

การรับรู้ความเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาพยาบาล

การศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาพยาบาล เป็นการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ในการศึกษาบทนี้ แบ่งออกเป็น 8 ส่วน คือ การรับรู้ความเจ็บป่วย ระบบการดูแลสุขภาพ ระบบการให้บริการของโรงพยาบาลพล ความคาดหวังในการดูแลความเจ็บป่วย ชนิดความเจ็บป่วย ระยะเวลาที่พักรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา และผลการรักษาความเจ็บป่วย ซึ่งผลการศึกษา มีดังนี้

5.1 การรับรู้ความเจ็บป่วย

5.1.1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป

การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป โดยใช้ความรู้ทางการแพทย์เป็นเกณฑ์ พบว่า เครื่องวัดมีการรับรู้โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 5.1) การรับรู้ที่ถูกต้องในระดับมาก ได้แก่ การรับรู้โรคพยาธิใบไม้ในตับเกิดร่วมกับการกินอาหารดิบๆ วันโรคติดต่อกันได้โดยทางเดินหายใจหรือเสมหะ โรคเบาหวานเป็นโรคกรรมพันธุ์โดยที่พ่อเป็นโรคเบาหวานลูกมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้ และแผลผิวหนังของคนที่เป็นเบาหวานต้องได้รับการรักษา การรับรู้ที่ถูกต้องในระดับปานกลาง คือ การรับรู้จากระวังถ่ายเป็นน้ำ 4-5 ครั้งควรได้รับการรักษา และรับรู้ว่าการสัมผัสน้ำลายเลือดเสมหะของผู้ป่วยไม่มีอันตราย ซึ่งจะต้องให้ความรู้กับเครือญาติว่าสามารถติดเชื้อโรคจากผู้ป่วยได้ การรับรู้ที่ถูกต้องในระดับน้อย คือ การรับรู้ที่ใช้เลือดออกป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีน ซึ่งในทางทางการแพทย์ปัจจุบันนี้ยังไม่สามารถฉีดวัคซีนป้องกันใช้เลือดออกได้ วิธีการป้องกันที่ดีที่สุด คือ การออกกำลังกายไม่ให้ยุ่งกีด โดยเฉพาะตอนกลางวันจะมียุ่งลายมากซึ่งเป็นพาหนะนำเชื้อโรคใช้เลือดออกมาสู่คน และการรับรู้โรคไส้ติ่งอักเสบเกิดจากการกินผลไม้ที่มีเมล็ดแข็ง ซึ่งในทางการแพทย์พบว่าไส้ติ่งอักเสบเกิดจากการอุดตันที่บริเวณไส้ติ่ง ถ้าปล่อยทิ้งไว้ อาจทำให้ไส้ติ่งแตกอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เมื่อมีอาการน่าสงสัยควรรีบปรึกษาแพทย์

ตารางที่ 5.1 ระดับการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป

การรับรู้สุขภาพอนามัยทั่วไป	n	ร้อยละ		คะแนน	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
		ถูก	ไม่ถูก	เต็ม			
1 โรคพยาธิใบไม้ในตับเกิด ร่วมกับการกินอาหารดิบต่างๆ	187	95.5	4.5	1	.96	.20	มาก
2 วัณโรคเป็นโรคติดต่อจากคนหนึ่ง ไปยังอีกคนหนึ่งได้ โดยทาง เดินหายใจ เสมหะ	186	94.1	5.9	1	.94	.24	มาก
3 พ่อเป็นโรคเบาหวานลูกมี โอกาสเป็นโรคเบาหวานได้	186	73.7	26.3	1	.74	.44	มาก
4 แผลบริเวณผิวหนังของคนเป็น เบาหวานควรได้รับการรักษา	186	72.0	28.0	1	.72	.45	มาก
5 อุจจาระร่วงถ่ายเป็นน้ำ 4-5 ครั้งควรได้รับการรักษา	187	57.4	32.6	1	.67	.47	ปานกลาง
6 อาการทางจิตส่วนใหญ่เกิด จากผีปอบ	187	62.6	47.1	1	.63	.49	ปานกลาง
7 การสัมผัสน้ำลาย เลือด เสมหะผู้ป่วยมีอันตราย	186	52.2	47.8	1	.52	.50	ปานกลาง
8 โรคคางทูมเป็นโรคที่ไม่ต้อง ทำอะไรก็หายเองได้	186	47.6	52.4	1	.52	.50	ปานกลาง
9 ใช้เลือดออกป้องกันได้โดย การฉีดวัคซีน	186	32.6	67.4	1	.33	.47	น้อย
10 โรคไส้ติ่งอักเสบเกิดจาก การกินผลไม้เมล็ดแข็ง	187	18.7	81.3	1	.19	.39	น้อย
รวม	186	0.5	95.5	1	.62	.16	ปานกลาง

5.1.2 การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

เครื่องมือส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น การรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยที่อวัยวะใด ระบบใด อาการสำคัญของความเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องไปพบแพทย์ เช่น "ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมา" "ผู้ป่วยมีอาการหอบ หายใจไม่อิ่ม" "ผู้ป่วยมีอาการไอ มากจนต้องมาหาหมอ" นอกจากนี้ยังมีการรับรู้เกี่ยวกับชนิดความเจ็บป่วย ประเภทความรุนแรง สาเหตุความเจ็บป่วย และการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา ซึ่งผลการศึกษามีดังนี้ (ตารางที่ 5.2)

1) การรับรู้ชนิดของความเจ็บป่วย พบว่า เครื่องมือส่วนใหญ่ร้อยละ 89.3 รับรู้ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อ ซึ่งสอดคล้องกับทางการแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลระยะที่ทำการรักษา ส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยที่ไม่ใช่โรคติดต่อ

2) การรับรู้ประเภทความรุนแรง พบว่า เครื่องมือรับรู้ว่าเป็นแบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรังในสัดส่วนใกล้เคียงกัน อาการเฉียบพลันนั้นดูจากอาการเป็นทันที ไม่มีอาการเตือนล่วงหน้า และแบบเรื้อรังโดยดูจากระยะเวลาที่เป็นและเคยเป็นมาแล้ว ซึ่งเครื่องมือมีการแยกแยะการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังหรือแบบเฉียบพลัน เช่น อุบัติเหตุรถชนกัน เป็นประเภทความรุนแรงแบบเฉียบพลัน ปวดท้องบ่อยๆ เป็นประเภทแบบเรื้อรัง

3) การรับรู้ระดับความรุนแรง พบว่า เครื่องมือส่วนใหญ่ร้อยละ 51.3 รับรู้ระดับรุนแรงมาก โดยดูลักษณะอาการของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดมาก มีความทุกข์ทรมานมากจากความเจ็บปวด หรือผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ได้น้อยมากก็จัดว่าอยู่ในระดับรุนแรงมาก ส่วนระดับปานกลางนั้นดูที่ผู้ป่วยทนทุกข์ทรมานเล็กน้อยพอช่วยเหลือตนเอง ได้ มีส่วนน้อยเท่านั้นที่รับรู้ว่าคุณป่วยมีอาการไม่รุนแรง

4) การรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วย พบว่า เครื่องมือส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.0 รับรู้สาเหตุความเจ็บป่วยเกิดจากธรรมชาติ เช่น "อาการปวดท้องกระเพาะ เกิดจากการรับประทานอาหารไม่ดี" หรือ "ปวดท้องเพราะอาหารผิดสำแดง" หรือ "เจ็บป่วยเพราะร่างกายไม่แข็งแรง" และ "อุบัติเหตุรถชนกันเกิดจากความประมาท กินเหล้ามาแล้วชน" มีส่วนน้อยที่รับรู้สาเหตุเกิดจากอำนาจนอกเหนือธรรมชาติ การทำผิดประเพณี

