

บทที่ 2

ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในด้านการดูแล
กาย จิต และสังคม ต่อทีมเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่โดยศึกษารอบคลุมหัวข้อ
ดังต่อไปนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคาดหวังของมนุษย์
3. แนวคิดในการทำงานกับชุมชน
4. ปัจจัยที่มีผลต่อบริการสุขภาพที่บ้าน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) เป็นโรคที่ป้องกันและรักษาได้โดยมีลักษณะเป็น progressive, not fully reversible airflow limitation ซึ่งเป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด จากฝุ่นและก๊าซพิษ ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ คาร์บอนมอนอกไซด์ ทำให้เกิด abnormal inflammatory response ทั้งในปอดและระบบอื่นๆ ของร่างกาย(multicomponent disease) โดยทั่วไปมักหมายรวมถึงโรค 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง(chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง มีนิยามจากอาการทางคลินิก กล่าวคือ ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ โดยมีอาการเป็นๆ หายๆ ปีละอย่างน้อย 3 เดือน และเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี โดยไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น โรคถุงลมโป่งพอง มีนิยามจากการที่มีพยาธิสภาพการทำลายของถุงลม และ respiratory bronchiole โดยมีการขยายตัวโป่งพองอย่างถาวร ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบโรคทั้งสองดังกล่าวอยู่ร่วมกัน และแยกออกจากกันได้ยาก (สมาคมอุรเวชช์, 2553) ในอดีตกลุ่มโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังรวม โรคหืด(asthma)ไว้ด้วย แต่ปัจจุบันไม่นับโรคหืดไว้ในกลุ่มโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคหืดบางส่วนก็ยังไม่สามารถแยกออกจากโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง โดยเด็ดขาด(Jonhson, 1988 อ้างใน วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2541)

พยาธิกำเนิด (Pathogenesis)

ผลจากการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังทั้งในหลอดลม เนื้อปอดและหลอดเลือด (pulmonary vasculature) โดยมีเซลล์สำคัญที่เกี่ยวข้องคือ T-lymphocyte(ส่วนใหญ่เป็น CD8+) neutrophil และ macrophage ทำให้มีการหลั่ง mediator หลายชนิดที่สำคัญ ได้แก่ leukotriene B₄, interleukin และ tumor necrosis factor α เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกระบวนการสำคัญที่มาเกี่ยวข้องกับพยาธิกำเนิดอีก 2 ประการ คือ การเพิ่มของ oxidative stress และความไม่สมดุลระหว่าง proteinases กับ antiproteinases

พยาธิวิทยา (Pathology)

การเปลี่ยนแปลงของหลอดลมตั้งแต่ขนาดใหญ่ จนถึงขนาดเล็กมีเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบแทรกในเยื่อหุ้มทั่วไปมี goblet cell เพิ่มขึ้นและ mucous gland ขยายใหญ่ขึ้น ทำให้มีการสร้าง mucus ออกมามากและเหนียวกว่าปกติ การอักเสบและการทำลายที่เกิดขึ้นๆ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผนังหลอดลม โดยเฉพาะหลอดลมส่วนปลายที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า 2 มม. ทำให้มีการตีบของหลอดลม เนื้อปอดส่วน respiratory bronchiole และถุงลมที่ถูกทำลายและโป่งพอง มีลักษณะจำเพาะรวมเรียกว่า centrilobular emphysema โดยเริ่มจากปอดส่วนบนแล้วลุกลามไป

ส่วนอื่นๆในระยะต่อมาสำหรับบริเวณหลอดเลือดปอด ผนังมีการหนาตัวขึ้น มีการเพิ่มจำนวนของกล้ามเนื้อเรียบและเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ

พยาธิสรีรวิทยา(Pathophysiology)

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาของปอด นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้ป่วย ดังนี้

1. การสร้าง Mucus มากกว่าปกติ ร่วมกับการทำงานผิดปกติของ cilia ทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรัง มีเสมหะ ซึ่งอาจเป็นอาการนำของ โรคก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอื่นๆ
2. การตีบของหลอดลมร่วมกับการสูญเสีย elastic recoil ของเนื้อปอดทำให้เกิด airflow limitation และ air trapping
3. การตีบของหลอดลม การทำลายของเนื้อปอด และ หลอดเลือด จะมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ และ ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงตามมา ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูง และภาวะหัวใจวายจากโรคปอดในที่สุด

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

ยังไม่มี การสำรวจระดับชาติ แต่จากแบบจำลองที่สร้างขึ้น โดยอาศัยข้อมูลความชุกของการสูบบุหรี่ และมลภาวะในสภาพแวดล้อมในบ้านและในที่สาธารณะ ประมาณว่าร้อยละ 5 ของประชากรไทย อายุเกิน 30 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่ในการสำรวจจริงในพื้นที่โดยศึกษาในเขตธนบุรี ผู้ที่อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป พบความชุก และอุบัติการณ์ร้อยละ 7.1 และ 3.6 ตามลำดับ ส่วนการสำรวจผู้ที่มีอายุเกิน 40 ปีขึ้นไป ในชุมชนเมือง และชุมชนรอบนอกนครเชียงใหม่พบความชุกร้อยละ 3.7 และ 7.1 ตามลำดับ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2553)

