

บทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์
คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ร้อยเอกหญิงกมลวรรณ โป้สมบูรณ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต
วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2550

**Roles of Patients and Family Members on Receiving Computed Tomography
Examination in Phramongkutkiao Hospital**

Capt. Kamonwan Posomboon

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Home Economics in Family and Social Development

School of Human Ecology

Shukhothai Thammathirat Open University

2007

หัวข้อวิทยานิพนธ์	บทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ชื่อและนามสกุล	ร้อยเอกหญิงกมลวรรณ โป้สมบูรณ์
วิชาเอก	การพัฒนาคอครอบครัวและสังคม
สาขาวิชา	มนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เวชวิฐาน 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอมอร จารูรัมย์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี สวายสอาด)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เวชวิฐาน)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอมอร จารูรัมย์)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาคอครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

.....ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจินต์ วิสวธีรานนท์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อวิทยานิพนธ์ บทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์

คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้วิจัย ร้อยเอกหญิงกมลวรรณ โป้สมบูรณ์ **ปริญญา** ศษท.มหาบัณฑิต (การพัฒนา

ครอบครัวและสังคม) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เวชวิฐาน

(2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์อมอร จารุงษ์ **ปีการศึกษา** 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) บทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ 2) ประสิทธิภาพของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่มารับตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและสมาชิกครอบครัวจำนวน 16 ครอบครัว ประกอบด้วยผู้ป่วย 16 ราย และสมาชิกครอบครัว 16 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 32 ราย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมการบันทึกเทป และการจดบันทึกการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานใช้สถิติร้อยละ เนื้อหาที่ศึกษาใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถอดคำจากเทปบันทึกแล้วจึงวิเคราะห์หาประเด็นและการตีความ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า 1) ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีส่วนในการสนับสนุนให้การตรวจรักษาเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าให้บรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย การดูแลร่างกาย การดูแลจิตใจ การจัดการค่าใช้จ่าย และการหาข้อมูลข่าวสาร และ 2) ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสะท้อนประสิทธิภาพเกี่ยวกับการบริการที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประกอบด้วย ความสะดวกสบาย ความใส่ใจในบริการ ความเชื่อมั่นในการรักษา ค่าบริการที่ต้องจ่าย และการประสานงานบริการ

คำสำคัญ บทบาทของผู้ป่วย บทบาทของสมาชิกครอบครัว การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

Thesis title: Roles of Patients and Family Members on Receiving Computed Tomography Examination in Phramongkutklao Hospital

Researcher: Capt. Kamonwan Posomboon; **Degree:** Master of Home Economics (Family and Social Development); **Thesis advisors:** (1) Dr. Poonsuk Wachwithan, Assistant Professor; (2) Aim-on Charrurangsri, Assistant Professor; **Academic year:** 2007

ABSTRACT

The purposes of this research were to study 1) roles of patients and family members on receiving Computed Tomography examination in Phramongkutklao Hospital, and 2) experiences of patients and family members on receiving a Computed Tomography examination in Phramongkutklao Hospital.

A total of 32 patient and their family member combinations were selected to be participants in this qualitative study. The sample was purposive sampling and 16 patients who have received Computed Tomography Examination in Phramongkutklao Hospital and 16 family members were selected. The researcher used in-depth interviews. All interviews were recorded and notes were taken and transcribed by the researcher. Thematic analysis was used to determine the themes that constructed the patients and family members' roles and experiences.

Research findings revealed 1) patients and their family members were significantly supported the goals of Computed Tomography Examination in Phramongkutklao in terms of physical care, psychological care, cost managing, and information searching, and 2) patients and their family members reflected their experiences of receiving services from Computed Tomography Examination in Phramongkutklao including convenience and comfort, courtesy, reliability of care, out-of-pocket costs and coordination.

Keywords: Roles of Patients, Roles of Family Members, Computed Tomography Examination

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์คำปรึกษาแนะนำที่มีคุณค่าในทุก ๆ ด้าน ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์ จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เวชวิฐาน และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอมอร จารุรังษี สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้เสียสละเวลาส่วนตัวอันมีค่าแม้ในช่วงนอกเวลาราชการ โดยที่ไม่เห็นแก่ความเหน็ดเหนื่อยในการถ่ายทอดความรู้ และให้คำแนะนำ แก้ไข ปรับปรุง การทำ วิทยานิพนธ์ของผู้วิจัย นอกจากนี้ยังได้รับความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุมาลี สวายสอาด ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ชี้แนะประเด็นต่าง ๆ ที่ช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มีความชัดเจน และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พล.ต.กิตติพล ภักโชนานนท์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า พ.อ.ธรรมพงษ์ รังสิภักดิ์ ผู้อำนวยการกองรังสีกรรม พ.ท.รุ่งทิwa พิมศักดิ์ และ อาจารย์อากาศ สุปัญญา ที่กรุณา ร่วมเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ และชี้แนะแนวทางในการตรวจสอบคุณภาพ แบบสัมภาษณ์สำหรับการวิจัย รวมทั้งหัวหน้าแผนกเอกซเรย์วินิจฉัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ห้องเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ที่ช่วยสนับสนุนและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยตลอดหลักสูตรการศึกษาของผู้วิจัย ส่งผลให้ การจัดทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้มีความสมบูรณ์ครบถ้วน ผู้วิจัยจะขอเก็บความทรงจำในความปรารถนาดี ของทุกท่านที่ยากจะลืมได้

สุดท้ายผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณท่านผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการ ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ร่วมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ มีคุณค่ายิ่ง ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ คุณค่าและสาระประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ขอได้ส่งผลให้ท่าน ทั้งหลายจงได้ประสบแต่ความสุขกันอย่างถ้วนหน้า

ร้อยเอกหญิงกมลวรรณ ไป่สมบูรณ์

กรกฎาคม 2551

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวกับสภาวะการเจ็บป่วย.....	7
บทบาทสมาชิกครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วย.....	15
ระบบบริการสุขภาพกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์	25
บทที่ 3 วิธีวิจัย.....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
เครื่องมือ	37
การเก็บรวบรวมข้อมูล	39
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
บทที่ 4 ผลการวิจัย	43
บทบาทของผู้ป่วย	46
บทบาทของสมาชิกครอบครัว.....	54
บริการของโรงพยาบาล.....	61
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	72
สรุปการวิจัย.....	72

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
อภิปรายผล.....	76
ข้อเสนอแนะ	80
บรรณานุกรม	85
ภาคผนวก	92
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ (แบบสัมภาษณ์)	93
ข แบบสัมภาษณ์	95
ค ข้อมูลแสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว	102
ง เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information sheet)	107
จ หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent).....	114
ฉ ตัวอย่างกรณีศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยที่มารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์	116
ประวัติผู้วิจัย	125

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามเพศ	37
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนร้อยละและค่าเฉลี่ยของคุณลักษณะส่วนบุคคล และครอบครัว ของผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกครอบครัว (ผู้ดูแล)	43

ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 ภาวะความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีมาจนกระทั่งถึงแก่ความตาย.....	10
ภาพที่ 2.2 แสดงหน่วยวิเคราะห์ (analytical units) ตามความคิดของทฤษฎีบทบาท	17

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นบริบทที่สำคัญของบุคคลเป็นหน่วยย่อยทางสังคมตอบสนองความต้องการของสมาชิกทั้งด้านร่างกาย อารมณ์อย่างผูกพันต่อเนื่อง และเมื่อสมาชิกเจ็บป่วยครอบครัวจะเป็นผู้ดูแลเบื้องต้น ปรึกษาประคองช่วยเหลือในการดูแลรักษาและในระยะพักฟื้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดปกติบุคคลมักจะนำเหตุการณ์นั้นเข้าสู่ครอบครัวเพื่อขอความช่วยเหลือ จัดการตามความเหมาะสม ช่วยลดความรุนแรงที่เป็นปัญหาแก่บุคคลนั้น ภาวะความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านชีวิตประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล บทบาทหน้าที่ในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวในการจัดการกับปัญหาเพื่อช่วยรักษาสมดุล สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวอยู่ในสังคม ครอบครัวมีอำนาจในการเลือกและตัดสินใจว่าควรให้การดูแลแบบใด ครอบครัวจะทำหน้าที่ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อสมาชิกเกิดการเจ็บป่วยครอบครัวจะจัดการให้บุคคลหนึ่ง บุคคลใดเป็นผู้ดูแลเพื่อทดแทนส่วนที่สมาชิกไม่สามารถทำได้เอง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2549: 123-124)

สมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อทุกคนในครอบครัว แต่จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของสมาชิกครอบครัวรวมทั้งความสำคัญของผู้ป่วยต่อครอบครัว ความรุนแรงและระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผลของการเจ็บป่วยย่อมทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จะมีผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจที่อาจทำให้มีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้หารายได้ก็ส่งผลให้ต้องหยุดงานขาดรายได้ หากเป็นโรคติดต่อที่สังคมรังเกียจ อาจทำให้ครอบครัวถูกจัดให้อยู่อย่างโดดเดี่ยวจากสังคมรอบข้างได้เกิดความเครียดทางด้านอารมณ์และด้านสุขภาพร่างกาย ตัวผู้ป่วยเองจะเกิดความเครียดอารมณ์หงุดหงิดง่าย ส่วนสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะเกิดความเครียดจากความห่วงใย ความวิตกกังวลต่ออาการป่วย เกิดความอ่อนเพลียจากการดูแลผู้ป่วย มีการเปลี่ยนแปลงภายในบ้าน และในด้านการดูแลผู้ป่วยทุกคนภายในบ้านควรต้องมีการปรับตัวเพื่อรับภาระในการดูแลและตระหนักอยู่เสมอว่าจะไม่ทำความรำคาญให้แก่ผู้ป่วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสบายใจ (พิมพ์ใจ นาสมผัส และคนอื่น ๆ 2540: 208; รุจา ภูโพนบูลย์ 2544: 169)

สุขภาพและความเจ็บป่วย ถือเป็นสิ่งปกติที่บุคคลต้องเผชิญอย่างต่อเนื่อง มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยที่ความเจ็บป่วยเป็นสภาวะการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติ ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เมื่อร่างกายปรับตัวได้น้อย ไม่สามารถจะตอบโต้หรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ทำให้คนรู้สึกว่าคุณภาพไม่ดี ซึ่งความเจ็บป่วยอาจไม่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคก็ได้ บุคคลที่มีความเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นทางด้านใดด้านหนึ่ง จะมีผลกระทบต่อด้านอื่น ๆ ตามมา กล่าวคือ ถ้ามีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมาจนบุคคลเกิดความวิตกกังวล ไม่สบายใจ มีความเครียด นอกจากนี้ภาวะเจ็บป่วยอาจมีผลกระทบต่อด้านอารมณ์ ทำให้หงุดหงิด ไม่สบายใจ และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมตามมาได้ บุคคลใดจะเข้าสู่สถานภาพและบทบาทของผู้ป่วยได้นั้น ทั้งผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายต้องตระหนักและยอมรับต่อความเจ็บป่วยอย่างเดียวกัน ความสามารถที่จะยอมรับต่อบทบาทการเจ็บป่วยของแต่ละคนย่อมไม่เท่ากัน เนื่องจาก ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง หรือช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่เหมือนเมื่อยังไม่เจ็บป่วย การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้เกิดขึ้น ดังนั้นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นจะถูกพิจารณาว่าเป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนืออำนาจควบคุมของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเพื่อให้หายจากความเจ็บป่วยนั้นกลับคืนสู่สภาพปกติ โดยเร็วที่สุด (Cockerham 2001: 160-162)

การให้บริการ โดยใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐาน เกิดขึ้นจากความเชื่อที่ว่า ครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของผู้ป่วยเป็นสถาบันหนึ่งในสังคมที่มีหน้าที่ดูแลปกป้องสมาชิกตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของสมาชิก แนวความคิดการใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐานการให้บริการถือว่าการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องที่ผู้เกี่ยวข้องและบุคคลในครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการให้บริการภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน อันจะนำไปสู่การลดภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในครอบครัวต่อไป (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2549: 125) ในแง่ของการปฏิบัติการพยาบาลเน้นการนำความรู้ไปใช้เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษาของผู้ป่วย การให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตลอดจนพัฒนาความสามารถของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมนำไปสู่การตรวจวินิจฉัยและรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศรีนวล โอสเสถียร 2544: 182) การให้บริการที่เป็นองค์รวม ทั้งผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวและองค์กร เป็นการพัฒนาบริการ ที่มุ่งเน้นการดูแลในมิติที่ผสมผสานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ นับเป็นปรัชญาพื้นฐานของการบริการสาธารณสุขในประเทศไทยที่ให้ความสำคัญต่อการที่ประชาชน และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเอื้อ

ต่อการสร้างสุขภาพที่ดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอยู่ในฝ่ายยุทธบริการสังกัดกรมแพทยทหารบก ขึ้นตรงกองทัพบก กระทรวงกลาโหม นับเป็นองค์กรสำคัญที่น่าภาคภูมิใจ มีประวัติการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง จัดเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในสังกัดกองทัพบก มีขนาด 900 เตียง เป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพได้รับการรับรองว่ามีกาปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาล โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพ การดูแลผู้ป่วย และการสร้างเสริมสุขภาพ หน่วยงานทุกหน่วยในโรงพยาบาลและบุคลากรทุกคนมีความมุ่งมั่นในการพัฒนา ปรับปรุงการทำงานประจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลและรักษาผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมายทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพ ส่วนความท้าทายของโรงพยาบาลในขณะนี้คือ การส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร ที่บุคลากรทุกคนให้ความสำคัญและช่วยกันธำรงรักษาไว้อย่างเหนียวแน่น โดยจะช่วยส่งผลให้บรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้ว่าจะเป็น “ศูนย์การแพทยทหารที่มีความเป็นเลิศทางวิชาการ และงานบริการ เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ และภูมิภาค” (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2550)

การตรวจวินิจฉัยโรคสามารถทำได้ในหลายวิธี เริ่มจากวิธีการที่ง่ายไม่ซับซ้อน จนกระทั่งถึงวิธีการที่ซับซ้อนมากขึ้น ตั้งแต่การวัดไข้ การวัดความดัน การจับชีพจร การตรวจเลือด การตรวจเอกซเรย์ จนกระทั่งถึงการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ที่มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง แม่นยำ นำไปสู่การรักษาโรคที่ถูกต้องเหมาะสม ในปัจจุบันเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จะมีใช้อยู่ในโรงพยาบาลหลักเกือบทุกแห่ง ในแต่ละแห่งจะมีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ไม่มากนัก เพียงแห่งละ 1-2 เครื่องเท่านั้น ดังนั้นการให้บริการจึงจำเป็นต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของโรค และมีการนัดหมาย เพื่อให้ทุกคนได้มีโอกาสเข้าถึง การบริการในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์อย่างเสมอภาคกัน แต่อย่างไรก็ตามการตรวจโดยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผู้มาใช้บริการต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และความรู้ความเข้าใจ และที่สำคัญอย่างยิ่ง ผู้มาใช้บริการตรวจที่ต้องเตรียมตัวมานั้น อาจเกิดผลข้างเคียงจากการเตรียมตัว ซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเองได้ จึงจำเป็นต้องมีสมาชิกครอบครัวร่วมมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจกรรมเพื่อเข้ารับการตรวจได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ในสถานบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน

หน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography) เป็นหน่วยงานบริการของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่สำคัญทางคลินิกส่วนหนึ่งในแผนกเอกซเรย์วินิจฉัย กอรั้งสีกรรม ที่มีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติภารกิจ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลที่มีการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับศูนย์บริหารคุณภาพโรงพยาบาล และทีมผู้ปฏิบัติงานในการร่วมกันกำหนดนโยบาย และวางแผนดำเนินงาน อย่างเป็นระบบ จากข้อมูลของ

การปฏิบัติงานจริง ปัญหา ข้อเสนอแนะ ที่มีการเก็บรวบรวมไว้โดยมีจำนวนผู้ใช้บริการล่าสุด 3 ปี ย้อนหลัง คือ ปี 2547 2548 และ 2549 มีผู้ใช้บริการจำนวน 4,156 4,588 และ 4,544 คน ตามลำดับ (กองรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2550) ในการดำเนินการตรวจวินิจฉัยจำเป็นต้องใช้เครื่องมือพิเศษเฉพาะด้าน

เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูง เพื่อตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุของโรคต่าง ๆ อย่างละเอียดแม่นยำในการวางแผน การรักษา ที่ตรงจุด รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ในระยะหลายปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันเครื่องมือตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ มีความสามารถทำการตรวจเก็บข้อมูลได้มากถึง 64 ภาพ ในการหมุนของหลอดเอกซเรย์ 1 รอบ ทำให้ได้ข้อมูลละเอียด ครบคลุมอวัยวะที่ต้องการตรวจได้ครบในเวลาอันรวดเร็วและยังสามารถนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาสร้างภาพใหม่ได้ทั้ง 2 และ 3 มิติ ในระนาบต่าง ๆ ที่ต้องการ รวมทั้งสามารถสร้างเป็นภาพเคลื่อนไหวคือ 4 มิติ เพื่อเป็นการป้องกันและตรวจหาโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคต่าง ๆ ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ (www.piyavate.com สืบค้นวันที่ 24 เมษายน 2551)

การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ความเร็วสูงเป็นเครื่องมือที่มีการออกแบบพัฒนาโปรแกรม (program) ความสามารถในการช่วยลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ โดยเครื่องจะคำนวณการได้รับรังสี จากความหนาโดยแท้จริงของผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนตรวจนั้น ในกรณีที่ไม่ต้องฉีดสารทึบรังสีไม่ต้องเตรียมตัวผู้ป่วยแต่ประมาณร้อยละ 90 ของการตรวจ ต้องมีการฉีดสารทึบรังสีเพื่อช่วยในการวินิจฉัยให้ถูกต้องยิ่งขึ้น ดังนั้นกรณีที่ต้องฉีดสารทึบรังสีต้องเตรียมผู้ป่วยด้วยการงดน้ำและอาหารเป็นเวลา 4 ชั่วโมง มีการสอบถามประวัติผู้ป่วยทุกราย ตรวจสอบผลเลือดเพื่อดูการทำงานของไต ก่อนการตรวจต้องนำวัสดุที่ทึบต่อรังสีเอกซเรย์ออกจากตัวผู้ป่วยทุกรายให้หมด โดยเฉพาะบริเวณที่ต้องการตรวจ เช่น เครื่องประดับต่าง ๆ (www.guru.sanook.com/encyclopedia สืบค้นวันที่ 24 เมษายน 2551)

การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ค่าตรวจแต่ละครั้งมีราคาสูง เนื่องจากเครื่องที่ใช้ในการตรวจมีราคาแพง และเครื่องที่ใช้ในการตรวจมีเพียงเครื่องเดียว ทำให้ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ สามารถนัดผู้ป่วยเพื่อมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ได้ในแต่ละวันมีจำนวนจำกัด การรับการตรวจของผู้ป่วยตามกำหนดนัดหมาย จึงมีความสำคัญต่อห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมเกิดและประโยชน์สูงสุดกับทรัพยากร เงิน แรงงาน เวลาที่สูญเสียไปในแต่ละวันและไม่ทำให้เกิดการเสียโอกาส เสียประโยชน์กับผู้ป่วยรายอื่นต่อไป

การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาเพื่อที่จะได้รู้และเข้าใจความสำคัญ บทบาทของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และประสบการณ์ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยที่ผลการศึกษาจะไปสู่การพัฒนาประสิทธิภาพงานด้านการบริการ สุขภาพให้มีคุณภาพเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว จากนำองค์ความรู้ด้านพัฒนาครอบครัวและสังคมมาเป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัย

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

- 2.1 บทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- 2.2 ประสบการณ์ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3. คำถามการวิจัย

- 3.1 บทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นอย่างไร
- 3.2 ประสบการณ์ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นอย่างไร

4. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาค้างนี้มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

- 4.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คัดเลือกจากประชากรที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสมาชิกครอบครัวซึ่งมีความสมัครใจในการให้ข้อมูล โดยมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และไม่จำกัดเพศ

4.2 ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากกลุ่มประชากรที่เข้ารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2551 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2551

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

การวิจัยครั้งนี้มีนิยามศัพท์เฉพาะดังนี้

5.1 สมาชิกครอบครัว หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย อาจารย์ถึงสามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันและเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และพาผู้ป่วยมารับบริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

5.2 บทบาทของสมาชิกครอบครัว หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างผูกพันต่อเนื่อง ปรึกษาปรึกษา ประคับประคอง ช่วยเหลือในการดูแลรักษาตามความเหมาะสม ลดความรุนแรงที่เป็นปัญหาแก่นุคคลนั้น ทั้งการดูแลร่างกาย การดูแลจิตใจ สังคม การจัดการค่าใช้จ่าย และการหาข้อมูลข่าวสาร

5.3 ผู้ป่วย หมายถึง บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางสุขภาพที่เข้ามาใช้บริการ การตรวจวินิจฉัย ติดตามผลการรักษาที่หน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

5.4 ประสิทธิภาพด้านการบริการ หมายถึง บทเรียนหรือเหตุการณ์เกี่ยวกับการบริการ ในด้านความสะดวกสบาย การประสานงานของบริการ ทัศนคติ ความสนใจของผู้ให้บริการ ข้อมูลข่าวสาร ค่าใช้จ่าย และคุณภาพบริการที่ได้รับเพื่อมาใช้บริการที่หน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ดังนี้

6.1 ข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการศึกษาช่วยให้เข้าใจบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และความสำคัญของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยที่มาตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในกองรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

6.2 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาหน่วยงานให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการของงานเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และสอดคล้องกับพันธกิจ เป้าหมายของกองรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสามารถสรุปแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ได้ 3 ประเด็นประกอบด้วย 1) แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวกับสถานะการเจ็บป่วย 2) บทบาทสมาชิกครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วย และ 3) ระบบบริการสุขภาพกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

1. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวกับสถานะการเจ็บป่วย

1.1 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของสมาชิก เนื่องจากเป็นสังคมกลุ่มแรกที่สมาชิกจะต้องเผชิญตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโต ในครอบครัวจะให้ตำแหน่ง ชื่อและสกุล ซึ่งเป็นสิ่งที่บอกถึงสถานภาพและบทบาทในสังคม ตลอดจนกำหนดคตินิยมและหน้าที่ที่มีต่อกัน คนทุกคนเกิดมาจากหน่วยย่อยของสังคม ที่เรียกว่า ครอบครัว ถือเป็นสถาบันที่มีความใกล้ชิดกับบุคคลมากกว่าสถาบันใด ๆ ผู้ให้การศึกษาจะต้องทำความเข้าใจความหมาย ความสำคัญของครอบครัว และบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (2541: 6) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจในการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งการพึ่งพิงกันทางสังคม เศรษฐกิจ และมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต ครอบครัวบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการ ได้แก่ ครอบครัวที่มีสมาชิกข้ามรุ่นอายุอาศัยอยู่

รุจา ภูโพนุลย์(2544: 133) ได้ให้ความหมายว่า ครอบครัวมีความหมายที่รวมคุณลักษณะต่อไปนี้

- 1.1.1 ครอบครัวต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คนขึ้นไป
- 1.1.2 สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือทางกฎหมาย
- 1.1.3 ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ

1.1.4 สมาชิกควรมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ฯลฯ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทตน

จากความหมายของครอบครัวสรุปได้ว่าครอบครัวคือสถาบันพื้นฐานที่สำคัญที่สุด เป็นสถาบันที่มีความใกล้ชิดกับบุคคล มากกว่าสถาบันใดๆ เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทาง อารมณ์ และจิตใจในการดำเนินชีวิตร่วมกัน มีการพึ่งพิงกันทางสังคมเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทาง สายโลหิต หรือทางกฎหมาย

1.2 ความสำคัญของครอบครัว

ครอบครัวเป็นบริบทที่สำคัญของบุคคล เป็นหน่วยย่อยทางสังคม ตอบสนองความต้องการของสมาชิก ทั้งทางด้านร่างกาย ทางอารมณ์ อย่างผูกพันต่อเนื่อง จึงอาจเรียกครอบครัวเป็น กลุ่มปฐมภูมิ (Primary Group) ที่ใกล้ชิดสมาชิกทุกคน มีสถานภาพคงอยู่แม้กาลเวลาผ่านไป ถึงแม้จะเสียชีวิตแต่ก็ยังได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาชิกของครอบครัวตลอดไป ครอบครัวยังมีหน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูสมาชิกให้มีคุณภาพสำหรับสังคมและประเทศชาติ และเมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วย ครอบครัวจะเป็นผู้ดูแลเบื้องต้น และประทับประคองช่วยเหลือในการดูแลรักษา ทั้งยังทำหน้าที่ เสมือน “กันชน” ระหว่างสมาชิกแต่ละคน กับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ เมื่อเกิดเหตุการณ์ ผิดปกติบุคคลมักจะนำเหตุการณ์นั้นเข้าสู่ครอบครัว เพื่อขอความช่วยเหลือ และจัดการตามความเหมาะสม ช่วยลดความรุนแรงที่เป็นปัญหาแก่บุคคลนั้น (รุจา ภูไพบูลย์ 2544: 134)

ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์ (2541: 8-10) ได้กล่าวถึงความสำคัญของครอบครัวไว้ใน 3 มิติ ดังนี้

1.2.1 ด้านสังคมและวัฒนธรรม ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานเก่าแก่ที่สุด มีหน้าที่หล่อหลอมความเป็นมนุษย์ด้วยการเลี้ยงดูอบรม ให้การศึกษาแก่บุตร ให้มีพัฒนาการ ทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ เหมาะสมตามวัย ไม่เบียดเบียนผู้อื่น มีจิตใจเอื้ออาทร ต่อสังคมส่วนรวม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่น ได้อย่างมีความสุข

1.2.2 ด้านเศรษฐกิจ สมาชิกครอบครัวต้องเป็นผู้ผลิตและผู้บริโภค ไม่ว่าจะอยู่ในฐานะผู้ใช้ แรงงาน ผู้ประกอบการ ผู้ลงทุน ในฐานะผู้บริโภคคือรู้เท่าทัน เลือกรับบริโภคอย่างมี ประโยชน์ ประหยัดและปลอดภัย ใช้จ่ายอย่างมีเหตุผล

1.2.3 ด้านการเมืองและการปกครอง หมายถึง การอยู่ร่วมกันอย่างมีกติกามีบทบาทการเอื้ออาทรต่อกัน ตัดสินใจร่วมกัน มีความรับผิดชอบในครอบครัว รู้จักรับฟังและ สื่อสาร ประนีประนอมด้วยความรัก ความเข้าใจและเหตุผล เคารพสิทธิซึ่งกันและกัน รู้จักยกย

ครอบครัวแต่ละบุคคลนั้นมีผลต่อการพัฒนาตนทุกด้านของบุคคลมากเพราะครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมสถาบันแรกของมนุษย์ แม้ครอบครัวจะมีวิวัฒนาการมาหลายรูปแบบ แต่ครอบครัวทุกรูปแบบมีความสำคัญต่อสมาชิกในประเด็นหลัก ดังต่อไปนี้

ประการที่ 1 ความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก

ประการที่ 2 ความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ถ้าความสัมพันธ์ดีครอบครัวจะมั่นคงและสร้างสรรค์และสมาชิกในครอบครัวก็จะพัฒนาไปสู่ความสำเร็จในชีวิต

ประการที่ 3 ความสำคัญในหน้าที่ที่ประเพณีของครอบครัวที่มีต่อบุคคล จะปรากฏในทุกวัฒนธรรม คือ ให้บทเรียนในการต่อสู้ชีวิต บทบาททางเพศทั้งชายและหญิง ค่านิยม ทศนคติในการประกอบอาชีพ (พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ 2545: 18)

1.3 บทบาทหน้าที่ของครอบครัว

ครอบครัวมีความสำคัญต่อบุคคลและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสำคัญของครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับหน้าที่ของครอบครัว ครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่ทำหน้าที่หลาย ๆ อย่างในสังคม หน้าที่บางอย่างจะเลื่อนลง บางอย่างได้รับการส่งเสริม แล้วแต่สภาพสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น การที่ครอบครัวจะผาสุก มีความเจริญรุ่งเรืองมีพัฒนาการของครอบครัวอย่างปกติสุข สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ สมาชิกในครอบครัวต้องทำหน้าที่ร่วมกัน โดยครอบครัวมีหน้าที่พื้นฐาน 6 ประการที่ควรกระทำประกอบด้วย (Friedman, 1986)

1.3.1 หน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่

1.3.2 หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูสมาชิก

1.3.3 หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่

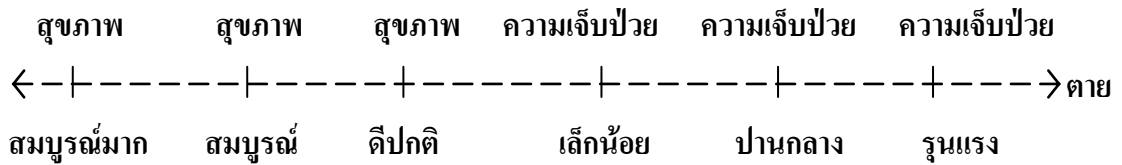
1.3.4 หน้าที่ในการเผชิญปัญหาของครอบครัว

1.3.5 หน้าที่ในการจัดหาทรัพยากรทางเศรษฐกิจ

1.3.6 หน้าที่ในการจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก

1.4 สุขภาพและความเจ็บป่วย

สุขภาพและความเจ็บป่วย ถือเป็นสิ่งปกติที่บุคคลต้องเผชิญอย่างต่อเนื่อง เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่อาจแยกจากกันได้โดยสิ้นเชิง ทำให้ภาวะสุขภาพของคนไม่อยู่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงและเปลี่ยนระดับของภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง บางครั้งบุคคลอาจมีสุขภาพดี สลับการมีความเจ็บป่วยในวงจรของชีวิตตลอดอายุขัยของแต่ละบุคคล ซึ่งความต่อเนื่องของสุขภาพดังแสดงในแผนภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 ภาวะความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีมากจนกระทั่งถึงแก่ความตาย
ที่มา: สุปราณี วสินอมร การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ (2537)

1.4.1 ความเจ็บป่วย

ความเจ็บป่วยเกิดขึ้นมาพร้อม ๆ บุคคลและสังคม ซึ่งบุคคลทุกคนในทุกสังคมต้องเผชิญและหาทางออก เพื่อการรักษาสภาวะที่ดีของสุขภาพให้ดำรงไว้ ส่วนลักษณะการจัดการจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะการรับรู้ โดยสังคมจะมีบรรทัดฐานในการกำหนดพฤติกรรม แนวคิดเกี่ยวกับการเลือก การประเมินผลการรักษา ซึ่งมักมีความสัมพันธ์กับสถานภาพและบทบาทของทั้งผู้รักษา/ผู้รับการรักษา และระบบบริการต่าง ๆ โดยสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบกลายเป็น “ระบบการดูแลรักษาสุขภาพในสังคม”

ความเจ็บป่วยเป็นสภาวะการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ร่างกายปรับตัวได้น้อย ไม่สามารถจะตอบโต้หรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ทำให้ตนรู้สึกว่ สุขภาพไม่ดี ความเจ็บป่วยอาจไม่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรครก็ได้ ความเจ็บป่วยอาจมีสาเหตุเริ่มแรกจากความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย หรือความผิดปกติของจิตใจ เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ การบ่งชี้ถึงสภาวะความเจ็บป่วยและการมีสุขภาพดีบางครั้งไม่เด่นชัด บุคคลที่มีความเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นทางด้านใดด้านหนึ่งจะมีผลกระทบต่อด้านอื่น ๆ ตามมา กล่าวคือ ถ้ามีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา คือ บุคคลจะเกิดความวิตกกังวล ไม่สบายใจ มีความเครียด นอกจากนี้ภาวะความเจ็บป่วยอาจมีผลกระทบต่อด้านอารมณ์ ทำให้รู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจ และมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมตามมา (รุจิรา เจียมอมรรัตน์ สุทธิพันธ์ พิกสุวรรณ และวัชรวิ อาภาศิริพงศ์ 2541: 4-5)

สรุปแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยได้ว่าเป็นสิ่งปกติที่บุคคลต้องเผชิญ เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เมื่อเกิดความเจ็บป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม บุคคลจะมีการตีความต่อความเจ็บป่วยต่างกัน ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในด้านความเจ็บป่วย เศรษฐกิจของครอบครัว การงานของผู้ป่วยและของสมาชิกครอบครัว

1.4.2 ประเภทของความเจ็บป่วย

ความเจ็บป่วยของบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทได้แก่

1) ความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน (Acute Illness) เป็นการเจ็บป่วยทันทีทันใดอย่างรวดเร็วผู้ป่วยไม่มีเวลาในการปรับตัว ซึ่งความเจ็บป่วยประเภทนี้อาจเกิดจากโรค เช่น โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน หรือเกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ

2) ความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic Illness) เป็นการเจ็บป่วยที่มีอาการของโรคเป็นเวลานาน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ผู้ป่วยจะมีเวลาในการปรับตัว แต่ทั้งนี้การปรับตัวก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ

1.4.3 ความเจ็บป่วยของบุคคล

ความเจ็บป่วยของบุคคล หมายถึง การรับรู้และตระหนักรู้ของแต่ละบุคคล ถึงการที่ตนเองไม่สามารถแสดงบทบาทและหน้าที่ของตนได้ตามปกติ และจำเป็นต้องทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดลงไปเพื่อให้ตนเองกลับมาทำบทบาทและหน้าที่ของตนตามปกติ บุคคลจะมีการตีความต่อความเจ็บป่วยได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1) ภายหลังที่ตรวจวินิจฉัยพบว่า มีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น ก็จะรีบติดต่อเข้าพบแพทย์เพื่อเริ่มต้นรับการรักษาทันที แม้วางยังไม่มีอาการรุนแรงเกิดขึ้นก็ตาม

2) การตีความอาการผิดปกติภายใต้องค์ความรู้ที่มีอยู่ โดยได้มาจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยเมื่ออดีต การศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

3) การตีความต่ออาการผิดปกตินั้น จะได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำการได้รับคำปรึกษาจากเพื่อนบ้าน ญาติ เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น แต่ละบุคคลจะกระทำต่ออาการผิดปกติได้ 3 ลักษณะเช่นกัน ได้แก่ การละเลยต่ออาการที่เกิดขึ้น รักษาตนเอง เช่น มีอาการปวดศีรษะเกิดขึ้น ก็จะใช้ยาแก้ปวดรักษาตนเอง หรือแสวงหาการรักษาพยาบาลจากแหล่งต่าง ๆ (กิตติไชยลาภ 2547: 50-54)

1.4.4 ความวิตกกังวลของบุคคลขณะเจ็บป่วย

1) ความเจ็บป่วย เมื่อยังไม่ทราบว่าตนเป็นโรคอะไร ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวย่อมกลัวว่าจะเป็นโรคร้ายแรง รักษาไม่หาย ตายหรือพิการ

2) ภาวะทางเศรษฐกิจ เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของครอบครัว โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่เป็นผู้รับผิดชอบด้านเศรษฐกิจในครอบครัวย่อมได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ

3) หน้าที่การงาน ผู้ป่วยอาจกังวลเกี่ยวกับหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบ หากป่วยเป็นเวลานานกลัวต้องถูกออกจากงาน

4) ครอบครัว ถ้าเป็นแม่บ้านมักกังวลเป็นห่วงสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับภารกิจในบ้าน ผู้สูงอายุที่เคยช่วยเหลือตนเองได้ อาจกังวลว่าใครจะเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือตน ในกรณีเด็กมักมีความต้องการอยู่ใกล้ชิดบิดามารดาตลอดเวลา

5) ความเชื่อ ผู้ป่วยบางคนมีความเชื่อโชคลางมาก หากมีสิ่งที่เขาถือว่าเป็นลางบอกเหตุ เช่น จิ้งจกตกก่อนออกจากบ้านพบแพทย์ มักกังวลและเสียกำลังใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน

6) เมื่อต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะต้องปรับตัวทั้งกับสิ่งแวดล้อมใหม่ คนแปลกหน้า กฎระเบียบของโรงพยาบาลซึ่งอาจขัดต่อนิสัยกำลังใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน

1.5 แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care) เป็นความสามารถและการปฏิบัติการดูแลของบุคคล ครอบครัว ชุมชนในการที่จะปรับปรุงกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม เพื่อสุขภาพ สวัสดิภาพ ความผาสุก ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข ทั้งในยามเจ็บป่วย และในภาวะปกติ เป็นการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้

1.5.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีการดูแลตนเอง เป็นทฤษฎีที่เน้นถึงศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่ง โอเร็ม (Orem 1985; 1991) ได้ให้ความหมายว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ เป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจหรือจงใจเพื่อให้ได้ผลตามต้องการ โดยอาศัยความรู้และความพยายามในการเรียนรู้ และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้การทำหน้าที่และพัฒนาการดำเนินการไปถึงขีดสูงสุด โดยมีความสอดคล้องกับแนวคิดบริการสุขภาพในปัจจุบันที่มุ่งให้ประชาชนมีการพึ่งตนเอง

โดยทั่วไปบุคคลจะมีความต้องการในการทำกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิต ส่งเสริมภาวะสุขภาพซึ่งโอเร็ม เรียกว่าเป็น “ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด” (Therapeutic Self Care Demand) ซึ่งประกอบด้วยความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้าน (Orem 1985; 1991)

1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self Care Requisites) เป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self Care Requisites) เป็นการดูแลที่สัมพันธ์กับกระบวนการพัฒนาชีวิตมนุษย์และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

เพื่อส่งเสริมการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการในระยะต่าง ๆ รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลทำให้พัฒนาการหยุดชะงัก

3) การดูแลตนเองเมื่อมีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วย การดูแลในระบายนีเป็นการควบคุมกลวิธีเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้รับบริการ ให้มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองให้เกิดผลสำเร็จ ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การปฏิบัติตามแผนรักษาและการฟื้นฟูสภาพ การติดตามควบคุมความไม่สุขสบายหรือผลที่เป็นอันตรายจากการรักษาพยาบาล การยอมรับภาวะสุขภาพรวมถึงการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตกับผลของพยาธิสภาพ

1.5.2 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาททางสังคมของผู้ป่วย

บทบาททางสังคมของผู้ป่วยมีหลายมิติ Cockerham (2001: 160-162) ได้พัฒนาแนวคิดบทบาททางสังคมผู้ป่วย โดยมีสาระสำคัญอยู่ 4 ประการ ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยได้รับการละเว้นจากภาระความรับผิดชอบทางสังคมตามปกติที่เป็นอยู่ ระยะเวลาที่จะได้รับละเว้นนี้จะสัมพันธ์กับธรรมชาติ รูปแบบและความรุนแรงของความเจ็บป่วยแต่ละบุคคล การที่บุคคลใดจะเข้าสู่สถานภาพและบทบาทของผู้ป่วยได้นั้น ทั้งผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจะต้องตระหนักและยอมรับต่อความเจ็บป่วยอย่างเดียวกัน ความสามารถที่จะยอมรับต่อบทบาทการเจ็บป่วยของแต่ละคนย่อมไม่เท่ากัน คงเป็นเรื่องลำบากมากที่คนยากจนจะยอมรับบทบาทผู้ป่วยได้โดยง่ายเมื่อตนเองจำเป็นต้องทำงานหาเงินเลี้ยงชีพ ขณะที่ ในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีแนวโน้มที่จะยอมรับบทบาทผู้ป่วยได้ง่ายกว่าเพราะมีอำนาจเงินซื้อหาบริการสุขภาพได้สะดวก บุคคลบางคนไม่อยากจะปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว แต่เมื่อแพทย์บอกว่าเขาต้องการพักผ่อนและรักษาตัวบุคคลนั้นก็ยอมรับบทบาทผู้ป่วย

2) ผู้ป่วยต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองไม่เต็มที่เหมือนเมื่อยังไม่เจ็บป่วย การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมิได้ตั้งใจให้เกิดขึ้น ดังนั้นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น จะถูกพิจารณาว่าเป็นสิ่งที่ยอยู่นอกเหนืออำนาจควบคุมของผู้ป่วย เมื่อมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นฝ่ายมีบทบาทหน้าที่ในครอบครัวลดลงอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือการไร้ความสามารถ ที่จะทำหน้าที่ตามปกติ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากผู้อื่นเพื่อให้หายจากความเจ็บป่วยนั้น

3) ผู้ป่วยต้องพยายามทำให้ตนเองหายเป็นปกติ เนื่องจากว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นสภาพความผิดปกติที่ทำให้บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ของตนตามปกติ จึงเป็นสภาพที่ไม่พึง

ปรารถนาทั้งของผู้ป่วยและผู้อื่น การละเว้นจากความรับผิดชอบปกติทางสังคมของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยชั่วคราวและเป็นเงื่อนไขบีบบังคับผู้ป่วยให้พยายามกลับคืนสู่สภาวะปกติโดยเร็วที่สุด

4) ความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษา กับแพทย์ ผู้ป่วยจำเป็นต้องแสวงหาการรักษาจากแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ตนเองหายป่วยกลับคืนสู่สภาวะปกติโดยเร็วที่สุด

1.5.3 แนวคิดการดูแลบุคคลแบบองค์รวม

แนวคิดพื้นฐานของการดูแลบุคคลแบบองค์รวมมีเป้าหมายเพื่อการเกิดคุณภาพของกาย จิต วิญญาณ ซึ่งก่อให้เกิดการเรียนรู้ การเห็นคุณค่าและการดูแลตนเอง การดูแลเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ทั้งสองฝ่ายมีการเข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกันดังนี้ (Watson 1985: 42; วรรณารัชตะไพบูลย์ 2549: 30)

- 1) การสร้างค่านิยมที่เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์
- 2) การสร้างศรัทธาและความหวัง ให้กับผู้ใช้บริการ ต้องกระทำภายใต้พื้นฐานความเชื่อของผู้ใช้บริการ เพื่อเป็นการเสริมสร้างกำลังใจ และความหวัง ทำให้เกิดพลังในการต่อสู้กับอาการเจ็บป่วย
- 3) ความไวต่อการรับรู้ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น สังเกตพฤติกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อผู้ใช้บริการ เพื่อให้การช่วยเหลือ แก้ไขความไม่สุขสบายต่าง ๆ
- 4) การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจ กระทำได้ด้วยการให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสม
- 5) เปิดเผยความรู้สึกกับผู้ใช้บริการที่จะช่วยให้รู้จักกัน และปรับให้เข้ากันได้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความอบอุ่นใจ
- 6) การยอมรับการแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและลบ ในสถานการณ์การดูแล ต้องพัฒนาตนเองให้สามารถยอมรับความรู้สึกของผู้ใช้บริการ ที่แสดงออกทั้งทางบวกและทางลบ โดยไม่ตำหนิและให้อภัยต่อการแสดงออก เพื่อแก้ปัญหา ต้องกระทำอย่างมีหลักการและเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง มีการปฏิบัติตามแผน ประเมินผลการปฏิบัติ และเลือกวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม
- 7) การสร้างสัมพันธภาพ ที่เข้าใจซึ่งกันและกันกับผู้ใช้บริการ อันเป็นพื้นฐาน เพื่อวางแผนทางการแก้ไขร่วมกัน
- 8) การให้ผู้ใช้บริการมีเวลาเป็นส่วนตัวในการอยู่กับครอบครัว หรือผ่อนคลายอารมณ์

9) การให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการด้านต่าง ๆ ดูแลให้เกิดความปลอดภัย

10) การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่

2. บทบาทสมาชิกครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วย

บทบาทสมาชิกครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วย เป็นการกล่าวถึงความหมายของบทบาทลักษณะของการแสดงบทบาทในครอบครัว ทฤษฎีบทบาท รวมถึงบทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาทสมาชิกครอบครัว

2.1.1 ความหมายบทบาท

บทบาท หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมที่แสดงออกตามบรรทัดฐานหรือความคาดหวังของสังคม รวมทั้งตามสถานภาพของบุคคลนั้น ๆ ตำแหน่งหรือสภาพสังคมของบุคคลเป็นตัวกำหนดบทบาทหรือพฤติกรรมที่บุคคลจะแสดงออกตามบทบาท บุคคลแต่ละคนมีการแสดงออกตามบทบาทต่าง ๆ เช่น บทบาทสามี บทบาทภรรยา บทบาทลูก เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลเดียวกันอาจแสดงได้หลายบทบาท เช่น สตรีผู้หนึ่งอาจมี บทบาทในฐานะแม่ รวมทั้งแสดงบทบาทของแม่บ้าน แม่ครัว คนเลี้ยงเด็ก ไปพร้อม ๆ กัน (จิตตินันท์ เดชะคุปต์ 2544: 46-47)

2.1.2 การแสดงบทบาทในครอบครัว

ในการดำเนินชีวิตร่วมกัน สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม การแสดงบทบาทในครอบครัวที่พบบ่อยมีหลายลักษณะ (Friedman, 1986)

1) การร่วมบทบาท (Role sharing) หมายถึงการที่บุคคล 2 คนหรือมากกว่าปฏิบัติบทบาทร่วมกัน บุคคลเหล่านั้นปฏิบัติบทบาทเดียวกันทั้งที่มีสถานภาพต่างกัน ตัวอย่างเช่น การที่บิดาและบุตรต่างร่วมกันดูแลมารดาที่เจ็บป่วย

2) การรับบทบาท (Role taking) หมายถึงการที่ผู้แสดงบทบาทจะมีการแสดงบทบาทที่ถูกคาดหวังจะแสดงได้ดีมากขึ้นกับการเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทนั้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามระยะเวลาเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป บุคคลก็จะเปลี่ยนจากบทบาทเดิมมารับบทบาทใหม่

3) บทบาทเสริม (Complementary roles) หมายถึงคู่บทบาทที่มีการเสริมบทบาทซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เป็นเพราะบทบาททุกบทบาทไม่สามารถอยู่ได้เพียงลำพัง แต่ต้องมีคู่บทบาทที่มีปฏิสัมพันธ์กัน และรับการกระทำของแต่ละฝ่ายจึงเรียกว่าบทบาทต่าง ๆ นั้นมีการ

พึงพากันที่จะ มีการสะท้อนให้เห็นว่าบทบาทที่ได้ถูกแสดงออกมานั้นเหมาะสมหรือไม่ ผู้ที่จะเป็น
กระจกสะท้อนได้ดีที่สุดคือคู่บทบาทนั่นเอง

4) การมอบหมายบทบาท (Role allocation) หมายถึงการที่มีการกำหนดว่า
ใครจะต้องทำอะไรในครอบครัว เป็นการกำหนดโครงสร้างบทบาทในครอบครัว

5) การปรับเปลี่ยนบทบาท (Role modification) หมายถึงการที่สมาชิกมีการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบทบาทเมื่อเกิดปัญหาบทบาท เพื่อให้สามารถดำรงความสมดุลของ
ครอบครัวได้

2.2 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory)

ความรู้เรื่องของบทบาท เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการกระทำระหว่างกันด้วย
สัญลักษณ์ ทฤษฎีบทบาทจะกล่าวถึงลักษณะของสังคมมนุษย์และลักษณะของปัจเจกชน แล้วทำให้
เห็นว่า ตัวเชื่อมระหว่างสังคมและมนุษย์ คือ บทบาท (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2543: 133)

นักทฤษฎีบทบาทแบ่งความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทอันเป็นกรอบสำหรับ
สถานภาพเป็น 3 ประเภท ดังนี้

2.2.1 ความคาดหวังจาก “บท” (Expectation from the “Script”) บท (Script) คือ
บรรทัดฐานทางสังคม (norms) ซึ่งสังคมทุกสังคมจะกำหนดเอาไว้กว้าง ๆ ว่า ผู้ดำรงตำแหน่งใด
จะต้องแสดงหรือทำอะไรอย่างไร เช่น ในสังคมไทย พ่อแม่จะต้องดูแล อบรมลูก นักเรียนจะต้อง
เรียนหนังสือและเชื่อฟังครู ครูจะต้องหาความรู้ให้มากและสอนหนังสือ ทหารต้องป้องกันประเทศ
 เป็นต้น เมื่อความคาดหวังประเภทนี้กำหนดไว้กว้าง ๆ บุคคลก็อาจประพฤติปฏิบัติ แตกต่างกันไป
บ้างตามเหตุการณ์ สถานที่ หรือ ความต้องการของบุคคลนั้น ๆ แต่อย่างไรก็ต้องอยู่ภายในขอบเขต
ของบรรทัดฐานของสังคม

2.2.2 ความคาดหวังจาก “ผู้แสดง” อื่น (Expectation from other “Players”) มนุษย์
คนอื่นในสังคมก็มีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ด้วยกัน

2.2.3 ความคาดหวังจาก “ผู้ชม” (Expectation from the “Audience”) ผู้ชมมี
ความสำคัญต่อผู้แสดงละคร เพราะละครจะดำรงอยู่ได้หรือไม่ย่อมขึ้นอยู่กับผู้ชมเป็นผู้ตัดสิน
ตามแนวคิดทฤษฎีบทบาท กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะมีอยู่จริงหรือไม่ก็ตาม หากมีคนเชื่อว่ามีอยู่จริงก็ย่อม
ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของคนในทางที่เขาจะทำตาม ทำให้เหมือนกับ “ผู้ชม” ทำหรือต้องการ

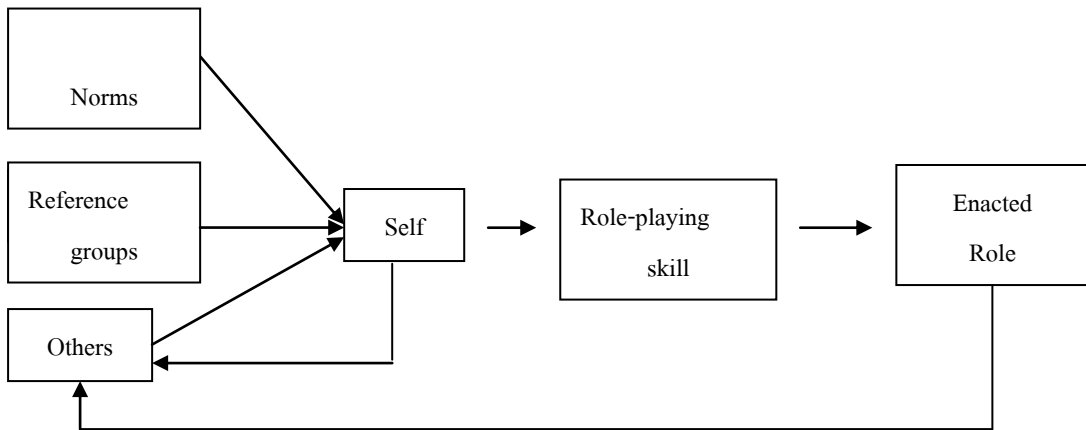
บทบาท คือ ตัวเชื่อมระหว่างสังคมกับปัจเจกชน นักทฤษฎีบทบาทแบ่งบทบาท
เป็น 3 ประเภท (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2543: 139-140) ดังนี้

หนึ่ง บทบาทตามใบสั่ง (Prescribed Role) เฟ่งเลี้ยงที่การปฏิบัติตามความคาดหวัง
ของแต่ละสถานภาพ ตัวตนและทักษะในการแสดงบทบาทมีหน้าที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับ

คาดหวังของแต่ละสถานภาพ ตัวตนและทักษะในการแสดงบทบาทมีหน้าที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับ ความคาดหวังของสถานภาพนั้น ๆ การวิเคราะห์บทบาทเน้นระดับการยอมรับปฏิบัติตามความ คาดหวังของตำแหน่งที่บุคคลเข้าครอบครอง

สอง บทบาทตามใจ (Subjective Role) เฟ่งไปที่ความคาดหวังต่าง ๆ จะต้องผ่าน อึดตา หรือตัวตนเสียก่อนแล้วจึงมีการปฏิบัติขณะที่ผ่านตัวตนนี้เองจะกลั่นกรอง พินิจพิจารณา เลือกรสรร ลดทอน พลิกแพลงความคาดหวังนั้น ๆ ให้เหมาะสมกับตน การวิเคราะห์ที่อยู่ที่ได้สได้ของ แต่ละคนว่าเป็นอย่างไร

สาม บทบาทจริง (Enacted Role) คือ พฤติกรรมจริงของปัจเจกชน การวิเคราะห์ เน้นตัวความคาดหวัง หรือ การตีความคาดหวังตามสถานการณ์นั้น ๆ



ภาพที่ 2.2 แสดงหน่วยวิเคราะห์ (Analytical Units) ตามความคิดของทฤษฎีบทบาท
ที่มา: สัจญา สัจญาวิวัฒน์ ทฤษฎีสังคมวิทยา 2543

ทฤษฎีบทบาท เป็นทฤษฎีทางสังคมวิทยา คำว่า “บทบาท” หมายถึง สิทธิหน้าที่ใน การประพฤติปฏิบัติของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลอื่น ในสังคมตามสถานภาพของตนเอง บุคคลหนึ่ง อาจจะสวมบทบาทคนละหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน เช่น เป็นพ่อ เป็นสามี เป็นประธานสมาคม เป็นต้น โดยทั่วไป บทบาทเป็นความคาดหวังจากสังคมให้มีพฤติกรรมที่สอดคล้องไปตามบทบาท นั้น ๆ บทบาทจำแนกเป็น 2 ประเภท คือ 1) บทบาทที่ได้จากตำแหน่ง 2) บทบาทที่กำหนดโดย บุคลิกภาพของบุคคล (วันทนีย์ วาสิกะสิน และคณะ 2541: 110)

จากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท สรุปได้ว่า บทบาท หมายถึง พฤติกรรมหรือการ กระทำของบุคคลที่แสดงออกตามสถานภาพที่ตนดำรงอยู่ บทบาทที่แสดงออกถูกกำหนด โดยความ

คาดหวังของสังคม ภายใต้วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคมนั้นๆ ว่าจะต้องประพฤติตนอย่างไร หากสถานภาพเปลี่ยนแปลงไป บทบาทก็จะเปลี่ยนแปลงไป ลักษณะของบทบาทแบ่งได้ 3 ประการ คือ 1) บทบาทที่กำหนดไว้ 2) บทบาทที่คาดหวัง 3) บทบาทที่กระทำจริง

2.3 บทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

บทบาทหน้าที่ในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เป็นความพยายามในการจัดการปัญหาครอบครัวเพื่อช่วยรักษาสมดุลให้บุคคลและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวอยู่ในสังคมได้

สกาวัตน์ พวงจันทร์ (2538: 25) กล่าวถึงภาวะความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย 1) ด้านชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมต่าง ๆ 2) ด้านเศรษฐกิจ 3) ด้านสังคม การเข้าสังคมของสมาชิกในครอบครัวถูกจำกัดลง เพราะกลัวว่าจะไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วย 4) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วย และ 5) ด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล จะเปลี่ยนแปลงได้ตามความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับความสำคัญ และความหมายของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแล

การจัดการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ครอบครัวในฐานะที่มีหน้าที่สร้างและเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ทุกคนย่อมหลีกเลี่ยงการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกไม่ได้ และจะต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าว ให้คืนสู่สภาพเดิมให้เร็วที่สุด การทำหน้าที่ของครอบครัวในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ควรประกอบด้วย

หนึ่ง ครอบครัวจะต้องดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ไปจนถึงการวินิจฉัยโรคที่ซับซ้อนและครอบครัวจะต้องปฏิบัติในเรื่องการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างเป็นอิสระ

สอง ครอบครัวต้องให้การส่งเสริมสุขภาพกับสมาชิกในครอบครัวทุกคนและช่วยแบ่งเบาภาระงานของสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย

สาม ครอบครัวสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่าย ๆ ในการวินิจฉัยโรค และทำการรักษาเบื้องต้น อุปกรณ์ต่าง ๆ ได้แก่ ยา ปรอท เครื่องวัดความดันโลหิต แก้วน้ำเย็น เป็นต้น

สี่ ครอบครัวต้องให้ความรู้ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกที่เจ็บป่วย ซึ่งหาความรู้ ความชำนาญได้จากแหล่งข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยต่าง ๆ ได้ทั้งทางหนังสือ วิทยุ และโทรทัศน์

ห้า ครอบครัวต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกรูปแบบในการดูแลที่ไม่เป็นอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีการและการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมถูกต้องแก่สมาชิกใน ครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย (มัลลิกา มัติโก 2530:120-121; พิชราพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข 2540: 36)

2.3.1 หลักการพยาบาลครอบครัวกับสมาชิกเจ็บป่วย

การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วย สามารถแบ่งผู้ใช้บริการได้เป็น 2 ประเภท คือ ตัวผู้ป่วยเอง และสมาชิกคนอื่นในครอบครัว โดยมีหลักการสำคัญ ดังนี้ (รุจา ภูไพบูลย์ 2544 : 170-177)

1) การเพิ่มทักษะและศักยภาพครอบครัวในการดูแลสมาชิกผู้เจ็บป่วยที่บ้าน เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องจากผู้ใกล้ชิดที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และคุ้นเคยกับสภาพที่บ้าน ควรให้ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง เท่าที่สามารถพัฒนาศักยภาพได้ การให้คำแนะนำและความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการให้การดูแลสมาชิกผู้เจ็บป่วย

2) การดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว โดยใช้หลักระบาควิทยา การป้องกัน โรค การให้ความรู้และข้อมูล แก่สมาชิกครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย

3) การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวให้ทำบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผู้ดูแลเองนั้น ต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลทั้งทางด้านข้อมูลที่สำคัญ เกี่ยวกับการดูแลผู้เจ็บป่วย คำชม คำปลอบใจ อุปกรณ์ที่จำเป็น การช่วยเหลืออื่น ๆ พยาบาลควรมีโอกาสพูดคุยกับสมาชิกครอบครัวให้ช่วยแบ่งเบาภาระดูแลหลัก และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

(1) การประสานแหล่งประโยชน์ให้แก่ครอบครัวเพื่อการดูแลสมาชิกผู้เจ็บป่วย

(2) การให้การดูแลโดยตรงกับผู้ป่วยตามความจำเป็น

(3) การส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่มีความผิดปกติ พยาบาลควรมีทักษะในการประเมินความผิดปกติของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว

(4) การส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว

2.3.2 การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

“ผู้ดูแล” หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการพึ่งพา โดยการให้การดูแลบุคคลนั้นเป็นการที่บุคคลเป็นผู้ใหญ่ มีส่วนในการช่วยส่งเสริม ความอยู่รอด สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา (Orem 1991) ผู้ดูแลอาจเป็นได้ทั้งบุคคลในวิชาชีพ และผู้ที่ถูกฝึกมาเพื่อประกอบอาชีพให้การดูแล รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว

บ้านเป็นสถานที่พักอาศัยของบุคคล ซึ่งมักจะอยู่รวมกันในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องและผูกพันกัน มีการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้พฤติกรรม จนกลายเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในทางสังคม ในขณะที่บ้านไม่ได้เตรียมไว้เพื่อที่จะให้การรักษาผู้ป่วยโดยตรงเหมือนโรงพยาบาล แต่เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่น ๆ จะให้การช่วยเหลือ และทำหน้าที่แทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำหน้าที่นั้นได้ ถึงกระนั้น การดูแลผู้ป่วยที่บ้านก็แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล กล่าวคือ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นการให้การดูแลที่มีความพร้อม ทั้งสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ บุคลากรผู้เชี่ยวชาญ การดูแลในโรงพยาบาลจึงเป็นความรู้สึกมั่นใจ สะดวกและง่าย ต่อญาติในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วยแต่ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สภาพแวดล้อมส่วนใหญ่มักไม่ได้เตรียมพร้อมไว้ให้การรักษาผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวอาจต้องปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย ทั้ง 3 ด้าน คือ

- 1) ด้านกายภาพ เช่น บริเวณ/พื้นที่ที่เป็นสัดส่วน
- 2) สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การเลือกรับประทานอาหาร รวมทั้งบริการการแพทย์ที่บ้าน ซึ่งต่างจากความเชื่อทางการแพทย์ ดังนั้น จึงอาจเป็นไปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่ยังรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาล วิธีการและแนวทางปฏิบัติต่อการดูแลต้องมี การปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกัน

- 3) สภาพแวดล้อมในการบริหารจัดการ ซึ่งเกิดขึ้นภายใต้การจัดการของสมาชิกในครอบครัว ตามโครงสร้างอำนาจในครอบครัว ที่มีสิทธิหน้าที่ในการตัดสินใจจัดการอำนาจในการจัดการดังกล่าวมักอยู่ภายใต้การตัดสินใจของหัวหน้าครอบครัว ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว การตัดสินใจในการจัดการดูแลอาจเกิดจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้ซึ่งในลักษณะดังกล่าวอาจเป็นปัญหาที่ยาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความไม่คุ้นเคยในการใช้อำนาจ และการไม่ยอมรับบทบาทของผู้ป่วยทั้งหมดมีอิทธิพลในการตัดสินใจในการดูแลเป็นอย่างยิ่ง (นงลักษณ์ พันชมภู 2540)

2.3.3 ลักษณะของผู้ดูแล

ผู้ดูแลสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

1) ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal Careers/Caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากสถานบริการพยาบาล หรือ กลุ่มองค์กร ที่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน และได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ช่วยดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Parker 1992)

2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregivers) โดยผู้ดูแลเหล่านี้เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร รวมถึงบุคคลสำคัญคนอื่น ๆ เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล โดยการช่วยเหลือที่ให้นั้นจะไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน เช่นเดียวกับที่มีการกล่าวว่าเป็นกลุ่มผู้ให้การช่วยเหลือในกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยโดยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลยาวนานอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบที่มีความสัมพันธ์เป็นแบบ 1 ต่อ 1 และที่สำคัญคือ ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณ หรือหน้าที่ แรงจูงใจที่ให้การดูแลอาจจะมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย (Bell & Gibbons 1989; Parker 1992)

ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้ดังนี้

(1) ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือ ญาติผู้ดูแล (Family Careers/Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการที่พบได้บ่อยมากที่สุดในประเทศไทย ทั้งนี้กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกในครอบครัวบางคนรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านกิจกรรมประจำวัน และกิจกรรมในการดูแลที่บ้าน บางคนรับผิดชอบดูแลทางการเงิน และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแลบางคนรับผิดชอบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เนื่องจากมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงานสูง

(2) ผู้ให้การดูแลที่ไม่ใช่เครือญาติ (Informal Helper) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่เป็นเพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้าน หรือกิจกรรมประจำวัน โดยไม่คิดค่าตอบแทน ทั้งนี้อาจเป็นการให้การช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพัน หรือเป็นการตอบแทนบุญคุณ ความดี ที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลมาก่อน ซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือที่ไม่เป็นทางการ

(3) ผู้ดูแลหลัก (Main Cares/Caregiver หรือ Primary Caregiver) คือ บุคคลที่ผู้ได้รับการดูแลระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ที่

ให้เวลาในการดูแล โดยคิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวันสูงสุด หรืออาจเป็นผู้ที่ยอมรับตนเองว่าเป็นผู้ดูแล (Self-Identified) ทำหน้าที่ดูแล ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น ดูแลสุขภาพ ส่วนบุคคล ป้อนอาหาร รับประทานยา และช่วยเหลือในการขับถ่าย เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2547)

(4) ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregivers/Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ใช่การกระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ พาผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรม เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2547) กิจกรรมการช่วยเหลือที่ทำให้อาจเป็นครั้งคราว หรือมีระยะเวลาคิดเป็นจำนวนชั่วโมงในการดูแลช่วยเหลือ น้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

จากลักษณะของผู้ดูแล จึงสรุปได้ว่าผู้ดูแลมีทั้งผู้ดูแลแบบเป็นทางการ คือ กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มองค์กรที่ผ่านการฝึกอบรมซึ่งได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน และอีกประเภท คือ ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการประกอบด้วยกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติหรือเพื่อนที่ให้การช่วยเหลือโดยไม่รับค่าตอบแทนซึ่งให้ความช่วยเหลือในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และข้อมูลข่าวสาร

2.3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงหลายประการ ประกอบด้วย

1) บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันต่อมาโดยที่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ร่วมกันเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด โดยเฉพาะเพศหญิงที่ได้รับการล่อแหลมทางสังคม ให้เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ลูกต้องดูแลพ่อแม่

2) สัมพันธภาพ สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดีจะมีความเห็นใจ สงสาร และห่วงใยในตัวผู้ป่วยมาก มักเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

3) ศักยภาพของญาติผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย การเจ็บป่วยและการดูแล รวมทั้งประสบการณ์หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วยจะมีแนวโน้มเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกอื่น ๆ

4) การยอมรับของญาติผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย หรือมีแรงจูงใจในการดูแล เช่น พิจารณาว่าเป็นโอกาสได้ตอบแทนพระคุณ ได้ใกล้ชิดผู้ป่วย หรือได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นต้น

5) การยอมรับของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายเลือกที่จะได้รับการดูแลจากสมาชิกบางคนในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมักยินยอม

6) เวลา และความสะดวกของผู้ดูแล อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำที่ทำอยู่

7) ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีรายได้จากงานประจำมักเป็นผู้รับบทบาทการดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ในครอบครัวน้อยที่สุด (ชูชื่น ชิวพูนผล 2541)

2.3.5 บทบาทผู้ดูแลที่บ้าน ครอบครัวที่ช่วยพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองและสร้างระบบการดูแลและเพื่อสนับสนุนภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกเกิดความเจ็บป่วย ครอบครัวจะจัดการให้มีผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อทดแทนส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การให้การดูแลผู้ป่วย เป็นภาระงานที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วย มีปัญหาในการดูแลตนเองที่เกิดจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการ 1) ความบกพร่องทางด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากโรคหรือความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ 2) ความเบี่ยงเบนทางพฤติกรรม เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง และ 3) การเปลี่ยนแปลงทางสภาพอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคล ความต้องการการดูแลจากปัญหาเหล่านี้ เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลที่บ้านต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งสิ้น ด้วยเหตุผลดังกล่าว เป็นผลให้ผู้ดูแลต้องมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) ผู้ให้การดูแล และ 2) ผู้จัดการสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะต้องดำรงบทบาทอย่างใดนั้น จะถูกตัดสินโดยสถานะทางสังคมของครอบครัวโดยเฉพาะสถานะทางเศรษฐกิจนั้น บ่งชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการจัดหาบริการ (นงลักษณ์ พินชมภู 2540: 27)

สรุปได้ว่าการดูแลสมาชิกครอบครัวนั้น ผู้ดูแลจะเป็นผู้ให้บริการด้วยตนเอง โดยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมการรักษาที่มีข้อกำหนดต่างๆตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การดูแลในกิจกรรมส่วนตัวรวมทั้งกิจกรรมการรักษาที่บ้าน จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลาและทรัพยากรทุก ๆ ด้านส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อเอื้ออำนวยต่อการดูแล จัดการกับสิ่งที่มีอยู่เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการให้การดูแลผู้ป่วย การดูแลในลักษณะนี้ จึงมีเวลาที่จะได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ การให้การดูแลที่บ้านนั้น ผู้ดูแลต้องจัดการให้การดูแลผู้ป่วยโดยต่อเนื่องตลอดเวลา

การแบ่งหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย การรับบทบาทหน้าที่ของญาติในการดูแลผู้ป่วย มีลักษณะเป็นความต่อเนื่องระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล เกิดขึ้นจากสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่าง

ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวที่มีการแบ่งความรับผิดชอบแก่กัน การกำหนดกลุ่มบุคคล ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแบ่งได้ 2 ลักษณะดังนี้ (วรรณ รัชตะไพบูลย์ 2549: 24)

1) กลุ่มที่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยไว้อย่างแน่นอน พบในรายที่มีปัญหาเจ็บป่วย หรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และญาติเคยทำหน้าที่ให้การดูแลมาก่อนเข้ารับการรักษา ญาติผู้ดูแลมีความเต็มใจเข้าไปมีส่วนร่วมดูแลอย่างเต็มที่ เพราะรู้สึกว่าเป็นผู้รู้ใจ รับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

2) กลุ่มที่ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลไว้แน่นอน พบในรายที่ไม่มีปัญหาเจ็บป่วย ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อมีการกำหนดบุคคลที่รับผิดชอบให้การดูแลในลักษณะ ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

2.3.6 สัมพันธภาพในครอบครัวกับการเจ็บป่วย

สัมพันธภาพในครอบครัวหรือความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเนื่องจากสมาชิกในครอบครัว มีความรัก ความเข้าใจ ความมีน้ำใจความเห็นอกเห็นใจ ความเชื่อถือให้เกียรติซึ่งกันและกันโดยที่ทั่วไปแล้วระบบ โครงสร้างและบทบาทของสมาชิกในครอบครัวจะมีความสอดคล้องกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยขึ้น บทบาทการดูแลเป็นสิ่งที่ต้องตกลงภายในครอบครัวว่าใครจะรับบทบาทในการดูแล อาจจะมีผู้รับผิดชอบเพียง 1 คน หรือมากกว่านี้ แต่สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวต้องมีการประสานความสัมพันธ์กันทั้งระบบ โครงสร้าง บทบาท และกระบวนการดูแล (Keith 1995: 179-180)

สัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญมีความซับซ้อน มีผลต่อการร่วมกันในการแก้ปัญหาความวิตกกังวล ความผิดพลาด การควบคุม การพึ่งพา และภาพลักษณ์ที่มีต่อตนเอง และพบว่าสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ หากสัมพันธภาพไม่ดีจะก่อให้เกิดความโกรธ ความรู้สึกไม่ดี รวมไปถึงพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ไม่ดี (Wilson 1991: 45) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้การจัดแบ่งบทบาทความรับผิดชอบเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการกำหนดผู้ดูแลหลัก 1 คน ส่วนสมาชิกครอบครัวที่เหลือให้การช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลด้านอื่น ๆ แต่ถ้าหากมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความยากลำบากในการจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ มีการปฏิเสธและผลัดภาระความรับผิดชอบแก่กัน

3. ระบบบริการสุขภาพกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ

การบริการสุขภาพเป็นพันธกรณีระหว่างผู้ใช้บริการสุขภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพ โดยส่วนใหญ่ ผู้ใช้บริการสุขภาพถือว่าการบริการสุขภาพ เป็นสิทธิเบื้องต้นที่ควรได้รับเพื่อการดำรงชีวิตในสังคม โดยผู้ใช้บริการมีความคาดหวังดังต่อไปนี้

3.1.1 ต้องการบริการสุขภาพดี เน้นการบริการแบบองค์รวม ซึ่งต้องการได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอาการ กลุ่มโรคที่เจ็บป่วย

3.1.2 ต้องการการยอมรับเกี่ยวกับวิถีชีวิตที่ตนดำรงอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี การศึกษา ทักษะคติ ความเชื่อและพฤติกรรมอนามัยต่าง ๆ ที่ตนปฏิบัติอยู่

3.1.3 ต้องการได้รับการตอบสนอง ความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร อากาศ น้ำดื่ม การพักผ่อน การได้รับการยกย่อง การนับถือ ความรัก ความปลอดภัยและความสุขสมหวังในชีวิต ตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพ และเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยในสถานการณ์ขณะนั้น

3.1.4 ต้องการรับบริการสุขภาพจาก ทีมสุขภาพสถานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ที่มีขั้นตอนการปฏิบัติการบริการที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว ประหยัดเวลา ประหยัดค่าใช้จ่าย

3.1.5 ต้องการบริการสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่มีความสามารถในการสื่อสารที่มีคุณภาพ ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจอันดีและถูกต้องระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ด้วยภาษาที่ฟังเข้าใจง่าย น้ำเสียงไม่กระด้าง ไม่ดุ ก้าวร้าว ไม่แสดงท่าทางสีหน้าที่บอกรถึงความรู้สึกรำคาญ เต็มใจที่จะรับฟัง เป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี

3.1.6 ต้องการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย ต้องการความรู้ ความเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยขณะนั้น รวมทั้งต้องการทราบแนวทางวิธีการ ที่ตนพึงจะได้รับเพื่อการรักษา การแก้ไข การช่วยเหลือและการพยาบาล

3.1.7 ต้องการได้รับโอกาส ที่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ทางเลือก การตัดสินใจเรื่องการดูแลสุขภาพของตน โดยเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ฯลฯ เป็นผู้ให้ข้อมูล ความรู้ และเป็นบริการสุขภาพที่มีความจริงใจ ยอมรับอย่างปราศจากเงื่อนไขที่ใช้ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกส่วนตัวของผู้ให้บริการ

3.1.8 เมื่อเจ็บป่วยอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ย่อมต้องการการยอมรับ เรื่องการช่วยเหลือพึ่งพิง

3.1.9 เมื่อเจ็บป่วยมีอาการทรุดหนัก หรืออาการป่วยที่ไม่มีโอกาสรอดชีวิต การตายควรเป็นวิธีที่ตนตัดสินใจเลือกเองได้

การคำนึงถึงภาพลักษณ์สุขภาพคนไทยในอนาคตและสิทธิ ความคาดหวังของผู้รับบริการ ทำให้บุคลากรสาธารณสุข ทีมสุขภาพตระหนักถึงภาระหน้าที่งานบริการสุขภาพ ที่ต้องปฏิบัติให้สอดคล้องกับนโยบายงานสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพของบุคคลให้มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ มีระดับสติปัญญาที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมอย่างมีความสุข และมีศักยภาพในการพัฒนาครอบครัว ชุมชนและประเทศได้

คุณภาพการบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล สถานบริการสุขภาพอนามัยของรัฐ ส่วนใหญ่จำนวนผู้ใช้บริการสูงมาก ผู้ให้บริการที่ไม่เพียงพอ ทำให้ประสิทธิภาพการให้บริการต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด สำหรับผู้ใช้บริการที่มีฐานะเศรษฐกิจดี การศึกษาดี มีสิทธิในการเลือกใช้บริการอุปโภคสาธารณูปโภคที่จำเป็นต่อสุขภาพ สามารถเลือกสถานบริการสุขภาพ เลือกใช้เทคโนโลยี เครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัยต่อการส่งเสริมสุขภาพและต่อการรักษาเมื่อยามเจ็บป่วยได้ดี เช่น มีสิทธิในการเลือกใช้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลเอกชน ที่สามารถให้บริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพตามที่ตนต้องการได้ ในขณะที่บุคคลในสังคมที่มีฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างยากจน ขาดการศึกษา ความรู้ที่จะส่งเสริมศักยภาพสุขภาพอนามัย ขาดการเอาใจใส่ตนเอง โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในชนบทที่ห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก หรือสถานบริการสุขภาพ อยู่ห่างไกล โอกาสใช้บริการสุขภาพไม่คล่องตัว ผู้ให้บริการสุขภาพไม่ครบทีมสุขภาพ การขาดแคลนแพทย์ที่สามารถให้การรักษาได้ทันทั่วทั้งเทคโนโลยีที่ไม่เอื้ออำนวย ทำให้การดูแลสุขภาพของบุคคลนั้น ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่ชี้บ่งถึงภาวะสุขภาพดี

ดังนั้นเพื่อให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนประสิทธิภาพประสิทธิผล โดยใช้ยุทธวิธี กลไกด้านสาธารณสุข เช่น การส่งเสริมทัศนคติ การพัฒนาบุคลากร โดยพัฒนาความรู้ของทีมสุขภาพ จิตสำนึกในหน้าที่ ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล ตลอดจนพัฒนาทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์เทคโนโลยี ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ให้มีสมรรถนะสูงสุดในการบริการสุขภาพ ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย (พัชร นักบรรเลง สุรินทร์ ภู่อี่ยม และบังอร ลำลี 2541)

3.2 การบริการสุขภาพกับความพึงพอใจ

3.2.1 องค์ประกอบของคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพ

ความมีคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบของคุณภาพ 4 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การเข้าถึงบริการ ด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ ด้านภาษา และการจัดองค์การที่ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย เช่น ระบบนัด การจัดบริการ
- 2) ลักษณะทางกายภาพที่น่าพึงพอใจ หมายถึง บริการจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและยินดีที่จะกลับมาใช้บริการในครั้งต่อไปเมื่อมีความจำเป็น ลักษณะดังกล่าว ได้แก่ ความสะดวกสบาย และความเป็นส่วนตัว เป็นต้น
- 3) คุณภาพด้านมนุษยสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นและการที่ทั้งสองฝ่ายจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการให้บริการ ทั้งด้านที่เป็น การแสดงความต้องการของผู้ใช้บริการและด้านคำแนะนำที่ผู้ให้บริการจะได้รับประโยชน์ ทั้งนี้ โดยอาศัยการให้การรักษาความลับ สุขภาพ การฟังและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตอบสนองอย่างเหมาะสม และการแสดงความเห็นอกเห็นใจ
- 4) คุณภาพด้านเทคนิค หมายถึง การให้บริการทางคลินิก ที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็ว และปลอดภัย และการที่ผู้ป่วยจะสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองได้ถึงระดับหนึ่ง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2536: 124-134)

3.2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลผู้มารับบริการต่อสถานบริการ ซึ่งแสดงออกในด้านบวกหรือลบที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ ความรู้สึกพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับ หรือบรรลุเป้าหมายในสิ่งที่ต้องการระดับหนึ่ง และความรู้สึกดังกล่าวจะลดลง หรือไม่เกิดขึ้นหากความต้องการ หรือจุดมุ่งหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง มนุษย์มีความรู้สึกและมีความต้องการที่จะผลักดันให้ตนเองบรรลุเป้าหมาย เพื่อตอบสนองความต้องการในสิ่งที่ตนหวังไว้ เมื่อบรรลุเป้าหมายนั้นแล้วก็จะเกิดความพึงพอใจและมีความต้องการเพิ่มขึ้นอีก

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ ของผู้รับบริการและคุณภาพบริการ สามารถประยุกต์เข้าด้วยกันกับกรอบแนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัดความพึงพอใจของ อดีย์ และ แอนเดอร์เซน (Aday and Andersen 1975) สรุปหลักสำคัญ ดังนี้

- 1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจของผู้มารับบริการในเรื่องความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา (เวลา วิธีการ ค่าใช้จ่ายการเดินทางจากที่พักมาถึงโรงพยาบาล) ระยะเวลารอตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนชานสกี และโทมัส (Penchansky and Thomas 1981) ในเรื่องของการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) ความสะดวกด้านระยะทาง ในเรื่องของความใกล้ไกลและเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) รวมถึงความ

พอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้รับบริการ (Availability) และสอดคล้องกับแนวคิดของ พาราสุรามาน และคณะ (Parasuraman et al.1988) ในเรื่องของความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangible)

2) ความพึงพอใจต่ออหยาศัยของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อท่าทาง อหยาศัยที่ดีของเจ้าหน้าที่ที่แสดงออกมา เช่น การพูดจาสุภาพ อ่อนโยน การให้กำลังใจ เอาใจใส่รับฟังปัญหาของผู้ป่วย ความเต็มใจให้บริการ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของริชเชอร์ (Risser 1975) ในเรื่องลักษณะบุคลิกภาพของผู้ให้บริการ และสัมพันธภาพที่จริงใจของผู้ให้บริการ และสอดคล้องกับแนวคิดของพาราสุรามาน และคณะ (Parasuraman et al. 1988) ในด้านความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ใช้บริการ (Empathy) และด้านการตอบสนองในการให้บริการ (Responsiveness)

3) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้จากบริการ (Information) ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการได้รับการบอกเล่าถึงการเจ็บป่วย การอธิบายขั้นตอนการรักษา การอธิบายวิธีการปฏิบัติตัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของริชเชอร์ (Risser 1975) ในเรื่องสัมพันธภาพในการให้ความรู้ของผู้ให้บริการด้านการตอบสนองในการให้บริการ

4) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการรักษาพยาบาล (Quality of Care) ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจของผู้มารับบริการในเรื่องความสามารถของแพทย์ในการรักษา ความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ความสามารถให้การช่วยเหลือ ได้ทันท่วงที ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนชานสกี และโทมัส (Penchansky and Thomas 1981) ในเรื่องการยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) ริชเชอร์ (Risser 1975) ในเรื่องพฤติกรรมบริการเชิงวิชาชีพของผู้ให้บริการ และสอดคล้องกับแนวคิดของพาราสุรามาน และคณะ (Parasuraman et al. 1988) ในด้านความน่าเชื่อถือในการให้บริการ (Reliability)

5) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of Pocket Cost) ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจ โดยวัดความรู้สึกของผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เมื่อผู้รับบริการประเมินผลการรักษาที่ได้รับ และพิจารณาจากเงินที่มีอยู่กับเงินที่ต้องจ่ายให้กับสถานบริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เพนชานสกี และโทมัส (Penchansky and Thomas 1981) ในเรื่องของความพึงพอใจในการจ่ายถือเป็นความสามารถของผู้ป่วยที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ

เพนชานสกี และโทมัส (Penchansky and Thomas 1981: 127-140)

ให้แนวความคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ไว้ดังนี้

(1) ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ การให้บริการระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย

(2) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย

(3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้ป่วยยอมรับว่าให้ความสะดวก และมีสิ่งอำนวยความสะดวก

(4) ความสามารถของผู้ป่วยที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ หรือมีการประกันสุขภาพ (Affordability)

(5) การยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) ซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ เช่น ชื่อเสียง ความสามารถของแพทย์

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ เกณฑ์ชี้วัดปัจจัยพื้นฐาน 6 ประเภทที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของ อเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen 1975) ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านความสะดวก ด้านการประสานบริการ ด้านอรรถศาสตร์และพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ ด้านการประชาสัมพันธ์และข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ ด้านคุณภาพบริการ และด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ

3.2.3 ตัวชี้วัดความพึงพอใจ

อเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday and Anderson 1975) ได้กล่าวถึงตัวชี้วัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับการให้บริการงานพยาบาลประกอบด้วย

1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience) ตัวชี้วัดที่สำคัญได้แก่

- (1) การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)
- (2) การได้รับดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability of care when needed)
- (3) ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of getting to care)

2) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ (Co-ordinating) ตัวชี้วัดที่สำคัญได้แก่

(1) การได้รับบริการทุกประเภท ในสถานบริการแห่งหนึ่ง หรือครบถ้วนของบริการ (Getting all needs met at one place) คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย

(2) เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ (Concern of doctors for overall health)

(3) ได้มีการติดตามผลการรักษา (Follow up care)

3) ความพึงพอใจต่ออخصาัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่

(1) การแสดงอخصาัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ

(2) แสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย

4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Information) ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่

(1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย

(2) ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการต่อผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย และการใช้ยา เป็นต้น

5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการรักษาพยาบาล (Quality of care)

ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของสถานบริการแห่งนั้น

6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost) ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

3.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล

จาวาลกิ ลาว และ โทมัส (Jalvalgi Rao & Thomas 1991) ศึกษาการตัดสินใจในการเลือกโรงพยาบาล พบว่าประชาชนจะเลือกใช้บริการของโรงพยาบาลใด ก็เนื่องจากโรงพยาบาลนั้นมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีพนักงานที่มีมารยาท อخصาัยดี การกำหนดราคาค่ารักษาพยาบาลที่สมเหตุสมผล ท่าเลที่ตั้งของโรงพยาบาล ใกล้บ้าน การคมนาคมสะดวก การแนะนำของแพทย์ การแนะนำของเพื่อนหรือญาติ คุณลักษณะของโรงพยาบาล ได้แก่ ชื่อเสียงของโรงพยาบาล ประเภทของโรงพยาบาล การนำเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาใช้ และจากการสำรวจพฤติกรรมการใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลรัฐ คือ การไปมาสะดวก บริการดีรวดเร็ว โรงพยาบาลสะอาด โอโถง อุปกรณ์การแพทย์ทันสมัย แพทย์มีชื่อเสียง มีบริการตลอด 24 ชั่วโมง รักษาแล้วหาย หรือทุเลา ราคาเหมาะสม มีที่จอดรถสะดวก

สุรศักดิ์ เนียมปาน (2544) ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน ได้แก่ อาชีพ รายได้ ความพึงพอใจใน

บริการที่เคยได้รับการรับสิทธิประโยชน์ และการได้รับรู้เงื่อนไขในการบริการ ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความสะดวกในการเดินทาง ประสบการณ์ในการรับบริการ และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ ปัญหาอุปสรรคในการไปใช้บริการ ได้แก่ หลักเกณฑ์ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ และความมั่นใจในคุณภาพบริการ

วิภาวดี สายนำทาน (2542) ศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการบริการแผนกผู้ป่วยนอก โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 5 ด้าน ได้แก่ ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ด้านพฤติกรรมการเชิงวิชาชีพของผู้ให้บริการ ด้านลักษณะบุคลิกภาพของผู้ให้บริการ ด้านสัมพันธภาพในการให้ความรู้ของผู้ให้บริการ ด้านสัมพันธภาพที่จริงใจของผู้ให้บริการ ส่วนด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร (2542) ประเมินความพึงพอใจ และความผิดปกติที่ตรวจพบในผู้มาตรวจสุขภาพที่คลินิกเวชศาสตร์ป้องกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้มารับการตรวจสุขภาพ 900 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 26.1 เพศหญิงร้อยละ 73.9 มีอายุเฉลี่ย 43.4 ปี การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 27.4 มีอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัวมากที่สุดร้อยละ 19.4 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวเดือนละ 10,000 บาท ไม่เคยตรวจสุขภาพร้อยละ 59.2 ผลการสำรวจความพึงพอใจต่อการบริการการตรวจสุขภาพ พบว่าได้รับบริการตามที่ต้องการร้อยละ 82.9 คิดว่าจะแนะนำเพื่อนมาตรวจร้อยละ 92.7 พึงพอใจต่อการพูดจา อธิบายของพยาบาล และเจ้าหน้าที่ร้อยละ 63.2 พึงพอใจระยะเวลาที่รอพบแพทย์เพียงร้อยละ 17.5 พึงพอใจต่อคำอธิบายของแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ผลการตรวจร้อยละ 83.1 พึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพร้อยละ 60.6

3.3 การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

การดูแลรักษาผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นโรคอะไรก็ตาม แพทย์จะเริ่มจากการซักถามประวัติการเจ็บป่วย ว่าเป็นมาอย่างไร เป็นมานานเพียงไร จากนั้นจึงจะทำการตรวจร่างกายอย่างละเอียด เพื่อค้นหาความผิดปกติ หรือร่องรอยการเป็นโรคต่าง ๆ ถ้ายังได้ข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยโรคไม่เพียงพอ ก็จะมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ เอกซเรย์ หรือตรวจอัลตราซาวด์ โรคโดยส่วนใหญ่ เมื่อตรวจเพียงเท่านี้ ก็มักจะสมารถให้การรักษาได้แล้ว แต่ในบางโรคนั้น ยังจะต้องอาศัยเครื่องมือที่มีเทคโนโลยีที่ซับซ้อน ทันสมัยยิ่งขึ้นมาช่วยในการวินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง แม่นยำ การรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพจึงจะเกิดขึ้นได้

เครื่องมือสำคัญตัวหนึ่งที่มีเทคโนโลยีทันสมัยของแผนกเอกซเรย์ ซึ่งจำเป็นต้องมีเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT scan (Computerized Tomography Scan) หลักการทำงานคือ ให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงเพื่อเลื่อนตัวเข้าไปในเครื่อง ซึ่งมีหลอดเอกซเรย์ถ่ายภาพตัดขวาง ตามแนวตัดขวางของอวัยวะ ที่เราอยากทราบ แล้วสร้างรูปเป็นรูปภาพของอวัยวะภายใน และภายนอกที่เหมือนอวัยวะจริง ๆ ของมนุษย์ เปรียบเสมือนการเอามิคหรือเครื่องตัดไข่ ตัดลงไปบนไข่ต้มแล้วมาดูเป็นแว่น ๆ สามารถเห็นความผิดปกติของอวัยวะภายในอย่างละเอียด เหมือนของจริง

ในถ่ายภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของอวัยวะที่ต้องการตรวจจะถูกตัดออกมาเป็นภาพหนาประมาณ 1 เซนติเมตร ในกรณีที่ยากให้บางกว่านั้น ก็สามารถตัดให้บางได้ถึง 1-2 มิลลิเมตร เครื่องมือนี้สามารถทำให้เราเห็นความผิดปกติในอวัยวะของมนุษย์ ช่วยให้แพทย์ทราบความผิดปกติของผู้ป่วย และตัดสินใจรักษาโรคได้ถูกต้อง เครื่องมือที่มีราคาแพงนี้มีประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วย ใช้เป็นเครื่องมือในการวินิจฉัยโรค หรือใช้ช่วยชีวิตผู้ป่วย ทำให้ทราบภาวะโรคของผู้ป่วยนั้น เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง และให้ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยโดยตรง ผลทางอ้อมคือ ทำให้โรงพยาบาลสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ทัดเทียมกับต่างประเทศ

3.3.1 เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography) หรือที่เรียกกัน โดยทั่วไป ง่าย ๆ ว่า เครื่อง CT นั้น ปัจจุบันได้มีการพัฒนาขึ้นมาอย่างสูงเพื่อช่วยให้การตรวจ หรือ การทำการ Screening เบื้องต้น ปัจจุบันได้มีการพัฒนาจนได้เครื่อง เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ชนิด 64 slice ซึ่งช่วยในการตรวจหาโรคต่าง ๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น ให้มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือจนเป็นที่ยอมรับจากสถาบันชั้นนำทางการแพทย์ทั่วโลก ซึ่งเป็นเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ประสิทธิภาพสูงที่สามารถสร้างภาพได้ครั้งเดียว 64 ภาพต่อการหมุนของหัวหลอดรังสี 1 รอบ (360 องศา) สามารถทำการตรวจผู้ป่วยที่มีแนวโน้มในการเป็นโรคทางด้านหัวใจ เช่น เส้นเลือดหัวใจตีบ หรืออุดตัน

การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการของโรคหัวใจ ให้เห็นทำให้สามารถป้องกันและทำการรักษาต่อไปได้ทันเวลา ในอดีตผู้ป่วยต้องทำการตรวจด้วยวิธีสวนหัวใจ มีขั้นตอนยุ่งยาก และมีค่าใช้จ่ายในการทำการตรวจที่สูง การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จึง เป็นวิธีที่ง่าย มีความแม่นยำสูงและมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำเมื่อเทียบกับการตรวจด้วยวิธีอื่น หลังการตรวจผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอนพัก สามารถลุกเดินและทำงานได้ตามปกติ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ยังเป็นเครื่องมือที่มีการออกแบบ และพัฒนาโปรแกรมในการตรวจ ช่วยลดปริมาณรังสีที่ได้รับให้กับผู้ป่วย ได้สูงถึง 30% โดยโปรแกรม Care Dose4D จะทำการคำนวณปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยควรได้รับจริง โดยคำนวณจากความหนาโดยแท้จริงของผู้ป่วย

3.3.2 การทำงานของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่องเอกซเรย์จะปล่อยรังสีเอกซ์ จากหลอดเอกซเรย์ผ่านไปในอวัยวะที่ต้องการตรวจแล้วไปยังตัวรับข้อมูล จากนั้นคอมพิวเตอร์จะนำข้อมูลที่ได้อาประมวลผลและสร้างภาพอวัยวะส่วนนั้น ๆ ขึ้นมา สามารถนำข้อมูลที่ได้อีกมาสร้างภาพใหม่ได้ทั้ง 2 และ 3 มิติ ในระนาบต่าง ๆ ที่ต้องการ รวมทั้งสร้างเป็นภาพเคลื่อนไหว คือ 4 มิติได้ด้วย เพื่อเป็นการป้องกันและตรวจหาโรคมะเร็ง และโรคต่าง ๆ ได้ อย่างทันท่วงทีโดยเป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูง เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรค เพื่อหาสาเหตุของโรคต่าง ๆ อย่างละเอียด แม่นยำ เพื่อผลในการวางแผนการรักษาที่ตรงจุด รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถเก็บข้อมูลและถ่ายภาพอวัยวะภายในทั่วร่างกาย ได้ อย่างรวดเร็ว และชัดเจน ให้ภาพที่มีความละเอียดสูง

3.3.3 การปฏิบัติตัวในระหว่างเข้ารับการตรวจ

การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จะใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที ขึ้นอยู่กับอวัยวะและบริเวณของร่างกายที่ทำการตรวจ ในขณะที่ทำการตรวจผู้ป่วยควรปฏิบัติตัว ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยที่รับการตรวจช่องท้อง อาจจะจำเป็นต้องดื่มน้ำผสมสารทึบรังสี หรือสวนผ่านทางทวารหนัก เพื่อให้เห็นลำไส้ แยกกับอวัยวะข้างเคียง อย่างชัดเจน
- 2) นอนนิ่งบนเตียงตรวจในท่าที่เจ้าหน้าที่จัดให้
- 3) ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น การหายใจเข้า – ออก และการกลั้นหายใจ เพื่อให้ภาพที่ได้จากการตรวจคมชัด
- 4) ระหว่างการตรวจ เตียงจะมีการเลื่อนเข้า – ออก หรือ มีเสียงจากการทำงานของเครื่องซึ่งเป็นภาวะปกติ
- 5) ขณะที่มีการฉีดสารทึบรังสี เข้าทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยอาจมีอาการร้อนวูบ หรือปวดตามแนวหลอดเลือด ที่มีสารทึบรังสีผ่านเข้าไป ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้
- 6) ถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นระหว่างที่ทำการตรวจ ผู้ป่วยสามารถบอกเจ้าหน้าที่ได้ทันที เนื่องจากมีไมโครโฟนติดอยู่ที่ตัวเครื่อง
- 7) หลังการตรวจ ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เนื่องจากแพ้สารทึบรังสี ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน คัดจมูก จาม คันตามตัวที่ผื่นแดงเกิดขึ้น ใจสั่น หน้ามืด หรือหายใจติดขัด ให้รีบแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบทันที

3.3.2 การปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับสารทึบรังสีเข้าทางหลอดเลือดดำเมื่อเสร็จสิ้นจากการตรวจ จะได้รับการสังเกตอาการต่อเป็นเวลา 15-30 นาที เพื่อประเมินอาการแพ้ยาและ

ภาวะแทรกซ้อน จากการตรวจ ถ้าสังเกตไม่พบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงจะมีการนำเข็มที่ค้างไว้ที่ตัวผู้ป่วยเพื่อการสังเกตอาการออกพร้อมกับพยาบาลจะให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน โดยผู้ป่วยควรดื่มน้ำปริมาณมากวันละ 2-3 ลิตรต่อเนื่อง 2-3 วัน (ยกเว้นในผู้ป่วยที่ต้องจำกัดน้ำ) เนื่องจากสารทึบรังสีถูกขับออกทางปัสสาวะ

บทที่ 3

วิธีวิจัย

การศึกษาบทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้านี้ ผู้วิจัยต้องการค้นคว้าหาความจริงจากประสบการณ์ตรงในประเด็นบทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นอย่างไร การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ทางสังคม (Social Phenomenology) ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

การทำความเข้าใจปรากฏการณ์ หรือสภาพปัญหาในบริบท หรือสภาพแวดล้อมที่ปรากฏเพื่อให้ได้ภาพรวมและบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษาเป็นข้อมูลเชิงลึก (อกิน รพีพัฒน์ ม.ร.ว. และคณะ 2545:15) ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ซึ่งปรากฏการณ์สำคัญ ๆ ของคนแต่ละคนในสังคมอาจมีแบบเดียวกัน หรือคล้ายคลึงกันได้ อาจเป็นประสบการณ์ร่วมในเรื่องอารมณ์ เช่น ผู้ที่ผ่านประสบการณ์ที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันได้ ย่อมสามารถแบ่งปันหรือเข้าใจความรู้สึกที่คล้าย ๆ กัน ได้รับความรู้สึกเสียใจ เศร้าใจ วิตกกังวล เป็นต้น

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาโดยใช้บุคคลอธิบายถึงเรื่องราว และประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองประสบ โดยมีฐานคติคือ มนุษย์เราจะรู้ดีในเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์มาก่อน โดยการรับรู้ ู้และเข้าใจเกิดจากการรับรู้สัมผัสผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ ซึ่งประสบการณ์เหล่านั้นจะผ่านการกลั่นกรองตีความเสียก่อน จนกระทั่งรายละเอียดของการรับรู้และการตีความถูกผสมกลมกลืนจนเป็นเนื้อเดียวกัน “การตีความ” จึงเป็นส่วนประสบการณ์ต่าง ๆ ของมนุษย์ มักจะรวมการตีความไว้ด้วยเสมอ (นิศา ชูโต 2545: 40)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว (ผู้ดูแล) ของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2551 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2551

1.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างหรือเรียกว่าผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วยผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีคุณสมบัติดังนี้
1) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และไม่จำกัดเพศ 2) ผู้ป่วยยินดีให้สัมภาษณ์ 3) สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยยินดีให้สัมภาษณ์

การเลือกกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเชิงคุณภาพถูกจำกัดโดยวิธีการ (Methodologies) ให้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใหญ่เกินไป และสามารถควบคุมได้ (รวิวรรณ ชินะตระกูล 2539: 10) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่มารับบริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 16 ครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปทุกชนิด ยกเว้นผู้ป่วยอาการหนัก ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มารับบริการในช่วงวันจันทร์-วันศุกร์ ผู้วิจัยได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวแล้วปรากฏว่ามีครอบครัวที่สมัครใจ หรือยินยอมให้ข้อมูล จำนวน 16 ครอบครัวคือผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวคิดเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างขนาด 32 รายจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 16 ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ครอบครัวสุดท้ายผู้วิจัยพบว่าข้อมูลที่ได้รับไม่พบประเด็นใหม่ ๆ หรือข้อมูลที่แตกต่างจากครอบครัวที่สัมภาษณ์ผ่านมาแล้ว จึงถือว่าข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว ดังคำกล่าวของ Glaser และ Strauss (1967) ที่กล่าวว่า การเลือกกลุ่มตัวอย่างจะหยุดเมื่อนักวิจัยสัมภาษณ์แล้วมีประเด็นเดิมซ้ำ ๆ ไม่มีข้อมูลใหม่ ก็ถือว่า “ข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว” (Theoretical saturation as the stopping point) ผู้วิจัยจึงหยุดสัมภาษณ์หลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ครอบครัวที่ 16

ลักษณะของขนาดของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่พบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศรีวรรณ สระแก้ว (2546) เรื่องบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีผู้คิดเชื่อ เอช ไอ วี ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคม โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จากกลุ่มตัวอย่างขนาด 22 รายจากกลุ่มตัวอย่าง 11 ครอบครัว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ครอบครัวสุดท้ายข้อมูลที่ได้รับไม่พบประเด็นใหม่ ๆ หรือข้อมูลที่ต่างจากครอบครัวที่สัมภาษณ์ผ่านมาแล้วจึงถือว่าข้อมูลถึงจุดอิ่มตัวและทำนองเดียวกันกับการศึกษาของสุพรรณิ สุทธิพันธ์ (2547) เรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตครอบครัวการศึกษาจากเรื่องราวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านคนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี ในการศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้มีการรวบรวม

ข้อมูลทั้งหมดจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล 12 รายจากการสัมภาษณ์แต่ละรายและตรวจสอบข้อมูลที่ได้ พบว่าการบอกเล่าเรื่องราวเป็นไปในลักษณะซ้ำ ๆ กันจนได้ข้อมูลที่อิมิตัว ผู้วิจัยจึงได้หยุดการสัมภาษณ์ ตามแนวทางการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้พิจารณาประเด็นเรื่องเพศ (Gender) ของสมาชิกครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง น่าจะเป็นประเด็นที่น่าสนใจในเรื่องการให้ความหมาย อธิบายบทบาทของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่เป็นเพศหญิง ซึ่งในบริบททางสังคม วัฒนธรรมไทยได้กำหนดให้เป็นผู้แบกรับภาระหน้าที่ในการดูแลรับผิดชอบความเป็นไปของบ้านและสมาชิกครอบครัว รวมทั้งเมื่อญาติพี่น้องเจ็บป่วยที่ต้องดูแลรักษาพยาบาล การที่ครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ย่อมส่งผลกระทบต่อบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ว่าจะต้องเปลี่ยนแปลงบทบาท เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยอย่างไร ดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามเพศ

กลุ่มตัวอย่าง	เพศชาย	เพศหญิง	รวม
ผู้ป่วย	9	7	16
สมาชิกครอบครัว (ผู้ดูแล)	5	11	16
รวม	14	18	32

2. เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์จากการค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่กำหนดจากนั้นนำแนวการสัมภาษณ์ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของข้อคำถาม เพื่อนำมาปรับปรุงแนวคำถามใหม่

แนวคำถามการสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจัดทำเป็น 2 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 แนวคำถามการสัมภาษณ์ สำหรับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
 แนวคำถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ส่วนที่ 2 บทบาทของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเป็นอย่างไร ประกอบด้วย ด้านการดูแลร่างกาย การดูแลจิตใจ การจัดการค่าใช้จ่าย ด้านสังคม การหาข้อมูลข่าวสาร และด้านการบริการของหน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (ในเรื่องความสะดวกสบายที่ได้รับ การประสานงานของการบริการ ทัศนคติของผู้ให้บริการ คุณภาพบริการ และความพร้อมของอุปกรณ์ สถานที่ในการให้บริการ)

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพของผู้ป่วยต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ฉบับที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์ สำหรับการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แนวคำถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ส่วนที่ 2 บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร ประกอบด้วย การดูแลร่างกาย การดูแลจิตใจ การจัดการค่าใช้จ่าย ด้านสังคม การหาข้อมูลข่าวสาร และด้านการบริการของหน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (ในเรื่องความสะดวกสบายที่ได้รับ การประสานงานของการบริการ ทัศนคติของผู้ให้บริการ คุณภาพบริการ และความพร้อมของอุปกรณ์ สถานที่ในการให้บริการ)

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพของสมาชิกในครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การทดสอบเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดสอบกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 2 ครอบครัว เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ภาษาที่ใช้ และความสมบูรณ์ของข้อคำถามว่าสามารถสะท้อนข้อมูลครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยหรือไม่ ซึ่งในการสัมภาษณ์ดังกล่าวผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูล ขณะสัมภาษณ์

ในการสัมภาษณ์ครอบครัวที่ 1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์และนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยสรุปจากโน้ตและการถอดเทป พบว่าข้อคำถามในการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยใช้ภาษาที่เป็นทางการเกินไป ทำให้ผู้ตอบเข้าใจยาก ดังนั้นผู้วิจัย จึงปรับปรุงแนวคำถามใหม่สำหรับแนวสัมภาษณ์ในรายต่อไป

การสัมภาษณ์ครอบครัวที่ 2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์พร้อมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยใช้แนวคำถามที่ปรับปรุงใหม่จากการดำเนินการครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ประสบการณ์ตรงยิ่งขึ้น ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยต้องสร้างความสัมพันธ์ ความไว้วางใจกับผู้ที่จะให้สัมภาษณ์ ซึ่งขึ้นกับหัวข้อวิจัย เหตุการณ์แวดล้อม จังหวะ เวลา หน้าที่ การปฏิบัติงานของผู้วิจัย นอกจากนั้น

ผู้วิจัยยังทราบเทคนิคในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยต้องแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นใครมาจากไหน ต้องการพูดคุยสัมภาษณ์เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปทำอะไร มีเหตุผลอะไร ส่งผลกับเขาหรือไม่ ในระยะแรก ผู้ให้สัมภาษณ์อาจจะระวังตัว ไม่กระตือรือร้น ที่จะตอบ ผู้วิจัยต้องมีเทคนิคในการค่อย ๆ ตะล่อมถาม และสร้างความสบายใจให้แก่ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งทางวาจา และท่าทาง จนกว่าผู้ให้สัมภาษณ์จะค่อย ๆ เต็มใจและร่วมมือให้ข้อมูลรวมทั้งทราบเทคนิคการแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น โดยอาจารย์ได้พยายามให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์อย่างมากต่อผู้วิจัย ในการนำมาปรับใช้ เพื่อทำการสัมภาษณ์จริง ๆ อีกครั้ง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2551 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2551 รวมระยะเวลา 2 เดือน โดยผู้วิจัยต้องมีการติดต่อประสานตามสายงานเพื่อทำการขอเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผ่านความเห็นชอบจาก คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย ดำเนินการติดต่อประสานในส่วนที่เกี่ยวข้องคือ กองรังสีกรรม และหน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในการขอความอนุเคราะห์ด้านสถานที่ เก็บข้อมูล และให้นักศึกษาสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยต้องฝึกฝนตนเอง ให้สังเกตสิ่งต่าง ๆ ที่ได้พบเห็นจากการสัมภาษณ์ ฝึกความอดทน เนื่องจากการทำงานวิจัยภาคสนามเป็นงานที่หนักทั้งในเรื่องการจัดสรรเวลา กำลังกาย กำลังใจ ทรัพยากรและค่าใช้จ่าย เพื่อให้ได้ข้อมูลตามต้องการ จากกลุ่มตัวอย่าง

