

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการการนวดไทยในคลินิกการแพทย์แผนไทย อำเภอคอยตะเกี๋ย จังหวัดเชียงใหม่ ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร งานเขียนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาในการทำวิจัยดังต่อไปนี้

- การแพทย์แผนไทย
- การนวดไทย
- ทฤษฎีส่วนประสมการตลาดบริการและกลยุทธ์ทางการตลาด
- ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การแพทย์แผนไทย

เป็นการแพทย์พื้นฐานของไทยที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ และรักษาโรคมานาน ซึ่งประกอบไปด้วยการแพทย์หลาย ๆ แบบ โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี (2538, หน้า 1-2) ได้แยกประเภทของการแพทย์แผนไทยได้ 3 ลักษณะ คือ

1. การแพทย์แผนไทยแบบวิชาชีพ การดูแลสุขภาพแบบแผนไทยที่มีลักษณะวิชาชีพ (Professional health care subsector) ซึ่งเทียบเคียงได้กับการแพทย์แผนใหม่ คือมีสถาบันการศึกษาประกอบด้วยหลักสูตรที่ชัดเจน วุฒิการศึกษาที่ได้รับการยอมรับตามกฎหมายและสังคม และลักษณะการประกอบอาชีพ และการปฏิบัติแบบทฤษฎีอาชุนะเวท มีส่วนทฤษฎีการแพทย์ของจีนเข้ามาผสมผสานทางวัฒนธรรม ผู้ให้การรักษาคือผู้ประกอบโรคศิลป์แผนโบราณแบบทั่วไป และผู้ประกอบโรคศิลป์แผนโบราณแบบประยุกต์

2. การแพทย์พื้นบ้านเป็นการดูแลสุขภาพแบบแผนไทย ลักษณะพื้นบ้าน (Folk health care subsector) หมายถึงการปฏิบัติทางการแพทย์ที่มีใช้รูปแบบของวิชาชีพ ไม่มีการจัดองค์กร มีลักษณะซึ่งผิดกฎหมาย แม้ถูกกฎหมายการแพทย์พื้นบ้านก็เป็นการแพทย์ของสามัญชน มีแนวคิดและวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย หลายส่วนของการแพทย์พื้นบ้านก็เป็นการแพทย์ของสามัญชนที่มีแนวคิดและวิธีปฏิบัติที่หลากหลาย หลายส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน การเชื่อมโยงกับโลกทัศน์ของชุมชนและลักษณะทางวัฒนธรรมของชุมชน ผู้ให้การรักษาคือหมอพื้นบ้าน

3. การดูแลสุขภาพแบบเดิมของชาวบ้าน เป็นการดูแลสุขภาพของชาวบ้าน (Popular health care subsector) เป็นการดูแลสุขภาพส่วนที่กว้างขวางมากที่สุด อีกทั้งมีการผสมผสานประสบการณ์จริงของบุคคล ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมมาพิจารณา เพื่อรับรู้ถึงความวินิจฉัย และตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เช่น การอยู่ไฟ การใช้สมุนไพรของหญิงหลังคลอด ยาแผนโบราณ ความเจ็บป่วย การเหยียบนวด การกดของแสง ความเชื่อเรื่องพิธีกรรมต่าง ๆ

นโยบายในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

1. ส่งเสริมการพัฒนาวิชาการ องค์ความรู้และระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อยกระดับมาตรฐานทางวิชาการและพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับปลอดภัย และมีประสิทธิภาพที่เชื่อถือได้
2. ยกระดับมาตรฐานการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยให้มีขีดความสามารถเพียงพอ และได้คุณภาพมาตรฐานควบคู่ไปกับการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์แผนไทยในหมู่กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และแผนปัจจุบัน
3. ส่งเสริมการและขยายบทบาทและบริการการแพทย์ไทยในระบบสาธารณสุขแห่งชาติให้ชัดเจน โดยการพัฒนากระบวนการแพทย์แผนไทยผสมผสานเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ส่งเสริมการใช้ในระดับสาธารณสุขมูลฐาน
4. เร่งรัดพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ ขององค์กร และระบบการบริหารจัดการ การดำเนินงานพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้มีความชัดเจนเป็นระบบ
5. ยกระดับมาตรฐานของสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพ
6. สนับสนุนให้มีการนำเอาวิทยาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่มานำมาพัฒนาการแพทย์แผนไทย
7. ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ที่จะช่วยลดอุปสรรคและมีส่วนเสริมต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ความจำเป็นในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

1. ภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4-6 อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มจาก 30,174.5 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2521 เป็น 67,771.3 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2530 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 232,586.1 ล้านบาท ในปี 2543

2. การสูญเสียเงินประเทศในสถานะที่ต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ยาและเวชภัณฑ์จากต่างประเทศแทบทั้งสิ้น มีการพึ่งพิงวัตถุดิบจากต่างประเทศถึง 95% ในขณะที่เครื่องมือแพทย์ในประเทศซึ่งมีมูลค่าไม่ต่ำกว่า 16,000 ล้านบาทนั้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 นำเข้าจากต่างประเทศ

3. ปัญหาการใช้เทคโนโลยีใหม่ไม่ถูกต้อง มีการใช้บริการและบริโภคยาเกินความจำเป็น มีการใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น ยาชุด หรือยาของแก้ปวดต่าง ๆ

4. ปัญหาคุณภาพของการบริการดูแลรักษาสุขภาพของระบบการแพทย์แผนไทย (Health care system)

4.1 สถานพยาบาลโบราณโดยทั่วไปขาดมาตรฐานในการบริการดูแลรักษาสุขภาพให้ได้ตามเกณฑ์

4.2 การขาดแคลนวัตถุดิบสมุนไพร

4.3 การแอบอ้างสรรพคุณและความสามารถในการรักษาโรคร้ายเพื่อผลประโยชน์ทางการค้า โดยการนำเอายาอันตรายผสมแผนปัจจุบันต่าง ๆ ผสมในยาถูกกลอน ยาต้ม ยาน้ำยาแก้ประชาชน

สรุปการแพทย์แผนไทย เป็นทางเลือกหนึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในชนบท ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ผสมผสานอยู่ในลักษณะการแพทย์แผนไทยแบบวิถีชีวิต การแพทย์พื้นบ้าน การดูแลสุขภาพแบบเดิมของชาวบ้าน แต่ข้อดีของการแพทย์แผนไทยที่จำเป็นต้องพัฒนาอยู่หลายด้าน เช่น การยกระดับมาตรฐานการผลิต การพัฒนากำลังคน การส่งเสริมพัฒนาวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การปรับปรุงกฎหมายให้เอื้อต่อการพัฒนาส่งเสริมการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมหาศาลที่ประเทศไทยต้องสูญเสียให้กับต่างประเทศ

การนวดไทย (massage)

เป็นศาสตร์และศิลป์เพื่อการรักษาความเจ็บป่วยของมนุษย์มาช้านานในสังคมตะวันตก และสังคมตะวันออกใช้ประโยชน์เพื่อการดูแลสุขภาพอย่างแพร่หลาย

ในสังคมตะวันตก Hippocrates (460-380 ก่อนคริสตกาล) ได้กล่าวถึงการนวดข้อไหล่หลุดภายหลังจากที่ได้ทำให้ข้อเข้าที่แล้วและเรียกร้องให้ลูกศิษย์ของเขาเรียนรู้การนวดด้วย หลังจากนั้นได้มีผู้ศึกษาเรื่องการนวดมา Ling P. ได้รวบรวมวิธีหลากหลายของการนวดกลายเป็นศาสตร์การนวดแบบสวีดิช (Swedish massage) และมีการจัดพิมพ์คู่มือการนวดแบบสวีดิชในปี ค.ศ. 1895 ต่อมานักวิชาการตะวันตกหลายท่านได้ขยายการนวดเป็นศาสตร์การนวดในสาขากายภาพบำบัด (Physical therapy) การนวดได้รับการพัฒนาและผสมผสานเทคนิคหลายชนิดร่วมด้วย กลายเป็นวิธีการรักษาที่เป็นวิทยาศาสตร์แขนงหนึ่ง ปัจจุบันการนวดแบบดั้งเดิมของชาวตะวันตกได้เข้าไปผสมผสานในการปรับกระดูกสันหลัง การรักษาโรคกระดูก (Osteopathy) การนวดเท้า (Reflexology) การรักษาทางกาย (Body therapy) และในสังคมตะวันออกพัฒนาการของการนวดดำเนินอย่างต่อเนื่องเช่นกันการนวดแบบจีน (Chinese massage) และการนวดแบบญี่ปุ่น (Shiatsu massage และ acupressure) ให้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาความเจ็บป่วยของสมาชิกในสังคม

สำหรับในสังคมไทย การนวดไทย (Thai massage) บางครั้งเรียกหัตถเวชหรือหัตถศาสตร์ เป็นวิธีการรักษาการเจ็บป่วยที่เก่าแก่วิธีหนึ่งและนับเป็นวิทยาการสาขาหนึ่งของการแพทย์แบบดั้งเดิมของไทยในยุคประวัติศาสตร์หลักฐานทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการนวดที่เก่าแก่ที่สุดคือศิลาจารึกสมัยสุโขทัยที่ขุดพบที่ป่ามะม่วง จังหวัดสุโขทัยขึ้นราว พ.ศ. 1900 ในสมัยพ่อขุนรามคำแหงจารึกเกี่ยวกับการปลุกสวนสมุนไพร การปรุงยาสมุนไพรและยังบรรยายถึงเป็นรูปการรักษาโดยการนวด

สมัยกรุงศรีอยุธยา รัชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช หลักฐานจากจดหมายเหตุของราชทูตลาอูแบร์ ประเทศฝรั่งเศส ได้บันทึกเรื่องหมอนวดไทยในแผ่นดินสยามมีความว่า “ในกรุงสยามนั้นถ้าใครป่วยไข้ลงก็จะเริ่มให้ยัดเส้นยัดสายโดยให้ผู้มีความรู้ความชำนาญทางด้านนี้ขึ้นไปแล้วใช้เท้าเหยียบ” และ “ถ้ามีใครป่วยไข้ในกรุงสยาม ก็ใช้หมอนวดบีบขยำไปทั่วเนื้อตัว บางทีก็ขึ้นเดินเอาเท้าเหยียบ ๆ บนกายในใช้การข้อนี้ ถึงผู้เล่าให้ข้าพเจ้าฟังว่า แม้สตรีมีครรภ์ก็พอใจให้เด็กเหยียบที่หลังเพื่อจะให้คลอดบุตรง่ายไม่พักเจ็บปวดมาก” และในรัชสมัยพระบรมไตรโลกนาถปรากฏหลักฐานจากกฎหมายตราสามดวงใน “นาพลเรือน” กล่าวถึงการแบ่งส่วนราชการด้านการ

แพทย์ให้กรมหมอนวด (สำคัญเทียบเท่ากรมหมอยา) ซ้ายและขวาจำแนกตำแหน่งเป็นหลวง ขุน หมื่น พัน และมีศักดินาเช่นเดียวกับข้าราชการสมัยนั้น

ในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกทรงโปรดเกล้าให้ ปฏิสังขรณ์วัดโพธารามและสถาปนาเป็นวัดหลวงให้นามว่า “วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์)” ได้รวบรวมผู้รู้และจารึกตำรายาสมุนไพรไว้ตามศาลารายรอบอุโบสถและยังสร้างภาพถาปม์ คัดคนไว้ให้ประชาชนศึกษาและนำไปปฏิบัติเพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์ ต่อมารัชสมัยของพระบาท สมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงประสงค์ให้วัดโพธิ์เป็นมหาวิทยาลัยของปวงชน ทรงให้เล็อกสรร และปรับปรุงตำรายาสมุนไพรรอบพระอาราม และทรงโปรดให้ปั้นรูปถาปม์คัดคนซึ่งเป็นรูปหล่อ ด้วยสังกะสีผสมดินเผาเพิ่มเติมจนครบ 80 ท่า พร้อมโปรดให้เขียนโคลงอธิบายทำนอง แก้วโรคนั้น จนครบ 80 ท่า และจารึกสรรพวิชาการนวดไทยลงบนแผ่นหินอ่อน 60 ภาพ แสดงถึงจุดนวด อย่างละเอียดครบถ้วนบนผนังศาลารายและบนเสาศาสนาในวัดโพธิ์ ต่อมารัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว หลักฐานการแบ่งส่วนราชการสมัยรัตนโกสินทร์ ยังคงมีกรมหมอนวด เช่นเดียวกับสมัยอยุธยา และพระองค์ทรงให้หมอยานวดถวายการรักษาความเจ็บป่วยยามทรงพระ ประชวร และในรัชสมัยสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระองค์ทรงโปรดการนวดเป็นที่สุ ดยามพระองค์เสด็จประพาสแห่งใด จะต้องมีหมอนวดถวายงานนวดทุกครั้งและพระองค์ทรงโปรด ให้มีการชำระพระคัมภีร์แพทย์ทั้งมวลให้ถูกต้องและในปี พ.ศ. 2449 กรมหมื่นภูเบศรราชทูตย ักรมหมื่นอักษรสาสนโสภณและ หลวงสารประเสริฐได้ชำระตำราการนวดไทยและเรียบเรียงตำรา ฉบับนี้ว่า “ตำรา แผนนวดฉบับหลวง” ตำรานวดนี้ใช้เรียกในหมู่แพทย์หลวงหรือแพทย์ในพระ ราชสำนัก ต่อมาเมื่อการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาในสังคมไทย การนวดจึงหมดบทบาทจากราช สำนักในรัชสมัยพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ส่วนหมอนวดแบบชาวบ้านยังคงใช้การนวดแบบดั้งเดิม ที่ถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ

จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์และแหล่งที่มาของวิทยาการการนวดแบบเดิมของไทย จำแนกได้เป็น 2 ประเภท (กรุงไกร เจนพาณิชย์ : 2522) คือ

1. การนวดแบบราชสำนัก หมายถึง การนวดเพื่อถวายกษัตริย์และเจ้านายชั้นสูงของ ราชสำนัก การนวดแบบราชสำนักพิจารณาถึงคุณสมบัติของผู้เรียนอย่าง ปรมาธิบดีถ้วน และการ สอนมีขั้นตอนจรรยาบรรณของการนวด หลักการฝึกมือและการนวด แบบแผนการนวดที่มี เอกลักษณะเฉพาะ

2. การนวดแบบชาวบ้าน หมายถึง การนวดแบบสามัญชน การสืบทอดจากคนรุ่นเก่า มายังคนรุ่นใหม่ โดยการศึกษาและการบอกเล่า และมีแบบแผนการนวดตามวัฒนธรรมท้องถิ่น

กล่าวโดยสรุปว่าคนไทยนิยมการนวดมาแต่โบราณกาล หลักฐานก่อนประวัติศาสตร์ ไม่ปรากฏและในยุคประวัติศาสตร์ การนวดมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันการนวดไทย สามารถจำแนกเป็นการนวดแบบราชสำนักและการนวดแบบชาวบ้าน การนวดแบบชาวบ้านเป็นที่ รู้จักและใช้ประโยชน์อย่างแพร่หลายในสังคมไทย

ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างการนวดแบบทั่วไปและการนวดแบบราชสำนักคือ

1. หมอนวดแบบราชสำนักต้องมีกิริยามารยาทเรียบร้อยสุภาพอ่อนน้อมเดินเข้าเข้าหาผู้ป่วย ไม่หายใจโรคผู้ป่วยขณะทำการนวด ต้องหันหน้าไปข้าง ๆ หรือเงยหน้า ส่วนหมอนวดแบบทั่วไปมิได้พึงเล็งถึงเรื่องเหล่านี้
2. หมอนวดแบบราชสำนักจะไม่เริ่มนวดฝ่าเท้า นอกจากจะมีความจำเป็นจริง ๆ เขามักเริ่มนวดตั้งแต่หลังเท้าขึ้นไป ส่วนหมอนวดแบบทั่วไปเริ่มต้นนวดที่ฝ่าเท้า
3. หมอนวดแบบราชสำนักจะใช้เฉพาะมือนิ้วหัวแม่มือและปลายนิ้วอื่น ๆ เท่านั้น ในการนวด และไม่ใช้การนวดคลึงในการกด (นวด) แขนจะต้องเหยียดตรงเสมอ ส่วนหมอนวดแบบทั่วไปมิได้คำนึงถึงท่าทางของแขนว่าตรงหรืออ
4. หมอนวดแบบราชสำนักทำการนวดผู้ป่วยซึ่งอยู่ในท่านั่ง นอนหงาย หรือนอนตะแคงแต่ไม่ให้ผู้ป่วยนอนคว่ำเลย ในการนวดแบบทั่วไปมักมีการให้ผู้ป่วยนอนคว่ำด้วย
5. หมอนวดแบบราชสำนักไม่ใช้การคัดหรือขอซื้อ ห้าง หรือส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายด้วยกำลังแรงและไม่มีการนวดโดยใช้เข่า ข้อศอก ฯลฯ แต่หมอนวดแบบทั่วไปไม่คำนึงถึงการปฏิบัติดังกล่าวนี้
6. หมอนวดแบบราชสำนักต้องการทำให้เกิดผลต่ออวัยวะและเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกๆ โดยการเพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มการทำงานของเส้นประสาทจึงทำการกดนวดเลือดและเส้นประสาท ในกรณีนี้หมอนวดจะต้องมีความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์เชิงปฏิบัติอย่างดีพอควรสำหรับหมอนวดแบบทั่วไปหวังผลโดยตรงจากการนวดคลึงเป็นครั้งคราวและการกดนวดเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากหมอนวดบางคนมีความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์ไม่ดีพอจึงอาจทำให้อาการป่วยแต่เดิมกลับเป็นมากขึ้นหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายอย่างอื่นแก่ผู้ป่วยได้

การนวดแบบไทยที่ลูกวิชานั้นรู้จักทั่วไปว่า “จับเส้น” เพื่อให้ “เลือดลมเดินได้สะดวกขึ้น” ซึ่งตรงกับการแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การนวดเพื่อเพิ่มหรือส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง นอกจากนั้นยังมีผลสะท้อนทำให้การทำงานของอวัยวะที่อยู่ห่างออกไปจากบริเวณนวดซึ่งเดิมมีน้อยกลับเพิ่มขึ้นจนกลับสู่ภาวะปกติ ฉะนั้นข้อบ่งชี้ของการนวดจึงมีมากมาย อาทิ

เช่น ใช้รักษาหรือบรรเทาอาการต่าง ๆ ได้แก่ เติล็ด ขัดยอก ชัน คอแข็งจากการตกหมอน รักษาอาการอาหารไม่ย่อย ท้องอืดเพื่อ ท้องผูก ปวดหลัง เจ็บเอว ปวดเข่า ตะคริว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อาการวิงเวียน นอกจากนั้นใช้แก้อาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในชาย ประจำเดือนมาไม่เป็นปกติ ช่วยคลายความเครียดทางกายและใจ ช่วยทำให้ข้อที่เคลื่อนไหวกลับเข้าที่ได้ ใช้นวดในการกีฬา ฯลฯ

สำหรับข้อห้ามใช้ของการนวดได้แก่ ผู้ที่เป็นไข้ ไข้หวัด มีตัวร้อนจัด มีอาการเจ็บกระดูกและชุมชน (ฝีดาษ บาดทะยัก) เป็นไต้ตั้งอีกเสบใกล้แตก (เพราะจะเกิดอันตราย) ผู้ป่วยมีโรคผิวหนังที่ติดต่อกันได้ เป็นต้น อนึ่งผู้ที่มิกระเพาะอาหารเป็นแผลหรือเป็นนิ่วในไต หมอนวดก็จะไม่นวดให้เช่นกัน เพราะแม้จะไม่เป็นอันตรายแต่การนวดก็ไม่มีประโยชน์ในทางรักษาแต่อย่างใด

ศิลปะการนวด

โครงสร้างร่างกาย การนวด เป็นการกระทำโดยตรงต่อร่างกายของคนเรา ดังนั้นการที่จะนวดให้เกิดความรู้สึกที่ดีนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาโครงสร้างของร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะและระบบที่เกี่ยวข้องกับการดำรงอิริยาบถและการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น ฟังผืด ข้อต่อกระดูก การไหลเวียนเลือด และระบบประสาท

ทักษะการนวด การนวดเพื่อจะให้ความพึงพอใจแก่ผู้ถูกนวดได้นั้น ผู้นวดจำเป็นต้องขยันหมั่นฝึกฝนอยู่เสมอ

ข้อควรระวัง การที่จะทำการนวดให้ผู้อื่นเพื่อการบำบัด หรือบรรเทาความไม่สบายนั้น ผู้นวดจำเป็นต้องเข้าใจถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และคัดเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับผู้เจ็บป่วยโดยจะต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. ผู้นวด จะต้องมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยผู้นวดจะต้องมีสุขภาพหรือกำลังที่จะสามารถออกแรงนวด มีจิตใจที่ปกติ มีความรักและมีความต้องการที่จะมุ่งให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บป่วยนั้น

2. ผู้นวด จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับร่างกายของมนุษย์พอสมควร เนื่องจากการกระทำโดยตรงต่อร่างกายนั้น อาจจะทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ ได้

3. ผู้นวด จะต้องมีความชำนาญในด้านการนวดพอสมควร โดยจะต้องหมั่นฝึกหัดค้นคว้าและหัดสังเกต แล้วนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดความเชี่ยวชาญ หากเกิดความสงสัยให้สอบถามแก่ผู้อื่น ความชำนาญในการนวดนั้นจะอธิบายวิธีการนวดดังนี้

3.1 ตำแหน่งที่นวด การนวดนั้นมุ่งที่จะให้เกิดความรู้สึกของผู้ถูกนวดดีขึ้น ดังนั้นในขณะที่คนนวดให้สังเกตหรือสอบถามความรู้สึกของผู้นวดตลอดเวลา บริเวณที่มักจะก่อความรู้สึกที่ดีคือบริเวณตามแนวร่องของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

3.2 ท่าทางในการนวด การนวดที่ไม่ทำให้ผู้นวดเหนื่อย คือการใช้น้ำหนักร่างกายเป็นแรงกดนวด ดังนั้นท่าที่ใช้นวดต้องเป็นท่าที่สามารถใช้น้ำหนักกดได้สะดวก และไม่เกิดความตึงเครียด

3.3 น้ำหนักที่ใช้นวด การนวดเป็นศิลปะอย่างหนึ่ง เพื่อความพอใจของผู้ถูกนวด ความสามารถในการรับแรงกดของแต่ละคนจะแตกต่างกัน การที่จะรู้ว่าผู้ใดชอบแรงนวดขนาดไหนนั้น ต้องสังเกตถึงปฏิกิริยาหรือสอบถาม โดยกดลงไปช้า ๆ และเพิ่มน้ำหนักกดจนถึงแรงหนึ่ง ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บ นั่นคือความทนทานต่อแรงกด