การตรวจทางรังสีวิทยา

ภาพรังสีทรวงอกมีความไวน้อยสำหรับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่มีความสำคัญในการแยกโรคอื่น ในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง อาจพบลักษณะ Hyperinflation คือ กะบังลมแบบราบ และหัวใจมีขนาดเล็ก ในผู้ป่วย ที่มี cor pulmonale จะพบว่าหัวใจห้องขวาและ pulmonary trunk มีขนาดโตขึ้น และ peripheral vascular marking ลดลง

การตรวจสมรรถภาพปอด

การตรวจสไปโรเมตรี มีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรคและจัดระดับความรุนแรง โดยการตรวจ spirometry นี้ จะต้องตรวจเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ และไม่มีอาการกำเริบของโรคอย่างน้อย 1

เดือน การตรวจนี้สามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ โดยจะพบลักษณะของ airflow limitation โดยพบว่า

1. ค่า FEV1 (forced expiratory volume in one second) มีต่ำกว่าปกติ
2. TLC (total lung capacity) มีค่าสูงขึ้นกว่าปกติ
3. อัตราส่วนระหว่าง FEV1/ FVC (forced vital capacity) หลังให้ยาขยายหลอดลมมีค่าน้อยกว่าร้อยละ 70
4. อัตราส่วนของ RV (residual volume) ต่อ TLC (total lung capacity) เพิ่มขึ้น
5. อาจพบค่า RV เพิ่มขึ้น
6. ค่า difusing capacity ต่อ carbon monoxide (DLCO) อาจลดลงในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง

ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำแนกตามสมรรถภาพของปอดซึ่งประเมินผลโดยการ ใช้สไปโรมิเตอร์ แบ่งระดับความรุนแรงตามเกณฑ์โกลด์ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD, 2010]) ได้ดังนี้

ระดับ I เล็กน้อย ค่า FEV1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70, FEV1 ภายหลังได้รับยาขยายหลอดลม มากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของค่าทำนาย ร่วมกับมีหรือไม่มีอาการแสดงของการไอเรื้อรังและมีเสมหะ

ระดับ II ปานกลาง ค่า FEV1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70, FEV1 ภายหลังได้รับยาขยายหลอดลมมากกว่าหรือเท่ากับ 50% แต่น้อยกว่า 80% ของค่าทำนายร่วมกับมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะ

ระดับ III รุนแรง ค่า FEV1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70, FEV1 ภายหลังได้รับยาขยายหลอดลม มากกว่าหรือเท่ากับ 30% แต่น้อยกว่า 50% ของค่าทำนายร่วมกับมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะ

ระดับ IV รุนแรงมาก ค่า FEV1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70, FEV1 ภายหลังได้รับยาขยายหลอดลมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30% แต่น้อยกว่า 50% ของค่าทำนายร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรัง

ส่วนสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Lung Association, [ALA], 2004) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยวัดระดับอาการหายใจลำบากหลังการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์บ่งชี้จากการรับรู้ของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงการอุดกั้นของทางผ่านอากาศ การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบเวลา
รีบเดินขึ้นบันไดหรือทางชัน

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเล็กน้อย สามารถทำงานเบาๆที่ไม่ต้องออกแรง
มากได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถทำงานหนักได้ เริ่มมีอาการหายใจเหนื่อยหอบเวลารีบเดินขึ้นบันได
หรือทางชัน สามารถเดินบนพื้นราบได้แต่ไม่กระชับกระเฉงเท่าคนปกติ

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่ชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานหนักหรือทำงานที่
ยุ่งยากได้ ไม่สามารถเดินในแนวราบได้เท่าคนในวัยเดียวกัน และมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึก
สูง 1 ชั้น และต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึก 2 ชั้น

ระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น โดยไม่สามารถทำงานได้และเคลื่อนไหว
ได้ในขอบเขตจำกัด ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ และต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น
แต่ยังสามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมาก ปฏิบัติกิจกรรมหรือเคลื่อนไหวได้ใน
ขอบเขตที่จำกัด ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้เดินเพียง 2-3 ก้าว หรือแค่นั่งก็เหนื่อยเดินอย่างช้า
มากๆได้ ก็มีอาการเหนื่อยมาก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือ มีอาการหายใจเหนื่อย
หอบแม้แต่แต่งตัวหรือพูด ไม่สามารถดูแลตนเองได้

จากระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังข้างต้น พบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงในระดับที่
1 - 2 อยู่ในระยะสงบไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบมาก แต่จะเริ่มมีอาการหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น
เรื่อยๆ ตั้งแต่ระดับที่ 3 ถึง ระดับที่ 5 ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรคซึ่งสะท้อน
ถึงประสิทธิภาพในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ALA, 2004)

แนวทางการรักษาพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรักษาสำหรับโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังจะเป็นไปในลักษณะคล้ายคลึงกัน และขึ้นอยู่กับ
อาการของผู้ป่วย รวมทั้งผลการตรวจต่าง ๆ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ

1. การบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง
2. ป้องกันการกำเริบของโรค
3. คงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้หรือให้เสื่อมลงช้าที่สุด
4. ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ทำให้โครงสร้างและหน้าที่ในการทำงานของระบบทางเดินหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากไม่สามารถทำงานหรือประกอบกิจกรรมได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตอย่างถาวร (ประสพสุข อินทรักษา, 2534) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัว และเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้คือ

