

Scan

เปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง
กับตามที่คาดหวังของผู้มารับบริการโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช
จังหวัดสุพรรณบุรี

นางรุ่งนิภา อ่างทอง

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2550

**The Comparison of the Existing and Expecting Home Health Care of Clients
at Choaprayayomaraj Hospital Suphanburi Province**

Mrs.Rungnipa Jangtong

**An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration**

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2007

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ เปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง
กับตามที่คาดหวังของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช
จังหวัดสุพรรณบุรี

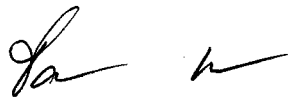
ชื่อและนามสกุล นางรุ่งนิกา จ่างทอง

แขนงวิชา สาธารณสุขศาสตร์

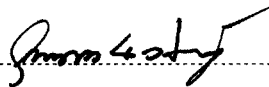
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ ได้ให้ความเห็นชอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ
ฉบับนี้แล้ว

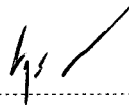


..... ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์)



..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ผลประเสริฐ)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อนุมัติให้การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช



..... (รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2551

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ได้รับความอนุเคราะห์อย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ ดร.ช่อทิพย์
บรมธนรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ผลประเสริฐ ที่ได้กรุณา
ให้คำแนะนำ ปรึกษา และติดตามการศึกษาค้นคว้าอิสระอย่างใกล้ชิดเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบ
ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมยศ เงินบำรุง และ คุณเบญจมาศ ศ้าเจริญ ที่ได้กรุณา
ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการแก้ไข
ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้เป็นอย่างดี ตลอดจนเจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม และผู้รับบริการตาม โครงการ
สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ของ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ทุกท่านที่ได้กรุณา
ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณ คุณสุทธิพงษ์ ช่างทอง ที่ได้ให้กำลังใจช่วยเหลือให้คำแนะนำและ
อำนวยความสะดวกมาโดยตลอด ทำให้การศึกษานี้ลุล่วงไปด้วยดี ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา
ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้ผู้สนใจการศึกษาทั้งหมด

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาบริหารสาธารณสุขทุกท่าน
ที่ได้ให้ข้อคิด ความรู้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

รุ่งนิภา ช่างทอง

เมษายน 2551

ชื่อการศึกษา คั่นคว้ออิสระ เปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงกับตามที่คาดหวัง
ของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

ผู้ศึกษา นางรุ่งนิภา จ่างทอง ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรรณรัตน์ ปีการศึกษา 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงเปรียบเทียบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) คุณลักษณะประชากรของผู้มารับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (2) ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง และตามความคาดหวังของผู้มารับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (3) เปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริง กับความคาดหวังของผู้มารับบริการ และ (4) ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้มารับบริการตามโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จำนวน 267 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีค่าความเชื่อมั่น = 0.95 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า (1) ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 54 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรรวม รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 9,418.10 บาท/เดือน ได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 2 ครั้ง/ปี (2) ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง และตามความคาดหวังของผู้มารับบริการอยู่ระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความเชื่อถือของผู้มารับบริการ ด้านความเชื่อมั่นของผู้มารับบริการด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ มีการให้บริการตามสภาพที่เป็นระดับมาก มีสองด้านคือ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการและด้านการตอบสนองของผู้มารับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ความคาดหวังของผู้มารับบริการอยู่ในระดับมากทุกด้าน (3) ผลการเปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริงกับตามที่คาดหวัง พบว่า ไม่แตกต่าง แต่เมื่อเปรียบเทียบรายด้าน พบว่า ด้านความเชื่อมั่น ด้านรูปธรรม ด้านเอาใจใส่ และด้านการตอบสนอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ด้านความเชื่อถือไม่แตกต่าง (4) ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน คือต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอและบ่อยครั้งขึ้นและเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัยเพียงพอ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ผู้ให้บริการควรเพิ่มช่องทางการบริการในการบริการนอกเวลา ให้ครอบคลุม มีการเพิ่มจุดบริการเชิงรุกเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องมีการวางแผนการเยี่ยม โดยให้อสม. มีส่วนร่วม และมีการพัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ เปรียบเทียบ บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน คาดหวัง โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดเกี่ยวกับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน	9
ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวัง	21
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล	37
การวิเคราะห์ข้อมูล	38
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	40
ตอนที่ 1 คุณลักษณะประชากรของผู้มารับบริการ	40
ตอนที่ 2 ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามที่เป็จริงและระดับ ความคาดหวังบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในด้านต่างๆ	43
ตอนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐาน	51
ตอนที่ 4 ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	56
สรุปการวิจัย	56
อภิปรายผล	59
ข้อเสนอแนะ	64
บรรณานุกรม	67
ภาคผนวก	72
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสัมภาษณ์	73
ข แบบสัมภาษณ์	75
ประวัติผู้ศึกษา	82

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามลักษณะข้อมูลพื้นฐาน..... 41
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริงและระดับความคาดหวังบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้..... 43
ตารางที่ 4.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริงและระดับความคาดหวังบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ..... 45
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริงและระดับความคาดหวังบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ด้านความเป็นรูปธรรม..... 46
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริงและระดับความคาดหวังบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ..... 47
ตารางที่ 4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริงและระดับความคาดหวังบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ..... 49
ตารางที่ 4.7	การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงกับตามความคาดหวัง จำแนกตามรายด้าน และในภาพรวม..... 50
ตารางที่ 4.8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติที่ ทดสอบการเปรียบเทียบ ความแตกต่างของการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง กับความคาดหวังของผู้รับบริการจำแนกตามด้าน 5 ด้าน และในภาพรวมของการบริการ..... 51
ตารางที่ 4.9	ปัญหาของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน..... 53
ตารางที่ 4.10	ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน..... 54

ณ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย	36

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบการดูแลสุขภาพของคนไทยในอดีตเป็นภาระของแต่ละบุคคลและครอบครัว โรคภัยไข้เจ็บที่เป็นปัญหาก็คือการระบาดของโรคติดต่อ เช่น อหิวาตกโรค ไข้ทรพิษ ไข้กาฬโรค การดูแลเป็นการใช้สมุนไพร การใช้ภูมิปัญญาของแพทย์แผนไทยหรือภูมิปัญญาของแพทย์แผนตะวันออก ซึ่งเกิดจากวัฒนธรรมและศาสนา มีการดูแลด้านจิตใจ สร้างขวัญกำลังใจร่วมกับด้านร่างกาย เป็นการรักษาเฉพาะบุคคล

เมื่อสถานการณ์ของโลกและประเทศเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ประเทศไทยได้เริ่มรับวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนตะวันตกจากกลุ่มมิชชันนารีที่เดินทางเข้ามาเผยแพร่ศาสนาในประเทศไทย ได้มีการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช และปฏิรูปการจัดการเรียนการสอนแพทย์และพยาบาล โดยมีมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์ ที่ส่งผู้เชี่ยวชาญของสหรัฐอเมริกามาประเมิน เสนอแนะ ปรับปรุงระบบการจัดการเรียนการสอนให้ได้มาตรฐานสากล ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์สมัยใหม่ แต่ขณะเดียวกันทางแพทย์แผนไทยก็หยุดชะงักและขาดการสนับสนุนในที่สุด (จำรูญ มีชนอน และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม 2544 : 6-7)

ในขณะที่วิทยาการมีวิวัฒนาการมากขึ้นจนก่อให้เกิดความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านแต่ละสาขา และสถิติของโรคติดต่อต่างๆที่เคยเป็นสาเหตุของการป่วยตายมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการดูแล ป้องกันรักษาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งน่าจะทำให้มนุษย์ในปัจจุบันมีสุขภาพที่ดี แต่ในสภาพที่เป็นจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น เนื่องมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมมาสู่ยุคอุตสาหกรรม และการเกษตรเชิงพาณิชย์ที่พึ่งพาสารเคมีจำนวนมาก ทำให้มนุษย์ต้องเผชิญกับการสะสมของมลพิษในรูปแบบใหม่ เช่น ภัยพิบัติจากอุตสาหกรรม การปนเปื้อนมลพิษในดิน น้ำ อากาศ ที่ก่อตัวขึ้น คุณภาพสุขภาพอย่างน่ากลัว ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของฐานประชากรของผู้สูงอายุ การมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการดำเนินชีวิตที่ผิดวิธี ผิดธรรมชาติ ทำให้ปัญหาสุขภาพได้มีการแปรเปลี่ยนไปตามสภาวะเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว ซึ่งแต่ละปัญหามีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน เหล่านี้ล้วนนำไปสู่ปัญหาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคที่เกิดจาก

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ดีเช่นการออกกำลังกาย ก่อให้เกิด ปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจโรคมะเร็ง เป็นต้น และปัจจุบันโรคเรื้อรังก็กำลังเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ จากสถิติของสำนักงานนโยบายยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2540-2546 พบว่า โรคสำคัญที่เป็นสาเหตุของการตาย 5 อันดับแรกได้แก่ โรคหัวใจ อุบัติเหตุทุกประเภท มะเร็ง เอชไอวี โรคหลอดเลือดสมอง (สงวน นิตยารัมภ์พงษ์ 2550:) ส่วนของโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โรคที่เป็นสาเหตุของการ ป่วยตาย 5 โรคแรกได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุจราจร โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี 2550) การรักษาดูแลสุขภาพ ก็เป็นไปเพื่อทุเลาอาการของโรค และควบคุมมิให้โรคลุกลามซึ่งผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังในด้านร่างกายทำให้เกิดความเสื่อมถอยของระบบต่างๆ เกิดความพร่องในการช่วยเหลือตัวเอง มีความพิการและไร้สมรรถภาพ ในด้านจิตใจทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่และภาพลักษณ์เป็นภาระของครอบครัวเพื่อนร่วมงาน ในด้านเศรษฐกิจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นบรรยากาศในครอบครัวตึงเครียด ในที่สุดอาจต้องถูกลดบทบาททางสังคมลงไปในส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประเทศชาติและสังคมนั้นมากมายมหาศาล ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพจิตที่ต้องเสียไปจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดปัญหาความเครียด การฆ่าตัวตาย ค่าใช้จ่ายของประเทศเรื่องการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้นในภาพรวม จนเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง มีปริมาณมาก เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช 2550: 32)

การจัดการกับระบบสุขภาพปัจจุบันในภาวะที่ประเทศกำลังประสบปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจนั้นจึงต้องลดค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกัน ต้องยังคงไว้ซึ่งมาตรฐานและคุณภาพของการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลคือผู้ป่วยที่มีภาวะที่จำเป็นต่อสุขภาพเท่านั้น บ้านและชุมชนจึงเป็นสถานที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีชีวิตอย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยครอบครัวและผู้ดูแลจะเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือการจัดการบริการสุขภาพของไทยที่มุ่งเน้นด้านการรักษาพยาบาล แต่อย่างเดียวไม่สามารถทำให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพได้ ตามนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขไทยที่ระบบบริการต้องมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เสมอภาค มีความคุ้มค่า คุ้มทุน สามารถพึ่งพาตนเองได้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการดูแลและบริหารจัดการด้านสุขภาพได้ เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ได้รับความคุ้มครองทางด้านสุขภาพครบวงจรแบบองค์รวมอย่างเป็นธรรมชาติ มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และมีความพึงพอใจ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช 2550:24-25)

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นโรงพยาบาลขนาด 602 เตียง มีผู้ป่วยนอกมารับบริการเฉลี่ยวันละ 1,500 คน มีผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 405,211 คน / ปี และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี คิดเป็นอัตราครองเตียง 91.0% รับผู้ป่วยในเฉลี่ย 95 คนต่อวัน (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี 2550) โรงพยาบาลมีสภาพแออัดคับคั่ง จะเห็นได้ว่า จำนวนเตียงที่มีอยู่ไม่เพียงพอ กระทบกับจำนวนบุคลากรพยาบาลที่มีจำนวนจำกัด ทำให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึง จึงต้องมีการเสริมสร้างความเตรียมพร้อมสำหรับผู้ป่วย ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องทุกราย มีระบบป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยสาเหตุจากความไม่รู้วิธีปฏิบัติตน การขาดความรู้ทักษะ การจัดการบริการระบบสุขภาพในปัจจุบัน จึงต้องมีการปรับกลวิธีให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างเหมาะสม เพื่อมุ่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ตระหนักถึงความสำคัญนี้ จึงได้เริ่มโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ซึ่งการจัดการบริการนั้นมีการพัฒนาต่อเนื่องมาตลอด เพื่อให้บริการด้านสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องภายใต้การดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ โดยให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ แต่การดำเนินงานดังกล่าวยังพบปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่ควรได้รับการปรับปรุงพัฒนาหลายประการ ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีส่วนรับผิดชอบในการให้บริการจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการให้บริการสุขภาพดีเริ่มเพื่อเป็นข้อมูลในการปฏิบัติงาน และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาการบริการต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง กับความคาดหวังของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อศึกษาคูณลักษณะประชากรของผู้มารับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

2.2.2 เพื่อศึกษาระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง และตามความคาดหวังของผู้มารับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

2.2.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง กับความคาดหวังในแต่ละด้านของการบริการ 5 ด้าน คือ ด้านเชื่อถือ เชื่อมั่น รูปธรรม เอาใจใส่ ตอบสนอง ของผู้มารับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

2.2.4 เพื่อศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะของผู้มารับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

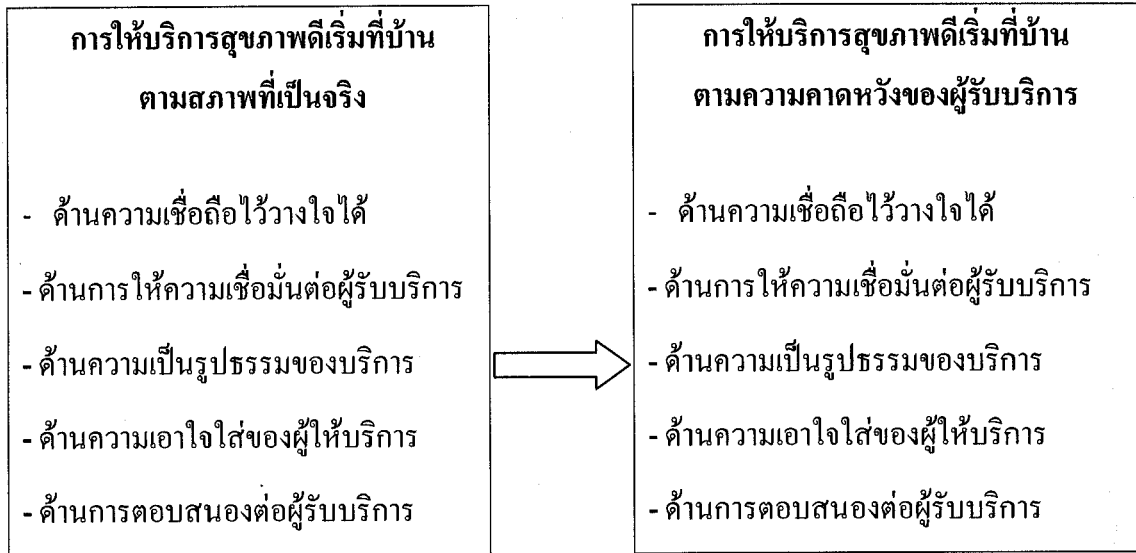
ในการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ เพื่อเปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพ ที่เป็นจริงกับตามที่คาดหวังของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกำหนดกรอบแนวคิด ดังนี้ (ภาพที่ 1.1)

3.1 **ตัวแปรอิสระ** คือ การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง ได้แก่ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ และ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ

3.2 **ตัวแปรตาม** คือ การให้บริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ได้แก่ ด้านความ เชื่อถือไว้วางใจได้ การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเอาใจใส่ ของผู้ให้บริการ และ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงมีความแตกต่างกับความคาดหวังของผู้รับบริการ

สมมติฐานที่ 2 บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้มีความแตกต่างกับความคาดหวังของผู้รับบริการ

สมมติฐานที่ 3 บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง ด้านความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการมีความแตกต่างกับความคาดหวังของผู้รับบริการ

สมมติฐานที่ 4 บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริง ด้านความเป็นรูปธรรมต่อบริการมีความแตกต่างกับความคาดหวังของผู้รับบริการ

สมมติฐานที่ 5 บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริง ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการมีความแตกต่างกับความคาดหวังของผู้รับบริการ

สมมติฐานที่ 6 บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริง ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการมีความแตกต่างกับความคาดหวังของผู้รับบริการ

5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาระดับ การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง และตามความคาดหวังของผู้รับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี โดยกำหนดขอบเขตการศึกษาดังนี้