4. ผู้นวด จะต้องทำการนวดอย่างมีสติ มีความระมัดระวังอยู่เสมอ โดยไม่กดนวดบริเวณที่อาจเป็นอันตราย เช่น การนวดช่องท้องต้องศึกษาให้รู้แจ้งถึงอวัยวะในช่องท้องถึงจะนวดได้ หรือไม่นวดในรายที่มีการอักเสบ มีการตกเลือด กระดูกหัก เป็นต้น

5. ผู้นวดจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยหลังจากการนวด ถ้าหากมีรอยช้ำ หรือเกิดการระบมจะต้องทำการประคบความร้อน และให้คำแนะนำต่อผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังนวดเกี่ยวกับการพักการทำงานของอวัยวะ การบริหารร่างกายเพื่อให้เกิดความแข็งแรง การกินอาหารที่ถูกหลัก การหลีกเลี่ยงหรืองดพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดความเจ็บป่วย

คุณธรรมและจริยธรรมของหมอนวดไทย

ผู้ที่จะเป็นหมอนวดที่ดีนั้น มิใช่จะมีแต่วิชาความรู้ความสามารถในการตรวจและบำบัดโรคเท่านั้น หมอนวดที่ดีจริง ๆ ต้องเป็นผู้ที่มีอัธยาศัยอ่อนโยน กระทำตนให้เข้ากับเหตุผลอันควร ไม่ควรผู้เป็นหมอนวดจำเป็นต้องอบรมฝึกฝน วาจา ใจ ให้มีนิสัยดีอยู่ทุกโอกาสด้วย ซึ่งจะทำให้เป็นเครื่องมือยึดเหนี่ยวให้ประพาศติชอบดี ปฏิบัติในทางที่ถูกต้องและชอบธรรมอันจะเป็นหนทางนำไปสู่ความงามความดีที่คนทั่วไปสรรเสริญ

คุณธรรม 10 ประการสำหรับหมอนวด (จรรยาแพทย์)

1. มีเมตตาจิตแก่คนไข้ไม่เลือกชั้นวรรณะ
2. มีความอ่อนน้อมถ่อมตน ไม่ยกตนข่มท่าน
3. มีความละเอียด สะดุ้งกลัวต่อบาปอันเป็นเวรกรรม

4. มีความละเอียดสุขุม มีสติใคร่ครวญเหตุผล
5. ไม่โลภเห็นแก่ลาภหรือสิ่งตอบแทน
6. ไม่โอ้อวด วิชาความรู้ความสามารถของตน
7. ไม่เป็นคนเกียจคร้าน เคยเรอมีกง่าย
8. ไม่ลู่แก่อำนาจอคติ 4 คือ ลำเอียงด้วยความรัก โลภ โกรธ หลง
9. ไม่หวั่นไหวในโลกธรรม 8 คือ ลาภ ยศ สรรเสริญ สุข และความเสื่อม
10. ไม่มีสันดานชอบการมัวเมาในหมู่อบายมุข

คุณค่าและแบบแผนการนวดไทย

การนวดไทยเป็นศาสตร์และศิลป์ในการรักษาสุขภาพของชนชาติไทย ซึ่งสืบทอดมาช้านานจากการสั่งสมประสบการณ์ในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่งจนมีหลักการในการปฏิบัติและวิธีการที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวและพัฒนาเป็นลำดับ การนวดไทยเป็นวิธีการบำบัดความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโครงสร้างของร่างกายที่มีอาการรักษาด้วยยาสมุนไพรความเจ็บป่วยที่รักษาโดยการนวด คือ การปวดเมื่อยร่างกาย อาการพกซ้ำ เคล็ดขัดยอก

1. คุณค่าของการนวดไทย ประกอบด้วยคุณค่า 2 ด้าน คือ

ก. คุณค่าต่อสุขภาพ การนวดเป็นกระบวนการดูแลสุขภาพและรักษาโรคโดยอาศัยการสัมผัสอย่างมีหลักการระหว่างผู้ให้การรักษา (หมอนวด) และผู้รับการรักษา (ผู้ป่วย) การนวดส่งผลโดยตรงต่อร่างกายและจิตใจของหมอนวดและผู้ป่วย สำหรับหมอนวดที่มีทักษะการนวดจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีและพ้นจากความทุกข์ได้ ทำให้หมอนวดมีความอิ่มเอิบใจและมีความสุขที่เป็น “ผู้ให้” สำหรับผู้ป่วยจะได้รับผลทางกายและทางจิตใจไปพร้อมกัน ผลทางกายคือการนวดทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดลม กล้ามเนื้อผ่อนคลาย เส้นคลายหย่อน และการนวดสามารถรักษา

อาการปวดเมื่อยร่างกาย อาการปวดเคล็ดขัดยอกบริเวณกล้ามเนื้อและข้อ เช่น อาการตกหมอน ปวดหลัง ปวดไหล่ ปวดศีรษะ หลังตึง ข้อแพลง สะบักจม โรคัมพฤษเป็นต้น และยังช่วยให้สุขภาพดี นอกจากนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่า และผ่อนคลายจิตใจไปพร้อมกัน

ข. คุณค่าต่อความสัมพันธ์ทางสังคม การนวดเพื่อสุขภาพและการนวดเพื่อการรักษาความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัวและในสถานบริการสาธารณสุขการนวดในครอบครัวหรือในบ้านอาจเป็นการที่แม่นวดให้ลูก ลูกนวดให้พ่อแม่ หรือป้าตายาย หลานนวดให้ป้า สามีนวดให้

ภรรยา และการนวดในสถานบริการสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ใช้เทคนิคการนวดมีหลายประเภท เช่น ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ บุคลากรสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา หมอนวดพื้นบ้าน เป็นต้น การนวดทุกรูปแบบจะมีส่วนสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความเข้าใจ การยอมรับและความเห็นอกเห็นใจระหว่างกัน นอกจากนี้บางครั้งการสนทนาระหว่างหมอนวดและผู้ป่วยยังสามารถผ่อนคลายความกังวลใจ และช่วยคลี่คลายปัญหาชีวิตของผู้ป่วยได้อีกด้วย นับเป็นการช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และสังคมอีกทางหนึ่ง

2. แบบแผนการนวดไทย

การนวดไทยเป็นศาสตร์ที่สืบทอดจากคนรุ่นเก่ามาคนรุ่นใหม่ในสังคมไทยโดยการเรียนรู้และฝึกฝนระยะยาวแบบครูกับศิษย์ จากนั้นจึงค่อย ๆ สะสมประสบการณ์จากผู้ป่วยจนกลายเป็นหมอนวดที่ชำนาญ แบบแผนการนวดไทยประกอบด้วย

ก. การเรียนรู้และการถ่ายทอดวิชาการนวดไทย ในสังคมไทยสมัยก่อนการถ่ายทอดวิชานวดไทยมักเป็นการถ่ายทอดตามสายบรรพบุรุษหรือตระกูลเดียวกัน โดยหมอนวดจะพิจารณาว่าบุตรหลานของตนคนใดมีนิสัยใจคอดีและหน่วยก้านเหมาะสมที่จะถ่ายทอดวิชาให้ หรืออาจจะเป็นผู้ที่คุ้นเคยและอยากเรียนวิชามาฝากตัวเป็นศิษย์ โดยจะมีพิธีไหว้ครูและครอบวิชาหมอนวดให้ วิธีเรียนมีลักษณะแบบตัวต่อตัวคือ ครู 1 คน ต่อ ลูกศิษย์ 2 คน การเรียนเริ่มจากการฝึกกำลังนิ้ว โดยการขยำก้อนขี้ผึ้งจนอ่อนนุ่ม ต่อมาจึงเปลี่ยนเป็นดินน้ำมันหรือดินเหนียวจะช่วยให้กำลังนิ้วและมือแข็งแรงมากขึ้น จากนั้นครูจะสอนให้รู้จักจุดนวด เส้นประตูลม วิธีนวดสอนโดยการบอกเล่า จากนั้นก็จะฝึกปฏิบัติโดยต้องหัดนวดครูและคิดสอยห้อยตามครูเพื่อรับรู้ประสบการณ์การนวด จดจำเส้นและวิธีการนวดจากครู หลังจากศิษย์ชำนาญมากขึ้น ครูจะให้ช่วยนวดเป็นมือรองในการรักษาผู้ป่วย ผู้เรียนศึกษาและคิดตามผู้เป็นครูอยู่หลายปีจึงจะสามารถรับวิชาการนวดไทยได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ ภายหลังจากที่ศิษย์ฝึกทักษะเป็นหมอนวดแล้วศิษย์จะทำพิธีไหว้ครูทุกปีเพื่อระลึกถึงพระคุณครูอาจารย์ และทำบุญเพื่ออุทิศส่วนกุศลให้กับครูที่ล่วงลับไป

ปัจจุบันการถ่ายทอดวิชาการนวดไทยมีการสอนตามองค์กรหรือสมาคมการแพทย์แผนโบราณเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดในส่วนภูมิภาค ในกรุงเทพมหานครที่ถ่ายทอดวิชาการนวดไทยอยู่ในบริเวณวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม วัดปรินายก วัดมหาธาตุ วัดสามพระยา วัดอมรตส การเรียนการสอนเปิดกว้างสำหรับบุคคลทั่วไปมากขึ้น ผู้เรียนไม่จำกัดความรู้และเป็นผู้มีความอดทน ขยันและหมั่นฝึกปฏิบัติ วิชานวดไทยที่สอนคือการนวดเพื่อรักษาความปวดเมื่อย

ร่างกายและผ่อนคลายความตึงเครียด มีระยะเวลาเรียน 30 ชั่วโมง ถึง 1 เดือน ค่าเล่าเรียนประมาณ 1,000 ถึง 3,000 บาท นอกจากนี้ยังมีสถาบันการศึกษาระบบปิด คือ อาชีวเวชวิทยาลัย (ชีวโกมารภัจจ์) ที่ทำการสอนวิชาหัตถเวช ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรในสถาบัน

ข. เทคนิคและวิธีการนวด ผู้นวดและผู้ถูกนวดจะต้องมีความพร้อมและมีสถานที่นวดที่เหมาะสม สถานที่นวดต้องมีความอบอุ่นพอดี ไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก ผู้ป่วยหรือผู้ถูกนวดอยู่ในท่านอนหงาย ท่านอนตะแคง ท่านอนคว่ำและท่านั่งบนส้อมหรือที่นอนสะอาด ผู้นวดอยู่ในอริยาบถที่เหมาะสมกับท่านวด ผู้นวดต้องเป็นคนสะอาด กิริยามารยาทเรียบร้อย มือต้องสะอาดและแห้ง หมอนวดจึงต้องล้างมือล้างเท้าให้สะอาดก่อนนวด ในกรณีการนวดให้ผู้สูงอายุหมอนวดจะไหว้หรือกราบขอโทษผู้ป่วยก่อนเพราะอาจต้องสัมผัสที่สูง เช่น ศีรษะ หลังของผู้ป่วย หรือในขณะที่นวด หมอนวดต้องสำรวจจิตใจด้วย

เทคนิคการนวด มักจะใช้มือเป็นอวัยวะสำคัญของการนวด แต่ในหลายท้องที่หมอนวดจะใช้ศอก เข่า และเท้าในการนวดและเหยียบบนร่างกายผู้ป่วย วิธีการนวดมี 7 วิธี คือ การกด การคลึง การบีบ การทุบ การตัด การสับและการดึง หมอนวดบางรายใช้น้ำมันมะพร้าว น้ำมันงา น้ำมันสนุนไพรหรือลูกประคบสนุนไพรประกอบการนวดด้วย การนวดจะต้องกดให้แน่นอย่า น้ำหนักมือพอดี และอาจพูดคุยให้ผู้ป่วยเพลิดเพลินในขณะนวด การนวดอาจใช้เวลานับชั่วโมงหรือหลายชั่วโมงก็ได้

ค. ลักษณะการบริการการนวดไทย ปัจจุบันการบริการการนวดไทยมีรูปแบบการบริการผู้ป่วย 2 แบบ คือ แบบส่วนตัว และแบบสถานบริการการนวดไทย (การนวดแผนโบราณ)

การบริการการนวดไทยแบบส่วนตัว หมายถึง หมอนวดหรืออาจเรียกว่า “หมोजับเส้น” “หมอนวดพื้นบ้าน” ที่เปิดบริการในบ้านของตนเองหรือแบบบริการถึงบ้านผู้ป่วย บริการผู้ป่วยที่มีอาการปวดเมื่อยร่างกายหรือความเจ็บป่วยอื่น เหมาะสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่ไม่สะดวกในการเดินทาง ราคาค่าบริการในชนบทประมาณ 20-50 บาท และในเขตเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ขอนแก่น เป็นต้น การบริการแบบนี้มักเป็นหมอนวดที่มีฝีมือประสบการณ์สูง ทำให้มีรับบริการเป็นประจำและต้องมีการนัดหมายโดยเฉพาะ

การบริการแบบสถานบริการการนวดไทย ปัจจุบันการนวดไทยกลายเป็นอาชีพหนึ่งของคนไทยที่หารายได้พอสมควร สมาคมการแพทย์แผนโบราณหรือสถานประกอบการของผู้ประกอบโรคศิลป์แผนโบราณ จะเปิดสถานบริการให้บริการนวดไทยหรืออาจให้บริการเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยแบบอื่นด้วย การบริการแบบนี้มีการจัดสถานที่การนวดเป็นการเฉพาะมีห้องขนาดใหญ่ มีเตียงสำหรับนวดเรียงรายเป็นระเบียบ สะอาด บางแห่งมีห้องแบบพัสดุและห้อง

ปรับอัตราราคาค่าบริการชั่วโมงละ 80 ถึง 150 บาท หมอนวดในสถานบริการมักเป็นผู้ที่ฝึกฝนการนวดจากสมาคมการแพทย์แผนโบราณหรือเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การนวด ผู้ป่วยที่มารับบริการการนวดส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อย และอาการเจ็บปวด (อาการปวด ตึง ขาบริเวณแขนขา) อย่างไรก็ตามปัจจุบันการบริการลักษณะนี้แพร่หลายมากขึ้นและเกิดภาพพจน์ปะปนกับสถานบริการที่มีป้ายแสดงว่า “สถานบริการ อบ อบ นวด” หรือ “สถานบริการนวดแผนโบราณ” สถานบริการเหล่านี้จะมีผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นหญิงสาว บริการนวดเพื่อผ่อนคลายอาการปวดเมื่อย และมีการแอบแฝงบริการทางเพศด้วยและยังสังเกตได้ว่าสถานบริการเหล่านี้มีการจัดสถานที่ให้หมอนวดโชว์ตัวภายในตู้กระจก ผู้รับบริการสามารถเลือกหมอนวดได้ และภายในยังมีการจำหน่ายอาหาร มีบริการแบบคาราโอเกะ โดยเปิดบริการทั้งกลางวันและกลางคืน โดยเฉพาะช่วงกลางคืนจะมีแสงไฟหลากสีเพื่อดึงดูดใจลูกค้าด้วย ผู้ให้บริการมีทั้งผู้ที่ไม่มีความรู้และมีความรู้จากการไปสมัครเรียนจากหมอนวดหรือสมาคมการแพทย์แผนโบราณ การบริการลักษณะนี้พบทั่วไป โดยเฉพาะเขตเมืองใหญ่และเขตท่องเที่ยวกลายเป็นจุดขายสำหรับนักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศอีกทางหนึ่ง นับเป็นเรื่องที่ทำให้ภาพพจน์ของหมอนวดไทยเสื่อมเสียและถูกกลั่นแกล้งดูแคลงในสายตาของคนไทย

ลักษณะการนวดแบบไทย

การนวดแบบไทยหรือการนวดแผนไทยเดิมนั้น สามารถแยกรายละเอียดลักษณะการนวดได้ดังต่อไปนี้

1. การกด การกดมักจะใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงที่ส่วนของร่างกาย เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว ให้เลือดถูกขับออกจากหลอดเลือดที่บริเวณนั้น และเมื่อลดแรงกดลงเลือดก็จะพุ่งมาเลี้ยงบริเวณนั้นมากขึ้น ทำให้ระบบไหลเวียนของเลือดทำหน้าที่ได้ดี ช่วยการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้รวดเร็วขึ้น

ข้อเสียของการกด คือ ถ้ากดนานเกินไปหรือนักกดไปจะทำให้หลอดเลือดเป็นอันตรายได้ เช่น ทำให้เส้นเลือดฉีกขาด เกิดรอยช้ำเขียวบริเวณที่กดนั้น

2. การคลึง การคลึงคือการใช้หัวแม่มือ นิ้วมือหรือสันมือออกแรงกดให้ลึกถึงกล้ามเนื้อให้เคลื่อนไปมาหรือคลึงเป็นลักษณะวงกลม

ข้อเสียของการคลึง คือ การคลึงที่รุนแรงมากอาจทำให้เส้นเลือดฉีกขาด หรือถ้าไปคลึงที่เส้นประสาทบางแห่ง ทำให้เกิดความรู้สึกเสียวแปลบ ทำให้เส้นประสาทอักเสบได้

3. การบีบ เป็นการจับกล้ามเนื้อให้เต็มฝ่ามือแล้วออกแรงบีบที่กล้ามเนื้อ เป็นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดมายังกล้ามเนื้อ ช่วยให้หายจากอาการเมื่อยล้า การบีบยังช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อได้ด้วย

ข้อเสียของการบีบ เช่นเดียวกับการกดคือ ถ้าบีบนานเกินไปอาจทำให้กล้ามเนื้อชำเพราะเกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดภายในกล้ามเนื้อนั้น

4. การดึง เป็นการออกแรงเพื่อที่จะยืดเส้นเอ็นของกล้ามเนื้อหรือพังผืดของข้อต่อที่หดสั้นเข้าไปออกเพื่อให้ส่วนนั้นทำหน้าที่ได้ตามปกติ ในการดึงข้อต่อมักจะไคยเสี่ยงล้นในข้อ ซึ่งแสดงว่าการดึงนั้นได้ผลและไม่ควรดึงต่อไปอีก สำหรับกรณีที่ไม่ไคยเสี่ยงก็ไม่จำเป็นต้องพยายามทำให้เกิดเสียง เสียงล้นในข้อต่อเกิดจากอากาศที่ซึมเข้าข้อต่อถูกไล่ออกจากข้อต่อ ต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งให้อากาศมีโอกาสดูดซึมเข้าข้อต่ออีกจึงเกิดเสียงได้

ข้อเสียของการดึง คือ อาจทำให้เส้นเอ็นหรือพังผืดที่ฉีกขาดอยู่แล้วขาดมากขึ้น ดังนั้นจึงไม่ควรทำการดึงเมื่อมีอาการแพลงของข้อต่อในระยะเริ่มแรก ต้องรอให้หลังการบาดเจ็บอย่างน้อย 14 วัน จึงทำการดึงได้

5. การบิด การบิดเป็นการออกแรงเพื่อหมุนข้อต่อหรือกล้ามเนื้อเส้นเอ็นให้ยืดยาวทางด้านขวาง

ข้อเสียของการบิด คล้ายกับข้อเสียของการดึง

6. การดัด เป็นการออกแรงเพื่อให้ข้อต่อที่ติดขัดเคลื่อนไหวได้ตามปกติ การดัดต้องออกแรงมากและค่อนข้างรุนแรง ก่อนทำการดัดควรจะศึกษาเปรียบเทียบช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อที่จะทำการดัดกับข้อต่อปกติ ปกติจะคำนึงถึงอายุของผู้ป่วยด้วย โดยถือว่าเด็กย่อมมีการเคลื่อนไหวของข้อต่อดีกว่าผู้ใหญ่

ข้อเสียของการดัด คือ อาจทำให้กล้ามเนื้อฉีกขาดได้ ถ้าเป็นผู้ป่วยไม่อ่อนคลายกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อต่อนั้น หรือกรณีทำการดัดคอในผู้สูงอายุซึ่งมีกระดูกค่อนข้างบาง การดัดที่รุนแรงอาจทำให้กระดูกหักได้

ในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงก็ไม่ควรทำการดัดไม่อ่อนคลายกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อต่อนั้น หรือกรณีทำการดัดคอในผู้สูงอายุซึ่งมีกระดูกค่อนข้างบาง การดัดที่รุนแรงอาจทำให้กระดูกหักได้

ในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงก็ไม่ควรทำการดัดเพราะอาจทำให้ข้อต่อเคลื่อนออกจากที่เดิม หรือกรณีข้อเท้าแพลงไม่ควรทำการดัดทันที อาจทำให้มีอาการอักเสบและปวดมากขึ้น

7. การคบตีหรือการทุบการสับ การคบตีหรือการทุบการสับ เป็นการออกแรงกระตุ้นกล้ามเนื้ออย่างเป็นจังหวะ เรามักใช้วิธีการเหล่านี้กับบริเวณหลังเพื่อช่วยอาการปวดหลัง ปวดคอ หรือช่วยในการจับเสมหะเวลาไอ

ข้อเสียของการคบตี คือ ทำให้กล้ามเนื้อชอกช้ำและบาดเจ็บได้

8. การเหยียบ เป็นวิธีที่นิยมทำกันโดยให้เด็กหรือผู้อื่นขึ้นไปเหยียบหรือเดินบนหลัง

ข้อเสียของการเหยียบ คือ เป็นท่านวคที่มีอันตรายมากเพราะจะทำให้กระดูกสันหลังหัก และอาจทิ่มแทงถูกไขสันหลัง ทำให้เป็นอัมพาตได้ หรือทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะภายใน เช่น ตับ ไต เกิดการบาดเจ็บได้

ผลของการนวค

การนวคมีผลต่อระบบต่าง ๆ ดังนี้

1. ต่อระบบไหลเวียนเลือด

1. การคลึงทำให้เลือดถูกบีบออกไปจากบริเวณนั้น และมีเลือดใหม่มาแทนที่ช่วยในการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง

2. สำหรับการบวม การคลึงจะทำให้บริเวณนั้นบวมลงได้ทำให้การบวมลดลง แต่ในกรณีที่มีการอักเสบไม่ควรคลึงอาจทำให้บวมมากขึ้นได้

3. อุณหภูมิเพิ่มขึ้นทำให้ส่วนที่นวคอุ่นขึ้น

2. ต่อระบบกล้ามเนื้อ

1. ทำให้กล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพดีขึ้นเนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น เช่น การเตรียมตัวของนักกีฬาก่อนการแข่งขัน

