

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นโยบายการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 30 พ.ศ. 2520 องค์การอนามัยโลก ได้เผยแพร่แนวความคิด "สุขภาพดีถ้วนหน้า 2543" อันถือเป็นเป้าหมายสากล ที่ประเทศสมาชิกเห็นควรรณรงค์ให้ประชาชนทุกคนในโลก มีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้เกิด เติบโต แก่และตาย อย่างสมศักดิ์ศรีของมนุษย์ และขณะมีชีวิตอยู่ควรมีสุขภาพดี หอที่จะสร้างสรรค์ประโยชน์แก่สังคมที่เป็นสมาชิกอยู่ (อมร นนทสุด 2525: 6) ในการประชุมนานาชาติ ณ เมือง อาลามา อตา สหภาพโซเวียตรัสเซียใน พ.ศ. 2521 ประเทศสมาชิก ได้ลงนามในคำประกาศร่วมกันว่า การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า พ.ศ. 2543 ประเทศไทยโดยคณะรัฐมนตรี ได้พิจารณาอนุมัติในหลักการ ถือว่าการสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายหนึ่งของรัฐบาลเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2522 และประกาศให้มีการรณรงค์ปีสาธารณสุขมูลฐานใน พ.ศ. 2527 (ประกอบ คูจินดา 2525: 11-14) กิจกรรมหรือองค์ประกอบการสาธารณสุขมูลฐานที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกมี 8 ประการ ได้แก่

1. การจัดหาน้ำสะอาดและกำจัดของเสียต่าง ๆ
2. การควบคุมโรค
3. การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ
4. การส่งเสริมภาวะโภชนาการ
5. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
6. การรักษาโรคและอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น
7. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในยามฉุกเฉิน
8. การให้สุขศึกษา

ผลการสัมมนาในระดับประเทศของไทยได้ข้อยุติถึงกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานโดยเห็นควรให้มีการเพิ่มเติม การทันตสาธารณสุข และการสุขภาพจิตเข้าไว้ด้วย รวมเป็น 10 ประการ (อมร นนทสุด 2527: 110)

จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่าการอนามัยแม่และเด็กเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งใน 10 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน

สภาพการอนามัยแม่และเด็กที่ยัง เป็นปัญหาในปัจจุบันคือ มารดาและทารกยังมีอัตราการป่วยและการตายสูง เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กล่าวคือ อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 1000 คน เป็น 0.5 ใน พ.ศ. 2527 (นันทา อ่วมกุล 2529: 10) และอัตราการตายของทารก 0 - 1 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1000 คน เป็น 45.0 ใน พ.ศ. 2527 (อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ 2528)

สภาพชนบทของประเทศไทยทั่วไป การดูแลสุขภาพสาธารณสุขยังคงให้บริการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ เช่น การเยี่ยมหลังคลอด การส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานอนามัยแม่และเด็ก เป็นงานให้บริการที่รัฐเป็นผู้ให้ ประชาชนเป็นผู้รับ ซึ่งเป็นแนวความคิดเก่าและถูกจำกัดเพราะไม่สามารถให้บริการทั่วถึงทั้งประเทศ (อมร นนทสุด 2525: 10)

นโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) เน้นหนักการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบทยากจนเป็นสำคัญ เพื่อให้บรรลุตามลักษณะสังคมไทยที่พึงประสงค์ใน 20 ปีข้างหน้า (2544) ตามเกณฑ์เป้าหมาย คือ ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ซึ่งกำหนดให้หญิงมีครรภ์ควรได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย 2528: 271-282) และทางราชการได้กำหนดให้ พ.ศ. 2528 - 2530 เป็นปีรณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนไทยให้ถึงเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอกลวิธีดำเนินการปรับปรุงงานอนามัยแม่และเด็กไปพร้อมกับงานวางแผนครอบครัวให้ขยายขอบเขตไปสู่กลุ่มเป้าหมายให้ทั่วถึงเพียงพอถูกต้องได้มาตรฐาน โดยอาศัยหลักการที่ว่า หากมารดาสามารถผ่านการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย จะสามารถให้กำเนิดบุตรที่แข็งแรง ได้รับการเลี้ยงดูอย่างดี มีการพัฒนาทั้งร่างกายและจิตใจ พ่อแม่ย่อมเกิดความมั่นใจความอยู่รอดของบุตร และไม่คิดมีบุตรไว้เผื่อตาย ซึ่งทำให้จำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัว

เพิ่มขึ้น (กรมอนามัย 2527: 2) โครงการวางแผนครอบครัวและอนามัยแม่และเด็ก (พ.ศ. 2527 - 2529) ได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการป่วยและตายของมารดา และทารก คือ หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย ร้อยละ 70 ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 ครั้ง อย่างน้อยร้อยละ 70 และมีการ คัดเลือกแม่ตัวอย่าง โดยยึดหลักการสาธารณสุขมูลฐานเป็นแกนนำ จัดให้มีการคัดเลือกแม่ ที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมจากชุมชนเพื่อเป็นแบบอย่างให้แม่คนอื่น ๆ ปฏิบัติตาม และทำหน้าที่ อาสาสมัครกระตุ้นให้หญิงมีครรภ์ในชุมชนมาใช้บริการฝากครรภ์ให้ถูกต้อง ใน พ.ศ. 2528 มีแม่ตัวอย่างทั่วประเทศ 24,518 คน (นันทา อ่วมกุล 2529: 4-4)

ในสภาพที่เป็นจริงของชนบทประเทศไทยทั่ว ๆ ไป การดูแลหญิงมีครรภ์และให้ บริการอนามัยแม่และเด็กยังไม่สามารถให้การดูแลที่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายเพียงพอ (สมศักดิ์ วรคามิน และ เทพนม เมืองแมน 2519: 5) กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานในระดับ หมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วมค่อนข้างชัดเจนแล้ว 4 ประการ ได้แก่ การรักษาพยาบาลโรค ง่าย ๆ การจัดหายาไว้ในหมู่บ้าน การสุขภาพบาลและจัดหาน้ำสะอาด และการโภชนาการ ส่วนองค์ประกอบที่ยังไม่มีรูปแบบดำเนินการโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมได้แก่ การอนามัยแม่ และเด็กและการวางแผนครอบครัว การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคติดต่อ และการศึกษา (อมร นนทสุด 2525) เริ่มมีการพัฒนาการอนามัยแม่และเด็ก โดยมีการ ทดลองหารูปแบบเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริการอนามัยแม่และเด็ก โดยปรากฏเป็น กองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก แนวปฏิบัติที่ได้จัดทำขึ้นในระหว่างปี 2526 - 2529 คือ การกำหนดพื้นที่ทดลองไว้ 6 จังหวัด กำหนดพื้นที่ใน 7 ตำบล รวม 10 หมู่บ้าน โดยจัดให้ มีคณะกรรมการดำเนินงานเป็นชาวบ้านเอง มีการบริหารจัดการในลักษณะการเป็นสมาชิก กองทุน โดยการซื้อบัตรโครงการบัตรสุขภาพ และได้รับสิทธิคุ้มครองสุขภาพทั้งครอบครัว หากเริ่มเจ็บป่วยจะได้รับการดูแลรักษาในระดับหมู่บ้าน จากกองทุนยาและเวชภัณฑ์ หาก เกินความสามารถจะได้รับการส่งไปรักษาที่สถานีอนามัยตำบลพร้อมใบส่งต่อ หากเกินความ สามารถก็จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนพร้อมใบส่งต่อ บางรายอาจจะต้องส่งต่อถึง โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลแม่และเด็ก เป็นต้น จากการสรุปประเมินผลโครงการทดลองกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็กดังกล่าว จึงได้ กำหนดเป็นนโยบายและดำเนินการเป็นโครงการบัตรสุขภาพในปัจจุบัน (คณะกรรมการ-โครงการบัตรสุขภาพ 2527)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) กระทรวงสาธารณสุข ได้เร่งพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กโดยเน้นการให้บริการดูแลก่อนคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมแล้ว และเร่งรัดการดูแลก่อนคลอดให้มีการฝากครรภ์ในระยะแรกของการตั้งครรภ์มากขึ้น ส่งเสริมให้มีการดูแลหญิงมีครรภ์ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์อย่างสม่ำเสมอ โดยกำหนดเป้าหมายให้หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 70 (กรมอนามัย 2530: 4) ทั้งยังได้มีการกำหนดคุณลักษณะของแม่และเด็กไทย โดยพิจารณาจากความจำเป็นและความต้องการพื้นฐานของประชากรกลุ่มเป้าหมายดังนี้