กรณีตัวอย่าง เครื่องมือโดยสายโลหิตรายหนึ่ง เป็นลูกชายของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการนอนซม รับประทานอาหารไม่ได้ โอนมากจนนอนไม่ได้ ผอมลง ไม่ยอมพูดจากับใคร ลูกชายรับรู้สาเหตุมาจากสิ่งเหนือธรรมชาติ โดยให้เหตุผลว่า "ความเจ็บป่วยเกิดจาก

ผีปดามาลงโทษ เนื่องจากพ่อกับพี่ชายของพ่อทะเลาะกันเรื่องแย่งที่ดิน จนพ่อกับพี่ชายไม่พูดกัน ต่อมาพ่อล้มป่วยลง ลูกชายจึงไปหาหมอทรง หมอทรงบอกว่าผีปดามาลงโทษ ให้ทำพิธีขอขมาต่อผีบรรพบุรุษ และให้พี่น้องคืนดีกัน "

และมีเครือข่ายติบางรายที่มีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย เกิดจากทั้งสิ่งเหนือธรรมชาติและเกิดจากธรรมชาติ เช่น เครือญาติโดยการแต่งงาน เป็นภรรยาของผู้ป่วย ได้มาดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุรถชนกัน ภรรยาให้เหตุผลว่า "ความเจ็บป่วยรถชนกันเกิดได้จาก 2 สาเหตุ ใจหนึ่งคิดว่าเกิดจากสาเหตุธรรมชาติเพราะผู้ป่วยขับรถเร็ว คงขับรถอย่างประมาท แต่อีกใจก็คิดว่าเกิดจากสาเหตุทางไสยศาสตร์ เชื่อว่าบนถนนที่ชนกันนั้นมีคนตายบ่อย จึงคิดว่าผีมาทำให้เหลี่ยมตา (แสบตา) ทำให้คนขับมองไม่เห็นรถยนต์สวนมา"

5) การรับรู้การตรวจพิเศษที่อาจเสี่ยงอันตราย พบว่า เครือญาติส่วนใหญ่รับรู้ว่าการตรวจพิเศษไม่เสี่ยงอันตราย ร้อยละ 71.1 และมีบางส่วนรับรู้ว่าการตรวจพิเศษบางอย่างอาจมีอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เช่น การเจาะเลือด การเจาะหลัง การ x-rays การตัดชิ้นเนื้อ แต่ถ้ามีความจำเป็น เช่น "หมอบอกว่าต้องตรวจพิเศษก็ต้องยอมเพื่อให้คนไข้ได้ตรวจอย่างละเอียด และเชื่อว่าถ้าหมอทำคงปลอดภัย เพราะหมอเรียนมาคงมีความชำนาญและพิจารณาแล้วว่าสมควรทำ" โดยเครือญาติส่วนใหญ่จะไม่มีการต่อต้านการตรวจพิเศษดังกล่าว

6) การรับรู้การรักษาที่เสี่ยงอันตราย พบว่า เครือญาติส่วนใหญ่รับรู้ว่าการรักษาไม่เสี่ยงอันตราย ร้อยละ 65.3 มีเครือญาติบางส่วนมีการรับรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษาที่อาจเสี่ยงต่ออันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การให้เลือด การฉีดเข้าเส้น การให้น้ำเกลือ การฉายแสง การผ่าตัด ส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าการผ่าตัดเป็นวิธีที่อันตรายที่สุด แต่เพื่อช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยแล้วเครือญาติก็จะยินยอมและลดความวิตกกังวลได้ ถ้าหากได้รับคำอธิบายจากแพทย์พยาบาลให้เข้าใจ จะมีบางรายเท่านั้นที่รับรู้การให้น้ำเกลือมีอันตราย เช่น

ตัวอย่างกรณีเครือญาติโดยสายโลหิตและเครือญาติโดยการแต่งงาน ซึ่งได้แก่ ลูกๆ หลานๆ พี่ น้อง ภรรยา ลูกเขย ลูกสะใภ้ พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล แพทย์ได้ให้การรักษาโดยการให้รับประทานยา ให้น้ำเกลือ เนื่องจากผู้ป่วยทานอาหารไม่ได้มาหลายวัน มีไข้สูง และอ่อนเพลีย ในขณะที่ให้น้ำเกลือผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่น เครือญาติจึงวิตกกังวลและรับรู้ผู้ป่วยแพ้น้ำเกลือ จึงขอให้แพทย์พยาบาลเอาน้ำเกลือออก แพทย์พยาบาลอธิบายความจำเป็นที่รักษาให้น้ำเกลือ แต่เครือญาติได้ปรึกษาหารือกันขอพาผู้ป่วยกลับบ้าน โดย

ไม่สมัครใจรับการรักษาที่โรงพยาบาล ในกรณีเช่นนี้การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาของ
เครือญาติไม่สอดคล้องกับการรับรู้ของแพทย์พยาบาล จึงทำให้ต่อต้านการรักษา

ตารางที่ 5.2 การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
n = 187		
การรับรู้ชนิดความเจ็บป่วย		
โรคติดต่อ	2	9.1
โรคไม่ติดต่อ	167	89.3
ไม่รับรู้	3	1.6
การรับรู้ประเภทความรุนแรง		
แบบเฉียบพลัน	94	50.3
แบบเรื้อรัง	90	48.1
ไม่รับรู้	3	1.6
การรับรู้ระดับความรุนแรง		
ระดับมาก	96	51.3
ระดับปานกลาง	70	37.4
ระดับน้อย	13	7.0
ไม่รุนแรง	7	3.7
ไม่รับรู้	1	0.5
การรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วย		
อำนาจเหนือธรรมชาติ	7	3.7
ธรรมชาติ	172	92.0
ทั้ง 2 สาเหตุ	6	3.2
ไม่รับรู้	2	1.0

ตารางที่ 5.2 การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ต่อ)

การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
n = 187		
การรับรู้การตรวจพิเศษที่อาจเสี่ยงอันตราย		
ไม่มี	73	71.1
มี - การ X-rays	21	11.2
- การเจาะเลือด	7	3.7
- การเจาะหลัง	2	1.1
- การตัดชิ้นเนื้อ	11	5.9
- ตอบมากกว่า 1 ข้อ	7	3.8
ไม่รับรู้	6	3.2
การรับรู้การรักษาที่เสี่ยงอันตราย		
ไม่มี	122	65.3
มี - ฉีดยาเข้าเส้น	1	0.5
- ให้น้ำเกลือ	15	8.0
- การฉายแสง	2	1.1
- การผ่าตัด	29	15.5
- ตอบมากกว่า 1 ข้อ	13	6.9
ไม่รับรู้	5	2.7

5.1.3 การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่สอดคล้องกับทางการแพทย์

เครือข่ายส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์ระดับมาก ได้แก่ การรับรู้ อวัยวะที่เจ็บป่วย รับรู้อาการสำคัญ รับรู้โรคที่ผู้ป่วยเป็น รับรู้ชนิดความเจ็บป่วย รับรู้ ประเภทความรุนแรง รับรู้สาเหตุความเจ็บป่วย รับรู้การตรวจพิเศษที่อาจเสี่ยงอันตราย รับรู้การรักษาที่อาจเสี่ยงอันตราย แต่มีเครือข่ายบางส่วนยังมีการรับรู้ความเจ็บป่วยไม่ สอดคล้องกับทางการแพทย์ โดยเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับระดับความรุนแรงที่สอดคล้องกับ ทางทางการแพทย์ระดับน้อย (ตารางที่ 5.3)