2. ขจัดของเสียในกล้ามเนื้อได้ดีขึ้นทำให้กล้ามเนื้อเมื่อยล้าน้อยลงหลังใช้แรงงาน

3. ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนลง ผ่อนคลายความเกร็ง

4. ในรายที่มีพังศึคเกิดภายในกล้ามเนื้อ การคลึงจะทำให้พังศึคอ่อนตัวลงทำให้กล้ามเนื้อยืดหยุ่นดีขึ้น และอาการเจ็บปวดลดลง

บทบาทของการนวดไทยในงานสาธารณสุขมูลฐาน

การที่คนเราจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างซึ่งสรุปเป็นองค์ประกอบได้ 4 อย่างด้วยกัน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ “การนวด” นี้เป็นวิธีการอย่างหนึ่งซึ่งสามารถบรรลุหลักการ หรือองค์ประกอบทั้ง 4 นี้ได้ กล่าวคือ

ด้านสุขภาพส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่พยายามเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจให้อยู่ในภาวะที่สมบูรณ์ตลอดเวลา ซึ่งรวมทั้งอาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะ การอาศัยอยู่ในสภาพที่ปราศจากภาวะและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการทำการนวดเป็นประจำทำให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปทั่วร่างกาย ยืดเส้นเอ็นที่ตึงให้หย่อนลง ทำให้กล้ามเนื้อที่ตึงเครียดจากชีวิตประจำวันผ่อนคลายลง และรักษาความยืดหยุ่นของข้อต่อ ไม่ให้ติดขัด ทั้งยังช่วยให้การทำงานของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ดีขึ้น การนวดหน้าทำให้ผิวหนังบนใบหน้าเต่งตึงดูสดใสมิราสี ดังนั้น “การนวดจึงเสมือนยาอายุวัฒนะ” ซึ่งทำให้สุขภาพสมบูรณ์ในทางตรงและเป็นผลให้อายุยืนยาวขึ้นในทางอ้อมเนื่องจากปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

ด้านการป้องกันโรคนอกจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคระบาด การทำความสะอาดไม่ให้มีน้ำขังเป็นแหล่งเพาะยุง การมีสุขภาพีบาลที่ถูกหลักอนามัยแล้ว การนวดมีส่วนช่วยในด้านกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกาย การนวดชนิดนี้มักจะค่อนข้างรุนแรงทำให้ร่างกายพร้อมที่จะต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บในกรณีของผู้ที่อ่อนแอ หรือสูงอายุต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน การนวดช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับตรงส่วนที่ผิวหนังสัมผัสกระดูกอยู่ โดยอาจใช้ครีมนวดบริเวณนั้นร่วมกับการเปลี่ยนแปลงท่าการนอนหรือการนั่ง การตบบริเวณทรวงอกให้เสมหะออก ช่วยป้องกันการติดเชื้อในปอด หรือเสมหะอุดตันตามหลอดลม ทำให้หายใจไม่ออก ปอดจะแฟบลงได้ การหมั่นขยับข้อต่อทำให้ข้อต่อที่อยู่นิ่ง ๆ ไม่ใช้งานเป็นเวลานาน ไม่ติดขัด การนวดบริเวณคอให้กล้ามเนื้อคอไม่เกร็ง จะป้องกันอาการปวดศีรษะได้

ด้านการรักษานอกจากยาเกิน ยาผิด และการผ่าตัดแล้ว การนวดตามจุดต่าง ๆ เช่น จุดตามตำราการนวดแผนโบราณของไทย หรือจุดฝังเข็ม ทำให้รักษาโรคที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกได้ การนวดฝ่าเท้า ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองในส่วนอื่นของร่างกาย การนวดกล้ามเนื้อหรือเส้นเอ็นรอบข้อต่อที่แผลงหลังจากเกิดการฉีกขาดแล้ว 24 ชั่วโมง ช่วยกระตุ้นให้ร่างกายมีการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอเร็วขึ้น การบีบตามจุดที่พึงผัดหรือแผลเป็นยึดติดตามข้อต่อหรือกล้ามเนื้อทำให้การเคลื่อนไหวของข้อต่อสะดวกไม่เจ็บปวด การนวดมีส่วนช่วยให้กล้ามเนื้อที่เป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาตฟื้นตัวเร็วขึ้น การนวดช่วยในกรณีเส้นเลือดอุดตัน การปิดเปิดประตูลม ช่วยทำให้

บริเวณปลายเท้าหลายมือมีเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น นวดหัวใจช่วยชีวิตคนได้ และการนวดหลังจากคลอดบุตรร่วมกับการประคบช่วยให้มดลูกกลับเข้าสู่ตำแหน่งเดิมได้ง่าย ช่วยให้มึนน้ำนมมากขึ้น

ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง หลังจากหายจากโรคแล้วสามารถกลับเข้าสู่สังคมที่ตนเองอยู่ได้หรือกลับเข้าทำงานเดิมหรือหาเลี้ยงชีพได้ บุคคลที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ คนพิการและผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง การนวดช่วยทำให้กล้ามเนื้อที่ยังเหลืออยู่นำมาใช้งานได้ เพื่อช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ช่วยให้ระบบไหลเวียนดีขึ้น เป็นการฟื้นฟูให้เข้าสู่สภาพเดิมเร็วขึ้น ช่วยลดปวด ทำให้ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดี ช่วยลดความเมื่อยล้าจากการที่จะต้องใช้งานส่วนใดส่วนหนึ่งมากกว่าปกติ การนวดช่วยให้เกิดความรู้สึกตามผิวหนัง ข้อต่อ เป็นการกระตุ้นให้ร่างกายสนใจที่จะซ่อมแซมส่วนที่ชำรุดให้กลับฟื้นขึ้นมาเร็วขึ้น

จะเห็นได้ว่าการนวดมีส่วนช่วยให้มีสุขภาพดี ป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพครบถ้วนกว่ายา หรือการผ่าตัด ซึ่งไม่สามารถบรรลุดวงค์ประกอบทั้ง 4 ดังที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้นนี้ได้

ดังนั้น ถ้าคนไทยทุกคนสามารถนวดตัวเองได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย เพื่อแก้ไขปัญหาลดเมื่อย คลายเครียด เสริมสร้างสุขภาพ ฯลฯ ก็นับว่าเป็นการทำให้การนวดไทยมีบทบาทสำคัญในการสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างเป็นจริง

สรุปการนวดไทย เป็นวัฒนธรรมสุขภาพที่ประชาชนใช้ในการรักษาความเจ็บป่วยมานานในสังคมตะวันตกและสังคมตะวันออก สำหรับสังคมไทยจากหลักฐานทางประวัติศาสตร์พบการนวดไทยเก่าแก่ครั้งแรกนับแต่สมัยสุโขทัย ต่อจากนั้นมีการพัฒนาการนวดไทยอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน การนวดไทยจำแนกเป็น 2 ประเภทคือการนวดแบบราชสำนักและการนวดแบบชาวบ้าน แต่การนวดที่รู้จักและใช้ประโยชน์แพร่หลายในสังคมไทยปัจจุบันคือการนวดแบบชาวบ้าน

การนวดไทยเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่มีคุณค่าทั้งด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ทางสังคมในระบบครอบครัว ทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจความผูกพันที่สามารถช่วยแก้ปัญหาชีวิต คลายความวิตกกังวล สอดคล้องในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบันการนวดไทย เป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และด้านการฟื้นฟู ตามนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุขบนพื้นฐานที่มุ่งเน้นให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care)

ทฤษฎีส่วนประสมการตลาดบริการและกลยุทธ์ทางการตลาด (The Services Marketing Mix)

ทฤษฎีส่วนประสมการตลาดบริการของ Payne Adrian ประกอบด้วยปัจจัยที่จะต้องพิจารณาเพื่อกำหนดตำแหน่งของการบริการและกำหนดส่วนตลาดของธุรกิจบริการ ส่วนประกอบแต่ละส่วนของส่วนประสมการตลาดจะมีผลกระทบซึ่งกันและกัน และต้องสอดคล้องกันเพื่อให้การดำเนินงานด้านการตลาดประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

นอกเหนือจากส่วนประสมการตลาดสำหรับสินค้าทั่วไป ที่ประกอบด้วย 4 Ps ได้แก่ ผลิตภัณฑ์และการบริการ (Product) ราคา (Price) สถานที่ให้บริการและช่องทางการจัดจำหน่าย (Place) และการส่งเสริมการตลาด (Promotion) แล้ว ส่วนประสมการตลาดบริการยังมีส่วนประกอบที่เพิ่มขึ้นมาอีก 3 ส่วน คือ บุคลากร (People) กระบวนการให้บริการ (Process) และการให้บริการลูกค้า (Customer Service) ดังนั้น ส่วนประสมการตลาดบริการจึงมีองค์ประกอบที่เพิ่มเติมจากส่วนประสมการตลาดของสินค้าทั่วไป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านผลิตภัณฑ์และการบริการ (Product) การบริการเป็นผลิตภัณฑ์ของธุรกิจบริการ ซึ่งครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างของตัวสินค้าและทุกสิ่งทุกอย่างที่จัดเตรียมไว้บริการลูกค้า เนื่องจากลูกค้าไม่ได้ต้องการเพียงตัวสินค้าและบริการเท่านั้น แต่ยังต้องการประโยชน์หรือคุณค่าอื่นที่จะได้รับจากการซื้อสินค้าและบริการของธุรกิจบริการด้วย องค์ประกอบของผลิตภัณฑ์ในธุรกิจบริการ ประกอบด้วย

- บริการหลัก (The Core or Generic Product) คือลักษณะของบริการหลักหรือการบริการพื้นฐานที่เตรียมไว้ให้บริการแก่ผู้บริโภคหรือลูกค้า ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของลูกค้าได้

- บริการที่ลูกค้าคาดหวังว่าจะได้รับ (The Expected Product) ประกอบด้วยบริการหลักและการบริการอื่น ๆ ที่ลูกค้าจะได้รับ อันเนื่องมาจากการซื้อบริการหลักเป็นเงื่อนไขต่ำสุดที่ลูกค้าจะต้องได้รับ

- บริการที่เพิ่มพูนจากเดิม (The Augmented Product) คือบริการที่มีความพิเศษแตกต่างจากบริการของกลุ่มแข่งขัน ที่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้มากกว่า เรียกว่าเป็น “คุณค่าเพิ่ม (Adding Value)” ที่เสริมบริการหลักในรูปของความเชื่อถือได้ และการยอมรับของผู้ใช้บริการ

- บริการที่สามารถเพิ่มคุณค่าพิเศษ (The Potential Product) คือความเป็นไปได้ในการเพิ่มลักษณะพิเศษหรือผลประโยชน์อื่นที่ผู้บริโภคควรได้รับจากการซื้อสินค้าและบริการในรูปของการบริการที่เกินความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้บริโภค

บริการที่อยู่ในระดับสูงกว่าบริการหลัก ได้แก่ บริการที่ลูกค้าคาดหวังว่าจะได้รับบริการที่เพิ่มพูนจากเดิม และบริการที่สามารถเพิ่มคุณค่าพิเศษ สามารถสร้างบริการที่แตกต่างจากคู่แข่ง (Product Differentiation) ได้ และเป็นการสร้างคุณค่าเพิ่มในสายตาของผู้บริโภคหรือลูกค้า นอกจากนี้ตัวผลิตภัณฑ์ของการบริการยังรวมถึงการสร้างตราชื่อสินค้า (Brand) การสร้างความแตกต่างที่เห็นได้ชัดคือความแตกต่างด้านลักษณะทางกายภาพของการบริการ (Physical Evidence) ได้แก่ สภาพแวดล้อมของสถานที่ให้บริการ การออกแบบตกแต่งและแบ่งส่วนหรือแผนกของพื้นที่ในอาคาร และลักษณะทางกายภาพอื่น ๆ ที่สามารถดึงดูดใจลูกค้าได้ และทำให้มองเห็นภาพลักษณ์ของการบริการได้อย่างชัดเจนด้วย

2. ราคา (Price) เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อส่วนประสมการตลาดบริการ เพราะราคาเป็นองค์ประกอบที่ทำให้ธุรกิจมีรายได้ การกำหนดราคาเป็นการกำหนดกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อรับรู้คุณภาพของการบริการที่ลูกค้าจะได้รับ และภาพลักษณ์ของธุรกิจบริการ และอาจส่งผลกระทบต่อผู้จัดหาวัตถุดิบ (Suppliers) การจัดสถานที่ให้บริการหรือช่องทางการจัดจำหน่าย (Place) คู่แข่งขัน (Competitors) ธุรกิจบริการโดยทั่วไปจะกำหนดราคาโดยวิธีบวกเพิ่ม (Mark up) จากต้นทุน โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ในการตั้งราคา ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละธุรกิจ ได้แก่ การตั้งราคาเพื่อความอยู่รอด (Survival) การตั้งราคาเพื่อทำกำไรสูงสุด (Profit Maximization) การตั้งราคาเพื่อขายออกสูงสุด (Sales Maximization) การตั้งราคาเพื่อสร้างศักดิ์ศรี (Prestige) และการตั้งราคาเพื่อสร้างผลตอบแทนจากการลงทุน (ROI : Return On Investment)

อย่างไรก็ตามการกำหนดราคาต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้บริโภค (Demand) ว่า ผู้บริโภคมีความต้องการในบริการชนิดนั้นมากน้อยเพียงใด ต้นทุน (Cost) ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของธุรกิจบริการ ไม่ว่าจะเป็นต้นทุนคงที่ (Fixed Costs) ต้นทุนผันแปร (Variable Costs) และต้นทุนกึ่งผันแปร (Semi-Variable Costs) โดยที่ธุรกิจบริการส่วนใหญ่มีต้นทุนคงที่สูงเนื่องจากต้นทุนในเครื่องจักร อุปกรณ์ และบุคลากรมาก รวมถึงสภาพการแข่งขัน (Competition) ดังนั้นราคาต้องสามารถแข่งขันกับคู่แข่งที่อยู่ในธุรกิจเดียวกันได้ จึงต้องมีการศึกษาถึงราคาของคู่แข่งหลักในธุรกิจเพื่อเปรียบเทียบด้วย

3. ด้านสถานที่ให้บริการและช่องทางการจัดจำหน่าย (Place) ด้านสถานที่ให้บริการในส่วนแรก คือ การเลือกทำเลที่ตั้ง (Location) และการจัดสถานที่ให้บริการ การเลือกทำเลที่ตั้งของธุรกิจบริการมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะธุรกิจบริการที่ผู้บริโภคต้องไปรับบริการจากผู้ให้บริการในสถานที่ที่ผู้ให้บริการจัดไว้ เพราะทำเลที่ตั้งที่เลือกเป็นตัวกำหนดกลุ่มของผู้บริโภคที่จะเข้ามาใช้บริการ ดังนั้นสถานที่ให้บริการต้องสามารถครอบคลุมพื้นที่ในการให้บริการกลุ่มลูกค้าเป้าหมายได้มากที่สุด และคำนึงถึงทำเลที่ตั้งของกลุ่มแข่งขันด้วย โดยความสำคัญของการจัดสถานที่ให้บริการ จะมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปตามลักษณะเฉพาะของธุรกิจบริการแต่ละประเภท ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1) ผู้บริโภคต้องไปรับบริการจากผู้ให้บริการในสถานที่ที่ผู้ให้บริการจัดเตรียมไว้ เช่น โรงพยาบาล โรงแรม ภัตตาคาร ธนาคาร ในกรณีนี้การเลือกทำเลที่ตั้งและการจัดสถานที่ให้บริการมีความสำคัญมาก

2) ผู้ให้บริการไปให้บริการแก่ผู้บริโภคในสถานที่ของผู้บริโภค ในกรณีนี้การเลือกทำเลที่ตั้งและการจัดสถานที่ให้บริการมีความสำคัญน้อยลง

3) ผู้ให้บริการและผู้รับบริการนัดพบกัน ณ สถานที่แห่งหนึ่ง เพื่อให้บริการและรับบริการ ณ สถานที่แห่งนั้น เพื่อความสะดวกของทั้ง 2 ฝ่าย ในกรณีนี้การเลือกทำเลที่ตั้งและการจัดสถานที่ให้บริการมีความสำคัญน้อย

ในส่วนของช่องทางการจัดจำหน่าย (Channels) การกำหนดช่องทางการจัดจำหน่ายต้องคำนึงถึงองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ ลักษณะของการบริการ ความจำเป็นในการใช้คนกลางในการจัดจำหน่าย และลูกค้าเป้าหมายของธุรกิจบริการนั้น ซึ่งช่องทางการจัดจำหน่ายของธุรกิจบริการโดยทั่วไปมี 4 ช่องทาง ได้แก่

- การให้บริการโดยตรง (Direct Sales) โดยการที่ผู้ให้บริการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการโดยตรงไม่ผ่านคนกลาง

- ผ่านตัวแทน (Agent of Broker) โดยการผ่านคนกลางซึ่งเป็นตัวแทน เช่น บริษัทตัวแทนโฆษณา บริษัทที่ทำหน้าที่เป็นนายหน้า

- ผ่านตัวแทนของทั้งสองฝ่าย (Sellers' and Buyers' Agent or Broker) โดยทั้งสองฝ่ายผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการต่างมีคนกลางของตัวเอง และคนกลางของทั้งสองฝ่ายตกลงกัน

- การเข้าร่วมระบบการขายสินค้าหรือการบริการโดยการซื้อสิทธิ์จากบริษัทแม่และสัญญาให้บริการ (Franchise and Contract Service Deliverers) โดยผู้ให้บริการติดต่อผ่านทางธุรกิจบริการที่ได้รับสิทธิและมีสัญญาให้บริการจากบริษัทแม่

4. การส่งเสริมการตลาด (Promotion and Communication of Services) การส่งเสริมการตลาดมีบทบาทสำคัญในการติดต่อสื่อสาร และกำหนดตำแหน่งของการบริการของธุรกิจ ในสายตาของผู้บริโภคและผู้ร่วมทำธุรกิจกับธุรกิจบริการนั้นช่วยให้ผู้บริโภคสามารถตัดสินใจใช้บริการได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งมีเครื่องมือในการส่งเสริมการตลาดเรียกว่า ส่วนประสมการส่งเสริมการตลาด (Promotion or Communication Mix) ประกอบด้วย

1) การโฆษณา (Advertising) เป็นรูปแบบหนึ่งในการติดต่อสื่อสารที่นิยมกันมากในธุรกิจบริการเพื่อสร้างการรับรู้ในบริการสร้างความเข้าใจในบริการที่ผู้ให้บริการจัดเตรียมไว้ และเพื่อจูงใจให้ผู้ใดคาดว่าจะเป็นผู้ซื้อ และอยากที่จะใช้บริการ เพราะเห็นว่าบริการมีความแตกต่างจากธุรกิจบริการอื่น การโฆษณาเป็นการสร้างภาพพจน์และตำแหน่งของการบริการ ทำให้ผู้บริโภคเห็นว่าบริการนั้นมีลักษณะอย่างไร ดังนั้นนักการตลาดบริการจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของการโฆษณา และมีการตัดสินใจในการโฆษณาโดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ในการโฆษณา การกำหนดงบประมาณในการโฆษณา และการเลือกใช้สื่อในการโฆษณาด้วย

2) การส่งเสริมการตลาดโดยใช้พนักงานขาย (Personal Selling) เป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมการตลาด ในธุรกิจบริการเพราะจะเกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ในธุรกิจบริการทุกแห่งการบริการจะต้องทำโดยมนุษย์เท่านั้น และผู้ให้บริการจัดเป็นส่วนหนึ่งของผลิตภัณฑ์ของธุรกิจบริการ ในขณะที่ผู้ให้บริการสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก ผู้ไม่มีความสัมพันธ์กับธุรกิจบริการเลย ใช้บริการเพียงครั้งเดียวเท่านั้น และกลุ่มที่สอง คือ ผู้ที่รักษาความสัมพันธ์กับธุรกิจบริการไว้แล้วกลับมาใช้บริการอีก การส่งเสริมการตลาดโดยวิธีนี้มีข้อได้เปรียบมากกว่าวิธีการอื่น ๆ เนื่องจาก

- เป็นการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Personal Contact) จากกิจกรรมการขาย (Selling) คือการแนะนำ ชักชวนให้ผู้บริโภคซื้อสินค้าและบริการ และเพิ่มการใช้บริการสำหรับผู้ที่เป็นลูกค้าเดิม การให้บริการ (Servicing) คือการให้ข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือ คำแนะนำแก่ลูกค้า และการดูแลลูกค้า (Monitoring) คือการเรียนรู้ว่าลูกค้าต้องการอะไร การตระหนักถึงสิ่งนั้น แล้วรายงานให้ผู้บริหารทราบ

- การส่งเสริมความสัมพันธ์ (Relationship Enhancement) การติดต่ออย่างใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างกันขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ในการสร้างความสัมพันธ์เพื่อทำให้ลูกค้ากลายเป็นลูกค้าประจำที่คอยให้ความสนับสนุนช่วยเหลือธุรกิจบริการต่อไปในอนาคต

- เกิดโอกาสในการขายบริการอื่นเพิ่มเติม (Cross-Selling) ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ทำให้เกิดโอกาสในการขายบริการอื่นให้กับลูกค้าเพิ่มเติม

3) การส่งเสริมการขาย (Sales Promotion) เครื่องมือในการส่งเสริมการขายมีหลายชนิด เช่น โบรชัวร์ เอกสารที่ให้คำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ และสิ่งอื่น ๆ ที่เตรียมไว้เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนในการทำยอดขาย ปฏิบัติงานอย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ใช้บริการ (Customer) คนกลาง (Intermediaries) และพนักงานขาย (Sales Force) ให้มีส่วนสร้างยอดขายให้กับธุรกิจบริการให้มากที่สุด

4) การชุมชนสัมพันธ์ (Public Relations : PR) เป็นการวางแผนและการดำรงไว้ซึ่งความพยายามที่จะสร้างและรักษาชื่อเสียง (Goodwill) ของธุรกิจบริการในชุมชน โดยที่ชุมชนเป็นได้ทั้งกลุ่มของบุคคล ธุรกิจที่มีส่วนเกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องและหน่วยงานราชการที่ธุรกิจบริการจะต้องติดต่อสื่อสารด้วย ในอนาคตการชุมชนสัมพันธ์จะมีความสำคัญต่อธุรกิจมากขึ้นเรื่อย ๆ