5.1 ขอบเขตด้านประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่รับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยหน่วยงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 -31 ธันวาคม พ.ศ. 2550

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคือ คือ ผู้ที่รับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยหน่วยงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 -31 ธันวาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 161 คน

5.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา ขอบเขตด้านเนื้อหาของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ

- 1) ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามที่เป็นจริง 5 ด้าน ดังนี้
 - ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้
 - ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ
 - ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ
 - ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ
 - ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ
- 2) ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง 5 ด้าน ดังนี้
 - ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้
 - ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ
 - ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ
 - ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ
 - ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ
- 3) ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และ จำนวนครั้งการได้รับการเยี่ยมบ้าน

5.3 ขอบเขตด้านเวลา การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาผู้รับบริการที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยหน่วยงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 -31 ธันวาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 161 คน

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

ในการวิจัยเรื่องนี้ ได้กำหนดศัพท์เฉพาะ ดังนี้

6.1 บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน หมายถึง การให้บริการด้านสุขภาพโดยรวมที่บ้าน ครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ ผู้รับบริการและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน หรือมีปัญหาโรคเรื้อรังได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่อง

6.2 บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ของผู้รับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านมีต่อบริการที่ได้รับในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านความเชื่อถือ ไว้วางใจได้ ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ และ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ

6.3 บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามความคาดหวังของผู้รับบริการ หมายถึง ความต้องการ ความรู้สึกของผู้รับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านที่มุ่งหวังให้ผลลัพธ์ของบริการเกิดขึ้น ในด้าน

6.3.1 ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้รับบริการคาดว่า จะได้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ ถูกต้อง แม่นยำ เหมาะสมตามหลักวิชาการ

6.3.2 ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้รับบริการ คาดว่าจะได้รับบริการจากผู้ให้บริการที่มีความรู้ ทักษะ มีบุคลิกภาพที่ดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างเป็นกันเอง สุภาพ เป็นมิตร

6.3.3 ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้รับบริการคาดว่า จะได้รับในด้านสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพต่าง ๆ เช่น อุปกรณ์-เครื่องมือ ที่เพียงพอ ทันสมัย

6.3.4 ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้รับบริการคาดว่า จะได้รับจากผู้ให้บริการที่มีความพร้อมจะให้บริการ ไม่แสดงท่าทีรีบร้อนขณะให้บริการ มีการ แสดงทางสีหน้า สายตา และสัมผัสที่เหมาะสม ให้กำลังใจ

6.3.5 ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้รับบริการคาดว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ตรงตามความต้องการ มีการแจ้งข้อมูลการให้บริการทุกครั้ง

6.4 ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีรายชื่ออยู่ในบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี และได้รับการเยี่ยมบ้านในปี 2550

6.5 ผู้ให้บริการ หมายถึง ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม พยาบาลจากหอผู้ป่วย เกษัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ที่ทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัวที่มีรายชื่ออยู่ในบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี ปี 2550

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวางแผนดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

7.2 ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีลักษณะการบริการคล้ายคลึงกัน

7.3 สามารถนำข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานการวิจัยต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง เปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงกับ ตามที่คาดหวังของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (Home Health Care)
2. การจัดบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี
3. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการตามความคาดหวัง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

คำว่า “Home Health Care” ได้มีผู้นำมาใช้ในภาษาไทยแตกต่างกันออกไป คือ การดูแลสุขภาพที่บ้าน การบริการสุขภาพที่บ้าน สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ถึงแม้จะมี ผู้นำมาใช้ในภาษาไทยแตกต่างกันออกไป แต่มีเป้าหมายเดียวกันคือ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการกลับสู่ ภาวะสุขภาพที่ดีและสามารถพึ่งตนเองได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ขอใช้คำว่า “บริการสุขภาพดี เริ่มที่บ้าน”

1.1 ความหมายของบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่า บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ไว้ดังนี้

ประพิณ วัฒนกิจ (2542: 11) ได้กล่าวถึง บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ไว้ว่า เป็นการบริการสาธารณสุขเชิงรุก โดยใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการ มีทีมการแพทย์และ สาธารณสุขให้การสนับสนุนความรู้ แนะนำ และช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วย และมีเครือข่ายข้อมูลข่าวสารในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉินได้ อย่างรวดเร็ว ตลอดเวลา

วิลาวัลย์ เสนารักษ์ และ ประยงค์ ลิ้มตระกูล (2538: 1) กล่าวว่า บริการสุขภาพดี เริ่มที่บ้าน คือ บริการสุขภาพที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ที่ต้องการพักผ่อนหรือผู้ที่

ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรทีมสุขภาพมุ่งส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคลและครอบครัวให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถพึ่งตนเองได้

สุภาพร ไทยธานี (2539: 11) ได้สรุปความหมายของ บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ไว้ว่า เป็นการให้บริการสุขภาพครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการในระดับบุคคล และครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้รับบริการ โดยทีมผู้ให้บริการจะร่วมกันประเมินปัญหาและวางแผนก่อนให้บริการ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

จรรยา เสียงเสนาะ (2544: 512) กล่าวว่า บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน คือบริการสุขภาพที่มีลักษณะเน้นการให้การดูแลบุคคลเจ็บป่วยที่บ้าน เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องต่อเนื่อง รวมทั้งให้การดูแลบุคคลทั่วไป โดยทีมสุขภาพ ซึ่งให้บริการครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการสนับสนุนช่วยเหลือบุคคลและครอบครัวให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้

บีทที (Beatty:1996) อ้างถึงใน สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และ ฤทัยพร ตริตรง (2544: 3) ได้ให้ความหมายของ บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ไว้ว่า เป็นการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการรายบุคคลและครอบครัวในสถานที่อยู่อาศัยของเขา เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ส่งเสริมสุขภาพ และลดผลเสียของการเจ็บป่วยและความพิการ โดยทีมสุขภาพที่สามารถจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีรูปแบบการบริหารที่ดี

ตราเกอร์ (Trager: 1990) อ้างถึงใน พรทิพย์ เกษุรานนท์ (2539: 17) ได้อธิบายว่า บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน เป็นบริการที่นำไปให้ที่บ้าน ซึ่งอาจจะให้บริการอย่างเดียวหรือบริการหลายอย่างรวมกัน เพื่อให้บุคคลทุกวัยที่ต้องการบริการเนื่องจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันได้รับความบอบช้ำ หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นเวลานานเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในภาวะสุขภาพดีสูงสุด สามารถทำกิจกรรมและพึ่งตนเองได้

จากที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน หมายถึง การให้บริการด้านสุขภาพโดยรวมที่บ้าน ครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน หรือมีปัญหาโรคเรื้อรัง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.2 แนวคิดของบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

วิลสัน ภูวราวุฒิปานิช (2550:26) กล่าวว่า ระบบสุขภาพที่ดีต้องเชื่อมโยงแหล่งบริการสุขภาพทุกระดับ ต้องตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร การให้ความรู้ในการที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาคำแนะนำเรื่องการใช้ยา การลดความเครียดให้ผู้ดูแล และเป็นแรงผลักดันในทางบวกในการดูแลผู้ป่วย

บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านเป็นการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อน หรือโรคเรื้อรัง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และพึ่งตนเองได้ ซึ่ง ประพนอม โอทกานนท์ (2536: 1) ได้ให้แนวคิดที่สำคัญเกี่ยวกับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านไว้ 4 ประการ ดังนี้

1. เป็นบริการสุขภาพที่ให้แกผู้รับบริการทั้งในภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัดหรือป่วยหนัก ภายใต้วงแวดล้อมที่เป็นที่อยู่ของเขา เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน หรือช่วยให้เสียชีวิตอย่างสงบ
2. เป็นบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อบุคคล
3. ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข
4. เน้นความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว และ ชุมชน

ส่วน ประพนอม วัฒนกิจ (2542: 17-18) กล่าวถึงแนวคิดหลักของบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ว่ามี 5 ประการที่สำคัญ คือ

1. เป็นบริการเชิงรุกที่ทีมสุขภาพเดินทางไปให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน
2. ให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้น ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ โดยอาจให้บริการด้านใดด้านหนึ่งก่อน หรือให้ทั้ง 4 ด้านพร้อมกันก็ได้
3. ให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน โดยให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขมูลฐานของแต่ละบ้าน แต่ละครอบครัว เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดผลดีจากการดำเนินงานสุขภาพดีถ้วนหน้า
4. สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้ สามารถสังเกต ตรวจสอบอาการและการดำเนินของโรค รวมทั้งสามารถประเมินศักยภาพการดูแล

ตนเองได้ในระดับหนึ่ง เพื่อขอรับคำแนะนำ ช่วยเหลือ แก้ปัญหาสุขภาพที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และ
เกินความสามารถของครอบครัว จากผู้ให้บริการได้

5. จัดให้มีระบบการบันทึกและรวบรวมข้อมูลข่าวสาร เพื่อแสดง
ความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล รวมทั้งจัดให้มีคู่มือครอบครัวสำหรับดูแลตนเองในโรคต่าง ๆ
เพื่อเผยแพร่ให้ผู้รับบริการได้ศึกษาหาความรู้ และสามารถดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

ส่วน สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และ ฤทัยพร ตรีตรง (2544: 3-4) กล่าวถึงแนวคิดของ
บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านว่า มิได้ประกอบด้วยกิจกรรมบริการด้านสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงการ
ติดต่อประสานงานกับ โรงพยาบาล และแหล่งทรัพยากรอื่น ๆ ในชุมชนที่จะให้ความช่วยเหลือ
แก่ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการและครอบครัวยอมรับกับสถานการณ์การ
เจ็บป่วย และสามารถพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ได้ตามความพิการที่หลงเหลืออยู่ และ
พึ่งตนเองได้ โดยครอบคลุมสมาชิกของครอบครัวทุกประเภท ทุกวัย ซึ่งบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน
นี้เป็นหน้าที่ของพยาบาล ซึ่งปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ และศูนย์บริการสาธารณสุขของสำนักงานเทศบาล

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า แนวคิดของบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านนั้น มุ่งเน้นให้บริการ
ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการที่บ้าน ครอบคลุมทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ
การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยอาศัยความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
เพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัว ทั้งที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัย และบุคคลที่มีสุขภาพดี
สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้ตามศักยภาพ

1.3 การดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

การดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านมี ขอบเขตบริการ รูปแบบของบริการ
และ วิธีการดำเนินงาน ดังนี้

1.3.1 ขอบเขตบริการของบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (สุภาณี อ่อนชื่นตรง และ
ฤทัยพร ตรีตรง 2544: 11-12) กล่าวว่า ผู้รับบริการของบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน แบ่งเป็น
2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ต้องการบริการทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ เช่น การดูแลผู้ป่วย การเปลี่ยน
สายอาหารทางจมูก การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การดูแลผู้ป่วยที่มีการขับถ่ายทางหน้าท้อง
(colostomy) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น และ กลุ่มที่ต้องการบริการเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี
เพิ่มขึ้นหรือการช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยครอบคลุมการบริการ ดังนี้

1) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge plan) ทั้งผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน
และเรื้อรัง เพื่อให้การบริการอย่างต่อเนื่องระยะยาว หรือให้บริการดูแลสุขภาพที่ต้องวางแผน
ร่วมกับทีมรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการยอมรับภาวะสุขภาพ

ปัญหา และแผนการดูแลเมื่อกลับบ้าน ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแล

2) การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ได้กลับไปพักรักษาตัวที่บ้านภายใต้สิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ของครอบครัว ซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว และต้องการความช่วยเหลือเฉพาะอย่าง

3) การให้บริการการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยี อุปกรณ์ หรือ เครื่องมือทางการแพทย์และเวชภัณฑ์บางอย่าง ซึ่งได้ปฏิบัติตามแผนการดูแลภายใต้สถานการณ์ และข้อจำกัดต่าง ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว

4) การจัดระบบบริการที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ระบบการส่งต่อ (referral system) ที่เหมาะสม ขึ้นต่อน้อย มีทรัพยากรทั้งในและนอกชุมชน สนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุนอื่น ๆ ด้วย

5) การช่วยเหลือในกิจกรรมดำเนินชีวิตประจำวันแก่ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น การให้อาหาร การจัดบ้านเรือนให้สะอาดและปลอดภัย เป็นต้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านจะมีขอบเขตครอบคลุมการบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการบริการสนับสนุนเพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านนี้จะรวมเอาการพยาบาลทางคลินิกซึ่งใช้เทคโนโลยี เครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ และการพยาบาลอนามัยชุมชนซึ่งใช้การบริการที่เข้าใจบุคคล ครอบครัวและชุมชน และการบริการอย่างต่อเนื่องเข้าไว้ด้วยกัน

1.3.2 รูปแบบของบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

จรรยา เติงเสนาะ (2544: 515-516) ได้จำแนกรูปแบบของบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านไว้ดังนี้

1) จำแนกตามระดับการดูแลสุขภาพ ซึ่งในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรง ซับซ้อน จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด รูปแบบของบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านจึงมีดังนี้

1.1 ระดับเฉพาะทาง (Intensive Skill Home Care) เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลจากพยาบาลเฉพาะทาง อาจรวมถึงการพยาบาลที่ต้องใช้เทคนิคเฉพาะ มีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ในช่วงแรกอาจจำเป็นต้องเยี่ยม 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยประมาณหรือน้อยกว่า

1.2 ระดับปานกลาง (Intermediate Home Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยระดับปานกลางที่มีความต้องการดูแลเฉพาะทางน้อยกว่าในระดับแรก แต่ยังคงต้องการช่วยเหลือดูแล

จากที่มีสุขภาพ ผู้ป่วยเหล่านี้จะค่อย ๆ มีอาการดีขึ้นและหายป่วยจากโรคที่เป็นอยู่ แต่การเปลี่ยนแปลงจะค่อนข้างช้า อาการทั่วไปจะดีขึ้นอย่างช้า ๆ และระยะเวลาในการดูแลอาจเป็นเวลาหลายเดือน

1.3 *ระดับรักษาสภาพ (Maintenance Home Care)* เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพคงที่ แต่ยังคงต้องการการดูแลเป็นครั้งคราว เน้นการติดตามผลการดูแล และการให้สุขศึกษา เช่น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วย

2) จำแนกตามลักษณะของผู้ให้บริการ แบ่งออกได้เป็น 2 แบบ คือ

2.1 *ให้บริการดูแลโดยพยาบาลคนเดียวจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ*
เช่น พยาบาลชุมชน พยาบาลจากสมาคมพยาบาลเยี่ยมบ้าน

2.2 *ให้บริการโดยทีมสุขภาพ* ซึ่งทีมสุขภาพในที่นี้หมายถึง ทีมสหสาขาวิชา ที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ บริการที่ให้แก่ผู้รับบริการนี้เป็นการดูแลระดับซับซ้อน ในรายที่ต้องใช้อุปกรณ์ หรือเทคนิคการดูแลที่ซับซ้อน ยุ่งยากที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องให้ออกซิเจน

3) จำแนกตามสภาพการดำเนินงาน จากสภาพการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ พอสรุปรูปแบบบริการได้ดังนี้

3.1 *หน่วยงานหรือองค์กรในชุมชนที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย*
โรงพยาบาลจะเป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้หน่วยงานที่รับส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นองค์กรของรัฐ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย

3.2 *หน่วยงานเอกชนที่ตั้งขึ้นเพื่อให้บริการสุขภาพในเชิงธุรกิจ* โดยจะมีการจัดฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสั้นที่บ้าน เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และเด็กตามความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติที่ติดต่อแจ้งความจำนงไป แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะมีความรู้ความสามารถในเรื่องโรคและการรักษาพยาบาลในขีดจำกัดเนื่องจากได้รับการฝึกอบรมระยะสั้น

3.3 *ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลออกไปให้บริการสุขภาพที่บ้าน*
ซึ่งทีมงานประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลในระยะวิกฤตหรือรับผิดชอบออกไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า รูปแบบการบริการสุขภาพที่บ้านนั้นมีหลายลักษณะขึ้นอยู่กับกรจำแนก

1.3.3 *วิธีการดำเนินงาน*

บริการสุขภาพที่บ้านนั้น นับว่าเป็นบริการทางสุขภาพที่ต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล และ บ้านของผู้รับบริการ ประพิน วัฒนกิจ (2542: 18-20) กล่าวว่า มีวิธีการ