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่เข้ารับการรักษาเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แต่ละราย รวมทั้งตัวผู้วิจัยเอง ซึ่งต่างฝ่ายต่างมีภารกิจที่ต้องปฏิบัติอยู่นั้น การสัมภาษณ์พูดคุยแต่ละครั้ง ผู้วิจัยใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน สมบูรณ์ ประกอบกับความไว้วางใจ ความเข้าใจ และความตั้งใจในการให้ข้อมูลของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว จึงทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ (Reliability) ซึ่งการทดสอบความเชื่อถือได้มาจากความสอดคล้องกับบริบทของครอบครัว ข้อมูลเดิมที่มีอยู่ และสอดคล้องกับข้อสังเกตของนักวิจัยหรือไม่ กรณีคำตอบหรือข้อมูลนั้นไม่น่าเชื่อถือ ผู้วิจัยต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น ทั้งทางตรงและทางอ้อม (อกิน รพีพัฒน์ ม.ร.ว.และคณะ 2544: 33)

สำหรับการได้มาซึ่งข้อมูลรายละเอียดระดับลึกนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ด้วยการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non Structure Interview) โดยผู้วิจัยได้วางแนวข้อคำถามไว้ ร่วมกับการสังเกตในพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งที่เป็น

วจนภาษา เช่น อารมณ์ ความรู้สึก น้ำเสียง และการแสดงออกที่เป็นอวจนภาษา เช่น กิริยา ท่าทาง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย และเคารพในสิทธิของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าถูกแบ่งแยกหรือถูกรังเกียจจากผู้วิจัย

ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ติดต่อประสานตามสายงาน การขอเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย ดำเนินการติดต่อประสานในส่วนที่เกี่ยวข้อง คือ กองรังสีกรรม และหน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในการขอความอนุเคราะห์ด้านสถานที่เก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยจึงจะสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้

3.2 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เกี่ยวกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย จาก

หน่วยงานเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยใช้วิธีประสานกับผู้ป่วยและสมาชิก

ครอบครัวที่มารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเพื่อขอความร่วมมือในการร่วมมือวิจัยและแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งในเบื้องต้นผู้วิจัยได้สร้างความสัมพันธ์ (Building Rapport) (สุภางค์ จันทวานิช 2543: 26-43) เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย มีความคุ้นเคยกับตัวผู้วิจัย สถานที่และหน่วยงานเพื่อเกิดการยอมรับในตัวผู้วิจัย ที่มีชื่อผู้แปลทหน้า จึงทำให้การเข้าถึงผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถได้รับข้อมูลรายละเอียดระดับลึก

3.4 สัมภาษณ์เชิงลึก หลังจากที่ได้สร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและสมาชิก

ครอบครัวผู้ป่วย ผู้วิจัยได้กำหนดตารางการสัมภาษณ์เพื่อจัดเก็บข้อมูลวันละ 1 ครอบครัว หากมีข้อขัดข้องจะได้ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมและสิ่งที่สำคัญในการเก็บข้อมูลภาคสนาม คือ ใบบินยอมในการให้สัมภาษณ์ เทปบันทึกเสียง ม้วนเทปเปล่า กล้องถ่ายรูป แนวคำถามการสัมภาษณ์ และสมุดจดบันทึกข้อมูล เมื่อถึงหน่วยงานที่เป็นการลงพื้นที่ภาคสนาม ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว จากนั้นจึงขออนุญาตสัมภาษณ์โดยให้อ่านใบบินยอมในการให้สัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยเตรียมมา หลังจากได้รับการอนุญาตแล้วผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าตามแนวแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ขออนุญาตบันทึกเสียง ทำให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 1-2 ชั่วโมง

3.5 เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัย ได้จดบันทึกข้อมูลเหตุการณ์ที่พบเห็นของแต่ละรอบครบถ้วนในสมุดบันทึก กำหนดรหัสข้อมูลการสัมภาษณ์แต่ละรอบครบถ้วน พร้อมระบุวันเวลาที่สัมภาษณ์ เพื่อสะดวกในการจัดเพิ่มข้อมูลแล้วถอดเทปบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ทุกวัน ภายหลังจากการสัมภาษณ์คำต่อคำ 1 ม้วนใช้เวลาประมาณ 4-5 ชั่วโมง ซึ่งการถอดเทปบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์คำต่อคำ เพื่อวิเคราะห์และเป็นประโยชน์ต่อการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล โดยปราศจากความมีอคติของผู้วิจัยต่อกลุ่มตัวอย่าง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นขบวนการคิดและจัดกระทำเป็นระบบตั้งแต่การตั้งคำถามแนวการสัมภาษณ์ นำข้อมูลมาประติดประต่อเข้าด้วยกัน การจัดกระทำกับข้อมูลด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การจัดหมวดหมู่ การเปรียบเทียบข้อมูล จนเห็นแนวคำตอบ (นิศา ชูโต 2545: 20) สำหรับผู้วิจัยเริ่มวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการเก็บข้อมูลแล้วสรุป และตรวจสอบว่าเป็นข้อค้นพบที่เป็นข้อสรุปได้หรือไม่ ซึ่งการวิเคราะห์ดังกล่าวเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของ Delamont (1992: 151) มีข้อเสนอแนะในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลคร่าว ๆ

4.2 ทำคodelistข้อมูลที่เก็บได้

4.3 สร้างแก่นเรื่อง (Theme) และหัวข้อเรื่อง (Categories) จากข้อมูลพร้อมตรวจสอบบ่อย ๆ การมีหัวข้อเรื่องย่อย ๆ มาก ๆ ดีกว่ามีน้อย เพราะสามารถนำมาสังเคราะห์รวมกันง่ายกว่าที่ จะต้องไปเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์เพิ่มเติม

4.4 ทำคodelist (Index) และรหัส (Code) ข้อมูลให้ละเอียดครอบคลุมทุกแง่มุมให้มากที่สุด

4.5 จัดแยกข้อมูลที่ประมวลมาได้เป็นหมวดหมู่ และจัดทำเพิ่มข้อมูลทำสำเนาเก็บแยกไว้ในแต่ละชุด หรือพิมพ์แยกไฟล์เป็นเรื่อง ๆ

จากข้อเสนอแนะในการวิเคราะห์ข้อมูลของ Delamont การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของสุรางค์ จันทรวานิช (2545) และการวิจัยเชิงคุณภาพของ นิศา ชูโต (2545) ผู้วิจัยนำมาปรับใช้ ในการวิเคราะห์ งานวิจัยครั้งนี้กล่าวคือ เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตัวอย่าง และถอดเทปบันทึกข้อมูลทุกวันหลังจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ทุกรอบครบถ้วนแล้ว จึงนำข้อมูลมาตรวจสอบความครบถ้วน ความเพียงพอตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาว่าครบถ้วนเพียงพอหรือไม่ เมื่อพบว่ายังไม่ครบถ้วนก็ไปเก็บเพิ่มเติมตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก นำข้อมูลที่

ผ่านการตรวจสอบแล้วมาแยกประเภทจัดหมวดหมู่ (Sorting and Coding the data) วิเคราะห์กลุ่มคำ (Domain Analysis) ทำสารระบบจำแนกประเภท (Taxonomy) วิเคราะห์เหตุการณ์ (Event Analysis) เปรียบเทียบข้อมูลเพื่อสร้างข้อสรุป ตีความข้อมูล (Interpretation) เพื่อดึงความหมายออกมาจากข้อมูล โดยอาศัยบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของความต้องการประกอบด้วย แล้วจึงเขียนเรียบเรียงเพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ เพื่อให้เห็นภาพรวมของบทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า รวมทั้งทราบประสบการณ์ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาบทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 รายจาก 16 ครอบครัวสามารถนำเสนอผลการศึกษาได้ 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

ส่วนที่ 2

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกสามารถนำเสนอจากการวิเคราะห์ประเด็น ได้เป็น 3 ประเด็นหลักประกอบด้วย 1) บทบาทของผู้ป่วย 2) บทบาทของสมาชิกครอบครัว และ 3) บริการของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1

จากการศึกษา สามารถสรุปข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลพื้นฐาน พื้นฐานส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ป่วยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 16 รายที่มาใช้บริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าดังนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

คุณลักษณะ ส่วนบุคคลและครอบครัว	ผู้ป่วย		สมาชิกในครอบครัว	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	16	100.00	16	100.00
เพศ				
ชาย	9	56.25	5	31.25
หญิง	7	43.75	11	68.75

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะ	ผู้ป่วย		สมาชิกในครอบครัว	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ				
น้อยกว่า 30 ปี	-	-	3	18.75
30 – 39 ปี	2	12.50	3	18.75
40 – 49 ปี	3	18.75	2	12.50
50 ปีขึ้นไป	11	68.75	8	50.00
อายุเฉลี่ย		55.19		47.06
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	-	-	1	6.25
ประถมศึกษา	2	12.50	3	18.75
มัธยมศึกษา	7	43.75	3	18.75
อนุปริญญาและมากกว่า	2	12.50	5	31.25
ปริญญาตรีและมากกว่า	5	31.25	4	25.00
อาชีพ				
รับราชการ	6	37.75	7	43.75
รับจ้าง	2	12.50	4	25.00
ค้าขาย	4	25.00	4	25.00
เกษตรกร	1	6.25	1	6.25
อื่น ๆ	3	18.75	-	-
รายได้ (บาทต่อเดือน)				
20,000 และต่ำกว่า	10	62.50	9	56.25
20,001 – 40,000	3	18.75	4	25.00
มากกว่า 40,000	3	18.75	3	18.75
รายได้เฉลี่ย		21,747.50		12,918.75

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะ	ผู้ป่วย		สมาชิกในครอบครัว	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
สมรส	13	81.25	16	100.00
หม้าย	2	12.50	-	-
โสด	1	6.25	-	-
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				-
1 – 4 คน	11	68.75	12	75.00
4 คนขึ้นไป	5	31.25	4	25.00
จำนวนสมาชิกเฉลี่ย		3.13	3.63	

จากการศึกษา สามารถสรุปข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ป่วยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 16 ราย ที่มาใช้บริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศชายมีอายุเฉลี่ย 55 ปี ระดับการศึกษาเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่รับราชการ รายได้เฉลี่ย 21,748 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดสมรสแล้วจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3 – 4 คนต่อครอบครัว

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง สามารถสรุปข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างพบว่าข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว (ผู้ดูแล) 16 ราย ที่มาใช้บริการห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 47 ปี ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับอนุปริญญาและมากกว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีอาชีพรับราชการ รายได้เฉลี่ย 12,919 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสมรสแล้ว จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3-4 คนต่อครอบครัว

ส่วนที่ 2

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกนำเสนอจากการวิเคราะห์ประเด็นสามารถสรุปเป็นประเด็นหลัก 3 ประเด็นประกอบด้วย 1) บทบาทของผู้ป่วย 2) บทบาทของสมาชิกครอบครัว

และ 3) บริการของโรงพยาบาลในแต่ละประเด็นนำเสนอให้เห็นประเด็นย่อยประกอบกันเพื่อสามารถทำให้เกิดความเข้าใจที่กระจ่างขึ้นพร้อมยกตัวอย่างคำพูดที่ชี้ให้เห็นประเด็นอย่างชัดเจนดังต่อไปนี้

1. บทบาทของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญต่อการมารับบริการในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ตัวผู้ป่วยมีส่วนสำคัญที่เกี่ยวกับการให้บริการของงานตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยการดูแลตนเองในหลายมิติ นับตั้งแต่การดูแลร่างกาย การดูแลจิตใจ การจัดการค่าใช้จ่ายและการหาข้อมูลข่าวสาร ดังตัวอย่างที่นำมากล่าวไว้คือ

1.1 การดูแลร่างกาย

ผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ในช่วงของการยอมรับความเจ็บป่วยพร้อมที่จะมารับการตรวจวินิจฉัยเพื่อรักษา และอีกส่วนหนึ่งจะเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการรักษาอาการของโรค ซึ่งต้องมีการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยในการวางแผนการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตนเองได้ และแข็งแรง ดังนั้นจึงมีการดูแลร่างกายตนเองได้ดี โดยผู้ป่วยจะมีความสนใจ สงสัย สังกศัญญา ใฝ่ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองและถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดที่เล่าให้ฟัง ตลอดจนการแสดงท่าทาง เช่น มือจับก้อนที่คอ เป็นระยะขณะให้ข้อมูล มีการเหลียวมองห้องที่โตของตนเอง และเอามือจับร่วมด้วยในบางขณะ หรือการที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันให้ความร่วมมือ สนใจติดตามการรักษา โดยการตรวจเลือด ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ยอมรับบทบาทของผู้ป่วย ลดการทำงานหนักพักผ่อนเพิ่มขึ้น

การที่จะแสดงออกหรือความสามารถที่จะยอมรับต่อบทบาทของการเจ็บป่วยของแต่ละคนย่อมไม่เท่ากัน ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างที่ผู้สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของผู้ป่วยที่มีต่อการดูแลตนเองด้านร่างกาย ดังเช่นผู้ป่วยชายวัย 52 ปีได้กล่าวถึงการดูแลตนเองก่อนมาตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณช่องท้องโดยมีการเตรียมตนเอง 2 วันก่อนมาตรวจว่า

“...ก่อนมาตรวจ ที่มีการเตรียมร่างกายส่วนใหญ่ผมจะเป็นคนที่ช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด หมอให้ยาอะไร ไปผมก็ปฏิบัติตามที่แนะนำไป การตรวจช่องท้องครั้งนี้ผมเป็นคนขอหมอตรวจเพราะผมศึกษาและตั้งข้อสังเกต

เรื่องการเป็นโรคท้องมาน หรือมะเร็งตับทางกรรมพันธุ์ของญาติทางฝ่าย
ผม...” [ผู้ป่วยชายวัย 52 ปี]

ทำนองเดียวกันกับที่ผู้ป่วยชายวัย 68 ปี ที่มารับการตรวจบริเวณช่องท้องเพื่อ
ติดตามผลการรักษา หลังจากเคยตรวจพบก้อนเนื้อก้อนใหญ่ที่ลำไส้ รักษาโดยการฉายแสงให้ยาเคมี
บำบัด จนกระทั่งก้อนเนื้อมุบลงแล้วได้รับการผ่าตัดก้อนต่อด้วยการให้ยาเคมีบำบัดได้กล่าวถึงการ
สังเกตตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ

“...ผมมีประวัติคุณพ่อ คุณปู่ คุณอา เป็นมะเร็ง... โดยปกติผมจะเป็นคน
เข้าห้องน้ำทุกวัน ถ้าถ่ายไม่หมดก็ต้องทานยาระบาย... ช่วงหลังผมสังเกต
ว่าตัวเอง มีอาการไม่ค่อยดีเรื่องลำไส้ อาการเดียวดี เดียวไม่ดี จึงขอให้
หมอตรวจ...” [ผู้ป่วยชายวัย 68 ปี]

ผู้ป่วยหญิงมีการดูแลร่างกายตนเอง ไม่ต่างจากผู้ป่วยชาย แม้ว่าผู้ป่วยหญิงจะอยู่คน
เดียว (เป็นหม้าย) ก็ยังมีความใส่ใจในการดูแลตนเองดังเช่น ผู้ป่วยหญิงวัย 66 ปี ที่สามีเสียชีวิตตั้งแต่
ปี 2543 จากนั้นจะอยู่บ้านคนเดียวที่จังหวัดสระบุรีมี บุตร 3 คน แต่งงานและแยกครอบครัวออกไป
แต่ลูก ๆ ยังมาเยี่ยม กันสม่ำเสมอครั้งนี้มารับการตรวจบริเวณช่องปอดได้ถ่ายทอดประสบการณ์ใน
ชีวิต โดยเล่าให้ฟังว่า

“...คอยดูแลสุขภาพตนเอง ถือกัดตนเป็นที่พึงแห่งตน... ตัวเองมีไขมัน
ในเลือดสูง มีความดัน อยู่คนเดียวต้องดูแลอาหารเอง ไม่กินหวานเลย
ปรับเรื่องอาหารแล้วเรื่องปิ้งย่าง ก็เลี่ยงด้วย อย่างปลาทอดนาน ๆ กินครั้ง
...” [ผู้ป่วยหญิงวัย 66 ปี]

การดูแลร่างกายตนเองของผู้ป่วย ปรากฏได้จาก การตรวจสุขภาพประจำปี
การสังเกตความผิดปกติของร่างกาย และนำไปสู่การตรวจค้นหาโรคและการรักษาบำบัดที่ถูกต้อง
ดังการบอกเล่าของผู้ป่วยชาย เกี่ยวกับการมาตรวจช่องท้องก่อนเข้ารับการรักษา

“...โดยปกติผมจะไปตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นประจำ แต่ครั้งนี้ถ่ายเป็นเลือด จึงรีบไปรักษา เขาตัดชิ้นเนื้อไปตรวจพบว่า เป็นเนื้อร้าย ตอนนี้จึงตัดสินใจมารักษาที่นี่ เพื่อตรวจรักษาอย่างละเอียดอีกครั้งก่อนการผ่าตัด...” [ผู้ป่วยชายวัย 52 ปี]

ผู้ป่วยที่สูงอายุอาจมีการสังเกตความผิดปกติของร่างกายได้ชัดเจน รวมทั้งมีความใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอจึงสามารถสังเกตเห็นความผิดปกติของร่างกายตนเองได้ง่าย ดังเช่น ผู้ป่วยชายวัย 70 ปี เล่าถึงประสบการณ์เจ็บป่วยและการดูแลด้านร่างกายที่ตนเองประสบ คลำพบก้อนเนื้อที่ท้องมีขนาดใหญ่ขึ้น เมื่อรักษาโดยการผ่าตัดแล้วตรวจผลชิ้นเนื้อพบเป็นเนื้อปกติ ได้รับการตัดลำไส้ออกไป ประมาณร้อยละ 70 พบว่า น้ำหนักลดลง ครั้งนี้มาติดตามการรักษา เล่าให้ฟังว่า

“...หลังผ่าตัดตอนแรกจะทานครั้งละน้อยก่อน ทำกิจกรรมได้ตามปกติ... เรื่องอาหารที่บ้านผมจะทานอาหารทุกชนิด แต่จะลดพวกเนื้อลงบ้าง ผมทานอาหารได้เกือบทุกภาค พอทานแล้วต้องคอยถ่ายพยาธิ...ก่อนมาตรวจ ผมจะอ่านเอกสารคำแนะนำ แล้วคอยเตือนตัวเอง...” [ผู้ป่วยชายวัย 70 ปี]

1.2 การดูแลจิตใจ

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างพบว่านอกจากผู้ป่วยจะได้พยายามดูแลตนเองด้านร่างกายแล้วผู้ป่วยก็ได้หาวิธีการดูแลรักษาจิตใจตนเอง แม้ว่าการเจ็บป่วยทางกาย จะส่งผลกระทบต่อคน ทำให้เกิดความวิตกกังวล ไม่สบายใจ มีความเครียด แต่ผู้ป่วยก็พยายามรักษาจิตใจของตน และร่วมมือต่อการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลแม้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความกังวลใจต่อการเข้ารับการรักษาแต่ก็มีวิธีในการรักษาจิตใจของตนเองให้คลายความกังวล ดังคำกล่าวของผู้ป่วยหญิงที่ว่า

“...พอรู้ว่าจะมาตรวจ ก็จะกังวลเรื่องสารทึบรังสีว่าจะแพ้ไหม มีผลข้างเคียงอะไรภายหลังอย่างไรวันใจแค่นี้แต่พอตรวจไปแล้ว แต่ไม่มีอาการแพ้ก็ค่อยหายกังวล...” [ผู้ป่วยหญิงวัย 56 ปี]

ลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยหญิงวัย 66 ปีที่มาให้ข้อมูลหลังจากการตรวจบริเวณช่อง ปอดกล่าวถึงความกังวลใจที่มีมาตลอดก่อนเข้าทำการตรวจรักษาและรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นเมื่อการ ตรวจเสร็จสิ้นแล้ว เล่าให้ฟังว่า

“...ก่อนมาตรวจ กลัวเรื่องสารทึบรังสี ก็อธิษฐานลืงศักดิ์สิทธิ์ให้คุ้มครอง ...ตอนนี้คิดได้แล้วว่าไม่เป็นไร ที่กลัวก็สารทึบรังสี แต่ตอนนี้ไม่กลัว เพราะตรวจเสร็จแล้วไม่เป็นไร แต่คราวนี้อยากได้ผลไปดู...” [ผู้ป่วยหญิง วัย 66 ปี]

เนื่องจากการไม่รู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มาก่อนทำให้ผู้ป่วย ส่วนหนึ่งเกิดความกลัวเกี่ยวกับการตรวจรักษาดังคำอธิบาย ของผู้ป่วยชายวัย 59 ปี ได้กล่าวถึงความ กลัวในการมาตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณลำไส้ไว้ว่า

“...ผมยังไม่รู้ว่าการตรวจอันนี้จะเป็นอย่างไร แต่เท่าที่ฟังมาน่าจะดี...คือ เห็นได้ดีกว่าเอกซเรย์ธรรมดาแต่อย่างไรเราก็มีความกลัว คือกลัวเจ็บ กลัวเข็ม แล้วมันจะเห็นก้อนที่คอหอย...ผมไม่แน่ใจว่ารูปร่างที่ออกมา เป็นอย่างไร...แล้วตรวจเสร็จจะมีผลกระทบกับร่างกายต่อไหม...” [ผู้ป่วย ชายวัย 59 ปี]

ผู้ป่วยบางส่วนก็คลายความกังวลใจ เมื่อได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ดังที่ ผู้ป่วยชายที่มารอรับการตรวจหลังจากที่เกิดอุบัติเหตุรถชน ดับแตก ไตแตกและตกงาน ได้กล่าวว่า “...พอจะได้ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ก็ได้แต่ดีใจจะได้รู้ว่าเป็นอะไรบ้าง ที่กังวลก็เรื่องการรักษา ผมกลัวจะไม่มีโอกาสเลี้ยงลูกจนโต...” [ผู้ป่วยชายวัย 33 ปี] ขณะที่มีการถ่ายทอดเรื่องราว สาขตา ผู้ป่วยจะเฝ้ามองแต่บุตรสาววัย 4 เดือน ที่นอนดูคนมอยู่ในอ้อมกอดของภรรยา ผู้ป่วยแสดงออก โดยการระบายความรู้สึกจากคำพูดและสร้างความหวังไว้กับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

ทำนองเดียวกันกับผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาแล้วก็สบายใจขึ้น ดังคำกล่าวของ ผู้ป่วยชายวัย 66 ปีที่ว่า “...ตอนนี้หลังรักษา ปวดขมที่หน้าท้องไปแล้ว รู้สึกสบายใจขึ้นการจับถ่ายดี ขึ้น...” [ผู้ป่วยชายวัย 66 ปี]

1.3 การจัดการค่าใช้จ่าย

ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดมีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลโดยแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มสิทธิในการจ่ายตรง และ 2) กลุ่มสิทธิประกันสังคมและสิทธิประกันสุขภาพ ในกลุ่มของสิทธิจ่ายตรงจะมีฐานะทางด้านเศรษฐกิจดีกว่า เมื่อเสียค่าส่วนเกินในการรักษาเล็กน้อย ก็ไม่กระทบต่อเงินออมที่มีอยู่ จะนำเงินมาจ่ายในค่าพยาบาลพิเศษ ค่าเดินทาง และค่ากินอยู่ กลุ่มนี้จึงไม่ค่อยมีปัญหาด้านการจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาส่วนในกลุ่มของสิทธิประกันสังคม และสิทธิประกันสุขภาพ จะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัว เกิดภาระหนี้สินเพิ่มขึ้นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมค่าใช้จ่ายเนื่องจากการเจ็บป่วยจึงกระทบต่อการจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้นอกจากพบประเด็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านร่างกายและด้านจิตใจแล้ว ยังพบประเด็นด้านเศรษฐกิจที่เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบตนเองหรือครอบครัวในด้านเศรษฐกิจ เพราะความเพียงพอของรายได้และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน ผู้ที่มีรายได้พอเพียง สามารถสนองความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของบุคคลได้ดี ในการศึกษาวิจัยยังแสดงให้เห็นถึงอาชีพที่เป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน รวมถึงสวัสดิการที่ได้รับจากอาชีพก็แตกต่างกัน นอกจากนั้น ในด้านเศรษฐกิจ อาชีพยังเป็นปัจจัยในการทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการที่ต่างกัันนับเป็นปัจจัยสนับสนุน หรือเกื้อกูลที่สำคัญที่กล่าวถึง ได้แก่ รายได้สิทธิในการรักษาพยาบาล หรือสวัสดิการในการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับสวัสดิการ การรักษาพยาบาลจากทางราชการ โดยเฉพาะกรณีการใช้สิทธิการจ่ายตรง จะมีความพร้อมในด้านค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาล ดังคำอธิบายของผู้ป่วยที่กล่าวว่า

“...ผมเป็นครูบ้านนอก เงินเดือนอยู่ที่ 31,960 บาท ตอนนี้นำสิทธิจ่ายตรงในการรักษา ทุกคนในบ้านผมให้ทำสิทธิจ่ายตรงไว้กับโรงพยาบาลที่รักษาประจำทั้งหมด...เท่าที่รักษามา 15 ปี ค่ารักษามีเสียส่วนเกินที่เบิกไม่ได้เล็กน้อยก็ไม่เดือดร้อนอะไร...เรื่องการเงินที่บ้านยังพอช่วยเหลือตัวเองได้อยู่ มีแหล่งเงินสหกรณ์ของครูใช้บริการตลอด เพื่อซื้อตราไม่ต้องไปกู้คนอื่น ไม่ต้องรบกวนญาติ...” [ผู้ป่วยชายวัย 52 ปี]

ท่านองเดียวกันกับผู้ป่วยชายวัย 68 ปี ซึ่งได้รับสวัสดิการ การรักษาพยาบาลจากทางราชการได้กล่าวเกี่ยวกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยการใช้สิทธิจ่ายตรงของตนว่า

“...ปัจจุบันผมใช้สิทธิจ่ายตรง ตอนนี้ผมได้รับบำนาญเดือนละ 66,000 บาท...เคยไปตรวจที่โรงพยาบาลจุฬาฯ และที่โรงพยาบาลรามาศ ต้องจ่ายเงินก่อนจึงจะสามารถเข้าตรวจได้เหมือนเอกชน ทั้งหมดต้องจ่ายเงินก้อนใหญ่ แต่มันจำเป็นก็ต้องทำ แต่เรายังดีที่สามารถนำไปเบิกได้...เราไม่ได้ใช้แหล่งสนับสนุนทางการเงินอื่นเลย เพียงแต่เก็บเงินเองใช้เงินตนเอง...” [ผู้ป่วยชายวัย 68 ปี]

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับสวัสดิการจากการประกันสังคม แม้ได้รับการช่วยเหลือค่าใช้จ่าย จากประกันสังคม แต่ก็ยังมีความยุ่งยากในขั้นตอนของการดำเนินการ เพื่อเข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ดังผู้หญิงป่วย ที่มีการรักษาตัวมานานถึง 17 ปีได้ถ่ายทอดประสบการณ์ให้ฟังว่า

“...ก่อนมาตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ก็เตรียมเลยว่าตอนออกจากงานเราก็ส่งประกันสังคมตามมาตรา 39 ของเราเอง มันจะอี้อัดตรงที่ว่าเราจะรักษาอะไรก็ต้องรออนุมัติ...กว่าจะมาตรวจเรื่องอนุมัติ 2 อาทิตย์ แล้วจึงมาได้...เรื่องค่าใช้จ่ายแม้ว่าประกันสังคมจะช่วยแต่ก็ยังมีค่ากินอยู่ ค่าเดินทาง แล้วเราก็มีจ่ายเพิ่มเรื่องค่ายาที่ไม่รวมอยู่ในสิทธิประกันสังคม...” [ผู้ป่วยหญิงวัย 41 ปี]

เช่นเดียวกันกับประสบการณ์ในการมารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหญิงวัย 31 ปี ที่มาจากต่างจังหวัดเพื่อมาทำงานเป็นลูกจ้างรายวันในบริษัทชิ้นส่วนคอมพิวเตอร์ เล่าให้ฟังว่า

“...หนูเอง มีสิทธิการรักษาประกันสังคม...หนูถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลเอกชนที่มีประกันสังคม...ระยะเวลารอคอยในการติดต่อเรื่องนาน แถมยังโยนไปโยนมา...ต้องรอทำเรื่องอนุมัติเพื่อรอตรวจ...พอหนูป่วยครั้งนี้ก็เอาเงินเก็บที่มีมาใช้มีหีบหิ้วบ้างจากน้องสาว...” [ผู้ป่วยหญิงวัย 31 ปี]

นอกจากการใช้สวัสดิการจากประกันสังคมผู้ป่วยบางส่วน ยังได้รับสวัสดิการจากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังกรณีของผู้ป่วยชายวัย 33 ปีที่อธิบายประสบการณ์ในการรักษาโดยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์กล่าวว่า

“...ก่อนหน้านี้นี้ผมทำงานรับจ้างเป็นรายเดือน แล้วเกิดอุบัติเหตุรถชนดับแตก ใต้แตก ต้องออกมาพักรักษาตัวทำให้ หยุดงานมาเป็นปีแล้ว... ตอนนี้เพิ่งได้สิทธิรักษา 30 บาท ค่ารักษาราคาร่วมหมื่นแล้วถ้ายังไม่ได้สิทธิรักษา 30 บาท คงไม่มีปัญหา ไม่รู้จะทำอย่างไร...ราคาค่าตรวจก็โอเคครับ เพราะผมใช้สิทธิรักษาได้... ผมต้องกู้เงินมาใช้รักษาตัวอีกก้อนใหญ่ 30,000-40,000 บาท เป็นก้อนระบบดอกเบี้ย ร้อยละ 20 ...ตอนตกงานพยายามทำรับเหมาเพื่อช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายได้บ้างเล็กน้อยเพราะทำงานหนักยังไม่ไหว บางทีใน 1 เดือนได้ 2-3 ครั้ง...” [ผู้ป่วยชายวัย 33 ปี]

การใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาสำหรับผู้ที่มีรายได้ต่ำนั้น ทำให้ผู้ป่วยยังต้องเตรียมเงินค่าใช้จ่ายในส่วนอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการตรวจรักษาด้วย เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทาง โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยต้องถูกส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลอื่นที่ห่างไกลจากที่อยู่อาศัยก็ยิ่งต้องเตรียมค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ดังคำอธิบายของผู้ป่วยหญิงวัย 42 ปีเล่าว่า

“...เรามีสิทธิการรักษาอยู่โรงพยาบาล ไทร โยค ตอนนี้ติดต้องส่งตัวมาที่นี้ (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า) แล้ว พอไม่สบายพยายามทำงานแต่ไม่ได้มาก ขายส้มโอบ้าง รับจ้าง ถางหญ้าบ้างหาของป่าขายบ้าง ทั้งครอบครัวได้รายได้เดือนละประมาณ 10,000 บาท...กลัวไม่มีเงินค่ารักษา เราต้องกู้เงินมารักษาตัว และส่งลูกเรียนอีก 1 คน ส่วนลูกอีก 1 คนเพิ่งจบยังไม่ได้งานทำ เหลือค้างต้องใช้หนี้เขาประมาณ 300,000 บาท...พอป่วยรายได้ลดลง กินอยู่ต้องประหยัด เอาเงินเก็บมาใช้ร่วมกับการใช้บัตร 30 บาทในเรื่องค่ารักษาพยาบาล การเดินทางแต่ละครั้งก็ต้องจ่ายเอง ค่ากินต้องประหยัดจนเดียวต้องอ้ม ต้องอดทนเพื่อวันข้างหน้า...” [ผู้ป่วยหญิงวัย 42 ปี]

1.4 การหาข้อมูลข่าวสาร

ผู้ป่วยส่วนใหญ่สนใจในการหาข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูลหลาย ๆ ลักษณะ เช่น หนังสือ หนังสือพิมพ์ เพื่อนผู้ป่วย ญาติและแพทย์ เมื่อได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและสุขภาพก็นำความรู้ที่ได้มาใช้ ในการดูแลตนเองประเมินความเจ็บป่วยของตน หรือใช้เป็นข้อมูลในการเลือกและตัดสินใจว่าควรเลือกแนวทางการรักษาอย่างไร ให้เข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและผู้ใกล้ชิด เกิดความต่อเนื่องในการรักษา ส่งผลให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือดีขึ้น โดยเร็วที่สุดดังเช่นตัวอย่างที่ยกมาของข้อมูลผู้ป่วยชายวัย 52 ปี เล่าว่า

“...ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคผมมักจะศึกษาจากหนังสือและหนังสือพิมพ์ เรื่องสุขภาพจะสืบค้นด้วยตนเอง ข้อมูลจะมากหรือน้อย ผมว่ามันอยู่ที่ตัวคน ไขว่คว้าถามใหม่...พอมีข้อมูลพอประมาณเราก็สามารถตัดสินใจตรวจ ได้เอง เลยขอหมอตรวจ...” [ผู้ป่วยชายวัย 52 ปี]

เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยชายวัย 68 ปี ที่ใช้ข้อมูลข่าวสารมาช่วยในการตัดสินใจเลือกการตรวจรักษา กล่าวว่

“...ข้อมูลข่าวสาร เรื่องการตรวจและเรื่องสุขภาพ ได้มาจากการอ่านหนังสือและจากการคุยกันในกลุ่มเพื่อน หรือตอนไปเยี่ยมเพื่อน ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับภรรยาเพื่อนเรื่องสุขภาพ เพราะทุกคนอายุมากก็ต้องมีโรค มาคุยแลกเปลี่ยนกัน...ความมั่นใจในการมาตรวจ CT Scan ครั้งนี้ผมคุยกับคุณหมอ กับเพื่อนที่เคยรักษาตัวมาก่อน จึงเห็นตรงกันว่าควรมาตรวจ CT Scan...” [ผู้ป่วยชายวัย 68 ปี]

ผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้ข้อมูลข่าวสารจากญาติหรือเพื่อนผู้ป่วยที่มีประสบการณ์มาก่อน เป็นผู้บอกเล่าให้ฟัง รวมทั้งได้รับคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่ช่วยให้ความกระจ่างดังคำอธิบายของผู้ป่วยหญิงวัย 56 ปีที่กล่าวว่า

“...ส่วนมากเรื่องการตรวจ จะหาข้อมูลจากคนที่เราคุยด้วย ไม่ได้หาหนังสืออ่านเพิ่ม แต่ก็มาฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่อีกครั้งเพื่อความเข้าใจ และได้ฟังละเอียดจากที่เจ้าหน้าที่อธิบายให้เราฟังพร้อม ๆ กันอีกครั้ง...”
[ผู้ป่วยหญิงวัย 56 ปี]

ทำนองเดียวกับที่ผู้ป่วยหญิงวัย 31 ปีเล่าประสบการณ์ในการเข้ารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ว่า

“...ตอนหนูจะมาตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หนูจะคุยกับเพื่อนที่มีญาติเคยมาตรวจแล้วเล่าให้ฟังเขาก็บอกว่ามันตรวจได้ละเอียดกว่าอัลตราซาวด์ไม่เจ็บหรอก...หนูยังอ่านเอกสารคำแนะนำที่เจ้าหน้าที่ให้ไปด้วย...”
[ผู้ป่วยหญิงวัย 31 ปี]

นอกจากนั้น ข้อมูลสนับสนุนและคำอธิบายจากแพทย์โดยตรงย่อมทำให้ผู้ป่วยมั่นใจยิ่งขึ้นดังเช่นผู้ป่วยชายวัย 70 ปีซึ่งได้คุยกับแพทย์มาก่อนเล่าให้ฟังว่า

“...ก่อนมานัดตรวจจะได้ข้อมูลจากหนังสือและเพื่อนที่เป็นหมอเพื่อช่วยในการตัดสินใจ พอมานัดก็ได้ข้อมูลอย่างละเอียดจากเจ้าหน้าที่ CT Scan ทำให้มั่นใจ...ส่วนวันที่จะมาตรวจก็อ่านเอกสารคำแนะนำที่ได้รับไปทวนอีก จากนั้นจึงคอยเตือนตนเองให้ทำตามขั้นตอน...” [ผู้ป่วยชายวัย 70 ปี]

2. บทบาทของสมาชิกครอบครัว

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่ จึงเป็นสภาพที่ไม่พึงปรารถนาทั้งของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องแสวงหาความช่วยเหลือหรือการรักษาเพื่อให้ตนเองหายป่วย กลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว บทบาทของสมาชิกครอบครัวสามารถช่วยในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงตามความจำเป็นทั้งด้านชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมต่าง ๆ สามารถยกตัวอย่างให้เห็นได้จากการดูแลของสมาชิกครอบครัวในเรื่องสุขภาพ ความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ จนถึงความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแยกให้เห็นประเด็นสำคัญของสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจ

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นประเด็นหลัก 4 ประเด็นประกอบด้วย การดูแลร่างกาย การดูแลจิตใจ การจัดการค่าใช้จ่าย การหาข้อมูลข่าวสาร ดังตัวอย่างที่สามารถนำมากล่าวได้ดังต่อไปนี้

2.1 การดูแลร่างกาย

สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเพศหญิงซึ่งเป็นเพศที่ตระหนักถึงบทบาทที่ตนเองควรทำในการช่วยเหลืออำนวยความสะดวก จัดการด้านอาหาร ยา เปลี่ยนถุงอุจจาระที่หน้าห้องช่วยดูแลพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และเฝ้าอย่างใกล้ชิดเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษา ดังตัวอย่างที่ถ่ายทอดผ่านการรับรู้ของผู้ดูแลหญิงวัย 66 ปี เล่าว่า

“...ท่าน (ผู้ป่วย) เคยป่วยมาก ทั้งผ่าตัดให้ยาเคมี โฉยแสง... ส่วนตัวพี่ (ภรรยา) ก็เข้าผ่าตัดหัวใจช่วงกุมภาพันธ์ 2549 พอค่อยยังชั่วขึ้นท่านก็ป่วยตอนที่ป่วยท่านก็คอยมาดูแล มาเยี่ยมทุกวัน..ตอนนี้พี่คอยดูแลจัดหาอาหารให้ท่าน ตอนนี้ทำได้เต็มที่ เพราะพอท่านเกษียณพี่ก็ออกจากงานมาดูแล เราผลัดกันดูแล...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 66 ปี]

ลักษณะคล้ายกันกับที่ผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี ยังคงทำงานประจำและดูแลผู้ป่วยชายวัย 60 ปี ซึ่งมีลักษณะอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องโต ขาบวม โดยมากกับผู้ป่วยทุกครั้งที่มาติดต่อกับโรงพยาบาล เล่าให้ฟังว่า

“...ตอนคุณลุง (ผู้ป่วย) มานอนให้ยาเคมีพี่ก็มาเฝ้าเอง อยู่กันสองคน เรียกว่า ไม่นอนเลย จนกว่าเขาจะต่อยาเกือบหมด...หลังออกจากโรงพยาบาลแล้วมาพักที่บ้านพี่จะพาคุณลุงนั่งรถเที่ยว ทำอาหารให้ท่าน ถ้าไม่ร่อยก็จะพาไปทานร้านอาหารนอกบ้าน...ปกติจะคอยจัดเรื่องอาหาร ว่าควรกินอะไร...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี]

เช่นเดียวกันกับผู้ดูแลหญิงวัย 62 ปี ที่เกษียณแล้วได้มีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อดูแลผู้ป่วยชายวัย 66 ปี ถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลให้ฟังว่า

“...ช่วงกลับบ้านแล้ว หนักกว่าอยู่โรงพยาบาล เพราะตอนนั้น (ตอนอยู่บ้าน) มีถุงอุจจาระที่หน้าห้องเราต้องเปลี่ยนถุงให้ ดูแลทุก 2-3 ชั่วโมง เมื่อต้องเททิ้ง ทำความสะอาด...ผู้ป่วยพออยู่บ้านปรับตัว นิสัยเปลี่ยนกิน

ยากขึ้น เลือกกิน เราต้องดูแลอาหารการกินทุกอย่าง เราเลือกอาหารที่ดูแล
สุขภาพเป็นหลัก แต่เขาก็จะไม่ทาน จะทานเฉพาะที่เขาชอบ...ก่อนมา
ตรวจวันนี้ คอยเตือนการงคอาหาร จัดตารางเวลาพามาโรงพยาบาล
เตรียมขนม ไวตามิ้ลค์ไว้รับประทานหลังตรวจ..” [ผู้ดูแลหญิงวัย 62 ปี]

นอกจากตัวผู้ดูแลได้อธิบายถึงบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ตัวผู้ป่วย
ส่วนใหญ่ได้อธิบายถึงบทบาทของผู้ดูแลที่ช่วยเหลือตัวผู้ป่วยในยามเจ็บป่วย ในหลายมิติดังตัวอย่าง
ผู้ป่วยหญิงวัย 41 ปี ที่รับการรักษาด้านกระดูกต้นแขนขวามาเป็นเวลา 15 ปี และยังคงต้องมีการติดตาม
ผลอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา เล่าให้ฟังว่า

“...แฟนที่ออกจากงาน เพราะว่าคราวที่แล้วพี่ผ่าตัด แล้วญาติอยู่
ต่างจังหวัดทั้งหมดกลางวันก็ไม่มีใครดูแล แฟนเขาก็เลยคิดว่าเรามาช่วย
ดูแลกันเองดีกว่า...ก่อนที่จะมาตรวจ CT Scan ต้องมีงคอาหาร กินยาแก้
แพ้ก่อนมาตรวจ แฟนพี่จะเป็นคนคอยบอก คอยเตือนเรา คอยให้กินยา
ตามเวลา กินน้ำเยอะ ๆ ดูแลเราทุกอย่าง...” [ผู้ป่วยหญิงวัย 41 ปี]

ทำนองเดียวกันกับที่ผู้ป่วยหญิงวัย 42 ปี ที่มีอาการป่วยมา 3 ปีแล้วรักษามาตลอด
แต่อาการยังไม่ดีขึ้น ได้รับการส่งตัวมาเพื่อตรวจวินิจฉัยก่อนผ่าตัด ได้อธิบายถึงการช่วยเหลือที่
ได้รับจากสมาชิกครอบครัวในการดูแลระหว่างเจ็บป่วย โดยอธิบายว่า

“...ตอนนี้ทำอะไรมันไม่ค่อยไหว เพราะมันแน่นท้อง เหนื่อยง่าย ท้องโตขึ้น
แฟน (ผู้ดูแล) จึงช่วยทำงานเป็นหลักและเขาช่วยดูแลเราทุกอย่างในเรื่อง
อาหาร ที่อยู่ เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม...” [ผู้ป่วยหญิงวัย 42 ปี]

2.2 การดูแลจิตใจ

เมื่อมีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย สามารถส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและ
สัมพันธภาพในครอบครัวตามมา โดยที่ครอบครัวยังคงมีความสำคัญและเกี่ยวข้องในการดูแลด้าน
ความรัก ความเอาใจใส่ ช่วยในการเผชิญปัญหาของครอบครัวการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวให้
ทำบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว
บทบาทของสมาชิกครอบครัวจะแสดงออกมาในลักษณะของความห่วงใย ให้กำลังใจแม้ในขณะที่

ตนเองกลัว หรือกังวลกับอาการของผู้ป่วยก็จะพยายามไม่แสดงออกให้เห็น แต่พยายามทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่แสดงออกมา และให้อภัย กรณีดังกล่าว สามารถเห็นได้จากตัวอย่างดังที่ผู้ดูแลหญิงวัย 62 ปี เล่าว่า

“...ช่วงแรกที่เรารู้ว่าเขา (ผู้ป่วย) เป็นมะเร็ง เราบอกลูกว่าร้องไห้ทำไม พ่อไม่เป็นอะไรซะหน่อย คือ เราต้องเข้มแข็ง ร้องไห้ให้ลูกเห็นไม่ได้เลย ...หลังกลับจากโรงพยาบาลช่วงนั้นคนไข้จะหงุดหงิดมาก...เวลาทำอะไรไม่ได้เองก็จะมาลงกับคนรอบข้าง เขาจะอารมณ์เปลี่ยนแปลง อารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ เร็ว เราก็ต้องระวัง พี่ก็พยายามปรับให้ใจเย็น...อย่างพอเขาระเบิด เราก็ต้องนิ่ง...เราช่วยในด้านกำลังใจ จะไม่ยอมร้องไห้ให้เขาเห็น...”
[ผู้ดูแลหญิงวัย 62 ปี]

การรับรู้ผลการตรวจจากการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่แน่ชัด ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวในการยอมรับ ผลการตรวจ สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญ ในการช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีการยอมรับผลการตรวจรักษาด้วยการอธิบายของผู้ดูแลหญิงที่คอยดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยมาตลอดระยะเวลายาวนาน ขณะเจ็บป่วยมาโรงพยาบาลกับผู้ป่วยด้วยทุกครั้งผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี เล่าให้ฟังว่า

“...พอผลการตรวจออกมาว่าต้องให้ยาเคมีต่อ...ก็รู้สึกผิดหวังมาก เครียดกันทั้งคู่เลยไปนั่งตรงท่าน้ำวชิรญแล้วกราบขอกำลังใจจากท่าน...เราคุยกันว่าพอสตาจ์หมดคุณลุง (ผู้ป่วย) จะไม่รักษาแล้วนะ พี่จะไม่บังคับคอยให้กำลังใจ...คุณลุงเป็นคนเงียบ ไม่พูด พี่ต้องคอยสังเกต คอยชวนไปโน่นไปนี่ ไม่ให้เครียด...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี]

กรณีที่ผู้ป่วยเป็นแม่บ้านจะพบว่าพ่อบ้านจะเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลแทนโดยมีสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวเป็นผู้ช่วยเหลือ ดังคำอธิบายของ ผู้ดูแลชายวัย 46 ปี เล่าว่าได้เป็นผู้รับภาระงานบ้าน การหารายได้ และการดูแลผู้ป่วย อย่างใกล้ชิดมาตลอด 3 ปี

“...เมื่อแม่บ้านป่วย ผม (ผู้ดูแล) และทุกคนในครอบครัวเราช่วยกันให้กำลังใจ...ผมไม่อยากไปทำงานทำไกล ๆ เพราะคิดว่าจะทำให้เขาขาดเรื่องกำลังใจไป เพราะเราดูแลกันมาตลอด...” [ผู้ดูแลชายวัย 46 ปี]

ผู้ดูแลหญิงวัย 66 ปี ที่เคยผ่าตัดหัวใจ แต่ปัจจุบันอาการดีขึ้นมาช่วยดูแลสามี (ผู้ป่วย) ยังได้เล่าถึงกำลังใจที่สามีได้รับในยามเจ็บป่วยนั้น นอกจากตนเองต้องคอยให้กำลังใจแล้ว ลูกๆ แม้อยู่ห่างไกล ก็ยังต้องคอยให้กำลังใจด้วย ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...ตอนท่านป่วย เรา (ผู้ดูแล) คอยให้กำลังใจพยายามบอกอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ... ท่านมีลูกสาว คอยโทรจากอเมริกามาให้กำลังใจทุกวัน ...”
[ผู้ดูแลหญิงวัย 66 ปี]

2.3 การจัดการค่าใช้จ่าย

สมาชิกครอบครัวจะช่วยในการวางแผนการใช้จ่าย เพื่อเตรียมเงินไว้ส่วนหนึ่งในการเดินทางไปโรงพยาบาล พยายามหารายได้เพิ่มขึ้น รวมทั้งญาติก็ให้การสนับสนุนด้วยความเต็มใจ รวมทั้งให้กู้ยืม หรือมีการรับภาระทางการเงินแทนผู้ป่วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความแตกต่างกันในเรื่องอาชีพและสถานภาพทางเศรษฐกิจ ทำให้โอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการที่ได้รับจากอาชีพต่างกัน มีผลให้การเข้าถึงแหล่งในการรักษาพยาบาล หรือมีสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ต่างกัน ผู้ป่วยที่ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่จำกัด การเจ็บป่วยก็มีผลกระทบต่อการจัดการค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตครอบครัวมาก ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่ดี การเจ็บป่วยก็มีผลกระทบต่อการจัดการค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตครอบครัวน้อยกว่า ดังตัวอย่างที่นำเสนอต่อไปนี้

ผู้ดูแลหญิงวัย 52 ปีได้เล่าถึงการจัดการเงินในครอบครัวเมื่อพ่อบ้านเจ็บป่วย โดยกล่าวว่า

“...เราต้องช่วยกันบริหารเงินภายในบ้าน พ่อบ้านเองเงินเดือนแน่นอนตายตัว แต่ตัวพี่ค้าขายรายได้ไม่แน่นอน ยังเป็นหนี้เขา เราต้องลงทุนทำธุรกิจ... ในเรื่องการรักษาเราใช้สิทธิจ่ายตรงมีส่วนที่เบิกไม่ได้เล็กน้อย... เรื่องการเงินที่บ้านยังพอช่วยเหลือตัวเองได้...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 52 ปี]

ผู้ดูแลชายก็ให้ความสำคัญในการเตรียมการ และการจัดการเงินเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล เช่นเดียวกับผู้ดูแลหญิงดัง เช่น ผู้ดูแลชายวัย 37 ปี ที่ออกจากงานมาเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยหญิง (ภรรยา) อายุ 41 ปี ซึ่งได้รักษาตัวมานานกว่า 15 ปี โดยเล่าว่า

“...ช่วงครึ่งวันเช้าเราทำสวน ครึ่งวันบ่ายเรากำขายได้เดือนละ 30,000 บาท ใช้กันในครอบครัว 2 คน...แฟนผมใช้ประกันสังคม ส่วนตัวผมมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า...เรื่องค่าตรวจรักษาคิดว่าถ้าเป็นคนนอกที่ไม่มีการเบิกค่ารักษาน่าจะแพง...บางครั้งต้องหยิบยืมพี่น้องมาใช้จ่าย...”
[ผู้ดูแลชายวัย 37 ปี]

นอกจากการได้รับบริการค่ารักษาพยาบาลจากการสนับสนุนในรูปแบบของการเบิกจากหน่วยต้นสังกัด การได้รับบริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วก็ตาม ผู้ดูแลยังต้องจัดหาเงินอีกส่วน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย แหล่งสนับสนุนเงินที่ผู้ดูแลได้รับส่วนใหญ่ได้จากญาติพี่น้อง ดังกรณีของผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี ที่ดูแลสามี (ผู้ป่วย) วัย 60 ปีซึ่งเข้ารับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และต่อมาได้มีการรักษาด้วยการผ่าตัด และให้ยาเคมีบำบัดเป็นเวลา 1 ปี เล่าว่า

“...การเงินที่เราเคยอยู่อย่างพอเพียง...สตางค์ที่เตรียมไว้ก็เลยมีสะดุดมันจะหมด...คุณลุง (ผู้ป่วย) ตัดสินใจว่าจะไม่ให้ยาต่อแล้ว พี่ (ภรรยา) ก็ร้องไห้ พอจากนั้นลูกเขาพี่น้องเขาก็เอาเงินมาให้คนละ 2 หมื่น 3 หมื่น เรียงแถวกันมา เราก็เลยมีเงินมารักษาต่อในกรุงเทพฯ...เรื่องการรักษาตัวเบิกได้ไม่ต้องกู้...หนักไปทางค่าเดินทาง ค่ากินอยู่ไม่เยอะ เดี่ยวคนโน้นคนนี้ก็เอาโน้น เอานี้มาให้...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี]

ทำนองเดียวกันผู้ดูแลหญิงวัย 26 ปี ที่ดูแลแม่วัย 48 ปี ได้เล่าถึงการเตรียมเงินเพื่อการดูแลรักษาพยาบาลแม่ของเธอว่า

“...แม่มีสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลโดยการจ่ายตรงจากพี่ชายที่เป็นทหาร...พอเราใช้สิทธิจ่ายตรงแล้วช่วยได้มาก...พี่สาวหนูก็ดีมากทั้งช่วยเงินค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ ปลูกบ้านให้แม่เอง หนูได้แต่คอยช่วยดูแล

เท่านั้น...แม่มีลูกดี พยายาม หาเงินส่งตัวเองเรียนกันเอง แบ่งเบาภาระแม่ พอมีเงินเดือนก็แบ่งให้แม่ใช้...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 26 ปี]

2.4 การหาข้อมูลข่าวสาร

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการหาข้อมูลข่าวสารของสมาชิกครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลข่าวในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านการตรวจรักษา การดูแลสุขภาพอนามัย การเลือก และการตัดสินใจเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพนั้นพบว่าสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย มีวิธีการหาข้อมูลข่าวสาร ได้จากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน ครอบครัวที่มีสมาชิกศึกษาหรือทำงาน เกี่ยวข้องกับการด้านการแพทย์และพยาบาลก็ย่อมได้ข้อมูลและรายละเอียดโดยตรงจากสมาชิกครอบครัว ผู้ที่นั้น ดังคำอธิบายของผู้ดูแลชายวัย 46 ปี ที่เล่าว่าบุตรสาวซึ่งเรียนพยาบาลปี 3 ช่วยหาข้อมูล เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

“...เรารักษามาทุกที่ 2-3 ปี แล้ว ที่สุดโรงพยาบาลสุดท้ายก่อนมาที่นี่ (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า) เขาบอกว่ารักษาไม่ได้ไม่ต้องมา เรา ร้องให้เลย...พอ ได้ยินที่เขาพูด เราก็ต้องพยายามหาทางมารักษาที่อื่นกัน ต่อ ลูกสาว (กำลังเรียนพยาบาลปีที่ 3) เป็นคนหาข้อมูลให้ทั้งความรู้เรื่อง สุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจ แล้วอธิบายให้เราฟัง ลูกสาวจะไปพูดคุย กับอาจารย์หมอเพื่อหาข้อมูลเพื่อช่วยชีวิตแม่ได้...” [ผู้ดูแลชายวัย 46 ปี]

ผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่งก็ได้ข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย จากการได้อ่านหนังสือ และการพูดคุยกับเพื่อน ๆ ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในโรคต่าง ๆ ดังคำบอก เล่าของผู้ดูแลชายวัย 39 ปีที่เล่าว่า

“...แม่ชอบอ่านหนังสือสุขภาพ อยากรู้อะไรก็หาอ่านเอา...ตัวผมเองก็คอย อ่านหนังสือ หาความรู้ให้ แล้วถามเพื่อนร่วมงาน คนข้างบ้านในแฟลต และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่เราติดต่อสอบถาม...” [ผู้ดูแลชายวัย 39 ปี]

เช่นเดียวกับผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี ที่ดูแลผู้ป่วยชาย (สามี) วัย 60 ปี ที่ป่วยและรับการ รักษาพยาบาลมาตลอดช่วง 1 ปี มีการติดตามอาการ อย่างต่อเนื่องเล่าเกี่ยวกับการหาข้อมูลด้าน สุขภาพว่า

“...พี่ (ภรรยา) จะคอยหาข้อมูลเรื่องสุขภาพ อ่านจากหนังสือบ้าง คนอื่นบอก อ่านจากอินเทอร์เน็ต...มีญาติของคุณลุง (ผู้ป่วย) ที่เป็นหมอกอยให้คำปรึกษา...ส่วนตัวคุณลุงมักจะหารายละเอียดเรื่องโรคจากเพื่อนที่ผลัดกันมาเยี่ยม แลกเปลี่ยนความรู้ข้อมูลต่าง ๆ แล้วก็มีหมอที่รู้จักกันมาดูแลมาเยี่ยม...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี]

ผู้ดูแลหญิงวัย 52 ปี ที่ช่วยดูแลผู้ป่วยชายวัย 52 ปี และพยายามหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจเพื่อการรักษา ได้อธิบายวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลว่า

“...คนที่พี่ได้รับข้อมูลคำแนะนำคือ คนรู้จักกับพี่ในตลาด (ผู้ดูแลเปิดร้านขายของในตลาด) ส่วนมากจะคุยเรื่องสุขภาพ กับเพื่อน ๆ ที่เราเปิดร้านอยู่ในตลาดด้วยกัน ถามได้แลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ...ส่วนพ่อบ้านเขาชอบอ่านหนังสือเรื่องสุขภาพ...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 52 ปี]

3. บริการของโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลได้บอกเล่าสะท้อนความคิดเห็น ประสิทธิภาพและความต้องการเกี่ยวกับบริการของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในหลายประเด็น ในการศึกษานี้สามารถสรุปมิติที่กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นตามแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนามาตรฐานบริการพยาบาล โดยยึดความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพและความคาดหวังของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประเด็นต่าง ๆ กล่าวในลักษณะมิติได้ 5 มิติประกอบด้วย ความสะดวกสบาย ความใส่ใจในการให้บริการ ความเชื่อมั่นในการรักษา ค่าบริการที่ต้องจ่าย และการประสานงานบริการ

3.1 ความสะดวกสบาย

ความสะดวกสบายที่ได้รับจากการบริการ ได้แก่ เวลารอคอยในสถานบริการ ได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการและความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานพยาบาลของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สามารถเห็นได้จากที่ผู้ป่วยชายวัย 52 ปี ที่เปลี่ยนการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลต่างจังหวัดมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพร้อมกับครอบครัวเป็นเวลา 15 ปี เล่าว่า

“...เรื่องอำนวยความสะดวกไม่ว่าผมจะมาถึงตีสามตีสี่ ผมได้เข้าห้องน้ำ อย่างสะดวกสบาย สามารถนั่งรออยู่ที่ปลอดภัย มีทหารยามคอยดูแล อยากดูโทรทัศน์ก็ได้ดู อยากเข้าห้องน้ำก็ได้เข้า สะดวกที่สุด (เน้นเสียง ประกอบ) ตีสาม ตีสี่ มาล้างหน้า แปรงฟัน อ่านหนังสือพิมพ์ รอได้อย่างสบายใจ ปลอดภัย...” [ผู้ป่วยชายวัย 52 ปี]

ลักษณะเดียวกันกับที่ผู้ป่วยชายวัย 68 ปี มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร ในครอบครัวจะใช้บริการที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามาตลอด แต่ผู้ป่วยเริ่มมาใช้บริการอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาแล้วว่า “...ห้องตรวจก็ดูเป็นสัดส่วน ให้ความสะดวกมีความปลอดภัย ...ในแง่ของการบริการ สถานที่ ความสะอาดของโรงพยาบาลดีกว่าเดิมนะ...” [ผู้ป่วยชายวัย 68 ปี]

ผู้ป่วยชายวัย 52 ปี เดินทางมาจากต่างจังหวัดเพื่อมาตรวจ วินิจฉัย ก่อนผ่าตัด หลังจากมีผู้ที่รักษาหายแล้วแนะนำให้มาใช้บริการเป็นเวลา 3 เดือนแล้วได้ให้ข้อมูลว่า

“...ภาพรวมการให้บริการ สถานที่ ความสะดวก ปลอดภัย ผมก็คิดว่าดีนะ การติดต่อในเวลาหลัง 8 โมงเช้าแล้วก็สะดวกดีนะ ไปติดต่อจุดไหนก็สะดวก คือเขาจัดแยกเป็นแผนก ๆ ไป ไม่ต้องไปออรวมกันที่จุดเดียว... สถานที่ จัดไว้ให้นั่งรอก็ดี พอเพียงสะอาดสะอาด...” [ผู้ป่วยชายวัย 52 ปี]

คล้ายกับที่ผู้ป่วยชายวัย 80 ปี ที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้อย่างต่อเนื่องเพียงที่เดียวเท่านั้น กล่าวถึงการบริการของโรงพยาบาลว่า

“...ผมมารับการรักษาพยาบาลที่นี่มา 5 ปีแล้ว ตอนนี้อย่างที่พบมีการให้บริการที่ดีขึ้นพอสมควร ให้ความสะดวกรวดเร็วมากขึ้น อุปกรณ์ สถานที่ก็ดี สะอาดและมีพอเพียง...” [ผู้ป่วยชายวัย 80 ปี]

เช่นเดียวกับที่ผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี มาจากต่างจังหวัดเพื่อพาผู้ป่วยวัย 60 ปี มารับการรักษาพยาบาล โดยการผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องมาตลอด 1 ปี แล้วว่า

“...พี่พ้าคุณลุง (ผู้ป่วย) มาตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เป็นครั้งที่ 3 แล้ว คิดว่าการบริการเป็นอันดับแรกที่ถูกใจ...ระยะเวลาขนาด มารอตรวจ พี่เข้าใจ

ขั้นตอน ก็เลยคิดว่าไม่ช้า...บริการที่ห้อง CT นี้ก็ดีใกล้เคียงเอกชน...ตลอด
ช่วงที่มาใช้บริการ สังเกตได้ว่าสถานที่และการบริการก็สะดวกดี..."
[ผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี]

ทำนองเดียวกับที่ผู้ป่วยชายวัย 70 ปี เริ่มจากการพาภรรยามาคลอดบุตร จากนั้น
จึงมาใช้บริการตรวจรักษาเป็นระยะ แต่ในช่วงนี้ผู้ป่วยมารับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพราะ
พบก้อนในช่องท้องแล้วต้องทำการผ่าตัด กล่าวว่า

"...พอมาใช้บริการในช่วง 2 ปีนี้ เห็นได้เลยว่า ได้รับความสะดวก การ
บริการถ้าเทียบกับในสมัยก่อนจะมีความซับซ้อน ภาระหลังเริ่มสะดวก
ขึ้น มีการเพิ่มช่องบริการมากขึ้น...ในเรื่องการนัด เราก็สามารถเลือกตรวจ
ได้ตามที่หมอนัด และตามที่เราต้องการ นับว่าสะดวกมาก ส่วนการรอเข้า
ห้องตรวจ ก็คิดว่าขั้นตอนนั้นไม่นานเกินไป...ตอนนี้การให้บริการเท่าที่
เจอดีมากเลย ทั้งการให้บริการ อธิบายใจคอยดี สถานที่สะอาด มีความ
สะดวกรวดเร็ว..." [ผู้ป่วยชายวัย 70 ปี]

3.2 ความใส่ใจในการให้บริการ

กลุ่มตัวอย่างได้เล่าถึงประสบการณ์ในการมาใช้บริการ ที่สะท้อนถึงความใส่ใจ
และอรรถศาสตร์ของเจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ให้บริการ ตลอดจนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัว
การดูแลตัวเองเกี่ยวกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล ในลักษณะ
ที่พึงพอใจ และประทับใจในการบริการของเจ้าหน้าที่ และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ได้
ดังประสบการณ์ที่ถ่ายทอดจากผู้ดูแลหญิงวัย 52 ปีกล่าวว่า "...ทางหน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เอง
เจ้าหน้าที่ให้บริการดี ประทับใจตั้งแต่เข้ามาเลย ยิ้มแย้ม เป็นกันเอง คอยสนใจดูแลเป็นอย่างดีทำให้
รู้สึกอบอุ่น..." [ผู้ดูแลหญิงวัย 52 ปี]

ทำนองเดียวกับที่ผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี มาจากต่างจังหวัดเพื่อมาใช้บริการ
รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นเวลา 2 ปีได้เล่าถึงความประทับใจเกี่ยวกับการ
บริการที่ได้รับจากการมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าว่า

“...ถ้าเทียบกับที่บ้านนอกมันต่างกันเยอะเลย พี่ก็ยังคงกลับไปบอกคนที่โน่น
 เลยนะว่าที่นี่หมอเขาก็ดี พยาบาลเขาก็ดี เจ้าหน้าที่ขนาดผู้ช่วยเขาก็ดี เขาเป็น
 กันเองกับคนไข้หมดเลย ไม่เคยเห็นเขารังเกียจเรานะที่เป็นคนบ้านนอกที่มา
 ขนาดเรามาโรงพยาบาลแบบไม่มีสง่าราศีเขาซึ่งไม่รังเกียจเราเลย..
 ประทับใจทั้งหมอและเจ้าหน้าที่เพราะเลยเวลาพักเที่ยงแล้วก็ยังไม่พัก
 พอคนไข้หมดถึงถือข้าวคนละกล่องไปทานกันพี่ยังคงกลับไปเล่าให้ที่โน่น
 (นครศรีธรรมราช) ฟังนะ...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี]

เช่นเดียวกับที่ผู้ป่วยหญิงวัย 41 ปี มาใช้บริการต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลและ
 ติดตามอาการเป็นเวลา 15 ปี เล่าถึงความสบายใจที่ได้รับจากบริการว่า

“...อรรถาศัยใจคอ การให้บริการของเจ้าหน้าที่ตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ามาใช้
 บริการ...เดี๋ยวนี้ตั้งแต่มีตึกใหม่ คุณเจ้าหน้าที่เหมือนไม่ค่อยเครียด เมื่อก่อน
 ถ้าใครถามอะไรก็ดู แต่เดี๋ยวนี้ความดุลดน้อยลง ไม่ว่าจะป็นตึกกระดูก
 หรือตึกใหม่...” [ผู้ป่วยหญิงวัย 41 ปี]

ผู้รับบริการที่มีอายุน้อยก็มีความประทับใจในการบริการของเจ้าหน้าที่พยาบาล
 เช่นเดียวกับผู้ที่อยู่ในวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุ ดังเช่นผู้ดูแลหญิงวัย 26 ปีมาจากต่างจังหวัด เพื่อพา
 ผู้ป่วยหญิง(มารดา) วัย 48 ปีมาตรวจวินิจฉัยเพื่อการรักษาได้กล่าวว่า “...เท่าที่หนูพบอรรถาศัยใจคอ
 ของเจ้าหน้าที่ดีทุกคน ยินดีให้ความช่วยเหลือถ้ามีดาวหนูให้ 5 ดาวเลย...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 26 ปี]

นอกจากความประทับใจและความพึงพอใจในอรรถาศัยและความใส่ใจในบริการ
 ของเจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ให้บริการของหน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ กองรังสีกรรม โรงพยาบาล
 พระมงกุฎเกล้าแล้ว ผู้มาใช้บริการทั้งตัวผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวยังมีความพึงพอใจเกี่ยวกับ
 ข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ในเรื่องการนัดตรวจ การเตรียมตรวจ วิธีการตรวจ การดูแลตนเอง
 ก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังการตรวจ รวมทั้งการตอบปัญหาข้อสงสัยในวันมาใช้บริการ และ
 ตอบปัญหาทางโทรศัพท์ดังในกรณีของผู้ป่วยชายวัย 68 ปี มาพร้อมกับภรรยาผู้ดูแลวัย 66 ปี
 ได้กล่าวถึงบริการข้อมูลที่ได้รับว่า

“...ผมใช้บริการที่นี้ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2549...ก่อนมาตรวจได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ CT Scan แล้ว...เอกสารคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่มีประโยชน์ สามารถเอาไปอ่านทำความเข้าใจก่อนมาตรวจได้...” [ผู้ป่วยชายวัย 68 ปี]

ทำนองเดียวกับในกรณีที่ผู้ป่วยหญิงวัย 41 ปี มาพร้อมกับสามีผู้ดูแลวัย 37 ปี เล่าว่า

“...ก่อนมาตรวจเราจะได้รับทราบข้อมูลที่ละเอียดอย่างที่เจ้าหน้าที่อธิบายก็ทำให้เราไม่กังวลมากเกินไปเรื่องการตรวจ แต่จะกังวลในผลที่จะออกมา...” [ผู้ป่วยหญิงวัย 41 ปี]

คล้ายกับในกรณีที่ผู้ป่วยชายวัย 80 ปี มาพร้อมกับภรรยาผู้ดูแลวัย 57 ปี กล่าวเกี่ยวกับการบริการของเจ้าหน้าที่ว่า

“...การให้ข้อมูลการตรวจของเจ้าหน้าที่อธิบายได้ชัดเจนดี ตอบข้อสงสัยได้ดี แล้วยังมีเอกสารให้ไปอ่านประกอบเพื่อทำความเข้าใจ...” [ผู้ป่วยชายวัย 80 ปี]

เช่นเดียวกับที่ผู้ป่วยชายวัย 66 ปี มาพร้อมกับภรรยาผู้ดูแลวัย 62 ปี ได้เล่าคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่พยาบาลก่อนการเข้าตรวจวินิจฉัยว่า

“...เวลาอยู่บ้านผมก็จะพยายามดูแลตนเองมากที่สุด จากความรู้คำแนะนำและเอกสารที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่...คำแนะนำที่ให้ก่อนเข้าตรวจ ผมว่าก็ดีนะทำให้เราไม่กลัวควรจะแนะนำคนไข้ก่อนเข้าตรวจทุกคน...” [ผู้ป่วยชายวัย 66 ปี]

3.3 ความเชื่อมั่นในการรักษา

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าใช้บริการรักษาที่หน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ กองรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้เล่าประสบการณ์ที่สะท้อนถึงความเชื่อมั่นต่อคุณภาพการ

รักษาพยาบาลของโรงพยาบาล ในหลายลักษณะทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลได้บอกเล่าประสบการณ์ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ผู้ป่วยชายวัย 52 ปี ที่มาจากต่างจังหวัดเพื่อมารักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอย่างต่อเนื่องมากกว่า 15 ปี โดยสมาชิกครอบครัวทั้งหมดก็เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ได้เล่าว่า

“...ผมโอนมารับการรักษาที่นี่ด้วยความประทับใจจริง ๆ และเชื่อมั่นในเครื่องมือเครื่องมือ ว่าเป็นโรงพยาบาลใหญ่อย่างนี้จะต้องดีกว่าโรงพยาบาลเล็ก ๆ แน่่อน...ตัวผมเองมีความมั่นใจในผลการตรวจเชื่อมั่นในผลที่จะออกมาเพราะถือว่าโรงพยาบาลใหญ่ขนาดนี้ถ้าผมเป็นอะไรไปผมไม่ไปไหนแล้ว ถ้าจะตายก็ต้องตายที่นี่...” [ผู้ป่วยชายวัย 52 ปี]

เช่นเดียวกับผู้ป่วยชายวัย 60 ปีที่มีความมั่นใจในการรักษาและ มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอด 1 ปีกล่าวว่า

“...พอผ่านการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ตัวใหม่นี้แล้ว ก็ยังรู้สึกว่ามันทันสมัย คุ้นใจ ใช้เวลาตรวจไม่นาน และดูน่าปลอดภัย...รู้สึกว่ามันใจในการตรวจวินิจฉัยที่ตรวจไปว่าน่าเชื่อถือ...” [ผู้ป่วยชายวัย 60 ปี]

ความมั่นใจในการรักษาไม่เพียงแต่ผู้ป่วยที่มีความมั่นใจ ผู้ดูแลก็มีความมั่นใจดังเช่นผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี เดินทางมาจากจังหวัดนครศรีธรรมราชเพื่อมาติดตามการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้กล่าวถึงการรักษาที่สะท้อนถึงความมั่นใจว่า