การชุมชนสัมพันธ์สามารถสร้างและรักษาภาพพจน์ของธุรกิจบริการได้ เพื่อที่จะทำให้ธุรกิจบริการนั้นเป็นที่ชื่นชอบ คู่แข่งกับชุมชนมากกว่าคู่แข่งในตลาดที่มีกลุ่มลูกค้าเป้าหมายเดียวกัน โดยมีเครื่องมือในการทำการชุมชนสัมพันธ์ เช่น การประกาศในที่ชุมชน การแจกสิ่งพิมพ์ เผยแพร่ การทำรายงานประจำปี โบรชัวร์ โปสเตอร์ รายงานหรือบทความของพนักงาน การบอกกล่าวเหตุการณ์ต่าง ๆ ภายในธุรกิจบริการ สร้างความสัมพันธ์กับผู้ลงทุน การออกงานแสดงสินค้า และการเป็นสปอนเซอร์ในงานกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เป็นต้น

5) การบอกกล่าวปากต่อปาก (Word of Mouth) มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งกับธุรกิจบริการ เพราะผู้ที่เคยใช้บริการจะทราบว่าบริการของธุรกิจบริการนั้นเป็นอย่างไรจากประสบการณ์ของตน แล้วถ่ายทอดประสบการณ์นั้นต่อไปยังผู้ซึ่งอาจจะเป็นผู้ให้บริการในอนาคต หากผู้ที่เคยใช้บริการมีความรู้สึกที่ดี ประทับใจในการบริการก็จะบอกต่อ ๆ ไปยังญาติ พี่น้อง และคนรู้จัก และแนะนำให้ไปใช้บริการด้วย ซึ่งสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการตลาด และการติดต่อสื่อสารได้มาก แต่ในทางตรงกันข้ามหากไม่ประทับใจในบริการก็จะบอกต่อในทางไม่ดี การแนะนำจากคนรู้จักมีอิทธิพลสำคัญต่อการเลือกใช้บริการของผู้ที่ไม่เคยใช้บริการสูงมาก ดังนั้นการบอกกล่าวปากต่อปากจึงมีผลกระทบกับธุรกิจบริการอย่างยิ่ง การได้รับประสบการณ์จากการใช้บริการที่ไม่ดีจะมีผลเสียอย่างยิ่งต่อธุรกิจบริการ เพราะผู้ให้บริการที่ไม่พอใจในการบริการมีแนวโน้มที่จะบอกกล่าวปากต่อปากสู่ผู้อื่นมากกว่าผู้ที่พอใจในการบริการ

6) การตลาดทางตรง (Direct Marketing) มีวิธีการหลายวิธี ได้แก่ การส่งจดหมายตรง (Direct Mail) การสั่งซื้อทางจดหมาย (Mail Order) การตอบรับโดยตรง (Direct Response) การขายตรง (Direct Selling) การขายทางโทรศัพท์ (Telemarketing) และการขายด้วยระบบดิจิทัล (Digital Marketing)

เทคโนโลยีในปัจจุบันเอื้ออำนวยให้การขายตรงทำได้ง่ายขึ้น เป็นการเพิ่มการเข้าถึงลูกค้าให้มากขึ้น โดยใช้ประโยชน์จากบัญชีรายชื่อลูกค้าของธุรกิจบริการ ส่งผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ ซึ่งสามารถทำให้การติดต่อสื่อสารของธุรกิจบริการเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ด้านบุคลากร (People in Services) บุคลากรในการบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่เป็นตัวกำหนดว่าธุรกิจบริการนั้นจะประสบความสำเร็จหรือไม่ ตามแนวความคิดที่ว่า “บุคลากรเป็นทรัพย์สินที่สำคัญที่สุดของบริษัท” หรือ “Our employees are our greatest asset” การจัดการด้านบุคลากรเริ่มตั้งแต่กระบวนการสรรหา คัดเลือก การจ้าง การฝึกอบรมและพัฒนาการที่ธุรกิจบริการจะประสบความสำเร็จได้จะต้องคำนึงถึงความพึงพอใจของบุคคล 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรกคือ ผู้ใช้บริการ และกลุ่มที่สอง คือบุคลากรภายในธุรกิจบริการเอง การสร้างความพึงพอใจให้กับบุคลากรภายในองค์การเป็นการทำการตลาดภายใน (Internal Marketing) โดยบุคลากรทุกคนจึงต้องเข้าใจว่างานของเขาคือการสร้างความพึงพอใจ และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ จึงต้องทำให้บุคลากรมีความสนใจในการให้บริการ มีการจ้างบุคลากรในการทำงาน เช่น การให้รางวัลพนักงานดีเด่นของแผนก การเลื่อนตำแหน่ง เลื่อนเงินเดือน การอบรมและพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้บุคลากรมีความพึงพอใจเสียก่อน บุคลากรจึงจะสามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพ และเป็นที่พึงพอใจของลูกค้าได้

บุคลากรในหน้าที่งานต่าง ๆ ของธุรกิจบริการจะมีบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ กัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อแนวทางด้านการตลาดและการติดต่อกับผู้ใช้บริการ โดย Judd (อ้างใน Payne Adrian, 1993.) ได้แบ่งประเภทของพนักงานในธุรกิจบริการออกเป็น 4 ประเภท ขึ้นอยู่กับความถี่ในการติดต่อกับผู้ใช้บริการ และความเกี่ยวข้องกับส่วนประสมการตลาดบริการดังนี้

1) ผู้ที่มีหน้าที่ติดต่อสัมพันธ์กับลูกค้าตลอดเวลา (Contactors) คือผู้ที่ติดต่อกับลูกค้าหรือผู้ใช้บริการอย่างใกล้ชิด และมีความสัมพันธ์อย่างมากกับกิจกรรมทางด้านการตลาดของธุรกิจบริการ ทำหน้าที่ทั้งด้านการขายและการให้บริการลูกค้า อาจรวมถึงกำหนดกลยุทธ์ทางการตลาด โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความเต็มใจที่จะให้บริการลูกค้า ตอบสนองความต้องการของลูกค้าในทุกรูปแบบ

2) ผู้ที่มีหน้าที่ติดต่อกับลูกค้าเป็นบางโอกาส (Modifiers) เป็นผู้ที่ติดต่อให้บริการลูกค้าเป็นบางครั้งคราว มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางด้านส่วนประสมการตลาดไม่มากนัก บุคลากรในกลุ่มนี้จะต้องเข้าใจในเรื่องการตลาดเป็นอย่างดี สามารถให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ และตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ด้วย

3) ผู้บริหาร (Influencers) เป็นผู้มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางการตลาดของธุรกิจบริการแต่มีการติดต่อกับลูกค้าน้อย หรือติดต่อบ้างแต่ไม่บ่อย เป็นผู้กำหนดการปฏิบัติงานในหน้าที่งานต่าง ๆ ในด้านการใช้กลยุทธ์ทางการตลาดของธุรกิจบริการ มีบทบาทต่อการพัฒนาสินค้าและบริการ การทำการวิจัยตลาด และอื่น ๆ เป็นบุคลากรที่สามารถยกระดับการบริการลูกค้าและจูงใจให้บุคลากรมีจิตสำนึกในการให้บริการได้

4) ผู้เป็นฝ่ายสนับสนุน (Isolateds) ปฏิบัติงานในหน้าที่งานที่สนับสนุนการปฏิบัติงานของฝ่ายบริการทั้งหมด ไม่ต้องให้บริการลูกค้า และไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางด้านส่วนประสมการตลาดเลย แต่ต้องเข้าใจในงานด้านการตลาดด้วย

การจะประสบความสำเร็จทางการตลาดภายนอก (External Marketing) จะต้องทำการตลาดภายใน (Internal Marketing) ควบคู่ไปด้วย ถึงแม้วัตถุประสงค์ในการทำการตลาดทั้ง 2 ประเภทจะแตกต่างกัน เพราะการตลาดภายนอกเป็นการทำการตลาดที่มุ่งเน้นที่ลูกค้าปัจจุบันและผู้ที่เป็นลูกค้าของธุรกิจบริการนั้นในอนาคต แต่การตลาดภายในเป็นการทำการตลาดที่มุ่งเน้นบุคลากรภายในธุรกิจของตนภายใต้แนวคิดที่ว่า

- บุคลากรทุกคนในทุกแผนกของธุรกิจบริการ เป็นลูกค้าภายในของธุรกิจบริการนั้น เป็นผู้สร้างคุณภาพของการบริการออกสู่ตลาดภายนอก โดยที่บุคลากรทุกคนจะได้รับบริการภายในองค์กรที่ดี เพื่อที่จะได้ให้บริการที่ดีแก่ลูกค้าด้วย

- บุคลากรทุกคนต้องทำงานร่วมกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับที่องค์กรได้วางภารกิจ กำหนดกลยุทธ์ และเป้าหมายเอาไว้

การทำการตลาดภายในส่งผลให้บุคลากรทุกคนภายในองค์กรจะพยายามอย่างเต็มที่ที่จะช่วยให้กิจกรรมทางการตลาดของธุรกิจบริการประสบความสำเร็จ และให้ความสำคัญกับการติดต่อสื่อสาร พัฒนาความกระตือรือร้นในการทำงาน ความรับผิดชอบต่อน้ำที่ และประโยชน์อื่น ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการตลาดทั้งภายนอกและภายใน รวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันของแผนกต่าง ๆ ในองค์กร

6. ด้านกระบวนการให้บริการ (Process) เป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งของส่วน ประสมการตลาดบริการ ที่ผู้ให้บริการสามารถได้รับบริการจากกระบวนการให้บริการและรับรู้ว่ ระบบการบริการของธุรกิจบริการนั้นเป็นอย่างไร ดังนั้นการตัดสินใจในเรื่องกระบวนการดำเนินงานในการให้บริการของธุรกิจจึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จทางการตลาด

กิจกรรมในการทำงานใดๆ ที่เกิดขึ้นต่างก็เป็นกระบวนการทั้งสิ้น คำว่า“กระบวนการ” นี้ จึงรวมถึงขั้นตอน แนวทาง ตารางการทำงาน การทำงานโดยใช้เครื่องจักร อุปกรณ์ เป็น กิจกรรมและงานที่ทำประจำวันในการผลิตสินค้าและบริการเพื่อให้บริการแก่ลูกค้า กระบวนการ จึงสำคัญต่อธุรกิจบริการเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากสินค้าของธุรกิจบริการนั้นไม่สามารถจะเก็บรักษา ไว้ได้ หากไม่มีการบริการเกิดขึ้น ก็จะไม่สามารถสร้างรายได้ให้แก่กิจการได้ และกระบวนการ เป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดมาตรฐาน ความรวดเร็ว และคุณภาพในการบริการด้วย

กระบวนการในการให้บริการ สามารถใช้เป็นความได้เปรียบในการแข่งขันใน การให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ ธุรกิจบริการหลายประเภทให้ความไว้วางใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในการตัดสินใจบริการลูกค้าได้ตามความเหมาะสม ซึ่งกระบวนการในการ บริการที่ถูกต้องเหมาะสมขึ้นอยู่กับส่วนตลาด (Segment) ที่ได้เลือกไว้ ตำแหน่งของการบริการ (Position) ที่กำหนดไว้ และความต้องการของผู้ใช้บริการ

เมื่อพิจารณาในเรื่องกระบวนการจะต้องพิจารณาใน 2 ด้าน คือความซับซ้อน (Com-plexity) และความหลากหลาย (Divergence) ในด้านของความซับซ้อนจะต้องพิจารณาถึง ธรรมชาติของขั้นตอนและความต่อเนื่องของงานในกระบวนการ ส่วนในด้านของความหลากหลาย ต้องพิจารณาถึงการดำเนินการให้สำเร็จ ความมีอิสระ ความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงขั้นตอนหรือ ลำดับการทำงานได้

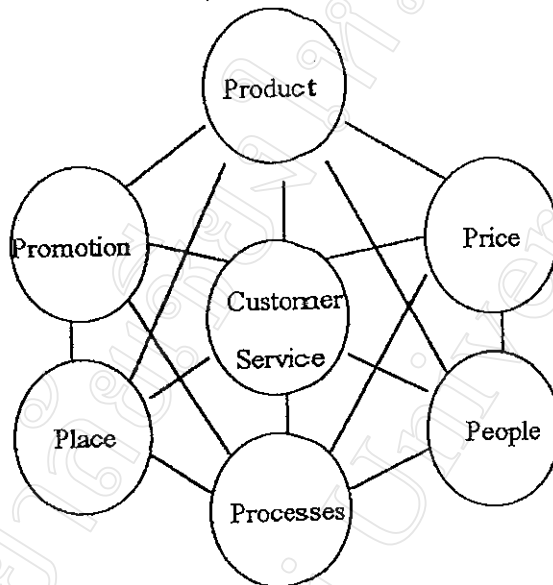
7. ด้านการให้บริการลูกค้า (Customer Service) หมายถึงกิจกรรมทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมให้บริการลูกค้า ทั้งก่อนที่ลูกค้าจะมาใช้บริการ ระหว่างที่ใช้บริการอยู่ และหลังจากได้รับการแล้ว การติดต่อสื่อสาร กระบวนการให้บริการที่เหมาะสมกับเวลา มีความเชื่อถือได้ ตอบสนองความต้องการของลูกค้าทำให้ลูกค้าพึงพอใจและให้บริการมากกว่าที่ลูกค้าคาดหวังไว้ รวมถึงการติดตามผลการบริการเพื่อแก้ไขจุดบกพร่องของการบริการที่เกิดขึ้น และสามารถบรรลุ วัตถุประสงค์ของธุรกิจบริการที่ตั้งไว้ได้ โดยการสร้างความผูกพันระหว่างลูกค้ากับผู้ให้บริการใน ลักษณะของความสัมพันธ์ระยะยาว มีการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

การให้บริการลูกค้าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสร้างความแตกต่างของการบริการ โดยพิจารณาว่าลูกค้าต้องการอะไร ควรจะเพิ่มคุณค่าในการบริการให้กับลูกค้าได้อย่างไรบ้าง และ ต้องยกระดับของคุณภาพการบริการให้สูงขึ้น ซึ่งสามารถทำได้โดยยึดหลัก

- ความไว้วางใจได้ และถูกต้องของการบริการ (Reliability)
- ความเต็มใจที่จะให้บริการและความช่วยเหลือ (Responsiveness)
- ทักษะในการบริการ ความมีธรรมาสัย ความซื่อสัตย์ และสร้างความมั่นใจให้กับลูกค้า (Assurance)
- ความสามารถในการติดต่อสื่อสารและเข้าใจลูกค้า (Empathy)
- การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องจักร เครื่องมือ และอุปกรณ์ในการให้บริการให้พร้อม (Tangible)

จากสภาพแวดล้อมของธุรกิจที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ความคาดหวังและความต้องการของลูกค้าเปลี่ยนแปลงไปและมีมากขึ้น การให้ความสำคัญกับการให้บริการลูกค้ามากขึ้น และความต้องการใช้กลยุทธ์การสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า ทำให้การบริการลูกค้ามีความสำคัญ จึงนำมาพิจารณาในฐานะที่เป็นปัจจัยส่วนประกอบหนึ่งของส่วนประสมการตลาดบริการ

ส่วนประสมการตลาดหรือบริการประกอบด้วย ส่วนประกอบทั้งหมด 7 ส่วน ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ได้แก่ ผลิตภัณฑ์และการบริการ (Product) ราคา (Price) สถานที่จัดจำหน่าย และช่องทางการจัดจำหน่าย (Place) การส่งเสริมการตลาด (Promotion) บุคลากร (People) กระบวนการให้บริการ (Process) และการให้บริการลูกค้า (Customer Service) ทุกส่วนประกอบต่างมีความสัมพันธ์ ให้ความสำคัญสนับสนุนซึ่งกันและกัน และส่งผลกระทบต่อกันดังแผนภาพ 1

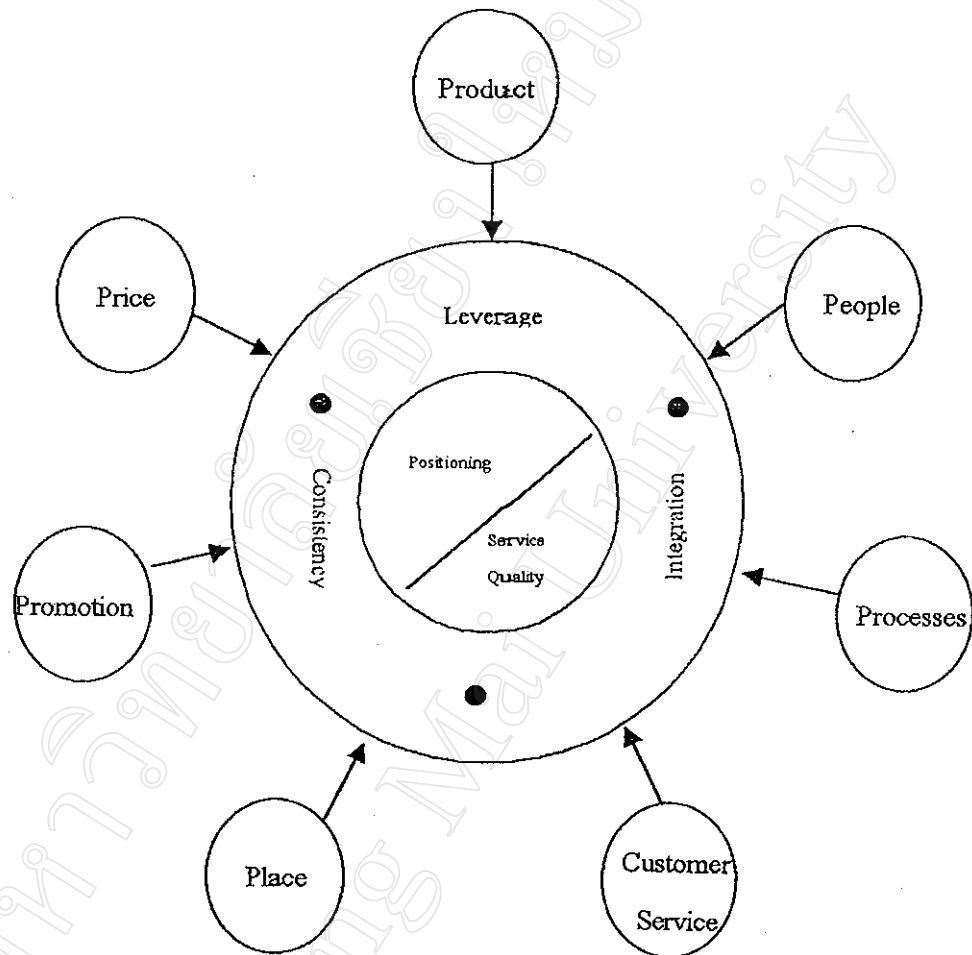


แผนภาพ 1 Expanded Marketing Mix for Service

Source : Payne Adraing. *The Essence of Serviced Marketing*. Series Editor,
Great Britain, Prantice-Hall, 1993 : p.25.

การจะประสบความสำเร็จทางการตลาดได้จะต้องมีการพัฒนาส่วนประกอบทุกส่วนให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพราะส่วนประกอบทุกส่วนจะสามารถช่วยสร้างให้เกิดลักษณะที่เป็นประโยชน์ได้ 3 ประการคือ

- 1) มีความสอดคล้อง (Consistence) คือ ส่วนประกอบแต่ละส่วนมีความถูกต้องสอดคล้องกัน ทำให้สามารถใช้ประโยชน์ร่วมกันได้
- 2) มีการรวมตัวกัน (Integration) คือ ส่วนประกอบแต่ละส่วนนั้นรวมกันเป็นหนึ่งเดียว มีความกลมกลืนกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้
- 3) สร้างอำนาจให้กับธุรกิจบริการ (Leverage) คือ สามารถใช้ประโยชน์จากส่วนประกอบทั้ง 7 ส่วนของส่วนประสมการตลาดบริการได้อย่างเต็มที่ เป็นการสร้างอำนาจและความได้เปรียบในการแข่งขันให้แก่ธุรกิจบริการ ดังแผนภาพ 2



แผนภาพ 2 The Synergistic Service Marketing Mix

Source : Paynee Adrian. *The Essence of Services Marketing*. Series Editor,
Great Britain, Pren-Hall, 1993 : P.180

ในการใช้ประโยชน์จากส่วนประสมการตลาดบริการนั้นจะต้องพิจารณาถึงผลกระทบต่อส่วนประกอบแต่ละส่วน และผลกระทบต่อส่วนตลาดเป้าหมายที่วางไว้ด้วย เพื่อที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าส่วนประสมการตลาดบริการนั้นมีความเหมาะสมในแต่ละส่วนตลาด และเหมาะสมกับกลยุทธ์ที่วางไว้ โดยใช้ประโยชน์จากจุดแข็งที่ตนเองมีอยู่ และลดผลกระทบจากจุดอ่อนของตนเอง รวมถึงการตระหนักถึงข้อได้เปรียบของคู่แข่ง เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงจุดแข็งที่คู่แข่งมีอยู่และใช้ประโยชน์จากจุดอ่อนของคู่แข่งให้มากที่สุด

งานด้านส่วนประสมการตลาดบริการของโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่งไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งขึ้นเพื่อแสวงหากำไร หรือ ตั้งขึ้นในรูปของมูลนิธิที่ไม่แสวงหากำไร ถือเป็นธุรกิจบริการด้านสุขภาพที่ต่างก็ต้องดำเนินธุรกิจ เพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา โดยเฉพาะสภาพแวดล้อม ภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ จึงต้องมีการกำหนดกลยุทธ์เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ กลยุทธ์ที่สำคัญของธุรกิจทั้งหลายที่ถือว่าเป็นสิ่งกำหนดความสำเร็จขององค์กร คือกลยุทธ์ด้านการตลาดโดยการจัดส่วนประสมทางการตลาดของธุรกิจให้เหมาะสมกับกลุ่ม เป้าหมาย ในส่วนประสมการตลาดบริการของธุรกิจบริการนั้นประกอบด้วย 4Ps อันได้แก่ ด้าน ผลิตภัณฑ์และการบริการ (Product) ด้านราคา (Price) ด้านการจัดสถานที่ให้บริการและช่องทางการจัดจำหน่าย (Place) ด้านการส่งเสริมการตลาด (Promotion) รวมทั้งด้านบุคลากร (People) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านการให้บริการลูกค้า (Customer Service)

จากแนวคิดทฤษฎีด้านส่วนประสมการตลาดบริการ พอสรุปงานด้านส่วนประสมการตลาดของโรงพยาบาลเอกชนได้ดังนี้