ดำเนินงานดังนี้

- 1) จัดตั้งหน่วยงาน อาจให้ชื่อว่า “ศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน” หรือ “ศูนย์สุขภาพชีวิตดีที่บ้าน” โดยมีสถานที่เพียงห้องหรือโต๊ะทำงานภายในสถานบริการพยาบาล และมีผู้รับผิดชอบดำเนินงานรับข่าวสารระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล ตลอด 24 ชั่วโมง
 - 2) สํารวจข้อมูลปัญหาของแต่ละครอบครัวเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเลือกกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงานในระยะแรกเริ่ม และเพื่อเป็นข้อมูลการตัดสินใจให้การรักษาพยาบาล หรือบริการสาธารณสุขในลักษณะองค์รวม (Holistic Care)
 - 3) ปฏิบัติงานเป็นทีมสุขภาพ ในลักษณะเดียวกับการทำหน้าที่ในโรงพยาบาล แต่เป็นบริการเชิงรุก
 - 4) ประชุมปรึกษาระหว่างทีมผู้ดำเนินงานทั้งก่อนและหลังการปฏิบัติทุกครั้ง เพื่อเสนอผลการปฏิบัติงาน เสนอแนะ ปรับปรุงวิธีการให้บริการเพื่อให้ได้ผลตามความมุ่งหมาย
 - 5) กำหนดเวลาออกดำเนินการในช่วงบ่ายหลังจากเสร็จสิ้นภารกิจเร่งด่วน เกี่ยวกับการทำงานในโรงพยาบาลภาคเช้า อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2-3 ชั่วโมง โดยจัดทีมสุขภาพทีมละ 2 คน เป็นจำนวน 2-5 ทีมตามขนาดของโรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบ โดยใช้เวลาให้บริการครอบครัวละไม่เกิน 20 นาที
 - 6) สอนและฝึกให้ผู้รับบริการสามารถดูแลสุขภาพอนามัยตนเองได้ โดยสามารถสังเกตอาการผิดปกติ รู้วิธีปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้
 - 7) สนับสนุนให้มีช่องทางที่จะให้มีการติดต่อระหว่างผู้รับบริการกับศูนย์/โรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ เช่น ติดต่อทางโทรศัพท์ จดหมาย เป็นต้น
 - 8) มีการติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามสภาพการณ์ปัจจุบันทางด้านสุขภาพ
 - 9) ประชุมรายงานผลและหารือการแก้ปัญหา ระหว่างทีมดำเนินงาน เพื่อปรับสภาพการดำเนินงานให้เป็นไปตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ
 - 10) บันทึก และรวบรวมรายงานการปฏิบัติงาน เพื่อรวบรวมไว้เป็นหลักฐานการดำเนินงานและเป็นประวัติของผู้รับบริการของแต่ละครอบครัว
 - 11) ประเมินผลและปรับปรุง ในลักษณะการประเมินโครงการประจำปี การนิเทศ ติดตามผล หรือการวิจัย
- นอกจากนี้ พรทิพย์ เกษุรานนท์ (2539: 32-33) ได้สรุปขั้นตอนการดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านไว้ดังนี้

1) พยาบาลในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล จะเป็นผู้เตรียมผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และเตรียมญาติในการช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล จนกระทั่งก่อนกลับบ้าน

2) แพทย์จะเป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

3) พยาบาลที่เป็นผู้ประสานงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในหอผู้ป่วย หรือนักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้ติดต่อกับหน่วยงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว

4) ภายหลังจากที่ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านแล้ว พยาบาลสาธารณสุขที่เป็นผู้ประสานงานกรณีผู้ป่วยของหน่วยงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน จะติดต่อกับแพทย์เกี่ยวกับคำสั่งการรักษาที่เฉพาะ และจะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน ตามแต่สถานการณ์ เพื่อประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ปัญหา รวมทั้งสิ่งสนับสนุน ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อพิจารณาตัดสินใจรับผู้ป่วยเข้ามาใน โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน และวางแผนการดูแลสุขภาพตามความจำเป็นของผู้ป่วย โดยเฉพาะและตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งอาจเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านกับผู้ป่วยและครอบครัว และมอบหมายกรณีผู้ป่วยให้สมาชิกทีมเพื่อออกไปให้การดูแลสุขภาพที่บ้านตามความจำเป็น

5) สมาชิกทีมที่ได้รับมอบหมายจะดำเนินการออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการสุขภาพที่บ้านตามแผนที่กำหนดไว้ และรายงานการเยี่ยมบ้านกับผู้ประสานงานกรณีผู้ป่วย ภายหลังจากการให้บริการสุขภาพที่บ้านแล้ว

6) พยาบาลผู้ประสานงานกรณีผู้ป่วยจะทำการประชุมปรึกษารื้อเฉพาะกรณีผู้ป่วยทุกคนที่ให้บริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยพยาบาล พนักงานผู้ช่วยการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องเข้าประชุมด้วย หรือบางครั้งอาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าร่วมประชุมด้วย

7) รวบรวมรายงานบันทึกการดูแลและระเบียบของผู้ป่วย

8) การสิ้นสุดการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น และกลับคืนสู่สภาพปกติ หรือสามารถดูแลและพึ่งตนเองได้ รวมทั้งครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือต่อไปได้เอง

การจัดบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี การดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชนั้น มีวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

1) หน่วยงานการพยาบาลในหอผู้ป่วยต่างๆ ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยจากชุมชน เป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่คาสายสวนต่าง ๆ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนที่ต้องติดตามต่อเนื่อง

2) วางแผนจำหน่าย เตรียมผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง ทบทวนความรู้ ผักทักษะที่จำเป็นเมื่อกลับบ้าน

3) ประสานงานไปยังทีมการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ของหน่วยงานเวชกรรมสังคม เมื่อใกล้จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เขียนใบ บส. 1 เพื่อลงทะเบียนเข้าสู่ศูนย์การปฏิบัติงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

4) หัวหน้าทีมการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน จะเป็นผู้กำหนดการจัดลำดับการเยี่ยม ก่อน-หลังตามความจำเป็นของผู้ป่วย

5) ก่อนเยี่ยมบ้าน จะมีการจัดประชุมทีมให้บริการ (Pre Conference) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เกษัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ และอื่น ๆ ตามความจำเป็น เพื่อประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ปัญหา รวมทั้งสิ่งสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

6) ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี ที่มีปัญหาสุขภาพไม่ซับซ้อนมาก ทางศูนย์บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านจะดำเนินการส่งต่อ ไปที่ PCU เพื่อเยี่ยมบ้านแบบ Home Visit ส่วนผู้ที่มีปัญหาที่ซับซ้อนต่อเนื่อง ทางศูนย์ปฏิบัติงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี จะดำเนินการเยี่ยมบ้านและ Pre- Post Conference โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

7) ถ้ายังมีปัญหาซับซ้อนอยู่ ทีมสุขภาพของบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านจะดำเนินการเยี่ยมเพื่อให้การช่วยเหลือ ตลอดจนประสานเครือข่าย อสม. เพื่อติดตามเยี่ยมตามโซน แล้วส่งใบตอบกลับมายังศูนย์การปฏิบัติงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

8) ภายหลังจากการออกเยี่ยมบ้าน ทีมให้บริการจะทำการ Post Conference และ บันทึกเอกสารการเยี่ยม สรุปประเมินผล เพื่อปิดการเยี่ยมหรือกำหนดการเยี่ยมต่อ และรายงานการเยี่ยมไปศูนย์การปฏิบัติงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

9) ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง ศูนย์การปฏิบัติงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี จะทำการประสานงานส่งต่อ PCU และเครือข่าย ซึ่งถ้าพบปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ ศูนย์การปฏิบัติงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน จะดำเนินการเยี่ยมบ้าน และ Pre- Post Conference โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่นเดียวกัน แต่ถ้าอยู่นอกเขตอำเภอเมือง

จะทำการส่งต่อประสานงานไปที่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือ สถานีอนามัยที่
รับผิดชอบ ซึ่งเมื่อเยี่ยมแล้วขอความร่วมมือให้ส่งใบตอบกลับไปที่ ศูนย์การปฏิบัติงานสุขภาพดี
เริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

10) พยาบาลในหอผู้ป่วยจะทำการประชุมปรึกษาหารือถึงผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน
ในผู้ป่วยรายนั้น ๆ เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และปรับปรุงการดูแลต่อไป

11) เมื่อผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นหรือกลับคืนสู่สภาพปกติ หรือสามารถดูแลตนเองและ
พึ่งตนเองได้ ถือว่าสิ้นสุดการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยรายนั้น ๆ

1.4 การบริหารงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

เทอร์รี่ (Terry 1972: 8) อ้างถึงใน คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาล (2533: 7) กล่าวว่า
การบริหาร คือ กระบวนการของการวางแผน การจัดระบบ การกระตุ้นชักจูงและการควบคุมผลการ
ปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยการใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่น

ส่วน วิโรจน์ สารรัตนะ (2545: 3) กล่าวว่า การบริหารเป็นกระบวนการดำเนินงาน
เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของหน่วยงาน โดยอาศัยหน้าที่ทางการบริหารงาน

นอกจากนี้ ขงยูทท เกษสาคร (2546: 25) ได้กล่าวถึง การบริหาร ว่าเป็น
กระบวนการจัดกิจกรรมการทำงานอย่างเป็นระบบ ด้วยเทคนิควิธีการปฏิบัติงานต่าง ๆ โดยใช้
ทรัพยากรบุคคล เงินทุน วัสดุอุปกรณ์ และระยะเวลาในการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์
ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การบริหาร เป็นการจัดการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เพื่อให้
บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน ซึ่งบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช
นั้น มีการบริหารงานและบทบาทการบริการดังนี้

ด้านความเชื่อถือว่าไว้วางใจได้

- 1) มีการจัดบริการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละครั้ง ในวันพุธ เวลา 13.00-16.00 น.
- 2) ทีมที่ให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เกษษกร นักโภชนาการ
นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์

ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ

ให้บริการพยาบาล ฟันฟูสภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ

ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ

- 1) โดยมีการนำกระเป๋าเยี่ยมไปด้วยทุกครั้งและมีการจัดเตรียมกระเป๋าเยี่ยม
ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ก่อนออกเยี่ยมบ้านทุกครั้ง

ทุกครั้ง

2) มีการแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ

ใช้เวลาในการให้บริการเหมาะสม ไม่นานหรือเร็วเกินไป

ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ

มีการให้บริการเยี่ยมบ้านภายในเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ หลังผู้ป่วย

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.5 ข้อดี-ข้อจำกัดของบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

1.5.1 ข้อดีของบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (ประพิณ วัฒนกิจ 2542: 22-23

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และ ฤทัยพร ตริตรง 2544: 9-10 และ จรรยา เสียงเสนาะ 2544: 513-514)

บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านมีข้อดีหลายประการดังนี้

1) ต่อผู้รับบริการ

- (1) สภาพจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากได้กลับบ้านเร็วขึ้น ทำให้มีความสุขที่ได้อยู่ในบ้านตนเอง ใกล้ชิดครอบครัว
- (2) วิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก เนื่องจากยังคงอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ไม่ต้องกังวลกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล
- (3) ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลและรับผิดชอบ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ และเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพตนเอง
- (4) ลดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลา เนื่องจากญาติผู้ป่วยไม่ต้องกังวลเรื่องการนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพียงเพื่อทำแผล รับประทาน หรือวัดอุณหภูมิและความดันโลหิต
- (5) มีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มผู้ยากจน และกลุ่มเสี่ยงที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานบริการพยาบาลได้
- (6) ผู้รับบริการมีโอกาสในการพูดคุย ซักถาม และปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับพยาบาลชุมชนได้อย่างเต็มที่ และเป็นอิสระในบ้านของตนเอง
- (7) ผู้รับบริการได้รับการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วย นับเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยระยะเริ่มต้น ทำให้สามารถแก้ไขได้รวดเร็ว เมื่อพบความผิดปกติ

2) ต่อสถานบริการพยาบาลและผู้ให้บริการ

- (1) ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรับผู้ป่วยไว้รักษาโดยไม่จำเป็น

- มากขึ้น
- (2) ทำให้ลดอัตราการครองเตียง ช่วยให้ผู้ป่วยอื่นมีโอกาสใช้บริการ
 - (3) สัมพันธภาพของผู้ให้บริการและผู้รับบริการดีขึ้น เนื่องจากมีความเป็นกันเองมากกว่า
 - (4) สามารถจัดกิจกรรมการดูแลได้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

1.5.2 ข้อจำกัดของบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

1) ด้านผู้รับบริการ

- (1) หากผู้ป่วยต้องย้ายไปพักอยู่กับบุตรซึ่งอยู่นอกพื้นที่ให้บริการ อาจทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลได้ เนื่องจากขาดการส่งต่อไปยังสถานบริการในพื้นที่ซึ่งผู้ป่วยย้ายไปอยู่
- (2) หากครอบครัวผู้ป่วยมีฐานะเศรษฐกิจที่ไม่ดีหรือยากจน อาจทำให้เกิดปัญหาขาดผู้ดูแล เนื่องจากหากสมาชิกในครอบครัวต้องหยุดงานมาดูแลจะทำให้ขาดรายได้
- (3) ในกรณีที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ครอบครัวผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี จะไม่สามารถจัดหาได้

2) ด้านผู้ให้บริการและสถานบริการพยาบาล

- (1) ไม่สามารถจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันได้ เนื่องจากต้องอาศัยเครื่องมือเทคโนโลยีขั้นสูง และบุคลากรซึ่งได้รับการอบรมโดยเฉพาะ
- (2) ผู้ให้บริการไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ความไม่รู้หรือไม่เข้าใจในวิธีการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล อาจทำให้ขาดความสนใจหรือตั้งใจที่จะให้การดูแลที่ดีได้
- (3) ไม่สามารถควบคุมปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมได้ เนื่องจาก ญาติและผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยอาจนำเอาประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อต่าง ๆ ที่ขัดต่อการรักษาพยาบาลมาร่วมใช้ในการดูแลด้วย

สรุป แนวคิดบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (Home Health Care) หมายถึง บริการสุขภาพเชิงรุก ที่บริการครอบคลุม 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการทั้งในภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย โดยเดินทางไปให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านจะประสบความสำเร็จได้ จะต้องมียุทธศาสตร์ที่มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะวิชาชีพและทางสังคม สามารถประยุกต์หรือเลือกใช้เทคโนโลยีได้เหมาะสมกับผู้รับบริการ และควรให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ

เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้รับบริการในการเลือกรับบริการที่เหมาะสมกับสถานการณ์

2. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวัง

2.1 ความหมายของความคาดหวัง

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่า ความคาดหวัง ไว้ดังนี้

สกาวดี ดวงเด่น (2539: 43) ได้สรุปความคาดหวังไว้ว่าเป็นความต้องการ ความรู้สึกหรือความคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลในการคาดคะเน หรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึง สิ่งใดสิ่งหนึ่งที่พึงาม ว่าควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะเกิดขึ้นในอนาคตตามความเหมาะสมกับ สถานการณ์ และความคาดหวังนี้จะถูกต้องมากน้อยเพียงใดขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

กัทลียา ศิริภัทรากูร (2541: 26) ได้ให้ความหมายของความคาดหวัง ไว้ว่า เป็นผลลัพธ์ที่บุคคลหนึ่งคิดว่าจะเกิดขึ้นได้ จากการคาดคะเนหรือคิดอย่างมีวิจารณญาณตาม ประสบการณ์ หรือปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดนั้นมากระทบ ณ สถานการณ์หนึ่ง

อรชร อาชาฤทธิ์ (2541: 15) ได้กล่าวว่า ความคาดหวัง หมายถึง ความต้องการ ความรู้สึก หรือความคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลในการคาดคะเน หรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึง สิ่งใดสิ่งหนึ่งที่พึงามที่อยากให้เกิดขึ้นในอนาคตตามที่คาดการณ์ไว้

จากพจนานุกรมเวบสเตอร์สโนว์เวิลด์ (Webster's New World Dictionary 1988: 478) อ้างถึงใน อรชร อาชาฤทธิ์ (2541: 15) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังไว้ว่า หมายถึง การคาดการณ์อนาคตในสิ่งที่ดี หรือความเชื่อว่าสิ่งเหล่านั้นจะเกิดขึ้นเพราะว่ามันน่าจะเป็นไปได้

ลองแมน กรุ๊ป (Longman Group 1995: 474) อ้างถึงในอรชร อาชาฤทธิ์ (2541: 21) ได้กล่าวถึงความคาดหวังไว้ 3 ประการ ดังนี้

1. ความเชื่อที่ว่าบางสิ่งนั้นจะปรากฏคล้ายกับสิ่งที่ได้วางแผนไว้
2. ความเชื่อที่ว่าบางสิ่งที่ดีนั้น จะเกิดขึ้นในอนาคต
3. ความเชื่อที่ว่าบางสิ่งนั้นอาจจะปรากฏหรือบางคนจะมีส่วนร่วมขึ้น