เครือข่ายส่วนใหญ่รับรู้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปว้นหรือมีระดับความรุนแรงมาก โดยดูจากอาการของผู้ป่วยที่เบี่ยงเบนไปจากชีวิตประจำวัน และการไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ เช่น มีอาการปวดท้องมากจนตัวบิดตัวอและร้องครวญครางด้วยความเจ็บปวด มีอาการวิงเวียนคลื่นไส้มากจนลุกนั่งไม่ได้ มีอาการทรนทรายจากความไม่สบาย และอาการอื่นๆ ที่ทำให้เครือข่ายวิตกกังวล แต่ในทางการแพทย์มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น จะดูจากความเจ็บป่วยนั้นเสี่ยงต่อความพิการ หรือเสี่ยงอันตรายต่อชีวิต ถ้าความเจ็บป่วยนั้นเสี่ยงต่อความพิการ หรือเสี่ยงอันตรายต่อชีวิต แพทย์ก็ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติก่อน

เห็นได้ว่าการรับรู้ระดับความรุนแรงระหว่างเครือข่ายกับทางการแพทย์แตกต่างกัน โดยการใช้เกณฑ์ตัดสินระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยต่างกัน จึงทำให้เกิดเหตุการณ์ความขัดแย้งระหว่างเครือข่ายและบุคลากรทางการแพทย์เสมอ ในด้านมุมมองความคิดเห็นของเครือข่าย มักจะมองว่าบุคลากรทางการแพทย์ไม่ค่อยสนใจผู้ป่วย โดยให้เหตุผลว่า "ผู้ป่วยเจ็บจะตายอยู่แล้ว หมอยังไม่ยอมมาดูแลผู้ป่วยเลย" บางรายให้เหตุผลว่า "ผู้ป่วยมีอาการเป็นมาก หมอกับพยาบาลไม่เคยมาดูแลเลย พอหมอมาดูก็บอกว่าไม่เป็นอะไร ถ้าไม่เป็นอะไรทำไมผู้ป่วยยังเจ็บล่ะ" ในด้านบุคลากรทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือนพยาบาลจะต้องมีหน้าที่ช่วยเหลือรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้หายจากความเจ็บป่วย แต่เนื่องจากสภาพปัญหาบุคลากรด้านสาธารณสุขในประเทศไทยที่ยังขาดแคลนแพทย์เป็นจำนวนมาก จึงทำให้การให้บริการทางการแพทย์ ไม่สามารถดูแลได้อย่างทั่วถึง

เครือข่ายส่วนหนึ่งที่มีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยสอดคล้องกับทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงแหล่งที่ทำให้มีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ถูกต้องว่า "มีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยต่างๆบ้าง โดยจากการอ่านหนังสือเกี่ยวกับสุขภาพ จากการพูดคุยกับผู้ที่เคยเจ็บป่วยมาก่อน จากการแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ บางครั้งก็มีการรับรู้เรื่องโรคต่างๆ จาก วิทยุโทรทัศน์"

ตารางที่ 5.3 ระดับการรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์

การรับรู้ที่สอดคล้อง กับทางการแพทย์	n	ร้อยละ		คะแนน	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
		สอดคล้อง	ไม่สอดคล้อง				
1. รับรู้วัยวุฒิที่เจ็บป่วย	171	91.8	8.2	1	.92	.28	มาก
2. รับรู้อาการสำคัญ	176	98.9	1.1	1	.98	.11	มาก
3. รับรู้โรคที่ผู้ป่วยเป็น	159	69.8	30.2	1	.69	.46	มาก
4. รับรู้ชนิดความเจ็บป่วย	184	86.4	13.6	1	.86	.34	มาก
5. รับรู้ประเภทความรุนแรง	185	72.4	27.6	1	.72	.45	มาก
6. รับรู้ระดับความรุนแรง	186	24.7	75.3	1	.25	.43	น้อย
7. รับรู้สาเหตุความเจ็บป่วย	185	93.0	7.0	1	.93	.26	มาก
8. รับรู้การตรวจพิเศษที่- อาจเสี่ยงอันตราย	181	76.8	23.2	1	.77	.42	มาก
9. รับรู้วิธีการรักษาที่เสี่ยงอันตราย	182	69.2	30.8	1	.69	.46	มาก
รวม	143	7.0	93.0	1	.76	.14	มาก

5.2 ระบบการดูแลสุขภาพ

5.2.1 รูปแบบพฤติกรรมในการดูแลรักษาพยาบาล

เมื่อมีความเจ็บป่วย รูปแบบพฤติกรรมในการดูแลรักษาพยาบาลจะมีความแตกต่างกัน แล้วแต่ระดับการเจ็บป่วย และการรับรู้หรือการประเมินอาการของที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาล 3 รูปแบบ คือ

- 1) เมื่อมีอาการผิดปกติ ก็จะไม่รักษาหรือปฏิบัติใดๆ แต่จะปล่อยให้อาการนั้นหายเอง หรือเป็นไปจนกว่าอาการจะรุนแรงขึ้น จึงจะรักษาหรือหาวิธีปฏิบัติตัวให้อาการดีขึ้น
- 2) ใช้วิธีการรักษาตนเองโดยวิธีต่างๆ ซึ่งจะเริ่มจากการปฏิบัติตัวเพื่อให้อาการต่างๆหายไป เช่น การหยุดทำงาน การนอนพักผ่อน การดื่มน้ำมากๆ การชะล่าอาหาร

ต่างๆ การบินบวด ตลอดจนการหาสมาธิประทาน การใช้สมุนไพร เป็นต้น

3) การแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาล ซึ่งมีทั้งแหล่งรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน เช่น หมอแผนโบราณต่างๆ และแหล่งรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันทั้งของรัฐและเอกชน ในขั้นตอนดังกล่าว เมื่อพบว่า ผลการรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจก็จะแสวงหาแหล่งอื่นๆต่อไป ซึ่งเป็นได้ทั้งจากแหล่งหมอพื้นบ้านก่อนไปรักษากับแผนปัจจุบัน หรือจากการรักษากับแผนปัจจุบันก่อนไปรักษากับหมอพื้นบ้าน และจากการรักษากับหมอแผนปัจจุบันแหล่งหนึ่งไปยังอีกแหล่งหนึ่ง

กรณีตัวอย่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลที่มีทั้ง 3 รูปแบบ คือ ผู้ป่วย อายุ 34 ปี อยู่บ้านหนองสิม ตำบลโจดหนองแก อำเภอฟล ป่วยด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบ อาการเจ็บป่วยระยะแรกด้วยจุดแน่นท้อง ไม่รักษาใดๆคิดว่าไม่กี่วันก็หาย จุดแน่นท้องได้ 2-3 วัน อาการยังไม่ดีขึ้น จึงเล่าให้ภรรยาฟังและบอกให้ภรรยาไปซื้อยาลดกรดในกระเพาะมาให้ เนื่องจากเคยเป็นโรคกระเพาะรับประทานยาแล้วหาย ภรรยาจึงไปซื้อยาและให้การดูแลโดยการ จัดอาหารที่ไม่มีรสเผ็ด ให้หยุดพักนอนไม่ต้องทำงาน เอายาหม่องนวดบริเวณท้อง ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 1-2 วันอาการไม่ดีขึ้น จึงพาผู้ป่วยไปหาหมอที่คลินิกเอกชน แพทย์ให้ยามารับประทาน ประมาณ 1 สัปดาห์ อาการก็ยังไม่ดีขึ้น จึงเปลี่ยนไปรักษาที่โรงพยาบาลพล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ

5.2.2 การตัดสินใจเลือกแหล่งรักษาพยาบาล

การตัดสินใจเลือกแหล่งรักษาพยาบาลของเครือญาตินั้น มีเงื่อนไขดังนี้

1) ความเชื่อหรือความศรัทธา เนื่องจากการเลือกแหล่งรักษาพยาบาลที่เหมาะสม เกิดจากการสั่งสมความรู้ประสบการณ์ ประเมินอาการและสาเหตุของความเจ็บป่วย ตามพื้นฐานความเชื่อและประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติพี่น้อง โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แบบพื้นบ้าน ซึ่งพื้นฐานของความเชื่อจะมีความสำคัญมากที่สุด ส่วนสถานบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันนั้น ชาวบ้านจะมีความศรัทธาในสถานบริการแต่ละแห่งแตกต่างกัน ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับขีดความสามารถและคุณภาพของการให้บริการในแต่ละแห่งตามที่ตนเองประสบหรือได้ยินได้ฟังมา

2) คุณภาพและขีดความสามารถของการให้บริการ พบว่า เครือญาติส่วนใหญ่ ระบุว่า สถานบริการประเภทใดมีขีดความสามารถมากน้อยเพียงใด และจะเลือกใช้บริการได้อย่างเหมาะสม เช่น การเจ็บป่วยเล็กน้อยมักจะไปที่สถานีนานามัยมากกว่าโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ แต่ละบุคคลก็จะนิยมไปรับบริการที่โรงพยาบาลในแต่ละแห่ง

แตกต่างกัน ส่วนหนึ่งเกิดจากความประทับใจในการให้บริการที่แตกต่างกัน

3) ความสะดวกในการเดินทาง ดังที่กล่าวมาแล้วว่า นอกจากระยะทางใกล้ไกลแล้ว การเดินทางที่สะดวกเป็นปัจจัยตัวหนึ่งในการเลือกไปรับบริการ แม้ว่าขีดความสามารถของสถานบริการจะทัดเทียมกันก็ตาม

4) สภาพทางเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกแหล่งรักษาพยาบาลที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง เช่น คลินิก หรือโรงพยาบาลของเอกชน ซึ่งผู้ที่มีฐานะดีจะมีโอกาสไปรับบริการได้มากกว่า แม้ว่าผู้ที่มีฐานะยากจนจะมีความเชื่อถือศรัทธาว่าเป็นสถานบริการที่ดี แต่ก็มีโอกาสไปรับบริการได้น้อย อย่างไรก็ตามสำหรับปัญหาการเจ็บป่วยนั้น ปัจจัยทางเศรษฐกิจจะมีความสำคัญน้อยกว่าปัจจัยอื่น เนื่องจากเป็นภาวะความจำเป็นที่คนส่วนใหญ่ต้องยอมสูญเสียค่าใช้จ่ายไม่ว่าจะมากเพียงใด เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะต้องกู้ยืมเงินทองมารักษาต่อไป

5.2.3 แหล่งรักษาพยาบาล

สำหรับแหล่งรักษาพยาบาลผู้วิจัยได้แบ่งแหล่งรักษาพยาบาลออกเป็น 2 แหล่ง คือ แหล่งรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านและแหล่งรักษาแผนปัจจุบัน ผลการศึกษามีดังนี้

ก. แหล่งรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน พบว่า แหล่งการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน เช่น หมอไสยศาสตร์ หมอธรรม หมอลำผีฟ้า หมอเป่า หมอสมุนไพร โดยในปัจจุบันหมอดังกล่าวเริ่มมีน้อยลง เพราะไม่มีคนสืบทอดต่อเหมือนสมัยก่อน อย่างไรก็ตามพบว่า ยังมีเครือญาติบางส่วนยังนิยมไปรักษากับหมอดังกล่าว ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าเครือญาติจะประเมินอาการหรือสาเหตุของความเจ็บป่วยอย่างไร และส่วนใหญ่จะพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือไปรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไม่เป็นที่น่าพอใจ เครือญาติบางส่วนที่ยังมีความเชื่อแบบดั้งเดิมอยู่ จะหันกลับมาใช้วิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาแผนปัจจุบัน ตลอดจนผู้ป่วยที่หาสาเหตุการเจ็บป่วยในทางการแพทย์แผนปัจจุบันไม่เด่นชัด เครือญาติจึงคิดว่าเป็นการกระทำของสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ อีกทั้งเป็นการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยและเครือญาติมีความสบายใจมากขึ้น

ข. แหล่งรักษาพยาบาลแผนปัจจุบัน จากการศึกษพบว่า เครือญาติมีแหล่งรักษาพยาบาลแผนปัจจุบัน มีทั้งในร้านขายของชำ กองทุนยา หมอฉีดยา สถานเอนกามัย โรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ร้านขายของชำในหมู่บ้าน จะมีหมู่บ้านละประมาณ 2-4 ร้าน มักจะขายยา

สำเร็จรูปด้วย ได้แก่ ยาแก้ปวดบรูรา ยาทมิใจ ยาแก้ไอน้ำดำ ยาลดกรดในกระเพาะ ยาแก้ปวดต่าง ๆ และบางร้านจะขายยาปฏิชีวนะด้วย เครือญาตินิยมซื้อจากร้านของชำเนื่อง จากหาซื้อง่าย ไม่ต้องเดินทางไกล ราคาถูก เช่น ยาแก้ปวด ซองละ 1 บาท ในการซื้อ แต่ละครั้งไม่เกิน 10 บาท ยังซื้อติดบ้านไว้ใช้ในยามจำเป็นเวลากลางคืน

2) กองทุนยาในหมู่บ้าน พบว่า เครือญาติครึ่งหนึ่งซื้อยาจากกองทุนยาเมื่อ มีความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เช่น ยาแก้ปวดลดไข้ ยาลดกรดในกระเพาะ ยาแก้หวัดแก้ไอ เครือญาติอีกครึ่งหนึ่งไม่ได้ซื้อยาจากกองทุนยา โดยบางส่วนมีความเชื่อว่า ยาในกองทุนยา ได้มาจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการซื้อมาในราคาถูก มีคุณภาพปานกลาง การรักษาจะไม่ได้ ผลเท่าที่ควร มีเครือญาติผู้หนึ่งตอบว่า "ซื้อยาลดไข้ที่กองทุนยาแล้วใช้ไม่ค่อยลด จะต้องซื้อยาร้านขายของชำ กินแล้วใช้ได้" อันเป็นค่านิยมอย่างหนึ่งที่มักใช้ยาที่ออกฤทธิ์แรง และบางส่วนที่ตอบว่าไม่มีกองทุนยาในหมู่บ้าน โดยให้เหตุผลว่า "ในหมู่บ้านเคยมีกองทุนยา แล้ว แต่ต่อมามีปัญหาคนขายยาจะเป็นอสม. ไม่ค่อยอยู่ต้องไปทำมาหากิน ถึงแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนเวรมาขายยา แต่ก็ยังมีปัญหาทำให้ชาวบ้านไม่ได้รับความสะดวกในการซื้อยา" และเหตุผลหนึ่งก็คือ "กรรมการกองทุนยาขาดความสามัคคีในการดำเนินงานก็ต้องเลิกล้มไป บางส่วนตั้งกองทุนยาแล้วการบริหารจัดการไม่ดีพอ มีปัญหาขาดทุน โกงเงิน ในที่สุด กองทุนยาจึงต้องล้มเลิกไป"

3) บ้านหมอนิดยา ด้วยอิทธิพลทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้หันมานิยม รักษาพยาบาลมากขึ้น จะเห็นได้จากค่านิยมการใช้ยา พบว่า นิยมใช้ยาที่ออกฤทธิ์แรงมาก โดยเฉพาะยาฉีด เพราะคิดว่าได้ผลเร็ว ไม่ต้องเสียเวลาในการเจ็บป่วยมาก นอกจากนี้ ยังนิยมยาฉีดเพื่อบำรุงร่างกาย ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้ร่างกายแข็งแรงมีกำลังทำงานได้มาก เช่น การให้น้ำเกลือ ชาวบ้านจะเรียกว่า "โปรตีน" จึงทำให้มีผู้ประกอบอาชีพเป็นหมอ ฉีดยาตามหมู่บ้าน และได้รับความนิยม เพราะมีความสะดวก สามารถเรียกใช้ได้ง่าย ซึ่ง สามารถบริการได้ถึงบ้านในทุกครั้งที่ผู้ป่วยต้องการ ส่วนราคาค่าบริการแต่ละครั้งก็สามารถตกลงกันได้ เช่น ค่าฉีดยาบำรุงเข็มละ 30 บาท ส่วนการให้น้ำเกลือฉีดครั้งละ 150-300 บาท เป็นต้น

4) สถานีอนามัย ซึ่งมีอยู่ในทุกตำบลเป็นแหล่งบริการรักษาพยาบาลอีกประเภทหนึ่งที่ชาวบ้านนิยมไปใช้บริการ ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับว่าตั้งอยู่มีระยะทางไกลใกล้จากหมู่บ้าน หรือ เดินทางไปมาได้สะดวกหรือไม่ เช่น ไม่มีรถประจำทางผ่าน ไม่มีรถส่วนตัวเดินทางไป ก็จะไม่ได้รับความนิยมจากเครือญาติ ถ้าสถานีอนามัยอยู่ในหมู่บ้านก็จะนิยมไปใช้บริการมาก

และยังขึ้นอยู่กับมนุษย์สัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ ส่วนความเชื่อถือของความสามารถของบุคลากรในสถานื่อนามัยนั้น เครือญาติจะมีการรับรู้ว่ามีขีดความสามารถระดับใด จะไปหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย นอกจากนี้การอยู่ทำงานของบุคลากรประจำสถานื่อนามัย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ชาวบ้านจะนิยมไปใช้บริการ โดยมีบางส่วนบอกว่า "ไปสถานื่อนามัยที่ไร หมอไม่ค่อยอยู่ เดี่ยวไปอบรม เดี่ยวไปโน้นไปนี้ เดือนหนึ่งๆ อยู่ไม่กี่วัน เวลาไปที่ไรก็ไม่อยู่สักที ไม่อยากไปให้เสียเวลา" สำหรับคำรักษาพยาบาลในสถานื่อนามัยส่วนใหญ่ตอบว่า ราคาไม่แพง ประมาณ 10-40 บาท เป็นต้น

5) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จะอยู่ในตัวอำเภอ ซึ่งการไปรับบริการของชาวบ้านนั้น จะขึ้นอยู่กับการเดินทางที่สะดวกมากกว่าการมีระยะทางใกล้ไกล เช่น หมู่บ้านหนึ่งอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลบ้านไผ่ 12 กิโลเมตร แต่อยู่ไกลจากโรงพยาบาลพล 16 กิโลเมตร เครือญาติส่วนหนึ่งจะนิยมไปรักษาที่โรงพยาบาลพลมากกว่าเนื่องจากมีถนนลาดยาง ทำให้การเดินทางสะดวกกว่า ทั้งๆที่ขีดความสามารถของโรงพยาบาลบ้านไผ่และโรงพยาบาลพลซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ 60 เตียง มีขีดความสามารถในการรักษาไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความเชื่อถือศรัทธาหรือความประทับใจในการให้บริการ เช่น เครือญาติในหมู่บ้านหนึ่ง ซึ่งอยู่ใกล้โรงพยาบาลเวียงน้อยเพียง 8 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 15 นาที ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้และเดินทางสะดวก แต่ก็ยังมีบางส่วนมารักษาที่โรงพยาบาลพล และโรงพยาบาลแม่และเด็กอำเภอพล เนื่องจากมีความเชื่อว่าเป็นโรงพยาบาลใหญ่กว่า มีเครื่องมือ มีหมอที่มีความชำนาญมากกว่า

5.3 ระบบการให้บริการของโรงพยาบาลพล

โรงพยาบาลพลเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง โดยมีการแบ่งเป็นฝ่ายงานต่างๆ ดังนี้คือ งานเวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งเป็นแพทย์สาขาเวชกรรมทั่วไป งานชันสูตร สาธารณสุข ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายสุขาภิบาล และป้องกันโรค ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน และฝ่ายทันตสาธารณสุข

ขอบเขตความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีบทบาทหน้าที่การ รักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ได้เน้นงานรักษาพยาบาล โดยโรงพยาบาลพลจะต้องมีขีดความสามารถในการรักษาโรคต่างๆ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ และโครงการพัฒนาบริการสาธารณสุข (พอส.) เขต 4 โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ประเมินศักยภาพโรงพยาบาลพลในปี พ.ศ. 2537 มีงานบริการได้มาตรฐาน ถึงระดับร้อยละ 93.4 ซึ่งโรงพยาบาลพลได้ให้บริการดังนี้

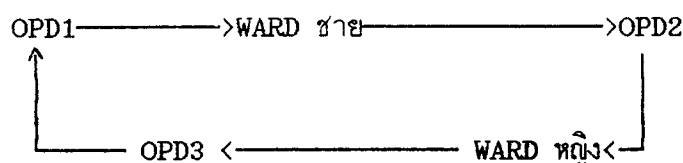
5.3.1 งานคลินิกบริการ

งานคลินิกบริการเป็นงานให้บริการรักษาความเจ็บป่วย จะต้องมีความสามารถในการรักษาพยาบาล และมีเครื่องมือในการรักษาพยาบาล ในการรักษาโรคดังต่อไปนี้ ได้แก่ ความเจ็บป่วยทางอายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม และ ศัลยกรรมทั่วไป

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดรูปแบบงานบริการออกเป็นฝ่ายต่างๆ ที่เอื้ออำนวยอำนวยต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าวิจัยจะกล่าวถึงฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น มีดังนี้

5.3.1.1 งานเวชปฏิบัติทั่วไป

งานเวชปฏิบัติทั่วไปเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษา โดยแพทย์ทั้งหมด 5 คนทำหน้าที่ตรวจ รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้สู่สภาพปกติ และมีการแบ่งความรับผิดชอบผู้ป่วยโดยแพทย์จะมีการหมุนเวียน (Turn) ตามจุดต่างๆ ทุก 2 สัปดาห์ ดังแผนภูมิ 5.1



แผนภูมิที่ 5.1 การหมุนเวียนการปฏิบัติงานเวชปฏิบัติของแพทย์

5.3.1.2 ฝ่ายการพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาลมีหัวหน้าพยาบาล ควบคุมกำกับงานดูแลพยาบาลผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งแบ่งงานออกเป็น แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน งานห้องผ่าตัด งานห้องคลอด หน่วยจ่ายกลางและซักฟอก ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยจะศึกษาเฉพาะงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเครื่องมือเท่านั้น ซึ่ง ได้แก่

ก) ดึงผู้ป่วยนอก

1) ห้องบัตร บุคลากรห้องบัตรมีหน้าที่ให้บริการ เครือญาติหรือผู้ป่วยที่มาติดต่อทำบัตรใหม่ ยื่นบัตรเก่า หรือแจ้งบัตรหาย ที่โต๊ะประชาสัมพันธ์ พร้อมรับบัตรคิว บริเวณโต๊ะประชาสัมพันธ์ซึ่งจะมีอาสาสมัครผู้สูงอายุเป็นผู้ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ ขั้นตอนการรับบริการของโรงพยาบาล หลังจากยื่นบัตรแล้ว ให้ผู้มารับบริการนั่งรอเรียกชื่อ เพื่อซักถามอาการที่หน้าห้องบัตร เช่น "มีอาการอย่างไร" หรือ "ต้องการมาตรวจโรคอะไร" เพื่อบุคลากรกลั่นกรองผู้ป่วยไปตามห้องตรวจต่างๆ เมื่อบุคลากรห้องบัตรซักถามอาการแล้ว จะบอกให้ผู้มารับบริการไปรอยังจุดต่างๆ ที่ผู้มารับบริการต้องการตรวจ เช่น เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จะให้ไปรอที่หน้าห้องทันตกรรม เกี่ยวกับการฝากครรภ์ การวางแผนครอบครัว และการรับภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ให้ไปรอที่หน้าห้องส่งเสริมสุขภาพ และเกี่ยวกับโรคทั่วไป ให้รอที่หน้าห้องตรวจโรค โดยบุคลากรห้องบัตรจะนำบัตรผู้ป่วยนอก (OPD Card) ไปส่งยังห้องต่าง ๆ เอง

2) ห้องตรวจโรค เมื่อบัตรผู้ป่วยนอก (OPD Card) มาถึงหน้าห้องตรวจ บุคลากรห้องตรวจโรคจะเรียกผู้มารับบริการซักถามอาการเพิ่มเติม เช่น "มีอาการเป็นไขมากี่วัน" หรือ "ปวดท้องมานานกี่วัน มีไข้หรือไม่" พร้อมทั้งวัดสัญญาณชีพและชั่งน้ำหนักและเรียกชื่อเข้าตรวจตามลำดับ การให้บริการห้องตรวจโรค มี 4 ห้องดังนี้

ห้อง OPD 1 รับตรวจโรคทั่วไป

ห้อง OPD 2 รับตรวจโรคทั่วไป และรับปรึกษาด้านสูติรีเวช

ห้อง OPD 3 รับตรวจโรคทั่วไป และรับปรึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยฉุกเฉิน

ห้อง OPD 4 รับตรวจภายใน ชุมชนตลุก

นอกจากนี้ยังมีบริการคลินิกเฉพาะโรค ได้แก่ คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกวัณโรค คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกนิรนามซึ่งเน้นเฉพาะกามโรคและโรคเอดส์

3) ห้องฉุกเฉิน กรณีที่มีผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือมีอาการหนัก จะส่งเข้าห้องฉุกเฉินทันที โดยไม่ต้องรอทำบัตรและบุคลากรห้องฉุกเฉินเป็นผู้ทำบัตรให้ ส่วนผู้มารับบริการที่มานอกเวลาราชการจะได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคโดยพยาบาล ในกรณีพยาบาลไม่สามารถรักษาได้ จะมีการรายงานแพทย์

ผู้ป่วยที่แพทย์ให้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลบุคลากรห้องตรวจโรค จะต้องลงทะเบียนผู้ป่วยใน แล้วจึงส่งเข้าตักผู้ป่วยใน โดยมีพนักงานเวรเปลี่ยนนำส่ง และถ้าเป็นเวลามอกราชการ บุคลากรห้องฉุกเฉิน จะโทรศัพท์แจ้งให้บุคลากรหอผู้ป่วยในทราบก่อน

ที่จะส่งเข้าตึกผู้ป่วยใน เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่

ข) ตึกผู้ป่วยใน

ตึกผู้ป่วยในแบ่งออกเป็น 2 ตึก คือ หอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิง มีลักษณะงานให้บริการคล้ายคลึงกัน ดังนี้ การปฏิบัติงานของบุคลากรแบ่งออกเป็น 3 เวร เวรละ 8 ชั่วโมง เวรเข้าปฏิบัติงานเวลา 8.30-16.30 น. เวรบ่ายปฏิบัติงานเวลา 16.30 ถึง 00.30 น. และเวรดึกปฏิบัติงานเวลา 00.30-08.30 น. ระบบการบริหารงานภายในตึกผู้ป่วยในแบ่งเป็นดังนี้

ในเวลาราชการ จะมีบุคลากรที่เป็นพยาบาล 3 - 4 คน และมีพนักงานผู้ช่วย 2-3 คน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาลในแต่ละเวร ซึ่งเมื่อถึงเวลาปฏิบัติงาน ทีมงานพยาบาลจะมีการตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยก่อนรับเวรและร่วมกับเวรกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ หลังจากนั้นทีมงานพยาบาลจะมีการแบ่งแยกหน้าที่ดังนี้

1) หัวหน้าทีมการพยาบาล (Incharge) จะตรวจสอบรายงานประจำตัวผู้ป่วยใน สรุปรายงานอาการผู้ป่วยประจำวัน มอบหมายงานแก่สมาชิกตามความรู้ความสามารถ ดูแลความสะอาดเรียบร้อย ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค การให้สุขศึกษา ดูแลอาหารผู้ป่วย นอกจากนี้ต้องสังเกต วิเคราะห์อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตัดสินใจให้การช่วยเหลือ ในกรณีรีบด่วนและรวดเร็วได้ทันที รายงานหัวหน้าหอผู้ป่วยและแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ให้การดูแลป้องกันความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้คืนสู่สภาพปกติ

2) พยาบาลเทคนิค มีการปฏิบัติงานตามหน้าที่การรับและการจำหน่ายผู้ป่วย อาบน้ำเช็ดตัวผู้ป่วย ป้อนอาหารและให้อาหารทางสายยาง ในกรณีที่ผู้ป่วยทานอาหารเองไม่ได้ การช่วยเหลือผู้ป่วยต่างๆ การช่วยเตรียมการตรวจต่างๆ การตรวจน้ำดื่มและปัสสาวะของผู้ป่วย และจัดสิ่งแวดล้อมส่วนตัวผู้ป่วยให้ถูกสุขลักษณะมีระเบียบ ดูแลให้ความสะดวกปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและเครือญาติ นอกจากนี้ช่วยในการแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัย เป็นต้น

3) พนักงานผู้ช่วยจะมีหน้าที่ตรวจรับเครื่องมือ ตามรายการที่กำหนดไว้ ดูแลความสะอาดทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น โต๊ะข้างเตียง เตียงผู้ป่วย เตรียมเตียงรับผู้ป่วยใหม่ พร้อมทั้งออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

5.3.1.3 ฝ่ายชั้นสูตรสาธารณสุข

แบ่งลักษณะงานออกเป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และห้องฉายรังสีเอกซ์

ก) การตรวจทางห้องปฏิบัติ

ในการนี้ผู้ป่วยที่แพทย์ส่งตรวจทางห้องชั้นสูงส่งผู้ป่วยมาพร้อมบัตรผู้ป่วย เมื่อห้องชั้นสูงตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้ว จะส่งผลกลับไปพร้อมผู้ป่วยเพื่อนำผลการตรวจกลับไปพบแพทย์อีกครั้ง ส่วนผู้ป่วยที่แพทย์ส่งตรวจทางห้องชั้นสูงก่อนเข้าตึกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยจะต้องมาพร้อมกับบัตรผู้ป่วยและใบสั่งของแพทย์ (Doctor ordersheet) โดยทางห้องชั้นสูงจะเก็บสิ่งส่งตรวจพร้อมทั้งเขียนใบส่งตรวจ ในการฟังผลการตรวจทางห้องชั้นสูงนั้นจะใช้เวลาช้าหรือเร็วต่างกัน ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ต้องการตรวจ จึงต้องใช้ระบบนัดฟังผลภายหลัง ในการนี้ผู้ป่วยมีการขอเลือดจะต้องให้เครือญาติมาเจาะเลือดทดแทน ทั้งนี้เพื่อความเพียงพอและสำรองไว้กับผู้ป่วยอื่นๆที่ต้องการใช้ต่อไป

ข) การฉายรังสีเอกซ์ (x-rays)

ในการนี้ผู้ป่วยที่แพทย์ส่ง x-rays เมื่อฉายแล้วสามารถรับฟิล์มได้เลย ในการฉายรังสีเอกซ์ต้องมีการเตรียมทำผู้ป่วยซึ่งขึ้นอยู่กับ การฉายรังสีบริเวณอวัยวะส่วนใด

5.3.1.4 ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน

หลังจากผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจที่ห้องตรวจโรค (OPD) เสร็จเรียบร้อยแล้ว แพทย์จะเขียนใบสั่งยาให้ไปรับยาห้องยา ซึ่งต้องมีขั้นตอนคือ การคิดราคายา แล้วจ่ายเงิน พร้อมรับใบเสร็จรับเงินและนั่งรอจนกว่าจะเรียกรับยา กรณีผู้ป่วยในจะต้องนำใบสั่งยา และแฟ้มประวัติผู้ป่วยมารับยาพร้อมทั้งจ่ายเงินและรับใบเสร็จรับเงิน และถ้านอกเวลาราชการให้ไปรับยาที่ห้องฉุกเฉินตามที่ห้องยาจัดไว้

5.3.1.5 ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะศึกษางานที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ งานการเงิน งานยานพาหนะ งานพัสดุ งานบริการอาหาร ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ก) งานการเงิน มีหน้าที่รับเงิน ใบเสร็จรับเงิน ใบสั่งยา และจัดเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล เพื่อดำเนินการต่อไป

ข) งานยานพาหนะ มีหน้าที่จัดรถยนต์ในการส่งต่อผู้ป่วยให้เพียงพอต่อความต้องการและการจัดสรรรถให้บุคลากรไปติดต่อยาต่าง ๆ

ค) งานพัสดุ จะมีหน้าที่เบิกวัสดุสิ้นเปลือง วัสดุครุภัณฑ์สำนักงาน วัสดุการแพทย์ วัสดุข้างเตียง วัสดุงานบ้านงานครัว เพื่อสนับสนุน การดำเนินงานรักษาพยาบาลให้อย่างคล่องตัว

ง) งานบริการอาหาร มีหน้าที่จัดอาหารแก่ผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาของแพทย์และโภชนบำบัด โดยการให้บริการอาหารผู้ป่วย 3 มื้อ ดังนี้ อาหารเช้า เวลา 07.30 น. อาหารกลางวัน เวลา 11.30 น. และอาหารเย็น เวลา 15.30 น. ในกรณีที่ผู้ป่วยติดเชื่อ จะมีเขียนคำว่า "แยก" เพื่อที่จะได้จัดภาชนะที่จัดไว้เฉพาะโรค มีการฆ่าเชื้อและภาชนะไม่ปนกับผู้ป่วยปกติ เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารเสร็จ เครือญาติเป็นคนเก็บถาดอาหารมาไว้หน้าห้องและเจ้าหน้าที่โรงครัวจะเก็บถาดอาหารเอง

5.3.2 ความสะดวกในการบริการ

ผู้วิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์เครือญาติและผู้ป่วย พบว่า เครือญาติและผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าโรงพยาบาลพลได้อำนวยความสะดวกในระดับที่น่าพอใจ โดยมีการจัดโต๊ะประชาสัมพันธ์หน้าห้องทำบัตร ให้คำแนะนำตอบคำถามผู้มาใช้บริการ และให้อาสาสมัครในพื้นที่ให้เข้ามามีส่วนร่วมในงานบริการของโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มดังกล่าวสามารถลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ได้ระดับหนึ่ง เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุนี้ไม่ใช่บุคลากรของโรงพยาบาล จึงมีความเข้าใจในความต้องการของผู้รับบริการได้ดี แต่การมารับบริการต้องเป็นไปตามขั้นตอน เช่น "ผู้ที่ยืนยันบัตรก่อนควรได้รับการตรวจก่อน" หรือในกรณีฉุกเฉินก็สามารถเข้าห้องฉุกเฉินได้เลยโดยไม่ต้องรอ ในความเห็นของบุคลากรการแพทย์นั้น พบว่า การที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในงานบริการนั้น เป็นการแบ่งเบาภาระงานของเจ้าหน้าที่ และยังทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าสามารถช่วยเหลือสังคมได้ นอกจากนี้โรงพยาบาลยังอำนวยความสะดวกให้มีป้ายหมายเลขติดหน้าห้องต่างๆ ให้ผู้รับบริการสามารถหาห้องต่างๆ ได้ง่าย เช่น "ไปทำแผลห้องเบอร์ 8" และหน้าห้องทำบัตรจะมีแผนผังห้องต่างๆ ของโรงพยาบาล จะมีเครือญาติบางส่วนที่ดูแผนผังเข้าใจ ซึ่งมักจะเป็นเครือญาติที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างสูง

5.3.3 กฎระเบียบของโรงพยาบาล

จากการศึกษาความคิดเห็นของเครือญาติและผู้ป่วยต่อกฎระเบียบของโรงพยาบาล พบว่า เครือญาติและผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบกฎระเบียบของโรงพยาบาล โดยทราบจากการการบอกกล่าวระหว่างเครือญาติด้วยกัน การแนะนำจากเจ้าหน้าที่ การติดป้าย ซึ่งกฎระเบียบต่างๆ ได้แก่ การจำกัดเวลาเยี่ยมผู้ป่วย โดยจะให้ญาติเยี่ยมได้ตั้งแต่ เวลา 10.00-20.00 น. การห้ามสูบบุหรี่ ห้ามส่งเสียงดัง ห้ามญาตินั่งบนเตียง ห้ามขว้าง

น้ำหมาก ให้ช่วยกันรักษาความสะอาด ซึ่งกฎระเบียบต่างๆที่กล่าวมา เครือญาติส่วนใหญ่ ยอมรับและเห็นด้วย เช่น "การจำกัดเวลาเยี่ยมก็เพื่อให้หมอทำงานได้สะดวกและพนักงาน ทำความสะอาดได้สะดวก"

5.3.4 ความพึงพอใจของบุคลากรในการปฏิบัติงาน

จากการศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรในการปฏิบัติงาน โดยดูจากสาเหตุที่มา ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลพลและทัศนคติต่ออาชีพ จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก บุคลากรกลุ่ม ต่างๆ ให้เหตุผลดังนี้

กลุ่มแพทย์ แพทย์ทั้ง 5 คน พูดถึงสาเหตุที่ทำงานที่โรงพยาบาลพล โดยให้เหตุผลว่า "มาใช้ทุนตามนโยบายของรัฐบาลที่กำหนด ให้มีการกระจายแพทย์ไปสู่ชนบท" ดังนั้นแพทย์ที่จบใหม่จะต้อง ไปใช้ทุนในภูมิภาคเป็นเวลา 3 ปี แต่แพทย์ที่อยู่มากกว่า 3 ปี ให้เหตุผลว่า "มีครอบครัวอยู่ที่นี้ การทำงานไม่มีปัญหา มีคลินิกส่วนตัวเสริมรายได้ ถ้าเออพลมีการคมนาคมสะดวกดี กลับบ้านสะดวกมีทั้งรถทัวร์ รถไฟ" และส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อวิชาชีพ โดยให้เหตุผลว่า "วิชาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่สังคมยอมรับมีเกียรติ มีรายได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับอาชีพราชการอื่นๆ นอกจากนี้สามารถช่วยเหลือชีวิตเพื่อนมนุษย์ได้"

กลุ่มพยาบาล พยาบาลส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า "อยู่ใกล้บ้าน บ้านเกิดอยู่ที่อำเภอพล และบางส่วนบ้านเกิดอยู่อำเภอใกล้เคียงแต่ต้องการทำงานสถานที่ที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด" มีส่วนน้อยให้เหตุผลว่า "มาใช้ทุนตามนโยบายรัฐบาล" เมื่อสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับวิชาชีพพบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ และพอใจในอาชีพปัจจุบัน โดยให้เหตุผลว่า "เป็นอาชีพที่สังคมยอมรับมีเกียรติ ช่วยเหลือสังคมและครอบครัวในด้านสุขภาพอนามัยได้ เป็นอาชีพที่ไม่ตกงาน"

กลุ่มพนักงานต่างๆ ทั้งหมดให้เหตุผลว่า "เป็นคนที่นี่และทำงานที่นี่ สะดวกในการเดินทางกลับบ้าน" เมื่อสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่ออาชีพ และพอใจในอาชีพปัจจุบัน โดยให้เหตุผลว่า "เป็นงานที่มั่นคง จบการศึกษาไม่สูงมาก (มัธยมหรืออาชีวศึกษา) ไปทำงานอย่างอื่นก็มีแต่อาชีพรับจ้าง ทำงานในโรงพยาบาลมั่นคงกว่าบริษัท ที่สำคัญคือ อยู่ใกล้บ้าน และใกล้ครอบครัว"

กลุ่มคนงาน ทั้งหมดให้เหตุผลว่า "อยู่ใกล้บ้านลองมาสอบดู สอบได้ก็ทำงานที่นี่" เมื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ยอมรับงานได้เนื่องจากเป็นงานทำความสะอาด โดยให้เหตุผลว่า "จบการศึกษาต่ำไปทำงานอะไรก็ไม่ดีกว่านี้"

5.4 ความคาดหวังในการดูแลความเจ็บป่วย

เครือข่ายส่วนใหญ่เข้าใจปัจจัยที่จะส่งเสริมให้การรักษาหายนั้น มิได้ขึ้นอยู่กับแพทย์เท่านั้น ยังมีปัจจัยด้านผู้ป่วยและเครือข่ายเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และอายุของผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกลุ่มเครือข่ายและผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อแพทย์มากที่สุด คาดหวังว่าแพทย์จะต้องรักษาให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติโดยเร็ว จะต้องให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย หมั่นเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล โดยให้เหตุผลว่า "มีอาชีพทำนา ไม่ค่อยมีเงินค่ารักษาพยาบาล อยากให้หมอช่วยลดค่ายา ค่ารักษาบ้าง" เครือข่ายและผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นว่า แพทย์ได้แสดงบทบาทที่คาดหวัง

ส่วนความคาดหวังของแพทย์พยาบาลที่มีต่อเครือข่ายและผู้ป่วย ได้แก่ การช่วยเหลือการปรับนับิตดูแลผู้ป่วย การมาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยบ่อยๆ การขอมูลให้ที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยและการรักษา การช่วยเหลือและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล เช่น "ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานควรงดอาหารที่มีรสหวานจัด" การรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้มาก นอกจากนี้ยังคาดหวังให้เครือข่ายปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล เช่น ไม่ส่งเสียงดังรบกวนผู้ป่วยเตียงอื่นๆ ควรช่วยกันรักษาความสะอาด เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่ในการดูแลความสะอาด มีเวลาไปพัฒนาคุณภาพงานด้านอื่นๆ

แพทย์พยาบาล ส่วนใหญ่เห็นว่าเครือข่ายส่วนใหญ่ได้แสดงบทบาทตามที่คาดหวัง โดยให้เหตุผลว่า เครือข่ายส่วนใหญ่ทำตามบทบาทที่คาดหวัง จะมีส่วนน้อยเท่านั้นที่ไม่ได้ทำตามที่คาดหวัง เช่น ไม่ค่อยมาดูแลเยี่ยมเยียนผู้ป่วย ในความคิดเห็นของแพทย์พยาบาล เห็นว่าการที่มีเครือข่ายมาช่วยกันดูแลผู้ป่วยมากๆ ที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น มีเพื่อน มีกำลังใจมากขึ้น

5.5 ชนิดของความเจ็บป่วย

ส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร รองลงมาเป็นความเจ็บป่วยระบบทางเดินหายใจ และความเจ็บป่วยโรคอื่นๆ (ตารางที่ 5.4)

ตารางที่ 5.4 ชนิดความเจ็บป่วย

ความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
โรคทางเดินอาหาร		
โรคเป็นแผลในกระเพาะอาหาร	6	10.0
โรคไส้ติ่งอักเสบ ลำไส้อุดตัน	7	11.6
โรคกระเพาะ	3	5.0
โรคเลือดออกทางเดินอาหาร	3	5.0
โรคท้องเสีย	2	3.3
โรคไส้เลื่อน	1	1.7
โรคเนื้องอกในทางเดินอาหาร	1	1.7
โรคทางเดินหายใจ		
โรคปอดบวม น้ำท่วมปอด	3	5.0
วัณโรค	3	5.0
โรคหอบหืด หลอดลมอักเสบ	3	5.0
โรคอื่น ๆ		
โรคเบาหวาน	5	8.4
โรคความดันโลหิตสูง	3	5.0
โรควิตกกังวล นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย	5	8.4
โรคเนื้องอกในมดลูก	2	3.3
โรคช่องเชิงกรานอักเสบ	1	1.7
โรคทางเดินปัสสาวะอักเสบ	2	3.3
อุบัติเหตุ	3	5.0
โรคไตวาย	1	1.7
โรคเอดส์	2	3.3
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	4	6.6
รวม	60	100.0

5.6 ระยะเวลาที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตในการวิจัยว่า ผู้ป่วยจะต้องได้รับการพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 วัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถศึกษาบทบาทของเครือญาติได้อย่างละเอียดและต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ทำการวิจัยพักรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2-16 วัน โดยเฉลี่ย 4-5 วัน (ตารางที่ 5.5)

ตารางที่ 5.5 ระยะเวลาที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

ระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
2 - 6 วัน	48	80.0
7 - 11 วัน	4	6.7
12 - 16 วัน	8	13.3
รวม	60	100.0

$$\min = 2 \quad \max = 16 \quad \bar{x} = 4.8 \quad S.D. = 3.85$$

5.7 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ผู้วิจัยได้กำหนดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะ ได้แก่ ค่ายา ค่าตรวจพิเศษต่างๆ ค่าอุปกรณ์เวชภัณฑ์ที่ใช้กับผู้ป่วย ค่าอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้เท่านั้น ค่าห้อง และค่าบริการทางการแพทย์การรักษาพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนเงิน ระหว่าง 170-16,915 บาท โดยเฉลี่ย 1524 บาท (ตารางที่ 5.6)

ตารางที่ 5.6 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
< 1,000 บาท	28	52.9
1,001-2,000 บาท	13	24.5
2,001-3,000 บาท	9	16.9
> 3,001 บาทขึ้นไป	3	5.7
รวม	53	100.0

min = 170 max = 16915 $\bar{x}$ = 1524.06 S.D. = 2327.70

5.8 ผลของการรักษาความเจ็บป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการหายเป็นปกติหรืออาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับไปพักฟื้นที่บ้าน และมีผู้ป่วยไม่สมัครใจรักษาในโรงพยาบาล 3 ราย โดยเครือญาติเป็นผู้ตัดสินใจ นอกนั้นเสียชีวิต 2 ราย (ตารางที่ 5.7)

ตารางที่ 5.7 ผลของการรักษาความเจ็บป่วย

ผลของการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
หายเจ็บป่วยหรืออาการทุเลา	55	91.7
ไม่สมัครใจรักษาพยาบาล	3	5.0
เสียชีวิต	2	3.3
รวม	60	100.0