1. คุณลักษณะของแม่ ควรมีลูกเมื่ออายุ 20 - 30 ปี ระยะปลอดการตั้งครรภ์ 2 ปี มีลูก 2 คน ให้ความสำคัญของการฝากครรภ์และเริ่มฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะแรกที่ทราบว่าจะตั้งครรภ์ มาตรวจที่สถานบริการสาธารณสุขก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง ปฏิบัติถูกต้องระหว่างตั้งครรภ์ ในระยะตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มไม่ต่ำกว่า 10 กิโลกรัม และไม่ต่ำกว่า 12 กิโลกรัม (ใน พ.ศ. 2534) ได้รับวัคซีนป้องกันโรคมาดทะยัก 2 ครั้ง มีความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมตัวเอง การให้อาหารเสริมตามวัย การรักษาความสะอาดในการเตรียมและให้อาหารแก่ลูก นำลูกไปรับวัคซีนป้องกันโรคครบ รู้จักการเจริญเติบโตและส่งเสริมพัฒนาการได้เหมาะสม ตระหนักถึงการวางแผนครอบครัวใช้บริการศูนย์เด็กและศูนย์บริการสาธารณสุขอื่น ๆ ตลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว มีสามีที่ร่วมส่งเสริมและรับผิดชอบในการปฏิบัติคนเพื่อลูก

2. คุณลักษณะของเด็ก น้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 3,000 กรัม ต้องกินนมแม่ ได้อาหารเสริมตามวัย มีการเจริญเติบโตสมวัย ได้รับการดูแลจากพ่อแม่ ได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบ มีการเล่นตามวัย ได้รับการป้องกันอุบัติเหตุ อยู่ในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อันดี และได้รับบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขและศูนย์เด็กที่มีในชุมชน (ประไพพรรณ สุภจรัส 2525)

### การใช้บริการฝากครรภ์

การใช้บริการฝากครรภ์ หมายถึง การที่หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีกิจกรรมการดูแลคือ การวินิจฉัยสภาพการตั้งครรภ์ วินิจฉัย

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ที่อาจจะเกิดอันตรายต่อแม่และเด็ก ให้คำแนะนำ  
ในการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ ให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวล  
ที่เกิดขึ้นแก่หญิงตั้งครรภ์ ทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด

ในการรับบริการฝากครรภ์ให้ถูกต้องครบถ้วนนั้น นายแพทย์วราวุธ สุมาวงศ์  
(2527: 3) ได้ให้คำแนะนำไว้ว่า ควรได้รับการดังนี้

ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์จนครบ 7 เดือน (28 สัปดาห์) ให้มาตรวจทุก ๆ 4 สัปดาห์

ตั้งแต่ 7 เดือน (28 สัปดาห์) ถึงเมื่อครบ 8 เดือน (32 สัปดาห์) ให้มาตรวจ  
ทุก ๆ 2 - 3 สัปดาห์

ตั้งแต่ตั้งครรภ์ 9 เดือน (36 สัปดาห์) ให้มาตรวจทุก ๆ 1 สัปดาห์

การปฏิบัติต่อหญิงมีครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ควรให้การดูแลดังนี้

การซักประวัติและคำนวณอายุครรภ์ วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย  
เพื่อคะเนกำหนดคลอด โดยนับต่อไป 9 เดือน แล้วรวมอีก 7 วัน และทำประวัติการ  
เจ็บป่วยในอดีต ในครรภ์ก่อน ๆ เช่น อาการของโรคครรภ์เป็นพิษ โรคหัดเยอรมัน เป็นต้น

การตรวจร่างกายระบบต่าง ๆ ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดิน  
หายใจ ระบบประสาท ระบบสืบสาวะ ระบบหัวใจ เพื่อป้องกันรักษาความผิดปกติ

การตรวจครรภ์ หญิงมีครรภ์ควรได้รับการตรวจวัดระดับยอดมดลูกทางหน้าท้อง  
ซึ่งครรภ์โตขึ้นโดยจะวัดได้ขนาดดังนี้

อายุครรภ์ 12 สัปดาห์	ยอดมดลูกอยู่ระดับ $\frac{1}{3}$	เหนือรอยต่อกระดูกหัวเหน่า
อายุครรภ์ 16 สัปดาห์	ยอดมดลูกอยู่ระดับ $\frac{2}{3}$	เหนือรอยต่อกระดูกหัวเหน่า
อายุครรภ์ 20 สัปดาห์	ยอดมดลูกอยู่ระดับ	ต่ำกว่าสะดือเล็กน้อย
อายุครรภ์ 24 สัปดาห์	ยอดมดลูกอยู่ระดับ	สะดือ
อายุครรภ์ 28 สัปดาห์	ยอดมดลูกอยู่ระดับ $\frac{1}{4}$	เหนือสะดือ
อายุครรภ์ 32 สัปดาห์	ยอดมดลูกอยู่ระดับ $\frac{2}{4}$	เหนือสะดือ
อายุครรภ์ 36 สัปดาห์	ยอดมดลูกอยู่ระดับ $\frac{3}{4}$	เหนือสะดือ
อายุครรภ์ 40 สัปดาห์	ยอดมดลูกอยู่ระดับ	ลดมาอยู่ที่ $\frac{2}{4}$ เหนือสะดือ

นอกจากนั้นการตรวจครรภ์ การตรวจส่วนนำของทารกในครรภ์ เพื่อกลับ  
ทำก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ให้อยู่ในท่าปกติที่สามารถคลอดได้คือหลังเฉียงท่าขวางหรือ  
ท่าก้น ซึ่งอาจจะ เป็นอุปสรรคในการคลอดปกติ

การตรวจร่างกายทั่วไป ควรคำนึงถึงและปฏิบัติดังนี้

การชั่งน้ำหนัก หลังจาก 3 เดือนแรกไปแล้ว น้ำหนักของหญิงมีครรภ์จะ  
เพิ่มขึ้น และเพิ่มมากขึ้นในระยะ 3 เดือนก่อนคลอด แต่ไม่ควรเกิน 1 ปอนด์ต่อสัปดาห์

การวัดความดันโลหิต ควรวัดทุกครั้งที่มาตรวจครรภ์ ซึ่งไม่ควรเกิน

140/90 ซม.ปรอท

การตรวจเต้านม ควรตรวจตั้งแต่ครั้งแรกที่มาตรวจครรภ์ เพื่อตรวจหา  
และแก้ไขห้วงนมกด ซึ่งเป็นอุปสรรคในการให้นมบุตร

การตรวจสภาพเชิงกราน เพื่อตรวจสภาพของช่อง เชิงกรานในปัจจุบันไม่  
เป็นที่นิยมตรวจนัก

การตรวจทางห้องทดลอง ได้แก่

การตรวจเลือด เพื่อตรวจหาและรักษาโรคอันตรายที่อาจจะทำให้ทารก  
พิการได้ เช่น โรคซิฟิลิส

การตรวจบัสสาวะ เพื่อตรวจหาไข่ขาว ในรายที่มีอาการอักเสบของ  
กรวยไต

การให้สุขศึกษาแก่หญิงมีครรภ์ ควรแนะนำทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เกี่ยวกับการ  
บำรุงร่างกาย ความสะอาด อาหาร การทำงาน การพักผ่อน และอาการผิดปกติ

หากหญิงมีครรภ์ มาฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์  
จะได้รับการให้บริการในส่วนที่จำเป็น ได้แก่ การตรวจเลือดหาเชื้อซิฟิลิส การตรวจบัสสาวะ  
หาไข่ขาว ได้รับการฉีดเคตันัสทอกซอยด์ 2 ครั้ง เพื่อป้องกันโรคมาดทะยักแก่ทารกแรก  
คลอด มารดาจะได้รับการชั่งน้ำหนัก ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ระหว่างตั้งครรภ์

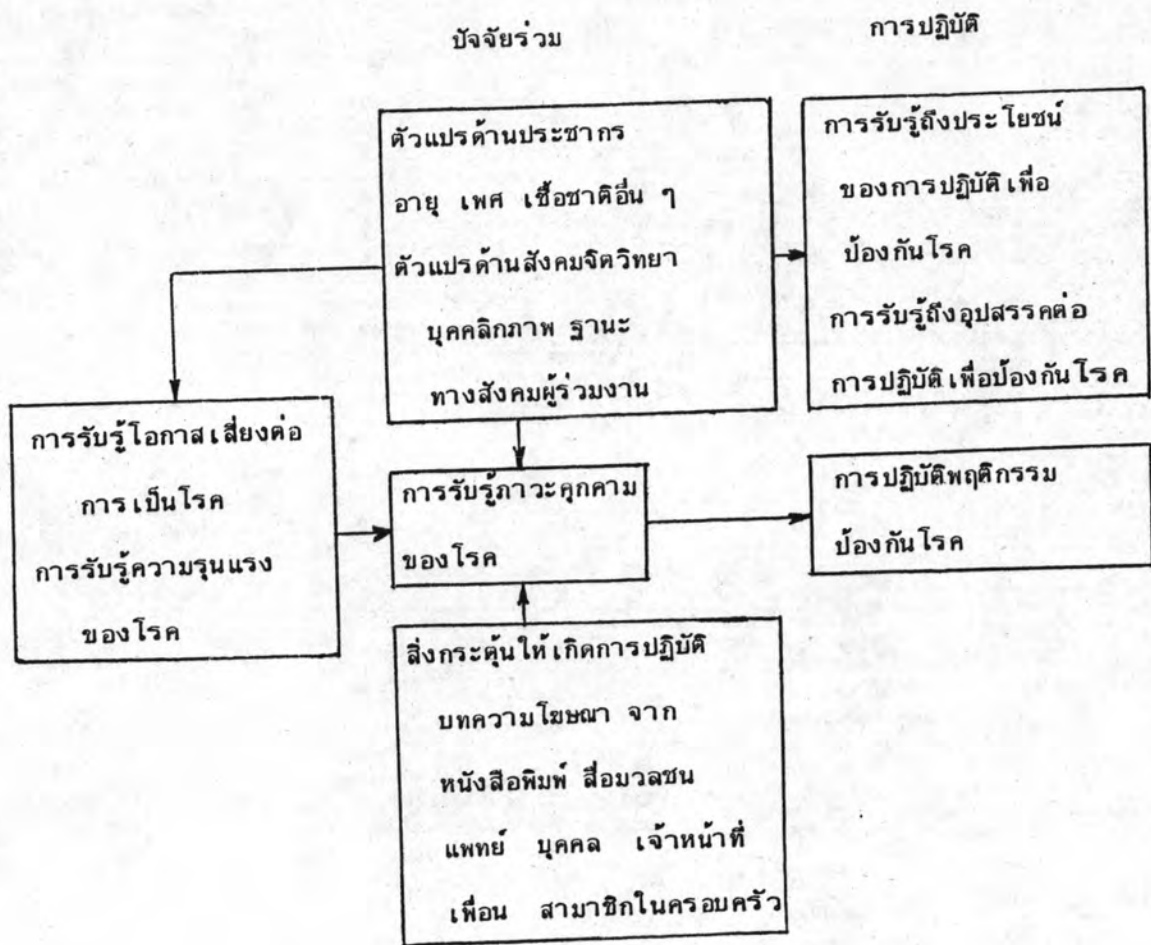
การเตรียมมาตลอด และได้รับการดูแลหลังคลอด ทำให้มั่นใจว่ามารดาและทารกจะสามารถผ่านการคลอดได้อย่างปลอดภัย

ความเชื่อทางสุขภาพอนามัย (The health belied model)

ระหว่าง พ.ศ. 2493 - 2503 กลุ่มนักวิชาการในประเทศตะวันตก ได้เริ่มต้นทำการวิจัยเพื่ออธิบายและแก้ไขปัญหา พฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคของบุคคล เป็นระยะที่การป้องกันโรคได้รับความสำคัญและต้องประสบปัญหาเป็นอย่างมาก ในการป้องกันโรคและบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและติดตามผู้ป่วย

โรเซนสต็อก (Rosenstock 1974: 140) ได้กล่าวถึง ความเชื่อทางสุขภาพอนามัยไว้ว่า การมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงโรคร้ายไข้เจ็บนั้นบุคคลต้องมีความเชื่อว่า

- 1) คนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค
- 2) เมื่อเกิดโรคนั้นแล้วจะเกิดความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
- 3) การปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นได้ โดยสรุปเป็นแผนภูมิดังนี้



แผนภูมิที่ 1 ความเชื่อทางสุขภาพอนามัย (The health belief model) (Irwin Rosenstock 1974: 140)

จากแผนภูมิที่ 1 โรเซนสโตค (Rosenstock 1974: 140) ได้อธิบายไว้ว่า ปัจจัยเกี่ยวข้องโดยตรงที่สัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งมี 2 ปัจจัยและปัจจัยเสริมอีก 1 ปัจจัย คือ

1. การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat of Disease) เป็นการรับรู้ต่อโรค และภาวะเจ็บป่วยถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความรุนแรงของการเจ็บป่วย
2. การคาดคะเนต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยพิจารณาถึงความสะดวกที่ปฏิบัติได้ ผลที่ได้รับ จากการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ซึ่งไม่มีอุปสรรคมากนัก (Perceived benefits and Perceived barriers)



3. สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (Cue to action) หมายถึง สิ่งชักนำให้บุคคล เกิดพฤติกรรมในสถานการณ์นั้น ๆ จากภายใน เช่น อาการของความเจ็บป่วย หรือจาก ภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

องค์ประกอบตัวแปรสำคัญของแนวความเชื่อทางสุขภาพอนามัยในระยะต่อมา เบคเคอร์ และคณะ (Becker, et. al. 1977: 348) ได้ทำการวิจัยและสรุปตัวแปร ความเชื่อทางสุขภาพอนามัยที่สำคัญคือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรค สามารถวัดได้ 3 ทางคือ ความเชื่อการวินิจฉัยโรค การคาดคะเนของบุคคลว่าตนเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้อีก และบุคคลที่เจ็บป่วยจะรู้สึกว่าคุณเอง มีโอกาสเสี่ยงกับโรคแทรกซ้อนสูงขึ้น จากการศึกษาต่อมาพบว่า มารดาที่มีความรู้สึกว่าคุณตร ของตนเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการให้ยาและพาบุตรมาตรวจตามนัดมากกว่า กลุ่มที่ไม่ตระหนักต่อโอกาสเสี่ยง (Becker 1974: 205)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived seriousness of severity) แม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมป้องกันโรค และความเจ็บป่วยจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลนั้นไม่เชื่อว่าจะทำให้ได้รับอันตรายต่อร่างกายหรือ กระทบกระเทือนฐานะทางสังคม ตัวแปรนี้มีความหมายไปในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อ ความรุนแรงของโรคมากกว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น หรือความรุนแรงที่ตนเองประสบ (Milton 1970: 120)

เบคเคอร์ (Becker 1980) ได้สรุปไว้ว่า การรับรู้ถึงภาวะความรุนแรงของโรค หรือภาวะเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ และผล ที่ได้ทางลบส่วนมากจะ เกี่ยว กับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยาในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีความกลัวและ วิดกกังวลสูง

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (Perceived benefits) การรับรู้ ประโยชน์ เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งต่อความร่วมมือในการรักษา ความเชื่อในประสิทธิภาพของ

การรักษาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ การเชื่อความสามารถของแพทย์ในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาตรวจตามนัด (Becker, et. al. 1980)

กานริเอลสัน และคณะ (Gabrielson, et. al. 1967: 80) พบว่ามีคามาโรคที่มีความไวใจในการดูแลของเจ้าหน้าที่วิชาชีพให้ความร่วมมือในการทานุตราตรวจตามนัดดี

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived barriers) เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาได้ จากการศึกษาพบว่าบุคคลที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคจะไม่ยอมรับการฉีดวัคซีน ถ้าวัคซีนนั้นยังไม่มีความปลอดภัย นอกจากนั้น ความกลัว ความเจ็บป่วย ความไม่สะดวกสบาย และค่าใช้จ่ายที่สูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาโรคฟัน (Becker 1980: 1)

5. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง ความแตกต่างของอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าที่ต่างกัน เช่น ความเชื่อที่จะยอมรับคำแนะนำความร่วมมือและกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เป็นต้น ในกรณีที่บุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจจะมีส่วนผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ให้เกิดความร่วมมือในการเกิดพฤติกรรมต่าง ๆ (Becker 1980)

ตัวแปรที่กล่าวมา เป็นตัวแปรความเชื่อทางสุขภาพที่สำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อโรคและภาวะเจ็บป่วย นอกจากนั้นยังมีปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ได้แก่

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ สัมพันธภาพมีความสัมพันธ์และอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา มารดาจะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการนำเด็กมาตรวจตามนัดหากมีความพอใจในการพบแพทย์ครั้งแรก การขาดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษา ความไม่เข้าใจคำอธิบายของการวินิจฉัยโรคและการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Korsch, Gezzi and Francis 1968: 860)

2. ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา ปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาวะจิตใจของบุคคลในสังคมมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผลการวิจัยพบว่าเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพฟันประจำปี และพฤติกรรมร่วมมือในการไปรับภูมิคุ้มกัน (Gray 1966: 2030)

3. ปัจจัยด้านประชากรได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพของ  
ผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยา (Blackwell 1973:  
249) ผู้มีระดับการศึกษาสูงมักให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้มีรายได้สูงมักให้ความร่วมมือ  
มากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ (Kasl and Cobb 1966: 250)

จากปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมด เบคเคอร์และคณะ (Becker, et. al 1977:  
348) ได้สรุปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ปรับปรุงแบบแผนใหม่ แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 2

ความพร้อมที่จะปฏิบัติตาม  
พฤติกรรมความร่วมมือ

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมความร่วมมือ



แผนภูมิที่ 2

สรุปแบบแผนความเชื่อค่านิยมคุณภาพเพื่อใช้ทำนายความร่วมมือของผู้ป่วย

(Becker, et. al. 1977: 348)

ในประเทศไทยมีการนำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยมาศึกษาในด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการบำบัดรักษาผู้ป่วย มีผลการวิจัยดังนี้

พวงรัตน์ บุญบุญแก้ว (๒๕๒๒) ได้นำหัวแปกความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยไปศึกษาการใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ในประเทศไทย ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย 2) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน 3) การรับรู้ประโยชน์ 4) การรับรู้อุปสรรค 5) การจงใจ และ 6) สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมและการปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการมาใช้บริการฝากครรภ์ได้ ได้แก่ 1) การรับรู้อุปสรรค 2) การได้รับประโยชน์ 3) สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมและการปฏิบัติ หญิงที่ไม่มาฝากครรภ์มีระดับการรับรู้ประโยชน์การมาฝากครรภ์ต่ำ และรับรู้อุปสรรคในการมาฝากครรภ์สูง

ซึ่งผลการวิจัยของ สุดา ภูทอง (๒๕๒๙ : ๑๐๒) โดยได้นำแนวความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยไปศึกษา เปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ เฉพาะกรณีที่ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต ๑ ยะลา ซึ่งพบว่า การรับรู้โอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการฝากครรภ์ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการมารับบริการฝากครรภ์ สัมพันธ์ทางบวกกับการไม่มาฝากครรภ์

นอกจากนี้มีการนำแนวความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยไปศึกษาในด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วย ได้แก่ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยสุภาพ ไบแก้ว (๒๕๒๘ : ๑๑๔) ซึ่งพบว่า

๑. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะ เศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรคต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมและด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน

๒. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี มีความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยอายุ ๔๐ - ๖๐ ปี และสูงกว่า ๖๐ ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะควบคุมโรค มีความเชื่อด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะควบคุมโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยโดยส่วนรวม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยทองพยอม การภิญโญ (2526) พบว่า

1. ความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยโดยส่วนรวม และด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพศชายมีคะแนนสูงกว่าในเพศหญิง ส่วนการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่มีความแตกต่างกัน

2. ความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยทุกด้านของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 46 ปี, 46 - 55 ปี และมากกว่า 55 ปี ไม่มีความแตกต่างกัน

3. ความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยทุกด้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท, 3,000 - 5,999 บาท และมากกว่า 5,999 บาทขึ้นไป มีความแตกต่างกัน

4. ความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว 1 - 5 ปี และนานกว่า 5 ปี ไม่มีความแตกต่างกัน และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนานกว่า 5 ปี สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดและความร่วมมือในการรักษาโดยส่วนรวมของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยโดยส่วนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ สาสิ เถลิงวรรณพงศ์ (2530: 64) ได้วิจัยเรื่อง การศึกษาความเชื่อทางสุขภาพอนามัยของชาวไทยมุสลิมที่ใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า

1. ความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยโดยรวมของชาวไทยมุสลิมอยู่ในระดับมีความเชื่อสูง
2. ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคในการใช้บริการสาธารณสุขของผู้ป่วยนอก มีการรับรู้อุปสรรคด้านกายภาพ และจิตใจในระดับปานกลางและรับรู้อุปสรรคด้านการเงินในระดับสูง ส่วนผู้ป่วยในมีการรับรู้ถึงอุปสรรคด้านกายภาพ จิตใจ และด้านการเงินในระดับสูง ปานกลาง และสูงที่สุด ตามลำดับ
3. เพศชายและเพศหญิงมีความเชื่อด้านสุขภาพอนามัย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคด้านกายภาพในเพศหญิงอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคด้านกายภาพในเพศชายอยู่ในระดับปานกลาง
4. ชายไทยมุสลิมอายุ 20 - 30 ปี มีการรับรู้อุปสรรคด้านกายภาพและจิตใจอยู่ในระดับปานกลางและการรับรู้อุปสรรคด้านการเงินในระดับสูง ส่วนผู้มีอายุ 31 - 45 ปี และ 46 - 60 ปี มีการรับรู้อุปสรรคด้านการเงินอยู่ในระดับสูงที่สุด
5. ชาวไทยมุสลิมที่มีการศึกษาต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูงไม่ต่างกัน ยกเว้นกลุ่มผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษามีการรับรู้อุปสรรคด้านกายภาพด้านจิตใจ และด้านการเงินอยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา มีการรับรู้อุปสรรคด้านกายภาพและจิตใจในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษานอกระบบโรงเรียนของไทย มีการรับรู้อุปสรรคด้านกายภาพและการเงินอยู่ในระดับสูง แต่การรับรู้อุปสรรคด้านจิตใจอยู่ระดับปานกลาง
6. ชาวไทยมุสลิมที่มีรายได้ต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูงไม่แตกต่างกัน ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคด้านกายภาพและจิตใจในการใช้บริการสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ผู้มีรายได้ตั้งแต่ 1,000 บาทลงไป มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกันและต่ำกว่าผู้มีรายได้ 2,500 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่มีการรับรู้อุปสรรคในการมาใช้บริการสาธารณสุขสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ 2,500 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยที่กล่าวมาจะพบว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมอนามัยเมื่อได้รับรู้ภาวะคุกคามของความเจ็บป่วย ได้รับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมอนามัยมากพอสมควร โดยไม่มีอุปสรรคในการมีพฤติกรรมอนามัยนั้น ๆ มากนัก ดังการศึกษาของเบคเคอร์ (Becker 1980) ซึ่งพบว่าบุคคลพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย เมื่อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการที่จะเจ็บป่วย และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การคาดคะเนของบุคคลต่อพฤติกรรมอนามัยของตน ได้พิจารณาถึงประโยชน์ที่จะได้และผลที่จะได้รับในการลดความรุนแรงของโรค ทั้งนี้บุคคลจะต้องไตร่ตรองกับภาวะทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยนั้น

#### การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

มีผู้ให้นิยามการสนับสนุนทางสังคม ในหลายลักษณะดังต่อไปนี้

แคปแลน, คาสเซลและคอร์ (Kaplan, Cassel and Core 1977: 59-61)

ให้นิยามว่าการสนับสนุนทางสังคมหมายถึง ความพอใจในความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของแต่ละบุคคลที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมในสังคมของบุคคลนั้น จากการศึกษาความสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม หรือหมายถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือหายไปจากแหล่งซึ่งให้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ

คอบบ์ (Cobb 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการได้รับข้อมูลที่เขาเชื่อว่าเขาเป็นที่รักยกย่องนับถือหรือการได้รับสิ่งของบริการ ความช่วยเหลือความใกล้ชิดช่วยแก้ไขปัญหา สนับสนุนทางอารมณ์และการได้รับการยอมรับ เป็นสมาชิก

บาร์เรรา (Barrera 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง ความใกล้ชิด ความช่วยเหลือโดยให้สิ่งของแรงงาน คำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสาร การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการมีส่วนร่วมในสังคม

จากนิยามที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มสังคมรอบข้าง ซึ่งมีขอบข่ายคล้าย ๆ กันในด้านต่าง ๆ ในการสนับสนุน ให้บุคคลมีความสุข



องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม ฮาวส์ (House 1983) ได้แบ่งองค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประการ คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึงการให้ความนับถือ ความผูกพัน ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ การรับฟัง

2. การสนับสนุนด้านวัตถุ (Instrumental support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านเครื่องมือ สิ่งของจำเป็น เช่น เงิน แรงงาน เวลา และการช่วยเหลือด้านวัตถุอื่น ๆ

3. การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Appraisal support) หมายถึง การได้รับข้อมูลย้อนกลับ ช่วยให้บุคคลสามารถนำไปประเมินตนเองโดยเปรียบเทียบกับคนอื่นในสังคม

4. การสนับสนุนโดยให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ข้อเท็จจริงรายละเอียด ข้อเสนอแนะซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่บุคคลเผชิญอยู่ได้

การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มสังคมรอบข้างจะมีลักษณะการสนับสนุนทางสังคมเป็นรูปโครงสร้างที่ค่อนข้างชัดเจนแน่นอน เรียกว่าโครงสร้างของการสนับสนุนทางสังคม (Structure of Social support) แมคเอลวิน (Macelveen 1978: 321) ได้กล่าวถึงโครงสร้างของการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 3 อย่างคือ

1. ขนาดของความสัมพันธ์ (Size) ขึ้นอยู่กับเหตุผลหลายประการ เช่น ชนิดและลักษณะความสัมพันธ์

2. ชนิดของความสัมพันธ์ (Relation ship) ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคล เช่น ความสัมพันธ์ในกลุ่มเครือข่าย เป็นครอบครัวขยายหรือครอบครัวเดี่ยวหรือกลุ่มเพื่อนบ้าน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มถือว่าเป็นกลุ่มปฐมภูมิที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคล

3. ความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม ได้แก่ กรณีบุคคลได้เกี่ยวข้องกับ รู้จักกับบุคคลรอบข้างมากน้อยเพียงใด