1 ด้านผลิตภัณฑ์และการบริการ (Product) เป็นธุรกิจบริการด้านสุขภาพที่มีบริการ พื้นฐานคือการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ทุเลาหรือหายจากความเจ็บป่วย โดยสิ่งที่ผู้ใช้บริการคาดหวัง จะได้รับการทุเลาหรือหายจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ให้บริการ อย่างดี มีความสะดวกสบายในการรับบริการ และได้รับบริการที่มีคุณภาพในราคาที่เหมาะสม โรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่งจะมีบริการพื้นฐานเหมือนกัน แต่จะแตกต่างในเรื่องบริการที่ผู้ใช้ บริการคาดหวังจะได้รับบริการที่มีคุณค่าเพิ่ม การบริการจะทำโดยแพทย์และพยาบาลเป็นหลัก โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งมีการจัดบริการรักษาแบบเหมารวม (แพคเกจ) จากบริการที่สามารถ จัดไว้เป็นหมวดหมู่ได้ เช่น ฝากครรภ์และคลอดบุตร ถิ่นน้ำหนัก เป็นต้น เพื่อสร้างความแตกต่าง และสร้างคุณค่าเพิ่มให้กับบริการ

กลยุทธ์ทางการตลาด

การให้บริการจะใช้เฉพาะส่วนผสมทางการตลาดนั้นไม่เพียงพอเพื่อให้การบริการมี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงต้องอาศัยกลยุทธ์ ดังนี้ (Kotler, 1991, pp.459-465)

1. การตลาดภายใน (Internal marketing) การตลาดภายในบริษัทจะรวมถึงการฝึก อบรม การจูงใจพนักงานในการบริการและสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า รวมถึงบุคลากรที่มีความ เชี่ยวชาญเพื่อสนับสนุนการให้บริการและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้บริการ

2. การตลาดที่สัมพันธ์กันระหว่างผู้ซื้อและผู้ขาย (Interactive marketing) หมายถึง การสร้างคุณภาพบริการให้เป็นที่เชื่อถือในขณะผู้ขายหรือให้บริการ ให้บริการแก่ผู้ซื้อหรือผู้รับบริการ คุณภาพจะเป็นที่ยอมรับหรือไม่ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของลูกค้าหรือผู้รับบริการ ซึ่งการพิจารณาคุณภาพผู้รับบริการจะใช้เกณฑ์ต่อไปนี้ในการพิจารณาถึงคุณภาพการให้บริการคือ

2.1 การเข้าถึงลูกค้า (Access) การให้บริการต้องอำนวยความสะดวกในด้าน เวลา สถานที่ ท่าทีที่พึงเหมาะสมแสดงถึงความสามารถเข้าถึงลูกค้า

2.2 การติดต่อสื่อสาร (Communication) มีการแจ้งข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ โดยใช้สื่อภาษาที่เข้าใจง่าย

2.3 ความสามารถ (Competence) บุคลากรที่ให้บริการต้องมีความชำนาญและมีความรู้ความสามารถในการให้บริการนั้น ๆ เป็นอย่างดี

2.4 ความมีน้ำใจ (Courtesy) ผู้ให้บริการต้องมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี น่าเชื่อถือ มีความเป็นกันเองมีวิจารณ์ญาติ

2.5 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หน่วยงานและบุคลากรต้องสามารถสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในการบริการ โดยเสนอการบริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ

2.6 ความไว้วางใจ (Reliability) บริการที่ให้ต้องมีความสม่ำเสมอและถูกต้อง

2.7 การตอบสนองลูกค้า (Responsiveness) ผู้ให้บริการจะต้องให้บริการและแก้ปัญหาให้แก่ลูกค้าอย่างรวดเร็วตามที่ลูกค้าหรือผู้รับบริการต้องการ

2.8 ความปลอดภัย (Security) บริการที่ให้ต้องปราศจากอันตราย ความเสี่ยง และปัญหาต่าง ๆ

2.9 การสร้างบริการให้เป็นที่ประจักษ์ (Tangible) บริการที่ลูกค้าหรือผู้รับบริการได้รับจะทำให้สามารถคาดคะเนถึงคุณภาพของบริการดังกล่าวได้

ลักษณะของการบริการ (Characteristics of Services)

ในแต่ละปีประชากรจ่ายเงินเป็นจำนวนหลายล้านเป็นค่าบริการเพื่อความสะดวกสบายทั้งหลาย ฉะนั้นการเสนอขายบริการจึงเป็นโอกาสทองที่จะนำกำไรมาสู่ธุรกิจไม่แพ้การจำหน่ายสินค้าบริโภคทั่วไป ชนิดของบริการก็มีมากมายเหลือเกิน ผู้ประกอบธุรกิจบริการสามารถขายบริการที่ตนถนัดได้ ปัจจุบันนี้จะเห็นว่าคนงานหนึ่งในสามคนจะทำงานในโรงงานผลิตสินค้าทั่วไป แต่อีกสองคนจะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการขายบริการ (สุมนา อยู่โพธิ์, 2536, หน้า 39-40)

บริการคืออะไร

สมาคมการค้าอเมริกาใต้ให้ความหมายไว้ดังนี้ “บริการ หมายถึง กิจกรรม ประโยชน์หรือความพอใจซึ่งได้เสนอเพื่อขายหรือกิจกรรมที่จัดขึ้นรวมกับการขายสินค้า” (ตลาด-บริการ) ตัวอย่างเช่น โรงงานอุตสาหกรรมได้ผลิตอุปกรณ์ขึ้นมาชิ้นหนึ่งแล้วขายผ่านผู้ค้าปลีก ในแง่ของบริการที่จะต้องมีการขายอุปกรณ์ชิ้นนั้นได้แก่ การติดตั้ง การซ่อม การให้เช่า การฝึกอบรมคนให้รู้จักวิธีใช้ การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง การขายต่อ เป็นต้น

เหตุจูงใจในการให้บริการ

แรงจูงใจจากการอุปถัมภ์ (Patronage Motive) ยังคงมีอยู่ทั่วไปในธุรกิจบริการซึ่งเหตุจูงใจส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการให้บริการเหตุจูงใจทางเศรษฐกิจมีอยู่หลายประการ คือ

1. การให้บริการบางอย่างมีเหตุผลเพื่อลดต้นทุน (Cost) นั้นใช้กับกิจกรรมเสริม ไม่ใช่กิจกรรมโดยตรงของบริษัทที่จะต้องทำ เช่น การวิจัย การสำรวจ ทักษะคติของลูกค้า
2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริษัท
3. เพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงเสมอ

ขบวนการเกี่ยวกับการส่งเสริมบริการ

(The Promotion Process in the Service Sector)

ขบวนการหรือขั้นตอนในการส่งเสริมบริการจะแตกต่างไปจากสินค้าทั่ว ๆ ไป ในรูปของความสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการตลาดกับสื่อโฆษณาแบบต่าง ๆ การสร้างสรรค์วิธีการส่งเสริมหรือการส่งสื่อที่มีประสิทธิภาพจึงจำเป็นทั้งในการขายบริการและการจำหน่ายสินค้าทั่ว ๆ ไป เช่น ขั้นตอนการโฆษณาของบริษัทการบินไม่ได้มีอะไรแตกต่างไปจากการโฆษณาขายเครื่องจักรอุปกรณ์หรือสินค้าคงทนถาวรโดยทั่วไป ในทางปฏิบัติการส่งเสริมบริการไม่ได้มีหลักเกณฑ์ตายตัวเสมอไป ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง หรือบางครั้งก็ไม่มีแผนที่แน่นอนด้วย

ตัวแปรเกี่ยวกับส่วนผสมการส่งเสริมบริการ (Promotion Mixvariables)

โดยสามัญสำนึกโดยทั่วไป แฟกเตอร์ที่จะเป็นเครื่องกำหนดส่วนผสมการส่งเสริมบริการโดยการปฏิบัติงานจริง ๆ ไม่ว่าจะเป็นของทั้งอุตสาหกรรมบริการหรือของบริษัทแต่ละบริษัทหรือแต่ละสถาบัน โดยจะต้องพิจารณาในรายละเอียดต่อไปนี้เสียก่อน

1. ชนิดของบริการ กิจกรรมนั้นมุ่งหวังกำไรหรือไม่หวังกำไร เพราะจะมีผลต่อเนื้อหาหรือข้อความในโฆษณานั้น
2. ข้อจำกัดที่มีอยู่รายละเอียดข้อจำกัดบางอย่างของแต่ละวิชาชีพอาจจะไม่เหมือนกัน
3. การแข่งขัน สภาพของการแข่งขัน และลักษณะความสำคัญหรือความกว้างขวาง การสื่อสารโฆษณา ตัวอย่างเช่น การส่งเสริมบริการไฟฟ้า ซึ่งมีลักษณะผูกขาดย่อมจะต่างไปจากการส่งเสริมบริการของโรงแรมหรือธนาคาร ซึ่งมีสภาพการแข่งขันค่อนข้างจะรุนแรง
4. สภาพทางภูมิศาสตร์ สื่อโฆษณาจะแตกต่างด้วยขนาดของตลาด ตามสภาพทางภูมิศาสตร์ที่บริษัทผู้ขายบริการสามารถบริการได้
5. การยอมรับของลูกค้า เช่น บ้านทิ้ง การเดินหรือแม้แต่การหาคนงาน การโฆษณาจะอาศัยสื่อที่ลูกค้าเคยชินเท่านั้น
6. การบริหารในทางปฏิบัติแล้วอิทธิพลของผู้บริหารที่เก่งแต่ทางทฤษฎียังมีบทบาทอยู่ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผลที่ได้รับการลงทุนในเรื่องนี้ นอกจากนี้การขายบริการในตลาดที่ผู้บริโภคมีพฤติกรรมที่ต่างกันก็ย่อมจะต้องอาศัยสื่อโฆษณาที่ต่างกันออกไป

การโฆษณากับการขายบริการ

ผู้ขายบริการจะเลือกสื่อที่ดีที่สุด เพื่อแจ้งให้ลูกค้าทราบถึงบริการที่เขามีอยู่รวมทั้งประโยชน์ที่เขาจะได้รับ โดยทั่วไปแล้วบริการมักจะขายให้กับคนในท้องถิ่นเท่านั้น สื่อที่ใช้ควรเป็นสื่อในท้องถิ่นนั้น ๆ ก็พอ

ประชาสัมพันธ์กับการขายบริการ

อุตสาหกรรมบริการบางประเภท เช่น การท่องเที่ยวบันเทิงเรีงมย์ ซึ่ง รวมถึงหนังละคร ภาพยนตร์ คอนเสิร์ต การแข่งขันกีฬาประเภทต่าง ๆ การประชาสัมพันธ์จะช่วยส่งเสริมได้ดีที่สุด เช่น หน้ากีฬาในหนังสือพิมพ์รายวัน การให้สัมภาษณ์ของผู้จัดรายการต่าง ๆ เป็นต้น

สรุปทฤษฎีด้านส่วนประสมการตลาดบริการ ชี้ให้เห็นว่าการให้บริการนวดไทยในคลินิกการแพทย์แผนไทยจะประสบความสำเร็จ มีความยั่งยืน และมีผู้ไปใช้บริการต่อเนื่องจำนวนมากขึ้น จะต้องดำเนินการในลักษณะของธุรกิจบริการควบคู่ไปด้วย กลยุทธ์สำคัญที่จะทำให้บริการนวดไทยได้รับความสำเร็จคือ กลยุทธ์ด้านการตลาด ซึ่งจะต้องมีการจัดส่วนประสมทางการตลาดให้เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและประชาชนที่กลุ่มเป้าหมายส่วนประสมการตลาดของบริการนวดไทยตามทฤษฎีนี้ได้แก่

1. **ผลิตภัณฑ์และการบริการ (Product)** การให้บริการนวดไทยเป็นธุรกิจบริการด้านสุขภาพที่ให้บริการพื้นฐาน คือการรักษาพยาบาล ดังนั้นสิ่งที่ผู้ให้บริการคาดหวังจะได้รับคือการทุเลาหรือหายจากการเจ็บป่วย การดูแลเอาใจใส่จากผู้ให้บริการ ความมีน้ำใจ การได้รับความสะดวกสบายในบริการที่ได้รับ ความประทับใจครั้งแรกในบริการ ดังคำพูดที่มักได้ยินเสมอว่า การมีไมตรีที่ดีและการพูดจาไพเราะของแพทย์พยาบาลจะทำให้อาการเจ็บป่วยหายไปในครั้งหนึ่ง หมอนวดที่ให้บริการต้องมีการปฏิบัติต่อผู้ไปใช้บริการนวดในลักษณะแบบนี้เช่นเดียวกัน

2. **ด้านราคา (Price)** การให้บริการนวดไทยเป็นการให้บริการด้านสุขภาพในระดับชุมชน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายคือประชาชนชนบทที่มีฐานะยากจน ราคาที่คิดจากผู้ไปใช้บริการนวดต้องไม่สูงเกินไป คำนึงถึงพื้นฐานทางเศรษฐกิจเป็นหลัก ข้อดีของการที่ไม่คิดค่าบริการแพงคือ เป็นการดึงดูดลูกค้าจากต่างถิ่น ในเขตเมือง หรืออำเภอใกล้เคียง ที่ไปใช้บริการราคาแพงจากที่อื่น หันความสนใจมาใช้บริการนวดไทยในคลินิกการแพทย์แผนไทยมากขึ้น

3. **ด้านการจัดสถานที่ให้บริการและช่องทางการจัดจำหน่าย (Place)** สถานที่ให้บริการนวดไทยควรตั้งอยู่ในทำเลที่เหมาะสม เดินทางไปมาสะดวก และเอื้อต่อประชาชนกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด ไม่จำเป็นว่าคลินิกการแพทย์แผนไทยที่ให้บริการนวดไทยจะต้องมาตั้งในบริเวณที่ตั้งของสถานีอนามัย ควรจัดตั้งอยู่ตรงกึ่งกลาง เป็นศูนย์กลางในการเดินทางไปมาสะดวก ในการมาใช้บริการ

4. **การส่งเสริมการตลาด (Promotion and Communication of Services)** การส่งเสริมการตลาดเพื่อให้มีผู้ไปใช้บริการนวดไทยมีความสำคัญอย่างมาก สามารถจัดทำได้หลายวิธี เช่น การโฆษณา การบอกต่อจากผู้ไปใช้บริการนวด ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ เอกสาร โบรชัวร์ ตลอดจนถึงการจัดบริการให้บริการนวดไทยเคลื่อนที่ ในงานเทศกาลที่ประชาสัมพันธ์วัฒนธรรมพื้นบ้าน ซึ่งมีการจัดทุกปี ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้มีผู้ไปใช้บริการนวดไทยมากขึ้น

ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

1. กรอบแนวคิดในการประเมินผลหรือส่งเสริมสุขภาพ

กรีน และคนอื่น ๆ (Green, et al., 1980) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Education Diagnosis and Evaluation) ซึ่งเป็นแบบจำลองในการวางแผนให้สุขภาพศึกษา อย่างไรก็ตามขั้นตอนหนึ่งของแบบจำลองคือส่วนของการวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational Diagnosis) จะเป็นส่วนที่อธิบายพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพนั่นเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของ Green และคณะคือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing Factors) และปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) ซึ่ง Green และคณะ ได้เน้นว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้อธิบายถึงแบบจำลอง สาเหตุที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แต่ที่เลือกมาใช้ในการวางแผน เพราะปัจจัยเหล่านี้เหมาะสมที่จะใช้เป็นตัวกำหนด (Determinants) ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากโครงการสุขภาพ ส่วนประกอบของปัจจัยทั้งสามมีดังนี้

ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจและให้เหตุผลในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ หรืออีกนัยหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์การเรียนรู้ (Education Experience) ความพอใจของบุคคลนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยนำประกอบด้วยความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) อายุ เพศ ขนาดครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

ความเชื่อคือความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริง ให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker อ้างใน Green and Kreuter, 1991, p.156) ซึ่งเห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้านคือ

1. ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือได้รับเชื้อโรคเป็นความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพ หรืออยู่ในอันตราย

2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ในด้านของความเจ็บปวด ทรมาน การเสียเวลา และการสูญเสียทางเศรษฐกิจ

3. ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่าจะคุ้มค่ามากกว่าราคา เวลาและสิ่งต่าง ๆ ที่ลงทุนไป เมื่อมีความเชื่อดังกล่าว จะทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

ค่านิยม หมายถึงการให้ความสำคัญ ให้ความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่ง บางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวนี้อาจมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing Factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลจากการกระทำของบุคคลนั้น ๆ สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับอาจเป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ครูอาจารย์ และผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของกลุ่มบุคคลต่าง ๆ เหล่านี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญคือสามารถหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น

ต่อมา กรีน และครูยเตอร์ (Green and Kreuter, 1991) ได้สร้างแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED เป็นแบบจำลองที่ใช้ในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพเป็นการเพิ่มส่วนประกอบของ PROCEED (Policy, Regulatory, Organizational Constructs in Educational

and Environmental Development) เข้าไปใน PRECEDE FRAMEWORK เดิม และเพื่อให้การวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมและสมบูรณ์ ในส่วนของ PRECEDE ได้เพิ่มการวินิจฉัยสิ่งแวดล้อมเข้าไปด้วยนั่นคือ ส่วนของ PRECEDE เป็นระยะของการวินิจฉัย ปัญหา และสาเหตุของปัญหา ส่วน PROCEED เป็นระยะของการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะกล่าวถึงขั้นตอนต่าง ๆ โดยสรุปดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis)

เป็นการวินิจฉัยปัญหาทางสังคมในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ซึ่งสามารถทำได้โดยศึกษาความต้องการและความคาดหวังส่วนบุคคล การศึกษาปัญหาของสังคมที่เกิดขึ้นจะเป็นตัวชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือชุมชนนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis)

ขั้นตอนนี้เกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงเป้าหมายทางสุขภาพเฉพาะอย่าง ซึ่งจะมีผลต่อเป้าหมายหรือปัญหาทางสังคม (ในขั้นตอนที่ 1) ข้อมูลที่จะใช้ในการวินิจฉัยขั้นนี้ ได้แก่ สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์หรือวิทยาการระบาด ผู้วางแผนจะใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavior and Environmental Diagnosis)

เป็นการกำหนดองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Environmental and Health-related Behavioral Factors) ที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เลือกในขั้นตอนที่ 2 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเป็น องค์ประกอบที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมโดยใช้ความสามารถภายในตัวเองได้ แต่เป็นสิ่งที่ช่วยปรับเปลี่ยนสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคล อิทธิพลขององค์ประกอบเหล่านี้ต่อพฤติกรรมของบุคคลชี้ให้เห็นว่า งานสุขศึกษาที่เน้นเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องและไม่สมบูรณ์ จะต้องพิจารณาสิ่งที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมอื่น ๆ ด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์กร (Educational and Organizational Diagnosis)

จากความรู้ด้านพฤติกรรมศาสตร์มีองค์ประกอบมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพแบบจำลองนี้ได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเอื้ออำนวย (ดังกล่าวข้างต้น)

การวิเคราะห์องค์ประกอบดังกล่าวทั้ง 4 ขั้นตอน จะช่วยให้ผู้วางแผนได้จัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบต่าง ๆ และนำไปสู่การพิจารณาเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม (intervention) ซึ่งการตัดสินใจเลือกกิจกรรมนี้จะขึ้นอยู่กับลำดับความสำคัญขององค์ประกอบ และทรัพยากรที่มีอยู่ และที่จะทำให้เกิดขึ้นได้

ขั้นตอนที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Diagnosis)

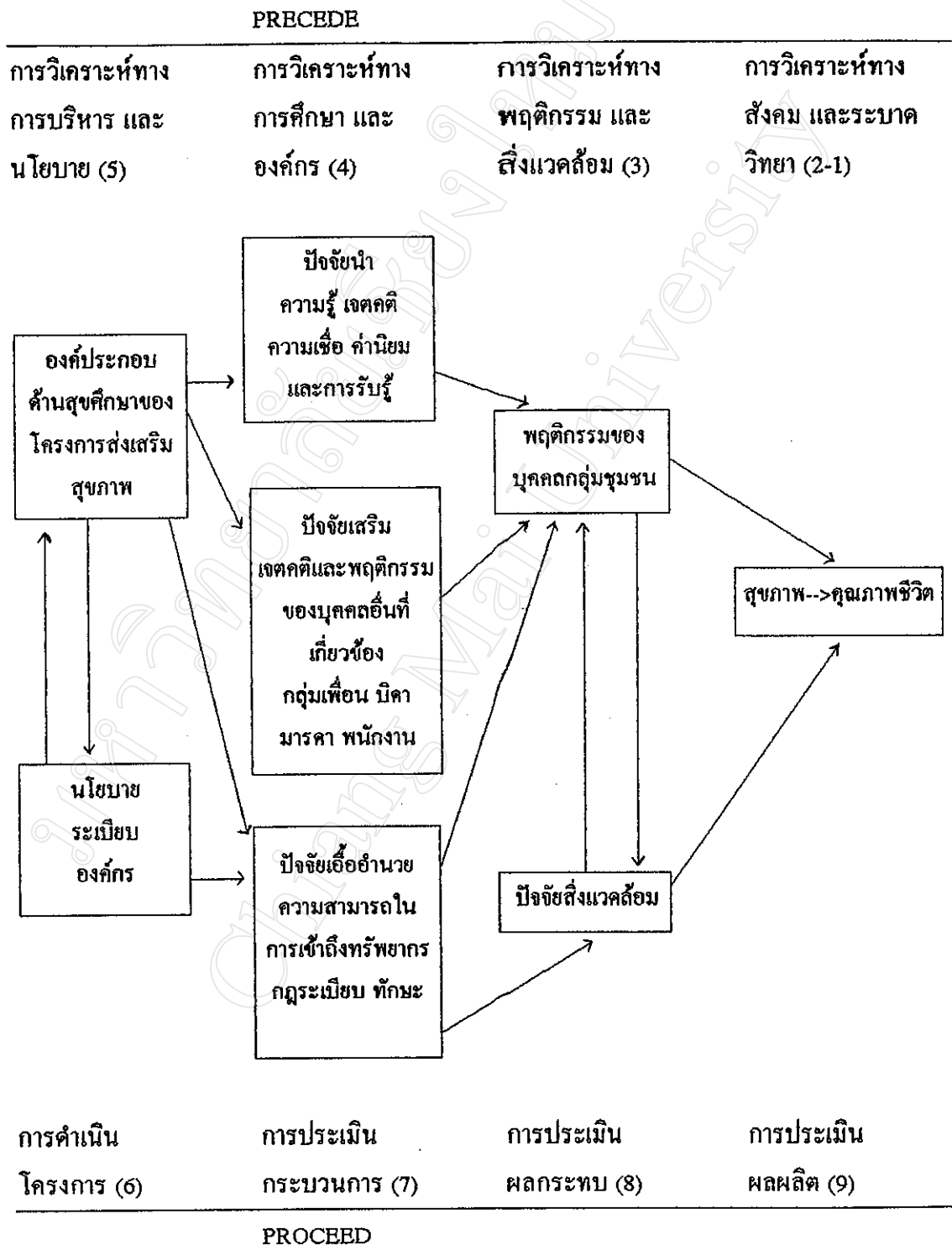
เป็นการประเมินความสามารถ และทรัพยากรขององค์กร และด้านการบริหาร เพื่อนำไปสู่การสร้างแผนงาน และดำเนินงานตามแผนงาน อาจพบว่ามีปัญหาหลายประการที่ขัดขวางการวางแผน/ดำเนินงาน เช่น ความจำกัดของทรัพยากร การขาดนโยบาย หรือนโยบายไม่เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจแก้ไขได้โดยการร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานท้องถิ่น หรือหน่วยงานระดับสูงขึ้นไป