“...พี่พาคณลุง (ผู้ป่วย) มาตรวจครั้งที่ 3 แล้ว...บอกได้เลยว่าการบริการที่นี่ดีมากเลย เครื่องมือ อุปกรณ์ดีหมด มีความชัดเจนในการอ่านผลการตรวจ...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี]

ลักษณะเดียวกับที่ผู้ป่วยชายวัย 52 ปีมาจากจังหวัดพิจิตรตามคำแนะนำของผู้ที่เคยรักษาหายแล้วเพื่อมาตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ก่อนผ่าตัดกล่าวว่า “...มีความ

มั่นใจในความสามารถของหมอ ความปลอดภัยในการตรวจรักษา เชื่อมั่นในผลการตรวจอย่างละเอียดของที่นี่ เครื่องมือก็ทันสมัย..” [ผู้ป่วยชายวัย 52 ปี]

ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนเมื่อเปลี่ยนมารักษา ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ก็ให้ความมั่นใจในการรักษาดังคำกล่าวของผู้ชายวัย 66 ปีที่กล่าวว่า

“...พอเราผ่านการใช้บริการครบทุกขั้นตอนนี้แล้วยังเห็นเลยว่า มีความปลอดภัย มั่นใจ ในเครื่องมือและการตรวจ ทำให้เพิ่มคุณภาพและค่าน่าเชื่อถือของผลตรวจ...” [ผู้ป่วยชายวัย 66 ปี]

ทำนองเดียวกับที่ผู้ป่วยหญิงวัย 31 ปี ใช้สิทธิประกันสังคมได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเอกชนเพื่อมาตรวจรักษาพบว่า

“...เครื่องตรวจก็โอ.เค. รู้สึกมั่นใจว่าอาจจะดีกว่าข้างนอก น่าจะทำให้รู้รายละเอียดของอาการมากกว่าเดิม น่าจะรู้ว่าต้องรักษาอย่างไร...หนูเองมั่นใจในโรงพยาบาลนี้มากกว่าเอกชน...” [ผู้ป่วยหญิงวัย 31 ปี]

3.4 ค่าบริการที่ต้องจ่าย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าใช้บริการตรวจรักษาส่วนใหญ่ ได้รับการสนับสนุนค่าบริการจากสิทธิและสวัสดิการในหลายลักษณะ เช่น สิทธิการจ่ายตรงจากทางราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการค่ารักษาของทางรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จึงไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าบริการในการรักษา ดังจะเห็นได้จากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเล่าให้ฟังจากตัวอย่างต่อไปนี้

การได้รับสวัสดิการของรัฐโดยเฉพาะในเรื่องการใช้จ่ายตรงช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวลดปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาได้อย่างมาก ดังกรณีที่ผู้ดูแลหญิงวัย 52 ปี ซึ่งได้รับสิทธิจ่ายตรงที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้กล่าวว่า

“...ค่ารักษาเราใช้สิทธิจ่ายตรงแล้ว เสียส่วนเกินที่เบิกไม่ได้เล็กน้อย ก็ไม่เดือดร้อน ส่วนราคาค่าตรวจดูแลแล้วก็พอ ๆ กับที่อื่น คิดว่าสมเหตุสมผลนะ...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 52 ปี]

เช่นเดียวกับที่ผู้ป่วยชายวัย 68 ปี ที่มีสิทธิจ่ายตรงที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทั้งของตนเองและของภรรยาซึ่งเป็นผู้ดูแล ได้กล่าวถึงข้อดีของสวัสดิการค่าตรวจรักษาและการใช้สิทธิจ่ายตรงว่า

“...ค่าตรวจก็คิดว่าเหมาะสม แถมเรายังใช้สิทธิจ่ายตรงได้ สะดวกขึ้นไม่ต้องจ่ายก่อนแล้วเอาไปเบิก ถ้ายิ่งเทียบกับคนที่เบิกไม่ได้มันยิ่งน่าเห็นใจเขาอะ...” [ผู้ป่วยชายวัย 68 ปี]

คล้ายกับที่ผู้ป่วยชายวัย 80 ปี มีสิทธิจ่ายตรงและรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามาอย่างต่อเนื่องโดยไม่เปลี่ยนโรงพยาบาลเล่าว่า

“...ตอนนี้ใช้สิทธิจ่ายตรง รู้สึกว่าสะดวกขึ้นมาก ไม่ต้องจ่ายก่อนเบิกทีหลัง ส่วนเงินที่ต้องจ่ายเป็นส่วนเกินก็ไม่มากไม่ต้องกั๊กแล้ว พอใช้จ่ายตรงเลยไม่สังเกตราคาแต่ถ้าบอกว่าราคาเป็นหมื่นแล้วต้องจ่ายเองก็คิดว่าราคาค่อนข้างสูงนะ...” [ผู้ป่วยชายวัย 80 ปี]

การได้รับสิทธิประกันสังคมก็เป็นการช่วยค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้อย่างมาก ดังกรณีของผู้ป่วยหญิงวัย 41 ปี มีสิทธิประกันสังคมรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 15 ปี พูดว่า

“...เรื่องค่าตรวจ คิดว่าถ้าเป็นคนนอกที่ไม่สามารถเบิกค่ารักษาได้น่าจะแพง ส่วนเราค่าตรวจจะอยู่ในสิทธิของประกันสังคมอยู่แล้ว แต่ต้องเสียเวลาตอนรออนุมัติ...” [ผู้ป่วยหญิงวัย 41 ปี]

เช่นเดียวกับการที่ผู้ป่วยหญิงวัย 42 ปี ที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เดินทางมาจากต่างจังหวัดเพื่อทำการรักษาต่อเนื่อง กล่าวว่

“...พอเห็นค่าตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แล้วเป็นหมื่นก็ไม่คิดว่าแพง เพราะเราอยากหาย แล้วโครงการประกันสุขภาพก็ช่วยเราได้...” [ผู้ป่วยหญิงวัย 42 ปี]

แต่ในกรณีที่ผู้ใช้บริการต้องจ่ายเงินเองระหว่างรอสิทธิจ่ายตรงและจะเบิกคืนได้ ภายหลัง ผู้ใช้บริการก็เล่าว่าค่าใช้จ่ายที่จะต้องเตรียมมาจ่ายก่อนเพื่อการตรวจรักษานั้น สร้างความลำบากให้ผู้ป่วยและครอบครัว ดังกรณีที่ผู้ดูแลหญิงวัย 26 ปี ที่ดูแลผู้ป่วยหญิงวัย 48 ปี ที่มีสิทธิจ่ายตรงแต่ต้องเดินทางมาจากต่างจังหวัดพูดว่า “...ค่าใช้จ่ายก็คิดว่าค่อนข้างสูง แต่เราจำเป็นต้องตรวจ อยากให้แม่หาย ช่วงรอสิทธิจ่ายตรงใช้ได้ เราต้องแบ่งเงินเก็บเพื่อนำมาจ่ายออกไปก่อนแล้วรอเบิกทีหลัง...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 26 ปี]

3.5 การประสานงานบริการ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างได้เล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการประสานงานการบริการในการตรวจรักษา ซึ่งประสบการณ์ที่เล่าส่วนใหญ่เป็นขั้นตอนในการประสานงานก่อนเข้าใช้บริการ ได้แก่ความยุ่งยากก่อนเข้ารับการรักษา ข้อจำกัดบางประการที่พบจากการบริการ ตลอดจนข้อเสนอแนะต่อการเข้ามารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ปัญหาความยุ่งยากก่อนเข้ารับการรักษา นับเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยพบในการเข้าใช้บริการดังที่ผู้ป่วยหญิงวัย 41 ปีที่ใช้สิทธิประกันสังคมและเข้ารับการรักษาต่อเนื่องมากกว่า 15 ปี กล่าวว่

“...พีรักษาที่นี้มา 17 ปีได้...ใช้สิทธิประกันสังคม มันอี๊ดตรงที่ว่า จะรักษาอะไรก็ต้องรออนุมัติ ไม่ผ่านชะที อย่างเรื่องจะมานัดตรวจต้องรอ สองอาทิตย์ ที่จริงมันน่าจะเร็วกว่านี้ พอเรื่องอนุมัติมานัดที่ห้อง CT Scan บอกความจำเป็นกับพีที่จัดคิว เขาก็พยายามแทรกหาคิวตามความจำเป็นให้เลยก็ทำให้ได้ตรวจเร็วขึ้น...” [ผู้ป่วยหญิงวัย 41 ปี]

ทำนองเดียวกับที่ผู้ป่วยหญิงวัย 31 ปี ใช้สิทธิประกันสังคมถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลเอกชนเพื่อมาทำการตรวจรักษาต่อ เล่าให้ฟังว่า

“...หนูใช้สิทธิประกันสังคม ก่อนมาตรวจที่นี้ ต้องคอยขั้นตอนที่เรื่อง สิทธิค่าใช้จ่ายอนุมัติ มีการ โยนไปโยนมา ระหว่างเอกชนกับรัฐบาล กว่าจะนัดได้ก็นาน จนหนูท้อใจเลย...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 31 ปี]

นอกจากนี้ผู้ใช้บริการได้กล่าวถึงขั้นตอนของการทำงานในบางหน่วยงานของโรงพยาบาลที่ยังมีข้อจำกัดและเป็นมุมมองที่สะท้อนถึงการประสานงานของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ทางโรงพยาบาลควรนำมาใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนาระบบการทำงานต่อไป ดังประสบการณ์ที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้สะท้อนข้อมูลดังตัวอย่างต่อไปนี้

ผู้ป่วยชายวัย 52 ปี ได้รับคำแนะนำให้มาใช้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นเวลา 3 เดือน ก่อนเข้ารับการรักษาได้กล่าวสะท้อนเชิงเสนอแนะต่อโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าว่า

“...เจ้าหน้าที่จะน้อยไปหรือเปล่าไม่ทราบ เพราะมาตอนเช้าก่อน 7 โมง ไม่มีเจ้าหน้าที่ เราก็ไม่รู้จะถามใคร ก็ต้องนั่งรอแล้วเท่าที่ดู การบริการของห้องจ่ายยาจะแน่นมากเลย ต้องรอนานมาก...” [ผู้ป่วยชายวัย 52 ปี]

ทำนองเดียวกันกับผู้ดูแลหญิงวัย 62 ปี มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 ปีได้กล่าวเชิงเสนอแนะว่า

“...เรื่องห้องจ่ายยา เข้าใจว่ามันต้องมีขั้นตอนเป็นระบบแต่เวลารอนาน ช่วงคิดเงินก็จะเร็ว แต่ช่วงรอจ่ายนานประมาณชั่วโมงครึ่ง อย่างน้อยก็ชั่วโมง เลยไม่ทราบจะแก้ปัญหาอย่างไร ไม่ทราบว่าเภสัชกรน้อยหรือเปล่า...แล้วเรื่องที่จะจรด ก็จะน้อยไปหน่อยนะคะ...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 62 ปี]

ผู้ป่วยชายวัย 66 ปี มาใช้บริการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 ปี ก็เสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องห้องจ่ายยาว่า

“...ภาพกว้างของโรงพยาบาลที่อยากคอมเมนต์ คือ ที่นี้ดูแล้วดีทุกอย่าง ยกเว้นเรื่อง เจ้าหน้าที่ไม่พออย่างทางเภสัชกร คือทางห้องยาเจ้าหน้าที่อาจไม่พอก็คือช้ามาก รอนานมาก แต่ทุกคนเท่าที่เห็นก็ทำงานกันไม่หยุดเลยนะ...ผมว่าควรมีการวางระบบ เช่น การเช็คก่อนจ่ายที่ช้า อาจจะวางแผนจัดเจ้าหน้าที่เช็คก่อนจ่ายเพิ่มขึ้นอีก...” [ผู้ป่วยชายวัย 66 ปี]

ผู้ป่วยชายวัย 70 ปี มาพร้อมกับภรรยาวัย 64 ปีที่ใช้บริการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มาตั้งแต่คลอดบุตรคนที่ 1 กล่าวว่ “...ผมว่าขั้นตอนการตรวจครั้งนี้

ไม่เท่าไรนะ แต่ที่นานน่าจะดูที่ห้องจ่ายยา ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมงที่ห้องยาใหญ่ เวลาผมต้องซื้อยาทั่วไปด้วยจะเห็นเลยว่านานมาก...” [ผู้ป่วยชายวัย 70 ปี]

นอกจากนี้การประสานงานของการให้บริการแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังได้ให้ข้อมูลในแนวเสนอแนะจากประสบการณ์ที่เข้ามาใช้บริการตรวจวินิจฉัยจากหน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ กองรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในหลายประเด็น ยกตัวอย่างเช่นกรณีของผู้ป่วยชายวัย 52 ปี มาใช้บริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 15 ปีกล่าวว่า “...สิ่งที่ยากจะฝากไว้คือ เรื่องโรงพยาบาลของโรงพยาบาลพระมงกุฎฯ มีความคับแคบและมีน้อยกว่าทุกโรงพยาบาล ส่วนสถานที่พักผ่อนดีมาก...” [ผู้ป่วยชายวัย 52 ปี]

สถานที่จอดรถนับเป็นข้อจำกัดในด้านบริการด้านหนึ่งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้กล่าวสะท้อนในเชิงเสนอแนะดังเช่น ผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี มาใช้บริการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปีถ่ายทอดข้อคิดเห็นให้ฟังว่า

“...แต่เรื่องที่พบโดยทั่วไป คือ ที่จอดรถน้อย แต่ส่วนอื่นก็เบาใจนะ...แต่อีกส่วนคือที่เจาะเลือดคนรอเจาะเลือดเยอะมาก น่าจะเพิ่มเจ้าหน้าที่ในส่วนของเจาะเลือด บางคนต้องรอนานในขณะที่งัดอาหารมาแล้วต้องรอนกว่าจะเจาะเลือดเสร็จก็หิวมาก...” [ผู้ดูแลหญิงวัย 49 ปี]

เช่นเดียวกับผู้ดูแลชายวัย 56 ปีพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 เดือน เพื่อรอตรวจวินิจฉัยก่อนผ่าตัดได้กล่าวเกี่ยวกับสถานที่จอดรถว่า

“...เท่าที่ผมมาก็เห็นแต่เรื่องที่จอดรถเนี่ยแหละที่ต้องปรับปรุง ไม่ควรกันที่ให้รถหมอ ควรให้พวกคนไข้จอด เพราะเดี๋ยวคนไข้เขาตรวจเสร็จก็กลับส่วนเจ้าหน้าที่ไปจอดด้านหลังนุ่น ผมเคยเขียนหนังสือแนะนำมา 3 ฉบับได้แล้ว ก็ยังไม่เปลี่ยน...” [ผู้ดูแลชายวัย 56 ปี]

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาบทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กระบวนการศึกษาดังกล่าวสามารถนำเสนอการสรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สรุปการวิจัย

การศึกษามหาวิทยาลัยของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) บทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ 2) ประสิทธิภาพของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กลุ่มตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์เพื่อการวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 32 รายจาก 16 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์เชิงลึก นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาประเด็นที่แสดงถึงบทบาทและประสิทธิภาพของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยสรุปข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 55 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่รับราชการ มีรายได้เฉลี่ย 21,748 บาทต่อเดือน และสถานภาพสมรสเกือบทั้งหมดสมรสแล้ว ส่วนสมาชิกครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 47 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับอนุปริญญาและมากกว่า มีอาชีพส่วนใหญ่รับราชการ รายได้เฉลี่ย 12,919 บาทต่อเดือน โดยที่สมาชิกครอบครัวทั้งหมดสมรสแล้ว

ผลการวิจัยสรุปประเด็นหลักได้ 3 ประเด็นประกอบด้วย 1) บทบาทผู้ป่วย 2) บทบาทของสมาชิกครอบครัว และ 3) บริการของโรงพยาบาล

1.1 บทบาทของผู้ป่วย

การศึกษาบทบาทของผู้ป่วยตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาในข้อแรก โดยสามารถสรุปบทบาทของผู้ป่วยได้เป็น 4 ประเด็นย่อยประกอบด้วย การดูแลร่างกาย การดูแลจิตใจ การจัดการค่าใช้จ่ายและการหาข้อมูลข่าวสาร มีรายละเอียดดังนี้คือ

1.1.1 การดูแลร่างกาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการสามารถจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก ผู้ป่วย อยู่ในขั้นตอนของการตรวจวินิจฉัยเพื่อช่วยตัดสินใจในการวางแผนการรักษาเป็นส่วนใหญ่ และกลุ่มที่สอง มีจำนวนน้อยลงเกือบครึ่งเป็นผู้ป่วยที่มาติดตามผลของการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยที่ทั้งสองกลุ่มนี้ล้วนแล้วแต่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้พอสมควรในการดูแลตนเอง มีการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ในการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา มีความสนใจดูแลสุขภาพมากขึ้น เช่น การจัดรับประทานเอง พร้อมทั้งจะร่วมมือในการมาตรวจวินิจฉัย และติดตามการรักษา

1.1.2 การดูแลจิตใจ

ผู้ป่วยทั้งหมดยังมีความรู้สึกกังวลสงสัยและกลัวในหลายเรื่อง เช่น ในข้อมูลที่โดดเด่นจะถ่ายทอดผ่านการใช้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ คือ อาการที่เป็นอยู่โดยที่มีการถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดโดยละเอียด และมีวิจนภาษาประกอบ คือ ข้อมูลประสบการณ์ในด้านความเจ็บป่วย การรักษาเพื่อเป็นการระบายและถ่ายทอดความรู้สึกที่เก็บไว้ออกมา จากนั้นจึงจะเป็นการให้ข้อมูลเน้นหนักไปทางด้านความกังวล สงสัย และกลัวเกี่ยวกับการตรวจเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ในด้านผลแทรกซ้อนจากการตรวจ ผลการวินิจฉัยและระยะเวลาในการรอรับผลจึงมีการเตรียมทำใจหาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจก่อนให้ความร่วมมือในการทำตามแผนการรักษาต่อไป

1.1.3 การจัดการค่าใช้จ่าย

ผู้ป่วยทั้งหมดสามารถจัดได้เป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มแรก เป็นกลุ่มที่มีสิทธิในการจ่ายตรง และอีกกลุ่มคือ กลุ่มที่มีสิทธิประกันสังคม รวมสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย สำหรับกลุ่มของผู้มีสิทธิจ่ายตรง จะมีปัญหาทางการเงินน้อย ส่วนมากจะมีการวางแผนทางการเงินอย่างชัดเจนเหมาะสม มีผลกระทบจากการเจ็บป่วยน้อย มีเงินออมไว้ใช้ยามฉุกเฉิน เตรียมพร้อมหาแหล่งสนับสนุนเมื่อเกิดภาวะวิกฤตไว้ อาจมีหนี้สินบางส่วนเกิดขึ้นอีกเล็กน้อย ส่วนในกลุ่มของผู้มีสิทธิประกันสังคมและประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถพบปัญหาทางการเงินได้ชัดเจนกว่า แม้จะพยายามวางแผนทางการเงินแต่ก็ยังได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีเงินออมไว้ใช้น้อย มีหนี้สินเดิมอยู่แล้วและเพิ่มขึ้นอีกก้อนใหญ่ ทั้งเงินกู้ในระบบและนอกระบบ

1.1.4 การหาข้อมูลข่าวสาร

ผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับทราบและหาข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อกังวลสงสัย จากบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ห้องตรวจ เอกสารคำแนะนำ หนังสือทางด้านสุขภาพ และสืบค้นจากอินเทอร์เน็ตนอกนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาจากข้อมูลข่าวสารจากหนังสือ วิทยุและโทรทัศน์ จากเพื่อนและญาติ

1.2 บทบาทของสมาชิกครอบครัว

การศึกษารoles บทบาทของสมาชิกครอบครัว ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาในข้อแรก โดยสามารถสรุปบทบาทของสมาชิกครอบครัวได้เป็น 4 ประเด็นย่อยประกอบด้วย การดูแลร่างกาย การดูแลจิตใจ การจัดการค่าใช้จ่าย และการหาข้อมูลข่าวสาร มีรายละเอียดดังนี้คือ

1.2.1 การดูแลร่างกาย

สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแล มีฐานะเป็นภรรยา บุตร หรือน้องสาว มีความผูกพันอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยมีความยินดีที่จะรับบทบาทในการดูแล ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกมาเป็นเพื่อน ช่วยตักเตือนให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาโดยไม่ได้รับคำจ้างตอบแทน แต่ต้องจัดสรรเวลาจากงานประจำ และกิจกรรมประจำที่ดำเนินอยู่

1.2.2 การดูแลจิตใจ

สมาชิกครอบครัวทั้งหมดล้วนแล้วแต่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงมีความกลัว กังวลเป็นห่วงในอาการและแผนการตรวจรักษาที่ได้รับแต่พร้อมที่จะให้กำลังใจ มอบความห่วงใยพร้อมที่จะเก็บอารมณ์ยอมรับความเปลี่ยนแปลง เช่น ภาระหน้าที่ด้านการดูแลอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วย พร้อมที่จะให้อภัยกับสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออก

1.2.3 การจัดการค่าใช้จ่าย

สมาชิกครอบครัวมีส่วนช่วยในการวางแผนทางการเงินเพื่อความมั่นคง ป้องกันภาวะวิกฤตกับครอบครัวแล้ว ยังเป็นกำลังสำคัญในการหารายได้ให้ครอบครัวด้วยมีอาชีพและรายได้มั่นคง มีสวัสดิการที่ได้จากอาชีพในการลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวได้สมาชิกครอบครัวยังได้ผลกระทบคือ ภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นบางส่วนมีรายได้ลดลง เนื่องจากต้องลางาน โดยมีรายได้เป็นรายวัน จึงต้องพยายามหารายได้เสริมเพิ่มขึ้นหรือหาแหล่งสนับสนุนทางการเงินอื่นเสริม เช่น ญาติพี่น้อง การกู้ยืมและนอกระบบ

1.2.4 การหาข้อมูลข่าวสาร

สมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดความกลัว กังวลและห่วงใยในตัวผู้ป่วยแล้วจึงได้พยายามแสวงหาข้อมูลข่าวสารทั้งจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ผู้ที่เคยมีประสบการณ์คล้ายกัน

ผู้ที่รักษาหายแล้ว การสืบค้นจากหนังสือ สื่อทางอินเทอร์เน็ต เพื่อมาร่วมเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ ในการปฏิบัติตนและช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

1.3 บริการของโรงพยาบาล

การศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อบริการของโรงพยาบาล สามารถสรุปประเด็นเกี่ยวกับบริการของโรงพยาบาล ได้ 5 ประเด็นย่อยประกอบด้วย ด้านความ สะดวกสบายที่ได้รับ ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ด้านคุณภาพของการรักษาพยาบาล ด้านอรรถยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ มีรายละเอียดดังนี้คือ

1.3.1 ด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ

ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ใช้บริการมีความคิดตรงกัน มีการ แสดงความคิดเห็น และถ่ายทอดประสบการณ์ที่พบจากโรงพยาบาลรัฐบาล ในระดับเดียวกันและ โรงพยาบาลเอกชนที่ตนเองเคยใช้บริการ โดยนำมาเปรียบเทียบกับกรใช้บริการในครั้งนี้พบว่า มีการอำนวยความสะดวกรวดเร็วทันตรวจได้ตามความต้องการ บริการได้ถูกใจใกล้เคียงกับ โรงพยาบาลเอกชน สถานที่มีเพียงพอ เป็นสัดส่วน สะอาด สะดวก และสวยงาม

1.3.2 ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลกับรายได้ของครอบครัว โดย คิดเปรียบเทียบกับ โรงพยาบาลรัฐบาลในระดับเดียวกัน หรือโรงพยาบาลเอกชนที่เคยรับทราบข้อมูลค่าการตรวจรักษาพบว่า ราคาสมเหตุสมผล ไม่ต่างจาก ราคาของโรงพยาบาลเอกชน เมื่อผู้ใช้บริการมีสิทธิในการรักษาพยาบาลเบิกได้ด้วย ทำให้รู้สึก เหมือนได้ตรวจรักษาพยาบาลฟรี แต่ถ้าต้องจ่ายเงินเองหรือเบิกค่าตรวจรักษาไม่ได้ นับว่าค่าตรวจ มีราคาแพง บางส่วนคิดว่า ค่าตรวจรักษาสูงแต่มีความจำเป็นต้องตรวจและบางส่วนคิดว่าไม่แพง เพราะอยากหาย โดยเป็นกลุ่มที่คิดเปรียบเทียบในด้านความสำคัญความจำเป็น โดยผู้ใช้บริการ ทั้งหมดมีสวัสดิการค่ารักษา ไม่มีการจ่ายสิทธิส่วนเกิน

1.3.3 ด้านคุณภาพของการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผ่านขั้นตอนในการเลือกรับบริการใน สถานพยาบาลมาแล้วพบว่า มีความเชื่อมั่นใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า การตรวจรักษา เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์รู้สึกอุ่นใจปลอดภัย เมื่อมาใช้บริการ และเห็นว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์มี ความทันสมัยและพอเพียงกับการให้บริการเป็นความคิดเห็นที่ตรงกันของผู้ใช้บริการ

1.3.4 ด้านอรรถยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใช้บริการมีความคิดตรงกัน พร้อมกับ เปรียบเทียบจากประสบการณ์ที่เคยได้รับตลอดการมารักษาต่อเนื่อง หรือการเปรียบเทียบกับ

โรงพยาบาลรัฐบาลด้วยกันและโรงพยาบาลเอกชนที่เคยพบมาเห็นว่าผู้ให้บริการมีธรรมาศยดี ยิ้มแย้มแจ่มใส อบอุ่นเป็นกันเอง มีความสนใจเอาใจใส่ผู้รับบริการพร้อมทั้งยินดีช่วยเหลือ ไม่รังเกียจ ไม่เครียด ไม่คู้

1.3.5 ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ

ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีความคิดเห็นว่าเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำที่ละเอียดชัดเจนทำให้หายสงสัย คลายความกังวล เห็นด้วยกับการมีเอกสารคำแนะนำให้กลับไปทำความเข้าใจเพิ่มเติม พร้อมทั้งมีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถโทรกลับมาสอบถามและติดต่อได้ มีบางส่วนที่พบว่าผู้ป่วยที่มานัดจะเข้าใจข้อมูลได้ไม่ครบแต่มีญาติช่วยทำความเข้าใจในส่วนนี้ แต่เมื่อถึงวันมาตรวจหลังจากนัดแล้วอาจจะมีผลัดเปลี่ยนญาติอีกท่านมาดูแลทำให้มีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้ จึงต้องมาสอบถามและให้เจ้าหน้าที่อธิบายเพิ่มเติม

2. อภิปรายผล

ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำเสนอการอภิปรายผลในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยอภิปรายผลที่พบออกมาเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) บทบาทของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง 2) บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และ 3) ประสิทธิภาพของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อระบบบริการของโรงพยาบาลสามารถอภิปรายได้ดังนี้ คือ

2.1 บทบาทของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

บทบาทของผู้ป่วยในการดูแลตนเองสามารถอภิปรายแยกเป็น 4 ประเด็นย่อยประกอบด้วย 1) การดูแลร่างกาย 2) การดูแลจิตใจ 3) การจัดการค่าใช้จ่าย และ 4) การหาข้อมูลข่าวสาร มีรายละเอียดดังนี้ คือ

2.1.1 การดูแลร่างกาย

การดูแลร่างกายเมื่อเกิดความเจ็บป่วยที่ส่งผลให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงจากนั้นจึงจำเป็นต้องมีการช่วยเหลือตนเอง โดยการ ฝึ่สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหันมาสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Olem 1985, 1991) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาสุขภาพ โดยทั่วไปบุคคลต้องการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพที่โอเร็มกล่าวว่าเป็นการดูแลตนเองเมื่อมีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self Care Requisites) และสอดคล้องกับแนวคิดของ

คอคเคอแฮม (Cockerham 2001: 160-162) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยแล้วผู้ป่วยต้องพยายามทำให้ตนเองหายเป็นปกติ เพราะความเจ็บป่วยเป็นสภาพความผิดปกติที่ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนตามปกติได้เป็นเงื่อนไขบีบบังคับผู้ป่วยให้พยายามกลับคืนสู่สภาวะปกติโดยเร็ว

2.1.2 การดูแลจิตใจ

ผลจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกังวล สงสัย แสท้วงกับการตรวจรักษาและอาการที่เป็นอยู่ซึ่งสอดคล้องกับที่รุจิรา เจียมอมรรรัตน์ สุทธิพันธ์ พิกสุวรรณ และวัชร อภาธีรพงศ์(2541: 4-5) กล่าวว่าความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมาคือ กังวล ไม่สบายใจ จึงต้องมีการเตรียมใจ หาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ตรงกับหลักการพยาบาลครอบครัวของรุจา ภูไพนุสย์(2544: 170-177) กล่าวว่าการพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยสามารถแบ่งผู้ใช้บริการได้เป็น 2 ประเภท คือตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวคือ มีการเพิ่มทักษะและศักยภาพในการดูแลให้มีความต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองได้และสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson 1985) ให้ยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งทางบวกและลบในสถานการณ์การดูแลต้องพัฒนาตนเองให้สามารถยอมรับความรู้สึกของผู้ใช้บริการที่แสดงออกทั้งทางบวกและทางลบโดยไม่ตำหนิและให้อภัยต่อการแสดงออกเพื่อให้ผู้ที่จะให้บริการมีความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ เมื่อมีความเจ็บป่วยพร้อมที่จะยอมรับและพัฒนาตนเองในทำให้ให้การบริการ

2.1.3 การจัดการค่าใช้จ่าย

ผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายในการรักษารายได้ลดลงต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการใช้จ่าย หาแหล่งสนับสนุนทางการเงินเพิ่ม เช่นการกู้ยืมหรือสวัสดิการในการรักษาสอดคล้องกับที่สกาเวรัตน์ พวงจันทร์(2538: 25) กล่าวว่าความเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจต้องพยายามแก้ปัญหาให้กลับคืนสู่สภาพเดิมให้เร็วที่สุด และการที่เพชานสกีและโทมัส (Penchansky and Thomas 1981: 127-140) ให้แนวความคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ไว้ดังนี้ ข้อหนึ่งคือ ความสามารถของผู้ป่วยที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการหรือมีการประกันสุขภาพโดยตรงกับที่ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์(2541: 8-10) กล่าวถึงความสำคัญของครอบครัว คือด้านเศรษฐกิจ เมื่อต้องเป็นผู้บริโภคคือต้องรู้เท่าทัน สามารถเลือกสรรบริโภคอย่างมีประโยชน์ ประหยัด และปลอดภัยใช้จ่ายอย่างมีเหตุผลเป็นการเห็นความสำคัญด้านเศรษฐกิจมีการคิดวางแผนในการใช้จ่าย

2.1.4 การหาข้อมูลข่าวสาร

ผู้ป่วยจะพยายามศึกษา ค้นคว้า แสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมขึ้นเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อสามารถตัดสินใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้สอดคล้องกับที่มัลลิกษัตริโก (2530: 120-121) และพัชราพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข(2540: 36) เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยครอบครัวต้องช่วยให้ความรู้สึก

ทักษะในการดูแลสุขภาพทั้งทางหนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ เพื่อสามารถจัดการกับสุขภาพความเจ็บป่วย ได้ตรงกับที่แนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์เซน(Aday and Andersen 1975) ได้กล่าวถึงทฤษฎีเกี่ยวกับ ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่พูดถึงความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับการบริการการอธิบาย ขั้นตอนการรักษา ขั้นตอนการปฏิบัติตัวเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงบริการให้เหมาะสมสอดคล้องกับ ความต้องการของผู้ใช้บริการ

2.2 บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสามารถอธิบายแยกเป็น 4 ประเด็นย่อย ประกอบด้วย 1) การดูแลร่างกาย 2) การดูแลจิตใจ 3) การจัดการค่าใช้จ่าย และ 4) การหาข้อมูลข่าวสาร มีรายละเอียดดังนี้ คือ

2.2.1 การดูแลร่างกาย

ผลจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีความผูกพันอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมักจะเป็นเพศหญิง ได้แก่ ภรรยา บุตร หรือน้องสาว มีความยินดีที่จะดูแลช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการตรวจรักษาตรงกับที่มัลลิกา มัติโก (2530: 120-121) และพัชรพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข (2540: 36) กล่าวว่าครอบครัวจะต้องดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ไปจนถึงการวินิจฉัยที่ซับซ้อน สอดคล้องกับที่รุจา ภูไพบูลย์ (2544: 170-177) กล่าวว่าควรมีการเพิ่มทักษะและศักยภาพครอบครัวในการดูแลสมาชิกผู้เจ็บป่วยที่บ้านเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องจากผู้ใกล้ชิดที่บ้านตรงกับที่มีการทบทวนวรรณกรรมของจอม สุวรรณ โร(2540: 17) และวรรณภา รัชตะไพบูลย์(2549: 25) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีหน้าที่สำคัญอันหนึ่งคือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง และสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน(Watson 1985) ต้องอาศัยปัจจัยการดูแลที่สำคัญประการหนึ่งคือ ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการด้านต่าง ๆ ดูแลให้เกิดความปลอดภัย

2.2.2 การดูแลจิตใจ

สมาชิกในครอบครัวมีความกลัว กังวล สงสัย พร้อมทั้งจะมอบความห่วงใยให้กำลังใจในขณะที่รักษาพยาบาล ให้อภัยและยอมรับการเปลี่ยนแปลงจากผลกระทบที่เกิดขึ้นตรงกับที่ วิลสัน (Wilson 1991: 45) กล่าวถึงสัมพันธภาพพื้นฐานในด้านความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจก่อให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันมีผลต่อการร่วมกันในการแก้ปัญหาเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยและพบว่าสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับที่ Friedman (1986) กล่าวถึงหน้าที่ของครอบครัวที่มีต่อสมาชิกที่สำคัญส่วนหนึ่งคือ ในด้านความรัก ความเอาใจใส่ และการเผชิญปัญหาของครอบครัว เช่นเดียวกับตอนที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยแล้วได้รับการดูแลจากครอบครัว

2.2.3 การจัดการค่าใช้จ่าย

สมาชิกครอบครัวมีส่วนช่วยในการวางแผนค่าใช้จ่าย หารายได้เสริม หาแหล่งสนับสนุนทางการเงินสำรองสัมพันธ์กับการที่สกาเวิร์ต พวงจันทร์ (2538: 25) กล่าวถึงความเจ็บป่วยจะมีผลกระทบในด้านเศรษฐกิจ จึงต้องมีการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับที่ Friedman (1986) กล่าวถึงหน้าที่ของครอบครัวที่มีต่อสมาชิกที่สำคัญส่วนหนึ่งคือ หน้าที่ในการจัดหาทรัพยากรทางเศรษฐกิจเพื่อเพิ่มโอกาสในการจัดหาทรัพยากรทางเศรษฐกิจเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพมากขึ้น ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านอาชีพที่แตกต่างกันยังบ่งบอกถึงสถานภาพรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน เกี่ยวโยงถึงสวัสดิการที่ได้รับและมีผลโดยตรงต่อการเข้าถึงแหล่งในการบริการรักษา