ภายในสังคมที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่อกันและกันนั้น ประกอบไปด้วยบุคคลซึ่งแตกต่างกัน แต่ละบุคคลจะเป็นสมาชิกในหน่วยย่อยของสังคม เรียกว่าครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยพื้นฐานในสังคมและมีหลายลักษณะ ได้แก่

1. ครอบครัวเดี่ยว หมายถึงครอบครัวที่มีสามี ภรรยา และบุตรเพียง 2  
 ชั่วอายุคน เด็กที่อยู่ในครอบครัวประเภทนี้มักจะได้รับการปกครองแบบประชาธิปไตย มี  
 ส่วนร่วมในการตัดสินใจและร่วมกิจกรรมในครอบครัว ช่วยให้สามารถพัฒนาความเป็นตัวของ  
 ตัวเองได้สูง

2. ครอบครัวขยาย หมายถึงครอบครัวที่ประกอบด้วย สมาชิกตั้งแต่ 3 ชั่ว  
 อายุคนได้แก่ พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย เด็กในครอบครัวเหล่านี้จะคุ้นเคยกับการ  
 ติดต่อประสานงาน รู้จักก่อนส้นก่อนยาว แต่ในครอบครัวคนชั้นต่ำ อาจจะมีอบรมให้เด็กมี  
 พฤติกรรมก้าวร้าว เห็นแก่ตัว

ครอบครัวโดยทั่วไปอาจจะเกิดปัญหาจากความขัดแย้งได้ ความสามารถแก้ไข  
 ปัญหาและมีการแก้ไขปรับปรุงปัญหาก็คจะลดความรุนแรงลง หากไม่ประสบผลสำเร็จในการ  
 แก้ปัญหา ความขัดแย้งมักจบลงด้วยการหย่าร้างของคู่สมรส

แพทเตอสันและโฮป (Patterson and Hope 1972) ได้อธิบายความขัดแย้ง  
 ของชีวิตสมรสไว้ว่า หมายถึงความล้มเหลวในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคู่สมรส  
 เมื่อมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความไม่พึงพอใจของคู่สมรส จนกระทั่งฝ่ายหนึ่งยอมยุติจากสถานการณ์  
 ไป

การวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม มีผู้ทำวิจัยในต่างประเทศ และใน  
 ประเทศไทย ดังนี้

นอร์เบค ทิลเดน และแคปแลน (Norbeck Tilden, 1983 and Kaplan  
 1972) ได้ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของหญิง  
 ระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของทิตมัย เต็มกระโทก (2529: 87)  
 ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวมของหญิงมีครรภ์ จังหวัดนครราชสีมา มี  
 ความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการปฏิบัติตัวของหญิงมีครรภ์ นอกจากนี้  
 ผลการวิจัยยังพบว่า 1) โครงสร้างกลุ่มสังคมของหญิงมีครรภ์ประมาณ 4 คน  
 2) หญิงมีครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ในระดับปานกลาง 3) การสนับสนุนทางสังคม  
 ในหญิงมีครรภ์อายุ 20 ปี หรือต่ำกว่า, อายุ 21 - 30 ปี และมากกว่า 30 ปี ไม่มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหญิงมีครรภ์อายุมากกว่า 30 ปี ได้รับการยอมรับ และมิู้เห็นคุณค่ามากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 20 ปี หรือต่ำกว่า 4) หญิงมีครรภ์ที่มีการศึกษาต่างกัน มีการสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 5) การสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มที่รายได้ 2,000 - 4,000 บาท ได้รับการมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการปฏิบัติตัวด้านโภชนา และการรักษาสุขภาพจิตดีกว่า รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือข้อมูลข่าวสารมากกว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 กลุ่มหญิงมีครรภ์มีการปฏิบัติด้านการรักษาสุขภาพและการป้องกันโรคในกลุ่มที่มีรายได้ 2,000 - 4,000 บาท และกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6) หญิงมีครรภ์ปฏิบัติตนด้านสุขภาพโดยส่วนรวมค่อนข้างดี

นอกจากนั้น มีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มสังคมผู้สูงอายุมีขนาด 3 คน และผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวมและรายได้ของผู้อยู่ในระดับปานกลาง (ฉวีวรรณ แก้วพรหม 2530: 75)

#### ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางสุขภาพอนามัย การสนับสนุนทางสังคม กับการใช้บริการฝากครรภ์

โรเซนสต็อค (Rosenstock 1974: 329-355) ได้กล่าวถึงแนวความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมอนามัยอย่างไรขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ การรับรู้โอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงหรืออาการของโรค และเชื่อว่าจะให้ประโยชน์แก่เขามากที่สุด โดยมีอุปสรรคน้อยที่สุดในการกระทำพฤติกรรมอนามัยนั้น ๆ นอกจากนี้ยังได้กล่าวว่าทัศนคติค่านิยม ความเชื่อ ความคิดเห็นที่มีต่อสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความรุนแรง ภาวะเสี่ยงของการเจ็บป่วย และพฤติกรรมอนามัย ดังนั้นการสอนให้บุคคลได้รับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและอันตรายของโรค อาจจะมีแนวโน้มให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยเหมาะสมขึ้น

เบคเคอร์ (Becker 1950) ได้ศึกษาพบว่า บุคคลพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค เมื่อมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการที่จะเจ็บป่วย และการรับรู้ความรุนแรง

ของโรค การคาดคะเนของบุคคลต่อพฤติกรรมอนามัยของคน โดยพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะได้รับและผลที่จะได้ในการลดความรุนแรงของโรค ทั้งนี้บุคคลต้องใคร่ครองถึงสภาวะทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยนั้น ๆ นอกจากนั้นยังมีสิ่งชักนำกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยให้เหมาะสมในสภาวะนั้น ๆ ได้แก่ การทราบอาการเจ็บป่วย การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสื่อมวลชน

ฮาลลอล (Hallal 1982: 137-141) กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยจะมีผลให้บุคคลเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองมีโอกาสจะเป็นโรคได้ โรคนั้นรุนแรงน่ากลัว สิ่งที่เป็นภัยคุกคามมีผลดี อุปสรรคที่อาจจะพบ จากสิ่งที่ปฏิบัติได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ความเจ็บปวด ความไม่สะดวกสบายมีน้อย

จากผลการวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการมีพฤติกรรมอนามัยมีผลมาจากความเชื่อทางสุขภาพอนามัยโดยตรง

คาสล์ และคอบบ์ (Kas1 and Cobb 1966: 246) ได้ให้นิยามพฤติกรรมอนามัย หมายถึง การกระทำกิจการใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือตรวจหาโรคในระยะ เริ่มแรกขณะที่ไม่แสดงอาการ

พฤติกรรมอนามัยของหญิงมีครรภ์เกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 ประการ คือ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการมาใช้บริการฝากครรภ์ และการรับรู้อุปสรรคของการมาใช้บริการฝากครรภ์ (หวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2528) การรับรู้ภาวะคุกคามของหญิงมีครรภ์ได้แก่การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการมาใช้บริการฝากครรภ์ และการรับรู้อุปสรรคในการมาฝากครรภ์ ได้แก่ การสิ้นเปลือง เวลา ไม่สะดวกสบายในการเดินทางมารับบริการฝากครรภ์มากนัก เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้หญิงมีครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญในการมาฝากครรภ์ ดังผลการศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529: 86) ซึ่งพบว่า หญิงมีครรภ์ที่รับรู้โอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนมาก และรับรู้ประโยชน์ของการมาฝากครรภ์มากโดยไม่มีอุปสรรคในการมารับบริการฝากครรภ์มากนัก จะมีการฝากครรภ์สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ หวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2528)

ซึ่งพบว่า หญิงมีครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่ออาการแทรกซ้อน มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าหญิงที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ซึ่งมีอุปสรรคมากและไม่เห็นประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สาสี เฉลิวรรณพงษ์ (2530: 65) ซึ่งพบว่า ความเชื่อค่านิยมสุขภาพอนามัยของชาวไทยมุสลิม 4 จังหวัดภาคใต้ โดยรวมและรายด้านในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง ยกเว้นการรับรู้ต่ออุปสรรคด้านกายภาพ จิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง

เชอร์ทอก และคณะ (Schertock, et. al. 1983) ได้ศึกษาพบว่าหญิงที่มีความสุขในชีวิตสมรสมักมีครอบครัวที่อบอุ่นมาก่อน สัมพันธภาพอันดีระหว่างสามีกับภรรยา มีผลต่อความพร้อมในการมีบุตร ผลการศึกษาพบว่าอารมณ์ของหญิงมีครรภ์มีอิทธิพลต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การปฏิบัติตนและการคลอด เช่น มีผลให้เจ็บครรภ์นานกว่าปกติ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และบางรายมีผลให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์

เบอร์นาร์ด (Bernard 1966) กล่าวว่า ความกลมเกลียวในครอบครัว เกี่ยวเนื่องกับการร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน เป็นส่วนประกอบซึ่งกันและกัน พ่อจะเป็นผู้นำครอบครัว รับผิดชอบสัมพันธภาพของครอบครัวกับสังคม แม่จะเป็นผู้ระคับระคองจิตใจดูแลความสัมพันธของสมาชิกในครอบครัว

โลเวนสไตน์ และไรฮาร์ท (Lowenstein and Rinehart 1981: 246-257) ได้ศึกษาพบว่าหญิงมีครรภ์ที่แต่งงานมีพฤติกรรมปฏิบัติดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่ไม่ได้แต่งงาน เนื่องจากกลุ่มที่แต่งงานได้รับความสนใจจากคนในกลุ่มสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้แต่งงาน ซึ่งมักจะไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม จึงส่งผลให้หญิงมีครรภ์เกิดความมั่นคงทางจิตใจ มีอารมณ์ดี เชื่ออำนาจให้หญิงมีครรภ์มองโลกในแง่ดี มีความเชื่อทางสุขภาพอนามัย ซึ่งแสดงออกโดยการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในทางที่ดีด้วย

มัวร์ และคณะ (Moore, et. al. 1978) กล่าวว่า อิทธิพลของญาติ โดยเฉพาะสามี จะเป็นแรงผลักดันด้านอารมณ์ของหญิงมีครรภ์ ให้มีความมั่นคงทางอารมณ์

ตั้งครรภ์อย่างมีความสุข มีความคาดหวังและเตรียมพร้อมต่อบุตรที่จะเกิดมา เนื่องจากคนเรามักรับรู้และสร้างความคิดเห็นเกี่ยวกับตนตามความคิดเห็นของคนอื่นที่มีต่อตน

ประภารัตน์ ทวีเกียรติกุล (2528: 50) ได้ศึกษาพบว่าครอบครัวที่แตกแยกมักเกี่ยวเนื่องกับความสัมพันธ์ของสามีและภรรยาเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษาของสามี รายได้ของครอบครัว สัมพันธภาพความไม่พึงพอใจของสามีในชีวิตสมรส มักตามมาด้วยปัญหาการหย่าร้าง สามีละทิ้ง ทำให้หญิงมีครรภ์ไม่ต้องการบุตร จึงละเลยต่อการปฏิบัติตนในการดูแลทารกในครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของครานเลย์ (Cranley 1982) ซึ่งพบว่า การเกิดระบบการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ของมารดาที่มีต่อบุตร

จากข้อมูลและผลการวิจัยที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อทางสุขภาพอนามัย และสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พิศมัย เพิ่มกระโทก (2530) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ในหญิงมีครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### โครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เนื่องจากองค์ประกอบการสาธารณสุขมูลฐานที่ยังไม่สามารถเข้าถึงประชาชน และยังไม่ีรูปแบบดำเนินการโดยประชาชนอย่างชัดเจนได้แก่ การอนามัยแม่และเด็ก การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคติดต่อและการศึกษา (อมร นนทสุต 2527) องค์ประกอบการสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 4 ประการดังกล่าว อาจจะดำเนินการให้สิ้นสุดลงได้โดยประชาชนในชุมชนเอง โดยเกี่ยวข้องกับหน่วยงานบริการของรัฐในระดับสูงขึ้นไปตามลำดับ เนื่องจากต้องมีเทคโนโลยีเฉพาะทางเข้ามาเกี่ยวข้อง

กระทรวงสาธารณสุข ได้ค้นหากลวิธีให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบและดูแลสุขภาพตนเองในลักษณะการประกันสุขภาพ เริ่มดำเนินการในรูปโครงการทดลองตั้งแต่ มิถุนายน 2526 - มิถุนายน 2528 โดยรวมงานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว

เข้ากับการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่ชาวบ้านยอมรับและเห็นความสำคัญ โดยมอบให้ ศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขตต่าง ๆ ร่วมกับจังหวัดดำเนินการแบ่ง เขตรับผิดชอบ ในการ ศึกษาถึงระบบส่งต่อ การควบคุมกำกับติดตามประเมินผล การจูงใจ การคลอด ช่อง-ทางการดำเนินงาน การจ่ายเงินตอบแทน และการบริหารจัดการกองทุน มีการกำหนดพื้นที่ ทดลองดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพในพื้นที่ 6 จังหวัด 7 ตำบล รวม 10 หมู่บ้าน โดยมีการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความพร้อมของคณะกรรมการดำเนินงาน กองทุน และความร่วมมือของประชาชน กำหนดให้ประชาชนและหญิงมีครรภ์ เข้าร่วมโครงการโดย ชื่อบัตรสุขภาพเป็นสมาชิกกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่บัตรประเภทที่ 1 บัตรสมาชิก ครอมครัว ครอมครัวละ 200 บาท (สีแดง) ได้รับการตรวจรักษาฟรี และได้รับบริการ อนามัยแม่และเด็ก ประเภทที่ 2 บัตรสมาชิกครอมครัว ครอมครัวละ 100 บาท (สีเหลือง) ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประเภทที่ 3 บัตรสมาชิกครอมครัว ครอมครัวละ 100 บาท (สีฟ้า) ได้รับการทำคลอด