ในหนทาง

จากที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า ความคาดหวัง หมายถึง ความต้องการ หรือความรู้สึก ของผู้รับบริการที่มีต่อบริการที่คาดว่าจะได้รับ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวัง

ทฤษฎีความคาดหวังของวรูม (Vroom) หรือ VIE Theory ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวัง 3 ประการ คือ 1) Valance (V.) หมายถึง การให้คุณค่ากับสิ่งที่ได้รับ หรือ ระดับความพึงพอใจที่บุคคลคาดหวังจะได้รับ 2) Instrumentality (I.) หมายถึง สื่อ เครื่องมือ หรือวิถีทางที่จะนำไปสู่ความพึงพอใจ และ 3) Expectancy (E.) หมายถึง ความคาดหวังของบุคคลที่ต้องการหรือคาดหวังในบางสิ่งบางอย่าง หรืออาจกล่าวได้ว่า ความคาดหวังจะประกอบด้วย ความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อผลลัพธ์ของการกระทำ ซึ่งเกิดจากการปฏิบัติงาน และระดับความพึงพอใจนั้นเกิดจากการให้คุณค่าต่องาน หากงานมีคุณค่าสูง บุคคลจะมีความพึงพอใจและพยายามกระทำเพื่อตอบสนองความคาดหวังนั้น (Vroom 1970: 91-103) ดังนั้น ทฤษฎีนี้จึงใช้อธิบายความคาดหวังของบุคคลต่อผลการปฏิบัติงานของตนเอง แต่หากเป็นความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อบริการที่คาดว่าจะได้รับ ทฤษฎีนี้ไม่สามารถอธิบายได้โดยตรง เนื่องจากความคาดหวังเกิดขึ้นจากแรงผลักดันแห่งความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล (คัทลียา ศิริภัทรากูร 2541: 33 อ้างอิงจาก กนกนุช ชื่นเลิศสกุล 2538) ซึ่งผู้รับบริการแต่ละบุคคลมีความต้องการแตกต่างกัน โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วย ผู้รับบริการจะมีความต้องการเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากพยาธิสภาพของร่างกาย หรือความผิดปกติทางจิตใจ

จากการศึกษาของแซรงค์ และ เคนเนดี (Shanks and Kenedy: 1970) อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น (2539: 48) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลมีความคาดหวังดังนี้

1. ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อให้มีสุขภาพดีที่สุด
2. เจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และบุคลิกภาพที่ดี
3. เจ้าหน้าที่ต้องเป็นผู้มีความสามารถในการสังเกตความรู้สึก และพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ป่วย และสามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้
4. ผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมถึงครอบครัวมีความเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้
5. ควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อที่จะสามารถให้การรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องและสมบูรณ์ โดยใช้ทรัพยากรบุคคลและแหล่งประโยชน์ ในชุมชนตามสมควร
6. เจ้าหน้าที่ต้องรวบรวมและเก็บบันทึกรายงาน ข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ในการรักษา ตลอดจนเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย
7. ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีและเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรค และมีสุขภาพดี

นอกจากนี้ สุรชาติ ฌ หนองคาย (2536: 84) กล่าวถึงความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อโรงพยาบาลไว้ 4 ประการ ดังนี้

1. โรงพยาบาลต้องให้บริการแก่ประชาชนด้วยอุดมการณ์ของการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์
 2. โรงพยาบาลต้องให้บริการอย่างมีมาตรฐานและเคารพสิทธิของผู้ป่วย
 3. โรงพยาบาลไม่ควรคิดค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้ หรือค่ากำไรเกินควรแก่ผู้ป่วยที่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้
 4. โรงพยาบาลต้องยึดมั่นในอุดมการณ์และอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐบาล
- ส่วนแนวคิดของโอเบอร์ส (Oberst 1984: 2367) อ้างถึงในสกาวิตี ดวงเด่น (2539: 34) เกี่ยวกับความคาดหวังของผู้รับบริการ นั้น มี 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความคาดหวังผลการดูแลว่าเป็นอะไร หายหรือทุเลาจากโรค 2) ความคาดหวังในพฤติกรรมกรดูแล เช่น ความเอาใจใส่ และ 3) ความคาดหวังต่อการดำเนินงานบริการ โดยรวม ซึ่งเมื่อผู้รับบริการได้รับบริการแล้ว จะเปรียบเทียบบริการที่ได้รับจริงกับสิ่งที่ตนคาดหวังไว้ ถ้าเขารู้สึกว่าบริการที่ได้รับเท่ากับหรือมากกว่าสิ่งที่เขาคาดหวังไว้ เขารู้สึกพึงพอใจ และให้การประเมินคุณภาพในระดับดี แต่ถ้าบริการนั้นน้อยกว่าความคาดหวัง เขารู้สึกไม่พึงพอใจและให้การประเมินในระดับต่ำ

จากที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า ผู้รับบริการด้านสุขภาพมีความคาดหวังต่อบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ

การบริการที่มีคุณภาพนั้นต้องสามารถตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการ งานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านนับเป็นงานบริการด้านสุขภาพอย่างหนึ่ง โดยให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่บ้านและครอบครัว ทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถประเมินคุณภาพบริการได้ก่อนการตัดสินใจ ผู้รับบริการจึงมีความคาดหวังในคุณภาพบริการ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการพอสรุปได้ดังนี้

จากการศึกษาของพาราสุรามานและคณะ (Parasuraman and et. al. 1990: 19) อ้างถึงใน คัทเลียา ศิริภัทรากูร (2541:26-33) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ มี 4 ประการ ได้แก่

1. ความต้องการอันเนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคล (Personal need) กล่าวคือ ผู้รับบริการแต่ละบุคคลมีความคิด ทัศนคติ การรับรู้ ความต้องการในการเลือกใช้บริการให้

เหมาะสมกับปัจจัยพื้นฐานและภูมิหลังส่วนบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเพศ อาชีพ รายได้ สถานภาพ ตำแหน่งในสังคม เป็นต้น

2. ประสบการณ์ในอดีต (Past experience) เป็นเหตุการณ์หรือเหตุผลซึ่งเกิดจากการที่เคยใช้บริการนั้น ๆ มาก่อน ทำให้เกิดการเรียนรู้ต่อบริการที่ได้รับและทำให้เกิดความคาดหวังต่อบริการนั้น ๆ เมื่อต้องใช้บริการครั้งต่อไป

3. คำพูดปากต่อปาก (word of mouth communications) หมายถึง คำพูด คำบอกเล่าที่ผู้รับบริการได้รับฟังจากญาติ เพื่อนบ้าน หรือคนรู้จัก เกี่ยวกับคุณภาพบริการในแง่บวกต่าง ๆ ที่เขาเหล่านั้นเคยได้รับบริการมาก่อน จนทำให้ผู้รับบริการเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับบริการในสิ่งที่ดีตามที่ได้รับทราบมา

4. การสื่อสารจากภายนอก (external communications) ได้แก่ การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ สื่อวิทยุกระจายเสียง หรือสื่ออื่น ๆ นอกเหนือจากครอบครัวที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความคาดหวังต่อบริการ

และได้นำเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ทั้ง 10 ด้าน คือความเป็นธรรมของบริการ ความเชื่อมั่นวางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ สมรรถนะของผู้ให้บริการ ความมีอัธยาศัยไมตรี ความน่าเชื่อถือ ความมั่นคงปลอดภัย การเข้าถึงบริการ การติดต่อสื่อสาร การเข้าใจผู้รับบริการ

นอกจากนี้ โอเบอร์ส (Oberst 1984: 2367)) อ้างถึงในสกาวิตี ควงเด็น (2539: 33) ยังได้กล่าวถึงความคาดหวังของผู้รับบริการจากโรงพยาบาล ว่าเป็นลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล ขึ้นอยู่กับทัศนคติ ประสบการณ์ที่ได้จากการมารับบริการครั้งก่อน และความรู้ ข้อมูลข่าวสารจากผู้ให้บริการคือ แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดสภาวะเจ็บป่วยของตนได้ และคาดหวังว่าควรจะได้รับบริการแบบใด

ดังนั้น พอสรุปได้ว่า ความคาดหวังของผู้รับบริการของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์ในอดีต และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาจากปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์ในอดีต และคำพูดปากต่อปาก

2.4 การวัดความคาดหวัง

ความคาดหวังเป็นความรู้สึก ความต้องการ หรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรเกิดขึ้นตามความเหมาะสมต่อสถานภาพ สถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่ง ซึ่งเป็นสภาวะจิตอย่างหนึ่งของบุคคล ดังนั้นการวัดความคาดหวัง จึงเป็นการวัดด้านจิตพิสัย ซึ่งสามารถทำการวัดได้หลายวิธีเช่น การใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม

ผู้รับบริการต้องการบริการขั้นหนึ่ง คือ สะดวก รวดเร็ว ทันใจ ถูกต้อง สมบูรณ์ ได้รับประโยชน์สูงสุด ได้รับการต้อนรับที่อบอุ่น ผู้ให้บริการให้ความสนใจ เอาใจใส่ตอบสนองความต้องการอย่างถูกต้อง ถูกใจ รอไม่นาน ดังนั้นการวัดความคาดหวังของผู้รับบริการ ควรวัดให้ครอบคลุมคุณลักษณะดังนี้ (สมิต สัจฉกร 2543: 216)

1. สิ่ง que เห็นได้ ผู้รับบริการคาดหวังจะได้เห็นสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่
2. ความรู้สึกร่วม ผู้รับบริการคาดหวังจะได้รับการต้อนรับดูแลอย่างถูกต้อง เอาใจใส่ตอบข้อสงสัย สนใจ ให้เกียรติ
3. การตอบสนอง ผู้รับบริการคาดหวังว่าผู้ให้บริการมีความเต็มใจ ให้บริการอย่างทันท่วงที และได้รับประโยชน์สูงสุด
4. หลักประกัน ผู้รับบริการคาดหวังว่าผู้ให้บริการจะมีความรู้ในเรื่องที่จะบริการอย่างแท้จริง และช่วยแก้ปัญหาให้เขาได้ รวมทั้งสามารถสร้างความมั่นใจให้บริการได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ และคุ้มค่า
5. ความเชื่อถือ ผู้รับบริการคาดหวังว่าผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติตามสัญญา ให้บริการที่ถูกต้องทันตามเวลาที่กำหนด ยึดมั่นในสัญญา

เทนเนอร์และดีโทโร (Tenner & De Toro 1992 : 68-70) อ้างถึงในทรวงทิพย์ วงพันธ์ (2541:29) กล่าวว่า เพื่อให้หน่วยงานประสบความสำเร็จในการบริการ ต้องทราบความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยมีปัจจัยที่จะกำหนดความคาดหวังของผู้รับบริการ ได้แก่ ลักษณะบริการ และ ความสัมพันธ์ของลักษณะงานบริการที่สำคัญที่ตรงกับความต้องการ ระดับการปฏิบัติการและ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อผลการปฏิบัติการที่สำคัญ ซึ่งความคาดหวังของผู้รับบริการมี 3 ระดับ คือ คาดหวังในระดับปกติ มากกว่าระดับที่ 1 และมากกว่าระดับที่ 1 และ ระดับที่ 2 ซึ่งเป็นบริการระดับที่ทำให้เกิดความประทับใจ เป็นบริการที่เหนือความคาดหมาย ทำให้ผู้รับบริการเกิดความอิมเอมใจ

คุณภาพบริการจะต้องตอบสนองความคาดหวังและค่านิยมของผู้รับบริการ(Laff and Blumental,1989) อ้างใน จิรุตม์ และคณะ (2543 : 6-8) ซึ่งโดยพื้นฐานแล้วคุณภาพตามความต้องการของผู้รับบริการกับบุคลากรสุขภาพนั้นไม่ได้แตกต่างกันมากมายนักโดยที่ในยุคข้อมูลข่าวสารผู้รับบริการมีโอกาสได้รับความรู้อย่างไม่มีขีดจำกัด ทำให้เกิดความคิดว่าการวัดคุณภาพตามความคิดเห็นของผู้รับบริการนั้นจะวัดให้ถูกต้องน่าเชื่อถือได้อย่างไร ซึ่งในปี 1989 Joint Commission on Accreditation of Health Organization (JCAHO) ได้สรุปปัจจัยที่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไว้ 11 ประการ คือ

1. Accessibility of Care หมายถึงความสะดวกที่ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึง การดูแลรักษาพยาบาลตามความจำเป็น
2. Timeliness of Care หมายถึงความพร้อมของการดูแลที่มีไว้ให้ผู้ป่วยทันที เมื่อต้องการ
3. Effectiveness of Care หมายถึงการดูแลรักษาที่ได้กระทำอย่างดีโดยใช้ ศิลปะ ทั้งกิริยามารยาท ความรู้ที่มีอยู่ในการให้บริการ
4. Efficacy of Care หมายถึงการบริการที่มีศักยภาพที่จะบรรลุความต้องการ
5. Appropriateness of Care หมายถึงการบริการที่ตรงกับความต้องการของ ผู้ใช้บริการ
6. Efficiency of Care หมายถึงการดูแลรักษาที่ให้ผลตามต้องการ โดยมี ค่าใช้จ่ายน้อย
7. Continuity of Care หมายถึงการดูแลรักษาที่มีการประสานต่อเนื่อง ในบุคลากรกลุ่มต่างๆที่เข้ามาดูแล
8. Privacy of Care หมายถึงการดูแลที่คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย
9. Confidentiality of Care หมายถึงการรักษาความลับเกี่ยวกับผู้ป่วย
10. Participation of Care หมายถึงการดูแลที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ มีส่วนร่วม
11. Safty of Care & Environment หมายถึงการเตรียมสถานที่ เครื่องมือ ให้พร้อมบริการ

นอกจากนี้ เซิทแฮม และคณะ (Zeithaml and et. al. 1988: 35-48) อ้างถึงใน ทรวงทิพย์ วงพันธ์ (2541: 21) ได้นำเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ทั้ง 10 ด้าน คือความเป็นธรรม ของบริการ ความเชื่อมั่นวางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ สมรรถนะของผู้ให้บริการ ความมีอัธยาศัยไมตรี ความน่าเชื่อถือ ความมาสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพบริการตามความคาดหวัง โดยมีตัวชี้วัดคุณภาพบริการ 5 ประการ ที่เรียกว่า "SERVQUAL" หรือ "RATER" ดังนี้

1. ความเชื่อถือไว้วางใจได้ หมายถึง การให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ ตลอด โดยบริการที่ให้นั้นจะต้องถูกต้อง แม่นยำ และเหมาะสมหลักวิชาการ ถูกเทคนิควิธีการ ถูกทักษะ ถูกต้องตามเวลา และได้ผลดีตั้งแต่ครั้งแรกและทุก ๆ ครั้ง ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการ รู้สึกเป็นที่พึงได้
2. การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการต้องมีความรู้ ความสามารถ และมีทักษะในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และด้านการฟื้นฟู

สมรรถภาพ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความเป็นกันเอง ปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยความสุภาพ เป็นมิตร มีบุคลิกภาพที่ดี แต่งกายสะอาดเรียบร้อย น่าไว้วางใจ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่น รู้สึกปลอดภัย

3. ความเป็นรูปธรรมของบริการ หมายถึง สิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ เช่น ที่จอดรถเพียงพอ เครื่องมือ-อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ทันสมัยเพียงพอ รวมถึงการให้ข้อมูลในการรักษาพยาบาล

4. ความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ หมายถึง ผู้ให้บริการให้บริการโดยคำนึงถึงจิตใจของผู้รับบริการเป็นหลัก ให้ความสนใจ เอาใจใส่ที่จะตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ มีความพร้อมที่จะให้บริการอยู่เสมอ ไม่แสดงท่าทีรีบร้อนขณะให้บริการ มีการแสดงสีหน้า สายตา และสัมผัสที่เหมาะสม มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและพูดให้กำลังใจ เพื่อประคับประคองจิตใจผู้รับบริการ

5. การตอบสนองต่อผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ให้บริการมีความพร้อมและเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างทันทีทันใด รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ มีการติดต่อสื่อสารที่ดีและแจ้งข้อมูลการให้บริการทุกครั้ง

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้รับบริการมักคาดหวังถึงคุณภาพของบริการก่อนที่จะได้รับจริง และเมื่อได้รับบริการแล้วจะเปรียบเทียบบริการที่ได้รับจริงกับบริการที่คาดหวังไว้ หากบริการที่ได้รับจริงตรงกับที่คาดหวังไว้ หรือมากกว่าที่คาดหวังไว้ เขาจะรู้สึกพึงพอใจ และให้การประเมินคุณภาพในระดับดี หากบริการที่ได้รับจริงคือต่ำกว่าที่คาดหวังไว้จะเกิดความไม่พึงพอใจ และให้การประเมินในระดับต่ำ ซึ่งการวัดความคาดหวังของผู้รับบริการนั้นควรวัดให้ครอบคลุมลักษณะ ทั้ง 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ ผู้รับบริการคาดหวังว่าจะได้รับบริการอย่าง ถูกต้อง แม่นยำ เหมาะสมตามหลักวิชาการ ได้ผลดี และมีความสม่ำเสมอ

2. ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ ผู้รับบริการคาดหวังว่าจะได้รับบริการจากผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ให้การปฏิบัติอย่างเป็นมิตร มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี แต่งกายสะอาดเรียบร้อย มีบุคลิกภาพที่ดี น่าไว้วางใจ

3. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ผู้รับบริการคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ผู้ให้บริการนำเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ทันสมัยมาให้บริการอย่างเพียงพอ และมีการแจ้งให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกครั้ง

4. ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการคาดหวังว่าผู้ให้บริการจะให้บริการโดยคำนึงถึงจิตใจของผู้รับบริการเป็นหลัก สนใจที่จะตอบสนองความต้องการของ

ผู้รับบริการ มีการแสดงสีหน้า สายตา และสัมผัสที่เหมาะสม และมีความพร้อมที่จะให้บริการ อยู่เสมอ ไม่แสดงท่าทีรีบร้อนขณะให้บริการ มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ พวดให้กำลังใจ

5. ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ผู้รับบริการคาดหวังว่าผู้ให้บริการจะมี ความพร้อมและเต็มใจที่จะช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ตรงตามความต้องการ

คุณภาพบริการจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นกับการบริการนั้นตอบสนองต่อความ คาดหวังของผู้รับบริการได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งผู้รับบริการจะเปรียบเทียบบริการที่ตนได้รับกับ บริการที่คาดหวังไว้ ช่องว่างที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามที่คาดหวังหรือด้อยกว่า ผู้รับบริการก็จะ ประเมินว่าบริการไม่ดี และไม่พึงพอใจ

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดของเซทเทมและคณะในการสร้างเครื่องมือ วัดความคาดหวังใน 5 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ และด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ โดยประยุกต์การแบ่งเกณฑ์คุณภาพบริการเป็น 5 ระดับดังนี้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ระดับ บริการที่เป็นจริง และระดับบริการที่คาดหวัง น้อยที่สุด = 1 ระดับบริการที่เป็นจริง และระดับ บริการที่คาดหวัง น้อย = 2 ระดับบริการที่เป็นจริง และระดับบริการที่คาดหวัง ปานกลาง = 3 ระดับบริการที่เป็นจริง และระดับบริการที่คาดหวัง มาก = 4 และ ระดับบริการที่เป็นจริง และ ระดับบริการที่คาดหวัง มากที่สุด = 5

3. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการ

ศกาวดี ดวงเด่น (2539: 98) ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและ ที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 15-24 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ส่วนใหญ่สมรสแล้ว นับถือศาสนา พุทธ มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้อยู่ระหว่าง 0-3,000 บาท ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าซึ่งเคยมารับบริการ ครั้งก่อนแล้วจึงทำให้ตัดสินใจเลือกมาใช้บริการโรงพยาบาลแห่งนี้

ภานุมาศ พรหมเผ่า (2541: 46) ศึกษาความคาดหวังของประชาชนต่อการบริการ สาธารณสุขของสถานีอนามัย อำเภอจุน จังหวัดพะเยา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 42.2 ปี สมรสแล้ว จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ มีรายได้เฉลี่ย 32,800.20 บาทต่อปี ครอบครัวส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การ

ใช้บริการที่สถานีอนามัย บ้านอยู่ห่างจากสถานีอนามัยเป็นระยะทางเฉลี่ย 2.2 กิโลเมตร ส่วนใหญ่เดินทางไปใช้บริการที่สถานีอนามัยได้โดยสะดวก โดยใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะ

วรรณรัตน์ ลาวัง (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับน้ำตาลในเลือด วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รายได้ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว สภาพแวดล้อมที่บ้าน และสถานที่รักษาโรค มีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญ

วันเพ็ญ สวนสีดา (2545:81) ศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 39.37 ปี ร้อยละ 35.60 ไม่ได้เรียนและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ย 5,026.67 บาท ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มารับบริการไม่เกิน 5 ครั้ง เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 29.50 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมาใช้บัตรประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 22.00

สรุป จากการศึกษาวิจัยด้านความคาดหวัง พบว่า ผู้รับบริการมีข้อมูลพื้นฐาน ดังนี้ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้น้อย ใช้สิทธิประกันสุขภาพ อายุประมาณ 40 ปี และใช้บริการสถานพยาบาลใกล้บ้าน

3.2 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

มนัสสินธุ์ บุญยทรัพย์ (2535: ข-ค) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยรายที่แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือจากญาติผู้ดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยอาการหนักหรือเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถสื่อสารได้จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค โรงพยาบาลล้านนา จำนวน 40 คน เกี่ยวกับความต้องการบริการงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของ ในด้านการจัดบริการสุขภาพ สถานที่ให้บริการ การกำหนดราคาค่าบริการ และด้านการส่งเสริมการบริการ พบว่า ผู้รับบริการที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรัฐบาล มีความต้องการด้านการจัดบริการสุขภาพและสถานที่ให้บริการในระดับมาก

สุมิตรา มาศนมาตล และคณะ (2538: 44-49) ได้ประเมินผลการดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลยโสธร พบว่า 1) จากการให้บริการทั้งหมด 8 ครั้ง ผู้รับบริการ 69 คน กลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือ มารดาและทารกหลังคลอด รองลงมาได้แก่ อัมพาต เบาหวาน และความดันโลหิตสูง 2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยโสธรมากกว่าร้อยละ 70 มีความคิดเห็นต่องานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในระดับค่อนข้างดี เจ้าหน้าที่ในงานและนอกงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านมีความคิดเห็นต่องานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านไม่แตกต่างกัน และเจ้าหน้าที่ที่เคยออกให้บริการงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านเห็นด้วยกับงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านมากกว่าเจ้าหน้าที่

ที่ไม่เคยออกให้บริการอย่างมีนัยสำคัญ 3) ประชาชนที่ให้บริการมีการรับรู้ว่าเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลมาเยี่ยมแตกต่างจากประชาชนที่ไม่ได้รับการบริการอย่างมีนัยสำคัญ และ 4) ประชาชนมากกว่าร้อยละ 70.0 พึงพอใจกับงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

พรทิพย์ เกตุรานนท์ (2539: ก-ข) ทำการศึกษารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2539-2549) พบว่า รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านที่ผู้เชี่ยวชาญผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสมาชิกทีมงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านเลือกมากที่สุด คือ รูปแบบที่ผสมผสานการดูแลสุขภาพที่บ้านแบบเน้นโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานเข้าด้วยกัน มีการบริหารจัดการและการให้บริการโดยคณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาล และมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและกลุ่มงานการพยาบาลเป็นผู้ประสานงานโดยไม่มีหน่วยงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านรองรับ มีข้อเสนอแนะว่า การดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีบุคลากรรับผิดชอบชัดเจน เพียงพอ และได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องความรู้และทัศนคติในงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

วรรณรัตน์ ลาวัณ (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ควบคุมน้ำตาลในเลือดอยู่เกณฑ์พอใช้ถึงไม่ดี ปัญหาในการดูแลสุขภาพที่บ้านและภาวะแทรกซ้อนมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง เช่น ผู้ป่วยกลัวเกิดภาวะแทรกซ้อน วิตกกังวลเรื่องระดับน้ำตาลในเลือด ไม่มีที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ไม่ได้รับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน การเจ็บป่วยทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในครอบครัว

วาสนา พงษ์สุภษะ (2542: 90-92) ได้วิเคราะห์กระบวนการบริหารงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของสถานบริการสาธารณสุข ในจังหวัดอ่างทอง พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ด้านการวางแผน การจัดองค์กร การอำนวยความสะดวก และการรายงานอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนด้านการบริหารงานบุคคล การประสานงาน และการบริหารงบประมาณอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ ไม่มีการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบชัดเจน การประสานงานยังไม่คล่องตัวทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง บุคลากรขาดการอบรมเพื่อพัฒนางาน และขาดการนิเทศติดตามจากคณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

สรุป การศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ในภาพรวมส่วนใหญ่บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านยังไม่มีหน่วยงานที่ให้ความสำคัญที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ได้อย่างเพียงพอ ทั้งนี้ในด้านบริการยังต้องให้มีความครอบคลุมและเป็นเชิงรุกมากขึ้น

3.3 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการ

วาริ วณิชปัญจพล (2539: 124-137) ได้ศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลและการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลต่อความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีความคาดหวังต่อบริการพยาบาลโดยรวมและจำแนกเป็นมาตรฐาน อยู่ในระดับมาก โดยผู้ป่วยนอกมีความคาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด คือ มาตรฐานที่ 2 ข้อที่ 10 การให้บริการแก่ผู้มารับบริการก่อน หากมีอาการผิดปกติหรือรุนแรงจะให้พบแพทย์ทันทีไม่ต้องรอคิว และผู้ป่วยในมีความคาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด คือ มาตรฐานที่ 2 ข้อที่ 8 การป้องกันโรคแทรกซ้อน ส่วนบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคาดหวังตามการรับรู้ของผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลโดยรวมและรายมาตรฐาน อยู่ในระดับมาก โดยบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยนอกคาดหวังตามการรับรู้ของผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด คือ มาตรฐานที่ 1 การบริการที่รวดเร็ว และการบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยในคาดหวังตามการรับรู้ของผู้บริหารในกลุ่มงานการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุดคือ มาตรฐานที่ 1 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเจ็บป่วยส่วนตัว และเมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ป่วยนอกกับการรับรู้ของผู้บริหารต่อความคาดหวังของผู้ป่วยนอกพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้บริหารต่อความคาดหวังของผู้ป่วยนอกสูงกว่าค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้ป่วยนอก

สกวาศี ดวงเด่น (2539: 121) ได้ทำการศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพบริการพยาบาลโดยรวม พบว่า คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยมากกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวัง

สุภาพร ไทยธานี (2539: 90-91) ศึกษาความรู้ และความคาดหวังในบทบาทเกี่ยวกับงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และมีความคาดหวังในด้านนี้อยู่ในระดับมาก

เกศลินี กลั่นนุศย์ (2540: 64-65) ได้เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการบริการของโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ความคาดหวังและความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการบริการของโรงพยาบาลเอกชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อการบริการของโรงพยาบาลในทุกๆ ด้าน

อยู่ในระดับมาก แต่มีความคิดเห็นต่อการบริการอยู่ในระดับมากอยู่ 2 ด้าน จาก 6 ด้าน คือ ด้านคุณภาพของการบริการ และ ด้านความสะดวกที่ได้รับ นอกนั้นอยู่ในระดับน้อย

ภาณุมาศ พรหมเผ่า (2541: 46) ศึกษาความคาดหวังของประชาชนต่อการบริการสาธารณสุขของสถานีอนามัย อำเภอกุน จังหวัดพะเยา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อการบริการสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้พิการอยู่ในระดับปานกลาง มีความคาดหวังต่อการบริการสาธารณสุขด้านรักษาพยาบาล และด้านควบคุมและป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านสนับสนุนบริการอื่น ๆ ได้แก่ การติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชนของเจ้าหน้าที่ การชี้แจงให้ประชาชนทำความเข้าใจบริเวณบ้าน การรวมกลุ่มต่าง ๆ เพื่อทำกิจกรรมทางสาธารณสุข ประชาชนมีความคาดหวังอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้บริการที่ประชาชนคาดหวังให้มีเพิ่มขึ้น ได้แก่ การเยี่ยมผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือ โรคเรื้อรังในหมู่บ้าน การออกให้คำแนะนำการปรับปรุงสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นเหตุรำคาญแก่ประชาชนในหมู่บ้าน และยังให้ข้อคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสถานีอนามัยอีก เช่น เจ้าหน้าที่ควรต้อนรับและบริการผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส พุดจาไพเราะ ไม่รังเกียจผู้ป่วย

ธาริณี เมธานูเคราะห์ (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาคุณภาพการบริการตามความคาดหวังของผู้ป่วยคลินิกนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยรวมและรายด้าน 5 ด้าน คือ ด้านความเป็นรูปธรรมในการบริการ ด้านความเชื่อถือได้ ด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ด้านความมั่นใจ และด้านการเข้าถึงจิตใจของผู้ป่วย พบว่าอยู่ในระดับสูง และพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพการบริการด้านความเชื่อถือได้และด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็วแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วนเพศ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และประเภทคลินิกที่เข้ารับบริการที่ต่างกัน จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพการบริการไม่แตกต่างกัน

วันเพ็ญ สวนสีดา (2545: 82-83) ศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรีพบว่า ค่าเฉลี่ยความคาดหวังคุณภาพบริการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก โดยผู้ป่วยนอกมีความคาดหวังในคุณภาพบริการด้านความเอาใจใส่น้อยที่สุด แต่มีความคาดหวังด้านการให้ความมั่นใจต่อผู้รับบริการมากที่สุด และยังพบว่า อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ ประเภทของสิทธิการรักษา และความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังคุณภาพบริการ แต่จำนวนครั้งที่มารับบริการมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังคุณภาพบริการอย่างมีนัยสำคัญ

ฉลองพรรณ ศรีสุข (2547: ง) ได้ศึกษาความพึงพอใจและความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อคลินิกชุมชนอบอุ่น ภายใต้โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการให้บริการของคลินิกชุมชนอบอุ่นในทุกด้านอยู่ในระดับมาก และมีความคาดหวังต่อการให้บริการของคลินิกของชุมชนอบอุ่นมากที่สุด ด้านคุณภาพการพยาบาลในเรื่องแพทย์ให้เวลาในการตรวจร่างกายอย่างละเอียด ด้านพฤติกรรมบริการในเรื่องการพูดจาที่ดีของเจ้าหน้าที่ และด้านความสะดวกในการเข้ารับบริการในเรื่องการได้รับความสะดวกในการส่งต่อไปรับการรักษายังหน่วยบริการรับส่งต่อ

สรุป ผลการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการของสถานบริการของรัฐในระดับดีที่ใกล้เคียงกับระดับความคาดหวังและความต้องการ ของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น และยังคงมีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่องให้ทันต่อความก้าวหน้า ตลอดจนความเปลี่ยนแปลงของวิทยาการในปัจจุบัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง เปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงกับตามที่คาดหวังของผู้รับบริการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช สุพรรณบุรี ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ (comparative research) ซึ่งมีรายละเอียดของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการตามโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี และได้รับการเยี่ยมบ้านในปี 2550 จำนวน 267 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ 2542: 88) ที่ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 5 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น ในที่นี้ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

ร้อยละ 5

ดังนั้น $n = \frac{267}{1 + 267(0.05)^2}$

$$n = \frac{267}{1 + .6675} = 160.12 \text{ คน}$$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 161 คน แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structure interview) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

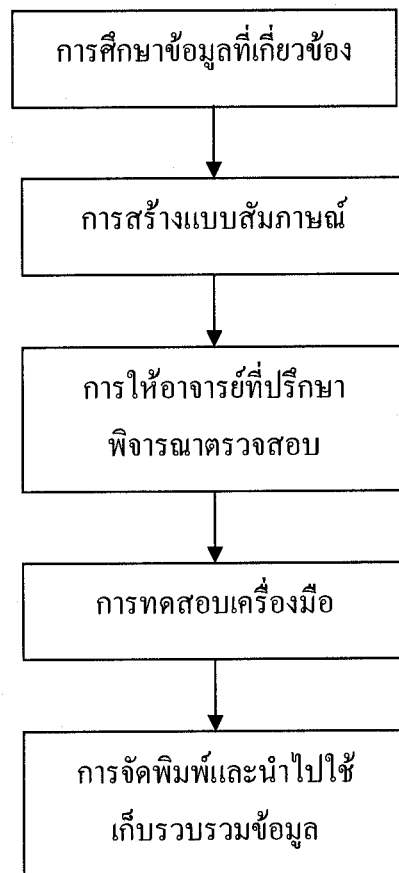
ตอนที่ 1 คุณลักษณะประชากร ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพ สมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนครั้งการได้รับบริการเยี่ยมบ้าน รวมจำนวน 7 ข้อ โดยคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ เพื่อบรรยายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ตอนที่ 2 บริการที่เป็นจริงและบริการที่คาดหวังในการให้บริการสุขภาพดี เริ่มที่บ้าน ข้อคำถามของทั้งสองส่วนนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ และด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ จำนวนด้านละ 6 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ ในแต่ละส่วนของแบบสอบถาม

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ระดับบริการที่เป็นจริง และระดับบริการที่คาดหวัง น้อยที่สุด = 1 ระดับบริการที่เป็นจริง และระดับบริการที่คาดหวัง น้อย = 2 ระดับบริการที่เป็นจริง และระดับบริการที่คาดหวัง ปานกลาง = 3 ระดับบริการที่เป็นจริง และระดับบริการที่คาดหวัง มาก = 4 และระดับบริการที่เป็นจริง และระดับบริการที่คาดหวัง มากที่สุด = 5

ตอนที่ 3 ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการตามโครงการสุขภาพดี เริ่มที่บ้าน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปัญหาของการบริการและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการตามโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โดยคำถามมีลักษณะปลายเปิด เพื่อให้ผู้รับบริการได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่

2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนดังภาพที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย

จากภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย มีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

2.2.1 การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาจากวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์

2.2.2 การสร้างแบบสัมภาษณ์ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้ามาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์ให้สอดคล้องตามที่นิยามศัพท์ไว้ และตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย รวมทั้งตรงตามขอบเขตที่ต้องการศึกษา

2.2.3 การให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาตรวจสอบ หลังจากสร้างแบบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (ดังรายนามตามภาคผนวก ก.) พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหา (content validity) และภาษาที่ใช้ให้ตรงตามทฤษฎีและวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

2.2.4 การทดสอบเครื่องมือ โดยจะนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองสัมภาษณ์ผู้รับบริการที่เทศบาลตำบลท่าเสาดีจ จำนวน 30 คน จากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์อีกครั้ง นำไปทดสอบค่าความเชื่อถือ โดยใช้วิธีทดสอบ สัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ดังนี้ ในส่วนของบริการที่เป็นจริงเท่ากับ 0.54 ส่วนค่าความเชื่อมั่นได้ของการวัดแบบสอบถามในส่วนของบริการที่เป็นจริงเท่ากับ 0.94 ส่วนค่าความเชื่อถือได้ของการวัดแบบสอบถามในส่วนของบริการที่คาดหวัง เท่ากับ 0.98 และค่าความเชื่อถือได้ของการวัดโดยรวม ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.95 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้

2.2.5 การจัดพิมพ์และการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดสอบแล้ว ผู้วิจัยจัดพิมพ์เพื่อเตรียมนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ในเขตเทศบาลเมือง ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เกษตรกรกลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ได้จัดทำไว้ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.1 ติดต่องานธุรการ เพื่อทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ในการสัมภาษณ์ผู้รับบริการตามโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

3.2 ติดต่องานเวชกรรมสังคม / ศูนย์ปฏิบัติการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ข้อมูลของผู้รับบริการ

3.3 จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ ที่ต้องใช้เพื่อการสัมภาษณ์

3.4 ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย เพื่อให้ผู้รับบริการและครอบครัวร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นจริงและครบถ้วน พร้อมทั้งบันทึกผลการสัมภาษณ์ ทบทวนความสมบูรณ์ของข้อมูล และกล่าวขอบคุณเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์

3.5 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2550

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาตรวจให้คะแนน จัดทำรหัสและบันทึกข้อมูล แล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะประชากร ใช้สถิติพรรณนา แสดงด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามที่เป็นจริง ใช้สถิติพรรณนา แสดงด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สำหรับระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามที่เป็นจริง แบบสัมภาษณ์ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 1 คะแนน การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามที่เป็นจริง ระดับน้อยที่สุด
- 2 คะแนน การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามที่เป็นจริง ระดับน้อย
- 3 คะแนน การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามที่เป็นจริง ระดับปานกลาง
- 4 คะแนน การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามที่เป็นจริง ระดับมาก
- 5 คะแนน การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามที่เป็นจริง ระดับมากที่สุด

เกณฑ์การวิเคราะห์ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามที่เป็นจริง ใช้การคำนวณช่วงการวัด อ้างใน บัญชา วิจิตรพานิชกุล (2545: 35-36) ดังนี้

$$\text{ช่วงการวัด} = \frac{5-1}{5} = 0.8$$

กำหนดคะแนนเฉลี่ยดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับการให้บริการตามที่เป็นจริง
1.00 – 1.80	น้อยที่สุด
1.81 – 2.60	น้อย
2.61 – 3.40	ปานกลาง
3.41 – 4.20	มาก
4.21 – 5.00	มากที่สุด

ตอนที่ 3 ความคาดหวังของผู้รับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ใช้สถิติพรรณนา
แสดงด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สำหรับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามที่เป็นจริง แบบสัมภาษณ์ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับระดับการให้บริการตามสภาพที่เป็นจริง

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปร เพื่อทดสอบสมมติฐาน เปรียบเทียบ การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง กับตัวแปรตาม ได้แก่ ความคาดหวังของผู้รับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความเชื่อถือว่าว่างใจได้ การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ และ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ วิเคราะห์โดยการไ้สถิติทดสอบ ที (t-test)

ตอนที่ 5 ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ใช้สถิติ
พรรณนา แสดงด้วยค่าความถี่และร้อยละ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง เปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริง กับตามที่คาดหวังของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับบริการที่พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล จำนวน 161 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ในช่วงวันที่ 1 – 31 มกราคม 2551 ได้แบบสัมภาษณ์ตอบกลับมา 161 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์เป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะประชากรของผู้มารับบริการ

ตอนที่ 2 ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามที่เป็นจริงและระดับความคาดหวังบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในด้านต่าง ๆ

ตอนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ตอนที่ 4 ปัญหา และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

ตอนที่ 1 คุณลักษณะประชากรของผู้มารับบริการ

คุณลักษณะประชากรของผู้มารับบริการ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนครั้งการได้รับบริการเยี่ยมบ้าน การวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผลดังนี้

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

n = 161

ข้อที่	บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ	ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่ บ้านตามสภาพที่เป็นจริง			ระดับความคาดหวังบริการ สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน		
		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
		5.	เจ้าหน้าที่เข้าใจปัญหาสุขภาพและ ความต้องการของท่าน	3.77	0.42	มาก	3.52
6.	เจ้าหน้าที่พูดคุยให้กำลังใจแก่ท่าน ในการดูแลสุขภาพตนเอง	3.80	0.50	มาก	3.68	0.75	มาก
ค่าเฉลี่ยด้านเอาใจใส่ของผู้ ให้บริการ		3.86	0.39	มาก	3.60	0.59	มาก

จากตารางที่ 4.5 ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ให้บริการโดยรวม ด้านความเอาใจใส่ และรายชื่อ อยู่ระดับมาก ($\bar{x} = 3.86, SD = 0.39$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่ 1 เจ้าหน้าที่สนใจที่จะรับฟังปัญหาสุขภาพของท่านเสมอ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 3.99, SD = 0.49$) รองลงมาข้อที่ 3 เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการในการให้บริการแก่ท่านอย่างเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ ($\bar{x} = 3.92, SD = 0.49$) และข้อที่ 5 เจ้าหน้าที่เข้าใจปัญหาสุขภาพและความต้องการของท่าน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.77, SD = 0.42$) และเมื่อพิจารณาความคาดหวังบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โดยภาพรวมอยู่ระดับมาก เช่นเดียวกัน ($\bar{x} = 3.60, SD = 0.59$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่ 4 เจ้าหน้าที่มีเวลาในการให้บริการและให้คำแนะนำการดูแลตนเองแก่ท่านเป็นอย่างดี (ไม่รีบร้อน) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 3.71, SD = 0.91$) รองลงมาข้อที่ 6 เจ้าหน้าที่พูดคุยให้กำลังใจแก่ท่านในการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x} = 3.68, SD = 0.75$) และข้อที่ 2 เจ้าหน้าที่กระตือรือร้นในการให้คำแนะนำและช่วยเหลือท่าน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.52, SD = 0.57$)

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงและระดับความคาดหวังบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ

n = 161

ข้อที่	บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ	ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง			ระดับความคาดหวังบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน		
		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1.	เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านภายในเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์หลังท่านออกจากโรงพยาบาล	3.96	0.61	มาก	3.32	1.44	ปานกลาง
2.	เจ้าหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลท่านด้วยความเต็มใจ	3.55	0.77	มาก	3.72	0.73	มาก
3.	เจ้าหน้าที่ได้แจ้งนัดหมายการเยี่ยมบ้านล่วงหน้าแก่ท่านทุกครั้ง	3.52	0.77	มาก	3.39	0.62	มาก
4.	เจ้าหน้าที่ได้แจ้งข้อมูลผลการให้บริการแก่ท่านทุกครั้ง	2.36	0.80	น้อย	3.56	0.71	มาก
5.	เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ท่านสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้สะดวก	3.58	0.91	มาก	4.53	0.53	มากที่สุด
6.	เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพ เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการช่วยเหลือท่านได้อย่างรวดเร็ว	2.79	0.64	ปานกลาง	4.62	0.48	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ		3.17	0.26	ปานกลาง	3.86	0.68	มาก

จากตารางที่ 4.6 ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง โดยรวมด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.17, SD = 0.26$) และรายชื่อ ข้อที่ 6 อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.79, SD = 0.64$) ส่วนข้อที่ 1 เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านภายในเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์หลังท่านออกจากโรงพยาบาล ($\bar{x} = 3.96, SD = 0.61$) ข้อที่ 2 เจ้าหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลท่านด้วยความเต็มใจ ($\bar{x} = 3.55, SD = 0.77$) ข้อที่ 3 เจ้าหน้าที่ได้แจ้งนัดหมายการเยี่ยมบ้านล่วงหน้าแก่ท่านทุกครั้ง ($\bar{x} = 3.52, SD = 0.77$) และข้อที่ 5 เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพท่านสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้สะดวก ($\bar{x} = 3.58, SD = 0.91$) อยู่ระดับมาก แต่ข้อที่ 4 เจ้าหน้าที่ได้แจ้งข้อมูลผลการให้บริการแก่ท่านทุกครั้ง ($\bar{x} = 3.17, SD = 0.26$) อยู่ระดับน้อย

เมื่อพิจารณาความคาดหวัง ภาพรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{x} = 3.86, SD = 0.68$) และรายข้อพบว่า ข้อที่ 2 เจ้าหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลท่านด้วยความเต็มใจ ($\bar{x} = 3.72, SD = 0.73$) ข้อที่ 3 เจ้าหน้าที่ได้แจ้งนัดหมายการเยี่ยมบ้านล่วงหน้าแก่ท่านทุกครั้ง ($\bar{x} = 3.39, SD = 0.62$) และข้อที่ 4 เจ้าหน้าที่ได้แจ้งข้อมูลผลการให้บริการแก่ท่านทุกครั้ง ($\bar{x} = 3.56, SD = 0.71$) อยู่ในระดับมาก ข้อที่ 5 เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ท่านสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้สะดวก ($\bar{x} = 4.53, SD = 0.53$) และข้อที่ 6 เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพ เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการช่วยเหลือท่านได้อย่างรวดเร็ว ($\bar{x} = 4.62, SD = 0.48$) อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนข้อที่ 1 เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านภายในเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์หลังท่านออกจากโรงพยาบาล ($\bar{x} = 3.32, SD = 1.44$) อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.7 การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงกับตามความคาดหวัง
จำแนกตามรายด้าน และในภาพรวม

n=161

บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน	ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง			ระดับความคาดหวังบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	1. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้	21.74	1.94	มาก	21.81	4.99
2. ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ	24.74	1.99	มาก	23.50	3.62	มาก
3. ด้านความเป็นรูปธรรม	20.30	2.78	ปานกลาง	22.20	5.33	มาก
4. ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ	23.19	2.32	มาก	21.62	2.56	มาก
5. ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ	19.06	1.51	ปานกลาง	23.15	4.05	มาก
ภาพรวม	3.63	0.27	มาก	3.74	0.69	มาก

จากตารางที่ 4.7 เมื่อเปรียบเทียบ บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง กับตามที่คาดหวัง พบว่า ในภาพรวมบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริง อยู่ในระดับมาก และมีความคาดหวังอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน

พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความเชื่อถือ ความเชื่อมั่น เอาใจใส่ มีสภาพที่เป็นจริง อยู่ในระดับมาก และด้านรูปธรรม ด้านตอบสนอง อยู่ระดับปานกลาง ขณะที่ มีความคาดหวังอยู่ในระดับมากทุกด้าน

ตอนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดสมมติฐานไว้เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยใช้สถิติ t-test มีรายละเอียด ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติที่ ทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างของการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงกับความคาดหวังของผู้รับบริการจำแนกตามด้าน 5 ด้าน และในภาพรวมของการบริการ

n = 161					
บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน	\bar{x}	S.D.	t	df	p value
1. ด้านความเชื่อใจไว้วางใจได้					
การให้บริการตามที่เป็นจริง	21.74	1.94	-1.9	160	0.846
ความคาดหวังของผู้รับบริการ	21.81	4.99			
2. ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ					
การให้บริการตามที่เป็นจริง	24.74	1.99	3.38	160	0.001**
ความคาดหวังของผู้รับบริการ	23.50	3.62			
3. ด้านความเป็นรูปธรรม					
การให้บริการตามที่เป็นจริง	20.30	2.78	-4.69	160	0.000**
ความคาดหวังของผู้รับบริการ	22.20	5.33			
4. ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ					
การให้บริการตามที่เป็นจริง	23.19	2.32	4.67	160	0.000**
ความคาดหวังของผู้รับบริการ	21.62	2.58			
5. ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ					
การให้บริการตามที่เป็นจริง	19.06	1.54	-13.81	160	0.000**
ความคาดหวังของผู้รับบริการ	23.15	4.05			
ในภาพรวม					
การให้บริการตามที่เป็นจริง	109.03	7.37	-1.96	160	0.052
ความคาดหวังของผู้รับบริการ	112.28	20.85			

สมมติฐานข้อที่ 5 บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริง ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ มีความแตกต่างกับความคาดหวังของผู้รับบริการ พบว่า ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริงด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ กับความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งมีค่า p เท่ากับ 0.000^{**} ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นั่นคือ บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริงด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ มีความแตกต่างกับความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังนั้นจึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 6 บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริง ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ มีความแตกต่างกับความคาดหวังของผู้รับบริการ พบว่า ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริง ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการกับความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งมีค่า p เท่ากับ 0.000^{**} ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นั่นคือ บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริง ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการมีความแตกต่างกับความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังนั้นจึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตอนที่ 4 ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

ผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ปรากฏผลดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ปัญหาของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

ปัญหาของผู้รับบริการ เกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
		จำนวน	ร้อยละ
ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ -ได้ต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมเรื่อยๆ	2	11.76	
ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ	0	0.0	
ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ-ต้องการให้เจ้าหน้าที่ดูแลให้คำปรึกษา คนในครอบครัวด้วย	3	17.66	
ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ	0	0.0	

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

n = 17		
ปัญหาของผู้รับบริการ เกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ		
- เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านเกิน 1 สัปดาห์	6	35.29
- อยากทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาต่างๆทุกครั้ง	6	35.29
รวม	17	100

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ผู้รับบริการพบปัญหาเกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ดังนี้ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ พบ จำนวน 2 รายที่ได้ต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมเรื่อยๆ

ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ พบ จำนวน 3 รายที่ต้องการให้เจ้าหน้าที่ดูแลให้คำปรึกษาคนในครอบครัวด้วย

ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการพบ จำนวน 6 รายที่ต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านไม่เกิน 1 สัปดาห์และ จำนวน 6 ราย อยากทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาต่างๆทุกครั้ง

ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการและด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการไม่มีผู้ตอบ

ตารางที่ 4.10 ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

n = 42		
ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ เกี่ยวกับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ		
1. เจ้าหน้าที่ควรมาเยี่ยมให้เร็วกว่านี้	11	26.19
2. เจ้าหน้าที่ควรมาเยี่ยมให้บ่อยครั้งกว่านี้	6	14.31
3. ควรมีเครื่องมือที่ทันสมัยเช่นเครื่องมือวัดความดันโลหิตแบบใหม่	3	7.14
4. มีเครื่องตรวจน้ำตาลที่ตรวจแล้วรู้ผลทันที	5	11.9
5. น่าจะมีคู่มือ แผ่นพับ โรคบางโรคที่สำคัญ โรคที่กำลังแพร่ระบาด เพื่อเป็นความรู้เพิ่ม	2	4.76
6. อยากให้มีบริการของโรงพยาบาลมาถึงที่บ้านแบบครบวงจร	3	7.14

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

n = 42

ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ เกี่ยวกับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7. อยากให้มีบริการทำแผล ฉีดยา	5	11.9
8. ต้องการให้เจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลที่เคยดูแลอยู่มาเยี่ยม	4	9.52
9. อยากเห็นเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลออกห้องที่สักอาทิตย์ละครั้ง	2	4.76
10. อยากให้มีกิจกรรมเวลามาเยี่ยมให้มากกว่านี้ เช่นผู้ป่วยที่เป็นโรค คล้ายๆกัน โรคเหมือนกัน มาด้วย จะได้เป็นกำลังใจให้คนไข้	1	2.38