2.2.4 การหาข้อมูลข่าวสาร

สมาชิกในครอบครัวจะช่วยสืบค้นข้อมูลในการรักษาเพื่อสามารถช่วยในการตัดสินใจและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับที่มัลลิกา มัติโก (2530:120-121) และ พัทธพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข (2540: 36) กล่าวว่าครอบครัวมีอำนาจในการเลือกและตัดสินใจว่าควรให้การดูแลรูปแบบใดที่จะไม่เป็นอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัวและตรงกับที่รุจา ภูไพบูลย์ (2544: 170-177) กล่าวว่าต้องมีการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่แสดงบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 ประสิทธิภาพของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต่อระบบบริการของโรงพยาบาล

ประสิทธิภาพของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต่อระบบบริการของโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้ามีประเด็น ดังนี้ ด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ด้านคุณภาพของการรักษาพยาบาล ด้านอรรถาธิบายความสนใจของผู้ให้บริการ และด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าประสิทธิภาพของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่มีต่อระบบบริการของโรงพยาบาล โดยภาพรวมตรงตามเกณฑ์ชี้วัดปัจจัยพื้นฐานด้านการบริการของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen 1975) ที่ใช้เป็นแนวทางประเมินคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจจากผู้ใช้บริการเพื่อทราบจุดยืนและสิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป ซึ่งเกิดจากคุณภาพโดยรวมที่ผู้ให้บริการสัมผัสได้และถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านการสัมภาษณ์ และทำให้ทราบถึงการเข้าถึงบริการทางการแพทย์สอดคล้องกับแนวความคิดของเพนชานสกี และโทมัส (Penchansky and Thomas 1981: 127-140)

การถ่ายทอดประสบการณ์ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้สะท้อนถึงความคับข้องใจในขั้นตอนการประสานงานของโรงพยาบาล แต่มีการเล่าถึงข้อจำกัดของการใช้บริการในบางหน่วยงาน เช่น ห้องจ่ายยา ห้องเจาะเลือด ส่วนในด้านอื่น ๆ สะท้อนออกมาถึงความพึงพอใจในความสะดวกที่ได้รับความมีอัธยาศัยของเจ้าหน้าที่ คุณภาพของการบริการที่ได้รับและข้อมูลข่าวสารที่ได้รับอย่างละเอียด

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลเพื่อให้บริการทางสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ทั้งในระดับปฏิบัติและระดับนโยบายได้ดังนี้

3.1.1 ระดับปฏิบัติ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์นั้น สามารถแยกให้เห็นเป็นประเด็นที่สำคัญ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และข้อมูลข่าวสาร ส่วนในด้านสังคมนั้นจะสอดแทรกรวมอยู่ในทั้ง 4 ด้าน เพื่อส่งเสริมให้แต่ละด้านมีความชัดเจน และสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ควรมีการนำประเด็นดังกล่าว ปัญหา และข้อเสนอแนะที่พบทั้งหมด มาเป็นแนวทางที่จะทำให้เกิดการบริการ ดูแลที่ตรงจุดให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น ดังนี้

1) ส่งเสริมวางแผน ติดตาม ดูแลผู้ป่วย และครอบครัวในกลุ่มที่มาใช้บริการด้วยความต่อเนื่อง เช่น จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน สะดวกต่อการใช้งาน เหมาะสมกับการบริการ เพิ่มการจัดบอร์ด เอกสารคำแนะนำ

2) ส่งเสริมให้การศึกษาแก่สมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมในการดูแลร่างกาย การดูแลจิตใจ การจัดการค่าใช้จ่ายและการหาข้อมูลข่าวสาร

3) จัดให้มีการติดตามประเมิน ความพึงพอใจต่อหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ และปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการบริการก่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแล และผู้มาใช้บริการ

4) นำข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาที่เปรียบเหมือนเสียงสะท้อนของการให้บริการและทราบความต้องการของผู้ใช้บริการมาเป็นพื้นฐานนำไปประชุมเพื่อปรับปรุงบริการให้ตรงตามความต้องการ ลดปัญหาความซ้ำซ้อน ถ่าเข้าในการติดต่อประสานเพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ

5) เพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการ ให้ใช้ความสามารถของตนเองได้อย่างเต็มที่ ส่งผลดีต่อโอกาสที่เข้าถึงบริการเพิ่มความรวดเร็วในการตรวจวินิจฉัย ทำให้มีประสิทธิภาพในการดูแลรักษาต่อไป โดยการจัดประชุมให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างทีมผู้ดูแลและผู้ให้บริการ

6) เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาศักยภาพด้านข้อมูลข่าวสาร ยกตัวอย่าง เช่น เพิ่มพูนทักษะความรู้ของผู้ให้บริการมีการส่งอบรมดูงานทั้งในและต่างประเทศ ปรับปรุงเอกสารคำแนะนำให้มีความครอบคลุมชัดเจน เป็นโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทั้งจากการตอบปัญหาทางโทรศัพท์ และสื่อทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

7) จากการศึกษาทำให้ทราบถึงความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่มีต่อโรงพยาบาลและหน่วยงาน สะท้อนให้เห็นศักยภาพของการให้บริการจากผู้ให้บริการ ก่อนที่จะนำมาเป็นข้อมูลจัดเสวนาเพื่อส่งเสริมจุดดีที่มีอยู่ พร้อมปรับปรุงพัฒนาในจุดด้อยต่อไป

8) ส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมพฤติกรรมบริการอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการส่งเสริมในด้านความรู้ ความสามารถ ของบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน ก่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดี นำมาซึ่งภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล

9) จัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการร่วมกันคิดพัฒนาความแข็งแกร่งของทีม สหสาขา ทั้งในด้านการบริหารองค์กร การพัฒนางานบริการ มีการประชุมวางแผนร่วมกันเพื่อ ก่อให้เกิดคุณภาพมาตรฐาน และคุณภาพที่ประทับใจ

10) นำเสนอข้อมูลให้ผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นความสำคัญของงานบริการเพื่อที่จะพิจารณาสนับสนุนด้านกำลังพล และทรัพยากรที่เหมาะสมเพื่อการขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานให้คงไว้ซึ่งคุณภาพ มาตรฐาน บริการประทับใจ

11) จัดกล่องรับความคิดเห็นประจำหน่วยงาน

12) จัดสถานที่ให้เอื้ออำนวยต่อทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (ผู้ดูแล) สามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอดการตรวจอย่างเหมาะสม

13) เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการได้มีการเยี่ยมชมสถานที่จริงก่อนตรวจเพื่อ คลายความกังวล สร้างความคุ้นเคย

14) เพิ่มศักยภาพขีดความสามารถในการให้บริการภายในองค์กรและระหว่างองค์กร เพื่ออำนวยความสะดวกได้อย่างรวดเร็ว ช่วยลดขั้นตอนในการติดต่อประสานงาน

15) พัฒนาระบบสารสนเทศให้มีเครือข่ายกว้างขวางครอบคลุมในระดับประเทศ เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้วยตนเองได้ โดยลดขั้นตอนในการมาประสานกับหน่วยงานโดยตรง

16) พัฒนาระดับให้การบริการเป็น e-service เพื่อลดขั้นตอนในการเข้าใช้บริการ

17) พัฒนางานของโรงพยาบาลทั้งระบบให้เป็น one stop service เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ ลดขั้นตอนในการติดต่อ ลดระยะเวลารอคอยในแต่ละจุด

18) สนับสนุนให้ทีมสหสาขาได้มีข้อมูลด้านการบริการ ทราบขีดความสามารถของการตรวจเพื่อเป็นทางเลือกในการวินิจฉัย และรักษาได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ

3.1.2 ระดับนโยบาย

ข้อมูลที่ได้การศึกษามีประโยชน์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระดับนโยบายได้ดังนี้

1) นโยบายมุ่งเน้น การพัฒนางานโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เกิดการดูแลแบบองค์รวม ให้เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนที่ผู้ใช้บริการสัมผัสได้

2) นโยบายส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการในการรับฟังปัญหา ข้อเสนอแนะ เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนางานให้ได้คุณภาพและตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการ

3) นโยบายเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการได้อย่างเสมอภาค และทั่วถึงเพื่อตอบรับกับความต้องการของผู้ใช้บริการ

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เน้นเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการวิจัยในอนาคตโดยมีข้อเสนอแนะทั่วไปและข้อเสนอแนะสำหรับนักวิจัยเชิงคุณภาพดังนี้

3.2.1 ข้อเสนอแนะทั่วไป

1) การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จากการใช้บริการในหน่วยงานทำให้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ได้รับประโยชน์ จากข้อมูลที่สะท้อนออกมา ควรมีการนำไปใช้ในการประเมินและศึกษาความต้องการในหน่วยอื่น ๆ ต่อไป

2) การศึกษาเชิงคุณภาพที่ให้ข้อมูล เป็นความรู้ลึกซึ้งนึกคิด การรับรู้ ความต้องการ และความคับข้องใจต่าง ๆ ซึ่งมีความหลากหลายของความรู้ลึกซึ้งนึกคิด จัดตามมโนทัศน์ของผู้ใช้บริการ การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพจะช่วยเติมสิ่งที่เป็นความรู้ลึกซึ้งนึกคิด จิตวิญญาณ และความเป็นตัวตนที่แท้จริง ของผู้ใช้บริการออกมา การวิจัยเชิงคุณภาพ ยังมีจำนวนจำกัดมาก ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญต่อการวิจัยด้านนี้มากยิ่งขึ้น

3) การเลือกวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจะต้องศึกษาเทคนิคการสัมภาษณ์ว่ามีเทคนิคอย่างไร เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครบถ้วน และเมื่อได้ข้อมูลแล้วจะกระทำกับข้อมูลอย่างไร เพราะจะไม่เหมือนกับการวิจัยเชิงปริมาณ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะต้องมีความอดทน และทุ่มเทอย่างมาก ประสบการณ์ที่ได้ทางการวิจัยเชิงคุณภาพจะแตกต่างจากการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งนักวิจัยเชิงปริมาณควรมีการแลกเปลี่ยน เพิ่มเติมความรู้ในส่วนนี้

4) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่สะท้อนปรากฏการณ์ทางสังคม ครอบครัวของผู้ป่วยที่มารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จึงไม่สามารถหาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ในเชิงทำนายบทยาทหรือสร้างแบบจำลองในการทำนายบทยาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่มารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ได้ จึงควรทำการวิจัยเชิงปริมาณควบคู่กับการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อจะได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในเชิงทำนายได้

3.2.2 ข้อเสนอแนะสำหรับนักวิจัยเชิงคุณภาพ

สำหรับนักวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยได้พบปัญหาอุปสรรคในขณะที่ทำการวิจัย และเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับเป็นบทเรียนเพื่อใช้เตรียมความพร้อมก่อนลงพื้นที่ในภาคสนาม โดยเฉพาะบทเรียนในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ดังนี้

1) ผู้วิจัยต้องมีความอดทนสูง ต้องเตรียมตัวเตรียมเครื่องมือมาเป็นอย่างดี จึงจะสามารถสร้างความเข้าใจในข้อคำถามให้แก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้ ในช่วงแรก ๆ ของการเก็บข้อมูลซึ่งเป็นปัญหาของการไม่เข้าใจคำถามจึงตอบไม่ตรงประเด็นปัญหา และใช้การพูดสรุปรวบยอดในการตอบโดยไม่อธิบายในรายละเอียด บางครั้งมีการใช้รอยยิ้มและความเงียบตอบแทน จึงต้องใช้การตะล่อมเพื่อหาคำตอบ มีบางข้อคำถามที่มักจะไม่ได้สะดวกใจตอบโดยชัดเจน เช่น ในด้านเศรษฐกิจแต่มักจะใช้การตอบอธิบายโดยละเอียด ในด้านประสบการณ์การเจ็บป่วย หรือ ความภูมิใจในครอบครัวที่ต้องการระบายหรือถ่ายทอดออกมา

2) ก่อนทำการเก็บข้อมูลต้องมีช่วงเวลาในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ ลดความรู้สึกของการเป็นคนแปลกหน้า ใช้เวลาในการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์เพื่อความร่วมมือ และเต็มใจในการให้ข้อมูล พร้อมกับการบันทึกเสียง

3) ผู้วิจัยเองต้องซักซ้อมในการใช้อุปกรณ์ เช่น เครื่องบันทึกเสียง มาเป็นอย่างดีและเตรียมให้มีความพร้อมอยู่เสมอ

4) ใช้ศัพท์ และประโยคที่ง่ายในข้อคำถามเพื่อความเข้าใจ และสามารถตอบได้ตรงประเด็น

5) ใช้สมาธิในการฟัง จับประเด็น และเรียบเรียงเพื่อให้ได้ข้อมูลของคำตอบที่ถูกต้องเพราะผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมักบอกเล่าเรื่องราวโดยไม่เรียงลำดับ และบางครั้งทำให้ข้อมูลพร้อมกันจะสลับกันเล่าในประเด็นที่ตนเองต้องการถ่ายทอดข้อมูล จึงจำเป็นที่นักวิจัยต้องใช้สมาธิในการจับประเด็น ทำความเข้าใจ แยกแยะ ลำดับเหตุการณ์ เพื่อย้อนกลับไปหาคำตอบในประเด็นคำถาม

6) ขณะเก็บข้อมูล ผู้วิจัยต้องไม่ขัดจังหวะแม้ว่าผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวจะบอกเล่าและพาผู้วิจัยออกนอกประเด็นบ้างก็ตาม ก็ให้ถือเป็นเกร็ดความรู้ปลีกย่อยที่ต่างประเด็น แต่ผู้วิจัยต้องไม่ลืมในประเด็นปัญหาวิจัยหลัก ๆ โดยพยายามหาจังหวะนำเข้าสู่ประเด็นคำถามเดิม หากไม่เข้าใจในคำตอบ หรือความรู้สึกที่ถ่ายทอดออกมาควรมีการสะท้อนความเข้าใจของผู้วิจัยให้ทราบเพื่อข้อมูลที่ถูกต้อง

7) ต้องเป็นนักสังเกตที่ดี โดยเฉพาะพฤติกรรมการแสดงออกทางสีหน้าของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวขณะให้สัมภาษณ์ในแต่ละข้อคำถาม ซึ่งจะนำไปสู่ข้อมูลเชิงลึก

8) ในบางช่วงของการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยมีการจดบันทึกไปด้วย แต่จะเป็นการดึงความสนใจของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมาอยู่ที่การบันทึก จึงควรใช้การจับประเด็นเพื่อนำไปบันทึกทันทีที่มีโอกาส และไม่ขัดกับความรู้สึกขณะให้ข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์

3.3 ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดดังนี้

3.3.1 ในเรื่องขนาดของกลุ่มตัวอย่างเล็ก ข้อมูลไม่สามารถ อธิบายสถานการณ์ที่ต่างจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้

3.3.2 วิธีในการเก็บข้อมูล โดยมีการวางแผนในการสัมภาษณ์นั้น ต้องการสัมภาษณ์แยกระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว แต่ในกระบวนการเก็บข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่ด้วยกันในขณะที่ให้สัมภาษณ์

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข (2544) “การศึกษาความพร้อมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของ
โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข” ม.ป.ท.
- กิตติ ไชยลาภ (2547) “แนวความคิดเกี่ยวกับสังคมวิทยาการแพทย์”ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา
สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์* หน่วยที่ 1 หน้า 37- 61 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- กฤษฎ์ อุทัยรัตน์ (2544) *แม่ไม่คุณภาพเจาะ HA Year 2000* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ส.ศ.ท.
- กองรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (2550) ข้อมูลประกอบการเยี่ยมชมสำรวจภายในและ
การควบคุมภายใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า รับการเยี่ยมชมสำรวจภายในจาก
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กองรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, สำนักงาน (2541) *นโยบายและแผนงาน
ในการพัฒนาสถาบันครอบครัว* กรุงเทพมหานคร ม.ป.ท.
- จรรยา สุวรรณทัต (2545) “การวิจัยด้านครอบครัวและการนำไปใช้” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา
จิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา* หน่วยที่ 12 หน้า 1 - 34 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
- จิตตินันท์ เดชะคุปต์ (2544) “แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา” ใน
ประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวศึกษา หน่วยที่1 หน้า 1-47 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
- จอม สุวรรณโณ (2540) “ความสามารถของญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล” วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ชาย โพธิ์สิตา (2547) *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* กรุงเทพมหานคร อมรินทร์พริ้นติ้ง
แอนด์พับลิชชิ่ง
- ชูชื่น ชิวพูนผล (2541) “อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของ
ญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วย
มะเร็งระยะลุกลาม” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
- นิตา ชูโต (2545) *การวิจัยคุณภาพ* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร แมทส์ปอซท์

- นงลักษณ์ พันชมภู (2540) “การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธี
ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- บุญชู ชาวเชียงใหม่ (2541) “การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แรงงานต่อการรับบริการประกัน
สุขภาพในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชจังหวัดสุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ (2545) *จิตวิทยาครอบครัว* พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร
เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน
- พัชร นักบรรณเลข สุรินทร์ ภูเอี่ยม และบังอร ลำลี (2541) *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ*
พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี ยุทธรินทร์การพิมพ์
- พัชรพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข (2540) “บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการ
ปลูกถ่ายไต ศึกษาเฉพาะกรณีสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรงพยาบาลรามธิบดี”
วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- พิมพ์ใจ นาสมฝันและคนอื่นๆ (2540) “อนามัยครอบครัว” ใน *อนามัยชุมชน* เล่ม 1 หน่วยที่ 5
หน้า 205 - 210 นนทบุรี โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข
- มัลลิกา มดีโก (2530) “ครอบครัวและการดูแลสุขภาพของตนเอง” ใน *การดูแลสุขภาพอนามัยของ
ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม* หน้า 120-121 นครปฐม ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล
- รวีวรรณ ชินะตระกูล (2539) “เทคนิคการวิจัย” *การวิจัยเชิงคุณภาพ* ภาพพิมพ์
- รุจา ภูไพบูลย์ (2544) “การพยาบาลครอบครัว” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยและ
กระบวนการพยาบาล* หน่วยที่ 9 หน้า 133 - 194 นนทบุรี มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- รุจิรา เจียมอมรรัตน์ สุทธิพันธ์ พิทสุวรรณ และวัชร อภาธีรพงศ์ (2541) *แนวคิดพื้นฐาน
เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน* พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี
ยุทธรินทร์การพิมพ์
- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (2550) “รายงานสถิติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ.2549”
กรุงเทพมหานคร ศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (2550) คู่มือมหรกรรมคุณภาพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ประจำปี 2550 การรักษาสมาคมระหว่างกรมมุ่งเน้นผู้ป่วยและบุคลากร วันที่ 20-21
กันยายน 2550 ศูนย์บริหารคุณภาพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- โรงพยาบาลศรีสะเกษ (2544) การจัดระบบบริการผู้ป่วยที่เลือกโรงพยาบาลศรีสะเกษ
ตามโครงการ ปสน. ศรีสะเกษ โรงพยาบาลศรีสะเกษ (อัครดำเนินา)
- วรรณ รัชตะไพบูลย์ (2549) “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดัน
โลหิตสูง และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว
ต่อการดูแลผู้ป่วยกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์
วิชาเอกพัฒนาครอบครัวและสังคม มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- วันทนี วาสิตะสิน และคณะ (2541) *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับงานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์*
กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร (2542) “การประเมินความพึงพอใจและผลการตรวจสุขภาพของผู้มารับบริการ
ตรวจสุขภาพที่คลินิกเวชศาสตร์ป้องกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิภาวดี สายนำทาน (2542) “ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการแผนกผู้ป่วยนอกของ
ผู้รับบริการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่” การค้นคว้าแบบอิสระ
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) *สวัสดิการผู้ป่วย* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร มิสเตอร์ก็อปปี
(ประเทศไทย)
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) “ครอบครัวและผู้สูงอายุ” ใน *สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บรรณาธิการ)*
รายงานฉบับสมบูรณ์โครงสร้างผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน
องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางการวิจัยและนโยบาย
- ศรีนวล โอสเสถียร (2544) “การปฏิบัติการพยาบาล” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา โนมตีและ*
กระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 4 หน้า 181 - 195 นนทบุรี มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์ (2541) *สถาบันครอบครัว มุมมองของนักสวัสดิการสังคม*
กรุงเทพมหานคร สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย

- ศรีวรรณ สระแก้ว (2546) บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับเชื้อ เอช ไอ วี/
ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดบุรีรัมย์ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต
วิชาเอกการพัฒนารอบครัวและสังคม สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช
- สกวรัตน์ พวงจันทร์ (2538) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วย
เรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง”
วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2543) *ทฤษฎีสังคมวิทยา “เนื้อหาและแนวทางการใช้ประโยชน์เบื้องต้น”*
พิมพ์ครั้งที่ 8 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2548) *มาตรฐานบริการพยาบาล*
ศูนย์ตติยภูมิเฉพาะทางมะเร็ง กรุงเทพมหานคร สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพมหานคร)
- สุพรรณิ สุทธิพันธ์ (2547) “แบบแผนการดำเนินชีวิตครอบครัว การศึกษาจากเรื่องราวของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- สุรางค์ จันทวนิช (2545) *การวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพ* พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุปราณี วสินอมร (2537) “*การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ*” พิมพ์ครั้งที่ 7 ม.ท.ป.
- สุรศักดิ์ เนียมปาน (2544) พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในโครงการหลักประกัน สุขภาพ
ถ้วนหน้า กรณีศึกษาอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อคิน ระพีพัฒน์, ม.ร.ว. และคณะ (2545) *การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา* พิมพ์ครั้งที่ 3
สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อนงค์ เอื้อวัฒนา (2542) “ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
อำนาจเจริญ” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์
สาขาวิชาเอกบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2536) “การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อความอยู่รอดของบริการสุขภาพ
ในภาครัฐ”ในการสานความหวังสู่ความเป็นเลิศของโรงพยาบาลของรัฐ”
กรุงเทพมหานคร สุรสิทธิ์การพิมพ์ หน้า 124-134

- อนุวัฒน์ สุขขุติกุล (2546) “การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาโรงพยาบาล* หน่วยที่ 15 หน้า 287 - 310 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- อำพล จินดาวัฒนะ และคนอื่น ๆ (2549) “การจัดระบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุข” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาระบบสุขภาพและการจัดการ* หน่วยที่ 6 หน้า (6-117) นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- Aday, Lu ann. and Anderson, Ronald. (1975). *Development of indices of Access to Medical Care*. Michigan: Ann Arbor Health Administration Press.
- Bell. R. and Gibbons. S. (1989). *Working with Careers: Information and Training for Working with Informal Careers of Elderly People*. London: Health Education Authority.
- Cockerham, W. C. (2001) *Medical sociology*. 8th ed., New Jersey: Prentice-Hall
- Friedman, M.M. (1986). *Family Nursing : Theory and Assessment*. 2nd ed. New York: Appleton -Century-Crofts.
- Gilliss, C. L., Highley, B. L., & Brenda, M. R. (1989). *Toward a science of family nursing*. California: Addison Wesley Publishing .
- Jalvalgi, R.G., Rao, SR., & Thomson, E.G. (1991). “Choosing a : Analysis of consumer trade offs.” *Journal of Health Care Marketing* 11, (3): 12-22.
- Keith, C. (1995). “Family caregiving system: models, resources, and values”. *Journal of Marriage and the Family*, 57 (2), 179-189.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing Concept of Practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing Concepts of Practice*. 4th ed. Philadelphia : Mosby year book.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988) “Communication and control process in the delivery of service quality.” *Journal of Marketing* 52, (6) : 215.
- Parker. G. (1992). Counting care: numbers and types of informal cares. In Twigg. J. (ed) *Cares: Research & Practice*. London. HMSO.
- Penchansky, R and W. J. Thomas. (1981). “The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction.” *In Medical Care*, 19. 2nd ed.
- Risser, N. L. (1975). “Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing are in primary care setting”. *Nursing Research* 24, (1) : 45- 51.
- Ruth, Wu. (1973). *Behavior and Illness*. New Jersey : Prentice Hall .

Wilson, J. S. (1991). "Caregiving: a mixed bag of burdens and rewards". *Home Health Nurse*, 9 (5), 45-46.

Watson, J. (1985). *Nursing : Human science and Human Care* ,New York : Appleton – Century Crofts.

[www. Piyavate.com](http://www.Piyavate.com) สืบค้นวันที่ 24 เมษายน 2551

[www. Guru snook.com/encyclopedia](http://www.Guru.snook.com/encyclopedia) สืบค้นวันที่ 24 เมษายน 2551

[www. Ramhosp.co.th/books](http://www.Ramhosp.co.th/books) สืบค้นวันที่ 24 เมษายน 2551

ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือแบบสัมผัสภาษา

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือแบบสัมภาษณ์

1. ชื่อ –นามสกุล พ.อ.ธรรม์พงษ์ รังสิตภัทร
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองรังสีกรรม
2. ชื่อ –นามสกุล พ.ท.หญิงรุ่งทิwa พิมพิ์สักกะ
ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล แผนกพยาบาลรังสีกรรม กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
และ รองหัวหน้าศูนย์บริหารคุณภาพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. ชื่อ – นามสกุล อาจารย์อากาศกร สุปัญญา
ตำแหน่ง ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

แนวคำถามการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ชื่อเรื่อง บทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ใน
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

แนะนำตนเอง (ผู้สัมภาษณ์กล่าวทักทายผู้ป่วยและแนะนำตนเอง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการ
สัมภาษณ์ และเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

1. เพศ
2. อายุ
3. สถานภาพสมรส
4. สถานภาพในครอบครัว
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว
6. อาชีพ
7. การศึกษา
8. รายได้
9. สิทธิการรักษา
10. ที่อยู่ปัจจุบัน
11. ภูมิลำเนาเดิม

ส่วนที่ 2 บทบาทของผู้ป่วย

1. เกี่ยวกับการดูแลร่างกาย

- 1.1 ท่านมีการเตรียมพร้อมของร่างกายอย่างไรในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์
- 1.2 ท่านมีความเตรียมความพร้อมในการมาติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างไร

2. เกี่ยวกับการดูแลจิตใจ

- 2.1 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อต้องมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์
- 2.2 ท่านคิดว่าทำให้กำลังใจมีความสำคัญกับท่านอย่างไรบ้าง
- 2.3 ผู้ดูแลมีความสำคัญกับท่านอย่างไรบ้าง

3. เกี่ยวกับการจัดการค่าใช้จ่าย

- 3.1 ก่อนป่วยท่านมีส่วนช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวอย่างไรบ้าง
- 3.2 หลังจากท่านป่วยสมาชิกในครอบครัวได้รับผลกระทบอย่างไร
- 3.3 สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือท่านในด้านค่าใช้จ่ายอย่างไร
- 3.4 ท่านได้รับสวัสดิการหรือการช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ หรือไม่
อย่างไร
- 3.5 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

4. เกี่ยวกับสังคม (ญาติ และเพื่อนบ้าน)

- 4.1 ท่านมีกลุ่มเพื่อน ญาติ เครือข่าย ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการตรวจรักษา
อย่างไร
- 4.2 หลังจากตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แล้ว ถ้าท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมท่าน
สามารถหา
- 4.3 ก่อนมาที่นี่ท่านได้รับการดูแลรักษาจากที่ใดมาก่อน

5. เกี่ยวกับการหาข้อมูลข่าวสาร

- 5.1 เพราะเหตุใดท่านถึงเลือกมารับการรักษาที่โรงพยาบาล
- 5.2 ท่านรับรู้และรับทราบเกี่ยวกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์อย่างไร
- 5.3 ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จากที่ใดบ้าง
- 5.4 ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลควรให้ข้อมูลข่าวสารอะไรเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ใน
ปัจจุบัน

6. การบริการของหน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ท่านมีความคิดเห็นต่อบริการของหน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในด้านต่าง ๆ อย่างไร

- 6.1 ความสะดวกสบายที่ได้รับจากการบริการ
- ความสะดวกสบายของการบริการที่ได้รับเป็นอย่างไร
 - ระยะเวลาในการให้บริการก่อนเข้าตรวจเป็นอย่างไร
 - ช่วงเวลารอคอยในการนัดตรวจและรับผลเป็นอย่างไร
- 6.2 การประสานงานของการบริการ
- ในการตรวจรักษาครั้งนี้ท่านและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างไร
 - เจ้าหน้าที่มีการประสานงานทั้งในและนอกหน่วยงานเพื่อการดูแลท่านอย่างไร

6.3 อธิยาศัยของผู้ให้บริการ

- เจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับและดูแลท่านอย่างไร
- เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบริการอย่างไร

6.4 คุณภาพบริการ

- ท่านมีความมั่นใจในการตรวจวินิจฉัยโดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์อย่างไร
- ท่านมีความรู้สึกมั่นใจในการอ่านผลเพื่อการตรวจวินิจฉัยอย่างถูกต้องแม่นยำจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์อย่างไร

6.5 ความพร้อมอุปกรณ์และสถานที่ในการให้บริการ

- อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์เป็นอย่างไร
- สถานที่ในการให้บริการเป็นอย่างไร

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะของผู้ป่วยต่อการเข้ามารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นอย่างไร

ท่านมีข้อเสนอแนะอื่น ๆ ที่คิดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอย่างไร

แนวคำถามการสัมภาษณ์ สมาชิกครอบครัว

ชื่อเรื่อง บทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ใน
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

แนะนำตนเอง (ผู้สัมภาษณ์กล่าวทักทายสมาชิกครอบครัว แนะนำตนเอง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์และขอความยินยอมในการให้ข้อมูล)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

1. เพศ
2. อายุ
3. สถานภาพสมรส
4. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว
6. อาชีพ
7. การศึกษา
8. รายได้
9. ที่อยู่ปัจจุบัน
10. ภูมิลำเนาเดิม

ส่วนที่ 2 บทบาทของสมาชิกครอบครัว

1. เกี่ยวกับการดูแลร่างกาย

1.1 ท่านมีส่วนช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมของร่างกายผู้ป่วยอย่างไรในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

1.2 ท่านมีส่วนช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมเพื่อมาติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างไร

2. เกี่ยวกับการดูแลจิตใจ

2.1 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อทราบว่าผู้ป่วยต้องมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

2.2 ท่านมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างไร

2.3 เมื่อผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ท่านมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร (เป็นการกระทำเมื่อผู้ป่วยร้องขอ)

3. เกี่ยวกับการจัดการค่าใช้จ่าย

3.1 การป่วยของสมาชิกครอบครัวครั้งนี้มีผลกระทบต่อการเงินของท่านอย่างไร

3.2 การป่วยของสมาชิกครอบครัวครั้งนี้มีผลกระทบต่อด้านการเงินของสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวอย่างไร

3.3 ท่านมีส่วนช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ครั้งนี้หรือไม่ อย่างไร

3.4 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

3.5 การป่วยของสมาชิกครอบครัวรวมทั้งการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ครั้งนี้ ท่านต้องหาแหล่งสนับสนุนทางการเงินอย่างไรบ้าง

4. เกี่ยวกับสังคม (ญาติ และเพื่อนบ้าน)

4.1 นอกจากท่านแล้วมีเพื่อนบ้านหรือญาติคนอื่นที่มีส่วนช่วยเหลือในการดูแลอย่างไรบ้าง

4.2 ก่อนมาที่นี่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากที่ไหนมาก่อน

4.3 ในการตรวจรักษาครั้งนี้ท่านและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างไร

4.4 มีเพื่อนบ้าน คนรู้จัก ญาติ เคยให้คำแนะนำในการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์อย่างไรบ้าง

5. เกี่ยวกับการหาข้อมูลข่าวสาร

5.1 เพราะเหตุใดท่านถึงเลือกมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้

5.2 ท่านรับรู้และรับทราบเกี่ยวกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์อย่างไร

5.3 ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จากที่ไหนบ้าง

5.4 ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลควรให้ข้อมูลข่าวสารอะไรเพิ่มเติม จากที่มีอยู่ในปัจจุบัน

5.5 ท่านคิดว่าข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่มีอยู่ในชุมชนของท่าน ที่ท่านได้ยิน ได้ฟังอยู่จากสื่อต่าง ๆ เป็นอย่างไร

6. การบริการของหน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ท่านมีความคิดเห็นต่อบริการของหน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในด้านต่าง ๆ อย่างไร

6.1 ความสะดวกสบายที่ได้รับจากการบริการ

- ความสะดวกสบายของการบริการที่ได้รับเป็นอย่างไร
- ระยะเวลาในการให้บริการก่อนเข้าตรวจเป็นอย่างไร
- ช่วงเวลารอคอยในการนัดตรวจและรับผลเป็นอย่างไร

6.2 การประสานงานของการบริการ

- หลังจากที่ได้รับทราบว่าญาติของท่านต้องทำการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ท่านได้รับความช่วยเหลือในการติดต่อประสานเพื่อเข้ารับการตรวจจากหน่วยงานใดของโรงพยาบาลบ้าง และช่วยเหลืออย่างไร

6.3 อธิยาศัยของผู้ให้บริการ

- เจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับและดูแลท่านอย่างไร
- เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบริการอย่างไร

6.4 คุณภาพบริการ

- ท่านมีความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยในการตรวจวินิจฉัยโดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์อย่างไร
- ท่านมีความรู้สึกมั่นใจในความถูกต้องแม่นยำเกี่ยวกับการวินิจฉัยผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์อย่างไร

6.5 ความพร้อมของอุปกรณ์และสถานที่ในการให้บริการ

- อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์เป็นอย่างไร
- สถานที่ในการให้บริการเป็นอย่างไร

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะของสมาชิกในครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นอย่างไร

ท่านมีข้อเสนอแนะอื่น ๆ ที่คิดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอย่างไร

ภาคผนวก ค

ข้อมูลแสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว

ตารางภาคผนวก ค ข้อมูลแสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว

ครอบครัว ที่	อายุ (ปี)	เพศ	สถานภาพ สมรส	ความเกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วย/ครอบครัว	จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว (คน)	อาชีพ	การศึกษา	รายได้ (บาท/ เดือน)	สิทธิการ รักษา	ที่อยู่ปัจจุบัน	ภูมิลำเนาเดิม	
1	ผู้ป่วย	52	ชาย	สมรส	หัวหน้าครอบครัว	6	ข้าราชการ	ปริญญาตรี	31,960	จ่ายตรง	บุรีรัมย์	บุรีรัมย์
	ผู้ดูแล	52	หญิง	สมรส	ภรรยา	6	ค้าขาย	ป.7	5,000	จ่ายตรง	บุรีรัมย์	บุรีรัมย์
2	ผู้ป่วย	68	ชาย	สมรส	หัวหน้าครอบครัว	5	ข้าราชการ บ้านาญ เกษียณ	ปริญญาตรี	66,000	จ่ายตรง	กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ
	ผู้ดูแล	66	หญิง	สมรส	ภรรยา	5	(บำเหน็จ) ปวส.	บำเหน็จ		จ่ายตรง	กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ
3	ผู้ป่วย	60	ชาย	สมรส	หัวหน้าครอบครัว	2	ข้าราชการ	ม.3	22,000	เบิกได้	นครศรีธรรมราช	นครศรีธรรมราช
	ผู้ดูแล	49	หญิง	สมรส	ภรรยา	2	ข้าราชการ	ปริญญาตรี	6,400	เบิกได้	นครศรีธรรมราช	นครศรีธรรมราช
4	ผู้ป่วย	41	หญิง	สมรส	ภรรยา	4	ค้าขาย	ม.6	15,000	ประกัน สังคม	ระยอง	ระยอง
	ผู้ดูแล	37	ชาย	สมรส	หัวหน้าครอบครัว	4	ค้าขาย	ม.6	15,000	สุขภาพ	ระยอง	สมุทรปราการ
5	ผู้ป่วย	52	ชาย	สมรส	หัวหน้าครอบครัว	2	ข้าราชการ	ปริญญาตรี	35,000	จ่ายตรง	พิจิตร	พิษณุโลก
	ผู้ดูแล	54	หญิง	สมรส	ภรรยา	2	ข้าราชการ	ปริญญาตรี	35,000	เบิกได้	พิจิตร	กรุงเทพฯ

ตารางภาคผนวก ค ข้อมูลแสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว (ต่อ)

ครอบครัว ที่	อายุ (ปี)	เพศ	สถานภาพ สมรส	ความเกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วย/ครอบครัว	จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว (คน)	อาชีพ	การศึกษา	รายได้ (บาท/ เดือน)	สิทธิการ รักษา	ที่อยู่ปัจจุบัน	ภูมิลำเนาเดิม	
6	ผู้ป่วย	80	ชาย	สมรส	หัวหน้าครอบครัว	3	ข้าราชการ บ้านานู	ม.6	20,000	จ่ายตรง	กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ
	ผู้ดูแล	57	หญิง	สมรส	ภรรยา	3	รับจ้าง	ปวช.	27,000	จ่ายตรง	กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ
7	ผู้ป่วย	66	ชาย	สมรส	หัวหน้าครอบครัว	4	รับจ้าง ข้าราชการ	ปริญญาโท	70,000	จ่ายตรง	กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ
	ผู้ดูแล	62	หญิง	สมรส	ภรรยา	4	บ้านานู	ปริญญาตรี	30,000	จ่ายตรง	กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ
8	ผู้ป่วย	48	หญิง	หม้าย	หัวหน้าครอบครัว	1	แม่บ้าน	ป.6	4,000	จ่ายตรง ประกัน	กาญจนบุรี	กาญจนบุรี
	ผู้ดูแล	26	หญิง	สมรส	บุตรสาว	3	รับจ้าง	ป.6	5,000	สุขภาพ ประกัน	กาญจนบุรี	กาญจนบุรี
9	ผู้ป่วย	31	หญิง	โสด	หัวหน้าครอบครัว	1	รับจ้าง	ม.6	10,000	สังคม ประกัน	สมุทรปราการ	ศรีสะเกษ
	ผู้ดูแล	25	หญิง	สมรส	น้องสาว	2	รับจ้าง	ปวส.	10,000	สังคม	สมุทรปราการ	ศรีสะเกษ

ตารางภาคผนวก ค ข้อมูลแสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว (ต่อ)

ครอบครัว ที่	อายุ (ปี)	เพศ	สถานภาพ สมรส	ความเกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วย/ครอบครัว	จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว (คน)	อาชีพ	การศึกษา	รายได้ (บาท/ เดือน)	สิทธิการ รักษา	ที่อยู่ปัจจุบัน	ภูมิลำเนาเดิม	
10	ผู้ป่วย	59	ชาย	สมรส	หัวหน้าครอบครัว	1	ค้าขาย	ปวช.	8,000	จ่ายตรง	นครศรีธรรมราช	กรุงเทพฯ
	ผู้ดูแล	56	ชาย	สมรส	น้องชาย	4	ค้าขาย	ปวส.	8,000	จ่ายตรง	กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ
11	ผู้ป่วย	59	หญิง	สมรส	ภรรยา	2	ค้าขาย	ป.4	5,000	จ่ายตรง	กาญจนบุรี	กาญจนบุรี
	ผู้ดูแล	35	หญิง	สมรส	บุตรสาว	3	ข้าราชการ	ม.6	11,000	จ่ายตรง	กรุงเทพฯ	กาญจนบุรี
12	ผู้ป่วย	33	ชาย	สมรส	หัวหน้าครอบครัว	3	พ่อบ้าน	ม.3	ตงาน	สุขภาพ	กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ
	ผู้ดูแล	28	หญิง	สมรส	ภรรยา	3	รับจ้าง	ไม่ได้เรียน	6,000	เงินสด	กรุงเทพฯ	ประเทศลาว
13	ผู้ป่วย	56	หญิง	สมรส	ภรรยา	6	เกษตรกร	ป.4	5,000	จ่ายตรง	สมุทรปราการ	สมุทรปราการ
	ผู้ดูแล	57	ชาย	สมรส	หัวหน้าครอบครัว	6	เกษตรกร	ป.4	5,000	จ่ายตรง	สมุทรปราการ	สมุทรปราการ
14	ผู้ป่วย	70	ชาย	สมรส	หัวหน้าครอบครัว	5	ข้าราชการ	ชำนาญ	45,000	จ่ายตรง	กรุงเทพฯ	สุราษฎร์ธานี
	ผู้ดูแล	64	หญิง	สมรส	ภรรยา	5	ข้าราชการ	ชำนาญ	20,000	จ่ายตรง	กรุงเทพฯ	ฉะเชิงเทรา

ตารางภาคผนวก ค ข้อมูลแสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว (ต่อ)

ครอบครัว ที่	อายุ (ปี)	เพศ	สถานภาพ สมรส	ความเกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วย/ครอบครัว	จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว (คน)	อาชีพ	การศึกษา	รายได้ (บาท/ เดือน)	สิทธิการ รักษา	ที่อยู่ปัจจุบัน	ภูมิลำเนาเดิม	
15	ผู้ป่วย	42	หญิง	สมรส	ภรรยา	4	ค้าขาย	ป.2	5,000	ประกัน สุขภาพ	กาญจนบุรี	กาญจนบุรี
	ผู้ดูแล	46	ชาย	สมรส	หัวหน้าครอบครัว	4	ค้าขาย	ป.4	5,000	ประกัน สุขภาพ	กาญจนบุรี	กาญจนบุรี
16	ผู้ป่วย	66	หญิง	สมรส	หัวหน้าครอบครัว	1	แม่บ้าน	ป.4	6,000	จ่ายตรง	สระบุรี	สระบุรี
	ผู้ดูแล	39	ชาย	สมรส	บุตรชาย	2	รับราชการ	ปริญญาโท	18,300	จ่ายตรง	กรุงเทพฯ	สระบุรี

ภาคผนวก ง

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Research Subject Information sheet)



ศธ 0522.21/ 493

กองอำนวยการพิจารณาโครงการวิจัย	
รับที่	535
วันที่	5 มิ.ย. 51
เวลา	1700

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

13 พฤษภาคม 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วย ร้อยเอกหญิงกมลวรรณ ไ้สุมบูรณ์ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ในหัวข้อ เรื่อง บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่มาใช้บริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน รวมระยะเวลา 2 เดือน

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการอนุญาตให้นักศึกษา ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย และขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ปวีศัล ธีระพงษ์

(รองศาสตราจารย์ปวีศัล ธีระพงษ์)

รักษาการแทนประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร. 0-2503-3573

โทรสาร 0-2503-3639

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	บทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
วันที่ชี้แจง	4 พฤษภาคม 2551
ชื่อและสถานที่ที่ทำงานของผู้วิจัย	เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ กองรังสีกรรม
ชื่อผู้ร่วมวิจัย	-
ผู้ให้ทุนวิจัย	ทุนส่วนตัว

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ทำเพื่ออะไร หากท่านร่วมโครงการนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้างรวมทั้งข้อดีและข้อเสีย ที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและทางด้านโรงพยาบาล เพื่อเป็นพื้นฐานสำคัญในการประเมินการจัดบริการแก่ผู้รับบริการ (ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว) โดยทางโรงพยาบาลต้องทบทวนเปรียบเทียบกับความคาดหวังของผู้รับบริการ จากแนวคิดของนักวิชาการต่าง ๆ ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ให้เกิดความสำเร็จที่ต่อเนื่องและยั่งยืนได้ นั้น พบว่าปัจจัยด้านการให้บริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ มีการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเนื่องจากการพัฒนาคุณภาพบริการที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

แนวคิดพื้นฐานสำคัญในการพัฒนามาตรฐานบริการพยาบาล คือ การยึดความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพ และความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นศูนย์กลางในการจัดบริการ

ภายใต้ระบบและกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพไม่ซ้ำซ้อน ให้คุณค่าของการพัฒนาบริการที่มุ่งเน้นไปสู่การบริการที่เป็นองค์รวม มีการดูแลในมิติที่ผสมผสานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและการที่มีประชาชนหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยนั้นหายป่วยได้โดยเร็ว หรืออาจทำให้ผู้ป่วยนั้นเจ็บป่วยทรุดลง ควรมีการศึกษาสภาพครอบครัวในแง่ที่เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้ป่วยที่จะช่วยทำให้เข้าใจภาพรวมของผู้ป่วยได้ชัดเจน และให้การดูแลที่เหมาะสม การให้บริการ โดยใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐานเกิดขึ้นจากความเชื่อที่ว่าครอบครัวเป็นระบบเกี่ยวพันที่สำคัญแนวความคิดการใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐานในการบริการถือว่าเป็นการทำให้มีการสร้างสัมพันธภาพ การดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชนต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาบทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2.2 เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

ท่านเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และมาพร้อมญาติ พร้อมทั้งมีความสมัครใจในการให้ข้อมูล

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

ท่าน ไม่ได้เป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไม่มีญาติมาด้วย และไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

ทำการวิจัยนี้ที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ กองรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 60 ราย จาก 30 ครอบครัว

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นัด

วันที่ท่านและครอบครัวมาใช้บริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แล้วเข้ารับการสัมภาษณ์ เป็นเวลาประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมง

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ คือท่านจะต้องมีความสมัครใจรวมทั้งยินยอมในการให้สัมภาษณ์และบันทึกเทป ใช้เวลา 45 นาที ตัวท่านและสมาชิกในครอบครัวลงชื่อยินยอมในเอกสาร

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

โครงการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใด ๆ ที่จะเกิดขึ้น นอกจากท่านและสมาชิกในครอบครัวเสียเวลาในการให้ข้อมูล 45 นาที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1. ข้อมูลเบื้องต้นที่ได้ช่วยให้เข้าใจบทบาทความสำคัญของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยที่มาตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์
2. ข้อมูลที่ได้ทำให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์
3. ข้อมูลที่ได้ใช้เป็นแนวทางการพัฒนาหน่วยงานให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการของงานเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์และสอดคล้องกับพันธกิจ เป้าหมายของกองรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมโครงการจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวกับงานวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

ร.อ.หญิงกมลวรรณ ไปสมบุญณ์ พยาบาลห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ กองรังสีกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โทรติดต่อ 081-6668018,02-3547600 ต่อ 93414

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

สำนักงานพิจารณาโครงการวิจัย พบ.เบอร์โทร. 02-3547600-28 ต่อ 94270

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ โดยไม่เปิดเผยชื่อนามสกุลที่อยู่ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล และมีมาตรการในการเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัย จะมีการนำเสนอข้อมูลทางวิชาการ โดยจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัย เท่านั้น

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มี
ผลเสียใด ๆ ทั้งสิ้น

ภาคผนวก จ

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

รับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

รับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

ชื่อโครงการวิจัย บทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการมารับการตรวจเอกซเรย์
คอมพิวเตอร์ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วันที่ลงนาม.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด
และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
ข้าพเจ้ามีสิทธิที่บอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะ
ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะใน
รูปของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัว
ข้าพเจ้ากับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจทุกประการ และลงนามในใบ
ยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ผู้ป่วย)
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(สมาชิกในครอบครัว)
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างกรณีศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยที่มารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

ตัวอย่างที่ 1 กรณีศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยที่มารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยมีภรรยาเป็นผู้ดูแล (ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร)

ผู้ป่วยชายวัย 68 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ แต่งงานมาแล้วเกือบ 40 ปี เป็นหัวหน้าครอบครัว มีบุตร 3 คน คือ ผู้หญิงคนโต อายุ 36 ปี แต่งงานแล้วยังไม่มีบุตร จบการศึกษาระดับปริญญาโท ปัจจุบันทำงานอยู่ที่แมริแลนด์ สหรัฐอเมริกา บุตรชายคนกลางอายุ 33 ปี จบนายเรืออากาศเป็นนักบินแต่งงานแล้ว มีบุตรสาว 1 คน อายุ 8 เดือน อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยที่เขตบางซื่อและบุตรชายคนสุดท้องอายุ 28 ปี โสศ เรียนจบปริญญาโททำงานอยู่ที่แมริแลนด์ สหรัฐอเมริกากับพี่สาว ตัวผู้ป่วยเองจบโรงเรียนนายร้อย จปร. ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ มีรายได้เดือนละ 66,000 บาท ใช้สิทธิจ่ายตรงในการรักษา ภรรยาผู้ดูแล อายุ 68 ปี อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยที่เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร มีสมาชิกในครอบครัว 5 คน คือ ผู้ป่วย ภรรยา บุตรชาย บุตรสะใภ้ และหลานสาว ปัจจุบันภรรยาเกษียณจากการทำงานที่กระทรวงอุตสาหกรรมรับเงินบำนาญ

ผู้ป่วยรับราชการทหารมาตลอด ชีวิตการทำงาน มีความภาคภูมิใจในความเป็นทหาร ตำแหน่งความรับผิดชอบและความซื่อสัตย์ที่ได้รับความไว้วางใจให้เป็นฝ่ายเสนาธิการ และดูแลด้านการเงินของผู้บัญชาการทหารบก รวมทั้งเป็นเหรียญกษาปณ์ของมูลนิธิคุณหญิงประภาศรีในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีความเจริญในหน้าที่การงานอย่างต่อเนื่อง ในการปฏิบัติหน้าที่ต้องโยกย้ายและเดินทางตลอดคนาน ๆ ครั้งจึงสามารถกลับบ้านได้ ส่วนภรณานั้นจะอยู่บ้านที่เขตบางซื่อคอยดูแลบุตร 3 คน โดยทั้งครอบครัวจะมีความภูมิใจในตัวหัวหน้าครอบครัว พยายามที่จะดำเนินรอยตาม ตัวผู้ป่วยเองมีความภูมิใจในการเป็นหัวหน้าครอบครัวที่สามารถดูแลครอบครัวให้มีความสุข ประสบความสำเร็จจากการบริหารจัดการด้วยตนเอง และมีภรรยาคอยเป็นกำลังใจมาตลอด โดยที่สามารถส่งเสียบุตรคนโตและคนเล็กไปเรียนต่อระดับปริญญาโทที่สหรัฐอเมริกาและมึงานทำมั่นคง มีบ้านที่สามารถเป็นที่พักพิงของทุกคนในครอบครัวได้ สามารถบริหารเงินที่ได้มาโดยสุจริต มีเงินเก็บสำรองไว้ยามฉุกเฉิน โดยไม่ต้องกู้หนี้ยืมสิน มีบุตรชายเป็นทหารที่ดำเนินรอยตามหัวหน้าครอบครัว

ภรรยาของผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องสุขภาพต้องเข้ารับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ 23 กุมภาพันธ์ 2549 ปัจจุบันต้องคอยดูแลตรวจสุขภาพเป็นระยะ โดยมีผู้ป่วยคอยดูแลเป็นกำลังใจให้ตลอด เมื่อภรรยาอาการดีขึ้นสามารถกลับมาอยู่บ้านได้ ผู้ป่วยก็สังเกตว่าตนเองเริ่มมีความผิดปกติกับร่างกายจึงเข้ารับการตรวจวินิจฉัย มีประวัติทางพันธุกรรมเป็นมะเร็งหลังจากตรวจแล้วพบความผิดปกติที่ลำไส้จึงต้องเข้ารับการรักษาตัวต่อจากภรรยาในปลายปี 2549 ใช้เวลาในการรักษาอยู่โรงพยาบาล

68 วัน ทั้งผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด และฉายแสง มีภรรยาคอยเฝ้าดูแลเป็นหลัก ส่วนบุตรคนกลางและบุตรสะใภ้มาเยี่ยมดูแล บุตรที่อยู่ต่างประเทศจะคอยโทรมาเยี่ยมอาการสม่ำเสมอ ซึ่งบุตรทั้งสองยังอยู่ในช่วงรอ Green Card ก่อนจึงกลับมาเยี่ยมผู้ป่วยที่เมืองไทยได้

ตัวผู้ป่วยเองมีกำลังใจและจิตใจเข้มแข็ง พร้อมจะเผชิญกับโรคและการรักษาที่ได้รับ โดยมีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านคอยประเมินติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง มีภรรยาและบุตรคอยเป็นกำลังใจอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยจะสนใจในการหาข้อมูลข่าวสาร เรื่องการตรวจและการดูแลสุขภาพจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จากการอ่านหนังสือสุขภาพและจากการคุยแลกเปลี่ยน ความรู้ ประสบการณ์กันในกลุ่มเพื่อน ให้ความไว้วางใจ มีความมั่นใจในทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล พระมวงกุญเกล้าได้ดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ใช้เวลาในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี 9 เดือน ใช้บริการในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ครั้งที่ 2 ให้ความสนใจและร่วมมือในการติดตามการรักษาเป็นอย่างดี ปฏิบัติตามคำแนะนำได้และทุกครั้งจะมีภรรยาคอยดูแลและบุตรที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจสม่ำเสมอ

ตัวอย่างที่ 2 กรณีศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยที่มารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดย ภรรยาเป็นผู้ดูแล (ภูมิลำเนาจังหวัดนครศรีธรรมราช)

ผู้ป่วยชายวัย 60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คน การศึกษา จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปฏิบัติหน้าที่นายก อบต. ในจังหวัดนครศรีธรรมราช รายได้ 12,000 บาท ต่อเดือน มีรายได้เสริมจากการทำสวน 10,000 บาทต่อเดือน มีหนี้สินกับ ธกส. จากการทำสวน เล็กน้อยไม่ระบุจำนวน ภรรยาผู้ดูแลวัย 49 ปี แต่งงานกันมา 10 ปี ไม่มีบุตร จบการศึกษาปริญญาตรี ปฏิบัติหน้าที่รองนายก อบต. อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช รายได้ 6,400 บาท ต่อเดือน มีสิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยรับบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวคอยดูแล ภรรยาตลอดเนื่องจากพ่อกาและแม่ยายเสียชีวิตหมดแล้ว ภรรยาอยู่คนเดียว พี่น้องแยกไป แต่งงานดำเนินชีวิตของตนเองหมด ผู้ป่วยจะคอยตัดสินใจในทุก ๆ เรื่อง ภรรยาไม่เห็นว่าที่ถือเงิน ทั้งหมด หากมีปัญหาใด ๆ เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะจัดการเองโดยจะไม่บอกให้ภรรยาไม่สบายใจ ผู้ป่วยเคย แต่งงานมาแล้ว 1 ครั้ง มีบุตร 3 คน มีหน้าที่การงานรับผิดชอบหมดแล้ว ปัจจุบันไม่ได้อยู่ด้วยกัน ผู้ป่วยได้รับเลือกให้เป็นผู้ใหญ่บ้าน กำนัน มาตั้งแต่อายุ 28 ปี มีชีวิตความเป็นอยู่แบบพอเพียง ตามแบบฉบับชาวสวนที่ทำเป็นอาชีพเสริม เป็นที่รักใคร่และเคารพนับถือของชาวบ้าน

ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาในกรุงเทพมหานคร หลังจากเริ่มมีถ่ายเป็นเลือด โดยมี ภรรยาคอยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด หาข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำประกอบการตัดสินใจ เริ่มรักษาจาก โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร ปลายปี 2549 แล้วจึงเลือกมาใช้บริการที่โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้าเพราะมีอาของผู้ป่วยเป็นทันตแพทย์ที่สามารถให้คำปรึกษาได้ จากนั้นจึงเข้ารับรักษาตัว ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่มกราคม 2550 ตรวจพบความผิดปกติบริเวณลำไส้ส่วนล่าง แล้วมีการกระจายไปที่ตับ ทีมแพทย์ได้คุยถึงแผนการรักษากับผู้ดูแลแล้ววางแผน ผ่าตัด และให้ยาเคมีบำบัด 12 ครั้ง แล้วจึงประเมินดูอาการ เพื่อการตัดสินใจและเตรียมงบประมาณ ค่าใช้จ่าย ในช่วงของการรักษาผู้ป่วยและภรรยาผู้ดูแลต้องเดินทางไปกลับ กรุงเทพมหานคร- นครศรีธรรมราช โดยเครื่องบินตลอด เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่อำนวยในการเดินทาง โดยรถยนต์ ค่ารักษาต่าง ๆ สามารถเบิกได้ทั้งหมด ยกเว้นค่ากินอยู่และค่าเดินทาง ต่อมาเมื่อมีการ ติดตามการรักษาแล้ว พบว่าต้องให้ยาเคมีบำบัดเพิ่มเป็น 16 ครั้ง การเงินที่วางแผนไว้และความ เป็นอยู่ที่เคยอยู่อย่างพอเพียงต้องมา “สะดุด” ตามคำบอกเล่าของภรรยาผู้ดูแล ผู้ป่วยจึงประเมิน สถานการณ์ด้วยตนเองแล้วตัดสินใจไม่รักษาตัวต่อ แต่เมื่อบุตร ญาติ และเพื่อน ๆ ทราบต่างช่วยกัน สนับสนุนในเรื่องงบประมาณค่าใช้จ่าย จนสามารถรักษาตัวต่อได้

ผู้ป่วยจะมีบุตรที่ผลิตกันมาช่วยดูแลเมื่ออยู่นครศรีธรรมราช เสริมกับภรรยาผู้ดูแล ไกล่ชิด มีเพื่อน ๆ คอยมาเยี่ยมให้กำลังใจ สนับสนุน เรื่องค่าใช้จ่าย และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีชาวบ้านมาเยี่ยมเยียน “ช่วยเหลือเจือจุน” ในด้านข้าวของและแรงกายแรงใจตามคำบอกเล่าของ ภรรยาผู้ดูแลไกล่ชิด ในด้านของภรรยาจะรู้จักลักษณะนิสัยของผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยมักจะเก็บ ความรู้สึก ไม่แสดงออก ไม่ว่าจะในด้านความกังวลหรือความไม่สบายใจ ตั้งแต่เริ่มมีอาการ ผิดปกติ และเข้ารับการรักษา ภรรยาจะคอยดูแลเป็นกำลังใจ และมาเป็นเพื่อนตลอดในการมารักษา ตัวพยายามสืบค้นข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพให้ทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณ แต่ยึดการรักษา ของแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก ตลอดช่วงที่ดูแลภรรยาจะไม่พยายามแสดงความกังวล ความเศร้า ใจของตนเกี่ยวกับโรคและอาการป่วยให้ผู้ป่วยเห็นเลย แต่จะคอยจัดอาหารจัดยา พาไปพักผ่อน ให้เกิดความสบายใจ

ผู้ป่วยและภรรยาให้ความไว้วางใจใช้บริการของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามาตลอด ช่วงการรักษาตัว 1 ปี 5 เดือน มาใช้บริการห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นครั้งที่ 3 ในครั้งล่าสุด นี้สังเกตได้อย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยจะมีท้องโต อึดแน่นท้องเพิ่มขึ้น มีอ่อนเพลีย ตัวเหลือง ตาเหลือง แต่ยังคงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเป็นอย่างดี ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เต็มใจในการให้ข้อมูล อย่างตั้งใจร่วมกับภรรยาผู้ดูแลไกล่ชิดที่คอยห่วงใยผู้ป่วย และมีความเต็มใจกระตือรือร้น ในการให้ ข้อมูลเป็นอย่างดี ทั้งตัวผู้ป่วยและภรรยา ให้ความชื่นชมในตัวบุคลากร การบริการ สถานที่อุปกรณ์ ให้ความเชื่อมั่นในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ตัวอย่างที่ 3 กรณีศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยที่มารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยมีน้องสาวมาเป็นผู้ดูแล (ภูมิลำเนาจังหวัดศรีสะเกษ)

ผู้ป่วยหญิงวัย 31 ปี สถานภาพสมรส โสด มาจากจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อมาทำงานรับจ้างในบริษัทชิ้นส่วนคอมพิวเตอร์ที่จังหวัดสมุทรปราการ ได้รายได้วันละ 500 บาท มีสิทธิประกันสังคมที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้ที่ทำงาน ปัจจุบันมีหนี้สินเล็กน้อย (ไม่ระบุจำนวน) ในการดูแลตนเอง มีน้องสาวคนเล็กอายุ 25 ปี มาช่วยดูแลใกล้ชิด เดิมเคยเช่าห้องอยู่ด้วยกัน แต่น้องสาวแต่งงาน มีบุตร 1 คน จึงแยกไปอยู่เป็นส่วนตัว ตอนนี้น้องสาวทำงานในบริษัทเอกชนได้รายได้เดือนละ 10,000 บาท ปัจจุบันส่งบุตรคนเดียวไปให้บิดามารดาที่ต่างจังหวัด ช่วยดูแลตัวผู้ป่วยและน้องสาวจะจัดสรรเงินรายได้ส่งไปให้ที่บ้าน พร้อมทั้งไปเยี่ยมเยียนบิดา มารดาอย่างสม่ำเสมอ ตัวน้องสาวและน้องเขยเคยประสบอุบัติเหตุรถชน เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในข้อตกลงของ พรบ. แต่ได้รับประสบการณ์ในการดูแลที่ไม่ประทับใจในที่สุดบิดามารดาจึงมารับกลับไปรักษาด้วยแพทย์แผนไทยที่บ้านต่างจังหวัด ปัจจุบันสุขภาพแข็งแรงกลับมาทำงานได้

ผู้ป่วยเองตอนนี้พบก๊อนนุแท่ไข้ไก่ที่ไหญ่ลาร้าด้านขวา ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนตามที่สิทธิประกันสังคมกำหนด แต่ก็ไม่ได้รับการรักษาที่ประทับใจ ความผิดปกติที่เป็นไปไม่ได้รับการแก้ไข ถูกส่งตัวต่อมาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แต่มีขั้นตอนในการติดต่อที่ผู้ป่วยบอกว่า “โยนกันไปโยนกันมา” จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ไม่ต้องการรักษาต่อ ในขณะที่ร่างกายยังไม่หายจากการผ่าตัดจากโรงพยาบาลเดิมแต่ต้องเดินทางติดต่อด้วยตนเองโดยมีน้องสาวมาช่วยดูแล ต้องนำเงินเก็บที่มีอยู่อย่างจำกัดมาใช้ในการเดินทาง และกินอยู่มาโรงพยาบาลหลายครั้ง แต่ทุกครั้งใช้เวลาเกือบทั้งวันในการติดต่อประสาน ทำให้ต้องลางานเป็นระยะแต่มีเพื่อนร่วมงานและหัวหน้าที่คอยให้กำลังใจ แต่รายได้ของผู้ป่วยก็จะลดลง เนื่องจากเป็นการรับจ้างทำงานเป็นรายวัน

น้องสาวผู้ดูแล คอยมาเป็นกำลังใจ หาข้อมูลในการตรวจรักษาเพื่อช่วยผู้ป่วยตัดสินใจ ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจในเรื่องการส่งเงินให้บิดามารดา โดยจะยินดี รับผิดชอบตรงส่วนนี้ด้วยตนเอง ตัวบิดามารดาเองเมื่อทราบว่าผู้ป่วยท้อใจ ไม่ต้องการรักษาต่อ และกังวลเรื่องภาระด้านการเงิน สภาพร่างกาย แผนการรักษา และคนที่จะมาช่วยดูแลตอนผ่าตัด จึงคอยปลอบใจ “...ไม่ต้องท้อหลอกให้ทนเอา อีกหน่อยก็สะดวกขึ้นแล้วที่ผ่านมามันเป็นเวรกรรม... ไม่ต้องคิดมาก หมอที่นี่เขาอาจเก่งกว่าที่โน่น เครื่องมือเครื่องมือก็ดีกว่า...” จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย เมื่อกลับบ้านต่างจังหวัด ญาติที่รู้เรื่องที่ป่วยก็ให้กำลังใจ ในด้านการเงิน บิดา มารดาที่ต้องการช่วยลดภาระผู้ป่วย

ที่ส่งเงินมาทุกเดือน เพื่อให้ผู้ป่วยเอาเงินไว้ดูแลตนเอง โดยให้เหตุผลว่า ทางบ้านอยู่กันแบบพอเพียง ไม่ต้องใช้จ่ายมาก กำลังใจทั้งหมดทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็งขึ้นพร้อมรับการรักษาต่อ เมื่อผู้ป่วยและน้องสาวผู้ดูแลตัดสินใจเริ่มรับการรักษาต่อได้มาใช้บริการที่หน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นครั้งแรก ได้รับความกระจ่างในเรื่องข้อสงสัยในการตรวจรักษาเกิดความหวังในการมาติดตามการรักษาต่อไป มีความเชื่อมั่นในผลการตรวจ ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ให้การดูแล ยินดีร่วมมือในขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยเป็นอย่างดี พร้อมทั้งจะศึกษาข้อมูลในการ ปฏิบัติตน ตามเอกสารที่ได้รับเพิ่ม

ตัวอย่างที่ 4 กรณีศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยที่มารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยมีสามีมาเป็นผู้ดูแล (ภูมิลำเนาจังหวัดกาญจนบุรี)

ผู้ป่วยหญิงวัย 42 ปี สถานภาพสมรส คู่ การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 2 อาชีพ ค้าขาย รายได้ 5,000 บาทต่อเดือน ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน คือ สามี ตัวผู้ป่วย บุตรชาย และบุตรสาว สามีผู้ดูแลวัย 46 ปี แต่งงานอยู่ด้วยกันมา 20 กว่าปี จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 เข้าที่ท่าไร่มันและปลูกยางพารา รายได้ 5,000 บาทต่อเดือน ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพ อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองที่อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี บุตรชาย คนโตจบปริญญาตรีกำลังหางานทำ บุตรสาวคนเล็กกำลังเรียนพยาบาลปีที่ 3 ที่จังหวัดราชบุรี ปัจจุบันในครอบครัวมีภาระหนี้สิน 300,000 บาท กู้จาก ธกส. เพื่อมาทำสวนและส่งลูกทั้ง 2 คน เรียนหนังสือ

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการป่วยมาประมาณ 4 ปี ช่วงแรกเริ่มสังเกตว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย สามีผู้ดูแลขอร้องให้ไปตรวจแต่ผู้ป่วยยังไม่ยอมหยุดทำงานในไร่เพื่อไปตรวจ ออกทุนจนกระทั่งร่างกายเปลี่ยนแปลงชัด คือ มีสภาพร่างกายดกตอ ทำงานหนักไม่ไหว จึงยอมไปตรวจอาการเริ่มเป็นมากขึ้นในช่วง 2 ปี สังเกตพบท้องโตมากขึ้น พบหมอมามากอด อาการยังไม่ดีขึ้นจึงมาเริ่มตรวจจากโรงพยาบาลรัฐบาลที่มีสิทธิประกันสุขภาพพระบู่ไว้ และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นในจังหวัดกาญจนบุรี แต่ก็ยังไม่สามารถรักษาได้ ไม่เกิดความประทับใจในการบริการของโรงพยาบาล แต่ไม่ได้แสดงออกได้แต่บ่นใจ ท้ายที่สุดโรงพยาบาลที่หวังไปพึ่งบอกว่า “ถ้ารักษาไม่ได้ ไม่ต้องมา” ถ่ายทอดจากคำพูดของสามีผู้ดูแล ประโยชน์นี้เองทำให้ผู้ป่วยหมดความหวังและหมดกำลังใจในการรักษาต่อ สามีผู้ดูแลจึงได้ปรึกษากับบุตรสาวให้ช่วยสอบถามข้อมูลในการดูแลรักษาจากอาจารย์แพทย์ที่สอน เมื่อได้ข้อมูลมาเพียงพอจึงร่วมตัดสินใจอีกครั้งที่จะมาเริ่มรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ด้วยความมุ่งมั่น มีความหวังจากประสบการณ์ที่ได้รับทราบว่ามีผู้มารักษาแล้ว “สามารถอยู่ได้” ตามคำบอกเล่าของสามี

ผู้ป่วยจะมีท้องบวมโต เหนื่อยง่าย ขาบวม ในช่วงที่มารับการตรวจวินิจฉัยพยายามเดินช่วยเหลือตัวเอง มีสามี คอยมาดูแลติดต่อประสานตามจุดต่าง ๆ ให้ ทั้งสองยังคงมีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ส่วนค่ารักษานั้นอยู่ในสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่มีความรู้สึกดีใจมากที่ได้มาตรวจ เชื่อมั่นในผลการตรวจที่ออกมาว่าจะสามารถทำให้ทราบว่าได้รับการรักษาดูแลต่ออย่างไร ทุกคนในครอบครัวจะช่วยเป็นกำลังใจให้ สามีจะช่วยทำงานบ้านดูแลบิบบวดให้ ทำสวน และขายของ บุตรชายพยายามหางานทำเพื่อนำเงินเดือนมาช่วยในครอบครัว บุตรสาวพยายามตั้งใจ

เรียนเพื่อให้เรียนจบพยาบาลมาช่วยแบ่งเบาภาระในครอบครัว อีกทั้งยังคอยช่วยหาข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษา ตอนนี้สามีพยายามรับจ้างทำงานเพิ่มรายได้เพื่อหาเงินไว้เป็นค่าเดินทางในขณะที่เดียวกันก็พยายามจำกัดตนเองในด้านค่าใช้จ่ายเพื่อนำเงินมาเป็นค่าเดินทางรักษาตัวของภรรยาและส่งลูกเรียนจนจบ

จากการสังเกตและจับใจความขณะผู้ป่วยและสามีให้ข้อมูลจะพบว่า ผู้ป่วยเองมีความหวังและมีความกระตือรือร้นในการมาติดตามการรักษา ในขณะที่ห้องยังบวมโต มีเนื้อเยื่อเล็กน้อย ขาบวม แต่พยายามช่วยเหลือตัวเอง ไม่ให้เป็นภาระแก่สามีผู้ดูแล ตัวผู้ป่วยจะมีความประทับใจในตัวสามีที่ให้การดูแล ให้กำลังใจตลอดที่ป่วยมาไม่ต่ำกว่า 4 ปี มีความภูมิใจในตัวบุตรที่พยายามทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุดในการเรียนสามารถเป็นที่พึงในการให้คำปรึกษาได้ ในขณะที่สามีผู้ดูแลถ่ายทอดความรู้สึกของความห่วงใยในตัวภรรยาไม่แสดงความทอดอຍพยายามต่อสู้ คิดหาทางแก้ไขปัญหา วางแผนจัดการทรัพยากรในบ้านให้ผ่านพ้นช่วงวิกฤตให้ได้ โดยมีบุตรที่กำลังจะเรียนจบและบุตรที่เพิ่งเรียนจบเป็นอีกความหวังที่รอคอย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ร้อยเอกหญิงกมลวรรณ โป้สมบูรณ์
วัน เดือน ปีเกิด	2 ธันวาคม 2514
สถานที่เกิด	จังหวัดนครปฐม
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พ.ศ. 2533-2537
สถานที่ทำงาน	ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ กองรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ตำแหน่ง	พยาบาลแผนกพยาบาลรังสีกรรม