ผลการประเมินโครงการบัตรสุขภาพระยะทดลอง (มิถุนายน 2526 - มิถุนายน 2528) พบว่ามีอัตราการครอบคลุมพื้นที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือ โครงการครอบคลุม 1 หมู่บ้าน ใน 1 ตำบล หลายหมู่บ้านหรือทุกหมู่บ้านใน 1 ตำบล ได้แก่ อำเภอโพธาราม จังหวัด ราชบุรี การดำเนินงานที่บ้านผ่า ตำบลหนองผือ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีวิธีการที่แตกต่างไปจากโครงการใน 6 จังหวัด คือ 1) จังหวัดทิมพ์บัตรสีชมพู และ สีเหลืองขึ้นใหม่และใช้ในโครงการ 2) บัตรสุขภาพแยกเป็น 2 ประเภท คือ บัตรสามัญ (สีเหลือง) และบัตรทรงเกียรติ (สีชมพู) 3) ผู้รับผิดชอบลงนามเพิ่มเติมในบัตรสุขภาพ มี 4 ชื่อ คือ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ประธานกรรมการศูนย์-สาธิต และประธานบริหารโครงการ (ศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 4 2527) ส่วนการดำเนินงานที่บ้านหัวหนอง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่าโครงการเป็นไปได้ ทั้งด้านการบริหารจัดการของชุมชน และความร่วมมือโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ การขยาย โครงการน่าจะได้ผลสัมฤทธิ์ เนื่องจากชุมชนเริ่มเข้าใจระบบการบริหารจัดการกองทุน ในระยะ เริ่มต้นพบว่ามีปัญหาด้านระบบการส่งต่อและทางคว่น หากคณะผู้เกี่ยวข้องเข้าใจหลัก-การที่แท้จริงปัญหาคงหมดไปที่สุดในที่สุด ค่าตอบแทนกองทุนพบว่าไม่คุ้มทุนกับที่โรงพยาบาลบ้านไผ่

ต้องจ่ายไป แต่กระทรวงสาธารณสุขก็สามารถจ่ายชดเชยให้โดยใช้งบประมาณของรัฐบาล ค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ควรคงไว้เป็นลื่นน้ำใจ ประชาชนในหมู่บ้านมีการฝากครรภ์ การคลอด และนำบุตรหลานมารับภูมิคุ้มกันโรค มีแนวโน้มนีดีขึ้น มีผู้มารับบริการโรงพยาบาล บ้านไผ่มากขึ้น โดยไม่ต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลจังหวัด แสดงให้เห็นว่าโครงการบัตรสุขภาพ มีผลการดำเนินงานสามารถกลั่นกรองและส่งต่อผู้ป่วยได้ ตามขั้นตอนที่คาดหวังไว้ คณะกรรมการกองทุนพอใจโครงการบัตรสุขภาพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพอใจในโครงการ แม้ว่าจะมีภาวะมากขึ้น (โรงพยาบาลบ้านไผ่ 2527)

จากผลการประเมิน กระทรวงสาธารณสุขได้นำไปพิจารณาขยายการดำเนินงาน โครงการบัตรสุขภาพไปทั่วประเทศโดย กำหนดเงื่อนไขการขยายการดำเนินงานโครงการ บัตรสุขภาพ ให้แต่ละจังหวัด ดำเนินการให้ครอบคลุมหนึ่งอำเภอใน พ.ศ. 2528 ครอบคลุมอำเภอละ 5 ตำบล ใน พ.ศ. 2529 และครอบคลุมทุกตำบลใน 1 อำเภอ ใน พ.ศ. 2530 (อมร นนทสุด 2528)

การเลือกดำเนินการ ควรเลือกหมู่บ้านที่มีกองทุนเอนกประสงค์ หรือกองทุน พัฒนาหมู่บ้านที่พร้อมอยู่แล้ว และได้กำหนดคราค่าบัตรใหม่ดังนี้คือ ประเภทที่ 1 เพื่อการรักษาพยาบาลทั้งครอบครัวราคา 300 บาท/บัตร ประเภทที่ 2 เพื่อการรักษาพยาบาลรายบุคคล ราคา 200 บาท/บัตร ประเภทที่ 3 เพื่อการอนามัยแม่และเด็ก ราคา 100 บาท/บัตร เงื่อนไขของบัตรสุขภาพกำหนดว่าครอบครัวหมายถึง พ่อ แม่ และบุตรอายุต่ำกว่า 15 ปี ไม่เกิน 4 คน บัตรบุคคลมีสิทธิรักษาพยาบาลฟรี 4 ครั้ง/ปี/บัตร ไม่มีการต่ออายุบัตร ค่าห้องพิเศษ ค่าอาหาร ให้คิดราคาครึ่งละ 10 เงินจากการขายบัตร ให้จ่ายทดแทน สถานบริการร้อยละ 75 ค่าสมนาคุณร้อยละ 10 และค่าบริหารจัดการกองทุนร้อยละ 15

เนื่องจากโครงการบัตรสุขภาพได้ขยายอย่างรวดเร็ว และมีกิจกรรมปฏิบัติเพิ่มขึ้นมาก เพื่อให้การดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น กระทรวงสาธารณสุข จึงมีคำสั่งตั้งหน่วยงานเฉพาะกิจขึ้นเรียกว่า ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ มีสำนักงาน ตั้งอยู่ ณ กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (อมร นนทสุด 2528)

จากการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพที่กล่าวมา พบว่าประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ มารดาและทารก ที่ซื้อบัตรเข้าเป็นสมาชิกกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็กจะได้รับการ



จูงใจ ให้ชื่อบัตรเป็นสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพ ได้รับสิทธิพิเศษไม่ต้องรอนาน ในการ  
รอรับการตรวจรักษาโรคเนื่องจากจะได้รับบริการในระบบทางด่วน (Green chanal)  
หญิงมีครรภ์ที่ชื่อบัตรเข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ ได้รับบริการที่สะดวกสบายขึ้น จึงอาจจะ  
ทำให้การรับรู้อุปสรรคในการมารับบริการน้อยลง และรับรู้ประโยชน์ของการมาใช้บริการฝาก  
ครรภ์มากขึ้น เจื่อนไขการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพในระยะที่ 3 พ.ศ. 2528 - 2530  
กำหนดให้เลือกหมู่บ้านที่มีกองทุนเอนกประสงค์ หรือกองทุนพัฒนาหมู่บ้านที่ค้อยู่แล้ว (อมร  
นนทสุด 2528) ดังนั้นการเริ่มดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพในพื้นที่ใด องค์กรในท้องถิ่น  
และประชาชนจะได้รับการเตรียมชุมชน การประสานงานเพื่อจัดระบบทางด่วนให้สามารถ  
ส่งต่อผู้ใช้บริการโครงการบัตรสุขภาพไปยังระดับอำเภอ ระดับจังหวัดได้ ดังนั้นหญิงมีครรภ์  
ซึ่งเป็นประชากรเป้าหมายของโครงการ จะได้รับการสนับสนุนโดยการให้ข้อมูลข่าวสารจาก  
การประชาสัมพันธ์จูงใจ ได้รับการให้ความสำคัญ จึงมีลักษณะของการสนับสนุนทางสังคม  
และความเชื่อทางสุขภาพอนามัยเปลี่ยนแปลงไปด้วย