ขั้นตอนที่ 6 เป็นขั้นของการวิเคราะห์ระบบการบริหาร

โครงการต่าง ๆ ที่มีการดำเนินงานอยู่ก่อนแล้ว ก่อนที่จะลงมือดำเนินงานตามโครงการ ทั้งนี้เพื่อวิเคราะห์ทรัพยากรที่จะต้องใช้ในการดำเนินงาน ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินงาน และปัจจัยอื่น ๆ ที่จะช่วยให้โครงการดำเนินไปได้ตามเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 7, 8 และ 9 เป็นกระบวนการในการประเมินผล

ซึ่งจะต้องผสมผสานอยู่ทุกขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 7 เป็นการประเมินกระบวนการ (Process evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินระหว่างดำเนินการตามกลวิธี หรือตามรูปแบบในการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนขั้นตอนที่ 8 เป็นการประเมินผลกระทบ (Impact evaluation) การประเมินในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินถึงผลของกลวิธีหรือรูปแบบที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการประเมินแต่ละขั้นตอนต้องมีการกำหนดดัชนีและเกณฑ์ในการประเมินผลของแต่ละขั้นตอนได้ล่วงหน้า ทั้งนี้ต้องอาศัยวัตถุประสงค์ในแต่ละขั้นตอนเป็นหลักในการพิจารณาดังรายละเอียดในแผนภาพ 3 (Green and Kreuter, 1991, p.24)



แผนภาพ 8 แสดงมโนทัศน์การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ตามแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดแนวความคิดเรื่อง Precede Framework เป็นแนวทางในการศึกษาโดยนำขั้นตอนที่ 4 มาวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในลักษณะของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย ปัจจัยสนับสนุน และขั้นตอนที่ 5 เป็นการวิเคราะห์ระบบการบริหารโครงการต่าง ๆ ที่มีการดำเนินงานอยู่ก่อนแล้ว ก่อนที่จะลงมือดำเนินงานตามโครงการเพื่อวิเคราะห์ทรัพยากรที่จะต้องใช้ในการดำเนินงาน ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินงานและปัจจัยอื่น ๆ ที่จะช่วยให้โครงการดำเนินไปได้ตามเป้าหมาย

แต่ละกลุ่มปัจจัยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกแง่หนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของกลุ่มบุคคลซึ่งได้จากการเรียนรู้ (Education Experience) ความพอใจของบุคคลนี้อาจมีทั้งในทางสนับสนุน หรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม

จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสาร ในส่วนของปัจจัยนำที่เป็นแรงจูงใจให้ประชาชนไปใช้และไม่ไปใช้บริการนวดไทยในคลินิกการแพทย์แผนไทยมีดังนี้

- ความรู้เกี่ยวกับการนวดไทย หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับและสะสมมาจากกระบวนการเรียนรู้ที่เข้มพอเท่านั้นจึงจะจูงใจให้เกิดพฤติกรรมได้ (Green et., al. 1980. p.72) ถึงประชาชนที่ไปรับบริการในคลินิกการแพทย์แผนไทย มีความรู้ในเรื่องการนวดไทยจะมีส่วนจูงใจให้ในการไปใช้บริการนวดไทยมากขึ้น

- ทักษะคิดต่อการนวดไทย ทักษะคิดนั้นเป็นเรื่องของจิตใจที่สัมพันธ์กับความรู้สึกล่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือสภาวะการณ์ใดสภาวะการณ์หนึ่ง ซึ่งความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การที่ประชาชนมีความรู้สึกต่อการนวดไทยในทางบวกและลบ ย่อมมีผลต่อการแสดงออกถึงการไปใช้และไม่ไปใช้บริการนวดไทย ถ้าประชาชนมีการยอมรับ มีความรู้สึกที่ดีต่อการนวดไทย ก็จะมีแนวโน้มในการไปใช้บริการ ในทางตรงกันข้ามถ้าประชาชนมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการนวดไทยก็จะไม่สนใจในการไปใช้บริการการนวดไทย

- ความเชื่อ คือความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริง ให้ความไว้วางใจ อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล เป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้ว ไม่ว่าโคจรทางตรงหรือทางอ้อม และจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมของ

บุคคล ถ้าประชาชนมีความมั่นใจต่อการนวดไทยว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า มีประโยชน์และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ประชาชนจะเกิดความพร้อมที่จะไปใช้บริการการนวดไทย

- การรับรู้ เป็นกระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจของคนที่ตัวเองจะต้องแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่มาสัมพันธ์กับบุคคล แล้วแสดงออกอย่างมีจุดหมาย โดยมีความผลักดันจากการอาศัยความรู้เดิมและประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยให้การรับรู้เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการที่บุคคลจะเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล หรืออาจจะเป็นไปในทางลบ หรือทางบวกก็ได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวคิดหรือการรับรู้ นั้น ซึ่งให้เห็นว่าการรับรู้ของบุคคลในเรื่องใด ๆ ก็จะบ่งบอกถึงการเกิดพฤติกรรมเรื่องนั้น ๆ สำหรับการรับรู้ของประชาชนในเรื่องการนวดไทยก็จะเป็นพื้นฐานนำไปสู่การไปใช้บริการการนวดไทยเช่นเดียวกัน

2. ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling) หมายถึงสิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่าย ระยะเวลา สิ่งสำคัญคือการหาได้ง่าย (Available) และสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ให้เป็นไปได้ง่ายขึ้น

ปัจจัยเอื้ออำนวยที่ผู้วิจัยศึกษาได้แก่ ด้านการบริการ ระยะเวลา ความสามารถ ซึ่งเป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนไปใช้บริการการนวดไทย

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึงสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น ๆ อันเป็นผลจากการกระทำของบุคคลนั้น สิ่งทีบุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจจะเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ ก็แตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคล และสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

ปัจจัยเสริมที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับ แรงสนับสนุนจากญาติ เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ที่สนับสนุนให้ประชาชนไปใช้บริการการนวดไทย

การรับรู้ (Perception)

ถือเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคลที่สำคัญ เพราะถ้าปราศจากซึ่งการรับรู้แล้ว บุคคลจะไม่สามารถมี “ความจำ” หรือ “การเรียนรู้” ได้เลย คำว่า “รับรู้” (Perceive) นั้น เป็นรากศัพท์มาจากภาษาละติน มีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า “รับไว้” (To Take) และตามความหมายในพจนานุกรมเว็บสเตอร์ (The Webster's New World dictionary, 1975, p.1100) หมายถึง “ความเข้าใจ การจดจำ การสำนึกได้ การสังเกต และการทราบ รู้ได้โดยผ่านการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การรับรส หรือการได้กลิ่น ส่วนคำนามของ “การรับรู้” นั้นได้นิยามว่า หมายถึง “ความเข้าใจ ความรู้ ซึ่งเกิดจากการรับรู้หรือตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตน ตามความคิดความประทับใจต่าง ๆ และมีการจัดเป็นระบบระเบียบแบบแผนขึ้นมา” และได้มีนักวิชาการหลาย ๆ ท่านได้กล่าวถึงความหมายของการรับรู้ต่าง ๆ กันดังนี้

แกร์ริสันและมากูน (Garrison & Magoon, 1972, p.607) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการที่สมองตีความ หรือแปลความที่ได้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งเร้าโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของร่างกาย ทำให้เราทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นอะไร มีความหมายลักษณะอย่างไร ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์ของเราเป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

มูทลิน (Mullin, 1983, p.13) ได้กล่าวว่าการรับรู้ คือ การนำเอาลักษณะต่าง ๆ ของสิ่งเร้า (การรู้สึก) และสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล คือความรู้ การเรียนรู้ ประสบการณ์ในอดีตของบุคคลมารวมกัน (ตีความ) เป็นการรับรู้ของบุคคล

อรุณ รักธรรม (2528, หน้า 20) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การที่บุคคลมองไปหรือเห็นอะไรแล้วเลือกเก็บสิ่งที่เห็นนั้นเข้าในจิตสำนึก และเข้าใจความหมาย หรือให้นิยามต่อสิ่งนั้นด้วยความรู้สึกลึกซึ้งของตนเอง

จากความหมายต่าง ๆ ที่นักการศึกษาข้างต้นกล่าวไว้ สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจของคนที่สมองจะต้องแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัสกับบุคคล แล้วแสดงออกอย่างมีจุดหมาย โดยมีความผลักดันจากการอาศัยความรู้เดิมและประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยทำให้การรับรู้เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการที่บุคคลจะเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล หรืออาจจะเป็นไปในทางลบหรือทางบวกก็ได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวคิดหรือการรับรู้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล

การรับรู้ของคนเราจะเป็นอย่างไรนั้นย่อมขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา ความสนใจ อายุ อาชีพ และความเกี่ยวข้องของสิ่งเร้ากับบุคคลนั่นเอง ซึ่งจำเนียร ช่วงโชติ (2515, หน้า 150) ได้สรุปถึงปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลไว้เป็น 2 ประการ คือ

1. บทบาทของปัจจัยภายใน ได้แก่ คุณสมบัติภายในของผู้รับรู้ เช่น ความต้องการ หรือแรงขับ คุณค่า ความสนใจ และประสบการณ์เดิม
2. บทบาทของปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความยึดมั่น ความเชื่อถือ คำบอกเล่า คำแนะนำ คำสอนที่ได้รับต่อ ๆ กันมา ทั้งหมดนี้มีอิทธิพลที่ทำให้มีการรับรู้ต่อเรื่องราว เหตุการณ์ และภาวะแวดล้อมต่าง ๆ แตกต่างกันไป

ดังนั้น หากบุคคลที่มีการรับรู้ในสิ่งใด มีความรู้ในสิ่งใดแล้วเลือกรับรู้ในสิ่งนั้นผสมกับประสบการณ์เดิมในเรื่องนั้น ก็จะเกิดการประพจน์ปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ ตามการรับรู้ของตน ซึ่งอาจจะแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมที่สังคมยอมรับหรือต่อต้านก็ได้ เพราะพฤติกรรมของบุคคลไม่มีแบบแผนตายตัวแน่นอน พฤติกรรมของบุคคลหนึ่งที่แสดงออกมาอาจไม่ตรงกับความคิดหวังของบุคคลอื่นก็ได้ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากการเลือกรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ของบุคคล การรับรู้จึงเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดแบบของการประพจน์ปฏิบัติของบุคคลในองค์การอย่างยิ่งประการหนึ่ง (อรุณ รักธรรม, 2528, หน้า 21)

จากที่กล่าวมาข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ของบุคคลในเรื่องใด ๆ ก็จะบ่งบอกถึงการเกิดพฤติกรรมเรื่องนั้น ๆ สำหรับการรับรู้ในเรื่องการนวดไทย ก็จะเป็นพื้นฐานนำไปสู่การไปใช้บริการการนวดไทยในคลินิกการแพทย์แผนไทยเช่นเดียวกัน

ความรู้เกี่ยวกับทัศนคติ

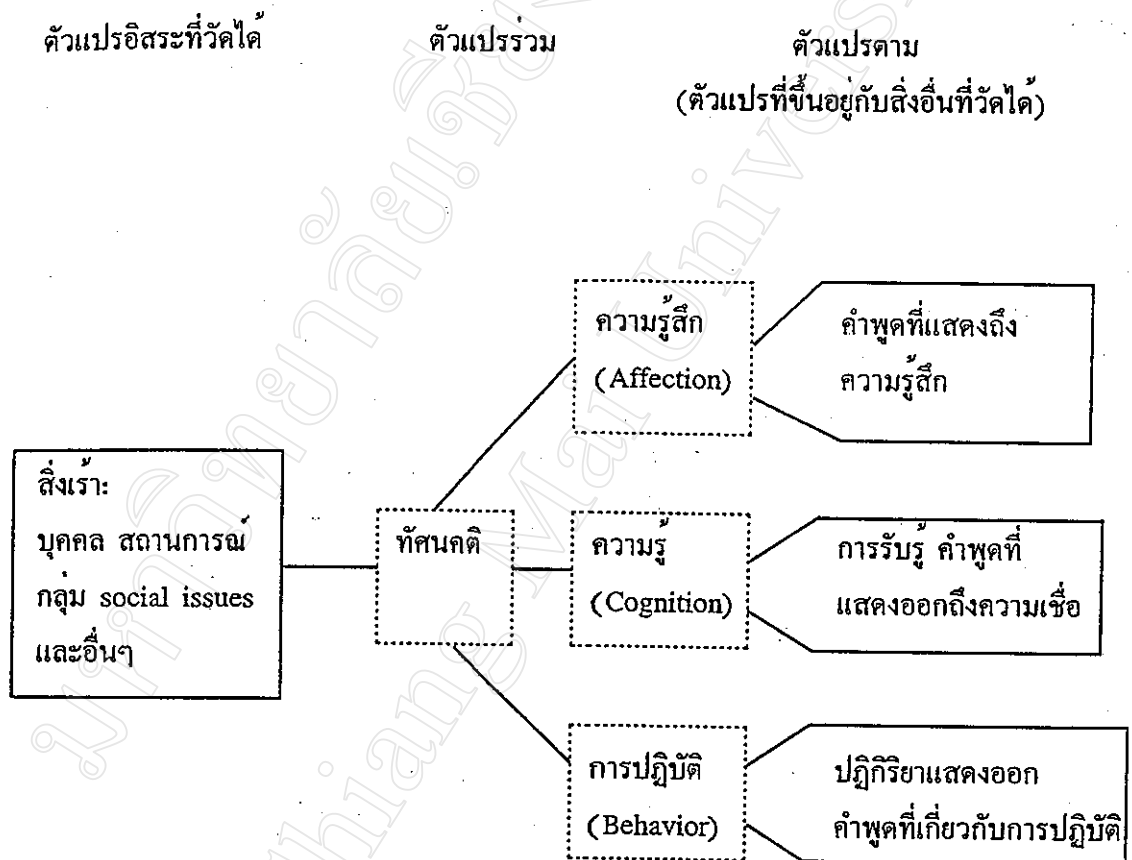
ได้มีผู้ให้ความหมายคำว่า “ทัศนคติ” ไว้หลากหลาย เช่น สุชา จันทน์เฒ (2533, หน้า 242) ให้ความหมายว่า ความรู้สึก หรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุ สิ่งของ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นไปในทำนองที่พึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยก็ได้ ส่วนประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526, หน้า 1) ให้ความหมายว่า ทัศนคติ คือ ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำสถานการณ์ ต่าง ๆ และอื่น ๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ออลพอร์ท จี. (Allport G, 1966) pp. 271-272) ได้อธิบายเกี่ยวกับทัศนคติ โดยการแยกอธิบายความหมายของทัศนคติออกเป็น 5 ลักษณะย่อย ๆ ดังนี้

1. เป็นภาวะทางจิตและประสาท ซึ่งอาจแสดงออกให้เห็นได้ทางพฤติกรรม เช่น โกรธเกลียด รัก เป็นต้น
2. เป็นความพร้อมที่จะตอบสนอง คือ เมื่อมีทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีต่อสิ่งใดก็พร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งนั้นตามลักษณะของทัศนคติที่เกิดขึ้น
3. เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระเบียบ เกิดขึ้นเป็นกลุ่มและจัดระเบียบไว้แล้วในตนเอง คือ เมื่อเกิดทัศนคติต่อสิ่งใดแล้วก็จะเกิดขึ้นต่อเนื่องกัน และจะติดตามมาด้วยพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กัน เช่น โกรธจะหน้าบึ้ง
4. เป็นสิ่งที่เกิดจากประสบการณ์ หมายความว่า ประสบการณ์มีส่วนช่วยในการสร้างทัศนคติที่ดีหรือไม่ดี
5. เป็นพลังสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก

ในทางจิตวิทยาเห็นว่า ความเชื่อและทัศนคติเป็นสิ่งที่ฝังอยู่ในจิตใจของบุคคล หากมีสิ่งเร้าอย่างหนึ่งอย่างใดที่เกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติของเข้แล้ว บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเดียวกันเสมอไป ทัศนคติเป็นนามธรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล และทัศนคติมีความสำคัญต่อการตอบสนองทางสังคมของบุคคลเป็นอย่างมาก นั่นคือ บุคคลมีพฤติกรรมอย่างไร หรือทำสิ่งใดลงไป ทัศนคติจะเป็นเครื่องกำหนด ทัศนคติประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ (สุชา จันทน์เอม, 2533, หน้า 242) คือ

1. ความรู้ (Cognition component) เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้ หรือความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด
2. ความรู้สึก หรือค่านิยม (Feeling component) เป็นองค์ประกอบทางด้านความรู้สึกของบุคคล ซึ่งมีอารมณ์เกี่ยวข้องอยู่ด้วย นั่นคือหากบุคคลมีความรู้สึกรักหรือชอบพอบุคคลใด หรือสิ่งใด ก็จะช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อบุคคลนั้น
3. พฤติกรรมหรือการปฏิบัติ (Action tendency component) เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล คือ ความโน้มเอียงที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตอบโต้ได้อย่างใดอย่างหนึ่งออกมา



แผนภาพ 4 องค์ประกอบของทัศนคติ

พฤติกรรมการแสดงออกที่สังเกตได้กับทัศนคติต่างก็มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เป็นที่เชื่อว่า ทัศนคติมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล และขณะเดียวกันการแสดงออกหรือการปฏิบัติของบุคคลก็มีผลต่อทัศนคติของบุคคลนั้นด้วย กิสเลอร์ คอลลอนและมิลเลอร์ (Keisler, Collins & Miller อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526, หน้า ๑) ได้กล่าวว่าการวัดทัศนคติ โดยการให้ตอบแบบสอบถาม อาจจะมีผลทำให้ทัศนคติบางอย่างไม่แสดงออกเหมือนกัน เพื่อที่จะทำนายถึงการปฏิบัติให้ได้แน่นอน จำเป็นต้องวัดทัศนคติหลาย ๆ อย่างที่จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เราอยากจะทำนายหรือคาดคะเนนั้น

โรคิช (Rokeach, 1970) เชื่อว่า ทัศนคติของบุคคลทุกอย่างเป็นส่วนที่มีผลทำให้เกิดการปฏิบัติของบุคคล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ มีส่วนประกอบทางด้านปฏิบัติหรือทางพฤติกรรมนั่นเอง เพราะความเชื่อทุกความเชื่อที่รวมตัวกันเข้าเป็นทัศนคตินั้น ว่าจะจะเป็นความเชื่อทางด้านการอธิบาย ประเมินค่า หรือการสนับสนุนก็ตาม จะเป็นตัวแทนของความพร้อมในการจะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยมีข้อแม้ว่าการที่จะออกมาเป็นการกระทำนี้ จะต้องได้ถูกเร้าอย่างเหมาะสมก่อน

บางครั้งทัศนคติหลายอย่างอาจขัดแย้งกัน ซึ่งมักจะพบได้ในบุคคลที่ติดสารเสพติด ซึ่งพบว่าคนที่เขามีการปฏิบัติสิ่งที่ไม่ถูกต้องนั้น เนื่องมาจากความสุขที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้านั้นเอาชนะความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลเสียเนื่องระยะยาวของการใช้สารเสพติด

จากแนวความคิดของนักจิตวิทยาหลาย ๆ ท่าน สรุปได้ว่าการปฏิบัติหรือการมีพฤติกรรมเป็นผลมาจากการมีปฏิกริยาซึ่งกันและกันระหว่างทัศนคติสองชนิด คือ ทัศนคติที่มีต่อสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัตินั้นโดยตรง และทัศนคติที่มีต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ที่จริงแล้วทัศนคติเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำนายพฤติกรรมหรือการปฏิบัติต่าง ๆ ของบุคคล ความรู้เกี่ยวกับทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ จะเป็นเครื่องชี้หรือทำนายพฤติกรรมได้

ทัศนคติเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ มิได้ติดตัวมาแต่กำเนิด แต่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้ทัศนคติจึงเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และการเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ และประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่บุคคลได้รับเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงจะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของทัศนคติและประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่ได้รับด้วย ทัศนคติมีความสำคัญต่อการตอบสนองทางสังคมของบุคคลเป็นอย่างมาก นั่นคือบุคคลที่มีพฤติกรรมอย่างไร หรือทำสิ่งใดลงไป ทัศนคติจะเป็นเครื่องกำหนดให้พฤติกรรมเป็นไปอย่างนั้น

การสร้างทัศนคติ

เนื่องจากทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้ และการเพิ่มพูนประสบการณ์ให้แก่บุคคล ฉะนั้นจึงอาจสร้างทัศนคติที่ต้องการได้ องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการสร้างทัศนคติที่ควรคิดถึง มีดังนี้คือ

1. วัฒนธรรม (Culture) วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อชีวิตของบุคคล ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย วัฒนธรรมของแต่ละชาติ แต่ละแห่ง แต่ละท้องถิ่นจะแตกต่างกันออกไป เริ่มจากครอบครัว สถาบันการศึกษา วัด สถาบันอื่น ๆ ในสังคม สื่อมวลชนต่าง ๆ
2. ครอบครัว (Family) ครอบครัวเป็นแหล่งแรกที่ยอบรมให้เด็กเรียนรู้การสมาคมต่าง ๆ จึงมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างทัศนคติให้แก่เด็ก ตลอดจนการปลูกฝังทัศนคติในการดำเนินชีวิตให้แก่บุตรหลาน ทั้งนี้เพราะเด็กมักเลียนแบบและเชื่อฟังพ่อแม่อยู่เสมอ
3. กลุ่มเพื่อน (Social group) เด็กที่มาจากบิดามารดาอยู่อยู่กับกลุ่มเพื่อตั้งแต่เล็ก ๆ จะได้รับอิทธิพลต่าง ๆ จากเพื่อนมาก ทั้งนี้เพราะเด็กต้องการความยอมรับจากเพื่อน ต้องการคำแนะนำและความช่วยเหลือจากเพื่อน
4. บุคลิกภาพ (Personality) ลักษณะบุคลิกภาพมีความสัมพันธ์ หรือมีอิทธิพลต่อทัศนคติของบุคคลเหมือนกัน พวกที่ชอบสังคม หรือหนีสังคม จะมีทัศนคติที่ไม่เหมือนกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติกับพฤติกรรมการปฏิบัติ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมีความเกี่ยวข้องกัน ซึ่งอาจจะเป็นความสัมพันธ์โดยตรงหรือทางอ้อม ดังที่ประกิจ รัตนสุวรรณ (2525 อ้างใน คุณภูววรรษ เรื่อง รุจิระ, 2532) กล่าวว่า ความรู้เป็นองค์ประกอบเบื้องต้นที่จะทำให้บุคคลมีทัศนคติในลักษณะใดลักษณะหนึ่งต่อสิ่งต่าง ๆ