จากตารางที่ 4.10 จะเห็นได้ว่า มีข้อเสนอแนะเรื่องการบริการคือ เจ้าหน้าที่ควรมาเยี่ยมให้เร็วกว่านี้มากที่สุด (ร้อยละ 26.19) เจ้าหน้าที่ควรมาเยี่ยมให้บ่อยครั้งกว่านี้ (ร้อยละ 14.31) อยากให้มีบริการทำแผล ฉีดยา (ร้อยละ 11.9) น่าจะมีคู่มือ แผ่นพับโรคบางโรคที่สำคัญ โรคที่กำลังแพร่ระบาด เพื่อเป็นความรู้เพิ่ม (ร้อยละ 4.76) ต้องการให้เจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลที่เคยดูแลอยู่มาเยี่ยม (ร้อยละ 9.52) อยากเห็นเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลออกห้องที่สักอาทิตย์ละครั้ง (ร้อยละ 4.76) อยากให้มีกิจกรรมเวลามาเยี่ยมให้มากกว่านี้ เช่นผู้ป่วยที่เป็นโรคคล้าย ๆ กัน โรคเหมือนกันมาด้วย จะได้เป็นกำลังใจให้คนไข้ (ร้อยละ 2.38)

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง เปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงกับตามที่คาดหวังของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (comparative research) ซึ่งมีผลสรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อเปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อศึกษา 1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้มารับบริการ 2) ระดับการให้บริการตามสภาพที่เป็นจริง และระดับความคาดหวังของผู้มารับบริการ 3) เปรียบเทียบการให้บริการตามสภาพที่เป็นจริงกับความคาดหวังของผู้มารับบริการ และ 4) ปัญหาและข้อเสนอแนะของผู้มารับบริการ

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้มารับบริการตามโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี และได้รับการเยี่ยมบ้านในปี 2549 จำนวน 267 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการใช้ฉลากสุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่าง 161 คน แล้วทำการสัมภาษณ์ผู้รับบริการโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและผ่านการพิจารณาความถูกต้องในเนื้อหา (content validity) อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้รับบริการที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อรับทราบความเข้าใจของผู้รับบริการ จากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์อีกครั้ง ได้ค่าความเชื่อถือได้ของการวัดทั้งหมด เท่ากับ 0.95 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อถือได้ แล้วจึงนำไปสัมภาษณ์ผู้รับบริการด้วยตนเอง จึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติพรรณนา แสดงด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติค่าที (t-test)

1.3 สรุปผลการวิจัย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1.3.1 คุณลักษณะประชากรของผู้มารับบริการ พบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ มีอายุเฉลี่ย 54.12 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา มีอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน รองลงมา มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 9,418.10 บาท/เดือน ได้รับบริการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 2.1 ครั้ง/ปี

1.3.2 ระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

1. การบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง ในภาพรวม มีระดับมาก และมีความคาดหวังในระดับมาก เช่นเดียวกัน
2. ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ
ผู้มารับบริการมีความคิดเห็นต่อบริการด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ ในระดับมาก และมีความคาดหวังในระดับมาก เช่นเดียวกัน
3. ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ
ผู้มารับบริการมีความคิดเห็นต่อบริการด้านการให้ความเชื่อมั่น ในระดับมาก และมีความคาดหวังในระดับมาก เช่นเดียวกัน
4. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ
ผู้มารับบริการมีความคิดเห็นต่อบริการด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ อยู่ในระดับปานกลาง และมีความคาดหวังในระดับมาก
5. ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ
ผู้มารับบริการมีความคิดเห็นต่อบริการด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการอยู่ในระดับมาก และมีความคาดหวังในระดับมาก เช่นเดียวกัน
6. ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ
ผู้มารับบริการมีความคิดเห็นต่อบริการด้านการตอบสนองอยู่ในระดับปานกลาง และมีความคาดหวังในระดับมาก

1.3.3 เปรียบเทียบระดับการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงกับตามความคาดหวัง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที ผลการศึกษาเป็นดังนี้

1. ในภาพรวมการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงกับตามความคาดหวัง พบว่า ไม่แตกต่างกัน

2. ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ พบว่า การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงกับตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ไม่แตกต่างกัน
3. ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ พบว่า การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงกับตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ไม่แตกต่างกัน
4. ด้านความเป็นรูปธรรม พบว่า การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงกับตามความคาดหวังของผู้รับบริการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
5. ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ พบว่า การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงกับตามความคาดหวังของผู้รับบริการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
6. ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ พบว่า การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการตามสภาพที่เป็นจริงกับตามความคาดหวังของผู้รับบริการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ตามสภาพที่เป็นจริงกับตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

1.3.4 ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ผู้รับบริการพบปัญหาเกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ในด้านด้านความเป็นรูปธรรมของบริการพบจำนวน 6 รายที่ต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านไม่เกิน 1 สัปดาห์และจำนวน 6 รายอยากทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาต่างๆ ทุกครั้ง ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการพบจำนวน 3 รายที่ต้องการให้เจ้าหน้าที่ดูแลให้คำปรึกษาคนในครอบครัวด้วย และด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ พบ จำนวน 2 รายที่ได้ต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมเรื่อยๆ โดยมีข้อเสนอแนะเรื่องการบริการคือ เจ้าหน้าที่ควรมาเยี่ยมให้เร็วกว่านี้มากที่สุด เจ้าหน้าที่ควรมาเยี่ยมให้บ่อยครั้งกว่านี้ อยากให้มีบริการทำแผล ฉีดยา น่าจะมีคู่มือ แผ่นพับโรคบางโรคที่สำคัญ โรคที่กำลังแพร่ระบาดเพื่อเป็นความรู้เพิ่ม ต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่เคยดูแลอยู่มาเยี่ยม อยากเห็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลออกท้องที่สักอาทิตย์ละครั้ง อยากให้มีกิจกรรมเวลามาเยี่ยมให้มากกว่านี้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคคล้าย ๆ กัน โรคเหมือนกันมาด้วย จะได้เป็นกำลังใจให้คนไข้ และให้ความเห็นเกี่ยวกับเครื่องมือเครื่องใช้ว่า ควรมีเครื่องมือที่ทันสมัยเช่น เครื่องมือวัดความดันโลหิตแบบใหม่ มีเครื่องตรวจน้ำตาลที่ตรวจแล้วรู้ผลทันที

2. อภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่อง เปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริง กับตามที่คาดหวังของผู้รับบริการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สุพรรณบุรี ผู้วิจัยขอเสนอ การอภิปรายผลดังนี้

2.1 คุณลักษณะประชากรของผู้มารับบริการ พบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ และมีอายุเฉลี่ย 54.12 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา อาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน รองลงมาคืออาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 9,418.10 บาท / คน จากข้อมูลดังกล่าวที่แสดงให้เห็นถึงการสอดคล้องการศึกษาของ สงวน นิติยารัมภ์พงศ์ (2550: 1) และ สุมิตรา มาศนมาต และ คณะ (2538: 24) ที่พบว่าปัจจัยหลักที่จะส่งผลกระทบต่ออย่างมากของ ระบบบริการสุขภาพไทยในปัจจุบันที่ว่า ฐานของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลง ทางเศรษฐกิจ สังคม จากเกษตรกรรมสู่สังคมเมืองและอุตสาหกรรม การศึกษาที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ทำให้มีวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อสุขภาพมากขึ้น ล้วนก่อให้เกิดโรคที่มีความซับซ้อนสูงขึ้น ทำให้ต้องมีการปรับระบบบริการเพื่อให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมที่ดี มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

2.2 ผลการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริงในภาพรวม และรายด้าน

2.2.1 ในภาพรวม บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง และความคาดหวังอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่าง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที พบว่า ไม่แตกต่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วารี วนิชปัญญาผล (2539: 124-137) ได้ศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลและการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลต่อความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย ในมีความคาดหวังต่อบริการพยาบาลโดยรวมและจำแนกเป็นมาตรฐาน อยู่ในระดับมาก โดยผู้ป่วยนอกมีความคาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด

2.2.2 ในรายด้าน

1) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้

พบว่า ผู้รับบริการมีความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามที่เป็นจริงด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ในระดับมากส่วนความคาดหวังของผู้รับบริการ สุขภาพดีเริ่มที่บ้านด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้มีระดับมากเช่นเดียวกัน

เมื่อทำการทดสอบเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของการให้บริการ สุขภาพดีเริ่มที่บ้านด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ตามสภาพที่เป็นจริงกับตามความคาดหวังของ ผู้รับบริการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน โดยที่การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามที่เป็นจริง

ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้มีค่าเฉลี่ย 21.74 ส่วนความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพดี เริ่มที่บ้านด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้มีค่าเฉลี่ย 21.81 จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยของการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงและความคาดหวังของผู้รับบริการนั้นมีค่าใกล้เคียงกันมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธาริณี เมธานุเคราะห์ (2542 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา คุณภาพบริการ ตามความคาดหวังของผู้ป่วยคลินิกนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยรวม 5 ด้าน คือ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความเชื่อถือได้ ด้านการตอบสนอง ด้านความมั่นใจ และการเข้าถึงจิตใจผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

แสดงว่า ผู้มารับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรีนั้น ส่วนใหญ่มีความเชื่อถือต่อบริการที่ได้รับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยมราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางเฉพาะสาขา หน่วยงานมีการสนับสนุนการศึกษาพัฒนาความรู้ทักษะอย่างต่อเนื่อง เพื่อสู่ความเป็นเลิศทางด้าน วิชาการและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทำให้ประชาชนผู้รับบริการมีความเชื่อถือ ดังที่ กอตเบิร์ต (อ้างถึงใน เกศสินี กลั่นบุศย์ 2540: 18) และแนวคิดของ สมิต สัจฉกร (2543: 216) กล่าวถึง คุณลักษณะของงานบริการว่า ผู้ให้ บริการต้องมีความรอบรู้ในงานนั้นเป็นอย่างดี ผู้รับบริการจึงเกิด ความเชื่อถือไว้วางใจในตัวผู้ให้ บริการ เนื่องจากผู้รับบริการมีความคาดหวังที่จะได้รับบริการอย่าง ถูกต้อง มีคุณภาพจากผู้ให้บริการที่มีความรู้ มีความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้อย่างแท้จริง และสามารถ ช่วยแก้ปัญหาให้แก่เขาได้

2) ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ

พบว่า ผู้รับบริการมีความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และความคาดหวังบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการก็อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธาริณี เมธานุเคราะห์ (2542 : บทคัดย่อ) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่คลินิก นอกเวลาราชการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีคุณภาพบริการอยู่ในระดับสูง และมีความคาดหวัง ด้านให้ความสนใจในระดับสูง เช่นกัน โดยที่การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามที่เป็นจริง ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ย 24.74 ส่วนความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ย 23.50 โดยที่บริการที่เป็นจริง มากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่แต่งกายสะอาด สุภาพ เรียบร้อย พุดจาไพเราะ ให้ความเป็นกันเอง สามารถ ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ได้อย่างคล่องแคล่วและที่คาดหวังมากที่สุดคือเจ้าหน้าที่พุดจาไพเราะ ให้ความเป็นกันเอง แต่งกายสะอาด สุภาพ เรียบร้อย อธิบายอาการของโรค สาเหตุการเกิดโรค และวิธีการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับอาการเจ็บป่วยของท่าน ได้เป็นอย่างดี

ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาล
เจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรีนั้น เน้นความรู้คู่พฤติกรรมบริการ การสร้างสัมพันธภาพกับ
ผู้รับบริการผลลัพธ์คือ ผู้รับบริการมีมั่นใจต่อบริการ ซึ่งสอดคล้องกับ แชรงค์ และ เคนดี
(อ้างถึงใน วันเพ็ญ สวนสีดา 2545: 13) ที่กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะ
คาดหวังว่าจะได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่พยาบาลที่มีความรู้ ประสบการณ์ และบุคลิกภาพที่ดี
ทั้งนี้เป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่เขาได้ว่าจะได้รับบริการที่ถูกต้อง มีคุณภาพ และคุ้มค่า และ
การที่เจ้าหน้าที่แต่งกายสะอาด สุภาพ เรียบร้อย พุดจาไพเราะ และให้ความเป็นกันเองนั้น
เป็นบุคลิกภาพภายนอกที่สามารถมองเห็น ได้ทันทีจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกมั่นใจที่ได้รับ
บริการ (สมิต สัจฉกร 2543 : 53)

3) ด้านความเป็นรูปธรรม

พบว่า ผู้รับบริการมีความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน
ด้านความเป็นรูปธรรมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร
ไพฑูริณี (2539 : 90-91) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน
และการให้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความคาดหวังบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน
ด้านความเป็นรูปธรรมอยู่ในระดับมาก โดยที่การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง
ด้านความเป็นรูปธรรมมีค่าเฉลี่ย 20.30 ส่วนความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพดี
เริ่มที่บ้านด้านความเป็นรูปธรรมมีค่าเฉลี่ย 22.20 เมื่อทำการทดสอบเปรียบเทียบค่าความแตกต่าง
ของการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านด้านความเป็นรูปธรรมตามสภาพที่เป็นจริงกับตามความ
คาดหวังของผู้รับบริการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยที่ข้อ
ที่เป็นจริงมากที่สุดท่านได้รับความสะดวกจากบริการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ สามารถประหยัด
ค่าใช้จ่ายในการไปโรงพยาบาล ข้อต่อมาเป็นจริงระดับปานกลางคือ ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
จากเจ้าหน้าที่เป็นประจำสม่ำเสมอ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกครั้ง ความคาดหวังที่มากที่สุด
คือ ได้รับความสะดวกจากบริการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการไป
โรงพยาบาล นำเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยและอยู่ในสภาพดีมาให้บริการแก่ท่าน เครื่องมือ
ทางการแพทย์มีจำนวนเพียงพอในการให้บริการรักษาพยาบาล ทุกคนในครอบครัวของท่านได้รับ
การดูแลรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง

แสดงให้เห็นว่า ผู้รับบริการ มีความต้องการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน
ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ในด้านความเป็นรูปธรรม มากกว่าที่เป็นอยู่
ขณะนี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช มีผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิด
ความแออัดคับคั่ง การบริการต้องใช้ระยะเวลาารอคอยนาน และแม้จะอยู่รอรับบริการที่บ้านก็มี

ความต้องการบริการที่มีมาตรฐานไม่น้อยกว่าที่อยู่โรงพยาบาล เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ก็ควรจะมี ความทันสมัย ดังนั้นข้อที่ต้องปรับปรุงพัฒนาบริการคือ การดูแลบุคคลในครอบครัวให้ทั่วถึงแบบมาครั้งเดียวแต่ดูแลครอบคลุมถ้วนทั่ว การปรับปรุงเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์ให้มีความทันสมัยเพียงพอเหมาะสมกับสถานการณื สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาริณี เมฆานุเคราะห์ (2542: 95) ที่พบว่าผู้ป่วยคลินิกนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความคาดหวังคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมในระดับสูง ซึ่งบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านนั้นผู้รับบริการไม่สามารถเลือกรับบริการได้ การบริการจึงขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการว่ามีการจัดบริการอย่างไร ผู้รับบริการจึงมีความคาดหวังว่าเมื่อได้รับบริการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่แล้ว เขาจะได้รับความสะดวก การดูแลอย่างทั่วถึง ได้รับทราบข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษาทุกครั้งเป็นประจำ

4) ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ

พบว่า ผู้รับบริการมีความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 23.19 ส่วนความคาดหวังของผู้รับ บริการมีค่าเฉลี่ย 21.62 โดยบริการที่เป็นจริงคือ เจ้าหน้าที่สนใจที่จะรับฟังปัญหาสุขภาพเสมอ ให้บริการอย่างเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ มีเวลาในการให้บริการและให้คำแนะนำ การดูแลตนเองเป็นอย่างดี (ไม่รีบร้อน) พยายามให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเอง เจ้าหน้าที่กระตือรือร้นในการให้คำแนะนำและช่วยเหลือ และ เจ้าหน้าที่เข้าใจปัญหาสุขภาพความต้องการ อยู่ในระดับมากทุกเรื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุมาศ พรหมเผ่า (2541: 46) ศึกษาความคาดหวังของประชาชนต่อการบริการสาธารณสุขของสถานอนามัย อำเภอจุน จังหวัดพะเยา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อการบริการสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้พิการอยู่ในระดับมาก มีความคาดหวังต่อการบริการสาธารณสุขด้านรักษาพยาบาล และด้านควบคุมและป้องกัน โรคอยู่ในระดับสูง

แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ และบริการ สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ มีคุณภาพที่เกินกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราชได้ปรับปรุงระบบบริการเป็นทีมสุขภาพ มีระบบพยาบาลผู้จัดการที่ช่วยดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น และในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนจะได้รับการเตรียมเรื่องวิถีชีวิต ที่อยู่อาศัยให้พร้อมต่อการกลับไปใช้ชีวิตด้วย ทำให้เกิดสัมพันธภาพอันดีที่ต่อเนื่องจึงทำให้เกิดความพึงพอใจในบริการ

5) ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ

พบว่า ผู้รับบริการมีความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 19.06 และมีความคาดหวังด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 23.15 เมื่อทำการทดสอบเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการตามสภาพที่เป็นจริงกับตามความคาดหวังของผู้รับบริการ จึงพบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่ข้อที่เป็นจริงในระดับมาก โดยที่บริการที่เป็นจริงมากที่สุดคือเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านภายในเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์หลังท่านออกจากโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลท่านด้วยความเต็มใจเจ้าหน้าที่ได้แจ้งนัดหมายการเยี่ยมบ้านล่วงหน้าแก่ท่านทุกครั้ง และที่คาดหวังมากที่สุดคือเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ท่านสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้สะดวกเมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพ เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการช่วยเหลือท่านได้อย่างรวดเร็ว และที่น่าสังเกตคือเจ้าหน้าที่ได้แจ้งข้อมูลผลการให้บริการแก่ท่านทุกครั้ง มีระดับความเป็นจริงน้อยแต่ระดับความคาดหวังมาก แสดงว่าการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้รับบริการมีคุณภาพบริการด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการเป็นที่พึงพอใจต่อผู้รับบริการ โดยภาพรวม แต่มีข้อที่ต้องได้รับการปรับปรุงในด้านนี้เป็นอันดับแรกคือการแจ้งข้อมูลผลการให้บริการแก่ท่านทุกครั้ง และการขยายบริการด้านการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ได้แก่ เมื่อมีปัญหาสุขภาพ สามารถให้บริการช่วยเหลือได้ สามารถติดต่อได้สะดวก ได้รับการเยี่ยมภายใน 1 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร ไทยธานี (2539 : 90-91) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพ การตอบสนองด้านการให้ข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง ขณะที่มีความคาดหวังในด้านการตอบสนองในระดับมาก

ดังนั้น สรุปได้ว่า ผู้รับบริการมีความคิดเห็นต่อการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริง อยู่ในระดับมาก 3 ด้าน คือ ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ และ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ และอยู่ในระดับปานกลาง 2 ด้านคือ ด้านความเป็นรูปธรรมและการตอบสนองต่อผู้รับบริการ โดยที่มีความคาดหวังต่อการบริการในระดับมากทุกด้าน

และจากผลการทดสอบสมมติฐาน ที่พบว่า การให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านตามสภาพที่เป็นจริงและความคาดหวังของผู้รับบริการต่อการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงว่าคุณภาพการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีคุณภาพบริการเป็นที่ยอมรับและพึงพอใจ

2.3 ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

จากการสอบถามผู้มารับบริการ พบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ดังนี้

1. ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ นั้น ต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมเรื่อยๆ
2. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ต้องการให้เจ้าหน้าที่ดูแลให้คำปรึกษาคนในครอบครัวด้วย
3. ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์ และอยากทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาต่างๆ ทุกครั้ง จะเห็นได้ว่าผู้รับบริการให้ความสนใจมีความตื่นตัว ประกอบกับการมีโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้นทำให้มีข้อเสนอแนะเรื่องบริการเป็นจำนวน 42 ราย คือ เจ้าหน้าที่ควรมาเยี่ยมให้เร็วกว่านี้มากที่สุด เจ้าหน้าที่ควรมาเยี่ยมให้บ่อยครั้งกว่านี้ อยากให้มีบริการทำแผล ฉีดยา นำจะมีคู่มือ แผ่นพับโรคบางโรคที่สำคัญ โรคที่กำลังแพร่ระบาด เพื่อเป็นความรู้เพิ่ม ต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่เคยดูแลอยู่มาเยี่ยม อยากเห็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลออกห้องที่สักอาทิตย์ละครั้ง อยากให้มีกิจกรรมเวลาเยี่ยมให้มากกว่านี้ เช่นผู้ป่วยที่เป็นโรคคล้าย ๆ กัน โรคเหมือนกัน มาด้วย จะได้เป็นกำลังใจให้คนไข้ และให้ความเห็นเกี่ยวกับเครื่องมือเครื่องใช้ว่า ควรมีเครื่องมือที่ทันสมัยเช่นเครื่องมือวัดความดันโลหิตแบบใหม่ มีเครื่องตรวจน้ำตาลที่ตรวจแล้วรู้ผลทันที

3. ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ตามสภาพที่เป็นจริง อยู่ในระดับปานกลาง 2 ด้าน คือ ด้านความเป็นรูปธรรมและการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ดังนี้

ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ

1. ทีมสุขภาพควมเพิ่มบริการเชิงรุกและการดูแลบุคคลในครอบครัวของผู้มารับบริการอย่างทั่วถึง
2. ทีมสุขภาพ ควรมีการสรุปข้อมูลผลของการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกครั้ง

3. เพิ่มช่องทางการบริการให้ครอบคลุม 24 ชั่วโมง โดยประสานกับหน่วยงานฉุกเฉิน (EMS) และหน่วยงานการพยาบาลในการให้คำปรึกษาสุขภาพนอกเวลาราชการทางโทรศัพท์ (Hotline)

4. สำรวจ ความต้องการ เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์เพิ่มเติมเพื่อให้มีความพร้อมและเพียงพอต่อการให้บริการ

ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ

1. มีการจัดส่งทีมสุขภาพ ในสาขาวิชาชีพลงไปช่วยเหลือ และวิเคราะห์ปัญหา แก่ไข ก่อนกลับบ้าน ซึ่งเป็นการคัดกรองก่อนส่งผู้ป่วยเข้าสู่ศูนย์ปฏิบัติการ บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

2. ด้านการสนองผู้รับบริการ ควรมีการจัดทำแผนการเยี่ยมในแต่ละสัปดาห์ โดยให้แกนนำสุขภาพชุมชน อสม. มีส่วนร่วมมากขึ้น และมีแผนการพัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพเหล่านี้ เพื่อให้เป็นผู้ดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ

3. จัดบริการเยี่ยมบ้าน (Home visit) เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้รับบริการที่มีปัญหาเรื่องบาดแผล หรือรอทำผ่าตัดปะเนื้อเยื่อ เพราะในปัจจุบันมีเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีที่สามารถอยู่ที่บ้าน โดยไม่ต้องทำแผลทุกวัน แม้ว่าจะเป็นแผลขนาดใหญ่

4. เพิ่มจุดการให้บริการเชิงรุก เนื่องจากเป็นบริการที่เป็นช่องทางที่ทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบันได้ดี และยังเป็น การติดต่อประสานงานกับชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชนต่าง ๆ โดย การหาสถานที่ชุมชน ศูนย์การค้า หรือมีความหนาแน่นของครัวเรือนสูงแล้วตั้งจุดให้บริการอาจทำร่วมกับหน่วยงานอื่นที่มีเป้าหมายเดียวกัน เป็นการลดภาระงานที่ซ้ำซ้อนอีกด้วย

3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาถึงการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านต่อความคาดหวังของผู้ป่วย เพื่อการตรวจสอบการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ เพราะหากมีการรับรู้ความคาดหวังที่แท้จริงของผู้รับบริการก็จะสามารถจัดบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านที่มีคุณภาพตามความคาดหวังของผู้รับบริการได้

3.2.2 ควรมีการศึกษาวิจัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามสภาพที่เป็นจริงของบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการบูรณาการของระบบสุขภาพในการที่จะมุ่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์

3.2.3 ควรมีการศึกษาวิจัย การจัดรูปแบบบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้มารับบริการ

3.2.4 ควรมีการศึกษาวิจัย ทั้งเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาผลการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- เกศสินี กลั่นบุญชัย (2540) “ความคาดหวังของผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลต่อการบริการของ
โรงพยาบาลเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาล (2533) การบริหารการพยาบาล กรุงเทพมหานคร องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก
- คัทลียา ศิริภัทรากูร (2541) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคาดหวังคุณภาพบริการ
โรงพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จรรยา เสียงเสนาะ (2544) “พยาบาลชุมชนกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน” ใน เอกสารการสอนชุด
วิชาการพยาบาลชุมชนและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น หน่วยที่ 15 หน้า 507-554
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- จำรูญ มีชนอน และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม (2544) “การพัฒนางานสาธารณสุขของ ประเทศไทย”
ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการระบบสาธารณสุขและการวางแผนกลยุทธ์ การพัฒนางาน
สาธารณสุข หน่วยที่ 7 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชา
วิทยาศาสตร์สุขภาพ
- ฉลองพรรณ ศรีสุข (2547) “ความพึงพอใจและความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อคลินิกชุมชน
อบอุ่นภายใต้โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” วิทยานิพนธ์ปริญญา
คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมมาธิราช
- ทรวงทิพย์ วงษ์พันธ์ (2541) “คุณภาพบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการ
ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
- ชาริณี เมฆานุเคราะห์ (2542) “คุณภาพการบริการตามความคาดหวังของผู้ป่วย คลินิกนอกเวลา
ราชการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

- บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ์ (2542) *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย*
พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร บีแอนด์บีพลับลิชชิง
- บัญชา วิจิตรพานิชกุล (2545) “ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ตามนโยบาย
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสุพรรณบุรี”
วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ประนอม โอทกานนท์ (2536) *เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานวิจัยทางพยาบาล*
แนวความคิดวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 1 วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2536
อาคารวิทย์พัฒนา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เอกสารอัดสำเนา)
- ประพิณ วัฒนกิจ (2542) *การประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านในประเทศไทย*
เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานวิจัยทางพยาบาล แนวความคิดวิจัยระบบ
สาธารณสุข ครั้งที่ 2 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2543 อาคารวิทย์พัฒนา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เอกสารอัดสำเนา)
- พรทิพย์ เกษุรานนท์ (2539) “รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาล
ในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า
(พ.ศ. 2539-2549)” คุษฎิณีพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรคุษฎิณีบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ภาณุมาศ พรหมเผ่า (2541) “ความคาดหวังของประชาชนต่อการบริการสาธารณสุขของสถานี
อนามัย อำเภอบุณ จังหวัดพะเยา” การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- มนัสสินิตย์ บุญยธรรมพ (2535) “ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน”
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ขงยุทธ เกษสาคร (2546) *ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม* พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร
เอส.แอนด์.จี. กราฟฟิค
- วรรณรัตน์ ลาวัง (2542) “ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลสุขภาพที่บ้าน
ในเขตกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

- วาริ วณิชปัญญาผล (2539) “ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลและการรับรู้ของผู้บริหาร
การพยาบาลต่อความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วาสนา พงษ์สุภษะ (2542) “การวิเคราะห์กระบวนการบริหารงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของสถาน
บริการสาธารณสุขในจังหวัดอ่างทอง” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิลาวัณย์ เสนารักษ์ และประยงค์ ลีมิตระกุล (2538) “ความเห็นของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการ
บริการสุขภาพที่บ้าน” *สารสภากาพยาบาล* 10, 3 (กรกฎาคม-กันยายน) : 1-6
- วิโรจน์ สารรัตน์ (2545) *การบริหาร: หลักการ ทฤษฎี ประเด็นทางการศึกษาและบทวิเคราะห์
องค์การทางการศึกษาไทย* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร ทิพย์วิสุทธิ
- วันเพ็ญ สวนสีดา (2545) “ความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐ: ศึกษากรณี
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสังคมวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ (2550) *รายงานประจำปี 2550* โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช
สกลวดี ดวงเด่น (2539) “การศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้า
หอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมิต สัจฉกร (2543) *การต้อนรับและบริการที่เป็นเลิศ* กรุงเทพมหานคร เดือนตุลา
- สุมิตรา มาศมมาตล และคณะ (2538) *การติดตามประเมินผลการดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่
บ้านของโรงพยาบาลยโสธร*
- สุภาพร ไทยธานี (2539) “ความรู้และความคาดหวังในบทบาทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน
ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 6” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง (2544) *การบริการสุขภาพที่บ้าน* สงขลา
ซานเมืองการพิมพ์
- สุรชาติ ฅ นหนองคาย (2536) *ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2536-2537*
กรุงเทพมหานคร ธีรพงศ์การพิมพ์

อรชร อาชาฤทธิ์ (2541) “ตัวประกอบคุณภาพบริการของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
ตามความคาดหวังของผู้ป่วยใน ภาคใต้” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Longman Group (1995) *Dictionary of Contemporary English* 3rd edition London Clays

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสัมภาษณ์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสัมภาษณ์

1. นายแพทย์ สมยศ เงินบำรุง นายแพทย์ 9 ด้านเวชกรรมป้องกัน รองผู้อำนวยการ
ด้านปฐมภูมิและทุติยภูมิ หัวหน้างานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช
จังหวัดสุพรรณบุรี
2. นางเบญจมาศ ผ้าเจริญ พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. รองหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม
หัวหน้างานรักษาชุมชน โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์

ลำดับที่ของแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง เปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ตามสภาพที่เป็นจริงกับตามที่ความคาดหวัง
ของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี

คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องสี่เหลี่ยม () หรือ เติมข้อความที่เป็นคำตอบของ
ผู้ถูกสัมภาษณ์ลงในช่องว่างที่เว้นไว้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะประชากร

ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว (เป็น.....กับผู้ป่วย)

1. เพศ ชาย หญิง
2. สถานภาพสมรส
 โสด คู่ หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่
3. อายุปัจจุบัน ปี (หากเกิน 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี)
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 ประถมศึกษา (ป.4-ป.6) มัธยมศึกษา (ม.3-ม.6)
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช.) อนุปริญญา/ ปวส.
 ปริญญาตรี อื่น ๆ (ระบุ)
5. อาชีพ
 เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) รับจ้างทั่วไป
 รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย
 อื่น ๆ (ระบุ)
6. ท่านมีรายได้ครอบครัว ประมาณ ประมาณ บาทต่อเดือน
7. ในปีที่ผ่านมา(ปีพ.ศ. 2549) ท่านได้รับการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน(เยี่ยมบ้าน).....ครั้ง/ปี

ตอนที่ 3 ปัญหา และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

ใน 6 ด้าน ของผู้ให้บริการ

3.1 ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้

(การให้บริการรักษาพยาบาลที่บ้านอย่างถูกต้อง, การมาเยี่ยมบ้านตรงตามนัดหมาย เป็นประจำ สม่ำเสมอ การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสุขภาพ ฯลฯ)

ไม่มีปัญหา มีปัญหา (โปรดระบุปัญหา).....

ข้อเสนอแนะ.....

3.2 ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ

(การแต่งกายของเจ้าหน้าที่ การพูดจา ความรู้ความสามารถในการพยาบาล และให้คำแนะนำเรื่อง โรคและการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ฯลฯ)

ไม่มีปัญหา มีปัญหา (โปรดระบุปัญหา).....

ข้อเสนอแนะ.....

3.3 ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ

(เครื่องมือทันสมัย มีจำนวนเพียงพอในการให้บริการ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ฯลฯ)

ไม่มีปัญหา มีปัญหา (โปรดระบุปัญหา).....

ข้อเสนอแนะ.....

3.4 ด้านความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ

(เจ้าหน้าที่สนใจรับฟังปัญหา กระตือรือร้นในการให้บริการ เข้าใจปัญหาและความต้องการของท่าน ให้กำลังใจในการดูแลตนเอง ฯลฯ)

ไม่มีปัญหา มีปัญหา (โปรดระบุปัญหา).....

ข้อเสนอแนะ.....

3.4 ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ

(เจ้าหน้าที่ให้บริการอย่างเต็มใจ เจ้าหน้าที่หมายเลขเยี่ยมบ้านล่วงหน้า แจ้งผลการให้บริการทุกครั้ง
ติดต่อได้สะดวก ให้บริการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว)

ไม่มีปัญหา มีปัญหา (โปรดระบุปัญหา).....
ข้อเสนอแนะ.....

3.6 ด้านอื่นๆ

ไม่มีปัญหา มีปัญหา (โปรดระบุปัญหา).....
ข้อเสนอแนะ.....

ขอขอบคุณผู้ให้การสัมภาษณ์เป็นอย่างสูง

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางรุ่งนิภา จ่างทอง
วัน เดือน ปีเกิด	16 ตุลาคม 2505
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2528
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)