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกและการรับรู้ เนื่องจากสมองขาดออกซิเจน และอาจมีอาการซึม สับสน เนื่องจากภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีอาการไอและอาการหายใจออกลำบาก (Phillips, Hnatiuk, & Torrington, 1997) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 58 มีอาการเหนื่อยหอบทุกวันและในจำนวนนี้ร้อยละ 23 เกิดอาการเหนื่อยหอบขณะกำลังหลับ (American Lung Association, 2004) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง จากปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำกว่าปกติ เป็นผลให้เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนและอาหารไม่เพียงพอ ดังนั้นการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลงทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ปัญหาด้านโภชนาการที่พบบ่อย คือการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอส่วนมากจะมีน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละสิบของน้ำหนักตัวมาตรฐานเนื่องจากการรับประทานอาหารได้น้อย จากการหายใจลำบาก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย (Connolly, 2004) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องการนอนหลับไม่เพียงพอจะตื่นบ่อยๆตอนกลางคืน ประกอบกับอากาศเย็นในช่วงกลางคืน ผู้ป่วยจะไอบ่อย (Carlson & Mascarella, 2003) และแบบแผนการมีเพศสัมพันธ์ผิดปกติ การมีเพศสัมพันธ์จะลดลงจากการที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก (Tiep, 1997)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

เนื่องจากผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการหายใจเหนื่อยหอบทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งอยู่ในความดูแลของบุคลากรทางสุขภาพและครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ มีผลทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆขาดความมั่นคงในจิตใจ อารมณ์ไม่มั่นคง กลัวความตาย ความสามารถในการเผชิญภาวะเครียดต่างๆลดลงเกิดความรู้สึกซึมเศร้า นอนไม่หลับวิตกกังวล และความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองลดลง (สิรินาถ มีเจริญ, 2541) ซึ่งภาวะทางจิตใจเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับการดำเนินของโรค (Hodgkin et al., 1998; Tiep, 1997) การหายใจจะเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะอารมณ์ของบุคคลอารมณ์ที่รุนแรง เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล มีการศึกษาถึงอาการหายใจลำบากส่งผลต่อจิตใจ โดยจากการศึกษาผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง 573 ราย พบว่าผู้ที่มีความวิตกกังวล จะมีอาการเลวลงมากที่สุด รองลงมาจะวิตก

กังวลว่าจะไม่สามารถหายใจได้และผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุน้อยจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้สูงอายุ (GlaxoSmithKline, 2005)

3. ผลกระทบด้านสังคม

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงวิถีดำเนินชีวิตของครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่สำคัญในชีวิต เช่น บทบาทในครอบครัว บทบาทด้านอาชีพ และบทบาทในสังคมถูกจำกัดสำหรับตัวผู้ป่วยเองในระยะแรกผู้ป่วยอาจต้องงดกิจกรรมการสังสรรค์ การไปเพื่อสวดพลังงาน ผู้ป่วยต้องอยู่กับบ้านขาดการติดต่อจากสังคมภายนอก เช่น การพักผ่อนหย่อนใจนอกบ้าน การเดินทางท่องเที่ยว และปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย แยกตัวออกจากสังคม การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมช้าลง (อัมพรพรรณ ธีรานุตร, 2542) หรือแยกตัวเพื่อปรับพฤติกรรม คือ ต้องการเลิกสูบบุหรี่ (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) และจากการสำรวจผลกระทบของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าอาการเหนื่อยหอบทำให้ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 53 ความจำกัดด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียความสามารถในการทำงาน ร้อยละ 51 (American Lung Association, 2004)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคาดหวัง

- ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวัง

“ความคาดหวัง” ตามพจนานุกรมได้ให้ความหมายไว้ คือ เป็นสภาวะทางจิตซึ่งเป็นการรู้สึกนึกคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่างว่า ควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะเกิดขึ้น

ความคาดหวังเป็นสภาวะทางจิตซึ่งเป็นการรู้สึกนึกคิด หรือเป็นความคิดเห็นอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลที่คาดคะเน หรือคาดการณ์ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่างว่าควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะเกิดขึ้น (Oxford University, 1989) เป็นการคาดการณ์ของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ โดยบุคคลจะใช้ประสบการณ์ที่เคยประสบมาเป็นปัจจัยในการกำหนดความคาดหวัง ความคาดหวังจึงเป็นการรู้สึกความคิดเห็น การรับรู้ การตีความหรือการคาดการณ์ต่อสิ่งต่างๆ ที่ยังไม่เกิดขึ้น พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลจึงเป็นไปตามผลลัพธ์ของความคาดหวังที่ตั้งไว้ (พิสิฐ มหามงคล, 2546) ความคาดหวังคือ ความต้องการ การรู้สึก หรือการคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่าควรจะมี ควรจะเป็น ที่ถูกต้องหรือไม่ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (สุภาวดี วรรณ, 2542) เป็นความต้องการ การรู้สึก หรือการคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่าควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะเกิดขึ้นในสิ่งที่ดี ที่ถูกต้องหรือไม่ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (พิชยากร กาศสกุล, 2546)