ไพบุลย์ อินทวิชา (2519) กล่าวว่า ทัศนคติที่เกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ โดยอาศัยการเรียนรู้และการปฏิบัติจริง

นิภา มนูญปัจจุ (2528) อธิบายว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติคนทางด้านสุขภาพอนามัย มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้าน สุขภาพอนามัยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติและการปฏิบัติคนทางด้านสุขภาพด้วย

จะเห็นได้ว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันเป็นลูกโซ่ ซึ่งอาจจะเกี่ยวพันกันทั้งทางตรงและทางอ้อม

นอกจากนี้ ชวาร์ท (Schwartz, 1975 อ้างใน อัญชลี สิงห์สุต, 2534) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวไว้ 4 รูปแบบ ดังนี้

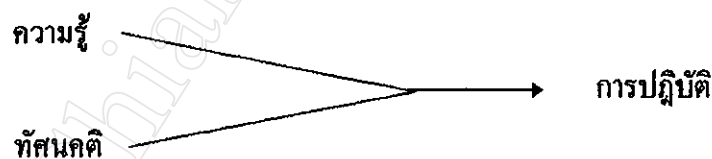
1. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกจะเป็นไปตามทักษะและความรู้ที่บุคคลนั้นมีอยู่ โดยมีทักษะเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และการปฏิบัติ กล่าวคือ ทักษะจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกเนื่องจากทักษะนั้น

ความรู้ <-----> ทักษะ <-----> การปฏิบัติตัว

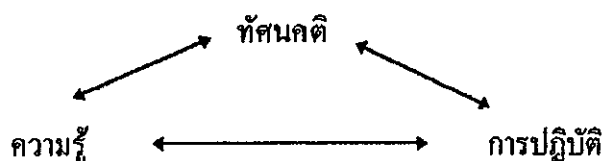
2. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้ และทักษะมีความสัมพันธ์กันหรือความรู้กับทักษะมีผลร่วมกัน เกี่ยวข้องกันทำให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรม



3. ความรู้และทักษะต่างกันทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทักษะไม่มีความเกี่ยวข้องกัน



4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้และปฏิบัติตามความรู้นั้น หรือความรู้มีผลต่อทักษะก่อนแล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทักษะนั้น



แผนภาพ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นปัจจัยทางสังคม ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมา เป็นเวลานานแล้วว่า มีบทบาทต่อพฤติกรรมอนามัยของคนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียดสามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม (Cohen & Wills, 1985, p.310) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ทั้งนี้เพราะการดำรงอยู่ของมนุษย์ และความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของคนในด้านสรีรวิทยา และเกิดความรู้สึกมั่นคงว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายมากขึ้น (จริยาวัตรคมพยัคฆ์, 2531, หน้า 96) จากแนวคิดนี้ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

แคปแลน (Kaplan, 1977, p.50) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของแต่ละคน ซึ่งได้แก่ การได้รับความนับถือ การยอมรับ การได้รับความปลอดภัย ได้รับความเห็นใจ และได้รับการตอบสนองความต้องการ รวมทั้งเป็นความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือขาดหายไปจากคนที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

ไวส์ (Weiss, 1974, p.101) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกอึดอัดหรือพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคมที่ประกอบด้วยความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) การเข้าร่วมในสังคม (Social Integration) การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้สูงอายุ (Opportunity for Nurturance) การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of Worth) การพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Sense of Reliable Alliance) และการให้คำแนะนำหรือชี้แนะอย่างจริงใจ (Guidance from a Trustworthy)

ทอยส์ (Thoits, 1982, pp.147-148) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็น การที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียด และตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

เพนเดอร์ (Pender, 1987, p.396) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นโดยได้รับจากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2530, หน้า 69) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่ามีความหมายทั้งในเชิงแคบและกว้าง

ความหมายในทางกว้าง การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เครือข่ายของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล ซึ่งครอบคลุมถึงความเกี่ยวเนื่องกันของเครือข่ายปริมาณความถี่ของการปฏิสัมพันธ์กัน และรวมถึงหน้าที่ของเครือข่ายสังคมนั้น ๆ ว่ามีหน้าที่ช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความหวังใจ ความรัก การให้วัตถุสิ่งของและการแลกเปลี่ยนข่าวสาร

ความหมายในทางแคบ หมายถึง สิ่งที่ “ผู้ได้รับแรงสนับสนุน” ได้รับจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข่าวสารข้อมูล วัตถุสิ่งของและ/หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนได้มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคมที่นักวิชาการหลายท่านได้ให้ไว้อาจสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรืออื่น ๆ จากผู้ให้การสนับสนุนในสังคมของตน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

แหล่งของแรงงานสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ “กลุ่มปฐมภูมิ” เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน “กลุ่มทุติยภูมิ” เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางเอาไว้ กลุ่มชนิดนี้มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic)

แหล่งสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ (อุบล นิวัติชัย, 2527, หน้า 285) คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural Supportive System) ประกอบด้วยกลุ่มบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทแรกเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน ซึ่งให้ความผูกพันทางจิตใจ มีความรักกันอย่างแน่นแฟ้น และให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจ ประเภทที่ 2 ได้แก่ ครอบครัวใกล้ชิด (kinth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรประกอบหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized Support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดขึ้นโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือการประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional Health Care Workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่ให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน

บราวน์ และแมคเอลวิน (Brown & McElveen, อ้างใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531, หน้า 99) ให้ความเห็นสอดคล้องกันว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด มีการติดต่อกันบ่อยครั้ง มีโอกาสแลกเปลี่ยนสิ่งของ บริการข้อมูล ข่าวสาร และช่วยเหลือแก้ปัญหาและตัดสินใจให้แก่กันและกัน รองลงมาจะเป็นกลุ่มเพื่อน อย่างไรก็ตามความต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความต้องการของบุคคลเป็นสำคัญ

รูปแบบของแรงสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (House, 1981 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532, หน้า 148) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบไปด้วยการสนับสนุน 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การให้การยกย่อง ความรักความผูกพัน การยอมรับนับถือ ความหวังใจ ความจริงใจ ความเอาใจใส่ การตั้งใจฟังและความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเอง หรือข้อมูลที่ใช้ในการประเมินตัวเอง ในการรับรองทำให้เกิดความมั่นใจและนำไปเปรียบเทียบกับผู้อื่นในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การตัดสินใจการให้คำปรึกษา และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่อง เงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

ไวส์ (Weiss, 1974, p.17) ได้กล่าวถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคมและผลของการขาดการสนับสนุนทางสังคมตามชนิดต่าง ๆ ดังนี้

1. การได้รับการผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรสหรือเพื่อนสนิท เป็นต้น ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะมีความรู้สึกถูกแยกทางอารมณ์ (Emotional Isolation) หรือรู้สึกเดียวดาย (Loneliness)

2. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อ่อนแอ (Opportunity of Nurture) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการหรือเป็นที่พึ่งพาของบุคคลอื่น ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตนี้ไร้ค่า

3. การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) หมายถึง การมีโอกาสได้เข้าร่วมในกิจกรรมสังคม ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความห่วงใย เข้าใจซึ่งกันและกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม (Social Isolation) และชีวิตน่าเบื่อ (Boring)

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528, หน้า 172) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมในการแก้ปัญหามหาชนสุขว่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือทั้งทางด้านข่าวสาร ข้อมูลวัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน แล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติตนในทิศทางที่เป็นผลดีต่อสุขภาพอนามัย และได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) คือ การได้รับความรัก ดูแลเอาใจใส่ การได้รับความรู้สึกใกล้ชิดผูกพัน ได้รับการเคารพนับถือ การยอมรับและเห็นคุณค่า ตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัย

2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) คือการได้รับการให้ข้อมูลที่ประโยชน์ คำแนะนำ ข้อเท็จจริง แนวทางเลือก หรือแนวทางปฏิบัติ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Materials Support) คือการให้การช่วยเหลือ โดยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือการบริการ

ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยนำมาเกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้คือ

1. ทฤษฎีพฤติกรรม และขบวนการกลุ่ม (Theories of Group Behavior and Process)

2. ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมระหว่างบุคคล (Theories of Interpersonal Relation and Interpersonal Communication)

3. ทฤษฎีการรับรู้ทางสังคม (Theories of Social Perception)

ทฤษฎีพฤติกรรมและกระบวนการกลุ่ม (Theories of Group Behavior and Process) ได้มีนักจิตวิทยาสังคมและนักสังคมวิทยาเป็นจำนวนมากได้ให้ความสนใจเรื่องพฤติกรรมและกระบวนการกลุ่มเตอร์ท เลวิน (Kurt Lewin) ได้พยายามศึกษาเรื่องพฤติกรรมและกระบวนการกลุ่ม และได้ตั้งทฤษฎีเรื่องกลุ่มสัมพันธ์ขึ้น การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้เป็นพื้นฐานในการให้การสนับสนุนให้บุคคลได้บรรลุเป้าหมายหรือมีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการและสามารถจะนำกลุ่มมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 3 ลักษณะ คือ กลุ่มในสภาพของการ

1. เป็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลง (Medium of Change) กลุ่มจะเป็นตัวกลางสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสมาชิก และสามารถทำให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

2. เป็นเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง (Target of Change) ถึงแม้ว่าเป้าหมายในการนำกระบวนการกลุ่มเข้ามาประยุกต์ใช้เพื่อให้สมาชิกของกลุ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็ตามแต่เป้าหมายที่แท้จริงต้องการให้ทั้งกลุ่มเปลี่ยนพฤติกรรม

3. เป็นตัวนำในการเปลี่ยนแปลง (Agent of Change) พฤติกรรมหลายอย่างของมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงต่อเมื่อได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลง

ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมระหว่างบุคคล (Theories of Interpersonal Relation and Interpersonal Communication) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล และมีผลทำให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการได้ (Hovland และคนอื่น ๆ, 1970, อ้างใน บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2528, หน้า 579) การติดต่อสื่อสารใด ๆ รวมทั้งการสื่อสารทางสื่อมวลชน เช่น วิทยุ หนังสือพิมพ์ หรือโทรทัศน์ ต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการสังคมระหว่างบุคคลถ่ายทอดข่าวสารนั้นต่อ โดยคนที่รู้สึก

กันหรือมีความสนิทสนมมาพูดคุยแลกเปลี่ยนข่าวสารกัน และมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งกันและกัน

ทฤษฎีการรับรู้ทางสังคม อ้างใน บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2528 หน้า 580) ได้ประมวลอิทธิพลของการรับรู้ทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลดังนี้

1. บุคคลจะรับรู้พฤติกรรมและยอมรับคนอื่น หากพฤติกรรมนั้นมีผลในทางบวก และสร้างความประทับใจแก่ตนเอง

2. บุคคลจะประเมินพฤติกรรมว่าพฤติกรรมใดจึงจะเป็นที่ยอมรับ ในลักษณะชอบหรือพอใจในการแสดงพฤติกรรมเช่นนั้น ถ้าชอบหรือพอใจก็จะแสดงตอบในทางที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าไม่ชอบหรือไม่พอใจพฤติกรรมก็จะสนองตอบในทางไม่ดี

3. บุคคลที่มีสัมพันธภาพอันดีต่อกันมักมีการยอมรับและมีพฤติกรรมที่ดีต่อกัน

4. การรับรู้ทางสังคมมักจะมีอคติเข้าไปเกี่ยวข้องทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากที่ควรเป็น

โดยสรุปการรับรู้ทางสังคมมีอิทธิพลต่อการยอมรับผู้อื่น และพฤติกรรมที่แสดงต่อผู้อื่นเป็นคนที่มีความประพฤติที่ดี มักจะแสดงพฤติกรรมในทางบวกตอบสนองในทางดี ในทางตรงข้ามถ้ารับรู้ผู้อื่นไม่ดีก็จะแสดงพฤติกรรมในทางลบ และมีพฤติกรรมในการต่อต้าน

การประชาสัมพันธ์ก็ถือว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งเช่นเดียวกันในการที่จะทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการนวดไทย ที่ทำให้ไปใช้บริการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การประชาสัมพันธ์ต้องมีอยู่ในแผนงานและควรมีการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบที่ถูกต้องและดึงดูดใจของผู้ที่จะไปใช้บริการ โดยมีการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ประชาชนทราบว่า การไปใช้บริการนวดนั้นมีสิ่งอำนวยความสะดวก และมีประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง ซึ่งส่วนนี้อาจจะทำให้ประชาชนเกิดแรงจูงใจในการไปใช้บริการนวดไทยได้มากขึ้น

สรุปได้ว่าการให้บริการนวดไทยในคลินิกการแพทย์แผนไทยนั้นจะต้องมีการประชาสัมพันธ์ที่มีรูปแบบที่ถูกต้องและต่อเนื่อง จึงจะสามารถจัดกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยเกี่ยวกับการนวดไทยและการแพทย์แผนไทย

- งานวิจัยเกี่ยวกับการนวดไทย

งานวิจัยในหัวข้อนี้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการนวดไทยและประสิทธิภาพของการนวดไทย ดังต่อไปนี้

จากการศึกษาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ประโยชน์ บุญสินสุข และคณะ (2530) เรื่อง การใช้การนวดไทยบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐได้ทำการศึกษาในผู้ป่วย 238 ราย แบ่งเป็น 4 กลุ่มอาการ คือ ปวดศีรษะ คอ 59 ราย ปวดไหล่ 51 ราย ปวดหลัง 77 ราย และปวดเข่า 51 ราย แต่ละอาการแบ่งลักษณะการปวดเป็น 2 พวก คือ ปวดกล้ามเนื้อและปวดลักษณะอื่น ๆ เช่น ปวดที่เกิดจากการไหลเวียนเลือดไม่ดี ปวดจากการยึดติดของพังผืด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อด้วยการนวดไทย ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการนวดจากหมอนวดไทย 3 วัน ติดต่อกัน และบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ก่อนและหลังการนวดทุกครั้ง

ผลการศึกษาพบว่าอุณหภูมิกายและชีพจรก่อนและหลังการนวด ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) ความดันเลือดทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังการนวดอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงแต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) ก่อนและหลังการนวดครั้งแรกผู้ป่วยทุกกลุ่ม มีระดับการปวดลดลงเฉลี่ย 1 ระดับ (ระดับการปวดมี 6 ระดับ) ร้อยละ 10 จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปวดลดลง หรือหายไปในกลุ่มที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ (85-90%) มากกว่ากลุ่มที่มีการปวดลักษณะอื่น ๆ และหลังจากการนวดครั้งที่สาม ระดับการปวดเกือบทุกกลุ่มลดลง 2 ระดับยกเว้นกลุ่มที่มีการปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยปวดเข่า องค์การเคลื่อนไหวของข้อต่อยังไม่เข้าสู่ค่าปกติ

การศึกษารังนี้ สรุปได้ว่าการนวดสามารถช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดที่เกิดจากการไหลเวียนเลือดไม่ดี และปวดที่เกิดจากการยึดติดของพังผืดได้ค่อนข้างดี นอกจากนี้จากการศึกษาของนายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2530) เรื่อง การใช้การนวดไทยบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อในโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าการนวดไทยสามารถบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อได้ แต่พบว่ามีปัญหาในการบริหารจัดการในการที่จะนำเอาการนวดไทยไปใช้ดำเนินการในสถานบริการของรัฐ ทั้งนี้จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลเป็นเบื้องต้น และอาศัยการประสานงานกับหน่วยงานที่มีอยู่แล้ว เช่น ฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู ฝ่าย

คัดลอกกรรมกระตุก ฝ่ายเวชกรรมสังคม อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาในแง่การยอมรับทางกฎหมาย และระเบียบของราชการ

วิจิตรา กุสมภ์ (2532) ได้ศึกษาผลของการกดจุด และการนวดต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังส่วนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปวดหลังส่วนโมโอแฟเซียลที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนผู้ป่วยนอก วชิรพยาบาล จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่า ๆ กัน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการกดจุดจากผู้วิจัย และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาทางยาจากแพทย์ ผลการทดลองพบว่าระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการกดจุดและนวดต่ำกว่าก่อนได้รับการบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ระดับความอ่อนแอของหลังของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการกดจุด และนวดต่ำกว่ากลุ่มก่อนได้รับการบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ระดับความอ่อนแอของหลังของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .01$) และปริมาณยาแก้ที่ผู้ป่วยรับประทานในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ไวท์ (White 1988:64) ได้กล่าวถึงผลของการนวดเพื่อปรับพลังแห่งชีวิตในร่างกายอยู่ในภาวะสมดุลสรุปได้ดังนี้คือ

1. ทำให้ผ่อนคลาย
2. หายใจได้ลึกและสะดวกขึ้น
3. ทำให้ผู้ป่วยที่ถูกแยกได้รับการสัมผัสทางร่างกาย
4. ลดอาการป่วย
5. ลดความเครียด
6. ลดอาการอ่อนเพลีย
7. ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง
8. ลดความเจ็บปวด
9. ส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ
10. ทำให้ผิวหนังแข็งแรง
11. เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเม็ดเลือด
12. สงบระงับต่อระบบประสาท
13. เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
14. ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้้นวดและผู้ป่วย

15. ดึงดูดความสนใจไปจากความเจ็บปวด
16. ส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการทำงานของระบบทางเดินอาหาร
17. เพิ่มการรับรู้ต่อตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ผลของการนวด (ประโยชน์ บุญสินสุข และนาฏวิมล งามศิริจิตต์ 2531:102)

1. ทำให้การหมุนเวียนของเลือดและน้ำเหลืองดีขึ้น
2. คลายการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อและลดปวด
3. อumentoเพิ่มขึ้น
4. กล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพมากขึ้นเนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงมาก
5. ขจัดของเสียออกจากกล้ามเนื้อ

โดแรนและนีเวลล์ (Doran and Newell 1975:161-164) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการนวดในการบำบัดรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการนวดกับการศึกษาที่แตกต่างกัน 3 วิธี ในผู้ป่วยจำนวน 456 ราย ได้แก่การศึกษาโดยการนวด 98 ราย ทำกายภาพบำบัด 104 ราย ใส่เฝือกประคับประคองหลัง 93 ราย และรับประทานยา แก้ปวด 100 ราย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยหายปวดหลังและอาการปวดหลังลดลงในกลุ่มที่ได้รับการนวดคิดเป็นร้อยละ 64 กลุ่มได้รับกายภาพบำบัดเป็นร้อยละ 52 กลุ่มที่ใส่เฝือกประคับประคองหลังร้อยละ 43 และกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดร้อยละ 49 นอกจากนี้ยังเชื่อว่าการนวด การกด การสัมผัส การถูบ และการพูดคุยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความเจ็บปวด และช่วยเพิ่มความทนทานต่อความเจ็บปวดหรือช่วยลดความรุนแรงของความเจ็บปวดลงได้ (Peric-Knowlton 1984:138) ทั้งยังเป็นการสื่อสารให้เกิดความอบอุ่นสบายใจถ่ายทอดความรักความปลอบคอบจากผู้สัมผัสไปสู่ผู้ถูกสัมผัส (Johnson 1965:59) และการนวดเป็นการกระตุ้นทางผิวหนังบริเวณที่มีความเจ็บปวดโดยตรงตามหลักของทฤษฎีควบคุมประตูและการหลั่งเอนเคอร์ฟินเป็นการกระตุ้นไขประสาทใหญ่ ทำให้ยับยั้งการทำงานของเซลล์และทำให้ความเจ็บปวดลดลง (Beyers and Dudas 1984:176) ผลการศึกษาพบว่าอุณหภูมิกายและชีพจรก่อนและหลังการนวด ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) ความดันเลือดทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังการนวดอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) ก่อนและหลังการนวดครั้งแรกผู้ป่วยทุกกลุ่มมีระดับการปวดลดลงเฉลี่ย 1 ระดับ (ระดับการปวดมี 6 ระดับ) ร้อยละ 10 จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปวดลดลง หรือหายไปในกลุ่มที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ (85-90%) มากกว่ากลุ่มที่มีการปวดลักษณะอื่น ๆ และหลังจากการนวดครั้งที่สาม ระดับการปวดเกือบทุกกลุ่มลดลง 2 ระดับ

ยกเว้นกลุ่มที่มีการปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยปวดเข่า องค์การเคลื่อนไหวของข้อต่อยังไม่เข้าสู่ค่าปกติ การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าการนวดสามารถช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดที่เกิดจากการไหลเวียนเลือดไม่ดี และปวดที่เกิดจากการยึดติดของพังคืดได้ค่อนข้างดี นอกจากนี้จากการศึกษาของนายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (2530) เรื่อง การใช้การนวดไทยบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อในโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าการนวดไทยสามารถบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อได้ แต่พบว่ามีปัญหาในการบริหารจัดการในการที่จะนำเอาการนวดไทยไปใช้ดำเนินการในสถานบริการของรัฐ ทั้งนี้จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลเป็นเบื้องต้น

พิสุทธิ พรสัมฤทธิ์โชค และคณะ (2535) ได้ทำการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน โดยศึกษาในโรงพยาบาลแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่มีทัศนคติทางบวกต่อยาสมุนไพรและแพทย์อายุรเวท ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยยาสมุนไพร และการนวดส่วนมากเป็นคนเมือง ส่วนใหญ่มาด้วยอาการของโรคที่ไม่รุนแรง ได้แก่ โรคระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อ โครงร่าง และเนื้อข้อเสื่อม ระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท และอวัยวะสืบพันธุ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการให้บริการโดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการรักษาโดยการนวด

ร.ศ.พญ.บุญเรือง นิยมพร และคณะ (2539) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและการตัดสินใจรับบริการด้วยการแพทย์แผนไทย วัตถุประสงค์เพื่อทราบทัศนคติและเหตุจูงใจของผู้ป่วยที่ตัดสินใจมารับการรักษา และนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยประเด็นที่ศึกษาต่อข้อมูลทางประชากรและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับบริการ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้มารับบริการ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า กลุ่มอายุที่มารับบริการมากที่สุดคือ 33-60 ปี การศึกษามากที่สุดคือระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และปริญญาตรี ตามลำดับ กลุ่มแม่บ้านมารับบริการมากที่สุด และส่วนใหญ่มีรายได้ 3,000-5,000 บาท/เดือน
2. ผู้ป่วยตัดสินใจมารับบริการจากปัจจัยต่าง ๆ คือ บอกต่อของผู้ที่เคยมารักษาแล้ว 82.77% เห็นป้ายของที่ทำการสถานพยาบาล 12.30% ผลการรักษาดีขึ้นในผู้ป่วยที่เคยมารักษาแล้ว 41%
3. ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการให้บริการในแต่ละครั้งพบว่าระยะเวลาเหมาะสม 74.01% ส่วน 14.55% เห็นว่าควรรักษาแต่ละครั้งใช้เวลานานเกินไป
4. ทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการนวดไทย พบว่ามากกว่า 80% นวดแล้วดีขึ้น ไม่มีอาการแทรกซ้อน
5. ก่อนที่ผู้ป่วยจะมารักษาในขั้นแรกจะใช้วิธีรักษากันเองในครอบครัวก่อน เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงมารักษาที่แพทย์แผนไทย หรือ ไปหาหมอจีนเพื่อกินยา ผิงเจิม

6. ในด้านทัศนคติทั่ว ๆ ไป เห็นว่าผู้ป่วยเต็มใจที่จะมารับบริการหรือถ้ามีผู้แนะนำก็พร้อมที่จะมารับการรักษา มีความพึงพอใจต่อการแพทย์แผนไทย และถ้าโรคนั้นเป็นชนิดเรื้อรังจึงจะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นต่อการแพทย์ และถ้าโรคนั้นเป็นชนิดเรื้อรังก็ยินดีจะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นต่อการแพทย์แผนไทยในระดับหนึ่ง และหวังว่าอาการจะทุเลาหรือหาย เห็นว่าการรักษาทางการแพทย์แผนไทยนั้นถูกกับอาการโรคและเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา

นายแพทย์ภัทรพล จังสมเจตไพศาล และคณะ ได้ทำการศึกษาทัศนคติและการยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบัน ในจังหวัดกาญจนบุรี ต่อการนวดไทยในการแก้ปัญหาสุขภาพ

คณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาทัศนคติและการยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน โดยใช้แบบสอบถามบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งหมด 297 คน แบ่งเป็นแพทย์จำนวน 38 คน ทันตแพทย์ 11 คน เภสัชกร 18 คน พยาบาล 140 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 90 คน ได้สรุปผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านอาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และรายได้ของบุคลากรตั้งแต่ 10,000.- บาทขึ้นไป มีผลต่อทัศนคติในเชิงลบ สำหรับการศึกษาในเรื่องการยอมรับพบว่าอาชีพแพทย์และเภสัชกรมีแนวโน้มยอมรับการนวดไทยเมื่อมีอาการปวด เคล็ด ขัดยอกน้อยกว่าอาชีพอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากงานวิจัยเหล่านี้ จะเห็นได้ว่าการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นภูมิปัญญาคั้งเดิมที่คนไทยใช้ดูแลสุขภาพ ที่มีศักยภาพเป็นที่ยอมรับส่วนใหญ่เป็นชาวบ้าน แต่ในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ยังยอมรับน้อย ความเจริญทางด้านวัตถุและเทคโนโลยี การสื่อสารที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ตามกระแสวัฒนธรรมตะวันตกที่เข้ามามีบทบาทต่อวิถีชีวิตของคนไทยอย่างมาก ไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการสั่งซื้อยาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์จากต่างประเทศ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะนำการแพทย์แผนไทยเข้ามาใช้ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อสอดคล้องกับการพัฒนาที่เน้นการพึ่งพา ดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

ในส่วนของการแพทย์แผนไทย การนวดไทยนับว่าเป็นบริการที่ได้รับความนิยมสูง และมีจำนวนผู้ไปใช้บริการมากกว่าบริการอื่น มีศักยภาพที่ส่งผลดีต่อสุขภาพได้จริง เพื่อให้การนวดไทยเป็นทางเลือกหนึ่งที่คนไทยสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองจากทรัพยากรในท้องถิ่นได้เหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน สมควรให้มีหลักสูตรการนวดไทยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุข และประชาสัมพันธ์การนวดไทยให้มากขึ้น

2. งานวิจัยเกี่ยวกับการบริการ

เพ็ญศรี พิชัยสมิธ (2527) รายงานการวิจัยเรื่อง “บทบาทของโรงพยาบาลเอกชนในการบริการสาธารณสุขของประเทศ” สรุปว่าจากการวิจัยผู้ป่วยของโรงพยาบาลเอกชนที่มีจำนวนเตียงให้บริการ 100 เตียงขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งที่เป็นโรงพยาบาลในรูปมูลนิธิและบริษัทจำกัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี การศึกษาปานกลาง อาชีพส่วนใหญ่คือประกอบธุรกิจส่วนตัว หรือค้าขาย ลักษณะการเจ็บป่วยคล้ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลรัฐบาล พบว่ามีปัญหาในเรื่องค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างแพง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาการพักรักษาตัวและการใช้บริการน้อยกว่าโรงพยาบาลของรัฐบาล ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการกำหนดค่ารักษาพยาบาลคือ ค่าผู้ป่วยการสำหรับแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 20-60 ของค่าบริการทั้งหมด แต่ผู้ใช้บริการมีทัศนคติที่ดีต่อการบริการที่โรงพยาบาลเอกชนจัดให้ และมีความพึงพอใจต่อการบริการของแพทย์และพยาบาล

เสาวณี แยมแสง (2528) การศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคต่อบริการด้านทันตกรรมของคลินิกเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร

พบว่าผู้บริโภคส่วนใหญ่เคยมารับบริการทันตกรรมมาแล้ว และเคยมารับบริการทันตกรรมเอกชนประมาณร้อยละ 17 ด้วยเหตุผลที่คลินิกเอกชนมีทันตแพทย์ที่มีความสามารถและให้ความสะดวกรวดเร็วกว่าโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐบาล แต่ผู้บริโภคจะตัดสินใจเข้าพบทันตแพทย์เพื่อรับบริการเมื่อรู้สึกมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นในช่องปากจนทนต่ออาการไม่ไหวแล้วเท่านั้น นอกจากนี้ผู้บริโภคส่วนใหญ่คำนึงถึงคุณภาพของการบริการรองลงมาคือความสะดวกในการเดินทาง และอาจเป็นคลินิกที่เพื่อนหรือญาติเป็นผู้แนะนำให้ผู้บริโภคส่วนใหญ่เห็นว่าอัตราค่าบริการของคลินิกทันตกรรมเอกชนมีค่าบริการแพงเกินไป ในขณะที่โรงพยาบาลและสถานพยาบาลของรัฐบาลมีอัตราค่าบริการถูกกว่า

พงษ์ศักดิ์ วิทยากร (2533) กล่าวว่า “โรงพยาบาลเอกชนจำเป็นต้องเปลี่ยนจุดขาย เพราะมีการแข่งขันรุนแรงขึ้น โดยจะต้องปรับปรุงทั้งด้านคุณภาพและการบริการ มีกลยุทธ์ในการเป็นศูนย์การรักษาโรคเฉพาะทาง เพราะจะทำให้ผู้มารับบริการมั่นใจมากกว่า และต้องระมัดระวังปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์”

ศิริพร สุริยะ (2536) รายงานการวิจัย เรื่อง “การประยุกต์แนวคิดด้านการตลาดของผู้บริหารการพยาบาลในหน่วยงานบริการพยาบาลของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่” กล่าวว่า “หน่วยงานบริการพยาบาล เป็นหน่วยงานที่บุคลากรต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ย่อมทราบความต้องการของผู้ป่วยได้ดี และผู้บริหารการพยาบาลเป็นผู้นำในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ถ้าได้

นำแนวคิดด้านการตลาดมาใช้ในการให้บริการพยาบาลด้วย ก็จะยังเพิ่มความสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจมากขึ้น การนำแนวคิดด้านการตลาดมาประยุกต์ใช้ในการให้การรักษายาบาล ไม่ใช่หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้บริหารโรงพยาบาลเท่านั้น แต่เป็นความรับผิดชอบของบุคลากรทุกฝ่ายในโรงพยาบาล การนำแนวคิดด้านการตลาดมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการพยาบาลคือการคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการ และการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด ในขณะที่ผู้บริการการพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในด้านการใช้แนวคิดด้านการตลาดในหน่วยงานอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้บริหารการพยาบาล

กาญจนา กลั่นกลั่น และศิริพร สุริยะ (2538) รายงานการวิจัยเรื่อง “ความพึงพอใจของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแมคคอร์มิคต่อกิจกรรมการพยาบาลที่สนองความต้องการพื้นฐาน” กล่าวว่า “โรงพยาบาลแมคคอร์มิคเป็นโรงพยาบาลเอกชน แต่การจัดการให้บริการรักษายาบาลแก่ผู้ป่วยในแผนกพิเศษกับแผนกสามัญต่างกันมาก ทั้งในด้านการจัดห้องพัก และสิ่งแวดล้อม การจัดให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก การดูแลจัดให้มีของใช้ที่จำเป็น เช่น เสื้อผ้า สบู่ ผ้าเช็ดตัว อุปกรณ์เครื่องใช้ จึงทำให้ความพึงพอใจต่างกัน”

จากงานวิจัยเหล่านี้ พบว่าการให้บริการมีความสำคัญอย่างมากต่อการตัดสินใจในการไปใช้บริการ มีการประยุกต์แนวคิดด้านการตลาดมาใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการ เช่น การให้บริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชน มีการจัดและพัฒนาคุณภาพการบริการที่เอื้ออำนวย สร้างความประทับใจแก่ผู้ป่วยมากที่สุด ปัจจุบันสถานบริการด้านสุขภาพของรัฐบาลมีนโยบายการบริหารจัดการมุ่งเน้นยกระดับมาตรฐานการบริการให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ที่มารับบริการ นับแต่ระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า แต่สิ่งที่จะต้องคำนึงถึงก็คือในระบบบริการนั้นไม่ควรมึราคาแพงเกินความเหมาะสม

3. งานวิจัยที่ใช้ PRECEDE FRAMEWORK เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

เอมัส (Amas, 1984, pp.151-153) ได้ทำการวิจัยเรื่อง อิทธิพลของปัจจัยหลักปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมอนามัย โดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนในเมืองลากอส (Lagos State) ประเทศไนจีเรีย (Nigeria) จำนวน 400 คน ซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยม จำนวน 10 โรงเรียน ซึ่งครึ่งหนึ่งเป็นนักเรียนที่เรียนจากโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่แถบชานเมือง (Suburban) จำนวน 5 โรงเรียน ส่วนอีก 3 โรงเรียน เป็นโรงเรียนที่อยู่ในตัวเมือง (Urban) อีก 2 โรงเรียนเป็นโรงเรียนที่อยู่ในชนบท (Rural) ผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่อง โภชนาการและสุขาภิบาลของนักเรียนชั้นมัธยมในเมืองลากอส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)
2. การทำนายพฤติกรรมของแต่ละปัจจัย ปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)
3. ปัจจัยทั้ง 3 ไม่สามารถอธิบายตัวแปรของพฤติกรรมทางโภชนาการและพฤติกรรมสุขาภิบาลได้ เมื่อมีการรวมตัวแปรตามทั้ง 2 ตัวเข้าด้วยกัน
4. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างนักเรียนในตัวเมือง ชานเมือง และชนบทที่อยู่ในเมืองลากอส พบว่าพฤติกรรมอนามัย พฤติกรรมทางโภชนาการ และพฤติกรรมสุขาภิบาลไม่แตกต่างกันทางสถิติ
5. ปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเสริม ในแต่ละปัจจัยสามารถทำนายและมีความสัมพันธ์เชิงเส้นและในทางบวกกับตัวแปรตามทั้ง 2 ตัวแปร
6. เมื่อพิจารณาในภาพรวมทั้งหมด พบว่า ปัจจัยเสริม มีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมทางโภชนาการและพฤติกรรมสุขาภิบาล เป็นอันดับหนึ่ง ปัจจัยสนับสนุนมีความสำคัญในการทำนายเฉพาะพฤติกรรมสุขาภิบาลรองลงมา และปัจจัยหลัก มีความสำคัญในการทำนายเฉพาะพฤติกรรมทางโภชนาการรองลงมาเช่นเดียวกัน
7. ความเชื่อเด่นชัดในเรื่องสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัย พฤติกรรมทางโภชนาการและพฤติกรรมสุขาภิบาลสูงกว่าปัจจัยต่าง ๆ ในกลุ่มของปัจจัยหลัก ขณะเดียวกันพบว่าความรู้เรื่องสุขภาพมีความสัมพันธ์น้อยที่สุด
8. ความสะดวกต่าง ๆ ที่มีอยู่ ทำให้พฤติกรรมสุขาภิบาลดีขึ้น ซึ่งมีความสำคัญมากกว่าการเข้าถึงความสะดวกต่าง ๆ และฐานะทางเศรษฐกิจการศึกษา
9. ในปัจจัยเสริม พบว่าพฤติกรรมของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัย พฤติกรรมทางโภชนาการและพฤติกรรมสุขาภิบาลมากที่สุด รองลงมาคือ พฤติกรรมของกลุ่มเพื่อน
10. ความรู้เรื่องสุขภาพ ไม่เป็นตัวทำนายที่ดีเท่ากับพฤติกรรมอนามัยของบิดามารดาและกลุ่มเพื่อน ต่อการทำนายพฤติกรรมอนามัยของนักเรียน
11. ฐานะทางเศรษฐกิจ/การศึกษาของบิดามารดา มีความสำคัญต่อพฤติกรรมอนามัย แต่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมทางโภชนาการ
12. เพศหญิงมีคะแนนสูงกว่าเพศชาย ในเรื่องพฤติกรรมอนามัย พฤติกรรมทางโภชนาการและพฤติกรรมสุขาภิบาล

13. คนที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมเรื่องสุขภาพอนามัย มีพฤติกรรมอนามัยไม่แตกต่างกันทางสถิติ

14. สิ่งที่น่าสนใจ คือ ขนาดของครอบครัว ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัย

ติลกา ไตรโพนุลย์ (2531, หน้า ๖) ได้ศึกษาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และผ่านการอบรมกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาล จำนวน 242 คน โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเสริม และปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ต่อการทำการกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาล และศึกษาเปรียบเทียบผลของปัจจัยเหล่านี้ต่อการทำการกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาล พร้อมทั้งศึกษาคำแนะนำนักสหพบในการทำนายนการทำการกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาล โดยใช้ปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยเสริมเป็นตัวทำนาย ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยหลัก ได้แก่ การรับรู้ในเรื่องกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานมีความสัมพันธ์กับการทำการกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เจตคติต่อการทำการกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการทำการกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน

2. ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ระบบสนับสนุนขององค์กร การจัดการเกี่ยวกับทรัพยากรที่มีอยู่และการเข้าถึงทรัพยากรในการทำการกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาล ได้แก่ งบประมาณ เวลา วัสดุ อุปกรณ์ นโยบาย การจัดให้มีการฝึกอบรม การประชาสัมพันธ์ ระบบที่ปรึกษา กฎระเบียบราชการ และโอกาสในการเสนอผลงานมีความสัมพันธ์กับการทำการกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

บรรยากาศขององค์กรไม่มีความสัมพันธ์กับการทำการกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพของพยาบาล

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน (คณบดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานบริการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการ หัวหน้าตึก แพทย์ พยาบาล) มีความสัมพันธ์กับการทำการกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ รายได้ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลและสถานภาพสมรส พบว่า รายได้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการทำการกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5. ปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเสริม สามารถอธิบายการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาลได้ร้อยละ 16.3 ($R^2=0.163$, $p.<0.01$) และเมื่อเปรียบเทียบอิทธิพลของแต่ละปัจจัย พบว่าปัจจัยสนับสนุนมีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานมากที่สุด รองลงมา คือ ปัจจัยหลักและปัจจัยเสริม ตามลำดับ

ประณีตศิลป์ วงษ์ชมภู (2534, หน้า ข) ได้ศึกษาหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่ดำรงตำแหน่งมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือของประเทศไทย จำนวน 138 คน โดยศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนและปัจจัยที่สามารถทำนายผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน โดยกำหนดให้ปัจจัยนำ ได้แก่ เจตคติต่องานสุขภาพจิต ชุมชนและการรับรู้บทบาทในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ขนาดโรงพยาบาล จำนวนบุคลากรของฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตของบุคลากรของฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ พฤติกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน สุขภาพจิตชุมชนของผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์พยาบาล ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของโรงพยาบาล เมื่อวัดตามเกณฑ์ที่สร้างขึ้นตามมาตรฐานบริการสุขภาพจิตที่กำหนดขึ้นโดยกองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 84.1 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 9.4 อยู่ในระดับสูง และร้อยละ 6.5 อยู่ในระดับต่ำ
2. เจตคติต่องานสุขภาพจิตชุมชนของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กัน
3. การรับรู้บทบาทในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กัน
4. ขนาดโรงพยาบาลกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กัน
5. จำนวนบุคลากรของฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กัน
6. การได้รับการนิเทศงานสุขภาพจิตชุมชนของฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กัน

7. การได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตของบุคลากรของฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

8. แผนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

9. พฤติกรรมสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาลกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

10. พฤติกรรมสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของแพทย์กับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กัน

11. พฤติกรรมสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของพยาบาลกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กัน

12. พฤติกรรมสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ และพยาบาล กับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

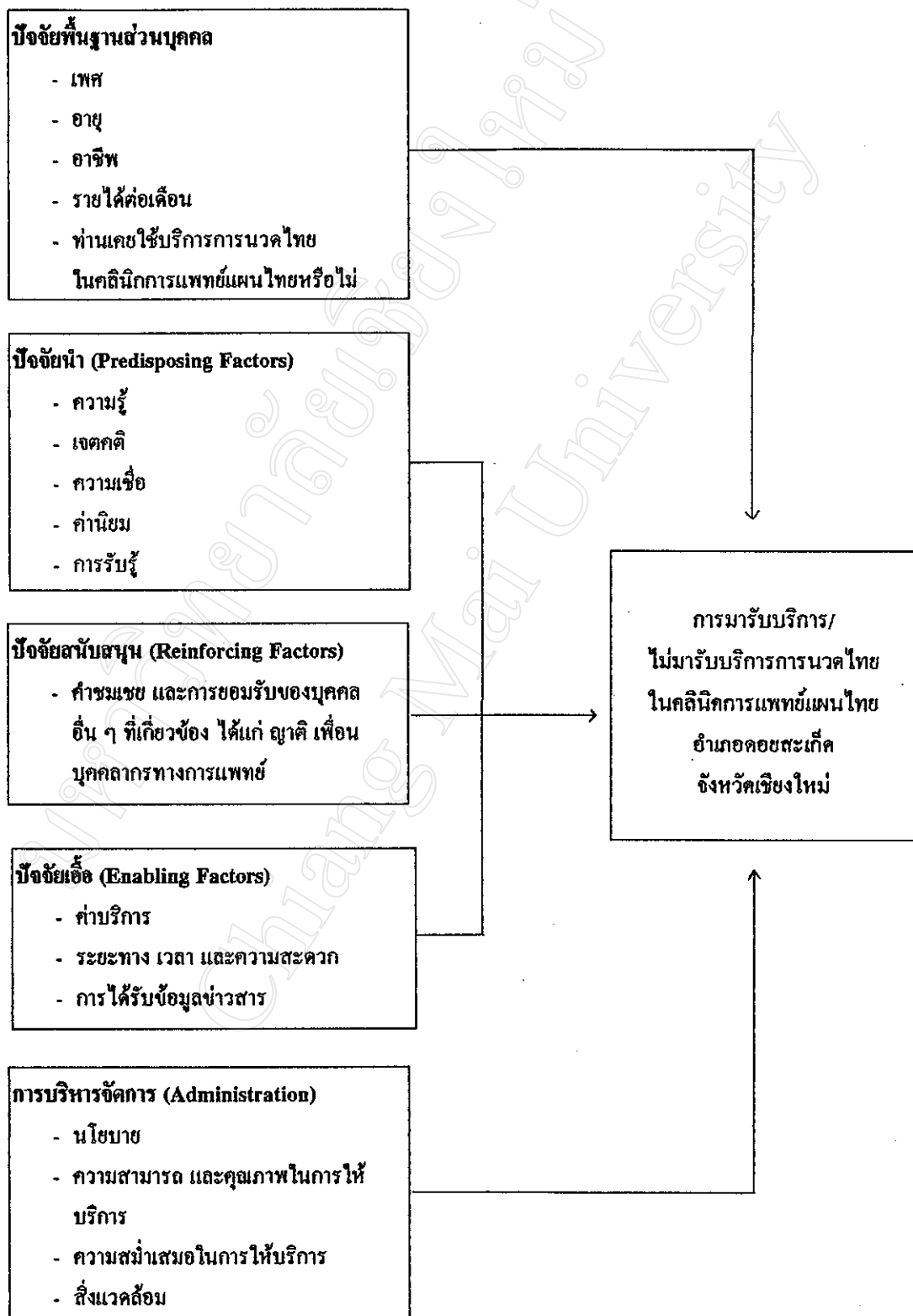
13. ปัจจัยที่สามารถทำนายผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน คือ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม โดยสามารถอธิบายได้ร้อยละ 14.8

จากงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ใช้ Precede Frame-Work มาเป็นแนวทางเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการให้บริการนวดไทยนั้น จะต้องจำแนกปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการให้บริการนวด แล้วนำมาจัดกลุ่มให้อยู่ในกลุ่มปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยสนับสนุน จากนั้นจึงกำหนดตัวแปรที่จะศึกษาในแต่ละปัจจัยดังนี้

ปัจจัยนำตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้ต่อการนวดไทย ทักษะการนวดไทย ความเชื่อต่อการนวดไทย ค่านิยมต่อการนวดไทย

ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมและการยอมรับของบุคคลอื่น ได้แก่ ญาติ เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์

ปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ การบริการ ระยะทาง เวลา ความสะดวก การได้รับข้อมูล ข่าวสาร โดยมีกรอบแนวความคิดในการวิจัยดังแผนภาพ 6



แผนภาพ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย