,000-2,000 บาท เมื่อรับบริการจากแพทย์พยาบาล

จากการศึกษาของพิมวิทย์ (2543) พบว่าวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชายที่คิดเชื่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะรักษาโดยซื้อยาจากร้านขายยาเป็นอันดับแรก ถ้ารักษาไม่หายก็จะไปพบแพทย์ตามคลินิก และเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพวัยรุ่นมักนิยมไปรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐ (คาริน และคณะ, 2546) จะเห็นได้ว่าเมื่อมีภาวะสุขภาพต่างกัน ทำให้มีการใช้บริการสุขภาพต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ จึงนำศึกษาว่าการรับรู้การเจ็บป่วยหรือระดับการเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงหรือไม่อย่างไร

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข ข้อมูลข่าวสารที่ผู้รับรู้สึกว่ามีคุณค่าอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือคำอธิบายจะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เข้าต้องการคือสุขภาพดี (ทองสุขศึกษา, 2542) จากการศึกษาสภาพความต้องการและปัญหาการใช้สื่อเพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยสำหรับประชาชนของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร (ปรารธนา, 2533) พบว่าสื่อที่จะมีบทบาทมากที่สุดต่อการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยคือ โทรทัศน์ เนื่องจากเป็นสื่อที่ทันสมัยมีทั้งภาพและเสียง ประชาชนจึงมีความพอใจมากกว่าสื่ออื่นๆ ส่วนผลศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารทางสื่อโทรทัศน์ของนักเรียนมัธยมตอนปลายในเขต กรุงเทพมหานคร กรณีศึกษาการรณรงค์เรื่องโทรทัศน์สาธารณะ (จตุพร, 2538) พบว่า นักเรียนมัธยมปลาย ร้อยละ 41.50 ต้องการให้เสนอข่าวสารความรู้มาก และผลการศึกษาของณรงค์ศักดิ์ (2542) พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการของประชาชนภายหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดีขึ้นตามลำดับ และอัตราการเข้าถึงบริการของประชาชนในเขตเมืองและชนบทเริ่มใกล้เคียงกันมากขึ้น

การรับรู้สิทธิและนโยบาย การรับรู้สิทธิเป็นเรื่องที่ทุกคนให้ความสนใจมาก เพราะสิทธิผู้ป่วยเป็นสิทธิที่ทุกคนพึงมี ประชาชนทุกคนต้องรับรู้ เพื่อให้ได้รับบริการสุขภาพตามสิทธิที่ควรได้รับ จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สิทธิเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้บริการสุขภาพ (อติญาณ์ และคณะ, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของฮันดาและวิท (Hunda & Wheat, 1985 อ้างในมยุรี , 2536) พบว่าการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการใช้บริการ การใช้บริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับรู้สิทธิวัดโดยให้ผู้ตอบใช้กระบวนการตีความตามสิ่งที่สัมผัสโดยระบบประสาทและสมอง (ชัยพร, 2525) ว่าผู้ตอบมีการได้รับรู้สิทธิด้านสุขภาพในระดับใดตามแนวสอถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ระยะทาง ระยะทางมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการ จากการศึกษาความสะดวกในการเดินทางและระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการสุขภาพพบว่า การกระจายของผู้ใช้บริการขึ้นอยู่กับระยะทาง "ประชาชนเลือกใช้บริการคลินิกเพราะเดินทางสะดวก ใกล้บ้าน" (อรพินท์ และ อัจฉรา, 2538) และจากการศึกษาของถำลี และคณะ (2521) พบว่าสาเหตุที่ผู้เจ็บป่วยไปใช้บริการ

สาธารณสุขของรัฐในชนบทเป็นประจำ เหตุผลแรกร้อยละ 74.3 คือว่าเพราะเดินทางไปสถานีอนามัยสะดวก และในทางตรงกันข้าม เมื่อถามถึงเหตุผลที่ไม่ไปใช้บริการเลย เหตุผลแรกคือเดินทางไปสถานีอนามัยไม่สะดวก และจากการศึกษาสังคมไทยที่ผ่านมามีข้อสรุปการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งบริการใดขึ้นอยู่กับการเดินทางสะดวกมากที่สุด (วิระศักดิ์และคณะ, 2539 ; วิจิตรและคณะ 2543 อ้างตาม อติญาณและคณะ, 2547) และจากการศึกษาการประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านบริการสาธารณสุขของชาวชนบทจังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยด้านความสะดวกในการเดินทางไปถึงโรงพยาบาลชุมชนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการสาธารณสุข (บรรณศรี, 2543) การกระจายของผู้ใช้บริการขึ้นอยู่กับระยะทาง คือ ผู้ใช้บริการร้อยละ 50 จะใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขในระยะทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลเมตร และจากผลการศึกษาพบว่าระยะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ คือผู้ป่วยที่อยู่ใกล้สถานบริการ มีการใช้บริการมากกว่าผู้ที่อยู่ห่างไกลออกไป (สุนทรและคณะ, 2536) นอกจากนี้ กองแผนงานสาธารณสุข (2522) ศึกษาการแสวงหาและการใช้บริการเกี่ยวกับสุขภาพกับลักษณะการที่สัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการกับผู้ให้บริการในท้องถิ่น พบว่าผู้ป่วยให้สาเหตุของการไม่ไปสถานีอนามัยว่า เพราะสถานีอนามัยอยู่ห่างไกลไปติดต่อไม่สะดวก ส่วนชินชม (2522) ศึกษา ปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆของประชาชนในชนบท พบว่าระยะทาง มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ กล่าวคือผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ใกล้กับสถานบริการจะมีการใช้บริการมากกว่าผู้ที่อยู่อาศัยห่างไกลออกไป ส่วนบุญเลิศและบุปผา (2531) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพอนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในเขตห้องถิ่นชนบท พบว่าเหตุผลที่สำคัญที่สุดในการไปใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพเนื่องจากเดินทางสะดวก

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ติดต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพมีมากมายแต่ที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงที่ผู้วิจัยสามารถวัดได้ ได้แก่ เพศ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วย รายรับของวัยรุ่น สัมพันธภาพกับผู้ปกครอง สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ รายได้ผู้ปกครอง การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ ประเภทสถานบริการสุขภาพ ระยะทางจากบ้านถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ยังไม่พบการอธิบายถึงขนาดอิทธิพล หรืออำนาจการทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงเห็นว่าน่าจะนำปัจจัยดังกล่าวว่าสามารถอธิบายและทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในกลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาได้มากน้อยขนาดไหนอย่างไร

สรุป

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า ในการดูแลสุขภาพประชาชนซึ่งรวมถึงวัยรุ่นด้วย รัฐบาลจัดและส่งเสริมการสาธารณสุข และประกันระบบสุขภาพแห่งชาติให้มีความเสมอภาค ประสิทธิภาพ คุณภาพ ให้เป็นไปตามนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 52 และ 82 (วิพุธ, 2543) และเป็นไปตามหลักของการพัฒนาสุขภาพที่สำคัญสองประการ คือ ดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับสุขภาพที่หมายถึงสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ และพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ (กระทรวงสาธารณสุข, 2544ก) ในการดูแลสุขภาพวัยรุ่นนั้นควรเน้นแก้ปัญหาสุขภาพวัยรุ่นที่สำคัญคือ การคิดสารเสพติด การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ สุขภาพจิต ภาวะโภชนาการ โรคติดต่อ อุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย (WHO, 2005; กรมสุขภาพจิต, 2547; อุมาพร, 2544) ซึ่งเป็นปัญหาที่มีสาเหตุที่สามารถป้องกัน แก้ไขได้ ลดความรุนแรงลงได้ อีกหากวัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งในการดำเนินงานให้วัยรุ่นเข้าถึง บริการสุขภาพควรวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพราะความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นกลุ่มตัวชี้วัดหนึ่งของชุดตัวชี้วัดการดำเนินงานของระบบสุขภาพ ที่จะตอบคำถามว่าการปฏิบัติ งานของระบบสุขภาพนั้นเป็นธรรม เท่าเทียมกันทุกคน (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ความรู้และแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพสามารถพัฒนาได้จาก กระบวนการศึกษาวิจัย การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความครอบคลุมการมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพ พฤติกรรมด้านการเจ็บป่วย และการแสวงหาบริการสุขภาพของวัยรุ่น เคยมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะจังหวัดยะลา มีแต่รายงานความครอบคลุมการมีสิทธิในหลักประกัน ยังไม่พบ การศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในกลุ่มวัยรุ่นว่าเข้าถึงบริการสุขภาพ แล้วเท่าไร และปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่น ในการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นมีหลายแนวคิด แต่ที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ที่ค้นพบได้แก่ แนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1978) อเดร์และ เอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1975;1981) เมเยอร์ (Mayers, 1972) เพนชานสกีและ โทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) อเดร์ (Aday,1993) อเดร์และเลียวประไพ (Aday &Leoprapai, 1977) วสันต์ (2532) ซึ่งได้ให้แนวคิดไว้ใกล้เคียงกันแต่มีปัจจัยประกอบบางตัวที่แตกต่างกัน บางส่วนก็ยังคงคล้ายคลึงกัน ซึ่งสรุปได้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นการพรรณนาถึงศักยภาพทางเข้า และการเข้าถึงที่แท้จริงของระบบการให้บริการกลุ่มประชากร (Aday & Anderson, 1980) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ เมื่อผู้ใช้บริการ มีความปรารถนา ความ

ต้องการบริการ สามารถที่จะรับบริการนั้นได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงสถานภาพทางสังคม รายได้ ความสามารถในการจ่าย ที่ตั้งของที่อยู่อาศัย ซึ่งสามารถวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพหลายมิติ ได้แก่ 1) ศักยภาพการเข้าถึงและการเข้าถึงที่แท้จริง 2) ความเป็นธรรมและความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึง 3) ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการเข้าถึง 4) การเริ่มต้นและความต่อเนื่องในการเข้าถึง 5) ช่องว่างการเข้าถึงเชิงภูมิศาสตร์และสังคม (Rachet, 2000) แนวคิดที่สำคัญที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่แนวคิดการเข้าถึงบริการของเพนชานสกีและโทมัส (Penchansky and Thomas, 1981) มี 5 ด้าน คือด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของบริการ ความสามารถที่จะเสียค่าใช้จ่าย การยอมรับคุณภาพ และแนวคิดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ สำหรับการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพขององค์กรและแกนเคอร์สัน (Aday & Andersen, 1981) มีแนวคิดว่ารูปแบบการใช้บริการสาธารณสุขจะมีปัจจัยประกอบ 5 ด้าน ประกอบด้วยปัจจัยด้านนโยบายสาธารณสุข 2) ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ระบบการให้บริการ ความพอเพียง การกระจายทรัพยากร และความครอบคลุมของการให้บริการ 3) ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ ได้แก่ ปัจจัยเช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพ แหล่งบริการในชุมชน และระยะทาง ปัจจัยความต้องการ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินการเจ็บป่วย 4) การใช้บริการสุขภาพ เช่น ชนิดของสถานบริการ จุดประสงค์และเวลาที่ใช้บริการ 5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยประยุกต์ใช้เฉพาะปัจจัยที่เหมาะสมกับบริบทการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเมืองไทย และเป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยสามารถวัดได้ ดังนั้นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้คือ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วย สัมพันธภาพกับผู้ปกครอง สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ รายได้ผู้ปกครอง รายรับของวัยรุ่น การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ประเภทของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ความพึงพอใจต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระยะทางจากที่พักอาศัยกับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อนำผลการศึกษา ระดับการเข้าถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ปัญหา ข้อเสนอแนะ มาใช้ในการปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพให้กลุ่มวัยรุ่นให้เข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิมากที่สุด