ทวิวิธน์ (ทวิวิธน์ ต่ายใหญ่เที่ยง, 2543) กล่าวว่าความคาดหวังเป็นความรู้สึกของมนุษย์ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่บุคคลกำหนดหรือคาดหมายว่าจะกระทำได้ในระดับที่บุคคลปรารถนา เพราะประชาชนมีความคาดหวังว่าจะได้รับการบริการที่ดีจากหน่วยงานของรัฐเป็นอย่างมาก หากการบริการนั้นได้รับการตอบสนองด้วยดีและสอดคล้องกับความเป็นจริงที่ควรจะได้รับ ประชาชนจะมีความพึงพอใจสูงและก่อให้เกิดความสุขสมหวังที่ได้รับในสิ่งที่ปรารถนา

ออสแตรนเดอร์และเรนนิน (Ostrander & Renin, 1986 อ้างในพวงรัตน์ บุญญาณรงค์, 2533) กล่าวถึง ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการทางการแพทย์ ดังนี้ ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ สามารถให้ความมั่นคงปลอดภัยและความเอาใจใส่ผู้รับบริการได้สม่ำเสมอ มีคุณสมบัติส่วนตัวเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการยอมรับผู้รับบริการในฐานะเป็นบุคคล และตระหนักถึงสิทธิของผู้รับบริการอยู่เสมอ ผู้รับบริการประสงค์ที่จะมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและต้องการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษาของตนเอง ได้รับความช่วยเหลือเมื่อต้องการ และบางโอกาสก็ต้องการที่จะสงวนและดำรงความเป็นอิสระแก่ตนเอง จึงคาดหวังว่าผู้ให้บริการจะสามารถตอบสนองความต้องการนี้ได้ตามความเหมาะสม

ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy Theory)

แนวคิดในการอธิบายความคาดหวังของ Rotter (อ้างถึงใน สุริย์ กาญจนวงศ์, 2549: 58) แบ่งเป็น 2 ประการ คือ ความคาดหวังเฉพาะกับความคาดหวังทั่วไป ซึ่งความคาดหวังเฉพาะ (Specific Expectancies) สะท้อนให้เห็นประสบการณ์ที่ได้รับจากสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งในอดีตกับความคาดหวังทั่วไป (Generalized Expectancies) ซึ่งเป็นผลรวมของประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆ ที่คล้ายคลึงกันหรือเกี่ยวข้องกัน

ศักดิ์กะ บูญรอด (2550, น. 14) กล่าวว่า ทฤษฎีความคาดหวัง คือ กล่าวถึงการคาดคะเนล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมที่จะปฏิบัติในอนาคต โดยบุคคลจะมีความคาดหวังต่อผลตอบแทนหรือรางวัลที่จะได้รับการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมที่ทำเหล่านั้น ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นหากบุคคลได้รับการตอบสนองความคาดหวังคือ ได้รับผลตอบแทนหรือรางวัลตามความคาดหวังที่คาดคะเนไว้ล่วงหน้า แสดงให้เห็นว่าความคาดหวังไม่ได้เกิดขึ้นเองตามลำพัง แต่มีสาเหตุของการเกิดและการเกิดความคาดหวังนั้นบุคคลจะคิดอย่างมีวิจารณญาณถึงโอกาสความน่าจะเป็นเพื่อให้ได้รับรางวัลหรือผลตอบแทนจากการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมต่างๆ แสดงว่าความคาดหวังเกิดขึ้นโดยเป็นไปตามหลักของผลตอบแทนเป็นสำคัญ นอกจากนี้ความคาดหวังยังเป็นพลังผลักดันกระตุ้นให้บุคคลเกิดการแสดงพฤติกรรม หากบุคคลประเมินมูลค่ารางวัลหรือผลตอบแทนที่จะได้รับ

ว่ามีมูลค่าสูงก็จะเป็นแรงจูงใจให้มีความพยายามอย่างมากที่จะแสดงพฤติกรรม เพื่อให้ได้รับผลตอบแทนตามที่คาดหวังไว้

บริการสุขภาพที่คาดหวังของผู้ป่วย

ความคาดหวังของผู้รับบริการทางด้านสุขภาพ และการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลนั้นได้มีนักวิชาการได้กล่าวไว้ดังนี้

อุดมรัตน์ (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2543) ได้กล่าวว่า ประชาชนยังมีความคาดหวังเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

1. บริการด้านสุขภาพอนามัยได้จัดเตรียมไว้พร้อมที่จะบริการให้ประชาชนอย่างสม่ำเสมอและอย่างตลอดเวลา
2. เป็นลักษณะบริการเฉพาะบุคคลตามสถานภาพความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นมากกว่าจะเป็นบริการในลักษณะงานประจำ
3. เป็นบริการที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมนั้น ตามค่านิยม และความเชื่อของสังคมนั้นๆ
4. เข้าบริการได้โดยง่ายไม่ว่าจะเป็นสถานที่ตั้ง การกำหนดตารางเวลาให้ทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน ผู้รับบริการต้องสามารถเข้ารับได้โดยง่าย
5. มีการประสานงานที่ดีทางการส่งข่าวสารข้อมูลทางการรักษาพยาบาล ไม่ควรมีการขาดตกบกพร่องแตกแยก หรือซ้ำซ้อนกัน
6. เป็นบริการที่มีความสมบูรณ์แบบ ผู้รับบริการได้รับครบถ้วนทั้งด้านการดูแล รักษา ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ คงไว้ซึ่งการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

นอกจากนี้ได้กล่าวอีกว่า ประชาชนทั่วไปถือว่าบริการด้านสุขภาพเป็นสิทธิเบื้องต้นที่ควรได้รับ โดยให้ความคาดหวังต่อไปนี้

1. ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือในฐานะเป็นบุคคลหนึ่ง มากกว่าการเป็นโรคหนึ่ง หรือกลุ่มอาการหนึ่ง
2. ได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อการดูแลรักษาตัวเอง
3. ได้รับความสุขสบายตามสภาพการณ์ทางวิทยาศาสตร์แผนใหม่ที่เอื้ออำนวยในสถานการณ์ขณะนั้น
4. ได้รับการยอมรับในสภาพที่ต้องได้รับการช่วยเหลือพึ่งพา
5. ได้รับความช่วยเหลือให้เข้าใจสภาพการเจ็บป่วยขณะนั้นและการดูแลรักษาที่ตนพึงจะได้รับ

6. ได้รับการยอมรับในวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรมและความเชื่อถือทางศาสนาตน
7. อาการที่ทรุดลงหรือการตายควรเป็นวิธีที่ตนตัดสินใจเลือกเอง
8. ได้รับการดูแลที่ดีเท่ากันตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ลักษณะความคาดหวังของผู้รับบริการ

ความคาดหวังของผู้รับบริการนั้นคือบริการที่สร้างประสบการณ์ที่ทำให้รู้สึกพึงพอใจ ซึ่งลักษณะของความคาดหวังมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปในแต่ละชนิดของบริการ การตัดสินใจคุณภาพบริการของผู้รับบริการนั้น เป็นการเปรียบเทียบจากมาตรฐาน 2 สิ่งคือ 1) มาตรฐานภายในซึ่งเป็นมาตรฐานตามที่ลูกค้ารับรู้ 2) มาตรฐานที่เกิดจากการเทียบเคียงกับบริการของกลุ่มแข่งขัน (ศิริระ โอภาสพงษ์, 2541) ศิริระ ยังกล่าวเพิ่มเติมว่าเมื่อผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อบริการจะกลายเป็นโครงสร้างแห่งการรับรู้ ซึ่งเกิดจากการนำประสบการณ์ที่ได้รับมาปะติดปะต่อกันเป็นรูปร่าง โครงสร้างที่เกิดขึ้นนี้จะยากต่อการเปลี่ยนแปลงและมีผลต่อการตัดสินใจคุณภาพในครั้งต่อไป ถ้าผู้รับบริการเคยได้รับประสบการณ์ดีเยี่ยมในอดีต ประสบการณ์ต่อมาไม่อาจไม่ถึงกับเปลี่ยนความประทับใจโดยรวม แต่ถ้าบริการที่ได้รับในอดีตไม่ดีและได้รับบริการดีครั้งหนึ่งความประทับใจก็ยังคงเห็นว่ามีอยู่นั่นเอง ดังนั้นการเปลี่ยนความคิด ของผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความประทับใจในบริการจึงต้องใช้ข้อมูลที่ต่างจากที่เคยได้รับ นอกจากนี้เมื่อผู้รับบริการได้รับการตอบสนองความคาดหวังแล้วก็มักจะไม่ตระหนักหรือลืมเลือนไปเรียกว่าขั้นปรับตัว คือได้รับการตอบสนองความคาดหวัง จนเคยตัว แต่เมื่อใดที่ไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังได้ก็จะรู้สึก ไม่ชอบและหงุดหงิด ดังนั้น ผู้รับบริการจะตระหนักถึงความคาดหวังมากที่สุดก็ต่อเมื่อไม่ได้อย่างที่คาดหวังไว้

แนวคิดการทำงานกับชุมชน

การทำงานกับชุมชนให้ได้ผล

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้จัดทำเครื่องมือศึกษาชุมชน ซึ่งได้พัฒนามาจากเครื่องมือของนักมนุษยวิทยาที่ใช้ในการศึกษาชุมชนเชิงลึก แต่ปรับให้มีความเหมาะสมกับการศึกษาด้านสุขภาพ ประกอบด้วย แผนที่เดินดิน ผังเครือญาติ โครงสร้างองค์กรชุมชน ระบบสุขภาพชุมชน ปฏิทินชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน และประวัติชีวิตบุคคลที่น่าสนใจ

เครื่องมือ 7 ชิ้น เป็นเพียงตัวช่วยให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีความสมบูรณ์และได้ผลมากขึ้น แต่ไม่ใช่เครื่องมือสมบูรณ์แบบและตายตัว เพราะหัวใจสำคัญคือการเรียนรู้และการสร้าง

สัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนเข้าใจมิติทางสังคมของความเจ็บป่วย เข้าใจวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน การเข้าใจสิ่งเหล่านี้จะเป็นรากฐานสำคัญของการสร้างระบบบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

แนวคิดที่ผิดพลาดกับการทำงานกับชุมชน (มิจนาคิฐิ 4)(The Four Fallacies)

“มิจนาคิฐิ แปลว่า ผิดพลาดหรือไม่ถูกต้อง ทิฐิ คือ ทฤษฎี
มิจนาคิฐิ รวมความแล้วแปลว่า ความคิดหรือทฤษฎีที่ผิด”

1. มิจนาคิฐิที่ว่าด้วยภาชนะว่าง (The Fallacy of Empty Vessel)

เป็นการมองชุมชน “เปรียบเสมือนกับภาชนะว่างเปล่า ที่ไม่มีอะไรอยู่ข้างในเลย” ชุมชนต้องเป็นฝ่ายรอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานราชการ หรือองค์กรภายนอก ที่จะนำความรู้ เทคโนโลยี และ ตลอดจนอุปกรณ์ เครื่องมือ และระเบียบวิธีการจัดการต่างๆ เข้าไปให้ซึ่งนักพัฒนาจากภายนอกจะเป็นผู้ไปกำหนดให้ทุกอย่าง โดยไม่ได้คิดว่าชุมชนมีศักยภาพหรือทุนทางสังคมอะไรอยู่บ้าง

2. มิจนาคิฐิที่มองปัญหาสุขภาพแบบแยกส่วน (The Fallacy of Separate Capsule)

เป็นการมองชุมชนแบบขาดการเชื่อมโยง เน้นการแก้ปัญหาเฉพาะเรื่องแยกเป็นส่วนๆ โดยไม่มองปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลเชื่อมโยงถึงกัน

3. มิจนาคิฐิที่มองชุมชนเสมือนว่ามีองค์กรเดียว (The Fallacy of Single Pyramid)

เมื่อลงไปทำงานเกี่ยวข้องกับองค์กรชุมชน ส่วนใหญ่จะนึกถึงองค์กรหรือผู้นำที่เป็นทางการอย่างเดียว เช่น องค์กรการบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้ใหญ่บ้าน (ผญ.บ.) กรรมการหมู่บ้าน (กม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) องค์กรหรือผู้นำธรรมชาติอื่นๆ นั้น มักไม่ได้ให้ความสนใจ องค์กรเหล่านี้จึงไม่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ขาดความเข้มแข็ง ท้ายที่สุดก็เหลือแต่องค์กรทางการเป็นพืระมิดอันเดียวโดดๆ แต่ในวิถีชีวิตจริงของชาวบ้านมักมีกลุ่มที่รวมตัวกันเองตามธรรมชาติ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่ถือศีลอยู่ในวัดช่วงเข้าพรรษา กลุ่มคนเลี้ยงวัว กลุ่มแม่บ้านที่รวมตัวกันไปปลูกแตงในฤดูแล้ง กลุ่มพ่อบ้านที่รวมตัวกันไปทำงานต่างถิ่น หรือแม้แต่คณะกรรมการผ้าป่า กลุ่มศรัทธาวัดหรือกลุ่มเล่นแชร์ ซึ่งล้วนแต่เป็นองค์กรชุมชนลักษณะหนึ่ง ทำให้เราเห็นศักยภาพของชุมชนอย่างจำกัด

4. มิจนาคิฐิที่มองทุกชุมชนเหมือนกันหมด (The Fallacy of Interchangeable Face)

เกิดจากความคิดที่ว่า “หากแผนงาน โครงการหนึ่งทำสำเร็จในที่หนึ่งก็สามารถขยายผลไปทำในที่อื่นๆ ได้ทั่วประเทศ” เช่น นโยบายทำหมันวันเฉลิมเมื่อหลายปีก่อน กำหนดให้รณรงค์ทำหมันในวันที่ 5 ธันวาคมพร้อมกัน ปรากฏว่าแผนงานนี้ประสบความสำเร็จเฉพาะในเมือง ส่วนในชนบท โดยเฉพาะหมู่บ้านที่มีอาชีพทำนาจะประสบความสำเร็จจำกัด เนื่องจากช่วงต้นเดือนธันวาคม เป็นฤดูเก็บเกี่ยวผลผลิตในนาของชาวบ้านพอดี หากหัวหน้าครอบครัวมาทำหมัน งานเกี่ยวข้าวในนาก็จะไม่

ลู่วง มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางแห่งหันไปชักชวนคนเฒ่าคนแก่มาทำมันเพื่อให้ได้ผลงานตามเป้าหมายก็มี

ปัญหาการทำงานกับชุมชน

ปัญหาการทำงานชุมชนที่ผ่านมา

1) เห็นแต่ปัญหาไม่เห็นศักยภาพของชุมชน

ที่ผ่านมาการศึกษาชุมชนมักเน้นการค้นหาปัญหาของชุมชนเป็นหลัก ทำให้มองไม่เห็นศักยภาพของชุมชน ถ้าเปลี่ยนวิธีศึกษาใหม่ คือ ให้ลองค้นหาศักยภาพของชุมชน โดยให้ชาวบ้านพูดคุยว่าพวกตนมีศักยภาพอะไรบ้าง การทำงานชุมชนจะเปลี่ยนรูปแบบไปจากเดิม เพราะการมองเห็นศักยภาพของตนเองและชุมชน จะทำให้ชุมชนมีพลัง มีความคิดสร้างสรรค์และไม่รู้สึกหมดหวัง

2) เห็นแต่ตัวเลขไม่เห็นความเป็นมนุษย์

เวลาทำงานของชุมชนเจ้าหน้าที่มักคุ้นเคยกับการสำรวจเชิงสถิติ เช่น มีส้วมกี่เปอร์เซ็นต์ มีโอ่งกี่เปอร์เซ็นต์ มากกว่าการสัมผัสเรื่องราวชีวิตของผู้คนในชุมชน ซึ่งที่ผ่านมาข้อมูลและเครื่องเหล่านั้นมีจำนวนมากแล้ว แต่สิ่งที่ยังขาด คือ เครื่องมือสัมผัสชีวิตคนเพราะการสัมผัสชีวิตผู้คนในชุมชนจะช่วยทำให้เกิดความละเอียดอ่อนและมองชาวบ้านด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์มากขึ้น

3) เน้นผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการเรียนรู้วิถีชุมชน

การลงชุมชนที่ผ่านมามักเน้นการเก็บข้อมูล จึงทำให้สนใจที่จะให้ได้ข้อมูลตามที่วางแผนไว้ว่าจะเก็บมากกว่าสนใจการเรียนรู้วิถีชุมชน เช่น เน้นการกรอกแบบสอบถามให้ได้ข้อมูลครบ แต่ไม่สนใจกระบวนการสร้างความสัมพันธ์และเรียนรู้ชีวิตของชาวบ้าน โดยลืมไปว่าเป้าหมายที่แท้จริงของการลงชุมชนคือการเรียนรู้และจัดความสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่กับชุมชน ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความเข้าใจและชาวบ้านเกิดความสนิทสนมไว้วางใจ (Trust)

4) ข้อมูลและทักษะการทำงานชุมชนเป็นของส่วนตัว

มีเจ้าหน้าที่ที่รู้จักชุมชนดีเป็นจำนวนมาก เจ้าหน้าที่เหล่านี้มักทำงานกับชุมชนต่อเนื่องมาเป็นเวลานานและรู้จักชาวบ้านเป็นอย่างดี แต่ทักษะและข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานกับชุมชนมักเป็นข้อมูลส่วนบุคคล และไม่สามารถถ่ายทอดหรือแบ่งปันข้อมูลกับคนอื่นได้ เพราะไม่มีการจัดระบบความรู้และวิธีการที่ชัดเจนและถ่ายทอดได้

5) ข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน

ในการศึกษาชุมชนที่ผ่านมา การเก็บข้อมูลจะแยกเป็นส่วนๆ เช่น รู้จักครอบครัวนี้เพียงครอบครัวเดียวไม่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับครอบครัวอื่น รู้จักปัญหาชุมชนในมิติเดียวคือมิติของปัญหาสาธารณสุข ไม่มีมิติทางสังคมอื่นๆ เลย หรือไม่มีความเข้าใจว่าชุมชนมีเรื่องอื่นอยู่ด้วย ทำให้ไม่

สามารถเชื่อมโยงปัญหาที่พบในเรื่องอื่นๆ ได้และเห็นผู้คนในชุมชนแยกขาดจากกันโดยมองไม่เห็นความเชื่อมโยงหรือความสัมพันธ์ของคนทั้งชุมชน

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการทำงานชุมชนในรูปแบบที่เป็นอยู่ ยังขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง แต่ไม่ได้หมายความว่าวิธีการที่ใช้อยู่นี้จะไม่มีความหมายหรือเป็นวิธีที่ผิด เพียงแต่ต้องการวิธีการหรือเครื่องมือใหม่ๆ ที่จะเข้ามาเป็นส่วนเสริมให้การทำงานชุมชนมีความสมบูรณ์มากขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังบริการสุขภาพที่บ้าน

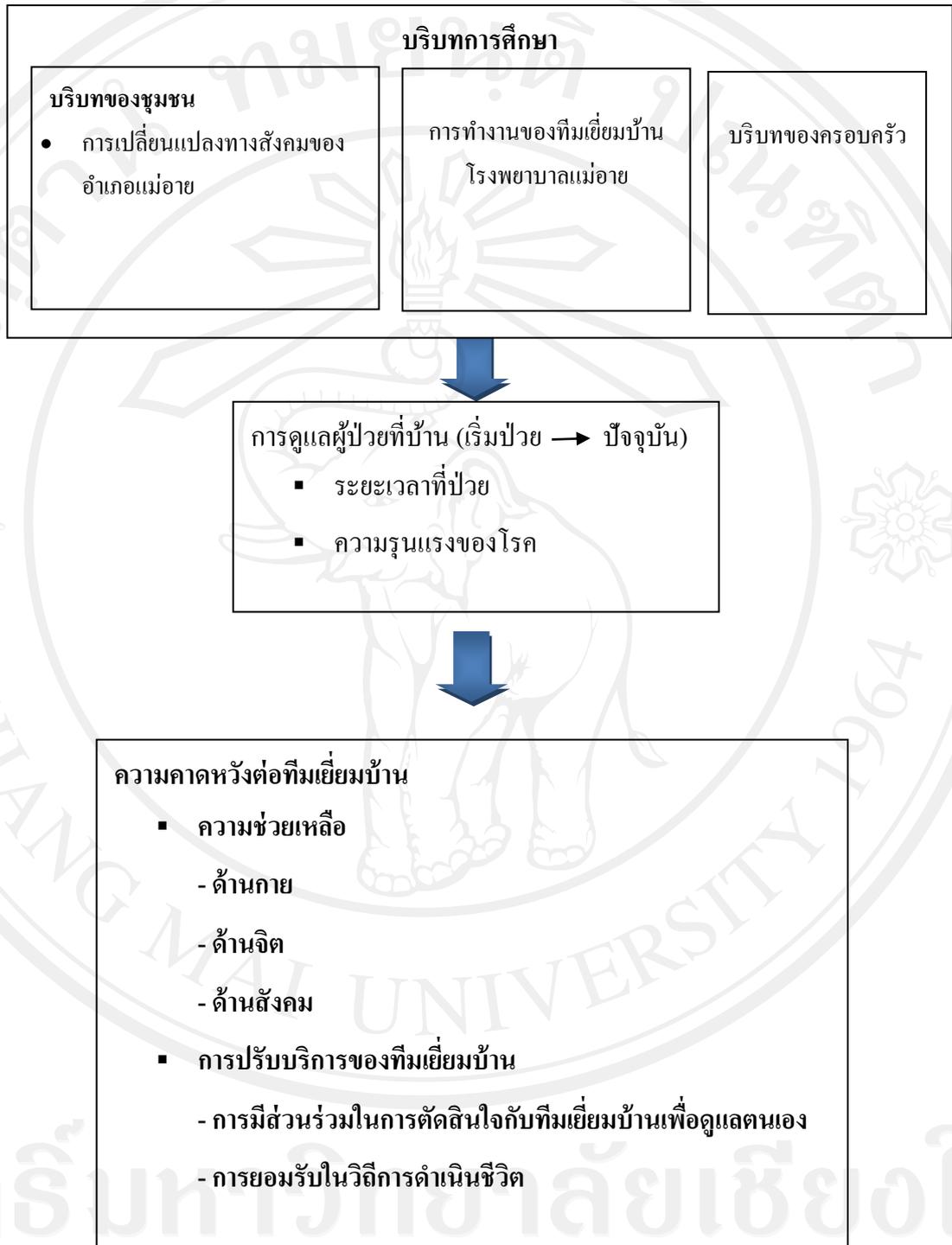
ประเด็นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น สมจิตร (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2543) ได้กล่าวว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังคือภาวะความบกพร่องหรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติอาจมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง กล่าวคือ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่กลับคืนภาวะปกติ ต้องอาศัยการฟื้นฟูเป็นพิเศษ หรือยังต้องการดูแลให้ความช่วยเหลือ แนะนำ สังเกต ในระยะยาวภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษาดูแลยาวนานอาจเป็นเดือน ปี หรือ ตลอดชีวิต ผลของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีได้หลายอย่าง เช่น ความเจ็บปวด ความไม่สบายกาย และใจ การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย ซึ่งเป็นอาการที่สลับซับซ้อนนำไปสู่โรคอื่นๆ ได้อีกหลายโรค ความเจ็บป่วยที่ยาวนาน จึงเกิดความไม่แน่นอนเกิดขึ้น เกิดความยุ่งยากกับบุคคลหรือครอบครัว และสังคมเพราะภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อบทบาทต่อผู้ป่วย เนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ทั้งหมด ฉะนั้นการรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง โดยทั่วไปจึงไม่จำเป็นที่จะต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย ดังนั้น ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยควรเป็นตัวผู้ป่วยเอง โดยมีบุคคลากรในวิชาชีพสุขภาพมีหน้าที่ให้ความรู้และอำนวยความสะดวก รวมถึงเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ตามนัดหรือตัดสินใจมาโรงพยาบาลเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น พบว่าความต้องการพื้นฐานของบุคคลจะมีลำดับความต้องการก่อนหลัง เมื่อบุคคลเกิดเจ็บป่วยมีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติ ความคาดหวังทางด้านจิตใจจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นลักษณะประชากรได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจซึ่งได้แก่ รายได้ และระยะเวลาในการเจ็บป่วยรวมถึงปัจจัยอื่นๆ ยังมีอิทธิพลต่อความคาดหวังการจัดสุขภาพบริการที่บ้านในการให้บริการทางการแพทย์ และการช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งมีผลต่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กัลยา เดชาวุฒิ (2548) ได้ศึกษาเรื่องความคาดหวังของผู้ป่วยประกันสังคมต่อบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม วิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านบริการ ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก สุดท้ายด้านการรักษาและด้านค่าใช้จ่าย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทุกกลุ่มต้องการบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรค เอาใจใส่ดูแล มีความเป็นกันเอง ให้การต้อนรับที่ดี ส่วนด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก ผู้ป่วยคาดหวังให้จัดสถานที่ที่เป็นเหมือนบ้าน สะอาด สงบ มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น โทรทัศน์ เป็นต้น ด้านค่าใช้จ่ายที่ถูกหักสมทบจากเงินเดือน มีความเหมาะสมแล้วกับการได้รับการรักษาพยาบาล ทั้งการรักษาด้วยยา การผ่าตัด และรังสีรักษา ด้านการรักษาผู้ป่วยต้องการให้แพทย์รักษาตรงตามสาเหตุของความเจ็บป่วย และสามารถรักษาผู้ป่วยได้ทันเวลาที่

สุภา เบญจพร และคณะ(2538) ได้ศึกษาความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยสามัญที่รอรับบริการ ผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น แผนกศัลยศาสตร์ จำนวน 40 คน แผนกสูติ-นรีเวชกรรม 20 คน แผนกโสต ศอ นาสิก 20 คน และแผนกศัลยกรรมกระดูก 20 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมีความคาดหวังในกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยผู้ป่วยต้องการให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดให้บริการแก่ ผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แต่จากความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติจริงจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดแล้วพบว่ายังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดีเท่าที่ควร และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงในกิจกรรมพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงในกิจกรรมพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา